

บทที่ 8

ชุดความรู้เรื่อง "สุขภาพ" กับ "สื่อสารศึกษา"

1. เกริ่นนำ

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่าง "สุขภาพ" กับ "การสื่อสาร" ในโลกแห่งความเป็นจริงนั้นเป็นเรื่องที่มีได้แปลกใหม่เท่าใดนัก ทั้งนี้เนื่องจากมีหลักฐานยืนยันว่า นับตั้งแต่ศตวรรษที่ 16-17 ในโลกตะวันตกเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพระดับใหญ่และมีขนาดกว้างขวางก็จะมี การนำสื่อรูปแบบต่างๆ ตั้งแต่ใบปลิว การเดินสายรณรงค์ของสื่อบุคคล ฯลฯ มาใช้ในการพยายามแก้ไขปัญหาสุขภาพ และประวัติศาสตร์ของการเข้ามาใช้การสื่อสารเพื่องานสุขภาพนั้นก็สืบทอดต่อเนื่องกันอย่างไม่ได้ขาดสาย

เมื่อในโลกแห่งความเป็นจริงมีการสถาปนาความสัมพันธ์ระหว่างประเด็น "สุขภาพ" กับ "การสื่อสาร" ดังกล่าว ในโลกวิชาการก็ย่อมมีการขนานรับด้วยงานศึกษาความสัมพันธ์ดังกล่าว แม้ว่าจะดำเนินการหลังโลกแห่งความเป็นจริงก็ตาม กล่าวคือในราวช่วงกลางศตวรรษที่ 20 ได้เริ่มมีการก่อตั้งสาขาวิชาลูกผสมที่เรียกว่า "การสื่อสารสุขภาพ" (Health Communication) ที่มีสาขาวิชาต้นฉบับคือสาขาสุขภาพและสาขาการสื่อสาร แต่เนื่องจากการสื่อสารสุขภาพเป็นวิชาลูกผสม จึงสามารถจะถือกำเนิดได้จากทั้งฝ่ายสุขภาพและฝ่ายการสื่อสาร ซึ่งในกรณีของโลกตะวันตกนั้น มีการสถาปนาและการศึกษาค้นคว้าเรื่องการสื่อสารสุขภาพจากทั้ง 2 สาขา แต่ในสังคมไทย ดูเหมือนว่าวิชาในกลุ่มการสื่อสารสุขภาพจะเติบโตอยู่ในฝ่ายของสุขภาพมากกว่าฝ่ายของการสื่อสาร

และแม้ว่าเนื้อหาของการสื่อสารสุขภาพที่ไม่ว่าจะมาจากฟากฝั่งใดก็คงมีเนื้อหาบางส่วนที่เป็นจตุรร่วมกัน แต่ทว่าในแง่แนวคิดและในรายละเอียดลงไปแล้ว การสื่อสารสุขภาพที่มองจากฝั่งสุขภาพ และฝั่งการสื่อสารย่อมมีความหมายที่แตกต่างกัน

ในการประมวลสังเคราะห์ชุดความรู้เรื่องการสื่อสารสุขภาพที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการนั้น จะมีความชัดเจนว่าผู้วิจัยได้มองไปจากฟากฝั่งของการสื่อสาร ผู้วิจัยได้ประมวลงานสังเคราะห์ดังกล่าวเอาไว้ในบทความชื่อ "เส้นทางสำรวจเรื่อง "สุขภาพในสื่อสารศึกษา" (2556) ซึ่งจากชื่อของบทความก็จะสะท้อนจุดยืนของงานเขียนได้อย่างชัดเจน (บทความนี้รวมอยู่ในหนังสือ สื่อสาร อาหาร สุขภาพ, 2556)

และแม้ว่าการศึกษาเรื่องการสื่อสารสุขภาพจะได้ดำเนินการมาเป็นเวลายาวนานพอสมควรแล้ว แต่ทว่าเนื่องจากในช่วงเวลาที่ล่วงเลยมานั้น ทั้งแนวคิด/ทฤษฎี/กระบวนทัศน์/ภาคปฏิบัติการของทั้งด้าน "การสื่อสาร" และ "สุขภาพ" ได้มีการปรับเปลี่ยนมาอยู่ตลอดเวลา จึงไม่ต้องสงสัยเลยว่า "การสื่อสารสุขภาพ" ซึ่งมีสถานะเป็นลูกผสมจะต้องพลอยปรับเปลี่ยนไปด้วยเช่นกัน ด้วยเหตุนี้ในการหยิบจับงานวิจัยสื่อสารสุขภาพเล่มใดขึ้นมาอ่าน เราจึงจำเป็นต้อง "จัดวางตำแหน่ง" (positioning) งานศึกษานั้นเสียก่อน เป็นงานวิจัยที่ใช้คำนิยาม "สุขภาพ" แบบใด ใช้แบบจำลองการสื่อสารรุ่นไหน เป็นต้น

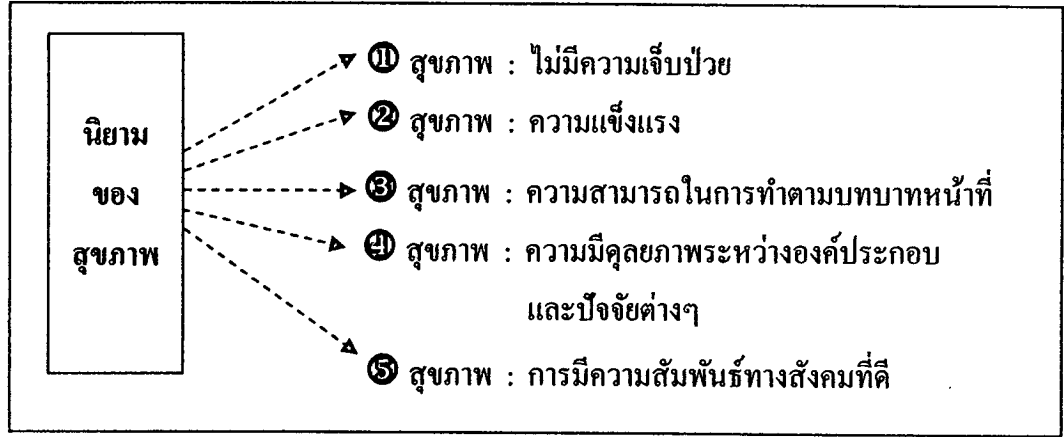
ในการประมวลชุดความรู้เรื่อง "การสื่อสาร" กับ "สุขภาพ" ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องทบทวนงานรวมของทั้งเรื่องการสื่อสารและสุขภาพก่อนเป็นอันดับแรก

2. การเปลี่ยนแปลงในเรื่อง "สุขภาพ"

การเปลี่ยนแปลงที่น่าตื่นตาตื่นใจและเป็นไปอย่างรวดเร็ว รวมทั้งยังมีระดับอาณาเขตกว้างขวางตั้งแต่ระดับโลก มาจนถึงระดับประเทศและระดับท้องถิ่นภายในช่วงเวลา 4-5 ศตวรรษนี้ คงจะไม่มีมิติไหนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะดังกล่าวเท่ากับประเด็นสุขภาพ ในที่นี้จะขอสำรวจการเปลี่ยนแปลงของมิติสุขภาพใน 3 หัวข้อคือ

- (i) การเปลี่ยนแปลงค่านิยม
- (ii) สถานะและปัจจัยแห่งการเปลี่ยนแปลงเรื่องสุขภาพในโลกปัจจุบัน
- (iii) การเปลี่ยนแปลงระดับกระบวนการทัศน์ของ "สุขภาพ"

(i) การเปลี่ยนแปลงระดับค่านิยม แม้ว่าเราอาจจะคุ้นเคยกับคำกล่าวที่ว่า "อโรคยา ปรมาลาภา" อันเป็นคำกล่าวที่ให้ค่านิยมของการมีสุขภาพที่ดีว่า เท่ากับ "การปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ" แต่ทว่า เทพิน พัทธนาบุรุษ (2546) ได้นำเสนอว่ายังมีค่านิยม "สุขภาพ" อีกมากมายหลากหลายแบบ โดยที่นิยามแรกที่ได้กล่าวไปนั้นเป็นเพียงหนึ่งในนิยามที่มักใช้กันในระบบการแพทย์แบบสมัยใหม่ของตะวันตก แต่ทว่าในกลุ่มคนกลุ่มต่างๆ ในแต่ละสังคม แต่ละวัฒนธรรมอาจจะมีค่านิยมว่า "สุขภาพที่ดีคืออะไร" อย่างน้อย 5 ค่านิยมดังนี้



ภาพที่ 14 : นิยามของสุขภาพ

ในภาคปฏิบัติการ นิยามทั้ง 5 นี้ยังคงดำรงอยู่ในคนกลุ่มต่างๆ และเนื่องจากค่านิยมทั้ง 5 มีลักษณะที่แตกต่างกัน เมื่อกลุ่มคนที่พกพาค่านิยมที่แตกต่างกันจำเป็นต้องมาปฏิบัติสัมพันธ์กัน ตัวอย่างง่ายๆ ก็เช่น แพทย์ตามโรงพยาบาลที่ต้องพบกับคนไข้ที่มาจากชนบท การปะทะเฉี่ยวชนกันระหว่างความหมายของสุขภาพก็จะเกิดขึ้น และกลายเป็นปัญหาหลักประการหนึ่งของการสื่อสารดังที่มีหัวข้องานวิจัยประเภทหนึ่งเลยในสาขาการสื่อสารสุขภาพที่ว่าด้วยเรื่อง "การสื่อสารระหว่างแพทย์กับคนไข้"

(ii) สถานะและปัจจัยแห่งการเปลี่ยนแปลงเรื่องสุขภาพในโลกปัจจุบัน แม้ว่ามิติสุขภาพจะเป็นมิติหนึ่งของชีวิตที่มนุษยชาติให้ความสำคัญมาตั้งแต่ครั้งอดีตกาลนอกเหนือไปจากเรื่องการทำมาหากิน ครอบครัว ศาสนา ฯลฯ แต่ทว่า เราอาจจะกล่าวได้ว่า ในโลกปัจจุบันนั้น ผู้คนสมัยใหม่ต่างพากันให้ความสนใจกับประเด็นเรื่อง "สุขภาพ" โดยตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพที่แตกต่างไปจาก

ในอดีตทั้งในเชิงปริมาณ (สนใจมากขึ้น) และ ในเชิงคุณภาพ (เช่นวิธีการที่จะได้ซึ่งคุณภาพที่ดี) ผู้วิจัยได้ประมวลทัศนะของนักวิชาการด้านสื่อสารสุขภาพที่เสนอว่า มีปัจจัยอย่างน้อย 4 ประการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความตระหนักของสุขภาพในยุคสมัยปัจจุบันคือ

(1) ปัจจัยเรื่อง "สังคมแห่งความเสี่ยง" ความเสี่ยงนั้นไม่เพียงเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น น้ำท่วม ภูเขาไฟระเบิด แผ่นดินไหว ฯลฯ เช่นในอดีต หากทว่าความเสี่ยงนั้นได้เข้ามาเป็นปรากฏการณ์ประจำอยู่ในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการปนเปื้อนของอาหาร อากาศเป็นพิษ (จากสารตะกั่วในน้ำมันรถยนต์) น้ำเสีย ฯลฯ ดังนั้น ผู้คนจึงต้องติดตั้งสำนึกที่จะปกป้องดูแลสุขภาพของตนเองอยู่ทุกชั่วขณะ

(2) ปัจจัยเรื่องการเปลี่ยนแปลงของลักษณะโรค จากโรคที่เคยเป็นเพราะมีตัวเชื้อโรค ซึ่งถูกวิทยาศาสตร์การแพทย์อันเจริญก้าวหน้าของยุคปัจจุบันปราบปรามได้ แต่คนในยุคปัจจุบันจะตายด้วยโรคที่เรียกว่า "โรคอันเกิดจากวิถีการใช้ชีวิต" (Life style) ซึ่งเป็นโรคที่ไม่มีตัวเชื้อโรค เช่น มะเร็ง (ที่เกิดจากการสูบบุหรี่) อุบัติเหตุ (การดื่มสุรา) ความเครียด การกินอาหาร การไม่ออกกำลังกาย ฯลฯ โรคแบบนี้การแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถจะจัดการได้เพราะเจ้าของสุขภาพจะต้องจัดการเอง ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง "วิถีการได้มาซึ่งสุขภาพที่ดี" อันจะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนระบบการสื่อสารสุขภาพทั้งกระบวนการด้วย

(3) ปัจจัยเรื่องบริการสุขภาพกลายเป็นระบบอุตสาหกรรมทุนนิยม ส่งผลให้ยาและการให้บริการกลายเป็นสินค้าประเภทหนึ่ง ฉะนั้น จากโรคภัยไข้เจ็บ/ปัญหาสุขภาพที่เกิดมาจากธรรมชาติในอดีต แต่เพื่อจะขายยาและบริการให้ได้มากๆ เพื่อการทำกำไร จึงเกิดการ "ปั่น" ปัญหาสุขภาพ เช่นเดียวกับการปั่นหุ้น ทำให้เกิดปรากฏการณ์ต่างๆ มากมายในระบบสุขภาพ เช่น การให้ยาและบริการสุขภาพอย่างมากเกินจำเป็น การทำให้สิ่งที่เป็นธรรมชาติกลายเป็นโรค (เช่น การหมดประจำเดือน ความแก่ชรา ฯลฯ) ที่มีชื่อเรียกว่า "โรคหมอทำ" (Medicalization) ปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้ทำให้ในงานวิจัยการสื่อสารสุขภาพจำนวนหนึ่งมีการนำเอาทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองซึ่งเป็นทฤษฎีที่วิจารณ์การทำทุกสิ่งทุกอย่างให้กลายเป็นสินค้า (Commodification) มาใช้ และแน่นอนเครื่องมือสำคัญของโรคหมอนั้นก็คือ การสื่อสารโดยเฉพาะในรูปแบบของการโฆษณา/ประชาสัมพันธ์

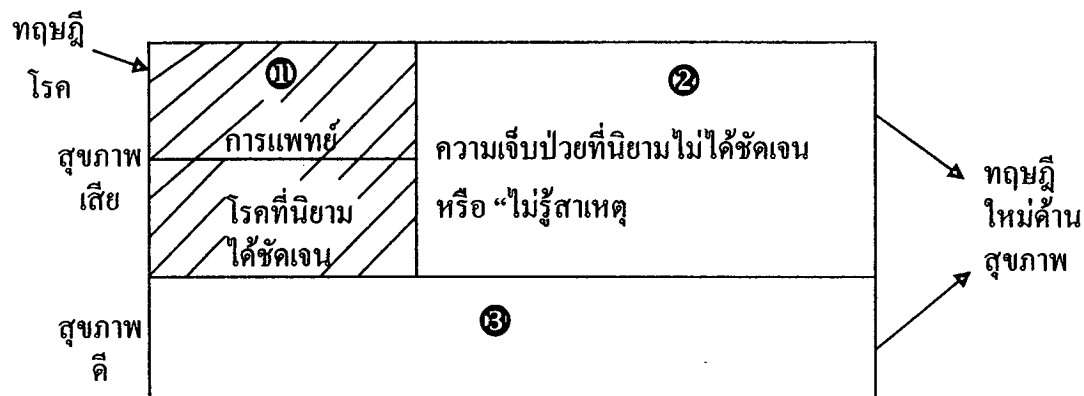
(4) ปัจจัยเรื่องความล้มเหลวและข้อจำกัดของระบบแพทย์แผนใหม่ ซึ่งอาจจะเป็นผลต่อเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของลักษณะโรคที่ปราศจากตัวเชื้อ หากทว่าแพทย์แผนใหม่นั้นสร้างมาจากฐานความรู้เรื่องเชื้อโรคเท่านั้น ดังนั้น ปัญหาสุขภาพในยุคปัจจุบันนั้น ระบบแพทย์แผนใหม่จึงไม่สามารถจะ "เอาอยู่" ข้อเท็จจริงที่ประชาชนต้องเผชิญหน้ากับความล้มเหลวของระบบการแพทย์แผนใหม่ดังกล่าว ทำให้เกิดการดิ้นรนเพื่อแสวงหาวิธีการอื่นๆ จึงเป็นที่มาของการเผยแพร่สื่อสารของระบบการแพทย์แบบอื่นๆ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์จากการรักษามาสู่การป้องกันและการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ดังกล่าวประชาชนก็ต้องการข้อมูลข่าวสารเพิ่มมากขึ้น และเป็นข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างไปจากเรื่องการรักษาโรค

(iii) ภาพรวมของกระบวนการทัศน์ด้านสุขภาพ หากสรุปค่านิยมและการตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพในปัจจุบัน รุจินาถ อรรถลิสฎ (2548) ได้ประมวลว่า นับตั้งแต่ 4 ศตวรรษที่

ผ่านมานี้ อาจกล่าวได้ว่ามีกระบวนทัศน์ใหญ่ๆ ที่กำลังทำงานอยู่ในเรื่องสุขภาพในยุคปัจจุบันอยู่ 3 กระบวนทัศน์คือ

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

แต่ก่อนที่จะดูรายละเอียดของกระบวนทัศน์ทั้ง 3 นั้น เราคงต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับแผนที่ของปริณทลของสุขภาพที่นำเสนอโดยประเวศ วะสี (2547) ดังนี้



ภาพที่ 15 : ปริณทลของสุขภาพ

คุณหมอประเวศอธิบายว่า ประชากรทั้งหมดในสังคมนั้นจะสังกัดอยู่ใน 3 ปริณทลทางสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันนี้ แต่ละปริณทลนั้นจะมาเกี่ยวข้องกับเรื่องการแพทย์แบบแผนใหม่ที่ใช้ทฤษฎีโรคเป็นแนวคิดนำมากน้อยต่างกัน

ปริณทลของสุขภาพแบ่งได้เป็น 2 ส่วนใหญ่คือ

(1) ส่วนที่สุขภาพดี ได้แก่ เขตที่ 3 ก็คือ กลุ่มคนที่มีสุขภาพพลานามัยดีเป็นปกติ ไม่เจ็บไข้ได้ป่วย ดำเนินชีวิตอย่างสามัญธรรมดา ส่วนนี้จะเป็นส่วนใหญ่ของพื้นที่ทั้งหมด เพราะโดยทั่วไปสังคมเราจะมีคนสุขภาพเป็นปกติ/สุขภาพดีมากกว่าคนเจ็บไข้ได้ป่วย

(2) ส่วนที่สุขภาพเสีย ได้แก่ ส่วนที่มีพื้นที่ขนาดเล็กลงมา ซึ่งเริ่มได้แก่คนที่มีอาการเจ็บไข้ได้ป่วย ในกลุ่มสุขภาพเสียนี้ยังแบ่งออกเป็นอีก 2 กลุ่มคือ

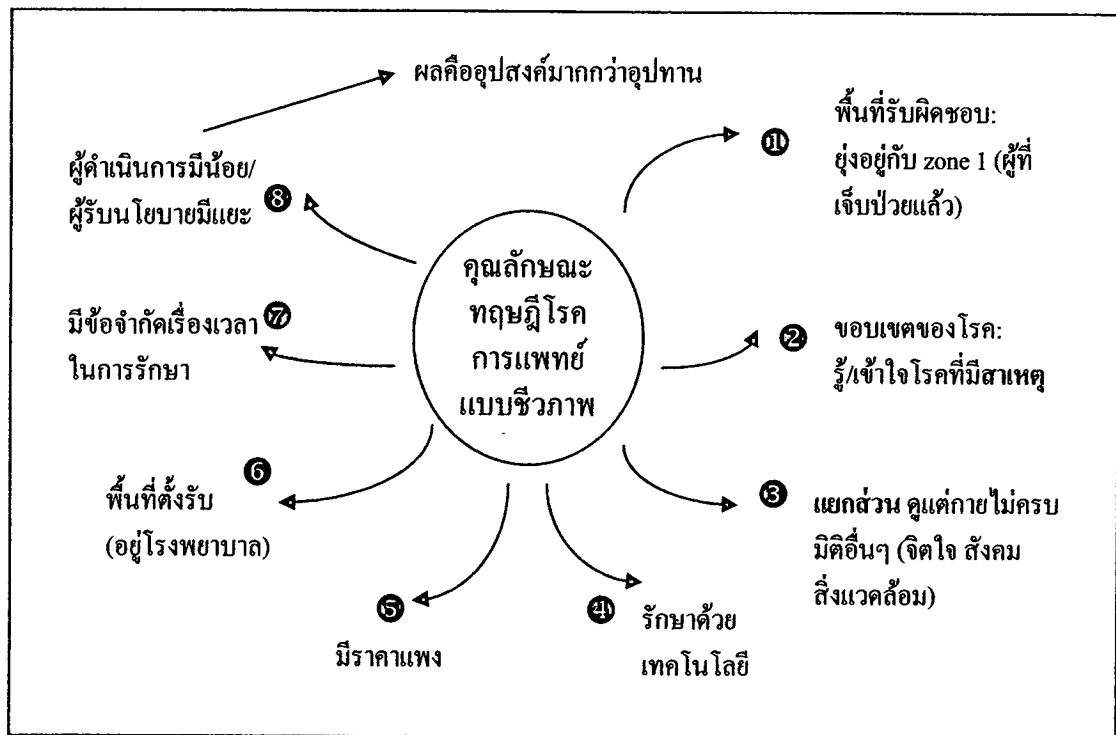
(2.1) เจ็บป่วยโดยหมอรู้สาเหตุ อันเป็นเขตที่ 1 เป็นพวกที่เจ็บไข้ได้ป่วยแล้วหมอใช้เครื่องมือทางการแพทย์ตรวจพบว่ามีสาเหตุมาจากอะไร เป็นเพราะเชื้อโรคตัวไหน หรืออวัยวะส่วนใดบกพร่อง จะสังเกตเห็นได้ว่าเขตนี้กินพื้นที่เพียงนิดเดียว และอาจจัดการได้ด้วยทฤษฎีโรค

(2.2) กลุ่มคนที่เจ็บป่วยแต่ไม่รู้สาเหตุว่าเป็นเพราะอะไร ซึ่งนพ.ประเวศบอกว่าบรรดาแพทย์จะไม่สบายใจมากกับพวกที่อยู่ในเขตนี้ เพราะไม่เข้าใจว่าคนไข้ป่วยเพราะอะไร และบางครั้งก็โกรธว่าคนไข้แกล้งทำ

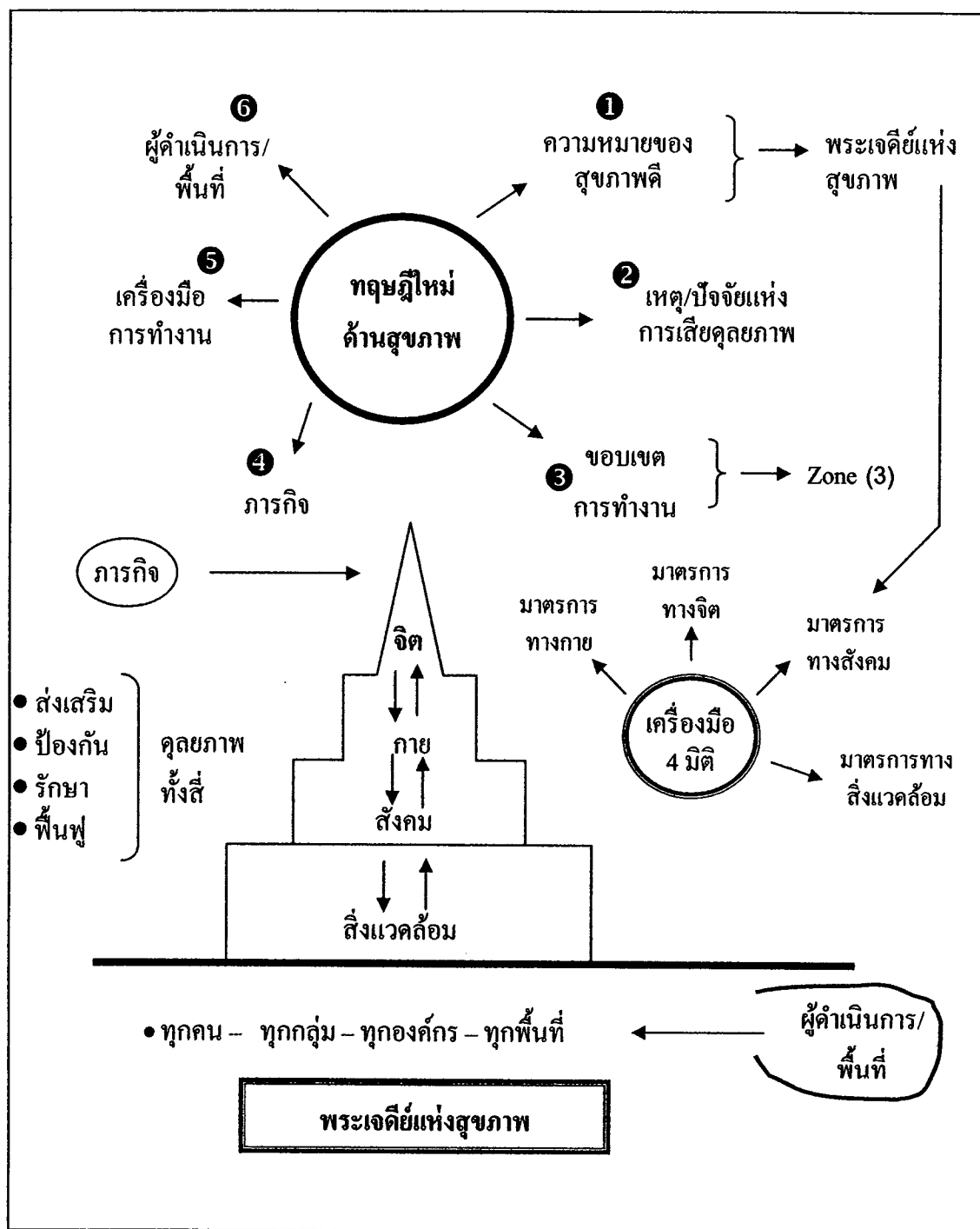
จากเขตพื้นที่ทั้ง 3 พื้นที่นี้ คุณหมอประเวศเสนอว่า การแพทย์แบบทฤษฎีโรค (การเจ็บป่วยเพราะมีตัวเชื้อโรค) นั้นจะจัดการได้แต่กลุ่มสุขภาพเสียในเขต 1 เท่านั้น แต่สำหรับในเขต 2 และเขต 3 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่กว้างใหญ่นั้น จำเป็นต้องใช้ "ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ" (ที่จะนำเสนอในตอนต่อไป) มาเป็นแนวคิดหลักชี้แนะโดยเฉพาะกลุ่มคนที่สุขภาพดีเป็นปกติในเขต 3 ทั้งนี้เพราะเรื่องสุขภาพ

เป็นเรื่องไม่แน่นอน ไม่มั่นคง ไม่ตายตัว หากไม่มีแนวคิดเรื่อง "การทำนุบำรุงรักษา หรือสร้างเสริมสุขภาพที่ดี" ประกอบเอาไว้ คนในกลุ่ม 3 อาจอพยพเคลื่อนย้ายไปอยู่เขต 2 หรือเลยไปถึงเขต 1 ไปเลย (ดูรายละเอียดในตอนต่อไป)

หากกล่าวโดยสรุป นพ.ประเวศ วะสี (2547) ได้เปรียบเทียบ 2 กระบวนทัศน์ที่ดูเหมือนจะอยู่ตรงกันข้ามคือ กระบวนทัศน์ของการแพทย์แบบชีวภาพ (ที่นพ.ประเวศเรียกว่า "ทฤษฎีโรค") กับกระบวนทัศน์แบบนิเทศน์สังคม (ที่นพ.ประเวศเรียกว่า "ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ") โดยแสดงให้เห็นความแตกต่างของ 2 กระบวนทัศน์ตามเกณฑ์ต่างๆ ที่แสดงในภาพ



ภาพที่ 16 : คุณลักษณะของทฤษฎีโรค



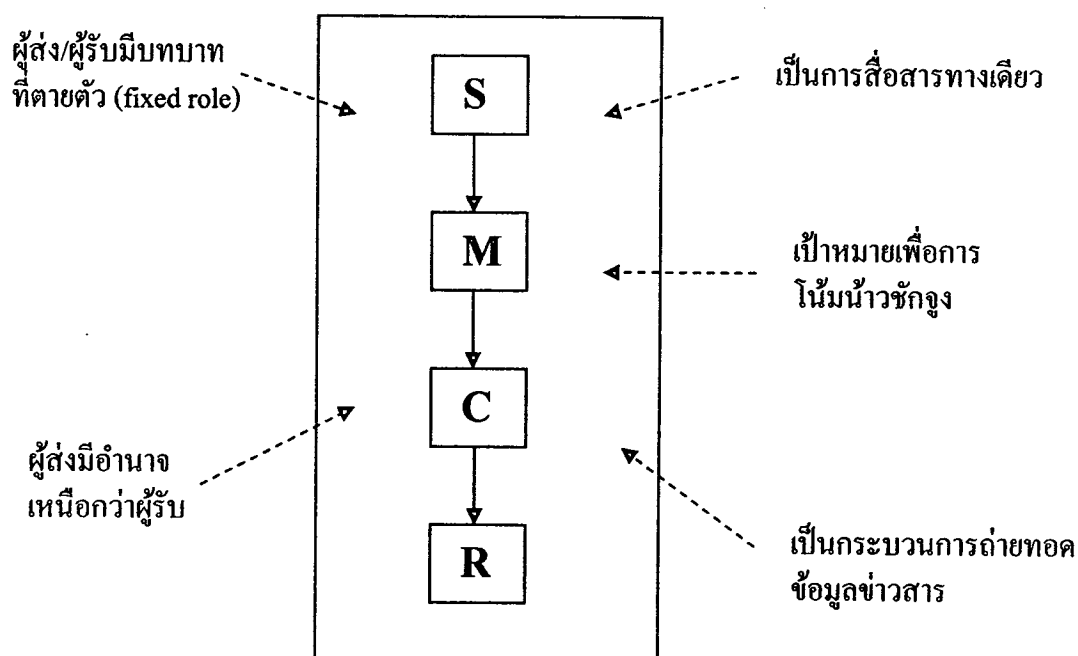
ภาพที่ 17 : คุณลักษณะของทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ

3. การเปลี่ยนแปลงในเรื่อง "การสื่อสาร"

ดังที่ได้เกริ่นมาบ้างแล้วข้างต้นว่า ไม่เพียงแต่เรื่องสุขภาพเท่านั้นที่มีการปรับเปลี่ยนตั้งแต่ระดับค่านิยม ระดับความสำคัญ ไปจนกระทั่งถึงกระบวนการทัศน ในฟากฝั่งของ "การสื่อสาร" ก็มีการปรับเปลี่ยนเช่นเดียวกัน และจากองค์ประกอบคุณลักษณะของการสื่อสารอย่างน้อย 14 คุณลักษณะที่ได้กล่าวมาข้างต้น การปรับเปลี่ยนด้านการสื่อสารที่อาจจะถือว่าเป็นพื้นฐานอย่างมากที่สุด และเข้ามาสร้างผลกระทบต่อเรื่องการสื่อสารสุขภาพมากที่สุด น่าจะมีอยู่ 2 คุณลักษณะคือ

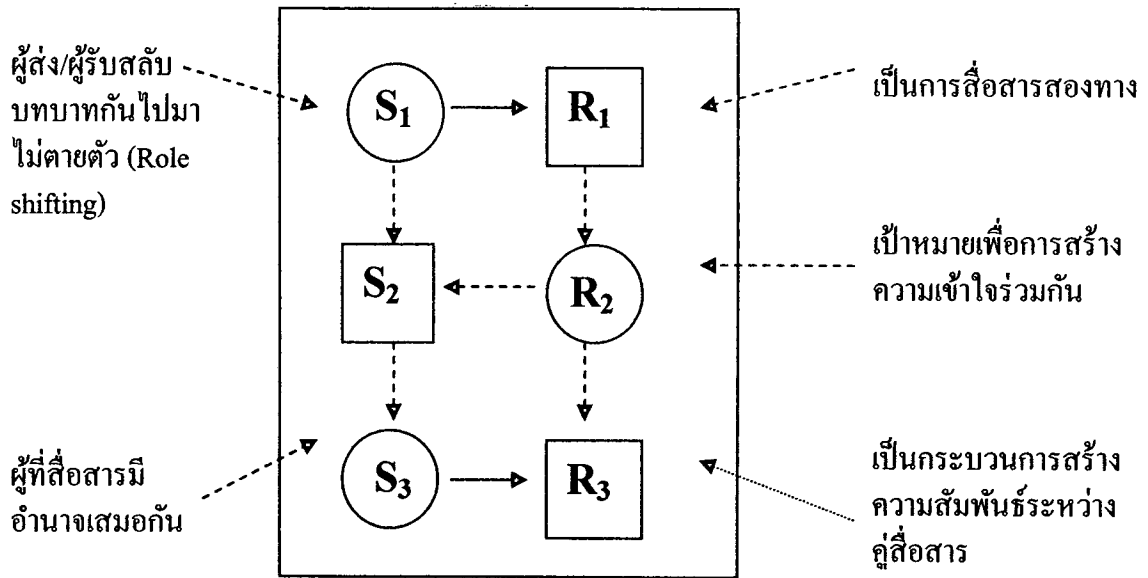
- (i) การปรับเปลี่ยนแบบจำลอง
- (ii) การขยายขยาย "ประเภทของสื่อ"

(i) การปรับเปลี่ยนแบบจำลอง นับตั้งแต่ยุคสมัยที่วิชาการด้านนิเทศศาสตร์/สื่อสารศึกษาได้สถาปนาตนเองขึ้นมานั้น ในโลกแห่งความจริงกำลังเป็นยุคสมัยที่ "สื่อมวลชน" (Mass media) ได้กลายเป็น "สื่อหลัก" ของสังคม ด้วยคุณลักษณะหลายๆ ของสื่อมวลชนสมัยใหม่ทุกประเภทไม่ว่าจะเป็นหนังสือพิมพ์ วิทยุ ภาพยนตร์ นิตยสาร โทรทัศน์ ฯลฯ ล้วนแล้วแต่สอดคล้องกับแบบจำลองด้านการสื่อสารที่เรียกว่า "แบบจำลองเชิงการถ่ายทอดข่าวสาร" (Transmission Model) ทั้งสิ้น คุณลักษณะของแบบจำลอง Transmission มีดังแสดงในภาพ



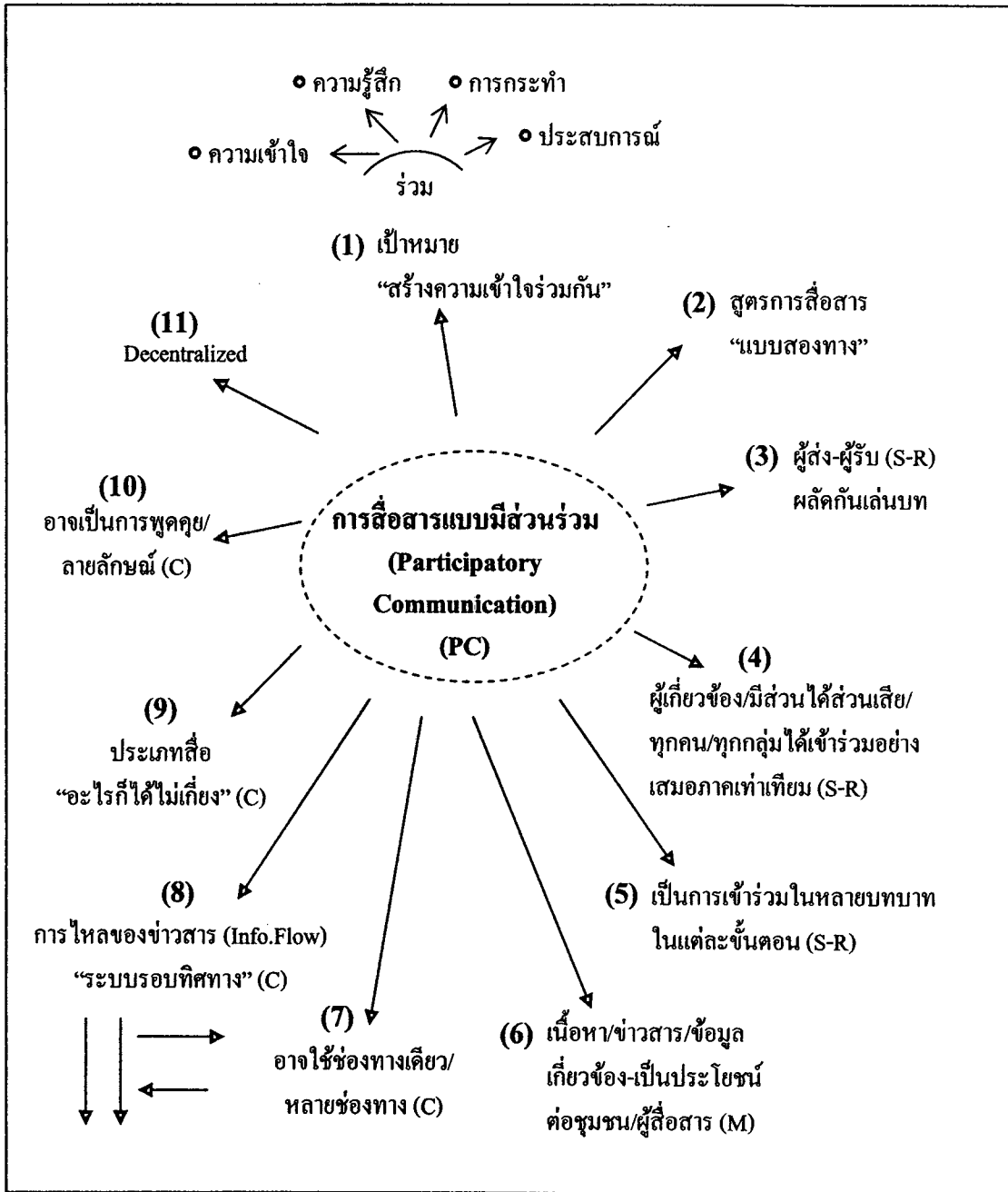
ภาพที่ 18 : Transmission Model (แบบจำลองเชิงการถ่ายทอดข่าวสาร)

ต่อมาในช่วงทศวรรษ 1970 กระแสแนวคิดเรื่อง "การมีส่วนร่วมของประชาชน" (people participation) ได้แพร่กระจายเข้าไปสู่ปริมณฑลต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นปริมณฑลด้านการเมือง ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม-วัฒนธรรม เกิดขบวนการเคลื่อนไหวสังคมแบบใหม่ๆ (New Social Movement) เช่น ขบวนการสิทธิสตรี ขบวนการแสวงหาสันติภาพ กลุ่มต่อต้านอาวุธนิวเคลียร์ ขบวนการรักสิ่งแวดล้อม ฯลฯ กระแสดังกล่าวส่งผลถึงแวดวงสื่อสารศึกษาและก่อให้เกิดแบบจำลองใหม่ที่เรียกว่า "แบบจำลองเชิงพิธีกรรม" (Ritualistic Model) แบบจำลองใหม่นี้มีคุณลักษณะที่ตรงกันข้ามกับแบบจำลองเชิงการถ่ายทอดข่าวสารในเกือบจะทุกคุณลักษณะดังแสดงในภาพ



ภาพที่ 19 : Ritualistic Model (แบบจำลองเชิงพิธีกรรม)

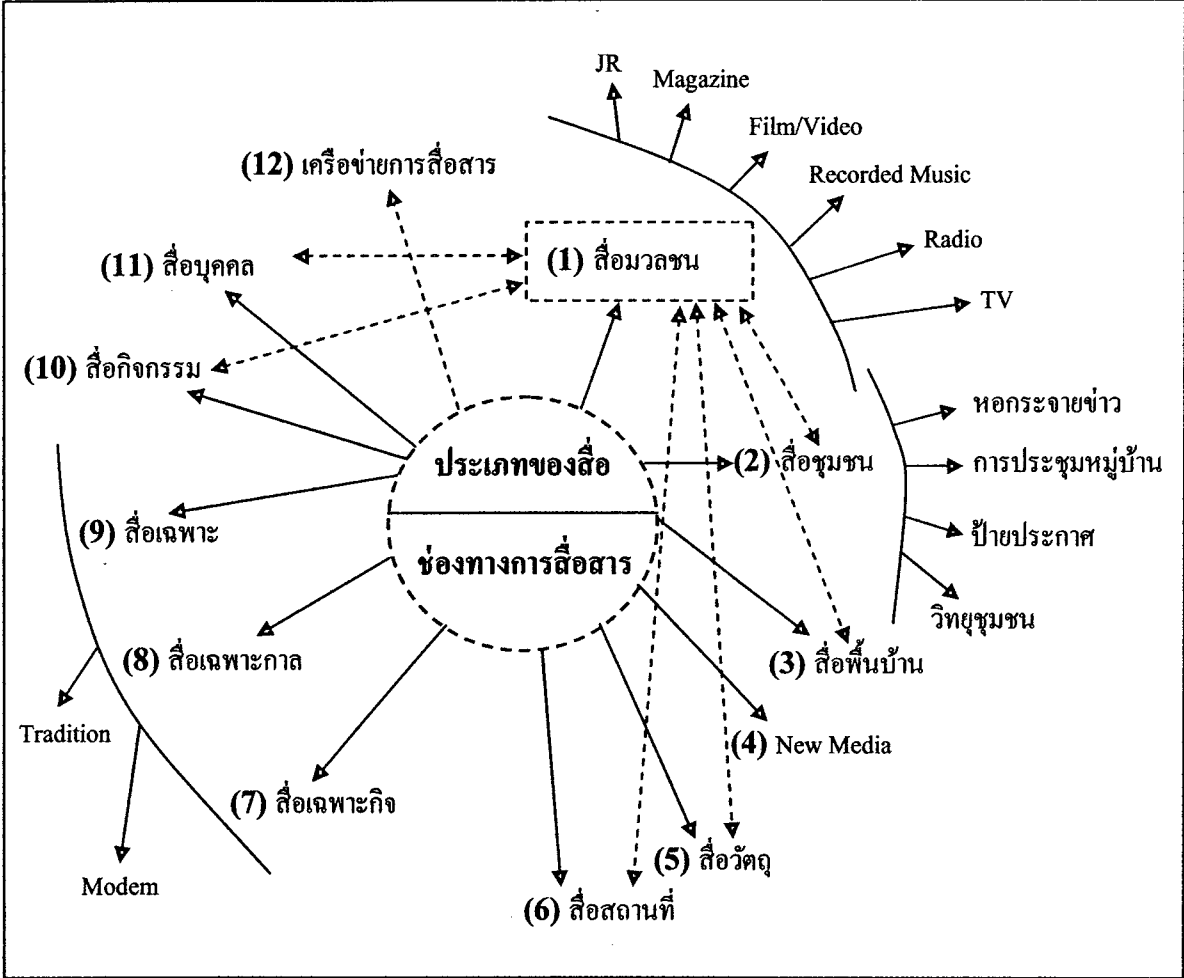
ในภาคปฏิบัติการ เมื่อแปลงแบบจำลองเชิงพิธีกรรมมาเป็นภาคปฏิบัติ เรามักจะรู้จักแนวทางของแบบจำลองนี้ในชื่อนามว่า "การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม" (participatory communication) ซึ่งเป็นรูปแบบการสื่อสารรุ่นสูงสุดอันมีคุณลักษณะดังแสดงในภาพ



ภาพที่ 20 : คุณลักษณะการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม

เมื่อทั้ง "สุขภาพ" และ "การสื่อสาร" ต่างล้วนมีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์นั้น เมื่อทั้ง 2 ฝ่ายได้เข้ามาผสมผสานกันเป็น "การสื่อสารเพื่อสุขภาพ" ก็มีข้อน่าสังเกตว่า การผสมผสานนั้นมีได้มีแบบแผนที่เหมือนกัน หมายความว่า ไม่จำเป็นว่ากระบวนทัศน์เก่าด้านการสื่อสารจะต้องผสมผสานกับกระบวนทัศน์เก่าด้านสุขภาพ ส่วนกระบวนทัศน์ใหม่ก็ต้องใหม่ทั้ง 2 ด้าน ในสภาพความเป็นจริง มีข้อเท็จจริงที่ว่า แม้ว่าจะมีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากเดิมมาเป็นแบบใหม่แล้วในปากฝั่งของด้านสุขภาพ แต่ก็ยังสามารถผสมผสานกับกระบวนทัศน์เก่าด้านการสื่อสารได้ ดังจะกล่าวถึงต่อไป ในหัวข้อทฤษฎีการสื่อสารที่นำมาใช้ในงานศึกษาเรื่องสุขภาพ

(ii) การขยายขยาย "ประเภทของสื่อ" สำหรับยุคสมัยใหม่นั้น เมื่อกล่าวถึงคำว่า "สื่อ" ในสามัญลักษณ์ของคนทั่วไป มักจะหมายความถึง "สื่อมวลชนประเภทต่างๆ " เท่านั้น ซึ่งมีอยู่เพียง 3-4 ประเภท อย่างไรก็ตาม ในช่วงทศวรรษ 1970 เมื่อเกิดกระบวนทัศน์ใหม่ๆ ด้านสื่อสารศึกษา เช่น ทฤษฎีวิวัฒนาการศึกษา กระบวนทัศน์ใหม่ๆ เหล่านี้ก็ได้ขยายขยายคำว่า "สื่อ" ออกไปครอบคลุมสื่อประเภทต่างๆ อีกมากมาย อย่างน้อยก็มีนับสิบประเภทดังที่แสดงในภาพ



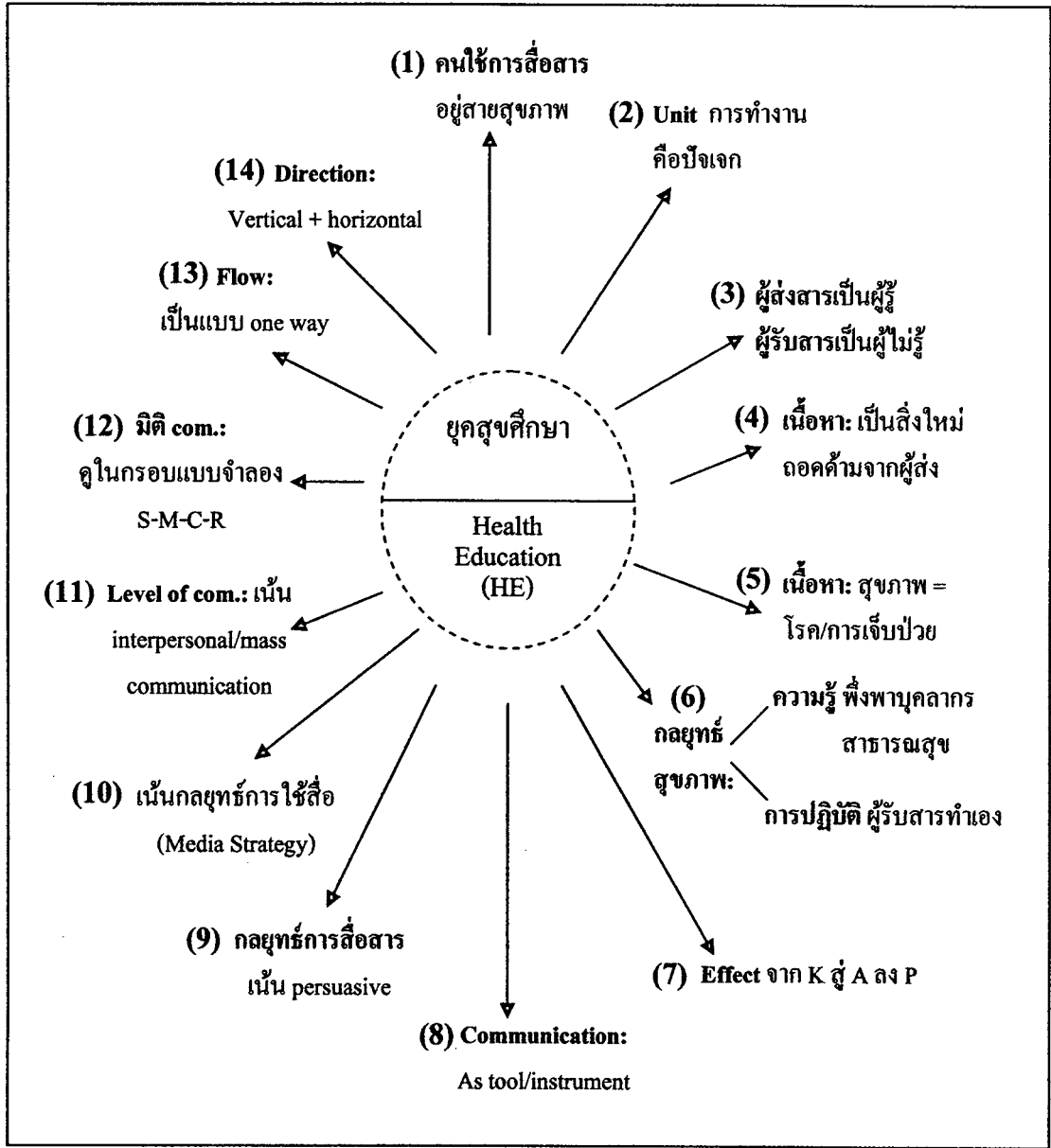
ภาพที่ 21 : ประเภทที่หลากหลายของสื่อ

การขยายขยาย "ประเภทของสื่อ" นั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งต่องานวิจัยด้านสื่อสารสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากประเด็นเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อชีวิตของประชาชนอย่างแท้จริง ดังนั้น การหวังพึ่งเพียงสื่อมวลชนซึ่งมีความจำกัดทั้งด้านพื้นที่และเวลา และยังมีข้อจำกัด (constraints) ทั้งด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม วัฒนธรรม ฉะนั้น การใช้สื่อมวลชนเพียงอย่างเดียวเพื่อการจัดการกับปัญหาสุขภาพจึงเป็นไปได้ ด้วยเหตุนี้ เราจึงพบงานวิจัยสื่อสารสุขภาพที่มีการใช้สื่อทุกประเภทที่แสดงในภาพ

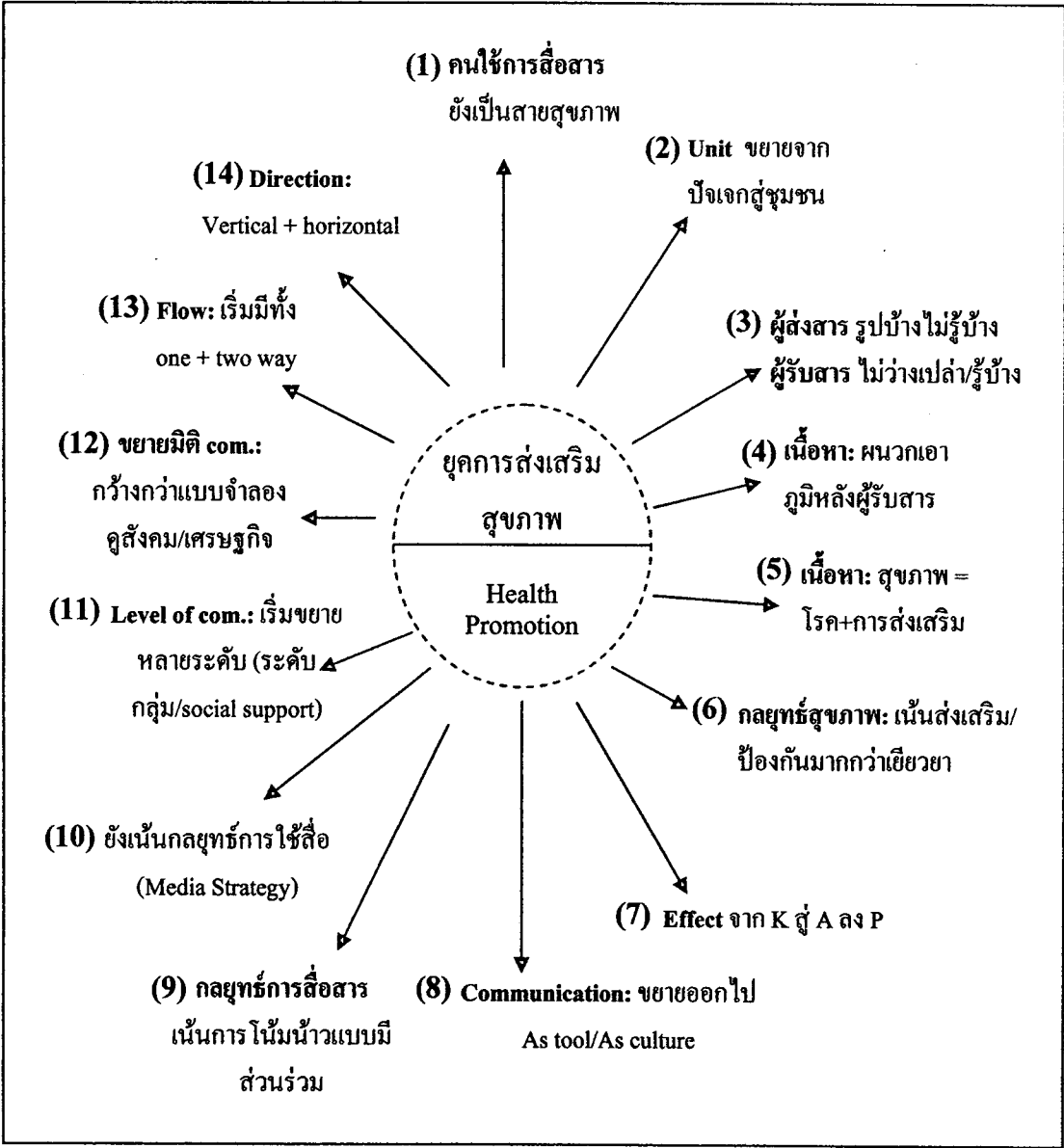
4. กระบวนทัศน์ของ "การสื่อสาร-สุขภาพ"

เนื่องจากกระบวนทัศน์ทั้งฟากฝั่งของสุขภาพและการสื่อสารมีการปรับเปลี่ยนไปในช่วงเวลาที่ผ่านมา ดังนั้น เมื่อทั้ง 2 แนวคิดเข้ามาผสมผสานกันเป็น "การสื่อสารสุขภาพ" จึงทำให้เกิดแนวคิดลูกผสมที่แตกต่างกัน ในที่นี้จะแสดงให้เห็นแนวคิด "การสื่อสารสุขภาพ" ใน 3 กระบวนทัศน์ที่เรียงตามลำดับกาลเวลาที่ก่อตัวที่วิเคราะห์จากมุมมองของนิเทศศาสตร์เป็นหลัก คือ ยุคสุขศึกษา (Health education) ยุคการส่งเสริมสุขภาพ (Health production) และยุคการสื่อสารสุขภาพ (Health communication) อันมีคุณลักษณะดังแสดงในภาพ

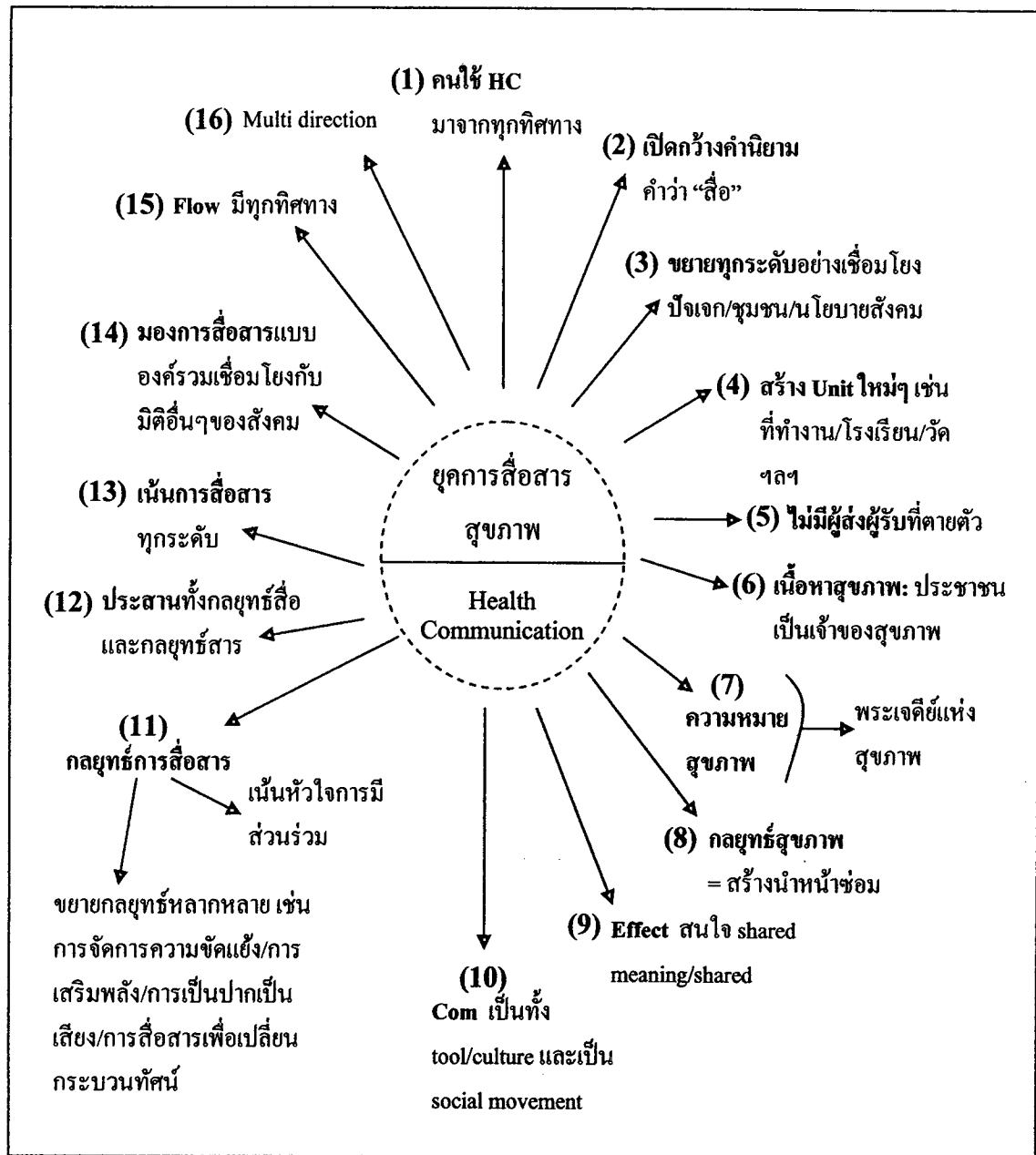
การประสาน "การสื่อสาร" กับ "สุขภาพ" ในงานสุขศึกษา (Health Education)



ภาพที่ 22 : แสดงคุณลักษณะ (attribute) ของการสุขศึกษา (Health Education)



ภาพที่ 23 : คุณลักษณะ (attribute) ของการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)



ภาพที่ 24 : คุณลักษณะ (attribute) ของการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication)

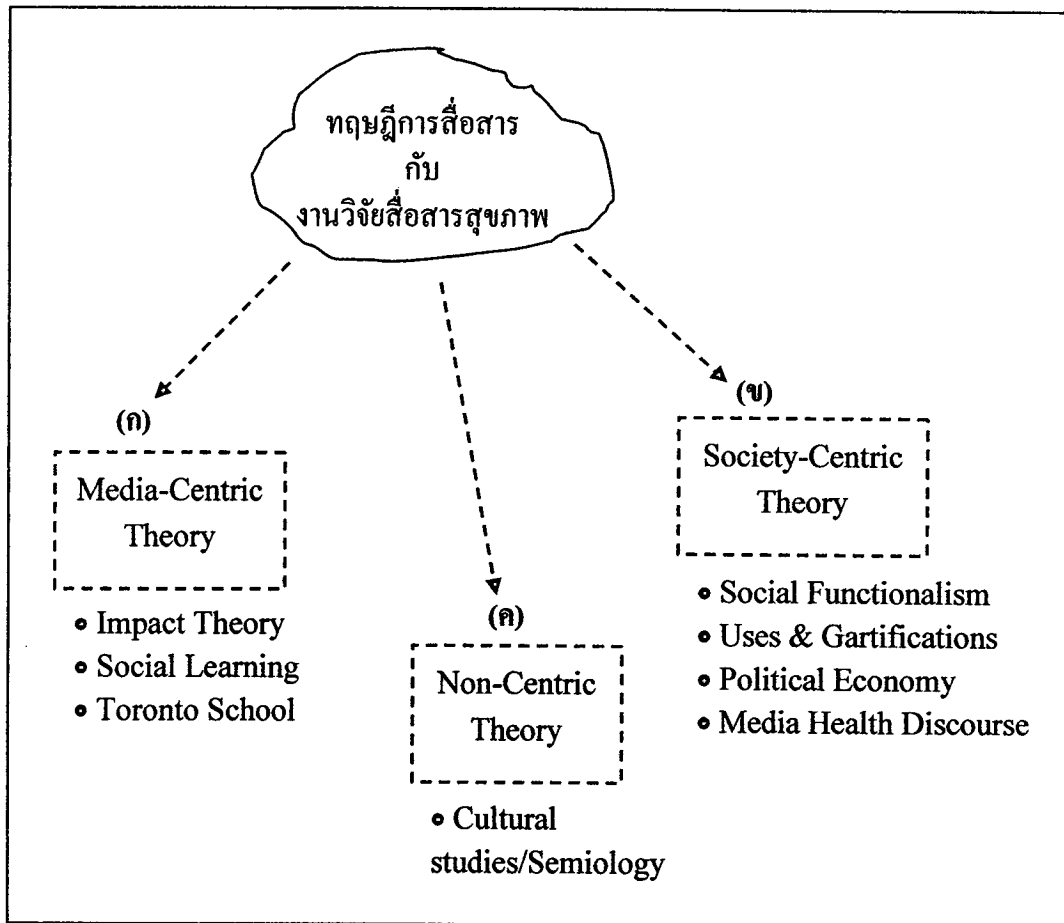
5. ทฤษฎีด้านการสื่อสารในงานวิจัยสื่อสารสุขภาพ

จากการสำรวจงานวิจัย "สื่อสารสุขภาพ" ในสาขาวิชาการด้านสุขภาพ/นิเทศศาสตร์ประมาณ 80 ชิ้น ผู้วิจัยพบว่า มีทฤษฎีหลักๆ ที่ถูกนำมาใช้ 8 ทฤษฎี โดยผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์แบ่งทฤษฎีตามข้อเสนอของ Resengron ที่แยกกลุ่มทฤษฎีโดยใช้เรื่อง "ตัวสื่อ" (Media) และ "สังคม" (Society) เป็นตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ทำให้แยกทฤษฎีออกไปเป็น 3 กลุ่มดังแสดงในภาพ

(ก) กลุ่มทฤษฎีที่ใช้สื่อมวลชนเป็นตัวแปรต้น (Media-Centric Theory) ในงานวิจัยด้านสื่อใหม่ จะพบทฤษฎีอยู่ในกลุ่มนี้อยู่ 2 ทฤษฎี คือ

- (1) Effect/Impact Theory
- (2) Social Learning Theory

- (3) Toronto School
- (ข) กลุ่มทฤษฎีที่ใช้สังคมเป็นตัวแปรต้น (Society-Centric Theory)
- (4) Social Functionalism of Media
- (5) Uses and Gratifications Approach
- (6) Political Economy of Media
- (7) Media Health Discourse
- (ค) กลุ่มทฤษฎีที่ไม่ได้ระบุตัวแปรต้น-ตัวแปรตาม (Non-Centric Theory)
- (8) Cultural Studies/Semiology



ภาพที่ 25 : ทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัยสื่อสารสุขภาพ

จากกลุ่มทฤษฎีทั้ง 8 ทฤษฎีนั้น มีข้อสังเกตบางประการดังนี้คือ

(i) ยังมีแบบแผนต่างๆ ไปในการนำทฤษฎีกระแสหลักเช่น ทฤษฎี Effect/Impact ที่เน้นเรื่องผลกระทบของการใช้สื่อเพื่อเป้าหมายต่างๆ ในด้านสุขภาพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า จากสายตาของคนภายนอกวงการเช่นนักสุขภาพ จะมีทัศนะที่มองเห็นการสื่อสารเป็น "เครื่องมือ" (Instrumentalist approach) ที่จะนำมาใช้ประโยชน์ และที่ที่น่าสนใจก็คือ การหวังผลกระทบที่จะเกิดขึ้นนั้นเป็นผลกระทบระยะสั้น (short-term impact) ด้วย แต่ทฤษฎีที่เน้นการสร้างผลกระทบระยะยาว เช่น Social Learning theory นั้น กลับมีปริมาณวิจัยที่น้อยกว่าอย่างเทียบกันไม่ได้

(ii) สำหรับงานวิจัยที่เริ่มทำในยุคของ "สื่อใหม่" (New media) เช่น คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต จะเริ่มมีการหวนกลับมาให้ความสำคัญกับทฤษฎี Communication Technology Determinism ของสำนัก Toronto เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ของสื่อใหม่ได้อย่างดี และยังสามารถอธิบายการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพที่เน้นให้ "สุขภาพอยู่ในมือของเจ้าของสุขภาพ" ที่จะต้องสร้างเสริมและดูแลสุขภาพด้วยความรู้ข่าวสารข้อมูล

(iii) อีกทฤษฎีหนึ่งซึ่งตามปกติแล้ว เป็นทฤษฎีกระแสทางเลือก คือทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมือง หากทว่าในงานวิจัยสื่อสารสุขภาพนั้น มีงานวิจัยที่นำเอาทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองมาใช้พอสมควร ทั้งนี้คาดเดาได้ว่า อาจจะเนื่องมาจากการปรับเปลี่ยนสถานะของด้านการแพทย์ที่เปลี่ยนจาก "บริการสังคม" มาสู่การเป็น "สินค้า" ซึ่งทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองจะใช้อธิบายได้อย่างมาก

(iv) มีทฤษฎีอยู่กลุ่มหนึ่งซึ่งไม่ค่อยปรากฏในประเด็นอื่นๆ คือ ทฤษฎี Media Health Discourse ซึ่งมีที่มาจากงานของนักสังคมศาสตร์ชาวฝรั่งเศสผู้โด่งดังในครึ่งหลังของศตวรรษที่ 20 คือ Michel Foucault Foucault ได้สาธิตแนวคิดเกี่ยวกับเรื่อง "อำนาจแบบใหม่" (Power) ในสังคม และเนื่องจากสถาบันที่เขาใช้เป็นกรณีศึกษานั้นคือระบบการแพทย์และการสื่อสารในรูปแบบของวาทกรรม ดังนั้นจึงมีงานวิจัยการสื่อสารสุขภาพกลุ่มหนึ่งที่ได้ใช้ทฤษฎีนี้

จากนี้จะดูตัวอย่างงานวิจัยในแต่ละทฤษฎีพอสังเขป

ก. กลุ่มทฤษฎีที่ใช้สื่อมวลชนเป็นตัวแปรต้น

1. Effect/Impact Theory

ดังที่ได้เกริ่นมาแล้วว่า ในงานวิจัยสื่อสารสุขภาพนั้นจะมีการใช้ทฤษฎีผลกระทบของสื่อต่อเรื่องสุขภาพมากที่สุด โจทย์ของงานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีนี้ก็คือ สื่อต่างๆ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพจริงหรือไม่ มีผลกระทบในระดับใด หรือมีผลกระทบต่อนิติโนบบ้าง (ความรู้-ทัศนคติ-การกระทำ)

มีข้อน่าสังเกตว่า แม้ว่ากระบวนทัศน์ด้านสุขภาพจะเปลี่ยนไปถึง 3 กระบวนทัศน์ แต่ก็ยังสามารถนำเอาทฤษฎี Impact มาใช้ได้ทั้งกระบวนทัศน์ ดังตัวอย่างงานวิจัยเหล่านี้

(1) อังคณา มั่งมีทรัพย์ (2534) เรื่อง "ประสิทธิผลของการเผยแพร่ข่าวสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขที่มีต่อความรู้และความตระหนักของประชาชนเกี่ยวกับความปลอดภัยในการบริโภคอาหาร" ในงานวิจัยชิ้นนี้ แนวคิดด้านสุขภาพนั้นสำคัญอยู่ภายใต้กระบวนทัศน์แบบชีวภาพ คือเน้นการเป็นโรคทางกายภาพหากได้รับประทานอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ

(2) กาญจณี หวังถิรอำนวย (2531) เรื่อง "การเปิดรับข่าวสารกับความรู้และการป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษและชายรักร่วมเพศในเขตกรุงเทพมหานคร" งานวิจัยชิ้นนี้เป็นตัวอย่างงานศึกษาเรื่องการสื่อสารสุขภาพที่อยู่ภายใต้กระบวนทัศน์การแพทย์เชิงสังคม (SDH) เนื่องจากโรคเอดส์นั้นเป็นโรคที่มีสาเหตุปัจจัยมาจากมิติด้านสังคม-เศรษฐกิจ-วัฒนธรรม

(3) โสภิตสุดา มงคลเกษม (2539) เรื่อง "พฤติกรรมและการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้ขับขี่รถยนต์ในกรุงเทพมหานคร" งานวิจัยชิ้นนี้เป็นตัวอย่างของการนำทฤษฎีผลกระทบของสื่อมาใช้กับกระบวนทัศน์ใหม่ของสุขภาพ เช่น ประเด็นเรื่องลิลาชีวิตที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ ซึ่งจำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีคิดใหม่ (Rethinking) เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพ

2. Social Learning Theory

ทฤษฎีนี้จะเน้นพลังของสื่อในการสร้างผลกระทบระยะยาว เป็นผลซึ่งค่อยๆ สั่งสมเรียนรู้ และมักเกิดจากการเรียนรู้ด้วยการสังเกตจากต้นแบบ (Modeling) ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้วว่า

งานวิจัยสื่อสารสุขภาพมักจะเน้นประเด็นเร่งด่วน ดังนั้น การใช้ทฤษฎีที่ต้องตามดูผลกระทบระยะยาว จึงมีน้อย ตัวอย่างงานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีนี้มักจะใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กหรือเยาวชน เช่น งานวิจัยของพิชญ์ คงเครือ (2548) เรื่อง "การสร้างภูมิคุ้มกันเรื่องเพศแก่วัยรุ่นผ่านทางเว็บไซต์ SEX MUST SAY และ TEENPATH" เนื่องจาก "เพศ" และ "เพศสัมพันธ์" เป็นปัจจัยด้านสังคมที่นำไปสู่การเจ็บไข้ได้ป่วยหลายประเภท ตั้งแต่โรคเอดส์ โรคที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ฯลฯ และกลุ่มคนที่ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเรื่องเพศอย่างมากก็คือ กลุ่มวัยรุ่นที่กำลังอยู่ในวัยเริ่มต้นของภาวะเจริญพันธุ์ แต่ยังมีความรู้/ความเข้าใจ และประสบการณ์ที่จะจัดการกับเรื่องเพศเพียงเล็กน้อย

3. ทฤษฎีของสำนัก Toronto

สำนัก Toronto นั้นมีจุดร่วมกับทฤษฎี Impact ตรงที่เชื่อในเรื่องผลกระทบของสื่อ แต่ทว่าความแตกต่างนั้นอยู่ที่ปัจจัยของการมีอิทธิพลและลักษณะของผลกระทบ กล่าวคือ ในขณะที่ Impact Theory นั้นเชื่อในเรื่อง "ปริมาณความถี่ของการเปิดรับ" และผลกระทบที่จะมีต่อ K-A-P สำนัก Toronto กลับสนใจมิติด้านกาละ/เทศะทั้งของตัวสื่อ (เช่น สื่อบางชนิดเน้นด้านกาลเวลา แต่บางสื่อเน้นด้านพื้นที่) และผลกระทบต่อประสบการณ์ด้านกาละ/เทศะ/บุคลิกภาพของผู้รับสาร ในงานวิจัยด้านสื่อสารสุขภาพที่นำเอาทฤษฎีของสำนัก Toronto มาใช้นั้นมักจะเน้นประเภทสื่อที่มีคุณลักษณะเฉพาะๆ เช่น สื่อการ์ตูน สื่อเกม หรือสื่อใหม่ๆ เป็นต้น

(ข) กลุ่มทฤษฎีที่ใช้สังคมเป็นตัวแปรต้น (Society-Centric Theory)

4. Social Functionalism of Media

เนื่องจากทฤษฎีหน้าที่นิยมนั้นเป็นทฤษฎีกระแสหลักในสาขานิเทศศาสตร์ ดังนั้นจึงมีงานวิจัยด้านสื่อสารสุขภาพที่ใช้ทฤษฎีนี้เป็นแนวทางในการศึกษาอยู่จำนวนมาก รวมทั้งมีการเลือก "สื่อ" แทบจะทุกประเภทมาศึกษา เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ นิตยสาร สื่อบุคคล ฯลฯ โจทย์หลักของงานวิจัยก็คือ การตรวจสอบว่าสื่อที่ต้องการศึกษานั้นได้ทำหน้าที่ตามที่สังคม/กลุ่ม/องค์กร/สถาบันต่างๆ ต้องการได้ดีหรือไม่ (Well-functioned) หรือไม่ได้ทำหน้าที่ที่ถูกมอบหมาย (Non-functioned) หรือกลับทำหน้าที่ในทางตรงกันข้าม (Mal-functioned)

สำหรับบทสรุปชั่วคราวในเรื่องการทำหน้าที่ของสื่อประเภทต่างๆ นั้น จะมี "ตัวแปรเรื่องประเภทของสื่อ" เข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเป็นอย่างมาก เช่น หนังสือพิมพ์มีหน้าที่โดยพื้นฐานคือ การติดตามสอดส่องเหตุการณ์ต่างๆ ดังนั้น หากคาดหวังหน้าที่การให้ความรู้ หนังสือพิมพ์จะทำหน้าที่ได้ไม่ดีเท่ากับนิตยสารหรือเว็บไซต์ เป็นต้น

5. Uses and Gratifications Approach

ทฤษฎีนี้มีจุดร่วมกับทฤษฎีหน้าที่นิยม คือเริ่มต้นด้วยแนวคิดเรื่อง "ความต้องการและการใช้สื่อเพื่อตอบสนองความต้องการ" แต่ทว่าความแตกต่างอยู่ตรงจุดยืนของผู้ที่ต้องการ กล่าวคือ ในขณะที่ทฤษฎี Social Functionalism นั้นมุ่งตอบสนองความต้องการของสังคม/สถาบัน แต่ทฤษฎีการใช้ประโยชน์ (Uses) จะมุ่งตอบสนองความต้องการของปัจเจกบุคคลผู้ใช้สื่อ

ทฤษฎีการใช้ประโยชน์นี้ก็มียานวิจัยกับสื่อสารสุขภาพมากพอสมควร ทั้งนี้จะเกิดมาจากการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพที่เจ้าของสุขภาพนั้นต้องดูแล/สร้างเสริมด้วยตนเอง ซึ่งหากจะกระทำได้อีกต้องมี "ข้อมูล/ข่าวสาร/ความรู้เป็นตัวช่วย" และอาจจะเนื่องจากพัฒนาการของตัวสื่อเช่นการเกิดขึ้นของสื่อใหม่ (New media) ที่เป็นสื่อที่เอื้ออำนวยต่อการแสวงหาข้อมูลข่าวสารจากผู้ใช้ที่ active ด้วย

6. Political Economy of Media

ดังที่ได้เกริ่นมาบ้างแล้วว่า เนื่องจากการปรับเปลี่ยนสถานะของระบบการแพทย์จาก "บริการสาธารณะ" ไปสู่ "การกลายเป็นสินค้า" ซึ่งเป็นประเด็นที่เข้าทางทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมือง จึงทำให้มีงานวิจัยสื่อสารสุขภาพอยู่กลุ่มหนึ่งที่มีการใช้ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองมาวิเคราะห์

ในอีกแง่มุมหนึ่ง เมื่อนำทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองเข้ามาประยุกต์ใช้ในงานด้านสื่อสารมวลชน แม้ว่าสื่อมวลชนหลายประเภทจะถูกรับรู้เสมือนว่าเป็น "บริการสาธารณะ" (public service) ที่ทุกคนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน แต่นักทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองก็จะตั้งคำถามและโจทย์การวิจัยเสมอว่า สื่อมวลชนนั้นได้ทำหน้าที่ให้บริการ (เช่น ด้านความรู้สุขภาพ) อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกันจริงหรือ หรือว่า "ลักษณะทางชนชั้นของคนแต่ละกลุ่มที่มีพลังอำนาจไม่เท่ากัน" ได้เข้ามากำหนดให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการ ดังเช่น ตัวอย่างโจทย์การวิจัยของนิภาพรณ สุขศิริ (2540) เรื่อง "ทิศทางการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์" เป็นต้น

7. ทฤษฎี "วาทกรรมสุขภาพของสื่อ" (Media Health Discourse)

ทฤษฎี "วาทกรรมสุขภาพของสื่อ" นี้ เป็นทฤษฎีที่นำเอาแนวคิดของทฤษฎีต้นแบบคือ "วาทกรรมของสื่อ" (Media discourse) ของนักวิชาการชาวฝรั่งเศสชื่อ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) (1926-1984) มาประยุกต์ใช้ (สนใจรายละเอียดแนวคิดของฟูโกต์ โปรดดู กาญจนา แก้วเทพ สมสุข หินวิมาน, สายธารแห่งนักคิดฯ, 2551) ถึงแม้ว่า "การวิเคราะห์วาทกรรม" นั้นจะมีมาในแวดวงวิชาการก่อนหน้ายุคสมัยของฟูโกต์เป็นเวลานานแล้ว แต่ทว่าฟูโกต์ก็ได้ปรับเปลี่ยนทั้งแนวคิด พื้นฐาน รวมทั้งวิธีการวิเคราะห์ให้แตกต่างไปจากเดิมโดยสิ้นเชิง เช่น ฟูโกต์มิได้สนใจวิเคราะห์วาทกรรมว่า "มีคำพูดอะไร" (What is said) แต่สนใจว่า "มีวิธีการพูดอย่างไร" (How is said) ฟูโกต์มิได้สนใจว่า "คำพูดนั้นมีความหมายอะไร" หากแต่สนใจ "กลวิธี/วิธีการประกอบสร้างความหมาย" นั้นทำอย่างไร นอกจากนั้นฟูโกต์ก็ยังเชื่อมโยง "ที่มาของวาทกรรม" เข้ากับแนวคิดเรื่อง "อำนาจ" และยังเชื่อมโยง "ที่ไปของวาทกรรม" คือผลผลิตที่เกิดขึ้นจากวาทกรรม อันได้แก่ ความรู้ สังคม อุดมการณ์/ภาพตัวแทน ฯลฯ

และเนื่องจากปริณิชนและสถาบันที่ฟูโกต์ใช้สาธิตบรรดาแนวคิดพื้นฐานของเขาคือระบบและสถาบันการแพทย์ จึงเป็นเรื่องไม่น่าแปลกใจเลยว่า จะมีงานวิจัยสื่อสารสุขภาพจำนวนไม่น้อยที่ได้นำเอาแนวคิดพื้นฐานต่างๆ ของฟูโกต์ไม่ว่าจะเป็นแนวคิดเรื่องวาทกรรม เช่น งานวิจัยของจิณณ์ภัต แสงมา (2545) เรื่อง "การวิเคราะห์วาทกรรมเรื่องเสรีภาพทางเพศในการตอบปัญหาทางเพศของสื่อมวลชนไทย" ในงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยต้องการแสวงหา "ความหมายของเสรีภาพทางเพศ" ที่อยู่ในบริบทของสังคมไทย ซึ่งมีโครงสร้างความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศหญิงกับชาย รวมทั้งต้องการแสวงหา "กระบวนการสร้างวาทกรรม/ความหมายของเสรีภาพทางเพศ" ที่ผ่านการทำงานของสื่อมวลชนในรูปแบบของการตอบปัญหาทางเพศ

หรือประเด็นเรื่องการใช้อำนาจควบคุมร่างกายในยุคสมัยใหม่ที่หากมองดูอย่างผิวเผินแล้วแทบจะรู้สึกเลยว่า "เป็นการใช้อำนาจ" เนื่องจากเป็นอำนาจที่ฟอกขาวแล้ว อำนาจที่ฟอกขาวเหล่านี้จะทำการควบคุมสรีระ หรือความอ้วนผอมของผู้คน (โดยเฉพาะผู้หญิง) ผ่านการทำงานที่ดูเป็นปกติประจำวันของสื่อมวลชนประเภทต่างๆ เช่นงานวิจัยเรื่อง "ยาลดความอ้วนของวัยรุ่นสตรีในกรุงเทพมหานคร" หรือตัวอย่างงานของ สุนีทิ เลาะวิธิ (2546) ที่ศึกษาเรื่อง "วาทกรรมเรื่องความอ้วนผอมในรายการโทรทัศน์สำหรับสตรี" เป็นต้น

ค. กลุ่มทฤษฎีที่มีได้ระบุตัวแปรต้น-ตัวแปรตาม

8. ทฤษฎีสัญวิทยา/ทฤษฎีวัฒนธรรมศึกษา

หากพิจารณาอย่างคร่าวๆ เราจะพบว่า เนื้อหาของทฤษฎีสัญวิทยาและวัฒนธรรมศึกษานั้นจะสอดคล้องกับบางกระบวนการทัศนด้านสุขภาพ กล่าวคือ ทฤษฎีทั้งสองนั้นจะลงตัวกับกระบวนการทัศนสุขภาพในรุ่นหลังๆ คือการแพทย์เชิงสังคม และทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพมากกว่ากระบวนการทัศนสุขภาพแบบชีวภาพ แต่เนื่องจากข้อเท็จจริงที่ได้กล่าวไปข้างต้นแล้วว่า การผสมผสานระหว่าง 2 ฟากฝั่งของสุขภาพและการสื่อสารนั้นไม่จำเป็นต้องเป็นไปด้วยจังหวะที่เท่ากัน ดังนั้น แม้ว่ากระบวนการทัศนด้านสุขภาพจะพัฒนามาถึงยุค 3 แล้ว แต่ในฟากฝั่งของการสื่อสาร การนำกระบวนการทัศนใหม่ด้านการสื่อสารมาใช้วิจัยยังมีไม่มากนัก

และเมื่อเปรียบเทียบกับภายในระหว่างทฤษฎีสัญวิทยากับทฤษฎีวัฒนธรรมศึกษา ก็พบว่า ในงานวิจัยสื่อสารสุขภาพมีการใช้ทฤษฎีสัญวิทยามากกว่า อันอาจจะเนื่องมาจากองค์ประกอบต่างๆ ของระบบการแพทย์สามารถจะพิจารณาเป็นสัญญาณได้โดยง่าย (เช่น ชุดของนางพยาบาล หูฟังอาการของแพทย์ ฯลฯ) การนำทฤษฎีสัญวิทยาไปใช้นั้นมีการใช้ในหลายระดับคือ

ระดับที่ 1: การวิเคราะห์สัญญาณต่างๆ ที่มีอยู่ในผลงานสื่อสารมวลชน ตัวอย่างของงานวิจัยในแง่มุมนี้เช่น งานวิจัยของนางลักษณ์ ยิ้มสรวล (2544) เรื่อง "ระบบสัญลักษณ์ทางเพศในละครโทรทัศน์ที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี"

ระดับที่ 2: การวิเคราะห์สัญญาณที่มีการสร้างความหมายใหม่ๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วถึงการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศนสุขภาพที่ดำเนินมาเป็นระยะๆ และทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว กลไกด้านการสื่อสารก็จะถูกนำมาใช้เพื่อการลบล้างความเข้าใจ/ความเชื่อ/การปฏิบัติแบบเดิมๆ มาสู่ความเข้าใจ/ความเชื่อและการปฏิบัติแบบใหม่ๆ และจากทัศนะของทฤษฎีสัญวิทยา กลไกการสื่อสารจะต้องทำการผลิต เผยแพร่และกำกับการบริโภคสัญญาณต่างๆ ซึ่งอาจจะเป็นการสร้างสัญญาณใหม่/ความหมายใหม่ให้เกิดขึ้น (Meaning construction) หรืออาจจะเป็นการนำเอาสัญญาณเดิมมารื้อถอนความหมายเดิมออก (Deconstruction of old meaning) และสร้างความหมายใหม่ลงไปแทน (Reconstruction of new meaning) ดังเช่นในงานวิจัยของทัศนีย์ มีวรรณ (2542) เรื่อง "การสร้างและการบริโภคสัญญาณในปรากฏการณ์ชีวิตจิตและการทำหน้าที่ของสื่อสารมวลชน"

ระดับ 3: การวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสารเพื่อการต่อสู้เชิงสัญญาณ ในงานวิจัยเรื่องกระบวนการสร้าง/ผลิต แพร่กระจายและบริโภคความหมายของสัญญาณในงานศึกษาสื่อสารสุขภาพนั้น โดยส่วนใหญ่แล้วมักจะเป็นการวิเคราะห์ระดับกว้าง (มหภาค-Macro) และวิเคราะห์จากตัวบท (Textual analysis) เช่นงานของทัศนีย์ มีวรรณ (2542) ที่ได้กล่าวถึงมาแล้ว การวิเคราะห์จากตัวบทและศึกษาในระดับกว้างนั้นทำให้ไม่สามารถมองเห็น "กระบวนการที่เกิดขึ้น" ว่ามีการสื่อสารรูปแบบใดบ้างหรือมีกิจกรรมใดบ้างที่ก่อให้เกิดกระบวนการรื้อถอน กระบวนการสอดใส่ความหมายใหม่เข้าไป ในแง่นี้งานศึกษาของบุษยากร ตีระพุดติกุลชัย (2553) เรื่อง "กระบวนการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนความหมายในพิธีกรรมงานศพ" จะเข้ามาเติมช่องว่างดังกล่าว เนื่องจากผู้วิจัยได้เลือกศึกษากรณีที่มีขอบเขตระดับชุมชนหมู่บ้าน และได้ออกแบบวิธีการวิจัยเพื่อวิเคราะห์กระบวนการสื่อสารที่เกิดขึ้นเพื่อการปรับเปลี่ยนความหมายของสัญญาณที่ต้องการศึกษา ซึ่งมีสัญญาณหลักๆ 2 สัญญาณคือ เหล้า และพิธีกรรมงานศพ

ส่วนทฤษฎีวัฒนธรรมศึกษานั้นยังถูกนำมาใช้ศึกษาในงานวิจัยสื่อสารสุขภาพไม่มากนัก และแง่มุมที่ถูกนำมาใช้ก็มักจะสอดคล้องกับแนวทางของกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพแบบใหม่ๆ เช่น แนวคิดเรื่องการทำงานด้านสุขภาพเป็นระดับกลุ่ม/ชุมชน (ซึ่งหน่วยการวิเคราะห์เช่นนั้นสอดคล้องกับข้อตกลงเบื้องต้นของวัฒนธรรมศึกษา) หรือการเลือกแนวคิดเรื่อง "การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม" ที่แตกตัวออกมาจากแบบจำลอง Ritualistic model ก็เป็นแนวคิดด้านวัฒนธรรมศึกษาที่มีการนำมาใช้มากที่สุด โดยศึกษาการมีส่วนร่วมในหลายๆ แง่มุม เช่น งานของวิภาวี ธีรสุวรรณ (2546) เรื่อง "การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อณรงค์ปัญหาเอดส์ในอ.เมือง จ.เชียงราย" งานวิจัยชิ้นนี้ได้นำเสนอแนวคิดใหม่คือ "การณรงค์ระดับท้องถิ่น" (local campaign) จากแต่เดิมที่การสื่อสารณรงค์จำเป็นต้องกว้างขวางเป็นระดับชาติเท่านั้น หรือการเข้ามามีส่วนร่วมในสื่อประเภทต่างๆ เช่น สื่อวิทยุ (ศิริพร เสรีกิตติกุล, 2544) หรือสื่อละคร (ชูศักดิ์ เอื้องโชคชัย, 2552)

ในอนาคต เรายังควรที่จะมีการบุกเบิกแง่มุมของการนำทฤษฎีวัฒนธรรมศึกษามาใช้ในงานวิจัยสื่อสารสุขภาพที่มีมุมมองมาจากฟากฝั่งของการสื่อสารให้มากขึ้นกว่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน