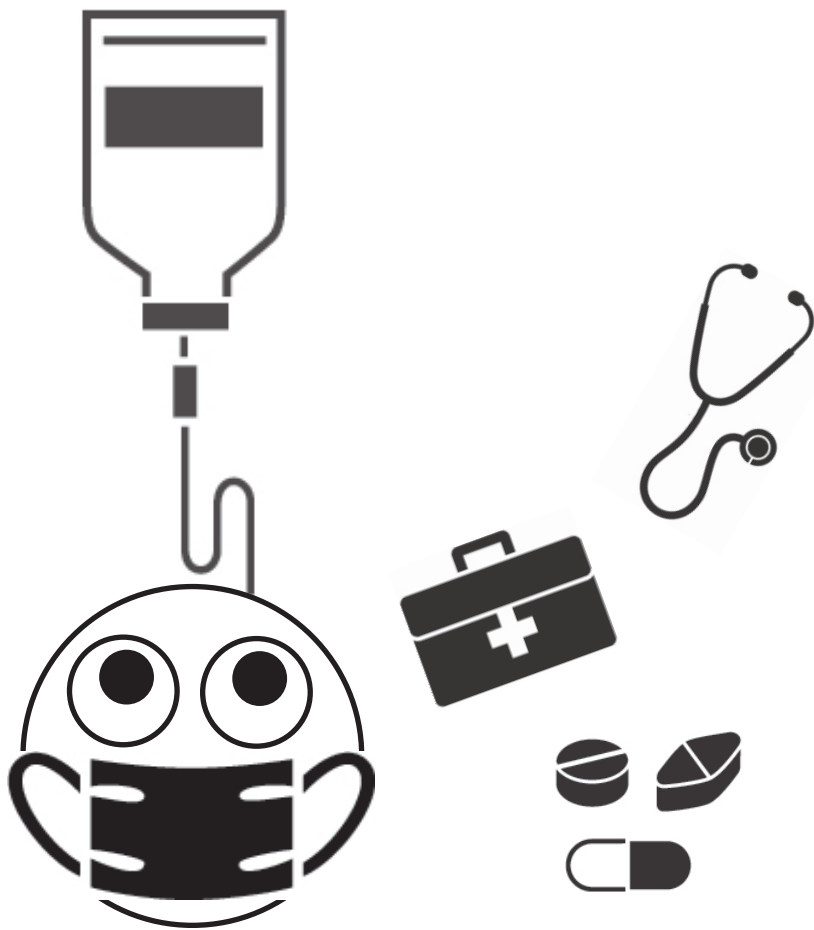


เส้นทางสำรวจเรื่อง “สุขภาพ” ใน “สื่อสารศึกษา”

กาญจนา แก้วเทพ
ชนิษฐา นิลผึ้ง



เส้นทางสำรวจเรื่อง “สุขภาพ” ใน “สื่อสารศึกษา”

กาญจนา แก้วเทพ
ชนิษฐา นิลผิง

สารบัญ

	หน้า
ส่วนที่ 1: ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับ “สุขภาพ” และ “การสื่อสาร”	142
1. สถานภาพของข้อเขียน	142
2. ความสำคัญของ “สุขภาพ” ในยุคสมัยปัจจุบัน	147
3. คำนิยามที่หลากหลายของ “สุขภาพ”	158
4. คุณลักษณะของ “การสื่อสาร”	166
5. กระบวนทัศน์ “สุขภาพ” กับงานวิจัยในสื่อสารศึกษา	185
6. พัฒนาการของการประสาน “การสื่อสาร” กับ “สุขภาพ”: มุมมองของสื่อสารศึกษา	215
7. การจัดประเภทของงานวิจัย “การสื่อสารสุขภาพ” : ข้อเสนอของทฤษฎีสังคมศาสตร์	242
ส่วนที่ 2: การจัดประเภทของงานวิจัย “การสื่อสารสุขภาพ”: ข้อเสนอของทฤษฎีการสื่อสาร	249
(ก) กลุ่มทฤษฎี Media-Centric Theory	251
1. Impact Theory	251
2. Social Learning Theory	264
3. Toronto School	277
(ข) กลุ่ม Society-Centric Theory	294
4. Social Functionalism	295
5. Uses & Gratifications Approach	315
6. Political Economy of Media	333
7. Media Health Discourse	339
(ค) กลุ่มไม่ระบุตัวแปรต้น-ตัวแปรตาม	365
8. Cultural Studies/Semiology	366

โครงการเมธีวิจัยอาวุโส “กระบวนทัศน์ใหม่ของสื่อสารไทยศึกษา” (New Paradigm of Thai Communication Study) รศ.ดร.กาญจนา แก้วเทพ ผู้รับผิดชอบโครงการ สนับสนุนโดยฝ่ายวิชาการ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สกว. (พ.ศ.2552-2555)

เส้นทางสำรวจเรื่อง “สุขภาพ” ใน “สื่อสารศึกษา”

กาญจนา แก้วเทพ
ชนิษฐา นิลผิง

ส่วนที่ 1: ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับ “สุขภาพ” และ “การสื่อสาร”

1. สถานภาพของข้อเขียน

ข้อเขียนชิ้นนี้จะมีเนื้อหาว่าด้วยความสัมพันธ์ระหว่างสาขาวิชา 2 สาขา คือ “สุขภาพ” (Health) และ “การสื่อสาร” (Communication) ซึ่งปัจจุบันทั้ง 2 สาขาวิชานี้ได้มาผนึกรวมกัน (marriage) และก่อให้เกิดเป็นสาขาวิชาใหม่ที่มีนามว่า “การสื่อสารสุขภาพ” (Health communication) แต่แม้ว่าเนื้อหาในข้อเขียนชิ้นนี้จะเกี่ยวโยงอยู่กับสาขาวิชา “การสื่อสารสุขภาพ” หากทว่าข้อเขียนชิ้นนี้ก็มิใช่พื้นที่สำหรับการให้คำอธิบายทั้งหมดเกี่ยวกับการสื่อสารสุขภาพ เช่น คำอธิบายว่า สาขาวิชานี้เป็นวิชาว่าด้วยอะไร มีแนวคิดหลักอะไร... เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ ผู้เขียนจึงมิได้ตั้งชื่อบทความชิ้นนี้ว่า เป็นเรื่องของการสื่อสารสุขภาพ แต่ทว่าได้แสดงเจตจำนงของเนื้อหาเอาไว้ว่าจะ เป็น “เส้นทางสำรวจเรื่อง “สุขภาพ” ในสื่อสารศึกษา” มากกว่า

และเนื่องจากงานเขียนแต่ละชิ้นย่อมถูกกำหนดให้มองดูจาก “มุมมองใดมุมมองหนึ่ง” เสมอ คล้ายๆเวลาที่เราไปเที่ยวชมสถานที่ต่างๆ ตำแหน่งที่นั่งของเราในเครื่องบินหรือรถยนต์ก็จะกำหนดแ่งมุมที่เราจะมองเห็น โดยเฉพาะเวลาที่เราลงไปดูชม “จุดชมวิว” ที่ถูกกำหนดเอาไว้ให้ และเมื่อ “วัตถุที่จะศึกษา” (object of study) นั้นมีลักษณะเป็น “ลูกผสม” แบบสาขาวิชา “การสื่อสารสุขภาพ” เราก็ยิ่งแน่ใจได้ว่า อย่างน้อยเราจะสามารถดูชม/ศึกษาประเด็นในสาขาวิชาเช่นนี้ได้จากอย่างน้อยก็ 2 มุมมอง คือ มุมมองแบบสุขภาพ และมุมมองจากการสื่อสาร

และเมื่อมองเรื่อง “การสื่อสารสุขภาพ” จากมุมมองของ 2 สาขาวิชา เราก็คงได้เห็นเหลี่ยมมุมที่มีทั้งที่เหมือนกันและที่แตกต่างกันออกไป

สำหรับเนื้อหาที่จะนำเสนอในข้อเขียนชิ้นนี้นั้นจะเป็นการมองเรื่อง**การสื่อสารสุขภาพจากจุดยืนของนักนิเทศศาสตร์/นักสื่อสารเป็นการเฉพาะ** ตามภูมิหลังและขีดความสามารถของผู้เขียนทั้ง 2 คน และเนื่องจากการงานเขียน/งานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพนั้นมีจำนวนมากภายในสาขาสุขภาพ และมีจำนวนไม่น้อยในสาขาสื่อสารศึกษา ฉะนั้น การสำรวจเส้นทางเรื่อง “สุขภาพ” ในสื่อสารศึกษาคั้งนี้คงจะต้องคัดเลือกเก็บเพียงตัวอย่างงานศึกษาวิจัยไทยบางชิ้นมานำเสนอเพื่อให้ได้กลิ่นอายเท่านั้น ดังนั้นข้อเขียนชิ้นนี้จึงมิใช่การสำรวจสถานภาพของงานศึกษาเรื่องการสื่อสารสุขภาพแต่อย่างใด (State of the Art)

สำหรับจุดสตาร์ทเริ่มต้นของการแต่งงานระหว่างสาขาการสื่อสารกับสุขภาพในต่างประเทศนั้น ในปากฟุ้งที่เกิดจากสายเครือญาติด้านการสื่อสารนั้น วาสนา จันทรสว่าง (2550) ระบุว่า ในกลางศตวรรษที่ 20 ได้เริ่มมีการก่อตั้งศาสตร์ด้านการสื่อสารในมหาวิทยาลัยประเทศสหรัฐอเมริกา โดย Wilbur Schramm ส่วนการศึกษาเรื่องการสื่อสารในงานด้านสุขภาพนั้นปรากฏขึ้นในปี ค.ศ.1986 เมื่อเริ่มมีการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยในสาขา “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” เป็นเล่มแรก จากนั้นก็เป็นการเคลื่อนไหวจากด้านสุขภาพคือ The Center for Disease Control and Prevention (CDC) ได้จัดตั้ง The Office of Health Communication (1993) โดยจัดพิมพ์ผลงานศึกษาด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพเผยแพร่ออกมาอย่างต่อเนื่อง (แต่น่าจะมีทิศทางไปในด้านการนำการสื่อสารไปใช้ประโยชน์ด้านการแพทย์/สาธารณสุขตามพันธกิจของหน่วยงาน) และหลังจากนั้น Tufts University of School of Medicine และ Emerson College (ค.ศ.1994) เป็นสถาบันแห่งแรกที่เปิดการเรียนการสอนด้านการสื่อสารสุขภาพในระดับปริญญาโท แต่ก็ที่น่าสังเกตว่า สาขาการสื่อสารสุขภาพในยุคนี้จะก่อร่างสร้างตัวขึ้นมาในสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพมากกว่าด้านสื่อสารศึกษา

ส่วน T.L. Thompson (2011) นำเสนอประวัติศาสตร์การก่อตัว

ของสาขาวิชาการสื่อสารสุขภาพในอีกเส้นทางหนึ่ง คือเส้นทางของสมาคมวิชาการ ในปีค.ศ.1975 ในสมาคมวิชาการด้านการสื่อสารคือ The International Communication Association ได้ก่อตั้ง “แผนกใหม่” (Division) คือ The Health Communication Division ขึ้นมา อย่างไรก็ตาม Thompson ก็ได้ระบุว่า แม้จะเพิ่งมีการสถาปนาแผนกใหม่ด้านการสื่อสารสุขภาพขึ้นมาในปีค.ศ.1975 นี้ ก็มีได้หมายความว่าก่อนหน้านั้น จะมีได้มีงานศึกษาวิจัยเรื่องการสื่อสารสุขภาพมาเลย ตรงกันข้าม ได้มีการค้นคว้าวิจัยเรื่องการสื่อสารสุขภาพมาอย่างกระจัดกระจายอยู่ตามสถาบันต่างๆ C. Atkin & K. Silk (1996) ระบุว่า ถึงแม้เราเพิ่งจะได้เห็นการนำเอาการสื่อสารมาใช้ในงานสุขภาพอย่างเป็นทางการเป็นกอบเป็นกำเมื่อไม่กี่สิบปีมานี้ แต่ความจริงแล้ว การนำความรู้ด้านการสื่อสารมาใช้ในงานสุขภาพนั้นเกิดขึ้นมาอย่างน้อย 300 ปีมาแล้ว ดังเช่นผลงานการศึกษาประวัติศาสตร์ด้านการแพทย์และสาธารณสุขในทวีปยุโรปและสหรัฐอเมริกา เริ่มตั้งแต่วารสารปีค.ศ.1721 ผู้นำศาสนา/การเมืองชื่อ Cotton Mother ได้ใช้แผ่นพับและการตระเวนออกแสดงสุนทรพจน์ในการรณรงค์เรื่องการป้องกันไข้ทรพิษที่ระบาดอยู่ในเมืองบอสตัน เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม Thompson (2011) ก็ได้ตั้งข้อสังเกตว่า ผู้ที่ทำการค้นคว้าวิจัยมักจะเป็นคนในสาขาสุขภาพหรือสาขาสังคมศาสตร์อื่นๆ มากกว่านักวิจัยในสาขาการสื่อสารเอง ด้วยเหตุนี้ประเด็นศึกษาจึงเน้นหนักไปตามภูมิหลังของผู้วิจัยที่เป็นแพทย์ พยาบาล บุคลากรในสายสาธารณสุข จนกระทั่งในปีค.ศ.1989 สำนักพิมพ์ใหญ่คือ Lawrence Erlbaum Associates (LEA) จึงได้ก่อตั้งวารสารวิชาการด้านการสื่อสารสุขภาพฉบับแรกขึ้นมาคือ **Health Communication** ที่เริ่มให้ความสนใจกับมิติด้านการสื่อสารในงานบริการสุขภาพ และอีก 7 ปีต่อมา วารสารการสื่อสารสุขภาพฉบับที่ 2 ก็ถือกำเนิดขึ้นคือ **Journal of Health Communication** ผลสืบเนื่องจากการมีวารสารทั้ง 2 เล่มนี้ ทำให้มีการค้นคว้าวิจัยเรื่องการสื่อสารสุขภาพจากมุมมองของหลายๆสาขาวิชา โดยเฉพาะจากมุมมองของสายสื่อสารศึกษา

สำหรับพัฒนาการของเส้นทางการศึกษาค้นคว้าด้านการสื่อสารสุขภาพในประเทศไทยนั้น แม้ว่าจะยังไม่มียานศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นหลักเป็นฐาน แต่ก็อาจจะคาดเดาได้ว่า งานค้นคว้าวิจัยเรื่องการสื่อสารสุขภาพนั้นคงจะก่อร่างสร้างตัวมาจากทั้ง 2 สาขาวิชา คือด้านสุขภาพที่น่าจะเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ด้านสุขภาพ ส่วนในปากฝั่งของสาขาการสื่อสารนั้น นับตั้งแต่ได้มีการเปิดสอนระดับปริญญาโทสาขาการสื่อสารเพื่อการพัฒนา (Development Communication) ในปีพ.ศ.2521 ก็ได้เริ่มมีงานวิจัยระดับวิทยานิพนธ์ในประเด็นหัวข้อการสื่อสารสุขภาพปรากฏให้เห็นตั้งแต่รุ่งอรุณของการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา (วิทยานิพนธ์รุ่นแรกคือปีพ.ศ.2523) เช่น เรื่องการใช้สื่อประเภทต่างๆเพื่อการคุมกำเนิดหรือการส่งเสริมโภชนาการแก่แม่และเด็ก ฯลฯ ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากข้อเท็จจริงที่ว่า มิติของการสื่อสารเพื่อการพัฒนาในช่วงทศวรรษ 1950-1970 นั้นจะมุ่งเน้นแนวคิดเรื่องการสร้างนวัตกรรม (innovation) ใน 3 ประเด็นหลัก คือ การเกษตรแผนใหม่ การวางแผนด้านประชากร และด้านโภชนาการ ซึ่งอย่างน้อย 2 ใน 3 ของประเด็นดังกล่าวนั้นก็มีความเชื่อมโยงอยู่กับเรื่องการสื่อสารสุขภาพ (Hornik, 1988)

สำหรับขอบเขตของงานค้นคว้าศึกษาวิจัยเรื่องการสื่อสารสุขภาพในสื่อสารศึกษาไทยนั้น มีนักวิชาการไทยได้ทำการประมวลสรุปสังเคราะห์เอาไว้เป็นระยะๆ เริ่มตั้งแต่ในปีพ.ศ.2547 โครงการพัฒนาองค์ความรู้เรื่องการสื่อสารสุขภาพ (2547) ได้สำรวจงานศึกษาวิจัยเรื่องการสื่อสารสุขภาพจากสถาบันการศึกษาในประเทศไทย 16 แห่ง พบว่า ในระหว่างปีพ.ศ. 2523-2545 (ประมาณ 20 ปี) มียานวิจัยเรื่องการสื่อสารสุขภาพรวม 205 เรื่อง เฉลี่ยแล้วปีละ 10 เรื่อง และหากดูเฉพาะงานวิจัยจากคณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่มีหลักสูตรปริญญาโทด้านนิเทศศาสตร์พัฒนาการแล้ว ก็จะมีจำนวนถึง 89 เรื่อง (เกือบครึ่งหนึ่งของจำนวนทั้งหมด) และในอีก 1 ปีต่อมา หทัยรัตน์ เหล็กกล้า (2549) ก็ได้ศึกษาเจาะลงไปในรายละเอียดของวิทยานิพนธ์ด้านการสื่อสารสุขภาพของคณะ

นิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ศึกษาในช่วงระหว่างปีพ.ศ. 2540-2546 (เพียง 6 ปี) และพบว่ามีจำนวนถึง 72 เล่ม (เฉลี่ยปีละ 12 เล่ม) และนับเป็น 20% ของจำนวนวิทยานิพนธ์ทั้งหมด ซึ่งน่าจะหมายความว่า ยิ่งนับวันความสนใจในเรื่องการสื่อสารสุขภาพจากปากฝั่งของสื่อสารศึกษานั้นก็ยิ่งเพิ่มทวีมากยิ่งขึ้น

และหากเราย้อนกลับไปทำงานแต่งงานระหว่างสาขาสุขภาพและการสื่อสารในระยะตั้งแต่เริ่มแรก P.G. Northouse (1992) ได้ตั้งข้อสังเกตว่า ผลพวงของการผนวกรวมสาขาวิชาทั้ง 2 เข้าด้วยกัน ได้ก่อให้เกิดมิติใหม่ๆ/แนวคิดใหม่ๆ (หรืออาจจะเป็นแนวคิดเดิมแต่หาได้มาถูกขีดเส้นใต้ให้มีความสำคัญเพิ่มมากขึ้น) ที่ Northouse เรียกว่าเป็นตัวแปรด้านการสื่อสารในงานบริการสุขภาพ (communication variables in health care) ตัวอย่างของตัวแปรเหล่านี้ก็เช่น การสื่อสารเพื่อสร้างความรู้สึก “เข้าใจ” (empathy) การสื่อสารเพื่อการควบคุม (control) ซึ่งอาจจะมีหลายมิติตั้งแต่การควบคุมพฤติกรรม การควบคุมข้อมูลข่าวสาร ฯลฯ และใครควบคุมใคร การสื่อสารเพื่อสร้างความไว้วางใจ (trust) การสื่อสารเพื่อการเปิดเผยตนเอง (self-disclosure) และการสื่อสารเพื่อการตอกย้ำความมั่นใจ (confirmation) เป็นที่น่าสังเกตว่าตัวแปรด้านการสื่อสารเหล่านี้จะมีคุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับ “ด้านความสัมพันธ์” (relational) และ “ด้านอารมณ์ความรู้สึก” (emotional) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ในระยะเริ่มแรกมิติด้านการสื่อสารที่ถูกคัดเลือกเข้าไปผสมผสานกับงานสุขภาพนั้นจะมีลักษณะโดดเด่นใน 2 มิติดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากในครึ่งหลังของศตวรรษที่ 20 นี้ ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในสาขาสุขภาพและการสื่อสารอย่างมากและหลากหลายระดับ ตั้งแต่ระดับกระบวนทัศน์ แนวคิดพื้นฐาน แนวทางในการปฏิบัติ ตัวอย่างเช่น ในปริมณฑลด้านสุขภาพอนามัยของสังคมไทยนั้นก็มีการแพทย์แทบจะทุกระบบชุมนุมกันอย่างถ้วนหน้า ทั้งการแพทย์กระแสหลัก/การแพทย์ตะวันตก การแพทย์พื้นบ้าน (เช่น การใช้

สมุนไพรรักษาโรค) การแพทย์ทางเลือก การรักษาด้วยไสยศาสตร์ รวมทั้งการรักษาตัวเอง เป็นต้น

ในปีของศาสตร์ด้านการสื่อสารเอง K. Miller (2001) ได้สำรวจสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาไม่ถึงร้อยปีที่ศาสตร์ด้านการสื่อสารได้ถือกำเนิดขึ้นมาเป็นตัวเป็นตนและได้พัฒนาเจริญเติบโตมาจนมีที่ยืนที่แน่นอนและเป็นที่ยอมรับในฐานะ “ศาสตร์สาขาหนึ่ง” ในแวดวงวิชาการ เพียงช่วงเวลาไม่ถึงหนึ่งทศวรรษนี้ Miller ได้พบว่า มีการให้คำนิยาม “การสื่อสาร” เอาไว้อย่างหลากหลายไม่น้อยกว่า 126 คำนิยาม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงความรู้ความเข้าใจ ทักษะ กระบวนทัศน์ ทฤษฎี ฯลฯ ที่เริ่มต้นตั้งแต่ “คำนิยามที่เป็นประจักษ์รูปประตู่” ทางเข้าสู่สาขาวิชา รวมทั้งการก่อตัวขึ้นของกระบวนทัศน์ใหม่ๆ และทฤษฎีใหม่ๆ ด้านการสื่อสารในระดับต่างๆ

ผลจากการเปลี่ยนแปลงชุดความรู้ทั้งด้านสุขภาพและด้านการสื่อสารดังกล่าวย่อมส่งผลสะท้อนมาถึงศาสตร์แห่งการสื่อสารสุขภาพซึ่งมีฐานะเป็นลูกผสมอย่างไม่ต้องสงสัย ดังนั้นในระหว่างที่เราเดินทางไปบนเส้นทางแห่งการสำรวจประเด็น “สุขภาพ” ในสื่อสารศึกษา เราจึงต้องตระหนักถึงความหลากหลายและการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอยู่ตลอดเวลา

2. ความสำคัญของ “สุขภาพ” ในยุคสมัยปัจจุบัน

เนื่องจากในลำดับต่อไป บทความนี้จะกล่าวถึงเรื่อง “การสื่อสาร” เป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตาม ประเด็นเรื่อง “สุขภาพ” ก็จะไม่แทรกตัวเข้ามาเป็นแซกรับเชิญอยู่เป็นระยะๆ ในที่นี้จึงจะเกริ่นเกี่ยวกับความสำคัญของ “สุขภาพ” โดยเฉพาะในยุคสมัยปัจจุบันเอาไว้เป็นเบื้องต้นเสียก่อน

แม้ว่ามนุษย์เราจะตระหนักถึงความสำคัญของ “สุขภาพ” มาตั้งแต่เริ่มประวัติศาสตร์หน้าแรกของการมีมนุษย์แล้ว ดังประจักษ์พยานที่แสดงอยู่ในชุดความรู้เกี่ยวกับความพยายามที่จะรักษาเยี่ยวยา การบำรุงส่งเสริมสุขภาพ แม้กระทั่งความพยายามที่จะคงความเป็นหนุ่มสาวหรือ

ความอยากจะคงความเป็นอมตะ และทุกครั้งที่พูดถึงเรื่องสุขภาพอนามัย ในสังคมไทย เราก็มักคุ้นเคยกับพุทธภาษิตที่ว่า “ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” รวมทั้งคุ้นชินกับคำอวยพรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย เช่น “ขอให้มีความสุข วรรณะ สุขะ พละ...”

แต่แม้ว่ามนุษย์ในทุกยุคสมัยจะใส่ใจให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพอยู่ตลอดเวลา แต่ทว่าในอีกด้านหนึ่ง การที่ในแต่ละยุคสมัยนั้นจะให้ความสำคัญกับสุขภาพมากน้อยเพียงใด ให้ความสำคัญในแง่มุมมองไหน (เช่น การรักษา การป้องกัน หรือการส่งเสริมสุขภาพ) จะมีหนทางบรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพที่ดีด้วยวิธีการแบบไหน ใครจะเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องสุขภาพ ฯลฯ ในประเด็นที่ยกตัวอย่างมานั้น ในแต่ละยุคสมัยจะให้ความสำคัญ/คำตอบที่แตกต่างกัน และในฐานะนักนิเทศศาสตร์ เราย่อมมีความเชื่อว่า ท่ามกลางคำตอบที่จะออกมาอย่างแตกต่างกันนั้น การสื่อสารย่อมเป็นปัจจัยตัวหนึ่งในการขับเคลื่อนให้ความสำคัญของสุขภาพ มีมากน้อยต่างกัน หรือเป็นกลไกหนึ่งในการนำเสนอหนทางในการบรรลุสุขภาพที่ดีให้แก่ผู้คนในสังคม

มีกลุ่มนักวิชาการกลุ่มหนึ่งที่มีความเห็นว่า แม้ที่มนุษย์เราจะเห็นความสำคัญของเรื่องสุขภาพมาตั้งแต่อดีตกาลแล้ว แต่ทว่าในยุคสมัยสังคมสมัยใหม่ (Modern society) การตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพนั้นก็ยิ่งมากขึ้นอย่างแตกต่างจากอดีต ทั้งนี้เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยหลายประการ เช่น ปัจจัยของการพัฒนาสังคมแห่งความเสี่ยงขึ้นมา (Risk society) ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงของลักษณะโรค ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ-อุตสาหกรรม-การเมืองของสินค้า/บริการสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยของความล้มเหลวของระบบการแพทย์สมัยใหม่ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(2.1) ปัจจัยเรื่อง “สังคมแห่งความเสี่ยง” สมสุข หินวิมาน (2546) นำเสนอคำตอบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดกระแสความตื่นตัวในสุขภาพอย่างสูงมากในยุคปัจจุบันนั้น น่าจะสืบเนื่องมาจากแนวคิดเรื่อง

“สังคมแห่งความเสี่ยง” (Risk society) ที่นำเสนอโดยนักสังคมวิทยาชาวเยอรมันชื่อ Ulrich Beck (1992) Beck สรุปผลการศึกษาพัฒนาการการเปลี่ยนแปลงสังคมจากยุคก่อนอุตสาหกรรมมาสู่ยุคหลังอุตสาหกรรมที่เรียกว่า “สังคมยุคสมัยใหม่” (Modern Society) ว่า แม้ว่าสังคมสมัยใหม่นั้นจะสร้างความทันสมัยด้านต่างๆที่ช่วยจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เคยมีมาในอดีต (เช่น การค้นพบยารักษาโรคปฏิชีวนะ โรคระบาดร้ายแรงต่างๆ) แต่ในอีกด้านหนึ่ง สังคมยุคสมัยใหม่ก็ได้ซุกซ่อน “ด้านมืด” (dark side) ที่เต็มไปด้วย “ความเสี่ยง” (risk) หรือภาวะภัยอันตรายนานาชนิดเอาไว้ ตัวอย่างความเสี่ยงขนาดใหญ่ๆก็เช่น การเกิดระเบิดของโรงงานปรมาณู เมืองเซอร์โนบิล ประเทศรัสเซีย เป็นต้น แต่นอกจากความเสี่ยงขนาดใหญ่ๆเช่นนี้แล้ว แม้แต่ในชีวิตประจำวัน ผู้คนก็ต้องพบกับภาวะความเสี่ยงตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นอาหารปนเปื้อน อากาศเป็นพิษ น้ำเน่าเสีย รังสี UV ในแสงแดด ฯลฯ และความเสี่ยงในยุคสมัยใหม่นั้นนอกจากจะมีปริมาณที่อาจจะมากกว่าความเสี่ยงที่เคยเกิดขึ้นในอดีตแล้ว ในแง่คุณภาพก็ยังเปลี่ยนแปลงไปด้วย กล่าวคือ ความเสี่ยงในอดีตนั้นเป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจริง หรือสัมผัสได้โดยตรง โดยที่มนุษย์สามารถเข้าไปจัดการกับความเสี่ยงนั้นได้อย่างมีเหตุผลรองรับ เช่น กรณีชาวกรุงลอนดอนของอังกฤษที่เคยสัมผัสประสบการณ์ความเสี่ยงในยุคปฏิวัติอุตสาหกรรมจากปัญหาแม่น้ำเทมส์เน่าเสีย แต่ทว่าความเสี่ยงในยุคสมัยปัจจุบันนั้นมีลักษณะเป็นนามธรรม ค้นหาสาเหตุไม่พบ ควบคุมผลไม่ได้ ทำนายผลไม่ชัดเจน คาดคะเนผลลวงหน้าลำบาก และยังขยายผลต่อไปได้เรื่อยๆอย่างรวดเร็ว นอกจากนั้นขอบเขตของความเสี่ยงก็ยิ่งกว้างขวางแบบโลกาภิวัตน์ ตัวอย่างเช่น การระบาดของโรคซาร์สเมื่อปีพ.ศ.2546 การระบาดของไข้หวัดนกเมื่อปี พ.ศ.2546 เป็นต้น

Beck ตั้งข้อสังเกตว่า ความเสี่ยงในสังคมยุคปัจจุบันนั้น ผู้คนอาจจะไม่ได้สัมผัสความเสี่ยงจากประสบการณ์ตรงเพียงเงื่อนไขเดียว แต่ทว่าความเสี่ยงนั้นเป็นปรากฏการณ์ที่สังคมได้ประกอบสร้างขึ้น (Socially

construct) หรือได้รับการผลิตขึ้นจากสื่อต่างๆ และเนื่องจากคุณลักษณะของความเสี่ยงสมัยใหม่ที่ได้กล่าวไปแล้ว ทำให้ผู้คนไม่มีฐานความรู้เพียงพอที่จะไปจัดการกับภาวะดังกล่าว ปรากฏการณ์เหล่านี้ผลักดันให้ผู้คนต้องหันมาสนใจปัญหาเรื่องภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพของตนเพิ่มมากขึ้น

สำหรับบทบาทของการสื่อสารกับภาวะแห่งความเสี่ยงที่ส่งผลต่อเรื่องสุขภาพนั้น นอกจากการสื่อสารเช่นสื่อมวลชนจะมีบทบาทในการติดตามสอดส่อง (surveillance) และเผยแพร่รายงานข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยงดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ก็จะมีงานค้นคว้าวิจัยด้านสื่อสารศึกษาที่สนใจการทำหน้าที่บทบาทที่หลากหลายของการสื่อสารเพื่อจะจัดการกับภาวะเสี่ยงดังกล่าว

ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของรัตนภรณ์ ทองอรุณนิกุล (2547) เรื่อง “การนำเสนอข้อมูลข่าวสารในหน้าหนังสือพิมพ์เกี่ยวกับใช้หวัดนกและการนำไปใช้ของผู้ประกอบการธุรกิจสัตว์ปีก” ผู้วิจัยเลือกศึกษาการแสดงบทบาทหน้าที่ของสื่อมวลชนที่มีต่อภาวะความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ.2547 ซึ่งการระบาดของใช้หวัดนกที่แพร่เชื้อมากับสัตว์ปีกที่เป็นอาหารของประชาชนคือไก่และไข่

สื่อมวลชนที่เลือกศึกษาคือกลุ่มตัวอย่างหนังสือพิมพ์ 3 ฉบับที่เป็นตัวแทนของหนังสือพิมพ์ประเภทประชานิยม ประเภทคุณภาพ และประเภทธุรกิจ ซึ่งตีพิมพ์เผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับใช้หวัดนกในช่วงปีพ.ศ. 2547 ส่วนการวัดตัวแปรเรื่อง “บทบาทหน้าที่” นั้น ผู้วิจัยพิจารณาจากการวิเคราะห์เนื้อหาของหนังสือพิมพ์กลุ่มตัวอย่างใน 4 มิติคือ ประเด็น เนื้อหาที่นำเสนอ รูปแบบที่นำเสนอ (เช่น ข่าว บทความ สก๊อบ บทบรรณาธิการ) เป้าหมายของการนำเสนอ (เช่น รายงานข้อเท็จจริงให้ความรู้ โน้มน้าวชักจูง สร้างภาพลักษณ์) และแหล่งข่าวที่ใช้ ผลจากการวิเคราะห์เนื้อหาในทั้ง 4 มิติจะนำมาสู่ข้อสรุปว่า สื่อมวลชนเช่นหนังสือพิมพ์นั้นจะมีบทบาทในการช่วยจัดการคลี่คลายภาวะวิกฤติจากความเสี่ยงหรือช่วยให้ประชาชนคนอ่าน โดยเฉพาะกลุ่มคนที่มีผลประโยชน์

เกี่ยวข้องโดยตรงกับภาวะความเสี่ยง (เช่น กลุ่มผู้ประกอบธุรกิจสัตว์ปีก) ได้จัดการกับภาวะเสี่ยงได้หรือไม่/อย่างไร

ตัวอย่างงานวิจัยของรัตนภรณ์ ทองอรุณนิกุล นี้เป็นตัวอย่างรูปธรรมหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่า ขอบเขตของเนื้อหาประเด็นเรื่องการสื่อสารสุขภาพที่มีลักษณะเฉพาะ คือเป็นการสื่อสารสุขภาพในภาวะพิเศษ/ภาวะวิกฤติ ซึ่งแม้จะมีใช้ประเด็นสุขภาพในภาวะปกติธรรมดา แต่ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้วว่า ในสังคมปัจจุบันนั้น ดูเหมือนภาวะเสี่ยงนั้นจะมีเพิ่มมากขึ้นและทยอยมาอย่างต่อเนื่องไม่ขาดสาย รวมทั้งการสื่อสารที่จำเป็นในเรื่องสุขภาพภายใต้ภาวะวิกฤติเช่นนี้ก็น่าจะเป็นรูปแบบการสื่อสารที่มีลักษณะเฉพาะเช่นกัน ประเภทของงานวิจัยดังกล่าวนี้จะเริ่มมีปริมาณมากขึ้นในสาขาการสื่อสารสุขภาพในยุคหลังๆ

(2.2) **ปัจจัยเรื่องการเปลี่ยนแปลงของลักษณะโรค** นิทัศน์ ศิริโชครัตน์ (2547) ระบุว่า จากประวัติศาสตร์ด้านสุขภาพอนามัยทั้งในระดับสากลและในประเทศไทยเองได้แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของลักษณะของโรคที่ทำให้เกิดการเจ็บไข้ได้ป่วย ในอดีตนั้น คนจำนวนมากมักจะตายด้วยโรคที่เกิดจากการติดเชื้อหรือโรคระบาด เช่น กาฬโรคที่คร่าชีวิตผู้คนในยุโรปยุคกลางไปเป็นจำนวนมาก หรือโรคห่า/โรคคอหิวตักโรคที่ทำให้คนไทยสมัยอยุธยาถึงกับต้องอพยพทั้งเมืองกันเลย แต่ทว่าหลังจากการปฏิวัติด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มีความก้าวหน้าในการค้นพบวิธีการจัดการกับตัวเชื้อโรคแล้ว ในยุคปัจจุบันนี้ ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บทั้งของคนไทยและชาวตะวันตกดูจะมีลักษณะใกล้เคียงกัน กล่าวคือ ในช่วง 30 ปีที่แล้ว (ต้นทศวรรษ 2500) คนไทยเป็นโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง ฯลฯ น้อยมาก แต่ปัจจุบันนี้ โรคทั้ง 3-4 ประเภทที่กล่าวมานี้กลับเป็นโรคยอดฮิตติดอันดับต้นๆที่ทำให้คนไทยเสียชีวิต นิทัศน์ได้อ้างข้อมูลจากวารสารทางการแพทย์ **Journal of American Medical Association** ที่ระบุว่า สาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของ

ประชากรอเมริกันคือสภาวะทางโภชนาการที่ล้นเกิน (พูดภาษาชาวบ้านก็คือตายเพราะกินมากเกินไป) การขาดการออกกำลังกาย สาเหตุอันดับสองคือบุหรี่ อันดับสามคือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทั้ง 3 ปัจจัยนี้เป็นปัจจัยที่เกิดมาจากพฤติกรรมในการดำรงชีวิตหรือที่เรียกว่าลีลาการใช้ชีวิต (lifestyle) ซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคประเภทที่กล่าวมาข้างต้น ทั้งๆที่โรคเหล่านี้เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้และเป็นโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากตัวเชื้อโรค (Non-communicable Disease – NCD)

และเมื่อลักษณะการเจ็บไข้ได้ป่วยเปลี่ยนแปลงจากโรคที่เกิดจากการติดเชื้อมาเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตของตัวเจ้าของสุขภาพเอง จึงไม่อาจจะใช้ตัวยาหรือวิธีการรักษาพยาบาลแบบเดิมๆที่เคยใช้มาแก้ไขปัญหาก็ได้ ด้วยเหตุนี้ ผู้เป็นเจ้าของสุขภาพจึงถูกเรียกร้องให้ต้องดูแลสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะต้องใส่ใจกับ “ลีลาชีวิตของตนเอง” A. Peterson & D. Lupton (1996) ชนนานามคนที่ต้องสนใจสุขภาพของตนเองว่า “entrepreneurial self” ซึ่งหมายความว่าคนที่ต้องมีความระมัดระวังในการใช้ชีวิตอย่างมีสติ (เช่น เวลาขับรถไม่โทรศัพท์) ต้องคิดไตร่ตรองคำนวณอย่างรอบคอบ (เช่น เวลาจะรับประทานอาหารก็ต้องคำนวณแคลลอรี่) และต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น (เช่น เมื่อน้ำหนักตัวเพิ่ม) ในยุคสมัยปัจจุบันคำว่า “พฤติกรรมเสี่ยง” จึงเป็นคำที่ผู้คนในสังคมได้ยินอยู่อย่างเป็นประจำสม่ำเสมอ

และแน่นอนว่า เมื่อปัจจัยของลักษณะโรคเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อมาเป็นโรคอันเกิดจากลีลาชีวิต การสื่อสารที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องกับเรื่องของสุขภาพก็จะมีโฉมหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น จากการสนใจเรื่องการให้คำแนะนำของแพทย์ต่อคนไข้ในการกินยา ก็อาจจะต้องเปลี่ยนแปลงไปเป็นการสื่อสารเพื่อให้คนไข้ควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง ดังเช่นตัวอย่างงานวิจัยของปานใจ กันยะมี (2553) เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง”

งานวิจัยชิ้นนี้ศึกษาโรคยอดฮิตคือโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นหนึ่งในโรคที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตอย่างสุ่มเสี่ยง และจะเป็นโรคที่อันตรายมากยิ่งขึ้นหากยังไม่เปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว ซึ่งในงานวิจัยชิ้นนี้ได้นิยาม “พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ” ตามทัศนะของ Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ว่ามีพฤติกรรม 6 ด้านที่ถือว่าเป็นความเสี่ยงคือ การสูบบุหรี่ การกินอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ การไม่ออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและความรุนแรง

ส่วนตัวแปรด้านการสื่อสารที่จะนำมาใช้ในการบริหารจัดการพฤติกรรมเสี่ยงนั้น ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ C.R. Becker (1974) ที่เชื่อว่า ความเชื่อและการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว เป็นตัวแปรที่เป็นปัจจัยภายใน (endogenous factor) ผลักดันพฤติกรรมหลักเลี่ยงความเสี่ยง บวกผสมกับปัจจัยภายนอก (exogenous factor) คือการสนับสนุนทางสังคม (social support) ของ House (1981)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงออกแบบการวิจัยด้วยวิธีการวิจัยแบบทดลองโดยใช้ตัวแปร 2 ตัวคือ “โปรแกรมการให้ความรู้” และ “การสนับสนุนทางสังคม” เป็น treatment ใส่เข้าไปในกลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วยผู้สูงอายุจำนวน 20 คน ส่วนกลุ่มควบคุมอีก 20 คนนั้นเป็นการรักษาพยาบาลตามปกติ

มิติของการสื่อสารในงานวิจัยชิ้นนั้นจะปรากฏอยู่ในการออกแบบ “โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมเสี่ยง” ซึ่งในมุมมองของนักนิเทศศาสตร์ โปรแกรมการให้ความรู้ก็คือชุดบูรณาการของการสื่อสารประเภทต่างๆที่วางแผนออกแบบผสมผสานอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น สื่อกิจกรรม (เช่น กิจกรรมผืนดี-ผืนร้ายที่สอดแทรกความรู้เรื่องโอกาสเสี่ยงจากโรค)

การจัดทำสไลด์/แผ่นวีซีดี การจัดทำเอกสารสิ่งพิมพ์คู่มือการปฏิบัติตัว การจัดทำบทความการให้ความรู้ผ่านทางหอกระจายข่าว เป็นต้น

ผลการทดลองแสดงให้เห็นประสิทธิภาพของการสื่อสารในการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพความเสี่ยงได้อย่างชัดเจน เนื่องจากภายในกลุ่มทดลองเอง พฤติกรรมความเสี่ยงหลังจากเปิดรับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับปัจจัยเสริมคือการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเครือข่ายแล้ว จะมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าช่วงก่อนการเปิดรับอย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มทดลองก็ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน

ในขณะที่กรณีศึกษาในงานของปานใจ (2553) นั้นเป็นกรณีของการมีพฤติกรรมเสี่ยงของผู้เจ็บไข้ได้ป่วยแล้ว ซึ่งอาจจะมีผลกระทบถึงอันตรายมากกว่าคนทั่วไปที่ยังมีสุขภาพเป็นปกติ ซึ่งน่าจะมีผลทำให้แบบแผนข่าวสารที่จะใช้ในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยอาจจะใช้ได้ผลง่ายกว่า ดังเช่นข้อพิสูจน์จากงานวิจัยของโกศล บุญยวง (2539) เรื่อง “การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเอดส์ของคณงานก่อสร้างใน จ.เชียงใหม่” ผู้วิจัยเริ่มดำเนินงานวิจัยขึ้นนี้เมื่อข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ได้เผยแพร่มาแล้วประมาณหนึ่งทศวรรษ แต่ทว่าเมื่อผู้วิจัยเลือกศึกษากลุ่มคนที่มีความเสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์ คือกลุ่มคณงานก่อสร้างชายหญิงที่ยังเป็นโสดหรือแต่งงานแล้ว อายุระหว่าง 15-45 ปี จำนวน 10 คนในจังหวัดเชียงใหม่ คนกลุ่มนี้มีระดับการศึกษาน้อยส่วนใหญ่อยู่อพยพมาจากภาคเกษตรกรรม และต้องทำงานทั้งกลางวันและกลางคืน โอกาสการเปิดรับข่าวสารข้อมูลจึงมีน้อย ด้วยเหตุนี้ ผลการวิจัยจึงพบว่า กลุ่มตัวอย่างคณงานก่อสร้างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์น้อย ส่วนมากทราบเพียงว่าเป็นโรคร้ายแรง ไม่มีทางรักษาให้หายเอดส์ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และป้องกันได้โดยใช้ถุงยางอนามัย การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของคณงานส่วนมากได้จากเพื่อน

ส่วนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ของคณงาน

ก่อสร้าง คนงานยังไม่หยุดพฤติกรรมเสี่ยง แม้มีการรับรู้ความรุนแรงและน่ากลัวของโรคเอดส์ กล่าวคือ ยังมีการเที่ยวหญิงขายบริการทางเพศอยู่ และการเที่ยวนั้นก็มิได้มีการป้องกันตนเองอย่างเหมาะสมทุกครั้ง แม้ทราบว่าจะป้องกันต่อการติดเชื้อโดยใช้ถุงยางอนามัยก็ตาม

สำหรับเงื่อนไขภายนอกที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับโรคเอดส์ของคนงานก่อสร้าง ยังมีเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรจากภายนอกเข้าไปให้การเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์น้อยมาก ทำให้ไม่มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจนเป็นระบบ ข่าวสารที่ได้รับผ่านทางโทรทัศน์และวิทยุ ไม่ใช่จากบุคคลภายนอก นอกจากนี้ผู้ประกอบการรับเหมาก่อสร้างไม่ให้ความสำคัญต่อการป้องกันปรัมาหรือแนะนำตักเตือนกลุ่มคนงานที่จะไปมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์อย่างพอเพียง

ผลลัพธ์จากการไม่ได้เข้าถึงแหล่งข้อมูลประเภทต่างๆที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ น่าจะทำให้กลุ่มบุคคลกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงอย่างยิ่งต่อการติดเชื้อโรคเอดส์

(2.3) ปัจจัยเรื่องบริการสุขภาพกลายเป็นระบบอุตสาหกรรม

ทฤษฎี ความแตกต่างประการหนึ่งระหว่างระบบบริการสาธารณสุขในสังคมอดีตกับปัจจุบันก็คือ ในอดีตนั้น การรักษาเยียวยานั้นมักมีสถานะเป็น “บริการทางสังคม” (social service) ดังที่ปรากฏอยู่ในคำกล่าวของสังคมไทยที่ว่า “ยาขอ หมอวาน” หรือสังคมไทยโบราณจะใช้คำว่า “ไปขอเจียดยา” มิใช่ “ไปซื้อยา” แต่ทว่าในสังคมสมัยใหม่นั้น การรักษาพยาบาลได้ผนวกรวมเข้ากับระบบอุตสาหกรรมทฤษฎี (ในโลกเสรีนิยม) ทำให้การรักษาพยาบาลนั้นมีสถานะเป็น “สินค้า” (commodity) ประเภทหนึ่งที่เรียกว่า “ยาซื้อ หมอจ้าง”

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้มีจุดเริ่มต้นในประเทศโลกตะวันตกที่ริเริ่มระบบการแพทย์สมัยใหม่ Vincente Navarro (1976, อ้างในโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2549) ผู้เขียนหนังสือเรื่อง **Medicine under Capitalism**

ชี้ให้เห็นว่า การแพทย์สมัยใหม่นั้นเป็นสถาบันที่ใกล้ชิดและแยกไม่ออกจากระบบทุนนิยมโลก โดยการแพทย์แผนปัจจุบันได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของอำนาจในระบบทุนนิยมที่ขยายตัวออกไปอย่างกว้างขวางทั่วโลก ความพยายามที่จะขยายหรือส่งเสริมการแพทย์แบบตะวันตกในโลกที่สามโดยเข้าทดแทนระบบการแพทย์พื้นบ้านแบบเดิมนั้นเกิดมาจากการผลักดันของบริษัทผลิตยาและธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์เป็นสำคัญ

ผลพวงจากการที่บริการด้านสุขภาพกลายเป็นธุรกิจการค้าเพื่อทำกำไรนี้มีอยู่หลายประการ เช่น การสร้างความตึงเครียดในความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ (ที่ปรากฏอยู่อย่างมากในเรื่องการฟ้องร้องแพทย์) การใช้การสื่อสารเพื่อโฆษณาให้มีการใช้ยาและบริการทางการแพทย์อย่างมากจนเกินความจำเป็น เช่น การกระตุ้นให้มีการกินอาหารเสริม รวมทั้งการประกอบสร้างพฤติกรรมมกดิธรรมดาให้กลายเป็น “โรค” ที่เรียกว่า “โรคหมอกทำ” (Medicalization) ฯลฯ ซึ่งผลสืบเนื่องจากปฏิบัติการด้านสุขภาพอนามัยที่กลายเป็นระบบธุรกิจอุตสาหกรรมทำกำไรนี้ก็ส่งผลให้ประชาชนมีความหวงใย (และอาจจะถึงขั้นวิตกกังวล) ในสุขภาพอนามัยของตนเองมากขึ้น (สนใจรายละเอียดโปรดดู เทพิน พัทธานุกรักษ์, **สังคมวิทยาการแพทย์**, 2548)

และแน่นอนว่า การประกอบสร้างพฤติกรรมมกดิธรรมดา เช่น การมีประจำเดือน การย่างเข้าสู่วัยชรา ฯลฯ ให้กลายเป็น “โรค” นี้ การสื่อสารประเภทต่างๆ โดยเฉพาะสื่อมวลชนจะต้องมีบทบาทเกี่ยวข้องด้วยอย่างมาก ดังเช่น งานวิจัยของอัญชณี วิชยาภัย บุณนาค (2540) เรื่อง “การแสวงหาข่าวสาร ทศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ” ที่พบว่า แหล่งข้อมูลสำคัญที่ผู้บริโภคผลิตภัณฑ์เสริม เช่น วิตามิน อาหารเสริม และเครื่องสำอาง ฯลฯ ใช้แสวงหาข้อมูลข่าวสารก็คือ สื่อมวลชนประเภทต่างๆ เช่น นิตยสาร โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ในลำดับต่อไปจะมีทฤษฎีการสื่อสารกลุ่มหนึ่ง เช่น ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองที่ให้ความสำคัญในเรื่องที่การแพทย์ได้กลายเป็นระบบธุรกิจสินค้า ดังกล่าวนี้

(2.4) ปัจจัยเรื่องความล้มเหลวและข้อจำกัดของระบบแพทย์

แผนใหม่ อีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้คนในยุคสมัยใหม่โดยเฉพาะช่วงท้ายๆ ของศตวรรษที่ 20 หันมาเพิ่มความใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเองก็น่าจะเนื่องมาจากการตระหนักถึงความล้มเหลวและข้อจำกัดของระบบแพทย์แผนใหม่ที่เคยเป็นสถาบันที่ผู้คนเคยฝากฝังให้ดูแลสุขภาพของตนเองเป็นเวลาร่วม 2-3 ศตวรรษที่ผ่านมา โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2545) ได้ประมวลข้อจำกัด 4 ประการของการแพทย์แผนปัจจุบันคือ (i) การแพทย์แบบชีวภาพ (Bio-medicine) นั้น เน้นแต่การแก้ปัญหาเฉพาะทางร่างกาย ดังนั้น หากความเจ็บป่วยมีสาเหตุมาจากจิตใจ/สังคม จะไม่สามารถจัดการได้ (ii) กระบวนการดูแลรักษาสุขภาพและความเจ็บป่วยกระทำอย่างแยกส่วน ดูเป็นแต่ละโรค แต่ไม่ดู “ทั้งตัวตน” (iii) ระบบการจัดบริการ เน้นการซ่อมสุขภาพมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ ผู้คนจึงขาดโอกาสที่จะได้เป็นเจ้าของสุขภาพที่ดี (iv) ระบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์เป็นความสัมพันธ์เชิงเทคนิคมิใช่ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ จากข้อจำกัดทั้ง 4 ประการทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาความทุกข์ของประชาชนที่มีลักษณะสลับซับซ้อน ทำให้บรรดาการแพทย์ทางเลือก การแพทย์พื้นบ้าน รวมทั้งกระแสการดูแลสุขภาพด้วยการพึ่งตนเองแทนการพึ่งพาแพทย์ได้กลายเป็นทางเลือกใหม่ของประชาชนที่ต้องรับผิดชอบสุขภาพที่ดีด้วยตนเอง (ดูรายละเอียดในลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533)

ผลสืบเนื่องจากการตระหนักถึงข้อจำกัดของ “การฝากสุขภาพที่ดีเอาไว้ในมือหมอ” มาเป็นวิธีการ “สุขภาพดีไม่มีขาย อยากได้ต้องสร้างเสริมเอง” ย่อมส่งผลให้การสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดสุขภาพใน 2 ระบบนั้นน่าจะต้องมีการปรับเปลี่ยนไปเช่นเดียวกัน โดยที่อย่างน้อยที่สุดก็ต้องมีการเปลี่ยนแปลงในส่วนของเนื้อหาด้านสุขภาพ ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของคันสนีย์ ฤทธิ์ทองพิทักษ์ (2546) เรื่อง “การเปิดรับข่าวสารความรู้ ทักษะคิด และการใช้สมุนไพรไทยของคนกรุงเทพมหานคร” ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการศึกษาในช่วงเวลาที่กระแสแนวคิดเรื่องการฟื้นฟูการแพทย์

พื้นบ้านของไทยกำลังก่อตัวขึ้น และสมุนไพรมักเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการแพทย์พื้นบ้าน กลุ่มตัวอย่าง 400 คนที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครจึงได้เริ่มมีพฤติกรรมการดูแลรักษาตนเองโดยเปลี่ยนแปลงจากที่เคยพึ่งพายาสมัยใหม่จากการแพทย์แผนตะวันตกมาเป็นการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับสมุนไพรรักษาโรคจากสื่อประเภทต่างๆ

ปัจจัยทั้ง 4 ประการที่ระบุนานี้ส่งผลให้ผู้คนในยุคปัจจุบันมีความสนใจในสุขภาพอนามัยมากยิ่งขึ้น แต่ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า การเปลี่ยนแปลงนี้มิได้มีมิติเชิงปริมาณเท่านั้น หากทว่ายังเป็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงคุณภาพอีกด้วย เช่น ความเข้าใจที่ว่า “สุขภาพที่ดีคืออะไร ทำอย่างไรจึงจะได้มา ใครจะเป็นคนรับผิดชอบสุขภาพที่ดีของเรา” เป็นต้น และการเปลี่ยนแปลงเชิงคุณภาพนี้จะเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงค่านิยมของ “สุขภาพ” ซึ่งมีอย่างหลากหลาย และเป็นประจักษ์ “ลูกบิดประตู่” ที่จะเปิดเข้าไปสู่สิ่งอื่นๆ ในลำดับต่อไป เราจึงจะทำการสำรวจความหมายที่หลากหลายของคำว่า “สุขภาพ” กันพอสังเขป

3. ค่านิยมที่หลากหลายของ “สุขภาพ”

ในหนังสือชื่อ **Communicating Health and Illness**, R. Gwyn (2002) อ้างถึงงานสำรวจของ C. Herzlich (1973) ที่ทำการสัมภาษณ์ชนชั้นกลางในฝรั่งเศสจำนวน 80 คน เพื่อหาคำตอบว่า กลุ่มตัวอย่างนั้นเข้าใจความหมายของคำว่า “สุขภาพคืออะไร” และพบว่า คำตอบส่วนใหญ่ก็คือ “สุขภาพก็คือสภาวะที่ปราศจากโรค/การเจ็บไข้ได้ป่วย” (Health is absence of illness) ซึ่งความเข้าใจความหมายและนิยามนี้ก็ละม้ายคล้ายคลึงกับค่านิยมของสุขภาพที่คนไทยคุ้นเคยคือ “อโรคยา ปรมาลาภา” และนอกเหนือจากความหมายนี้แล้ว Herzlich ก็ยังได้พบความหมายอื่นๆ ของสุขภาพ เช่น สุขภาพเปรียบเสมือนทรัพย์สิน (asset) เป็นทุนอย่างหนึ่งของบุคคล หรือสุขภาพหมายถึงภาวะสมดุล (equilibrium) และอื่นๆ ผลจากการวิจัยชิ้นนี้เป็นตัวแทนของข้อเท็จจริงที่ว่า ความหมาย

ของสุขภาพในการรับรู้ของบุคคล/กลุ่มคน/สถาบันหลายๆแห่งนั้นมีความแตกต่างกันหลากหลายอย่างแน่นอน และเนื่องจากค่านิยมของสิ่งใดนั้นจะเป็นประจักษ์ “ลูกปิดประตู” ที่จะเปิดนำไปสู่สิ่งอื่นๆ ในที่นี้เราจึงจะสำรวจความหมายที่หลากหลายของ “สุขภาพ” ซึ่งเป็นเสมือน “ทิวทัศน์พากซ้าย” ของเส้นทางสำรวจของบทความนี้

เทพิน พัชราณรงค์ (2546) ได้แบ่งกลุ่มความหมายของ “สุขภาพ (ที่ดี)” ออกเป็น 5 ชุด ตามเงื่อนไขและจุดยืนของผู้ให้ค่านิยม ดังนี้



ภาพที่ 1: นิยามของสุขภาพ

(1) นิยามที่หนึ่ง: สุขภาพดีคือการไม่มีความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นความเข้าใจที่อยู่ในจิตสำนึกของคนทั่วไป อันอาจจะเนื่องมาจากการทำงานของวาทกรรมที่ว่า “อโรคยา ปรมา ลาภา – ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” แนวคิดนี้จะอยู่ภายใต้ทฤษฎีการแพทย์แบบชีวภาพ (Bio-medicine)

ผลพวงจากนิยามแรกนี้ ผลักดันให้ผู้คนที่ต้องกระโจนเข้าสู่วังวนของความเจ็บไข้ได้ป่วยพยายามที่จะพาตัวเองออกมาจากวังวนนั้น ที่เรียกว่าเป็น “การเยียวยารักษา” และผู้ที่สามารถนำพาออกมาจากสภาวะความ

ป่วยใช้นั้นได้ ในความเข้าใจของคนสมัยใหม่ก็คือ หมอแผนใหม่ที่ศึกษา
อบรมมาจากระบบการแพทย์แผนใหม่ที่เป็นวิทยาศาสตร์

แต่ทว่าความเข้าใจข้างต้นนั้นยังไม่ครอบคลุมความเป็นจริงทั้งหมด
เพราะแท้ที่จริงแล้ว คนไทยในยุคปัจจุบัน (สำรวจเมื่อปีพ.ศ.2544) ยังมี
คนไทยประมาณ 15% ที่เลือกใช้การแพทย์ทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพ
และรักษาความเจ็บป่วย การแพทย์ทางเลือกดังกล่าวนั้นก็รวมถึงตั้งแต่
การใช้สมุนไพร การอบ/นวด การรักษาด้วยน้ำมันต์/คาถา/การจัดกระดูก/
การสวดมนต์/ทำสมาธิ ฯลฯ (อ้างอิงจากเทพิน, 2548)

(2) นิยามที่สอง: สุขภาพดีคือความแข็งแรง อันเป็นความหมาย
ตรงตัวของคำว่า “health” ในภาษาอังกฤษ ซึ่งนำมาใช้เป็นคำคุณศัพท์เวลา
ที่จะบอกว่า “อะไรมีความเข้มแข็ง/แข็งแรง” – healthy” เช่น แนวคิดเรื่อง
“เมืองไทยเข้มแข็ง” “เศรษฐกิจแข็งแรง”

อันว่าความแข็งแรงนี้ยังมีความหมายแตกย่อยออกไปอีก 2 นัยยะ
คือ **ความแข็งแรงในเชิงโครงสร้างร่างกาย (Physical Strength)** เช่น
การวัดสุขภาพของนักกีฬาที่จะเข้าแข่งขันว่า มีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์
อย่างเต็มที่ และในอีกความหมายหนึ่งหมายถึง **ความแข็งแรงในอันที่จะ
ต่อสู้กับอาการเจ็บไข้ได้ป่วย** ดังในกรณีที่เกิดโรคระบาด ผู้คนที่รับเชื้อ
เข้าไป บางคนอาจจะเกิดอาการเป็นโรค แต่บางคนก็มีร่างกายที่เข้มแข็ง
พอจะต้านทานกับเชื้อโรคจึงไม่ปรากฏอาการโรคขึ้นมา นิยามสุขภาพใน
ลักษณะเช่นนี้มีนัยยะว่า สุขภาพเป็นเรื่องของ “ทุนสำรอง” (capital)
ที่เราสามารถสะสมได้ เพิ่มได้ เก็บไว้ได้ และนำออกมาใช้ได้เพื่อต่อสู้กับ
โรคภัยในภาวะเจ็บป่วย

มีข้อที่น่าสังเกตเล็กๆว่า ในขณะที่นิยามแรกว่าสุขภาพดีหมายถึง
ภาวะที่ปราศจากการเจ็บไข้ได้ป่วยนั้น มักจะเป็นนิยามที่ถูกนำมาใช้เมื่อ
“ไปถึงมือหมอแล้ว” คือเกิดอาการเจ็บป่วยแล้ว แต่ทว่าในนิยามที่สองนี้
ซักจะกระเถิบเข้ามาใกล้แนวคิดเรื่อง “การส่งเสริมสมรรถภาพของร่างกาย
(และจิตใจ)ให้เข้มแข็ง” มากขึ้น

(3) **นิยามที่สาม:** สุขภาพคือความสามารถของบุคคลในการกระทำได้ตามบทบาทหน้าที่ นิยามนี้มีที่มาจากทฤษฎีหน้าที่นิยม (Functionalism) ที่มีเนื้อหาหลักว่า บุคคลแต่ละคนเป็นประจักษ์ส่วนย่อยๆของระบบสังคมทั้งหมด โดยที่แต่ละบุคคลนั้นจะถูกกำหนดให้ต้องทำหน้าที่ต่างๆกัน เราลองคิดเปรียบเทียบกับการเล่นฟุตบอลก็จะเห็นได้อย่างชัดเจน ทีมฟุตบอลทีมหนึ่งๆจะเปรียบเสมือนสังคม ผู้เล่นแต่ละคนจะต้องถูกมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นกองหน้า กองหลัง ปีกซ้าย/ขวา ผู้รักษาประตู กองกลาง ฯลฯ

และเมื่อใดที่มีนักฟุตบอลบางคนได้รับบาดเจ็บจากการแข่งขันก็หมายความว่า เขาไม่สามารถจะ “แสดงบทบาท/เล่นในหน้าที่เดิม” ต่อไปได้ และจำเป็นต้องออกจากสนามชั่วคราวเพื่อมารักษาพยาบาลอาการเจ็บป่วย

ฉันใดก็ฉันนั้น ผู้ที่มีสุขภาพดีในสังคมก็คือผู้ที่สามารถจะทำหน้าที่แสดงบทบาทตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายมาได้ ไม่ว่าจะ เป็นบทบาทในครอบครัว (เป็นพ่อ/เป็นแม่) บทบาทในวงวิชาชีพ (เป็นเจ้านาย เป็นเจ้าหน้าที่ เป็นลูกจ้าง ฯลฯ) หรืออื่นๆ

สำหรับนิยามของ “สุขภาพดี” ในแบบที่สามนี้ มีข้อน่าสังเกตเกี่ยวกับการมอบหมายบทบาทให้แก่คนรุ่นวัยต่างๆของสังคมสมัยก่อนและสังคมสมัยใหม่ ในขณะที่สังคมสมัยใหม่มักจะมอบหมาย “บทบาทผู้ป่วย” (ได้โดยง่าย) ให้แก่ “ผู้เฒ่าผู้แก่” (ซึ่งหากเป็นข้าราชการ ก็มีเส้นแดงขีดแบ่งเอาไว้อย่างชัดเจนว่า หากวันใดที่เดินผ่านเส้นอายุ 60 ก็เป็นอันว่าเป็น “ผู้ชราภาพ” แล้ว) แต่ในสังคมสมัยก่อน ความแก่เฒ่าจะไม่ถูกถือว่าเป็นความเจ็บไข้ได้ป่วย หรือกลุ่มสตรีมีครรภ์ สตรีที่กำลังหมดประจำเดือน เป็นต้น

(4) **นิยามที่สี่:** สุขภาพที่ดีคือการมีดุลยภาพระหว่างองค์ประกอบและปัจจัยต่างๆ นิยามที่สี่นี้มีวิธีคิดที่แตกต่างไปจากทั้ง 3 นิยามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น เช่น ในขณะที่นิยามแรกนั้นกำหนดการมีสุขภาพอยู่

ที่การปราศจากเชื้อโรคหรือความเจ็บป่วย (ที่อาจเรียกว่า “ทฤษฎีโรค”) นิยามที่สื่อนี้กลับใช้เกณฑ์เรื่อง “ดุลยภาพ” (Equilibrium) เป็นหลัก

ความคิดเรื่อง “ดุลยภาพ” เป็นความคิดที่มีมาตั้งแต่ครั้งโบราณ โดยเฉพาะที่มาจากเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ เช่น ยุคสมัยกรีกโบราณ ฮิปโปเครติส (460-367 BC) แพทย์ผู้มีชื่อเสียงได้นำเสนอทฤษฎีทางการแพทย์ไว้ว่า สุขภาพดีคือสภาวะสมดุลของของเหลว 4 อย่างภายในร่างกาย คือ เลือด น้ำเหลือง น้ำดี เสมหะ กับปัจจัยทางกายภาพที่เป็นสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น การเปลี่ยนแปลงของฤดูกาล ทิศทางลมและอาหาร ฯลฯ พื้นฐานวิธีคิดเช่นนี้จะช่วยอธิบายบรรดาข้อห้าม ข้อกำหนด ความเชื่อ ข้อต้องปฏิบัติต่างๆที่มีอยู่ในการแพทย์พื้นบ้าน เช่น ผู้หญิงที่คลอดบุตรใหม่ๆจะต้องอยู่ไฟ ต้องกินแกงเลียงในช่วงให้น้ำนมบุตร ฯลฯ

สำหรับการแพทย์แผนโบราณของไทยนั้น ก็อธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วยและการมีสุขภาพดีด้วยทฤษฎีสมดุลธาตุ (Humoral theory) เช่นเดียวกัน เช่นทฤษฎีธาตุที่มองว่าร่างกายของคนประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม ธาตุไฟ เนื่องจากในร่างกายทั้งหลายเกิดการแปรปรวน เสียสมดุล (มี 3 แบบแผนคือ ธาตุหย่อน ธาตุกำเริบ ธาตุพิการ) ก็จะทำให้เกิดการเจ็บป่วย เมื่อวิเคราะห์สาเหตุดังนี้ วิธีการแก้ไขก็แก้ไขไปตามการวิเคราะห์คือการปรับธาตุให้สมดุล

แนวคิดเรื่อง “ดุลยภาพ” ที่เป็นตัวอธิบายสภาวะของการมีสุขภาพที่ดีนั้นได้สืบทอดต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน แม้ว่าจะได้มีการปรับเปลี่ยนในรายละเอียดว่า เป็นดุลยภาพระหว่างอะไรกับอะไร ตัวอย่างเช่น **ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ** ที่เป็นกระบวนทัศน์หลักซึ่งอยู่ใต้การให้คำนิยาม “สุขภาพ” ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำนิยาม “สุขภาพดี” ว่า หมายถึงการมีดุลยภาพระหว่างองค์ประกอบทั้ง 4 ของสุขภาพคือ กาย-จิต-สังคม-สิ่งแวดล้อม” ซึ่งแนวคิดดังกล่าวนี้เน้นว่าเป็นการเดินทางย้อนกลับมาสู่กระบวนทัศน์แบบการแพทย์พื้นบ้านเป็นอย่างมาก (ดูรายละเอียดในตอนต่อไป)

(5) **นิยามที่ห้า: สุขภาพคือการมีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี**
 นิยามสุดท้ายนี้มีลักษณะเด่นตรงที่ขยายหน่วยของการพิจารณาให้กว้างขวางออกไปเกินกว่า “ระดับปัจเจกบุคคล” คือ ร่างกายและจิตใจของบุคคล หากทว่าได้ใช้กรอบแนวคิดพื้นฐานว่า “มนุษย์เรานั้นเป็นสัตว์สังคม” (Social animal) ดังนั้น การกระทำของปัจเจกย่อมมีผลกระทบต่อสังคม และในทำนองเดียวกัน การเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวของสังคมย่อมมีผลกระทบต่อปัจเจก ดังนั้น สุขภาพอนามัยของทั้งปัจเจกและสังคมจึงส่งผลกระทบต่อถึงกันและกันอย่างแยกไม่ออก คำนิยามนี้ในยุคปัจจุบันจะอยู่ภายใต้ทฤษฎี Social Determinism of Health (ดูรายละเอียดต่อไป)

จากคำนิยามที่หลากหลายของ “สุขภาพ” นั้น จะขอตั้งข้อสังเกตจากความหลากหลายดังกล่าวดังนี้

(i) แม้ว่าในคำนิยามทั้ง 5 ชุดนั้น อาจจะมีความหมายหนึ่งที่สามารถสถาปนาตนเองให้เป็น “คำนิยามหลัก” ดังเช่น ผลการวิจัยของ C. Herzlich ที่ได้กล่าวมา แต่ทว่าในโลกแห่งความเป็นจริง ความหมายทั้ง 5 ชุดนั้นก็ยังคงดำรงอยู่ในคนกลุ่มต่างๆ เช่น ในกลุ่มแพทย์สมัยใหม่ ในกลุ่มผู้ป่วยชนชั้นกลางที่มีการศึกษา ในกลุ่มหมอมือพื้นบ้าน ในกลุ่มชาวนาเกษตกรในชนบท ฯลฯ ดังนั้น การปะทะสังสรรค์ระหว่างความหมายของคำนิยามทั้ง 5 ชุดนั้นจึงเกิดขึ้นอยู่เสมอในชีวิตประจำวันของสังคม

(ii) ในท่ามกลางการปะทะเกี่ยวพันกันระหว่างความหมายต่างๆ ของ “สุขภาพ” ที่ส่งผลให้เกิดปัญหาความขัดแย้งในสังคมในประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพพยาบาลอยู่ตลอดเวลา นั้น วิจิตร ว่องวาริทิพย์ (2549) ให้ความเห็นว่า หากทุกคำนิยามยังคงยึดแนวทางที่จะสถาปนาให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ของตนเองผูกขาดอยู่เพียงนิยามเดียว ปัญหาเรื่องความขัดแย้งในการจัดการเรื่องสุขภาพอนามัยก็คงจะไม่จบสิ้น ดังนั้น วิจิตรจึงเสนอว่า ทางออกเรื่องสุขภาพน่าจะเริ่มต้นตรงที่มีการเปิดกว้างให้มีเจตความหมายของคำว่า “สุขภาพที่หลากหลาย” (โดยเฉพาะต้องให้มีการเปิดกว้างด้านความหมายในหมู่บุคลากรที่

รับผิดชอบงานดูแลรักษาสุขภาพของคนในสังคม) เพื่อที่จะทำให้เรื่องสุขภาพไม่จำเป็นต้องอิงอยู่กับมาตรวัดเพียงหนึ่งเดียว และไม่ใช้สุขภาพดีในความหมายแคบๆ เช่น คนเราไม่จำเป็นต้องบริโภคมากมายจึงจะมีสุขภาพที่ดีได้ หรือต้องมีการลงทุนด้านสุขภาพที่มีราคาแพง สุขภาพดีนั้นอาจมาจากความสัมพันธ์กับผู้คนและสังคมแวดล้อมที่ดีก็ได้ เป็นต้น

(iii) สำหรับในยุคปัจจุบันนี้ คำนิยามของ “สุขภาพ” ที่ดูจะมีความชอบธรรมที่สุดเนื่องจากแหล่งผู้ผลิตคำนิยามเป็นองค์กรที่ได้รับการยอมรับระดับโลกคือ องค์กรอนามัยโลก (World Health Organization) หรือ WHO ได้ให้ความหมายสุขภาพไว้ว่า คือ “ภาวะแห่งความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยดี ไม่ใช่แต่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการเท่านั้น” (Health is the state of the complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease and infirmity) ซึ่งจากนิยามข้างต้นนี้ก็แสดงให้เห็นว่า WHO ได้ขยับตัวออกไปจากความหมายเดิมของสุขภาพที่คนไทยเราค้นเคยคือ “อโรคยา ปรมา ลาภา” ไปอีกก้าวหนึ่ง

ในสังคมไทยเราก็ได้มีการขานรับคำนิยามใหม่ของสุขภาพตามทัศนะของ WHO อย่างคึกคัก ทั้งยังได้ระบุดูยึด/แหล่งที่มาของคำนิยามใหม่ของสุขภาพ เช่น กระบวนทัศน์ใหม่ทางสุขภาพ หรือกระแสสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) ที่ได้ขยับขยายปริมณฑลของสุขภาพออกไปอย่างกว้างขวางในหลายแง่หลายมุม ดังตัวอย่างที่จะยกมาแสดงดังนี้

- โภคาตร จิ่งเสถียรทรัพย์ (2545) ให้ความหมายของคำว่าสุขภาพไว้ว่า “สุขภาพ” หรือ “สุขภาพะ” คือ ภาวะแห่งสุขภาพ ภาวะแห่งความเป็นปกติของชีวิต ทั้งด้านกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ตั้งแต่เกิด ดำรงอยู่ เจ็บป่วย และตาย ทั้งในฐานะปัจเจกบุคคลและสังคม

หากจะพิจารณาเรื่องกายและจิต สุขภาพกาย หมายถึง สภาพของร่างกายที่มีความเจริญเติบโต และพัฒนาการสมกับวัย สะอาด แข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และทุพพลภาพ พร้อมทั้งมีภูมิคุ้มกันโรคหรือความต้านทานโรคเป็นอย่างดี

ในขณะที่สุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวของเราให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบัน รวมทั้งสถานการณ์ในอดีตและในอนาคตด้วย

อย่างไรก็ตาม การที่บุคคลใดจะสุขภาพดีได้นั้น จะต้องแสดงออกซึ่งความมีชีวิตชีวาของสภาพร่างกาย (สุขภาพกาย) และต้องแสดงถึงความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม (สุขภาพจิต)

- วิจิต เปานิล (2545) ได้ให้ความหมายของสุขภาพในแนวกระบวนทัศน์ใหม่ทางสุขภาพ ซึ่งไม่ได้ให้ความสำคัญเฉพาะแค่การไม่มีโรค ความทุกข์ทางกาย ทางใจ และการมีอายุยืนยาวเท่านั้น แต่กินความถึงวิถีชีวิตทั้งหมดของคนที่มี “มีความสุข” และไม่ใช่ว่าความสุขที่ตั้งอยู่บนฐานการบริโภคหรือการครอบครองทรัพย์สินอย่างไม่จำกัด แต่เป็นความสุขที่เกิดจากการ “พอ”

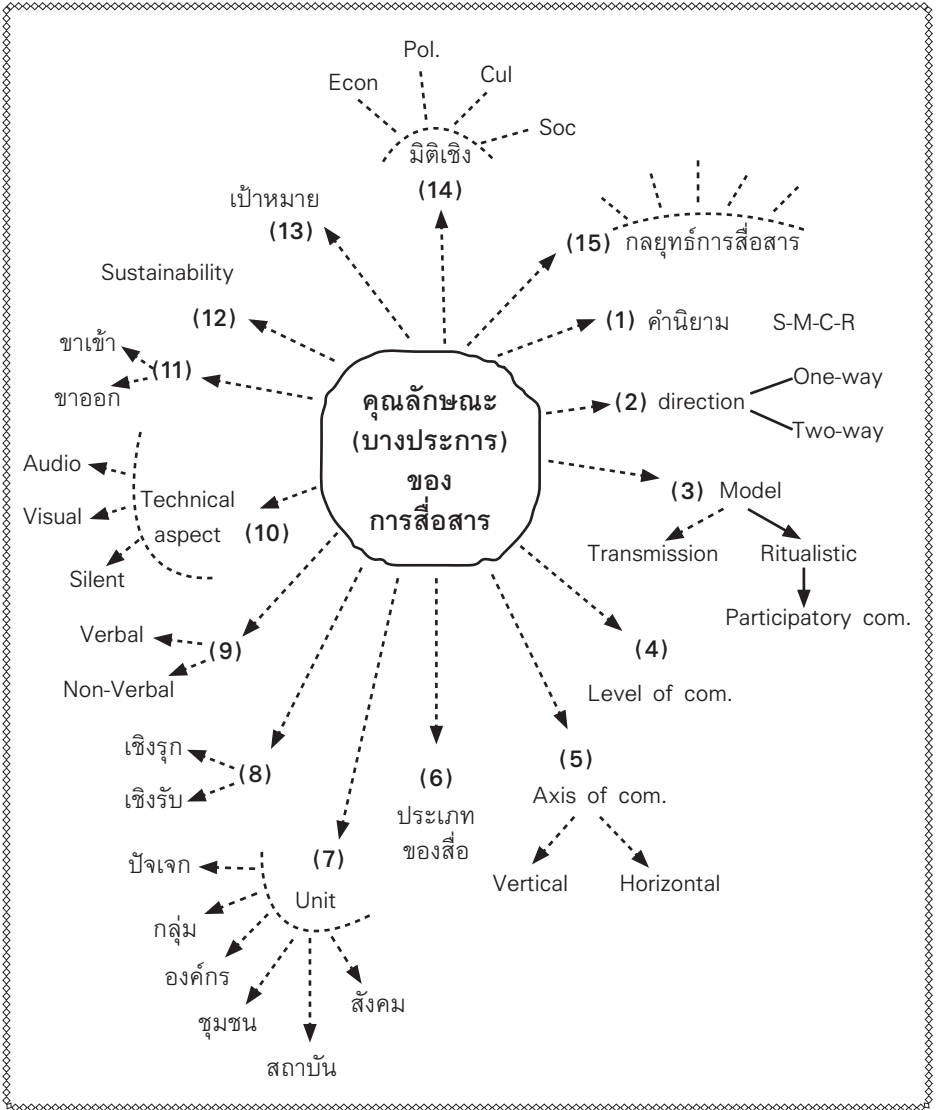
- ประเวศ วะสี (2546) ให้นิยามไว้ว่า “สุขภาพ” คือการบูรณาการกระบวนการพัฒนามนุษย์และสังคมทั้งหมด (Health is integral in total human and social development)

- รุจิภาด อรรถสิทธิฐ (2545) ให้ความหมายว่า “สุขภาพองค์รวม” (Holistic Health) เป็นการมองสุขภาพเชิงบวก โดยจะให้ความสำคัญกับ “สุขภาวะของชีวิต (Wellness) แบบต่อเนื่อง” หมายถึงสภาวะที่สมดุล สอดคล้อง กลมกลืน และพึ่งพาอาศัยกันและกันในมิติทางกาย มิติทางจิตใจ และมิติทางจิตวิญญาณภายในสมดุลและระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (ความสัมพันธ์ทางสังคมและความสัมพันธ์กับระบบนิเวศน์) โดยในที่นี้ บุคคลจะมีการดูแลสุขภาพกาย มีการแสดงออกด้านจิตใจอย่างเหมาะสม มีการใช้จิตวิญญาณเชิงสร้างสรรค์เพื่อเข้าร่วมกับสังคมอย่างมีจิตสำนึก ดังนั้น หัวใจสำคัญของการมีสุขภาพแบบองค์รวมคือ การที่บุคคลสามารถดูแลสุขภาพตนเอง โดยพัฒนาทักษะและแบบแผนการมีสุขภาพดี (Healthy lifestyle) และมีตนเองเป็นผู้กำหนด เป็นผู้ได้รับผลและเป็นผู้ประเมินสุขภาพตนเอง

(iv) จากคำนิยามที่หลากหลายที่ได้ยกตัวอย่างมาแล้วนั้น จึงเป็นข้อเตือนใจเมื่อเวลาที่เรหยิบงานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพขึ้นมาอ่านว่า เราอาจจะต้องเริ่มต้นตั้งแต่การพิจารณาดูที่ “ลูกบิดประตู” เสียก่อนว่า งานวิจัยเล่มนั้นๆได้ใช้คำนิยามของคำว่า “สุขภาพ” ภายใต้อัฒระบวนทัศน์ใด

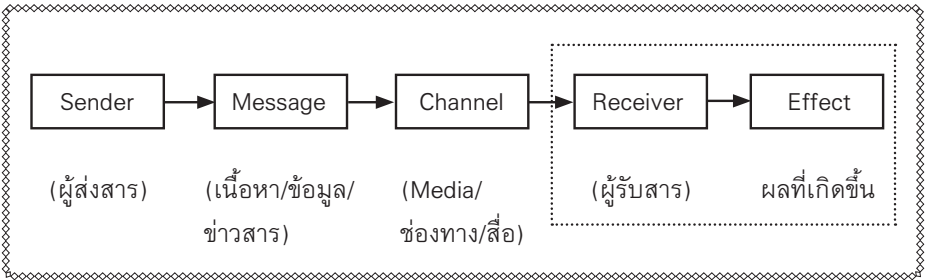
4. คุณลักษณะของการสื่อสาร

ในเนื้อหาลำดับต่อไป จะเป็นการนำเสนอองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารสุขภาพ และจำเป็นที่จะต้องมีการอ้างอิงมาถึงคุณลักษณะต่างๆ (attribute) ของการสื่อสาร ดังนั้นในที่นี้จึงจะขอนำเสนอคุณลักษณะบางประการของการสื่อสารเป็นเบื้องต้นไว้ดังนี้



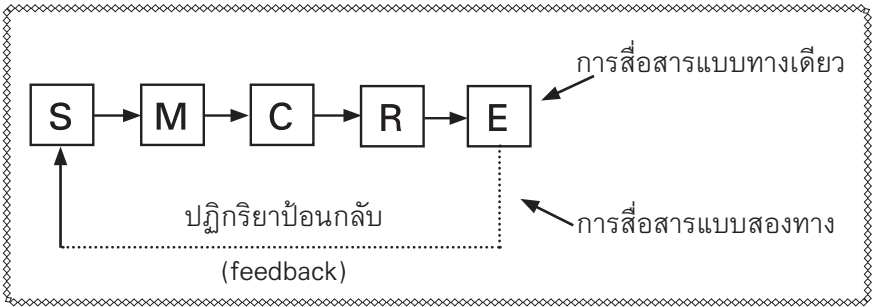
ภาพที่ 2: คุณลักษณะของการสื่อสาร

(4.1) **คำนิยามของการสื่อสาร** ถึงแม้จะมีผู้ให้คำนิยาม “การสื่อสาร” เอาไว้อย่างมากมายหลากหลาย แต่ทว่าในที่นี้จะใช้คำนิยามในเชิงวิเคราะห์ที่สามารถจะนำไปใช้ประโยชน์ในแง่ของการศึกษาวิจัย นั่นคือ **การสื่อสาร** เป็นกระบวนการที่เชื่อมต่อบุคคลประกอบทั้ง 4 คือ ผู้ส่งสาร (Sender) เนื้อหาสาร (Message) ช่องทางการสื่อสาร/ตัวสื่อ (Channel) และผู้รับสาร (Receiver) ที่รู้จักกันในสูตรย่อว่า S-M-C-R หรือหากพูดด้วยภาษาของชาวบ้านก็อาจจะพูดว่า เมื่อใดที่ธาตุทั้ง 4 คือ S-M-C-R มาประชุมกัน เมื่อนั้นก็จะเกิดการสื่อสารขึ้นมา แต่หากขาดธาตุ/องค์ประกอบตัวใดตัวหนึ่ง การสื่อสารก็ไม่อาจจะเกิดขึ้นได้



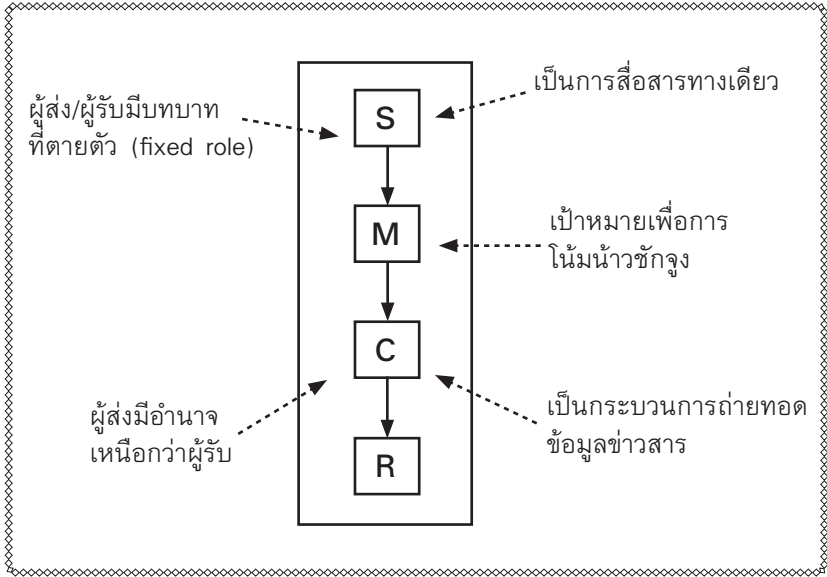
ภาพที่ 3: องค์ประกอบของการสื่อสาร

(4.2) **ทิศทางของการสื่อสาร** (Direction of communication) จากแบบจำลองเริ่มต้นองค์ประกอบของการสื่อสาร S-M-C-R เราสามารถจะแบ่งทิศทางของการสื่อสารได้เป็น 2 ทิศทาง **ทิศทางแรก** เป็นการสื่อสารแบบทางเดียว (One-way communication) เป็นรูปแบบที่ข่าวสารไหลเพียงทางเดียวจากผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร **ทิศทางที่สอง** เป็นการสื่อสารแบบสองทาง (Two-way communication) เป็นรูปแบบที่เพิ่มการไหลของข่าวสารจากทิศทางแรกโดยมีปฏิกริยาป้อนกลับ (Feedback) จากผู้รับสารกลับไปยังผู้ส่งสาร

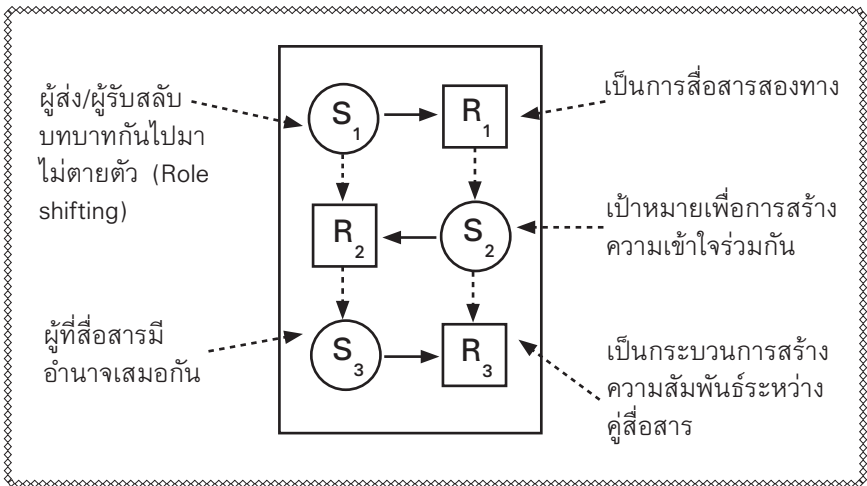


ภาพที่ 4: การสื่อสารแบบทางเดียวและสองทาง

(4.3) แบบจำลองการสื่อสาร (Model of communication) ในแวดวงวิชาการสาขานิเทศศาสตร์มีวิธีการนำเสนอแบบจำลองการสื่อสารมากมายหลายแบบ สำหรับในที่นี้ จะขอแนะนำแบบจำลองการสื่อสารจากข้อเสนอของ J.W. Carey (1992) ที่ได้แบ่งแบบจำลองการสื่อสารออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ โดยแสดงคุณลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างแบบจำลองการสื่อสารเชิงการถ่ายทอดข่าวสาร (Transmission Model) และแบบจำลองการสื่อสารเชิงพิธีกรรม (Ritualistic Model) ดังแสดงในภาพ



ภาพที่ 5: Transmission Model (แบบจำลองเชิงการถ่ายทอดข่าวสาร)



ภาพที่ 6: Ritualistic Model (แบบจำลองเชิงพิธีกรรม)

แบบจำลองทั้ง 2 นั้นจะมีคุณลักษณะอย่างน้อย 4-5 ประการที่แตกต่างกันดังที่แสดงอยู่ในภาพ เช่น

(ก) **แบบจำลองเชิงการถ่ายทอดข่าวสาร (Transmission Model)** ในแบบจำลองนี้ ผู้ส่งสาร (S) จะสร้างสาร (M) แล้วก็ส่งผ่านสื่อ/ช่องทาง (C) ไปยังผู้รับสารแบบทางเดียว โดยที่ผู้รับสารไม่มีโอกาสส่งสารย้อนกลับไปที่เรียกว่า “เป็นการสื่อสารทางเดียว”

เป้าหมายของการสื่อสารแบบนี้ก็เป็นไปตามชื่อของแบบจำลองคือฝ่ายผู้ส่งต้องการจะแจ้งข้อมูล (เช่นประกาศของทางราชการ) หรือต้องการจะชักชวนโน้มน้าว (เช่นรายการโฆษณา)

และน่าสังเกตว่า ในแบบจำลองนี้ ผู้ส่งสารและผู้รับสารจะเล่นบทบาทตัว คือใครเล่นเป็นผู้ส่งก็เล่นไปตลอด ฝ่ายผู้รับสารก็เล่นบทบาทตลอด รวมทั้งผู้ส่งก็จะมีอำนาจเหนือกว่าผู้รับสาร (เช่น รู้ข่าวสารมากกว่า)

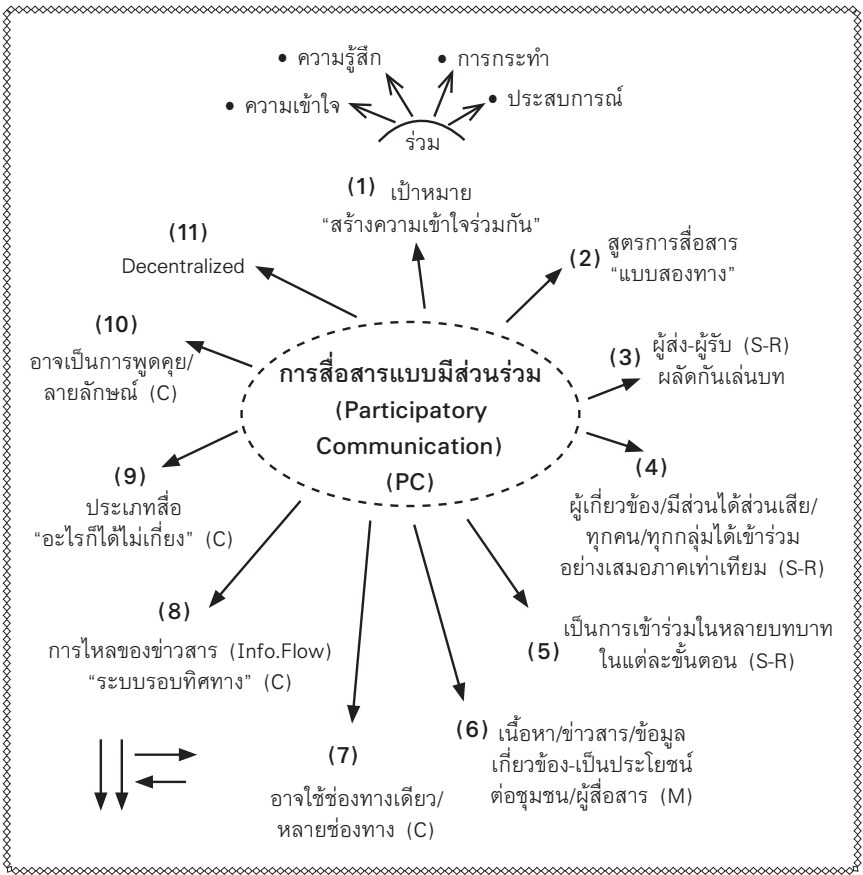
(ข) **แบบจำลองเชิงพิธีกรรม (Ritualistic Model)** ในแบบจำลองที่สองนี้จะต่างจากแบบจำลองแรก โดยเริ่มเปิดฉากตั้งแต่ผู้ส่งสาร (S_1) จะส่งสารให้กับผู้รับสาร (R_1) ในช่วงจังหวะที่สอง ผู้รับสาร (R_1) ก็จะไปเล่นบทบาทมาเป็นผู้ส่งสารบ้าง (S_2) ส่วนผู้ส่งสารเจ้าเดิมก็เปลี่ยนไปเล่นบทบาทผู้รับสาร (R_2) และสลับสับเปลี่ยนกันไปตลอดทั้งกระบวนการสื่อสาร

รูปแบบของแบบจำลองเชิงพิธีกรรมที่เราคุ้นเคยกันดีก็คือ การสนทนาพูดคุยที่ทั้งสองฝ่ายต่างผลัดกันพูดผลัดกันฟังนั่นเอง

เป้าหมายของการสื่อสารแบบนี้ มักจะเป็นไปเพื่อ “สร้างลักษณะร่วมกัน” (shared) ให้เกิดขึ้น เช่น สร้างความเข้าใจร่วมกัน (เช่นพ่อแม่กับครูที่พูดคุยกันเรื่องปัญหาของเด็ก) สร้างอารมณ์ความรู้สึกร่วมกัน (เช่นกลุ่มคนที่ เป็นโรคเอดส์และถูกสังคมรังเกียจมาปรับทุกข์กัน) สร้างประสบการณ์ร่วมกัน (เช่น การเล่าสู่กันฟังว่าไปเที่ยวเมืองนอกมาแล้ว เป็นยังไงบ้าง) ที่ภาษาไทยเรารู้จักแบบจำลองที่สองในคำพูดที่ว่า “จับเข้าคุยกันพบกันครึ่งทาง”

และแน่นอนว่า ในแบบจำลองเชิงพิธีกรรมนี้ ผู้ส่งและผู้รับสารจะ **ไม่ใช้บทบาทตายตัว** หากแต่จะมีการสลับปรับเปลี่ยนบทบาทกันไป (Role shifting) คู่สื่อสารจึงมีอำนาจที่เสมอกัน

ตัวอย่างที่ชัดเจนที่สุดของการสื่อสารที่สังกัดอยู่ในแบบจำลอง Ritualistic ก็คือรูปแบบของการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม (Participatory communication) ที่มีคุณลักษณะดังที่แสดงในภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 7: คุณลักษณะการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม

คุณลักษณะสำคัญๆของการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมจะเป็นไปตามองค์ประกอบ S-M-C-R ที่แสดงในภาพคือ

(1) **เป้าหมายของการสื่อสาร** จะเน้นการสร้าง “ความร่วมมือกัน” (shared) ไม่ว่าจะจะเป็นความเข้าใจร่วม ความรู้สึกร่วม การกระทำร่วมกัน หรือการมีประสบการณ์ร่วมกัน มิใช่มุ่งหวังการโน้มหน้าฝ่ายหนึ่งให้เข้าใจตาม/รู้สึกตาม/กระทำตามอีกฝ่ายหนึ่ง หรือเน้น “การสร้างความสัมพันธ์ร่วมกัน” (Relation building)

(2) **ทิศทางของข่าวสาร** จะเน้นการสื่อสารแบบสองทางที่มีปฏิกริยาบ่อนกลับ (feedback) ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนการสื่อสารได้อย่างพลวัต เช่น เมื่อพยาบาลให้คำแนะนำแก่คนไข้ หากเปิดโอกาสให้คนไข้ซักถาม แล้วพบว่าคนไข้ไม่เข้าใจ/เข้าใจผิด ก็สามารถเปลี่ยนวิธีการอธิบายใหม่

(3) **การสวมบทบาท** จะเป็นไปตามแบบจำลอง Ritualistic กล่าวคือ คู่สื่อสาร (communicator) จะผลัดกันเล่นบทเป็นผู้ส่งสาร/ผู้รับสาร

(4) **ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง** (Stakeholder) ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทุกคนทุกกลุ่มจะเข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสารอย่างเท่าเทียมเสมอภาคกัน ตัวอย่างเช่น การตัดสินใจรักษาคนไข้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง จะต้องมาจากการปรึกษาหารือระหว่างฝ่ายผู้ทำการรักษาและฝ่ายคนไข้พร้อมครอบครัว

(5) **การเข้ามามีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอน** ในกระบวนการสื่อสารที่มีหลายขั้นตอน จะต้องมีการวางแผน/บริหารการสื่อสารว่า ในขั้นตอนใด คู่สื่อสารคนใดจะเข้ามาร่วมในบทบาทใด คล้ายกับการเล่นละครที่มีการปล่อยตัวละครแต่ละชุดให้ออกมาในแต่ละฉาก

(6) **เนื้อหาข่าวสารข้อมูล** จะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องหรือเป็นประโยชน์ต่อคู่สื่อสารทุกฝ่าย ตัวอย่างเช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลนั้น เป็นเนื้อหาที่ควรรวมอยู่ในกระบวนการรักษาเยียวาด้วย แม้จะมีข้อปัญหาทางการแพทย์ก็ตาม

(7) **ช่องทางการสื่อสาร** อาจจะเป็นการสื่อสารแบบช่องทางเดียว หรือหลายๆช่องทาง (ดูตัวอย่างงานวิจัยเรื่องการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมในตอนต่อไป)

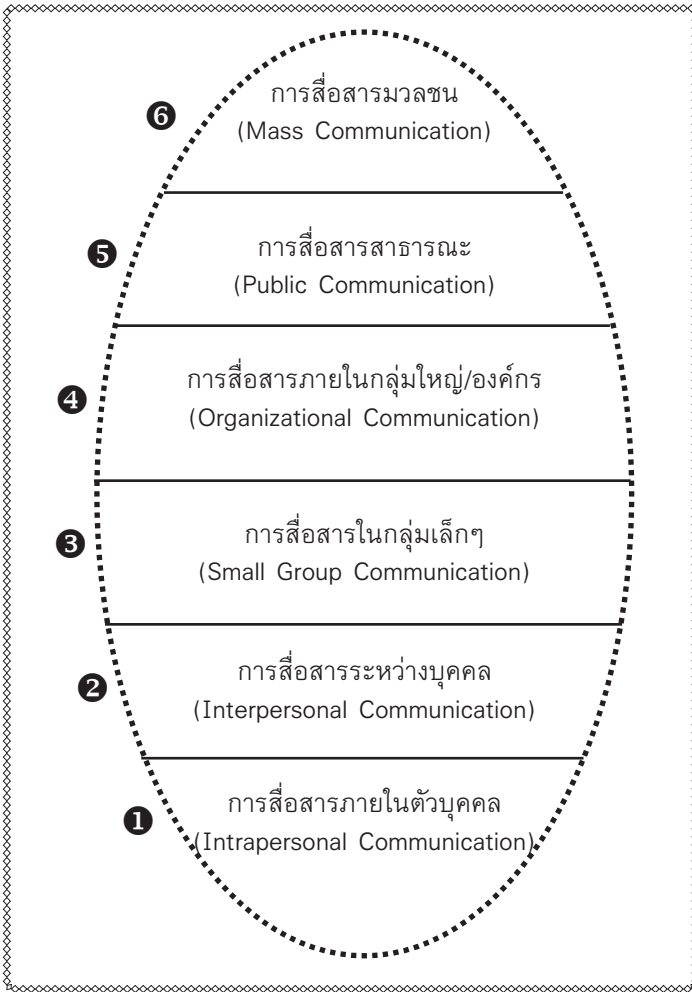
(8) **การไหลของข่าวสาร** (Information flow) ควรเป็นระบบที่เปิดให้มีข่าวสารไหลในระบบรอบทิศทาง ทั้งการไหลจากบนลงล่าง/ล่างขึ้นบน (Vertical) และการไหลในระนาบเดียวกัน (Horizontal) เช่น การพูดคุยระหว่างคนใช้ด้วยกัน

(9) **ประเภทของสื่อ** การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมนั้นจะไม่เกี่ยวประเภทของสื่อ และเปิดให้มีการใช้สื่อได้ทุกประเภท

(10) **ลักษณะการสื่อสารแบบพูดคุย** (oral communication) หรือการสื่อสารแบบเป็นลายลักษณ์ (written communication) ก็สามารถนำมาใช้ในการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมได้ทั้งสิ้น แล้วแต่เป้าหมายของการสื่อสารแต่ละครั้ง หากเป็นการสื่อสารเพื่อการให้กำลังใจอาจจะใช้การพูดคุย แต่หากเป็นข้อตกลงขั้นตอนการปฏิบัติการควรใช้ลายลักษณ์อักษร

(11) **รูปแบบของการใช้อำนาจ** ในการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมนั้นจะต้องมีการกระจายอำนาจ (decentralized) คือต้องกระจายตัวไปให้ถึงผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด และต้องเคารพในข้อมูลข่าวสาร/ความคิดเห็นของสมาชิกทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน

(4.4) **ระดับของการสื่อสาร** (Level of communication) โดยทั่วไปจะมีการแบ่งระดับการสื่อสารออกเป็น 6 ระดับดังแสดงในภาพ ในเรื่องการสื่อสารสุขภาพจะเข้าไปเกี่ยวข้องกับระดับทั้ง 6 ระดับนี้ และเมื่อเปลี่ยนระดับการสื่อสารไปในแต่ละระดับ บรรดาคุณลักษณะต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสาร เช่น S-M-C-R ความยากง่ายในการสื่อสาร กฎระเบียบที่ควบคุม ฯลฯ ก็จะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย (สนใจโปรดดู กาญจนา แก้วเทพ, **สื่อเล็กๆที่นำไปในงานพัฒนา**, 2552)



ภาพที่ 8: ระดับของการสื่อสาร

(4.5) แกนของการสื่อสาร (Axis of communication) เป็นรูปแบบหรือแบบแผนของการสื่อสารที่แสดงการไหลเวียนของข่าวสาร ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ แกนตั้ง (Vertical communication) และแกนระนาบ (Horizontal communication) การสื่อสารในแต่ละแกน

นั้นจะถูกนำไปใช้ในในกลุ่ม/องค์กรแต่ละประเภท เช่น การสื่อสารในแนวดิ่ง นั้นจะใช้มากในกลุ่ม/องค์กรที่มีโครงการแบบข้าราชการ (bureaucratic structure) ที่จะมีการถ่ายทอดข่าวสารลงมาตามลำดับชั้น (ตัวอย่างที่ชัดเจนคือการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข) การสื่อสารในแนวดิ่งมีข้อเด่นตรงที่สามารถควบคุมทิศทางการกระจายของข้อมูลข่าวสารได้สูง ส่วนการสื่อสารแนวระนาบนั้นเป็นรูปแบบที่ใช้ในองค์กรที่มีลักษณะเครือข่าย เนื่องจากคู่สื่อสารจะอยู่ในแนวระนาบเดียวกัน สำหรับเรื่องการสื่อสารสุขภาพนั้น ประเด็นที่น่าสนใจอาจจะอยู่ที่การตัดกันระหว่าง 2 แกนนี้ เช่น เมื่อหน่วยงานรัฐ (ซึ่งมีการสื่อสารในแนวดิ่ง) มาทำงานแบบเครือข่าย (ซึ่งต้องใช้การสื่อสารแนวระนาบ) ดังที่ปรากฏอยู่ในงานวิจัยของอนิชา น้อมศิริ (2552) เรื่อง “การสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ”

(4.6) ประเภทของสื่อ แม้ว่าโดยทั่วไปแล้ว เราอาจจะมีความเข้าใจว่า “สื่อนั้นมีอยู่เพียงไม่กี่ประเภท” เช่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร ภาพพลิก วิทยุ โทรทัศน์ ฯลฯ แต่อันที่จริง สื่อนั้นมีประเภทที่หลากหลายมากดังที่แสดงอยู่ในภาพต่อไปนี้ และในการวางแผนเพื่อเลือกใช้สื่อแต่ละประเภทให้เหมาะสมกับเป้าหมาย/กลุ่มเป้าหมาย/เนื้อหาสาระ/วาระโอกาสนั้น เราก็จะทำการวิเคราะห์ “ข้อเด่นและข้อจำกัด” ของสื่อแต่ละประเภท (contribution and limit) เช่น สื่อกิจกรรม (Activities media) มีข้อเด่นตรงที่กระตุ้นความสนใจได้สูง เปิดโอกาสให้มีการเข้าร่วมด้วยการลงมือทำได้มาก (เช่น การจัดค่าย) แต่ก็มีความเสี่ยงที่ต้องมีการเตรียมการอย่างดี เนื่องจากดำเนินการในช่วงเวลาสั้นๆ และภายในพื้นที่อันจำกัด เป็นต้น

นอกจากนั้น เมื่อมีสื่อหลากหลายประเภทมาประชันกันเช่นนี้ นักการสื่อสารก็จะสนใจว่าจะบริหารจัดการสื่อหลากหลายประเภทนั้นได้อย่างไร เนื่องจากสื่อแต่ละประเภทมีสถานภาพที่แตกต่างกัน เช่น สื่อพื้นบ้านนั้น

ของการสื่อสารเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ**ขอบเขตของการสื่อสาร** ซึ่งได้แสดงมาบ้างแล้วในเรื่องระดับของการสื่อสาร เช่น หน่วยของการสื่อสารที่เป็นปัจเจก เป็นกลุ่ม เป็นชุมชน เป็นองค์กร เป็นสถาบันสังคม หรือเป็นสังคมระดับกว้าง ในลำดับต่อไปเมื่อนำเสนอทฤษฎีการสื่อสารแต่ละทฤษฎี เราจะพบว่า หน่วยของการสื่อสารในแต่ละทฤษฎีนั้นจะแตกต่างกัน เช่น ในทฤษฎี Impact/Effect หน่วยที่วัดผลกระทบจะเป็นระดับปัจเจกบุคคล แต่ทฤษฎีวิวัฒนาการศึกษาคงสนใจหน่วยของการสื่อสารที่เป็นระดับกลุ่ม ซึ่งคุณลักษณะ “ความเป็นกลุ่ม” จะเข้ามาเกี่ยวข้องกับเรื่องการสื่อสารด้วย (เช่น ลักษณะที่ติดตามกลุ่ม – grouplike)

(4.8) การสื่อสารเชิงรุก/การสื่อสารเชิงรับ คุณลักษณะข้อนี้จะแสดงถึงคุณสมบัติในการเข้าถึงผู้รับสาร (Accessibility) และคุณสมบัติอื่นๆ (เช่น ความสม่ำเสมอแน่นอน) ตัวอย่างของสื่อเชิงรุกก็เช่น วิทยุโทรทัศน์ ที่สามารถรุกเข้ามาส่งสารได้จนถึงห้องนอนของผู้รับสาร หรือในการรณรงค์ประเด็นสุขภาพในชนบทก็มักจะใช้รถแห่/รถวิ่งประกาศข่าวสารไปตามหมู่บ้านต่างๆ ส่วนตัวอย่างของสื่อเชิงรับก็เช่นแผ่นโปสเตอร์ที่ติดอยู่ตามสถานีอนามัยต่างๆ สื่อเชิงรับนั้นแม้จะมีข้อจำกัดในแง่การเข้าถึงผู้รับสาร เนื่องจากเรียกร้องว่าผู้รับสารต้องเป็นฝ่ายเข้ามาหา แต่ก็มีจุดเด่นตรงความสม่ำเสมอแน่นอน (ถ้าเข้ามาดูก็จะพบอย่างแน่นอน) จุดเด่นนี้ก็คือจุดอ่อนของการสื่อสารเชิงรุกที่ไม่เสถียรนั่นเอง

การรู้จักคุณลักษณะ/ธรรมชาติของการสื่อสารเชิงรุก/เชิงรับช่วยให้เกิดการวางแผนสื่อที่ลดทอนข้อจำกัดและเสริมจุดเด่นของสื่อทั้ง 2 ประเภทได้มากขึ้น เช่น การทำโปสเตอร์ติดเอาไว้ (เป็นสื่อเชิงรับ) แต่ก็เอาข้อความในโปสเตอร์ไปทำเป็นสติ๊กเกอร์ซึ่งเป็นสื่อเชิงรุก เป็นต้น

(4.9) รูปแบบการสื่อสารแบบวจนภาษา/อวจนภาษา (Verbal/Non-verbal communication) เป็นอีกคุณลักษณะหนึ่งที่แวดวงนิเทศศาสตร์ศึกษากันอย่างมาก โดยเฉพาะในสาขาวิชาวิทยา (Speech commu-

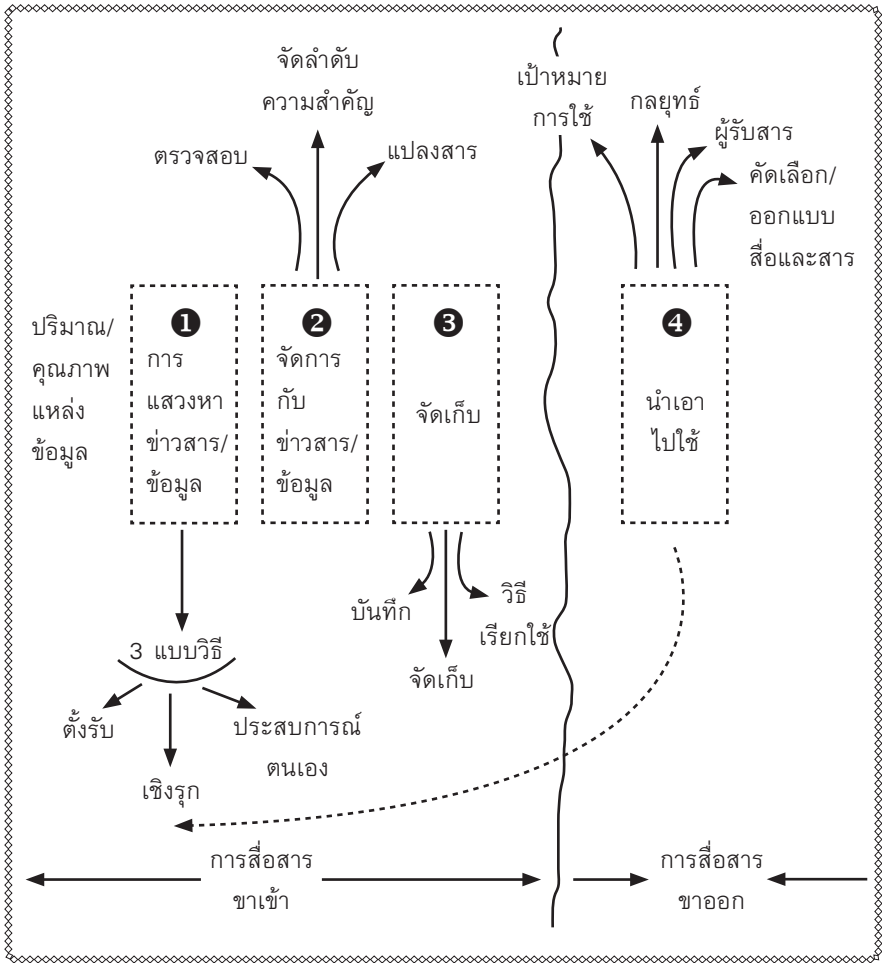
nication) และการสื่อสารในระดับการสื่อสารระหว่างบุคคล รูปแบบการสื่อสารแบบวัจนภาษา/อวัจนภาษามีความสำคัญเช่นเดียวกันในเรื่องของการสื่อสารสุขภาพ เนื่องจากเนื้อหาด้านสุขภาพนั้นมิใช่เรื่องที่ประกอบด้วย “ความรู้/ความเข้าใจ” เท่านั้น หากแต่ยังมีมิติของอารมณ์/ความรู้สึกเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยอย่างมาก และมิติด้านอารมณ์ความรู้สึกนี้เป็นเรื่องที่มีการสื่อสารด้วยอวัจนภาษา (เช่น การแสดงสีหน้า การใช้น้ำเสียง การแสดงอากัปกิริยา) จะเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยอย่างมาก

(4.10) มิติเชิงเทคนิคของการสื่อสาร (Technical aspect) มิติที่ดูจะเด่นชัดที่สุดของการสื่อสารในการรับรู้ของผู้คนทั่วไปก็คือ มิติเชิงเทคนิคของการสื่อสารที่อาจจะแบ่งได้ เช่น สื่อประเภทเสียง (audio) สื่อประเภทภาพ (visual) ความเงียบ (silent) โดยที่สื่อแต่ละประเภทมีคุณสมบัติเชิงเทคนิคที่แตกต่างกัน รวมทั้งมีผลกระทบที่แตกต่างกันด้วย เช่น สื่อเสียงนั้นสามารถจะสร้างจินตนาการได้ดี แต่อาจจะสร้างการจดจำได้น้อยกว่าสื่อภาพ หรือสื่อภาพอาจจะสร้างความน่าเชื่อถือได้มากกว่าสื่อเสียง (เช่น ภาษีตไทยที่ว่าสิบปากว่าไม่เท่าตาเห็น) สำหรับเนื้อหาที่อธิบายพวกขั้นตอน การสื่อสารด้วยภาพจะช่วยให้เข้าใจมากกว่าสื่อเสียง เป็นต้น

(4.11) การสื่อสารขาเข้า/ขาออก หากจัดแบ่งการสื่อสารโดยใช้ “เส้นกั้นพรมแดน” (boundary) เป็นเกณฑ์ ก็สามารถแบ่งขอบเขตของการสื่อสารได้เป็น 2 ภาค/ช่วงจังหวะ ไม่ว่าหน่วยที่สื่อสารนั้นจะเป็นบุคคล กลุ่ม องค์กร สถาบัน ประเทศชาติ ฯลฯ ก็ตาม ภาค/จังหวะแรก เป็นช่วงเวลาทีหน่วยที่สื่อสารนั้นรับการสื่อสารเข้ามาที่เรียกว่า “การสื่อสารขาเข้า” (Receptive communication) ได้แก่ การฟัง การดูชม การอ่าน ของผู้รับสาร ส่วนภาค/จังหวะที่สอง เป็นช่วงเวลาทีหน่วยการสื่อสารจะส่งข่าวสารออกไป (Expressive communication) ได้แก่ การพูด การเขียน การวาดภาพ การร้องเพลง ฯลฯ

สำหรับแนวคิดเรื่องการสื่อสารขาเข้าและขาออกนั้น เมื่อนำมาประยุกต์ใช้จะเน้นหลักการเรื่องความสมดุลระหว่างการสื่อสารทั้ง 2 ช่วง เพราะหากมีแต่การสื่อสารขาออกโดยไม่มีภาครับเข้ามา จะทำให้การสื่อสารขาออกไม่มีประสิทธิภาพ แนวคิดเรื่องความสมดุลระหว่าง 2 ภาคการสื่อสารนี้ตกผลึกอยู่ในความคิดของสังคมไทยในเรื่อง สุ-จิ-ปุ-ลิ ความสามารถในการจัดสมดุลระหว่างการสื่อสารทั้ง 2 ภาคนี้เป็นส่วนหนึ่งของคุณสมบัติที่เรียกว่า “ความสามารถด้านการสื่อสาร” (Communication competency)

นอกจากนั้นในแต่ละภาคของการสื่อสารก็จะมینگานศึกษาที่เจาะลงไปในรายละเอียด เช่น จะทำการบริหารจัดการกับภาคการสื่อสารขาเข้าได้อย่างไร ตัวอย่างเช่น งานวิจัยสื่อบุคคลด้านสาธารณสุขของปิยะนัทรपालานุสรณ์ (2549) เรื่อง “ความสามารถด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาวะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดีเด่นระดับชาติ จ.อำนาจเจริญ” ที่ได้แสดงแบบจำลองการบริหารจัดการการสื่อสารขาเข้าและขาออกในรายละเอียด ดังนี้



ภาพที่ 10: การสื่อสารขาเข้าและขาออก

(4.12) ความยั่งยืนของช่องทางการสื่อสาร เนื่องจากในแบบจำลอง S-M-C-R นั้น องค์ประกอบที่จะต่อเชื่อมไปถึงผู้รับสารนั้นคือ **ช่องทางการสื่อสาร (Channel)** ซึ่งอาจจะหมายถึงตัวสื่อ (Media) กาลเวลา (Time) และพื้นที่ (Space) มิติเรื่องกาลเวลา/พื้นที่ของช่องทาง

การสื่อสารนั้น หากพิจารณาให้เชื่อมโยงกับประเด็นเรื่อง “หลักประกันความยั่งยืนของการเกิดการสื่อสาร” อาจพิจารณาได้เป็น 2 แบบแผน คือ ช่องทางแบบชั่วคราว (occasional) และช่องทางแบบถาวร (permanent) ซึ่งในแต่ละช่องทางนั้นจะมีคุณลักษณะเฉพาะตัวที่ต้องคำนึงถึงเมื่อบริหารจัดการการสื่อสาร

ตัวอย่างเช่นในหมู่บ้าน การจัดการประชุมประจำเดือนของหมู่บ้านนั้นถือว่าเป็นช่องทางการสื่อสารแบบถาวรที่มีความสม่ำเสมอ มีความต่อเนื่อง มีหลักประกันเรื่องความยั่งยืนอันเป็นจุดเด่น แต่ข้อด้อยก็คือช่องทางแบบนี้มักมีการสื่อสารที่ทำแบบกิจวัตรประจำวัน (routine) ไม่ค่อยมีแนวคิดแปลกใหม่ ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ๆ ไม่ค่อยได้ บรรยากาศไม่น่าสนใจ ฯลฯ ซึ่งแตกต่างจากการมีหน่วยงานภายนอกเข้ามาจัดการรณรงค์ในหมู่บ้าน ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดความสนใจ/ตื่นตัว/มีแรงจูงใจใหม่ๆ แต่ข้อจำกัดของรูปแบบการสื่อสารรณรงค์ก็คือ เป็นเรื่องชั่วคราว ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ฯลฯ ดังนั้น ในการบริหารจัดการการสื่อสารในมิตินี้จึงต้องค้นคิดเพื่อประสานช่องทางการสื่อสารทั้ง 2 รูปแบบเข้าด้วยกันโดยรักษาข้อเด่นและลดทอนข้อจำกัดลงไป (ดูตัวอย่างงานวิจัยในประเด็นนี้ในตอนต่อไป)

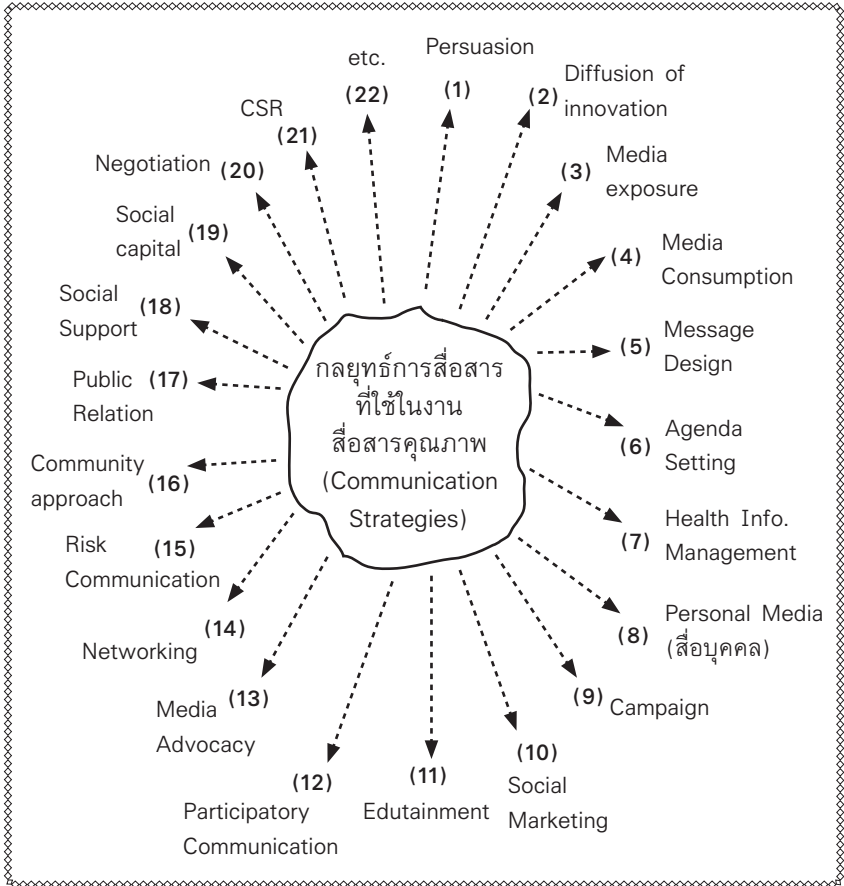
(4.13) เป้าหมายของการสื่อสาร ถึงแม้ว่าโดยทั่วไปแล้ว เราอาจจะคุ้นเคยกับแนวคิดที่ว่า เป้าหมายของการสื่อสารนั้นก็คือถ่ายทอดข่าวสาร อธิบายให้ความรู้ ให้ความบันเทิงผ่อนคลาย ฯลฯ อย่างไรก็ตาม ในภาคการปฏิบัติแล้ว เป้าหมายการสื่อสารแต่ละแบบยังสามารถถูกกำหนดได้อย่างมากมายหลากหลาย เช่น การสื่อสารเพื่อสร้างวัฒนธรรม การสื่อสารเพื่อควบคุมการกระทำ การสื่อสารเพื่อข่มขวัญ การสื่อสารเพื่อให้กำลังใจ การสื่อสารเพื่อสร้างความไว้วางใจ ฯลฯ

(4.14) มิติเชิงเศรษฐกิจ-การเมือง-วัฒนธรรม-สังคมของการ

สื่อสาร ดังได้กล่าวมาแล้วถึงมิติเชิงเทคนิคของการสื่อสาร ซึ่งอาจจะมองเห็นได้ง่าย และเมื่อเราใช้แบบจำลององค์ประกอบของการสื่อสาร S-M-C-R และเป็นการสื่อสารในระดับ Intrapersonal/interpersonal ก็อาจจะทำให้มิติอื่นๆของการสื่อสารนั้นหลบเหลี่ยมมูมไป ซึ่งอันที่จริงแล้ว การสื่อสารทุกประเภททุกระดับล้วนมีมิติด้านเศรษฐกิจ-การเมือง (ซึ่งอาจจะมองเห็นได้ชัดเจนในการสื่อสารระดับสื่อสารมวลชน) มิติวัฒนธรรมและมิติทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องอยู่ด้วยเสมอไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารระดับใดก็ตาม ดังนั้นการสื่อสารระหว่างแพทย์-คนไข้จึงมีฉากหลังที่เป็นมิติด้านเศรษฐกิจ-การเมือง-วัฒนธรรม-สังคมเข้ามาพัวพันอยู่ตลอดเวลา

(4.15) กลยุทธ์การสื่อสาร (Communication strategies) หากแบ่งประเภทของการสื่อสารโดยใช้เรื่อง “ความตั้งใจ” (Intention) และ “การออกแบบวางแผน” (Planning/Design) เป็นเกณฑ์ เราก็อาจจะแบ่งประเภทการสื่อสารออกได้ง่ายๆเป็น 2 แบบ แบบแรกคือการสื่อสารที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติมิได้มีการวางแผน/ออกแบบไว้ล่วงหน้า เช่น การพูดคุยสนทนาในครอบครัว ส่วนแบบที่สองคือการสื่อสารที่เกิดขึ้นโดยมีการออกแบบ/วางแผนล่วงหน้าว่า จะมีใครเป็นกลุ่มเป้าหมาย จะวางเป้าหมายอะไร จะออกแบบสารอย่างไร จะเลือกสื่ออะไร จะเลือกวิธีการอะไรไปบรรลุเป้าหมายกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการ การสื่อสารในรูปแบบที่สองนี้เรียกว่าเป็น**กลยุทธ์การสื่อสาร (Communication strategies)**

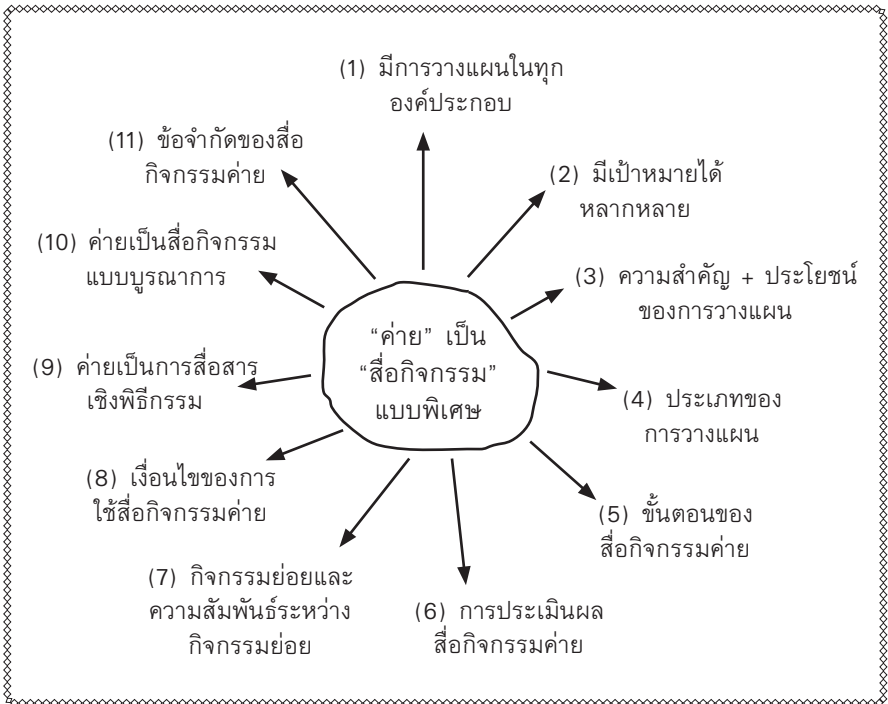
ในงานศึกษาวิจัยเรื่องการสื่อสารสุขภาพนั้น จะมีงานวิจัยอยู่กลุ่มหนึ่งที่ทำให้ความสนใจกับเรื่องกลยุทธ์การสื่อสารในงานสื่อสารสุขภาพเป็นการเฉพาะ ในที่นี้ เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องความยาวของบทความ จึงจะขอข้ามรายละเอียดของกลยุทธ์แต่ละประเภท แต่จะประมวลให้เห็นตัวอย่างกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพที่มีอยู่อย่างหลากหลายดังแสดงในภาพ



ภาพที่ 11: ตัวอย่างกลยุทธ์การสื่อสารในงานสื่อสารสุขภาพ

จากตัวอย่างคุณลักษณะอย่างน้อย 15 ประการของการสื่อสารเมื่อเราหยิบจับการสื่อสารมาใช้ในงานสุขภาพ สิ่งที่น่าสื่อสารสุขภาพ ฟังกระทำก็คือการแยกแยะคุณลักษณะของประเภทการสื่อสารที่นำมาใช้เพื่อจะวางแผนบริหารจัดการและดำเนินการใช้การสื่อสารให้ได้อย่างเต็มศักยภาพของการสื่อสาร และเป็นการใช้สื่ออย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น หากมีความต้องการจะจัด “สื่อค่ายสำหรับผู้เป็นเบาหวาน” ให้

รู้จักการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง นักสื่อสารสุขภาพก็ต้องวิเคราะห์คุณลักษณะของสื่อค่ายซึ่งเป็นสื่อกิจกรรมประเภทหนึ่ง ดังแสดงในภาพ (สนใจรายละเอียดโปรดดู กาญจนา แก้วเทพ, **สื่อเล็กๆที่นำใช้**, 2552)



ภาพที่ 12: คุณลักษณะของค่ายในฐานะสื่อกิจกรรม

5. กระบวนทัศน์ “สุขภาพ” กับงานวิจัยในสื่อสารศึกษา

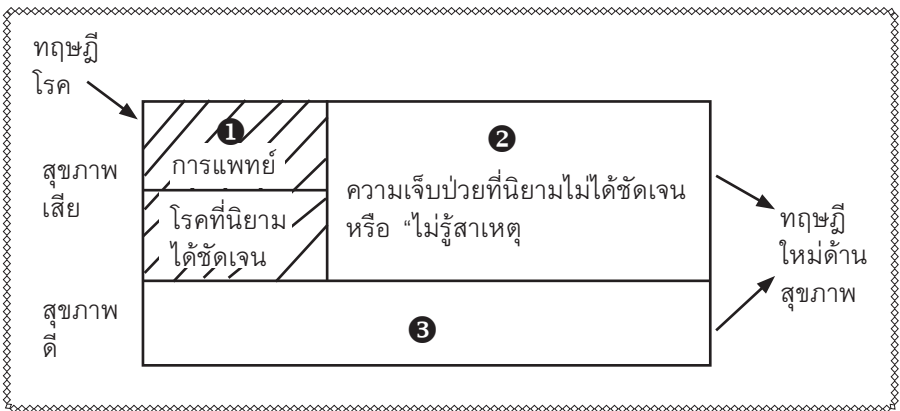
หากเราเปรียบเทียบคำนิยามที่หลากหลายของสุขภาพที่ได้กล่าวมาแล้วเสมือนเป็น “ข้อความที่ปรากฏขึ้นในหน้าจอคอมพิวเตอร์” จากข้อความที่แตกต่างกันจะสะท้อนให้เห็นโปรแกรม/software ที่อยู่เบื้องหลังที่แตกต่างกัน ซึ่งในที่นี้ software เบื้องหลังดังกล่าวก็คือ “กระบวนทัศน์” (Paradigm) ที่เป็นตัวให้กำเนิดแก่นิยามต่าง ๆ นั้นเอง ฉะนั้น เพื่อให้

เข้าใจถึง “ที่มา” และ “ที่ไป” ของนิยามสุขภาพ เราจึงจะมาสำรวจ “กระบวนทัศน์สุขภาพ” ที่มีอยู่ในปัจจุบัน และจะดูตัวอย่างงานวิจัยในสื่อสารศึกษาที่ใช้กระบวนทัศน์สุขภาพที่แตกต่างกัน

รุจินาถ อรรถสิทธิ์ (2548) ประมวลกระบวนทัศน์ของสุขภาพในยุคปัจจุบันว่ามี 3 กระบวนทัศน์ใหญ่ๆ ดังนี้คือ

- (1) กระบวนทัศน์ของการแพทย์แบบชีวภาพ (Biomedical Paradigm) หรือทฤษฎีโรค
- (2) กระบวนทัศน์ของการแพทย์แบบสังคม (Sociomedical Paradigm)
- (3) กระบวนทัศน์ของสุขภาพแบบนิเวศน์สังคม (Socio-ecological Paradigm of Health)

แต่ก่อนที่จะดูรายละเอียดของกระบวนทัศน์ทั้ง 3 นั้น เราคงต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับแผนที่ของปริมณฑลของสุขภาพที่นำเสนอโดย ประเวศ วะสี (2547) ดังนี้



ภาพที่ 13: ปริมณฑลของสุขภาพ

คุณหมอประเวศอธิบายว่า ประชากรทั้งหมดในสังคมนั้นจะสังกัด

อยู่ใน 3 ปริมาณของสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันนี้ แต่ละปริมาณนั้นจะมาเกี่ยวข้องกับเรื่องการแพทย์แบบแผนใหม่ที่ใช้ทฤษฎีโรคเป็นแนวคิดนำมาน้อยต่างกัน

ปริมาณของสุขภาพแบ่งได้เป็น 2 ส่วนใหญ่คือ

(1) **ส่วนที่สุขภาพดี** ได้แก่ เขตที่ 3 ก็คือ กลุ่มคนที่มีสุขภาพพลานามัยดีเป็นปกติ ไม่เจ็บไข้ได้ป่วย ดำเนินชีวิตอย่างสามัญธรรมตามส่วนนี้จะเป็นส่วนใหญ่ของพื้นที่ทั้งหมด เพราะโดยทั่วไปสังคมเราจะมีคนสุขภาพเป็นปกติ/สุขภาพดีมากกว่าคนเจ็บไข้ได้ป่วย

(2) **ส่วนที่สุขภาพเสีย** ได้แก่ ส่วนที่มีพื้นที่ขนาดเล็กลงมา ซึ่งเริ่มได้แก่คนที่มีอาการเจ็บไข้ได้ป่วย ในกลุ่มสุขภาพเสียนี้ยังแบ่งออกเป็นอีก 2 กลุ่มคือ

(2.1) **เจ็บป่วยโดยไม่รู้สาเหตุ** อันเป็นเขตที่ 1 เป็นพวกที่เจ็บไข้ได้ป่วยแล้วหมอใช้เครื่องมือทางการแพทย์ตรวจพบว่ามีสาเหตุมาจากอะไร เป็นเพราะเชื้อโรคตัวไหน หรืออวัยวะส่วนใดบกพร่อง จะสังเกตเห็นได้ว่าเขตนี้กินพื้นที่เพียงนิดเดียว และอาจจัดการได้ด้วยทฤษฎีโรค

(2.2) **กลุ่มคนที่เจ็บป่วยแต่ไม่รู้สาเหตุว่าเป็นเพราะอะไร** ซึ่งนพ.ประเวศบอกว่า บรรดาแพทย์จะไม่สบายใจมากกับพวกที่อยู่ในเขตนี้ เพราะไม่เข้าใจว่าคนไข้ป่วยเพราะอะไร และบางครั้งก็โกรธว่าคนไข้แกล้งทำ

จากเขตพื้นที่ทั้ง 3 พื้นที่นี้ คุณหมอประเวศเสนอว่า การแพทย์แบบทฤษฎีโรค (การเจ็บป่วยเพราะมีตัวเชื้อโรค) นั้นจะจัดการได้แต่กลุ่มสุขภาพเสียในเขต 1 เท่านั้น แต่สำหรับในเขต 2 และเขต 3 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่กว้างใหญ่นั้น จำเป็นต้องใช้ “ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ” (ที่จะนำเสนอในตอนต่อไป) มาเป็นแนวคิดหลักชี้้นำโดยเฉพาะกลุ่มคนที่สุขภาพดีเป็นปกติในเขต 3 ทั้งนี้เพราะเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องไม่แน่นอน ไม่มั่นคง ไม่ตายตัว หากไม่มีแนวคิดเรื่อง “การทำนุบำรุงรักษา หรือสร้างเสริมสุขภาพที่ดี” ประกอบเอาไว้ คนในกลุ่ม 3 อาจอพยพเคลื่อนย้ายไปอยู่เขต 2 หรือเลยไปถึงเขต 1 ไปเลย (ดูรายละเอียดในตอนต่อไป)

จากนี้ จะนำเสนอรายละเอียดพอสังเขปของกระบวนทัศน์ของการแพทย์ทั้ง 3 แบบ ซึ่งเกิดขึ้นก่อนหลังตามลำดับ และส่งผลกระทบต่องานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพดังที่หนึ่งหทัย ขอมลกลาง (2552) ผู้วิจัยบทวนสถานภาพของงานวิจัยสื่อสารสุขภาพ และพบว่าพัฒนาการของงานวิจัยในสาขานี้ก็ได้มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพจากกระบวนทัศน์การแพทย์แบบชีวภาพมาสู่การแพทย์แบบสังคม และในยุคสุดท้ายก็จะเป็นกระบวนทัศน์ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพตามลำดับ

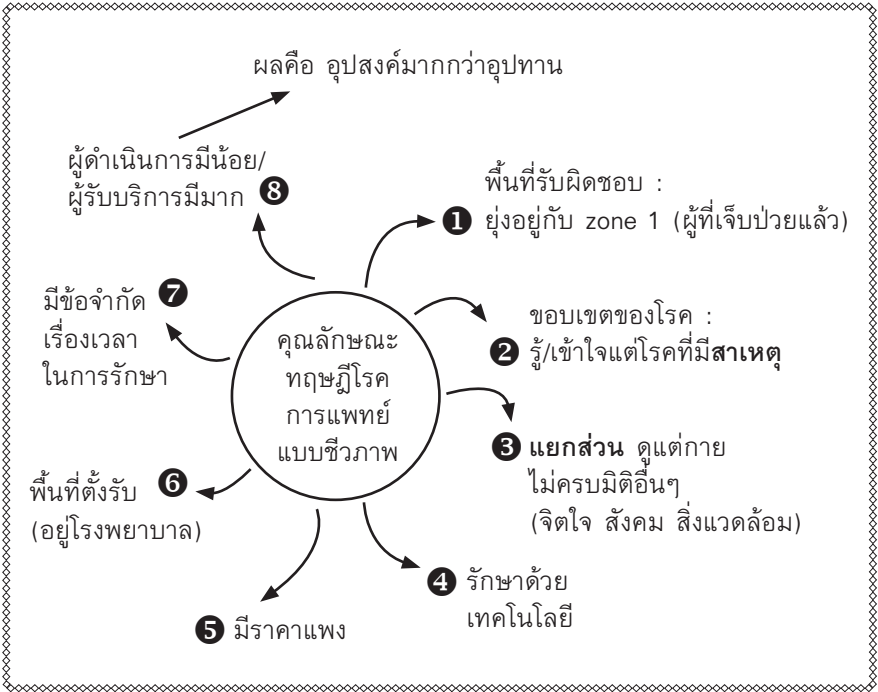
(5.1) กระบวนทัศน์ของการแพทย์แบบชีวภาพ (Biomedical Paradigm) หรือที่ประเวศ วัชชี ขนานนามว่า “ทฤษฎีโรค” กำเนิดของการแพทย์แบบนี้เน้นหนักทัศนะแบบวิทยาศาสตร์ที่ก่อรูปขึ้นในศตวรรษที่ 16 ภายใต้ทัศนะแบบกลไก (Mechanistic) หรือกระบวนทัศน์แบบคาร์เทเซียน (Cartesian Paradigm) ทัศนะดังกล่าวมองชีวิตหรือร่างกายประดุจเครื่องจักรหรือนาฬิกา มองความเจ็บป่วยหรือโรคไม่ต่างไปจากความขัดข้องของเครื่องจักร แพทย์หรือนักวิชาชีพอันสนใจเฉพาะสิ่งผิดปกติหรือเป็นโรคเท่านั้น และจะทำหน้าที่เป็นเสมือนผู้ซ่อมแซมเครื่องจักร กระบวนทัศน์ดังกล่าวก่อให้เกิดมุมมองและการรักษาโรคแบบแยกส่วน กลายเป็นการแพทย์เฉพาะทางหลายสาขาโดยอาศัยยาแผนปัจจุบัน การผ่าตัดและเทคโนโลยีที่ซับซ้อน อันส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น และในกระบวนการรักษาโรคนั้นยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่ห่างเหินและเป็นไปแบบกลไก แพทย์มีเวลาให้ผู้ป่วยอย่างจำกัด และสนใจที่จะขจัดอาการเจ็บป่วยที่วัดได้หรือตรวจพบเท่านั้น ส่วนผู้ป่วยก็ถูกคาดหวังจากแพทย์ว่าจะต้องเชื่อฟังแพทย์โดยปราศจากคำถาม ทำให้ความต้องการด้านการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์มีลักษณะขัดแย้งกัน ดังตัวอย่างงานวิจัยเรื่องปัญหาการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่เป็นหัวข้อวิจัยหลักหัวข้อหนึ่งในเรื่องการสื่อสารสุขภาพ

สำหรับตัวอย่างงานวิจัยไทยที่เน้นมุมมองด้านการสื่อสารที่จะ

เข้าไปช่วยแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในกระบวนการทัศนของการแพทย์แบบชีวภาพ ก็เช่น งานวิจัยของสุกัญญา อามีน (2539) เรื่อง “การศึกษาความรู้ และทัศนคติที่มีต่อการปลูกถ่ายอวัยวะของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร” ผู้วิจัยเริ่มต้นที่มาของปัญหาวิจัยด้วยรายงานความก้าวหน้าของการแพทย์แบบชีวภาพที่สามารถจะนำเอาอวัยวะบางส่วนของผู้ที่เสียชีวิตไปแล้วมาปลูกถ่ายเปลี่ยนอวัยวะให้แก่ผู้ป่วยด้วยโรคบางชนิด เช่น โรคไต โรคหัวใจ ฯลฯ แต่ทั้งๆที่มีความก้าวหน้าด้านการแพทย์ และก็มีผู้ที่มีศักยภาพที่จะบริจาค (เช่น ผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต ญาติของผู้ตาย) แต่กลับขาดการบริจาค ทำให้แพทย์ขาดแคลนอวัยวะที่จะมาใช้ปลูกถ่าย องค์การด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีความเห็นว่า การที่อัตราการบริจาคอวัยวะมีน้อยนั้นน่าจะเนื่องมาจากการขาดความรู้/ความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งการมีทัศนคติในด้านลบต่อเรื่องการบริจาคอวัยวะของคนไทย เช่น ความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวกับการตายว่า หากบริจาคอวัยวะไปแล้ว เมื่อไปเกิดใหม่จะมีอวัยวะไม่ครบ เป็นการรบกวนผู้ตาย ผิดหลักศาสนา แพทย์ไทยไม่มีความสามารถที่จะใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่ ฯลฯ ดังนั้น องค์การด้านสุขภาพเช่นสภากาชาดไทยจึงคาดหวังว่า การสื่อสารจะเข้ามาช่วยสร้างความรู้/ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้องต่อเรื่องการบริจาคอวัยวะ จึงได้ตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะ และหน่วยงานประชาสัมพันธ์ขึ้นมาตั้งตั้งแต่ปีพ.ศ.2536 โดยทำการเผยแพร่ความรู้และการสร้างทัศนคติที่ถูกต้องผ่านสื่อประเภทต่างๆ เช่น สื่อโทรทัศน์ วิทยุ สิ่งพิมพ์ (หนังสือพิมพ์/นิตยสาร) สื่อบุคคล (เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ของศูนย์รับบริจาคอวัยวะ) สื่อเฉพาะกิจ (โปสเตอร์ แผ่นพับ สติ๊กเกอร์) และเมื่อมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ไปได้ 2-3 ปี สุกัญญาผู้วิจัยก็ได้ทำการสำรวจประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 450 คน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นด้านการเปิดรับการสื่อสารกับตัวแปรตามคือ ความรู้ ทัศนคติต่อเรื่องการปลูกถ่ายอวัยวะ

จากกระบวนการทัศนของการแพทย์แบบชีวภาพข้างต้น เมื่อแปร

แนวคิดในกระบวนทัศน์ดังกล่าวออกมาเป็นภาคปฏิบัติการคือระบบสาธารณสุขทั้งระบบ ประเวศ วะสี ได้ระบุคุณลักษณะของการแพทย์แบบชีวภาพที่เรียกว่า “ทฤษฎีโรค” ว่าประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญๆ ดังนี้



ภาพที่ 5: คุณลักษณะของทฤษฎีโรค

(1) **พื้นที่รับผิดชอบ** จากภาพที่วาดมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า องค์ความรู้ในเรื่องทฤษฎีโรคนั้นจะรับผิดชอบกลุ่มคนเพียงเล็กน้อย คือ คนที่เจ็บป่วยแล้ว ซึ่งอยู่ในเขต Zone 1 ของปริมณฑลของสุขภาพ

(2) **ขอบเขตของโรค** และในกลุ่มคนที่เจ็บป่วยนั้น ทฤษฎีโรค จะรับผิดชอบอย่างเต็มที่โดยเฉพาะโรคที่ตรวจพบร่องรอยโรคทางกายภาพ หรือทางวัตถุ เช่น โรคที่ตรวจพบด้วยคลื่นรังสีหรือตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ

เท่านั้น ซึ่งความผิดปกติทั้งหลายต้องเกิดมาจาก “ทางกายหรือทางวัตถุ” แต่หากเป็น “โรคที่เกิดจากทางใจ/ทางสังคม” คลื่นรังสีหรือคลื่นเนื้อก็ไม่อาจจะระบุได้

(3) **ลีลาการเข้าสู่ปัญหาความเจ็บป่วย** ทฤษฎีโรคนั้นก่อตัวมาจากวิชาด้านชีววิทยา จึงเรียกว่าเป็น “ชีวการแพทย์” ซึ่งมองแต่แกนดึงคือ **เกณฑ์ทางกาย** เท่านั้น แยกดูแต่เรื่องทางร่างกาย แต่ไม่ครอบคลุมไปถึงแกนอื่นๆ เช่น แกนกว้างทางสังคม หรือแกนลึกทางด้านจิตใจ แต่ความเจ็บป่วยนั้นเกิดมาจากหลายแกน ดังเช่นที่องค์การอนามัยโลกก็ได้ระบุแล้วว่า สุขภาพที่ดีนั้นต้องมีสภาวะที่ดีครอบคลุมทั้ง 4 แกนคือ กาย/จิต/สังคม และจิตวิญญาณ

(4) **วิธีจัดการกับปัญหา** ทฤษฎีโรคนั้นเติบโตมาจากวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ ซึ่งเป็นการจัดการกับปัญหาด้วยเทคโนโลยี ดังนั้น ในกระบวนการตรวจและรักษาของการแพทย์แผนใหม่จึงเป็นเรื่องของเครื่องตรวจวัดความดัน เครื่องเอกซเรย์สมอง การให้ยาบำรุง การใช้ยาฆ่าเชื้อ ฯลฯ ซึ่งหากเป็นโรคทางกายก็น่าจะไปกันได้ดี แต่ถ้าเป็น “โรคทางใจ/ทางสังคม” แบบที่กล่าวมาแล้ว เครื่องเอกซเรย์หัวใจหรือยาบำรุงหัวใจที่ให้นั้นเห็นจะแก้ไขไม่ได้ เพราะทางแก้แบบเทคโนโลยีจะไปใช้แก้โรคที่ไม่ได้เกิดจากเทคโนโลยีนั้นจะได้ผลหรือ

(5) **มีราคาแพง** เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่มีความซับซ้อน ได้มาอย่างยากลำบาก จำเป็นต้องมีการใช้อุปกรณ์ทางวิทยาศาสตร์สกัดออกมา จึงทำให้มีราคาแพงและเมื่อยิ่งมาบวกผสมกับระบบการแพทย์ที่กลายเป็นระบบธุรกิจหวังกำไร ค่าบริการเสียयरักษาที่ยิ่งพุ่งกระฉูด การไปคลินิก โรงพยาบาลเอกชน หรือขอแนะนำที่มีอะไรก็ให้ปรึกษาแพทย์ จึงเป็นสิ่งที่คนยากจนไม่อาจจะทำได้ แม้ว่าจะอยากทำใจแทบขาด เนื่องจากบริการด้านสุขภาพได้กลายเป็นสินค้าราคาแพงจนเกินเอื้อมมือคว้า

(6) **การตั้งรับของสถานให้บริการ** เนื่องจากวิธีการออกแบบ

ของการให้บริการของทฤษฎีโรคนั้นมีลักษณะรวมศูนย์ กล่าวคือทุกอย่างตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลทั้งหมด ดังนั้น ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจึงต้องเป็นฝ่ายก้าวเข้ามาหา และบางทีถ้า “ขาดเงินเกินไป” (เช่น บ้านอยู่ไกลโรงพยาบาล ไม่มีค่าเดินทาง) ก็ไม่อาจจะก้าวไปถึงบริการได้

(7) **จากลักษณะที่รวมศูนย์ของการให้บริการ** ทำให้เกิดการกระจุกตัวของบริการ และเมื่อทรัพยากรด้านการให้บริการมีจำกัด (สถานที่ แพทย์ อุปกรณ์) แต่ผู้ใช้บริการมีจำนวนมาก ก็ทำให้เกิดความคับคั่งและติดขัดของการให้บริการ การให้บริการจึงต้องดำเนินไปอย่างเร่งรีบเพื่อให้บริการได้อย่างทั่วถึง

(8) **ผู้ที่มีความรู้ที่จะใช้ทฤษฎีโรคได้นั้นมีปริมาณจำกัด** และผูกขาดอยู่ในมือคนกลุ่มเล็กๆกลุ่มหนึ่ง คือ แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ที่ฝึกอบรมทฤษฎีโรคมามากบ้างน้อยบ้างตามลำดับไหล่ แต่ในขณะที่ผู้ให้บริการมีจำกัด (supply น้อย) และผู้ต้องการใช้บริการมีมาก (demand มาก) จึงก่อให้เกิดสภาวะติดขัดด้านการให้บริการ จนกลายเป็นอาการคนไข้ล้นโรงพยาบาล การตรวจรักษาคนไข้มีคุณภาพต่ำกว่ามาตรฐาน ระบบให้บริการทั้งระบบก็เสื่อมทรุดลง

จากสาเหตุที่สืบทอดต่อเนื่องกันจนลุกลามดังที่กล่าวมาแล้ว ทำให้ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันแบบทฤษฎีโรคไม่เพียงแต่มี “คนไข้เจ็บ” เท่านั้น แม้แต่ “หมอก็ต้องเจ็บ พยาบาลก็ป่วยตามไปด้วย” เมื่อแม้แต่ในเขตรับผิดชอบ zone 1 ยังทำไม่สำเร็จ zone 2 ก็ยิ่งขยายตัวมากขึ้น และคนจาก zone 3 ก็จะมาอพยพเข้ามาอยู่ใน zone 1 และ 2 มากยิ่งขึ้นทุกที ทำให้เกิด “วิกฤติในระบบสุขภาพไทย” และเป็นแรงผลักดันให้ต้องแสวงหาแนวคิดใหม่ แนวทางใหม่ในการออกจากปัญหา

(5.2) **กระบวนทัศน์ของการแพทย์แบบสังคม (Sociomedical Paradigm)** รุจินาถ อรรถสิษฐ (2548) ระบุว่า หลังจากที่มีการแพทย์แบบชีวภาพได้ก่อตัวขึ้นในช่วงศตวรรษที่ 16 เมื่อเริ่มศตวรรษที่ 17 ก็

ได้เกิดกระบวนทัศน์อีกกระบวนทัศน์หนึ่งที่ก่อตัวและพัฒนาควบคู่กัน คือกระบวนทัศน์ของการแพทย์แบบสังคม (Social Medicine) จุดร่วมระหว่างการแพทย์แบบสังคมกับแบบชีวภาพก็คือยังคงให้ความสนใจกับเรื่องโรคและความเจ็บป่วย แต่ทว่าคำอธิบายที่แตกต่างออกไปก็คือ การขยายสาเหตุ/ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคว่ามิได้มาจากตัวเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายเท่านั้น หากทว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจและด้านสังคมวัฒนธรรมก็มีส่วนสำคัญอย่างมากที่ส่งผลต่อสุขภาพหรือความเจ็บป่วย สำหรับนักวิชาการและนักวิชาชีพในทวีปยุโรปและประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีความเชื่อในกระบวนทัศน์ของการแพทย์แบบสังคมได้ใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์อย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ศตวรรษที่ 17 มาจนถึงศตวรรษที่ 19 จนกระทั่งประมาณกลางศตวรรษที่ 19 หลายประเทศได้ยอมรับร่วมกันว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจและปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมจะต้องได้รับการดูแลแก้ไข หรือปฏิรูปเพื่อสุขภาพที่ดี ปัจจุบันเราจะรู้จักกระบวนทัศน์ของการแพทย์แบบสังคมนี้ในชื่อนามของ Social Determinants of Health (SDH)

ในหนังสือชื่อ **Social Determinants of Health (1999)** ที่มี M. Marmot และ R.G. Wilkinson เป็นบรรณาธิการ ได้ให้คำอธิบายว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรมนั้นส่งผลทั้งในแง่บวกและลบต่อสุขภาพของผู้คน ปัจจัยดังกล่าวนั้นเป็นทั้งสาเหตุของการเจ็บป่วยและการมีสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ปัจจัยดังกล่าวก็ยังเข้ามาเกี่ยวข้องกับลักษณะของการเจ็บป่วย รวมทั้งกำหนดวิธีการที่จะเยียวยารักษาอีกด้วย ตัวอย่างรูปธรรมที่รู้จักกันดีก็คือการใช้กลยุทธ์การสนับสนุนทางสังคม (social support) ที่มาจากคนในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนฝูง บุคคลอันเป็นที่รัก ฯลฯ ในการรักษาเยียวยาหรือฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย

ในช่วงกลางศตวรรษที่ 20 แนวคิดเรื่อง “ปัจจัยทางสังคมและปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่กำหนดสุขภาพ” นี้ยังได้รับการยอมรับมากยิ่งขึ้นเมื่อองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ระบุตัวอย่างของปัจจัยสำคัญทางด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม-สิ่งแวดล้อมที่เข้ามำกำหนดภาวะการมี

สุขภาพที่ดีหรือเลวของประชาชน อันได้แก่ ความแตกต่าง/เหลื่อมล้ำทาง เศรษฐกิจ-สังคม ความเครียด ประสพการณ์ชีวิต การกีดกันทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม ชีวิตการทำงาน การตกงาน สารเสพติด อาหารและการจราจร กระแสแนวคิดใหม่ดังกล่าวนำมาสู่การขยายมุมมอง และแนวคิดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพแบบวงกว้าง เช่น ขยายไปถึง การสร้างเมืองน่าอยู่/ชุมชนน่าอยู่ (healthy city, healthy community) เป็นต้น

ผลจากกระบวนการทัศนการแพทย์แบบสังคมนี้ทำให้นักวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปโดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดมาจากปีกด้านสุขภาพ ดังเช่นตัวอย่างงานวิจัย 3 ชิ้นที่จะยกตัวอย่างมานี้จะแสดงให้เห็นกระบวนการทัศนของการแพทย์แบบสังคมได้อย่างชัดเจน

(ก) อินทิรา ปัทมินทร (2532) เรื่อง “ประสิทธิผลของการใช้สื่อภาพลึกรื่องสุขภาพจิตกับผู้ป่วยนอกและญาติที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลทั่วไป” งานวิจัยชิ้นนี้ยังคงใช้แนวคิดเดิมด้านการสื่อสารคือความเชื่อมั่นใน**ประสิทธิภาพของสื่อ** เช่น สื่อเฉพาะกิจ (Specific media) อันเป็นสื่อที่จัดทำขึ้นเพื่อมาใช้อย่างมีเป้าหมายเฉพาะ เจาะจงกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ มีเนื้อหาเฉพาะ และสร้างสื่อขึ้นมาใหม่เป็นการเฉพาะ ซึ่งในงานวิจัยชิ้นนี้ หมายถึงสื่อภาพลึกรื่อง “สุขภาพจิตดี นำชีวิที่มีสุข” ที่กองสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ทดลองผลิตขึ้นมาใช้ในปีพ.ศ.2530

แต่ทว่ามิติที่เปลี่ยนแปลงไปก็คือ**ความเข้าใจในด้านสุขภาพ** เพราะในการออกแบบการใช้สื่อครั้งนี้ นอกจากกลุ่มเป้าหมายผู้รับสารจะเป็นตัวคนไข้แล้ว ในงานวิจัยก็ยกรวมเอา “ญาติของผู้ป่วย” ซึ่งเป็นปัจจัยแวดล้อมในครอบครัวเข้ามาเป็นกลุ่มเป้าหมายด้วย ซึ่งสะท้อนให้เห็นกระบวนการทัศนการแพทย์แบบสังคมที่อยู่เบื้องหลังความคิด

ผู้วิจัยได้ออกแบบการวิจัยเชิงทดลองเพื่อวัดประสิทธิผลของสื่อภาพลึกรื่องเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติต่อเรื่องสุขภาพจิตก่อนและหลัง

การเปิดรับสื่อ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกและญาติที่มามารับบริการที่โรงพยาบาลจำนวน 200 คน และผลการวิจัยก็เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ กล่าวคือ สื่อประเภทสื่อเฉพาะกิจนั้นมักจะได้ผลลัพธ์ตามที่ผู้สร้างสื่อต้องการกับกลุ่มเป้าหมายทั้ง 2 กลุ่ม

(ข) อุลิซซา ชุคบุญธรรม (2533) เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับข่าวสารกับความเชื่อทางสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการเลิกสูบบุหรี่ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร” งานวิจัยชิ้นนี้มีต้นธารความคิดมาจากตัวแปรตัวหนึ่งที่เป็นสาเหตุก่อให้เกิดโรคตามทัศนะของกระบวนทัศน์ SDH ที่ WHO ได้ระบุเอาไว้คือสารเสพติด และหนึ่งในสารเสพติดที่ก่อโรคร้ายแรงได้มากที่สุดก็คือ บุหรี่ ที่มีงานวิจัยจำนวนมากมายืนยันว่าเป็นสารก่อโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ดังนั้นการป้องกันและรักษาโรคมะเร็งจะเป็นไปไม่ได้เลยหากไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่

C. Atkin & K. Silk (1996) ให้ข้อมูลว่า ในแวดวงการแพทย์ของยุโรปและอเมริกาได้ให้ความสนใจอย่างจริงจังกับ “มิติด้านพฤติกรรมของสุขภาพ” (Behavior Aspect of Health) แทนที่จะดูแต่ “เชื้อโรค” ซึ่งจะขยายมาเป็นการดู “พฤติกรรมของคนเป็นโรค” ทั้งนี้เนื่องจากข้อค้นพบจากงานวิจัยจำนวนมากได้แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคเรื้อรังหลายชนิดกับปัจจัยด้านวัฒนธรรม-พฤติกรรมของผู้ป่วย ดังนั้น แทนการใช้ยาหรือวิธีการรักษาทางการแพทย์ซึ่งไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านพฤติกรรมและวัฒนธรรมของผู้คนได้ การสื่อสารจึงถูกนำเสนอเข้ามาใช้แทนหรือเสริมเติมวิธีทางการแพทย์แบบเดิมๆ

Atkin & Silk ระบุต่อไปว่า แม้ว่าในช่วงทศวรรษก่อนปี 1950 การรณรงค์ด้านพฤติกรรมสุขภาพจะยังไม่ได้นำสื่อมวลชนมาใช้มากนัก แต่ทว่าในช่วงทศวรรษ 1960 สภาพการณ์ดังกล่าวได้เริ่มเปลี่ยนแปลงไป และในช่วงทศวรรษดังกล่าว การใช้สื่อมวลชนเพื่อการรณรงค์ให้หยุด/เลิกสูบบุหรี่ก็กลายเป็นประเด็นหลักของยุโรปและสหรัฐอเมริกา และในช่วงทศวรรษต่อมา ประเด็นอื่นๆ เช่น การดื่มสุรา การคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถ การใช้ยา และโรคเอดส์ก็ดำเนินรอยตามมา

ดูเหมือนว่าในกรณีของสังคมไทยก็มีเส้นทางประวัติศาสตร์ของการใช้สื่อเพื่อการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้การสื่อสารเป็นตัวช่วยหลัก งานวิจัยของอูลิซซาจึงออกแบบมาเพื่อวัดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว คือ การเปิดรับข่าวสารกับความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief System) ของกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการเลิกสูบบุหรี่ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 150 คน ในช่วงปีพ.ศ.2530 (กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจนี้แสดงว่ามีความเข้าใจเรื่องโทษภัยของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพในระดับหนึ่ง)

สำหรับตัวแปร “ด้านการสื่อสาร” นั้น ผู้วิจัยได้ทำการวัดใน 2 ด้านคือ ปริมาณของการเปิดรับข่าวสารและความรู้สึกต่อข่าวสาร (วัดความกลัวของกลุ่มตัวอย่าง) ส่วนตัวแปร “ความเชื่อทางสุขภาพ” นั้นก็วัด 4 ด้านตามหลักทฤษฎีคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่

ผลการวิจัยที่น่าสนใจและสามารถนำไปสู่การใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานมีดังนี้

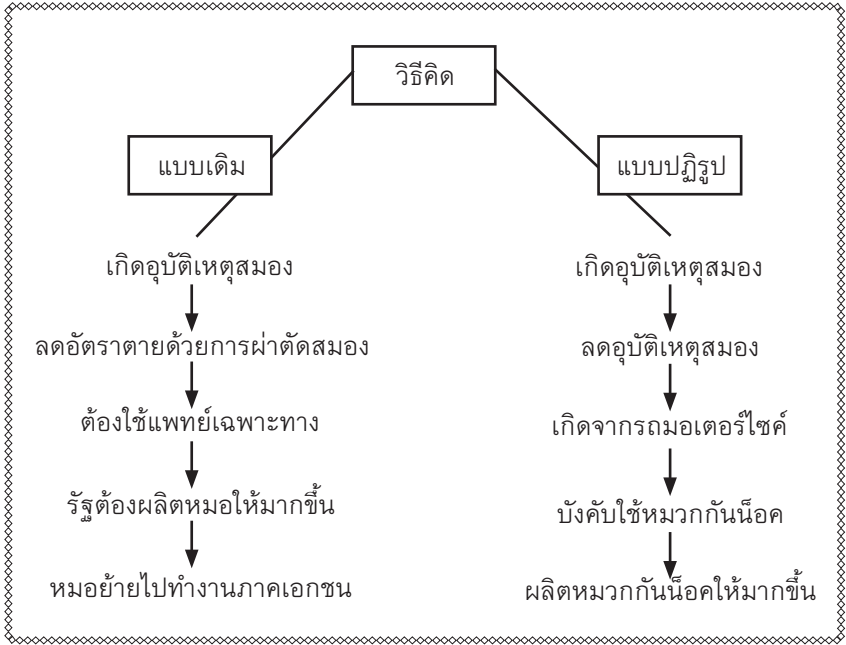
(i) **ประเภทของสื่อ**ที่กลุ่มตัวอย่างเปิดรับข่าวสารเรื่องบุหรี่จากประเภทของสื่อ 8 ประเภท เช่น หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ ฯลฯ **สื่อโปสเตอร์**เป็นสื่อเฉพาะกิจที่กลุ่มตัวอย่างเปิดรับมากที่สุด เนื่องจากธรรมชาติของสื่อเฉพาะกิจที่สามารถกระจายตัวได้ตามพื้นที่ต่างๆ เช่น โรงพยาบาล ที่ทำงาน บัณฑิตวิทยาลัย ฯลฯ รวมทั้งเป็นสื่อที่ให้ข้อมูลได้มาก รองลงมาคือ **สื่อหนังสือพิมพ์** เนื่องจากช่วงเวลาที่ศึกษามีการรายงานข่าวการรณรงค์เรื่องการสูบบุหรี่ และอันดับสามคือ**สื่อบุคคลอันได้แก่บุคคลรอบข้าง**ของกลุ่มตัวอย่าง

(ii) ตัวแปร **“ความเชื่อทางสุขภาพ”** ทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับสูง (เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ตัดสินใจจะเลิกบุหรี่อยู่แล้ว) โดยการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงที่สุด

(iii) มิติ 2 ด้านของการสื่อสาร สำหรับปริมาณการเปิดรับข่าวสารนั้นไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ทางสุขภาพด้านต่างๆ แต่ทว่ามิติด้านความรู้สึกกลัวที่เกิดจากเนื้อหาข่าวสารเรื่องการสูบบุหรี่จะมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านของความเชื่อทางสุขภาพ ข้อค้นพบนี้สามารถให้แนวทางเกี่ยวกับมิติเชิงปริมาณและคุณภาพของการสร้างและใช้สื่อต่อประเด็นเรื่องการรณรงค์ประเด็นบุหรี่ได้อย่างดี

(ค) อลิสา วีรพัฒน์กุล (2540) เรื่อง “การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติตามกฎจราจรของผู้ขับขี่รถยนต์ส่วนบุคคลในกรุงเทพมหานคร” งานวิจัยชิ้นนี้ก็วางอยู่ภายใต้กระบวนทัศน์การแพทย์แบบสังคมเช่นเดียวกับเรื่องบุหรี่ โดยเลือกหยิบตัวแปรเรื่อง “อุบัติเหตุในการขับขี่รถยนต์” มาศึกษา

ในเรื่องปัจจัยอุบัติเหตุในการขับขี่รถยนต์ที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการตายนั้น สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2543) สาธิตให้เห็นวิถีคิดที่เปลี่ยนจากกระบวนทัศน์การแพทย์แบบชีวภาพมาสู่กระบวนทัศน์การแพทย์แบบสังคม โดยอธิบายว่า จากวิกฤติของระบบสุขภาพที่ทำให้คนไทยเราเข้าสู่หนทางอับจนไม่มีทางไปแล้ว หนทางไปสู่การมีสุขภาพดีจึงมีแต่ต้องปรับเปลี่ยน/ยกเครื่องวิถีคิดและวิถีปฏิบัติกันใหม่อย่างถึงรากถึงโคน ที่เรียกว่า “การปฏิรูปสุขภาพ” ซึ่งคุณหมอสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ แสดงให้เห็นความแตกต่างเวลาที่เรามีวิถีคิดแบบเก่ากับแบบปฏิรูปเป็นสายโซ่ทางความคิดดังนี้



ภาพที่ 15: วิธีคิดแบบเดิม และแบบปฏิรูปด้านสุขภาพ

งานวิจัยของอลิสาจิงได้วางจุดเริ่มต้นของปัญหาที่พฤติกรรม การ ขับขี่รถยนต์ของประชาชนในกรุงเทพมหานครว่า น่าจะเป็นต้นตอของ โรคและการตายที่เกิดจากอุบัติเหตุเพราะพฤติกรรม การขับช้ดังกล่าวมี ลักษณะไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยอธิบายว่า พฤติกรรม การขับช้รถยนต์ที่ไม่ถูกต้อง นั้นอาจจะมีสาเหตุมาทั้งปัจจัยภายในของบุคคล เช่น ลักษณะที่ไม่มีวินัย ของคนไทย หรือความเชื่อที่ว่าอุบัติเหตุเกิดจากโชคชะตาที่มนุษย์ไม่อาจ หลีกเลี้ยงได้ และปัจจัยภายนอก ที่เป็นระดับโครงสร้างของสังคม เช่น สภาพการจราจรที่แออัดในกรุงเทพมหานคร แต่สำหรับงานวิจัยชิ้นนี้จะ กำหนดขอบเขตของการสื่อสารที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยภายในบุคคล คือ ความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติตามกฎจราจร

งานวิจัยออกแบบการสำรวจเชิงปริมาณด้วยการใช้แบบสอบถาม

กับกลุ่มผู้ขับขีรถยนต์ส่วนบุคคลในกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน ผลการวิจัยที่น่าสนใจมีดังนี้

(i) ในเรื่องการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎจราจร กลุ่มตัวอย่างยังมีการเปิดรับในระดับต่ำมาก ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าน่าจะเป็นเพราะสื่อมวลชนในช่วงเวลาที่ศึกษายังมีข่าวสารเกี่ยวกับการจราจรไม่มากนัก (งานวิจัยชิ้นนี้ดำเนินการก่อนจะมีการรณรงค์อุบัติเหตุทางถนน เช่น 7 วันอันตรายช่วงเทศกาลของ สสส.) แต่ที่น่าแปลกใจก็คือ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความตระหนักในการปฏิบัติตามกฎจราจรในระดับปานกลาง และที่น่าแปลกใจมากที่สุดก็คือ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามกฎจราจรอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ตัวแปรแทรกที่ น่าจะเข้ามาอธิบายผลของการวิจัยที่ดูแปลกนี้ น่าจะเป็นภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่างเอง กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่าง 73% เคยมีประสบการณ์กับการเกิดอุบัติเหตุจราจรทั้งในแง่ผู้กระทำให้เกิดและผู้ถูกกระทำให้เกิดมาแล้ว จากประสบการณ์ตรงด้านอุบัติเหตุจึงทำให้เกิดการปฏิบัติตามกฎจราจร แม้จะไม่ได้ถูกโน้มน้าวจากสื่อประเภทต่างๆ

(ผู้เขียนมีข้อสังเกตเล็กๆว่า ในขั้นตอนของการเขียนแบบสอบถาม ข้อคำถามนั้นจะถามแบบรวมๆว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับจราจร ซึ่งอาจจะมีความคลุมเครือ เนื่องจากเนื้อหาเรื่องข่าวสารการจราจรมีหลายประเภท เช่น รายงานสภาพการณ์จราจร ความรู้เรื่องการปฏิบัติตามกฎจราจร ข้อเท็จจริง/ข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติเหตุ ฯลฯ ที่การตั้งคำถามควรจะระบุให้เจาะจงแยกประเภทเนื้อหาให้ชัดเจน ทั้งนี้เพราะในสภาพการจราจรที่แออัดในกรุงเทพฯ ผู้ขับขีรถยนต์จะต้องเปิดรับข่าวสารการจราจรอย่างแน่นอน แต่อาจจะเป็นเนื้อหาเรื่องรายงานสภาพการณ์มิใช่ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎจราจร และหากทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเปิดรับอย่างชัดเจน อาจจะนำมาวางแผนเรื่องการบูรณาการเนื้อหาข่าวสารได้)

(ii) แต่แม้จะมีการเปิดรับสื่อในระดับต่ำ ผลการวิจัยก็ยังแสดง

ให้เห็นว่า ปริมาณการเปิดรับเนื้อหาข่าวสารเรื่องการปฏิบัติตามกฎจรรยาบรรณจากสื่อทุกประเภทไม่ว่าจะเป็นวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เพื่อนร่วมงาน/เพื่อนร่วมสถาบันการศึกษา (สื่อบุคคล) ล้วนมีความสัมพันธ์กับความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติตามกฎจรรยาบรรณทั้งสิ้น

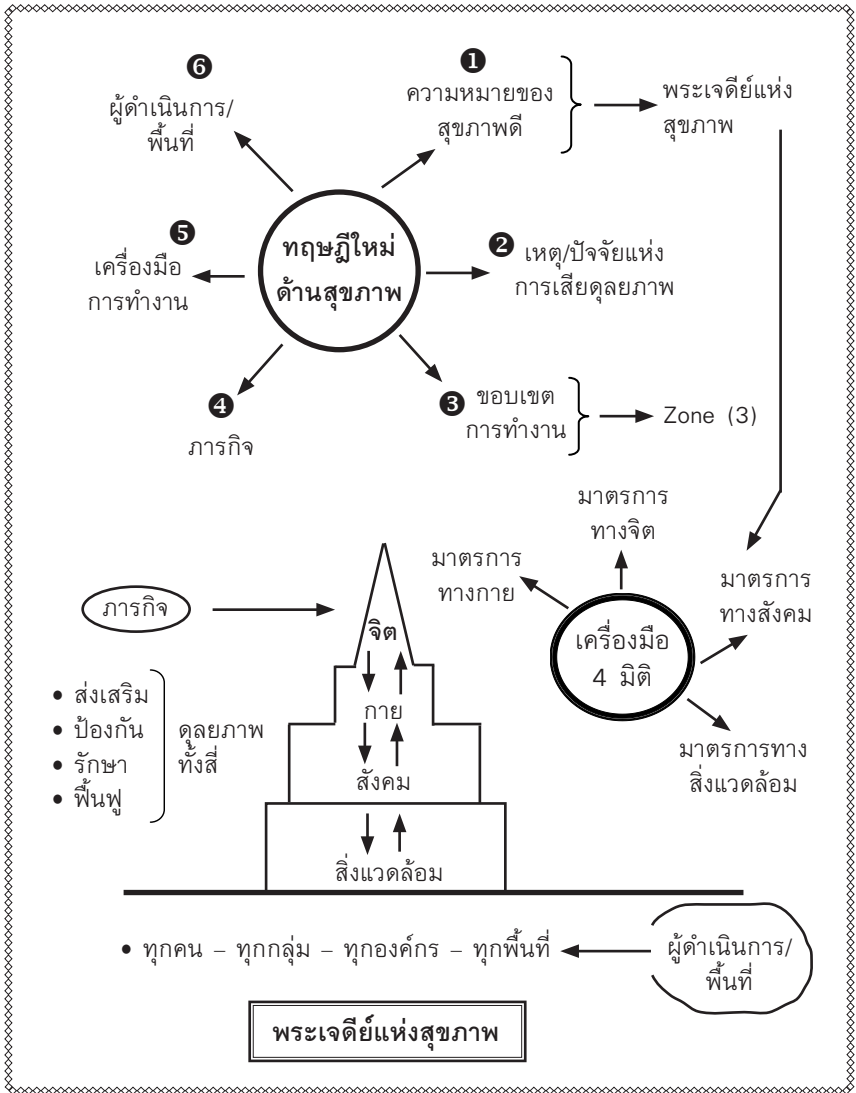
(iii) และเมื่อวิเคราะห์หาตัวแปรที่จะนำไปสู่พฤติกรรมกรรมการขับขีรถยนต์ที่ปฏิบัติตามกฎจรรยาบรรณได้มากที่สุด ผลการวิจัยก็พบว่า ตัวแปรความรู้นั้นไม่มีความสัมพันธ์ แต่ตัวแปรเรื่องความตระหนักนั้นมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ฉะนั้น หากมีการออกแบบสารการรณรงค์ในประเด็นอุบัติเหตุ จึงควรเน้นเนื้อหาสาระที่สร้างความตระหนักมากกว่า (และในระดับต่อไป ก็คงเป็นการค้นคว้าว่า การตระหนักในแง่มุม/ประเด็นใดที่จะมีประสิทธิภาพมากที่สุด)

(5.3) กระบวนทัศน์ของสุขภาพแบบนิเวศน์สังคม (Socio-ecological Paradigm of Health) รุจินาถ อรรถสิขฐ (2548) ระบุว่า ในช่วงปลายศตวรรษที่ 19 ได้เกิดกระบวนทัศน์ใหม่อีกกระบวนทัศน์หนึ่งในด้านสุขภาพ คือกระบวนทัศน์ของสุขภาพแบบนิเวศน์สังคมที่พัฒนาต่อยอดมาจากกระบวนทัศน์ SDH ว่า นอกจากสุขภาพและความเจ็บไข้ได้ป่วยจะเกิดมาจากปัจจัยด้านสังคม-สิ่งแวดล้อมแล้ว สุขภาพก็ยังขึ้นอยู่กับศักยภาพทางใจและทางกายของบุคคลที่จะเผชิญกับภัยคุกคามทั้งจากภายในและภายนอกด้วย กล่าวคือ เริ่มหันมาใช้**คำอธิบายเชิงปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวบุคคลกับสภาพแวดล้อม** ที่อาจจะเรียกว่า “วิธีการใช้ชีวิตหรือลีลาชีวิต” (Lifestyle) ของบุคคลนั้นๆ กระบวนทัศน์ด้านการแพทย์แบบสุดท้ายนี้เริ่มอธิบายสุขภาพในมุมมองแบบองค์รวมที่เกิดจากการผสมผสาน/การมีปฏิสัมพันธ์กันจากหลายๆปัจจัย

สำหรับในกรณีของไทยนั้น ประเวศ วะสี (2547) ได้พัฒนาแนวคิดของกระบวนทัศน์ของสุขภาพแบบนิเวศน์สังคมให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้นด้วยคำอธิบายเรื่อง “ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ” ที่ได้กล่าวถึงมาบ้างแล้ว

ความแตกต่างหลักระหว่างกระบวนการทัศน์ของทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพกับ 2 กระบวนการทัศน์ด้านการแพทย์ที่ได้กล่าวถึงก็คือ **ขอบเขตของปริมณฑลของสุขภาพ** กล่าวคือ ในขณะที่ 2 กระบวนการทัศน์ด้านการแพทย์นั้นยังคงให้ความสำคัญกับ “คนที่เจ็บป่วย” ทั้งโรคที่รู้สาเหตุและไม่รู้สาเหตุ ซึ่งได้แก่กลุ่มคนที่อยู่ใน zone 1 และ zone 2 ของปริมณฑลสุขภาพ แต่กระบวนการทัศน์ของทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพจะให้ความสนใจกับกลุ่มคนที่มีสุขภาพดีที่อยู่ใน zone 3 ที่จะต้อง “สร้างสุขภาพของตนเองให้เข้มแข็ง” เพื่อที่จะสามารถเผชิญกับภัยคุกคามทั้งจากภายในและภายนอก และไม่อพยพเคลื่อนย้ายเข้าไปอยู่ใน zone 1 และ zone 2

องค์ประกอบของทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพของประเวศ วะสี สามารถระบุคุณลักษณะได้ดังนี้



ภาพที่ 16 : คุณลักษณะของทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ

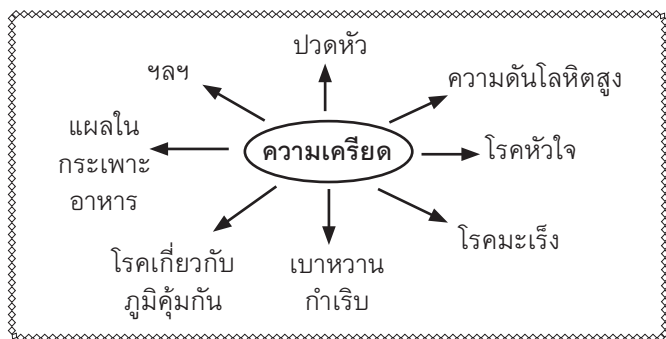
(1) ความหมายของสุขภาพดี หากจะมีการปรับเปลี่ยน “กระบวนทัศน์” หรือ “แนวคิด/วิธีคิด” ให้ถึงรากถึงโคนนั้น จะต้องถอนทิ้งกันตั้งแต่ระดับ “ค่านิยม” ดังนั้น ในขณะที่ทฤษฎีโรคนิยามว่า “สุขภาพดี”

หมายถึงการปราศจากโรค” นั้น ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพได้ขอปรับเปลี่ยนนิยามดังกล่าวว่า “สุขภาพดีหมายถึงการมีดุลยภาพระหว่างองค์ประกอบทั้ง 4 ของสุขภาพ คือ กาย-จิต-สังคม-สิ่งแวดล้อม” ซึ่งประเวศ วะสี ได้นำมาต่อเรียงกันให้เข้ากับวิถีคิดแบบไทยๆ คือ “พระเจดีย์แห่งสุขภาพ”

จากภาพพระเจดีย์แห่งสุขภาพนี้ มีช้อน่าสังเกต 2 ประการคือ ประการแรก ชั้นต่างๆของพระเจดีย์นั้นต้องสมดุลกัน ถ้าเกิดอาการเสื่อมทรุดตรงชั้นใด พระเจดีย์ทั้งองค์ก็จะพังทะลายลงมา เริ่มตั้งแต่วานสิ่งแวดล้อม (เช่น อากาศเป็นพิษ) ไหลมาถึงชั้นของสังคม (เช่นความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือที่ทำงานเป็นพิษ) กระทบมาจนถึงร่างกายและกระเทือนไปจนถึงจิตใจ เส้นสายการสะท้อนนี้มีทั้ง “ขาไปและขามา”

ประการที่สอง นพ.ประเวศจัดวางเอาเรื่องของ “จิต” ไว้เป็นยอดของพระเจดีย์เลย ซึ่งหมายความว่า มีความสำคัญอย่างสูงสุด อันเป็นไปตามคติของชาวพุทธที่ว่า “จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว” และน่าจะเป็นเพราะ “จิต” นี้เอง ที่ทำให้เกิดคนไข้ใน zone 2 ซึ่งมีอาการเจ็บป่วยทางกาย แต่สาเหตุของโรคนั้นมาจากใจ ที่รู้จักกันในนามของโรค Psychosomatic ซึ่งเราแต่ละคนก็เป็นกันคนละเล็กคนละน้อย เช่น เวลากังวลใจจะรู้สึกผะอืดผะอม เวลากลัวจะรู้สึกเจ็บในช่องท้อง ฯลฯ

ยกตัวอย่างเช่น เรื่อง “ความเครียดทางจิตใจ” เรื่องเดียว ก็ทำให้เกิดโรคทางกายได้สารพัดโรค เช่น



ภาพที่ 17: ความเครียดเป็นสาเหตุของโรคอันหลากหลาย

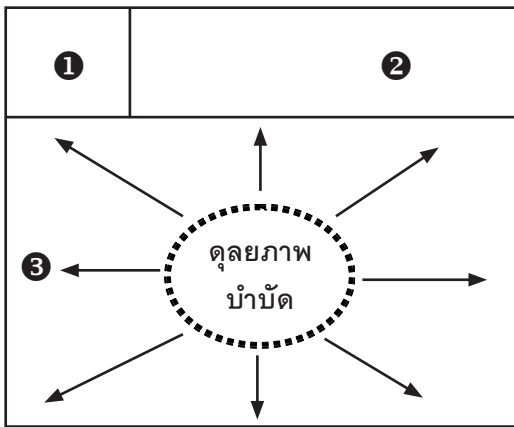
(2) เหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียดุลยภาพ ต่อเนื่องจากคำนิยามที่ว่า “สุขภาพดีคือการมีดุลยภาพระหว่างองค์ประกอบทั้งสี่” ดังนั้น สุขภาพเสียจึงเป็นสภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการเสียดุลยภาพที่องค์ประกอบตัวใดตัวหนึ่ง แล้วส่งผลสะท้อนไปถึงองค์ประกอบตัวอื่นๆ ในท่วงทำนองแบบ “หยิกแค่เล็บ แต่เจ็บไปทั้งตัว”

องค์ประกอบ	เหตุปัจจัย					
กาย	DNA / อนุ / เซลล์ / ฮอร์โมน / เชื้อโรค / อาหาร / ยาเสพติด / อุบัติเหตุ					
จิต	ความเครียด / ความเชื่อ / สมาธิ / สติ / ปัญญา / โลกทัศน์ / วิธีคิด					
สังคม	การอยู่ร่วมกัน / สงคราม / สันติภาพ / โครงสร้างสังคม					
สิ่งแวดล้อม	อุณหภูมิ / ความชื้น / แสงแดด / รังสีอุตราไวโอเล็ต / มลพิษ / น้ำท่วม / แผ่นดินไหว / พายุ / สภาพการทำงาน					
	จิตดีเยี่ยม	ดุลยภาพ				เสียดุลยภาพ
Superhealth = สุขภาพดี	สุขภาพดี	ไม่สบาย	เป็นโรค	เจ็บหนัก	ตาย	

ภาพที่ 18: เหตุปัจจัยของการเสียดุลยภาพตามแนวคิด ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ

จากภาพที่ 18 อธิบายได้ว่า สุขภาพของเรานั้นมีใช้สิ่งที่ยุคหนึ่งตายตัว หากทว่ามีลักษณะเคลื่อนไหวเป็นพลวัตตลอดเวลาแบบล้อเกวียนที่เลื่อนไหลไปมาอยู่บนแกนที่ปลายข้างหนึ่งเป็นด้านที่มีสุขภาพดีอย่างยิ่ง แต่หากองค์ประกอบ 4 ประการข้างบนมีเหตุปัจจัยทำให้เสียสมดุล เช่น เกิดความเครียดทางจิตใจ ล้อนี้ก็จะเลื่อนไหลมาสู่ “การไม่สบาย” หากแก้ไขเหตุปัจจัยไม่ได้ ก็จะเคลื่อนต่อไปถึงการเป็นโรค/เจ็บหนัก และหากขาดดุลยภาพจนถึงที่สุด ก็จะถึงตาย

(3) **ขอบเขต** สำหรับขอบเขตที่ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพจะทำงานนั้นก็อยู่ในเขตที่ 3 ซึ่งเป็นส่วนของคนที่มีความสุขดีเป็นส่วนใหญ่ และยังกินที่ไปถึงเขต 2 สำหรับคนที่เจ็บป่วยจากเรื่องทางใจหรือทางสังคมด้วย



ภาพที่ 19: ปริมณฑลของดุลยภาพบำบัด

การสร้างดุลยภาพบำบัดนั้นสามารถเป็นแนวทางด้านสุขภาพที่กินพื้นที่อาณาบริเวณในขอบเขตขนาดใหญ่คือ การทำงานกับคนที่มีสุขภาพดีให้ “สร้างเสริมและบำรุงรักษาดุลยภาพเอาไว้” อย่าให้เลื่อนไหลไปบนล้อข้างเสียดุลยภาพ

(4) **ภารกิจ** ภารกิจด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านของสาธารณสุขก็คือ ภารกิจด้านส่งเสริม/ป้องกัน/รักษาและฟื้นฟู ซึ่งได้แก่การสร้างดุลยภาพ

ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว และอาจจะต้องขีดเส้นใต้ว่า ต้องทำภารกิจด้านส่งเสริมหรือการสร้างสุขภาพที่ดีก่อนเป็นอันดับแรก

(5) **เครื่องมือการทำงาน** หากองค์ประกอบของสุขภาพมี 4 ชั้นแบบพระเจดีย์สุขภาพที่กล่าวมาแล้ว เครื่องมือการทำงานก็ต้องมี 4 เครื่องมือคือ มาตรการทางกาย มาตรการทางจิต ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งหากเทียบกับทฤษฎีโรคแล้ว ทฤษฎีโรคจะมีแต่มาตรการทางกายเป็นหลักเท่านั้น ในแง่นี้จะเห็นได้ว่า บทบาทของการสื่อสารนั้นคงจะต้องขยายให้ออกไปครอบคลุมการทำงานในทั้ง 4 มาตรการ

(6) **ผู้ดำเนินการ/พื้นที่** ในขณะที่ทฤษฎีโรคนั้น บรรดาผู้ให้บริการจะเป็นคนกลุ่มเล็ก ๆ ในวงการแพทย์และสาธารณสุข และจำกัดพื้นที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ แต่ในทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพนั้น **ทุกคน/ทุกกลุ่ม/ทุกองค์กร**จะเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างถ้วนหน้า และ**พื้นที่แห่งการสร้างเสริมสุขภาพ**นั้นก็เป็นไปได้ทุกหนทุกแห่งอย่างไม่จำกัด ไม่ว่าจะเป็นในบ้าน โรงเรียน วัด สภากาทำงาน ฯลฯ

ดังนั้น หากการดำเนินงานด้านสุขภาพใช้แนวคิดเรื่องทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพเป็นธงชัยนำทางแล้ว เส้นทางสุขภาพนี้ก็เปิดกว้างสำหรับทุกคนและทุกหนแห่ง และนอกจากนั้น การเปลี่ยนแปลงแบบพลิกจากหน้ามือเป็นหลังมือก็คือ การระบุว่า “สุขภาพที่ดีนั้นจะอยู่ในความรับผิดชอบของใคร” เพราะนับตั้งแต่มีการพัฒนาระบบการแพทย์แบบสมัยใหม่ขึ้นมา ประชาชนทั่วไปก็จะถูกอบรมบ่มเพาะให้ฝากสุขภาพที่ดีของตนเอาไว้กับผู้อื่น โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล ยา ฯลฯ แต่สำหรับทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพนี้จะต้องคืนความรับผิดชอบด้านสุขภาพมายังเจ้าของสุขภาพเอง ดังที่ตกผลึกอยู่ในคำขวัญที่ว่า “สุขภาพดีไม่มีขายอยากได้ต้องสร้างเสริมเอง” ที่เรียกว่า “การพึ่งตนเองทางสุขภาพ” (สนใจเรื่องการพึ่งตนเองทางสุขภาพ โปรดดู ลือชัย ศรีเงินยวง, ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง, 2533)

ในขณะที่ฟากฝั่งซ้ายของกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพได้ปรับเปลี่ยนไปแล้วนั้น เมื่อเรื่องของสุขภาพมาประสานกับศาสตร์แห่งการสื่อสาร แบบแผนของการสื่อสารสุขภาพที่เป็นผลลัพธ์ของการผสมผสานนี้อาจจะมีได้หลายแบบแผน เช่น อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงเฉพาะในฝั่งของสุขภาพ หากทว่ากระบวนทัศน์ของการสื่อสารยังคงเหมือนเดิม ไปจนกระทั่งถึงแบบแผนการสื่อสารสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งกระบวนทัศน์สุขภาพและกระบวนทัศน์ของการสื่อสาร ดังสถานภาพของงานวิจัย 3 ชิ้นที่จะยกมาเป็นตัวอย่างแสดงให้เห็นดังนี้

(ก) วรวิโร มิตร์ธรรมพิทักษ์ (2550) เรื่อง “การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะด้วยโยคะ” งานวิจัยชิ้นนี้แสดงให้เห็นวิธีการที่ประชาชนกลุ่มหนึ่งได้เลือกเอาวิธีการสร้างเสริมสุขภาพตนเองด้วยวิธีการออกกำลังกายตามทัศนะของกระบวนทัศน์ใหม่ด้านสุขภาพ หากทว่าได้คัดเลือกรูปแบบการออกกำลังกายที่มีรากฐานมาจากวัฒนธรรมของตะวันออก/สังคมไทยคือการฝึกโยคะ แต่ทว่าแนวทางการศึกษาเรื่องการสื่อสารนั้นยังคงเป็นกระบวนทัศน์เดิมคือความเชื่อในพลังโน้มน้าวชักจูงของสื่อประเภทต่างๆ

(ข) สุทธิภา วงศ์ยะลา (2543) เรื่อง “รูปแบบและประสิทธิผลของการสื่อสารในการดำเนินงานตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของคณาจารย์ของโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่” งานวิจัยชิ้นนี้ได้ใช้กระบวนทัศน์ใหม่ด้านสุขภาพอย่างเต็มที่ รวมทั้งได้เปลี่ยน “หน่วยของสุขภาพ” จากที่เคยเน้น “ระดับปัจเจกบุคคล” มาเป็น “ระดับองค์กร” และขยายพื้นที่จาก “โรงพยาบาล” มาเป็น “สถานที่ทำงาน” ตามแนวคิดของทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ แต่ทว่าสำหรับแนวทางการศึกษาด้านการสื่อสารนั้นยังคงเป็นกระบวนทัศน์แบบเดิม

(ค) รังสิมา นิโลบล (2547) เรื่อง “กระบวนทัศน์ใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม” งานวิจัยชิ้นนี้แสดงให้เห็นการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากทั้งฝั่งสุขภาพและฝั่งของการสื่อสาร

จากนี้จะดูรายละเอียดของงานวิจัยทั้ง 3 ชิ้นพอสังเขป

(ก) วรวิทย์ มิตรธรรมพิทักษ์ (2550) เรื่อง “การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะด้วยโยคะ” ผู้วิจัยเริ่มต้นงานวิจัยด้วยการตั้งข้อสังเกตว่า นับตั้งแต่กลางทศวรรษ 2540 คนไทยหันมาให้ความสำคัญในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองโดยเฉพาะการออกกำลังกายที่หน่วยงานของรัฐส่งเสริมการเต้นแอโรบิก แต่ต่อมาก็ได้เริ่มมีกลุ่มคนบางกลุ่มหันไปฟื้นฟูการออกกำลังกายที่มาจากรากฐานเดิมของไทย คือ การฝึกโยคะมาใช้เป็นกลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การหวนกลับมาค้นใหม่ของโยคะครั้งนี้ก็มีการแตกตัวออกไปจากเดิมอย่างมาก เช่น ขยาย/เปลี่ยนเป้าหมายจากการฝึกจิตใจให้สงบ มาเป็นโยคะเพื่อสุขภาพ (ความยืดหยุ่นของร่างกาย) โยคะเพื่อความสวยงาม (ลดความอ้วน) โยคะเพื่อการรักษาเยียวยา นอกจากนี้ จากศาสตร์ที่เคยอยู่ในปริมณฑลของศาสนา (เช่น โยคาจารย์) โยคะสมัยใหม่ก็ปรับเปลี่ยนมาเป็นสินค้า/บริการในระบบตลาด เป็นต้น ซึ่งแน่นอนว่าการปรับเปลี่ยนทั้งหลายที่เกิดขึ้นนั้น การสื่อสารประเภทต่างๆย่อมมีส่วนเกี่ยวข้องอยู่เป็นอย่างมาก

วรวิทย์ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสาวหาเส้นทางพัฒนาการของโยคะในยุคปัจจุบันว่าเป็นมาอย่างไร และสนใจอิทธิพลของสื่อประเภทต่างๆที่มีผลต่อการตัดสินใจเล่นโยคะ

ผลจากการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องบวกผสมกับการสัมภาษณ์ครูโยคะจำนวน 10 ท่าน ผู้วิจัยได้คำตอบจากโจทย์ข้อแรกคือ พัฒนาการของการฟื้นฟูโยคะกลับเข้ามาในสังคมไทยซึ่งมีจังหวะของการพัฒนาที่รวดเร็วมาก เพียงช่วงระยะเวลาจากพ.ศ.2545-2551 (ประมาณ 6 ปี) มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับพัฒนาการของโยคะถึง 5 ระยะ (1) ระยะก่อตั้งในกลุ่มเล็กๆ (พ.ศ.2545) ซึ่งอาจจะจะมีบางคนที่มีความสนใจมานานนับสิบๆปีแล้ว (เช่น สุนีย์โยคะสถาน) (2) ระยะขยายตัว (พ.ศ.2547) โยคะเริ่มเป็นที่รู้จักมากขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มผู้รักษาสุขภาพในฐานะทางเลือกของการออกกำลังกายแบบหนึ่ง (3) ระยะกระจายตัว (พ.ศ.2547)

เป็นระยะที่มีสถาบันต่างๆเปิดสอนโยคะอย่างเป็นทางการ ซึ่งในด้านหนึ่งทำให้โยคะมีสถานะเป็นสินค้าที่หาซื้อได้ มีลักษณะเป็นธุรกิจมากขึ้น แต่ก็เป็นการเปิดโอกาสและช่องทางการเข้าถึงได้มากขึ้นด้วย (4) ระยะระบาด (พ.ศ.2548) เป็นช่วงที่สื่อมวลชนได้นำเสนอบุคคลต้นแบบ ดารา นักร้อง คนมีชื่อเสียงที่เข้ามาฝึกโยคะ ทำให้เกิดกลายเป็นกระแสการตื่นตัวในการดูแลสุขภาพด้วยโยคะขึ้นมา (5) ระยะฝังตัว (พ.ศ.2549-2551) หลังจกการขยายตัวอย่างกว้างขวางและทำให้เนื้อหาที่แท้จริงของโยคะเบี่ยงเบนหรือถูกกลทอน จึงเป็นช่วงเวลาของบรรดาผู้รู้จริงในวงการโยคะได้เผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับโยคะให้มีความรอบด้านและลึกซึ้งใกล้เคียงกับขั้นตอนของโยคะมากยิ่งขึ้น

สำหรับโจทย์การวิจัยที่เกี่ยวกับประเภทของสื่อมวลชนที่มีการเผยแพร่เนื้อหาเกี่ยวกับโยคะและกลุ่มตัวอย่างได้รับรู้มากที่สุดก็คือ **สื่อนิตยสาร** ที่เป็นสื่อที่สามารถแตกตัวออกมาตอบรับเนื้อหาเฉพาะๆได้ง่ายกว่าสื่อมวลชนอื่นๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุหรือโทรทัศน์ แต่สำหรับสื่อที่มีผลต่อการตัดสินใจเล่นโยคะมากที่สุดนั้น ก็ยังเป็น **สื่อบุคคล** (เช่น ความน่าเชื่อถือของผู้สอนโยคะ เพื่อน สมาชิกในครอบครัว) โดยมีสื่อเฉพาะกิจและสื่อมวลชนเป็นสื่อสนับสนุน และปัจจัยด้านเนื้อหาสารของโยคะที่มีเป้าหมายที่หลากหลายดังที่กล่าวมาข้างต้น (เล่นเพื่อสุขภาพ เล่นเพื่อความสวยงาม เล่นเพื่อรักษาโรค ฯลฯ) ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สามารถตอบสนองกลุ่มเป้าหมายที่มีความต้องการที่หลากหลาย

(ข) สุทธิภา วงศ์ยะลา (2543) เรื่อง "รูปแบบและประสิทธิผลของการสื่อสารในการดำเนินงานตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพคนทำงานของโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่" ในงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยได้เลือกโรงงานกลุ่มตัวอย่าง 5 แห่งที่เริ่มได้รับแนวคิดกระบวนการใหม่ด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นโรงงานที่เข้าร่วมโครงการสร้างสรรค์สุขภาพในสถานประกอบการของสำนักงานประกันสังคมร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยการวิจัยได้ตั้งโจทย์ว่า จะสำรวจรูปแบบการ

สื่อสารเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่โรงงานกลุ่มตัวอย่างใช้ และจะประเมิน ประสิทธิภาพของการใช้สื่อดังกล่าว

สำหรับคำนิยามของคำว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” นั้น งานวิจัยได้ระบุอย่างชัดเจนว่า หมายถึง “กระบวนการที่ทำให้ประชากรในวัยทำงานเพิ่มความสามารถในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพอนามัยของตนเองให้ดียิ่งขึ้น เช่น การจัดกิจกรรมรณรงค์เลิกสูบบุหรี่ในสถานที่ทำงาน การจัดสถานที่ทำงานปลอดภัย การให้ความรู้เรื่องโภชนาการ เป็นต้น

สำหรับวิธีการวิจัยเพื่อตอบโจทย์ข้อแรกนั้น ผู้วิจัยใช้วิธีการสำรวจ เอกสารที่เกี่ยวข้องพร้อมกับการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโครงการสร้างเสริมสุขภาพของโรงงานกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการใช้สื่อเพื่อสร้างเสริมกระบวนการทัศนใหม่ด้านสุขภาพนั้นจะประกอบด้วย ประเภทสื่อที่หลากหลายตั้งแต่

(i) สื่อบุคคล ที่มีทั้งแพทย์/พยาบาลประจำโรงงาน แพทย์-พยาบาลจากโรงพยาบาล (มาจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพประจำปี) เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย เจ้าหน้าที่โครงการ ฯลฯ

(ii) สื่อเฉพาะกิจ เป็นสื่อทุกประเภทที่สร้างขึ้นมาเพื่อการเผยแพร่เนื้อหาการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ เสียงตามสาย วิดีโอเทป ฯลฯ

(iii) สื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์

(iv) สื่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การออกกำลังกาย การแข่งขันกีฬา การจัดนิทรรศการ การอบรมสัมมนา กิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพ เช่น เรื่องบุหรี่ เหล้า ฯลฯ

หากแบ่งสื่อที่หลากหลายประเภทตามเป้าหมายและเนื้อหาแล้ว จะพบว่ามี 3 เป้าหมาย/เนื้อหา คือ สื่อมวลชนทั่วไป (เช่น หนังสือพิมพ์ ภาพยนตร์ โทรทัศน์) สื่อที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป และสื่อที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน การแบ่งประเภทของ

สื่อตามลักษณะเป้าหมาย/เนื้อหาจะสามารถนำไปเชื่อมโยงกับกิจกรรมวิจัยข้อที่ 2 ได้

สำหรับการวัดประสิทธิผลของการใช้สื่อสร้างเสริมสุขภาพนั้น ผู้วิจัยได้คำตอบมาจากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนงานจำนวน 400 คน จาก 5 โรงงาน และพบว่าอัตราการเปิดรับสื่อประเภทต่างๆในโครงการฯ นั้นอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ผู้วิจัยอธิบายว่า เนื่องจากปริมาณสื่อที่นำมาใช้ก็มีน้อยอยู่แล้ว (availability) และยังพบว่าตัวแปรภูมิหลังประชากร เช่น อายุ การศึกษา รายได้ มีส่วนสัมพันธ์กับปริมาณการเปิดรับสื่อ ส่วนประสิทธิผลของสื่อที่มีต่อเรื่องความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าปริมาณการเปิดรับสื่อไม่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องความรู้และทักษะคิด หากทว่ามีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

และข้อค้นพบที่น่าสนใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ก็คือ สำหรับเป้าหมาย/เนื้อหา 3 ประเภทที่กล่าวมาข้างต้นนั้น จะพบว่า กลุ่มคนทำงานจะให้ความสนใจต่อเนื้อหาเรื่องความปลอดภัยในการทำงานมากที่สุด ไม่ว่าจะมาจากสื่อประเภทใดก็ตาม ซึ่งก็น่าจะนำมาสู่ข้อสรุปในเรื่องการคัดเลือกและการออกแบบสาร (Message selection & design) สำหรับการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในปริณทณที่ เป็นสถานที่ทำงานนั้น ควรจะเลือกเนื้อหาที่เกี่ยวกับ “ความปลอดภัยในที่ทำงาน” เป็นเนื้อหาหลัก (Core message) เนื่องจากมีความสอดคล้องกับบริบท (relevancy) หรือใช้เป็น “เนื้อหาเปิดเข้า” (entry point) ไปสู่เนื้อหาสุขภาพอื่นๆ เช่น ความปลอดภัยในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา หรือสูบบุหรี่ เป็นต้น

(ค) รังสิมา นิโลบล (2547) เรื่อง “กระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของประชาสังคม” งานวิจัยชิ้นนี้แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ทั้ง 2 ฟากฝั่งคือ กระบวนการทัศน์ใหม่ด้านสุขภาพและกระบวนการทัศน์ใหม่ด้านการสื่อสาร และเพื่อให้เห็น “ความใหม่” ของกระบวนการทัศน์ทั้งสองได้ชัดเจนขึ้น (โดยเฉพาะกระบวนการทัศน์ด้านการ

สื่อสาร) ผู้วิจัยได้ออกแบบการวิจัยเอกสาร (งานวิจัยและวิทยานิพนธ์) ที่ครอบคลุมทั้งกระบวนทัศน์ใหม่และกระบวนทัศน์เดิมของการสื่อสาร สุขภาพ

วิธีการวิจัยใช้การสำรวจวิทยานิพนธ์ด้านการสื่อสารสุขภาพจาก คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2524-2545 จากจำนวนวิทยานิพนธ์ทั้งหมด 1,700 เล่ม พบว่า มีเรื่องการสื่อสาร สุขภาพอยู่ 178 เล่ม จากจำนวนทั้งหมดนี้ พบว่ามีการใช้**กระบวนทัศน์เดิม ทั้งด้านสุขภาพและการสื่อสาร** โดยเฉพาะในช่วงปี พ.ศ.2524-2535 ที่ กระบวนทัศน์ใหม่ของการสื่อสารและสุขภาพยังไม่เป็นที่รู้จักในแวดวง วิชาการของไทย ผู้วิจัยได้สกัดคุณลักษณะสำคัญๆของการสื่อสารสุขภาพ ภายใต้กระบวนทัศน์เดิมว่ามีดังนี้

(i) **วิธีการศึกษา** เป็นการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้วิธีการสำรวจ และใช้แบบสอบถาม ประเด็นที่สนใจคือประสิทธิผลของสื่อที่มีต่อความรู้/ ความเข้าใจ ทักษะคิด และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้ง การเปรียบเทียบประสิทธิผลของสื่อแต่ละประเภท หรือพฤติกรรม การแสวงหาและใช้ประโยชน์จากสื่อของผู้รับสาร

(ii) **กลุ่มเป้าหมายของการสื่อสาร** จะเน้น “ปัจเจกบุคคล” และ เน้นกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง และมักเปรียบเทียบตัวแปรด้านประชากร ของกลุ่มเป้าหมายกับผลกระทบจากการใช้สื่อประเภทต่างๆ ส่วนพื้นที่วิจัย นั้นมักอยู่ในกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และตัวเมืองใหญ่

(iii) **ประเภทของสื่อ** ยังเน้นสื่อมวลชน (โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์) สื่อบุคคลนอกชุมชน หรือสื่อเฉพาะกิจประเภทที่ไม่เอื้อต่อ การมีส่วนร่วมของชุมชน แบบจำลองของการสื่อสารจะเป็นแบบ Transmission Model ที่เป็นสื่อสารแบบทางเดียว มีทิศทางไหลจากบนลงล่าง (Top-down Flow) จากผู้ส่งสารที่มีความรู้ มีข่าวสารไปยังผู้รับสารที่ว่างเปล่า-ไม่มีความรู้ไม่มีข่าวสาร

(iv) **เนื้อหาเรื่องสุขภาพ** ยังเน้นสุขภาพในมิติทางกาย การ

คัดเลือกและออกแบบสารเกิดมาจากส่วนราชการ บุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้ผลิตที่อยู่นอกชุมชนฝ่ายเดียว มักไม่ค่อยมีการสำรวจผู้รับสาร รวมทั้งขาดการคำนึงถึงบริบททางสังคม-เศรษฐกิจ-วัฒนธรรม วิถีชีวิตของผู้รับสาร ทำให้เนื้อหาสารที่จะเน้นนำประชาชนให้มีความสุขภาพที่เหมาะสมนั้นไม่ประสบความสำเร็จนัก

ส่วนโจทย์การวิจัยที่เป็นกระบวนทัศน์ใหม่ทั้งด้านการสื่อสารและสุขภาพนั้น ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ผลงานวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่เป็นสถาบันที่ทำงานภายใต้กระบวนทัศน์ใหม่ด้านสุขภาพ โดยคัดเลือกงานวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ.2539-2546 โดยเลือกงานวิจัยที่มีการใช้กระบวนทัศน์ใหม่ของการสื่อสารสุขภาพที่ชัดเจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมา 28 เล่มจาก 600 เล่ม

ผู้วิจัยได้สกัดคุณลักษณะสำคัญของการสื่อสารสุขภาพภายใต้กระบวนทัศน์ใหม่ว่ามีดังนี้

(i) **วิธีการศึกษา** จะเน้นวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพหรือการผสมผสานระหว่างวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณเพิ่มมากขึ้น ใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่หลากหลาย และมีการตั้งโจทย์ใหม่ๆ เป็นประเด็นศึกษาเช่น ศึกษาพฤติกรรมกรรมการสื่อสารสุขภาพอย่าง active ของผู้รับสาร การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมในเรื่องสุขภาพ เป็นต้น

(ii) **กลุ่มเป้าหมายของการสื่อสารสุขภาพ** ไม่จำกัดอยู่แต่เฉพาะกลุ่มผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงเท่านั้น แต่ขยายครอบคลุมทุกกลุ่ม (ครอบคลุมทั้ง 3 zone ในปริมาตรของสุขภาพ) และหน่วยที่ศึกษาก็มิใช่ “ปัจเจก” หากแต่ได้ขยายออกไปถึง ครอบครัว กลุ่ม ชุมชน ประชาคม/ประชาสังคม อันสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงค่านิยมของคำว่า “สุขภาพ” ที่ได้กล่าวมาข้างต้น และให้ความสนใจกับตัวแปรเรื่องสภาพสังคม ความสัมพันธ์ในชุมชน วัฒนธรรม ความเชื่อ ภูมิปัญญา วิถีชีวิต ฯลฯ พื้นที่การวิจัยขยายจากตัวเมืองใหญ่ไปสู่ชนบทที่ห่างไกล

(iii) **สำหรับประเภทของสื่อ** มีการเปลี่ยนจุดเน้นประเภทของ

สื่อที่จะฝากผีฝากไข้ในเรื่องสุขภาพจากสื่อมวลชนไปสู่บรรดา “สื่อเล็กๆ” (Small media) เช่น สื่อบุคคลในชุมชน สื่อเฉพาะกิจ สื่อกิจกรรม สื่อพื้นบ้าน ฯลฯ อันเป็นสื่อที่อยู่ในวิสัยที่ชุมชนจะผลิต จะใช้ จะกำกับดูแลได้ การมีส่วนร่วมของชุมชนในสื่อเล็กๆเหล่านี้จึงมีมากขึ้น ส่วนเป้าหมายการสื่อสารก็เปลี่ยนจากมุ่ง “โน้มน้าวชักจูง” (Persuasive communication) จากผู้รู้ ไปเป็นเป้าหมายของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เน้นการสื่อสารสองทางตามแบบจำลอง Ritualistic Model

(iv) **เนื้อหาเรื่องสุขภาพ** ได้ขยายขอบเขตของประเด็นสุขภาพออกไปกว้างมากขึ้น ครอบคลุมในเรื่องของสภาวะจิตใจ ระบบความคิด และสิ่งแวดล้อมทางสังคม วิถีชีวิตของประชาชน เป็นต้น โดยที่เนื้อหาด้านสุขภาพนี้จะถูกกำหนด/สร้างขึ้นมาจากกระบวนการสื่อสารที่อยู่ภายใต้กระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสาร เช่น แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการสำรวจความต้องการของผู้รับสารว่าต้องการเนื้อหาแบบไหนโดยใช้รูปแบบใหม่ๆของการสื่อสาร เช่น รูปแบบเวทีเสวนาชุมชน รูปแบบการทำประชาคมสุขภาพ ฯลฯ และในการออกแบบสาร (Message design) มีการคำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อวิถีชีวิตและทัศนคติของกลุ่มผู้รับสารเพิ่มมากขึ้น

จากหลักฐานที่แสดงพัฒนาการของงานศึกษาวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพที่ผู้วิจัยได้ประมวลมาช่วยให้ผู้วิจัยทำนายแนวโน้มของเส้นทางการวิจัยว่า จากจุดเริ่มต้นที่งานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพนั้นจะดำเนินไปทั้งภายใต้กระบวนการทัศน์เดิมของทั้งด้านสุขภาพและด้านการสื่อสาร ในลำดับต่อมา การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ด้านสุขภาพได้เริ่มขยับตัวไปสู่กระบวนการทัศน์ใหม่มากขึ้น (อย่างน้อยก็เปลี่ยนผ่านจากกระบวนการทัศน์การแพทย์แบบชีวภาพไปสู่กระบวนการทัศน์การแพทย์แบบสังคม) แต่ทว่าในช่วงกึ่งกลางนั้น กระบวนการทัศน์ด้านการสื่อสารยังคงอยู่ภายใต้กระบวนการทัศน์เดิมคือภายใต้แบบจำลอง Transmission Model เน้น Impact/Effect Theory ที่เชื่อในผลกระทบอันเกิดจากพลังการโน้มน้าว

ชักจูงของสื่อมวลชน (persuasive communication) จนเข้าสู่ระยะสุดท้าย ที่งานวิจัยจำนวนหนึ่งได้ดำเนินการไปภายใต้กระบวนการทัศนใหม่จากทั้ง 2 พากฝั่ง และผู้วิจัยได้ทำนายเส้นทางในอนาคตของงานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพของไทยว่าจะมีปริมาณของงานที่ใช้กระบวนการทัศนใหม่ทั้งด้านสุขภาพและการสื่อสารเพิ่มมากขึ้นอย่างสอดคล้องกับสถานการณ์ด้านการสื่อสารสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของสังคมไทยปัจจุบัน

6. พัฒนาการของการประสาน “การสื่อสาร” กับ “สุขภาพ”: มุมมองจากสื่อสารศึกษา

สำหรับการประสานกันระหว่างชุดความรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารนั้น มีพัฒนาการที่จุดตั้งต้นเมื่องานด้านสุขภาพนั้นได้เข้ามาใช้ประโยชน์จากสื่อประเภทต่างๆในการดำเนินงานของตน C. Atkin & K. Silk (1996) ตั้งข้อสังเกตว่า แม้ว่าจะยังไม่มีสาขาวิชาการที่เรียกว่า “การสื่อสารสุขภาพ” เกิดขึ้นมา แต่ทว่าในโลกตะวันตก ก็ได้ปรากฏหลักฐานการนำสื่อประเภทต่างๆมาใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างน้อยก็ 3 ศตวรรษแล้ว ดังตัวอย่างที่ได้กล่าวมาแล้วว่า ในปีค.ศ.1721 สาธุคุณ Cotton Mother ผู้นำทางศาสนาและการเมืองแห่งเมืองบอสตัน ได้ใช้แผ่นพับและการตระเวนแสดงสุนทรพจน์/การบรรยายในระหว่างการรณรงค์ให้ประชาชนมารับการปลูกฝีเพื่อป้องกันโรคฝีดาษ/ไข้ทรพิษ หรือในศตวรรษที่ 19 สหพันธ์สตรีคริสเตียนในสหรัฐก็ได้ใช้สื่อมวลชนหลายประเภท ตั้งแต่หนังสือพิมพ์ นิตยสาร สื่อบุคคลเช่นผู้นำทางการเมือง ในการรณรงค์ให้มีการปฏิรูปกฎหมายเกี่ยวกับการดื่มสุราที่ก่อให้เกิดปัญหาสังคมด้านต่างๆ พัฒนาการจากตัวอย่างที่กล่าวมานี้ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องจนถึงยุคปัจจุบัน

และในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา C. Seale (2002) นักวิชาการผู้สนใจเรื่องการสื่อสารสุขภาพก็ตั้งข้อสังเกตว่า ในการประสานความร่วมมือระหว่างการสื่อสารกับสุขภาพนั้น ได้เกิดการเปลี่ยนแปลง/การพัฒนาคุณลักษณะต่างๆ ทั้งในประเด็นของสุขภาพ (อันอาจจะเนื่องมาจากการ

เปลี่ยนแปลงสภาพความเป็นจริง เช่น ประเภทของโรคที่เปลี่ยนไป หรือเกิดจากการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศนด้านสุขภาพดังที่ได้กล่าวมา) และประเด็นของการสื่อสาร ในที่นี้จะแสดงให้เห็นพัฒนาการ 3 ขั้นตอนของการประสานความรู้ระหว่างการสื่อสารกับสุขภาพตามทัศนะของ C. Seale ซึ่งจะใช้ “มิติด้านการสื่อสาร” เป็นเกณฑ์หลักในการแบ่งช่วงพัฒนาการ 3 ช่วงคือ

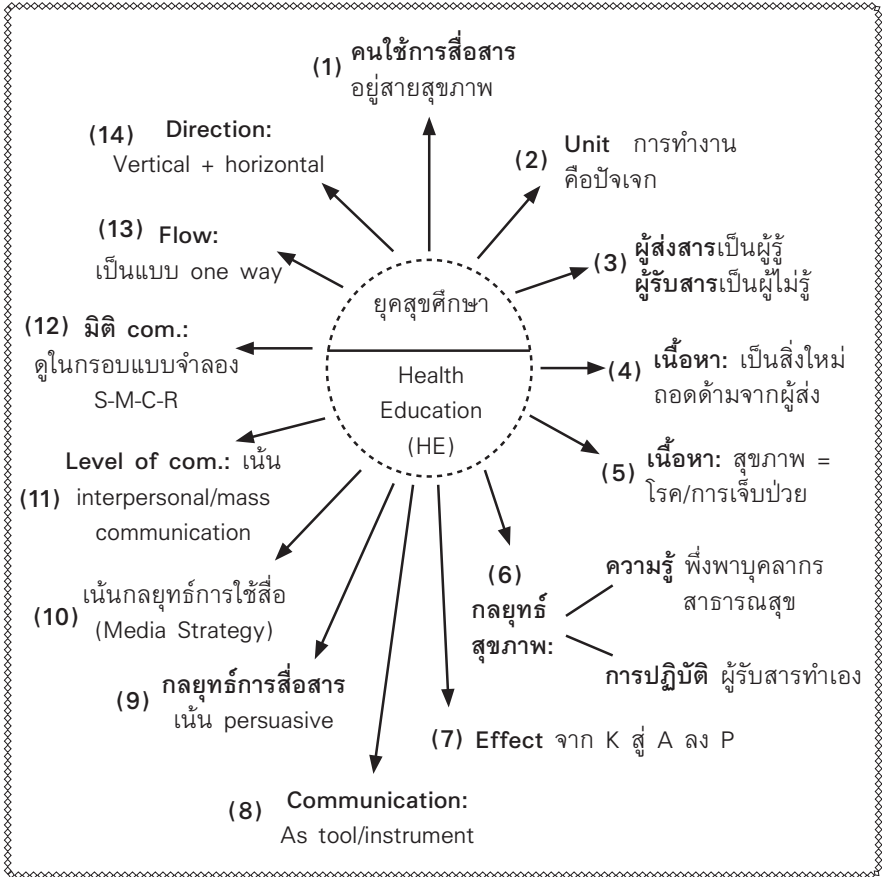
รุ่นที่ 1 เป็นช่วง “สุขศึกษา” (Health Education)

รุ่นที่ 2 เป็นช่วง “การส่งเสริมสุขภาพ” (Health Promotion)

รุ่นที่ 3 เป็นช่วง “การสื่อสารสุขภาพ” (Health Communication)

ผู้เขียนจะแสดงคุณลักษณะของพัฒนาการ 3 รุ่นนี้ในรายละเอียด เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นให้ชัดเจน อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์คุณลักษณะนี้ ก็มีใช้การแยกอย่างเด็ดขาดระหว่างสามแนวคิด หากแต่เป็นความต่อเนื่อง/เหลื่อมล้ำระหว่าง 3 แนวคิด สิ่งที่ผู้เขียนจะกระทำ จะคล้ายคลึงกับที่ Max Weber สร้าง “ตัวแบบ” (ideal type) ขององค์กรข้าราชการขึ้นมา เป้าหมายของการสร้างแนวคิดตัวแบบนี้ ก็เพียงเพื่อใช้วิเคราะห์และประเมินผลการออกแบบใช้งานการสื่อสารเพื่อสุขภาพในภาคปฏิบัติเท่านั้น

(6.1) การประสาน “การสื่อสาร” กับ “สุขภาพ” ในงานสุขศึกษา (Health Education)



ภาพที่ 20: แสดงคุณลักษณะ (attribute) ของการสุขศึกษา (Health Education)

วาสนา จันทรสว่าง (2550) กล่าวถึงประวัติของการนำการสื่อสารเข้ามาในงานสุขภาพในระดับของ “สุขศึกษา” ว่า มีมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2461 เมื่อมีการตั้งแผนกสุขศึกษาที่ดำเนินงานสุขศึกษาทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ลักษณะงานของสื่อสารสุขภาพในรูปแบบนี้ก็คือ การเผยแพร่ตำราและเอกสารที่แปลมาจากต่างประเทศสำหรับเจ้าหน้าที่ และเผยแพร่

สิ่งพิมพ์สำหรับประชาชนคือเอกสาร โฆษณา พิมพ์ภาพโปสเตอร์ เป็นต้น
คุณลักษณะสำคัญของการสื่อสารแบบสุขศึกษาที่พิจารณาจาก
กรอบของการสื่อสารนั้นเป็นดังนี้

(1) **ผู้สื่อสาร** ในฐานะผู้ส่งสารจะเป็นบุคลากรทางสุขภาพ
เป็นหลัก

(2) **หน่วยการทำงาน** กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้รับสาร จะเป็นระดับ
ปัจเจกบุคคล

(3) **ข้อตกลงเบื้องต้น** ผู้ส่งสารจะเป็นเจ้าของเนื้อหาโดยมีข้อมูล
ข่าวสาร ในขณะที่ฝ่ายผู้รับสารจะเป็นผู้ไม่มีข้อมูลข่าวสาร

(4) **ความใหม่ของเนื้อหา** จะเป็นสิ่งใหม่เอี่ยมถอดตามสำหรับ
ผู้รับสาร เช่น ความรู้เรื่องการฉีดวัคซีน

(5) **ลักษณะของเนื้อหา** ในแง่ของสุขภาพ จะเน้นความหมาย
ตามทฤษฎีโรค และเน้นสุขภาพทางกายเป็นสำคัญ

(6) **กลยุทธ์ด้านสุขภาพ** ในแง่ตัวความรู้จะเน้นความรู้ที่ต้องฟัง
พบบุคลากรสาธารณสุข (ต้องขอคำแนะนำจากแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่
สาธารณสุข) ส่วนการปฏิบัตินั้น ผู้รับสารจะเป็นคนลงมือทำเอง

(7) **ผลกระทบของสื่อ** จะเป็นไปตามลำดับขั้นของทฤษฎีผล
กระทบของสื่อ (Impact/ Effect Theory) คือ เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับ
ความรู้ก่อนเป็นอันดับแรก (Knowledge) แล้วไหลไปสู่การเปลี่ยนทัศนคติ
(Attitude) และปิดท้ายด้วยการเปลี่ยนการกระทำ (Performance)

(8) **สถานะของการสื่อสาร** จะถูกรับรู้ว่าเป็น “เครื่องมือ/กลไก”
(tool/instrument) ที่ช่วยก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

(9) **กลยุทธ์การสื่อสาร** จะเน้นการโน้มน้าวชักจูง (persuasive)

(10) เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง “กลยุทธ์การใช้สื่อ” กับ “กลยุทธ์
การสร้างสาร” งานสุขศึกษาจะเน้นกลยุทธ์การใช้สื่อมากกว่า ในงานค้น
คว้าวิจัยจะพยายามแสวงหาคำตอบว่า “จะใช้สื่อประเภทใดดี” (which
media) จึงจะใช้ได้ผลหรือมีประสิทธิภาพ

(11) **ระดับของการสื่อสาร** จากการสื่อสารทั้ง 6 ระดับที่ได้กล่าวมา จะเน้นระดับการสื่อสารระหว่างบุคคล (เช่น แพทย์-ผู้ป่วย) กับการสื่อสารมวลชน ซึ่งสอดคล้องกับงานสื่อสารสุขภาพระยะแรกในต่างประเทศเช่นกัน (Atkin & Silk, 1996)

(12) **ขอบเขตของการสื่อสาร** งานวิจัยจะสนใจเฉพาะกระบวนการสื่อสารที่เกิดขึ้นในแบบจำลอง S-M-C-R โดยยังไม่ได้ให้ความสนใจกับ “บริบทแวดล้อม” (context) ไม่ว่าจะเป็นบริบทด้านเศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรมมากนัก

(13) **ทิศทางทางไหลของข่าวสาร** จะมีลักษณะเป็นการสื่อสารที่ไหลแบบทางเดียว (One-way communication) เช่น จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปสู่ประชาชน

(14) **ทิศทางของการสื่อสาร** อาจจะเป็นทางสื่อสารในแนวตั้ง เช่น จากผู้ส่งสารที่อยู่ข้างบนไปสู่ผู้รับสารที่อยู่ข้างล่าง (Vertical communication) หรืออาจจะเป็นการสื่อสารในแนวระนาบ (Horizontal communication) เช่นการติดต่อกันระหว่างเจ้าหน้าที่รัฐด้วยกัน

ตัวอย่างงานวิจัยการสื่อสารสุขภาพในรูปแบบสุขศึกษานี้จะเป็นรูปแบบหลักของการวิจัยในระยะเริ่มแรกของงานค้นคว้าในประเด็นนี้ อย่างไรก็ตาม การสื่อสารสุขภาพในรูปแบบสุขศึกษาก็ยังคงมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน เช่น

(1) รุจิรรัตน์ ชูทองรัตน์ (2526) เรื่อง “ประสิทธิผลของการให้ความรู้โดยใช้สื่อบุคคลและภาพพลิกต่อการเพิ่มความรู้และเปลี่ยนแปลงทัศนคติของหญิงมีครรภ์ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลศิริราช” เป็นงานวิจัยที่ต้องการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพแบบเดิมๆของหญิงมีครรภ์โดยการใช้สื่อประเภทต่างๆ

(2) อุไรศรี อะสันตารี (2541) เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำเด็กไปรับวัคซีนโปลิโอในโครงการณรงค์ให้วัคซีนโปลิโอ ในเขตเมืองจ.หนองคาย” เป็นเนื้อหาด้านสุขศึกษาในส่วนที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค

ด้วยนวัตกรรมใหม่คือการฉีควัดขึ้น ซึ่งการแพร่กระจายนวัตกรรมด้านสุขภาพให้เป็นที่ยอมรับและนำไปสู่การปฏิบัติตามนั้นต้องใช้การสื่อสารประเภทต่างๆ

(3) ดวงดาว พันธุ์พิบูล (2544) เรื่อง “การให้สุขศึกษาตามแนวนโยบายสุขบัญญัติแห่งชาติในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์” งานวิจัยชิ้นนี้เป็นตัวอย่างงานศึกษาเรื่องสื่อสารสุขภาพในรูปแบบสุขศึกษาที่ชัดเจนที่สุด ดังนั้น จะขอดูตัวอย่างงานวิจัยชิ้นนี้ในรายละเอียด

ในระดับชาติ นับตั้งแต่เริ่มมีการดำเนินงานด้านสุขศึกษาของภาครัฐ ก็ได้มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เรียกว่า “หลักสุขบัญญัติ 10 ประการ” ขึ้นมาในปีพ.ศ.2503 แล้วเผยแพร่ผ่านสถาบันต่างๆในสังคมเพื่อให้ประชาชนรับรู้และปฏิบัติตาม เนื้อหาสุขบัญญัติ 10 ประการนั้นเป็นการระบุแนวทางพฤติกรรมที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในอดีตของไทย เช่น การกำหนดให้อาบน้ำ แปรงฟัน นอนหลับ ดื่มน้ำสะอาด ถ่ายอุจจาระ ฯลฯ อย่างไรก็ตาม เมื่อสถานการณ์ของปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป ในช่วงปี พ.ศ.2535 ภาครัฐจึงได้มีการทบทวนเนื้อหาสุขบัญญัติกันใหม่ และได้ออก “สุขบัญญัติแห่งชาติ” ฉบับใหม่ที่มีเนื้อหาที่ตอบรับกับปัญหาพฤติกรรมสุขภาพในยุคปัจจุบันให้มากขึ้น เช่น การงดสูบบุหรี่กินเหล้า การป้องกันอุบัติเหตุ การมีสำนึกต่อส่วนรวม ฯลฯ และจากนั้น ภาครัฐก็ได้ดำเนินการเผยแพร่สุขบัญญัติแห่งชาติฉบับใหม่ผ่านสถาบันและกลไกต่างๆของสังคมโดยที่สื่อมวลชนก็เป็นกลไกหนึ่ง

ดวงดาวผู้วิจัยจึงสนใจบทบาทของสื่อมวลชนประเภทหนึ่งที่มีขีดความสามารถในการเข้าถึงประชาชนได้อย่างกว้างขวางคือ สื่อโทรทัศน์ ผู้วิจัยตั้งใจท้วงว่า สื่อโทรทัศน์มีเนื้อหา รูปแบบวิธีการนำเสนอประเด็นสุขบัญญัติแห่งชาติอะไรและอย่างไรบ้าง นอกจากนั้น ก็ยังสนใจตัวแปรเรื่อง **ลักษณะของผู้ผลิตรายการที่แบ่งเป็นหน่วยงานรัฐและภาคเอกชน**

ผู้วิจัยออกแบบด้วยการวิเคราะห์เนื้อหารายการสุขภาพทาง

โทรทัศน์จากสถานีโทรทัศน์ 6 ช่อง (ในช่วงเวลาที่ศึกษา) ในช่วงปี พ.ศ.2543 เป็นรายการที่ผลิตโดยหน่วยงานรัฐ 6 รายการ ภาคเอกชน 6 รายการ ผลการวิจัยที่ตอบโจทย์สำคัญของงานวิจัยมีดังนี้

(i) **ที่มาของรายการ** ผลการวิจัยพบว่า ในแง่ที่มาของรายการ จากภาครัฐนั้นมีมูลเหตุประการเดียวคือ การดำเนินงานตามแนวนโยบาย และแผนงานของหน่วยงาน ในขณะที่มูลเหตุจูงใจจากภาคเอกชนนั้นมีความหลากหลายกว่า เช่น มาจากนโยบายของสถานีบ้าง มาจากความ ต้องการของผู้ผลิตที่ต้องการเผยแพร่แนวคิดด้านสุขภาพของตนเอง และ อื่นๆ ตัวแปรด้านที่มาของรายการนี้จะส่งผลต่อการผลิต การออกแบบ และการพัฒนารายการในลำดับต่อมา

(ii) **ความยาวและตำแหน่งของรายการในผังรายการ** ผลการวิจัย แสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างค่อนข้างชัดเจนระหว่างผู้ผลิต 2 ประเภท กล่าวคือ รายการของภาครัฐนั้นมักมีความยาวเพียง 1-3 นาที ส่วนรายการของภาคเอกชนจะมีความยาวถึง 25 นาที - 1 ชั่วโมง ซึ่งจะมีผลถึงความลุ่มลึกของเนื้อหารายการอย่างแน่นอน ส่วนช่วงเวลาออกอากาศนั้น ส่วนใหญ่แล้วรายการเกือบทั้งหมดจะแพร่ภาพในช่วงเวลาที่ไม่มีผู้ชมมากนัก (non-primetime) หรือมีผู้ชมเฉพาะกลุ่ม ซึ่งสะท้อนให้เห็นสภาพของรายการสุขภาพในโทรทัศน์ของไทย

(iii) **รูปแบบรายการ** มีประเภทรูปแบบรายการที่ค่อนข้างจำกัด เพียง 3 รูปแบบคือ สารคดี ละคร และนิตยสารทางอากาศ ซึ่งอาจจะเป็นเพราะเนื้อหาเรื่องสุขภาพนั้นเป็นเรื่องจริง (factual) จึงมีข้อจำกัดในการ เลือกใช้รูปแบบรายการ (หรืออาจจะเป็นข้อจำกัดด้านความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของฝ่ายผู้ผลิต)

(iv) **วิธีการนำเสนอแง่มุมของเนื้อหา** ผลการวิจัยแสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างรายการที่ผลิตจากภาครัฐกับภาคเอกชน กล่าวคือ จากกลยุทธ์ 4 ด้านของสุขภาพ ภาครัฐจะอาศัยแนวคิดเชิง ป้องกันและควบคุมโรคเป็นหลัก ทำให้เนื้อหาการให้สุขศึกษาของภาครัฐ

เป็นเสมือนการประชาสัมพันธ์กิจกรรม รายงานผลการดำเนินงานขององค์กร และการให้ความรู้สุขภาพเชิงกว้างมากกว่าการนำเสนอเนื้อหาแบบเจาะจง/เชิงลึก การให้สุขภาพศึกษาของภาครัฐจึงดำเนินไปตามแนวนโยบายของแต่ละหน่วยงานโดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นตัวตั้งประเด็นสุขภาพแล้วนำเสนอไปยังประชาชน ที่เรียกว่า “กลยุทธ์การเอาผู้ส่งเป็นตัวตั้ง” (Sender-oriented) และย่อมส่งผลถึงความสนใจของผู้ชมที่จะรู้สึกว่ามีเนื้อหาดังกล่าวไม่เกี่ยวข้องหรือไม่ตอบโจทย์สุขภาพของตน

แนวทางดังกล่าวแตกต่างจากมุมมองการให้สุขภาพศึกษาของภาคเอกชนที่มักจะนำประเด็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในสังคมและเป็นที่สนใจของประชาชนมาเป็นตัวตั้ง จากนั้นจึงนำวิทยากรหรือผู้เชี่ยวชาญในด้านนั้นๆ มาเป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ชม เป็นการดำเนินรายการไปตามสถานการณ์สุขภาพ (current-issue approach) และถือเอาผู้ชมเป็นตัวตั้ง (audience-oriented) ซึ่งส่งผลให้รายการที่ผลิตโดยภาคเอกชนได้รับความสนใจจากผู้ชมมากกว่า

(v) อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ลักษณะเนื้อหาของรายการว่ามีความเกี่ยวข้องกับเนื้อหาในแนวนโยบายสุขภาพบัญญัติแห่งชาติจากรายการทั้ง 2 ประเภท ก็กลับพบว่า รายการที่ผลิตจากภาครัฐมีเนื้อหาที่ตรงตามนโยบายสุขภาพบัญญัติฯ ถึง 82% ในขณะที่รายการที่ผลิตจากภาคเอกชนมีเนื้อหาที่ตรงกับนโยบายสุขภาพบัญญัติฯ เพียง 47% ข้อค้นพบดังกล่าวนี้น่าจะเป็นโจทย์ที่การเผยแพร่เนื้อหาสุขภาพยังคงต้องแสวงหาวิธีการประสานให้เนื้อหา รูปแบบและวิธีการนำเสนอที่ลงตัวและมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

(6.2) การประสาน “การสื่อสาร” กับ “สุขภาพ” ใน “งานส่งเสริมสุขภาพ” (Health Promotion)

การประสาน “การสื่อสาร” กับ “สุขภาพ” ในงานส่งเสริมสุขภาพนั้นมีความเป็นมาจากการพยายามแก้ไขปัญหาเรื่องการบริหารจัดการ

สุขภาพที่อยู่ภายใต้กระบวนการแพทย์แบบชีวภาพที่ได้กล่าวมาแล้ว โดยมีกระบวนการที่ใหม่คือ Social Determinant of Health เข้ามาแทนที่ และเมื่อปัญหาเรื่องการเจ็บไข้ได้ป่วยมีสาเหตุเกินกว่าสาเหตุทางการแพทย์ แต่มีเหตุปัจจัยด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง การแก้ไขปัญหาก็ต้องผนวกเอาทรัพยากรอื่นๆ (ตัวบุคคล วิธีการแก้ไขปัญหาคชดความรู้ ฯลฯ) ที่นอกเหนือจากด้านการแพทย์เข้ามามีส่วนร่วมด้วย

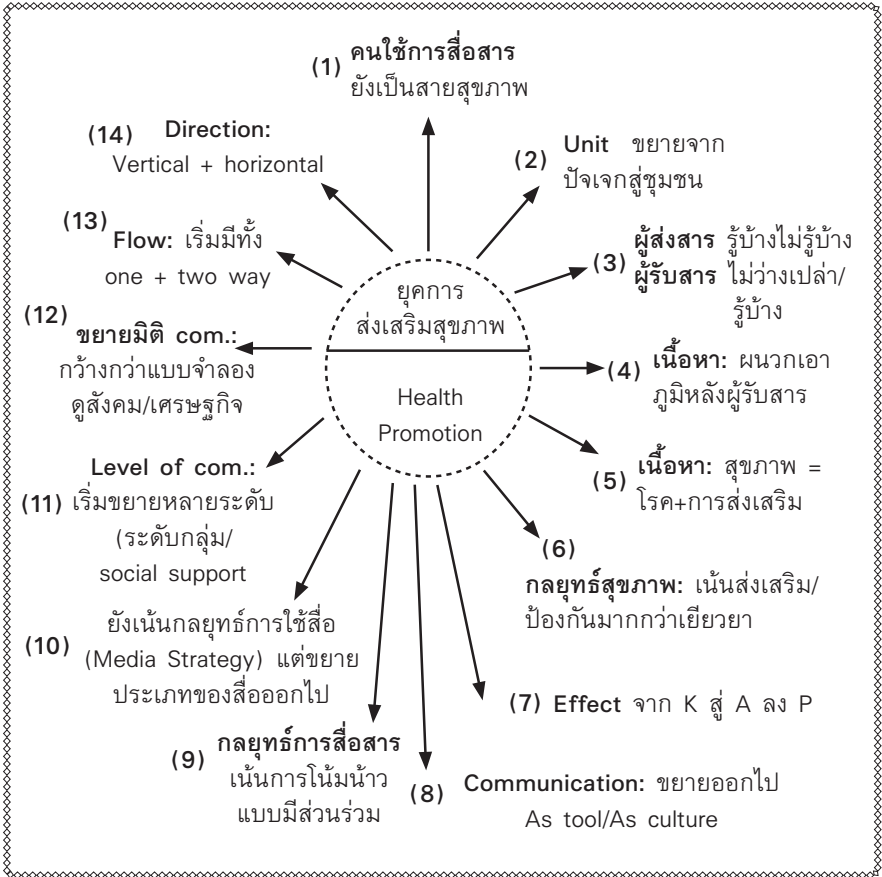
อีกประการหนึ่ง การบริหารจัดการบริการด้านสุขภาพที่อยู่ภายใต้กระบวนการแพทย์แบบชีวภาพนั้นก่อให้เกิดรูปแบบการกระจุกตัวของผู้ให้บริการที่มีแต่แพทย์/พยาบาลเท่านั้น จึงยิ่งซ้ำเติมวิกฤติการณ์ต่างด้านสุขภาพให้เพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นปัญหาคนไข้ล้นโรงพยาบาล การให้การรักษายาบาลที่เร่งรีบไม่มีคุณภาพ แพทย์ไม่เพียงพอต่อคนไข้ ฯลฯ ดังนั้นในช่วงทศวรรษ 2510 ภายใต้การนำขององค์การด้านสุขภาพระดับโลก เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO) หรือองค์การยูนิเซฟ จึงได้ริเริ่มกระบวนการใหม่ด้านสุขภาพที่แก้ไขปัญหาเรื่องการกระจุกตัวของบริการสาธารณสุขไปพร้อมๆกัน แนวคิดนี้รู้จักกันในนามของ “นโยบายสาธารณสุขมูลฐาน” ซึ่งโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และประชาธิป กะทา (2552) ระบุว่า นโยบายนี้มีหลักการสำคัญ 4 ประการคือ

- (1) การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation)
- (2) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate technology)
- (3) ความร่วมมือระหว่างสาขา (Intersectorial collaboration)
- (4) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพเบื้องต้น (Basic health service reform)

ในทางปฏิบัติ ตัวอย่างที่เห็นได้เป็นรูปธรรมที่สุดของนโยบายนี้คือ การขยายหน่วยบริการทางการแพทย์ที่แบ่งออกเป็นช่วงชั้นตามระดับความซับซ้อนของเทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยเฉพาะมีการผนวกการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยการจัดตั้งให้ชาวบ้านเข้ามาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ขึ้น

ทั่วไปในแทบทุกชุมชนของประเทศ โดยกำหนดภาระหน้าที่ที่อาสาสมัครเหล่านี้จะเข้ามาช่วยงานบริการสุขภาพในระดับต่างๆ ได้ เช่น การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน การรณรงค์เพื่อควบคุมโรคที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว งานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ฯลฯ

อย่างไรก็ตาม ดังที่ได้ตั้งข้อสังเกตมาตั้งแต่แรกแล้วว่า ในช่วงระยะเวลาที่ 2 นี้แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์อย่างค่อนข้างมากในด้านสุขภาพ แต่สำหรับกระบวนทัศน์ด้านการสื่อสารนั้นยังมีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก ดังนั้น คุณลักษณะของการสื่อสารสุขภาพในรูปแบบของงานส่งเสริมสุขภาพจึงมีคุณลักษณะ ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 21: คุณลักษณะ (attribute) ของการส่งเสริมสุขภาพ
(Health Promotion)

(1) ผู้ใช้การสื่อสาร ยังเป็นคนสายสุขภาพอยู่ แม้ว่าอาจจะขยายตัวบุคคลที่จะให้ความรู้เรื่องสุขภาพได้มากขึ้น เช่น อสม. ผสส. แต่ทว่าบุคคลเหล่านี้ก็ต้องไปผ่านการอบรมจากหน่วยงานของรัฐมาก่อน

(2) หน่วยงานทำงาน มีการเปลี่ยนแปลงจากช่วงระยะแรก คือ จากปัจเจกบุคคลไปสู่ชุมชน เช่น งานอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน

(3) ข้อตกลงเบื้องต้น ได้เริ่มมีการขยับความเข้าใจเรื่องความรู้

ของผู้ส่งและผู้รับ หรือระหว่างบุคลากรด้านสาธารณสุขกับชาวบ้านโดยเฉพาะชาวบ้านกลุ่มที่เข้ามาเป็นอาสาสมัคร แม้ว่าอาสาสมัครชาวบ้านอาจจะไม่แตกฉานในเรื่องการรักษาโรค/ป้องกันโรค แต่พวกเขาก็มีความรู้ดีในเรื่องของชุมชน เรื่องวิธีการทำงานกับชาวบ้าน ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาจจะไม่ค่อยรู้

(4) **เนื้อหา** เนื่องจากเป็นการทำงานในระดับชุมชนและมีลักษณะการกระจายตัวมากขึ้น ดังนั้น จึงเกิดลักษณะ localized มากขึ้น แม้จะมีกรอบมาจากส่วนกลาง เช่น การรณรงค์กำจัดยุงลายนั้น ในแต่ละชุมชน อสม.อาจจะค้นคิดวิธีการที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของชุมชนขึ้นมา (เริ่มเห็นมิติสังคม-วัฒนธรรมในงานสุขภาพ)

(5) **ลักษณะของเนื้อหา** ในแง่ของสุขภาพ จะเริ่มสร้างสมดุลระหว่างสุขภาพที่เป็นทฤษฎีโรคซึ่งเน้นการรักษาโรคกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการแบ่งมิติของเนื้อหาไปตามระดับความรับผิดชอบของบุคลากรสาธารณสุข เช่น อาสาสมัครชาวบ้านมักจะเน้นด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ แต่แพทย์ยังเน้นการรักษาพยาบาล

(6) **กลยุทธ์ด้านสุขภาพ** จะเริ่มมีแนวคิดเรื่องการส่งเสริมและป้องกันมากกว่าการเยียวยา โดยเฉพาะการป้องกันโรคต่างๆ เช่น การฉีดวัคซีน

(7) **ผลกระทบของสื่อ** ยังคงมีลักษณะเป็นลำดับขั้นของ K-A-P เช่นเดิม

(8) **สถานะของการสื่อสาร** นอกจากการรับรู้แบบเดิมว่า การสื่อสารคือเครื่องมือ/กลไกช่วยงานด้านสุขภาพแล้ว ก็มีการเพิ่มมิติ “ด้านวัฒนธรรม” เข้าไปในเรื่องการสื่อสาร เช่น การออกแบบเนื้อหาสารให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน

(9) **กลยุทธ์การสื่อสาร** แม้จะยังคงเน้นเรื่องการโน้มน้าวชักจูง แต่ก็เพิ่มมิติการมีส่วนร่วมในการโน้มน้าวชักจูงมากขึ้น

(10) **กลยุทธ์การใช้สื่อและกลยุทธ์การสร้างสาร** ยังคงเน้น

กลยุทธ์การใช้สื่อเช่นเดิม แต่ทว่าส่วนที่เปลี่ยนไปก็คือ มีการเพิ่มขยายประเภทของสื่อที่มีอยู่ในชุมชนที่เรียกว่า “สื่อชุมชน” มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นหอกระจายข่าว เสียงตามสาย ไปจนกระทั่งถึงสื่อพื้นบ้านหรือสื่อบุคคลในชุมชน

(11) **ระดับของการสื่อสาร** จากยุคศุกศึกษาที่เน้นเพียงการสื่อสารระหว่างบุคคลและการสื่อสารมวลชนจะมีการขยายการสื่อสารในระดับอื่นๆออกไป เช่น การสื่อสารระดับกลุ่ม การสื่อสารระดับชุมชน

(12) **ขอบเขตของการสื่อสาร** เนื่องจากกระบวนการทัศนใหม่ด้านสุขภาพนั้นได้ขยายตัวแปรที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับสุขภาพออกไปถึงปัจจัยด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม จึงส่งผลกระทบต่อขอบเขตของการสื่อสารที่ได้ขยายกว้างออกไปจากกรอบกระบวนการสื่อสารคือ S-M-C-R โดยพิจารณามิติด้านสังคม-เศรษฐกิจ-วัฒนธรรมด้วย

(13) **ทิศทางของไหลของข่าวสาร** จะเริ่มผสมผสานระหว่างการไหลของข่าวสารแบบทางเดียวและแบบสองทาง เนื่องจากประเภทของผู้ส่งสารได้ขยายจากระดับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปสู่อาสาสมัครด้านสุขภาพซึ่งเป็นชาวบ้านด้วยตนเอง

(14) **ทิศทางของการสื่อสาร** เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนคู่มือสื่อสารทำให้เกิดทิศทางของการสื่อสารที่มีทั้งแนวดิ่งและแนวระนาบผสมผสานกัน สำหรับตัวอย่างงานวิจัยที่เริ่มเข้ามาสู่ Mode ของการส่งเสริมสุขภาพนั้นจะปรากฏชัดเจนที่สุดในงานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้การสื่อสารในงานสาธารณสุขมูลฐานที่เริ่มต้นตั้งแต่ราวๆกลางทศวรรษ 2520 ตัวอย่างเช่น

(1) สุมนา นาคพงศ์ (2525) เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าร่วมกลุ่มโครงการกองทุนยาประจำหมู่บ้าน ตำบลลาดกระทิง อำเภอสนามชายเขต จ.ฉะเชิงเทรา

(2) มั่นธนา หิมกร (2526) เรื่อง “การแพร่กระจายข่าวสารสาธารณสุขในระดับหมู่บ้านเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน: ศึกษา

เฉพาะกรณีการให้ภูมิคุ้มกันโรคในเขตอำเภอโนนไทย จ.นครราชสีมา

(3) ลักขณา มณฑาตุผลิน (2524) เรื่อง “การเผยแพร่ข่าวสารด้านสาธารณสุขมูลฐานด้วยเอกสารเผยแพร่เรื่องอนามัยครอบครัวกับผลสัมฤทธิ์จากการให้เอกสารเผยแพร่”

จากนี้จะดูรายละเอียดของตัวอย่างงานวิจัยข้างต้นนี้ในบางเรื่อง

(1) สุมนา นาคพงศ์ (2525) เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าร่วมกลุ่มโครงการกองทุนยาประจำหมู่บ้าน ต.ลาดกระทิง อ.สนามชัยเขต จ.ฉะเชิงเทรา” ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยผลการสำรวจข้อเท็จจริงของพฤติกรรมสุขภาพของชาวชนบทในปีพ.ศ.2524 ที่พบว่า 61% ของชาวชนบทจะซื้อยากินเองเมื่อเกิดเจ็บป่วย นอกจากนั้น โรคภัยส่วนใหญ่ที่ชาวชนบทไทยเป็นอยู่ในขณะนั้นก็เป็นโรคที่รักษาได้ในระดับสถานบริการของตำบลหรือหมู่บ้าน (เช่น โรคอุจจาระร่วง ไข้หวัด) แต่ทว่าปัจจัยที่เป็นปัญหาก็คือ ชาวชนบทยังขาดความรู้เรื่องการซื้อยากินเองที่ถูกต้อง หรือการไม่มียาอยู่ในชุมชน ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมากเพื่อไปหาซื้อยา จากสภาพปัญหาดังกล่าว ภายใต้อักระบวนทัศน์ใหม่ด้านสุขภาพ จึงเกิดโครงการสุขภาพที่ออกแบบมาจากสภาพความเป็นจริงของชุมชน คือโครงการจัดตั้งกองทุนยาประจำหมู่บ้าน

วิธีการจัดทำโครงการนั้นจะเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน กล่าวคือ ใช้การระดมทุนของชาวบ้านกันเองตั้งเป็นกองทุนยาประจำหมู่บ้าน มีการดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการ มีอาสาสมัครในการขายยาซึ่งได้รับการอบรมในด้านการขายจากเภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอและจังหวัด

ในเขตพื้นที่ที่ศึกษาคือ ตำบลลาดกระทิง จ.ฉะเชิงเทรานั้น ได้มีการก่อตั้งโครงการกองทุนยาประจำหมู่บ้านมาตั้งแต่ปีพ.ศ.2524 แม้ว่าจะมีชาวบ้านจากบางหมู่บ้านและบางตำบลเข้ามาเป็นสมาชิก แต่ทว่าก็ยังมีความหลายพื้นที่และมีชาวบ้านที่ยังไม่ได้เข้ามาเป็นสมาชิกอีกจำนวนมาก ผู้วิจัย

จึงสนใจบรรดาปัจจัยต่างๆที่มีส่วนในการตัดสินใจเข้าเป็นสมาชิกของกองทุนยาประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้เพราะโครงการดังกล่าวจะสามารถดำรงอยู่ได้อย่างยั่งยืนก็เนื่องจากการมีส่วนร่วมอย่างขนาดใหญ่ของชาวชุมชนเท่านั้น

ผู้วิจัยมีสมมติฐานว่าตัวแปร 3 ประเภทที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับ การตัดสินใจเข้ามาเป็นสมาชิกของโครงการกองทุนยา ซึ่งถือเป็นนวัตกรรมของงานส่งเสริมสุขภาพ คือตัวแปรภูมิหลังประชากร ตัวแปรการสื่อสารระหว่างบุคคล และตัวแปรเรื่องวัฒนธรรมในการเข้าร่วมกลุ่มของประชาชน วิธีการดำเนินงานวิจัยใช้การสัมภาษณ์สอบถามชาวบ้านทั้งที่เป็นและไม่เป็นสมาชิกจำนวนเท่าๆกันรวม 154 คน

ผลการวิจัยที่น่าสนใจมีดังนี้

(i) สำหรับตัวแปรด้านภูมิหลังประชากรนั้น พบว่ามีตัวแปรเพียง 2 ตัวที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการกองทุนยา คือ อายุ (กลุ่มที่เข้าร่วมส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี) และภาวะการเป็นผู้นำในครอบครัว ซึ่งหมายความว่า คนกลุ่มนี้คือกลุ่มที่รับนวัตกรรมด้านสุขภาพในรูปแบบนี้ได้เร็วที่สุด (Early adopter)

(ii) สำหรับปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลนั้น พบว่า ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าเป็นสมาชิกทั้งนั้น ไม่ว่าจะเป็นความน่าเชื่อถือของแหล่งสาร ความยากง่ายของสาร หรือความบ่อยครั้งของการสื่อสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือปัจจัยเรื่องความน่าเชื่อถือ/น่าไว้วางใจของแหล่งข่าวสาร เช่น ผู้ที่เป็นสมาชิกบางคนไม่รู้ตัวว่าตนเองเป็นสมาชิกกลุ่มหรือเปล่า บางคนไม่รู้ว่สถานທີ່ที่ตนไปซื้อยานั้นคือกองทุนยา (แม้ว่าจะไปใช้บริการเป็นประจำ) หลายคนตอบว่าไม่ทราบว่เงินค่าหุ้น 20 บาทคือค่าสมัครเป็นสมาชิก และไม่ทราบว่จะได้ผลประโยชน์อะไร แต่ก็ให้ไปเพราะไว้วางใจผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และคิดว่เป็นการทำเพื่อส่วนรวมโดยไม่เคยถามถึงผลประโยชน์ที่ตนเองจะได้

(iii) ปัจจัยด้านวัฒนธรรม/เหตุผลในการเข้ากลุ่ม ซึ่งเป็นปัจจัยภายในของบุคคลที่เกี่ยวกับการเข้าร่วม เช่น เป้าหมายของการเข้ากลุ่ม

ความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวัง ฯลฯ ผลการวิจัยพบว่าทุกตัวแปรมีส่วนสัมพันธ์กับการตัดสินใจเป็นสมาชิกทั้งสิ้น

และเมื่อเปรียบเทียบลำดับความสำคัญของปัจจัยทั้ง 3 ที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการกองทุนยา ก็พบการเรียงลำดับความสำคัญจากมากไปหาน้อยดังนี้คือ (1) ปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล (2) ปัจจัยด้านวัฒนธรรม/เหตุผลในการเข้ากลุ่ม (3) ปัจจัยด้านภูมิหลังของประชากร ดังนั้น งานวิจัยชิ้นนี้จึงนำไปสู่ข้อสรุปที่ว่า การสื่อสารระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับการยอมรับรูปแบบนวัตกรรมของการสื่อสารสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยก็มีข้อคิดเห็นว่า หากเหตุผลของการเข้ากลุ่มนั้นเป็นเพียงเรื่องของความน่าเชื่อถือของแหล่งข่าวสาร เช่น เชื่อใจในผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน มูลเหตุจูงใจดังกล่าวถึงแม้จะเป็นปัจจัยที่ดึงดูดสมาชิกให้มาเข้าร่วมกลุ่มได้ แต่ก็ไม่น่าจะเพียงพอในการยึดเหนี่ยวสมาชิกให้อยู่กับกลุ่มได้อย่างยาวนาน หรือแม้แต่การให้ข่าวสารที่มุ่งแต่ผลประโยชน์ด้านวัตถุ (เช่น กำไรจากหุ้น) ก็คงไม่เพียงพอเช่นกัน ดังนั้น โครงการกองทุนยาหมู่บ้านน่าจะปรับปรุงระบบข้อมูลข่าวสารที่จะให้สมาชิกโดยเน้นผลประโยชน์ที่หลากหลายของกองทุนยา เช่น การลดค่าใช้จ่ายด้านยารักษาโรค การได้รับความรู้เรื่องการใช้อย่างถูกต้อง การประหยัดเวลาในการเดินทาง ฯลฯ ซึ่งมิติของผลประโยชน์ในหลายแง่หลายมุมอันเป็นวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของกองทุนยา น่าจะทำให้การสื่อสารสามารถช่วยธำรงรักษาสมาชิกภาพและการดำเนินงานของกองทุนได้อย่างยาวนาน

งานวิจัยชิ้นที่ 2 เป็นเรื่องเกี่ยวกับการแพร่กระจายกระบวนทัศน์ใหม่ด้านสุขภาพโดยตรงคือ

(2) มันทนา หิมกร (2526) เรื่อง "การแพร่กระจายข่าวสารสาธารณสุขในระดับหมู่บ้านเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน: ศึกษาเฉพาะกรณีการให้ภูมิคุ้มกันโรคในเขตอำเภอโนนไทย จ.นครราชสีมา"

สำหรับสถานภาพของงานวิจัยชิ้นนี้ ในแง่กระบวนการทัศนด้านสุขภาพนั้นได้เริ่มก้าวเข้ามาสู่กระบวนการแพทย์แบบสังคม-วัฒนธรรม (SDH) แล้ว เนื่องจากมีความเห็นว่า ในปัจจุบันโรคที่เด็กในชนบทเป็นมากคือโรคใช้คอติบ ไอกรน บาดทะยัก และวัณโรค ซึ่งโรคเหล่านี้สามารถป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีน จึงต้องดำเนินการด้วยการป้องกันโรคด้วยการใช้การสื่อสารประเภทต่างๆ โดยเฉพาะการสื่อสารผ่านสื่อบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดคือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

ในขณะที่กระบวนการทัศนด้านสุขภาพก้าวไปถึงเรื่องสาธารณสุขขั้นมูลฐาน ซึ่งมีองค์ประกอบของงานประเภทต่างๆอยู่ 8 ประเภท และงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคก็เป็นหนึ่งในงานดังกล่าว แต่สำหรับกระบวนการทัศนด้านการสื่อสารนั้นยังขยับตัวไม่มากนัก กล่าวคือ ยังคงใช้โจทย์คำถามแบบเดิมๆ คือ สื่อประเภทใดจะสามารถสร้างผลกระทบให้เกิดความรู้ ทัศนคติและการยอมรับการสร้างภูมิคุ้มกันโรค (การนำเด็กไปฉีดวัคซีน) ได้มากกว่ากัน เพียงแต่สื่อที่ส่งเข้าประกวดแข่งขันนั้น นอกจากจะเป็นสื่อมวลชนแล้ว ก็ยังขยายออกไปถึง “สื่อชุมชน” โดยเฉพาะ “สื่อบุคคลที่มีอยู่ในชุมชน”

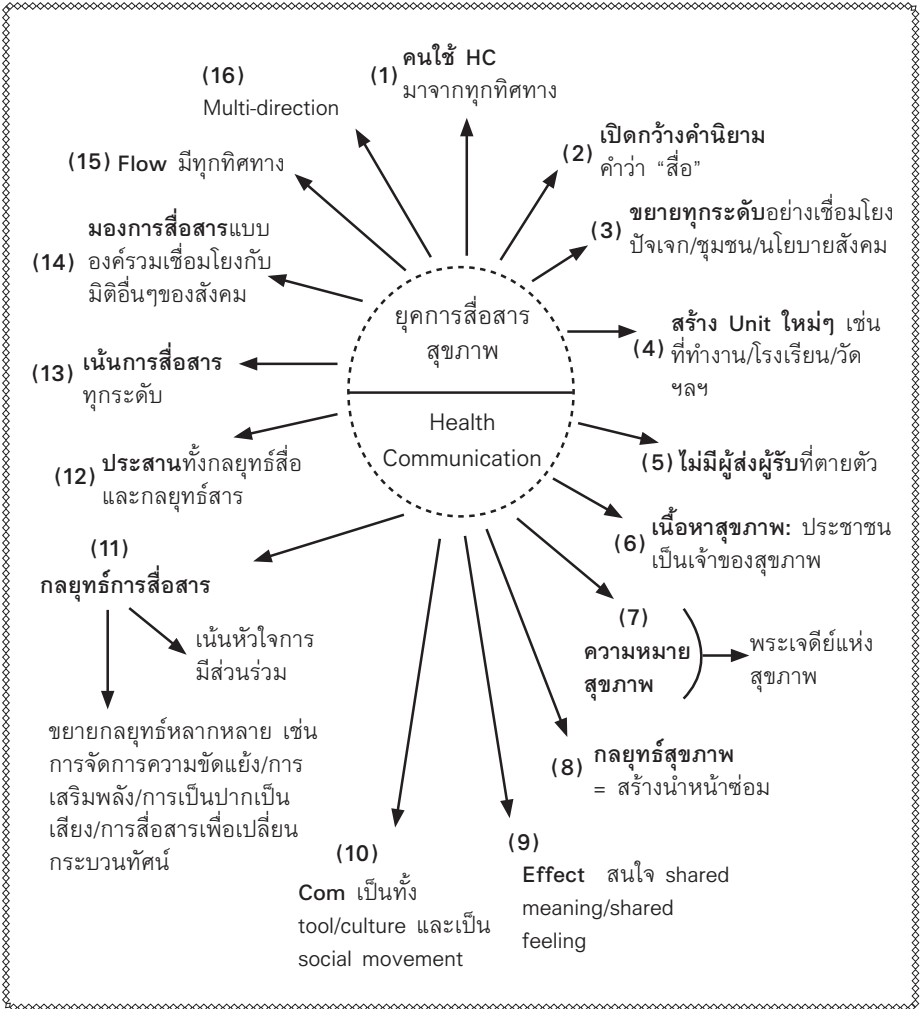
อันที่จริง เมื่อขยายภารกิจของการสื่อสารมาทำงานด้านการป้องกันโรคเช่นในกรณีนี้ ก็หมายความว่า องค์ประกอบของผู้รับสารจะเปลี่ยนแปลงไปจาก “ผู้ป่วย” (ซึ่งอยู่ใน zone 1 และ zone 2 ของปริมาตรของสุขภาพ) มาเป็นผู้ที่ยังไม่เจ็บป่วย/มีสุขภาพเป็นปกติ (อยู่ใน zone ที่ 3) ซึ่งการโน้มน้าวชักจูงจะทำได้ยากกว่า (เนื่องจากยังไม่เห็นโครงสร้างก็คงจะไม่หลั่งน้ำตา) ดังเช่นผลการสำรวจความรู้ในเรื่องการป้องกันโรคในเด็กด้วยการฉีดวัคซีนจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยชิ้นนี้ซึ่งเป็นกลุ่มแม่จำนวน 250 คน จาก 10 หมู่บ้านในเขตอำเภอโนนไทย จ.นครราชสีมา แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งจะเคยได้ยินหรือรู้จักเรื่องการฉีดวัคซีน แต่เกือบทั้งหมดก็ไม่มีความรู้เรื่องกำหนดเวลาที่ต้องฉีดเลย รวมทั้งส่วนใหญ่

ก็ไม่ต้องการให้ลูกฉีดวัคซีนเพราะความเชื่อหลายประการเช่นหลังจากฉีดวัคซีนแล้วเด็กมักจะเป็นไข้ กวน กลัวแพ้ยาล หรือสงสารบุตรที่จะต้องเจ็บตัว เป็นต้น

และจากโจทย์การวิจัยว่า “สื่อประเภทใด” (which media) ที่จะมีผลต่อการเผยแพร่ข่าวสารความรู้ในเรื่องการป้องกันโรคได้ดีที่สุด ผลการวิจัยก็เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ กล่าวคือ “สื่อบุคคล” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผสส.) เป็นสื่อที่ทรงประสิทธิภาพที่สุด รองลงมาคือ สื่อวิทยุกระจายเสียง (ในช่วงเวลาที่ศึกษา สื่อโทรทัศน์ยังไม่แพร่หลายมากนักในชนบท) แต่แม้ว่าการสื่อสารจะมีผลกระทบต่อการยอมรับการนำบุตรไปฉีดวัคซีน (Performance) แต่ผลการวิจัยก็แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างยังขาดความรู้ที่จำเป็น (Knowledge) เช่น กำหนดการที่จะต้องฉีดวัคซีนเป็นระยะๆ ซึ่งไม่เป็นไปตามทฤษฎีลำดับขั้นของผลกระทบ (K-A-P) เนื่องจากเหตุผลของการยอมรับปฏิบัติตามนั้นอาจจะมาจากตัวแปรอื่นๆ (เช่น ใ่ว่างใจ/เชื่อถือในแหล่งข่าวสาร/ผู้แนะนำ) ที่มีใช้มาจากความรู้ความเข้าใจ ข้อค้นพบดังกล่าวน่าจะช่วยให้นักการสื่อสารสุขภาพของไทยวางแผนและออกแบบการใช้การสื่อสารสุขภาพให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริงของสังคมชนบทไทย

(6.3) การประสาน “การสื่อสาร” กับ “สุขภาพ” ใน “การสื่อสารสุขภาพ” (Health Communication)

สำหรับการประสานระหว่าง 2 สาขาวิชาในยุคสุดท้ายนี้ จุดเปลี่ยนแปลงนั้นอาจจะมาจากทั้ง 2 ปากฝั่ง กล่าวคือ ในด้านสุขภาพ อาจจะมีการเลื่อนระดับมาสู่กระบวนทัศน์ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ และในด้านการสื่อสารก็มีการขยับตัวเข้ามาสู่ “กระบวนทัศน์ใหม่ของการสื่อสาร”



ภาพที่ 22: คุณลักษณะ (attribute) ของการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication)

(1) ผู้ใช้การสื่อสาร จากกระบวนทัศน์ใหม่ด้านสุขภาพที่เจ้าของสุขภาพต้องรับผิดชอบสุขภาพของตนเองและเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ

ทำให้ผู้ใช้การสื่อสารสุขภาพกระจายตัวในคนทุกกลุ่ม มีได้จำกัดอยู่แต่เฉพาะบุคลากรด้านสาธารณสุขเท่านั้น

(2) **ค่านิยมของการสื่อสาร** ใช้ในความหมายที่เปิดกว้างอย่างมาก โดยเฉพาะ “ประเภทของสื่อ” ที่ขยายตัวออกไป ทุกอย่างสามารถเป็น “สื่อ” ได้หากถูกมอบหมายภารกิจ (Function assignment) ให้ทำหน้าที่ต่างๆ ในฐานะ “สื่อกลาง” และไม่ว่าจะ เป็นสื่อที่มีสาระ/เรื่องจริง หรือสื่อเพื่อความบันเทิงก็สามารถนำมาใช้ในงานสื่อสารสุขภาพได้ทั้งสิ้น

(3) **ระดับของการใช้การสื่อสาร** เป็นไปตามกรอบของกระบวนการทัศนด้านสุขภาพ กล่าวคือ เป็นการสื่อสารที่มีเป้าหมายทั้งเปลี่ยนแปลงระดับปัจเจก การเปลี่ยนแปลงมิติด้านสุขภาพของชุมชน การใช้การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนนโยบาย (ที่ส่งผลให้เกิดการใช้กลยุทธ์ใหม่ๆ ด้านการสื่อสาร เช่น Media advocacy Social Marketing)

(4) **หน่วยของงานด้านสุขภาพ** นอกจากจะยังคงมีพื้นที่ด้านสุขภาพแบบเดิมๆ เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย ชุมชน ฯลฯ แล้ว ก็ยังขยายพื้นที่ออกไปอย่างกว้างขวางเนื่องจาก “งานสุขภาพนั้นไร้พรมณฑล” เช่น ที่ทำงาน วัด โรงเรียน เป็นต้น

(5) **แบบจำลองการสื่อสาร** จะเน้นแบบจำลอง Ritualistic Model ซึ่งไม่มีการกำหนดตัวผู้ส่ง/ผู้รับสารอย่างตายตัว หากแต่จะสลับบทบาทกันไปมา (Role-shifting) และเป็นการสื่อสารแบบสองทางที่เน้นการสร้าง ความเข้าใจร่วมกัน สร้างประสบการณ์/อารมณ์ความรู้สึกร่วมกัน

(6) **เนื้อหาสุขภาพ** จะขึ้นอยู่กับประชาชนผู้เป็นเจ้าของสุขภาพ

(7) **ค่านิยมของสุขภาพ** จะใช้ในความหมายที่กว้างขวางตามนัยยะของทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพะที่เน้นทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม-สิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ

(8) **กลยุทธ์สุขภาพ** เน้น “การสร้างเสริมสุขภาพ” มากกว่า “ซ่อมแซมเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วย”

(9) **ผลกระทบของสื่อ** เปลี่ยนจากความสนใจผลกระทบอันเกิด

จากการโน้มน้ำหนักจูง มาให้ความสนใจผลลัพธ์ของการสื่อสารในการสานสัมพันธ์และสร้างความเข้าใจ/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

(10) **สถานะของการสื่อสาร** การสื่อสารเป็นได้หลายอย่าง ตั้งแต่เป็นเครื่องมือ/กลไก เป็นวัฒนธรรมด้านหนึ่งของประชาชน รวมทั้งเป็น “ขบวนการเคลื่อนไหวสังคม” แบบหนึ่ง

(11) **กลยุทธิ์การสื่อสาร** เนื่องจากแบบจำลองการสื่อสารแบบใหม่ที่เน้น Ritualistic Model ซึ่งเมื่อแปลงมาเป็นกลยุทธิ์การสื่อสารแล้ว ก็ จะเน้นกลยุทธิ์การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งมีการแตกตัวของกลยุทธิ์การสื่อสารออกมาอย่างไม่จำกัด เนื่องจากผู้สื่อสารนั้นได้กระจายตัวออกไปแล้ว

(12) ระหว่างกลยุทธิ์การใช้สื่อและกลยุทธิ์การสร้างสาร จะเริ่มเห็นความสำคัญขององค์ประกอบทั้ง “ตัวสื่อ” และ “เนื้อหาสาร”

(13) **ระดับของการสื่อสาร** เนื่องจากพื้นที่ของการสร้างเสริมสุขภาพนั้นกระจายตัวออกไป ดังนั้นระดับของการสื่อสารจึงขยายตัวออกไปในทุกระดับ

(14) **ขอบเขตของการสื่อสาร** มีขอบเขตกว้างขวางเช่นเดียวกับ “การสื่อสารเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ” กล่าวคือ พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการ/องค์ประกอบของการสื่อสารอย่างเชื่อมโยงกับมิติอื่นๆ ของสังคม

(15) **ทิศทางการไหลของข่าวสาร** จะเน้นการไหลของข่าวสารแบบสองทางในทุกระนาบมากกว่าการสื่อสารแบบทางเดียว

(16) **ทิศทางของการสื่อสาร** จะเป็นการไหลของข่าวสารในทุกทิศทาง ทั้งจากบนลงล่าง จากล่างขึ้นบนในการสื่อสารแนวตั้ง และการสื่อสารในแนวระนาบ

ตัวอย่างงานวิจัยที่จะยกมาแสดงต่อไปนี้จะสาธิตรูปแบบการประสานระหว่างสุขภาพกับการสื่อสารที่อยู่ในยุคปัจจุบันคือ “การสื่อสารสุขภาพ” ในหลายๆรูปแบบและหลายๆระดับดังนี้

(1) อรณิชา จิตรแสวง (2549) เรื่อง “รูปแบบและปัจจัยการสื่อสารในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร”

(2) ณีภฏฐณิชา นาคงเมือง (2547) เรื่อง “กระบวนการสร้างกระแสการออกกำลังกายผ่านสื่อมวลชนของกระทรวงสาธารณสุข”

จากนี้จะดูรายละเอียดในตัวอย่างงานวิจัย “การสื่อสารสุขภาพ” 2 ชิ้นนี้ตามลำดับ

(1) อรณิชา จิตรแสวง (2549) เรื่อง “รูปแบบและปัจจัยการสื่อสารในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร” ในงานวิจัยชิ้นนี้ เราสามารถมองเห็นเนื้อหาของกระบวนการทัศน์ใหม่ของสุขภาพได้อย่างชัดเจนใน 2 มิติคือ

- แนวคิดที่ว่า เจ้าของสุขภาพต้องเป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพของตนเอง เช่น กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในงานวิจัยชิ้นนี้ และความรับผิดชอบพื้นฐานก็คือ การดำเนินลิลาชีวิต (Lifestyle) ที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่แข็งแรง ซึ่งในงานวิจัยชิ้นนี้สนใจกิจกรรมสุขภาพหลายๆประเภทที่ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร (อยู่ในบริเวณสวนลุมพินี) จัดให้ผู้สูงอายุได้ทำ

- และพื้นที่ที่ใช้สร้างเสริมสุขภาพนั้นก็ขยายตัวออกไปมิใช่เป็นเพียงสถานพยาบาลเท่านั้น หากแต่เป็นพื้นที่ของการใช้เวลาว่าง เช่น ศูนย์สุขภาพฯ ดังกล่าว

โจทย์ที่ผู้วิจัยสนใจก็คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครมีรูปแบบการสื่อสารเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างไร ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์และสังเกตกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มาทำกิจกรรมสุขภาพที่ศูนย์ฯ (อยู่ในบริเวณสวนลุมพินี) จำนวน 26 ท่าน รวมทั้งสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครของศูนย์ฯ

ผลการวิจัยที่น่าสนใจมีดังนี้

(i) คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 53-76 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 61-70 ปี (ซึ่งยังสามารถเดินทางมายังศูนย์ฯได้) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงานแล้ว และนิยมออกกำลังกายเป็นประจำ มีผู้ที่เป็นสมาชิกศูนย์ตั้งแต้ 1-7 ปี (ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ศูนย์ก่อตั้งมา)

(ii) ในส่วนของศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร (ซึ่งตั้งอยู่ในบริเวณสวนลุมพินี) นั้น เป็นศูนย์สุขภาพแห่งแรกที่แยกออกมาจากศูนย์บริการสาธารณสุขของโรงพยาบาล ศูนย์แห่งนี้ตั้งมาได้ 7 ปีแล้ว (พ.ศ.2542) มีสมาชิกถึง 2,215 คน โดยในแต่ละวันจะมีผู้มาใช้บริการประมาณวันละ 135 ราย ซึ่งนับว่าเป็นศูนย์ที่มีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและยาวนานพอสมควร

และหากเราพิจารณา “ศูนย์สุขภาพฯ” แห่งนี้ในฐานะ “ช่องทางสื่อสาร” คือเป็น “สื่อสถานที” เราก็จะพบเหตุผลว่ามีคุณลักษณะสำคัญ 2 ประการที่ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการของศูนย์ฯได้ อย่างมาก ประการแรกคือ การตั้งอยู่ใกล้ที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ (Physical accessibility) และประการที่สองคือ บริการฟรีไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย (Economic accessibility)

(iii) **สื่อกิจกรรมของผู้สูงอายุ** ซึ่งเปรียบเสมือน “เนื้อหาสาระของศูนย์ฯ” เมื่อวิเคราะห์จะพบว่า ลักษณะของกิจกรรมจะตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างดี กิจกรรมที่ศูนย์ฯจัดให้สมาชิกได้แก่ การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การทัศนจร การเล่นดนตรี การเสริมสวย ฯลฯ และจากประสบการณ์ของศูนย์ฯก็พบว่า หากกิจกรรมใดไม่สอดคล้องกับลักษณะของผู้สูงอายุก็ต้องเลิกไป เช่น การฝึกอาชีพ

รวมทั้งเมื่อพิจารณาเจาะลงไปดูที่**ประเภทของการออกกำลังกาย** ก็จะมีพบเช่นเดียวกันว่า ในขณะที่การออกกำลังกายนั้นมีมากมายหลายประเภท แต่ทว่าประเภทของการออกกำลังกายของศูนย์ฯจะมีลักษณะสอดคล้องกับผู้สูงอายุ เริ่มตั้งแต่อุปกรณ์การออกกำลังกายขั้นพื้นฐาน

ซึ่ง รำไม้พลอง หว้ายต้นกง ดัมเบลขวดน้ำ การออกกำลังกายเหล่านี้จะเน้นการประสานกาย การหายใจ และสมาธิเข้าด้วยกัน (เป็นไปตามหลักพระเจดีย์แห่งสุขภาพ)

(iv) ในส่วนที่เกี่ยวกับสมาชิก มีมูลเหตุจูงใจ 3 ประการที่ทำให้สนใจเข้ามาเป็นสมาชิกของศูนย์ฯ ข้อแรกคือ โกล์บ้าน (ปัญหาเรื่องการเดินทางเป็นเรื่องใหญ่สำหรับผู้สูงอายุ) ข้อที่สองคือ ปัญหาสุขภาพ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ (ว่าเหว่/เหงา/เศร้าซึม) ข้อที่สามคือได้มาพบปะเพื่อนฝูงที่เข้ามาเป็นสมาชิกอยู่แล้ว นอกจากนั้นผู้วิจัยยังได้พบว่า มูลเหตุสำคัญที่ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง/สม่ำเสมอก็มีเงื่อนไขมาจาก “การออกกำลังกายพร้อมกันเป็นกลุ่ม” นั่นเอง (group support strategy)

(v) สำหรับรูปแบบการสื่อสาร นั้น ผลการวิจัยพบว่า มีทุกรูปแบบ ทั้งการสื่อสารแบบสองทางและแบบทางเดียว (เช่น ช่วงอบรมให้ความรู้) มีทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ อย่างไรก็ตาม รูปแบบหลักที่พบมากที่สุดก็คือ การสื่อสารแบบไม่เป็นทางการและแบบสองทาง

ส่วนการเลือกใช้สื่อของผู้สูงอายุนั้น แม้ว่าที่ศูนย์ฯ จะจัดหาสื่อหลากหลายประเภทเอาไว้ เช่น เอกสารแผ่นพับ ดิถีดบายประกาศ ตู้หนังสือ ฯลฯ แต่ทว่าประเภทของสื่อที่ผู้สูงอายุนิยมใช้มากที่สุดก็คือสื่อบุคคล ไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่ อาสาสมัคร หรือกลุ่มเพื่อนสมาชิกด้วยกัน ระดับการสื่อสารที่พบมากที่สุดจึงเป็นการสื่อสารระหว่างบุคคลหรือการสื่อสารกลุ่ม

(vi) ลักษณะพิเศษของการบริหารจัดการศูนย์ฯ ผู้เขียนมีความเห็นว่า คุณลักษณะที่โดดเด่นของศูนย์สุขภาพแห่งนี้ก็คือ ลักษณะของการบริหารจัดการ เนื่องจากศูนย์ฯ จัดโครงสร้างให้มีคณะกรรมการบริหารที่มีการประชุมเดือนเว้นเดือน และคณะกรรมการบริหารนั้นก็เป็นตัวผู้สูงอายุเอง (ตามหลักการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม)

หรือแม้แต่อาสาสมัครที่มานำการออกกำลังกาย ก็มาจากสมาชิก

ผู้สูงอายุที่มีความสามารถ วิธีการบริหารจัดการเช่นนี้ เป็นไปตามแนวคิดของทฤษฎี Activity Theory ที่เชื่อมั่นว่า ผู้สูงอายุนั้นยังมีศักยภาพที่จะดำเนินกิจการต่างๆได้อย่างดี และในอีกทางหนึ่งก็ยังเป็นกระบวนการสร้างความรู้สึกว่าคุณค่า (Self-esteem) ให้แก่ผู้สูงอายุอีกด้วย และลักษณะการบริหารจัดการในรูปแบบเน้นการมีส่วนร่วมดังกล่าวอาจจะเป็นเหตุผลของความยั่งยืนของศูนย์ฯแห่งนี้

(2) ญัฐธิดา นาคงเมือง (2547) เรื่อง “กระบวนการสร้างกระแสการออกกำลังกายผ่านสื่อมวลชนของกระทรวงสาธารณสุข” งานวิจัยชิ้นนี้เป็นป้ายสัญลักษณ์/หลักบอกระยะทาง (milestone) ของการที่กระบวนการทัศนใหม่ด้านสุขภาพในบางแง่มุมเริ่มได้มีที่ยืนอย่างมั่นคงในสังคมไทยแล้ว ในช่วงกลางทศวรรษ 2540 เพราะแม้แต่หน่วยงานรัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานสุขภาพโดยตรงเช่นกระทรวงสาธารณสุข ก็ยังมีนโยบายด้านสุขภาพตามทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ และได้เลือกประเด็น “การออกกำลังกาย” เป็นประตูแรกของการนำไปสู่การสร้างสุขภาพที่ดีในลำดับต่อไป

และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศนด้านสุขภาพก็ส่งผลสะท้อนมาสู่รูปแบบของการใช้สื่อเพื่อการบรรลุเป้าหมาย ซึ่งรูปแบบสื่อที่ถูกนำมาใช้คือ การสื่อสารรณรงค์ (Campaign) อันที่จริงการรณรงค์นั้นได้ถูกนำมาใช้ในงานสุขภาพของหน่วยงานรัฐไทยมาเป็นเวลานานแล้ว แต่ทว่า สำหรับการรณรงค์ที่ถูกนำมาใช้ในครั้งนี้มีลักษณะ “เป็นมืออาชีพ” มากยิ่งขึ้น เนื่องจากมีการร่วมมือกันระหว่างภาครัฐกับภาคธุรกิจเอกชนที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องการรณรงค์ และนี่เป็นโจทย์การวิจัยข้อแรกว่า กระบวนการใช้การสื่อสารเพื่อสร้างกระแสออกกำลังกายในปีพ.ศ.2545 ของกระทรวงสาธารณสุขนั้นมีขั้นตอน/กระบวนการอย่างไร

ส่วนโจทย์ข้อที่สองนั้นเป็นการศึกษากลยุทธ์ในฝ่ายของสื่อมวลชนที่ตอบรับต่อการสร้างกระแสการออกกำลังกายของกระทรวงสาธารณสุข แนวคิดด้านทฤษฎีสื่อมวลชนที่ผู้วิจัยนำมาใช้ก็คือ แนวคิดเรื่องอิทธิพล

ของสื่อที่สามารถกำหนดวาระของสังคม (Agenda-setting)

การวิจัยออกแบบด้วยการใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เอกสารและสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องกับโครงการรณรงค์ส่งเสริมการออกกำลังกาย จากกิจกรรมมหกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2545 ผลการวิจัยที่น่าสนใจมีดังนี้

(1) สำหรับโจทย์ข้อแรกที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาขั้นตอนของการสร้างกระแสการออกกำลังกายของกระทรวงสาธารณสุขนั้น ผลการวิจัยพบว่าประกอบไปด้วยขั้นตอนหลักๆ 3 ขั้นตอน คือ

- ขั้นตอนการกำหนดนโยบายในการรณรงค์ ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญการทำงานของหน่วยงานรัฐ

- ขั้นการเตรียมการจัดมหกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากการรณรงค์เป็นรูปแบบการสื่อสารที่มีลักษณะผสมผสาน โดยเป็นสื่อกิจกรรม (event/activities) ที่มีการนำเอาสื่อประเภทอื่นๆ มาใช้ มีการดำเนินการในพื้นที่และเวลาที่จำกัด ดังนั้น ขั้นตอนการเตรียมสื่อกิจกรรมจึงต้องดำเนินการอย่างละเอียด รัดกุม ชัดเจนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

- ขั้นตอนการรณรงค์วันมหกรรมในวันที่ 23 พฤศจิกายน 2545

และผลการวิจัยพบว่า ในการสร้างกระแสการออกกำลังกายนั้น ฝ่ายผู้รับผิดชอบการรณรงค์ทั้งในภาครัฐและบริษัทเอเจนซีได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องทำให้สามารถสร้างกระแสการออกกำลังกายให้เป็นที่สนใจและระดมการมีส่วนร่วมจากประชาชนได้ แต่ข้อจำกัดก็คือการรณรงค์ครั้งนี้มิได้มีการแยกแยะกลุ่มเป้าหมาย (ตามหลักการรณรงค์ที่ดี) โดยคาดหวังจะได้ “ประชาชนทุกกลุ่มแบบมวลชน” นอกจากนั้นก็ยังคงดำเนินการแบบไม่ครบขั้นตอน (หากเทียบกับการกินยา ก็เป็นการกินยาไม่ครบ dose) เช่น ขาดขั้นตอนการทดสอบตัวสาร (Message Testing) ขั้นตอนการประเมินทั้งกระบวนการที่ใช้และประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ในทุกมิติ ไม่ใช่ประเมินเพียง “มิติพฤติกรรมที่ประชาชนมาร่วมออกกำลังกาย” แต่ที่สำคัญคือ “มิติความรู้และทัศนคติต่อการออกกำลังกาย” ที่จะเป็นตัวประคองให้มีพฤติกรรมที่ยั่งยืนต่อไป”

(ii) ในส่วนของโจทย์ข้อที่สองที่เกี่ยวกับอิทธิพลของสื่อในเรื่องการกำหนดวาระนั้น ตามหลักการแล้ว การกำหนดวาระนั้นสามารถจะมาได้จาก 3 แหล่งคือ วาระจากภาครัฐ (Policy Agenda) วาระจากภาคสื่อ (Media Agenda) และวาระจากภาคประชาชน (Public Agenda) สำหรับงานวิจัยชิ้นนี้พบว่า โครงการรณรงค์ที่ศึกษานี้มีการกำหนดวาระมาจาก 2 ภาคส่วนเท่านั้น คือภาครัฐและภาคมวลชน ซึ่งอาจจะเป็นเพราะในส่วนของภาคส่วนประชาชนนั้น ประเด็นการออกกำลังกายยังไม่มีเจ้าภาพที่ปรากฏเป็นตัวตนอย่างชัดเจน (เช่น กลุ่มที่เล่นเรื่องการออกกำลังกาย)

(iii) สำหรับประเด็นที่ถูกนำมาชูเพื่อกำหนดเป็นวาระนั้น ผลการวิจัยพบว่ามี 3 ประเด็นคือ (ก) โครงการรณรงค์นี้มีประโยชน์ต่อประชาชนโดยรวม (ข) การที่ผู้บริหารระดับประเทศร่วมรณรงค์ด้วยตนเอง (ผู้นำพรรคการเมืองมาเดินแอโรบิกด้วย) (ค) การสร้างสถิติโลกเรื่องการเดินแอโรบิก เมื่อวิเคราะห์ประเด็นทั้ง 3 แล้วจะเห็นว่า แม้จะเป็นเรื่องการสื่อสารสุขภาพ แต่ประเด็นที่นำมาใช้นั้นก็ต้อง “เกินเลย” กว่าเรื่องสุขภาพออกไป โดยมีหลายแง่หลายมุม ทั้งนี้เพื่อจะสามารถดึงดูดการมีส่วนร่วมทั้งจากกลุ่มเป้าหมายที่มีความสนใจเรื่องสุขภาพ และกลุ่มที่สนใจเพราะประเด็นอื่นๆ (Motive ที่หลากหลายของกลุ่มเป้าหมาย)

(iv) สำหรับแนวคิดเรื่องการกำหนดวาระการนำเสนอข่าวสารจากภาคของสื่อมวลชนนั้น (Media Agenda) ในแง่ทิศทางแล้ว สามารถมีได้ 3 ทิศทางคือ ทิศทางที่เป็นบวก (ให้การสนับสนุน) เป็นกลาง และเป็นลบ (วิพากษ์วิจารณ์) สำหรับผลการวิจัยกรณีที่ศึกษานี้พบว่า โดยส่วนใหญ่ สื่อมวลชนจะกำหนดวาระในทิศทางที่เป็นบวกและเป็นกลาง มีส่วนน้อยมากที่จะมีทิศทางเป็นลบ ทั้งนี้อาจจะมีเหตุผลมาจาก “ตัวเนื้อหาของ

ประเด็น” ที่ไม่ค่อยมีแง่มุมลบให้สื่อมวลชนได้วิพากษ์วิจารณ์ หรืออาจจะ เป็นเพราะความเข้าใจเรื่องการออกกำลังกายของสื่อมวลชนเองก็ยังมีไม่ มากพอที่จะวิพากษ์วิจารณ์ได้ (ตัวอย่างเช่น ความต่อเนื่องยั่งยืนของการ ออกกำลังกายจากการณรงค์ครั้งนี้ เป็นต้น)

7. การจัดประเภทงานวิจัย “การสื่อสารสุขภาพ” : ข้อเสนอของ ทฤษฎีสังคมศาสตร์

ในงานศึกษาค้นคว้าวิจัยประเด็นเรื่องการสื่อสารสุขภาพนั้น สิ่งที่จะมาเป็น “ตัวช่วยสำคัญ” ในการศึกษาวิจัยก็คือ “ทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวข้อง” เนื่องจากทฤษฎีนั้นจะทำหน้าที่เป็นประจักษ์ประภาครายส่งให้ผู้ค้นคว้า มองเห็นแง่มุมของประเด็นที่จะศึกษา ตลอดจนเป็นไฟฉายส่องให้เห็น “สิ่งที่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่า” แต่สามารถมองเห็นได้ด้วยการวิเคราะห์- สังเคราะห์จากกองข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาด้วยเครื่องมือการวิจัยชนิดต่างๆ

และเนื่องจากประเด็นเรื่องการสื่อสารสุขภาพเป็นสาขาวิชาการ ลูกผสม ดังนั้น ทฤษฎีที่จะนำมาเป็นตัวช่วยในการวิจัยนั้น จึงอาจจะเป็น ทฤษฎีที่มีต้นกำเนิดมาจากทั้งทางสายสุขภาพและสายการสื่อสาร และแม้ แต่ในสายการสื่อสารเองก็ยังสามารถแยกแยะกลุ่มทฤษฎีออกไปได้อีก หลายกลุ่มย่อย เช่น แยกตามระดับของการสื่อสาร (เช่น ทฤษฎีการ สื่อสารระหว่างบุคคล ทฤษฎีการสื่อสารในองค์กร ทฤษฎีสื่อสารมวลชน)

ตัวอย่างเช่น R.T. Craig (1999) นำเสนอวิธีการจัดประมวลกลุ่ม ทฤษฎีด้านการสื่อสารที่ใช้เกณฑ์มองมาจากมุมมองของผู้ปฏิบัติงานด้าน สังคมศาสตร์ ทำให้แบ่งได้เป็น 7 ประเภท ซึ่ง A. Babrow & A. Mattson (2005) เห็นว่า วิธีการจัดแบ่งประเภทของ Craig นั้นเหมาะที่จะนำมาใช้ ในงานวิจัยเรื่องการสื่อสารสุขภาพเนื่องจากงานวิจัยประเภทนี้จะมีลักษณะ เชิงปฏิบัติค่อนข้างมาก กลุ่มทฤษฎีทั้ง 7 กลุ่มนั้นมีดังนี้

(7.1) Rhetorical Tradition กลุ่มทฤษฎีนี้จะเน้นการสื่อสาร ที่มีเป้าหมายเพื่อการโน้มน้าวชักจูงเป็นหลัก ซึ่งหากเทียบกับทฤษฎีด้าน

สื่อสารมวลชนแล้ว ก็อาจจะเทียบได้กับทฤษฎี Impact หรือ Magic Bullet Theory ความแตกต่างอาจจะอยู่ที่ในขณะที่ทฤษฎี Impact นั้น จะเน้นพลังของตัวสื่อ (Media Power) แต่ทว่ากลุ่ม Rhetorical Tradition จะสนใจ “ตัวเนื้อหา” (discourse) มากกว่า เช่น สนใจว่าในการให้คำแนะนำคนไข้ให้ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์นั้นควรจะใช้เนื้อหาที่เน้นไปใน “เชิงเหตุผล” (rational) หรือ “เชิงอารมณ์” (emotional) มากกว่ากัน เป็นต้น

(7.2) **Semiotic Tradition** เป็นทฤษฎีที่มีแนวคิดพื้นฐานว่าการสื่อสารระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสารนั้นมีลักษณะเป็นสัญลักษณ์/ระบบสัญลักษณ์ (Sign/Sign system) ที่มีความหมายแฝงฝังอยู่เบื้องหลัง ดังนั้น การสื่อสารระหว่าง 2 ฝ่ายจึงขึ้นอยู่กับว่า คู่สื่อสารเข้าใจความหมายของระบบสัญลักษณ์ว่าอย่างไร เช่น เมื่อแพทย์พูดว่า “คนไข้เป็นโรคหัวใจอ่อน” ความหมายของแพทย์และคนไข้ตรงกันหรือเปล่า (สนใจมิตินี้ในสังคมไทยอ่านประเวศ วัชชี, **สาธารณรัฐหรือสาธารณสุข**, 2521) งานวิจัยสื่อสารสุขภาพสามารถจะนำกลุ่มทฤษฎี Semiotic นี้มาใช้ได้อย่างมาก เนื่องจากในแวดวงสุขภาพนั้นล้วนประกอบด้วยสัญลักษณ์ต่างๆมากมายไม่ว่าจะเป็น หูฟังของหมอ ชุดขาวของพยาบาล ฯลฯ

(7.3) **Phenomenological Tradition** ทฤษฎีกลุ่มนี้มีแนวคิดเบื้องต้นว่า การรับรู้โลกแห่งความจริงของบุคคล (Perception) จะขึ้นอยู่กับ “โลกทัศน์/ชีวทัศน์/กระบวนทัศน์” ของบุคคลนั้นๆ เช่น แพทย์ที่มีกระบวนทัศน์รับรู้ความเจ็บป่วยว่ามาจากเชื้อโรค (กระบวนทัศน์การแพทย์แบบชีวภาพ) เมื่อสื่อสารกับคนไข้ที่มีกระบวนทัศน์รับรู้ว่าความเจ็บป่วยนั้นเกิดมาจากเวรกรรม/กรรมเก่า (กระบวนทัศน์เชิงศาสนา) จากการรับรู้ปรากฏการณ์ที่แตกต่างกันอันเนื่องมาจากการมีกระบวนทัศน์ที่แตกต่างกันก็จะส่งผลมาถึงการสื่อสารระหว่างคู่สื่อสารนั้น

(7.4) **Cybernetic Tradition** แนวคิดพื้นฐานของกลุ่มทฤษฎีนี้ก็คือ การสื่อสารคือกระบวนกรที่เกี่ยวข้งกับการรับส่งข่าวสารข้อมูล

ผ่านช่องทางต่างๆ รวมทั้งปฏิกริยาป้อนกลับ (feedback) ที่ทำให้ระบบทั้งระบบสามารถดำรงคงอยู่ต่อไปได้หรือทำงานต่อเนื่องได้อย่างเป็นปกติ ตัวอย่างของการนำกลุ่มทฤษฎีนี้มาใช้ในงานศึกษาสื่อสารสุขภาพก็เช่น ภายในระบบครอบครัว เมื่อเกิดมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยร้ายแรงขึ้นมา ทำให้ระบบครอบครัวทั้งหมดรวนเรไป จะใช้การสื่อสารภายในครอบครัวแบบใดที่จะทำให้ระบบครอบครัวสามารถดำรงอยู่ต่อไปได้ เป็นต้น กลุ่มทฤษฎีนี้อาจจะแตกตัวออกมาเป็นกลยุทธ์ประเภทการเผยแพร่ข่าวสาร (Message delivery) การออกแบบข่าวสาร (Message design) การประเมินผลการไหลแพร่กระจายของข่าวสารผ่านช่องทางต่างๆ เป็นต้น

(7.5) Sociopsychological Tradition แนวคิดพื้นฐานของกลุ่มทฤษฎีนี้จะให้ความสนใจกับมิติด้านจิตวิทยา/สังคมของบุคคล ดังนั้น การสื่อสารจึงถูกนิยามว่าเป็นกระบวนการด้านจิตวิทยา-สังคมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสื่อสาร เช่น ความไม่แน่นอน (Uncertainty) ของสถานการณ์จะส่งผลต่อความวิตกกังวลด้านจิตใจของบุคคล และเป็นปัจจัยผลักดันให้บุคคลแสวงหาข่าวสารเพื่อไปลดทอนความไม่แน่นอนนั้น (เช่น หลังจากคลำพบก้อนเนื้อที่เต้านม แม่บ้านก็จะไปหาหมอให้ตรวจเพื่อรับรู้ข้อมูลว่า เป็นเนื้องอกแบบธรรมดาหรือเป็นมะเร็ง เป็นต้น) และผลลัพธ์จากการได้รับข่าวสารข้อมูลก็จะมีผลต่อระบบความรู้/ความเข้าใจทัศนคติ/อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม/การกระทำของบุคคล (K-A-P system)

(7.6) Sociocultural Tradition เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทฤษฎี Sociopsychological Tradition แล้ว หน่วยในการวิเคราะห์ของกลุ่ม Sociocultural จะขยายจากระดับปัจเจกมาสู่ระดับกลุ่มคน-สถาบัน-สังคมที่มีระบบวัฒนธรรมร่วมกัน (shared) และแนวคิดพื้นฐานที่มีต่อการสื่อสารก็คือ กลุ่มทฤษฎีนี้พิจารณาว่า การสื่อสารเป็นกระบวนการเชิงสัญลักษณ์ที่ผลิตและผลิตซ้ำ (production & reproduction) แบบแผนทางสังคม-วัฒนธรรมร่วมกัน หรือหากพูดให้เป็นรูปธรรมก็คือ การผลิต/

สี่บทอระบบความเชื่อ ค่านิยม ประเพณี ธรรมเนียม แนวทางปฏิบัติของคนในแต่ละกลุ่ม แต่ละวัฒนธรรม เช่น ระบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของวัฒนธรรมการแพทย์พื้นบ้านหรือวัฒนธรรมการแพทย์แบบตะวันตก จะมีแบบแผนการสื่อสารที่แตกต่างกัน

(7.7) Critical Tradition กลุ่มทฤษฎีนี้มีจุดเด่นที่แตกต่างจากกลุ่มทฤษฎีอื่นๆ ที่กล่าวมาคือ มีทัศนะต่อการสื่อสารว่า นอกจากการสื่อสารจะเป็นกระบวนการถ่ายทอดข่าวสารหรือเป็นกลไกสร้างสัมพันธภาพรวมทั้งแสวงหาบทบาทหน้าที่อื่นๆ ตามที่กลุ่มทฤษฎีอื่นๆ ได้กล่าวมาแล้ว ที่สำคัญยิ่งกว่านั้นก็คือ การสื่อสารเป็นปฏิบัติการทางสังคมรูปแบบหนึ่ง (social practice) ที่มีความเกี่ยวข้องอยู่กับเรื่องของ “อำนาจ” (power) ที่อาจจะมีแหล่งกำเนิดมาจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (คนรวยพูดเสียงดังกว่าคนจน) ด้านการเมือง ด้านสังคม-วัฒนธรรม และยังแฝงเอาไว้ด้วยหน้าที่ของการครอบงำอุดมการณ์บางอย่างของสังคม (ideological practice) อีกด้วย ดังนั้น การสื่อสารระหว่างแพทย์กับคนไข้จึงมีเรื่องของอำนาจเชิงสถาบัน (หมอมีความชอบธรรมที่จะตรวจร่างกายของคนไข้) เข้ามาเกี่ยวข้อง มีปัจจัยเรื่องเศรษฐกิจ-สังคม (แพทย์จะปฏิบัติต่อคนไข้ที่มีฐานะดี มีการศึกษาสูง แตกต่างจากคนไข้ที่ยากจน รายได้น้อย) หรือเรื่องเพศ ชนชาติ ฯลฯ เข้ามาโยงใยอยู่กับเรื่องการสื่อสารอยู่เสมอ

จากตัวอย่างการจัดแบ่งประเภทของทฤษฎีด้านการสื่อสารของ R.T. Craig ที่กล่าวมานี้จะมีขอบเขตค่อนข้างกว้างขวางโดยครอบคลุมไปถึงกลุ่มทฤษฎีด้านจิตวิทยาและสังคมศาสตร์สาขาต่างๆ (เช่น สังคมวิทยา มานุษยวิทยา) แต่สำหรับงานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพที่ทำการวิจัยโดยนักวิจัยด้านการสื่อสารนั้น ผู้เขียนมีความเห็นว่าอาจจะตีวงขอบเขตของทฤษฎีให้แคบเข้ามาอยู่ในปริมณฑลของศาสตร์แห่งการสื่อสารเป็นการเฉพาะ ดังที่ผู้เขียนจะได้นำเสนอต่อไป

และแม้แต่ในศาสตร์แห่งการสื่อสารเองก็ยังประกอบด้วยกลุ่มทฤษฎีอีกมากมายหลายประเภทที่สามารถจัดแบ่งได้ตามเกณฑ์หลายๆ

เกณฑ์ เช่น ทฤษฎีการสื่อสารระหว่างบุคคล ทฤษฎีการสื่อสารระดับกลุ่ม ระดับองค์กร ฯลฯ หรือจัดแบ่งตามสำนักคิด (School of Thought) ในที่นี้ผู้เขียนจะใช้เฉพาะทฤษฎีสื่อสารมวลชนเป็นตัวจัดแบ่งงานวิจัยด้านสื่อสารสุขภาพที่อยู่ในสาขาวิชาการสื่อสาร

และก่อนที่จะลงไปสู่รายละเอียดของทฤษฎีสื่อสารมวลชนที่มีอยู่ในงานวิจัยสื่อสารสุขภาพนั้น ผู้เขียนใคร่จะขอขีดเส้นใต้ความสำคัญของทฤษฎีที่ทำหน้าที่ประจักษ์ “ไฟฉายส่อง” งานวิจัยอีกสักครั้งหนึ่ง เมื่อเราอุปมาอุปไมยทฤษฎีว่าทำหน้าที่เป็นดังไฟฉายนั้น ก็หมายความว่า หากเราเปลี่ยนแปลงไฟฉายที่ใช้ส่อง ภาพที่เราจะมองเห็น (หรือผลการวิเคราะห์ข้อมูล) ก็จะแตกต่างกัน

ตัวอย่างเช่น งานศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารสุขภาพของกลุ่มสตรีสูงอายุของสิริพรรณ วิบูลย์จันทร์ (2542) ที่สนใจพฤติกรรมการเปิดรับสื่อของกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสตรีวัยทองกับผลที่เกิดขึ้นในเรื่องความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง กลุ่มสตรีที่เรียกว่า “วัยทอง” นี้ก็คือ กลุ่มผู้หญิงสูงอายุที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจอย่างชัดเจน นักวิจัยได้ใช้การวิจัยเชิงปริมาณด้วยการสำรวจกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยทองจำนวนถึง 408 คนที่กระจายตัวอยู่ใน 17 เขตของกรุงเทพมหานคร และครอบคลุมกลุ่มสตรีในทุกระดับชั้นของสังคม ผลการวิจัยจึงสามารถสรุปให้ภาพรวมที่ชัดเจนได้ในระดับหนึ่ง

งานวิจัยของสิริพรรณชิ้นนี้สามารถแสดงให้เห็นอิทธิพลของการเลือกทฤษฎีมาใช้ในงานวิจัยได้อย่างชัดเจน ตัวอย่างเช่น หากใช้ทฤษฎีเรื่อง “สุขภาพที่ถูกทำให้เกิดเป็นโรคจากการแพทย์” (Bio-medicalization) กับทฤษฎีการใช้สื่อเพื่อการพัฒนาตนเอง (Communication for development) การวิเคราะห์ผลการวิจัยก็จะออกมาอย่างแตกต่างกัน

ในขณะที่ทฤษฎี **Bio-medicalization** จะอธิบายว่า เนื่องจากการแพทย์และสาธารณสุขในยุคปัจจุบันได้ถูกทำให้เป็นระบบธุรกิจเชิง

พาณิชย์ บรรดาการรักษาโรคและบริการต่างๆทางการแพทย์ (เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การผ่าตัดทำศัลยกรรม ฯลฯ) จึงถูกแปรสภาพให้กลายเป็น “สินค้า” และเพื่อที่จะขายสินค้านี้ดังกล่าวให้ทำกำไรได้มากๆ บรรดาปรากฏการณ์ต่างๆทางด้านสุขภาพที่เคยเป็นปกติวิสัยของมนุษย์ เช่น การคลอด การหมดประจำเดือน การหมดสมรรถภาพทางเพศ ฯลฯ จึงได้ถูกทำให้เกิดเป็น “โรคภัยไข้เจ็บ” ขึ้นมา ที่เรียกแบบง่ายๆว่า “โรคหมอท่า” เพื่อที่ “ผู้ป่วย” จะต้องไปเสียเงินหาซื้อยาและบริการทางการแพทย์มารักษา กระบวนการเผยแพร่ความรู้/ข้อมูลข่าวสารของโรคหมอท่านั้นจะดำเนินการผ่านระบบการสื่อสารของสังคม โดยเฉพาะสื่อสารมวลชน ดังนั้น หากยังมีการเปิดรับข่าวสารจากสื่อมากเท่าไร ผู้รับสารก็จะเป็นโรคหมอท่ามากยิ่งขึ้นเท่านั้น

Estes & Binney (1989, อ้างในสมรักษ์ ชัยสิงห์กานานนท์, 2545) ระบุถึงกระบวนการ Bio-medicalization of Aging เป็นการเฉพาะว่าเป็นกระบวนการที่ทำให้ “ความชรา” กลายเป็นปัญหาทางการแพทย์ การปฏิบัติตัว (praxis) ของคนวัยทองก็ถูกหยิบยกมาเป็นปัญหาสุขภาพ บทบาทที่แข็งแกร่งของอุตสาหกรรมและเวชภัณฑ์ในสหรัฐและอังกฤษ ตั้งแต่ยุคสงครามโลกครั้งที่ 2 ทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นกลุ่มที่ต้องรับบริการการแพทย์และเวชภัณฑ์ยาเป็นประจำ

ในทางตรงกันข้าม ทฤษฎีการใช้สื่อเพื่อการพัฒนาตนเองจะมองว่า ผู้หญิงที่กำลังย่างเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนนั้น จะขาดความรู้ความเข้าใจกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตัวเอง ดังนั้นจึงต้องมีการเปิดรับข่าวสารจากภายนอกเพื่อช่วยเสริมความรู้ ทักษะ และนำไปสู่การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

ผลจากการวิจัยที่น่าสนใจซึ่งจะเป็นตัวให้คำตอบว่า ทฤษฎีทั้งสองที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ทฤษฎีใดจะสามารถอธิบายได้ดีกว่ากัน

(i) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ซึ่งเป็นผู้หญิงสูงอายุในวัยทองมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อทุกประเภทในปริมาณที่

น้อยมาก แต่ทว่าผลที่เกิดขึ้นในแง่ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนเมื่อเข้าสู่วัยทองนั้น กลับแสดงผลดังนี้

(ii) ในเรื่อง**ความรู้ความเข้าใจ**เกี่ยวกับ “วัยทอง” ปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับที่น่าพึงพอใจทีเดียว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรู้ดีถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าเป็นเพราะอะไร รู้ถึงสาเหตุ (เช่น การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน การขาดแคลเซียม ฯลฯ) ทั้งนี้อาจไม่จำเป็นต้องตั้งใจเปิดรับก็รู้ได้อยู่แล้ว (เช่น การขาดแคลเซียมก็รู้จากโฆษณานม) สำหรับประเภทของความรู้ที่ผู้หญิงสูงอายุมักจะไม่รู้เกี่ยวกับวัยทองก็เป็น “ความรู้ที่ค่อนข้างเฉพาะพิเศษ” เช่น ความรู้ที่ว่า “ต้องไปตรวจสุขภาพประจำปี” เป็นต้น ส่วนความรู้ระดับทั่วๆ ไปนั้น จะไม่เป็นปัญหาเลย

(iii) ในส่วน**ทัศนคติ**เกี่ยวกับภาวะ “วัยทอง” นั้น ผลการสำรวจก็น่าสนใจมากที่ว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเป็นกลางๆ ต่อการเข้าสู่ภาวะวัยทอง กล่าวคือไม่ค่อยมีความวิตกกังวลมากนัก รวมทั้งยังมีทัศนคติที่หนักไปทางด้านบวก โดยเห็นว่า การเข้าสู่ภาวะวัยทองเป็นเรื่องธรรมชาติและชีวิตก็เป็นปกติสุขดี รวมทั้งไม่ค่อยเห็นด้วยที่จะต้องไปกินอาหารเสริมสุขภาพเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยดังกล่าว

(iv) ในส่วน**ของพฤติกรรมที่ปฏิบัติ**ในช่วงเวลาดังกล่าว ก็สอดคล้องกับความรู้และทัศนคติที่กล่าวมาคือ กลุ่มตัวอย่างใช้ชีวิตโดยใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ หออะไรมาทำอยู่ตลอดเวลา ติดตามข่าวสารและเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ โดยสรุปก็คือ มีการใช้ชีวิตที่ถูกต้อง ส่วนพฤติกรรมที่อาจจะถูกจัดว่า “ไม่ถูกต้อง” เมื่อเข้าสู่ภาวะวัยทองก็คือ กลุ่มตัวอย่างจะไม่ค่อยไปตรวจสุขภาพ รวมทั้งยังไม่ค่อยออกกำลังกาย ซึ่งน่าจะเป็นกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับสตรีในช่วงวัยนี้ (อย่างไรก็ตาม นี่เป็นผลการสำรวจในช่วงปีพ.ศ.2542 ซึ่งกระแสการออกกำลังกายในผู้สูงอายุยังไม่มีการรณรงค์มากนัก ในปัจจุบันที่ผ่านมา 10 กว่าปีแล้ว ข้อมูลดังกล่าวอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากมีการรณรงค์ในประเด็นดังกล่าวมากขึ้น)

หากเราวิเคราะห์ตีความข้อมูลที่เก็บได้จากงานวิจัยชิ้นนี้ เราก็

อาจจะต้องตีความว่า กลุ่มสตรีวัยทองที่ไม่ได้เปิดรับข้อมูลเรื่อง “การเป็นโรควัยทอง” จากสื่อมวลชนมากนัก ทำให้ไม่ถูกครอบงำความคิด ทัศนคติ และการปฏิบัติจาก “โรคหมอกทำ” ที่เผยแพร่ผ่านข่าวสารของสื่อมวลชนนั่นเอง ซึ่งกลับเป็นข้อดีของการที่มีพฤติกรรมการเปิดรับสารน้อยกว่ามุมมองของทฤษฎี Bio-medicalization แต่จะเป็นปัญหาสำหรับทฤษฎีการใช้สื่อเพื่อการพัฒนาตนเอง

ส่วนที่ 2: การจัดประเภทงานวิจัย “การสื่อสารสุขภาพ”: ข้อเสนอของทฤษฎีการสื่อสาร

เนื่องจากข้อเขียนชิ้นนี้จะยืมมาจากมุมมองของศาสตร์ด้านการสื่อสาร ดังนั้น จุดยืนทางทฤษฎีด้านการสื่อสาร (Communication Theoretical Standpoint) จึงถือว่าเป็นปัจจัยแรกและเป็นปัจจัยสำคัญในการศึกษาค้นคว้าในขั้นต่อมา ในที่นี้จึงจะขอประมวลทฤษฎีด้านการสื่อสารที่ปรากฏอยู่ในงานวิจัยด้านสื่อสารสุขภาพของไทยมานำเสนอ

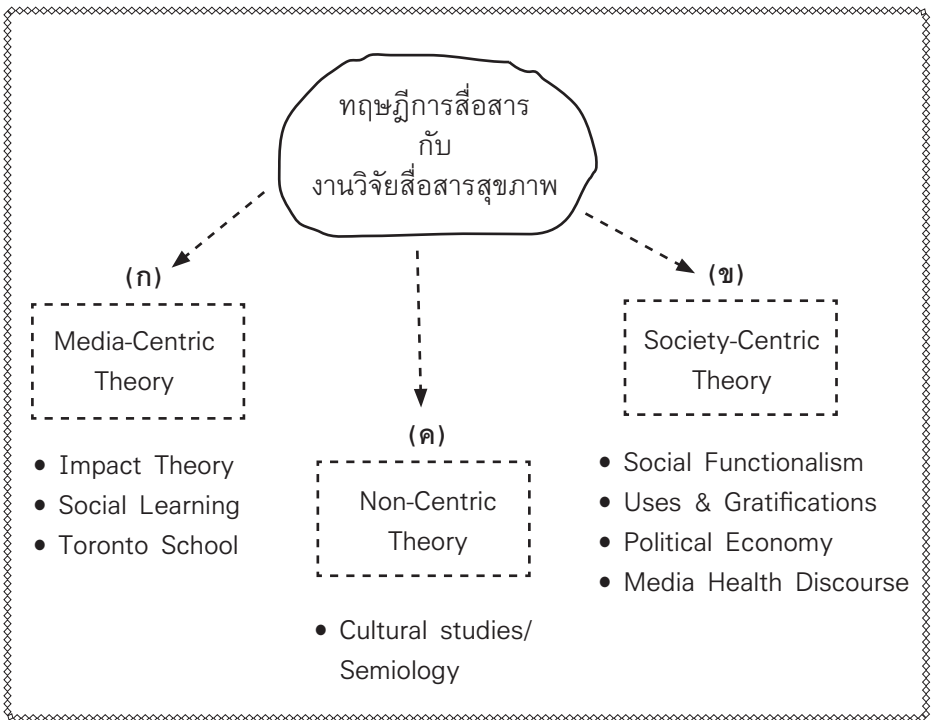
แต่เนื่องจากทฤษฎีด้านการสื่อสารนั้นมีอยู่อย่างหลากหลาย ในที่นี้จึงจะจำกัดขอบเขตที่อยู่ในการสื่อสารระดับการสื่อสารมวลชนเป็นสำคัญ และจะจัดแบ่งกลุ่มทฤษฎีด้านสื่อมวลชนที่หลากหลายนั้นออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ โดยเกณฑ์ที่ใช้จัดแบ่งก็คือ การเป็นตัวแปรต้น/ตัวแปรตามของทฤษฎีนั้น 3 กลุ่มทฤษฎีดังกล่าวก็ได้แก่

(ก) กลุ่มทฤษฎีที่ใช้สื่อมวลชนเป็นตัวแปรต้น (Media-Centric Theory) ในงานวิจัยด้านสื่อสารสุขภาพ จะพบทฤษฎีย่อยในกลุ่มนี้อยู่ 3 ทฤษฎี คือ

- (1) Effect/Impact Theory
- (2) Social Learning Theory
- (3) Toronto School

(ข) กลุ่มทฤษฎีที่ใช้สังคมเป็นตัวแปรต้น (Society-Centric Theory)

- (4) Social Functionalism of Media
- (5) Uses and Gratifications Approach
- (6) Political Economy of Media
- (7) Media Health Discourse
- (ค) กลุ่มทฤษฎีที่มีได้ระบุตัวแปรต้น-ตัวแปรตาม (Non-Centric Theory)
- (8) Cultural Studies/Semiology



ภาพที่ 23: ทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัยสื่อสารสุขภาพ

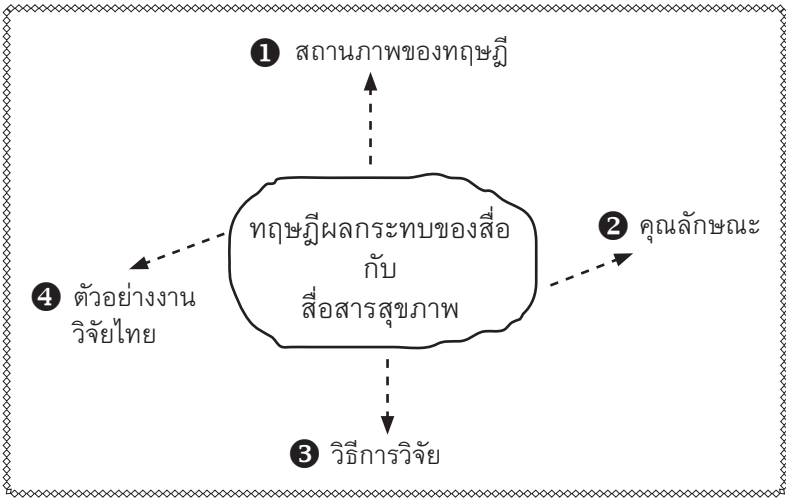
จากนี้ จะขอนำเสนอรายละเอียดและงานวิจัยสื่อสารสุขภาพในแต่ละทฤษฎีตามลำดับ

(ก) กลุ่มทฤษฎีที่ใช้สื่อมวลชนเป็นตัวแปรต้น (Media-Centric Theory)

ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีย่อยคือ Effect/Impact Theory/Social Learning Theory และ Toronto School ทั้ง 3 กลุ่มทฤษฎีนี้มีข้อตกลงเบื้องต้นร่วมกันว่า สื่อนั้นเป็นตัวแปรต้นที่มีอำนาจอิทธิพล (Powerful media) หรือสามารถสร้างผลกระทบอย่างใดอย่างหนึ่งให้เกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างระหว่าง 3 กลุ่มทฤษฎีก็คือ อำนาจหรืออิทธิพลของสื่อจะสร้างให้เกิดผลกระทบในลักษณะใด เช่น เกิดผลระยะสั้นทันที (Short-term impact) หรือเกิดผลที่ต้องค่อยๆ สัมผัสทีละเล็กละน้อย (Long-term Impact) หรือเป็นผลกระทบต่ออะไร เป็นต้น

1. ทฤษฎีผลกระทบของสื่อกับงานวิจัยสื่อสารสุขภาพ (Impact/Effect Theory)

ทฤษฎีผลกระทบของสื่อที่อาจจะรู้จักกันในชื่ออื่นๆ เช่น ทฤษฎีกระสุนปืนมหัศจรรย์ (Magic Bullet Theory) หรือชื่อที่ใกล้เคียงกับด้านสุขภาพคือ ทฤษฎีเข็มฉีดยา (Hypodermic Theory) โดยที่ชื่อนามเหล่านี้ล้วนบ่งบอกถึงความเชื่อเบื้องต้นที่ตัวทฤษฎีมีความมั่นใจในพลังอำนาจของสื่อมวลชนประเภทต่างๆ (Powerful Media) ทฤษฎีนี้ถือเป็นทฤษฎีที่ค่อนข้างมีสถานะเป็นทฤษฎีกระแสหลักในยุคของสื่อมวลชนแบบเดิม เช่น หนังสือพิมพ์ ภาพยนตร์ วิทยุ โทรทัศน์ และเป็นทฤษฎีที่ก่อตัวมาในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 โดยมีเหตุการณ์จริงระดับโลกในช่วงสงครามโลกทั้ง 2 ครั้งเป็นประจักษ์พยานถึงพลาณภาพในการโน้มน้าวของสื่อมวลชนประเภทต่างๆ เช่น กรณีการใช้สื่อวิทยุของฮิตเลอร์ในเยอรมัน การใช้สื่อภาพยนตร์ในการล้างสมองประชาชนหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองในไชเวียต การทำสงครามจิตวิทยาผ่านสื่อมวลชนประเภทต่างๆ ในระหว่างสงคราม (critical/crisis period)



ภาพที่ 24: ทฤษฎีผลกระทบของสื่อกับสื่อสารสุขภาพ

(1.1) สถานะของ Impact Theory ในงานสื่อสารสุขภาพ ถึงแม้ว่าแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีผลกระทบของสื่อจะมีความเชื่อมั่นในพลังของสื่อมวลชนที่มีอิทธิพลในการโน้มน้าวใจผู้รับสารในด้านต่างๆ แต่ทว่าเมื่อนำทฤษฎีดังกล่าวมาประยุกต์ใช้อธิบายปรากฏการณ์ด้านสุขภาพ L.Wallack (1990) ก็ระบุว่า ทฤษฎีผลกระทบของสื่อได้แตกตัวออกไปเป็นหลายแนวทาง เช่น

- แนวทางที่เชื่อถือในพลังการโน้มน้าวของสื่อมวลชนอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากผู้ใช้สื่อมีความเข้าใจในเรื่องการวางแผนของการใช้สื่ออย่างมีชั้นเชิง/มีกลยุทธ์ เช่น ในงานวางแผนรณรงค์ผ่านสื่อมวลชนประเภทต่างๆ
- แนวทางที่เห็นว่าพลังของสื่อมวลชนนั้นอาจมีมากหรือน้อยแล้วแต่เงื่อนไขของผู้รับสาร เช่น ผู้รับสารที่เป็นแพทย์หรือเป็นคนไข้อย่อมได้รับผลกระทบจากการโน้มน้าวของสื่อแตกต่างกัน หรืออาจเป็นเงื่อนไขในพลวัตของผู้รับสาร เช่น เวลายังไม่เจ็บป่วยอาจจะไม่เชื่อถือสื่อ แต่หาก

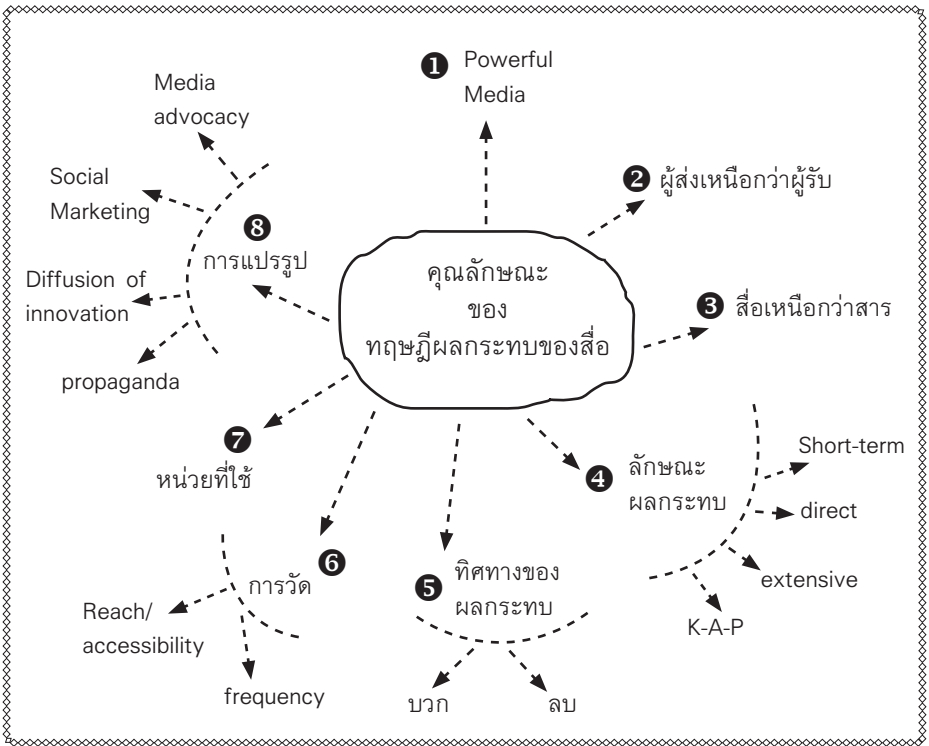
เปลี่ยนสถานะเป็นคนที่ใช้ก็จะเชื่อสื่อทันที

- แนวทางที่เห็นว่าสื่อมวลชนอาจจะมามีอิทธิพลในมน้าวได้บ้าง ไม่ได้บ้าง หรือไม่ได้เลยขึ้นอยู่กับปัจจัยการสื่อสารต่างๆ เช่น ประเภทของสื่อ วิธีการนำเสนอเนื้อหา ความน่าเชื่อถือของแหล่งข่าวสาร รวมทั้งสถานการณ์ เช่น ในช่วงเวลาวิกฤติ (crisis) สื่อมวลชนจะเพิ่มพลังอำนาจพิเศษมากกว่าช่วงเวลาปกติ เป็นต้น

แต่ไม่ว่าผลการวิจัยที่ใช้ทฤษฎีผลกระทบของสื่อจะให้ข้อค้นพบออกเป็นหลายแนวทาง ทั้งแนวทางที่สนับสนุนหรือคัดค้านทฤษฎีก็ตาม แต่ทว่าในแวดวงการวิจัยการสื่อสารสุขภาพของไทย นับตั้งแต่ประวัติศาสตร์หน้าแรกมาถึงหน้าปัจจุบัน งานวิจัยสื่อสารสุขภาพส่วนใหญ่ก็ยังคงใช้ทฤษฎีผลกระทบของสื่อเป็นโฟกัสอยู่อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า เมื่อประเด็นสุขภาพถูกนำมาแต่งงานกับการสื่อสารนั้น ในช่วงเวลาดังกล่าว กระบวนทัศน์หลักของทฤษฎีการสื่อสารก็คือ ทฤษฎีการใช้สื่อมวลชนเพื่อการพัฒนาที่วางอยู่บนฐานของทฤษฎีผลกระทบของสื่อ งานวิจัยสื่อสารสุขภาพจึงได้ใช้ทฤษฎีผลกระทบของสื่อเป็นหลัก รวมทั้งยังมีข้อสังเกตว่า ไม่ว่าจะกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพจะปรับเปลี่ยนไปอย่างไรก็ดี นับตั้งแต่กระบวนทัศน์การแพทย์แบบชีวภาพ แบบสังคม หรือแบบนิเวศน์สังคม แต่ทว่ากระบวนทัศน์ที่หลากหลายด้านสุขภาพนี้ก็ยังสามารถผนวกเอาทฤษฎีผลกระทบของสื่อเข้าไปใช้ได้อยู่เสมอ (ดูตัวอย่างงานวิจัยไทยต่อไป) ปัจจัยที่อาจจะปรับเปลี่ยนไปในด้านการสื่อสารก็คือ การขยายประเภทของสื่อจากที่เคยเป็นสื่อมวลชนขนาดใหญ่ (Mass media) มาเป็นสื่อประเภทอื่นๆ เช่น สื่อพื้นบ้าน (folk media) สื่อเฉพาะกิจ (specific media) สื่อบุคคล (personal media) และอื่นๆ (สนใจสื่อประเภทอื่นๆ โปรดดู กาญจนา แก้วเทพ, สื่อเล็กๆที่นำไปในงานพัฒนา, 2552)

(1.2) คุณลักษณะของ Impact Theory เพื่อความเข้าใจในงานวิจัยที่จะยกตัวอย่างมาประกอบในตอนต่อไป จะขอระบุถึงคุณลักษณะ

สำคัญของทฤษฎีผลกระทบของสื่อดังนี้



ภาพที่ 25: คุณลักษณะของทฤษฎีผลกระทบของสื่อ

(i) ข้อตกลงเบื้องต้นของ Impact Theory ก็คือ ความเชื่อในพลังอำนาจของสื่อมวลชน (Powerful Media) ประเภทต่างๆที่กล่าวมาแล้ว โจทย์การวิจัยที่จะทดสอบก็คือในกรณีที่ศึกษานั้น สื่อประเภทใดจะมีอิทธิพลในการโน้มน้าวมากน้อยกว่ากัน และเป็นเพราะปัจจัยใด

(ii) ในแบบจำลองการสื่อสาร Sender-Message-Channel/Media-Receiver “S-M-C-R” องค์ประกอบที่เป็นมนุษย์ 2 ฝ่ายคือ ผู้ส่งสารและผู้รับสารนั้น ทฤษฎีผลกระทบของสื่อจะเชื่อว่า ผู้ส่งสารจะเป็นผู้ที่เหนือ

กว่าผู้รับสารในทุกมิติ เช่น มีความรู้มากกว่า มีทัศนคติที่ถูกต้องกว่า มีสถานะที่เหนือกว่า ฯลฯ ซึ่งข้อตกลงดังกล่าวนี้เมื่อนำมาประยุกต์กับเรื่องสุขภาพก็จะสอดคล้องลงตัวอย่างมาก เพราะผู้ส่งสารในการสื่อสารสุขภาพมักจะเป็นแพทย์ พยาบาล บุคลากรด้านสาธารณสุข ฯลฯ ที่มี ความรู้มากกว่าผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไป

(iii) และจากองค์ประกอบ 2 องค์ประกอบที่เหลือคือ Channel/ Media และ Message นั้น ทฤษฎีผลกระทบของสื่อจะสนใจกับ “พลังของสื่อ” มากกว่า “อำนาจของสาร” ดังนั้น งานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีนี้จึงไม่ค่อยวิเคราะห์ตัวเนื้อหา

(iv) **ลักษณะของผลกระทบ** คุณลักษณะที่เฉพาะตัวที่สุดของ Impact Theory ก็คือ ลักษณะของผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการใช้สื่อ ซึ่งมีลักษณะเป็นผลกระทบระยะสั้น (short-term impact) กล่าวคือ ได้ผลหลังจากใช้สื่อทันที ได้ผลแบบโดยตรง (direct) กล่าวคือ ได้ผลตามแบบที่ผู้ใช้สารตั้งใจเอาไว้ (เช่น ต้องการให้ป้องกันโรคเอดส์ด้วยการใช้ถุงยางอนามัย ก็จะได้ผลตามนั้น ไม่ใช่ไปป้องกันด้วยวิธีการอื่นๆ) ได้ผลอย่างครอบคลุม (extensive) กล่าวคือได้ผลกับทุกกลุ่มเป้าหมาย และสุดท้ายคือ ได้ผลจนกระทั่งถึงลำดับขั้นสุดท้ายของผลกระทบ K-A-P กล่าวคือ “สื่อสามารถเปลี่ยนแปลงได้แต่ระดับความรู้/ความเข้าใจ ทัศนคติ จนกระทั่งถึงระดับพฤติกรรม/การกระทำ

(v) **ทิศทางของผลกระทบ** (direction) ผลกระทบอันเกิดขึ้นจากสื่อ่นั้นสามารถให้ได้ทั้งผลกระทบในด้านบวกและด้านลบ ตัวอย่าง เช่น การรณรงค์ให้ป้องกันโรคเอดส์ หากกระทำอย่างได้ผลก็ทำให้เกิดผลกระทบด้านบวก แต่ในกรณีของการเกิดโรคระบาดเช่นโรคไข้หวัดนก การรายงานข่าวในปริมาณมากและน่ากลัวอาจทำให้เกิดความตื่นตระหนก (panic) เกิดความกลัวไม่กล้ากินอาหารประเภทไก่และไข่ ทำให้ธุรกิจอาหารประเภทนี้ล้มจมอันถือเป็นผลกระทบด้านลบ เป็นต้น

(vi) **ตัวแปรที่ใช้วัดผลกระทบ** จากแนวคิดเบื้องต้นในการวัด

อิทธิพลของสื่อ การวิจัยจึงจะวัด “ปริมาณความถี่” (frequency) การเข้าถึงทั้งจากฝ่ายผู้ส่งสารและผู้รับสาร (Reach & Accessibility) ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อระดับของผลกระทบที่จะเกิดขึ้น

(vii) **หน่วยที่ใช้วัด** ต้นแบบของ Impact Theory นั้นเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นในระดับปัจเจกบุคคล แต่ต่อมาก็ได้มีการขยายหน่วยของผลกระทบออกไปถึงระดับกลุ่ม สถาบันสังคม และสังคมโดยรวม

(viii) **การแปรรูปทฤษฎีผลกระทบของสื่อ** จากต้นแบบของทฤษฎีกระสุนปืนมหัศจรรย์ที่เน้นการโน้มน้าวชักจูงที่เรียกว่า “การโฆษณาชวนเชื่อ” (propaganda) ในลำดับต่อมา ทฤษฎีผลกระทบของสื่อก็ได้ดัดแปลง (modify) ออกมาเป็นกลยุทธ์การสื่อสารแบบต่างๆ ที่รู้จักกันดีก็คือ ทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรม (Diffusion of innovation) ที่เน้นบทบาทของสื่อหลายประเภทในแต่ละขั้นตอนของการแพร่วัตกรรมการกลยุทธ์ Media advocacy ที่เน้นการผลักดันประเด็นที่ต้องการเปลี่ยนแปลงต่อผู้มีอำนาจในสังคม รวมทั้งกลยุทธ์ Social marketing ที่ประยุกต์เอาวิธีการ “ขายสบู่” ที่เป็นสิ่งของรูปธรรมมา “ขายความคิดดีๆ” ที่เป็นนามธรรม (ดูรายละเอียดต่อไป)

(1.3) **วิธีการวิจัย** เนื่องจากงานวิจัยที่อยู่ภายใต้ร่มธงของ Impact Theory นั้นจะต้องการคำตอบของการวิจัยที่มีลักษณะแม่นยำแน่นอน (precision) ว่า สื่อต่างๆ มีอิทธิพลพฤติกรรมสุขภาพจริงหรือไม่ มีผลกระทบในระดับใด หรือมีผลกระทบต่อมิติไหนบ้าง ดังนั้น งานวิจัยการสื่อสารสุขภาพตามทฤษฎีผลกระทบของสื่อจึงมักจะใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (แต่อันที่จริงก็ไม่น่าจะจำเป็นเสมอไป)

ส่วนระเบียบวิธีวิจัยนั้น หากเป็นการศึกษาประเด็นที่ดำรงอยู่แล้ว เช่น พฤติกรรมการเปิดรับสื่อที่ประชาชนมีอยู่แล้ว ก็มักจะใช้การสำรวจเพียงครั้งเดียว แล้วใช้วิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ต้องการศึกษา (correlation study) ด้วยวิธีการทางสถิติ โดยอนุมานว่าในระหว่างตัวแปรด้านการสื่อสารกับตัวแปรผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้น ตัวแปรด้านการ

สื่อสารจะเป็นตัวแปรต้น ส่วนตัวแปรด้านผลกระทบนั้นจะเป็นตัวแปรตาม ซึ่งการอนุมานดังกล่าวนี้อาจไม่เป็นจริงในทุกกรณี เช่น ข้อโต้แย้งที่ว่า มิใช่เพราะเด็กเปิดรับสื่อที่มีความรุนแรง เด็กจึงมีพฤติกรรมใช้ความรุนแรง หากแต่เป็นเพราะว่าเด็กเป็นคนที่ชอบใช้ความรุนแรงอยู่แล้ว จึงมีรสนิยมในการเลือกเปิดรับสื่อที่มีเนื้อหารุนแรงต่างหาก เป็นต้น

ดังนั้น หากต้องการจะพิสูจน์อิทธิพลจากสื่ออย่างเข้มงวดแล้ว ระเบียบวิธีการวิจัยที่จะสามารถให้คำตอบได้อย่างแน่นอนน่าจะเป็นวิธีการวิจัยเชิงทดลอง (experimental design) เนื่องจากสามารถกำหนดตัวแปรต้นและตัวแปรตามได้อย่างแน่นอน ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของเพ็ญพร ต่อสกุลแก้ว (2541) เรื่อง “ประสิทธิผลของสื่อคู่มือ” การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด” ต่อระดับความรู้ ทักษะคิด และความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด” ที่ได้กล่าวถึงไปแล้ว อย่างไรก็ตาม การวิจัยเชิงทดลองนั้น นักวิจัยจะต้องสร้างสภาพการณ์จำลองขึ้นมาเพื่อทดสอบตัวแปรที่ต้องการศึกษา ซึ่งสภาพการณ์จำลองนั้นอาจจะแตกต่างจากสภาพการณ์จริง และยังมีข้อจำกัดว่า ตัวแปรบางตัวก็ไม่สามารถจะทำการทดลองได้

(1.4) ตัวอย่างงานวิจัยไทย ตัวอย่างงานวิจัยสื่อสารสุขภาพของ ไทยจำนวน 3 ชิ้นที่จะยกมานำเสนอให้ดูเป็นตัวอย่งนั้น ได้แสดงให้เห็นว่า แม้ว่ากระบวนการทัศนด้านสุขภาพจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร แต่ก็ยังสามารถนำเอาทฤษฎีผลกระทบของสื่อมาเข้าสู่ใช้งานได้เสมอ

(ก) อังคณา มั่งมีทรัพย์ (2534) เรื่อง “ประสิทธิผลของการเผยแพร่ข่าวสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขที่มีต่อความรู้และความตระหนักของประชาชนเกี่ยวกับความปลอดภัยในการบริโภคอาหาร: ศึกษาเฉพาะกรณีประชาชนในเขตจังหวัดนครปฐม” ในงานวิจัยชิ้นนี้ แนวคิดด้านสุขภาพนั้นสังกัดอยู่ภายใต้กระบวนการทัศนการแพทย์แบบชีวภาพ (เน้นการเป็นโรคทางกายภาพหากบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ) และแนวคิดด้านการสื่อสารสุขภาพนั้นสังกัดอยู่ในแนว “สุขศึกษา” (Health

education) หมวดที่ว่าด้วยการบริโภคอาหารที่สะอาด โดยช่วงทศวรรษ 2530 ที่กระทรวงสาธารณสุขเริ่มมีแนวคิดเรื่องสุขศึกษาแบบใหม่ที่สอดคล้องกับปัญหาที่เป็นปัจจุบันของประชาชน โดยเฉพาะในมิติของอาหาร ซึ่งปัจจุบันมีกระบวนการผลิตเป็นสินค้าและเป็นอุตสาหกรรม ทำให้อาหารที่กำหนดเป็นสินค้านั้นมีอันตรายและไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพของประชาชน ทางกระทรวงจึงได้เริ่มจากอาหารที่เป็นพื้นฐานที่สุด คืออาหารที่ใส่สี น้ำปลา และน้ำส้มสายชู และได้ทำการณรงค์เผยแพร่ให้ความรู้แก่ประชาชนมาสักช่วงระยะเวลาหนึ่งผ่านการใช้สื่อประเภทต่างๆ

อังคณาผู้วิจัยได้ทำการวิจัยโดยตั้งวัตถุประสงค์ที่จะประเมินประสิทธิผลการเผยแพร่ข่าวสารเรื่องความปลอดภัยของอาหาร 3 ประเภท ดังกล่าว วิธีการวัดประสิทธิผลนั้นผู้วิจัยศึกษาจาก 2 แง่มุมคือ จากความคิดเห็น/การประเมินของกลุ่มตัวอย่าง และจากการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม的开รับข่าวสารกับความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับความปลอดภัยในการบริโภคอาหาร

การวิจัยออกแบบด้วยการใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นประชาชนใน 3 เขตอำเภอ จ.นครปฐม จำนวน 420 ราย โดยกำหนดอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และควบคุมเพศหญิง-ชายให้มีปริมาณเท่ากัน ผลการวิจัยที่น่าสนใจมีดังนี้

(i) การประเมินประสิทธิผลจากการสำรวจทัศนะความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง (เป็นการวัดประสิทธิผลแบบ subjective) พบว่า ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเห็นว่า ประสิทธิผลของการเผยแพร่ข่าวสารเรื่องอาหารปลอดภัยของรัฐบาลอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น และอีกถึง 38% เห็นว่า ได้ผลน้อย ซึ่งหากรวมจำนวนของ 2 กลุ่มนี้แล้ว ก็เกือบ 90% ที่ไม่พอใจประสิทธิผลในการเผยแพร่ข่าวสารเรื่องอาหารปลอดภัยจากหน่วยรัฐ

(ii) แหล่งข่าวสารที่ประชาชนเปิดรับข่าวสารเรื่องอาหารปลอดภัยเรียงลำดับจากมากไปน้อยก็คือ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ วารสาร/นิตยสาร ญาติพี่น้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหอกระจายข่าว จะเห็น

ได้ว่าอันดับแรกๆจะเป็นสื่อมวลชนทั้งสิ้น

(iii) เมื่อวัดความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับความปลอดภัยในการบริโภคอาหาร (ซึ่งเป็นการวัดประสิทธิผลแบบ objective) ก็ปรากฏว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้และความตระหนักอยู่ในขั้นดี แต่มิติที่ทำให้ไม่มีประสิทธิผลก็คือ แม้จะมีความรู้และความตระหนักในเกณฑ์สูง แต่ความรู้และความตระหนักดังกล่าวก็กลับไม่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรการบริโภค กลุ่มตัวอย่างยังคงเลือกรับประทานข้าวหมูแดง ผลไม้ดองที่ผสมสีอยู่ทุกๆที่รู้ว่าอาจเกิดอันตราย

(iv) ส่วนค่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเปิดรับข่าวสารเรื่องอาหารปลอดภัยกับความรู้และความตระหนักนั้น ก็พบความสัมพันธ์ในเชิงบวก ดังนั้น ปัญหาของการสื่อสารในประเด็นนี้ก็คือจะใช้การสื่อสารอย่างไรเพื่อให้มีประสิทธิผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระดับการบริโภคอาหารที่เป็นตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องความคุ้นเคย/อุปนิสัยอย่างมาก

(ข) กาญจน์ หวังดิธอำนวย (2531) เรื่อง “การเปิดรับข่าวสารกับความรู้และการป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษและชายรักร่วมเพศในเขตกรุงเทพมหานคร” งานวิจัยชิ้นนี้เป็นตัวอย่างงานศึกษาเรื่องการสื่อสารสุขภาพที่อยู่ภายใต้กระบวนการทัศนการแพทย์แบบสังคม (SDH) เนื่องจากโรคเอดส์นั้นเป็นโรคที่มีสาเหตุปัจจัยมาจากมิติด้านสังคม-เศรษฐกิจ-วัฒนธรรม และวิธีการทำงานด้านสุขภาพนั้นจะเจาะจงเข้าไปที่ “กลุ่มเสี่ยง” โดยเน้นมาตรการเชิงป้องกัน

ตั้งแต่ช่วงต้นทศวรรษ 2530 ข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ได้เริ่มปรากฏเป็นที่รับรู้ในสังคมไทยเมื่อมีการค้นพบผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์รายแรก และในการวิเคราะห์กลุ่มคนที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคเอดส์ก็คือ กลุ่มหญิงอาชีพบริการและชายรักร่วมเพศ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เริ่มเผยแพร่ข่าวสารเรื่องโรคเอดส์แก่กลุ่มเสี่ยงดังกล่าว งานวิจัยชิ้นนี้จึงตั้งวัตถุประสงค์ที่จะประเมินผลการเผยแพร่ข่าวสารดังกล่าว

ผู้วิจัยออกแบบด้วยการสำรวจและใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงอาชีพบริการและชายรักร่วมเพศจำนวน 312 ราย ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยที่น่าสนใจมีดังนี้

(i) การเปิดรับข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ทราบหรือเคยได้ยินเรื่องโรคเอดส์มาแล้วทั้งหมด (น่าจะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มที่ถูกระบุว่า เป็นกลุ่มเสี่ยงจึงรู้สึกข่าวสารมีความเกี่ยวข้องกับตนเอง รวมทั้งการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์ในระยะเริ่มแรกของการเผยแพร่ข่าวสารที่ “เป็นเอดส์แล้ว ตายลูกเดียว”) ส่วนสื่อที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์นั้น หนังสือพิมพ์จะเป็นสื่อมวลชนประเภทแรก ตามด้วยสื่อบุคคลคือเพื่อน (เนื่องจากเอดส์เป็นโรคทางสังคมด้วย เป็นโรคที่สังคมรังเกียจไม่ให้การยอมรับ) ต่อมาจึงเป็นโทรทัศน์/วิทยุ โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นอันดับที่ 5

(ii) สำหรับความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์นั้น ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ว่าโรคเอดส์คืออะไร ติดต่อกันได้อย่างไร และส่วนใหญ่ป้องกันตัวด้วยการใช้ถุงยางอนามัย ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างนั้นน่าจะเกิดมาจากการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข สื่อมวลชน และองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้องที่ทำการเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์สู่กลุ่มที่มีความเสี่ยงและประชาชนทั่วไปมาตั้งแต่ต้นปีพ.ศ.2530 (เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่สามารถขยายตัวได้มากในสังคมไทยที่ไม่เข้มงวดเรื่องการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรส เช่น การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอาชีพบริการ) อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยก็พบว่า ความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างมีเกี่ยวกับโรคเอดส์นั้นเป็นความรู้ที่ไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะความรู้ในขั้นตอนของการปฏิบัติ เช่น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบไม่ถูกกว่า อาการสำคัญของโรคระยะแสดงอาการเต็มทีนั้นเป็นอย่างไร ซึ่งทำให้อาจจะวินิจฉัยโรคโดยปะปนสับสนกับโรคอื่นๆ

(iii) ในส่วนทัศนคติและการปฏิบัตินั้น แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดจะมีความกลัวโรคเอดส์ และคิดว่าอาชีพที่ทำอยู่ (หญิงอาชีพ

บริการ) หรือพฤติกรรมทางเพศของตน (ชายรักร่วมเพศ) จะเป็นพฤติกรรมเสี่ยง (ทั้งนี้น่าจะเป็นประสิทธิผลของการเผยแพร่ข่าวสาร) และ 89% คิดว่าจะไปตรวจเช็คร่างกายว่าเป็นโรคหรือไม่ถ้ามีโอกาส อย่างไรก็ตาม ก็มีกลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ทั้งๆที่ที่มีความรู้ว่าจะช่วยป้องกันได้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ว่านี่ยังน่าจะเป็นโจทย์ใหญ่สำหรับหน่วยงานเผยแพร่ข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ที่จะแสวงหาวิธีการสร้างผลกระทบให้ถึงระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศ และจะต้องขยายกลุ่มเป้าหมายจากกลุ่มเสี่ยงไปถึงกลุ่มประชาชนทั่วไปด้วย (เพราะอันที่จริง เรื่องเพศสัมพันธ์นั้นทุกคนมีโอกาสเป็นกลุ่มเสี่ยงทั้งนั้น)

(iv) ต่อคำถามที่ว่า กรณีที่โชคร้ายเกิดติดโรคเอดส์ขึ้นมาแล้วจะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไรนั้น ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่จะให้แพทย์รักษาและงดเพศสัมพันธ์ แต่ก็มีกลุ่มตัวอย่างถึง 1 ใน 3 ที่ไม่ทราบว่าจะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร รอคอยความตาย และยังมีอีก 7% ที่จะยังคงมีอาชีพ/มีเพศสัมพันธ์ตามปกติ ซึ่งแม้จะเป็นส่วนน้อย แต่ผู้วิจัยวิเคราะห์ความคิดของกลุ่มนี้ว่าเป็นความคิดที่เป็นอันตราย เพราะจะเป็นสาเหตุของการขยายตัวของโรคต่อไปอย่างไม่สิ้นสุด การจัดการกับปัญหาโรคเอดส์นั้นนอกจากจะดำเนินการในขั้นป้องกันแล้วก็ยังคงคิดต่อไปในเรื่องการจัดการกับผู้ป่วย (ในระยะเวลาต่อมา ก็ได้มีกลุ่มผู้ป่วยลุกขึ้นมาทำการสื่อสารกับสังคมในประเด็นนี้อย่างน่าสนใจ)

(v) ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเปิดรับสื่อกับความรู้และการป้องกันโรคเอดส์นั้น ผลการวิจัยแสดงว่า มีค่าความสัมพันธ์กันในทางบวก อย่างไรก็ตาม สำหรับประเด็นเรื่องโรคเอดส์นี้ แม้ว่าในประเด็นเรื่องกลยุทธ์การใช้สื่อ (Media strategy) อาจจะไม่มีปัญหา แต่งานวิจัยในระยะเวลาต่อมาได้ให้ความสนใจกับประเด็นเรื่องกลยุทธ์การสร้างสาร (Message strategy) เช่น การใช้วิธีการนำเสนอแบบกระตุ้นความกลัว (Fear Arousal) นั้นเป็นวิธีการนำเสนอสารที่ให้ผลตามที่

ต้องการจริงหรือไม่ เป็นต้น (สนใจกรณีการสื่อสารเรื่องโรคเอดส์โปรดดู ภาณุจนา แก้วเทพ, **มิติทางสังคม/วัฒนธรรมในเรื่องเพศกับปัญหาเอดส์**, 2542)

(ค) โสภิตสุตา มงคลเกษม (2539) เรื่อง “พฤติกรรม การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรม การคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้ขับขีรถยนต์ในกรุงเทพมหานคร” งานวิจัยชิ้นนี้เป็นตัวอย่างของการนำทฤษฎีผลกระทบของสื่อมาใช้กับกระบวนการทัศนใหม่ของผู้ขับขีรถยนต์ เช่น ประเด็นเรื่องลิลาชีวิตในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ ซึ่งจำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีคิดใหม่ (Rethinking) ตามข้อเสนอของ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2543) ที่ได้กล่าวถึงไปแล้ว และเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยของอลิสาวีร์พัฒนกุล (2540) เรื่องการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับกฎจราจรแล้ว งานวิจัยของโสภิตสุตาชิ้นนี้ได้ก้าวไปอีกก้าวหนึ่ง เนื่องจากการนำนวัตกรรมด้านการป้องกันอุบัติเหตุในการขับขีรถยนต์มาใช้ คือ การคาดเข็มขัดนิรภัย ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่ลงลึกถึงระดับพฤติกรรมมิใช่เพียงแค่ระดับความรู้ ความเข้าใจ (เช่นเรื่องกฎจราจร) และการสื่อสารที่มุ่งหวังผลกระทบในระดับพฤติกรรม (performance/behavior) นั้น นับเป็นการสื่อสารระดับ “ปราบเซียน” เนื่องจากจะต้องปะทะกับ “แบบแผนพฤติกรรมเก่าๆ” ที่มีความคงตัว มีความคุ้นเคย/เคยชินของผู้รับสาร

หลังจากที่ได้มีการรณรงค์ให้ผู้ขับขีรถยนต์ในกรุงเทพมหานคร คาดเข็มขัดนิรภัยมาแล้วระยะหนึ่ง โสภิตสุตาผู้วิจัยก็ได้ทำการวิจัยเพื่อติดตามผลของการสื่อสารในประเด็นดังกล่าว การวิจัยออกแบบด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและสำรวจด้วยแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ขับขีรถยนต์ในกรุงเทพมหานครจำนวน 400 ราย ซึ่งสุ่มแบบบังเอิญโดยไม่ได้คุมตัวแปรเรื่องเพศ ทำให้กลุ่มตัวอย่าง 83% เป็นเพศชาย

ผลการวิจัยที่น่าสนใจมีดังนี้

(i) พฤติกรรมเปิดรับข่าวสารเรื่องเข็มขัดนิรภัย ส่วนใหญ่แล้ว กลุ่มตัวอย่างเปิดรับจากสื่อมวลชนโดยเฉพาะโทรทัศน์และวิทยุ และไม่

เคยเปิดรับจากสื่อบุคคลหรือสื่อเฉพาะกิจเลย (เช่น แผ่นพับ สติ๊กเกอร์) ยกเว้นป้ายประชาสัมพันธ์เป็นสื่อเฉพาะกิจประเภทเดียวที่กลุ่มตัวอย่างเปิดรับ (เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ขับขีรถยนต์ในถนน โอกาสที่จะได้เปิดรับน่าจะสูง ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะให้มีการใช้ป้ายประชาสัมพันธ์ให้มีปริมาณมากขึ้นและมีคุณภาพที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย)

(ii) ผลกระทบในแง่ K-A-P กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเข็มขัดนิรภัยในระดับสูง มีทัศนคติเชิงบวกต่อการคาดเข็มขัด รวมทั้งส่วนใหญ่ก็มีพฤติกรรมการคาดเข็มขัดเป็นประจำ มีเพียง 16% ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่คาดเข็มขัด อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่ยังคงมีในอนาคตก็คือพฤติกรรมการคาดเข็มขัดนี้ จะยั่งยืนยาวนานหรือไม่

และเมื่อเทียบตัวแปรความรู้กับทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรม ผลการวิจัยแสดงว่าทัศนคติมีผลต่อพฤติกรรมคาดเข็มขัดมากกว่าความรู้ และยังอาจจะเป็นตัวแปรที่อธิบายความไม่ยั่งยืนของพฤติกรรมคาดเข็มขัดในอนาคต ดังที่ผู้วิจัยอภิปรายว่า การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับเข็มขัดนิรภัยโดยเฉพาะข้อสงสัยลึกลับบางประการ เช่น เมื่อรถเกิดไฟไหม้หรือแล่นตกลงไปในน้ำ เข็มขัดนิรภัยอาจรัดตัวผู้คาดเอาไว้ทำให้ไม่สามารถออกมาจากรถได้ (80% ของกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเรื่องนี้) ดังนั้น จึงต้องมีการทบทวนกลยุทธ์การสร้างเนื้อหาที่ตอบโจทย์ข้อสงสัยรวมทั้งเป็นความรู้ที่เจาะลึกลงไปในภาคปฏิบัติ เช่น การสาธิตวิธีคาดเข็มขัดที่ถูกต้อง ซึ่งน่าจะเป็นกลยุทธ์การสร้างเนื้อหาสารในระดับชั้นที่ 2 เมื่อเนื้อหาระดับแรกเรื่องการวัดความตระหนักได้เกิดขึ้นแล้ว

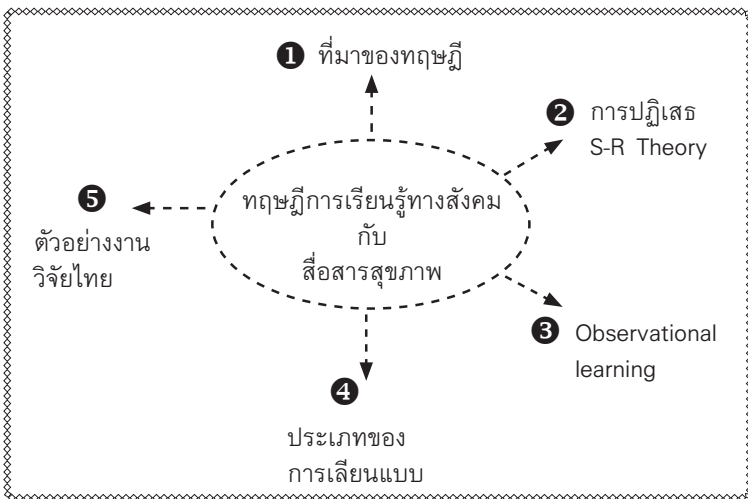
(iii) สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเปิดรับสื่อกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการคาดเข็มขัดนั้น ผลการวิจัยพบความสัมพันธ์กันตามที่คาดหมายไว้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นอิทธิพลของสื่อที่ยังคงใช้ได้กับแนวคิดสุขภาพภายใต้กระบวนการทัศนใหม่

2. ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมกับงานวิจัยสื่อสารสุขภาพ (Social Learning Theory)

เมื่อเปรียบเทียบกับทฤษฎีผลกระทบของสื่อแล้ว จะพบว่าในงานวิจัยเรื่องสื่อสารสุขภาพนั้นมักจะไม่ค่อยมีการใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมมากนัก ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากตัวเนื้อหาทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมนั้นเป็นทฤษฎีที่เน้นผลกระทบแบบระยะยาว (Long-term effect) เป็นผลกระทบที่ค่อยๆสั่งสม (accumulative) แต่งานวิจัยด้านสื่อสารสุขภาพส่วนใหญ่ต้องการดูผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด

แต่ทว่าหากเราเปลี่ยนกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพมาเป็นทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพที่วิเคราะห์ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดีนั้นเป็นเรื่องของการมีวิถีชีวิตที่เหมาะสม ซึ่งการปลูกฝัง/การอบรมบ่มเพาะหรือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตนั้นน่าจะเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาค่อยๆสั่งสม ฉะนั้นสำหรับกระบวนทัศน์ใหม่ด้านสุขภาพน่าจะนำทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมจากการใช้สื่อมาพิจารณาดูบ้าง

จากนี้เราจะดูรายละเอียดเนื้อหาของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม และตัวอย่างงานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพ



ภาพที่ 26: ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมกับสื่อสารสุขภาพ

(2.1) ที่มาของทฤษฎี: การปฏิเสทฤษฎีผลกระทบ S.J. Baran & D.K. Davis (2003) ทบทวนว่า ที่มาของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมนี้ก่อตัวขึ้นมาในช่วงเวลาที่กำลังมีความขัดแย้งระหว่างข้อเสนอกับผลกระทบของสื่อในโลกวิชาการ กับผลกระทบของสื่อที่กำลังเกิดขึ้นในโลกแห่งความจริง กล่าวคือ ในช่วงทศวรรษ 1960 ซึ่งเป็นช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 พลังอำนาจของสื่อมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ กำลังถูกนำมาทดสอบอิทธิพลอยู่ในเรื่องของการหาเสียงทางการเมือง การโฆษณาขายสินค้า และแวดวงวิชาการก็ได้ข้อสรุปที่เป็นกระแสหลักอยู่ว่า สื่อมวลชนทั้งหลายล้วนมีอิทธิพลอย่างจำกัดอย่างยิ่งในการโน้มน้าวให้ผู้คนปฏิบัติตาม (Limited Effect Paradigm)

แต่ทว่าในช่วงเวลาดังกล่าว ในโลกแห่งความจริงของประเทศสหรัฐอเมริกา สื่อโทรทัศน์กำลังมีอยู่อย่างแพร่หลายในแทบจะทุกครัวเรือน และเนื่องจากสื่อโทรทัศน์เป็นสื่อที่มีพลังอำนาจอย่างสูง จึงทำให้เกิดปรากฏการณ์ผลกระทบต่างๆ อย่างมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อเด็กๆ ปรากฏการณ์ที่เป็นจริงนี้จึงสวนทางกับคำอธิบายของนักวิชาการในอีกโลกหนึ่ง

ในท่ามกลางความขัดแย้งดังกล่าว จึงได้เกิดมีกลุ่มนักทฤษฎีอีกกลุ่มหนึ่ง ซึ่งมีภูมิหลังมาจากสายจิตวิทยาพัฒนาการและจิตวิทยาการเรียนรู้ เช่น A. Bandura ที่ได้ตั้งข้อสังเกตว่า เนื้อหาบางประเภทในสื่อโทรทัศน์เช่น ความรุนแรง (ซึ่งเป็นประเด็นความวิตกกังวลของผู้ใหญ่ต่อเด็กๆ) ได้ค่อยๆ หล่อหลอมพฤติกรรมของเด็ก แต่ทว่าเป็นไปในลักษณะแบบ “ค่อยๆ สั่งสมทีละเล็กละน้อย” แบบน้ำหยดลงหิน ฉะนั้น นักทฤษฎีกลุ่มนี้จึงได้เสนอว่า แม้ว่าสื่อโทรทัศน์อาจจะหรือไม่น่าจะสร้างผลกระทบแบบฉับพลันทันทีที่ให้แก่เด็กๆ แบบข้อเสนองานของ Impact Theory แต่ทว่าที่แน่นอนก็คือ สื่อโทรทัศน์จะสร้างอิทธิพลระยะยาวในการค่อยๆ หล่อหลอมที่เรียกว่า ได้สร้างการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning/Socialization) ให้กับเด็กๆ มากกว่า ดังนั้น ในขณะที่เนื้อหาของทฤษฎีผลกระทบของสื่อ (Impact Theory) มุ่งแต่จะตอบใจหยาบว่า สื่อมวลชนสามารถสร้าง

ผลกระทบระยะสั้น (Short-term impact) ที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดได้หรือไม่ แต่ทฤษฎี Social Learning กลับเสนอว่า ประเด็นที่น่าเป็นกังวลไม่น่าจะเป็นผลกระทบระยะสั้นดังกล่าว แต่น่าจะเป็นผลกระทบแบบ **สั่งสมเรียนรู้แบบระยะยาว** มากกว่า

(2.2) การปฏิเสททฤษฎีการเรียนรู้แบบ S-R Theory ในขณะที่มุมมองด้านการสื่อสารนั้น ทฤษฎี Social Learning ได้ปฏิเสธทฤษฎีผลกระทบระยะสั้นของสื่อ ในด้านจิตวิทยาการเรียนรู้ นักทฤษฎีในกลุ่มนี้ซึ่งก่อตัวมาจากนักจิตวิทยาการพัฒนาก็ได้คัดค้านทฤษฎีจิตวิทยาการเรียนรู้ที่กำลังมีอิทธิพลอยู่ในขณะนั้น คือ ทฤษฎีการเรียนรู้จากสิ่งเร้า-การตอบสนอง (Stimulus-Response Theory - S-R Theory)

ทฤษฎี S-R Theory อธิบายว่า มนุษย์เราเรียนรู้จากการได้ **ประสบกับสิ่งเร้า** โดยตรง (เช่น การเอามือไปถูกไฟ) แล้วเราก็มีปฏิกิริยาตอบสนอง (response) การถูกไฟลวกทำให้เรารู้สึกร้อน ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวเป็นความรู้สึกที่เราไม่ชอบ (เป็นการลงโทษ) ดังนั้น เราก็จะเรียนรู้ว่าในครั้งต่อไป เราจะหลีกเลี่ยงการถูกไฟลวก ตามหลักการให้รางวัลและการลงโทษ (ต้นกำเนิดของทฤษฎีนี้ก็คือ Pavlov นั่นเอง)

แต่ทว่าทฤษฎี Social Learning เสนอว่า มนุษย์เราไม่จำเป็นต้องเรียนรู้จาก **“ประสบการณ์ตรง”** (direct experience) เสมอไป หากว่าเราสามารถที่จะเรียนรู้จาก **“การสังเกตการกระทำ/เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากผู้อื่น”** โดยทางอ้อม ที่เรียกว่า **“การเรียนรู้จากการสังเกต”** (observational learning) สิ่งที่เราพบเห็นจากตัวอย่างของคนอื่นสามารถจะเป็น **“บทเรียนสอนใจเราได้”** (คนไทยมีความเข้าใจเรื่อง **“ฆ่าไก่ให้ลิงดู”** ซึ่งทำให้ **“ลิง”** เรียนรู้ว่าควรจะทำอะไร จากการสังเกตไก่) และนักทฤษฎีกลุ่มนี้ยังนำเสนออีกว่า อันที่จริงการเรียนรู้ทั้งหลายในชีวิตของมนุษย์เรามักจะมาจากการเรียนรู้ด้วยการสังเกตมากกว่าจะเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของตนเองด้วยซ้ำไป

จากแนวคิดเรื่องการเรียนรู้ด้วยการสังเกตตัวแบบต่างๆที่เรียกว่า

“Modeling” นี้ A. Bandura (1971) ได้นำเสนอว่า ในสังคม เด็กๆจะเรียนรู้ ด้วยการสังเกตตัวแบบที่หลากหลาย เช่น จากพ่อแม่ จากเพื่อน จากครู จากพี่เลี้ยง จากบุคคลใกล้เคียง ฯลฯ และหนึ่งในบรรดาตัวแบบที่เด็กๆได้ เรียนรู้อย่างมากในโลกยุคปัจจุบันก็คือ การเรียนรู้จากตัวแบบในสื่อมวลชน โดยเฉพาะสื่อโทรทัศน์

Bandura ได้พิสูจน์แนวคิดดังกล่าวด้วยการวิจัยเชิงทดลองในเรื่อง การเรียนรู้พฤติกรรมที่ก้าวร้าวจากสื่อโทรทัศน์ และผลจากการทดลองก็ให้ ข้อพิสูจน์ที่ยืนยันได้ว่า สื่อมวลชนสามารถจะทำหน้าที่เป็นต้นแบบสำหรับการเรียนรู้ทางสังคมของเด็กๆในเรื่องพฤติกรรมความก้าวร้าวได้จริง

(2.3) การเรียนรู้ด้วยการสังเกต (observational learning) เนื่องจากแนวคิดหลักของนักทฤษฎีกลุ่ม Social Learning นี้คือ แนวคิดเรื่อง กระบวนการเรียนรู้ผ่านการสังเกตพฤติกรรม/การกระทำของผู้อื่นแล้วก็นำมาเลียนแบบทำตาม นักวิชาการกลุ่มนี้จึงทำการศึกษาระบวนการเรียนรู้ด้วยการสังเกตที่เรียกว่า “การเลียนแบบ” ในรายละเอียด ในทางจิตวิทยาได้แยกแยะการเลียนแบบออกเป็น 2 แบบคือ

(ก) Imitation เป็นการแสดงปฏิกิริยาที่แสดงออกมาให้เห็นภายนอก (direct mechanical response of behavior) เช่น การเลียนแบบ การแต่งกาย การเลียนแบบการทำท่าทาง สำหรับการเลียนแบบในระดับแรกและผิวเผินนี้ สื่อมวลชนก็ยังสามารถที่จะเป็นต้นแบบให้แก่เด็กๆได้อย่างมากมาย ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของประภาวดี ธานีรานนท์ (2540) เรื่อง “การเปิดรับข่าวสาร การจดจำสาร และการเลียนแบบพฤติกรรมต่อต้านยาเสพติดของนักเรียนมัธยมตอนต้นในโครงการป้องกันยาเสพติดจัสท์เซย์โน” ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาการเลียนแบบของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนมัธยมตอนต้นจาก 5 โรงเรียนในกรุงเทพมหานครจำนวน 450 คน ที่ได้เลือกเลียนแบบกลุ่มนักร้องที่วัยรุ่นชื่นชอบ และโครงการจัสท์เซย์โนได้นำมาเป็นพิธีเซ็นเตอร์ของโครงการเช่น มอส (ปฏิภาณ ปฐวีگانต์) อ้อม (สุนิสา สุขบุญสังข์) โบ (สุนิดา ลีติกุล) วงโลโซ เจ (เจตริน

วรรณะสิน) ทาทา ยัง เป็นต้น โดยที่กลุ่มนักร้องต้นแบบเหล่านี้จะร้องเพลง ทำท่าทางเต้น และใช้คำพูดที่บ่งบอกถึงการปฏิเสธไม่ใช้/ไม่ทดลอง ยาเสพติด เช่น โบสุนิตาจะทำท่าทางเต้น เอามือปิดตาพร้อมใช้คำพูด “ไม่มองดีกว่า ถ้าเป็นยาเสพติด” เป็นต้น

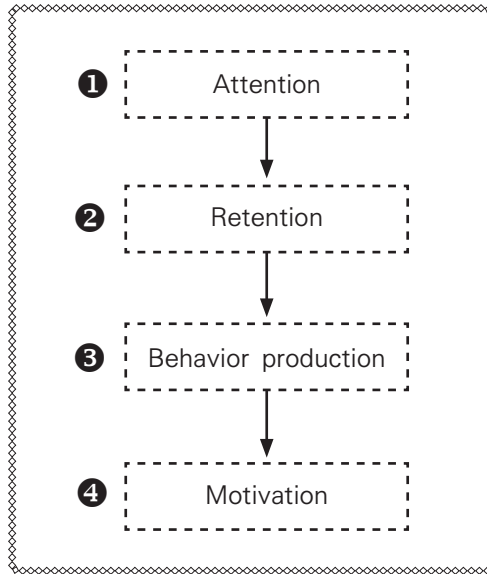
ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งที่รายงานว่า ได้มีการเลียนแบบต้นแบบที่เป็นกลุ่มนักร้องโดยมีการเลียนแบบในหลายๆด้าน และเลียนแบบจากต้นแบบแต่ละคน เช่น เลียนแบบท่าเต้นจากเจเจตริน เลียนแบบคำพูดจากมอสปฏิภาณ หรือกลุ่มตัวอย่าง 2 ใน 3 จดจำการแต่งกายและทรงผมของมอสปฏิภาณได้มากที่สุด เป็นต้น

(ข) **Identification** เป็นการเลียนแบบที่เน้นหนักไปในด้านจิตใจ/ภายใน โดยผู้เลียนแบบมีความต้องการบางอย่างทางจิตใจที่จะเป็นเหมือนต้นแบบ และจะเลือกเอาคุณลักษณะบางอย่างของตัวต้นแบบมาเป็นของตน นักทฤษฎีกลุ่ม Social Learning จะให้ความสนใจกับการเลียนแบบแบบ identification นี้มากกว่า imitation

A. Bandura ระบุอย่างชัดเจนว่า การเลียนแบบ identification จากต้นแบบ (Modeling) นั้นจะเป็นไปอย่างมีกระบวนการที่แน่นอน และผลจากการเลียนแบบนั้นจะเป็นอย่างไร จะมีตัวแปร 3 ตัวเข้ามาเกี่ยวข้องคือ

- 1) การสังเกตนั้นต้องเป็นไปอย่างมีกฎเกณฑ์บางอย่าง
- 2) บริบทที่เกิดพฤติกรรมที่กำลังสังเกต
- 3) ผลลัพธ์ที่ติดตามมาหลังจากเลียนแบบพฤติกรรมที่สังเกตแล้ว

Bandura ได้อธิบายกระบวนการของการเรียนรู้ด้วยการสังเกตว่ามี 4 ขั้นตอนที่สำคัญดังแสดงในภาพ



ภาพที่ 27: 4 ขั้นตอนของกระบวนการเรียนรู้ด้วยการสังเกต

ขั้นตอนที่ 1: Attention ในขั้นตอนนี้จะเป็นขั้นตอนของการสร้างความสนใจซึ่งจะตอบคำถามว่า อะไรเป็นสิ่งที่ผู้เรียนจะสังเกต และจะมีข้อมูลอะไรบ้างที่เด็กจะดึงออกมาจากตัวบุคคล/เหตุการณ์ที่เป็นต้นแบบนั้น ในขั้นตอนนี้จะมีตัวแปรจากทั้ง 2 ด้านเข้ามาเกี่ยวข้อง ด้านแรกก็คือ **ความน่าสนใจของตัวต้นแบบ (Attentiveness)** เช่น เข้มงวดแปลงร่างของอ้ายมดแดงที่มีสีสันสดใส ด้านที่สองก็คือ **ระดับความเข้าใจของผู้เรียนเอง**ที่จะดึงข้อมูลออกมาจากตัวต้นแบบ อันได้แก่ ความสามารถของผู้เรียน ค่านิยม หรือความชื่นชอบของผู้เรียน

ขั้นตอนที่ 2: Retention เป็นกระบวนการที่ผู้เรียนจะส่งผ่านข้อมูลที่พบเข้าสู่ระบบความทรงจำของตนเอง ข้อมูลนี้จะถูกแปลงให้อยู่ในรูปแบบของกฎเกณฑ์หรือแนวความคิด (กล่าวคือมิใช่จำแต่ภาพหรือท่องจำแบบนกแก้วนกขุนทอง) เช่น ผู้เรียนจะจดจำความสัมพันธ์ระหว่าง "วิธีการ

แปร่งฟันกับการมีฟันที่ขาวสะอาด” กล่าวคือ เก็บต้นแบบนั้นเอาไว้ในรูปของสัญลักษณ์ที่บุคคลนั้นสามารถจะมาค้นหาจะดึงเอามาใช้ฝึกซ้อม หรือเรียกข้อมูลนั้นมาใช้ได้ทันทีเมื่อประสบกับสภาวะการณ์ที่มีลักษณะบางอย่างคล้ายคลึงกับเหตุการณ์ที่ได้พบเห็นมา

ขั้นตอนที่ 3: Behavior production เป็นขั้นตอนที่แปลงกลับจากขั้นที่ 2 กล่าวคือ เมื่อผู้เรียนต้องการจะแสดงพฤติกรรม ก็จะเรียกเอาระบบสัญลักษณ์ที่อยู่ในความทรงจำออกมาแปลงกลับเป็นพฤติกรรม (เช่น เวลาแปร่งฟันจะต้องจับด้ามแปร่งแบบไหน จะต้องบีบยาสีฟันใส่แปร่งอย่างไร) ซึ่งการที่ผู้เรียนจะสามารถแปลงรหัสจากความทรงจำให้ออกมาเป็นพฤติกรรมที่เลียนแบบได้เหมือนมากน้อยเพียงใด ก็ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้เรียนเอง เช่น การตั้งเท้าเพื่อทำท่าเตะลูกฟุตบอลแบบเบ็คแฮม เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4: Motivation ขั้นตอนนี้ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่าง “การเรียนรู้” (learning) กับ “การกระทำ” (performance) ซึ่งหมายความว่า แม้ว่าผู้เรียนอาจจะได้เรียนรู้ แต่ทว่าเขาก็จะไม่แสดงออก/กระทำพฤติกรรมทุกอย่างที่เขาได้เรียนมา การที่พฤติกรรมใดที่เรียนมาจะได้แสดงออกหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับ “แรงจูงใจ” ของผู้เรียน และแรงจูงใจนั้นก็เป็ผลลัพท์ที่ก่อตัวมาจากการได้รับรางวัล/การถูกลงโทษ (reward/punishment) ของพฤติกรรมนั้นๆ หากการกระทำนั้นได้รับรางวัล ผู้เรียนก็จะเรียนรู้ที่จะทำพฤติกรรมนั้นในอนาคต แต่หากการกระทำนั้นถูกลงโทษ ผู้เรียนก็จะเรียนรู้ที่จะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นอีกในอนาคต

(2.4) ประเภทของการเลียนแบบ เนื่องจากสิ่งทีบุคคลจะได้เรียนรู้จากการสังเกตคนอื่น/จากสื่อโทรทัศน์นั้นมีหลายอย่าง ทั้งเรียนรู้ความเข้าใจ ทักษะ ทศนคติ การกระทำ วิธีการแสดงอารมณ์ ฯลฯ รวมทั้งวิธีการที่จะเรียนรู้นั้นก็ยังมีหลากหลาย

Bandura (1971) ได้รวบรวมวิธีการที่การเรียนรู้ทางสังคมจะเกิดขึ้นโดยผ่านตัวแทนจากสื่อมวลชนเอาไว้เป็น 3 แบบคือ

(a) **Observation learning** ผู้ที่เปิดรับสื่อทุกชนิดย่อมรู้จักแบบแผนใหม่ๆของการแสดงพฤติกรรมอยู่ตลอดเวลาจากการนำเสนอของสื่อ เราทุกคนรู้ว่า การยิงปืนจะต้องทำอย่างไร ทั้งๆที่ในชีวิตจริงอาจจะไม่เคยเห็นหรือจับปืนเลยก็ได้ เรารู้แม้กระทั่งว่าถ้าจะจีตัวประกันบนเครื่องบิน จะต้องทำอย่างไร เพราะเราเคยดูหนังประเภทนี้มาหลายรอบแล้ว

(b) **Inhibitory Effect** การที่ได้เห็นตัวต้นแบบถูกลงโทษเนื่องจากการกระทำบางอย่าง จะช่วยลดแรงจูงใจของผู้เลียนแบบที่จะทำตามให้น้อยลง (คล้ายๆสำนวนของไทยที่ว่า “ฆ่าไก่ให้ลิงดู”) เนื่องจากผู้เรียนรู้อาจจะรู้สึกคล้ายกับว่าตนเองได้ถูกลงโทษเช่นกัน มีผลจากการวิจัยเชิงทดลอง แสดงให้เห็นว่า เมื่อดูหนังที่ลงโทษผู้ใช้ความรุนแรง พฤติกรรมที่ชอบสอดรู้สอดเห็นหรือพฤติกรรมต่อต้านสังคมทั้งหลาย ผู้ชมจะแสดงพฤติกรรมดังกล่าวในชีวิตจริงน้อยลง (นี้อาจจะเป็นเหตุผลว่า เพราะเหตุใดบรรดาหนัง actionทั้งหลายจึงต้องลงโทษตัวร้ายในตอนจบ หรือละครโทรทัศน์ต้องมีแก่นเรื่องแบบทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว)

(c) **Dishibitory Effect** สำหรับสื่อมวลชนที่ให้แบบอย่างตัวต้นแบบที่ได้รับรางวัลเนื่องจากกล้าแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่สังคมห้ามปรามมิให้ฝ่าฝืน ก็สามารถทำให้ผู้ชมเลียนแบบกระทำพฤติกรรมสวนกระแสสังคมได้มากขึ้น ตัวอย่างเช่น พระเอกที่ใช้ความรุนแรงแบบชาติสม์สามารถทำให้ตัวละครหญิง (รวมทั้งนางเอก) มารูมรัก มีการวิจัยเชิงทดลอง พบว่า เมื่อนำเอาภาพยนตร์ที่มีเรื่องเกี่ยวกับความกล้าบ้าบิ่นของตัวเอกที่ทำพฤติกรรมที่ตามปกติสังคมห้ามปรามมาให้กลุ่มตัวอย่างชมแล้ว จะมีผลทำให้ผู้ชมลดความกลัวหมอพัน กลัวสัตว์เลื้อยคลาน (เช่นงู) และเพิ่มความก้าวร้าวมากขึ้น เป็นต้น

ส่วนทิศทางของผลที่เกิดจากการเรียนรู้จากต้นแบบนั้นก็มีทั้งด้านบวกและด้านลบเช่นเดียวกับผลกระทบจากสื่อ

(2.5) **ตัวอย่างงานวิจัยไทย** งานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพของไทยที่ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมที่จะยกมานำเสนอเป็นตัวอย่างนี้

งานชิ้นแรกของพิชฌาย์ คงเครือ (2548) จะเป็นงานที่เน้นประเด็นเนื้อหา เรื่องเพศที่วัยรุ่นเรียนรู้ผ่านสื่อใหม่ว่ามีอะไรบ้าง ส่วนงานชิ้นที่ 2 ของ อารีภักดิ์ เงินบำรุง (2541) นั้นจะให้ความสนใจกับอิทธิพลของต้นแบบ (Role model) ที่มีต่อการเรียนรู้เพื่อป้องกันการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่น

(ก) พิชฌาย์ คงเครือ (2548) เรื่อง “การสร้างภูมิคุ้มกันเรื่อง เพศแก่วัยรุ่นผ่านทางเว็บไซต์ SEX MUST SAY และ TEENPATH” เนื่องจาก “เพศ” และ “เพศสัมพันธ์” เป็นปัจจัยด้านสังคมที่นำไปสู่การเจ็บไข้ได้ป่วยหลายประเภท ตั้งแต่โรคเอดส์ โรคที่เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ฯลฯ และกลุ่มคนที่ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเรื่อง เพศอย่างมากก็คือกลุ่มวัยรุ่นที่กำลังอยู่ในวัยเริ่มต้นของภาวะเจริญพันธุ์ แต่ยังคงมีความรู้/ความเข้าใจ และประสบการณ์ที่จะจัดการกับเรื่องเพศ เพียงเล็กน้อย

ในอดีต การอบรมสั่งสอนเรื่องเพศศึกษานั้นมักเกิดขึ้นในบริบท ของครอบครัว เป็นการสื่อสารระหว่างบุคคล (เช่น แม่สอนลูกสาว พ่อสอนลูกชาย) ในพื้นที่ส่วนตัว แต่ปัจจุบันนี้ วิธีการดำเนินชีวิตทำให้ พ่อแม่ขาดโอกาสที่จะอบรมบ่มเพาะลูกหลาน แต่ทว่าในพื้นที่สาธารณะ การเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาก็ยังไม่สามารถกระทำได้อย่างเปิดเผยนัก

ในอีกด้านหนึ่ง ในยุคปัจจุบันนี้ สื่อที่กลุ่มวัยรุ่นมีการใช้อยู่อย่าง เป็นประจำสม่ำเสมอคือสื่ออินเทอร์เน็ต (New media) และสื่อใหม่เช่น อินเทอร์เน็ตนั้นมีลักษณะเป็น “สื่อลูกผสม” ระหว่างสื่อที่เป็นส่วนตัว (private media) และ “สื่อที่เป็นสาธารณะ” (public media) ดังนั้น จึง น่าจะเป็นสื่อที่มีความเหมาะสมอย่างยิ่งที่จะใช้ในการเรียนรู้/การอบรมสั่ง สอนเรื่องเพศแก่วัยรุ่น

นี่จึงเป็นที่มาของงานวิจัยของพิชฌาย์ คงเครือ (2548) ที่ต้อง การศึกษารูปแบบและเนื้อหาของการสร้างภูมิคุ้มกันเรื่องเพศให้แก่วัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่กำลังเปิดหน้าชีวิตด้านเพศสัมพันธ์หน้าแรกๆ เว็บไซต์ทั้ง 2 เว็บนี้เกิดขึ้นในช่วงปี พ.ศ.2545-46 เป็นเว็บไซต์ที่ผู้จัดทำเป็นกลุ่มผู้ใหญ่

(ที่เป็นองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพ) ซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์เรื่องเพศศึกษาของวัยรุ่นมาเป็นผู้ถ่ายทอด แนะนำ เป็นที่ปรึกษาประจำหน้าเว็บทั้งสอง

ผู้วิจัยออกแบบโดยการวิเคราะห์เนื้อหาในเว็บ SEX MUST SAY และ TEENPATH เป็นเวลา 3 เดือน รวมทั้งเข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่องอื่นๆ ของหน้าเว็บไซต์ เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมค่าย รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเว็บและผู้ใช้เว็บนี้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่

สำหรับแนวคิดเรื่อง “เพศศึกษา” นั้น ผู้วิจัยได้วางขอบเขตตามหลักวิชาการที่ได้แบ่งเพศศึกษาออกเป็น 4 มิติ คือ เพศศึกษาเชิงชีววิทยา (เน้นการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย) เชิงสุขอนามัย (เน้นเรื่องสุขภาพการคุมกำเนิด) เชิงจิตวิทยา (เน้นการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของวัยรุ่น) และเชิงสังคม-วัฒนธรรม (เน้นเรื่องบทบาทหญิงชายและความสัมพันธ์หญิงชายในบริบทสังคม)

ผลการวิจัยที่น่าสนใจเรื่องการถ่ายทอดความรู้เพศศึกษาจากผู้ใหญ่ไปสู่เด็กวัยรุ่นโดยผ่านสื่อใหม่ (ซึ่งเป็นสื่อของวัยรุ่น) มีดังนี้

(i) เมื่อพิจารณาโดยภาพรวม ทั้ง 2 เว็บไซต์ต่างก็ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับเพศศึกษาครบถ้วนทั้ง 4 ด้านตามหลักการ แต่ทว่าในรายละเอียด เว็บไซต์สองต่างก็มีจุดเน้นที่เรียงลำดับความรู้เรื่องเพศศึกษาทั้ง 4 มิติแตกต่างกันออกไปเล็กน้อย กล่าวคือ เว็บ SEX MUST SAY จะให้เนื้อหาเรื่องเพศที่ปลูกฝังมิติด้านจิตวิทยาของวัยรุ่นมากที่สุด กล่าวคือ เน้นเรื่องความรัก-ความชอบ เรื่องกูกิ๊กก็งของวัยรุ่นมากกว่ามิติอื่นๆ ในขณะที่เว็บ TEENPATH จะเน้นความรู้เรื่องเพศในเชิงชีววิทยา เช่น ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ เรื่องการตั้งครรภ์และคุมกำเนิดมากที่สุด หรืออาจจะกล่าวได้ว่า เว็บ TEENPATH อาจจะมีเนื้อหาเรื่องเพศที่จริงจัง/ซีเรียส ในขณะที่เว็บ SEX MUST SAY จะตอบใจทหัยปัญหาเรื่องของวัยรุ่นนุ่รักมากกว่า แต่ทว่าปัญหาทั้ง 2 ระดับก็เป็นปัญหาที่ตรงกับความต้องการของวัยรุ่น

(ii) ในส่วนรายละเอียดของเรื่องเพศศึกษาในแต่ละมิติ ก็จะครอบคลุมเนื้อหาที่เป็นข้อสงสัยของวัยรุ่นอรุณแห่งชีวิตเพศดังนี้

1) เพศศึกษาเชิงชีววิทยา จะครอบคลุมเรื่องการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศ การมีเพศสัมพันธ์ การตั้งครรรภ์ และการทำแท้ง

2) เพศศึกษาเชิงสุขอนามัย จะครอบคลุมเรื่องการดูแลสุขภาพ การคุมกำเนิด การบำบัดความใคร่ด้วยตนเอง มะเร็งปากมดลูก

3) เพศศึกษาเชิงจิตวิทยา จะครอบคลุมเรื่องความมั่นใจในตนเอง ความรักและความใคร่ ความต้องการทางเพศ

4) เพศศึกษาเชิงสังคม-วัฒนธรรม จะมีแนวคิดเรื่อง “เพศสภาพ” (gender) ความรู้เกี่ยวกับบทบาทผู้หญิง-ผู้ชาย ค่านิยมที่ผิดๆ ทางเพศ การเคารพในสิทธิของเพศต่างๆอย่างเท่าเทียมกัน

(iii) ข้อที่น่าสังเกตเกี่ยวกับการอบรมบ่มเพาะความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาผ่านสื่อใหม่เช่นนี้ก็คือ ผู้ใหญ่ที่ทำเว็บนั้นได้ก้าวข้ามทัศนະเกี่ยวกับเรื่องเพศของวัยรุ่นที่มีลักษณะอนุรักษนิยมอย่างเต็มที่ คือการห้ามมิให้วัยรุ่นสนใจหรือมีเพศสัมพันธ์ไปแล้ว ด้วยการยอมรับข้อเท็จจริงว่าวัยรุ่นในยุคปัจจุบันได้เริ่มมีเพศสัมพันธ์กันแล้ว ดังนั้น ความรู้เรื่องเพศศึกษาที่ถ่ายทอดจึงเป็นการป้องกันหรือทำความเข้าใจกับเรื่องเพศสัมพันธ์มิให้ส่งผลเสียหายกับวัยรุ่นมากกว่า

นอกจากนั้น เนื้อหาของเพศศึกษาก็ยังก้าวไกลออกมาจากทัศนะ “เชิงการแพทย์” (Medical approach) ที่มักจะเน้นแต่มิติเชิงชีววิทยา (ซึ่งอาจจะไม่ใช่เนื้อหาที่วัยรุ่นสนใจมากนัก) และยังได้ขยายมิติเรื่องเพศศึกษาออกไปสู่มิติด้านสังคม-วัฒนธรรมโดยเน้นประเด็นเรื่อง “เพศสภาพ” (gender) ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับค่านิยมทางเพศในสังคม ซึ่งมีมิติด้านสังคม-วัฒนธรรมดังกล่าวอาจจะทำหน้าที่เป็นภูมิคุ้มกันปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นได้ดีพอๆกับความรู้เชิงชีววิทยา

(iv) สำหรับรูปแบบการสื่อสารที่วัยรุ่นพึงพอใจจะเรียนรู้นั้น เนื่องจากผู้จัดทำเว็บได้ใช้ศักยภาพของสื่อใหม่ที่สามารถนำเสนอสารสนเทศได้

ในหลายรูปแบบ และยังสามารถใช้รูปแบบการสื่อสารสองทางแบบ Interactive ได้ ดังนั้น รูปแบบที่กลุ่มผู้วิจัยรุ่นนิยมชมชอบมากที่สุดจึงเป็นรูปแบบถาม-ตอบมากกว่ารูปแบบอื่นๆ เช่น การตั้งกระทู้ หรือการนำเสนอในรูปของบทความ เนื่องจากรูปแบบถาม-ตอบเป็นการนำเสนอความรู้ที่ตรงกับปัญหาของแต่ละบุคคลมากที่สุด (แต่ก็ต้องอาศัยทรัพยากรเวลาและความสามารถของฝ่ายผู้ส่งสาร/ผู้ถ่ายทอดมากกว่ารูปแบบการสื่อสารอย่างอื่นๆ)

(ข) อารีกัทดี เงินบำรุง (2541) เรื่อง “ทัศนคติและการยอมรับของวัยรุ่นต่อการนำเสนอข่าวสารด้านการป้องกันยาเสพติดผ่านนักร้อง-นักแสดง” งานวิจัยชิ้นนี้เริ่มต้นด้วยปัญหาด้านสุขภาพที่เป็นปัญหาร้ายแรงและเรื้อรัง คือปัญหายาเสพติด อันเป็นความเสี่ยงสำคัญในสังคมสมัยใหม่ (มีงานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพที่เกี่ยวกับปัญหาเสพติดมากเป็นอันดับหนึ่งของงานวิจัยสื่อสารสุขภาพในระหว่างการสำรวจปี พ.ศ.2540-2546 คือ 28% ของงานวิจัยทั้งหมด,อ้างจาก หทัยรัตน์ เหล็กกล้า, 2548) และกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาเสพติดก็คือวัยรุ่นซึ่งมีมูลเหตุจูงใจหลายประการที่จะทำให้มีการใช้ยาเสพติด

แต่วิธีการที่จะสื่อสารเรื่องการป้องกันการใช้ยาเสพติดไปยังกลุ่มคนเฉพาะเช่นกลุ่มวัยรุ่นนั้น หน่วยงานที่ทำงานด้านการป้องกันปัญหาเสพติด เช่น สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (สำนักงาน ป.ป.ส.) ก็มีความเข้าใจว่า จำเป็นต้องแสวงหารูปแบบการสื่อสารที่ดึงดูดใจกลุ่มวัยรุ่นได้ และได้พบว่า กลยุทธ์การนำนักร้อง-นักแสดงที่ได้รับความนิยมจากกลุ่มวัยรุ่นมาเป็น “ต้นแบบ” (role model) เพื่อสร้างแรงจูงใจให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเลียนแบบนั้นน่าจะเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ และหน่วยงานเช่น ป.ป.ส.ก็ได้เริ่มใช้กลยุทธ์ดังกล่าวในช่วงเวลาที่ศึกษาวิจัย (กลางทศวรรษ 2530-ต้นทศวรรษ 2540)

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยก็มีความเห็นว่า กลยุทธ์การใช้นักร้อง-นักแสดงมาเป็นต้นแบบนี้ก็มี 2 มุมมองคือ มุมมองแรก เป็นการให้ความ

ร่วมมือกับภาครัฐบาลในการรณรงค์ป้องกันยาเสพติด โดยทางบริษัทต้นสังกัดแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมด้วยการสนับสนุนให้นักร้อง-นักแสดงที่มีความสามารถ และประสบความสำเร็จทั้งในด้านการศึกษาและการทำงาน มาเป็นต้นแบบในการดำเนินชีวิตที่ไม่ข้องเกี่ยวกับยาเสพติดให้กับวัยรุ่น ส่วน**มุมมองที่สอง** คือการที่บริษัทนำกระแสการต่อต้านยาเสพติดมาเป็นเครื่องมือเพื่อใช้เสริมสร้างภาพลักษณ์ที่ดีและผลักดันให้นักร้อง-นักแสดงของบริษัทได้รับการยอมรับโดยทั่วไป ทั้งที่ในความเป็นจริงนักร้อง-นักแสดงเหล่านั้นอาจยังคงเกี่ยวข้องอยู่กับยาเสพติดก็เป็นได้ ดังจะเห็นได้จากกรณีข่าวที่เจ้าหน้าที่ตำรวจจับกุมนักร้อง-นักแสดงที่เสพหรือพกพาเสพติดตามสถานบันเทิงต่างๆ ซึ่งในกรณีทั้งสองนี้ หากมีกรณีแบบที่สองเกิดขึ้นมาก ก็อาจจะทำให้กลยุทธ์การใช้นักร้อง-นักแสดงเป็นต้นแบบหมดประสิทธิภาพไปเพราะขาดความน่าเชื่อถือ

นี่จึงเป็นที่มาของงานวิจัยที่ตั้งวัตถุประสงค์ไว้ว่า กลุ่มวัยรุ่นจะมีทัศนคติและการยอมรับต้นแบบนักร้อง-นักแสดงในเรื่องการป้องกันยาเสพติดมากน้อยเพียงใดโดยสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเปิดรับสื่อหรือไม่ การวิจัยใช้วิธีการสำรวจเชิงปริมาณจากกลุ่มเด็กนักเรียนวัยรุ่นหญิงชาย อายุ 15-19 ปี จาก 11 โรงเรียนจำนวน 534 คน

ผลการวิจัยที่น่าสนใจมีดังนี้

(i) ตัวแปรต้นคือ “ปริมาณของการเปิดรับการนำเสนอข่าวสารด้านการป้องกันยาเสพติดของนักร้อง-นักแสดง” นั้น ล้วนไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามอีก 2 ตัวคือ “ทัศนคติของวัยรุ่น” และ “การยอมรับของวัยรุ่น” ซึ่งแบบแผนการสื่อสารและผลกระทบดังกล่าวอาจจะเป็นลักษณะพิเศษของกลุ่มวัยรุ่นที่ “ปริมาณของการเปิดรับ” อาจจะไม่สำคัญเท่ากับ “คุณภาพของการเปิดรับ” ที่ควรทดสอบต่อไปในอนาคต

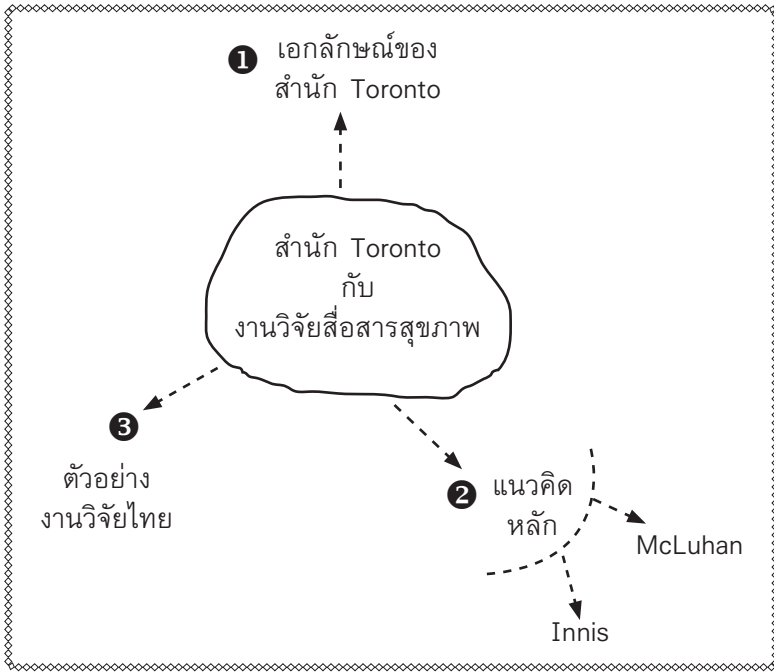
(ii) ส่วนตัวแปรต้นที่เป็น “ทัศนคติต่อการนำเสนอข่าวสารด้านการป้องกันยาเสพติดผ่านนักร้อง-นักแสดง” กลับเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญ เพราะเชื่อมโยงไปสู่ตัวแปรตามคือ “การยอมรับ” ของกลุ่มตัวอย่าง

และในประเด็นทัศนคตินั้น ผลการวิจัยยังแสดงอีกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติในระดับปานกลางเท่านั้นต่อกลยุทธ์การนำนักร้อง-นักแสดงมาเป็นต้นแบบ ทั้งนี้เนื่องจากมีเงื่อนไขบางประการที่วัยรุ่นได้รับข่าวสารเกี่ยวกับนักร้อง-นักแสดงกับปัญหายาเสพติด กล่าวคือ นอกเหนือจากแหล่งข่าวของหน่วยงานที่ทำงานด้านยาเสพติดแล้ว ก็ยังมีแหล่งข่าวสารอื่นๆ ที่ลงเรื่องราวของนักร้อง-นักแสดง และเป็นเนื้อหาข่าวสารที่ตรงกันข้ามกับการเป็นต้นแบบ เช่น ข่าวการพัวพันกับยาเสพติด การปฏิบัติตนเพื่อประโยชน์ต่อสังคม การเป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่องอื่นๆ ดังนั้น ข้อค้นพบจากงานชิ้นนี้ก็เป็นที่มาของโจทย์การวิจัยคือ การใช้นักร้อง-นักแสดงเป็นต้นแบบนั้นก็เหมือนดาบสองคม กลุ่มตัวอย่างจึงเห็นด้วยอย่างยิ่งที่จะต้องมีการตรวจสอบพฤติกรรมของต้นแบบอย่างรอบคอบ ทั้งนี้เพราะข่าวคราวที่นักร้อง-นักแสดงพัวพันกับยาเสพติดมิให้เห็นอย่างสม่าเสมอและมากกว่าข่าวนักร้อง-นักแสดงที่ปฏิบัติตนเป็นประโยชน์ต่อสังคม การเลือก “ต้นแบบ” ที่เป็น “ผู้มีชื่อเสียง” (celebrity) จึงต้องคำนึงถึง “ความสำคัญของการคัดสรร” อย่างมาก

3. สำนัก Toronto กับงานวิจัยสื่อสารสุขภาพ

สำนัก Toronto นั้นมีชื่อเรียกอีกชื่อหนึ่งที่บ่งบอกทิศทาง/แนวคิดพื้นฐานของสำนักได้อย่างชัดเจน คือ ทฤษฎีเทคโนโลยีการสื่อสารเป็นตัวกำหนด (Communication Technology Determinism) แต่เนื่องจากบรรพบุรุษของทฤษฎีนี้ เช่น H. Innis และ M. McLuhan ทำงานอยู่ที่มหาวิทยาลัย Toronto ประเทศแคนาดา โดยส่วนใหญ่ จึงมักเรียกทฤษฎีนี้ตามชื่อของมหาวิทยาลัยว่า “สำนัก Toronto” (Toronto School)

จากนี้ เราจะทำความรู้จักกับสำนัก Toronto ในแง่มุมสำคัญๆ พอสังเขปและจะดูตัวอย่างงานวิจัยสื่อสารสุขภาพของไทยที่ใช้แนวคิดของสำนักนี้



ภาพที่ 28: สำนัก Toronto กับงานวิจัยสื่อสารสุขภาพ

(3.1) เอกลักษณ์ของสำนัก Toronto เมื่อเปรียบเทียบกับทฤษฎี Impact และทฤษฎี Social Learning ที่มีความแตกต่างกันในประเด็นระยะเวลาของการเกิดผลกระทบจากสื่อว่าจะเป็นระยะสั้นหรือระยะยาว สำหรับสำนัก Toronto นั้น แม้จะมีแนวคิดพื้นฐานที่เป็นจุดร่วมกับทฤษฎีทั้งสอง กล่าวคือ มีความเชื่อในพลังอำนาจของสื่อ (Powerful media) แต่สำนัก Toronto ก็มีได้สนใจว่าผลกระทบนั้นจะเป็นระยะสั้นหรือระยะยาว (และหากเปรียบเทียบกันแล้ว ดูเหมือนสำนัก Toronto จะเชื่อในอิทธิพล/พลังของสื่อมากกว่าทฤษฎีใดๆ) รวมทั้งสำนัก Toronto ก็ยังมิได้สนใจลักษณะของผลกระทบที่จะมีต่อความรู้/ความเข้าใจ ทักษะคิด การกระทำ (K-A-P) หรือแม้แต่การเลียนแบบ/การเรียนรู้ ค่านิยม ความเชื่อ

ชลช เช่นสองทฤษฎีที่กล่าวมา หากทว่าสำนัก Toronto สนใจผลกระทบที่มีต่อมิติกาลเวลา (Time) มิติพื้นที่ (Space) และประสบการณ์ของมนุษย์ (human experience) รวมทั้งผลกระทบขนาดใหญ่ต่อสถาบันสังคมหรืออารยธรรมของมนุษยชาติ

ความเชื่อมั่นในพลังอำนาจ/อิทธิพลของสื่ออย่างยิ่งยวดของสำนัก Toronto นั้น ดูเหมือนจะตกผลึกอยู่ในบทสรุปของ M. McLuhan ที่รู้จักกันอย่างดีว่า “Medium is the Message” (เพียงแค่อีกก็เป็นสารแล้ว) และเนื่องจากความสนใจในตัวสื่ออย่างเข้มข้น ทำให้นสำนัก Toronto ขยาย “ประเภทของสื่อ” (Type of media) ซึ่งตามปกติเรามักจะนึกถึง “ประเภทของสื่อมวลชน” (เช่น วิทยุ หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ ฯลฯ) หากแต่สำนัก Toronto จะย้อนรอยถอยหลังไปถึงประเภทของสื่อตั้งแต่ก้อนหิน (หลักศิลาจารึก) นกพิราบ โคมไฟ (ที่ใช้ในยามสงคราม) ฯลฯ รวมทั้งสนใจมิติของ “กาละ” (Time-biased) และ “มิติพื้นที่” (Space-biased) ที่อยู่ในสื่อแต่ละประเภท เช่น ก้อนหินมีความโน้มเอียงที่จะมีความคงทนด้านกาลเวลาสูงกว่ากระดาษ แต่ก็เคลื่อนย้ายในพื้นที่ได้น้อยกว่า ก้อนหินจึงเป็นสื่อประเภท Time-biased ในขณะที่กระดาษเป็นสื่อประเภท Space-biased เป็นต้น

อันที่จริง ทั้ง H. Innis & M. McLuhan ได้นำเสนอแนวคิดพื้นฐานของสำนักมาตั้งแต่ช่วงทศวรรษ 1960 แต่ทว่าในยุคสมัยของสื่อมวลชนแบบเดิมเช่น วิทยุ โทรทัศน์นั้น ดูเหมือนแนวคิดของสำนัก Toronto จะไม่เป็นที่สนใจในแวดวงสื่อสารศึกษาเท่าใดนัก แต่ทว่าเมื่อโลกก้าวสู่ยุคสมัยของสื่อใหม่ (New media) เช่น คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต ในช่วงทศวรรษ 1980 เป็นต้นมา ก็ดูเหมือนว่าความสนใจและอิทธิพลของสำนัก Toronto จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า คุณลักษณะหลายประการของสื่อใหม่นั้นมีความสอดคล้องกับคำอธิบายของสำนักเทคโนโลยีการสื่อสารเป็นตัวกำหนดอย่างดี

และการเกิดขึ้นของสื่อใหม่รวมทั้งการหวนกลับมาสู่ความนิยม

ของสำนัก Toronto นั้น ก็ส่งแรงกระเพื่อมมาถึงงานวิจัยด้านสื่อสารสุขภาพเช่นเดียวกัน เนื่องจากแนวคิดกระบวนทัศน์สุขภาพในยุคแรกเช่นการแพทย์แบบชีวภาพหรือการแพทย์แบบสังคมนั้น มีคุณลักษณะที่น่าจะเหมาะสมกับสื่อมวลชนแบบเดิมๆ เช่น วิทย์ โทรทัศน์ ฯลฯ แต่ทว่าในแนวคิดของกระบวนทัศน์ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพนั้น เจ้าของสุขภาพคือประชาชนทั่วไปจะต้องรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง จะต้องพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และการที่จะพึ่งตนเอง/รับผิดชอบต่อตนเองได้นั้น ประชาชนจะต้องมี “ต้นทุนความรู้” (knowledge capital) ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองอย่างมากเพียงพอและใช้งานได้จริง ซึ่งพื้นที่และเวลาของสื่อมวลชนแบบเดิมไม่อาจจะตอบสนองได้ ในขณะที่สื่อใหม่นั้นมีปริมาณของพื้นที่และเวลาที่แทบจะไม่จำกัด รวมทั้งยังเป็นสื่อประเภทที่ผู้ใช้สามารถจะไปดึงเฉพาะข้อมูลที่ต้องการใช้มาได้ (pull media) มิใช่สื่อประเภทที่ส่งสารมาให้ผู้รับตามความต้องการของผู้ส่ง (push media) สื่อใหม่จึงมีลักษณะที่สอดคล้องเหมาะสมกับกระบวนทัศน์ใหม่ด้านสุขภาพอย่างยิ่ง งานวิจัยสื่อสารสุขภาพที่ใช้แนวคิดของสำนัก Toronto จึงมักจะเป็นประเภทสื่อใหม่แทบทั้งสิ้น

(3.2) แนวคิดหลักของทฤษฎีเทคโนโลยีการสื่อสารเป็นตัวกำหนด

ในที่นี้ จะแนะนำแนวคิดหลักๆของสำนัก Toronto เพื่อปูทางไปสู่ความเข้าใจในงานวิจัยสื่อสารสุขภาพในลำดับต่อไป และถึงแม้ว่า แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีเทคโนโลยีสื่อสาร (comtech) เป็นตัวกำหนดนั้นจะวางหลักการเอาไว้ว่า พัฒนาการของ comtech นั้นจะทำหน้าที่เป็นตัวแปรต้นหากเกิดการเปลี่ยนแปลงในตัว comtech ก็จะมีผลกระทบต่อปัจจัยอื่นๆในสังคม แต่ทว่าสำหรับนักคิดรุ่นบุกเบิกของสำนัก Toronto 2 ท่านคือ H. Innis และ M. McLuhan ก็ยังมีจุดเน้นที่ค่อนข้างแตกต่างกัน กล่าวคือ H. Innis นั้นจะเน้นผลกระทบต่อระบบขนาดใหญ่ (Macroscopic) เช่น การเปลี่ยนแปลงจากสื่อก้อนหินมาเป็นสื่อกระดาษได้เปลี่ยนแปลงระบบ

การปกครองที่อำนาจอยู่ในมือของกษัตริย์และนักรบมาสู่มือของนักบวช แต่ทว่า McLuhan จะสนใจผลกระทบต่อระบบขนาดเล็ก (Microscopic) เช่น ผลกระทบต่อบุคลิกภาพของบุคคล เป็นต้น

(3.2.1) แนวคิดของ McLuhan McLuhan เป็นนักคิดสำนัก Toronto ที่เน้นอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีการสื่อสารที่มีผลกระทบต่อระดับปัจเจกบุคคล (individual) เช่น เปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ (คนที่อยู่กับสื่อหนังสือจะมีลักษณะที่ค่อนข้างเก็บตัวแบบหนอนหนังสือ - introvert คนที่อยู่กับสื่อโทรทัศน์จะมีลักษณะอารมณ์วูบวาบเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตามลักษณะธรรมชาติของสื่อ เป็นต้น) หรือเปลี่ยนแปลงลักษณะการแสวงหาข่าวสาร เป็นต้น

McLuhan เริ่มต้นด้วยแนวคิดที่ว่า เทคโนโลยีการสื่อสารทุกชนิด ล้วนแล้วแต่เป็นส่วนขยายของผัสสะของมนุษย์ (extension of human sensory) เช่น กล้องส่องทางไกลก็เป็นส่วนขยายของสายตามนุษย์ให้ยาวไกลขึ้น โทรศัพท์ก็เป็นส่วนขยายของหูมนุษย์ให้ได้ยินเสียงจากทางไกล เป็นต้น และทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงจากสื่อเก่ามาเป็นสื่อใหม่ ก็จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงผัสสะของมนุษย์อยู่เสมอ เช่น ในสังคมที่ใช้รูปแบบการสื่อสารแบบปากเปล่า/มุขปาฐะเป็นหลัก (oral communication) ผัสสะส่วนที่ไวต่อการรับรู้ของมนุษย์ในสังคมนั้นก็จะเป็นโสตประสาท/หูรับฟัง (ตัวอย่างเช่นพรานป่า) แต่เมื่อสังคมพัฒนาเข้าสู่ระบบที่ใช้การสื่อสารแบบลายลักษณ์ (written communication) ผู้คนในสังคมแบบนี้ก็จะมีการกวาดสายตาตามตัวอักษรที่ไวกว่า ในขณะที่โสตประสาทจะเริ่มรับรู้ได้น้อยลง

สำหรับการประยุกต์แนวคิดของ McLuhan มาใช้ในงานสื่อสารสุขภาพนั้นอาจจะนำเอาสื่อประเภทต่างๆ ที่มีคุณลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น สื่อการ์ตูน สื่อเกมส์ ฯลฯ ที่ใส่เนื้อหาด้านสุขภาพมาลงใช้กับกลุ่มผู้รับสารที่มีบุคลิกภาพแบบต่างๆกัน เช่น ผู้รับสารที่คุ้นชินกับสื่อหนังสือ สื่อการ์ตูน สื่อเกมส์ สื่ออินเทอร์เน็ต เพื่อดูผลกระทบที่เกิดขึ้น

ตัวอย่างเช่นงานวิจัยของสมชัย จันลองจับจิต (2539) ที่ต้องการศึกษาประสิทธิผลของสื่อการ์ตูนในประเด็นสุขภาพ ในเรื่อง “การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผล (Effectiveness) ของหนังสือการ์ตูนและจุลสารในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติที่มีต่อโรคเอดส์” ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอาชีวศึกษาระดับ ปวช.1-3 จำนวน 240 คน ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ที่มีการศึกษา แต่ทว่าจะยังอยู่ในช่วงวัยที่ชอบอ่านการ์ตูน

การวิจัยออกแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimentation) ด้วยการแบ่งกลุ่มนักเรียนออกเป็น 2 กลุ่มที่แต่ละกลุ่มได้รับ treatment คือหนังสือการ์ตูน “เอดส์-บันเทิงและความรู้” และจุลสารโรคเอดส์กลุ่มละ 1 สื่อ แล้ววัดผลด้านความรู้และทัศนคติที่มีต่อโรคเอดส์เปรียบเทียบระหว่างก่อน-หลังจากที่ได้รับ treatment (One-group Pretest-Posttest design)

ผลการวิจัยที่น่าสนใจมีดังนี้

(i) สื่อทั้ง 2 ประเภท คือหนังสือการ์ตูนและจุลสารสามารถทำให้ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างมีเพิ่มมากขึ้น และมีทัศนคติต่อโรคเอดส์ที่เหมาะสมมากขึ้น (เช่น มีความรู้สึกเห็นใจผู้ป่วยโรคเอดส์มากขึ้น) หมายความว่าสื่อทั้ง 2 ประเภทมีประสิทธิผลจริง

(ii) เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างสื่อทั้ง 2 ประเภท พบว่า ในด้านความรู้ สื่อทั้ง 2 ประเภทมีประสิทธิผลไม่แตกต่างกัน แต่ในด้านของทัศนคติ หนังสือการ์ตูนสามารถเผยแพร่ทัศนคติต่อโรคเอดส์ที่เหมาะสมได้มากกว่าจุลสารโรคเอดส์

(iii) และผลสืบเนื่องที่มีต่อมาจากเรื่องประสิทธิผลที่น่าสนใจก็คือกลุ่มตัวอย่างส่วนมากต้องการจะนำความรู้และทัศนคติที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ได้ทั้งจากหนังสือการ์ตูนและจุลสารไปพูดคุยกับบุคคลใกล้ชิดต่อไป รวมทั้งอยากจะได้เนื้อหา/ประเด็นความรู้เพิ่มเติม เช่น วิธีการดูแลและการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเอดส์อย่างปลอดภัย อาการของโรคเอดส์/วิธีป้องกัน การ

ใช้ดูยางอนามัยอย่างถูกวิธี สถานที่บำบัดรักษา ฯลฯ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสนใจของกลุ่มตัวอย่าง

(iv) สำหรับขอบเขตของประสิทธิผลของสื่อหนังสือการ์ตูนต่อกลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิหลังทางประชากรแตกต่างกัน เช่น เพศ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา ขนาดของครอบครัว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงเรียนของนักเรียน ชั้นปีที่เรียน ฯลฯ ผลการวิจัยพบว่า มีตัวแปรเรื่อง “ชั้นปีที่เรียน” เพียงตัวเดียวที่ให้ผลที่แตกต่าง (นักเรียนอาชีวศึกษาชั้นปวช.1 มีการเปลี่ยนแปลงความรู้และทัศนคติมากกว่าชั้นปีอื่นๆ) ซึ่งหมายความว่าประสิทธิผลของสื่อการ์ตูนนั้นครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างได้ทุกประเภท

อีกตัวอย่างหนึ่งเป็นตัวอย่างงานศึกษาเนื้อหาสื่อการ์ตูนสำหรับผู้ใหญ่ในประเด็นสุขภาพ เช่น งานวิจัยของยุทธนา จินดากุล (2539) เรื่อง “กลยุทธ์การสื่อสารแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพผ่านรูปแบบที่เป็นการ์ตูนของคุณประยูร จรรย์วาทย์” งานชิ้นนี้ใช้วัตถุดิบในการศึกษาคือ เนื้อหาการ์ตูนในคอลัมน์ “ขบวนการแก้จน” ที่ตีพิมพ์อยู่ในหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ

เนื่องจากเนื้อหาใน “ขบวนการแก้จน” นั้นประกอบด้วยเนื้อหาหลายประเภท นอกจากเรื่องการทำมาหากินแล้ว ก็ยังมีเนื้อหาส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพอนามัย ยุทธนาผู้วิจัยจึงสนใจที่จะวิเคราะห์เนื้อหาและรูปแบบการ์ตูนของคุณประยูร จรรย์วาทย์ในประเด็นสุขภาพ และเนื่องจากสุขภาพอนามัยเป็นเนื้อหาที่มีหลักวิชาการ ต้องมีความถูกต้องและนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง ผู้วิจัยจึงต้องการประเมิน “ประสิทธิผล” (effectiveness) ของเนื้อหาดังกล่าวด้วย

ผู้วิจัยเลือกรูปการ์ตูนในคอลัมน์ “ขบวนการแก้จน” ที่ตีพิมพ์ตั้งแต่วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2515-11 กุมภาพันธ์ 2530 และนำมาคัดเลือกเฉพาะเนื้อหาเรื่องสุขภาพอนามัยได้จำนวน 285 ภาพ ในการวิเคราะห์เนื้อหาด้านสุขภาพอนามัย ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดเรื่องแนวทางการบริหารจัดการสุขภาพ 4 แนวทางคือ (1) การส่งเสริมสุขภาพอนามัย (2) การ

ป้องกันและควบคุมโรค (3) การรักษาพยาบาล (4) การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

ผลการวิจัยที่น่าสนใจมีดังนี้

(i) จากรูปการ์ตูนจำนวนมากถึงเกือบ 300 ภาพ ทำให้พบว่ามีการนำเสนอแนวทางบริหารจัดการสุขภาพครบถ้วนทั้ง 4 แนวทาง โดยปริมาณเนื้อหาที่มีมากที่สุดได้แก่ แนวทางการส่งเสริมสุขภาพอนามัย ซึ่งมีจำนวนถึง 157 ภาพ แสดงว่าการดูแลสุขภาพที่ตินั้น แนวทางที่ผู้เขียนการ์ตูนเสนอแนะให้คนอ่านปฏิบัติมากที่สุดคือ การส่งเสริมให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีนั่นเอง และจากการสัมภาษณ์ผู้ชำนาญการจากกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับเนื้อหาของการ์ตูนที่คุณประยูรเขียนที่มีปริมาณในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดนั้น ตามหลักวิชาการแล้ว ผู้ชำนาญการฯ ได้ให้ความเห็นว่าควรจะเป็นเช่นนั้น เพราะการที่ทำให้ประชาชนรู้จักวิธีการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงการทำให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในการเสริมสร้างให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ถ้าประชาชนทั่วไปมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีแล้ว ย่อมทำให้ร่างกายแข็งแรงมีภูมิคุ้มกันโรคที่ดี โอกาสที่จะไม่สบายหรือป่วยเป็นโรคต่างๆได้ยาก

(ii) ความถูกต้องของเนื้อหาและการนำไปปฏิบัติได้จริง ผู้วิจัยได้ขอให้ผู้ชำนาญการด้านสาธารณสุขเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาตามหลักวิชาการ และพบว่า มีความถูกต้อง นอกจากนั้น เนื้อหาที่นำเสนอใน “ขบวนการแก้จน” นั้นก็ยังสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง (practicality) ทั้งนี้เนื่องจากคุณประยูรได้นำเอาคุณลักษณะพิเศษของสื่อการ์ตูนมาใช้ คือใช้การอธิบายเนื้อหาที่เป็นเทคนิคที่มีภาพประกอบชัดเจนที่แสดงถึงขั้นตอน กระบวนการ และเทคนิคต่างๆที่ผู้อ่านสามารถปฏิบัติตามได้ และเนื้อหาเหล่านั้นก็เป็นเนื้อหาที่คุณประยูรได้ทดลองมาแล้วผ่านประสบการณ์ของตนเอง

(iii) ในส่วนรูปแบบของการ์ตูน ก็เป็นข้อค้นพบที่สอดคล้องกับงานศึกษาของสุตริก จรรยาวัช (2532) ที่เคยศึกษามาก่อนหน้านี้

กล่าวคือ คุณประยูรใช้วิธีการนำเสนอแบบเล่าเรื่องและเป็นการตุนประเภท การสอนที่สามารถเข้าถึงผู้รับสารทุกระดับได้ง่าย เพราะใช้ภาษาเขียนที่ ง่ายต่อความเข้าใจ ไม่เป็นภาษาราชการ และประชาชนทุกกลุ่มสามารถ เข้าถึงการตุนดังกล่าวได้โดยง่าย เนื่องจากการตุนนี้ตีพิมพ์ลงในหนังสือ พิมพ์ไทยรัฐซึ่งเป็นสื่อที่แพร่หลาย ซึ่งการให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุข ภาพอนามัยผ่านเนื้อหาและรูปแบบดังกล่าวได้ช่วยแก้ไขข้อจำกัดต่างๆใน การเผยแพร่ความรู้ของภาครัฐที่ยังเข้าไม่ถึงมือประชาชน ไม่แพร่หลาย เท่าที่ควร หรือเนื้อหาภาษาที่ใช้อาจจะยากแก่การทำความเข้าใจ

(iv) การประเมินประสิทธิผลของการส่งข่าวสารสาธารณสุขผ่าน สื่อการ์ตูน “ขบวนการแก๊จน” ผลจากการประเมินของผู้ชำนาญการด้าน สาธารณสุขสรุปว่า การ์ตูนดังกล่าวเป็นการตุนที่สามารถใช้สื่อสารและ เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพเทียบเท่า หรือมากกว่าการเผยแพร่ในสื่ออื่นๆบางประเภท ในแง่เนื้อหา มีลักษณะ เตือนให้เห็นสถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นในชีวิตจริงของคนส่วนใหญ่และ เหมาะสมกับกาลเวลา (Realistic and timely) และเนื่องจากการตุน ของคุณประยูรที่เผยแพร่อยู่ในหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ มีลักษณะเป็นการสื่อ สารแบบสองทาง เพราะมี feedback กลับมายังคุณประยูร ในรูปของ จดหมายและโทรศัพท์เข้ามาถามเป็นจำนวนมาก ทำให้ทราบได้ว่าเนื้อหา ที่ส่งไปนั้นถึงผู้รับอย่างแน่นอน

ส่วนเรื่องรูปแบบของการตุนนั้นเป็นรูปแบบที่น่าสนใจ มีเอก ลักษณะเป็นของตนเองทั้งยังเป็นผู้ที่ริเริ่มในการนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับ เรื่องต่างๆ โดยใช้การ์ตูนเป็นสื่อทำให้ผู้อ่านเข้าใจง่ายไม่เบื่อหน่าย และ เนื้อหาบางเรื่องยังทันสมัยใช้ได้อยู่เพียงปรับข้อมูลหรือเพิ่มเติมข้อมูลอีก เล็กน้อยเท่านั้น

(3.2.2) แนวคิดของ H. Innis ในขณะที่ McLuhan สนใจใน ผลกระทบของสื่อประเภทต่างๆที่มีต่อการใช้เวลา พื้นที่ และประสบการณ์ ของปัจเจกบุคคลนั้น Innis กลับให้ความสนใจกับผลกระทบของสื่อที่มี

ต่อหน่วยใหญ่ๆของสังคม เช่น อารยธรรม วัฒนธรรม รวมทั้งสถาบันทางสังคม เช่น สถาบันเศรษฐกิจ สถาบันการเมือง และสถาบันสุขภาพ ก็เป็นหนึ่งในสถาบันที่น่าจะต้องได้รับผลกระทบจากการเกิดขึ้นและการพัฒนาสื่อประเภทต่างๆด้วย

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า ในปากฝั่งของสุขภาพนั้น ในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา แนวคิดด้าน “สุขภาพ” มีการปรับเปลี่ยนไปอย่างมาก เนื่องจากสภาพความเป็นจริงและการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เริ่มตั้งแต่การถึงทางตันของระบบการแพทย์แบบตะวันตกที่เน้นมาจากการรักษาโรคด้วยยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์สมัยใหม่ที่ทันสมัยและมีราคาแพง แต่ก็ไม่สามารถจะช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้นมาได้ รวมทั้งลักษณะของโรคร้ายไข้เจ็บก็เปลี่ยนแปลงไปจากโรคติดเชื้อ (เช่น วัณโรค อหิวาตกโรค ฯลฯ) มาเป็นโรคที่เกิดจากวิถีการใช้ชีวิตของคนสมัยใหม่เอง เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดัน โรคเอ็ดส์ อุบัติเหตุ ฯลฯ ฉะนั้นจึงได้เกิดแนวทางการแสวงหาระบบเพื่อการมีสุขภาพที่ดีในแบบอื่นๆ นอกเหนือจากระบบการแพทย์แบบตะวันตก เช่น ระบบการแพทย์ทางเลือก การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนโบราณ การใช้ยาสมุนไพร การทำสมาธิ การออกกำลังกาย ฯลฯ

สำหรับแนวทางในการจัดการกับเรื่องสุขภาพนั้น นิยมจัดแบ่งออกเป็น 4 แนวทางคือ

1) การรักษาพยาบาล/เยียวยา (Curative strategies) สำหรับแนวทางนี้จะสนใจแสวงหาวิธีการรักษาโรคแบบใหม่ๆที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น กลุ่มเป้าหมายจะเป็นผู้ที่เจ็บป่วยแล้ว

2) การป้องกันโรค (Preventive strategies) แนวทางนี้จะเน้นการสร้างภูมิคุ้มกันแก่ผู้คนที่ยังไม่เจ็บป่วยเพื่อป้องกันเอาไว้ก่อน ตัวอย่างที่ชัดเจนทางการแพทย์คือ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไปจนกระทั่งถึงการตรวจคัดกรองโรคในระยะเริ่มต้น

3) การฟื้นฟูสุขภาพ (Rehabilitative strategies) เป็นแนวทาง

การฟื้นฟูบำบัดหลังจากรักษาโรคหายแล้ว เช่น การทำกายภาพบำบัด เพื่อให้กลับคืนมาสู่สุขภาพร่างกายและจิตใจที่แข็งแรง

4) การส่งเสริม/การสร้างเสริมสุขภาพ (Promotional strategies) เป็นแนวทางที่ได้รับการเน้นย้ำล่าสุดในระบบสุขภาพ โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นคนที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดีอยู่แล้ว ให้ส่งเสริม/สร้างเสริม/บำรุงรักษาสุขภาพที่แข็งแรงนั้นเอาไว้ด้วยการมีวิถีชีวิต (lifestyle) ที่เกื้อหนุนต่อการมีสุขภาพที่ดี การสร้างสิ่งแวดล้อมและระบบบริการสุขภาพที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดี

และแน่นอนว่าสำหรับแนวทางทั้ง 4 แนวทางนั้น อาจจะเข้ากันได้กับกระบวนการขั้นตอนด้านการสื่อสารแต่ละกระบวนการ เช่น การรักษาพยาบาลนั้นอาจจะใช้กับกระบวนการแบบ Impact Theory ได้ หากแต่แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพนั้นน่าจะเหมาะสมกับกระบวนการสื่อสารที่ผู้ใช้สื่อ/สารมีลักษณะ active มากขึ้น และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงประเภทของสื่อ แบบแผนการใช้สื่อของผู้คนในสังคมก็จะแปรเปลี่ยนไปตามทัศนคติของ Innis

(3.3) ตัวอย่างงานวิจัยไทย ดังที่ได้เกริ่นมาข้างต้นบ้างแล้วว่า งานวิจัยสื่อสารสุขภาพที่ใช้แนวคิดของสำนัก Toronto นั้น ส่วนใหญ่จะเป็นการวิจัยเรื่องสุขภาพกับสื่อใหม่ดังตัวอย่างงานวิจัย 2 ชิ้นที่จะยกมานำเสนอดังนี้

(ก) จริมา ทองสวัสดิ์ (2545) เรื่อง “ความต้องการข่าวสาร การเปิดรับ และการใช้ประโยชน์ข่าวสารด้านสุขภาพจากเว็บไซต์สุขภาพของผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในเขตกรุงเทพมหานคร” ผู้วิจัยได้เริ่มต้นที่มาของโจทย์การวิจัยโดยอ้างอิงถึงรายงานข้อเท็จจริงในสังคมไทย ในช่วงเวลานั้น หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่รับผิดชอบงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ได้ให้ความสำคัญและนำอินเทอร์เน็ตมาใช้งาน โดยลักษณะการนำมาใช้นั้นก็จะสอดคล้องไปกับกลยุทธ์ทางสุขภาพทั้ง 4 ด้าน เช่น การนำอินเทอร์เน็ตมาช่วยในการ

รักษาพยาบาลหรือการแลกเปลี่ยนความรู้ใหม่ๆระหว่างแพทย์/พยาบาล รวมทั้งการนำไปใช้เพื่อการโฆษณาประชาสัมพันธ์การขายบริการทางการแพทย์ (เช่น งานวิจัยของ ลลิตา พ่วงมหา, 2552 เรื่อง “กลยุทธ์การประชาสัมพันธ์เว็บไซต์ของโรงพยาบาลเอกชน”) การนำอินเทอร์เน็ตมาเป็นสื่ออรรถรงค์เพื่อการป้องกันโรคติดต่อ เช่น โรคเอดส์ โรค SARS โรคหวัดไข้หวัดนก ฯลฯ การสร้างโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อช่วยคนป่วยให้ฟื้นฟูสุขภาพหลังการรักษาเยียวยา และโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับกลยุทธ์สุดท้ายคือการส่งเสริม/สร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่ “คืนสุขภาพกลับไปให้เจ้าของสุขภาพดูแลเอง” ก็ยังจำเป็นต้องใช้การสื่อสารเข้ามาแทนยาและอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ทั้งปวง และเป็นการสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนทั้งทักษะส่วนบุคคล (personal skill) ทั้งการจัดการสิ่งแวดล้อมและระบบบริการสุขภาพให้อื้ออำนวย

จริมาผู้วิจัยมีความสนใจเรื่องการนำสื่อใหม่คืออินเทอร์เน็ตมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ทั้งนี้โดยมองเห็นข้อเด่นเชิงเทคนิคของสื่ออินเทอร์เน็ตที่มีมากกว่าสื่ออื่นๆ เช่น เป็นแหล่งรวมของข้อมูลจำนวนมากมายี่ที่สามารถค้นคว้าได้โดยไม่จำกัดเวลาและสถานที่ สามารถรับส่งข้อมูลได้หลายประเภท ไม่ว่าจะเป็นตัวอักษร ภาพกราฟฟิก ภาพเคลื่อนไหว ทั้งภาพและเสียง จึงเหมาะอย่างยิ่งกับ “การสื่อสารเพื่อการสอน/ให้คำแนะนำ” (Instructional media) รวมทั้งยังสามารถเชื่อมโยงไปยังข้อมูลในส่วนอื่นๆในลักษณะของ file อื่นที่เกี่ยวข้อง ทำให้แสวงหาความรู้ที่ผู้ใช้ต้องการแบบเฉพาะเจาะจงได้

ผู้วิจัยคาดเดาว่าในอนาคต พฤติกรรมการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพด้วยตัวเองจะกระทำผ่านสื่อใหม่เช่นอินเทอร์เน็ตมากยิ่งขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้เพราะการสื่อสารผ่านอินเทอร์เน็ตนั้นเป็นรูปแบบหนึ่งของการสื่อสารผ่านตัวกลางคอมพิวเตอร์ (Computer-mediated communication - C-M-C) ซึ่งมีลักษณะที่ดึงดูดใจให้ผู้ใช้อยากใช้มากขึ้น (บนเงื่อนไขที่สามารถเข้าถึงและใช้เป็น) เนื่องจากคุณลักษณะ 4 ประการนี้คือ

1) ผู้ใช้สามารถควบคุมกระบวนการสื่อสารได้ ซึ่งโดยสัญชาตญาณของมนุษย์ที่ชอบเป็นผู้แสวงหาการควบคุมการกระทำและทางเลือกของตนเอง

2) ความสนใจของผู้ใช้ที่มุ่งไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์ในการติดต่อผ่านคอมพิวเตอร์ ผู้ใช้จะมีสมาธิจดจ่ออยู่กับการกระทำที่ปรากฏอยู่หน้าจอคอมพิวเตอร์

3) ความอยากรู้อยากเห็นของผู้ใช้ที่ถูกกระตุ้นระหว่างที่มีการสื่อสารกัน ไม่ว่าจะเป็นภาพ เสียง การเคลื่อนไหว ข้อความที่เป็นรายการให้เลือก เป็นต้น

4) ผู้ใช้จะรู้สึกพึงพอใจและรู้สึกสนุกกับการใช้การสื่อสารผ่านคอมพิวเตอร์ เป็นการสื่อสารประเภทที่ให้ความรู้สึกเพลิดเพลินใจ (entertainment media)

ถึงแม้โดยหลักการทฤษฎีแล้ว คุณลักษณะของสื่อใหม่เช่นอินเทอร์เน็ตจะเอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน และจะสร้างผลกระทบในการเปลี่ยนแปลงแผนการดูแลสุขภาพจากที่เคยต้องพึ่งพาแพทย์มาเป็นการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองตามแนวคิดที่ว่า “สุขภาพดีไม่มีขาย อยากได้ต้องสร้างเอง” แต่ในทางปฏิบัติ ผู้วิจัยก็ไม่แน่ใจว่าด้านผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในเขตกรุงเทพมหานครจะเกิดการเปลี่ยนแปลงจริงหรือไม่ และอย่างไร

ผู้วิจัยออกแบบการสำรวจเชิงปริมาณจากกลุ่มตัวอย่าง 400 คน ที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และเป็นผู้ที่เคยเยี่ยมชมเว็บไซต์สุขภาพมาก่อน ผลการวิจัยที่น่าสนใจมีดังนี้

(i) โฉมหน้าของผู้ใช้อินเทอร์เน็ตด้านสุขภาพ ยังคงเป็นคนกลุ่มที่อยู่ระหว่างกลุ่ม Innovator และ Early adopter ตามทฤษฎี Diffusion of Innovation คือเป็นผู้ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 20-35 ปี ถึง 79% (เป็นผู้ใหญ่ทำงานจึงสนใจปัญหาสุขภาพ) เพศหญิงมากกว่าเพศชาย (60%:40%) 80% จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี

คนกลุ่มนี้ใช้อินเทอร์เน็ตมาราวๆ 5 ปี (ช่วงทศวรรษ 2540 หลังจาก
รัฐบาลไทยประกาศปี 2538 ให้เป็นปีเทคโนโลยีการสื่อสาร)

(ii) แม้จะเป็นผู้เปิดชมเว็บไซต์มากพอสมควร แต่ทว่าการเปิด
รับข่าวสารสุขภาพจากเว็บไซต์สุขภาพโดยรวมยังอยู่ในระดับต่ำ กล่าวคือ
น้อยกว่า 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยคาดเอาน่าจะเป็นปัญหาจากด้าน
เว็บไซต์ที่มีข่าวสารที่มักจะคงที่ ไม่ได้เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จึงไม่มี
ความจำเป็นที่จะต้องเปิดรับบ่อย (ผู้เขียนคิดว่าในอีกด้านหนึ่งอาจจะ
เป็นตัวแปรมาจากด้านใช้อินเทอร์เน็ตด้วยก็เป็นได้ที่ไม่ต้องการข่าวสาร
สุขภาพมากจนเกินไปนัก เพราะชีวิตประจำวันมีหลายแง่มุมหลากหลายมิติ
มิใช่มีแต่เรื่องสุขภาพเท่านั้น)

(iii) แต่ถึงแม้จะมีปริมาณการเปิดรับไม่มากนัก แต่ทว่าผู้ใช้กลุ่ม
นี้ก็เป็นกลุ่ม Smart users กล่าวคือ มีการนำข่าวสารข้อมูลไปใช้ประโยชน์
ได้ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง และงานวิจัยชิ้นนี้ได้ลงรายละเอียดที่น่า
สนใจในเรื่องลักษณะของการใช้ประโยชน์ของข่าวสารสุขภาพจากเว็บไซต์
จากมากไปหาน้อย ดังนี้

- นำเอาข้อมูลจากเว็บไซต์ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลสุขภาพ
ภาพตนเองมากที่สุด รองลงมาคือคนในครอบครัว/คนที่รู้จัก
- นำไปเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการลดความเสี่ยงที่จะเกิดโรค
- นำไปใช้เป็นข้อมูลของการแลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็น
เกี่ยวกับสุขภาพกับคนอื่น

ส่วนการใช้ประโยชน์ที่มีน้อยที่สุดคือ ใช้เป็นข้อมูลประกอบการ
ตัดสินใจเลือกจ่ายยา ซึ่งหากพิจารณาจากระดับความมากน้อยของการใช้
ประโยชน์ของข้อมูลข่าวสารจากเว็บไซต์สุขภาพโดยเทียบกับแนวคิดเรื่อง
กลยุทธ์ด้านสุขภาพก็อาจจะสรุปได้ว่า ผู้ใช้สื่ออินเทอร์เน็ตนั้นได้ใช้สื่อใหม่
เป็นช่องทางในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันสุขภาพมากกว่าการรักษา
เยียวยา (ซึ่งอาจจะจำเป็นต้องใช้สื่อบุคคลเช่นแพทย์ และใช้รูปแบบการ
สื่อสารแบบเห็นหน้าเห็นตากัน) ซึ่งเป็นแบบแผนใหม่ของเรื่องการสื่อสาร
สุขภาพ

(ข) กรรณา จินถนอม (2551) เรื่อง “การรับรู้ความสำคัญของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความน่าเชื่อถือของเว็บไซต์สุขภาพ” เป็นงานวิจัยอีกชิ้นหนึ่งที่สามารถนำแนวคิดเรื่องคุณลักษณะของสื่อ (ที่แม้จะไม่ใช่มิติของกาลเวลา/พื้นที่ แต่ก็เป็นเรื่องความน่าเชื่อถือ) ที่จะสร้างผลกระทบในแง่ประสบการณ์ของผู้ใช้สื่อในด้านการรับรู้ความน่าเชื่อถือและประสบการณ์/แบบแผนการสืบค้นข่าวสาร

ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยข้อเท็จจริงที่ว่า ยิ่งนับวัน ประชาชนก็ยิ่งมีการใช้สื่อใหม่เพื่อสุขภาพของตนมากยิ่งขึ้น ดังเช่น การสำรวจของสภากัญญา ประจตุลย์ ในปีพ.ศ.2547 พบว่า มีจำนวนเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจำนวน 11,400 เว็บไซต์ แต่การสำรวจในอีก 4 ปีต่อมาคือ ปีพ.ศ.2551 พบว่ามีถึง 203,000 เว็บไซต์ (เพิ่มขึ้นมากกว่า 20 เท่า) ความนิยมในการใช้เว็บไซต์สุขภาพนั้นก็คงมาจากคุณลักษณะต่างๆของสื่ออินเทอร์เน็ต เช่น เป็นสื่อสองทาง - interactive - ง่ายต่อการเข้าถึง รวมทั้งง่ายต่อการแพร่กระจายสารสนเทศด้วย สามารถเชื่อมโยงไปยังแหล่งข่าวสารอื่นๆ ฯลฯ (สนใจโปรดดู กาญจนา แก้วเทพ, **คู่มือสื่อใหม่ศึกษา**, 2555) แต่อย่างไรก็ตาม ความแพร่หลายดังกล่าวนั้นก็อาจจะกลายเป็นดาบสองคม ทั้งนี้เพราะเรื่องของสุขภาพนั้นมีทั้งความรู้ที่ถูกต้อง/เป็นประโยชน์ และมีความรู้ที่ผิดพลาด/เป็นโทษ ดังที่สภากัญญา ประจตุลย์ (2551, อ้างในกรรณา จินถนอม, 2551) ได้ทำการสำรวจเว็บไซต์สุขภาพจำนวน 1,888 เว็บไซต์ และพบว่ามีเพียง 255 เว็บไซต์เท่านั้น (ประมาณ 10%) ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกความน่าเชื่อถือ

แต่ในขณะที่เว็บไซต์สุขภาพที่มีอยู่อย่างมากมายนั้นยังไม่มีหลักประกันที่น่าเชื่อถือว่าเป็นเว็บไซต์ที่ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง/เป็นประโยชน์ได้ ในสังคมไทยก็ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ให้การกำกับดูแลควบคุมหรือรับรองความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่เผยแพร่ผ่านเว็บไซต์แต่อย่างใด ดังนั้น เมื่อไม่มีหลักประกันจากทาง “ต้นทาง” หรือหน่วยงานของรัฐ ผู้วิจัยจึงสนใจว่า สำหรับผู้ใช้ที่มีสถานะเป็น “ปลายทาง” นั้น มี

การสร้างหลักเกณฑ์ของตนเพื่อดูความน่าเชื่อถือของเว็บไซต์อย่างไร และนี่เป็นโจทย์หลักข้อแรกของงานวิจัยชิ้นนี้

ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยด้วยการสำรวจด้วยแบบสอบถาม และสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้เว็บไซต์สุขภาพจำนวน 420 คน ทางอินเทอร์เน็ต ผลการวิจัยที่น่าสนใจมีดังนี้

(i) กลุ่มผู้ใช้เว็บไซต์สุขภาพเป็นใคร ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ใช้เว็บไซต์สุขภาพ จำนวนถึง 66% มีอายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปี 60% จบปริญญาตรี 83% มีอาชีพนิสิตนักศึกษา รับราชการและรัฐวิสาหกิจ และพนักงานบริษัท ซึ่งก็สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มผู้ใช้เว็บไซต์สุขภาพนั้นเป็นกลุ่มชนชั้นกลางรุ่นใหม่ที่มีการศึกษาดี

(ii) พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต จากคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างช่วยอธิบายพฤติกรรมการใช้สื่อใหม่เช่นอินเทอร์เน็ตของคนกลุ่มนี้ กล่าวคือ เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างใช้อินเทอร์เน็ตมากกว่า 21 ชั่วโมง/สัปดาห์ (เฉลี่ยใช้ทุกวัน วันละ 3 ชั่วโมง) และ 80% ใช้อินเทอร์เน็ตจากห้องพักอาศัย (ซึ่งหมายความว่า เป็นเจ้าของเครื่องคอมพิวเตอร์เอง/หรือมีอยู่ที่บ้าน)

(iii) พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตเรื่องสุขภาพ แต่แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะใช้อินเทอร์เน็ตอย่างมาก แต่ทว่าปริมาณการใช้ในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพนั้นก็ไม่มีมากนัก 81% มีความถี่สืบค้นข้อมูลสุขภาพน้อยกว่า 5 ชั่วโมง/สัปดาห์ ซึ่งหมายความว่า มิติสุขภาพยังไม่ใช่มิติที่สำคัญที่สุดในชีวิตของคนกลุ่มนี้ (ยังเป็นหนุ่มสาวที่ยังไม่มีปัญหาสุขภาพที่ชัดเจน ร่างกายยังอยู่ในวัยแข็งแรง)

ส่วนประเภทข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างสืบค้นมากที่สุด 10 อันดับเรียงตามลำดับมากไปหาน้อยก็คือ (1) โรค อาการและการรักษา (2) การออกกำลังกาย (3) ความสวยงาม (4) โภชนาการและการลดน้ำหนัก (5) สุขภาพจิต ความเครียด (6) การป้องกันโรคติดต่อ (7) แพทย์ทางเลือก (8) การซื้อสินค้าและบริการ (9) สุขภาพฟัน (10) การเลิกสิ่งเสพติด และ (11) ข้อมูลอื่นๆ

จากอันดับแรกของข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของสื่ออินเทอร์เน็ตที่ได้เปลี่ยนแปลงแบบแผนการแสวงหาข้อมูลข่าวสารสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ ในอดีต ข้อมูลที่เกี่ยวกับโรค อาการและการรักษา นั้น ผู้ป่วยหรือครอบครัวของผู้ป่วยจะต้องแสวงหาคำแนะนำ/คำปรึกษาจากแพทย์เท่านั้น แต่เมื่อเกิดการพัฒนาสื่ออินเทอร์เน็ตขึ้นมาประชาชนก็เริ่มมีขีดความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านโรค อาการ และการรักษาด้วยตัวเอง เริ่มสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพซึ่งไม่เพียงแต่เป็นเรื่องของการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเท่านั้น หากแต่ยังก้าวล่วงไปถึงเรื่องของการรักษาเยียวยาด้วย ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากภูมิหลังด้านการมีระดับการศึกษาสูงของกลุ่มตัวอย่างด้วย

(iv) พฤติกรรมการแสวงหาข่าวสาร ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการสืบค้นข้อมูลสุขภาพนั้น ผู้ใช้เว็บไซต์สุขภาพ 97% ไม่ใช้วิธีการจดจำชื่อเว็บไซต์สุขภาพ แต่ใช้วิธีการสืบค้นผ่าน Search engine โดยเฉพาะ search engine Google ซึ่งเป็นแบบแผนการแสวงหาข่าวสารที่ง่ายกว่าการจดจำชื่อเว็บไซต์ (และกลุ่มตัวอย่างคงต้องการมีตัวเลือกเว็บไซต์จำนวนมากด้วย จึงเป็นไปได้ที่จะจดจำชื่อเว็บ)

(v) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความน่าเชื่อถือของเว็บไซต์สุขภาพ สำหรับโจทย์หลักของงานวิจัยชิ้นนี้คือเกณฑ์ที่ผู้ใช้เว็บไซต์สุขภาพใช้พิจารณาความน่าเชื่อถือของเว็บ ผู้วิจัยได้ประมวลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความน่าเชื่อถือของเว็บไซต์จากมุมมองของผู้ใช้ พบว่ามีทั้งหมด 25 ปัจจัย โดย 10 ลำดับแรกของปัจจัยเหล่านี้จะแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1 เกี่ยวข้องกับแหล่งที่มาชัดเจนตรวจสอบได้ ผู้สร้างเว็บไซต์น่าเชื่อถือ และมีการระบุวันที่ปรับปรุงล่าสุด

กลุ่มที่ 2 เกี่ยวข้องกับวิธีการนำเสนอ เช่น ข้อมูลทันสมัย แบ่งประเภทข้อมูลไว้ชัดเจน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ออกแบบเส้นทางที่ง่ายต่อการหาข้อมูล

กลุ่มที่ 3 เกี่ยวข้องกับการอ้างอิงกับแหล่งอื่นๆ เช่น มีการเชื่อมโยงไปยังเว็บไซต์ที่เชื่อถือได้ มีการเชื่อมโยงที่ถูกต้อง

ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความน่าเชื่อถือต่ำที่สุด (อยู่ลำดับที่ 25) คือการที่เว็บไซต์มีการขายสินค้าหรือบริการ ซึ่งจะทำให้ผู้ใช้ไม่แน่ใจว่า ข้อมูลด้านสุขภาพนั้นมีผลประโยชน์ด้านโฆษณาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยหรือไม่

(ข) กลุ่มทฤษฎีที่ใช้สังคมเป็นตัวแปรต้น (Society-Centric Theory)

ทฤษฎีที่สังกัดอยู่ในกลุ่มนี้จะมีการสลบลำดับที่ของตัวแปร 2 ตัว คือ สื่อและสังคมที่แตกต่างจากกลุ่มทฤษฎี Media-Centric Theory กล่าวคือ จะมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า ตัวแปรต้นนั้นจะเป็นสังคมที่จะไปกำหนดหรือส่งอิทธิพลหรือให้กำเนิดแก่สื่อซึ่งเป็นตัวแปรตาม

ทฤษฎีในกลุ่ม Society-Centric Theory นี้อาจจะจัดแบ่งกลุ่มย่อยออกได้เป็นอีก 3 กลุ่มคือ

(i) กลุ่มที่ถือว่าสังคมเป็นต้นแบบของสิ่งที่จะไปปรากฏในสื่อ อันได้แก่ทฤษฎีภาพสะท้อนในสื่อ (Reflection Theory) ดังนั้น สังคมจึงเป็นสิ่งที่ต้องมีมาก่อน (Primacy) แล้วจึงจะปรากฏตัวคน สิ่งของ เหตุการณ์ต่างๆ ในสื่อตามมา เช่น ต้องมีเหตุการณ์เรือไททานิคจมลงในโลกแห่งความเป็นจริง (สังคม) จึงจะมีภาพยนตร์เรื่องไททานิค (ในสื่อ) ที่เลียนแบบ/สะท้อนเรื่องราวในโลกแห่งความจริง (ในงานวิจัยสื่อสารสุขภาพยังไม่พบการใช้ทฤษฎีนี้)

(ii) กลุ่มที่เน้นบทบาทหน้าที่ของสื่อต่อจากปัจเจกและสังคมที่มาของกลุ่มทฤษฎีนี้พัฒนามาจากทฤษฎีด้านจิตวิทยาที่เริ่มต้นด้วยแนวคิดเรื่อง “ความต้องการ” (Need) ซึ่งอาจจะเป็นความต้องการของระบบสังคม (Social Need) ซึ่งสถาบันสื่อมวลชนมีหน้าที่ช่วยตอบสนองความต้องการนั้น ก็จะกลายเป็นทฤษฎี Social Functionalism of Media แต่หากเป็นความต้องการของปัจเจกบุคคล (Individual need) ที่ต้องการให้สื่อช่วยตอบสนองก็จะกลายเป็นทฤษฎี Individual Functionalism หรือที่ในสาขานิเทศศาสตร์รู้จักกันในนาม Uses and Gratifications Approach

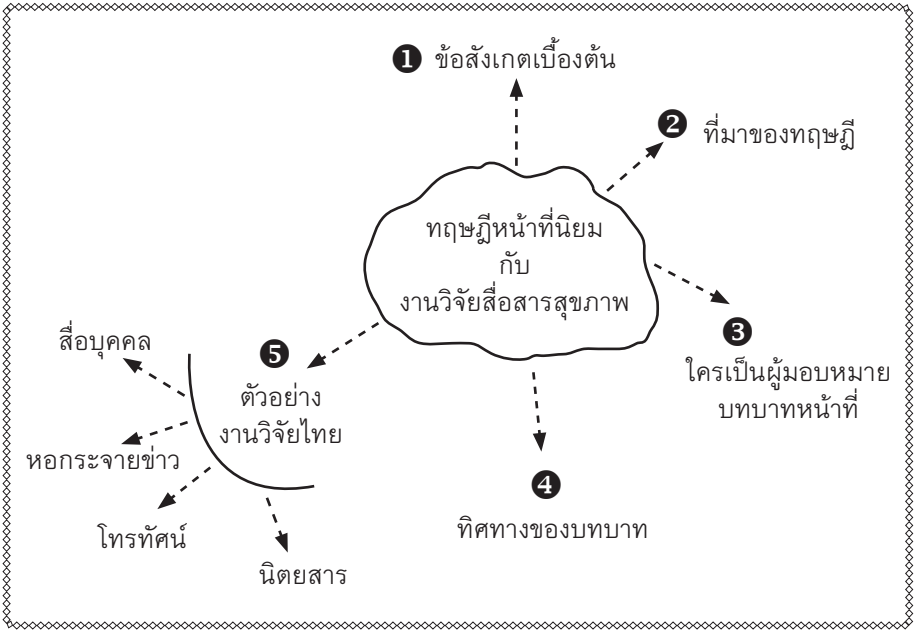
(iii) **กลุ่มที่เน้นการกำหนดสื่อจากระบบสังคม** (Social Determinism of Media) ในกลุ่มนี้ประกอบด้วย 2 ทฤษฎีย่อยที่แม้จะมีความเห็นร่วมกันว่า การปฏิบัติงานของสื่อ่นั้นเกิดมาจากการกำหนดควบคุมของสังคม แต่ทว่าทั้ง 2 ทฤษฎีก็มีเหตุผลหนุนหลังที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ในขณะที่ทฤษฎี Political Economy of Media มีความเห็นว่า สื่อ่นั้นเป็นเพียงกลไกหนึ่งที่จะถูกกำหนดจากกลุ่มพลังสังคมต่างๆ โดยที่ตัวสื่อมวลชนเองนั้นมิได้มีอำนาจที่จะกำหนดตัวเอง (ซึ่งก็ไม่ต้องไปพูดถึงอำนาจที่จะไปกำหนดสิ่งอื่นๆ) แต่ทว่า ทฤษฎี Normative Theory ซึ่งเห็นว่าสังคมจะต้องเป็นตัวเข้าไปควบคุม/กำกับสื่อมวลชนเช่นเดียวกัน หากทว่ามาจากเหตุผลหนุนหลังที่ว่า เนื่องจากสื่อ่นั้นมีพลังอำนาจมหาศาล (Powerful Media) ดังนั้นจะปล่อยให้ทำงานไปเองโดยปราศจากการควบคุมจากสังคมไม่ได้ เพราะจะเป็นอันตรายต่อสังคมดังที่ได้เคยเกิดขึ้นมาแล้ว ในประวัติศาสตร์ของสื่อมวลชน (ในงานวิจัยสื่อสารสุขภาพยังไม่พบการใช้ทฤษฎี Normative)

นอกจากนั้น เฉพาะในงานวิจัยสื่อสารสุขภาพยังมีการนำเอาทฤษฎี Media Health Discourse ซึ่งเป็นทฤษฎีที่แตกตัวต่อมาจากกลุ่มทฤษฎี Political Economy of Media อีกสายหนึ่ง

4. ทฤษฎีบทบาทหน้าที่เชิงสังคมกับงานวิจัยสื่อสารสุขภาพ (Social Functionalism of Media)

เมื่อกล่าวถึงทฤษฎีหน้าที่นิยม (Functionalism) ตามปกติ เรามักจะหมายถึง “ทฤษฎีหน้าที่นิยมเชิงสังคม” (Social Functionalism) ซึ่งเป็นทัศนะที่มองบทบาทหน้าที่ของสื่อมวลชนไปจากมุมมองและผลประโยชน์ของสังคมเป็นหลัก ซึ่งมีความแตกต่างจากทฤษฎีบทบาทหน้าที่เชิงปัจเจกของสื่อ (Individual Approach) ซึ่งในแวดวงนิเทศศาสตร์/การสื่อสารจะรู้จักในชื่อใหม่ว่า “ทฤษฎีการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจ” (Uses and Gratifications Approach) ซึ่งมองบทบาทและหน้าที่ของสื่อ

จากมุมมองและผลประโยชน์ของปัจเจกบุคคลเป็นหลัก เนื่องจากมีมุมมองที่แตกต่างกัน ทำให้วิธีการออกแบบการวัดและการวิจัยของทฤษฎีทั้งสองนี้แตกต่างกันไปด้วย ในที่นี้จะขอแยกทฤษฎีหน้าที่นิยมทั้ง 2 ทฤษฎีออกจากกัน



ภาพที่ 29: ทฤษฎีหน้าที่นิยมกับงานวิจัยสื่อสารสุขภาพ

(4.1) ข้อสังเกตเบื้องต้น ก่อนที่จะลงรายละเอียดเรื่องงานวิจัยสื่อสารสุขภาพที่นำทฤษฎีหน้าที่นิยมเชิงสังคมมาใช้ นั้น ผู้เขียนมีข้อสังเกตเล็กๆว่า อันที่จริง ทฤษฎี Social Functionalism นั้นเป็นทฤษฎีกระแสหลักในด้านสื่อสารศึกษา เพราะถูกนำมาใช้ศึกษาวิจัยอย่างมากโดยเฉพาะในงานวิจัยด้านการสื่อสารเพื่อการพัฒนาในยุคสมัยของสื่อสารมวลชน เนื่องจากสื่อมวลชนในยุคเริ่มแรกนั้นจะได้รับการมอบหมายว่าจะเป็นทั้งตัวชี้วัด (index) และเป็นทั้งเครื่องมือ (tool) สำหรับการพัฒนาสังคม

ในโลกที่ 3 และมิติสุขภาพก็เป็นมิติหนึ่งที่ยังต้องและต้องการการพัฒนาอย่างมาก ดังที่ตกผลึกอยู่ในประโยคที่ว่า “ประเทศด้อยพัฒนานั้นมีคุณลักษณะที่สำคัญของประชากรคือ โง่ จน เจ็บ”

แต่ก็เป็นที่น่าสังเกตว่า การนำแนวคิดทฤษฎีหน้าที่นิยมมาอธิบายบทบาทให้การสื่อสารเข้าไปช่วยเป็นเครื่องมือการพัฒนาในยุคแรกของสังคมไทย (กลางทศวรรษ 2530) แต่ทว่าประเภทของสื่อที่ถูกนำมาใช้และได้รับการค้นคว้าวิจัยนั้น มักจะมีชื่อ “สื่อมวลชน” ตามที่คาดหวัง แต่กลับเป็นบรรดา “สื่อเล็กๆ” หรือ “สื่อเฉพาะกิจ” (Small media/specific media) ซึ่งลักษณะเช่นนี้แตกต่างจากบรรยากาศการใช้สื่อเพื่อสุขภาพในสหรัฐ/ยุโรปที่ C. Atkin & K. Silk (1996) ระบุว่า การสื่อสารสุขภาพในสหรัฐนั้นจะเน้นหนักการวิจัยใน 2 ระดับ คือ การสื่อสารระหว่างบุคคล (แพทย์-คนไข้) และการใช้สื่อมวลชนเพื่อการรณรงค์ระดับกว้าง/สังคม

ปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้อาจจะจะมีเหตุปัจจัยมาจากหลายประการที่ยังต้องการการค้นคว้าหาคำตอบอยู่ คำตอบที่อาจเป็นไปได้ก็มีเช่น ในช่วงยุคเริ่มแรกของการพัฒนาสุขภาพนั้น (ทศวรรษ 2530) สื่อมวลชนประเภทที่เข้าถึงมวลชนในขอบเขตกว้างขวาง เช่น สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (วิทยุ/โทรทัศน์) ยังไม่อยู่ในขั้นตอนของการเจริญเติบโตเต็มที่ (maturity) ยังมีขอบเขตไม่ครอบคลุม หรืออาจจะเป็นคุณลักษณะของสื่อมวลชนไทยที่มีความโน้มเอียงไปในเชิงพาณิชย์มากกว่าการเป็นสื่อสาธารณะที่ทำประโยชน์ให้แก่สังคมโดยรวม หรืออาจจะเป็นเพราะคุณลักษณะของสื่อวิทยุ/โทรทัศน์ที่มีแนวโน้มเป็นสื่อให้ความบันเทิง ในขณะที่เรื่องของสุขภาพเป็นเรื่องประเภทสาระความรู้ เป็นต้น

และสำหรับประเภทของสื่อมวลชนที่ถูกนำมาใช้ประโยชน์ในงานสุขภาพอย่างสม่ำเสมอไม่ว่ากระบวนการทัศนด้านสุขภาพจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรก็ตาม ก็คือ **สื่อนิยตสาร** ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า คุณลักษณะของสื่อนิยตสารนั้นมีความเหมาะสมเจาะลงตัวกับประเด็นเนื้อหาด้านสุขภาพ

เริ่มตั้งแต่สื่อนิตยสารเป็นสื่อที่มีเป้าหมายหลัก คือการให้ความรู้ (ในขณะที่สื่อหนังสือพิมพ์นั้นเน้นการแจ้งข่าวสารเหตุการณ์ปัจจุบัน) มีพื้นที่ที่ขยายตัวได้มากกว่าวิทยุ/โทรทัศน์ (ซึ่งใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า) มีลักษณะที่เอามาทบทวนดูซ้ำได้ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้จึงมีงานวิจัยสื่อสารสุขภาพจากสื่อนิตยสารจำนวนมากที่สุด เช่น ลักษณะมี ไชยทองศรี (2541) จีรอดุลย์ บุญยภักดิ์ (2543) สุวิธน์ฐิติ์ หลักชัยกุล (2544) บาหยัน อิ่มสำราญ (2539) เป็นต้น

(4.2) ที่มาของทฤษฎี ทฤษฎีหน้าที่นิยามถือว่าเป็นทฤษฎีกระแสหลักในสาขาสังคมศาสตร์ของอเมริกา และก็เป็นทฤษฎีกระแสหลักในสาขานิเทศศาสตร์ของสหรัฐด้วยเช่นกัน ต้นกำเนิดความเป็นมาของทฤษฎีหน้าที่นิยามนั้นก่อตัวมาจากทฤษฎีจิตวิทยาที่ว่าด้วย“ความต้องการ” (Need) ของทั้งปัจเจก กลุ่ม สถาบันสังคม และสังคมโดยรวม และเมื่อเกิดความต้องการขึ้นมาแล้ว ทุกหน่วยย่อยของปัจเจก กลุ่ม สังคม ก็ต้องช่วยกันทำหน้าที่ด้วยการกระทำกิจกรรมหรือดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง (activity) เพื่อตอบสนองความต้องการนั้นให้เต็มเต็ม

เมื่อเปรียบเทียบกับทฤษฎี Impact Theory แล้ว ทฤษฎีหน้าที่นิยามจึงไม่ได้ตั้งคำถามว่า สื่อสามารถสร้างผลกระทบอะไรให้แก่สังคม แต่จะเริ่มจากคำถามที่ว่า “สังคมมีความต้องการอะไรก่อน” แล้วสื่อมวลชนสามารถตอบสนองความต้องการนั้นได้หรือไม่ กล่าวอีกแบบหนึ่งก็คือ แทนที่จะตั้งคำถามจาก “สื่อมวลชนเป็นหลัก” (Media-centric) ก็ตั้งคำถามจาก “สังคมเป็นหลัก” (Society-centric) และหากพิจารณาในแง่ ныยะที่มีต่อสื่อ ในขณะที่ทฤษฎี Impact นั้นค่อนข้างจะหวาดระแวงผลกระทบด้านลบจากสื่อ แต่ทฤษฎีหน้าที่นิยามกลับจะฝากความหวังเอาไว้กับสื่อว่าจะสามารถตอบสนองความต้องการต่างๆของสังคมได้ ซึ่งเป็นท่าทีที่มองสื่อมวลชนในแง่บวก (อย่างแย่ที่สุดก็คือ สื่อไม่ทำหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายเท่านั้น)

และเนื่องจากเป็นทฤษฎีด้านสังคม ทฤษฎีหน้าที่นิยมเชิงสังคม จึงขยายหน่วยการวิเคราะห์ให้กว้างขวางกว่าหน่วยการวิเคราะห์ระดับปัจเจกเช่นวิชาจิตวิทยา ด้วยการระบุว่า สังคมมีความต้องการอะไรบ้าง ตัวอย่างความต้องการของสังคมก็เช่น ต้องการความต่อเนื่องของระบบ (continuity) ต้องการระเบียบสังคม (order) ต้องการความเป็นปึกแผ่น (integration) ต้องการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา (motivation) ต้องการการชี้แนวทาง (guidance) ต้องการการอบรมเพาะสมาชิกรุ่นใหม่ (socialization) ต้องการการปรับตัว (adaptation) ต้องการสังคมที่เข้มแข็งมีสุขภาพดี (Healthy society) เป็นต้น

ในอีกด้านหนึ่ง ทฤษฎีหน้าที่นิยมจะพิจารณาว่า ไม่ว่าจะ เป็นปัจเจก กลุ่ม หรือสังคมจะถือว่าเป็น “หน่วยรวม” (organism/system/whole) ที่ประกอบด้วย “หน่วยย่อยๆ” (subsystem/part) เช่น ร่างกายก็ประกอบด้วยอวัยวะต่างๆ สังคมก็ประกอบด้วยส่วนเสี้ยวของกลุ่มคนและสถาบันต่างๆ ดังนั้น เมื่อสังคมส่วนรวมมีความต้องการดังกล่าว บรรดาระบบย่อย/หน่วยย่อยๆ ก็ต้องช่วยกันทำหน้าที่เพื่อตอบสนองความต้องการที่ได้ระบุมา สถาบันสื่อมวลชนรวมทั้งสื่อใหม่หรือสื่อประเภทอื่นๆ ก็เป็นหนึ่งในระบบย่อยๆ ของสังคม จึงมีหน้าที่เช่นเดียวกับสถาบันอื่นๆ

ในระดับการศึกษาวิจัยบทบาทหน้าที่ของสถาบันสื่อมวลชน/สื่อใหม่/สื่อประเภทอื่นๆ (รวมทั้งสถาบันอื่นๆ ก็เช่นกัน) จึงมีวิธีตรวจสอบอยู่ 3 วิธี โดยพิจารณาจาก “การทำกิจกรรม/การตั้งเป้าหมาย/หรือผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำของสถาบันนั้นๆ”

(i) หากสถาบันสื่อมวลชนดำเนินกิจกรรมไปตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายมาอย่างดี ก็จะเป็น “การทำหน้าที่ที่ดี” (Well-function)

(ii) หากสื่อมวลชนไม่ดำเนินกิจกรรมไปตามที่ได้รับมอบหมายมาก็จะถือว่า “ไม่ทำหน้าที่” (Non-function/dysfunction)

(iii) หากสื่อมวลชนนอกจากจะไม่ทำหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย

มาแล้ว แต่ยังไม่ไปทำหน้าที่อื่นๆที่เป็นอันตรายต่อระบบ ก็จะต้องว่า “เป็นการทำหน้าที่ผิดๆ” (Malfunction)

(4.3) ใครเป็นผู้มอบหมายบทบาทหน้าที่ และใครมีอำนาจตัดสินใจในท้ายที่สุด เมื่อนำทฤษฎีหน้าที่นิยมเชิงสังคมมาใช้วิจัยในภาคปฏิบัติการก็พบว่า ในโลกแห่งความเป็นจริง เนื่องจากสื่อมวลชนมีกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) หลายกลุ่มเข้ามาเกี่ยวข้อง และคนแต่ละกลุ่มต่างก็มีผลประโยชน์เฉพาะกลุ่มที่แตกต่างกันไป การมอบหมายบทบาทหน้าที่ให้แก่สื่อหนึ่งๆจึงมีอย่างหลากหลาย และในท้ายที่สุดแล้วกลุ่มที่มีอำนาจมากก็ย่อมเป็นผู้กำหนดทิศทางของการทำหน้าที่ของสื่อให้ตอบสนองความต้องการของกลุ่มของตน

(4.4) ทิศทางของบทบาท (Direction of function) จากแนวคิดเชิงทฤษฎีที่แบ่งการแสดงบทบาทหน้าที่ออกเป็น 3 มิติ คือ การทำหน้าที่ที่ดี การไม่ทำหน้าที่ และการทำหน้าที่ในทางที่ผิดๆ เมื่อแปรมาเป็นการออกแบบการวิจัย ก็จะเป็นการวัด “ทิศทางของบทบาท” ซึ่งอาจจะจำแนกออกได้เป็นหลายประเภท เช่น

- บทบาทที่พึงปรารถนา v.s. บทบาทที่ไม่พึงปรารถนา
- บทบาทที่ตั้งใจ v.s. บทบาทที่ไม่ตั้งใจ
- บทบาทที่เกิดจากความเอาใจใส่และตระหนักรู้ v.s. บทบาทที่เกิดจากความไม่รู้และไม่เอาใจใส่

เป็นต้น

ตัวอย่างของบทบาทหน้าที่เชิงสังคมกับประเด็นสุขภาพมีดังนี้

(i) **หน้าที่การให้ข่าวสารข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังสภาพแวดล้อม**

D. McQuail (1994) ขยายรายละเอียดของหน้าที่นี้ออกเป็น 3 แง่มุม คือ

- การจัดหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเหตุการณ์และสภาพการณ์ต่างๆทั้งในสังคมและในโลก เช่น เมื่อเกิดโรคระบาดเชื่อว่าในประเทศอังกฤษ เป็นต้น

- แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ทางอำนาจระหว่างคนกลุ่มต่างๆ เช่น เจ้าหน้าที่ที่สามารถจับกุมผู้ที่ทำการรักษาโรคที่ไม่ถูกกฎหมาย
- จัดหาข้อมูลเพื่อสนับสนุนนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อการปรับตัวหรือเพื่อการพัฒนาความก้าวหน้าของสังคม เช่น นำเสนอเรื่องยาตัวใหม่ที่สามารถรักษาโรคที่รักษาไม่ได้มาก่อน

(ii) **หน้าที่ในการเชื่อมโยงประสานส่วนต่างๆเข้าด้วยกัน (Correlation)** ในรายละเอียด การทำหน้าที่นี้จะแสดงออกในรูปแบบของ

- การให้คำอธิบาย การตีความ การแสดงความคิดเห็น การให้ความหมายต่อเหตุการณ์และข้อมูลต่างๆ เช่น ในกรณีเกิดโรคระบาด หน่วยงานรัฐต้องการความร่วมมืออะไรบ้างจากประชาชน
- ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนผู้มีอำนาจหรือบรรทัดฐานของสังคม
- อบรมบ่มเพาะสมาชิกใหม่ เช่น การสอนสุขบัญญัติให้แก่เด็กๆ
- ทำหน้าที่ประสานกิจกรรมต่างๆที่แตกแยกให้ร่วมประสานกัน
- ทำหน้าที่สร้างฉันทามติ (consensus)
- ทำหน้าที่กำหนดลำดับความสำคัญและแสดงสถานภาพของสิ่งต่างๆ

(iii) **หน้าที่สร้างความต่อเนื่อง (Continuity)** ในขณะที่หน้าที่ด้านการเชื่อมโยงนั้น จะเน้นการประสานในเชิงมิติของพื้นที่ (space) แต่หน้าที่สร้างความต่อเนื่องนี้จะเน้นการประสานในเชิงของกาลเวลา (time) เช่น การสืบทอดมรดกทางวัฒนธรรม การเปิดตัวของวัฒนธรรมย่อยๆ (subcultures) หรือการสร้างสรรควัฒนธรรมใหม่ๆ และที่แน่นอนคือการถ่ายทอดค่านิยมจากรุ่นสู่รุ่น

(iv) **หน้าที่ให้ความบันเทิง (Entertainment)** ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับสุขภาพอาจจะเป็นด้านสุขภาพจิต เช่น การผ่อนคลายความตึงเครียด

(v) **หน้าที่การขับเคลื่อนสังคม (Mobilization)** เพื่อผลักดันให้เกิดการพัฒนาหรือการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ ไม่ว่าจะเป็นมิติการเมือง สังคม เศรษฐกิจ ศาสนา การศึกษา กีฬา สุขภาพ ฯลฯ ดังตัวอย่างเช่น

การผลักดันให้ประชาชนออกกำลังกาย เมาไม่ขับ เลิกสูบบุหรี่ ฯลฯ

(vi) **หน้าที่สนับสนุนระบบธุรกิจ** ในโลกแห่งความเป็นจริง ผลผลิตจากสื่อมวลชน (media product) นั้นมีลักษณะเป็นสินค้าด้วย (commodity) รวมทั้งระบบการผลิตสื่อสารมวลชนก็เป็นระบบธุรกิจอุตสาหกรรมประเภทหนึ่ง ดังนั้น สื่อมวลชนจึงมีหน้าที่ที่ให้บริการแก่สาธารณะ (Public service) และหน้าที่ส่งเสริมธุรกิจอุตสาหกรรม (Private enterprise) ทั้งธุรกิจของตัวเองและธุรกิจอื่นๆ บทบาทหน้าที่ดังกล่าวจะเข้ามาเกี่ยวข้องกับเรื่อง “สุขภาพ” ซึ่งอาจจะมิตั้ง 2 สถานะคือ ทั้งเป็น “บริการ” และเป็น “สินค้า” เช่นเดียวกัน

(4.5) **ตัวอย่างงานวิจัยไทย** ในที่นี้จะแสดงให้เห็นการนำทฤษฎีหน้าที่ที่นิยมมาใช้ในงานสื่อสารสุขภาพโดยจะนำเสนอให้เห็นว่า “สื่อประเภทต่างๆที่หลากหลาย” นั้นสามารถเข้ามาเป็นเครื่องมือในงานสุขภาพได้อย่างไร

(ก) **ลักษณะ** ไชยทองศรี (2541) เรื่อง “บทบาทของนิตยสารในการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย” ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการกล่าวถึงบริบทด้านสุขภาพในสังคมไทยว่า ในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมาได้มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศนเกี่ยวกับสาธารณสุขของไทยอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในช่วงปีพ.ศ.2540 ได้เกิดกระแสใหม่ในการดูแลสุขภาพอนามัยที่ค่อนข้างชัดเจน และเป็นที่รับรู้กันอย่างกว้างขวาง คือ กระแสการรักษาสุขภาพตามแนวทางของชีวิต ซึ่งอาจจะถือได้ว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของแนวคิดสุขภาพตามทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพที่ นพ.ประเวศ วะสี ได้นำเสนอเอาไว้

ในส่วนของการสื่อสาร ผู้วิจัยสนใจบทบาทของสื่อมวลชนประเภทหนึ่งที่ได้เข้ามามีบทบาทในท่ามกลางกระแสการเคลื่อนไหวด้านสุขภาพดังกล่าวคือ นิตยสาร โดยระบุว่า ข้อได้เปรียบของนิตยสารในด้านสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับสื่ออื่นๆ ก็คือ

- นิตยสารสามารถเสนอเนื้อหาเรื่องราวเฉพาะเรื่องหรือลึกซึ้งกว่าหนังสือพิมพ์
- นิตยสารสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเฉพาะได้
- นิตยสารมีแนวโน้มที่จะลงเรื่องที่เป็นสาระประโยชน์หรือเป็นแก่นสารแก่ผู้อ่านมากกว่าการลงเรื่องนวนิยายหรือมุ่งเน้นความบันเทิงเรีงรมย์อย่างเดียว
- นิตยสารอ่านได้นานกว่าหนังสือพิมพ์ ผู้อ่านมีเวลาที่จะอ่านได้มากกว่า
- นิตยสารสามารถสร้างหรือเปลี่ยนความคิดเห็นของผู้อ่านได้ง่าย และจากคุณลักษณะที่สื่อ นิตยสารสามารถแสดงบทบาทได้อย่างโดดเด่นนั้น ก็อาจจะทำให้สื่อ นิตยสารเป็นสื่อที่ค่อยๆ ส่งสมอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิด ตลอดจนพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้อ่านที่บริโภคสื่อประเภทนี้อย่างเป็นประจำ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากในโลกแห่งความเป็นจริง นิตยสารมิได้เป็นเพียงสื่อที่มีหน้าที่ต่อประชาชนเท่านั้น หากทว่านิตยสารยังเป็น “สินค้า” ที่ผลิตจากระบบธุรกิจอีกด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งโจทย์การวิจัยข้อแรกที่จะวิเคราะห์สัดส่วนของเนื้อหาด้านสุขภาพในนิตยสารที่เป็นกลุ่มตัวอย่างว่าเป็นลักษณะเนื้อหาเชิงวิชาการหรือเป็นเนื้อหาเชิงพาณิชย์ (กล่าวอย่างเป็นรูปธรรมคือ บรรดาหน้าโฆษณาสินค้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนั่นเอง)

ผู้วิจัยคัดเลือกนิตยสารสตรี 4 เล่มที่ตีพิมพ์ในช่วง 6 เดือนของปีพ.ศ.2541 โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกเอาไว้ว่า ต้องเป็นนิตยสารที่ได้รับความนิยมและตีพิมพ์มายาวนาน มีการนำเสนอคอลัมน์ที่เกี่ยวกับสุขภาพ และเพื่อตรวจสอบบทบาทของนิตยสารจากในอีกด้านหนึ่ง ผู้วิจัยได้สำเร็จความคิดเห็นของผู้อ่านอีก 385 คน

ผลการวิจัยที่น่าสนใจดังนี้

(i) ในเรื่องสัดส่วนของเนื้อหาเชิงวิชาการและเชิงพาณิชย์ ผลการวิจัยพบว่า หากเอานิตยสารทั้ง 4 เล่มมาวางบนปลายนิ้ว 2 ช้างระหว่าง

เนื้อหาเชิงวิชาการและเชิงพาณิชย์ จะพบว่านิตยสารกลุ่มตัวอย่างจะแตกต่างกันออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่นำเสนอเนื้อหาเชิงวิชาการอย่างมากกับกลุ่มที่นำเสนอเนื้อหาในเชิงพาณิชย์อย่างมาก

(ii) โจทย์การวิเคราะห์เนื้อหาอีกข้อหนึ่งของงานวิจัยนี้ก็คือ ในเนื้อหาเชิงวิชาการนั้น หากนำเอาแนวคิดการแบ่งประเภทพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไว้ 3 ประเภทคือ **พฤติกรรมสุขภาพทั่วไป** (Health behavior) - ได้แก่ พฤติกรรมของผู้ที่มีสุขภาพดีไม่เจ็บง่าย **พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย** (Illness behavior) - เป็นความรู้สึกรู้สึกว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเอง และ**พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย** (Sick role behavior) - พฤติกรรมที่เป็นผู้ป่วยแล้ว ผลการวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า เนื้อหาในเชิงวิชาการที่พบมากที่สุดคือ พฤติกรรมสุขภาพทั่วไปมากกว่าพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (ซึ่งหากเทียบกับปริมาณของสุขภาพของ นพ.ประเวศ วะสี ก็คือเป็นกลุ่มคนที่อยู่ใน zone ที่ 3 มากกว่าใน zone ที่ 1 และ 2) และเนื่องจากเป็นนิตยสารของสตรี ดังนั้นจึงมีการเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพสุขภาพอนามัยเข้ากับประเด็นความงามของสตรี เช่น การสูบบุหรี่จะทำให้ฟันมีคราบสีดำ แลดูไม่สวยงาม เป็นต้น และแม้จะเป็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพแบบทั่วไป แต่ทว่าคอลัมน์นิสต์ที่เขียนคอลัมน์ประจำต่างๆก็ยังมีวิชาชีพด้านการแพทย์ทั้งหมด ซึ่งคงเป็นประเด็นเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือในตัวข่าวสาร

ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า การที่สัดส่วนเนื้อหาด้านสุขภาพนั้นเป็นพฤติกรรมสุขภาพทั่วไปมากกว่าเรื่องการเจ็บป่วยน่าจะสะท้อนให้เห็นอิทธิพลของกระแสกระบวนทัศน์สุขภาพแบบใหม่ที่มุ่งเน้นให้เจ้าของสุขภาพเป็นผู้ดูแลตนเอง โดยเฉพาะความแพร่หลายของกระแสชีวิตที่ได้กล่าวไปแล้ว และสื่อ นิตยสารก็ได้แสดงบทบาทที่สอดคล้องกับการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ด้านสุขภาพได้อย่างลงตัว

(iii) ส่วนการวัดการแสดงบทบาทของสื่อ นิตยสารต่อเรื่องสุขภาพจากทัศนะของผู้รับสารนั้น ก็พบว่าผู้อ่านสนใจเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

มากเป็นอันดับสี่รองจากคอลัมน์ผู้หญิง/แพชชั่น/ความงาม (อันดับหนึ่ง) สัมภาษณ์/สังคม/บุคคล (อันดับสอง) นวนิยาย/เรื่องแปล/เรื่องสั้น (อันดับสาม) เนื่องจากนิตยสารที่ศึกษานั้นเป็นนิตยสารสตรีมิใช่ นิตยสารด้านสุขภาพเป็นการเฉพาะ แต่ผู้อ่านส่วนใหญ่ก็เห็นว่าเนื้อหาคอลัมน์สุขภาพนั้นมีประโยชน์มากและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

(ข) สุทธิวิญญู หลักชัยกุล (2544) เรื่อง “การวิเคราะห์เนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพในนิตยสารสุขภาพ: ศึกษากรณีนิตยสารใกล้หมอ ชีวิตดี และหมอชาวบ้าน” งานวิจัยชิ้นนี้ดำเนินการในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยของลักขมี ไชยทองศรี (2541) และใช้วิธีการวิจัยที่คล้ายคลึงกันเพื่อตอบโจทย์ที่ใกล้เคียงกัน หากทว่าได้เลือกนิตยสารที่เฉพาะเจาะจงและเข้ามาใกล้กับเรื่องสุขภาพมากยิ่งขึ้น คือนิตยสารสุขภาพ 3 ฉบับ

การออกแบบวิจัยตั้งใจเลือกนิตยสาร 3 ฉบับที่เป็นตัวแทนของกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพ 3 กระบวนทัศน์ กล่าวคือ (i) นิตยสารที่เป็นส่วนขยายเพื่อเผยแพร่แนวคิดด้านการแพทย์แบบชีวภาพไปให้ถึงประชาชน (นิตยสารใกล้หมอ) (ii) นิตยสารที่เป็นลูกผสมระหว่างกระบวนทัศน์การแพทย์แบบชีวภาพและแบบทางเลือก (นิตยสารหมอชาวบ้าน) (iii) นิตยสารที่เป็นตัวแทนของการเผยแพร่แนวคิดการแพทย์แบบทางเลือก (นิตยสารชีวิต)

ดังนั้น เกณฑ์ในการใช้วิเคราะห์สัดส่วนของเนื้อหาในนิตยสารกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 เล่มที่คัดเลือกมาจึงเป็น (ก) เนื้อหาสุขภาพเฉพาะทางหรือการแพทย์แบบปัจจุบันที่เป็นแบบแผนของการปฏิบัติงานทางการแพทย์ที่เน้นประสิทธิภาพของการรักษาเป็นหลัก (ข) เนื้อหาสุขภาพทางเลือกหรือการแพทย์แบบพหุลักษณะเป็นแบบแผนการดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวคิดการแพทย์แบบองค์รวมซึ่งเป็นการส่งเสริมและการป้องกันเป็นหลัก และผลการวิจัยก็เป็นไปได้ดังที่คาดไว้ กล่าวคือ นิตยสารที่เป็นตัวแทนของการแพทย์แผนปัจจุบัน และนิตยสารลูกผสมจะนำเสนอเนื้อหาเฉพาะทางมากกว่าสุขภาพทางเลือก ในขณะที่นิตยสารที่เป็นตัวแทนแนวคิดสุขภาพทางเลือกก็จะมีเนื้อหาสุขภาพทางเลือกมากกว่า

อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะเป็นนิตยสารประเภทใด นิตยสารทั้ง 3 ฉบับต่างก็มีหลักการงานทางความคิดเดียวกัน กล่าวคือ จะเผยแพร่เนื้อหาความรู้สุขภาพที่ต้องมีการยืนยันหรือหลักฐานอ้างอิงทางวิทยาศาสตร์ เนื่องจากผู้จัดทำนิตยสารทั้ง 3 เล่มต่างก็เป็นผู้ที่อยู่ในแวดวงวิชาชีพแพทย์ทั้งสิ้น

และเนื่องจากความสามารถของคณะผู้จัดทำนิตยสารทั้ง 3 เล่ม ทำให้ผลการวิจัยให้ข้อสรุปว่า นิตยสารทั้ง 3 ฉบับสามารถแสดงบทบาทการให้ความรู้เรื่องสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องแก่ผู้อ่าน (well-function) ไม่ว่าจะเป็เนื้อหาสุขภาพแบบเฉพาะทางหรือแบบทางเลือกก็ตาม นอกจากนี้ ขอบเขตของเนื้อหาความรู้ที่ให้นั้นก็ยังคงครอบคลุมทั้งแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองในยามปกติ (ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ฯลฯ และการป้องกันโรค) และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพ สื่อนิตยสารสุขภาพเหล่านี้ถือเป็นส่วนประกอบสำคัญส่วนหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน

(ค) ลัดดา ประพันธ์พงษ์ชัย (2536) เรื่อง “การวิเคราะห์รายการสุขภาพอนามัยทางโทรทัศน์ที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ” งานวิจัยชิ้นนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาบทบาทของสื่อมวลชนขนาดใหญ่ที่สามารถเข้าถึงกลุ่มคนได้อย่างกว้างขวางและหลากหลาย คือสื่อโทรทัศน์ ที่มาของงานวิจัยชิ้นนี้คือการเคลื่อนไหวจากทั้งฝ่ายสุขภาพและฝ่ายสื่อมวลชนที่เริ่มต้นตั้งแต่ปีพ.ศ.2522 ที่กระทรวงสาธารณสุขได้วางเป้าหมายระยะยาวที่จะสร้าง “กลยุทธ์เพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าก่อนสิ้นปีพ.ศ.2543” และได้มีนโยบายที่จะนำสื่อมวลชนเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนอย่างเป็นทางการเป็นจริงเป็นจัง ในด้านของสื่อมวลชนเองก็ได้เริ่มมีปฏิกิริยาตอบรับต่อนโยบายดังกล่าวดังที่ปรากฏว่า รายการสุขภาพทางโทรทัศน์ได้เพิ่มจำนวนมากขึ้น หรือราวต้นทศวรรษปีค.ศ.2530 สถาบันที่จัดประกวดและมอบรางวัลให้แก่รายการประเภทต่างๆได้เพิ่ม “รางวัลรายการส่งเสริมสุขภาพอนามัยดีเด่น” ขึ้นมา เป็นต้น

แต่ในการแสดงบทบาทด้านการพัฒนาสุขภาพอนามัยผ่านสื่อโทรทัศน์นั้น ผู้วิจัยมีข้อกังขาว่า ทิศทางของการเล่นบทบาทหรือการนำเสนอประเภทของเนื้อหาที่ควรจะเป็นไปในลักษณะหรือแนวทางใด เช่น เป็นการส่งเสริม การป้องกัน การรักษาพยาบาล หรือการฟื้นฟูสภาพร่างกายจึงจะเหมาะสมกับการเผยแพร่ในระดับกว้าง นี่จึงเป็นโจทย์การวิจัยหลักของงานศึกษาชิ้นนี้

ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหารายการสุขภาพจากโทรทัศน์ทั้ง 5 สถานี (ช่อง 3, 5, 7, 9 และ 11) รวม 14 รายการ 100 ตอน และสปอต 11 ชุด จำนวน 80 ตอน ที่ออกอากาศในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ.2534

ผลการวิจัยที่น่าสนใจมีดังนี้

(i) คำตอบสำหรับโจทย์หลักของงานวิจัย พบว่า จากประเภทเนื้อหารายการ 129 ช่วง (100 ตอน) มีเนื้อหาที่สะท้อนแนวคิดด้านการป้องกัน 77 ช่วง ฟื้นฟูผู้ป่วย 27 ช่วง และรักษาพยาบาลเพียง 18 ช่วง ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าสัดส่วนเนื้อหาดังกล่าวนี้แสดงให้เห็นการแสดงบทบาทที่เหมาะสมของสื่อโทรทัศน์ต่อเรื่องการพัฒนาสุขภาพที่ควรจะเน้นความรู้ที่ไม่เจาะจงแต่เป็นเนื้อหาในลักษณะทั่วไปที่เข้ากับผู้รับสารที่แตกต่างหลากหลายตามธรรมชาติของสื่อโทรทัศน์

(ii) ส่วนเนื้อหาที่ถูกนำเสนอในรูปแบบของสปอตเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย 11 ชุด รวมจำนวนที่แพร่ภาพทั้งหมด 80 ตอน มีประเภทเนื้อหาด้านการป้องกันเพียง 66 ตอน ไม่มีเนื้อหาเกี่ยวกับด้านการรักษาและการฟื้นฟู จึงแสดงให้เห็นว่าสปอตเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยที่เผยแพร่ทางสื่อโทรทัศน์มีเนื้อหาส่งเสริมสุขภาพอนามัย โดยมุ่งเน้นให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันและการควบคุมโรคแก่ประชาชนทั้งโดยตรงและโดยอ้อม

(iii) ในงานวิจัยชิ้นนี้นอกจากจะตอบโจทย์ว่าสื่อโทรทัศน์แสดงบทบาทหน้าที่ด้านสุขภาพอะไรบ้างแล้ว (what function) ก็ยังก้าวไปถึงการตอบคำถามว่า แล้วสื่อโทรทัศน์เล่นบทบาทนั้นได้อย่างไร (How function) ด้วยการวิเคราะห์รูปแบบการนำเสนอเป็นรายการประเภทต่างๆ และผล

การวิจัยพบว่า เนื้อหาสุขภาพที่ถูกนำเสนอผ่านสื่อโทรทัศน์นั้นสามารถจะนำเสนอได้ในรูปแบบที่หลากหลาย ตั้งแต่การบรรยายในรายการประเภทนิตยสารทางอากาศ การบรรยายสลับกับการสัมภาษณ์และการสนทนา ในรายการประเภทสนทนาสุขภาพ นำเสนอในรูปแบบละคร เช่น ละครสั้นเพื่อสุขภาพ รายการปัญหาชีวิตและสุขภาพ และนำเสนอได้ทั้งรายการสด (Live program) และรายการแห้ง (Dry program) จากรูปแบบการนำเสนอที่หลากหลายซึ่งเป็นข้อเด่นของรายการโทรทัศน์ รวมทั้งการนำเสนออย่างเป็นประจำสม่ำเสมอ น่าจะทำให้สื่อโทรทัศน์เป็นช่องทางการให้ข่าวสาร/ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(iv) แม้ว่าผลการวิจัยจะแสดงให้เห็นการทำหน้าที่ที่ดี (Well-function) ของสื่อโทรทัศน์ในประเด็นสุขภาพ แต่ท่ามกลางกลุ่มตัวอย่างรายการที่มีนับเป็นร้อยๆ ตอน ผลการวิจัยก็ได้แสดงให้เห็นการทำหน้าที่ที่ไม่เหมาะสม (Malfunction) อยู่บ้าง เช่น การนำเสนอข่าวสารอย่างมากเกินไปหรืออย่างซ้ำๆ ทำให้ประชาชนเกิดความตระหนกเกินจริง หรือการนำเสนอเนื้อหาที่เฉพาะเจาะจง เช่น การสอนเรื่องโรคจิตโรคประสาทและวิธีการรักษาแก่นักศึกษาแพทย์มานำเสนอทางโทรทัศน์ซึ่งมีผู้ชมเป็นประชาชนทั่วไป ก็อาจจะทำให้ประชาชนไปซื้อยามารักษาด้วยตนเองโดยไม่ผ่านการวินิจฉัยของแพทย์

(v) **บทสรุป** จากการสัมภาษณ์ผู้ผลิตรายการและพิธีกรในรายการสุขภาพพบว่า ผู้ส่งสารเหล่านี้ประเมินว่าด้วยคุณสมบัติของสื่อโทรทัศน์ที่เป็นสื่อที่มีทั้งภาพและเสียง เป็นสื่อที่สามารถนำเอาประเด็นปัจจุบันมาใส่ได้ทันที เป็นสื่อที่ประชาชนให้ความเชื่อถือและเปิดรับอยู่เป็นประจำจึงสามารถแก้ไขความเข้าใจผิดต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งกระตุ้นให้ประชาชนสนใจสุขภาพอนามัยของตนได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม สื่อโทรทัศน์ก็มีข้อจำกัดบางประการในการทำหน้าที่ เช่น มีเวลาที่จำกัดเรียกร้องให้ผู้ชมต้องมาชมในเวลาที่กำหนดเอาไว้ ฯลฯ และผู้วิจัยพบว่าโทรทัศน์ยังไม่ได้แก้ไขข้อจำกัดให้ลุล่วงไป เช่น ยังไม่ค่อยมีการแจ้ง

สถานที่ติดต่อให้ผู้รับสารขอข้อมูลเพิ่มเติม เป็นต้น

(ง) ประไพพรรณ ธงอินเนตร (2532) เรื่อง “หน้าที่ของหอกระจายข่าวในการให้ความรู้ความเข้าใจด้านสาธารณสุขมูลฐานแก่ประชาชนใน จ.นครปฐม จากงานวิจัยสื่อมวลชนขนาดใหญ่เช่นโทรทัศน์ที่กล่าวมาแล้ว งานวิจัยชิ้นนี้จะศึกษาสื่อชุมชนขนาดเล็กที่เรียกว่า “หอกระจายข่าว” หรือ “ระบบเสียงตามสาย” ที่มีอยู่ในชุมชนหมู่บ้านไทยเกือบทุกแห่งที่มาของแนวคิดงานวิจัยชิ้นนี้เริ่มมาจากในช่วงแผนพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศไทยฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534) ที่เริ่มเข้าสู่กระบวนการนวัตกรรมการแพทย์เชิงสังคม (Social Determinism of Health) ซึ่งมีแนวคิดหลักว่าปัจจัยของการมีสุขภาพดีนั้นจะกระจายตัวอยู่ในมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ดังนั้น แนวทางการทำงานด้านสุขภาพจึงต้องกระจายออกไปเช่นกัน (decentralized) ในระยะเริ่มแรก หน่วยงานรัฐของไทยเลือกใช้ “สื่อบุคคล” เช่น อสม. ผสส. เพื่อบรรลุภารกิจการกระจายบริการสาธารณสุขให้ถึงประชาชน แต่ก็พบข้อจำกัดของการใช้ “ปัจเจกบุคคล” ในระยะต่อมาจึงพัฒนาแนวคิดเรื่องการทำงานเป็น “กลุ่มบุคคล” แบบเชื่อมโยง เช่น คณะกรรมการหมู่บ้านร่วมมือกับ อสม. ผสส. และประสานบูรณาการกับสื่อประเภทอื่นๆในชุมชน เช่น หอกระจายข่าว

แต่เนื่องจากหอกระจายข่าวซึ่งมีลักษณะเป็นสื่อกระจายเสียงประเภทหนึ่ง แม้ว่าจะเป็นสื่อชุมชนที่มีลักษณะเรียบง่ายในแง่เทคนิค แต่ก็ยังต้องประกอบไปด้วย 3 มิติ คือ ฝ่ายบริหาร ฝ่ายรายการ และฝ่ายเทคนิค โดยเฉพาะอย่างยิ่งรูปแบบการบริหารหอกระจายข่าวซึ่งมักจะเป็นจุดอ่อนของชุมชนที่ทำให้หอกระจายข่าวไม่สามารถดำเนินการได้อย่างยาวนาน หรือแม้ดำรงอยู่ได้ก็ไม่สามารถทำหน้าที่ตามที่คาดหวัง หรือมีฉะนั้นก็ได้แต่เพียงดำรงอยู่แต่ไม่สามารถพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้น นี่จึงเป็นที่มาของโจทย์การวิจัยหลักของการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยเพื่อตอบโจทย์หลักๆว่า ระหว่างการมีหรือไม่มีหอกระจายข่าวจะทำให้ชาวบ้านมีความรู้สาธารณสุขขั้นพื้นฐานแตก

ต่างกันหรือไม่ และสำหรับหมู่บ้านที่มีหอกระจายข่าว 3 แห่งที่มีรูปแบบการบริหารงานแตกต่างกันคือ รูปแบบตั้งเป็นคณะกรรมการ รูปแบบบริหารโดยปัจเจกบุคคลเพียง 1-2 คน รูปแบบกึ่งคณะกรรมการซึ่งจะทำงานแบบคณะกรรมการร่วมกันเป็นครั้งคราวแต่ปกติก็จะมีบุคคลเพียง 1-2 คนดำเนินงาน ทั้ง 3 รูปแบบนี้จะทำให้การแสดงบทบาทหน้าที่ของหอกระจายข่าวแตกต่างกันหรือไม่ สำหรับหอกระจายข่าวกลุ่มตัวอย่างนั้นได้เลือกหมู่บ้านในเขต อ.ดอนตูม จ.นครปฐม

ผลการวิจัยที่น่าสนใจ มีดังนี้

(i) **ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการบริหารหอกับการแสดงบทบาทหน้าที่** ซึ่งวัดใน 4 บทบาท ผลการวิจัยพบว่า 3 บทบาทคือ บทบาทการสำรวจปัญหาและความต้องการของชุมชน (เพื่อนำเนื้อหามาจัดรายการ) บทบาทในการจัดรายการ และบทบาทในการวางแผนกระจายเสียง รูปแบบการบริหารแบบคณะกรรมการ/กึ่งคณะกรรมการจะแสดงบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่ารูปแบบเฉพาะบุคคล และหากเป็นบทบาทการติดตามประเมินผลการกระจายเสียง รูปแบบคณะกรรมการบริหารจะกระทำได้อย่างดีที่สุด

(ii) **ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการบริหารกับความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐานของชาวบ้าน** พบว่า ความรู้ใน 3 หมวดไม่แตกต่างกันคือ เรื่องอนามัยแม่และเด็ก โภชนาการและการให้ภูมิคุ้มกันโรค แต่ทว่ามีความแตกต่างในความรู้เรื่องการจัดหาน้ำสะอาดและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม โดยหอกระจายข่าวที่มีรูปแบบการบริหารแบบคณะกรรมการมีคะแนนสูงสุด

(iii) **ผลการเปรียบเทียบระหว่างหมู่บ้านที่มีและไม่มีหอกระจายข่าว** พบว่า ความรู้ 3 เรื่องไม่แตกต่างกันคือ ความรู้เรื่องอนามัยแม่และเด็ก โภชนาการ และสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม แต่ความรู้หมวดที่แตกต่างกันคือ ความรู้เรื่องภูมิคุ้มกันโรค

(iv) ผู้วิจัยได้สรุปผลทั้งเรื่องการมีหอกระจายข่าวและไม่มี และ

รูปแบบการบริหารทั้ง 3 แบบที่ส่งผลแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยทั้งในเรื่อง การแสดงบทบาทที่วัดจากปริมาณกิจกรรมที่ดำเนินการเกี่ยวกับการกระจายเสียง และผลที่เป็นความรู้ของชาวบ้านซึ่งแตกต่างกันไม่มากนักกว่า น่าจะเนื่องมาจากในทั้ง 5 หมู่บ้านที่ศึกษานั้นมีสื่อบุคคล เช่น อสม. ทำงานด้านต่างๆมาก่อนหน้าที่จะมีหอกระจายข่าว ดังนั้นสถานะของหอกระจายข่าวจึงเล่นบทบาทเป็นสื่อเสริมสื่อบุคคลมากกว่าที่จะเป็นปัจจัยชี้ขาดเพียงสื่อเดียวในการให้ความรู้แก่ชุมชน

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยก็ได้ถอดบทเรียนว่า สื่อหอกระจายข่าว นั้น จะแสดงบทบาทหน้าที่ได้ดีในบริบทที่สื่อชุมชนอื่นๆ เช่น สื่อบุคคลไม่สามารถเผยแพร่ได้อย่างกว้างขวาง เช่น การรณรงค์เรื่องการจัดหา น้ำสะอาดหรือสุขภาพสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องระดมกำลังทั้งชุมชนหรือชุมชนที่อยู่ห่างไกลความเจริญและขาดแคลนสื่อประเภทอื่นๆ

(จ) นฤมล ใจดี (2552) เรื่อง “การพัฒนาและขยายผลองค์ความรู้การสื่อสารเพื่อสุขภาพของเจ้าหน้าที่อนามัย ต.น้ำเกีฮน อ.ภูเพียง จ.น่าน” งานวิจัยชิ้นนี้ทำการศึกษาการแสดงบทบาทหน้าที่ของสื่อบุคคล ซึ่งนับเป็นสื่อที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในงานสาธารณสุขโดยเฉพาะการดำเนินงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุขเชิงสังคมและทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้คัดเลือกกรณีศึกษาที่เป็นกรณีที่ประสบความสำเร็จ (success case) ของเจ้าหน้าที่รัฐระดับล่างสุดของระบบสาธารณสุขไทย คือ คุณสุษฎฐิ์ สุฤทธิ หัวหน้าสถานีอนามัย ต.น้ำเกีฮน จ.น่าน

สำหรับโจทย์การวิจัยนั้นมีหลายข้อ (เนื่องจากเป็นงานศึกษานิพนธ์ระดับปริญญาเอก) ตั้งแต่ศึกษาแบบจำลองการสื่อสารของสื่อบุคคลที่ศึกษา ความสามารถทางการสื่อสารของคุณสุษฎฐิ์ รวมทั้งการศึกษากการแสดงบทบาทหน้าที่ของสื่อบุคคลด้วย

ตามหลักแนวคิดแล้ว สื่อบุคคลเป็นสื่อที่สามารถแสดงบทบาทได้อย่างหลากหลายและยืดหยุ่นกว่าสื่อประเภทอื่นๆ เนื่องจากเป็น “บุคคล” ที่สามารถจะ “อ่านสถานการณ์” (Read situation) และเลือกแสดง/ปรับ

เปลี่ยนบทบาทได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ ดังที่ปรากฏในงานวิจัยสื่อ
บุคคลของไทยจำนวนมาก (สนใจโปรดดูกาญจนา แก้วเทพ “การจัดการ
ความรู้เบื้องต้นเรื่องการสื่อสารชุมชน”, 2551)

ในงานวิจัยของนฤมลนี้ก็ได้ข้อค้นพบเช่นเดียวกัน สื่อบุคคลที่
ศึกษานั้นสามารถแสดงบทบาทได้อย่างหลากหลายมาก และข้อที่น่า
สังเกตก็คือ แม้ว่าสื่อบุคคลที่ศึกษานั้นจะมีสถานะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณ
สุขของรัฐ ซึ่งถูกมอบหมายบทบาทที่คาดหวัง (expected role) เอาไว้
ว่า จะต้องแสดงบทบาทด้านการสื่อสารในฐานะเจ้าหน้าที่รัฐ แต่ผลการ
วิจัยก็แสดงให้เห็นว่า ในการดำเนินงานตามหลักการประสานสถาบัน
พื้นฐานของชุมชนคือ บ้าน วัด โรงเรียน และสถานอนามัย (บวรส.)
เข้าด้วยกัน เจ้าหน้าที่อนามัยจะต้องแสดงบทบาทที่เกินกว่าที่ถูกคาดหวัง
กล่าวคือ อย่างน้อยจะต้องเล่นบทบาทใน 2 สถานะคือ ทั้งบทที่เป็น
“เจ้าหน้าที่สาธารณสุข” (ทำงานตามนโยบายของหน่วยงานรัฐ) และ
“นักพัฒนาชุมชน” (ทำงานตามความต้องการของชุมชน) ไปพร้อมๆกัน
ตารางข้างล่างนี้ได้แสดงให้เห็นว่า บทบาทด้านการสื่อสารของคุณสฤณี
ในด้านต่างๆ มีถึง 18 บทบาท เป็นบทบาทหน้าที่โดยตรงตามความคาด
หวังของกระทรวงสาธารณสุข 5 บทบาท และบทบาทตามความเป็นจริง
ซึ่งเกิดจากการสนองตอบความต้องการของชุมชน 13 บทบาท ผู้วิจัยได้
จัดทำสรุปตารางบทบาทด้านการสื่อสารและปัจจัยส่งเสริมการทำหน้าที่
สื่อบุคคล ดังตารางต่อไปนี้

บทบาท	โมเดลการสื่อสาร	ลักษณะการสื่อสาร	การไหลของข่าวสาร	ความสามารถที่ต้องการ
1. การสอน ให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษา	Transmission	สื่อสารทางเดียว	บนลงล่าง	ความรู้ ความสามารถทางวิชาการ/ความสามารถในการถ่ายทอด/การแสวงหาข้อมูลข่าวสาร
2. การสนับสนุนและจัดกิจกรรมรณรงค์	Transmission	สื่อสารทางเดียว	บนลงล่าง	ความรู้ ความสามารถทางวิชาการ/การแสวงหาข้อมูลข่าวสาร/ทักษะในการประสานงาน
3. การปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างในเรื่องสุขภาพ	Transmission	สื่อสารทางเดียว	แนวนอน	ความสามารถด้านการสื่อสาร/การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
4. การประสานกับอบต. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	Ritualistic	สื่อสารสองทาง	แนวนอน	ความสามารถด้านการสื่อสาร/ทักษะในการประสานงาน
5. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับสุขภาพ สร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพแก่คนในชุมชน	Transmission	สื่อสารทางเดียว	บนลงล่าง	ความรู้ ความสามารถทางวิชาการ/การแสวงหาข้อมูลข่าวสาร/การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น/ทักษะการโน้มน้าวใจ
6. การกระตุ้น/สร้างแรงจูงใจและให้กำลังใจกับอสม.	Ritualistic	สื่อสารสองทาง	แนวนอน	ความสามารถด้านการสื่อสาร/การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
7. การสร้างมาตรการสังคม	Ritualistic	สื่อสารสองทาง	แนวนอน	ความสามารถด้านการสื่อสาร/การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
8. การจัดทำแผนชุมชน	Ritualistic	สื่อสารสองทาง	แนวนอน	ความสามารถด้านการสื่อสาร/การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

บทบาท	โมเดลการสื่อสาร	ลักษณะการสื่อสาร	การไหลของข่าวสาร	ความสามารถที่ต้องการ
9. การก่อตั้งมหาวิทยาลัยชีวิต	Transmission	สื่อสารทางเดียว	บนลงล่าง	ความสามารถด้านการสื่อสาร/ทักษะในการประสานงาน
10. การประชาสัมพันธ์ภาพลักษณ์	Ritualistic	สื่อสารสองทาง	แนวนอน	ความสามารถด้านการสื่อสาร/การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
11. การส่งเสริมผลิตภัณฑ์ชุมชน	Transmission	สื่อสารทางเดียว	ล่างขึ้นบน	ความสามารถด้านการสื่อสาร/การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น/ทักษะในการประสานงาน
12. การรับรองความประพฤติของเยาวชน	Ritualistic	สื่อสารสองทาง	แนวนอน	ความสามารถด้านการสื่อสาร/การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
13. การเชื่อมต่อสื่อสารในแนวนอนด้วยประเด็นการทำงาน	Ritualistic	สื่อสารสองทาง	แนวนอน	ความสามารถด้านการสื่อสาร/การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น/ทักษะในการประสานงาน
14. การเชื่อมต่อสื่อสารในแนวนอนของคนสองวัย	Ritualistic	สื่อสารสองทาง	แนวนอน	ความสามารถด้านการสื่อสาร/การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น/ทักษะในการประสานงาน
15. การสืบทอดวัฒนธรรมประเพณี	Ritualistic	สื่อสารสองทาง	แนวนอน	ความสามารถด้านการสื่อสาร/การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
16. การเจรจาต่อรอง	Ritualistic	สื่อสารสองทาง	แนวนอน	ความสามารถด้านการสื่อสาร/การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น/ทักษะในการประสานงาน
17. เป็นปากเป็นเสียงให้แก่ผู้ด้อยโอกาส	Transmission	สื่อสารทางเดียว	ล่างขึ้นบน	ความสามารถด้านการสื่อสาร/การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

บทบาท	โมเดลการสื่อสาร	ลักษณะการสื่อสาร	การไหลของข่าวสาร	ความสามารถที่ต้องการ
18. การเป็นที่ปรึกษา	Ritualistic	สื่อสารสองทาง	แนวนอน	ความสามารถด้านการสื่อสาร/การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น/ทักษะในการประสานงาน

ภาพที่ 30: ตารางสรุปบทบาทด้านการสื่อสารและปัจจัยส่งเสริมการทำหน้าที่สื่อบุคคล

5. ทฤษฎีการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจจากสื่อ (Uses & Gratifications Approach)

ทฤษฎีการใช้ประโยชน์นี้ เป็นทฤษฎีที่เกิดขึ้นในราวช่วงทศวรรษ 1970 ซึ่งเป็นช่วงเวลาหลังทฤษฎีผลกระทบของสื่อ (Impact Theory) และหลังทฤษฎีหน้าที่นิยมเชิงสังคม (Social Functionalism) ทฤษฎีนี้มีความสัมพันธ์ในเชิงตอบโต้กับทฤษฎีที่มีมาก่อนหน้านั้น

เมื่อเทียบกับ Impact Theory ซึ่งมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า “สื่อมีพลังอำนาจในการโน้มน้าวผู้รับสาร” ทฤษฎีการใช้ประโยชน์ไม่เห็นด้วยกับข้อตกลงดังกล่าว (ดูรายละเอียดต่อไป) และเมื่อเทียบกับทฤษฎีหน้าที่นิยมเชิงสังคม ในขณะที่ทฤษฎีการใช้ประโยชน์ก็มีที่มาจากทฤษฎีด้านจิตวิทยาที่ใช้แนวคิดเรื่อง “ความต้องการและแรงจูงใจ” (Need & Motivation) เป็นจุดเริ่มต้นในการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์เหมือนกัน หากทว่า “หน่วยที่ใช้วิเคราะห์” นั้นแตกต่างกัน เนื่องจากทฤษฎีการใช้ประโยชน์สนใจหน่วยการศึกษาที่เป็น “ปัจเจกบุคคล” (individual) จึงอาจกล่าวได้ว่า ทฤษฎีการใช้ประโยชน์นั้นเป็นทฤษฎีหน้าที่นิยมเชิงปัจเจกก็ได้ (Individual Functionalism)

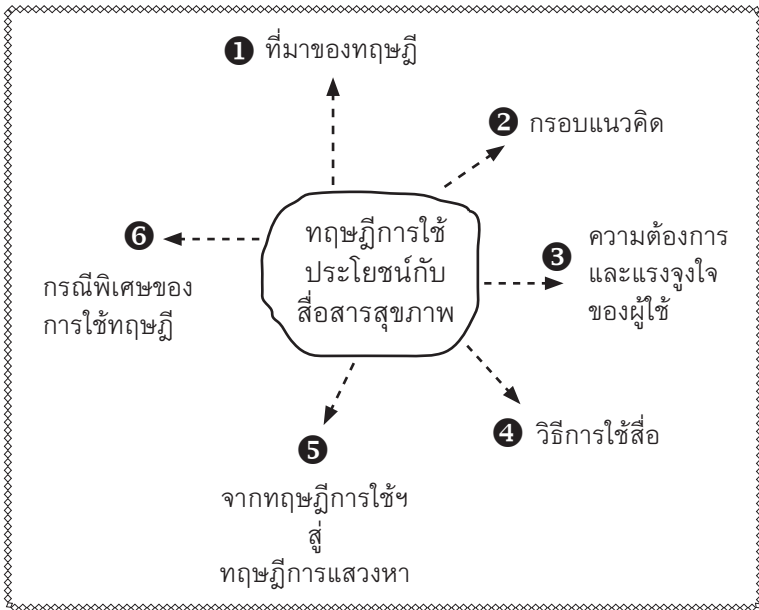
เมื่อเปรียบเทียบทฤษฎีการใช้ประโยชน์ กับทฤษฎีบทบาทหน้าที่นิยมเชิงสังคม (Social Functionalism) ที่ได้กล่าวมาแล้ว จะพบว่า ปริมาณ

งานวิจัยสื่อสารสุขภาพที่ใช้ทฤษฎีการใช้ประโยชน์ฯ นั้นจะมีจำนวนมากกว่าอย่างมาก รวมทั้งทฤษฎีการใช้ประโยชน์ฯ เองก็ยังเป็นทฤษฎีต้นแบบที่มีการแตกตัวออกไปเป็นทฤษฎีย่อยๆ อีกมาก จึงทำให้มีงานวิจัยที่เลือกใช้แนวคิดในกลุ่มทฤษฎีนี้เป็นไปจากประการการส่องนำทางอยู่มากยิ่งขึ้น ปริมาณที่มากมายของงานวิจัยสื่อสารสุขภาพภายใต้ร่มธงของทฤษฎีการใช้ประโยชน์ฯ นี้ อาจจะมีเหตุผลสนับสนุนอยู่หลายประการ เริ่มตั้งแต่ข้อเท็จจริงที่ว่า เรื่องสุขภาพนั้นเป็นเรื่องที่ง่ายต่อการรับรู้ว่ามีสำคัญอยู่แล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในยามที่เกิดภาวะวิกฤติ เช่น เกิดอาการเจ็บไข้ได้ป่วย ซึ่งอาจจะเป็นปัญหาระดับความเป็นความตายหรืออย่างน้อยก็สามารถสร้างความวิตกกังวลให้แก่ผู้คนได้ ดังนั้น บุคคลจึงเกิดความต้องการที่จะแสวงหาข่าวสารเพื่อมาลดความไม่แน่นอน (Uncertainty) หรือตอบสนองความต้องการของตน ประเด็นเรื่องสื่อสารสุขภาพจึงมีแนวคิดหลักพื้นฐาน (key concept) ที่สอดคล้องกับทฤษฎีการใช้ประโยชน์อยู่หลายประการ เช่น ทิศนะต่อผู้ใช้สื่อ (users) ที่ว่า ผู้ใช้สื่อมีลักษณะ active มีไชนั่งรอคอยข่าวสารอย่าง passive เป็นผู้เลือกใช้สื่อ (media selection) เป็นผู้เลือกรับสาร (message selection) หน่วยของการใช้สื่อมักจะเป็นระดับปัจเจก เป็นต้น

และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์จากการแพทย์แบบชีวภาพที่เน้นการพึ่งพาหมอมาสู่กระบวนทัศน์การแพทย์แบบสังคมและทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ ซึ่งประชาชนจะต้องพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้นเป็นลำดับ ทั้งในยามที่ยังมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ (ก็ต้องอ้ากรักษาสุขภาพที่ดีนั้นเอาไว้) และทั้งในยามที่เจ็บป่วย การที่จะพึ่งพาตนเองได้นั้นก็จำเป็นต้องมีต้นทุนความรู้ด้านสุขภาพ (knowledge capital) ที่มากพอและมีประสิทธิภาพ การแสวงหาข่าวสารข้อมูล (Information seeking) จึงเป็นหนทางหนึ่งของการบรรลุถึงเป้าหมายของการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

จากนี้ เราจะทำความรู้จักกับทฤษฎีการใช้ประโยชน์ฯ และกลุ่ม

ทฤษฎีอื่นๆในกลุ่มเดียวกันในแง่มุมต่างๆของสังเขปดังนี้



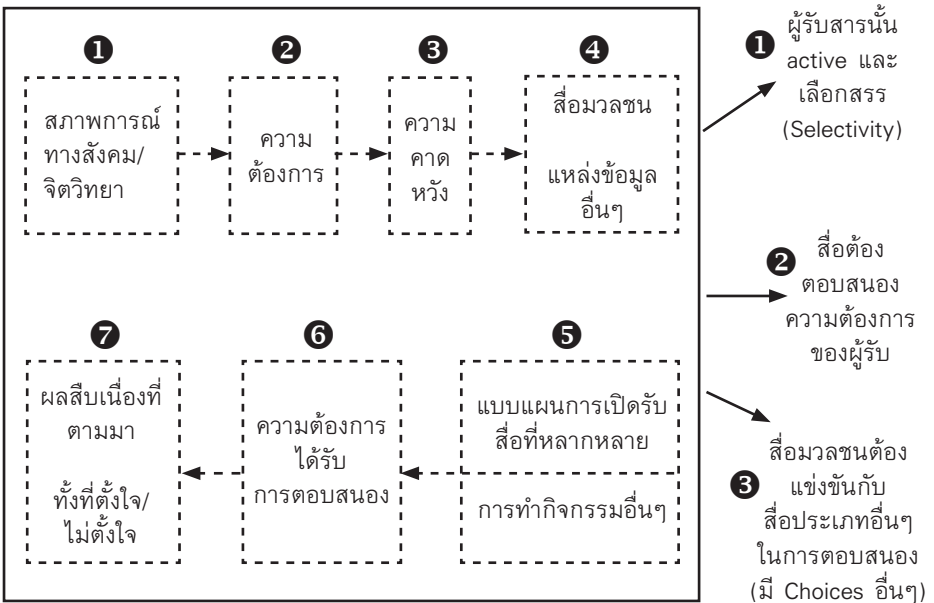
ภาพที่ 31: ทฤษฎีการใช้ประโยชน์กับงานวิจัยสื่อสารสุขภาพ

(5.1) ที่มาของทฤษฎี W. Severin & J. Tankard (2010) กล่าวถึงที่มาของทฤษฎีการใช้ประโยชน์ว่า ในช่วงเวลาที่ทฤษฎีผลกระทบจากสื่อกำลังเฟื่องฟูอยู่ในแวดวงวิชาการตะวันตก ซึ่งเป็นช่วงเวลาของสงครามโลกทั้งสองครั้งที่สื่อมวลชนประเภทต่างๆได้สาธิตพลังอำนาจในการโน้มน้าวใจผู้คนได้อย่างเด็ดขาด ระหว่างนั้นก็มีการเขียนของ R.A. Bauer (1964) ชื่อ "ผู้รับสารที่หัวรั้น" (The obstinate audience) ที่นำเสนอว่าผู้รับสารนั้นมีลักษณะ active และต่อต้านการโน้มน้าวของสื่อมวลชนได้

นักวิชาการรุ่นแรกๆที่เริ่มพูดถึงแนวคิดเรื่องที่คุณคนมาใช้ประโยชน์จากสื่อคือ Elihu Katz P. Lazarsfeld (1955) ที่มีทำที่โต้แย้ง Impact Theory โดยตรง ด้วยการนำเสนอว่า แทนที่เราจะตั้งโจทย์การวิจัยว่า

“สื่อได้ทำอะไรบ้างกับผู้คน” (ตาม Impact Theory) เราควรจะเปลี่ยนเป็นคำถามว่า “ผู้คนได้ทำอะไรกับสื่อ” มากกว่า

(5.2) **กรอบแนวคิด** ดังนั้น กรอบแนวคิดที่ถูกขยายรายละเอียดออกมาดังที่แสดงในภาพต่อไปนี้ จะแสดงให้เห็นตัวแปรที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการเลือกใช้สื่อ ที่มาจากตัวแปรเรื่องความต้องการและแรงจูงใจ (Need & motivation) เป็นอันดับแรก



ภาพที่ 32: ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการใช้ประโยชน์

(5.3) **ความต้องการและแรงจูงใจของผู้ใช้** เนื่องจากความต้องการและแรงจูงใจเป็นตัวแปรตัวแรกของทฤษฎีการใช้ประโยชน์จากสื่อ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า ข้อตกลงเบื้องต้น (basic assumption) ของทฤษฎีนี้ก็คือ มนุษย์เราจะกระทำพฤติกรรมใดก็ตาม รวมทั้งพฤติกรรมการใช้สื่อก็เนื่องมาจากเกิดความต้องการและแรงจูงใจ ดังนั้น นักทฤษฎี

ในกลุ่มนี้จึงพยายามค้นหาว่า มีความต้องการและแรงจูงใจอะไรที่ทำให้คนเรามีพฤติกรรมกาเปิดรับสาร และนักวิชาการแต่ละกลุ่มมีข้อเสนอต่าง ๆ กัน

ตัวอย่างเช่น McQuail, Blumler & Brown (1972 อ้างจาก Serverin, 2010) เสนอว่า กลุ่มของแรงจูงใจใหญ่ๆที่คนเราเปิดรับสื่อ่นั้นมีอยู่ 4 กลุ่มด้วยกันคือ

1) เพื่อหลีกเลี่ยง (Diversion) ซึ่งหมายถึงความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงจากกิจวัตรประจำวัน จากปัญหา หรือผ่อนคลายอารมณ์

2) เพื่อสร้างความสัมพันธ์กับคนอื่น (Personal relationship) เป็นการใช้ประโยชน์ทางสังคม เช่น นำเอาข้อมูลข่าวสารไปพูดคุยสนทนา หรือใช้สื่อเป็นเพื่อน

3) เพื่อสร้างอัตลักษณ์ของตนเอง (Personal identity) เช่น การตกย้ำค่านิยมที่ยึดถืออยู่ เพื่อทำความเข้าใจตัวเอง เพื่อสำรวจความเป็นจริงทางสังคม และอื่นๆ

4) เพื่อสำรวจหาข้อมูล (Surveillance) เพื่อแสวงหาข่าวสาร ข้อมูลที่จะมีผลกระทบต่อตนเองหรือนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการใดการหนึ่ง

เมื่อเวลาทำวิจัยเรื่องสื่อสารสุขภาพ หลังจากสำรวจเหตุผลว่าบุคคลใช้การสื่อสารเพื่ออะไรแล้ว เราก็สามารถจะนำเอาเหตุผลดังกล่าวมาจัดเป็นกลุ่มตามเกณฑ์ข้างต้นนี้

ส่วน Katz, Gurevitch & Haas (1973 อ้างจาก Serverin, 2010) ได้สำรวจเหตุผล/ความต้องการในการใช้สื่อ และพบว่า มีคำตอบถึง 35 ความต้องการ และได้นำมาจัดเป็นหมวดหมู่ใหญ่ๆได้ 5 หมวด

- 1) ความต้องการเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ (Cognitive needs)
- 2) ความต้องการเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก (Affective needs)
- 3) ความต้องการเกี่ยวกับตนเอง (Personal integrative needs)

เช่น เสริมสร้างความมั่นใจ สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ยกสถานภาพของตนเอง

4) ความต้องการทางสังคม (Social integrative needs) เช่น เพื่อสานสายสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน ฯลฯ

5) เพื่อผ่อนคลาย/ลดความตึงเครียด (Tension release need)

(5.4) **วิธีการใช้สื่อ** (Media use) ตัวแปรต่อมาที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องกับ “การใช้สื่อ” หลังจากที่ผู้ใช้มีความต้องการและแรงจูงใจ และจะเปิดรับสื่อแล้ว ก็คือ แล้วผู้ใช้จะเปิดรับสื่ออย่างไร หรือที่เรียกว่า “วิธีการใช้สื่อ” แนวคิดนี้เริ่มก่อตัวมาจากผลการวิจัยที่ค่อยๆ สะสมมา เช่น Mark R. Levy (1978, อ้างจาก Serverin, 2010) ได้จัดกลุ่มเหตุผลของการดูข่าวโทรทัศน์แล้วแบ่ง “วิธีการใช้สื่อ” ออกเป็น 2 วิธีคือ

(ก) **ใช้แบบ Active** กลุ่มนี้จะรวมคำตอบประเภทที่ว่า เปิดดูข่าวเพราะคุณภาพของข่าว เพราะชอบรูปแบบรายการ เพราะชื่นชอบผู้ประกาศข่าว เป็นต้น

(ข) **ใช้แบบ Passive** กลุ่มนี้จะรวมคำตอบประเภทที่ว่า ดูเพราะเป็นความเคยชิน เปิดดูสถานีช่องนี้อยู่แล้ว ดูไปเรื่อยๆ ไม่มีเหตุผลอะไร เป็นต้น

งานวิจัยที่เป็นตัวอย่างแบบฉบับของการนำทฤษฎีการใช้ มาศึกษาเรื่องการสื่อสารสุขภาพก็เช่น งานวิจัยของสุภาภรณ์ พรหมศิริราช (2541) เรื่อง “ความพึงพอใจของผู้ชมรายการสุขภาพกับการดูแลตัวเอง” ผู้วิจัยตั้งวัตถุประสงค์ที่จะสำรวจพฤติกรรมการรับชมรายการสุขภาพ ความพึงพอใจ และการใช้ประโยชน์จากรายการสุขภาพทางโทรทัศน์อันเป็นไปตามแนวคิดหลักของทฤษฎีการใช้ นั่นเอง

และสำหรับกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพ เนื่องจากในช่วงเวลาที่ศึกษานั้น กำลังอยู่ในช่วงของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ที่ก้าวมาสู่แนวคิดทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ และเน้นแนวคิดเรื่องการพึ่งตนเองด้านสุขภาพโดยติดตั้งความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพผ่านสื่อมวลชนประเภทต่างๆ โดยเฉพาะสื่อโทรทัศน์

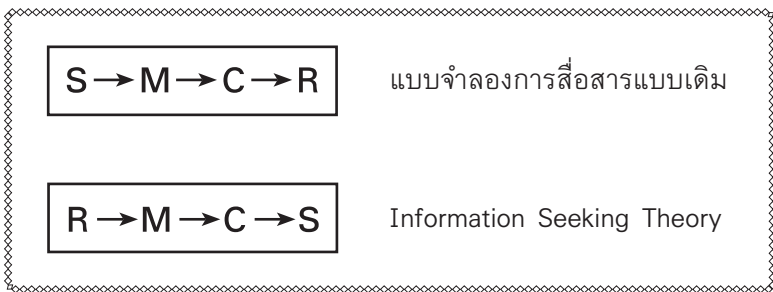
สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่งานวิจัยเลือกมานั้นเป็นกลุ่มผู้มาใช้บริการโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครทั้งภาครัฐและเอกชน 18 โรงพยาบาล จำนวน 384 คน โดยผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างว่าต้องมีอายุ 15 ปีขึ้นไป และเคยชมรายการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทางโทรทัศน์ รายการใดรายการหนึ่ง มีข้อน่าสังเกตว่า จากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้บริการที่โรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็นกรณีที่ตนเองเจ็บป่วยเองหรือมีญาติพี่น้องที่เจ็บป่วย ก็ย่อมหมายความว่า บุคคลกลุ่มนี้ได้ก้าวเข้ามาสู่บริเวณของสุขภาพใน zone ที่ 1 และ 2 แล้ว และน่าจะมีผลต่อแรงจูงใจที่จะเปิดรับ/แสวงหาข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าผู้ที่ยังคงมีสุขภาพดีทั่วไป

ผู้วิจัยพบคุณลักษณะสำคัญของกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย มีอายุอยู่ระหว่าง 26-35 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นพนักงานบริษัท รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000-10,000 บาท ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ผลการวิจัยแสดงว่า คนกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องของสุขภาพอยู่แล้ว จึงเป็นมูลเหตุจูงใจให้ไปเปิดรับชมรายการสุขภาพเพื่อนำเอาความรู้มาใช้ประโยชน์ในด้านชีวิตการทำงาน และชีวิตประจำวัน และความรู้ในหมวดด้านการป้องกันและควบคุมโรคเป็นความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างใช้ประโยชน์มากที่สุด เนื่องจากในช่วงภาวะเศรษฐกิจปัจจุบัน การต้องรับภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลย่อมเป็นเรื่องลำบากของคนกลุ่มนี้ แต่ในเวลาเดียวกัน คนกลุ่มนี้ก็มีระดับการศึกษาสูงพอที่จะทำความเข้าใจเรื่องการดูแลป้องกันควบคุมโรคด้วยตนเองได้ นอกจากนี้ การเปิดรับความรู้ด้านสุขภาพจากสื่อโทรทัศน์ก็มีค่าใช้จ่ายน้อยเมื่อเทียบกับสื่อประเภทอื่นๆ

สำหรับความคาดหวังของกลุ่มที่สนใจเรื่องสุขภาพต่อการเผยแพร่ความรู้ข่าวสารผ่านทางโทรทัศน์นั้น ในแง่ปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคิดว่ารายการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่เพียงพอกับความต้องการ ในแง่คุณภาพ กลุ่มตัวอย่างต้องการให้มีการนำเสนอในช่วงวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ (เนื่องจากเป็นผู้ที่กำลังทำงาน) และความยาวของรายการน่าจะมีประมาณ

10-20 นาที (อย่างน้อยยาวพอที่จะอธิบายเรื่องความรู้ได้) และรูปแบบรายการก็น่าจะเป็นรายการสารคดีสั้นหรือรูปแบบสัมภาษณ์สนทนา และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเห็นด้วยกับการเปิดโอกาสให้ผู้ชมได้เข้าไปร่วมแสดงความคิดเห็นหรือซักถามในขณะออกอากาศ ซึ่งเป็นหลักการทั่วไปว่า การสื่อสารในเรื่องสุขภาพนั้น การสื่อสารแบบสองทางเป็นรูปแบบที่เหมาะสมที่สุด

(5.5) จากทฤษฎีการใช้ประโยชน์สู่ทฤษฎีการแสวงหาข่าวสาร จากข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีการใช้ประโยชน์จากสื่อที่เชื่อว่าผู้รับสารนั้นมีลักษณะ active ในการเปิดรับสื่อมีลักษณะ “เลือก” ในการเปิดรับเนื้อหาสารแต่ละชนิด ซึ่งเป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการของตน ในขั้นต่อมา ทฤษฎีการใช้ประโยชน์ก็ได้พัฒนาแตกยอดออกมาเป็นกลุ่มทฤษฎีใหม่ๆอีกหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีการแสวงหาข่าวสาร (Information seeking) ซึ่งได้กลับแบบจำลองการสื่อสารโดยถือว่า ผู้รับสารนั้นจะมีลักษณะ active อย่างสูงสุด โดยจะเปลี่ยนสถานะจากผู้ที่เคยรองรับ “ข่าวสาร” มาเป็น “ผู้แสวงหาข่าวสาร” ดังแสดงในภาพ



ภาพที่ 33: แบบจำลองของทฤษฎีการแสวงหาข่าวสาร

สำหรับงานวิจัยสื่อสารสุขภาพที่ใช้ทฤษฎีการแสวงหาข่าวสารนั้น โดยส่วนใหญ่แล้วจะเริ่มจากการระบุความต้องการไม่ว่าจะเป็นทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม ของผู้แสวงหา (Information Seeker)

จากนั้นก็จะมีรูปแบบของเนื้อหา (Type of message) ที่สามารถจะมาตอบสนองได้ ตามด้วยช่องทางการสื่อสาร/สื่อประเภทต่างๆที่ผู้แสวงหาคาดหวังว่าจะมีเนื้อหานั้นบรรจุอยู่ (Channel/media) โดยทั้งหมดนี้จะเป็นไปตามหลักการของทฤษฎีการแลกเปลี่ยน (Exchange Theory) กล่าวคือ ผู้แสวงหาจะพยายามลงทุน/ใช้ทรัพยากรทุกอย่าง (เวลา/เงิน/ความพยายาม ฯลฯ) ให้น้อยที่สุด เพื่อให้ได้ผลลัพธ์/ผลตอบแทน (reward) อย่างสูงที่สุด

ส่วนตัวอย่างงานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีการแสวงหาข่าวสารในด้านสื่อสารสุขภาพนั้นมีปริมาณมากพอสมควร ในที่นี้จะยกกรณีการแสวงหาข่าวสารด้านสุขภาพ 2 กรณี กรณีแรกเป็นข่าวสารประเภทที่หาได้ทั่วไปคือโรคเกี่ยวกับฟัน และกรณีที่สองเป็นกรณีข่าวสารที่หาได้ยาก คือการดูแลเด็กที่เป็นออทิสติก

(ก) สุदारตัน ควบสถาพรทวี (2529) เรื่อง “พฤติกรรมของคนใช้ในการเสาะแสวงหาสารสนเทศเพื่อรับบริการด้านทันตสุขภาพและทันตสุขภาพศึกษาจากทันตแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร” ถึงแม้ว่าความเจ็บป่วยจากปัญหาโรคฟันนั้นน่าจะจะไม่ร้ายแรงเหมือนโรคบางโรค เช่น มะเร็งเอดส์ ฯลฯ แต่ทว่าความทุกข์ทรมานจากโรคนี้ก็มิใช่น้อย นอกจากนั้นในการเข้ารับบริการรักษาเยียวาก็ยังมีปัจจัยอื่นๆเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ค่ารักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง ดังนั้นสุदारตันผู้วิจัยจึงสนใจว่า เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยจากโรคฟันนั้น คนไข้มีพฤติกรรมการแสวงหาข่าวสารในประเด็นใดบ้าง และแสวงหาผ่านช่องทางไหน/สื่ออะไร (เนื่องจากการวิจัยชิ้นนี้ดำเนินการตั้งแต่ปี.ศ.2529 ซึ่งในปัจจุบันนี้ เทคโนโลยีการสื่อสารรวมทั้งระบบข่าวสารในเรื่องทันตสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงไปมากแล้ว จึงต้องคำนึงถึงช่วงระยะเวลาที่ศึกษาวิจัยด้วย)

ในงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยได้ตั้งวัตถุประสงค์ไว้หลายข้อ ในที่นี้จะนำเสนอเฉพาะวัตถุประสงค์ในส่วนที่เกี่ยวกับเรื่องการแสวงหาข่าวสารของผู้ป่วยที่มาพบและขอรับบริการจากทันตแพทย์ ทั้งกรณีที่มีปัญหาทันต

สุขภาพแบบใดแบบหนึ่งหรือมาพบทันตแพทย์เพื่อตรวจทันตสุขภาพก็ตาม ผู้วิจัยสนใจว่า ผู้ป่วยมีวิธีการอย่างไรในการเสาะหาสารสนเทศเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ซึ่งเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจมารับบริการดังกล่าว ผู้วิจัยคาดหวังว่า หากเราได้ทราบถึงพฤติกรรมการเสาะหาสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจของคนไข้ที่จะมาพบทันตแพทย์ จะได้ใช้เป็นแนวทางในการหาวิธีการสื่อสารเพื่อเผยแพร่ความรู้และแรงจูงใจประชาชนให้ไปรับการตรวจทันตสุขภาพจากทันตแพทย์ได้ (กล่าวคือ ใช้มาตรการป้องกันโดยเรียนรู้จากมาตรการการรักษา)

การวิจัยออกแบบด้วยการสัมภาษณ์คนไข้จำนวน 192 คนที่มารับบริการจากสถานบริการทันตกรรมทั้งของรัฐและเอกชนจำนวน 43 แห่ง ผลการวิจัยที่น่าสนใจมีดังนี้

(i) จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างคนไข้ทั้งหมด ในเบื้องต้นพบว่า ส่วนใหญ่แล้วคนไข้จะมีพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา มาก่อน มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ไม่ได้เสาะหาสารสนเทศและตัดสินใจโดยใช้เหตุผลด้านความสะดวกเป็นเหตุจูงใจให้ตัดสินใจหรือเลือกใช้บริการ (เช่น สถานบริการอยู่ใกล้บ้าน) ข้อมูลดังกล่าวนี้สามารถตีความได้ว่า คนไข้ทันตสุขภาพนั้นจะมีพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลก่อนจะตัดสินใจรับการรักษา ซึ่งน่าจะช่วยให้ฝ่ายบริการสารสนเทศหมอบัญหาเรื่องแรงจูงใจในการเปิดรับข่าวสาร

(ii) และสำหรับประเภทของเนื้อหาที่คนไข้แสวงหาข้อมูลนั้นจะมีอยู่ 2 ประเด็นใหญ่ๆคือ เรื่องคุณภาพของการบำบัดรักษา รองลงมาคือสารสนเทศเกี่ยวกับอัตราค่ารักษาพยาบาล ซึ่งก็เป็นไปตามข้อสังเกตเบื้องต้นของผู้วิจัยที่ว่า เนื่องจากปัญหาเรื่องโรคฟันนั้นอาจจะมีได้มีความร้ายแรงถึงแก่ชีวิต ในอีกด้านหนึ่ง อัตราค่ารักษาเกี่ยวกับโรคฟันนั้นมีราคาค่อนข้างสูง ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจว่า ควรจะไปรับบริการหรือไม่ หรือจะไปรับบริการที่ไหน ฉะนั้นในการจัดหาสารสนเทศเกี่ยวกับทันตบริการ อัตราค่ารักษาบริการจึงเป็น

ข้อมูลสำคัญและเบื้องต้นที่จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ

(iii) ส่วนช่องทางการสื่อสาร/ประเภทของสื่อที่ผู้ป่วยใช้แสวงหาสารสนเทศนั้น ในช่วงเวลาที่ศึกษาจะเป็นการสื่อสารระหว่างบุคคลเป็นหลัก โดยสอบถามข้อมูลหรือได้รับคำแนะนำจากบุคคล เช่น คนในครอบครัว เครือญาติ เพื่อน (ซึ่งจะมีผลต่อข้อจำกัดของข่าวสาร เพราะบุคคลประเภทนี้มีผู้ใช้ให้บริการโดยตรง) และอาจจะเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์แบบสนิทสนมหรือแบบผิวเผิน ทั้งนี้เพราะโรคฟันเป็นโรคปกติธรรมดาที่ไม่มีค่านิยมทางสังคมมาเกี่ยวข้องเช่น โรคเพศสัมพันธ์ (กามโรค เอ็ดส์) จึงสามารถซักถามได้อย่างเปิดเผย

(iv) ส่วนการแสวงหาข่าวสารของคนไข้ในบริบทอื่นๆ เช่น ในระหว่างการรักษาบำบัดจากทันตแพทย์ พบว่า คนไข้ส่วนใหญ่ไม่เคยสอบถามทันตแพทย์เกี่ยวกับความรู้ด้านการป้องกันทันตสุขภาพเลย (ทั้งๆ ที่เป็นวาระโอกาสที่จะได้ข้อมูลจากสื่อบุคคลที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ) ทั้งนี้ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า ไม่กล้าหรือเกรงใจและเห็นว่าทันตแพทย์มีงานมากไม่ยอมรับกรทวน นอกจากนั้น ผู้วิจัยยังพบทัศนคติของคนไข้ที่ไม่ตรงกัน เช่น คนไข้ส่วนมากเห็นว่า ทันตแพทย์ควรเป็นผู้ให้สารสนเทศด้านทันตสุขภาพแก่คนไข้ (ซึ่งทันตแพทย์สามารถเลือกเนื้อหาสาระที่เฉพาะเจาะจงได้ เพราะได้เห็นสุขภาพของฟันและช่องปากของคนไข้แล้ว) แต่คนไข้บางส่วนก็เห็นว่า ไม่จำเป็นเพราะคนไข้สามารถเสาะแสวงหาได้จากแหล่งข่าวสารอื่นๆ

ส่วนในบริบทที่อยู่แวดล้อมของการรักษาพยาบาล คือภายในสถานบริการทันตกรรมส่วนมากจะมีสื่อสิ่งพิมพ์เผยแพร่ความรู้ด้านทันตสุขภาพ เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ แต่ปรากฏว่าคนไข้ส่วนใหญ่กลับไม่เคยอ่านสื่อเหล่านี้ ทั้งนี้ควรมีการประสานบูรณาการกันระหว่างสื่อบุคคล เช่น ทันตแพทย์กับบรรดาสื่อสิ่งพิมพ์เหล่านี้ เช่น ทันตแพทย์แนะนำให้คนไข้อ่านสื่อสิ่งพิมพ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเป็นพิเศษ

(v) เมื่อการแสวงหาข่าวสารของคนไข้เป็นแต่เฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้อง

กับการรักษาและค่าใช้จ่าย ดังนั้นความรู้ในเรื่องวิธีป้องกันโรคในช่องปากอย่างถูกต้องครบถ้วนทุกวิธีจึงเข้าไม่ถึงคนไข้ แม้แต่ในช่วงเวลาที่คนไข้เข้าไปถึงแหล่งข่าวสารเช่นสถานบริการทันตกรรมแล้ว ซึ่งน่าจะเป็นช่วงเวลาที่ดีที่สุดที่จะได้รับความรู้ด้านการป้องกัน แต่ทว่า ในช่องทางดังกล่าวก็ยังถูกใช้ประโยชน์น้อยเกินไปทั้งจากฝ่ายทันตแพทย์ผู้ให้บริการและคนไข้ผู้รับบริการ

(ข) ปิยะนารถ จันทรโชติวิทย์ (2543) เรื่อง “กระบวนการแสวงหาข้อมูลข่าวสารในการดูแลเด็กออทิสติก” งานศึกษาชิ้นนี้ดำเนินการในช่วงปีพ.ศ.2543 ซึ่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติกในช่วงเวลาที่ศึกษานั้นเป็นข้อมูลที่ยังไม่แพร่หลายและหาได้ยาก แต่ทว่าพ่อแม่ที่มีลูกเป็นออทิสติกซึ่งเป็นเด็กที่มีพัฒนาการผิดปกติไปจากเด็กทั่วไป เช่น ไม่พูดเมื่อถึงอายุที่สมควร ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว ฯลฯ แม้เมื่อพ่อแม่แนะนำบุตรหลานมาพบกับแพทย์ ก็พบว่ามีปัญหาในด้านการสื่อสารกับแพทย์อย่างมาก เริ่มตั้งแต่ผู้ปกครองคิดว่าหมอช่วยอะไรไม่ได้มาก หมอเองก็ไม่มีวิธีการรักษา ฯลฯ แต่เนื่องจากความจำเป็นที่พ่อแม่จะต้องอยู่ดูแลลูกหลานทุกวันในชีวิตประจำวัน นี่จึงเป็นแรงผลักดันให้พ่อแม่ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกต้องแสวงหาข้อมูลข่าวสารเพื่อมาจัดการกับปัญหาของตน

ผู้วิจัยอาศัยแนวคิดเรื่องวิธีการแสวงหาข่าวสารแบบต่างๆจากแนวคิดของ C.R. Berger (1995) ผู้ซึ่งได้เสนอทฤษฎีที่กล่าวถึงการลดความไม่แน่นอน โดยการทำความเข้าใจด้วยตนเองและการหาความรู้เพิ่มเติม ซึ่งเรียกว่า “การแสวงหาข้อมูลข่าวสาร” (Information-seeking) ทั้งนี้ Berger ได้กล่าวถึงกลยุทธ์ในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับตัวบุคคลที่ผู้แสวงหาต้องการสร้างความสัมพันธ์ไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้ ลักษณะที่หนึ่งได้แก่ การรอรับข้อมูลข่าวสาร (Passive strategy) คือ การกระทำเชิงรับ โดยการสังเกตสิ่งที่มีอยู่/เป็นอยู่เกี่ยวกับบุคคลที่ต้องการสร้างความสัมพันธ์ ไม่ได้ใช้ความพยายามอื่นใดในการแสวงหาข้อมูลข่าว

สาร ลักษณะที่สองได้แก่ การเฝ้าหาข้อมูลข่าวสาร (Active strategy) คือ มีการกระทำเชิงรุกต่างๆเพื่อให้ได้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุคคลที่ต้องการสร้างความสัมพันธ์ โดยการถามจากบุคคลอื่น หรือเสาะแสวงหาข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ และลักษณะที่สามได้แก่การมีปฏิสัมพันธ์เพื่อให้ได้ข้อมูลข่าวสาร (Interactive strategy) คือการได้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุคคลที่ต้องการสร้างความสัมพันธ์โดยมีการปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับบุคคลนั้น ใช้การเปิดเผยตนเองเป็นกลวิธีที่สำคัญในการปฏิสัมพันธ์เพื่อให้ได้ข้อมูลข่าวสารที่ต้องการนั้น

การวิจัยออกแบบโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ปกครองเด็กออทิสติกจำนวน 20 คน (ใช้วิธี snowball technique) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองอายุระหว่าง 26-52 ปี มีการศึกษาระดับมัธยมและปริญญาตรี เกือบทั้งหมดเป็นมารดาของเด็ก ครึ่งหนึ่งมีอาชีพเป็นแม่บ้าน อีกครึ่งหนึ่งรับราชการและมีกิจการส่วนตัว ซึ่งอาจสรุปได้ว่าเป็นกลุ่มผู้ปกครองที่มีฐานะปานกลาง และมีการศึกษาดีพอสมควร และมีเวลา ซึ่งคุณลักษณะดังกล่าวจะเป็นเงื่อนไขที่เอื้ออำนวยต่อการแสวงหาข่าวสาร

ผลการวิจัยที่น่าสนใจมีดังนี้

(i) แรงจูงใจให้แสวงหาสารสนเทศก็คือ อาการผิดปกติของเด็กที่ผู้ปกครองรับรู้ ต่อมาก็คือ อารมณ์ความรู้สึกของผู้ปกครองเมื่อไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นหรือปฏิกิริยาของคนแวดล้อมทำให้เกิดความไม่แน่นอนและความไม่มั่นใจ (เช่น ควรจะเลี้ยงดูเด็กออทิสติกให้เหมือนเด็กทั่วไป หรือควรจะปฏิบัติให้พิเศษแตกต่างไป) ปัญหาอื่นๆในชีวิตที่เริ่มรุนแรง เช่น เรื่องการเงินของครอบครัวและสุดท้ายคือความล้มเหลวที่จะได้รับสารสนเทศจากแพทย์ ทำให้ผู้ปกครองเหล่านี้ต้องแสวงหาข้อมูลจากแหล่งข่าวสารอื่นๆ

(ii) สำหรับกระบวนการแสวงหาข้อมูลข่าวสารนั้น ทั้งในแง่เนื้อหาข่าวสารที่ต้องการและแหล่งข้อมูล/ช่องทาง/สื่อ นั้นจะแบ่งไปตามระยะความ

ไม่แน่นอนได้เป็น 3 ระยะ คือ

(1) **ระยะก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติก** มีวัตถุประสงค์ในการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเพื่อยืนยันความผิดปกติของลูก โดยหาข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ เพื่อน และญาติ รวมทั้งสื่อต่างๆ ได้แก่ โทรทัศน์ หนังสือ และแผ่นพับ เนื้อหาข้อมูลข่าวสารที่ต้องการคือต้องการทราบว่าการความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับลูกนั้นคืออะไร และควรไปรับการตรวจรักษาจากใคร ที่ไหน

(2) **ระยะที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติกแล้ว แต่ยังไม่ยอมรับว่าลูกเป็นออทิสติก** มีวัตถุประสงค์ในการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเพื่อทำความเข้าใจกับออทิสติก โดยหาข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ เพื่อน ญาติ และผู้ปกครองที่มีลูกเป็นออทิสติกด้วยกัน จากสื่อต่างๆ ได้แก่ ภาพยนตร์ หนังสือ Internet การเข้าร่วมอบรม เนื้อหาข้อมูลข่าวสารที่ต้องการทราบคือ ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับออทิสติก

(3) **ระยะที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติกแล้ว และยอมรับว่าลูกเป็นออทิสติก** มีวัตถุประสงค์ในการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเพื่อปรับพฤติกรรมของลูก และเตรียมความพร้อมในการอยู่ในสังคม โดยหาข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ เพื่อน ญาติ และผู้ปกครองที่มีลูกเป็นออทิสติกด้วยกัน จากสื่อต่างๆ ทั้งจากโทรทัศน์และหนังสือ เนื้อหาข้อมูลข่าวสารที่ต้องการทราบคือวิธีปรับพฤติกรรม ข้อมูลการศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบ

(iii) สำหรับกลยุทธ์ในการแสวงหาข้อมูลตามแนวคิดของ Berger นั้น ผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองเด็กออทิสติกได้ใช้ทั้ง 3 วิธี ซึ่งน่าจะเนื่องมาจากข่าวสาร/สารสนเทศเรื่องการดูแลเด็กออทิสติกนั้นหาได้ยาก และมีการกระจุกตัวอย่างมาก รายละเอียดของกลยุทธ์ทั้ง 3 นั้นก็คือ

(1) **การรอรับข้อมูลข่าวสาร** เป็นการสังเกตประสบการณ์ของบุคคลอื่น หรือได้รับข้อมูลข่าวสารจากสิ่งที่มีอยู่แล้วเช่น การที่ผู้ปกครองจดจำการดูแลเด็กจากผู้ปกครองท่านอื่น หรือกรณีที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร

ผ่านสื่อโทรทัศน์โดยบังเอิญ เป็นต้น

(2) **การเฝ้าหาข้อมูลข่าวสาร** เป็นการแสวงหาข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ หรืออาจจะนำตัวเองเข้าไปสู่สิ่งแวดล้อมที่เต็มไปด้วยข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ได้ความรู้ใหม่ๆ เช่น การเข้าร่วมการอบรมต่างๆ การค้นคว้าหาข้อมูลจาก Internet การแสวงหาหนังสือหรือเอกสารต่างๆ มาอ่าน การสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญ หรือบุคคลอื่นๆ เป็นต้น

(3) **การมีปฏิสัมพันธ์เพื่อให้ได้ข้อมูลข่าวสาร** เป็นการได้ข้อมูลข่าวสารจากประสบการณ์โดยตรงของบุคคลหรือการทดลองด้วยตัวเอง เช่น การที่ผู้ปกครองมีประสบการณ์ตรงโดยการทดลองปรับพฤติกรรมของลูกด้วยตนเอง หรือการที่ได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ มา ไม่ว่าจะจากทางใด ผู้ปกครองนำข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่ได้นั้นมาทดลองใช้ ปรับใช้กับลูก เรียนรู้จากประสบการณ์ตรงจากลูก เป็นต้น

(5.6) **กรณีพิเศษของทฤษฎีการใช้กับการวิจัยสื่อสารสุขภาพ** แม้ว่าข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีการใช้ และทฤษฎีการแสวงหาข่าวสารนั้นจะระบุว่า ผู้ใช้สาร/สื่อ นั้นมีลักษณะ active ใช้สื่ออย่างมีเป้าหมาย (goal-oriented) คือเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง เป็นผู้ que เลือกสารสื่อและสารประเภทต่างๆ (selectivity) รวมทั้งมีตัวเลือกหลายประเภทให้เลือก (choices) ไม่ว่าจะ เป็นสื่อมวลชน สื่อบุคคล สื่อใหม่ ฯลฯ และหากสื่อใดไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ ผู้ใช้ก็จะเปลี่ยนไปหาแหล่งสารสนเทศอื่นๆ แทน

แต่สำหรับข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าว นั้น เมื่อนำมาประยุกต์ใช้กับงานวิจัยสื่อสารสุขภาพ ข้อตกลงดังกล่าวอาจจะใช้ได้เป็นจริงกับกลุ่มบุคคลที่ยังมีสุขภาพดี (คือ กลุ่มคนที่อยู่ใน zone 3 ของปริมาตรของสุขภาพ) แต่สำหรับในกรณีพิเศษอื่นๆ โอกาสในการเลือกหรือตัวเลือกสำหรับผู้ใช้อาจไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีการใช้ โดยอาจจะมี “ข้อจำกัดต่างๆ (constraint) เกิดขึ้น ไม่ว่าจะ เป็นข้อจำกัด

ทางกายภาพ/ทางเศรษฐกิจสังคมของผู้ใช้สื่อ-สาร หรือข้อจำกัดอันเกิดจากลักษณะของโรค และอื่นๆ

ดังเช่นตัวอย่างงานวิจัยกรณีแรกของเดือนใจ เทพยสุวรรณ (2529) เรื่อง “การใช้วิธี “โลกแคบ” ศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยกามโรค กรณีศึกษา ณ ศูนย์กามโรค เขต 1 จ.สระบุรี” ในกรณีคุณลักษณะของโรคที่เป็นจะเป็นปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการแสวงหาข่าวสาร เนื่องจากกามโรคเป็นกลุ่มโรคพิเศษที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศสัมพันธ์และการละเมิดค่านิยมของสังคม (เช่น การมีประเวณีนอกสมรส การไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอาชีพพิเศษ) ดังนั้น การสื่อสารที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการสื่อสารสำหรับผู้ป่วยจึงเป็นการสื่อสารชนิดพิเศษที่เรียกว่า “การสื่อสารต้องห้าม” (Taboo communication) ซึ่งจะต้องส่งผ่านข่าวสารระหว่างผู้ส่งและผู้รับเป็นเรื่องเฉพาะตัวหรือเป็นความลับ ไม่ให้การสื่อสารในพื้นที่สาธารณะ E. Rogers (อ้างจากเดือนใจ, 2529) ระบุคุณลักษณะของการสื่อสารต้องห้ามว่า เป็นการสื่อสารที่จะเกิดขึ้นระหว่างผู้ส่งและผู้รับที่มีความคล้ายคลึงกันอย่างสูง (high degree of homophily) และไม่สื่อสารกับคู่สื่อสารที่ต่างออกไป (heterophily) ซึ่งทำให้สารนั้นยังคงรักษาสภาพ “ต้องห้าม”เอาไว้ได้

และจากคุณลักษณะของการสื่อสารต้องห้ามดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยคาดเดาว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนไข้อย่างที่ป่วยเป็นกามโรคและเข้ามารับการรักษาที่ศูนย์กามโรคเขต 1 สระบุรี จำนวน 92 รายนั้น จะมีแบบแผนการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกามโรค (เช่น สถานที่รักษา อาการ ค่าบริการ ความรุนแรงของโรค ยา ฯลฯ) ด้วยวิธีการที่เรียกว่า “โลกแคบ” (Small world method) ผู้ริเริ่มวิธีการนี้คือ Kohen และ Pool ที่เสนอว่ามีวิธีการแสวงหาข่าวสารสำหรับบุคคลที่มีระยะทางในทางภูมิศาสตร์ห่างไกลกัน ไม่เคยพบหรือรู้จักกันมาก่อน แต่สามารถเชื่อมโยงถึงกันได้โดยผ่านเครือข่ายการสื่อสารและมีตัวกลาง (intermediary) จำนวนไม่มากนัก

ผลการวิจัยผู้ป่วยกามโรคที่เป็นชายซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ยืนยัน

แนวคิดของ Kohen และ Pool ผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยส่วนมากเลือก**สื่อบุคคล** เป็นสื่อในการแสวงหาข่าวสารต่างๆ รวมทั้งสารสนเทศเกี่ยวกับกาโรค และก็ยังเปิดรับข่าวสารเรื่องกาโรคจากสื่อบุคคลมากกว่าสื่อชนิดอื่นๆ ดังนั้น สารสนเทศจะแพร่กระจายได้อย่างต่อเนื่องจากผู้ป่วยคนหนึ่งไปยังผู้ป่วยคนอื่นๆ และต่อไปโดยสื่อบุคคลในลักษณะปากต่อปากได้ง่ายกว่าช่องทางอื่นๆ โดยปริมาณตัวกลางที่ใช้ผ่านเชื่อมโยงนั้นมี 1-2 ตัวกลาง เป็นจำนวนมากที่สุด (76.7%)

และสำหรับข้อเสนอเรื่องคุณลักษณะของการสื่อสารต้องห้ามของ Rogers นั้น ก็ได้ผลการวิจัยที่ยืนยันเช่นเดียวกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่พอใจที่จะติดต่อแสวงหาสารสนเทศ และ/หรือแลกเปลี่ยนสารสนเทศกับบุคคลที่ตนทราบหรือเข้าใจว่ามีสภาพเศรษฐกิจสังคมคล้ายคลึงกับผู้ป่วยมากกว่าแสวงหา/แลกเปลี่ยนกับคนที่มีสภาพแตกต่างกัน และยังสื่อสารกับคนที่มีสภาพคล้ายคลึงกันกับตนในระดับ “บ่อยครั้ง” มากกว่า

อีกกรณีหนึ่งเป็นการแสวงหาข่าวสารที่มีข้อจำกัดด้านกายภาพ/พื้นที่ของผู้ใช้สื่อ คืองานวิจัยของนิชซารีย์ เดชสงัจรัส (2552) เรื่อง “การใช้สื่อของผู้ปลูกถ่ายไขกระดูกเพื่อการเสริมบำบัด” ผู้วิจัยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงกับการเคยเป็นโรคมะเร็งและได้รับการรักษาตัวด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูก และจากประสบการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญอย่างยิ่งของการสื่อสารในทั้ง 3 ช่วงขั้นตอนของประสบการณ์การเจ็บป่วย คือช่วงก่อนเข้ารับการรักษาในศูนย์ปลูกถ่ายไขกระดูก ช่วงอยู่ในศูนย์ ซึ่งมีข้อจำกัดเรื่องโอกาสของการแสวงหาข่าวสาร และช่วงหลังออกจากศูนย์ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะขยายประสบการณ์ส่วนตัวไปยังกลุ่มคนไข้คนอื่นๆที่มีประสบการณ์ร่วมกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นคนไข้มะเร็งที่ผ่านการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกจำนวน 12 คน จาก 2 โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร

ผลการวิจัยหลักๆพบว่า ในแต่ละช่วงเวลาซึ่งความต้องการของผู้ป่วยจะแปรเปลี่ยนไป ดังนั้น ทั้งเป้าหมายของการใช้สื่อ ทั้งแหล่งข่าวสาร

และทั้งเนื้อหาสารที่ต้องการนั้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละช่วงคือ

(i) **ช่วงก่อนเข้าสู่ศูนย์** (ตั้งแต่รับรู้ว่าเป็นโรค) เป้าหมายของการแสวงหาข่าวสารก็คือต้องการเนื้อหาความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดการความเจ็บป่วย (instrumental use) แต่ความวิตกกังวลจากโรคก็ทำให้เพิ่มเป้าหมายการใช้สื่อเพื่อลดความกังวลด้วย ดังนั้น เนื้อหาสารที่ต้องการจึงมี 3 ประเภทคือ เนื้อหาเกี่ยวกับอาการและวิธีการรักษาโรค เนื้อหาเกี่ยวกับศาสนา-หลักธรรม เนื้อหาที่ให้ความบันเทิงผ่อนคลาย-ให้กำลังใจ แต่เนื้อหาประเภทแรกจะเป็นหลัก แต่เนื่องจากผู้ป่วยยังอยู่นอกศูนย์ฯ จึงมีแหล่งข้อมูลจากสื่อทุกประเภท ตั้งแต่สื่อมวลชน สื่อสมัยใหม่ (อินเทอร์เน็ต) สื่อเฉพาะกิจ สื่อบุคคลทั้งแพทย์และคนในครอบครัว

(ii) **ช่วงเข้ารับการรักษาในศูนย์ฯ** ช่วงเวลานี้ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดจากการใช้ยาและต้องอยู่ในห้องเฉพาะเพื่อป้องกันการติดเชื้อตามลำพัง สิ่งของเครื่องใช้รวมทั้งการติดต่อกับผู้อื่นจึงจำกัดเนื่องจากต้องระวังเรื่องการติดเชื้อ และผู้ป่วยยังต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดจากการรักษา ดังนั้น แม้ว่าเป้าหมายของการใช้สื่อจะยังคงมี 2 ประเภท แต่การใช้สื่อเพื่อผ่อนคลายความทุกข์ก็มีความสำคัญมากพอๆกับการแสวงหาความรู้ และเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อกับโลกภายนอกได้ ดังนั้น โอกาสที่จะเลือกใช้สื่อบางประเภท เช่น สื่อมวลชน (ไม่สามารถอ่านหนังสือพิมพ์ได้เพราะมีสารตะกั่ว) ตัวเลือกแหล่งข่าวสารจึงเป็นสื่อบุคคลเช่นแพทย์และโดยเฉพาะพยาบาลเป็นหลัก ในช่วงเวลานี้ ผู้ป่วยหลายท่านเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการใช้สื่อของตน เช่น จากที่เคยชอบอ่านหนังสือพิมพ์ประเภทสาระความรู้ก็เปลี่ยนมาเป็นอ่านนวนิยายเพื่อผ่อนคลายความทุกข์แทน

(iii) **ช่วงหลังออกจากศูนย์ฯ** เป็นอีกช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้กลับมา มีโอกาสเปิดกว้างในการเลือกใช้สื่อ แหล่งข้อมูลจึงกลับไปเป็นแบบแผนเดิม แต่ทว่าประเภทของเนื้อหาจะเปลี่ยนแปลงไปตามความต้องการอันใหม่คือ ต้องการเนื้อหาที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น

6. ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองแห่งสื่อกับงานวิจัยสื่อสารสุขภาพ (Political Economy of Media)

ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองแห่งสื่อ่นั้นสามารถจัดรวมอยู่ในกลุ่ม Social Determinism of Media เนื่องจากทฤษฎีนี้มีความเชื่อเบื้องต้นว่า การดำเนินงานต่างๆของสื่อมวลชนนั้นจะถูกกำหนดจากกลุ่มต่างๆในสังคม และเนื่องจากกลุ่มต่างๆ ชนชั้นต่างๆในสังคมมีพลังอำนาจ (power) ไม่เท่าเทียมกันไม่ว่าแหล่งพลังอำนาจนั้นจะมาจากมิติด้านเศรษฐกิจ (โดยเฉพาะทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองสนใจพลังอำนาจที่มาจากการเป็นเจ้าของ - power of ownership) หรือพลังอำนาจที่มาจากมิติด้านการเมือง (เช่น การเข้าครอบครองอำนาจในกลไกรัฐ) ดังนั้น ในการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากสื่อมวลชนนั้นจะมีลักษณะของความไม่เสมอภาค/ไม่เท่าเทียมกันอยู่เสมอ

เมื่อนำทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองเข้ามาประยุกต์ใช้ในงานด้านสื่อสารมวลชน แม้ว่าสื่อมวลชนหลายประเภทจะถูกรับรู้เสมือนว่าเป็น “บริการสาธารณะ” (public service) ที่ทุกคนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน แต่นักทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองก็จะตั้งคำถามและโจทย์การวิจัยเสมอว่า สื่อมวลชนนั้นได้ทำหน้าที่ให้บริการ (เช่น ด้านความรู้ สุขภาพ) อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกันจริงหรือ หรือว่า “ลักษณะของชนชั้นของคนแต่ละกลุ่มที่มีพลังอำนาจไม่เท่ากัน” ได้เข้ามากำหนดให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการ ดังเช่นตัวอย่างการวิจัยของนิภาพรรณ สุขศิริ (2540) ที่จะได้ดูรายละเอียดต่อไป

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองจะใช้แนวคิดเรื่อง “บริการสาธารณะ” (public service) และ “สินค้า” (commodity) มาเป็นเกณฑ์หลักในการวิเคราะห์ ตัวอย่างเช่น การให้บริการการรักษาเยียวยา (แม้แต่ป้องกัน ควบคุม) และผลิตภัณฑ์สุขภาพในระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมนั้นได้เปลี่ยนสถานะของ “บริการสุข

ภาพส่วนใหญ่” ให้มาเป็น “สินค้า” ที่มีราคาค่างวด ซึ่งก่อให้เกิดสภาพการณืต่างๆตามมามากมาย เช่น ความไม่ยุติธรรมของคนกลุ่มชนชั้นต่างๆที่มีอำนาจซื้อไม่เท่ากัน บริการและผลิตภัณฑ์ที่มีราคาแพง รวมทั้งปรากฏการณ์การทำให้เรื่องของสุขภาพกลายเป็น “โรค” ที่ต้องรักษา/มีค่าใช้จ่ายตลอดเวลา ดังที่ได้กล่าวมาแล้วถึงปรากฏการณ์ Medicalization หรือ “โรคหมอทำ” (ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของอูริสรา โกวิทย์ดำรง, 2542 เรื่อง “การวิเคราะห์เนื้อหาการให้ความรู้ขนาดสั้นทางโทรทัศน์ที่มีวัตถุประสงค์ทางการตลาดแฝง และการเปิดรับ การตระหนักรู้ และทัศนคติของผู้ชมรายการสตรี” เป็นต้น)

แต่เนื่องจากทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองเป็นแนวคิดที่มีหลักปรัชญาแบบบริภาษวิธี (dialectic) ดังนั้นจึงมีทัศนะแบบหัวก้อยอยู่ตลอดเวลา กล่าวคือ ในด้านหนึ่ง ทฤษฎีนี้จะวิเคราะห์ว่า อำนาจ/พลังของแต่ละชนชั้นนั้นได้เข้ามากำหนด/มีอิทธิพลต่อเรื่องการสื่อสารสุขภาพอย่างไร (Power of domination) แต่ในอีกด้านหนึ่ง ทฤษฎีนี้ก็เชื่อว่า “ที่ใดมีการใช้อำนาจครอบงำ ที่นั่นก็จะมี การต่อสู้ ต่อรอง คัดง้าง ปฏิเสธอยู่เสมอ” (counter-power)

งานวิจัยด้านสื่อสารสุขภาพที่ใช้ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองแห่งสื่อนั้นมีจำนวนเพียงเล็กน้อย เนื่องจากสถานะของทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองแห่งสื่อเป็นเพียงกลุ่มทฤษฎีทางเลือก (Alternative) มิใช่ทฤษฎีกระแสหลักในแวดวงสื่อสารศึกษา

จากนี้จะนำเสนอตัวอย่างงานวิจัยสื่อสารสุขภาพที่ใช้ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองเป็นแนวทางนำ ดังนี้

นิภาพรรณ สุขศิริ (2540) เรื่อง “ทิศทางการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์” เป้าหมายสูงสุดของผู้วิจัยในฐานะผู้ที่ทำงานอยู่ในแวดวงสาธารณสุข และมีความคาดหวังที่จะใช้สื่อมวลชนขนาดใหญ่ เช่น สื่อโทรทัศน์ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน แต่เนื่องจากผู้วิจัยมิได้ใช้ทฤษฎีหน้าที่นิยมของสื่อ (Functionalism) หาก

ทว่าได้เลือกใช้นวัตกรรมเศรษฐศาสตร์การเมืองแห่งสื่อเป็นไฟฉายส่อง ผู้วิจัยจึงตั้งข้อสงสัยว่า โทรทัศน์ได้ทำหน้าที่เป็นกลไกหนึ่งในการสร้างสรรค์ความยุติธรรมด้านสุขภาพอนามัย โดยถือหลักว่า “ต้องให้มากสำหรับผู้ที่มีน้อย” หรือทำได้เพียงซ้ำเติมความยุติธรรมด้านสุขภาพอนามัยให้เพิ่มมากขึ้น

งานวิจัยชิ้นนี้ตั้งวัตถุประสงค์เชิงเศรษฐศาสตร์การเมืองเอาไว้หลายประการ และออกแบบการวิจัย 2 วิธี วิธีแรกคือการวิเคราะห์ตัวบท/เนื้อหา (Textual analysis) รายการสุขภาพทางโทรทัศน์ที่แพร่ภาพและเสียงทั้ง 5 สถานี (ช่อง 3 5 7 9 และ 11) ในช่วงเวลาของเดือนมกราคม 2539 ซึ่งประกอบด้วยรายการประเภทความรู้ 20 รายการ 151ตอน/เรื่อง และโฆษณาเกี่ยวกับสุขภาพ 65 เรื่อง

วิธีที่สองคือ การศึกษาผู้ชมรายการสุขภาพจำนวน 400 คน ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มคนโดยใช้ “ชนชั้น” เป็นเกณฑ์ได้ 3 กลุ่มคือ

(1) ชนชั้นนำ หมายถึง คณะรัฐมนตรี นายพลทหาร/ตำรวจ ข้าราชการพลเรือนระดับ 9 ขึ้นไป รัฐวิสาหกิจระดับผู้อำนวยการกองขึ้นไป และนักธุรกิจชั้นนำ จำนวน 50 คน

(2) ชนชั้นกลาง หมายถึง นายทหาร/ตำรวจระดับพันเอกลงมา ข้าราชการพลเรือนระดับ 8 ลงมา รัฐวิสาหกิจระดับต่ำกว่าผู้อำนวยการกอง พนักงานบริษัทระดับปวส.ขึ้นไป ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ เช่น วิศวกร สถาปนิก เจ้าของกิจการ ศิลปิน ฯลฯ จำนวน 150 คน

(3) ชนชั้นล่าง หมายถึง เกษตรกร หาบเร่ กรรมกร (ภาคการเกษตร อุตสาหกรรม และการขนส่ง) ลูกจ้าง ช่างฝีมือที่ไม่เชี่ยวชาญ จำนวน 200 คน

ผลการวิจัยที่น่าสนใจมีดังนี้

(i) ภาพรวมของประเภทรายการ พบว่าเนื้อหารายการมี 6 ประเภท คือ อาหาร แม่และเด็ก เอดส์ สุขภาพตา สุขภาพฟัน และภาวะเจ็บป่วย

ประเภทรายการที่มีมากคือ ภาวะเจ็บป่วยและอาหาร ซึ่งอาจจะ เป็นเพราะ “เกณฑ์ภาวะเจ็บป่วย” นั้นครอบคลุมเนื้อหาที่กว้างขวาง และ อีกเหตุผลหนึ่งคือ ทั้ง 2 ประเภทรายการเป็นรายการที่สามารถหาสปอน เซอร์ได้ง่าย ส่วนรายการที่มีปานกลางคือแม่และเด็ก รายการที่มีน้อยคือ เอดส์ สุขภาพตา และสุขภาพฟัน ซึ่งน่าจะมาจากเหตุผลเดียวกัน

(ii) **รูปแบบรายการ** พบว่ารูปแบบรายการความรู้มีมากกว่า รูปแบบโฆษณาประมาณ 3 เท่า (อาจจะเนื่องจากวิธีการวัด เพราะใน 1 รายการจะแบ่งเป็นหลายตอน Episode ผู้วิจัยใช้นับจำนวนตอน) แต่เมื่อพิจารณา “ปริมาณของความรู้” แล้ว ในขณะที่รูปแบบรายการ ความรู้จะออกอากาศเพียงครั้งเดียว แต่รูปแบบโฆษณาจะมีความถี่ซ้ำซาก หลายครั้ง จึงน่าจะมียุทธิพลต่อผู้ชมมากกว่า

(iii) **ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทผู้ผลิต** (หน่วยงานรัฐ/ เอกชน) กับรูปแบบรายการ (ความรู้/โฆษณา) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ผลิต ที่เป็นหน่วยงานรัฐจะผลิตรายการความรู้มากกว่าโฆษณา ในขณะที่เอกชน จะผลิตโฆษณามากกว่า ซึ่งหมายความว่า รัฐมีบทบาทเป็นผู้ให้บริการ ด้านสุขภาพมากกว่าเอกชนซึ่งใช้สุขภาพเป็นสินค้าประเภทหนึ่ง

(iv) **ลักษณะทางชนชั้นในอาหารรายการ** ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ “ชนชั้น” มาแบ่งอาหารรายการทั้งหมด โดยแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

(ก) **รายการที่ไม่มีมีลักษณะทางชนชั้น** หมายถึง ชื่อตอนและ เนื้อหารายการไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มโรคยากจน และกลุ่มโรคจากความมั่งคั่ง รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายของรายการไม่ได้มุ่งชนชั้นใดเป็นการเฉพาะเจาะจง

(ข) **รายการที่มีลักษณะทางชนชั้น** ได้แก่ ชื่อตอนและเนื้อหา รายการประเภทนี้ยังแยกเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ รายการที่มีลักษณะชนชั้น ล่างและรายการที่มีลักษณะชนชั้นนำ

โดยภาพรวมพบว่า สัดส่วนของรายการที่ไม่มีชนชั้นกับรายการ ที่มีชนชั้นจะใกล้เคียงกันคือ 5:4 ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายว่า อาจจะมียุทธิพล จากจำนวนหนึ่ง เช่น อุบัติเหตุ ยาเสพติด โรคจิต อันเป็นโรคที่เกิดได้กับทุก

ชนชั้นมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น (และประเภทรายการที่เป็นภาวะเจ็บป่วยก็มีเนื้อหามากที่สุด) และเมื่อสาวไปดูประเภทของผู้ผลิต ก็พบว่า รัฐผลิตรายการที่ไม่มีชนชั้นมากกว่าเอกชนถึง 2 เท่า อย่างไรก็ตาม เมื่อเจาะเข้ามาดูรายการที่มีลักษณะทางชนชั้น กลับพบว่า รัฐและเอกชนก็ไม่ได้มีความแตกต่างกันเลย กล่าวคือ ผู้ผลิตทั้งสองประเภทล้วนผลิตรายการสำหรับชนชั้นนำมากกว่าชนชั้นล่างถึง 3 เท่า ผู้วิจัยสรุปว่า ไม่ว่าจะรัฐหรือเอกชนต่างก็ทำให้รายการสุขภาพทางโทรทัศน์กลายเป็นเครื่องมือซ้ำเติมความไม่ยุติธรรมด้านสาธารณสุขให้เพิ่มมากขึ้น

(v) ความสัมพันธ์ระหว่างชนชั้นของผู้รับสารกับแบบแผนการใช้ประโยชน์จากสื่อโทรทัศน์ ผลจากการสำรวจผู้ชมที่มีมาจากชนชั้นที่ต่างกัน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า “ลักษณะทางชนชั้น” ของผู้ชมได้เข้ามาเกี่ยวข้องกับแบบแผนการใช้ประโยชน์จากรายการสุขภาพทางโทรทัศน์อย่างชัดเจนในหลายแง่มุม เช่น

(ก) แบบแผนการเปิดรับเรื่องสุขภาพจากสื่อโทรทัศน์ มีความแตกต่างกันระหว่างชนชั้น กล่าวคือ ชนชั้นล่างและชนชั้นกลางจะเปิดรับจากโทรทัศน์เป็นอันดับแรก ในขณะที่ชนชั้นนำจะเปิดรับจากสื่อสิ่งพิมพ์และแพทย์พยาบาลมากกว่าโทรทัศน์ ซึ่งคงเป็นสาเหตุเรื่องการใช้เวลาและอำนาจในการซื้อบริการของชนชั้นนำ

ส่วนเหตุผลในการดูรายการสุขภาพทางโทรทัศน์นั้น ชนชั้นล่างและชนชั้นนำจะมีแบบแผนคล้ายกัน คือ ดูเพราะความบังเอิญ ในขณะที่ชนชั้นกลางจะใช้ประโยชน์จากโทรทัศน์จริงจังกว่า คือ ดูเพื่อความรู้และดูเพื่อนำไปใช้ ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดด้านโทรทัศน์ทั่วไปที่ว่าเนื้อเรื่องและวัฒนธรรมในโทรทัศน์นั้นสอดคล้องกับชนชั้นกลางมากกว่าชนชั้นอื่นๆ

(ข) ความเชื่อถือในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ มีความแตกต่างกันระหว่างชนชั้น คือ กลุ่มชนชั้นล่างจะมีความเชื่อถือในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ 100% ในขณะที่ชนชั้นกลางและชนชั้นนำจะมีความ

เชื่อถือเพียงประมาณ 60% อาจเนื่องจากฐานความรู้ด้านสุขภาพของ 2 กลุ่มแตกต่างกัน คือ ชนชั้นนำและชนชั้นกลางมีฐานข้อมูลกว้างขวางกว่าชนชั้นล่าง (ชนชั้นนำและชนชั้นกลางใช้สื่ออย่างอื่น ๆ ในเรื่องสุขภาพมากกว่า) ดังนั้น จึงสามารถดูรายการสุขภาพอย่างไตร่ตรองและตรวจสอบได้มากกว่าชนชั้นล่าง

(ค) **ลักษณะการนำไปปฏิบัติได้ของเนื้อหารายการ** กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ชนชั้นตอบเป็นแบบแผนเดียวกันหมดว่า สามารถนำเอาคำแนะนำจากรายการไปปฏิบัติตามได้ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า แบบแผนการใช้ข่าวสารทางสุขภาพของคนแต่ละชนชั้นแตกต่างกัน คือชนชั้นล่างจะคัดเลือกเอาแนะนำที่เกี่ยวกับ “การรักษาตัวเอง” (เช่น ซึ่อย่ากินเอง) ไปปฏิบัติ ชนชั้นกลางจะคัดเลือกคำแนะนำที่เกี่ยวกับ “การป้องกันสุขภาพ” ไปปฏิบัติ ในขณะที่ชนชั้นนำก็จะนำเอาเรื่อง “การส่งเสริมสุขภาพ” ไปปฏิบัติ (ด้วยความช่วยเหลือจากแพทย์และบริการต่างๆ) ปรากฏการณ์นี้จึงยืนยันข้อคิดของ D. Morley (1992) ที่ระบุว่า โครงสร้างทางสังคมของคนแต่ละกลุ่มจะเป็นตัวกำหนดแบบแผนการดูชมและการนำไปใช้ประโยชน์ของพวกเขา ในกรณีนี้คนไทยแต่ละชนชั้นจะเลือกเอาข่าวสารจากรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ในส่วนสั้นๆ ที่สามารถผนวกเข้าหรือสอดคล้องกับพฤติกรรมอนามัยของตน (ที่มีลักษณะทางชนชั้น) ไปปฏิบัติตาม

(ง) **ผลกระทบด้านอุดมการณ์ (Ideological effect)** ผู้วิจัยสนใจผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการทำงานของสื่อโทรทัศน์โดยผ่านเนื้อหาและรูปแบบของรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ในมิติเชิงอุดมการณ์ อันได้แก่ผลกระทบของรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ในการสร้างเอกลักษณ์ด้านสุขภาพให้แก่คนแต่ละชนชั้น จากคำถามที่ว่า “ใครควรจะเป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพอนามัยของตนเอง” นั้น ผลจากการวิจัยพบว่า

- ชนชั้นล่างมีอุดมการณ์ว่าจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพอนามัยของตนเอง ไม่เน้นการไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย (เพราะต้องมี

ค่าใช้จ่าย) แต่ทว่าด้วยวิธีการรักษาอันเป็นวิถีคิดของการแพทย์แบบแยกส่วน เช่น การซื้อยามกินเอง

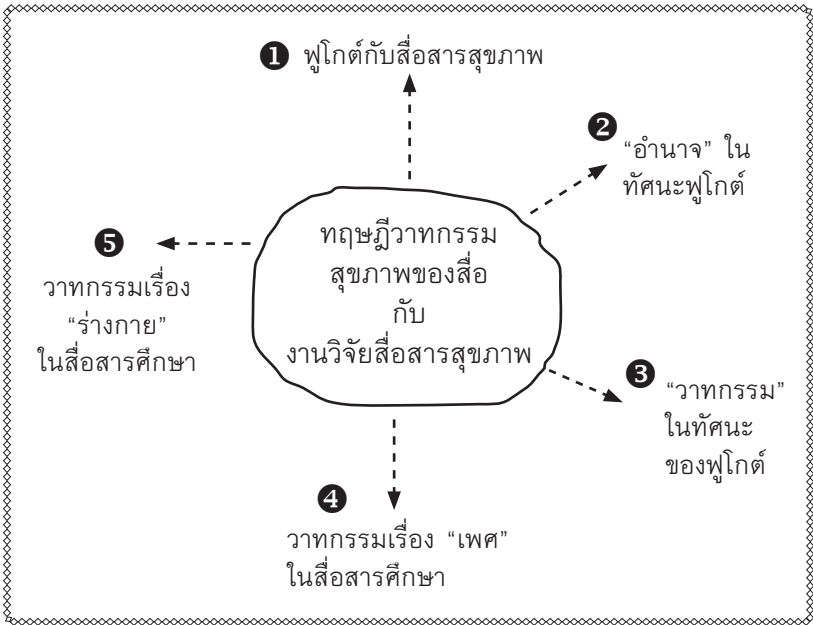
- ชนชั้นกลางคิดว่าก็ต้องเป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพอนามัยของตนเองด้วยวิธีการดูแลป้องกัน (เป็นวิธีการแพทย์แบบองค์รวม) เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมการรับประทานอาหาร เล่นโยคะ ฯลฯ

- ชนชั้นนำนั้นคิดว่าสุขภาพอนามัยที่ดีอยู่ในการดูแลของแพทย์ เช่น แพทย์ส่วนตัวที่ชำนาญเฉพาะโรคอันเป็นวิถีคิดแบบแยกส่วนอีกลักษณะหนึ่ง

7. ทฤษฎี “วาทกรรมสุขภาพของสื่อ” (Media Health Discourse)

ทฤษฎี “วาทกรรมสุขภาพของสื่อ” นี้ เป็นทฤษฎีที่นำเอาแนวคิดของทฤษฎีต้นแบบคือ “วาทกรรมของสื่อ” (Media discourse) ของนักวิชาการชาวฝรั่งเศสชื่อ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) (1926-1984) มาประยุกต์ใช้ (สนใจรายละเอียดแนวคิดของฟูโกต์ โปรดดูกาญจนา แก้วเทพ สมสุข หินวิมาน, **สายธารแห่งนักคิดฯ**, 2551) ถึงแม้ว่า “การวิเคราะห์วาทกรรม” นั้นจะมีมาในแวดวงวิชาการก่อนหน้ายุคสมัยของฟูโกต์เป็นเวลานานแล้ว แต่ทว่าฟูโกต์ก็ได้ปรับเปลี่ยนทั้งแนวคิดพื้นฐาน รวมทั้งวิธีการวิเคราะห์ให้แตกต่างไปจากเดิมโดยสิ้นเชิง เช่น ฟูโกต์มิได้สนใจวิเคราะห์วาทกรรมว่า “มีคำพูดอะไร” (What is said) แต่สนใจว่า “มีวิธีการพูดอย่างไร” (How is said) ฟูโกต์มิได้สนใจว่า “คำพูดนั้นมีความหมายอะไร” หากแต่สนใจ “กลวิธี/วิธีการประกอบสร้างความหมาย” นั้นทำอย่างไร นอกจากนั้นฟูโกต์ก็ยังเชื่อมโยง “ที่มาของวาทกรรม” เข้ากับแนวคิดเรื่อง “อำนาจ” และยังเชื่อมโยง “ที่ไปของวาทกรรม” คือผลผลิตที่เกิดขึ้นจากวาทกรรมอันได้แก่ ความรู้ สังคม อัตลักษณ์/ภาพตัวตน ฯลฯ

ในที่นี้จะขอนำเสนอทัศนะบางส่วนของฟูโกต์ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับเรื่องวาทกรรมสุขภาพของสื่อและตัวอย่างงานวิจัยไทยพอสังเขป



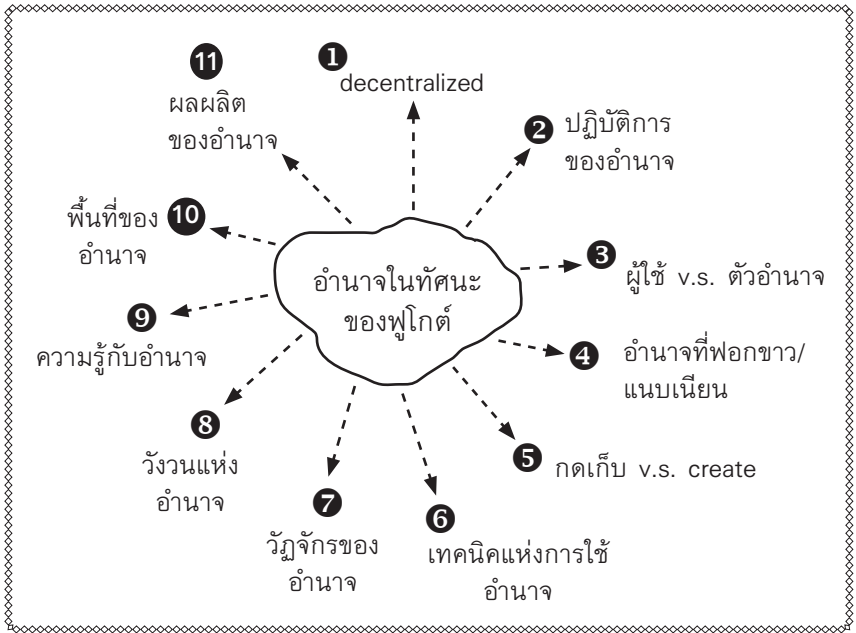
ภาพที่ 34: ทฤษฎีวาทกรรมสุขภาพของสื่อกับงานวิจัยสื่อสารสุขภาพ

(7.1) ฟูโกต์กับการสื่อสารสุขภาพ A. Peterson (2012) ได้เขียนบทความที่เจาะจงเฉพาะแนวคิดของฟูโกต์กับเรื่องสุขภาพในงานเขียนชื่อ Foucault, health and health care เขาได้ประเมินว่าความคิดของฟูโกต์นั้นมีอิทธิพลอย่างมากในการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ทัศนคติและมุมมองต่อเรื่องการแพทย์/สาธารณสุข แต่ทั้งนี้มิใช่เพียงเหตุผลที่ว่า ฟูโกต์ได้หยิบเอากรณีศึกษาที่เป็นเรื่องของการแพทย์/สาธารณสุขมาเป็นตัวละครหลักในงานเขียนของเขา เช่น ในหนังสือเรื่อง **The Birth of the Clinic** (1975) เท่านั้น หากแต่อิทธิพลของฟูโกต์นั้นยังเกิดขึ้นเนื่องจากฟูโกต์ได้นำเสนอ “เครื่องมือทางความคิด” (toolkit of ideas) ใหม่ ๆ ที่สามารถนำมาใช้ปริศนาต่างๆ ในเรื่องการแพทย์/สาธารณสุขได้ เช่น ประเด็นเรื่องปฏิบัติการของสังคมต่อความพิการ ปฏิบัติการเพื่อการจัดการ

กับร่างกาย (practices of body modification) ไม่ว่าจะเป็นเรื่องทำให้อ้วนผอม หรือผิวขาวดำ ผลกระทบของเทคโนโลยีด้านชีวการแพทย์ (เช่น เครื่องตรวจสมอง ฯลฯ) ปฏิบัติการของทันตกรรม (practice of dentistry) เป็นต้น

(7.2) แนวคิดเรื่องอำนาจ “ในทัศนะของฟูโกต์” หากเราต้องการจะระบุว่า แนวคิดพื้นฐานอะไรที่เป็นหัวใจสำคัญหรือเป็นแกนกลางทั้งหมดของฟูโกต์แล้ว เราก็คงได้คำตอบที่น่าจะเป็นแนวคิดเรื่อง “อำนาจ” ที่ฟูโกต์นำไปประสานกับการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางสังคมทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอาชญากรรม (crime) เพศวิถี (sexuality) การลงโทษ (punishment) รวมทั้งเรื่องการแพทย์/สาธารณสุข และก็ด้วยแนวคิดเรื่อง “อำนาจ” นี้เองที่ทำให้จุดยืนทางทฤษฎีของฟูโกต์แตกต่างจากนักวิชาการกระแสหลักที่สนใจประเด็นเรื่องอำนาจเช่นนักรัฐศาสตร์ และยังแตกต่างจากนักวิชาการสายเศรษฐศาสตร์การเมืองที่ได้กล่าวมาแล้วด้วย

เพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจ ในที่นี้ จะนำเสนอคุณลักษณะของ “อำนาจ” ในทัศนะของฟูโกต์ดังนี้



ภาพที่ 35: อำนาจในทัศนะของฟูโกต์

(1) ลักษณะกระจายตัวของอำนาจ (Decentralization of power) ในขณะที่นักวิชาการสายรัฐศาสตร์จะสนใจอำนาจที่มีลักษณะรวมศูนย์ที่เป็นระบบหรือที่แสดงตัวอย่างมีกฎเกณฑ์ มีสถาบันรองรับแน่ชัด เช่น กฎหมาย อำนาจรัฐ กองทัพ อาวุธ ศาล ฯลฯ ในขณะที่นักเศรษฐศาสตร์การเมืองก็จะสนใจอำนาจที่รวมศูนย์อยู่ในอำนาจของทุน ฟูโกต์กลับเห็นว่า อำนาจที่แท้จริงนั้นมิได้รวมศูนย์อยู่เช่นนี้ หากแต่อำนาจนั้นจะกระจายตัวไปจนถึงปลายทางของระบบเหล่านั้น หรือกล่าวให้ชัดเจนกว่านั้นก็คือ อำนาจนั้นมีอยู่ในทุกหนทุกแห่ง แสดงตัวออกในความแตกต่างขัดแย้งระหว่างสิ่งต่างๆ หรืออาจกล่าวได้ว่า ความสัมพันธ์ทางสังคมทุกชนิดล้วนเป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจด้วย (power relationship) เช่น ความสัมพันธ์ในห้องตรวจคนไ้ระหว่างแพทย์-

พยาบาล-ผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ พวกเราทุกคนจึงไม่มีใครหลีกเลี่ยงเรื่องอำนาจไปได้ หากไม่เป็น “ผู้ใช้อำนาจ” ก็ต้องเป็น “ผู้ถูกใช้อำนาจ”

ดังนั้น โครงสร้างของอำนาจที่มีลักษณะกระจายตัวเต็มสังคมไปหมดนี้ ฟุโกต์เรียกว่า micro-physics of power ที่มีลักษณะเป็นอนุภาคเล็กๆ และเกาะเกี่ยวข้องแวะอยู่กับชีวิตมนุษย์มากเสียยิ่งกว่ากฎหมายในทัศนะของฟุโกต์ อำนาจจึงมิได้เป็นหนึ่งเดียวของรัฐหรือชนชั้นใด แต่อำนาจเป็นเครือข่ายที่โยงใยไปทั่วแบบไร้เอกภาพ

(2) **ปฏิบัติการของอำนาจ** จากแนวคิดแรกเรื่องการกระจายตัวของอำนาจ ในการวิเคราะห์เรื่องอำนาจจึงควรสนใจอำนาจในเหตุการณ์ปกติ พฤติกรรมประจำวัน หรือความสัมพันธ์ย่อยๆทั้งหลายในชีวิตมนุษย์ ตัวอย่างที่ฟุโกต์นำมาสาธิตเรื่องอำนาจก็เช่นเรื่องการจ้องมอง (gazing) การตั้งคำถาม (question) ฯลฯ โดยเฉพาะเรื่องการจ้องมองซึ่งก็เป็นพฤติกรรมปกติธรรมดาที่เราทำอยู่ในชีวิตประจำวัน และประเด็นเรื่อง “การจ้องมอง” นี้ก็เป็นกลวิธีสำคัญประการหนึ่งในเรื่องการแพทย์ เช่นการตรวจร่างกายของผู้ป่วย ในประเด็นดังกล่าวนี้ วิจิตร ว่องวาริทธิย์ (2549) ได้นำเอามาใช้วิเคราะห์บรรดาเครื่องมือการวิเคราะห์สภาพผิวที่ได้ใช้ “อำนาจจากเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์” จ้องมองและสำรวจตรวจตราทุกตารางมิลลิเมตรของผิวหนัง และทำให้มองเห็นแม้แต่สิ่งที่มองไม่อาจมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า (กรณีนี้เป็นการจ้องมอง “ผู้ที่มีสุขภาพปกติธรรมดา มิใช่ผู้ป่วย” ด้วยซ้ำไป)

(3) **“ผู้ใช้อำนาจ” กับ “ตัวอำนาจ”** โดยทั่วไปแล้ว นักรัฐศาสตร์มักจะให้ความสนใจกับ “ผู้ใช้อำนาจ” ว่าเป็นใคร และมีความตั้งใจ/จงใจอะไรที่จะใช้อำนาจ ซึ่งเป็นวิธีการสาวหา “แหล่งที่มา” ของอำนาจ (source) แต่ฟุโกต์มีทัศนะที่แตกต่างออกไป กล่าวคือ ฟุโกต์มิได้สนใจกับ “ผู้ใช้อำนาจ” หากแต่สนใจ “ตัวอำนาจ” ที่อยู่ในความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งต่างๆ เช่น เมื่อศึกษาอำนาจของกล้องถ่ายภาพหรือเครื่องมือตรวจวิเคราะห์สภาพผิวที่ได้กล่าวมาแล้ว เราจึงไม่จำเป็นต้องศึกษาว่า “ใคร

เป็นคนถ่าย/เป็นคนใช้เครื่องมือการตรวจวิเคราะห์สภาพผิว” แต่ควรดู “ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ถ่ายกับผู้ถูกถ่าย” ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ จะมี “กฎเกณฑ์/โครงสร้างบางอย่าง” กำหนดเอาไว้อย่างแน่นอน (เช่น คนถ่ายจะเป็นคนออกคำสั่ง ผู้ถูกถ่ายจะเป็นผู้ปฏิบัติตาม) อำนาจที่แสดงออกและเกิดขึ้นอยู่เสมอโดยที่ทั้ง 2 ฝ่ายไม่ต้องตระหนักรู้หรือจงใจ (ที่มาของอำนาจ) แต่สามารถก่อให้เกิด “ผลกระทบ” (ที่ไปของอำนาจ) คือการบงการควบคุมได้ เช่น ใครก็ตามที่เป็นคนถ่ายภาพก็สามารถจะควบคุมภาพที่ออกมาได้ (พวกเราคงคุ้นเคยกับคำสั่งของช่างถ่ายรูปตามร้านถ่ายรูปที่สั่งให้เราเอียงซ้าย/ขวาอีกหน่อย ก้มหน้าอีกนิด ฯลฯ) หรือกล่าวโดยสรุปอีกครั้งก็คือ ผู้วิเคราะห์ไม่ควรที่มัวแต่จะสนใจตรง “เหตุที่มาของอำนาจ” แต่ควรสนใจ “การกระทำและผลของอำนาจ” นั้น

(4) อำนาจในสังคมสมัยใหม่เป็นอำนาจที่ฟอกขาว/แนบเนียน จนอาจจะไม่รู้สึกรู้ว่า “เป็นการใช้อำนาจ” ในขณะที่นิยามเดิมๆเกี่ยวกับอำนาจ มักจะหมายถึง “พลังที่ขัดขวาง/ปิดกั้น/กีดขวางความต้องการ หรือการกระทำของผู้ถูกใช้อำนาจ” เช่น การตีตรวน การกักขัง การลงโทษด้วยอาวุธ ฯลฯ แต่ทว่า “อำนาจ” ในรูปแบบใหม่จะไม่มีลักษณะเช่นนั้น ตัวอย่างในชีวิตประจำวันที่เป็นไปอย่างปกติก็เช่น เมื่อเราไปถึงโรงพยาบาล เราก็จะถูกอำนาจเปลี่ยน “ชื่อเฉพาะ” ให้กลายเป็น “คนไข้หมายเลข” เมื่อพบกับหมอที่สวมเสื้อกาวน์และนางพยาบาลที่สวมชุดขาว (เครื่องหมายแห่งอำนาจ) หมอและพยาบาลก็จะมีอำนาจที่จะสั่งให้เรา (ในฐานะคนไข้) ทำตามทุกอย่างโดยไม่ต้องถาม ไม่ต้องโต้แย้ง ไม่ต้องสงสัย ฯลฯ ทั้งหมดนี้อยู่ภายใต้ “ระบอบแห่งการปฏิบัติการ” (regime of practice) ที่เรียกว่า “การตรวจร่างกาย” ที่คนไข้แทบจะรู้สึกเลยว่านี่เป็นปฏิบัติการแห่งการใช้อำนาจที่ได้ฟอกขาวอย่างแนบเนียนแล้ว ผงที่ช่วยฟอกขาวอำนาจนั้นก็คือ “ความรู้ที่หมอและพยาบาลมี” “ความชอบธรรมแห่งสถานภาพ” (ก็เพราะว่าเขาเป็นหมอ) “เครื่องมืออุปกรณ์ในการตรวจ” “สถานที่คือโรงพยาบาล” “เราเป็นผู้ป่วย” ฯลฯ

(5) อำนาจมิใช่การห้าม/กดเก็บ หากแต่มี “การผลิต” และ “การสร้าง” ในความเข้าใจเดิม เรามักมองผลของอำนาจเป็นเรื่องของการห้าม/การกดเก็บ เช่น ข้อความที่ปิดตามหน้าประตูของสถานที่ราชการที่เขียนว่า “สถานที่ราชการ ไม่มีกิจห้ามเข้า” แต่ทว่าฟูโกต์ได้เพิ่มเติมว่า อำนาจมิได้มีแต่ด้านที่กดขี่ ปราบปราม หวงห้าม เท่านั้น ในอีกด้านหนึ่ง อำนาจมีผลที่เป็นด้านที่ผลิต (produce) และสร้าง (create) อีกด้วย เช่น อำนาจสร้างความรู้และสร้างวาทกรรมต่างๆ จนกลายเป็นอารยธรรมของมนุษย์ ตัวอย่างที่เห็นได้อย่างชัดเจนที่สุดก็คือ เรื่องเพศที่มีการผลิตและสร้างเรื่องราวต่างๆมากมายเกี่ยวกับเพศขึ้นมาแพร่กระจายในหนังสืออมวลชนทุกหนทุกแห่ง ทั้งๆที่ดูเหมือนมี “การห้ามพูดถึงเรื่องเพศ”

และเหตุผลที่อำนาจต้องมีปฏิบัติการการผลิตและสร้างอยู่ตลอดเวลา นั้น ก็เพราะอำนาจนั้นเปรียบเสมือน “พลังความแข็งแรงที่มีอยู่ในกล้ามเนื้อ” ซึ่งจะต้องมี “ปฏิบัติการใช้” อยู่ตลอดเวลา จึงจะเกิดความแข็งแรง ดังเช่นแนวคิดที่เรารู้จักกันในนาม “การ exercise power” หากมีอำนาจแล้วไม่ใช้ ไม่ปฏิบัติการ ไม่เอาไปสร้างหรือผลิตอะไร อำนาจนั้นก็จะมีผลตัวไป ด้วยเหตุนี้จึงมีปฏิบัติการจำนวนมากที่อาจจะดูไม่จำเป็นในแง่เหตุผล แต่ทว่าจำเป็นในแง่ของการ exercise power เช่น การบ่นว่าของพ่อแม่ การตีบ้ายประกาศห้ามต่างๆ การด่าว่าคนใช้ในละครโทรทัศน์ ฯลฯ

(6) เทคนิคแห่งการใช้อำนาจ ในการศึกษาช่วงเปลี่ยนผ่านจากสังคมโบราณมาสู่สังคมสมัยใหม่ในโลกตะวันตก ฟูโกต์พบว่าตัวอย่างเทคนิคสำคัญที่ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือของอำนาจ คือ การแบ่งแยก (division) และการกีดกัน (exclusion) เช่น การแบ่งแยกคนจิตวิปลาสออกจากคนปกติ แบ่งแยกอาชญากรออกจากพลเมืองดี แบ่งแยกเพศวิถิ (sexually) ที่ถือว่า “วิปริต” ออกจากเพศวิถิที่ถูกต้อง กล่าวอย่างสั้นๆก็คือ มีการสถาปนาบรรทัดฐานบางอย่างขึ้นมา แล้วจับทุกสิ่งทุกอย่างไปวางทาบกับบรรทัดฐาน หากสิ่งใดที่ไม่เข้ากับบรรทัดฐาน ก็จะจับแยกออกไปควบคุม

คุมขัง กักกัน ภายใต้ข้ออ้างที่ว่า เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้ “กลับคืน” เข้าสู่ภาวะปกติ (และโปรดสังเกตว่า กลุ่มคนที่มีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องบรรทัดฐานเหล่านี้คือกลุ่มวิชาชีพแพทย์) พูโกต์เห็นว่าสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นพร้อมกับ การเปลี่ยนแปลงลักษณะของอำนาจ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วคืออำนาจมีลักษณะกระจายตัว และแทรกซึมแผ่ซ่านมากขึ้น โดยเข้าไปจัดการกับรายละเอียดจุกจิกยิบย่อยในกิจกรรมของมนุษย์มากขึ้น ไม่ว่าจะอยู่ในโรงเรียน ในโรงงาน ในค่ายทหาร ในคุก ในโรงพยาบาล ฯลฯ แม้แต่ภายในห้องนอน ดังที่เราจะเห็นโฆษณาการใช้ผ้าอนามัยแบบต่างๆ สำหรับเวลาอนตอนกลางคืน (ใช้อำนาจจงการว่า ผู้หญิงที่นอนตอนกลางคืนต้องใช้ผ้าอนามัยแบบไหน) เป็นต้น อำนาจสมัยใหม่จึงสามารถควบคุมผู้คนได้แน่นหนามากยิ่งขึ้น

บางครั้งกระบวนการแบ่งแยกและกีดกันนั้นอาจจะดำเนินการอย่างแนบเนียนจนไม่รู้สึกรู้สีกตัว ตัวอย่างเช่น การเขียนป้ายติดไว้หน้าองค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับสตรี 2 แห่งที่ว่า

องค์กรแรก “ที่นี่ไม่ต้อนรับโสเภณี”

องค์กรที่สอง “ที่นี่ต้อนรับทุกคน แม้แต่โสเภณี”

หากพิจารณาอย่างผิวเผินอาจจะดูเหมือนว่า มีแต่องค์กรแรกเท่านั้นที่แบ่งแยกกีดกันผู้มีอาชีพโสเภณี แต่ความจริงแล้ว ทั้งสององค์กรต่างก็ใช้อำนาจในการแบ่งแยกกีดกันโสเภณีเหมือนกัน เพียงแต่เป็นคนละรูปแบบเท่านั้น

(7) **วัฏจักรของอำนาจ** พูโกต์เห็นว่าวิถีทางของอำนาจนั้นก็เหมือนกับวาทกรรม กล่าวคือ อำนาจทุกชนิดเริ่มต้นด้วยการมีที่มา (เช่น จากรัฐ จากทุน จากอาวุธ เป็นต้น) แต่เมื่อกระบวนการของมันดำเนินไปถึงจุดหนึ่ง อำนาจก็กลายเป็นสิ่งนิรนาม ไม่มีใครเป็นเจ้าของมันอย่างแท้จริง จากเดิมที่กระแสน้ำอำนาจจะไหลมาในทิศทางเดียว แต่ต่อจากนั้นมันก็จะไหลวนเวียนไปในทุกทิศทุกทาง จนแผ่ซ่านอยู่ในทุกระดับของพื้นที่ความหมายสังคมอย่างไม่มีหัวไม่มีหาง อำนาจจึงกลายเป็นเหมือน “โครงสร้าง”

อย่างหนึ่งที่เปิดประตูให้ผู้คนอันหลากหลายเข้าไป “สวมบทบาท” เป็นผู้กระทำและผู้ถูกกระทำวนเวียนสลับกันไป ในวันที่เมื่อเราเป็น “นักเรียน” เราก็ถูกครูเป็นผู้ใช้อำนาจ แต่ในอนาคต เมื่อเราสวมบทบาทเป็น “ครู” เราก็จะกลายเป็นผู้ใช้อำนาจบ้าง เป็นต้น

(8) **วังวนแห่งอำนาจ** พูโกต์เสนอว่า อย่าไปคิดว่าอำนาจเป็นปรากฏการณ์อันเกิดจากการครอบงำของบุคคลหรือฝ่ายหนึ่งเหนือผู้อื่น/อีกฝ่ายหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็ “กลุ่มหรือชนชั้น” ก็ตาม (นี่ก็เท่ากับเป็นการปฏิเสธแนวคิดเรื่องอำนาจแห่งชนชั้นของลัทธิมาร์กซ์ด้วย) อำนาจเป็นสิ่งที่ไม้อาจแยกแยะได้อย่างเด็ดขาด/หยุดนิ่ง/ตายตัวได้ว่า ใครมีมากกว่าหรือน้อยกว่า ใครเป็นฝ่ายใช้หรือใครเป็นฝ่ายถูกใช้อำนาจอยู่ตลอดเวลา เพราะอำนาจนั้นอยู่นวนเวียนกระจัดกระจายไปทั่วทุกความสัมพันธ์ทางสังคมทุกชนิดทุกขณะที่เกิดปฏิบัติการแห่งวาทกรรมขึ้นมา พวกเราทั้งหมดจึงล้วนแหวกว่ายอยู่กับกระแสวังวนแห่งอำนาจทั้งสิ้น ไม่ในฐานะใดก็ฐานะหนึ่งเสมอ

(9) **ความรู้กับอำนาจต่างหนุนเสริมซึ่งกันและกัน** การอธิบายแนวคิดทั้ง 2 และความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดทั้ง 2 นี้ของพูโกต์นับว่าเป็นการโยนระเบิดใส่แวดวงวิชาการซึ่งเป็นแวดวง (field) ซึ่งดำรงชีพด้วยการแสวงหาและการใช้ความรู้มากที่สุด เช่น แวดวงวิชาชีพแพทย์ ครู นักจิตวิทยา วิศวกร สถาปนิก ฯลฯ

ถึงแม้ว่าจะมีนักวิชาการรุ่นก่อนหน้าพูโกต์ที่มองเห็นความสัมพันธ์ระหว่าง “ความรู้” กับ “อำนาจ” เช่น F. Bacon ที่ระบุว่า “ความรู้คืออำนาจ” ผู้ใดครอบครองความรู้ ผู้นั้นก็เป็นเจ้าของอำนาจ แต่ทว่าพูโกต์เห็นว่า ความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นเพียงครึ่งทางและเป็นความสัมพันธ์แบบทางเดียวโดยมี “ความรู้” เป็นตัวแปรต้นทาง “อำนาจ” เป็นตัวแปรตามมา พูโกต์เสนอว่า “ความรู้” และ “อำนาจ” มีความสัมพันธ์แบบซึ่งกันและกัน และความสัมพันธ์ที่เหลืออีกครึ่งทางนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งก็กล่าวคือ “อำนาจ” นั้นสามารถจะดลบันดาล/ประกอบสร้างให้ “เรื่องราวอะไรก็ได้”

กลายเป็น “ความรู้” ขึ้นมา ดังนั้น หากเป็นเรื่องราวของผู้มีอำนาจก็จะกลายเป็นความรู้ หากเป็นเรื่องราวของผู้ไร้อำนาจ (แม้จะมีประโยชน์ก็ตาม) เรื่องราวนั้นก็มิใช่ความรู้

ด้วยเหตุนี้ ฟูก็อดต์จึงปฏิเสธการให้นิยาม “ความรู้” ที่เคยๆมีมาก่อนหน้านี้ เช่น ความรู้เป็นเรื่องราวที่มีประโยชน์ต่อมนุษย์ ความรู้ทำให้มนุษย์หลุดพ้นจากความเขลา/ความหวาดกลัว ความรู้ช่วยให้มนุษย์แก้ปัญหา/เอาชีวิตรอด ฯลฯ และนำเสนอคำนิยามของ “ความรู้” ที่เกี่ยวพันอย่างแยกไม่ออกจาก “อำนาจ” โดยสรุปอย่างชัดเจนว่า “ความรู้ก็คือสิ่งที่ผู้มีอำนาจกำหนดว่าเป็นความรู้” (เช่น ความรู้เรื่องระดับคอเรส เตอรอล เป็นต้น)

ฉะนั้น คำอธิบายของกลุ่มนักปรัชญาสำนัก “Enlightenment” เกี่ยวกับความใฝ่รู้ของมนุษย์ที่ว่า มนุษย์เรามีธรรมชาติที่แตกต่างจากสัตว์โลกชนิดหนึ่ง คือ มีความมุ่งมั่น มีความใฝ่รู้ มีความปรารถนาที่จะเรียนรู้โดยใช้เหตุใช้ผล และยิ่งนับวันจากแรงผลักดันแห่งความเป็นมนุษย์ดังกล่าว ก็ทำให้มนุษย์ยิ่งสะสมความรู้มากขึ้น และมีความเจริญก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น แต่ฟูก็อดต์กลับอธิบายเส้นทางพัฒนาการของมนุษยชาติด้วยเหรียญอีกด้านหนึ่งของความรู้โดยใช้ทัศนะแบบเดียวกับ Nietzsche ที่ว่าประวัติศาสตร์ที่เคลื่อนที่มาเป็นลำดับของมนุษยชาตินั้นขับเคลื่อนมาได้เพราะแรงปรารถนาในอำนาจที่ต้องการเพิ่มมากขึ้น (Will to power) ของมนุษย์ที่ต้องการอำนาจในการควบคุมธรรมชาติ ควบคุมสรรพสิ่งอื่นๆ รวมทั้งควบคุมชีวิตมนุษย์ด้วยกันเองต่างหาก

นอกจากนั้นฟูก็อดต์ก็ยังปฏิเสธคำอธิบายเรื่องเส้นทางประวัติศาสตร์ของนักปรัชญาสำนัก Enlightenment ที่กล่าวว่า การเคลื่อนที่ของประวัติศาสตร์ก็มีใช้เส้นทางเดินจากความป่าเถื่อนไปสู่ความมีเหตุผล จากความเชื่อแบบไสยศาสตร์ไปสู่ความรู้แบบวิทยาศาสตร์ แต่เขาเสนอว่าการเคลื่อนที่นั้นอันอาจจะเป็นการก้าวออกจากการครอบงำโดยระบอบความรู้หนึ่งไปสู่การครอบงำโดยระบอบความรู้อีกระบอบหนึ่ง เช่น หลุดจาก

การครอบงำความรู้การรักษาโรคแบบไสยศาสตร์ไปสู่การครอบงำโดยความรู้แบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ เป็นต้น

(10) พื้นที่ปฏิบัติการของอำนาจ แนวคิดเรื่องพื้นที่ปฏิบัติการแห่งอำนาจเป็นอีกแนวคิดหนึ่งที่ทำให้ฟูโกต์แตกต่างจากนักวิชาการที่สนใจเรื่องอำนาจทั้งจากกระแสหลักและกลุ่มเศรษฐศาสตร์การเมือง ในขณะที่นักรัฐศาสตร์กระแสหลักอาจจะสนใจพื้นที่การใช้อำนาจในบริเวณโรงงาน ตลาด สหภาพแรงงาน ฯลฯ แต่ฟูโกต์กลับสนใจพื้นที่ปฏิบัติการที่ดูเป็นส่วนตัวอย่างมากคือ “ร่างกาย” (body)

A. Peterson (2012) ประเมินว่า งานเขียนของฟูโกต์ในเรื่อง “ร่างกาย” มีส่วนสำคัญอย่างมากในการปลุกกระแสความสนใจของแวดวงวิชาการสังคมศาสตร์ให้หวนกลับคืนมาพินิจพิจารณาที่ “พื้นที่ที่เป็นรูปธรรม และดูเป็นส่วนตัว” นี้ หลังจากนักสังคมศาสตร์ได้มองข้ามพื้นที่แห่งนี้ไปนานแสนนาน และส่วนที่น่าสนใจในเรื่องสุขภาพก็คือ ในแวดวงการแพทย์/สาธารณสุขนั้นได้เข้ายึดครองพื้นที่แห่งร่างกายมาเป็นเวลานานและอย่างต่อเนื่อง เพราะนักวิชาการที่แสวงหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับร่างกายมากที่สุดก็คือ กลุ่มวิชาชีพแพทย์นี้เอง รวมทั้งเรื่องการควบคุมร่างกายด้วยกลวิธีต่างๆ (ดูงานวิจัยสื่อสารสุขภาพในลำดับต่อไป)

(11) ผลผลิตที่เกิดจากการใช้อำนาจ ดังที่ได้เกริ่นมาแล้วว่า ในขณะที่ฟูโกต์มิได้สนใจในเรื่อง “แหล่งที่มา” ของอำนาจมากนัก (คือ การตั้งคำถามว่า “อำนาจนั้นมาจากไหน”) แต่ฟูโกต์กลับสนใจ “ผลลัพธ์/ผลกระทบที่เกิดมาจากการใช้อำนาจ” (คือ การตั้งคำถามว่า “มีอำนาจแล้วจะทำอะไร/จะผลิต-สร้างอะไรได้บ้าง) และนอกจากผลลัพธ์ที่มองเห็นคือ “การควบคุมบงการผู้อื่น” ได้แล้ว ฟูโกต์ยังมองเห็นเกินเลยไปกว่านั้นว่าอำนาจสามารถสร้างผลผลิตสำคัญๆ 3 ประการขึ้นมาในสังคม สิ่งแรกคือความรู้ (knowledge) สัจธรรม (Truth) และอัตลักษณ์ (identity)

ตัวอย่างที่อำนาจสามารถสร้างสัจธรรม (Truth) ในอดีตก็เช่น สัจธรรมว่าโลกแบนในยุโรปช่วงก่อนศตวรรษที่ 12 หรือสัจธรรมเกี่ยวกับ

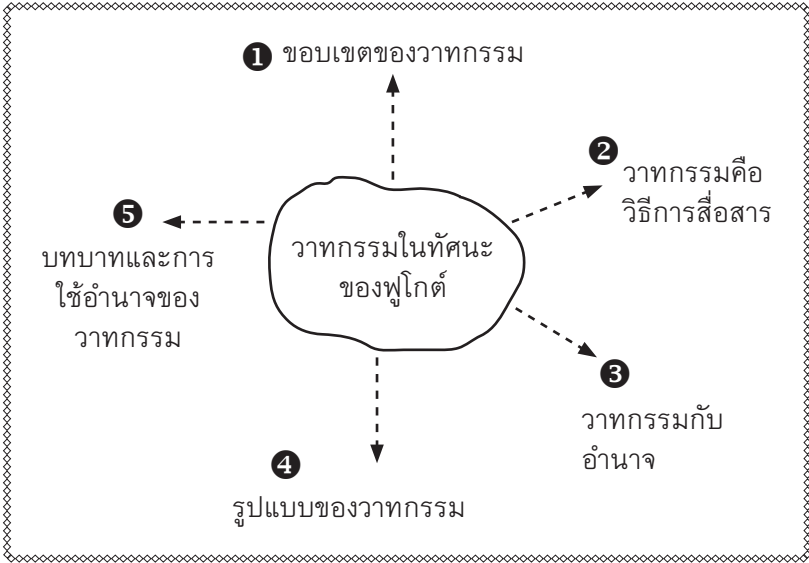
ดวงจันทร์ของผู้คนในศตวรรษที่ 20 (ที่เกิดจากอำนาจจรวดของสหรัฐ)

ส่วนตัวอย่างของ “**อัตลักษณ์**” ที่เกิดมาจากอำนาจก็เช่น การที่คนอ้วนจะถูกรับรู้ว่า เป็นคนที่มีสุขภาพไม่ดี เป็นแหล่งรวมของโรคภัยไข้เจ็บ เป็นพวกไม่รักสุขภาพ ฯลฯ ก็เนื่องจากอำนาจของวาทกรรมการแพทย์ในยุคปัจจุบัน (อัตลักษณ์ของ “คนอ้วน” ในสังคมอินเดียในอดีตจะถูกอำนาจในขณะนั้นประกอบสร้างความหมายขึ้นมาอีกแบบหนึ่ง) วิจารณ์ กอจรัญจิตต์ (2545) ได้วิเคราะห์ให้เห็นว่า อำนาจจากวาทกรรมที่ปรากฏอยู่ในโฆษณาทางโทรทัศน์ที่เกี่ยวกับ “ความขาว” ของผิวพรรณของเสื้อผ้า ของห้องน้ำ ฯลฯ ได้ประกอบสร้างความหมายและอัตลักษณ์ของ “ผู้ที่เป็นเจ้าของความขาว” เช่น หญิงสาวที่มีผิวขาวอมชมพู สาววัยรุ่นที่มีหน้าขาวใสกระจ่าง ฯลฯ ให้กลายเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จทุกอย่างในชีวิตกันเลย “ขอเพียงแคให้ขาวเท่านั้น”

สำหรับผลผลิตที่เป็น “ความรู้” นั้น ถือเป็นแนวคิดหัวใจสำคัญของฟูโกต์ เนื่องจากในสังคมยุคสมัยใหม่นั้น แหล่งอำนาจที่ทรงพลังที่สุดก็คือ อำนาจที่เกิดจากความรู้นี้เอง และในเรื่องสุขภาพอนามัยนั้น อำนาจแห่งความรู้ก็เป็นกรณีที่เห็นได้ง่ายที่สุด และดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า นักวิชาการในยุคก่อนหน้าฟูโกต์ก็ได้เคยประกาศความเป็นพันธมิตรกันระหว่างอำนาจกับความรู้มาแล้ว เช่น F. Bacon ที่กล่าวว่า “ความรู้ทำให้มีอำนาจ” แต่ทว่าฟูโกต์ได้กลับข้างตรรกะดังกล่าวโดยกล่าวว่า “และหากเรามีอำนาจ เราก็สามารถทำให้**เรื่องทั่วไปกลายเป็นความรู้**ได้ สิ่งที่เราเรียกว่า “ความรู้” จึงมีเคยยืนอยู่อย่างโดดเดี่ยว แต่จะต้องมีอำนาจเป็นหลังพิงเสมอ” ฉะนั้นด้วยอำนาจของสถาบันศาสนาในอดีต การรู้ภาษาโบราณเช่นภาษาบาลีสันสกฤต/ลาตินจึงเป็นความรู้สำคัญ แต่ปัจจุบันเมื่ออำนาจของสถาบันศาสนาลดน้อยถอยลง ความรู้ในภาษาโบราณก็เริ่มจะไม่เป็นความรู้สำคัญ ในขณะที่อำนาจของสถาบันธุรกิจคอมพิวเตอร์ผงาดขึ้นมาแทน ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์จึงกลายเป็นความรู้ที่มีความสำคัญขึ้นมา อำนาจและความรู้จึงต่างเป็นพันธมิตรต่อกันและกัน

นอกจาก “อำนาจ” จะสามารถผลิตและสร้างเรื่องราวต่างๆให้กลายเป็น “ความรู้ใหม่” ขึ้นมาแล้ว อำนาจก็ยังสามารถเปลี่ยนแปลง “ความรู้เดิม/ความรู้เก่า” บางอย่างที่ไม่สอดคล้องกับผลประโยชน์ของอำนาจให้กลายเป็น “ความรู้ใหม่” โดยใช้กลวิธีแสดงให้เห็นว่า “ความรู้เดิม” นั้นเป็นความรู้ที่ไม่ถูกต้อง ล้าสมัยไปแล้ว หรืออื่นๆ ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของเขมวดี ขนบแก้ว (2548) เรื่องกลยุทธ์การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ “ไลฟ์สไตล์ดรัก” ในสื่อมวลชน ที่ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ปฏิบัติการเชิงอำนาจแบบต่างๆ (regime of practice) ของบริษัทยาที่ผลิตและจำหน่ายยาประเภท lifestyle drug เช่น ยาไวอากร้า ยาลดน้ำหนัก ฯลฯ ปฏิบัติการเชิงอำนาจดังกล่าวก็เช่น การให้เงินทุนสนับสนุนการวิจัย การฝึกอบรมแพทย์เกี่ยวกับยาไวอากร้า การจัดตั้งศูนย์ข้อมูลสุขภาพเพศชาย การหาแนวร่วม (partner) รวมทั้งการสื่อสารในรูปแบบต่างๆผ่านสื่อมวลชน ผลลัพธ์ของปฏิบัติการเชิงอำนาจผ่านกลไกทั้งหลายนี้ ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศที่เคยมีมาแต่เดิมว่า “สมรรถภาพในการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ชายนั้นมีขีดจำกัด เมื่ออายุล่วงเข้าสู่วัยชราทั้งหมดสมรรถภาพ” แต่บริษัทยาที่จำหน่ายไวอากร้าได้สร้างชุดความรู้ใหม่ที่ว่า สมรรถภาพทางเพศนั้นไม่มีขีดจำกัดหากมีการบำรุงด้วยยาประเภท lifestyle drug เป็นต้น

(7.3) แนวคิดเรื่อง “วาทกรรม” ในทัศนะของฟูโกต์ เนื่องจากแนวคิดเรื่อง “วาทกรรม” (discourse) นั้นเป็นแนวคิดที่มีมาก่อนยุคสมัยของฟูโกต์ แต่ทว่าฟูโกต์ก็ได้ปรับเปลี่ยนแนวคิดนี้ไปอย่างมาก ดังนั้นจะขอแนะนำเสนอคุณลักษณะของ “วาทกรรม” ในทัศนะของฟูโกต์ ดังนี้



ภาพที่ 36: วาทกรรมในทัศนะของฟูโกต์

(1) แต่เดิมนั้น คำว่า “วาทกรรม” มีความหมายและถูกใช้ไปในทางภาษาศาสตร์ในเชิงของการมีบทสนทนา การมีข้อโต้แย้ง หรือเป็นรูปแบบของการนำเสนออย่างเป็นทางการของปาฐกถา การเขียน การบรรยายทางวิชาการหรือการนำเสนอวิทยานิพนธ์ รวมทั้งความสามารถในการให้เหตุผลหรือลักษณะของการใช้เหตุผล ซึ่งทั้งหมดนี้มักจะจำกัดอยู่ในขอบเขตของ “ภาษาพูดและภาษาเขียน” เท่านั้น แต่ฟูโกต์ได้ขยายขอบเขตของวาทกรรมออกไปครอบคลุมภาษาทุกประเภท ไม่ว่าจะเป็นภาษาพูด ภาษาเขียน ภาษาภาพ ภาษากริยาท่าทาง/การกระทำ ฯลฯ

(2) และในขณะที่ภาษาศาสตร์อาจจะสนใจว่า “ผู้พูดนั้นได้พูดว่าอะไร” ฟูโกต์กลับสนใจ “วิธีการพูด” (หรือสื่อสารแบบอื่นๆ) และด้วยจุดยืนแบบนัก(หลัง)โครงสร้างนิยม (Post-structuralism) ฟูโกต์จึงไม่คิดว่าผู้สื่อสารจะสามารถพูด เขียน วาดภาพ ฯลฯ ได้อย่างอิสระ/ตามใจตัวเอง หากทว่า **วิธีการสื่อสาร**นั้นจะต้องอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์/โครงสร้างอำนาจ

บางอย่างที่กำกับว่า ให้ใครพูดอะไรได้ พูดอะไรไม่ได้ (ในช่วงเวลาหนึ่งๆ ยุคสมัยหนึ่งๆ สังคมหนึ่งๆ)

หรือแม้แต่ในเรื่องของ “ความหมายของคำพูด/ข้อเขียน/ภาพ ฯลฯ” พูโกต์ก็ไม่ได้สนใจว่า คำพูดนั้นมีความหมายว่าอะไร แต่เขาได้ก้าวไปอีกขั้นหนึ่งในการตั้งคำถามว่า “กลยุทธ์/กระบวนการที่ใช้สร้างความหมายนั้นทำได้อย่างไร” (เช่น กลวิธีการอ้างงานวิจัย การใช้สถิติ การอ้างสถาบันวิชาการ ฯลฯ)

แต่แม้ว่าพูโกต์จะเห็นด้วยกับนักโครงสร้างนิยมที่เห็นว่า “มนุษย์เราเป็นเพียงผู้แบกรับโครงสร้างต่างๆ ของสังคม รวมทั้งโครงสร้างภาษาด้วย” ถ้อยคำที่เราพูดจึงเป็นถ้อยคำที่มีอยู่แล้วในโครงสร้างของภาษา (เช่น โครงสร้างไวยากรณ์) แต่พูโกต์ก็ก้าวเกินเลยวิธีคิดดังกล่าวด้วยการเสนอว่า โครงสร้างดังกล่าวนั้นไม่ได้มีลักษณะที่แน่นอนตายตัว หากทว่ากลับมีการผันแปรไม่คงที่ ไม่ถาวรตายตัว และกระทำซึ่งกันและกันตลอดเวลา (เช่น ผลิตรีธีพูดแบบใหม่ๆ ภาษาแบบใหม่ๆ)

(3) และข้อที่แตกต่างระหว่างพูโกต์กับนักภาษาศาสตร์ก็คือ พูโกต์เห็นว่า **วาทกรรม** นั้นเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ **“อำนาจ”** อยู่เสมอ และเนื่องจากลักษณะของอำนาจนั้นก็ไม่ใช่สิ่งที่คงทนถาวร ดังนั้น การที่จะธำรงรักษาอำนาจให้มั่นคง จึงต้องมีการ **“แสดงอำนาจ”** อยู่อย่างสม่ำเสมอ (ดังที่ได้กล่าวไปแล้วในเรื่องแนวคิดเรื่องการ exercise power ที่เทียบได้กับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพราะการออกกำลังกาย) ดังนั้น **“วาทกรรมจำนวนมากจึงถูกผลิตออกมา โดยอาจจะมิได้มีเป้าหมายด้านการสื่อสาร หากแต่มีเป้าหมายเพื่อการ exercise power”** (ตัวอย่างเช่น การดูดำดูดีของคนใช้ของคุณหญิงคุณนายในละครโทรทัศน์) ดังนั้น อำนาจจึงเป็นตัวสร้าง/ผลิตวาทกรรม (คนมีอำนาจพูดเสียงดัง คนไร้อำนาจไม่มีปากไม่มีเสียง) และในทางกลับกัน วาทกรรมที่ถูกผลิต/สร้างออกมาก็หวนกลับไปธำรงรักษาอำนาจอีกครั้งหนึ่ง

(4) และเนื่องจาก **“วาทกรรม”** เป็นนามธรรม ดังนั้น วาทกรรม

จึงต้องแสดงตัวออกมาในรูปแบบที่เป็นรูปธรรมต่างๆ เช่น การพูด การเขียน การถ่ายภาพ การแสดงอากัปกิริยา กระบวนการทำงานของ วาทกรรมนี้เรียกว่า “ปฏิบัติการเชิงวาทกรรม” (discursive practice) ซึ่งจะรวมเอาจารีตปฏิบัติ ความคิด ความเชื่อ คุณค่าและสถาบันต่างๆ ในสังคมเกี่ยวกับเรื่องนั้นเอาไว้ด้วย เช่น เป็นแพทย์ต้องไม่พูดความลับ ของคนไข้ เป็นต้น และเนื่องจากในสังคมมีวาทกรรมที่ถูกผลิตจากสถาบัน ต่างๆ มากมาย ซึ่งมีทั้งที่สอดคล้องและขัดแย้งกัน ดังนั้น ปฏิบัติการ วาทกรรมทุกครั้งจึงมีลักษณะเป็น “เครือข่าย” ที่เกิดจากการปะทะประ สานกันของวาทกรรมชุดต่างๆ เช่นที่ ปิยรัตน์ บันลี้ (2545) ที่ศึกษา เรื่อง “กระบวนการลดความอ้วนของผู้หญิง: วาทกรรมการสร้างอัตลักษณ์ ในวัฒนธรรมบริโภค” พบว่า สถาบันต่างๆ ในสังคมที่เป็นผู้เชี่ยวชาญเรื่อง ลดความอ้วน เช่น พนักงานนวดตัวในสถานเสริมความงาม ตัวแทน จำหน่ายผลิตภัณฑ์อาหารเสริม แพทย์ผู้สั่งจ่ายยาลดความอ้วน ฯลฯ ตัวแทนสถาบันเหล่านี้ได้ผลิตวาทกรรมชุดต่างๆ ที่ต่างปะทะประสานกัน โดยต่างเป็นผู้ถ่ายทอด “ชุดของภาษาที่เป็นพวกคำอธิบาย/ข้อเท็จจริง” และ “แนวทางการปฏิบัติ” ที่อ้างว่าถูกต้องได้ผลให้แก่ผู้หญิงที่เป็นกลุ่ม ตัวอย่าง (เป็นผู้ที่เคยใช้วิธีการต่างๆ ในการลดความอ้วน) และต่างก็ช่วงชิง ความเป็นผู้รอบรู้ที่แท้จริง

(5) **บทบาทและการใช้อำนาจของวาทกรรม** ประเด็นนี้ดูจะเป็น ประเด็นที่พู่โกตีให้ความสนใจมากที่สุดว่า ทำไมต้องมีวาทกรรมแบบนี้ แบบนี้ วาทกรรมมีบทบาทอะไร วาทกรรมได้ทำอะไรบ้าง ฯลฯ ในที่นี้เรา จะลองสำรวจบทบาทและการใช้อำนาจของวาทกรรมในระดับต่างๆ

- ระดับที่ดูเหมือนจะเห็นได้ชัดและเห็นได้ง่ายที่สุด เนื่องจาก บทบาทนี้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับพลังการโน้มน้าวของภาษาโดยทั่วไป ก็คือ อำนาจของวาทกรรมที่มีต่อความรู้ ความเข้าใจ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และการกระทำของบุคคล ดังเช่นตัวอย่างงานวิจัยของปิยรัตน์ บันลี้ (2545) ที่ได้กล่าวไปแล้ว ด้วยอำนาจชั้นแรกของวาทกรรม ทำให้

บรรดาผู้ที่มีน้ำหนักมาก (กว่ามาตรฐานที่กำหนดเอาไว้) ระบุว่าตัวเอง อ้วนแล้ว มีความเข้าใจว่าความอ้วนเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ความงาม การประสบความสำเร็จในการงาน และยอมรับวิธีการลดความอ้วนแบบ โดแบบหนึ่งหรือหลายๆแบบ

• ระดับที่เหนือขึ้นมา คือบทบาทของวาทกรรมหนึ่งต่อวาทกรรม อื่นๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า วาทกรรมนั้นมีลักษณะของเครือข่ายที่อาจจะ มีทั้งสอดคล้อง หนุนเสริม คัดค้าน ปฏิเสธ... วาทกรรมอื่นๆ ดังนั้น บทบาทหน้าที่ในอีกระดับหนึ่งจึงเป็นบทบาทที่วาทกรรมมีต่อกันและกัน กล่าวคือ วาทกรรมจะเข้าไปกำกับในการพูดถึงหัวข้อ การนิยาม การ ยอมรับ การสามารถเข้าใจได้ในการกล่าวหรือการเขียน วาทกรรมที่มี อำนาจสูงก็จะทำหน้าที่ปิดกั้นหรือจำกัดหนทางในการพูดถึงแบบอื่นๆ หรือวาทกรรมอื่นๆ เช่น ในงานของปิยรัตน์ บัณฑิต (2545) บรรดา วาทกรรมที่พูดถึง “ความอ้วน” ในแง่ลบนั้นก็จะปิดกั้นวาทกรรมอื่นๆ เช่น ความอ้วนเป็นหนทางสู่สุขภาพที่ดี หรือวาทกรรมของนักสตรีนิยมตะวันตก บางท่านที่กล่าวว่า การที่ผู้หญิงยอมอดอาหารคือการสมยอมกับอำนาจใน ระบบ การกินเยาะคือการต่อต้านอำนาจนั้น เป็นต้น

และในขณะที่ด้านหนึ่ง วาทกรรมที่มีอำนาจมากที่สุดอันเป็น วาทกรรมหลัก (dominant discourse) ได้สำแดงพลังด้วยการนำเสนอ ผลิตและผลิตซ้ำ แพร่กระจายถ่ายทอดแต่ชุดวาทกรรมหลักเท่านั้น แต่ กระบวนการสถาปนาความเป็นเจ้าของชุดความรู้ของวาทกรรมหลักนี้ก็ไม่ เคยทำงานได้อย่างสมบูรณ์ เพราะจะมีวาทกรรมอื่นๆที่พยายามคัดค้าน ปฏิเสธ ต่อรอง ต่อต้าน พยายามนำเสนอตัวในพื้นที่สาธารณะเช่น เดียวกัน ดังเช่นในปริมนทลของการแพทย์ ในขณะที่วาทกรรมของ แพทย์นั้นถือเป็นวาทกรรมหลักสูงสุด แต่ปวีณา แปลงประวัติ (2551) ผู้ทำวิจัยเรื่อง “การวิเคราะห์วาทกรรมปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ผ่านทาง รายการสนทนาทางโทรทัศน์” ก็ได้แสดงให้เห็นว่าในพื้นที่สาธารณะของ สังคม เช่น ในรายการโทรทัศน์บางรายการ (รายการถึงลูกถึงคน) ก็ได้

เปิดให้มีชุดวาทกรรมอื่นๆ เช่น วาทกรรมเกี่ยวกับการฟ้องร้องแพทย์มาปรากฏตัว ซึ่งเนื้อหาและความหมายของวาทกรรมชุดการฟ้องร้องแพทย์นี้มีลักษณะที่ต่อต้าน/ประท้วงวาทกรรมหลักของแพทย์

- บทบาทของวาทกรรมในการธำรงรักษาโครงสร้างสังคมที่เป็นอยู่ในงานวิเคราะห์วาทกรรมเรื่องความอ้วนที่ดูเป็นเรื่องในระดับเล็กๆ (micro level) เป็นเรื่องของอำนาจที่กระทำต่อการควบคุมร่างกายด้วยการนิยามความอ้วน/ผอม เชื่อมโยงกับดี/ไม่ดี ปกติ/ไม่ปกติ และทำให้ผู้ที่หลงผิด “อ้วนไปแล้ว” กลับใจมาพยายามทำตัวให้ผอม มิฉะนั้นจะได้รับการลงโทษ (punishment) เช่น ถูกชู้ว่าจะเป็นโรคต่างๆ ถูกล้อว่าไม่สวย หาเสื้อผ้าใส่ยาก เป็นพวกเกียจคร้าน ที่ทำงานบางแห่งไม่รับเข้าทำงาน ฯลฯ (วาทกรรมจึงเป็นมากกว่าการพูด/การเขียน การใช้ภาษา หากแต่มีภาคปฏิบัติการจริงของวาทกรรมด้วย) ปิยรัตน์อธิบายว่า โดยการกำกับในระดับเล็กๆอย่างเช่นการกำกับร่างกายนี้เป็นรากฐานของการกำกับใหญ่ๆ เช่น ระบบปิตาธิปไตย ทุนนิยม โลกาภิวัตน์ บริโภคนิยม เผด็จการ และอื่นๆ ดังนั้นอาศัยการกำกับควบคุมไปตามเครือข่ายอำนาจในระดับเล็กๆทั้งหลายนี้เองที่จะช่วยค้ำพุงระบบใหญ่ๆเอาไว้

- ในระดับที่สูงที่สุดก็คือ เนื่องจากวาทกรรมจะดำเนินไปภายใต้กฎเกณฑ์และโครงสร้างของอำนาจ ดังนั้น กฎเกณฑ์ที่ชัดเจนเหล่านี้จะเป็นตัวกำหนดการดำรงอยู่ การเปลี่ยนแปลง การเลื่อนหาย หรือการถือกำเนิดใหม่ของสรรพสิ่งต่างๆ ดังนั้น หากไม่มีวาทกรรมที่จะพูด/เขียนถึงสิ่งหนึ่งๆ สิ่งนั้นๆก็จะไม่ดำรงอยู่ แต่หากมีวาทกรรมที่กล่าวถึงเขียนถึงก็แปลว่าสิ่งนั้นดำรงอยู่ ตัวอย่างเช่น คำว่า “อาชญากรเศรษฐกิจ” เมื่อเกิดคำๆนี้ขึ้นมาก็แปลว่า “มีอาชญากรประเภทใหม่” เกิดขึ้นแล้ว (แม้ว่าอาจจะมีการกระทำเช่นนี้เกิดขึ้นมานานแล้ว) การเกิดขึ้นของคำว่า “กิ๊ก” (ที่ดูมีความหมายดีกว่าคำว่า “ชู้ เมียน้อย...”) เป็นต้น

(7.4) งานวิจัยวาทกรรมว่าด้วยเพศในสื่อสารศึกษา วาทกรรม

ว่าด้วยเพศเป็นประเด็นหนึ่งที่ฟูโกต์ใช้ในการสาธิตแนวคิดของเขา เช่น จากหนังสือ 3 เล่ม เรื่อง The History of Sexuality (1980) และเรื่องเพศเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการแพทย์/สาธารณสุขโดยตรง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องโรคภัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ ไปจนกระทั่งถึงเรื่องการค้ากับควบคุมพฤติกรรมเกี่ยวกับเรื่องเพศ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย จนกระทั่งถึงเรื่องการค้าคุมกำเนิด

สำหรับตัวอย่างงานวิจัยสื่อสารสุขภาพของไทยที่ใช้แนวคิด “วาทกรรมของสื่อ” ในเรื่องสุขภาพมาเป็นเครื่องช่วยการวิเคราะห์ประเด็นว่าด้วยเพศนั้นคือ งานวิจัยของจิณณ์นภัส แสงมา (2545) เรื่อง “การวิเคราะห์วาทกรรมเรื่องเสรีภาพทางเพศในการตอบปัญหาทางเพศของสื่อมวลชนไทย” ในงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยต้องการแสวงหา “ความหมายของเสรีภาพทางเพศ” ที่อยู่ในบริบทของสังคมไทยซึ่งมีโครงสร้างความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศหญิงกับชาย รวมทั้งต้องการแสวงหา “กระบวนการสร้างวาทกรรม/ความหมายของเสรีภาพทางเพศที่ผ่านการทำงานของสื่อมวลชนในรูปแบบของการตอบปัญหาทางเพศ

ผู้วิจัยออกแบบด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาการตอบปัญหาทางเพศผ่านสื่อมวลชนหลายประเภทตามแนวคิดเรื่อง “เครือข่ายของวาทกรรม” คือ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วิทยุ โทรทัศน์ และอินเทอร์เน็ต ภายในช่วงเวลาที่ศึกษา (ตุลาคม-ธันวาคม 2544) และใช้วิธีการวิเคราะห์วาทกรรมตามทัศนะของฟูโกต์ และ Critical Discourse Analysis ของ Norman Fairclough เป็นเครื่องมือการตอบโจทย์การวิจัย

ผลการวิจัยที่ตอบโจทย์ที่ตั้งไว้มีดังนี้

(i) ความหมายของ “เสรีภาพทางเพศ” ซึ่งผู้วิจัยนิยามการวัดเอาไว้ใน 2 มิติ คือ การเป็นฝ่ายเริ่มต้นในการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างเพศ (ระดับการบอกรัก ระดับการบอกความต้องการทางเพศ) และการสำส่อนทางเพศ (มีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรส มีเพศสัมพันธ์นอกสมรส) ในการระบุความหมายทั้ง 2 มิตินี้ ผู้วิจัยได้ประเมินระดับของ

วาทกรรมที่ปรากฏในสื่อมวลชนเอาไว้เป็น 3 ระดับคือ ระดับอนุรักษ์ (ใช้ค่านิยมของสังคม) ระดับปฏิรูป (มีการเสนอให้ปรับเปลี่ยนค่านิยมเดิมบ้าง) และระดับก้าวหน้า (มีข้อเสนอให้เปลี่ยนแปลงค่านิยมเดิม) ในภาพรวมแล้ว ผลการวิจัยพบว่า พบวาทกรรมที่มีลักษณะอนุรักษ์มากกว่าอีก 2 ประเภท ซึ่งน่าจะทำให้นำไปสู่ข้อสรุปได้ว่า บทบาทหน้าที่ของการตอบปัญหาทางเพศในสื่อมวลชนนั้นก็ทำหน้าที่ธำรงรักษาโครงสร้างความคิดและโครงสร้างการปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ให้สืบทอดต่อไป โดยผ่านการผลิตวาทกรรมเชิงอนุรักษ์ดังกล่าว

(ii) โครงสร้างทางเพศของสังคมไทยกับวาทกรรมเสรีภาพทางเพศ แม้ว่าโดยภาพรวม วาทกรรมเสรีภาพทางเพศจะมีลักษณะเชิงอนุรักษ์ แต่เนื่องจากสังคมไทยมีโครงสร้างทางเพศที่ไม่เสมอภาคกัน ดังนั้น เมื่อแยกดูวาทกรรมเสรีภาพทางเพศที่ใช้กับผู้หญิงและกับผู้ชายก็ยังคงมีความแตกต่างกัน

ตัวอย่างเช่น วาทกรรมเสรีภาพทางเพศในมิติของการเป็นฝ่ายเริ่มต้นในการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างเพศใน 3 ลักษณะดังนี้

(1) **ลักษณะอนุรักษ์นิยม** คือแนวคิดที่เห็นว่าผู้หญิงไม่ควรเป็นฝ่ายเริ่มต้นก่อนในการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างเพศ

(2) **ลักษณะปฏิรูป** คือแนวคิดที่เห็นว่าใครจะเป็นฝ่ายเริ่มต้นก่อนก็ได้ ผู้หญิงมีเสรีภาพในการเป็นฝ่ายเริ่มต้นมากขึ้น แต่การแสดงออกของผู้หญิงก็มักจะมีความเขินอายมากกว่ากับอยู่ด้วยเสมอ โดยอ้างความเท่าเทียมทางเพศ

(3) **ลักษณะก้าวหน้า** คือแนวคิดที่เห็นว่าผู้หญิงสามารถเป็นฝ่ายเริ่มต้นในการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างเพศได้

แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น การให้ความหมายในแต่ละลักษณะก็สะท้อนให้เห็นถึงมาตรฐานสองชั้น (Double Standard) กล่าวคือ การกระทำที่ผู้หญิงสามารถเป็นฝ่ายเริ่มก่อนได้ต้องกระทำไปแบบมีเงื่อนไข ได้แก่ ต้องผ่านการสมรสแล้วเท่านั้น ต้องไม่ทำให้ตนเองและคนอื่นเดือดร้อน

และต้องไม่มีเรื่องเพศสัมพันธ์เข้ามาเกี่ยวข้อง ผู้หญิงจึงจะมีเสรีภาพทางเพศในการเป็นฝ่ายเริ่มต้นก่อนได้ ในขณะที่ผู้ชายไม่มีการสร้างเงื่อนไขต่างๆเหล่านี้ขึ้นมาเลย

ส่วนวาทกรรมเสรีภาพทางเพศในมิติของการบอกความต้องการทางเพศ วาทกรรมเชิงอนุรักษ์เห็นว่าผู้หญิงไม่ควรเริ่มก่อน เพราะโดยธรรมชาติแล้วผู้ชายควรเป็นฝ่ายเริ่มก่อน และวาทกรรมเชิงปฏิรูปเห็นว่าผู้หญิงสามารถเป็นฝ่ายเริ่มต้นได้บางส่วน และต้องกระทำภายใต้เงื่อนไขที่เป็นคู่สมรสกัน ถ้าเป็นเพียงคู่รักไม่ควรกระทำ แต่การที่ผู้หญิงเริ่มต้นนั้นไม่ควรจะเป็นไปเพื่อประโยชน์/ความสุขของตัวเอง หากแต่ควรเป็นไปเพื่อเหตุผลของการครองชีวิตคู่ให้ราบรื่น

(iii) ผลการวิจัยในส่วนที่ว่าด้วย “กระบวนการสร้างความหมายของวาทกรรมเสรีภาพทางเพศ” พบว่า อำนาจของวาทกรรมนั้นทำการผลิตและแพร่กระจายผ่านกลไก 4 ประเภทคือ **ผู้นำเสนอตัวบท** (ซึ่งจะมีสถานภาพเป็นแพทย์และเป็นผู้ชายเป็นส่วนใหญ่ สะท้อนกฎที่กำกับวาทกรรมทางเพศว่า แพทย์และผู้ชายเป็นผู้มีอำนาจในการพูดเรื่องเพศในพื้นที่สาธารณะ) มีกระบวนการคัดเลือกคำถามที่จะตอบโดยมีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน มีการใช้รูปแบบการสื่อสารซึ่งโดยส่วนใหญ่จะเป็นรูปแบบการสื่อสารทางเดียว เนื่องจากการพูดเรื่องเพศในพื้นที่สาธารณะโดยเฉพาะการตอบปัญหาทางเพศยังถูกรับรู้ว่าเป็นเรื่องที่ไม่สมควรนำมาพูดกันอย่างเปิดเผย และล่อแหลมต่อการลามกอนาจาร การใช้รูปแบบการสื่อสารแบบทางเดียว (การบรรยาย การสัมภาษณ์) จะเป็นรูปแบบที่ควบคุมได้ง่ายกว่าการสื่อสารแบบสองทาง และสุดท้ายคือการกำหนด **กลุ่มเป้าหมาย** และจัดหาเนื้อหาที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม เช่น หากเป็นกลุ่มวัยรุ่นและผู้หญิงก็จัดเนื้อหาที่คิดว่าคนกลุ่มนี้ยังขาดความรู้เรื่องเพศในแง่มุมนั้นๆ หากเป็นกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ใหญ่และครอบครัวก็จะแสดงให้เห็นว่า เรื่องเพศเป็นเรื่องของผู้ใหญ่ไม่ใช่เรื่องของเด็ก และเป็นเรื่องของชีวิตคู่ไม่ใช่ชีวิตโสด

(iv) กระบวนการสร้างวาทกรรมเรื่องเพศผ่านการตอบปัญหาทางเพศผ่านสื่อโทรทัศน์ทั้งหมดนี้ทำงานอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ที่กำกับอย่างชัดเจน ตัวอย่างของกฎเกณฑ์นั้นก็เช่น

(1) ผู้ใหญ่เท่านั้นจึงจะมีสิทธิ์สั่งสอนเด็ก เห็นได้จากการที่ผู้ตอบปัญหาทางเพศต้องเป็นบุคคลวัยผู้ใหญ่ทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นผู้หญิงหรือผู้ชายก็ตาม ทั้งนี้ทำให้ลักษณะความสัมพันธ์ของบุคคลทั้งสองกลุ่มมีความไม่เท่าเทียมกัน

(2) ผู้หญิงเป็นผู้ไม่รู้เรื่องเพศ เห็นได้จากการที่คำถามส่วนใหญ่มาจากผู้หญิง แต่ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าผู้ชายไม่มีปัญหาเรื่องเพศ แต่ผู้หญิงถูกคาดหวังจากสังคมว่าเป็นผู้ไม่รู้เรื่องเพศ ดังนั้นจึงกล้าที่จะถามในสิ่งที่ตัวเองไม่รู้ ในขณะที่ผู้ชายจะถูกคาดหวังว่ารู้เรื่องเพศดีอยู่แล้ว ดังนั้น การถามปัญหาเรื่องเพศจึงไม่ใช่ลักษณะของผู้ชาย

(3) แพทย์เป็นผู้มีอำนาจในการพูดเรื่องเพศ เห็นได้จากการที่ผู้ตอบปัญหาโดยส่วนใหญ่ตั้งแต่เริ่มมีการตอบปัญหาทางเพศในสื่อมวลชนล้วนเป็นแพทย์(ชาย)ทั้งสิ้น ทั้งนี้โดยเป็นเรื่องเพศในเชิงวิชาการ แต่ในปัจจุบันเริ่มมีผู้หญิงเข้ามาตอบปัญหาเรื่องเพศ ซึ่งลักษณะการตอบของผู้หญิงจะเป็นลักษณะของปัญหาชีวิตหรือปัญหาครอบครัว มากกว่าที่จะเป็นการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา

(v) ผลลัพธ์ที่เกิดจากการทำงานของวาทกรรม ผู้วิจัยสรุปว่า นอกเหนือจากผลลัพธ์ที่เราสามารถมองเห็นได้ในระดับพื้นผิว เช่น บทบาทหน้าที่ของรายการเหล่านี้คือการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศและเพศสัมพันธ์แล้ว ตามทัศนะของฟูโกต์ ผลลัพธ์ในระดับสูงสุดของการทำงานวาทกรรมก็คือการประกอบสร้างอัตลักษณ์ (identity construction) ของกลุ่มต่างๆขึ้นมา ซึ่งในกรณีนี้คืออัตลักษณ์ของผู้หญิงและผู้ชายในสังคมคือ (ที่ยังคงเหมือนเดิม ไม่เปลี่ยนแปลง)

- ผู้ชายต้องเป็นฝ่ายเสนอ ผู้หญิงต้องเป็นฝ่ายสนอง
- ผู้หญิงต้องรักษานวลสงวนตัวและไม่ชิงสุกก่อนห่าม

- ผู้หญิงต้องซื้อสัตย์และรักเดียวใจเดียว
- ผู้ชายต้องเจ้าชู้

(7.5) งานวิจัยวาทกรรมว่าด้วยร่างกายในสื่อสารศึกษา ดังที่ได้เกริ่นมาข้างต้นแล้วว่า ในทัศนะของฟูโกต์นั้น พื้นที่ที่สามารถสธิตการใช้อำนาจได้อย่างเป็นรูปธรรม ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทั่วถึง อยู่ในชีวิตประจำวันทุกๆวัน พื้นที่นั้นก็คือร่างกายนั่นเอง ในอีกด้านหนึ่ง เรื่องของการแพทย์/สาธารณสุขก็มีจุดเริ่มต้นอยู่ที่ร่างกายเช่นเดียวกัน และไม่ว่าจะเป็นการแพทย์ในกระบวนทัศน์ใดในทั้ง 3 กระบวนทัศน์ ก็ต้องเกี่ยวข้องกับการจัดการกับร่างกายทั้งในยามเจ็บไข้ได้ป่วย (เช่น การทำความสะอาด การทำกายภาพบำบัด การผ่าตัด) และแม้แต่ในยามปกติ (เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การรักษาผิวพรรณ) รวมทั้งการทำศัลยกรรมความงามของคนที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงเป็นปกติ แต่ก็ไปเข้ากระบวนการรักษาเยียวยาประดุจว่าเจ็บไข้ได้ป่วย เป็นต้น

ถึงแม้ว่ามนุษย์เราจะมี “ร่างกายตามธรรมชาติ” ที่คล้ายคลึงกัน มาแต่ไหนแต่ไรแล้ว แต่ทว่า “ทัศนะที่พิจารณาร่างกายในแต่ละยุคสมัยในแต่ละสังคม” กลับถูกประกอบสร้างความหมายให้แตกต่างกันอยู่ตลอดเวลา ตัวอย่างเช่น พื้นฐานความคิดทางปรัชญาตะวันตกนั้นมักจะแบ่งแยกร่างกายและจิตออกจากกัน และมักจะทำให้คุณค่าที่ไม่เท่าเทียมกัน โดยถือว่า “จิตนั้นมีคุณค่าเหนือกว่ากาย” และยังเชื่อมโยงกายกับจิตมาที่เพศหญิงและชาย เพศหญิงจะมีบทบาทสัมพันธ์กับร่างกาย และจะต้องได้รับการดูแลควบคุมจากผู้ชายที่เปรียบเสมือนจิต

ในยุคสมัยที่ชาติตะวันตกมีแนวคิดและการปฏิบัติการในการค้าทาสและล่าอาณานิคม ความคิดเรื่องร่างกาย (เช่น สีสผิว ผิวขาว ผิวดำ) ก็ถูกนำไปใช้เพื่อเป็นข้ออ้างที่สร้างความชอบธรรมในการครอบงำของตน (ตั้งคำขวัญ “ภารกิจของคนผิวขาว”) และเป็นรากฐานของความคิดการเหยียดเผ่าพันธุ์ (racism) รวมทั้งเมื่อมีแนวคิดเรื่องสังคมที่มีอารยะและ

ความคิดวิไลซ์ ก็เกิดแนวคิดที่มองว่าร่างกายเป็นสิ่งที่ต้องอบรมบ่มเพาะจากกระบวนการทางวัฒนธรรม (เช่น มารยาทที่โต๊ะอาหาร) เป็นต้น

ในแวดวงวิชาการ นักวิชาการจากสำนักต่างๆก็มีทัศนะที่แตกต่างหลากหลายต่อเรื่องร่างกาย ตัวอย่างเช่น Mary Douglas (1966) มีทัศนะว่า “ร่างกายมิใช่สิ่งที่ถูกสร้างมาโดยธรรมชาติ” เท่านั้น แต่ทว่าร่างกายเป็นร่างที่ถูกสร้างโดยสังคม (socially constructed body) หรืออาจกล่าวได้ว่า ร่างนั้นมี 2 ชั้น คือร่างกายทางกายภาพ (physical body) และร่างทางสังคม (social body) โดยที่ร่างทางสังคมจะเป็นตัวควบคุมร่างทางกายภาพ และร่างทั้งสองนี้ต่างก็มีการแลกเปลี่ยนความหมายของประสบการณ์ที่ได้รับอยู่ตลอดเวลา เช่น ผู้หญิงที่ต้องผ่าตัดเต้านมออกไป (ร่างทางกายภาพ) ก็จะเปลี่ยนแปลงการรับรู้ร่างกายของตนเอง ดังนั้น การแสดงออกของร่างกายทางกายภาพ เช่น การกินอยู่ การเคลื่อนไหว จึงล้วนเป็นการแสดงออกถึงความกดดันทางสังคมที่ได้รับ หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ การควบคุมร่างกายก็คือการควบคุมทางสังคมด้วยเช่นกัน

ฟูโกต์เองก็มีทัศนะที่สนใจเทคนิคเกี่ยวกับการจัดการร่างกายมนุษย์นี้เช่นกัน แต่ร่างกายที่ฟูโกต์ศึกษาคือ ร่างกายที่ถูกติดตาม สอดแนม ควบคุม ฝึกหัดให้เกิดระเบียบวินัยที่ฟูโกต์เรียกว่า “ร่างกายที่อ่อนน้อม สอนง่าย” (docile body) โดยในบทความเรื่อง “ร่างกายใต้บงการ” (2547) ตอนหนึ่งของหนังสือชื่อ *เฝ้าดูและลงโทษ* (Surveiller et punir) (Foucault, 1975: 159-175) เขาอธิบายว่า “ร่างกายที่อ่อนน้อม สอนง่าย หมายถึง ร่างกายที่อาจทำให้จ่านสามารถนำไปใช้สอยแปรรูป และทำให้สมบูรณ์แบบได้”

สำหรับฟูโกต์แล้ว แม้ว่าการควบคุมร่างกายมนุษย์ไม่ใช่สิ่งใหม่ ก็จริง หากแต่เทคนิคการควบคุมร่างกายที่ปรากฏตั้งแต่ศตวรรษที่ 18 มานั้นต่างหากที่ต่างไปจากที่เคย กล่าวคือ การควบคุมแบบใหม่นี้ทำให้การจัดการแบบเหมารวมอีกต่อไป “หากแต่เป็นการเข้าไปจัดการในระดับของรายละเอียด เป็นการบีบบังคับร่างกายอย่างจุกจิก” และ “ควบคุม

ความคุ้มค่าของร่างกาย” ด้วยพิธีกรรมที่เรียกว่า “การฝึกฝน” โดย “การควบคุมในลักษณะใหม่นี้เป็นการบังคับอย่างต่อเนื่อง...มีการสร้างกฎระเบียบที่จัดตารางให้กับเวลา พื้นที่ และการเคลื่อนไหวอย่างถี่ถ้วนที่สุด...เป็นการก่อรูปความสัมพันธ์ชนิดหนึ่งที่ตั้งยั้งร่างกายเชื่อฟังการควบคุมได้มากเท่าใด ก็จะเป็นประโยชน์ได้มากเท่านั้น รวมถึงในทิศทางกลับกันด้วย” นอกจากนี้ พูโกต์ยังได้เปรียบเทียบบุคคลที่ผ่านการอบรมบ่มนิสัยจากโรงเรียนหรือสถาบันฝึกทหารกับคนที่เคร่งครัดในศาสนาว่าไม่แตกต่างกัน เพราะ “สำหรับคนทั้งสองประเภท รายละเอียดทุกส่วนล้วนมีความสำคัญ”

เมื่อประยุกต์แนวคิดเรื่องการจัดการร่างกายของพูโกต์มาใช้ในปริณิถนของสุขภาพ เราก็จะพบว่าผู้คนในยุคสมัยใหม่มีการควบคุมจัดการบังคับร่างกายอย่างมากภายในชีวิตประจำวัน เริ่มตั้งแต่ผู้หญิงบางคนต้องก้าวขึ้นชั้นน้ำหนักทุกวันในตอนเช้าเพื่อควบคุมความอ้วนของตน สาวรุ่นบางคนต้องระแวดระวังกับการล้างหน้าเพื่อไม่ให้มีสิวหรือฝ้า รวมทั้งต้องทาครีมหรือทำทุกอย่างเพื่อให้มีผิวที่ขาวกระจ่างใสหรืออมชมพู ส่วนชายหนุ่มก็ต้องเล่นยกน้ำหนักเพื่อให้มี Six Pack ที่หน้าอก ฯลฯ ทั้งหมดนี้ก็คือรูปแบบต่างๆของการควบคุม/จัดการร่างกายที่พูโกต์กล่าวถึงนั่นเอง และท่ามกลางกลไก/สถาบันสังคมต่างๆที่ดำเนินการเพื่อควบคุมร่างกายดังกล่าวนั้น สถาบันสื่อมวลชนก็เป็นกลไกสำคัญกลไกหนึ่ง ดังที่ปรากฏผลจากงานวิจัยเรื่องการสื่อสารและร่างกายหลายๆชิ้น เช่น ยุพดี บุรณชवाल (2546) เรื่อง “ปัจจัยการสื่อสารที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจบริโภคยาลดความอ้วนของวัยรุ่นสตรีในกรุงเทพมหานคร” หรือตัวอย่างงานวิจัยของสุนิณี เลาะวิธิ (2546) ที่ศึกษาเรื่อง “วาทกรรมเรื่องความอ้วนผอมในรายการโทรทัศน์สำหรับสตรี” ซึ่งจะดูรายละเอียดต่อไป

ในงานวิจัยชิ้นนี้ สุนิณีผู้วิจัยได้เลือกวิเคราะห์วาทกรรมเกี่ยวกับความอ้วนผอมในรายการโทรทัศน์สำหรับผู้หญิง 3 ประเภท คือ รายการเพื่อสังคม รายการบันเทิง และรายการสุขภาพ เป้าหมายของการวิจัยคือ

เพื่อจะสำรวจว่ามีวาทกรรมอะไรบ้างที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับเรื่องความอ้วน/ความผอม และวาทกรรมดังกล่าวถูกประกอบสร้างขึ้นมาได้อย่างไร

ผลการวิจัยตอบใจหทัยข้อแรกว่า วาทกรรมความอ้วนความผอม นั้นจะทำงานอยู่ภายใต้วาทกรรม 3 ชุด ชุดแรกคือ **วาทกรรมทางด้าน การแพทย์** เช่น “ความอ้วนเป็นบ่อเกิดของโรคร้ายไข้เจ็บนานาประเภท” กลไกและกระบวนการสร้างวาทกรรมทางการแพทย์ที่สำคัญคือ วิธีการให้คำนิยาม (definition) ที่มีชุดความรู้ทางวิทยาศาสตร์มารองรับ เช่น การคิดคำนวณดัชนีมวลกาย เพื่อจะบอกว่า “อ้วน/ไม่อ้วน” ชุดที่สองคือ **วาทกรรมแฟชั่น** เช่น ความอ้วนไม่เข้ากระแสแฟชั่น เป็นพวกเปี้ยงเบนทางแฟชั่น ปฏิบัติการทางวาทกรรมที่สำคัญคือ การสร้างเสื้อผ้าให้มีขนาดเล็กกว่าที่คนอ้วนจะหาใส่ได้ ชุดที่สามคือ **วาทกรรมความงาม** ที่ใช้กลวิธีการให้คำนิยามว่า “ผอมเท่ากับสวย” และใช้กลไกสำคัญคือการสร้างนางแบบที่มีหุ่นผอมเพรียว

สำหรับใจหทัยข้อที่สองคือ วาทกรรมเหล่านี้มีกระบวนการสร้างอย่างไรผ่านรายการโทรทัศน์สำหรับสตรีทั้ง 3 รายการ ผู้วิจัยพบว่า “ประเภทของรายการ” เช่น รายการเพื่อสังคม รายการสุขภาพ หรือรายการบันเทิงนั้นได้เข้ามาเป็น “ตัวแปร” ตัวหนึ่งในการกำหนดกระบวนการสร้างวาทกรรม อย่างไรก็ตาม กลไกหลักๆ ที่ทำงานในกระบวนการสร้างวาทกรรมนี้ก็มีอยู่ 4 กลไกสำคัญ คือ

(i) **ผู้นำเสนอ/แหล่งอำนาจ** ในทั้ง 3 รายการจะเป็นแพทย์หรือผู้ที่ทำงานในแวดวงบันเทิง/แฟชั่น/ความงาม

(ii) **การคัดเลือกประเด็น** แหล่งอำนาจจะมาจาก 3 แหล่งคือ กระแสความสนใจทางสังคม (ซึ่งเป็นรหัสของการผลิตเนื้อหารายการโทรทัศน์อยู่แล้ว) จากผู้อุปถัมภ์รายการ (อำนาจทางเศรษฐกิจ) และความสนใจของผู้ผลิตรายการ

(iii) **กลยุทธ์การส่งสาร/วิธีการพูด** จะมีวิธีการพูด/ให้ข่าวสาร (way of talking) 3 วิธีคือ วิธีพูดแบบให้เลือก (ดูเหมือนคนฟังจะมีสิทธิ

เลือกชะตากรรมของตัวเองว่าจะเป็น “คนอ้วน” หรือไม่) วิธีพูดแบบเตือนภัยและวิธีให้คำแนะนำวิธีการลดความอ้วน

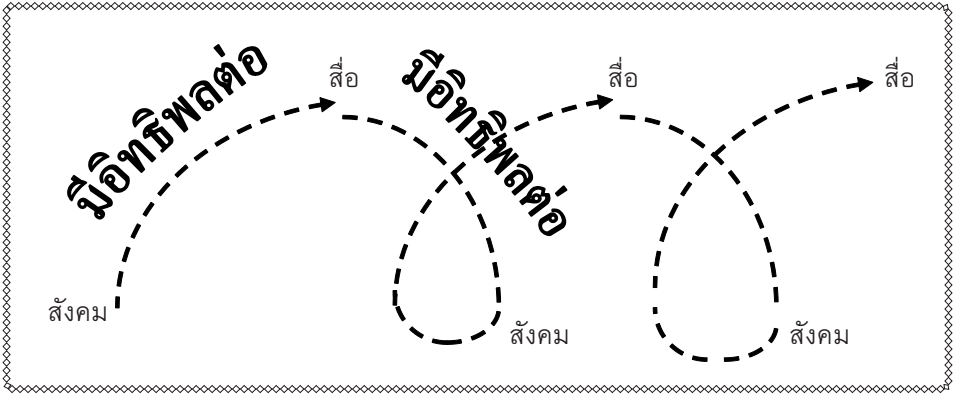
(iv) **กลุ่มเป้าหมาย/ผู้รับวาทกรรม** จะเป็นกลุ่มผู้หญิงที่หลากหลาย เช่น มีทั้งผู้หญิงโสด/ผู้หญิงที่มีครอบครัวแล้ว ผู้หญิงที่ทำงานอยู่ในวงการบันเทิง (ซึ่งเป็นวงการที่มีอำนาจในการกำหนดรูปลักษณ์) แต่ทว่าไม่ว่าจะเป็นผู้หญิงแบบใด ผู้หญิงเหล่านี้ก็จะมีปัญหาาร่วมกันคือปัญหาเรื่องความอ้วน

ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่า รายการโทรทัศน์เหล่านี้จะทำหน้าที่เป็นกลไกเชิงอำนาจที่ “ควบคุมร่างกายของผู้หญิง” อย่างแน่นอน เพราะเนื้อหาในรายการเหล่านี้ล้วนแต่ต้องการควบคุม “ผู้หญิงให้ผอม” เท่านั้น แต่จะไม่มีมีการพูดถึง “ผู้ชายผอม” เลย และเมื่อวิเคราะห์เนื้อหา/บทสนทนาของร่างกาย ก็จะเป็นไปตามหลักการที่ฟูโกต์ค้นพบเรื่องกลวิธีต่างๆในการใช้อำนาจ เช่น การแบ่งแยก (division) ผู้หญิงที่อ้วนออกจากผู้หญิงที่ผอม การควบคุมการกินอาหาร การควบคุมการออกกำลังกาย การนำเอาความอ้วนผอมไปผูกไว้กับความสำเร็จในชีวิต ฯลฯ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังอภิปรายว่า ความอ้วนความผอมของผู้หญิงนั้นเป็นการใช้อำนาจเชิงวาทกรรมที่นำไปสู่การแสวงหาผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจของกลุ่มต่างๆ เริ่มตั้งแต่อุตสาหกรรมยาลดความอ้วน อุตสาหกรรมสถานลดความอ้วนทั้งหลาย

ค. กลุ่มทฤษฎีที่มีได้ระบุตัวแปรต้น-ตัวแปรตาม

ลักษณะสำคัญของกลุ่มทฤษฎีนี้ที่แตกต่างจาก 2 กลุ่มทฤษฎีแรกก็คือ เป็นทฤษฎีที่ได้สนใจความเป็นตัวแปรต้นหรือตัวแปรตามของปัจจัยด้านสื่อและสังคม ตัวอย่างเช่น ทฤษฎีสัญวิทยา (Semiology) ที่สนใจความสัมพันธ์ภายในตัวบท (text) ที่เป็นตัวสถาปนาให้เกิดความหมายหรือทฤษฎีวิวัฒนาการศึกษาศาสตร์ (Cultural Studies) ที่มีจุดยืนทางทฤษฎีว่าความสัมพันธ์ระหว่างสื่อกับสังคมนั้นมีลักษณะเป็นพลวัต (dynamic) เป็น

กระบวนการ (process) และปัจจัยทั้งสื่อและสังคมต่างกำหนดซึ่งกันและกัน ในการเลือกกรณีศึกษาจึงขึ้นอยู่กับว่า ผู้ศึกษาได้เข้าไปเลือกช่วงเวลา ที่สื่อหรือสังคมเป็นปัจจัยกำหนดหรือเป็นปัจจัยตามมากกว่า



ภาพที่ 37: ทศนะของทฤษฎีวิวัฒนาการศึกษาคือต่อเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสื่อกับสังคม

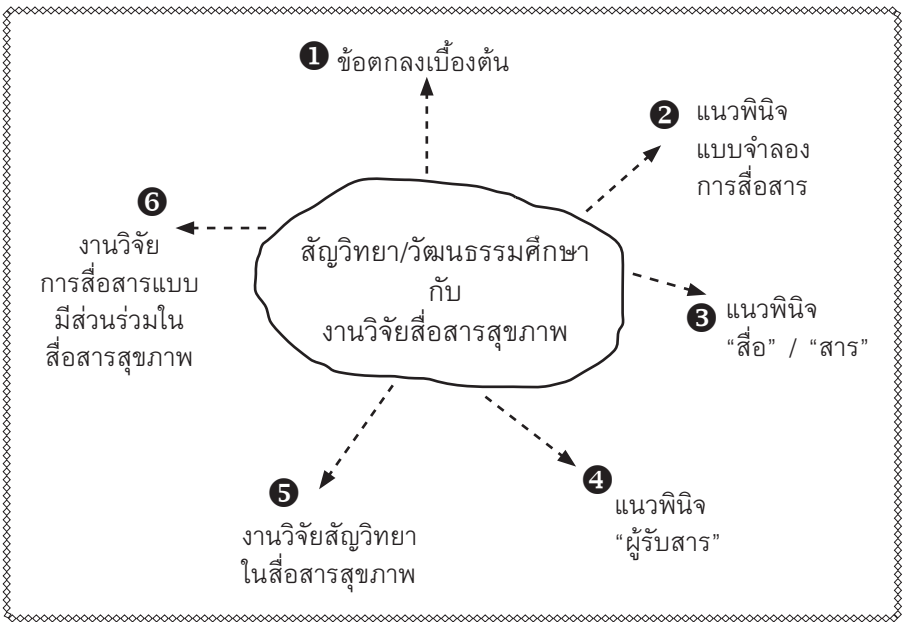
ในที่นี้จะนำเสนอรายละเอียดของทฤษฎีสื่อวิทยาและวัฒนธรรมศึกษาในการศึกษาที่นำมาใช้ในงานวิจัยสื่อสารสุขภาพ

8. ทฤษฎีสื่อวิทยา/วัฒนธรรมศึกษากับงานวิจัยสื่อสารสุขภาพ

ทฤษฎีวิวัฒนาการศึกษาเป็นทฤษฎีล่าสุดเมื่อเทียบกับทุกทฤษฎีที่กล่าวมาทั้งหมดโดยก่อตัวมาในช่วงทศวรรษ 1970 ในประเทศอังกฤษ จากกลุ่มนักวิชาการในมหาวิทยาลัย Birmingham จึงมักถูกเรียกว่า “สำนัก Birmingham” การก่อตัวของสำนักคิดนี้เกิดมาจากการนำบางส่วนเสี้ยวของทฤษฎีเดิมๆที่มีอยู่แล้วมาผสมผสานกันใหม่ เช่น ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองทั้งแนวคลาสสิกและแนวใหม่ (Neo-Marxist Theory) ทฤษฎีสื่อวิทยา (Semiology) ทฤษฎีด้านวัฒนธรรม เป็นต้น

เนื่องจากทฤษฎีวิวัฒนาการศึกษานั้นมีรากฐานความเป็นมาจากทฤษฎีสัญวิทยา รวมทั้งในงานวิจัยด้านสื่อสารสุขภาพมักจะใช้ทั้งทฤษฎีสัญวิทยาและทฤษฎีวิวัฒนาการศึกษาควบคู่กันไป ในที่นี้จึงจะขอรวมทั้ง 2 ทฤษฎีเข้ามาไว้ด้วยกัน

ประเด็นในการนำเสนอทฤษฎีสัญวิทยา/วิวัฒนาการศึกษากับงานวิจัยสื่อสารสุขภาพจะมีดังนี้



ภาพที่ 38: สัญวิทยา/วิวัฒนาการศึกษากับงานวิจัยสื่อสารสุขภาพ

(8.1) ข้อตกลงเบื้องต้น (Basic assumption) สำหรับงานวิจัยสื่อสารสุขภาพที่จะนำทฤษฎีวิวัฒนาการศึกษาไปใช้ในการศึกษานั้นจะยอมรับข้อตกลงเบื้องต้นที่เรียกว่า "Cultural approach" ของตัวทฤษฎีวิวัฒนาการศึกษาก่อน 2 ประการคือ ประการแรกคือ รากฐานวิธีคิดที่ว่าทั้งเรื่อง "สุขภาพ" และเรื่อง "การสื่อสาร" นั้นเป็น "วัฒนธรรม

รูปแบบหนึ่ง” หรือมี “มิติด้านวัฒนธรรม” อยู่ด้วย และเนื่องจากคุณลักษณะสำคัญของวัฒนธรรมคือ “ลักษณะเฉพาะตัว/เฉพาะถิ่น” (localized) แบบ “ของใครของมัน” ฉะนั้น คนในแต่ละกลุ่ม แต่ละพื้นที่ แต่ละภูมิภาค แต่ละชนชาติ จึงมีลักษณะเฉพาะของเรื่องสุขภาพและการสื่อสารที่เป็นลักษณะเฉพาะที่เป็นแบบฉบับ เป็นกลิ่นอาย เป็นอัตลักษณ์เฉพาะตัว ดังนั้น การใช้กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อสุขภาพแบบเดียวกันทั่วประเทศ เช่น การออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิกทั้ง 76 จังหวัดจึงดูเป็นกลยุทธ์ที่มองข้ามความแตกต่างในแต่ละวัฒนธรรม

อันที่จริง ทักษะที่มองเห็น “ความแตกต่าง/เฉพาะตัว” นั้น มีอยู่มากในทางการแพทย์ทั้งแผนใหม่และแผนเก่า ดังเช่นคำกล่าวที่ว่า “लगงเนื้อชอบलगงยา” อันบ่งบอกถึงความเข้าใจในความแตกต่างระหว่างบุคคล เช่นเดียวกับที่การแพทย์สมัยใหม่รู้ว่า ร่างกายคนแต่ละคนมีภูมิต้านทานไม่เท่ากัน ฉนใดก็ฉนนั้น สังคม/กลุ่มชน แต่ละกลุ่ม ก็มีภูมิต้านทานด้านวัฒนธรรมการสื่อสารเพื่อสุขภาพไม่เหมือนกัน

ฉนนั้จากตัวอย่างเรื่องการสื่อสารรณรงค์เรื่องการออกกำลังกายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพตามกระบวนการทัศนทัศนศึกษาใหม่ด้านสุขภาพ หากใช้แนวพินิจจากทฤษฎีวิวัฒธรรมศึกษา ผู้ศึกษาก็ต้องแสวงหาทั้ง “ลักษณะร่วม/ลักษณะทั่วไป” (universal/common) และ “ลักษณะเฉพาะ” (localized) ของการสื่อสารสุขภาพ เช่น แม้ว่าคนไทยทุกภูมิภาคอาจจะต้องการการออกกำลังกายเพื่อการสร้างสุขภาพะที่ดี (จุดร่วม) แต่ทว่าคนไทยภาคเหนือก็อาจจะต้องออกกำลังกายด้วยฟ่อนเจิง/ตบผาบ ภาคใต้ด้วยโนราบิก ภาคอีสานด้วยหมอลำบิก เป็นต้น

หรือบรรดางานรณรงค์ขนาดใหญ่ๆระดับประเทศ ซึ่งนอกจากจะมีส่วนที่เป็น “จุดร่วม” กันแล้ว ก็อาจจะต้องค้นคว้ากลยุทธ์ที่แสดงให้เห็นอัตลักษณ์เฉพาะในแต่ละท้องถิ่น (Localized Campaign) และนี่เป็นสิ่งที่ทำได้จริง เช่น งานวิจัยบุกเบิกของจำเริญ โยชิด และคณะ (2547) เรื่อง “การรณรงค์แบบท้องถิ่นในเรื่องโรคเอดส์” ที่จังหวัดเชียงรย ได้แสดงให้เห็น เป็นต้น

ประการที่สอง หากมองจากกรอบแนวคิดเรื่ององค์ประกอบของการสื่อสารที่ประกอบด้วย S-M-C-R ในส่วนที่เกี่ยวกับ**ความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับผู้รับสาร**นั้นจะเป็นเกณฑ์แบ่งแยกทฤษฎีต่างๆออกจากกัน ดังที่ได้กล่าวถึงมาข้างหน้าแล้วว่า ในขณะที่ Impact Theory จะเชื่อมั่นในพลังโน้มน้าวของผู้ส่งสารและเห็นว่าผู้รับสารนั้นจะ passive แต่ทฤษฎี Uses & Gratifications กลับเห็นว่า ผู้รับสารนั้นมีลักษณะ active ในกระบวนการสื่อสาร ในส่วนของประเด็นนี้ ทฤษฎีวิวัฒนาการศึกษายืนอยู่ข้างที่เห็นลักษณะที่เอาการเอางาน active ของผู้รับสาร

และเมื่อขยายหน่วยของผู้รับสารจาก “ปัจเจก” มาเป็น “กลุ่มหรือชุมชน” (community) ทฤษฎีวิวัฒนาการศึกษาก็ยังเห็นลักษณะที่ active ของชุมชน/กลุ่มเช่นเดียวกัน ในด้านของสุขภาพนั้น แนวคิดแบบวิวัฒนาการศึกษาก็แปรรูปมาเป็นกลยุทธ์การทำงานด้านสุขภาพประเภทหนึ่ง ที่เรียกว่า “แนวทางยึดชุมชนเป็นตัวตั้ง” (community approach) (สนใจตัวอย่างรูปธรรมโปรดดู สุพัตรา ศรีวิณิชชากร และสุรศักดิ์ อธิคมานนท์, 2548)

การทำงานด้านสุขภาพโดยยึดหน่วยของชุมชน/หมู่บ้านเป็นสำคัญนั้น มีร่องรอยมาตั้งแต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศนจากการแพทย์แบบชีวภาพมาเป็นการแพทย์แบบสังคม ดังตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมที่สุดก็คือ แนวคิดเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน และแนวทาง Health promotion ในการทำงานด้านสุขภาพ นักสุขภาพจึงต้องมีการศึกษาชุมชน วิเคราะห์ชุมชน วางแผนชุมชนร่วมอยู่ด้วยเสมอ (แต่ทว่าก็จะศึกษาชุมชนด้วยทัศนะแบบไหน เช่น ทัศนะว่าชุมชนมีแต่ปัญหา หรือทัศนะที่ว่าชุมชนมีทั้งปัญหาและมีทั้งศักยภาพในการแก้ปัญหา ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่ง)

สำหรับทฤษฎีวิวัฒนาการศึกษานั้น เมื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็น “แนวทางชุมชน” อาจจะมีนัยยะ 3 ประการคือ

(ก) จะเน้น “ความต้องการของชุมชน” (community need) ซึ่งปัจจุบันนี้เป็นที่เข้าใจและยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วว่า หากงานพัฒนาไม่ว่าด้านใดต้องการมีอนาคตที่ยืนยาวยั่งยืน คำตอบสุดท้ายก็มีอยู่เพียง

ประการเดียวคือ ต้องเป็นงานพัฒนาที่ตอบสนองถึงความต้องการของชุมชน (นัยยะนี้ หากเทียบเคียงกับทฤษฎีสื่อสารที่กล่าวมา ก็น่าจะใกล้เคียงกับทฤษฎีการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจจากสื่อ แต่ทว่ามีหน่วยการศึกษาขยายจากปัจเจกบุคคลมาเป็นหน่วยระดับชุมชน)

(ข) จะเน้น “ต้นทุน/ภูมิปัญญาของชุมชน” (community potentiality) แนวคิดนี้อาจจะเป็นคุณลักษณะที่ใหม่มากขึ้น หรืออาจจะใหม่เอี่ยมถอดตามเลยเมื่อเทียบกับทัศนะที่เคยมองว่า “ประชาชนในชุมชนชนบทนั้น โง่ เจ็บ จน” เนื่องจากแนวคิดนี้จะเห็นว่า ในชุมชนนั้นมีสมบัติล้ำค่าต่างๆ มากมาย ทั้งองค์ความรู้ ทั้งตัวบุคคล ทั้งทรัพยากรอื่นๆ (ปัจจุบันอาจจะเรียกว่าเป็น “ทุน” (capital) ประเภทต่างๆ) ที่งานสุขภาพจะใช้งานได้ หากแต่อาจจะต้องนำมาขัดสีฉวีวรรณให้ผุดผ่องบ้าง

(ค) จะเน้น “อัตลักษณ์/ศักดิ์ศรี/ความเป็นตัวของตัวเองของแต่ละชุมชน” (community identity) ซึ่งได้แก่แนวคิดที่เคารพในสิ่งที่ชุมชนแต่ละชุมชนมี รวมทั้งการตัดสินใจอย่างเป็นอิสระของแต่ละชุมชน

ถึงแม้ว่า แนวทางชุมชนจะยึดหลักความหมายนัยยะที่สำคัญทั้ง 3 ประการ แต่ทว่าในภาคปฏิบัติเมื่อลงมือศึกษาเก็บข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรม เราอาจจะไม่ได้พบว่าทุกชุมชนจะเป็นไปตามคุณลักษณะของแนวทางชุมชนที่กล่าวมานั้น (ดังเช่นแนวคิดเรื่องการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชนที่ได้กล่าวมาแล้ว) ดังนั้น ในการใช้ทฤษฎีวัฒนธรรมศึกษาในเรื่องการสื่อสารสุขภาพ ผู้ยึดถือทฤษฎีนี้จึงต้องติดตั้งความเข้าใจเกี่ยวกับประวัติศาสตร์ความเป็นมา-ที่มาที่ไป-ของปรากฏการณ์ที่กำลังเป็นอยู่ เช่น ความเข้าใจพื้นฐานที่ว่าในยุคก่อนหน้าการแพทย์แบบตะวันตกจะเข้ามาสู่สังคมไทยนั้น คนไทยเราเคยมีวัฒนธรรมการสร้างสุขภาพของตนเองอยู่แล้ว วัฒนธรรมดังกล่าวแสดงออกอยู่ในความเชื่อ ความรู้วิถีการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน เช่น คนไทยมีข้อห้ามต่างๆ ในชีวิตประจำวันอย่างมากมาย (ซึ่งเกี่ยวกับการระมัดระวังอุบัติเหตุ) ตัวอย่างเช่นคนที่อยู่ใกล้ทะเล จะมีคำกล่าวที่ว่า “คืบก็ทะเลศอกก็ทะเล” เป็นต้น

แต่ทว่าเมื่อระบบการแพทย์แผนใหม่ก้าวเข้ามา ระบบใหม่นี้ก็ได้มาพรากวัฒนธรรมการสร้างสุขภาพด้วยตนเองไปจากสังคมไทย และปลูกฝังวัฒนธรรมใหม่ทางสุขภาพคือ “มีอะไรให้ปรึกษาแพทย์” เข้ามาแทนที่ (ผ่านการทำงานของสื่อมวลชนดังปรากฏในงานวิจัยที่กล่าวมาแล้ว) การดูแลเอาใจใส่ระมัดระวังตนเองก็ค่อยๆ เลือนหายไปจากใจประชาชน โดยได้ส่งมอบสุขภาพของตนเองให้กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ยิ่งนับวันทั้งความเชื่อ ความรู้ และวิถีปฏิบัติในชีวิตประจำวันก็ยิ่งเคลื่อนคล้อยจากปากฝั่งที่เคยระมัดระวังมาสู่แห่งมุมที่ประมาท/ใช้ชีวิตอย่างสุ่มเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพที่ดีมากยิ่งขึ้นทุกที และมาถึงวันนี้คนไทยก็ได้ตระหนักแล้วว่า ด้วยกำลังของกำมือของแพทย์นั้นไม่อาจจะสร้างสรรค์สุขภาพที่ดีของเราให้เป็นจริงเป็นจังขึ้นมาได้ และเป็นจุดเริ่มต้นของการถือกำเนิดขึ้นมาของกระบวนการทัศน์ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ

และหากพิจารณาข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีวิวัฒนาการศึกษแล้ว เราอาจจะสรุปได้อย่างคร่าวๆว่า ในเรื่องการสื่อสารสุขภาพนั้น ทฤษฎีนี้จะลงตัวกับกระบวนการทัศน์ด้านสุขภาพในรุ่นหลังๆ คือการแพทย์เชิงสังคม และทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพมากกว่ากระบวนการทัศน์การแพทย์แบบชีวภาพ

(8.2) แนวพินิจด้านแบบจำลองการสื่อสาร ความแตกต่างระหว่างทฤษฎีวิวัฒนาการศึกษาเมื่อเข้ามาศึกษาเรื่องการสื่อสารกับทฤษฎีด้านการสื่อสารอื่นๆ ที่มีมาก่อนก็คือ ข้อเสนอใหม่ที่ว่า สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมและการสื่อสารนั้น การสื่อสารเป็นมากกว่า “เครื่องมือ/กลไก” (instrumentalism) ในการถ่ายทอดวัฒนธรรมเท่านั้น หากว่าการสื่อสารนั่นเองคือวัฒนธรรมทั้งในแง่ที่เป็นผู้สร้างสรรค์ (generator) ถ่ายทอด สืบทอด รวมทั้งตัดแปลง หรือแม้แต่สร้างใหม่

และแนวคิดเรื่อง “วัฒนธรรม” ในทฤษฎีวิวัฒนาการศึกษานี้ก็มีแนวทางที่แตกต่างไปจากกลุ่มวิชาการอื่นๆ ที่เคยศึกษาวัฒนธรรมมาก่อน กล่าวคือ ทฤษฎีวิวัฒนาการศึกษาจะไม่ได้ให้ความสนใจกับ “ตัวผลผลิต

ทางวัฒนธรรม” (cultural product) เช่น อาหารไทย บ้านทรงไทย ชุดไทย ฯลฯ แล้วพรรณนารายละเอียดของผลผลิตเหล่านี้เท่านั้น (descriptive approach) หากแต่จะให้ความสนใจกับ “กระบวนการผลิตและผลิตซ้ำเพื่อสืบทอดวัฒนธรรม” มากกว่า (cultural production & reproduction) ดังนั้นในเรื่องการสื่อสารสุขภาพ แนวทางวัฒนธรรมศึกษาก็จะไม่สนใจแต่ “ตัวสมุนไพรมาน” เท่านั้น หากทว่าสนใจทั้ง “กระบวนการผลิต การใช้ ข้อบังคับที่เกี่ยวกับสมุนไพรมาน” รวมทั้งยังสนใจ “กระบวนการผลิตความหมาย ความเชื่อต่างๆ” (Meaning production & reproduction) ที่แนบติดมากับตัวสมุนไพรมานอีกด้วย

จากทัศนะที่เปลี่ยนมุมมองของการสื่อสารจากการเป็นเครื่องมือ/กลไกมาเป็นวัฒนธรรมนั้น ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแบบจำลองการสื่อสารที่ได้กล่าวถึงข้างต้น จากแบบจำลองการสื่อสารเชิงการถ่ายทอดข่าวสาร (Transmission model) มาสู่แบบจำลองการสื่อสารเชิงพิธีกรรม (Ritualistic model) ซึ่งส่งผลให้คุณลักษณะอื่นๆของการสื่อสารจะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

เริ่มตั้งแต่เป้าหมายของการสื่อสารก็จะเปลี่ยนจากการใช้อำนาจและความพยายามที่จะโน้มน้าวผู้รับสารให้มีความคิดความรู้ อารมณ์/ความรู้สึก/ทัศนคติและการกระทำให้เป็นไปตามที่ผู้ส่งสารต้องการจากแบบจำลอง Transmission ก็เปลี่ยนแปลงไปสู่เป้าหมายอื่นๆที่เป็นคุณลักษณะของแบบจำลอง Ritualistic เช่นเป้าหมายเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสาร (เช่น สร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างหมอกับคนไข้)

หรือหากนำคำอธิบายเรื่องการสื่อสารเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพตามแนวคิดเชิงวัฒนธรรมที่ได้กล่าวมาแล้ว หากในสภาพการณ์ที่เป็นจริงของชุมชนไทยซึ่งผ่านการพัฒนาการแพทย์แบบใหม่มาแล้ว ผลจากการปรากฏสุขภาพออกไปจากมือประชาชนได้ทั้งร่ำรวยความสูญเสียเอาไว้ กล่าวคือ ในแง่ความเชื่อประชาชนจะขาดความมั่นใจว่าตนเอง

สามารถสร้างสุขภาพที่ดีขึ้นมาได้จริง ในแง่ความรู้ ก็ถดถอยร่อยหรอ ในแง่วิถีการปฏิบัติตนก็คงสับสนโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในยุคสารสนเทศเช่น ยุคปัจจุบันที่มีข่าวสารเรื่องสุขภาพแพร่สะพัดอย่างมากมาย ทั้งที่มาจาก ผู้ที่เจตนาดีและมีเจตนาแฝง ตัวอย่างง่ายๆก็เช่น คำถามที่ว่า การตรวจ สุขภาพประจำปีเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ เป็นสิ่งที่จำเป็นหรือไม่ หรือแนวคิด เชิงสุขภาพเรื่องการต้องบริโภคผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ (เช่น วิตามิน อาหารเสริม เครื่องสำอางต่างๆ) ซึ่งอัญชนิ วิชยาภัย บุณนาค (2540) พบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพมหานครมีทัศนคติแบบเป็น กลางๆต่อผลิตภัณฑ์เหล่านี้ มีพฤติกรรมการบริโภคในระดับต่ำ ความเข้าใจและพฤติกรรมต่อผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพดังกล่าวนั้นเป็นเรื่องถูกต้อง หรือน่าพึงพอใจหรือไม่ในแง่มุมมองของสาธารณสุข เป็นต้น

ท่ามกลางสถานการณ์ของเรื่องการสื่อสารสุขภาพที่เป็นอยู่ใน ปัจจุบันนี้ แนวทางการทำงานด้านการสื่อสารสุขภาพจึงควรมีเป้าหมาย ตามแบบจำลอง Ritualistic คือ “การเสริมพลังที่สูญหายไป” ที่เรียกว่า Communication for empowerment เพื่อเรียกคืนพลังด้านสุขภาพของ ประชาชนให้กลับคืนมา ไม่ว่าจะเป็นพลังด้านความเชื่อ ความรู้หรือวิถีการ ปฏิบัติตนก็ตาม ซึ่งในการค้นคว้าวิจัยก็คงต้องเจาะลงที่รายละเอียดว่า การ สื่อสารดังกล่าวนั้นควรมีเนื้อหาอะไรบ้าง ใช้ช่องทางใดเพื่อสื่อสาร ผู้ส่ง และผู้รับสารจะเป็นคนกลุ่มใดบ้าง เป็นต้น

นอกจากนั้นในแบบจำลอง Ritualistic นั้นยังเน้นทิศทางการไหล ของข่าวสารแบบสองทาง (Two-way communication) ที่แตกต่างจาก การสื่อสารแบบทางเดียว (One-way communication) ของแบบจำลอง Transmission และดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า รูปแบบที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ที่สุดของการสื่อสารแบบสองทางนั้นก็คือ รูปแบบของการสื่อสารแบบมี ส่วนร่วม (Participatory communication) ที่เน้นการมีสิทธิมีเสียงมีส่วนร่วม ในกระบวนการสื่อสารของคู่สื่อสารทุกฝ่ายไม่ว่าจะอยู่ในฐานะผู้ส่ง/ ผู้รับสารก็ตาม รูปแบบการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมนี้ย่อมสอดคล้องกับคุณ

ลักษณะของกระบวนการทัศน์/ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพที่เน้นให้เจ้าของสุขภาพ และทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องร่วมรับผิดชอบและมีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเต็มที่และแท้จริง (ดูตัวอย่างงานวิจัยเรื่องการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมในงานสุขภาพในตอนต่อไป)

(8.3) แนวพินิจเรื่อง “สื่อ” และ “สาร” ในขณะที่องค์ประกอบที่เป็น “อมนุษย์” ในกระบวนการสื่อสารนั้นมีอยู่ 2 องค์ประกอบคือ “สื่อ” (Media/channel) และ “เนื้อหาสาร” (Message) เราจะเห็นว่ากลุ่มทฤษฎีกระแสหลักที่ได้กล่าวมาตั้งแต่ต้น ไม่ว่าจะเป็น Impact Theory, Social Learning Theory, Uses & Gratifications Approach ฯลฯ จะมีลักษณะความสนใจร่วมกันคือ ความสนใจที่จะตอบโจทย์ว่า “สื่อประเภทไหน” (which media) มากกว่าที่จะให้ความสนใจกับ “ตัวสาร” เช่น Impact Theory จะสนใจว่า สื่อประเภทใดที่จะสร้างผลกระทบได้มากกว่าสื่อประเภทอื่นๆ งานวิจัยด้านสื่อสารสุขภาพก็จะมีทิศทางหลักที่ให้ความสนใจเรื่องสื่อเช่นเดียวกัน

สำหรับทฤษฎีวิวัฒนาการศึกษานั้นจะไม่ค่อยเกี่ยวเรื่องประเภทของสื่อ เนื่องจากมีทัศนะพื้นฐานว่าสื่อทุกประเภทล้วนแล้วแต่มีข้อเด่นและข้อจำกัดในตัวเอง ดังนั้น ทฤษฎีนี้จึงเคลื่อนย้ายหน่วยการวิเคราะห์ (unit of study) จากตัวสื่อแต่ละประเภทมาเป็นความสัมพันธ์ระหว่างสื่อแต่ละประเภท เช่น ความสัมพันธ์แบบเข้าแทนที่ (Displacement/sustitute) แบบเสริมกันและกัน (Complement) แบบขัดแย้งกัน (Conflictual) และอื่นๆ ซึ่งความสัมพันธ์ที่หลากหลายเหล่านี้ เราจะรู้จักกันในชื่อของ “การบูรณาการสื่อ” (Media convergence) ที่ต้องมีการบริหารจัดการ (Communication management) เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ต้องการ

และในขณะที่ลดระดับความสนใจหรือเปลี่ยนมุมมองแห่งความสนใจในเรื่องตัวสื่อออกไปนั้น ทฤษฎีวิวัฒนาการศึกษาก็จะหันมาให้ความ

สนใจกับเรื่อง “ตัวเนื้อหาสาร” (Message) ซึ่งสอดรับ (หรืออาจได้รับอิทธิพลจาก) กับกระแส “การเลี้ยวโค้งสู่ภาษาศาสตร์” (Linguistic Turn) ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการสายสังคมศาสตร์เมื่อช่วงทศวรรษ 1960-1970 แต่ในขณะที่หันมาให้ความสนใจกับ “เนื้อหาสาร” นั้น ทฤษฎีวิวัฒนาการศึกษาก็ยังมีจุดต่างไปจากกลุ่มทฤษฎีสื่อมวลชนที่เคยมีมาเช่น Reflection Theory ที่สนใจว่า เนื้อหาในสื่อ่นั้นเป็นภาพสะท้อนของโลกที่เป็นจริง เนื่องจากทฤษฎีวิวัฒนาการศึกษา (ที่ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีสัญญาวิทยา) จะไม่สนใจแต่เฉพาะ “เนื้อหาสารในระดับพื้นผิว” เท่านั้น (เช่น ไม่ตอบโจทย์เพียงว่ามีเนื้อหาอะไร) หากแต่จะดำดิ่งสู่เบื้องล่าง/เบื้องหลังของเนื้อหาสารสู่ระดับ “ความหมายของเนื้อหา” (ได้แก่การตั้งคำถามว่า เนื้อหาสารนั้นมีความหมายอะไร)

ทฤษฎีสัญญาวิทยา (Semiology/Semiotics) เป็นศาสตร์ที่สนใจเรื่องสัญลักษณ์ (Science of sign) และคำว่า “สัญลักษณ์” นี้ก็หมายถึงทุกสิ่งทุกอย่างที่มีความหมายมากไปกว่าตัวมันสำหรับคนบางคนในบางเงื่อนไข/สถานการณ์ เช่น ดอกกุหลาบสีแดงหากเป็นเพียงดอกไม้ ก็ยังมีใช้สัญลักษณ์ แต่หากดอกกุหลาบสีแดงที่ชายหนุ่มคนหนึ่งนำมาให้หญิงสาวในวันวาเลนไทน์ ดอกกุหลาบดอกนั้นก็ย่อมมีความหมายที่มากไปกว่า “ดอกไม้ดอกหนึ่ง” เพราะมีความหมายถึง “การบอกรัก/ความสนใจเป็นพิเศษ/การอยากเริ่มพัฒนาความสัมพันธ์ให้มากกว่าการเป็นเพื่อน ฯลฯ”

สำหรับแนวคิดเรื่องสัญญาวิทยาและทฤษฎีวิวัฒนาการศึกษานี้อาจจะมีแนวคิดที่ใกล้เคียงกับแนวคิดเรื่องระบบความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief System) โดยมีจุดเริ่มต้นที่คล้ายคลึงกันว่า ระบบความเชื่อหรือระบบความหมายของคนในแต่ละกลุ่มแต่ละสังคมจะเป็นตัวกำหนดการรับรู้ การตีความ และการมีปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคล (ที่ทฤษฎีสัญญาวิทยาเรียกว่า “พลังแห่งสัญลักษณ์” - symbolic power) เช่น เมื่อเห็นตัวเลขหน้าหน้าบนเครื่องชั่งน้ำหนัก ผู้หญิงบางคนจะตีความ/ให้ความหมายเลยว่า “ตัวเองอ้วนไปแล้ว ต้องรีบลดน้ำหนัก” เป็นต้น แต่จุดที่ทฤษฎี

สัญวิทยา/ทฤษฎีวิวัฒนาการธรรมศึกษาได้เริ่มแยกตัวออกมาก็คือ การศึกษาค้นคว้าในรายละเอียดของประเภทของความหมาย กระบวนการประกอบสร้างความหมาย (Meaning construction) กระบวนการรื้อถอนและการสร้างใหม่ของความหมายต่างๆ (Meaning deconstruction & re-construction) รวมทั้งการสัประยุทธ์กันระหว่างความหมายหลายๆชุด (Struggle of Meaning) ดังที่จะนำเสนอตัวอย่างงานวิจัยสื่อสารสุขภาพในลำดับต่อไป)

(8.4) แนวพินิจต่อ “ผู้รับสาร” ความแตกต่างแบบขวากับคำระหว่างทฤษฎีวิวัฒนาการธรรมศึกษากับกลุ่มทฤษฎี Impact ก็คือทศนะที่มีต่อผู้รับสารว่า passive หรือ active เพราะในขณะที่ Impact Theory คิดว่า ผู้รับสารนั้น passive และสามารถโน้มน้าวให้เป็นตามผู้ส่งสารต้องการได้หากมีกลยุทธ์การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพดีพอหรือมีปริมาณความถี่ของการเปิดรับมากพอ แต่ทฤษฎีวิวัฒนาการธรรมศึกษากลับเสนอว่าผู้รับสารนั้นมีลักษณะที่ active ในการเปิดรับข่าวสาร

จุดยืนดังกล่าวทำให้ทฤษฎีวิวัฒนาการธรรมศึกษาจะยืนอยู่แถวเดียวกับทฤษฎี Uses & Gratifications approach กล่าวคือ เชื่อในคุณลักษณะ “ช่างเลือก” (Selectivity) ของผู้รับสาร แต่ทว่ารอยแยกระหว่างทั้ง 2 ทฤษฎีก็คือ ในขณะที่ทฤษฎี Uses อาจจะเชื่อว่า ผู้รับสารนั้นจะมี “การเลือกใช้สื่อ” แต่ทว่าทฤษฎีวิวัฒนาการธรรมศึกษาจะเน้นเรื่อง “การเลือกสาร” และยิ่งก้าวไปถึงระดับ “การเลือกตีความหมายของเนื้อหาสาร” อีกด้วย

ดังนั้น ในการวิจัยผู้รับสารตามแนวทางทฤษฎีวิวัฒนาการธรรมศึกษาจะนำเสนอแนวคิดหลักๆสำหรับกรวิเคราะห์ เช่น การถอดรหัสความหมาย (Decoding) หรือตรรกะการบริโภคสัญณะ (Logic of consumption) ดังเช่นกรณีตัวอย่างงานวิจัยด้านสื่อสารสุขภาพใน 2 เรื่องต่อไปนี้ คือ ณัฐวิภา สิ้นสุวรรณ (2553) เรื่อง “การวิเคราะห์ด้วบทและการถอดรหัส

ความหมายเชิงสัญลักษณ์ของโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย” และ
 กาญจนภรณ์ พลประทีป (2543) เรื่อง “การบริโภคเชิงตรรกวิทยาใน
 โฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเพื่อสุขภาพ”

ในงานชิ้นแรกที่ใช้แนวคิดเรื่อง “การถอดรหัสความหมาย” ของ
 ณีรัฐวิภา สินสุวรรณ (2553) นั้น ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดเรื่องการถอดรหัส
 ความหมายของ S. Hall ที่เสนอไว้ว่าในการรับรู้และตีความหมายสัญลักษณ์
 หนึ่งๆนั้น กลุ่มผู้รับสารจะมีแบบแผนการถอดรหัสความหมายที่หลากหลาย
 หลายอันอาจจะเกิดขึ้นเนื่องจากภูมิหลังต่างๆของประชากร (เช่น อายุ
 สถานภาพ การศึกษา รายได้/ชนชั้น ฯลฯ) และภูมิหลังประสบการณ์
 อื่นๆในชีวิต และอย่างน้อย เราอาจจะพบแบบแผนการถอดรหัสได้ 3 แบบ
 แผนคือ

(1) การถอดรหัสแบบที่ผู้ส่งต้องการ - Preferred reading ซึ่ง
 เป็นความหมายที่ผู้รับสารถอดออกมาเหมือนที่ผู้ส่งสารใส่รหัสความหมาย
 เอาไว้ (encoding)

(2) การถอดรหัสแบบต่อรอง - Negotiated reading เป็นวิธีการ
 ถอดรหัสความหมายที่ผู้รับสาร/เริ่มปรับเปลี่ยนหรือสร้างเงื่อนไขเพิ่มเติม
 กับความหมายหลักที่ผู้ส่งสารใส่รหัสมาให้แม้จะเห็นด้วยก็ตาม

(3) การถอดรหัสแบบต่อต้าน - oppositions reading เป็นวิธี
 การอ่านความหมายที่ผู้รับสารปฏิเสธไม่เห็นด้วย หรือตีความอย่างตรง
 กันข้ามกับความหมายหลักที่ผู้ส่งสารใส่รหัสมาให้

ในงานวิจัยของณีรัฐวิภาชิ้นนี้ ผู้วิจัยได้เริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์
 ตัวบทชิ้นงานโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ทั้งเหล้าและเบียร์) ที่เผยแพร่
 ทั้งจากสื่อสิ่งพิมพ์และโทรทัศน์ และเป็นชิ้นงานโฆษณาที่เผยแพร่ใน
 ช่วงหนึ่งทศวรรษ พ.ศ.2541-2551 โดยเป็นชิ้นงานโฆษณาที่ผลิตมาจาก
 ผู้สร้างความหมาย 2 กลุ่ม คือกลุ่มผู้ประกอบการธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 (หรือเรียกสั้นๆว่า บริษัทจำหน่ายสุราและเบียร์) กับกลุ่มที่รณรงค์
 ต่อต้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เช่น สสส. มูลนิธิเมาไม่ขับ ฯลฯ)

เพื่อสกัดหา “ความหมายหลัก” ที่กลุ่มผู้ผลิตความหมายในชิ้นงานโฆษณา ทั้ง 2 กลุ่มได้ใส่รหัสเอาไว้

ในส่วนที่เกี่ยวกับการศึกษาการถอดรหัสความหมายของผู้รับสาร ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมทั้งเกณฑ์อายุ (3 รุ่นคือ วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยผู้ใหญ่) และด้านพื้นที่ (เมือง/ชนบท) ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 6 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน รวม 48 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ตีพิมพ์/เผยแพร่ และเคยดูชมโฆษณาเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์จากกลุ่มผู้ผลิตทั้ง 2 ฝ่าย

ผลการวิจัยในส่วนการถอดรหัสความหมายของผู้รับสารนั้นเป็นไปตามข้อเสนอของ S. Hall กล่าวคือไม่ว่าจะเป็นชิ้นงานโฆษณาจากกลุ่มผู้ผลิตความหมายกลุ่มใดก็ตาม (กลุ่มธุรกิจเหล่านี้หรือกลุ่มต่อต้านการตีพิมพ์สุรา) ผู้รับสารทั้ง 3 กลุ่มก็จะถอดรหัสออกมาทั้ง 3 แบบแผน คือมีทั้งแบบแผนที่ตีความตามผู้ผลิตความหมาย ตีความแบบต่อรอง และตีความแบบต่อต้าน แต่ในระดับต่อมาที่กลุ่มทั้ง 6 กลุ่มได้ตีความแตกต่างกันก็คือเหตุผลที่จะเห็นด้วย ต่อรอง และต่อต้านอันเนื่องมาจากภูมิหลังที่แตกต่างกันของคนทั้ง 6 กลุ่มไม่ว่าจะเป็นอายุหรือพื้นที่อยู่อาศัยและประสบการณ์ในชีวิต

ตัวอย่างเช่น กลุ่มวัยรุ่นในชนบทมีการถอดความหมายต่อชิ้นงานโฆษณาเหล่านี้ของบริษัทจำหน่ายเหล้าแบบต่อรองและต่อต้านมากกว่าวัยรุ่นในเขตเมืองในประเด็นเรื่อง “การมอมเหล้าเป็นของชั่ว” เนื่องจากการกระทำดังกล่าวเป็นสาเหตุของปัญหาอุบัติเหตุทำให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิต (ซึ่งมองเห็นได้ชัดเจนในพื้นที่ชนบท) หรือต่อต้านความหมายที่ว่า “สุราเป็นเครื่องเชื่อมมิตรภาพ” เนื่องจากประสบการณ์ของวัยรุ่นที่ดื่มสุราแล้วเกิดทะเลาะวิวาทกันมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

หรือในกลุ่มคนวัยทำงานที่มีส่วนหนึ่งได้อ่านความหมายตรงกับที่ผู้ผลิตใส่รหัสมา แต่ก็ยังมีแบบแผนการอ่านแบบต่อรอง หากทว่าเป็นประเด็นเกี่ยวกับ “การตีพิมพ์เหล้าแล้วนำไปสู่ความสำเร็จในชีวิต/เป็นคนมีชื่อเสียง” (จะเห็นได้ว่า คนในวัยทำงานจะมีความสนใจในประเด็นนี้ และ

มีประสบการณ์ชีวิตในส่วนนี้มากพอที่จะนำมาต่อรองได้)

สำหรับงานวิจัยผู้รับสารกับเรื่องสื่อสารสุขภาพชิ้นที่ 2 เป็นของกาญจนภรณ์ พลประทีป (2543) เรื่อง “การบริโภคเชิงตรรกวิทยาในโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเพื่อสุขภาพ” งานวิจัยชิ้นนี้สนใจแบบแผนการบริโภคสินค้าตามข้อเสนอของ J. Baudrillard ที่ว่า ในยุคสมัยปัจจุบันมีตรรกวิทยาในการบริโภค (Logic of consumption) อยู่ 4 แบบแผนคือ Logic of use value, Logic of exchange value, Logic of sign value และ Logic of symbolic exchange

การวิจัยได้ออกแบบวิเคราะห์ใน 2 ส่วน ส่วนแรกคือการวิเคราะห์หัตถ์บท (Textual analysis) คือการวิเคราะห์ชิ้นงานโฆษณา 85 ชิ้น ในสื่อนิตยสารสตรี/นิตยสารสุขภาพ ในช่วงปีพ.ศ.2542 ที่มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารเสริม (ครอบคลุม 6 ประเภท รังนก ชุปไก่ โสมสกัด วิตามิน กระเทียมสกัด และอาหารลดน้ำหนัก) ส่วนที่สองเป็นการศึกษาผู้รับสารที่เป็นสตรี 18 คนที่เป็นผู้บริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเหล่านั้น

ในส่วนของการวิเคราะห์ชิ้นงานโฆษณา ผลการวิจัยพบว่า ปริมาณมากน้อยของการใช้ตรรกะแต่ละประเภทที่ปรากฏในชิ้นงานโฆษณาจะเรียงตามลำดับดังนี้

(1) Logic of use value ได้แก่ การกล่าวถึงสรรพประโยชน์ที่จะได้จากผลิตภัณฑ์อาหารเสริม เช่น ช่วยให้สุขภาพแข็งแรง ร่างกายสวยงาม ผิวพรรณผ่องใส ฯลฯ

(2) Logic of sign value ได้แก่ การกล่าวถึง “ตัวบุคคล” ที่ใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ว่าจะกลายเป็นคนที่มีความสวยงาม เป็นที่ยอมรับประสบความสำเร็จในชีวิต

(3) Logic of symbolic exchange ได้แก่การให้ความหมายแก่ตัวผลิตภัณฑ์ว่าเป็นตัวแทนแห่งความรักและความห่วงใยต่อสุขภาพเมื่อนำผลิตภัณฑ์นั้นไปมอบให้แก่คนที่รัก หรือให้เป็นของขวัญในวาระโอกาสต่างๆ

(4) Logic of exchange value ได้แก่การโฆษณาในแง่การลดราคาผลิตภัณฑ์ การแถม การแจกของสมนาคุณ ซึ่ง logic นี้มีการใช้น้อยที่สุดอันน่าจะเนื่องมาจากผลิตภัณฑ์อาหารเสริมส่วนใหญ่มีราคาค่อนข้างแพง

ส่วนผลจากการสัมภาษณ์ผู้บริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างก็จะพบลำดับของปริมาณตรรกะที่ใช้ในการตัดสินใจการบริโภคที่มีทั้งสอดคล้องและแตกต่างจากผลการวิเคราะห์ด้วยบท กล่าวคือ สำหรับแบบแผนของตรรกะที่จะใช้มากเป็นอันดับแรกก็คือ logic of use value ที่มุ่งเน้นเรื่องการทำให้อาหารเสริมแข็งแรงเป็นอันดับแรก ในขณะที่ผู้บริโภคไม่ค่อยให้ความสำคัญกับ Logic of sign value คือ เมื่อบริโภคแล้วจะทำให้ตนเองดูดี/สวยงาม โดยเห็นว่าคุณลักษณะดังกล่าวเป็นผลพวงมาจากการมีสุขภาพดีมากกว่า อย่างไรก็ตาม ก็มีข้อยกเว้นสำหรับผลิตภัณฑ์บางประเภทเช่น อาหารลดน้ำหนักที่ผู้บริโภคจะใช้เป็นตรรกะที่มีปริมาณมาก

สำหรับ logic of exchange value หรือการให้ความหมายแบบลด แลก แจก แถม หรือเน้นความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์นั้น กลุ่มตัวอย่างให้คำตอบว่า ผู้บริโภคที่จะใช้ตรรกะแบบนี้ น่าจะเป็นผู้บริโภคที่จะต้องรับประทานผลิตภัณฑ์เหล่านี้เป็นประจำ และเมื่อก้าวถึง Logic of symbolic exchange ผู้บริโภคส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการนำผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเพื่อสุขภาพมาให้ความหมายหรือคุณค่าแทนความรักความห่วงใยสุขภาพเพื่อมอบกับผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้บริโภคส่วนใหญ่ทราบว่าเป็นเทคนิคของการขยายช่องทางจำหน่ายของผลิตภัณฑ์เหล่านี้ แต่ผู้บริโภคก็ยังยอมรับและนำไปปฏิบัติ เนื่องจากเห็นว่าลักษณะดังกล่าวเริ่มกลายมาเป็นที่ยอมรับของสังคมในปัจจุบันและเป็นเรื่องที่ดีในการใส่ใจต่อสุขภาพ

มีข้อน่าสังเกตว่า เนื่องจากในช่วงเวลาที่ทีมงานวิจัยชิ้นนี้นั้นยังเป็นช่วงเวลาที่บรรดาผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเพิ่งจะเปิดตัวเข้ามาในปริมาณพล

ของกระแสการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพ ดังนั้น การนำเสนอความหมายของตัวผลิตภัณฑ์จึงยังคงเน้นอยู่ในระดับของคุณค่าประโยชน์ใช้สอย (ส่วนคุณค่าแลกเปลี่ยนเชิงเศรษฐศาสตร์นั้นจะนำมาสร้างความหมายได้ยากเพราะสินค้าประเภทนี้มักมีราคาแพง) แต่หลังจากที่เวลาได้ผ่านไปหนึ่งทศวรรษแล้วก็น่าสนใจว่า ปัจจุบันนี้ตรรกวิทยาในการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเหล่านี้ได้มีการเปลี่ยนแปลงลำดับบ้างหรือไม่ ทั้งจากในฝ่ายผู้ผลิตความหมายและผู้ถอดรหัสความหมาย

(8.5) ตัวอย่างงานวิจัยสื่อสารสุขภาพที่ใช้ทฤษฎีสัญญาวิทยา ดังที่ได้เกริ่นมาแล้วว่า ในปริมณฑลของเรื่องสุขภาพนั้นก็มีส่วนประกอบต่างๆ ที่เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสัญญาอย่างมากมาย ในขณะที่บทบาทของสื่อมวลชนและสื่อประเภทอื่นๆ ก็เป็นแหล่ง/สถาบันสำคัญแห่งหนึ่งในการสร้าง/ผลิต แพร่กระจาย และกำกับการบริโภคสัญญาต่างๆ ดังนั้น งานวิจัยสื่อสารสุขภาพจึงมีการนำเอาทฤษฎีสัญญาวิทยาไปใช้ในแง่มุมต่างๆ ในหลายระดับ ตัวอย่างเช่น

ระดับที่ 1: การวิเคราะห์สัญญาต่างๆ ที่มีอยู่ในผลงานสื่อมวลชน ตัวอย่างของงานวิจัยในแง่มุมนี้ก็คือเช่น งานวิจัยของนางลักษณ์ ยิ้มสุวรรณ (2544) เรื่อง “ระบบสัญลักษณ์ทางเพศในละครโทรทัศน์ที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี” ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยชิ้นนี้ในช่วงเวลาที่สถานการณ์ของโรคเอดส์ได้เริ่มมาแล้ว 2 ทศวรรษ (ตั้งแต่ พ.ศ.2520-2540) และยังไม่มีการปรากฏการณ์ของโรคนี้จะลดทอนความรุนแรงลง และจากผลงานวิจัยเรื่องโรคเอดส์ที่ผ่านมาได้ช่วยระบุว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ 7-8 พฤติกรรม เช่น ชายรักร่วมเพศ หญิงหรือชายที่มีอาชีพขายบริการ ผู้ที่ติดยาเสพติด ฯลฯ ในช่วงเวลาเดียวกัน สื่อละครโทรทัศน์ก็เป็นสื่อที่มีผู้ชมอย่างกว้างขวางและมีอิทธิพลในด้านต่างๆ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งข้อสงสัยว่า ในละครโทรทัศน์ 5 เรื่องที่เลือกมาเป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งแพร่ภาพและเสียงในช่วงเวลาที่ศึกษา

นั้น จะมีสัญลักษณ์ทางเพศที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงเอชไอวีอะไรบ้าง ผลจากการวิเคราะห์ด้วยทศคือ ละครโทรทัศน์ตามองค์ประกอบของการเล่าเรื่อง คือ เนื้อเรื่อง “ตัวละคร ฉาก และบทสนทนา ผลการวิจัยได้พบว่า มีระบบสัญลักษณ์ทางเพศ 3 ระบบที่นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี คือ ระบบสัญลักษณ์ที่เกี่ยวกับแบบแผนพฤติกรรม (Norm of behavior) เช่น การเจ้าชู้ การยั่ววนทางเพศ ระบบสัญลักษณ์ที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (Environmental interpretation) เช่น การกระทำในสภาพแวดล้อมบางอย่าง เช่น การแต่งกายอย่างเปิดเผยในสาธารณะ และระบบสัญลักษณ์ที่เกี่ยวกับค่านิยมของสังคม เช่น การร่วมเพศอย่างไม่ปลอดภัย การเที่ยวกลางคืน การเที่ยวหญิงบริการ เป็นต้น

ระดับที่ 2: การวิเคราะห์สัญลักษณ์ที่มีการสร้างความหมายใหม่ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วถึงการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศนสุขภาพที่ดำเนินมาเป็นระยะๆ และทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว กลไกด้านการสื่อสารก็จะถูกนำมาใช้เพื่อการลบล้างความเข้าใจ/ความเชื่อ/การปฏิบัติแบบเดิมๆ มาสู่ความเข้าใจ/ความเชื่อและการปฏิบัติแบบใหม่ๆ และจากทัศนะของทฤษฎีสัญญาวิทยา กลไกการสื่อสารจะต้องทำการผลิต เผยแพร่และกำกับการบริโภคสัญลักษณ์ต่างๆ ซึ่งอาจจะเป็นการสร้างสัญลักษณ์ใหม่/ความหมายใหม่ให้เกิดขึ้น (Meaning construction) หรืออาจจะเป็นการนำเอาสัญลักษณ์เดิมมารื้อถอนความหมายเดิมออก (Deconstruction of old meaning) และสร้างความหมายใหม่ลงไปแทน (Reconstruction of new meaning) ดังเช่นในงานวิจัยของทัศนีย์ มีวรรณ (2542) เรื่อง “การสร้างและการบริโภคสัญลักษณ์ในปรากฏการณ์ชีวิตจิตและการทำหน้าที่ของสื่อมวลชน”

งานวิจัยชิ้นนี้ดำเนินการเมื่อเริ่มเกิดปรากฏการณ์ความแพร่หลายของเรื่องชีวิตจิตในช่วงปีพ.ศ.2540 ซึ่งกระแสชีวิตจิตนี้ถือได้ว่าเป็นกระแสการแพทย์แบบทางเลือก (Alternative medicine) ซึ่งได้รับความนิยม

เนื่องจากได้พิสูจน์ประสิทธิผลที่เป็นจริงตั้งแต่ระดับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ และยังก้าวไปถึงการรักษาเยียวยาโรคที่หมดหนทางรักษาจากการแพทย์สมัยใหม่ คือโรคมะเร็ง แต่แม้ว่าชีวิตจะเป็นแนวคิด และแนวทางปฏิบัติด้านสุขภาพที่ได้ผลจริงจังเพียงใด แต่หากปราศจากการเผยแพร่จากสื่อมวลชนแล้ว ก็คงยากที่จะก่อตัวเป็นกระแสความนิยมอย่างกว้างขวางได้ ดังนั้น โจทย์การวิจัยของงานชิ้นนี้จึงต้องการศึกษากระบวนการเผยแพร่ข่าวสารความรู้เรื่องชีวิตผ่านสื่อประเภทต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสื่อโทรทัศน์ สื่อนิตยสาร และสื่อหนังสือพิมพ์ในช่วงเวลาที่ศึกษา

ผู้วิจัยได้อาศัยทฤษฎีสัญญาวิทยาวิเคราะห์เนื้อหาที่ปรากฏตามสื่อมวลชนประเภทต่างๆ และพบว่า ในสื่อมวลชนที่นำมาวิเคราะห์นั้นได้สร้างสัญลักษณ์ขึ้นมา 2 ชุดใหญ่ๆ คือ **สัญลักษณ์ที่เกี่ยวกับการบริโภค** และ **สัญลักษณ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตน** รวมแล้วมี 14 สัญลักษณ์ สัญลักษณ์ของการบริโภค ได้แก่ ข้าวกล้อง น้ำ R.C น้ำเอ็นไซม์ สมุนไพร อาหารจรรโลงสุขภาพ อาหารสำเร็จรูป อาหารชีวิต สัญลักษณ์ของการปฏิบัติตน ได้แก่ พิษ การล้างพิษ คอร์สสปาร์ตัน การเดินเท้าเปล่าบนดิน รำตะบอง เทเบิลทอล์ค และการทำสมาธิ

จากสัญลักษณ์ทั้ง 14 สัญลักษณ์นี้ จะมีสัญลักษณ์บางอย่างที่ถูกผลิตขึ้นมาใหม่ทั้งตัวรูปสัญลักษณ์ (signifier) และความหมายของสัญลักษณ์ (signified-meaning) ตัวอย่างเช่น น้ำ R.C ซึ่งเป็นเครื่องดื่มที่ถูกสร้างขึ้นใหม่ สำหรับความหมายโดยทั่วไป (Denotative meaning) น้ำ R.C ก็หมายถึงน้ำที่ทำมาจากพืชผัก ดื่มแล้วมีความกระชุ่มกระชวยและดีต่อสุขภาพ ส่วนความหมายระดับลึก/ความหมายโดยนัย (Connotative meaning) นั้นจะหมายถึงน้ำที่เกิดจากการผสมผสานระหว่างภูมิปัญญาตะวันตกและตะวันออก หรือเป็นน้ำที่สามารถเพิ่มพลังชีวิต เป็นต้น

นอกจากสัญลักษณ์ที่ถูกผลิตขึ้นมาใหม่แล้ว ก็ยังมีสัญลักษณ์บางตัวที่เป็นรูปสัญลักษณ์เดิมแต่ถูกนำมาร้อยอดอนความหมายเดิมออกแล้วสอดใส่ความหมายใหม่เข้าไป ตัวอย่างที่เห็นชัดเจนที่สุดคือ **ข้าวกล้องที่คนไทยสมัย**

หนึ่งเมื่อไม่นานมานี้กล่าวขานเรียกข้าวกล้อง/ข้าวแดงว่าเป็นข้าวนักโทษ/ข้าวคนคุก เนื่องจากเป็นข้าวที่ใช้เลี้ยงนักโทษในคุก ในขณะที่ข้าวสารขัดสีกลายเป็นข้าวที่ได้รับความนิยม ความหมายนี้เกิดขึ้นพร้อมกับการนำเอาเทคโนโลยีเครื่องขัดสีข้าวมาใช้ ข้าวซ้อมมือ/ข้าวกล้องซึ่งเป็นข้าวที่ชาวนาทำกินเองถูกเปลี่ยนสถานะให้ต่ำต้อยกว่าข้าวขาว แต่ทว่าเมื่อเกิดกระแสชีวิต ก็ได้เกิดกระบวนการรื้อถอนความหมายที่ว่าข้าวกล้องเป็นข้าวของคนคุก เป็นข้าวของคนยากจน และสอดใส่ความหมายใหม่ต่างๆ เข้าไปว่า ข้าวกล้องนั้นเป็นอาหารธรรมชาติที่มีคุณประโยชน์อันวิเศษต่อสุขภาพ เป็นอาหารหลักประจำชาติไทยมานานกว่า 5000 ปี เป็นอาหารที่ให้พลังชีวิต เป็นต้น

ระดับ 3: การวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสารเพื่อการต่อสู้เชิงสัญลักษณ์ ในงานวิจัยเรื่องกระบวนการสร้าง/ผลิต แพร่กระจายและบริโภคความหมายของสัญลักษณ์ในงานศึกษาสื่อสารสุขภาพนั้น โดยส่วนใหญ่แล้วมักจะเป็นการวิเคราะห์ระดับกว้าง (มหภาค-Macro) และวิเคราะห์จากตัวบท (Textual analysis) เช่นงานของณัฐวิภา สินสุวรรณ (2553) หรือทัศนีย์ มีวรรณ (2542) ที่ได้กล่าวถึงมาแล้ว การวิเคราะห์จากตัวบทและศึกษาในระดับกว้างนั้นทำให้ไม่สามารถมองเห็น “กระบวนการที่เกิดขึ้น” ว่ามีการสื่อสารรูปแบบใดบ้างหรือมีกิจกรรมใดบ้างที่ก่อให้เกิดกระบวนการรื้อถอน กระบวนการสอดใส่ความหมายใหม่เข้าไป ในแง่นี้ งานศึกษาของบุษยากร ตีระพุดติกุลชัย (2553) เรื่อง “กระบวนการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนความหมายในพิธีกรรมงานศพ” จะเข้ามาเติมช่องว่างดังกล่าว เนื่องจากผู้วิจัยได้เลือกศึกษากรณีที่มีขอบเขตระดับชุมชนหมู่บ้าน และได้ออกแบบวิธีการวิจัยเพื่อวิเคราะห์กระบวนการสื่อสารที่เกิดขึ้นเพื่อการปรับแปลงความหมายของสัญลักษณ์ที่ต้องการศึกษา ซึ่งมีสัญลักษณ์หลักๆ 2 สัญลักษณ์คือ เหล้า และพิธีกรรมงานศพ

ผู้วิจัยเลือกศึกษาชุมชนบ้านดง อ.สบปราบ จ.ลำปาง ซึ่งเป็นหมู่บ้านขนาดกลางที่มีลักษณะความเป็นเครือญาติสูง ผู้วิจัยได้ใช้แนวทาง

การศึกษาแบบพัฒนาการของการสร้างความหมาย โดยวิเคราะห์ว่าความหมายของพิธีกรรมงานศพในชุมชนดังกล่าวเมื่ออดีตนั้นเป็นอย่างไร และเหล่านี้มีความหมายอะไรบ้าง ผลการวิจัยพบว่าในอดีต ชุมชนบ้านดงเคยมีประเพณีการจัดพิธีกรรมงานศพแบบเรียบง่าย ชาวบ้านในชุมชนจะนำข้าวสารอาหารแห้งมาให้ครอบครัวผู้ตาย และมีการช่วยกันทำอาหารเลี้ยงผู้มาในงาน มีการทำโลงศพโดยการลงแรงช่วยกันของผู้มีฝีมือทางช่าง ดังนั้นความหมายของงานศพจึงมีความหมายถึงการมาร่วมงานเพื่อรำลึกถึงผู้ตาย และร่วมแรงร่วมใจกันช่วยเหลือครอบครัวผู้ตาย

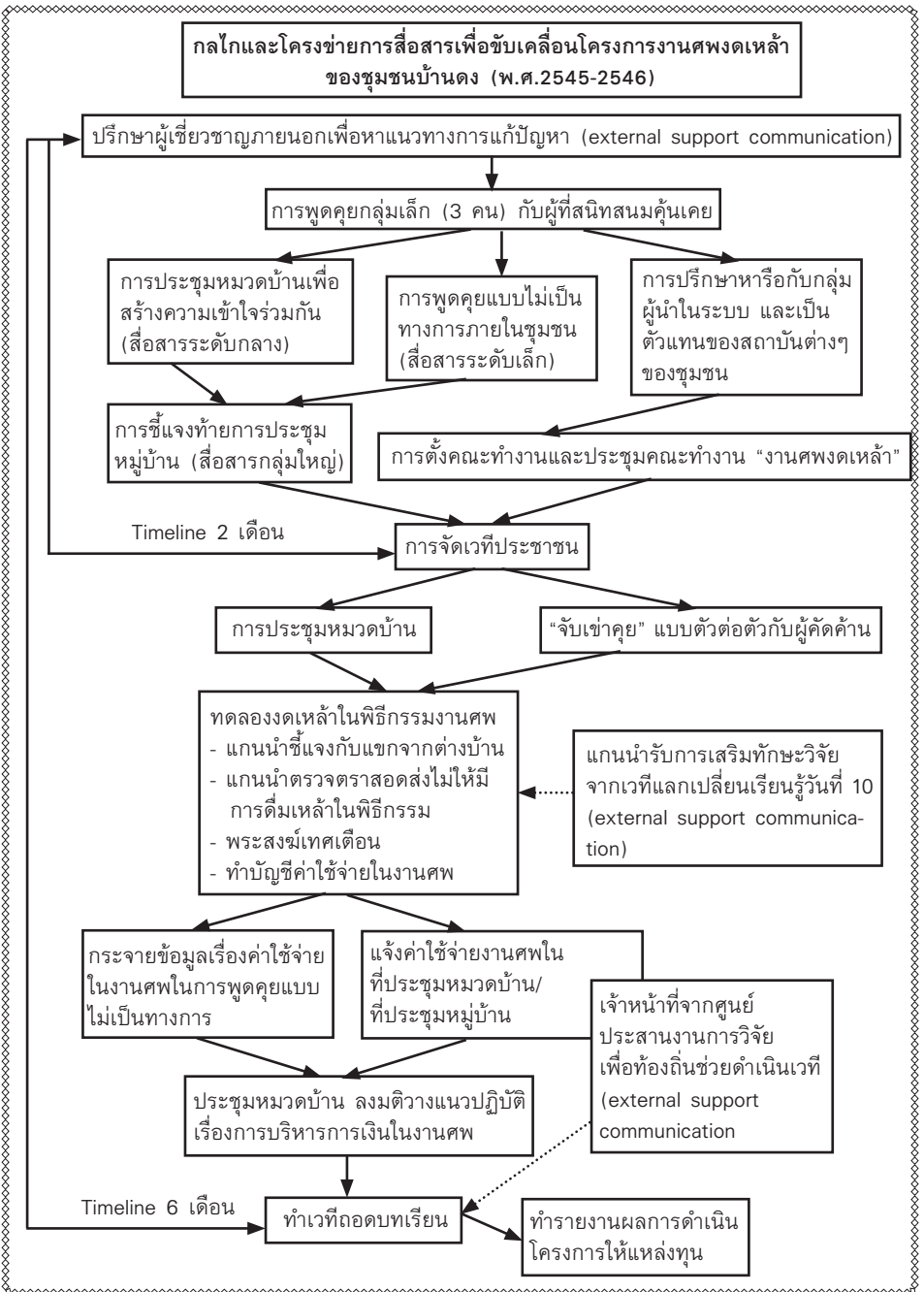
ต่อมาในช่วงระยะเวลา 40 ปีที่ผ่านมา (ประมาณพ.ศ.2510) เริ่มมีการนำเหล้าเข้ามาเลี้ยงผู้ที่มาในงานศพ โดยเริ่มจากการเลี้ยงเหล้าผู้ที่อยู่เฝ้าศพและกลุ่มสัปเหร่อ ต่อมาการเลี้ยงเหล้าในงานศพได้รับความนิยมมากขึ้นถึงขนาดมีการนำเหล้าขึ้นมาตั้งโต๊ะเลี้ยงแขกที่มาร่วมงานทั้งหมด สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้รูปแบบพิธีกรรมงานศพที่เรียบง่าย สงบสำรวม เริ่มคล้ายกับบรรยากาศการเฉลิมฉลอง คนที่มาร่วมงานเริ่มไม่ต้องช่วยงาน เพราะทุกอย่างเจ้าภาพจะจัดซื้อหมด ทำให้กลายเป็นแขกที่มากินอาหารและเหล้า ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในงานศพสูงขึ้นมาก ความหมายเดิมของพิธีกรรมงานศพได้ถูกถอดถอนออกไป และถูกใส่ความหมายใหม่ว่า พิธีกรรมงานศพกลายเป็นพื้นที่ของปัจเจก (เจ้าภาพ) ที่จะแสดงฐานะหน้าตาทางเศรษฐกิจ/สังคม (เลี้ยงอาหารแขกหรืออย่างไรม៉ัน จัดงานใหญ่โต ฯลฯ) ส่วน “เหล้า” นั้นก็ได้สร้างความหมายใหม่ๆหลายอย่างเช่น เป็นสิ่งตอบแทนเพื่อขอบคุณผู้มาร่วมงาน เป็นสิ่งเชื่อมโยงผู้คน (กินเหล้าเป็นเพื่อนศพ) และเป็นสิ่งแสดงฐานะหน้าตาของเจ้าภาพ

พลังแห่งสัญญา (Symbolic power) ที่กำหนดความหมายของพิธีกรรมงานศพและการใช้เหล้าในงานศพได้สำแดงอิทธิฤทธิ์ด้วยการกำกับพฤติกรรมและการกระทำของชาวบ้านดงในช่วงเวลาดังกล่าว ทำให้การจัดงานศพแต่ละครั้งต้องมีค่าใช้จ่ายอย่างมากมาย ในหลายกรณีได้ทำให้เจ้าภาพมีหนี้สินเกินตัว จนกระทั่งเกิดวิกฤติการณ์เศรษฐกิจในช่วงปีพ.ศ.

2545 ก็ยิ่งซ้ำเติมปัญหาการจัดงานศพของชาวบ้าน จนชาวบ้านบางคน ต้องหนีออกไปจากหมู่บ้านเพราะปัญหาหนี้สิน

จากปัญหาที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นทุกที ในปี พ.ศ.2545 จึงมี กลุ่มแกนนำชาวบ้านกลุ่มหนึ่งได้ปฏิบัติการรื้อถอนความหมายของเหล่า และพิธีกรรมงานศพโดยอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานจากภายนอก ปฏิบัติการดังกล่าวกระทำผ่านการร้อยเชื่อมรูปแบบการสื่อสารหลายๆรูปแบบในหลายๆระดับ และสามารถที่จะถอดถอนความหมายเดิมของเหล่า และพิธีกรรมงานศพออกไป และสอดใส่ความหมายใหม่ (reconstruction of meaning) กล่าวคือ เหล่าในงานศพในความหมายใหม่จะมีความหมายว่าเป็นสิ่งที่สร้างภาระให้แก่เจ้าภาพงานศพ (ประจักษ์พยานก็คือการแสดงตัวเลขค่าใช้จ่ายในงานศพ) และเป็นสิ่งที่น่าอายเพราะแสดงถึงภาพลักษณ์ด้านลบของชุมชน (ในสังคมวงกว้างมีกระแสการงดเหล่าในช่วงเทศกาลศาสนา) การเลี้ยงเหล่า (ซึ่งเป็นเครื่องหมายแห่งการเฉลิมฉลองที่สนุกสนาน) ในงานศพเป็นสิ่งที่ผิดกาลเทศะ สะท้อนให้เห็นว่าชุมชนขาดความเอื้ออาทรต่อการสูญเสียสมาชิก เป็นต้น

กระบวนการถอดถอนความหมายเดิมและสอดใส่ความหมายใหม่ นี้ดำเนินการผ่านการสื่อสารรูปแบบต่างๆในระดับต่างๆที่ออกแบบเป็น สายโซ่เรียงร้อยเชื่อมต่อกันอย่างดี ที่เรียกว่าเป็น “กลยุทธ์การสื่อสาร” ดังที่แสดงอยู่ในแผนภาพ



แผนภาพที่ 39: กลไกและโครงข่ายการสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนโครงการงานศพดเหล่า (พ.ศ.2545-2546)

(8.6) ตัวอย่างงานวิจัยสื่อสารสุขภาพที่เน้นการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้วว่า ทฤษฎีวิวัฒนาการศึกษานั้นมีพื้นฐานมาจากแบบจำลอง Ritualistic อันมีรูปแบบการสื่อสารที่เป็นรูปธรรมที่สุดคือ การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม (Participatory communication) การสื่อสารในรูปแบบนี้จะมีความเชื่อมั่นในศักยภาพ/ลักษณะที่เอากการเองงานของคู่สื่อสาร (Communicator) ไม่ว่าจะอยู่ในฐานะผู้ส่งสาร/ผู้รับสาร ซึ่งจะมีการสลับบทบาทกันอยู่ตลอดเวลา (Role shifting) และรูปแบบการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมนี้ก็มีแนวคิดพื้นฐานที่สอดคล้องกับกระบวนการทัศน์ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ

สำหรับการนำแนวคิดเรื่องการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการงานศึกษาด้านสุขภาพนั้น จะสามารถดำเนินการได้ใน 2 แง่มุม (ซึ่งอันที่จริงทั้ง 2 แง่มุมนี้ก็มีความเชื่อมโยงกัน เพียงแต่งานวิจัยแต่ละชิ้นอาจจะขีดเส้นได้กำหนดมุมมองคนละมุม) แง่มุมแรกจะเน้นเรื่องการใช้การสื่อสารเพื่อกระตุ้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจการสาธารณะ เช่น เข้ามาร่วมเป็นสมาชิกในกองทุนยา เข้ามาร่วมเป็นอาสาสมัคร ฯลฯ แง่มุมที่สองจะเน้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในวัฏกระบวนการสื่อสารเอง

สำหรับตัวอย่างงานวิจัยทั้ง 3 ชิ้นที่ยกมานำเสนอนี้ จะเน้นหนักในแง่มุมที่สอง โดยจะแสดงให้เห็นว่า มีรูปแบบการสื่อสารที่หลากหลายมากที่สุดที่สามารถจะเปิดโอกาสให้ผู้รับสารเข้ามามีส่วนร่วมได้ ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบการสื่อสารการรณรงค์ในงานวิจัยของวิภาวี (2546) รูปแบบการสื่อสารมวลชนเช่นวิทยุในงานวิจัยของศิริพร (2544) แม้แต่ในการสื่อสารเพื่อความบันเทิงเช่นสื่อละครในงานวิจัยของชูศักดิ์ (2552) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(ก) วิภาวี ธีรสุวรรณ (2546) เรื่อง “การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อรณรงค์ปัญหาเอดส์ใน อ.เมือง จ.เชียงราย” โดยทั่วไป เมื่อกล่าวถึงการสื่อสารรณรงค์แล้ว มักมีความเข้าใจกันว่า เป็นการสื่อสารที่หน่วยงานจากภายนอกเป็นผู้มาดำเนินการ โดยชุมชนจะมีฐานะเป็นเพียง

“กลุ่มเป้าหมาย” (receiver) เท่านั้น และเนื่องจากการรณรงค์มักครอบคลุมขอบเขตที่กว้างขวางหลายพื้นที่ แต่จะใช้รูปแบบการสื่อสารแบบเดียวกันหมด ใช้สื่อชุดเดียวกันหมด การรณรงค์ในระดับกว้างเช่นนี้อาจจะให้ผลสำเร็จในบางชุมชน แต่ก็อาจจะไม่เกิดผลเท่าที่ควรสำหรับบางชุมชน เนื่องจากคุณลักษณะที่ไม่สอดคล้องกับลักษณะของชุมชน

ในงานวิจัยของวิภาวีชื่นนี้ได้เลือกศึกษาหมู่บ้านเวียงกลาง อ.เมือง จ.เชียงราย ซึ่งเป็นหมู่บ้านของชนเผ่าลีซูเป็นพื้นที่วิจัย หมู่บ้านแห่งนี้ได้ผ่านการรณรงค์เรื่องโรคเอดส์มาแล้วหลายรูปแบบ และผลจากการรณรงค์นั้นก็ทำให้ชุมชนมีความเข้าใจโรคเอดส์ดีขึ้นในระดับหนึ่ง รวมทั้งมีการยอมรับคนในชุมชนที่เป็นโรคนี้ด้วย อย่างไรก็ตาม การรณรงค์ที่ผ่านมา ก็มีข้อจำกัดหลายประการ เช่น สื่อที่ใช้ในแต่ละหมู่บ้านมีไม่เพียงพอ กิจกรรมขาดความต่อเนื่องเพราะหน่วยงานภายนอกมาเริ่มต้นไว้แต่ไม่ได้เตรียมชาวบ้านให้สานต่อ เป็นต้น ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่ว่า หากหน่วยงานภายนอกทำการติดตั้ง “ความเข้าใจเรื่องกระบวนการรณรงค์” แล้วให้ชุมชนนำทรัพยากรการสื่อสารของตนเองมาประสาน ชุมชนก็จะสามารถจัดการรณรงค์เรื่องโรคเอดส์และเรื่องอื่นๆเมื่อต้องการใช้ได้ด้วยตนเอง

ผู้วิจัยจึงออกแบบงานวิจัยครั้งนี้ด้วยวิธีการ action research กล่าวคือ “ศึกษาสภาพที่เป็นอยู่ของชุมชน แล้วค้นคิดกิจกรรมร่วมกับชุมชน ดำเนินการทดลองสร้างและใช้กิจกรรมต่างๆ แล้ววัดประเมินผลความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนการวิจัยจึงประกอบด้วย 3 ขั้นตอนใหญ่ๆคือ

- **ขั้นตอนที่ 1:** ผู้วิจัยสำรวจศักยภาพของชุมชนในการแก้ปัญหาเอดส์ พร้อมทั้งสำรวจทรัพยากรด้านการสื่อสารเพื่อมาทำงานรณรงค์ ผลการสำรวจพบว่า หมู่บ้านเวียงกลางมีศักยภาพที่เอื้ออำนวย 3 ประการ คือ มีกลุ่มผู้นำที่เข้มแข็งและมีความพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือและสนับสนุนการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ ชุมชนเองก็มีความต้องการที่จะแก้ปัญหาและสมาชิกในชุมชนมีความสัมพันธ์อันดีและเหนียวแน่นเนื่องจากระบบเครือญาติ

- **ขั้นตอนที่ 2:** เป็นขั้นตอนของการประสานการติดตั้งความเข้าใจเรื่องการรณรงค์จากหน่วยงานภายนอก (กระบวนการ-process) เข้ากับทรัพยากรที่ชาวบ้านมีอยู่ (วัตถุดิบ) โดยดำเนินการตามลำดับขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอนของการรณรงค์ (เตรียมความพร้อม-ติดตั้งความเข้าใจร่วมกัน/ ทบทวนสภาพปัญหาและศักยภาพที่มี/วางแผนการรณรงค์-ระบุเป้าหมาย/กลุ่มเป้าหมาย/เนื้อหาสาร/สื่อ/ลงมือดำเนินการรณรงค์ และประเมินผล การรณรงค์) โดยในทั้ง 5 ขั้นตอนนี้ จะเป็นการทำงานร่วมกันอย่างเสมอภาคเคียงบ่าเคียงไหล่ระหว่างนักวิจัยกับชุมชน

ผลลัพธ์ที่เกิดในขั้นตอนนี้คือ บรรดากิจกรรม/การสื่อสารแบบต่างๆที่ถูกนำมาใช้ในการรณรงค์ เช่น การจัดนิทรรศการ การใช้ภาพพลิก การเดินรณรงค์โรดเอดส์ เป็นต้น (กิจกรรมเหล่านี้เกิดมาจากการปรึกษาหารือร่วมกันระหว่างนักวิจัยกับชุมชน) แม้ว่าเมื่อดูประเภทของกิจกรรมแล้ว จะไม่แตกต่างจากการวางแผนงานรณรงค์จากหน่วยงานภายนอก แต่ทว่าในขั้นตอนของ “วิธีการใช้สื่อ/กิจกรรม” นั้นจะมีลักษณะ “เฉพาะตัว” ตามลักษณะของชุมชน ตัวอย่างเช่น การใช้ภาพพลิก ซึ่งเป็นสื่อที่ชุมชนเลือกใช้สำหรับคนลึชู่โดยเฉพาะ เนื่องจากคนลึชู่โดยเฉพาะผู้ใหญ่มักไม่ได้เรียนหนังสือ จึงอ่านหนังสือไม่ออก ในภาพพลิกจึงใช้รูปภาพเป็นสื่อที่แสดงให้เห็นถึงโรดเอดส์และใช้ประสานกับสื่อบุคคลคือกลุ่มเยาวชนลึชู่ที่เป็นผู้ผลิตสื่อทำหน้าที่เป็นผู้อธิบายภาพต่างๆด้วยภาษาลึชู่ และสามารถจะซักถามได้หากไม่เข้าใจ โดยวิธีการนำเสนอจะเข้าไปในแต่ละบ้านในเวลาประมาณ 2 ชั่วโมงเป็นต้นไป เนื่องจากเป็นเวลาที่ชาวบ้านว่างจากภารกิจประจำวันแล้ว

- **ขั้นตอนที่ 3:** การประเมินผลการรณรงค์พบว่า การออกแบบการสื่อสารรณรงค์แบบเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น ทำให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ผลลัพธ์ระดับแรกก็เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากคุณลักษณะของการสื่อสารรณรงค์โดยทั่วไปที่ทำให้ชาวบ้านเกิดความเข้าใจ เกิดความตระหนัก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ก็เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจาก

กระบวนการมีส่วนร่วม คือทำให้ชาวบ้านเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของการสื่อสารที่เกิดขึ้น เช่น เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้เห็นบอร์ดนิทรรศการที่ตนเองเป็นคนจัด และเนื่องจากคนในชุมชนบางกลุ่มเปลี่ยนสถานะจาก **ผู้รับสาร/กลุ่มเป้าหมายมาเป็นผู้ส่งสารเอง** ทำให้ลดช่องว่างระหว่างผู้ผลิตสื่อ/สารกับผู้รับสารที่เป็นชาวบ้านทั่วไป และผลลัพธ์สุดท้ายคือความยั่งยืนของการใช้สื่อรณรงค์ เนื่องจากมีชาวบ้านกลุ่มหนึ่งที่ได้รับการติดตั้งความเข้าใจเรื่องกระบวนการรณรงค์ ฉะนั้น ในอนาคต หากชุมชนต้องการรณรงค์เรื่องอะไร ก็สามารถจะดำเนินการได้ด้วยตนเอง

(ข) ศิริพร เสรีกิตติกุล (2544) เรื่อง “การสื่อสารประเด็นยาเสพติดผ่านสื่อวิทยุกระจายเสียงโดยมีผู้สื่อสารที่เป็นเยาวชนผู้เคยติดยาเสพติด” ผู้วิจัยเริ่มต้นที่มาของงานวิจัยโดยระบุว่า โดยปกติเมื่อเวลาดำเนินการโครงการป้องกันหรือแก้ไขปัญหายาเสพติดในหมู่เยาวชนนั้น เรามักจะแยกระหว่างผู้ส่งสาร-ผู้รับสารอย่างเด็ดขาด ผู้ส่งสารมักจะเป็นผู้ใหญ่/คนที่ไม่เสพยา ส่วนผู้รับสารมักจะเป็นเยาวชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเด็กที่ติดยา อันเป็นไปตามแบบจำลอง Transmission อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยประเมินผลว่ารูปแบบการสื่อสารตามแบบจำลองดังกล่าวได้ผลจริงหรือไม่ และพบว่าบรรดาโครงการป้องกันยาเสพติดในกลุ่มเยาวชนเช่น Just Say No หรือโครงการโรงเรียนสีขาวนั้นล้วนแล้วแต่ไม่ได้ผล และท่ามกลางสาเหตุปัจจัยหลายๆประการ ปัจจัยหนึ่งที่น่าจะเกี่ยวข้องก็คือ ช่องห่างระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสาร ที่เรียกในภาษาวិชาการว่า Heterophily (เช่น ผู้ส่งสารไม่เคยใช้ยา ในขณะที่ผู้รับสารเป็นผู้ติดยา เป็นต้น)

ในช่วงเวลาของการวิจัยนั้น มีบทเรียนจากกรณีของโรคเอดส์ที่ได้ปรับเปลี่ยนทัศนะทางด้านการศึกษา เมื่อกลุ่มคนที่เป็นโรคเอดส์ได้ลุกขึ้นมาเป็นผู้ส่งสารเองเพื่อรณรงค์แก้ไขปัญหาเรื่องทัศนคติของคนส่วนใหญ่ที่มีต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ การสื่อสารดังกล่าวนี้ถือเป็นการพลิกกลับของทัศนะหลายๆอย่าง เช่น เปลี่ยนมุมมองผู้ป่วยโรคเอดส์จาก “ตัวปัญหา”

มาเป็น “ผู้แก้ไขปัญหา” และยังสามารถแก้ไขปัญหาร่องช่องว่างระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสารให้น้อยลงที่เรียกว่า Homophily (ผู้ป่วยโรคเอดส์คุยกับผู้ป่วยด้วยกัน)

จากบทเรียนของโรคเอดส์ดังกล่าว ก่อนที่จะเริ่มต้นงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยได้ลองสำรวจปัญหาเรื่อง Heterophily ของเนื้อหาการรณรงค์ป้องกันยาเสพติดจากสื่อโทรทัศน์จากกลุ่มเยาวชนที่ติดยาเสพติด และก็พบว่าได้ผลตามที่คาดไว้ กลุ่มเยาวชนที่เสพยาระบุว่า เนื้อหาสื่อมีแต่การห้ามแต่ไม่ระบุเหตุผล การใช้ดารหหรือนักแสดงไม่สามารถสร้างความน่าเชื่อถือได้ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงออกแบบวิธีการวิจัยที่เรียกว่า “การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม” (Participatory Action Research - PAR) ด้วยการคัดเลือกเยาวชนที่ติดยาและกำลังรักษาตัวอยู่ในสถานพยาบาลจำนวน 16 คน เข้ามาเป็นอาสาสมัครที่มีส่วนร่วมในการผลิตรายการวิทยุ โดยมีส่วนร่วมทั้งในแง่การคัดเลือกเนื้อหา/รูปแบบและเป็นผู้ส่งสารด้วย (เป็นผู้ร่วมจัดรายการวิทยุ)

ผลการวิจัยที่น่าสนใจมีดังนี้

(i) ผลของกระบวนการวิจัยแบบ PAR ผู้วิจัยถือว่าเยาวชนทั้ง 16 คนที่เข้ามาร่วมกันผลิตรายการวิทยุนั้นเป็นผู้ร่วมวิจัย และตลอดกระบวนการทำงานร่วมกันด้วย PAR ทำให้ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้เกิดความเข้าใจร่วมกัน เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ เกิดการพัฒนาทางความคิด ความสามารถและเกิดการเรียนรู้จากทั้ง 2 ฝ่าย ทั้งนี้เพราะรูปแบบการวิจัยแบบ PAR นั้นวางอยู่บนแบบจำลอง Ritualistic ที่เน้นการสื่อสารสองทางและมีเป้าหมายเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันอยู่แล้ว (Shared understanding)

(ii) สำหรับขั้นตอนกระบวนการมีส่วนร่วมในสื่อวิทยุนั้นก็เหมือนกับขั้นตอนในงานวิจัยของวิภาวี รั้วสุวรรณ (2546) ที่ได้กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยได้ร่วมกันออกแบบและวางแผนการผลิตรายการวิทยุ “รู้เท่าทันยาเสพติด” จากนั้นก็เตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ร่วมวิจัย ซึ่งการเตรียม

ความพร้อมนี้ ผู้วิจัยพบว่า เยาวชนมีความพร้อมด้านเนื้อหาที่เกี่ยวกับยาเสพติดอยู่แล้ว สิ่งที่ต้องเตรียมคือการเตรียมความมั่นใจที่จะเป็นผู้ส่งสารในรายการวิทยุ

(iii) ส่วนข้อค้นพบเรื่องรูปแบบและเนื้อหาของรายการวิทยุที่ร่วมกันผลิต ผลการวิจัยพบว่าในรายการวิทยุ “รู้เท่าทันยาเสพติด” ที่ร่วมกันผลิตขึ้นนี้มีรูปแบบที่แสดงถึงความเข้าใจ ความปรารถนา ทศนคติ หรือความคิดเห็นของผู้ร่วมวิจัยหรือผู้สื่อสารซึ่งเป็นเยาวชนผู้เคยติดยาเสพติดหลายประการ ได้แก่ (1) ผู้สื่อสารปรารถนาจะสื่อสารกับกลุ่มคนที่หลากหลาย (2) ประเด็นที่ผู้สื่อสารปรารถนาจะสื่อสารผ่านรายการวิทยุ คือ (2.1) ชีวิตผู้ติดยาเสพติด เป็นชีวิตที่ขาดความไว้วางใจ (2.2) ชีวิตที่ติดยาเสพติดเป็นชีวิตที่ย่ำแย่ (2.3) กำลังใจและโอกาสเป็นสิ่งที่ขาดหายและปรารถนา และ (3) วิธีการนำเสนอที่ผู้สื่อสารเลือกใช้คือ นานาทศนะ และสัมภาษณ์ทั้งประชาชนทั่วไปและผู้เคยติดยาเสพติด

(ค) ชูศักดิ์ เอื้องโชคชัย (2552) เรื่อง “การสร้างสรรค์ละครแบบมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา” ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยปรากฏการณ์ที่ว่า สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุมากขึ้น และปัจจุบัน มีสถานสงเคราะห์ของรัฐที่จัดสำหรับคนชราмаพักอาศัยอยู่ถึง 20 แห่งทั่วประเทศ บริการที่รัฐให้คือการจัดสวัสดิการที่ช่วยพัฒนาทั้งด้านสุขภาพทางร่างกายและโดยเฉพาะสุขภาพทางจิตใจซึ่งอาจจะเป็นปัญหาสำคัญไม่น้อยกว่าปัญหาสุขภาพกาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีได้อยู่กับลูกหลาน ปัจจุบันนี้ แนวคิดหลักเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพให้ผู้สูงวัยก็คือ แนวคิด Active aging ที่ต้องให้ผู้สูงวัยมีการทำกิจกรรมต่างๆ จึงจะดำรงรักษาสุขภาพทั้งกายและใจให้ได้

ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจกิจกรรมที่มีการจัดให้ผู้สูงวัยทำในสถานสงเคราะห์ และพบว่ามีกิจกรรมที่ไม่หลากหลายมากนัก เช่น อาชีบบำบัด (งานฝีมือ) ฟังธรรมะ ตรวจสุขภาพ หรืออาจมีการเลี้ยงอาหาร การมาเยี่ยมเยียนเป็นบางวาระโอกาสจากบุคคลภายนอก ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้

ผู้สูงอายุประเมินว่ายังมีข้อจำกัดในการเข้าร่วมสำหรับคนบางคน เช่น งานฝีมือเป็นงานเฉพาะผู้หญิง เป็นต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการวิจัยกึ่งทดลองด้วยการทำกิจกรรมที่เป็นองค์ประกอบของกระบวนการของสื่อละครมาใช้พัฒนาสุขภาพกายและใจของผู้สูงอายุ แต่มิใช่การมาแสดงละครให้ผู้สูงอายุดูชม หากทว่าเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการละครในแต่ละขั้นตอน

กลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาเป็นผู้สูงอายุชาย-หญิงที่พำนักอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคจำนวน 15 ท่าน (ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 70-79 ปี) ที่สมัครใจเข้ามาร่วมกิจกรรมการสร้างสรรค์ละครแบบมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาพจำนวน 12 ครั้ง ภายในเวลา 6 สัปดาห์

สำหรับสื่อละครที่ผู้วิจัยนำมาใช้นั้น คุณลักษณะของสื่อละครนั้นเป็นสื่อผสม (composite art) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมย่อยๆ ที่เรียกว่า “กระบวนการของละคร” ผู้วิจัยได้นำเอากิจกรรมย่อยๆ ดังกล่าวมาให้กลุ่มตัวอย่างเข้ามาร่วมทำ โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุบ้าง ดังนี้

(1) กิจกรรมละลายพฤติกรรม เป็นกิจกรรมที่ประกอบด้วยการเล่นเกมที่ต่างๆ มีเป้าหมายทั้งเพื่อการเปิดใจสู่กันและกันภายในกลุ่ม และส่งเสริมความกล้าแสดงออก

(2) กิจกรรมเพื่อฝึกการใช้เสียง เนื่องจากละครเป็นสื่อที่ต้องใช้เสียง จึงมีเกมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการใช้เสียง

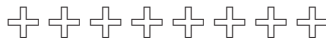
(3) กิจกรรมเพื่อการเคลื่อนไหวร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกายเป็นทักษะพื้นฐานของนักแสดงละคร แต่ก็ยังเป็นกิจกรรมที่สร้างความไม่มั่นใจให้แก่ผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงต้องมีการดัดแปลงกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายให้เหมาะกับผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมบิบนวด กิจกรรมยืดเหยียด กิจกรรมร่าว กิจกรรมหางเครื่อง เป็นต้น

(4) กิจกรรมเพื่อฝึกการสร้างจินตนาการ เป็นกิจกรรมที่สามารถแก้ไขให้ผู้สูงอายุหมกมุ่นซึมเศร้าอยู่กับอดีตของตน เช่น สร้างจินตนา-

การผ่านดนตรี เกมสร้างสถานการณ์ เกมปั้นหุ่น เป็นต้น

(5) กิจกรรมรวมพลระดมความคิด ผู้วิจัยสังเกตว่า ผู้สูงอายุ มักจะเลือกทำกิจกรรมส่วนตัวทำให้โอกาสที่จะสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกันมีน้อย กิจกรรมระดมความคิดจะถูกนำไปใช้ในทุกระดับจนถึงขั้นการพัฒนาเป็นบทละคร

หลังจากเปิดโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างเข้ามาร่วมกิจกรรมทั้ง 5 ประเภทแล้ว ผู้วิจัยได้ประเมินผลเปรียบเทียบสุขภาพกายและสุขภาพใจระหว่างก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม และพบว่า แม้ว่าตัวชี้วัดต่างๆในด้านสุขภาพกายจะไม่มีเปลี่ยนแปลงมากนัก (เนื่องจากช่วงระยะเวลาของการจัดกิจกรรมไม่ยาวนาน) แต่ทว่าในแง่สุขภาพใจแล้ว พบความแตกต่างที่วัดได้อย่างชัดเจน และที่สำคัญก็คือ งานวิจัยชิ้นนี้ได้แสดงให้เห็นศักยภาพที่ยืดหยุ่นของสื่อละครที่สามารถจะปรับรูปแบบ/เนื้อหา มาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมายที่ดูห่างไกลจากสื่อละคร (ปกติ กระบวนการของสื่อละครแบบนี้มักจะใช้กับกลุ่มเด็ก/เยาวชน) โดยประสานเข้ากับแนวคิดเรื่องการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม



เอกสารอ้างอิง

(ก) หนังสือและเอกสารภาษาไทย

1. กาญจนา แก้วเทพ (2542)
“มิติทางสังคมและวัฒนธรรมในเรื่องเพศกับปัญหาเอดส์”
เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์, วันที่ 23
เมษายน 2542.
2. กาญจนา แก้วเทพ (2549)
สื่อพื้นบ้านชาวรับงานสุขภาพ, โครงการสื่อพื้นบ้านสื่อสารสุข
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
3. กาญจนา แก้วเทพ (2551)
“แนวทางหนึ่งของการศึกษาสื่อบุคคล” ใน การจัดความรู้เบื้องต้น
ต้นเรื่องการสื่อสารชุมชน, โครงการเมธีวิจัยอาวุโส สำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
4. กาญจนา แก้วเทพ สมสุข หินวิมาน (2551)
สายธารแห่งนักคิดทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองกับสื่อสาร
ศึกษา, กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
5. กาญจนา แก้วเทพ (2552).
สื่อเล็กๆที่นำไปในงานพัฒนา, โครงการเมธีวิจัยอาวุโส สำนัก
งานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
6. กาญจนา แก้วเทพ (2555)
คู่มือสื่อใหม่ศึกษา, โครงการเมธีวิจัยอาวุโส สำนักงานกองทุน
สนับสนุนการวิจัย (สกว.)
7. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2547)
กระบวนทัศน์สุขภาพแบบองค์รวม, สำนักงานคณะกรรมการ
สาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
8. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2549) (บรรณาธิการ)

พหุลักษณะทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม,
ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).

9. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ประชาธิป กะทา (2552)
สุขภาพปฐมภูมิ บริการปฐมภูมิ, สถาบันวิจัยสังคมและสุขภาพ
(สวสส.): กรุงเทพมหานคร.
10. เทพิน พัทธานุกรักษ์ (2546)
“การคุกคามสุขภาพคือการคุกคามชีวิต” วารสารสังคมศาสตร์
ปีที่ 16:1 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
11. เทพิน พัทธานุกรักษ์ (2548)
สังคมวิทยาการแพทย์, กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอเดียน
สโตร์.
12. นัทศน์ ศิริโชติรัตน์ (2547)
“การส่งเสริมสุขภาพ” ใน การพัฒนาองค์ความรู้การสื่อสารเพื่อ
สุขภาพ, โครงการการพัฒนาองค์ความรู้การสื่อสารเพื่อสุขภาพ,
กรุงเทพมหานคร.
13. ประเวศ วะสี (2521)
สาธารณทุกข์หรือสาธารณสุข, สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน
14. ประเวศ วะสี (2546)
“วิถีมุขยี่ในศตวรรษที่ 21 สู่ภพภูมิใหม่แห่งการพัฒนา”, วารสาร
หมออนามัย, ปีที่ 12:4 (มกราคม-กุมภาพันธ์ 2546).
15. ประเวศ วะสี (2546)
การปฏิวัติเจียบ: การปฏิรูประบบสุขภาพ, นนทบุรี: สำนักงาน
ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
16. ประเวศ วะสี (2546)
“ทฤษฎีใหม่ทางการแพทย์” มติชนสุดสัปดาห์ ปีที่ 24:1243/1244
(11-18 มิ.ย./18-22 มิ.ย. 2547).
17. ปารีชาติ สถาปิตานนท์ และคณะ (2546)

การสื่อสารสุขภาพ: ศักยภาพสื่อมวลชนในการสร้างเสริมสุขภาพ, กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.

18. ปารีชาติ สถาปิตานนท์ (2551)

การสื่อสารประเด็นสาธารณะและการเปลี่ยนแปลงในสังคมไทย, สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

19. มิเชล ฟูก็อดต์ (เขียน) ทองกร โภคธรรม (แปล) (2547)

ร่างกายใต้บงการ, สำนักพิมพ์คบไฟ.

20. ลือชัย ศรีเงินยวง ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (บรรณาธิการ) (2533)

ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง, ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมานุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

21. รุจิณาถ อรรถดิษฐ์ (2548)

"การเสริมสร้างสุขภาพชุมชน", ใน **สู่เส้นทางสร้างสุขภาพชุมชน** สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี.

22. วาสนา จันทร์สว่าง (2550)

การสื่อสารสุขภาพ: กลยุทธ์ในงานสุขศึกษาและการสร้างเสริมสุขภาพ, กรุงเทพมหานคร: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.

23. วิจิตร ว่องวารีทิพย์ (2549)

ความเสี่ยง ความเสื่อม สุขภาพ และตัวตน, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).

24. วิชิต เปาณิล (2545)

กระบวนการทัศน์ทางสุขภาพ: ความจำเป็นเบื้องต้นของการแก้ไขปัญหาสุขภาพ, สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี

25. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2543)

ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย สำนักงานโครงการปฏิรูประบบ

บริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

26. สมรักษ์ ชัยสิงห์กานานนท์ (2545)

“ความชรา ภาพร่าง และการใช้ชีวิตในเมือง” ใน **ชีวิตชายขอบ: ตัวตนกับความหมาย** ปรีดา เฉลิมเฝ้า กอนันตกุล (บรรณาธิการ) ศูนย์มนุษยวิทยาสิรินธร (องค์กรมหาชน)

27. สมสุข หินวิมาน (2546)

“แนวทางการศึกษาและการเข้าสู่ปัญหาเรื่องการสื่อสารสุขภาพ” **วารสารวิจัยสังคม** ปีที่ 16:1 สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

28. สุพัตรา ศรีวิณิชชากร สุรศักดิ์ อธิคมานนท์ (บรรณาธิการ) (2548)

จากประสบการณ์สู่ยุทธศาสตร์ความร่วมมือ, สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน.

29. หนึ่งหทัย ขอมผลกลาง (2552)

“ความสำคัญของการศึกษากระบวนการทัศนด้านการสื่อสารสุขภาพของไทย” **วารสารนิเทศศาสตร์** ปีที่ 27:2, คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

(ข) หนังสือและบทความภาษาอังกฤษ

1. Atkin, C. & Silk, K. (1996)

“Health Communication” in **Integrated Approach to Communication Theory and Research**, D.W. Stades & M.B. Salwen (eds), Routledge.

2. Bandura, A. (1971)

Social Learning Theory, New Jersey: Prentice-Hall.

3. Baran, S.J. & Davis, D.K. (2003)

Mass Communication Theory (3rd), Wadsworth.

4. Bauer, R.A. (1964)

- "The obstinate audience", **American Psychologist**, 9:
319-328.
5. Berger, C.R & Burgoon, M. (1995)
Communication and Social Influence Processes,
Michigan: Michigan State University Press.
6. Carey, J.W. (1992)
Communication as Culture, London: Routledge.
7. Craig, R.T. (1999)
"Communication Theory as field" in **Communication Theory**,
9, 119-161.
8. Donsbach, W. (ed) (2008)
The International Encyclopedia of Communication
(vol 5), Blackwell Publishing Ltd.
9. Douglas, M. (1961)
Purity and Danger, London: Routledge.
10. Gwyn, R. (2002)
Communication Health and Illness, Sage Publications.
11. Hornik, R.C (1988)
**Development Communication: Information, Agriculture
and Nutrition in the Third World**, New York: Longman.
12. Katz, E & Lazarsfeld, P. (1955)
Personal Influence, Glencoe: Free Press.
13. McQuail, D. (1994)
Mass Communication Theory (3rd), Sage Publications.
14. Miller, K. (2001)
**Communication Theories: Perspective, Process and
Contexts**, New York: McGraw-Hill.

15. Mermot, M. & Wilkinson, R.G. (2001)
Social Determinants of Health, Oxford University Press.
16. Morley, D. (1992)
Television Audience and Cultural Studies, Sage Publications.
17. Northouse, P.G. & Northouse, L.L. (2nd) (1992)
Health Communication: Strategies for Health Professionals, Appleton & Lange, USA.
18. Peterson, A. (2012)
“Foucault, health and health care” in **Contemporary Theorits for Medical Sociology**, G. Seambler (ed), Routledge.
19. Peterson, A. & Deborah, L. (1996)
The New Public Health, Sage Publications.
20. Peterson, A. & Lupton, D. (1996)
The New Public Health, Sage Publications.
21. Seale, C. (2002)
Media and Health, Sage Publications.
22. Severin, W. & Tandkard V.W. (2020)
Communication Theory (5ed), Addison Wesley Longman Inc.
23. Thompson, T.L. et al (2011)
Handbook of Health Communication (2nd), Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
24. Viswanath, K. (2008)
“Health Communication” in **The International Encyclopedia of Communication**, W. Donsbach (ed). Blackwell Publishers.

25. Wallack, L. (1990)

“Mass Media and Health Promotion” in C. Atkin & L. Wallack (eds) **Mass Communication and Public Health**, Sage Publications.

26. Wallack, L. et al (1993)

Media Advocacy and Public Health, Sage Publications.

(ค) งานวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. กรรณา จินถนอม “การรับรู้ความสำคัญของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความน่าเชื่อถือของเว็บไซต์สุขภาพ”, 2551.
2. กาญจณี หวังถิรอำนวย “การเปิดรับข่าวสารกับความรู้และการป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษและชายรักร่วมเพศ ในเขตกรุงเทพมหานคร”, 2531.
3. เขมวดี ขนบแก้ว “กลยุทธ์การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ “ไลฟ์สไตล์ ดรัก” ในสื่อมวลชน”, 2548.
4. จริมา ทองสวัสดิ์ “ความต้องการข่าวสาร การเปิดรับ และการใช้ประโยชน์ข่าวสารด้านสุขภาพจากเว็บไซต์สุขภาพของผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในเขตกรุงเทพมหานคร”, 2545.
5. จินฉัตรนภัส แสงมา “การวิเคราะห์วาทกรรมเรื่องเสรีภาพทางเพศในการตอบปัญหาทางเพศของสื่อมวลชนไทย”, 2545.
6. จิรอดุลย์ บุญยภักดิ์ “บทบาทของนิตยสารในการให้ความรู้เรื่องเพศ”, 2543.
7. ชูศักดิ์ เอื้องโชคชัย “การสร้างสรรคัลละครแบบมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา”, 2552.
8. ณิชฐณิษา นาคงเมือง “กระบวนการสร้างกระแสการออกกำลังกายผ่านสื่อมวลชนของกระทรวงสาธารณสุข”, 2547.

9. นิซซารีย์ เดซสงจรัส "การใช้สื่อของผู้ปลูกถ่ายไขกระดูกเพื่อเสริมการบำบัด", 2552.
10. เตือนใจ เทพยสุวรรณ "การใช้วิธี "โลกแคบ" ศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อสารของผู้ป่วยกามโรค กรณีศึกษา ณ ศูนย์กามโรคเขต 1 สระบุรี", 2529.
11. ดวงดาว พันธุ์พิกุล "การให้สุขศึกษาตามแนวนโยบายสุขบัญญัติแห่งชาติในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์", 2544.
12. ทศนีย์ มีวรรณ "การสร้างและการบริโภคสัญญาณในปรากฏการณ์ชีวิตจิตและการทำหน้าที่ของสื่อมวลชน", 2542.
13. นงลักษณ์ ยิ้มสรवल "ระบบสัญญาณทางเพศในละครโทรทัศน์ที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี", 2544.
14. นิภาพรรณ สุขศิริ "ทิศทางการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์", 2540.
15. ประไพพรรณ ธงอินเนตร "หน้าที่ของหอกระจายข่าวในการให้ความรู้ความเข้าใจด้านสาธารณสุขมูลฐานแก่ประชาชนในจังหวัดนครปฐม", 2532.
16. ประภาวดี ธานีรนานนท์ "การเปิดรับข่าวสาร การจดจำสาร และการเลียนแบบพฤติกรรมต่อต้านยาเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในโครงการป้องกันยาเสพติดจัดจ์เฮย์โน", 2540.
17. ปิยะฉัตร ปาลานุกรณ์ "ความสามารถด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาวะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดีเด่นระดับชาติจังหวัดอำนาจเจริญ", 2549.
18. ปิยะนารถ จันทราโชติวิทย์ "กระบวนการแสวงหาข้อมูลข่าวสารในการดูแลเด็กออทิสติก", 2543.
19. ปิยพันธ์ พันธุ์วิโรจน์ "กระบวนการสื่อสารผ่านสื่อมวลชนของผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรณรงค์ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อแย่งชิงพื้นที่ทางความคิดของเยาวชน", 2550.

20. พิษณายั คงเคเรือ “การสร้างภูมิคุ้มกันเรื่องเพศแก่วัยรุ่นผ่านทางเว็บไซต์ SEX MUST SAY และ TEENPATH”, 2548.
21. เพ็ญพร ต่อสกุลแก้ว “ประสิทธิผลของสื่อคู่มือ “การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด” ต่อระดับความรู้ ทักษะ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด”, 2541.
22. มันทนา ทิมกร “การแพร่กระจายข่าวสารสาธารณสุขในระดับหมู่บ้านเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน: ศึกษาเฉพาะกรณีการให้ภูมิคุ้มกันโรคในเขตอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา”, 2526.
23. ยุทธนา จินดากุล “กลยุทธ์การสื่อสารแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพผ่านรูปแบบที่เป็นการ์ตูนของคุณประยูร จรรย์ยาวงษ์”, 2539.
24. ยุพดี บุรณัฐวาล “ปัจจัยการสื่อสารที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจบริโภคยาลดความอ้วนของวัยรุ่นสตรีในกรุงเทพมหานคร”, 2546.
25. รังสิมา นิโบล “กระบวนการทัศนใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม”, 2547.
26. รัตนาภรณ์ ทองอรุณนิกุล “การนำเสนอข้อมูลข่าวสารในหน้าหนังสือพิมพ์เกี่ยวกับไข้หวัดนก และการนำไปใช้ประโยชน์ของผู้ประกอบการธุรกิจสัตว์ปีก”, 2547.
27. รุจิรารัตน์ ชูทองรัตน์ “ประสิทธิผลของการให้ความรู้โดยใช้สื่อบุคคลและภาพพลิกต่อการเพิ่มความรู้และเปลี่ยนแปลงทัศนคติของหญิงมีครรภ์ที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลศิริราช”, 2526.
28. ลลิตา พ่วงมหา “กลยุทธ์การประชาสัมพันธ์บนเว็บไซต์ของโรงพยาบาลเอกชน”, 2552.
29. ลักขณา มนธาตุผลิน “การเผยแพร่ข่าวสารด้านสาธารณสุขมูลฐานด้วยเอกสารเผยแพร่เรื่องอนามัยครอบครัวกับผลสัมฤทธิ์จากการให้เอกสารเผยแพร่”, 2524.
30. ลักษมี ไชยทองศรี “บทบาทของนิตยสารสตรีในการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย”, 2541.

31. ลัดดา ประพันธ์พงษ์ชัย “การวิเคราะห์รายการสุขภาพอนามัยทางโทรทัศน์ที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ”, 2536.
32. วรวิทย์ มิตรธรรมพิทักษ์ “การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพด้วยโยคะ”, 2550.
33. วิภาวี ธีรสุวรรณ “การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อรณรงค์ปัญหาเอดส์ ในอ.เมือง จ.เชียงราย”, 2546.
34. ศันสนีย์ ฤทธิ์ทองพิทักษ์ “การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะคิด และการใช้สมุนไพรไทยของคนกรุงเทพมหานคร”, 2546.
35. ศิริพร เสรีกิตติกุล “การสื่อสารประเด็นยาเสพติดผ่านสื่อวิทยุกระจายเสียงโดยผู้สื่อสารที่เป็นเยาวชนที่เคยติดยาเสพติด”, 2544.
36. สมชัย จันลองจับจิต “การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของหนังสือการ์ตูนและจุลสารในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติที่มีต่อโรคเอดส์”, 2539.
37. สิทธิพรธณ วิบูลย์จันทร์ “ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสารกับการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยทอง”, 2542.
38. สุกัญญา อามีน “การศึกษา ความรู้ และทัศนคติที่มีต่อการปลูกถ่ายอวัยวะของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร”, 2539.
39. สุตรัก จรรย์วณิช “กลยุทธ์การสื่อสารของการรณรงค์ “ขบวนการแก้จน”, 2532.
40. สุดารัตน์ ควรสถาพรทวี “พฤติกรรมของคนไข้ในการเสาะแสวงหาสารสนเทศเพื่อรับบริการด้านทันตสุขภาพและทันตสุขศึกษาจากทันตแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร”, 2529.
41. สุทธิภา วงศ์ยะลา “รูปแบบและประสิทธิผลของการสื่อสารในการดำเนินงานตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของคนทำงานของโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่”, 2543.
42. สุนนา นาคพงศ์ “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าร่วมกลุ่มโครงการกองทุนยาประจำหมู่บ้าน ตำบลลาดกระทิง อำเภอ

สนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา”, 2525.

43. โสภิตสุดา มงคลเกษม “พฤติกรรมกรรมการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้ขับขีรถยนต์ในกรุงเทพมหานคร”, 2539.
44. หทัยรัตน์ เหล็กกล้า “การประมวลองค์ความรู้และการใช้ประโยชน์จากวิทยานิพนธ์สาขาวิชาวิทยาศาสตร์พัฒนาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย”, 2549.
45. สุนที เลาะวิธิ “วาทกรรมเรื่องความอ้วนความผอมในรายการโทรทัศน์สำหรับสตรี”, 2546.
46. อภิชา น้อมศิริ “การสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพโดยกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ”, 2552.
47. อรณิชา จิตรแสง “รูปแบบและปัจจัยการสื่อสารในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร”, 2549.
48. อัญชณี วิชยาภัย บุนนาค “การแสวงหาข่าวสาร ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพ”, 2540.
49. อลิสา วีรพัฒนกุล “การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติตามกฎจราจรของผู้ขับขีรถยนต์ส่วนบุคคลในกรุงเทพมหานคร”, 2540.
50. อารีภักดิ์ เงินบำรุง “ทัศนคติและการยอมรับของวัยรุ่นต่อการนำเสนอข่าวสารด้านการป้องกันยาเสพติดผ่านนักร้องนักแสดง”, 2541.
51. อินทิรา บัณฑิตนทร “ประสิทธิผลของการใช้สื่อภาพพลิกเรื่องสุขภาพจิตกับผู้ป่วยนอกและญาติที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลทั่วไป”, 2532.
52. อุไรศรี อะสันตารี “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำเด็กไปรับวัคซีนโปลิโอ

ในโครงการรณรงค์ให้วัคซีนโปลิโอในเขตเมือง จังหวัดหนองคาย”, 2541.

53. อูริสรา โกวิทย์ดำรงค์ “การวิเคราะห์เนื้อหาหารายการให้ความรู้ขนาดสั้นทางโทรทัศน์ที่มีวัตถุประสงค์ทางการตลาดแฝง และการเปิดรับการตระหนักรู้และทัศนคติของผู้ชมรายการสตรี”, 2542.
54. อูลิษา ชุตบุญธรรม “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับข่าวสารกับความเชื่อทางสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร”, 2533.

(ง) วิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอก คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. ณัฐวิภา สินสุวรรณ “การวิเคราะห์ตัวบทและการถอดรหัสความหมายเชิงสัญลักษณ์ของโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย”, 2553.
2. นฤมล ใจดี “การพัฒนาและขยายผลองค์ความรู้การสื่อสารเพื่อสุขภาวะของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ตำบลน้ำเกีฮัน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดน่าน”, 2552.
3. บุษยากร ตีระพุดติกุลชัย “กระบวนการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนความหมายในพิธีกรรมงานศพ”, 2553.

(จ) วิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

1. กาญจนภรณ์ พลประทีป “การบริโภคเชิงตรรกวิทยาในโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเพื่อสุขภาพ”, 2543.
2. สุภิญญาวัลย์ หลักชัยกุล “การวิเคราะห์เนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพในนิตยสารเพื่อสุขภาพ: ศึกษากรณีนิตยสารใกล้หมอ ชีวจิต และหมอชาวบ้าน”, 2544.
3. บาหยัน อิ่มสำราญ “อิทธิพลของสื่อมวลชนต่อการเรียนรู้เรื่องการดูแล

- รักษาสุขภาพของตนเอง: ศึกษากรณีนิตยสารหมอชาวบ้าน”, 2539.
4. ปวีณา แปลงประวัติ “การวิเคราะห์วาทกรรมปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ผ่านทางรายการสนทนาทางโทรทัศน์: ศึกษากรณี รายการถึงลูกถึงคน”, 2551.
 5. วิภาภรณ์ กอจรัญจิตต์ “การวิเคราะห์ภาพเสนอ “ความขาว” ในโฆษณาโทรทัศน์”, 2545.
 6. สุภาภรณ์ พรหมดีราช “ความพึงพอใจของผู้ชมรายการสุขภาพกับการดูตนเอง”, 2541.
 7. อังคณา มั่งมีทรัพย์ “ประสิทธิผลของการเผยแพร่ข่าวสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขที่มีต่อความรู้และความตระหนักของประชาชนเกี่ยวกับความปลอดภัยในการบริโภคอาหาร: ศึกษาเฉพาะกรณีประชาชนในเขตจังหวัดนครปฐม”, 2534.

(ฉ) วิทยานิพนธ์/งานวิจัยสถาบันอื่นๆ

1. โกศล บุญยวง “การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อของคณงานก่อสร้างใน จ.เชียงใหม่”, วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.
2. จำเริญ ไยชิต และคณะ “การสื่อสารในระดับชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ในจังหวัดเชียงราย”, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2547.
3. ปิยรัตน์ บัณฑิต “กระบวนการลดความอ้วนของผู้หญิง: วาทกรรมการสร้างอัตลักษณ์ในวัฒนธรรม บริโภค”, วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
4. ปานใจ กันยะมี “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง”, วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553.