

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “กระบวนการสื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย” เป็นการศึกษาตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีผลต่อการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย กระบวนการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย และการให้ความหมายเรื่องสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย อันนำไปสู่การสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทยเพื่อสร้างสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยได้นำเสนอแนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาวิจัย เพื่อเชื่อมโยงไปสู่กรอบแนวคิดในการวิจัย ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 แนวคิดเรื่องระบบการแพทย์แผนไทย
 - 2.2 แนวคิดเรื่องปัจจัยกำหนดสุขภาพและตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม
 - 2.3 แนวคิดเรื่องการสื่อสารสุขภาพ
 - 2.4 แนวคิดเรื่องการสื่อสารเพื่อสร้างความหมาย
 - 2.5 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย
- โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 แนวคิดเรื่องระบบการแพทย์แผนไทย

2.1.1 ประวัติความเป็นมาของการแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทยเป็นระบบการแพทย์พื้นบ้านดั้งเดิมของไทยที่เกิดจากความรู้ สัมผัสถ่ายทอด และผสมผสานกับการแพทย์อื่นๆ ที่เข้ามาในสังคมไทย เป็นภูมิปัญญาของบรรพชนในการดูแลสุขภาพ จึงเหมาะสมกับสังคมไทยมากกว่าระบบการแพทย์อื่นๆ การแพทย์แผนไทยนั้นมาจากรากปรัชญาทางพุทธศาสนา ที่ชื่อว่า “ติจจฉา” (ประทีป ชุมพล, 2541, น.4) และอิทธิพลการแพทย์อายุรเวชของอินเดียจากหลักฐานที่คัมภีร์การแพทย์แผนไทยที่มักกล่าวถึงแพทย์ประจำพระองค์ คือ หมอชีวกโกมารภัจจ์ ในฐานะผู้เรียบเรียง และอิทธิพลจากการแพทย์แผนจีนในเรื่องของยาอายุวัฒนะและยาบำรุงหัวใจ (สมพร ภูติยานันท์, 2542, น. 3-9)

อย่างไรก็ตาม จากการรวบรวมข้อมูลประวัติความเป็นมาของการแพทย์แผนไทยนั้น ทำให้ผู้วิจัยเห็นถึงพัฒนาการทางการแพทย์แผนไทยที่มีความสัมพันธ์กับสังคมไทย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงการแพทย์แผนไทยจากอดีตจนถึงปัจจุบันอันมีเหตุปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อวงการแพทย์แผนไทยดังนี้

ตารางที่ 2.1 ประวัติและพัฒนาการการแพทย์แผนไทยในประเทศไทย

อาณาจักร	ปี	เหตุการณ์	ยุค
ทวารวดี	พุทธศตวรรษที่ 12	ค้นพบแท่นบดยากับธรรมจักร คาดว่ามีการเผยแพร่พุทธศาสนา และมีการนำเอาวิทยาการการแพทย์เข้ามากับพระภิกษุสงฆ์ พราหมณ์ และพ่อค้าที่มาจากอินเดีย	ยุคก่อนประวัติศาสตร์ไทย
ศรีอยุธยา	พ.ศ. 1204-1211	พระนางจามเทวี ผู้ครองนคร ทรงขอพระราชทานของมงคลจากบิดา หนึ่งในนั้นคือหมอยา ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลสำคัญในยุคก่อนประวัติศาสตร์	
เชียงใหม่	พ.ศ. 1300	มีรูปแบบการรักษาแบบแพทย์พื้นบ้านด้วยสมุนไพรและไสยศาสตร์ ผสมผสานกับการแพทย์อายุรเวทอินเดีย ปรากฏในบทสวดสรรเสริญท่านชีวกโกมารภัจจ์ และคัมภีร์แพทย์ภาษาบาลี	
ขอม	พ.ศ. 1724-1763	สมัยพระเจ้าชัยวรมันที่ 7 โปรดให้สร้าง อโรคยาศาลา มีรูปแบบการรักษาด้วยการเวทย์ ผสมผสานกับการใช้สมุนไพร และการขอพรจากพระไภยษุคุโวหารยประภา	
สุโขทัย	พ.ศ. 1763-1981	ระบบการแพทย์ที่ใช้สมุนไพร โดยการนำยามาค้มหรือพอก บดให้ละเอียด ก่อนรับประทาน และมีความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยว่า เกิดจากการกระทำของภูติปิศาจจึงมีพิธีแสดงความนอบน้อม และพิธีกรรมตักดาเสียบบาล	ยุคประวัติศาสตร์ไทย
กรุงศรีอยุธยา	พ.ศ. 1991-2031	สมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ มีหลักฐานเกี่ยวกับการกำหนดให้มีข้าราชการกรมแพทยาโรงพระโอสถ กรมยา กรมหมอนวด กรมหมอดา กรมหมอวรรณโรค โดยใช้สืบนื่องกรุงรัตนโกสินทร์ และมีการแบ่งแพทย์เป็น หมอหลวง และหมอราชฎูรหรือหมอเชลยศักดิ์	
	พ.ศ. 2034-2072	พระรามาธิบดีที่ 2 โปรดเกล้าเป็นชาติแรกที่เข้ามาและมีแพทย์เข้ามาในกรุงศรีอยุธยาด้วย โดยมีการถ่ายทอดตำรับยาขึ้นใส่แผ่น	
	พ.ศ. 2077-2089	พระไชยราชาธิราช ชาวโปรตุเกสนำศาสนาคริสต์นิกาย โรมันคาทอลิก เข้ามาเผยแพร่แก่คนไทย แต่ไม่ได้รับความนิยมเนื่องจากความเข้าใจทางภาษาไม่เพียงพอ	
	พ.ศ. 2199-2231	สมเด็จพระนารายณ์มหาราช ปรากฏหลักฐานว่าฝรั่งเศสตั้งโรงพยาบาล ที่กรุงศรีอยุธยา และไม่สามารถสนับสนุนได้ว่าเป็นโรงพยาบาลเดียวกันกับโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ในรายงานของมิสซังฝรั่งเศส พ.ศ. 2222 และมีคนไข้ประจำ 50-90 คน และคนไข้ไปมารวันละ 200-300 คน	
	พ.ศ. 2202-2204	มีการรวบรวมตำราแพทย์แผนไทยขึ้นครั้งแรก ชื่อ “ตำราพระโอสถพระนารายณ์”	

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

อาณาจักร	ปี	เหตุการณ์	ยุค
กรุงธนบุรี	พ.ศ. 2311-2325	สมเด็จพระเจ้าฟ้าชายทัศพงศ์ และสมเด็จพระเจ้าฟ้าชายทัศไทย เจ้านายชั้นสูง 2 พระองค์เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย	ยุคประวัติศาสตร์ไทย
กรุงรัตนโกสินทร์ตอนต้น	(ร.1) พ.ศ. 2325-2352	ปฏิสังขรณ์วัดโพธารามขึ้นเป็นพระอารามหลวง รวบรวมจารึกษา และถาพียัดคั่นที่เป็นคินปิ่น และแบ่งเป็น หมอหลวง และหมอราษฎร์ ตามแบบสมัยอยุธยา	
	(ร.2) พ.ศ. 2352-2367	หมอหลวงสืบตามและคัดเลือกสรรคารายาดีจิดเป็นคารายาหลวง สำหรับโรงพระโอสถ ชื่อว่า “คารายาโรงพระโอสถครั้งรัชกาลที่ 2” และตรากฎหมายการปรุงยาชื่อ กฎหมายพนักงานพระโอสถเสวย ว่าเป็นคิลปะชั้นสูง จะต้องสืบทอดเฉพาะคนในตระกูลเท่านั้น	
	(ร.3) พ.ศ. 2367-2394	(แพทย์ตะวันตก) ได้รู้จักประสิทธิภาพของการแพทย์ตะวันตก อาทิ การใช้ยา คิวินิน รักษาโรคมลาเรีย เกิดการผ่าตัดแขนทึงได้สำเร็จ ปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษสำเร็จ ประกาศให้หมอหลวง และหมอราษฎร์เรียนการปลูกฝี, (แพทย์แผนไทย) จารึกคารากการแพทย์แผนไทยลงในแผ่นศิลาแลง	
	(ร.4) พ.ศ. 2394-2411	เกิดอหิวาตกโรคระบาด ศาสนาจารย์เอส.จี แมคฟาร์แลนด์ ก่อตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนตะวันตกแห่งแรก เขียนรายงานเผยแพร่ในสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับการบำบัดผู้ป่วยอหิวาตกโรคในสมัยนั้น ก่อตั้งโรงพยาบาลแมคคอร์มิค เริ่มงานควบคุมไข้มาลาเรียทางภาคเหนือ	
กรุงรัตนโกสินทร์ จนถึงปัจจุบัน	(ร.5) พ.ศ. 2411-2453	ยังไม่สามารถใช้พระราชบัญญัติเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้โดยตรง เพราะประชาชนยังกลัวและไม่ไว้ใจการแพทย์แผนตะวันตก เกิดคัมภีร์ “เวชศาสตร์ฉบับหลวง” ก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช ตั้งโรงเรียนฝึกหัดแพทย์ เปลี่ยนโรงคัมฝืนเป็นโรงเรียนการแพทย์ และใช้ชื่อว่า “ราชแพทยาลัย” เปิดร้านขายยาในสังกัดกรมพยาบาล เรียกว่า “โอสถสภา” และจัดทำคาราวศศาสตร์วรรณา คาราวศศาสตร์สงเคราะห์ เพื่อจ่ายค่อการศึกษา	ยุคการเปลี่ยนแปลง
	(ร.6) พ.ศ. 2453-2468	ยกเลิกวิชาแพทย์แผนไทย ในโรงเรียนแพทยาลัย แยกและปรับปรุงขยายงานกรมพยาบาล รวมงานสาธารณสุขไว้ด้วยกัน เปลี่ยนชื่อเป็น “กรมสาธารณสุขกระทรวงมหาดไทย โปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติการแพทย์ และพระราชบัญญัติการประกอบโรคคิลปะ	
	(ร.7) พ.ศ. 2468-2477	ออกกฎแบ่งการประกอบโรคคิลปะเป็น แผนปัจจุบัน และ แผนโบราณ ขึ้นทะเบียนผู้ประกอบโรคคิลปะแผนโบราณ	

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

อาณาจักร	ปี	เหตุการณ์	ยุค
	ปลาย (ร.7) พ.ศ. 2475	ก่อตั้งสมาคมการแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย	ยุคแห่งการดิ้นรนและอนุรักษณ์
	(ร.8) พ.ศ. 2477-2489	ตราพระราชบัญญัติควบคุมโรคศิลปะมาแทน พ.ร.บ.ฉบับเดิม ก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุข และเกิดสงครามโลกครั้งที่ 1 ทำให้ขาดแคลนเวชภัณฑ์ ส่งผลให้มีการพัฒนาวิจัยสมุนไพรอีกครั้ง	
	(ร.9) ปัจจุบัน 2494	จัดตั้งหลักสูตร โรงเรียนแพทย์แผนไทย ชื่อ “โรงเรียนแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย	
	พ.ศ.2500	ก่อตั้งสมาคมการแพทย์แผนโบราณฯ	
	พ.ศ. 2516	ภายหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม ได้มีการบรรจุการแพทย์แผนไทยลงในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	ยุคแห่งการฟื้นฟู
	พ.ศ. 2520	รวบรวมข้อมูลสมุนไพรที่ใช้รักษาโรคพื้นๆ องค์การอนามัยโลกได้ผลักดันให้ประเทศสมาชิกใช้การรักษาตามแบบพื้นบ้านและสมุนไพร เริ่มนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน	
	พ.ศ. 2521	องค์การอนามัยโลกได้ผลักดันให้ประเทศสมาชิกใช้การรักษาตามแบบพื้นบ้านและสมุนไพร ซึ่งทำให้รัฐบาลไทยหันกลับมาสนใจศึกษาและพัฒนาแพทย์แผนไทยมากขึ้น	
	พ.ศ. 2522	เริ่มนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน โดยการเพิ่มโครงการฯ นี้เข้าไปในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 และให้มีการควบคุมนโยบายในรูปแบบคณะกรรมการ เกิดโครงการสมุนไพรเพื่อการพึ่งพาตนเองของ มูลนิธิโกมลคีมทอง และโครงการพัฒนาเทคนิคการทำสมุนไพร โดยใช้วิธีการนำกิจกรรมในระดับชุมชนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม	
	พ.ศ. 2523-2524	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้กำหนดนโยบายการพัฒนาสมุนไพร รศ.นพ.กรุงไกร เจนพาณิชย์ ได้ฟื้นฟูการนวดไทย และภาครัฐ ได้กำหนดนโยบายด้านยาขึ้น โดยมีส่วนเกี่ยวข้องกับสมุนไพร ตั้งหน่วย “สมุนไพรและเวชกรรมแผนโบราณ” เพื่อทำหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนด้านสมุนไพร ภายหลังเปลี่ยนชื่อเป็น “ฝ่ายสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในชุมชน”	
	พ.ศ. 2525	นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ได้ก่อตั้งอายุรเวทวิทยาลัย โดยสอนความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพควบคู่ไปกับวิชาการแพทย์แผนโบราณ เรียกว่า “แพทย์แผนไทยประยุกต์”	
	พ.ศ. 2528	ก่อตั้ง “โครงการฟื้นฟูการนวดไทย” เพื่อการรณรงค์เผยแพร่การนวดไทยแก่ประชาชน	
	พ.ศ. 2529	ก่อตั้งศูนย์ร่วมสมาคมการแพทย์แผนไทยโบราณขึ้น	

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

อาณาจักร	ปี	เหตุการณ์	ยุค
	พ.ศ. 2530	นักวิชาการหลายฝ่ายได้ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและแนวทางในการพัฒนาแพทย์แผนไทย โดยการจัดพิมพ์หนังสือ “การแพทย์แผนไทยภูมิปัญญาแห่งการพึ่งพาตนเอง”	
	พ.ศ. 2532	กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งศูนย์ประสานงานพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทยฯ เพื่อทำหน้าที่วางนโยบายและแนวทางการแพทย์แผนไทย	
	พ.ศ. 2536	จัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทย เพื่อเป็นหน่วยงานการพัฒนาประสานงานสนับสนุน และสร้างความร่วมมือของด้านการแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุข	
	พ.ศ. 2542	19 พ.ย. ประกาศการใช้ พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ ซึ่งได้เปลี่ยนชื่อการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ เป็น “การแพทย์แผนไทย” และมีการเลือกตั้งคณะกรรมการฯ	
	พ.ศ. 2543	26 พ.ค. ประกาศใช้ พ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและก่อตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทย	
	พ.ศ. 2545	มีพระราชกฤษฎีกาประกาศตั้ง “กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก”	
	พ.ศ. 2550	จัดทำ แผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2550-2554)	
	พ.ศ. 2553	27 มี.ค. ก่อสร้าง รพ.การแพทย์แผนไทยแห่งแรกของประเทศไทย คือ “รพ.การแพทย์แผนไทยจังหวัดสกลนคร”	
	พ.ศ. 2555	เปิด โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยจังหวัดสกลนคร และจัดทำ แผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2555-2559)	
	พ.ศ. 2556	ประกาศใช้ พ.ร.บ.วิชาชีพแพทย์แผนไทย เพื่อให้มีกฎหมายด้วยวิชาชีพแพทย์แผนไทย เพื่อแยกการกำกับ ควบคุม การประกอบวิชาชีพแผนไทย ออกจากคณะกรรมการต่างๆ เดิม โดยจัดตั้ง “สภาแพทย์แผนไทย”	

นอกจากนี้ ขงศักดิ์ ต้นติปิฎก และคณะ (2543, น.64) ได้วิเคราะห์และสรุปเกี่ยวกับพัฒนาการด้านการแพทย์แผนไทย ดังนี้

1. การแพทย์แผนไทย เคยเป็นการแพทย์กระแสหลักของสังคมไทยมาก่อน แต่ต่อมาได้เสื่อมความนิยมลง เพราะไม่ได้รับการส่งเสริมสนับสนุนโดยรัฐ แต่ภาคประชาชนได้รับการสนับสนุนยังคงอนุรักษ์ไว้จนถึงทุกวันนี้

2. การฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยในภาคประชาสังคมและภาครัฐในช่วง 5-10 ปีที่ผ่านมา มีส่วนทำให้การแพทย์แผนไทยกลับมามีบทบาทและเป็นที่ยอมรับมากขึ้นอีกครั้งหนึ่ง โดยมีความพยายามที่ผสมผสานการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข แต่ยังคงเป็นการผสมผสานใน

ระดับที่ถูกผนวกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งภายใต้ระบบบริการที่มีการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก ทำให้พบกับข้อจำกัดและอุปสรรคอีกมากมาย

3. มีความพยายามของภาคประชาสังคมและภาคเอกชนในการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยคู่ขนานกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้มีความเป็นอิสระในการพัฒนาศาสตร์การแพทย์แผนไทยให้เข้มแข็ง แต่ก็ยังเป็นส่วนเล็กๆ ที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐบาลไม่มากนัก

4. จากความพยายามของฝ่ายต่างๆ มีผลทำให้ พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 เอื้อต่อการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยมากขึ้น โดยเฉพาะการยกเลิก การจำกัดให้การแพทย์แผนไทยเป็นการศึกษาโดยมิให้อาศัยความรู้ตามหลักวิทยาศาสตร์ ตามพ.ร.บ. ฉบับเก่า และมีคณะกรรมการวิชาชีพที่มีส่วนหนึ่งมาจากการเลือกตั้ง ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของบุคลากรในวิชาชีพในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยมากขึ้น แต่ก็ยังคงมีข้อจำกัดที่การพัฒนา ยังคงอยู่ภายใต้การทำงานของระบบราชการ

5. มีบุคลากรในสาขาการแพทย์แผนไทยจำนวนมาก (ไม่น้อยกว่าหมื่นคน) และมีแนวโน้มจะมีจำนวนมากยิ่งขึ้นเรื่อยๆ แต่ระบบสุขภาพของประชาชนยังไม่อาจใช้ประโยชน์จากทรัพยากรบุคคลในส่วนนี้ได้เต็มที่ เพราะระบบการเรียนการสอนการสอบยังไม่เอื้อให้การแพทย์แผนไทยได้พัฒนาศักยภาพอย่างเต็มที่ และยังไม่มีการสำรวจกำลังคนของการแพทย์แผนไทยทั่วประเทศอย่างจริงจัง

6. องค์กรด้านการแพทย์แผนไทยมีอยู่จำนวนมากและกระจัดกระจายทั่วประเทศ ประกอบกับการพยายามที่จะประสานเครือข่ายให้เป็นเครือข่ายประชาสังคมที่มีคุณภาพโดยภาคประชาสังคม ยังต้องการ การสนับสนุนให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น

7. การให้บริการตามบ้านและการให้บริการโดยองค์กรชุมชนเป็นจุดแข็งของการให้บริการของระบบการแพทย์แผนไทย ซึ่งควรมีการสำรวจและส่งเสริมในเรื่องนี้อย่างจริงจัง

8. การวิจัยและพัฒนาที่ผ่านมายังคงเน้นที่การวิจัยสมุนไพรและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ในขณะที่การวิจัยทฤษฎีและองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยแม้จะมีปริมาณมากขึ้น แต่ยังคงทำได้จำกัดเพราะมีอุปสรรคที่การพัฒนาองค์ความรู้ได้ทั้งช่วงมาเป็นเวลานาน

สรุป การแพทย์แผนไทยมีบทบาทอยู่ในระบบสุขภาพของประเทศมาอย่างยาวนาน นับตั้งแต่อดีต แม้ภายหลังจะถูกกลดบทบาทไปในภาครัฐ แต่ก็ยังคงมีภาควิชาชีพและภาคประชาชนให้การสนับสนุนส่งเสริมตามกำลัง จนเมื่อประเทศเข้าสู่ภาวะวิกฤตและจำเป็นจะต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพขึ้น การแพทย์แผนไทยจึงถูกหยิบยกขึ้นมาพิจารณาอีกครั้ง ซึ่งการที่จะสามารถปรับใช้การแพทย์แผนไทยให้เหมาะสมกับยุคสมัยและระบบสุขภาพที่มีอยู่นั้น จำเป็นจะต้องเข้าใจ

ประวัติความเป็นมา พัฒนาการของการแพทย์แผนไทยเพื่อเข้าใจว่าในแต่ละยุคนั้นมีการสร้างความหมายสุขภาพของการแพทย์แผนไทยนั้นมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เป็นบริบทเชื่อมโยงและส่งผลต่อการให้ความหมายสุขภาพของการแพทย์แผนไทย

2.1.2 ความหมายของการแพทย์แผนไทยและระบบการแพทย์แผนไทย

พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2543, น.2) ให้ความหมายของการแพทย์แผนไทยว่า

“การแพทย์แผนไทย หมายถึง กระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษาป้องกัน หรือส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์ หรือสัตว์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย และให้ความหมายรวมถึงการเตรียมการ การผลิตยาแผนไทย และการประดิษฐ์อุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยความรู้ หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา”

พระราชบัญญัติประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 (ราชกิจจานุเบกษา, 2542, น.29) ให้ความหมายของการแพทย์แผนไทย ว่า

“การแพทย์แผนไทย หมายถึง การประกอบโรคศิลปะตามความรู้ หรือตำราแบบไทย ที่พัฒนาและถ่ายทอดสืบเนื่องต่อกันมา หรือการศึกษาจากสถานศึกษาที่กระทรวงรับรอง”

ดังนั้นจากพระราชบัญญัติคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และพระราชบัญญัติประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ได้ให้นิยามความหมายของระบบการแพทย์แผนไทย หมายถึง ระบบการจัดบริการสาธารณสุข ที่อาศัยพื้นความรู้ความสามารถที่เกิดจากการผสมผสานระหว่างการแพทย์พื้นบ้าน กับการแพทย์แผนอื่นๆ ที่มีการจัดการระบบองค์ความรู้ และมีการควบคุมทางวิชาชีพตามกฎหมาย

อย่างไรก็ตาม การนิยามความหมาย การแพทย์แผนไทยนี้ ได้มีนักวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย ที่ได้คำจำกัดความการแพทย์แผนไทย ที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นคำจำกัดความที่ครอบคลุม ครบถ้วน สมบูรณ์ นั่นคือ เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ (2540), ประทีป ชุมพล (2541, น.1-2) และสมพร ภูริตานันท์ (2542, น.50) โดยให้คำจำกัดความ การแพทย์แผนไทยว่า

“การแพทย์แผนไทย หมายถึง ปรัชญา องค์ความรู้ และวิธีการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพ และการบำบัดรักษาโรค/ความเจ็บป่วยของประชาชนไทยแบบดั้งเดิม ที่สอดคล้องกับขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมไทย และวิถีชีวิตแบบไทย วิธีการปฏิบัติของการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย การใช้สมุนไพร (ด้วยการต้ม การอบ การประคบ การปั้นเป็นลูกกลอน เป็นต้น) หัตถบำบัด การรักษากระดูกแบบดั้งเดิม การใช้พุทธศาสนา หรือพิธีกรรมเพื่อดูแลสุขภาพจิต การคลออด การดูแลสุขภาพแบบไทยเดิม และธรรมชาติบำบัด ซึ่งได้จากการสะสม การถ่ายทอด ประสบการณ์อย่างเป็นระบบ โดยการบอกเล่า การสังเกต การบันทึก การวิเคราะห์ วิจัย และ

การศึกษาผ่านการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทย นอกจากนั้นผู้ที่ให้ความหมาย จะเน้นเฉพาะด้าน เช่น กลวิธี เน้นภูมิปัญญา และการเน้นการประกอบโรคศิลปะ”

นอกจากนี้ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2536, น.8-12) กล่าวว่า ระบบการแพทย์แผนไทย ในมิติการศึกษามานุษยวิทยาทางการแพทย์ ว่า “การแพทย์แผนไทย” นั้นเป็นสาขาที่เกี่ยวข้องกับ วัฒนธรรมทางการแพทย์ และการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ในวัฒนธรรมนั้นมีกรอบแนวคิดในการศึกษา อยู่ 2 ประการคือ

1) ระบบทฤษฎีโรค (Disease Theory System) หมายถึง ระบบความคิด ทฤษฎี การแพทย์ที่อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรค ลักษณะการดำเนินไปของโรค พยากรณ์โรค ตลอดจนวิธีการดูแลรักษาโรค

2) ระบบการดูแลสุขภาพ (Health Care System) หมายถึง ระบบที่สังคมจัดขึ้น เพื่อให้ การดูแลสุขภาพ ซึ่งอาจมีรูปแบบต่างกันไป โดยจะประกอบด้วย ผู้ให้การดูแลรักษา ผู้รับการ ดูแลรักษา สถานที่ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพ รูปแบบของการดูแลสุขภาพ ตลอดจนยา อุปกรณ์หรือเครื่องมือต่างๆ รวมไปถึงระบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ และผู้รับการรักษา

ดังนั้น ระบบการแพทย์แผนไทย คือ ภูมิปัญญาดั้งเดิมในการรักษาบำรุงสุขภาพ และ ฟันฟูสภาพร่างกายที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ประกอบด้วยทฤษฎีด้านความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของ โรคด้านการตรวจรักษา และมีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์แผนไทยกับผู้ป่วย อนุกรมวิธาน แพทย์เจริญ และกัญญา คีวีเศษ, บรรณาธิการ (2540, น.16) กล่าวถึง ระบบการแพทย์แผนไทย คือ ความเชื่อในการเกิดโรคของการแพทย์แผนไทย เชื่อว่าเกิดจาก 3 กลุ่มใหญ่คือ จากสิ่งเหนือ ธรรมชาติ จากการเสียสมดุลของร่างกาย และพลังจักรวาล

2.1.3 ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เป็นความพยายามจะอธิบายภาวะต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งสภาวะปกติ และสภาวะที่ผิดปกติ (เป็นโรค) โดยใช้ทฤษฎีความสมดุลของธาตุต่างๆ ในร่างกาย เข้ามาอธิบาย โดยสุรเกียรติ์ อชานานุภาพ (2530, น.23-28) ได้สรุปทฤษฎีการแพทย์แผนไทยไว้ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค กล่าวคือ การแพทย์แผนไทยมองว่า ความ เจ็บป่วยมิได้มีสาเหตุจากเชื้อโรค ที่เรียกว่า “กิมชาติ” เท่านั้น แต่มีสมุฏฐาน (ที่ตั้งแรกเกิดของโรค) และมูลเหตุของการเกิดโรค ดังนี้

1.1 ธาตุสมุฏฐาน หมายถึง ธาตุทั้ง 4 ที่เป็นองค์ประกอบทั้งหมดของร่างกายมนุษย์ นี้ถือเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บไข้ อันได้แก่

1) ปถวีธาตุ (ธาตุดิน) คือ ธาตุที่มีลักษณะแข็งแข็ง ภายในตัวมี ภายนอกตัวมี กล่าวถึงเฉพาะภายใน สำหรับกำหนดเป็นธาตุที่ประกอบขึ้นเป็นส่วนต่างๆ ของร่างกาย หรือทำให้ร่างกายมีสิ่งยึดเหนี่ยวเป็นรูปเป็นร่างขึ้นมา ซึ่งประกอบด้วยกันทั้งหมด 20 ประการ คือ ผม ขน เล็บ ฟัน หนัง เนื้อ เอ็น กระดูก เยื่อในกระดูก ม้าม หัวใจ ตับ พังพืด ไต ปอด ไข้ำใหญ่ ไข้ำน้อย อาหารใหม่ อาหารเก่า และมันสมอง หรือสิ่งอื่นใดก็ตามในตัว ที่มีลักษณะแข็ง เป็นต้น

2) อาโปธาตุ (ธาตุน้ำ) คือ ธาตุที่มีลักษณะเอิบอาบ ภายในตัวมี ภายนอกตัวมี กล่าวเฉพาะเป็นภายใน สำหรับกำหนดพอให้สำเร็จประโยชน์ ประกอบด้วยน้ำ 12 ประการ คือ ดี เสลด หนอง เลือด เหงื่อ มันข้น น้ำตา มันเหลว น้ำมูก ไข้ำข้อ หรือสิ่งอื่นใดก็ตามในตัว ที่มีลักษณะอาบเอิบ เป็นต้น

3) เตโชธาตุ (ธาตุไฟ) ทางการแพทย์แผนไทยระบุว่า เป็นธาตุที่ทำให้เกิดความอบอุ่นในร่างกาย ประกอบด้วย 4 ประการคือ ไฟที่ยังกายให้อบอุ่น ไฟที่ยังกายให้ทรุดโทรม ไฟที่ยังกายให้กระวนวาย ไฟที่ยังอาหารให้ย่อย หรือสิ่งอื่นใดก็ตามในตัว ที่มีลักษณะร้อน เป็นต้น

4) วาโยธาตุ (ธาตุลม) ทางการแพทย์แผนไทยได้กำหนดไว้ 6 ประการ คือ ลมพัดขึ้นเบื้องบน ลมพัดลงเบื้องต่ำ ลมในท้อง ลมในลำไส้ ลมชานในลำตัว หรือสิ่งอื่นใดก็ตามในลักษณะที่พัดผันไป เป็นต้น

ดังนั้น ถ้าธาตุทั้ง 4 ของร่างกายอยู่ในสภาพที่สมดุล ร่างกายอยู่ในปกติสุข แต่เมื่อใดก็ตามที่ธาตุทั้ง 4 เกิดขาดการสมดุล ร่างกายก็จะเจ็บป่วย การรักษาโรคที่เกิดจากการขาดสมดุลธาตุ จึงเป็นการปรับสภาพร่างกายให้กลับคืนมามีความสมดุลดังเดิม ได้แก่ การใช้ยาประจำธาตุ แก่สภาพที่หย่อน กำริบ หรือพิการ

1.2 อุดสมุฏฐาน หมายถึงอิทธิพลของฤดูกาล ได้แก่ อำนาจพลังแห่งดวงอาทิตย์ ดวงจันทร์ ทำให้เวลาตลอด 24 ชั่วโมง ที่ผ่านเข้าไปมีอิทธิพลที่ทำให้มนุษย์ต้องปรับตัวตลอดเวลา ความร้อนเย็นที่กายสัมผัสระหว่างรอยต่อแห่งฤดูกาล มีผลต่อสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งสรุปได้ว่า

- 1) ฤดูร้อนเจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ
- 2) ฤดูฝนเจ็บป่วยด้วยธาตุลม
- 3) ฤดูหนาวเจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ

1.3 กาลสมุฏฐาน หมายถึง อิทธิพลแห่งกาลเวลา ได้แก่ อำนาจพลังแห่งดวงอาทิตย์ ดวงจันทร์ ทำให้เวลาตลอด 24 ชั่วโมงที่ผ่านเข้าไปมีอิทธิพลที่ทำให้มนุษย์ต้องการปรับตัวทุกนาที่ ซึ่งสรุปคือ

- 1) เวลา 6.00-10.00 น. มีอิทธิพลของธาตุน้ำ
- 2) เวลา 10.00-14.00 น. มีอิทธิพลของธาตุไฟ
- 3) เวลา 14.00-18.00 น. มีอิทธิพลของธาตุลม

กลางวันและกลางคืนเป็นเช่นเดียวกัน นอกเหนือจากอิทธิพลของดวงอาทิตย์และดวงจันทร์แล้ว ยังมีอิทธิพลของดาวอื่นๆ อีกมากมาย ในสุริยะจักรวาล ซึ่งมนุษย์มีความเชื่อ และสรุปเป็นองค์ความรู้ที่เรียกว่า โหราศาสตร์

1.4 อายุสมุฏฐาน หมายถึง มนุษย์เกิดมาต่างมีอายุขัยเป็นไปตามธรรมชาติ มี เกิด แก่ เจ็บ ตาย ไม่มีใครหลีกเลี่ยงหนีความตายไปได้ ซึ่งแบ่งเป็น ปฐมวัย 0-6 ปี มัชฌิมวัย 16-32 ปี มัชฌิมวัย คือ วัยตั้งแต่ 32 ปี จนถึงอายุขัย การเจ็บป่วยในแต่ละวัยจะแตกต่างกัน โดย

- 1) วัยเด็ก (ปฐมวัย) เจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ
- 2) วัยกลางคน (มัชฌิมวัย) เจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ
- 3) วัยชรา (มัชฌิมวัย) เจ็บป่วยด้วยธาตุลม

จะเห็นได้ว่า ตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์มารดา ทารกจะได้รับอิทธิพลของอาหารที่มารดา คัมภีร์อิทธิพลของธรรมชาติ ภูมิอากาศ ดวงอาทิตย์ ดวงจันทร์ ดวงดาวในจักรวาล และสังขาร ได้แก่ ความอนิจจัง ความแก่ ความเสื่อมสลายแห่งสังขาร

1.5 ประเทศสมุฏฐาน คือ คนเราเกิดหรือเติบโตในท้องที่แบบใด ฝนตกชุก แห้งแล้ง น้ำเค็ม หรือเขาสูง เนินผา แสดงถึงความสำคัญของสิ่งแวดล้อมว่ามีผลต่อสุขภาพคือ

- 1) น้ำฝนกรวดทราย ป่วยด้วยธาตุน้ำ
- 2) น้ำเค็มเปลือกตม ป่วยด้วยธาตุดิน
- 3) น้ำฝนเปลือกตม ป่วยด้วยธาตุลม
- 4) ภูเขาสูง ป่วยด้วยธาตุไฟ

1.6 มูลเหตุของโรค หมายถึง สาเหตุที่ทำให้ธาตุ 4 เกิดการวิปริต แปรปรวนจนเกิดโรคภัยไข้เจ็บนั้น มีมูลเหตุมาจากอาหาร (กินอาหารมาก หรือน้อยเกินไป บุค ไม่เคยกิน ผิดเวลา), ความร้อนและความเย็น, อดนอน อดข้าว และอดน้ำ, กลั้นอุจจาระ ปัสสาวะ, ทำงานเกินกำลัง, เสรีา โศกเสียใจและโทสะมาก

2. การตรวจรักษาโรค กล่าวคือ แพทย์จะเน้นทำการตรวจร่างกาย และเน้นข้อมูลวันเดือน ปีเกิด อายุ เพื่อตรวจดูว่าธาตุเจ้าเรือนเป็นอย่างไร มีอาการของธาตุใด นั่นคือ ความสมดุลของธาตุทั้ง 4 ว่า ธาตุอะไรหย่อนกำเริบ หรือพิการประการใด อาการที่เจ็บป่วยหากมีการตั้งชื่อไว้ และมีแบบแผนการรักษาตามตำราแน่นอน ก็จะแต่งยารักษาตามนั้น หากพบว่าเป็นกลุ่มอาการที่ไม่ชัดเจน จะใช้ทฤษฎีตรวจสอบธาตุที่เรียกว่า การคูณธาตุ (คำนวณธาตุ) แล้วแต่งยาหม้อให้ผู้ป่วย

นอกจากนี้ การแพทย์แผนไทยยังเน้นการกินอาหารตามธาตุ และละเว้นอาหารที่ไม่สอดคล้องกับธาตุ เช่น

- 2.1 ธาตุดิน ควรทานอาหารรสฝาด หวาน มัน เค็ม
- 2.2 ธาตุน้ำ ควรทานอาหารรสเปรี้ยว หลีกเลี่ยงอาหารรสมันจัด
- 2.3 ธาตุลม ควรทานอาหารรสเผ็ดร้อน หลีกเลี่ยงอาหารรสหวานจัด
- 2.4 ธาตุไฟ ควรทานอาหารรสขม เย็น จืด ไม่ควรกินของร้อน เป็นต้น

3. วิธีการตรวจโรคนั้น นอกจากอาหารและสมุนไพรแล้วยังมีการอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร และการนวดไทย บริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน การนั่งสมาธิ

จะเห็นได้ว่า กลวิธีการรักษาของระบบการแพทย์แผนไทย จะเป็นแบบผสมผสานกัน ได้แก่ การใช้ยาสมุนไพร การอบ การประคบ และการนวด และทฤษฎีการแพทย์แผนไทย มีแนวความคิดแบบองค์รวม ทั้งยังช่วยสร้างเสริมการพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพ คือ การให้ผู้ป่วยเข้าใจและปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับธรรมชาติ และให้กลไกของร่างกายทำหน้าที่รักษาตัวเองเป็นสำคัญ (อนนท์ รัตติ, 2547, น.16)

แนวคิดหลักธรรมานามัย ในการแพทย์แผนไทย

ธรรมานามัย หมายถึง ระบบการเสริมสร้างสุขภาพด้วยวิถีทางธรรมชาติ โดยให้ความสำคัญแก่สิ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ธรรมานามัยจะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ มีร่างกายแข็งแรง มีจิตที่สงบ รู้กระทบรู้กระทำสามารถช่วยเหลือตัวเองและสังคมได้ (อวย เกตุสิงห์ 2531, น.166)

แนวคิดพื้นฐานของหลักธรรมานามัยในการแพทย์แผนไทยมองว่าภาวะสุขภาพแบบองค์รวม พุทธธรรมมองชีวิตคนเป็นนามรูป และใช้นามรูปที่เป็น 2 อย่างนี้รวมกันเป็นเอกพจน์ คือ การรวมกัน หรือต่อเนื่องกันเป็นหนึ่งไม่มองแยกเป็นสองเพราะมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์เป็นหนึ่งเดียวไม่แยกต่างหากจากกัน เป็นระบบแห่งความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับอาศัยกัน องค์ประกอบของธรรมานามัยมี 3 ส่วน คือ

1) กายานามัย เป็นการส่งเสริมสุขภาพทางกายด้วยการออกกำลังกายโดยวิธีการต่างๆ ที่เหมาะสมแก่วัยและสภาพร่างกายของบุคคล เพื่อให้ได้ผลดีที่สุดและเสี่ยงต่ออันตรายน้อยที่สุด เป็นความจริงที่ว่าวิธีการออกกำลังกายต่างๆ นั้น บางวิธีอาจไม่เหมาะสมสำหรับทุกคน ในทางปฏิบัติจึงต้องมีการทดสอบความพร้อมของสมรรถภาพร่างกาย เช่น การเดิน การวิ่งเพื่อสุขภาพ สำหรับการแพทย์แผนไทยมีวิธีการส่งเสริมสุขภาพกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน การฝึกกลมปราณ เป็นต้น นอกจากการบริหารแล้วยังมีข้อในการเลือกรับประทานอาหารตามแบบธาตุเจ้าเรือน การพักผ่อนอย่างเพียงพอที่จัดอยู่ในหมวดส่งเสริมสุขภาพกายด้วย

2) จิตตานามัย การส่งเสริมสุขภาพทางใจด้วยการปฏิบัติสมาธิและวิปัสสนาตามหลักที่กำหนดในพุทธธรรมอาศัยศีลในการละเว้นความชั่วทุจริตทางกาย วาจา ใจ เพื่อสร้างพื้นฐานจิตให้มั่นคง และการอบรมสมาธิภาวนา ช่วยให้จิตนิ่งไปจนถึงขั้นวิปัสสนาเพื่อสร้างจิตในการรับรู้ความจริงของชีวิต โดยเฉพาะเรื่องกฎแห่งกรรม

3) ชีวิตานามัย การดำเนินชีวิตโดยยึดหลักก่อนามัย คือ อาศัยการปฏิบัติตามกายานามัย เพื่อส่งเสริมสุขภาพกายและฝึกจิตตานามัย ให้ส่งผลให้เกิดชีวิตานามัยที่ดีด้วย เช่น การล้างพิษในร่างกายเป็นบางโอกาส การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง หากรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องอาจส่งผลกระทบทั้งด้านกายและด้านจิต การละเว้นสิ่งเสพติดทั้งหลาย เป็นต้น สิ่งสำคัญคือ การดำเนินชีวิตให้ใกล้ชิดธรรมชาติมากที่สุด หลีกเลี่ยงมลภาวะ ประกอบสัมมนาอาชีพที่ไม่เป็นโทษ จะได้ไม่ต้องหวาดระแวงเพราะโทษจากการทุจริตนั้น

การปฏิบัติตามหลักกายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย นั้นจะช่วยส่งเสริมบุคลิกภาพความงามแก่ผู้ปฏิบัติอย่างค่อยเป็นค่อยไป เป็นความงามทั้งรูปปลักษณ์ภายนอกและงามจากภายในด้วยศีล สมาธิ ปัญญา ซึ่งมีผลที่ลึกซึ้งเกินกว่าที่บุคคลทั่วไปที่ไม่ได้ปฏิบัติจะเข้าใจได้ว่า เพราะเหตุใด สิ่งเหล่านี้ประกอบกันเป็นผลแห่งบูรณาการองค์รวมของชีวิตด้วยหลักธรรมานามัย ดังนั้น หลักธรรมานามัยในการแพทย์แผนไทยจึงเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพแบบองค์รวมที่บูรณาการร่วมกับการดำเนินชีวิตในแนวพุทธศาสนาว่าด้วยหลักธรรมชาติของกายและจิตใจที่ต้องเคลื่อนไหวไปตามกาลเวลา เคลื่อนไหวไปตามการกระทำความคิดหรือชั่ว

จากแนวคิดของระบบการแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการกำหนดเกณฑ์ในการให้ความหมายเรื่องสุขภาพของการแพทย์แผนไทย ที่ใช้การจัดกลุ่มชุดความหมายสุขภาพที่แบ่งออกเป็น การนิยามความหมายสุขภาพ หลักการมีสุขภาพดี และวิธีการรักษาสุขภาพ อันเกิดขึ้นในบริบทของการแพทย์แผนไทย ในวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

2.1.4 คุณธรรมจริยธรรมการแพทย์แผนไทย

ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยที่ดีนั้น นอกจากจะมีความรู้ ทักษะประสบการณ์ในวิชาชีพแล้ว ต้องมีคุณธรรมและจริยธรรมกำกับด้วย จะทำให้นอกจากเป็นแพทย์ที่เก่งแล้ว จะทำให้เป็นแพทย์ที่ดี ด้วยการมีคุณธรรมและจริยธรรม สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย จะทำการบำบัดรักษาด้วยเมตตาธรรม เพื่อประโยชน์สุขและบำบัดทุกข์ให้แก่คนไข้ คัมภีร์ที่เกี่ยวข้องกับคุณธรรมและจริยธรรมสำหรับแพทย์แผนไทย ได้แก่ จรรยาแพทย์ตามคัมภีร์ฉันทศาสตร์ ของพระยาวิเชียรขิปปิ (กล่อม) จากตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์เล่ม 1 คัมภีร์แพทยาลังการ คัมภีร์เวชศึกษาของพระยาพิศณุประสาทเวช และจรรยาเภัช จากตำราเภัชกรรมแผนไทย ในที่นี้จะขอกล่าวถึง

เฉพาะคัมภีร์แพทยาลังการ เนื่องจากแพทย์แผนไทยได้ยึดหลักจริยธรรมตามคัมภีร์นี้เป็นหลัก (ห้องจุลสาร สาขาวิชาวิทยาศาสตร์เพื่อสุขภาพ, 2557)

คัมภีร์แพทยาลังการ ของพระยาพิศณุประสาทเวช ได้กล่าวด้วยคุณธรรมอันเป็นเครื่องประดับของหมอ คนที่เป็นหมอใหม่แต่จะมีแต่ความรู้ในยา และรู้จักโรคอย่างเดียวนั้นเมื่อใดควรต้องเป็นคนที่มีอัธยาศัยอันเรียบร้อยเป็นที่พอใจของคนทั้งหลายด้วย จึงจะเป็นหมอได้ ถ้าเป็นแต่รู้วิชาของหมอ แต่ไม่เป็นผู้มีความอารีโอบอ้อมต่อคนทั้งหลายแล้ว ก็ไม่มีใครนับถือยอมทำความรู้ของตนให้เสื่อม ไม่มีใครหาไปรักษา ลากผลจะมีมาแต่ไหน เพราะฉะนั้นหมอจึงต้องเป็นคนที่มีอัธยาศัยดี หมอที่ดีนั้นย่อมประกอบด้วยคุณธรรมเหล่านี้ เป็นต้น คือ

1) มีเมตตาจิตแก่คนไข้

ด้วยคนไข้อันความทุกข์เวทนา ครอบงำอยู่ในใจตามมากและน้อย แล้วจะมีจิตคิดหวังที่จะเอาหมอเป็นที่พึ่ง หมอไปถึงก็ดีใจอยากจะฟังคำอธิบายของหมอ ที่จะช่วยบรรเทาซึ่งอาการโรคของตน ถ้าหมอนั้นเป็นผู้มีเมตตาปราณีให้คนไข้เป็นที่ชื่นชมยินดีแล้ว ความสุขโสมนัสก็จะบังเกิดแก่คนไข้ เป็นทางที่จะบรรเทาไข้ใจให้หมดหรือน้อยลงไปได้ และจะเชื่อถ้อยฟังคำของหมอผู้นั้นด้วย เมื่อความวิตกอันเป็นทุกข์ในใจเบาบางลง น้ำเลี้ยงหัวใจก็ผ่องใส โรคที่มีอยู่ในกายก็จะพลันหายได้โดยไม่ช้าวัน คนไข้ที่หายนั้นก็จะเคารพนับถือหมอนั้นต่อไปเป็นอันสงฆ์อีกส่วนหนึ่งด้วย ถ้าหมอเป็นคนโหดเหี้ยมไม่มีเมตตาจิตแก่คนไข้ ย่อมไม่เป็นที่นิยมของคนไข้ ความวิตกก็มีอยู่ร่ำไป นับว่าเป็นไข้บังเกิดขึ้นอีกส่วนหนึ่ง เป็นเหตุที่จะพาให้โรคที่มีอยู่ในร่างกายนั้นกำเริบขึ้นได้พอที่จะหายได้เร็วก็เป็นช้าวันไป หรือบางทีก็ไข้จะทรุดหนักลงทำให้ยากแก่การรักษาพยาบาลข้อนี้อาจจะเป็นได้ เพราะฉะนั้นเมตตาจิตจึงเป็นคุณธรรมเกื้อกูลแก่หมอและคนไข้ ควรที่หมอจะตั้งเมตตาจิตไว้ในสันดาน

2) ไม่เห็นแก่ลาภ

ลาภผลที่จะได้แก่คนนั้นย่อมเป็นที่ปรารถนา เป็นที่ยินดีด้วยกันก็จริง แต่บุคคลที่มีอัธยาศัยเรียบร้อย หวังตั้งตนให้เป็นที่น่าเชื่อถือแห่งคนทั้งหลายแล้ว ย่อมไม่เพ่งเล็งเอาด้วยอุบาย หรือ กดขี่หลอกลวงเลย หมอเมื่อเขาหาไปรักษาไข้ ควรตั้งใจเสียก่อนว่าจะไปรักษาให้หาย เพื่อเอาชื่อเสียง รักษาโดยสุจริต เมื่อผู้นั้นหายไข้แล้วขวัญข้าวคายยอมมีอยู่เอง ถึงหากว่าตามธรรมดาเคยได้เท่านั้นเท่านี้ ถ้าคนไข้ขัดสนจะให้เท่านั้นไม่ได้หรือไม่มีจะให้เลย ก็ไม่ควรจะเพิกเฉยละเมินเสีย ควรจะช่วยอนุเคราะห์ด้วยเมตตาจิตเป็นที่ตั้ง คุณความดีก็จะมีแก่ตน คนทั้งหลายจะเคารพนับถือ ลาภผลก็คงจะได้มา ถ้าหมอเป็นคนมีความโลภเห็นแก่ลาภ ไข้พอจะหายได้ในไม่ช้าวัน แกล้งหน่วงเหนี่ยวไว้ให้หายช้า หรือ ไข้เป็นอย่างที่น่าตกอกตกใจก็บอกไปเสียอย่างหนึ่งเพื่อให้เข้าไข้ หรือคิด

อุบายอยากได้ขวัญข้าวค่ายาค่าป่วยการให้มากด้วยประการใดๆ เล่ห์ประการหนึ่งว่าจะทำนาค้าขายบนหลังคนไข้อามังมีเสียทีเดียว ไม่คิดเพื่อแผ่ที่จะให้ความสุขแก่เพื่อนบ้านฐานถิ่น ฉะนั้นแล้วใครเล่าจะเคารพนับถือ เมื่อไม่มีใครนับถือแล้วลากผลที่เคยได้ในวิชาที่เป็นหมอมจะมีมาแต่ไหน มีแต่จะเสื่อมถอยน้อยลงทุกวัน เพราะฉะนั้นหมอมจึงควรเป็นคนไม่เห็นแก่ลาภ

3) ไม่เป็นคนโอ้อวด

ผู้ที่แสดงถ้อยคำโอ้อวดให้เกินกว่าความรู้ของตน เป็นต้นว่ารักษาไข้อะไรหายสักรายหนึ่งก็เอ้าขึ้นตั้ง ไปที่ไหนก็อวดรำไป ความรู้จริงแก่ใจไม่รู้ถึงแต่พูดเกินกว่าความรู้ ไปเจอไข้ที่ตนพูดว่ารู้เข้ารักษาไม่ได้ เขาจะเรียกว่าเป็นหมอขาดภูมิ ย่อมเป็นข้อหมิ่นประมาทของคนทั้งหลายต่อไปไม่มีคนเชื่อถือเลยพาให้ความรู้ที่มีอยู่เสื่อมไปด้วย เพราะฉะนั้นในข้อนี้ควรต้องระวัง ถ้าพูดความที่ได้เรียนรู้เอาไว้จะทำได้จริงก็ไม่จำเป็นว่าเป็นคนโอ้อวด แต่ถึงคังนั้นต้องพูดได้ในเมื่อถึงคราวที่จะพูด ถ้าเอาไปพูดเสียรำไปก็ตกอยู่ในฐานเป็นคนโอ้อวด พาให้เสื่อมเสียความเชื่อถือได้เหมือนกัน ที่จริงความรู้ที่มีอยู่ในตนนั้นไม่จำเป็นต้องโอ้อวดอะไรสุดแต่ถึงคราวที่ต้องใช้ทำให้ปรากฏแก่คนทั้งหลายแล้ว กิตติศัพท์ความเลื่องลือก็ปรากฏขึ้นเอง ย่อมจะเป็นที่เชื่อถือยำเกรงของคนทั้งหลายด้วย

4) ความไม่ปิดบังความเขลาของตนไว้

เมื่อได้ตรวจดูคนไข้ พิจารณาห้กิริยาอาการตลอดแล้วจะต้องเข้าใจว่าเป็นโรคอะไรเกิดขึ้นเพราะอะไร สามารถที่จะรักษาพยาบาลให้หายได้หรือไม่ ตกลงว่าจะรักษาให้หายได้จึงรักษาพยาบาลตามความรู้ความสามารถของตน ถ้าไปพบปะไข้ที่ตนไม่เคยรักษาหรือความรู้ของตนไม่เพียงพอที่จะรักษาได้ ก็พึงแสดงให้เจ้าไข้เขารู้เสียแต่ต้นมือ เพื่อเขาจะได้ไปหาหมออื่นรักษา ถ้าจะให้ดีตนรู้ว่าใครจะรักษาได้บอกแนะนำให้เขาด้วยจะเป็นที่ยินดีของเจ้าไข้ ถึงหากว่าเขานั้นจะไม่หายเพราะตนรักษาก็ดี ตนก็ย่อมจะได้ความนิยมนับถือต่อไปว่าเป็นคนไม่ปิดบังความเขลาไว้ ถ้าจะปิดบังความเขลาไว้รักษาไข้ด้วยความที่ไม่เข้าใจ ไข้ก็จะทรุดหนักลงที่สุดจะถึงเป็นอันตรายแก่ชีวิตก็จะเป็นได้ เมื่อเป็นเช่นนี้หมอนั้นจะได้รับความความติเตียนของคนทั้งหลาย แล้วเป็นทางที่จะเสื่อมเสียจากลาภผล

5) ไม่ปิดบังความดีของผู้อื่น

เมื่อได้ยินได้ฟังเขาสรรเสริญคุณวิชาของผู้อื่น ควรทำอหยาตย์แซมขึ้นสรรเสริญตามเมื่อผู้นั้นทราบอหยาตย์ของเราดังนี้ ย่อมมีจิตรักใคร่จะเป็นมิตรกับเราบ้าง คุณธรรมอันนี้ย่อมเป็นทางสืบสนธิในสามัคคีรส ซึ่งนักปราชญ์ทั้งหลาย ย่อมกล่าวสรรเสริญว่าเป็นกัลยาณธรรม นำมาซึ่งความสุขแก่ตนจึงเป็นคุณธรรมที่บุคคลควรประพฤติ

6) ไม่หวงกันลาภของผู้อื่น

เมื่อตนเป็นหมอรักษาไข้ เป็นหวังว่าลาภผลจะได้แก่ตนแต่ลำพังผู้เดียว จะทำการไม่ถนัด ที่ดีควรหาพวกพ้องหรือผู้ใดผู้หนึ่ง ซึ่งมีความรู้มาช่วยการนั้นจึงสำเร็จได้ดี เช่น ตนเป็นแค่หมอยา จะต้องหาหมอนวดมาช่วยอีกทางหนึ่ง ฉะนั้น แต่ละครั้งจะให้เป็นอย่างนั้นก็กลัวว่าลาภที่ตนจะได้มันต้องแบ่งส่วนให้ผู้อื่นไปเสียจะได้น้อย หวงกันไว้ไม่ให้ผู้อื่นเข้ามามีส่วนนี้เป็นข้อที่จะทำอันตรายให้แก่คนไข้ หมอไม่ควรคิดเช่นนั้นเลย ถ้าเห็นทางที่จะเฉลี่ยลาภผลให้แก่ผู้ที่มีความรู้ด้วยกันโดยประการใด ก็ควรแสดงความยินดีแผ่เผื่อให้ การที่จะรักษาพยาบาลไข้ ถ้ามีเพื่อนเป็นคู่คิดคู่ปรึกษาช่วยเกื้อหนุนซึ่งกันและกันแล้ว เป็นข้อที่ป้องกันความพลั้งเผลอได้และอาจที่จะรักษาไข้ให้หายเร็วด้วย

7) ไม่ลุแก่อำนาจ อคติทั้ง 4 คือ

ฉันทาคติ ความรักใคร่พอใจนั้น คือ ทำความรักใคร่ในบุคคลที่ไม่เสมอกัน บางคนก็ตั้งใจรักษาพยาบาล บางคนก็เกลียดชัง ไม่รักษาโดยความตั้งใจจะให้โรครหาย

โทสาคติ ความโกรธนั้น คือ ไข้แต่โทษะจิตเป็นเบื้องหนา ไม่มีใจอันดีต่อคนไข้ ทำอะไรก็จะเอาแต่ใจของตน ไม่ผ่อนผันตามอริยาสัยของคนไข้ ให้มีสติอารมณ์เบิกบานบ้างเลย

ภยาคติ ความกลัวนั้น คือ กลัวในสิ่งที่ไม่ควรกลัว เป็นต้นว่ารักษาไข้ กลัวเขาจะไม่ให้ขวัญข้าวค่ายาก็ไม่ตั้งใจรักษา กลัวว่ายาดีที่ทำไว้ ถ้าจะให้คนไข้กินอาจหายได้ แต่กลัวจะหมดเสีย

โมหาคติ ความหลงนั้น คือ หลงเชื่อตนมีความรู้ดี ไม่ต้องทำอริยาสัยแผ่แผ่เป็นมิตรไมตรีกับผู้อื่นหรือหลงเชื่อว่ายาของตนดี รักษาไข้หายได้โดยไม่ตรวจอาการไข้ก่อนที่จะวางยา (อคติ 4 ประการที่กล่าวมานี้ สำหรับหมอไม่เป็นสาธุการะทั่วไป) หมอผู้ใดไม่ลุแก่อำนาจแก่อคติ 4 ประการนี้แล้ว คุณความดีก็จะมีในตน

8) ความไม่หวั่นไหวด้วยโลกธรรม

ลาภที่จะได้หรือไม่ได้ ไม่มีก็ดี ความนิมิตา ความสรรเสริญก็ดี มียศศักดิ์ก็ดี หรือปราศจากยศศักดิ์ก็ดี ความทุกข์ ความสุขเหล่านี้มาถึงตน ก็มีอริยาสัยหนักแน่น มัชยัสถ์เป็นกลาง ไม่ทำความกระวนกระวาย ขวนขวายยินดียินร้าย เดือดร้อนรำคาญ ซึ่งเป็นเหตุจะทำลายคุณความดีของตนและทำจิตใจให้พิกลไปจากความเป็นปกติ เพราะโลกธรรมนี้ย่อมยุบยงส่งเสริมบุคคลให้ตกไปในทางที่ชั่วได้ ผู้ที่ไม่หวั่นไหวต่อโลกธรรมจึงเป็นที่สรรเสริญของผู้ที่มีปัญญา

9) มีหิริโอตตปละ

ละอาย สะอึ้ง กลัวต่อบาป อันเป็นเวรกรรมต่อภพชาติในภายหน้าละเว้นจากวิหิงสา พยาบาท อาฆาต จองเวรต่อบุคคลอื่น มีใจอันชุ่มชื่น ไปด้วยความกรุณาเป็นเบื้องหน้า

10) ไม่เป็นคนเกียจคร้านและมั่งง่าย

ตั้งใจอุตสาหกรรมทำการรักษาพยาบาลไข้โดยเต็มกำลัง ไข้ปัญญา พินิจพิจารณาโดยถ่วงถ่วงถึงเวลาไปตรวจก็ไปตรวจฟังดูอาการเพื่อจะได้คิดประกอบรักษา ความรู้ที่มีอยู่แล้วก็เอาใจใส่สอบสวน ให้แจ่มแจ้งเจริญขึ้น สิ่งที่ไม่รู้หมั่นศึกษาค้นคว้า หากความรู้ใส่ตนต่อไปมิได้เพิกเฉยและหมั่นประกอบยาไว้สำหรับรักษาคนไข้ ในตำราให้เอาอะไรก็อย่างก็อุตสาหกรรมสำหรับทำให้อุณหภูมิตำราไม่สักระหว่างในตำราให้เอา 10 อย่าง ก็เอาแต่ 5-6 อย่าง ทำด้วยความมั่งง่าย ความจริงเครื่องยานั้นถ้าไม่ประสมให้ครบตามตำราที่ทำวางลงไว้แล้วก็ไม่ศักดิ์สิทธิ์ และจะลงโทษว่ายาไม่ดีไม่ได้ เพราะฉะนั้นหม่อมจึงไม่ควรเป็นคนมั่งง่ายตรวจไข้ก็ต้องตรวจโดยถ่วงถ่วงเหมือนกัน ถ้าเป็นแต่มียาไม่ตรวจไข้ให้ต้องกับยาแล้ว ยานั่นก็ไม่ใช่ประโยชน์อะไร ไข้กับยาต้องให้ตรงกัน นี่เป็นข้อสำคัญ

11) มีโยนิโสมนสิการ

ตริตรงในใจโดยแยกกาย จะตรวจอาการโรคก็ตรวจด้วยพินิจพิเคราะห์เหตุผลโดยรอบคอบ เมื่อจะประกอบยารักษาทำโดยความใคร่ครวญ ใช้อรรถวิจักษ์ปัญญาสอดส่องให้แน่นอนแก่ใจทุกสิ่งทุกอย่าง นี่เป็นองค์อันสำคัญสำหรับวิชาแพทย์

12) ไม่เป็นคนมีสันดานอันประกอบด้วยความมัวเมา

เป็นต้นว่า เศรษฐีสุรา สุขกัญชา ยาฝิ่น ละเลิงหลงหรือมัวเมาไปในการเล่นเบี้ย เล่นการพนันต่างๆ อันเป็นทางที่จะทำตนให้ได้ความเดือดร้อนรำคาญ เพราะความประพฤตินั้นเป็นข้าศึกกับคุณวิชาของตน เพื่อหลีกเลี่ยงไปพ้นมิให้พัวพัน มีสันดานตั้งมั่นในทางสุจริต การปฏิบัติหน้าที่การงานอาชีพใด ถ้าบุคคลนั้นมีคุณธรรมย่อมเป็นที่รักใคร่และเป็นมิตรกับคนทั่วไป ซึ่งเป็นรากฐานของจริยธรรม

อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน แพทย์แผนไทยได้นำสิทธิที่ผู้ป่วยพึงมี 10 ประการ เพื่อใช้ในการกำหนดคุณธรรมจริยธรรมของแพทย์แผนไทยเช่นเดียวกับแพทย์แผนปัจจุบัน โดยประเด็นสำคัญที่ผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์แผนไทยจะต้องทำความเข้าใจและวิเคราะห์ว่าในบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพในแต่ละสาขานั้น โดยอิสระในวิชาชีพของตนเองและส่วนที่เกี่ยวข้องมีบทบาทอะไรบ้างในการปฏิบัติงานในวิชาชีพของตนเองที่พึงปฏิบัติ พึงละเว้น และสนองตอบสิทธิของผู้ป่วยในประเด็นต่างๆ ที่เรียกว่า “สิทธิของผู้ป่วย”

สิทธิของผู้ป่วยตามหลักสิทธิมนุษยชนมีหลักสำคัญที่ยอมรับในระดับสากลนั้น คือ บุคคลมีสิทธิที่จะตัดสินใจในกิจการต่างๆ ส่วนตัวด้วยตนเอง ซึ่งแสดงถึงความเป็นอิสระของมนุษย์ โดยเฉพาะผู้ป่วย ถือว่าเป็นบุคคลที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจนการได้รับรู้ข้อมูลต่างๆ เพื่อสมควรประกอบการตัดสินใจของตนเอง ฉะนั้นผู้ป่วยจึงเป็นบุคคล

สำคัญที่จะต้องได้รับการพิทักษ์สิทธิ ในหลายๆ ประเทศได้นำสิทธิของผู้ป่วยมาบัญญัติเป็นกฎหมาย

ประเทศไทยมิได้ระบุไว้เป็นกฎหมายโดยตรง แต่มีกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย คือ มาตรา 28 ว่า บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือใช้สิทธิเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิเสรีภาพของบุคคลอื่นๆ และมาตรา 31 ระบุว่า บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายและในประมวลกฎหมายอาญา กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ได้มีการกำหนดสิทธิผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วยสิทธิในการตัดสินใจที่จะรับหรือเลือกบริการทางการแพทย์ สิทธิที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน สิทธิที่จะได้รับการบอกกล่าวหรือสิทธิที่จะรู้สิทธิส่วนตัวและสิทธิในครอบครัว สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัย สิทธิที่จะได้รับการชดเชยความเสียหาย และสิทธิที่จะได้รับการปกปิดเรื่องราวไว้เป็นความลับ แต่ประเทศไทยนั้นผู้ประกอบวิชาชีพ สภาวิชาชีพ และหน่วยงานที่มีส่วนสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งได้แก่ แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ได้ร่วมกันประกาศสิทธิของผู้ป่วย เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 ไว้ดังนี้

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ตามบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มี การเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการ แก่ตนและมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
 8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
 9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของคนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น
 10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้
- ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเรื่องจริยธรรมคุณธรรมของแพทย์แผนไทยเพื่อใช้ในการวิเคราะห์คุณลักษณะของแพทย์แผนไทย ในฐานะผู้สื่อสารในกระบวนการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทย ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2

2.2 แนวคิดเรื่องปัจจัยกำหนดสุขภาพและตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม

2.2.1 กระบวนทัศน์ด้านสุขภาพ

เมื่อพูดถึงคำว่า “สุขภาพ” คนทั่วไปรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ มักจะนึกถึงโรคภัยไข้เจ็บและมักพึ่งพาการรักษาจากระบบบริการสุขภาพของประเทศมากกว่าที่จะนึกถึงการสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เนื่องจากกระบวนทัศน์ในอดีตได้ให้ความสำคัญของการซ่อมสุขภาพด้วยเทคโนโลยี และการบริการทางการแพทย์ เพื่อฟื้นฟูร่างกายและยืดอายุขัย ซึ่งปัจจุบันมุมมองของการมองสุขภาพนั้นมีการครอบคลุมถึงสุขภาพที่มีหลายมิติ ซึ่งรุจินาดอรรถสิทธิ์ (2548) ได้ประมวลกระบวนทัศน์ของสุขภาพในปัจจุบันว่ามี 3 ยุค คือ

ยุคที่หนึ่ง: กระบวนทัศน์ของการแพทย์แบบชีวภาพ (Biomedical Paradigm) หรือ ทฤษฎีโรค

เป็นการมองชีวิต หรือร่างกายประดิษฐ์เครื่องจักร มองว่าความเจ็บป่วยหรือโรคไม่ต่างจากความขัดข้องของเครื่องจักร แพทย์หรือนักวิชาชีพจะสนใจเฉพาะสิ่งที่ผิดปกติ หรือโรคเท่านั้น และจะทำหน้าที่เป็นเสมือนผู้ซ่อมแซมเครื่องจักร โดยกระบวนทัศน์นี้ ก่อให้เกิดมุมมองและการรักษาโรคแบบแยกส่วน กลายเป็นการแพทย์เฉพาะทางหลายสาขา โดยเฉพาะแพทย์แผนปัจจุบัน

ยุคที่สอง: กระบวนทัศน์ของการแพทย์แบบสังคม (Sociomedical Paradigm)

เป็นกระบวนทัศน์ที่เกิดขึ้นในศตวรรษที่ 17 ที่มีจุดร่วมกันระหว่างการแพทย์ชีวภาพกับการแพทย์แบบสังคมคือ “ความสนใจด้านความเจ็บป่วยและการเป็นโรค” แต่ทว่ามีความอธิบายต่าง

ออกไปคือ “การขยายสาเหตุ/ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคว่ามีได้เกิดจากเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายเท่านั้น หากแต่ยังมีปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคมวัฒนธรรมที่มีส่วนสำคัญอย่างมากที่ส่งผลต่อสุขภาพ หรือความเจ็บป่วย”

จนกระทั่งศตวรรษที่ 19 หลายประเทศได้ยอมรับร่วมกันว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรมจะต้องได้นับการดูแลแก้ไข หรือปฏิรูปเพื่อสุขภาพที่ดี ปัจจุบันนี้เรารู้จักกระบวนการทัศนศาสตร์แบบสังคมนี้นามของ Social Determinants of Health (SDH)

ยุคที่สาม: กระบวนทัศน์ของสุขภาพแบบนิเวศน์สังคม (Socio-ecological Paradigm of Health)

กระบวนทัศน์แบบนิเวศน์สังคมที่พัฒนาต่อมาจากกระบวนทัศน์ SDH ว่านอกจากสุขภาพและความเจ็บไข้ได้ป่วยจะเกิดมาจากปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมแล้ว สุขภาพก็ยังคงเกิดขึ้นกับศักยภาพทางกายและใจ และกายภาพของบุคคลที่จะเผชิญกับภัยคุกคามทั้งจากภายในและภายนอกด้วย

ดังนั้นการอธิบายจึงเริ่มหันมาใช้ การอธิบายเชิงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสภาพแวดล้อม ที่เรียกว่า “การใช้ชีวิต หรือลีลาชีวิต” (Lifestyle) ของบุคคลนั้นๆ กระบวนทัศน์ด้านการแพทย์/สุขภาพ แบบสุดท้ายจึงเริ่มมีการอธิบายสุขภาพในมุมมองแบบองค์รวมที่เกิดขึ้นแบบการผสมผสาน/การปฏิสัมพันธ์กันหลายๆ ปัจจัย

โดย 3 ยุค ของกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพนี้ หนึ่งในฤทัย ขอผลกลาง (2552) พบว่า กระบวนทัศน์ด้านสุขภาพส่งผลต่อการวิจัยสื่อสารสุขภาพในปัจจุบันนี้ได้มีการเปลี่ยนแปลงจากกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพจากกระบวนทัศน์การแพทย์แบบชีวภาพมาสู่การแพทย์แบบสังคม และในยุคสุดท้ายก็จะเป็นกระบวนทัศน์ของทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพที่เริ่มหันมาให้ความสนใจการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างหลายๆปัจจัยที่สามารถเชื่อมโยงกันได้ จากกระบวนทัศน์ของสุขภาพแบบนิเวศน์สังคมนี้ ประเวศ วะสี (2547) ได้พัฒนาแนวคิด “ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ” เพื่อหาคำอธิบายถึงปริมาตรของสุขภาพให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ดังนี้

ภาพที่ 2.1 ปริมาณของสุขภาพ

จากแผนภาพนี้สามารถแสดงให้เห็นถึงปริมาณของสุขภาพ ได้ 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ ส่วนที่สุขภาพดี และส่วนที่สุขภาพเสีย กล่าวคือ

1) ส่วนที่สุขภาพดี ได้แก่ เขตที่ 3 ก็คือ กลุ่มคนที่มีสุขภาพพลานามัยดีเป็นปกติ ไม่เจ็บไข้ได้ป่วย ดำเนินชีวิตอย่างสามัญชนธรรมดา ส่วนนี้จะเป็นส่วนใหญ่ของพื้นที่ทั้งหมด เพราะโดยทั่วไปสังคมเราจะมีคนสุขภาพปกติ/สุขภาพดีมากกว่าคนเจ็บป่วย

2) ส่วนที่สุขภาพเสีย ได้แก่ ส่วนที่มีขนาดเล็กลงมา ซึ่งเริ่มได้แก่ คนที่เริ่มมีอาการเจ็บไข้ได้ป่วย ในกลุ่มสุขภาพเสียนี้ยังแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

2.1) เจ็บป่วยโดยหมอรู้สาเหตุ อันเป็นเขตที่ 1 เป็นพวกที่เจ็บไข้ได้ป่วยแล้วหมอใช้เครื่องมือทางการแพทย์ตรวจพบว่ามีสาเหตุมาจากอะไร เป็นเพราะอะไร เชื้อโรคตัวไหน หรืออวัยวะใดบกพร่อง จะสังเกตเห็นว่าเขตนี้กินพื้นที่น้อย และอาจจัดการอยู่ได้ด้วยทฤษฎีโรค

2.2) กลุ่มคนที่เจ็บป่วยแต่ไม่รู้สาเหตุเป็นเพราะอะไร อันเป็นเขตที่ 2 บรรดาแพทย์จะไม่สบายใจมากกับกลุ่มนี้ เพราะไม่เข้าใจว่าคนไข้ป่วยเป็นอะไร และบางครั้งก็โกรธว่าคนไข้แกล้งทำ

อาจกล่าวได้ ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ จะจำแนกว่าในเขตที่ 1 เป็นการมองสุขภาพแบบทฤษฎีโรค หรือการมองสุขภาพเพียงแค่อาการเจ็บป่วยเท่านั้น ซึ่งเป็นการมองสุขภาพแบบกระบวนทัศน์ดั้งเดิม และในส่วนเขตที่ 2 และ 3 นั้นเป็นพื้นที่ที่จะต้องใช้การมองสุขภาพแบบกระบวนทัศน์ใหม่ที่มองความซับซ้อนของปัจจัยหลายปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ซึ่งการมองสุขภาพแบบกระบวนทัศน์ดั้งเดิม และกระบวนทัศน์ใหม่ด้านสุขภาพ มีความแตกต่างกันดังนี้

ตารางที่ 2.2 แสดงความแตกต่างระหว่างกระบวนการทัศนด้านสุขภาพแบบดั้งเดิม กับกระบวนการทัศนใหม่ด้านสุขภาพ

กระบวนการทัศนด้านสุขภาพแบบดั้งเดิม	กระบวนการทัศนใหม่ด้านสุขภาพ
1. การดูแลรักษาสุขภาพมุ่งแต่ส่วนกาย ซึ่งดูแลจัดการได้เป็นส่วนๆ	1. มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความซับซ้อนหลายมิติ มิได้มีเพียงมิติแห่งสรีระเพียงอย่างเดียว แต่อารมณ์ จิตใจ สังคม มีอิทธิพลอย่างสูงต่อสุขภาพ
2. ต้องต่อสู้กับธรรมชาติ เพื่อควบคุมและรักษาให้ร่างกายมีสุขภาพดี เนื่องจากร่างกายมนุษย์มีขีดความสามารถจำกัดมากที่จะรักษาตนเอง	2. ร่างกายดูแลรักษาตนเองได้ โดยอาศัยสมดุลของร่างกาย ตามวิถีธรรมชาติ และการใช้ชีวิตอย่างสมดุล
3. การจำกัดอาการเจ็บป่วย สามารถที่จะใช้สารและเทคโนโลยีสมัยใหม่ เพื่อจัดการอาการเจ็บป่วยนั้นได้ทันที และมีเวลาในการรักษาที่แน่นอน	3. ร่างกายมีกลไกตามธรรมชาติ ที่จะจัดการกับความเจ็บป่วย แต่การฟื้นฟูสุขภาพเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาเพื่อสร้างสมดุล และมีความแตกต่างในแต่ละคน ไม่สามารถทำนายเวลาได้
4. จุดมุ่งหมายของวิทยาศาสตร์การแพทย์ คือการค้นหาวิธีการบำบัดความเจ็บป่วยอย่างแยกออกเป็นโรคๆ โดยค้นหาสาเหตุหนึ่งต่อโรคหนึ่ง	4. โดยธรรมชาติแล้ว ร่างกายมีกลไกของการป้องกันโรค เขียวายตนเอง การเกิดโรคเป็นผลมาจากการเสียสมดุลของภูมิคุ้มกันร่างกายซึ่งมีอยู่ตามธรรมชาติซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุที่มีผลซึ่งกันและกัน
5. ความรู้ทางการแพทย์แบ่งชั้นลงมาเป็นลำดับ แพทย์คือผู้มีอำนาจในการรักษา	5. การรักษาสุขภาพเป็นกระบวนการร่วมมือระหว่างปัจเจกบุคคลกับผู้ให้การรักษาสุขภาพ แพทย์มิใช่ผู้มีอำนาจสุดท้ายในการควบคุมการรักษา

จากตารางที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างกระบวนการทัศนสุขภาพดั้งเดิมกับกระบวนการทัศนใหม่ด้านสุขภาพนั้น ไม่ใช่เพียงแต่การปราศจากโรคเท่านั้น แต่เป็นการมองสุขภาพที่สมบูรณ์ในทุกๆ ด้านทั้ง กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ที่เชื่อมโยงกันทั้ง 4 มิติ ซึ่งความหมายในแต่ละด้าน คือ

สุขภาพทางกาย หมายถึง การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีเศรษฐกิจพอเพียง มีสิ่งแวดล้อมดีไม่เป็นอุปถัมภ์ต่างๆ เป็นต้น

1. สุขภาพทางจิต หมายถึง จิตใจที่เป็นสุข ผ่อนคลาย ไม่เครียด คล่องแคล่ว มีความเมตตา กรุณา มีสติ มีสมาธิ เป็นต้น

2. สุขภาพทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดีในครอบครัว ชุมชน ในสังคมโลก ซึ่งหมายรวมถึงการมีบริการทางสังคมที่ดี และมีสันติภาพ

3. สุขภาพทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความสุขอันประเสริฐที่เกิดจากจิตใจสูงเข้าถึงความจริงทั้งหมด ลดละความเห็นแก่ตัว มุ่งเข้าสู่สิ่งสูงสุด ซึ่งหมายถึง พระนิพานหรือพระผู้เป็นเจ้าของหรือความดีสูงสุด สุดแล้วแต่ความเชื่อที่แตกต่างกันของแต่ละคน

อย่างไรก็ตาม กระบวนทัศน์สุขภาพแบบใหม่ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งเป็นกระบวนทัศน์สุขภาพแบบองค์รวม ได้ก่อให้เกิดทฤษฎีการแพทย์แบบใหม่ขึ้น (ทฤษฎีสุขภาพ) โดยมีความแตกต่างไปจากทฤษฎีการแพทย์แบบเก่า (ทฤษฎีโรค) ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 2.3 แสดงความแตกต่างระหว่างทฤษฎีเก่าและทฤษฎีใหม่ทางการแพทย์

มิติต่างๆ	ทฤษฎีการแพทย์เก่า (ทฤษฎีโรค)	ทฤษฎีการแพทย์ใหม่ (ทฤษฎีสุขภาพ)
1. วรรณคดี	เห็นเฉพาะส่วน (กาย)	เห็นทั้งหมดแบบองค์รวม
2. แนวทาง	รักษาโรค	รักษาคคน
3. เครื่องมือ	เทคโนโลยี	หลากหลาย ขอมรับในการแพทย์ ทางเลือก
4. ประเภทของการแพทย์	ฐานปัจเจกเป็นรายๆ (One to one care)	ฐานประชากร (Population-based)
5. ระบบบริการสุขภาพ	ตั้งรับ ช่อมสุขภาพ	รุก สร้างนำช่อม
6. ค่าใช้จ่าย-ผลตอบแทน	แพงมาก ผลตอบแทนทางสุขภาพต่ำ	ประหยัด ผลตอบแทนทางสุขภาพสูง
7. ผลลัพธ์	การช่อมสุขภาพเป็นรายๆ	การพัฒนามนุษย์ - สังคม - สิ่งแวดล้อม ทั้งหมด
8. ศักยภาพของการแพทย์และ บุคลากรทางสาธารณสุข	ถูกจำกัดอยู่ร่วมกับมิติทาง เทคนิค	มีส่วนร่วมในการพาสังคมออกจาก วิกฤติ

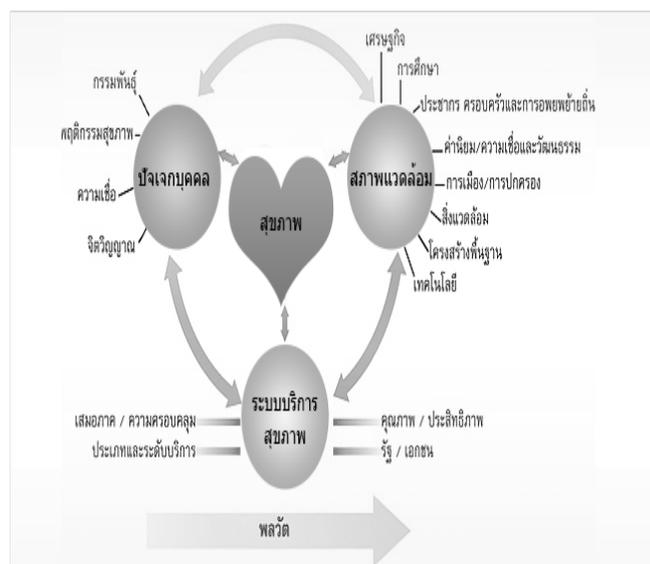
จากตารางข้างต้นทำให้สุขภาพตามกระบวนทัศน์ใหม่จึงหมายถึง “กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง”

สุขภาพในที่นี้ หมายถึง ความบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และทางสังคม ซึ่งนอกจากจะมีตัวกำหนดจากปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลแล้ว ยังได้รับผลกระทบอย่างมากจากปัจจัยพื้นฐานทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา ความมั่นคงปลอดภัยในสังคม ความสัมพันธ์ในสังคม อาหาร รายได้ การเสริมสร้างอำนาจสตรี ระบบนิเวศที่มั่นคง การใช้ทรัพยากรแบบยั่งยืน ความยุติธรรมทางสังคม การเคารพสิทธิมนุษยชนและความเสมอภาค

โดยผู้วิจัยได้นำกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพ และปริมณฑลด้านสุขภาพมาใช้ในการวิเคราะห์การให้ความหมายเรื่องสุขภาพของการแพทย์แผนไทย ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 นอกจากการเชื่อมโยงระหว่าง 4 มิติภายในตัวมันเองแล้ว ยังขึ้นอยู่กับปัจจัย อีก 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยบุคคล (มนุษย์) กับปัจจัยสภาพแวดล้อม ซึ่งมีความสัมพันธ์กันกับสุขภาพ โดยปัจจัยเหล่านี้เรียกว่า “ปัจจัยกำหนดสุขภาพ” (health determinants)

2.2.2 ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinant)

ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinant) หมายถึง สิ่งใดๆ ก็ตามที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางบวกและทางลบแล้วมีผลต่อสุขภาพ ซึ่งสามารถจำแนกได้ดังนี้ (สุรเกียรติ อชานานุภาพ, 2550, น.9-21)



ภาพที่ 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ

ที่มา: <http://www.moph.go.th/ops/thp/>

1. ปัจเจกบุคคล ในที่นี้หมายถึง มนุษย์แต่ละคน ซึ่งจะมีสุขภาพอย่างน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในตนเอง (อันได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ จิตใจ และพฤติกรรม) ร่วมกับปัจจัยภายนอกหรือสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย

1.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ ที่สำคัญ มีดังนี้

(1) พันธุกรรม มนุษย์ทุกคนมีพันธุกรรม (DND) ซึ่งกำหนดรูปร่าง หน้าตา สรีระ สถิติปัญญา จิตใจ อารมณ์ นิสัยใจคอ บุคลิกภาพ ภูมิคุ้มกัน พฤติกรรม การเกิดโรค

(2) อายุและเพศ ปัจจัยทั้งสองนี้นอกจากเป็นตัวกำหนดพัฒนาการทางร่างกาย และการเกิดโรคแล้ว ยังมีผลต่อการเรียนรู้ ประสบการณ์ชีวิต พฤติกรรม และบทบาทครอบครัว และสังคม ทั้งนี้อาจได้รับอิทธิพลมาจากวัฒนธรรมของแต่ละสังคม ซึ่งอาจแตกต่างกันไป เช่น ในหลายวัฒนธรรม สตรีและเด็กถือว่าเป็นกลุ่มที่อ่อนแอ ถูกกระทำหรือถูกกดขี่ ก่อให้เกิดปัญหาความรุนแรงในเด็กสตรี ปัญหาแรงงานเด็ก และปัญหาโสเภณี เป็นต้น

1.2 ปัจจัยด้านจิตใจ ซึ่งครอบคลุมในเรื่องของการรับรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ แรงจูงใจ และค่านิยมของบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมบุคคลอันจะมีผลต่อการเกิดโรคและสุขภาพของบุคคลนั้น

1.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรม ในที่นี้คือ พฤติกรรมของบุคคลที่ส่งผลโดยตรงกับสุขภาพ และการเจ็บป่วยของคนๆ นั้น ได้แก่

(1) การดำเนินชีวิตประจำวัน ตั้งแต่ตื่นเช้าจนถึงเข้านอน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของ การกินอยู่หลับนอน อิริยาบถต่างๆ ถ้าขาดสุขลักษณะนิสัยที่ดี ขาดจิตสำนึกในความปลอดภัย หรือ ประมาท ก็อาจก่อให้เกิดอาการเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือตกเป็นเหยื่อการก่ออาชญากรรมขึ้นได้

(2) การเรียน หมายถึง การเรียนรู้ของบุคคลทั้งในวิชาการ วิชาชีพ ทักษะชีวิต ที่มาจากแหล่งความรู้ อาทิเช่น ครอบครัว สถาบันการศึกษา สื่อมวลชน ผู้รู้ หากบุคคลนั้นสามารถ เรียนรู้อยู่ตลอดเวลาตั้งแต่เกิดจนตาย รู้จักวิเคราะห์ สังเคราะห์ และนำไปปฏิบัติพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา ก็ย่อมสร้างสุขภาพให้แก่ตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างสุขภาพทางจิตวิญญาณ

(3) การงาน หมายถึง การทำงานและการประกอบอาชีพ ลักษณะของอาชีพ และสิ่งแวดล้อมของการทำงานย่อมมีอิทธิพลต่อสุขภาพบุคคล ซึ่งการเจ็บป่วยในลักษณะนี้ เรียกว่า “โรคจากการประกอบอาชีพ (occupational diseases)” และการส่งเสริมสุขภาพของคนทำงาน เรียกว่า “ชีวอนามัย (occupational health)”

(4) การเล่น หมายถึง การเล่นสนุกสนาน การหาความบันเทิง การทำงานอดิเรก การพักผ่อนหย่อนใจ หากปฏิบัติไม่ถูกต้องก็อาจจะมีผลกระทบต่อสุขภาพได้ เช่น การใช้ยาสูบเพื่อขี้โรคติดเกม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

(5) การปฏิสัมพันธ์ หมายถึง การมีความสัมพันธ์กับบุคคลภายในครอบครัว ที่ทำงาน หน่วยงาน องค์กรชุมชน ยังหมายรวมถึง การมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม การปฏิสัมพันธ์ อาจจะมีลักษณะเชิงบวกซึ่งส่งผลต่อสุขภาวะ (เช่น ความเอื้ออาทร การอนุรักษ์ สิ่งแวดล้อมและธรรมชาติ) หรือลักษณะเชิงลบซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาวะ (เช่น การทำร้ายกัน การทำลายสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติอันก่อให้เกิดภาวะโลกร้อน)

(6) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรค ที่เชื่อมโยงกับสุขภาพ 4 มิติ ดังนี้

a) พฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อร่างกาย คือ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การไม่เสพยาหรี่ แอลกอฮอล์ หรือสารเสพติด การขาดการออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การจับจี้ด้วยความประมาท ขาดสุขลักษณะนิสัยที่ดี

b) พฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อจิต และสังคม ก็คือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงลบดังที่กล่าวมาข้างต้น เป็นเหตุแห่งความตึงเครียด และการทะเลาะเบาะแว้ง รวมทั้งก่อให้เกิดพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรง การก่ออาชญากรรม การทำร้ายร่างกาย เป็นต้น

c) พฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อจิตวิญญาณ ก็คือ การบริหารจัดการ (หมายถึง การปฏิบัติตนตามแก่นทางศาสนา) ไม่สามารถลดอัตราและความเห็นแก่ตัว รวมทั้งนำไปสู่การใช้ชีวิตที่ฟุ้งเฟ้อ และประมาท อันส่งผลกระทบต่อสุขภาวะโดยรวม

(7) การดูแลสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวตลอดจนแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับตน

2. สิ่งแวดล้อม โดยหลักๆ แล้วสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

2.1 สิ่งแวดล้อมกายภาพ ครอบคลุมสภาพแวดล้อมที่เป็นกายภาพทั้งหมด ที่สำคัญได้แก่

(1) ปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต อันได้แก่ ที่อยู่อาศัย น้ำ อากาศ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เป็นต้น

(2) การคมนาคม ประกอบด้วย ยานพาหนะและถนนหนทางซึ่งเกี่ยวข้องกับ การเกิดอุบัติเหตุ อันเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอันดับแรกๆ ของบ้านเรา

(3) สิ่งเสพติด และมลพิษ เป็นสาเหตุสำคัญของการทำลายสุขภาพของประชาชนจำนวนมาก

(4) สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น สวนสาธารณะ สวนสุขภาพ สถานที่และอุปกรณ์ออกกำลังกาย เวชภัณฑ์ วัคซีน เป็นต้น

2.2 สิ่งแวดล้อมด้านชีวภาพ หมายถึงสิ่งที่มีชีวิต ได้แก่

- (1) เชื้อโรค ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อและมะเร็งบางชนิด
- (2) พืช ได้แก่ ต้นไม้ สมุนไพร ผักผลไม้ที่เป็นอาหารเพื่อสุขภาพ รวมทั้งพืชบางชนิดที่เป็นพืชต่อสุขภาพ
- (3) สัตว์ เป็นแหล่งสารอาหารที่สำคัญต่อมนุษย์ และเป็นพืชภัยต่อสุขภาพ
- (4) มนุษย์ เป็นปัจจัยแวดล้อมของบุคคลที่ทั้งส่งเสริมและบั่นทอนสุขภาพของบุคคลนั้นๆ ขึ้นอยู่กับว่าเป็นความสัมพันธ์ในเชิงบวก หรือลบ

2.3 สิ่งแวดล้อมด้านสังคม ครอบคลุมปัจจัยย่อยอันมากมาย ที่สำคัญได้แก่

(1) ครอบครัว ถือเป็นสถาบันพื้นฐานที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล ซึ่งในปัจจุบันสถาบันครอบครัวมีความอ่อนแอ อันเนื่องจากผลกระทบของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ทำให้เกิดความห่างเหิน และความแตกแยกในครอบครัว เกิดปัญหาการหย่าร้าง การทอดทิ้งเด็ก ผู้สูงอายุ และคนเจ็บป่วย เป็นต้น

(2) ชุมชน ความเข้มแข็งของชุมชนย่อมส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของบุคคล ถ้าชุมชนเข้มแข็ง ย่อมมีศักยภาพในการดูแลพึ่งพาตนเอง

(3) ระบบสังคม ประกอบด้วยระบบย่อยๆ อีกมากมายที่สำคัญ ได้แก่ เศรษฐกิจ พาณิชยกรรม การศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม สื่อมวลชน สารสนเทศ ค่านิยมทางสังคม กฎหมาย การเมือง การปกครอง ระบบสังคมที่เกี่ยวข้องกับทิศทางและนโยบายในการพัฒนาประเทศและสังคม การจัดสรรทรัพยากร ทัศนคติ ค่านิยม วิถีชีวิต และพฤติกรรมของบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของประชาชน

(4) หน่วยงาน/องค์กรในสังคม หมายถึง หน่วยงานหรือองค์กรที่อยู่ในระดับส่วนกลาง ภูมิภาค และท้องถิ่น ที่ทำหน้าที่ต่างๆ เพื่อให้ระบบสังคมขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง สามารถแบ่งออกได้ 4 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่

หน่วยงาน/องค์กรรัฐ (governmental organization หรือ GOs หรือ Public sector) ได้แก่ รัฐบาล สถาบันการศึกษาของรัฐ องค์กรปกครองทุกระดับ ตำรวจ ซึ่งเป็นแกนในการกำหนดทิศทาง นโยบาย กฎหมาย การจัดการทรัพยากรในการพัฒนาประเทศ และชุมชน

หน่วยงาน/องค์กรภาคธุรกิจเอกชน (private sector หรือ profit-marking organization) หมายถึง หน่วยงานที่แสวงหาผลกำไรทางธุรกิจ ซึ่งเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ ของประเทศ และมีอิทธิพลต่อการเมืองการปกครอง และทิศทางนโยบายของการพัฒนาประเทศ และชุมชน

หน่วยงาน/องค์กรที่ไม่มุ่งค้ากำไร (non-profit organization) ได้แก่ สภา/สมาคมวิชาชีพ สหภาพแรงงาน และองค์กรพัฒนาเอกชน (non-government organization หรือ NGOs) เป็นต้น

องค์กรชุมชน เป็นรวมตัวของกลุ่มบุคคลที่มุ่งกิจกรรมร่วมกันเพื่อพัฒนาสมาชิก อาทิเช่น กลุ่มสหกรณ์ออมทรัพย์ กลุ่มแม่บ้าน ซึ่งเป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เพื่อนำไปสู่สถานะด้านต่างๆ

3. ระบบบริการสาธารณสุข สามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

(1) การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การหาทางส่งเสริมสุขภาพให้ร่างกายแข็งแรง และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ โดยรวมๆ ไม่ได้มุ่งป้องกันไม่ให้เป็นโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ เช่น การพัฒนาสุขภาพิบาลและสิ่งแวดล้อม การมีสุขนิสัยที่ดี การบริโภคอาหารที่เหมาะสม เป็นต้น การส่งเสริมสุขภาพมักจะกระทำในรูปแบบการให้การศึกษากับบุคคลปกติทั่วไปที่ยังไม่เจ็บป่วย เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

(2) การป้องกันโรค หมายถึง การหามาตรการ หรือการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคใดโรคหนึ่งเป็นเฉพาะบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เช่น การฉีดวัคซีน และการทานยาป้องกันโรคต่างๆ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

(3) การรักษาพยาบาล เมื่อเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยขึ้นมาก็จำเป็นต้องหาทางวินิจฉัยโรคแต่เนิ่นๆ ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม

(4) การฟื้นฟู เมื่อเกิดโรคแทรกซ้อน หรือเกิดความพิการขึ้น ก็จำเป็นต้องมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายด้วยวิธีการต่างๆ

อย่างไรก็ตาม สุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ที่เข้ามามีผลกระทบต่อสุขภาพ ตามที่กล่าวแล้ว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ โดยยึดที่ตัวบุคคล และเราสามารถแบ่งปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพตามโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม อันได้แก่ ความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม รายได้ ความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงระบบบริการด้านการแพทย์และการส่งต่อบริการทางการแพทย์ ความไม่เท่าเทียมกันในการเกิดโรคใหม่ๆ ความเป็นธรรมในการตายจากโรคที่ไม่เป็นที่ยอมรับในการรักษาทางการแพทย์ ไม่ได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น ซึ่งถือได้ว่า สุขภาพ เป็นผลมาจากการเชื่อมโยงกับปัจจัยเชิงโครงสร้างทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ อาทิเช่น ปัจจัยการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม รวมถึงเทคโนโลยี และการสื่อสาร เป็นต้น หรืออาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยเหล่านี้ เป็น “ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม” (Social Determinants of Health- SDH) นั่นเอง

2.2.3 ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม (Social Determinant of Health-SDH)

จากหนังสือชื่อ Social Determinants of Health (1999) ที่มี M.Marmot และ R.G. Wilkinson เป็นบรรณาธิการ ได้อธิบายว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรมนั้น เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและมีสุขภาพดีของประชาชน นอกจากนั้น ปัจจัยดังกล่าวก็ยังเข้ามาเกี่ยวข้องกับลักษณะของการเจ็บป่วยและการเยียวยารักษาอีกด้วย โดยช่วงกลางศตวรรษที่ 20 แนวคิดเรื่อง “ปัจจัยสังคมและปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่กำหนดสุขภาพ” ได้รับความยอมรับจากองค์การอนามัยโลก ได้ระบุปัจจัยสำคัญๆ ด้าน เศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม-สิ่งแวดล้อมที่เข้ามากำหนดภาวะการมีสุขภาพที่ดีหรือเลวของประชาชน อันได้แก่ ความแตกต่าง/เหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ-สังคม ความเครียด ประสบการณ์ชีวิต การกีดกันทางสังคม ชีวิตการทำงาน การตกงาน สารเสพติด อาหาร และการจราจร กระแสแนวคิดใหม่ดังกล่าวนำมาสู่การขยายมุมมองและแนวคิดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพแบบวงกว้าง เช่น ขยายไปถึงการสร้างเมืองน่าอยู่/ชุมชนน่าอยู่ (healthy city. Health community)

ผลจากมติของสมัชชาองค์การอนามัยโลกในการกำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพใหม่ที่มีการระบุปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ หรือแนวคิดในแนวทางการพัฒนาสุขภาพที่ชื่อว่า “ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม” (social determinant of health-SDH) ซึ่งมีผลทำให้ทิศทางการพัฒนาสุขภาพขององค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกเปลี่ยนไป การเปลี่ยนทิศทางการครั้งนี้ถือว่าการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญที่สุดครั้งหนึ่งเพราะว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงค่านิยมปัญหาจากการตั้งคำถามว่า “ทำไมจึงป่วย” มาเป็น “ทำไมคนกลุ่มนี้จึงป่วยมากกว่าคนกลุ่มอื่น” และเปลี่ยนคำตอบ “จากเชื้อโรคหรือสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยมาเป็นคำตอบทางสังคม” แทน (WHO, 2010) โดยให้คำจำกัดความของตัวกำหนดสุขภาพทางสังคม ดังนี้

1) การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันของทุกคนตั้งแต่แรกเกิดถึงชราภาพให้ดีขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องการเลี้ยงดู การศึกษา การงาน บ้านชุมชน สวัสดิการสังคมและระบบบริการสุขภาพ

2) การจัดการกับการกระจายทรัพยากรที่ไม่เป็นธรรม

3) การวัดและการประเมินผล

อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอแนะในการให้คำจำกัดความตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมนั้น มีความชัดเจนอยู่ในตัวมันแล้วก็ตาม แต่ก็ไม่สามารถสร้างความชัดเจนในการสื่อสารแนวคิดนี้ได้ ซึ่งสุพจน์ เคนดวง (2553) ได้เขียนบทความเรื่อง “ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม” ที่นำเสนอในการประชุมวิชาการเรื่องปัจจัยกำหนดสุขภาพ ระหว่างวันที่ 22-26

พฤศจิกายน 2553 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อทำการเสนอการให้คำนิยามว่า

“ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมคือ ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพถูกกำหนดโดยความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมซึ่งบิดเบือนทำให้เกิดการกระจายทรัพยากรเงินและอำนาจอย่างไม่เป็นธรรม ผ่านโครงสร้างทางสังคมหรือสถาบันทางสังคมรวมทั้งสถาบันสุขภาพที่ไม่เป็นธรรมด้วย”

โดยตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมแต่ละตัวสามารถขยายความได้ดังนี้

1. ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ ในภาษาอังกฤษมีศัพท์หลายคำคือ Health difference, health disparities, Health inequalities และ health inequities แต่ละคำมีความหมายร่วมกันและความแตกต่างกันบ้าง ทั้งนี้เป็นตามการมองความแตกต่างว่าเป็นความแตกต่างแบบไหน เช่น แบบชีวภาพ แบบระบาดวิทยา แบบสถานภาพทางสังคม และความสัมพันธ์ทางสังคม แนวคิดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพเน้นความแตกต่างที่เกิดจากความไม่เป็นธรรมทางสังคม

อาจกล่าวสรุปโดยรวมได้ว่า “ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ” คือ ความแตกต่างกันของสุขภาพมีหลายแบบเป็นความแตกต่างโดยธรรมชาติหรือโดยชีวภาพ ซึ่งยากที่จะเปลี่ยนแปลงได้ ความแตกต่างที่ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพสนใจ นั่นคือ

“ความแตกต่างเกิดจากสังคมได้มีการกระทำที่เป็นระบบจนทำให้กลุ่มคนหนึ่งที่อยู่ในฐานะที่เสียเปรียบ และความเสียเปรียบนี้ทำให้เขาไม่ได้รับสิ่งที่จำเป็นกับความต้องการของการดำเนินชีวิต ผลที่ตามมาคือ เขาจะมีสุขภาพที่แย่กว่าคนอื่น”

ดังนั้นการที่เขาจะมีสุขภาพแย่กว่าคนอื่นเป็นสิ่งที่ไม่เป็นธรรม การที่เขาไม่ได้รับสิ่งที่จำเป็นกับชีวิตของเขาต่างๆ ที่เขาควรจะได้รับก็เป็นสิ่งที่ไม่เป็นธรรม ไม่เป็นธรรมมากยิ่งขึ้นเมื่อการกีดกันนี้เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะระบบสังคมที่ไม่เป็นธรรม และยิ่งไม่เป็นธรรมมากยิ่งขึ้นเมื่อเราสามารถจัดการไม่ให้เกิดการกีดกันอย่างเป็นระบบและทำให้เขามีชีวิตที่ดีได้แต่เราไม่ทำหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า แนวคิดความไม่เป็นธรรมทางสังคมนี้จะอยู่บนพื้นฐานของความแตกต่างทางสังคม (social differences) มิใช่ความแตกต่างตามธรรมชาติหรืออย่างอื่นที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ความจำเป็น (Needs) มิใช่ความต้องการ (Demand or want) หลีกเลี่ยงได้ (Avoidable) มิใช่แก้ไขไม่ได้และอยู่บนพื้นฐานของจริยธรรม

อย่างไรก็ตาม จุดแรกที่ทำกรวิเคราะห์คือ ความแตกต่างของสุขภาพระหว่างกลุ่มคนทางสังคมว่ามีหรือไม่มี และถ้ามีมันเป็นความแตกต่างระหว่างกลุ่มไหนกับกลุ่มไหน และไม่เป็นธรรมหรือไม่ เช่น ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำกว่ามักจะมีอายุขัยโดยเฉลี่ยต่ำกว่า ความแตกต่างนี้ไม่เป็นธรรม เพราะว่ามีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำกว่ากำหนด หรือมากกว่านั้นเป็นสิ่งที่

ป้องกัน และแก้ไขได้ (Avoidable) และผู้ที่มีฐานะด้านเศรษฐกิจสังคมที่ต่ำกว่าก็ยังมีความต้องการ (Needs) จะเป็นอิสระจากความเจ็บป่วยและความตายเหมือนคนที่มีฐานะดีกว่า เป็นต้น

พื้นฐานทางจริยธรรมของแนวคิดความไม่เป็นธรรมทางสังคม

จากแนวคิดเรื่องการกระจายความเป็นธรรมของ Rawls (John Rawls's Distributive Justice) (1997) ได้เน้นหลักจริยธรรมเรื่องการกระจายทรัพยากรของสังคมอย่างเท่าเทียมกัน กล่าวคือ

สุขภาพเป็นทรัพยากรที่สำคัญมากอย่างหนึ่งที่มนุษย์เราใช้เพื่อการบรรลุถึงความสำเร็จของชีวิตที่ดี เมื่อสุขภาพดีเท่ากันเราก็แข่งขันกันได้อย่างเป็นธรรม หากเอาคนที่สุขภาพดีไม่เท่ากันคนที่ป่วยก็ไม่มีทางที่จะแข่งขันกับคนที่ไม่ป่วยได้ ดังนั้น การกล่าวถึงเรื่องเศรษฐกิจการตลาดแบบการค้าเสรีและการปกครองแบบประชาธิปไตยที่อ้างว่าเป็นเรื่องของการแข่งขันที่เท่าเทียมกันจึงไม่เป็นความจริง

บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขสุขภาพและปัจจัยที่ทำให้คนมีสุขภาพดีไม่ควรถือว่าเป็นบริการที่ฟุ่มเฟือยทั้งหลาย แต่ต้องถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้คนมีชีวิตที่ดี ดังนั้นเราควรจัดลำดับความสำคัญของการใช้ทรัพยากรของสังคมใหม่โดยเน้นไปที่การทำให้ชีวิตและเงื่อนไขของชีวิตของกลุ่มคนในสังคมที่เสียเปรียบให้เขาได้รับบริการและทรัพยากรที่จำเป็นที่ทำให้เขามีชีวิตที่ดี “หลักสำคัญของเรื่องนี้ก็คือ ความจำเป็น (Needs) ของกลุ่มคนที่ต้องเกิดมาในสภาพที่มีความเสียเปรียบทางสังคม”

จากหนังสือชื่อ Development as Freedom (1999) ของ Amarty Sen นักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบล ได้เสนอแนวคิดเรื่องการพัฒนาศักยภาพของมนุษย์ที่เน้นย้ำว่า การพัฒนานั้นต้องวัดที่การพัฒนาศักยภาพหรือการพัฒนาศักยภาพของมนุษย์ (Human development/Human capacity development) ไม่ใช่วัดที่ตัวเงินหรือตัววัดในทางเศรษฐกิจ และตัววัดพัฒนามนุษย์คือ การทำให้มนุษย์มีศักยภาพที่จะดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพ และตัววัดที่ดีตัวหนึ่งของเรื่องนี้คือ “สุขภาพหรือคุณภาพชีวิต”

แนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนนั้น พื้นฐานทางจริยธรรมที่สำคัญของความเป็นธรรมทางสุขภาพอีกพื้นฐานหนึ่งนั่นคือ “สิทธิมนุษยชน” ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนในโลกควรมีหรือได้รับไม่ว่าเขาจะเป็นใครและอยู่ที่ไหน อย่างไรก็ตามแนวคิดนี้มักจะถูกมองอย่างแคบๆ ไปยังเรื่องสิทธิทางการเมืองในด้านการแสดงความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมทางสังคม แต่แท้จริงแล้วสิทธิมนุษยชนนั้นมีขอบเขตกว้างขวางมาก ครอบคลุมถึงสิทธิทางการเมือง สังคม และวัฒนธรรม และรวมถึงสิทธิทางสุขภาพหรือเกี่ยวเนื่องกับสุขภาพด้วย สิทธิมนุษยชนมีพื้นฐานแนวคิดเรื่องการไม่เลือกปฏิบัติ การเลือกปฏิบัติไม่อาจทำได้ ไม่ว่าจะในฐานะใดก็ตาม เช่น เชื้อชาติ สีผิว ศาสนา

อายุ ที่อยู่อาศัย เป็นต้น แทบทุกประเทศได้ลงนามยอมรับสิทธิมนุษยชน องค์การอนามัยโลกก็ยอมรับหลักการนี้เช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “สิทธิทางสุขภาพ” ที่หมายถึง ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการที่จะใช้ทรัพยากรในโลกเพื่อตอบสนองความต้องการที่จะมีชีวิตของเขา มันเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน หากว่าทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิตของเขาถูกพรากไปจากเขา และปล่อยให้เขาเหล่านั้นต้องทนทุกข์ทรมานหรือป่วยจากการขาดแคลนทรัพยากรที่จำเป็น

2. การถูกกำหนดโดยความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรม (Dominant social relation)

ในที่นี้คือ ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมนี้ อาจได้รับอิทธิพลจากแนวคิดทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ที่มีอยู่แล้ว เช่น ความสัมพันธ์ทางชนชั้นที่ไม่เท่าเทียมกัน ความสัมพันธ์ระหว่างหญิงและชายที่ไม่เท่าเทียมกัน ความสัมพันธ์ระหว่างชาติพันธุ์ที่ไม่เท่าเทียมกัน เป็นต้น หรืออาจเป็นความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากการศึกษาวิเคราะห์ขึ้นมาใหม่จากประสบการณ์ในแต่ละพื้นที่หรือกลุ่มชนได้ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัดกับผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนเมือง เราจำเป็นต้องนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เท่าเทียมกันนี้ ซึ่งเป็นที่มาของความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพที่ชัดเจน เพื่อเข้าใจถึงปัญหาและเป็นพื้นฐานของการดำเนินการ เพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เท่าเทียมกันนี้ไม่ได้แสดงออกอย่างชัดเจนในรายงานของคณะกรรมการวิจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ เพียงแต่บอกว่าเป็นความเป็นธรรมทางการเงินอำนาจและทรัพยากร ความเป็นธรรมระหว่างชายกับหญิง หรือความเป็นธรรมระหว่างประเทศในระบบโลกาภิวัตน์อย่างกว้างๆ เท่านั้น ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของนักวิจัยหรือผู้ที่รับผิดชอบต้องวิเคราะห์หาลักษณะของความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมนี้เอง

ดังนั้นความไม่สัมพันธ์ทางสังคมนี้อาจกล่าวได้ว่า คือความสัมพันธ์ทางสังคมที่กำหนดการกระจายอำนาจทรัพยากรและเงิน เช่น ความสัมพันธ์ทางชนชั้น เป็นความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างนายทุนและกรรมกรที่นายทุนผูกขาดอำนาจทรัพยากร และเงินไว้เกือบหมดและปล่อยให้เหลือไว้เพียงเล็กน้อยให้กับกรรมกรที่ต้องขายแรงงานเลี้ยงชีวิตวันต่อวัน ความสัมพันธ์ทางสังคมแบบชายเป็นใหญ่กดขี่หญิงทำให้ผู้หญิงเข้าไม่ถึงอำนาจเงินและทรัพยากรทำให้ชีวิตหรือสุขภาพของผู้หญิงที่ควรจะดีกว่านี้ไม่ได้ ความสัมพันธ์ระหว่างไทยเป็นใหญ่กับชนกลุ่มน้อยทำให้ชนกลุ่มน้อยเข้าไม่ถึงทรัพยากรอำนาจเงิน ซึ่งทำให้ชีวิตและสุขภาพของพวกเขาแย่กว่าคนไทยเป็นต้น

3. ผ่านโครงสร้างหรือสถาบันทางสังคม

ในที่นี้คือ เงื่อนไขทางสังคม หมายถึง โครงสร้างทางสังคม และสถาบันทางสังคมทั้งหลาย กล่าวคือ ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมนั้นได้ปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางสังคมและสถาบันทางสังคมให้บิดเบี่ยงไปตามความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมนั้น โครงสร้างทางสังคมและสถาบันทางสังคมที่บิดเบี่ยงหรือไม่เป็นธรรมนั้นก็จะส่งผลทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพตามมานั่นเอง

โครงสร้างทางสังคมที่ไม่เป็นธรรม ในรายงานเรื่องปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพนั้น กล่าวถึงโครงสร้างทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมอยู่สองชุด คือ

ความไม่เป็นธรรมทางสังคมชุดที่หนึ่ง คือ สถาบันครอบครัวและการศึกษา (Equity from the start or early life) สถาบันเศรษฐกิจหรืองาน (Work) สถาบันบ้านและชุมชน (Housing and neighborhood) สถาบันที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการสังคมหรือความมั่นคงของมนุษย์ (Social security) และสถาบันสุขภาพ (Universal health care)

ความไม่เป็นธรรมทางสังคมชุดที่สอง ได้แก่ ระบบโลกาภิวัตน์ (Globalization) และสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการค้าเสรี, สถาบันรัฐที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทางการเมืองหรืออำนาจระหว่างรัฐกับประชาชน และสถาบันที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทางด้านทรัพยากรระหว่างรัฐกับประชาชน คือ เรื่องของภาษีและการจัดทำงบประมาณตอบสนองความต้องการของประชาชน และความสัมพันธ์หญิงชาย

โดยความไม่เป็นธรรมทางสังคมทั้ง 2 ชุดนี้ สามารถนำมาวิเคราะห์ถึงปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพได้ดังนี้

1) การเริ่มต้นอย่างเท่าเทียมกัน (Equity from the start)

เกิดขึ้นในสถาบันครอบครัวและการศึกษานั้น กล่าวคือ ถ้าเด็กที่เกิดมาและได้รับการดูแลไม่ดีมักจะมีสุขภาพที่ไม่ดีตามมาด้วย เช่น เด็กที่มีน้ำหนักตัวน้อย เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่แล้วมีโอกาสเป็นเบาหวานมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักตัวปกติ อีกนัยหนึ่งก็คือ ครอบครัวที่ยากจน ครอบครัวที่แตกแยกและครอบครัวที่มีความรุนแรง เป็นต้น มักจะส่งผลทำให้เด็กที่เกิดมาไม่ได้รับการดูแลเรื่องอาหาร การเลี้ยงดูและการศึกษาที่ไม่ดีซึ่งส่งผลต่อการทำให้เด็กมีสุขภาพไม่ดี

ดังนั้น คณะกรรมการปัจจัยกำหนดสุขภาพจึงให้มีนโยบายการดูแลเด็กในเรื่องอาหารและโภชนาการและการศึกษาฟรีสำหรับเด็กทุกคนตั้งแต่แรกเกิดจนจบชั้นมัธยมปลายหรือวิทยาลัย ถ้าทำได้ อย่่างไรก็ดี หากพิจารณาจากปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพชุดที่สองแล้ว ก็หมายความว่า ความสัมพันธ์หญิงและชายในครอบครัวแบบชายเป็นใหญ่ที่ใช้ความรุนแรงใน

ครอบครัว ครอบครัวแตกแยกต้องไม่มี คนในครอบครัวต้องไม่มีใครว่างงานและไม่มีการทำงานที่ไม่ปลอดภัย เพราะว่างงานเป็นที่มาของเงินหรือปัจจัยสี่ที่เป็นพื้นฐานสุขภาพ

2) การมีงานที่ดีทำ (Decent work)

กล่าวคือ การที่ครอบครัวต้องการงานที่ดีปลอดภัย งานเป็นที่มาของปัจจัยสี่ งานเป็นที่มาของตัวตนหรือสถานภาพทางสังคม การศึกษาทางอาชีวอนามัยแสดงให้เห็นว่า งานนั้นอาจฆ่าคนหรือทำอันตรายกับคนงานได้ โดยการศึกษาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจที่เกิดจากการมีชีวิตในการทำงาน (พินิจ ฟ้าอำนวย, 2549) อย่างไรก็ดี ความเครียดจากการทำงานและอันตรายทางด้านกายภาพที่มาจากการทำงานนั้นเกี่ยวข้องกับนโยบายของรัฐในการคุ้มครองคนงาน เช่น ประกันสังคม กองทุนทดแทน การแข่งขันแบบเสรีทางการค้าและโลกาภิวัตน์

3) สถาบันบ้านและชุมชนหรือเพื่อนบ้าน (Housing and neighborhood)

ในที่นี้ บ้านนอกจากช่วยป้องกันแมลง ความร้อน ความเย็น ความเปียกชื้น ความปลอดภัยจากการรุกรานของผู้อื่นแล้ว ยังเป็นที่สำหรับพักผ่อน การนอนหลับ การเป็นส่วนตัว ความมั่นคงของชีวิต ผู้ที่ไม่มีบ้านเป็นของตนเองจะไม่มีคามมั่นคงทางชีวิต และคนที่มีบ้านแต่เป็นบ้านนั้นแออัด บ้านไม่ถูกสุขลักษณะ บ้านที่ไม่ปลอดภัย เป็นต้น โดยบ้านเหล่านี้ก็เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น อาจติดเชื้อทางเดินหายใจ อาจมีปัญหาเรื่องความเครียดที่เกิดจากความขัดแย้งหรือกระทบกระทั่งระหว่างกัน ตลอดจนการไม่มีที่ส่วนตัวในการพักผ่อน หากมีบ้านแล้วแต่บ้านนั้นมีเพื่อนบ้านหรือชุมชนที่เป็นสลัมที่เต็มไปด้วยยาเสพติด คนว่างงาน เสี่ยงดั่ง น้ำครำ ฝุ่นละออง ไม่มีไฟส่องสว่าง ไม่มีสวนสาธารณะ เสี่ยงต่อการติดยา ถูกขูดและเป็นโรค คนในบ้านนั้นหรือชุมชนนั้นก็จะมีสุขภาพที่ดีได้

อย่างไรก็ตาม การมีบ้านและชุมชนที่ดีบางครั้งก็เกินความสามารถของคนในสังคมจะหามาได้ ดังนั้น นโยบายของรัฐ (ชุดที่สอง) ในการจัดหาบ้านราคาถูกให้กับคนในสังคม หรือการกระจายความเจริญออกไปยังชนบทเพื่อให้คนในชนบทมีงานและไม่ย้ายถิ่นฐานเข้าในเมืองมากเกินไปจนกระทั่งรับมือไม่ไหวและกลายเป็นสลัมจึงเป็นเรื่องที่รัฐจะต้องกระทำ

4) สวัสดิการหรือความมั่นคงของมนุษย์ (Social welfare or security)

มนุษย์โดยทั่วไปสามารถจัดหาปัจจัยสี่ของการดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองในวัยทำงานและมืงานทำ ดังนั้นเด็ก คนชราและคนว่างงานจึงเป็นคนที่ช่วยตัวเองไม่ได้ คนเหล่านี้มีความต้องการ (Needs) ในอาหาร ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค เครื่องนุ่งห่ม หากเขาไม่ได้รับ เขาก็จะหิวโหย เป็นคนไร้บ้าน เป็นขอทาน เป็นโจร เป็นคนป่วย มนุษย์โดยทั่วไปต้องการงานทำ แต่อาจไม่มีงานทำ และในภาวะที่ไม่มีงานทำ เป็นหน้าที่ของคนในสังคมที่จะต้องจัดหาสวัสดิการที่จำเป็นให้เพื่อที่จะสร้าง

ความมั่นคงหรือสุขภาพให้กับชีวิตของคนที่ว่างานหรือเกษียณอายุแล้ว ดังนั้นนโยบายของรัฐ (ชุดที่สอง) จึงต้องดำเนินนโยบายในเรื่องอย่างเข้มข้น

5) การรักษาพยาบาลถ้วนหน้า (Universal health care)

แม้ว่าทุกคนต้องเจ็บป่วยและตาย แต่สังคมก็มียุทธศาสตร์ความรู้และทรัพยากรในการป้องกันการเจ็บป่วย รักษาเจ็บป่วยและชะลอการตาย อย่างไรก็ตามความรู้และทรัพยากรเหล่านั้นมักจะไม่ได้ได้รับการจัดสรรอย่างเป็นธรรมหรือตามความต้องการของคน แต่ถูกจัดสรรตามความสามารถที่จะจ่าย (Purchasing power) ดังนั้นก็เป็นหน้าที่ของรัฐและสังคมที่จะต้องจัดหาบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสุขภาพให้กับทุกคนอย่างเท่าเทียมกันหรือตามความจำเป็นที่จะต้องใช้จ่าย เพื่อให้คนเหล่านั้นมีสุขภาพที่ดีเท่ากับคนอื่นๆ และสามารถแข่งขันกับคนอื่น ได้อย่างเท่าเทียม

ถึงแม้ว่าคณะกรรมการปัจจัยกำหนดสุขภาพจะกล่าวไว้ว่า ปัจจัยชุดแรกจะประกอบไปด้วยห้าปัจจัยนี้ แต่ไม่ได้หมายความว่า แต่ละประเทศต้องเหมือนกันเสมอไปอาจเพิ่มได้ดังเช่น ในยุโรปเพิ่มเรื่องการติดยาเสพติด การสนับสนุนทางสังคม ความเครียดและอาหารเข้าด้วย แต่อย่างไรก็ตามสิ่งที่ต้องระมัดระวังที่สุดนั้นไม่ใช่เรื่องเหล่านี้แต่อยู่ที่การตีความเรื่องเหล่านี้ว่าเป็นอย่างไร เช่น หากตีความเรื่องอาหารเป็นเรื่องของสารอาหารและโภชนาการมากเกินไป แล้วก็จะทำให้มิติทางสังคมของอาหารหายไป คือสิทธิในการเข้าถึงอาหารหรือการไม่หิวโหยไป ปล่อยกลไกของตลาดทำหน้าที่แสวงหากำไรจากการครอบครองอาหารและสร้างความไม่เป็นธรรมทางสังคมต่อไป

ความไม่เป็นธรรมทางสังคมชุดที่สอง ประกอบไปด้วยโลกาภิวัตน์ ความสัมพันธ์หญิงชาย รัฐและสังคม ความไม่เป็นธรรมชุดสองนี้ถูกเขียนในเชิงข้อเสนอแนะ ซึ่งเป็นการบิดเบือนแนวคิดทางสังคมอย่างมาก นอกจากนี้ ยังเขียนแบบบิดเบือนในลักษณะที่เป็นหัวข้อหรือประเด็นเฉยๆ โดยหลีกเลี่ยงการเขียนในเชิงความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เท่าเทียมกันที่มีส่วนกำหนดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพชุดแรกหรือเงิน อำนาจ และทรัพยากร ดังนั้นความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เท่าเทียมกันที่กำหนดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพชุดแรกและกำหนดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพผ่านอำนาจเงินและทรัพยากร (สุพจน์ เด่นดวง, 2553) ดังนี้

1) โลกาภิวัตน์

กล่าวอีกหนึ่งก็คือ ระบบความสัมพันธ์แบบระบบทุนนิยมโลกที่สร้างความไม่เท่าเทียมระหว่างประเทศ โดยการค้าเสรี ประเทศที่มีอำนาจทหาร มีความรู้และเทคโนโลยี มีการเจริญเติบโตของระบบอุตสาหกรรม ย่อมได้เปรียบประเทศที่มีแต่ทรัพยากรธรรมชาติ หรือวัตถุดิบ แต่ไม่มีความรู้และเทคโนโลยีในการเปลี่ยนวัตถุดิบในราคาถูก การนำสินค้าที่อันตรายที่ไม่จำเป็นเข้ามาการลงทุนอย่างเสรีโดยการไม่เลือกว่าอุตสาหกรรมนั้นอันตรายต่อคนและสิ่งแวดล้อมหรือไม่ โดยไม่มีการควบคุมการถ่ายเทกำไรออก การใช้อำนาจทหารกดดัน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ความ

ไม่เท่าเทียมระหว่างประเทศเกิดมากขึ้น ทำนองเดียวกันก็ส่งผลถึงความไม่เท่าเทียมกันในประเทศด้วย และความไม่เท่าเทียมกันในสุขภาพด้วย

ในหัวข้อนี้คณะกรรมการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ เน้นเรื่องการค้าหรือการตลาดที่ไม่มีความรับผิดชอบ กล่าวคือ การค้าหรือการตลาดแบบปกติแล้วเป็นเรื่องที่ดีหรือจำเป็นต่อสังคม เพราะว่าเป็นกลไกนำสิ่งที่ดีเข้ามาตอบสนองความต้องการและการกระจายสิ่งที่ดีมากมายออกไปให้มีราคา แต่อย่างไรก็ตาม มักมีการค้าในเรื่องที่เป็นอันตรายอยู่ด้วย เช่น การค้าอาวุธและการค้าฝิ่น เป็นต้น ในปัจจุบันการค้ายาสูบ การค้าสุรา การค้าอาหารที่ไม่เป็นประโยชน์หรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ขนมอบกรอบที่โฆษณาชวนเชื่อให้เด็กรับประทานจนฟันผุและได้รับน้ำตาลกับสารอาหารที่ไม่เป็นประโยชน์และขัดขวางการรับประทานอาหารมื้อหลัก เป็นต้น การตกลงทางการค้าระหว่างประเทศ ประเทศมหาอำนาจมักจะผูกเอาเรื่องการค้าเข้าสู่ตลาดการค้าเสรีไว้ด้วย เช่น การตลาดการค้าปลีก การนำเข้ายาสูบ เป็นต้น ดังนั้นคณะกรรมการปัจจัยสังคมสุขภาพจึงได้เสนอทางออกไว้ในข้อตกลงการค้าเสรีว่า หากพบว่าการค้าเสรีดังกล่าวหรือสินค้าดังกล่าวมีอันตรายต่อสุขภาพก็ขอให้รัฐหรือสังคมสามารถขอเปลี่ยนแปลงข้อตกลงดังกล่าวได้ กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การมีธรรมาภิบาลในระดับโลก ความไม่เท่าเทียมกันระหว่างประเทศและความไม่เท่าเทียมกันในประเทศก็จะตามมา

2) รัฐและสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับสังคม อาจแยกเป็น 2 ประเภทคือ

2.1 ความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจการคลัง

ประเด็นทางเศรษฐกิจ โดยเนื้อแท้แล้วรัฐมิได้เป็นกลางที่คนทั่วไปคิด รัฐมักเข้าข้างนายทุน หากเป็นการตลาดแบบเสรีประชาธิปไตยหรือทหาร หากเป็นการปกครองแบบอำนาจนิยม การเข้าข้างนี้ทำได้สองทาง คือ

การเก็บภาษีที่เก็บคนจนมากกว่าคนรวย คือ ภาษีทางอ้อมและภาษีอัตราคงที่ หรือถดถอย ซึ่งคนรวยจะจ่ายน้อยกว่าคนจนเมื่อเทียบกับรายได้ที่เขามีหรือได้รับ ตลอดจนการลดหย่อนภาษีและให้สิทธิพิเศษให้กับนักลงทุนจากต่างประเทศมากมายที่ทำให้คนจนมีเงินใช้จ่าย เพื่อดำรงชีวิตหรือสุขภาพน้อยลงและป่วยมากขึ้น

การจัดสรรงบประมาณ คือ การที่รัฐบาลมักจัดสรรให้กับคนรวยหรือคนที่มีอำนาจมากกว่า เช่น จัดให้คนในเมืองมากกว่าคนชนบท จัดให้การรักษาพยาบาลมากกว่าการป้องกัน ซึ่งเป็นการจัดการให้กับคนรวยที่ป่วยและเข้าถึงได้มากกว่าทั้งระยะทางและเงินที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาล จัดสรรให้กับคนรวยที่มีรถยนต์ขับมากกว่าจัดสรรให้กับคนที่ไม่มียานยนต์ เป็นต้น หากรัฐจะจัดสรรให้กับคนที่ยากจนเข้าไม่ถึงการรักษาพยาบาลหรือสวัสดิการก็มักจะบอกว่าเป็นประชานิยม หรือไม่ควรจัดสรรให้เพราะว่าคนเหล่านี้ก็เกี่ยวข้องเป็นกาฝาก

2.2 ความสัมพันธ์ทางการเมือง

ประเด็นทางการเมืองในกรณีนี้รัฐมักจะกล่าวว่าจะเสียอำนาจให้กับประชาชน ดังนั้นรัฐจึงพยายามรักษาการปกครองแบบอำนาจนิยมไว้ให้นานที่สุด หากเป็นประเทศประชาธิปไตยก็จะพยายามทำให้การปกครองส่วนกลางและส่วนภูมิภาคไว้ให้มากที่สุด ไม่พยายามทำให้เกิดการปกครองส่วนท้องถิ่น หากเกิดการปกครองส่วนท้องถิ่นก็พยายามกีดกันคนชายขอบ ตั้งแต่คนที่ไม่มีทะเบียนบ้านในเขต แรงงาน การย้ายถิ่นทั้งในประเทศและข้ามชาติ กีดกันชนกลุ่มน้อยและกลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มพิการ กลุ่มที่สาม กีดกันองค์กรพัฒนาเอกชนและการรวมตัวของกลุ่มชาวบ้านออกจากการปกครอง เป็นต้น

ดังนั้น กลุ่มคนเหล่านี้จะไม่ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลฟรี คนเหล่านี้ไม่ได้รับสวัสดิการสังคม คนเหล่านี้ไม่ได้รับงานที่ดี หากไม่ได้เป็นในชนชาตินั้น เช่น คนไทยมีบัตรประชาชนและทะเบียนบ้าน เป็นต้น คนเหล่านี้มักจะไม่มีบ้านและรวมตัวกันอยู่ในสลัมและลูกหลานของคนเหล่านี้เติบโตพร้อมกับความขาดแคลนของปัจจัยสังคมชุดหนึ่งที่ทำให้เป็นต่อสุขภาพที่ดี

1) ความสัมพันธ์หญิงชาย หรือความสัมพันธ์ทางสังคมแบบชายเป็นใหญ่

คนในสังคมไทยโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ของรัฐ มักมองไม่ค่อยเห็นว่าประเด็นเรื่องความสัมพันธ์หญิงชายเป็นเรื่องสำคัญ เพราะว่าเปรียบเทียบกับสังคมอิสลามและฮินดูหรือจีนโบราณแล้ว ความสัมพันธ์ระหว่างหญิงชายของไทยดูดีก็ว่ามาก โดยเฉพาะผู้หญิงไทยที่มาจากครอบครัวชั้นกลางขึ้นไป หรือหากเห็นว่ามีความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกันก็มักจะกล่าวว่า เป็นธรรมดาที่เป็นหญิงข้างต่ำหลัง ผู้ชายเป็นข้างทำหน้าที่ หรือผู้หญิงเป็นคนเก็บเงินหมด ความเชื่อแบบนี้ทำให้ไม่เห็นข้อเท็จจริงว่าผู้หญิงที่ยากจนและการศึกษาต่ำในชนบท ในโรงงานยังถูกผู้ชายกดขี่อยู่มากและไม่ทราบว่าตัวเองต้องตกอยู่ภายใต้อุดมการณ์ชายเป็นใหญ่ด้วย จึงไม่เห็นว่าเป็นตัวเองก็ถูกเอาเปรียบ

ในการพิจารณารายละเอียดเรื่องการทำงานก็จะพบว่า ผู้ชายทำงานนอกบ้านอย่างเดียว ผู้หญิงทำงานนอกบ้านและในบ้านเพื่อจุนเจือครอบครัว งานนอกบ้านก็เป็นงานชั้นสองและงานบริการ ขณะที่ผู้ชายทำงานตัดสินใจมีอำนาจ มีรายได้ และความก้าวหน้าดีกว่า งานในบ้านซึ่งมีมากมายผู้ชายไม่ต้องทำเช่น ทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เลี้ยงลูก ดูแลคนในครอบครัวและแม้แต่งานซ่อมแซมผู้หญิงก็ยังคงต้องทำ ขณะที่ผู้ชายดื่มเหล้าเบียร์ และนอนดูโทรทัศน์ รอรับประทานอาหาร นอนพักผ่อน ผู้หญิงถูกควบคุมเรื่องเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์อย่างเข้มงวดด้วยระบบฟัวเดียวแต่หลายเมีย

อย่างไรก็ตาม ระบบชายเป็นใหญ่ในเนื้อแท้ นั้น เป็นการกดขี่ผู้หญิงหรือภรรยาทำให้มองว่า ครอบครัวที่ผู้หญิงกล้าหาญสามีนั้นเป็นผู้หญิงไม่ดี แต่ผู้หญิงที่ทนการกดขี่ของสามีนั้นเป็นผู้หญิงดี ดังนั้นในครอบครัวจึงมีแต่ความรุนแรง ซึ่งรวมการข่มขืนภรรยาและบุตรหลาน เป็นต้น ความเครียดและการขาดแคลน ลักษณะความสัมพันธ์ที่ชายเป็นใหญ่แบบนี้ ทำให้การเลี้ยงดูเด็กและการให้การศึกษาเด็กอาจไม่ดีได้ โดยเฉพาะการได้รับการรักษาช้ากว่า ต้องทำงานบ้านมากกว่า การมีบรรทัดฐานว่าเด็กวัยรุ่นห้ามมีเพศสัมพันธ์และห้ามท้อง หรือไม่ยอมรับเด็กนักเรียนนักศึกษาที่ท้องให้ใช้ชีวิตปกติในสังคมโดยปราศจากการถูกตีตรา อันเป็นผลตามที่มาของการกดขี่ทางเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์จึงมีการทำแท้งตามมา เป็นต้น

โดยสรุปแล้ว ความสัมพันธ์แบบระบบทุนนิยมโลก ความสัมพันธ์ทางสังคมแบบชายเป็นใหญ่กำหนดการสร้างการทำงานของรัฐบาล และการทำงานของคนในครอบครัวและการศึกษาระบบเศรษฐกิจหรืองานบ้านและชุมชน ระบบสวัสดิการและความมั่นคงทางสังคม และระบบรักษาพยาบาลให้เป็นระบบที่เป็นทุนนิยมแบบชายเป็นใหญ่ ซึ่งส่งผลทำให้สังคมเป็นสังคมที่ไม่เป็นธรรม เช่น สังคมชนชั้นที่คนรวยรวยมากกว่า สังคมที่ชายเป็นใหญ่และทุนนิยม สังคมที่รัฐเป็นแบบอำนาจนิยม ผลที่ตามมาคือ คนกลุ่มที่เป็นชายขอบจะป่วยและตายมากกว่ากลุ่มคนอื่นที่ได้เปรียบ

เช่นเดียวกันกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพชุดแรก ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมชุดที่สองนี้เราสามารถเพิ่มเติมความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมเข้าไปด้วยอีก เช่น ความสัมพันธ์ทางชาติพันธุ์ที่ไม่เป็นธรรมที่ทำให้กลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นกลุ่มคนกลุ่มน้อยเข้าไม่ถึงทรัพยากรอำนาจเงินและมีผลที่ตามมาคือ คนเหล่านี้มีสุขภาพที่ไม่ดีหรือต่ำกว่าสุขภาพของกลุ่มคนอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะของตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม

โดยข้อเสนอแนะนี้ อาจกล่าวได้ว่า เป็นการเขียนชุดโครงสร้างการพัฒนาความเป็นธรรมทางสุขภาพใหม่ว่ามี 2 ชุด กล่าวคือ ชุดที่พัฒนามาจากสาเหตุที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมชุดที่สอง แต่นำไปเขียนใหม่ได้ดังนี้

1) การบูรณาการความเป็นธรรมทางสุขภาพลงไปในทุกนโยบาย ทุกระบบทุกโครงการ นั่นคือ การทำให้สุขภาพเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนา หากเป็นเป้าหมายหลักไม่ได้ก็ต้องทำให้ทุกนโยบายหรือโครงการส่งผลดีต่อสุขภาพหรือลดช่องว่างทางสุขภาพได้

2) การคลังสาธารณะ เป็นเรื่องของการเก็บภาษีจากประชาชน และใช้จ่ายภาษีนั้นออกมาพัฒนาประเทศ เช่นเดียวกับข้อแรก การคลังสาธารณะต้องเป็นไปเพื่อสุขภาพหรือสนับสนุนสุขภาพ เช่น การเก็บภาษีที่ก้าวหน้า ช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมมากกว่าการเก็บภาษีทาง

ออกแบบอัตราค่าที่ หรือการใช้จ่ายในเรื่องสวัสดิการสังคมมีประโยชน์กับสุขภาพมากกว่าการใช้จ่ายสนับสนุนความสะดวกสบายของคนในเมืองที่มีจำนวนน้อย

3) ความเป็นธรรมระหว่างหญิงกับชาย ความสัมพันธ์ระหว่างหญิงกับชายในแทบทุกสังคมนั้นหญิงมักเสียผู้ชาย แต่ความเสียเปรียบนี้มีได้เป็นไปตามธรรมชาติ แต่เป็นการสร้างทางสังคมต่างหากดำรงอยู่ที่ถูกสร้างอย่างบิดเบือนไว้เช่นนี้ ผู้หญิงก็จะถูกกดขี่ต่อไป

4) เสริมพลังอำนาจทางการเมืองดึงเอาผู้ที่ถูกกีดกันกลับเข้ามาในสังคม มักมีหลายกลุ่มที่เป็นคนที่เรียกว่าคนชายขอบ เช่น กะเทย แรงงานต่างด้าว ชนกลุ่มน้อย คนแก่และคนพิการ เป็นต้น คนเหล่านี้เป็นคนที่มีความศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองและสังคมได้ แต่กลับเป็นว่ากลุ่มคนเหล่านี้ถูกวางกรรมทางสังคมทำให้เขาเป็นคนชายขอบเข้าไม่ถึงทรัพยากรสุขภาพและทำให้เขาป่วย เราต้องเลิกวางกรรมเหล่านั้น แล้วดึงคนเหล่านั้นเข้ามามีส่วนร่วมเสมอกัน

5) ธรรมชาติระดับโลก ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศมิได้เป็นไปอย่างเท่าเทียมกัน ระบบทุนนิยมในอดีตที่ล่าอาณานิคม และในปัจจุบันที่ล่าทางวัฒนธรรมได้ดูดซับทรัพยากรของประเทศด้อยพัฒนาที่จะเป็นประโยชน์กับคนในท้องถิ่นไปจำนวนมากและทิ้งไว้ซึ่งปัญหาสังคมและสิ่งแวดล้อม ความขัดแย้งรวมถึงปัญหาสุขภาพด้วย ในปัจจุบันกระแสโลกภิวัตน์ที่เข้ามาอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องจนจนจำนวนมากตั้งตัวไม่ทันและตกเป็นเหยื่อของกระแสโลกภิวัตน์ ความร่วมมือระหว่างประเทศในการที่จะมีความสัมพันธ์ระหว่างประเทศที่เท่าเทียมกันและมีธรรมชาติานั้น เป็นสิ่งที่จำเป็นที่สุดในการที่จะลดช่องว่างทางสุขภาพระหว่างประเทศ เพื่อลดความเป็นธรรมทางสุขภาพในประเทศ

ข้อเสนอแนะอีกชุดของคณะกรรมการปัจจัยกำหนดสุขภาพ นอกเหนือจากข้อเสนอแนะในชุดที่หนึ่งแล้ว คณะกรรมการฯ ยังเสนอแนะทางการศึกษาวิจัยอีกด้วยว่า ทั้งนี้ เพราะปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพนั้นมาจากงานวิจัย หรือข้อค้นพบเชิงประจักษ์ เพื่อยืนยันแนวคิดนี้ทำได้จริงและมีการทำแล้ว แต่อย่างไรก็ตาม ก็ยังพบว่าปัจจัยกำหนดสุขภาพนี้ยังขาดองค์ความรู้อีกจำนวนมาก ดังนั้นแนวคิดนี้จึงเน้นการสร้างความรู้พิเศษ แต่มิใช่สร้างความรู้เท่านั้น ความรู้เหล่านี้จะต้องถูกเปลี่ยนให้เป็นนโยบายและมุ่งสู่การปฏิบัติด้วย และเพื่อให้การปฏิบัติสำเร็จ ลุล่วงหรือทำให้รู้ว่าช่องว่างทางสุขภาพลดลงหรือไม่ เมื่อลงมือแก้ไขปัญหาแล้ว ดังนั้นแนวคิดนี้จึงเน้นเรื่องของการสร้างเครื่องมือชี้วัด การสอดส่องติดตาม การประเมินผล และการกลับมาทบทวนความผิดพลาดจากบทเรียนด้วย

อย่างไรก็ตาม ปรับปรุงสุขภาพะในการลดช่องว่างความไม่เป็นธรรมทางสังคม ตามหลักของปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (สุพจน์ เเด่นดวง, 2553) มีมาตรการดังนี้

(1) การเปลี่ยนแปลงความคิดของว่า ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ และความไม่เป็นธรรมทางสังคมนั้นเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ เนื่องจากความไม่เป็นธรรมนั้นเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และความไม่เป็นธรรมนั้นถือเป็นสิ่งที่ไม่ยุติธรรมในสังคม เช่น ไม่ควรให้เด็กที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดมีอายุเฉลี่ยที่สั้นกว่าเด็กที่อยู่อาศัยในบ้านจัดสรร เป็นต้น

(2) การแก้ไขปัญหาสุขภาพให้เน้นหนักไปที่ การแก้ไขความไม่เป็นธรรมในสุขภาพ ในชีวิตความเป็นอยู่ประจำวันตั้งแต่เกิดจนวาระสุดท้ายของชีวิต อันได้แก่

2.1 การแก้ไขความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพเด็กตั้งแต่เริ่มต้นชีวิตให้เท่าเทียมกัน

2.2 การทำให้ผู้ใช้แรงงานทุกคนมีงานทำเท่าเทียมกันและปลอดภัย และได้ค่าตอบแทนที่คุ้มค่าเหมาะสมกับลักษณะของการประกอบอาชีพ

2.3 การมีที่อยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เหมาะสมกับการอยู่อาศัยอย่างเท่าเทียมกัน

2.4 การมีสิทธิในการเข้าถึงการบริการสุขภาพของประชาชนอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่ต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่าย การที่ทุกคนมีสวัสดิการสังคมที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมทุกเรื่องสำหรับทุกคน

(3) การแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ต้นเหตุ กล่าวคือ ความไม่เป็นธรรมทางสังคมมักเกี่ยวข้องกับอำนาจ การเงิน ทรัพยากรที่อยู่ในสถาบันต่างๆ ในสังคม ดังนั้นจึงไม่ควรที่จะแก้ไขปัญหาเฉพาะในสถาบันทางสังคมเท่านั้น เพราะความเป็นธรรมทางสังคมมีรากฐานจากความไม่เท่าเทียมทางชนชั้น

(4) การสร้างระบบการติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ และความไม่เป็นธรรมทางสังคม เพื่อชีวิตให้เห็นถึงปัญหาความเป็นธรรมยังดำรงอยู่ เพื่อความเข้าใจถึงปัญหา เพื่อทำเป็นตัวชี้วัดการติดตาม และเร่งรัดให้บรรลุล่วงวัตถุประสงค์ของการลดช่องว่างอย่างไม่เป็นธรรม

(5) นโยบายของสังคมและ โครงสร้างทางสังคมต่างๆ ของรัฐ และสถาบันทางสังคมต่างๆ ต้องคำนึงถึงผลกระทบด้านความไม่เป็นธรรมทางสังคม

อาจกล่าวสรุปได้ว่า แนวคิดเรื่อง ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ หรือตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมนี้ จึงเป็นความพยายามที่จะระบุปัจจัยและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่กำหนดหรือมีผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ ดังนั้นเมื่อมีเหตุหนึ่งเหตุใด หรือการกระทำหรือมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเปลี่ยนแปลงไป ย่อมมีผลให้สุขภาพของมนุษย์เปลี่ยนแปลงไปด้วย โดยหากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเหล่านั้นเป็นไปในทางที่ดี ก็น่าจะส่งผลต่อสุขภาพของประชากรกลุ่มนั้นดีขึ้น แต่หากเป็นไปในทางตรงข้ามสุขภาพประชาชนก็เสื่อมลงเช่นกัน

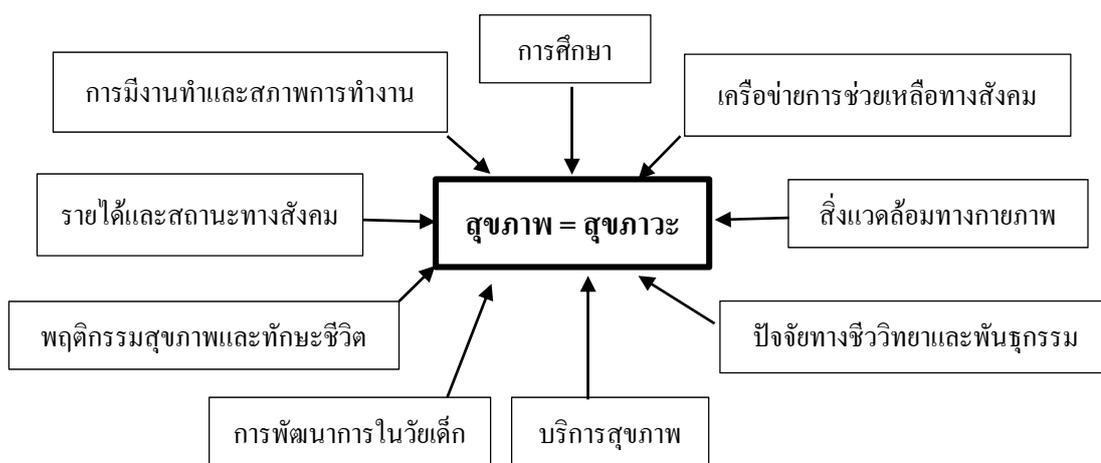
ดังนั้นผู้วิจัยได้นำชุดโครงสร้างความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพนี้ มาวิเคราะห์หาตัวกำหนดสุขภาพทางสังคมที่ส่งผลให้เกิดช่องว่างทางสุขภาพของคนไทย อันนำไปสู่การแสวงหาทางลดช่องว่างทางสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ซึ่งนำมาตอบโจทย์การวิจัยข้อที่ 1

2.2.4 กรณีศึกษาตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม

การระบุตัวกำหนดสุขภาพ มักมีความแตกต่างกันไปตามกรอบแนวคิดต่างๆ ซึ่งแต่ละกรอบแนวคิดมักจะมีลักษณะเฉพาะ และสอดคล้องกับบริบทที่ทำการศึกษาดังเช่นกรณีศึกษาปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพในประเทศแคนาดา ประเทศอังกฤษ และในประเทศไทย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมในกรณีของประเทศแคนาดา

จากกรอบแนวคิดนี้ ใช้ในการกำหนดเรื่องบ่งชี้ว่า เมื่อมีการกำหนดนโยบายหรือโครงการใดๆ มีผลกระทบต่อปัจจัยเหล่านี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้วย โดยจำแนกกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพออกเป็น 9 กลุ่ม ดังภาพ



ภาพที่ 2.3 ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมในกรณีของประเทศแคนาดา (Kwiatkowski and Ooi 2001)

1. รายได้และสถานะทางสังคม เป็นปัจจัยที่สำคัญมากปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ กล่าวคือ คนมีรายได้สูงกว่ามักมีสุขภาพดีกว่าคนมีรายได้ต่ำกว่า ถึงแม้ว่าจะอยู่ภายใต้ระบบสุขภาพที่ยึดหลักความเท่าเทียมกัน

นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบว่ายิ่งสังคมมีการกระจายรายได้ที่มีความเป็นธรรมมากขึ้น ประชาชนในสังคมนั้นก็จะยิ่งมีสุขภาพดีขึ้น ทั้งนี้ โดยมีได้ขึ้นอยู่กับรายจ่ายด้านบริการสุขภาพของแต่ละประเทศ

2. การศึกษา คือ ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับสถานะทางสุขภาพ เพราะระดับการศึกษาสูงจะมีผลต่อการสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมการทำงานของตนได้มากกว่า สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพได้ดีกว่า

3. การมีงานทำและสภาพการทำงาน กล่าวคือ การมีงานทำและการตกงานมีผลมากต่อสถานะทางสุขภาพ เนื่องจากคนตกงานมีภาวะความกดดันในจิตใจสูง มีอัตราการเจ็บป่วยสูงกว่าคนมีงานทำ และคนที่มีงานทำก็มีปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น งานที่มีความเครียด งานที่มีความเสี่ยง

4. สิ่งแวดล้อมทางสุขภาพ คือ สุขภาพของมนุษย์ต้องพึ่งพาอากาศ น้ำ อาหาร และที่พักอาศัย เป็นปัจจัยพื้นฐานทางสุขภาพ การกระทำของมนุษย์มีผลให้เกิดมลภาวะต่อปัจจัยเหล่านี้ และเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยได้

5. ปัจจัยทางชีวภาพและพันธุกรรม กล่าวคือ ปัจจัยและกลไกชีวภาพของร่างกาย เช่น การเจริญเติบโต การชราภาพ เพศ ตลอดจนพันธุกรรมล้วนแต่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อสถานะสุขภาพ และทำให้เกิดโรคของแต่ละคนแตกต่างกันไป

6. เครือข่ายการช่วยเหลือทางสังคม อันได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และการช่วยเหลือกันในชุมชน มีผลต่อสุขภาพ ช่วยลดความเครียด และแก้ปัญหาหลายประการ จากการศึกษาพบว่า คนที่มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (พบปะผู้คนมาก) มีอัตราการตายก่อนวัยอันควรน้อยกว่าคนที่มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมน้อยอย่างชัดเจน

7. พฤติกรรมสุขภาพและทักษะชีวิต คือการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีทางเลือกที่ดีจะช่วยเพิ่มพูนสถานะทางสุขภาพ การรับประทานอาหารที่สมดุล การออกกำลังกายเป็นประจำ เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ

8. การพัฒนาในวัยเด็ก มีหลักฐานจำนวนมากชี้ให้เห็นว่า ชีวิตช่วงก่อนคลอดจนถึงช่วงชีวิตในวัยเด็ก มีอิทธิพลต่อสถานะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทักษะชีวิต และความสามารถต่างๆ เมื่อเติบโตในวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ การดูแลในวัยเด็กยังมีผลต่อความสมบูรณ์ของจิตใจ และความสัมพันธ์ทางสังคม เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่

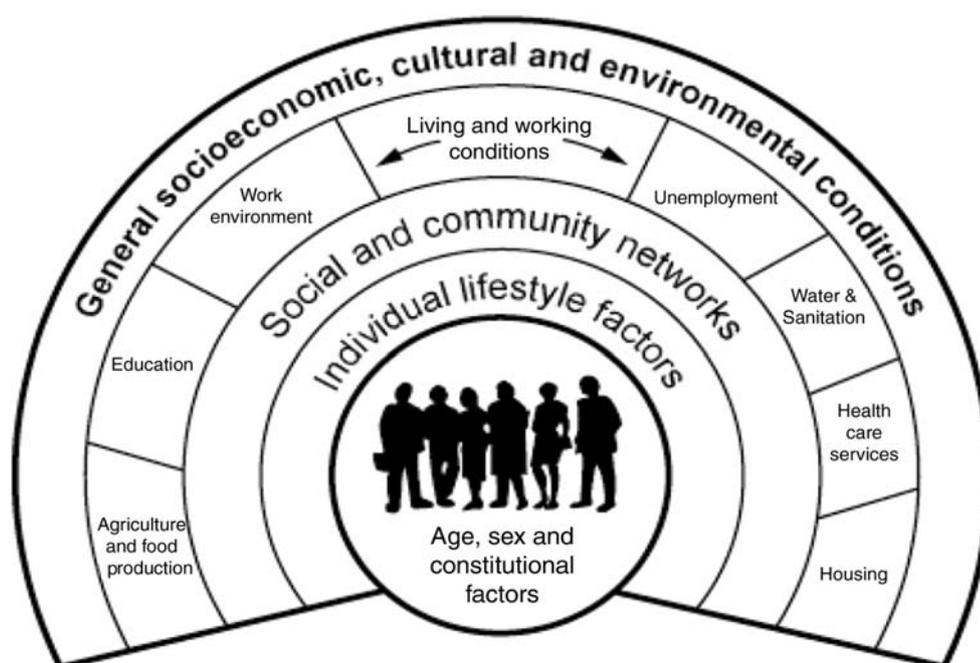
9. บริการสุขภาพ คือ การบริการสุขภาพที่เน้นด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค มีผลต่อสถานะสุขภาพของประชาชนในแง่ดี

จากกรอบแนวคิดของประเทศแคนาดา มีข้อเด่นคือ การจำแนกปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพเป็นข้อๆ อย่างชัดเจน ครอบคลุมทั้งปัจจัยกายภาพ-ชีวภาพ และปัจจัยทางเศรษฐกิจ-สังคม ทำให้สะดวกในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ แต่มีข้อด้อยคือ ยังขาดการนำเสนอถึงความเชื่อมโยงของปัจจัยในระดับต่างๆ

2. ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมในกรณีของประเทศไทย

เป็นการนำเสนอให้เห็นถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมสุขภาพของมนุษย์ และตัวมนุษย์เองอยู่ในระดับหรือเป็นลำดับขึ้นไป จากปัจจัยในตัวมนุษย์ ไปสู่ปัจจัยในระดับชุมชน และสังคมที่ใหญ่ขึ้น โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ระดับด้วยกันคือ

1. ปัจจัยที่อยู่ในตัวมนุษย์เอง เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม ซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ หรือเปลี่ยนแปลงได้ยาก
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่วนบุคคลของมนุษย์ เช่น พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการเดินทาง พฤติกรรมการพักผ่อน
3. ปัจจัยเกี่ยวข้องกับเครือข่ายทางสังคม และเครือข่ายในชุมชน เช่น ความสัมพันธ์ในชุมชน วัฒนธรรม ประเพณี ความเข้มแข็งของชุมชน
4. เงื่อนไขในการดำเนินชีวิต และเงื่อนไขในการทำงาน เช่น การผลิตอาหาร และผลผลิตทางการเกษตร สภาพที่อยู่อาศัย การศึกษา สิ่งแวดล้อมในการทำงาน
5. เงื่อนไขโดยรวมทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะ ในระดับภูมิภาค ระดับชาติ และระดับนานาชาติ



ภาพที่ 2.4 กรอบความคิดตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมในประเทศไทย

ถึงแม้ว่า กรอบแนวคิดในลักษณะนี้จะมีได้ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มของปัจจัยต่างๆ ที่ชัดเจนเหมือนประเทศแคนาดา แต่มีข้อดีตรงที่ว่า สามารถกระตุ้นให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่อยู่ใกล้ตัว (พฤติกรรม) ปัจจัยภายในชุมชน (ระดับเครือข่ายสังคมสาธารณะ) และปัจจัยที่ใกล้ตัวเราออกไป (นโยบายสาธารณะ)

3. ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมในกรณีประเทศไทย

แนวโน้มปัจจัยที่กำหนดสุขภาพในประเทศไทยนั้น เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคม เศรษฐกิจ และวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในประเทศนั้น เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลทำให้ปัญหาสุขภาพมีหลายรูปแบบเปลี่ยนไป

สามารถ ใจเตี้ย (2556) ได้วิเคราะห์ถึงแนวโน้มปัจจัยที่กำหนดสุขภาพในประเทศไทยว่า “เป็นแนวโน้มที่ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคม” ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ

สังคมโลกมีวิถีการบริโภคนิยมเป็นหลัก ทำให้การแข่งขันทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศรุนแรง ประเทศไทยจึงต้องเผชิญกับสภาพการแข่งขันที่รุนแรง ประเทศไทยจำเป็นต้องก้าวไปสู่ความเป็นสากลในเวทีการแข่งขันระดับโลก ส่งผลให้เกิดการจ้างงาน เมื่อประชาชนมีงานทำย่อมก่อให้เกิดรายได้ มีทางเลือกในการรับบริการด้านสุขภาพและการบริโภคอาหารมากขึ้น และมีทางเลือกที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ

2. การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Information Technology (IT) จะทำให้มีการพัฒนาสินค้า บริการรวมเป็นแหล่งข้อมูลที่ผู้บริโภคสามารถเลือกได้มากขึ้นและผู้ผลิตสามารถผลิตได้ตรงตามความต้องการของผู้บริโภค สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของคนไทยอย่างมาก และสามารถกำหนดจิตสำนึกของคนในสังคม หรือครอบงำความคิดนั่นเอง เช่น เทคโนโลยีที่เชื่อมโยงการผลิตอาหารและการทำฟาร์มสมัยใหม่ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าอย่างมาก เช่น การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย และมีผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรงในปัจจุบัน เป็นต้น

3. การเปลี่ยนแปลงด้านวัฒนธรรม

การติดต่อสื่อสารและเปลี่ยนทางด้านวัตถุและวัฒนธรรมมากขึ้น มีผลกระทบต่อจริยธรรม คุณค่า ค่านิยม ซึ่งส่งผลต่อไปถึงพฤติกรรมของคนรุ่นใหม่ในสังคม เช่น การบริโภคสื่อที่ไม่มีจิตสำนึกในการถ่ายทอด ทำให้เกิดการเลียนแบบและสังสมประสบการณ์ และรับอิทธิพลสังคมถึงตะวันตกที่ติดมากับเทคโนโลยีมากขึ้น ส่งผลต่อความพึงพอใจ รวมถึงการปรับรูปแบบการ

ดำรงชีวิตแบบตะวันตกมากขึ้นซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ อันได้แก่ การเกิดคอเรสเตอรอลสูงในร่างกาย อันเกิดจากการรับประทานอาหาร การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อันเกิดจากการเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ เป็นต้น

4. การเปลี่ยนแปลงด้านการเมือง

ระบบการเมืองของประเทศไทยเป็นระบอบประชาธิปไตย ดังนั้นฝ่ายการเมืองจึงทำงานเชิงนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน นโยบายต่างๆ ที่สร้างขึ้นมานั้นจำเป็นจะต้องคำนึงสิ่งที่ถูกนำไปปฏิบัติการเข้าถึงชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน ลดความขัดแย้ง ความกีดกัน และความเสมอภาคในสังคม

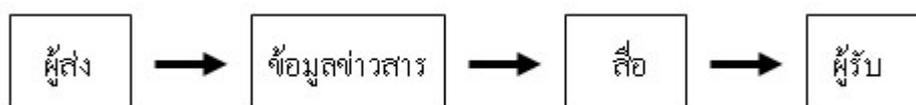
5. วิถีชีวิตที่ฟุ่มเฟือย

สังคมไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มนิยมความฟุ้งเฟ้อ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งนิยมการบริโภคสินค้าฟุ่มเฟือย และค่านิยมในวิถีชีวิตแบบนี้จะส่งผลไปสู่ในวัยทำงาน อันนำไปสู่ปัญหาทางสังคม เช่น การขายบริการทางเพศ หรือก่ออาชญากรรม เนื่องจากต้องการมีทุกอย่างทัดเทียมเพื่อน และอีกด้านหนึ่งคือ ลักษณะนิสัยของคนเปลี่ยนไปเป็นวัตถุนิยมมากขึ้น ค่าครองชีพที่สูงขึ้นส่งผลต่อสถานะความเครียดอันก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น

2.3 แนวคิดเรื่องการสื่อสารสุขภาพ

2.3.1 แนวคิดเรื่องกระบวนการสื่อสาร

การสื่อสาร (communication) คือกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารระหว่างบุคคลต่อบุคคลหรือบุคคลต่อกลุ่ม โดยใช้สัญลักษณ์ สัญญาณ หรือพฤติกรรมที่เข้าใจกัน โดยมีองค์ประกอบดังนี้



ภาพที่ 2.5 แสดง Model การสื่อสาร

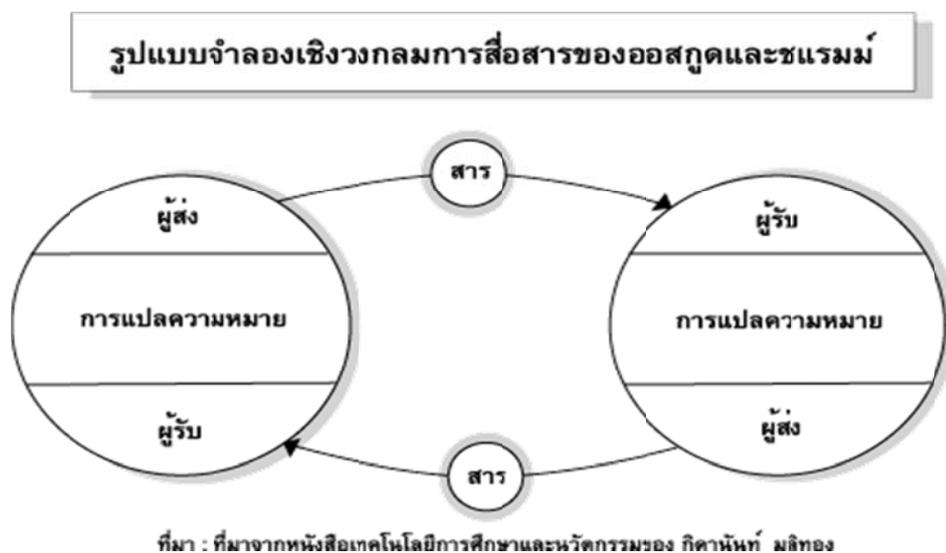
ผู้ส่งสารคือผู้ที่ทำหน้าที่ส่งข้อมูล สารไปยังผู้รับสารโดยผ่านช่องทางที่เรียกว่าสื่อ ถ้าหากเป็นการสื่อสารทางเดียวผู้ส่งจะทำหน้าที่ส่งเพียงประการเดียว แต่ถ้าเป็นการสื่อสาร 2 ทางผู้ส่งสารจะเป็นผู้รับในบางครั้งด้วย ผู้ส่งสารจะต้องมีทักษะในการสื่อสาร มีเจตคติต่อตนเอง

ต่อเรื่องที่จะส่ง ต้องมีความรู้ในเนื้อหาที่จะส่งและอยู่ในระบบสังคมเดียวกับผู้รับก็จะทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ

ข่าวสารในกระบวนการติดต่อสื่อสารก็มีความสำคัญ ข่าวสารที่ดีต้องแปลเป็นรหัส เพื่อสะดวกในการส่ง การรับและตีความ เนื้อหาสารและการจัดสารก็จะต้องทำให้การสื่อความหมายง่ายขึ้น

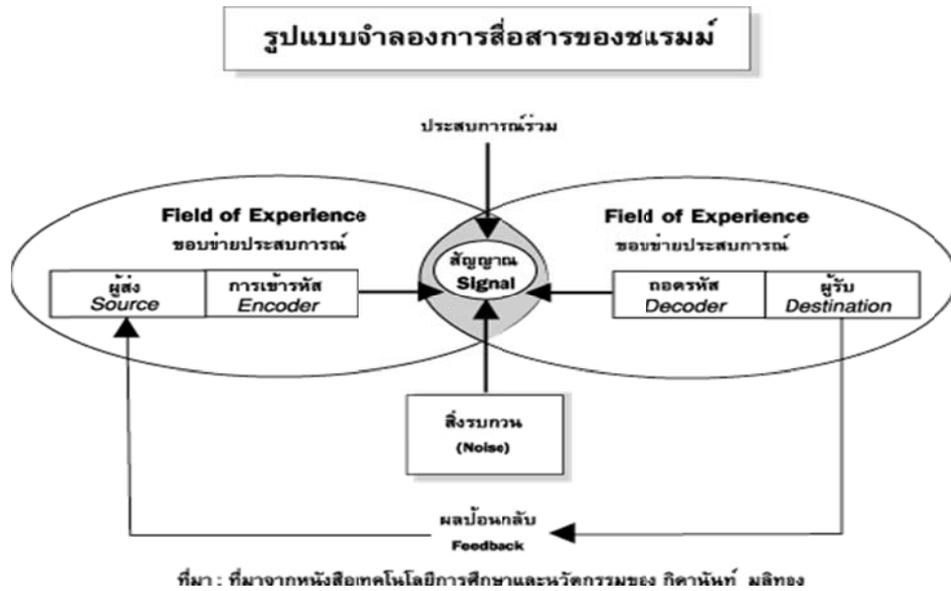
สื่อหรือช่องทางในการรับสารคือ ประสาทสัมผัสทั้งห้า คือ ตา หู จมูก ลิ้น และกายสัมผัส และตัวกลางที่มนุษย์สร้างขึ้นมา เช่น สิ่งพิมพ์ กราฟิก สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ผู้รับสารคือผู้ที่เป็เป้าหมายของผู้ส่งสาร การสื่อสารจะมีประสิทธิภาพ ผู้รับสารจะต้องมีประสิทธิภาพในการรับรู้มีเจตคติที่ดีต่อข้อมูลข่าวสาร ต่อผู้ส่งสารและต่อตนเอง



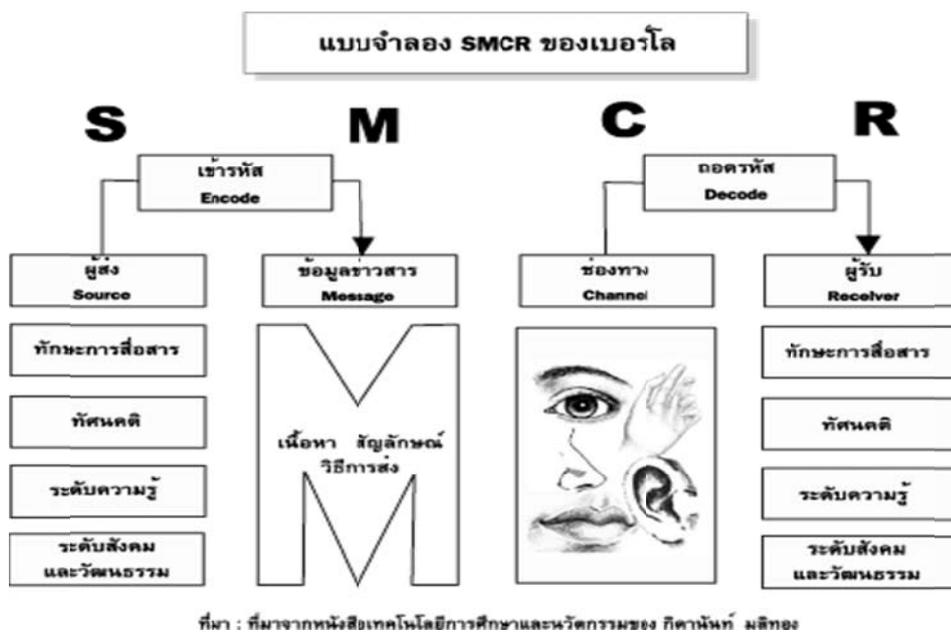
ภาพที่ 2.6 แสดงรูปแบบจำลองเชิงวงกลมของออสกู๊ดและชเรมม

ปี 1954 Wilber schramm และ C.E. Osgood ได้สร้าง Model รูปแบบจำลองเชิงวงกลมการสื่อสาร เป็นรูปแบบของการสื่อสารสองทาง (Two-way Communication)



ภาพที่ 2.7 แสดงรูปแบบจำลองเชิงวงกลมของแรมม์

ปี 1954 Wilber schramm กล่าวถึงพื้นฐานประสบการณ์ร่วม (Field of Experience) ระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสารว่าจะต้องมีประสบการณ์ร่วมกันเพื่อสื่อสารให้เข้าใจตรงกัน

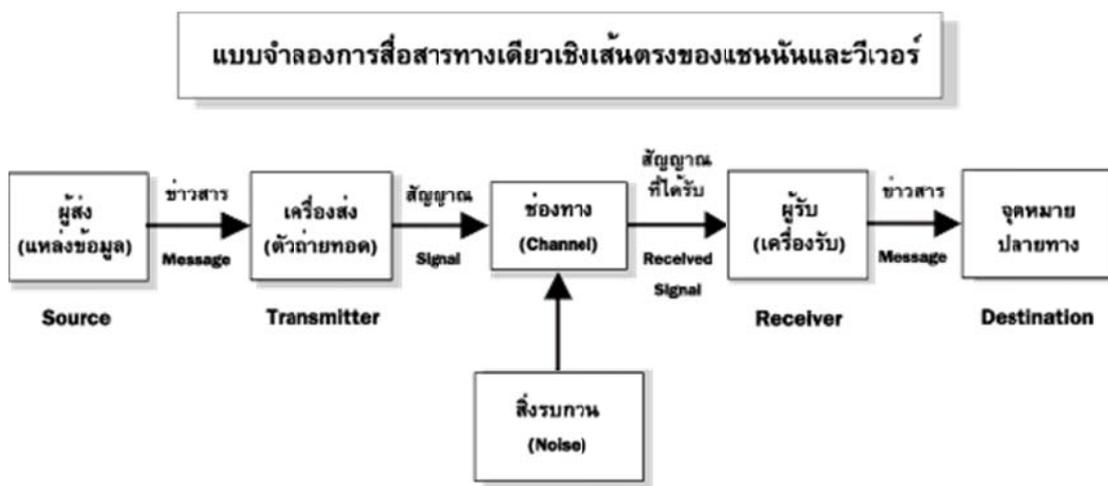


ภาพที่ 2.8 แสดงรูปแบบจำลอง SMCR ของเบอร์โล

ปี 1960 แบบจำลองการสื่อสารของเบอร์โล (Berlo) ได้ให้ความสำคัญกับสิ่งต่างๆ คือ

1. ผู้ส่งสาร (Source) ต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถเข้ารหัส (Encode) เนื้อหาข่าวสารได้ มีความรู้เข้าใจในข้อมูลที่จะส่ง สามารถปรับระดับให้เหมาะสมสอดคล้องกับผู้รับสาร
2. ข่าวสาร (Message) คือเนื้อหา สัญลักษณ์ และวิธีการส่ง
3. ช่องทางการสื่อสาร (Channel) ให้ผู้รับสารได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5
4. ผู้รับสาร (Receiver) ผู้ที่มีความสามารถในการถอดรหัส (Decode) สารที่รับมาได้ อย่างถูกต้อง

แบบจำลองการสื่อสารของเบอร์โล จะให้ความสำคัญในปัจจัยต่างๆ ที่มีผลทำให้การสื่อสารประสบผลสำเร็จ ได้แก่ ทักษะในการสื่อสาร ทักษะการรับรู้ ระบบสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งผู้รับและผู้ส่งต้องมีตรงกันเสมอ



ที่มา : ี่มาจากหนังสือเทคโนโลยีการศึกษาและนวัตกรรมของ กิดานันท์ มลิทอง

ภาพที่ 2.9 แสดงแบบจำลองการสื่อสารทางเดียวเชิงเส้นตรงของแชนนอนและวีเวอร์

ตามแบบจำลองของแชนนอนและวีเวอร์ (Shannon and Weaver) จะมองถึงองค์ประกอบพื้นฐานของการสื่อสารเช่นเดียวกับเบอร์โลแล้ว ยังให้ความสำคัญกับ "สิ่งรบกวน" (Noise) ด้วย เพราะในการสื่อสารหากมีสิ่งรบกวนเกิดขึ้นก็จะหมายถึงการเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร เช่น หากอาจารย์ใช้ภาพเป็นสื่อการสอนแต่ภาพนั้นไม่ชัดเจนหรือเล็เกินไป ก็จะทำให้ผู้เรียนเห็นไม่ชัดเจนทำให้เกิดการไม่เข้าใจ

จากการศึกษากระบวนการสื่อสารที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้นำแบบจำลองกระบวนการสื่อสารของเบอร์โล มาวิเคราะห์ถึงองค์ประกอบของกระบวนการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย เพื่อนำมาตอบโจทย์การวิจัยในข้อที่ 2

2.3.2 แนวคิดเรื่องการสื่อสารสุขภาพ

จากเอกสารของ Office of Disease Prevention and Health Promotion ของอเมริกา พบว่าหน่วยงานนั้นมองการสื่อสารว่าสามารถมีบทบาทที่เป็นประโยชน์ได้ครอบคลุมในทุกด้านของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภัย (พนา ทองมีอาคม และเพ็ญพักตร์ เดียวสมบุญกิจ, 2551) โดยเฉพาะสามารถมีส่วนร่วมในเรื่องดังนี้

- 1) บทบาทในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์กับคนไข้ผ่านการสื่อสารที่แม่นยำ น่าฟังพอใจ และมีผลดีต่อการรักษาพยาบาล
- 2) เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการแสวงหาและการใช้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพของประชาชน
- 3) ใช้การสื่อสารเพื่อให้การปฏิบัติตนของผู้ป่วยนั้นเป็นไปตามข้อปฏิบัติและคำแนะนำทางการแพทย์
- 4) เป็นผู้กระทำการเผยแพร่และรณรงค์ด้านสื่อและสารของสาธารณสุข
- 5) ทำการเผยแพร่สู่สาธารณะในเรื่องภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของเอกชนและประชากร หรือที่เรียกว่า Risk Communication
- 6) ทำหน้าที่ในการสื่อสารและการจัดการภาพลักษณ์ด้านสุขภาพในสื่อและในวัฒนธรรม
- 7) ให้การศึกษาแก่ประชาชนและผู้บริโภคให้รู้ถึงวิธีการใช้บริการระบบสาธารณสุข และการเข้าถึงระบบการรักษาสุขภาพร่วมกันพัฒนาการให้บริการสาธารณสุขและการแพทย์ทางไกล

พนา ทองมีอาคม และเพ็ญพักตร์ เดียวสมบุญกิจ (2552) ได้กล่าวถึง สาเหตุที่ทำให้คนสนใจการสื่อสารสุขภาพนั้น เกิดจากการระดมความคิดเห็นของนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญด้าน “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” พบว่าจุดเริ่มต้นที่ทำให้คนสนใจศึกษาเรื่อง “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” มีหลากหลายเหตุผลได้แก่

ประการแรก การสื่อสารสุขภาพเป็นเรื่องใกล้ตัว ไม่ว่าจะเป็นความสนใจส่วนตัว ประสบปัญหาจากคนใกล้ตัว สื่อใกล้ตัว หรืออาจเป็นปัญหาของตนเองที่กำลังเดือดร้อน

ประการที่สอง เป็นเรื่องของกระแสสังคม ที่ปัจจุบันคนหันมาสนใจเรื่องสุขภาพมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นกำหนัดวาระโดยรัฐบาล สื่อมวลชน หรือองค์กรต่างๆ เช่น สำนักงานกองทุน

สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ทำคำขวัญ “สร้างนำซ่อม” กลายเป็นกระแส ที่ปลูกเร้าให้คนหันมาสนใจสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ก่อนการเจ็บป่วยต้องซ่อมแซมสุขภาพโดยระบบบริหาร หรือกระแสสุขภาพที่ปรับเปลี่ยนจากเรื่อง “เชื้อโรคและการจัดการเชื้อโรคมารูเรื่อง “คุณภาพชีวิตและการจัดการกับความเครียดที่ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี” เป็นต้น ซึ่งการสร้างกระแสดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยเรื่องการสื่อสารเข้ามาเกี่ยวข้อง

ประการที่สาม อาจมีจุดเริ่มต้นจากปัญหาในการสื่อสารของผู้ที่ต้องการสื่อสารเรื่องสุขภาพ เช่น นักสื่อสารสุขภาพมักประสบปัญหาในเรื่องการสื่อสารให้คนเข้าใจเรื่องสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้น จึงต้องการแสวงหาวิธีการสื่อสารสุขภาพระหว่างหมอกับคนไข้ (Patient-provider) ที่ก่อให้เกิดความหมายร่วมกัน และเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง รวมทั้งการสื่อสารสุขภาพในภาวะวิกฤต เช่น การสื่อสารกับคนไข้ที่เรียกเรื่องค่าเสียหายจากการรักษาพยาบาล เป็นต้น

“การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” (Health Communication) เป็นคำที่ได้รับการยอมรับอย่างเป็นทางการ เอกฉันท์แทนคำว่า “การสื่อสารสายสุขภาพ” (Medical Health) แต่อย่างไรก็ตาม การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง “การสื่อสาร” (Communication) และ “สุขภาพ” (Health) ซึ่งถือว่าเป็นบริบทหนึ่งของการสื่อสารเพื่อการพัฒนา ที่มองว่าเราจะใช้การสื่อสารเป็นเครื่องมือในการจัดการด้านสุขภาพนั้นอย่างไร มีปัจจัยอะไรที่ส่งผลต่อกระบวนการสื่อสารเพื่อสุขภาพเชิงป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ และการศึกษาผลลัพธ์ต่างๆ ที่เกิดในระดับชุมชนและสังคม โดยมีเป้าหมายในการสร้างสังคมให้มีความมั่นคงทางด้านสุขภาพ (Shart และ Poer, 1988)

ความหมายของการสื่อสารสุขภาพ

ถึงแม้ว่าในปัจจุบัน ยังไม่มีข้อสรุปเกี่ยวกับคำนิยามความหมายของคำว่า “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” ที่ลงตัวหรือเป็นมาตรฐานที่ยอมรับร่วมกัน เนื่องจาก “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” นี้มีความเกี่ยวพันกันระหว่าง 2 ศาสตร์ คือ “สุขภาพ” (Health) และ “การสื่อสาร” (Communication) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้รวบรวมคำนิยาม ความหมาย การสื่อสารเพื่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ที่เน้นศึกษากระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคล โดยมีรายละเอียดดังนี้

Northouse & Northouse (1992) ได้ให้คำนิยาม การสื่อสารเพื่อสุขภาพ หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดข่าวสารด้านสุขภาพระหว่างผู้ที่มีส่วนร่วมในการให้บริการด้านสุขภาพ คือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อผู้มารับบริการ ผู้ป่วย หรือประชาชนที่เข้ามาใช้บริการทั่วไปในบทบาทของการดูแลสุขภาพ

ดังนั้น “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” นั้นเป็นกลยุทธ์ในการบอกกล่าวหรือการแจ้งให้ทราบ (informing) รวมทั้งการส่งผลอิทธิพล (influencing) และการชักจูงใจให้บุคคล สถาบัน และ

สาธารณสุขรับทราบเกี่ยวกับความสำคัญของประเด็นสุขภาพต่างๆ ที่รวมทั้งการป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงนโยบายการดูแลรักษาสุขภาพ ธุรกิจสุขภาพ และในขณะเดียวกันก็ยังรวมถึงคุณภาพชีวิต และสุขภาพของแต่ละบุคคลในสังคมนั้นๆ

Kreps & Thornton (1992, p.2) ได้ให้นิยามเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อสุขภาพ โดยอิงเป้าหมายของผู้สื่อสารเป็นสำคัญ โดยชี้ให้เห็นว่าการสื่อสารเพื่อสุขภาพ คือ การสนับสนุนให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ การส่งเสริมให้คนดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนให้คนเข้าถึงแนวทางในการป้องกัน/รักษา และการนำกลยุทธ์ที่เหมาะสมไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้ภัยเสี่ยงต่างๆ เกิดขึ้นน้อยที่สุดในสังคมไทยพบว่าหลายๆ ฝ่ายมักมองว่าการสื่อสารเพื่อสุขภาพเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการสื่อสารในระดับชุมชน และสังคมในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพะทางกาย จิต สังคม และปัญญาหรือจิตวิญญาณ

WHO (1996) ให้ความหมาย “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” ว่า “เป็นการใช้กลยุทธ์หลักๆ ในการบอกกล่าวหรือแจ้ง (Inform) ให้สาธารณสุขทราบเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ด้วยการใช้อุปกรณ์สื่อสารมวลชน (Mass communication) และการใช้สื่อผสมประเภทอื่นๆ (Multimedia) รวมทั้งนวัตกรรมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศต่างๆ ที่มุ่งเผยแพร่เนื้อหา ข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการตระหนักในประเด็นดังกล่าว ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล และในระดับสังคม” อีกทั้งรวมถึงการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพ (Health development) ด้วย โดย WHO ได้ให้คำอธิบายเพิ่มเติมดังนี้

“การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” เป็นกระบวนการที่ส่งผลโดยตรงต่อการปรับปรุงสุขภาพทั้งในระดับปัจเจกบุคคล และระดับสังคมโดยรวม โดยมีการผสมผสานวัฒนธรรมใหม่ๆ (Modern cultures) ผ่านสื่อประเภทต่างๆ ตามความเหมาะสมเพื่อสามารถที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเป้าหมายตามที่ต้องการได้ ทั้งนี้มีงานวิจัยหลายเล่มที่แสดงให้เห็นชัดเจนว่า การใช้ทฤษฎีการสื่อสารในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) จะสามารถสร้างแรงให้คนในสังคมให้สามารถค้นหา หรือเรียนรู้ข้อมูลด้านสุขภาพเพิ่มเติม เพื่อการพัฒนาสุขภาพ หรือสร้างวิถีชีวิต (Lifestyle) ผู้การมีสุขภาพที่ดีให้กับตนเองได้

ทั้งนี้ WHO ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า “การสื่อสารสุขภาพ” จะประกอบด้วยศาสตร์หลายๆ ศาสตร์ เช่น สารบันเทิง (Edutainment หรือ entertainment-education) การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) การชี้นำด้านสื่อ (Media Advocacy) การสื่อสารในองค์กร (Organization Communication) และการสื่อสารเพื่อสังคม (Social Communication and Social Marketing) ฯลฯ

ซึ่งประเด็นเนื้อหาด้านสุขภาพต่างๆ จะถูกนำเสนอโดยใช้สื่อที่มีความหลากหลาย รูปแบบ อาทิเช่น การเล่าเรื่อง การแสดงละครหุ่นเชิด การนำเสนอด้วยเพลง ฯลฯ รวมทั้งการใช้สื่อ ประสมที่ประกอบด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยต่างๆ ในปัจจุบัน เพื่อให้สามารถเพิ่มการ เข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายให้ได้มากขึ้นและมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม การสื่อสารสุขภาพตามคำประกาศโทรอนโตเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Toronto Consensus Statement on the relationship between communication practices and health outcomes, 1991) ซึ่งประกอบด้วยสาระสำคัญ 8 ประการ คือ

- 1) ปัญหาของการสื่อสารในบริการสุขภาพมีความสำคัญและพบได้เสมอ
- 2) ปัจจัยเอื้อให้เกิดความวิตกกังวลหรือความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสุขภาพ คือ การขาดความเชื่อมั่นของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอันเนื่องมาจากการขาดข้อมูล จากการอธิบายที่ไม่พอเพียงและการตอบคำถามที่ไม่ครบถ้วนของผู้ให้บริการสุขภาพ
- 3) ผู้ให้บริการทางสุขภาพหรือแพทย์ คาดการณ์ประมาณทั้งปริมาณและประเภทของ ข้อมูลที่ไม่ตรงต่อความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ
- 4) การเพิ่มคุณภาพของการสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ หรือผู้ป่วยกับแพทย์ นั้นจะต้องมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านบวกของการบริการสุขภาพ
- 5) การแสดงออกซึ่งความเข้าใจและการอธิบายของผู้ให้บริการสุขภาพหรือแพทย์ จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการสุขภาพหรือผู้ป่วยลงได้เสมอ แม้ว่าจะไม่สามารถจะจัดได้ หมดก็ตาม
- 6) การเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการสุขภาพหรือผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มระดับความ พึงพอใจและระดับความยินยอมในการปฏิบัติตามคำแนะนำ รวมทั้งการเพิ่มผลลัพธ์เชิงบวก
- 7) ระดับความโศกเศร้าของผู้ป่วย อาการหนักจะลดลงก็ต่อเมื่อผู้ป่วยนั้นมีความมั่นใจว่าจะได้รับข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องแล้ว เมื่อผู้ให้บริการสุขภาพหรือแพทย์ ได้เรียนรู้เทคนิคของ การสื่อสารที่ดีแล้วนั้น จะสามารถทำการสื่อสารสุขภาพเชิงบวกได้อย่างเป็นธรรมชาติ โดยไม่เพิ่ม ระยะเวลาการให้บริการ

- 8) ร่วมกันพัฒนาการให้บริการสาธารณสุขและการแพทย์ทางไกล

พนา ทองมีอาคม และเพ็ญพักตร์ เตียวสมบุญกิจ (2551) ให้คำนิยามว่า การสื่อสารสุขภาพ คือ การดำเนินงานเพื่อการสื่อสารสองทางระหว่างผู้รับสารและผู้ส่งสาร ที่เปิดโอกาสให้ ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ง่ายและทั่วถึง มีการจัดองค์ความรู้แบบมีส่วนร่วมและแลกเปลี่ยนประชาชน

มาลี บุญศิริพันธ์ (2548) กล่าวว่า การสื่อสารสุขภาพ หมายถึง กระบวนการถ่ายทอด แลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น การรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น โดยผ่านสื่อมวลชน และสื่อบุคคล โดยเน้นการสื่อสารสองทาง

หนึ่งฤทัย ขอผลกลาง (2552) ให้คำนิยามการสื่อสารสุขภาพในงานวิจัยเรื่อง พัฒนาการ และแนวโน้มของการวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพในประเทศไทย หมายถึง กระบวนการแลกเปลี่ยน สื่อสารระหว่างกันที่เชื่อว่าคนเราเป็นได้ทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร พร้อมทั้งจะรับความคิดเห็นของผู้อื่นได้ในรูปแบบการสื่อสารสองทาง

กล่าวโดยสรุป การสื่อสารเพื่อสุขภาพ จึงหมายถึง กระบวนการถ่ายทอด แลกเปลี่ยน ข้อมูลข่าวสาร ระหว่างกันที่เชื่อมั่นว่าคนเราเป็นได้ทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร เพื่อการเรียนรู้ข้อมูล และความหมายสุขภาพร่วมกัน อันนำไปสู่การสร้างวิถีชีวิตสู่การมีสุขภาพที่ดีให้กับตนเอง

องค์ประกอบของการสื่อสารสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม จากการนิยามความหมายการสื่อสารเพื่อสุขภาพนี้ ทำให้เห็นว่า ไม่ว่าจะรูปแบบการสื่อสารเพื่อสุขภาพในรูปแบบใดก็ตาม สิ่งหนึ่งที่ขาดไม่ได้ คือ “องค์ประกอบของการสื่อสาร” (วาสนา จันทร์สว่าง, 2548) นั่นคือ ผู้ส่งสาร สาร ช่องทาง และผู้รับสาร นั่นเอง ซึ่งองค์ประกอบของการสื่อสารนั้นจะแตกต่างกันไปตามบริบทที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นในบริบทของการสื่อสารเพื่อสุขภาพนั้น องค์ประกอบของการสื่อสาร จะมีลักษณะดังนี้

1) ผู้ส่งสาร หมายถึงผู้นำด้านสุขภาพ หรือผู้ปฏิบัติการด้านสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสู่กลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ผู้ส่งสารจะต้องมีความรู้ ความสามารถ มีทักษะการสื่อสาร, มีบุคลิกภาพ, น่าเชื่อถือ ศรัทธา, รับผิดชอบ, จิตสาธารณะ โดยไม่ใช่เฉพาะแค่บุคลากรทางสุขภาพเท่านั้น, สามารถเปลี่ยนแปลงความรู้ และถ่ายทอดให้ปฏิบัติได้, มีการสื่อสารเพื่อเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม

2) เนื้อหาของสาร ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ การสร้างจิตสำนึกเพื่อการเสริมสร้างปรับเปลี่ยน และคงไว้พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต ดังนั้น เนื้อหาของสารจะต้องเพียงพอในการนำไปสู่การปฏิบัติได้, จัดเก็บเนื้อหาเหมาะสม สามารถนำไปใช้งานได้จริง, เนื้อหาง่ายเป็นธรรมชาติ, มีการทำสอบก่อนนำไปใช้งาน พร้อมการปรับแต่งให้เหมาะสมกับผู้รับสาร, สารมีความสร้างสรรค์ไม่น่าเบื่อ, ข้อมูลท้องถิ่น, ข้อมูลชุมชน, สารชัดเจน เข้าใจง่าย

3) สื่อ หรือ ช่องทาง กิจกรรม วิธีการเข้าถึงผู้รับ, มีการใช้สื่อมวลชน และสื่อชุมชนในสัดส่วนที่เหมาะสม, มีการใช้สื่อผสม, การจัดกิจกรรมพิเศษเพื่อสร้างกระแสสังคม, มีความต่อเนื่องและครบวงจร, มีความนิยมและความน่าเชื่อถือ

4) ผู้รับสาร อันได้แก่ กลุ่มเป้าหมายหลัก กลุ่มเป้าหมายรอง และประชาชนทั่วไป ซึ่งผู้รับสารแต่ละกลุ่มเหล่านี้ สามารถมีปฏิกิริยาตอบโต้, แบ่งกลุ่มย่อย (Audience Segmentation) เพื่อส่งสารเฉพาะเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย, เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักตัวจริง

5) ผลของการสื่อสาร อาจเกิดขึ้นในรูปแบบของการรับรู้ ความสนใจ ความตระหนัก และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ

6) ผลกระทบ คือ ประโยชน์หรือโทษที่เกิดขึ้นตามมาจากการดำเนินงานโครงการสื่อสาร

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดองค์ประกอบของการสื่อสารสุขภาพนี้ นำมาวิเคราะห์ถึงคุณลักษณะองค์ประกอบในกระบวนการสื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย จากองค์ประกอบของการสื่อสารเหล่านี้ ทำให้เห็นว่าประสิทธิภาพของการสื่อสารสุขภาพนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นการกำหนดรูปแบบ หรือกำหนดวิธีการของการสื่อสารเพื่อสุขภาพ ซึ่ง Ratzan (อ้างถึงในกมลรัฐ อินทรทัศน, 2549) ได้กำหนดแนวคิดในการแบ่งการสื่อสารสุขภาพ ออกเป็น 2 แนวคิดและวิธีการ ดังนี้

1) ใช้ระดับการสื่อสารเป็นตัวกำหนดขอบเขต (The Communication-Levels Approach)

การสื่อสารมีการกำหนดโครงสร้างของตัวมันเองออกเป็นการสื่อสารระดับต่างๆ เช่น การสื่อสารกับตนเอง (Intrapersonal Communication), การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication), การสื่อสารในกลุ่มย่อย (Small Group Communication), การสื่อสารในองค์กร (Organization Communication), การสื่อสารมวลชน (Mass Communication) และการสื่อสารสาธารณะ (Public Communication)

แนวคิดดังกล่าว สามารถที่จะใช้วิธีการเช่นเดียวกันกับศาสตร์ด้านการสื่อสารสุขภาพได้เช่นกัน เพราะจากผลงานด้านการสื่อสารสุขภาพที่ปรากฏออกมาในช่วงประมาณกว่า 3 ทศวรรษที่ผ่านมา พบว่า การสื่อสารระหว่างบุคคล และการสื่อสารมวลชน เป็นประเภทการสื่อสารที่มีการนำไปใช้มากที่สุด ในกระบวนการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสุขภาพ โดยที่ Interpersonal Communication จะเน้นที่การสื่อสารระหว่างบุคคล การเผชิญหน้า การพบปะพูดคุย เช่น The Patient-Provider Relationship (Arnston et al., 1978; Ballard-Reisch, 1990; Beisecker & beisecker, 1993; Brenders, 1989; Evans et. al. 1992; Wyatt, 1991) ต่างก็ล้วนแต่ให้ความสำคัญกับเรื่องการสื่อสารสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างนักวิชาชีพสุขภาพกับคนไข้

2) ใช้บริบทและประเด็นการสื่อสารเป็นตัวกำหนดขอบเขต (Operational Approach) ประกอบด้วย

2.1 การใช้บริบทของการสื่อสาร (Context of Communication)

เป็นตัวกำหนดขอบเขตของการสื่อสารสุขภาพ เป็นการมองกระบวนการสื่อสารทั้งในประเด็นสิ่งแวดล้อม และในประเด็นที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสื่อสารที่มุ่งเน้นการถ่ายทอดประเด็นสุขภาพเพื่อให้สามารถส่งผลต่อการมีสุขภาพดีทั้งกายและจิตของกลุ่มเป้าหมาย

2.2 ส่วนการใช้ประเด็นการสื่อสาร (Topic of Communication)

เป็นตัวกำหนดขอบเขตจะมีจุดเน้นเพียงประเด็นเดียวคือ ต้องเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเท่านั้น การสื่อสารสุขภาพจึงนับว่าเป็นระบบย่อยระบบหนึ่งของการสื่อสารของมนุษย์ (Human Communication)

นอกจากนี้ Ratzan และคณะ (1994) ยังได้กล่าวว่า การสื่อสารเพื่อสุขภาพนั้นจะประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่เชื่อมประสานกัน เพื่อตอบสนองต่อการมีสุขภาพที่ดีในกลุ่มเป้าหมายในระดับที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้กิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารเพื่อสุขภาพจะประกอบไปด้วย

1. การให้ศึกษา (Health Education) เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นสู่การส่งเสริมกิจกรรมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยการแจ้งให้ทราบการให้การศึกษาแก่ปัจเจกบุคคลผ่านสื่อและกิจกรรมต่างๆ

2. การสื่อสารเพื่อสังคม (Social Marketing) การสื่อสารเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนในสังคม เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพสู่พฤติกรรมทางบวก โดยใช้หลักการตลาดเข้ามาเสริมแรงกับสื่อมวลชนประเภทต่างๆ

3. การชี้นำ (Advocacy) มักเป็นกิจกรรมที่ใช้สื่อมวลชนในการส่งเสริมนโยบาย กฎระเบียบและโครงการต่างๆ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพในระดับต่างๆ

4. การสื่อสารกับภาวะความเสี่ยง (Risk Communication) มักเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเฉพาะกลุ่ม ที่จะต้องมีการพิจารณาภาวะการณ์แวดล้อม และวิธีการลดจนทางเลือกต่างๆ ในการจัดการกับภาวะความเสี่ยงนั้นๆ เช่น การให้คำปรึกษาส่วนตัว (Individual Counseling)

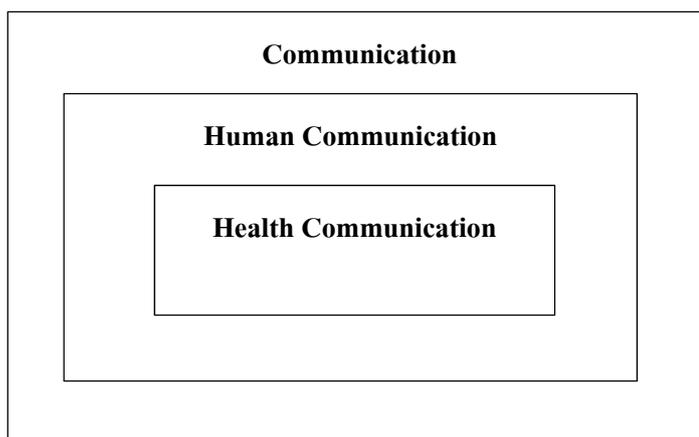
5. การสื่อสารกับผู้ป่วย (Patient Communication) จะเกี่ยวกับการให้ข้อมูลข่าวสารกับสถานะด้านสุขภาพเพื่อการบำบัดรักษา การให้ความรู้ ความเข้าใจในรูปแบบและวิธีการต่างๆ เช่น การสื่อสารระหว่างผู้ให้การรักษากับคนไข้ (Provider-patient communication) และเป็นที่น่าสนใจมากที่สุดคือ การสื่อสารระหว่างกลุ่มเพื่อน หรือกลุ่มที่อยู่ในสภาพเดียวกัน หรือที่เคยอยู่ในสภาพเดียวกันมาก่อนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกันและกันที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Peer-to-peer communication)

6. การให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Consumer Health Information) จะเป็นการช่วยให้บุคคลเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนได้ หรือของครอบครัวได้ รวมทั้งการนำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพในลักษณะต่างๆ เช่น ประกันสุขภาพ การป้องกันและการดูแลรักษาสุขภาพของตน ฯลฯ

7. การใช้สื่อใหม่ประเภทต่างๆ (New Media) หมายถึงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารต่างๆ ทั้งนี้เป็นเพราะกระแสความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในปัจจุบัน โดยเฉพาะการใช้อินเทอร์เน็ต และ www. ต่างๆ ที่นำมาเสริมกับสื่อประเภทเดิมที่มีการใช้กันมากในการสื่อสารสุขภาพคือ สื่อมวลชน และการสื่อสารระหว่างบุคคล เพื่อที่จะนำมาใช้ในการแพร่กระจายแนวคิด วิธีการเกี่ยวกับการสื่อสารสุขภาพสามารถกระจายได้มากมายและทั่วถึง

ในปัจจุบันกระแสของ Interactive Health Communication จะได้รับความสนใจมากขึ้นในการเปิดโอกาสให้คนที่สนใจหรือคนป่วย หรือแม้แต่นักวิชาการด้วยกันเองเข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ แนวคิดระหว่างกันและกันผ่านสื่อและเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยในปัจจุบัน โดยอาจมีการแยกย่อยออกเป็นกลุ่มเฉพาะเล็กอีกเช่น Consumer Health Informatics ที่เน้นการบริการด้านสุขภาพเฉพาะกลุ่มกับกลุ่มลูกค้าที่เป็นสมาชิกเท่านั้น เป็นต้น

Northouse & Northouse (อ้างถึงในปาจิริย์ ณะสมบูรณ์กิจ, 2551) ได้เขียนแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบการสื่อสารสุขภาพที่เน้นว่าการสื่อสารสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสารระหว่างบุคคล ในหนังสือ “Health Communication Strategies for Health Professionals”



ภาพที่ 2.10 แผนภาพเกณฑ์บริบทของกระบวนการสื่อสาร

ที่มา: Northouse and Northouse (1992) (อ้างถึงใน ปาจิริย์ ณะสมบูรณ์กิจ, 2551)

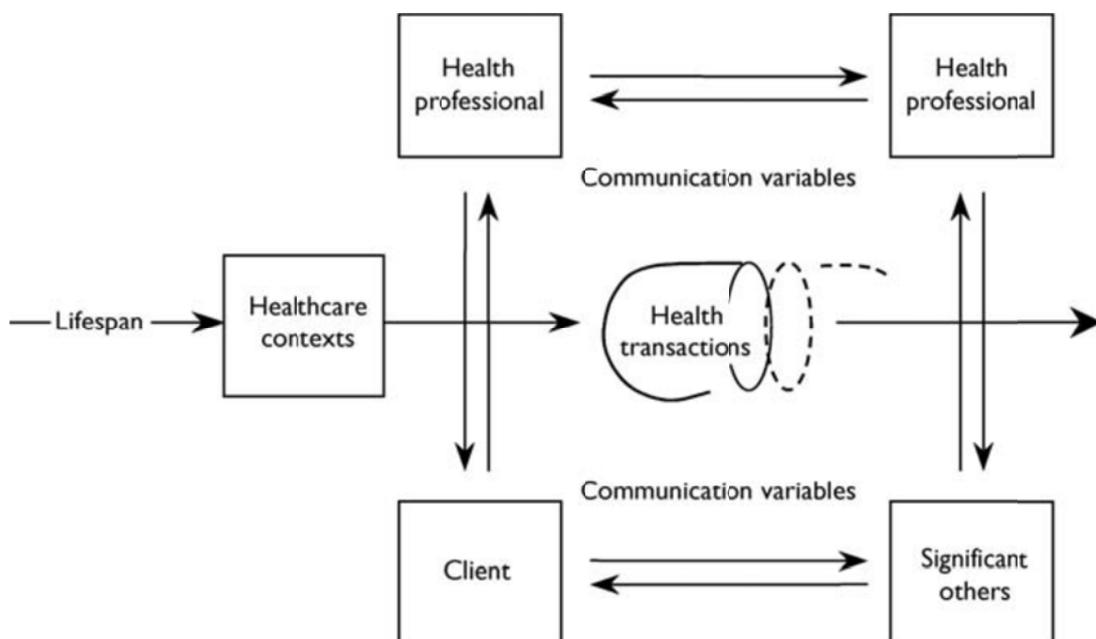
แนวคิดจากแผนภาพแสดงให้เห็นว่า กรอบใหญ่ของการสื่อสารที่สามารถแบ่งออกเป็นหลายรูปแบบโดยใช้เกณฑ์บริบทของกระบวนการสื่อสาร อันประกอบด้วย การสื่อสารในตัวบุคคล (Intrapersonal Communication) การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) การสื่อสารในกลุ่มย่อย (Small Group Communication) การสื่อสารองค์กร (Organization Communication) การสื่อสารสาธารณะ (Public Communication) และการสื่อสารมวลชน (Mass Communication)

ต่อเมื่อถูกกรอบให้แคบลงมาเป็น Human Communication ที่หมายถึงการสื่อสารของมนุษย์ ที่เป็นหนึ่งในการสื่อสารประเภทต่างๆ ที่มีอยู่ ทำให้เป็นการศึกษาในเรื่องนี้จึงมุ่งไปที่การสื่อสารระหว่างบุคคล เช่น Interpersonal Communication หรือ Small Group Communication ฉะนั้นจึงเป็นเหตุให้ Health Communication ที่หมายถึง การสื่อสารสุขภาพถูกกรอบให้แคบลงมาอยู่ที่ภายในกรอบของการสื่อสารระหว่างบุคคลอีกที ที่ถูกจำกัดความให้อยู่เฉพาะคำว่า การสื่อสารสุขภาพเท่านั้น

แบบจำลองการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication Model : HCM)

แบบจำลองการสื่อสารสุขภาพของ King (1981) เป็นแบบจำลองที่อยู่ภายใต้คำจำกัดความ (Northouse & Northouse, 1992) ที่ว่า “การสื่อสารสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ในกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพ” และแนวคิดที่ว่าความต้องการความรู้และทักษะในการสื่อสารสุขภาพนั้น ไม่ได้ถูกตีกรอบจำกัดอยู่แต่เฉพาะกับแพทย์ที่ทำการรักษาอยู่เท่านั้น แต่มันเป็นความจำเป็นต่อผู้ทำงานด้านสาธารณสุขทุกแขนง ไม่ว่าจะเป็นเภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ เป็นต้น ที่เป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ตลอดจนประชาชนทั่วไปที่เป็นผู้รับบริการด้านสุขภาพต่างๆ จำเป็นต้องใช้กระบวนการสื่อสารนี้ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

Health Communication : Strategies for Health Professionals



ภาพที่ 2.11 Northouse and Northouse's model of health communication

ที่มา: Northouse and Northouse (1998) (อ้างถึงใน Dianne Berry (2007, น.34)

แบบจำลอง HCM นี้ได้นำเสนอแนวคิดว่าการสื่อสารสุขภาพ หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดข่าวสารด้านสุขภาพระหว่างผู้ที่มีส่วนร่วมในการบริการด้านสุขภาพ คือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อผู้รับบริการ ผู้ป่วย หรือประชาชนที่เข้ามาใช้บริการทั่วไปในบทบาทของการดูแลสุขภาพสุขภาพ ซึ่งแบบจำลองดังกล่าวเน้นที่การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในสถานะแวดล้อมของการดูแลสุขภาพสุขภาพ คือ

1) ความสัมพันธ์ (Relationships) แบบจำลองนี้แสดงถึงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหลัก 3 ประการคือ

(1) ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (Health Profession) ในที่นี้หมายถึง บุคลากรที่ได้อยู่ในสายวิชาชีพสาธารณสุขต่างๆ ที่ได้รับการอบรม มีประสบการณ์ในการให้บริการด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรที่ให้บริการสาธารณสุขทุกแขนง เกษัช นักกายภาพบำบัด จิตแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ เป็นต้น บุคลากรสาธารณสุขเหล่านี้มีส่วนในการสร้างวิถีชีวิต ทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ ความรู้ ความเข้าใจ ในประเด็นสุขภาพต่อผู้คนที่เข้ามา

ปฏิสัมพันธ์ด้วย ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการรักษา หรือคนที่เข้ามาใช้บริการประเภทต่างๆ หรือคนที่ต้องการแสวงหาข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ หรือประชาชนในสังคมทั่วไปที่มีความสนใจในสุขภาพ

(2) ผู้รับบริการ (Client) ในที่นี้คือ ผู้รับบริการ ลูกค้า คนไข้หรือบุคคลที่เข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพในสถานการณ์ต่างๆ อาจเป็นคนไข้ที่เจ็บป่วยต้องการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล หรือผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาและรับยากลับบ้าน หรือมารับคำแนะนำเรื่องสุขภาพทั่วไป หรือประชาชนทั่วไปที่เป็นผู้มาติดต่อเกี่ยวกับสุขภาพ โดยผู้รับบริการเหล่านี้จะมีลักษณะเป็นปัจเจกที่มีความแตกต่างกันในด้านความรู้ ทักษะ ค่านิยม ความเชื่อ ที่ทำให้ความสามารถในการรับรู้ในประเด็นด้านสุขภาพได้ไม่เท่ากัน การที่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจะมีปฏิสัมพันธ์เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงความคิด หรือพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพจึงต่างกัน และปัจจัยที่ส่งผลต่อลักษณะความเป็นปัจเจกของผู้รับสารอีกปัจจัยหนึ่ง คือ เครือข่ายทางสังคม (Social Network) ของผู้รับบริการที่เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญต่อการสื่อสารสุขภาพ

(3) บุคคลที่มีความสัมพันธ์อื่นๆ (Significant Other) เครือข่ายทางสังคมของผู้รับบริการ (Social Network) ที่หมายถึง บุคคลที่รับบริการ (Clients) มีความสัมพันธ์ในทุกระดับ เป็นกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อผู้รับบริการด้านสุขภาพเหล่านี้ อันเนื่องจากบุคคลเหล่านี้จะมีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารสุขภาพ ในลักษณะที่เป็นเครือข่ายที่อยู่รอบตัวผู้รับบริการ การทำงานของเครือข่ายอาจเป็นคำแนะนำ ชี้ชวน ชักจูงใจให้รับบริการ และการได้มาซึ่งข่าวสารสุขภาพจากเครือข่ายทางสังคมที่เข้ามามีส่วนร่วมนั่นเอง

2) การปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Transaction)

ในที่นี้หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดข่าวสารด้านสุขภาพที่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการก่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่มีส่วนร่วมในการสื่อสารสุขภาพ กระบวนการสื่อสารในที่นี้จะใช้ทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา เพื่อทำการส่งข่าวสารด้านสุขภาพจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพไปสู่ผู้รับบริการ และรวมถึงกระบวนการแสวงหาข่าวสารของผู้รับบริการ อันส่งผลต่อการรับรู้ การตีความข่าวสารสุขภาพของผู้รับบริการ

ในส่วนของ Communication Variables แบบจำลองนี้ได้มีการนำเสนอภาพวงกลมตรงกลาง ที่แสดงถึงกระบวนการถ่ายทอดข่าวสารสุขภาพที่ออกมาในลักษณะเป็นวงกลม เพื่อแสดงว่า กระบวนการสื่อสารเป็นมิติที่มีความเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องและไม่มีที่สิ้นสุด ทำการเคลื่อนไหวเพื่อส่งต่อข่าวสารระหว่างเครือข่ายของผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการนี้ ที่อยู่ในกรอบสี่เหลี่ยมนี้ หมายถึง การสื่อสารของให้บริการสุขภาพ ผู้รับบริการสุขภาพ และเครือข่ายทางสังคมของ

ผู้รับบริการที่มีการสื่อสารถึงกัน ในลักษณะโต้ตอบกันไปมาสองทาง (Two-way Communication) ในขณะที่เดียวกันความเคลื่อนไหวนี้บ่งบอกถึงความไม่หยุดนิ่งของกระบวนการสื่อสารสุขภาพที่มีตัวแปร (Communication variables) ที่มีตัวแปรตามเหตุการณ์ สภาพแวดล้อมของแต่ละชีวิตในสังคม แต่ละสถานการณ์ที่มีการแปรผันอย่างต่อเนื่อง

3) บริบท (Context)

บริบทในการดูแลรักษาสุขภาพ ซึ่งเป็นบริบทของการสื่อสารสุขภาพที่มีอิทธิพลที่สำคัญมากต่อการติดต่อสื่อสารในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญสุขภาพ ผู้รับบริการและเครือข่ายทางสังคมของผู้รับบริการ ที่เป็นสมาชิกครอบครัว และรวมถึงบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยบริบทอาจแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

ระดับที่หนึ่ง บริบทของการดูแลรักษาสุขภาพ ที่หมายถึง สภาพแวดล้อม สถานที่ และการจัดการในระบบบริการสุขภาพ อาทิเช่น โรงพยาบาล บ้านพักคนชรา คลินิก สำนักงาน การแพทย์ ห้องไอซียู (ICU : Intensive Care Unit) เป็นต้น ซึ่งบริบทเหล่านี้ เป็นการให้บริการด้านสุขภาพที่จะเป็นตัวกำหนดรูปแบบการติดต่อสื่อสารในวิธีการที่แตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อมการบริการสุขภาพในแต่ละแห่ง

ระดับที่สอง บริบทของการดูแลรักษาสุขภาพ ซึ่งหมายถึงรูปแบบการสื่อสารของบุคคลากรที่มีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารสุขภาพ ที่อาจเกิดรูปแบบการสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) หนึ่งต่อหนึ่ง หรือสามฝ่าย หรือกลุ่มเล็กๆ (Small Group Communication) หลายกลุ่ม และระหว่างบุคคลต่างๆ ในกลุ่มขนาดใหญ่

องค์ประกอบของแบบจำลองการสื่อสารสุขภาพ (HCM) นี้จึงเป็นการสรุปให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิสัมพันธ์ของการสื่อสารสุขภาพของบุคคลที่เป็นทั้งผู้ให้ (ผู้เชี่ยวชาญสุขภาพ) และผู้รับบริการด้านสุขภาพ และเครือข่ายการสื่อสารสุขภาพทางสังคม ภายใต้บริบทด้านสุขภาพที่ก่อตัวขึ้น ทำให้เชื่อว่าในขณะที่ความซับซ้อนของมิติในการดูแลรักษาสุขภาพจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่จะสามารถมีเข้าใจด้านการสื่อสารสุขภาพมากยิ่งขึ้นตามไปด้วย

โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาที่ใช้บริบทการแพทย์แผนไทยเป็นตัวกำหนด โดยมองที่กระบวนการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทยที่มีความสัมพันธ์กับบริบททางสังคมที่ส่งผลต่อการให้ความหมายสุขภาพของการแพทย์แผนไทย เพื่อการลดช่องว่างทางสุขภาพอันนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม

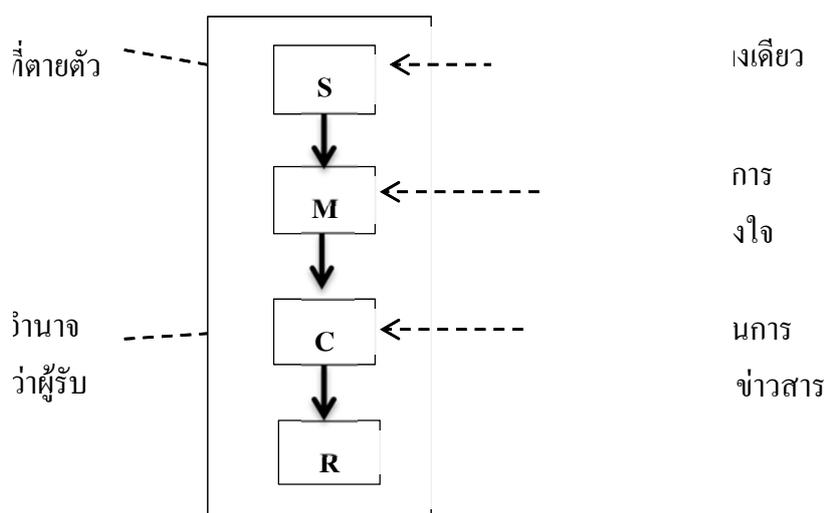
2.4 แนวคิดเรื่องการสื่อสารเพื่อสร้างความหมาย

2.4.1 คำนิยามของการสื่อสาร

ถึงแม้จะมีคนให้คำนิยาม “การสื่อสาร” เอาไว้จำนวนมาก แต่ทว่าในที่นี้คือ การสื่อสารที่เป็นกระบวนการเชื่อมต่อระหว่างองค์ประกอบทั้ง 4 คือ ผู้ส่งสาร (Sender) เนื้อหาสาร (Message) ช่องทางการสื่อสาร/ตัวสื่อ (Channel) และผู้รับสาร (Receiver) โดยองค์ประกอบของการสื่อสารนี้จะมีทิศทางของการสื่อสารได้ 2 ทิศทาง คือ ทิศทางแรก คือ การสื่อสารแบบทางเดียวที่เรียกว่า “One-way communication” เป็นรูปแบบที่ข่าวสารไหลเพียงทางเดียวจากผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร และทิศทางที่สอง คือ การสื่อสารแบบสองทาง ที่เรียกว่า “Two-way communication” เป็นรูปแบบที่เพิ่มการไหลข่าวสารจากทิศทางแรก โดยมีการเพิ่มปฏิกิริยาป้อนกลับ (Feedback) จากผู้รับสารกลับไปยังผู้ส่งสาร โดยทิศทางของการสื่อสารทั้งสองนี้ทำให้เกิดแบบจำลองการสื่อสารขึ้น

กาจนา แก้วเทพ และคณะ (2556, น.169-172) ได้กล่าวถึง แบบจำลองของการสื่อสารจากข้อเสนอของ J.W. Carey (1992) ที่ได้แบ่งแบบจำลองการสื่อสารออกเป็น 2 แบบที่มีคุณลักษณะที่แตกต่างกัน คือ แบบจำลองการสื่อสารเชิงการถ่ายทอดข่าวสาร (Transmission Model) และแบบจำลองการสื่อสารเชิงพิธีกรรม (Ritualistic Model) โดยมีรายละเอียดดังนี้

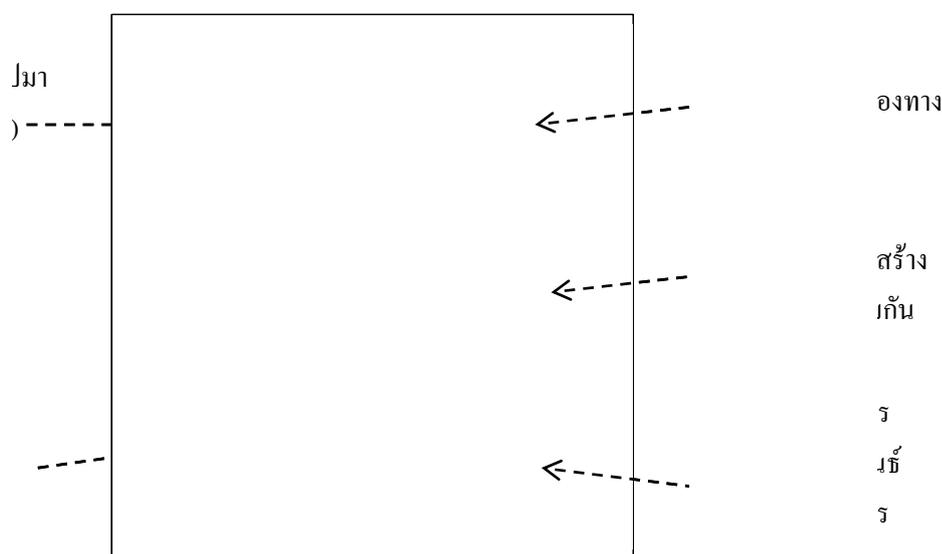
แบบจำลองการสื่อสารเชิงการถ่ายทอดข่าวสาร (Transmission Model)



ภาพที่ 2.12 แบบจำลองการสื่อสารเชิงถ่ายทอดข่าวสาร (Transmission Model)

ในแบบจำลองนี้ ผู้ส่งสาร (S) จะสร้างสาร (M) แล้วส่งผ่านสื่อ/ช่องทาง (C) ไปยังผู้รับสารแบบทางเดียว โดยที่ผู้รับสารไม่มีโอกาสส่งสารย้อนกลับไปที่เรียกว่า “เป็นการสื่อสารทางเดียว” เป้าหมายของการสื่อสารในลักษณะนี้ คือ ฝ่ายผู้ส่งสารต้องการจะแจ้งข้อมูล หรือต้องการที่ชักชวน โน้มน้าวใจ และเป็นที่น่าสังเกตอย่างหนึ่งว่า ผู้ส่งสารและผู้รับสารก็จะเล่นไปตลอด ฝ่ายผู้รับจะเล่นบทรูปไปตลอด รวมทั้งผู้ส่งจะมีอำนาจเหนือกว่าผู้รับสาร

แบบจำลองการสื่อสารเชิงพิธีกรรม (Ritualistic Model)



ภาพที่ 2.13 แบบจำลองการสื่อสารเชิงพิธีกรรม (Ritualistic Model)

ในแบบจำลองนี้จะแตกต่างจากแบบจำลองแรก โดยเริ่มเปิดฉากตั้งแต่ผู้ส่งสาร (S1) จะส่งสารไปยัง (R1) ในช่วงจังหวะที่สอง ผู้รับสาร (R1) จะเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ส่งสารบ้าง (S2) ส่วนผู้ส่งสารเจ้าเดิมก็จะเปลี่ยนหน้าที่ไปเป็นผู้รับสาร (R2) และสลับเปลี่ยนกันไปตลอดทั้งกระบวนการสื่อสาร

รูปแบบของแบบจำลองการสื่อสารเชิงพิธีกรรมนี้ ที่เรากันเคยกันดีคือ การสนทนาพูดคุยที่ทั้งสองฝ่ายต่างผลัดกันพูดกันฟังนั่นเอง เป้าหมายของการสื่อสารลักษณะนี้ คือ “การสร้างลักษณะร่วมกัน” (Shared) ให้เกิดขึ้น เช่น การสร้างความเข้าใจร่วมกัน (เช่น พ่อแม่กับครูที่พูดคุยกันเรื่องปัญหาของเด็ก) สร้างอารมณ์ร่วมกัน (เช่น กลุ่มคนที่ เป็น โรกเอดส์ และถูกสังคมรังเกียจมาปรับ

ทุกซ์กัน) สร้างประสบการณ์ร่วมกัน (เช่นการเล่าสู่กันฟังว่าไปเที่ยวเมืองนอกมาแล้วเป็นอย่างไรบ้าง) เป็นต้น และแน่นอนว่าในแบบจำลองเชิงพิธีกรรมนี้ ผู้ส่งสารและผู้รับสารจะไม่ใช้บทบาทแบบตายตัว หากแต่จะมีการสลับปรับเปลี่ยนบทบาทกันไปมา (Role Shifting) คู่สื่อสารจึงมีอำนาจที่เสมอกัน

ตารางที่ 2.4 การเปรียบเทียบแบบจำลองเชิงการถ่ายทอดและเชิงพิธีกรรม

แบบจำลองเชิงการถ่ายทอด (Transmission Model)	แบบจำลองเชิงพิธีกรรม (Ritualistic model)
1. เป้าหมายหลัก คือการถ่ายทอดข่าวสารเพื่อการโน้มน้าวผู้รับสาร (Persuasion)	1. เป้าหมายหลัก คือ การสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร (Shared meaning)
2. ความสำคัญของการสื่อสารอยู่ที่ผู้ส่งสาร (Sender-center)	2. ความสำคัญอยู่ที่ทั้งผู้ส่งสาร และผู้รับสารซึ่งต้องการความเข้าใจกันและกัน
3. ทิศทางการไหลข่าวสารเป็นแบบทางเดียว (one-way flow) และเป็นแนวตั้ง (vertical)	3. ทิศทางการไหลของสารเป็นแบบสองทาง (Two-way flow) และเป็นแนวระนาบ (horizontal)
4. บทบาทของการเป็นผู้ส่งสารและผู้รับสารจะตายตัวตลอดกระบวนการสื่อสาร	4. บทบาทของผู้ส่งสารและผู้รับสารจะสลับเปลี่ยนกันไม่มีการผูกขาด
5. ผลลัพธ์ของการสื่อสาร เมื่อสิ้นสุดกระบวนการผู้รับสารจะรู้ข่าวสาร หรือเห็นคล้อยตามผู้ส่งสาร	5. หลังจากสื่อสารสิ้นสุดลง ทั้งผู้ส่งสารและผู้รับความคิดเห็นจะแลกเปลี่ยนข่าวสารและความคิดเห็นของกันและกัน

ที่มา: กาญจนา แก้วเทพ. (2547). สื่อสารมวลชน: ทฤษฎีและแนวทางการศึกษา. กรุงเทพฯ: Higher Press.

ดังนั้นผู้วิจัยได้นำแบบจำลองการสื่อสารเชิงพิธีกรรมมาวิเคราะห์กระบวนการสื่อสารคุณภาพของการแพทย์แผนไทยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ของการศึกษา

2.4.2 การสื่อสารเพื่อสร้างความหมาย

ทฤษฎีสัญญาวิทยาและการสร้างความหมาย (Semiology and Signification)

แนวคิดเรื่องระบบสัญญาณหรือวิธีการหาความรู้แบบสัญญาณวิทยาของสำนักโครงสร้างนิยม (Structuralism) เป็นวิธีการหาความรู้ที่พัฒนาต่อออกมาจากสาขาวิชาด้านภาษาศาสตร์ โดยเฟร์ดินันด์ เดอ โซซูร์ (Ferdinand de Saussure) ซึ่งได้ชื่อว่าเป็นบิดาของภาษาศาสตร์ทั่วไป (general linguistics) ผู้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง “ภาษา” กับ “ความเป็นจริง” ไว้ว่าภาษาช่วยให้มนุษย์สามารถจัดระบบ (Organize) สร้าง (Construct) และเป็นเครื่องมือ (Instrument) ให้มนุษย์เข้าสู่ “ระบบความเป็นจริง”

นอกจาก Claude Levi Strauss ที่ได้้นำแนวคิดของเดอ โซซูร์ มาศึกษาในแนวทางมานุษยวิทยาเชิงโครงสร้าง ยังมี โรลองด์ บาร์ธส์ (Roland Barthes) ซึ่งนำแนวคิดของเดอ โซซูร์ มาใช้ในแนวทางที่เรียกว่าสัญศาสตร์ หรือสัญญาณวิทยา (Semiotics /Semiology) ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ในแวดลอมวงวรรณคดีวิจารณ์และวัฒนธรรมศึกษา (ณัฐฐา วงษ์วานิช, 2549, น.181-182)

การสื่อสารและระบบสัญญาณ (communication and sign systems)

ตามแนวคิดของสำนักโครงสร้างนิยม สัญญาณ (sign) และวัฒนธรรม (culture) เป็นเรื่องเดียวกัน (culture is sign system) วัฒนธรรมต่างๆ ล้วนอยู่ในรูปของสัญญาณวิทยาที่มีความหมายจากการประกอบสร้างท่ามกลางบริบททางสังคม ตั้งแต่กระบวนการผลิต การกระจาย และการบริโภค (production/distribution/consumption of meaning) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าวัฒนธรรม คือพื้นที่ที่มีปฏิบัติการด้านการสร้างและใช้ระบบสัญญาณภายใต้บริบทสังคม (กาจนา แก้วเทพ, 2547, น.60)

การวิเคราะห์สื่อสารมวลชนด้วยทฤษฎีสัญญาวิทยามาจากกระบวนการที่อธิบาย “สื่อสาร” ว่าเป็นกระบวนการสร้าง “ความหมายร่วมกัน” (shared meaning) ระหว่างผู้ส่งสาร/ผู้เข้ารหัสกับผู้รับสาร/ผู้ถอดรหัส จากลักษณะของการสื่อสารที่เปรียบเทียบได้กับการเข้าร่วมพิธีกรรม (ritualistic model) การศึกษาสื่อมวลชนในเชิงวัฒนธรรมศึกษาพยายามที่จะตอบคำถามว่าสื่อมวลชนได้ใช้ภาษาเพื่อประกอบสร้าง (construct/generate) ความหมายที่จะตอบคำถามว่าสื่อมวลชนได้ใช้ภาษาเพื่อประกอบสร้างความหมายแก่สิ่งต่างๆ รอบตัวเราผ่านสัญญาณต่างๆ ขึ้นมาได้อย่างไร ทั้งนี้ นอกเหนือจากภาษาแล้ว ทุกสิ่งทุกอย่างก็สามารถเป็นสัญญาณได้ หากว่าสิ่งนั้นได้รับการกำหนด/ประกอบสร้างความหมายบางอย่างเอาไว้ โดยเป็นความหมายที่มากกว่าตัวมันเองหรือนอกเหนือจากลักษณะทางกายภาพของสัญญาณนั้น นอกจากนี้ความหมายเหล่านั้นยังสามารถเปลี่ยนแปลง โดยถูกรื้อถอน และประกอบสร้างความหมายขึ้นมาใหม่ได้ตามบริบทแวดลอม เช่นสภาพสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนไป

“สัญญะวิทยา” จึงเป็นการศึกษากระบวนการสร้างความหมาย หรือวิธีการที่จะนำเอา สัญญะต่างๆ มาใช้ตีความหมายภายในตัวบท (text) อันเป็นผลผลิตทั้งหมดของการสื่อสารที่จะต้อง พิจารณาร่วมกับบริบทอยู่เสมอ ทั้งนี้ตัวบทอันมีสัญญะต่างๆ แฝงอยู่นั้นสามารถสะท้อนสภาพ สังคมและประกอบสร้างโครงสร้างสังคมไปพร้อมๆ กัน ซึ่งตามแนวคิดของสำนักโครงสร้างนิยม การวิเคราะห์ตัวบทเป็นทั้งการค้นคว้าว่าส่วนใดที่สะท้อน-สะท้อนอย่างไร และส่วนใดที่ประกอบ สร้าง-ประกอบสร้างอย่างไร

สัญญะเป็นเรื่องของการตกลงร่วมกันและการเข้าใจร่วมกันของคนในสังคม การ ประกอบสร้างความหมายนั้น ประกอบด้วยสัญญะ (sign) รหัส (code) และวัฒนธรรม (culture) กล่าวคือ เราจะรับรู้สัญญะได้นั้น มาจากมีแบบแผนหรือรหัส (code) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวหมายและตัวหมายถึงที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยที่การตีความหมายของสัญญะนั้น ส่วนหนึ่ง จะมาจากการเรียนรู้ความสัมพันธ์ของรหัสหรือเรียนรู้ซึ่งเป็นเงื่อนไขที่ทำให้จำได้ (recognition code) นอกจากนี้ สัญญะและรหัสต่างๆ จะอยู่ท่ามกลางบริบททางวัฒนธรรม และประวัติศาสตร์ ทางวัฒนธรรมนั้นๆ หากเปลี่ยนบริบทไป ความหมายก็จะเปลี่ยนไปด้วยกัน

การสร้างความหมายของสัญญะ (Signification)

โซซูร์แบ่งกระบวนการสร้างความหมายของสัญญะออกเป็น 2 ส่วน (ณัฐราชวงษ์วานิช, 2549, น.183)

ส่วนแรก คือ ตัวหมาย (Signifier) ซึ่งเป็นรูปแบบทางกายภาพ หรือสิ่งที่รับรู้ได้จาก ประสาทสัมผัส เช่น คำที่เขียน เส้นต่างๆ ในหน้ากระดาษที่ก่อให้เกิดภาพวาด รูปภาพ หรือเสียง

ส่วนที่สอง คือ ตัวหมายถึง (Signified) สิ่งที่ถูกหมายถึงโดยตัวหมาย ตามบริบททาง วัฒนธรรมที่ถูกสร้างขึ้น

ดังนั้นหากเราพูดถึงคำว่า “ต้นไม้” จึงไม่จำเป็นต้องหมายถึงต้นไม้ที่เฉพาะเจาะจง แต่ สามารถหมายถึงความเป็นต้นไม้ที่อยู่ที่อยู่ในระบบนิเวศหรือต้นไม้ที่เป็นที่สถิตด้วยก็ได้

ดังที่บาร์ธส์ได้อธิบายไว้ว่า “ตัวหมาย” มีลักษณะเชิงวัตถุ (materiality) ส่วน “ตัว หมายถึง” เป็นตัวแทนทางความคิดของสิ่งต่างๆ (a mental representation of the “thing”) โดยที่ “ตัว หมายถึง” หนึ่งๆ อาจมี “ตัวหมาย” ได้มากมาย

“กระบวนการสร้างความหมายของสัญญะ” จะเกิดขึ้น เมื่อมีการนำตัวหมาย และตัว หมายถึงมาโยงความสัมพันธ์กัน โดยบุคคลจะเกิดการรับรู้สัญญะผ่านประสาทสัมผัส และเกิดภาพ ความหมายปรากฏขึ้นในโครงสร้างความคิดที่จะแตกต่างกันไปตามแต่ประสบการณ์ การเรียนรู้ทาง สังคมของบุคคล และประวัติศาสตร์ของสังคมนั้นๆ ในส่วนของ “สัญญะ” (sign) นั้น”

ชาร์ลส์ เพียร์ซ (Charles Pierce) กล่าวถึง ความแตกต่างกันของความสัมพันธ์ระหว่าง สัญญะกับวัตถุที่มีอยู่จริง (หรือสิ่งที่สัญญะนั้นอ้างถึง) โดยแบ่งสัญญะออกเป็น 3 รูปแบบ คือ

Icon (ภาพลักษณ์-ตัวแทนภาพ) เป็นตัวแทนที่เหมือนหรือคล้ายคลึงสิ่งที่สัญญะนั้น หมายถึง กล่าวได้ว่ารูปแบบของสัญญะชนิดนี้ถูกกำหนดขึ้นมาโดยภาพปรากฏของวัตถุนั้นๆ หรือ ตามลักษณะที่ประสาทสัมผัสสมนุษย์สามารถรับรู้ได้นั่นเอง เช่น ภาพถ่าย ภาพเหมือน แผนที่ หรือ เสียงฮัมคล้ายผึ้งในธรรมชาติ

Index (ดัชนี-ตัวบ่งชี้) เป็นสัญญะที่มีลักษณะเป็นตัวชี้ หรือเกี่ยวพัน โดยตรงกับสิ่งที่อ้างถึง โดยเชื่อมโยงกันอย่างเป็นเหตุเป็นผล (logical meaning) เช่น เครื่องหมายที่แสดงยศ ตำแหน่งจะเป็นตัวชี้ให้เห็นถึงผู้มีอำนาจ หรือควันเป็นตัวบ่งชี้ของไฟ

Symbol (สัญลักษณ์) เป็นสัญญะที่ไม่มีความสัมพันธ์ หรือเชื่อมโยงกันระหว่างสัญญะกับวัตถุ หรือความคล้ายคลึงระหว่างตัวหมายกับตัวหมายถึง แต่เกิดขึ้นโดยการตกลงร่วมกันทางวัฒนธรรมของผู้ใช้สัญญะนั้นๆ

ดังนั้น เมื่อสัญลักษณ์เดียวกันแต่ภายในบริบททางสังคมที่แตกต่างกัน สัญญะดังกล่าว ก็สามารถมีความหมายที่แตกต่างกันได้ นอกจากนี้ การทำความเข้าใจในสัญญะประเภทนี้จึงต้องอาศัยการเรียนรู้ เพื่อที่เข้าใจตรงกันได้ เช่น ป้ายจราจรบนท้องถนน ภาษา ตัวเลข หรือกฎระเบียบที่ใช้ในท้องถนน

ทั้งนี้ลักษณะของสัญญะทั้ง 3 แบบดังกล่าว ไม่ได้แยกขาดจากกันโดยสิ้นเชิง เนื่องจากสัญญะหนึ่งๆ อาจประกอบไปด้วยรูปแบบต่างๆ กัน หรือการที่ความหมายของสัญญะหนึ่งๆ อาจมีตัวหมายถึงได้มากมายนั่นเอง นอกเหนือจากการวิเคราะห์สัญญะของ โซซูร์ เพื่อตอบคำถามหลักถึงองค์ประกอบกฎเกณฑ์เบื้องหลัง และการสร้างความหมายของสัญญะ โรแลนด์ บาร์ธส์ (Roland Barthes) ได้อธิบายโดยนำสัญญะไปเชื่อมโยงกับโครงสร้างอำนาจ เพื่อที่จะตอบคำถามว่าพลังของสัญญะมาจากที่ไหน บาร์ธส์ได้แบ่งกระบวนการสร้างความหมายของสัญญะในแง่ของระดับความหมาย ออกเป็น 2 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ความหมายนัยตรง (denotation)

ความหมายนัยตรง เป็นความหมายในระดับที่เกี่ยวข้องกับความจริงตามธรรมชาติ เป็นการอ้างถึงสามัญสำนึก หรือความหมายที่ปรากฏชัดเจนอยู่แล้วของสัญญะ (sign) และความสัมพันธ์ของสัญญะกับสิ่งที่กล่าวถึงในความหมายที่ชัดเจนของสัญญะ เช่น ภาพของอาคารใดอาคารหนึ่ง แสดงว่าเป็นอาคาร เป็นกระบวนการสร้างความหมายขั้นตอนแรก

ดังเช่นที่ โชซูร์ กล่าวว่า ระดับความหมายนัยตรง หมายถึง ความสัมพันธ์พื้นฐานระหว่างสัญลักษณ์นั้นๆ กับตัวที่ถูกอ้างถึง ความหมายนัยตรงจึงเป็นความหมายของสิ่งที่ กล่าวถึง ในลักษณะที่เป็นสากล (universal) เป็นความหมายเดียวสำหรับทุกคน เป็นสภาวะวิสัย (objective) คืออ้างอิงขึ้น โดยไม่มีการประเมินคุณค่าจากตัวผู้ใช้ความหมาย และปราศจากความโน้มเอียงใน ค่านิยมใดค่านิยมหนึ่ง

ระดับที่ 2 ความหมายโดยนัยแฝง (connotation) หรือความหมายนัยประหวัด

เป็นความหมายทางสังคมซึ่งจะแปรเปลี่ยนไปตามวัฒนธรรมการรับสารในแต่ละบริบททางสังคม ความหมายซึ่งสามารถแปรไปตามสภาวะทางเศรษฐกิจ-สังคม (social context) และตามยุคตามสมัยทางประวัติศาสตร์ (historical context) รวมถึงการให้ความหมายของผู้รับสารที่อาจจะแตกต่างกันได้ตามประสบการณ์ส่วนบุคคลและการเรียนรู้ทางสังคมที่ไม่เหมือนกัน

การควบคุมความหมายทางสังคมจะกระทำได้โดยเปลี่ยนตัวหมาย/ตัวให้ความหมาย แต่คงตัวหมายถึง/ตัวคิดนามธรรม การสร้างความหมายทางสังคมจึงอยู่ที่การเลือกและการจัดสัญลักษณ์ เช่น การโฆษณาทางสื่อสิ่งพิมพ์จะหมายถึง องค์ประกอบทางอวัจนภาษาต่างๆ (non-verbal elements) เช่น ภาพ ประกอบ ขนาด แสง สี ฯลฯ การตีความหมายในชั้นความหมายนัยแฝงนี้เอง ที่เป็นการตีความหมายในระดับที่มีปัจจัยทางวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย (ไม่ได้เกิดจากตัวของสัญลักษณ์เอง) สัญลักษณ์ในความหมายระดับนี้

นอกจากนี้ ยังมีการถ่ายทอดความหมายโดยนัยประหวัดแล้ว ยังไปหน้าที่ถ่ายทอดความหมายในลักษณะมายาคติ (Myth) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้รูปแบบวัฒนธรรมอย่างหนึ่ง อย่างเป็นธรรมชาติ ด้วยการทำให้คนส่วนใหญ่ยอมรับความหมายเหล่านั้น โดยไม่มีการตั้งคำถาม เนื่องจาก “กระบวนการสร้างมายาคติ” (Mythologies) ได้เปลี่ยนแปลง ลดทอน ปกปิด บิดเบือนฐานะการเป็นสัญลักษณ์ของสรรพสิ่งในสังคมให้กลายเป็นเรื่องของธรรมชาติ (to naturalize) เป็นสิ่งปกติธรรมดา (ไชยรัตน์ เจริญสิน โอฟาร, 2543, น.133-149)

1. รูปสัญลักษณ์ (signifier)	2. ความหมายสัญลักษณ์ (signified)		
ภาษา มายาคติ	3. สัญลักษณ์ (sign) I รูปสัญลักษณ์		II ความหมายสัญลักษณ์
III สัญลักษณ์			อุดมการณ์

ภาพที่ 2.14 แผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาษากับมายาคติ

ที่มา: Barthes, 1975, (อ้างถึงใน อุบลรัตน์ ศิริยุวศักดิ์, 2547, น.573)

มายาคติจัดว่าเป็น “ระบบสัญลักษณ์วิทยาในระดับที่สอง” หรือ “เป็นความหมายขั้นที่สองของตัวหมายถึง” กล่าวคือ เป็นการนำเอาสัญลักษณ์ในระดับของภาษามาเป็นตัวหมาย ซึ่งเป็นสิ่งว่างเปล่าและมองไม่เห็น เรียกว่า “From” สิ่งที่มาyacติ ทำคือ บิดเบือน “meaning” ให้เป็น “form” โดยบิดเบือนความหมาย ทำให้ความหมายเดิมอยู่ไกลจนเรามองข้ามไป (ความหมายเดิมยังคงอยู่ไม่ได้หายไปอย่างสิ้นเชิง) และใส่เฉพาะสิ่งที่มายาคติต้องการให้เรารับรู้แทน อาจกล่าวได้ว่า มายาคติเกิดจากความพยายามใน “กระบวนการสร้างความหมาย” ให้เป็นสากลต่อสังคมเพื่อเข้าครอบคลุมความเป็นจริง เพราะมายาคติที่ได้รับการผลิตซ้ำในความถี่ระดับหนึ่งจะสามารถกลายเป็น “อุดมการณ์” ได้

กลไกการทำงานของอุดมการณ์จากกระบวนการสร้างความหมายของสัญลักษณ์ เริ่มจากการแยกสิ่งต่างๆ ออกจากขั้วตรงข้าม (binary opposition) เช่น หญิง/ชาย, ขาว/ดำ, อ้วน/ผอม, ชี/โรค/แข็งแรง แล้วเปรียบเทียบระหว่างขั้วเหล่านั้นโดยใช้ชุดอธิบายความหมายเพื่อสร้างความชอบธรรม จากนั้นก็ใช้กลไกต่างๆ ของสังคมกระจายความหมายดังกล่าวออกไปผ่านกลยุทธ์ที่ทำให้เกิดการยอมรับ (consent) ในสังคม และหากว่าการแพร่กระจายความหมายดังกล่าวเกิดขึ้นซ้ำๆ จนกระทั่งตกผลึกเป็นดังกรอบบรรทัดฐานที่จำกัดความคิดของเราโดยมีอำนาจชอบธรรม และเมื่อความหมายโดยนัยจากการผลิตสัญลักษณ์ถูกหล่อหลอมจนกลายเป็นอุดมการณ์ กระบวนการดังกล่าว ที่เรียกว่า “การผลิตซ้ำทางอุดมการณ์” (ideological reproduction) (กาญจนา แก้วเทพ, 2547, น.76-77) ซึ่งเป็น

ลักษณะของการที่ความหมายนั้นๆ มีอำนาจเข้าครอบงำพื้นที่ทางความคิดของคนในสังคมให้มีวัฒนธรรมหรือระบบความคิดแบบเดียวกัน

สัญญะวิทยาสามารถนำมาวิเคราะห์กับสิ่งที่มีอยู่ทั่วไป โดยเฉพาะสิ่งที่มักถูกให้ความหมาย ถูกคิดหรือทำซ้ำไปเหมือนกัน โดยที่ผู้คนมักมองข้ามไปอย่างไม่รู้ตัว การวิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางสังคมด้วยสัญญะวิทยา ช่วยให้เรามองและตั้งคำถามต่อคำถามต่อสิ่งต่างๆ ที่มากกว่าการมองเหมารวม (stereotype) หรือยอมรับโดยปริยายในความหมายของสิ่งที่อยู่รอบตัวเราในชีวิตประจำวัน เพราะเป้าหมายของการศึกษาเชิงสัญญะวิทยา คือ การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวหมาย และตัวหมายถึงที่ไม่หยุดอยู่ที่การเข้าใจว่าความหมายแต่ละตัวอะไรเท่านั้น แต่คือการเจาะลึกไปที่พลังของสัญญะที่ทำให้คนเกิดการยอมรับร่วมกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่จะนำไปสู่การยอมรับตามในระบบอำนาจหนึ่งๆ ได้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีสัญญะวิทยา เพื่อวิเคราะห์ว่าเมื่อแยกตัวบท (แพทย์แผนไทย) ออกเป็นส่วนย่อยๆ (สัญญะต่างๆ) ตัวบทนี้ได้ประกอบสร้างความหมายคำว่า “สุขภาพ” ขึ้นมาหรือไม่ อย่างไร เพราะกระบวนการสร้างความหมาย เป็นแนวคิดนามธรรมที่ถูกประกอบสร้างขึ้นผ่านรูปสัญญะ หรือตัวหมายต่างๆ การวิเคราะห์สัญญะจึงช่วยให้เข้าใจถึงการก่อตัวของการสร้างความหมายที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น ในกรณีศึกษานี้ มีกระบวนการสร้างความหมายโดยใช้ตัวหมายอะไร และถูกใช้อย่างไร ซึ่งในส่วนหลังนี้จะเป็นส่วนที่ผู้วิจัยจะเน้นมากกว่าส่วนแรก เนื่องจากข้อค้นพบที่ได้ในส่วนนี้จะช่วยอธิบายถึงบทบาทของสัญญะในการสร้างความหมายคำว่า “สุขภาพ” ว่าระบบสัญญะต่างๆ นั้นไม่ได้มีลักษณะเป็นกลาง แต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายใต้อำนาจของบางสิ่งอย่างที่เขาไปกำกับการผลิต และการแพร่กระจายความหมายอย่างไร

2.4.3 การเข้ารหัส-การถอดรหัสเพื่อสร้างความหมาย

จากหลักการของสัญญะวิทยาของ โชซูร์ ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่าง “ภาษา” กับสิ่งที่เรียกว่า “ความจริง” ว่าเป็น “ความจริงที่ถูกเลือกสรร” (selective reality) จากกระบวนการสร้างความหมายผ่านสัญญะนั้น เพื่อที่จะตอบคำถามว่าความหมายนั้นถูกสร้าง แพร่กระจายและบริโภคได้อย่างไร สจิวต์ ฮอลล์ (Stuart Hall) ซึ่งเป็นนักทฤษฎีของสำนักวัฒนธรรมศึกษา (British Cultural Studies) ได้พัฒนาแนวคิดจากสัญญะวิทยาโดยอธิบายถึงการเข้ารหัส และการถอดรหัส (encoding/decoding) ในการวิเคราะห์ตัวบทและบริบทต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจในความเป็นจริงทางสังคมที่ถูกประกอบสร้าง (social construct of reality) เหล่านั้น

สจิวต์ ฮอลล์ เป็นนักวิชาการคนสำคัญที่ทำให้การศึกษาด้านวัฒนธรรมศึกษา (cultural studies) เป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวางในอังกฤษและอเมริกา เขาสนใจในเรื่องแนวคิดเรื่องความเป็นเจ้าทางอุดมการณ์ (hegemony) ของอันโตนิโอ กรัมสกี และปฏิเสธการครอบงำความคิดแบบเบ็ดเสร็จ

ของอัลทูแซร์ ที่เสนอไว้ ฮอลล์ได้ประยุกต์แนวคิดเรื่องความเป็นเจ้าทางอุดมการณ์เพื่อศึกษาเนื้อหาทางอุดมการณ์ที่ปรากฏในตัวบทของสื่อ และหน้าที่ของอุดมการณ์ในการประกอบสร้างชีวิตประจำวันของคนในสังคม และมีบทบาทต่อการเปลี่ยนแปลงทางการศึกษาอุดมการณ์ในเนื้อหาสื่อมวลชน (media text) โดยวิเคราะห์อุดมการณ์ที่อยู่ในตัวบท (ผลผลิตของสื่อ) เช่น การใช้ภาษา การวิเคราะห์กระบวนการบริโภค/เปิดตัวรับบทนั้นของผู้รับสาร (cultural reception) ว่า “อ่าน” อุดมการณ์ที่ผลิตขึ้นผ่านสื่ออย่างไร ทั้งนี้โดยให้ความสำคัญกับเงื่อนไขทางประวัติศาสตร์ และความสัมพันธ์ทางวัฒนธรรมของกลุ่มผู้รับ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีสถานภาพรองในสังคม เช่น ผู้หญิงคนผิวดำ กลุ่มวัยรุ่น ชนกลุ่มน้อย ผู้ที่สูบบุหรี่ เป็นต้น

ผู้รับสาร-ผู้ถอดรหัส และผู้ส่งสาร-ผู้เข้ารหัส

ถึงแม้สำนักวัฒนธรรมศึกษาจะมีข้อสันนิษฐานว่าสื่อมวลชนมีผลต่อการก่อรูปอุดมการณ์ของคนในสังคม แต่ผู้รับสารก็สามารถเป็นผู้ถอดรหัสความหมายและตีความที่มีอิสระจากอุดมการณ์เหล่านั้นได้เช่นกัน ไม่ว่าจะมากหรือน้อย (relative autonomy) สื่อจึงไม่ได้มีอิทธิพลถึงขั้นที่สามารถครอบงำความคิดของผู้รับสารได้อย่างเบ็ดเสร็จ ดังนั้นนอกจากการศึกษาถึงที่มาของการผลิตตัวบทในแง่ของโครงสร้างทางสังคม และผู้ผลิตแล้วจึงควรศึกษาถึงท่าทีของผู้รับสารจากการบริโภคตัวบทเหล่านั้นด้วย

แนวคิดเรื่องการเข้ารหัส-การถอดรหัสของฮอลล์ นั้นอยู่บนพื้นฐานว่าผู้ผลิตและผู้รับสารต่างเป็นผู้สร้างความหมาย (meaning generator) ตามแนวคิดพื้นฐานว่ากระบวนการสื่อสารมีลักษณะเปรียบเทียบเหมือนพิธีกรรม (ritualistic) ซึ่งผู้เข้าร่วมสื่อสารทั้งฝ่ายผู้ส่งสารและผู้รับสารต่างมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความหมายของกันและกัน (shared meaning) เนื่องจากความหมายจะถูกสร้างขึ้นทั้งในขั้นตอนของผู้ผลิตและขั้นตอนของผู้รับสาร สำนักวัฒนธรรมศึกษาเรียกผู้รับสารว่าเป็น “ผู้อ่าน” (reader) และเรียกกิจกรรมการเปิดรับ/ตีความ/ใช้สื่อ ทั้งหมดว่า “การอ่าน (สื่อ)” (reading)

ฮอลล์ มีแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้รับสารในฐานะการเป็นผู้ถอดรหัส (decoder) ที่ไม่จำเป็นต้องอ่านความหมาย หรือตีความตรงกับสารที่ผู้ส่งสารเข้ารหัสเสมอไป จากทัศนะที่เชื่อว่าผู้รับสารมีลักษณะที่ผู้ทำ (active) การตีความของผู้รับสารอาจเป็นไปได้หลากหลายตามภูมิหลังทางประสบการณ์ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม สภาพการณ์ทางสังคม ฯลฯ ซึ่งทำให้บุคคลมีกรอบการตีความที่แตกต่างกันกันได้ สืบเนื่องจากทัศนะที่มีต่อผู้รับสารดังกล่าว ฮอลล์ จึงมองผู้ส่งสารในฐานะที่ไม่ใช่เพียงผู้ทำหน้าที่ส่งผ่านข่าวสาร หากแต่เป็นผู้เข้ารหัส (encoder) สารที่ส่งไปสารเหล่านั้นมีลักษณะเชิงสัญลักษณ์ (symbolic message) โดยกระบวนการเข้ารหัสที่เป็นธรรมชาติต่างๆ ที่สารเหล่านั้นเป็นความจริงที่ถูกสร้างขึ้นมา เช่น การใช้บรรดาศัญญาที่เป็นภาพเหมือน (icon

sign) ที่จะร่วมกำหนดเงื่อนไขการรับรู้ หรือจุดยืนในการมองแก่ผู้รับสารให้สามารถมองเห็นวัตถุ (object) ได้เหมือนกับโลกของความจริง ดังนั้น จึงทำให้ผู้รับสารมักตีความไปตามเท่าที่เห็นได้โดยอัตโนมัติ

จากแนวคิดนี้เอง ฮอลล์ จึงมองว่าสื่อมวลชนสามารถเป็นผู้เข้ารหัสทางด้านอุดมการณ์ตามความต้องการของผู้ใช้สื่อหรือผู้มีอำนาจในสื่อ เพื่อรักษาสถานภาพให้คงอยู่ (status quo) หรือการช่วยกลบเกลื่อนสภาพปัญหาที่เป็นอยู่ เป็นต้น และการสร้างความเชิงอุดมการณ์ของสื่อในการผลิตความจริงและอำนาจในการนิยามถึง ควบคุม และกีดกันหมายอื่นๆ นี้เอง ที่ทำให้สื่อมีบทบาทในการรักษา หรือสร้างอำนาจแก่สิ่งหนึ่งๆ เหนือคนอื่นๆ ได้ (power over) ซึ่งสิ่งที่จะต้องสนใจวิเคราะห์ต่อไปในการมองไปถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจนั้นๆ ก็คือการดูว่าใครเป็นผู้ใช้อำนาจดังกล่าว เช่น เนื้อหาทางอุดมการณ์ที่ปรากฏในตัวบทของสื่อมีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมในชีวิตประจำวันของคนกลุ่มน้อยอย่างไร และผู้ที่อยู่เบื้องหลังการสร้างอุดมการณ์ที่มองไม่เห็นดังกล่าวคือใคร

ในกระบวนการเข้ารหัสและการถอดรหัส ผู้รับสารและผู้ส่งสารไม่จำเป็นต้องถือรหัสเล่มเดียวกัน การถอดรหัสที่ผิดเพี้ยนไปจากความตั้งใจของผู้ส่งสารถือว่าเป็นกฎของการสื่อสารที่ไม่ใช่การถอดรหัสที่ผิดพลาด แต่เป็นเพียงการถอดรหัสที่แตกต่างไปจากฝ่ายผู้ส่งสารเท่านั้น เนื่องจากฝ่ายผู้รับสารเองก็มีกรอบการอ้างอิงที่นำมาสร้างการถอดรหัสต่างๆ ได้มากมาย อย่างไรก็ตาม ฮอลล์เห็นว่าในขณะที่รับสารสามารถมีปัจจัยต่างๆ หรือความเป็นอัตวิสัยในการตีความก็มักจะพบว่าในการตีความที่เบี่ยงเบนไปจากความตั้งใจของผู้ส่งสารนั้น จะมีลักษณะของการตีความที่บิดเบือนอย่างเป็นระบบอยู่ (systematically distorted communication) ซึ่งเป็นผลจากการตีความหมายเหล่านั้นเป็นสิ่งที่ถูกสร้าง หรือถูกกำหนดมาแล้วจากผู้ผลิตสาร ดังนั้นการตีความที่เป็นไปได้อย่างหลากหลายของผู้รับสารนั้น (polysemic) เป็นเพียงกลุ่มชุดของความหมายที่ถูกวางกรอบไว้แล้ว โดยที่มักจะป็นรหัสความหมายที่สอดคล้องกับความหมายกระแสหลัก (dominant meaning) ของผู้มีอำนาจในสังคมที่เผยแพร่และเป็นที่ยอมรับอยู่ทั่วไป (กาญจนา แก้วเทพ, 2544, น.294)

การเข้ารหัสของผู้ส่งสารและการตีความรหัสของผู้รับสาร

ผลกระทบของสื่อมวลชนตามความคิดของฮอลล์ คือผลในทางอุดมการณ์มากกว่าการมีผลพฤติกรรมอย่างตรงไปตรงมา โดยที่ในฐานะของการเป็นผู้ถอดรหัสนั้น ผู้รับสารจะมีความเป็นอิสระในการตีความของตนอยู่ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม แม้การถอดรหัสอาจเป็นไปได้หลากหลายตามประสบการณ์ การเรียนรู้ทางสังคม แต่กระบวนการเข้ารหัส-ถอดใดๆ ก็มักจะมีลักษณะของการครอบงำอยู่ไม่มากนัก

จากการศึกษาถึงการตอบโต้การครอบงำทางอุดมการณ์ของสื่อในชนชั้นแรงงานและชนชั้นที่เสียเปรียบของสังคม เช่น ผู้หญิง คนเชื้อชาติอื่นๆ ในประเทศอังกฤษ โดยใช้วิธีวิทยาวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณา และการวิเคราะห์ความหมายของเนื้อหาในสื่อและการตีความกลุ่มผู้รับ

ฮอลล์สรุปว่า รหัสที่สื่อมวลชนใช้ในการผลิตตัวบท ได้แก่ รหัสแบบกระแสหลัก รหัสของสื่อมวลชน/วิชาชีพ และรหัสที่ผู้รับสาร “อ่าน” สาร ได้แก่ รหัสแบบที่ผู้ผลิตต้องการ รหัสแบบต่อรอง และรหัสนี้แบบที่ตรงข้าม

ฮอลล์ อธิบายว่าสื่อจะเข้ารหัสความหมายตามที่ตนต้องการให้ผู้รับสารตีความ ซึ่งหากผู้รับสารส่วนใหญ่ตีความ หรือถอดรหัสไปตามนั้นรหัสความหมายดังกล่าว ก็จะมีลักษณะเป็น

รหัสของกระแสหลัก ซึ่งเป็นความหมายตามที่ผู้มีอำนาจในสังคมต้องการและคนส่วนใหญ่ยอมรับ ส่วนรหัสแบบวิชาชีพสื่อหมายถึงรหัสความหมายจากเทคนิคในการผลิตต่างๆ ของสื่อสารมวลชน เช่น คัดเลือก การตัดต่อ ฯลฯ

รหัสแบบต่อรอง นั้นมักเป็นรหัสที่ผู้รับสารใช้เวลามากที่สุดโดยเป็นรหัสที่ผสมผสานอยู่ระหว่างการยอมรับ (adaptive) กับการต่อต้าน (oppositional) กล่าวคือ ในขณะที่ผู้รับสารยอมรับความหมายตามที่สื่อต้องการ แต่ขณะเดียวกันก็เลือกที่จะรับหรือปฏิเสธภาพรวมของความหมายนั้นๆ เข้าทำนองว่า “เห็นด้วยไม่ทั้งหมด” หรือ “ไม่เห็นด้วยแต่ก็พอลอยตามได้ในบางส่วน” นั่นเอง

รหัสแบบต่อต้านโดยสิ้นเชิงนั้น เป็นรหัสของผู้รับสารที่สะท้อนว่าไม่เพียงแต่ผู้รับสารจะสามารถถอดรหัสว่าสื่อกำลังส่งสัญญาณอะไรมา (รู้ว่า preferred code คืออะไร) แต่พวกเขาสามารถปฏิเสธรหัสอย่างที่สื่อต้องการเหล่านั้นจากเหตุผลหรืออารมณ์ของตนเองเมื่อไรก็ได้

ตารางที่ 2.5 รูปแบบรหัสที่สื่อมวลชนใช้ในการ “ผลิต” ตัวบท และรหัสที่ผู้รับสารใช้ในการ “อ่าน” สาร

การเข้ารหัส (ผู้ส่งสาร)	การถอดรหัส (ผู้รับสาร)
รหัสแบบกระแสหลัก (dominant/hegemonic code)	รหัสแบบที่ผู้ผลิตต้องการ (preferred code)
รหัสของสื่อมวลชน/วิชาชีพ (professional code)	รหัสแบบต่อรอง (negotiated code)
	รหัสแบบตรงข้าม (oppositional code)

แนวคิดเรื่องการถอดรหัสของผู้รับสารได้นำไปสู่การทบทวนแนวคิดเรื่องอุดมการณ์ และการสร้างจิตสำนึกแบบผิดๆ (false consciousness) ของสำนักแฟรงค์เฟิร์ต (Frankfurt School) ที่มองผู้รับสารว่าเป็นผู้ถูกกระทำโดยไม่อาจต้านทานอำนาจจากสื่อได้เลย เนื่องจากถึงแม้ว่าสื่อจะทำหน้าที่รักษาระบบค่านิยมแบบกระแสหลักในสังคมก็ตามแต่ผู้รับสารก็สามารถตีความในลักษณะที่ต่อต้านได้ นอกจากนี้หลังจากที่เกิดการตีความแล้ว หากว่าผู้รับสารก็ไปตีความหมายไปใช้ปฏิบัติในชีวิตประจำวันแล้ว ความหมายหรืออุดมการณ์ในสื่อจะมีผลต่อไปหรือไม่ นั่น มีแนวโน้มว่าจะขึ้นอยู่กับความรู้ผ่านประสบการณ์จริงมากกว่า

ดังนั้นผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเข้ารหัส-ถอดรหัส มาใช้ในการวิเคราะห์การให้ความหมายเรื่องสุขภาพของการแพทย์แผนไทย เพื่อค้นหาคำจำกัดความของความหมายการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทยที่ผู้สื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทยได้ให้ความหมายเอาไว้ในการกำหนดให้เป็นความหมายเรื่องสุขภาพของการแพทย์แผนไทยในการศึกษาคั้งนี้ อันนำไปสู่การสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทยเพื่อสร้าง โอกาสและสิทธิความเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม

2.5 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.5.1 งานวิจัยภายในประเทศ

เพ็ญญา และคณะ (2540) ศึกษาเรื่อง การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทย ในการให้บริการผู้ป่วยในระบบสาธารณสุขของรัฐ พบว่า สถานพยาบาลที่มีการให้บริการคลินิก การทางแพทย์แผนไทยทั้งสิ้น 29 แห่งในประเทศไทย แบ่งเป็นสถานบริการในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ 23 แห่ง และสถานบริการนอกระบบสาธารณสุข 6 แห่ง เก็บข้อมูล โดยแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ประจำอยู่สถานบริการแพทย์แผนไทยและโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ ผลการศึกษาพบว่า คลินิกส่วนใหญ่ให้บริการนวด ออบสมุนไพร ประคบสมุนไพร และจ่ายยาสมุนไพร อีกทั้ง 20 แห่งมีการผลิตยาร่วมด้วย โดยผลิตทั้งสิ้น 117 ชนิด แบ่งเป็นยาเดี่ยว 48 ตำรับ ยาตำรับ 58 ตำรับ และเป็นเครื่องสำอาง 11 ชนิด และการศึกษาความพึงพอใจ พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการใช้บริการแพทย์แผนไทยและผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยได้ขยายวงกว้างขึ้น โดยผู้ที่มีการศึกษาสูง รายได้มากเป็นกลุ่มใหม่ที่ใช้บริการและมีความพึงพอใจในระดับสูง ในขณะที่ชนชั้นกลาง-ล่าง ยังคงมีการใช้การแพทย์แผนไทยและมีความพึงพอใจในระดับสูงเช่นกัน

พินิจ ฟ้าอำนาจ (2549) ศึกษาเรื่อง ข้อมูลทางสังคมที่กระทบต่อสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม มีผลกระทบต่อสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพในลักษณะที่หลากหลาย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยจากโรค ซึ่งมักจะมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคที่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมทั้งในระดับครัวเรือนและในระดับพื้นที่ ยังมีผลต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและโรคที่เกี่ยวข้อง ภาวะทางโภชนาการ การเจ็บป่วยทั่วไป ภาวะทุพพลภาพ โอกาสทางการศึกษา และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งควรจะศึกษาและติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดช่องว่างระหว่างพื้นที่ และระหว่างกลุ่มของครัวเรือนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมที่แตกต่างกัน

เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์ และพีระพงษ์ วงศ์อุปราช (ม.ป.ป.) ศึกษาเรื่อง สถานการณ์พฤติกรรมการใช้แพทย์ทางเลือกของคนไทย พบว่าประชาชนให้ความหมายของการแพทย์ทางเลือก คือการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานและบูรณาการ, การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม, การ “ตัดสินใจเลือก” ของประชาชนในการดูแลสุขภาพ, การดูแลสุขภาพที่เน้นธรรมชาติ, การแพทย์ที่นอกเหนือการแพทย์ตะวันตก, การแพทย์ที่มีความด้อยด้านศักดิ์ศรีกว่าการแพทย์กระแสหลัก, การป้องกันและดูแลรักษาไม่ให้เจ็บป่วย, ภูมิปัญญาด้านสุขภาพที่มีความหลากหลายและสอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรม ทั้งนี้รูปแบบการแพทย์ทางเลือกที่ใช้มากที่สุด คือการออกกำลังกาย การใช้สมุนไพร การนวด การควบคุมอาหาร การบริโภคอาหารผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ การปรับวิถีการดำเนินชีวิต

ปัจจัยการทำนายการใช้แพทย์ทางเลือก ในด้านลักษณะทางสังคมประชากร พบว่าเป็นตัวแปร การเป็นสมาชิกชมรมสุขภาพ สถานะทางสุขภาพและเพศ ส่วนตัวแปรด้านความพึงพอใจที่ทำนายพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก พบว่าปัจจัยด้านความพึงพอใจในประสิทธิผลและความปลอดภัย ในด้านตัวแปรทำนายการใช้แพทย์ทางเลือกเหตุผลการตัดสินใจใช้ทางแพทย์ทางเลือก ได้แก่ การนำปฏิบัติได้เอง และการใช้เพื่อการเสริมสร้างและบำรุงสุขภาพ และการใช้เพื่อการปรับสมดุลในร่างกาย

ชัชฎา บุญญศาสตร์พันธุ์ (2546) ได้ทำการศึกษาเรื่องกระบวนการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่ากระบวนการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กันในทุกองค์ประกอบของการสื่อสาร โดยผลการศึกษาครั้งนี้ได้อธิบายถึง ลักษณะของผู้ส่งสารหรือแพทย์ที่ทำให้การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่าแพทย์จะมีแนวทางในการสื่อสารกับผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ละชนิดแตกต่างกัน และมีขั้นตอนในการบอกข่าว 6 ขั้นตอน คือ การเตรียมความพร้อม การประเมินว่าผู้ป่วยทราบมากน้อยเพียงใดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ประเมินว่าผู้ป่วยต้องการทราบอะไรบ้าง การให้ข้อมูล การแสดงการตอบรับความรู้สึกผู้ป่วย และช่วยผู้ป่วยในการวางแผนในอนาคต โดยแพทย์ทุกคนจะต้องผ่านการอบรมในทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วย (Communication Skill) ในหลักสูตรการเรียนการสอนเกี่ยวกับ จริยธรรมการติดต่อสื่อสาร การให้คำแนะนำและการให้คำปรึกษาซึ่งบรรจุอยู่ในหลักสูตรแพทย์แผนไทย จึงส่งผลให้แพทย์มีพื้นฐานในการใช้ทักษะในการติดต่อสื่อสารเป็นอย่างดี จนเกิดการยอมรับและการสร้างความน่าเชื่อถือแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ลักษณะของผู้ป่วยโรคมะเร็งพบว่า ถ้าผู้ป่วยมีการศึกษาสูงจะมีการแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม แต่จะเชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาเป็นประเด็นสำคัญ และลักษณะของสาร เป็นสารที่เกิดขึ้นใน กระบวนการปฏิสัมพันธ์การสื่อสารทั้ง 2 ฝ่าย ในเนื้อหาเกี่ยวกับโรคมะเร็ง เพื่อได้บรรลุ วัตถุประสงค์ร่วมกัน (Share Meaning) หรือ (Common Understanding) ในการรักษาโรคมะเร็ง อาทิ การทำความเข้าใจ การยอมรับ วิธีการรักษา การให้กำลังใจ การปฏิบัติตัว ฯลฯ โดยการศึกษาครั้งนี้ ความสำคัญไปที่สารจากแพทย์ สารจากผู้ป่วยโรคมะเร็ง และความเข้าใจร่วมกันระหว่างแพทย์กับ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

สุพจน์ เคนดวง (2553) ได้ศึกษาความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม พบว่า ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม คือความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพที่ถูกกำหนดโดย ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรม ซึ่งบิดเบือนทำให้เกิดกระบวนการกระจายทรัพยากรเงินและ อำนาจอย่างไม่เป็นธรรมผ่าน โครงสร้างหรือสถาบันทางสังคม เนื่องจากว่าคนเหล่านั้นถูกกีดกัน จากทรัพยากรสุขภาพหรือเงิน ทรัพยากรและอำนาจอย่างเป็นระบบจนกลายเป็นคนที่ยากจน ขาด แคลน โง่และเจ็บป่วย โดยที่ไม่ใช่ความผิดของเขา มันเป็นสิ่งที่ไม่เป็นธรรมกับเขาที่เขาไม่ได้รับสิ่ง ที่จำเป็นสำหรับการดำเนินเหมือนคนอื่น ไม่เป็นธรรมสำหรับเขาเพราะว่าปัญหาเหล่านี้สังคม สามารถจัดการแก้ไขได้ หรือหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดได้ และสำหรับเราที่สามารถช่วยเขาได้ปล่อยให้เขา ตายโดยไม่ยื่นมือเข้าไปช่วยถือว่า เราเป็นผู้ที่ไม่มีจริยธรรมเป็นคนที่โหดร้าย

รัชชัช เทียนงามและคณะ (2554) ศึกษาเรื่อง การศึกษาสถานการณ์งานวิจัยการแพทย์ แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรระหว่าง พ.ศ. 2543-2552 พบว่า

1) ผลการวิจัยที่รวบรวมได้ในช่วงหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมาที่มีการศึกษาด้านสมุนไพรมากที่สุด ร้อยละ 53.38 รองลงมาคือการแพทย์ทางเลือก การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 17.88, 15.98 และ 12.73 ตามลำดับ

2) ด้านการแพทย์แผนไทย ส่วนใหญ่ศึกษาด้านการนวดไทย ประสิทธิภาพในการรักษา อาการต่างๆ และความพึงพอใจ

3) ด้านการแพทย์พื้นบ้าน ส่วนใหญ่มุ่งการศึกษาระบบการแพทย์พื้นบ้าน สถานภาพ หมอพื้นบ้าน การดำรงอยู่ การถ่ายทอดความรู้และประเภทของโรคที่รักษา

4) ด้านการแพทย์ทางเลือก ส่วนใหญ่เป็นไปตามกระแสไม่มีทิศทางชัดเจนเน้นการใช้ หนูนเสริมการแพทย์แผนปัจจุบัน

5) ด้านสมุนไพร ส่วนมากเป็นงานวิจัยสมุนไพรเชิงเดี่ยวเพื่อหาสารบริสุทธิ์และพิสูจน์ ค่าหรือฤทธิ์ของสารบริสุทธิ์ ยังมีงานวิจัยตำรายาไทยน้อย

6) ด้านการวิจัยเชิงระบบเป็นการศึกษา เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนา ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2550-2555 ใน 5 ยุทธศาสตร์ คือการสร้างและจัดการความรู้ การ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ การพัฒนากำลังคน การพัฒนาระบบยาไทยและสมุนไพร และการ คุ่มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พบว่า งานวิจัยที่ผ่านมาไม่มีทิศทางชัดเจนและไม่สามารถ สร้างการยอมรับในระบบบริการสุขภาพได้มีข้อเสนอแนะการจัดการงานวิจัยในทศวรรษหน้าที่ สอดคล้องไปกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 11 ยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ยึดคน เป็นศูนย์กลาง สร้างสมดุลการพัฒนาในทุกมิติและที่สำคัญคือต้องดำรงคุณค่าขององค์ความรู้ ภูมิปัญญา

อนนท์ รักดี (2546) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้ บริการการแพทย์แผนไทยในจังหวัดปัตตานี พบว่า

ลักษณะของผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีฐานะดี มีประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทย หลายครั้ง แต่มาใช้บริการสถานบริการแห่งนี้เพียงแค่ 1-3 ครั้ง ลักษณะของโรค ส่วนใหญ่เป็น โรค เกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูก รักษาด้วยการนวดหรือนวดร่วมกับการประคบ

คำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยอธิบายสาเหตุ ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยตาม หลักการวิทยาศาสตร์ หรือเหตุการณ์ผิดปกติหรือการป่วยในอดีตที่เป็นจุดเริ่มต้นของการเจ็บป่วย อธิบายลักษณะโรค ตามความผิดปกติหรือการปวด อาการผิดปกติที่เป็นบ่อยๆ หรือขาด ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองดำเนินชีวิตประจำวัน

ปัจจัยที่มีผลในการเลือกบริการการแพทย์แผนไทย คือ ด้านผู้รับบริการ ส่วนใหญ่มี ความเชื่อว่าถ้ามีอาการเช่นนี้ควรใช้บริการการแพทย์แผนไทย ทดลองมาใช้บริการตามคำแนะนำ ของผู้มีประสบการณ์หรือหมอดหวัง ไม่พอใจในการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน ด้านผู้ให้บริการ เป็นผู้มีความสามารถและประสบการณ์สูง มีชื่อเสียง และเป็นคนในสังคมเดียวกัน ด้านระบบบริการ คือ การนวด การไช้ยาไทย มีหลักและเหตุผลในเชิงวิทยาศาสตร์ บรรยากาศของสภาพแวดล้อม หรือมีความเป็นกันเอง ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น การที่แพทย์แนะนำให้รักษาแบบผสมผสาน และการเบิกค่า รักษาพยาบาลได้ในสถานบริการของรัฐ

2.5.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Xu Tong (1978) ศึกษาเรื่อง Combining Traditional Chinese and Modern Western Medicine พบว่า

1) นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2492 เมื่อประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนได้ให้ความสำคัญกับการ พัฒนาการแพทย์แผนจีนอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2493 รัฐบาลจีนได้กำหนดนโยบาย “รัฐบาลจีนให้ ความสำคัญต่อการแพทย์จีนและการแพทย์แบบตะวันตกอย่างเท่าเทียมกัน” ทำให้มีการระดม

ความคิดเพื่อการฟื้นฟูยกระดับการแพทย์แผนจีนขึ้น กระทรวงสาธารณสุขของรัฐบาลจีนได้ก่อตั้ง “กรมการแพทย์จีน” (Department of Traditional Chinese Medicine) มีบทบาทในการกำหนดนโยบายแผนงาน การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และการพัฒนาการแพทย์แผนจีน นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งคณะกรรมการบริหารด้านการแพทย์จีน (State Administration of Traditional Chinese Medicine) อันเป็นโครงสร้างที่มีบทบาทด้วยนโยบาย

2) ด้านการศึกษา ในปี พ.ศ. 2499 รัฐบาลจีนได้ก่อตั้งวิทยาลัยการแพทย์จีนขึ้น 4 แห่ง แรกขึ้นที่เมืองปักกิ่ง กวางโจว ช่างไฮ้ และเฉิงตู และขยายจำนวนขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งปัจจุบันมีวิทยาลัยการแพทย์จีนร่วม 100 แห่ง และวิทยาลัยการแพทย์มองโกเลีย และคณะกรรมการแพทย์จีน 11 แห่ง อยู่ในโรงเรียนแพทย์ตะวันตกด้วย ด้านการบริการทางการแพทย์จีนมีโรงพยาบาลแพทย์จีนระดับเมือง จำนวน 2,300 แห่ง และมีจำนวนเตียงมากกว่า 207,000 เตียง นอกจากนี้ ยังมีบุคลากรการแพทย์จีนทั้งหมดจำนวน 538,000 คน ส่วนมากเป็น “หมอชาวบ้าน” (village doctor) อยู่ในเขตชนบท โดยแพทย์จีนเหล่านี้ให้บริการ โดยใช้ยาสมุนไพรและการฝังเข็มเพื่อป้องกันและรักษาโรคให้ชาวบ้านชนบท

3) ทิศทางและรูปแบบการผสมผสานการแพทย์จีนและการแพทย์ตะวันตก มีลักษณะกิจกรรมการผสมผสานแพทย์จีนและการแพทย์ตะวันตกสามารถจำแนกได้ 2 ลักษณะ คือ

(1) การผสมผสานในระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข คือการผสมผสานระหว่างการแพทย์จีนกับแพทย์ตะวันตกนั้นมิได้ปรากฏอย่างชัดเจน โดยทั่วไปสรุปว่า การแพทย์จีนถูกนำไปใช้ในสัดส่วนค่อนข้างสูง (ร้อยละ 40) ในบริการสาธารณสุขมูลฐาน สำหรับโรงพยาบาล (ยกเว้นแผนกแพทย์จีน) โรงพยาบาลทั่วไปส่วนใหญ่ใช้แพทย์แบบตะวันตกและผนวกการใช้ยาจีน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเภทของโรคและอาจมีปรากฏการณ์ที่เหลื่อมล้ำซ้อนกัน โดยที่ทดลองรักษาแผนใดแผนหนึ่งก่อน และเปลี่ยนมารักษาแผนอื่นที่หลัง ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการบริการทางการแพทย์มี 3 ระบบ คือ ระบบการแพทย์จีน ระบบการแพทย์แบบตะวันตก ระบบการแพทย์แบบผสมผสาน

(2) การผสมผสานในการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ ซึ่งรัฐบาลจีนได้ให้ความสำคัญกับการวิจัยแบบผสมผสานนี้มาก โดยในปี พ.ศ. 2524 สมาคมการผสมผสานการแพทย์จีนและการแพทย์ตะวันตก เพื่อทำการวิจัยเกี่ยวกับทฤษฎีพื้นฐานของการแพทย์จีน วิธีวินิจฉัยและการรักษาโรคของแพทย์จีน หลักการและผลทางคลินิกของการฝังเข็ม เป็นต้น และทำการตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ

มหาวิทยาลัยซาร์ (1982) ประเทศเยอรมนี ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในประเทศไทย โดยมี ศาสตราจารย์ฮันเคอร์ริง ผู้เชี่ยวชาญด้านชาติพันธุ์วิทยา ได้สัมภาษณ์แพทย์จำนวนหนึ่งเกี่ยวกับการดูแลและการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยอย่างไร ซึ่งผลการศึกษา

พบว่า ระยะเวลาโดยเฉลี่ยแพทย์มีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วยแต่ละรายสั้นมาก ซึ่งมันไม่ได้เพียงพอต่อการซักประวัติ หรือการสอบถามอาการเจ็บป่วยตลอดจนการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย และเนื่องจากการใช้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วยน้อย แพทย์แต่ละรายก็มีการบริหารเวลาในหลายวิธี ซึ่งแพทย์บางรายก็มีรูปแบบการสนทนากับผู้ป่วยที่น่าสนใจ ผู้ป่วยก็สามารถให้ข้อมูลการเจ็บป่วยได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ระยะเวลาที่สนทนากับผู้ป่วยอาจไม่ใช่เรื่องของการซักถามอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยคือไม่ใช่เรื่องสุขภาพเท่านั้น แต่เป็นการสนทนาในเรื่องอื่นๆ เช่น อาจพูดคุยเรื่องส่วนตัวของแพทย์รวมอยู่ด้วย และในเรื่องของบุคลิกภาพท่าทางการแต่งกายของแพทย์ในระหว่างการสนทนากับผู้ป่วยจะมีผลต่อการลดความกังวลใจ หรือความกลัวของผู้ป่วยได้ ซึ่งถ้าเป็นเช่นนั้นการให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลต่างๆ จากผู้ป่วยจะมีมากขึ้นด้วย นอกจากนี้การวิจัยครั้งนี้ยังได้ศึกษาในเรื่องของความพึงพอใจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยว่า แพทย์กับผู้ป่วยมีช่องว่างในเรื่องการศึกษา เช่น ผู้ป่วยไม่ทำตามคำแนะนำของแพทย์และไม่ติดตามผลการรักษา และในทางกลับกันแพทย์เองก็มักจะไม่ได้เข้าใจความต้องการของผู้ป่วยในวิถีชีวิตของแต่ละคนด้วย รวมทั้งผู้ป่วยเองก็มีความวิตกกังวลขณะพูดคุยกับแพทย์ โดยจะแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบในทางขัดแย้งกับความคิดเห็นของแพทย์ และก็เป็นเหตุผลอีกประการที่แพทย์มักจะสนทนากับผู้ป่วยที่ฉลาดและมากระดับการศึกษา

Chantaan Banpasirichote (1989) ศึกษาเรื่อง The Indigenization of Development Process in Thailand: A case Study of Traditional Medical Revivalist Movement (Thai Massage) พบว่า การฟื้นฟูการแพทย์แผนโบราณ หรือการสร้างแพทย์ทางเลือกในเมืองไทยนั้น เกิดจากกลุ่มภาคประชาสังคม (Civil Society) มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูการแพทย์แผนโบราณ แต่การที่แกนนำในการฟื้นฟูการแพทย์แผนโบราณ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และชนชั้นนำ (elite) ได้ทำการทดสอบผลและความปลอดภัยของการแพทย์แผนโบราณนั้น ยังคงเป็นไปตามความคิดและทัศนคติของแพทย์แผนปัจจุบัน และได้ทำการเผยแพร่ภายใต้การควบคุมของผู้เชี่ยวชาญการแพทย์แผนปัจจุบัน

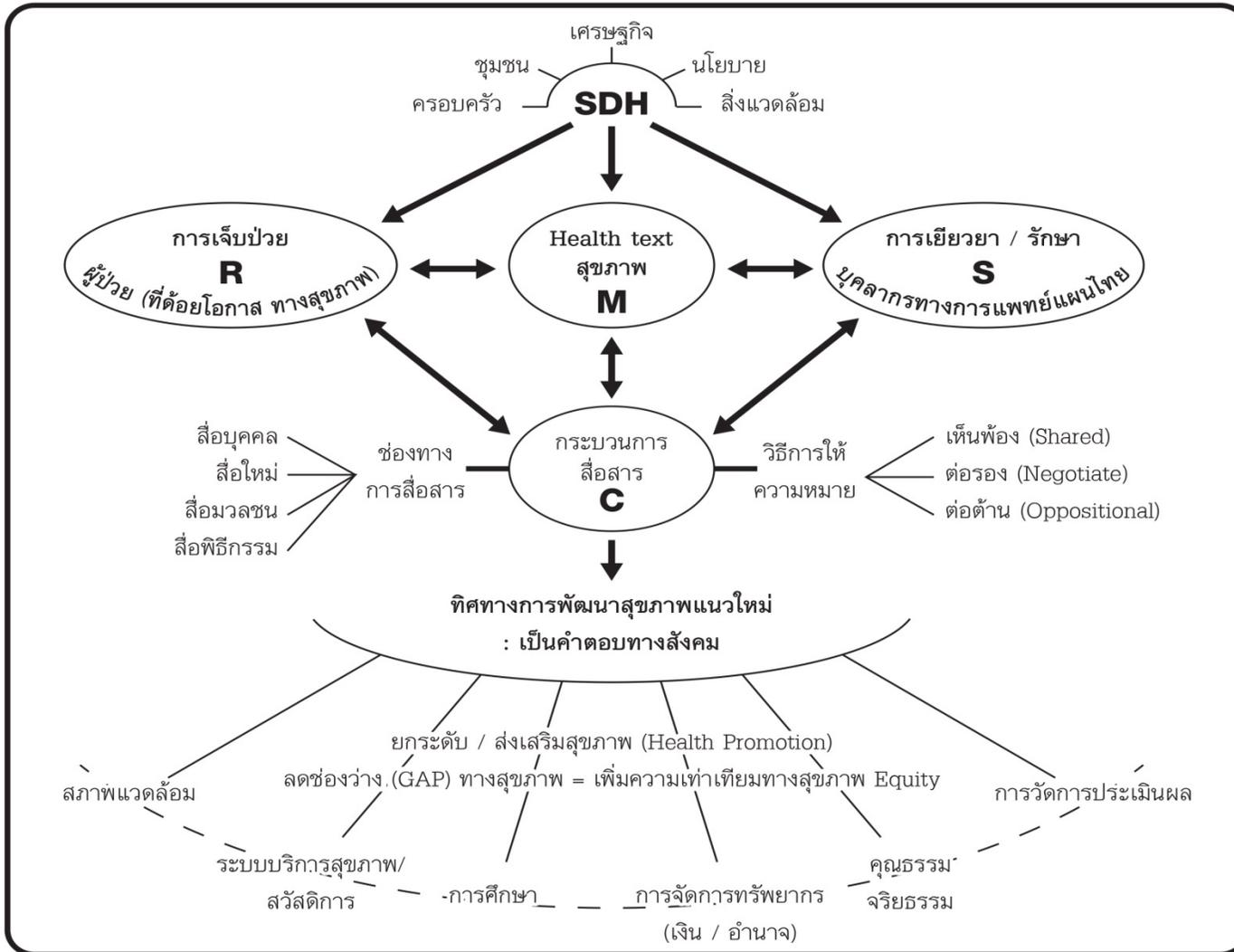
Annette Squetimkin-Anquoe (2013) ศึกษาเรื่อง Urban Indian Perspectives of traditional Indian Medicine เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของชนเผ่าอินเดียนแดงที่ยังคงรักษาสุขภาพตามแบบวิถีการแพทย์ของอินเดียน คือการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมถึงองค์ประกอบ กาย จิตใจ จิตวิญญาณ ตามขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมชนเผ่าอินเดียน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่เรียกว่า “Ethnographic Futuer Research (EFR)” เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยภายในชนเผ่ามีผลต่อระบบการดูแลสุขภาพตามแบบวิถี

การแพทย์อินเดีย คือ ปัจจัยด้านระบบวัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต ความรู้แบบดั้งเดิมของชนเผ่าที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม คือ กาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของชาวอินเดียในอัลเบิร์ต

2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประมวลแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น และนำมาสรุปออกมาเป็น Conceptual Model หรือ Conceptual Map เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลคือ

การวิเคราะห์ข้อมูลตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมนั้นมีความสัมพันธ์ในการกำหนดคุณลักษณะของผู้สื่อสารสุขภาพ ในที่นี้คือ บุคลากรทางการแพทย์แผนไทย ที่ทำหน้าที่เยียวยารักษาสุขภาพ และผู้ป่วยให้กลายเป็นผู้ด้อยโอกาสทางสุขภาพ โดยในบริบทการแพทย์แผนไทยที่ทำการศึกษา เป็นบริบทคลินิกการแพทย์แผนไทยสาธารณสุข ส่งผลให้มีการกำหนดประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพการแพทย์แผนไทยและการสร้างสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพ ผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ ทำให้เกิดการสร้างความค่าของการแพทย์แผนไทยในการกำหนดความหมาย และการกำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพแนวใหม่ ที่ไม่ใช่แค่คำตอบทางสุขภาพจากเชื้อโรคหรือโรคร้ายไข้เจ็บ แต่เป็นการหาคำตอบสุขภาพจากสังคมว่าทำไมกลุ่มคนเหล่านี้ไม่สามารถมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นได้เพราะเหตุใด อันนำไปสู่การยกระดับหรือการสร้างเสริมสุขภาพ และลดช่องว่างทางสุขภาพ เพื่อสร้างความเท่าเทียมทางสุขภาพในที่สุด โดยผู้วิจัยได้วางกรอบแนวคิดในการศึกษาดังนี้



**CONTEXT :
แพทย์แผนไทย**

- ภูมิปัญญาสืบทอด
- พุทธศาสนา
- พิธีกรรม
- เน้นหัตถบำบัด
- ความเชื่อ / ลึนเหนือธรรมชาติ
- อิทธิพล ฤดูกาล
- การพึ่งพาตนเอง
- วิถีชีวิตแบบไทย
- สมุนไพร / ธรรมชาติ
- วัฒนธรรมธาตุ
- ระดับชุมชน

ภาพที่ 2.15 กรอบแนวคิดของการวิจัยเบื้องต้น (conceptual framework) กระบวนการสื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย