Review Article

นิเทศศาสตร์ประยุกต์กับการสื่อสารสุขภาพ: สื่อสารอย่างไรคนไข้เข้าใจไม่มีปัญหา

วรรณรัตน์ รัตนวรางค์* และ ณปิติยา บรรจงจิตร์

คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

* Corresponding author: wannarat_r@hotmail.com

บทคัดย่อ

ปัญหาหนึ่งในการให้บริการทางการแพทย์ คือการสื่อสารทางเดียว ที่มีสาเหตุจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีน้อย ทำให้จำกัดด้านเวลา อีกทั้งความแตกต่างทางวัฒนธรรมของบุคลากรทางการแพทย์กับผู้รับบริการ และการแสดงออกของบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกด้อยกว่าผู้ให้บริการ แนวทางการแก้ปัญหาทำได้โดยที่ผู้ให้บริการรับฟัง รวมทั้งยอมรับวัฒนธรรมของผู้รับบริการมากขึ้น ยึดหลักคิดการให้บริการเป็นงานเพื่อประโยชน์แก่ส่วนรวม วิธีการสื่อสารที่ผู้ให้บริการทางการแพทย์ต้องใช้ คือ การเน้นแนวคิดสื่อสารสุขภาพ เข้าใจความแตกต่างระหว่างการให้การปรึกษากับการให้ความรู้ คำนึงถึงการคิดก่อนการสื่อสาร ระวังกิริยาขณะสื่อสาร คำนึงถึงอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อผู้รับบริการ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยป้องกันการเข้าใจผิดของผู้รับบริการ ประหยัดเวลาในการอธิบาย และช่วยลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

คำสำคัญ: สื่อสาร, สุขภาพ, บริการ, การแพทย์

Thai Pharm Health Sci J 2009;4(4):539-545[§]

บทนำ

การให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยนั้น ผู้ให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งได้แก่บุคลากรที่ทำงานเพื่อบริการด้านสุขภาพประชาชน เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสุขศึกษา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นบุคลากรสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดี รวมทั้งลดภาวะการเจ็บป่วยของประชาชน อย่างไรก็ตาม แม้บุคลากรทางการแพทย์จะให้บริการด้วยความวิริยะ อุตสาหะและเต็มประสิทธิภาพเพียงใด ก็ยังพบว่ามีปัญหาในการให้บริการทางการแพทย์อยู่ไม่น้อย เช่น ความขัดแย้งที่เกิดจากการให้บริการ ความผิดพลาดจากการตรวจรักษา หรือการให้คำแนะนำ ซึ่งประเด็นเหล่านี้บางครั้งไม่รุนแรงแต่บางครั้งนำไปสู่กรณีพิพาทได้

แนวทางหนึ่งที่มีส่วนช่วยบรรเทาความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้นในทางการให้บริการ คือการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การสื่อสารเพื่อให้บริการทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพเกี่ยวข้องกับการสื่อสารกับคนหลายกลุ่ม เช่น การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ระหว่างแพทย์ด้วยกันเอง การสื่อสารระหว่างแพทย์กับญาติผู้ป่วย ดังนั้น การวิเคราะห์แนวทางการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจของทุกฝ่ายจึงช่วยนำไปสู่ความสำเร็จและความพึงพอใจในการให้และรับบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น

คนส่วนใหญ่มักมองการสื่อสารเพื่อให้บริการทางการแพทย์ว่าเป็นการสื่อสารทางเดียว คือ สื่อสารจากผู้ให้บริการไปสู่ผู้รับบริการเท่านั้น นั่นเป็นเพราะในด้านสุขภาพ ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจ ความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ อาการและโรค ได้ไม่ดีเท่ากับผู้ให้บริการ ดังที่ โคทม อารียา (2552)[1] กล่าวว่า "...ประชาชนมีขีดจำกัด มีความรู้อยู่ในแวดวงที่จำกัดกว่าท่านผู้รู้ทั้งหลายที่เรียนมาและประกอบวิชาชีพมาโดยตลอด..." จึงเห็นได้ว่า เมื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้รับบริการกับผู้ให้บริการแล้ว ผู้รับบริการจะมีความรู้ในเรื่องเฉพาะทางน้อยกว่าผู้ให้บริการเสมอ ดังนั้นการสื่อสารเพื่อให้บริการทางการแพทย์จึงมักเป็นการสื่อสารในเชิงให้ความรู้ ให้แนวทางการปฏิบัติแก่ผู้รับบริการ โดยรับฟังข้อมูลจากผู้รับบริการเมื่อผู้ให้บริการซักถามรายละเอียดเท่านั้น และด้วยจำนวนผู้รับบริการที่มีมาก ทำให้ผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้รับบริการทางการแพทย์ไม่สามารถสื่อสารกันได้อย่างถี่ถ้วน

การสื่อสารทางการแพทย์และการให้บริการสาธารณสุขส่วนใหญ่จึงมีลักษณะเป็นการสื่อสารเชิงให้ข้อมูลความรู้ด้านเดียวมากกว่า

[§] 14th year of Srinakharinwirot Journal of Pharmaceutical Science

การช่วยกันหาแนวทางแก้ปัญหาและดูแลสุขภาพ ดังนั้น การสื่อสารเพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจและไม่เกิดปัญหานั้น จึงควรเข้าใจหลักพื้นฐานทางการสื่อสารบางประการที่เกี่ยวข้องด้วย

สาเหตุของปัญหาระหว่างการให้และรับบริการทางการแพทย์[§]

สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในการให้และรับบริการทางการแพทย์นั้นมีหลากหลาย สาเหตุประการแรกที่เห็นได้ง่าย คือ จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีน้อย ทำให้ไม่เพียงพอต่อความต้องการ ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์มีข้อจำกัดด้านเวลา ไม่สามารถให้คำแนะนำได้เต็มที่ในเวลาที่จำกัด จึงอาจทำให้ผู้รับบริการไม่เข้าใจคำอธิบายหรือเข้าใจไม่ชัดเจน นอกจากนี้ เวลาที่จำกัดทำให้สื่อสารได้เพียงสั้น ๆ และไม่มีการตรวจสอบความเข้าใจของทั้งสองฝ่าย

สาเหตุต่อมาคือความแตกต่างทางวัฒนธรรมของบุคลากรทางการแพทย์กับผู้รับบริการ เช่น ทางด้านภาษา พื้นฐานทางวัฒนธรรม รวมทั้งการใช้ศัพท์เทคนิค ทำให้บางครั้งเกิดความไม่เข้าใจกัน ทั้งผู้รับบริการทางการแพทย์ไม่เข้าใจผู้ให้บริการ และผู้ให้บริการไม่เข้าใจผู้รับบริการ

นอกจากนี้ พฤติกรรมการแสดงออกของบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกด้อยกว่า เช่น บุคลากรทางการแพทย์แสดงความเหนื่อยในการอธิบายเมื่อคนไข้ไม่เข้าใจ บุคลากรทางการแพทย์แสดงความอ่อนล้าเมื่อมีผู้ใช้บริการมาก เช่น การไม่มองหน้า การก้มหน้าเขียนใบสั่งยา การถามที่ไม่ฟังคำตอบ การยักไหล่ การใช้คำพูด เช่น “ทำตามนี้แล้วกัน” โดยไม่ฟังคำอธิบายหรือไม่หาคำอธิบาย

สาเหตุอีกประการที่สำคัญ คือการขาดจิตบริการ (service mind) ของผู้ให้บริการทางการแพทย์ หรืออคติต่อผู้รับบริการที่ต่างกัน ทำให้แสดงออกโดยการเลือกปฏิบัติกับผู้รับบริการ จนผู้รับบริการเกิดความรู้สึกว่าได้รับบริการไม่เท่าเทียมกัน เช่น แบ่งแยกการรักษา (หรือให้บริการ) ตามฐานะทางการเงินของผู้รับบริการ หรือผู้ให้บริการทางการแพทย์ไม่ตั้งใจให้บริการ

สาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ การรับเอาวิธีการทางตะวันตกมาใช้โดยไม่มีการปรับใช้ให้ถูกต้องและเหมาะสม เช่น การสั่งยาเป็นช้อนโต๊ะหรือช้อนชา ซึ่งมาจาก tablespoonful (ปริมาตร 15 cc.) และ teaspoonful (ปริมาตร 5 cc.) ตามลำดับ แต่พบว่าช้อนโต๊ะของคนไทยมีปริมาตรไม่ถึงขนาด (dose) ที่กำหนดสำหรับ tablespoonful เป็นต้น

นอกจากนี้ ปัญหาการสื่อสารในบริการยังมีสาเหตุจากการขาดจรรยาบรรณของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ไม่รักษาความลับของคนไข้ หรือเปิดเผยข้อมูลการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบถึงผู้เกี่ยวข้องและวิถีชีวิตความเป็นอยู่ หรือสาเหตุจากการยัดเยียดเทคโนโลยีใหม่ ๆ หรือเทคโนโลยีที่มีราคาแพงให้คนไข้ในโรงพยาบาล โดยผู้ให้บริการไม่ได้สอบถามความพร้อมและความยินยอมของผู้ที่จะใช้บริการนั้น นอกจากนี้ ยังมีปัญหาที่มีสาเหตุจากความผิดพลาดในการให้บริการ เช่น การวินิจฉัยผิดพลาดหรือการจ่ายยาผิดชนิด

ประการสุดท้าย ปัญหาการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการทางการแพทย์ อาจมีสาเหตุจากการนำเสนอข่าวสารของสื่อมวลชน ซึ่งบางครั้งอาจนำเสนอด้านไม่สร้างสรรค์หรือไม่ตรวจสอบข้อมูล สร้างความเข้าใจผิดให้ประชาชน รวมทั้งการเสนอข่าวที่ทำให้ประชาชนเกิดความตระหนก

แนวทางการแก้ปัญหา

แนวทางการแก้ปัญหาที่สมควรได้รับการพิจารณาเป็นสิ่งแรกได้แก่ ผู้ให้บริการต้องรับฟังสิ่งที่ผู้รับบริการพูดมากขึ้น เปิดใจฟังสิ่งที่ผู้รับบริการคิด เพราะการมีเวลาจำกัดและให้เวลากับผู้รับบริการน้อยอาจส่งกระทบต่อผลการรักษาได้ เช่น การไม่ถามการดำเนินวิถีชีวิตของคนไข้ทำให้แนะนำไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยบางคนรับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ แต่แพทย์สั่งยาให้ทานวันละ 3 เวลาหลังอาหาร ดังนั้นคนไข้จึงไม่ได้รับยาเพียงพอสำหรับการรักษา

นอกจากนี้ ผู้ให้บริการควรยอมรับวัฒนธรรมของประชาชนหรือผู้รับบริการ ที่ว่าผู้รับบริการมีความแตกต่างกันทางพื้นฐานและภูมิหลัง ความแตกต่างทางฐานะทางเศรษฐกิจ การศึกษา วิถีชีวิต ประสบการณ์ ฯลฯ ดังนั้น จึงไม่สามารถใช้วิธีเดียวกันกับผู้รับบริการทุกคนได้ ผู้ให้บริการต้องหาวิธีการที่เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละรายเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลรักษา การให้คำแนะนำใด ๆ หรือการเลือกใช้วิธีการใด ๆ กับผู้รับบริการวิธีการที่เหมาะสม คือการตรวจสอบความเข้าใจของผู้รับบริการ ดังนั้นหากเป็นไปได้ควรส่งเสริมวิชาการสื่อสารให้แก่นักศึกษาแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

สถานภาพที่สูงกว่าของผู้ให้บริการทางการแพทย์มักนำไปสู่การสื่อสารทางเดียว ดังนั้นผู้ให้บริการทางการแพทย์ควรให้ความนับถือผู้รับบริการ ความนับถือนี้แสดงออกด้วยการเคารพในความคิดรับฟังปัญหา ข้อจำกัด และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ หลักคิดที่ว่าบุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักว่า งานบริการเป็นงานเพื่อประโยชน์แก่ส่วนรวม เป็นงานเสียสละ การมีจิตบริการของบุคลากรทางการแพทย์แสดงถึงความตั้งใจที่จะช่วยให้ผู้อื่นอย่างแท้จริง ดังนั้น

§ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของคณาจารย์จากคณะนิเทศศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ เภสัชศาสตร์ และสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เมื่อ 17 กรกฎาคม 2552

จึงควรแสดงความจริงใจในการให้บริการ เห็นอกเห็นใจ อดทนต่อความเหนื่อยล้า หากเป็นไปได้ ควรบรรจุวิชาที่เน้นจิตบริการแก่บุคลากรทางการแพทย์ไว้ในหลักสูตรด้วย

นอกจากนี้ สำหรับการตัดสินใจให้บริการหรือเลือกบริการให้กับผู้รับบริการนั้น ควรมีหลักการที่ชัดเจนและในกรณีที่การรักษาจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีราคาสูง ผู้ให้บริการควรชี้แจงความจำเป็นในการใช้เพื่อประโยชน์ในการรักษา และต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือญาติก่อน เพราะการตัดสินใจโดยพลการของบุคลากรทางการแพทย์อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเดือดร้อนในด้านค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ ควรมีมาตรฐานการคิดค่าบริการทางการแพทย์ที่เท่าเทียมกัน และเปิดเผยค่าใช้จ่ายให้ผู้รับบริการทราบอย่างน้อยว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาอยู่ในช่วงราคาเท่าใด

เกี่ยวกับความผิดพลาดในการให้บริการนั้น อาจเกิดจากหลายสาเหตุ ดังนั้นจึงควรมีการประชุมคณะผู้ให้บริการทางการแพทย์เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในด้านการรักษา นอกจากนี้การให้ข้อมูลในกรณีแถลงข่าวหรือการแจ้งกับผู้รับบริการรวมทั้งญาติควรเป็นมติของคณะผู้ให้บริการหรือคณะแพทย์ผู้ทำการรักษา เพื่อไม่ให้เกิดความขัดแย้งของข้อมูลที่เกิดจากงานเฉพาะด้านที่มีความเข้าใจแตกต่างกัน

ปัจจุบันสื่อมีผลต่อความเข้าใจของสาธารณะอย่างมาก ดังนั้นสื่อควรรับผิดชอบในการนำเสนอข่าวตามจรรยาบรรณ และต้องเป็นตัวกลางในการเผยแพร่ข้อมูลทางการแพทย์ไปสู่ประชาชน โดยไม่ทำให้เกิดความตระหนกหรือเข้าใจผิด เช่น การให้ความรู้ความเข้าใจเบื้องต้นในการดูแลปฏิบัติตัวในกรณีโรคต่าง ๆ

ท้ายที่สุด เนื่องจากปัญหาที่เกิดจากการสื่อสารส่วนหนึ่งก็เกิดจากผู้รับสารเช่นกัน ดังนั้นผู้รับบริการทางการแพทย์ จึงควรพิจารณาสารหรือข้อมูล คำแนะนำ และวิธีการรักษาอย่างละเอียดรอบคอบและชัดเจน รวมทั้งทำความเข้าใจและตรวจสอบความเข้าใจกับผู้ให้บริการทางการแพทย์ด้วย และไม่ตีความเองซึ่งอาจนำไปสู่ความเข้าใจผิดทำให้ผลการรักษาผิดพลาดหรือไม่เกิดผล

แล้วจะสื่อสารอย่างไร

เน้นแนวคิดสื่อสารสุขภาพ

โดยส่วนใหญ่มักเข้าใจการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพว่ามีลักษณะของการรับความรู้จากผู้ให้บริการทางการแพทย์หรือผู้ที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพและการรักษา รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุขหรือโรงพยาบาล ซึ่งการสื่อสารดังกล่าวเป็นการเผยแพร่ข่าวสาร จึงมีลักษณะการสื่อสารทางเดียว (one-way communication) ซึ่งเมื่อผู้ส่งสารเผยแพร่ข้อมูลไปแล้วโอกาสที่จะได้รับข้อมูลกลับ (feedback) มีน้อยหรือเกิดขึ้นได้ยาก จึงไม่สามารถตรวจสอบได้ว่าการสื่อสารนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ ดังนั้นเพื่อให้การสื่อสารเกิดประสิทธิภาพ จึงควรใช้การสื่อสารที่สามารถรับรู้ปฏิกิริยาตอบสนองได้ หรือการสื่อสารสองทาง (two-way communication) ซึ่ง โคทม อารียา[1] ได้แสดงทรรศนะไว้ว่า การสื่อสารเรื่องสุขภาพในอดีตมักจะเน้นการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพให้ทั่วถึง เพื่อให้ประชาชนได้รู้ว่าอะไรเป็นเชื้อโรค อะไรเป็นปัญหาด้านสุขภาพโดยเผยแพร่จากฝ่ายสาธารณสุข แต่การเผยแพร่จากฝ่ายสาธารณสุขอย่างเดียวไม่เพียงพอ ดังนั้น แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบสื่อสารสุขภาพสู่ประชาชน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จึงเน้นการสื่อสารสองทาง และเน้นความร่วมมือของทุกฝ่าย ทั้งสายสุขภาพ นักการศึกษา สื่อมวลชน ไปจนถึงประชาคมในระดับท้องถิ่น

คำว่า “สื่อสารสุขภาพ” เป็นคำใหม่ การใช้คำว่า “สื่อสาร” ไม่ใช้คำว่า “เผยแพร่” เพราะการสื่อสารจะเน้นสองทาง คือ 1) การสื่อสารสองทางแนวตั้ง และ 2) การสื่อสารสองทางแนวนอน[§] โดยการสื่อสารทั้งสองแนวนี้เป็นแนวคิดที่น่าจะกว้างกว่าการเผยแพร่ เมื่อเป็นเช่นนี้ วิธีการหนึ่งที่จะสร้างเสริมสุขภาพ คือ ใช้วิธีการสื่อสารเป็นเครื่องมือ การสื่อสารสุขภาพเป็นการสื่อสารสองทาง ดังนั้นในการให้บริการทางการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์จึงควรใส่ใจกับแนวคิดเรื่องการสื่อสารสุขภาพที่มีลักษณะของการสื่อสาร ซึ่งมีความหมายมากกว่าการแจ้ง การบอก หรือการเผยแพร่ แต่เป็นเรื่องของการตรวจสอบความเข้าใจและความต้องการ หากบุคลากรทางการแพทย์ตระหนักในความสำคัญของการสื่อสารแล้วจะช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น และผู้รับบริการทางการแพทย์ก็จะได้รับความพึงพอใจมากขึ้น รวมทั้งประสิทธิผลของการรักษาก็ดีขึ้น

นอกจากนี้แล้ว แนวคิดสื่อสารสุขภาพยังอธิบายการสื่อสารในความสัมพันธ์รูปแบบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็นการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้รับบริการทางการแพทย์ ระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์ด้วยกันเอง ระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์กับครอบครัวผู้รับบริการ และระหว่างผู้รับบริการหรือผู้ป่วยกับครอบครัว[2] แนวคิดสื่อสารสุขภาพเน้นเรื่องอุปสรรคของการสื่อสารที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการสื่อสารของคู่สื่อสารที่ต่างกัน ในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้รับบริการทางการแพทย์ เน้นการสร้างความสัมพันธ์ เพราะความสัมพันธ์ที่ดีจะช่วยให้การสื่อสารประสบความสำเร็จ ผู้ให้บริการทางการแพทย์สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีได้ตั้งแต่

---

§ **การสื่อสารสองทางแนวตั้ง** หมายถึง การสื่อสารระหว่างผู้ที่รู้และผู้ที่ไม่รู้ข้อมูลหรือรู้น้อยกว่า แนวตั้งนี้ คือระดับความรู้มากน้อยต่างกัน ส่วนสองทาง คือการตรวจสอบความเข้าใจให้ตรงกัน การสื่อสารสองทางแนวตั้งจึงเป็นการหาความรู้ ส่วน**การสื่อสารสองทางแนวนอน** หมายถึง การสื่อสารระหว่างผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในระดับใกล้เคียงกัน แนวนอนนี้ คือความรู้ระหว่างคู่สื่อสารใกล้เคียงกัน ส่วนสองทาง คือการแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน การสื่อสารสองทางแนวนอนจึงเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ (ผู้เขียน)

แรกรู้จัก โดยการทักทาย และทำให้ความไม่รู้จักกันลดลงผ่านการพูดคุย ให้ผู้รับบริการรู้สึกสบายใจในการพบและให้ข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ต่อการสนทนาที่จะนำไปสู่กระบวนการแก้ปัญหาทางสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งความคิดเรื่องการลดความไม่รู้จักกันนี้เป็นแนวคิดของชารลส์ เบอร์เจอร์ (Charles Berger) จากทฤษฎีการลดความไม่แน่นอน (Uncertainty Reduction Theory)[3]

เข้าใจความแตกต่างระหว่างการให้การปรึกษากับการให้ความรู้

ความเข้าใจในความแตกต่างของการให้การปรึกษาและการให้ความรู้เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ให้บริการทางการแพทย์ควรตระหนัก ผู้ให้บริการทางการแพทย์ควรทราบว่าการสื่อสารแต่ละครั้งมีวัตถุประสงค์ใด เพราะการให้การปรึกษาและการให้ความรู้นั้นแตกต่างกัน

ปริชวัน จันทร์ศิริ (2551)[4] อธิบายว่าการให้การปรึกษา (counseling) คือกระบวนการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ประสบปัญหาต่าง ๆ โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การปรึกษา (counselor) กับผู้รับการปรึกษา (counselee, client) ทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหา และใช้ศักยภาพของตนในการคิด ตัดสินใจ และแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง[†] ดังนั้น แนวทางในการให้การปรึกษาจึงเป็นการเน้นที่ตัวผู้รับการปรึกษา (client-centered) คือ ให้ผู้ประสบปัญหาเป็นผู้หาทางแก้ปัญหาด้วยตัวเอง โดยมีผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ช่วย (facilitator) ผู้ให้การปรึกษาจะไม่ใช้ความคิดของตัวเองเป็นหลัก หรือชักจูงแนะนำวิธีแก้ปัญหา แต่จะใช้กระบวนการในการให้การปรึกษา ช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีความเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหา และนำไปสู่การตัดสินใจแก้ปัญหาในที่สุด

ชิษณุ พันธุ์เจริญ (2551)[5] อธิบายการให้ความรู้ว่า การให้ความรู้ทางการแพทย์เป็นกิจกรรมประจำของแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับวงการแพทย์ การจัดกิจกรรมมีหลากหลายรูปแบบ เช่น การให้การปรึกษาเฉพาะบุคคล ทั้งในสถานพยาบาลและทางโทรศัพท์ การให้ความรู้กับกลุ่มผู้มารับบริการ ซึ่งมีทั้งความรู้ทั่วไปหรือความรู้เฉพาะโรค โดยผ่านการให้สุขศึกษา[‡] การเขียนบทความ หรือการให้สัมภาษณ์สื่อสารมวลชนในรูปแบบสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ หรือสื่อประเภทอื่น ๆ ทั้งนี้ในการให้ความรู้นั้น การให้สุขศึกษาหรือการแนะนำโดยตรง (direct education/guidance) เป็นกิจกรรมที่ใช้บ่อย เนื่องจากสะดวกในการกระจายความรู้และข้อมูลทางการแพทย์ไปยังผู้ป่วยและประชาชน โดยทั่วไปนักสุขศึกษาจะมีข้อมูลมากพอที่จะให้ความรู้เรื่องสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมายตามแผนที่วางไว้ จนบางครั้งลืมมองผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่าประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด ทั้งนี้เพราะลักษณะการให้สุขศึกษามุ่งเน้นที่เนื้อหาและความรู้เป็นสำคัญ โดยไม่ได้คำนึงถึงประโยชน์ในแง่ทักษะ เจตคติ และพฤติกรรมมากนัก จึงไม่อาจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ฟังได้

ในการสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์จึงควรเข้าใจบทบาทของตนเองให้ชัดว่าจะให้เป็นการให้การปรึกษา หรือเป็นการให้ความรู้ เพราะการให้การปรึกษาจะเน้นที่ผู้รับสาร (receiver) หรือผู้รับบริการทางการแพทย์ ขณะที่การให้ความรู้จะเน้นเนื้อหา (message) ดังนั้น ประสิทธิผลของการสื่อสารจึงอาจเกิดในระดับที่ไม่เท่ากัน กล่าวคือ การเน้นเนื้อหาเพียงอย่างเดียวโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างของผู้รับสาร อาจลดประสิทธิผลของการสื่อสารลง การสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจนั้น หมายความถึงการสื่อสารทั้งการพูดและการเขียน การสื่อสารโดยการสนทนาเป็นการสื่อสารสองทาง ขณะที่การสื่อสารโดยสื่อสิ่งพิมพ์จะมีลักษณะเป็นการสื่อสารทางเดียวมากกว่า ดังนั้นจึงมีลักษณะเน้นเนื้อหาหรือให้ความรู้มากกว่า การศึกษาเรื่องสื่อสิ่งพิมพ์เพื่อสุขภาพ พบว่าสื่อส่วนใหญ่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ เรื่องโภชนาการ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การออกกำลังกาย สุขภาพจิต สุขภาพผู้สูงอายุ สุขภาพความงาม แม่และเด็ก การเลี้ยงดูบุตร การใช้ยาสมุนไพร ชีวจิต ธรรมชาติบำบัด โยคะ การลดน้ำหนัก สภาพแวดล้อม มลภาวะ ที่อยู่อาศัย และเพศศึกษา ซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการจัดพิมพ์เพื่อให้ผู้อ่านเกิดความชัดเจนหรือได้รับข้อมูลเพิ่มเติมในสิ่งที่รู้มาบ้างแล้ว และเพื่อให้ผู้อ่านได้รู้ในสิ่งที่ไม่เคยรู้มาก่อน แต่ก็พบว่าสิ่งที่ผลิตขึ้นไม่สามารถกระจายไปครอบคลุมผู้อ่านอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะกลุ่มประชาชนในชนบท ทำให้ขาดความรู้ในการดูแลตนเองในสังคมไทย[6] ประชาชนมักจะเลือกการสื่อสารแบบที่เร็วและสะดวกซึ่งเป็นการสนทนา มากกว่าการหาความรู้จากสื่อสิ่งพิมพ์ซึ่งยากในการรับรู้ สอดคล้องกับทฤษฎีการสื่อสารภายในตัวบุคคล (intrapersonal communication) ที่อธิบายว่าการสื่อสารภายในบุคคลเชื่อมโยงกับจิตวิทยาในด้านการรับรู้ กล่าวคือคนจะเลือกให้ความสนใจและเลือกรับสิ่งเร้า แต่เนื่องจากมนุษย์มีขีดจำกัดในการรับรู้ จึงไม่สามารถรับรู้สิ่งเร้าได้ทั้งหมดจึงเกิดการเลือกรับรู้สิ่งที่ตนสนใจ (selective attention) เพื่อสนองความต้องการทั้งทางกายและทางจิตใจ สนองความสนใจและสนองความมุ่งหวัง นอกจากนี้ ยังเลือกเปิดรับ (selective exposure) ข้อมูลข่าวสารหรือการติดต่อกับบุคคลอื่นที่สอดคล้อง เสริมความเชื่อ เสริมการตัดสินใจ[7,8] ทั้งนี้ การสนทนากับผู้ให้บริการทางแพทย์เป็นทางเลือกที่ง่ายสำหรับประชาชนมากกว่าการหาข้อมูลผ่านสื่ออื่น

[†] ศักยภาพในที่นี้ หมายถึง ความรู้ ความสามารถ พื้นฐาน และประสบการณ์ ที่เป็นภูมิหลังเฉพาะของแต่ละบุคคล

[‡] สุขศึกษา หมายถึง กระบวนการที่ทำให้เกิดประสบการณ์ อันทำให้บุคคลหรือชุมชนได้รับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพ

เมื่อเข้าใจดังนี้ ผู้ให้บริการทางการแพทย์จะเข้าใจธรรมชาติความแตกต่างของผู้รับบริการด้วยว่า คนที่มีลักษณะเปิดรับข้อมูลข่าวสารง่าย (exposure) เข้าถึงข้อมูลได้ง่าย (accessibility) และมีความสามารถในการรับรู้ (literacy) จะหาข่าวสารด้วยตนเองประกอบกับการพบผู้ให้บริการทางการแพทย์ ขณะเดียวกันคนที่มีลักษณะไม่ค้นหาข้อมูลและรอเป็นฝ่ายรับข้อมูล (passive audience) จึงมักรอคำแนะนำจากผู้ให้บริการทางการแพทย์โดยเชื่อว่าเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญ การสื่อสารกับผู้รับบริการทางการแพทย์ หรือ "คนไข้" จึงต้องคำนึงถึงพื้นฐานความแตกต่างของจุดประสงค์ในการสื่อสารร่วมกับความแตกต่างโดยพื้นฐานของผู้รับบริการ

คำนึงถึงการคิดก่อนการสื่อสาร

การสื่อสารที่ดีเกิดจากความคิดที่ดี โดยเฉพาะการสื่อสารที่เป็นการพูด โดย สวนิต ยมาภัย และ ถิรนันท์ อนวัชศิริวงศ์ (2551)[9] อธิบายว่า การพูดที่ดีจะต้องเป็นการใช้ความคิดในทางที่เป็นคุณประโยชน์และการใช้ความคิดอย่างมีเหตุมีผลประกอบกัน

การคิดในทางที่เป็นคุณประโยชน์ได้แก่ 1) การคิดช่วยเหลือเกื้อกูลกัน 2) การคิดหาทางประนีประนอมกัน 3) การคิดหาวิธีให้ร่วมมือกัน 4) การคิดป้องกันอันตราย 5) การคิดยกย่องสรรเสริญผู้กระทำความดี และ 6) การคิดหาวิธีดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข ซึ่งเมื่อทราบเช่นนี้แล้วจะเห็นได้ว่า การสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์นั้น โดยเฉพาะการพูดนั้นมีลักษณะที่เกิดจากการคิดในทางที่เป็นคุณประโยชน์ทั้งสิ้น

ส่วนการคิดอย่างมีเหตุผลนั้น เห็นได้จากกระบวนการในการแสดงเหตุผลโดยการให้ข้อสรุป ซึ่งประกอบด้วย 1) วิธีให้ข้อสรุปเป็นกรณีทั่วไปจากกรณีเฉพาะหรือวิธีอุปนัย[§] 2) วิธีให้ข้อสรุปเป็นกรณีเฉพาะจากกรณีทั่วไปหรือวิธีนิรนัย[†] 3) วิธีให้ข้อสรุปจากแนวเทียบ[‡] และ 4) วิธีให้ข้อสรุปจากสาเหตุสัมพันธ์[£] ดังนั้น การพูดของผู้ให้บริการทางการแพทย์จึงต้องให้เหตุผลที่เหมาะสมกับระดับความเข้าใจของผู้รับสาร หรือการยกตัวอย่างประกอบเพื่ออธิบายให้ผู้รับบริการทางการแพทย์เข้าใจนั้น จำเป็นต้องเข้าใจตรรกะของการคิดด้วยจะช่วยให้การสื่อสารมีโอกาสประสบความสำเร็จได้มากขึ้น

นอกจากนี้แล้วการคิดก่อนการสื่อสารยังเป็นการทำความเข้าใจคู่สื่อสารด้วย ตามทฤษฎีการเสาะหาสาเหตุ (Attribution Theory)[10] ซึ่งเน้นการพยายามพัฒนาความสามารถของผู้ส่งสารที่จะทำนายพฤติกรรมผู้รับสาร ผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่สังเกตและรับรู้พฤติกรรรมก่อนผู้รับบริการจะทำการสรุปใด ๆ และพยายามคาดคะเนสาเหตุของพฤติกรรมนั้น ๆ จะเกิดความเข้าใจมากขึ้นและจะมีประโยชน์มากหากแยกแยะได้ว่าสิ่งที่อธิบายนั้นเป็นการอธิบายสาเหตุจากตัวบุคคล หรืออธิบายสาเหตุจากสถานการณ์ เช่น แพทย์บอกให้คนไข้กลับหลังแต่คนไข้นั่งเฉย ถ้าคิดว่าคนไข้ไม่เข้าใจ ไม่พอใจ เลยไม่ทำ ลักษณะเช่นนี้เป็นการอธิบายจากตัวบุคคล แต่ถ้าคิดว่าขณะพูดนั้น แพทย์พูดเบา และมีประกาศหรือเสียงเพลงดังทำให้ไม่ได้ยิน ลักษณะเช่นนี้เป็นการอธิบายจากสถานการณ์ ดังนั้น การคิดก่อนการสื่อสารจึงมีส่วนสำคัญในการทำความเข้าใจที่ดีร่วมกัน โดยเฉพาะการพยายามระบุให้ได้ว่าสาเหตุของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากตัวบุคคลหรือจากสถานการณ์

ระวังกิริยาอาการในขณะสื่อสาร

ในการสื่อสารใด ๆ จะมีการสื่อสารทั้งที่เป็นถ้อยคำ (วัจน-ภาษา) และไม่ใช่ถ้อยคำ (อวัจนภาษา) นอกจากผู้ฟังจะรับรู้ถ้อยคำที่ผู้พูดพูดแล้ว ยังรับรู้กิริยาอาการทุกอย่างของผู้พูดขณะฟังด้วยเช่นกัน อากัปกิริยาต่าง ๆ จะมีส่วนสื่อความหมายควบกันไปกับคำพูดทั้งสิ้น ไม่ว่าผู้พูดจะแสดงกิริยาอาการนั้นไปโดยรู้ตัวหรือไม่ก็ตาม นอกจากกิริยาอาการจะช่วยเพิ่มความหมายให้แก่คำพูดและเสียงพูดแล้ว ยังเป็นเครื่องแสดงบุคลิกภาพและเจตนาที่แท้จริงของผู้พูดด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิริยาอาการที่แสดงออกทางดวงตาและสีหน้า[9]

ดังนั้น บางครั้งแม้ผู้รับบริการทางการแพทย์จะได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนแล้วก็ตาม แต่กิริยาอาการของผู้ให้บริการที่ไม่สอดคล้องหรือไม่สื่อถึงเจตนารมณ์ อาจทำให้ผู้รับสารเกิดความลังเลในการเปิดรับสาร หรือเกิดทัศนคติที่ไม่เอื้อต่อการรับรู้ นอกจากนี้ อวยพร พานิช และคณะ (2550)[11] ยังอธิบายว่าอวัจนภาษาในแต่ละวัฒนธรรมมีความแตกต่างกันในการสื่อความหมาย

---

§ ข้อสรุปตามวิธีนี้จะเป็นกรณีทั่วๆ ไป โดยมีกรณีเฉพาะหลายๆ กรณี เป็นเหตุผลสนับสนุน (สวนิต ยมาภัย และ ถิรนันท์ อนวัชศิริวงศ์, 2551 หน้า 52) เช่น คนชอบซื้อยามารับประทานเองเมื่อป่วย (ข้อสรุปจากกรณีทั่วไป) เพราะ จากการสอบถามคนเกือบทั้งหมู่บ้าน ล้วนให้คำตอบว่าชอบซื้อยามารับประทานเองมากกว่าไปหาหมอ (กรณีเฉพาะหลายกรณี)

† ข้อสรุปตามนี้จะเป็นกรณีเฉพาะ โดยมีกรณีทั่วไปร่วมกับกรณีเฉพาะอีกกรณีหนึ่งเป็นเหตุผลสนับสนุน (สวนิต ยมาภัย และ ถิรนันท์ อนวัชศิริวงศ์, 2551 หน้า 52) เช่น ฉันต้องกินยาแก้โรคกระเพาะทุกวัน (ข้อสรุปกรณีเฉพาะ) เพราะคนที่เป็นโรคกระเพาะ ต้องกินยาทุกวัน (กรณีทั่วไป) และฉันเป็นโรคกระเพาะ (กรณีเฉพาะ)

‡ ข้อสรุปตามนี้ ได้มาจากการนำเอากรณี 2 กรณีมาเทียบกัน โดยถือหลักว่าถ้า 2 กรณีนั้นคล้ายคลึงกันมาก สิ่งใดที่เป็นจริงสำหรับกรณีหนึ่ง ก็ย่อมจะเป็นจริงสำหรับอีกกรณีหนึ่ง (สวนิต ยมาภัย และ ถิรนันท์ อนวัชศิริวงศ์, 2551 หน้า 53) เช่น การใช้วัคซีนไข้หวัด 2009 โดยยังไม่ได้มีการทดสอบ จะก่อให้เกิดการต่อต้านตามมาได้ (ข้อสรุป) เราต้องไม่ลืมว่า การใช้ยาสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ในอดีตโดยไม่ได้มีการทดสอบ ก่อให้เกิดการต่อต้านจากกลุ่มสิทธิมนุษยชน

£ วิธีนี้เชื่อว่าปรากฏการณ์ทั้งหลายย่อมมีสาเหตุและผลลัพธ์ของมันเสมอ แบ่งได้เป็น 1) สรุปจากเหตุไปหาผล 2) สรุปจากผลไปหาเหตุ และ 3) สรุปจากผลลัพธ์อย่างหนึ่งไปหาผลลัพธ์อีกอย่างหนึ่ง (สวนิต ยมาภัย และ ถิรนันท์ อนวัชศิริวงศ์, 2551 หน้า 53-54)

หากผู้ส่งสารจะต้องส่งสารต่างวัฒนธรรม จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเรียนรู้วัฒนธรรมของผู้รับสารให้กระจ่าง เพื่อป้องกันปัญหาการสื่อสารอันอาจเกิดจากอวัจนภาษาได้

การรู้จักระวังกิริยาอาการในขณะสื่อสารมีความจำเป็นเพราะแต่ละบุคคลย่อมมีความคิดต่อเรื่องต่าง ๆ แตกต่างกันออกไป ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) อธิบายการตอบโต้ของผู้รับสารด้วยหลักจิตวิทยาว่า แต่ละคนแตกต่างจากกันด้วยสาเหตุ 3 ประการ คือ แตกต่างกันทางสรีระ แตกต่างกันด้วยความรู้สึกที่มีต่อคนอื่น และแตกต่างกันด้วยวิธีการเรียนรู้และประสบการณ์ซึ่งทำให้มีโลกทรรศน์ต่างกัน ทั้งสามอย่างนี้เมื่อมาประกอบกันจะเป็นพฤติกรรมที่มองเห็นได้ เรียกว่าบุคลิกภาพ การทำความเข้าใจบุคลิกภาพมีประโยชน์เพราะโครงสร้างบุคลิกภาพประกอบกันเป็นความเชื่อและทัศนคติ ที่มีผลต่อการทำความเข้าใจและตีความสิ่งที่เกิดขึ้นหรือเรื่องราวต่าง ๆ รวมทั้งพฤติกรรมที่บุคคลอื่นแสดง นอกจากนี้ บุคลิกภาพยังมีลักษณะเป็นเชิงคู่ (dyadic concept) คือ บุคลิกภาพจะถูกเปรียบเทียบ เช่น ถ้าผู้ให้บริการทางการแพทย์พูดจาไม่สุภาพเท่ากับที่ผู้รับบริการเคยได้รับมา บุคลิกภาพของผู้ให้บริการคนนี้จะถูกเปรียบเทียบทันที ผู้รับบริการอาจบอกว่า เจ้าหน้าที่คนนี้ไม่ดี หรือแพทย์คนนี้ดุ เพราะได้เปรียบเทียบแล้วว่าเจ้าหน้าที่คนนี้ไม่ดีเหมือนคนก่อน หรือแพทย์คนนี้ดุ (เข้มงวด) กว่าคนก่อน ขณะที่แนวคิดเชิงเดี่ยว (monadic concept) เกิดจากการไม่อ้างอิงหรือเปรียบเทียบ ดังนั้นเมื่อเข้าใจว่าบุคลิกภาพสามารถถูกเปรียบเทียบได้ และส่งผลต่อความพึงพอใจและพฤติกรรมการสื่อสาร จึงเป็นเหตุผลสำคัญประการหนึ่งที่ผู้ให้บริการทางการแพทย์ควรระวังกิริยาขณะสื่อสารด้วย

คำนึงถึงอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อผู้รับบริการ[†]

มีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลต่อการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้รับบริการ เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้น คนไข้หนึ่งคนไม่ได้ติดต่อสื่อสารกับแพทย์เพียงคนเดียวเท่านั้น เขาย่อมสื่อสารกับคนอื่นที่รู้จัก กลุ่มต่าง ๆ ที่เป็นสมาชิกอยู่ ซึ่งอาจจะเป็นสมาชิกในบ้าน ในที่ทำงาน ในกลุ่ม องค์กรต่าง ๆ และยังอาจรวมไปถึงชุมชนออนไลน์ได้ด้วย (ศุภนิศา เกษมสันต์, 2546) จึงเห็นว่า ผู้ป่วยคนหนึ่งได้รับอิทธิพลทางความคิดจากคนอื่นด้วย “กลุ่ม” จึงมีอิทธิพลต่อการสื่อสารด้วยเช่นกัน

ทั้งนี้ กลุ่มคือการรวมตัวของบุคคลซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กัน (interaction) มีความสนใจร่วมกัน หรือการแสดงออกร่วมกันในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยรับอิทธิพลหรือผลกระทบจากกันและกัน[13] กลุ่มมีลักษณะบ่งชี้คือ มีชะตากรรมร่วมกัน มีความคล้ายคลึงกันและมีความใกล้กัน วิลเลียม ชูทซ์ อธิบายว่า มนุษย์แต่ละคนมีความต้องการด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นซึ่งมีความสำคัญไม่น้อยกว่าความต้องการด้านสรีระ ถ้าความต้องการนี้ไม่ได้รับการตอบสนองมนษย์จะเป็นบ้า ชูทซ์กล่าวว่า ความต้องการนี้จำแนกออกได้เป็น 3 อย่าง คือ ความต้องการที่จะมีพวก (inclusion) ความต้องการที่จะมีอำนาจควบคุม (control) และความต้องการที่จะรักผู้อื่นและให้ผู้อื่นรักตน (affection)

อรวรรณ ปิลันธน์โอวาท (2550)[14] อธิบายหน้าที่ของกลุ่มในการสื่อสารว่า กลุ่มมีหน้าที่ (function) หลายอย่าง เช่น การโน้มน้าวใจ การบำบัดรักษา การสร้างสัมพันธ์ภาพทางสังคม การขจัดความขัดแย้ง และการตัดสินใจผนวกกับการแก้ปัญหา ซึ่งวัตถุประสงค์หลักของการสื่อสารกลุ่มคือ 1) การเสาะหาข้อเท็จจริง (fact finding) 2) การรับรู้แลกเปลี่ยนสารสนเทศ (information sharing) และ 3) การตัดสินใจ (decision making)

การที่กลุ่มมีอิทธิพลต่อความคิดเกิดจากเหตุผล 2 ประการ คือ เหตุผลจากภายในตนและเหตุผลจากสถานภาพภายนอก เหตุผลภายในตนที่ทำให้สมาชิกกลุ่มคล้อยตามมี 4 ประการ คือ 1) เห็นว่าการคล้อยตามจะนำไปสู่การได้รับชื่อเสียงและการยอมรับภายในกลุ่ม 2) การคล้อยตามเป็นวิธียกระดับสถานภาพของเขากลุ่ม 3) เขารู้สึกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ ถูกต้องและต้องการช่วยเพื่อนสมาชิกให้บรรลุถึงเป้าหมายที่วางไว้ และ 4) สมาชิกกลุ่มที่ไม่คล้อยตามจะรู้สึกกระวนกระวายใจ ส่วนเหตุผลจากสภาพภายนอกมี 5 ประการ คือ 1) ขนาดของกลุ่ม ถ้ายิ่งกลุ่มใหญ่และมีคนที่ค้านจำนวนมาก การคล้อยตามจะมีมากขึ้น 2) ลักษณะของกลุ่ม ทั้งนี้กลุ่มที่ทำงานคล่องแคล่วฉับไว มีประสิทธิภาพและได้รับความไว้วางใจจะมีอำนาจในการดึงสมาชิกให้คล้อยตามกลุ่มมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีลักษณะดังกล่าว 3) ลักษณะของสารที่ใช้ในกลุ่ม ถ้าสารที่เป็นการวิพากษ์วิจารณ์หรือตำหนิติเตียนจะทำให้เกิดความคล้อยตามมากกว่าสารที่ให้กำลังใจ 4) ความเป็นเอกฉันท์ของกลุ่ม โดยการทำตามกันจะมีมากขึ้นเมื่อบุคคลหนึ่งเห็นสมาชิกของกลุ่มมีความเห็นเป็นเอกฉันท์ยิ่งกว่ากลุ่มที่มีความเห็นแยกกัน และ 5) สถานภาพของสมาชิก ถ้าบุคคลรู้สึกว่าสมาชิกอื่นของกลุ่มมีฐานะสูงกว่า ตัวเขาจะคล้อยตามง่ายขึ้น ถ้าเขารู้สึกว่าสมาชิกอื่น ๆ มีฐานะต่ำกว่าเขา ก็จะยอมตามยากขึ้น

เมื่อกลุ่มมีอิทธิพลต่อการสื่อสาร การสื่อสารทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้รับบริการทางการแพทย์ย่อมมีโอกาสได้รับอิทธิพลของกลุ่มเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น กรณีที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์แล้วผู้ป่วยกลับมาปรึกษาสมาชิกครอบครัว หรือกลุ่มเพื่อน ทำให้ได้รับทัศนคติทางความคิดต่อการตัดสินใจปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าว ลักษณะเช่นนี้ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องยอมรับและตระหนักว่า แม้จะให้

[†] กลุ่มอ้างอิง หมายถึง กลุ่มที่มีบทบาทต่อคนเรา เป็นกลุ่มที่เราใช้ยึดถือเป็นหลักในการร่วมมือกัน กลุ่มอ้างอิงนี้มีบทบาทที่สำคัญในฐานะสนับสนุนและคัดค้าน กลุ่มอ้างอิงยังเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของแต่ละบุคคล เป็นมาตรฐานหรือเกณฑ์แห่งการตัดสินใจ (อรวรรณ ปิลันธน์โอวาท, 2549 หน้า 104-105)

คำปรึกษาให้การรักษาแล้ว แต่ผู้รับบริการก็ยังมีโอกาสติดต่อแหล่งสารอื่น ๆ (source of information) ดังนั้น หากการสื่อสารที่ผู้ให้บริการทางการแพทย์ทำให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจเพียงพอที่จะไม่เปิดรับข้อมูลอื่น ก็จะช่วยให้การดูแลรักษาโดยปราศจากอิทธิพลหรือปัจจัยอื่น ๆ ทำได้ง่ายขึ้น

การสื่อสารช่วยลดปัญหาอะไร

การสื่อสารที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสามารถลดปัญหาที่เกิดขึ้นตามมาได้หลายอย่าง ***ประการแรก*** ในด้านของผู้รับบริการ การสื่อสารที่ชัดเจนจะช่วยป้องกันความเข้าใจผิดของผู้รับบริการ ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ได้ประโยชน์อย่างแท้จริง ***ประการที่สอง*** ในด้านของผู้ให้บริการ การสื่อสารช่วยลดเวลาในการอธิบาย ทำให้การแนะนำเป็นไปอย่างสะดวก ง่ายต่อผู้ให้บริการ เพราะความเข้าใจหลักของการสื่อสารทำให้เกิดความเข้าใจทั้งในด้านความแตกต่างของคู่สื่อสาร ความพร้อมในการสื่อสาร รวมทั้งช่วยให้ผู้ให้บริการนำวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ***ประการสุดท้าย*** การสื่อสารช่วยลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพราะเกิดความเข้าใจกันมากขึ้น

การสื่อสารที่จะทำให้ผู้รับบริการทางการแพทย์เข้าใจและไม่เกิดปัญหานั้น ไม่ใช่เพียงให้ข้อมูลผู้รับบริการทางการแพทย์ แต่อยู่ที่ความเข้าใจ ความจริงใจ และการเปิดใจ ดังนั้น หากผู้ให้บริการทางการแพทย์ เชื่อมั่นในหลักการสื่อสาร และพยายามใช้หลักการสื่อสารให้เหมาะสมกับสภาพการทำงานแล้ว ก็จะเกิดแนวทางการสื่อสารที่จะสร้างสุขภาวะให้เกิดขึ้นกับประชาชนไทยได้ไม่ยาก

เอกสารอ้างอิง

1. โคทม อารียา. แนวความคิดการสื่อสารสุขภาพ. ใน: สื่อสารด้วยใจได้สุขภาพดี. แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบสื่อสารสุขภาพสู่ประชาชน. กรุงเทพฯ. ภาพพิมพ์, 2552.
2. Northouse PG, Northouse LL. Health communication: strategies for health professionals (2nd ed.). Connecticut. Prentice Hall, 1992.
3. Griffin E. A first look at communication theory (6th ed.). New York. McGraw-Hill, 2006.
4. ปริชวัน จันทร์ศิริ. การให้คำปรึกษา. ใน: วีระศักดิ์ ชลไชยะ และคณะ (บรรณาธิการ). ทักษะการสื่อสารเพื่อความเป็นเลิศด้านบริการทางการแพทย์. กรุงเทพฯ. ธนาเพรส, 2551.
5. ชิษณุ พันธุ์เจริญ. การให้ความรู้ทางการแพทย์. ใน: วีระศักดิ์ ชลไชยะ และคณะ (บรรณาธิการ). ทักษะการสื่อสารเพื่อความเป็นเลิศด้านบริการทางการแพทย์. กรุงเทพฯ. ธนาเพรส, 2551.
6. บุญเรือง เนียมหอม, กำพล ดำรงวงศ์, ปรียาพร ฤกษ์พินัย. รายงานการวิจัย เรื่อง สื่อสิ่งพิมพ์เพื่อสุขภาพ. โครงการวิจัยในชุดโครงการสังเคราะห์ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อประชาชน โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารอัดสำเนา. 2548.
7. Tubbs S, Moss S. Human communication. Boston. McGraw-Hill, 2000.
8. ปรมะ สตะเวทิน. หลักนิเทศศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ. ภาพพิมพ์, 2546.
9. สวนิต ยมาภัย, ถิรนันท์ อนวัชศิริวงศ์. หลักการพูด หน้าที่ชุมชน สื่อมวลชน สื่อมวลชน และในองค์กร (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ. วันดีดีกรุ๊ป, 2551.
10. อรวรรณ ปิลันธน์โอวาท. การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
11. อวยพร พานิช และคณะ. ภาษาและหลักการเขียนเพื่อการสื่อสาร (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
12. ศุภนิศา เกษมสันต์. บทบาทของการสื่อสารผ่านสื่อกลางคอมพิวเตอร์กับการสร้างความสัมพันธ์แบบชุมชนเสมือนของผู้สูงอายุสมาชิก OPPY Club. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาการสื่อสารมวลชน. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
13. อรวรรณ ปิลันธน์โอวาท. พฤติกรรมการสื่อสารในกลุ่ม. ใน: เอกสารการสอนชุดวิชาพฤติกรรมการสื่อสาร (พิมพ์ครั้งที่ 8) หน่วยที่ 7. นนทบุรี. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2548.
14. อรวรรณ ปิลันธน์โอวาท. การพูดเพื่อธุรกิจและกิจธุระ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.