

ทิศทางของการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์

นางนิภาวรรณ สุขศิริ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทศึกษาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชานิเทศศาสตรพัฒนาการ ภาคการประชาสัมพันธ์
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2540
ISBN 974-637-350-1
ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

TREND OF HEALTH CARE IN TELEVISION HEALTH PROGRAMMES

Mrs. Nipapan Sooksiri

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts in development Communication

Department of Public Relation

Graduate School

Chulalongkorn University

Academic Year 1997

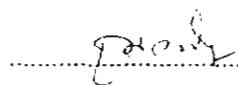
ISBN 974-637-350-1

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ที่ศึกษาของการคุ้มครองสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์
โดย นางนิภาพร สมศรี
ภาควิชา การประชาสัมพันธ์
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. กาญจนा แก้วแทพ

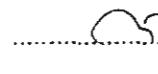
บันทึกวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุนัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....กันบดีบันทึกวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ นายนพเดช ศุภวัฒน์ ชุดวงศ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..........ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ธนาวี บุญลือ)

..........อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. กาญจนा แก้วแทพ)

..........กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. กนกศักดิ์ แก้วแทพ)

นิพัทธ์ ศุภศิริ: ทิศทางของการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ (TREND OF HEALTH CARE IN TELEVISION HEALTH PROGRAMMES) อ.ท.ปรีกษา วงศ์ ดร.กานุจนา แก้วเทพ, 121 หน้า, ISBN 974-560-974-637-350-1

การวิจัยเรื่อง “ทิศทางของการคุ้มครองสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์” นี้ บุ่งศึกษาว่าโทรทัศน์ได้ทำหน้าที่เป็นกลไกหนึ่งในการสร้างสรรค์ความยุติธรรมด้านสุขภาพอนามัย โดยถือหลักดังที่ให้มากสำหรับผู้มีนิยม หรือทำได้เพียงการชี้ช้าเตือนความอยุติธรรมด้านสุขภาพอนามัยให้พัฒนามากขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบรายการสุขภาพทางไทรทัศน์ของรัฐและเอกชนในมิติต่าง ๆ
2. เพื่อศึกษาถักยั่งยืนทางชั้นของเนื้อหาที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางไทรทัศน์
3. เพื่อเปรียบเทียบการนำเสนอแนวคิดของการแพทย์เบนแยกส่วนกับการแพทย์องค์รวมที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางไทรทัศน์
4. เพื่อศึกษาการประเมินรายการสุขภาพทางไทรทัศน์จากทัศนะของผู้รับสารกุ่มต่าง ๆ (ชนชั้นล่าง, ชนชั้นกลาง และชนชั้นนำ)

ผลการวิจัยพบว่า รายการสุขภาพทางโภรทัศน์มีเนื้อหารายการ 2 รูปแบบ คือ รูปแบบรายการความรู้ และรูปแบบโฆษณา โดยแบ่งรายการเป็น 6 ประเภท คือ อาหาร, แม่และเด็ก, เอดดิส์, สุขภาพดี, สุขภาพฟัน และการเจ็บป่วย รายการสุขภาพทางโภรทัศน์ของรัฐเป็นรายการความรู้มากกว่าโฆษณา รายการสุขภาพทางโภรทัศน์ของเอกชนเป็นโฆษณา มากกว่ารายการความรู้ และรายการสุขภาพทางโภรทัศน์โดยส่วนใหญ่ไม่มีลักษณะทางชั้นนำมากกว่าการมีลักษณะทางชั้น ในรายการที่มีลักษณะทางชั้นพบลักษณะชั้นนำมากกว่าชั้นล่างเหมือนกันทั้งรายการของรัฐและเอกชน สำหรับ การนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์แนวคิดองค์รวมถูกนำเสนอมากกว่าแนวคิดแยกส่วน โดยรูปแบบรายการความรู้นำเสนอ แนวคิดองค์รวมมากกว่าแนวคิดแยกส่วน แต่รูปแบบรายการ โฆษณานำเสนอแนวคิดแยกส่วนมากกว่าแนวคิดองค์รวม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างรัฐและเอกชนพบว่ามีความแตกต่างกันเล็กน้อย คือ รัฐผู้ดูรายการที่นำเสนอแนวคิดองค์รวมมากกว่าแยกส่วน ขณะที่เอกชนนำเสนอแนวคิดแยกส่วนมากกว่าองค์รวมเล็กน้อย

การประเมินรายการสุขภาพทางไทรทัศน์จากทัศนะของผู้รับสารกตุ่มต่าง ๆ พบว่า ผู้รับสารทุกกลุ่มมีการเปิดรับรายการความรู้น้อยมากแต่เปิดรับโฆษณามากกว่า และพบว่ารายการสุขภาพไม่ใช่รายการที่ผู้รับสารติดตามเป็นประจำ สำหรับการรับรู้รายการสุขภาพทางไทรทัศน์พบว่า ผู้รับสารทุกกลุ่มมีการรับรู้ว่า รายการสุขภาพทางไทรทัศน์ไม่มีมิติข้อมูลทางชั้นและสามารถนำไปปฏิบัติได้เหมือนกัน แต่ความเชื่อถือในรายการนั้นพบว่า กลุ่มชั้นต่ำมีความเชื่อถือในรายการทั้งหมด ขณะที่ชั้นกลางและชั้นนำมีความไม่แน่ใจบ้างเล็กน้อย สำหรับการนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์พบว่า กลุ่มชั้นต่ำและชั้นนำมีทัศนะว่า รายการสุขภาพทางไทรทัศน์นำเสนอแนวคิดแยกส่วนมากกว่าแนวคิดองค์รวม ขณะที่กลุ่มชั้นต่ำกล่าวมีทัศนะว่า แนวคิดองค์รวมปราศจากในรายการสุขภาพทางไทรทัศน์มากกว่าแนวคิดแยกส่วน

ภาควิชา ประชาสัมพันธ์
สาขาวิชา มิเทคโนโลยีสตรีพัฒนาการ
ปีการศึกษา 2540

ধারণা প্রক্রিয়া করা হচ্ছে।

C 750253. : MAJOR ARTS IN DEVELOPMENT COMMUNICATION

KEY WORD:

HEALTHCARE/TELEVISION/HEALTH PROGRAMMES

NIPAPAN SOOKSIRI : TREND OF HEALTH CARE IN TELEVISION HEALTH PROGRAMMES

ASSIST.PROF.KANCHANA KAEWTHEP,Ph.D. 126 pp. ISBN 974-637-350-1

This research focuses on representation of health programmes on television to determine whether it serves as mechanism to promote fair distribution of health care or on the other hand, aggravates discrimination in the service.

Objective:

1. To compare health programmes on television supported by the government and the private sectors in various dimension.
2. To study any implication of division of social classes through contents of health programmes on television.
3. To compare the holistic health concept with the non-holistic one in the presentation of health programmes on television.
4. To study views of different group of audience(lower,middle, and upper classes)toward health programmes on television.

The study examines health programmes on television in two characteristics - programmes for educating and for commercialism. The contents of health programmes are divided into 6 categories - food, Aid, mother and child, visual health, dental health, and ailments. Health programmes supported by government agencies focus on educating rather than commercialism while the private sector's emphasizes the opposite. Most of the television health programmes of both of government and private organizations do not particularly represent social classes. The fewer ones with class representation mostly cater for the upper class. The holistic health concept is presented in the programmes more than non-holistic health concept. The educating programmes present the holistic health concept more than the commercializing programmes. Health programmes supported by government organizations the holistic health concept more than private organizations.

According to health programmes evaluation, audience in different group prefer the commercializing programmes to the educating programmes. Moreover, health programmes are not regularly watched. Although all groups of audience know that television health programmes do not signify social class discrimination and their contents while the middle and upper classes think the information may not be 100 percent accurate. In addition, the evaluation also find that audience in the lower and upper classes see the health programmes as presenting the non-holistic concept more than the holistic. While the middle class finds it the opposite way.

ภาควิชา..... ประชารัตน์

สาขาวิชา..... นิเทศศาสตร์พัฒนาการ

ปีการศึกษา..... 2540

ลายมือชื่อผู้สืบ..... *Home* *6073*

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา..... *ก.*

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม..... *ก.*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้สำเร็จอุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดีอีก ของร.ศ.ดร.กาญจนากี้วเทพ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งท่านได้ให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นต่างๆ ของการวิจัยมาด้วยดีตลอด ทำให้ได้รับการสนับสนุนทุนการวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง รวมทั้ง ร.ศ.ดร.ธนวี บุญดีอีกที่ให้เกียรติเป็นประธานการสอบ และ รศ.ดร.กนกศักดิ์ แก้วเทพ ที่กรุณาให้คำแนะนำต่างๆ และเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ได้รับความกรุณาและความช่วยเหลือจาก พท.ปรีชา - คุณนภัส พุฒิสุทธิ์, พอ.เครื่องนาค เกิดข้า, คุณศรีสลับ - คุณณรงค์ชัย นาชัยเริ่ม, คุณสมพร วัฒนไพบูลย์, คุณนิตยา นำชม, คุณสันติ เหล่านิพนธ์, คุณสุมลี พกบานยุง และที่สำคัญ คือทุกท่านที่ได้เสียสละตอบแบบสอบถามและให้เกียรติสัมภาษณ์ ทำให้ได้ข้อมูลรายละเอียดที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยอย่างดีอีก ผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

ท้ายนี้ ผู้วิจัยได้ขอรับขอบพระคุณบิดา-มารดา ผู้ใจดีชิดสماชิกทุกคนในครอบครัวที่เป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา รวมทั้งเพื่อนๆ น้องๆ นิม โนนง, นิ้ง, เม็ก, ยง, บุช, นอล ที่เคยให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือในการทำงานชิ้นนี้มาโดยตลอด

นิภาพรณ สุขศิริ

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1	1
ความสำคัญของปัญหา.....	
บทที่ 2	11
แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	
- แนวคิดบทบาททางสังคมของสื่อมวลชนในด้านสาระสุข.....	11
- แนวคิดการวิเคราะห์องค์ประกอบของการสื่อสาร.....	16
- แนวคิด 2 ทัศนะทางการแพทย์กับแบบแผนการเข็บป่วยของคนไทย.....	22
บทที่ 3	
ระเบียบวิธีวิจัย.....	29
บทที่ 4	
การวิเคราะห์เนื้อหารายการสุขภาพทางโทรทัศน์.....	42
บทที่ 5	
การประเมินรายการสุขภาพทางโทรทัศน์จากทัศนะของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ	
1. พฤติกรรมแบบการเปิดรับข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ.....	69
2. กระบวนการรับรู้ของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ.....	82
บทที่ 6	
ทิศทางของการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์.....	92
รายการอ้างอิง.....	101
ภาคผนวก	
ก. ตารางการวิเคราะห์เนื้อหารายการสุขภาพ.....	104
ข. แบบสอบถามการเปิดรับรายการสุขภาพทางโทรทัศน์.....	116

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงรายการสุขภาพและรูปแบบรายการตามประเภทต่างๆ.....	43
2 เปรียบเทียบรายการสุขภาพของรัฐกับเอกชน.....	46
3 เปรียบเทียบรายการความรู้ของผู้ผลิตต่างๆตามเกณฑ์ตามประเภท.....	47
4 เปรียบเทียบโฆษณาของผู้ผลิตต่างๆตามเกณฑ์ตามประเภท.....	49
5 แสดงลักษณะผู้ผลิตกับลักษณะทางชั้นของรายการสุขภาพ(ทั้งรายการความรู้และโฆษณา)..	51
6 ลักษณะผู้ผลิตกับลักษณะทางชั้นของรายการสุขภาพในรูปแบบรายการความรู้.....	52
7 ลักษณะผู้ผลิตกับลักษณะทางชั้นของรายการสุขภาพในรูปแบบโฆษณา.....	53
8 ลักษณะผู้ผลิตกับแนวคิดทางการแพทย์ในรายการสุขภาพทุกรูปแบบ.....	54
9 ลักษณะผู้ผลิตกับแนวคิดทางการแพทย์ในรายการความรู้.....	55
10 ลักษณะผู้ผลิตกับแนวคิดทางการแพทย์ในโฆษณา.....	55
11 ลักษณะทางชั้นของรายการสุขภาพทางโทรทัศน์.....	56
12 ลักษณะทางชั้นของรายการสุขภาพ(รายการความรู้/โฆษณา)กับประเภทรายการ.....	58
13 แสดงลักษณะทางชั้นของรายการความรู้ตามประเภทต่างๆ.....	60
14 แสดงลักษณะทางชั้นในโฆษณาตามประเภทต่างๆ.....	61
15 เปรียบเทียบลักษณะทางชั้นของโฆษณา 2 ลักษณะ.....	63
16 แสดงแนวคิดการแพทย์ทั้ง 2 ทัศนะในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ทุกรูปแบบ.....	64
17 เปรียบเทียบการนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์ของโฆษณา 2 ลักษณะ.....	65
18 แสดงแนวคิดการแพทย์ทั้ง 2 ทัศนะตามประเภทรายการต่างๆ.....	65
19 การนำเสนอแนวคิดการแพทย์ 2 ทัศนะในรายการความรู้.....	67
20 การนำเสนอแนวคิดการแพทย์ 2 ทัศนะในโฆษณา.....	68
21 แสดงอาชีพของผู้รับสารกุ่มต่างๆ.....	70
22 แสดงการประเมินสุขภาพ(ตนเอง)ของผู้รับสาร.....	70
23 แสดงการประเมินสุขภาพ(ตนเอง)ของผู้รับสารกุ่มต่างๆ.....	71
24 ความสนใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้รับสาร.....	71
25 แสดงความสนใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้รับสารกุ่มต่างๆ.....	72
26 แสดงการเปิดรับสารด้านสุขภาพจากสื่อต่างๆที่นอandonด้านแรกของผู้รับสารกุ่มต่างๆ.....	72
27 แสดงความถี่ในการดูรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของผู้รับสาร.....	74
28 แสดงความถี่ในการดูรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของผู้รับสารกุ่มต่างๆ.....	74

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
29 แสดงลักษณะการคุ้มครองสุขภาพทางโทรทัศน์ ของผู้รับสารก่อนต่างๆ	75
30 แสดงเหตุผลในการคุ้มครองสุขภาพทางโทรทัศน์ของผู้รับสาร	75
31 แสดงเหตุผลในการชุมชนการสุขภาพทางโทรทัศน์ของผู้รับสารก่อนต่างๆ	76
32 แสดงช่วงเวลาที่ผู้รับสารก่อนต่างๆ ต้องการให้มีรายการสุขภาพแพร่ภาพทางโทรทัศน์	77
33 แสดงการเปิดรับรายการสุขภาพ(รายการความรู้)ทางโทรทัศน์ของผู้รับสารก่อนต่างๆ	78
34 การเปิดรับรายการสุขภาพ(โฆษณา)ทางโทรทัศน์ของผู้รับสารก่อนต่างๆ	80
35 เปรียบเทียบการเปิดรับรายการความรู้กับโฆษณาของผู้รับสารก่อนต่างๆ	81
36 แสดงความน่าเชื่อถือในรายการสุขภาพทาง T.V. ของผู้รับสารก่อนต่างๆ	84
37 แสดงปัญหาสุขภาพครองกับรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ในทัศนะของผู้รับสารก่อนต่างๆ	85
38 แสดงรายการสุขภาพกับปัญหาสุขภาพของคนไทยส่วนใหญ่ในทัศนะของผู้รับสารก่อนต่างๆ ..	86
39 แสดงการนำคำแนะนำจากรายการสุขภาพทาง T.V. "ไปปฏิบัติ" ในทัศนะของผู้รับสารก่อนต่างๆ ..	87
40 แสดงทัศนะของผู้รับสารค่อการนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์ของรายการสุขภาพทาง T.V.	89
41 แสดงแนวคิดการแพทย์ที่ปรากฏในรายการสุขภาพทาง T.V. ตามทัศนะของผู้รับสารก่อนต่าง...	90

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาสาธารณสุขเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาทางสังคมในทุกๆ ด้าน โดยมีสุขภาพของประชาชนเป็นศูนย์กลาง หากประชาชนเจ็บป่วยหรือมีสุขภาพไม่ดี (Poor Health) หมายถึงระบบการพัฒนาสาธารณสุขนี้ นล้มเหลว (Failure Systems) “สุขภาพ(Health)” ในความหมายที่เป็นสามัญ คือ สภาพความสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม ซึ่งสภาพความสมบูรณ์ของแต่ละบุคคลแต่ละสังคมย่อมแตกต่างกันไป แล้วแต่สังคมจะกำหนดขึ้นเอง สุขภาพจึงเป็นเป้าหมายของชีวิตและสังคม สัญญาณสำคัญที่บ่งบอกถึงสุขภาพ หมายความว่า ทุกสังคม คือ การเกิดภาวะการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรค

กระทรวงสาธารณสุข (2533) ได้วิเคราะห์แบบแผนการเจ็บป่วยของประเทศไทยเป็น 4 ลักษณะ คือ

(1) กลุ่มโรคที่เกิดจากความยากจน (diseases of poverty) ได้แก่ โรคทุพโภชนาการ การขาดสารอาหารต่าง ๆ และโรคติดต่อที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม เช่น โรคติดเชื้อที่นำโดยแมลง (vector - borne diseases) ได้แก่ มาลาเรีย ไข้เลือดออก โรคติดเชื้อที่นำโดยทางน้ำ (water - borne diseases) ได้แก่ ห้องเดิน บิด โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ วัณโรค ปอดบวม โรคทางทันตสาธารณสุข กลุ่มโรคติดต่อทั่วไป ได้แก่ โรคติดเชื้อเนิยนพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็ก โรคหนองพยาธิ โรคอุจจาระร่วง โรคพิษสุนัขบ้า รวมทั้ง โรคปอดอักเสบ และกลุ่มโรคติดต่อจาก การสัมผัส ได้แก่ โรคเรื้อน วัณโรค

(2) กลุ่มโรคที่เกิดจากความมั่งคั่งหรือเกี่ยวพันกับการพัฒนา ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง การโภชนาการการกิน(สืบเนื่องถึงโรคหัวใจขาดเลือด) โรคเบาหวาน โรคไขมัน ในเลือดสูง

(3) กลุ่มโรคที่เกิดจากพยาธิสภาพทางสังคม ได้แก่ กรมโรค โรคเอดส์ อุบัติเหตุและการเป็นพิษ การติดยาเสพติดให้โทษ โรคจิตและประสาท

(4) นอกจากนี้ยังจัดกลุ่มปัญหาสุขภาพอุบัติ ปัญหาสุขภาพอันเกิดจาก การประกอบอาชีพ(ทั้งในภาคเกษตรและอุตสาหกรรม โดยเฉพาะการนาดเจ็บพิการจาก การประกอบอาชีพ พิษจากสารเคมี ตะกั่วและโลหะอื่นๆ) ปัญหาสุขภาพอันเกิดจากกลดพิษทางสภาวะแวดล้อม(เป็นปัญหาระบบทายใจ มะเร็ง และอื่นๆ) ปัญหาสุขภาพอันเกิดจากการบริโภคสารอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ทั้งในแง่ของความสะอาดของอาหาร และสารอื่นๆ ที่เป็นอันตรายต่อการบริโภค)

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าภาวะการเจ็บป่วยมีความแตกต่างกัน ไปตามลักษณะของสังคม วัฒนธรรม และภูมิศาสตร์ที่แตกต่างกัน และโรคบางโรคก็มีลักษณะทางชั้นชั้นๆ ตามกำหนด โรคติดเชื้อมักพบในกลุ่มยากจน มากกว่ากลุ่มที่มีฐานะปานกลาง หรือร่ำรวย โรคหัวใจและมะเร็ง เป็นโรคประจำสังคมที่มีวิธีชีวิตฟุ่มเฟือ เต็มไปด้วยความเครียด ออกกำลังกายน้อย กินอาหารที่ผ่านกรรมวิธีมากเกินไป (แลบอนฟ้าเขียว, 2533:32-33) และแนวโน้มภาวะการเจ็บป่วยของคนไทยนั้น สัมพันธ์กับความยากจนและความมั่นคง(จรัส สุวรรณเวดา, 2536) เนื่องจากฐานเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองมีส่วนกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในขั้นตอนของการเกิด โรคและการรักษาโรค เช่น โรคผิวหนังมักเกิดกับชนชั้นล่าง โรคอ้วนมักเกิดกับชนชั้นร่ำรวย ด้วยความสามารถของบุคคลแต่ละกลุ่มแต่ละชั้น มีความแตกต่างกันในการจัดสภาวะแวดล้อมเพื่อการรักษาสุขภาพที่ดี รวมทั้ง ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ เที่ยนชา กีรนันทน์ (2537) จึงได้เสนอถึง แนวทางการพัฒนางานสาธารณสุขว่า ต้องปรับปรุงด้านความเป็นธรรมในการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และด้านการเจ็บป่วย เพื่อระเหตุความยากจน(ทั้งในเมืองและชนบท)

เนื่องจาก พฤติกรรมสุขภาพมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสภาพเศรษฐกิจการเมืองและสังคม ตลอดจนได้รับอิทธิพลพื้นฐานดังเดิมของสังคมนั้น ๆ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จึงมีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงได้แตกต่างกัน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม จำเป็นต้องผ่านการผสมผสานของประสบการณ์ที่ได้จากการบูรณาการขั้นเดลารังส์กับความรู้ของบุคคล ดังนั้น ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลแต่ละกลุ่มจึงมีปัจจัยร่วมสำคัญ 2 ประการ คือ ฐานทางเศรษฐกิจและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ดังแผนภูมิ

ฐานะทางเศรษฐกิจ + ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ \Rightarrow สุขภาพดี

ฐานะยากจน + ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ \Rightarrow โรคที่เกิดจากความขาดแคลน (ในขณะที่ฐานะเป็นตัวปัจจัย โอกาสที่จะเข้าสู่สุขภาพที่ดีหรือเข้าถึงบริการรักษาเช่นยาที่ดีແส่วนใหญ่มีน้อยว่า การมีความรู้ด้วยเฉพาะในเชิงป้องกันจะเป็นช่องทางหรือกลไกให้คนยากจนมีโอกาสสมัชชภาพที่ดีได้)

ฐานะพอเพียง + มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ \Rightarrow สุขภาพดี

ฐานะพอเพียง+ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ \Rightarrow การบริโภคด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

ฐานะร่ำรวย + มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ \Rightarrow สุขภาพดี

ฐานะร่ำรวย + ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ \Rightarrow โรคที่เกิดจากความมั่งคั่ง ฟุ้งเฟ้อ

จากแผนภูมิที่แสดงได้ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยด้านการสื่อสารเป็นกลัจจารสำคัญตัวหนึ่งในการให้ความรู้ ความเข้าใจในทุกกลุ่มทุกชนชั้น เพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้โดยเฉพาะความรู้ในเชิงป้องกัน และการพัฒนาองค์ การสื่อสารที่เข้าถึงประชาชนได้อย่างรวดเร็ว ทั่วถึงและครอบคลุม ก็คือ การสื่อสารมวลชน โดยเฉพาะการใช้สื่อโทรทัศน์ จากการสำรวจของบริษัทดีมาร์(DEEMAR, 1994) ปี 2537 พบว่า ในจำนวนครัวเรือนทั่วประเทศ 12,934,000 ครัวเรือนมีเครื่องรับโทรทัศน์ถึง 11,511,260 เครื่อง(89%) และจากการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ(2537) พบว่า สื่อโทรทัศน์สามารถเข้าถึงประชาชนได้มาก ทั้งในแง่การครอบครองเครื่องรับและการชมโทรทัศน์ ในทุกเพศ ทุกวัย ทุกอาชีพ จากการศึกษาการเปิดรับข่าวสารด้านสุขภาพ ชิรกุล สถิตินามานการ (2537) พบว่า ผู้รับบริการโรงพยาบาลรามาธิบดีเปิดรับสื่อโทรทัศน์มากที่สุด สอดคล้องกับข้อมูลนี้ ไฟคาด อัชพงษ์และคณะ(2532) พบว่า นักเรียนมัธยมจังหวัดสุโขทัยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคออดส์จาก โทรทัศน์เป็นอันดับหนึ่ง เกศนี จุฑาวิจิตร(2533) พบว่า ผู้ป่วยโรคออดส์เปิดรับข่าวสาร โรคออดส์ จากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด นวน้อย วงศ์สุคนธ์และคณะ(2534) พบว่าหญิงบริการในสถานเริงรมย์ เคยรับรู้ เกี่ยวกับโรคออดส์จากโทรทัศน์มากที่สุด อัญชลี สิงหสุต(2534) พบว่า นักศึกษาอาชีวศึกษา ในกรุงเทพมหานคร ได้รับความรู้โรคออดส์จากโทรทัศน์มากที่สุด และสุวรรณี โพธิ์ศรี (2536) พบว่า ผู้ป่วยของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานครเปิดรับข่าวสารโรคออดส์ทาง โทรทัศน์มากที่สุด อาจกล่าวได้ว่าการเปิดรับข่าวสารสุขภาพทางโทรทัศน์ได้รับความนิยมมาก

ในขณะที่มีรายงานว่า กลุ่มผู้รับสาร ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อมวลชนประเภท โทรทัศน์มากที่สุด ก็มีงานวิจัยอีกกลุ่มหนึ่งที่วิเคราะห์ว่า เนื้อหาที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยในสื่อ โทรทัศน์เป็นอย่างไร เช่น จากการศึกษาของลัคดา ประพันธ์พงษ์(2534) ที่ทำการวิเคราะห์เนื้อหา รายการสุขภาพทางโทรทัศน์ 4 ประเภท คือ นิตยสารทางอากาศ สารคดี ละครสั้น และสันทนา พบ ว่า เนื้อหาของรายการสุขภาพเป็นสาขารายการสุขภาพมากที่สุด และสะท้อนแนวคิดด้านการส่งเสริม สุขภาพในด้านการป้องกัน, การพัฒนา และการรักษา ตามลำดับ รวมทั้ง พบว่ารายการสุขภาพมีผล ต่อพฤติกรรม และการศึกษาของกินมีฐาน บึงวิสุทธิ(2535) เรื่อง การวิเคราะห์โฆษณาที่เผยแพร่ ทางวิทยุและโทรทัศน์ พบว่า โทรทัศน์เป็นสื่อที่เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารอย่างรวดเร็วใช้มุกค่าในการ โฆษณาสูงที่สุด และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของชาวบ้านมากที่สุด รวมถึงการบริโภคยา นอกจากนี้กุญแจ ชิพวังโส(2537) พบว่า ภาพบนครัวโฆษณาทางโทรทัศน์เป็นตัวสนับสนุนให้เกิด กรอบอ้างอิงที่ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้บริโภคแบบวัดถูนิยม จะเห็นได้ว่า รายการสุขภาพที่ปรากฏ ทางโทรทัศน์มีทั้งรายการความรู้และโฆษณาที่มีผลต่อพฤติกรรม

จากการวิเคราะห์เนื้อหารายการสุขภาพในโทรทัศน์ทางรายการ นางประภาที่ได้กล่าวถึง นั้น ทำให้เกิดข้อสังสัยว่า บรรดารายการสุขภาพในโทรทัศน์โดยรวมจะเป็นประโยชน์ต่อการ พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพอนามัย อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีในท้ายที่สุดหรือไม่ ทั้งนี้ เนื่องจาก ข้อสังเกตของ เสธีร เชษฐ์พับ(2535) ที่ศึกษาเรื่องสื่อมวลชนกับการพัฒนาประเทศไทย : เน้นเฉพาะ ประเทศไทย พบว่า รายการ โทรทัศน์ได้ละเลยการปรับปรุงคุณภาพของรายการให้ดีขึ้น รวมทั้ง ยัง ขัดขวางการพัฒนาโดยปลูกฝังค่านิยมและแบบแผนการค่านิยมชีวิต ซึ่งไม่สอดคล้องกับความจำ ปีนี้ที่ฐานของประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศไทย

และดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้วว่า ฐานเศรษฐกิจ สังคม การเมืองมีส่วนในการกำหนดสภาวะ ดุลยภาพอนามัยของบุคคล ทั้งในขั้นตอนของการเกิด โรคและการรักษาโรค ข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นก็คือ ชนชั้นล่างจะมีโอกาสสนับสนุนกว่าในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ เนื่องจากในสังคมไทยการรักษา พยาบาลมีลักษณะเป็น “สินค้า” มากกว่า “บริการสาธารณะ” เมื่อชนชั้นนำเกิดเจ็บป่วยสามารถจะ เข้าถึงการรักษาได้ แต่สำหรับชนชั้นล่างแล้วก็ต้องการป้องกันโรคและการพัฒนาด้านสุขภาพ เป็นหนทางที่ปลดปล่อยและเป็นไปได้มากกว่าในการบรรลุสุขภาพอนามัยที่ดี จึงน่าสนใจว่า สื่อ โทรทัศน์ได้ช่วยทำหน้าที่เป็นทางเลือกหนึ่ง หรือเป็นหนทางหนึ่งที่นำไปสู่การมีสุขภาพดีให้แก่ชน ชั้นต่าง ๆ ในสังคมอย่างไร กล่าวคือ ในเชิงปริมาณ โทรทัศน์ได้นำเสนอปัญหาสุขภาพอนามัยของ ชนชั้นต่าง ๆ เป็นสัดส่วนอย่างไร และในเชิงคุณภาพ ทิศทางของสุขภาพเป็นไปในทางใด

กลยุทธ์ที่เน้นการป้องกันและการบริการจะเป็นไปได้จริงหรือไม่ ขึ้นอยู่กับแนวคิดทางการแพทย์ที่มีอยู่ 2 แบบ คือ การแพทย์แผนปัจจุบัน(แยกส่วน) และการแพทย์องค์รวม ซึ่งการแพทย์แผนปัจจุบัน(แยกส่วน)เป็นระบบวิทยาศาสตร์ อำนวยการรักษารวมศูนย์อยู่กับสถาบันการแพทย์ ประกอบกับต้องใช้ทุนเป็นปัจจัยหลัก(ทั้งเครื่องมือเทคโนโลยีและสร้างโรงพยาบาล) รวมทั้งเน้นการรักษาพยาบาล ระบบบริการจึงยกที่จะครอบคลุมและเข้าถึงบริการอย่างถูกต้องของประชาชนทุกระดับ แม้ดีเพียงใดก็จะเป็นประโยชน์เฉพาะคนส่วนน้อย สุขภาพจึงเป็นเรื่องต้องมองอย่างครอบคลุมและเห็นปัจจัยทั้งหมดอย่างเชื่อมโยงเป็นองค์รวม(Holistic Health) โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งต่อตนเอง สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อสุขภาวะ(สุขภาพที่ดี)ทั้งระดับบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อมจะเกิดขึ้นอย่างชั่งช้า การแพทย์องค์รวมจึงเน้นการป้องกันด้วยพฤติกรรม สุขภาพเป็นสำคัญ นับเป็นทัศนะด้านสุขภาพที่บุคคลทุกชนชั้นสามารถพึ่งตนเองได้หมายความว่า แผนการเจ็บป่วยของคนไทยในปัจจุบัน

อีกด้านหนึ่ง เมื่อพิจารณาจากธรรมชาติของตัวโทรศัพท์มือถือ โทรศัพท์มีลักษณะธรรมชาติ 2 ประการ คือการเป็นหัวธุรกิจและบริการสังคม(Profit - oriented & Public service) นั้น รายการสุขภาพที่ปรากฏทางโทรศัพท์มีสัดส่วนของผู้ผลิตทั้งภาครัฐและเอกชน Lawrence Wallack (1991) กล่าวว่า การใช้สื่อรณรงค์เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ ควรมุ่งเน้นเพื่อเป็นเครื่องเตือน(Reminders)ให้กับผู้ที่ไม่รู้และสร้างความตระหนักรู้(Awareness)ให้กับประชาชน แต่การดำเนินงานของสื่อรณรงค์เป็นต้องขึ้นอยู่กับกำไรจากจำนวนผู้บริโภคสินค้าที่เพิ่มขึ้น อันเป็นผลจากการโฆษณา ซึ่งทำให้ผู้รับโฆษณาคาดหวังที่จะใช้สื่อเพื่อกระตุ้นผู้บริโภคสินค้าเป้าหมายให้ได้ผลกำไรมาก ดังนั้นในเมืองของการใช้สื่อ จึงมีรูปแบบการดำเนินงานที่มองผลประโยชน์ของสาธารณะค่อนข้างต่ำ ในแง่นี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจว่า ลักษณะของรายการที่ผลิตมาจากเจ้าของรายการที่แตกต่างกัน(owner) เช่น หากหน่วยราชการเป็นเจ้าของรายการ โรงพยาบาลเอกชนเป็นผู้อุปถัมภ์รายการหรือองค์กรทางการเมืองที่เกี่ยวกับสุขภาพทั้งหลายเป็นส่วนหนึ่ง คุณลักษณะเจ้าของรายการที่แตกต่างกันจะมีผลทำให้มีคิดของ “การเป็นธุรกิจและบริการสาธารณะ” ในเนื้อหารายการ มีสัดส่วนต่างกันหรือไม่ อย่างไร

นอกจากนี้ หากพิจารณาในเมืองผู้รับสารซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการสื่อสารมวลชน แล้ว Charles R.Wright (1975) กล่าวว่า ผู้รับสารของการสื่อสารมวลชนมีจำนวนมาก เรียกว่า “มวลชน”(Mass audience)นั้น มีความแตกต่าง(Heterogeneous)กันรวมทั้งไม่เป็นที่รู้จัก(anonymous) อิทธิพลของสื่อมวลชนที่มีต่อผู้รับสารนั้นไม่ใช้อิทธิพลโดยตรง หากเป็น

อิทธิพลโดยอ้อม ซึ่งมีปัจจัยที่สำคัญ 4 ประการ คือ ความมีใจโน้มเอียงของผู้รับสาร(Predis positions) การเลือกรับของผู้รับสาร(Selective Processes) อิทธิพลของบุคคล(Personal Influence)ที่ทำหน้าที่ ผู้นำทางความคิด(Opinion leaders)และลักษณะของธุรกิจด้านสื่อสารมวลชน(Economic Aspects)ที่มีการแข่งขัน ผู้รับสารซึ่งมีส่วนร่วมในการเลือกซื้อกัน ดังนั้น การเปิดรับรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของบุคคล จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญของการใช้สื่อโทรทัศน์ในการพัฒนาสาระภาพสุข นิ่องจากสังคมไทยมีโครงสร้างที่มีชนชั้นสถานภาพที่แตกต่างกัน สภาพการเกิดภาวะการเจ็บป่วยก็ ต่างกัน การใช้สื่อโทรทัศน์เป็นช่องทางในการพัฒนาสุขภาพของบุคคลทุกชนชั้นได้หรือไม่ หากมี การเปิดรับสารแล้วผู้รับสารเข้าใจสารตรงกันหรือไม่ นำไปปฏิบัติได้หรือไม่ นิ่องจากผู้รับสารไม่ ได้สัมผัสสื่อมวลชนด้วยจิตใจที่ว่างเปล่า ตรงกันข้ามกลับมีความคิดเห็น ทัศนคติ ท่าทีดังเดิมของ คนมาก่อน รวมทั้งได้รับอิทธิพลจากบุคคลอื่น ๆ และสถานบันสังคมต่าง ๆ อยู่ก่อนแล้ว นั่นคือ ผู้รับสารจะเป็นตัวกำหนดความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการสื่อสาร

การวิจัยเรื่อง “ทิศทางของการดูและสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์” จึงวิเคราะห์ องค์ประกอบการสื่อสาร โดยการวิเคราะห์เนื้อหารายการสุขภาพทางโทรทัศน์ รวมทั้งศึกษาเปรียบ เทียบเนื้อหารายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของภาครัฐและเอกชน และศึกษาการประเมินรายการ สุขภาพทางโทรทัศน์จากทัศนะของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ เพื่อศึกษาว่ารายการสุขภาพเหล่านี้ได้ชี้นำ ทิศทางการดูและสุขภาพอย่างไร เพื่อหาคำตอบในท้ายที่สุดว่า โทรทัศน์ได้ทำหน้าที่เป็นกลางไกหนึ่ง ในการสร้างสรรค์ความยุติธรรมด้านสุขภาพอนามัยโดยถือหลักด้วยให้มากสำหรับผู้น้อย หรือทำ ได้เพียงการชี้นำความอยุติธรรมด้านสุขภาพอนามัยให้เพิ่มมากขึ้น

ปัญหานำการวิจัย

1. รายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของรัฐและเอกชนต่างกันหรือไม่
2. รายการสุขภาพทางโทรทัศน์นำเสนอปัญหาสุขภาพของชนชั้นใด
3. รายการสุขภาพทางโทรทัศน์นำเสนอการแพทย์แยกส่วนกับการแพทย์องค์รวมอย่างไร
4. ผู้รับสารประเมินรายการสุขภาพทางโทรทัศน์อย่างไร

วัตถุประสงค์

- เพื่อเปรียบเทียบรายการสุขภาพทางโทรศั้นของรัฐและ均衡ในมิติต่าง ๆ
- เพื่อศึกษาลักษณะทางชั้นของเนื้อหาที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางโทรศั้น
- เพื่อเปรียบเทียบการนำเสนอแนวคิดของการแพทย์แบบแยกส่วนกับการแพทย์องค์รวมที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางโทรศั้น
- เพื่อศึกษาการประเมินรายการสุขภาพทางโทรศั้นจากทัศนะของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ (ชนชั้นล่าง, ชนชั้นกลาง และชนชั้นนำ)

ข้อสันนิษฐาน

- รายการสุขภาพทางโทรศั้นที่มีรัฐเป็นเจ้าของรายการแตกต่างจากรายการที่มี均衡เป็นเจ้าของผู้ผลิตในมิติต่าง ๆ
- ปริมาณเนื้อหารายการสุขภาพทางโทรศั้นส่วนใหญ่จะเป็นไปเพื่อการคุ้มครองสุขภาพของชนชั้นนำและชนชั้นกลางมากกว่าชนชั้nl่าง
- รายการสุขภาพทางโทรศั้นนำเสนอแนวคิดของการแพทย์แบบแยกส่วนมากกว่าแนวคิดของการแพทย์องค์รวม
- กลุ่มผู้รับสารที่แตกต่างกันมีการประเมินรายการสุขภาพทางโทรศั้นต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะรายการสุขภาพทางโทรศั้นที่แพร่ภาพทางสถานีโทรทัศน์ ที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากปัจจุบันมีการพัฒนาอิเล็กทรอนิกส์ ให้ทั่วประเทศ ได้แก่ สถานีโทรทัศน์ไทยทีวีสีช่อง 3 อสมท., สถานีวิทยุโทรทัศน์กองทัพนักช่อง 5, สถานีโทรทัศน์สีกองทัพนักช่อง 7, สถานีวิทยุโทรทัศน์ช่อง 9 อสมท. และสถานีโทรทัศน์แห่งประเทศไทยช่อง 11 ในช่วงเดือนมกราคม 2539 ทุกรายการที่เป็นรายการสุขภาพจำนวน 216 ตอน ยกเว้น รายการเพื่อการเรียนการสอนของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช

นิยามศัพท์

รายการสุขภาพทางโทรศัพท์ หมายถึง รายการสุขภาพทุกประเภทที่แพร่ภาพทางโทรศัพท์ ช่อง 3,5,7,9,11

รูปแบบรายการความรู้ หมายถึง รายการที่แพร่ภาพทางโทรศัพท์ทุกประเภท ซึ่งได้แก่ ละคร สารคดี นิตยสารทางอากาศ การสนทนาอภิปราย ตอบปัญหา ที่เป็นรายการสุขภาพโดยตรง

รูปแบบโฆษณา หมายถึง ภาพยนตร์โฆษณาทางโทรศัพท์ที่เกี่ยวกับภาระการเงินป่วย และ คำ “สุขภาพ” มาใช้ ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ ลักษณะการป้องกันส่งเสริม และ โฆษณาขายและ เทคโนโลยี(สินค้า)

แนวคิดการแพทย์แบบแยกส่วน หมายถึง แนวความคิดทางการแพทย์ที่อาศัยผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทาง(แพทย์) วินิจฉัยโรค ป้องกันและบำบัดรักษาด้วยเทคโนโลยี ได้แก่ ขาสั้นเคราะห์, เครื่อง เอ็กซ์เรย์, เครื่องตรวจลิ้นหัวใจ, เครื่องตรวจสมอง, การผ่าตัดฯ ล

แนวคิดการแพทย์แบบองค์รวม หมายถึง แนวความคิดทางการแพทย์ที่เน้นการป้องกัน ซึ่ง เข้าของสุขภาพสามารถ พัฒนาองค์ความสุขภาพ ได้ด้วยพฤติกรรมของตนเอง

ลักษณะที่ไม่มีชั้นของรายการ หมายถึง ชื่อตอนและเนื้อหารายการ ไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่ม โรคทางใจ และกลุ่มโรคจากความมึนคง กลุ่มนี้หมายของรายการ ไม่ได้มุ่งชนชั้นใดเป็นการ เฉพาะเจาะจง

ลักษณะทางชนชั้นของรายการ ได้แก่ ชื่อตอนและเนื้อหารายการจัดอยู่ในกลุ่มโรคทางใจ หรือกลุ่มโรคจากความมึนคง โดยกลุ่มนี้หมายของรายการมุ่งชนชั้นใดชนชั้นหนึ่ง แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

ก) รายการที่มีลักษณะชนชั้นส่าง หมายถึง ชื่อตอนและเนื้อหารายการจัดอยู่ในกลุ่มโรคทางใจ และกลุ่มนี้หมายของรายการคือ ชนชั้นล่าง

ข) รายการที่มีลักษณะชนชั้นนำ หมายถึง ชื่อตอนและเนื้อหารายการจัดอยู่ในกลุ่มโรคจากความมั่งคั่ง และกลุ่มเป้าหมายของรายการ คือ ชนชั้นนำ

ประเภทของเนื้อรายการ หมายถึง ประเภทของรายการสุขภาพทางไทรทัศน์ที่จัดหมวดหมู่ของเนื้อหาสาระได้เป็น 6 ประเภท คือ

- i) ประเภทอาหาร หมายถึง รายการสุขภาพที่เกี่ยวกับอาหารที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพ เช่น เมนูสุกรัก(เพื่อสุขภาพของเด็ก),เพื่อนแก้ว(โภชนาการที่ถูกต้อง),ก้าวทันโรค(ช่วงบริโภคปลอดภัย) เป็นต้น
- ii) ประเภทแม่และเด็ก หมายถึง รายการสุขภาพเกี่ยวกับสุขภาพแม่และเด็ก เช่น ดวงใจพ่อแม่,เม่นรักจากแม่,รักถูกให้ถูกทาง เป็นต้น
- iii) ประเภทอุดส์ หมายถึง รายการสุขภาพเกี่ยวกับโรคอุดส์ เช่นรู้ทันอุดส์,รู้โรคปลอดอุดส์ เป็นต้น
- iv) ประเภทสุขภาพตา หมายถึง รายการสุขภาพเกี่ยวกับโรคตา เช่น อนอมดวงตา เป็นต้น
- v) ประเภทสุขภาพพื้น หมายถึง รายการสุขภาพเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก เช่น รักพื้น ก้าวทันโรค(ช่วงร้อยขี้มิมพ์ใจ) เป็นต้น
- vi) ประเภทการวิเคราะห์ เช่นปั๊บ หมายถึง รายการสุขภาพที่เกี่ยวกับการวิเคราะห์ เช่น ปั๊บหาชีวิตและสุขภาพ,รู้ทันโรค เป็นต้น รวมทั้งเรื่องเกี่ยวกับวิทยาการการแพทย์ เช่น การแพทย์ก้าวหน้า,ก้าวทันโรค (ช่วงวิทยาการก้าวหน้า เป็นต้น)

การประเมินรายการสุขภาพทางไทรทัศน์จากทัศนะของผู้รับสารทั้ง 3 กลุ่ม คือ ชนชั้นล่าง ชนชั้นกลาง และชนชั้นนำ เกี่ยวกับรายการสุขภาพทางไทรทัศน์ในประเด็นดังนี้

1. รูปแบบของการเปิดรับข่าวสารด้านสุขภาพ จากสื่อประเภทต่าง ๆ
2. ความสามารถของรายการสุขภาพทางไทรทัศน์ในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับสาร
3. ความเชื่อถือในรายการสุขภาพทางไทรทัศน์
4. ลักษณะการนำเสนอปัญหัดีดีของเนื้อหาจราจรรายการสุขภาพทางไทรทัศน์
5. แนวคิดทางการแพทย์แบบแยกส่วน/องค์รวม ที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางไทรทัศน์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อการปรับปรุงรายการสุขภาพทางโภรทศน์ให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของคนไทย
2. เพื่อการวางแผนทางการสื่อสารรูปแบบอื่น ๆ สนับสนุนรายการสุขภาพทางโภรทศน์
ให้เกิดการพัฒนาสุขภาพของคนไทยอย่างเหมาะสม

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง “ทิศทางของการคุ้มครองสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์” เป็นการวิจัยเชิงวิภาคย์ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่นำมาใช้เป็นกรอบในการวิเคราะห์ จึงเป็นการทดสอบกันระหว่างแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ องค์ประกอบการสื่อสาร, การวิเคราะห์ผู้รับสาร, โครงสร้างทางสังคมไทย, แบบแผนการเงินปัจจุบัน(แยกส่วน)และการแพทย์แบบองค์รวม เป็นดังนี้

1. แนวคิดบทบาททางสังคมของสื่อมวลชนในด้านสาธารณสุข
2. แนวคิดเรื่องการวิเคราะห์องค์ประกอบของการสื่อสาร
3. แนวคิดสองทัศนะทางการแพทย์กับแบบแผนการเงินปัจจุบันไทย

1. บทบาททางสังคมของสื่อมวลชนในด้านสาธารณสุข

ประเทศไทยกำลังอยู่ในยุคของการพัฒนา ขوبเบดของ การพัฒนาครอบคลุมทุกภาคของระบบสังคมทั้งเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม เป้าหมายหลักประการหนึ่งของการพัฒนา คือ การยกระดับมาตรฐานการค่ารังชีวิตของประชาชนให้สูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนในชนบท สื่อมวลชนควรถูกนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการพัฒนา เพื่อช่วยปรับปรุงวิถีชีวิตของประชาชนที่ยากจน ซึ่งเป็นประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศไทยให้ดีขึ้น จากการศึกษาบทบาทของสื่อมวลชนเพื่อการพัฒนา ประเทศไทยผ่านมา โดยทั่วไปนักเป็นการศึกษานี้จัดขึ้นที่เกี่ยวกับองค์ประกอบของการสื่อสารมวลชน คือ ผู้ส่งสาร สาร ผู้รับสาร และประสิทธิภาพของ การสื่อสารหรือปฏิกริยาตอบสนอง และมองข้างความสำคัญของปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรม ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมของสื่อมวลชน และมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการกำหนดบทบาทของสื่อมวลชนในการพัฒนาประเทศไทย เนื่องจากสื่อมวลชนเป็นระบบข้อมูลนับหนึ่ง ซึ่งมีปฏิกริยาสัมพันธ์กับโครงสร้างของระบบและระบบบ่อขึ้น

เสถียร เชยประทับ (2535) นักวิชาการไทยที่สนใจบทบาทของสื่อมวลชนในการพัฒนาประเทศ ได้พิจารณาเรื่องที่ให้เห็นแนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารและการพัฒนาประเทศตามที่ศูนย์นักวิชาการต่าง ๆ ทั้งในครุ่นที่เห็นว่าการสื่อสารมีผลลัพธ์อย่างมากในการพัฒนาประเทศ และครุ่นที่เห็นว่าการสื่อสารโดยเฉพาะอย่างเชิงการสื่อสารมวลชนไม่มีผลลัพธ์มากนัก ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสื่อมวลชนกับการพัฒนาประเทศ : เน้นเฉพาะประเทศไทย โดยพิจารณาทั้งปัจจัยที่เกี่ยวกับสื่อมวลชนและปัจจัยที่ไม่เกี่ยวกับสื่อมวลชน พบว่า สื่อมวลชนมีบทบาทในการพัฒนาประเทศอย่างมากแต่ว่ายังอาจขาดข่าว การพัฒนาโดยปลูกฝังค่านิยมและแบบแผนการค่านิยมเชิงเดียว ซึ่งไม่สอดคล้องกับความจำเป็นขั้นพื้นฐานของประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศไทย สื่อมวลชนเป็นเครื่องมือในการครอบจ้ำทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของชนชั้น ที่มีอำนาจในสังคม

มิติหนึ่งของการศึกษาบทบาทสื่อมวลชนในการพัฒนาประเทศ คือการศึกษาบทบาทของ สื่อมวลชนในการพัฒนาสุขภาพ เนื่องจากสุขภาพเป็นพื้นฐานของปัจจัยอื่น ๆ ที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาสื่อมวลชนกับการพัฒนาสุขภาพของประเทศไทยที่ผ่านมา โดยทั่วไปมักศึกษาการเข้าถึงสื่อ การเปิดรับสื่อ และการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงสำรวจและมิได้ศึกษาเนื้อหาของสื่อ นอกจากการศึกษาของลัคดา ประพันธ์พงษ์(2534)ที่ทำการวิเคราะห์เนื้อหาการสุขภาพทางโทรทัศน์ 4 ประเทศไทย คือ นิยมสารทางยาการ สารคดี ละครดั้น และสนทนาพบว่า เนื้อหาของรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ เน้นการป้องกัน, การพื้นฟูและการรักษา ตามลำดับ จึงยังไม่มีงานวิจัย(ด้านการพัฒนาสุขภาพ)ที่ศึกษาปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมกับบทบาทของสื่อมวลชนในการพัฒนาสุขภาพทั้งองค์ประกอบของการสื่อสาร

สำหรับบทบาทโดยเฉพาะของสื่อมวลชนในการพัฒนาสังคมสุขภาพนั้น L. Wallack (1991) ได้ประมวลแนวทางใหญ่ ๆ ไว้ดังนี้

1) ทฤษฎีที่เชื่อในอำนาจการสร้างผลกระทบระยะสั้นและโดยตรงของสื่อมวลชน(Impact theory) ที่รู้จักกันดีในนามของทฤษฎีเพิ่มจิตยา ทฤษฎีนี้เชื่อว่าหากเราสามารถนำเสนอข่าวสารที่ถูกต้อง (right message) ไปยังกลุ่มเป้าหมายที่ถูกต้อง(right people)ด้วยวิธีการที่ถูกต้อง(right way) ในช่วงเวลาที่เหมาะสม(right time) เมื่อนั้นปัญหาร่องสุขภาพอนามัยจะสามารถแก้ไขได้ ทฤษฎีนี้จะมองว่าสื่อมวลชนที่มีศักยภาพสูง เช่น โทรทัศน์สามารถจะดำเนินการให้บรรลุองค์ประกอบทั้ง 4 ประการที่กล่าวมาได้ ดังนั้น สื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์จึงเป็นผู้ช่วยเหลือคนสำคัญของเรื่องสาธารณสุข

2) ทฤษฎีที่เชื่อว่าสื่อมวลชนเป็นตัวอุปสรรคของก้านการมีสุขภาพอนามัยที่ดีของประชาชน ทั้งนี้เนื่องจากสื่อมวลชนมีสัดส่วนของการเป็นธุรกิจอยู่สูงมาก ดังนั้น บรรดาภาระการสุขภาพทั้งหลาย จึงเกิดมาจากการต้องการของธุรกิจโฆษณาที่จะขายให้แก่ประชาชน และการบริโภคยาของไร้เหตุผลเป็นหนทางทำลายสุขภาพที่ดีของประชาชน

3) ทฤษฎีที่เชื่อว่าสื่อมวลชนไม่มีผลผลกระทบระยะสั้นอย่างใดๆ แต่คงต่อไปจนบกบก ทั้งนี้ เพราะสื่อมวลชนมีศักยภาพเพียงแค่ตอกย้ำสิ่งที่ประชาชนเชื่อถือและปฏิบัติอยู่แล้ว สื่อมวลชนจึงเล่นเป็นตัวประกอบด้วยหนึ่งท่านกลางปัจจัยเวคล้อมอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน

Wallack เห็นว่าทั้ง 3 ทฤษฎีล้วนมีจุดอ่อนทั้งสิ้น ทฤษฎีแรกถูกตั้งค่าตามมากมากในภาคปฏิบัติ(ใช้แล้วไม่ได้ผล) ทฤษฎีที่สองก็ไม่ช่วยบุคคลนักแนวทางการใช้สื่ออย่างสร้างสรรค์ ส่วนทฤษฎีที่สามก็ไม่ได้มองเห็นศักยภาพของสื่อมวลชนเลย Wallack จึงเสนอทฤษฎีที่สี่

4) ทฤษฎีมีสนับสนุนคิดอันหลากหลาย มีบางช่วงขณะ บางวาระ โอกาสที่สื่อมวลชนมีผลผลกระทบได้จริง เช่น บรรดาโครงการรณรงค์ต่าง ๆ แต่ทว่าต้องมีการวางแผนการใช้สื่ออย่างดี และควรมีการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้ไม่ได้ผล นอกจากการให้ใช้ผลอย่างที่ผู้ผลิตตั้งการแต่ รายการสุขภาพยังอาจจะได้ผลอย่างตรงกันข้าม (Counterproductive effects)

การศึกษาเรื่องผลกระทบ ในปัจจุบันพบว่า แม้ว่าสื่อมวลชนจะไม่มีศักยภาพทำให้ประชาชนคิดได้เหมือนอย่างที่สื่อต้องการ(What to think) แต่สื่อมวลชนก็สามารถทำให้ประชาชนคุรุ่นคิดเกี่ยวกับเรื่องที่สื่อมวลชนยกมาพูดถึงได้ (What to think about) เช่น กรณีของโรคเอดส์ที่ทำให้ประชาชนกลัวอย่างไม่มีเหตุผล และปฏิเสธผู้ติดเชื้อเอดส์ ออกจากสังคมอันได้แก่แนวคิดเรื่อง Agenda Setting

ในส่วนที่เกี่ยวกับสุขภาพนั้น Wallack เสนอว่า สื่อมวลชนสามารถจะตอกย้ำความเชื่อเดิม ที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ สาเหตุของปัญหา รวมทั้งสร้างความชอบธรรมกับวิธีการแก้ปัญหา ดังที่เขาเห็นว่า จากการวิเคราะห์รายการปัญหาสุขภาพในสื่อมวลชน มักจะพบว่า มีการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาสุขภาพว่าเกิดจากพฤติกรรมส่วนบุคคล เพราะว่าวิธีแก้ไขปัญหาที่เป็นความรับผิดชอบของบุคคล ทั้ง ๆ ที่จริงแล้ว ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่เกิดมาจากการทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมมากกว่า ด้วยเหตุนี้ แม้ว่ารายการสุขภาพทางโทรทัศน์จะไม่มีประโยชน์ต่อผู้รับสารเท่าไนก (เช่น นำไปปฏิบัติไม่ได้) แต่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอยู่เบื้องหลังก็คือ การบูรณาการของความเชื่อ

ใจที่ว่า ปัญหาสุขภาพเป็นเรื่องของปัจจัยภายนอกไม่ของสังคม Postman สรุปว่าวิธีการดังกล่าวทำให้สื่อมวลชนเป็นตัวบ่งชี้ทำลาย/อุปสรรคของการบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดี

ในปริบบทของสังคมอเมริกา ประชาชนอเมริกาเชื่อถือและไว้ใจรัฐศัลเป็นแหล่งในการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพอย่างมาก(ชนชั้นกลาง) ดังนั้น หากจะใช้สื่อมวลชน/โทรทัศน์เพื่อส่งเสริมสุขภาพด้องวิเคราะห์ถึงเรื่องวิธีการน่านอนปัญหา การแก้ปัญหา การวิเคราะห์ผู้รับสารว่าสามารถนำไปปฏิบัติได้หรือไม่ เป็นดัง

Wallack ได้นำเสนอวิธีการวิเคราะห์ในรายละเอียดว่า กลุ่มที่ทำให้สื่อมวลชนกลายเป็นอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพที่ดีมี 3 ประการ

1) การลดลงปัญหาสุขภาพให้กลับเป็นเรื่องของแต่ละบุคคล โดยวิเคราะห์ว่า การใช้ชีวิตไม่ถูกต้องของประชาชนเป็นพราะข้าคข้อมูล หรือมีข้อมูลแล้วแต่ต้องตัดสินใจ เช่น ปัญหาโภชนาการ เพราะว่าถ้าให้ข้อมูลเท่านั้นก็จะทำตามได้

ทัศนะดังกล่าวมองข้ามความสัมพันธ์ระหว่างชนชั้นทางสังคมกับการเป็นโรคเป็นป่วย บางที่ชนชั้นล่างอาจจะมีความรู้ด้านโภชนาการอย่างดี แต่กินตามไม่ได้ เพราะไม่มีทางเลือก

เพราะว่าคนยังคงไว้ใจรัฐศัลมาก ก็ยังเชื่อในเนื้อหาของโทรทัศน์ที่มีการอธิบายเรื่องสุขภาพ ว่า กี๊ข้อดีกับการกินยา, การดื่มน้ำ, การออกกำลังกาย, การเชื่อมั่นในหมา ไม่สนใจเรื่อง “การป้องกันตนเอง” เนื่องจากเนื้อหารายการสุขภาพมักจะรายงานเรื่อง “การผ่าตัดที่มหัศจรรย์” และ “ยาไว้เชย” เนื้อหารายการ โทรทัศน์ในอเมริกา จะกล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความยากจนของสังคมกับการเกิดโรคอย่างมาก

2) การส่งเสริมผลิตภัณฑ์ยาโดยละเอียดเรื่องสุขภาพอนามัย

การรณรงค์ให้สุขศึกษามีกต้องประกอบด้วยมิติของการใช้ชีวิตรอช่างไคร่ตรอง ใช้ชีวิตอย่างพอเพียง(moderate) และมีสติ แต่เมติดังกล่าวจะขัดแย้งกับลักษณะการโฆษณา ที่มักไม่นำเสนอให้ใช้ชีวิตเกินพอเพียง และเนื่องจากธรรมชาติของโทรทัศน์ต้องพึงพาโฆษณา ดังนั้น ไม่ว่าจะเป็นเนื้อหารายการประเภทใดที่มีปัจจัยด้านโฆษณาเกี่ยวข้อง จึงมักเดินสวนทางกับการมีสุขภาพที่ดี

3) การตอกย้ำสุขภาพสังคมที่มี

ประวัติศาสตร์การพัฒนาสุขภาพที่ผ่านมาได้เสนอให้เห็นว่า การจะมีระบบสุขภาพอนามัยที่ดี ต้องมีการเปลี่ยนแปลงสังคมและมีความนิยมคิดในสังคม เช่น ต้องทำให้ระบบการรักษาพยาบาลเป็นบริการมากกว่าสินค้า แต่สื่อมวลชนมักตอกย้ำระบบที่เป็นอยู่ ดังนั้น การจะนำเสนอด้วยสื่อมวลชนมาใช้ส่งเสริมสุขภาพ จึงขัดแย้งกันในตัว

ถึงแม้ Wallack จะมองเห็นด้านที่เป็นอุปสรรค ในการนำเอาสื่อมวลชนมาใช้ส่งเสริมสุขภาพ แต่เขาก็ยังเห็นว่าภาระกิจดังกล่าวซึ่งคงเป็นเรื่องท้าทายนักวิชาการสื่อมวลชน และนักวิชาการสาธารณสุข ดังนั้นเขาจึงเสนอว่า จำเป็นจะต้องแสวงหาบทบาทที่สร้างสรรค์ของสื่อมวลชนที่ถูกใช้สำหรับเรื่องสุขภาพอนามัย และจะต้องแสวงหาหนทางใหม่เพื่ออาจชนะอุปสรรคที่กล่าวมา ตัวอย่างกลุ่มที่เขาได้นำเสนอคือ

- (1) สื่อมวลชนต้องทำหน้าที่กำหนดภาระที่สำคัญของประเด็นสาธารณสุขต่อไป เช่น ข่าวสพดค, เอคส์, อุบัติเหตุ เป็นต้น
- (2) นักสื่อสารมวลชนและนักสาธารณสุขต้องทำงานร่วมกันให้ข่าวสารแก่กลุ่มเสี่ยงและผู้มีโอกาสอันดีด้านสุขภาพ
- (3) นักสื่อสารมวลชนต้องแสวงหาฐานข้อมูลใหม่ของการนำเสนอข่าวสารด้านสุขภาพ เช่น การเชื่อมโยงระหว่างเนื้อหาภาระกิจการบ้านเที่ยง
- (4) นอกเหนือไปจากการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของบุคคล และยังต้องก้าวไปถึงมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองที่เป็นสาเหตุของสุขภาพ ทำให้ประชาชนเข้าใจรากฐานของปัญหา
- (5) นักสื่อสารมวลชนต้องเรียนรู้เกี่ยวกับสมมติฐานของโรค และวิเคราะห์แผนงานโครงการส่งเสริมสุขภาพต้องวิเคราะห์ “อุดมการณ์การสร้างความเจ็บป่วย” เพื่อการขยายทำกำไร
- (6) นักสื่อสารมวลชนอาจจะต้องข้าไปว่าประชาชน อาจจะไม่ต้องการปรินามข้อมูลด้านสุขภาพ จึงจะมีสุขภาพที่ดี แต่อาจจะต้องการทักษะเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลและการใช้ข้อมูล

ดังนั้น การใช้สื่อมวลชน/โทรศัพท์เพื่อพัฒนาสาธารณสุขนั้น ควรมุ่งเน้นเพื่อเป็นเครื่องเตือน (Reminders) ให้กับผู้ที่ไม่รู้โดยเฉพาะคนจน และสร้างความตระหนักรู้(Awareness) ให้กับประชาชน ด้วยเหตุที่ว่าสุขภาพเป็นเรื่องของสังคมมิใช่ปัจจัยบุคคล

2. แนวคิดเรื่องการวิเคราะห์องค์ประกอบของการสื่อสาร

D. Morley (1992) เป็นนักวิชาการสาขาวิชารัฐศาสตร์การเมืองที่สังกัดกลุ่มวัฒนธรรมศึกษาเชิงวิพากษ์ (Critical Cultural Studies) ของสำนัก Birmingham ที่สนใจในการวิเคราะห์องค์ประกอบของการสื่อสาร โดยมองว่าผู้รับสารนั้นมีลักษณะทั้งเป็นฝ่ายกระทำ (active) และเป็นฝ่ายดึงรับ (passive) ซึ่งเขาเรียกผู้รับสารว่าเป็น “ผู้กระทำการทางสังคม (Social agent) ” ที่จะมีวิธีการเดือกดีความ (Range of information) ที่นำเสนอการวิเคราะห์เรื่องการรับสารซึ่งต้องวิเคราะห์สารและผู้รับสารร่วมกัน

Morley ได้นำเสนอรายละเอียดในการวิเคราะห์องค์ประกอบของการสื่อสารมวลชน ดังนี้

2.1. การวิเคราะห์ผู้ผลิต

Morley มีความสนใจในองค์ประกอบต่าง ๆ ของผู้ส่งสาร โดยเฉพาะสื่อมวลชนมีความเกี่ยวข้องกับผลผลิตอย่างไร ซึ่ง geopolity ดังนี้

2.1.1 ลักษณะธุรกิจขององค์กรผู้ผลิตรายการ เป็นกิจที่ในการวิเคราะห์ กล่าวคือ รายการสุขภาพทางโทรทัศน์นั้นมีธุรกิจ 2 อย่างอยู่ในตัวเอง (เหมือนกับธุรกิจของโทรทัศน์) คือ ด้านหนึ่งเป็นธุรกิจและการห่วงผลกำไร (profit-oriented) แต่อีกด้านหนึ่ง ที่ต้องเป็นการให้บริการแก่ สังคม (public service) ดังนั้น เราอาจเปรียบเทียบลักษณะของรายการสุขภาพที่ผลิตมา จากเจ้าของรายการที่ต่างกัน เนื้อหารายการมีสัดส่วนของ “การเป็นธุรกิจและการให้บริการสาธารณะ” แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร เนื่องจากการใช้สื่อมวลชนต้องใช้การลงทุนสูง การดำเนินงานของสถาบันสื่อมวลชนจึงต้องกับกำไรจากจำนวนผู้บริโภคสินค้าที่เพิ่มขึ้น อันเป็นผลจากการโฆษณาซึ่งทำให้ผู้ทำโฆษณาเหล่านี้คาดหวังที่จะใช้สื่อ เพื่อกระตุ้นผู้บริโภคสินค้าเป้าหมายให้ได้ผล กำไรสูง (Lawrence Wallack, 1991)

2.1.2 ความพร้อมของอุปกรณ์ในการผลิตรายการ (Technical Equipment) เช่น ในกรณีของการผลิตรายการความรู้ อุปกรณ์ที่ช่วยในการอธิบายให้ความรู้นั้น ยุ่งยากซับซ้อน ทำให้ผู้รับสารซึ่งเป็นคนทุกระดับเข้าใจหรือไม่

2.2. การวิเคราะห์ตัวบท/สาร แนวทางส่าคัญฯ ที่นำเสนอในมีดังนี้

2.2.1. ประเภท (genres) ของตัวบท

นักทฤษฎีกุ่มสื่อสารมวลชนในอังกฤษ สำนัก Birmingham มีความเชื่อว่า รายการ ค่า ฯ ทั้งรายการมีสาระ/เป็นเรื่องจริง (Non - Fiction/Journalistic) และรายการบันเทิงต่าง ฯ ซึ่งเป็นเรื่องแต่งขึ้น (fiction/Non - Journalistic) เช่น เกมส์โชว์ ทอล์กโชว์ รวมทั้งสารคดีทางการแพทย์ อาจเป็นแหล่งถ่ายทอดความการพัฒนาสังคมอย่างค่อยเป็นค่อยไป

2.2.2. กลไกการนำเสนอ

กระบวนการข้ารหัสและต่อครหัสไม่ได้ปรากฏอยู่ในเนื้อหาเท่านั้น แต่แฟร์เร้นอยู่ในรูปแบบและวิธีการนำเสนอ (Form and Presentation) ตัวอย่าง เช่น

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

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

2.2.3. ในตัวรายการมีมิติเรื่อง “ชนชั้น” เป็นส่วนประกอบหรือไม่

Morley มีทัศนะว่า บรรดาสถาบันและกลุ่มต่าง ฯ ในสังคม มักจะมีตราแห่งชนชั้น ประทับอยู่ เพียงแต่จะแสดงออกอย่างเปิดเผย หรือแฟร์เร้นกันบังคับ ไว้เท่านั้น ยกตัวอย่างเช่น สถาบัน โรงเรียนศึกษา จากทุกชนชั้นต่างมีโอกาสไปเรียนหนังสือในโรงเรียน หากทว่า ค่านิยมของโรงเรียน นั้นเป็นค่านิยมของชนชั้นกลาง (อันปรากฏอยู่ในเนื้อหาแบบเรียน การจัดตารางเวลา การกำหนดเวลา เครื่องแต่งกาย ยุปกรณ์การเรียน ฯลฯ) เพราะฉะนั้น ผลที่จะเกิดขึ้นก็คือ เด็กที่มาจากครอบครัวชนชั้น ล่างจะไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานการศึกษาได้ เช่น เด็กที่อยู่ในกลุ่มจะไม่สามารถปฏิบัติตาม ทุบบัญญัติที่ว่า “นอนให้พอในห้องที่มีอากาศดีเยี่ยม” รายการสุขภาพทางโทรทัศน์ก็อาจจะทำหน้าที่เหมือนกับสถาบันโรงเรียน หากรายการบรรยายมาตรฐานและค่านิยมของชนชั้นกลางหรือ

ชนชั้นสูงที่ผู้ชุมชนถ่างไม่อาจจะปฏิบัติตามได้ ตัวอย่างเช่น คำแนะนำ จากการราชการที่ว่า “เมื่อเจ็บป่วย อย่าไปรื้อขา kinong ขอให้ปรึกษาแพทย์” ถ้าทำตามมาตรฐาน ดังกล่าวนี้ จึงจะเรียกว่า “เป็นคนที่รักและสนใจสุขภาพของคนอื่น” แต่ตอนว่าสำหรับคนยากจน จะไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานดังกล่าวได้ (เพราะเรื่องการรักษาในสังคมไทยมีลักษณะเป็น “สินค้า” ที่ต้องการกำลังซื้อมากกว่าจะเป็น “บริการสาธารณะ”) คำแนะนำดังกล่าว จึงเป็นคำแนะนำที่มาจากการมาตรฐานของคนดังต่อไปนี้ แต่ชั้นชนกล่างขึ้นไป และแตกต่างจากคำแนะนำที่ว่า “หากเจ็บเป็นต้องซื้อยาแก้ปวดกินเอง ที่มีคำแนะนำว่า ต้องรับประทานน้ำมาก ๆ “ซึ่งเป็นคำแนะนำที่มีตราแห่งชนชั้นถ่างประทับอยู่

องค์ประกอบของเนื้อหารายการสุขภาพที่เป็นตัวบ่งชี้ชนชั้น มีดังนี้

(i) รายการนี้ให้ความสนใจกับโรคประเทาได เมื่อจากลักษณะของโรค ที่เกี่ยวข้องกับชนชั้นอยู่แล้ว โรคอ้วน โรคหัวใจ การทำศัลยกรรมพลาสติก มักจะเป็นโรคของคนรวย ในขณะที่โรคผิวหนัง โรคขาดอาหาร วัณโรค โรคที่เกิดจากการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมจะเป็น โรคของคนยากจน เป็นต้น

(ii) วิธีการให้คำอธิบายสาเหตุของโรคและการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยนั้น ก่อตัว มาจากสภาพชีวิตที่เป็นจริงของชนชั้นใน

2.3.การวิเคราะห์ผู้รับสาร ในทัศนะของ Morley สามารถวิเคราะห์ผู้รับสารได้ดังนี้

2.3.1 การศึกษาโครงสร้างทางสังคมของกลุ่มผู้รับสาร ได้แก่ การใช้เกณฑ์ด้านประชากร เช่น อายุ รายได้ เพศ ระดับการศึกษา รวมทั้งตัวแปรด้านชนชั้นเข้ามายิ่งใหญ่ โดยมีแนวคิดเนื่องหลังว่า คนที่อยู่ในแต่ละชนชั้นจะสามารถเข้าถึงและตีความรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ (ซึ่งเป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมอย่างหนึ่ง) ที่แตกต่างกัน

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

i) ความสนใจในการเปิดรับ (Attention) ได้แก่ การศึกษาว่าผู้รับสารมีความสนใจที่จะดูหรือไม่ดูรายการต่าง ๆ ซึ่งอาจสัมพันธ์กับประเพณีทางการที่ได้ เช่น อาจสนใจ ลูกค้า โทรทัศน์ แต่ไม่ดูข่าว การวิจัยครั้งนี้มีค่าdam ว่า คนชนชั้น ไหนที่สนใจดูตามดู รายการสุขภาพทางโทรทัศน์

ii) ลักษณะการคิด โครงสร้างในขณะที่ดู (Reflexive) ได้แก่ วิธีการเปิดรับของผู้รับสารนั้นเป็นแบบคุ้มสั่ว เชื่อถือหมด ดูแล้วไม่ติดตาม หรือคุ้มสั่วรู้จักคิดพิจารณา โครงสร้าง ตามไปด้วย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับผลกระบวนการสื่อสาร

iii) ช่วงเวลาที่ดู (Temporal organization) การศึกษาในเรื่องช่วงเวลาที่ดูนั้น อาจหมายความกว้างขวางกว่าคำตอบที่ว่า ผู้รับสารเปิดรับรายการต่างๆ ในช่วงเวลาไหนเท่านั้น หากแต่หมายความถึงการที่สื่อ拿出 ประเพณีต่างๆ ได้เข้าไปจัดระบบการใช้ชีวิตประจำวันของผู้รับสาร อย่างไร

2.3.3. การเข้าถึงตัวบท (Access to relevant text) นอกจากพฤติกรรมการเปิดรับ สารเกิดจากปัจจัยภายใน (Endogeneous Factors) เช่น ความสนใจ ทัศนคติ ฯลฯ แล้ว ปัจจัยภายนอก (Exogeneous) ที่เป็นตัวแปรแทรกในการเปิดรับสาร เช่น ชาวบ้านในชนบทไม่เปิดรับสื่อสิ่งพิมพ์ ที่เนื้องจากหนังสือไปไม่ถึง หรือคนจนอ่านหนังสือน้อยกว่าคูโทรทัศน์ เพราะหนังสือเป็นสื่อที่ต้องเสียเงิน หรือถึงแม้รายการจากโทรทัศน์ไม่มีปัญหาอุปสรรคด้านระยะเวลาหรือเศรษฐกิจก็ตาม แต่ปัจจัยการเข้าถึงก็คือ ช่วงเวลาของรายการ ถ้ารายการสุขภาพถ่ายทอดในช่วงเวลาทำงาน ผู้รับสารที่ต้องทำงานนอกบ้านก็จะหมดโอกาสเข้าถึงตัวบท

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

- การจดจำได้ (Recognition)
- ความเข้าใจในเนื้อหาสาร (Comprehension)
- การตีความจากสาร (Interpretation) ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมในการดูครับ หัตถ์ ของผู้รับสาร
- การมีปฏิกิริยาตอบสนอง (Response)

ขั้นตอนทั้ง 4 นี้ จะเป็นตัวกำหนดว่าผู้รับสารจะนำอาช่าสารหรือความรู้ ที่ได้จากสื่อไปปฏิบัติตามได้หรือไม่นานก็น้อยเพียงใด

2.3.5. การวิเคราะห์ผลกระบวนการที่มีต่อผู้รับสาร มีประเด็นที่นำเสนอในดังนี้

i) การกำหนดความให้แก่ประชาชน

นักวิชาการ ได้ให้ทัศนะเกี่ยวกับการใช้สื่อที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพที่หลากหลาย(Lawrence Wallack ,1991) เช่น ความมุ่งเน้นเพื่อเป็นเครื่องเตือน(Reminders) ให้กับผู้ที่ไม่รู้และสร้างความตระหนักรู้ (Awareness) ให้กับประชาชน อีกทั้งสื่อชั้นสามารถที่จะช่วยในการ “จัดการอภิเษษะประดิษฐ์ความสำคัญต่าง ๆ ให้แก่สังคม (Set the Discussion Agenda for Society)” และช่วยสร้างขอบเขตภัยในที่ซึ่งมีการอภิปรายให้สามารถตีกรอบความสำคัญ เพื่อชูประเด็นของ ปัญหาได้สื่อสามารถจะช่วยขับเตือนปัญหาสุขภาพ และทำให้เกิดความคิดเห็นที่ขยายวงกว้างออกไปในการตัดสินปัญหาต่าง ๆ จึงควรเข้าใจถึงรูปแบบการค่าแนวชีวิต(Life Style) ผสมผสานไปกับ การนำเสนอข้อมูล (Presentation) เนื่องจากสื่อสามารถถกถายเป็น หัวอุปสรรค(BARRIER)และ/หรือตัวเอื้อ(Facilitator)ในการส่งเสริมสุขภาพ ดังงานวิจัยของโอคีฟ์&เริด-แนส(O'Keefe & Reid Nash,1986) แอ๊ทคิน (Atkin,1981) แมคโคบี & อเล็ก-ชานเดอร์ (Maccoby & Alexander ,1980) โซโลมอน(Solomon,1982)และแมคไกว์(McGuire,1984) ที่เห็นด้วยกับบทบาทความสำคัญของสื่อในการช่วยกำหนดความสำคัญของปัญหาสุขภาพได้ รวมทั้ง อิทธิพลของสื่อมวลชนไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่วนบุคคล เนื่องจากการใช้สื่อนั้น จะได้ผลดีเฉพาะ การตอบข้อ(Remaince)ความคิดเห็นเดินที่มีอยู่เดิมของสาธารณะ (Public Opinion) มากกว่าการซักน้ำให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล (Individual Behavior) ดังการศึกษาของอุนิมิค ประทีปเสน (2534) พบว่า การเปิดรับสารโฆษณาส่งเสริมสังคม(PSA) ทางโทรทัศน์มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการเลือกและการจัดซื้อของผู้บริโภคในกรุงเทพมหานคร แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภค

ii) การสร้างอัตลักษณ์ของบุคคล

แนวทางในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสารและผู้รับสาร ในด่วนทาง เอง(text)จะต้อง มีการวางแผนความหมายอันหลากหลายไว้ชุดหนึ่ง (Structured Polysemy) โดยที่ด่วนหนึ่ง ไม่สามารถจะเลือกบรรจุความหมายเอาไว้เพียงความหมายเดียวเท่านั้น หรือไม่สามารถ

จะปิดกัน ความหมายอื่น ๆ ที่อาจจะแตกต่างออกไปบ้าง ได้อย่างแน่นอน ในด้านผู้รับสารเองก็มีอิสระในการที่จะเลือกตีความหมายได้ อย่างไรก็ตาม อิสระในการตีความของผู้รับสารก็มิใช่สิ่งที่ไร้ขอบเขตหรือไร้พรอมแคน หากทว่าจะต้องอยู่ภายในการยอมแห่งความหลากหลายที่บรรจุอยู่ในตัวบทนั้น และความสัมพันธ์ระหว่างการก่อตัวเป็น Subject ของผู้รับสาร(Continuted Subject) ที่มีปฏิกริยากับว่าทกรรมพิเศษฯ แต่ละชุดจากสื่อ (specific discourses) นั้นก่อให้เกิดผลกระทบระยะยาวที่น่าสนใจ ซึ่ง Morley เรียกว่า Identity หรือ เอกลักษณ์/อัตลักษณ์ของคนเอง (กาญจนา แก้วเทพ, 2539) เช่น รายการสุขภาพทางโทรทัศน์ในช่วงเวลาต่าง ๆ จะพบว่ามีว่าทกรรมชุดต่าง ๆ ปรากฏอยู่ตลอดเวลา และจะมีว่าทกรรมหลากหลายที่พุ่งตรงมาที่ผู้รับสารโดยตรง (เรียกว่ามี mode of direct address) เช่น

- ท่านผู้ชัมครับ (direct address) ท่านผู้ชัมเป็นคนหนึ่งใช้ใหม่ครับ ที่หมั่นตรวจสอบสุขภาพประจำปีไม่เคยขาด....."
- คุณเป็นอีกคน ใช้ใหม่ที่ขอบซื้อยาชุดกินเอง เวลาเป็นไข้....."

ผู้ชัมก็จะสร้างอัตลักษณ์ด้านสุขภาพขึ้นมาว่า "เขาเป็นคนอย่างไรในแง่มุมทางสุขภาพ" Morley ยืนยันว่า เป็นวิธีการที่สังคมสมัยใหม่จะสร้างอัตลักษณ์(modern identity) ให้แก่บุคคล และเนื่องจากว่าทกรรมชุดต่าง ๆ ในสื่อมวลชนที่สถาปนาอัตลักษณ์ของบุคคลนั้นมีความแตกต่าง หลากหลายและมากมาย เพราะฉะนั้นในท้ายที่สุดแล้ว อัตลักษณ์ของคนสมัยใหม่ก็จะเป็นผลลัพธ์จากกระบวนการทำงานของว่าทกรรมอันหลากหลายเหล่านี้

Morley กล่าวว่า กิจกรรมการซึมโทรทัศน์นั้นเป็นปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างความเป็นจริงของผู้รับสารกับรูปแบบเชิงสัญญาลักษณ์ของตัวบท (symbolic form of text) เช่น ในระหว่างที่คุ้มครองสุขภาพทางโทรทัศน์ ผู้รับสารก็จะถามตัวเองว่า "เราคุยกับการที่วิทยากรกำลังบรรยายอยู่ หรือเปล่า" คำอธิบายดังกล่าวของ Morley ได้มาจากการประยุกต์แนวคิดเรื่อง Interpellation ของ L.Althusser ที่กล่าวว่า คนเราถูกสร้าง "ตัวตน" (subject) ขึ้นมาจากการถูก "เรียก" (interpellation) จากสถาบันในสังคม เช่น ถ้าผู้หญิงที่ถูกกลุ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ก็จะถูก เรียกว่า "เป็นคุณแม่คนดี ที่นี่" เลย ถ้าผู้หญิงคลอดถูกกล่าวว่า "เรียก" ความเป็นตัวตนของคนได้มากที่สุดก็คือ สถาบันสื่อมวลชน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากไม่มีว่าทกรรมชุดใดที่ผูกขาดการ "เรียก" การสถาปนาตัวตนของบุคคล ได้ ดังนั้น ในเนื้อที่ของสื่อมวลชนจึงเป็นเวทีแห่งการต่อสู้และช่วงชิงการเรียกและสถาปนาตัวตน ของบุคคลอยู่ตลอดเวลา (ซึ่ง Althusser เรียกว่าเป็น "การต่อสู้ทางอุดมการณ์")

3. สองทัศนะทางการแพทย์กับแบบแผนการเงินป่วยของสังคมไทย

ในปี 2523 ประเทศไทยได้ให้สัตยานันในกฎหมายเพื่อพัฒนาการทางสุขภาพ(CHARTER FOR HEALTH DEVELOPMENT) ต่อองค์การอนามัยโลก โดยมีเป้าหมาย Health for All by the Year 2000 - สุขภาพดีวนหน้าปี 2543 นั้น เป็นการวิเคราะห์ภาพสังคมในอนาคตว่า ทุกครอบครัว ทุกคน มีสิทธิ มีส่วนร่วมกันพัฒนาสุขภาพ ทุกคนมีโอกาสเท่าเทียมกันที่จะเข้าถึง และได้รับประโยชน์จาก การสาธารณสุขขั้นมาตรฐาน ทรัพยากรที่จะใช้ในการพัฒนานั้นจะได้รับการจัดสรรอย่างเป็นธรรมและ เป็นไปเพื่อประโยชน์ของคนส่วนใหญ่ ประกอบกับความหมายของการพัฒนาที่หมายถึงการเปลี่ยน แปลงในดั่งบุคคลในสังคม และวิถีทางที่คนในสังคมมีปฏิกรรมสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เป้าหมาย ของการพัฒนาสุขภาพที่แท้จริง คือ การที่บุคคลสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนให้มี สุขภาพอนามัยที่ดี

นัดลิกามัตติโก (2530) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง(self care)เป็นกระบวนการที่ บุคคลสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริม สุขภาพ (Health promotion) ผดุงรักษากิจกรรมสุขภาพ (Health maintenance) การป้องกันโรค(Disease prevention)การบำบัดรักษาตนเอง(Self treatment) ซึ่งรวมความไวป้องการที่น้ำทุกสภาพ ร่างกาย จิตใจ (Rehabilitation) ภายหลังการเจ็บป่วย กระบวนการดูแลสุขภาพตนเองนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้น อย่าง ต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของบุคคลไม่ได้เกิดเฉพาะครั้งคราว จากการศึกษาของ ทวีทอง วงศ์วิวัฒน์ (2530) พบว่า คนไทยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของสังคม และปัจจัยสิ่งแวดล้อมเป็น ส่วนใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลสุขภาพตนเองทั่วไป การดูแลสุขภาพด้านพัฒนาการ และการ ดูแลสุขภาพด้านในภาวะเบื้องบนของสุขภาพ(ภาวะเจ็บป่วย) อย่างไรก็ตาม การดูแลสุขภาพของ คนไทยบนพื้นฐานของการแพทย์แผนปัจจุบัน พบว่า คนไทยมีรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพ ทางด้าน การรักษามากกว่าการป้องกัน ดังการศึกษาของพิมพ์วัลย์และคณะ(2529)และ วีระพันธ์และ คณะ(2531) พบว่า พฤติกรรมการรักษาด้านของเป็นพฤติกรรมแพร่หลายที่สุด ส่วนใหญ่เป็นการใช้ยา แผนปัจจุบันมากกว่ายาสมุนไพร โดยลักษณะการใช้ยาการรักษาด้านของ อาจสืบทอดมาจากการปฏิสัมภิญญา คุณไทยในสมัยก่อนใช้ยาการรักษาด้านของ ซึ่งเป็นปัจจุบันการใช้เกินขาดความจำเป็น ดังการศึกษาของ ธนาการ โอล ปี 2534 พบว่า ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขสูงมากโดยเฉลี่ยค่าใช้จ่าย ค่าน สาธารณสุขของครัวเรือนมากกว่าภาครัฐถึงร้อยละ 46 โดยส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ จากคลินิกและโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติ แห่งชาติปี 2533 พบว่า ครัวเรือนจ่ายเงินเพื่อบริการประเภทนี้เฉลี่ยเดือนละ 75 บาท หรือร้อยละ 40 ของ

การใช้จ่ายสำหรับบริการทางการแพทย์เดือนละ 185 บาท อีกทั้งมีแนวโน้มที่จะทำการรักษาโดยใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีสมัยใหม่เกินความจำเป็น ถึงที่เห็นได้ชัด คือ ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านยาสูงมาก โดยคิดเป็นร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขทั้งหมด ซึ่งทำให้ประชาชนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้น ทั้งที่อาชญาคดีของคนไทยประมาณ 68.9 ปี ซึ่งต่ำกว่ามาเลเซีย และศรีลังกา ที่มีประชากรอายุขัยเฉลี่ย 70.5 ปี และ 71.3 ปี ตามลำดับ

เนื่องจากการแพทย์แผนปัจจุบันประสบความสำเร็จในการอาชันะโรคติดเชื้อร้ายแรง ที่คร่าชีวิตมนุษย์เป็นล้านๆ เช่น กษาโรค หหิว่าตอกโรค วัณโรค ไหฟอยด์ ฯลฯ ตั้งแต่ ปลายศตวรรษที่ 19 เป็นต้นมา การแพทย์แผนปัจจุบันทำให้สุคนธินั่นคลึงไปกับความสำเร็จและประดิษฐกรรมใหม่ ๆ นับแต่การค้นพบยาปฏิชีวนะไปจนถึงการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและการแปลงเพศ เทคโนโลยีอันขั้นชั้นถูกนำมาใช้ในการวินิจฉัยโรคอย่างน่าพิศวง ในด้านการบำบัดรักษาวิทยาการทางด้านอาชราสตร์ รังสีวิทยา และ ศัลยศาสตร์ ได้ทำให้การแพทย์แผนปัจจุบันถูกยกเป็นวิทยาศาสตร์ชั้นสูงที่สอดคล้องกับสังคมอุตสาหกรรมและยุคของวิทยาการ ทำให้คนเราขาดการเอาใจใส่คุณภาพในเชิงป้องกัน เพราะเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยก็จะพึงพาแพทย์และวิทยาการแผนปัจจุบัน(ตะวันตก) ซึ่งมองสุขภาพแบบแยกส่วนโดยมุ่งความช้านาญเฉพาะทาง พึงพาเทคโนโลยีวินิจฉัยและบำบัดรักษาอวัยวะเฉพาะส่วนที่แปรปรวนไป

อย่างไรก็ตาม แบบแผนการเจ็บป่วยของคนไทยมีแนวโน้มเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อเป็นโรคจากความมึนคงที่มีเพื่อยกเวชจากการกินมากเกินไปจนอ้วน ทำงานนั่งต่อตัว ไม่ได้ออกกำลังกาย เครื่องเครียดมาก สูบบุหรี่มาก คิ่มสุรนมาก ฯลฯ เช่น โรคหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคเต้านมเสื่อมในสมองศีบและแทก รวมทั้ง โรคเกิดจากความแย้อดยัคเมียด ลดภาวะของสิ่งแวดล้อม และอาหารเป็นพิษภัยด้วยสารเคมี ภาระงานหน้าแน่น ความเคร่งเครียด ต้องต่อสู้แข่งขัน ความไม่เป็นระเบียบ ฟุ้งเฟื้อ สำส่อนทางเพศ การไม่สามารถปรับตัวปรับนิ่ง ความวิตกกังวล ไม่สมหวัง ในอารมณ์ จนเกิดพยาธิสภาพทางสังคมทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น มะเร็ง อุบัติเหตุ การเป็นพิษ การบาดเจ็บ การติดยาเสพติด โรคกระเพาะ อาหารเป็นแพล โรคจิต โรคประสาท ภาระโรค และที่ร้ายแรงที่สุด คือ โรคเอดส์ นั้น มีอาจ ที่จะพึงพาการแพทย์แผนปัจจุบันได้เพียงอย่างเดียว เพราะวิทยาการทางการแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่สามารถบำบัดรักษาได้ และสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคเหล่านี้ก็มาจากพฤติกรรมของบุคคล อีกทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันต้องใช้ทุนเป็นปัจจัยหลัก ซึ่งไม่สอดคล้องกับการเป็นประเทศกำลังพัฒนาบ้าง

ดังนั้น การมีสุขภาพที่ดีจึงต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งต่อตนเอง สังคม และสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ ซึ่งแนวคิดนี้คือ การมองสุขภาพแบบ องค์รวม (Holistic Health) ที่มีแนวคิดและวิธีการที่มองมนุษย์ในฐานะเป็นระบบหนึ่งๆ ซึ่งสัมพันธ์เรื่อมโยงกับระบบอื่นๆทั้งที่เด็กกว่าและใหญ่กว่าอย่างแยกไม่ออ ก ความเจ็บป่วยจึงมิใช่เป็นเรื่องความผิดปกติของอวัยวะใด อวัยวะหนึ่งใดๆ แต่เป็นผลจากความแปรปรวนของระบบใหญ่เริ่มตั้งแต่ร่างกายทั้งระบบไปจนถึงระบบความสัมพันธ์ที่มีต่อสังคม และธรรมชาติแวดล้อมที่แตกต่างกันไป แนวทางการบำบัดรักษาจึงเน้นเรื่องคุณภาพมาก ซึ่งการฟื้นฟูคุณภาพนั้นแต่ละแนวทางมีความแตกต่างกัน แต่สิ่งหนึ่งที่มีร่วมกันก็คือ การให้ความสำคัญกับวิธีชีวิตและการประพฤติปฏิบัติตัวเป็นกิจวัตร ซึ่งมิได้ครอบคลุมเฉพาะบุคคลเท่านั้น หากขั้นรวมสัมพันธ์ถึงความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และที่สำคัญคือ การมีทัศนคติหรือการวางแผนจิตใจอย่างถูกต้อง ต่อสิ่งที่ประสบในชีวิต หรือต่อสิ่งที่คาดหวังจากชีวิต นั่นคือ การเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเอง รวมทั้งความหลากหลายของวิธีการเพื่อสุขภาพที่ดี การแพทย์องค์รวมมีลักษณะนูรณาการ คือ ผสมผสานวิธีการบำบัดรักษาหลายอย่างเข้าด้วยกัน เช่น การบำบัดด้วยอาหาร การออกกำลังกาย การรู้จักคลายความเครียด การปรับทัศนคติให้ถูกต้อง การฝึกเข้ม การนวด เป็นต้น ไม่เพียงพารือเขียวชาญในวิธีการใดวิธีการหนึ่ง และการบำบัดรักษามิใช่ปัจจัยหลักของการแพทย์แบบองค์รวม

พฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งทางกาย จิต สังคม จึงเป็นปัจจัยหลักต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยมากกว่า และขั้นสามารถป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อบางชนิด ซึ่งขั้นพบในเขตชนบท เขตชนชนแออัด และเขตชนชนรอบนอกของเมืองใหญ่ๆ ได้ด้วย สองคล้องกับคำรุ่ง บุญยืน (2538) ที่กล่าวถึง ทิศทางการพัฒนาด้านสาธารณสุขของไทยในทศวรรษหน้า (ทางด้านการปฏิรูปบริการสาธารณสุข) ว่า ต้องสร้างสิ่งยุ่งใจให้กับบุคคลทุกระดับ ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนเพื่อความสำคัญของการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ ดังแต่การป้องกันโรค ด้วยพฤติกรรมสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ โภชนาการและเว้นสุราและบุหรี่ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การใช้รถใช้ถนนที่ถูกกฎหมาย พฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย รวมทั้ง ให้ความสำคัญต่อการดูแลสิ่งแวดล้อม และสามารถรักษาตนเอง ครอบครัว และชุมชนในเมืองดันได้ โดยไม่จำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจึงเป็นทัศนะใหม่ด้านสุขภาพที่น่าสนใจ เมื่อจากเป็นแนวคิดสุขภาพที่บุคคลสามารถพึ่งพาตนเองได้ ไม่ลื้นเปลืองค่าใช้จ่ายเหมาะสมกับสังคมไทย ซึ่งมีโครงสร้างสังคมแบบพื้นเมืองโดยที่ฐานเป็นกลุ่มคนยากจน อีกทั้งบุคคลทุกระดับในสังคมสามารถเข้าถึงได้

ความแตกต่างของแนวคิดการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แบบองค์รวม (แลบอบพี.เอชว.2533)

การแพทย์แผนปัจจุบัน	การแพทย์แบบองค์รวม
1. แยกส่วน แบ่งความชำนาญออกเป็นเรื่องๆ ก็ขาว ซึ่ง กับผู้ป่วยเป็นส่วน ๆ ไม่มีการ รับผิดชอบผู้ป่วย ทั้งคน	1. ผ่อนร่วม สนใจชีวิตทุกส่วนของผู้ป่วย ทั้งการงาน การออกกำลังกาย ครอบครัว ชีวิตทางสังคม อาหาร ภาระจิตใจและอารมณ์
2. รวมศูนย์ ขณะ ที่การผลิตสินค้า รวมศูนย์อยู่ใน โรงงาน ดำเนินการรักษาเก็บรวมศูนย์ อยู่กับสถาบัน การแพทย์ และแพทย์เองก็จะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ให้ผู้ ความรู้และเทคโนโลยีจากที่จะกระจายไปยัง คนทั่ว ไป ส่วนบริการทางการแพทย์ก็จากที่จะกระจาย ไปยัง ชุมชนห่างไกล	2. กระจายอ่อนน้อม พยายามที่จะให้ถึงงานหรือสมรรถนะ การรักษาเพื่อทดแทนผู้ทุกคน เท่าที่จะทำได้
3. บริการเหมือนผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป ที่ออกมากจาก โรงงาน ก่อรากคือ ให้บริการทางการแพทย์อย่างเดียว กับแก่ทุกคน ซึ่งมีอาการ อย่างเดียวกัน (อาจมีสาเหตุ ต่างกัน)	3. เน้นเฉพาะตัวของผู้ป่วย ครอบคลุมกว่าผู้ป่วย แต่ละคน มี ลักษณะเฉพาะตัวที่ต้องอาศัยวิธีการเฉพาะอย่างที่สอด คล้องกัน
4. ทุนเป็นปัจจัยหลัก กระบวนการรักษาให้ความ สำคัญมากกว่าเครื่องจักรและเทคโนโลยี ราคางานแพงและ เศรษฐีค่าของงานอาจไม่ใช่สิ่งเดียวที่ต้องการ ความตั้งใจที่ต้องการ ให้เป็นนิยมที่ทุกคนต้องการ	4. เน้นมุนญธรรม ค่านิยมถึงความเดินทางของ มุนญ์ แกะ คุณภาพชีวิตมากกว่าที่จะสนใจการขยายตัวของ โรงพยาบาล
5. บุ่งเดินโดยทางวัดอุ่นอย่างไม่มีขีดจำกัด เมื่อการสร้าง โรงงานมาให้มากขึ้นและขยายให้ใหญ่ ให้เข้มข้น ไม่ ประสบกับธรรมชาติไม่สนใจที่จะร่วมมือกับ ธรรมชาติเพื่อพัฒนาสุนทรียภาพ ในการรักษาคนเอง ของร่างกาย	5. ครอบคลุมสุนทรียภาพนิเวศวิทยา สนับสนุน ให้ร่าง กายทำการเสริมสร้างบำรุงตัวเองมากกว่าที่จะใช้ ยา หรือสารเคมีเปลกปลอกปลอมมากรุณาร่วม กัน
6. เน้นเทคโนโลยีขั้นสูง ขึ้นเทคโนโลยีในการ วินิจฉัย และรักษา มีความซับซ้อนมากเท่าไร ก็ยิ่งดีเท่านั้น	6. เน้นเทคโนโลยีที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงเครื่องมือซับซ้อน ที่จะก่อภัยร้ายร่างกาย เช่น เครื่องอิเล็กทรอนิกส์ การฉีดยา รังสี

ดังนั้น กฎหมายสำคัญสำคัญสำหรับอนาคตของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงควรที่ ต้องให้ประชาชน(ทุกชนชั้น)พึงพอใจและคุ้มค่าของให้ได้มากที่สุด ส่วนหนึ่งคือการดำเนินการ ได้ โดยการให้ความรู้ที่ถูกต้อง การให้ข้อมูลข่าวสารที่สมบูรณ์ และการเผยแพร่สารสนเทศที่ถูกต้องเกี่ยวกับ การดำเนินชีวิตประจำวัน และการประกอบอาชีพ การพัฒนาระบบข้อมูลและเผยแพร่จึงเป็นพิเศษ ที่จำเป็นยิ่ง

การวิจัยเรื่อง “ทิศทางของการคุ้มครองสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์” จึงทำการศึกษาว่า สื่อโทรทัศน์ได้ช่วยทำหน้าที่เป็นทางเลือกหนึ่ง หรือเป็นหนทางหนึ่งที่นำไปสู่การมีสุขภาพดีให้แก่ ชนชั้นต่าง ๆ ในสังคมอย่างไร กล่าวคือ ในเชิงปริมาณ โทรทัศน์ได้นำเสนอปัญหาสุขภาพอนามัยของ ชนชั้นต่าง ๆ เป็นสัดส่วนอย่างไร และในเชิงคุณภาพ ทิศทางของสุขภาพเป็นไปในแนวใด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ประเภทของสื่อกับความรู้ด้านสุขภาพ

งานวิจัยหลายเรื่องที่ทำการศึกษาสื่อกับการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

ธีรกุล สถาบันนิยามการ(2537)ศึกษาความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสารความรู้สุขอนามัย ด้านสาธารณสุขกับการมารับบริการของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลรามาธิบดีจำนวน 360 คน เพื่อ ทราบพฤติกรรมการเปิดรับสื่อ รวมทั้งการรับรู้ก่อนมารับบริการกับความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับ ข่าวสารผ่านสื่อต่าง ๆ กับการเข้ามารับบริการที่โรงพยาบาล พบว่า ผู้มารับบริการเดินทางมารับบริการ ด้านสาธารณสุขก่อนมารับบริการจากโทรทัศน์มากที่สุด และรูปแบบรายการสุขภาพที่พบทาง โทรทัศน์มีลักษณะเป็นข่าวสารทั่วไป ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามอายุ ระดับ การศึกษา และอาชีพ โดยเฉพาะ โรคเอดส์มีการเปิดรับชมสื่อมวลชนมาก ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มตัวอย่างใดก็ตาม

เกศินี จุฬาวิจิตร (2533) ศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอยู่ร่วม ระหว่างผู้ดีดิชเชื้อเอดส์ในระบบที่ไม่มีอาการกับครอบครัว พบว่า ผู้ดีดิชเชื้อเอดส์และครอบครัวเปิดรับ ข่าวสารทั่วไปทางหนังสือพิมพ์มากที่สุด แต่แทนทั้งหมดได้รับความรู้เรื่อง โรคเอดส์จากโทรทัศน์ มากที่สุด

สุวรรณี โพธิ์ศรี(2536)ศึกษาการเปิดรับสื่อ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกัน โรคเอดส์ของผู้ปักครองนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตกรุงเทพฯ พบว่า การเปิดรับข่าวสาร โรค เอดส์จากโทรทัศน์มากที่สุด และปริมาณการเปิดรับข่าวสาร โรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความรู้และทัศนคติ

2.การวิเคราะห์เนื้อหารายการสุขภาพทางไทรทัศน์

ถึงแม้ว่าจากการศึกษาพบว่าประชาชนนิยมเปิร์รับข่าวสารความรู้จากสื่อไทรทัศน์ แต่มีงานวิจัยน้อยชิ้นที่ศึกษาถึงเนื้อหาของรายการสุขภาพทางไทรทัศน์ ผู้วิจัยจึงนำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

ตัดค่า ประพันธ์พงษ์(2534) วิเคราะห์รายการสุขภาพทางไทรทัศน์ที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพพบว่า รายการสุขภาพทางไทรทัศน์มี 4 ประเภท คือ นิตยสารทางอากาศ สารคดี ละครสั้น และสนทนა เนื้อหารายการสะท้อนถึงการส่งเสริมสุขภาพ และสรุปว่าไทรทัศน์ได้ดำเนินการตามการหน้าที่ของสื่อในการส่งเสริมสุขภาพ

กฤณณา ชิพวังโภ(2537)ศึกษาเรื่อง “การวิเคราะห์รูปแบบสารโฆษณาทางไทรทัศน์” ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างลักษณะพฤติกรรมการบริโภคชั้นสูงในสังคมไทย พบร่วมกับ การจัดลำดับชนชั้น ในสังคมไทยมีการเคลื่อนที่ในเรื่องช่วงของชนชั้นและในเรื่องอาชญาของชนชั้น ทำให้ผู้บริโภคที่มีรูปแบบการบริโภคและรสนิยมอย่างชนชั้นสูงมีจำนวนมากขึ้นในสังคมไทย และ ระบบการสื่อสาร ในสังคมโลกเป็นตัวสนับสนุนให้เกิดกรอบอ้างอิงที่ส่งเสริมให้เกิดการเคลื่อนที่ของชนชั้น ในขณะเดียวกัน ระบบการสื่อสารในสังคมโลกก็เป็นตัวบอกให้เห็นถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างชนชั้นในสังคมไทยได้เช่นกัน

กนิษฐา บึงวิสุทธิวงศ์(2535) วิเคราะห์โฆษณาที่เผยแพร่ทางวิทยุและไทรทัศน์ พบร่วมกับ ไทรทัศน์เป็นสื่อที่เผยแพร่หลายเข้าหมู่บ้านอย่างรวดเร็ว และใช้สูตรค่าในการโฆษณาสูงที่สุดและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของชาวบ้านมากขึ้นทุกๆค้าน รวมถึง การบริโภคยา

3.ผลกระทบจากการเปิร์รับสื่อมวลชน

งานวิจัยหลายชิ้นที่ศึกษาถึงผลกระทบจากการเปิร์รับสื่อมวลชน เนื่องจากมีความเชื่อว่าการมีความรู้จะทำให้เกิดทัศนคติที่ดี และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้

ในนนก บูรณะดิษฐ์(2536) ศึกษาอิทธิพลของไทรทัศน์ที่มีผลต่อการตัดสินใจบริโภค เครื่องดื่มน้ำรุ่งกำลังของพนักงานการท่าเรือแห่งประเทศไทย เบสดลงด้วย กรุงเทพมหานคร พบว่า ไทรทัศน์มีอิทธิพลปานกลางต่อการตัดสินใจบริโภค แต่ความคาดหวังจากประโยชน์ของสินค้า มากที่สุด

ศูนย์มิตร ประทีปเสน(2534)ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสาร โฆษณาบริการสังคมทางโทรทัศน์กับพฤติกรรมผู้บริโภค พบว่า การเปิดรับสาร โฆษณาบริการสังคมทางโทรทัศน์มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการเลือกและจดจำสินค้าของผู้บริโภค และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค

นิศากร ตัวลาพูฒ(2537) ศึกษาการรับรู้และการจดจำภาพนิตรรโดยญาทางไทรทัศน์ และพฤติกรรมการซื้อและใช้ยาแก้ปวดคลดไข้ของกลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตกรุง. พบว่า การปีคั่น สารมาก หรือน้อยไม่มีผลต่อการรับรู้และการจดจำ รวมทั้งพฤติกรรมการซื้อและใช้ยา นั่นอาจ แสดงว่า สารที่เป็นภาพนิตรรโดยญาไม่หมายความกับผู้รับสารก็เป็นได้

จะเห็นได้ว่าการเปิดรับสื่อมวลชนส่วนใหญ่พบว่าไม่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ

4. แนวคิดการคัดแยกชนิดกับฐานะเศรษฐกิจสังคม

การคุ้มครองสุขภาพของบุคคลมีหลายมิติ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามฐานะเศรษฐกิจสังคม

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์และคณะ(2530) ศึกษาพฤติกรรมการคุ้มครองของชาวชนบท:กรณีศึกษาหมู่บ้าน 2 แห่งในอำเภอชุมพวง จ.นครราชสีมา โดยบุ่งไปที่พฤติกรรมคุ้มครองสุขภาพในภาวะเงื้อปั่วຍ พนบฯ พฤติกรรมการรักษาดูแลของเป็นพฤติกรรมแพร่หลายที่สุด ส่วนใหญ่เป็นการใช้ยาแผนปัจจุบันรักษาดูแลของ ซึ่งเป็นปัจจุบันของการใช้ยาเกินความจำเป็นในปัจจุบัน และฐานะทางเศรษฐกิจเข้ามามีส่วนกำหนดพฤติกรรมการคุ้มครองสุขภาพดูแลของ กล่าวคือ กลุ่มคนจนเริ่มต้นด้วยการรักษาดูแลของก่อน เมื่อไม่หายก็จะลองรักษาดูแลของต่อไปอีกสักระยะหนึ่ง หรืออาจเปลี่ยนวิธีการรักษาดูแลของแบบอื่นๆ ไปเรื่อยๆ จนกว่าจะหาย แต่กลุ่มคนรวยเมื่อลองเลือกรักษาดูแลของสักระยะแล้ว ไม่เห็นอาการดีขึ้นก็มีแนวโน้มจะเปลี่ยนไปแสวงหาแพทย์บริการสาธารณสุขต่างๆ โดยไม่รังสรรค์ ทั้งนี้ด้วยข้อความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นเงื่อนไขสำคัญ

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “ทิศทางของการคุ้มครองสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์” เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา การสำรวจความแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์เพื่อประเมินรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของผู้รับสารในกลุ่มต่าง ๆ ผู้วิจัยทำการรวบรวมรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ทุกรายการที่แพร่ภาพทางสถานีโทรทัศน์ช่อง 3,5,7,9 และ 11 ในช่วงเดือน มกราคม 2539 เพื่อทำการวิเคราะห์เนื้อหาใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแบบสอบถามและประเมินการสัมภาษณ์

แหล่งข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้มีแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา ดังต่อไปนี้

1. ประเภทรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ รายการสุขภาพทางโทรทัศน์ทุกรายการที่แพร่ภาพทางสถานีโทรทัศน์ช่อง 3,5,7,9 และ 11 ในช่วงเดือน มกราคม 2539 แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

- รายการความรู้ที่มีเนื้อหาของรายการเป็นรายการสุขภาพโดยตรง จำนวน 20 รายการ 151 ตอน/เรื่อง
- โฆษณาที่เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและการนำคำว่า “สุขภาพ” มาใช้ จำนวน 65 เรื่อง

2. ประเภทบุคคล แหล่งข้อมูลประเภทบุคคลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

ก. กลุ่มตัวอย่างตอนแบบสอบถามพูดกรรมการปิดรับสารค้านสุขภาพ ประกอบด้วย

- ชนชั้นนำ หมายถึง คณารัฐมนตรี, นายพลทหาร/ตำรวจ, ข้าราชการพลเรือนระดับ 9 ขึ้นไป, รัฐวิสาหกิจระดับผู้อำนวยการกองขึ้นไป และนักธุรกิจชั้นนำ จำนวน 50 คน

- ชนชั้นกลาง หมายถึง นายทหาร/ตำรวจระดับพันเอกลงมา, ข้าราชการพลเรือนระดับ 8 ถึงมา, รัฐวิสาหกิจระดับต่ำกว่าผู้อำนวยการกอง, พนักงานบริษัทระดับปั๊บส. ขึ้นไป, ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ เช่น วิศวกร, สถาปนิก, ผู้เชี่ยวชาญด้านการค้า, ศิลปิน ฯลฯ จำนวน 150 คน

- ชนชั้นล่าง หมายถึง เกษตรกร, นาบเร', กรรมกร (ภาคการเกษตร, อุตสาหกรรม และการขนส่ง), ลูกจ้าง, ช่างฝีมือที่ไม่เข้าวชช. จำนวน 200 คน

บ. กลุ่มตัวอย่างให้สัมภาษณ์ประเมินรายการสุขภาพทาง โทรทัศน์ ได้แก่ ผู้รับสารจำนวน 41 คน (10% ของแต่ละชนชั้น)

3. ประเภทเอกสาร หนังสือ เอกสาร บทความ วิทยานิพนธ์ รวมทั้งสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับ บทบาททางสังคมของสื่อมวลชน, การใช้สื่อมวลชนเพื่อการพัฒนาประเทศ, แบบแผนการเจ็บป่วย ของคนไทย, ทัศนะเกี่ยวกับการแพทย์ฯ ฯลฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “พิศวงของการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทาง โทรทัศน์” ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. รายการสุขภาพทาง โทรทัศน์

2. ผู้รับสาร

2.1 กลุ่มตัวอย่างตอนแบบสอบถามพฤติกรรมการปั๊มน้ำนมสู่เด็ก จำนวน 400 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างให้สัมภาษณ์ประเมินรายการสุขภาพทาง โทรทัศน์ จำนวน 41 คน

1. รายการสุขภาพทาง โทรทัศน์ หมายถึง รายการสุขภาพที่มีเนื้อหาของรายการเกี่ยวกับ สุขภาพ โภชัตและโภชนาที่เกี่ยวกับภาระการเจ็บป่วยและการน้ำคำว่า “สุขภาพ”มากล่าวย่าง ทุกรายการ ที่เผยแพร่ทางสถานีโทรทัศน์ช่อง 3,5,7,9 และ 11 ในช่วงเดือนมกราคม 2539

1.1 รายการความรู้ที่มีเนื้อหาของรายการเป็นรายการสุขภาพโดยตรง จำนวน 20 รายการ ได้แก่ เมนูสูกรัก, คละครรภ์อุดปอดอุดส์, ก้าวทันโรค, สุขภาพดีทั่วไทย, สมองใส่การแพทย์, รักสูตรักให้สูตร, สุขภาพดีมีสุข, คลินิกช่อง 5, การแพทย์ก้าวหน้า, รู้ทันโรค, ถนนความดี, ดวงใจพ่อแม่, รักพัน, ห่วงคุณห่วงสุขภาพ, ไข่ไข่ใจเรา, นาทีฟรีสไตร์ล : รู้ทันอุดส์, เพื่อนแก้ว, พบหนมอศิริราช, นานรัก ชาเคน, ปัญหาชีวิตและสุขภาพ

1.2 โฆษณาที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการนำค่า“สุขภาพ”มาใช้จำนวน 65 เรื่อง

ก. การส่งเสริมป้องกันโรค จำนวนทั้งสิ้น 19 เรื่อง ได้แก่

1. เอดส์ จำนวน 7 เรื่อง
2. อาหารและยาที่ถูกหลักอนามัย จำนวน 5 เรื่อง
3. การป้องกันโรค จำนวน 4 เรื่อง
4. การป้องกันอุบัติเหตุ จำนวน 2 เรื่อง

ข. ยาและเทคโนโลยี จำนวนทั้งสิ้น 46 เรื่อง ได้แก่

1. ยาแก้ไข้หวัด จำนวน 3 เรื่อง
2. ยาแก้ปวด จำนวน 4 เรื่อง
3. ยาแก้ไอ จำนวน 4 เรื่อง
4. ยาแก้เชื้อรา จำนวน 2 เรื่อง
5. ยาท้าแก้แมลงกัด, ต่อย จำนวน 2 เรื่อง
6. ยาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร จำนวน 4 เรื่อง
7. ยาคอม จำนวน 2 เรื่อง
8. ชาท้าแก้ปวด จำนวน 3 เรื่อง
9. อุปกรณ์ที่ใช้ทำแพล จำนวน 3 เรื่อง
10. สิ่งบริโภคจำนวน 6 เรื่อง (เครื่องดื่มน้ำรุ่งสุขภาพ 3 เรื่อง, นม 2 เรื่อง, น้ำมันพืช 1 เรื่อง)
11. เครื่องอุปโภคเพื่อสุขภาพ จำนวน 11 เรื่อง (วาสติน 1 เรื่อง, ยาสีฟัน 6 เรื่อง, ยาสูบ 3 เรื่อง, เมซเมกุ 2 เรื่อง)

ซึ่งรายการสุขภาพทั้ง 2 ประเภทสามารถแบ่งเป็น 6 สาระ ดังนี้

1. อาหาร เช่น เมนูจุกรัก, ก้าวทันโรค (ช่วงบริโภคปลอดภัย), เพื่อนแก้ว (ช่วงกlothม่า), สุขภาพดีทั่วไทย เป็นต้น
2. แมมและเต็ก เช่น แทนรักจากแมม, ดวงใจห่อแมม, สุขภาพดีมีสุข (ตอน การแท้บบุตร), ปัญหาชีวิตและสุขภาพ (ตอน ปัญหาสุขภาพเด็กไทย) เป็นต้น
3. เอดส์ เช่น รู้ทันเอดส์, รู้รองปลอดเอดส์, พบหมอด็ิวราช (ตอน หนูยังตั้งครรภ์ ติดเชื้อเอดส์) เป็นต้น

4. สุขภาพตา เช่น ดอนมดงตา, พบหมองศิริราช (ตอนการผ่าตัดแก้ไขสายตา ผิดปกติ) เป็นต้น
5. สุขภาพฟัน เช่น รักฟัน, ก้าวทันโรค (ช่วงร oxyim พิมพ์) เป็นต้น
6. ภาวะการเจ็บป่วย เนื่องจากมีการเจ็บป่วย/โรคอื่น ๆ ที่นักเรียนนี้จากເອດຕໍ່, สุขภาพดีและสุขภาพฟันอีกมากมากที่ไม่สามารถจัดเป็นประเภทໄດ້ພະຍານໄມ້ມີ รายการประจำ เช่น โรคหัวใจ, เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, มะเร็ง, สุขภาพจิต, โรคเรื้อรัง, โรคปอด เป็นต้น วิทยาการสุขภาพ (การน้ำรังสี, การเสริมອก, เครื่อง วัดการนอนหลับ, เครื่องถ่ายภาพด้วยแม่เหล็กไฟฟ้า), อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย, ยาปฏิชีวนะ, อุบัติเหตุ เป็นต้น

2. ผู้รับสาร

2.1 กลุ่มตัวอย่างทอยแบบสุ่มตามพหุติกรรมการเปิร์รับสารค้านสุขภาพ เพื่อศึกษาการ เปิร์รับชุมชนรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ เนื่องจากประชากรไทยทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2539) มีจำนวนทั้งสิ้น 60,116,182 คน จึงคำนวณจำนวนตัวอย่างที่จะทำการศึกษา ในระดับความคลาดเคลื่อน 5% ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \pi (1-\pi) N}{Z^2 \pi (1-\pi) + N e^2} \quad \pi = 0.5 \quad z = 2, N = 60,116,182 \text{ คน}$$

$$= 400 \text{ คน}$$

และสำนักงานกลางทะเบียนรายภูมิได้แสดงร้อยละของประชากรรายภาคประเทศไทย ปี พ.ศ.2536 ไว้ดังนี้

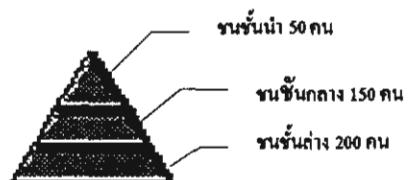
ภาคเหนือ (Northern Region) = 20.2% คิดเป็นสัดส่วนเท่ากับ 2 ส่วน

ภาคกลาง (Central Region) = 32.4% คิดเป็นสัดส่วนเท่ากับ 3 ส่วน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (North Eastern Region) = 35.6% คิดเป็นสัดส่วนเท่ากับ 4 ส่วน

ภาคใต้ (Southern Region) = 12.8% คิดเป็นสัดส่วนเท่ากับ 1 ส่วน

จากการศึกษาโครงสร้างของสังคมไทย(สถีร, เผยประทับ, 2535) มีลักษณะแบบพีร์มิด โดยที่จากฐานพีร์มิด คือ ชนชั้นล่าง, ชนชั้นกลาง และชนชั้นนำ ผู้วิจัยจึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างดังนี้



อนึ่ง ชนชั้นนำโดยส่วนใหญ่แล้วมีกรรมด้วยที่กรุงเทพฯ(เดือนธันวาคมปี 2535) ผู้วิจัย
จึงเลือกทำการศึกษาชนชั้นในกรุงเทพฯ สำหรับกลุ่มด้วยชั้นนำที่เหลือ คือ ชนชั้นกลางและ ชนชั้นล่าง
นั้น ทำการสุ่มภาคละ 1 จังหวัดโดยมีจำนวนด้วยชั้นนำตามสัดส่วน ยกเว้น ภาคกลาง เนื่องจาก
ประชากรของกรุงเทพฯมีมากเป็น 2 เท่าของจังหวัดในภาคกลางทั้งหมดโดยไม่รวม กรุง
เทพฯ(กทม.5,584,963 คนและอื่น ๆ 6,320,672 คน,สำนักงานกลางทะเบียนรายบุคคล) ภาคกลางที่มี 3
ส่วน จึงเป็นกทม. 2 ส่วนและสุ่มภาคกลางอีกหนึ่งจังหวัดให้เป็นหนึ่งส่วน ได้ดังนี้

2.2 กลุ่มตัวอย่างให้สัมภาษณ์ประเมินรายการสุขภาพทางไตรหัศน์

เพื่อทำการประเมินรายการสุขภาพทางโทรศัพท์ศัพท์ของกลุ่มผู้รับสารในชั้นชั้นต่าง ๆ จึงเลือกบุคคลที่ชุมชนรายการสุขภาพทางโทรศัพท์ศัพท์จากการสำรวจการปฏิรับชุมชนรายการฯ โดยคัดจาก 10 % ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 41 คน ดังนี้

	ชนชั้นล่าง(คน)	ชนชั้นกลาง(คน)	ชนชั้นนำ(คน)
ภาคเหนือ-จังหวัดเชียงใหม่ (2)	4	3	-
ภาคกลาง-กรุงเทพฯ (2)	4	3	5
-สมุทรสาคร (1)	2	2	-
ภาคอุดร/เหนือ-กาฬสินธุ์ (4)	8	6	-
ภาคใต้ -สุราษฎร์ธานี (1)	2	2	-
รวมทั้งสิ้น (10 ส่วน)	20	16	5

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. โสตทัศนูปกรณ์ ได้แก่ แบบบันทึกภาพ,แบบบันทึกเสียง,เครื่องเล่นเทปบันทึกเสียงภาพ สมุดบันทึก /ปากกา,ดินสอ และตารางข้อมูลรายการสุขภาพทางไทรทัศน์

2. แบบสอบถามเพื่อการสำรวจการปีครับชนรายการสุขภาพทางไทรทัศน์ ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

- ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ,อายุ,สถานภาพ,การศึกษา,อาชีพ,รายได้,และสุขภาพ
- ความสนใจข่าวสารด้านสุขภาพ
- การปีครับข่าวสารด้านสุขภาพ
- การปีครับรายการสุขภาพทางไทรทัศน์
- ช่วงเวลาที่ต้องการรายการสุขภาพทางไทรทัศน์

3. คำถามเพื่อการสัมภาษณ์ทัศนะของผู้รับสารกุ่มต่าง ๆ ต่อรายการสุขภาพทางไทรทัศน์ ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

- i) ความน่าเชื่อถือของรายการสุขภาพทางไทรทัศน์
- ii) ความสอดคล้องของเนื้อหารายการกับปัญหาสุขภาพของผู้รับสารกุ่มต่าง ๆ
- iii) ความสามารถในการนำไปปฏิบัติได้
- iv) แนวคิดทางการแพทย์ที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางไทรทัศน์

การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. ความถี่ง (Validity)

1.1 การวิเคราะห์เนื้อหา ผู้วิจัยได้แบ่งรายการสุขภาพตามแน้อหารายการออกเป็น 6 สาระ แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ สำหรับเกณฑ์ในการวิเคราะห์ตามแนวคิดทางการแพทย์ใช้เกณฑ์ตาม หลักการของการแพทย์นั้น ๆ และการแบ่งชนชั้นพิจารณาจากลักษณะของโรคและองค์ประกอบ ต่าง ๆ ของรายการ แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ปรึกษาขอคำแนะนำ

1.2 แบบสอบถามถูกออกแบบมาเพื่อประเมินรายการสุขภาพทางโทรศัพท์ ตรวจสอบรายการสุขภาพ ทางโทรศัพท์ให้ครบถ้วน รวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ ที่คาดว่ามีความเกี่ยวข้องกับการประเมินรายการ แล้วปรึกษาผู้เชี่ยวชาญและทรงคุณวุฒิ

1.3 คำานวณสัมภาษณ์เชิงลึก ตรวจสอบให้ครบถ้วนคุณประดิษฐ์ที่จะทำการศึกษาและ ปรึกษาผู้ เชี่ยวชาญและทรงคุณวุฒิ

2. ความเชื่อมั่น (Reliability)

2.1 การวิเคราะห์เนื้อหา ผู้มีรายการสุขภาพทางโทรศัพท์(10%ของแต่ละประเภท) คือ รายการสุขภาพ 16 ตอน/โฆษณา 7 เรื่อง ให้ผู้เชี่ยวชาญ 2 คน แต่ละบุคคลพิจารณาแยก ตามเกณฑ์ การวิเคราะห์และความรู้สึกตนเอง แล้วนำผลจากการพิจารณาทั้งหมดมาทดสอบความ- เชื่อมั่นโดย อาศัยหลักการคำนวณของ Holtzman (Holtzman)

$$\text{สูตร } R = \frac{2 C_1 C_2}{C_1 + C_2}$$

C_1, C_2 = เป็นจำนวนของรายการที่ผู้ลงรหัส 2 คนมีความเห็นตรงกัน

$C_1 + C_2$ = เป็นจำนวนของประเภททั้งหมดที่ผู้ลงรหัสทั้งสองพิจารณา

สำหรับค่าคำนวณได้ออกมาตามหลักการของ Gold and Kaplan นั้นไม่ควรต่ำกว่า 0.75 จึงจะถือว่ามีความเชื่อมั่นสูง

$$R = 2(18) = 0.78$$

$$23 + 23$$

ดังนั้น เกณฑ์ในการวิเคราะห์เนื้อหาไม่ค่าความเชื่อมั่นสูงพอที่จะนำมาใช้ได้

2.2 แบบสอบถาม ทำการทดสอบแบบสอบถามการเปิดรับชุมชนการสุขภาพทางไทรทัศน์ ดังนี้

- i) ชนชั้นนำ ได้แก่ หัวหน้าส่วนราชการจังหวัดนนทบุรีจำนวน 5 คน
- ii) ชนชั้นกลาง ได้แก่ ข้าราชการครูสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดนนทบุรี จำนวน 15 คน
- iii) ชนชั้นล่าง ได้แก่ พ่อค้า/แม่ค้าตลาดจังหวัดนนทบุรี จำนวน 20 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. รายการสุขภาพทางไทรทัศน์

1.1 รายการความรู้ ทำการตรวจสอบรายการสุขภาพจากหนังสือแนะนำรายการไทรทัศน์ ได้แก่ บันทึกทีวี, มีเดียทีวีไกด์ จัดทำตารางการอออกอากาศของรายการสุขภาพทางไทรทัศน์ และทำการบันทึกเทปของทั้งหมด 20 รายการ บันทึกได้ทั้งหมด 151 ตอน

1.2 โฆษณา จากการเปิดรับรายการไทรทัศน์เป็นประจำและสังเกตว่าโฆษณาชิ้นใด จัดเป็นประชากรที่ต้องทำการศึกษาจะดีกว่า และทำการบันทึกเทปในโอกาสต่อไป ให้ครบชุด ได้จำนวนทั้งสิ้น 65 เรื่อง

2. ประเภทบุคคล การเก็บรวบรวมข้อมูลประเภทบุคคลมี 2 ลักษณะ คือ

2.1 การสำรวจตามแบบสอบถาม เพื่อศึกษาการเปิดรับรายการสุขภาพทางไทรทัศน์

- ชนชั้นนำ ได้แก่ โรงพยาบาลวิชัยฤทธิ์, เชื่นรุริ์ปราศพลาช่า, สำนักงานใหญ่

ธนาคารกรุงเทพ จำกัด, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- ชนชั้นกลาง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามภาคต่าง ๆ ดังนี้

ภาคเหนือ-เชียงใหม่ ได้แก่ ที่ว่าการอำเภอเมืองเชียงใหม่, กองพัฒนาการแม่ริม

ภาคกลาง-กรุงเทพฯ ได้แก่ ธนาคารออมสิน สาขาสะพานค่า, บริษัทไทยคม

- สมุทรสาคร ได้แก่ ศาลากลางจังหวัดสมุทรสาคร

ภาคอุดร/หนองคาย-กาฬสินธุ์ ได้แก่ ศาลากลางจังหวัด, ที่ว่าการอ.เมือง, อ.กมลาไสย

ภาคใต้ -สุราษฎร์ธานี ได้แก่ ที่ว่าการอำเภอกาญจนบุรี

- ชนชั้นล่าง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามภาคต่าง ๆ ดังนี้

ภาคเหนือ-เชียงใหม่ ได้แก่ น.9 ต.ปีหลีก, น.9 ต.หัวใจไร่, น.1 ต.เมืองกีดอ.แม่แตง
ภาคกลาง-กรุงเทพฯ ได้แก่ สวนดุสิต, ชุมชนแออัดริมคลองบางบอน, ถนน
ก่อสร้างหมู่บ้านจามจุรี, เขตการเดินรถที่ 11

- สมุทรสาคร ได้แก่ หมู่ที่ 1, 3 ต.บางหญ้าแพรก อ.เมือง
ภาคอุดร/หนองบัวฯ-กาฬสินธุ์ ได้แก่ หมู่ที่ 3, 5, 6 ต.ล้าคลอง, หมู่ที่ 1, 5, 8 ต.เมืองวิชัย อ.เมือง
ภาคใต้ - ทุเรียนทรายรานี ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนกาญจนดิษฐ์

2.2 การสัมภาษณ์เพื่อประเมินรายการสุขภาพทางไทรทัศน์ ทำการสัมภาษณ์ตามแนวคิด
ตามที่เตรียมไว้ โดยคัดเลือกบุคคลที่ตอบแบบสอบถามพุทธิกรรมการเปิดรับรายการสุขภาพทาง
ไทรทัศน์ จำนวนทั้งสิ้น 41 คน พร้อมการบันทึกเทปและการจดบันทึก ดังนี้

- ชนชั้นล่าง จำนวน 20 คน ได้แก่ ชาวไร่ชาวนา(12 คน), หานเร(2 คน),
ถนนก่อสร้าง(2 คน), ชาวประมง(2 คน) และคนขับรถ(2 คน)
- ชนชั้นกลาง จำนวน 16 คน ได้แก่ ข้าราชการ(10 คน), พนักงานบริษัท(4 คน)
และเจ้าของกิจการ(2 คน)
- ชนชั้นนำ จำนวน 5 คน ได้แก่ อัศวินสุวัฒนา(1 คน), ผู้บริหารธนาคารกรุงเทพ
จำกัด (1 คน), อาจารย์มหาวิทยาลัย(2 คน) และผู้มีฐานนศรัทธา(1 คน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์เนื้อหารายการสุขภาพทางไทรทัศน์รายการสุขภาพทางไทรทัศน์ทั้ง 2
ประเภท ได้แก่ รายการสุขภาพ(โดยตรง)และโฆษณา จำนวนทั้งสิ้น 216 ตอน

1.1. การแบ่งเนื้อหาตามสาระออกเป็น 6 สาระ ได้ดังนี้

- i) อาหาร จำนวนทั้งสิ้น 51 ตอน
 - รายการความรู้ ได้แก่ เมนูกรัง, ก้าวทันโรค, ดวงใจพ่อแม่, สุขภาพดีทั่ว
ไทย และ เพื่อนแก้ว จำนวนทั้งสิ้น 38 ตอน
 - โฆษณา จำนวน 13 ตอน ได้แก่ การป้องกันโรค 7 เรื่อง, ดึงบริโภค
6 เรื่อง (เครื่องดื่มน้ำรุ่งสุขภาพ 3 เรื่อง, นม 2 เรื่อง, มันพีช 1 เรื่อง)

iii) แม่และเด็ก จำนวนทั้งสิ้น 38 ตอน

- รายการความรู้ ได้แก่ รักษาให้ถูกทาง,มนุษยกรรัก,ดวงใจพ่อแม่,แทนรักจากแม่,สุขภาพดีมีสุข,ปัญหาชีวิตและสุขภาพ,รู้ทันโรค จำนวน 34 ตอน
- โภชนา จำนวน 4 ตอน

ii) เอคซ์ จำนวนทั้งสิ้น 16 ตอน

- รายการความรู้ ได้แก่ รู้รอดคลปถอดเอคซ์,รู้ทันยาดส์,พนหมายศิริราชจำนวน 9 ตอน
- โภชนา จำนวน 7 ตอน

iv) สุขภาพดี จำนวนทั้งสิ้น 10 ตอน

- รายการความรู้ ได้แก่ อนอมคงด้า,การแพทย์ก้าวหน้า จำนวน 9 ตอน
- โภชนา 1 เรื่อง

v) สุขภาพฟัน จำนวนทั้งสิ้น 15 ตอน

- รายการความรู้ ได้แก่ รักฟัน,ก้าวทันโรค,พนหมายศิริราชจำนวน 9 ตอน
- โภชนา ได้แก่ ยาสีฟัน 6 เรื่อง

vi) ก้าวการเป็นป่วย จำนวนทั้งสิ้น 86 ตอน

- รายการความรู้ ได้แก่ ก้าวทันโรค,รู้ทันโรค,สมองใช้การแพทย์,สุขภาพดีมีสุข,คลินิกช่อง 5,การแพทย์ก้าวหน้า,ห่วงคุณห่วงสุขภาพ,ใจเข้าใจเรา,พนหมายศิริราช ปัญหาชีวิตและสุขภาพ จำนวน 52 ตอน
- โภชนา จำนวน 34 ตอน ได้แก่ การป้องกันโรค 4 เรื่อง,ยา 24 เรื่อง,เครื่องอุปโภคเพื่อสุขภาพ 6 เรื่อง

1.2. การแบ่งช่วงเวลาเพื่อการวิเคราะห์ ด้วยแต่ละรายการมีเนื้อหาและช่วงเวลาที่ต่างกัน ผู้วิจัยจึงแบ่งประเภทการให้สัมภารต์การวิเคราะห์ดังนี้

i) รายการที่แพร่ภาพครั้งละไม่เกิน 15 นาทีจัดให้แต่ละครั้งเป็น 1 ตอน ได้แก่ ก้าวทันโรค,สุขภาพดีทั่วไทย,สุขภาพดีมีสุข,การแพทย์ก้าวหน้า,รู้ทันโรค,

พบทมอศิริราช, ใจเข้าใจเรา, ห่วงคุณห่วงสุขภาพ, แทนรักจากแม่, รักพื้น, ถนน
คงคา, เมนูถูกรัก, รักถูกให้ถูกทาง จำนวนทั้งสิ้น 13 รายการ

- ii) รายการที่มีการแบ่งช่วงรายการอยู่แล้ว ให้ถือเป็นแต่ละช่วงเป็น 1 ตอน ได้แก่
 - สมองและการแพทย์ ได้แก่ โภกภัณฑ์ทางแพทย์, พนแพทย์
 - คลินิกช่อง 5 ได้แก่ รอนไครอบรู้ส์, ใส่ใจคุณภาพชีวิต, ถ้าวันนี้จะเริ่ง
 - ดวงใจพ่อแม่ ได้แก่ รอนไครอบรู้ส์, ใส่ใจคุณภาพชีวิต, ถ้าวันนี้จะเริ่ง
 - รู้เรื่องปลดปล่อยดีส์ ได้แก่ สารคดี, ละคร, สารทนา
 - เพื่อนแก้ว ได้แก่ กลุ่มน้ำ, ถูกแก้ว, เปิดช่องจดหมาย
 - ปัญหาชีวิตและสุขภาพ (แบ่งตามเนื้อหาในแต่ละครั้ง)

- iii) โฆษณาแต่ละเรื่องจัดเป็น 1 ตอน รวมทั้งสิ้น 65 ตอน

1.3. การวิเคราะห์เนื้อหา พิจารณาแต่ละตอนเป็น 3 ช่วงคือช่วงเริ่ม, ช่วงกลาง และช่วงท้าย แล้วให้ลงรหัสแต่ละช่วงลงในตารางจำแนกที่สร้างไว้ (ดังภาคผนวก ก.) ดังนี้

- i) แนวคิดทางการแพทย์ใช้ก่อนที่การวิเคราะห์ตัวบท ดังนี้
 - การแพทย์แยกส่วนเน้นการดูแลรักษามากกว่าการป้องกันและเน้น การพัฒนาแพทย์/ผู้เชี่ยวชาญหรือยาและเทคโนโลยี
 - การแพทย์องค์รวม เน้นการป้องกันโรค มุ่งพัฒนาระบบบุคคลทั้งหมด

ii) การแบ่งชนชั้น วิเคราะห์ด้วยทว่าจัดอยู่ในกลุ่มโรคที่เกิดจากความยากจนหรือ กลุ่มโรคที่เกิดจากความมั่งคั่งและฟุ่มเฟือย กลุ่มเป้าหมายของรายการหรือซื้อตอนเป็นของชนชั้นใด

หมายเหตุ จากการวิเคราะห์เนื้อหาในแต่ละช่วงรายการ(นำ, กลาง, จบ)พบว่า มีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงรายการน้อย ดังนั้น หากพบว่ารายการใดมีลักษณะทางชนชั้น หรือ แนวคิดทางการแพทย์ 2 ใน 3 แล้ว ผู้วิจัยถือว่ามีลักษณะเป็นชนชั้นนั้น ตัวอย่าง เช่น รายการถ้าวัน โรค ช่วงคนดังกับสุขภาพ ตอน อ.จตุพล ชุมภูนิช ปราภูภูดังนี้ (ภาคผนวกหน้า 9)

แนวคิดการแพทย์						ลักษณะทางชันชั้น					
แยกส่วน			องค์รวม			ไม่มี			ชันชั้นน้ำ		
นำ	กลาง	บน	นำ	กลาง	บน	นำ	กลาง	บน	นำ	กลาง	บน
-	1	1	1	-	-	1	-	-	-	1	1

ผู้วิจัยถือว่ารายการตอนนี้มีลักษณะของการแพทย์แยกส่วนและมีลักษณะของชันชั้นน้ำ แล้วนำค่าแนวที่ได้มาคำนวณทางสถิติแบบพารามิเตอร์(Descriptive Method) โดยคำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) และค่าเฉลี่ย(Mean) เพื่อวัดถุประสงค์การวิจัยดังนี้

- เพื่อเปรียบเทียบรายการสุขภาพทางโภรทัศน์ของรัฐและเอกชนในมิติต่าง ๆ
- เพื่อศึกษาลักษณะทางชันชั้นของเนื้อหาที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางโภรทัศน์
- เพื่อเปรียบเทียบการนำเสนองานแนวคิดของการแพทย์แบบแยกส่วนกับการแพทย์องค์รวมที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางโภรทัศน์

2. วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามด้วยโปรแกรม SPSS PC+ เพื่อหาความแตกต่างการเปรียบเทียบรายการสุขภาพทางโภรทัศน์ระหว่างชันชั้น โดยสถิติไครสแควร์ ดังนี้

- ชนชั้นกับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
 - ชนชั้นกับการประเมินสุขภาพดูองค์ความสนใจข้อมูลด้านสุขภาพ
 - ชนชั้นกับการประเมินสุขภาพดูองค์ความสนใจข้อมูลด้านสุขภาพ
 - ชนชั้นกับการเปิดรับรายการสุขภาพทางโภรทัศน์และลักษณะการเปิดรับ
 - ชนชั้นกับรายการสุขภาพ/โฆษณาที่เปิดรับมากที่สุด
 - ชนชั้นกับเวลาที่ต้องการให้มีรายการสุขภาพทางโภรทัศน์

- วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ประเมินรายการสุขภาพทางโภรทัศน์ ทัศนะของผู้รับสารชนชั้นต่างๆมีการรับรู้ ต่างกันหรือไม่อ่องไว้ เกี่ยวกับประเด็นที่พบในรายการสุขภาพทางโภรทัศน์ดังนี้

3.1 ความน่าเชื่อถือในรายการสุขภาพทางไทรทัศน์ โคลส์กามาค่าตอบจากค่าตาม

- 1) ท่านคิดว่าข้อมูลจากการสำรวจเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายทางไทรทัศน์ถูกต้องหรือไม่ ?
- 2) คำแนะนำจากการสุขภาพทางไทรทัศน์ตรงกับความเชื่อทางสุขภาพที่ท่านมีอยู่หรือไม่ ?

3.2 ความสอดคล้องของเนื้อหารายการกับปัญหาสุขภาพของผู้รับสารແຕ່ລະຄຸນ โคลส์กามาค่าตอบจากค่าตาม

- 3) ท่านและครอบครัวเคยมีปัญหาสุขภาพตรงกับรายการบ้างหรือไม่ ?
- 4) ท่านคิดว่ารายการสุขภาพทางไทรทัศน์ตรงกับปัญหาสุขภาพของคุณส่วนใหญ่หรือไม่ ?

3.3 ความสามารถในการนำไปปฏิบัติของผู้รับสารกุ่มต่าง ๆ โคลส์กามาค่าตอบจากค่าตาม

- 5) ท่านสามารถนำสิ่งที่ได้จากการสำรวจสุขภาพทางไทรทัศน์นำไปใช้ได้หรือไม่ ?

3.4 ผู้รับสารกุ่มต่าง ๆ ได้รับการนำเสนอแนวคิดการแพทย์จากการสุขภาพทางไทรทัศน์อย่างไร โคลส์กามาค่าตอบจากค่าตาม

- 6) รายการสุขภาพทางไทรทัศน์แนะนำให้ท่านดูแลสุขภาพด้วยตนเองหรือให้ไปพบแพทย์ เช่นอะไรบ้าง ?

การนำเสนอ ผลการวิจัยเรื่อง “กิจทางของการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางไทรทัศน์”
ประกอบด้วย

บทที่ 4 การวิเคราะห์เนื้อหารายการสุขภาพทางไทรทัศน์ เพื่อวัดถูประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบรายการสุขภาพทางไทรทัศน์ของรัฐและเอกชนในมิติต่าง ๆ
2. เพื่อศึกษาลักษณะทางชั้นของเนื้อหาที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางไทรทัศน์
3. เพื่อเปรียบเทียบการนำเสนอแนวคิดของการแพทย์แบบแยกส่วนกับการแพทย์องค์รวมที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางไทรทัศน์

บทที่ 5 การประเมินรายการสุขภาพทางไทรทัศน์จากทัศนะของผู้รับสารกุ่มต่าง ๆ

- พฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ
- กระบวนการรับรู้รายการสุขภาพทางไทรทัศน์

บทที่ 6 กิจทางของการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางไทรทัศน์

บทที่ 4

การวิเคราะห์เนื้อหารายการสุขภาพทางโภรทัศน์

การศึกษา “ทิศทางของการคุ้มครองสุขภาพในรายการสุขภาพทางโภรทัศน์” เป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบของการสื่อสาร โดยทำการวิเคราะห์เนื้อหารายการสุขภาพทางโภรทัศน์ เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย 3 ข้อแรก คือ

1. เพื่อเปรียบเทียบรายการสุขภาพทางโภรทัศน์ของรัฐและเอกชนในมิติต่าง ๆ
2. เพื่อศึกษาลักษณะทางชั้นของเนื้อหาที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางโภรทัศน์
3. เพื่อเปรียบเทียบการนำเสนอแนวโน้มคิดของการแพทย์แบบแยกส่วนกับการแพทย์องค์รวมที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางโภรทัศน์

ผู้จัดได้ทำการวิเคราะห์เนื้อหารายการสุขภาพทางโภรทัศน์โดยแยกรายการออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

1. รูปแบบรายการความรู้
2. รูปแบบรายการ โฆษณา

1) รูปแบบรายการความรู้ 20 รายการ จำนวน 151 ตอน ได้แก่ เมนูสุกรัก, แทนรักจากแม่, ดวงใจพ่อแม่, เพื่อนแก้ว, ภรรยาทันโรค, สุขภาพดีทั่วไทย, รักสุกใส่สุขภาพดีมีสุข, ถนนดวงตา, รักฟัน, ปัญหาชีวิตและสุขภาพ, รู้ทันโรค, รู้รอดปลอดภัย, รู้ทันยาเสื่อ, พนหมอมศิริราช, ใจเข้าใจเรา, การแพทย์ก้าวหน้า, สมองใช้การแพทย์, คลินิกช่อง 5, ห่วงคุณห่วงสุขภาพ

2) รูปแบบโฆษณาที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และที่นำคำ “สุขภาพ” มาใช้ จำนวน 65 เรื่อง ซึ่งประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ โฆษณาส่งเสริมป้องกัน และโฆษณาเตือนภัย

- โฆษณาส่งเสริมป้องกัน จำนวน 19 ตอน
- โฆษณาเตือนภัย จำนวน 46 ตอน

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 แสดงรายการสุขภาพและรูปแบบรายการ ตามประเภทต่าง ๆ

ลำดับ	ประเภท	รูปแบบ	จำนวนคน	รวมจำนวนคน (%)	
1.	อาหาร	- รายการความรู้	38	51 (23.6%)	
		- โฆษณา	13		
2.	แม่และเด็ก	- รายการความรู้	34	38 (17.6%)	
		- โฆษณา	4		
3.	เอดดิชัน	- รายการความรู้	9	16 (7.4%)	
		- โฆษณา	7		
4.	สุขภาพดี	- รายการความรู้	9	10 (4.6%)	
		- โฆษณา	1		
5.	สุขภาพฟัน	- รายการความรู้	9	15 (6.9%)	
		- โฆษณา	6		
6.	กิจกรรมเชิงปัจจัย	- รายการความรู้	52	86 (40%)	
		- โฆษณา	34		
รวมรายการสุขภาพ		- รายการความรู้	151	216 (100%)	
		- โฆษณา	65		

จากตารางพบว่า รายการสุขภาพทางโทรทัศน์มีเนื้อหาสาระจัดหมวดหมู่ได้เป็น 6 ประเภท คือ อาหาร, แม่และเด็ก, เอดดิชัน, สุขภาพดี, สุขภาพฟัน และกิจกรรมเชิงปัจจัย ประกอบด้วย 2 รูปแบบรายการ คือ รายการความรู้ 151 คน และโฆษณา 65 คน รวมทั้งสิ้น 216 คน ซึ่งจากการวิเคราะห์เนื้อหาปรากฏผลดังนี้

ก) **ประเภทรายการ** แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1) ประเภทที่มีจำนวนตอนในปริมาณมาก ได้แก่ ภาระการเงินปัจจัยและอาหาร ผู้วิจัย
วิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้ประเภทเนื้อหาทั้ง 2 ประเภทมีมากกว่าเนื่องจาก

- เกณฑ์ในการจัดประเภทภาวะการเจ็บป่วย หมายถึง การเจ็บป่วย/โรคอื่น ๆ อีกมากมากที่นองหนึ่งจากเอกสารสุขภาพดู และสุขภาพฟัน ซึ่งไม่สามารถจัดเป็นประเภทเนื้อหาเฉพาะอย่างมาได้ เนื่องจากไม่มีรายการประจำ เช่น โรคหัวใจ, เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, มะเร็ง, สุขภาพจิต, โรคเรื้อรัง, โรคปอด ฯลฯ วิทยาการสุขภาพต่าง ๆ (การฉาบรังสี, การเสริมอกร, เครื่องวัดการนอนหลับ, เครื่องถ่ายภาพด้วยแม่เหล็กไฟฟ้า), อื่น ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย, ยาปฏิชีวนะ, อุบัติเหตุ รวมทั้งโฆษณาและสินค้าต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย จึงทำให้ประเภทภาวะการเจ็บป่วยมีมากกว่าประเภทอื่น(40%)

- ส่วนประเภทอาหาร เนื้อจากมีรายการประจำงานวนมาก และเป็นเนื้อหาที่สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ทั้งรายการความรู้และโฆษณา เช่น เมนูสุกรัก, เพื่อนแก้ว, ก้าวทันโรค (ช่วงบริโภคปีกอคกี้), โฆษณาเครื่องดื่มบำรุงร่างกาย, นม เป็นต้น

2) ประเภทการที่มีจำนวนคงในปริมาณปานกลาง ได้แก่ ประเภทแม่และเด็ก เนื่องจากมีรายการความรู้ประจำทางรายการ เช่น รักถูกให้ถูกทาง, เมนูอุกรัก, ดวงใจพ่อแม่, แทนรักจากแม่ รวมทั้งรายการสุขภาพอื่น ๆ ที่มีเนื้อหาบางตอนเกี่ยวกับแม่และเด็ก เช่น สุขภาพเด็กสุข (ตอน การแท้ง, นมแม่), ปัญหาชีวิตและสุขภาพ (ตอนปัญหาสุขภาพเด็กไทย), รู้ทันโรค (ตอนเด็กกับทีวี) เป็นต้น ผู้จัดข่าวเคระห์อาจมี 2 ปัจจัยที่ทำให้มีปริมาณเนื้อหา ประเภทแม่และเด็ก มีปริมาณมากปานกลาง คือ อาจเป็นเพราะสังคมให้ความสำคัญกับแม่และเด็ก, ผู้ปกครองทุกคนต้องการให้บุตรหลานของตนมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี ประกอบกับเข้าของผลิตภัณฑ์สินค้าเด็กซึ่งมีจำนวนมากก็ให้การสนับสนุนเป็นสปอนเซอร์ให้กับรายการความรู้ต่าง ๆ รวมทั้งโฆษณาสินค้าเด็กก็มีจำนวนมาก

3) ประเภทที่มีจำนวนคนในปริมาณน้อย ได้แก่ เอคส์, สุขภาพฟื้น และสุขภาพดี อาจเป็น เพราะเกณฑ์ที่ใช้วัดมีข้อมูลแคบ คือ เอคส์เป็นโรคเพียงโรคเดียว เช่นเดียวกับสุขภาพฟื้นและสุขภาพดีที่เป็นเรื่องของอวัยวะเพียงส่วนเดียว แต่ก็นับว่ารายการทั้ง 3 ประเภทนี้มีความสำคัญ เพราะมีรายการประจำ เช่น รักษาเอคส์, รักษาคอลเอคส์, รักษาฟื้น, ถนนคงดี เป็นต้น

ข) รูปแบบรายการ จากตารางที่ 1 พนบฯ รูปแบบรายการความรู้นี้จำนวนตอนมากกว่า โฆษณา ซึ่งอาจเป็นเพริ่ววิธีการนับของผู้วิจัย กล่าวคือ รายการความรู้ 1 รายการ เช่น คลินิกช่อง 5 มี 3 ช่วง คือ รอบโทรรับรู้ ใส่ใจคุณภาพชีวิต และก้าวทันมาร์ท ผู้วิจัยนับเป็น 3 ตอน เป็นต้น จึงทำให้ปริมาณของรายการความรู้มีมากกว่าโฆษณา อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่ารูปแบบโฆษณาจะมีน้อยกว่ารูปแบบรายการความรู้ แต่ในแง่ของความถี่ในการเผยแพร่จะมีมากกว่ารูปแบบรายการความรู้ ดังนั้น ปัจจัยความถี่จึงเข้ามามีอิทธิพลให้ประสิทธิภาพของรูปแบบโฆษณาอาจจะสูงกว่า (จะทดสอบต่อไปในการศึกษาผู้รับสาร)

1. การเปรียบเทียบรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของรัฐและเอกชนในมิติต่าง ๆ

เพื่อตอบสนับดุลยประสังค์ข้อแรก เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของผู้ผลิตกับเนื้อหา รายการสุขภาพทางโทรทัศน์ในมิติต่าง ๆ ผลจากการวิเคราะห์เนื้อหา โดยใช้เกณฑ์เรื่องลักษณะของผู้ผลิตกับเนื้อหารายการ ได้ผลดังนี้

- 1.1 ลักษณะผู้ผลิตกับรูปแบบรายการ
- 1.2 ลักษณะผู้ผลิตกับลักษณะทางชนชั้น
- 1.3 ลักษณะผู้ผลิตกับแนวคิดทางการแพทย์

1.1 ลักษณะผู้ผลิตกับรูปแบบรายการ

1.1.1 ลักษณะผู้ผลิตกับรูปแบบรายการสุขภาพโดยรวม ผู้ผลิตรายการสุขภาพทางโทรทัศน์มี 2 ลักษณะที่สำคัญ คือ รัฐบาลกับเอกชน และรายการสุขภาพทางโทรทัศน์มี 2 รูปแบบ คือ รายการความรู้กับโฆษณา โดยผู้วิจัยถือว่ารายการความรู้มีมิติการเป็นบริการสาธารณะ สำหรับโฆษณา มี 2 ลักษณะ คือ โฆษณาส่งเสริมป้องกันเป็นบริการสาธารณะ และโฆษณาสินค้าเป็นธุรกิจ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบรายการสุขภาพของรัฐกับเอกชน

ผู้ผลิต	รายการสุขภาพทางโทรศัพท์ (จำนวนตอน)				รวม	
	รายการ ความรู้	โภชนา				
		ส่งเสริมป้องกัน	สินค้า	รวม		
รัฐ	63	19	-	19	82	
เอกชน	44	-	46	46	90	
รวมกัน	44	-	-	-	44	
รวม	151	19	24	65	216	

ผลจากตารางที่ 2 พบว่า

i) รัฐและเอกชน ผลิตรายการสุขภาพทางโทรศัพท์ในปริมาณที่ใกล้เคียงกัน โดยเอกชน ผลิตมากกว่าเล็กน้อย แต่ยังมีจำนวนรายการที่ร่วมกันเพียงครึ่งหนึ่งของที่แต่ละฝ่ายผลิตเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะว่าควรที่จะส่งเสริมให้มากขึ้น เพราะรัฐมีแนวคิดและข้อมูลที่ดี ขณะที่เอกชน มีกลยุทธการสื่อสารดี

ii) รัฐผลิตรายการความรู้มากกว่าโภชนา แต่เอกชนผลิตโภชนามากกว่ารายการความรู้ ซึ่งเป็นไปตามหลักว่า รายการโทรศัพท์ของรัฐควรจัดทำในรูปแบบของบริการสาธารณะอันหมายถึงรายการที่มีเนื้อหาสาธารณะให้ความรู้ ส่วนเอกชนจะมุ่งการสร้างสินค้าที่ปราภูมิในรูปแบบของโภชนาสินค้า (ทั้ง 46 ตอนของเอกชนเป็นโภชนาขายสินค้าทั้งหมด) ขณะที่โภชนา 19 ตอนของรัฐเป็นโภชนาส่งเสริมป้องกัน

น่าสังเกตว่า การผลิตร่วมกันระหว่างรัฐกับเอกชนมีแต่ในรูปแบบรายการความรู้เท่านั้น แต่ไม่มีการผลิตโภชนาร่วมกันระหว่างรัฐและเอกชนเลย ไม่ว่าจะเป็นโภชนาส่งเสริมป้องกันหรือสินค้า ทั้งที่การโภชนาส่งเสริมป้องกันน่าจะผลิตร่วมกันได้

3) ประเภทรายการความรู้ที่เอกสารผลิต

- i) **ปริมาณมาก** คือ อาหาร เป็นรายการความรู้ที่มีผลิตภัณฑ์สินค้าประเภทอาหารเป็นสปอนเซอร์ เมื่อหารายการจึงถูกกำหนดด้วยรายการเมนูกรอกตอนอาหารรัฐยุบพิช รายการสุขภาพดีทั่วไทย ที่เนื้อหารายการเป็นพิชสมุนไพรใช้ทำอาหาร ได้ เช่น ฟ้าทะลายโจร, ขมิ้นชัน ฯลฯ โดยเข้าของผลิตภัณฑ์พิชสมุนไพรเป็นเข้าของรายการ
- ii) **ปริมาณปานกลาง** คือ แม้จะเด็ก เป็นรายการความรู้ที่มีผลิตภัณฑ์สินค้าประเภทแม่และเด็กเป็นสปอนเซอร์ (เช่น นม, แม่ปั่น, สมุนฯ ฯลฯ) เช่น รายการแทนรักจากแม่ เป็นต้น
- iii) **ปริมาณน้อย** คือ ภาระการเงินปั่วช เนื่องจากเรื่องของการเงินปั่วสามารถทำเป็นโฆษณาซึ่งมีประสิทธิภาพในการขายสินค้าได้ดีกว่า เพราะรูปแบบรายการความรู้ไม่สามารถบุช้อยาที่ต้องการให้ขายได้ จึงผลิตร่วมกับรัฐบาลเพื่อความน่าเชื่อถือของสินค้าเพียงเท่านั้น

ที่น่าสังเกตเอกสารไม่ผลิตเนื้อหารายการประเภทเอกสาร เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่มีตัวหารักษา จึงขายสินค้าไม่ได้ รวมทั้ง ประเภทสุขภาพด้วยพื้นที่เอกสารไม่ผลิต โดยล้ำเหลือ อาจเป็นเพราะเป็นเรื่องของอวัยวะเดียวสามารถขายสินค้าได้น้อย ถ้าผลิตมักผลิตร่วมกับรัฐเนื่องจากรัฐต้องการเผยแพร่ความรู้ด้วยประมาณไม่เพียงพอ เอกสารซึ่งมีเงินทุนจึงร่วมมือกับรัฐเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือให้กับสินค้าที่เป็นสปอนเซอร์ด้วย

4) ประเภทรายการความรู้ที่ผลิตร่วมกัน

- i) **ปริมาณมาก** คือ ภาระการเงินปั่วช อาจเป็นเพราะเนื้อหารายการความรู้ประเภทนี้มีความหลากหลายเช่น ยา, นม, เครื่องดื่มบำรุงร่างกาย ฯลฯ หรือแม้กระทั่งบริษัทประกันชีวิต เช่น รายการพบหมอดิริราช, ก้าวทันโรค, ปัญหาชีวิตและสุขภาพ, คลินิกช่อง 5
- ii) **ปริมาณปานกลาง** คือ สุขภาพด้วยที่ผลิตรายการประเภทนี้ อาจเป็น เพราะรัฐขาดเงินทุน ขณะที่เอกสารมีทุนแต่ขาดข้อมูล
- iii) **ปริมาณน้อย** ได้แก่ สุขภาพพื้น, อาหาร, แม่และเด็ก และเอกสาร อาจเป็นเพราะแต่ละองค์กรมีการผลิตรายการเป็นของตนเองอยู่แล้ว

1.1.3 ลักษณะผู้ผลิตกับประเภทรายการในรูปแบบโฉนดฯ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบโฉนดฯของผู้ผลิตต่างๆ จำแนกตามประเภท

ประเภทรายการ	ลักษณะโฉนดฯ	ผู้ผลิต (จำนวนเรื่อง)			รวม (เรื่อง)
		รัฐ	เอกชน	ร่วมกัน	
1. อาหาร	- การส่งเสริมป้องกัน	7	-	-	13
	- สินค้า	-	6	-	
2. แม่และเด็ก	- การส่งเสริมป้องกัน	1	-	-	4
	- สินค้า	-	3	-	
3. เอคซ์	- การส่งเสริมป้องกัน	7	0	-	7
	- สินค้า	-	-	-	
4. สุขภาพดี	- การส่งเสริมป้องกัน	-	-	-	1
	- สินค้า	-	1	-	
5. สุขภาพดี	- การส่งเสริมป้องกัน	-	-	-	6
	- สินค้า	-	6	-	
6 กิจกรรมเชิงปัจจัย	- การส่งเสริมป้องกัน	4	0	-	34
	- สินค้า	-	30	-	
รวม	- การส่งเสริมป้องกัน	19	-	-	65
	- สินค้า	-	46	-	

จากตารางที่ 4 ผลการวิจัยพบว่า

ก) รายการสุขภาพรูปแบบโฉนดฯของชนกลุ่มมากกว่ารัฐ เป็นไปตามหลักการว่า เอกชนมุ่งใช้โทรศัพท์เป็นช่องทางการเผยแพร่สินค้าด้านสุขภาพสู่ประชาชน และพบว่าไม่มีการผลิตร่วมกันระหว่างรัฐและเอกชน อาจเป็นเพราะผู้วิจัย

ii) ที่น่าสังเกตอย่างมาก คือ โฉนดฯ มี 2 ลักษณะ คือ โฉนดฯส่งเสริมป้องกัน และ โฉนดฯ สินค้า โดยโฉนดฯส่งเสริมป้องกันรัฐเป็นผู้ผลิตทั้งหมด และโฉนดฯสินค้าของชนกลุ่มเป็นผู้ผลิตทั้งหมด นั่นคือ เป็นการตอกย้ำการบริการสาธารณะเป็นของรัฐทั้งหมด ส่วนเอกชนมุ่งการเป็นธุรกิจ หวังผลทางการค้า

iii) เนื่อง โฆษณาส่งเสริมของรัฐมีน้อยทำให้ไม่ครอบคลุมทุกประเภท พบเพียง 4 ประเภท คือ อาหาร, เอดส์, ภาวะเจ็บป่วย และแม่และเด็ก ไม่มีโฆษณาส่งเสริมป้องกันสุขภาพด้วยและพื้น เป็นเพราะไม่มีหน่วยงานใดที่รับผิดชอบเกี่ยวกับสุขภาพด้วยต่อง ส่วนประเภทสุขภาพพื้น นั้นถึงแม้ว่ามีกองทัනตสาธารณสุขรับผิดชอบอยู่ แต่อาจไม่มีงบประมาณจึงอาจยกหันที่มีสินค้าที่ใช้ในเชิงป้องกันสุขภาพพื้น คือ ยาสีฟัน ซึ่งความหมายโดยนัยให้คุ้มครองความสะอาดของเหงือก และฟันสอดคล้องกับการคุ้มครองสุขภาพอนามัยของปากที่ดีได้ จึงไม่มีการผลิตโฆษณาของ

v) โฆษณาของออกชานมากที่สุดคือ ภาระการเงินป่วย ซึ่งก็คือ โฆษณาขายสำหรับรักษาตัวเอง ของชนชั้นล่าง ได้แก่ ทัมไข, ทิฟฟี่, นูต้า, บวชหาย, วิคต์, ฟุก้าคราร์, ยานเก็ท, ยาหานเก็ปวูล ฯลฯ ประเภท อาหารและสุขภาพพื้นนี้ โฆษณาปานกลางก็ เพราะมีสินค้าที่เกี่ยวข้อง ต่างกับโรคเอดส์ที่ออกชานไม่ ผลิตในรูปแบบโฆษณา เพราะไม่มีทางรักษาจึงไม่มีสินค้าสำหรับประเภทสุขภาพตามที่ค่อนขานเดนส์ เป็นสินค้าเพียงอย่างเดียว

การผลิตรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ในรูปแบบรายการ จะพบว่ารัฐได้ทำหน้าที่ในการ บริการสุขภาพมากกว่าออกชาน แต่บริการสุขภาพที่ให้บริการเป็นเรื่องของกรมของ “สุขภาพ” ทาง ค้านของการรักษามากที่สุด (ภาระการเงินป่วย) รวมทั้งรัฐให้ความสำคัญกับแม่และเด็ก และเอดส์ จะเห็นได้จากมีรายการประจำช้านวนมาก ตามเหตุผลที่กล่าวแล้ว ขณะที่ออกชานผลิตรายการ ประเภทอาหาร, แม่และเด็กมาก เพื่อมุ่งหวังผลทางการค้าที่มีสินค้าช้านวนมากทั้ง 2 ประเภทรายการ

จึงอาจสรุปแบบแผนของลักษณะสู่ผลิตภัณฑ์รูปแบบรายการของรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ได้ดังนี้

รัฐผลิตรายการรูปแบบรายการความรู้มากกว่ารายการรูปแบบโฆษณา

ออกชานผลิตรายการรูปแบบโฆษณามากกว่ารายการรูปแบบรายการความรู้

การร่วมมือระหว่างรัฐและออกชานผลิตรายการรูปแบบรายการความรู้เพียงอย่างเดียว

1.2.ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะผู้ผลิตกับลักษณะทางชั้นของรายการ

1.2.1ลักษณะผู้ผลิตกับลักษณะทางชั้นของรายการในรูปแบบรายการโดยรวม(ทั้งรายการความรู้และโฆษณา)

ตารางที่ 5 แสดงลักษณะผู้ผลิตกับลักษณะทางชั้นของรายการสุขภาพ(ทั้งรายการความรู้และโฆษณา)

องค์กรผู้ผลิต รายการสุขภาพ	ไม่มีลักษณะของ ชั้นชั้น(ตอน)	ลักษณะของชั้นชั้น (ตอน)		
		ชั้นชั้นล่าง	ชั้นชั้นนำ	รวม
รัฐ	58	7	17	24
เอกชน	47	13	30	43
ร่วมกัน	22	2	20	22
รวม	127	22	67	89

จากตารางที่ 5 ผลการวิจัยพบว่า

i) โดยภาพรวมแล้ว ลักษณะรายการทั้งหมด ไม่มีลักษณะชั้นมากกว่าการมีลักษณะชั้น(แต่ก็เพียงเล็กน้อย 127:89 หรือ 5:4 เท่านั้น) อาจเป็นเพราะปัจจุบันแบบแผนการเจ็บป่วยของคนไทยเป็นโรคที่เกิดจากพยาธิสภาพทางสังคม เช่น อุบัติเหตุ, ยาเสพติด, โรคจิต โรคประสาทฯลฯ ซึ่งสามารถเกิดได้กับคนทุกชั้น และอาจเพราลักษณะของสื่อ โทรทัศน์ที่เป็น mass จึงต้องการให้ครอบคลุมผู้รับสารให้มากที่สุด คำว่า “ไม่มีชั้นชั้น” หมายความว่าเท่ากัน “ทุกชั้นชั้น” จึงเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับธรรมชาติของสื่อ โทรทัศน์

ii) เมื่อแยกลักษณะผู้ผลิต

- รัฐผลิตรายการ ไม่มีชั้นชั้นมากกว่ามีชั้นชั้น 2 เท่า (58:24) เหตุผลเดียวกับข้อ I)
- เอกชนผลิตรายการมีชั้นชั้นและ ไม่มีชั้นชั้นใกล้เคียงกัน (47:43) เพราะมีสินค้าสำหรับคนทุกระดับ

- การร่วมกันผลิตพับการ ไม่มีลักษณะชั้นและ การมีลักษณะชั้นเท่ากัน (22:22)

iii) เมื่อพิจารณาเฉพาะรายการที่มีลักษณะชั้น พบร่วม ทั้งรายการของรัฐ, เอกชนและร่วมกันผลิตมีแบบแผนเดียวกัน คือ เป็นรายการสำหรับชั้นชั้นนำมากกว่าชั้นล่าง(รวมแล้วมากกว่า

เป็น 3 เท่า 67:22) อาจดีความว่าไม่ว่าผู้ผลิตจะเป็นใครก็สร้างความไม่ยุติธรรมให้แก่ชนชั้นล่าง(คนจน)ทั้งนั้น

1.2.2 ลักษณะผู้ผลิตกับลักษณะทางชั้นของราชการสุขภาพในรูปแบบราชการความรู้

ตารางที่ 6 ลักษณะผู้ผลิตกับลักษณะทางชั้นของราชการสุขภาพในรูปแบบราชการความรู้

องค์กรผู้ผลิต ราชการความรู้	ไม่มีลักษณะของ ชนชั้น(ตอน)	ลักษณะของชนชั้น (ตอน)		
		ชนชั้นล่าง	ชนชั้นนำ	รวม
รัฐ	47	1	15	16
เอกชน	28	2	14	16
ร่วมกัน	22	2	20	22
รวม	97	5	49	54

จากตารางที่ 6 ผลการวิจัยพบว่า

- รายการความรู้ไม่มีชนชั้นมากกว่าการมีชนชั้นประมาณเท่าตัว (97:54) เท่ากับเมื่อเทียบกับข้อ 1.2.1
 - เมื่อแยกลักษณะผู้ผลิต
 - รัฐผลิตรายการ ไม่มีชนชั้นมากกว่าการมีชนชั้นเกือบ 3 เท่า(47 :16)
 - เอกชนผลิตรายการ ไม่มีชนชั้นมากกว่ามีชนชั้นไม่มากนัก(28:16)
 - ร่วมกันผลิตรายการ ไม่มีชนชั้นเท่ากับมีชนชั้น (เท่ากับเมื่อเทียบกับข้อ i)
 - เมื่อพิจารณาเฉพาะรายการที่มีชนชั้น พบว่า ทั้ง ๆ ที่เป็นรายการความรู้แต่ผู้ผลิตทุกกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นรัฐ,เอกชน หรือร่วมกันผลิตต่างก็ผลิตรายการเพื่อชนชั้นนำมากกว่ารายการเพื่อชนชั้นล่าง โดยมีปริมาณมากกว่าเป็น 10 เท่า (49 : 5) อาจเป็นเพราะว่าแบบแผนการเรียนปัจจุบันเนื่องจากความยากจนมีน้อยกว่าโรคที่เกิดจากความมั่งคั่ง และอาจดีความได้ว่า ผู้ผลิตรายการสุขภาพมิได้สนใจที่จะให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ชนชั้นล่าง(คนจน)

1.2.3 ลักษณะผู้ผลิตกับลักษณะทางชั้นของรายการสุขภาพในรูปแบบโฆษณา

ตารางที่ 7 ลักษณะผู้ผลิตกับลักษณะทางชั้นของรายการสุขภาพในรูปแบบโฆษณา

องค์กรผู้ผลิต โฆษณา	ไม่มีลักษณะของ ชั้นชั้น(ตอน)	ลักษณะของชั้นชั้น (ตอน)		
		ชั้นชั้นล่าง	ชั้นชั้นนำ	รวม
รัฐ	11	6	2	8
เอกชน	19	11	16	27
ร่วมกัน	-	-	-	-
รวม	30	17	18	35

จากตารางที่ 7 ผลการวิจัยพบว่า

- โฆษณาโดยรวมมีลักษณะของชั้นมากกว่าไม่มีชั้นชั้น เล็กน้อย(35:30)
- รัฐผลิตโฆษณาไม่มีชั้นมากกว่ามีชั้นชั้นไม่มากนัก (11:8)เนื่องจากโฆษณาของรัฐเป็นโฆษณาส่งเสริมฯ โดยส่วนใหญ่จึงเป็นของทุกชั้นมากกว่าชั้นใดชั้นหนึ่ง โฆษณาของเอกชนเป็นโฆษณาสินค้าซึ่งมีลักษณะธรรมชาติที่ต้องระบุกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน จึงผลิตโฆษณาที่มีลักษณะของชั้นมากกว่าไม่มีชั้นชั้น (27:19)
- เมื่อพิจารณาเฉพาะโฆษณาที่มีลักษณะของชั้นชั้นจะพบความแตกต่างกัน คือ
 - รัฐผลิตโฆษณาชั้นล่างมากกว่าชั้นนำ 3 เท่า (6:2) เนื่องจากโฆษณาของรัฐเป็น PSA จึงมีให้ชั้นชั้นล่างมากกว่าชั้นนำ ประกอบกับ PSA บางรายการที่รัฐผลิตขึ้นเฉพาะกิจเพื่อการรณรงค์ตามนโยบายขององค์กรอนามัยโลก ได้แก่ โรคโปลิโอล, โรคห้องร่วง
 - แต่เอกชนผลิตโฆษณาชั้นนำมากกว่าชั้นล่างเล็กน้อย (16:11)เนื่องจากเอกชนมีสินค้าทุกรายดับ กล่าวคือ ขายขายแก่ชั้นชั้นล่าง เครื่องดื่มปั่นปั่นร่างกาย/สินค้าเพื่อส่งเสริมสุขภาพแก่ชั้นชั้นนำ

จึงอาจสรุป แบบแผนลักษณะของผู้ผลิตกับลักษณะทางชั้น ได้ดังนี้
 ทั้งรัฐและเอกชนผลิตรายการที่ไม่มีลักษณะทางชั้นมากกว่ารายการที่มีลักษณะทางชั้น
 หากพิจารณาเฉพาะรายการที่มีลักษณะทางชั้นพบว่า ทั้งรัฐและเอกชนมีแบบแผนเหมือนกัน คือ
 รายการที่มีลักษณะของชั้นชั้นนำมากกว่ารายการที่มีลักษณะของชั้นชั้นล่าง

1.3 ลักษณะผู้ผลิตกับแนวคิดทางการแพทย์

1.3.1 ลักษณะผู้ผลิตกับแนวคิดทางการแพทย์ในรายการสุขภาพทุกรูปแบบ

ตารางที่ 8 ลักษณะผู้ผลิตกับแนวคิดทางการแพทย์ในรายการสุขภาพทุกรูปแบบ

องค์กรผู้ผลิตรายการสุขภาพ	การแพทย์แยกส่วน(ตอน)	การแพทย์องค์รวม(ตอน)
รัฐ	18	64
เอกชน	46	44
ร่วมกัน	16	28
รวม	80	136

จากตารางที่ 8 ผลการวิจัยพบว่า

- โดยรวมแล้วรายการสุขภาพทางโทรทัศน์นำเสนอแนวคิดทางการแพทย์องค์รวมมากกว่าแนวคิดทางการแพทย์แยกส่วน เป็นสัดส่วน 3:2 ที่นับว่านา่ำพอใจ
- เมื่อแยกลักษณะผู้ผลิต
 - รัฐมีการนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์องค์รวมมากกว่าแยกส่วน เกือบ 4 เท่า (64;18)
 - เอกชนมีการนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์ทั้ง 2 ทัศนะ ใกล้เคียงกันน่าจะเป็นเพราะตัวแปรที่เข้ามาแทรก คือ รูปแบบรายการ เนื่องจากเอกชนผลิตรูปแบบโฆษณามากกว่ารัฐ(ตารางที่ 2) ซึ่งรูปแบบโฆษณานำเสนอการแพทย์องค์รวมได้มากกว่ารายการความรู้ เพราะเอกชนต้องขายสินค้าและระยะเวลาของโฆษณาสั้น
 - ร่วมกันผลิต ก็นำเสนอแนวคิดทางการแพทย์องค์รวมมากกว่าแยกส่วน เป็นพระเวลาผลิตร่วมกัน รัฐเป็นผู้เสนอแนวคิด

1.3.2 ลักษณะผู้ผลิตกับแนวคิดทางการแพทย์ในรูปแบบรายการความรู้

ตารางที่ 9_ลักษณะผู้ผลิตกับแนวคิดทางการแพทย์ในรายการความรู้

องค์กรผู้ผลิตรายการความรู้	การแพทย์แยกส่วน(ตอน)	การแพทย์องค์รวม(ตอน)
รัฐ	13	50
เอกชน	-	44
ร่วมกัน	16	28
รวม	29	122

จากตารางที่ 9 ผลการวิจัยพบว่า

- รายการรูปแบบรายการความรู้นำเสนอแนวคิดทางการแพทย์องค์รวมมากกว่าแยกส่วนเกือบ 5 เท่า และทุกองค์กรก็มีการนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์องค์รวมมากกว่าแยกส่วนเมื่อนับ
- จะเห็นได้ว่า รัฐนำเสนอการแพทย์องค์รวมมากกว่าเอกชนเพียงเล็กน้อย (50:44)

1.3.3 ลักษณะผู้ผลิตกับแนวคิดทางการแพทย์ในโฆษณา

ตารางที่ 10 ลักษณะผู้ผลิตกับแนวคิดทางการแพทย์ในโฆษณา

องค์กรผู้ผลิตรายการความรู้	การแพทย์แยกส่วน(ตอน)	การแพทย์องค์รวม(ตอน)
รัฐ	-	19
เอกชน	46	-
ร่วมกัน	-	-
รวม	46	19

จากตารางที่ 10 ผลการวิจัยพบว่า

- โดยภาพรวมโฆษณา มีการนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์แยกส่วนมากกว่าองค์รวมแบ่งงานกันทำอย่างชัดเจน คือ รัฐนำเสนอการแพทย์องค์รวม เอกชนนำเสนอแยกส่วน (ร่วมกันไม่มี)
- อาจเกี่ยว กับลักษณะของโฆษณา คือ โฆษณาส่งเสริมป้องกันกับโฆษณาขายสินค้า โดยรัฐผลิตโฆษณาส่งเสริมป้องกัน เอกชนโฆษณาขายสินค้า

iii) โฆษณาขายสินค้า นั่นก็คือ ขายและเทคโนโลยี ที่เน้นการรักษา จึงต้องเป็นแนวคิดทางการแพทย์แบบแยกส่วนแน่นอน

จึงอาจกล่าวได้ว่า ตัวแปรลักษณะของผู้ผิดิต ไม่มีความสำคัญต่อการนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์เท่ากับรูปแบบรายการ กล่าวคือ รายการรูปแบบรายการความรู้นำเสนอแนวคิดการแพทย์องค์รวมมากกว่าแนวคิดการแพทย์แยกส่วน ขณะที่รายการรูปแบบโฆษณานำเสนอแนวคิดการแพทย์แยกส่วนมากกว่าแนวคิดการแพทย์องค์รวม

2.ลักษณะทางชั้นของเนื้อหาที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางโทรศัพท์

D. Morley ได้กล่าวไว้ว่า บรรดาสถาบันและกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม มักมีตราแห่งชนชั้น ประทับอยู่ เพียงแต่แสดงออกอย่างเปิดเผย หรือแฝงเร้นกับบังตัวไว้เท่านั้น รายการสุขภาพทางโทรศัพท์ซึ่งมีความหลากหลายและเป็นแหล่งถ่ายทอดอุดมการณ์ด้านสุขภาพที่สำคัญนั้น มีทิศทางของการดูแลสุขภาพของชนชั้นได้ในสังคมบ้าง

2.1การรวมของลักษณะทางชั้นในรายการสุขภาพทุกรูปแบบ

ตารางที่ 11 ลักษณะทางชั้นของรายการสุขภาพทางโทรศัพท์

รูปแบบรายการ	จำนวน ตอน/เรื่อง	ไม่มีลักษณะ ทางชั้น	ลักษณะทางชั้น		
			ชนชั้นล่าง	ชนชั้นนำ	รวม
1. รายการความรู้	151	97	6	48	54
2. โฆษณา	65	30	17	18	35
รายการสุขภาพ	216	127	22	67	89

จากตารางที่ 11 ผลการวิจัยพบว่า

i) รายการสุขภาพทางโภรทัศน์โดยรวมไม่มีชนชั้นมากกว่าการมีชนชั้น เนื่องจากปัจจุบัน แบบแผนการเง็บปั่นของคนไทยเป็นโรคที่เกิดจากพยาธิสภาพทางสังคม เช่น อุบัติเหตุ, ไข้สูง ติด, โรคจิต, โรคประสาท ฯลฯ ซึ่งสามารถเกิดได้กับคนทุกชนชั้น และอาจเพราะลักษณะของสื่อ โทรทัศน์ที่เป็น mass จึงต้องการให้ครอบคลุมผู้รับสารให้มากที่สุด คำว่า “ไม่มีชนชั้น” หมายความ ว่าทำกัน “ทุกชนชั้น” จึงเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับธรรมชาติของสื่อโทรทัศน์

ii) รูปแบบรายการความรู้ไม่มีชนชั้นมากกว่ามีชนชั้นเกือบ 2 เท่า แต่โฆษณา มีชนชั้นมาก กว่าไม่มีชนชั้น อาจเป็นเพราะว่าโฆษณาต้องเจาะจงกลุ่มเป้าหมายมากกว่า

iii) แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะรายการที่มีลักษณะชนชั้นพบว่า เป็นชนชั้นนำมากกว่าชนชั้นล่าง ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบรายการความรู้หรือโฆษณา ก็ตาม แต่รูปแบบรายการความรู้ยังพบว่ามีรายการ สำหรับชนชั้นนำมากกว่าชนชั้นล่าง อย่างเห็นได้ชัด (1:8)

iv) ขยะที่โฆษณาสำหรับชนชั้นนำพอๆ กับชนชั้นล่าง (18:17) อาจแปลได้ว่าชนชั้นล่างก็ เป็นกลุ่มเป้าหมายของ โฆษณาสินค้าพอๆ กับชนชั้นนำ ซึ่งเนื่องจากพฤติกรรมการดูและสุขภาพของ คนจนเป็นพฤติกรรมการรักษาตนของที่นิยมซื้อขายรักษาตนของ (พิมพ์วัลย์และคณะ, 2530)

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่ารายการสุขภาพทางโทรทัศน์ได้สร้างความอยุติธรรมด้านสุขภาพแก่ ชนชั้นล่าง เนื่องจากรายการความรู้ซึ่งเป็น “บริการ” มีให้กับชนชั้นล่าง แต่โฆษณา (โดยเฉพาะ สินค้า) ที่มุ่งหวังผลการค้ากลับมีให้

2.2 ลักษณะทางชั้นของรายการสุขภาพ(รายการความรู้/โภชนา)กับประเภท

รายการ

ตารางที่ 12 ลักษณะทางชั้นของรายการสุขภาพ(รายการความรู้/โภชนา)กับประเภทรายการ

ประเภท	รูปแบบ	ไม่มีลักษณะทางชั้น	ลักษณะทางชั้น		
			คนจน	คนรวย	รวม
1. อาหาร	- รายการความรู้ - โภชนา	30 7	- 2	8 4	8 6
	รวม	37	2	12	14
2. แม่และเด็ก	- รายการความรู้ - โภชนา	26 1	2 -	6 3	8 3
	รวม	27	-	9	11
3. เศรษฐ์	- รายการความรู้ - โภชนา	9 4	- 2	- 1	- 3
	รวม	13	2	1	3
4. สุขภาพดี	- รายการความรู้ - โภชนา	2 -	- -	7 1	7 1
	รวม	2	-	8	8
5. สุขภาพฟัน	- รายการความรู้ - โภชนา	7 3	- -	2 3	2 3
	รวม	10	-	5	5
6. กิจกรรมเจ็บป่วย	- รายการความรู้ - โภชนา	23 15	4 13	25 6	29 19
	รวม	38	16	32	48
รายการสุขภาพ	- รายการความรู้ - โภชนา	98 30	4 17	48 18	54 35
	รวม	128	33	66	89

จากตารางที่ 12 ผลการวิจัยพบว่า

- i) ประเภทรายการที่ไม่มีชนชั้นมากคือ ประเภทภาวะการเจ็บป่วย,อาหาร และแม่และเด็ก อาจเป็นเพียงรายการทั้ง 3 ประเภทเป็นความรู้พื้นฐานของการมีสุขภาพที่คือของคนทุกระดับ
- ii) ในประเภทเอกสารและสุขภาพพื้นพนดักยังที่ไม่มีชนชั้นปานกลาง แต่หากพิจารณาจะพบว่ารายการทั้ง 2 ประเภทนี้เป็นเรื่องของโรค/อวัยวะเดียวที่มีรายการประจำน้อยกว่าทั้ง 3 ประเภท ข้างต้น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเอกสารและสุขภาพพื้นไม่มีชนชั้นอยู่ในระดับที่น่าพอใจ ยกเว้นประเภทสุขภาพตาที่พบการไม่มีชนชั้นน้อยมาก คือ 1 ใน 4 ส่วน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าสุขภาพตาประเภทเดียวที่มีชนชั้น
- iii) ประเภทรายการที่มีชนชั้นมากคือ ประเภทภาวะการเจ็บป่วย อาจเป็นประเภทฯลฯของภาวะการเจ็บป่วยนักว่างมาก (ตารางที่ 1)ประเภทอาหาร,แม่และเด็ก และสุขภาพตา พนนีปริมาณปานกลาง ส่วนเอกสารและสุขภาพพื้นนี้ปริมาณน้อยที่สุด ที่น่าสังกัด ประเภทภาวะการเจ็บป่วยนี้ มีมากทั้งดักยังและการไม่มีชนชั้นกับการมีชนชั้น
- iv) ในกลุ่มที่มีชนชั้น พบรายการความรู้สำหรับชนชั้นนำ(คนรวย)มากกว่าชนชั้นล่าง(คนจน)ถึง 10 เท่า แต่ในขณะกลับพบอ ฯ กัน (17:18) นับว่าไทรทัศน์ไม่ยุติธรรมอย่างยิ่ง ที่รายการความรู้ทางไทรทัศน์ ซึ่งถือได้ว่าเป็นบริการค้านสุขภาพหรือจะมีให้คนจนมากกว่าคนรวย แต่กลับมีให้คนรวยมากกว่า และในขณะซึ่งมีดักยังของข่ายสินค้ากับข่ายทั้งคนจนคนรวย
- v) ในกลุ่มที่มีชนชั้นก่อนทุกประเภทรายการมีแบบแผนหลักคือ มีเนื้อหาสำหรับคนรวยมากกว่าคนจน(ยกเว้นเอกสารและประเภทเดียว) และซึ่งพบว่ามีรายการบางประเภทที่ไม่มีให้คนจนเลย เช่น สุขภาพตาและสุขภาพพื้น

2.3 ดักยังของชนชั้นกับประเภทรายการในรูปแบบราชกิจความรู้

รายการความรู้ประเภทต่าง ๆ นั้นมีดักยังของกระบวนการบริการสาธารณสุข หากแต่ในรายการสุขภาพรูปแบบรายการความรู้นี้ ได้ให้บริการค้านสุขภาพแก่ชนชั้นได้ในสังคมไทย

ตารางที่ 13 แสดงลักษณะทางชั้นของรายการความรู้ตามประเภทต่างๆ

รายการความรู้ ประเภทต่างๆ	ไม่มีลักษณะของ ชั้นชั้น(ตอน)	ลักษณะของชั้นชั้น (จำนวนตอน)		
		ชั้นชั้นล่าง	ชั้นชั้นนำ	รวม
1. อาหาร	30	--	8	8
2. แม่และเด็ก	26	2	6	8
3. เอดส์	9	-	-	-
4. สุขภาพตา	2	-	7	7
5. สุขภาพฟัน	7	-	2	2
6. ภาวะการเจ็บป่วย	23	4	25	29
รวม	97	6	48	54

จากตารางที่ 13 ผลการวิจัยพบว่า

i) ในรูปแบบรายการความรู้ไม่มีลักษณะทางชั้นมากกว่า(97) การมีลักษณะทางชั้น
ประมาณเท่าตัว (54) เหตุผลเดียวกับตารางที่ 5

ii) สำหรับเนื้อหาในรูปแบบรายการความรู้ที่ไม่มีลักษณะทางชั้น พบว่า

- ประเภทที่มีปริมาณมาก ได้แก่ ประเภทอาหาร, แม่และเด็ก และภาวะการเจ็บป่วย
- ประเภทที่มีปริมาณปานกลาง ได้แก่ ประเภทเอดส์และสุขภาพฟัน
- ประเภทที่มีปริมาณน้อย คือ ประเภทตา

จะเห็นได้ว่า ประเภทเอดส์ขั้นตอนที่สุด(เพราะทุกตอนของเอดส์ทุกชั้นมีโอกาสเป็น
ได้) ขณะที่สุขภาพไม่พบการ ไม่มีชั้นชั้นเลย เพราะเนื้อหาเป็นเรื่องเกี่ยวกับตอนแทคเลนส์ทั้งหมด
(ซึ่งเจ้าของสินค้าเป็นสถาปนิกชื่อร์) จึงเป็นเรื่องของคนรวย

iii) สำหรับรายการที่มีลักษณะชั้น พบชั้นชั้นนำมากกว่าชั้นล่างถึง 8 เท่า โดยเฉพาะ
ประเภทภาวะการเจ็บป่วยสำหรับคนรวยมากที่สุด เพราะมักพบโรคที่เกิดจากความมั่งคั่ง เช่น โรค
หัวใจ, โรคหัวใจ, ไขมันในเลือดสูง, ความดันโลหิตสูง, เบาหวานและเกดโคนิโลดีทางการแพทย์ราคาสูง
เช่น เครื่องวัดการนอนหลับ, เครื่องตรวจถั่นสมอง, เท็มดูคอมมาร์เริงเต้านม, เครื่องวิเคราะห์สาร MRS
ประเภทอาหาร, แม่และเด็กและสุขภาพพบลักษณะคนรวยปานกลาง พนันอยู่ในประเภทสุขภาพ
ฟัน และไม่พบเลยในประเภทเอดส์

iv) ลักษณะของรายการความรู้สำหรับคนจนพบในประเภทแม่และเด็กและภาวะการเจ็บ
ป่วยเท่านั้น

- แม่และเด็ก พนในรายการปัญหาชีวิตและสุขภาพ ตอนปัญหาสุขภาพของเด็กไทย (โรคไปลิโอลิโค, โรคขาดสารอาหาร, โรคอื่นๆ) และรายการรู้ทันโรค ตอนไข้สมองอักเสบ
- ภาวะการเจ็บป่วย พนในรายการคลินิกซ่อง 5 ตอนพิษตะกั่ว, ตอนเกลือไอโอดีน, รายการห่วงคุณห่วงสุขภาพ(มะเร็งผิวหนัง, โรคปอดจากการทำงาน)
- v) รายการความรู้ประเภทอาหาร, ออคส์, สุขภาพดี และสุขภาพฟัน ไม่มีให้กับคนจนเลย

อาจสรุปได้ว่า รายการสุขภาพทาง โทรทัศน์มีบริการความรู้ให้แก่คนจนน้อยมากในเกือบ
ทุกประเภทรายการ

2.4 ลักษณะชั้นกับประเภทรายการในรูปแบบโฆษณา

ตารางที่ 14 แสดงลักษณะทางชั้นในโฆษณา ตามประเภทต่างๆ

ประเภทต่างๆ	โฆษณา	ไม่มีลักษณะของชั้นชั้น(ตอน)	ลักษณะของชั้นชั้น (จำนวนตอน)		
			คนจน	คนรวย	รวม
1. อาหาร	7	2	4	6	
2. แม่และเด็ก	1	-	3	3	
3. ออคส์	4	2	1	3	
4. สุขภาพดี	-	-	1	1	
5. สุขภาพฟัน	3	-	3	3	
6. ภาวะการเจ็บป่วย	15	13	6	19	
รวม	30	17	18	35	

จากตารางที่ 14 ผลการวิจัยพบว่า

- i) รายการสุขภาพในรูปแบบโฆษณาพบการมีชั้นชั้นมากกว่าการไม่มีชั้นชั้นอาจเป็น
เพื่อระลักษณ์ของโฆษณาที่มีใจความสั้นกะทัดรัดซึ่งต้องมีกถุ่นเป้าหมายที่ชัดเจน

ii) ในกลุ่มที่ไม่มีชนชั้นพบรในประเภทภาวะการเจ็บป่วยมากที่สุด ประเภทอาหารพบในระดับปานกลาง พบน้อยในประเภทแม่และเด็ก,ออดส์และสุขภาพฟัน และประเภทตามไม่พบรเลย อาจเป็นเพราะ โภชนาสินค้าในทุกประเภทรายการคนทุกชนชั้นสามารถนำไปใช้ได้ เช่น แซมภูระ ฟู,น้ำมันพืช,ยาสีฟัน,สบู่ เป็นต้น

iii) ในกลุ่มที่มีชนชั้น พบรักษณะของคนรุ่ยพอย กับคนจน แสดงว่า โภชนาสินค้าขายให้กับคนทุกชนชั้น

iv) แบบแผนโภชนาสำหรับคนจนเห็นชัดว่า รวมตัวอยู่ที่ภาวะการเจ็บป่วยสอดคล้องกับพฤติกรรมการรักษาตัวเองด้วยการซื้อยาคินอง แต่จะไม่มีโภชนาประเภทแม่และเด็ก จึงอาจดี ความว่า ให้คนจนเดือยถูกตามธรรมชาติ รวมทั้งประเภทสุขภาพดีและฟัน อาจเป็นพาระการรับรู้โรค(Threshold) ของคนจนอาจจะมีน้อยไม่กว่าเป็นโรค เช่น หากฟันไม่ปวด ก็ไม่คิดว่าเป็นโรค ทั้งๆที่อาจมีผลเสื่อม

v) แบบแผนโภชนาของคนรุ่ยกระจายกันไป อาจแปลว่ามีสินค้าขายสำหรับคนรุ่ยในทุกประเภท เช่น ประเภทอาหาร,แม่และเด็กสำหรับคนรุ่ยมีมากกว่าคนจน แต่ภาวะการเจ็บป่วยกลับน้อยกว่าคนจน น่าจะเป็นเพราะคนรุ่ยเข้าถึงบริการสาธารณสุข(พัฒนาชีวภาพ)มากกว่าการรักษาคนเอง

2.5 ลักษณะชนชั้นกับรูปแบบโภชนาส่องลักษณะ

จากลักษณะของโภชนาด้านสุขภาพจำนวนทั้งสิ้น 65 เรื่อง พบร่วม 2 ลักษณะคือ

1. โภชนาส่งเสริมป้องกัน เช่น อันตรายจากยาชุด,การใช้หน้ากากกันฝุ่น(โรคปอดจากการทำงาน),อย่าให้ถูกเป็นโสเกลปีน(ออดส์),ไปไหนถึงนั่น(ออดส์) เป็นต้น

2. โภชนาสินค้า(ยาและเทคโนโลยี) เช่น โภชนาฯ ได้แก่ โภชนาฟ,ฟูภาร์,ทัมใจ, นุต้า, ยาปวดหัว, ยาแก้ไข้อุบัติราคะอีด้า, ยาหาดีนเดือดของค,กอนเทกเลนส์ เป็นต้น ส่วนเทคโนโลยี เช่น เครื่องดื่มบารุงร่างกาย (สกอต,เมอร์นด์,โนเบล),นม, ยาสีฟัน เป็นต้น

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบลักษณะทางชั้นของโภชนา 2 ลักษณะ

โภชนา ประเภทต่างๆ	จำนวน เรื่อง	ไม่มีลักษณะของ ชั้นชั้น(เรื่อง)	ลักษณะของชั้นชั้น (จำนวนเรื่อง)		
			คนจน	คนรวย	รวม
1. ad. ส่งเสริมป้องกัน	19	10	6	2	8
2. ad.สินค้า	46	20	11	16	27
รวม	65	30	17	18	35

จากตารางที่ 15 ผลการวิจัยพบว่า

- i) โภชนาสินค้าโดยส่วนใหญ่เป็นโภชนาขามีมากกว่าโภชนาส่งเสริมป้องกันเกิน 3 เท่า บอกทิศทางว่ารายการโภชนาสู่ง่ายขายสินค้า(ยา)มากกว่าการบริการสาธารณูปโภค
- ii) โภชนาส่งเสริมป้องกันมีทั้ง ไม่มีชั้นชั้นและการมีชั้นชั้น ใกล้เคียงกัน แสดงกลยุทธ์การป้องกันสามารถใช้ได้กับคนทุกชั้นชั้น แต่โภชนาสินค้ามีชั้นชั้นมากกว่าการ ไม่มีชั้นชั้น ดังเหตุผล ที่กล่าวมาด้วย การขายสินค้าต้องระบุชั้นอย่างชัดเจน
- iii) ในกลุ่มการมีชั้นชั้น คนรวยมีโภชนาส่งเสริมป้องกันน้อยกว่าคนจน เป็นเพราะ โภชนา ส่งเสริมสำหรับคนจน เนื่องจากพนโภชนาลักษณะของการบรรรังค์ที่ต้องการความถังโภชนาของคนจน เช่น ไปลิโอ, โรคอื่น, เกตีอิโว ไอโอดีน เป็นต้น ซึ่งสามารถสอดแทรกเข้าไปในรายการบันทึกที่คนจนมักนิยมเปิดรับได้ง่ายกว่า รายการความรู้ที่อาจทำให้สับสนได้มากกว่า ซึ่งหากมีเนื้อหาของคนจน อาจรู้สึกหนักและไม่เปิดรับได้ เพราะใช้โทรศัพท์เป็นสื่อเพื่อความบันเทิงมากกว่า
- iv) กลุ่มโภชนาสินค้า มีลักษณะของคนรวยพอ ๆ กับคนจน เนื่องจากสินค้ามุ่งขายให้กับคนทุกชั้นชั้น

จึงอาจสรุปได้ว่า รูปแบบรายการเป็นตัวแปรสำคัญในการกำหนดลักษณะทางชั้นในรายการสุขภาพทางโทรศัพท์ ก่อว่าคือ

รายการรูปแบบรายการความรู้มักเป็นรายการที่ไม่มีลักษณะทางชั้น
รายการรูปแบบโภชนา มักเป็นรายการที่มีลักษณะทางชั้น

3. การเปรียบเทียบการนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์แยกส่วนกับการแพทย์องค์รวม

การเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพผ่านรายการการสุขภาพทางโทรทัศน์ควรนำเสนอความรู้ในเชิงป้องกัน(การแพทย์องค์รวม) โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม เมื่อจากปัญหาสุขภาพของคนไทยในปัจจุบันส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการพฤติกรรม เช่น การกิน, การพักผ่อน, การออกกำลังกาย, การประกอบอาชีพ เป็นต้น ดังนั้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพการแพทย์องค์รวม จึงเป็นทัศนะสุขภาพที่ควรให้ความสำคัญ เพราะสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและบุคลากรชั้นในสังคมไทยสามารถเข้าถึงได้

ตารางที่ 16 แสดงแนวคิดการแพทย์ทั้ง 2 ทัศนะในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ทุกชุดแบบ

รูปแบบ รายการสุขภาพ	แนวคิดทางการแพทย์ (ตอน)	
	การแพทย์แยกส่วน	การแพทย์องค์รวม
1. รายการความรู้	29	122
2. โฆษณา	51	14
รวม	80	136

จากการวิจัยพบว่า

i) รายการสุขภาพมีการนำเสนอการแพทย์องค์รวม(136)มากกว่าการแพทย์แยกส่วน(80) โดยรายการความรู้นำเสนอการแพทย์องค์รวม(122)มากกว่าการแพทย์แยกส่วน(29) แต่โฆษณานำเสนอการแพทย์แยกส่วน(51)มากกว่าการแพทย์องค์รวม(14) อาจแปลได้ว่า รูปแบบรายการเป็นตัวกำหนดการนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์

ii) มิติการเป็นธุรกิจและการบริการสาธารณสุขของรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ สามารถสะท้อนได้จากการนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์ด้วย กล่าวคือ การแพทย์แยกส่วนเป็น ธุรกิจเนื่องจากเน้นการรักษา ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง(แพทย์) วินิจฉัยโรค ป้องกันและป้องกัน รักษาด้วยเทคโนโลยี ได้แก่ ยาสังเคราะห์, เครื่องอิเล็กทรอนิกส์, เครื่องตรวจคัดล้างหัวใจ, เครื่องตรวจสมอง, การผ่าตัดฯ ทุนจึงเป็นปัจจัยหลักของการแพทย์แยกส่วน และการแพทย์องค์รวมเป็นการบริการ สาธารณสุขที่รับรู้ว่ารายการความรู้เป็นการบริการสาธารณสุขมากกว่า แต่โฆษณาเป็นธุรกิจมากกว่า ถึงแม้ว่าโฆษณาจะมี 2 ลักษณะ คือ โฆษณาส่งเสริมป้องกัน และโฆษณาสินค้า

ธรรมชาติของโภชนา 2 ลักษณะ หากพิจารณาจะพบความหมายของแนวคิดทางการแพทย์โดยนัย คือ โภชนาส่งเสริมป้องกันเป็นการแพทย์องค์รวม ส่วนโภชนาสินค้า(ชาและเทศโนโลหี) เป็นการแพทย์แยกส่วน

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบการนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์ของโภชนา 2 ลักษณะ

ลักษณะของโภชนา	การแพทย์	จำนวนเรื่อง	คิดเป็นร้อยละ	หมายเหตุ
1. ส่งเสริมป้องกัน	องค์รวม	19	29.2	Ad.สินค้า ประกอบด้วย ชาและเทศโนโลหีค่าง ๆ
2. สินค้า	แยกส่วน	46	70.8	
รวม		65	100	

จากตารางที่ 17 จะเห็นได้ว่ามีสัดส่วนของการนำเสนอการแพทย์แยกส่วนมากกว่าองค์รวม
เนื่องจากโภชนาโดยส่วนใหญ่เป็นของเข้าของสินค้าสุขภาพค่าง ๆ

3.2 แนวคิดทางการแพทย์กับประเภทรายการ

ตารางที่ 18 แสดงแนวคิดการแพทย์ 2 ทัศนคติมีประเภทรายการค่าง ๆ

ประเภท	การแพทย์แยกส่วน (ตอน)	การแพทย์องค์รวม (ตอน)
1. อาหาร	6	45
2. แมมและเด็ก	5	33
3. เออดส์	1	15
4. สุขภาพตา	8	2
5. สุขภาพฟัน	6	9
6. ภาวะการเจ็บป่วย	54	32
รวม	80	136

จากตารางที่ 18 ผลการวิจัยพบว่า

i) แบบแผนหลักของรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ก่อนทุกประเภทเสนอแนวคิดทางการแพทย์แบบองค์รวมมากกว่าแยกส่วน (4 ประเภทจากทั้งหมด 6 ประเภท) ซึ่งพบประเภทภาระเจ็บป่วยและสุขภาพดีท่านนั้น ที่การแพทย์แยกส่วนมากกว่าการแพทย์องค์รวม อาจเป็น เพราะประเภทอาหาร, แมมและเด็ก และเอกสารมีมิติของสุขภาพในเชิงป้องกัน(องค์รวม)อยู่แล้ว ต่างกับสุขภาพฟัน, สุขภาพตาและภาระเจ็บป่วยมีมิติของการเจ็บป่วยมากกว่า แม้กระนั้นเนื้อหาประเภทสุขภาพฟันก็ยังสามารถนำเสนองการแพทย์องค์รวมได้ อาจเป็นเพราะหัวใจสำคัญของสุขภาพฟันคือ การดูแลรักษาความสะอาดของช่องปาก(ป้องกัน)จึงสามารถนำเสนองการป้องกันเพียงอย่างเดียวสามารถป้องกันโรคฟันได้ ประกอบกับสินค้า(ยาสีฟัน)ก็เป็นสินค้าที่ใช้ในเชิงป้องกันจึงช่วยส่งเสริมเชิงกันและกัน ขณะที่สุขภาพดีซึ่งไม่มีสินค้าเชิงป้องกันและภาระเจ็บป่วยมีปัจจัยหลายด้านที่ก่อให้เกิดโรค (รวมทั้งในประเภทภาระเจ็บป่วยมีไข้ษาร่วมอยู่ด้วยจำนวนมาก) จึงไม่สามารถเสนอการแพทย์องค์รวมได้หรืออาจทำได้ยาก ประกอบกับมีเจ้าของสินค้าเป็นสปอนเซอร์ ก่อตัวคือ รายการตอนนี้คงดู ซึ่งเป็นรายการประจำรายการเดียวของประเภทสุขภาพดี มีเจ้าของสินค้าตอนเทคโนโลยีเป็นสปอนเซอร์ เช่นเดียวกับรายการประเภทภาระเจ็บป่วยที่มักมีเจ้าของสินค้าเป็นสปอนเซอร์รายการอยู่

3.3 แนวคิดทางการแพทย์กับประเภทรายการในรูปแบบรายการความรู้

รายการความรู้มีลักษณะการพึงดูแลอย่างโดยการดูแลสุขภาพ แต่ในมิติของการดูแลสุขภาพนั้น มี 2 มิติ คือ มิติของการป้องกันกับมิติของการรักษา ซึ่งสามารถสะท้อนถึงแนวคิดทางการแพทย์ได้ ก่อตัวคือ การป้องกันโดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นการแพทย์องค์รวม และการรักษา รวมทั้งการใช้ยาและเทคโนโลยีเป็นการแพทย์แยกส่วน รายการสุขภาพในรูปแบบรายการความรู้มีการนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์ทั้ง 2 หัวหนะ ดังนี้

ตารางที่ 19 การนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์ 2 ทัศนะในรายการความรู้

รายการความรู้ ประเภทต่าง ๆ	แนวคิดทางการแพทย์ (ตอน)	
	การแพทย์แยกส่วน	การแพทย์องค์รวม
1. อาหาร	-	38
2. แมมและเด็ก	2	32
3. เอดส์	-	9
4. สุขภาพตา	7	2
5. สุขภาพฟัน	-	9
6. ภาวะการเจ็บป่วย	20	32
รวม	29	122

จากตารางที่ 19 ผลการวิจัยพบว่า

i) รายการความรู้มีความก้าวหน้าด้านแนวคิดทางการแพทย์มาก เพราะนำเสนอการแพทย์ องค์รวมมากกว่าแยกส่วนถึง 10 เท่า และมีมากในทุกประเภทรายการ ถือได้ว่าเป็นแบบแผนหลัก แม้แต่ประเภทภาวะการเจ็บป่วยองค์รวมก็ยังมากกว่าแยกส่วน

ii) ในกลุ่มการแพทย์องค์รวม ปริมาณตอนที่พบมากคือ ประเภทอาหาร แมมและเด็ก และ ภาวะการเจ็บป่วย สำหรับประเภทเอดส์และสุขภาพฟันพบในปริมาณปานกลางแต่หากพิจารณาจะพบว่า ทุกตอนของรายการประเภทเอดส์และสุขภาพฟันเป็นองค์รวมทั้งหมด ส่วนประเภทสุขภาพ ตาพบการแพทย์องค์รวมในปริมาณน้อย ที่น่าสังเกต คือประเภทสุขภาพตาและฟันเป็นเรื่องของอวัยวะอวัยวะเดียวแต่สุขภาพฟันสามารถเป็นองค์รวมได้มากกว่าตา อาจมีเหตุผลเดียวกับข้อ 3.2 ก็เป็นได้

3.4 การนำเสนองานวิเคราะห์ทางการแพทย์กับผลกระทบการนำรูปแบบใหม่ๆ

ตารางที่ 20 การนำเสนอแนวคิดการแพทย์ 2 ทัศนะในโฆษณา

โฆษณา ประเภทต่างๆ	แนวคิดทางการแพทย์ (เรื่อง)	
	การแพทย์แยกส่วน	การแพทย์องค์รวม
1. อาหาร	6	7
2. แม่และเด็ก	3	1
3. เอดส์	1	6
4. สุขภาพตา	1	-
5. สุขภาพฟัน	6	-
6. ภาวะการเจ็บป่วย	34	-
รวม	51	14

จากตารางที่ 20 ผลการวิจัยพบว่า

ii) ในรูปแบบโฆษณา มีการนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์แยกส่วนมากกว่าการแพทย์องค์รวม เกือน 4 เท่า อาจแปลงว่า รูปแบบรายการ เกี่ยวข้องกับการนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์

ii) แท้ที่จริงแล้วในโฆษณาคำนำหน้าการแพทย์แยกส่วนมากกว่าองค์รวมมีลักษณะดังนี้
ไม่สมคุตย์ เพราะตัวเลขประเภทภาวะการเจ็บป่วยมีมาก (34 ตอนจาก 51 ตอน) ทำให้ตัวเลขอ้างมาก
แปลงว่า การนำเสนอนวนคิดทางการแพทย์ของประเภทภาวะเจ็บป่วยในรูปแบบโฆษณาเป็นการ
แพทย์แยกส่วนอยู่มาก

iii) ประจักษ์ไม่พบว่าที่ไม่มีการนำเสนอการแพทย์องค์รวมเลขคือ ศูนย์แพทย์และศูนย์พัฒนา

iv) สำหรับโฆษณาประเภทเอกสารน่าสนใจการแพทย์องค์รวมมากกว่าเพาะาะยังไม่มีด้วยอาที่รักษาเจ็บไม่มีสินค้า สำหรับอาหารที่ขึ้น พฤษภาคมแพทย์องค์รวมมากกว่าเพาะาะเกลท์ในการจัดประเภทผู้วิจัยมิได้นำโฆษณาสินค้าอาหาร(ซึ่งมีจำนวนมาก)มาทั้งหมดคัดเลือกแต่โฆษณาที่นำเสนอว่า “สุขภาพ” มาใช้เท่านั้นจึงไม่ครบถ้วน

จึงอาจสรุปได้ว่า รูปแบบราชการมีส่วนเกี่ยวข้องกับการนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์ กล่าวคือ รูปแบบราชการความรู้นำเสนอแนวคิดทางการแพทย์แบบองค์รวม ส่วนรูปแบบโฆษณานำเสนอแนวคิดทางการแพทย์แยกส่วน

บทที่ 5

การประเมินรายการสุขภาพทางโภรทัศน์จากทัศนะของผู้รับสารก่อนต่าง ๆ

การประเมินรายการสุขภาพทางโภรทัศน์จากทัศนะของผู้รับสารก่อนต่าง ๆ ผู้วิจัยทำการศึกษาผู้รับสาร 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มชนชั้นล่าง กลุ่มชนชั้นกลาง และกลุ่มชนชั้นนำ เนื่องจากโครงสร้างของสังคมไทยมีชั้นต่าง ๆ ในสัดส่วนที่ต่างกัน(ดังรายละเอียดบทที่ 3) และผู้รับสาร(Receiver)เป็นองค์ประกอบอุดหน้าของกระบวนการสื่อสารที่เป็นผู้กำหนดความสำเร็จของการสื่อสาร การศึกษาผู้รับสารในชั้นต่าง ๆ เกี่ยวกับทัศนะต่อการคุ้มครองสุขภาพของรายการสุขภาพทางโภรทัศน์ จึงเป็นวัตถุประสงค์หนึ่งของการวิจัย โดยทำการศึกษา 2 วิธี

1. การใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษารูปแบบของการเปิดรับข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อต่างๆ
2. การสัมภาษณ์ผู้รับสารก่อนต่าง ๆ เพื่อศึกษาระบวนการรับรู้รายการสุขภาพทางโภรทัศน์ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้
 - 2.1. รายการสุขภาพทางโภรทัศน์ตอบสนองต่อความต้องการ
 - 2.2. ความเชื่อถือในรายการสุขภาพทางโภรทัศน์
 - 2.3. ลักษณะการนำเสนอปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อรายการสุขภาพทางโภรทัศน์
 - 2.4. แนวคิดทางการแพทย์แยกส่วน/องค์รวมที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางโภรทัศน์

ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหารายการสุขภาพทางโภรทัศน์ของผู้วิจัย

1. รูปแบบของการเปิดรับข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ของกลุ่มผู้รับสาร

จากการสอบถามผู้รับสารจากชนชั้นต่าง ๆ คือ กลุ่มชนชั้นล่าง กลุ่มชนชั้นกลาง และกลุ่มชนชั้นนำ ทั่วประเทศ จำนวน 400 คน ปรากฏผลดังนี้

1.1 อาชีพของผู้รับสาร

ตารางที่ 21 แสดงอาชีพของผู้รับสารกลุ่มค่างๆ

อาชีพ	ชนชั้นล่าง(%)	ชนชั้นกลาง(%)	ชนชั้นนำ(%)	หมายเหตุ
1. เกษตรกร	55	-	-	- อาชีพค้าขาย
2. กรรมกรรับจ้าง	38	-	-	ชนชั้นล่าง-หนาแน่น
3. ค้าขาย	7	5	-	ชนชั้นกลาง-เจ้าของ
4. พนักงานบริษัท	-	15	10	กิจการร้านค้า
5. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	-	68	30	
6. แม่บ้าน	-	12	60	
รวม	100	100	100	

กลุ่มชนชั้นล่างส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร(55%) ได้แก่ ชาวไร่, ชาวนา, ชาวประมง รองลงมาเป็น กรรมกรรับจ้าง ได้แก่ คนงานก่อสร้าง(38%) และค้าขาย(หนาแน่น 7%) ตามลำดับ กลุ่มชนชั้นกลางเป็น ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ(68%) รองลงมาเป็นพนักงานบริษัท(15%), แม่บ้าน(12%) และค้าขาย(เจ้าของกิจการ) ส่วนชนชั้นนำส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน(60%) รองลงมา ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ระดับผู้บริหารชั้นสูง, พนักงานบริษัท ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูงของธนาคารกรุงเทพ สำนักงานใหญ่

1.2 การประเมินสุขภาพคนเอง

ตารางที่ 22 แสดงการประเมินสุขภาพ(ตนเอง)ของผู้รับสาร

การประเมินสุขภาพ(ตนเอง)	ผู้รับสาร (%)
อ่อนแอด	5.5
ปกติ	28.3
แข็งแรง	66.3
รวม	100

ผู้รับสารโดยส่วนใหญ่กว่า 2 ใน 3 ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพที่แข็งแรง รองลงมา คือ ปกติ ประเมินว่าอ่อนแย่เพียงเล็กน้อย อาจดีความได้ว่าคนไทยถ้าไม่ล้มเหลวเสื่อมลงก็คิดว่าตนแข็งแรง

ตารางที่ 23 แสดงการประเมินสุขภาพ(ตนเอง)ของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ

ผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ	อ่อนแย	ปกติ	แข็งแรง	รวม
1.ชั้นต่าง (%)	6.5	33.5	60	100
2.ชั้นกลาง (%)	6	22.7	71.3	100
3.ชั้นนำ (%)	-	24	76	100

p < 0.05

ผู้รับสารทุกกลุ่มประเมินสุขภาพตนเองว่า แข็งแรง และประเมินว่า ปกติ เป็นลำดับต่อมา สำหรับชนชั้นนำจะพบว่าไม่มีการประเมินว่าตนอ่อนแย อาจเป็นเพราะเชื่อว่า ตนเองปกติเหมือนบุคคลทั่วไป ถึงแม้ว่ามีโรคประจำตัวแต่มีโอกาสพบแพทย์เป็นประจำ รวมทั้งมีการบำรุงร่างกายอยู่เสมอ (ตัวอย่างเช่น การสัมภาษณ์ชนชั้นนำท่านหนึ่งกล่าวว่า “ผมเป็นเบาหวาน, ความดันสูง แต่ก็ทานยาอย่างก้าลังกา พบรหมประจำตัวอยู่เสมอ ก็คิดว่าปกติเหมือนคนทั่วไป”, ก.ค. 39)

1.3 ความสนใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ตารางที่ 24 ความสนใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้รับสาร

ความสนใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	ผู้รับสาร (%)
ไม่สนใจ	9
ติดตามเป็นบางครั้ง	72
ติดตามเป็นประจำ	19
รวม	100

ผู้รับสารโดยทั่วไปมีความสนใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเป็นครั้งคราว อาจเนื่องจากคิดว่าตนของแข็งแรง ไม่จำเป็นต้องติดตามข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมากนัก

ตารางที่ 25 แสดงความสนใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ

ผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ	ไม่สนใจ	ติดตามเป็นบางครั้ง	ติดตามเป็นประจำ	รวม
1. ชนชั้นล่าง (%)	21	65.5	13.5	100
2. ชนชั้นกลาง (%)	3.3	78	18.7	100
3. ชนชั้นนำ (%)	8	80	12	100

$p < 0.01$

ความสนใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้รับสาร พบว่า โดยส่วนใหญ่ทุกกลุ่มติดตามเป็นบางครั้ง สำหรับการติดตามเป็นประจำพบในกลุ่มชนชั้นกลางมากที่สุด(18.7%) และที่ไม่สนใจพบในกลุ่มชนชั้นล่างมากที่สุด อาจเป็นเพราะว่าเรื่องสุขภาพไม่สำคัญ เท่าเรื่องการมีงานทำ มีเงินใช้ มีปัญหาอื่นต้องกังวลมากกว่าคือปัญหาปากท้อง แปลว่าการรับรู้ความสำคัญของสุขภาพ(threshold) ขึ้นอยู่กับเศรษฐกิจ

1.4 การมีครับข่าวสารด้านสุขภาพ

1.4.1 การมีครับข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ

ตารางที่ 26 แสดงการมีครับสารด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เป็นอันดับแรกของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ

สื่อต่าง ๆ	ชนชั้นล่าง(%)	ชนชั้นกลาง(%)	ชนชั้นนำ(%)
1. โทรทัศน์	45.4	44.7	15.4
2. วิทยุ	13	5.6	4
3. หนังสือพิมพ์/วารสาร	19.4	29.8	50
4. แพทย์/พยาบาล	20.2	16.2	23.1
5. ญาติพี่น้อง	2	3.7	7.7
รวม	100	100	100

การเปิดรับข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ของผู้รับสารกثุ่มต่าง ๆ พบว่า โทรทัศน์เป็นสื่อ ที่เปิดรับเป็นอันดับแรกในกลุ่มชนชั้นล่างและชนชั้นกลาง เมื่อจากปัจจุบัน โทรทัศน์เข้าถึง ทุกครัวเรือน การเปิดรับจึงมีให้เรื่องจากอีกทั้งเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพในโทรทัศน์มีทั้งโฆษณา, สารคดี และการบรรยายในบาง โรคสอดแทรกอยู่ในช่วงรายการบันเทิงต่าง ๆ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเปิดรับ และไม่จำเป็นต้องอ่านออกเสียงให้ด้วย แต่กลุ่มชนชั้นน้ำเปิดรับโทรทัศน์เป็นอันดับ 3 รองจาก หนังสือพิมพ์/วารสาร และแพทย์พยาบาล อาจเป็นไปได้ว่าชนชั้นน้ำ มีเวลาในการเปิดรับโทรทัศน์น้อย และเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องเฉพาะค้านที่ต้องมีผู้เรียกช่วย

ดังนั้น อาจจัดแบบแผนของการเปิดรับข่าวสารด้านสุขภาพของผู้รับสารกثุ่มต่าง ๆ

- ชนชั้nl ล่าง เปิดรับโทรทัศน์มากที่สุด(45.4%) รองลงมาคือ แพทย์พยาบาล วิทยุ และหนังสือ/วารสาร ตามลำดับ เมื่อจากโทรทัศน์เป็นสื่อที่เปิดรับเป็นประจำและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเปิดรับ รวมทั้งมีโฆษณาสุขภาพ(ยา)สอดแทรกอยู่ในช่วงรายการบันเทิงต่าง ๆ โดยเฉพาะ ลักษณะช่วงเย็น การถ่ายทอดความรู้ รายการเพลง เป็นต้น และที่เดือดแพทย์พยาบาลเป็นอันดับสอง เมื่อจากความหมาย “แพทย์พยาบาล” ของชนชั้nl ล่างหมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ออกเยี่ยมน้ำ
- ชนชั้n กดัง เปิดรับโทรทัศน์มากที่สุด(44.7%) รองลงมาคือ วิทยุ หนังสือพิมพ์/วารสาร และแพทย์พยาบาล ตามลำดับ

- ชนชั้n น้ำ เปิดรับหนังสือพิมพ์/วารสารมากที่สุด(50%) อาจเป็นเพราะชนชั้n น้ำนิยมเปิดรับสื่อสิ่งพิมพ์มากกว่าสื่ออื่น ๆ ซึ่งปัจจุบันข่าวสารด้านสุขภาพมีการสอดแทรกอยู่ในสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์(มีคอลัมน์เกี่ยวกับสุขภาพ), นิตยสารผู้หญิงต่าง ๆ (เช่น กลุสตอรี, ชวัญเรือน, หนูนิ่ง ไทย ฯลฯ) รองลงมาคือ แพทย์พยาบาล เพราะชนชั้n น้ำเข้าถึงบริการได้ง่าย เมื่อมีปัญหาสุขภาพก็รับปรึกษาแพทย์ประจำตัว โทรทัศน์จึงเป็นสื่อด้านสุขภาพอันดับสามของชนชั้n น้ำ

ข้อสังกฤต ชนชั้nl ล่างมีการเปิดรับสื่อด้านสุขภาพอันดับ 2 เป็นแพทย์พยาบาลซึ่งเป็นสื่อบุคคลเช่นกัน แต่ต่างกันคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาชนชั้nl ล่าง ขณะที่ชนชั้n น้ำเข้ารับบริการจากแพทย์ และเป็นบุคลากรที่ความสามารถในการรักษาต่างกัน

1.4.3 ความถี่ในการดูรายการสุขภาพทางโทรทัศน์

ตารางที่ 27 แสดงความถี่ในการดูรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของผู้รับสาร

การเปิดรับรายการสุขภาพทางโทรทัศน์	ผู้รับสาร (%)
ไม่สนใจ	9
ดูเป็นบางครั้ง	72
ดูเป็นประจำ	19
รวม	100

คนไทยเกือบ 3 ใน 4 มีการเปิดรับรายการสุขภาพทางโทรทัศน์เป็นบางครั้ง อาจเป็นเพราะว่าคนไทยให้ความสนใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเป็นบางครั้งอยู่แล้ว (ตารางที่ 24) ดูเป็นประจำน้อย รายการสุขภาพทางโทรทัศน์จึงไม่ใช่รายการที่ติดตามดูเป็นประจำ

ตารางที่ 28 แสดงความถี่ในการดูรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของผู้รับสารก่อภัยต่าง ๆ

ผู้รับสารก่อภัยต่าง ๆ	ไม่ดู	ดูเป็นบางครั้ง	ดูเป็นประจำ	รวม
1. ชนชั้นล่าง (%)	22	72	6	100
2. ชนชั้นกลาง (%)	3.3	86	10.7	100
3. ชนชั้นนำ (%)	24	72	4	100

$p < 0.001$

ความถี่ในการดูรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของผู้รับสารก่อภัยต่าง ๆ พนับว่า ผู้รับสารทุกกลุ่ม มีการเปิดรับรายการสุขภาพทางโทรทัศน์เป็นบางครั้ง โดยเฉพาะกลุ่มชนชั้นกลาง รวมทั้งเป็นก่อภัยที่ดู เป็นประจำมากที่สุด (10.7%) อาจเป็นเพราะชนชั้นกลางนิยมเปิดรับข่าวสารด้านสุขภาพจากโทรทัศน์เป็นอันดับแรก (ตารางที่ 26) และเป็นก่อภัยที่มีความสนใจข่าวสารสุขภาพมากที่สุด (ตารางที่ 25) ในขณะที่ก่อภัยที่ไม่ดูเป็นก่อภัยของชนชั้นนำและชนชั้นล่าง

1.4.3 ลักษณะการคุ้มครองสุขภาพทางไทรทัศน์

ตารางที่ 29 แสดงลักษณะการคุ้มครองสุขภาพทางไทรทัศน์ของผู้รับสารกุ่มต่าง ๆ

ผู้รับสารกุ่มต่าง ๆ	คุณลักษณะ	คุณชนบ	คุณเพื่อนำไปใช้	รวม
1. ชนชั้นล่าง (%)	34.1	20.3	45.6	100
2. ชนชั้นกลาง (%)	36.3	18.5	45.2	100
3. ชนชั้นนำ (%)	31.5	26.3	42.1	100

$p < 0.001$

ลักษณะการคุ้มครองสุขภาพของผู้รับสาร พบว่า โดยส่วนใหญ่ของทุกกลุ่มคุ้มครองการ เพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะกลุ่มชนชั้นล่างและชนชั้นกลางรองลงมาคือการคุ้มต่าง ๆ พบมากเป็นอันดับ 2 ในทุกกลุ่ม อาจดูแบบไม่สนใจถึงรายละเอียด และที่ตั้งใจคุ้มชนบพบมากในกลุ่มชนชั้นนำกว่า 1 ใน 4 (แต่ชนชั้นนำคุ้มไทรทัศน์น้อย)

1.4.4 เหตุผลในการคุ้มครองสุขภาพทางไทรทัศน์

ตารางที่ 30 แสดงเหตุผลในการคุ้มครองสุขภาพทางไทรทัศน์ของผู้รับสาร

เหตุผลในการซม	ผู้รับสาร(%)
1. บังเอญ	37.2
2. ไม่มีรายการอื่นคุ้ม	5.1
3. เพื่อความรู้	32.7
4. เพื่อนำไปใช้	25
5. กำลังเงินป่าวช	-
รวม	100

ผู้รับสารเปิดรับรายการคุ้มครองสุขภาพทางไทรทัศน์เพราะเหตุบังเอญมากที่สุด(37.2%) รองลงมาเพื่อความรู้ (32.7)และเพื่อนำไปใช้(25%) แสดงว่า รายการคุ้มครองสุขภาพทางไทรทัศน์ซึ่งมีประโยชน์(57.7%)ต่อผู้รับสาร

ตารางที่ 31 แสดงเหตุผลในการชี้มารยาทการสุขภาพทางไทรทัศน์ของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ

เหตุผลในการชี้	ชนชั้นล่าง(%)	ชนชั้นกลาง(%)	ชนชั้นนำ(%)
1. บังอิฐ	63.5	36.8	45.9
2. ไม่มีรายการอื่นคุ้ม	4.5	5.6	5.4
3. เพื่อความรู้	29	36.1	32.4
4. เพื่อนำไปใช้	3	21.5	16.2
5. กำลังเงินป่วย	-	-	-
รวม	100	100	100

$p < 0.001$

เหตุผลในการชี้มารยาทการสุขภาพทางไทรทัศน์ของผู้รับสารนี้ พบว่า ผู้รับสารทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่ม ชนชั้นล่างเกือบ 2 ใน 3 และชนชั้นนำเกือบครึ่งหนึ่งที่ชี้มารยาทเหตุบังอิฐ จะเห็นได้ว่า ผู้รับสาร ทุกกลุ่มมีได้มีความตั้งใจที่จะชี้มารยาทการสุขภาพ ส่วนเหตุผลรองลงมาของทุกกลุ่ม คือ เพื่อความรู้ โดยเฉพาะชนชั้นกลางพบมากที่สุด(36.1%) และในขณะที่เหตุผลเพื่อนำไปใช้พบในชนชั้นกลาง และชนชั้นนำในลำดับต่อมา แต่ชนชั้นล่างพบเพียง 3% เท่านั้น อาจกล่าวได้ว่ารายการสุขภาพทางไทรทัศน์มีประ โยชน์คือชนชั้นกลาง(57.6%)และชนชั้นนำ(48.6%) ขณะที่ชนชั้นล่างสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้น้อยมาก(เนื่องจากเพื่อความรู้และนำไปใช้น้อย)

1.4.5 ช่วงเวลาที่ผู้รับสารต้องการ

ตารางที่ 32 แสดงช่วงเวลาที่ผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ ต้องการให้มีรายการสุขภาพเพื่อพำนัท
ไทรทัศน์

ช่วงเวลาที่ต้องการ	ชนชั้nl่าง(%)	ชนชั้นกลาง(%)	ชนชั้นนำ(%)	รวม (%)
ก่อน 05.00 น.	0.5	-	-	0.2
05.00 น. - 08.00 น.	16.5	14	16	15.5
08.00 น. - 10.00 น.	9.5	6	-	5.1
10.00 น. - 12.00 น.	12	2	-	4.7
12.00 น. - 14.00 น.	0.5	2	-	0.8
14.00 น. - 16.00 น.	1.5	0.7	-	0.7
16.00 น. - 18.00 น.	17	17.3	-	11.4
18.00 น. - 20.00 น.	23.5	42.7	26	30.7
20.00 น. - 22.00 น.	17	12.7	36	21.9
22.00 น. - 24.00 น.	2	2.7	12	5.6
รวม	100	100	100	100

P < 0.001

นอกจากนี้ พบว่า ผู้รับสารทุกกลุ่มมีความต้องการให้มีรายการสุขภาพทางไทรทัศน์และช่วงเวลาที่ต้องการมากที่สุดของผู้รับสารทุกกลุ่ม คือ เวลา 18.00 น. - 20.00 น. (30.7%) และเวลา 20.00 น. - 22.00 น. (21.9%) รวมทั้ง ช่วงเวลา 05.00 น. - 08.00 น. และผู้รับสารกลุ่มชนชั้นกลางและชนชั้nl่างมีช่วงเวลาที่ต้องการคล้ายช่วง โดยเวลา 16.00 น.-18.00 น. กกลุ่มชนชั้นกลางและชนชั้nl่างมีความต้องการเหมือนกัน (17.3%, 17% ตามลำดับ) และกลุ่มชนชั้nl่าง ขังต้องการช่วงเวลา 10.00 น. - 12.00 น. ด้วย เพราะว่าชนชั้nl่างส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรออกไปทำงาน ตั้งแต่เช้า ช่วงเวลานี้จะเป็นช่วงเวลาที่กลับมาพักผ่อนที่บ้าน ต่างกับกลุ่มชนชั้นนำที่ต้องการช่วงเวลา 22.00 น. - 24.00 น. อาจเนื่องจากชนชั้nl้นที่ทำการศึกษาอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ ช่วงเวลาพักผ่อน ค่อนข้างติด

1.4.6 การเปิดรับรายการสุขภาพ(รายการความรู้)ทางโทรทัศน์

ตารางที่ 33 แสดงการเปิดรับรายการสุขภาพ(รายการความรู้)ทางโทรทัศน์ของผู้รับสารกุ่มด่าง ๆ

ชื่อรายการ	ประเภทรายการ	การเปิดรับรายการสุขภาพทาง T.V.									หมายเหตุ	
		ไม่ดู (%)				ดูเป็นประจำ (%)						
		ล่าง	กลาง	น้ำ	รวม	ล่าง	กลาง	น้ำ	รวม			
เมนูลูกรัก	1.2	53	47.3	68	56	2	4.7	0	2.2		ขันท์-ฤทธิ์ (07.10-07.15 น.)	
กราดปลดลอดอเดส	3	75	72.7	86	78	1	0	0	0.3		ขันท์ (07.30-08.00 น.)	
ก้าวทันโรค	1.5.6	52	34.7	74	54	1	5	2	2.7		ขันท์-ฤทธิ์ (08.25-08.35 น.)	
สุขภาพดีทั่วไทย	1	63	52	76	64	2.5	0	0	0.8		ขันท์-ฤทธิ์ (09.00-09.05 น.)	
สมองใสการแพทย์	6	60	60	80	67	2.5	2.7	0	1.7		ขันท์ (16.30-17.00 น.)	
รักลูกให้ถูกทาง	2	28	10	48	29	17	22	4	14		ขันท์-ฤทธิ์ (17.10-17.15 น.)	
สุขภาพดีมีสุข	2.6	80	78	96	85	0	0.7	0	0.2		พุ. พุ. พุ. พุ. (07.30-07.35 น.)	
คลินิกช่อง 5	6	55	46	76	59	1	2	0	1		พุ. (16.30-17.00 น.)	
การแพทย์ก้าวหน้า	4.6	52	46	76	58	4	3.3	0	2.4		เอช. อาร์. ที. ที. (07.05-7.10 น.)	
รู้ทันโรค	2.6	52	43.5	64	53	5.5	3.3	4	4.3		เอช. อาร์. ที. ที. (07.35-08.00 น.)	
ถอนมหงส์ตา	4	47	35.8	84	56	3	4	4	3.7		เอช. อาร์. ที. ที. (11.15-11.30 น.)	
ดวงใจพ่อแม่	1.2	51	32.7	62	49	2.5	6	0	2.8		เอช. (16.00-17.00 น.)	
ห่วงคุณห่วงสุขภาพ	6	49	38	64	50	2.5	2.4	0	1.6		เอช. (17.30-17.35 น.)	
รักพั้น	5	47	38	66	50	4	3.3	0	2.4		เอช. (18.40-18.45 น.)	
ใจเข้าใจเรา	6	82	73.3	86	80	0.5	0.7	0	0.4		อพี.พี. (06.40-06.45 น.)	
รู้ทันเมดส์	3	69	54.7	74	66	2	1.3	0	1.1		อพี.พี. (07.45-07.55 น.)	
เพื่อนแก้ว	1	72	64	96	77	0	2.7	0	0.9		อพี.พี. (08.01-8.30 น.)	
พน.หมอดศรีราช	2.5.6	31	19.3	54	35	10	10.7	4	8.2		อพี.พี. (15.41-15.45 น.)	
แทนรักจากแม่	2	64	55.3	76	65	3.5	1.3	0	1.6		อพี.พี. (15.50-15.55 น.)	
ปัญหาชีวิตและสุขภาพ	2.6	60	28.7	36	42	1	9.3	8	6.1		อพี.พี. (18.01-19.00 น.)	
รวม		54	44	69	56	3	4.1	1.2	2.8			

หมายเหตุ ประเภทรายการ 1=อาหาร , 2=เม้นเดลเด็ก , 3=เมดส์ , 4=สุขภาพดี , 5=สุขภาพพัฒนา , 6=ภาวะการเจ็บป่วย

การเปิดรับรายการความรู้ด้านสุขภาพ พนบว่าผู้รับสารทุกกลุ่มชนชั้นเปิดรับรายการความรู้ด้านสุขภาพทางโทรทัศน์เป็นประจำพบน้อยมาก(2.8%) โดยนิยมเปิดรับรายการรักสุกี้ให้สุกทางมากที่สุด(14%) รองลงมาคือ พนบหมอดิริราช(8.2%) ปัญหาชีวิตและสุขภาพ(6.1%) หากพิจารณาจะพบว่า 2 รายการแรกมีการคูพอฯ กันในทุกกลุ่มผู้รับสารอาจเป็นเพราะเป็นรายการที่มีความ热闹ในแต่ละตอนไม่เกิน 5 นาทีและเป็นรายการที่แพร่ภาพคิดกับกระพริบหัวส่องรายการ สำหรับรายการปัญหาชีวิตและสุขภาพมีการเปิดรับอยู่ในเกณฑ์ที่สูงแต่จะเห็นว่าในกลุ่มผู้รับสารชนชั้นล่างพบน้อยเพียง 1 % แต่กกลุ่มชนชั้นกลางและชนชั้นนำสูงเกิน 10% อาจเป็นเพราะเนื้หารายการค่อนข้างหนักและมีความข่าวของรายการนานถึง 1 ชั่วโมงเต็ม ต้องเป็นผู้ที่สนใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่จะเปิดรับ(ชนชั้นล่างผู้ซึ่งมีเรื่องอื่นที่น่าสนใจมากกว่าความรู้ด้านสุขภาพจึงเปิดรับน้อย) และอาจเป็นเพราะเป็นรายการความรู้ด้านสุขภาพที่แพร่ภาพนานานจนเป็นที่รู้จัก

ผู้รับสารคุณชนชั้นนำมีการเปิดรับน้อยที่สุด(3%) โดยพนราษฎร์ที่ก่อคุณชนชั้นนำเปิดรับมากที่สุด คือ รายการปัญหาชีวิตและสุขภาพ(8% แต่ยังน้อยกว่าก่อคุณชนชั้นกลาง 10.3%) รองลงมา คือ รายการรักถูกให้ถูกทาง,รักทันโรค,อนอนดวงตา,พับหนมศิริราช (เปิดรับ 4% ทุกรายการ)

ผู้รับสารก่ออุบัติเหตุสั่นถ่ำงเป็นครัวเรือนที่ความรู้ด้านสุขภาพทางไทยทัศน์ 3% โดยรายการที่เป็นครัวเรือนที่สุด คือ รักสูตรักสุกใส่สุกทาง 17% รองลงมา คือ พนักงานศิริราช(10%),รักทันโรค(5.5%),การแพทย์ก้าวหน้า(4%),แทนรักจากแม่(3.5%)

กลุ่มชนชั้นกลางเป็นกลุ่มที่มีการเปิดรับมากที่สุด 4.1% โดยรายการที่เปิดรับมากที่สุด คือ รักถูกให้ถูกทาง(22%) รองลงมา คือ พนหมวดคริริราช (10.7%), ปัญหาชีวิตและสุขภาพ (9.3%), ก้าวทันโรค(5%), เมนถุกรัก(4.7%), การแพทย์ก้าวหน้า(3.3%), รักทันโรค(3.3%), รักฟัน(3.3%)

จะเห็นได้ว่า กลุ่มชนชั้นกลางมีการเบิกรับคล้ายกับกลุ่มชนชั้นล่างและกลุ่มชนชั้นนำ มากกว่า ตัวอย่างเช่น รายการรักสูกให้กู๊กทาง ชนชั้นล่างเบิกรับ 17% ชนชั้นกลางเบิกรับ 22%, รายการพนหมอดิริราช ชนชั้นล่างเบิกรับ 10% ชนชั้นกลางเบิกรับ 10.7%, รายการปัญหาชีวิต และสุขภาพ ชนชั้นนำเบิกรับ 8% ชนชั้นกลางเบิกรับ 9.3% นอกจากนี้ช่วงเวลาของรายการ มีความเกี่ยวข้องกับการเบิกรับของผู้รับสารกกลุ่มชนชั้นล่าง กล่าวคือ กลุ่มชนชั้นล่างนิยมเบิกรับรายการที่มีความยาวไม่เกิน 5 นาที และแพร์ก้าฟิกส์ลัคคร ไม่ว่าจะเป็นรายการรักสูกให้กู๊กทาง, พนหมอดิริราช, การแพทย์ก้าวหน้า, รักพันธุ์หรือแทนรักจากแม่ จึงเป็นที่นิยมในกลุ่มชนชั้นล่าง

1.4.7 การเปิดรับรายการสุขภาพ(โภชนาญา)

ตารางที่ 34 แสดงการเปิดรับรายการสุขภาพ(โภชนาญา)ทางโทรศัพท์ของผู้รับสารกลุ่มต่างๆ

ชื่อโภชนาญา	ประเภท รายการ	การเปิดรับรายการสุขภาพทาง T.V.									หมายเหตุ	
		ไม่ดู (%)				ดูเป็นประจำ (%)						
		ต่าง	กลาง	น้ำ	รวม	ต่าง	กลาง	น้ำ	รวม			
ยอดรวม	3	14	12.7	8	12	36	47.3	48	44			
ความรู้เกี่ยวกับอาหาร	1	19	18.7	32	23	23	34	10	22			
ขันตรายจากยาชุด	6	16	10.7	16	14	19	34	28	27			
การป้องกันโรค	6	12	10.7	16	36	36	30	20	29			
การป้องกันอุบัติเหตุ	6	3	1.5	0	1.5	49	50	56	52			
ยาแก้ไข้	6	6	8	48	51	51	66	52	56			
ยาแก้ปวด	6	10	14.7	16	14	47	55.3	28	43			
ยาแก้ไอ	6	2.5	12.7	16	10	54	59.3	40	51			
ยาแก้ชื่นรา	6	6.5	6	4	5.5	52	64	56	57			
ยาทามแมลงกัดต่อย	6	2.5	6	8	5.5	56	70	44	57			
ยาระบบทางเดินอาหาร	6	3	4.7	4	3.9	61	71.3	52	61			
ยาดม	6	3.5	5.3	8	5.6	60	71.3	52	61			
ยาทามแก้ปวด	6	2.5	4	4	3.5	57	78	48	61			
เทนไซพลาสต์	6	6	4.7	12	7.6	52	67.3	56	58			
ยาสีฟัน	5	0	0	0	0	84	96.7	92	91			
เครื่องดื่มน้ำรุ่งสำลัง	1	2	7	0	3	76	84	92	84			
นม	1	0	0	0	0	69	82.7	88	80			
สำลี	2	20	19.3	68	36	30	38	20	29			
สบู่	6	1.5	3.3	0	1.6	64	77.3	88	76			
แคมภู	6	0.5	0.7	4	1.7	78	84	84	82			
น้ำพืชตราอุ่น	1	5.5	6	0	3.8	68	70	68	69			
รวม		6	6.5	12	10	49	58	49	52			

หมายเหตุ ประเภทอาหาร 1=อาหาร , 2=เมมเบรนเค้ก , 3=ยอดส์ , 4=ถุงภาพด้า , 5=ถุงภาพฟัน , 6=ภาวะการเจ็บป่วย

สำหรับการเปิดรับโฆษณา พนว่า ผู้รับสารทุกกลุ่มมีการเปิดรับโฆษณาเป็นประจำค่อนข้างมาก คือกลุ่มชนชั้นกลาง 58% กลุ่มชนชั้นล่างและชนชั้นนำ 49% โดยโฆษณาที่เปิดรับมากที่สุด เหมือนกัน คือ ยาสีฟัน รองลงมาคือถ้วยกัน คือ เครื่องดื่มน้ำรุ่งกำลัง และแซมภาระผน ผู้รับสารทุกกลุ่มเปิดรับโฆษณาข่ายและเทคโนโลยี(สินค้า)มากกว่าโฆษณาป้องกันส่งเสริม เนื่องจาก สัดส่วนของโฆษณาป้องกันส่งเสริมมีน้อยกว่าอยู่แล้ว และในเรื่องของความถี่และช่วงเวลาของการ แพร่ภาพค่อนข้าง ส่วนโฆษณาป้องกันส่งเสริมที่ผู้รับสารทุกกลุ่มเปิดรับมากที่สุด คือ โฆษณาการ ป้องกันอุบัติเหตุ รองลงมาคือ โฆษณาออดส์

หากเปรียบเทียบการเปิดรับรายการความรู้กับโฆษณาทางโทรทัศน์ของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ พนว่า ผู้รับสารทุกกลุ่มมีการเปิดรับโฆษณามากกว่ารายการความรู้ อาจเป็นเพราะความถี่ในการแพร่ภาพของโฆษณา่มากกว่า และกลุ่มที่เปิดรับมากที่สุด ทั้งรายการความรู้และโฆษณาคือ กลุ่มชนชั้นกลาง กลุ่มชนชั้นล่างและชนชั้นนำมีการเปิดรับ ใกล้เคียงกัน แต่มีข้อสังเกตว่า กลุ่มชนชั้นนำ เปิดรับรายการความรู้น้อยกว่ากลุ่มชนชั้นล่าง อาจเป็นเพราะกลุ่มชนชั้นนำมีการเปิดรับโทรทัศน์น้อย (ตัวอย่างการสัมภาษณ์ชนชั้นนำ “ส่วนใหญ่ก็คุ้นเคยทีวี เคยดูรายการ ปัญหาชีวิตและสุขภาพและครหลังข่าวบางเรื่อง”, กันยายน 2539)

ตารางที่ 35 เปรียบเทียบการเปิดรับรายการความรู้กับโฆษณาของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ

ประเภท	ไม่เปิดรับ ของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ (%)				เปิดรับเป็นประจำของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ (%)			
	ล่าง	กลาง	นำ	รวม	ล่าง	กลาง	นำ	รวม
รายการความรู้	54	44	69	56	3	4.1	1.2	2.8
โฆษณา	6	6.5	12	10	49	58	49	52

2. กระบวนการรับรู้รายการสุขภาพทางโภรทศน์ของกลุ่มผู้รับสาร

การศึกษาเรื่องการรับสาร จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์สารกับผู้รับสารร่วมกัน เนื่องจากเนื้อหารายการหนึ่งไม่สามารถปิดกั้นความหมายอื่นๆ ที่ผู้รับสารอาจตีความแตกต่างออกไป อย่างไรก็ตาม ิสิระในการตีความของผู้รับสารก็มิใช่สิ่งไร้ขอบเขต ทว่าจะต้องอยู่ภายในการอนแห่งความหมายอันหลากหลายที่บรรจุอยู่ในตัวบท เช่นเดียวกับรายการสุขภาพทางโภรทศน์ของผู้ผลิตหลากหลายองค์กร ที่มีเนื้อหาหลากหลายนั้น ผู้รับสารในแต่ละกลุ่มมีการรับรู้อย่างไร การศึกษาครั้งจึงทำการสัมภาษณ์ผู้รับสารกลุ่มต่างๆ เพื่อการประเมินรายการสุขภาพทางโภรทศน์ ซึ่งปรากฏผลดังนี้

ข้อมูลทั่วไป ผู้รับสารกลุ่มต่างๆ จำแนกอยู่ตามรายการของประเทศไทยดังนี้			
	ชนชั้นล่าง(คน)	ชนชั้นกลาง(คน)	ชนชั้นนำ(คน)
ภาคเหนือ-จังหวัดเชียงใหม่ (2)	4	3	-
ภาคกลาง-กรุงเทพฯ (2)	4	3	5
-สมุทรสาคร (1)	2	2	-
ภาคอีสาน-ภาคตะวันออก (4)	8	6	-
ภาคใต้ -สุราษฎร์ธานี (1)	2	2	-
รวมทั้งสิ้น (10 ส่วน)	20	16	5

- 1) อาชีพของผู้รับสารกลุ่มต่างๆ
 - ชนชั้นล่าง จำนวน 20 คน ได้แก่ ชาวไร่ชาวนา(12 คน), นาบเร่(2 คน), คนงานก่อสร้าง(2 คน), ชาวประมง(2 คน) และคนขับรถ(2 คน)
 - ชนชั้นกลาง จำนวน 16 คน ได้แก่ ข้าราชการ(10), พนักงานบริษัท(4) และเจ้าของกิจการ(2)
 - ชนชั้นนำ จำนวน 5 คน ได้แก่ อดีตวุฒิสมาชิก(1 คน), ผู้บริหารธนาคารกรุงเทพจำกัด(1 คน), อาจารย์มหาวิทยาลัย(2 คน) และผู้มีฐานนดรศักดิ์(1 คน)

2) เพศของผู้รับสาร

	ชาย	หญิง	รวม
- ชนชั้นล่าง	7	13	20
- ชนชั้นกลาง	6	10	16
- ชนชั้นนำ	3	2	5
รวม	16	25	41

3) อาชีวของผู้รับสารกู้มต่าง ๆ

กู้มอาชีว	ล่าง(คน)	กลาง(คน)	นำ(คน)	รวม (%)
ต่ำกว่า 20 ปี	4	-	-	9.8
20 - 30 ปี	6	8	-	34.1
31 - 45 ปี	8	6	1	36.6
46 - 60 ปี	2	2	2	14.6
60 ปี ขึ้นไป	-	-	2	4.9
รวม	20	16	5	100

การผลิตรายการสุขภาพทางโทรทัศน์มุ่งหวังเพื่อให้เกิดการคุ้มครองบุคคล ซึ่งจะทำให้ลดภาระการเจ็บป่วย ลดการแย้อัคของภาระของรับบริการ และเพื่อประทับค่าใช้จ่าย แต่ผู้รับสารในสังคมไทยมีหลายกลุ่มหลายระดับนั้น สามารถเข้าถึงเนื้อหาของรายการเพียงได้และอย่างไร เนื่องจากผู้รับสารในแต่ละกลุ่มนี้มีภูมิหลังที่ต่างกัน ทั้งการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจ

2. การประเมินรายการสุขภาพทางโทรทัศน์จากต้นแบบของผู้รับสารกู้มต่าง ๆ

ผู้จัดได้สัมภาษณ์กลุ่มผู้รับสารต่าง ๆ ในประเด็นต่อไปนี้

- ความน่าเชื่อถือของรายการสุขภาพทางโทรทัศน์
- ความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้รับสาร
- ความสามารถในการนำไปปฏิบัติได้
- แนวคิดทางการแพทย์ที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์

2.1. ความเชื่อถือในการ

ความเชื่อถือของบุคคลจะเกิดมาจากการถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือ แต่ก็ต้องมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล แต่ละกลุ่ม ซึ่งขึ้นอยู่กับวิธีการเปิดรับ ผู้รับสารอาจดูแบบดูแล้วเชื่อหมด ดูแล้วไม่ได้ดีตาม หรือดูแล้วพิจารณาได้ต่อไปด้วย ดังนั้น ผู้จัดจึงทดสอบด้วยคำถามว่า “ท่านคิดว่า ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายและโรคภัยไข้เจ็บ จากรายการ โทรทัศน์ถูกต้องหรือไม่”

ตารางที่ 36 แสดงความน่าเชื่อถือในรายการสุขภาพทาง T.V ของผู้รับสารก่อนต่าง ๆ

ความน่าเชื่อถือ	ชนชั้นล่าง(%)	ชนชั้นกลาง(%)	ชนชั้นนำ(%)	รวม(%)
1. ข้อมูลถูกต้อง	100	62.6	60.0	74.2
2. ไม่แน่ใจ	-	37.4	40.0	25.8
3. ข้อมูลผิด	-	-	-	-

จากตารางที่ 36 พบว่าผู้รับสารก่อนชนชั้นล่างทั้งหมดเชื่อว่าข้อมูลถูกต้อง อาจเป็นเพราะว่าขาดข้อมูลในการตรวจสอบ สำหรับผู้รับสารก่อนชนชั้นกลางและ ชนชั้นนำนั้นมีความไม่แน่ใจในความถูกต้องของข้อมูลด้วย อาจเป็นเพราะว่าผู้รับสารก่อนชนชั้นกลาง และชนชั้นนำเป็นผู้มีความรู้ คุ้มครองด้วยพิจารณา ประกอบกับมีโอกาสเปิดรับสารจากสื่ออื่น ๆ ด้วย จึงมีข้อมูลช่วยในการตรวจสอบมากกว่า

i) ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของชนชั้นล่างมีความเชื่อถือในรายการ เช่น

- “เรื่องที่ออกจากโทรทัศน์ต้องเป็นเรื่องที่ถูกต้อง” (ชนชั้นล่าง, พ.ค.39)
- “ถูกสิ สำไม่ถูกคงไม่กล้าออกโทรทัศน์หรอก” (ชนชั้นล่าง, มิ.ย.39)
- “คิดว่าถูก ต้องเป็นเรื่องที่ถูกสิถึงออกทีวีได้” (ชนชั้นล่าง, พ.ค.39)

ii) ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ชนชั้นกลางและชนชั้นนำ เชื่อว่าถูก เช่น

- “ถูก เพราะเป็นการเผยแพร่ต่อสาธารณะ” (ชนชั้นกลาง, ส.ค.39)
- “ต้องถูก ต้องมีการผ่านการตรวจสอบก่อน” (ชนชั้นกลาง, ส.ค.39)
- “ถูกนะ เรื่องที่จะเผยแพร่ต้องตรวจสอบแล้ว” (ชนชั้นนำ, ส.ค.39)
- “ถูกสิ ก็ส่วนใหญ่เห็นหมอยเป็นพิธีกรเอง” (ชนชั้นนำ, ก.ย.39)

iii) ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ชนชั้นกลางและชนชั้นนำ ไม่แน่ใจ เช่น

- “คงมีทั้งถูกและไม่ถูกนะ เพราะเรื่องเดียวกัน อาจถูกกับคนหนึ่ง แต่อาจไม่ถูกสำหรับบางคนก็ได้” (ชนชั้นกลาง, ก.ย.39)
- “มีบางครั้งนะ ที่เราคิดว่าไม่ถูก.....” (ชนชั้นกลาง, ก.ย.39)
- “โฆษณาครึ่งคิมปารุงร่างกายที่มีสถาบันวิจัยคิงส์คอลเลจรับรอง ไม่ทราบออกมายังไง” (ชนชั้นนำ, ก.ย.39)
- “ครึ่งคิมปารุงรังนก, ชุมไก่ ที่โฆษณาไม่แน่ใจว่ามีประโยชน์มากน้อยแค่ไหน แต่ก็ให้ถูกและคุณภาพดีมาก” (ชนชั้นนำ, ต.ค., 2539)

2.2 ความสามารถของรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ในการตอบสนองความต้องการของผู้รับสาร

รายการสุขภาพทาง โทรทัศน์ที่มีความหลากหลายนั้น ตรงกับความต้องการของผู้รับสาร ทุกกลุ่มคนหน้าที่ของ โทรทัศน์ที่เป็นสื่อมวลชนหรือไม่ จากคำตามว่า “ท่านและครอบครัวเคยมีปัญหาสุขภาพหรือ โรคภัยไข้เจ็บเมื่อนักรายการ โทรทัศน์หรือไม่” ผู้รับสารทุกกลุ่มส่วนใหญ่มีทัศนะว่าเคยมีปัญหาตรง กับรายการสุขภาพทาง โทรทัศน์

ตารางที่ 37 แสดงปัญหาสุขภาพตรงกับรายการสุขภาพทางโภรทัศน์ในทัศนะของผู้รับสารกุ่มต่างๆ

เนื้อหารายการ	ชนชั้นล่าง(%)	ชนชั้นกลาง(%)	ชนชั้นนำ(%)	รวม(%)
1. ทรงกับปัญหาสุขภาพ	100	100	100	100
2. ไม่ทรงกับปัญหาสุขภาพ	0	0	0	0

รายละเอียดจากการสัมภาษณ์แสดงให้เห็นว่า ผู้รับสารในแต่ละชนชั้นมีการเลือกรับรู้เรื่องสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากภาระการสุขภาพทางด้านทัศน์มีให้เลือกอย่างหลากหลาย (ช่วงเวลาที่ศึกษา 1 เดือน มีรายการสุขภาพ 20 รายการและโฆษณา 65 เรื่อง) จึงทำให้ทุกกลุ่มทุกคนมีทัศนะว่า รายการสุขภาพสามารถตอบความต้องการของตนได้

ชนชั้นล่างมีทัศนะว่า รายการสุขภาพสามารถตอบสนองการซื้อยารักษาตนเองได้ ตัวอย่าง เช่น ชนชั้นล่าง (พ.ศ. 2359) : “ตรังสี เมื่อป่วยหัวเป็นไข้กินทิพฟี่ ทันใจก็หาย”

ชนชั้นล่าง (ม.ย.2539) : “ทรงกีเรื่องห้องอีดีห้องท่อ กีชีอีโนกีหาด”

ชนชั้นล่าง (ม.ข. 2539) : “ทรง ยาถ่ายพยาธิชี้ให้ลูกกินประจ้ำ”

ชนชั้นกลางมีทัศน์ว่าราชการ โทรทัศน์ช่วยแนะนำการป้องกันตนเอง ให้ตัวอย่าง เช่น

ชนชั้นกลาง (ก.ค.2539) : “ทรงนະ อຢ່າງກາຮຽແລ້ວທົ່ງ(ຄຣກໍ) ກາຮເລີຍຄູກ “

ชนชั้นกลาง (ม.ย.2539) : “ทรง ที่ใช้ประจำกิจการเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูป”

ชนชั้นกลาง (ก.ค.2539) : “ทรง เรื่องการเลี้ยงถูก เช่น การฝึกให้ถูกทางผัก, การฝึกนิสัยต่าง ๆ”

ชนชั้นนำมีทัศนะว่ารายการ โทรทัศน์ช่วยแนะนำการส่งเสริมป้องกัน ตัวอย่างเช่น

ชนชั้นนำ (ก.ช., 2539) : “ก็มีครองปั่งที่พวนมากที่สุดก็การเลี้ยงลูก การดูแลร่างกายให้แข็งแรง”

ชนชั้นนำ (ต.ค.2539) : “คง ทกวันนี้ผมก็คิดแบรนด์เป็นประจำ”

ชนชั้นนำ (ก.ย.2539) : “ครอง กีคิจันเป็นความคืบอยู่ ก็มีการแนะนำอาหาร การเลี้ยงดีกๆ....”

และเมื่อพิจารณาประกอบกับข้อมูลจากการวิเคราะห์ลักษณะทางชั้นของรายการที่กล่าวมาข้างต้น (คุณตรางที่ 11) พบว่า มีสัดส่วนรายการที่ไม่มีชั้นที่เปิดโอกาสให้คนแต่ละกลุ่มเข้ามาใช้ประโยชน์ได้เหมือนกันหมด รวมทั้งลักษณะของการเลือก รับสารจากผู้รับสารเอง (Selective Perception) ผู้รับสารจากแต่ละกลุ่มจึงสามารถจะเลือกเอา “ส่วนหนึ่งส่วนใดของรายการ” ที่ตอบสนองความต้องการของตนเองมาใช้ได้

นอกจากผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ คิดว่ารายการสุขภาพตรงกับปัญหาของแล้ว รายการสุขภาพทางโทรทัศน์นั้นเป็นปัญหาสุขภาพของคนทั่วไปหรือไม่ จึงมีค่าตามว่า “ทำนคิดว่ารายการโทรทัศน์น่าเสนอปัญหาของคนส่วนใหญ่หรือไม่” พบว่า ทุกกลุ่มมีทัศนะตรงกันทั้งหมดว่า รายการสุขภาพทางโทรทัศน์เป็นของคนส่วนใหญ่

ตารางที่ 38 แสดงรายการสุขภาพกับปัญหาสุขภาพของคนส่วนใหญ่ในทัศนะของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ

เนื้อหารายการ	ชนชั้nlàng(%)	ชนชั้นกลาง(%)	ชนชั้nnà(%)	รวม(%)
1. ตรงกับปัญหาสุขภาพ	100	100	100	100
2. ไม่ตรงกับปัญหาสุขภาพ	0	0	0	0

ตัวอย่างเช่น

- “เป็นของคนส่วนใหญ่ก็ทุกคนต้องปวดเมื่อยเป็นไข้ตัวร้อนน้ำงลัง” (ชนชั้nlàng,พ.ค.,39)
- “ส่วนใหญ่ก็ทุกคนก็เป็นป่วยได้” (ชนชั้nlàng,พ.ค.2539)
- “ทุกคนจะ คงไม่มีใครที่ไม่เคยเป็นไข้” (ชนชั้nlàng,มิ.ย.2539)
- “ส่วนใหญ่ก็สุขภาพเป็นเรื่องของคนทั่ว ๆ ไป” (ชนชั้นกลาง,ส.ค.2539)
- “ทุกคนต้องมีโอกาสเป็นไข้ไม่สบาย คนที่มีภูก็มีคำแนะนำดี ๆ” (ชนชั้นกลาง,ก.ค.,39)
- “เป็นของคนส่วนใหญ่ไม่痒มากก็มี ความรู้เรื่องโรคภัยไข้เจ็บก็มาก” (ชนชั้นกลาง,มิ.ย.,39)
- “ก็ทั่ว ๆ ไปนะคิดว่าคนทุกคนต้องมีการเจ็บป่วยโทรทัศน์ก็ช่วยให้รักษาบีองดี” (ชนชั้นกลาง,มิ.ย.,39)
- “ส่วนใหญ่ รายการที่ผลิตมาก็คิดว่าต้องเลือกปัญหาที่ตรงกับคนส่วนใหญ่” (ชนชั้nnà,ต.ค.)
- “รายการโทรทัศน์คนดูทุกรายดับ รายการที่ต้องเป็นปัญหาทั่วไปที่คนส่วนใหญ่มีโอกาสเป็น” (ชนชั้nnà,ก.ย.2539)

ข้อมูลจากตารางที่ 38 นี้จึงนำไปสู่ประเด็นที่น่าสนใจอย่างยิ่งว่า ผลกระทบวิเคราะห์เนื้อหา(ตารางที่ 5)พบลักษณะที่ไม่สมคุลย์และไม่ยุติธรรมของสัดส่วนของรายการสุขภาพทางไทรทัศน์ แต่เมื่อมาวัดปฎิกริยาจากฝ่ายผู้รับสารกลับพบว่า รายการดังกล่าวสามารถสร้างความพึงพอใจ เพราะความสามารถในการตอบสนองความต้องการให้แก่คนทุกกลุ่มได้ เสมือนว่า รายการสุขภาพทางไทรทัศน์เป็น “สื่อของมวลชน” มิใช่เป็น “ร่องของชนชั้นใดชนชั้นหนึ่ง”

2.3. การนำไปปฏิบัติได้

เมื่อรายการสุขภาพทางไทรทัศน์ตรงกับปัญหาสุขภาพของคนส่วนใหญ่แล้ว ผู้รับสารทุกกลุ่มสามารถนำไปปฏิบัติได้หรือไม่ จากคำถาม “สิ่งที่รายการไทรทัศน์แนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ และโรคภัยไข้เจ็บท่านนำไปใช้ในชีวิต ประจำวันได้บ้างหรือเปล่า” จึงพบว่า ผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ แสดงทัศนะว่า สามารถนำไปปฏิบัติได้

ตารางที่ 39 การนำคำแนะนำจากรายการสุขภาพทางไทรทัศน์ไปปฏิบัติในทัศนะของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ

การนำไปปฏิบัติ	ชนชั้นล่าง(%)	ชนชั้นกลาง(%)	ชนชั้นนำ(%)	รวม(%)
1. ปฏิบัติได้	100	100	100	100
2. ปฏิบัติไม่ได้	0	0	0	0

ผู้รับสารทุกกลุ่มนี้ทัศนะว่านำไปปฏิบัติได้ ตัวอย่างเช่น

i) ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของกลุ่มชนชั้นล่าง

- “ก็นำไปใช้ได้สิ รู้สึกเป็นใช้ป่วยเมื่อยก็ไปซื้อยา” (ชนชั้นล่าง, พ.ค.2539)
- “ได้หันใจ ทิพที่ซื้อได้ตามตลาด” (ชนชั้นล่าง, พ.ค.2539)
- “ได้ยาที่ประกาศทางไทรทัศน์ ส่วนใหญ่มีขายตามตลาด” (ชนชั้นล่าง, มิ.ย.2539)

ii) ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของกลุ่มชนชั้นกลาง

- “เป็นบางเรื่อง แต่ก็ได้เป็นส่วนใหญ่ การคาดเดิมขั้นนิรภัย การออกกำลังกาย ไปพบแพทย์ เป็นประจำ” (ชนชั้นกลาง, มิ.ย.39)
- “ได้การเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปการทำอาหารให้กับเด็ก ๆ มีเมนูที่น่าสนใจ” (ชนชั้นกลาง, ก.ค. 2539)
- “ได้สิ อย่างน้อยก็การเลือกทานอาหารให้ถูกหลักอนามัย” (ชนชั้นกลาง, ก.ย.2539)

iii) ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของกลุ่มชนชั้นนำ

- “ได้นะไม่ว่าเป็นการพักผ่อน การออกกำลังกายบำรุงร่างกาย” (ชนชั้นนำ, ส.ค. 39)
- “ได้ส่วนใหญ่ก็เป็นเรื่องของการรับประทานอาหารให้ถูกหลัก การเลี้ยงคุกูลา หวาน” (ชนชั้นนำ, ต.ค. 2539)

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ชนชั้นตอบเป็นเหมือนกันหมดว่า สามารถนำเอาคำแนะนำจากรายการไปปฏิบัติตามได้ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่าแบบแผนทางสุขภาพของคนแต่ละชั้น แตกต่างกัน คือ ชนชั้นล่างจะคัดเลือกอาหารคำแนะนำที่เกี่ยวกับ “การรักษาตัวเอง” (เช่นซื้อชา) ไปปฏิบัติ ชนชั้นกลางจะคัดเลือกคำแนะนำที่เกี่ยวกับ “การป้องกันสุขภาพ” ไปปฏิบัติ ในขณะที่ชนชั้นนำก็จะนำ เอาเรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพ” ไปปฏิบัติ ปรากฏการณ์นี้จึงเป็นข้อคิดของ Morley ที่ว่า โครงสร้างทาง สังคมของคนแต่ละกลุ่มจะเป็นตัวกำหนดแบบแผนการดูแลและการนำไปใช้ประโยชน์ของพวกร่าง ในกรณีนี้คนไทยแต่ละชั้นจะเลือกเอาข่าวสารจากรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ ในส่วนเดียวที่สามารถ พนวกเข้าหรือสอดรับกับพฤติกรรมอนามัยของคนไปปฏิบัติตาม

นอกจากนั้น ขังมีข้อสังเกตว่า ผู้รับสารทุกกลุ่มค่อนข้างมีความพึงพอใจกับรายการสุขภาพทาง โทรทัศน์ ทั้งนี้อาจจะอธิบายได้จากปัจจัยหลายประการที่ทำงานร่วมกัน เริ่มตั้งแต่ความต้องการด้าน สุขภาพไม่ใช่ความจำเป็นที่สูงสุดและเร่งด่วนของคนไทย (ทราบได้ที่พวกร่าง ไม่ถึงขั้นล้มเหลวอนอน สื่อ ปัจจัยต่อมา ก็คือ คนไทยไม่ได้ตั้งความคาดหวังเอาไว้มากจากรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ (จากข้อมูลที่ได้กล่าวมาแล้ว) และปัจจัยสุดท้าย ก็คือ รายการสุขภาพในโทรทัศน์นั้น มีลักษณะเป็น “บริการแบบไม่ต้องจ่ายเงินโดยตรง” (เมื่อเทียบกับการไปหาหมอที่คลินิก ปัจจัยทั้งหมด ทำให้คนไทย ไม่มีข้อเริ่กรองมาก และสูงนักจากรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ ผลลัพธ์ที่ออกมายังเป็นการเกิดความ พึงพอใจได้ง่าย)

แต่เมื่อสังเกตุว่า ผู้รับสารจะปฏิบัติตามคำแนะนำของรายการสุขภาพทางโทรทัศน์นั้น พบว่า ไม่ได้เกิดจากการดูรายการโทรทัศน์เพียงอย่างเดียว (“ พมจะทำตามคำแนะนำจากโทรทัศน์หรือไม่ คงไม่ ใช่จากการดูโทรทัศน์คิดว่าเขียนขึ้นกับข้อมูลเดิมที่พมเคยทราบและโอกาสที่พมจะทำ..... ” : ชนชั้นกลาง, ม.ย. 2539) และบางส่วนนำไปใช้ทั้ง ๆ ที่ไม่แน่ใจ (เครื่องดื่มประเภทรังนก, ชูบ ไก่ ที่โฆษณาไม่แน่ใจว่ามี ประโยชน์มากน้อยแค่ไหน แต่ก็ให้ถูกและคุณภาพมากท่านอยู่นะ, ชนชั้นนำ, ต.ค., 2539)

2.4. การนำเสนอด้วยวิธีทางการแพทย์แบบแยกส่วนกับการแพทย์องค์รวม

เมื่อทำการวิเคราะห์ระบบความหมายที่ปรากฏอยู่ในรายการสุขภาพทางโภรทัศน์ ในระดับความหมายโดยอธิบาย(Denotative meaning) คนดูทั่วไปที่ไม่มีความรู้และไม่สนใจเรื่องสุขภาพมากนัก รวมทั้งไม่ได้ติดตามดูรายการเหล่านี้อย่างตั้งใจและจริงจัง เราอาจพบว่าผู้รับสารไม่ได้เข้าใจ ความรู้ หรืออาจจะไม่เห็นประযุชน์ที่จะนำความรู้จากการไปใช้ในชีวิตจริงได้ อย่างไรก็ตาม หากเรา วิเคราะห์ความหมายในระดับของความหมายโดยอธิบาย (Connotative meaning) ซึ่งในระดับนี้ความหมายซึ่งอยู่ในอุดมการณ์ ความเชื่อ อาจจะพบผลจากการดูรายการสุขภาพทางโภรทัศน์ในทางกลับกัน ได้ จึงตรวจสอบจากค่าตามว่า “รายการโภรทัศน์แนะนำให้ทานดูแลสุขภาพด้วยตนเอง หรือไปหาหมอ ? เห็นอะไรบ้าง “ พบว่า ผู้รับสารส่วนใหญ่มีทัศนะว่า รายการโภรทัศน์แนะนำให้ดูแลดูด้วยตนเอง แต่การดูแลดูด้วยตนเอง มี 2 มิติ คือ การป้องกันและการรักษา

ตารางที่ 40 แสดงทัศนะของผู้รับสารต่อการนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์ของรายการสุขภาพทาง
โภรทัศน์

การแพทย์	รายการแนะนำ	ทัศนะของผู้รับสาร (%)
1. แยกส่วน	-พึงแพทย์	41.25
	-ดูแลด้วยตนเอง	31.7
	รวม	72.9
2. องค์รวม	-ดูแลด้วยกรรมดูด	27.1

จากตารางที่ 40 พบว่า ผู้รับสาร 72.9% รับรู้ว่ามีแนวคิดแบบแยกส่วน ส่วนอีก 27.1% รับรู้ว่ามี แนวคิดแบบองค์รวม(ให้ดูแลดูด้วยตนเอง)ผลการวิเคราะห์ดังกล่าว ขัดแย้งกับผลการวิเคราะห์ที่ เนื้อหาที่พูดว่า มีแนวคิดองค์รวมมากกว่าแยกส่วน ข้อศั้นพนดังกล่าวน่าจะสร้างความกังวลใจให้แก่นักนิเทศศาสตร์และนักสาธารณสุขพอสมควร หากขึ้นในหลักการของ Morley ที่ว่าในกระบวนการสื่อสาร นั้น ไม่ค่อยสำคัญว่าเนื้อหาต่าง ๆ ถูกผลิตมาอย่างไร เพื่อให้ (How/How much it is perceived) แต่สำคัญ ตรงที่ว่า เนื้อหานั้นถูกรับรู้อย่างไรและเพื่อให้ (How/How much it is perceived)

ปัจจัยสำคัญที่จะอธิบายแบบแผนการเลือกรับรู้แนวคิดแบบต่าง ๆ ของผู้รับสาร ได้ คือ เรื่อง ความถี่ในการเผยแพร่ ทั้งนี้ เนื่องจากในเวลาวิเคราะห์เนื้อหาหนึ่ง พบร่วมรูปแบบรายการความรู้มากกว่า โฆษณา และในรูปแบบรายการความรู้จะมีแนวคิดแบบองค์รวมมากกว่าแยกส่วน ผลลัพธ์รวมสุดท้าย จึงปรากฏว่ามีแนวคิดทางการแพทย์องค์รวมมากกว่าแยกส่วน หากทว่าในกระบวนการรับรู้ ผู้รับสารจะ มีโอกาสเปิดรับรูปแบบโฆษณาซึ่งมีความถี่ในการเผยแพร่มากกว่ารูปแบบรายการความรู้ ประกอบกับผู้รับสารมีอิสระในการเลือกเปิดรับ ในขณะที่รายการสุขภาพทางโทรทัศน์มีเนื้อหาที่หลากหลาย ผู้รับสารจึงเลือกรับเฉพาะส่วนที่ตอบสนองความต้องการของตนมาใช้ได้ ซึ่งปรากฏผลดังนี้

ตารางที่ 41 แสดงแนวคิดการแพทย์ที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ ตามทัศนะของผู้รับสาร กลุ่มต่าง ๆ .

แนวคิดการแพทย์	รายการแนะนำ	ชนชั้นล่าง(%)	ชนชั้นกลาง(%)	ชนชั้นนำ(%)	รวม(%)
1. แยกส่วน	ยา&เทคโนโลยี	85	18.75	20	41.25
	พั่งแพทย์	10	25	60	31.7
	รวม	95	43.75	80	72.9
2. องค์รวม	สุภาพดีกรรม	5	56.25	20	31.5

จากการสัมภาษณ์ผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ พบรูปแบบสุขภาพตามแนวคิดทางการแพทย์แยกส่วน แยกออกเป็นอีก 2 ประเภทย่อย คือ การใช้ยาและเทคโนโลยีกับการพั่งแพทย์ จึงพบแบบแผนการเลือกรับสารในส่วนที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทางการแพทย์ ดังนี้

- กลุ่มชนชั้นล่าง เลือกรับแนวคิดทางการแพทย์แยกส่วนแบบการใช้ยาและเทคโนโลยี เป็นอันดับแรก(95%)
- กลุ่มชนชั้นนำ เลือกรับแนวคิดทางการแพทย์แยกส่วนแบบพั่งแพทย์เป็นอันดับแรก(60%)
- กลุ่มชนชั้นกลาง เลือกรับแนวคิดทางการแพทย์องค์รวม(คุณลักษณะ) เป็นอันดับแรก(56%)

ทั้งหมดนี้สามารถนำมาสู่ค่าตอบ เรื่องผลกระทบของรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ในการสร้างเอกลักษณ์ด้านสุขภาพให้แก่คนแต่ละชนชั้น จากค่าตามที่ว่า “ครอบครัวเป็นผู้ดูแลสุขภาพอนามัยของบุคคล” นั้น ผลกระทบการวิจัยตอบว่า

- ชนชั้นล่างจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพอนามัยของตนเอง แต่ค่าวิธีการรักษา(การแพทย์แบบแยกส่วน)
- ชนชั้นกลางก็ต้องเป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพอนามัยของตนเองค่าวิธีการดูแลป้องกัน(การแพทย์แบบองค์รวม)
- ชนชั้นนำนั้น สุขภาพอนามัยที่ดีอยู่ในการดูแลของแพทย์(การแพทย์แบบแยกส่วน)

บทที่ 6

ทิศทางของการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโภรทัศน์

การวิจัยเรื่อง “ทิศทางของการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโภรทัศน์” นี้ มุ่งศึกษาว่า โภรทัศน์ได้ทำหน้าที่เป็นกลไกหนึ่งในการสร้างสรรค์ความคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัย โดยถือ หลักท้องให้มากสำหรับผู้มีน้อย หรือทำได้เพียงการซ้ำเติมความอุติธรรมด้านสุขภาพอนามัยให้ เพิ่มมากขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบรายการสุขภาพทางโภรทัศน์ของรัฐและเอกชนในมิติต่าง ๆ
2. เพื่อศึกษาลักษณะทางชั้นของเนื้อหาที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางโภรทัศน์
3. เพื่อเปรียบเทียบการนำเสนอแนวคิดของการแพทย์แบบแยกส่วนกับการแพทย์องค์รวม ที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางโภรทัศน์
4. เพื่อศึกษาการประเมินรายการสุขภาพทางโภรทัศน์จากทัศนะของผู้รับสารกุ่มต่าง ๆ (ชนชั้นล่าง, ชนชั้นกลาง และชนชั้น

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อตอบวัตถุประสงค์ 3 ข้อแรก โดยแบ่งเนื้อหารายการ ออกเป็น 6 ประเภท คือ อาหาร, เมมและเด็ก, อดส์, สุขภาพดี, สุขภาพฟัน และภาวะการเจ็บป่วย ซึ่ง ศึกษาทั้ง 2 รูปแบบรายการ คือ รายการความรู้ และโฆษณา ผลการวิจัยพบว่า รายการสุขภาพทาง โภรทัศน์มีความหลากหลาย กล่าวคือ มีรายการความรู้จำนวน 151 ตอน จากรายการประจำ 20 รายการ และโฆษณา 65 เรื่อง เป็นโฆษณาส่งเสริมป้องกัน 19 เรื่อง และโฆษณาสินค้า 46 เรื่อง รวม ทั้งสิ้น 216 ตอน (ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษาพิจัย 1 เดือน) และพบว่า รายการสุขภาพทางโภรทัศน์ให้ บริการความรู้แก่ชนชั้นล่าง(คนจน) น้อยมาก ขณะที่มีโฆษณาสินค้าให้ทั้งชนชั้นนำและชนชั้นล่าง ใกล้เคียงกัน ซึ่งสามารถแยกเป็นประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ลักษณะผู้ผลิตกับประเด็นต่าง ๆ
2. ลักษณะทางชั้นที่ปรากฏในรายการสุขภาพ
3. แนวคิดทางการแพทย์ที่ปรากฏในรายการสุขภาพ

1. ลักษณะผู้ผลิตกับประเด็นต่าง ๆ

1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ผลิตกับรูปแบบรายการสุขภาพและประเภทรายการ ผลการวิจัยพบว่า รัฐผลิตรายการความรู้มากกว่าโฆษณา แต่ออกชนผลิตโฆษณามากกว่ารายการความรู้ และรัฐผลิตโฆษณาส่งเสริมป้องกัน(PSA) ขณะที่ออกชนผลิตแต่โฆษณาศินค้าโดยออกชนผลิตโฆษณาครบทุกประเภท แต่รัฐผลิตโฆษณาเฉพาะประเภทอาหาร, เอดส์, ภาระการเงินป่วยและแม่และเด็กเท่านั้น รวมทั้งยังพบว่า รัฐและออกชนมีการร่วมมือกันผลิตรายการความรู้ แต่ไม่มีการผลิตโฆษณาใด ๆ เลย

รัฐให้ความสำคัญกับประเภทภาระการเงินป่วย(28ตอน), แม่และเด็ก(21 ตอน), เอดส์(15 ตอน), อาหาร(13 ตอน), สุขภาพฟัน(4 ตอน) และสุขภาพตา(1 ตอน) ตามลำดับ ขณะที่ออกชนให้ความสำคัญกับประเภทภาระการเงินป่วย(34 ตอน), อาหาร(34 ตอน), แม่และเด็ก(15 ตอน), สุขภาพฟัน(6 ตอน) และสุขภาพตา(1 ตอน) จะเห็นได้ว่าออกชนไม่มีการผลิตรายการประเภทเอดส์เนื่องจากยังไม่มีขารักษามาก ไม่มีศินค้าที่ออกชนจะขาย และประเภทภาระการเงินป่วยพบมากที่สุด อาจเป็นเพราะเกณฑ์ในการวัดของผู้วิจัยกว้าง

1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ผลิตกับลักษณะทางชั้นของรายการ ผลการวิจัยพบว่า ทั้งรัฐและออกชนมีแบบแผนการผลิตรายการสุขภาพที่เหมือนกัน กล่าวคือ ผลิตรายการที่ไม่มีลักษณะทางชั้นมากกว่ารายการที่มีลักษณะทางชั้น อาจเป็นเพราะปัจจุบันแนวโน้มการเงินป่วยของคนไทยเป็นโรคที่เกิดจากพยาธิสภาพทางสังคม เช่น อุบัติเหตุ, ยาเสพติด เป็นต้น และประกอบกับลักษณะธรรมชาติของสื่อโทรทัศน์ที่เป็นสื่อมวลชน

สำหรับรายการที่มีลักษณะทางชั้นพบว่า ทั้งรัฐและออกชนผลิตรายการเพื่อชั้นนำมากกว่าชั้นล่าง โดยเฉพาะรายการความรู้ที่ควรมีให้กับชั้นล่างพบเพียง 5 ตอนเท่านั้น (จากตารางที่ 6) ดังนั้น รัฐหรือออกชนต่างก็ทำให้รายการสุขภาพทางโทรทัศน์ถูกถ่ายเป็นครื่องมือชี้แจงความไม่ยุติธรรมด้านสุขภาพให้เพิ่มมากขึ้น

1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ผลิตกับแนวคิดทางการแพทย์ที่ปรากฏในเนื้อหารายการผลการวิจัยพบว่า ในรูปแบบรายการความรู้ทั้งรัฐและออกชนนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์องค์รวมมากกว่าแนวคิดทางการแพทย์แยกส่วน สำหรับโฆษณารัฐนำเสนอแนวคิดองค์รวม เพราะเป็นโฆษณาส่งเสริมป้องกัน แต่ออกชนนำเสนอแนวคิดแยกส่วนพราภัยยาและเทคโนโลยี

2. ลักษณะทางชั้นที่ปรากฏในเนื้อหารายการสุขภาพทางโทรศัพท์

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบรายการความรู้มีลักษณะที่ไม่มีชั้นมากกว่าลักษณะที่มีชั้น 2 ชั้น เป็นเพราะเหตุผลนี้เดียวกับข้อ 1.1 ส่วนรูปแบบ โฆษณา มีแบบแผนที่กลับกัน คือ รายการที่มีลักษณะชั้นมากกว่ารายการที่ไม่มีชั้น เพราะลักษณะของโฆษณาที่ต้องระบุกลุ่มเป้าหมาย จึงอาจสร้างข้อสรุปได้ว่า รูปแบบรายการเป็นตัวแปรสำคัญในการกำหนดลักษณะทางชั้นของรายการ

นอกจากนี้ยังพบว่า รายการความรู้มีให้สำหรับชั้นล่าง(คนจน)น้อยมากและมีเพียง ประเภทภาระการเจ็บป่วย และประเภทแม่และเด็กเท่านั้น(ตารางที่ 13) ขณะที่โฆษณาให้ทั้งชั้นนำและชั้นล่างได้คึบกัน โดยเฉพาะโฆษณาประเภทภาระการเจ็บป่วยซึ่งส่วนใหญ่เป็นโฆษณาขายยาไม่ให้กับคนจนมาก (ตารางที่ 14) อาจจะแสดงถึง ความไม่ใส่ใจการให้บริการ สาธารณะด้านสุขภาพแก่คนจนของรายการโทรศัพท์ หรืออาจบ่งบอกถึง ยานานของสปอนเซอร์ ตอบแฝงเรื่องในรายการความรู้ที่คนจนมีอำนาจการซื้อสินค้าที่สนับสนุนรายการดังกล่าวน้อยกว่า คนรวย

3. การนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์ 2 ทัศนะในเนื้อหารายการสุขภาพทางโทรศัพท์

ผลการวิจัยพบว่า แนวคิดทางการแพทย์องค์รวมปรากฏในเนื้อหารายการมากกว่าแนวคิดทางการแพทย์แยกส่วนเป็นสัดส่วนประมาณ 7:4 ซึ่งนับว่าพอใจ และเมื่อพิจารณาคุณแบบแผนของประเภทรายการแล้ว จะพบว่ามี 4 ประเภท(อาหาร,แม่และเด็ก,อดส์ และสุขภาพฟัน)ที่มีแนวคิดการแพทย์องค์รวมมากกว่าแยกส่วน คงมีเพียง 2 ประเภทรายการเท่านั้น คือ ภาระการเจ็บป่วยและสุขภาพด้วยที่มีแนวคิดการแพทย์แยกส่วนมากกว่าองค์รวม

รูปแบบรายการนับว่ามีความสำคัญต่อการนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์ เนื่องจากรูปแบบรายการความรู้อื่อต่อการนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์องค์รวม ขณะที่รูปแบบโฆษณาไม่อื่อต่อ การนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์องค์รวมนักเพราะจะนานาเสนอที่สั้น และโฆษณาส่วนใหญ่ เป็นโฆษณาสินค้า จึงพบการนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์แยกส่วนในโฆษณาทุกประเภท แต่รายการความรู้กลับไม่พบแนวคิดทางการแพทย์แยกส่วนเลยในประเภทอาหาร,อดส์ และสุขภาพ

พื้น หากพนกรานาเสนอแนวคิดองค์รวมมากกว่าปีน 4 เท่าของแนวคิดแยกส่วนและมีมากกว่าในรายการทุกประเภท ยกเว้นประเภทสุขภาพตามท่านนี้

เพื่อตรวจสอบการวิเคราะห์เนื้อหารายการสุขภาพทาง โทรทัศน์ของผู้วิจัย ประกอบกับผู้รับสารซึ่งเป็นองค์ประกอบตัวสุดท้ายของการบูรณาการสื่อสาร ที่เป็นตัวกำหนดความสำเร็จของการสื่อสาร ผู้วิจัยจึงศึกษาการประเมินรายการสุขภาพทาง โทรทัศน์จากทัศนะของผู้รับสารกุ่มต่าง ๆ (ชนชั้นล่าง, ชนชั้นกลาง และชนชั้นนำ) ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ข้อสุดท้ายของการวิจัย โดยใช้วิธีการศึกษา 2 วิธี คือ

1. การสำรวจตามแบบสอบถามเพื่อศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับสารค้านสุขภาพ
2. การสัมภาษณ์การประเมินรายการสุขภาพทาง โทรทัศน์เพื่อศึกษาการรับรู้

1. การสำรวจตามแบบสอบถามเพื่อศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับสารค้านสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับสารทั้ง 3 กลุ่มประเมินตนเองว่าสุขภาพแข็งแรง อาจเนื่องจากคนไทยรู้สึกว่า ตนเองอ่อนแอก็ต่อเมื่อสัมภัยลง และมีความสนใจดีดงามข้าราชการค้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ รวมทั้ง โทรทัศน์เป็นบางครั้งท่านนี้ โดยพบแบบแผนการเปิดรับเรื่องสุขภาพจากสื่อ โทรทัศน์ ดังนี้

ชนชั้นล่างและชนชั้นกลางเปิดรับจาก โทรทัศน์เป็นอันดับแรก ในขณะที่ชนชั้นนำจะเปิดรับจากสื่อสิ่งพิมพ์ และแพทช์พยานามากกว่า โทรทัศน์ ซึ่งคงเป็นเพราเรื่องการใช้เวลาและอ่านอาจในการซื้อบริการค้านสุขภาพของผู้รับสารแต่ละชนชั้น และพบว่ารายการสุขภาพทาง โทรทัศน์ไม่ใช่รายการที่เปิดรับเป็นประจำ โดยพบว่ามีการเปิดรับรูปแบบโฆษณามากกว่ารายการความรู้ในทุกกลุ่มของผู้รับสาร (ตารางที่ 33 และ 34)

ส่วนเหตุผลในการดูรายการสุขภาพทาง โทรทัศน์นี้ ชนชั้นล่างและชนชั้นนำจะมีแบบแผนคล้ายกัน คือ ดูเพื่อความรู้และดูเพื่อนำไปใช้ (ตารางที่ 31) ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดค้าน โทรทัศน์ทั้ง ๆ ไปที่ว่า เนื้อเรื่องและวัฒนธรรมใน โทรทัศน์นี้สอดคล้องกับชนชั้นกลางมากกว่า ชนชั้นอื่น ๆ และพบว่าช่วงเวลาที่ต้องการรายการสุขภาพทาง โทรทัศน์ในทุกกลุ่มผู้รับสาร คือ 16.00 - 22.00 น.

2. การสัมภาษณ์การประเมินรายการสุขภาพทางโทรทัศน์เพื่อศึกษาการรับรู้

ผู้วิจัยทำการศึกษาในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

- i) ความเชื่อถือในรายการ
- ii) ความสามารถของรายการในตอบสนองความต้องการของผู้รับสาร
- iii) การนำไปปฏิบัติได้ของเนื้อหารายการ
- iv) แนวคิดทางการแพทย์ที่ปรากฏในเนื้อหารายการ

ปรากฏผลการวิจัยดังนี้

1. ความเชื่อถือในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ มีความแตกต่างกันระหว่างชนชั้น คือ กลุ่มชนชั้นล่างจะมีความเชื่อถือในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ 100% ในขณะที่ชนชั้นกลางและชนชั้นนำจะมีความเชื่อถือเพียงประมาณ 60% อาจเนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพของผู้รับสารที่แตกต่างกัน

2. ความสามารถของรายการในการตอบสนองความต้องการของผู้รับสาร ผู้รับสารทุกกลุ่มตอบว่า รายการสุขภาพทางโทรทัศน์สามารถตอบสนองความต้องการ(ที่น่าจะแตกต่างกัน)ของตนเองได้หมด อาจเป็นเพราะเนื้อหารายการโทรทัศน์นั้นมีความหลากหลายเป็นอย่างมาก (เท่าที่สำรวจได้ เอพารูปแบบรายการความรู้มีถึง 21 รายการ) และผลจากการวิเคราะห์ลักษณะทางชนชั้นของรายการ ก็ยังพบอีกว่า มีสัดส่วนของรายการที่ไม่มีชนชั้นที่เปิดโอกาสให้คนแต่ละกลุ่มเข้ามาใช้ประโยชน์ได้เหมือนกันหมด ประกอบกับลักษณะการเลือกรับสารจากฝ่ายผู้รับสารเอง (Selective Perception) ที่สามารถเลือกจากสื่อที่มีอย่างมากทั้งรูปแบบรายการ ประเภทรายการ มีชนชั้นและไม่มีชนชั้น ดังนั้น ผู้รับสารจากแต่ละกลุ่มจึงสามารถจะเลือกเอา “ส่วนหนึ่งส่วนใดของรายการ” ที่ตอบสนองความต้องการของตนเองมาใช้ได้

จึงพบว่า รายการสุขภาพสามารถสร้างความพึงพอใจ เพื่อความสามารถในการตอบสนองความต้องการให้แก่คนทุกกลุ่มได้ เสมือนว่าเป็น “สื่อของมวลชน” มิใช่เป็น “เรื่องของชนชั้นใดชนชั้นหนึ่ง” ถึงแม้ว่า ผลจากการวิเคราะห์เนื้อหาพบลักษณะที่ไม่สมดุลย์และไม่ยุติธรรม ของสัดส่วนของรายการสุขภาพทางโทรทัศน์

3. ลักษณะการนำไปปฏิบัติได้ของเนื้อหารายการ ผู้รับสารทุกกลุ่มตอบเหมือนกันหมดว่า สามารถนำไปใช้ได้ แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่าแบบแผนทางสุขภาพของคนแต่ละชนชั้นแตกต่างกัน คือ

ชนชั้นล่างจะคัดเลือกเอาคำแนะนำที่เกี่ยวกับ “การรักษาตัวเอง” (เห็นชื่อยา) ไปปฏิบัติ ชนชั้นกลางจะคัดเลือกคำแนะนำที่เกี่ยวกับ “การป้องกันสุขภาพ” ไปปฏิบัติ ในขณะที่ชนชั้นนำก็จะนำเอาเรื่อง “การส่งเสริมสุขภาพ” ไปปฏิบัติ จึงเป็นข้อคิดของ Morley ที่ว่า โครงสร้างทางสังคมของคนแต่ละกลุ่มจะเป็นตัวกำหนดแบบแผนการดูแลและการนำไปใช้ประโยชน์ของผู้รับสาร ในการพินัยคนไทยแต่ละชนชั้นจะเลือกข้อมูลจากการสุขภาพทางโทรทัศน์ ในส่วนที่ตรงกับพฤติกรรมสุขภาพของตนไปปฏิบัติตาม

ดังนั้น เหตุผลที่รับสารทุกกลุ่มค่อนข้างมีความพึงพอใจกับรายการสุขภาพทางโทรทัศน์นั้น อาจเป็นเพราะความต้องการด้านสุขภาพไม่ใช่ความจำเป็นที่สูงสุดและเร่งด่วนของคนไทย เนื่องจากคิดว่าตนแข็งแรงดีซึ่งไม่สัมมอนอนสือ รวมทั้งคนไทยไม่ได้ความคาดหวังจากการสุขภาพทางโทรทัศน์มากนัก (จากข้อมูลที่ได้กล่าวมาแล้ว) และรายการสุขภาพในโทรทัศน์นั้น มีลักษณะเป็น “บริการฟรี” จึงทำให้คนไทยไม่มีข้อเรียกร้องสูงมากนักจากการสุขภาพทางโทรทัศน์

4. แนวคิดทางการแพทย์สองทัศนะที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับสาร 72.9% รับรู้ว่ามีแนวคิดทางการแพทย์แยกส่วน ส่วนอีก 27.1% รับรู้ว่ามีแนวคิดทางการแพทย์องค์รวม จึงขัดแย้งกับผลการวิเคราะห์เนื้อหาที่พบว่า มีแนวคิดองค์รวมมากกว่าแยกส่วน ทั้งนี้ เนื่องจากความถี่ในการเผยแพร่องโน้มถ่วงที่มีลักษณะแยกส่วนมากกว่า

เมื่อพิจารณาการรับรู้การดูแลสุขภาพของผู้รับสาร นอกจากการดูแลตนเองด้วยพฤติกรรม สุขภาพซึ่งเป็นแนวคิดองค์รวมแล้ว ยังพบการดูแลสุขภาพตามแนวคิดทางการแพทย์แยกส่วนอีก 2 แบบ คือ การใช้ยาและเทคโนโลยีกับการพึงแพทย์ ทำให้พบแบบแผนการเลือกรับสารในการดูแลสุขภาพตามแนวคิดทางการแพทย์ดังนี้

- กลุ่มชนชั้nlàng เลือกรับแนวคิดทางการแพทย์แยกส่วนแบบการใช้ยาและเทคโนโลยีเป็นอันดับแรก(95%)
- กลุ่มชนชั้nnนำ เลือกรับแนวคิดทางการแพทย์แยกส่วนแบบพึงแพทย์เป็นอันดับแรก(60%)
- กลุ่มชนชั้nกลางเลือกรับแนวคิดทางการแพทย์องค์รวม(ดูแลคนเอง)เป็นอันดับแรก(56%)

รายการสุขภาพทางโทรทัศน์จึงสร้างเอกลักษณ์ด้านสุขภาพให้แก่คนแต่ละชน ดังนี้

- ชนชั้นส่างคุณภาพอนามัยของคนองค์วิชีกรรมรักษา(การแพทย์แบบแยกส่วน)
- ชนชั้นกลางคุณภาพอนามัยของคนองค์วิชีกรรมป้องกัน(การแพทย์แบบองค์รวม)
- ชนชั้นนำมีการคุณภาพอนามัยที่ดีอยู่ในการคุณภาพของแพทย์(การแพทย์แยกส่วน)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าทั้ง 3 กลุ่มจะมีแนวคิดทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน แต่ในทศวรรษของ Wallack กลุ่มผู้รับสารทั้ง 3 กลุ่มต่างก็ได้รับผลกระทบแบบเดียวกันจากการสุขภาพทางโทรทัศน์ กล่าวคือ ผลกระทบที่กล่าวว่า “ปัญหารื่องสุขภาพอนามัยนั้น เป็นความรับผิดชอบส่วนตัวของแต่ละปัจจัยบุคคล”

ดังนั้น หากประเมินบทบาททางสังคมของการสุขภาพทางโทรทัศน์ โดยอาศัยข้อมูลที่ได้ศึกษา รายการสุขภาพทางโทรทัศน์จึงตอบสนองความต้องการในแต่ละการนำเสนอไปได้กับคนไทยทุกชนชั้นในสังคม แต่กลับสร้างค่านิยมในการบริโภค(ชาและสินค้า)มากกว่าการคุณภาพโดยการพึงตนเอง (เชิงป้องกัน) ลดความต้องกับการศึกษาของสถาบัน เชยประทับ(2535) เรื่อง “การใช้สื่อมวลชนเพื่อการพัฒนาประเทศไทย:เน้นเฉพาะประเทศไทย” และกนิษฐา บึงวิสุทธิวงศ์(2535) ต่างกับตัดค่า ประพันธ์พงษ์(2534) เมื่อจากรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ไม่ได้ส่งไปให้บริการด้านสุขภาพแก่คนจนผู้ด้อยโอกาส และยังตอกย้ำพฤติกรรมการคุณภาพของบุคคลแต่ละชนชั้นอยู่ต่อไป ไม่ได้ส่งเสริมให้เกิดการพึงตนเองด้านสุขภาพในทิศทางที่ควรจะเป็น

การพัฒนาสาระน่าสนใจที่ต้องอาศัยปัจจัยต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วยนอกเหนือจากการสร้างความรู้ ความเข้าใจโดยผ่านสื่อโทรทัศน์ โดยเฉพาะปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมของบุคคลที่จะเอื้อต่อการมีสภาวะแวดล้อมที่ดี และการมีฐานความรู้ในการตรวจสอบข้อมูล(การศึกษา) ประกอบกับการใช้กลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ เช่น การปฎิริยาด้วยพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตั้งแต่ในวัยเรียน การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบอื่น ๆ ร่วมด้วย เพราะคงต้องยอมรับว่า ถึงแม้ขุคสมัยจะเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมโลก ที่ข้อมูลข่าวสารมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตที่ดี การใช้สื่อโทรทัศน์เพื่อพัฒนาสาระน่าสนใจด้านสุขภาพยังต้องดำเนินต่อไป และเป็นสิ่งท้าทายที่นักสาระน่าสนใจต้องร่วมกับนักนิติศาสตร์ในการปรับกลยุทธ์ในการนำเสนอ ให้สื่อมวลชน/โทรทัศน์มีบทบาทในการชี้นำทางสังคมด้านสุขภาพในทิศทางที่ถูกต้อง มากกว่าการตอกย้ำพฤติกรรมการคุณภาพที่ไม่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการผลิตรายการสุขภาพทางโทรทัศน์

- รายการอาหารซึ่งพบจำนวนมาก (ตารางที่ 1) อาจเป็นเพาะคนไทยสนใจเรื่องอาหาร ดังนั้น ขณะที่อาหารเป็นปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพที่ดีของบุคคลทุกคนนั้น จึงควร สอดแทรกการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง หรือการบริโภคที่ปลอดภัยได้
- ปริมาณความถี่ในการแพร่ภาพของรายการรูปแบบรายการความรู้และรูปแบบโฆษณา ที่ต่างกันนั้น จึงควรนำรายการความรู้พร่าวาพช้า (refute) ในช่วงเวลาที่เหมาะสม
- รายการสุขภาพสั้น ๆ มากได้รับความนิยม เช่น รักสุขให้ถูกทาง, พบทนมศิริราชฯ ฯลฯ (ตารางที่ 33) จึงควรปรับรายการความรู้ที่มีหลาย ๆ ตอน (เช่น คลินิกช่อง 5 มี 3 ตอน คือ รอบโรครอบรู้, ใส่ใจคุณภาพชีวิต และก้าวทันมัธเร็ง) นั้น นำแต่ละตอนมาแพร่ภาพเป็น ช่วงสั้น ๆ ผู้รับสารจะได้มีโอกาสเปิดครับมากขึ้น
- ทั้งรู้และเอกสารทำรายการความรู้ซึ่งเป็นบริการฟรีด้านสุขภาพให้กับชนชั้นนำมาก กว่าชนชั้นล่าง รู้ควรปรับปรุงแก้ไข
- รู้และเอกสารควรร่วมมือกับผลิตโฆษณาส่งเสริมป้องกัน (PSA)
- โฆษณาส่งเสริมป้องกันที่มีอยู่ไม่ครบถ้วนประเภท จึงควรมีการวางแผนและผลิตให้ครบ ถ้วนประเภท
- การนำเสนอแนวคิดเชิงป้องกันในรูปแบบรายการความรู้ที่พบมากกว่าการรักษา นับเป็น สิ่งที่ดีที่ควรกระทำ ขณะที่ควรผลิตโฆษณาให้มีแนวคิดการคุ้มครองสุขภาพเชิงป้องกันด้วย
- กลุ่มผู้รับสารชนชั้นล่าง (คนจน) มีความเชื่อถือในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ ดังนั้น จึง ควรใช้โทรทัศน์เป็นช่องทางในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชนชั้นล่างให้มากขึ้น
- ผู้รับสารมีการรับรู้ด้วยจากผู้ผลิต (จากการวิเคราะห์เนื้อหาพบแนวคิดทางการแพทย์องค์ รวมมากกว่าแนวคิดแยกส่วน แต่ผู้รับสารรับรู้ว่ามีการแพทย์แยกส่วนมากกว่า) ผู้ผลิต รายการควรปรับกลยุทธ์ในการนำเสนอรายการตามข้อ 1,2,3 ที่กล่าวมาข้างต้น
- นับเป็นสิ่งท้าทาย นักนิเทศศาสตร์และนักสาธารณสุขในการสร้างเอกลักษณ์ด้าน สุขภาพ ให้กับชนชั้นล่าง (คนจน) ซึ่งการคุ้มครองสุขภาพน่องในเชิงป้องกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “พิสูจน์ของการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์” มีข้อสังเกตที่ควรนำไปศึกษาครั้งต่อไป ดังนี้

1. ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการจัดประเภทเนื้อหาไม่ชอบใจ ไม่ทำกัน เช่น ภาระการเงิน ป่วย, สุขภาพดี, สุขภาพพื้น จึงทำให้มีดัชนีแปรเพาะรัก จึงอาจใช้เกณฑ์อื่นที่ชัดเจนกว่านี้ เช่น เกณฑ์ในการแบ่งลักษณะอาการของโรคตามทางการแพทย์ เช่น อายุรศาสตร์, ภูมิคุ้มกัน, ภาระ, สุขภาพดี เป็นต้น
2. วิธีการวัดรูปแบบรายการความรู้สึก เช่น กันมีการนับหน่วยตอน ทำให้ผลที่ได้คาดคะเนล่อน จึงควรนำข้อมูลทั้งหมดมารวมกันแล้วคิดเป็นร้อยละ
3. รายการรูปแบบรายการความรู้สึก ให้ความสำคัญกับประเภทภาระการเงินเป็นอันดับ แรกนั้น ควรมีการศึกษาโรคที่ปรากฏในรายการ โทรทัศน์ กับสอดคล้องเป็นโรค รวมทั้ง ศึกษาช่วงเวลาในการเผยแพร่กับการเกิดโรคด้วย เช่น ถ้ารู้ว่ามีการนำเสนอโรคที่เกิด ในช่วงๆ หรือไม่ เพราะธรรมชาติของสื่อ โทรทัศน์ ที่ต้องเป็นเรื่องเรื่องเรื่องคุ้น

นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ เป็นการสำรวจที่เนื้อหารายการสุขภาพที่เผยแพร่ทาง โทรทัศน์ ในช่วงเวลาสั้น ๆ (เฉพาะเดือนมกราคม 2539) ปัจจุบันการดำเนินงานสาธารณสุขได้เปลี่ยนไปตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-พ.ศ. 2544) การพัฒนาสุขภาพได้ให้ความสำคัญในการนำเสนอรายการสุขภาพทางโทรทัศน์มากขึ้น หลากหลายรูปแบบ เช่น การสอดแทรกในเนื้อหารายการข่าวประจำวัน, การสอดแทรกในรายการเด็ก, รายการผู้หญิง, รายการทอล์ก โชว์ ฯลฯ ซึ่งเป็นแหล่งท่องความการณ์ด้านสุขภาพที่สำคัญ ดังนั้น การศึกษาสื่อมวลชนกับการพัฒนาสุขภาพยังมีสิ่งที่น่าศึกษาเพิ่มเติม โดยใช้แนวคิดบทบาททางสังคมของสื่อมวลชนในด้าน สาธารณสุข ได้ในแง่มุมอื่น ๆ ดังนี้

1. การศึกษาผลกระทบในการนำเสนอรายการสุขภาพต่าง ๆ
2. การศึกษารูปแบบรายการสุขภาพต่าง ๆ ที่สอดแทรกในรายการอื่น ๆ
3. ศึกษาการเลือกประเด็นในการนำเสนอรายการสุขภาพของผู้ผลิตต่าง ๆ
4. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดรูปแบบรายการสุขภาพต่าง ๆ
5. การศึกษาการรับรู้รายการสุขภาพทางโทรทัศน์ในผู้รับสารคุณวิธีการอื่น ๆ เช่น การสนทนากลุ่ม

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กฤษณา ชิพวงศ์, การวิเคราะห์รูปแบบสาร โฆษณาทางโทรทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างลักษณะพุทธิกรรมการบริโภคชั้นสูงในสังคมไทย, วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537

กัญญา แก้วเทพ.D. Morley กับการวิเคราะห์องค์ประกอบการสื่อสารแนวใหม่, ทฤษฎีและแนวทั่วไปของการศึกษาสื่อสารมวลชน, เอกสารประกอบคำนarrข่ายวิชา 2802625 ภาควิชาสื่อสารมวลชน เทอมปีก่อน คณะนิเทศศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539

กนิษฐา บึงวิสุทธิวงศ์, การวิเคราะห์โฆษณาที่เผยแพร่ทางวิทยุและโทรทัศน์, ปริญญาดุษฎีบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535

เกศินี จุฬาวิจิตร, พฤติกรรมการสื่อสารและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอثرร่วมระหว่างผู้ติดเชื้อเอ็ตติโนรัส, ในระยะไม่มีอาการกับครอบครัว, วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533

ใจชนก บุรณะดิษฐ์, อิทธิพลของโทรทัศน์ที่มีผลต่อการตัดสินใจบริโภคเครื่องดื่มน้ำรุ่งกำลังของพนักงานท่าเรือแห่งประเทศไทย, วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536

เพียงชาย กีระนันทน์, เศรษฐศาสตร์ทัวร์พยากรณ์นุนช์: การพัฒนาสุขภาพอนามัยในประเทศไทย, โครงการต่อร้าสำคัญที่ 27 ศูนย์บริการเอกสารวิชาการคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537

ธีระกุล สถิตินามานการ, การศึกษาความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสารความรู้สุขอนามัยด้านสุขภาพสุขกับการมารับบริการของผู้มารับบริการโรงพยาบาลรามาธิบดี, วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะวารสารศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537

นิสการ ศัลลภพ.การรับรู้และการจัดทำภยนตร์โฆษณาทางโทรทัศน์และพูดคุยเรื่อง
และใช้ขยบก้าวคลคล ไขข้องกุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตทุกทม.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต
คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2537

ประวัติ วะสีและคณะ. องค์ร่วมแห่งสุขภาพ ทัศนะใหม่เพื่อคุณภาพแห่งชีวิตและการบ่มบัครรักษะ.
สำนักพิมพ์มูลนิธิไกมลคีมทอง, 2536

พระไพศาล วิสาโภและสมควร ไฟ่งมดี.กลอนป้าเบียบ.สำนักพิมพ์มูลนิธิโภมลีมทง,2533

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์และคณะ. พฤติกรรมการคุ้มครองของชาวชนบท: กรณีศึกษาหมู่บ้าน 2 แห่ง ในภาคอีสาน. ศูนย์ศึกษาฯ ขับเคลื่อนสาธารณะ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ศ. 2533

มัลติ哥 มนติ哥.มนวคิดและการพัฒนาการคุ้มครองสุขภาพคน老.การคุ้มครองสุขภาพคน老.ทัศน์ทางสังคมวัฒนธรรม.ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณะสุข.มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา,2530

ลือชัย ศรีเงินยง แล้วทวีทอง วงศ์วิวัฒน์บุญราษฎร์เพื่อการคุ้มครองสุขภาพคน老 ศูนย์ศึกษา
นโยบายสาธารณะสุข มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลาฯ, 2530

ສາທາລະນະລັດ, ກະທຽວງານພົມສັນຕິພາບ ພ.ສ. 2536, 2538

เสถียร เขยประกัน.สื่อมวลชนกับการพัฒนาประเทศไทย:เน้นเฉพาะประเทศไทย.สำนักพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2536

สุวรรณ พิเชฐ.การเปิดรับสื่อ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของผู้
ปักครองนักเรียนปัจจุบันศึกษาปีที่ 6 ในเขตกรุงเทพฯ วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะ
นิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536

ການາອັນດຸນ

I. Atkin, Charles K. and Wallack, Lawrence Marshall. Mass Communication and Public Health. Sage, California U.S.A., 1990

Morley, D. Television, Audience and Cultural Studies. Sage, California U.S.A., 1992

Stevenson, N. Understanding Media Culture. Sage, London, 1995

Turner, G. British Cultural Studies. Unwin Hyman, 1990

卷之三

גָּדוֹלָה

2. ประมวลผลคะแนน

ช่องทาง	ผู้ผลิต	ช่องทาง	แผนภัยคุกคามทางการเมือง						แผนภัยคุกคามทางเศรษฐกิจ						หมายเหตุ	
			แผนภัยคุกคามทางการเมือง			แผนภัยคุกคามทางเศรษฐกิจ			แผนภัยคุกคามทางการเมือง			แผนภัยคุกคามทางเศรษฐกิจ				
			เร็ว	กลาง	ล่าช้า	เร็ว	กลาง	ล่าช้า	เร็ว	กลาง	ล่าช้า	เร็ว	กลาง	ล่าช้า	หมายเหตุ	
รัฐภายในตุรกี	1	เต็มรับ ร่วมกัน	ห้องแม่น้ำชั่วไชยกับประเทศบ้านเพื่อนรัฐ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
			แนวทางการเดินทางบุคคล	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
			การสูญเสียโครงสร้าง	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
			ลักษณะนิสัยบุคคล	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
			ห้องแม่น้ำก้าวหน้าของในปัจจุบัน	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
			ศูนย์ลักษณะสำคัญ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
			ศูนย์ภารมีเล็กๆ ในวัฒนาศึกษา	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
			สิ่งที่ใช้งานแม้	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
			การประทับนิริยมวัฒนาศึกษา	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
			การดำเนินการของบุคคลร้าว	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
มนุษย์ภัยช่วงการเปลี่ยนผ่าน	1	พัฒนาการเด็ก	การสูญเสียภาระให้ลูกหลาน	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
			การเป็นศูนย์แม่ความเคลื่อนไหว	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
			ศูนย์อาชีวศึกษา	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ชาวเชื้อสาย	1	ชาวเชื้อสายอาชญากรรม	พัฒนาอุปกรณ์ของศึกษา	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
(ช่วงตุรกีขยายตัว)			การพัฒนานักศึกษา	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
แทนรัฐบาล	1	การรับความผูกพันในนานา	การสูญเสียโครงสร้าง	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
			เมืองภายในทอง 3 เศรษฐมั่น	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

ชื่อยางฯ	ผู้ผลิต	รุ่น	เบอร์ชาน รุ่นกัน	ร่องตอน				แนวตั้งคานรัมเพาช์				ด้านข้างของชานรัม				หมายเหตุ
				เบร์ริ่ง	กล่องชุด	เบร์ริ่ง	กล่องชุด	เบร์ริ่ง	กล่องชุด	เบร์ริ่ง	กล่องชุด	เบร์ริ่ง	กล่องชุด	เบร์ริ่ง	กล่องชุด	
แนวรัมคานเบอร์(ช)				การติดตั้งหัวตัวท่อทั้งสองฝั่งในโครงสร้าง		1	1	1	1	1	1					
ดูดอากาศลึกลง	1			คานเดรี่รัมเบลล์คอก		1	1	1	1	1	1					
				การแทนบุรา		1	1	1	1	1	1					
				สายดูดอากาศเบร์		1	1	1	1	1	1					
				การแทนช่วงชือทุกตอน		1	1	1	1	1	1					
				น้ำหนามเบร์		1	1	1	1	1	1					
				การให้น้ำเบร์		1	1	1	1	1	1					
				ประปาชุดห้องน้ำแม่น้ำ		1	1	1	1	1	1					
ปรับอากาศและทุบอากาศ				ปั๊วอากาศชุดห้องน้ำแม่น้ำ		1	1	1	1	1	1					
รับน้ำรีด	1			หัวความดันหัวตัวท่อสีขาว		1	1	1	1	1	1					
				เดลกันบีท์		1	1	1	1	1	1					
				การติดตั้งหัวตัวท่อสีดำ		1	1	1	1	1	1					
				ไนโตรอัซติลเคนในสีสีก		1	1	1	1	1	1					
				เดลกันบันทุ่นสีไทย		1	1	1	1	1	1					
	3	3	1	34	2	2	32	32	27	26	2	2	2	5	6	6
ไนโตร-การตั้งเริ่ม	1			อะไหล่หัวสูบฉีด		1	1	1	1	1	1					
ไนโตร-สีสูงทุ่นไป	1			สำลีสีขาวด้านบนสีก		1	1	1	1	1	1					
	1			สำลีสีขาวน้ำเงี่ยน		1	1	1	1	1	1					
	1			วานเดิน		1	1	1	1	1	1					
	1	3	0	4	3	3	3	1	1	1	1	0	0	0	3	3

ชื่อรหัตถการ	บุคลิก	ลักษณะของชนชั้น												หมายเหตุ
		ผู้เกี่ยวข้องทางเพศ						ผู้เกี่ยวข้องทางเชื้อชาติ						
รุ่น · เอกชน	ร่วมกัน	น้ำเสื้อ	ก่อการชรา	ก่อการชรา	ก่อการชรา	เริ่ม	ก่อการชรา	เริ่ม	ก่อการชรา	เริ่ม	ก่อการชรา	เริ่ม	ก่อการชรา	
รุ่นใหม่เดอดดส	1	บริจาตให้กินไม่ติดต่อ				1	1	1	1	1	1			9.
รุ่นใหม่เดอดดส		ไร้ผลต่อสันกานการ โฆษณา				1	1	1	1	1	1			
		ครอบครัวไม่กลัวต่อต่อ				1	1	1	1	1	1			
		อยู่รวมกันช่วงเวลาหลังกิน				1	1	1	1	1	1			
รุ่นแมเดดส	1	การอยู่กันบังคับใช้เดอดดส (4 ชั่วโมง)				4	4	4	4	4	4			01
พัฒนาเดอร์ราร		1 กรณีทางการค้าต่อต่อต่อ				1	1	1	1	1	1			
	2	0	1	9		0	1	0	9	9	9	0	0	0
โฆษณา-ร่วมกัน&ทางส่วน	1	เหล่า"เดอดดสทางไก"				1	1	1	1	1	1			
	1	ไม่ไหนเด้อบัน				1	1	1	1	1	1			
	1	อย่างเด้อเป็นไปได้				1	1	1	1	1	1			
	1	ความสุขเริ่มตนห้ากของครัว				1	1	1	1	1	1			
	1	ห้องน้ำ				1	1	1	1	1	1			
	1	ญี่ปุ่นชีช ชีช				1	1	1	1	1	1			
	1	หัวใจทุพทางโภคภัณฑ์ดูรัก				1	1	1	1	1	1			
	7	0	0	7		1	1	1	6	6	6	4	4	2

א. יסודות אוניברסיטאי

5. 111

9. *Lebenserinnerungen*

6. 九月

6. ประเมินผลการวางแผนฯ ทั่วไป

ชื่อรากน	ผู้ผลิต	รากน้ำ	รากน้ำดัน	แนวตั้งค่าสารเคมี			ลักษณะของรากน้ำดัน			หมายเหตุ
				แมลงวัน	อุจาระ	น้ำมัน	น้ำมัน	กล่องชน	รากน้ำดัน	
โภชนา-ภ(ก)	2	ยาน้ำดัน(2 ชนิด)		2	2	2			2	2
	2	ยาน้ำดันตัดด้วย(2 ชนิด)		2	2	2			2	2
	4	ยาเพื่อช่วยกำจัดน้ำดินอย่าง(4 ชนิด)		4	4	4			1	1
	2	ยาดูด(วัสดุ,วานิช)		2	2	2			2	2
	3	ยาดูด(วัสดุ,คราดดีစ,ยาดูด)		3	3	3			1	1
โภชนา-ภ(จ) ก	1	ยาดูดยาด		1	1	1			1	1
	3	ยาดูด(ยาด,ยาดีกรี,ยาดูด)		3	3	3			3	3
	2	ยาดูด(ยาดีน,ยาดูด)		2	2	2			2	2
	4	30 0 34	30 34 4 0 0	15 15 15 13 13	15 15 15 13 13	6 6 6 6 6				

แบบสำรวจ

การเปิดรับซึมรายการสุขภาพทางโภชนาณ์

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยเรื่อง “กิจกรรมของการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโภชนาณ์” ของบัณฑิตวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่..... วัน/เดือน/ปี..... ผู้เก็บข้อมูล.....

1. เพศ หญิง ชาย

2. อายุ..... ปี 3. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย

4. การศึกษาสูงสุด

- 1. ประถมศึกษาตอนต้น (ป.1-ป.4)
- 2. ประถมศึกษาตอนปลาย (ป.5-ป.6)
- 3. มัธยมศึกษาตอนต้น(ม.ศ.1-ม.ศ.3 หรือ ม.1-ม.3)
- 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย(มศ.4-มศ.5 หรือ ม.4-ม.6)/ปวช.
- 5. อนุปริญญา/ปวส.
- 6. ปริญญาตรี
- 7. อื่น ๆ ระบุ.....

5. อาชีพ

- 1. เกษตรกร 2. รับจ้างทั่วไป
- 3. ค้าขาย
- 4. พนักงานบริษัทดำเนินการ.....
- 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ดำเนินการ.....
- 6. ท่ามกลาง/สำรวจ.....
- 7. อื่น ๆ ระบุ.....

6. ปัจจุบันครอบครัวท่านมีรายได้เดือนละเท่าไหร่

<input type="checkbox"/> 1. ต่ำกว่า 3,000 บาท	<input type="checkbox"/> 2. ต่ำกว่า 5,000 บาท
<input type="checkbox"/> 3. 5,000 - 10,000 บาท	<input type="checkbox"/> 4. 10,001 - 25,000 บาท
<input type="checkbox"/> 5. 25,001 - 50,000 บาท	<input type="checkbox"/> 6. 50,001 - 100,000 บาท
<input type="checkbox"/> 7. 100,001 - 200,000 บาท	<input type="checkbox"/> 8. 200,001 - 300,000 บาท
<input type="checkbox"/> 9. 300,001 ขึ้นไป	

ขอความกรุณาถือตัวกรองหมาย ✓ ใจดีของว่างหน้าข้อที่ท่านคิดว่าตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร ?

- 1. แข็ง健ป่วยบ่อย ๆ
- 2. ประ�ภัย 3 - 4 เดือนเจ็บป่วยครั้งหนึ่ง
- 3. แข็งแรงสมบูรณ์ดี

2. ตามปกติ ท่านคิดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพหรือไม่ ?

- 1. ไม่สนใจ
- 2. ติดตามเป็นบางครั้ง
- 3. ติดตามเป็นประจำ

3. ท่านรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพทางใดบ้าง ? (กรุณาเรียงลำดับ 1-6 จากมากไปน้อย)

- 1. หนังสือพิมพ์
- 2. วิทยุ
- 3. โทรทัศน์
- 4. ไปสตอร์, แผ่นพับ
- 5. ผู้ดีพ่อ, แม่บ้าน
- 6. แพทย์, พยาบาล, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4. ท่านเกยดูรายการสุขภาพทางโทรทัศน์เรื่องอะไร ?

- 1. ไม่เกยดู (ข้ามไปตอบหน้า 4)
- 2. เกยดู
- 3. ดูเป็นประจำ

5. งานคุรายการสุขภาพทางโทรทัศน์อย่างไร ?

- 1. ดูด้าน ๆ
- 2. ตั้งใจดูจนจบ
- 3. ดูแล้วนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

6. งานชุมนุมรายการสุขภาพทางโทรทัศน์เพาะอะไร ?

<input type="checkbox"/> 1. บังอิญเปิดไปพับ	<input type="checkbox"/> 2. เป็นช่วงเวลาที่ไม่มีรายการอื่นที่น่าดู
<input type="checkbox"/> 3. เพื่อเพิ่มพูนความรู้	<input type="checkbox"/> 4. เพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน
<input type="checkbox"/> 5. กำลังเงินป่วยอยู่ (ไปกระชุบ)	
<input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ (ระบุ).....	

7. งานปีกชุมชนรายการ/ภาคพื้นดิน ที่อยู่ภายใต้บังคับสุขภาพทางไนโรกัณฑ์ ไปนี่อย่างไร ?

๘. งานดูรายการต่อไปนี้ยังไง ? (ดูนฉบับรายการ)

รายการสุขภาพ (ด้านที่ไนโรกัณฑ์)	ไม่เกย ด.	เกยดู 1-2 ครั้ง	ติดตาม ศูนย์ น้ำกรัง	ติดตาม ศูนย์ ประจวบ	หมายเหตุ (ช่วงเวลาที่นิพัรภพ)
เมนูสูกรัก (ช่อง 3)					จันทร์-ศุกร์ (07.10-07.15 น.)
ละครรุ่งปลดปล่อยเด็ต (ช่อง 11)					จันทร์ (07.30-08.00 น.)
ก้าวคนโตก (ช่อง 3)					จันทร์-ศุกร์ (08.25-08.35 น.)
สุขภาพดีหัวไทย (ช่อง 5)					จันทร์-ศุกร์ (09.00-09.05 น.)
สมองไวสการ์เนก้า (ช่อง 5)					จันทร์ (16.30-17.00 น.)
รักสูตรให้สูตรทาง (ช่อง 7)					จันทร์-ศุกร์ (17.10-17.15 น.)
สุขภาพสำหรับกุญแจ : ครุฑ์มี 39 (ช่อง 5)					อังคาร (16.30-16.45 น.)
สองมิตร (ช่อง 7)					พุธ-พฤหัส-ศุกร์ (18.40-18.45 น.)
สุขภาพดีมีสุข (ช่อง 11)					พุธ-พฤหัส-ศุกร์ (07.30-07.35 น.)
คลินิกช่อง 5 (ช่อง 5)					พุธ (16.30-17.00 น.)
การแพทย์ก้าวหน้า (ช่อง 7)					เสาร์-อาทิตย์ (07.05-7.10 น.)
ไส้ไจสุขภาพ : จิ่วเจ้าเต่าโลกล (ช่อง 3)					เสาร์ (07.35-07.45 น.)
รู้กันโตก (ช่อง 5)					เสาร์-อาทิตย์ (07.55-08.00 น.)
ถนนความดี (ช่อง 7)					เสาร์-อาทิตย์ (11.15-11.20 น.)
ดวงใจพ่อแม่ (ช่อง 5)					เสาร์ (16.00-17.00 น.)
รักพัน (ช่อง 7)					เสาร์ (18.40-18.45 น.)
ใจเข้าใจเรา (ช่อง 11)					อาทิตย์ (06.40-06.45 น.)
5 นาทีฟรีส์ไทล์ : รู้กันเอกสาร (ช่อง 5)					อาทิตย์ (07.45-07.55 น.)
เพื่อนแก่ (ช่อง 9)					อาทิตย์ (08.01-8.30 น.)
เพื่อสุขภาพชีวิตที่ดี (ช่อง 7)					อาทิตย์ (15.35-15.40 น.)
พนหนอนศิริราช (ช่อง 7)					อาทิตย์ (15.41-15.45 น.)
แผนรักจากแม่ (ช่อง 5)					อาทิตย์ (15.50-15.55 น.)
รักษาชีวิตและสุขภาพ (ช่อง 9)					อาทิตย์ (18.01-19.00 น.)

๙. งานซ่อมรายการสุขภาพทางไนโรกัณฑ์รายการใดมากที่สุด ?

(ถ้าไม่มีข้ามไปค่อนข้อต่อไป) โปรดระบุชื่อรายการ.....

รายการ.....

ก. ภาระหน้าที่ของผู้ดูแลเด็กที่ต้องดูแลเด็กในครอบครัวเรื่องใดบ้าง แหล่งที่มาที่มาจากไหน ?

ภาระหน้าที่ของผู้ดูแลเด็กที่ต้องดูแลเด็กในครอบครัว	ใน เดือน ตุ	เดือน ก.ค. ครึ่ง ครึ่ง	เดือน ก.ค. ครึ่ง ครึ่งปี	เดือน ก.ค. ครึ่งปี	หมายเหตุ
1. ออกเดินทาง					
2. ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ดูแลด้วยความหลังอนามัย เช่น อาหารใส่ถุง, น้ำแข็งที่สะอาด, ผู้สั่งในฟอร์ม, น้ำดื่มสะอาด					
3. อันตรายจากการใช้ยาชุด					
4. การป้องกันโรค เช่น โรคไข้เลือดออก, โรคติดต่อโรคทางเดินหายใจ, ห้องรับ, การใช้หน้ากากกรองฝุ่น					
5. การป้องกันอุบัติเหตุ เช่น ห่วงดันน้อง, เสื้อชั้นนิรภัย					
6. ยาแก้ไข้หวัด เช่น ทิฟฟี่, นูร่า, ลิคอลเจน					
7. ยาแก้ปวด เช่น ปรามอต, โซเดียม, ทัมโอล, นาคาเทน, บูรา					
8. ยาแก้ไข้ เช่น ชาวน้ำแข็ง, ยาแก้ไข้สำลัก, ยาแก้ไข้ไข้, ยาแก้ไข้ไข้, ยาแก้ไข้ไข้ไข้ไข้					
9. ยาแก้ไข้ไข้ เช่น โภกนาฟ, ลีบเดียว					
10. ยาแก้ไข้ไข้ไข้ เช่น ดีสีนัมบาร์ 77 (เกลือกรดเพหะ, ฟู่ภาคร์ (โซเดียมบาร์บีท), เชิร์ริง (บาร์บีอีที), ตัดโภคแลกซ์ (บาร์บีอีที)					
11. ยาแก้ไข้ไข้ไข้ไข้ เช่น แม็กซ์ 77 (เกลือกรดเพหะ, ฟู่ภาคร์ (โซเดียมบาร์บีท), เชิร์ริง (บาร์บีอีที), ตัดโภคแลกซ์ (บาร์บีอีที)					
12. วิคต์, ยาดมวายเปกซ์					
13. ยาแก้ไข้ไข้ไข้ เช่น ยาหน่อง (คราดี้, คราดี้), เคานเดอร์, ยา					
14. เกมโซฟลาต (พลาสเตอร์ปีซเมลต์)					
15. ยาสีฟัน (คอลเกต, ไกล์ชิล, ลาร์ส์, ชอตท์, ฟาราดอนเท็กซ์)					
16. เครื่องดื่มน้ำรุ่งกำลัง เช่น บูรนด์, ลักซ์, โนเบล					
17. น้ำไว้ดามิน, น้ำคราฟฟี่					
18. สำลีคราร์ต, สำลีบีบี					
19. สมุนไพรยา, สมุนไพรยา					
20. น้ำมันกันกระแทก, น้ำมันกันกระแทก					
21. น้ำมันพืชคราฟฟี่					

ง. ภาระของภาระหน้าที่ของผู้ดูแลเด็กที่ต้องดูแลเด็กที่สุด

(ดำเนินภาระไปด้วยตัวเอง) ภาระของผู้ดูแลเด็กที่ต้องดูแลเด็กที่สุด

ภาระของผู้ดูแลเด็กที่ต้องดูแลเด็กที่สุด

๘ ท่านคิดว่า รายการสุขภาพทางโทรศัพท์มีดีอย่างรือไม่

1. ไม่คิดว่า.....
 2. คิดว่า (ตอบข้อ 11-12)

๙ ช่วงเวลาใด ที่ท่านคิดว่าควรแพร่ภาพรายการสุขภาพทางโทรศัพท์มากที่สุด

<input type="checkbox"/> 1. 05.00 - 08.00 น.	<input type="checkbox"/> 2. 08.01 - 10.00 น.
<input type="checkbox"/> 3. 10.01 - 12.00 น.	<input type="checkbox"/> 4. 12.01 - 14.00 น.
<input type="checkbox"/> 5. 14.01 - 16.00 น.	<input type="checkbox"/> 6. 16.01 - 18.00 น.
<input type="checkbox"/> 7. 18.01 - 20.00 น.	<input type="checkbox"/> 8. 20.01 - 22.00 น.
<input type="checkbox"/> 9. 22.01 - 23.00 น.	<input type="checkbox"/> 10. 23.00 น. เป็นต้นไป

ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนี้ เป็นอย่างมาก

ประวัติผู้เขียน

นางนิภาพร พ.สุขศิริ เกิดปี พ.ศ.2508 ที่อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จบการศึกษา โรงเรียนวัดเบญจกิติ์ราษฎร์ในปี พ.ศ. 2525 ประกาศนียบัตรทันตากิยาลจากวิทยาลัยการสาธารณสุข ภาคกลาง ชลบุรี ปี พ.ศ. 2528 เข้ารับราชการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี สำเร็จการศึกษาปริญญาครึ่งปีแรกศึกษาศาสตรบัณฑิต สาขาสุขศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหงในปีการศึกษา 2531 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรนิเทศศาสตร์มหามหาวิทยาลัยรามคำแหงในปี พ.ศ.2537 ปัจจุบันรับราชการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เมื่อ พ.ศ.2537