

แนวทางการศึกษาและ การเข้าสู่ปัญหา เรื่องการสื่อสารกับสุขภาพ

สมสุข หินวิมาน*

* อาจารย์ประจำคณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

นับตั้งแต่ทศวรรษที่ 1980 เป็นต้นมา นักวิชาการตะวันตกได้ตั้งข้อสังเกตว่า มีศาสตร์วิชาสองสาขาที่นับวันจะผสมผสานกันอย่างแนบแน่นขึ้น และจะเป็นศาสตร์ที่มีแนวโน้มได้รับความนิยมและความสนใจวิเคราะห์ศึกษากันอย่างจริงจังเป็นจํากมากขึ้น ศาสตร์ทั้งสองนี้ก็คือ สาขาวิชาด้านการสื่อสารกับสาขาวิชาด้านสุขภาพ/สาธารณสุข ซึ่งผนวกรวมกันเป็นศาสตร์ที่ชื่อว่า "การสื่อสารเพื่อสุขภาพ" (health communication) และที่น่าสนใจ การประสานชุดศาสตร์วิชาดังกล่าวนี้ ยังได้รับการผลักดันให้เป็นส่วนหนึ่งในนโยบายทางสังคมของหลาย ๆ ประเทศในโลกตะวันตก (Barnes et al 2003) รวมถึงนโยบายทางสังคมและสาธารณสุขของไทยด้วยเช่นกัน (วิพุธ พูลเจริญ 2544)

ด้วยเหตุที่ศาสตร์ด้าน "การสื่อสารเพื่อสุขภาพ" มีเส้นทางขาขึ้นอยู่ในโลกความเป็นจริงของหลาย ๆ สังคม และด้วยเหตุที่ความสัมพันธ์ระหว่างโลกความจริงกับโลกวิชาการมักสอดคล้องกันไปอย่างแยกไม่ออก ดังนั้น ในบทความชิ้นนี้ ผู้เขียนจะทำการทบทวนแนวทางการศึกษาและการเข้าสู่ปัญหาเรื่องการสื่อสารกับสุขภาพ เพื่อจะเป็นแนวทางในการบุกเบิกการพัฒนาความรู้และศาสตร์แขนงใหม่นี้ต่อไปในอนาคต ทั้งนี้ ประเด็นที่จะนำเสนอในที่นี้จะประกอบด้วยหัวข้อย่อย ๆ สามประการด้วยกัน คือ ประการแรก จะเป็นการพิจารณานิยามและความสำคัญของ "การสื่อสาร" กับ "สุขภาพ" ประการที่สอง เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารกับสุขภาพ เพื่อตอบโจทย์ 3 อย่างด้วยกัน คือ ทำที่ต่อความสัมพันธ์ของการสื่อสารกับสุขภาพ ระดับการศึกษาความสัมพันธ์ของการสื่อสารกับสุขภาพ และ ทางสองแพร่งระหว่างองค์ประกอบการสื่อสารกับสุขภาพ และ ประการสุดท้าย จะเป็นการสาธิตการใช้แนวคิด ทฤษฎี และวิธีการเข้าสู่ปัญหาเรื่องการสื่อสารกับสุขภาพ โดยอาศัย

จุดยืนทฤษฎีสองชุดคือ ทฤษฎีสายสุขภาพศึกษา (health education) และทฤษฎีสายการสื่อสาร (communication studies) โดยมีรายละเอียดของแต่ละหัวข้อ ดังนี้

1. สุขภาพ: นิยามและความสำคัญ

1.1 สุขภาพของมนุษย์สำคัญอย่างไร

หากจะถามว่า เรื่องของ 'สุขภาพ' (health) มีความสำคัญอย่างไรกับมนุษย์เราบ้าง คำตอบที่ง่ายที่สุดก็คงหนีไม่พ้นว่า สุขภาพเป็นเรื่องที่ใกล้ตัวมนุษย์มากที่สุด ในทางศาสนาพุทธก็มีคำกล่าวที่ว่า "ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ" หรืออีกนัยหนึ่ง เหนือยิ่งสิ่งใดสำหรับมนุษย์ทุกชีวิตแล้ว การมีสุขภาพที่ดีและปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ เป็นลาภที่เราต่างพยายามไขว่คว้าอยู่ตลอด หากลองคำนึงถึงความหมายแห่งปัจจัย 4 ในการดำรงชีวิตแล้ว ไม่ว่าจะปัจจัยประการใดก็ตาม ต่างล้วนเกี่ยวข้องกับมิติด้านสุขภาพของเราเสมอ ไม่ว่าจะเป็นการกินอาหารที่ดีและมีประโยชน์ต่อสุขภาพ การพักผ่อนที่อยู่อาศัยที่ถูกต้องเหมาะสม การเลือกสรรเครื่องนุ่งห่มที่ใช้ปกป้องให้ความอบอุ่นแก่สุขภาพร่างกาย และการรู้จักให้ยารักษาโรคในยามเจ็บไข้ได้ป่วย เพียงหลักพื้นฐานเช่นนี้ ก็คงเห็นได้ชัดเจนว่า สุขภาพเป็นเรื่องใกล้ชิดกับตัวเรา เป็นเป้าหมายพื้นฐานของชีวิตเรา หรืออีกนัยหนึ่ง สุขภาพเป็นเรื่องของเราทุกคนนั่นเอง

อย่างไรก็ดี แม้ว่าสุขภาพกับทุกชีวิตมนุษย์เป็นของคู่กันมาแต่ไหนแต่ไรก็ตาม แต่เหตุอันใดที่ความตื่นตัวในกระแสสุขภาพของเราจึงเกิดขึ้นกันอย่างจริงจังเป็นจิงในปัจจุบัน และที่สำคัญ ทำไมกระแสตื่นตัวดังกล่าว จึงกลายมา

เป็นความกังวลร่วมกันที่ผู้คนมักจะกล่าวถึงอย่างเป็นล่ำเป็นสันกันโดยทั่วไป (อาทิ กรณีการเผยแพร่นโยบาย "30 บาทรักษาทุกโรค" ของรัฐบาลทักษิณ กรณีของกระแสความคิดเรื่องชีวิตจริง กรณีความแพร่หลายของผลิตภัณฑ์นมผง หรือสาหร่ายสไปบูรีน่า หรือกรณีการขยายตัวของธุรกิจขนาดแผนโบราณและธุรกิจสถานลดน้ำหนักหญิงชาย) ความข้อนี้อาจตอบได้โดยอาศัยแนวคิดเรื่อง "สังคมแห่งความเสี่ยง" (risk society) ที่เสนอไว้โดยศาสตราจารย์ด้านสังคมวิทยาชาวเยอรมันที่ชื่อ Ulrich Beck (1992)

Beck ได้ศึกษาการเปลี่ยนผ่านจากสังคมยุคก่อนอุตสาหกรรมสู่ยุคอุตสาหกรรมและหลังอุตสาหกรรมตามลำดับ โดยเขาอธิบายว่า แม้การเปลี่ยนผ่านดังกล่าวจะเป็นบุญแก่สำคัญที่นำไปสู่ "การสร้างความทันสมัย" (modernisation) ของพลเมืองโลก แต่ในอีกโฉมหน้าหนึ่งของสังคมที่ทันสมัยนั้น ได้ถูกซ่อน 'ด้านมืด' (dark side) ที่เต็มไปด้วย "ความเสี่ยง" (risk) หรือภาวะภัยอันตรายนานาชนิด ดังเช่นกรณีที่ Beck ยกตัวอย่างถึงกรณีการเกิดระเบิดของโรงงานปรมาณูที่เมืองเชอร์โนบิล ประเทศรัสเซีย ซึ่งส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายของกัมมันตภาพรังสีออกไปในหลาย ๆ ประเทศของยุโรปและเอเชีย และทำให้ผู้คนตกอยู่ในความเสี่ยงตลอดเวลา โดยเฉพาะความเสี่ยงในแง่ของสุขภาพและการดำรงชีวิต

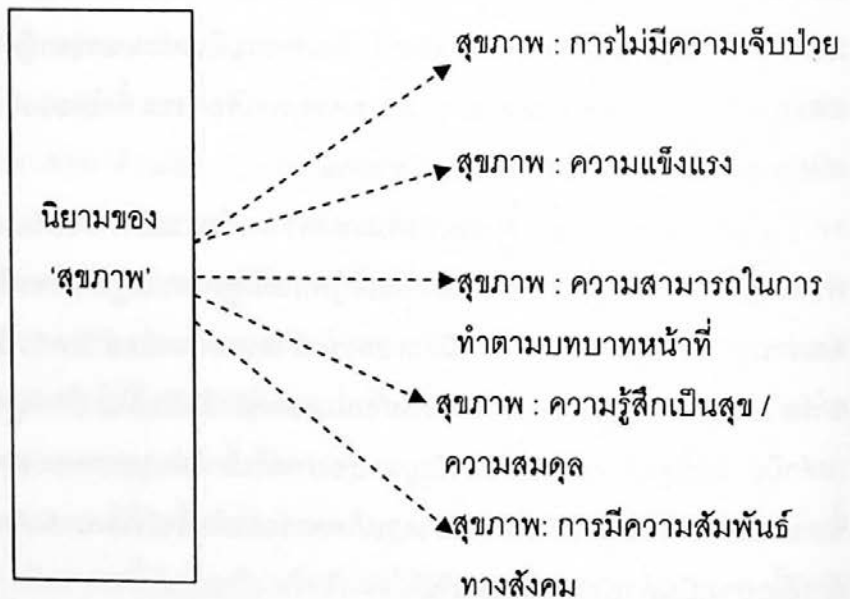
Beck ได้วิเคราะห์เสริมว่า ในยุคก่อนอุตสาหกรรมนั้น "ความเสี่ยง" ต่าง ๆ เป็นภาวะที่เกิดขึ้นจริง หรือสัมผัสได้โดยตรง โดยที่มนุษย์สามารถเข้าไปจัดการปัญหาความเสี่ยงนั้น ๆ ได้อย่างมีเหตุมีผลรองรับ เช่น กรณีชาวกรุงลอนดอนของอังกฤษที่เคยสัมผัสประสบการณ์ความเสี่ยงในยุคปฏิวัติอุตสาหกรรมจากปัญหาแม่น้ำเทมส์เน่าเสียและมลพิษทางอากาศจากโรงงาน

อุตสาหกรรมต่าง ๆ เป็นต้น แต่อย่างไรก็ดี ตั้งแต่ศตวรรษที่ 20 จนถึงปัจจุบัน ภาวะความเสี่ยงเช่นนี้ กลับมีแนวโน้มที่จะเป็น นามธรรม หรือจับต้องได้ลำบากขึ้น โดยมีลักษณะเป็นทั้งปัญหาที่ค้นหาสาเหตุไม่พบ ควบคุมผลไม่ได้ ทำนายผลไม่ชัดเจน คาดคะเนผลล่วงหน้าลำบาก ขยายผลออกไปได้เรื่อย ๆ อย่างรวดเร็ว และที่สำคัญ ความเสี่ยงเช่นนี้ยังเป็น "กระบวนการที่สังคมสร้างขึ้น" (social constructs) กล่าวคือ ผู้คนอาจไม่ได้สัมผัสความเสี่ยงได้ผ่านประสบการณ์ตรงเพียงเงื่อนไขเดียว แต่ทว่า ความเสี่ยงเป็นปรากฏการณ์ที่สังคมประกอบสร้างขึ้น หรือได้รับการผลิตขึ้นโดยสื่อต่าง ๆ เช่น ภาวะการระบาดของโรคซาร์สเมื่อปี พ.ศ.2546 นั้น แม้จะเกิดขึ้นและระบาดอยู่ในประเทศจีน เวียดนาม ฮองกง หรือสิงคโปร์ แต่ความตื่นตระหนกของผู้คนกลับแพร่กระจายไปทั่วในอีกหลาย ๆ ประเทศของเอเชีย (รวมทั้งไทย) ผ่านการเผยแพร่ของสื่อหนังสือพิมพ์และข่าวโทรทัศน์

เนื่องจากการเกิดขึ้นของสังคมแห่งความเสี่ยง และการขยายผลของความเสี่ยงไปทั่วทุกภูมิภาคของโลก โดยที่ผู้คนไม่มีฐานความรู้เพียงพอที่จะไปจัดการภาวะดังกล่าว (อาทิ กรณีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ โรคหวัดบ้า โรคซาร์ส ไข้หวัดนก ปัญหาการรั่วไหลของกัมมันตภาพรังสี เป็นต้น) ปรากฏการณ์เหล่านี้ทำให้ผู้คนต่างหันมาสนใจปัญหาเรื่องภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพของตนมากขึ้น และขณะเดียวกัน ก็ทำให้วงวิชาการเกิดความสนใจที่จะพัฒนาองค์ความรู้ด้านนี้อย่างเป็นล่ำเป็นสันขึ้นเช่นกัน

1.2 ความหลากหลายของชุดนิยามเรื่อง สุขภาพ

ขณะที่ผู้คนหันมาใส่ใจกับประเด็นเรื่องสุขภาพมากขึ้น แต่คำถามที่หลายคนยังเพียรหาคำตอบอยู่ก็คือ แล้ว "สุขภาพ" คืออะไร เทพินทร์ พัทธราญรักษ์ (2546) ได้สำรวจความหมายของคำว่า "สุขภาพ" และพบว่า คำ ๆ นี้มียังไม่มีย่อสรุปที่ชัดเจนว่ามีนิยามเช่นไร ทั้งนี้เป็นเพราะ "สุขภาพ" มีความหมายที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขและจุดยืนของผู้นิยาม แต่อย่างไรก็ดี ภายใต้อความแตกต่างหลากหลายของคำนิยามดังกล่าว เทพินทร์ได้จัดแบ่งกลุ่มความหมายของ "สุขภาพ" ออกได้เป็นทั้งหมด 5 ชุดนิยาม ดังนี้



นิยามแรก: สุขภาพคือการไม่มีความเจ็บไข้ได้ป่วย การนิยามในแง่นี้เป็นสำนึกแบบผู้คนทั่วไปที่ว่า การมีสุขภาพดีก็คือ "การไม่เจ็บไม่ป่วย" หรือ "การปราศจากโรคภัยเบียดเบียน" อาทิ วิธีคิดของคนส่วนใหญ่ที่เชื่อว่าต้องมีการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีเพื่อไม่ให้โรคภัยต่าง ๆ มาเบียดเบียน ทั้งนี้หากเราพิจารณานัยยะ (implication) เรื่อง "สุขภาพ" ตามความหมายนี้ จะเห็นได้ว่า ผู้ที่อาจจะได้ผลประโยชน์จากชุดนิยามดังกล่าวมากที่สุด น่าจะเป็น "แพทย์" เนื่องจากแพทย์คือผู้ประกอบอาชีพในการวินิจฉัยตรวจหาภาวะผิดปกติในร่างกาย และทำหน้าที่ในการรักษาโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ดังปรากฏให้เห็นในงานวิจัยของ Bauman (1961 อ้างถึงใน เทพินทร์ พิชรานุรักษ์ 2546) ที่ศึกษาทัศนคติของกลุ่มนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3 ในซีกโลกตะวันตกจำนวน 262 คน และพบว่า นักศึกษาแพทย์กลุ่มนี้จะมีแนวคิดต่อเรื่อง "สุขภาพ" ว่าหมายถึง "ภาวะที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยของมนุษย์"

นิยามที่สอง: สุขภาพคือความแข็งแรง อันเป็นความหมายตรงตัวของคำว่า "health" ในภาษาอังกฤษ ทั้งนี้ บุคคลหนึ่ง ๆ จะแสดง "ความแข็งแรง" ออกมาได้ในสองลักษณะคือ ความแข็งแรงในเชิงโครงสร้างร่างกาย (physical strength) กับ ความแข็งแรงในอันที่จะต่อสู้กับอาการเจ็บไข้ได้ป่วย ตัวอย่างการใช้นิยามของสุขภาพในความหมายนี้ได้แก่ ประโยคที่คนสูงอายุมักพูดว่า "ช่วงนี้แข็งแรง ความดันไม่ขึ้น" หรือ "ยังแข็งแรงอยู่ เตะปิบยังดัง" เป็นต้น นิยามสุขภาพในลักษณะเช่นนี้มีนัยยะว่า สุขภาพเป็นเรื่องของ "ทุนสำรอง" (capital) ที่เราสามารถสะสมได้ เพิ่มได้ เก็บเอาไว้ได้ และนำเอาออกมาใช้ เพื่อกระทำให้เกิดกิจกรรมเสริมสร้างร่างกายหรือต่อสู้กับโรคภัยในภาวะเจ็บป่วย ตัวอย่างของกลุ่มผู้ที่น่าจะได้ประโยชน์จากนิยามชุดนี้ได้แก่ กลุ่ม

ธุรกิจผลิตภัณฑ์อาหารเสริมต่าง ๆ ที่มักจะนิยามว่า ผู้บริโภคจำเป็นต้องติดตั้งทุนสำรองไว้ในร่างกายด้วยการบริโภคอาหารเสริม เพื่อป้องกันความเจ็บป่วยนั่นเอง

นิยามที่สาม: สุขภาพคือความสามารถในการกระทำตามบทบาทหน้าที่ อันหมายความว่า แม้แต่บุคคลที่เจ็บไข้ได้ป่วย แต่หากยังคงสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนได้นั้น ก็จะประเมินได้ว่า บุคคลนั้นมีสภาวะสุขภาพที่ดี เช่น กรณีของกลุ่มผู้สูงอายุ หากพวกเขาสามารถที่จะดูแลตนเองได้ ดำเนินชีวิตได้ หรือดูแลลูกหลานได้ คนกลุ่มนี้ก็จะได้รับการประเมินว่ามีสุขภาพที่ดี เป็นต้น อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี นัยยะที่แฝงเร้นอยู่ด้านหลังคำนิยาม "สุขภาพ" ในชุดนี้ก็คือ เราอาจจะไม่ใช่ผู้ที่มีอำนาจนิยามสุขภาพของตนเองได้เสมอไป แต่สุขภาพของเราอาจถูกตัดสินได้ผ่านสายตาของผู้อื่น ดังที่เคยปรากฏเป็นข่าวกรณีนักเรียนมัธยมศึกษาที่สอบข้อเขียนเข้าเรียนคณะพยาบาลได้ แต่เนื่องจากเธอมีสภาพร่างกายที่อ้วน จึงทำให้ไม่ผ่านการสอบสัมภาษณ์กับทางคณะ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า สังคมภายนอกยังมีอำนาจตัดสินสุขภาพของกลุ่มคนอ้วน หรือกรณีของคนพิการที่มักจะถูกมองจากคนกลุ่มอื่นว่า ไม่สามารถกระทำตามบทบาทหน้าที่หลายอย่างในสังคม และพยายามต่อสู้เพื่อสิทธิในการนิยามความสามารถของตนเอง (ดังเช่น การต่อสู้ให้เกิดการแข่งขันกีฬาพาราโอลิมปิก หรือโอลิมปิกคนพิการ ฯลฯ)

นิยามที่สี่: สุขภาพคือความรู้สึกเป็นสุขและความสมดุล นิยามในลักษณะนี้เป็นข้อเสนอของนักวิชาการชาวตะวันตกที่ชื่อ Herzlich (1973) ที่ปฏิเสธทัศนคติของคนทั่วไปที่เชื่อว่า สุขภาพดีคือการไม่มีโรค โดยเขากล่าวว่า สุขภาพน่าจะหมายถึง "ความสมดุล" (equilibrium) มากกว่าการปราศจาก

โรคภัยไข้เจ็บ ทั้งนี้ ความคิดของ Herzlich ได้ขยายปริมณฑลของสุขภาพ ออกไปจากเพียงเรื่องของร่างกาย โดยผนวกถึง "การจัดความรู้สึกสมดุลทางใจ ในการดำเนินชีวิต" ตัวอย่างเช่น คนที่มีเศรษฐกิจดี อยู่ในบรรยากาศกินดีอยู่ดี ก็ไม่จำเป็นต้องมีสุขภาพจิตใจที่ดีหรือสมดุลเสมอไป เป็นต้น และที่สำคัญ นิยามของสุขภาพตามข้อเสนอของ Herzlich เช่นนี้ ค่อนข้างสอดคล้องกับวิธี คิดเรื่องสุขภาพของชาวตะวันตก รวมถึงวิธีคิดของคนไทยสมัยก่อนเช่นกัน อาทิ คนจีนมักเชื่อว่าคนที่มีสุขภาพดีมักแสดงออกทางเหงาเหง็งหรือการยิ้มแย้ม แจ่มใสอารมณ์ดี หรือความคิดเรื่องการจัดสมดุลเรื่องธาตุทั้งสี่หรือสมดุล ระหว่างหยินกับหยาง หรือความคิดในแนวพุทธที่อธิบายสุขภาพผ่านการมี "อายุวรรณะสุชะพะละ"

นิยามที่ห้า: สุขภาพคือการมีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี นิยาม ในชุดสุดท้ายนี้เป็นกรขยายความหมายเรื่องสุขภาพออกไปจากร่างกายและ จิตใจของเรา สู่มิติสุขภาพในเชิงสังคม นิยามชุดนี้อธิบายว่า บุคคลที่มีต่าง เพศ ต่างวัย ต่างชนชั้นหรือกลุ่มสังคมนั้น จะมีสุขภาพดีได้ ก็ต่อเมื่อสามารถ จัดระบบความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างกันขึ้นได้เท่านั้น ดังตัวอย่างกรณีของ ผู้ป่วยโรคเอดส์ ไม่ได้หมายถึงสภาวะที่เกี่ยวกับสุขภาพร่างกายเท่านั้น แต่ ปัญหาหลักของโรคเอดส์คือการจัดการโรคทางสังคมมากกว่า หรืออีกนัยหนึ่ง ปัญหาจริงของโรคเอดส์เป็นกระบวนการจัดความสัมพันธ์ที่สังคมได้ลดทอน คุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยลง และตัดสายสัมพันธ์ของคนกลุ่มนี้ออกไป จากสังคมของคนปกติทั่วไป ดังกรณีที่ปรากฏให้เห็นในภาพยนตร์ฮอลลีวู้ดเรื่อง *Philadelphia* หรือแม้แต่การแสดงความจริงเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีให้เห็นใน โลกความจริง

จากนิยามที่แตกต่างกันของ "สุขภาพ" ทั้ง 5 ชุดนี้ ผู้เขียนมีข้อสังเกตว่า ในโลกความเป็นจริงแล้ว เราไม่เคยใช้นิยามชุดใดชุดหนึ่งเพียงอย่างเดียว หากแต่เรามักใช้หลาย ๆ นิยามในเวลาเดียวกัน และที่สำคัญ ความหมายของสุขภาพที่แตกต่างหลากหลายนี้ ยังทำงานอยู่ใน 'พื้นที่สงครามในการแย่งชิงนิยามหลัก' (war of definition) อันหมายความว่า หากนิยามชุดหนึ่งมาปะทะสังสรรค์กับนิยามชุดที่ต่างออกไป อาจก่อให้เกิดความขัดแย้ง/การต่อสู้เพื่อแย่งชิงกันให้นิยามชุดของตนเอง กลายมาเป็นนิยามกระแสหลักในวิถีคิดของคนทั่วไป ตัวอย่างเช่น ในขณะที่หมอวิทยาศาสตร์สมัยใหม่เลือกใช้นิยามของสุขภาพในแง่ของการรักษาโรคร้ายไข้เจ็บ แต่หมอผีหรือหมอพื้นบ้านกลับเน้นการสร้างความรู้สึกเป็นสุข ความสมดุล และการสร้างความสัมพันธ์อันดีในสังคม (อาทิ การรตน้ำมันต์ปัดรังควานไล่ผีในสังคมชนบท อาจไม่ใช่การรักษาสุขภาพกายเพื่อหวังผลในการเยียวยาโรคร้ายไข้เจ็บได้ก็จริง แต่เป้าหมายคือ การทำให้ญาติพี่น้องของผู้ป่วยได้ลดทอนความตึงเครียดในทุกขภาวะ หรือเป็นการเยียวยาในเชิงสุขภาพสังคม) แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อชุดความคิดของหมอที่ต่างกันนี้มาปรากฏอยู่ในสื่อมวลชนสมัยใหม่ จะมีเฉพาะนิยามของหมอวิทยาศาสตร์เท่านั้นที่ได้รับความชอบธรรม ขณะที่วิถีคิดของหมอผีพื้นบ้านกลับถูกตีความใหม่ว่าเป็นเรื่องมงายไร้สาระ

1.3 จัตุรัสสุขภาพ: มิติแห่งสุขภาพร่วมสมัย

น.พ.วิพุธ พูลเจริญ (2544) ได้ตั้งข้อสังเกตเอาไว้ว่า การพูดถึงคำว่า "มิติสุขภาพ" (health dimensions) ในปัจจุบันนี้ บ่อยครั้งจะใช้ในความหมายของคำว่า "สุขภาพะ" เพื่อแสดงนัยว่า สุขภาพไม่ใช่ "ผลผลิต" (product) ที่

เกี่ยวเนื่องกับเรื่องร่างกายเพียงประการเดียว หากแต่วิธีพิจารณาเรื่องสุขภาพควรมองให้เป็น "กระบวนการ" (process) ที่เกี่ยวกับการจัดการร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับองค์ประกอบอื่น ๆ รอบตัวทั้งหมด ทั้งนี้ มิติสุขภาพที่ถูกผลักดันให้เป็นยุทธศาสตร์ของสังคมโลกยุคนี้ ประกอบไปด้วย 4 แง่มุมด้วยกัน คือ สุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิตใจ สุขภาพทางสังคม/สิ่งแวดล้อม และสุขภาพทางจิตวิญญาณ ดังนี้

มิติที่หนึ่ง: สุขภาพทางกาย เป็นมิติสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับร่างกายของเรา หรือหากพิจารณาตามหลักอริยสัจ 4 ก็จะมีหมายถึง สุขภาพที่สัมพันธ์กับการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ของมนุษย์ ซึ่งโดยหลักทางด้านสาธารณสุขแล้ว ดัชนีที่ใช้ชี้วัดสุขภาพทางกายเช่นนี้ ได้แก่ เรื่องของอายุขัย สมรรถนะทางร่างกาย อัตราการเกิด/ตาย การเจ็บไข้ได้ป่วย เป็นต้น

มิติที่สอง: สุขภาพทางจิตใจ หมายถึงมิติสุขภาพในเชิงจิตใจที่เกิดขึ้นภายในตัวเราและสัมพันธ์ภาพทางใจระหว่างตัวเรากับบุคคลอื่น ๆ เช่น สุขภาวะในระดับความคิด สติปัญญา สุนทรียะ การควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก การมีสมาธิ เป็นต้น ดัชนีที่ใช้ชี้วัดสุขภาพจิตใจนี้ได้แก่เรื่องของ เขาวนปัญญา การวัด IQ หรือ EQ ทั้งนี้ สำหรับสังคมไทยแล้ว มิติสุขภาพทางจิตใจถือเป็นส่วนหนึ่งที่ฝังอยู่ในสำนึกของผู้คน ดังสำนวนที่กล่าวว่า "ใจเป็นนาย กายเป็นบ่าว" หรือเนื้อเพลงของวงคาราบาวที่ว่า "คืนนั้นคืนไหนใจแพ้ว ตัวคืนและวันอันน่ากลัวตัวแพ้วใจ" อันหมายความว่าแนวคิดเรื่องการจัดระบบความสัมพันธ์ที่ต้องสอดคล้องกันระหว่างร่างกายและจิตใจนั่นเอง

มิติที่สาม: สุขภาพทางสังคม/สิ่งแวดล้อม หมายถึง สุขภาวะอันเกิดจากการจัดการระบบสายสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี หรือการจัดการสิ่งแวดล้อม

รอบตัวที่ดี รวมไปถึงกระบวนการสร้างความปลอดภัยให้กับทุกชีวิตที่อยู่ในสังคมเดียวกัน (social safety net) เช่น การพยายามแก้ปัญหาอาชญากรรมในชีวิตและทรัพย์สิน การรณรงค์เรื่อง "เมาไม่ขับ" เป็นต้น และที่สำคัญ เมื่อกล่าวถึงสุขภาพทางสังคมแล้ว เป็นการขยายขอบเขตจากความสนใจในสุขภาพส่วนบุคคล ไปสู่การเล็งเห็นถึงคุณค่าการมีชีวิตของบุคคลอื่นรอบตัวเรา ตัวอย่างเช่น กรณีปัญหาโศกณีนั่น ด้านหนึ่งอาจเกี่ยวพันกับสุขภาพร่างกาย (อาทิ การเป็นอาชีพที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ หรือถูกกระทำทารุณทางเพศ) แต่อีกด้านหนึ่ง ปัญหาโศกณีนี้อีกคือภาพสะท้อนความล้มเหลวของสุขภาพเชิงโครงสร้างสังคม ที่มนุษย์ด้วยกันไม่ได้ตระหนักถึงคุณค่าในการมีชีวิตอยู่ของผู้หญิงซึ่งประกอบอาชีพดังกล่าว

มิติที่สี่: สุขภาพทางจิตวิญญาณ ความหมายของมิติสุขภาพด้านนี้ยังเป็นข้อถกเถียงที่ไม่ลงตัวว่าจะมีขอบเขตแค่ไหน แต่อย่างไรก็ตาม เรื่องของสุขภาพจิตวิญญาณน่าจะหมายถึง "ความศรัทธา" อาทิ ความศรัทธาในความเสมอภาคของผู้คน ความเคารพต่อผู้อื่น ความเคารพต่อสิ่งเหนือธรรมชาติที่หล่อเลี้ยงชีวิตมนุษย์เอาไว้ ทั้งนี้ หากเป็นวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ที่ต้องการดัชนีชี้วัดที่เป็นรูปธรรมแล้ว มักจะมองข้ามมิติสุขภาพในแง่จิตวิญญาณแบบนี้ แต่กระนั้น สำหรับสังคมตะวันออกและสังคมไทยแล้ว สุขภาพในเชิงจิตวิญญาณถือว่ามีค่าสำคัญและผสมผสานอยู่กับมิติสุขภาพด้านอื่น ๆ อย่างเห็นแบบเน้น ดังเช่น บันทึกวิธีการรักษาสุขภาพภายในสมัยบูรพกาลของหมอชีวกโกมารภัจจ์ ก็มีการผนวกความคิดเรื่องจิตวิญญาณเข้าไว้ด้วย (อาทิ แนวคิดเรื่องอภัยทานกับการเสริมสร้างสุขภาพ) หรือหากเป็นกรณี

งานเขียนรุ่นใหม่ ๆ ของไทย แนวคิดนี้ก็ปรากฏอยู่ในงานของหลาย ๆ ชิ้นของ น.พ.ประเวศ วะสี น.พ.ประสาน ต่างใจ หรือ น.พ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ฯลฯ

1.4 พัฒนาการความคิดเรื่องสุขภาพ

จากการทบทวนพัฒนาการความคิดและเหตุการณ์ต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพนั้น ทำให้เห็นถึงความสืบเนื่องและความเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิดเรื่องสุขภาพที่สัมพันธ์กับเงื่อนไขทางสังคมในแต่ละยุค ทั้งนี้ ผู้เขียนขอจำแนกพัฒนาการดังกล่าวออกเป็นสองสายด้วยกัน คือ พัฒนาการความคิดเรื่องสุขภาพตะวันตก และพัฒนาการความคิดเรื่องสุขภาพของไทย ดังนี้

1.4.1 พัฒนาการความคิดเรื่องสุขภาพสายตะวันตก

จากการศึกษาของ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2528) พบว่า พัฒนาการความคิดเรื่องสุขภาพในโลกตะวันตกสามารถจำแนกได้เป็นสองยุคสำคัญ ๆ คือ

(1) ยุคก่อนหน้าวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ยุคกรีก - ประมาณคริสต์ศตวรรษที่ 18)

* ยุคกรีก: Hippocrates ผู้เป็นนักปรัชญาชาวกรีก ได้อธิบายว่า "สุขภาพ. มาจากการจัดสมดุลระหว่างร่างกายกับสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ เช่น สุขภาพที่ดีจะขึ้นอยู่กับการไหลเวียนของเลือดลมที่สัมพันธ์กับฤดูกาลที่เปลี่ยนแปลง เป็นต้น

* ยุคโรมัน: Galen ได้ขยายความคิดเรื่องสิ่งแวดล้อมออกไป โดยเชื่อว่าปัจจัยที่กำหนดให้เกิดสุขภาพที่ดีนั้น อาจมิได้มาจากสิ่งแวดล้อมเพียงอย่างเดียว แต่มีสาเหตุมาจากปัจจัยอื่น ๆ ด้วยเช่นกัน

* ยุคคริสต์ศตวรรษที่ 18: เป็นยุคที่เกิดลัทธิ "พาณิชยนิยม" (mercantilism) ขึ้นในสังคมตะวันตก ลัทธิดังกล่าวจะเน้นความสำคัญของระบบการค้าขาย และเชื่อในหลักการที่ว่า กิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ต้องดำเนินการไปเพื่อสร้างอำนาจให้กับรัฐ ด้วยเหตุฉะนี้ รัฐจึงใช้หลักพาณิชยนิยมเป็นข้ออ้างในการเข้าไปแทรกแซงกิจกรรมสังคมทุกชนิด รวมไปถึงการที่รัฐสามารถเข้าไปจัดการกับสุขภาพของประชาชนด้วยเช่นกัน

(2) ยุคการแพทย์วิทยาศาสตร์ (ตั้งแต่คริสต์ศตวรรษที่ 19 ถึงปัจจุบัน)

ในขณะที่การแพทย์ตะวันตกแผนเดิมสนใจสุขภาพในแง่ของการจัดความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายกับสิ่งแวดล้อม แต่ครั้นพอมมาถึงคริสต์ศตวรรษที่ 19 เกิดความเปลี่ยนแปลงบางอย่างขึ้นกิจกรรมด้านสุขภาพของโลกตะวันตก เมื่อ Louis Paster ได้ประดิษฐ์กล้องจุลทรรศน์ขึ้น และค้นพบ "จุลินทรีย์" หรือ "แบคทีเรีย" อันเป็นที่มาของการเกิดโรคต่าง ๆ นับจากนั้นวงการสาธารณสุขก็ได้ก้าวเข้าสู่การเริ่มต้นของอิทธิพลจากแนวคิด "ทฤษฎีเชื้อโรค" (germ theory) ซึ่งมีนัยยะสองประการอันส่งผลมาถึงโลกทัศน์ของผู้คนในยุคปัจจุบันคือ 1) การเกิดขึ้นขององค์ความรู้เรื่องเชื้อโรคทำให้กิจกรรมการสื่อสารด้านสุขภาพในยุคหลัง ๆ เป็นต้นมา ได้อาศัยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์เป็นตัวขับเคลื่อน (เนื่องจากผู้คนเริ่มเปลี่ยนทัศนคติว่า โรคภัยไข้เจ็บไม่ได้เกิดขึ้นจากเลือดลมเท่านั้น หากแต่มาจากเชื้อโรคหรือจุลินทรีย์) และ 2) การเกิดขึ้นของทฤษฎีเชื้อโรค ทำให้กระบวนการรักษาสุขภาพของผู้คนมีลักษณะที่เป็นปัจเจกบุคคล (individualistic) มากขึ้น กล่าวคือ เนื่องจากอาการป่วยของแต่ละบุคคลเป็นผลมาจากเชื้อโรคคนละชนิดกัน ดังนั้น สุขภาพของใคร ก็ต้องรักษาตนเองหรือ

ดูแลกันเป็นราย ๆ ไป มากกว่าจะเป็นเงื่อนไขที่มาจากสังคม/สิ่งแวดล้อมเหมือนดังในอดีต

1.4.2 พัฒนาการความคิดเรื่องสุขภาพของไทย อาจจำแนกได้เป็นสองยุคสำคัญด้วยกัน ดังนี้

(1) ยุคการแพทย์แผนไทย ศรีศักดิ์ วัลลิโภดม (2537) และนิธิ เอียวศรีวงศ์ (2537) ได้ศึกษาประวัติศาสตร์การสาธารณสุขไทยและพบว่าแนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์ในสังคมไทยมีมานานแล้ว โดยแต่เดิมนั้น วัฒนธรรมสุขภาพจะปรากฏให้เห็นผ่านประเพณีการสื่อสารแบบบอกเล่า (oral tradition) ทั้งที่กระจายผ่าน "สื่อพื้นบ้าน" (อาทิ ในความเชื่อหรือในข้อห้าม (ชะล่า) ต่าง ๆ มักปรากฏวิถีคิดเรื่องสุขภาพอยู่ เช่น ผู้ชายที่เป็นโรคฝี/หนองไม่ควรกินอาหารแสลง) และผ่าน "สื่อบุคคล" เช่น หมอลำผีฟ้า หรือหมอดำแย แต่ต่อมาเมื่ออิทธิพลจากวัฒนธรรมของชนชั้นสูงหรือประเพณีหลวง (great tradition) เริ่มขยายตัวออกไป แนวคิดเรื่องการแพทย์แผนไทยก็มีแนวโน้มที่จะได้รับการสืบทอดผ่านประเพณีการเขียน (written tradition) มากขึ้น อาทิ การเกิดตำรายาหลวง หรือจารึกที่วัดโพธิ์ ฯลฯ

(2) ยุคการแพทย์แผนใหม่ จวบจนกระทั่งสมัยรัชกาลที่ 5 เกิดการปฏิวัติโคมหน่วงการแพทย์ของไทยเสียใหม่ ด้วยการถือกำเนิดขึ้นของ "ศิริราชพยาบาล" เมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ.2431 วิชัย โชควิวัฒน์ (2537) ได้ศึกษาประวัติศาสตร์การปฏิรูประบบสาธารณสุขของไทย และตั้งข้อสังเกตต่อบุติการณดังกล่าวนี้ว่า ภายหลังจากการเกิดอหิวาตกโรคระบาดในประเทศไทย และอิทธิพลของวัฒนธรรมสาธารณสุขที่ไหลเข้ามาจากตะวันตกในช่วงต้นรัตนโกสินทร์ ได้ผลักดันให้รัฐไทยก่อตั้ง "ศิริราชพยาบาล" ขึ้น เพื่อเปิดการเรียน

การสอนวิชาแพทย์แผนไทยควบคู่ไปกับแพทย์แผนตะวันตก แต่ต่อมาในปี พ.ศ.2458 การเรียนการสอนในลักษณะนี้เริ่มประสบปัญหา เนื่องจากการสอน ทั้งวิชาแพทย์แผนไทยและแผนตะวันตกสร้างความสับสนให้กับผู้เรียน เพราะ พื้นฐานของศาสตร์วิชาทั้งสองสายมีรากฐานที่ขัดแย้งกัน ทำให้มีการยกเลิก การสอนวิชาแพทย์แผนไทย คงไว้แต่เพียงการสอนองค์ความรู้แพทยศาสตร์ แนวตะวันตกเท่านั้น ทั้งนี้ วิจัยได้สันนิษฐานว่า เหตุที่มีการเลือกเก็บวิชาแพทย์ แผนตะวันตกไว้อย่างเดียว อาจเนื่องมาจากอิทธิพลของลัทธิจักรวรรดินิยมซึ่งมี อำนาจมากในช่วงเวลานั้น ก่อปรกัเกิดโรคระบาดร้ายแรงหลายอย่าง (เช่น ไข้ฉิบสา อหิวาตกโรค) ซึ่งการแพทย์แผนไทยไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึง ส่งผลต่อความนิยมในวิทยาศาสตร์สุขภาพสมัยใหม่ที่เพิ่มมากขึ้น

และต่อมาในปี พ.ศ.2485 รัฐได้ก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้น (แต่ เดิมชื่อว่า กรมสาธารณสุข) ผลที่ตามมาหลังจากนั้นก็คือ รัฐเริ่มเข้ามามีอำนาจ จัดการระบบสุขภาพของประชาชนมากขึ้น และทำให้ความรู้แบบวิทยาศาสตร์ การแพทย์เริ่มเผยแพร่ไปทั่วทั้งประเทศ เนื่องจากช่องทางการสื่อสารสำคัญของ กระทรวงก็คือ การมีศูนย์บริการอนามัยและโรงพยาบาลของรัฐอยู่ทุกอำเภอ และจังหวัดทั่วประเทศ

2. การสื่อสารกับสุขภาพ: บนความสัมพันธ์ในหลายเส้นทาง

แม้ว่าศาสตร์สองสาขาวิชาระหว่าง "การสื่อสาร" กับ "สุขภาพ" นับวัน จะมีแนวโน้มที่เชื่อมร้อยเข้าหากันมากขึ้น แต่ถึงกระนั้น เมื่อเปรียบเทียบในเชิง สัดส่วนแล้ว ความสนใจที่จะลงมือวิเคราะห์องค์ความรู้เรื่องการสื่อสารกับ

สุขภาพอย่างจริงจังนั้น อาจจัดได้ว่า อยู่ในช่วงของการเริ่มก่อร่างสร้างตัว Clive Seale (2002) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสื่อกับสุขภาพในโลกวิชาการและในชีวิตประจำวันของชาวตะวันตก และตั้งข้อสังเกตในขั้นต้นไว้สามประการว่า

(1) จากการสำรวจงานเขียนด้านสังคมวิทยาเชิงสุขภาพและความเจ็บป่วย (sociology of health and illness) ของตะวันตก พบว่า นักวิชาการสาธารณสุขศึกษาของตะวันตก ยังคงค่อนข้างมองข้ามประเด็นเรื่องการสื่อสาร ทั้งนี้ แม้แต่กับกรณีของไทย ตัวอย่างตำราด้านสังคมวิทยาการแพทย์ในรุ่นแรก ๆ นั้น ก็ยังไม่ถือว่ามีเนื้อหาเรื่อง "การสื่อสารกับสุขภาพ" ที่น้อยมาก

(2) ในขณะเดียวกัน เมื่อสำรวจงานวิชาการในปีกทางด้านวารสารศาสตร์ นิเทศศาสตร์ หรือการสื่อสาร (communication studies) Seale ก็พบลักษณะที่คล้ายกันคือ นักทฤษฎีการสื่อสารมักจะละเลยประเด็นเรื่องสุขภาพด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ กับตัวอย่างกรณีของไทย งานวิจัยเชิงสำรวจองค์ความรู้เรื่อง การสื่อสารกับสุขภาพของ ปารีชาติ สถาปัตตานนท์ และคณะ (2546) ได้พบว่า แม้ในเชิงปริมาณ จะมีงานวิจัยไทยที่ศึกษาเรื่องการสื่อสารกับสุขภาพอยู่เป็นจำนวนมากก็ตาม แต่ทฤษฎีที่ใช้ในการวิเคราะห์ยังคงค่อนข้างอยู่ในวงจำกัดของสายหน้าที่นิยม หรือแนวคิดผลกระทบของสื่อ หรือแนวคิดเรื่องการรณรงค์ด้านสุขภาพเท่านั้น

(3) อย่างไรก็ตาม Seale กลับเห็นว่า ในโลกความเป็นจริงนั้น มิติเรื่อง "การสื่อสาร" กับ "สุขภาพ" ถือเป็นเรื่องที่มีสายสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างแนบแน่น (เช่น วิธีคิดเรื่องการฝากครรภ์ไว้กับหมอสุนิตนารีหรือแพทย์แผนใหม่ ก็มาจากภาพที่ถูกผลิตซ้ำในละครเรื่อง แม่นาคพระโขนง ที่แสดงถึงความล้มเหลวขององค์ความรู้แพทย์พื้นบ้านในการทำคลอดสตรี) แต่กระนั้น เนื่องจากระบบ

"การคิดแบบแยกส่วน" หรือ การที่นักวิชาการสายสุขภาพไม่เห็นความสำคัญของการสื่อสาร และนักการสื่อสารมักมองข้ามประเด็นเรื่องสุขภาพ ทำให้องค์ความรู้เรื่อง "การสื่อสาร" กับ "สุขภาพ" มีลักษณะเป็น "เบี้ยหัวแตก" กระจายไปคนละทิศละทาง

ภายใต้ข้อสังเกตในขั้นต้นดังกล่าวนี้ ผู้เขียนจึงสนใจนำเสนอวิธีการพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง "การสื่อสาร" กับ "สุขภาพ" ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ท่าทีในการพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารกับสุขภาพ

สำหรับท่าทีในการพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารกับสุขภาพนั้น อาจจำแนกได้เป็น 3 รูปแบบหลัก ๆ ด้วยกัน ดังนี้

ท่าทีแบบ positive: การมองโลกในแง่บวก เป็นจุดยืนที่เชื่อว่า "การสื่อสาร" สามารถจะช่วยส่งเสริมสุขภาพของผู้คนได้ หากการสื่อสารเป็นไปในทิศทางที่ดี สุขภาพของประชาชนก็จะดีตามไปด้วย เช่น แนวคิดเรื่องการเรียนรู้เท่าทันสื่อในแบบดั้งเดิม (traditional media literacy) ที่เน้นว่า การสื่อสารที่ดีต้องให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารที่ดีต่อเด็ก เยาวชน และทุกคน ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลเหล่านั้นมีสุขภาพที่ดีตามมา

ท่าทีแบบ negative: การมองโลกแง่ลบ เป็นจุดยืนที่เชื่อว่า "การสื่อสาร" ไม่ได้ช่วยสนับสนุน แต่กลับเป็นตัวทำลายสุขภาพของประชาชน เช่น คำอธิบายในทำนองที่ว่า การดูภาพยนตร์ที่เกี่ยวกับความรุนแรง

มาก ๆ จะทำให้สุขภาพจิตของผู้ที่ซึมเศร้า และกลายเป็นผู้ที่ฝึกฝนความ
รุนแรง เป็นต้น

ท่าทีแบบ neutral: การมองโลกแบบเป็นกลาง อันเป็น
คำอธิบายตรง ๆ แต่เพียงว่า 'กระบวนการสุขภาพของมนุษย์ย่อมจะมีการ
สื่อสารสอดแทรกอยู่ด้านหลังเสมอ'

2.2 ระดับการศึกษาความสัมพันธ์ของการสื่อสารกับ สุขภาพ

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารกับสุขภาพนั้น หากใช้
เกณฑ์ระบบย่อยที่ สันทัด เสริมศรี (2546) เสนอไว้ เราสามารถจำแนกระดับใน
การวิเคราะห์ได้เป็น 4 ระดับด้วยกัน ดังนี้

ระดับปัจเจกบุคคล: อันหมายถึง การศึกษาการสื่อสาร
สุขภาพในระหว่างบุคคล (interpersonal communication) ตัวอย่างเช่น การ
สื่อสารระหว่างแพทย์กับคนไข้ ฯลฯ การสื่อสารในระดับนี้จะเกี่ยวข้องกับ
"ความไว้วางใจ" (trust) ระหว่างบุคคลทั้งสองฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน
ประเด็นสุขภาพที่มีความเสี่ยงสูง อาทิ เราอาจตั้งคำถามในการวิจัยได้ว่า การ
สื่อสารของแพทย์ในกรณีการผ่าตัดเลสิกของดวงตา ต้องอาศัยความไว้วางใจ
ใจและการให้ข้อมูลข่าวสารอย่างไรบ้าง

ระดับสถาบัน/องค์กร: ซึ่งหมายถึง การวิเคราะห์การสื่อสาร
ในระดับองค์กร (organisational communication) ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ
เช่น การศึกษาเรื่องการสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาล เภสัชกร คนไข้ และ

บุคลากรสาธารณสุข หรือการทำวิจัยประเมินผลการสื่อสารผ่านโครงการ
รณรงค์ของโรงพยาบาลและหน่วยงานสาธารณสุขต่าง ๆ เป็นต้น

ระดับสังคม: อันได้แก่ การศึกษาการสื่อสารสุขภาพใน
ฐานะที่เป็นกลไกหนึ่งของสังคม (societal communication) เช่น การวิเคราะห์
ประเด็นสุขภาพผ่านสื่อมวลชน หรือแม้แต่การศึกษาประเด็นการสร้าง
ความหมายและภาพตัวแทนของสื่อมวลชน อาทิ การวิเคราะห์ความหมาย/
ภาพตัวแทนของ "หมอ" ในละครโทรทัศน์เรื่อง "หลังคาแดง" หรือภาพยนตร์
เรื่อง "หมอเจ็บ" หรือภาพข่าวคุณหมอมอพรทิพย์ หมอเบิร์ดประภวดีนางสาวไทย
และหมอฆาตกรฆ่าภรรยา

ระดับสังคมระหว่างประเทศ: หรือการสื่อสารประเด็นเรื่อง
สุขภาพในระดับนานาชาติ (international communication) อาทิ การศึกษา
การสื่อสารประเด็นสุขภาพอย่างโรคเอดส์ โรคซาร์ส และไข้หวัดนก ซึ่ง
สื่อมวลชนข้ามชาตินำเสนอสู่ผู้รับสารคนไทย

2.3 ทางสองแพร่งของการสื่อสารกับสุขภาพ

แม้นักวิชาการปัจจุบันจะเชื่อว่า ศาสตร์ด้านการสื่อสารกับสุขภาพมี
แนวโน้มจะผสมผสานกันมากขึ้น แต่ทว่า ภายใต้การผสมผสานดังกล่าวนี้ มี
ด้านที่สะท้อนภาพของความขัดแย้ง/ไม่ลงรอยกัน อันอาจพิจารณาได้ใน
รูปแบบ "ทางสองแพร่ง" (dilemma) ของข้อความคิดที่แตกต่างกันหลายชุด
ดังนี้

(1) ทางสองแพร่งระหว่างผู้ส่งสาร-ผู้รับสาร มีลักษณะดังนี้

* ผู้สื่อสารที่ฝากสุขภาพไว้กับคนอื่น VS ผู้สื่อสารที่ฝากสุขภาพไว้กับตนเอง ตัวอย่างเช่น ชื่อโครงการสุขภาพของรัฐที่ว่า "30 บาท รักษาทุกโรค" นั้น สะท้อนให้เห็นว่า "สุขภาพของเราต้องฝากเอาไว้ในมือของหมอที่จะมารักษา" และขณะเดียวกัน สุขภาพจะดีได้ ก็ต้องมีเงินอย่างน้อย 30 บาทเป็นค่ารักษาด้วย ซึ่งตรงข้ามกับคำขวัญที่กล่าวว่า "สุขภาพดีไม่มีขาย ถ้าอยากได้ต้องสร้างเอง" อันหมายความว่า สุขภาพของเราต้องเป็นเรื่องที่เราสร้างขึ้น มิใช่รอการซ่อมแซมรักษาภายหลังเจ็บป่วย

* รูปแบบการสื่อสารแนวดิ่ง VS รูปแบบการสื่อสารแนวนอน เป็นความขัดแย้งของการสื่อสารระหว่างผู้ส่งสาร-ผู้รับสารว่า ควรจะมีลักษณะเป็นแนวดิ่ง (vertical) (เช่น ควรเป็นแพทย์ที่ทำหน้าที่สื่อสารแบบทางเดียวเพื่อสั่งให้คนไข้ทำตามคำสั่งเท่านั้น) หรือควรจะมีลักษณะเป็นแนวนอน (horizontal) (อาทิ การสื่อสารระหว่างแพทย์กับคนไข้ควรจะเป็นการสื่อสารสองทาง ที่คนไข้เองก็สามารถซักถามหมอ เพื่อให้ทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองด้วยหรือไม่)

(2) ทางสองแพร่งในแง่เนื้อหา/สาร มีลักษณะดังนี้

* สารสุขภาพที่ผู้อื่นนิยามให้เรา VS สารสุขภาพที่เราเป็นผู้นิยามสุขภาพตนเอง สารที่ได้รับการนำเสนอผ่านสื่ออื่น มักจะมีความขัดแย้งกันระหว่างเนื้อหาความหมายสุขภาพที่ผู้อื่นเป็นผู้นิยาม กับเนื้อหาความหมายที่เจ้าของสุขภาพสามารถนิยามได้เอง ดังกรณีตัวอย่างของ "ภาวะความอ้วน" หากมองมาจากทัศนะหรือความเห็นของแพทย์และธุรกิจสถานลดน้ำหนัก ความอ้วนจะหมายถึงปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งอาจนำมาสู่โรคแทรกซ้อนต่าง ๆ

มากมาย ตรงกันข้าม หากเป็นนิยามจากสายตาของคนอื่นเอง อาจจะสื่อสารความหมายของความอ้วนที่แตกต่างไป ดังที่ปรากฏเป็นเนื้อหาหลักของละครโทรทัศน์เรื่อง *รักต้องอ้วน* หรือภาพยนตร์ไทยเรื่อง *ธิดาช้าง*

* สารสุขภาพแบบแยกส่วน VS สารสุขภาพแบบองค์รวม
นอกจากปัญหาการต่อสู้เรื่องนิยามสุขภาพแล้ว วิธีคิดเกี่ยวกับสุขภาพที่ผู้คนสื่อสารออกมา ยังมีความขัดแย้งอีกชุดหนึ่งระหว่างทัศนะต่อสุขภาพแบบแยกส่วนกับทัศนะแบบเป็นองค์รวม เช่น การสื่อสารของแพทย์โดยทั่วไปนั้น มักมีวิธีคิดเรื่องสุขภาพในลักษณะแยกเป็นส่วน ๆ (อาทิ หากเจ็บตาให้ไปพบจักษุแพทย์ เจ็บจมูกไปหานาสิกแพทย์ เจ็บฟันไปรักษากับทันตแพทย์) แต่หากเป็นเนื้อหา/สารสุขภาพที่อยู่ในสื่อทางเลือก (อาทิ นิตยสารสุขภาพทางเลือก หรือหนังสือสุขภาพแนวพุทธ) มักจะนำเสนอเนื้อหาที่ต่างไปอีกชุด หรือเป็นเนื้อหาสารสุขภาพที่คิดให้เป็นระบบองค์รวมทั้งกาย ใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

(3) ทางสองแพร่งในแง่ของตัวสื่อ/ช่องทางการสื่อสาร มีลักษณะดังนี้

* สื่อที่นำพาสารสุขภาพมาจากแหล่งอื่น VS สื่อที่นำเสนอสารสุขภาพของตัวเอง
ความขัดแย้งในแง่ตัวสื่อแบบนี้ เป็นการตั้งคำถามว่า สื่อด้านสุขภาพแต่ละชนิดนั้นมีใครเป็นเจ้าของหรือผู้มีอำนาจในการลงรหัสความหมาย เช่น หากเป็นสื่อมวลชนอย่างโฆษณาโทรทัศน์ หรือเป็นสื่อบุคคลประเภทผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข มักจะมีสถานภาพเป็นช่องทางการสื่อสารเรื่องสุขภาพที่มาจากบุคคลอื่น แต่ถ้าเป็นสื่อกิจกรรมอย่างการเดินแอโรบิก หรือสื่อพื้นบ้านอย่างการรำโนราหรือรำดาบฟ้อนเจิง จะมีสถานภาพเป็นช่อง

ทางการสื่อสารที่ผู้สื่อสารสามารถลงรหัสสุขภาพได้ด้วยตนเอง เพราะเป็นผู้ที่เข้าไปมีส่วนร่วมกับสื่อเหล่านี้ได้โดยตรง

จากเส้นทางสองแพร่งในหลาย ๆ แง่มุมที่กล่าวมาข้างต้นนี้ หากจะตั้งคำถามว่า เราควรเลือกยึดทางแพร่งไหนในการสื่อสารเรื่องสุขภาพที่เหมาะสม กรณีนี้คงไม่มีคำตอบที่ลงตัวชัดเจน ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขการสื่อสารในบริบทที่แตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น ในบริบทของการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับคนไข้ในด้านหนึ่งก็ต้องมีลักษณะแบบแนวนอน (horizontal) ที่เน้นความเอื้ออาทรเข้าอกเข้าใจทุกซอกซอระหว่างกัน แต่ในอีกด้านหนึ่ง หากเป็นกรณีของผู้ป่วยอาการหนักและไม่ประพฤติตามวัตรปฏิบัติในการรักษาโรค พยาบาลก็อาจจำเป็นต้องใช้รูปแบบการสื่อสารแนวตั้ง (vertical) อาทิ สั่งให้คนไข้กินยาตามเวลาที่กำหนด เป็นต้น

3. ทฤษฎีและแนวทางการศึกษาการสื่อสารกับสุขภาพ

ความหมายโดยกว้าง ๆ ของ "ทฤษฎี" ก็คือ ชุดความคิดที่เราใช้เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ต่าง ๆ หรืออ่านความหมาย/รหัสของปรากฏการณ์ทางสังคมออกมา สำหรับทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารสุขภาพนั้น หากพิจารณาตามหลักวิธีการในการเข้าสู่ปัญหาแล้ว สามารถจำแนกได้เป็นสองชุด คือ ทฤษฎีการสื่อสารสุขภาพที่มาจากสายสาธารณสุขศึกษา และทฤษฎีการสื่อสารสุขภาพที่มาจากสายนิเทศศาสตร์/วารสารศาสตร์ ดังนี้

3.1 ทฤษฎีสายสุขภาพ/สาธารณสุขศึกษา (health education)

จุดยืนของนักวิชาการสายสาธารณสุข เชื่อว่า การสื่อสารที่ดีเท่านั้น จะทำให้ผู้คนมีสุขภาพที่ดี ด้วยเหตุนี้ นักทฤษฎีในกลุ่มดังกล่าวจึงพยายามค้นหาคำตอบว่า จะสื่อสารอย่างไรที่จะทำให้สุขภาพของทุก ๆ คนเป็นไปในทิศทางที่ดี เช่น ต้องใช้การสื่อสารซึ่งให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เป็นข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้รับสาร เป็นข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับภาวะความเสี่ยงของโรค หรือใช้การสื่อสารสร้างเสริมพฤติกรรมแห่งความสุข เป็นต้น ทั้งนี้ หากพิจารณาลงไปในรายละเอียดของทฤษฎีสำนักนี้ เราสามารถจำแนกวิธีคิดต่อการสื่อสารสุขภาพออกเป็นสองกลุ่มย่อยด้วยกัน คือ กลุ่มแนวคิดสาย traditional health education และกลุ่มแนวคิดสาย media advocacy หรือ social marketing ดังนี้

(1) กลุ่มทฤษฎี traditional health education นักทฤษฎีในสังกัดกลุ่มนี้มีความเชื่อโดยพื้นฐานว่า

* สาธารณชน (public) หรือผู้รับสารทั่วไปจะมีลักษณะแบบ ill-informed หรืออีกนัยหนึ่ง ผู้รับสารทั้งหลายมักจะได้รับข่าวสารที่ผิดพลาดผ่านสื่อ หรือมิเช่นนั้น ก็จะได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้อง หรือบางครั้งก็ไม่มีข่าวสารที่มากเพียงพอ เช่น เวลาดูภาพยนตร์ตะวันตกที่ออกฉายทางโทรทัศน์ หากมีภาพตัวละครสูบบุหรี่ ก็จะมีการทำภาพเบลอบริเวณปากของตัวละคร เนื่องจากภาพดังกล่าวเป็นข้อมูลข่าวสารที่ไม่พึงสมควร

* ขณะเดียวกัน ข่าวสารที่สาธารณชนได้รับมักจะไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริง เช่น ข่าวสารที่โฆษณาโทรทัศน์นำเสนอมักจะสร้าง

ความต้องการปลอม ๆ หรือสร้างจิตสำนึกที่ผิดพลาดให้กับผู้บริโภค (ดังกรณีของโฆษณาผงชูรส ที่ไม่มีความจำเป็นเลยในการปรุงอาหารจริง ๆ)

* หากไม่เช่นนั้น ข่าวสารสุขภาพที่สื่อนำเสนอออกไป ก็มักจะ ไม่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายตัวจริงเสียงจริง ดังตัวอย่างงานวิจัยของ Brown and Walsh Childers (1994, quoted in Seale 2002) ที่ศึกษากรณีของสื่อกับการนำเสนอข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ และพบว่า กลุ่มผู้ที่ได้รับข่าวสารมักจะเป็นบรรดาผู้ที่มีความเสี่ยงน้อย ในขณะที่กลุ่มเสี่ยงนั้น มักจะไม่ใช้กลุ่มเป้าหมายจริง ๆ ของสื่อเหล่านี้ เนื่องจากธรรมชาติของสื่อมวลชนมีลักษณะที่เผยแพร่ไปสู่วงกว้างโดยมีอาจคาดเดากลุ่มผู้รับสารตัวจริงได้นั่นเอง

* ด้วยเหตุดังกล่าว แนวคิดหลักของนักวิชาการในกลุ่มนี้ จึงเน้นมาที่การเรียกร้องให้มีการสร้างโครงการรณรงค์หรือใช้การสื่อสารเพื่อให้การศึกษาคือข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องแก่ประชาชน

กล่าวโดยสรุป แนวคิดของสาย traditional health education มักเชื่อว่า ผู้รับสารมีลักษณะที่ไม่ฉลาด ไม่มีอำนาจตัดสินใจใด ๆ ตรงกันข้าม บรรดาสื่อมวลชนต่างหากที่มีอำนาจตัดสินใจแทนกลุ่มคนเหล่านี้ แม้ว่าสื่อมักจะนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่ผิดพลาดคลาดเคลื่อนก็ตาม แต่อย่างไรก็ดี วิธีคิดดังกล่าวอาจนำไปสู่คำถามที่ท้าทายตามมาว่า หากผู้รับสารได้รับข้อมูลข่าวสารที่มากพอ หรือได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง พวกเขาจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนได้จริงหรือไม่ ดังตัวอย่างกรณีของการรณรงค์เรื่องโรคเอดส์ ที่แม้จะมีการประชาสัมพันธ์ข่าวสารต่าง ๆ อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง แต่ผลของการสื่อสารที่ถาโถมเช่นนี้ ก็มิได้ทำให้สัดส่วนของผู้ป่วยโรคเอดส์มีจำนวนลดลงแต่อย่างไร

(2) กลุ่มทฤษฎี media advocacy หรือ social marketing แนวคิดในกลุ่มนี้มีชื่อเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า "health promotion" ซึ่งมีทัศนคติคล้ายคลึงกับกลุ่มแรกว่า การทำงานของสื่อบางส่วนก็มักจะนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่ผิดพลาดคลาดเคลื่อนให้แก่ผู้รับสาร แต่อย่างไรก็ตาม นักวิชาการในสังกัดทฤษฎีสายนี้ เชื่อว่า ยังมีสื่อมวลชนอีกบางส่วนที่เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้น แนวคิดของนักทฤษฎีกลุ่มดังกล่าวจึงเน้นว่า ควรจะมีการสร้างสื่อที่ดีให้เป็นตัวแทนปากเสียงของผู้รับสารที่จะเสริมสร้างสุขภาพที่ดีได้ ทัศนคติของทฤษฎี media advocacy สรุปได้ดังนี้

* ข้อเสนอในการใช้แนวคิดเรื่อง "edutainment" กล่าวคือ ในขณะที่คนทั่วไปมักมีทัศนคติด้านลบต่อสื่อประเภทบันเทิงเรีงรมย์ (entertainment media) อาทิ ความเชื่อที่ว่าละครโทรทัศน์มักเป็นเรื่องน้ำเน่ามอมเมา และไร้สาระ ฯลฯ แต่ทว่า นักทฤษฎีในกลุ่ม media advocacy กลับสนใจแสวงหาแนวทางสร้างพันธมิตรระหว่างสื่อบันเทิงกับกิจกรรมสุขภาพ และเห็นพ้องกับแนวคิดเรื่อง "สาระผสมบันเทิง" (edutainment) ที่ว่า แม้แต่สื่อบันเทิงไร้สาระก็สามารถใช้เพื่อการให้ข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพแก่มวลชนได้ ยกตัวอย่างเช่น การใช้รูปแบบละครโทรทัศน์ให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาแก่เยาวชน ดังปรากฏอยู่ในเรื่อง *ทีเด็ดครูพันธุ์ใหม่จิตพิสัยเดือด* เป็นต้น

* ข้อเสนอเรื่อง 'social marketing' นักทฤษฎีสาย media advocacy อาศัยแนวคิดด้านการตลาดเพื่อสังคม (social marketing) มาอธิบายว่า หากสื่อสามารถขายสินค้าในเชิงธุรกิจได้ฉันใด สื่อเหล่านั้นก็น่าจะนำมาใช้ขายหรือเผยแพร่วัฒนธรรมสุขภาพสู่สาธารณชนได้ด้วยเช่นกัน ด้วยเหตุนี้ นักวิชาการสายดังกล่าวจึงสนใจกระบวนการใช้สื่อในกิจกรรมการตลาดเพื่อ

สุขภาพ ดังตัวอย่าง โครงการรณรงค์ยุคหนึ่งที่น่าเสนอคำขวัญว่า "วันนี้คุณดื่มนมแล้วหรือยัง" ซึ่งถือเป็นการเผยแพร่วัฒนธรรมการดื่มนมเพื่อสุขภาพเยาวชน

* การใช้แนวคิดเรื่อง "media advocacy" จุดยืนด้านหนึ่งของนักวิชาการสายนี้ก็คือ การพยายามใช้สื่อเป็นตัวแทนในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี ด้วยการเปลี่ยนบรรดาสื่อที่ทำงานในแง่ลบ (negative) ให้มาแสดงบทบาทหน้าที่ในเชิงบวก (positive) อาทิ กรณีของประเทศอเมริกา ที่เคยมีการใช้สื่อมวลชนรณรงค์ต่อต้านการขายปืนเด็กเล่น หรือรณรงค์การเลิกสร้างสระว่ายน้ำไว้ในสวนหน้าบ้าน (เพราะมีเด็ก ๆ จมน้ำเสียชีวิตทุกปี) ภายหลังจากที่ครั้งหนึ่ง สื่อเหล่านี้ก็เคยทำหน้าที่ขายสินค้าปืนเด็กเล่นและสระว่ายน้ำในสวนให้กับผู้บริโภคมาก่อน

อย่างไรก็ดี แม้ข้อเด่นของทฤษฎี media advocacy จะเน้นที่การสร้างพันธมิตรระหว่างสื่อกับการสร้างเสริมสุขภาพประชาชน แต่ขีดจำกัดของแนวคิดนี้ก็มีหลายประการด้วยกัน กล่าวคือ ทฤษฎีนี้ยังคงมองผู้รับสารในลักษณะผู้ถูกกระทำ (passive audience) โดยเชื่อว่า ผู้ทำงานสื่อ/สุขภาพทั้งหลายยังคงฉลาดกว่าบรรดามวลชนผู้รับสาร นอกจากนี้ จุดสนใจของทฤษฎีนี้ยังเน้นอยู่แค่ในระดับของสื่อมวลชน โดยตัดขาดการสื่อสารสุขภาพในระดับอื่น ๆ ที่อยู่ในชีวิตประจำวันจริงของผู้คน และที่สำคัญ ทฤษฎีนี้ยังมีข้อด้อยที่วางกลุ่มเป้าหมายในการสื่อสารที่ผิดพลาด หรืออีกนัยหนึ่ง แทนที่สื่อมวลชนจะเลือกเนื้อหาการสื่อสารที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นมวลชน ตรงกันข้ามสื่อเหล่านี้กลับผลิตเนื้อหาที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้วางนโยบายสุขภาพ (health policy maker) มากกว่า ทำให้ผลของกิจกรรมการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพไม่สัมฤทธิ์เท่าที่ควร

3.2 ทฤษฎีสายการสื่อสาร (communication studies)

ในปีของนักวิชาการด้านการสื่อสารนั้น เราสามารถจำแนกกลุ่มผู้ที่สนใจผสมผสานมิติด้านการสื่อสารกับสุขภาพออกได้เป็น 3 กลุ่มด้วยกัน ได้แก่ (1) กลุ่มทฤษฎี functionalism / media impact (2) กลุ่มทฤษฎี cultural studies หรือ active audience model และ (3) กลุ่มทฤษฎี media health discourse and power ซึ่งมีรายละเอียดต่อไปนี้

(1) กลุ่มทฤษฎีสำนึก functionalism / media impact

จุดยืนของทฤษฎีหน้าที่นิยม หรือ functionalism โดยทั่วไปเชื่อว่าสังคมเปรียบเสมือนร่างกายของมนุษย์ ดังนั้น เมื่อพิจารณาในเรื่องการสื่อสาร อาจกล่าวได้ว่า การสื่อสารเปรียบเหมือนอวัยวะหนึ่ง หรือเป็นกลไกหนึ่งที่ทำหน้าที่ให้โครงสร้างสังคมใหญ่ทั้งหมดขับเคลื่อนไปได้ ส่วนทฤษฎีเรื่องผลกระทบของสื่อ หรือ media impact มีวิธีคิดคล้าย ๆ กัน และตั้งคำถามว่า สื่อมีอิทธิพลอย่างไรในการขับเคลื่อนสุขภาพและสังคม ทั้งนี้ เมื่อเราเชื่อมโยงมิติเรื่องการสื่อสารเข้ากับประเด็นเรื่องสุขภาพโดยใช้จุดยืนของทฤษฎีสายนี้ เราอาจสรุปเอกลักษณ์เด่นของแนวคิดได้ดังนี้

* สายทฤษฎีที่อยู่ในกลุ่ม ได้แก่ ทฤษฎีเข็มฉีดยา (hypodermic needle theory) ทฤษฎีการอบรมบ่มเพาะผ่านสื่อ (cultivation theory) และทฤษฎีการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจของสื่อ (uses and gratifications theory) ทั้งสามทฤษฎีดังกล่าวนี้ให้ความสำคัญกับการศึกษาสื่อมวลชน และมีจุดยืนร่วมกันที่เชื่อว่า สื่อมวลชนมีผลกระทบต่อทัศนคติและความรู้ในเชิงสุขภาพของผู้คน เช่น หากเราใช้สื่อมวลชนรณรงค์เรื่องต่อต้านยา

เสพติดอย่างต่อเนื่อง ในท้ายที่สุดทัศนคติของคนที่เคยหลงผิดติดยา ก็จะเปลี่ยนไปได้เอง เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม ในรายละเอียดที่ลึกลงไปนั้น ทฤษฎีทั้งสามมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ในขณะที่ทฤษฎีเข็มฉีดยาจะเชื่อในผลกระทบของสื่อในแบบจับปล้นทันใด (เพราะสื่อเหมือนกับเข็มที่ฉีดยา ด้านสุขภาพให้กับมวลชน) ทฤษฎีการอบรมบ่มเพาะกลับสนใจผลกระทบของสื่อในลักษณะของการปลูกฝังแบบค่อยเป็นค่อยไป ส่วนทฤษฎีการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจของสื่อ จะเน้นศึกษาบทบาทหน้าที่ของสื่อที่กระทำต่อสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคล

* ระเบียบวิธีวิจัย โดยส่วนใหญ่แล้ว นักทฤษฎีสายหน้าที่นิยมและผลกระทบของสื่อ มักจะออกแบบระเบียบวิธีวิจัยในเชิงปริมาณมากกว่าเชิงคุณภาพ เช่น ใช้การวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) การสัมภาษณ์ (interview) หรือการใช้แบบสอบถาม (questionnaire) เป็นต้น

* เป้าหมายของการศึกษา โดยจุดยืนของสำนักหน้าที่นิยมนั้น จะพยายามตอบคำถามที่เกี่ยวข้องกับการใช้สื่อเพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพ (health education) หรือประเด็นเรื่องการรู้เท่าทันสื่อเพื่อสุขภาพ (media health literacy) ดังปรากฏให้เห็นในตัวอย่างงานวิจัยด้านการสื่อสารเพื่อการพัฒนาสุขภาพของไทยหลาย ๆ ชิ้น แนวโน้มของทฤษฎีกลุ่มนี้มักจะเชื่อว่า ผู้รับสารทั่วไปมีแนวโน้มจะตกเป็นเหยื่อของสื่อมวลชน และต้องการวิเคราะห์ให้เห็นว่า สื่อเหล่านั้นสร้างผลกระทบต่อผู้คนและสุขภาพของพวกเขาอย่างไร

* ตัวอย่างนักวิชาการที่น่าสนใจ นักทฤษฎีสายสำนักหน้าที่นิยมที่ศึกษาเรื่องการสื่อสารกับสุขภาพ และมีแนวคิดที่น่าสนใจคนหนึ่งได้แก่ Lawrence Wallack (1990) ผู้ที่สนใจวิเคราะห์โครงการสื่อสารเพื่อรณรงค์ด้าน

สาธารณชนหลายชั้น Wallack ได้ทำการทบทวนแนวคิดเรื่องบทบาทหน้าที่และผลกระทบของสื่อมวลชนกับกิจกรรมด้านสุขภาพ และพบว่า แนวคิดที่นักวิชาการส่วนใหญ่เชื่อถือกัน จะมีอยู่ 3 สูตรด้วยกัน กล่าวคือ สูตรแรกหรือสูตรดั้งเดิม จะเชื่อในพลังของสื่อมวลชนในการโน้มน้าวผู้คนให้คล้อยตามได้ง่าย สูตรที่สอง จะเป็นทัศนะที่แย้งว่าสื่อมวลชนไม่ได้มีอำนาจอันใดเลย เพราะผู้รับสารมีช่องทางสื่อสารอื่นที่จะเท่าทันสื่อมวลชนได้ และสูตรที่สามอธิบายว่า สื่อมวลชนอาจมีพลังอำนาจได้ แต่ต้องขึ้นอยู่กับเงื่อนไขหรือบริบทในการสื่อสารด้วย เช่น หากเด็กดูโทรทัศน์พร้อมกับพ่อแม่ ก็อาจจะไม่คล้อยตามบรรดาโฆษณาชวนมหรานที่พยายามจะโน้มน้าวใจให้บริโภคได้

อย่างไรก็ดี Wallack ได้ปฏิเสธแนวคิดเรื่องผลกระทบของสื่อมวลชนทั้งสามสูตรนี้ โดยมีข้อเสนอว่า โลกความเป็นจริงนั้นซับซ้อนเกินกว่าจะฟันธงลงไปได้ว่าแนวคิดสูตรใดจะถูกต้องกว่าสูตรอื่น ตัวอย่างเช่น ในกรณีของสังคมไทย แม้ว่าเราจะมีโครงการรณรงค์เรื่องโรคเอดส์มากมาย แต่กลับไม่ค่อยประสบความสำเร็จ (สูตรที่สอง) ในขณะที่โครงการรณรงค์เรื่องการใช้ยาแก้ปวดที่มีจำนวนมหาศาลเช่นกัน กลับล้มฤทธิ์ผลสูงและทำให้ยาแก้ปวดยี่ห้อหนึ่งขายดีมาก (สูตรแรก) เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ Wallack จึงสรุปว่า สื่อมวลชนจะไม่มีพลังอำนาจในการสร้างผลกระทบระยะสั้น หรือไม่มีอำนาจในระดับการ แสดงบทบาทหน้าที่แบบเปิดเผย (manifest function) ตรงกันข้าม สื่อมวลชนกลับมีผลกระทบหรือแสดงบทบาทหน้าที่แบบแฝงเร้น (latent function) ได้ ค่อนข้างประสบผลสำเร็จ อาทิเช่น รายการ reality TV อย่าง เรื่องจริงผ่านจอ หรือรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ มักจะกำหนดเป้าหมายหลักหรือบทบาทหน้าที่แบบเปิดเผยของการสื่อสาร ที่จะชี้ให้เห็นว่า อุบัติภัยหรือมลพิษต่าง ๆ มี

อันตรายเป็นต่อสุขภาพ แต่ผลที่เกิดขึ้นกลับปรากฏว่า ผู้ชมส่วนใหญ่มักจะตีความไปอีกทางหนึ่ง และเชื่อว่า ปัญหาเรื่องสุขภาพไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุหรือมลพิษที่เป็นปัญหาระดับโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคม หากแต่มาจากพฤติกรรมส่วนบุคคล ที่เจ้าของสุขภาพเป็นผู้ละเลยการป้องกันสวัสดิภาพ/สุขภาพของตนเอง

(2) กลุ่มทฤษฎีสำนึก active audience model

กลุ่มทฤษฎีสำนึก active audience model เป็นสายวิชาการที่ได้รับอิทธิพลมาจากวิธีการศึกษาของสำนักวัฒนธรรมศึกษาของอังกฤษ (British cultural studies) ที่ไม่ได้เชื่อในอำนาจหรือผลกระทบของสื่อต่อผู้รับสารแบบเบ็ดเสร็จสมบูรณ์ แต่เล็งเห็นถึงศักยภาพในการต่อรองของผู้บริโภคที่จะกระทำต่อสื่อได้เช่นกัน แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีสำนึกนี้ได้แก่

* ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสาร นักทฤษฎีสำนึกวัฒนธรรมศึกษาเป็นกลุ่มนักวิชาการที่สนใจความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่อยู่ในระนาบเดียวกันหรือมีศักยภาพต่อกันระหว่างผู้ส่งกับผู้รับสาร ด้วยเหตุนี้เมื่อพิจารณาในประเด็นเรื่องการสื่อสารเชิงสุขภาพแล้ว นักทฤษฎีสายนี้จะเชื่อว่า ทั้งบุคลากรสายสาธารณสุข (หรือผู้ส่งสาร) กับเจ้าของสุขภาพ (หรือมวลชนผู้รับสาร) ต่างก็มีอำนาจในการสร้างความหมายเรื่องสุขภาพได้ในระดับที่เท่า ๆ กัน เพราะฉะนั้น แม้ผู้ส่งสารจะลงรหัสความหมายเรื่องสุขภาพมาชุดหนึ่ง ก็มิได้หมายความว่า ผู้รับสารจะถอดรหัสได้เหมือนต้นฉบับเสมอไป ด้วยเหตุนี้สำนักวัฒนธรรมศึกษาจึงมุ่งเน้นการศึกษาถึงกระบวนการถอดรหัสที่แตกต่างหลากหลาย (variety of readings) ดังตัวอย่างที่ Seale (2002) เคยศึกษากรณีของการชมรายการโทรทัศน์ที่กล่าวถึงการป้องกันตนเองเมื่อเกิดเหตุอัคคีภัย

และพบว่า แทนที่ผู้ชมสตรีจะให้ความสำคัญกับเนื้อหาของการป้องกันอุบัติเหตุตามวัตถุประสงค์ของรายการ พวกเธอกลับสนใจกับความหล่อและเท่ของบรรดาดาราจذابเพลิงในรายการมากกว่า

* ความสำคัญของบริบทในการสื่อสาร นอกจากทัศนะที่สนใจความหลากหลายของการถอดรหัสความหมายจากสื่อมวลชนแล้ว นักทฤษฎีสาย active audience model ยังเห็นว่า การสื่อสารด้านสุขภาพในแต่ละวาระโอกาสไม่เคยเกิดลอย ๆ ในสุญญากาศ ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาวิเคราะห์การสื่อสารภายใต้ "บริบท" (context) ที่แตกต่างกันออกไป เช่น หากเด็กดูรายการรุนแรงทางโทรทัศน์คนเดียว จะแตกต่างจากเด็กนั่งดูรายการดังกล่าวกับผู้ปกครองอย่างไร หรือกรณีของการนำเสนอภาพคนอ้วนผ่านสื่อมวลชน (เช่น ในโฆษณาแนวขำขันหรือในรายการตลกไปกษาทางโทรทัศน์) คนอ้วนกับคนไม่อ้วนดูแล้ว จะตีความเหมือนหรือต่างกันอย่างไร

* วิธีการศึกษา ทฤษฎีสายวัฒนธรรมศึกษาจะเน้นระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เป็นหลัก เช่น ใช้แนวทางการวิเคราะห์ตัวบท/สาร (textual analysis) หรือการสนทนากลุ่ม (focus group interview) เป็นต้น

* ตัวอย่างงานวิจัย สำหรับกรณีงานวิจัยไทยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารและสุขภาพ ได้แก่ งานวิจัยของ นิภาพรรณ สุขศิริ (2540) เรื่อง "ทิศทางการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์" ในส่วนหนึ่งของงานวิจัยชิ้นนี้ นิภาพรรณได้มุ่งศึกษาการรับรู้ (perception) ของผู้ชมที่มีต่อรายการสุขภาพ โดยอาศัยแนวคิดของ David Morley เป็นแนวทางการเข้าสู่ปัญหา ผู้วิจัยตั้งคำถามว่า ผู้รับสารที่มาจากกลุ่มสังคมที่แตกต่างกัน จะ

ถอดรหัสความหมายเรื่องของคุณภาพในรายการโทรทัศน์เหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร (เช่น จะเห็นด้วยกับการรับผิดชอบคุณภาพของตนเองหรือฝากคุณภาพส่วนบุคคลไว้ในมือของแพทย์ หรือจะเชื่อในวิธีคิดเรื่องคุณภาพแบบองค์รวมหรือคุณภาพแบบแยกส่วน ฯลฯ)

ผลการวิจัยของนิภาพรรณสรูปพฤติกรรมและการตีความของผู้รับสารด้านสุขภาพได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- (ก) กลุ่มชนชั้นล่าง จะเชื่อในแบบแผนสุขภาพเรื่องการ "ดูแลรักษาตัวเอง" เช่น จะไม่เน้นการไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย แต่หาซื้อยารับประทานเอง ซึ่งมีลักษณะของการคิดแบบแยกส่วน
- (ข) กลุ่มชนชั้นกลาง จะสนใจการ "ป้องกันสุขภาพ" ด้วยตนเอง และเน้นวิธีคิดเรื่องสุขภาพแบบองค์รวม เช่น การกินอาหารแบบชีวจิต การเล่นโยคะออกกำลังกาย
- (ค) กลุ่มชนชั้นนำ/ชนชั้นสูง จะใส่ใจกับการ "ส่งเสริมสุขภาพ" โดยฝากสุขภาพของตนไว้ในมือของแพทย์ (เช่น แพทย์ส่วนตัวที่ชำนาญเฉพาะโรค) อันเป็นวิธีคิดแบบแยกส่วนอีกลักษณะหนึ่ง

ด้วยเหตุนี้ ตัวแปรหลักที่มีผลต่อการรับรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับมิติสุขภาพผ่านสื่อมวลชนก็คือ ชนชั้นหรือสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมของผู้รับสารที่แตกต่างกันไปนั่นเอง

(3) กลุ่มทฤษฎีสำนึก media health discourse

ทฤษฎีเรื่อง "วาทกรรมของสื่อ" (media discourse) เป็นแนวคิดที่ได้รับอิทธิพลมาจากงานของนักสังคมศาสตร์ชาวฝรั่งเศสที่ชื่อ Michel Foucault ซึ่งเป็นผู้เสนอว่า การวิเคราะห์วาทกรรมมิใช่การศึกษาเรื่องของ "ความหมาย" (meaning) แต่เป็นการศึกษาถึง "กลยุทธ์ในการสื่อสารเพื่อสร้างความหมาย" อันรวมถึงกลยุทธ์การสื่อสารความหมายเรื่องสุขภาพด้วยเช่นกัน ตัวอย่างงานเขียนของ Foucault ที่ศึกษาเรื่องการสื่อสารกับสุขภาพ ได้แก่ งานเรื่อง History of Sexuality (1981) ที่ศึกษากลยุทธ์การควบคุมทางสังคมผ่านการให้เสรีภาพต่อมนุษย์ในเรื่องเพศ หรืองานเขียนเรื่อง Madness and Civilization (1989) ที่วิเคราะห์อำนาจในการสร้างความหมายและความจริงเกี่ยวกับ "ความบ้า" ของมนุษย์ เป็นต้น ทั้งนี้ หากจะประมวลทัศนะที่เกี่ยวข้องกับวาทกรรมสื่อในด้านสุขภาพ เราสามารถสรุปได้ดังนี้

* ความหมายของอำนาจ Foucault สนใจศึกษาเรื่องของ 'อำนาจ' (power) โดยได้นิยามคำว่า "อำนาจ" เอาไว้แตกต่างจากการรับรู้ของคนทั่วไป กล่าวคือ อำนาจในความคิดของ Foucault มิใช่การใช้กำลังรุนแรงเพื่อบังคับเท่านั้น หากแต่ยังรวมถึง กลยุทธ์ในการควบคุมความคิดและพฤติกรรมของมนุษย์ ตัวอย่างของกลยุทธ์ดังกล่าวที่น่าสนใจได้แก่ กระบวนการถอดอัตลักษณ์ (identity) เดิมของคนเราออกไป และประกอบสร้างอัตลักษณ์ใหม่เข้าไปทดแทน เช่น ในละครโทรทัศน์เรื่อง หลังคาแดง ที่แสดงให้เห็นถึงกลยุทธ์/อำนาจของสังคมในการนิยามความหมายของ "ความบ้า" และ "คนบ้า" ของตัวละครเอกที่เข้ามาในโรงพยาบาลบ้าแห่งหนึ่ง โดยเริ่มต้นตั้งแต่การเปลี่ยนชื่อของตัวละครจาก "โกยทอง" เป็น "ทองดี" การถอด

เสื้อผ้าของตัวละครออกแล้วให้สวมชุดของโรงพยาบาลแทน การบังคับให้คนไข้
ในโรงพยาบาลทุกคนต้องยกมือขออนุญาตก่อนพูดคุยกัน หรือการให้อ่านาจแก่
หมอและพยาบาลในการตัดสินใจว่าคนไข้คนใดที่จะถูกเรียกว่าเป็น "คนบ้า"
เพราะฉะนั้น มนุษย์คนหนึ่ง ๆ จะเป็น "คนบ้า" หรือไม่ก็ตาม ไม่ได้อยู่ที่อาการ
ซึ่งเขาแสดงออกมา หากแต่เป็นกลยุทธ์ทางอำนาจที่สังคม/โรงพยาบาล/แพทย์/
หรือบุคคลอื่นเป็นผู้นิยามความหมายให้คน ๆ นั้น

* การสื่อสารกับวาทกรรมสุขภาพ หากใช้ทัศนะของ
Foucault นั้น การสื่อสารถือเป็นกระบวนการสร้าง/ผลิตสิ่งที่เรียกว่า "ภาษา"
หรือ "วาทกรรม" เพื่อควบคุมความคิดและพฤติกรรมสุขภาพของผู้คน กลยุทธ์
ทางภาษา/วาทกรรมนี้หมายรวมถึงแต่การพูด การเขียน การใช้ภาพ การใช้
เสียง งานศิลปะ ท่าทาง การแสดงออก และการกระทำทุกอย่างที่สามารถ
สื่อสารได้ ทั้งนี้ การทำงานของวาทกรรมสุขภาพจะเป็นได้ทั้งลักษณะของ การ
เก็บกด (repression) หรือกลยุทธ์ของการห้ามพูด/สื่อสาร และลักษณะของ
การสร้างสรรค์ (creation) หรือการเปิดโอกาสให้สื่อสารได้แต่อยู่ในขอบเขต
และเงื่อนไขบางประการ ตัวอย่างเช่น กรณีของวาทกรรมทางเพศที่สื่อสารผ่าน
คอลัมน์ตอบปัญหาทางเพศในหนังสือพิมพ์ หรือผ่านรายการโทรทัศน์อย่าง
ซูริกซุรส และ คลินิกรัก ซึ่งเป็นพื้นที่ที่เปิดโอกาสให้คนในสังคมสื่อสารเรื่องเพศ
ได้ แต่เฉพาะในขอบเขตที่ต้องให้แพทย์เท่านั้นเป็นคนพูดหรือตอบปัญหา พูด
เรื่องเพศได้แต่ห้ามมีภาพจริงประกอบ หรือหากมีภาพประกอบก็ต้องใช้เป็น
หุ่นจำลอง/การ์ตูนสาริตแทน พูดเรื่องเพศได้แต่ต้องใช้ถ้อยคำที่เป็นทางการหรือ
สนองเป้าหมายเพื่อการศึกษา สนทนาปัญหาทางเพศได้แต่ห้ามหัวเราะหรือ
สร้างความรู้สึกร่วมว่าเป็นเรื่องลามก เป็นต้น

* ร่างกาย/ความรู้/อำนาจ แนวคิดหนึ่งที่ Foucault เสนอให้มีการขยายความคิดออกไปก็คือ การศึกษาเรื่อง "ร่างกาย" (body) ทั้งนี้ Foucault อธิบายว่า ทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับร่างกายของเราไม่ใช่เรื่องที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ (natural) ล้วน ๆ หากแต่ร่างกายเป็นกระบวนการที่ ได้รับการประกอบสร้างขึ้นโดยสังคม (socially constructed) โดยผ่านการทำงานของภาษา/วาทกรรมสื่อ ตัวอย่างเช่น เมื่อเราไปพบแพทย์เพื่อรักษาโรค หากแพทย์สั่งให้เราอดเสี้ออก เราก็จะปฏิบัติตาม เนื่องจากในโรงพยาบาลนั้น เราจะตกอยู่ภายใต้วาทกรรมการสื่อสารของโรงพยาบาลและองค์ความรู้เรื่องสุขภาพของแพทย์ หรือกรณีคำขวัญของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ว่า "สวยด้วยแพทย์" ก็คือการทำงานของวาทกรรมความงามที่มาจากองค์ความรู้ทางแพทยศาสตร์ หรือกรณีที่คนสมัยใหม่มักไปพบจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาทุกครั้งเมื่อพบว่าตนเองไม่สบายใจหรืออาจอยู่ในภาวะผิดปกติทางจิต (แทนที่จะใช้การนั่งสมาธิเพื่อสงบสติอารมณ์) ทั้งนี้เพราะคนเหล่านี้ได้อยู่ภายใต้วาทกรรมแบบจิตวิทยาร่วมสมัย ซึ่งมีอำนาจถอดระบบความรู้/ความคิดเรื่องการสื่อสารภายในบุคคล (intrapersonal communication) ออกไปจากสำนึกของพวกเขา

ดังที่ได้นำเสนอมาแล้วในตอนต้น แม้ในโลกความเป็นจริง การสื่อสารกับสุขภาพเป็นโลกสองมิติที่มีสายสัมพันธ์ระหว่างกันอย่างแนบแน่น แต่ทว่าในโลกวิชาการแล้ว การผสมผสานศาสตร์ด้านการสื่อสารกับองค์ความรู้ด้านสุขภาพยังคงเป็นพื้นที่ที่รอกการค้นคว้าศึกษาในอีกหลายแง่มุม สำหรับสถานภาพของงานเขียนชิ้นนี้ คงเป็นการสรุปให้ภาพรวมในขั้นต้นของแนวทางการศึกษาและเข้าสู่ปัญหาด้านการสื่อสารกับสุขภาพ ซึ่งน่าจะมีการขยายทฤษฎีและวิธีวิทยากันต่อไปในอนาคต

บรรณานุกรม

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ชาติชาย มุกสง (2537), *พรมแดนความรู้ ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย*, น นทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ (2528), 'แนวคิดพื้นฐานทางสังคมวิทยาการแพทย์', ใน *เอกสารการสอนชุดวิชา สังคมวิทยาการแพทย์ หน่วยที่ 1-8*, นนทบุรี: สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- เทพินทร์ พัทธานุกรักษ์ (2546), 'การคุกคามสุขภาพคือการคุกคามต่อชีวิต: นิยามสุขภาพในทัศนะของบุคคล', *วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, ปีที่ 16 ฉบับที่ 1.
- นิธิ เอียวศรีวงศ์ (2537), "สถานะขององค์ความรู้ด้านประวัติศาสตร์การแพทย์ และการสาธารณสุขไทย: สถานะ วาระการวิจัย และแนวทางการศึกษาในอนาคต", ใน *โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ชาติชาย มุกสง (บก.), พรมแดนความรู้ประวัติศาสตร์ การแพทย์และสาธารณสุขไทย*, นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- นิภาพรรณ สุขศิริ (2540), *ทิศทางของการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์*, วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วิชัย โชควิวัฒน์ (2537), 'การปฏิรูประบบบริการสุขภาพครั้งสำคัญในสังคมไทย ระหว่างปี พ.ศ.2431-2543', ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ชชาติชาย มุกสง (บก.), *พรมแดนความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย*, นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิพุธ พูลเจริญ (2544), *สุขภาพ: อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม*, นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศรีศักดิ์ วัลลิโภดม (2537), 'การศึกษาประวัติศาสตร์ทางการแพทย์ในมิติทางวัฒนธรรม', ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ชชาติชาย มุกสง (บก.), *พรมแดนความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย*, นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สันทัต เสริมศรี (2546), 'ระบบสุขภาพกับสุขภาพะของสังคมไทย', *วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, ปีที่ 16 ฉบับที่ 1.
- Barnes, M. et al (2003), 'Health Communication', in Robert J. Bensley and Jodi Brookins-Fisher (eds.), *Community Health Education Methods: A Practical Guide*, Boston: Jones and Bartlett.
- Beck, U. (1992), *Risk Society: Towards a New Modernity*, London: Sage.
- Foucault, M. (1981), *The History of Sexuality Volume 1: The Will to Knowledge*, London: Penguin.
- _____. (1989), *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*, London: Routledge.

Gwyn, R. (2002), *Communicating Health and Illness*, London: Sage.

Herzlich, C. (1973), *Health and Illness*, London: Academic Press.

Seale, C. (2002), *Media and Health*, London: Sage.

Wallack, L. (1990), 'Mass Media and Health Promotion: Promise, Problem, and Challenge', in Charles Atkin and Lawrence Wallack (eds.), *Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts*, Newbury Park: Sage.

