

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง “ทิศทางของการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์” เป็นการวิจัยเชิงวิพากษ์ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่นำมาใช้เป็นกรอบในการวิเคราะห์ จึงเป็นการผสมผสานกันระหว่างแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ องค์ประกอบการสื่อสาร, การวิเคราะห์ผู้รับสาร, โครงสร้างทางสังคมไทย, แบบแผนการเจ็บป่วยของคนไทย, การแพทย์แผนปัจจุบัน(แยกส่วน)และการแพทย์แบบองค์รวม เป็นต้น

1. แนวคิดบทบาททางสังคมของสื่อมวลชนในด้านสาธารณสุข
2. แนวคิดเรื่องการวิเคราะห์องค์ประกอบของการสื่อสาร
3. แนวคิดสองทศนะทางการแพทย์กับแบบแผนการเจ็บป่วยของคนไทย

1. บทบาททางสังคมของสื่อมวลชนในด้านสาธารณสุข

ประเทศไทยกำลังอยู่ในยุคของการพัฒนา ขอบเขตของการพัฒนาครอบคลุมทุกภาคของระบบสังคมทั้งเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม เป้าหมายหลักประการหนึ่งของการพัฒนา คือ การยกระดับมาตรฐานการดำรงชีวิตของประชาชนให้สูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนในชนบท สื่อมวลชนควรถูกนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการพัฒนา เพื่อช่วยปรับปรุงวิถีชีวิตของประชาชนที่ยากจน ซึ่งเป็นประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศให้ดีขึ้น จากการศึกษาบทบาทของสื่อมวลชนเพื่อการพัฒนา ประเทศที่ผ่านมา โดยทั่วไปมักเป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับองค์ประกอบของการสื่อสารมวลชน คือ ผู้ส่งสาร สาร ผู้รับสาร และประสิทธิภาพของการสื่อสารหรือปฏิกิริยาตอบสนอง และมองข้ามความสำคัญของปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรม ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมของสื่อมวลชน และมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการกำหนดบทบาทของสื่อมวลชนในการพัฒนาประเทศ เนื่องจากสื่อมวลชนเป็นระบบย่อยระบบหนึ่ง ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับโครงสร้างของระบบและระบบย่อย

เสถียร เขยประทับ (2535) นักวิชาการไทยที่สนใจบทบาทของสื่อมวลชนในการพัฒนาประเทศ ได้พยายามชี้ให้เห็นแนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารและการพัฒนาประเทศตามทัศนะนักวิชาการต่าง ๆ ทั้งในกลุ่มที่เห็นว่าการสื่อสารมีพลังอย่างมากในการพัฒนาประเทศ และกลุ่มที่เห็นว่าการสื่อสารโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารมวลชนไม่มีพลังมากนัก ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสื่อมวลชนกับการพัฒนาประเทศ : เน้นเฉพาะประเทศไทย โดยพิจารณาทั้งปัจจัยที่เกี่ยวกับสื่อมวลชนและปัจจัยที่ไม่เกี่ยวกับสื่อมวลชน พบว่า สื่อมวลชนมีบทบาทในการพัฒนาประเทศน้อยมากแล้วขังอาจขัดขวางการพัฒนาโดยปลูกฝังค่านิยมและแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งไม่สอดคล้องกับความจำเป็นขั้นพื้นฐานของประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศ สื่อมวลชนเป็นเครื่องมือในการครอบงำทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของชนชั้น ที่มีอำนาจในสังคม

มิติหนึ่งของการศึกษาบทบาทสื่อมวลชนในการพัฒนาประเทศ คือการศึกษารูปแบบของ สื่อมวลชนในการพัฒนาสุขภาพ เนื่องจากสุขภาพเป็นพื้นฐานของปัจจัยอื่น ๆ ที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาสื่อมวลชนกับการพัฒนาสุขภาพของประเทศไทยที่ผ่านมา โดยทั่วไปมักศึกษาการเข้าถึงสื่อ การเปิดรับสื่อ และการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงสำรวจและมิได้ศึกษาเนื้อหาของสื่อ นอกจากการศึกษาของถักดา ประพันธ์พงษ์(2534)ที่ทำการวิเคราะห์เนื้อหาการสุขภาพทางโทรทัศน์ 4 ประเภท คือ นิตยสารทางอากาศ สารคดี ละครสั้น และสนทนาพบว่า เนื้อหาของรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ เน้นการป้องกัน, การฟื้นฟูและการรักษาตามลำดับ จึงยังไม่มิจานวิจัย(ด้านการพัฒนาสุขภาพ)ที่ศึกษาปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมกับบทบาทของสื่อมวลชนในการพัฒนาสุขภาพทั้งองค์ประกอบของการสื่อสาร

สำหรับบทบาทโดยเฉพาะของสื่อมวลชนในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพนั้น L. Wallack (1991) ได้ประมวลแนวทางใหญ่ ๆ ไว้ดังนี้

1) ทฤษฎีที่เชื่อในอำนาจการสร้างผลกระทบระยะสั้นและโดยตรงของสื่อมวลชน(Impact theory) ที่รู้จักกันดีในนามของทฤษฎีเข็มฉีดยา ทฤษฎีนี้เชื่อว่าหากเราสามารถนำเสนอข่าวสารที่ถูกต้อง (right message) ไปยังกลุ่มเป้าหมายที่ถูกต้อง(right people)ด้วยวิธีการที่ถูกต้อง(right way) ในช่วงเวลาที่เหมาะสม(right time) เมื่อนั้นปัญหาเรื่องสุขภาพอนามัยก็จะสามารถแก้ไขได้ ทฤษฎีนี้จะมองว่าสื่อมวลชนที่มีศักยภาพสูง เช่น โทรทัศน์สามารถจะดำเนินการให้บรรลุองค์ประกอบทั้ง 4 ประการที่กล่าวมาได้ ดังนั้น สื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์จึงเป็นผู้ช่วยเหลือคนสำคัญในเรื่องสาธารณสุข

2) ทฤษฎีที่เชื่อว่าสื่อมวลชนเป็นตัวอุปสรรคขวางกั้นการมีสุขภาพอนามัยที่ดีของประชาชน ทั้งนี้เนื่องจากสื่อมวลชนมีส่วนของการเป็นธุรกิจอยู่สูงมาก ดังนั้น บรรดารายการสุขภาพทั้งหลายจึงเกิดมาจากความต้องการของธุรกิจโฆษณาที่จะขายยาให้แก่ประชาชน และการบริโภคยาอย่างไร เหตุผลเป็นหนทางทำลายสุขภาพที่ดีของประชาชน

3) ทฤษฎีที่เชื่อว่าสื่อมวลชนไม่มีผลกระทบต่อประชาชนอย่างโดยตรงต่อปัจเจกบุคคล ทั้งนี้เพราะสื่อมวลชนมีศักยภาพเพียงแค่นำสิ่งที่ประชาชนเชื่อถือและปฏิบัติอยู่แล้ว สื่อมวลชนจึงเล่นเป็นตัวประกอบตัวหนึ่งท่ามกลางปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน

Wallack เห็นว่าทั้ง 3 ทฤษฎีล้วนมีจุดอ่อนทั้งสิ้น ทฤษฎีแรกถูกตั้งคำถามมากมายในภาคปฏิบัติ(ใช้แล้วไม่ได้ผล) ทฤษฎีที่สองก็ไม่ช่วยบุกเบิกแนวทางการใช้สื่ออย่างสร้างสรรค์ ส่วนทฤษฎีที่สามก็ไม่ได้มองเห็นศักยภาพของสื่อมวลชนเลย Wallack จึงเสนอทฤษฎีที่ดี

4) ทฤษฎีที่เสนอแนวคิดอันหลากหลายว่า มีบางช่วงขณะ บางวาระโอกาสที่สื่อมวลชนมีผลกระทบได้จริง เช่น บรรดาโครงการรณรงค์ต่าง ๆ แต่ทว่าต้องมีการวางแผนการใช้สื่ออย่างดี และควรมีการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้ไม่ได้ผล นอกจากการไปใช้ผลอย่างที่มีผลที่ต้องการแล้ว รายการสุขภาพยังอาจจะได้ผลอย่างตรงกันข้าม (Counterproductive effects)

การศึกษาเรื่องผลกระทบ ในปัจจุบันพบว่า แม้ว่าสื่อมวลชนจะไม่มีศักยภาพทำให้ประชาชนคิดได้เหมือนอย่างที่สื่อต้องการ(What to think) แต่สื่อมวลชนก็สามารถทำให้ประชาชนครุ่นคิดเกี่ยวกับเรื่องที่สื่อมวลชนยกมาพูดถึงได้ (What to think about) เช่น กรณีของโรคเอดส์ที่ทำให้ประชาชนกลัว จนไม่กล้าคบหาและรังเกียจผู้ติดเชื้อเอดส์ อันได้แก่แนวคิดเรื่อง Agenda Setting

ในส่วนที่เกี่ยวกับสุขภาพนั้น Wallack เสนอว่า สื่อมวลชนสามารถจะดักขย้ำความเชื่อเดิม ที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ สาเหตุของปัญหา รวมทั้งสร้างความชอบธรรมกับวิธีการแก้ปัญหา ดังที่เขาเห็นว่า จากการวิเคราะห์รายการปัญหาสุขภาพในสื่อมวลชน มักจะพบว่า มีการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาสุขภาพว่าเกิดจากพฤติกรรมส่วนบุคคล เพราะว่าวิธีแก้ไขปัญหาก็เป็นความรับผิดชอบของบุคคล ทั้ง ๆ ที่จริงแล้ว ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่เกิดมาจากสภาวะทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมมากกว่า ด้วยเหตุนี้ แม้ว่ารายการสุขภาพทางโทรทัศน์จะไม่มีประโยชน์ต่อผู้รับสารเท่าใดนัก (เช่น นำไปปฏิบัติไม่ได้) แต่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอยู่เบื้องหลังก็คือ การปูพื้นฐานหรือการดักขย้ำความเข้าใจ

ใจที่ว่า ปัญหาสุขภาพเป็นเรื่องของปัจเจกมิใช่ของสังคม Postman สรุปว่าวิธีการดังกล่าวทำให้สื่อมวลชนเป็นตัวบ่อนทำลาย/อุปสรรคของการบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดี

ในบริบทของสังคมอเมริกา ประชาชนอเมริกาเชื่อถือและใช้โทรทัศน์เป็นแหล่งในการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพอย่างมาก(ชนชั้นกลาง) ดังนั้น หากจะใช้สื่อมวลชน/โทรทัศน์เพื่อส่งเสริมสุขภาพต้องวิเคราะห์ถึงเรื่องวิธีการนำเสนอปัญหา การแก้ปัญหา การวิเคราะห์ผู้รับสารว่าสามารถนำไปปฏิบัติได้หรือไม่ เป็นต้น

Wallack ได้นำเสนอวิธีการวิเคราะห์ในรายละเอียดว่า กลยุทธ์ที่ทำให้สื่อมวลชนกลายเป็นอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพที่ดีมี 3 ประการ

1) การลดทอนปัญหาสุขภาพให้กลายเป็นเรื่องของแต่ละบุคคล โดยวิเคราะห์ว่า การใช้ชีวิตไม่ถูกต้องของประชาชนเป็นเพราะขาดข้อมูล หรือมีข้อมูลแล้วแต่ต้องตัดสินใจ เช่น ปัญหาโภชนาการ เพราะว่าถ้าให้ข้อมูลเท่านั้นก็จะทำตามได้

ทัศนศึกษาดังกล่าวมองข้ามความสัมพันธ์ระหว่างชนชั้นทางสังคมกับการเป็นโรคเจ็บป่วย บางทีชนชั้นต่ำอาจจะมีความรู้ด้านโภชนาการอย่างดี แต่กินตามไม่ได้เพราะ ไม่มีทางเลือก

เพราะว่าคนยิ่งดูโทรทัศน์มาก ก็ยิ่งเชื่อในเนื้อหาของโทรทัศน์ที่มีการอธิบายเรื่องสุขภาพ ว่าเกี่ยวข้องกับการกินยา, การดื่ม, การออกกำลังกาย, การเชื่อมั่นในหมอ และไม่สนใจเรื่อง “การป้องกันตนเอง” เนื่องจากเนื้อหารายการสุขภาพมักจะรายงานเรื่อง “การผ่าตัดที่มหัศจรรย์” และ “ยาวิเศษ” เนื้อหารายการโทรทัศน์ในอเมริกา จะกล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความยากจนของสังคมกับการเกิดโรคน้อยมาก

2) การส่งเสริมผลิตภัณฑ์โดยละเอียดเรื่องสุขภาพอนามัย

การรณรงค์เรื่องสุขภาพมักจะต้องประกอบด้วยมิติของการใช้ข่าวสารที่ต้องคิดทบทวนไตร่ตรอง ใช้ชีวิตอย่างพอคิ(moderate)และมีสติ แต่มีติดังกล่าวจะขัดแย้งกับลักษณะการโฆษณาที่มักโน้มน้าวให้ใช้ชีวิตเกินพอดี และเนื่องจากธรรมชาติของโทรทัศน์ต้องพึ่งพาโฆษณา ดังนั้น ไม่ว่าจะ เป็นเนื้อหาการประเภทใด ที่มีปัจจัยด้านโฆษณามาเกี่ยวข้อง จึงมักเดินสวนทางกับการมีสุขภาพที่ดี

3) การดองย่ำสภาพสังคมที่มี

ประวัติศาสตร์การพัฒนาสุขภาพที่ผ่านมาได้เสนอให้เห็นว่า การจะมีระบบสุขภาพอนามัยที่ดี ต้องมีการเปลี่ยนแปลงสังคมและมีความนึกคิดในสังคม เช่น ต้องทำให้ระบบการรักษาพยาบาลเป็นบริการมากกว่าสินค้า แต่สื่อมวลชนมักดองย่ำระบบที่เป็นอยู่ ดังนั้น การจะนำเสนอเอาสื่อมวลชนมาใช้ส่งเสริมสุขภาพ จึงขัดแย้งกันในตัว

ถึงแม้ Wallack จะมองเห็นด้านที่เป็นอุปสรรค ในการนำเอาสื่อมวลชนมาใช้ส่งเสริมสุขภาพ แต่เขาก็ยังเห็นว่าภารกิจดังกล่าวยังคงเป็นเรื่องท้าทายนักวิชาการสื่อมวลชน, และนักวิชาการสาธารณสุข ดังนั้นเขาจึงเสนอว่า จำเป็นจะต้องแสวงหาบทบาทที่สร้างสรรค์ของสื่อมวลชนที่ถูกใช้สำหรับเรื่องสุขภาพออกมา และจะต้องแสวงหาหนทางใหม่เพื่อเอาชนะอุปสรรคที่กล่าวมา ตัวอย่างกลยุทธ์ที่เขาได้นำเสนอก็คือ

- (1) สื่อมวลชนต้องทำหน้าที่กำหนดวาระที่สำคัญของประเด็นสาธารณสุขต่อไป เช่น ยาเสพติด, เอดส์, อุบัติเหตุ เป็นต้น
- (2) นักสื่อสารมวลชนและนักสาธารณสุขต้องทำงานร่วมกันให้ข่าวสารแก่กลุ่มเสี่ยงและผู้มีโอกาสน้อยด้านสุขภาพ
- (3) นักสื่อสารมวลชนต้องแสวงหารูปแบบใหม่ของการนำเสนอข่าวสารด้านสุขภาพ เช่น การเชื่อมโยงระหว่างเนื้อหาภัยร้ายการบันเทิง
- (4) นอกเหนือไปจากการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของบุคคล และยังคงก้าวไปถึงมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองที่เป็นสาเหตุของสุขภาพ ทำให้ประชาชนเข้าใจรากฐานของปัญหา
- (5) นักสื่อสารมวลชนต้องเรียนรู้เกี่ยวกับสมมติฐานของโรค และวิเคราะห์แผนงานโครงการส่งเสริมสุขภาพต้องวิเคราะห์ "อุดมการณ์การสร้างความเจ็บป่วย" เพื่อการขยายท่าที
- (6) นักสื่อสารมวลชนอาจจะต้องเข้าใจว่าประชาชน อาจจะไม่ต้องการปริมาณข้อมูลด้านสุขภาพ จึงจะมีสุขภาพที่ดี แต่อาจจะต้องการทักษะเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลและการใช้ข้อมูล

ดังนั้น การใช้สื่อมวลชน/โทรทัศน์เพื่อพัฒนาสาธารณสุขนั้น ควรมุ่งเน้นเพื่อเป็นเครื่องเตือน (Reminders) ให้กับผู้ที่ไม่รู้ โดยเฉพาะคนจน และสร้างความตระหนักรู้ (Awareness) ให้กับประชาชน ด้วยเหตุที่ว่าสุขภาพเป็นเรื่องของสังคมมิใช่ปัจเจกบุคคล

2. แนวคิดเรื่องการวิเคราะห์องค์ประกอบของการสื่อสาร

D. Morley (1992) เป็นนักวิชาการสายเศรษฐศาสตร์การเมืองที่ศึกษาวัฒนธรรมวิพากษ์ (Critical Cultural Studies) ของสำนัก Birmingham ที่สนใจในการวิเคราะห์องค์ประกอบของการสื่อสาร โดยมองว่าผู้รับสารนั้นมีลักษณะทั้งเป็นฝ่ายกระทำ(active)และเป็นฝ่ายตั้งรับ(passive) ซึ่งเขาเรียกผู้รับสารว่าเป็น “ผู้กระทำทางสังคม (Social agent) ” ที่จะมีวิธีการเลือกตีความ(Range of information)ที่น่าเสนอการวิเคราะห์เรื่องการรับสารจึงต้องวิเคราะห์สารและผู้รับสารร่วมกัน

Morley ได้นำเสนอรายละเอียดในการวิเคราะห์องค์ประกอบของการสื่อสารมวลชน ดังนี้

2.1. การวิเคราะห์ผู้ผลิต

Morley มีความสนใจในองค์ประกอบต่าง ๆ ของผู้ส่งสาร โดยเฉพาะสื่อมวลชนมีความเกี่ยวข้องกับผลผลิตอย่างไร ซึ่งเกณฑ์ดังนี้

2.1.1 ลักษณะธรรมชาติขององค์กรผู้ผลิตรายการ เป็นเกณฑ์ในการวิเคราะห์ กล่าวคือ รายการสุขภาพทางโทรทัศน์นั้นมีธรรมชาติ 2 อย่างอยู่ในตัวเอง(เหมือนกับธรรมชาติของโทรทัศน์) คือ ด้านหนึ่งเป็นธุรกิจและการหวังผลกำไร(profit-oriented) แต่อีกด้านหนึ่ง ก็ต้องเป็นการให้บริการแก่ สังคม(public service) ดังนั้น เราอาจเปรียบเทียบลักษณะของรายการสุขภาพที่ผลิตมาจากเจ้าของรายการที่ต่างกัน เนื้อหารายการมีส่วนของ “การเป็นธุรกิจและการให้บริการสาธารณะ”แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร เนื่องจากการใช้สื่อมวลชนต้องใช้การลงทุนสูง การดำเนินงานของสถาบันสื่อมวลชนขึ้นอยู่กับกำไรจากจำนวนผู้บริโภคสินค้าที่เพิ่มขึ้น อันเป็นผลจากการโฆษณาซึ่งทำให้ผู้ทำโฆษณาเหล่านี้คาดหวังที่จะใช้สื่อ เพื่อกระตุ้นผู้บริโภคสินค้าเป้าหมายให้ได้ผลกำไรสูง (Lawrence Wallack,1991)

2.1.2 ความพร้อมของอุปกรณ์ในการผลิตรายการ(Technical Equipment) เช่น ในกรณีของการผลิตรายการความรู้ อุปกรณ์ที่ช่วยในการอธิบายให้ความรู้นั้น ยุ่งยากซับซ้อน ทำให้ผู้รับสารซึ่งเป็นคนทุกระดับชั้นเข้าใจหรือไม่

2.2. การวิเคราะห์ตัวบท/สาร แนวทางสำคัญ ๆ ที่น่าสนใจมีดังนี้

2.2.1. ประเภท (genres) ของตัวบท

นักทฤษฎีกลุ่มสื่อสารมวลชนในอังกฤษ สำนัก Birmingham มีความเชื่อว่ารายการต่าง ๆ ทั้งรายการมีสาระ/เป็นเรื่องจริง (Non - Fiction/Journalistic) และรายการบันเทิงต่าง ๆ ซึ่งเป็นเรื่องแต่งขึ้น (fiction/Non - Journalistic) เช่น เกมส์โชว์ ทอล์กโชว์ รวมทั้งสารคดีทางการแพทย์ อาจเป็นแหล่งถ่ายทอดอุดมการณ์ทางสังคมอย่างค่อยเป็นค่อยไป

2.2.2. กลยุทธ์การนำเสนอ

กระบวนการเข้ารหัสและถอดรหัสไม่ได้ปรากฏอยู่ในเนื้อหาเท่านั้น แต่แฝงเร้นอยู่ในรูปแบบและวิธีการนำเสนอ (Form and Presentation) ตัวอย่าง เช่น

- การตั้งชื่อรายการ ตั้งชื่อตอนรายการ (headline) เช่น ตอน “การผ่าตัดแก้ไข สายตาผิดปกติ” ทำให้มองเห็นความสามารถของระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นต้น

- mode of address ตัวรายการได้ “เรียก” ผู้ชมให้มีฐานะอะไร ทางรายการเห็นว่าปกติผู้ชมเป็นผู้มีสุขภาพดีอยู่แล้ว หรือเป็นคนป่วย หรือเป็นผู้มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างไร เป็นต้น

2.2.3. ในตัวรายการมีมิติเรื่อง “ชนชั้น” เป็นส่วนประกอบหรือไม่

Morley มีทัศนะว่า บรรดาสถาบันและกลไกต่าง ๆ ในสังคม มักจะมีตราแห่งชนชั้นประทับอยู่ เพียงแต่จะแสดงออกอย่างเปิดเผย หรือแฝงเร้นกำบังตัวไว้เท่านั้น ยกตัวอย่างเช่น สถาบันโรงเรียนเล็กๆ จากทุกชนชั้นต่างมีโอกาสไปเรียนหนังสือในโรงเรียน หากทว่า ค่านิยมของโรงเรียนนั้นเป็นค่านิยมของชนชั้นกลาง (อันปรากฏอยู่ในเนื้อหาแบบเรียน การจัดการเวลา การกำหนดเครื่องแต่งกาย อุปกรณ์การเรียน ฯลฯ) เพราะฉะนั้น ผลที่จะเกิดขึ้นก็คือ เด็กที่มาจากครอบครัวชนชั้นล่างจะไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานการศึกษาได้ เช่น เด็กที่อยู่ในสลัมจะไม่สามารถปฏิบัติตามสุขบัญญัติที่ว่า “นอนให้พอในห้องที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก” รายการสุขภาพทางโทรทัศน์ก็อาจจะทำหน้าที่เหมือนกับสถาบันโรงเรียน หากรายการบรรจุเอามาตรฐานและค่านิยมของชนชั้นกลางหรือ

ชนชั้นสูงที่ผู้ชมชั้นล่าง ไม่อาจจะปฏิบัติตามได้ ตัวอย่างเช่น คำแนะนำ จากทางรายการที่ว่า “เมื่อเจ็บป่วย อย่าไปซื้อยากินเอง ขอให้ปรึกษาแพทย์” ถ้าทำตามมาตรฐาน ดังกล่าวนี้ จึงจะเรียกว่า “เป็นคนที่รักและสนใจสุขภาพของตนเอง” แน่แน่นอนว่าสำหรับคนยากจน จะไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานดังกล่าวได้ (เพราะเรื่องการรักษาในสังคมไทยมีลักษณะเป็น “สินค้า “ ที่ต้องการกำลังซื้อมากกว่าจะเป็น “บริการสาธารณะ”) คำแนะนำดังกล่าว จึงเป็นคำแนะนำที่มาจากมาตรฐานของคนตั้งแต่ชนชั้นกลางขึ้นไป และแตกต่างจากคำแนะนำที่ว่า “หากจำเป็นต้องซื้อยาแก้ปวดกินเอง ก็มีคำแนะนำว่าต้องรับประทานน้ำมาก ๆ “ ซึ่งเป็นคำแนะนำที่มีตราแห่งชนชั้นต่างประทับอยู่

องค์ประกอบของเนื้อหารายการสุขภาพที่เป็นตัวบ่งชี้ชนชั้น มีดังนี้

(i) รายการนั้นให้ความสนใจกับโรคประเภทใด เนื่องจากลักษณะของโรค ก็เกี่ยวข้องกับชนชั้นอยู่แล้ว โรคอ้วน โรคหัวใจ การทำศัลยกรรมพลาสติก มักจะเป็นโรคของคนรวย ในขณะที่โรคผิวหนัง โรคขาดอาหาร วัณโรค โรคที่เกิดจากการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมจะเป็น โรคของคนยากจน เป็นต้น

(ii) วิธีการให้คำอธิบายสาเหตุของโรคและการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยนั้น ก่อตัว มาจากสภาพชีวิตที่เป็นจริงของชนชั้นไหน

2.3 การวิเคราะห์ผู้รับสาร ในทัศนะของ Morley สามารถวิเคราะห์ผู้รับสารได้ดังนี้

2.3.1 การศึกษาโครงสร้างทางสังคมของกลุ่มผู้รับสาร ได้แก่ การใช้เกณฑ์ด้านประชากร เช่น อายุ รายได้ เพศ ระดับการศึกษา รวมทั้งตัวแปรด้านชนชั้นเข้ามาวิเคราะห์ โดยมีแนวคิดเบื้องหลังว่า คนที่อยู่ในแต่ละชนชั้นจะสามารถเข้าถึงและตีความรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ (ซึ่งเป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมอย่างหนึ่ง) ที่แตกต่างกัน

2.3.2 พฤติกรรมการรับชม (Viewing Behavior) เป็นการขยายแนวคิดจากพฤติกรรมการเปิดรับสาร (Exposure Behavior) ให้มีมิติเชิงคุณภาพของการเปิดรับ เช่น เปิดรับกับใคร ที่ไหน เปิดรับอย่างไรใจจดใจจ่อ หรือเปิดรับแบบผ่าน ๆ ไป ซึ่งจะช่วยอธิบายผลของการรับสารได้ดีขึ้น โดยมีมิติต่าง ๆ ดังนี้

i) ความสนใจในการเปิดรับ (Attention) ได้แก่ การศึกษาว่าผู้รับสารมีความสนใจที่จะดูหรือไม่ดูรายการต่าง ๆ ซึ่งอาจสัมพันธ์กับประเภทรายการก็ได้ เช่น อาจสนใจ ดูละครโทรทัศน์แต่ไม่ดูข่าว การวิจัยครั้งนี้มีคำถามว่า คนชนชั้นไหนที่สนใจติดตามดู รายการสุขภาพทางโทรทัศน์

ii) ลักษณะการคิดไตร่ตรองในขณะที่ดู (Reflexive) ได้แก่ วิธีการเปิดรับของผู้รับสารนั้นเป็นแบบดูแล้วเชื่อถือหมด ดูแล้วไม่ติดตาม หรือดูแล้วรู้จักคิดพิจารณาไตร่ตรองตามไปด้วย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับผลกระทบของสื่อมาก

iii) ช่วงเวลาที่ดู (Temporal organization) การศึกษาในเรื่องช่วงเวลาที่ดูนั้น อาจหมายความกว้างขวางกว่าคำตอบที่ว่า ผู้รับสารเปิดรับรายการต่างๆ ในช่วงเวลาไหนเท่านั้น หากแต่ หมายความว่าสิ่งที่สื่อมวลชนประเภทต่างๆ ได้เข้าไปจัดระบบการใช้ชีวิตประจำวันของผู้รับสารอย่างไร

2.3.3. การเข้าถึงตัวบท (Access to relevant text) นอกจากพฤติกรรมการเปิดรับ สาร เกิดจากปัจจัยภายใน(Endogeneous Factors)เช่น ความสนใจ ทัศนคติ ฯลฯแล้ว ปัจจัยภายนอก(Exogeneous)ที่เป็นตัวแปรแทรกในการเปิดรับสาร เช่น ชาวบ้านในชนบทไม่เปิดรับสื่อสิ่งพิมพ์ก็เนื่องจากหนังสือไปไม่ถึง หรือคนจนอ่านหนังสือน้อยกว่าดูโทรทัศน์ เพราะหนังสือเป็นสื่อที่ต้องเสียเงิน หรือถึงแม้รายการจากโทรทัศน์ไม่มีปัญหาอุปสรรคด้านระยะทางหรือเศรษฐกิจก็ตาม แต่ปัจจัยการเข้าถึงก็คือ ช่วงเวลาของรายการ ถ้ารายการสุขภาพถ่ายทอดในช่วงเวลาทำงาน ผู้รับสารที่ต้องทำงานนอกบ้านก็จะหมดโอกาสเข้าถึงตัวบท

2.3.4. กระบวนการรับรู้ของผู้รับสาร (Perception of audience) Morley ได้แยกออกเป็น 4 ขั้นตอน หลังจากการเปิดรับแล้ว คือ

- การจดจำได้ (Recognition)
- ความเข้าใจในเนื้อหาสาร (Comprehension)
- การตีความจากสาร(Interpretation)ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมในการถอดรหัสของผู้รับสาร
- การมีปฏิกิริยาตอบสนอง (Response)

ขั้นตอนทั้ง 4 นี้ จะเป็นตัวกำหนดว่าผู้รับสารจะนำเอาข่าวสารหรือความรู้ ที่ได้จากสื่อไปปฏิบัติตามได้หรือไม่มากนักเพียงใด

2.3.5. การวิเคราะห์ผลกระทบที่มีต่อผู้รับสาร มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

i) การกำหนดวาระให้แก่ประชาชน

นักวิชาการได้ให้ทัศนะเกี่ยวกับการใช้สื่อที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพที่หลากหลาย(Lawrence Wallack ,1991) เช่น ควรมุ่งเน้นเพื่อเป็นเครื่องเตือน(Reminders) ให้กับผู้ที่ไม่รู้และสร้างความตระหนักรู้ (Awareness) ให้กับประชาชน อีกทั้งสื่อยังสามารถที่จะช่วยในการ “จัดการถกเถียงวาระประเด็นความสำคัญต่าง ๆ ให้แก่สังคม (Set the Discussion Agenda for Society)” และช่วยสร้างขอบเขตภายในที่ซึ่งมีการอภิปรายให้สามารถตีกรอบความสำคัญ เพื่อชูประเด็นของ ปัญหาได้ สื่อสามารถจะช่วยย้ำเตือนปัญหาสุขภาพ และทำให้เกิดความคิดเห็นที่ขยายวงกว้างออกไปในการตัดสินใจปัญหาต่าง ๆ จึงควรเข้าใจถึงรูปแบบการดำเนินชีวิต(Life Style) ผสมผสานไปกับ การนำเสนอข้อมูล (Presentation) เนื่องจากสื่อสามารถกลายเป็น ทั้งอุปสรรค(Barrier)และ/หรือตัวเอื้อ (Facilitator)ในการส่งเสริมสุขภาพ ดังงานวิจัยของโอคีฟ&เรียด-แนส(O’Keefe & Reid Nash,1986) แอทกิน (Atkin,1981) แมคโคบี & อเล็ก-ซานเดอร์ (Maccoby & Alexander ,1980) โซโลมอน(Solomon,1982)และแมคไกว์(McGuire,1984) ที่เห็นด้วยกับบทบาทความสำคัญของสื่อในการช่วยกำหนดวาระสำคัญของปัญหาสุขภาพได้ รวมทั้ง อิทธิพลของสื่อมวลชนไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่วนบุคคล เนื่องจากการใช้สื่อ นั้น จะได้ผลดีเฉพาะ การคอกย้ำ(Reinforce)ความคิดเห็นเดิมที่มีอยู่เดิมของสาธารณชน (Public Opinion) มากกว่าการชักนำให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล (Individual Behavior) ดังการศึกษาของสุนิมิต ประทีปเสน (2534) พบว่า การเปิดรับสารโฆษณาส่งเสริมตั้งคม(PSA) ทางโทรทัศน์มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการเลือกและการจดจำของผู้บริโภคในกรุงเทพมหานคร แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภค

ii)การสร้างอัตถัถกณณ์ของบุคคล

แนวทางในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสารและผู้รับสาร ในตัวบทเอง(text)จะต้อง มีการวางกรอบความหมายอันหลากหลายเอาไว้ชุดหนึ่ง (Structured Polysemy) โดยที่ตัวบทหนึ่ง ไม่สามารถจะเลือกบรรจุความหมายเอาไว้เพียงความหมายเดียวเท่านั้น หรือไม่สามารถ

จะปิดกัน ความหมายอื่น ๆ ที่อาจจะแตกต่างออกไปบ้างได้อย่างแน่นอน ในด้านผู้รับสารเองก็มีอิสระในการที่จะเลือกตีความหมายได้ อย่างไรก็ตาม อิสระในการตีความของผู้รับสารก็มีข้อจำกัดที่ไรขอบเขตหรือไร้พรหมแดน หากทว่าจะต้องอยู่ภายในกรอบแห่งความหลากหลายที่บรรจุอยู่ในตัวบทนั้น และความสัมพันธ์ระหว่างการก่อตัวเป็น Subject ของผู้รับสาร(Continuted Subject) ที่มีปฏิสัมพันธ์กับวาทกรรมพิเศษๆ แต่ละชุดจากสื่อ (specific discourses) นั้นก่อให้เกิดผลกระทบระยะยาวที่น่าสนใจ ซึ่ง Morley เรียกว่า Identity หรือ เอกลักษณะ/อัตลักษณ์ของตนเอง (กาญจนา แก้วเทพ, 2539) เช่น รายการสุขภาพทางโทรทัศน์ในช่วงเวลาต่าง ๆ จะพบว่ามีวาทกรรมชุดต่าง ๆ ปรากฏอยู่ตลอดเวลา และจะมีวาทกรรมหลายชุดที่พุ่งตรงมาที่ผู้รับสาร โดยตรง (เรียกว่ามี mode of direct address) เช่น

- ท่านผู้ชมครับ (direct address) ท่านผู้ชมเป็นคนหนึ่งใช่ไหมครับ ที่หมั่นตรวจสุขภาพประจำปีไม่เคยขาด.....”
- คุณเป็นอีกคน ใช่ไหมที่ชอบซื้อยาชุดกินเอง เวลาเป็นไข้.....”

ผู้ชมก็จะสร้างอัตลักษณ์ด้านสุขภาพขึ้นมาว่า “เขาเป็นคนอย่างไรในแง่สุขภาพ” Morley อธิบายว่า เป็นวิธีการที่สังคมสมัยใหม่จะสร้างอัตลักษณ์(modern identity) ให้แก่บุคคล และเนื่องจากวาทกรรมชุดต่าง ๆ ในสื่อมวลชนที่สถาปนาอัตลักษณ์ของบุคคลนั้นมีความแตกต่าง หลากหลายและมากมาย เพราะฉะนั้นในท้ายที่สุดแล้ว อัตลักษณ์ของคนสมัยใหม่ก็จะเป็นผลเกิดจากกระบวนการทำงานของวาทกรรมอันหลากหลายเหล่านี้

Morley กล่าวว่า กิจกรรมการชมโทรทัศน์นั้นเป็นปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างความเป็นจริงของผู้รับสารกับรูปแบบเชิงสัญลักษณ์ของตัวบท (symbolic form of text) เช่น ในระหว่างที่ดูรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ ผู้รับสารก็จะถามตัวเองว่า “เราเคยมีอาการที่วิทยาการกำลังบรรยายอยู่หรือไม่” คำอธิบายดังกล่าวของ Morley ได้มาจากการประยุกต์แนวคิดเรื่อง Interpellation ของ L. Althusser ที่กล่าว คนเราถูกสร้าง“ตัวตน”(subject) ขึ้นมาจากการถูก“เรียก”(interpellation)จากสถาบันในสังคม เช่น ถ้าผู้หญิงที่ดูแต่ถูกตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ก็จะถูก เรียกว่า “เป็นคุณแม่คนดี ที่หนึ่งเลย” ถ้าผู้หญิงคลอดลูกแล้วเอาไปทิ้งถึงขยะก็จะถูกเรียกว่าเป็น “แม่ใจยักษ์” โดยที่ Morley ได้นำมาประยุกต์ว่า ในยุคปัจจุบันสถาบันจะ“เรียก”ความเป็นตัวตนของคนได้มากที่สุดก็คือ สถาบันสื่อมวลชน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากไม่มีวาทกรรมชุดใดที่ผูกขาดการ “เรียก” การสถาปนาตัวตนของบุคคลได้ ดังนั้น ในเนื้อที่ของสื่อมวลชนจึงเป็นเวทีแห่งการต่อสู้และช่วงชิงการเรียกและสถาปนาตัวตนของบุคคลอยู่ตลอดเวลา (ซึ่ง Althusser เรียกว่าเป็น “การต่อสู้ทางอุดมการณ์”)

3. สะท้อนชะงะทางการแพทยักับแบบแผนการเจ็บป่วยของสังคมไทย

ในปี 2523 ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันในกฎบัตรเพื่อพัฒนาการทางสุขภาพ(CHARTER FOR HEALTH DEVELOPMENT) ต่อดังการอนามัยโลก โดยมีเป้าหมาย Health for All by the Year 2000 - สุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 นั้น เป็นการวาคภาพสังคมในอนาคตว่า ทุกครอบครัว ทุกคนมีสิทธิ มีส่วนร่วมกันพัฒนาสุขภาพ ทุกคนมีโอกาสเท่าเทียมกันที่จะเข้าถึง และได้รับประโยชน์จากการสาธารณสุขขั้นมูลฐานทอรัพยากรที่จะใช้ในการพัฒนานั้น จะได้รับการจัดสรรอย่างเป็นธรรมและเป็นไปเพื่อประโยชน์ของคนส่วนใหญ่ ประกอบกับความหมายของการพัฒนาที่หมายถึงการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคลในสังคม และวิถีทางที่คนในสังคมมีปฏิริยาสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เป้าหมาย ของการพัฒนาสุขภาพที่แท้จริง คือ การที่บุคคลสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี

มัตถิกา มัตถิโก (2530) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง(self care)เป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) ฝุงรักษาภาวะสุขภาพ (Health maintenance) การป้องกันโรค(Disease prevention)การบำบัดรักษาตนเอง(Self treatment) ซึ่งรวมความไปถึงการฟื้นฟูสภาพ ร่างกาย จิตใจ (Rehabilitation)ภายหลังการเจ็บป่วย กระบวนการดูแลสุขภาพตนเองนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของบุคคลไม่ได้เกิดเฉพาะครั้งคราว จากการศึกษาของ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2530) พบว่า คนไทยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ขึ้นอยู่กังบึงอัยของสังคม และบึงอัยถึงแวดล้อมเป็นส่วนใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลสุขภาพตนเองทั่วไป การดูแลสุขภาพตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเบียงเบนของสุขภาพ(ภาวะเจ็บป่วย) อย่างไรก็ตาม การดูแลสุขภาพของคนไทยบนพื้นฐานของการแพทยัแผนปัจจุบัน พบว่า คนไทยมีรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพ ทางด้านการรักษามากกว่าการป้องกัน ดังการศึกษาของหิมพัลลัและคณะ(2529)และ วีระพันธ์และคณะ(2531) พบว่า พฤติกรรมการรักษาตนเองเป็นพฤติกรรมแพร่หลายที่สุด ส่วนใหญ่เป็นการใช้ยาแผนปัจจุบันมากกว่ายาสมุนไพร โดยลักษณะการใช้ยารักษาตนเอง อาจสืบทอดมาจากการปลูกฝิงให้คนไทยในสมัยก่อนใช้ยารักษาตนเอง ซึ่งเป็นปัญหาการใช้เกินยาความจำเป็น ดังการศึกษาของธนากร โลก ปี 2534 พบว่า ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขสูงมากโดยเฉพาะค่าใช้จ่าย ด้านสาธารณสุขของครัวเรือนมากกว่าภาครัฐถึงร้อยละ 46 โดยส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในการใช้บริการจากคลินิกและโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติ แห่งชาติปี 2533 พบว่า ครัวเรือนจ่ายเงินเพื่อบริการประเภทนี้เฉลี่ยเดือนละ 75 บาท หรือร้อยละ 40 ของ

การใช้จ่ายสำหรับบริการทางการแพทย์เดือนละ 185 บาท อีกทั้งมีแนวโน้มที่จะทำการรักษาโดยใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีสมัยใหม่เกินความจำเป็น สิ่งที่เห็นได้ชัด คือ ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านยาสูงมากโดยคิดเป็นร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขทั้งหมด ซึ่งทำให้ประชาชนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้น ทั้งที่อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยประมาณ 68.9 ปี ซึ่งต่ำกว่ามาเลเซีย และศรีลังกา ที่มีประชากรอายุขัยเฉลี่ย 70.5 ปี และ 71.3 ปี ตามลำดับ

เนื่องจากการแพทย์แผนปัจจุบันประสบความสำเร็จในการเอาชนะโรคติดเชื้อร้ายแรง ที่คร่าชีวิตมนุษย์เป็นล้านๆ เช่น กาฬโรค อหิวาตกโรค วัณโรค ไทฟอยด์ ฯลฯ ตั้งแต่ ปลายศตวรรษที่ 19 เป็นต้นมา การแพทย์แผนปัจจุบันทำให้ผู้คนตื่นตะลึงไปกับความสำเร็จและประดิษฐกรรมใหม่ ๆ นับแต่การค้นพบยาปฏิชีวนะไปจนถึงการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและการแปลงเพศ เทคโนโลยีอันซับซ้อนถูกนำมาใช้ในการวินิจฉัยโรคอย่างน่าพิศวง ในด้านการบำบัดรักษาวิทยาการทางด้านอายุรศาสตร์ รังสีวิทยา และ ศัลยศาสตร์ ได้ทำให้การแพทย์แผนปัจจุบันกลายเป็นวิทยาศาสตร์ชั้นสูงที่สอดคล้องกับสังคมอุตสาหกรรมและยุคอวกาศ ทำให้คนเราขาดการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพในเชิงป้องกัน เพราะเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยก็จะพึ่งพาแพทย์และวิทยาการแผนปัจจุบัน(ตะวันตก) ซึ่งมองสุขภาพ แบบแยกส่วน โดยมุ่งความชำนาญเฉพาะทางพึ่งพาเทคโนโลยีวินิจฉัยและบำบัดรักษาอวัยวะ เฉพาะส่วนที่แปรปรวนไป

อย่างไรก็ตาม แบบแผนการเจ็บป่วยของคนไทยมีแนวโน้มเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อเป็นโรคจากความมั่งคั่งฟุ่มเฟือยเกิดจากการกินมากเกินไปจนอ้วน ทำงานนั่งโต๊ะ ไม่ได้ออกกำลังกาย เคร่งเครียดมาก สูบบุหรี่มาก ดื่มสุรามาก ฯลฯ เช่น โรคหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคเส้นเลือดในสมองตีบและแตก รวมทั้ง โรคเกิดจากความแออัดขัดเขียด มลภาวะของสิ่งแวดล้อม และอาหารเป็นพิษภัยด้วยสารมะเร็ง การจราจรหนาแน่น ความเคร่งเครียด ต้องต่อสู้แข่งขัน ความไม่เป็นระเบียบ ฟุ้งเฟ้อ สับสนทางเพศ การไม่สามารถปรับตัวปรับใจ ความวิปริต ไม่สมหวังในอารมณ์ จนเกิดพยาธิสภาพทางสังคมทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น มะเร็ง อุบัติเหตุ การเป็นพิษ การขาดเจ็บ การคิดหาเหตุผล โรคกระเพาะ อาหารเป็นแผล โรคจิต โรคประสาท กามโรค และที่ร้ายแรงที่สุด คือ **โรคเอดส์** นั้น มีอาจ ที่จะพึ่งพาการแพทย์แผนปัจจุบันได้เพียงอย่างเดียว เพราะวิทยาการทางการแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่สามารถบำบัดรักษาได้ และสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคเหล่านี้เกิดจากพฤติกรรมของบุคคล อีกทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันต้องใช้ทุนเป็นปัจจัยหลัก ซึ่งไม่สอดคล้องกับการเป็นประเทศกำลังพัฒนานัก ดังนั้น การมีสุขภาพที่ดีจึงต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งต่อตนเอง สังคม และสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ ซึ่งแนวคิดนี้คือ การมองสุขภาพแบบองค์รวม(Holistic Health)

ที่มีแนวคิดและวิธีการที่มองมนุษย์ในฐานะเป็นระบบหนึ่งๆ ซึ่งสัมพันธ์เชื่อมโยงกับระบบอื่นๆ ทั้งที่เล็กกว่าและใหญ่กว่าอย่างแยกไม่ออก ความเจ็บป่วยจึงมิใช่เป็นเรื่องความผิดปกติของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งใด ๆ แต่เป็นผลจากความแปรปรวนของระบบใหญ่เริ่มตั้งแต่ร่างกายทั้งระบบไปจนถึงระบบความสัมพันธ์ที่มีต่อสังคม และธรรมชาติแวดล้อมที่แตกต่างกันไป แนวทางการบำบัดรักษาจึงเน้นเรื่องคุณภาพมาก ซึ่งการฟื้นฟูคุณภาพนั้นแต่ละแนวทางมีความแตกต่างกัน แต่สิ่งหนึ่งที่มีร่วมกันก็คือ การให้ความสำคัญกับวิถีชีวิตและการประพฤติปฏิบัติตัวเป็นกิจวัตร ซึ่งมีได้ครอบคลุมเฉพาะบุคคลเท่านั้น หากยังรวมสัมพันธ์ถึงความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และที่สำคัญคือ การมีทัศนคติหรือการวางจิตใจอย่างถูกต้อง ต่อสิ่งที่ประสบในชีวิต หรือต่อสิ่งที่คาดหวังจากชีวิต นั่นคือการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเอง รวมทั้งความหลากหลายของวิธีการเพื่อสุขภาพที่ดี การแพทย์องค์รวมมีลักษณะบูรณาการ คือ ผสมผสานวิธีการบำบัดรักษาหลายอย่างเข้าด้วยกัน เช่น การบำบัดด้วยอาหาร การออกกำลังกาย การรู้จักคลายความเครียด การปรับทัศนคติให้ถูกต้อง การฝังเข็ม การนวด เป็นต้น ไม่พึ่งพาหรือเชี่ยวชาญในวิธีการใดวิธีการหนึ่ง และการบำบัดรักษามีไว้ป้องกันหลักของการแพทย์แบบองค์รวม พฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งทางกาย จิต สังคมเป็นปัจจัยหลักต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยมากกว่า และยังสามารถป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อบางชนิด ซึ่งยังพบในเขตชนบท เขตชุมชนแออัด และเขตชุมชนรอบนอกของเมืองใหญ่ได้ด้วย สอดคล้องกับคำรงค์ บุญอิน (2538) ที่กล่าวถึง ทิศทางการพัฒนาด้านสาธารณสุขของไทยในทศวรรษหน้า (ทางด้านการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข)ว่า ต้องสร้างสิ่งจูงใจให้กับบุคคลทุกระดับ ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ ตั้งแต่การป้องกันโรคด้วยพฤติกรรมสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ โดยเฉพาะการละเว้นสุราและบุหรี่ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การใช้รถใช้ถนนที่ถูกต้อง พฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย รวมทั้ง ให้ความสำคัญต่อการดูแลสิ่งแวดล้อม และสามารถรักษาตนเอง ครอบครัวยุ และชุมชนในเบื้องต้นได้ โดยไม่จำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจึงเป็นทัศนะใหม่ด้านสุขภาพที่น่าสนใจ เนื่องจากเป็นแนวคิดสุขภาพที่บุคคลสามารถพึ่งพาตนเองได้ ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเหมาะสมกับสังคมไทย ซึ่งมีโครงสร้างสังคมแบบพีรามิดโดยที่ฐานเป็นกลุ่มคนยากจน อีกทั้งบุคคลทุกระดับในสังคมสามารถเข้าถึงได้

ความแตกต่างของแนวคิดการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แบบองค์รวม

การแพทย์แผนปัจจุบันจะสะท้อนถึงกระบวนการทัศน์และวัฒนธรรมอุตสาหกรรม ซึ่งมี โรงงานอุตสาหกรรมเป็นแม่แบบและรูปธรรมที่ชัดเจน สำหรับการแพทย์แบบองค์รวมสะท้อนถึงกระบวนการทัศน์และวัฒนธรรม แนววินิเวศวิทยา ซึ่งมีความแตกต่างกันดังนี้ (แลงขอบฟ้าเขียว,2533)

การแพทย์แผนปัจจุบัน	การแพทย์แบบองค์รวม
1. แยกส่วน แบ่งความชำนาญออกเป็นเรื่องๆ เกี่ยวข้อง กับผู้ป่วยเป็นส่วน ๆ ไม่มีใคร รับผิดชอบผู้ป่วยทั้งคน	1. ผสานรวม สนใจชีวิตทุกส่วนของผู้ป่วย ทั้งการงาน การออกกำลังกาย ครอบครั้ว ชีวิตทางสังคม อาหาร ภาวะจิตใจและอารมณ์
2. รวมศูนย์ ขณะที่ การผลิตสินค้า รวมศูนย์อยู่ใน โรงงาน อำนวยาในการรักษาก็รวมศูนย์ อยู่กับสถาบัน การแพทย์ และแพทย์เองก็กระจุกอยู่ใน โรงพยาบาล ใหญ่ ความรู้และเทคโนโลยียากที่จะกระจาย ไปยัง คนทั่วไป ส่วนบริการทางการแพทย์ก็ยากที่จะกระจาย ไปยังชุมชนห่างไกล	2. กระจายอำนาจ พยายามที่จะให้อำนาจหรือสมรรถนะ การรักษาแพร่หลายสู่ทุกคน เท่าที่จะทำได้
3. บริการเหมือนผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป ที่ออกมาจาก โรงงาน กล่าวคือ ให้บริการทางการแพทย์อย่างเดียวกันแก่ทุกคน ซึ่งมีอาการ อย่างเดียวกัน (อาจมีสาเหตุต่างกัน)	3. เน้นเฉพาะตัวของผู้ป่วย ตระหนักว่าผู้ป่วย แต่ละคน มีลักษณะเฉพาะตัวที่ต้องอาศัยวิธีการเฉพาะอย่าง ที่สอดคล้องกัน
4. ทุนเป็นปัจจัยหลัก กระบวนการรักษาให้ความสำคัญแก่เครื่องจักรและเทคโนโลยี ราคาแพงละเลยคุณค่าของการเอาใจใส่ใกล้ชิดและความสัมพันธ์ฉันเพื่อนมนุษย์ที่หมอมองหามี ต่อผู้ป่วย	4. เน้นมนุษยธรรม คำนึงถึงความเติบโตของ มนุษย์ และคุณภาพชีวิตมากกว่าที่จะสนใจการขยายตัวของ โรงพยาบาล
5. มุ่งเติบโตทางวัตถุอย่างไม่มีขีดจำกัด เน้นการสร้างโรงพยาบาลให้มากขึ้นและขยายให้ใหญ่โตขึ้นไม่ประสานกับธรรมชาติไม่สนใจที่จะร่วมมือกับธรรมชาติเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ในการรักษาตนเองของร่างกาย	5. ตระหนักถึงสมดุลทางนิเวศวิทยา สนับสนุน ให้ร่างกายทำการเสริมสร้างบำบัดตัวเองมากกว่าที่จะใช้ ยาหรือสารเคมีแปลกปลอมมารุกราน ร่างกาย
6. เน้นเทคโนโลยีขั้นสูง ยิ่งเทคโนโลยีในการ วินิจฉัย และรักษามีความซับซ้อนมากเท่าไร ก็ยิ่งดีเท่านั้น	6. เน้นเทคโนโลยีที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงเครื่องมือซับซ้อนที่ทะลุทะลวงร่างกายเช่น เครื่องเอ็กซเรย์ การฉายรังสี

เนื่องจากสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างใกล้ชิด กล่าวคือ ความสามารถของบุคคลแต่ละกลุ่มแต่ละชนชั้น มีความแตกต่างกันในการจัดสถานะแวดล้อมตนเองเพื่อการมีสุขภาพที่ดี รวมถึงโอกาสในการเข้าถึงบริการทางแพทย์ด้วย ภาวะการเจ็บป่วยที่พบในสังคมไทย ปัจจุบันจึงมีทั้งกลุ่มโรคที่เกิดจากความยากจนและความขาดแคลน(Disease of Poverty & Deficiency)และกลุ่มโรคที่เกิดจากความมั่งคั่งและฟุ่มเฟือย รวมทั้งมีภาวะตั้งแวดล้อม (Disease of the rich & Affluence) ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมมีบทบาทสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของบุคคล ในขณะที่เชื่อกันตามหลักนิเทศศาสตร์ที่ยอมรับว่า ฐานะเศรษฐกิจและสังคมมีผลต่อประสิทธิภาพของการสื่อสาร ตั้งแต่กระบวนการเลือกรับข่าวสารที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของแต่ละสังคม จนถึงผลกระทบของการสื่อสารทั้งด้านข่าวสารและทางสังคม ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ จึงวิเคราะห์เนื้อหารายการสุขภาพทางโทรทัศน์ว่าสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของคนไทยหรือไม่ เปรียบเทียบเนื้อหารายการสุขภาพของภาครัฐและภาคเอกชน ตำรวจว่าผู้รับสารเป็นกลุ่มใดบ้าง และสัมภาษณ์ผู้รับสารแต่ละกลุ่มว่ามีการประเมินรายการสุขภาพทางโทรทัศน์เป็นอย่างไร เพื่ออธิบายถึงทิศทางของการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ประเภทของสื่อกับความรู้ด้านสุขภาพ

งานวิจัยหลายเรื่องที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

รัตนกรณ์ หลาธารัตน์ (2532) ศึกษาการเปิดรับข่าวสาธารณสุขของหญิงมีครรภ์ที่มา รับบริการในโรงพยาบาลราชวิถี โดยศึกษารูปแบบของสื่อ ความถี่ในการเปิดรับข่าว และทัศนคติต่อ เนื้อหาข่าวสาธารณสุขที่ได้รับ พบว่า หญิงมีครรภ์ที่มาใช้บริการจะมีความถี่ ในการเปิดรับข่าว สาธารณสุขทุกครั้ง สื่อภายนอกโรงพยาบาลที่เปิดรับมากที่สุด คือ สื่อบุคคล รองลงไป คือ โทรทัศน์ และวิทยุ รวมทั้งมีความเห็นว่าควรปรับปรุงการนำเสนอข่าวสุขภาพทางวิทยุและ โทรทัศน์ให้มากขึ้น

ธีรกุล สถิตนิมานการ(2537)ศึกษาความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสุขภาพความรู้สุขภาพอนามัย ด้านสาธารณสุขกับการมารับบริการของผู้มารับบริการโรงพยาบาลรามธิบดีจำนวน 360 คน เพื่อ ทราบพฤติกรรมการเปิดรับสื่อ รวมทั้งการรับรู้ก่อนมารับบริการกับความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับ ข่าวสุขภาพผ่านสื่อต่าง ๆ กับการเข้ามารับบริการที่โรงพยาบาล พบว่า ผู้มารับบริการเคยรับทราบข่าวสุขภาพ ด้านสาธารณสุขก่อนมารับบริการจากโทรทัศน์มากที่สุด และรูปแบบรายการสุขภาพที่พบทาง โทรทัศน์มีลักษณะเป็นข่าวสั้นทั่วไป ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามอายุ ระดับ การศึกษา และอาชีพ โดยเฉพาะโรคเอดส์มีการเปิดรับชมสื่อมวลชนมาก ไม่ว่าจะ เป็นกลุ่มตัวอย่างใดก็ตาม

เกศินี จุฑาวิจิตร (2533) ศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอยู่ร่วม ระหว่างผู้ติดเชื้อเอดส์ในระยะที่ไม่มีอาการกับครอบครัว พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัวเปิดรับ ข่าวสุขภาพทั่วไปทางหนังสือพิมพ์มากที่สุด แต่แทบทั้งหมดได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์จากโทรทัศน์ มากที่สุด

อังกิธรดิ ไทศาลอักษรพงษ์และคณะ(2532) ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับ โรคเอดส์ในนักเรียนมัธยมศึกษาจังหวัดสุโขทัย พบว่า ความรู้ได้จากสื่อโทรทัศน์เป็นสำคัญ

นวนน้อย วงศ์ศุคนธ์และคณะ(2534)ศึกษาชีวิต ความรู้ และการป้องกันตัวเกี่ยวกับกามโรค และโรคเอดส์ของหญิงบริการในสถานเริงรมย์ประเภทโรงแรม โรงน้ำชาและนางโหรศัพท์ ในกรุงเทพฯ พบว่า ร้อยละ 84.8 เคยรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์จากโทรทัศน์มากที่สุด

สุวรรณณี ไพร์ศรี(2536)ศึกษาการเปิดรับสื่อ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ปกครองนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตกรุงเทพฯ พบว่า การเปิดรับข่าวสารโรคเอดส์จากโทรทัศน์มากที่สุด และปริมาณการเปิดรับข่าวสารโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้อันดีและทัศนคติ

2. การวิเคราะห์เนื้อหาการสุขภาพทางโทรทัศน์

ถึงแม้ว่าจากการศึกษาพบว่าประชาชนนิยมเปิดรับข่าวสารความรู้จากสื่อโทรทัศน์ แต่มีงานวิจัยน้อยชิ้นที่ศึกษาถึงเนื้อหาของรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ ผู้วิจัยจึงนำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

ถิตตา ประพันธ์พงษ์(2534) วิเคราะห์รายการสุขภาพทางโทรทัศน์ที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า รายการสุขภาพทางโทรทัศน์มี 4 ประเภท คือ นิตยสารทางอากาศ สารคดี ละครสั้น และสนทนา เนื้อหาการสะท้อนถึงการส่งเสริมสุขภาพ และสรุปว่าโทรทัศน์ได้ดำเนินการตามภาระหน้าที่ของสื่อในการส่งเสริมสุขภาพ

กฤษณา ชิมวังใส(2537)ศึกษาเรื่อง “การวิเคราะห์รูปแบบสารโฆษณาทางโทรทัศน์” ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างลักษณะพฤติกรรมการบริโภคชั้นสูงในสังคมไทย” พบว่า การจัดลำดับชนชั้นในสังคมไทยมีการเคลื่อนที่ในเรื่องช่วงของชนชั้นและในเรื่องอายุของชนชั้น ทำให้ผู้บริโภคที่มีรูปแบบการบริโภคและรสนิยมอย่างชนชั้นสูงมีจำนวนมากขึ้นในสังคมไทย และ ระบบการสื่อสาร ในสังคมโลกเป็นตัวสนับสนุนให้เกิดกรอบอ้างอิงที่ส่งเสริมให้เกิดการเคลื่อนที่ของชนชั้น ในขณะที่เขวกัน ระบบการสื่อสารในสังคมโลกก็เป็นตัวบอกให้เห็นถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างชนชั้นในสังคมไทยได้เช่นกัน

กนิษฐา บึงวิสุทธิวงศ์(2535) วิเคราะห์โฆษณาที่เผยแพร่ทางวิทยุและโทรทัศน์ พบว่าโทรทัศน์เป็นสื่อที่แพร่หลายเข้าหมู่บ้านอย่างรวดเร็ว และใช้มูลค่าในการโฆษณาสูงที่สุดและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของชาวบ้านมากขึ้นทุกๆด้าน รวมถึง การบริโภคยา

3. ผลกระทบจากการเปิดรับสื่อมวลชน

งานวิจัยหลายชิ้นที่ศึกษาถึงผลกระทบจากการเปิดรับสื่อมวลชน เนื่องจากมีความเชื่อว่า การมีความรู้จะทำให้เกิดทัศนคติที่ดี และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้

อัญชลี สิงหสุต(2534)ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และเจตคติกับพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาในกรุงเทพฯ พบว่า ความรู้เจตคติไม่มีความสัมพันธ์ และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ สำหรับแหล่งที่ได้รับความรู้มากและประจำ คือ โทรทัศน์ร้อยละ 47.1

โจชนก บุรณะดิษฐ์(2536) ศึกษาอิทธิพลของโทรทัศน์ที่มีผลต่อการตัดสินใจบริโภค เครื่องดื่มบำรุงกำลังของพนักงานการทำเรือแห่งประเทศไทย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร พบว่า โทรทัศน์มีอิทธิพลปานกลางต่อการตัดสินใจบริโภค แต่ความคาดหวังจากประโยชน์ของสินค้า มากที่สุด

สุนิมิต ประทีปเสน(2534)ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสารโฆษณาบริการสังคมทางโทรทัศน์กับพฤติกรรมผู้บริโภค พบว่า การเปิดรับสารโฆษณาบริการสังคมทางโทรทัศน์มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการเลือกและจดจำสินค้าของผู้บริโภค และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค

นิสากร คัมภีรพูน(2537) ศึกษาการรับรู้และการจดจำภาพยนตร์โฆษณาทางโทรทัศน์ และพฤติกรรมการซื้อและใช้ยาแก้ปวดลดไข้ของกลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตกทม. พบว่า การเปิดรับ สารมากหรือน้อยไม่มีผลต่อการรับรู้และการจดจำ รวมทั้งพฤติกรรมการซื้อและใช้ยา นั่นอาจ แสดงว่า สารที่เป็นภาพยนตร์โฆษณาไม่เหมาะสมกับผู้รับสารก็เป็นได้

จะเห็นได้ว่าการเปิดรับสื่อมวลชนส่วนใหญ่พบว่า ไม่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ

จันทนา ชาญนิชวงศ์ (2529) ศึกษาการเปิดรับสื่อสารมวลชนทางด้านอาหารและโภชนาการ โดยเน้นศึกษาเกี่ยวกับความสำนึกจากการเปิดรับข่าวสารของมารดาที่นำบุตรมารับ

บริการจากแผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพญาไท และศูนย์บริการ
สาธารณสุข 2 จำนวน 300 คน พบว่า ตัวแปรด้านอายุ การศึกษา รายได้และอาชีพ มีผลต่อการเปิดรับ
สื่อมวลชน กล่าวคือ แม่ที่มีการศึกษาสูงและมีรายได้สูงจะเปิดรับสื่อมวลชน ทางด้านอาหารและ
โภชนาการสูง รวมทั้งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสำคัญทางด้านอาหาร ส่วนแม่ที่มีการศึกษาต่ำ
และมีรายได้ต่ำจะมีการเปิดรับสื่อมวลชนต่ำเช่นเดียวกับความสำคัญ

4. แนวคิดการดูแลสุขภาพกับฐานะเศรษฐกิจสังคม

การดูแลสุขภาพของบุคคลมีหลายมิติ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามฐานะเศรษฐกิจสังคม

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์และคณะ(2530) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของชาวชนบท:กรณี
ศึกษาหมู่บ้าน 2 แห่งในอำเภอชุมพวง จ.นครราชสีมา โดยมุ่งไปที่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บ
ป่วย พบว่า พฤติกรรมการรักษาตนเองเป็นพฤติกรรมแพร่หลายที่สุด ส่วนใหญ่เป็นการใช้ยาแผน
ปัจจุบันมากกว่ายาสมุนไพร ซึ่งลักษณะการใช้ยารักษาตนเอง อาจสืบทอดมาจากการปลูกฝังให้คน
ไทยในสมัยก่อนรักษาตนเองโดยใช้ยา ซึ่งเป็นปัญหาของการใช้ยาเกินความจำเป็นในปัจจุบัน และ
ฐานะทางเศรษฐกิจเข้ามามีส่วนกำหนดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง กล่าวคือ กลุ่มยากจนมี
พฤติกรรมการรักษาตนเองเท่านั้นมากที่สุด โดยไม่ต้องไปรักษาต่อยังแหล่งอื่น แต่กลุ่มคนรวยจะมี
พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นอันดับแรกสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ (ซึ่งน่าจะเป็นเพราะสามารถเข้าถึง
แหล่งบริการสาธารณสุขในด้านค่าใช้จ่ายมากกว่า และเมื่อลองเลือกรักษาตนเองสักระยะแล้ว ไม่เห็น
อาการดีขึ้นก็มีแนวโน้มจะเปลี่ยนไปแสวงหาแหล่งบริการสาธารณสุขต่าง ๆ โดยไม่รีรอ) ตรงกัน
ข้ามกับกลุ่มคนจนซึ่งเริ่มต้นด้วยการรักษาตนเองก่อน เมื่อไม่หายก็จะลองรักษาตนเอง ต่อไปอีก สักระยะหนึ่งหรืออาจเปลี่ยนวิธีการรักษาตนเองแบบอื่นๆ ไปเรื่อยๆ จนกว่าจะหาย ทั้งนี้ด้วยขีด ความ
สามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นเงื่อนไขสำคัญ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย