

เกือบหนึ่งปี : AHC ไปถึงไหนแล้ว*

ดร. กาญจนา แก้วเทพ

สถานะของข้อเขียน

โครงการ AHC เป็นชื่อย่อภาษาอังกฤษที่มาจากตัวเต็มคือ “Academic Health Communication” หรือในภาคภาษาไทยว่า “การพัฒนาองค์ความรู้เรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพ” เป็นโครงการที่ใหญ่ใน 3 แห่ง ที่อยู่ใต้ร่มของ “โครงการการสื่อสารเพื่อสุขภาพ” (ชื่อย่อ C4H) อีก 2 แห่ง คือโครงการสื่อพื้นบ้านสื่อสารสุข และโครงการรู้เท่าทันสื่อเพื่อสุขภาพ ชื่อนามของโครงการ AHC ก็ชัดเจนอยู่แล้วว่า ได้รับการสนับสนุนเงินทุนมาจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มาเพื่อภารกิจการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพเป็นการเฉพาะ

โครงการนี้มีช่วงเวลาทำการ 3 ปี คือ ก.ค. 2546 – มิ.ย. 2549 มาจนถึงวันนี้ ก็ล่วงเข้าไปเกือบหนึ่งปีแล้วที่โครงการ AHC เริ่มเดินทางออกมาจากจุดเริ่มต้น ตลอดเส้นทางที่เดินมา AHC ได้มองเห็น ได้รับรู้ และได้เก็บเกี่ยวอะไรมาบ้าง เป็นปริศนาที่ตั้งคำถามเอาไว้ในชื่อบทความ

สำหรับผู้เขียน ไม่ได้เป็นสมาชิก “วงใน” ของทีม AHC แต่ทว่าเป็นเสมือน “คนดูที่เกาะติดอยู่ข้างสนาม” (อาจมีบางครั้งที่วิ่งไปเก็บลูกส่งให้ทีมบ้าง) ผู้เขียนจึงจะเขียนรายงานสรุปชุดนี้มาจากจุดยืนดังกล่าว โดยจะขอละรายละเอียดต่าง ๆ ที่จะอ้างอิงให้ผู้สนใจไปติดตามอ่านจากเอกสารเพิ่มเติมได้ อย่างไรก็ตาม ทัศนะต่าง ๆ ในข้อเขียนนี้ก็เป็นที่ส่วนตัวของผู้เขียน มิใช่ของทีม AHC

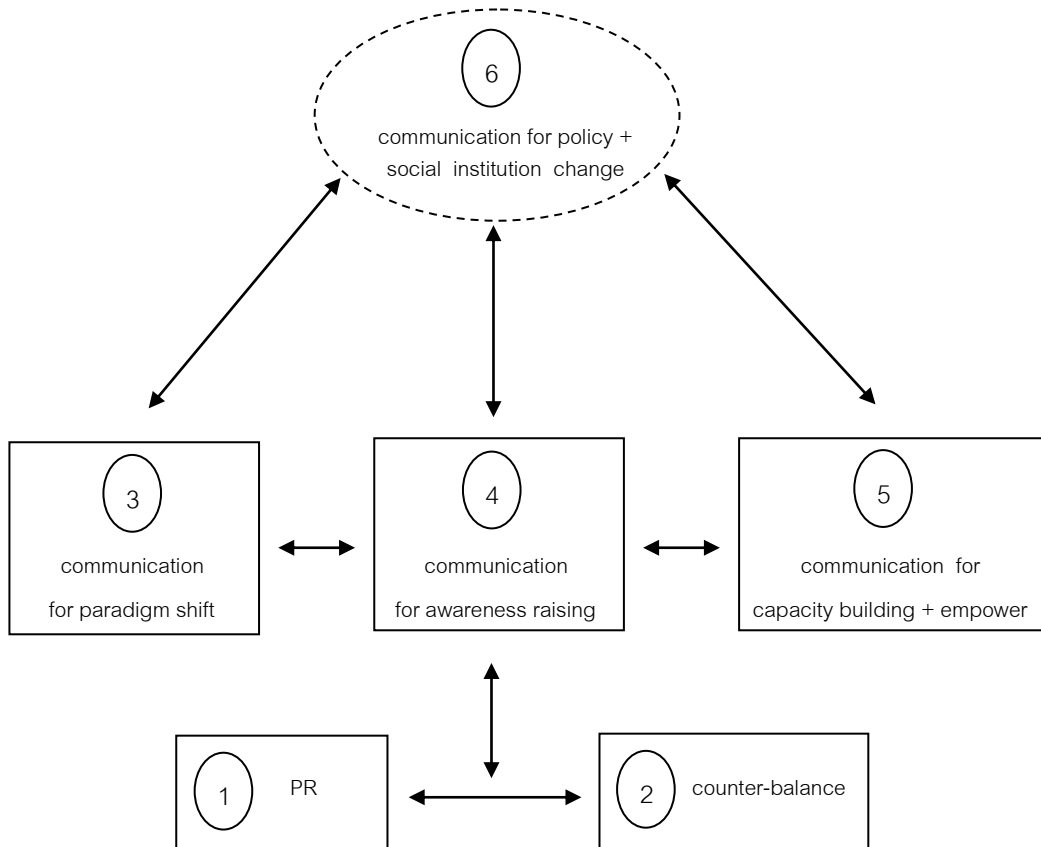
เนื้อหาของข้อเขียนชิ้นนี้ นอกจากจะให้ข้อคิดต่อทีม AHC โดยตรงแล้ว ก็ยังเป็นการเล่าให้คนวงนอกฟังว่า นับตั้งแต่ที่มาของการตกฟากถือกำเนิดของโครงการ AHC ตำแหน่งแห่งที่มาของโครงการนี้ กิจกรรม ผลงาน และบทเรียนต่าง ๆ ของทีม AHC รวมทั้งข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เขียน โดยแหล่งข้อมูลที่น่ามาใช้ นั้น มาจากการอ่านเอกสารต่าง ๆ ของโครงการ AHC รวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมในบางส่วนของทีมด้วย

อนึ่ง เนื่องจากผู้เขียนมีฐานความรู้ด้าน “การสื่อสาร” มิใช่ “ด้านสุขภาพ” และคนเราก็ “เขียนได้เท่าที่เรามีความรู้” ดังนั้น ถึงแม้จะเป็นเรื่อง “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” แต่ข้อเขียนชิ้นนี้ก็จำเป็นต้องหนักมือ โอนเอียงไปทางด้าน “การสื่อสาร” มากกว่า “ด้านสุขภาพ”

* เอกสารประกอบกลุ่มศึกษา โครงการ “การพัฒนาองค์ความรู้เรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพ” (Academic Health Communication- AHC) ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ-สสส) วันที่ 10 พฤษภาคม 2547.

และสิ่งที่จะต้องขอ “ตอกย้ำซ้ำทวน” โครงการ AHC (รวมทั้งโครงการอื่น ๆ ใน C4H) ก็คือ พันธกิจ (Mission) ทั้ง 6 ประการของ C4H ซึ่งเปรียบเสมือนธงทั้ง 6 ที่ปักอยู่หน้าโครงการ ทั้งนี้ เนื่องจากเมื่อเวลาออกแบบโครงการนั้น เราอาจจะชัดเจนว่า “พันธกิจ” ของเรานั้นคืออะไร แต่เมื่อเราเริ่มออกเดินทาง และเริ่มลงมือทำกิจกรรมไปเรื่อย ๆ ด้วยอาการก้มหน้าก้มตา เราก็อาจจะลืมเงยหน้ามองดูธงทั้ง 6 เช่น โครงการ AHC อาจจะเผลอคิดไปว่า งานของเราคือการสร้างหลักสูตร สร้างชุดความรู้เท่านั้น ทีมสื่อพื้นบ้านสื่อสารสุขก็คิดว่า พันธกิจของตนคือการทำให้ภาคีได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สสส. การสร้างหลักสูตร / ชุดความรู้ / การทำงานกับภาคี ก็จะเป็นสภาพจาก “วิถีทาง” (means) มาเป็น “จุดหมายปลายทาง” (ends) กลายเป็น “การทำหลักสูตรก็เพื่อหลักสูตร” เท่านั้น (for the sake of)

เพื่อกินยาแก้ลมดังกล่าว ผู้เขียนจะทวงถามบ่อย ๆ ว่า กิจกรรมต่าง ๆ ที่ทุกทีมดำเนินการไปนั้นได้ไปปักธงเส้นไหนในทั้ง 6 เส้นชัยขั้นสุดยอดเสาะ ได้อย่างไร



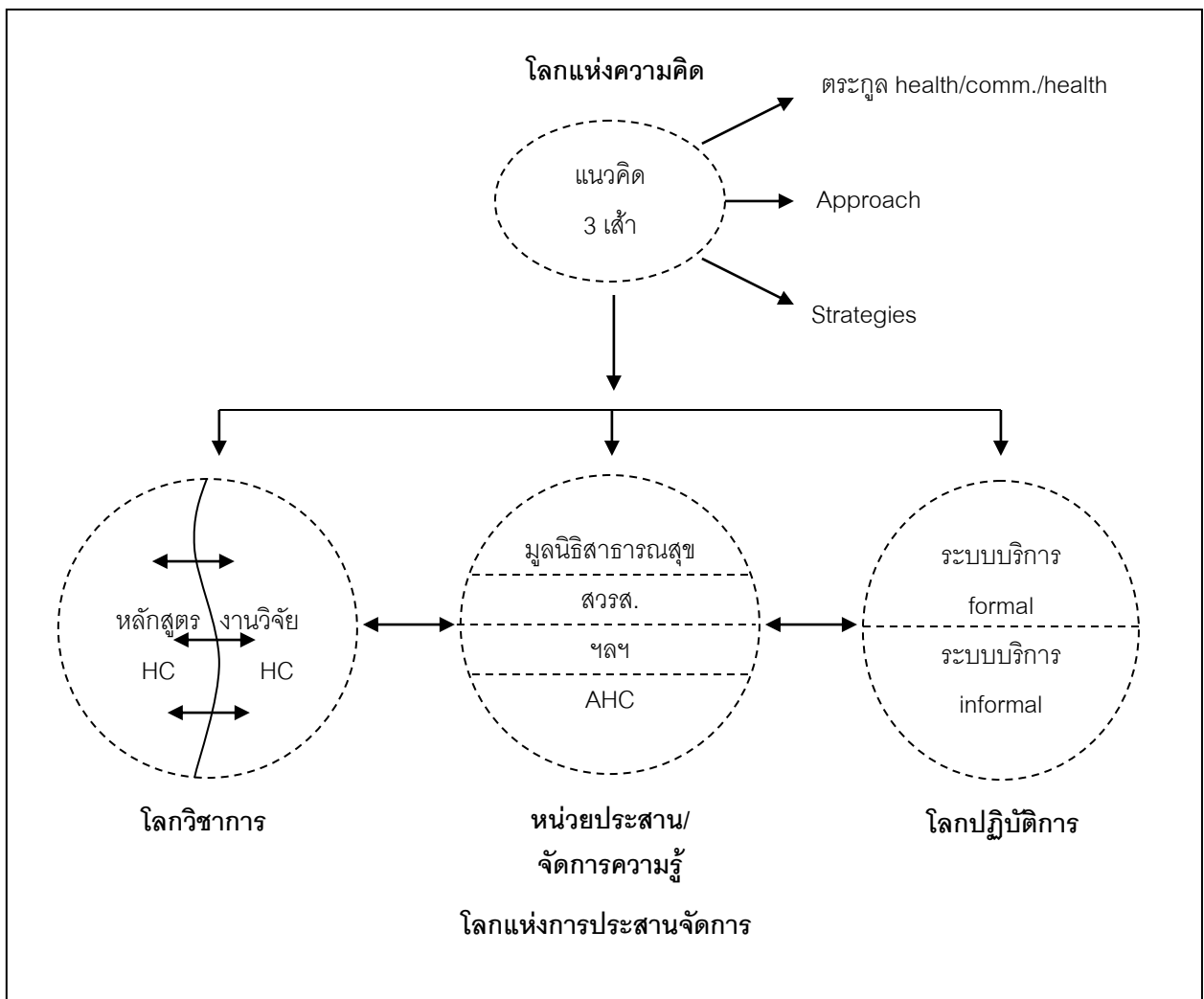
ขอทำกระดิ่งใส่ปู่

ในการพัฒนาองค์ความรู้ นั้น กระบวนการที่โครงการ AHC ใช้คือ 3 ประสาน อันได้แก่

- (1.) ประสานผู้รู้ด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพ
- (2.) ประสานความรู้ด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพ
- (3.) เชื่อมโยงประสบการณ์ด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่ม

งานประสานดังกล่าว ทำให้ทีม AHC ต้องพบกับผู้คนมากมาย ความรู้หลายสาขา และประสบการณ์จากทั่วสารทิศ ในความหลากหลายที่เปรียบเสมือน “ปู่” นั้น คงต้องมี “กระดิ่ง” ใส่ปู่บ้าง ผู้เขียนจึงขอแนะนำเสนอกรอบการทำงานของทีม AHC ดังนี้

“4 โลกของงาน AHC”



คำอธิบายกรอบการทำงานของทีม AHC

- (1.) **โลกแห่งความคิด : แนวคิดสามเสา** ทั้งจากหลักพุทธศาสตร์ที่กล่าวว่า ในการประกอบกิจกรรมร่วมกันระหว่างคนหมู่มากนั้น ความเข้าใจร่วมกันหรือความเข้าใจที่ถูกต้อง(สัมมาทิฐิ)

นั่น น่าจะเป็นกุญแจดอกแรกที่จะทำให้หอออกสตาร์ตได้ รวมทั้งคำขวัญของโครงการ C4H เองก็คือ “ขับเคลื่อนโครงการบนฐานความรู้” ดังนั้น องค์ความรู้กลุ่มแรกที่ควรพูดถึงเสียก่อนน่าจะเป็นเรื่องแนวคิด/ความรู้ความเข้าใจร่วมกัน (แม้ว่าจะไม่เหมือนกัน)

แนวคิดที่แพร่กระจายในที่ประชุมสัมมนาของ AHC หลาย ๆ เวทีนั้น น่าจะเอามาจับใส่ตะกร้าได้ 3 ใบ คือ

- (i.) แนวคิด 3 ตระกูล คือ ตระกูลสุขภาพ (Health) ตระกูลการสื่อสาร (Communication) และตระกูลการสื่อสารเพื่อสุขภาพ (Health Communication)
- (ii.) แนวทางการทำงานการสื่อสารเพื่อสุขภาพของ AHC (Approach)
- (iii.) ยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์การทำงานการสื่อสารเพื่อสุขภาพ (Strategy)

ถัดจากโลกแห่งความคิด เราก็จะลดเพดานบินลงมาสู่โลกที่เป็นจริง ซึ่งขอบเขตงานของ AHC จะวิ่งไปมาระหว่าง 3 โลกนี้ คือ

(2.) **โลกวิชาการ** ตามที่รับรู้กันโดยทั่วไปว่า โลกแห่งวิชาการ อันได้แก่ สถาบันการศึกษาต่าง ๆ นั้น ก็คือ โรงผลิตความรู้ โดยมีสูตรในการผลิตความรู้ที่มองเห็น จับต้องได้ คือ “หลักสูตร” ที่ค่อนข้างอยู่ตัว อยู่กับที่ กับ “งานวิจัย” ที่คอยตัดความรู้ใหม่ ๆ เติมให้กับหลักสูตรวิชาต่าง ๆ

(3.) **โลกปฏิบัติการ** เนื่องจากงานด้านสุขภาพของสังคมไทยมีสถานะเป็นสถาบันย่อย ๆ สถาบันหนึ่งของสังคม ดังนั้น จึงมีหน่วยงาน สถาบัน องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่ปฏิบัติการให้บริการด้านสุขภาพ ต้นกำเนิดของความรู้ด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพจำนวนมหาศาล จึงเกิดมาจากโรงพยาบาล ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก สถาบันและมูลนิธิ งานรณรงค์ของชุมชน ฯลฯ

(4.) **โลกแห่งการประสาน/จัดการ** ในขณะที่ความรู้นั้นมีแหล่งกำเนิดมาจาก 2 โลก คือ ทั้งโลกวิชาการ และโลกแห่งการปฏิบัติการ ก็จำเป็นต้องมี “ตัวสื่อกลาง” เพื่อเชื่อมประสานระหว่างโลกทั้ง 2 โลกนี้

ในกรณีของสังคมไทย มีหน่วยงานและองค์กรหลายรูปแบบที่ทำหน้าที่เป็น “กอกกลาง” วิ่งแจกจ่าย/รับส่งความรู้ระหว่างโลก 2 โลกนี้ เช่น มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย สมาคมคุ้มครองผู้บริโภค ฯลฯ ซึ่งบางหน่วยงานอาจจะโอนเอียงไปทางโลกปึกซ้าย บางองค์กรก็อยู่กระเดียดค่อนไปทางโลกปึกขวา

ตำแหน่งแห่งที่ของ AHC ก็อยู่ในโลกที่สี่นี้เอง โดยอาสาเป็นหน่วยงานหนึ่งท่ามกลางหน่วยงานอื่น ๆ ในการเชื่อมโยง 3 ประสานที่ได้กล่าวมาเพื่อภารกิจแบบดาบสองคม คือ ทั้งประสาน “สร้างความรู้” และจัดการ “ใช้ความรู้”

จากนี้ ผู้เขียนจะพยายามประมวลเนื้อหาหลัก ๆ ตามกรอบแนวคิดที่มาจากประสบการณ์การทำงานของ AHC โดยจะเน้นหนักเรื่องแนวคิด เนื่องจากเป็นไปตามจังหวะการทำงานในยุครุ่งอรุณของทีม AHC

● โลกแห่งความคิด

เนื่องจากแนวคิดเรื่อง “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” เป็นลูกผสมระหว่างแนวคิดเรื่อง “สุขภาพ” และ “การสื่อสาร” ดังนั้น หากเมื่อใดที่เกิดการเปลี่ยนแปลงที่แนวคิดบรรพบุรุษตัวใดตัวหนึ่ง ก็จะส่งผลถึงแนวคิดตัวลูกทันที

จากกรอบแนวคิดที่ร่างไว้ ผู้เขียนจะประมวลว่า การทำงานของ AHC นั้น จะเกี่ยวข้องกับแนวคิดอยู่ 3 ชุด คือ

- (1.) แนวคิดชุดตระกูล “Health” / “Communication” / และ “Health Communication”
- (2.) แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับ Approach ของการทำงานด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพ
- (3.) แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับกลยุทธ์ / ยุทธศาสตร์ของการสื่อสารเพื่อสุขภาพ

และดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า ผู้เขียนมีรากฐานมาจากการสื่อสาร ดังนั้น ในการพิจารณาแนวคิดทั้ง 3 ชุดนี้ จะใช้ “กล้องการสื่อสาร” ส่องดูเป็นการเฉพาะ

(1.) แนวคิดตระกูล “Health” / “Communication” / และ “Health Communication”

(1.1) แนวคิดตระกูล “Health”

ทั้งจากการจัดประชุม Pre-conference 2 ครั้ง และจากเอกสารประกอบการประชุมที่ผลิตจาก AHC มีเนื้อหาที่น่าตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับแนวคิดเกี่ยวกับ “สุขภาพ” ดังนี้

(i.) จุดยืนแนวคิดด้าน “สุขภาพ” ของ AHC หากวิเคราะห์จากงานเขียนของ ไพสุดา (2547) “กระบวนการทัศน์ของสุขภาพแบบใหม่” ที่นำเสนอกระบวนการทัศน์ด้านสุขภาพ 2 กระบวนการทัศน์ คือ กระบวนการทัศน์แบบวิทยาศาสตร์/ชีวภาพ กับกระบวนการทัศน์แบบทางเลือก/องค์รวม ที่มีคุณลักษณะตรงกันข้ามใน 4 ประเด็น

- วิธีการมองโลก/ชีวิต และร่างกาย : แยกส่วน (กาย/ใจ) / องค์รวม
- การให้อำนาจแก่บุคคลากรวิชาชีพสาธารณสุข : ผูกขาด / กระจายตัว
- วิธีการบริหารจัดการระบบสุขภาพของสังคม : รวมศูนย์ / กระจาย
- ลักษณะเป็นธุรกิจของบริการสาธารณสุข : สินค้า / บริการสาธารณะ

จากบทความที่เป็นตัวแทนของ AHC นี้ อาจอนุมานได้ว่า จุดยืนในแนวคิดเรื่อง “สุขภาพ” ของ AHC นั้น จะถือทางข้างหรือแอบเชียร์สุขภาพแบบทางเลือก/องค์รวม ทั้งนี้ก็เป็นเรื่องที่ไม่เห็นอาการคาดเดา เนื่องจาก AHC เป็นหนึ่งในโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส. แนวคิดด้าน “สุขภาพ” ของ AHC จึงย่อมจะสอดคล้องกับ สสส. อยู่โดยปริยาย

อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า ในพื้นที่การจัดการประชุมของ AHC เอง ยังไม่เคยมีการเปิดเวทีการพูดคุยกันเรื่องกระบวนการทัศน์ด้านสุขภาพที่แตกต่างกันทั้งสองกระบวนการ ทัศนะผู้เขียนคาดเดาว่า การที่ไม่มีการเปิดเวทีเดียวกันนั้นน่าจะเนื่องมาจากโดยส่วนใหญ่ ผู้ที่มาเข้าประชุมหรือมาร่วมสังสรรค์กับ AHC นั้น มักจะเป็นพวกที่สนิทสนมกับเอกรูปแบบทางเลือก/องค์รวมอยู่แล้ว ก็ไม่จำเป็นต้องถกเถียงกันให้มากความไป

แต่ทว่าข้อเท็จจริงที่เราต้องตระหนักก็คือ กลุ่มบุคคลที่ถือทางข้างกระบวนการทัศน์สุขภาพแบบองค์รวม/ทางเลือกนั้น เป็น “คนส่วนน้อยและยังเป็นข้อยกเว้น” เพราะกระบวนการทัศน์ “สุขภาพ” ที่เป็นกระแสหลัก ยังคงเป็นกระบวนการทัศน์วิทยาศาสตร์/ชีวภาพ ไม่ว่าจะในกลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุขแบบใหม่ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ฯลฯ หรือแม้แต่กลุ่มประชาชนทั่วไป

ดังนั้น การบ้านของ AHC ก็คือ จะมีกลยุทธ์การสื่อสารหรือมีบทเรียนที่ไหนด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพ ที่ควรจะต้องนำมาประกอบเข้าเป็นองค์ความรู้ของการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์สุขภาพ ตัวอย่างเช่น งานวิจัยกลุ่มบุคคลที่เคยใช้กระบวนการทัศน์กระแสหลัก แล้วได้เดินทางออกไปสู่กระบวนการทัศน์ทางเลือกได้ด้วยการสื่อสารแบบไหน เป็นต้น บทเรียนแบบนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการนำมาขยายผลต่อไป *ภารกิจนี้เป็นตรงหมายเลข 3 ของโครงการ C4H โดยรวม*

(ii.) จุดเปลี่ยนโค้งของความเข้าใจเรื่อง “สุขภาพ”

ประจักษ์พยานที่ชัดเจนของพัฒนาการของความเข้าใจเรื่อง “สุขภาพ” ก็คือการเปลี่ยนแปลงคำศัพท์ที่ใช้ในงาน “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” ที่เปลี่ยนจากคำว่า “การแพทย์” (medicine) มาสู่คำว่า “สุขภาพ” (health) หรือ “สุขภาวะ” (well-being) การเปลี่ยนคำศัพท์ที่ใช้ ทำให้เรื่อง “การมีชีวิตที่มีความสุข” ไม่ได้อยู่ในกำมือของหมอแต่เพียงอย่างเดียว ถึงแม้เราอาจจะเชื่อว่า “สวยด้วยมีหมอ” นั้นเป็นไปได้ แต่ “สุขภาพดีก็ไม่มีขายที่โรงพยาบาล” อย่างแน่นอน

จุดเปลี่ยนโค้งที่สำคัญ ๆ เรื่อง “สุขภาพ” จากกรอบแนวคิดของ AHC จะมีประมาณนี้ คือ

■ การขยายมิติของสุขภาพ

จากสุขภาพทางกายออกไปเป็นสี่เหลี่ยมสุขภาวะ คือ สุขภาพกาย / จิตใจ-อารมณ์ / สังคม / จิตวิญญาณ-ปัญญา ดังนั้น กิจกรรมของ AHC จึงสามารถเข้าไปเกี่ยวข้องกับเรื่อง

“ของเล่นพื้นบ้าน” ที่ส่งเสริมสุขภาพอารมณ์อย่างเห็นได้ชัด รวมทั้งหลักสูตรการสื่อสารสุขภาพก็คงต้องคำนึงถึงเรื่องการสื่อสารภายในบุคคล (Intrapersonal Communication) เช่น การทำสมาธิที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตด้านจิตวิญญาณ

■ จาก “ซ่อม” สู่ “การสร้างสุขภาพ”

ในการจัดประชุม Pre-conference ทั้ง 2 ครั้งของ AHC ได้มีการประกาศจุดยืนของ “โครงการการสื่อสารเพื่อสุขภาพ” โดยรวมว่า แนวทางการทำงานของโครงการนั้นมีชื่อว่า “สร้างนำซ่อม” กล่าวคือ เราจะไม่รอให้สุขภาพทรุดโทรมจนเจ็บป่วย แล้วจึงค่อยไปพบหมอซ่อมแซม หากแต่เราจะเริ่ม “ปลูกสร้างสุขภาพที่ดี” ขึ้นมาเสียก่อน

■ จาก “รวมศูนย์ผูกขาด” สู่ “การกระจายความรู้ด้านสุขภาพ”

ควบคู่ไปกับกระแสการปฏิรูปสังคมในส่วนเสี้ยวอื่น ๆ ที่มีการกระจายอำนาจการเมือง/การปกครองท้องถิ่น การกระจายงบประมาณ ฯลฯ ในเรื่องของสุขภาพ นับตั้งแต่สังคมไทยรับเอาระบบการแพทย์แบบตะวันตกเข้ามา ความรู้เรื่องสุขภาพก็ถูกผูกขาดอยู่ในมือของผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเล็ก ๆ การให้บริการด้านสุขภาพก็ถูกรวมศูนย์อยู่เฉพาะในภาครัฐ รูปแบบการบริหารจัดการดังกล่าวพิสูจน์แล้วว่า ไม่สามารถทำให้ประชาชนไทยมีสุขภาพที่ดีขึ้นมาได้ แม้ว่าจะหายจากโรคเก่า แต่ก็ต้องมาชีวิตอยู่กับโรคแบบใหม่ เข้าทำนองหนีเสือปะจระเข้

ดังนั้น สังคมไทยวันนี้จึงได้เริ่มมีการปฏิรูประบบการบริหารจัดการเรื่องสุขภาพด้วยการกระจายความรู้ และการบริหารจัดการ / การให้บริการเรื่องสุขภาพออกไปกลุ่มบุคคลต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะกระจายไปสู่ **ตัวเจ้าของสุขภาพเอง** คนไทยทุกคนจึงควรได้รับการติดตั้ง “เข็มฉีดยาปัญญาด้านสุขภาพ” เพื่อจะประคองชีวิตให้อยู่อย่างร่มเย็นเป็นสุข

ทีม AHC เอง ก็เป็นหนึ่งในผู้ร่วมเดินทางกับขบวนการกระจายความรู้ด้านสุขภาพดังกล่าว อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การทำงานมีลักษณะสมจริงสมจัง (realistic) การจะปลดปล่อยเรื่องสุขภาพทุกเรื่องทุกอย่างจากสถานบริการของรัฐ / เอกชนผู้รู้ ไปสู่มือประชาชนทั้งหมด คงเป็นเรื่องที่เป็นไปไม่ได้ เป้าหมายการทำงานจึงน่าจะเป็นการหา **จุดสมดุลระหว่าง “การพึ่งหมอ/พยาบาล/ยา” กับ “การพึ่งตนเอง”** งานด้านนี้ทีม AHC จะต้องชกธง 4 และ 5 ขึ้นมาพร้อม ๆ กัน

■ การขยาย “สุขภาพส่วนตัว” ไปสู่ “สุขภาพส่วนรวม”

กระบวนทัศน์สุขภาพกระแสหลักมักจะมีมุงเน้น “การรักษาสุขภาพของคนแต่ละคนให้สมบูรณ์แข็งแรง” แต่ทว่า แนวคิดเรื่องสุขภาพของ AHC และ สสส. จะขยายองค์ประกอบที่จะทำให้มีสุขภาพที่ดีออกเป็น 3 เหลี่ยมแห่งสุขภาพ คือ สุขภาพของคนแต่ละคน / การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี / และระบบบริการที่เอื้อต่อ “การสร้างนำซ่อม” สุขภาพ

การขยายขยายแนวคิดดังกล่าวนี้ น่าจะเป็นผลที่เกิดขึ้นอย่างคู่ขนานกับปรากฏการณ์ด้านสาธารณสุขในยุคสมัยใหม่ กล่าวคือ ในยุคสมัยก่อนนั้นปัญหาหลักด้านสุขภาพคือ

การเจ็บป่วยที่เกิดจากเชื้อโรคต่าง ๆ เช่น มาเลเรีย วัณโรค ฯลฯ แต่ปัจจุบันนี้ ปัญหาหลักด้านสุขภาพนั้นกลับเกิดมาจาก “ความเสี่ยง” ทั้งจากรูปแบบวิถีการใช้ชีวิต(เช่น กินเหล้าแล้วขับรถ สูบบุหรี่) และความเสี่ยงจากสภาพแวดล้อม เช่น อากาศเป็นพิษ น้ำใช้เป็นภัย อาหารเป็นพิษ ฯลฯ ดังนั้น งานสร้างสุขภาพจึงจะหยุดแค่ระดับ “เอาตัวเองให้รอด” ก็พอ ไม่ได้เสียแล้ว แต่ทุกคนจะต้องร่วมด้วยช่วยกันสร้าง “สิ่งแวดล้อมที่ดี” ให้เกิดขึ้นด้วย

การขยายแนวคิดดังกล่าว จะเข้ามาอธิบายบรรดาชุดความรู้ต่าง ๆ ของ AHC ว่า เพราะเหตุใดจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่อง การสร้างเครือข่ายเพื่อสร้างขบวนการเคลื่อนไหวด้านสุขภาพ ทำไมต้องมีวิชาเกี่ยวกับ “การสร้างสุขภาพชุมชน” การสร้างสิ่งแวดล้อมในครอบครัว โรงเรียน วัด ที่ทำงาน ฯลฯ ให้เหมาะสมที่จะมีชีวิตอยู่อย่างเป็นสุข รวมทั้งควรมีงานวิจัยของกรณีศึกษาที่ทำงานสร้างสุขภาพอย่างได้ผล (best practice) เพื่อนำมาขยายผลประกอบด้วย

(iii.) สุขภาพดีมาจากน้ำมือใคร

ในเรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพนั้น จะมีประตู 2 ชั้น ที่เราต้องถอดกลอนออก ประตูชั้นแรกคือคำถามที่ว่า “เราคิดอย่างไรกับการมีสุขภาพดี” ที่กล่าวไปแล้วข้างต้น ประตูชั้นที่สองก็คือ คำถามต่อมาที่ว่า “แล้วทำอย่างไร เราจึงจะมีสุขภาพที่ดี เราจะต้องหันหน้าไปพึ่งใคร จึงจะได้สุขภาพที่ดีมา”

เราได้กล่าวถึงกระบวนการทัศนกระแสหลักแล้วว่า คำตอบของคำถามที่สองนั้นก็คือ “ขอให้ปรึกษาแพทย์/เชื้อพึ่งหมอ” แล้วจะได้สุขภาพที่ดีมาเป็นของตัวเอง แต่ในกระบวนการทัศนแบบทางเลือกนั้น อ.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ (2547) ระบุปัจจัย 7 ประการที่จะทำให้สุขภาพดีและมีชีวิตที่ยั่งยืน อันประกอบด้วย “4 ควร 3 ไม่” ในกลุ่ม “4 ควร” นั้น เป็นเรื่องกินชะ 2 เรื่อง คือ ทานอาหารเข้าและไม่ทานระหว่างมื้อ ซึ่งจะส่งผลต่อเนื่องไปถึงอีก 1 เรื่อง คือ รักษาน้ำหนักตัวให้พอเหมาะ อีก 2 เรื่องเกี่ยวกับการนอนให้พอ ประมาณ 7-8 ชั่วโมง และออกกำลังกายเป็นประจำ อีก “2 ไม่” ก็คือไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่ เมื่อเหลือบตาดูปัจจัย 7 ประการนี้แล้ว ก็พบว่าสุขภาพดีนั้นล้วนเกิดจากน้ำมือของเจ้าของสุขภาพทั้งสิ้น

ความรู้เรื่องปัจจัย 7 ประการ (หรืออาจจะเพิ่มเติมปัจจัยอื่น ๆ อีกสัก 2-3 ปัจจัย เช่น วิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดของจิตใจ ความเชื่อมั่นด้านจิตวิญญาณ ฯลฯ) ที่มีผลต่อการมีสุขภาพที่ดีนี้ควรจะเป็นความรู้ติดตัวคนไทยทุกคนแบบเดียวกับที่พวกเขาเคยท่องบัญญัติ 10 ประการในยุคสมัยที่เชื้อโรคยังอาละวาดอยู่ ความรู้ดังกล่าวจะเป็นบันไดขั้นแรกของการนำไปปฏิบัติในขั้นต่อไป นอกจากนั้น ความรู้นี้ยังทำให้เกิดกลยุทธ์ที่จะสร้างสุขภาพที่ดี ให้มีสมดุลระหว่าง “การพึ่งตนเอง” เสียก่อนเป็นอันดับแรก แล้วจึงไป “พึ่งยา/พึ่งแพทย์” เมื่อถึงขั้นเหลือปากว่าแรง กล่าวคือ

เป็น “อตุตทาหิ อัตโน นาโถ” ด้านสุขภาพะ ซึ่งควรจะต้องเป็น “เนื้อหาหลัก” ในวิชา “ความรู้เบื้องต้นเรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพ” (ธงอันที่ 5 ของ C4H)

(iv.) สองระบบสาธารณสุขในสังคมไทย

ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสภาพความเป็นจริงของระบบสาธารณสุขในสังคมไทย ที่อาจจะทำให้ห้องค้ความรู้เรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพที่สั่งนำเข้ามาจากตะวันตกใช้การไม่ได้ผลอย่างสมบูรณ์แบบ ก็เนื่องมาจากความเป็นจริงที่ว่า ในสังคมไทยมีระบบสาธารณสุข 2 ระบบเหลื่อมซ้อนกันอยู่ ดังที่ปรากฏในบทความเรื่อง “ความเป็นมาและวิวัฒนาการระบบสุขภาพไทย” ซึ่ง มณฑาวดี (2547) ผู้เขียนได้แสดงให้เห็นว่า ก่อนหน้าที่ระบบการแพทย์แบบตะวันตกจะเข้ามานั้น มีระบบการแพทย์แบบไทย (ที่มีรากฐานจากอินเดียและจีน) ดำรงอยู่แล้ว ที่เรียกว่า “การแพทย์พื้นบ้าน” และแม้จะได้มีความพยายามจากภาครัฐที่จะนำเอาการแพทย์แบบตะวันตกเข้ามา “แทนที่” (substitution) การ แพทย์พื้นบ้าน แต่ทว่าผลที่เกิดขึ้นก็คือ ระบบการแพทย์ทั้งสองยังคงดำรงอยู่ “แบบระบบคู่ขนาน” ประชาชนไทยจึงมีพฤติกรรมการรักษาตัวเมื่อยามเจ็บป่วย ทั้งแบบที่ไป “ฉีดยาให้น้ำเกลือที่โรงพยาบาล” (การแพทย์แผนใหม่) และไป “สะเดาะเคราะห์ รดน้ำมนต์ หรือกินสมุนไพร” (การแพทย์พื้นบ้าน) ควบคู่ไปด้วย

ผู้เขียนคาดเดาว่า จุดยืนของโครงการ AHC ในเรื่องการแพทย์สองระบบที่มีอยู่ในสังคมไทยนั้น น่าจะเป็นจุดยืนแบบเดียวกับ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ที่แม้จะกล่าวถึงข้อจำกัดของการแพทย์แบบตะวันตกที่โน้มเอียงด้านชีวภาพมากเกินไป และมองข้ามมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณ รวมทั้งยังมองไม่เห็นมิติด้านสังคมวัฒนธรรม แต่ทว่าคุณหมอก็ได้ระบุถึงข้อจำกัดของระบบการ แพทย์พื้นบ้าน ซึ่งก่อตัวมาในบริบทของกาลเวลาชุดหนึ่ง แต่เมื่อนำมาใช้ในอีกช่วงกาลเวลาหนึ่ง ก็จะต้องมีการพัฒนาสร้างสรรค์ต่อไป

ผู้เขียนแน่ใจว่า ทีมงาน AHC ได้ตระหนักถึงการดำรงอยู่ของการแพทย์ 2 ระบบนั้นอย่างแน่นอน โดยเฉพาะระบบการแพทย์พื้นบ้านที่ยังมีสถานภาพเป็น “ลูกเมียน้อย” ของระบบสาธารณสุขไทย ทั้งนี้เนื่องจากโครงการ AHC มีทีมพี่น้องคือ ทีมสื่อพื้นบ้านสื่อสารสุข ที่ทำงานมุ่งเน้นที่สื่อพื้นบ้าน อันสังกัดอยู่ในอาณาบริเวณของระบบการแพทย์พื้นบ้านอยู่แล้ว จึงนับว่ามีเพื่อนเดินทางอยู่ใกล้ตัว

ปัญหาที่ทีม AHC จะต้องเผชิญหน้าต่อไปก็คือ เนื่องจากระบบการแพทย์พื้นบ้านเป็นระบบที่ถูกทิ้งขว้างให้หยุดนิ่งมาเป็นเวลานานแล้ว ความรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งวิถีการปฏิบัติตนในเชิงสุขภาพะที่ดีนั้น กลายเป็นองค์ความรู้ชายขอบ หรือเลือนหายไปจากความสนใจของคนไทยมากแล้ว แต่ยังนับว่าโชคคืออยู่บ้างที่ปัจจุบันนี้ แสงรำไรของการปฏิบัติแบบพื้นบ้านได้เริ่มเปล่งประกายออกมาบ้างแล้ว เช่น ขบวนการสปา โยคะ การนวด และสมุนไพร แต่ทว่าจะมาแบบ “ครบเครื่องเรื่องการแพทย์พื้นบ้าน” หรือเปล่า ยังเป็นที่สงสัยอยู่ โดยเฉพาะมิติด้านความรู้ความเข้าใจของ

การแพทย์พื้นบ้าน เช่น แนวคิดพื้นฐานต่อเรื่องการเจ็บป่วย ทฤษฎีธาตุทั้งสี่ ประสิทธิภาพของสมุนไพรไม่ได้ใช้หน่วยความเร็วแบบการใช้อีเมล ฯลฯ ถ้ามาแบบไม่ครบเครื่อง หรือมาแบบขาด ๆ เกิน ๆ โรค “เถรสองบาท” หรือ “ทำพอเป็นพิธี” ก็จะทำเรปขึ้น

ในทัศนะของผู้เขียนจึงคิดว่า ภารกิจของทีม AHC ต่อเรื่องการแพทย์พื้นบ้านนั้น ควรจะเป็นประมาณนี้คือ

(1.) การแสวงหากลยุทธ์การสื่อสารเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบย่อย ๆ ของการแพทย์พื้นบ้าน เช่น ชุดความรู้เรื่องการนวด การออกกำลังกายพื้นบ้าน ฯลฯ ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้ว จะมีภาคีอื่น ๆ แสวงหากลยุทธ์การรื้อฟื้นการปฏิบัติของการแพทย์พื้นบ้านอยู่แล้ว เช่น สถานเปิดสอนโยคะที่ผุดขึ้นราวกับดอกเห็ดในหน้าฝน แต่ AHC คงต้องถามว่า จะรู้ได้อย่างไรให้ “พื้นแบบครบเครื่อง” ดังที่กล่าวมาแล้ว โดยเฉพาะด้านความเข้าใจ คุณค่า และความหมายที่เป็นรากแก้วของการแพทย์พื้นบ้าน

(2.) การแสวงหากลยุทธ์การสื่อสารเพื่อเพิ่มมูลค่าของการแพทย์พื้นบ้าน ตัวอย่าง เช่น มีงานวิจัยเรื่องขีดความสามารถของเล่นพื้นบ้านที่สามารถพัฒนาสร้างสรรค์ความสามารถด้านคณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ ฯลฯ ที่กระจัดกระจายอยู่ในวิทยานิพนธ์ของคณะครุศาสตร์ ความรู้ (knowledge) เหล่านี้ ยังคงกระเจิดกระเจิงอยู่ตามที่ต่าง ๆ เหมือนชิ้นส่วนของ jigsaw ที่ทีม AHC คงต้องไปเก็บรวบรวมเข้ามาต่อให้เป็น “องค์ความรู้” (body of knowledge) อันอาจจะปรากฏโฉมอยู่ใน “ชุดความรู้ของเล่นพื้นบ้าน” (หรือแม้ทีม AHC ไม่ได้ลงมือทำเอง ก็ต้อง “แจกไฟความคิด” ไปให้คนอื่นทำ) และแน่นอนว่าทีม AHC คงจะไม่สามารถเก็บรวบรวมไปได้หมดทุกเรื่อง (และก็คงไม่จำเป็นต้องทำเช่นนั้น) แต่ทว่าจะต้อง “ทำให้ดูเป็นเยี่ยงอย่าง” ว่า “การจัดการความรู้ในส่วนขั้นตอนของการเก็บรวบรวม ประมวล และสังเคราะห์” นั้น จะมีกระบวนการ (process) ทำได้อย่างไร ทำแล้วจะได้ “ผลผลิต” (product) ออกมามีหน้าตาอย่างไร (นี่ก็ธงอันที่ 3 และ 5)

และถัดจากขั้นตอนการการจัดการเพื่อการสังเคราะห์ความรู้แล้ว ทีม AHC ก็อาจจะสาธิตให้ครบวงจรเลย คือ ขั้นตอนของการจัดการเพื่อการใช้ความรู้ เช่น การใช้ชุดคู่มือของเล่นพื้นบ้านในการอบรม “การทำของเล่นพื้นบ้าน” ให้แก่พ่อแม่ การนำข้อมูลไปทำบอร์ดนิทรรศการติดตามสนามเด็กเล่นหรือพิพิธภัณฑ์เล่นได้ เป็นต้น

กระบวนการเหล่านี้เป็นการพลิกเหลี่ยมความรู้ และมุมมองของผู้คนในสังคมที่มีต่อระบบการแพทย์พื้นบ้านให้กว้างขวางมากขึ้น ซึ่งเท่ากับเป็นการเพิ่มมูลค่าของระบบการแพทย์พื้นบ้านให้มากขึ้นไปโดยปริยาย (ธงอันที่ 5 แน่ ๆ อยู่แล้ว)

แต่ทว่า ในขณะที่ไปเพิ่มมูลค่าให้ “คนอื่น” หรือให้ “สุขภาพ” ก็อย่าลืมตั้งมูลค่าให้ “ตัวเอง” / “การสื่อสาร” ด้วยการตั้งคำถามอยู่เสมอว่า อันว่า การนวด / การออกกำลังกาย / การฟ้อนเจิง นี้ มันสื่อสารอะไร / กับใคร / ผ่านอะไร / ยังไง และเกิดผลอะไรบ้าง

(3.) ลักษณะสหวิทยาการขององค์ความรู้ จากแนวคิดเรื่องระบบการแพทย์ 2 ระบบ ที่มีลักษณะแตกต่างกัน ตั้งแต่ราก ลำต้น ดอก ใบ ซึ่งหมายความว่า แตกต่างกันตั้งแต่รากฐานความเชื่อ (ราก) องค์ความรู้ในการปฏิบัติตนเชิงสุขภาพ (ลำต้น) การใช้ยา / การบำรุงรักษาสุขภาพ / วิธีการดำเนินชีวิต (ดอก/ใบ) ดังนั้น การร่างหลักสูตรการสื่อสารเพื่อสุขภาพของทีม AHC คงจะต้องอัญเชิญเทพทางวิชาการทั้งหลายมาชุมนุมกัน กล่าวคือ ต้องมีลักษณะเป็น “สหวิทยาการ” (Interdisciplinary) โดยเฉพาะเมื่อเรื่องสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม (วัฒนธรรมสุขภาพ) วิชาบางวิชา เช่น มานุษยวิทยา คติชนวิทยา ฯลฯ ก็คงต้องมีที่ทางอยู่ในหลักสูตรนี้ด้วย

ส่วนหัวข้อการวิจัยนั้น ผู้เขียนคิดเล่น ๆ กับบรรดาถ้อยคำที่ใช้เกี่ยวกับการพูดถึงเรื่องสุขภาพของไทย เช่น เจ็บ / ไข้ / ใต้ป่วย มีน้ำมีนวล เลือดฝาดสมบูรณ์ ผอมแห้งแรงน้อย อ้วนท้วนสมบูรณ์ หน้าดำคร่ำเครียด ฯลฯ ผู้เขียนคิดว่า หากเราเปิดประตู “ถ้อยคำ” เหล่านั้นเข้าไปข้างใน เราคงจะเห็นวิถีคิดเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพของคนไทยบรรจุอยู่ในที่นั้น และตามหลักการสื่อสาร หากเราสามารถวิเคราะห์ผู้รับสารให้ถึงระดับขั้นในสุดคือ วิถีคิด (ซึ่งเป็นประจักษ์ hardware) เราก็น่าจะมีโอกาส “ตัดเย็บ” สารด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับวิถีคิดที่มีอยู่ (งานนี้อาจจะติดต่ออาจารย์ภาษาไทย/คติชนวิทยา ที่เป็นภาคีของ C4H เช่น อ.เรณู อรรฐาเมศร์ ที่สถาบันราชภัฏเชียงใหม่ หรือ อ.นฤมล ปิยะเวทย์ Node ของทีมสี่พี่น้องบ้าน)

(1.2) แนวคิดตระกูล “Communication”

โดยส่วนตัวแล้ว ผู้เขียนมีความสนใจที่จะเข้าร่วมการประชุมที่ทีม AHC จัดในครั้งต่าง ๆ เป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพราะเมื่อทำงานอยู่ที่คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยนั้น เป็นการดำเนินชีวิตอยู่ในแวดวงของคนประเภทเดียวกัน เป็น “ชาวสื่อสารด้วยกัน” (ที่เรียกภาษาวិชาการว่า homophily) คนที่อยู่ในแวดวงเดียวกันนั้น จะสื่อสารกันง่ายเพราะมี “กรอบอ้างอิง” (frame of reference) แบบเดียวกัน แต่เมื่อก้าวออกไปนอกแวดวงตัวเอง และต้องไปสื่อสารกับกลุ่มคนที่มีกรอบอ้างอิงคนละแบบกับเรา (เรียกว่า heterophily) ก็ต้องปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การสื่อสาร ผู้เขียนจึงได้อารมณ์ความรู้สึกลับแบบนั้นทุกครั้ง เมื่อไปร่วมประชุมที่ทีม AHC จัด ซึ่งมีผู้เข้าร่วมประชุมมาจากหลายสารทิศ

ประเด็นที่เกี่ยวกับแนวคิดตระกูล “การสื่อสาร” นั้น มีข้อที่น่าสนใจดังนี้

(1.) การสื่อสารคืออะไร (communication as what)

เมื่อเวลาอ่านหนังสือภาษาอังกฤษ เรามักจะเห็นหัวข้อย่อยในเรื่องการสื่อสารที่เขียนว่า “communication as.....”

หัวข้อแบบนี้มีความหมายมาก เพราะประโยคดังกล่าวแสดงการรับรู้ของเราที่มีต่อแนวคิดต่าง ๆ คำตอบที่จะมาเติมหลังคำว่า “as” นั้น จะเป็นเสมือนลูกบิดประตูที่พาเราเปิดออกไปสู่จุดหมายปลายทางที่ต่างกัน ตัวอย่างเช่น หากเรากล่าวว่า “ปากเป็นเอก เลขเป็นโท” “พูดไปสองไพเบี้ย นิ่งเสียตำลึงทอง” ก็แสดงว่าเรารับรู้การสื่อสารที่แตกต่างกัน หรือเป็นดาวดวงไหนในฟากฟ้าที่เรากำลังจ้องดูอยู่

ในการประชุม 2-3 ครั้งของ AHC ผู้เขียนพบว่า มีผู้เข้าร่วมประชุมให้คำตอบเกี่ยวกับ “การสื่อสาร” ว่าคืออะไรเอาไว้มากมายหลายแบบ ในที่นี้จะยกตัวอย่างสัก 2 แบบ

(1.1) การสื่อสารเป็นเครื่องมือ (communication as tool / instrument) เป็นแนวคิดต่อการสื่อสารที่แพร่หลายที่สุด ตัวอย่างเช่น ในงานการสื่อสารเพื่อสุขภาพก็จะมีมุมมองว่าจะนำเอาการสื่อสารนานาประเภท ตั้งแต่สื่อสารมวลชนไปจนจรดสื่อบุคคลมาเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศนด้านสุขภาพจากแบบเก่ามาให้เป็นแบบใหม่ได้อย่างไร

(1.2) การสื่อสารเป็นวัฒนธรรม/วิถีชีวิต (communication as culture) ทัศนะนี้จะยกระดับการสื่อสารขึ้นมาว่า การสื่อสารไม่ใช่แค่ “เครื่องมือ” แบบกล้องถ่ายรูป หรือโทรศัพท์มือถือ หากแต่การสื่อสารจะมีคุณสมบัติต่าง ๆ ตามข้อกำหนดของวัฒนธรรมมาผสมอยู่ในตัวอย่างเพียบพร้อม เช่น เป็นข้อตกลงร่วมกันของกลุ่ม (ชุมชน) สังคม เป็นระบบสัญลักษณ์ที่มีคุณค่า/ความหมายอยู่เบื้องหลัง เป็นสิ่งที่ถ่ายทอดกันจากรุ่นต่อรุ่น เป็นหลักเกณฑ์ที่ใช้อยู่ในชีวิตประจำวัน ฯลฯ เพราะฉะนั้น แม้จะเป็น “โทรศัพท์มือถือ” เหมือนกัน แต่คนไทยและคนอเมริกันก็รับรู้ความหมาย มีวิธีใช้ มีวิธีปฏิบัติต่อโทรศัพท์มือถือแตกต่างกัน เพราะมือถือมิได้เป็นแค่ “เครื่องมือ” หากแต่เป็น “วัฒนธรรม”

ในฐานะของทีม AHC ซึ่งจะต้องประสานทั้งผู้คน / ความรู้ / และประสบการณ์ ทีม AHC คงต้องเผชิญกับความหลากหลายในทุกๆระดับ ดังนั้น ท่าทีพื้นฐานของทีม AHC จึงคงต้องเป็น “การไม่ด่วนสรุป / หรืออาจไม่สรุปเลยว่า แนวคิด / ความรู้ / ประสบการณ์ อันใดถูกหรือผิด” แต่ทว่าคำถามที่ควรจะต้องก้าวไปให้ไกลกว่านั้นก็คือ ความรู้ / แนวคิดนั้นจะใช้ได้อย่างดีที่สุดภายใต้เงื่อนไขใด

ตัวอย่างเช่น การรับรู้ความหมายของ “การสื่อสาร” ที่กล่าวมาข้างต้น องค์ความรู้ของทีม AHC คงจะต้องก้าวเดินต่อไปก็คือ เมื่อมีการรับรู้ “การสื่อสารเป็นเครื่องมือที่สามารถจะนำมาใช้งานต่าง ๆ เช่น งานรณรงค์” จะมีวิธีการใช้เครื่องมือนี้ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดได้อย่างไร แต่หากมีการรับรู้ “การสื่อสารเป็นวัฒนธรรมอย่างหนึ่ง” การวางแผนเรื่องการทำงานด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพก็ต้องเป็นไปในลักษณะเดียวกันกับการทำงานด้านวัฒนธรรม กล่าวคือ ต้องสนใจ

ความหมาย คุณค่า และความเชื่อที่เป็นเนื้อตัวของวัฒนธรรม หรืออยากจะทำให้เก้ไปยิ่งกว่านั้น อาจจะถูก “ดาวสองดวง” ไปพร้อม ๆ กันเลย คือทั้งคู่ “เป็นเครื่องมือ” และ “วัฒนธรรม” ไปพร้อม ๆ กันแบบระบบ two in one

(2.) ชะตากรรมของศาสตร์แห่งการสื่อสาร และศาสตร์แห่งสุขภาพ

เมื่อเปรียบเทียบกับเรื่อง “สุขภาพ” แล้ว ชะตากรรมขององค์ความรู้หรือวิชาการด้านการสื่อสารนั้น ดูจะเป็นพรมแดนที่ผ่านเข้าออกได้ง่ายโดยไม่ต้องมีพาสปอร์ต วิธีคิดแบบสามัญสำนึกของคนทั่วไปมักจะบอกกันว่า ถ้าเป็นเรื่อง “เจ็บไข้ได้ป่วย” ก็คงต้องให้หมอรักษา ต้องให้เภสัชเป็นคนบอกเรื่องสรรพคุณยา ถ้าเป็นเรื่องการสื่อสารแล้ว เพียงแค่มิตาก็รู้จักดู มีหูก็รู้จักฟังแล้ว เรื่องการสื่อสารจึงเป็นเรื่องที่คนทุกคนสามารถจะโดดเข้ามาร่วมวงได้โดยง่าย ไม่เข้มงวดเรื่องการผ่านเข้าเขตแดนแบบเรื่องสุขภาพ

ความเข้าใจแบบสามัญสำนึกดังกล่าวเกี่ยวกับเรื่อง “การสื่อสาร” นั้น จะว่าถูกต้องก็ใช่ แต่จะว่าผิดพลาดก็ใช่ก็เช่นเดียวกัน กล่าวคือ เพียงแค่มีปากทุกคนก็สามารถจะบอกเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ได้แล้ว แต่ที่จะบอกเล่าได้ตั้งใจผู้เล่าหรือเปล่า หรือเล่าแล้วทำให้ผู้ฟังเข้าใจตรงกับที่ผู้เล่าต้องการหรือเปล่า ปัญหาในระดับที่สูงขึ้นมาันั้นแหละที่เป็นเนื้อหาของศาสตร์แห่งการสื่อสาร เรื่องศาสตร์แห่งการสื่อสารจึงเป็นความแตกต่างเชิงระดับ (difference in degree) มิใช่เป็นแบบ yes / no แต่เป็นแบบ good / better / best

ในขณะที่ผู้เชี่ยวชาญจะจูนความเข้าใจแบบสามัญสำนึกที่มีต่อเรื่อง “การสื่อสาร” ให้มีระดับเข้มข้นสูงขึ้นมาอีกเล็กน้อย ตามหลักการที่กล่าวมาข้างต้นว่า ถ้าจะสื่อสารให้ได้ผลมีประสิทธิภาพ ต้องมีหลักวิชาด้านการสื่อสารมารองรับ ต้องรู้วิธีมีกลยุทธ์จึงจะสามารถ “พลิกพลิก” ชิวหาเป็นอาวุธได้ มิฉะนั้น พลิกชิวหา ก็อาจเป็นได้แค่กระดกหินเท่านั้น และในเวลาเดียวกัน ผู้เขียนก็อยากจะจูนความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่อง “สุขภาพ” ให้เฉื่อยลงบ้างว่า เรื่องการดูแลสุขภาพ เรื่องการปลูกสร้างสุขภาพอันดีงามของตนเองนั้น มิใช่เรื่องที่เลือบ่ากว่าแรงนัก คนทุกคนสามารถจะดำเนินการได้เองเป็นส่วนใหญ่

ในการประชุมสัมมนาที่จัดขึ้นของโครงการ AHC มีข้อเสนอให้มีการแบ่งงานกันทำระหว่างนักสุขภาพกับนักสื่อสารว่า ขอให้นักสื่อสารดูแลรับผิดชอบเรื่อง “สื่อ” ไป ส่วนเรื่อง “เนื้อหาสาร” นั้น ยกให้เป็นภาระหน้าที่ของนักสุขภาพ ผู้เขียนขอเสนอให้มีการพูดคุยข้อเสนอนี้ด้วย เนื่องจากอาจจะเป็นรูปแบบหนึ่งของการทำงานด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพ ที่เกิดจากการร่วมมือระหว่างนักสุขภาพและนักสื่อสาร โดยมีการปักปันเขตแดนกันอย่างชัดเจน

อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนมีข้อสังเกตว่า วิธีคิดภายใต้ข้อเสนอนี้เป็นการศึกษาองค์ประกอบของการสื่อสาร S-M-C-R โดยวางน้ำหนักไว้แต่ที่ตัว Message กับตัว Channel /

Media เท่านั้น แต่ยังขาดการพิจารณาองค์ประกอบที่สำคัญไม่น้อยไปกว่า M-C คือ ตัวผู้ส่งสาร (S) และผู้รับสาร (R) นอกจากนั้น ก็ยังมองข้าม “บริบทของการสื่อสาร” ไปอีกด้วย

(3.) การสื่อสารแบบไหนเอามาใช้ในเรื่องสุขภาพ

เมื่อตอนที่กล่าวถึงระบบการแพทย์ในสังคมไทย ผู้เขียนได้กล่าวว่อย่างน้อยเราก็มีการแพทย์อยู่ 2 ระบบ (และอาจจะมากกว่านี้) ถึงตอนนี้เมื่อถามถึงเรื่องของการสื่อสาร คำตอบก็จะออกมาในรูปแบบเดียวกัน คือมีการสื่อสารหลายแบบหลายชนิดให้เลือกใช้ จากเอกสารประกอบและจากเนื้อหาการประชุมของทีม AHC ได้เริ่มแพร่กระจายความรู้เกี่ยวกับความหลากหลายของการสื่อสาร ที่อาจนำมาจำแนกแยกแยะตามเกณฑ์แบบต่าง ๆ การรู้จักความหลากหลายและความเข้าใจคุณลักษณะ (attribute) ของการสื่อสารแต่ละแบบนี้ คงจะต้องเป็น “แม่บทแห่งความเข้าใจ” ในการหยิบเอาการสื่อสารไปใช้ในเรื่องสุขภาพ

ในที่นี้จะขอยกตัวอย่างวิธีการจัดประเภท “การสื่อสาร” โดยเกณฑ์ต่าง ๆ ที่มาจากการประชุมของ AHC ดังนี้

(3.1) ใช้แบบจำลองเป็นเกณฑ์

ในเอกสารของผู้เขียนชื่อ “การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมในงานสุขภาพ : มุมมองของนักนิเทศศาสตร์” (2547) ผู้เขียนได้นำเสนอแบบจำลองการสื่อสาร 2 แบบคือ แบบจำลองเชิงการถ่ายทอด (Transmission Model) และแบบจำลองเชิงพิธีกรรม (Ritualistic Model) (ซึ่งแบบหลังนี้อาจจะปรากฏในนามชื่อที่คล้าย ๆ กัน เช่น Convergent Model) และได้ให้รายละเอียดคุณลักษณะสำคัญ ๆ ของการสื่อสารทั้ง 2 แบบ

และข้อเด่นที่ทำให้แบบจำลองการสื่อสารทั้ง 2 แบบแตกต่างกันโดยสิ้นเชิงน่าจะเป็นเรื่อง “เป้าหมายของการสื่อสาร” ในแบบจำลองเชิงถ่ายทอดนั้น จะเป็นการถ่ายทอดข่าวสารเพื่อ โน้มน้าวให้ผู้รับสารคิด / รู้สึก / ปฏิบัติให้เหมือนที่ผู้ส่งสารต้องการ หรือพูดง่าย ๆ ก็คือ เป็นการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวชักชวน (Persuasive Communication) ตัวอย่างการสื่อสารเพื่อสุขภาพที่ใช้แบบจำลองเชิงการถ่ายทอด / โน้มน้าวนี้ (ซึ่งเป็นส่วนใหญ่ / กระแสหลักของงานสื่อสารเพื่อสุขภาพ) เริ่มตั้งแต่การรณรงค์ขนาดใหญ่ เช่น 30 บาทรักษาทุกโรค เมาไม่ขับ ฯลฯ ไปจนกระทั่งถึงการโฆษณาขายอาหารเสริม ผลิตภัณฑ์ความงามและสุขภาพ การลดน้ำหนัก ฯลฯ

ส่วนแบบจำลองเชิงพิธีกรรมนั้น เป้าหมายหลักของการสื่อสารนี้คือ “การสร้าง ความเข้าใจร่วมกัน / ความรู้สึกร่วมกัน” (shared meaning / shared feeling) หรือที่ภาษาไทยปรากฏอยู่ในคำพูดแบบว่า “พบกันครึ่งทาง / เอาใจเขามาใส่ใจเรา / จับเข้าด้วยกัน” ซึ่งมักปรากฏอยู่

ในระบบการแพทย์พื้นบ้านที่ผู้ให้การเยียวยามีความรู้สึกมีส่วนร่วมสุข หรือเข้าถึงหัวใจจิตหัวใจของผู้ป่วย

จากตัวตั้งแบบจำลองทั้งสอง บรรดาคุณลักษณะอันเป็นคุณสมบัติประจำตัวของการสื่อสารในแบบจำลองทั้งสองก็จะเดินแถวตามกันมาติด ๆ เช่น ลักษณะการสื่อสารแบบทางเดียวหรือสองทาง การสื่อสารแนวดิ่งหรือแนวนอน ฯลฯ

อย่างไรก็ตาม ดังที่ได้กล่าวมาตั้งแต่แรกแล้วว่าในการทำงานกับความหลากหลายนั้น การปิดฉาก “ถูก / ผิด” อย่างเร็ว ๆ และอย่างง่าย ๆ นั้น คงไม่ใช่กลยุทธ์การทำงานที่ฉลาดนักกับความหลากหลาย ดังนั้นทีม AHC ก็คงจะไม่ประเมินว่าแบบจำลองใดดีเด่นกว่ากันในทุกเงื่อนไข หากแต่ควรที่จะประมวลบทเรียนว่า “ภายใต้เงื่อนไขใด / สถานการณ์ใดที่ต้องใช้แบบจำลองการสื่อสารแบบใด” มากกว่า

แต่ในขณะเดียวกัน เมื่อเหลือवलกลับไปมอง “คลังความรู้ด้านการสื่อสาร” ของแบบจำลองทั้งสองแบบ เราก็พบว่า งานความรู้เกี่ยวกับแบบจำลองเชิงถ่ายถอด / โนม์น้ำวนนั้นจะมีมากอย่างชะงาดลอย ซึ่งเท่ากับเป็นการขาดความสมดุลในเรื่องความรู้ของแบบจำลองทั้งสอง นี้ น่าจะเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ความชอบธรรมว่า เพราะเหตุใดทีม AHC จึงชูธงเรื่อง “ศตวรรษใหม่ของสื่อสารเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม” ซึ่งเป็นกลยุทธ์การสื่อสารที่ยืนอยู่ได้ร่วมธงของแบบจำลองการสื่อสารเชิงพิธีกรรม และยังเป็นทิศทางการสอดคล้องกับ “การกระจายความรู้เรื่องสุขภาพไปสู่ตัวเจ้าของสุขภาพ” เอง ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น (งานนี้ชักธงอันที่ 6 ขึ้นสู่ยอดเสาเลยนะ)

(3.2) ใช้ระดับการสื่อสารเป็นเกณฑ์

อีกเกณฑ์หนึ่งที่เกี่ยวข้องเรื่องการสื่อสาร คือการใช้ระดับของการสื่อสารเป็นเกณฑ์จัดแบ่งประเภทการสื่อสาร ซึ่งปกติจะได้ดังนี้

- (i.) การสื่อสารภายในตัวบุคคล (Intrapersonal)
- (ii.) การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal)
- (iii.) การสื่อสารภายในกลุ่ม (Group) (ขอเพิ่มเติมและเครือข่าย)
- (iv.) การสื่อสารภายในองค์กร (Organizational)
- (v.) การสื่อสารสาธารณะ (Public)
- (vi.) การสื่อสารมวลชน (Mass Communication)

ทีม AHC ได้นำเอาเกณฑ์เรื่องระดับการสื่อสารมาตรวจอาการเรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพในสังคมไทย และพบอาการที่น่าสนใจ ซึ่งน่าจะไปทำเป็นหลักสูตร / ชุดความรู้ / หรือหัวข้อการวิจัย ได้ดังนี้

▪ **อาการสติแตกสุดขีดทั่วโลก** เมื่อครั้งที่เกิดไข้หวัดนกนั้น เราก็ได้เป็น “ไข้หวัดด้านการสื่อสารบกพร่อง” ปรากฏตามมาด้วยเช่นกัน กล่าวคือ ผู้รับสารคนไทยมีอาการสติแตกสุดขีดทั่วโลกในเรื่องข่าวลือที่เกี่ยวกับสุขภาพ จนทำให้เกิดผลในเชิงปฏิบัติ เช่น การไม่กินไก่และผลิตภัณฑ์ที่สืบเนื่องมาจากไก่ เรียกว่าในเรื่องสุขภาพนั้น ผู้รับสารไทยมี “ความตระหนักรู้ที่น้อย แต่มีความตระหนกมาก”

สมมุติฐานของการเป็น “ผู้รับสารที่ตั้งสติ” ไม่ค่อยอยู่นั้น สาเหตุหนึ่งเกิดมาจากความล้มเหลวหรือการขาดการสมดุลระหว่างระดับของการสื่อสารทั้ง 6 ระดับที่กล่าวมาข้างต้น ในชีวิตประจำวันของคนไทยปัจจุบัน สัดส่วนของการสื่อสารส่วนใหญ่จะถูกใช้อยู่กับการสื่อสารมวลชนและแทบจะไม่มีช่วงเวลาสำหรับการสื่อสารภายในตัวบุคคลเลย ผู้เขียนจึงมีข้อสรุปลักษณะเด่นของคนไทยรุ่นใหม่ว่าเป็นรุ่นที่ “มีสติมากขึ้น แต่มีสติน้อยลง” (ปรากฏในอาการหลงลืมมือถือ กุญแจรถ กระเป๋าตังค์ไว้ตามที่ต่าง ๆ)

ด้วยเหตุนี้ กิจกรรมของโครงการ C4H จึงมีโครงการของภาคีที่ทาง C4H สนับสนุนเพื่อการส่งเสริมการสื่อสารภายในตัวบุคคลผ่านการทำสมาธิหรือบำรุงสติปัญญา เช่นการสื่อสารในการสอดสรภัญญะ ซึ่งสอดคล้องกับการขยายมิติของสุขภาพออกเป็นสี่ด้าน รวมถึงด้านจิตวิญญาณด้วย

ในหลักสูตรหรือชุดความรู้ รวมทั้งหัวข้อวิจัยของทีม AHC จึงควรบรรจุวิชาและความรู้แบบ “จิตวิญญาณกับการสื่อสารภายในบุคคลเพื่อสุขภาพ” (Spirituality and Intrapersonal Health Communication) ซึ่งในสังคมไทยมีวัดตุดิบที่จะรวบรวมองค์ความรู้อย่างสมบูรณ์ทีเดียว และควรมีหัวข้อวิจัยที่จะจับคู่ระหว่างการสื่อสารแบบนี้กับกลุ่มเป้าหมายกลุ่มต่าง ๆ และการดำเนินการในพื้นที่แบบต่าง ๆ (ในที่ทำงาน / โรงเรียน ฯลฯ)

▪ **การสื่อสารระหว่างบุคคล** เท่าที่ผ่านมา การสื่อสารสุขภาพในตะวันตกมักจะสนใจการสื่อสารระหว่างบุคคลที่ปรากฏในบริบทของ “แพทย์-คนไข้” (Doctor-patient Relationship) ซึ่งยังเป็นขอบเขตที่ค่อนข้างจำกัด ทีม AHC น่าจะขยายปริมาณของการสื่อสารระหว่างบุคคลให้กว้างขวางออกไป โดยอาจใช้มิติทั้ง 4 ด้านของสุขภาพเป็นเกณฑ์ เช่น ถ้าเป็นด้านจิตใจ การสื่อสารระหว่างหมอดูกับลูกค้าก็เป็นสิ่งที่น่าสนใจวิจัย กล่าวคือ ลองขยายขยายคู่ของการสื่อสารออกไปให้มากขึ้น และน่าจะขยายจาก “คนไข้” ไปสู่ “คนที่มีสุขภาพดี ๆ” ด้วย

▪ **การสื่อสารภายในกลุ่มและเครือข่าย** ปัจจุบันเริ่มมีแนวทางการจับกลุ่มแบบใหม่ ๆ ที่มารวมตัวเพื่อสุขภาพ ที่เห็นได้ชัดก็คือกลุ่มออกกำลังกายที่น่าจะไปศึกษาการสื่อสารภายในกลุ่มเป็นอย่างยิ่ง เพราะตามหลักทฤษฎีการสื่อสาร ความสัมพันธ์ระหว่าง “กลุ่ม” กับ “การ

สื่อสาร” นั้นมีลักษณะซึ่งกันและกัน ในด้านหนึ่ง การสื่อสารจะเป็นเครื่องสะท้อนบ่งบอกอาการของความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ว่ามีสุขภาพความสัมพันธ์ที่ดีหรือไม่ (Expression / Indicator) และในอีกด้านหนึ่ง การสื่อสารก็จะเป็น**ยาบำรุง**ความสัมพันธ์ภายในกลุ่มในเวลาเดียวกัน (Instrument / Tool)

จากการศึกษาเรื่อง “กลุ่ม” หากกลุ่มต่าง ๆ มาต่อเชื่อมกัน ก็จะกลายเป็นแนวคิดใหม่ด้านการสื่อสาร คือเรื่อง “เครือข่ายการสื่อสาร” อันเป็นรูปแบบการสื่อสารที่สำคัญมากสำหรับกระบวนการทัศน์ใหม่เรื่องสุขภาพ ซึ่งเมื่อปลดปล่อยการพึ่งพาจากกำมือแพทย์มาแล้ว ก็ต้องหันมาอาศัยเครือข่ายพวกเดียวกันเอง ตัวอย่างการสื่อสารเพื่อสุขภาพที่เข้าตากรรมการเรื่องเครือข่ายมากที่สุด คือเรื่อง “เครือข่ายชีวิต”

ผู้เขียนมีความเห็นส่วนตัวว่า ทีม AHC ควรจะชักชวนสมัครพรรคพวกมานุกเบิกความรู้เรื่อง “เครือข่ายการสื่อสาร” ซึ่งยังเป็นพื้นที่ใหญ่ที่ต้องห้กร่างวางพงกันอีกมาก

อีกประการหนึ่ง เพื่อขยายพรมแดนของเรื่องสุขภาพออกไปถึงระบบการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อให้ฝนตกทั่วฟ้าฟ้าการสื่อสารเพื่อสุขภาพ ทีม AHC ควรให้ความสนใจกับวิธีการจัด**เครือข่ายสุขภาพแบบพื้นบ้าน** เช่น เครือข่าย**ลงช่วงรำ**ให้ ซึ่งเป็นเครือข่ายสุขภาพของภาคอีสานหรือเครือข่าย**ฝีมดผีเม็ง**ของภาคเหนือ การศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ก็จะเป็นการ**ชูธงหมายเลข 5 ของ C4H** ด้วย คือการสร้างเสริมสมรรถนะและเสริมพลังของต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่เดิม

ในที่ประชุม Pre-conference ครั้งที่ 2 ของทีม AHC พญ.สุพัชรา ศรีวิณิชชากร ได้กระตุ้นให้เราหวนกลับมานึกถึง “กลุ่มชนิดหนึ่ง” ที่เคยมีบทบาทอย่างสูงส่งในเรื่องสุขภาพ และก็ยังคงมีบทบาทมาจนถึงปัจจุบัน แต่ทว่ายังตกลงไปจากงานศึกษาวิจัยเรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพ กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่แทบทุกคนจะมีอยู่ และเป็นกลุ่มที่วิชาสังคมวิทยาเรียกว่า “กลุ่มปฐมภูมิ” (primary) เลย คือ “ครอบครัว” ดังนั้น จึงควรมีการจัดทำรายวิชา จัดทำชุดความรู้ ทำวิจัยเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่ของครอบครัว

และไหน ๆ ก็ก้าวล่วงเข้าไปสู่สถาบันดั้งเดิมเช่นครอบครัวและเครือญาติ ผู้เขียนก็เลยอยากจะเสนอให้รื้อฟื้นสถาบันเก่า ๆ ออกมาจากกรุให้หมดเลย สถาบันศาสนาก็เป็นสถาบันที่สำคัญในระดับยิ่งยวดในเรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพ เริ่มตั้งแต่การรวบรวมจารึกตำรายาทั้งหลายให้เป็นระบบ ในครั้งแรกก็กระทำกันที่วัดโพธิ์ ทุกวันนี้การรักษาโรคเอดส์ขั้นสุดท้าย เมื่อโรงพยาบาลไม่รับรักษาแล้ว คนไข้ก็จะถูกนำไปทิ้งที่วัด รวมทั้งนวัตกรรมที่เคยเก่ามาก่อน แต่พระภิกษุบางรูปได้นำมาปรับรุ่นใหม่ในการรักษาผู้ติดยา เช่น การให้สัตย์สาบาน

การเข้าไปเล่นเรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพกับสถาบันศาสนานั้น จะมีคุณูปการตามมาหลายอย่าง เช่น โอกาสเรื่องการกระจายความรู้นั้นจะมีทางเป็นไปได้สูง เพราะในประเทศไทยมีวัดที่กระจายตัวอยู่ตามพื้นที่ต่าง ๆ (แบบที่ seven/eleven เลียนแบบมาติด ๆ) และบุคลากรที่ให้บริการนั้นก็มักมีลักษณะที่ “เน้นธุรกิจน้อย เน้นเมตตาจริยธรรมสูง” ทีม AHC จึงควร “หันหน้าเข้าวัด”

เพื่อจัดสัมมนาพระเรื่องการสื่อสารเพื่อการพัฒนาสุขภาพกันบ้าง โดยที่มีความตระหนักว่า สถาบันศาสนาก็คงเหมือนสิ่งอื่น ๆ ในโลก คือแม้จะมีคุณทุกอย่างไป แต่ก็ใช้ว่าจะ “ไร้ข้อจำกัด” เสียทีเดียว และเราจะช่วยกัน “ชนทรายความรู้เข้าวัด” ได้อย่างไรบ้าง

■ **การสื่อสารภายในองค์กร** ทีม AHC รายงานสถานภาพองค์ความรู้ว่า งานวิจัยเรื่องการสื่อสารภายในองค์กรในงานสื่อสารเพื่อสุขภาพเป็นมิติที่ยังมีน้อยอยู่ ผู้เขียนเห็นว่า ควรจะมีการเลือกกรณีตัวอย่าง (ซึ่งทีม AHC ได้พบบ้างแล้ว เช่น โรงพยาบาลในจังหวัดขอนแก่น) ที่มีการจัดองค์กรของภาคบริการของรัฐ แต่สามารถจะขยับขยายเปิดให้ภาคเอกชน หรือภาคประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมด้วย มาเป็นกรณีศึกษาวิจัย คือเป็นกรณีที่สามารถเอาเอียงอย่าง (best practice) แล้วเผยแพร่รูปแบบการสื่อสารภายในองค์กรที่ตอบรับกับกระบวนการทัศน์สุขภาพแนวใหม่ ตามพันธกิจ หมายเหตุเลข 1 ของโครงการ

■ **การสื่อสารสาธารณะ** ต้นกำเนิดของแนวคิดเรื่องการสื่อสารสาธารณะนั้น มาจากเรื่องการสื่อสารทางการเมือง เช่น การเปิดปราศรัยไฮปาร์ค ที่มีผู้คนผู้รับสารจำนวนมาก แต่เป็นการสื่อสารโดยตรง (ไม่ผ่านสื่อกลางคือสื่อมวลชน) ผู้ส่งสารต้องมีการเตรียมตัว เตรียมคำปราศรัย สุนทรพจน์ หรือการหาเสียง เพราะเป็นการสื่อสารแบบเผชิญหน้าที่ต้องตรงเวที่ผู้ฟังจำนวนมาก

ในขั้นต่อมา แนวคิดเรื่องการสื่อสารสาธารณะได้ขยับขยายมาครอบคลุมการสื่อสารเพื่อความบันเทิง หรือเรื่องอื่น ๆ ดังนั้น การจัดแสดงคอนเสิร์ต รวมทั้งการแสดงพื้นบ้านทั้งหมด จึงจัดอยู่ในเรื่องการสื่อสารสาธารณะทั้งสิ้น และมีจุดร่วมของหลักการสื่อสารที่กล่าวมาข้างต้นคล้ายคลึงกัน

ปัจจุบัน การสื่อสารสาธารณะอาจจะถูกผนวกเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการรณรงค์ เช่น การระดมพลคนเสื้อเหลืองมาออกกำลังกายพร้อม ๆ กันทั่วประเทศ หรือเป็นส่วนหนึ่งของเผยแพร่ผลงานประจำปีขององค์กรต่าง ๆ เช่น การจัดงานรวมพลคนสร้างสุขของ สสส.เอง รวมทั้งงาน “รวมพล” อีกร้อยแปดประเภท ซึ่งนับว่าวัตถุดิบในการศึกษาที่เกิดขึ้นในสังคมไทยนั้นมีอย่างเพียบพร้อม

ท่ามกลางความอุดมสมบูรณ์เหล่านี้ ทีม AHC อาจจะกระตุ้นให้มีการศึกษาวิจัย เพื่อใช้ศักยภาพของรูปแบบการสื่อสารสาธารณะให้ได้เต็มที่ เพื่อนำเสนอ “แบบร่าง” (model) ในการดำเนินการที่จะใช้รูปแบบการสื่อสารสาธารณะเพื่อสุขภาพ

■ **การสื่อสารมวลชน** ไม่ว่าจะเป็นหลักสูตร ชุดความรู้ หรืองานค้นคว้าวิจัยที่ผ่านมาของการสื่อสารเพื่อสุขภาพ มักจะพุ่งเป้าไปที่การสื่อสารมวลชนเป็นพิเศษอยู่แล้ว รวมทั้งในเอกสารของทีม AHC ก็จะมีบรรจุเรื่องของการสื่อสารมวลชนเพื่อสุขภาพเอาไว้พอสมควร ผู้เขียนจึงจะขอโดดข้าม ละหัวข้อนี้ออกไว้ในฐานที่เข้าใจกัน

(4.) สื่อแบบไหนที่จะเอามาใช้ในงานสุขภาพ

ในขณะที่เส้นทางสายเก่าของการสื่อสารเพื่อสุขภาพนั้น จะมุ่งเน้นแต่การใช้เส้นทางสื่อมวลชน ในที่ประชุมหลาย ๆ ครั้งของ AHC ผู้เข้าร่วมประชุมได้นำเสนออย่างชัดเจนว่า “สื่อประเภทใดก็ได้ไม่มีการเก็งงอน” สามารถจะนำมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพได้ทั้งสิ้น

ทีม AHC จึงยินดีต้อนรับขบวนการสื่อทุกประเภท ตั้งแต่สื่อบุคคล สื่อเฉพาะกิจ สื่อมวลชน สื่อประเพณี สื่อกิจกรรม สื่อวัตถุ โดยถือว่าเป็นการเปิดกว้างอย่างเสรีต่อความหมายของคำว่า “สื่อ” ซึ่งได้ระบุเอาไว้ว่า หากสิ่งใดมีคุณสมบัติ 2 ข้อนี้ ก็จะถือว่าเป็นสื่อทั้งสิ้น คือ

(ก.) มีความหมายมากไปกว่า “ตัวของมันเอง” เช่น ของเล่นที่พ่อแม่ ปล่อยให้ลูกหลานเล่นนั้น มิได้เป็นเพียงแค่ “ของเล่น” หากแต่เป็น “สื่อรักแทนใจ”

(ข.) ทำหน้าที่ “เชื่อมโยงแบบแม่สื่อแม่ชัก” ระหว่าง 2 ฝ่าย ให้เข้ามาสัมพันธ์กัน เช่น ของเล่นที่ทำหน้าที่ประสาน “ใจกับใจ” ของฝ่ายเด็กและฝ่ายผู้ใหญ่ให้เข้ามาหากัน

การเปิดเสรีเรื่อง “การใช้สื่อ” ให้กว้างขวางกว่าการผูกขาดอยู่เพียงแต่สื่อมวลชนในเรื่องของงานสุขภาพนั้น น่าจะสร้างความคึกคัก กระชุ่มกระชวยให้แก่งานการสื่อสารเพื่อสุขภาพที่จะมีต่อไปในอนาคต

(5.) ผู้รับสารชนิดใดในการสื่อสารเพื่อสุขภาพ

ในวิชาด้านนิเทศศาสตร์ มีวิธีการแบ่งประเภทผู้รับสารเพื่อจะมากออกแบบการสร้างสารและการเลือกใช้สื่อ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายอยู่หลายแบบ เช่น แบ่งผู้รับสารเป็นกลุ่มผู้ดูผู้ชม (Spectator) เป็นสาธารณะ (Public) เป็นตลาด (Market) เป็นผู้บริโภค (Consumer) ฯลฯ วิธีการแบ่งแบบนี้ ยังมาเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์พื้นฐานของผู้ส่งสารที่มีต่อผู้รับสารว่า เราคิดว่าผู้รับสารของเรานั้น ใสซื่อบริสุทธิ์ พร้อมที่จะรับฟังคำโน้มน้าวชักชวนของเรา (passive audience) หรือผู้รับสารนั้นหัวแข็ง หัวหมอ สังกัดอยู่พรรคฝ่ายค้าน (obstinate) หรือเป็นผู้รับสารที่มีวิจารณ์ญาณ รู้จักเลือกแยกแยะ (active/critical/smart audience) เป็นต้น

ดังนั้น ก่อนที่จะทำงานเรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพ ก็ต้องมีรายการ “ถามใจผู้ส่งสาร” ดูก่อนว่า คิดว่า “ผู้รับสาร” กลุ่มที่เราจะทำงานด้วยนี้ เป็น option ไหน

และเพื่อตัดเย็บแนวคิดเรื่อง “ผู้รับสาร” ที่โคจรเข้ามาในแวดวงการสื่อสารเพื่อสุขภาพ ผู้เขียนได้เคยเขียนเสนอเอาไว้ในเอกสารของ AHC เรื่อง “การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม” ว่าเราอาจจะนำเอาเกณฑ์ด้านสุขภาพมาแบ่งประเภทของผู้รับสาร เพื่อการออกแบบสารและเลือกใช้สื่อ รวมทั้งการวางกลยุทธ์ด้านการสื่อสาร จะได้เหมาะสมลงตัวกัน ดังนี้

(5.1) **กลุ่มคนที่กำลังป่วยหนักถึงขั้นอันตราย** ภาวะสุขภาพระดับนี้ ไม่ว่าจะแพทย์-พยาบาลจะแนะนำอะไร คนไข้ก็จะยินยอมทำตามโดยง่าย ฉะนั้นเรื่องการสื่อสารก็อาจจะไม่ต้องใช้ฝีมืออย่างฉกาจฉกรรจ์ในการโน้มน้าวมากนัก (จนหมอ/พยาบาลอาจจะเคยตัวว่า คนสุขภาพดี ๆ จะหัวอ่อน/ใจง่ายแบบผู้รับสารกลุ่มนี้)

(5.2) **คนที่มีอาการป่วยเล็กๆ น้อยๆ** ภาวะสุขภาพระดับนี้ อาจจะต้องเพิ่มระดับความสามารถของแพทย์-พยาบาลให้มากขึ้น ที่จะใช้โลมปฏิโลมให้คนไข้ไปปฏิบัติตามคำสั่งอย่างเคร่งครัด เพื่อไม่ให้อาการเจ็บป่วยนั้นรุนแรงมากยิ่งขึ้น

(5.3) **คนที่มีสุขภาพดี** แต่ทว่าในช่วงเวลาดังกล่าวมีการระบาดของโรค หรือต้องรณรงค์ให้มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ภาวะสุขภาพระดับนี้ต้องใช้ความรู้เรื่องการโน้มน้าวที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพราะพฤติกรรมด้านสุขภาพของคนไทยยังเป็นแบบ “ไม่เห็นโลงศพไม่หลั่งน้ำตา” และทว่าภาวะคุกคามของการระบาดหรือหากมีกรณีตัวอย่างที่เกิดเจ็บป่วยมาตายให้เห็น ก็อาจจะเป็น “ตัวช่วยเร่งปฏิกริยา” ได้

(5.4) **การสื่อสารกับคนที่มีสุขภาพแข็งแรงดี ภาวะคุกคามก็ไม่มี** อันนี้ต้องใช้ฝีมือระดับ “เขียนด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพ” แนวคิด “สร้างนำซ่อม” นั้น ต้องมาตักพาทำงานกับคนกลุ่มนี้ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายธำรงรักษาสุขภาพ หรือปลูกสร้างสุขภาพที่ดีให้เกิดขึ้น ซึ่งต้องใช้กลยุทธ์การสื่อสารที่แตกต่างไปจาก 3 แบบแรก

(6.) **สุดท้ายขอฝากเรื่อง “กลยุทธ์สาร” เอาไว้ในความอุปการะ**

ทิศทางการทำงานด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพเท่าที่ผ่านมาในอดีตนั้น ทั้ง ๆ ที่การสื่อสารมี “คู่ฝาแฝด” คือเรื่อง “สื่อ” และเรื่อง “สาร” แต่ก็ปรากฏว่า มีความสนใจศึกษาค้นคว้าแค่แฝดผู้พี่ คือเรื่อง “กลยุทธ์การใช้สื่อ” (Media Strategies) เท่านั้น แต่แฝดผู้น้องคือ “กลยุทธ์สาร” (Message Strategies) นั้น กลับอยู่นอกสายตา

แต่ทว่า นับตั้งแต่ทศวรรษ 1970 เป็นต้นมา เส้นทางเดินของนิเทศศาสตร์เริ่มมีการเปลี่ยนจุดความสนใจ โดยเริ่มที่จะมีความสนใจเรื่อง “กลยุทธ์การสร้างสาร” การออกแบบสาร การใส่รหัส-ถอดรหัสความหมาย ผู้เขียนจึงคิดว่า เพื่อให้งานการสื่อสารเพื่อสุขภาพของทีม AHC

ก้าวทันกับยุคสมัย จึงควรที่จะยกป้ายเรื่อง “กลยุทธ์สาร” ให้สูงเด่นขึ้นมา โดยอาจต้องตระหนักว่าองค์ความรู้เรื่องกลยุทธ์สารนั้น ยังต้องเดินทัพทางไกลกันอีกนาน

(1.3) แนวคิดตระกูล “Health Communication”

เป็นที่น่าสังเกตว่า ทีม AHC ให้ความสำคัญกับการแสวงหาและตกลงคำนิยามของคำว่า “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” โดยจัดกิจกรรมอย่างหลากหลาย ทั้งการเชิญผู้เชี่ยวชาญมาพูดให้ทีมฟัง ทั้งการค้นคว้าเขียนเอกสาร ฯลฯ ทั้งนี้ผู้เขียนเดาว่า ทีม AHC คงมีวิธิตี มีความเข้าใจอยู่ชุดหนึ่ง จึงแสดงออกมาเป็นกิจกรรมดังกล่าว (ผู้เขียนจะส่งคำทนาย spec วิธิตีของทีม AHC ในตอนต่อไป)

ในที่นี้ผู้เขียนจะขอประมวลสรุป พร้อมทั้งนำเสนอข้อคิดบางประการเกี่ยวกับแนวคิดตระกูล “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” เสียก่อน

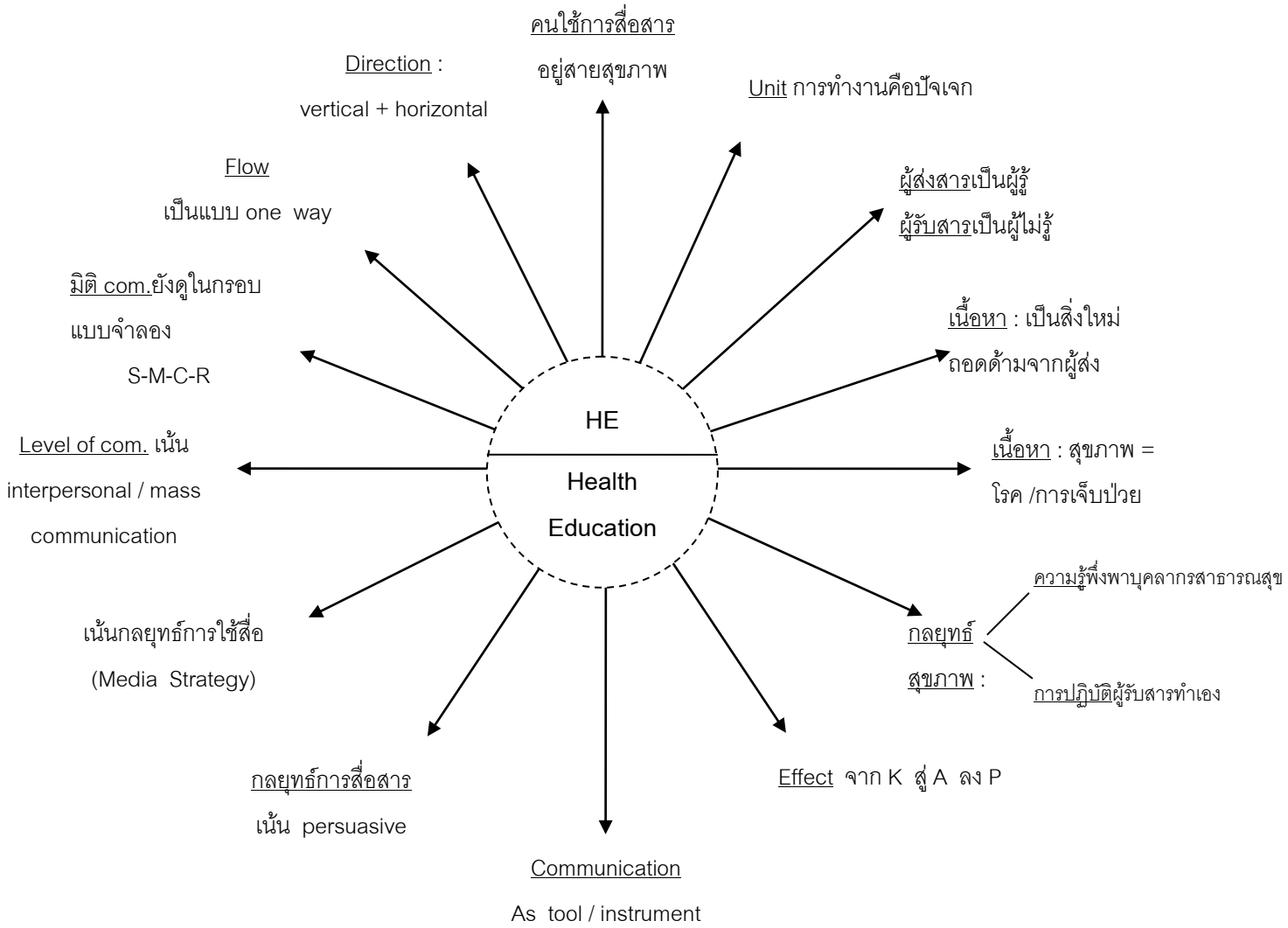
(ก.) บรรพบุรุษของแนวคิด “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ”

ผู้เขียนเดาว่า การที่ทีม AHC ได้ใช้ทรัพยากรเวลา กำลังสติปัญญา กำลังทรัพย์กับการทำความเข้าใจกับแนวคิดเรื่อง “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” (โดยที่แนวคิดเรื่อง “สุขภาพ” ก็ได้รับความสนใจจากทีมพอสมควร แต่ดูเหมือนว่าแนวคิดเรื่อง “การสื่อสาร” นั้นแทบจะตกเวทีไปเลย) อย่างมากนั้นก็เพราะสาแหรกบรรพบุรุษของแนวคิดนี้มีความเป็นมาอย่างยืดยาว ดังนั้น จึงต้องมีการสืบสาแหรกทางความคิดนี้

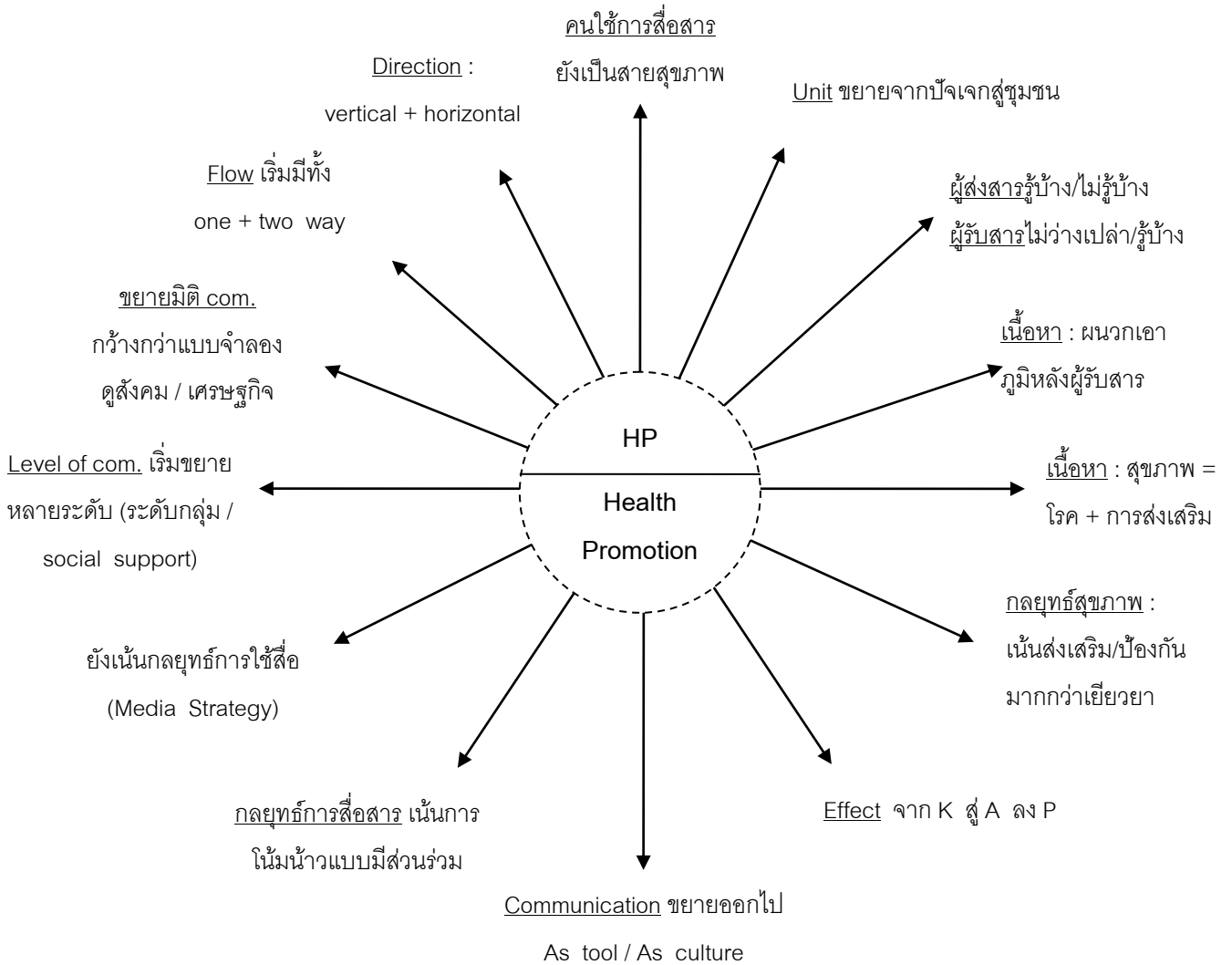
ในที่นี้ ผู้เขียนจะใช้กลยุทธ์การวิเคราะห์คุณลักษณะ (attribute analysis) มาแยกแยะความแตกต่างระหว่างแนวคิดเรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพ ซึ่งมีอยู่อย่างน้อย 3 แนวคิด ซึ่งเรียงตัวกันตามอายุรุ่น คือ

- Health Education → รุ่นที่ 1
- Health Promotion → รุ่นที่ 2
- Health Communication → รุ่นที่ 3

แน่นอนว่าการวิเคราะห์คุณลักษณะนี้ มิใช่การแยกอย่างเด็ดขาดระหว่างสามแนวคิด หากแต่เป็นความต่อเนื่อง / เหลื่อมล้ำระหว่าง 3 แนวคิด (สิ่งที่ผู้เขียนจะกระทำจะคล้ายคลึงกับที่ Max Weber สร้าง “ตัวแบบ” <ideal type> ขององค์กร**ข้าราชการ**ขึ้นมา) เป้าหมายของการสร้างแนวคิดตัวแบบนี้ ก็เพียงเพื่อใช้ประเมินผลการออกแบบใช้งานการสื่อสารเพื่อสุขภาพในภาคปฏิบัติ และการวิเคราะห์คุณลักษณะตัวแบบนี้เป็นเพียง “การขึ้นโครง” ให้เท่านั้น ซึ่งยังต้องการ “การสานต่อ” อีกมาก



แผนภาพแสดงคุณลักษณะ (attribute) ของการสุขศึกษา (Health Education)



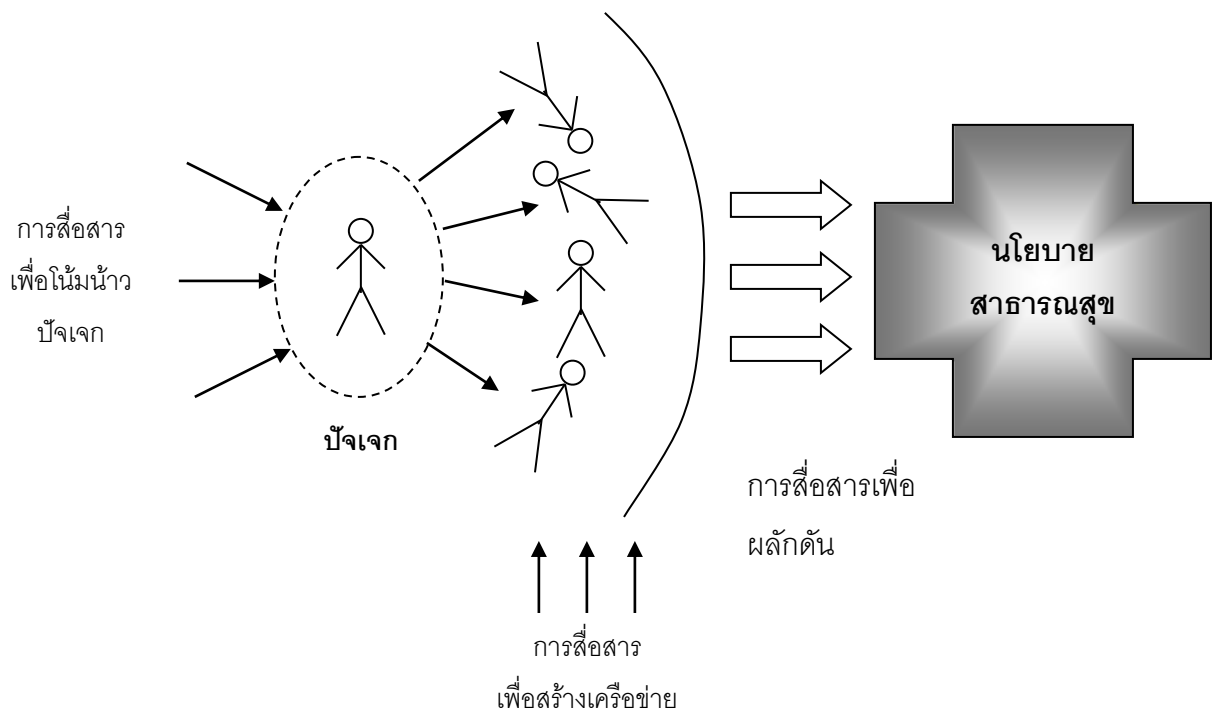
แผนภาพแสดงคุณลักษณะ (attribute) ของการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)



แผนภาพแสดงคุณลักษณะ (attribute) ของการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication)

การเปลี่ยนแปลงแนวคิดด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพใน 3 รุ่นนี้ ในทุกช่วงของการเปลี่ยนแปลงอาจจะมีความสัมพันธ์หลายรูปแบบ ระหว่างคุณลักษณะของอดีต / ปัจจุบัน เช่น คุณลักษณะบางอย่างเป็น “**ความต่อเนื่อง**” (persistence) เช่น การเห็นความสำคัญของการสื่อสารในเรื่องสุขภาพ บางคุณลักษณะก็เป็น “**การขยายเพิ่มเติม**” (addition) เช่น unit ของการทำงาน นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ กล่าวในการประชุมของ AHC อย่างชัดเจนว่า ในสมัยก่อนนั้นเพียงแค่ว่า “**เรารักษาสุขภาพของตัวเองให้ดี**” ก็อาจจะเพียงพอแล้ว แต่ในสภาพสังคมเสี่ยง (risk society) เช่นปัจจุบัน เราต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติแบบ “**ธุระไม่ใช่**” มาเป็น “**ธุระต้องใช่**” คือหลังจากหรือระหว่างปรับเปลี่ยนตัวเองแล้ว เรายังต้องก้าวออกไปยุ่งเรื่องการสร้างสุขภาพของสิ่งแวดล้อมที่ดีให้เกิดขึ้นด้วย ในการนี้มูลค่าหุ้น / ความสำคัญของการสื่อสารจะพุ่งขึ้นติดเพดานเลย เพราะ unit การสื่อสารกับปัจเจกบุคคล กับ unit การสื่อสารกับสังคม โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนนโยบาย (ธงอันที่ 6 จ๊ะ) นั้น ภารกิจประการหลังนี้จะยากเย็นแบบหืดขึ้นคอเลย

กรณีตัวอย่างที่สนับสนุนคำกล่าวของคุณหมอสมาศักดิ์ที่ชัดเจนที่สุด คือเรื่อง “การสูบบุหรี่” ถึงแม้เราจะรักษาสุขภาพระดับตนเองด้วยการไม่สูบบุหรี่ แต่ผลการวิจัยก็พบว่า “**ผู้สูบบุหรี่ขั้นที่ 2**” คือ คนที่ไม่ได้สูบบุหรี่ แต่ต้องสูดควันจากคนอื่นที่สูบบุหรี่ จะมีโอกาสเป็นมะเร็งโรคปอดมากกว่าเจ้าตัวคนสูบบุหรี่อีก ข้อเท็จจริงดังกล่าว ทำให้ต้องมีการรณรงค์ให้มีการออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ซึ่งเป็นเหลี่ยมมุมที่สองของสามเหลี่ยมแห่งสุขภาพ คือการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะมีชีวิตที่มีคุณภาพ กลยุทธ์การสื่อสารเรื่องการรณรงค์นั้นจะแตกต่างจากการโน้มน้าวระดับปัจเจกอย่างแน่นอน และท้ายที่สุดก็ต้องมีการประสานกลยุทธ์การสื่อสาร ว่าหลังจากปรับเปลี่ยนระดับบุคคลแล้ว ต้องใช้บุคคลไปสร้างเครือข่ายเพื่อผลักดันนโยบาย เป็นต้น



ความสัมพันธ์แบบที่สามระหว่างคุณลักษณะอดีตกับปัจจุบัน ก็อาจจะเป็นการ “แตกหัก” (rupture) แบบพลิกฝ่ามือกันเลย เช่น เนื้อหาด้านสุขภาพนั้นจะแตกหักพลิกโฉมหน้าจากการเป็น “การซ่อมแซมรักษาพยาบาล” มาเป็น “การสร้างสุขภาพ” เป็นต้น

(ข.) Objective vs. Subjective Dimension

เมื่อเวลาที่ทำงานกับแนวคิดใดแนวคิดหนึ่งนั้น จะมีวิธีการทำงานอยู่ 2 แง่มุม แง่มุมหนึ่งคือการแสวงหาลักษณะ “ภาวะวิสัย” (Objective Dimension) ของแนวคิดนั้น เช่น หากเราต้องการจะเข้าใจว่า แนวคิดเกี่ยวกับ “โรคมะเร็ง” เป็นอย่างไร เราก็ไปเปิดดูตำราการแพทย์ที่ว่าด้วยโรคมะเร็ง อีกแง่มุมหนึ่งก็คือการค้นหาลักษณะ “อัตวิสัย” (Subjective Dimension) ของแนวคิดนั้น เช่น เราอาจจะทำแบบสอบถามคนกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม เช่น หมอทั่วไป หมอโรคมะเร็ง พยาบาล อสม. คนใช้โรคมะเร็ง ญาติคนไข้ คนทั่วไป ฯลฯ เพื่อดูว่าคนกลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้ รับรู้และเข้าใจโรคมะเร็งอย่างไร แล้วนำเอาคำตอบนั้นมาอ่านดูว่า การรับรู้และความเข้าใจนั้นใกล้เคียงหรือห่างเหินจากตำราแพทย์มากน้อยเพียงใด

จาก 2 มิติที่กล่าวมานี้ งานของ AHC ในส่วนที่เกี่ยวกับแนวคิด เช่น แนวคิดเรื่องการสื่อสารสุขภาพเลย แนวคิดเรื่องสร้างนำซ่อมเลย ยังสังกัดอยู่ในสนามของแง่มุมภาวะวิสัยเป็นส่วนใหญ่ แต่ผู้เขียนคิดว่า ภารกิจที่เป็นธงหลายธงของ AHC หรือโครงการ C4H จะชักขึ้นสู่ยอดเสาไม่ได้ หากเราไม่ทราบถึงมิติด้านอัตวิสัยต่อแนวคิดเรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพ เช่น งานเปลี่ยนกระบวนทัศน์นั้นจะกระทำไม่ได้เลย ถ้าไม่รู้จักหน้าตาของกระบวนทัศน์เดิมที่อยู่ในเครื่องคอมพิวเตอร์ ความคิดของประชาชน เป็นต้น

ดังนั้น จึงควรมีงานวิจัยที่น่าจะกระตุ้นให้มีการลงมือทำอย่างยิ่ง คือการศึกษาการรับรู้และความเข้าใจคำว่า “สร้างนำซ่อม” ที่เป็นคำขวัญของ สสส. โดยอาจจะเริ่มต้นตั้งแต่บรรดาศาสน์ที่ได้รับการสนับสนุนโครงการจาก สสส. และเมื่อได้ผลเรื่องการรับรู้และความเข้าใจดังกล่าวแล้ว การใช้การสื่อสารเพื่อสร้างความเห็นพ้องต้องกัน (Communication for Consensus Building) ก็มีโอกาสที่น่าจะทำได้

(ค.) ต้องคิดเหมือนกันไหมจึงจะร่วมงานกันได้

ย้อนกลับไปสู่ปรากฏการณ์ที่ทีม AHC ใช้ทรัพยากรมากพอสมควรในการแสวงหาข้อตกลงเรื่องแนวคิด “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” โดยที่ผู้เขียนคาดเดาว่า ทีม AHC อาจจะมี spec ความเชื่อว่า “ต้องมีความคิดเห็นเหมือนกัน / เข้าใจตรงกัน จึงจะทำงานร่วมกันได้” โดยส่วนตัวผู้เขียนมีความเห็นแย้งกับความเชื่อดังกล่าว

ผู้เขียนมีความเห็นว่า สำหรับแนวคิดใหม่ ๆ แบบเพิ่งแกะออกมาจากกล่องหมาด ๆ นี้ (ในทางวิชาการ องค์ความรู้ที่อายุประมาณ 40-50 ปีนี้ ยังถือว่าเอ๊ะ ๆ ทางวิชาการ) คงยากที่จะให้เกิดความคิดเห็น / การรับรู้ / และความเข้าใจที่เป็นเอกฉันท์ได้ แต่สิ่งที่ควรทำน่าจะเป็น การประมวลให้รู้ว่า อย่างน้อยแนวคิดดังกล่าวนี้มีอยู่ที่ฉบับ (versions) ตัวอย่างเล่น ๆ ก็เช่น ลองเอาแนวคิด Health Communication ที่มี attribute นับสิบขานำเสนอไว้ข้างต้น ไปเร่ขายกับคนกลุ่มต่าง ๆ แล้วสำรวจว่ามีขาไหนบ้าง (attribute ไหน) ที่มีคนซื้อ มาก ชื่อน้อย มีขาไหนที่มีคนเพิ่มเข้ามา คนกลุ่มไหนตัดขาไหนออกไป ฯลฯ เป็นการ “สำรวจสภาพที่เป็นอยู่” ก่อนจะคิดกลยุทธ์ / วิธีการดำเนินงานไปสู่ “สภาพที่ต้องการให้เป็นไป” วิธีการทำงานเช่นนี้ เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค “สร้างวิมานในอากาศ” นั่นเอง

นอกจากนั้น ในกรณีที่ได้คุณลักษณะต่าง ๆ ของแนวคิดของคนแต่ละกลุ่มมาแล้ว เราก็อาจจะเอามาวิเคราะห์ด้วยการวางทาบเปรียบเทียบ แล้วทำการวิเคราะห์แบบอนุบาล 1 ที่สุดคือการดู “จุดร่วมและจุดต่าง” (common and difference) เพื่อหาว่าคนกลุ่มไหนมีส่วนของจุดร่วมและจุดต่างมากน้อยแค่ไหน ในแง่คุณภาพของจุดต่าง นั้น ก็อาจจะแยกแยะต่อไปว่า เป็นความแตกต่างแบบต่างกันเฉย ๆ แต่ไม่ได้ขัดแย้ง หรือแตกต่างแบบขัดแย้งด้วย เป็นต้น

ผู้เขียนมีความเชื่อว่า ทั้ง ๆ ที่พวกเราส่วนใหญ่มี “ความคิดเห็น” ในระดับที่ไม่เหมือนกัน ไม่ตรงกัน แต่ทว่าในระดับ “การกระทำ” แล้ว เราสามารถทำงานร่วมกันได้ หากใช้กลยุทธ์ “แสวงหาจุดร่วม สงวนจุดต่าง” จึงอยากเสนอให้ทีม AHC เผลา ๆ มื่อจากการค้นหา “ระดับแนวคิด” และให้ลองพยายามเอาแนวคิดมาวัดระดับ “ความเป็นจริง” และเดินหน้าแสวงหากลยุทธ์การทำงานท่ามกลางความแตกต่างกันต่อไป

(ง.) การสื่อสารสุขภาพ vs. การสื่อสารเพื่อสุขภาพ

อาจจะเนื่องจากทีม AHC จัดประชุมโดยเชิญลูกเกี่ยวกับแนวคิดการสื่อสารสุขภาพอย่างแรง จึงทำให้มีผู้เข้าร่วมประชุมมารับลูกไปเล่นต่อ ดังนั้น จึงมีข้อเสนอจากที่ประชุมว่า ทีม AHC จะใช้คำว่า “การสื่อสารสุขภาพ” หรือ “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” ก็เอาให้แน่นอนไปสักอย่างหนึ่งจะได้ไม่สับสน (เราอาจจะเลี่ยงความสับสน โดยใช้กลยุทธ์การมีทั้งชื่อเล่นและชื่อจริง แบบน้องกบ/สุวนันท์ ก็ได้นะ)

ในเอกสารของทีม AHC ได้ให้คำเฉลยที่อยู่ข้างใต้ชื่อนามทั้ง 2 ว่า เมื่อเวลาที่ใช้คำว่า “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” (Communication for Health) นั้น จะมีนัยยะบ่งบอกว่า เราถือเอา “คน” เป็นเป้าหมาย และเราจะนำเอาการสื่อสารมาใช้ในงานสุขภาพเพื่อให้คนมีคุณภาพชีวิตที่ดีคล้าย ๆ เป็นงานระดับมุ่งคนที่เป็นปัจเจก

แต่เวลาเราใช้คำว่า “การสื่อสารสุขภาพ” (Health Communication) นั้น จะบ่งบอกนัยยะว่า เรากำลังพูดถึงระดับ “โครงสร้างของเรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพ” เช่น เรื่องการผลักดันนโยบาย การจัดการทรัพยากร ฯลฯ

เมื่อต้องเผชิญหน้ากับคำถามว่า “จะใช้คำไหน” นั้น หากต้องเลือกแบบ option ในคอมพิวเตอร์ คือ yes หรือ no นั้น ผู้เขียนมีความเห็นว่า ทำไมเราต้องถูกบีบคั้นให้ตอบคำถามนี้ภายใต้ปรัชญาแบบสองขั้ว (Dichotomy / Either-or) เท่านั้น คือต้องเลือกระหว่าง A และ Non-A เท่านั้น ในเมื่อวิธีคิดแบบสองขั้วนั้นเป็นเพียงวิธีคิดแบบหนึ่งเท่านั้น เรายังมีวิธีแบบอื่น ๆ อีกมากมาย เช่น วิธีคิดแบบ “เอาทั้งสอง” (both) แบบ “ไม่เอาทั้งสอง” (neither-nor) วิธีคิดแบบ “ทั้งใช้และไม่ใช้ในเวลาเดียวกัน” (แบบเต๋า) เป็นต้น

ผู้เขียนมีข้อเสนอว่า ไม่ว่าเราจะเลือกชื่อแบบไหนก็ตาม เราอาจจะมึนงงในความคิดในการทำงานว่า เราจะเลือกทั้ง 2 ความหมาย โดยจัดให้เหมาะสมในแต่ละ “ช่วงเวลา” และให้ต่อเนื่องเป็น “กระบวนการ” กล่าวคือ ในแง่เป้าหมายสูงสุดแล้ว เราจะถือเอาชีวิตอันมีความสุขของปัจเจกทุกคนเป็นยอดเขาที่เราจะปีนไปให้ถึง แล้วเราก็อาจจะเริ่มต้นทำงานกับ “ปัจเจกบุคคล” ก่อน แต่หลังจากสำเร็จผลในระดับ “ปัจเจก” แล้ว ต้องแปรสภาพ “ปัจเจก” นั้น ให้กลายเป็น “ผู้กระทำการเปลี่ยนแปลง” (change agent) เพื่อไปสร้าง “กระบวนการ / ขบวนการ / เครือข่าย” ที่ตั้งเป้าจะเปลี่ยนแปลงระบบ / โครงสร้างของการสื่อสารสุขภาพ เป็นต้น (งานนี้น่าจะมีคุณค่ามากกว่าการแปลงทรัพย์สินให้เป็นทุนซะอีก)

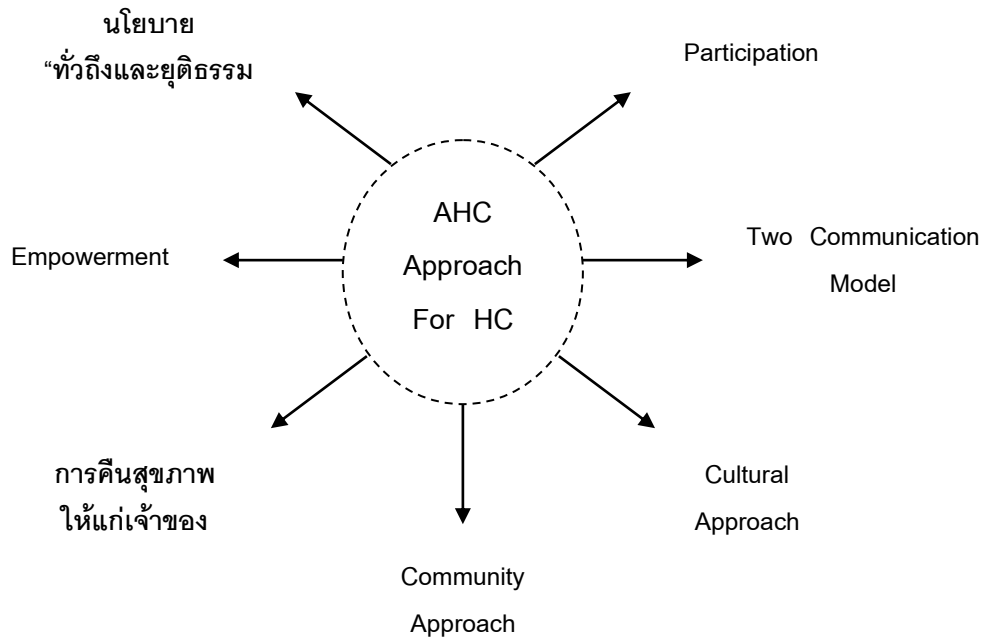
การประสานความหมาย / นิยามของชื่อนามนั้น จะมาแสดงผลในการลงมือทำงาน เพราะวิธีคิดดังกล่าวจะเป็นประทีปโคมไฟที่ส่องทางการทำงานของ C4H โดยรวม ตัวอย่างเช่น งานฝึกอบรมการรู้เท่าทันสื่อ ถ้าเราทำเพียงแค่อยู่อายุที่ระดับทำให้ “ปัจเจก” แต่ละคนรู้เท่าทันสื่อ แล้วก็หยุด โครงสร้างการสื่อสารเพื่อสุขภาพก็จะไม่เปลี่ยนแปลง จนกว่าปัจเจกจะแปรสภาพตัวเองไปเป็น change agent แล้วก่อร่างสร้างขบวนการขึ้นมา

คำถามข้างต้นนี้เปรียบเสมือนปริศนาว่า “จะเปลี่ยนตัวเอง” หรือจะ “เปลี่ยนโลก” คำตอบก็น่าจะเป็น “เปลี่ยนตัวเองเพื่อไปเปลี่ยนแปลงโลก” แล้วใช้กลยุทธ์ก้าวขาซ้ายขวาสลับกันไปตลอดทาง

(2.) แนวคิดที่เกี่ยวกับ Approach ของการทำงานการสื่อสารเพื่อสุขภาพ

เนื่องจากเป็นช่วงก้าวแรกของโครงการ AHC ดังนั้น ในส่วนของแนวคิดที่เกี่ยวกับ approach การทำงานนั้น จึงยังไม่ได้มีการประมวลองค์ความรู้อย่างเป็นเนื้อเป็นหนังมากนัก คงทำได้เพียงการ “ขานชื่อ” approach ต่าง ๆ ในการทำงาน ส่วนรายละเอียดของ approach เหล่านี้ คงจะเป็นการทำงานของ AHC ในปีต่อ ๆ ไป

ในที่นี้ ผู้เขียนจะประมวลการงานชื่อ approach ที่ทีม AHC ระบุอยู่ในเอกสารและการประชุมครั้งต่าง ๆ ดังนี้



(i.) **การมีส่วนร่วม (Participation)**

“การมีส่วนร่วม” เป็นแนวทางการทำงานของการพัฒนาแบบใหม่ ที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากลตั้งแต่ประมาณทศวรรษที่ 1970 และทาง AHC ได้เลือกแนวทางการทำงานแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางหลัก ดังจะเห็นได้จากการตั้งชื่อหัวข้อการประชุมเตรียมการเพื่อการสัมมนาระดับชาติซึ่งใช้หัวข้อว่า “ศตวรรษใหม่ของการสื่อสารเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม”

อย่างไรก็ตาม คำว่า “การมีส่วนร่วม” ก็เหมือนกับคำที่เป็นนามธรรม และมีลักษณะเป็นอุดมการณ์เช่นคำว่า การพัฒนา / จริยธรรม / ธรรมาภิบาล ฯลฯ กล่าวคือ แม้จะมีการฟังดูดี แต่คำถามก็คือ ในทางปฏิบัติแล้วเป็นอย่างไร ดังเช่นที่ผู้เขียนได้ส่งสัญญาณเตือนภัยเอาไว้ในการประชุมของ AHC ถึง “การมีส่วนร่วมแบบที่ทำเทียมและเลียนแบบ”

นักวิชาการด้านการสื่อสารสุขภาพในต่างประเทศหลายท่าน ก็ได้กล่าวเตือนไว้เช่นเดียวกันว่า การมีส่วนร่วมนั้นต้องพิจารณาในรายละเอียดว่า นำเอาไปใช้ภายใต้บริบทอะไร เช่น ภายใต้บริบทที่มีผู้เชี่ยวชาญ (expertise) ภายใต้บริบทที่มีการแข่งขันแบบปัจเจกบุคคล (competitive individualism) หรือภายใต้บริบทของประชาธิปไตยเสรีแนวใหม่ (Neo-Liberal Democracy) บริบทที่แตกต่างกันนี้ อาจจะมีการทำด้วยกรอบแนวคิดเรื่อง “การมีส่วนร่วม” จากที่เคยมีสถานะเป็น

“สิทธิ” ประการหนึ่ง (เลือกว่าจะร่วมหรือไม่ร่วมก็ได้) ให้กลายเป็น “หน้าที่” (ต้องไปมีส่วนร่วม ที่คล้ายคลึงกับการมีส่วนร่วมแบบสาวก)

ฉะนั้น ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมการสื่อสารของไทย ที่ยังมีลักษณะอำนาจนิยม ตกตะกอนอยู่ไม่น้อย (อันเป็นที่มาของบุคลิกภาพแบบ “ใช่ครับพี่ ดีครับผม เหมาะสมครับท่าน) ก็ยังน่าสงสัยว่า โฉมหน้าของการมีส่วนร่วมในเรื่องการสื่อสารสุขภาพนั้น จะออกมาเป็นแบบใดบ้าง

(ii.) ประสานสองแบบจำลองของการสื่อสาร

ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้วว่า ในองค์ความรู้ด้านการสื่อสารเองก็มีอยู่ 2 แบบจำลอง ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับแนวคิดเรื่อง “การมีส่วนร่วม” ที่กล่าวมาข้างต้น กล่าวคือ ในแบบจำลองเชิงการถ่ายทอดเพื่อโน้มน้าวนั้น จะไม่ค่อยเรียกร้องการมีส่วนร่วมจากผู้รับสาร แต่ในแบบจำลองเชิงพิธีกรรมนั้น การมีส่วนร่วมจะเป็นหัวใจของการสื่อสารในแบบจำลองนี้

แต่เนื่องจากการสื่อสารโดยส่วนใหญ่ที่ใช้ในเรื่องสุขภาพยังจำกัดแวดวงอยู่ในแบบจำลองการถ่ายทอดเท่านั้น ดังนั้น ทีม AHC จึงควรบุกเบิกและกระตุ้นให้ภาคีต่าง ๆ มีการค้นคว้าศึกษาหรือลงมือปฏิบัติตามแบบจำลองเชิงพิธีกรรมให้มากขึ้น ทั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับกระแส “การสร้างสุขภาพ” อันเป็นกระบวนทัศน์ใหม่อีกด้วย

(iii.) แนวทางที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมในแต่ละท้องถิ่น (Cultural Approach)

การใช้ approach นี้ วางอยู่บนรากฐานวิธีคิดที่ว่า ทั้งเรื่อง “สุขภาพ” และเรื่อง “การสื่อสาร” นั้น เป็น “วัฒนธรรม” รูปแบบหนึ่ง ฉะนั้นในคนแต่ละกลุ่ม แต่ละพื้นที่ แต่ละภูมิภาค จึงมี “ลักษณะเฉพาะ” ที่เป็นแบบฉบับ เป็นกลิ่นอาย เป็นอัตลักษณ์เฉพาะตัว ดังนั้น การใช้กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อสุขภาพแบบเดียวกันทั่วประเทศ เช่นการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิก ทั้ง 76 จังหวัด จึงดูเป็นกลยุทธ์ที่มองข้ามความแตกต่างในแต่ละวัฒนธรรม

อันที่จริง ทัศนะที่มองเห็น “ความแตกต่าง / เฉพาะตัว” นั้น มีอยู่มากในทางการแพทย์ ทั้งแผนใหม่และแผนเก่า คำกล่าวที่ว่า “ลงมือชอบลงยา” บ่งบอกถึงความเข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคล เช่นเดียวกับที่การแพทย์สมัยใหม่รู้ว่า ร่างกายคนแต่ละคนมีภูมิต้านทานไม่เท่ากัน ฉะนั้นได้กัฉนั้น สังคม / กลุ่มชน แต่ละกลุ่ม ก็มีภูมิต้านทานด้านวัฒนธรรมการสื่อสารเพื่อสุขภาพไม่เหมือนกัน

ความเข้าใจเรื่องวัฒนธรรมเรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพนี้ จะทำให้ทีม AHC สามารถถอดบทเรียนที่มีทั้ง “จุดร่วมและจุดต่าง” ของการสื่อสารเพื่อสุขภาพในแต่ละเรื่องได้ เช่น แม้ว่าคนไทยทุกภูมิภาคอาจจะต้องการออกกำลังกายเพื่อการสร้างสุขภาพที่ดี (จุดร่วม) แต่คนไทยภาคเหนือก็อาจจะออกกำลังกายด้วยฟ่อนเจียง ภาคใต้ด้วยโนราบิก ภาคอีสานด้วยหมอลำบิก เป็นต้น

หรือบรรดางานรณรงค์ขนาดใหญ่ ๆ ระดับประเทศ ซึ่งนอกจากจะมีส่วนที่เป็น “จุดร่วม” กันแล้ว ก็อาจจะต้องค้นคว้าหากกลยุทธ์ที่แสดงให้เห็นอัตลักษณ์เฉพาะในแต่ละท้องถิ่น (Localized Campaign) และนี่เป็นเรื่องที่ทำได้จริง เช่น งานวิจัยบุกเบิกของคุณจำเริญ **ไยซิด** และคณะ เรื่อง “การรณรงค์แบบท้องถิ่นในเรื่องโรคเอดส์” ที่จังหวัดเชียงใหม่ เป็นต้น

(iv.) แนวทางที่สอดคล้องกับชุมชน (Community Approach)

อันที่จริงแนวทางการทำงานโดยยึด “ชุมชนเป็นตัวตั้ง” นั้น มีร่องรอยมาตั้งแต่เมื่อมีแนวคิด เรื่อง “Health Promotion” แล้ว ดังนั้น ในการทำงานด้านสุขภาพ นักสุขภาพจึงต้องมีการศึกษาชุมชน วิเคราะห์ชุมชน วางแผนชุมชนร่วมด้วยอยู่เสมอ

สำหรับการสื่อสารเพื่อสุขภาพนั้น ก็คงเป็นการก้าวต่อมาจากแนวคิดเรื่อง “การส่งเสริมสุขภาพ” โดยที่เมื่อเราใช้คำว่า “แนวทางชุมชน” นั้น อาจจะมีนัยยะ 3 ประการ คือ

(ก.) จะเน้น “ความต้องการของชุมชน” (community need) ซึ่งปัจจุบันนี้เป็นที่เข้าใจ และยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วว่า หากงานพัฒนาไม่ว่าด้านใดต้องการมีอนาคตที่ยืนยาวยั่งยืน คำตอบสุดท้ายก็มีอยู่เพียงประการเดียว คือต้องเป็นงานพัฒนาที่ตอบสนองถึงความต้องการของชุมชน

(ข.) จะเน้น “ต้นทุน / ภูมิปัญญาของชุมชน” (community potentiality) แนวคิดนี้อาจจะเป็นคุณลักษณะที่ใหม่มากขึ้น หรืออาจจะใหม่เอี่ยมถอดด้ามเลยเมื่อเทียบกับทัศนคติที่เคยมองว่า “ประชาชนในชุมชนชนบทนั้น โง่ เจ็บ จน” เนื่องจากแนวคิดนี้จะเห็นว่า ในชุมชนนั้นมีสมบัติล้ำค่าต่าง ๆ มากมาย ทั้งองค์ความรู้ ทั้งตัวบุคคล ทั้งทรัพยากรอื่น ๆ ที่งานสร้างสุขภาพจะใช้งานได้ หากแต่อาจจะต้องนำมาขัดสีฉวีวรรณให้ผุดผ่องบ้าง

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

(v.) การคืนสุขภาพให้กับเจ้าของ

ผู้เขียนมีความเชื่อพื้นฐานว่า ในยุคก่อนหน้าการแพทย์แบบตะวันตกจะเข้ามาสู่สังคมไทยนั้น คนไทยเรามีวัฒนธรรมการสร้างสุขภาพของตนเองอยู่แล้ว วัฒนธรรมดังกล่าวแสดงออกอยู่ในความเชื่อ ความรู้ วิธีการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน เช่น คนไทยมีข้อห้ามต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันอย่างมากมาย (ซึ่งเกี่ยวกับการระมัดระวังอุบัติเหตุ) ตัวอย่างเช่นคนที่อยู่ใกล้ทะเล จะมีคำกล่าวว่ “คืบก็ทะเล ศอกก็ทะเล” เป็นต้น

แต่ทว่าเมื่อระบบการแพทย์แผนใหม่ก้าวเข้ามา ระบบนี้ก็ได้นำพารากวัฒนธรรมการสร้างสุขภาพด้วยตนเองไปจากประเทศไทย และปลูกฝังวัฒนธรรมใหม่ทางสุขภาพ คือ “มีอะไรให้รักษา

แพทย์” เข้ามาแทนที่ การดูแลเอาใจใส่ ะมัดระวังตนเองก็ค่อย ๆ เลื่อนหายไปจากใจประชาชน โดยได้ส่งมอบสุขภาพของตนเองให้กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ยิ่งนับวันทั้งความเชื่อ ความรู้ และวิถีปฏิบัติในชีวิตประจำวันก็ยิ่งเคลื่อนคล้อยจากปากฝั่งที่เคยระมัดระวังมาสู่แห่งมุมที่ประมาท / ใช้ชีวิตอย่างสุ่มเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพที่ดีมากยิ่งขึ้นทุกที และมาถึงวันนี้คนไทยก็ได้ตระหนักแล้วว่า ด้วยกำลังของกำมือแพทย์นั้นไม่อาจจะสร้างสรรคสุขภาพที่ดีของเราให้เป็นจริงเป็นจังขึ้นมาได้

ฉะนั้น approach การทำงานด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพของทีม AHC จึงเป็นการคืนสุขภาพที่ถูกพรากจากเจ้าของ คืนกลับไปให้เจ้าของตามคำขวัญที่ว่า “สุขภาพดีไม่มีวางขาย อยากได้ต้องสร้างเอง”

(vi.) การเสริมพลังด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพ (Empowerment)

สืบเนื่องจาก approach ในข้อ (v.) ผลจากการพรากสุขภาพออกไปจากมือประชาชนได้ทิ้งร่องรอยความสูญเสียเอาไว้ กล่าวคือ ในแง่ความเชื่อประชาชนจะขาดความมั่นใจว่าตนเองสามารถสร้างสุขภาพที่ดีขึ้นมาได้จริง ในแง่ความรู้ ก็ถดถอยร่อยหรอ ในแง่วิถีการปฏิบัติตนก็คงสับสน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในยุคสารสนเทศเช่นยุคปัจจุบันที่มีข่าวสารเรื่องสุขภาพแพร่สะพัดอย่างมากมาย ทั้งที่มาจากผู้ที่เจตนาดีและมีเจตนาแฝง ตัวอย่างง่าย ๆ ก็เช่น คำถามที่ว่า การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ เป็นสิ่งที่จำเป็นหรือไม่ เป็นต้น

ด้วยเหตุนี้ จึงต้องมีกระบวนการ “เสริมพลังที่สูญหายไป” ของประชาชนให้กลับคืนมา ไม่ว่าจะเป็นด้านความเชื่อ ความรู้ หรือวิถีการปฏิบัติตนก็ตาม ในแง่นี้บรรดาหลักสูตรนอกระบบ บรรดาชุดความรู้เรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพก็คงจะเป็นตัวช่วยตัวหนึ่ง แต่ก็คงต้องมีการค้นคว้าว่า จะต้องมีเนื้อหาเรื่องอะไรกันบ้าง

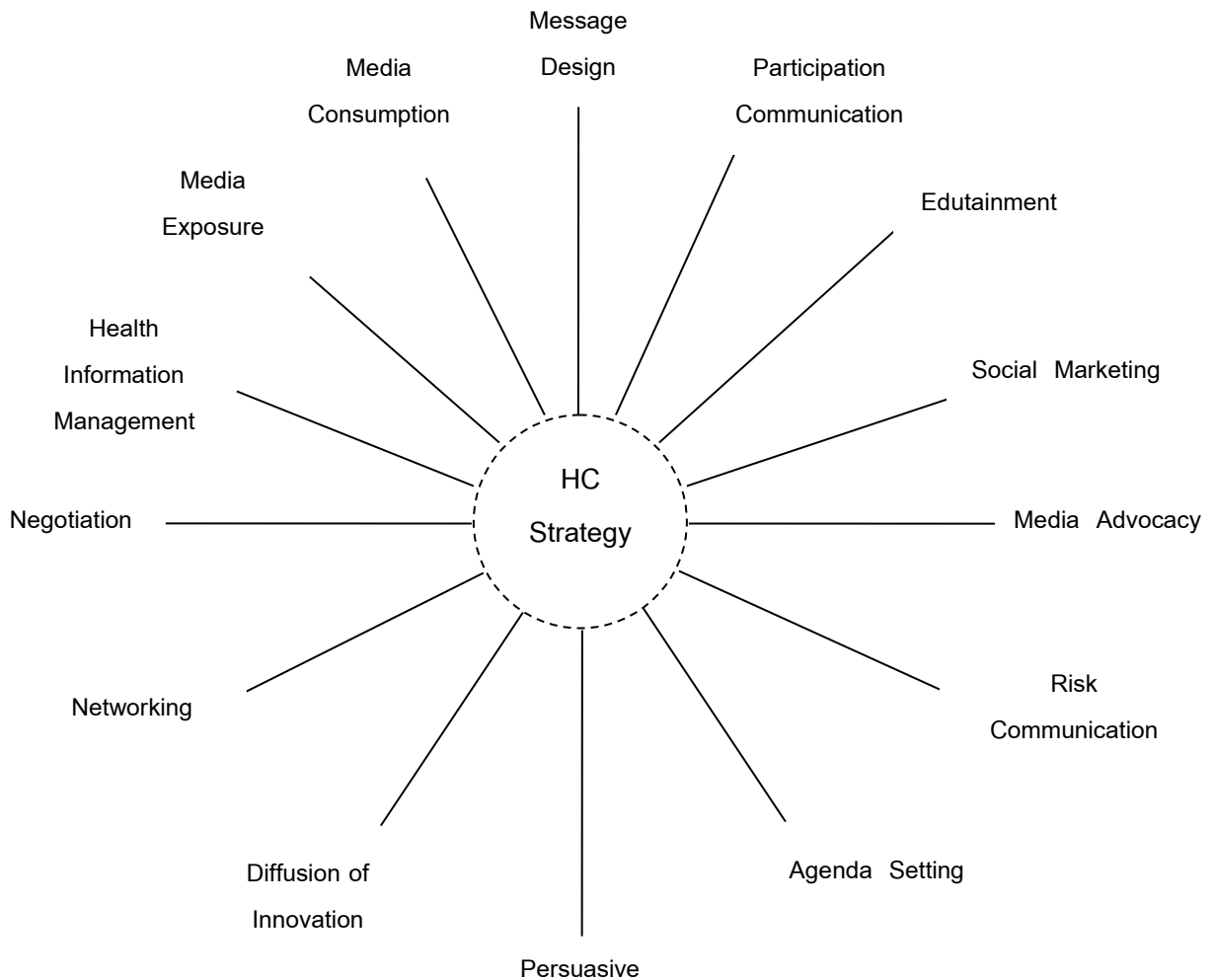
(vii.) เป้าหมายการสื่อสารเพื่อสุขภาพ

โดยปกติแล้ว นักการสื่อสารมักจะคุ้นเคยกับเป้าหมายของการสื่อสารที่มาจากแบบจำลอง S-M-C-R ว่า การสื่อสารครั้งนั้น ๆ บรรลุเป้าหมายหรือไม่ และมีประสิทธิผลหรือประสิทธิภาพหรือไม่

แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ของสุขภาพ และการสื่อสารเป็นแนวใหม่ เป้าหมายของการสื่อสารเพื่อสุขภาพก็น่าจะต้องมีการปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมมากขึ้น และจากเอกสารของทีม AHC ได้นำเสนอเป้าหมายของการสื่อสารเพื่อสุขภาพเพิ่มเติมจากเรื่อง “ประสิทธิภาพและประสิทธิผล” คือ ต้องมีเป้าหมาย / นโยบาย “ทั่วถึงและยุติธรรม” อันสะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดด้านสุขภาพว่า ได้ยกระดับจากเรื่อง “ปัจเจกบุคคล” ขึ้นไปสู่ระดับ “สังคม” (social) และ “สุขภาพนั้นเป็นเรื่องของสิทธิที่จะมีชีวิตที่ดี” บรรดา นโยบายใหม่ด้านสุขภาพ เช่น “30 บาทรักษาทุกโรค” เป็นตัวอย่างรูปธรรมของนโยบายสุขภาพที่มุ่งเน้นว่าต้องให้ทุกคนได้ใช้ “สิทธิรักษาดังกล่าวอย่างทั่วถึงและยุติธรรม” (งานนี้ซักรังที่ 6 ขึ้นสู่ยอดเสาเลย)

(3.) แนวคิดที่เกี่ยวกับกลยุทธ์/ยุทธศาสตร์ของการสื่อสารเพื่อสุขภาพ

เช่นเดียวกับเรื่อง approach ที่งานของ AHC ยังอยู่ในระยะเริ่มต้น ดังนั้น แนวคิดที่เกี่ยวกับกลยุทธ์ / ยุทธศาสตร์ของการสื่อสารเพื่อสุขภาพจึงยังเตาะแตะอยู่ คือการทำได้ในระดับของการงานชื่อยุทธศาสตร์ของการสื่อสารเพื่อสุขภาพเท่านั้น ดังนี้



● โลกแห่งวิชาการ

ในโลกวิชาการนั้น AHC มีภารกิจอยู่ 2 อย่าง คือ งานด้านหลักสูตรและงานด้านการวิจัย

(1.) งานด้านหลักสูตร เป็นผลผลิตที่เกิดจากภารกิจตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันของ AHC คือ การประมวลความรู้ และประสบการณ์ทั้งจากโลกวิชาการ (เช่น สถาบันการศึกษา) และทั้งจากโลกปฏิบัติการ (เช่น สถาบันที่ให้บริการสาธารณสุข) เพื่อจะนำความรู้ไปใช้สร้างสรรคือนาคต คือการฝึกอบรมบุคลากรทั้งแบบในระบบ (หลักสูตรพวกปริญญาทั้งหลาย) และหลักสูตรนอกระบบ (การอบรมคอร์สสั้น ๆ เพื่อใช้งานทั้งหมด)

จากกิจกรรมที่ผ่านมา ทีม AHC ให้ความสำคัญกับเรื่องการจัดทำหลักสูตรมากพอสมควร โดยถือเป็นหัวข้อหนึ่งเสมอในการประชุม เนื้อหาที่ผู้เขียนจะกล่าวถึงหลักสูตรการสื่อสารเพื่อสุขภาพในตอนต่อไปนั้น จะมีอยู่ 2 หัวข้อ คือ

(i.) การตรวจอาการของหลักสูตรการสื่อสารเพื่อสุขภาพ ที่มีอยู่ปัจจุบันในสังคมไทย และหลังจากที่ตรวจอาการแล้ว ทีม AHC ก็ได้นำเสนอเพื่อเติมเต็มช่องว่างที่มีอยู่

(ii.) ผู้เขียนจะลงนำเสนอ “ตุ๊กตา” หลักสูตรสักหลักสูตรหนึ่ง

(iii.) งานก้าวต่อไปในอนาคตเรื่องหลักสูตร

(2.) งานด้านวิจัย ในขณะที่หลักสูตรมีลักษณะที่ค่อนข้างจะอยู่ตัว (โปรดสังเกตคำว่า “หลักสูตร”) การปรับเปลี่ยนตัวหลักสูตรให้เคลื่อนไหวก้าวไปพร้อมๆ กับความเป็นจริงในสังคม จะกระทำผ่านกลไกทางวิชาการที่เรียกว่า งานวิจัย ซึ่งก็เป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่ทีม AHC ให้ความสนใจเช่นกัน

(1.) งานหลักสูตร

(1.1) ทีม AHC ตรวจอาการหลักสูตร HC ในไทย และพบว่าคุณลักษณะสำคัญของหลักสูตร HC มีดังนี้

- ไม่มีหลักสูตรระดับปริญญา คงมีแต่เป็นรายวิชา
- จัดสอนในสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพ มิใช่ด้านการสื่อสาร
- เนื้อหาที่ให้ความสนใจจะเป็นเรื่องสื่อ มากกว่าเรื่องสาร
- รายวิชาส่วนใหญ่จะเน้นเรื่องการผลิตสื่อ และการจัดการสารสนเทศ
- สาขาวิชาที่สอนยังไม่มีลักษณะสหวิทยาการ
- เนื้อหาด้านสาธารณสุขยังเป็นการแพทย์กระแสหลัก
- ทิศนะต่อการสื่อสารยังมองว่าเป็น “เครื่องมือ”
- Approach ทางวิชาการเป็นแบบพฤติกรรมนิยม (Behaviorism)

- ระดับของการสื่อสารมักเป็นการสื่อสารระหว่างบุคคล และสื่อมวลชน
- ยังขาดการเชื่อมโยงกับชุมชน

จากสถานการณ์ที่เป็นอยู่นั้น หากทีม AHC จะพบความแปลกใหม่เข้ามาสู่วงการสื่อสารเพื่อสุขภาพ ก็คงต้องเติมเต็มช่องว่างที่ยังมีอยู่ ตัวอย่างเช่น

- ลองร่างหลักสูตรระดับปริญญาเป็นตุ๊กตา
- จัดสอนในสถาบันการศึกษาด้านการสื่อสาร (แต่คงต้องอาศัยความร่วมมือจากสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพ)
- ให้ความสนใจเรื่อง “สาร” ให้มากขึ้น
- รายวิชาควรจะให้ครอบคลุมทั้งด้านการสื่อสาร ด้านสุขภาพ และด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพ
- สาขาวิชาที่สอนควรมีลักษณะสหวิทยาการ
- เนื้อหาด้านสาธารณสุขควรให้ครอบคลุมการแพทย์ทั้ง 2 ระบบ
- ใช้ทักษะต่อการสื่อสารทั้งในแง่ “เครื่องมือ” และ “วัฒนธรรม”
- Approach ทางการศึกษาให้เป็นแบบองค์รวม
- ขยายระดับการศึกษาให้ครอบคลุมการสื่อสารทุกระดับ
- วิธีการเรียนการสอนต้องเชื่อมโยงมหาวิทยาลัยกับชุมชน
- ตั้งเป้าหมายของหลักสูตรว่า “ จะให้เรียนไปทำ รู้แล้วนำไปปฏิบัติจริง”

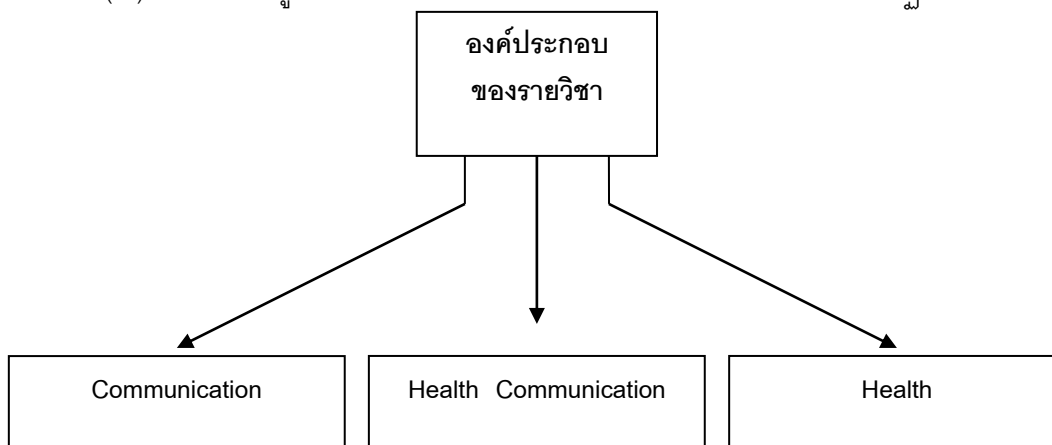
(1.2) ตุ๊กตาหลักสูตรการสื่อสารเพื่อสุขภาพ

ผู้เขียนเป็นคนที่มีความเชื่อว่า “หากไม่มีก้าวแรก ก็จะไม่มีการก้าวต่อ ๆ ไป” ดังนั้น จึงเห็นว่าทีม AHC ควรจะยกร่างหลักสูตรการสื่อสารเพื่อสุขภาพออกมาให้เห็นหน้าตากันบ้าง และเมื่อเสนอแนะก็ควรทำตัวเป็นเหยียงอย่างด้วย อย่างไรก็ตาม ก็ขอให้ขีดเส้นใต้ใช้ตัวหนากับคำว่า “ตุ๊กตา” เท่านั้น ซึ่งเรื่องหลักสูตรนี้คงยังต้องคุยกันอีกนาน

ผู้เขียนได้ลองกำหนด spec ของหลักสูตรตามช่องว่างที่ได้เติมเต็มเอาไว้ข้างบน โดยจะร่างตุ๊กตาหลักสูตรในระบบ และเห็นว่าในขั้นต่อ ๆ ไป อาจจะต้องดึงรายวิชาบางวิชาออกไปฝึกอบรมเป็น course สั้น ๆ นอกกระบวน

- (1) หลักสูตรนี้เป็นหลักสูตรระดับปริญญาโท
- (2) จัดสอนในสถาบันการศึกษาด้านการสื่อสาร
- (3) รับผู้เรียนจากทั้งสายการสื่อสารและสายสุขภาพ โดยที่แต่ละสายอาจจะต้องไปเรียนเสริมฐานในรายวิชาที่ตนเองขาดอยู่

- (4.) เป็นหลักสูตรที่เป็นการจัดสำรับเองของผู้เรียน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เรียน
- (5.) เป็นหลักสูตรที่เป็นการเรียนในห้องเรียน ประสานกับการลงมือปฏิบัติในสนามจริง



ตัวอย่างรายวิชากลุ่ม Communication

- Human Communication Theory (เน้นทุกแบบจำลอง / การสื่อสารทุกระดับ)
- Public Relation : Community-base Approach
- Media Production – Media Strategy
- Message Design for Health Communication
- Social and Localized Campaign
- Network Communication Study
- Persuasive Communication
- Alternative and Community Communication
- Participatory Communication

ตัวอย่างรายวิชาด้าน Health

- Mainstream and Alternative Health System
- การส่งเสริมสุขภาพ
- การระดมพลังทางสังคม
- Social Support
- Organization and Management of Health System
- Anthropology of Health
- Health Economic
- Environmental Health

- Personal and Community Health Care
- Health Information Management

ตัวอย่างรายวิชาด้าน Health Communication

- Introduction to Health Communication
- Group / Family Health Communication
- Social Marketing Strategies
- Community Media and Health Communication
- Community for Policy Making
- Spirituality as Health Communication
- Health Communication for Social Change (Advocacy / Negotiation)
- Communication for Health Promotion : Theory and Application
- Health Communication for Specific Target Group (Children / Elderly)
- Media Literacy for Health

(1.3) งานที่น่าจะทำต่อไปในเรื่องหลักสูตร

ผู้เขียนมีความเห็นว่า AHC ควรทำงานโดยใช้ต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่แล้วให้เป็นประโยชน์มากที่สุด ผลจากการสำรวจสถาบันการศึกษาในประเทศไทยที่มีการจัดสอนเรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพในทุกระดับ พบว่ามีอยู่ 16 แห่ง ทีม AHC ควรมีการจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อประมวลสถานการณ์ องค์ความรู้ จากสถาบันที่ได้ทำงานอยู่แล้ว

ในอีกด้านหนึ่ง ควรมีการทดลองนำเอาหลักสูตรที่ร่างไว้ไปหาโอกาสที่จะลองสอน อาจจะเป็นในระดับรายวิชา หรือจะเป็นหลักสูตรในหรือนอกระบบ ตามแต่เงื่อนไขจะเอื้ออำนวย ด้วยการทดลองจัดสอน จะทำให้ทีมหลักสูตรสามารถจะผลิตองค์ความรู้ในรูปแบบของตำราประกอบการสอน หรือชุดความรู้ประกอบการอบรมได้อย่างสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง รวมทั้งยังได้สร้าง “ตัวบุคคล” ที่มีความรู้เฉพาะในเรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพไปพร้อม ๆ กัน

(2.) งานด้านการวิจัย

(2.1) **ข้อสังเกตเบื้องต้น** ทีม AHC ได้ให้ความสนใจกับงานวิจัยมากพอสมควร ดังจะเห็นได้จากการทุ่มเททรัพยากรในการสำรวจงานวิจัยด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพที่ได้ทำมาแล้ว (แต่การประมวลนั้น ยังให้เพียงภาพเชิงปริมาณอย่างกว้าง ๆ ยังไม่ได้เจาะลงในรายละเอียดเนื้อหาข้อค้นพบ

ของงานวิจัย) นอกจากนั้น ในการจัดประชุมทุกครั้งก็จะมีกรณวาท์ข้อการวิจัยเอาไว้เป็นส่วนหนึ่งเสมอ

(2.2) ข้อสรุปบางประการของสถานภาพงานวิจัย HC ผู้เขียนจะไม่พูดเนื้อหาซ้ำในเรื่องสถานภาพงานวิจัย HC โดยที่ผู้สนใจสามารถจะหาอ่านได้จากเอกสารของทีม AHC ที่จัดทำไว้อย่างดีมากที่สุดชื่อ “การวิจัยกับการพัฒนาองค์ความรู้เรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพ” เพียงแต่ผู้เขียนอยากจะตั้งข้อสังเกตว่า จากช่วงระยะเวลา 15 ปี (2530-2546) การมีงานวิจัยด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพเพียง 52 ชิ้นนั้น นับว่าน้อยมาก (เฉลี่ยปีละ 4 ชิ้น) เหตุผลประการหนึ่งก็อาจจะเป็นดังข้อสรุปจากที่ประชุมสัมมนา AHC ที่ระบุว่า เนื่องจากยังไม่มีกรณวาท์เรียนการสอนเรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพอย่างเต็มรูปแบบ ทำให้ขาดฐานองค์ความรู้ที่มากพอ และหนักแน่นสำหรับการทำวิจัย

และในมิติเชิงคุณภาพ ผู้เขียนอยากจะคาดเดาว่า งานวิจัยที่มีนั้นน่าจะมีลักษณะโอนเอียงไปด้านเดียว คือเป็นการวิจัยระบบการแพทย์กระแสหลัก เป็นการมองสื่อในฐานะเครื่องมือเน้นการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าว เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (การคาดเดานี้ต้องขอให้ทีม AHC ตรวจสอบผลด้วย) ฉะนั้น ทิศทางข้างหน้าของงานวิจัยที่ทีม AHC ควรจะนำเสนอก็คือ การสร้างสมดุลให้เกิดขึ้นแก่งานวิจัย

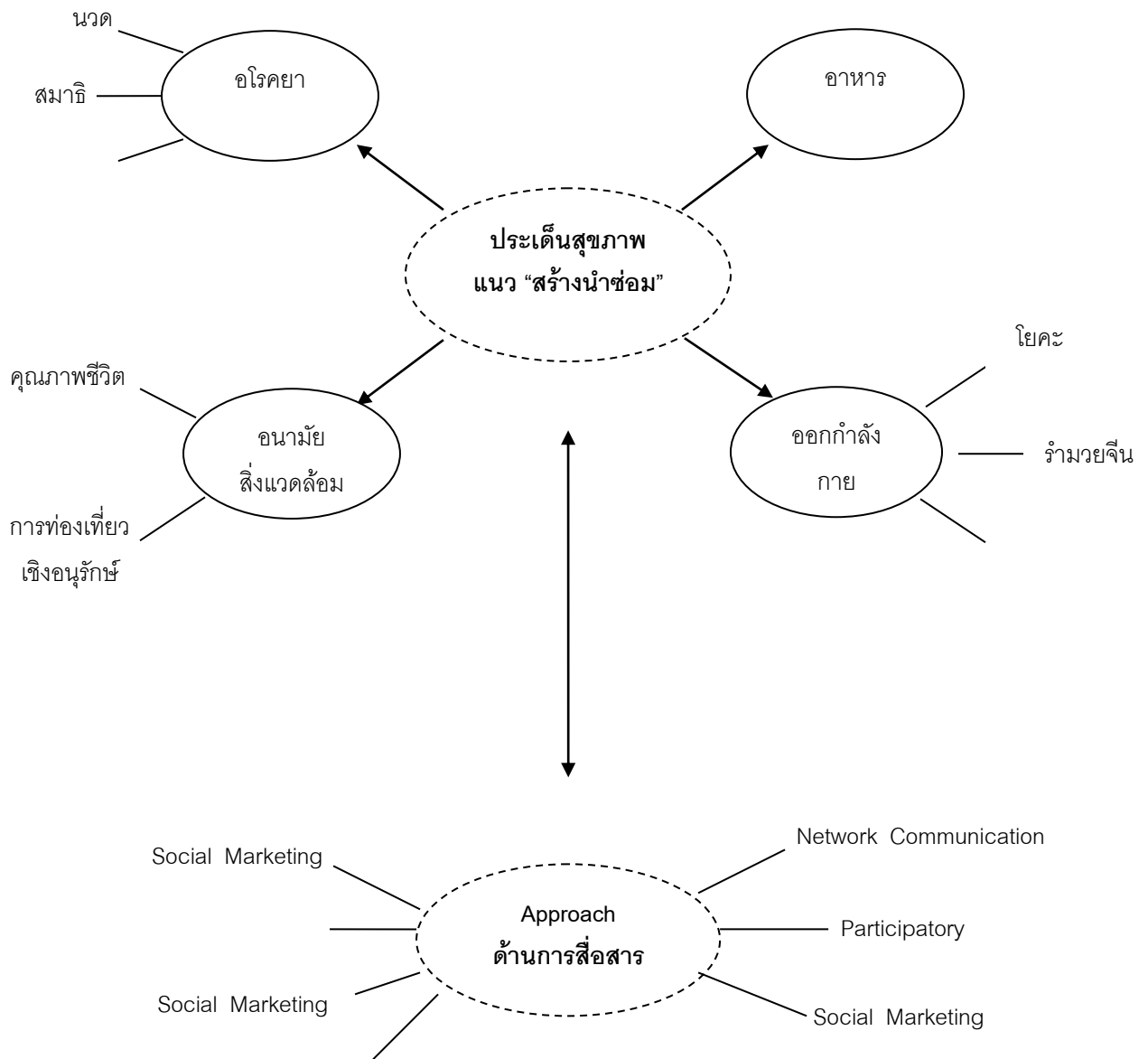
(2.3) ภารกิจ 3 ด้านในเรื่องงานวิจัยของทีม AHC

ผู้เขียนคิดว่า ภารกิจในเรื่องงานวิจัยของทีม AHC นั้น จะมีอยู่ 3 ด้านหลัก ๆ คือ

(ก.) การสรุปภาพรวมงานวิจัยที่มีมาและที่เป็นอยู่ พร้อมกับฉายภาพงานวิจัยที่ควรจะเป็นไป ซึ่งภารกิจนี้ ดังที่กล่าวแล้วว่าทีม AHC ได้ลงมือวางศิลาฤกษ์ไปบ้างแล้ว ด้วยการประมวลรายชื่องานวิจัย HC ที่เคยมีมาในอดีต ทำการแยกแยะโดยใช้เกณฑ์ของการสื่อสารคือ S-M-C-R มาจับ พร้อมกับได้ฉายภาพหัวข้อการวิจัยที่น่าจะมีในอนาคต

ผู้เขียนอยากจะนำเสนอว่า ในการสรุปภาพของงานวิจัยในอดีต / ปัจจุบัน และฉายภาพงานวิจัยในอนาคตนั้น น่าจะประกอบด้วยมิติใหญ่ ๆ 2 ด้านคือ

(i.) การระบุประเด็น (issues) / หัวข้อ (topic) หรือ focus area ที่น่าจะให้ความสนใจ ตัวอย่างที่ทีม AHC ได้นำเสนอเป็นตุ๊กตา ดังนี้



ในลำดับต่อไป ทีม AHC ควรจะจัดประชุมกลุ่มย่อยด้านการวิจัยโดยเฉพาะ เพื่อเติมเต็มกรอบตุ๊กตาที่ร่างเอาไว้ และให้สอดคล้องกับแนวคิดที่ AHC ใช้เกาะเกี่ยวเป็นแกนที่กล่าวมาตั้งแต่ต้น

(ii.) การระบุทิศทาง / แนวทางในการทำวิจัย เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดต่าง ๆ นานาที่ได้กล่าวมาตั้งแต่ต้น ไม่ว่าจะเป็แนวคิดตระกูลต่าง ๆ approach หรือ strategies เช่น การวิจัยควรเป็น participatory approach เป็น community-based orientation เป็น action research เป็นการวิจัยเพื่อถอดบทเรียน best practice เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ฯลฯ

(ข.) การสังเคราะห์งานวิจัย HC ที่อยู่บนกระบวนทัศน์ใหม่ นอกเหนือจากกระบวนท่าแบบชี้นำชมสวนงานวิจัยในภารกิจแล้ว ผู้เขียนเสนอว่า ทีม AHC ควรจะลงลึกในรายละเอียดด้วยการเลือกงานวิจัย HC ที่สังกัดกระบวนทัศน์ใหม่ “สร้างนำซ่อม” แล้วอ่านเนื้อหาเพื่อประมวลข้อค้นพบจากงานวิจัยเหล่านั้น เช่น ชุดการวิจัยเรื่องการสร้างเครือข่ายสุขภาพ การใช้กลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคมในงานสุขภาพ (งานลักษณะนี้ ดร.ปาริชาติ สถาปิตานนท์ ได้ทำเอาไว้ระดับหนึ่ง แต่ยังไม่ได้อีวงเข้ามาที่งานวิจัยแนว “สร้างนำซ่อม” เป็นการเฉพาะ)

และหลังจากการประมวลเนื้อหาแล้ว ก็ควรมีการ “ใช้ความรู้” ที่ประมวลมาด้วยการจัดเวทีนำเสนอให้แก่ผู้ที่มีความสนใจจะทำวิจัยในแนวนี้ หรือจัดหลักสูตรการอบรมนอกระบบแก่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อนำเอาบทเรียนจากการวิจัยไปใช้

(ค.) การใช้ผลการวิจัยในอีกรูปแบบหนึ่ง ก็คือการที่ทีม AHC จะเล่นบทเป็นผู้ประสานงานเปิด “ตลาดนัดพบ” ผู้ที่ทำวิจัยกับผู้ใช้งานวิจัยในหัวข้อที่มีความสนใจตรงกัน

● โลกปฏิบัติการ

(1.) ขอบเขตของโลกปฏิบัติการ เรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพนั้น หมายความว่ารวมทั้งหน่วยงาน องค์กร กลุ่ม ทั้งภาครัฐ อันได้แก่สถาบันที่ให้บริการด้านสุขภาพแบบต่างๆ และภาคเอกชน (รวมทั้งภาคประชาชน) อันได้แก่ มูลนิธิ สมาคม กลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน กลุ่มสุขภาพแบบต่างๆ ทั้งแบบแผนใหม่และแบบประเพณี

(2.) สถานะของโลกปฏิบัติการ หน่วยงาน กลุ่ม องค์กรที่สังกัดอยู่ในโลกปฏิบัติการนี้ จะมีสถานะที่ต้องเข้ามาเกี่ยวข้องกับเรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพอยู่ใน 2 ลักษณะ ลักษณะแรกคือกลุ่มเหล่านี้ก็คือ แอ่งต้นกำเนิดแห่งความรู้เรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพ เช่น บทเรียนของกลุ่มละครเวทีแบบมายา หรือมะขามป้อม ที่ตระเวนเปลี่ยนกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพของกลุ่มเด็ก ๆ และในอีก

ลักษณะหนึ่ง ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงองค์ความรู้หรือกระบวนการทัศน์ใด ๆ ก็ตาม กลุ่มที่อยู่ในโลกปฏิบัติการเหล่านี้ก็จะต้องได้รับผลกระทบอยู่เสมอ เช่น เวลาที่แนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพใช้แนวคิดเรื่อง “สร้างนำซ่อม” ก็แน่นอนว่า บรรดาหมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ฯลฯ ก็ต้องปรับเปลี่ยนทั้งระดับแนวคิด และการปฏิบัติ

จากสถานะทั้ง 2 ด้านของโลกปฏิบัติการ ซึ่งเป็นทั้ง “โอกาส” และ “วิกฤติ” นี้ ทางทีม AHC ควรจะแสวงหาวิธีการพลิกวิกฤติให้เป็นโอกาส โดยการค้นหาตัวอย่างที่ดี ๆ (best practice) ของสถานบริการด้านสุขภาพทั้งรัฐ / เอกชน / ประชาชน เพื่อนำมาถอดบทเรียนเรื่องการทำงานด้านสุขภาพแบบ “สร้างนำซ่อม” และขยายผลต่อไป

(3.) **เสริมพลังโลกปฏิบัติการกันเอง** บรรดาสถานปฏิบัติการเหล่านี้เป็นมุมหนึ่งในสามเหลี่ยมสุขภาพ ที่ประกอบด้วยการสร้างสุขภาพที่ดีของปัจเจกมุมหนึ่ง การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ประคองสุขภาพที่ดีของปัจเจกเอาไว้มุมหนึ่ง และมุมที่สามก็คือ ระบบบริการที่ต้องมีโฉมหน้าที่สอดคล้องกับอีกสองมุม แต่ทว่าข้อเท็จจริงประการหนึ่งก็คือ ระบบบริการสุขภาพนั้นออกแบบมาตั้งแต่ครั้งกระบวนการทัศน์เก่า ดังนั้น ระบบบริการสุขภาพดังกล่าวจึงเป็นกลุ่มเป้าหมายกลุ่มหนึ่งซึ่งงานสร้างเสริมสุขภาพจะต้องมีการบำรุงกำลังเพื่อตกแต่งทำศัลยกรรมเสียใหม่ เช่น กลุ่มบุคคลเหล่านี้จะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทที่จะเล่นเสียใหม่ จากเดิมที่เคยเล่นบท “ผู้นำการเปลี่ยนแปลง” (change agent) (ซึ่งพอจะเทียบได้กับบทบาทนางเอกในงานสุขภาพ) มาเป็นบทบาท “ผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง” (facilitator) (ซึ่งพอจะเทียบได้กับบทผู้ช่วยนางเอก) การเปลี่ยนนี้ต้องมี script อันใหม่ ต้องมีการซ้อมเล่นให้สมบทบาท

บรรดาหลักสูตรการฝึกอบรมนอกระบบเรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพแนวใหม่ เช่น แนวทางการมีส่วนร่วมในสุขภาพ แนวทางสร้างนำซ่อม แนวทางสมดุลระหว่างพึ่งตนเองกับพึ่งแพทย์ ฯลฯ จะเป็นยาบำรุงกำลังให้แก่บุคลากรในสถานบริการสุขภาพ และกลุ่มบุคคลเหล่านี้จะทำหน้าที่ที่ทางการสื่อสารเรียกว่า “ผู้นำทางความคิด” (opinion leader) แพร่กระจายแนวคิดใหม่ด้านสุขภาพได้อย่างรวดเร็วต่อไป

(4.) **บุคลากร 2 ประเภท** ผู้ที่ทำงานปฏิบัติการเรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพใน **สนาม** แห่งความเป็นจริงนั้น จะมีอยู่ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มนักสุขภาพและกลุ่มนักสื่อสาร และภารกิจประการหนึ่งที่ นพ. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ได้ฝากเอาไว้กับทีม AHC ก็คือ “การสร้างภาษาแปลสารงานสุขภาพ” (Message Translator) อันได้แก่ กลุ่มบุคคลที่จะแปลงองค์ความรู้ด้านสาธารณสุขจากกลุ่มแพทย์/พยาบาลออกไปเผยแพร่ / อธิบาย เพื่อติดตั้งระบบความรู้ให้กับประชาชน แต่เนื่องจากรูปลักษณ์ / ภูมิหลังด้านความรู้ของกลุ่มนักสุขภาพและนักสื่อสารนั้นมีความแตกต่างกัน ดังนั้น บรรดาหลักสูตรนอกระบบหรือชุดความรู้ที่จะผลิตออกไปนั้น จึงต้องคำนึงถึงความแตกต่างในกลุ่มภาษาเหล่านั้นด้วย

- โลกแห่งการจัดการ

ในโลกที่สี่ ซึ่งเป็นโลกสุดท้ายแต่มีความสำคัญระดับยิ่งยวด คือโลกแห่งการจัดการ ซึ่งเป็นจุดที่อ่อนเปราะบางที่สุดของร่างกายสังคมไทย ในโลกใบนี้ ผู้เขียนจะขอติดตามมาดูที่ทีม AHC เป็นการเฉพาะ

อันที่จริง ตั้งแต่เริ่มดำเนินงานเขียนชิ้นนี้ ผู้เขียนก็ได้แอบซุกการบ้านให้ทีม AHC มาเป็นระยะ ๆ แล้ว ณ ที่นี้จึงเพียงแต่จะขอขีดเส้นใต้ตอกย้ำบางอย่าง ดังนี้

(1.) **ทีม AHC คือใคร** การรู้จักตัวเองว่าเป็นใคร / ต้องทำอะไร ดูเหมือนจะเป็นบันไดก้าวแรกของเส้นทางการทำงาน สำหรับโครงการ C4H ทั้งหมด และ AHC เป็นการเฉพาะนั้น หากให้ออกแบบ logo ก็คงจะมี 2 ภาพ คือ เป็น “ช่างเชื่อม” และ “ช่างถอด” (บทเรียน)

ในเรื่องของการเป็น “ช่างเชื่อม” นั้น ทีม AHC ก็จะมี 3 อย่าง คือ เชื่อมความรู้ เชื่อมคน (ภาคี) และเชื่อมประสบการณ์ การเป็นช่างเชื่อมนั้นต้องมีอาวุธประจำกาย คือ “การจัดการ” ซึ่งดังที่กล่าวแล้วว่า เป็นงานที่ยากและท้าทายอย่างยิ่ง วิธีการใช้อาวุธประจำกายนี้ ทีม AHC จะต้องสอบให้ผ่านข้อสอบชุดต่าง ๆ อย่างมากมาย (บางชุดก็สอบตกไปแล้ว) เช่น ข้อสอบชุด “ไม่ถือเอาความคิดตนเองเป็นศูนย์กลาง” (egocentric) ไม่ถือเอาแต่ผลประโยชน์ตนเองเป็นตัวตั้ง ไม่มีวิธีคิดแบ่งเขาแบ่งเราเป็นฝักฝ่าย (sectarian) จะทำการใหญ่ไม่ใส่ใจเรื่องจุกจิก เดินตามหลักสังคหวัตถุอย่างเคร่งครัด มีความอดกลั้นเป็นเยี่ยม (tolerance) เป็นต้น การทำงานในทีม AHC จึงนับเป็นการสังสมบารมีของคนทำงานอย่างยิ่ง

และในการเป็น “ช่างถอด” นั้น ทีม AHC ต้องทำทั้ง 2 อย่าง คือ ถอดออกมาได้ แล้วต้องเอาไป “ใส่ใหม่” ในที่อื่น ๆ กล่าวคือ ในการจัดการความรู้นั้น ต้องมีระบบ 2 จังหวะ จังหวะแรกคือการรวบรวม / ประมวล / สังเคราะห์ (ใช้ทักษะ synthesis) และจังหวะที่สองคือการนำไปใช้ขยายผล (ใช้ทักษะ application)

(2.) **ใครรู้บ้างว่านักสุขภาพและนักสื่อสารมอง HC เหมือน / ต่างกันยังไง ใครรู้ช่วยยกมือขวาหน่อย** ดังที่เกริ่นมาแล้วว่า ทีม AHC นั้น ถ้าเทียบเป็นจังหวัดของประเทศไทยแล้ว ก็เป็นราว ๆ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีแม่น้ำโขงกับแม่น้ำมูลมาบรรจบกัน เพราะกลุ่มเป้าหมายที่ทีม AHC ทำงานอยู่ด้วยนั้น จะมีคนอยู่ 2 กลุ่ม คือกลุ่มนักสุขภาพและนักสื่อสาร ซึ่งเราได้กล่าวแล้วว่า

คน 2 กลุ่มนี้ น่าจะมีวิธีคิดที่มีทั้งจุดร่วม และที่สำคัญคือ จุดต่าง กันอย่างแน่นอน และทีม AHC คงจะทำงานต่อไปอย่างราบรื่นได้ยาก หากยังมองไม่เห็นจุดต่างกันนี้

คำถามที่ผู้เขียนสงสัยใคร่ค้นคว้าต่อไปก็คือ

- นักสุขภาพและนักสื่อสารมอง “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” เหมือนหรือต่างกันอย่างไรบ้าง ทักษะที่เห็นการสื่อสารเป็น “เครื่องมือ” เป็น “ศาสตร์” เป็น “วัฒนธรรม” เป็น “กลยุทธ์” จะเอามาใช้เป็นคำตอบบ้างได้ไหม
- นักสุขภาพและนักสื่อสารมอง “สุขภาพ” เหมือนหรือต่างกันอย่างไร
- จริงหรือไม่ที่ว่า นักสุขภาพสนใจความถูกต้องของข้อมูล แต่นักสื่อสารสนใจว่า “ผู้รับสารเข้าใจข้อมูลหรือเปล่า” มากกว่า
- นักสื่อสารจะมอง “การนวด” “การออกกำลังกาย” ให้ออกมาเป็นการสื่อสารได้อย่างไร หรือมอง “สถานที่ทำงาน / วัด / โรงเรียน” เป็นบริบทหรือช่องทางการสื่อสารได้อย่างไร

ตัวอย่างคำถามเหล่านี้เป็นเสมือน “เงินก้นถุง” สำหรับให้ทีม AHC เล่นเก็บเบี้ยใต้ถุนร้านความรู้ต่อไป โดยตระหนักว่า “การเป็นนักอะไรนั่น” เป็น category ที่ต้องอ่อนไหวต่อการทำงานเชิงวิชาการ

(3.) Why ว่าย HC เป็นโรคธรรมดาอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ หรือการปฏิบัติงาน กล่าวคือ เมื่อเรามาหยิบจับงานอะไร ก็ดูเหมือนว่า ศูนย์กลางของโลกจะหมุนมาอยู่ตรงนั้น เช่น เมื่อเรามาจับงาน “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” เราก็จะรู้สึกกว่า “งานนี้มีความสำคัญระดับคอขาดบาดตาย (ถ้าไม่เช็กลอง scan จับหาประโยคประมาณนี้ในเอกสารสิ่งตีพิมพ์ของทีม AHC ก็คงพบว่ามืออยู่เพียบ) และยิ่งเรารู้ “ข้อมูล” มากยิ่งขึ้น ความสำคัญของเรื่องที่เรากำลังเล่นก็จะยิ่งรัดคอเราแน่นยิ่งขึ้น จนบางครั้งเกิดความรู้สึกถึงระดับว่า “ไม่ HC ไม่ได้แล้ว” แต่ทว่าปัญหาก็คือ ในความเป็นจริงศูนย์กลางของโลกมันไม่ได้เคลื่อนที่มาอยู่ตรงหน้าเรา เพราะคนอื่น ๆ ที่เขาไม่ได้หยิบจับเรื่อง HC นั้น เขาก็อาจจะรู้สึกว่ามีเรื่องอื่น ๆ ในชีวิตของเขา สำคัญมากกว่าเรื่อง HC

ที่กล่าวมาข้างต้นนี้ ก็เพื่อจะได้ **ยาสง่าเชื้อ** ให้กับทีม AHC ว่า การยอมรับโดยปริยายว่าเรื่อง การสื่อสารเพื่อสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งยวดนั้น เป็นโรคเฉพาะถิ่นของชาว AHC เท่านั้น แต่สำหรับคนวงนอกแล้ว เขาจะไม่ยอมรับโดยปริยาย แต่เขาอาจจะยอมรับได้โดย **คำอธิบาย**

ดังนั้น ทีม AHC จึงต้องมีภารกิจในการแสวงหาชุดคำอธิบายว่า “ทำไมต้อง HC ด้วยละ” ทำไม “ไม่ HC ไม่ได้แล้ว” ตัวอย่างชุดคำอธิบายที่ได้มาในรอบเกือบ 1 ปีแล้ว ก็มีเช่น

■ นพ. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ให้คำอธิบายว่า แต่เดิมนั้น ความรับผิดชอบเรื่องสุขภาพนั้นเป็นเรื่องระดับบุคคล หรืออย่างมากก็เป็นเรื่องระหว่างบุคคล เช่น หมอกับคนไข้ ซึ่งใช้การสื่อสารระดับบุคคลก็น่าจะพอ แต่ปัจจุบันนี้ ความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพได้ก้าวไปถึงระดับโครงสร้าง เพราะฉะนั้น การสื่อสารก็ต้องเปลี่ยนแปลงทั้งเรื่องปริมาณและคุณภาพ ในเรื่องปริมาณ จำนวนคนที่สื่อสารด้วยเพิ่มมากขึ้น การสื่อสารของหมอกับนักบรรณคดีจึงใช้ทักษะ / องค์ความรู้คนละชุดกัน ส่วนในแง่คุณภาพ การสื่อสารจำเป็นต้องเปิดรับสมัครตาราหน้าใหม่ด้านการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนโครงสร้าง เช่น การเป็นปากเป็นเสียง (advocacy) การต่อรอง (negotiation) การเสริมพลัง (empowerment) เป็นต้น

■ เหตุผลประการที่สองก็คือ การมีชีวิตอยู่ท่ามกลางความเสี่ยง (risk society) ในสมัยสุขุขทัย อยู่ยุคนั้น บรรดาโรคห่าอาจจะมาเป็นพัก ๆ แต่ชีวิตคนกรุงเทพฯ ใน พ.ศ.2547 นี้ ต้องอยู่กับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์อย่างไม่มีทางหลีกเลี่ยงทุกเมื่อเชิ่วัน เมื่อต้องอยู่ท่ามกลางความเสี่ยงทางสุขภาพ ทีม AHC จึงนำเสนอหลักการด้านสุขภาพว่า เมื่อภายนอกล้วนมีอันตราย ก็ต้องเข้มแข็งจากภายในเข้าไป (strengthen from within) เมื่อยังสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปราศจากเชื้อโรคไม่ได้ ก็ต้องทำให้ร่างกายแข็งแรงพอที่แม้เชื้อโรคจะบุกเข้ามา ก็ยังสำแดงฤทธิ์เดชไม่ได้ การทำให้เข้มแข็งจากภายในนั้น ต้องกินอาหารเสริมที่ชื่อว่า “ข่าวสารความรู้เพื่อสุขภาพ”

(4) โบนัสความรู้ที่สะสมเอาไว้บ้างแล้ว

จากการร่วมงานกับ AHC เกือบ 1 ปีที่ผ่านมา ผู้เขียนได้โบนัสสะสมความรู้ โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับเรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพ” ดังนี้

(i) เป็น”นักสื่อสารจะเป็นผู้ส่งสาร”ได้ถึงไหน จากร่องรอยดั้งเดิมที่ความรู้เรื่องสุขภาพจะต้องเป็น”หมอ /พยาบาล /เภสัช/ ทันตแพทย์.....” เท่านั้น จึงจะพูดเรื่องสุขภาพได้ คือเป็น “ผู้ส่งสาร”ได้ ส่วนคนอื่น ๆ ก็ถอยไปเป็น”ผู้ฟัง/ผู้รับสาร”เท่านั้น แต่ในกระบวนการทัศน์ใหม่ แนวคิดเรื่องการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมที่ผู้ส่งสารและผู้รับสารต่างเล่นสลับบทบาทกันไปมาได้ ก็มีคำถามว่า แล้ว “คนนอกวงการสุขภาพ” แบบนักสื่อสารที่จะต้องเข้ามาเล่นบทบาทเป็นฤาษีแปลงสาร จะสามารถพูดเรื่องราวของสุขภาพได้มากนักน้อยเพียงใด การลากเส้นกันพรมแดนดังกล่าวนี้ คงจะต้องเอามาจากบทเรียนของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข และอยู่ในหลักสูตรฝึกอบรมและชุดความรู้ของทีม AHC ต่อไป

(ii) บทเรียนเรื่องเนื้อหาข่าวสารข้อมูลเรื่องสุขภาพ ผู้เขียนไม่อยากจะให้ทีม AHC รับผิดชอบรูปแบบสามัญสำนึกโดยทั่วไปเกี่ยวกับปัญหาด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพโดยยึด”ทฤษฎีความขาด”เป็นสรณะ เช่นสรุปว่า เป็นเพราะประชาชนขาดข้อมูลด้านสุขภาพ เพราะในสังคมยุคข่าวสารสนเทศนั้น บางกรณี ปัญหาด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพอาจจะไม่ใช่เรื่อง”การขาด” แต่เป็นเรื่อง “ข้อมูลมีล้นจน

ทะลัก”มากเกินไป หรือเป็นกรณีว่า “ข้อมูลที่มีมากก็ใช้ไม่ได้ ที่ต้องการใช้ ก็กลับไม่มี” เช่นกรณีบทสรุปจากงานวิจัยเรื่องโรคเอดส์ได้ระบุเอาไว้ กล่าวคือ มีการเกาะอย่างมากมาย (ในเชิงปริมาณ) แต่กลับไม่ถูกที่คั่น (ในเชิงคุณภาพ)

และยิ่งหากเราใช้มุมมองจากกล้องส่องสุขภาพแบบวัฒนธรรม เราก็จะพบข้อจำกัดเรื่อง “ความรู้/ ข่าวสาร/ ข้อมูล” เป็นอย่างมาก หากว่าพฤติกรรมทางสุขภาพนั้นเป็นวัฒนธรรมและความคุ้นชิน ต่อให้ความรู้/ข่าวสารท่วมหัว แต่ตัวก็จะไม่เปลี่ยนแปลง

(iii) จะใช้สื่ออะไรดีหนอ นี่ก็เป็นคำถามคลาสสิกของเรื่องการสื่อสาร ดังที่ได้เฉลยคำตอบเอาไว้บ้างแล้วว่า ถึงตอนนี้ เราก็ชัดเจนว่า “สื่ออะไรก็ได้ไม่เกี่ยง ถ้าช่วยให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้” และนอกจากนั้น เมื่อประชาชนจะปลูกสร้างสุขภาพของเขาเองและพึ่งตนเองได้ ก็น่าจะมีแนวทางนำเสนอเลยว่า น่าจะให้ “ใช้สื่อใกล้มือ/ใกล้ตัว” ไม่ว่าจะเป็นสื่อพื้นบ้านหรืออะไรก็ตาม แต่ส่วนที่สำคัญคือ “ต้องรู้เท่าทันสื่อที่จะใช้” เช่น ถ้าจะใช้สื่อจกระยาน ก็ต้องมีความรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการใช้สื่อจกระยาน ส่วนผู้ที่มีหน้าที่ทำงานกับสื่อโดยตรง เช่นนักบรรณรักษ์ก็คงต้องแสวงหากลยุทธในการ **ประสานสื่อ** ซึ่งดูเหมือนว่า ภาคธุรกิจจะวิ่งลิวนำหน้าไปหลายช่วงตัวในเรื่องนี้

(iv) มี HC อยู่หลายขนานให้เลือก ผู้เขียนได้รับความรู้จากการเข้าร่วมประชุมหลายๆ ครั้งของ AHC ว่า Health Communication นั้น มีอยู่หลายขนาน ทั้งอย่างแบบอ่อนๆ และแบบแก่ๆ ตัวอย่างเช่น

HC แบบอ่อนๆ ก็คือความเข้าใจที่ว่า Health communication นั้น ก็จะเป็นเหมือนต้นฉบับ communication ทั้งหมด เพียงแต่เปลี่ยนที่ตัว Message (ใน S-M-C-R) เท่านั้น ที่ว่าด้วยเรื่องสุขภาพ

HC อย่างแบบแก่ จะเห็นว่า Health communication นั้น ต้องเปลี่ยนแปลง S-M-C-R ในทุกองค์ประกอบ เช่นต้องดูว่า Sender มีกระบวนการทัศนเรื่องสุขภาพแบบไหน เหนือในการแบ่งตัว R ก็ต้องใช้เกณฑ์แบบสุขภาพ”โดยเฉพาะ แบบที่ผู้เขียนได้ลองสาธิตมาข้างต้น