

ทิศทางของการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์

นางนิภาพรรณ สุขศิริ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทสาขาสถาปัตยกรรมศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชานิติศาสตร์พัฒนาการ 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	ทิศทางของการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์
โดย	นางนิภาพรรณ สุขศิริ
ภาควิชา	การประชาสัมพันธ์
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. กาญจนา แก้วเทพ

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุวัฒน์ ชูดวงศ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ธนวดี บุญลือ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. กาญจนา แก้วเทพ)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. กนกศักดิ์ แก้วเทพ)

นิภาพรรณ สุขศิริ: ทิศทางของการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ (TREND OF HEALTH CARE IN TELEVISION HEALTH PROGRAMMES) อ.ที่ปรึกษา รศ.ดร.กาญจนา แก้วเทพ, 121 หน้า, ISBN 974-560-974-637-350-1

การวิจัยเรื่อง “ทิศทางของการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์” นี้ มุ่งศึกษาว่าโทรทัศน์ได้ทำหน้าที่เป็นกลไกหนึ่งในการสร้างสรรค์ความยุติธรรมด้านสุขภาพอนามัย โดยถือหลักต้องให้มากที่สุดสำหรับผู้มีน้อย หรือทำได้เพียงการซ้ำเติมความอยุติธรรมด้านสุขภาพอนามัยให้เพิ่มมากขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของรัฐและเอกชนในมิติต่าง ๆ
2. เพื่อศึกษาลักษณะทางชนชั้นของเนื้อหาที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์
3. เพื่อเปรียบเทียบการนำเสนอแนวคิดของการแพทย์แบบแยกส่วนกับการแพทย์องค์รวมที่ปรากฏในรายการสุขภาพ ทางโทรทัศน์
4. เพื่อศึกษาการประเมินรายการสุขภาพทางโทรทัศน์จากทัศนะของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ (ชนชั้นล่าง,ชนชั้นกลาง และชนชั้นนำ)

ผลการวิจัยพบว่า รายการสุขภาพทางโทรทัศน์มีเนื้อหารายการ 2 รูปแบบ คือ รูปแบบรายการความรู้ และรูปแบบโฆษณา โดยแบ่งรายการเป็น 6 ประเภท คือ อาหาร,แม่และเด็ก,เอดส์,สุขภาพตา,สุขภาพฟัน และภาวะการเจ็บป่วย รายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของรัฐเป็นรายการความรู้มากกว่าโฆษณา รายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของเอกชนเป็นโฆษณา มากกว่ารายการความรู้ และรายการสุขภาพทางโทรทัศน์โดยส่วนใหญ่ไม่มีลักษณะทางชนชั้นมากกว่าการมีลักษณะทางชนชั้น ในรายการที่มีลักษณะทางชนชั้นพบลักษณะชนชั้นนำมากกว่าชนชั้นล่างเหมือนกันทั้งรายการของรัฐและเอกชน สำหรับการนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์แนวคิดองค์รวมถูกนำเสนอมากกว่าแนวคิดแยกส่วน โดยรูปแบบรายการความรู้นำเสนอแนวคิดองค์รวมมากกว่าแนวคิดแยกส่วน แต่รูปแบบรายการโฆษณานำเสนอแนวคิดแยกส่วนมากกว่าแนวคิดองค์รวม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างรัฐและเอกชนพบว่ามีความแตกต่างกันเล็กน้อย คือ รัฐผลิตรายการที่นำเสนอแนวคิดองค์รวมมากกว่าแยกส่วน ขณะที่เอกชนนำเสนอแนวคิดแยกส่วนมากกว่าองค์รวมเล็กน้อย

การประเมินรายการสุขภาพทางโทรทัศน์จากทัศนะของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ พบว่า ผู้รับสารทุกกลุ่มมีการเปิดรับรายการรู้น้อยมากแต่เปิดรับโฆษณามากกว่า และพบว่ารายการสุขภาพไม่ใช่รายการที่ผู้รับสารติดตามเป็นประจำ สำหรับการรับรู้รายการสุขภาพทางโทรทัศน์พบว่า ผู้รับสารทุกกลุ่มมีการรับรู้ ว่า รายการสุขภาพทางโทรทัศน์ไม่มีลักษณะทางชนชั้นและสามารถนำไปปฏิบัติได้เหมือนกัน แต่ความเชื่อถือในรายการนั้นพบว่า กลุ่มชนชั้นล่างมีความเชื่อถือในรายการทั้งหมด ขณะที่ชนชั้นกลางและชนชั้นนำมีความไม่แน่ใจบ้างเล็กน้อย สำหรับการนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์พบว่า กลุ่มชนชั้นล่างและชนชั้นนำมีทัศนะว่า รายการสุขภาพทางโทรทัศน์นำเสนอแนวคิดแยกส่วนมากกว่าแนวคิดองค์รวม ขณะที่กลุ่มชนชั้นกลางมีทัศนะว่า แนวคิดองค์รวมปรากฏในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์มากกว่าแนวคิดแยกส่วน

ภาควิชาประชาสัมพันธ์
สาขาวิชานิเทศศาสตร์พัฒนาการ
ปีการศึกษา2540

ลายมือชื่อนิติ
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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. 126pp. 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 mother than private organizations.

According to health programees 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.....ประชาสัมพันธ์.....
สาขาวิชา.....นิเทศศาสตร์พัฒนาการ.....
ปีการศึกษา.....2540.....

ลายมือชื่อนิสิต.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง ของร.ศ.ดร.กาญจนา แก้วเทพ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งท่านได้ให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นต่างๆ ของการวิจัยมา ด้วยดีตลอด ทำให้ได้รับการสนับสนุนทุนการวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง รวมทั้ง ร.ศ.ดร.ธนวดี บุญลือที่ให้เกียรติเป็นประธานการสอบ และ ร.ศ.ดร.กนกศักดิ์ แก้วเทพ ที่กรุณาให้คำแนะนำต่างๆ และเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ได้รับความกรุณาและความช่วยเหลือจาก พท.ปรีชา - คุณนภาพร ภูมิสุทธิ, พอ.เกรียงไกร เกิดคำ, คุณศรีสลับ - คุณณรงค์ชัย นาชัยเริ่ม, คุณสมพร วัฒนไพศาล, คุณนิศยา นามข, คุณสันติ เหล่านิพนธ์, คุณสุมาลี พิภพบางยูง และที่สำคัญคือทุกท่านที่ได้เสียสละตอบแบบสอบถามและให้เกียรติสัมภาษณ์ ทำให้ได้ข้อมูลรายละเอียดที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

ท้ายนี้ ผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณบิดา-มารดา ผู้ใกล้ชิดสมาชิกทุกคนในครอบครัวที่เป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา รวมทั้งเพื่อน ๆ น้องๆ นิม โหม่ง นิ่ง เน็ก ยง นุช บอล ที่คอยให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือในการทำงานชิ้นนี้มาโดยตลอด

นิภาพรรณ สุขศิริ

สารบัญ

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

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงรายการสุขภาพและรูปแบบรายการตามประเภทต่างๆ.....	43
2เปรียบเทียบรายการสุขภาพของรัฐกับเอกชน.....	46
3 เปรียบเทียบรายการความรู้ของผู้ผลิตต่างๆจำแนกตามประเภท.....	47
4 เปรียบเทียบโฆษณาของผู้ผลิตต่างๆจำแนกตามประเภท.....	49
5 แสดงลักษณะผู้ผลิตกับลักษณะทางชนชั้นของรายการสุขภาพ(ทั้งรายการความรู้และโฆษณา)..	51
6 ลักษณะผู้ผลิตกับลักษณะทางชนชั้นของรายการสุขภาพในรูปแบบรายการความรู้.....	52
7 ลักษณะผู้ผลิตกับลักษณะทางชนชั้นของรายการสุขภาพในรูปแบบโฆษณา.....	53
8 ลักษณะผู้ผลิตกับแนวคิดทางการแพทย์ในรายการสุขภาพทุกรูปแบบ.....	54
9 ลักษณะผู้ผลิตกับแนวคิดทางการแพทย์ในรายการความรู้.....	55
10 ลักษณะผู้ผลิตกับแนวคิดทางการแพทย์ในโฆษณา.....	55
11 ลักษณะทางชนชั้นของรายการสุขภาพทางโทรทัศน์.....	56
12 ลักษณะทางชนชั้นของรายการสุขภาพ(รายการความรู้/โฆษณา)กับประเภทรายการ.....	58
13แสดงลักษณะทางชนชั้นของรายการความรู้ตามประเภทต่างๆ.....	60
14 แสดงลักษณะทางชนชั้นในโฆษณาตามประเภทต่างๆ.....	61
15 เปรียบเทียบลักษณะทางชนชั้นของโฆษณา 2 ลักษณะ.....	63
16 แสดงแนวคิดการแพทย์ทั้ง 2 ทิศนในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ทุกรูปแบบ.....	64
17 เปรียบเทียบการนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์ของโฆษณา 2 ลักษณะ.....	65
18 แสดงแนวคิดการแพทย์ทั้ง 2 ทิศนตามประเภทรายการต่างๆ.....	65
19 การนำเสนอแนวคิดการแพทย์ 2 ทิศนในรายการความรู้.....	67
20 การนำเสนอแนวคิดการแพทย์ 2 ทิศนในโฆษณา.....	68
21 แสดงอาชีพของผู้รับสารกลุ่มต่างๆ.....	70
22 แสดงการประเมินสุขภาพ(ตนเอง)ของผู้รับสาร.....	70
23 แสดงการประเมินสุขภาพ(ตนเอง)ของผู้รับสารกลุ่มต่างๆ.....	71
24 ความสนใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้รับสาร.....	71
25แสดงความสนใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้รับสารกลุ่มต่างๆ.....	72
26 แสดงการเปิดรับสารด้านสุขภาพจากสื่อต่างๆเป็นอันดับแรกของผู้รับสารกลุ่มต่างๆ.....	72
27 แสดงความถี่ในการดูรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของผู้รับสาร.....	74
28 แสดงความถี่ในการดูรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของผู้รับสารกลุ่มต่างๆ.....	74

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
29 แสดงลักษณะการดูรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ ของผู้รับสารกลุ่มต่างๆ	75
30 แสดงเหตุผลในการดูรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของผู้รับสาร.....	75
31 แสดงเหตุผลในการชมรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของผู้รับสารกลุ่มต่างๆ.....	76
32 แสดงช่วงเวลาที่ผู้รับสารกลุ่มต่างๆต้องการให้มีรายการสุขภาพแพรภาพทางโทรทัศน์.....	77
33 แสดงการเปิดรับรายการสุขภาพ(รายการความรู้)ทางโทรทัศน์ของผู้รับสารกลุ่มต่างๆ.....	78
34 การเปิดรับรายการสุขภาพ(โฆษณา)ทางโทรทัศน์ของผู้รับสารกลุ่มต่างๆ.....	80
35 เปรียบเทียบการเปิดรับรายการความรู้กับโฆษณาของผู้รับสารกลุ่มต่างๆ	81
36 แสดงความน่าเชื่อถือในรายการสุขภาพทาง T.V.ของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ	84
37 แสดงปัญหาสุขภาพตรงกับรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ในทัศนะของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ.....	85
38 แสดงรายการสุขภาพกับปัญหาสุขภาพของคนไทยส่วนใหญ่ในทัศนะของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ..	86
39 แสดงการนำคำแนะนำจากรายการสุขภาพทาง T.v. ไปปฏิบัติในทัศนะของผู้รับสารกลุ่มต่างๆ..	87
40 แสดงทัศนะของผู้รับสารต่อการนำเสนอแนวคิดทางการแพทย์ของรายการสุขภาพทาง T.V.....	89
41 แสดงแนวคิดการแพทย์ที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางT.V.ตามทัศนะของผู้รับสารกลุ่มต่าง...	90

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาสาธารณสุขเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาทางสังคมในทุกยุคทุกสมัย โดยมีสุขภาพของประชาชนเป็นดัชนีชี้วัด หากประชาชนเจ็บป่วยบ่อยหรือมีสุขภาพไม่ดี (Poor Health) หมายถึงระบบการพัฒนาสาธารณสุขนั้นล้มเหลว (Failure Systems) “สุขภาพ(Health)” ในความหมายที่เป็นสากล คือ สภาพความสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และ ทางสังคม ซึ่งสภาพความสมบูรณ์ของแต่ละบุคคลแต่ละสังคมย่อมแตกต่างกันไป แล้วแต่สังคมจะกำหนดขึ้นเอง สุขภาพจึงเป็นเป้าหมายของชีวิตและสังคม สัญญาณสำคัญที่บ่งบอกถึงสุขภาพเหมือนกันทุกสังคม คือ การเกิดภาวะการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรค

กระทรวงสาธารณสุข (2533) ได้วิเคราะห์แบบแผนการเจ็บป่วยของประชากรไทยเป็น 4 ลักษณะ กล่าวคือ

(1) กลุ่มโรคที่เกิดจากความยากจน (diseases of poverty) ได้แก่ โรคทุพโภชนาการ การขาดสารอาหารต่าง ๆ และโรคติดต่อที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม เช่น โรคติดเชื้อที่นำโดยแมลง (vector - borne diseases) ได้แก่ มาลาเรีย ไข้เลือดออก โรคติดเชื้อที่นำโดยทางน้ำ (water - borne diseases) ได้แก่ ท้องเดิน บิด โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ วัณโรค ปอดบวม โรคทางทันตสาธารณสุข กลุ่มโรคติดต่อทั่วไป ได้แก่ โรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็ก โรคหนองพยาธิ โรคอุจจาระร่วง โรคพิษสุนัขบ้า รวมทั้งโรคปอดอักเสบ และกลุ่มโรคติดต่อจากการสัมผัส ได้แก่ โรคเรื้อน วัณโรค

(2) กลุ่มโรคที่เกิดจากความมั่งคั่งหรือเกี่ยวพันกับการพัฒนา ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง ภาวะโภชนาการการกิน(สืบเนื่องถึงโรคหัวใจขาดเลือด) โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง

(3) กลุ่มโรคที่เกิดจากพยาธิสภาพทางสังคม ได้แก่ กามโรค โรคเอดส์ อุบัติเหตุและการเป็นพิษ การติดยาเสพติดให้โทษ โรคจิตและประสาท

(4) นอกจากนั้นยังจัดกลุ่มปัญหาสุขภาพออกเป็น ปัญหาสุขภาพอันเกิดจากการประกอบอาชีพ(ทั้งในภาคเกษตรและอุตสาหกรรม โดยเฉพาะการบาดเจ็บจากการประกอบอาชีพ พิษจากสารเคมี ตะกั่วและโลหะอื่นๆ) ปัญหาสุขภาพอันเกิดจากมลพิษทางสภาวะแวดล้อม(เป็นปัญหาระบบหายใจ มะเร็ง และอื่นๆ) ปัญหาสุขภาพอันเกิดจากการบริโภคสารอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ทั้งในแง่ของความสะดวกของอาหาร และสารอื่น ๆ ที่เป็นอันตรายต่อการบริโภค)

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าภาวะการเจ็บป่วยมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะของสังคม วัฒนธรรม และภูมิศาสตร์ที่แตกต่างกัน และโรคบางโรคก็มีลักษณะทางชนชั้นเข้ามากำหนด โรคติดเชื้อมักพบในกลุ่มยากจน มากกว่ากลุ่มที่มีฐานะปานกลาง หรือร่ำรวย โรคหัวใจและมะเร็ง เป็นโรคประจำสังคมที่มีวิถีชีวิตฟุ้งเฟ้อ เต็มไปด้วยความเครียด ออกกำลังกายน้อย กินอาหารที่ผ่านกรรมวิธีมากเกินไป (แลชอปฟ้าเขียว ,2533:32-33) และแนวโน้มภาวะการเจ็บป่วยของคนไทยนั้น สัมพันธ์กับความยากจนและความมั่งมี(จรัส สุวรรณเวลา,2536) เนื่องจากฐานะเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองมีส่วนกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในขั้นตอนของการเกิดโรคและการรักษาโรค เช่น โรคผิวหนังมักเกิดกับชนชั้นล่าง, โรคอ้วนมักเกิดกับชนชั้นร่ำรวย ด้วยความสามารถของบุคคลแต่ละกลุ่มแต่ละชนชั้นมีความแตกต่างกันในการจัดสภาวะแวดล้อมเพื่อการรักษาสุขภาพที่ดี รวมทั้งความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ เทียนฉาย กิระนันท์ (2537) จึงได้เสนอกลยุทธ์ และแนวทางการพัฒนางานสาธารณสุขว่า ต้องปรับปรุงด้านความเป็นธรรมในการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขและด้านการเจ็บป่วย เพราะเหตุความยากจน(ทั้งในเมืองและชนบท)

เนื่องจาก พฤติกรรมสุขภาพมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสภาพเศรษฐกิจการเมืองและสังคม ตลอดจนได้รับอิทธิพลพื้นฐานดั้งเดิมของสังคมนั้น ๆ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จึงมีความซับซ้อนและแปรเปลี่ยนได้แตกต่างกัน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม จำเป็นต้องผ่านการผสมผสานของประสบการณ์ที่ได้จากกระบวนการขัดเกลาสังคมกับความรู้ของบุคคล ดังนั้น สภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลแต่ละกลุ่มจึงมีปัจจัยร่วมสำคัญ 2 ประการ คือ ฐานะทางเศรษฐกิจและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ดังแผนภูมิ

ฐานะทางเศรษฐกิจ + ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ⇔ สุขภาพดี

ฐานะยากจน + ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ⇔ โรคที่เกิดจากความขาดแคลน
(ในขณะที่ฐานะเป็นตัวปิดกั้นโอกาสที่จะเข้าสู่สุขภาพที่ดีหรือเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลที่ดีแล้ว ดูเหมือนว่า
การมีความรู้โดยเฉพาะในเชิงป้องกันจะเป็นช่องทางหรือกลไกให้คนยากจนมีโอกาสมีสุขภาพที่ดีได้)

ฐานะพอมีพอกิน + มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ⇔ สุขภาพดี

ฐานะพอมีพอกิน + ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ⇔ การบริโภคด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

ฐานะร่ำรวย + มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ⇔ สุขภาพดี

ฐานะร่ำรวย + ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ⇔ โรคที่เกิดจากความมั่งคั่ง ฟุ้งเฟ้อ

จากแผนภูมิที่แสดงได้ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยด้านการสื่อสารเป็นกลไกสำคัญตัวหนึ่งในการให้
ความรู้ ความเข้าใจในทุกกลุ่มทุกชนชั้น เพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้โดยเฉพาะความรู้ในเชิงป้องกัน
และการพึ่งตนเอง การสื่อสารที่เข้าถึงประชาชนได้อย่างรวดเร็ว ทั่วถึงและครอบคลุม ก็คือ
การสื่อสารมวลชน โดยเฉพาะการใช้สื่อโทรทัศน์ จากการสำรวจของบริษัทดีมาร์(DEEMAR,
1994) ปี 2537 พบว่า ในจำนวนครัวเรือนทั่วประเทศ 12,934,000 ครัวเรือนมีเครื่องรับโทรทัศน์ถึง
11,511,260 เครื่อง(89%) และจากการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ(2537) พบว่า สื่อโทรทัศน์
สามารถเข้าถึงประชาชนได้มาก ทั้งในแง่การครอบครองเครื่องรับและการชมโทรทัศน์ ในทุกเพศ
ทุกวัย ทุกอาชีพ จากการศึกษการเปิดรับข่าวสารด้านสุขภาพ วีรกุล สถิตนิมานการ (2537) พบว่า
ผู้รับบริการโรงพยาบาลรามารับดีเปิดรับสื่อโทรทัศน์มากที่สุด สอดคล้องกับอึ้งเกียรติ ไพศาล
อัมพงษ์และคณะ(2532) พบว่า นักเรียนมัธยมจังหวัดสุโขทัยได้รับความรู้เกี่ยวกับเอดส์จาก
โทรทัศน์เป็นอันดับหนึ่ง เกศินี จุฬาวิจิตร(2533) พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์เปิดรับข่าวสารโรคเอดส์
จากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด นวลน้อย วงศ์สุคนธ์และคณะ(2534) พบว่าหญิงบริการในสถานเริงรมย์
เคยรับรู้ เกี่ยวกับโรคเอดส์จากโทรทัศน์มากที่สุด อัญชลี สิงห์สุด(2534) พบว่า นักศึกษาอาชีวศึกษา
ในกรุงเทพมหานครได้รับความรู้โรคเอดส์จากโทรทัศน์มากที่สุด และสุวรรณี โพธิ์ศรี (2536)พบ
ว่า ผู้ปกครองนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานครเปิดรับข่าวสารโรคเอดส์ทาง
โทรทัศน์มากที่สุด อาจกล่าวได้ว่าการเปิดรับข่าวสารสุขภาพทางโทรทัศน์ได้รับความนิยมนมาก

ในขณะที่มีรายงานว่า กลุ่มผู้รับสารได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อมวลชนประเภทโทรทัศน์มากที่สุด ก็มีงานวิจัยอีกกลุ่มหนึ่งที่วิเคราะห์ว่า เนื้อหาที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยในสื่อโทรทัศน์เป็นอย่างไร เช่น จากการศึกษาของลัดดา ประพันธ์พงษ์(2534) ที่ทำการวิเคราะห์เนื้อหารายการสุขภาพทางโทรทัศน์ 4 ประเภท คือ นิตยสารทางอากาศ สารคดี ละครสั้น และสนทนา พบว่า เนื้อหาของรายการสุขภาพเป็นสาขาอาชีวศาสตร์มากที่สุด และสะท้อนแนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพในด้านการป้องกัน, การฟื้นฟู และการรักษา ตามลำดับ รวมทั้ง พบว่ารายการสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรม และการศึกษาของกนิษฐา บึงวิสุทธิ(2535) เรื่อง การวิเคราะห์โฆษณาที่เผยแพร่ทางวิทยุและโทรทัศน์ พบว่า โทรทัศน์เป็นสื่อที่แพร่หลายเข้าหมู่บ้านอย่างรวดเร็วใช้มูลค่าในการโฆษณาสูงที่สุด และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของชาวบ้านมากขึ้นทุกๆด้าน รวมถึงการบริโภคยา นอกจากนี้กฤษฎา ชินวงศ์(2537) พบว่า ภาพยนตร์โฆษณาทางโทรทัศน์เป็นตัวสนับสนุนให้เกิดกรอบอ้างอิงที่ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้บริโภคแบบวัตถุนิยม จะเห็นได้ว่า รายการสุขภาพที่ปรากฏทางโทรทัศน์มีทั้งรายการความรู้และโฆษณาที่มีผลต่อพฤติกรรม

จากผลการวิเคราะห์เนื้อหารายการสุขภาพในโทรทัศน์บางรายการ บางประเภทที่ได้กล่าวถึงมานั้น ทำให้เกิดข้อสงสัยว่า บรรดารายการสุขภาพในโทรทัศน์โดยรวมจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพอนามัย อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีในท้ายที่สุดหรือไม่ ทั้งนี้ เนื่องจากข้อสังเกตของ เสถียร เขยประทับ(2535) ที่ศึกษาเรื่องสื่อมวลชนกับการพัฒนาประเทศ : เน้นเฉพาะประเทศไทย พบว่า รายการโทรทัศน์ได้ละเลยการปรับปรุงคุณภาพของรายการให้ดีขึ้น รวมทั้ง ยังขาดวางแผนการพัฒนาโดยปลูกฝังค่านิยมและแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งไม่สอดคล้องกับความจำเป็นขั้นพื้นฐานของประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศ

และดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้วว่า ฐานะเศรษฐกิจ สังคม การเมืองมีส่วนในการกำหนดสถานะสุขภาพอนามัยของบุคคล ทั้งในขั้นก่อนของการเกิดโรคและการรักษาโรค ข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นก็คือชนชั้นล่างจะมีโอกาสน้อยกว่าในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ เนื่องจากในสังคมไทยการรักษาพยาบาลมีลักษณะเป็น “สินค้า” มากกว่า “บริการสาธารณะ” เมื่อชนชั้นนำเกิดเจ็บป่วยสามารถจะเข้าถึงการรักษาได้ แต่สำหรับชนชั้นล่างแล้วกลยุทธการป้องกันโรคและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพเป็นหนทางที่ปลอดภัยและเป็นไปได้มากกว่าในการบรรลุถึงสุขภาพอนามัยที่ดี จึงน่าสนใจว่า สื่อโทรทัศน์ได้ช่วยทำหน้าที่เป็นทางเลือกหนึ่ง หรือเป็นหนทางหนึ่งที่น่าไปสู่การมีสุขภาพดีให้แก่ชนชั้นต่าง ๆ ในสังคมอย่างไร กล่าวคือ ในเชิงปริมาณโทรทัศน์ได้นำเสนอปัญหาสุขภาพอนามัยของชนชั้นต่าง ๆ เป็นสัดส่วนอย่างไร และในเชิงคุณภาพ ทิศทางของสุขภาพเป็นไปในแง่ใด

กลยุทธ์ที่เน้นการป้องกันและการบริการจะเป็นไปได้จริงหรือไม่ ขึ้นอยู่กับแนวคิดทางการแพทย์ที่มีอยู่ 2 แบบ คือ การแพทย์แผนปัจจุบัน(แยกส่วน) และการแพทย์องค์รวม ซึ่งการแพทย์แผนปัจจุบัน(แยกส่วน)เป็นระบบวิทยาศาสตร์ อำนวยการรักษารวมศูนย์อยู่กับสถาบันการแพทย์ ประกอบกับต้องใช้ทุนเป็นปัจจัยหลัก(ทั้งเครื่องมือเทคโนโลยีและสร้างโรงพยาบาล) รวมทั้งเน้นการรักษาพยาบาล ระบบบริการจึงยากที่จะครอบคลุมและเข้าถึงบริการอย่างถูกต้องของประชาชนทุกระดับ แม้ดีเพียงใดก็จะเป็นประโยชน์เฉพาะคนส่วนน้อย สุขภาพจึงเป็นเรื่องต้องมองอย่างครอบคลุมและเห็นปัจจัยทั้งหมดอย่างเชื่อมโยงเป็นองค์รวม(Holistic Health) โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งต่อตนเอง สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อสุขภาพะ(สุขภาพที่ดี)ทั้งระดับบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อมจะเกิดขึ้นอย่างยั่งยืน การแพทย์องค์รวมจึงเน้นการป้องกันด้วยพฤติกรรมสุขภาพเป็นสำคัญ นับเป็นทัศนะด้านสุขภาพที่บุคคลทุกคนชั้นสามารถพึ่งตนเองได้เหมาะกับแบบแผนการเจ็บป่วยของคนไทยในปัจจุบัน

อีกด้านหนึ่ง เมื่อพิจารณาจากธรรมชาติของตัวโทรทัศน์เอง โทรทัศน์มีลักษณะธรรมชาติ 2 ประการ คือการเป็นทั้งธุรกิจและบริการสังคม(Profit - oriented & Public service) นั้น รายการสุขภาพที่ปรากฏทางโทรทัศน์ก็มีสัดส่วนของผู้ผลิตทั้งภาครัฐและเอกชน Lawrence Wallack (1991) กล่าวว่า การใช้สื่อมวลชนเพื่อแก้ไขปัญาสุขภาพ ควรมุ่งเน้นเพื่อเป็นเครื่องเตือน(Reminders)ให้กับผู้ที่ไม่รู้และสร้างความตระหนักรู้(Awareness)ให้กับประชาชน แต่การดำเนินงานของสื่อมวลชนจำเป็นต้องขึ้นอยู่กับกำไรจากจำนวนผู้บริโภคสินค้าที่เพิ่มขึ้น อันเป็นผลจากการโฆษณา ซึ่งทำให้ผู้ทำโฆษณาคาดหวังที่จะใช้สื่อเพื่อกระตุ้นผู้บริโภคสินค้าเป้าหมายให้ได้ผลกำไรสูง ดังนั้นในแง่อำนาจของการใช้สื่อ จึงมีรูปแบบการดำเนินงานที่มองผลประโยชน์ของสาธารณชนค่อนข้างต่ำ ในแง่นี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจว่า ลักษณะของรายการที่ผลิตมาจากเจ้าของรายการที่แตกต่างกัน(owner) เช่น หากหน่วยราชการเป็นเจ้าของรายการ โรงพยาบาลเอกชนเป็นผู้อุปถัมภ์รายการหรือบรรดาผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับสุขภาพทั้งหลายเป็นสปอนเซอร์ คุณลักษณะเจ้าของรายการที่แตกต่างกันจะมีผลทำให้มิติของ “การเป็นธุรกิจและบริการสาธารณะ” ในเนื้อหารายการมีสัดส่วนต่างกันหรือไม่ อย่างไร

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

อิทธิพลโดยอ้อม ซึ่งมีปัจจัยที่สำคัญ 4 ประการ คือ ความมีใจโน้มเอียงของผู้รับสาร(Predispositions) การเลือกรับของผู้รับสาร(Selective Processes) อิทธิพลของบุคคล(Personal Influence)ที่ทำหน้าที่ ผู้นำทางความคิด(Opinion leaders)และลักษณะของธุรกิจด้านสื่อสารมวลชน(Economic Aspects)ที่มีการแข่งขัน ผู้รับสารจึงมีเสรีภาพในการเลือกเช่นกัน ดังนั้น การเปิดรับรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของบุคคล จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญของการใช้สื่อโทรทัศน์ในการพัฒนาสาธารณสุข เนื่องจากสังคมไทยมีโครงสร้างที่มีชนชั้นสถานภาพที่แตกต่างกัน สภาพการเกิดภาวะการเจ็บป่วยก็ต่างกัน การใช้สื่อโทรทัศน์เป็นช่องทางในการพัฒนาสุขภาพของบุคคลทุกคนชั้นได้หรือไม่ หากมีการเปิดรับสารแล้วผู้รับสารเข้าใจสารตรงกันหรือไม่ นำไปปฏิบัติได้หรือไม่ เนื่องจากผู้รับสารไม่ได้สัมผัสสื่อมวลชนด้วยจิตใจที่ว่างเปล่า ตรงกันข้ามกลับมีความคิดเห็น ทศนคติ ทำที่ดั้งเดิมของตนมาก่อน รวมทั้งได้รับอิทธิพลจากบุคคลอื่น ๆ และสถาบันสังคมต่าง ๆ อยู่ก่อนแล้ว นั่นคือ ผู้รับสารจะเป็นตัวกำหนดความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการสื่อสาร

การวิจัยเรื่อง “ทิศทางการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์” จึงวิเคราะห์องค์ประกอบการสื่อสาร โดยการวิเคราะห์เนื้อหารายการสุขภาพทางโทรทัศน์ รวมทั้งศึกษาเปรียบเทียบเนื้อหารายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของภาครัฐและเอกชน และศึกษาการประเมินรายการสุขภาพทางโทรทัศน์จากทัศนะของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ เพื่อศึกษาว่ารายการสุขภาพเหล่านี้ได้ชี้นำทิศทางการดูแลสุขภาพอย่างไร เพื่อหาคำตอบในท้ายที่สุดว่า โทรทัศน์ได้ทำหน้าที่เป็นกลไกหนึ่งในการสร้างสรรค์ความยุติธรรมด้านสุขภาพอนามัยโดยถือหลักต้องให้มากสำหรับผู้ด้อย หรือทำได้เพียงการซ้ำเติมความอยุติธรรมด้านสุขภาพอนามัยให้เพิ่มมากขึ้น

ปัญหานำการวิจัย

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

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของรัฐและเอกชนในมิติต่าง ๆ
2. เพื่อศึกษาลักษณะทางชนชั้นของเนื้อหาที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์
3. เพื่อเปรียบเทียบการนำเสนอแนวคิดของการแพทย์แบบแยกส่วนกับการแพทย์องค์รวมที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์
4. เพื่อศึกษาการประเมินรายการสุขภาพทางโทรทัศน์จากทัศนะของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ (ชนชั้นล่าง,ชนชั้นกลาง และชนชั้นนำ)

ข้อสันนิษฐาน

1. รายการสุขภาพทางโทรทัศน์ที่มีรัฐเป็นเจ้าของรายการแตกต่างจากรายการที่มีเอกชนเป็นเจ้าของผู้ผลิตในมิติต่าง ๆ
2. ปริมาณเนื้อหารายการสุขภาพทางโทรทัศน์ส่วนใหญ่จะเป็นไปเพื่อการดูแลสุขภาพของชนชั้นนำและชนชั้นกลางมากกว่าชนชั้นล่าง
3. รายการสุขภาพทางโทรทัศน์นำเสนอแนวคิดของการแพทย์แบบแยกส่วนมากกว่าแนวคิดของการแพทย์แบบองค์รวม
4. กลุ่มผู้รับสารที่แตกต่างกันมีการประเมินรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ที่แพร่ภาพทางสถานีโทรทัศน์ ที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากปัจจุบันมีการพัฒนาอณาการแพร่ภาพได้ทั่วประเทศ ได้แก่ สถานีโทรทัศน์ไทยทีวีสีช่อง 3 อสมท.,สถานีวิทยุโทรทัศน์กองทัพบกช่อง 5,สถานีโทรทัศน์สีกองทัพบกช่อง 7 ,สถานีวิทยุโทรทัศน์ ช่อง 9 อสมท. และสถานีโทรทัศน์แห่งประเทศไทยช่อง 11 ในช่วงเดือนมกราคม 2539 ทุกรายการที่เป็นรายการสุขภาพจำนวน 216 คอน ยกเว้น รายการเพื่อการเรียนการสอนของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

นิยามศัพท์

รายการสุขภาพทางโทรทัศน์ หมายถึง รายการสุขภาพทุกประเภทที่แพร่ภาพทางโทรทัศน์ ช่อง 3,5,7,9,11

รูปแบบรายการความรู้ หมายถึง รายการที่แพร่ภาพทางโทรทัศน์ทุกประเภท ซึ่งได้แก่ ละคร สารคดี นิตยสารทางอากาศ การสนทนาอภิปราย ตอบปัญหา ที่เป็นรายการสุขภาพโดยตรง

รูปแบบโฆษณา หมายถึง ภาพยนตร์โฆษณาทางโทรทัศน์ที่เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย และ คำว่า “สุขภาพ” มาใช้ ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ ลักษณะการป้องกันส่งเสริม และโฆษณาขายและ เทคโนโลยี(สินค้า)

แนวคิดการแพทย์แบบแยกส่วน หมายถึง แนวความคิดทางการแพทย์ที่อาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง(แพทย์) วินิจฉัยโรค ป้องกันและบำบัดรักษาด้วยเทคโนโลยี ได้แก่ ยาสังเคราะห์, เครื่องอิเล็กทรอนิกส์, เครื่องตรวจคลื่นหัวใจ, เครื่องตรวจสมอง, การผ่าตัด ฯลฯ

แนวคิดการแพทย์แบบองค์รวม หมายถึง แนวความคิดทางการแพทย์ที่เน้นการป้องกัน ซึ่งเจ้าของสุขภาพสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ด้วยพฤติกรรมของตนเอง

ลักษณะที่ไม่มีชนชั้นของรายการ หมายถึง ข้อตอนและเนื้อหารายการไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มโรคยากจน และกลุ่มโรคจากความมั่งคั่ง กลุ่มเป้าหมายของรายการไม่ได้มุ่งชนชั้นใดเป็นการเฉพาะเจาะจง

ลักษณะทางชนชั้นของรายการ ได้แก่ ข้อตอนและเนื้อหาการจัดอยู่ในกลุ่มโรคยากจน หรือกลุ่มโรคจากความมั่งคั่ง โดยกลุ่มเป้าหมายของรายการมุ่งชนชั้นใดชนชั้นหนึ่ง แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

ก) รายการที่มีลักษณะชนชั้นล่าง หมายถึง ข้อตอนและเนื้อหาการจัดอยู่ในกลุ่มโรคยากจน และกลุ่มเป้าหมายของรายการคือ ชนชั้นล่าง

ข) รายการที่มีลักษณะชนชั้นนำ หมายถึง ชื่อคอนและเนื้อหารายการจัดอยู่ในกลุ่มโรคจากความมั่งคั่ง และกลุ่มเป้าหมายของรายการ คือ ชนชั้นนำ

ประเภทของเนื้อหารายการ หมายถึง ประเภทของรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ที่จัดหมวดหมู่ของเนื้อหาสาระได้เป็น 6 ประเภท คือ

- i) ประเภทอาหาร หมายถึง รายการสุขภาพที่เกี่ยวกับอาหารที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพ เช่น เมนูถูกรัก(เพื่อสุขภาพของเด็ก),เพื่อนแก้ว(โภชนาการที่ถูกต้อง),ก้าวทันโรค(ช่วงบริโภคลดอภัย) เป็นต้น
- ii) ประเภทแม่และเด็ก หมายถึง รายการสุขภาพเกี่ยวกับสุขภาพแม่และเด็ก เช่น ดวงใจพ่อแม่,แทนรักจากแม่,รักลูกให้ถูกทาง เป็นต้น
- iii) ประเภทเอดส์ หมายถึง รายการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ เช่นรู้ทันเอดส์,รู้รอดปลอดภัย เอดส์ เป็นต้น
- iv) ประเภทสุขภาพตา หมายถึง รายการสุขภาพเกี่ยวกับโรคตา เช่น ฉนวนดวงตา เป็นต้น
- v) ประเภทสุขภาพฟัน หมายถึง รายการสุขภาพเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก เช่น รักฟัน ก้าวทันโรค(ช่วงรอยยิ้มพิมพ์ใจ) เป็นต้น
- vi) ประเภทภาวะการเจ็บป่วย หมายถึง รายการสุขภาพที่เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยที่ไม่ใช่โรคเอดส์,สุขภาพตาและสุขภาพฟัน เช่น ปัญหาชีวิตและสุขภาพ,รู้ทันโรค เป็นต้น รวมทั้งเรื่องเกี่ยวกับวิทยาการการแพทย์ เช่น การแพทย์ก้าวหน้า,ก้าวทันโรค (ช่วงวิทยาการก้าวหน้า) เป็นต้น

การประเมินรายการสุขภาพทางโทรทัศน์จากทัศนะของผู้รับสาร หมายถึง ทัศนะของผู้รับสารทั้ง 3 กลุ่ม คือ ชนชั้นล่าง ชนชั้นกลาง และชนชั้นนำ เกี่ยวกับรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ในประเด็นดังนี้

1. รูปแบบของการเปิดรับข่าวสารด้านสุขภาพ จากสื่อประเภทต่าง ๆ
2. ความสามารถของรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับสาร
3. ความเชื่อถือในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์
4. ลักษณะการนำไปปฏิบัติได้ของเนื้อหาจากรายการสุขภาพทางโทรทัศน์
5. แนวคิดทางการแพทย์แบบแยกส่วน/องค์รวม ที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อการปรับปรุงรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของคนไทย
2. เพื่อการหาแนวทางการสื่อสารรูปแบบอื่น ๆ สนับสนุนรายการสุขภาพทางโทรทัศน์
ให้เกิดการพัฒนาสุขภาพของคนไทยอย่างเหมาะสม

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

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

1. แนวคิดบทบาททางสังคมของสื่อมวลชนในด้านสาธารณสุข
2. แนวคิดเรื่องการวิเคราะห์องค์ประกอบของการสื่อสาร
3. แนวคิดสองทัศนะทางการแพทย์กับแบบแผนการเจ็บป่วยของคนไทย

1. บทบาททางสังคมของสื่อมวลชนในด้านสาธารณสุข

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

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

มิติหนึ่งของการศึกษาบทบาทสื่อมวลชนในการพัฒนาประเทศ คือการศึกษาบทบาทของ สื่อมวลชนในการพัฒนาสุขภาพ เนื่องจากสุขภาพเป็นพื้นฐานของปัจจัยอื่น ๆ ที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาสื่อมวลชนกับการพัฒนาสุขภาพของประเทศไทยที่ผ่านมา โดยทั่วไปมักศึกษาการเข้าถึงสื่อ การเปิดรับสื่อ และการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงสำรวจและมีได้ศึกษาเนื้อหาของสื่อ นอกจากการศึกษาของลัดดา ประพันธ์พงษ์(2534)ที่ทำการวิเคราะห์เนื้อหาการสุขภาพทางโทรทัศน์ 4 ประเภท คือ นิตยสารทางอากาศ สารคดี ละครสั้น และสนทนาพบว่า เนื้อหาของรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ เน้นการป้องกัน, การฟื้นฟูและการรักษาตามลำดับ จึงยังไม่มียานวิจัย(ด้านการพัฒนาสุขภาพ)ที่ศึกษาปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมกับบทบาทของสื่อมวลชนในการพัฒนาสุขภาพทั้งองค์ประกอบของการสื่อสาร

สำหรับบทบาทโดยเฉพาะของสื่อมวลชนในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพนั้น L. Wallack (1991) ได้ประมวลแนวทางใหญ่ ๆ ไว้ดังนี้

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

2) ทฤษฎีที่เชื่อว่าสื่อมวลชนเป็นตัวอุปสรรคขวางกั้นการมีสุขภาพอนามัยที่ดีของประชาชน ทั้งนี้เนื่องจากสื่อมวลชนมีสัดส่วนของการเป็นธุรกิจอยู่สูงมาก ดังนั้น บรรดารายการสุขภาพทั้งหลาย จึงเกิดมาจากความต้องการของธุรกิจโฆษณาที่จะขายยาให้แก่ประชาชน และการบริโภคยาอย่างไร เหตุผลเป็นหนทางทำลายสุขภาพที่ดีของประชาชน

3) ทฤษฎีที่เชื่อว่าสื่อมวลชนไม่มีผลกระทบระยะสั้นอย่างโดยตรงต่อปัจเจกบุคคล ทั้งนี้ เพราะสื่อมวลชนมีศักยภาพเพียงแค่คอยย้ำสิ่งที่ประชาชนเชื่อถือและปฏิบัติอยู่แล้ว สื่อมวลชนจึงเล่นเป็นตัวประกอบตัวหนึ่งท่ามกลางปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน

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

4) ทฤษฎีนี้เสนอแนวคิดอันหลากหลายว่า มีบางช่วงขณะ บางวาระโอกาสที่สื่อมวลชนมีผลกระทบได้จริง เช่น บรรดาโครงการรณรงค์ต่าง ๆ แต่ทว่าต้องมีการวางแผนการใช้สื่ออย่างดี และควรมีการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้ไม่ได้ผล นอกจากการได้ใช้ผลอย่างที่ได้ผลิตต้องการแล้ว รายการสุขภาพยังอาจจะได้ผลอย่างตรงกันข้าม (Counterproductive effects)

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

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

ใจที่ว่า ปัญหาสุขภาพเป็นเรื่องของปัจเจกมิใช่ของสังคม Postman สรุปว่าวิธีการดังกล่าวทำให้สื่อมวลชนเป็นตัวบ่อนทำลาย/อุปสรรคของการบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดี

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

Wallack ได้นำเสนอวิธีการวิเคราะห์ในรายละเอียดว่า กลยุทธ์ที่ทำให้สื่อมวลชนกลายเป็นอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพที่ดีมี 3 ประการ

1) การลดทอนปัญหาสุขภาพให้กลายเป็นเรื่องของแต่ละบุคคล โดยวิเคราะห์ว่า การใช้ชีวิตไม่ถูกต้องของประชาชนเป็นเพราะขาดข้อมูล หรือมีข้อมูลแล้วแต่ต้องตัดสินใจ เช่น ปัญหาโภชนาการ เพราะว่าถ้าให้ข้อมูลเท่านั้นก็จะทำตามได้

ทัศนะดังกล่าวมองข้ามความสัมพันธ์ระหว่างชนชั้นทางสังคมกับการเป็นโรคเจ็บป่วย บางที่ชนชั้นล่างอาจจะมีความรู้ด้านโภชนาการอย่างดี แต่กินตามไม่ได้เพราะไม่มีทางเลือก

เพราะว่าคนยิ่งดูโทรทัศน์มาก ก็ยิ่งเชื่อในเนื้อหาของโทรทัศน์ที่มีการอธิบายเรื่องสุขภาพ ว่าเกี่ยวข้องกับการกินยา, การดื่ม, การออกกำลังกาย, การเชื่อมั่นในหมอ และไม่สนใจเรื่อง “การป้องกันตนเอง” เนื่องจากเนื้อหาการสุขภาพมักจะรายงานเรื่อง “การผ่าตัดที่มหัศจรรย์” และ “ยาวิเศษ” เนื้อหาการโทรทัศน์ในอเมริกา จะกล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความยากจนของสังคมกับการเกิดโรคน้อยมาก

2) การส่งเสริมผลิตภัณฑ์ยาโดยละเลยเรื่องสุขภาพอนามัย

การรณรงค์ให้สุขภาพมักต้องประกอบด้วยมิติของการใช้ข่าวสารอย่างใด่ตรง ใช้ชีวิตอย่างพอคิ(moderate)และมีสติ แต่มีติดังกล่าวจะขัดแย้งกับลักษณะการโฆษณา ที่มักโน้มน้าวให้ใช้ชีวิตเกินพอคิ และเนื่องจากธรรมชาติของโทรทัศน์ต้องพึ่งพาโฆษณา ดังนั้น ไม่ว่าจะเป็นเนื้อหาการประเภทใดที่มีปัจจัยด้านโฆษณามาเกี่ยวข้อง จึงมักเดินสวนทางกับการมีสุขภาพที่ดี

3) การดองย่ำสภาพสังคมที่มี

ประวัติศาสตร์การพัฒนาสุขภาพที่ผ่านมาได้เสนอให้เห็นว่า การจะมีระบบสุขภาพอนามัยที่ดี ต้องมีการเปลี่ยนแปลงสังคมและมีความนึกคิดในสังคม เช่น ต้องทำให้ระบบการรักษาพยาบาลเป็นบริการมากกว่าสินค้า แต่สื่อมวลชนมักดองย่ำระบบที่เป็นอยู่ ดังนั้น การจะนำเสนอเอาสื่อมวลชนมาใช้ส่งเสริมสุขภาพ จึงขัดแย้งกันในตัว

ถึงแม้ Wallack จะมองเห็นด้านที่เป็นอุปสรรค ในการนำเสนอสื่อมวลชนมาใช้ส่งเสริมสุขภาพ แต่เขายังเห็นว่าภารกิจดังกล่าวยังคงเป็นเรื่องท้าทายนักวิชาการสื่อมวลชน และนักวิชาการสาธารณสุข ดังนั้นเขาจึงเสนอว่า จำเป็นจะต้องแสวงหาบทบาทที่สร้างสรรค์ของสื่อมวลชนที่ถูกใช้สำหรับเรื่องสุขภาพออกมา และจะต้องแสวงหาหนทางใหม่เพื่อเอาชนะอุปสรรคที่กล่าวมา ตัวอย่างกลยุทธ์ที่เขาได้นำเสนอก็คือ

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

ดังนั้น การใช้สื่อมวลชน/โทรทัศน์เพื่อพัฒนาสาธาณสุขนั้น ควรมุ่งเน้นเพื่อเป็นเครื่องเตือน (Reminders) ให้กับผู้ที่ไม่รู้โดยเฉพาะคนจน และสร้างความตระหนักรู้ (Awareness) ให้กับประชาชน ด้วยเหตุที่ว่าสุขภาพเป็นเรื่องของสังคมมิใช่ปัจเจกบุคคล

2. แนวคิดเรื่องการวิเคราะห์องค์ประกอบของการสื่อสาร

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

Morley ได้นำเสนอรายละเอียดในการวิเคราะห์องค์ประกอบของการสื่อสารมวลชน ดังนี้

2.1. การวิเคราะห์ผู้ผลิต

Morley มีความสนใจในองค์ประกอบต่าง ๆ ของผู้ส่งสารโดยเฉพาะสื่อมวลชนมีความเกี่ยวข้องกับผลผลิตอย่างไร ซึ่งเกณฑ์ดังนี้

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

2.1.2 ความพร้อมของอุปกรณ์ในการผลิตรายการ(Technical Equipment) เช่น ในกรณีของการผลิตรายการความรู้ อุปกรณ์ที่ช่วยในการอธิบายให้ความรู้นั้น ย่อมยากซับซ้อน ทำให้ผู้รับสารซึ่งเป็นคนทุกระดับชั้นเข้าใจหรือไม่

2.2. การวิเคราะห์ตัวบท/สาร แนวทางสำคัญ ๆ ที่น่าสนใจมีดังนี้

2.2.1. ประเภท (genres) ของตัวบท

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

2.2.2. กลยุทธ์การนำเสนอ

กระบวนการเข้ารหัสและถอดรหัสไม่ได้ปรากฏอยู่ในเนื้อหาเท่านั้น แต่แฝงเร้นอยู่ในรูปแบบและวิธีการนำเสนอ (Form and Presentation) ตัวอย่าง เช่น

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

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

2.2.3. ในตัวรายการมีมิติเรื่อง “ชนชั้น” เป็นส่วนประกอบหรือไม่

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

ชนชั้นสูงที่ผู้ชมชั้นล่างไม่อาจจะปฏิบัติตามได้ ตัวอย่างเช่น คำแนะนำ จากทางรายการที่ว่า “เมื่อเจ็บป่วย อย่าไปซื้อยากินเอง ขอให้ปรึกษาแพทย์” ถ้าทำตามมาตรฐาน ดังกล่าวนี้นี้ ก็จะเรียกว่า “เป็นคนที่รักและสนใจสุขภาพของตนเอง” แน่แน่นอนว่าสำหรับคนยากจน จะไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานดังกล่าวได้ (เพราะเรื่องการรักษาในสังคมไทยมีลักษณะเป็น “สินค้า “ ที่ต้องการกำลังซื้อมากกว่าจะเป็น “บริการสาธารณะ”) คำแนะนำดังกล่าว จึงเป็นคำแนะนำที่มาจากมาตรฐานของคนตั้งแต่ชนชั้นกลางขึ้นไป และแตกต่างจากคำแนะนำที่ว่า “หากจำเป็นต้องซื้อยาแก้ปวดกินเอง ก็มีคำแนะนำว่าต้องรับประทานน้ำมาก ๆ “ ซึ่งเป็นคำแนะนำที่มีตราแห่งชนชั้นล่างประทับอยู่

องค์ประกอบของเนื้อหารายการสุขภาพที่เป็นตัวบ่งชี้ชนชั้น มีดังนี้

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

(ii) วิธีการให้คำอธิบายสาเหตุของโรคและการดูแลสุขภาพอนามัยนั้น ก่อตัว มาจากสภาพชีวิตที่เป็นจริงของชนชั้นไหน

2.3.การวิเคราะห์ผู้รับสาร ในทัศนะของ Morley สามารถวิเคราะห์ผู้รับสาร ได้ดังนี้

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

2.3.2 พฤติกรรมการรับชม (Viewing Behavior) เป็นการขยายแนวคิดจากพฤติกรรม การเปิดรับสาร (Exposure Behavior) ให้มีมิติเชิงคุณภาพของการเปิดรับ เช่น เปิดรับกับใคร ที่ไหน เปิดรับอย่างใจจดใจจ่อ หรือเปิดรับแบบผ่าน ๆ ไป ซึ่งจะช่วยอธิบายผลของการรับสารได้ดีขึ้น โดยมีมิติต่าง ๆ ดังนี้

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

ii) ลักษณะการคิดไตร่ตรองในขณะที่ดู (Reflexive) ได้แก่ วิธีการเปิดรับของผู้รับสารนั้นเป็นแบบคิดแล้วเชื่อดีหมด คิดแล้วไม่ติดตาม หรือคิดแล้วรู้จักคิดพิจารณาไตร่ตรอง ตามไปด้วย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับผลกระทบของสื่อมาก

iii) ช่วงเวลาที่ดู (Temporal organization) การศึกษาในเรื่องช่วงเวลาที่ดูนั้น อาจหมายความว่ากว้างขวางกว่าคำตอบที่ว่า ผู้รับสารเปิดรับรายการต่างๆในช่วงเวลาไหนเท่านั้น หากแต่หมายถึงความถี่ของการที่สื่อมวลชนประเภทต่างๆ ได้เข้าไปจัดระบบการใช้ชีวิตประจำวันของผู้รับสารอย่างไร

2.3.3. การเข้าถึงตัวบท (Access to relevant text) นอกจากพฤติกรรมการเปิดรับ สารเกิดจากปัจจัยภายใน(Endogeneous Factors)เช่น ความสนใจ ทักษะคิด ฯลฯแล้ว ปัจจัยภายนอก(Exogeneous)ที่เป็นตัวแปรแทรกในการเปิดรับสาร เช่น ชาวบ้านในชนบทไม่เปิดรับสื่อสิ่งพิมพ์ก็เนื่องจากหนังสือไปไม่ถึง หรือคนจนอ่านหนังสือน้อยกว่าดูโทรทัศน์ เพราะหนังสือเป็นสื่อที่ค่อนข้างเสียเงิน หรือถึงแม้รายการจากโทรทัศน์ไม่มีปัญหาอุปสรรคด้านระยะทางหรือเศรษฐกิจก็ตาม แต่ปัจจัยการเข้าถึงก็คือ ช่วงเวลาของรายการ ถ้ารายการสุขภาพถ่ายทอดในช่วงเวลาทำงาน ผู้รับสารที่ต้องทำงานนอกบ้านก็จะหมดโอกาสเข้าถึงตัวบท

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

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

ขั้นตอนทั้ง 4 นี้ จะเป็นตัวกำหนดว่าผู้รับสารจะนำข่าวสารหรือความรู้ ที่ได้จากสื่อไปปฏิบัติตามได้หรือไม่มากนักเพียงใด

2.3.5. การวิเคราะห์ผลกระทบที่มีต่อผู้รับสาร มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

i) การกำหนดวาระให้แก่ประชาชน

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

ii)การสร้างอัตลักษณ์ของบุคคล

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

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

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

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

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

3. สองทศนะทางการแพทย์กับแบบแผนการเจ็บป่วยของสังคมไทย

ในปี 2523 ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันในกฎบัตรเพื่อพัฒนาการทางสุขภาพ(CHARTER FOR HEALTH DEVELOPMENT) คัดองค์การอนามัยโลก โดยมีเป้าหมาย Health for All by the Year 2000 - สุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 นั้น เป็นการวาดภาพสังคมในอนาคตว่า ทุกครอบครัว ทุกคน มีสิทธิ มีส่วนร่วมกันพัฒนาสุขภาพ ทุกคนมีโอกาสเท่าเทียมกันที่จะเข้าถึง และได้รับประโยชน์จากการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน ทรัพยากรที่จะใช้ในการพัฒนานั้นจะได้รับการจัดสรรอย่างเป็นธรรมและเป็นไปเพื่อประโยชน์ของคนส่วนใหญ่ ประกอบกับความหมายของการพัฒนาที่หมายถึงการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคลในสังคม และวิถีทางที่คนในสังคมมีปฏิริยาสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพที่แท้จริง คือ การที่บุคคลสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี

มัลลิกา มัลลิก (2530) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง(self care)เป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) อนุรักษ์ภาวะสุขภาพ (Health maintenance) การป้องกันโรค(Disease prevention)การบำบัดรักษาตนเอง(Self treatment) ซึ่งรวมความไปถึงการฟื้นฟูสภาพ ร่างกาย จิตใจ (Rehabilitation)ภายหลังการเจ็บป่วย กระบวนการดูแลสุขภาพตนเองนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของบุคคลไม่ได้เกิดเฉพาะครั้งคราว จากการศึกษาของ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2530) พบว่า คนไทยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของสังคม และปัจจัยสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลสุขภาพตนเองทั่วไป การดูแลสุขภาพตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเบี่ยงเบนของสุขภาพ(ภาวะเจ็บป่วย) อย่างไรก็ตาม การดูแลสุขภาพของคนไทยบนพื้นฐานของการแพทย์แผนปัจจุบัน พบว่า คนไทยมีรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพ ทางด้านการรักษามากกว่าการป้องกัน ดังการศึกษาของพิมพ์วัลย์และคณะ(2529)และ วีระพันธ์และคณะ(2531) พบว่า พฤติกรรมการรักษาตนเองเป็นพฤติกรรมแพร่หลายที่สุด ส่วนใหญ่เป็นการใช้ยาแผนปัจจุบันมากกว่ายาสมุนไพร โดยลักษณะการใช้ยารักษาตนเอง อาจสืบทอดมาจากการปลูกฝังให้คนไทยในสมัยก่อนใช้ยารักษาตนเอง ซึ่งเป็นปัญหาการใช้เกินยาความจำเป็น ดังการศึกษาของธนาคารโลก ปี 2534 พบว่า ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขสูงมากโดยเฉพาะค่าใช้จ่าย ด้านสาธารณสุขของครัวเรือนมากกว่าภาครัฐถึงร้อยละ 46 โดยส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในการใช้บริการจากคลินิกและโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2533 พบว่า ครัวเรือนจ่ายเงินเพื่อบริการประเภทนี้เฉลี่ยเดือนละ 75 บาท หรือร้อยละ 40 ของ

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

เนื่องจากการแพทย์แผนปัจจุบันประสบความสำเร็จในการเอาชนะโรคติดเชื้อร้ายแรง ที่คร่าชีวิตมนุษย์เป็นล้านๆ เช่น กาฬโรค อหิวาตกโรค วัณโรค ไทฟอยด์ ฯลฯ ตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 19 เป็นต้นมา การแพทย์แผนปัจจุบันทำให้ผู้คนตื่นตะลึงไปกับความสำเร็จและประดิษฐกรรมใหม่ ๆ นับแต่การค้นพบยาปฏิชีวนะไปจนถึงการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและการแปลงเพศ เทคโนโลยีอันซับซ้อนถูกนำมาใช้ในการวินิจฉัยโรคอย่างน่าพิศวง ในด้านการบำบัดรักษาวิทยาการทางด้านอายุรศาสตร์ รังสีวิทยา และ ศัลยศาสตร์ ได้ทำให้การแพทย์แผนปัจจุบันกลายเป็นวิทยาศาสตร์ชั้นสูงที่สอดคล้องกับสังคมอุตสาหกรรมและยุคอวกาศ ทำให้คนเราขาดการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพในเชิงป้องกัน เพราะเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยก็จะพึ่งพาแพทย์และวิทยาการแผนปัจจุบัน(ตะวันตก) ซึ่งมองสุขภาพแบบแยกส่วนโดยมุ่งความชำนาญเฉพาะทาง พึ่งพาเทคโนโลยีวินิจฉัยและบำบัดรักษาอวัยวะเฉพาะส่วนที่แปรปรวนไป

อย่างไรก็ตาม แบบแผนการเจ็บป่วยของคนไทยมีแนวโน้มเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อเป็นโรคจากความมั่งคั่งฟุ่มเฟือยเกิดจากการกินมากเกินไปจนอ้วน ทำงานนั่งโต๊ะ ไม่ได้ออกกำลังกาย เคร่งเครียดมาก สูบบุหรี่มาก ดื่มสุรามาก ฯลฯ เช่น โรคหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคเส้นเลือดในสมองตีบและแตก รวมทั้ง โรคเกิดจากความแออัดยัดเยียด มลภาวะของสิ่งแวดล้อม และอาหารเป็นพิษภัยด้วยสารมะเร็ง การจรรยาบรรณแน่น ความเคร่งเครียด ต้องต่อสู้แข่งขัน ความไม่เป็นระเบียบ ฟุ้งเฟ้อ ลำลองทางเพศ การไม่สามารถปรับตัวรับใจ ความวิปริต ไม่สมหวังในอารมณ์ จนเกิดพยาธิสภาพทางสังคมทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น มะเร็ง อุบัติเหตุ การเป็นพิษ การบาดเจ็บ การติดยาเสพติด โรคกระเพาะ อาหารเป็นแผล โรคจิต โรคประสาท กามโรค และที่ร้ายแรงที่สุด คือ โรคเอดส์ นั้น มีอาจ ที่จะพึ่งพาการแพทย์แผนปัจจุบันได้เพียงอย่างเดียว เพราะวิทยาการทางการแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่สามารถบำบัดรักษาได้ และสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคเหล่านี้เกิดจากพฤติกรรมของบุคคล อีกทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันต้องใช้ทุนเป็นปัจจัยหลัก ซึ่งไม่สอดคล้องกับการเป็นประเทศกำลังพัฒนานัก

ดังนั้น การมีสุขภาพที่ดีจึงต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งตนเอง สังคม และสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ ซึ่งแนวคิดนี้คือ การมองสุขภาพแบบ องค์กรรวม (Holistic Health) ที่มีแนวคิดและวิธีการที่มองมนุษย์ในฐานะเป็นระบบหนึ่งๆ ซึ่งสัมพันธ์เชื่อมโยงกับระบบอื่นๆ ทั้งที่เล็กกว่าและใหญ่กว่าอย่างแยกไม่ออก ความเจ็บป่วยจึงมิใช่เป็นเรื่องความผิดปกติของอวัยวะใด อวัยวะหนึ่งใด ๆ แต่เป็นผลจากความแปรปรวนของระบบใหญ่เริ่มตั้งแต่ร่างกายทั้งระบบไปจนถึงระบบความสัมพันธ์ที่มีต่อสังคม และธรรมชาติแวดล้อมที่แตกต่างกันไป แนวทางการบำบัดรักษาจึงเน้นเรื่องดุลยภาพมาก ซึ่งการฟื้นฟูดุลยภาพนั้นแต่ละแนวทางมีความแตกต่างกัน แต่สิ่งหนึ่งที่มีร่วมกันก็คือ การให้ความสำคัญกับวิถีชีวิตและการประพฤติปฏิบัติตัวเป็นกิจวัตร ซึ่งมีได้ครอบคลุมเฉพาะบุคคลเท่านั้น หากยังรวมสัมพันธ์ถึงความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และที่สำคัญคือ การมีทัศนคติหรือการวางจิตใจอย่างถูกต้อง ต่อสิ่งที่ประสบในชีวิต หรือต่อสิ่งที่คาดหวังจากชีวิต นั่นคือ การเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเอง รวมทั้งความหลากหลายของวิธีการเพื่อสุขภาพที่ดี การแพทย์องค์รวมมีลักษณะบูรณาการ คือ ผสมผสานวิธีการบำบัดรักษาหลายอย่างเข้าด้วยกัน เช่น การบำบัดด้วยอาหาร การออกกำลังกาย การรู้จักคลายความเครียด การปรับทัศนคติให้ถูกต้อง การฝังเข็ม การนวด เป็นต้น ไม่พึ่งพาหรือเชี่ยวชาญในวิธีการใดวิธีการหนึ่ง และการบำบัดรักษามิใช่ปัจจัยหลักของการแพทย์แบบองค์รวม

พฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งทางกาย จิต สังคมจึงเป็นปัจจัยหลักต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยมากกว่า และยังสามารถป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อบางชนิด ซึ่งยังพบในเขตชนบท เขตชุมชนแออัด และเขตชุมชนรอบนอกของเมืองใหญ่ๆ ได้ด้วย สอดคล้องกับคำรงค์ บุญยืน (2538) ที่กล่าวถึง ทิศทางการพัฒนาด้านสาธารณสุขของไทยในทศวรรษหน้า (ทางด้านการปฏิรูปบริการสาธารณสุข)ว่า ต้องสร้างสิ่งจูงใจให้กับบุคคลทุกระดับ ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ ตั้งแต่การป้องกันโรคด้วยพฤติกรรมสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ โดยเฉพาะการละเว้นสุราและบุหรี่ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การใช้รถใช้ถนนที่ถูกต้อง พฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย รวมทั้ง ให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อม และสามารถรักษาตนเอง ครอบครัว และชุมชนในเบื้องต้นได้ โดยไม่จำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจึงเป็นทัศนะใหม่ด้านสุขภาพที่น่าสนใจ เนื่องจากเป็นแนวคิดสุขภาพที่บุคคลสามารถพึ่งพาตนเองได้ ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเหมาะกับสังคมไทย ซึ่งมีโครงสร้างสังคมแบบพีระมิดโดยที่ฐานเป็นกลุ่มคนยากจน อีกทั้งบุคคลทุกระดับในสังคมสามารถเข้าถึงได้

ความแตกต่างของแนวคิดการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แบบองค์รวม (แลชอปฟ้าเขียว,2533)

การแพทย์แผนปัจจุบัน	การแพทย์แบบองค์รวม
1. แยกส่วน แบ่งความชำนาญออกเป็นเรื่องๆ เกี่ยวข้อง กับผู้ป่วยเป็นส่วน ๆ ไม่มีใคร รับผิดชอบผู้ป่วยทั้งคน	1. ผสานรวม สนใจชีวิตทุกส่วนของผู้ป่วย ทั้งการทำงาน การออกกำลังกาย ครอบครั้ว ชีวิตทางสังคม อาหาร ภาวะจิตใจและอารมณ์
2. รวมศูนย์ ขณะที่การผลิตสินค้า รวมศูนย์อยู่ใน โรงงาน อำนาจในการรักษาก็รวมศูนย์ อยู่กับสถาบัน การแพทย์ และแพทย์เองก็กระจุกอยู่ในโรงพยาบาล ใหญ่ ความรู้และเทคโนโลยียากที่จะกระจายไปยัง คนทั่วไป ส่วนบริการทางการแพทย์ก็ยากที่จะกระจาย ไปยังชุมชนห่างไกล	2. กระจายอำนาจ พยายามที่จะให้อำนาจหรือสมรรถนะ การรักษาแพร่หลายสู่ทุกคน เท่าที่จะทำได้
3. บริการเหมือนผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป ที่ออกมาจาก โรงงาน กล่าวคือ ให้บริการทางการแพทย์อย่างเดียวกันแก่ทุกคน ซึ่งมีอาการ อย่างเดียวกัน (อาจมีสาเหตุต่างกัน)	3. เน้นเฉพาะตัวของผู้ป่วย ตระหนักว่าผู้ป่วย แต่ละคน มี ลักษณะเฉพาะตัวที่ต้องอาศัยวิธีการเฉพาะอย่าง ที่สอดคล้องกัน
4. ทุนเป็นปัจจัยหลัก กระบวนการรักษาให้ความสำคัญแก่เครื่องจักรและเทคโนโลยี ราคาแพงละเลย คุณค่าของการเอาใจใส่ใกล้ชิดและความสัมพันธ์ดี เพื่อมนุษยที่หมอพึงมี ต่อผู้ป่วย	4. เน้นมนุษยธรรม คำนึงถึงความเติบโตของ มนุษย์ และคุณภาพชีวิตมากกว่าที่จะสนใจการขยายตัวของ โรง พยาบาล
5. มุ่งเติบโตทางวัตถุอย่างไม่มีขีดจำกัด เน้นการสร้าง โรงพยาบาลให้มากขึ้นและขยายให้ใหญ่โตขึ้นไม่ ประสานกับธรรมชาติไม่สนใจที่จะร่วมมือกับ ธรรมชาติเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ในการรักษาตนเอง ของร่างกาย	5. ตระหนักถึงสมดุลทางนิเวศวิทยา สนับสนุน ให้ร่างกายทำการเสริมสร้างนำบัดตัวเองมากกว่าที่จะใช้ ยา หรือสารเคมีแปลกปลอมมารุกราน ร่างกาย
6. เน้นเทคโนโลยีขั้นสูง ยิ่งเทคโนโลยีในการ วินิจฉัย และรักษามีความซับซ้อนมากเท่าไร ก็ยิ่งดีเท่านั้น	6. เน้นเทคโนโลยีที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงเครื่องมือซับซ้อน ที่ทะลุทะลวงร่างกายเช่น เครื่องเอ็กซเรย์ การฉายรังสี

ดังนั้น ญุณแจสำคัญสำหรับอนาคตของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงควรที่ ต้องให้ประชาชน(ทุกชนชั้น)พึงตนเองและดูแลตนเองให้ได้มากที่สุด ส่วนหนึ่งคือการดำเนินการได้ โดยการให้ความรู้ที่ถูกต้อง การให้ข้อมูลข่าวสารที่สมบูรณ์ และการเผยแพร่สารสนเทศที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดำรงชีวิตประจำวัน และการประกอบอาชีพ การพัฒนาระบบข้อมูลและเผยแพร่จึงเป็นทิศทาง ที่จำเป็นยิ่ง

การวิจัยเรื่อง “ทิศทางของการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์” จึงทำการศึกษาว่า สื่อโทรทัศน์ได้ช่วยทำหน้าที่เป็นทางเลือกหนึ่ง หรือเป็นหนทางหนึ่งที่น่าไปสู่การมีสุขภาพดีให้แก่ชนชั้นต่าง ๆ ในสังคมอย่างไร กล่าวคือ ในเชิงปริมาณโทรทัศน์ได้นำเสนอปัญหาสุขภาพอนามัยของชนชั้นต่าง ๆ เป็นสัดส่วน อย่างไร และในเชิงคุณภาพ ทิศทางของสุขภาพเป็นไปในแง่ใด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ประเภทของสื่อกับความรู้ด้านสุขภาพ

งานวิจัยหลายเรื่องที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

ธีรกุล สถิตนิมานการ(2537)ศึกษาความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสารความรู้สุขภาพด้านสาธารณสุขกับการมารับบริการของผู้มารับบริการโรงพยาบาลรามารับจำนวน 360 คน เพื่อทราบพฤติกรรมการเปิดรับสื่อ รวมทั้งการรับรู้ก่อนมารับบริการกับความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสารผ่านสื่อต่าง ๆ กับการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล พบว่า ผู้มารับบริการเคยรับทราบข่าวสารด้านสาธารณสุขก่อนมารับบริการจากโทรทัศน์มากที่สุด และรูปแบบรายการสุขภาพที่พบทางโทรทัศน์มีลักษณะเป็นข่าวสารทั่วไป ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามอายุ ระดับ การศึกษา และอาชีพ โดยเฉพาะโรคเอดส์มีการเปิดรับชมสื่อมวลชนมาก ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มตัวอย่างใดก็ตาม

เกศินี จุฑาวิจิตร (2533) ศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอยู่ร่วมระหว่างผู้ติดเชื้อเอดส์ในระยะที่ไม่มีอาการกับครอบครัว พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัวเปิดรับข่าวสารทั่วไปทางหนังสือพิมพ์มากที่สุด แต่แทบทั้งหมดได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์จากโทรทัศน์มากที่สุด

สุวรรณณี โพธิ์ศรี(2536)ศึกษาการเปิดรับสื่อ ความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ปกครองนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตกรุงเทพฯ พบว่า การเปิดรับข่าวสารโรคเอดส์จากโทรทัศน์มากที่สุด และปริมาณการเปิดรับข่าวสารโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้และทักษะคติ

2.การวิเคราะห์เนื้อหาการสุขภาพทางโทรทัศน์

ถึงแม้ว่าจากการศึกษาพบว่าประชาชนนิยมเปิดรับข่าวสารความรู้จากสื่อโทรทัศน์ แต่มีงานวิจัยน้อยชิ้นที่ศึกษาถึงเนื้อหาของรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ ผู้วิจัยจึงนำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

ถัศดา ประพันธ์พงษ์(2534) วิเคราะห์รายการสุขภาพทางโทรทัศน์ที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า รายการสุขภาพทางโทรทัศน์มี 4 ประเภท คือ นิตยสารทางอากาศ สารคดี ละครสั้น และ สนทนา เนื้อหารายการสะท้อนถึงการส่งเสริมสุขภาพ และสรุปว่าโทรทัศน์ได้ดำเนินการตามภาระหน้าที่ของสื่อในการส่งเสริมสุขภาพ

กฤษณา ชิมวังโส(2537)ศึกษาเรื่อง “การวิเคราะห์รูปแบบสารโฆษณาทางโทรทัศน์” ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างลักษณะพฤติกรรมการบริโภคชั้นสูงในสังคมไทย” พบว่า การจัดลำดับชนชั้น ในสังคมไทยมีการเคลื่อนที่ในเรื่องช่วงของชนชั้นและในเรื่องอายุของชนชั้น ทำให้ผู้บริโภคที่มีรูปแบบการบริโภคและรสนิยมอย่างชนชั้นสูงมีจำนวนมากขึ้นในสังคมไทย และ ระบบการสื่อสาร ในสังคมโลกเป็นต้นฉบับสนับสนุนให้เกิดกรอบอ้างอิงที่ส่งเสริมให้เกิดการเคลื่อนที่ของชนชั้น ในขณะที่เดียวกัน ระบบการสื่อสารในสังคมโลกก็เป็นตัวบอกให้เห็นถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างชนชั้นในสังคมไทยได้เช่นกัน

กนิษฐา บึงวิสุทธิวงศ์(2535) วิเคราะห์โฆษณาที่เผยแพร่ทางวิทยุและโทรทัศน์ พบว่า โทรทัศน์เป็นสื่อที่แพร่หลายเข้าหมู่บ้านอย่างรวดเร็ว และใช้มูลค่าในการโฆษณาสูงที่สุดและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของชาวบ้านมากขึ้นทุกๆด้าน รวมถึง การบริโภคยา

3.ผลกระทบจากการเปิดรับสื่อมวลชน

งานวิจัยหลายชิ้นที่ศึกษาถึงผลกระทบจากการเปิดรับสื่อมวลชน เนื่องจากมีความเชื่อว่าการมีความรู้จะทำให้เกิดทัศนคติที่ดี และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้

โจชนก บุรณะศิษฐ์(2536) ศึกษาอิทธิพลของโทรทัศน์ที่มีผลต่อการตัดสินใจบริโภค เครื่องดื่มบำรุงกำลังของพนักงานการทำงานประจำแห่งประเทศไทย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร พบว่า โทรทัศน์มีอิทธิพลปานกลางต่อการตัดสินใจบริโภค แต่ความคาดหวังจากประโยชน์ของสินค้า มากที่สุด

สุนิมิต ประทีปเสน(2534)ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสารโฆษณาบริการสังคมทางโทรทัศน์กับพฤติกรรมผู้บริโภค พบว่า การเปิดรับสารโฆษณาบริการสังคมทางโทรทัศน์มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการเลือกและจดจำสินค้าของผู้บริโภค และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค

นิสากร ตันลาพูน(2537) ศึกษาการรับรู้และการจดจำภาพยนตร์โฆษณาทางโทรทัศน์ และพฤติกรรมการซื้อและใช้ยาแก้ปวดลดไข้ของกลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตกทม. พบว่า การเปิดรับ สารมากหรือน้อยไม่มีผลต่อการรับรู้และการจดจำ รวมทั้งพฤติกรรมการซื้อและใช้ยา นั้นอาจ แสดงว่า สารที่เป็นภาพยนตร์โฆษณาไม่เหมาะสมกับผู้รับสารก็เป็นได้

จะเห็นได้ว่าการเปิดรับสื่อมวลชนส่วนใหญ่พบว่าไม่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ

4. แนวคิดการดูแลสุขภาพกับฐานะเศรษฐกิจสังคม

การดูแลสุขภาพของบุคคลมีหลายมิติ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามฐานะเศรษฐกิจสังคม

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์และคณะ(2530) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของชาวชนบท:กรณีศึกษาหมู่บ้าน 2 แห่งในอำเภอยางชุมน้อย จ.นครราชสีมา โดยมุ่งไปที่พฤติกรรมดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วย พบว่า พฤติกรรมการรักษาตนเองเป็นพฤติกรรมแพร่หลายที่สุด ส่วนใหญ่เป็นการใช้ยาแผนปัจจุบันรักษาตนเอง ซึ่งเป็นปัญหาของการใช้ยาเกินความจำเป็นในปัจจุบัน และฐานะทางเศรษฐกิจเข้ามามีส่วนกำหนดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง กล่าวคือ กลุ่มคนจนเริ่มต้นด้วยการรักษาตนเองก่อน เมื่อไม่หายก็จะลองรักษาตนเองต่อไปอีกสักระยะหนึ่ง หรืออาจเปลี่ยนวิธีการรักษาตนเองแบบอื่นๆไปเรื่อยๆจนกว่าจะหาย แต่กลุ่มคนรวยเมื่อลองเลือกรักษาตนเองสักระยะแล้ว ไม่เห็นอาการดีขึ้นก็มีแนวโน้มจะเปลี่ยนไปแสวงหาแหล่งบริการสาธารณสุขต่าง ๆโดยไม่รีรอ ทั้งนี้ด้วยขีดความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นเงื่อนไขสำคัญ

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง"ทิศทางของการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์"เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา การสำรวจตามแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์เพื่อประเมินรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของผู้รับสารในกลุ่มต่าง ๆ ผู้วิจัยทำการรวบรวมรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ทุกรายการที่แพร่ภาพทางสถานีโทรทัศน์ช่อง 3,5,7,9 และ11 ในช่วงเดือน มกราคม 2539 เพื่อทำการวิเคราะห์เนื้อหาใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแบบสอบถามและประเด็นการสัมภาษณ์

แหล่งข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้มีแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา ดังต่อไปนี้

1. ประเภทรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ รายการสุขภาพทางโทรทัศน์ทุกรายการที่แพร่ภาพทางสถานีโทรทัศน์ช่อง 3,5,7,9 และ11 ในช่วงเดือนมกราคม 2539 แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

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

2. ประเภทบุคคล แหล่งข้อมูลประเภทบุคคลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่

ก. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการเปิดรับสารด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

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

- ชนชั้นกลาง หมายถึง นายทหาร/ตำรวจระดับพันเอกลงมา,ข้าราชการพลเรือนระดับ 8 ลงมา,รัฐวิสาหกิจระดับต่ำกว่าผู้อำนวยการกอง,พนักงานบริษัทระดับปวส.ขึ้นไป,ผู้ประกอบการวิชาชีพอิสระ เช่น วิศวกร,สถาปนิก,เจ้าของกิจการ, ศิลปิน ฯลฯ จำนวน 150 คน

- ชนชั้นล่าง หมายถึง เกษตรกร, หาบเร่, กรรมกร(ภาคการเกษตร, อุตสาหกรรม และการขนส่ง), ลูกจ้าง, ช่างฝีมือที่ไม่เชี่ยวชาญ จำนวน 200 คน

ข. กลุ่มตัวอย่างให้สัมภาษณ์ประเมินรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ ได้แก่ ผู้รับสารจำนวน 41 คน (10% ของแต่ละชนชั้น)

3. ประเภทเอกสาร หนังสือ เอกสาร บทความ วิทยานิพนธ์ รวมทั้งสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ บทบาททางสังคมของสื่อมวลชน, การใช้สื่อมวลชนเพื่อการพัฒนาประเทศ, แบบแผนการเจ็บป่วยของคนไทย, ทัศนะเกี่ยวกับการแพทย์ ฯลฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “ทิศทางของการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์” ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. รายการสุขภาพทางโทรทัศน์

2. ผู้รับสาร

2.1 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการเปิดรับสารด้านสุขภาพ จำนวน 400 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างให้สัมภาษณ์ประเมินรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ จำนวน 41 คน

1. รายการสุขภาพทางโทรทัศน์ หมายถึง รายการสุขภาพที่มีเนื้อหาของรายการเกี่ยวกับ สุขภาพโดยตรงและโฆษณาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการนำคำว่า “สุขภาพ” มากล่าวอ้าง ทุกรายการที่แพร่ภาพทางสถานีโทรทัศน์ช่อง 3, 5, 7, 9 และ 11 ในช่วงเดือนมกราคม 2539

1.1 รายการความรู้ที่มีเนื้อหาของรายการเป็นรายการสุขภาพโดยตรง จำนวน 20 รายการ ได้แก่ เมฆอุกรัก, ละครรู้โรคปลอดภัย, ก้าวทันโรค, สุขภาพดีทั่วไทย, สมอใสการแพทย์, รักลูกให้ถูกทาง, สุขภาพดีมีสุข, คลินิกช่อง 5, การแพทย์ก้าวหน้า, รู้ทันโรค, ถนนอมควงดา, ดวงใจพ่อแม่, รักฟัน, ห่วงคุณห่วงสุขภาพ, ใจเขาใจเรา, 5 นาทีฟรีสไตล์ : รู้ทันเอดส์, เพื่อนแก้ว, พบหมอศิริราช, แทนรักจากแม่, ปัญหาชีวิตและสุขภาพ

1.2 โฆษณาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการนำคำ“สุขภาพ”มาใช้จำนวน 65 เรื่อง

ก. การส่งเสริมป้องกันโรค จำนวนทั้งสิ้น 19 เรื่อง ได้แก่

1. เอกส์ 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. ยาแก้ไอหวัด จำนวน 3 เรื่อง
2. ยาแก้ปวด จำนวน 4 เรื่อง
3. ยาแก้ไอ จำนวน 4 เรื่อง
4. ยาแก้เชื้อรา จำนวน 2 เรื่อง
5. ยาทาแก้แมลงกัด, ต่อย จำนวน 2 เรื่อง
6. ยาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร จำนวน 4 เรื่อง
7. ยาคุม จำนวน 2 เรื่อง
8. ยาทาแก้ปวด จำนวน 3 เรื่อง
9. อุปกรณ์ที่ใช้ทำแผล จำนวน 3 เรื่อง
10. สิ่งบริโภคจำนวน 6 เรื่อง (เครื่องดื่มบำรุงสุขภาพ 3 เรื่อง,นม 2 เรื่อง, น้ำมันพืช 1 เรื่อง)
11. เครื่องอุปโภคเพื่อสุขภาพ จำนวน 11 เรื่อง (วาสลิน 1 เรื่อง, ยาสีฟัน 6 เรื่อง, สบู่ 3 เรื่อง, แชมพู 2 เรื่อง)

ซึ่งรายการสุขภาพทั้ง 2 ประเภทสามารถแบ่งเป็น 6 สาระ ดังนี้

1. อาหาร เช่น เมนูถูกรัก, ก้าวทันโรค(ช่วงบริโภคปลอดภัย), เพื่อนแก้ว (ช่วงกลหม่ำ), สุขภาพดีทั่วไทย เป็นต้น
2. แม่และเด็ก เช่น แทนรักจากแม่, ดวงใจพ่อแม่, สุขภาพดีมีสุข(ตอน การแท้งบุตร), ปัญหาชีวิตและสุขภาพ(ตอน ปัญหาสุขภาพเด็กไทย) เป็นต้น
3. เอกส์ เช่น รู้ทันเอกส์, รู้โรคปลอดภัย, พบหมอศิริราช(ตอนหญิงตั้งครรภ์คิดเชื้อเอกส์) เป็นต้น

4. สุขภาพตา เช่น กระจกตา, พบหมอมติรราช (ตอนการผ่าตัดแก้ไขสายตาผิดปกติ) เป็นต้น
5. สุขภาพฟัน เช่น รักฟัน, ก้าวทันโรค(ช่วงรอยยิ้มพิมพ์ใจ) เป็นต้น
6. ภาวะการเจ็บป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วย/โรคอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากเอดส์, สุขภาพตาและสุขภาพฟันอีกมากมายที่ไม่สามารถจัดเป็นประเภทได้เพราะไม่มีรายการประจำ เช่น โรคหัวใจ, เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, มะเร็ง, สุขภาพจิต, โรคเรื้อรัง, โรคปอด เป็นต้น วิทยาการสุขภาพ (การฉายรังสี, การเสริมอก, เครื่องวัดการนอนหลับ, เครื่องถ่ายภาพด้วยแม่เหล็กไฟฟ้า), อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย, ยาปฏิชีวนะ, อุบัติเหตุ เป็นต้น

2. ผู้รับสาร

2.1 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการเปิดรับสารด้านสุขภาพ เพื่อศึกษาการเปิดรับชมรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของผู้รับ

สารกลุ่มต่าง ๆ เนื่องจากประชากรไทยทั้งประเทศ(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2539) มีจำนวนทั้งสิ้น 60,116,182 คน จึงคำนวณจำนวนตัวอย่างที่จะทำการศึกษา ในระดับความคลาดเคลื่อน 5% ดังนี้

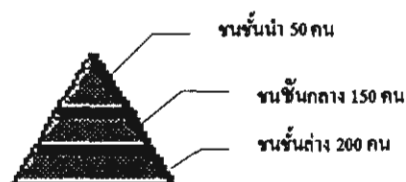
$$n = \frac{Z^2 \pi (1-\pi) N}{Z^2 \pi (1-\pi) + N e^2} \quad \pi = 0.5 \quad z = 2, \quad N = 60,116,182 \text{ คน}$$

$$= 400 \text{ คน}$$

และสำนักงานกลางทะเบียนราษฎรได้แสดงร้อยละของประชากรรายภาคประเทศไทย 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(เสถียร เขยประทับ, 2535) มีลักษณะแบบพีรามิด โดยที่จากฐานพีรามิด คือ ชนชั้นล่าง, ชนชั้นกลางและชนชั้นนำ ผู้วิจัยจึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างดังนี้



อนึ่ง ชนชั้นนำโดยส่วนใหญ่แล้วมักรวมตัวอยู่ที่กรุงเทพฯ (เสถียร เขยประทับ, 2535) ผู้วิจัยจึงเลือกทำการศึกษาชนชั้นในกรุงเทพฯ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เหลือ คือ ชนชั้นกลางและ ชนชั้นล่างนั้น ทำการสุ่มภาคละ 1 จังหวัดโดยมีจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วน ยกเว้น ภาคกลาง เนื่องจากประชากรของกรุงเทพฯ มีมากเป็น 2 เท่าของจังหวัดในภาคกลางทั้งหมดโดยไม่รวม กรุงเทพฯ (กทม. 5,584,963 คนและอื่น ๆ 6,320,672 คน, สำนักงานกลางทะเบียนราษฎร) ภาคกลางที่มี 3 ส่วน จึงเป็นกทม. 2 ส่วนและสุ่มภาคกลางอีกหนึ่งจังหวัดให้เป็นหนึ่งส่วน ได้ดังนี้

	ชนชั้นล่าง(คน)	ชนชั้นกลาง(คน)	ชนชั้นนำ(คน)
ภาคเหนือ-จังหวัดเชียงใหม่ (2)	40	30	-
ภาคกลาง-กรุงเทพฯ (2)	40	30	50
-สมุทรสาคร (1)	20	15	-
ภาคออก/เหนือ-กาฬสินธุ์ (4)	80	60	-
ภาคใต้ -สุราษฎร์ธานี (1)	20	15	-
รวมทั้งสิ้น (10 ส่วน)	200	150	50

2.2 กลุ่มตัวอย่างให้สัมภาษณ์ประเมินรายการสุขภาพทางโทรทัศน์

เพื่อทำการประเมินรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของกลุ่มผู้รับสารในชนชั้นต่าง ๆ จึงเลือกบุคคลที่ชมรายการสุขภาพทางโทรทัศน์จากการสำรวจการเปิดรับชมรายการฯ โดยคิดจาก 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	-
ภาคออก/เหนือ-กาฬสินธุ์ (4)	8	6	-
ภาคใต้ -สุราษฎร์ธานี (1)	2	2	-
รวมทั้งสิ้น (10 ส่วน)	20	16	5

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. โสตทัศนูปกรณ์ ได้แก่ แอบบันทึกภาพ,แอบบันทึกเสียง,เครื่องเล่นเทปบันทึกเสียงภาพ
สมุดบันทึก /ปากกา,ดินสอ และตารางจำแนกรายการสุขภาพทางโทรทัศน์

2. แบบสอบถามเพื่อการสำรวจการเปิดรับชมรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ ประกอบด้วย
5 ส่วน คือ

- ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ,อายุ,สถานภาพ,การศึกษา,อาชีพ,รายได้,และสุขภาพ
- ความสนใจข่าวสารด้านสุขภาพ
- การเปิดรับข่าวสารด้านสุขภาพ
- การเปิดรับรายการสุขภาพทางโทรทัศน์
- ช่วงเวลาที่ต้องการรายการสุขภาพทางโทรทัศน์

3. คำถามเพื่อการสัมภาษณ์ทัศนะของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ ต่อรายการสุขภาพทาง
โทรทัศน์ ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

- i) ความน่าเชื่อถือของรายการสุขภาพทางโทรทัศน์
- ii) ความสอดคล้องของเนื้อหารายการกับปัญหาสุขภาพของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ
- iii) ความสามารถในการนำไปปฏิบัติได้
- iv) แนวคิดทางการแพทย์ที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์

การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. ความเที่ยง (Validity)

1.1 การวิเคราะห์เนื้อหา ผู้วิจัยได้แบ่งรายการสุภาพตามเนื้อหารายการออกเป็น 6 สาระ แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ สำหรับเกณฑ์ในการวิเคราะห์ตามแนวคิดทางการแพทย์ใช้เกณฑ์ตามหลักการของการแพทย์นั้น ๆ และการแบ่งชนชั้นพิจารณาจากลักษณะของโรคและองค์ประกอบต่าง ๆ ของรายการ แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ปรีกษาขอคำแนะนำ

1.2 แบบสอบถามการเปิดรับชมรายการสุภาพทางโทรทัศน์ ตรวจสอบรายการสุภาพทางโทรทัศน์ให้ครบถ้วน รวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ ที่คาดว่าจะมีความเกี่ยวข้องกับการเปิดรับชมรายการ แล้วปรีกษาผู้เชี่ยวชาญและทรงคุณวุฒิ

1.3 คำถามสัมภาษณ์เชิงลึก ตรวจสอบให้ครอบคลุมประเด็นที่จะทำการศึกษาและ ปรีกษาผู้เชี่ยวชาญและทรงคุณวุฒิ

2. ความเชื่อมั่น (Reliability)

2.1 การวิเคราะห์เนื้อหา สุ่มรายการสุภาพทางโทรทัศน์(10%ของแต่ละประเภท) คือ รายการสุภาพ 16 ตอน/โฆษณา 7 เรื่อง ให้ผู้เชี่ยวชาญ 2 คน แต่ละบุคคลพิจารณาแยก ตามเกณฑ์การวิเคราะห์และความรู้สึกตนเอง แล้วนำผลจากการพิจารณานั้นมาทดสอบความ- เชื่อมั่นโดยอาศัยหลักการคำนวณของฮอลตี (Holsti)

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

C_1, C_2 = เป็นจำนวนของรายการที่ผู้ลงรหัส 2 คนมีความเห็นตรงกัน

$C_1 + C_2$ = เป็นจำนวนของประเภททั้งหมดที่ผู้ลงรหัสทั้งสองพิจารณา

ถ้าหาค่าคำนวณได้ออกมาตามหลักการของGold and Kaplan นั้น ไม่ควรต่ำกว่า 0.75 จึงจะถือว่ามีความเชื่อมั่นสูง

$$R = \frac{2(18)}{23 + 23} = 0.78$$

ดังนั้น เกณฑ์ในการวิเคราะห์เนื้อหาที่มีความเชื่อมั่นสูงพอที่จะนำมาใช้ได้

2.2 แบบสอบถาม ทำการทดลองแบบสอบถามการเปิดรับชมรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ ดังนี้

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

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. รายการสุขภาพทางโทรทัศน์

1.1 รายการความรู้ ทำการตรวจสอบรายการสุขภาพจากหนังสือแนะนำรายการโทรทัศน์ ได้แก่ บ้านทิงทิว , มีเดียทีวีไกด์ จัดทำตารางการออกอากาศของรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ และทำการบันทึกเทปเองทั้งหมด 20 รายการ บันทึกได้ทั้งหมด 151 ตอน

1.2 โฆษณา จากการเปิดรับรายการโทรทัศน์เป็นประจำและสังเกตว่าโฆษณาขึ้นใด จัดเป็นประชากรที่ต้องทำการศึกษาคงจะจดจำไว้ และทำการบันทึกเทปในโอกาสต่อไป ให้ครบถ้วน ได้จำนวนทั้งสิ้น 65 เรื่อง

2. ประเภทบุคคล การเก็บรวบรวมข้อมูลประเภทบุคคลมี 2 ลักษณะ คือ

2.1 การสำรวจตามแบบสอบถาม เพื่อศึกษาการเปิดรับรายการสุขภาพทางโทรทัศน์

- ชนชั้นนำ ได้แก่ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ, เซ็นจูรี่ปาร์คพลาซ่า, สำนักงานใหญ่ธนาคารกรุงเทพ จำกัด , จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ชนชั้นกลาง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามภาคต่าง ๆ ดังนี้
 - ภาคเหนือ-เชียงใหม่ ได้แก่ ที่ว่าการอำเภอเมืองเชียงใหม่, กองพันทหารแม่ริม
 - ภาคกลาง-กรุงเทพฯ ได้แก่ ธนาคารออมสิน สาขาสะพานคำ, บริษัทไทยคม
 - สมุทรสาคร ได้แก่ ศาลากลางจังหวัดสมุทรสาคร
 - ภาคออก/เหนือ-กาฬสินธุ์ ได้แก่ ศาลากลางจังหวัด, ที่ว่าการอ.เมือง, อ.กมลาไสย
 - ภาคใต้ -สุราษฎร์ธานี ได้แก่ ที่ว่าการอำเภอกาญจนดิษฐ์
- ชนชั้นล่าง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามภาคต่าง ๆ ดังนี้

ภาคเหนือ-เชียงใหม่ ได้แก่ ม.9 ค.ชี้เหล็ก,ม.9ค.ห้วยไร่,ม.1ค.เมืองกิดอ.แม่แตง
ภาคกลาง-กรุงเทพฯ ได้แก่ สวนจตุจักร,ชุมชนแออัดริมคลองบางเขน,คนงาน
ก่อสร้างหมู่บ้านจามจุรี,เขตการเดินรถที่ 11

-สมุทรสาคร ได้แก่ หมู่ที่ 1,3 ค.บางหญ้าแพรก อ.เมือง
ภาคออก/เหนือ-กาฬสินธุ์ ได้แก่ หมู่ที่3,5,6 ค.ลำดอง,หมู่ที่ 1,5,8 ค.บึงวิชัย อ.เมือง
ภาคใต้ -สุราษฎร์ธานี ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนกาญจนดิษฐ์

2.2 การสัมภาษณ์เพื่อประเมินรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ ทำการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่เตรียมไว้ โดยคัดเลือกบุคคลที่ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการเปิดรับรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ จำนวนทั้งสิ้น 41 คน พร้อมการบันทึกเทปและการจดบันทึก ดังนี้

- ชนชั้นล่าง จำนวน 20 คน ได้แก่ ชาวไร่ชาวนา(12 คน),หาบเร่(2 คน),
คนงานก่อสร้าง(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 อดีตวุฒิสมาชิก(1 คน),ผู้บริหารธนาคารกรุงเทพ
จำกัด (1 คน),อาจารย์มหาวิทยาลัย(2 คน) และผู้มีฐานันดรศักดิ์(1 คน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

1.1. การแบ่งเนื้อหาตามสาระออกเป็น 6 สาระ ได้ดังนี้

i) อาหาร จำนวนทั้งสิ้น 51 ตอน

- รายการความรู้ ได้แก่ เมนูถูกรัก,ก้าวทันโรค,ดวงใจพ่อแม่,สุขภาพดีทั่วไทย และ เพื่อนแก้ว จำนวนทั้งสิ้น 38 ตอน
- โฆษณา จำนวน 13 ตอน ได้แก่ การป้องกันโรค 7 เรื่อง,สิ่งบริโภค 6 เรื่อง (เครื่องดื่มบำรุงสุขภาพ 3 เรื่อง,นม 2 เรื่อง,มันพืช 1 เรื่อง)

ii) แม่และเด็ก จำนวนทั้งสิ้น 38 ตอน

- รายการความรู้ ได้แก่ รักลูกให้ถูกทาง,เมนูลูกรัก,ดวงใจพ่อแม่,แทนรักจากแม่,สุขภาพดีมีสุข,ปัญหาชีวิตและสุขภาพ,รู้ทันโรค จำนวน 34 ตอน
- โฆษณา จำนวน 4 ตอน

iii) เอดส์ จำนวนทั้งสิ้น 16 ตอน

- รายการความรู้ ได้แก่ รู้รอบปลอดเอดส์,รู้ทันเอดส์,พบหมอศิริราช จำนวน 9 ตอน
- โฆษณา จำนวน 7 ตอน

iv) สุขภาพตา จำนวนทั้งสิ้น 10 ตอน

- รายการความรู้ ได้แก่ ถนอมดวงตา,การแพทย์ก้าวหน้า จำนวน 9 ตอน
- โฆษณา 1 เรื่อง

v) สุขภาพฟัน จำนวนทั้งสิ้น 15 ตอน

- รายการความรู้ ได้แก่ รักฟัน,ก้าวทันโรค,พบหมอศิริราชจำนวน 9 ตอน
- โฆษณา ได้แก่ ยาสีฟัน 6 เรื่อง

vi) ภาวะการเจ็บป่วย จำนวนทั้งสิ้น 86 ตอน

- รายการความรู้ ได้แก่ ก้าวทันโรค,รู้ทันโรค,สมองใสการแพทย์,สุขภาพดีมีสุข,คลินิกช่อง 5,การแพทย์ก้าวหน้า,ห่วงคุณห่วงสุขภาพ,ใจเขาใจเรา,พบหมอศิริราช ปัญหาชีวิตและสุขภาพ จำนวน 52 ตอน
- โฆษณา จำนวน 34 ตอน ได้แก่ การป้องกันโรค 4 เรื่อง,ยา 24 เรื่อง,เครื่องอุปโภคเพื่อสุขภาพ 6 เรื่อง

1.2.การแบ่งช่วงเวลาเพื่อการวิเคราะห์ ด้วยแต่ละรายการมีเนื้อหาและช่วงเวลาต่างกัน ผู้วิจัยจึงแบ่งประเภทรายการให้สะดวกต่อการวิเคราะห์ดังนี้

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

พบหมอสิริราช,ใจเขาใจเรา,ห่วงคุณห่วงสุขภาพ,แทนรักจากแม่,รักพัน,ถนอม
ดวงตา,เมนูถูกรัก,รักลูกให้ถูกทาง จำนวนทั้งสิ้น 13 รายการ

- ii) รายการที่มีการแบ่งช่วงรายการอยู่แล้ว ให้ถือเอาแต่ละช่วงเป็น 1 ตอน ได้แก่
- สมองใสการแพทย์ ได้แก่ โลกกว้างทางแพทย์,พบแพทย์
 - คลินิกช่อง 5 ได้แก่ รอบโรครอบรู้,ใส่ใจคุณภาพชีวิต,ก้าวทันมะเร็ง
 - ดวงใจพ่อแม่ ได้แก่ รอบโรครอบรู้,ใส่ใจคุณภาพชีวิต,ก้าวทันมะเร็ง
 - รื้อคปลอกเคดส์ ได้แก่ สารคดี,ละคร,สนทนา
 - เพื่อนแก้ว ได้แก่ กลหม่า,ลูกแก้ว,เปิดซองจดหมาย
 - ปัญหาชีวิตและสุขภาพ (แบ่งตามเนื้อหาในแต่ละครั้ง)

iii) โฆษณาแต่ละเรื่องจัดเป็น 1 ตอน รวมทั้งสิ้น 65 ตอน

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

- i) แนวคิดทางการแพทย์ใช้เกณฑ์การวิเคราะห์ด้วยบท ดังนี้
- การแพทย์แยกส่วนเน้นการดูแลรักษามากกว่าการป้องกันและเน้น
การพึ่งพาแพทย์/ ผู้เชี่ยวชาญหรือยาและเทคโนโลยี
 - การแพทย์องค์รวม เน้นการป้องกันโรค มุ่งพฤติกรรมของบุคคลทั้งตนเอง

ii) การแบ่งชนชั้น วิเคราะห์ด้วยทว่าจัดอยู่ในกลุ่มโรคที่เกิดจากความยากจนหรือ
กลุ่มโรคที่เกิดจากความมั่งคั่งและฟุ่มเฟือย กลุ่มเป้าหมายของรายการหรือชื่อตอนเป็นของชนชั้นใด

หมายเหตุ จากการวิเคราะห์เนื้อหาในแต่ละช่วงรายการ(นำ,กลาง,จบ)พบว่า
มีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงรายการน้อย ดังนั้น หากพบว่ารายการใดมีลักษณะทางชนชั้น หรือ
แนวคิดทางการแพทย์ 2 ใน 3 แล้ว ผู้วิจัยถือว่าเป็นเช่นนั้น ตัวอย่าง เช่น รายการก้าวทัน
โรค ช่วงคนดั่งกับสุขภาพ ตอน อ.จุฑาผล ชมภูนิช ปรากฏผลดังนี้ (ภาคผนวกหน้า 9)

แนวคิดการแพทย์						ลักษณะทางชนชั้น					
แยกส่วน			องค์รวม			ไม่มี			ชนชั้นนำ		
นำ	กลาง	จบ	นำ	กลาง	จบ	นำ	กลาง	จบ	นำ	กลาง	จบ
-	1	1	1	-	-	1	-	-	-	1	1

ผู้วิจัยถือว่ารายการคอนนี้มีลักษณะของการแพทย์แยกส่วนและมีลักษณะของชนชั้นนำ
แล้วนำคะแนนที่ได้มาคำนวณทางสถิติแบบพรรณนา(Descriptive Method) โดยคำนวณหาค่าร้อยละ
(Percentage) และค่าเฉลี่ย(Mean) เพื่อวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของรัฐและเอกชนในมิติต่าง ๆ
2. เพื่อศึกษาลักษณะทางชนชั้นของเนื้อหาที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์
3. เพื่อเปรียบเทียบการนำเสนอแนวคิดของการแพทย์แบบแยกส่วนกับการแพทย์องค์รวม
ที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์

2. วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามด้วยโปรแกรม SPSS PC+ เพื่อหาความแตกต่างการ
เปิดชมรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ระหว่างชนชั้น โดยสถิติไคร้สแควร์ ดังนี้

- 2.1 ชนชั้นกับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
- 2.2 ชนชั้นกับการประเมินสุขภาพตนเอง,ความสนใจข้อมูลด้านสุขภาพ
- 2.3 ชนชั้นกับการเปิดรับรายการสุขภาพทางโทรทัศน์และลักษณะการเปิดรับ
- 2.4 ชนชั้นกับรายการสุขภาพ/โฆษณาที่เปิดรับมากที่สุด
- 2.5 ชนชั้นกับเวลาที่ต้องการให้มีรายการสุขภาพทางโทรทัศน์

3. วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ประเมินรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ ทศนะของผู้รับ
สารชนชั้นต่างๆมีการรับรู้ ต่างกันหรือไม่อย่างไร เกี่ยวกับประเด็นที่พบในรายการ
สุขภาพทางโทรทัศน์ดังนี้

- 3.1 ความน่าเชื่อถือในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ โดยศึกษาคำตอบจากคำถาม
- 1) ท่านคิดว่าข้อมูลจากรายการเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายทางโทรทัศน์ถูกต้องหรือไม่ ?
 - 2) คำแนะนำจากรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ตรงกับความจริงทางสุขภาพที่ท่านมีอยู่หรือไม่ ?
- 3.2 ความสอดคล้องของเนื้อหารายการกับปัญหาสุขภาพของผู้รับสารแต่ละกลุ่ม โดยศึกษาคำตอบจากคำถาม
- 3) ท่านและครอบครัวเคยมีปัญหาสุขภาพตรงกับรายการข้างหรือไม่ ?
 - 4) ท่านคิดว่ารายการสุขภาพทางโทรทัศน์ตรงกับปัญหาสุขภาพของคนส่วนใหญ่หรือไม่ ?
- 3.3 ความสามารถในการนำไปปฏิบัติของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ โดยศึกษาคำตอบจากคำถาม
- 5) ท่านสามารถนำสิ่งที่ได้จากรายการสุขภาพทางโทรทัศน์นำไปใช้ได้หรือไม่ ?
- 3.4 ผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ ได้รับการนำเสนอแนวคิดการแพทย์จากรายการสุขภาพทางโทรทัศน์อย่างไร โดยศึกษาคำตอบจากคำถาม
- 6) รายการสุขภาพทางโทรทัศน์แนะนำให้ท่านดูแลสุขภาพด้วยตนเองหรือให้ไปหมอ ?
เช่นอะไรบ้าง ?

การนำเสนอ ผลการวิจัยเรื่อง “ทิศทางของการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์” ประกอบด้วย

บทที่ 4 การวิเคราะห์เนื้อหารายการสุขภาพทางโทรทัศน์ เพื่อวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของรัฐและเอกชนในมิติต่าง ๆ
2. เพื่อศึกษาลักษณะทางชนชั้นของเนื้อหาที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์
3. เพื่อเปรียบเทียบการนำเสนอแนวคิดของการแพทย์แบบแยกส่วนกับการแพทย์องค์รวมที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์

บทที่ 5 การประเมินรายการสุขภาพทางโทรทัศน์จากทัศนะของผู้รับสารกลุ่มต่าง ๆ

- พฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ
- กระบวนการรับรู้รายการสุขภาพทางโทรทัศน์

บทที่ 6 ทิศทางของการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์

บทที่ 4

การวิเคราะห์เนื้อหารายการสุขภาพทางโทรทัศน์

การศึกษา “ทิศทางของการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์” เป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบของการสื่อสาร โดยทำการวิเคราะห์เนื้อหารายการสุขภาพทางโทรทัศน์ เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย 3 ข้อแรก คือ

1. เพื่อเปรียบเทียบรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของรัฐและเอกชนในมิติต่าง ๆ
2. เพื่อศึกษาลักษณะทางชนชั้นของเนื้อหาที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์
3. เพื่อเปรียบเทียบการนำเสนอแนวคิดของการแพทย์แบบแยกส่วนกับการแพทย์องค์รวมที่ปรากฏในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เนื้อหารายการสุขภาพทางโทรทัศน์โดยแยกการออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

1. รูปแบบรายการความรู้
2. รูปแบบรายการโฆษณา

1) รูปแบบรายการความรู้ 20 รายการ จำนวน 151 ตอน ได้แก่ เมนูลูกรัก, แทนรักจากแม่, ดวงใจพ่อแม่, เพื่อนแก้ว, ก้าวทันโรค, สุขภาพดีทั่วไทย, รักลูกให้ถูกทางสุขภาพดีมีสุข, ถนนดวงตา, รักพิน, ปัญหาชีวิตและสุขภาพ, รู้ทันโรค, รู้รอบปลอดภัย, รู้ทันเอดส์, พบหมอศิริราช, ใจเขาใจเรา, การแพทย์ก้าวหน้า, สมองใสการแพทย์, คลินิกช่อง5, ห่วงคุณห่วงสุขภาพ

2) รูปแบบโฆษณาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย และที่นำคำ“สุขภาพ”มาใช้ จำนวน 65 เรื่อง ซึ่งประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ โฆษณาส่งเสริมป้องกัน และโฆษณาสินค้า

- โฆษณาส่งเสริมป้องกัน จำนวน 19 ตอน
- โฆษณาสินค้า จำนวน 46 ตอน

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 แสดงรายการสุขภาพและรูปแบบรายการ ตามประเภทต่าง ๆ

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

จากตารางพบว่า รายการสุขภาพทางโทรทัศน์มีเนื้อหาสาระจัดหมวดหมู่ได้เป็น 6 ประเภท คือ อาหาร,แม่และเด็ก,เอดส์,สุขภาพตา,สุขภาพฟัน และภาวะการเจ็บป่วย ประกอบด้วย 2 รูปแบบรายการ คือ รายการความรู้ 151 ตอน และโฆษณา 65 ตอน รวมทั้งสิ้น 216 ตอน ซึ่งจากการวิเคราะห์เนื้อหาปรากฏผลดังนี้

ก) ประเภทรายการ แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1) ประเภทที่มีจำนวนตอนในปริมาณมาก ได้แก่ ภาวะการเจ็บป่วยและอาหาร ผู้วิจัยวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้ประเภทเนื้อหาทั้ง 2 ประเภทมีมากกว่า เนื่องจาก

- เกณฑ์ในการจัดประเภทภาวะการเจ็บป่วย หมายถึง การเจ็บป่วย/โรคอื่น ๆ อีกมากมายที่นอกเหนือจากเอดส์, สุขภาพตา และสุขภาพฟัน ซึ่งไม่สามารถจัดเป็นประเภทเนื้อหาเฉพาะออกมาได้ เนื่องจากไม่มีรายการประจำ เช่น โรคหัวใจ, เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, มะเร็ง, สุขภาพจิต, โรคเรื้อรัง, โรคปอด ฯลฯ วิทยาการสุขภาพต่าง ๆ (การฉายรังสี, การเสริมอก, เครื่องวัดการนอนหลับ, เครื่องถ่ายภาพด้วยแม่เหล็กไฟฟ้า), อื่น ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย, ยาปฏิชีวนะ, อุบัติเหตุ รวมทั้งโฆษณาและสินค้าต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย จึงทำให้ประเภทภาวะการเจ็บป่วยมีมากกว่าประเภทอื่น (40%)

- ส่วนประเภทอาหาร เนื่องจากมีรายการประจำจำนวนมาก และเป็นเนื้อหาที่สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ทั้งรายการความรู้และโฆษณาเช่น เมนูลูกรัก, เพื่อนแก้ว, ก้าวทันโรค (ช่วงบริโภคปลอดภัย), โฆษณาเครื่องดื่มบำรุงร่างกาย, นม เป็นต้น

2) ประเภทรายการที่มีจำนวนตอนในปริมาณปานกลาง ได้แก่ ประเภทแม่และเด็ก เนื่องจากมีรายการความรู้ประจำหลายรายการ เช่น รักลูกให้ถูกทาง, เมนูลูกรัก, ดวงใจพ่อแม่, แทนรักจากแม่ รวมทั้งรายการสุขภาพอื่น ๆ ที่มีเนื้อหาบางตอนเกี่ยวกับแม่และเด็ก เช่น สุขภาพดีมีสุข (ตอนการแท้ง, นมแม่), ปัญหาชีวิตและสุขภาพ (ตอนปัญหาสุขภาพเด็กไทย), รู้ทันโรค (ตอนเด็กกับทีวี) เป็นต้น ผู้วิจัยวิเคราะห์อาจมี 2 ปัจจัยที่ทำให้มีปริมาณเนื้อหา ประเภทแม่และเด็ก มีปริมาณมากปานกลาง คือ อาจเป็นเพราะสังคมให้ความสำคัญกับแม่และเด็ก, ผู้ปกครองทุกคนต้องการให้บุตรหลานของตนมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี ประกอบกับเจ้าของผลิตภัณฑ์สินค้าเด็กซึ่งมีจำนวนมากก็ให้การสนับสนุนเป็นสปอนเซอร์ให้กับรายการความรู้ต่าง ๆ รวมทั้งโฆษณาสินค้าเด็กก็มีจำนวนมาก

3) ประเภทที่มีจำนวนตอนในปริมาณน้อย ได้แก่ เอดส์, สุขภาพฟัน และสุขภาพตา อาจเป็นเพราะเกณฑ์ที่ใช้วัดมีขอบเขตแคบ คือ เอดส์เป็นโรคเพียงโรคเดียว เช่นเดียวกับสุขภาพฟันและสุขภาพตาที่เป็นเรื่องของอวัยวะเพียงส่วนเดียว แต่ก็นับว่ารายการทั้ง 3 ประเภทนี้มีความสำคัญ เพราะมีรายการประจำ เช่น รู้ทันเอดส์, รู้โรคปลอดภัย, รักฟัน, ถนอมดวงตา เป็นต้น

ข) รูปแบบรายการ จากตารางที่ 1 พบว่า รูปแบบรายการความรู้มีจำนวนตอนมากกว่า โฆษณา ซึ่งอาจเป็นเพราะวิธีการนับของผู้วิจัย กล่าวคือ รายการความรู้ 1 รายการ เช่น คลินิกช่อง 5 มี 3 ช่วง คือ รอบโรครอบรู้, ใส่ใจคุณภาพชีวิต และก้าวทันมะเร็ง ผู้วิจัยนับเป็น 3 ตอน เป็นต้น จึงทำให้ปริมาณของรายการความรู้มีมากกว่าโฆษณา อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่ารูปแบบโฆษณาจะมีน้อยกว่ารูปแบบรายการความรู้ แต่ในแง่ของความรู้ในการเผยแพร่จะมีมากกว่ารูปแบบรายการความรู้ ดังนั้น ปัจจัยความถี่จึงเข้ามาเกี่ยวข้องส่งผลให้ประสิทธิภาพของรูปแบบโฆษณาอาจจะสูงกว่า (จะทดสอบต่อไปในการศึกษาผู้รับสาร)

1. การเปรียบเทียบรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ของรัฐและเอกชนในมิติต่าง ๆ

เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อแรก 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 สำหรับโฆษณามี 2 ลักษณะ คือ โฆษณาส่งเสริมป้องกันเป็นบริการสาธารณะ และโฆษณาสินค้าเป็นธุรกิจ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบรายการสุขภาพของรัฐกับเอกชน

ผู้ผลิต	รายการสุขภาพทางโทรทัศน์ (จำนวนตอน)				รวม
	รายการ ความรู้	โฆษณา			
		ส่งเสริมป้องกัน	สินค้า	รวม	
รัฐ	63	19	-	19	82
เอกชน	44	-	46	46	90
ร่วมกัน	44	-	-	-	44
รวม	151	19	24	65	216

ผลจากตารางที่ 2 พบว่า

i) รัฐและเอกชน ผลิตรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ในปริมาณที่ใกล้เคียงกัน โดยเอกชนผลิตมากกว่าเล็กน้อย แต่ยังมีจำนวนรายการที่ร่วมกันเพียงครึ่งหนึ่งของที่แต่ละฝ่ายผลิตเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะว่าควรที่จะส่งเสริมให้มากขึ้น เพราะรัฐมีแนวคิดและข้อมูลที่ดี ขณะที่เอกชนมีกลยุทธการสื่อสารดี

ii) รัฐผลิตรายการความรู้มากกว่าโฆษณา แต่เอกชนผลิตโฆษณามากกว่ารายการความรู้ ซึ่งเป็นไปตามหลักว่า รายการโทรทัศน์ของรัฐควรจัดทำในรูปแบบของบริการสาธารณะอันหมายถึงรายการที่มีเนื้อหาสาระการให้ความรู้ ส่วนเอกชนจะมุ่งการสร้างสินค้าที่ปรากฏในรูปแบบของโฆษณาสินค้า (ทั้ง 46 ตอนของเอกชนเป็นโฆษณาขายสินค้าทั้งหมด) ขณะที่โฆษณา 19 ตอนของรัฐเป็นโฆษณาส่งเสริมป้องกัน

น่าสังเกตว่า การผลิตร่วมกันระหว่างรัฐกับเอกชนมีแค่ในรูปแบบรายการความรู้เท่านั้น แต่ไม่มีการผลิตโฆษณาร่วมกันระหว่างรัฐและเอกชนเลย ไม่ว่าจะเป็นโฆษณาส่งเสริมป้องกันหรือสินค้า ทั้งที่การโฆษณาส่งเสริมป้องกันน่าจะผลิตร่วมกันได้

3) ประเภทรายการความรู้ที่เอกชนผลิต

- i) ปริมาณมาก คือ อาหาร เป็นรายการความรู้ที่มีผลิตภัณฑ์สินค้าประเภทอาหารเป็นสปอนเซอร์ เนื้อหารายการจึงถูกกำหนด เช่น รายการเมนูถูกรักตอนอาหารัญญาพิช, รายการสุขภาพดีทั่วไทย ที่เนื้อหารายการเป็นพืชสมุนไพรใช้ทำอาหารได้ เช่น ฟั ทะลายโจร,ขมิ้นชัน ฯลฯ โดยเจ้าของผลิตภัณฑ์พืชสมุนไพรเป็นเจ้าของรายการ
- ii) ปริมาณปานกลาง คือ แม่และเด็ก เป็นรายการความรู้ที่มีผลิตภัณฑ์สินค้าประเภทแม่และเด็กเป็นสปอนเซอร์ (เช่น นม,แป้ง,สบู่ ฯลฯ) เช่น รายการแทนรักจากแม่ เป็นต้น
- iii) ปริมาณน้อย คือภาวะการเจ็บป่วย เนื่องจากเรื่องของการเจ็บป่วยสามารถทำเป็นโฆษณาซึ่งมีประสิทธิภาพในการขายสินค้าได้ดีกว่า เพราะรูปแบบรายการความรู้ไม่สามารถระบุซื้อขายที่ต้องการให้ขายได้ จึงผลิตร่วมกับรัฐบาลเพื่อความน่าเชื่อถือของสินค้าเพียงเท่านั้น

ที่น่าสังเกตเอกชนไม่ผลิตเนื้อหารายการประเภทเอดส์ เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่มีตัวรักษา จึงขายสินค้าไม่ได้ รวมทั้ง ประเภทสุขภาพตาและฟันที่เอกชนไม่ผลิตโดยลำพัง อาจเป็นเพราะเป็นเรื่องของอวัยวะเดียวสามารถขายสินค้าได้น้อย ถ้าผลิตมักผลิตร่วมกับรัฐเนื่องจากรัฐต้องการเผยแพร่ความรู้แต่งบประมาณไม่เพียงพอ เอกชนซึ่งมีเงินทุนจึงร่วมมือกับรัฐเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือให้กับสินค้าที่เป็นสปอนเซอร์ด้วย

4) ประเภทรายการความรู้ที่ผลิตร่วมกัน

- i) ปริมาณมาก คือ ภาวะการเจ็บป่วย อาจเป็นเพราะเนื้อหารายการความรู้ประเภทนี้มีความหลากหลายจึงมีโอกาสนำเสนอสินค้าที่เข้ามาเป็นสปอนเซอร์ได้มาก ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลเอกชน,ยา,นม,เครื่องดื่มบำรุงร่างกาย ฯลฯหรือแม้กระทั่งบริษัทประกันชีวิต เช่น รายการพบหมอศิริราช,ก้าวทันโรค, ปัญหาชีวิตและสุขภาพ,คลินิกช่อง 5
- ii) ปริมาณปานกลาง คือ สุขภาพตา แต่เป็นองค์กรเดียวที่ผลิตรายการประเภทนี้ อาจเป็นเพราะรัฐบาลเงินทุน ขณะที่เอกชนมีทุนแต่ขาดข้อมูล
- iii) ปริมาณน้อย ได้แก่ สุขภาพฟัน,อาหาร,แม่และเด็ก และเอดส์ อาจเป็นเพราะแต่ละองค์กรมีการผลิตรายการเป็นของตนเองอยู่แล้ว

1.1.3 ลักษณะผู้ผลิตกับประเภทรายการในรูปแบบโฆษณา

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบโฆษณาของผู้ผลิตต่าง ๆ จำแนกตามประเภท

ประเภทรายการ	ลักษณะโฆษณา	ผู้ผลิต (จำนวนเรื่อง)			รวม (เรื่อง)
		รัฐ	เอกชน	ร่วมกัน	
1. อาหาร	- การส่งเสริมป้องกัน	7	-	-	13
	- สินค้า	-	6	-	
2. แม่และเด็ก	- การส่งเสริมป้องกัน	1	-	-	4
	- สินค้า	-	3	-	
3. เอดส์	- การส่งเสริมป้องกัน	7	0	-	7
	- สินค้า	-	-	-	
4. สุขภาพตา	- การส่งเสริมป้องกัน	-	-	-	1
	- สินค้า	-	1	-	
5. สุขภาพฟัน	- การส่งเสริมป้องกัน	-	-	-	6
	- สินค้า	-	6	-	
6. ภาวะการเจ็บป่วย	- การส่งเสริมป้องกัน	4	0	-	34
	- สินค้า	-	30	-	
รวม	- การส่งเสริมป้องกัน	19	-	-	65
	- สินค้า	-	46	-	

จากตารางที่ 4 ผลการวิจัยพบว่า

i) รายการสุขภาพรูปแบบโฆษณาเอกชนผลิตมากกว่ารัฐ เป็นไปตามหลักการว่า เอกชนมุ่งใช้โทรทัศน์เป็นช่องทางการเผยแพร่สินค้าด้านสุขภาพสู่ประชาชน และพบว่าไม่มีการผลิตร่วมกันระหว่างรัฐและเอกชน อาจเป็นเพราะผู้วิจัย

ii) ที่น่าสังเกตอย่างมาก คือ โฆษณามี 2 ลักษณะ คือ โฆษณาส่งเสริมป้องกัน และโฆษณาสินค้า โดยโฆษณาส่งเสริมป้องกันรัฐเป็นผู้ผลิตทั้งหมด และโฆษณาสินค้าเอกชนเป็นผู้ผลิตทั้งหมด นั่นคือ เป็นการตอกย้ำการบริการสาธารณะเป็นของรัฐทั้งหมด ส่วนเอกชนมุ่งการเป็นธุรกิจหวังผลทางการค้า

iii) เนื่องจากโฆษณาส่งเสริมของรัฐมีน้อยทำให้ไม่ครอบคลุมทุกประเภท พบเพียง 4 ประเภท คือ อาหาร, เอดส์, ภาวะเจ็บป่วย และแม่และเด็ก ไม่มีโฆษณาส่งเสริมป้องกันสุขภาพตาและฟัน เป็นเพราะไม่มีหน่วยงานใดที่รับผิดชอบเกี่ยวกับสุขภาพตาโดยตรง ส่วนประเภทสุขภาพฟัน นั้นถึงแม้จะมีกองทันตสาธารณสุขรับผิดชอบอยู่ แต่อาจไม่มีงบประมาณจึงอาศัยเอกชนที่มีสินค้าที่ใช้ในเชิงป้องกันสุขภาพฟัน คือ ยาสีฟัน ซึ่งความหมายโดยนัยให้ดูแลรักษาความสะอาดของเหงือกและฟันสอดคล้องกับการดูแลสุขภาพอนามัยช่องปากที่ดีได้ จึงไม่มีการผลิตโฆษณาเอง

v) โฆษณาของเอกชนมากที่สุดคือ ภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งก็คือโฆษณาสำหรับรักษาตัวเอง ของชนชั้นล่างได้แก่ ห้มใจ, ทิฟฟี, นูต้า, บวดหาย, วิคส์, พูกาการ์, ยากั๊ว, ยาทาแก้ปวด ฯลฯ ประเภทอาหารและสุขภาพฟันมีโฆษณาปานกลางก็เพราะมีสินค้าที่เกี่ยวข้อง ต่างกับโรคเอดส์ที่เอกชนไม่ผลิตในรูปแบบโฆษณาเพราะไม่มีทางรักษาจึงไม่มีสินค้าสำหรับประเภทสุขภาพตามีคอนเทคเลนส์เป็นสินค้าเพียงอย่างเดียว

การผลิตรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ในแง่รูปแบบรายการ จะพบว่ารัฐได้ทำหน้าที่ในการบริการสุขภาพมากกว่าเอกชน แต่บริการสุขภาพที่ให้บริการเป็นเรื่องของการมอง “สุขภาพ” ทางด้านการรักษามากที่สุด (ภาวะการเจ็บป่วย) รวมทั้งรัฐให้ความสำคัญกับแม่และเด็ก และเอดส์ จะเห็นได้จากมีรายการประจำจำนวนมาก ตามเหตุผลที่กล่าวแล้ว ขณะที่เอกชนผลิตรายการประเภทอาหาร, แม่และเด็กมาก เพื่อมุ่งหวังผลทางการค้าที่มีสินค้าจำนวนมากทั้ง 2 ประเภทรายการ

จึงอาจสรุปแบบแผนของลักษณะผู้ผลิตกับรูปแบบรายการของรายการสุขภาพทางโทรทัศน์ได้ดังนี้
 รัฐผลิตรายการรูปแบบรายการความรู้มากกว่ารายการรูปแบบโฆษณา
 เอกชนผลิตรายการรูปแบบโฆษณามากกว่ารายการรูปแบบรายการความรู้
 การร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนผลิตรายการรูปแบบรายการความรู้เพียงอย่างเดียว

1.2.ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะผู้ผลิตกับลักษณะทางชนชั้นของรายการ

1.2.1 ลักษณะผู้ผลิตกับลักษณะทางชนชั้นของรายการในรูปแบบรายการโดยรวม(ทั้งรายการความรู้และโฆษณา)

ตารางที่ 5 แสดงลักษณะผู้ผลิตกับลักษณะทางชนชั้นของรายการสุขภาพ(ทั้งรายการความรู้และโฆษณา)

องค์กรผู้ผลิต รายการสุขภาพ	ไม่มีลักษณะของ ชนชั้น(ตอน)	ลักษณะของชนชั้น (ตอน)		
		ชนชั้นล่าง	ชนชั้นนำ	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 ไม่มีลักษณะชนชั้นมากกว่าการมีลักษณะชนชั้น(แต่ก็เพียงเล็กน้อย 127:89 หรือ 5:4 เท่านั้น) อาจเป็นเพราะปัจจุบันแบบแผนการเจ็บป่วยของคนไทยเป็นโรคที่เกิดจากพยาธิสภาพทางสังคม เช่น อุบัติเหตุ, ยาเสพติด, โรคจิตโรคประสาท ฯลฯ ซึ่งสามารถเกิดได้กับคนทุกชนชั้น และอาจเพราะลักษณะของสื่อโทรทัศน์ที่เป็น mass จึงต้องการให้ครอบคลุมผู้รับสารให้มากที่สุด คำว่า “ไม่มีชนชั้น” หมายความว่าเท่ากัน “ทุกชนชั้น” จึงเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับธรรมชาติของสื่อโทรทัศน์

ii) เมื่อแยกลักษณะผู้ผลิต

- รัฐผลิตรายการไม่มีชนชั้นมากกว่ามีชนชั้น 2 เท่า (58:24) เหตุผลเดียวกับข้อ I)
- เอกชนผลิตรายการมีชนชั้นและไม่มีชนชั้นใกล้เคียงกัน (47:43) เพราะมีสินค้าสำหรับคนทุกระดับ
- การร่วมกันผลิตพบการไม่มีลักษณะชนชั้นและการมีลักษณะชนชั้นเท่ากัน (22:22)

iii) เมื่อพิจารณาเฉพาะรายการที่มีลักษณะชนชั้น พบว่า ทั้งรายการของรัฐ, เอกชนและร่วมกันผลิตมีแบบแผนเดียวกัน คือ เป็นรายการสำหรับชนชั้นนำมากกว่าชนชั้นล่าง(รวมแล้วมากกว่า

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

1.2.2 ลักษณะผู้ผลิตกับลักษณะทางชนชั้นของรายการสุขภาพในรูปแบบรายการความรู้

ตารางที่ 6 ลักษณะผู้ผลิตกับลักษณะทางชนชั้นของรายการสุขภาพในรูปแบบรายการความรู้

องค์กรผู้ผลิต รายการความรู้	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

- i) รายการความรู้ไม่มีชนชั้นมากกว่าการมีชนชั้นประมาณเท่าตัว (97:54) เหตุผลเหมือนกับข้อ 1.2.1
- ii) เมื่อแยกลักษณะผู้ผลิต
 - รัฐผลิตรายการไม่มีชนชั้นมากกว่าการมีชนชั้นเกือบ 3 เท่า(47 :16)
 - เอกชนผลิตรายการ ไม่มีชนชั้นมากกว่ามีชนชั้นไม่มากนัก(28:16)
 - ร่วมกันผลิตรายการไม่มีชนชั้นเท่ากับมีชนชั้น (เหตุผลเดียวกับข้อ i)
- iii) เมื่อพิจารณาเฉพาะรายการที่มีชนชั้น พบว่า ทั้ง ๆ ที่เป็นรายการความรู้แต่ผู้ผลิตทุกกลุ่มไม่ว่าจะเป็นรัฐ,เอกชน หรือร่วมกันผลิตต่างก็ผลิตรายการเพื่อชนชั้นนำมากกว่ารายการเพื่อชนชั้นล่าง โดยมีปริมาณมากกว่าเป็น 10 เท่า (49 : 5) อาจเป็นเพราะว่าแบบแผนการเจ็บป่วยเนื่องจากความยากจนมีน้อยกว่าโรคที่เกิดจากความมั่งคั่ง และอาจตีความได้ว่า ผู้ผลิตรายการสุขภาพมิได้สนใจที่จะให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ชนชั้นล่าง(คนจน)