

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



สำหรับการวิเคราะห์ "กระบวนการสื่อสารเพื่อการพัฒนาความรู้ด้าน 'การแพทย์ทางเลือก' ของมูลนิธิสุขภาพไทย" ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูล แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นกรอบในการวิจัย ดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการสื่อสาร
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับกลยุทธ์การสื่อสาร
- 2.3 แนวคิดเรื่องการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม (Participatory Communication)
- 2.4 แนวคิดและทฤษฎีการเผยแพร่ นวัตกรรม (Diffusion Innovation)
- 2.5 แนวคิดพื้นฐานทางมานุษยวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์ (Anthropology & Medicine Anthropology)
- 2.6 แนวคิดการแพทย์ทางเลือก (The Alternative Medicine)
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการสื่อสาร

คำศัพท์ว่า *COMMUNICATION* หรือภาษาไทยว่า "การสื่อสาร" นั้น มีผู้ให้ความหมายไว้ต่างๆ กัน เช่น ปรมะ สตะเวทิน (2540:30) ให้คำจำกัดความว่า "การสื่อสาร" (Communication) หมายความว่า กระบวนการถ่ายทอดสาร (Message) จากบุคคลฝ่ายหนึ่ง ที่เรียกว่า "ผู้ส่งสาร" (Source) ไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า "ผู้รับสาร" (Receiver) โดยผ่านสื่อ (Channel)

อริสโตเติล (Aristotle อ้างถึงในปรมะ สตะเวทิน, 2540:28) ให้คำจำกัดความว่า "การสื่อสาร คือ การแสวงหา วิธีการชักจูงใจที่พึงมีอยู่ทุกรูปแบบ "

จอร์จ เอ. มิลเลอร์ (George A. Miller อ้างถึงในมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ,2540 :65) "การสื่อสาร หมายถึง การถ่ายทอดข่าวสารจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง "

ซาเพียร์ (Sapir, 1959: 78-80) "การติดต่อสื่อสาร หมายถึง การติดต่อส่งข่าวสาร ข้อเท็จจริง ความคิดเห็นและท่าทีต่างๆ จากบุคคลคนหนึ่งหรือหลายคน ไปยังบุคคลหนึ่งหรือหลายคน "

วิลเบอร์ ชแรมม์ (Wilbur Schramm, 1979: 13 อ้างถึงในศิริกมล จันทรปัญญา, 2544) "การสื่อสาร คือ การมีความเข้าใจร่วมกันต่อสัญลักษณ์ที่แสดงข่าวสาร (Informational signs)"

การสื่อสารของบุคคลมีลักษณะเป็นกระบวนการ (Process) ที่ไม่หยุดนิ่ง มีความเปลี่ยนแปลง และมีความต่อเนื่องตลอดเวลา ซึ่งสามารถพิจารณาได้เสมือนระบบหนึ่งทีประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีหน้าที่และวัตถุประสงค์ที่ต้องการกระทำร่วมกัน ซึ่งองค์ประกอบสำคัญของการสื่อสาร มีดังนี้

1. แหล่งสาร หรือ ผู้ส่งสาร (Source)

เป็นจุดเริ่มต้นของการสื่อสาร หมายถึง แหล่งกำเนิดของสาร หรือ ผู้ที่เลือกสรรข่าวสารเกี่ยวกับความคิดเห็นหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น แล้วส่งต่อไปยังผู้รับสาร ซึ่งอาจเป็นบุคคลคนเดียว หรือมากกว่า 1 คนก็ได้ ส่วนบทบาทของผู้ส่งสารนั้น มีอยู่ 3 ประการด้วยกัน คือ

- 1.) เลือกสรรความหมายที่ใช้ในการสื่อสาร
- 2.) สร้างรหัสจากความหมายให้อยู่ในรูปของสาร
- 3.) ส่งรหัสของสารนั้นออกไป

2. สาร (Message)

หมายถึง สิ่งที่ทำหน้าที่กระตุ้นความหมายให้กับผู้รับ เป็นสาระเรื่องราวที่ส่งออกไปจากผู้ส่งสารสู่ผู้รับสาร อาจเป็นความคิดหรือเรื่องราวใดๆ ที่ส่งผ่านไปตามสื่อได้ ซึ่งตัวของสารนั้น อาจเป็น ข้อความ คำพูด รูปภาพ หรือการทำทางก็ได้

3. ช่องทางสำหรับส่งสาร หรือ สื่อ (Channel or Medium)

เป็นสิ่งที่นำสารจากผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร ในการศึกษาเกี่ยวกับ "สื่อ" โดยทั่วไปมักแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ สื่อมวลชน และ สื่อบุคคล อันทำให้เกิดลักษณะการสื่อสาร 2 แบบ คือ การสื่อสารมวลชน และ การสื่อสารระหว่างบุคคล

4. ผู้รับสาร (Receiver)

หมายถึง ผู้ที่รับข่าวสารจากแหล่งสาร เป็นจุดหมายปลายทางที่สารส่งไปถึง ผู้รับสารอาจเป็นบุคคลคนเดียว หลายคน หรือกลุ่มก็ได้ บทบาทของผู้รับสารมีอยู่ด้วยกัน 3 ประการ คือ

- 1.) รับสาร
- 2.) ถอดรหัสสาร เพื่อให้ได้ความหมาย
- 3.) ได้ตอบสนองความหมาย

บทบาททั้ง 3 นี้ อาจทำโดยบุคคลเพียงคนเดียวหรือหลายคนก็ได้

องค์ประกอบทั้ง 4 ประการเหล่านี้ ล้วนแล้วแต่มีความสำคัญในการกำหนดความสำเร็จของการสื่อสารทั้งสิ้น โดยจะเป็นสิ่งที่ช่วยทำให้ผู้รับสารเกิดความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติและพฤติกรรมไปในแนวทางที่ผู้ส่งสารปรารถนา (Rogers and Svenning, 1969) สอดคล้องกับที่ เอฟเวอร์เรท เอ็ม โรเจอร์ส (Everett M. Rogers, 1973) กล่าวว่า "กระบวนการสื่อสาร คือ กระบวนการที่ความคิดหรือข่าวสารถูกส่งจากแหล่งสารไปยังผู้รับสาร ด้วยเจตนาที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างของผู้รับสาร"

องค์ประกอบอีกประการหนึ่งที่สมควรจะกล่าวถึงในที่นี้ คือ **ปฏิกริยาย้อนกลับ (Feedback)** ในบางครั้งอาจมีองค์ประกอบนี้หรือไม่มีก็ได้ ขึ้นอยู่กับระบบการสื่อสาร ปฏิกริยาย้อนกลับประกอบด้วย สารที่ผู้ได้รับแสดงออกเพื่อให้ผู้ส่งสารได้ทราบถึงผลของสารที่ผู้ส่งได้ส่งไปให้ผู้รับ สำหรับการสื่อสารระหว่างบุคคลนั้น ปฏิกริยาย้อนกลับจะมีได้ทันที แต่ถ้าเป็นการสื่อสารโดยผ่านสื่อมวลชน ปฏิกริยาย้อนกลับจะมีได้ช้ากว่า ปฏิกริยาย้อนกลับเป็นผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในตัวของผู้รับสาร นอกจากนั้นยังเป็นสิ่งที่แสดงว่าการสื่อสารนั้นเกิดผลหรือไม่ และ ประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด

จากองค์ประกอบของการสื่อสารข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การสื่อสาร มีลักษณะที่เป็นกระบวนการอย่างหนึ่ง เช่นเดียวกับการพัฒนาหรือการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และยังมีบทบาทสำคัญยิ่งในกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้วยเช่นกัน

วัตถุประสงค์ของการสื่อสาร

ในการสื่อสารครั้งหนึ่งๆ ทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารต่างก็มีวัตถุประสงค์ในการสื่อสาร โดยทั่วไปเราสามารถจำแนกวัตถุประสงค์ของการสื่อสารได้ดังนี้ (เกศินี จุฑาวิจิตร, 2540: 4-5 อ้างถึงใน ภรณ์ กัญภัย, 2545)

1. เพื่อแจ้งให้ทราบ (to inform) เป็นวัตถุประสงค์ที่ผู้ส่งสารต้องการเผยแพร่หรือบอกกล่าวเรื่องราว เหตุการณ์ต่างๆ กิจกรรม นโยบาย ความเคลื่อนไหว ฯลฯ ของตนเองหรือหน่วยงาน ให้ผู้รับสารได้ทราบ ผู้รับสารก็มีความประสงค์ที่จะได้รับทราบข่าวสาร เพื่อนำไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน หรือเป็นข้อมูลสำหรับการตัดสินใจ

2. เพื่อให้การศึกษา (to educate) เป็นวัตถุประสงค์ที่ผู้ส่งสารต้องการให้ผู้รับสารได้เรียนรู้ และเกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งซึ่งมากกว่าการได้รับทราบ เช่น การเรียนรู้การรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์ทางเลือก เป็นต้น

3. เพื่อโน้มน้าวใจ (to entertain) เป็นวัตถุประสงค์ที่ผู้ส่งสารต้องการให้ผู้รับสารเกิดความรู้สึกชอบใจ สนใจ คล้อยตาม สนับสนุนและต้องการที่จะปฏิบัติตาม ส่วนผู้รับสารทำการสื่อสารก็เพื่อต้องการที่จะได้ข้อมูลสำหรับการตัดสินใจ การสื่อสารที่มีวัตถุประสงค์เพื่อโน้มน้าวหรือชักจูงใจ ได้แก่ การโฆษณา และการประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

4. เพื่อความบันเทิง (to entertain) เป็นวัตถุประสงค์ที่ผู้ส่งสารต้องการให้ผู้รับสารเกิดความพึงพอใจ สนุกสนาน ในส่วนผู้รับสารเองก็ต้องการได้รับความพอใจ เพลิดเพลิน หรือสนุกสนาน

จากที่กล่าวในตอนต้นแล้วว่า การสื่อสารนั้นมีลักษณะเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง มีการเปลี่ยนแปลงและมีความต่อเนื่อง ทั้งที่เกิดในตัวบุคคลและระหว่างบุคคล ดังนั้น นักวิชาการอย่าง โรเจอร์ส (Rogers, 1971) จึงให้ความเห็นว่า "การส่งสารซ้ำหลายๆ ครั้ง จะทำให้สารนั้นถูกยอมรับโดยผู้รับสารมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้รับสารจำเนื้อหาสารได้ดีขึ้น และสารนั้นจะมีประสิทธิภาพในการจูงใจเพิ่มขึ้นอีกด้วย" เช่นเดียวกับคอตเลอร์และโรเบอร์โต (Kotler and Roberto, 1991 อ้างถึงในภรณ์ กัญภัย, 2545:16) ที่ว่า "การนำเสนอสารซ้ำๆ กัน จะช่วยให้สารเป็นที่จดจำได้มาก โดยใช้ความถี่ ซึ่งหมายถึง อัตราความบ่อยครั้งที่กลุ่มเป้าหมายได้รับสาร และการย้ำ คือ การย้ำเตือนเป็นระยะๆ เพื่อผู้รับสารจะได้ไม่ลืมสารนั้นๆ ตลอดจน ความต่อเนื่องในการให้ข่าวสาร"

รูปแบบของการสื่อสาร

เราสามารถจำแนกรูปแบบของการสื่อสารได้ในหลายลักษณะ โดยแบ่งตามหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาที่แตกต่างกันไป ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงรูปแบบของการสื่อสารเพียง 3 ลักษณะ คือ

- 1.) จำแนกตามทิศทางของการสื่อสาร
- 2.) จำแนกตามลักษณะการใช้
- 3.) จำแนกตามการไหลของข่าวสาร

- จำแนกตามทิศทางของการสื่อสาร สามารถแบ่งได้เป็น 2 ทิศทาง คือ

1. การสื่อสารแบบทางเดียว (One-way Communication) หมายถึง การสื่อสารที่ผู้ส่งสารถ่ายทอดข่าวสารหรือคำสั่งไปยังผู้รับสารแต่เพียงฝ่ายเดียว โดยไม่เปิดโอกาสให้ผู้รับสารได้ซักถามข้อสงสัยหรือแสดงความคิดเห็น การสื่อสารแบบนี้มีลักษณะเป็นเส้นตรง ไม่มีการย้อนกลับหรือดูปฏิกิริยาของผู้รับสาร ทำให้ปริมาณของข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) จากผู้รับสารมีน้อยหรือไม่มีเลย โดยทั่วไปจะเป็นไปในรูปแบบของนโยบาย แผนงาน คำสั่งต่างๆ ของผู้บริหาร หรือผู้นำ โดยผ่านสื่อชนิดต่างๆ เช่น บัญชีประกาศ เอกสารสิ่งพิมพ์ต่างๆ และมักเกิดขึ้นกับสื่อมวลชน เช่น วิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ที่มีการเสนอข่าวสาร หรือรายงานข่าวสารต่างๆ สูประชาชนแต่เพียงฝ่ายเดียว

2. การสื่อสารแบบสองทาง (Two-way Communication) หมายถึง การสื่อสารที่ผู้ส่งสารและผู้รับสารสามารถส่งข่าวสารหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกันและกัน มีการเปิดโอกาสให้ผู้รับสารได้ซักถามข้อสงสัยหรือข้อสงสัยต่างๆ ทำให้ผู้ส่งสารและผู้รับสารสามารถที่จะตอบสนองต่อกันเพื่อสร้างความเข้าใจได้อย่างชัดเจน การสื่อสารแบบนี้ผู้ส่งสารจะให้ความสำคัญกับปฏิกริยาโต้ตอบกลับ (Feedback) ของผู้รับสาร

การสื่อสารสองทางยังมีผลทำให้การสื่อสารที่เกิดขึ้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะการที่เปิดโอกาสให้อีกฝ่ายได้แสดงความคิดเห็นและความเข้าใจในเรื่องต่างๆ เป็นการลดช่องว่างทางการสื่อสารที่ดี ป้องกันการตีความหมายผิด และสามารถสร้างขวัญและการมีส่วนร่วมในการดำเนินการได้ สร้างความรู้สึกในการเป็นเจ้าของผลงานร่วมกัน ซึ่งการสื่อสารในลักษณะนี้จะออกมาในลักษณะของการประชุม หรือการปรึกษาหารือ ซึ่งบุคคลที่ทำการสื่อสารในลักษณะนี้ควรเป็นผู้ที่กระตือรือร้น (Active) ในการแสวงหาและรับฟัง รวมทั้งกระจายข่าวสารไปยังฝ่ายตรงข้าม ไม่นิ่งเฉย (Passive) รอให้ข่าวสารมาถึงตัวเองตลอดเวลา

- จำแนกตามลักษณะการใช้ สามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การสื่อสารแบบเป็นทางการ (Formal Communication) หมายถึง การสื่อสารที่คำนึงถึงบทบาท หน้าที่ และตำแหน่งระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสารเป็นสำคัญ เป็นการปฏิสัมพันธ์ในโครงสร้างที่มีแบบแผนกำหนดไว้อย่างแน่นอน (Prescribed Communication) สารจะถูกส่งออกไปตามลำดับชั้น หรือตามลักษณะหน้าที่ของภารกิจ โดยจะไหลผ่านสายใยความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ โดยส่วนใหญ่จะเป็นการสื่อสารที่เป็นลายลักษณ์อักษร เช่น ประกาศแจ้งนโยบาย คำสั่งในการปฏิบัติงาน เป็นต้น

2. การสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ (Informal Communication) หมายถึง การสื่อสารกับบุคคลอื่นโดยไม่พิจารณาถึงตำแหน่ง หน้าที่ และมีได้ดำเนินไปตามระเบียบแบบแผนที่กำหนดไว้ แต่เป็นการสื่อสารที่เกิดขึ้นเองจากความสนิทสนมคุ้นเคย และจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในทางส่วนตัวมากกว่า การติดต่อสื่อสารในลักษณะนี้ส่วนใหญ่จะเป็นการสื่อสารโดยใช้คำพูด ได้แก่ การพบปะพูดคุยกัน เป็นต้น โดยมีผู้เสนอว่าในการปฏิบัติงานควรเริ่มจากการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการในระยะแรกเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก แล้วจึงตามด้วยการสื่อสารแบบ

เป็นทางการในภายหลัง หรือใช้ควบคู่กันไป (กรซวัล หอมไกรลาส, 2540 :25 อ้างถึงในผกามาต
ธนพัฒน์พงศ์ ,2545 :30)

- จำแนกตามการไหลของข่าวสาร สามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การสื่อสารตามแนวตั้ง (Vertical Communication) เป็นการสื่อสารที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลที่อยู่ต่างระดับกัน โดยแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะย่อย ได้แก่

1.1) การสื่อสารจากบนลงล่าง (Downward หรือ Top-down Communication) เป็นการส่งข่าวสารจากบุคคลที่อยู่ในตำแหน่งสูงกว่าลงมายังตำแหน่งที่ต่ำกว่า อาจเป็นการสั่งด้วยวาจาหรือเป็นลายลักษณ์อักษร โดยออกมาในรูปของนโยบาย แผนงาน ประกาศ เป็นต้น

1.2) การสื่อสารจากล่างขึ้นบน (Upward หรือ Bottom-up Communication) เป็นการส่งข่าวสารจากบุคคลที่อยู่ในตำแหน่งที่ต่ำกว่าขึ้นไปยังผู้ที่อยู่ในตำแหน่งสูงกว่า ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกของสังคมได้ติดต่อสื่อสารกันอย่างเท่าเทียม การสื่อสารในรูปแบบนี้จะทำให้ฝ่ายบริหารหรือผู้ที่มีตำแหน่งสูงกว่าได้รับรู้ถึงข้อมูลต่างๆ ในระดับการปฏิบัติ และสามารถนำข้อมูลในส่วนนี้ไปใช้ประโยชน์ได้ เช่น การประชุม การปรึกษาหารือ การสัมมนา เป็นต้น

2. การสื่อสารตามแนวนอน (Horizontal Communication) เป็นการสื่อสารที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลที่อยู่ในระดับเดียวกัน โดยอาศัยความสัมพันธ์ส่วนตัว เช่น เพื่อนฝูง ญาติพี่น้อง โดยพื้นฐานของการสื่อสารนี้ขึ้นอยู่กับบรรยากาศของความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เกิดขึ้นด้วยความสมัครใจของแต่ละคน ซึ่งช่วยส่งเสริมความรับผิดชอบร่วมกันของหมู่คณะและก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกัน และเป็นการสื่อสารอีกรูปแบบหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในสังคม

รูปแบบการสื่อสารที่จะก่อให้เกิดบรรยากาศการมีส่วนร่วมในการพัฒนานั้น ได้แก่ รูปแบบการสื่อสารแบบสองทาง (Two-way Communication) เป็นหลัก โดยผสมผสานกับการสื่อสารจากล่างขึ้นบน (Upward หรือ Bottom-up Communication) และการสื่อสารในแนวนอน (Horizontal Communication)

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับกลยุทธ์การสื่อสาร

นิยามของ “ กลยุทธ์การสื่อสาร ” หมายถึง แผนการปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ เพื่อกำหนดวิธีการที่จะบรรลุเป้าหมาย

ซึ่งในที่นี้ “ การตัดสินใจ ” หมายถึง การที่ต้องทำอะไร เมื่อไร ที่ไหน อย่างไร และเพื่ออะไร ส่วน “ วิธีการ ” หมายถึง การใช้อำนาจ ใช้พลังงาน และใช้ทรัพยากรอื่น ๆ ในสัดส่วนที่เหมาะสมกับขนาดหรือความยากง่ายของเป้าหมายที่วางไว้

จากคำนิยามดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการสื่อสารที่ส่งออกไป หรืออีกนัยหนึ่ง ผลที่เกิดขึ้นในผู้รับสารนั้น ในขั้นสุดท้ายขึ้นอยู่กับมติตัดสินใจของผู้รับสารนั่นเอง

กระบวนการตัดสินใจในแหล่งสาร ทำให้แหล่งสารมีหน้าที่ในการผลิตสาร เผยแพร่สาร และประเมินประสิทธิภาพของการสื่อสาร แหล่งสารจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะส่งสารอะไร ไปถึงใคร เพื่ออะไร การตัดสินใจเหล่านี้เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับเนื้อหา ผู้รับสาร และความตั้งใจ ด้วยเหตุนี้ แหล่งสารจะตัดสินใจว่าจะส่งสารอย่างไร และจะส่งเมื่อไร โดยการตัดสินใจนี้จะเกี่ยวกับวิธีการซึ่งประกอบกันขึ้นเป็นหัวใจของกลยุทธ์ของการสื่อสาร ส่วนการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการ ก็จะเกี่ยวข้องกับการผลิต การเผยแพร่ การใช้สาร และการประเมินสาร ดังนั้น กระบวนการสื่อสารจะเริ่มขึ้นเมื่อแหล่งสารพยายามนำกลยุทธ์ที่ตนได้ตัดสินใจไปแล้วออกปฏิบัติ

จากกลยุทธ์ที่กล่าวไว้ข้างต้น จะเห็นตัวอย่างได้ดังเช่นผลการวิจัยของยุทธนา จินดากุล “กลยุทธ์การสื่อสารแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพผ่านรูปแบบที่เป็นการ์ตูนของคุณประยูร จรรย์วาทษ์” ที่นำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ในรูปแบบของการ์ตูน ตีพิมพ์ในหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ ซึ่งพบว่า เนื้อหาจะเกี่ยวข้องกับเรื่องการส่งเสริมสุขภาพอนามัยมากที่สุดและตรงตามหลักวิชาการสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง จึงเป็นประโยชน์และยังเหมาะสมกับผู้รับสารทุกระดับ เพราะนำเสนอในรูปแบบของเนื้อหาสาระผสมความบันเทิง (Edutainment) ผ่านวิธีการเล่าเรื่องและใช้ภาษาเขียนที่เข้าใจง่าย (ไม่ใช่ภาษาราชการ)

กระบวนการตัดสินใจในผู้รับสารจะสะท้อนให้เห็นจากพฤติกรรมการเลือกใช้สาร และ พฤติกรรมการยอมรับหรือปฏิเสธสาร การตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลือกใช้สารเป็นเรื่องที่ เกี่ยวกับการเปิดรับสาร (รวมไปถึงเรื่อง ความตั้งใจ) การรับรู้ (รวมถึง การแปลหรือตีความสาร) และการจดจำสาร หลังจากนั้นผู้รับสารก็ตัดสินใจที่จะยอมรับสารโดยปฏิบัติตามคำแนะนำใน สาร หรือปฏิเสธสารนั้น และจุดนี้เอง (จุดที่ผู้รับสารแสดงเจตนาว่าจะยอมรับหรือปฏิเสธ) ที่ เป็นสิ่งตัดสินความมีประสิทธิภาพ หรือความล้มเหลวของความพยายามในการส่งสารของแหล่ง สาร

จากที่กล่าวมาข้างต้นนั้น จึงทำให้เห็นว่า กระบวนการตัดสินใจของแหล่งสารและผู้รับสาร ต่างมีอิทธิพลต่อกระบวนการสื่อสาร สิ่งที่ผู้ส่งสารคิดหรือตัดสินใจก่อนที่จะส่งสารเป็นส่วนหนึ่งที่ จะกำหนดว่าแหล่งสารจะส่งสารจริง ๆ อย่างไร และความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการสื่อสาร ก็ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ผู้รับสารคิด หรือ ตัดสินใจเกี่ยวกับสารที่ตนได้รับอย่างไรด้วย

2.3 แนวคิดเรื่องการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม

(Participatory Communication)

การกำหนดบทบาทของการสื่อสารในการพัฒนานั้นจะเป็นอย่างไร ย่อมขึ้นอยู่กับค่านิยามของ “การพัฒนา” ดังนั้น เมื่อกำหนดนิยามของการพัฒนาเปลี่ยนจาก Dominant Paradigm ที่ เน้นเรื่องปริมาณของอัตราความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ มาเป็นเรื่องคุณภาพชีวิตของประชาชน หรือการแบ่งสรรความเจริญอย่างยุติธรรมใน Alternative Paradigm บทบาทของการสื่อสารเพื่อ การพัฒนางานก็จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนตามไปด้วย จากการศึกษาแบบเดิมที่มีลักษณะจากบนสู่ล่าง เป็นการสื่อสารทางเดียวและถูกวางแผนมาจากส่วนกลางมาเป็นการสื่อสารแบบล่างขึ้นบน หรือ การสื่อสารในแนวระนาบเป็นการสื่อสารที่วางแผนมาจากท้องถิ่นเพื่อตอบสนองความต้องการของ ชุมชน

เฮย์ (Hay อ้างถึงในผกาภาส ธนพัฒน์พงศ์, 2545 :48-49) ได้ให้คำนิยามการเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมว่า “เป็นการเข้าไปมีส่วนร่วมด้วยความสมัครใจ ในลักษณะความสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลต่อกลุ่มคน และระหว่างกลุ่มต่อกลุ่ม ซึ่งเป็นส่วนประกอบของกิจกรรมของกลุ่มนั้นๆ ซึ่ง อาจจะเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้” ในขณะที่ไพรัตน์ เดชะรินทร์ เห็นว่าการมีส่วนร่วม

หมายถึง กระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริม ชักนำ สนับสนุนและสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชนทั้งส่วนบุคคล กลุ่ม ชมรม สมาคม มูลนิธิ และองค์การอาสาสมัครในรูปแบบต่างๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือหลายเรื่องรวมกัน

เช่นเดียวกับที่กาญจนา แก้วเทพ กล่าวถึงในบทความ " การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมในงานสุขภาพ : มุมมองของนักนิเทศศาสตร์ " (เอกสารประกอบการประชุมทางวิชาการ " ศตวรรษใหม่ของการสื่อสารสุขภาพแบบมีส่วนร่วม" ,2547:186-187) ระบุว่า บทบาทของการสื่อสารในเรื่องของการมีส่วนร่วมนั้น อาจจะแสดงได้ 2 บทบาท คือ

1. เราจะใช้ การสื่อสารเป็น เครื่องมือ ไปสร้างความรู้สึกร่วมมีส่วนร่วมในประเด็นต่างๆ
2. เราจะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารเองเลย ที่เรียกว่า "การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม" (Participation communication)

แบบจำลองการสื่อสาร 2 รูปแบบ คือ

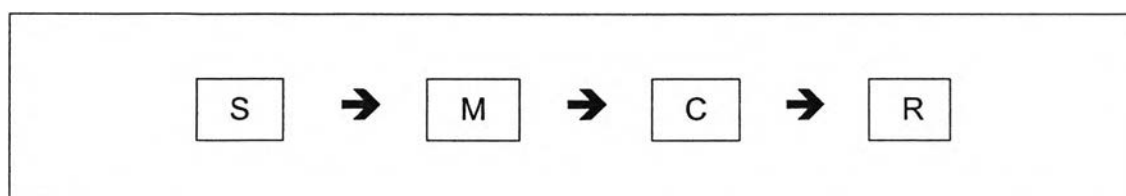
1. แบบจำลองเชิงการถ่ายทอด (Transmission model)

เป็นรูปแบบการสื่อสารแบบทางเดียว

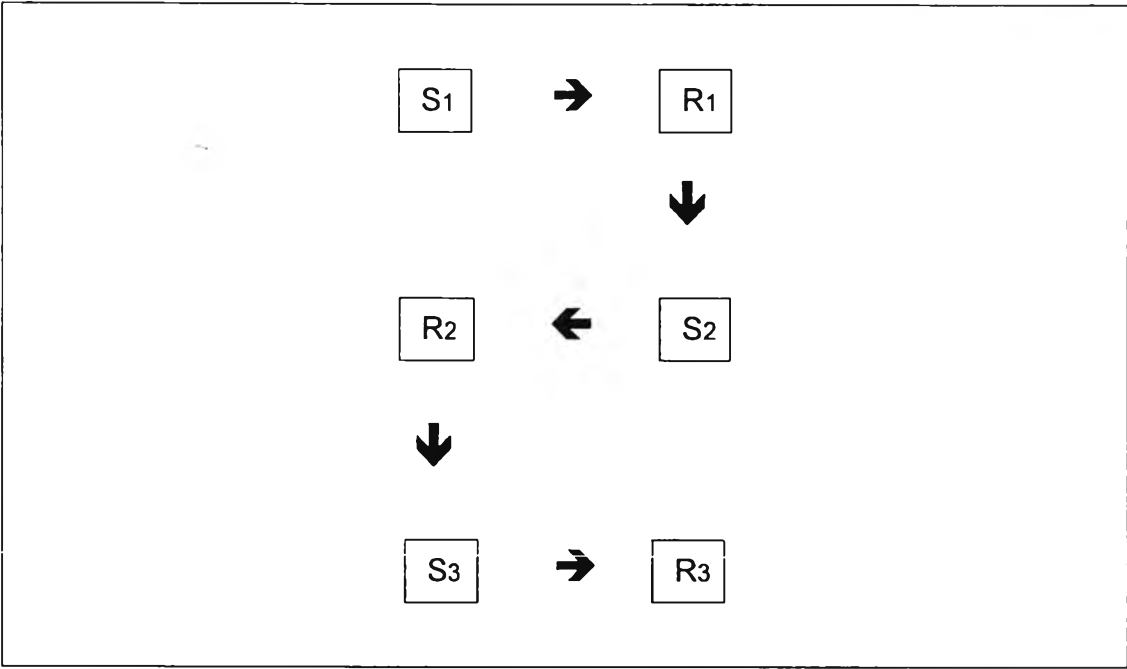
2. แบบจำลองเชิงพิธีกรรม (Ritualistic model)

เป็นรูปแบบการสื่อสารแบบสองทาง

โดยเราสามารถเขียนแบบจำลองทั้งสองเป็นแผนภาพได้ดังนี้



แผนภาพที่ 1 แบบจำลองเชิงการถ่ายทอด (Transmission model)



แผนภาพที่ 2 แบบจำลองเชิงพิธีกรรม (Ritualistic model)

(กาญจนา แก้วเทพ. เอกสารประกอบการประชุมทางวิชาการ "ศตวรรษใหม่ของการสื่อสาร
สุขภาพแบบมีส่วนร่วม". โครงการ "การพัฒนาศึกษาความรู้เรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพ", 2547
:186-187)

คุณลักษณะ (Attribute) สำคัญๆ ของแบบจำลองทั้งสอง มีดังนี้

แบบจำลองเชิงการถ่ายทอด (Transmission model)	แบบจำลองเชิงพิธีกรรม (Ritualistic model)
1. เป้าหมายหลัก คือ การถ่ายทอดข่าวสารเพื่อ การโน้มน้าวผู้รับสาร (persuasive)	1. เป้าหมายหลัก คือ การสร้างความเข้าใจร่วมกัน ระหว่างผู้ส่งและผู้รับสาร (shared meaning)
2. ความสำคัญของการสื่อสารจึงอยู่ที่ผู้ส่ง (sender-centered)	2. ความสำคัญอยู่ที่ทั้งผู้ส่งและผู้รับสาร ซึ่งต้อง ทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน
3. ทิศทางการไหลของข่าวสารเป็นแบบทางเดียว (one-way flow) และเป็นแนวดิ่ง (vertical)	3. ทิศทางการไหลของข่าวสารเป็นแบบสองทาง (two-way flow) เป็นแนวระนาบ (horizontal)

4. บทบาทของการเป็นผู้ส่งสารและผู้รับจะตายตัวตลอดกระบวนการสื่อสาร	4. บทบาทของผู้ส่งและผู้รับจะสลับสับเปลี่ยนกัน ไม่มีการผูกขาด
5. ผลลัพธ์ของการสื่อสาร เมื่อสิ้นสุดกระบวนการ ผู้รับสารจะรู้ข่าวสาร หรือเห็นคล้ายตามผู้ส่ง	5. หลังจากการสื่อสารสิ้นสุดลงแล้ว ทั้งผู้ส่งและผู้รับสารจะแลกเปลี่ยนข่าวสารและความคิดเห็นของกันและกัน

ตารางที่ 1 คุณลักษณะ (Attribute) สำคัญของแบบจำลองเชิงการถ่ายทอด (Transmission model) และแบบจำลองเชิงพิธีกรรม (Ritualistic model)

จากแบบจำลองทั้ง 2 นี้ หากเป็นการสื่อสารที่จะใช้ในกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมก็ต้องเป็น การสื่อสารในแบบจำลองเชิงพิธีกรรมเท่านั้น จึงจะเรียกว่าเป็น “การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม” (Participation communication)

แมคควิล (McQuail อ้างถึงในจุมพล รอดคำดี , 2532) ได้ประมวลคุณลักษณะสำคัญของการสื่อสารที่เข้ามามีบทบาทในการพัฒนาแนวใหม่ เช่น

- มีลักษณะหลากหลาย (Multiplicity)
- เป็นการสื่อสารขนาดเล็ก (Smallness of scale)
- สร้างและใช้อาศัยในท้องถิ่นเอง (Locality)
- ไม่มีลักษณะแข็งตัว ยืดหยุ่นได้ ไม่เป็นสถาบัน (Deinstitutionalization)
- มีการแลกเปลี่ยนบทบาทระหว่างผู้ส่งสาร – ผู้รับสาร (Interchange of sender – receiver roles)
- เน้นการสื่อสารแนวนอนในทุกระดับของสังคม (Horizontality of communication)

โดยเน้นในหลักการสำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1. การเข้าถึงสาร (Access) หมายถึง การเข้าถึงสื่อที่ให้บริการแก่ชุมชน สื่อยอมเปิดโอกาสให้

ประชาชนเลือกรายการหรือเข้าไปจัดทำในสิ่งที่ตนเป็นประโยชน์แก่ตนเองได้ ครอบคลุมที่ไม่ผิดต่อกฎหมาย นอกจากนี้ยังเป็นช่องทางที่จะทำให้ประชาชนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นต่อรายการ หรือแสดงความต้องการการเปลี่ยนแปลงรายการ รวมทั้งการเสนอให้มีการปรับเปลี่ยนได้

2. การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การมีส่วนร่วมในทุกๆระดับในระบบการสื่อสาร ไม่ว่าจะ เป็นเรื่องการวางแผนการสื่อสารภายในชุมชน ตั้งแต่เริ่มคิดไปจนกระทั่งผลิต การจัดการ การใช้สื่อต่างๆ ประชาชนในชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมหรือมีโอกาสเข้าร่วมได้ทุกขั้นตอน

3. การจัดการด้วยตนเอง (Self – management) ประชาชนในชุมชนมีอำนาจตัดสินใจตั้งแต่เริ่มคิด วางแผน การกำหนดนโยบายการบริหาร และการลงมือผลิตสื่อได้ด้วยตนเอง

“กระบวนการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม” (Participatory communication process) หรือ “กระบวนทัศน์ทางเลือกของการสื่อสารเพื่อเปลี่ยนแปลงสังคม” (The alternative paradigm of communication for social change) โดยมุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางของการเปลี่ยนแปลง และแสวงหาแนวทาง ที่จะทำให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนในระดับชุมชน สังคม ประเทศ หรือระดับโลกต่อไป กระบวนการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมของสมาชิกในสังคมอันจะนำไปสู่การเกิดสำนึกเชิงสาธารณะและกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน (Learning process) ระหว่างสมาชิกในสังคมเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสังคมที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในสังคม (ปาริชาติ สถาปิตานนท์ สโรบล, 2542 : 73-74)

แนวทางการพัฒนาชุมชน จึงมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การพัฒนาชุมชนสัมฤทธิ์ผลได้ วิธีการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมมุ่งเน้นที่สถานะแวดล้อมมากกว่าตัวผู้ส่งสาร หรือการแสดงผลการสื่อสาร สิ่งที่สำคัญคือ เน้นให้เห็นถึงการแสวงหาวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้รับสาร มากกว่าวิธีการสื่อสารเพียงเพื่อถ่ายทอดข่าวสารนั้น แนวทางการพัฒนาโดยการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมนั้น จะต้องประกอบไปด้วยเงื่อนไขสำคัญ 3 ประการ คือ

1. ประชาชนต้องมีอิสรภาพที่จะมีส่วนร่วม (Freedom to participation)
2. ประชาชนต้องสามารถที่จะมีส่วนร่วม (Ability to participation)
3. ประชาชนต้องเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม (Willingness to participation)

แมกดา (Macda) ได้สรุปรูปแบบการมีส่วนร่วมไว้ 3 รูปแบบ คือ

1. การมีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน (Active) หมายถึง การมีส่วนร่วมโดยการริเริ่มและติดตามในกระบวนการที่กำหนด
2. การมีส่วนร่วมแบบไม่แข็งขัน (Passive) หมายถึง การมีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยการไม่คำนึงถึงความสำคัญของการกำหนดแบบและนโยบาย และไม่สนใจผลของการกระทำในกิจกรรมด้วย
3. การมีส่วนร่วมแบบเฉื่อยชา (Inert) หมายถึง การที่เข้าร่วมโดยการถูกชักจูง จำยอม หรือ บังคับ โดยสภาพแวดล้อม บุคคลหรือธรรมชาติ การมีส่วนร่วมแบบนี้ แปรเปลี่ยนตามสภาพแวดล้อมที่แปรเปลี่ยนไปด้วย

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการพัฒนาความรู้ด้าน "การแพทย์ทางเลือก" แบบองค์รวม เพราะเกิดความร่วมมือ ร่วมปฏิบัติ และร่วมรับผิดชอบด้วยกันอย่างสมัครใจ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ต้องการ และเป็นการแสดงออกในการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง คือการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

2.4 แนวคิดและทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรม

(Diffusion Innovation)

แนวคิดและทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรม เป็นการสื่อสารในความคิดใหม่ สิ่งใหม่หรือวิธีปฏิบัติใหม่ไปยังสมาชิกในระบบสังคมในช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งโดยปกติกระบวนการของนวัตกรรมในสังคมใดสังคมหนึ่ง เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงสังคมที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประดิษฐ์คิดค้น ซึ่งหมายถึง ตัวนวัตกรรม โดยอาจพัฒนาขึ้นเองหรือนำเข้าจากต่างประเทศแล้วปรับนวัตกรรมให้สอดคล้องกับสังคมมากที่สุด

2. การเผยแพร่หรือการสื่อสาร เป็นขั้นตอนหลังจากที่เกิดนวัตกรรมขึ้นแล้ว และต้องการนำนวัตกรรมนั้นเข้าไปสู่ชุมชน เพื่อการสร้างความทันสมัยให้กับชุมชนนั้น

3. ผลพวงของการรับนวัตกรรม การเผยแพร่ นวัตกรรมออกไปจะสำเร็จหรือไม่นั้น มิใช่ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ส่งสาร แต่หากขึ้นอยู่กับผู้รับสารด้วย ซึ่งผลพวงของนวัตกรรมนั้นจะควบคู่กับการประเมินเสมอ และที่สำคัญก็คือการเกิดผลกระทบภายหลังของนวัตกรรม เพราะนวัตกรรมอาจไม่ทำให้เกิดผลได้ทันที แต่อาจต้องใช้ช่วงระยะเวลาหนึ่ง (สุรพงษ์ ไสธนะเสถียร, 2533)

โรเจอร์ส และชูเมคเกอร์ (Rogers and Shoemaker, 1971: 137-156) ได้มองกระบวนการเผยแพร่ นวัตกรรม โดยมีองค์ประกอบของช่วงระยะเวลาเพิ่มขึ้นมาเกี่ยวข้องกับกระบวนการเผยแพร่ นวัตกรรม คือ

1. ในกระบวนการการตัดสินใจเกี่ยวกับนวัตกรรม โดยบุคคลจะต้องผ่านขั้นต่างๆ เริ่มตั้งแต่ขั้นแรกที่ต้องมีความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมจนถึงขั้นยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรม
2. ความรวดเร็วในการยอมรับนวัตกรรมของบุคคล
3. อัตราการยอมรับนวัตกรรมในระบบสังคม สามารถวัดได้จากจำนวนสมาชิกที่ยอมรับนวัตกรรมในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง

คุณลักษณะของนวัตกรรมที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับ

ลักษณะของนวัตกรรมที่มีอิทธิพลที่ทำให้ นวัตกรรมได้รับการยอมรับช้าหรือเร็ว นั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะที่สำคัญ 5 ประการ คือ

1. ความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ (Relative advantage) หมายถึง การที่ผู้ยอมรับนวัตกรรม คิดว่า นวัตกรรมดีกว่า มีประโยชน์มากกว่าความคิดเก่า สิ่งเก่า หรือวิธีปฏิบัติเก่าที่เคยใช้

2. ความสอดคล้อง (Compatibility) การที่ผู้ยอมรับนวัตกรรมคิดว่า นวัตกรรมนั้นเข้ากันได้กับค่านิยม ประสพการณ์ในอดีตตลอดจนความต้องการของผู้ยอมรับ หากมีความสอดคล้องและเข้ากับสถานการณ์ขณะนั้นมากเท่าใด จะเกิดความเชื่อมั่นมากขึ้น

3. *ความสลับซับซ้อน (Complexity)* หมายถึง การที่ผู้ยอมรับนวัตกรรมเห็นว่านวัตกรรมนั้น ยากแก่การเข้าใจและการนำไปใช้ นวัตกรรมนั้นอาจจะได้รับการยอมรับช้า

4. *ความสามารถในการนำไปทดลองใช้ (Triability)* หมายถึง การที่ผู้ยอมรับนวัตกรรม สามารถนำนวัตกรรมนั้นไปทดลองใช้ในปริมาณน้อย ๆ ได้

5. *ความสามารถในการสังเกตได้ (Observability)* หมายถึง การที่ผลของนวัตกรรมเป็น สิ่งที่สามารถมองเห็นได้โดยสมาชิกภายในระบบสังคม

กระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับนวัตกรรม

การรับรู้และความสนใจเป็นสภาพความรู้ (Knowledge) ของบุคคลที่มีต่อนวัตกรรม ในขณะที่การประเมินและการลองปฏิบัติเริ่มก่อตัวเป็นทัศนคติ (Attitude) ต่อนวัตกรรม ส่วนการยอมรับจะเป็นขั้นของพฤติกรรม (Practice) ที่ปรับเปลี่ยนอันเนื่องมาจากการยอมรับนวัตกรรม (สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533) อันเป็นกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับนวัตกรรมของบุคคล ซึ่งโรเจอร์สและชูเมคเกอร์ (Rogers and Shoemaker, 1971) ได้แสดงกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับนวัตกรรมไว้ 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. *ขั้นความรู้ (Knowledge)* ในขั้นนี้ เมื่อเกิดนวัตกรรมขึ้น บุคคลได้รู้จัก มีความรู้ความเข้าใจพวว่านวัตกรรมนั้นเป็นอย่างไร มีหน้าที่อะไรบ้าง

2. *ขั้นโน้มน้าวใจ (Persuasion)* เป็นขั้นตอนหลังจากที่ผู้รับสารเกิดความรู้ในนวัตกรรมเบื้องต้นแล้วบุคคลจะเกิดทัศนคติที่ดีหรือไม่ดีต่อนวัตกรรม

3. *ขั้นตัดสินใจ (Decision)* เป็นขั้นตอนที่บุคคลจะต้องตัดสินใจว่า จะรับหรือไม่รับนวัตกรรมนั้นหลังจากที่ได้ประเมินแล้ว

4. **ขั้นการนำไปปฏิบัติ (Implementation)** เป็นขั้นตอนที่บุคคลนำนวัตกรรมไปใช้ปฏิบัติ โดยส่วนใหญ่ เจ้าหน้าที่ส่งเสริมและเผยแพร่จะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำในเบื้องต้นก่อน

5. **ขั้นการยืนยัน (Confirmation)** เป็นขั้นตอนสุดท้ายหลังจากขั้นตอนการตัดสินใจ ในขั้นนี้บุคคลจะแสวงหาข้อมูลข่าวสารที่เพิ่มเติม เพื่อสนับสนุนหรือยืนยันการตัดสินใจที่กระทำไปแล้ว เป็นขั้นตอนที่จะยอมรับนวัตกรรมนั้นอย่างถาวรและกลายเป็นพฤติกรรมของบุคคลต่อไป

2.5 แนวคิดพื้นฐานทางมานุษยวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์ (Anthropology & Medicine Anthropology)

มานุษยวิทยาการแพทย์ เป็นศาสตร์แขนงหนึ่งซึ่งแยกมาจากมานุษยวิทยาวัฒนธรรม เนื้อหาของวิชานี้มีขอบเขตกว้างขวาง เนื่องจากเป็นการศึกษารายละเอียดของมนุษยชาติ ในส่วนที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล บริโภคนิสัย ตลอดจนโลกทัศน์ ความเชื่อและพิธีกรรมอันเกี่ยวข้อง และมีผลต่อวิถีของปัจเจกชนและชุมชน ดังนั้น ก่อนจะศึกษามานุษยวิทยาการแพทย์ ควรทำความเข้าใจกับมานุษยวิทยาซึ่งเป็นศาสตร์แม่บทของมานุษยวิทยาการแพทย์ อันจะช่วยให้มีความเข้าใจในธรรมชาติของมานุษยวิทยาการแพทย์ มากยิ่งขึ้น

มานุษยวิทยา เป็นศาสตร์แม่บทของมานุษยวิทยาการแพทย์และเป็นสาขาหนึ่งในหมวดสังคมศาสตร์ ตรงกับภาษาอังกฤษว่า *Anthropology* ซึ่งคำนี้มีรากศัพท์มาจากภาษากรีก 2 คำ ได้แก่ *anthropos* แปลว่า มนุษย์ และ *logia* แปลว่า ความรู้ที่ได้จัดไว้เป็นระเบียบแบบแผนหรือศาสตร์ ด้วยเหตุนี้มานุษยวิทยา จึงหมายถึง ศาสตร์ที่เกี่ยวกับมนุษย์ (ดำรง ฐานดี, 2522: 263)

มานุษยวิทยาการแพทย์ คือศาสตร์สาขาหนึ่งที่ศึกษาเกี่ยวกับการสาธารณสุขและปฏิบัติการทางการแพทย์ในสังคมพื้นบ้านที่ห่างไกลความเจริญ ดังนั้นนักมานุษยวิทยาการแพทย์ จึงสนใจศึกษารูปแบบการรักษาโรคด้วยวิธีแผนโบราณ เช่น การใช้ยากลางบ้าน การรดน้ำมนต์ การใช้สมุนไพร เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับโลกทัศน์ ความเชื่อ ประเพณี พิธีกรรม ไสยศาสตร์ และคติชาวบ้าน

หลักฐานเริ่มแรกที่นักมานุษยวิทยาหันมาให้ความสนใจปัญหาทางการแพทย์และการสาธารณสุขมีมาเป็นเวลานานแล้ว ทั้งนี้เนื่องจากเวลาที่มีการเจ็บไข้ได้ป่วย มนุษย์ทุกสังคมย่อมจะหาวิธีการเยียวยารักษาตนเองและผู้อื่นให้หายเป็นปกติ รูปแบบตลอดจนวิธีการรักษาจึงมักขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ของแต่ละสังคม แนวคิดของนักมานุษยวิทยาในส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางการแพทย์ของแต่ละสังคม และแต่ละยุคสมัยเป็นอย่างดี ดังจะขอเสนอแนวคิดทฤษฎีทางมานุษยวิทยาที่สำคัญ ดังนี้

ทฤษฎีของรีเวอร์ส : การแพทย์พื้นบ้านเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม

รีเวอร์ส (Revers) ได้สรุปจากผลของการศึกษาด้านชาติพันธุ์วรรณาและการจัดระเบียบทางสังคม ว่า การแพทย์พื้นบ้านเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม และตัวแปรทั้งสองประการนั้นมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน พร้อมกันนี้เขายังได้เสนอแนวคิดหลักแก่วงการมานุษยวิทยาการแพทย์ไว้ 2 ประการด้วยกัน คือ (จิตรกร โพธิ์งาม, 2542: 11 - 12)

- (1) การรักษาเยียวยาของคนในกลุ่มสังคมที่มีความเจริญทางเทคโนโลยีต่ำนั้น เป็นไปตามความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคของกลุ่มนั้น
- (2) การรักษาเยียวยาและความเชื่อในการรักษาพยาบาล เปรียบเสมือนส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมมนุษย์ ไม่ใช่จารีตประเพณีที่แปลกประหลาดแต่อย่างใด

แนวคิดทั้งสองประการดังกล่าวเป็นเรื่องของมานุษยวิทยา นอกจากนี้รีเวอร์สยังกล่าวถึง การแพทย์พื้นบ้านว่า จารีตประเพณีมิได้แบ่งแยกออกเป็นเอกเทศโดยปราศจากความสัมพันธ์ต่อสิ่งอื่นๆ ทั้งนี้เพราะจารีตประเพณีเกิดจากแรงดลใจหรือเกิดจากความคิดที่เชื่อว่า เป็นที่มาของโรคร้ายไข้เจ็บ เช่น เรื่อง ชะล่า (taboo) หรือ เข็ดย่ำ ตัวอย่างเช่น เชื่อว่า คนนอนหันหัวไปทางด้านตะวันตกจะเจ็บป่วย ไม่ปกติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ด้านทิศตะวันตกได้รับความร้อนมากตอนกลางวันถึงเย็น แต่จะคายความร้อนในตอนกลางคืน เป็นต้น

อนึ่ง หากพิจารณาเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านตามแนวคิดของรีเวอร์สแล้ว จะพบว่า ค่อนข้างเน้นหนักในด้านไสยศาสตร์ เวทมนต์คาถาหรือเรื่องของศาสนา ซึ่งรูปแบบและแนวคิดของรีเวอร์ส ประกอบด้วยตัวแปร 3 ตัว คือ ตัวแปรตาม ตัวแปรอิสระ และตัวแปรที่ตามมา ดังนี้

(1) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมในการรักษาพยาบาล ซึ่งอาจได้มาจากการสังเกตหรือการสัมภาษณ์

(2) ตัวแปรอิสระหรือตัวแปรสาเหตุ ซึ่งมีเพียงตัวเดียวคือ โลกทัศน์

(3) ตัวแปรที่ตามมา ได้แก่ ความเชื่อของสังคมที่เกี่ยวกับลักษณะ และสาเหตุของโรคภัยไข้เจ็บ (จิตรกร โพธิ์งาม, 2542 :11 - 12)

ทฤษฎีวิวัฒนาการแบบผสม : ความสัมพันธ์วัฒนธรรม ชีวภาพ สิ่งแวดล้อม

อัลแลนด์ (Alland, 1970 อ้างถึงในจรรยา เศรษฐบุตร, 2523 :31-32) กล่าวไว้อย่างชัดเจนว่า "ตามปกติแล้วมนุษย์มักเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมของตนโดยกลไกการปรับตัวทางวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้น ก็มีผลถึงพฤติกรรมและโครงสร้างทางร่างกายของมนุษย์ด้วย" โดยเขาได้นำเอาทฤษฎีนี้มาใช้อธิบายความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ระหว่างวัฒนธรรม ชีวภาพ สิ่งแวดล้อม และการเกิดโรคในกระบวนการปรับตัวของประชากรดังนี้ "โดยทั่วไปแล้ว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคนั้นมีทั้งที่ถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรมและทั้งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม เพราะฉะนั้นจะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงในระบบพฤติกรรมใดก็ตามก็นำมาซึ่งปัญหาทางการแพทย์อยู่เสมอ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างก็อาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในยีนส์หรือโครงสร้างทางร่างกายได้เหมือนกัน กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การเกิดโรคที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในยีนส์ (หรือการถ่ายทอดทางพันธุกรรม) มีผลกระทบถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางร่างกายของประชากร หรืออาจมีผลถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางร่างกายของประชากรในท้ายที่สุด นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมไม่ว่าจะเป็น การเปลี่ยนแปลงโดยความตั้งใจของมนุษย์หรือจากธรรมชาติก็ตาม จะก่อให้เกิดภาวะความกดดันแบบใหม่ที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยและการเกิดโรค ซึ่งสามารถควบคุมหรือจำกัดได้โดยการปรับตัวทั้งทางร่างกายและทางวัฒนธรรมประกอบกัน" (Combination of somatic and nonsomatic adaptations)

ข้อเท็จจริงที่ว่า "ไม่มีการแพทย์ระบบใดระบบเดียวที่มีความสมบูรณ์ในตัวเอง ในอันที่จะตอบสนองต่อปัญหาความเจ็บป่วยและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องในทุกมิติ" ถือว่าสังคมหนึ่งๆ ย่อมประกอบด้วยระบบแพทย์ที่มีบทบาทในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยอยู่มากกว่า 1 ระบบ หรือที่เรียกกันว่า "ระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ" (Pluralistic medical system)

ตามกรอบแนวความคิดทางมานุษยวิทยาดังกล่าว ระบบการแพทย์จะประกอบขึ้นจากองค์ประกอบ 2 ประการ คือ

1. *ระบบทฤษฎีโรค (Disease Theory System)* หมายถึง แนวความคิดหรือทฤษฎีทางการแพทย์ที่อธิบายถึงสาเหตุการเกิดโรค ลักษณะการดำเนินไปของโรค พยากรณ์โรค ตลอดจนวิธีดูแลรักษา โรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ตัวระบบทฤษฎีเป็นความรู้ ความเข้าใจที่ใช้สำหรับการแก้ไขปัญหาต่างๆ เป็นแนวคิดที่สำคัญที่กำหนดท่าทีและพฤติกรรมต่างๆ ที่มนุษย์จะต้องตอบสนองต่อความเจ็บป่วย ตลอดจนเป็นตัวกำหนดรูปแบบและระบบการดูแลรักษาสุขภาพ

2. *ระบบการดูแลรักษาสุขภาพ (Health Delivery System)* หมายถึง ระบบที่สังคมจัดขึ้นเพื่อให้การดูแลรักษาหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพ ซึ่งอาจมีรูปแบบแตกต่างกันไป โดยจะประกอบด้วยผู้ให้การดูแลรักษา ผู้รับการรักษา สถานที่ที่ใช้สำหรับกิจกรรมการดูแลรักษา รูปแบบของการดูแลรักษา ตลอดจนยา อุปกรณ์หรือเครื่องมือต่างๆ รวมไปถึงระบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลรักษาและผู้รับการรักษา ในส่วนของระบบการดูแลรักษาสุขภาพนี้มีแนวคิดที่สังคมใช้สำหรับการจัดระบบการดูแลรักษาสุขภาพ เช่น แนวคิดที่ว่าใครเป็นผู้ที่สามารถให้บริการการดูแลรักษาสุขภาพได้ ระบบความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับผู้ป่วยเป็นอย่างไร เป็นต้น แนวคิดเหล่านี้จะสะท้อนออกจากแนวคิดในระบบทฤษฎีโรค และเป็นแนวคิดที่สะท้อนทัศนคติอื่นๆ ที่ประกอบกรคิดและตัดสินใจในการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยด้วย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2545 :76-77)

2.6 แนวคิดการแพทย์ทางเลือก

(The Alternative Medicine)

เป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นและแพร่หลายในสังคมปัจจุบันเป็นอย่างมากทั้งสังคมตะวันตกและสังคมตะวันออก ส่วนที่มานั้นอาจกล่าวได้ว่า มีความเก่าแก่ หลากหลาย และสืบทอดมายาวนานตามกระแสวัฒนธรรมและประวัติศาสตร์ของหลายๆ สังคม แม้ว่าจะถูกบดบังด้วยแนวคิดการแพทย์กระแสหลักหรือการแพทย์แบบแผนมาตลอดช่วงสามศตวรรษ แต่ก็ยังมีการจัดตั้งองค์กรของตนเองที่ค่อนข้างมั่นคงพอสมควร และดูเหมือนว่าจะถูกใช้เป็นทางเลือก สำหรับทั้งผู้ป่วย ผู้ที่ต้องการจะป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วยหรือผู้ที่ต้องการจะแสวงหาคำตอบในเรื่องสุขภาพ ซึ่งมีหลายประเด็นที่การแพทย์แบบแผนไม่อาจจะให้ได้

ถึงแม้ว่าแนวคิดการแพทย์ทางเลือก จะมีความหลากหลายมากมายจนมองในลักษณะของวิธีการ พบว่ามีมากกว่าร้อยวิธีขึ้นไป (สุวิชัย ปรัญญาปารมิตา, 2541) แต่ปรัชญาหลักกลับมีความร่วมกันอย่างใกล้ชิด ในเรื่องของการให้ความสำคัญกับความเป็นองค์รวมของมนุษย์กับธรรมชาติ และระหว่างระบบร่างกายและจิตใจของมนุษย์เอง สำหรับความหมายและองค์ประกอบของความเป็นการแพทย์ทางเลือกนั้น มีหลายท่านได้รวบรวมไว้ ดังเช่นต่อไปนี้

เจมส์ อี. มาร์ตี กล่าวไว้ตอนหนึ่งในหนังสือ " Alternative Health & Medicine Encyclopedia : the authoritative guide to holistic and nontraditional health practices " (Marti , 1995) การแพทย์ทางเลือกสมัยใหม่ ประกอบไปด้วยแนวคิดหลักในเรื่ององค์รวมของสุขภาพ ซึ่งเป็นการผสมผสานหลาย ๆ ระบบความเชื่อเข้าด้วยกันกับวิธีการปฏิบัติรักษาอันมีที่มาจากหลายวัฒนธรรมที่ดำเนินต่อเนื่องกันมาในประวัติศาสตร์ ซึ่งให้ความสำคัญในการทำ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของร่างกายและจิตใจ อาทิ การใช้แนวคิดพื้นฐานของระบบการรักษาแบบอายุรเวท (Ayurvedic Medicine) ของอินเดีย ซึ่งมีรากฐานมากกว่า 6,000 ปี ซึ่งอายุรเวทเชื่อว่า สุขภาพ คือ ความสมดุลของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ได้แก่ อารมณ์ จิตใจ และร่างกาย ความเจ็บป่วยคือการขาดสมดุลในระบบเหล่านี้ การใช้แนวทางของแพทย์จีน (Chinese Medicine) ซึ่งมีความเชื่อในเรื่ององค์รวม หรือจักรวาล หรือเต๋า ที่ประกอบไปด้วยพลังสองด้าน คือ หยิน กับ หยาง ซึ่งตรงกันข้ามกันแต่จะต้องดำเนินไปด้วยกันอย่างมีสมดุลย์ และกลมกลืนกัน และเน้นเรื่องการใช้อาหาร สมุนไพร ตลอดจนการฝังเข็ม กดจุด การรำมวยจีน การประคบด้วยความร้อนตามจุดฝังเข็ม ตลอดจนการนวดเพื่อเพิ่มหรือลดพลังชี (Chi)

นอกจากนั้น ยังมีพื้นฐานจากการบำบัดรักษาแบบโฮมีโอพาธี (Homeopathy) ซึ่งเป็นการรักษาโรคด้วยการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน เพื่อให้ร่างกายผู้ป่วยเกิดกระบวนการเยียวยารักษาตัวเองให้หายจากโรค หรือพื้นฐานจากการแพทย์แผนแนชเชอโรพาธิค (Naturopathic Medicine) ซึ่งเป็นระบบการดูแลสุขภาพโดยใช้ประโยชน์จากวิธีการรักษาตามแนวทางธรรมชาติมากมายหลายแบบ อย่างเช่น การบำบัดด้วยน้ำ การบำบัดด้วยอาหารหรือโภชนบำบัด การออกกำลังกาย ฯลฯ หรือพื้นฐานจากการบำบัดรักษาแบบไครโอแพรคติก (Chiropractic) ซึ่งเน้นที่การจับหรือนวดกระดูกสันหลัง

สำหรับไมค์ แซกส์ (Saks, 1992) กล่าวถึงความหมายของการแพทย์ทางเลือกไว้ในหนังสือ " Alternative Medicine in Britain " ในเรื่องแนวคิดหลักของการแพทย์ทางเลือกว่า

หมายความรวมถึงการรักษาพยาบาลนอกแบบแผน (Unorthodox Therapies) ทุกชนิด นับตั้งแต่ การฝังเข็ม การใช้สมุนไพร การแพทย์แบบโฮมีโอพาธีหรือการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน การบำบัดรักษาแบบโคโรแพคติก หรือการนวดกระดูกสันหลัง การบำบัดแบบออสทีโอพาธี หรือการนวดกล้ามเนื้อและกระดูก ตลอดจนการรักษาทางจิต

ตามแนวทางของการแพทย์ทางเลือก คำว่า "สุขภาพ" มีความหมายมากกว่า ความปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ แต่รวมถึงการที่ระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายมีความกลมกลืนกันอย่างมีสมดุล และยังคงมีความสมดุลกลมกลืนกันระหว่างร่างกายกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นระบบภายนอกอีกด้วย ในภาวะสมดุลเช่นนี้ กลไกการป้องกันของระบบภูมิคุ้มกัน หรือ ภูมิชีวิต (Immune system) จะมีประสิทธิภาพเต็มที่ในการที่จะตอบโต้ต่อสิ่งที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิต ไม่ว่าจะเกิดจากโรคภัยไข้เจ็บ สารพิษ สิ่งแวดล้อม หรือแม้กระทั่งความตึงเครียดทางอารมณ์ นอกจากนี้ องค์ประกอบสำคัญในการบำบัดรักษาแบบการแพทย์ทางเลือก คือ โภชนะบำบัด การใช้วิตามินแร่ธาตุตามธรรมชาติ การใช้ยาที่ทำจากพืชหรือสมุนไพร การออกกำลังกาย การกระตุ้นให้เกิดภูมิคุ้มกันหรือภูมิชีวิต การจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการฝึกจิตหรือบริหารจิตแบบต่าง ๆ จะเห็นได้ว่า การแพทย์ทางเลือกมีลักษณะเป็นการผสมผสานหลากหลาย หรือเป็นพหุลักษณะ (Pluralistic)

เช่นเดียวกับที่อาจารย์สาทิส อินทรกำแหง กล่าวไว้ในหนังสือ "ภูมคุ้ม" ว่า " เหตุที่ภูมิชีวิตมีความสำคัญมาก ก็เพราะ ภูมิชีวิตนี้เป็นหลักของ 'ชีวิตคน' ถ้าเราภูมิชีวิตดี เราก็ไม่เจ็บไม่ป่วย ถ้าภูมิชีวิตบกพร่อง แล้วมีปัจจัยแทรกซ้อน เราก็เริ่มมีอาการเจ็บป่วย จนถึงขั้นเสียชีวิต และท่านยังได้ให้คำอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับ "ภูมิชีวิต" ไว้ว่า " แรกเริ่มเดิมทีนั้น ภูมิชีวิตเป็นที่รู้จักกันในรูปของภูมิคุ้มกัน คือ Immunity ซึ่งหมายถึง ระบบป้องกันทั้งหมด (Defense system) ของร่างกาย"

ในระยะหลังๆ เมื่อความรู้ความสนใจเรื่องการแพทย์แบบองค์รวมของร่างกายกว้างขวางขึ้น แพทย์และนักวิทยาศาสตร์พบว่า ทุกส่วนของร่างกายต้องพึ่งพาอาศัยกัน และต้องทำงานร่วมกัน (Interdependent) เราจึงได้พบว่า ภูมิคุ้มกันนั้นไม่ได้อยู่อย่างเป็นอิสระด้วยตัวของมันเอง แต่จะต้องพึ่งพาอาศัยการทำงานทั้งหมดของร่างกายด้วย ดังนั้น เราจึงสรุปเรื่องของภูมิชีวิตที่สมบูรณ์อย่างแท้จริงออกมาเป็นสมการเพื่อความเข้าใจได้อย่างง่าย ๆ ได้ดังนี้

ภูมิชีวิต (Immune System) = ภูมิต้านทาน + ระบบต่าง ๆ + จิตใจและฮอร์โมน

จึงสรุปได้ว่า ภูมิชีวิต นั้น ต้องมีทั้งกายและใจ “ตบมือให้ดังต้องมีมือสองข้างฉันใด ภูมิชีวิตที่ลมบูรณ์ ก็ต้องมีทั้งกายและใจฉันนั้น ”

ภูมิชีวิต (Immune System)



แผนภาพที่ 3 ภูมิชีวิต (Immune system), ที่มา : <http://www.cheewajit.com/immune.asp>

ส่วน มาร์ตี (Marti, 1995) ได้กล่าวไว้ตอนหนึ่งว่า “เท่าๆ กับที่ไม่มีภาษาใดที่เป็นสากล การแพทย์ก็เช่นเดียวกัน ไม่ว่าจะตะวันตกหรือตะวันออก ไม่ว่าจะโบราณหรือทันสมัย ไม่ว่าจะวิทยาศาสตร์หรือไม่เป็นวิทยาศาสตร์ ไม่มีแนวทางใดที่จะเป็นแนวทางเดียวเท่านั้น ในการที่จะเปิดเผยความลับของร่างกายมนุษย์ได้ แต่ละแนวทางต่างก็มีจุดแข็งและจุดอ่อน มีทั้งความชัดเจนและความจำกัด ดังนั้นหากรวมเข้าด้วยกันได้ แนวทางทั้งหลายของการแพทย์ทางเลือก จะนำมาซึ่งคุณประโยชน์อันมหาศาลในการที่จะช่วยมนุษย์ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพอันพึงประสงค์”

เมื่อพิจารณาจากความหมายของ “การแพทย์ทางเลือก” ดังข้างต้นแล้วนั้น จึงเห็นได้ว่า “การแพทย์แผนไทย” ก็จัดอยู่ในขอบข่ายของการแพทย์ทางเลือกแนวทางหนึ่ง เนื่องจาก การแพทย์แผนไทย เป็นการแพทย์ที่เน้นแนวคิดแบบองค์รวมในการผสมผสานกันระหว่างปรัชญา การดำเนินชีวิต ศาสนา และวิทยาศาสตร์แบบสังเกต (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ , 2540)

นอกจากนี้ การแพทย์แผนไทยยังเกี่ยวข้องกับพิธีกรรม การดำรงชีวิตที่เป็นธรรมชาติ และมีแบบแผนอันเป็นเอกลักษณ์ของตนเองในวัฒนธรรมแห่งการดำรงชีวิต ความเจ็บป่วยไม่ได้ถูกมองเพียงแค่เชื้อโรคที่เรียกว่า “ตัวกมิชาติ” หากแต่มีสาเหตุมาจากธาตุสมุฏฐาน 4 ประการ ซึ่งประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 อันได้แก่ ดิน น้ำ ลม และไฟ ธาตุทั้ง 4 จะอยู่ในลักษณะสมดุลกับธาตุภายในและธาตุภายนอก โดยธาตุภายนอก หมายถึง สิ่งแวดล้อม ได้แก่ ดิน น้ำ ลม และไฟ

อากาศ ในขณะที่ธาตุภายใน คือ ธาตุเจ้าเรือน จะเป็นลักษณะเฉพาะที่ติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่เกิด ซึ่งเกิดจากอิทธิพลของธาตุมารดา และบิดา พร้อมทั้งอาหารและน้ำที่มารดาดื่มกิน ตลอดจนอิทธิพลของภูมิอากาศขณะปฏิสนธิ ที่เรียกว่า "อุตุสมุฏฐาน" อันหมายถึง อิทธิพลของฤดูกาลต่าง ๆ ได้แก่ ฤดูร้อน ฤดูฝน และฤดูหนาว ที่ร่างกายจะต้องสัมผัสในช่วงรอยต่อระหว่างฤดูกาล ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ , 2539)

สมดุลงแห่งสุขภาพตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย จะเป็นองค์รวมที่เน้นธรรมชาติ เน้นการทำร่างกายให้สมดุล แม้จะไม่ได้เน้นถึงเชื้อโรค แต่เน้นถึงการมีพฤติกรรมที่ก่อโรคอย่างทันสมัย เน้นระบาศิทยา อายุ ฤดูกาล เวลา ที่อยู่อาศัย และพันธุกรรม (ธาตุเจ้าเรือน) สำหรับการบำบัดรักษานั้น แพทย์จะทำการตรวจร่างกายและเน้นข้อมูลวัน เดือน ปีเกิด อายุ เพื่อตรวจสอบดูว่ามีธาตุเจ้าเรือนเป็นอย่างไร มีอาการของธาตุใด นั่นคือ ดูความสมดุลของธาตุทั้ง 4 ว่า ธาตุอะไรหย่อน กำเริบ หรือพิการ เป็นประการใด จากนั้นจึงปรุงยาหม้อให้ผู้ป่วย ซึ่งยาหม้อสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน นอกจากนี้การแพทย์แผนไทยยังเน้นการกินอาหารตามธาตุ ละเว้นอาหารที่ไม่สอดคล้องกับธาตุ รวมถึงการใช้การอบด้วยสมุนไพร การประคบด้วยสมุนไพร การนวดไทย และเน้นที่การทำสมาธิเพื่อให้มีจิตใจที่สงบตามหลักพุทธศาสนา (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ , 2539)

จากแนวทางการบำบัดรักษาของการแพทย์แผนไทยตามที่กล่าวไปแล้วนั้น นอกจากการเน้นแนวคิดหลักในเรื่ององค์รวมของสุขภาพ ที่ให้ความสำคัญกับความสมดุลระหว่างมนุษย์กับธรรมชาติ และระหว่างระบบร่างกายและจิตใจของมนุษย์เองแล้ว การแพทย์แผนไทยยังเป็นการผสมผสานหลายๆ ระบบความเชื่อ และวิธีการบำบัดรักษาเข้าด้วยกัน ที่ทางการแพทย์เรียกว่า "พหุลักษณะ" ตามแนวทางของการแพทย์ทางเลือกอีกด้วย (วิวัฒน์ แซ่ลิ้ม , 2540)

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์ทางเลือก จึงสรุปได้ดังตาราง ดังนี้

ตารางที่ 2 ข้อเปรียบเทียบระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์ทางเลือก

การแพทย์แบบชีวภาพ	การแพทย์แบบองค์รวม
<p>1. ทักษะต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย</p> <p>1.1 แยกสุขภาพกายและสุขภาพจิตออกจากกัน และแยกเรื่องสุขภาพออกจากสังคมและสิ่งแวดล้อม</p> <p>1.1 ให้ความสำคัญต่อการรักษาเยียวยา ความเจ็บป่วยและโรค</p> <p>1.2 ยึดถือในทฤษฎีเชื้อโรค เน้นการหาสาเหตุของโรคเฉพาะเจาะจงกับอวัยวะที่ผิดปกติ</p> <p>1.4 มองว่าความเจ็บป่วยเกิดขึ้นภายในร่างกายและเฉพาะแห่ง</p>	<p>1. ทักษะต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย</p> <p>1.1 สุขภาพ คือ ความเป็นเอกภาพ ความสมดุลและความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ระหว่าง กาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคมและสรรพสิ่งแวดล้อม</p> <p>1.2 ให้ความสำคัญกับการดำรงชีวิตที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค</p> <p>1.3 เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากหลายเหตุปัจจัย</p> <p>1.4 พิจารณา "ทั้งคน" ทั้งปัจจัยที่อาจเชื่อมโยงระหว่างส่วนต่างๆ ภายในร่างกาย ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ สังคมและสรรพสิ่งแวดล้อม</p>
<p>2. กระบวนการดูแลรักษาสุขภาพ/ความเจ็บป่วย</p> <p>2.1 โรค คือ ภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นในขณะหนึ่งๆ</p> <p>2.2 เน้นการวินิจฉัย / ประเมินแต่ด้านกายภาพ</p> <p>2.3 เน้นการแก้ปัญหาที่ตัวผู้ป่วยแบบแยกส่วน เฉพาะโรค / เฉพาะปัญหา ไม่มีการพิจารณาโดยรวมทั้งระบบ</p> <p>2.4 ให้ความสำคัญและแก้ปัญหาได้ดีกับโรคติดเชื้อ และโรคเฉียบพลัน</p> <p>2.5 การรักษาเป็นการกำจัดความผิดปกติอันเกิดขึ้นในระบบอวัยวะ</p> <p>2.6 มีมาตรฐานการรักษาอย่างเดียวกันสำหรับทุกคน ที่มีโรคอย่างเดียวกัน</p>	<p>2. กระบวนการดูแลรักษาสุขภาพ / ความเจ็บป่วย</p> <p>2.1 โรค คือ กระบวนการที่ต่อเนื่อง มีเหตุปัจจัยที่เป็นที่มาและที่ไป</p> <p>2.2 เน้นการวินิจฉัย / ประเมินทุกด้านและทุกเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2.3 เน้นที่ตัวผู้ป่วยตลอดทั้งชีวิต ปัจจัยแวดล้อมทั้งหมด ทั้งด้านการทำงาน ครอบครัว ชีวิตสังคม ภาวะจิตใจอารมณ์ อาหารและพฤติกรรม สุขภาพ</p> <p>2.4 ให้ความสำคัญและแก้ปัญหาได้ดีกับโรคเรื้อรังโรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ความเจ็บป่วยที่เชื่อมโยงกับความเครียดและกลไกทางจิตใจ</p> <p>2.5 การรักษา คือ การเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขที่ทำให้กระบวนการของโรคเกิดขึ้น</p> <p>2.6 การรักษา เน้นลักษณะเฉพาะของตัวผู้ป่วย ตระหนักว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีลักษณะเฉพาะตัวที่ต้องอาศัยวิธีการเฉพาะอย่างที่สุดคล้อยกัน</p>

<p>3. บทบาทของแพทย์และผู้ป่วย</p> <p>3.1 แพทย์มีความรู้ความชำนาญเฉพาะ และเป็นภาวะวิสัย จึงมักไม่จำเป็นต้องแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยแพทย์ ผู้ป่วยคือผู้ไม่มีความรู้ทางการแพทย์</p> <p>3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นแบบไม่เท่าเทียมและแบบพึ่งพา</p> <p>3.3 แพทย์เป็นผู้รับผิดชอบการรักษาโรค แพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนรักษาแต่ละโรค ไม่มีใครรับผิดชอบต่อผู้ป่วยทั้งคน</p> <p>3.4 ภาวะจิตใจและจิตใต้สำนึกของผู้ป่วย ไม่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการเยียวยารักษาโรค</p> <p>4. ระบบการจัดบริการ</p> <p>4.1 รวมศูนย์อำนาจ อำนาจในการรักษารวมศูนย์อยู่ที่สถาบันแพทย์ ความรู้เทคโนโลยีและบริการทางการแพทย์ไม่กระจายไปยังชุมชนที่ห่างไกล</p> <p>4.2 บริการเหมือนผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปที่ออกมาจากโรงงานเดียวกัน กล่าวคือ จัดระบบการให้บริการเหมือนกันเป็นรูปแบบเดียวกันแก่ทุกคน</p> <p>4.3 ทุนเป็นปัจจัยหลัก ให้ความสำคัญกับเครื่องมือและเทคโนโลยีราคาแพง ละเลยคุณค่าของการเอาใจใส่ใกล้ชิด ความสัมพันธ์อันดีเพื่อนมนุษย์ที่แพทย์พึงมีต่อผู้ป่วย</p> <p>4.4 เน้นเทคโนโลยีขั้นสูง ยิ่งเทคโนโลยีในการวินิจฉัยและรักษามีความซับซ้อนมากเท่าไร ยิ่งถือว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาโรคมากขึ้น</p>	<p>3. บทบาทของแพทย์และผู้ป่วย</p> <p>3.1 แพทย์มีความรู้รอบด้านแบบองค์รวม และแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วย โดยมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวกและแหล่งประโยชน์สำคัญ การรักษาต้องอาศัยความรู้ / ประสบการณ์ของแพทย์ ความรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติ สาเหตุ / วิธีการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยร่วมกัน</p> <p>3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นแบบหุ้นส่วน เท่าเทียมกันและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน</p> <p>3.3 ผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยต้องมีบทบาทเป็นฝ่ายกระทำการในการดูแลรักษาตนเอง</p> <p>3.4 ภาวะจิตใจและความรับรู้ของผู้ป่วยมีความจำเป็นต่อความสำเร็จในการรักษาความเจ็บป่วย</p> <p>4. ระบบการจัดบริการ</p> <p>4.1 กระจายอำนาจ พยายามที่จะให้อำนาจหรือสมรรถนะในการดูแลรักษาสุขภาพแพร่หลายสู่ทุกคนเท่าที่จะทำได้</p> <p>4.2 เน้นลักษณะเฉพาะของแต่ละภูมิภาค ท้องถิ่น และบุคคล</p> <p>4.3 มนุษย์เป็นปัจจัยหลัก ตระหนักว่า การสัมผัส ความอบอุ่นและน้ำใจของผู้บำบัดเป็นสิ่งสำคัญต่อการรักษา มิใช่ยา เครื่องมือ หรือโรงพยาบาลใดๆ</p> <p>4.4 เน้นเทคโนโลยีที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงเครื่องมือที่ซับซ้อน ที่ทะลุทะลวงร่างกาย เช่น เครื่องเอกซเรย์ เครื่องฉายรังสี สนับสนุนให้ร่างกายเสริมสร้างบำบัดตัวเอง มากกว่าที่จะใช้ยาหรือสารเคมีแปลกปลอมมารุกรานร่างกาย</p>
---	--

หมายเหตุ 1. การแพทย์แผนปัจจุบัน สามารถกระทำเวชปฏิบัติให้เป็นแบบองค์รวมได้
 2. การแพทย์ทางเลือก ส่วนใหญ่ถึงแม้จะมีปรัชญาแนวคิดแบบองค์รวม หากไม่
 กระทำเวชปฏิบัติแบบองค์รวม ก็ถือว่าเป็นเวชปฏิบัติแบบแยกส่วนได้เช่นเดียวกัน

(นิตยสารแพทย์ทางเลือก ฉบับที่ 30, เดือนเมษายน พ.ศ. 2547 :54 - 56)

ศาสตร์การแพทย์ทางเลือก ตามที่ ประพัทธ์ จิวะรังสรรค์ (นิตยสารการแพทย์ทางเลือก ,2547 :64) แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มหลักๆ ได้ดังนี้

1. Bielectromagnetic Applications คือ กลุ่มเทคนิคที่ใช้พลังแม่เหล็กในการปรับสมดุล
 ของสนามพลังในร่างกาย เช่น Aura Therapy , Reiki , Yore

2. Diet , Nutrition and lifestyle คือ การปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การปรับ
 สมดุลของชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพแนวใหม่ เช่น Detoxification Therapy , Enzyme Therapy
 , Fasting

3. Mind and Body control คือ กลุ่มเทคนิคการฝึกความคิด การควบคุมการประสาน
 จิตใจและกายให้สัมพันธ์กัน เช่น Aroma Therapy , Yoga , Chiking , Meditation

4. Phamalogical and Biological คือ กลุ่มเทคนิคการบำบัดและปรับสมดุลร่างกายด้วย
 สารออกฤทธิ์ทางยา เช่น Mud Therapy , Thalasso Therapy , Suti Healing

5. Structural and Energetic / Bodywork Therapies คือ กลุ่มเทคนิคการบำบัดและ
 ปรับสมดุลโครงสร้างพื้นฐานและการออกกำลังกาย เช่น Acupuncture , Chiropractic , Hydro
 Therapy , Massage

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ กระบวนการสื่อสารเพื่อการพัฒนาความรู้ด้าน
 “การแพทย์ทางเลือก” นั้น ยังไม่พบว่ามีผู้ใดทำการศึกษามาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำงานวิจัยที่มี
 ส่วนเกี่ยวข้องมานำเสนอให้เห็นเป็นแนวทางในการศึกษา โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ “การแพทย์ทางเลือก ”

จารุณี พัทธพิมานสกุล (2542) ทำการศึกษาเรื่อง “ เครือข่ายการสื่อสารของกลุ่มชีวิตจิต ” เพื่อศึกษาลักษณะเครือข่าย และปัจจัยสื่อสารที่ส่งผลต่อพัฒนาการของเครือข่ายชีวิตจิต พบว่า ลักษณะเครือข่ายการสื่อสารของกลุ่มชีวิตจิตเป็นเครือข่ายการสื่อสารแบบแนวระนาบ มี ดร.สาทิส อินทรกำแหง เป็นศูนย์กลาง และเครือข่ายประกอบด้วย 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ มูลนิธิชีวิตจิต กลุ่มแกนนำภายนอก และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สำหรับรูปแบบการติดต่อสื่อสาร แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ รูปแบบการติดต่อสื่อสารภายในกลุ่ม และรูปแบบการติดต่อสื่อสารระหว่างเครือข่ายของกลุ่ม โดยรูปแบบการติดต่อสื่อสารภายในกลุ่ม แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ การติดต่อสื่อสารแบบทางเดียว การติดต่อสื่อสารแบบสองทางกึ่งทางการ การติดต่อสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ ส่วนรูปแบบการติดต่อสื่อสารระหว่างเครือข่ายของกลุ่ม แบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ คือ การติดต่อสื่อสารสองทางแบบไม่เป็นทางการ การติดต่อสื่อสารสองทางแบบเป็นทางการ การติดต่อสื่อสารสองทางแบบไม่เป็นทางการและมีปฏิริยากันน้อย การติดต่อสื่อสารแบบทางเดียวไม่เป็นทางการ

ปัจจัยสื่อสารที่ส่งผลต่อพัฒนาการของเครือข่ายกลุ่มชีวิตจิต ประกอบด้วย 5 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านผู้ส่งสาร ปัจจัยด้านคุณสมบัติของแนวคิดชีวิตจิต ปัจจัยด้านช่องทางการสื่อสาร ปัจจัยด้านผู้รับสาร ปัจจัยด้านบริบทสังคม

ธัญญาวรรณ กาญจนอลงกรณ์ (2542) ทำการศึกษาในแนวทัศนะแบบองค์รวมเกี่ยวกับ “ การแพร่กระจายนวัตกรรมทางการแพทย์ทางเลือก ‘ชีวิตจิต’ ในสังคมไทย ” โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะอธิบายเรื่องการแพร่กระจายการแพทย์ทางเลือก “ชีวิตจิต” ในฐานะที่เป็นนวัตกรรมทวนกระแส

หลังจากการวิเคราะห์ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของการสื่อสารแล้วสรุปได้ว่า กระบวนการสื่อสารนวัตกรรมของการแพทย์ทางเลือก “ชีวิตจิต” มีความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกันในแต่ละองค์ประกอบอย่างเป็นเหตุเป็นผลและนำมาซึ่งการยอมรับแนวทาง “ชีวิตจิต” ในสังคมไทยปัจจุบัน ซึ่งอธิบายได้ดังนี้ ลักษณะของแหล่งสารหรือผู้ส่งสารในกระบวนการ จะมีสองลักษณะด้วยกัน คือ แหล่งสารที่เป็นต้นกำเนิด ได้แก่ ตัว ดร.สาทิส อินทรกำแหง และแหล่ง

สารระดับรองซึ่งได้แก่ บุคคลที่ใกล้ชิด ดร.สาทิส เป็นผู้ที่เคยป่วย (ส่วนใหญ่จะเป็นโรคมะเร็ง) และใช้แนวทาง "ชีวจิต" โดยได้รับการแนะนำรักษาตัวจาก ดร.สาทิส โดยตรงจนหายหรือมีร่างกายอยู่ในสภาพปกติ หรือเป็นผู้มีญาติใกล้ชิดป่วยและได้รับการแนะนำรักษาจากดร.สาทิส โดยตรงเช่นเดียวกัน

สำหรับคุณลักษณะในการเผยแพร่แนวคิดนั้น ดร.สาทิส ได้รับความเชื่อถือจากสมาชิกว่าเป็นผู้ที่มีความรู้จริงและมีความเชี่ยวชาญเฉพาะในด้านวิทยาศาสตร์ทางอาหารและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งมีการศึกษาสูงสุดในระดับดุษฎีบัณฑิต และยังมีประสบการณ์ในการทำงานในด้านนี้ในองค์การระหว่างประเทศและในโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาติดต่อกันมาอย่างยาวนาน ที่สำคัญอีกประการก็คือ เคยเป็นผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคมะเร็งแล้วรักษาตนเองจนหายด้วยแนวทางที่ตนเองนำมาเผยแพร่

ส่วนคุณลักษณะที่สำคัญของแหล่งสารระดับรองในการเผยแพร่แนวทาง "ชีวจิต" ก็คือ ความเป็นตัวแทนของดร.สาทิส ในการถ่ายทอดนวัตกรรมการไปยังผู้รับสาร หรือเป็นเครือข่ายอันสำคัญที่โยงใยระหว่างดร.สาทิส กับผู้ยอมรับแนวทาง "ชีวจิต" ที่ขยายตัวเพิ่มขึ้น นอกจากแหล่งสารระดับรองเหล่านี้จะเป็นเครือข่ายทางการสื่อสารที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของ "ชีวจิต" อีกด้วย

สำหรับลักษณะของนวัตกรรมหรือตัวสาร "ชีวจิต" นั้น เมื่อพิจารณาในด้านการแพทย์ ผู้รับสารยอมรับว่าเป็นการมองสุขภาพแบบองค์รวม คือ ให้ความสำคัญต่อร่างกายและสภาพจิตใจร่วมกันในการป้องกันและรักษาโรค เป็นการแพทย์แบบผสมผสานหรือพหุลักษณะ ซึ่งเน้นในการสร้างระบบคุ้มกันของร่างกายหรือ "ภูมิชีวจิต" ด้วยวิถีธรรมชาติ สามารถเข้ากันได้กับวิถีชีวจิตแบบไทย ไม่มีความยุ่งยากในการทำความเข้าใจและนำไปปฏิบัติ สามารถทดลองปฏิบัติได้โดยค่อยๆ เลือกรับทำในบางอย่างที่พอจะสะดวกก่อนได้ และสามารถเห็นผลที่เป็นรูปธรรมชัดเจนได้ทั้งผลที่เกิดขึ้นกับตนเองและผลที่เกิดขึ้นกับผู้อื่น ส่วนในเรื่องประโยชน์เชิงเปรียบเทียบกับ การแพทย์แบบแผนนั้น ผู้รับสารเห็นว่ามีความประโยชน์ทั้งสองแนวทาง

ส่วนช่องทางหรือสื่อที่ทำหน้าที่ในการถ่ายทอดเนื้อหา "ชีวจิต" ไปยังผู้รับสาร ซึ่งแบ่งเป็น สื่อมวลชนและสื่อบุคคล พบว่า สื่อมวลชนสามารถถ่ายทอดสาร "ชีวจิต" ที่มีรายละเอียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่จะเข้าถึงกลุ่มผู้รับสารในวงจำกัด ส่วนสื่อบุคคลนั้น จุดเด่นอยู่ที่มีการ

จัดรูปแบบตนเองเป็นเครือข่ายทางสังคมกลุ่มย่อยหรือ “ชุมชนชีวิต” ซึ่งจะมีปฏิสัมพันธ์ทางการสื่อสารระหว่างกันของสมาชิกชมรมชีวิตอยู่ตลอดเวลา และใช้ประโยชน์ในการส่งเสริม สนับสนุน สื่อมวลชนให้กับผู้รับสารในการทำความเข้าใจในแนวทาง “ชีวิต” ได้ดียิ่งขึ้น

ผู้รับสารหรือผู้รับนวัตกรรมในกระบวนการแพร่กระจาย “ชีวิต” หรือสมาชิกชมรมชีวิตที่รวมตัวกันขึ้นเป็นชุมชนชีวิต เป็นชนชั้นกลางในสังคมไทย ซึ่งมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามกระแสวัฒนธรรมบริโภคนิยมตะวันตกอย่างสุดซึ้ง ทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพด้วยโรคที่เกิดจากความทันสมัยเป็นกลุ่มแรกๆ แต่อาศัยความรอบรู้ของตนเองในการแสวงหาทางเลือกใหม่ที่เหมาะสมให้กับปัญหาสุขภาพของตนเอง เพราะนอกจากจะเป็นข้อเท็จจริงแล้ว ยังเป็นความเห็นร่วมที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของชุมชนชีวิตอีกด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ “กระบวนการสื่อสาร”

กรรณิการ์ ชมดี (2524) ศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการสารภี ตำบลท่าช้าง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี” พบว่า ปัจจัยจูงใจให้มีส่วนร่วม ได้แก่ เกียรติ และความต้องการอาชีพใหม่ การจูงใจจากเพื่อน ความสัมพันธ์อันดีกับเพื่อนและเจ้าหน้าที่ของรัฐ ความต้องการเงินทุน ความต้องการซื้อสินค้าราคาถูก และผู้นำที่ชักนำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ ครู กรรมการสภาตำบล เป็นต้น

รจิต เข้มศักดิ์สิทธิ์ (2544) พบข้อเท็จจริง หลังทำการศึกษา “การสร้างประชาคมหมู่บ้านปลอดภัยเสพติดในพื้นที่ทุ่งครุ” ว่า ประเด็นการสื่อสารที่ส่งเสริมให้เกิดการสร้างประชาคมหมู่บ้านปลอดภัยเสพติดมีทั้งสิ้น 8 ประเด็น คือ ประเด็นการให้การสนับสนุนของรัฐ ประเด็นชุมชนปลอดภัยเสพติด ประเด็นการมีครอบครัวในสภาพแวดล้อมที่ดี ประเด็นความร่วมมือร่วมใจในการแก้ไขปัญหา ประเด็นความบริสุทธิ์ใจในการทำงาน ประเด็นวิธีการสร้างพื้นที่ปลอดภัย ประเด็นการรักษาสุขภาพและสร้างบริบทใหม่ และประเด็นการเฝ้าระวังปัญหา

นอกจากนั้นรูปแบบการสื่อสารที่ก่อให้เกิดการสร้างประชาคมหมู่บ้านปลอดภัยเสถียรมี 6 รูปแบบ คือ การใช้สื่อบุคคล การใช้เวทีระดมสมอง การใช้ร้านค้าชุมชนเป็นจุดศูนย์รวมข่าวสาร การใช้การจัดเวทีกิจกรรมเชื่อมสัมพันธ์ การใช้สื่อสิ่งพิมพ์ และการใช้หอกระจายข่าว

ชิตาพร กันหลง (2543) ได้ศึกษา “ กระบวนการสื่อสารในการผลักดันรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ” พบว่า พัฒนาการของรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะจุดประเด็น ระยะพัฒนาเครือข่าย ระยะจัดเวทีเชิงรุก และระยะสร้างกระแสกดดันให้ร่างรัฐธรรมนูญผ่าน ส่วนกลุ่มองค์กรที่เข้าผลักดัน ประกอบด้วย กลุ่มแกนนำ กลุ่มสนับสนุน และกลุ่มตามกระแส

โดยมีกลยุทธ์ในการสื่อสาร ได้แก่ 1) การจุดประเด็นโดยผู้มีชื่อเสียง 2) การประสานความร่วมมือเพื่อเพิ่มพลัง 3) การหาแนวร่วมในการนำเสนอเนื้อหา 4) การใช้เครือข่าย 5) การแทรกตัวเข้าเป็นคณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญ 6) การลอบบี้ 7) การใช้สื่อบุคคล 8) การใช้สื่อและกิจกรรมประชาสัมพันธ์ 9) การทำตัวเป็นข่าว 10) การแชร์เนื้อหาที่ข่าว 11) การใช้สัญลักษณ์ 12) การสร้างภาพศัตรูที่ชัดเจน 13) การเผยแพร่ข้อมูลสู่ประชาชนโดยตรง 14) การไม่ทำตัวแข่งกับสื่อ 15) การสร้างความมีส่วนร่วมให้กับประชาชน

ปัจจัยที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ได้แก่ สื่อมวลชน บริบททางสังคม ลักษณะการนำเสนอข้อมูล การเข้าไปปรับฟังความคิดเห็นและจัดเวทีในพื้นที่ เป็นต้น

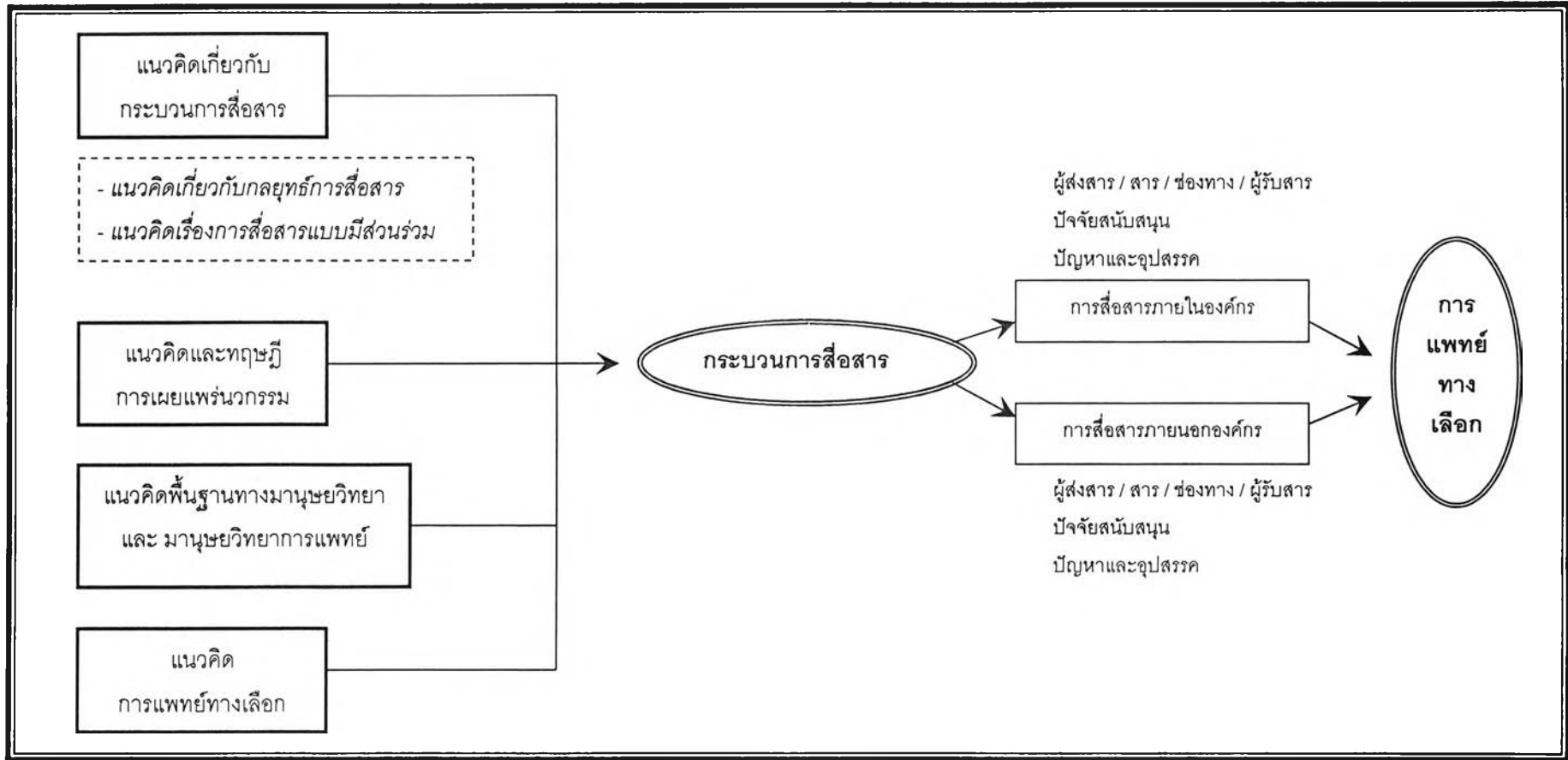
ศิริกมล จันทรปัญญา (2544) พบผลจากการศึกษา “ การสื่อสารเพื่อการพัฒนาประชาธิปไตยของศูนย์รัฐสภา-ประชาสังคม จังหวัดเชียงใหม่ ” ว่า ผู้ส่งสารคือกรรมการศูนย์ มีความน่าเชื่อถือ สารมีสาระและมีความเหมาะสมแก่การส่งเสริมและพัฒนาประชาธิปไตย สารดังกล่าวส่งผ่านสื่อบุคคลเป็นหลัก โดยเทคนิคกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม ผู้รับสารที่เป็นผู้นำชุมชนมีลักษณะผูกพันกับการรับคำสั่งจากทางการ และให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์ โดยใช้การสื่อสารแบบสองทาง การสื่อสารระหว่างบุคคล และการสื่อสารระหว่างกลุ่ม

ปัจจัยที่สนับสนุนการสื่อสารเพื่อการพัฒนาประชาธิปไตย มีทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอกประกอบด้วย 1. ความร่วมมือจากสถาบันต่างๆ 2. การสร้างเครือข่ายกลุ่มต่างๆ ปัจจัยภายในคือ การทำงานอย่างมีประสิทธิภาพของกรรมการและเลขานุการ

ผกา มาศ ธนพัฒน์พงศ์ (2545) ทำการศึกษา “การวิเคราะห์เครือข่ายการสื่อสารเพื่อการพัฒนาการเกษตรของชมรมสื่อมวลชนเกษตรแห่งประเทศไทย” ผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบของเครือข่ายประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแกนนำ กลุ่มสมาชิก และกลุ่มพันธมิตรโดยการสื่อสารในเครือข่ายเป็นการสื่อสารในแนวระนาบหรือแนวนอน ซึ่งมีประเด็นการสื่อสาร 7 ประเด็น ได้แก่ การจัดกิจกรรมออกค่ายทัวร์เกษตร สถานการณ์การเกษตรของประเทศไทย การแก้ไขปัญหาต่างๆ ภายในชมรม การประสานข้อมูลและแบ่งปันข้อมูล ความเคลื่อนไหวต่างๆ ของชมรม ประเด็นต่างๆ ไป และประเด็นเรื่องส่วนตัว

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการขยายตัวของเครือข่าย ประกอบด้วย ปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย ได้แก่ ลักษณะของเนื้อหาหรือสาร นอกจากนั้นยังประกอบด้วยปัจจัยสนับสนุน 7 ปัจจัย ได้แก่ การเผยแพร่ข่าวทางสื่อมวลชน การบอกปากต่อปากของเครือข่ายระหว่างบุคคล การไปร่วมกิจกรรมทัวร์เกษตร ความหลากหลายของสมาชิก ความต้องการความรู้ทางการเกษตร ความต้องการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และบริบทสังคม

จากวิทยานิพนธ์ที่ได้กล่าวมาข้างต้นนั้น ทำให้เห็นว่า “กระบวนการสื่อสาร” เป็นเครื่องมือสำคัญในการถ่ายทอดและขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาในด้านต่างๆ โดยมีปัจจัยทางด้านการสื่อสารและบริบททางสังคมช่วยสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจให้เกิดการมีส่วนร่วม และผู้วิจัยเห็นว่า หากมีการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการผสมผสานระหว่างแนวคิดทางการสื่อสาร กับแนวคิดทางมานุษยวิทยาการแพทย์ มาใช้วิเคราะห์ข้อมูลและหาคำตอบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของคนไทยในระดับต่างๆ เช่น ระดับครอบครัว ระดับเพื่อนฝูง ระดับกลุ่มอาชีพ ฯลฯ จะทำให้เข้าใจในปรากฏการณ์ทางสุขภาพของคนไทยเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย และเพื่อให้เห็นภาพของกรอบแนวคิดที่ใช้ในงานศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงนำเสนอดังภาพ



แผนภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย (Conceptual Model)

