

b155258

**การประเมินผลโครงการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ใน
การรณรงค์โรคมalaria**

ณัฐ ชินินจิรัฐกาล

**วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการสิ่งแวดล้อม)
คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
พ.ศ. 2550**

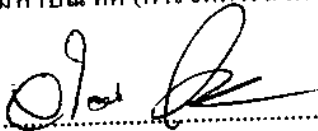
การประเมินผลโครงการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้

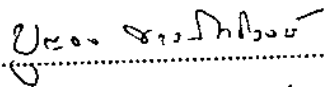
ในการรณรงค์โรคมalaria

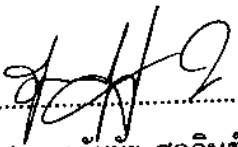
ณัฐ ชนินจิรัฐกาล

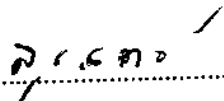
คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาแล้วเห็นสมควรอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการสิ่งแวดล้อม)

รองศาสตราจารย์.....  ประธานกรรมการ
(ดร. จำลอง โพธิ์บุญ)

รองศาสตราจารย์.....  กรรมการ
(ดร. บุญจง ขาวสิทธิวงษ์)

รองศาสตราจารย์.....  กรรมการ
(ดร. ชวัชชัย สุขศิษฐ์)

รองศาสตราจารย์.....  รักษาการแทนคณบดี
(ดร. สุรสิทธิ์ วชิรจร)

วันที่ ๒๕ ตุลาคม พ.ศ. 2550

บทคัดย่อ

ชื่อวิทยานิพนธ์	การประเมินผลโครงการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการ รณรงค์โรคมลาเรีย
ชื่อผู้เขียน	นางสาวณัฐ ชนินจิรัฐกาล
ชื่อปริญญา	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการสิ่งแวดล้อม)
ปีการศึกษา	2550

การศึกษาเรื่อง การประเมินผลโครงการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการรณรงค์โรคมลาเรียครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ 2 ข้อ คือ 1) เพื่อประเมินประสิทธิผลและผลกระทบของการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการวางแผนรณรงค์ประชาสัมพันธ์โรคมลาเรีย 2) เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลและผลกระทบของการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการวางแผนรณรงค์ประชาสัมพันธ์โรคมลาเรีย โดยผู้ศึกษาได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานรณรงค์ทุกคน รวม 12 ตัวอย่าง และกลุ่มประชาชนในและนอกพื้นที่รณรงค์จำนวน 157 และ 43 ตัวอย่างตามลำดับ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าทางสถิติ คือ ความถี่ ค่าร้อยละในการพรรณนาข้อมูล ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้ค่า Pearson's R Product – Moment Correlation และสถิติทดสอบ t – test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 มีผลการศึกษา ดังนี้ 1) ปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงานโครงการ ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง และอยู่ในเกณฑ์ต่ำเกินไป ปัจจัยด้านกระบวนการอยู่ในเกณฑ์ดี ปัจจัยภายนอกอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ประสิทธิภาพของโครงการอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ผลกระทบด้านการปฏิบัติตนของประชาชนอยู่ในเกณฑ์พอใช้และดี 2) ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยด้านกระบวนการ และปัจจัยภายนอก ไม่มีความสัมพันธ์กับการนำความรู้ไปปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ 3) การรับรู้สื่อรณรงค์ของประชาชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมลาเรียของประชาชน

ABSTRACT

Title of Thesis	Evaluation of the Application of the Social Marketing Process in Malaria Disease Campaign
Author	Miss Nudee Chaninjitratthakarn
Degree	Master of Science (Environmental Management)
Year	2007

The purposes of this research were: 1) to evaluate the effectiveness and impact of the application of the social marketing process in the prevention and control of Malaria Disease Campaign; and 2) to study factors that related with the effectiveness and impact of the application of the social marketing process. The samples were divided into 2 groups which were 12 project officers and people residing in and outside the project areas with a total of 157 samples and 43 samples, respectively. Questionnaires were used for data collecting. Data analysis was conducted by using frequency and percentage for descriptive data, Pearson's R Product – Moment Correlation and t – test were used for hypotheses testing at .05 significance level. The findings of this survey indicated that: 1) Inputs used in the implementation of this project were at low level and good level. Process was at good level. Context was at very good level. The effectiveness of the project was at very good level. The impact, which was the practices of the people, was at fair level and good level. 2) Input, process, and context factors did not have relationship with the practices of the people or the knowledge application of the project officers. 3) Receiving of information from the campaign positively related to the prevention and control of Malaria Disease.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความอนุเคราะห์ช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. จำลอง โพธิ์บุญ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. บุญจง ขวสัทธวงษ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. ธวัชชัย ศุภดิษฐ์ กรรมการผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำปรึกษาตลอดจนข้อวิจารณ์ต่าง ๆ เพื่อปรับแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุก ๆ ท่านในคณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่ได้อุทิศตน ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลาการศึกษา และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพัฒนาสังคม และสิ่งแวดล้อมทุก ๆ ท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในการประสานงานระหว่างการศึกษาและการจัดทำ วิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลงและเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุก ท่านที่ให้ความร่วมมือในการแก้ไขปรับปรุง และตอบแบบสอบถามอย่างดียิ่ง

ขอบคุณเพื่อน ๆ หลักสูตรการจัดการสิ่งแวดล้อม รุ่น 10 ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประสานงานในการศึกษาครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

สุดท้าย ขอกราบขอบพระคุณครอบครัว ที่ให้โอกาสและสนับสนุนในการศึกษาต่อและ เป็นกำลังใจที่ดีในระหว่างการศึกษา

ณดี ชนินจิรัฐกาล

ตุลาคม 2550

สารบัญ

	หน้า	
<u>บทคัดย่อ</u>	(3)	
ABSTRACT	(4)	
กิตติกรรมประกาศ	(5)	
สารบัญ	(6)	
สารบัญตาราง	(8)	
สารบัญภาพ	(11)	
<u>บทที่ 1 บทนำ</u>	1	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1	
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3	
1.3 ขอบเขตของการศึกษา	3	
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3	
1.5 นิยามเชิงปฏิบัติการ	4	
<u>บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</u>	6	c2-1
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย	6	
2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการตลาดเชิงสังคม	25	
2.3 <u>แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสาร</u>	35	c2-2
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับสื่อประชาสัมพันธ์ในงานสาธารณสุข	40	
2.5 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเปิดรับข่าวสาร	46	
2.6 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการมีส่วนร่วม	47	
2.7 ความรู้เกี่ยวกับการรณรงค์	48	
2.8 เทคนิคในการติดตามประเมินโครงการ	48	
2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	50	

<u>บทที่ 3</u>	กรอบแนวคิดและวิธีการศึกษา	54
3.1	กรอบแนวคิดในการศึกษา	55
3.2	สมมุติฐานการศึกษา	58
3.3	ตัวชี้วัดและแผนการประเมิน	58
3.4	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	61
3.5	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	61
3.6	การสร้างและพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ	65
3.7	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	65
3.8	การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	72
3.9	การวิเคราะห์ข้อมูล	72
<u>บทที่ 4</u>	ผลการศึกษา	75
4.1	ผลการศึกษาเชิงพรรณนา	75
4.2	ผลการทดสอบสมมุติฐาน	109
4.3	ข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่	117
<u>บทที่ 5</u>	สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	119
5.1	สรุปผลการศึกษา	120
5.2	อภิปรายผล	122
5.3	ข้อเสนอแนะ	125
<u>บรรณานุกรม</u>		127
<u>ภาคผนวก</u>		131
<u>ภาคผนวก ก</u>	แบบสอบถาม สำหรับเจ้าหน้าที่ซึ่งผ่านการอบรมโครงการนำ	132
	กระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการวางแผนรณรงค์โรคมลาเรีย	
<u>ภาคผนวก ข</u>	แบบสอบถาม ประชาชนการประเมินโครงการรณรงค์ป้องกันและ	146
	ควบคุมโรคมลาเรียด้วยแนวทางการตลาดเชิงสังคม	
<u>ประวัติผู้เขียน</u>		154

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง ตั้งแต่วันที่ 2 มกราคม – 18 มิถุนายน 2548	8
2.2 จังหวัดที่พบผู้ป่วยมะเร็งสูง 10 อันดับแรก	10
2.3 ขั้นตอนของการวางแผนและรณรงค์โดยการตลาดเชิงสังคม	32
3.1 ตัวชี้วัดและการประเมิน	59
3.2 พื้นที่ที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่นำการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการรณรงค์ โรคมะเร็งที่เก็บแบบสอบถาม	64
3.3 สรุปสถิติทดสอบตามสมมติฐาน	74
4.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่	76
4.2 ผลการศึกษาปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงาน โครงการรณรงค์ป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม	78
4.3 ผลการจัดกลุ่มตามปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงาน โครงการรณรงค์ป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม	79
4.4 ปัจจัยด้านกระบวนการในการอบรมการตลาดเชิงสังคม	80
4.5 การจัดกลุ่มตามปัจจัยด้านกระบวนการในการอบรมการตลาดเชิงสังคม	82
4.6 การนำความรู้เรื่องกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการรณรงค์ป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งของเจ้าหน้าที่	83
4.7 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่จำแนกตามการปฏิบัติงานตามขั้นตอน ของกระบวนการรณรงค์ด้วยการตลาดเชิงสังคม	85
4.8 การจัดกลุ่มตามการนำความรู้เรื่องกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการ รณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งของเจ้าหน้าที่	86
4.9 ปัจจัยภายนอกของโครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม	87
4.10 การจัดกลุ่มปัจจัยภายนอกของโครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุม โรคมะเร็งด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม	88

4.11 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโครงการ รณรงค์ป้องกันและควบคุม โรคมาลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม	90
4.12 รายละเอียดปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโครงการ รณรงค์ป้องกันและควบคุม โรคมาลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม	90
4.13 จำนวนร้อยละ ปึงจ้ยส่วนบุคคลของประชาชน	95
4.14 จำนวนและร้อยละ ของประชาชนจำแนกตามการรับรู้สื่อสารรณรงค์ โรคมาลาเรีย	99
4.15 การจัดกลุ่มประชาชนตามการรับรู้และความพึงพอใจสื่อรณรงค์ ของประชาชนในพื้นที่รณรงค์โครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุม โรคมาลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม	101
4.16 จำนวนและร้อยละของผลจากสื่อรณรงค์โรคมาลาเรียด้วยกระบวนการ ตลาดเชิงสังคมที่ประชาชนได้รับ	102
4.17 จำนวนและร้อยละของประชาชนจำแนกตามช่องทางที่ประชาชน ต้องการรับสื่อรณรงค์โรคมาลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม	103
4.18 การปฏิบัติตนและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุม โรคมาลาเรีย ภายหลังการรณรงค์ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม	106
4.19 ผลการจัดกลุ่มการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุม โรคมาลาเรีย	108
4.20 ความสัมพันธ์ระหว่างปึงจ้ยนำเข้ากับการนำความรู้ความเข้าใจเรื่อง การตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการปฏิบัติงานรณรงค์ป้องกันและควบคุม โรคมาลาเรีย	109
4.21 ความสัมพันธ์ระหว่างปึงจ้ยด้านกระบวนการกับการนำความรู้ความเข้าใจ การตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการปฏิบัติงานรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรค มาลาเรีย	110
4.22 ความสัมพันธ์ระหว่างปึงจ้ยภายนอกกับการนำความรู้ความเข้าใจ การตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการปฏิบัติงานรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรค มาลาเรีย	112
4.23 ความสัมพันธ์ระหว่างการนำความรู้ไปปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่กับ การปฏิบัติตนของประชาชนในพื้นที่รณรงค์	113
4.24 การรับรู้สื่อรณรงค์กับการปฏิบัติตนของประชาชนในพื้นที่รณรงค์	114
4.25 การรับรู้สื่อรณรงค์กับการปฏิบัติตนของประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์	115

4.26	ค่าเฉลี่ยของการรับรู้สื่อรณรงค์ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมของ ประชาชนในพื้นที่รณรงค์และประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์	115
4.27	ผลลัพธ์ในส่วน T – test ของการรับรู้สื่อรณรงค์ด้วยกระบวนการตลาด เชิงสังคมของประชาชนในพื้นที่รณรงค์และประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์	116
4.28	ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของประชาชน ในพื้นที่รณรงค์และประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์	116
4.29	ผลลัพธ์ในส่วน T – test ของการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุม โรคมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่รณรงค์และประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์	117

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
2.1 เขตปรากฏโรค	7
2.2 จำนวนผู้ป่วยมาลาเรียรายสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12	8
2.3 ชุ้งกันปล่องขณะดูดกินเลือด	11
2.4 Plasmodium Falcifalum	13
2.5 วงชีวิตของเชื้อมาลาเรีย	13
2.6 เม็ดเลือดแดงที่ถูกเชื้อมาลาเรียทำลาย	14
2.7 แบบจำลองการวางแผนการกำหนดกลยุทธ์การคลาดเชิงสังคม	29
2.8 แบบจำลองกระบวนการสื่อสารของเบอร์โด (SMCR Model)	36
2.9 กรอบแนวคิดในการประเมินโครงการ	50
3.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา	57

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

Blumenthal and Ruttenber (1995 อ้างถึงใน ธวัชชัย ศุภศิษฐ์, 2546: 58) ได้กล่าวว่า ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคที่มีแหล่งกำเนิดมาจากสิ่งแวดล้อม เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นตั้งแต่อดีตเป็นระยะเวลานานมาแล้ว ในประเทศที่พัฒนาแล้วการเกิดโรคส่วนใหญ่มักจะเกี่ยวข้องกับการได้รับอันตรายทางสิ่งแวดล้อม เช่น จากสารพิษหรือสารก่อมะเร็งจากการทำอุตสาหกรรม ในขณะที่ประเทศด้อยพัฒนาหรือกำลังพัฒนา ปัญหาการเกิดโรคมักจะมีต้นกำเนิดมาจากการขาดแคลนด้านสาธารณสุขมูลฐานหรือขาดความเอาใจใส่ต่ออนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นด้านหลัก มากกว่าเกิดจากมลพิษทางอุตสาหกรรม โดยพบว่าโรคที่เกิดขึ้นมักมีแหล่งกำเนิดมาจาก อาหาร น้ำ ดิน และปรสิตรเป็นส่วนใหญ่

จากภาวะการเกิดโลกร้อน (Global Warming) ที่มีการขยายตัวอย่างต่อเนื่องมากขึ้นในหลายพื้นที่ เปิดโอกาสให้โรคที่มีสาเหตุจากแมลงเป็นพาหะมีโอกาสแพร่ระบาดได้มากขึ้น เพราะมีความเหมาะสมของอุณหภูมิในการแพร่ขยายพันธุ์ของแมลงพาหะนำโรค ทั้งนี้แมลงพาหะนำโรคและเชื้อก่อโรคได้มีการพัฒนาตนเองและปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงและแนวทางการรักษาแบบดั้งเดิมสูงขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาวิธีการควบคุมและการป้องกันที่เข้มงวดมากขึ้น (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2545: 71)

ไข้มาลาเรีย (Malaria) เป็นโรคติดต่อมาโดยแมลงที่สำคัญในประเทศไทย ซึ่งเป็นโรคสำคัญที่เป็นปัญหามานาน ทั้งนี้วิธีการป้องกันการเกิดโรคมาลาเรียที่ได้ผลต้องเป็นการป้องกันที่ต้นกำเนิดของการแพร่โรคและการระบาดของโรคซึ่งก็คือ การป้องกันที่บริเวณที่อยู่อาศัยของพาหะนำโรคและการสร้างความรู้ให้กับประชาชนทั่วไป ดังนั้น การสร้างจิตสำนึกหรือความรู้ในการป้องกันโรคให้กับประชาชนจึงเป็นสิ่งสำคัญแต่การดำเนินงานที่ผ่านมายังมีข้อที่ควรปรับปรุงแก้ไขในวิธีการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความร่วมมือจากชุมชนมากขึ้นกว่าเดิม โดยจะต้องมีกระบวนการที่

กระตุ้นให้ประชาชนหันมาให้ความตระหนักและร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคอย่างจริงจัง สม่่าเสมอตลอดไป ควบคู่กับวิถีชีวิตที่ดำเนินอยู่ให้มีสุขภาพที่ดีตามที่ต้องการอย่างเหมาะสม ดังนั้น การค้นหาวัคซีนใหม่ ๆ มาดำเนินการเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงความรู้และข้อมูลทางวิชาการด้านการป้องกันและควบคุมโรคที่ได้มาตรฐานจึงเป็นสิ่งสำคัญ

กรมควบคุมโรค ได้เล็งเห็นความสำคัญที่จะสร้างกระแสให้ประชาชนได้มีความตระหนักถึงการป้องกันและควบคุมโรคจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่ 5 คือ การพัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสารสาธารณะและเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค และภัยสุขภาพ โดยมีมาตรการหลัก คือ การใช้เครื่องมือการตลาดเชิงสังคมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร และได้กำหนดเป้าหมายหลักของโรคติดค่อนำโดยแมลง คือ ให้หน่วยงานลูก้าสามารถเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคด้วยตนเองอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน ประชาชนสามารถเข้าถึงความรู้และข้อมูลทางวิชาการ ซึ่งมีกลวิธีที่สำคัญ คือ การประชาสัมพันธ์เชิงรุกที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ และมีวิธีการที่สำคัญ คือ การพัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์เชิงสังคม (Social Marketing) ที่เหมาะสมกับยุคสมัยและกลุ่มเป้าหมาย โดยมีหน่วยงานหลักที่มีหน้าที่ปฏิบัติงานให้ตรงตามเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ สำนักโรคติดค่อนำโดยแมลง

โดยทางสำนักโรคติดค่อนำโดยแมลงได้มีการดำเนินการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมมาใช้ในการวางแผนการรณรงค์โรคมลาเรียตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2547 ที่ผ่านมา ซึ่งได้มีการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่องทั้งการอบรมและการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้บุคลากรเกิดความมั่นใจในการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปประยุกต์ใช้ในการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ เพื่อลดโรคมลาเรียให้ได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยในปี พ.ศ. 2547 ที่ผ่านมามหาวิทยาลัยและบุคลากรที่ผ่านการอบรมและประชุมเชิงปฏิบัติการแล้วได้มีการนำรูปแบบการตลาดเชิงสังคมไปทดสอบใช้ในพื้นที่จริงหลายพื้นที่ทั่วประเทศ ดังนั้น เพื่อเป็นการแสดงผลการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการปฏิบัติจริงได้ผลมากขึ้นเพียงใด จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการประเมินผลการปฏิบัติงานให้ชัดเจนเพื่อนำไปสู่กระบวนการพัฒนา ปรับปรุง และแก้ไขกระบวนการตลาดเชิงสังคมให้สอดคล้องและตรงตามวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดมากขึ้น รวมทั้งเพื่อที่จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการกำหนดเป็นนโยบายการดำเนินงานต่อไปได้ในอนาคต

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.2.1 เพื่อประเมินประสิทธิผลและผลกระทบของการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมมาใช้ในการวางแผนรณรงค์ประชาสัมพันธ์โรคมะเร็ง

1.2.2 เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลและผลกระทบของการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมใช้ในการวางแผนรณรงค์ประชาสัมพันธ์โรคมะเร็ง

1.3 ขอบเขตของการศึกษา

1.3.1 ขอบเขตด้านประชากรที่ทำการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนชายหญิงทั่วไปที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดต่าง ๆ ในประเทศไทยที่มีการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งโดยกรมควบคุมโรคด้วยวิธีการตลาดเชิงสังคม จำนวนทั้งสิ้น 10 จังหวัด

1.3.2 ขอบเขตด้านระยะเวลาที่ทำการศึกษา

ในการประเมินผลการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมใช้ในการวางแผนรณรงค์โรคมะเร็งของปีงบประมาณ พ.ศ. 2548 ใช้ระยะเวลาในการศึกษาทั้งสิ้น 6 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2549 ถึงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2549

1.3.3 ขอบเขตด้านพื้นที่ของการศึกษา

พื้นที่ที่ศึกษา คือ จังหวัดที่มีการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคจำนวน 10 จังหวัด คือ จังหวัดจันทบุรี ราชบุรี กาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ แม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ ชุมพร สุราษฎร์ธานี พังงา และสตูล

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.4.1 ทราบถึงประสิทธิผลของการดำเนินการรณรงค์ประชาสัมพันธ์โดยการใช้รูปแบบการตลาดเชิงสังคมในพื้นที่ที่มีการนำรูปแบบนี้ไปปฏิบัติเปรียบเทียบกับพื้นที่ที่ยังไม่มีการนำไปปฏิบัติ

1.4.2 ทราบถึงพฤติกรรมของประชาชนภายหลังการรณรงค์ประชาสัมพันธ์โดยการใช้รูปแบบการตลาดเชิงสังคมในพื้นที่ที่มีการนำรูปแบบนี้ไปปฏิบัติเปรียบเทียบกับพื้นที่ที่ยังไม่มีการนำไปปฏิบัติ

1.4.3 ได้แนวทางในการเชื่อมโยงงานของสำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลงกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับรูปแบบการตลาดเชิงสังคมไปใช้ดำเนินการด้วยตนเองแทนการดำเนินงานในรูปแบบเดิม

1.4.4 ได้แนวทางในการพัฒนารูปแบบการตลาดเชิงสังคมและใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบาย

1.5 นิยามเชิงปฏิบัติการ

1.5.1 การประเมินผลการประชาสัมพันธ์ หมายถึง การตัดสินคุณค่าของกระบวนการที่ได้ให้ได้ว่าซึ่งสารสนเทศสำหรับกิจกรรมที่ได้กระทำโดยใช้วิธีการประเมินด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์อย่างมีระบบและเป็นกระบวนการที่ต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ได้สารสนเทศที่เป็นประโยชน์ในการตัดสินใจคุณค่าของสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยเฉพาะ (จิตรภรณ์ สุทธิวรเศรษฐ์, 2541: 213)

1.5.2 สื่อประชาสัมพันธ์ หมายถึง พาหะหรือช่องทางในการนำสาร ไปถึงผู้รับเพื่อการเผยแพร่ข่าวสาร สร้างความสัมพันธ์และความเข้าใจอันดีต่อประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.5.3 พฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารและการประชาสัมพันธ์ หมายถึง การเปิดรับข่าวสารและการประชาสัมพันธ์จากสื่อประเภทต่าง ๆ ของประชาชน เช่น หนังสือพิมพ์และสิ่งพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ หอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้าน เป็นต้น

1.5.4 วิธีการตลาดเชิงสังคม หมายถึง การประยุกต์หลักการของการตลาดทางการค้ามาใช้เพื่อเร่งรัดให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมในสังคม ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อที่ว่า ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ความต้องการการรับรู้ ความชอบ และรูปแบบพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการกำหนดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (พรทิพย์ สัมปิตะวนิช, 2547: 37)

1.5.5 โรคติดต่อหรือโรคติดเชื้อ (Communicable or Infections Diseases) หมายถึง โรคที่เกิดจากเชื้อโรคหรือพิษของเชื้อโรคนิโคโคชนิดหนึ่ง เมื่อเกิดขึ้นสามารถติดต่อไปยังบุคคลอื่นได้ โดยอาจติดต่อระหว่างคนที่เป็โรคสู่คนปกติระหว่างคนกับสัตว์หรือระหว่างสัตว์ด้วยกันเอง ทั้งนี้ การติดต่อของโรคอาจเกิดจากการอยู่ใกล้ชิด การสัมผัส หรือมีตัวกลางนำเชื้อโรคทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม ตลอดจนโรคที่มีปรสิตอยู่บนผิวหนังหรืออยู่ในร่างกาย เช่น หิด เหา และหนองพยาธิถือเป็นโรคติดต่อด้วยเช่นกัน

1.5.6 โรคติดต่อโดยแมลง (Vector – Borne Diseases) หมายถึงโรคติดต่อที่มีการแพร่กระจายของเชื้อโรคโดยผ่านสื่อนำโรคจำพวกแมลง เช่น ยุง แมลงวัน แมลงสาบ ไรอ่อน เป็นต้น สำหรับโรคติดต่อโดยแมลงในการศึกษาวิชานี้ ได้แก่ โรคมาลาเรีย

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย

มาลาเรีย หรือ ไข้จับสั่น หรือ ไข้ป่า เป็นโรคติดต่อที่อยู่กับมนุษย์มานานมากแล้ว แม้ในปัจจุบัน ซึ่งการแพทย์และการสาธารณสุขได้ช่วยให้โรคนี้บรรเทาความรุนแรง หรือแม้แต่หมดไป ในหลายประเทศ โรคนี้ก็ยังคงความรุนแรงอยู่ในอีกหลายแห่ง รวมทั้งในประเทศไทย แต่ละปีจะมีผู้ มีโอกาสติดเชื้ออยู่ถึงห้าร้อยล้านคน และจะมีคนตายจากโรคนี้ถึงกว่าล้านคน ส่วนมากอยู่ใน ประเทศด้อยพัฒนา นับว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงกว่าเอดส์เสียด้วยซ้ำ มาลาเรียก็คล้ายกับโรคติดต่ออีก หลายโรคในประเทศที่ยังด้อยพัฒนา คือ เป็นโรคของคนจน บริษัทยาทั้งหลายไม่สนใจจะผลิตยามา รักษา เพราะขายไม่ได้เงินมากเท่ากับขายยาที่รักษามะเร็ง โรคหัวใจ หรือเอดส์ เมื่อเป็นอย่างนี้ก็ไม่ ค่อยมีการวิจัยที่จะทำให้มียาหรือวัคซีนขึ้นมา (ขงยุทธ ยุทธวงศ์, 2546: 1)

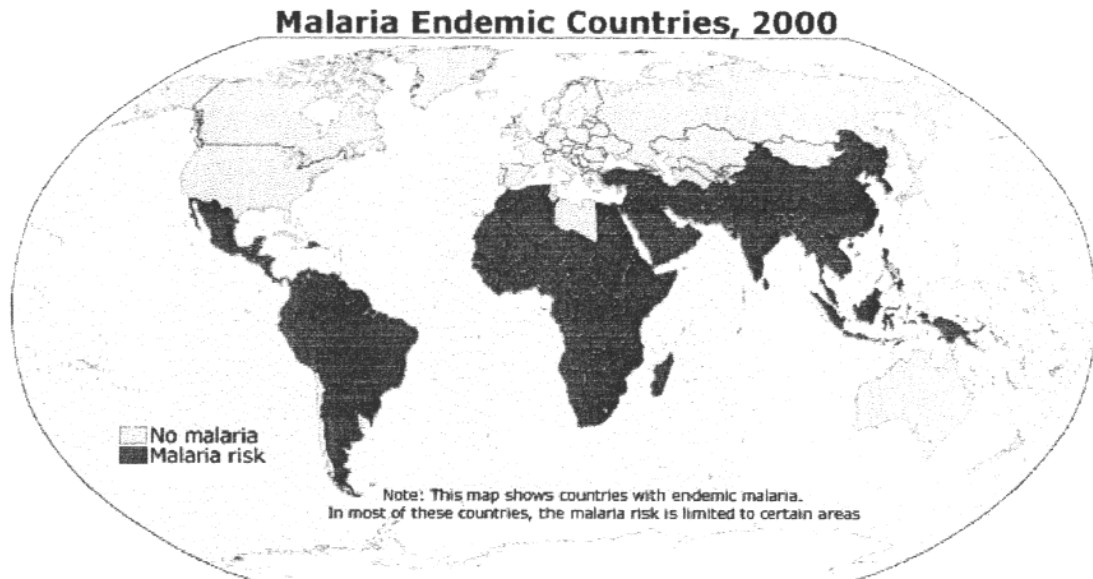
โรคมาลาเรียเป็นโรคที่ระบาดและถูกคามมาตั้งแต่เมื่อ 1,500 ปีก่อน แพทย์ชาวกรีกชื่อ Hippocrates ได้พบว่ามาลาเรียเป็นโรคชนิดหนึ่งที่มีสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตใกล้ชิดกับ บริเวณที่มีน้ำนิ่งแต่ Hippocrates ไม่รู้ว่าโรคนี้มีสาเหตุที่แท้จริงมาจากเชื้อปรสิตในยุง นอกจากนี้ กรุงโรมในอดีตเมื่อ 700 ปีก่อนก็เคยถูกคุกคามด้วยโรคมาลาเรีย จนกระทั่งทางรัฐบาลต้องออกกฎ ให้กำจัดแหล่งน้ำเน่าในเมืองให้หมด ชาวโรมันในสมัยนั้นจึง ได้ตั้งชื่อโรคร้ายนี้ว่า มาลาเรีย (Malaria) ซึ่งมาจากการสนธิคำว่า Mal ที่แปลว่า เสีย กับคำว่า Aria ที่แปลว่า อากาศ เพราะใน สมัยนั้นเชื่อว่า อากาศเสียคือสาเหตุที่ทำให้คนเป็นโรคนี้

ในปี พ.ศ. 2423 Charles-Louis-Alphonse Laveran แพทย์ทหารชาวฝรั่งเศส ซึ่ง ขณะนั้นทำงานอยู่ที่ประเทศ Algeria ได้สังเกตเห็นเชื้อมาลาเรียในเลือดของคนป่วย โดยใช้กล้องจุลทรรศน์ แต่เขาไม่รู้ว่าเชื้อโรคที่เห็นนั้นมาจากแหล่งใด อย่างไรก็ตาม ความสับสนเกี่ยวกับที่มา ของโรคมาลาเรียได้ถูกเปิดเผยเป็นครั้งแรก โดย Giovanni Battista Grassi นักชีววิทยาชาว อิตาลี พบยุงก้นปล่องตัวเมีย (*Anopheles spp.*) และในขณะเดียวกัน Ronald Ross

นักจุลชีววิทยาชาวอังกฤษ ซึ่งขณะนั้นทำงานอยู่ที่โรงพยาบาล Hyderabad ในประเทศอินเดีย เมื่อ Ross สามารถพิสูจน์ได้ว่าเชื้อพยาธิที่ Laveran เห็นนั้นมาจากการที่คนถูกยุงก้นปล่องกัด การค้นพบนี้ทำให้ Ross ได้รับรางวัลโนเบล สาขาการแพทย์ (สารานุกรมวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสำหรับเยาวชน, ม.ป.ป.: 2)

องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ทุกปีประชากรโลก 400 ล้านคน จะล้มป่วยและมีอาการหนาวสั่นด้วยโรคมาลาเรีย โดยประชากรประมาณ 2 ล้านคน จะเสียชีวิตด้วยโรคนี้ นั่นคือในทุก ๆ 30 วินาที จะมีคนตายด้วยโรคมาลาเรีย 1 คน องค์การสหประชาชาติยังได้รายงานอีกว่า เชื้อของโรคนี้ส่วนมากมักเป็นเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี โดยเฉพาะในกรณีที่ครอบครัวฐานะยากจน เด็กทารกที่ป่วยเป็นมาลาเรียหากไม่ตาย การพัฒนาการด้านสมองจะไม่สมบูรณ์ สำหรับสตรีมีครรภ์ หากได้รับเชื้อมาลาเรีย ลูกที่คลอดจะมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติและอาจพิการด้วย

โรคนี้จะพบมากในเขตที่มีอุณหภูมิเหมาะสมที่ทำให้เชื้อแบ่งตัว ได้แก่ เขตร้อน ดังแสดงในภาพที่ 2.1 แต่การกระจายของเชื้อโรคอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโลกมีอุณหภูมิเพิ่มมากขึ้น และการเคลื่อนย้ายของประชากร (Siamhealth, 2006: 2)



ภาพที่ 2.1 เขตปรากฏโรค

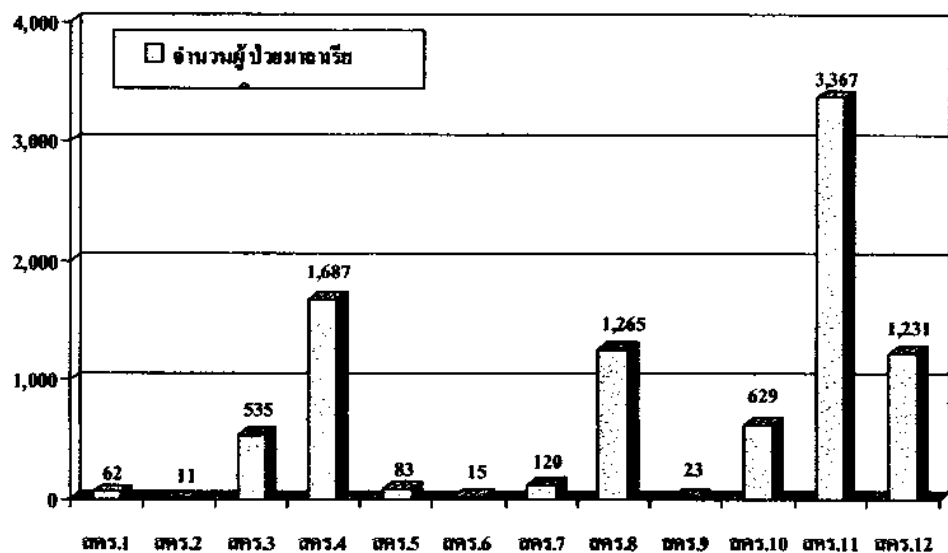
แหล่งที่มา: Siamhealth, 2006: 2.

ตารางที่ 2.1 ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคมาลาเรีย ตั้งแต่วันที่ 2 มกราคม – 18 มิถุนายน 2548

รายการ	จำนวน
ผู้ป่วยไทยทั่วประเทศ	9,028 ราย
อัตราป่วย (ต่อ 1,000 คน)	0.15
ผู้ป่วยต่างชาติ	9,394 ราย

แหล่งที่มา: กลุ่มงานเฝ้าระวังและเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549: 1.

สำหรับกลุ่มอายุของผู้ติดเชื้อมาลาเรียพบว่า ในท้องที่ที่ยังมีการแพร่เชื้อมาลาเรียในหมู่บ้าน จะมีผู้ป่วยทั้งเด็กและผู้ใหญ่ แต่ในหมู่บ้านที่ไม่มีการแพร่เชื้อแล้วจะพบเฉพาะผู้ใหญ่หรือเด็กโต เท่านั้น เนื่องจากคนกลุ่มนี้ไปรับเชื้อจากในป่าหรือไร่ที่อยู่นอกหมู่บ้าน อัตราป่วยของมาลาเรียจึง สูงสุดในกลุ่มอายุ 15 – 35 ปี



ภาพที่ 2.2 จำนวนผู้ป่วยมาลาเรียรายสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12

แหล่งที่มา: กลุ่มงานเฝ้าระวังและเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549: 2.

ในการแถลงของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (ไทยรัฐ, 2548: 15) เกี่ยวกับการกลับมาของโรคมาลาเรีย มีข้อมูลเกี่ยวกับพื้นที่แพร่ระบาดที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมโดยในปี พ.ศ.2547 จังหวัดที่มีการแพร่ระบาดสูงสุด 10 อันดับ คือ

- | | |
|--------------------|--------------|
| 1. แม่ฮ่องสอน | 6. ชุมพร |
| 2. ตาก | 7. เชียงใหม่ |
| 3. กาญจนบุรี | 8. มุกดาหาร |
| 4. จันทบุรี | 9. เพชรบุรี |
| 5. ประจวบคีรีขันธ์ | 10. ราชบุรี |

แต่ในปีพ.ศ. 2548 ใน 6 เดือนแรก คือ ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม กลับพบพื้นที่แพร่ระบาดแตกต่างกันไป คือ

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1. ตาก | 6. แม่ฮ่องสอน |
| 2. สุราษฎร์ธานี | 7. ชุมพร |
| 3. ยะลา | 8. ระนอง |
| 4. พังงา | 9. จันทบุรี |
| 5. กาญจนบุรี | 10. ราชบุรี |

จังหวัดที่ติดอันดับเข้ามาใหม่ คือ สุราษฎร์ธานี ยะลา พังงา ระนอง ราชบุรี ทั้งนี้มีการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดสถานการณ์เปลี่ยนแปลงดังกล่าวมี 3 ประการ ด้วยกันคือ 1) ปัญหาแรงงานต่างด้าว โดยเฉพาะชาวพม่าที่นำโรคติดตัวเข้ามา 2) ปัญหาความไม่สงบทางภาคใต้ ทำให้เจ้าหน้าที่เข้าไปดำเนินการรณรงค์ป้องกันโรคได้ลำบาก เพราะไม่มีความมั่นใจในความปลอดภัย 3) ปัญหาพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์คลื่นสึนามิ ทำให้สภาวะแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป

นายแพทย์สมชาย จงวุฒิเวศย์ ภาควิชาปรสิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวว่า สถานการณ์ระบาดของโรคมาลาเรียมีความรุนแรงมาก สัญญาณที่เตือน คือ จำนวนผู้ป่วยมากขึ้นในหลายพื้นที่ที่ไม่เคยมีการระบาด หรือการปรากฏของโรค เช่น ที่ จังหวัด พังงา รวมทั้งปัญหาจากแรงงานต่างด้าว ที่นำเชื้อเข้ามาแพร่กระจาย เป็นต้น โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง 7 จังหวัด พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคมาลาเรียเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะในเดือน พฤษภาคม 2548 เดือนเดียวในพื้นที่จังหวัดยะลามียอดสูงถึง 363 ราย และนราธิวาส 141 ราย สาเหตุสำคัญเนื่องมาจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถเข้าไปรณรงค์หรือป้องกันโรคได้

นอกจากนั้นยังมีปัญหาเรื่องการควบคุมโรค เพราะสาเหตุสำคัญของโรคมาลาเรียมาจาก 3 ปัจจัย คือ 1) คน มาจากแรงงานต่างด้าว 2) เชื้อมาลาเรียที่มีอาการคล้ายไข้เรื้อรัง 3) ยุงที่เป็นพาหะของโรค

มีการพบเชื้อมาลาเรียดึกจากลิงมาสู่คน ซึ่งเป็นการข้ามสายพันธุ์ โดยที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เคยมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อมาลาเรียมาจากลิงโดยมียุงเป็นพาหะ 1 รายเมื่อปี พ.ศ. 2500 แต่ปัจจุบันยังไม่มีมีการตรวจสอบอย่างจริงจัง (ไทยรัฐ, 2548: 16)

ตารางที่ 2.2 จังหวัดที่พบผู้ป่วยโรคมาลาเรียสูง 10 อันดับแรก

จังหวัด	ผู้ป่วยไทย (ราย)	ผู้ป่วยต่างชาติ (ราย)
1. ตาก	1,217	5,371
2. ชุมพร	1,035	78
3. สุราษฎร์ธานี	999	31
4. ยะลา	660	-
5. ประจวบคีรีขันธ์	644	205
6. พังงา	539	316
7. กาญจนบุรี	530	726
8. ระนอง	394	1102
9. แม่ฮ่องสอน	383	258
10. ราชบุรี	318	229
รวม 10 จังหวัด	6,719	8,316

แหล่งที่มา: กลุ่มงานเฝ้าระวังและเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2548: 6.

ขณะที่กระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์รัช สุนทราจารย์ อธิบดีกรมควบคุมโรค (ในขณะนั้น) กล่าวถึงการระบาดของโรคมาลาเรียว่า พบการระบาดในจังหวัดชายแดนที่ติดกับพม่าและภาคใต้ค่อนข้างต่อเนื่อง โดยมีความชุกอยู่ใน 5 จังหวัด คือ สุราษฎร์ธานี ยะลา พังงา ชุมพร และระนอง

อย่างไรก็ตามโดยภาพรวมของประเทศในปีนี้ อัตราการแพร่ระบาดของโรคมาลาเรียมีแนวโน้มลดลง แต่จะมีความชุกสูงในบางจังหวัด โดยเฉพาะในภาคใต้ ซึ่งมีสาเหตุจากประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำสวนยางพาราและสวนปาล์มซึ่งเป็นอาชีพที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง

นอกจากนี้ยังพบว่า มีแรงงานคนไทยจากภาคอีสานเคลื่อนย้ายเข้าไปทำสวนยางพาราในภาคใต้เป็นจำนวนมาก ซึ่งคนภาคอีสานส่วนใหญ่อยู่ในท้องที่ไร้ค่า ทำให้มีภูมิคุ้มกันต่อโรคมาลาเรียน้อย

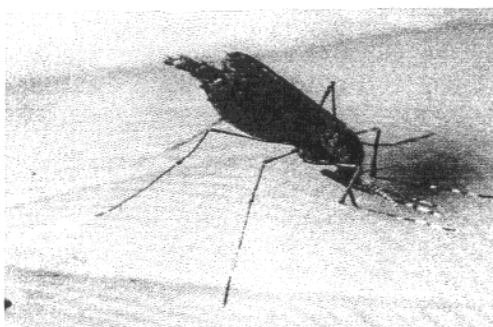
ส่วนพื้นที่ในเขตจังหวัดชุมพร และระนอง ซึ่งอยู่ติดกับประเทศพม่า มีแรงงานต่างด้าวเข้ามาอยู่เป็นจำนวนมาก แรงงานส่วนใหญ่มีเชื้อมาลาเรียอยู่ในตัวและมักจะป่วยชนิดเป็น ๆ หาย ๆ เพราะไม่ได้รับการรักษาให้หายขาด หากมีอาการป่วยและมีไข้สูง อาจจะแพร่เชื้อไปสู่คนอื่น

ทางด้านภาคเหนือ ที่มีชายแดนติดกับประเทศพม่านั้น พบว่า มีผู้ป่วยต่างชาติสูงกว่าผู้ป่วยคนไทย เช่น จังหวัดตาก มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด ผู้ป่วยต่างชาติ ส่วนใหญ่เป็นพม่าถึงกว่า 3,000 ราย พบมากในอำเภอท่าสองยาง และอำเภอแม่สอด

นอกจากนี้เชื้อมาลาเรียที่รุนแรงและพบในประเทศไทยเป็นเชื้อมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัม (*Falciparum*) ซึ่งมีความรุนแรงและขึ้นสมองได้รวดเร็วหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที มักพบในหมู่บ้านที่อยู่ชายป่า ในจังหวัดที่มีรายงานการระบาดของโรค ศูนย์ควบคุมโรคประจำจังหวัด จะเข้าไปซุ่มมุ้งด้วยสารเคมีกันยุง รวมทั้งค้นหาผู้ป่วยทุกรายเพื่อทำการรักษา

2.1.1 พาหะนำเชื้อมาลาเรีย

คือ ยุง *Anopheles* spp ในประเทศไทยเรียกยุงชนิดนี้ว่า ยุงก้นปล่อง ที่เรียกอย่างนี้ เพราะเวลาที่ยุงกัดคน มันจะเกาะโดยยกกันขึ้นทำมุมกับผิวหนัง 45 องศา



ภาพที่ 2.3 ยุงก้นปล่องขณะดูดกินเลือด

ยุงก้นปล่อง ที่เป็นพาหะของมาลาเรียที่สำคัญในประเทศไทย มีสองชนิด คือ

2.1.1.1. *Anopheles Dirus*

พบในป่าที่ใบชอบออกไข่ตามแอ่งน้ำนิ่งขังตามธรรมชาติ ลักษณะนิสัยชอบกินเลือดคนมาก ไม่ชอบกินเลือดสัตว์อื่นออกหากินตอนกลางคืนถึงเช้ามืด แต่ถ้าป่าทึบมาก ๆ ก็หากินช่วงกลางวัน

ช่วงกลางวันด้วย ยุงชนิดนี้ เป็นชนิดที่มีความสามารถในการแพร่เชื้อมาลาเรียมากกว่ายุงพาหะชนิดอื่นในประเทศไทย

2.1.1.2. Anopheles Minimus

พบตามชายป่า ชอบวางไข่ในลำธาร น้ำใส ไหลเอื่อย ๆ ยุง Anopheles จะชอบออกไข่ในน้ำนิ่ง ดังนั้นวิธีหนึ่งที่เราจะช่วยกำจัดมาลาเรีย คือ ทำลายแหล่งน้ำนิ่งทั้งในและนอกบ้านให้หมด

ยุงมีปากที่เป็นท่อแหลมสำหรับดูดเลือดจากคนเพื่อเอาโปรตีนไปสร้างไข่ ยุงตัวเมียมักออกหาเหยื่อเวลากลางคืน โดยใช้ปากที่มีลักษณะเป็นท่อเจาะผิวหนังเพื่อดูดกินเลือด กระบวนการนี้ ความปรกติจะดำเนินไปโดยเหยื่อไม่รู้ตัว เนื่องจากยุงจะปล่อยน้ำลายออกมา เพื่อทำหน้าที่เป็นยาชา ทำให้คนถูกกัดไม่รู้สึกรู้เจ็บ ซึ่งน้ำลายนี้เองที่มีเชื้อมาลาเรีย โดยยุงได้รับเชื้อนี้จากคนที่มีมันไปกัดมาก่อน (สารานุกรมวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสำหรับเยาวชน, ม.ป.ป.: 3)

2.1.2 เชื้อมาลาเรีย

ในประเทศไทยก่อนที่จะรู้จักคำว่า มาลาเรีย มีชื่อที่ใช้เรียกโรคนี้ ได้แก่ ไข้ป่า ไข้จับสั่น ไข้ป่า ไข้ร้อนเย็นและไข้ดอกสีก เชื้อมาลาเรียที่พบในปัจจุบันมีทั้งหมดกว่า 100 ชนิด ในจำนวนนี้มี 22 ชนิด ที่พบในสัตว์ชั้นสูง คือ ลิงและคน นอกนั้นเป็นเชื้อมาลาเรียของสัตว์จำพวกฟันแทะ ค้างคาว สัตว์ปีกและสัตว์เลื้อยคลาน

ในปัจจุบันนี้ วิชาการทางการแพทย์ก้าวหน้าขึ้น ทำให้เราทราบว่า ไข้มาลาเรียเกิดจากเชื้อปรสิต สกุล Plasmodium 4 ชนิด ได้แก่ (ปรัชญา สมบูรณ์, ม.ป.ป.: 37)

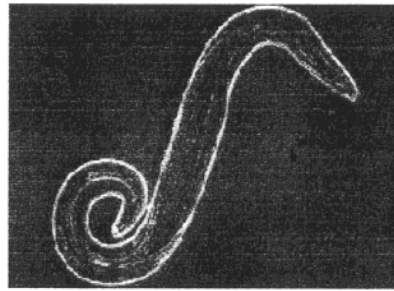
Plasmodium malariae, Quartan malaria

Plasmodium vivax, Benign tertian malaria

Plasmodium falciparum, Malignant tertian malaria

Plasmodium ovale, Ovale tertian malaria

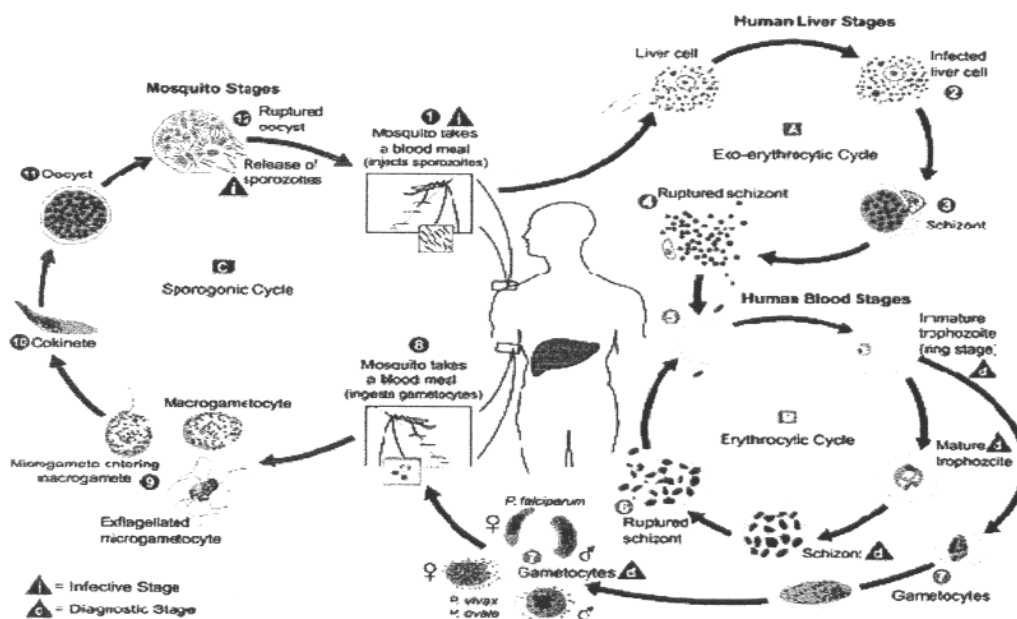
โดย Falciparum และ Malariae จะทำลายเซลล์เม็ดเลือดแดงทุกระยะ แต่ Vivax, Ovale นั้น จะฆ่าเฉพาะเซลล์เม็ดเลือดแดงที่ยังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์เท่านั้น โดยเชื้อที่มีความสำคัญในบ้านเรามี 2 ชนิด คือ Plasmodium falciparum กับ Plasmodium vivax ตามธรรมชาติ



ภาพที่ 2.4 Plasmodium Falciparum

2.1.3 ช่องทางของการแพร่เชื้อโรค

การติดเชื้อมาลาเรีย เริ่มเมื่อยุงที่ติดเชื้อ *Plasmodium falciparum* มากัดมนุษย์และปล่อยเชื้อมาลาเรียระยะ sporozoite เข้าสู่กระแสเลือดและเริ่มเข้าสู่วงจรชีวิตของเชื้อมาลาเรีย (สารานุกรมวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสำหรับเยาวชน, ม.ป.ป.: 4)

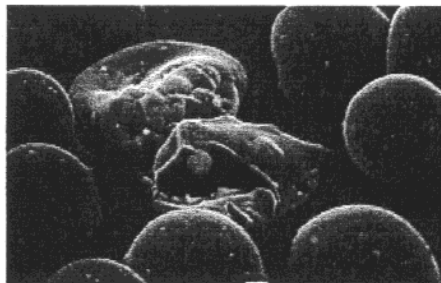


ภาพที่ 2.5 วงชีวิตของเชื้อมาลาเรีย

แหล่งที่มา: บุญส่ง สอนส่งเสริม, 2549: 5.

2.1.4 วงชีวิตของเชื้อมาลาเรีย

- 2.1.4.1 เชื้อระยะ Sporozoite จะเข้าสู่เซลล์ตับ (Hepatocyte)
- 2.1.4.2 เพื่อเจริญเติบโตและแบ่งตัว (Asexual Multication) จนได้เซลล์เล็ก ๆ จำนวนมากมาย ซึ่งเรียกว่า Merazoit และเรียกเชื้อระยะนี้ว่า Schizont
- 2.1.4.3 เมื่อเชื้อระยะ Schizont แตก
- 2.1.4.4 จะปลดปล่อย Merozoite จำนวนมากมายเข้าสู่กระแสเลือด
- 2.1.4.5 Merozoite จะรุกรานเข้าสู่เซลล์เม็ดเลือดแดง เจริญเติบโตเป็นเชื้อระยะ Ring form, Trophozoite และ Schizont ซึ่งภายในมี Merozoite จำนวนมากมาย เมื่อ Schizont เจริญเติบโตเต็มที่ก็จะแตกและปลดปล่อย Merozoite จำนวนมากมาย จากนั้น Merozoite เหล่านี้
- 2.1.4.6 จะรุกรานเข้าสู่เซลล์เม็ดเลือดแดงอีกครั้งและดำเนินวงจรชีวิตในกระแสน้ำเหลือง (Erythrocytic Cycle) ต่อไป อย่างไรก็ตาม จะมีเชื้อบางส่วนที่จะพัฒนาเป็นเซลล์สืบพันธุ์ เพศผู้และเพศเมีย
- 2.1.4.7 เมื่อยุงก้นปล่อง (Anopheles) กัดมนุษย์ที่ติดเชื้อมาลาเรีย ก็จะได้รับเชื้อระยะเซลล์สืบพันธุ์เข้าไป
- 2.1.4.8 เซลล์สืบพันธุ์ดังกล่าวจะปฏิสนธิกลายเป็น Zygote ภายในทางเดินอาหารส่วนกลาง (Midgut) ของยุง
- 2.1.4.9 จากนั้น Zygote จะพัฒนาต่อไปเป็นเชื้อระยะ Ookinete
- 2.1.4.10 ซึ่งจะไชทะลุผนังของทางเดินอาหารกลายเป็น Oocyst ซึ่งภายในมีเชื้อระยะ Sporozoite เมื่อ Oocyst เจริญเติบโตเต็มที่แล้วจะปลดปล่อยเชื้อระยะ Sporozoite ซึ่งจะเคลื่อนที่เข้าสู่ต่อมน้ำลายของยุง และเมื่อยุงกัดคนมนุษย์ เชื้อระยะ Sporozoite ก็จะถ่ายทอดเข้าสู่ร่างกายมนุษย์ต่อไป



ภาพที่ 2.6 เม็ดเลือดแดงที่ถูกเชื้อมาลาเรียทำลาย

แหล่งที่มา: บุญส่ง สอนส่งเสริม, 2549: 5.

นอกจากการติดเชื้อมาลาเรียโดยถูกยุงกัดแล้ว คนยังสามารถติดเชื้อมาลาเรียได้จากเชื้อที่อยู่ในเม็ดเลือด เช่น การเคี้ยวเลือด เชื้อมาลาเรียที่อยู่ในเลือดจะมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ส่วนใหญ่แล้ว *P. vivax*, *P. malariae* และ *P. ovale* มักก่อให้เกิดอาการที่ไม่รุนแรงนัก ส่วน *P. falciparum* ประมาณ 50% ของผู้ป่วยจะเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการรักษา เนื่องจากเชื้อทำให้เกิดพยาธิสภาพรุนแรงมาก เมื่อร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันเกิดขึ้น ปริมาณเชื้อมาลาเรียในกระแสเลือดจะลดลงและหายเป็นปกติขึ้นอยู่กับชนิดของมาลาเรีย

2.1.5 ลักษณะอาการที่แสดงออกภายหลังการได้รับเชื้อ

เชื้อมาลาเรียมีหลายชนิด สำหรับประเทศไทยจะพบเชื้อได้ทั่วไป ยกเว้นกรุงเทพฯ พบมากในบริเวณใกล้ป่าเขามียุง *P. falciparum* 70% *P. vivax* 50% ที่พบมากและมีอาการรุนแรง คือ *P. falciparum*

การติดเชื้อของมาลาเรียจะเกิดขึ้นเมื่อยุงกัดแล้วปล่อยเชื้อที่มีเชื้อไขมาลาเรียและไปกัดผู้อื่นก็จะ เป็นพาหะนำเชื้อโรค เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่กระแสเลือดของผู้ที่ถูกกัด จะเริ่มเข้าสู่ระยะฟักตัวโดยเชื้อจะ ไปเจริญเติบโตในตับประมาณ 5 – 11 วัน แล้วจึงออกจากตับเข้าสู่กระแสเลือดเข้าไปเจริญเติบโตใน เม็ดเลือดแดง โดยเพิ่มจำนวนทำให้เม็ดเลือดแดงแตกและปล่อยปรสิตหรือเชื้อมาลาเรียใหม่ออกมา ในช่วงนี้ผู้ป่วยจะเริ่มแสดงอาการของไขมาลาเรีย

อาการที่สำคัญของมาลาเรีย คือ อาการไข้ ช่วงแรก อาจมีอาการไข้ต่ำ ๆ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว แต่หลังจากนั้น จะมีไข้สูง หนาวสั่น อาจจะมีไข้เป็นพัก ๆ หรือสูงลอยก็ได้ อาการไข้มักเกิดหลังรับเชื้อประมาณ 9 – 17 วัน ดังนั้นถ้ามีอาการดังกล่าวหลังจากเข้าป่าประมาณ 1 – 2 สัปดาห์ ควรไปรับการตรวจหาเชื้อมาลาเรียทันที

อาการของมาลาเรีย *P. falciparum* ที่เป็นรุนแรง ได้แก่ ปวดบวม น้ำ ไตวาย และ มาลาเรียขึ้นสมอง ซึ่งจะมาด้วยอาการชักหรือหมดสติ หากมีอาการแทรกซ้อนดังกล่าวเกิดขึ้น โอกาสที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตก็มีสูง (วรวิทย์ เจริญศิริ, 2549: 2)

2.1.5.1 Malaria paroxysm หรือไข้มาลาเรีย

คนที่ไข้มาลาเรียระยะเริ่มแรกอาจมีอาการคล้ายกับคนเป็นไข้หวัด เช่น ปวดหัว คลื่นไส้ อย่างไรก็ตามการเป็นไข้มาลาเรียแตกต่างจากไข้ทั่ว ๆ ไป โดยมีรูปแบบเฉพาะที่เรียกว่า Malaria paroxysm มี 3 ระยะตามลำดับ คือ

1) ระยะหนาวสั่น (The Cold Stage) ผู้ป่วยจะรู้สึกหนาวสั่น อาจถึงกับพ่นกระพอกกัน ผิวหนังเย็น อาจมีปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ระยะนี้กินเวลาประมาณ 5 – 60 นาที อันเนื่องมาจากการที่เม็ดโลหิตแดงแตก และปล่อยเชื้อปรสิตออกมาในกระแสเลือด

2) ระบายมีไข้ (The Hot Stage) ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกร้อน ทั้งฝ่ามือ หน้าตาแดง ผิวหนังแห้ง จีวรเต้นเร็วและแรง หายใจเร็ว ปวดศีรษะรุนแรงขึ้น คอแห้ง คลื่นไส้ บางที่อาเจียน อุณหภูมิสูงถึง 105 °F ระบายนี้กินเวลาประมาณ 2 – 6 ชั่วโมง สาเหตุเกิดจากเชื้อปรสิตแทรกเข้าสู่เม็ดเลือดแดง

3) ระบายเหงื่อออก (The Sweating Stage) ไข้ลดลง มีเหงื่อออกจนเปียกชุ่ม ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้นและอ่อนเพลียมาก ระบายนี้กินเวลาประมาณ 2 – 4 ชั่วโมง

หลังพ้นระยะเหงื่อออกแล้ว ผู้ป่วยจะกลับหายเป็นปกติเหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น สามารถทำงานได้ตามเดิม ระบายที่ไม่มีไข้เป็นระยะที่เชื้อในเม็ดเลือดแดงกำลังเจริญเติบโตในระยะ Trophozoite ไปจนถึงระยะก่อนที่ Mature Schizont จะแตก และเมื่อมีการแตกของเม็ดเลือด ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการในระยะหนาวสั่นใหม่ เป็นวงจรอยู่อย่างนี้เรื่อย ๆ

P. vivax และ *P. ovale* มักทำให้เกิดไข้ทุก ๆ 2 วัน

P. malariae เกิดทุก ๆ 3 วัน

P. falciparum อาจเกิดทุกวันหรือทุก ๆ 2 วัน

อย่างไรก็ตามในระยะแรก ๆ ของการติดเชื้อ เวลาที่เกิดมีไข้ไม่แน่นอน เนื่องจากมีเชื้อที่ออกมาจากตับเข้าสู่กระแสเลือดอยู่เรื่อย ๆ ต่อมาเมื่อมีการสร้างภูมิคุ้มกันขึ้น อาการของไข้มาลาเรียจะค่อย ๆ ลดลง และหายไปเองได้ ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้เรื้อรัง มักมีภาวะโลหิตจาง ม้ามโตหรือบางที่ตับโตด้วย

2.1.5.2 Pernicious malaria หรือไข้มาลาเรียชนิดรุนแรง

นอกจากอาการดังกล่าวข้างต้นแล้ว เชื้อมาลาเรียอาจทำให้เกิดอาการรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อ *P. falciparum* ทั้งนี้เนื่องจากเชื้อชนิดนี้ ทำให้ผนังเม็ดเลือดแดงที่มันอาศัยอยู่ มีการเปลี่ยนแปลงเป็นปุ่มเล็ก ๆ ซึ่งปุ่มนี้สามารถยึดติดกับผนังหลอดเลือดเล็ก ๆ จนเกิดการอุดตัน ทำให้เนื้อเยื่อหรืออวัยวะนั้นขาดออกซิเจน อีกประการหนึ่ง การจับกลุ่มของเชื้อที่ติดตามผนังหลอดเลือดนั้น เมื่อมีการทำลายเชื้อด้วยระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้มีการทำลายผนังหลอดเลือดด้วย จึงเกิดมีเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ

อาการของไข้มาลาเรียชนิดรุนแรงอาจแบ่งได้เป็น

1) อาการทางระบบประสาทที่สำคัญ คือ มาลาเรียขึ้นสมอง (Cerebral Malaria) ซึ่งจะมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน และอาจมีอาการเพ้อคลั่ง ชัก หรือหมดสติและอาจเสียชีวิต

2) มาลาเรียทางเดินอาหาร บางที่เรียกว่า Algid Malaria ซึ่งมีอาการตัวเย็น ท้องเดิน เป็นตะคริว หรืออาจมีอาการช็อคด้วย

3) มาลาเรียของอวัยวะอื่น ๆ เช่น ปอดอักเสบ กล้ามเนื้อหัวใจ
อักเสบและไตอักเสบ เป็นต้น

2.1.5.3 Relapse malaria หรือ ไข้กลับ

หมายถึงการกลับเป็นไข้มาลาเรียขึ้นมาอีก หลังจากได้หายไปแล้วโดยไม่มีอาการ
แล้ว ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกายใหม่เลย แบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ

1) Recrudescence หรือ Short Term Relapse เป็นไข้กลับที่เกิด
จากเชื้อมาลาเรียที่ยังคงมีอยู่ในกระแสเลือด แต่มีจำนวนน้อยมากจนตรวจไม่พบในฟิล์มเลือด
และไม่มีอาการ ทั้งนี้เนื่องมาจากการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้เชื้อมีปริมาณลดลงต่อมา
เมื่อ ภูมิคุ้มกันทานลดลงเชื้อก็กลับเจริญขึ้นในระยะเวลาสั้นไม่กี่สัปดาห์ หรือเกิดจากได้รับยา
รักษาแต่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด เนื่องจากเชื้อดื้อยาหรือได้รับยาไม่ครบ

2) Recurrent หรือ True relapse หรือ Long Term Relapse เป็น
ไข้กลับที่เกิดจากเชื้อที่ยังคงมีอยู่ในตับ หรือ Hypnozoite โดยใช้เวลานานเป็นเดือน ๆ กว่าจะมี
ไข้ขึ้นอีก

ไข้กลับแบบแรกนั้น สามารถเกิดได้กับเชื้อมาลาเรียทั้ง 4 ชนิด ส่วนไข้กลับ
แบบหลังจะเกิดขึ้นเฉพาะกับ *P. vivax* และ *P. ovale*

2.1.5.4 Black water fever หรือ ไข้ดำ

เป็นอาการของคนที่ได้รับเชื้อ *P. falciparum* ซ้ำหลาย ๆ ครั้งและได้รับการ
รักษาด้วยควินินไม่พอเพียง ต่อมาเมื่อได้รับการรักษาด้วยควินินอีกครั้ง ทำให้เกิดอาการแตก
ทำลายของเม็ดเลือดแดง ซึ่งเป็นปฏิกิริยาภูมิแพ้ (Autoimmune Reaction) ทำให้ปัสสาวะมีสี
ดำ ปัจจุบันอาการของโรคนี้นับว่าหายาก

นอกจากนี้ผู้ที่ป่วยเป็นไข้มาลาเรียมักจะมีภาวะโรคแทรกซ้อนร่วมด้วย ดังนี้

1) มาลาเรียขึ้นสมอง ถ้าเชื้อมาลาเรียเข้าไปสู่สมอง และอุดหลอดเลือด
ฝอยที่สมอง ทำให้เกิดมีอาการรบกวนทางประสาทส่วนกลาง ผู้ป่วยจะเพ้อหรือหมดสติ
การหมดสติอาจกินเวลา 12 – 24 ชั่วโมง บางรายอาจเป็นรวดเร็วและชัก ลักษณะคล้ายหลอด
เลือดในสมองแตก

2) มาลาเรียลงตับ ผู้ป่วยมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง เบื่ออาหาร
อ่อนเพลียมาก บางรายอาจอาเจียนด้วย

3) มาลาเรียลงลำไส้ ผู้ป่วยจะมีอาการท้องเดิน อาจมีอุจจาระเป็นมูก
เลือดเหมือนเป็นบิด

4) มาลาเรียลงไต ผู้ป่วยจะปัสสาวะน้อย ไม่ถึง 40 ลูกบาศก์ เซนติเมตร/วัน บางรายอาจไม่มีปัสสาวะเลย ผู้ป่วยอาจตายได้เพราะไตไม่ทำงาน (หรือที่เรียกว่า ภาวะไตล้มเหลวหรือไตวาย) ทำให้มีการคั่งของของเสียในร่างกายจนเป็นพิษ

2.1.6 การรักษา

หากสงสัยว่าจะได้รับเชื้อมาลาเรีย ควรรีบไปพบแพทย์ทันที แพทย์จะพิสูจน์โดยการเจาะเลือดตรวจว่ามีเชื้อมาลาเรียหรือไม่และเป็นชนิดใด การรักษาจะขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อ มาลาเรียและอาการแสดง คือ ภาวะแทรกซ้อนของโรคและสภาพร่างกายของผู้ป่วย แพทย์จะให้ยาไปกินที่บ้านแล้วนัดมาติดตามผลการรักษา 1 – 2 สัปดาห์หลังจากนั้น ในกรณีที่ป่วยเป็น มาลาเรียรุนแรงหรือมีโรคแทรกซ้อน ต้องให้ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล แพทย์จะให้สาร น้ำทางเส้นเลือดดำและฉีดยารักษาจนผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้วเปลี่ยนเป็นยากิน ซึ่งต้องนอนพัก รักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ 5 – 8 วัน

ในกรณีที่ต้องเข้าไปในแหล่งระบาดของมาลาเรียที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากศูนย์ มาลาเรียหรือโรงพยาบาล และไม่สามารถรับการตรวจรักษาได้เมื่อมีอาการไข้ และสงสัยว่าจะ ได้รับเชื้อมาลาเรียควรรับประทานยาต้านมาลาเรียแบบพกพาที่มีประสิทธิภาพต่อเชื้อมาลาเรีย *falciparum* เช่น อาร์ติซูเนท อาร์คิเมเธอร์ หรือควินิน

2.1.7 การป้องกันและควบคุม

การป้องกันตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อไม่ให้ถูกยุงกัด เป็นการลดโอกาสเสี่ยงการเป็น ไข้มาลาเรียและลดการแพร่เชื้อไข้มาลาเรียจากผู้ที่เป็นไข้มาลาเรีย ไปยังบุคคลอื่น มีวิธีการ ต่าง ๆ ดังนี้ (กลุ่มงานเฝ้าระวังและเทคโนโลยีสารสนเทศ, 2548: 2)

2.1.7.1 การป้องกัน

1) การนอนในมุ้ง การใช้มุ้งป้องกันการเกิดโรคจากยุงกัดได้มีมาหลาย ร้อยปีแล้ว มุ้งที่ใช้ควรอยู่ในสภาพดี ไม่มีรูขาดและเสียหาย ซึ่งจะทำให้ประสิทธิภาพการป้องกัน ลดลง ขนาดของเส้นด้ายที่ทำมุ้งควรมีขนาดประมาณ 1 – 1.8 มิลลิเมตร และจำนวนของตาข่ายไม่ควรต่ำกว่า 156 รูต่อตารางนิ้ว ซึ่งจะทำให้ไม่ร้อนอากาศสามารถผ่านได้ แต่ถ้าจำนวนรูตาข่ายมี มากกว่านี้ก็จะสามารถป้องกันแมลงที่มีขนาดเล็กได้ สำหรับมุ้งขนาดมาตรฐานทั่วไปมีพื้นที่ ประมาณ 14 ตารางเมตร องค์ประกอบอื่น ๆ ของมุ้ง เช่น วัสดุที่ใช้ทำมุ้งอาจเป็นเส้นใยสังเคราะห์ หรือทำจากเส้นใยผ้า รูปแบบของมุ้งมีหลากหลาย เช่น มุ้งรูปทรงสี่เหลี่ยม มุ้งรูปทรงกลม มุ้ง สำหรับคนเดินป่า หรือมุ้งทหาร มุ้งประกอบแปลสำหรับผูกนอนกับต้นไม้ หรือแปลที่เย็บมุ้งติดไว้

2) การสวมเสื้อผ้าปกปิดร่างกายให้มีมิดชิด การสวมเสื้อผ้าปกปิดร่างกายให้มีมิดชิด เช่น การใช้เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว เป็นต้น เสื้อผ้าควรจะมีความหนาพอเพียงและควร จะหลวมเล็กน้อยไม่กระชับติดร่างกาย สีและวัสดุที่นำมาทำเสื้อผ้ามี่มีส่วนในการลดยุงกัดได้ เช่น ผ้าที่มีสีดำนก้ดึงดูดความสนใจให้ยุงกัดได้มาก และได้มีการศึกษาในกลุ่มทหารให้สวมเสื้อผ้าอย่าง มิดชิด ทำให้ลดการติดโรคที่นำโดยยุงได้ นอกจากนั้นประชาชนกลุ่มเสี่ยงบางกลุ่ม เช่น กลุ่มคน กริดยางในสวนยางอาจใช้เสื้อคลุมคางยวบซารเคมี หรือเสื้อกั๊กซารเคมีสวมทับเสื้อผ้าที่ใช้อยู่ก็ จะสามารถลดการถูกยุงกัดได้ระดับหนึ่ง

3) การใช้ยาทากันยุงกัด (Mosquito Repellent) ยาทากันยุง หรือยาทา ไล่ยุง หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณสมบัติในการป้องกันไม่ให้ยุงมากัด ยาทากันยุงนี้ ผลิตภัณฑ์อาจ เป็นน้ำ หรือครีม หรือเป็นแท่ง (Stick) และต้องมีประสิทธิภาพในการขับไล่ยุงได้อย่างน้อย 2 ชั่วโมง และบางชนิดมีคุณสมบัติป้องกันได้ถึง 15 ชั่วโมง ประสิทธิภาพของยาทากันยุงขึ้นอยู่กับ ชนิดของผลิตภัณฑ์และความทั่วถึงของการทายาทากันยุงด้วย โดยทั่วไปยาทากันยุงมักนิยมใช้ขณะอยู่ นอกบ้าน ซึ่งทำให้มีโอกาสที่เสี่ยงต่อการถูกยุงกัดในขณะที่อยู่นอกมุ้ง และใช้ในกลุ่มประชาชนที่มี อาชีพหรือการดำเนินชีวิตที่เสี่ยงต่อการถูกยุงพาหะกัดได้ง่าย เช่น การกรีดยาง การทำไร่สับปะรด เป็นต้น การใช้ยาทากันยุงต้องใช้ทาบริเวณที่มีโอกาสจะถูกยุงกัด ได้แก่ แขน ขา ใบหู หลังคอ และ ส่วนที่อยู่นอกเสื้อผ้า

4) การใช้ยาจุดกันยุง (Mosquito Coils and Sticks) ยาจุดกันยุง หมายถึง ผลิตภัณฑ์ยาทากันยุงซึ่งเมื่อใช้จุดไฟแล้วสามารถระเหยสารออกฤทธิ์ขับไล่และฆ่ายุงได้ มี คุณสมบัติในการฆ่ายุงหรือไล่ไม่ให้เข้ามาในบริเวณดังกล่าว ปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์ซึ่งผลิตออกมาใน ทั้งหลอดและ ส่วนใหญ่มีสารเคมีผสมไว้ในยาจุดไล่ยุง จึงทำให้ผู้ใช้ อาจเกิดการระคายเคืองได้ แต่มี สารเคมีบางกลุ่ม เช่น กลุ่มไพริทรอยด์ สามารถนำมาผสมในยาจุดไล่ยุง และค่อนข้างปลอดภัยต่อ มนุษย์

5) การใช้คาง่ายกันยุงกัด หรือ การใช้มุ้งลวด ปัจจุบันมีการใช้คาง่ายกัน ยุงทั่วไปในเขตเมือง หรือตามชนบทบางแห่งก็สามารถซื้อหาได้สะดวก คาง่ายอาจทำด้วยในลอน หรือโลหะ เช่น ลวด ซึ่งต้องมีการออกแบบอย่างดีเพื่อปิดกั้นช่องซึ่งยุงสามารถลอดผ่านได้ โดยเฉพาะการทำคาง่ายป้องกันที่ประตูหน้าต่างต้องทำให้มุมประตูและหน้าต่างแข็งแรงไม่เสียหาย ได้ง่าย ประตูควรเปิดออกด้านนอก ขนาดของคาง่ายขึ้นอยู่กับขนาดของวัสดุ เช่น ลวดที่ใช้ทำคาก่าย ขนาดของคาง่ายที่เหมาะสม คือ 16 -18 รูต่อนิ้ว

6) การใช้สารไล่ยุง สารไล่ยุงชนิดใช้ทาผิว อาจอยู่ในรูปของเหลว (Cream หรือ Lotion) เป็นวุ้น (Gel) เป็นของเหลวคล้ายน้ำ (Liquid) เป็นน้ำมัน (Oil) และเป็น

แป้ง (Talcum Powder) สารออกฤทธิ์หลักในผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้มีทั้งที่เป็นสารเคมีจำพวก deet หรือ diethyltoluamide เป็นสารออกฤทธิ์ที่นิยมใช้มาก เป็นพิษแบบเฉียบพลันไม่มากนัก ถ้าสัมผัสทางผิวหนังก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังและตา หากสูดดมเข้าไป ทำให้เกิดการระคายเคืองที่แผ่นเยื่อเมือกและทางเดินหายใจส่วนบน และการได้รับสารเป็นเวลานานอาจก่อให้เกิดอาการแพ้ได้ ในการทดลองกับหนูการได้รับสารแบบเรื้อรังจะก่อให้เกิดการกลายพันธุ์และมีผลต่อทารกในครรภ์ ความเข้มข้นของ deet ในผลิตภัณฑ์โล่งอยู่ระหว่าง 5-25% โดยน้ำหนัก ปริมาณ % ที่มากขึ้น ไม่ได้หมายถึงประสิทธิภาพในการไล่ยุงจะมากขึ้น แต่หมายถึงระยะเวลาในการป้องกันยุงนานขึ้น เช่นที่ 6% จะป้องกันยุงได้ 2 ชั่วโมง ในขณะที่ 20% จะป้องกันยุงได้ 4 ชั่วโมง และที่เป็นสารสกัดจากพืช ขึ้นอยู่กับยี่ห้อและรูปแบบของผลิตภัณฑ์ การใช้ผลิตภัณฑ์กลุ่มทาผิวที่มี deet เป็นสารออกฤทธิ์หลักนี้ ก่อนซื้อควรพิจารณาว่ามีสารออกฤทธิ์มากน้อยเพียงใด สำหรับผู้ใหญ่ควรใช้ผลิตภัณฑ์ที่มี deet อยู่ระหว่าง 15-20% ส่วนเด็กไม่ควรใช้ผลิตภัณฑ์ที่มี deet มากกว่า 10% และต้องใช้ตามคำแนะนำที่ระบุไว้บนฉลากอย่างเคร่งครัด ห้ามใช้กับเด็กอายุต่ำกว่า 4 ปี ห้ามทาบริเวณตา ผิวที่มีรอยถลอกหรือมีแผล บางผลิตภัณฑ์ห้ามใช้ทาบนผิวหนัง และไม่ควรทาซ้ำในช่วงระยะเวลาสั้นๆ โดยทั่วไปการทาครั้งหนึ่ง ๆ จะให้ผลในการไล่ยุงได้นานประมาณ 4 ชั่วโมง ไม่ควรใช้ทุกวันติดต่อกันเป็นระยะเวลา นาน ๆ ไม่ควรใช้กับสตรีมีครรภ์และผู้สูงอายุ นอกจากนี้ไม่ควรทาผลิตภัณฑ์โล่งที่มีมือเด็ก เพราะเด็กอาจเผลอยืดตาหรือหยิบจับอาหารและสิ่งของใส่ปากซึ่งจะทำให้ได้รับสารเคมีนั้นเข้าไปในร่างกาย หลังจากทาผลิตภัณฑ์โล่งที่ผิวแล้วพบว่ามีอาการแพ้ เช่น เป็นผื่น ผื่นแดง หรือรู้สึกร้อน ต้องหยุดใช้ทันที ล้างผิวบริเวณที่ทาผลิตภัณฑ์โล่งด้วยน้ำกับสบู่ แล้วรีบไปพบแพทย์พร้อมก็นำผลิตภัณฑ์โล่งที่ใช้ไปให้แพทย์ดูด้วย ในปัจจุบันผลิตภัณฑ์ทาผิวที่มี deet เป็นสารออกฤทธิ์หลักได้รับการพัฒนาให้มีความปลอดภัยต่อผู้ใช่มากขึ้น โดยบริษัทผู้ผลิตแห่งหนึ่งในสหรัฐอเมริกาแสดงว่า สามารถพัฒนาผลิตภัณฑ์โล่งรูปแบบใหม่ โดย deet จะถูกบรรจุอยู่ในแคปซูลที่มีขนาดเล็กมาก (Micro Encapsulated Formulation) ซึ่งเปลือกแคปซูลนี้เป็น โปรตีนชนิดหนึ่ง (Mical Protein) ที่ปลอดภัยต่อผิว เมื่อถูกดูดซึมเข้าไปภายในผิวก็จะมีอันตรายใด ๆ แต่กลับจะช่วยให้ความชุ่มชื้นแก่ผิว หลังจากทาผลิตภัณฑ์นี้แล้ว เปลือกแคปซูลจะค่อย ๆ ถูกดูดซึมอย่างช้า ๆ เข้าไปในผิวและทำให้ deet ที่ถูกบรรจุอยู่ในแคปซูลนั้นออกฤทธิ์ในการไล่ยุงต่อไป และ deet จะระเหยไปได้หมดก่อนที่จะมีโอกาสแทรกซึมเข้าสู่ผิว และผลิตภัณฑ์นี้สามารถออกฤทธิ์ในการไล่ยุงได้นานถึง 24 ชั่วโมง

สารไล่ยุงชนิดใช้ชุบเสื้อผ้า ทารองเท้า ชุบมุ้ง ฯลฯ ได้แก่ Permethrin ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นทั้งสารไล่ยุงและสารกำจัดยุงด้วย ส่วน deet ก็ใช้ชุบหรือฉีพ่นเสื้อผ้า แถบรัดข้อมือ (Wrist Band) ตลอดจนวัสดุปูพื้น (Patio Grid) ได้เช่นกัน

เนื่องจาก deet อาจเป็นอันตรายต่อผู้ใช้ได้ หากใช้ไม่ถูกวิธีหรือใช้ผลิตภัณฑ์ที่มี deet ผสมอยู่ในสัดส่วนที่สูงมาก (เกิน 30%) และใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ deet จะเป็นอันตรายอย่างยิ่งหากบริโภคน้ำเข้าไป บางรายอาจมีอาการทางสมอง ชัก และเสียชีวิตได้ การสูดดมไอรระเหยของ deet เป็นเวลานานอาจก่อให้เกิดการวิงเวียน ด้วยเหตุนี้จึงมีผู้ผลิตสารไล่ยุงปลอดภัย deet โดยใช้สารอื่น ๆ โดยเฉพาะสารที่สกัดได้จากพืช แม้จะมีประสิทธิภาพในการไล่ยุงได้ไม่ดีเท่ากับ deet แต่จะมีความปลอดภัยต่อผู้ใช้นามากกว่า เช่น น้ำมันตะไคร้หอม (Citronella Oil), น้ำมันยูคาลิป (Eucalyptus Oil), น้ำกระเทียม (Garlic Juice) และน้ำมันถั่วเหลือง (Soybean Oil) เป็นต้น พืชอีกหลายชนิดมีสารประกอบที่สามารถใช้ไล่ยุงได้ แต่ต้องใช้ให้ถูกส่วน (เช่น ใบเหง้า ลำต้น เปลือกผล ฯลฯ)

2.1.7.2 แนวทางการควบคุมโรคมาลาเรีย

แนวทางการควบคุมโรคมาลาเรียต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค คือ คน เชื้อมาลาเรียและยุงพาหะ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ทำให้เกิดการติดเชื้อมาลาเรีย มาตรการควบคุมโรคจึงได้แก่ มาตรการต่อคน มาตรการต่อเชื้อ และมาตรการต่อยุงพาหะ

1) มาตรการต่อคน เป็นมาตรการที่ดำเนินการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นหรือส่งเสริมให้ป้องกันไข้มาลาเรีย การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนในการควบคุมป้องกันไข้มาลาเรียในชุมชน ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ การสุศึกษา การรณรงค์

(1) การประชาสัมพันธ์ การประชาสัมพันธ์เป็นการสร้างความเข้าใจและความสัมพันธ์อันดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชน ก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานต่อหน่วยงาน เป็นการเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจและสร้างศรัทธาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไปสู่แนวทางที่ถูกต้อง โดยเน้นให้มีการป้องกันตนเอง ร่วมมือและมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรีย การประชาสัมพันธ์ใช้ช่องทางผ่านสื่อหลากหลาย เช่น 1) สื่อมวลชน มุ่งเน้นสื่อที่สามารถครอบคลุมพื้นที่เป้าหมายได้กว้างเช่น วิทยุโทรทัศน์ เสียงตามสาย เคเบิลทีวี หนังสือพิมพ์หรือสิ่งพิมพ์ หอกระจายข่าว เป็นช่องทางสื่อที่มีอยู่ในชุมชนแล้ว ใช้เป็นแหล่งให้ข้อมูลข่าวสารที่ใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน 2) โปสเตอร์ เอกสารและสิ่งพิมพ์ เป็นการถ่ายทอดความรู้ไปสู่บุคคลกลุ่มคนหรือชุมชน และเป็นแหล่งความรู้ของประชาชนมีโอกาสได้เห็นได้อ่านอยู่เป็นประจำอันจะนำไปสู่การถ่ายทอดความรู้จากคนหนึ่งไปสู่คนอื่น ๆ ในชุมชน 3) สุภัสรา ชุนศรี (2547: บทคัดย่อ) ได้เสนอให้นำกระบวนการตลาดเชิงสังคม (Social Marketing) มาประยุกต์ใช้เพื่อให้สื่อการประชาสัมพันธ์โรคติดค่อนำ โดยแมลงได้รับความสนใจและมีโอกาสประสบความสำเร็จในการกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความรู้ อันนำมาซึ่งจิตสำนึกและทัศนคติที่ถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การจูงใจให้ปฏิบัติในการควบคุมป้องกันโรคได้

(2) การสุขศึกษา การสุขศึกษา เป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ มีกิจกรรมดำเนินการอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมป้องกันโรค พฤติกรรมเจ็บป่วย พฤติกรรมการรักษาพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจมีอิทธิพลสูงมากในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพจึงจำเป็นต้องกระตุ้นให้มีการเรียนรู้และตระหนักถึงสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ การสุขศึกษาในหมู่บ้าน เพื่อให้ความรู้ ทำให้เกิดความเข้าใจแก่ประชาชนและกลุ่มผู้นำในหมู่บ้าน เกี่ยวกับสถานการณ์ไข้มาลาเรีย เพื่อให้พร้อมที่จะร่วมมือและมีส่วนร่วมในการควบคุมไข้มาลาเรีย เช่น ชี้แจงประชาชนให้เห็นความสำคัญของการฟันสางเคมี การสุขศึกษาในโรงเรียน เพื่อให้กลุ่มครูและนักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจตลอดจนร่วมมือและมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียร่วมกับการประชุม/อบรมครูในโรงเรียนให้ทราบและมองเห็นความสำคัญของปัญหาและร่วมกันแก้ไข โรงเรียนสามารถจัดกิจกรรมที่นักเรียนมีส่วนร่วม เช่น การเลี้ยงปลา ปล่อยปลา ประวาดเรียงความ เป็นต้น การสุขศึกษาในมาลาเรียคลินิก เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบยาให้ครบและมาเจาะโลหิตตามนัดป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อมาลาเรียในคราวต่อไปและเพื่อให้ผู้รับบริการรายอื่นมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันตนเองการให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการควบคุมไข้มาลาเรีย การสุขศึกษาในแหล่งท่องเที่ยว เพื่อให้นักท่องเที่ยวชาวไทยและชาวต่างชาติรู้จักป้องกันตนเองไม่ติดเชื้อไข้มาลาเรียเมื่อเข้าไปในแหล่งท่องเที่ยว มีเอกสารแผ่นพับและบัตรขนาดพกพาทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเรื่องการป้องกันไข้มาลาเรีย รวมทั้งให้ความรู้กับกลุ่มชนและบริษัทท่องเที่ยวหรือชมรมท่องเที่ยวเน้นในเรื่องยากินป้องกันมาลาเรียว่าไม่สามารถป้องกันได้เต็มที่ การสุขศึกษาในชนกลุ่มน้อย เพื่อเพิ่มความเข้มข้นในการให้ความรู้เกิดความเข้าใจและทำความเข้าใจกับชุมชนกลุ่มน้อยในเรื่องไข้มาลาเรีย รวมทั้งให้รู้จักป้องกันตนเองตามสภาพปัญหาของพื้นที่ให้เหมาะสมกับสภาพวัฒนธรรมประเพณีของกลุ่มชนนั้น ๆ ด้วย

(3) การรณรงค์ไข้มาลาเรียจัดขึ้นในสัปดาห์ที่ 3 ของเดือนพฤษภาคม เป็นการดำเนินการหลายกิจกรรมพร้อมกันเพื่อเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจไปสู่ประชาชนให้มองเห็นความสำคัญของปัญหาเพื่อให้ประชาชน ได้เห็น ได้ยิน ได้พูด ได้ลงมือกระทำด้วยตนเองเพื่อกระตุ้นเตือนประชาชน กลุ่มผู้นำ อาสาสมัครให้ตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านและพร้อมที่จะป้องกันตนเองและมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรีย

(4) การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการจัดให้มีกิจกรรมควบคุมป้องกันโรค โดยประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างเต็มที่จนสามารถพึ่งตนเองได้ในที่สุด เป็นกิจกรรมที่จำเป็นและเหมาะสมที่สามารถนำไปปฏิบัติได้สมเหตุผลทางวิชาการสังคมยอมรับและใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมดำเนินการครอบคลุมประชาชนทุกคนและทุกครัวเรือนในชุมชน ประชาชน

จึงควรมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาไข้มาลาเรียในหมู่บ้านให้ลดน้อยหรือหมดไปจากหมู่บ้าน เช่น การร่วมกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง การปล่อยปลา เป็นต้น การจัดให้มีและพัฒนาอาสาสมัคร บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครมาลาเรีย (อสม.) คือ ให้บริการเจาะโลหิตส่งตรวจในรายที่สงสัยเป็น ไข้มาลาเรีย แนะนำให้ความรู้และมีส่วนร่วมในการควบคุมไข้มาลาเรีย การส่งต่อผู้ป่วยและแนะนำ สถานบริการตรวจรักษาที่เหมาะสม การส่งเสริมการป้องกันตนเองเพื่อส่งเสริมสนับสนุน ประชาชนให้มีมุ้งใช้อย่างเพียงพอและรู้จักใช้มุ้งชุบสารเคมีเพื่อส่งเสริมสนับสนุนประชาชนให้รู้จัก ใช้ยาทาทั้งขง ตลอดจนนำมุ้งและยาทาทั้งขงไปใช้ในการฉีดต้องเข้าไปพักแรมในพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการ ติดเชื้อมาลาเรีย เพื่อส่งเสริมประชาชนให้จัดทำมุ้งลวดหรือมุ้งในลอนป้องกันไม่ให้ยุงเข้ามากัดใน บ้าน โดยอาจจัดให้มีมุ้งและยาทาทั้งขงจำหน่ายในหมู่บ้าน เพื่อให้ประชาชนหาซื้อได้สะดวกและ ราคาไม่แพง การส่งเสริมหมู่บ้านทั้งตนเองในการป้องกันไข้มาลาเรีย (หมู่บ้าน พม.) มี วัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ ประการที่หนึ่ง เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนให้มีการใช้ เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการควบคุมยุงพาหะและป้องกันตนเอง ประการที่สอง เพื่อแก้ปัญหา ไข้มาลาเรียในพื้นที่ให้ลดน้อยลงหรือหมดไปจากหมู่บ้าน ประการที่สาม การจัดตั้งกองทุนจัดซื้อ-จัด ขายมุ้งและยาทาทั้งขง หรือคิดค่าประสานงานกองทุนอื่นในหมู่บ้านให้มีการจัดซื้อ-จัดขายมุ้ง และ ยาทาทั้งขง

2) มาตรการต่อเนื่อง

ขงยุทธ ยุทธวงศ์ (2546: 1) กล่าวว่าปัญหาในปัจจุบันนี้ เชื้อมาลาเรียกำลัง คือยา จึงมีผลทำให้การรักษาทำได้ยากขึ้น โดยในปัจจุบันนี้เราได้รับความร่วมมือจากกองทุนต่าง ๆ มากมาย ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยโรคมาลาเรีย เพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูล และยาสำหรับรักษา ได้ทันทั่วทั้ง ในปัจจุบันนี้ปัญหาเกี่ยวกับการรู้รหัสพันธุกรรม (Genome) ของเชื้อ Plasmodium Falciparum ก็กำลังจะหมดไป เพราะขณะนี้นักวิทยาศาสตร์ได้รู้ข้อมูลนี้อย่างสมบูรณ์ และกำลังจะ รู้ว่าเชื้อมาลาเรียทำลายชีวิตคนอย่างไร และนักวิทยาศาสตร์ควรสร้างยาและวัคซีนอย่างไร การวิจัย , ที่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งต่าง ๆ ที่สนใจเรื่องของมาลาเรีย โดยเฉพาะที่อยากรู้ความลับของ เชื้อมาลาเรีย และของยุงที่เป็นพาหะว่ามีลักษณะพันธุกรรมอย่างไรที่เรียกกันว่า ข้อมูลจีโนม ได้มีผู้ ศึกษาข้อมูลจีโนมของเชื้อมาลาเรียและของยุงมาหลายปี จนในที่สุด มีการตีพิมพ์ผลงานแสดงข้อมูล จีโนมของเชื้อมาลาเรียและของยุงกันปล่อยที่นำเชื้อมาลาเรีย ข้อมูลจีโนมของเชื้อมาลาเรีย มาจาก การศึกษาร่วมกันโดยนักวิทยาศาสตร์จากอังกฤษและสหรัฐอเมริกาทำให้สามารถเปรียบเทียบ กับ ข้อมูลจีโนมของมนุษย์ เพื่อให้รู้ว่ามีส่วนสำคัญที่แตกต่างกันอย่างไร การรู้ความแตกต่างจะนำไปสู่ การผลิตยา หรือวัคซีนที่มีผลในการปราบมาลาเรีย ที่ไม่เป็นอันตรายต่อมนุษย์ได้ ยาและวัคซีน เหล่านี้จะมีผลต่อเชื้อมาลาเรียโดยตรงเพราะได้ออกแบบมาให้ทำงานในการทำลายเป้าหมายที่เป็น

เชื่อมาลาเรียโดยเฉพาะ ในประเทศไทย มีกลุ่มวิจัยเรื่องการพัฒนาฯด้านมาลาเรีย เช่นที่ศูนย์ไบโอเทค มหาวิทยาลัยมหิดล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฯลฯ ที่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลจีโนมนี้ ข้อดี คือข้อมูลนี้ได้ประกาศออกมาให้เป็นสมบัติสาธารณะ นักวิจัยทุกคนมีสิทธิใช้ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เนื่องจากการวิจัยได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิและสถาบันของรัฐ นักวิทยาศาสตร์ในบริษัทสหรัฐอเมริกาที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล มีการทดลองที่จะผลิตยุงที่มีการแปลงพันธุ์เพื่อให้ได้พันธุ์ที่จะไม่สามารถนำเชื่อมาลาเรียได้โดยใช้ข้อมูลจีโนมนี้

3) มาตรการต่อสู้ยุงพาหะ

(1) การใช้สารเคมี (Chemical Control) มีทั้งที่ใช้ในการกำจัดลูกยุง (Larvacide) และตัวเต็มวัยของยุง (Adulticide) ซึ่งอาจใช้โดยวิธีการให้กินเพื่อให้มีพิษต่อระบบทางเดินอาหาร การพ่นเป็นละอองเพื่อให้มีพิษที่ผิวหนัง การพ่นเป็นควันเพื่อให้มีพิษต่อระบบทางเดินหายใจของยุง เป็นต้น ปัจจุบันการใช้สารเคมีกำจัดยุงเริ่มไม่ได้รับการยอมรับ เนื่องจากยุงเกือบทุกชนิดเริ่มมีการดื้อต่อสารเคมีดังกล่าว และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการตกค้างของสารเคมีถึงผู้สังเวยแวดล้อมและต่ออนามัยของมนุษย์ ทำให้มนุษย์เริ่มมีความตระหนักรู้มากขึ้น ตัวอย่างเช่น คีติที่มีสารตกค้างอยู่ในห่วงโซ่อาหาร มีผลกระทบทำให้เปลือกไข่ของนกที่ได้รับสารนี้บางลงและฟักไม่ออกเป็นตัว ได้มีการแนะนำให้ใช้สารเคมีไพรีทริน (Pyrethrins) ซึ่งไม่มีผลตกค้างสู่สิ่งแวดล้อมทดแทนสารนี้ หรือการใช้เทคนิคดั้งเดิมในการป้องกันยุง เช่น การชุบน้ำด้วยสารสังเคราะห์ไพรีทริน (Pyrethrins) หรือ เพอมีทริน (Permethrin) กำลังกลับมาเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน (Pratt et al., 1960 อ้างถึงใน รัชชัย สุทธิชัย, 2546: 69)

(2) การควบคุมทางชีวภาพ (Biological Control)

การใช้แบคทีเรียกลุ่ม *Bacillus Thuringiensis israeliensis* เพื่อควบคุมประชากรยุง หรือการทำให้ยุงตัวผู้เป็นหมัน (Sterilized Males) และการปล่อยออกไปสู่สิ่งแวดล้อมเพื่อไปผสมกับยุงตัวเมีย ทำให้ไข่ของยุงที่เกิดขึ้นไม่ฟักออกเป็นตัว หรือการควบคุมลูกน้ำยุงในแหล่งน้ำโดยเลี้ยงปลาบางชนิด เช่น ปลาหางนกยูง ปลาเงิน ปลาทอง เพื่อกินลูกน้ำยุงเหล่านี้เป็นต้น (Entwistle et al., 1993; Laied, 1985 อ้างถึงใน รัชชัย สุทธิชัย, 2546: 69)

(3) การควบคุมทางกายภาพ (Physical Control)

การใช้สารเคมีกำจัดแมลงซึ่งก่อให้เกิดปัญหามากมาย นักวิทยาศาสตร์จึงเริ่มให้ความสนใจกับการควบคุมยุงโดยใช้วิธีอื่น ๆ การควบคุมยุงโดยวิธีทางกายภาพจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำมาทดแทนการใช้สารเคมีได้

จากผลของการศึกษาการกำจัดลูกน้ำและตัวไม่ของยุงพาหะโดยใช้สารลดแรงตึงผิวแสดงให้เห็นว่า Oil Surfactant มีประสิทธิภาพในการกำจัดลูกน้ำและตัวไม่ของยุง

พาหะทั้ง 3 ชนิดที่ศึกษา คือ *Aedes Aegypti*, *Culex Quinquemaculatus* and *Anopheles Dirus* กลไกของ Oil Surfactant ที่ทำให้ลูกน้ำ และตัวโม่งตายนั่น มิได้เกิดจากความเป็นพิษเฉกเช่น สารเคมีกำจัดแมลงทั่ว ๆ ไป แต่ Oil Surfactant จะมีคุณสมบัติที่เรียกว่า Physical Wetting Action ที่จะทำให้ท่อหายใจของลูกน้ำ (Siphon) และตัวโม่ง (Trumpet) เสียคุณสมบัติในการป้องกันน้ำขณะที่เปิดหายใจรับออกซิเจน ทำให้น้ำสามารถผ่านท่อหายใจเข้าไปสู่ระบบทางเดินหายใจ เป็นผลให้ลูกน้ำและตัวโม่งเกิดภาวะการขาดออกซิเจน (Anoxia) และตายในที่สุด มีข้อดีหลายประการสำหรับการนำ Oil Surfactant มาใช้ในการควบคุมยุง อาทิเช่น เป็นน้ำมันที่สกัดได้จากพืช องค์ประกอบส่วนใหญ่เป็นไขมันพวก Oleic Acid ซึ่งสามารถสลายตัวได้อย่างสมบูรณ์ในธรรมชาติ (Complete Biodegradability) ไม่ทำลายสภาวะแวดล้อม และสามารถกำจัดตัวอ่อนของยุงได้ทั้งระยะลูกน้ำและตัวโม่ง จึงมีข้อได้เปรียบมากกว่าการใช้แบคทีเรียที่ใช้กำจัดลูกน้ำยุง ซึ่งจะใช้ได้เฉพาะกับระยะลูกน้ำเท่านั้น เพราะต้องการอาศัยการกินแบคทีเรียเข้าไป อีกทั้งกลไกในการกำจัดลูกน้ำและตัวโม่งของ Oil Surfactant นั้นเป็นแบบ Physical Wetting Action จึงทำให้ปราศจากปัญหาการสร้าง ความต้านทานของยุง (อภิวุฒิ ธวัชสิน, อุษาวดี ถาวระ และประคอง พันธุ์โร, ม.ป.ป: บทคัดย่อ)

2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการตลาดเชิงสังคม

2.2.1 แบบจำลองการตลาดเชิงสังคม (Social Marketing)

เป็นการประยุกต์แนวคิดหลักและหลักการของการตลาดทางการค้ามาใช้เพื่อเร่งรัดให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในสังคมหรืออีกนัยหนึ่งเป็นนวัตกรรมที่ใช้เทคนิคทางการตลาดทางการค้ามาใช้ให้เกิดประโยชน์ตามเป้าหมายของสังคม ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อที่ว่า ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ความต้องการการรับรู้ ความชอบ และรูปแบบพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายจะเป็นสิ่งที่มีสำคัญในการกำหนดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เทคนิคการตลาดเชิงสังคมสามารถทำให้ผู้สื่อสารใช้เสนอข้อมูลข่าวสารที่บุคคลจะได้รับผลประโยชน์ที่เขาต้องการ กับมูลค่าที่เขาต้องจ่ายไป กระบวนการตลาดเชิงสังคมประกอบด้วย 6 ขั้นตอน อย่างต่อเนื่อง คือ

2.2.1.1 การวิเคราะห์ (Analysis)

1) การวิเคราะห์ตลาด (Marketplace Analysis) คำนึงถึงกฎระเบียบและวัตถุประสงค์ขององค์กรเป็นหลัก และนำมากำหนดขอบเขตของ “ตลาด” โดยคำนึงถึงขนาดและรูปแบบของโปรแกรมที่องค์กรตั้งไว้โดยต้องวิเคราะห์คู่แข่งด้วย การวิเคราะห์ตลาดต้องคำนึงถึงขอบเขตภูมิศาสตร์ การกระจายผลิตภัณฑ์ และแหล่งรับผลิตภัณฑ์นั้น ๆ

2) การวิเคราะห์ผู้บริโภค (Consumer Analysis) ผู้บริโภค คือ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนของการตลาด สิ่งที่ต้องวิเคราะห์ คือ ลักษณะของประชากรของผู้บริโภค เช่น อายุ เพศ รายได้ การศึกษา ตัวแปรเชิงภูมิศาสตร์ เช่น ขนาดของเมือง ความหนาแน่นของประชากร ภูมิอากาศ ลักษณะที่เกี่ยวกับผลประโยชน์ที่ผู้บริโภคต้องการ ตลอดจนสถานะผู้บริโภคในฐานะผู้ใช้และสถานะทางพฤติกรรม

3) การวิเคราะห์ตัวองค์กรเอง (Organization Analysis) องค์กรมีฐานะการเงิน การจัดการ และบุคลากรพอจะดำเนินการด้านการตลาดเชิงสังคมอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ผู้บริหารระดับสูงยอมรับ และใช้กลวิธีการตลาดเชิงสังคมมากน้อยเพียงใด

2.2.1.2 การวางแผน (Planning)

1) วัตถุประสงค์ของการตลาด ต้องนำไปปฏิบัติได้ ไม่คลุมเครือ ขั้บซ้อน หรือกว้างเกินไป

2) สร้างกลวิธีเพื่อนำไปใช้กับองค์ประกอบแต่ละตัวของส่วนผสมของการตลาดเชิงสังคม กลวิธีหลายอย่าง เช่น สิ่งเสนอขาย การจัดจำหน่าย ราคา และการสื่อสารตลาด

2.2.1.3 การพัฒนาการทดสอบและการทำรายละเอียดองค์ประกอบในการวางแผน (Development, Testing and Retining of Plan Element)

1) การพัฒนาและทดสอบมโนทัศน์ของผลิตภัณฑ์ จะเกี่ยวข้องกับการเสนอหรือการวางตลาดผลิตภัณฑ์ใหม่ หรือการเสนอครั้งใหม่ของผลิตภัณฑ์ที่รู้จักกันแล้ว เพื่อให้ตอบสนองความต้องการ ความปรารถนา และความคาดหวังของผู้บริโภคเป้าหมาย

2) การทดสอบมโนทัศน์ของการสื่อสาร เป็นขั้นตอนที่เสนอทิศทางสำหรับกำจัดวิธีการที่ได้ผลน้อย และเลือกวิธีที่ให้ผลดี วิธีที่ใช้กัน คือ Focus Group

3) การทดสอบเนื้อหาของข่าวสารของการสื่อสาร ทำหลังจากมโนทัศน์ของการสื่อสารที่ได้รับคัดเลือก และถูกแบ่งเป็นข่าวสารไปทดสอบหาความเข้าใจและปฏิกิริยาสนองตอบของผู้บริโภค

2.2.1.4 การดำเนินงาน (Implementation)

นำโครงการตลาดเชิงสังคมทั้งหมด ไปดำเนินงานในพื้นที่ทั้งหมดที่ตั้งเป้าหมายไว้ ติดตามควบคุมและตรวจสอบสมรรถนะของแหล่งตลาด

1) ติดตามตรวจสอบช่องทางกระจายผลิตภัณฑ์

2) ติดตามตรวจสอบการส่งผลิตภัณฑ์โดยตรงกับลูกค้าหรือการขายปลีก

3) ติดตามตรวจสอบการขาย

4) ติดตามตรวจสอบกระบวนการสื่อสาร เกี่ยวข้องกับการตรวจหาสภาพที่มีการจ่ายเงิน หรือการโฆษณาบริการที่มีต่อสาธารณชน

5) ติดตามตรวจสอบการดำเนินงานการตลาดเชิงสังคม เช่น ตรวจสอบสมรรถนะของบุคคลและของการจัดการบริหารกองทุนสนับสนุนการไหลของการสื่อสารและการตัดสินใจ

2.2.1.5 การประเมินประสิทธิผลของตลาดขณะดำเนินการ (Assessing In-Market Effectiveness)

การประเมินผลอย่างมีระบบจะช่วยให้ทราบว่าบรรลุวัตถุประสงค์ใดและต้องมีการแก้ไขอะไร ซึ่งต้องรวบรวมและการรายงานข้อมูลที่ถูกต้อง ทันเวลา อย่างพอเพียงเพื่อใช้ในการตัดสินใจ

2.2.1.6 การป้อนกลับไปสู่ขั้นตอนที่ 1 (Feed Back to the First Stage)

การนำมาประยุกต์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้จากความคิดที่ว่า การยอมรับแนวคิดต่าง ๆ ก็เหมือนกับการยอมรับผลิตภัณฑ์ (สินค้า) จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจอย่างถ่องแท้ของความต้องการ การรับรู้ ความชอบ และรูปแบบของพฤติกรรมของประชาชน รวมทั้งจะต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับการให้ข่าวสาร ผลของสื่อต่าง ๆ ต้นทุน สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เพื่อจะให้เกิดการยอมรับแนวคิดใหม่เกิดขึ้น หลักการของการตลาดเชิงสังคมในงานสาธารณสุขประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ

- 1) ตระหนักถึงความต้องการของลูกค้า
- 2) เน้นการแลกเปลี่ยนสินค้าระหว่างผู้ขายกับผู้บริโภค โดยคิดเสมอว่ากลุ่มเป้าหมายล้วนมีทรัพยากรที่จำกัด จึงต้องการแลกเปลี่ยนเพื่อให้ได้ผลประโยชน์สูงสุด
- 3) ทำการวิจัยเพื่อวิเคราะห์ผู้รับบริการในแต่ละส่วน เพื่อสามารถระบุกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่มีคุณลักษณะและมีความต้องการในเรื่องข้อมูลและบริการเหมือนกัน รวมทั้งสามารถกำหนดวิธีการหรือช่องทางติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
- 4) การวิจัยกระบวนการเพื่อทดสอบข้อมูลข่าวสาร ศักยภาพของบริการก่อนนำไปเผยแพร่ในรูปการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ เป็นต้น
- 5) การวิเคราะห์ช่องทางปฏิบัติ เพื่อหาช่องทางปฏิบัติงานกับกลุ่มเป้าหมายโดยพิจารณาจากค่าใช้จ่าย ความต่อเนื่อง ความเชื่อถือ
- 6) ส่วนผสมทางการตลาดหรือองค์ประกอบ 4 ประการ (4Ps) ได้แก่ Product, Prices, Place และ Promotion

7) กระบวนการดำเนินการมีการประเมินผลอย่างมีระบบให้ข้อมูลระยะยาวที่จะใช้ในการประเมินโครงการและวางแผนโครงการว่าควรมีแนวโน้มอย่างไร

8) การบริหารจัดการตลาด และต้องคำนึงถึง หลัก 5 P ดังภาพที่ 2.7 การประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน มี 7 ขั้นตอน คือ

- 1) การกำหนดปัญหาจะต้องเอาปัญหาที่แท้จริงและถูกต้องเพราะเป็นจุดสำคัญ
- 2) การตั้งเป้าหมายประสงค์ต้องสามารถวัดได้ชัดเจนช่วยในการวางแผนและตั้งงบประมาณตลอดจนแนวทางการประเมินได้
- 3) การแบ่งตลาดเป้าหมาย ผลกระทบที่ได้จากการพยายามใช้การตลาดเชิงสังคมน่าจะเพิ่มขึ้นได้โดยหลักการแบ่งตลาดของกลุ่มเป้าหมายตามลักษณะประชากรจะช่วยให้การศึกษาพฤติกรรมอันจะเป็นประโยชน์ในการวางกลวิธีให้เกิดประสิทธิผลออกมาคุ้มค่า
- 4) การวิเคราะห์ผู้บริโภคต้องรู้ว่ากลุ่มเป้าหมายคิดอย่างไร ควรใช้กระบวนการชนิดใดที่จะช่วยให้เปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมที่เป็นอยู่ให้เป็นตามที่ต้องการ
- 5) การวิเคราะห์ช่องทางข่าวสารที่มีอิทธิพลเพื่อสนับสนุนการดำเนินการด้านทัศนคติของกลุ่มเป้าหมายเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะช่วยเลือกช่องทางการสื่อสารที่สำคัญที่สุดและใช้ความพยายามกระตุ้นผ่านช่องทางนั้น ๆ
- 6) กลวิธีทางการตลาดต้องพิจารณาวิธีที่ใช้และเพิ่มเติมกลวิธีนั้น
- 7) การดำเนินการและประเมินผล มีผู้ดำเนินการตามเวลาที่กำหนดและประเมินประสิทธิภาพ

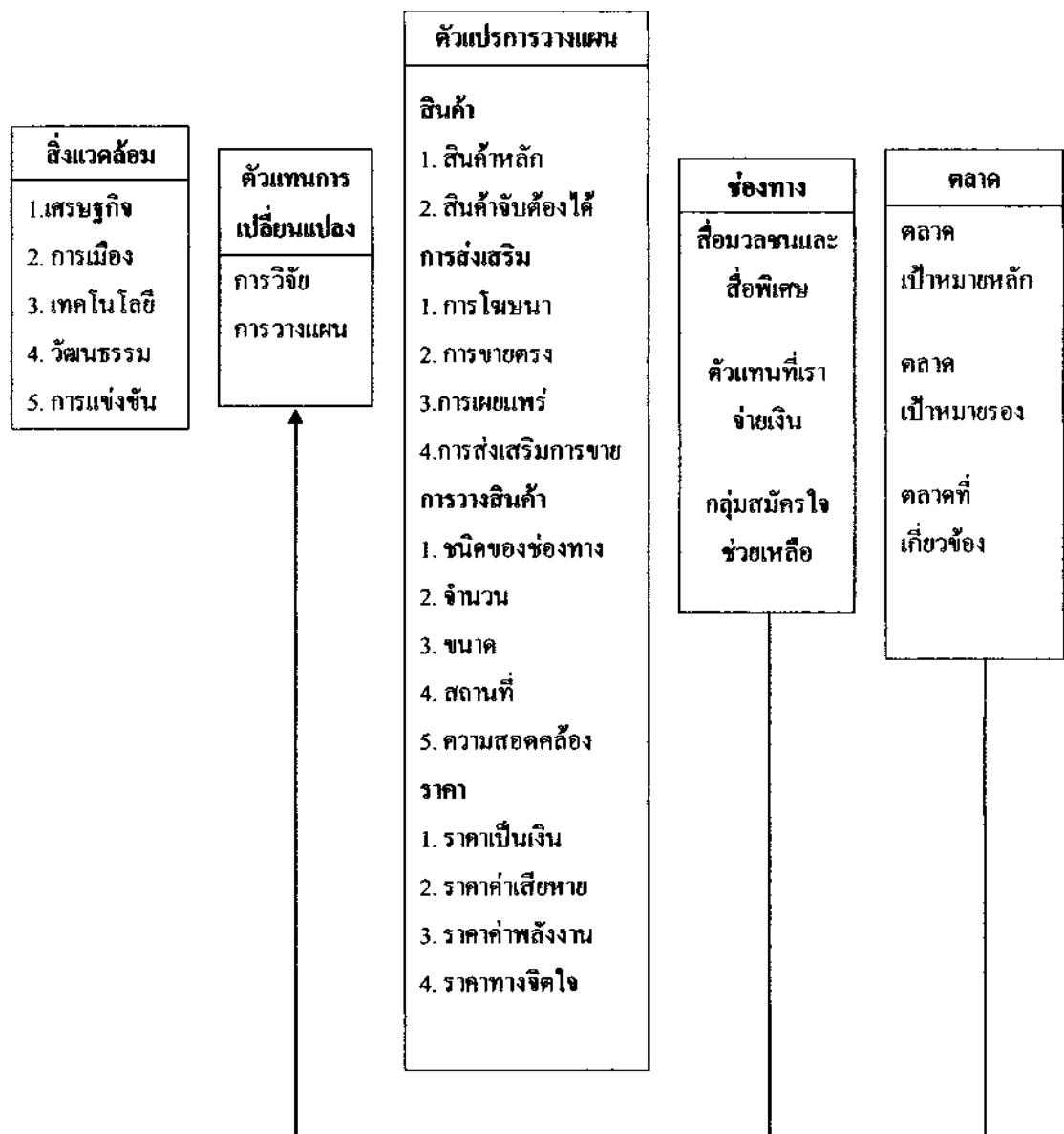
การตลาดเชิงสังคม คือ การออกแบบ (Design) การนำแผนมาใช้ (Implementation) และการควบคุม (Control) แผนที่เราจัดทำขึ้นเพื่อให้มีอิทธิพลต่อการยอมรับในความคิดทางสังคมและรวมถึงการพิจารณาในเรื่องของการวางแผนสินค้า (Product) การวางราคา (Pricing) การสื่อสาร (Communication) การจัดจำหน่าย (Distribution) และการวิจัยตลาด (Marketing Research) (พรทิพย์ สัมปิตะวนิช 2547: 37)

2.2.2 ค่านิยมของการตลาดเชิงสังคม

เป็นการประยุกต์หลักการมาใช้ในการออกแบบและดำเนินการณรงค์เพื่อการสื่อสารประเด็นด้านสาธารณสุขและด้านสังคม ได้แก่ เรื่องสุรา การใช้ยา การประหยัคล้งาน การคาดเข็มขัดนิรภัย การป้องกันโรคเอดส์ ผงเกลือแร่ (ORS)

2.2.3 ที่มาและพื้นฐานของการตลาดเชิงสังคม

การตลาดเชิงสังคมนำเทคนิคที่นักโฆษณาพัฒนาขึ้นมาใช้ ในขณะที่นักโฆษณาพัฒนาเทคนิคเหล่านี้โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมที่ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำอะไรขึ้นอยู่กับ การมองเห็นประโยชน์จากการทำพฤติกรรมนั้น ๆ ว่าอย่างน้อยเพียงใดและแรงหนุนจากกลุ่มเพื่อนว่าอย่างน้อยเพียงใด



ภาพที่ 2.7 แบบจำลองการวางแผนการกำหนดกลยุทธ์การตลาดเชิงสังคม

แหล่งที่มา: Kotler and Zaltman (1971 อ้างถึงใน พรทิพย์ สัมปิตะวนิช, 2547).

2.2.4 4P's ของการตลาดเชิงสังคม

2.2.4.1 Product = Benefit

อาจเป็นสิ่งของ เช่น ถูยงอนามัย การบริการ เช่น การตรวจสุขภาพ พฤติกรรม เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรักษาด้วยผงเกลือแร่ การกินอาหารที่ทำให้สุขภาพหัวใจดี แนวคิด เช่น การรักษาสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

2.2.4.2 Price = Cost

คือ สิ่งที่ต้องใช้เพื่อได้มาซึ่ง Product อาจเป็นเงิน การที่ต้องใช้เวลา ความพยายาม ความเสี่ยงต่อความรู้สึกอีกอดหากผู้นั้นเห็นว่า Cost สูงกว่าประโยชน์ที่จะได้รับก็เป็นเรื่องยากที่จะยอมรับ Product นั้น การกำหนดราคา เช่น กรณีของยาคุมกำเนิดหากให้ฟรีหรือราคาค่อนข้างต่ำก็มักทำให้คิดว่าสิ่งนั้นคุณภาพต่ำแต่ถ้าราคาสูงเกินไปจะทำให้คนจำนวนหนึ่งไม่มีกำลังจ่าย การศึกษาวิจัยทำให้เข้าใจมุมมองเรื่อง Cost และ Benefit และสามารถวางตำแหน่งของ Product ได้เหมาะสม

2.2.4.3 Place = Channel

หมายถึง เส้นทางที่ Product จะถึงกลุ่มเป้าหมายกรณีเป็นสิ่งของหมายถึงระบบการกระจาย กรณีเป็นความคิดที่จับต้องไม่ได้หมายถึงช่องทางที่ข่าวสารหรือการฝึกอบรมจะถึงกลุ่มเป้าหมาย ความเข้าใจจิตวิตร นิสัย ประสบการณ์ ความพอใจระบบการให้บริการ ของกลุ่มเป้าหมาย โดยการศึกษาวิจัยจะช่วยให้เราสามารถกำหนดวิธีการกระจาย Product ได้ดีที่สุด

2.2.4.4 Promotion = Message and Strategy

กระบวนการใช้ช่องทางโฆษณาประชาสัมพันธ์ส่งเสริม สื่อจำเพาะ สื่อบุคคล สื่อบันเทิงอย่างบูรณาการ เพื่อสร้างและรักษาระดับความต้องการ Product ของกลุ่มเป้าหมายของการศึกษาวิจัยเป็นส่วนสำคัญในการกำหนดรูปแบบของการส่งเสริมนี้

2.2.5 P's ของการตลาดเชิงสังคมเพิ่มเติม

2.2.5.1 Publics

เรามักจะมีกลุ่มเป้าหมายหลายกลุ่ม แบ่งเป็น External Publics หมายถึง กลุ่มเป้าหมายหลัก กลุ่มเป้าหมายลำดับถัดไป ผู้กำหนดนโยบายและ Internal Publics เป็นกลุ่มที่เกี่ยวข้องในแผนงาน ได้แก่ การอนุมัติหรือการปฏิบัติการ

2.2.5.2 Partnership

ประเด็นด้านสังคมและสาธารณสุขมักมีความซับซ้อนจำเป็นต้องสร้างทีมงานกับหน่วยงานอื่นและชุมชนที่มีเป้าหมายเหมือนหรือใกล้เคียงกันแล้วหาวิธีทำงานด้วยกัน

2.2.5.3 Policy

แผนงานการตลาดเชิงสังคมสามารถกระตุ้นให้เปลี่ยนพฤติกรรมแต่ความยั่งยืนต้องอาศัยสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมในระยะยาว การเปลี่ยนแปลงระดับนโยบายและแผนงานสื่อสารเฉพาะเรื่องที่จะเป็นส่วนเสริมประสิทธิผลของแผนงานการตลาดเชิงสังคม

2.2.5.4 Purse Strings

การพัฒนาแผนงานการตลาดเชิงสังคมต้องพิจารณาว่าจะได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งใดบ้าง

ตารางที่ 2.3 ขั้นตอนของการวางแผนและแรงจูงใจโดยการตลาดเชิงสังคม

ขั้นตอน	หมายเหตุ
1. ศึกษากลุ่มเป้าหมายในการณรงค์ที่เราต้องการเข้าถึงและกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลงว่าจะให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมอย่างไร	ต้องรู้ลักษณะกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ ที่อยู่อาศัย ลักษณะพฤติกรรมและอื่น ๆ ตัวอย่างเช่น เป็นผู้ขายวัยรุ่น รักต่างประเทศ และสูบบุหรี่
2. กำหนดวิธีวัดผลจากการณรงค์	การวัดผลมีหลายวิธี ได้แก่ การสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม การรวบรวม-สถิติ การรายงาน
3. ศึกษาว่ามีช่องทาง (Channels) และสื่อกลาง(Intermediaries) อะไรบ้างที่จะสื่อสารถึงกลุ่มเป้าหมาย	ช่องทาง ได้แก่ 1. Electronic and Price Outlets เช่น วิทยุโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ 2. Poster Placement เช่น Billboards ม้านั่งสาธารณะ รถเมล์ รถไฟฟ้า สถานีขนส่ง สนามกีฬา ป้ายข้างสรรพสินค้า โรงเรียน โรงพยาบาล คลินิก 3. Advertising Spots เช่น ห้างการค้า Taxi, Web-sites, Email 4. Communication Giveaways เช่น เสื้อยืด พวงกุญแจ หมวก กระเป๋าเงิน ปากกา ดินสอ เข็ยอกน้ำ แผ่นพับ สื่อกลาง ได้แก่ 5. คนที่ทำงานกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ได้ซึ้งใจ ครู ผู้ให้ปรึกษา 6. คนที่ได้รับความสะดวกหรือยอมรับจากกลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน หรือผู้นำการเมือง นักกีฬา องค์กรที่ให้การยอมรับ

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

ขั้นตอน	หมายเหตุ
4. ศึกษาว่ากลุ่มเป้าหมายจะเห็นประโยชน์อะไร ในการทำพฤติกรรมที่รณรงค์	วิธีการศึกษาประโยชน์ และสิ่งที่ต้องลงทุน ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ การสังเกต การ ทบทวน และการศึกษา เป็นต้น
5. ศึกษาอุปสรรค ค่าใช้จ่าย สิ่งที่ต้องลงทุนของ กลุ่มเป้าหมายในการทำพฤติกรรมที่รณรงค์	เนื้อหาสาระที่มีประสิทธิภาพ พิจารณาด้านต่าง ๆ ดังนี้
6. กำหนดเนื้อหาสาระที่จะสื่อสารจากผล การศึกษาข้างต้น	1. เนื้อหา : เป็นข้อความที่ทำให้เข้าใจประโยชน์ได้รวดเร็ว และชัดเจน กรณีเป็นหัวเรื่อง ควรใช้คำที่ มีน้ำหนัก และนำไปสู่การกระทำ
7. กำหนดรูปแบบของสื่อและองค์ประกอบจาก ผลการศึกษาข้างต้น	2. รูปแบบ : หัวข้อเรื่อง หัวเรื่อง รูป ต้องผสมผสานกัน ทำให้เห็นสาระที่ต้องการสื่อทันทีว่าเกี่ยวกับ เรื่องอะไร การวาง Layout จากหัวเรื่องไปเป็นลำดับ เพื่อให้อ่านได้ง่าย ใส่องค์ประกอบสำคัญ เช่น รูปใน Layout เพื่อให้จำได้ง่าย
8. ทดสอบเนื้อหาสาระ/สื่อ และปรับแก้	3. Style : ใช้ต้นเป็นองค์ประกอบสำคัญของเนื้อหาดีกว่าสิ่งของหรือสัญลักษณ์เป็นรูปถ่ายดีกว่ารูป วาด คนพูดต้องเกี่ยวข้องกับเนื้อหา มีความน่าเชื่อถือ มีอารมณ์ขันเล็กน้อย แต่อย่าให้เหมือน บันเทิง
	1. ทดสอบว่าการสื่อสารในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ การผสมผสาน การเรียกร้องความสนใจ การทำให้ จำได้ จุดแข็ง จุดอ่อน ความสอดคล้อง ความจำเพาะที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

ขั้นตอน	หมายเหตุ
9. กำหนดวิธีการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินประสิทธิภาพการรณรงค์	2. วิธีการทดสอบ ได้แก่ การสนทนากลุ่ม คอบแบบสอบถาม การสอบถาม
10. วางแผนการใช้ข้อมูลจากการประเมินผลในการปรับปรุงเนื้อหาสาระ ช่องทาง และแผนงานอื่น ๆ	ผู้ให้ข้อมูลหลัก สัมภาษณ์คนเดินถนน รายงานการประเมินผล ควรประกอบด้วย 1. พฤติกรรมที่รณรงค์ 2. สิ่งที่ประสบความสำเร็จ 3. บทเรียน 4. ข้อเสนอแนะในการดำเนินการ

2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสาร

2.3.1 ความหมาย

การสื่อสาร หรือ Communication มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า Communis แปลว่า เหมือนกัน ร่วมกัน หรือ คล้ายคลึงกัน

นักวิชาการ ในสาขาคำต่าง ๆ ได้นิยามคำว่า การสื่อสาร ไว้มากมายแตกต่างกันตาม วัตถุประสงค์ของแต่ละคน

Edward Spair (1933: 79 อ้างถึงใน ประมะ สตะเวทิน, 2533: 30) ให้ความหมายของการสื่อสารว่า การสื่อสาร คือ การตีความหมายโดยสัญลักษณ์ต่อท่าทางที่แสดงเป็นสัญลักษณ์โดยไม่รู้ตัว ต่อความคิดและต่อพฤติกรรมของวัฒนธรรมของบุคคล

Mouton and McDonald (1976: 5 อ้างถึงใน วาสนา จันทรสว่าง, 2534: 2) ให้ความหมายการสื่อสารว่า เป็นการกระทำร่วมกันหรือแลกเปลี่ยนกันเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก และการบอกกล่าวสัญลักษณ์ผ่านสื่อ

Roger (1973: 43 อ้างถึงใน เสถียร เชษประทับ, ม.ป.ป.: 20) ให้ความหมายว่า การสื่อสาร คือ กระบวนการที่ความคิดหรือข่าวสารถูกส่งจากแหล่งสาร ไปยังผู้รับสาร ด้วยเจตนาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางประการของผู้รับสาร

วิรัช ลภีรัตนกุล (2538: 159) ให้นิยามว่า การสื่อสาร หมายถึง ศิลปะแห่งการถ่ายทอด ข่าวสาร ความรู้สึกนึกคิด และทัศนคติจากบุคคลสู่อีกคนหนึ่ง

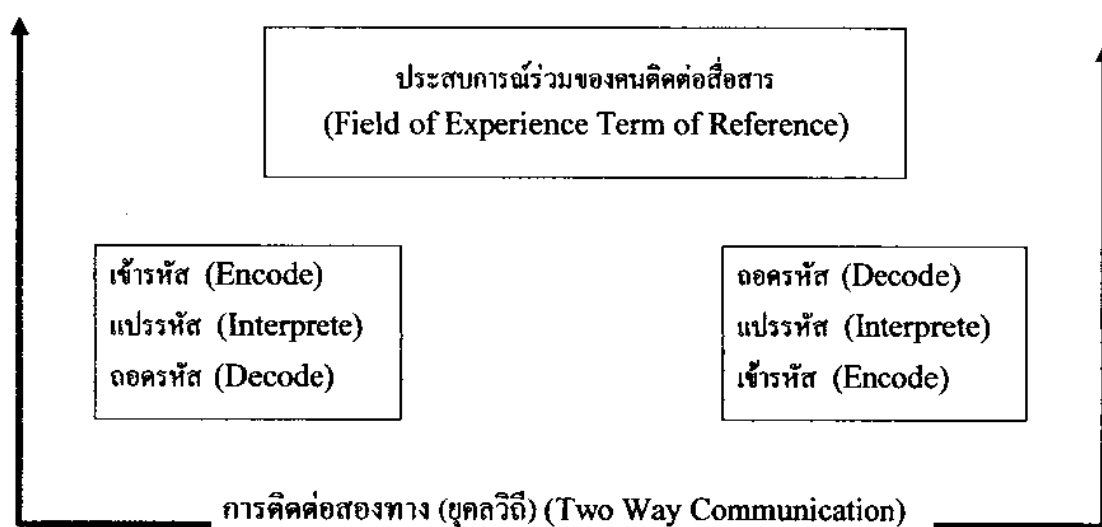
ประมะ สตะเวทิน (2533: 360) สรุปความหมายของการสื่อสารว่า การสื่อสาร คือ กระบวนการถ่ายทอดสารจากบุคคลฝ่ายหนึ่งซึ่งเรียกว่า ผู้ส่งสาร ไปยังอีกบุคคลอีกฝ่ายซึ่งเรียกว่า ผู้รับสาร โดยผ่านสื่อ

นิยามข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การสื่อสารเป็นกระบวนการที่ข่าวสาร ความคิด ความรู้สึกและทัศนคติที่ถูกถ่ายทอดหรือแลกเปลี่ยนจากผู้ส่งสาร ไปยังผู้รับสาร โดยผ่านสื่อ

2.3.2 กระบวนการสื่อสาร (Communication Process)

Berlo (1960: 30-72) ได้อธิบายแบบจำลองกระบวนการสื่อสาร (SMCR Model) ว่ามีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ คือ ผู้ส่งสาร (Source) สาร (Message) สื่อ (Channel) และผู้รับสาร (Receiver) ดังภาพที่ 2.8 (Berlo, 1960: 30-72)

S	M	C	R
ผู้ส่งสาร (Source)	ข่าวสาร (Message)	ช่องทางการสื่อสาร (Channel)	ผู้รับสาร (Receiver)
ทักษะในการสื่อสาร (Communication)	เนื้อหา (Content)	การมองเห็น (Seeing)	ทักษะในการสื่อสาร (Communication Skill)
ทัศนคติ (Attitude)	รูปแบบ (Structure)	การได้ยิน (Hearing)	ทัศนคติ (Attitude)
ความรู้ (Knowledge)	สาระ (Elements)	การสัมผัส (Touching)	ความรู้ (Knowledge)
ระบบสังคม (Social System)	รหัส (Code)	การได้กลิ่น (Smelling)	ระบบสังคม (Social System)
วัฒนธรรม (Culture)	นำเสนอ (Treatment)	การชิม (Tasting)	วัฒนธรรม (Culture)



ภาพที่ 2.8 แบบจำลองกระบวนการสื่อสารของเบอร์โล (SMCR Model)

แหล่งที่มา: Berlo, 1960: 30 – 72.

2.3.2.1 ประสิทธิผลของการสื่อสารขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของปัจจัยย่อยในองค์ประกอบทั้ง 4 ประการ ดังนี้

- 1) ปัจจัยย่อยของผู้ส่งสารและรับสาร ประกอบด้วย ทักษะในการสื่อสาร (Communication Skill) ทัศนคติ (Attitude) ความรู้ (Knowledge) ระบบสังคม (Social System) วัฒนธรรม (Culture)

2) ปัจจัยย่อยของสาร คือ ส่วนประกอบ (Elements) และโครงสร้างของสาร (Structure) ในรูปของ รหัส (Code) เนื้อหา (Content) การจัดแต่งสาร (Treatment)

3) ปัจจัยย่อยของสื่อ (Channel) คือ ช่องทางที่นำสารไปสู่ประสาทในการรู้สึก (Sense Mechanisms) หรือการถอดรหัสของผู้รับสารผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การเห็น (Seeing) การได้ยิน (Hearing) การสัมผัส (Touching) การได้กลิ่น (Smelling) การลิ้มรส (Tasting)

Lasswell (1967: 489-495 อ้างถึงใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542: 10) ได้แสดงความเห็นโดยเพิ่มองค์ประกอบการสื่อสารเป็น S M C R E ซึ่งหมายถึง แหล่งสาร (Source) สาร (Message) ช่องสาร (Channel) ผู้รับสาร (Receiver) และผลสะท้อนกลับ (Effect) โดยมองว่าสิ่งที่เกิดจากการสื่อสารเป็นการสะท้อนกลับหรือเป็นปฏิกิริยาตอบสนอง ภาสเวลล์จึงได้เน้นให้เห็นความสำคัญของผลสะท้อนกลับที่เกิดจากกระบวนการสื่อสาร

2.3.3 วัตถุประสงค์ของการสื่อสาร

วัตถุประสงค์ของผู้ส่งสารและวัตถุประสงค์ของผู้รับสารในการสื่อสารสรุปได้ดังนี้ Schramm (1974: 19 อ้างถึงใน ปรมะ สดะเวทิน, 2533: 31),

วัตถุประสงค์ของผู้ส่งสาร	วัตถุประสงค์ของผู้รับสาร
1. เพื่อแจ้งให้ทราบ (To Inform)	1. เพื่อทราบ (To Understand)
2. เพื่อสอนหรือให้การศึกษา (To Teach or to Educate)	2. เพื่อศึกษา (To Learn)
3. เพื่อสร้างความพอใจหรือให้ความบันเทิง (To Please or to Entertain)	3. เพื่อความพอใจ (To Enjoy)
4. เพื่อเสนอหรือชักจูงใจ (To Propose or to Persuade)	4. เพื่อกระทำหรือตัดสินใจ (To Dispose or to Decide)

ในการสื่อสารทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารอาจมีวัตถุประสงค์เพียงอย่างเดียวหนึ่ง หรืออาจมีวัตถุประสงค์หลายอย่างพร้อมกัน

นอกจากการพิจารณาว่าผู้ส่งสารและผู้รับสารมีวัตถุประสงค์เพื่ออะไร หากคำนึงถึงผลของการสื่อสาร เราสามารถพิจารณาว่าทั้งสองฝ่ายมีวัตถุประสงค์อย่างไร ซึ่งจำแนกได้ 2 ประเภท คือ (Berlo, 1960: 17-20 อ้างถึงใน ปรมะ สดะเวทิน, 2533: 33) 1) วัตถุประสงค์ที่เกิดผลทันที

คือ วัตถุประสงค์ที่สารประสบผลสำเร็จในการก่อให้เกิดผลต่อผู้รับสารตามที่ผู้ส่งสารต้องการโดยตัวของสาร นั่นคือ เป็นผลโดยตรงจากตัวสาร 2) วัตถุประสงค์ที่ใช้เป็นเครื่องมือ คือ วัตถุประสงค์ที่ไม่หวังให้สารก่อให้เกิดผลโดยทันทีโดยตัวสาร หากแต่สารนั้นถูกใช้เป็นเครื่องมือเพื่อทำให้เกิดผลโดยอ้อม

2.3.4 หลักสำคัญที่ต้องคำนึงถึงเพื่อประสิทธิภาพในการสื่อสาร

วาสนา จันทรสว่าง (2534: 911) กล่าวว่าหลักสำคัญที่ต้องคำนึงถึงเพื่อประสิทธิภาพในการสื่อสาร ประกอบด้วย 1) ความถูกต้องและน่าเชื่อถือ (Credibility) การสื่อสารที่ได้ผล สารจะต้องมีความถูกต้องและผู้ส่งสารควรจะเป็นผู้นำเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับของผู้รับสาร 2) เนื้อหาสาระ (Content) สารที่ส่งต้องมีเนื้อหาสาระ เป็นประโยชน์ มีคุณค่า และสำคัญต่อผู้รับ รวมทั้งเหมาะสม และสอดคล้องกับความคิด ความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยมของผู้รับให้มากที่สุด เพื่อให้ผู้รับเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้ 3) ความแจ่มแจ้ง (Clarity) สารนั้นต้องง่าย มีความชัดเจน ไม่คลุมเครือ หรือตีความหมายได้หลายแง่ และสามารถทำให้เห็นภาพพจน์ได้ชัดเจน 4) เหมาะสมกับกาลเทศะ (Context) เนื้อหาสาระที่ใช้ในการสื่อสารจะต้องสอดคล้องและกลมกลืนกับวัฒนธรรมของสังคม สิ่งแวดล้อม บุคคล เวลา และสถานที่ 5) ความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (Continuity and Consistency) เป็นการช่วยย้ำและเตือนความจำของผู้รับ แต่ต้องระวังมิให้ซ้ำซากจนน่าเบื่อหน่าย 6) ช่องทางในการสื่อสาร (Channel) ผู้ส่งสารควรเลือกช่องทางหรือสื่อให้เหมาะสมกับผู้รับและสถานการณ์ในการสื่อสาร 7) ความสามารถของผู้รับ (Capability of Audience) ผู้ส่งสารต้องคำนึงถึงขีดความสามารถของผู้รับ ทั้งด้านความรู้ การรับรู้ทางร่างกาย และจิตใจของผู้รับ ซึ่งจะเป็นสิ่งกำหนดปัจจัยทั้ง 6 ประการข้างต้น เพราะถ้าเราไม่ทราบถึงความสามารถของผู้รับ การเตรียมเนื้อหาของสารและการเลือกสื่อก็ไม่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.5 ประเภทการสื่อสาร

วาสนา จันทรสว่าง (2534: 911) ได้แบ่งประเภทการสื่อสาร โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกประเภทดังนี้

2.3.5.1 การจำแนกประเภทโดยถือเกณฑ์จำนวนผู้สื่อสาร สามารถแบ่งได้ 5 ประเภท คือ

1) การสื่อสารภายในตัวบุคคล คือ บุคคลคนเดียวทำหน้าที่เป็นทั้งผู้ส่งและผู้รับสาร เช่น การคิด หรือการพูดกับตัวเอง การร้องเพลงฟังคนเดียว การบันทึกประจำวันสำหรับตนเอง

2) การสื่อสารระหว่างบุคคล คือ การที่บุคคล 2 คนขึ้นไปสื่อสารกัน โดยเป็นทั้งผู้ส่งสาร และผู้รับสารสลับกันไป ประกอบด้วย การสื่อสารวัจนสาร โดยใช้ภาษา ถ้อยคำ และการสื่อสารอวัจนสารโดยใช้ภาษาที่ไม่ใช้ถ้อยคำ

3) การสื่อสารกลุ่ม เป็นการสื่อสารกับคนจำนวนมาก เช่น การบรรยายในที่ประชุม การสอนในห้องเรียน การปราศรัย และการหาเสียงเลือกตั้ง เป็นต้น

4) การสื่อสารองค์การ คือ การสื่อสารระหว่างสมาชิกขององค์การหรือหน่วยงาน เช่น การสื่อสารในบริษัท ในหน่วยงานราชการ เป็นต้น

5) การสื่อสารมวลชน เป็นการสื่อสารไปยังประชาชนจำนวนมากพร้อมกัน หรือในเวลาใกล้เคียงกัน โดยประชาชนเป้าหมายอาจอยู่ห่างไกลกัน สื่อมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และภาพยนตร์ เป็นต้น

2.3.5.2 การจำแนกประเภทโดยถือเกณฑ์การใช้ภาษา แบ่งได้ 2 ประเภท คือ

1) การสื่อสารโดยภาษาที่ใช้ถ้อยคำ เป็นการสื่อสารโดยใช้ภาษาพูดหรือภาษาเขียน เรียกว่า วัจนภาษา

2) การสื่อสารโดยภาษาที่ใช้ไม่ใช้ถ้อยคำ คือ การสื่อสารด้วยอาการปฏิกิริยาหรือสัญลักษณ์ต่าง ๆ เช่น เวลา เนื้อที่หรือระยะทาง กิริยาอาการ สิ่งของ ร่างกาย และปริภาษา ซึ่งหมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นแนบเนื่องกับภาษา เช่น เมื่อพูด ปริภาษา คือ ระดับเสียงสูง – ต่ำ น้ำเสียง และการหัวเราะ เป็นต้น

2.3.5.3 การจำแนกประเภทโดยถือเกณฑ์การเห็นหน้าเห็นตา แบ่งได้ 2 ประเภท คือ 1) การสื่อสารแบบเผชิญหน้า คือ ผู้ส่งสารและผู้รับสารเผชิญหน้ากันสามารถโต้ตอบซักถามสังเกตอาการปฏิกิริยาท่าทางซึ่งกันและกันได้ เช่น การสนทนา การประชุมสัมมนา และการเรียนในห้องเรียน เป็นต้น 2) การสื่อสารแบบไม่เห็นหน้าตาตากัน คือ ผู้สื่อสารทั้ง 2 ฝ่ายอยู่ห่างไกลกันไม่สามารถสังเกตปฏิกิริยาท่าทางของฝ่ายตรงกันข้ามได้ ต้องใช้เครื่องมือช่วยในการสื่อสาร เช่น สื่อโทรคมนาคม หรือสื่อมวลชนต่าง ๆ

2.3.5.4 การจำแนกประเภทโดยถือเกณฑ์ความแตกต่างระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร สามารถแบ่งได้ 3 ประเภท คือ การสื่อสารระหว่างเชื้อชาติ การสื่อสารระหว่างวัฒนธรรม และการสื่อสารระหว่างประเทศ

2.3.5.5. การจำแนกประเภทโดยถือเกณฑ์ลักษณะทางด้านวิชาการ ในการกำหนดประเภทการสื่อสารด้านนี้ถือลักษณะเนื้อหาวิชาการเป็นสำคัญ เช่น การสื่อสารในองค์กร การสื่อสารการเมือง และการสื่อสารสาธารณสุข เป็นต้น

2.3.5 บทบาทการสื่อสารในการพัฒนาสาธารณสุข

ปรมะ สดะเวทิน (2533: 154 – 155) กล่าวว่า ในการพัฒนาประเทศจะต้องอาศัยประชาชนที่มีสุขภาพแข็งแรง ดังนั้น ปัญหาเรื่องสุขภาพของประชาชนจึงเป็นเรื่องสำคัญที่รัฐจะต้องจัดบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ ประกอบกับให้ประชาชนร่วมมือในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวจะเกิดขึ้นไม่ได้หากประชาชนไม่ได้รับข่าวสาร การพัฒนาด้านสาธารณสุขจึงมีความจำเป็นที่จะต้องใช้ในการสื่อสารเพื่อทำให้ประชาชนเกิดความรู้ ความเข้าใจ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ ทั้งนี้ บทบาทการสื่อสารในการพัฒนาสาธารณสุข คือ 1) ให้ข่าวสาร เพื่อแจ้งให้ประชาชนทราบเรื่องราวต่าง ๆ และเพื่อกระตุ้นความสนใจของประชาชนให้ร่วมมือในการแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยและส่งเสริมสุขภาพของตนเอง 2) ให้ความรู้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และรู้วิธีการปฏิบัติตามแผนการพัฒนาสาธารณสุขด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องโภชนาการ การวางแผนครอบครัว การสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน เป็นต้น 3) ชักจูงใจเพื่อให้ประชาชนปฏิบัติตามแผนการพัฒนาสาธารณสุขอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับสื่อประชาสัมพันธ์ในงานสาธารณสุข

2.4.1 ความหมาย ประเภท และความสำคัญของสื่อประชาสัมพันธ์ในงานสาธารณสุข

(มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2544ก: 47-49)

2.4.1.1 ความหมายสื่อประชาสัมพันธ์ในงานสาธารณสุข

สื่อประชาสัมพันธ์ในงานสาธารณสุข หมายถึง ตัวกลาง พาหะ หรือตัวนำที่จะนำสารประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุขในรูปแบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น คำพูด เสียง แสง ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว หรือข้อมูลไปสู่กลุ่มเป้าหมายทั้งภายในและภายนอกองค์กรตามวัตถุประสงค์ของการประชาสัมพันธ์ครั้งนั้น ๆ

2.4.1.2 ประเภทสื่อประชาสัมพันธ์

สื่อในการประชาสัมพันธ์โดยทั่วไปนั้นอาจแบ่งได้หลายประเภท โดยจำแนกตามลักษณะการควบคุมในการผลิตและเผยแพร่เป็น 2 ลักษณะ คือ 1) สื่อที่ควบคุมได้ หมายถึงสื่อที่นักประชาสัมพันธ์สามารถที่จะควบคุมได้ตั้งแต่การผลิต ทั้งปริมาณและคุณภาพของตัวสื่อ อีกทั้งสามารถควบคุมในการเผยแพร่ได้ โดยจะให้ส่งไปให้ใคร ที่ไหน เมื่อไร ด้วยความถี่หรือปริมาณเช่นไร สื่อประเภทนี้ ได้แก่ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อบุคคล สื่อโสตทัศน์ สื่อกิจกรรม และสื่ออื่น ๆ 2) สื่อที่ควบคุมไม่ได้ มีความหมายตรงข้ามกับสื่อที่ควบคุมได้ทั้งการผลิตและการเผยแพร่ หากแต่มีความสำคัญต่องานประชาสัมพันธ์เช่นกัน เพราะเป็นหน้าที่ของนักประชาสัมพันธ์ที่จะต้องวางระบบการติดตามถึงเนื้อหาข่าวสารที่สื่อเหล่านี้ได้เผยแพร่ออกไป หากมีข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงเกิดขึ้น นักประชาสัมพันธ์จะต้องรีบแก้ไข รวมทั้งการจัดการเผยแพร่สาระข่าวใหม่ ออกไปไม่ช้ากว่าสื่อกลุ่มนี้ และ/หรือให้ข่าวสารที่ถูกต้องแก่สื่อกลุ่มนี้โดยรีบด่วน ปกติสื่อกลุ่มนี้มี 2 ประเภท คือ สื่อมวลชน และสื่อบุคคล

2.4.1.3 ความสำคัญของสื่อประชาสัมพันธ์

นักประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุขจำเป็นต้องสื่อความหมาย ความต้องการ เพื่อวัตถุประสงค์การประชาสัมพันธ์ผ่าน สื่อ หรือเครื่องมือการประชาสัมพันธ์ประเภทต่าง ๆ ไปสู่กลุ่มเป้าหมาย สื่อประชาสัมพันธ์จึงมีคุณค่าและคุณประโยชน์ต่อการดำเนินงานประชาสัมพันธ์ใน 2 ลักษณะ คือ เป็นเครื่องมือนำพาข่าวสารสู่กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งช่วยให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการประชาสัมพันธ์ และสื่อยังสามารถทำให้ข่าวสารเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างกว้างขวาง สะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น เราสามารถสรุปความสำคัญของสื่อประชาสัมพันธ์ในงานสาธารณสุขได้ดังนี้ 1) เป็นเครื่องมือสื่อสารทางเดียวจากองค์กรสู่กลุ่มเป้าหมาย 2) เป็นเครื่องมือสื่อสารสองทางระหว่างองค์กรกับกลุ่มเป้าหมาย 3) เป็นเครื่องมือสื่อสารในการสร้างความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดระหว่างองค์กรกับกลุ่มเป้าหมาย

2.4.2 บทบาทของสื่อประชาสัมพันธ์ในงานสาธารณสุข

หากพิจารณาบทบาทของสื่อประชาสัมพันธ์ในด้านการเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุข สามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2544: 47-49)

2.4.2.1 บทบาทของสื่อประชาสัมพันธ์ต่องานหรือองค์กร

สื่อประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข มีบทบาทในงานซึ่งถือว่าการสนองภารกิจขององค์กรด้านหนึ่ง ส่วนอีกด้านหนึ่งมีบทบาทในการถ่ายทอด เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร โน้มน้าวชักจูงใจและสร้างความเข้าใจอันดีกับกลุ่มเป้าหมาย สร้างสรรค์ภาพลักษณ์ขององค์กร ป้องกันแก้ไขความเข้าใจผิดรับฟังความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายกระตุ้นเตือนทัศนคติและความ

คิดเห็นเป็น ระยะ ๆ เสนอข่าวความกรณีเกิด โรคติดต่อหรือโรคระบาด รวมทั้งเป็นแหล่งวิทยาการ และข้อมูลแก่องค์กร

2.4.2.2 บทบาทของสื่อประชาสัมพันธ์ต่อบุคลากร

สื่อเป็นเครื่องมือช่วยอำนวยความสะดวกและเสริมสร้างศักยภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข และมีบทบาทในการช่วยให้บุคลากรเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่าย สะดวก และมีปฏิสัมพันธ์ได้

2.4.2.3 บทบาทของสื่อประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุขต่อประชาชน

1) บทบาทในการสร้างความสนใจในข่าว บ่อยครั้งที่สื่อถูกเลขหมายทำให้ ข่าวสาร ไร้ประสิทธิภาพในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการเผยแพร่ ข่าวสารขาดการออกแบบ ซึ่งการผลิตสื่ออย่างมีเทคนิค มีการสูงใจ หรือโน้มน้าวใจจะส่งผลให้ ผู้รับเกิดความสนใจ

2) บทบาทในการสร้างความบันเทิง หากหน่วยงานให้การสนับสนุน หรือสอดแทรกสารประชาสัมพันธ์ไปกับความบันเทิง จะช่วยให้ประชาชนรับสารประชาสัมพันธ์ โดยไม่เกิดความเบื่อหน่าย

3) บทบาทในการเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสาร ข้อมูลข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ที่เคยดำเนินการเผยแพร่แล้ว และหน่วยงานจัดเก็บรวบรวมไว้อย่างเป็นระบบ คือ แหล่งวิทยาการและความรู้ที่ประชาชนทั้งกลุ่มเป้าหมายหลัก กลุ่มเป้าหมายรอง และประชาชนทั่วไปสามารถเข้ามาค้นหาหรือใช้ประโยชน์ได้เป็นอย่างดี

4) บทบาทในการเตรียมชุมชน คือ การเตรียมชุมชนในสถานการณ์ ปกติที่ไม่มีภาวะปัญหาทางสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความนิยม สรภาพและพร้อมที่จะรับข่าวสาร จากองค์กร

การสร้างความสัมพันธ์อันดีเป็นเป้าหมายของงานประชาสัมพันธ์ สื่อมีบทบาทและ อิทธิพลต่อความสำเร็จของการประชาสัมพันธ์ภายในและภายนอกองค์กรอย่างมาก บทบาทของ สื่อประชาสัมพันธ์ในงานสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็นบทบาทต่อองค์กร บุคลากรผู้ปฏิบัติงานและ ผู้รับสารประชาสัมพันธ์ เป็นสิ่งที่ผู้วางแผนงานประชาสัมพันธ์และผู้ใช้สื่อประชาสัมพันธ์ต้อง คำนึงถึงเพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานตามความมุ่งหมาย

2.4.3 หลักการเลือกสื่อประชาสัมพันธ์ในงานสาธารณสุข

2.4.3.1 เลือกสื่อประชาสัมพันธ์ตามคุณสมบัติ/คุณลักษณะของสื่อ

1) คุณสมบัติทางกายภาพของสื่อ ในการถ่ายทอดสารประชาสัมพันธ์ โดยพิจารณาการรับรู้ด้วยประสาทสัมผัสทั้งห้าของผู้รับสาร ทั้งนี้ เกณฑ์ความเหมาะสมในการถ่ายทอดสารประชาสัมพันธ์ตามคุณสมบัติทางกายภาพของสื่อ เป็นเกณฑ์ที่ช่วยในการตัดสินใจเลือกผลิตสื่อได้วิธีหนึ่ง

2) คุณสมบัติทางจิตวิทยาของสื่อ สื่อแต่ละชนิดมีคุณสมบัติทางจิตวิทยาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ส่งสารและผู้รับสารแตกต่างกันไป

2.4.3.2 เลือกสื่อประชาสัมพันธ์ตามวัตถุประสงค์ของการประชาสัมพันธ์

วัตถุประสงค์ในการดำเนินการประชาสัมพันธ์ เป็นวัตถุประสงค์ซึ่งค่อนข้างกว้างไม่แน่ชัดว่าจะทำการสื่อสารเพื่ออะไร คือ เพื่อแจ้งให้ทราบ เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจ เพื่อโน้มน้าวใจให้ทัศนคติที่ดีต่อองค์กร หรือเพื่อให้ความบันเทิง ดังนั้น การกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ย่อยให้ชัดเจนจะทำให้สื่อในการนำข่าวสารไปสู่กลุ่มเป้าหมายได้เหมาะสมยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม บางองค์กรอาจมีการกำหนดวัตถุประสงค์การประชาสัมพันธ์ที่เป็นรูปธรรมชัดเจนก็ไม่จำเป็นต้องแบ่งวัตถุประสงค์อีก

2.4.3.3 เลือกสื่อประชาสัมพันธ์ตามกลุ่มเป้าหมายในการประชาสัมพันธ์

การวางแผนประชาสัมพันธ์ นักประชาสัมพันธ์จะต้องระบุให้ได้ชัดเจนว่า กลุ่มเป้าหมายเป็นใคร มีคุณลักษณะอย่างไรให้ได้มากที่สุด เพื่อเลือกข่าวสารที่เหมาะสม เลือกสื่อประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

สำหรับกลุ่มเป้าหมายทางด้านการประชาสัมพันธ์สามารถแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มเป้าหมายในหน่วยงาน/องค์กร กลุ่มเป้าหมายภายนอกองค์กร กลุ่มหน่วยงานอื่น ๆ และกลุ่มประชาชนทั่วไป ซึ่งการเลือกสื่อประชาสัมพันธ์งานสาธารณะสุขให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายควรคำนึงถึงคุณสมบัติในการนำสารสู่กลุ่มเป้าหมาย สื่อประชาสัมพันธ์ที่กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงได้ มีความคุ้นเคยและสอดคล้องกับความเชื่อ ทัศนคติ และค่านิยมของกลุ่มเป้าหมาย

2.4.3.4 เลือกสื่อประชาสัมพันธ์ตามศักยภาพในการผลิตและการใช้งาน

สำหรับปัจจัยที่นำมาประกอบการพิจารณามี 4 ด้าน คือ 4M ได้แก่ บุคลากร (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือ (Material) และการจัดการ (Management)

2.4.3.5 เลือกสื่อประชาสัมพันธ์ตามสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม

การประชาสัมพันธ์ในงานสาธารณะสุข เป็นงานที่ต้องดำเนินการอย่างมีแผนจึงจำเป็นต้องรู้ เข้าใจ และคำนึงถึงสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่ต้องวิเคราะห์เพื่อใช้ในการเลือกสื่อประชาสัมพันธ์ นั่นคือ สภาพสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง

2.4.4 ประเภทสื่อประชาสัมพันธ์ในงานสาธารณสุข

สื่อ หมายถึง เครื่องนำไป เมื่อใช้เป็นนาม และหมายถึง นำไป เมื่อใช้เป็นกริยา สิ่งที่ถูกนำไปอาจเป็นข้อเท็จจริง ความรู้ ความรู้สึก ความต้องการ คำแนะนำ คำสอน แรงกระตุ้น แรงจูงใจ เป็นต้น สำหรับในปัจจุบันคำว่า สื่อ มีความหมายกว้างขึ้น มีขอบเขตขยายไปถึง กิจกรรมและวิธีการต่าง ๆ เช่น การจัดประชุม การจัดนิทรรศการ คอนเสิร์ต การแสดง ล้วนเป็นสื่อ ทั้งนี้เพราะสามารถนำความรู้ อารมณ์ ตลอดจนข่าวสาร ไปสู่ผู้คนได้

(มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2535: 39 – 41)

สื่อที่นิยมใช้ในการเผยแพร่ข่าวสารและประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข โดยแบ่งตามลักษณะของสื่อ สามารถแบ่งได้ 5 ประเภท คือ

2.4.4.1 สื่อบุคคล

สื่อบุคคล หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ถ่ายทอดเรื่องราวต่าง ๆ สื่อบุคคลอื่น ทั้งนี้สื่อบุคคลเพื่อการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักประชาสัมพันธ์ พระสงฆ์ ผู้นำทางศาสนา ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัคร กลุ่มเยาวชน กลุ่มแม่บ้าน แกนนำครอบครัว รวมถึงบุคคลที่เป็นผู้แสดงในสื่อพื้นบ้าน เช่น ผู้แสดงลิเก ลำตัด นายหนังตะลุง มโนราห์ หมอลำ เป็นต้น

สื่อบุคคลเป็นการใช้ตัวบุคคลในการติดต่อสื่อสารทั้งในรูปกิริยาอาการ ท่าทาง สีหน้าอารมณ์ และที่สำคัญ คือ คำพูดทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ดังนั้น เมื่อกล่าวถึงสื่อบุคคลจึงมุ่งเน้นที่สื่อคำพูดเป็นหลักซึ่งมีด้วยกันหลายรูปแบบ เช่น การสนทนา การบรรยาย การพรรณนา การอธิบาย การอภิปราย การสัมมนา การประชุม การพบปะสังสรรค์และการพูดในที่ชุมชน การร้องทุกข์และการไต่สวน ตลอดจนการพูดโทรศัพท์

2.4.4.2 สื่อมวลชน

จากข้อจำกัดของสื่อบุคคลที่ไม่สามารถเป็นสื่อกลางสำหรับถ่ายทอดข่าวสารเพื่อการประชาสัมพันธ์ผู้คนจำนวนมากในเวลาเดียวกันอย่างรวดเร็ว จึงมีการพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารเป็นสื่อมวลชนมาตอบสนองภารกิจดังกล่าว สื่อมวลชนช่วยให้การถ่ายทอดข่าวสารนโยบายขององค์กรสู่กลุ่มเป้าหมายได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ปัจจุบันถือได้ว่าสื่อมวลชนมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อความคิดและพฤติกรรมของมนุษย์ในสังคม ทั้งนี้สื่อมวลชนอาจแบ่งประเภทตามคุณลักษณะได้ 5 ประเภท คือ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ และภาพยนตร์

2.4.4.3 สื่อสิ่งพิมพ์

บางครั้งนักประชาสัมพันธ์จำเป็นต้องผลิตเอกสารสิ่งพิมพ์เพื่อให้ประโยชน์ในการประชาสัมพันธ์องค์กร ทั้งนี้กลุ่มเป้าหมายอาจเป็นภายในหรือภายนอกองค์กร สำหรับรูปแบบสื่อสิ่งพิมพ์ในงานสาธารณสุขมีมากมายหลายรูปแบบ เช่น ใบปลิวหรือแผ่นปลิว แผ่นพับ เอกสารเย็บเล่ม โปสเตอร์หรือภาพโฆษณา จดหมายข่าวหรือหนังสือพิมพ์ จดหมาย หนังสือวารสาร คัดเอาต์ ปฏิทิน เป็นต้น

2.4.4.4 สื่อโทรทัศน์

สื่อประเภทนี้ คือ สื่อที่ผู้รับสารรับได้ทั้งภาพและหรือเสียง แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ สื่อวัสดุ และสื่ออุปกรณ์ เพื่อเสนอต่อกลุ่มเป้าหมายในลักษณะที่ต่างกัน คือ

1) สื่อประเภทวัสดุ เป็นสื่อวัสดุที่สามารถสื่อสารไปสู่ผู้รับสารโดยสื่อวัสดุนานชนิดนำเสนอได้ด้วยตัวเอง แต่บางชนิดต้องใช้ร่วมกับอุปกรณ์หรือเครื่องมือจึงสามารถนำเสนอหรือสื่อสารไปยังผู้รับสารได้อย่างสมบูรณ์ สื่อโทรทัศน์ประเภทวัสดุจึงแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ (1) สื่อวัสดุที่สามารถสื่อสารได้ด้วยตนเอง ได้แก่ รูปภาพ เช่น ภาพถ่าย สื่อวัสดุลายเส้น เช่น แผนภูมิ สื่อวัสดุมีทรง เช่น หุ่นจำลอง ป้ายนิเทศการ หรือป้ายประกาศ (2) สื่อวัสดุที่ต้องใช้ร่วมกับประเภทอุปกรณ์หรือเครื่องมือ ได้แก่ แผ่นภาพสไลด์ แผ่นภาพโปรเจกต์ส फिल्मภาพยนตร์ เทปโทรทัศน์หรือเครื่องมือต่าง ๆ ได้แก่ เครื่องฉายสไลด์ เครื่องฉายภาพข้ามศีรษะ เครื่องฉายภาพยนตร์ เครื่องฉายวีดีโอ เครื่องฉายวัตถุทึบแสงเครื่องฉายเอกประสงค์ เครื่องบันทึกเทปโทรทัศน์ เครื่องเล่นเทปโทรทัศน์ เครื่องบันทึกเสียงเครื่องรับโทรทัศน์ เครื่องเล่นแผ่นเสียง เครื่องเล่นคอมแพคดิสก์ เครื่องเล่นวีดีโอคอมแพคดิสก์ และเครื่องขยายเสียง

2.4.4.5 สื่อกิจกรรม

ในความหมายของสื่อได้ขยายขอบเขตไปถึงกิจกรรมวิธีการต่าง ๆ มากมายตามวัตถุประสงค์ที่จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ข่าวสารสู่กลุ่มเป้าหมาย สื่อกิจกรรมจึงเข้ามามีบทบาทในการประชาสัมพันธ์หลายรูปแบบ คือ 1) กิจกรรมประเภทเผชิญหน้า เช่น การจัดประชุม สัมมนา การสาธิต การแถลงข่าว เป็นต้น 2) กิจกรรมนิเทศทัศน์ เช่น อาคันตุกะทัศนียา ได้แก่ การเปิดองค์กรให้กลุ่มต่าง ๆ เข้าเยี่ยมชม ประชาสัมพันธ์สัญจร คือ การจัดนักประชาสัมพันธ์ออกตระเวนเผยแพร่พบปะกับกลุ่มเป้าหมายทางการประชาสัมพันธ์ การจัดริ้วขบวน การจัดนิทรรศการ 3) กิจกรรมเร้าแรงแข่งขัน เช่น การแข่งกีฬา การจัดแสดง การจัดประกวด 4) การจัดกิจกรรมเพื่อสังคม เช่น การจัดกิจกรรมทางการศึกษา จัดกิจกรรมเสริมอาชีพ เป็นต้น

2.5 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเปิดรับข่าวสาร

ข่าวสารเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ประกอบการตัดสินใจในกิจกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ ความต้องการข่าวสารจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อบุคคลนั้นต้องการข้อมูลในการตัดสินใจหรือไม่แน่ใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง บุคคลไม่สามารถรับข่าวสารทั้งหมดที่ผ่านเข้ามาสู่ตน แต่เลือกรับรู้เพียงบางส่วนที่คิดว่ามีประโยชน์ต่อตนเอง สำหรับแรงผลักดันที่ทำให้บุคคลหนึ่ง ๆ ได้มีการเลือกรับสื่อนั้นเกิดจากคุณสมบัติพื้นฐานของผู้รับสารในด้านต่าง ๆ ได้แก่ (จารุณี บุญนิพัทธ์, 2539: 11 – 12) 1) องค์ประกอบทางด้านจิตใจ เช่น กระบวนการเลือกรับข่าวสาร การเลือกรับรู้ตามทัศนคติ และประสบการณ์เดิมของคน 2) องค์ประกอบทางสังคม สภาพแวดล้อม เช่น ครอบครัว วัฒนธรรม ประเพณี ลักษณะทางประชากร เช่น อายุ เพศ ภูมิฐานะ การศึกษา ตลอดจนสถานภาพทางสังคม

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการสื่อสารในลักษณะต่างกัันมีปัจจัยที่สำคัญคือ (Charles, 1973: 36 อ้างถึงใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542: 67)

2.5.1 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตวิทยาส่วนบุคคล

เป็นแนวคิดเชิงพฤติกรรมศาสตร์ซึ่งมีรากฐานมาจากทฤษฎีจิตวิทยาว่าด้วยสิ่งเร้าและการตอบสนอง การเสริมแรง การลงโทษ และการเรียนรู้ โดยมีแนวคิดที่ว่าคนแต่ละคนมีความแตกต่างเฉพาะตัวอย่างมากในด้านโครงสร้างทางจิตวิทยาส่วนบุคคล อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากลักษณะการอบรมเลี้ยงดูที่แตกต่างกัน การดำรงชีวิตภายใต้สภาพแวดล้อมทางสังคมที่ไม่เหมือนกัน จึงส่งผลกระทบต่อระดับสติปัญญา ความคิด ทัศนคติ ตลอดจนกระบวนการรับรู้ การเรียนรู้ การสนใจ นั่นคือ คนแต่ละคนจะสร้างรูปแบบที่เป็นบุคลิกภาพส่วนบุคคลซึ่งจะเป็นตัวกำหนดรูปแบบพฤติกรรมการสื่อสาร โดยเฉพาะในด้านการเลือกเปิดรับ การเลือกรับรู้และการเลือกจดจำ ซึ่งมีความแตกต่างกันตามกรอบการอ้างอิงที่สะสมมาในอดีต

2.5.2 ปัจจัยด้านสภาพความอันทันทีทางสังคม

เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการสื่อสารของคน เนื่องจากคนทั่วไปมักยึดถือกลุ่มสังคมที่ตนสังกัดเป็นกลุ่มอ้างอิงการตัดสินใจในการแสดงออกซึ่งพฤติกรรม กล่าวคือ เมื่อได้กระทำหรือแสดงความคิดเป็นไปในทิศทางเดียวกับค่านิยมของกลุ่มจะทำให้ได้รับความนิยชมชอบจากกลุ่ม ในทางตรงข้ามหากขัดแย้งกับค่านิยมของกลุ่มอาจได้รับการลงโทษจากกลุ่ม ด้วยเหตุนี้คนส่วนใหญ่จึงพยายามคล้อยตามกลุ่มทั้งในแง่ความคิด ทัศนคติ และพฤติกรรม เพื่อให้ตนเองเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม

2.5.3 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมนอกระบบการสื่อสาร

เป็นแนวคิดในเชิงทฤษฎีสังคมวิทยาและจิตวิทยาสังคม โดยนำลักษณะพื้นฐานบางประการที่เหมือนกันของคนมาจัดแบ่งแยกบุคคลเป็นประเภทเดียวกัน ซึ่งลักษณะพื้นฐานดังกล่าว ได้แก่ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ระดับรายได้ เป็นต้น จากแนวคิดนี้จึงสรุปได้ว่าบุคคลที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันย่อมรับเนื้อหาของการสื่อสารคล้ายคลึงกัน และมีการตอบสนองต่อเนื้อหาในรูปแบบที่ไม่แตกต่างกัน จะเห็นได้ว่าปัจจัยทั้ง 3 ประการ มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การรับรู้ และการตีความหมายของสาร ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปิดรับข่าวสารที่ไม่แตกต่างกัน นั่นคือ การเลือกรับข่าวสาร ในการเปิดรับข่าวสาร ผู้รับสารอาจเปิดรับข่าวสารโดยผ่านกระบวนการเลือกสรร (Selective Process) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ (Joseph, 1960: 5) 1) การเลือกเปิดรับ (Selective Exposure) บุคคลจะเลือกเปิดรับสื่อและข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ตามความสนใจและความต้องการทั้งนี้ เพื่อนำมาใช้ในการแก้ปัญหาหรือสนองความต้องการของตน 2) การเลือกให้ความสนใจ (Selective Attention) บุคคลโดยทั่วไปเลือกให้ความสนใจเฉพาะข่าวสารซึ่งสอดคล้องกับทัศนคติและความเชื่อดั้งเดิมของตน ในขณะที่เดียวกันจะพยายามหลีกเลี่ยงให้ความสนใจกับข่าวสารที่ขัดแย้งกับทัศนคติและความเชื่อดั้งเดิม 3) การเลือกรับรู้หรือตีความ (Selective Perception or Selective Interpretation) เมื่อผู้รับสารเปิดรับข่าวสารที่ให้ความสนใจ ขั้นต่อมา คือ ผู้รับสารจะเลือกรับรู้หรือเลือกตีความข่าวสารที่เปิดรับไปในทิศทางที่สอดคล้องกับทัศนคติ ความเชื่อ และประสบการณ์ ทั้งนี้บุคคลอาจบิดเบือนข่าวสารหากขัดแย้งกับทัศนคติ ความเชื่อ และประสบการณ์เดิม 4) การเลือกจดจำ (Selective Retention) หลังจากนี้ บุคคลเลือกรับรู้ หรือตีความในทิศทางที่สอดคล้องกับทัศนคติและความเชื่อของตน บุคคลจะเลือกจดจำเนื้อหาสาระของข่าวสารเฉพาะส่วนที่ต้องการเก็บไว้เป็นประสบการณ์ ในขณะที่เดียวกันจะพยายามลืมข่าวสารที่ไม่ตรงกับความสนใจของตนเอง

2.6 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการมีส่วนร่วม

สุรพงษ์ โสธนะเสถียร (2533 อ้างถึงใน อรพรรณ ปิลาธน์โอวาท, 2546: 39 – 41) กล่าวว่า พฤติกรรม คือ การกระทำหรือพฤติกรรมใด ๆ ของเรา ส่วนใหญ่เป็นการแสดงออกของบุคคล โดยมีพื้นฐานที่มาจากความรู้ และทัศนคติของบุคคล การที่บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกัน ก็เนื่องมาจากการมีความรู้ และทัศนคติที่แตกต่างกัน เกิดขึ้นได้ก็เพราะความแตกต่างอันเนื่องมาจากการเปิดรับสื่อและความแตกต่างในการแปลความสารที่ตนได้รับ จึงก่อให้เกิดประสบการณ์สั่งสมที่ต่างกัน อันมีผลกระทบต่อการตัดสินใจของบุคคล

การศึกษาถึงสาเหตุของพฤติกรรมของคนเรานั้น นักจิตวิทยาเห็นว่าจิตลักษณะที่ทำนายพฤติกรรมได้แม่นยำที่สุด คือ ทักษะคิดของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมนั้น (อรวรรณ ปิณฑน์โอวาท, 2546 อ้างถึงใน สุพร ชัยกิจมงคล, 2548: 41) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติในรูปแบบ 4 ประการ ดังนี้ ประการที่หนึ่ง ทักษะคิดเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดการเรียนรู้และการปฏิบัติ ดังนั้น ความรู้มีความสัมพันธ์กับ ทักษะคิด และมีผลต่อการปฏิบัติ ประการที่สอง ความรู้และทักษะคิดมีความสัมพันธ์กัน และทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา ประการที่สาม ความรู้และทักษะคิดต่างทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และทักษะคิดไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน ประการที่สี่ ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม

2.7 ความรู้เกี่ยวกับการรณรงค์

การรณรงค์ คือ ข้อเท็จจริงรวมกับทักษะคิด และพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนไปหรือสร้างใหม่มีลักษณะของการเรียนที่ต้องการให้กลุ่มเป้าหมายทำบางสิ่งบางอย่างที่ต้องการ มีเป้าหมายชัดเจน (โครงการฝึกอบรมเพื่อการพัฒนา, 2549) โดยข้อเท็จจริง คือ ข้อมูลและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทักษะคิด คือ กลุ่มของความเชื่ออันประกอบไปด้วยคุณค่าต่าง ๆ ที่เรายึดถือ โดยทั่วไปทางวิชาการด้านนิเทศศาสตร์จะใช้คำว่าประชาสัมพันธ์ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกับคำว่ารณรงค์

กระบวนการในการรณรงค์ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนด้วยกัน คือ ขั้นตอนที่1 การวิเคราะห์ปัญหาและการประเมินสถานการณ์ ขั้นตอนที่2 การกำหนดเป้าหมาย ยุทธวิธี และกลยุทธ์ ขั้นตอนที่3 การวางแผน ขั้นตอนที่4 การประเมินผล

2.8 เทคนิคในการประเมินโครงการ

2.8.1 คำนิยาม

จำลอง โพธิ์บุญ (2547: 87) ได้ให้ความหมายของการประเมินโครงการว่า การประเมินโครงการ คือ กระบวนการที่ทำอย่างเป็นระบบระเบียบเพื่อพิจารณาถึงควมมีประสิทธิภาพ ความเป็นไปได้ และผลกระทบของโครงการก่อนการตัดสินใจดำเนินโครงการ

Daneil L. Stufflebeam and et al. (1967 อ้างถึงใน จำลองโพธิ์บุญ, 2547: 90) ได้ให้ความหมายของการประเมินโครงการว่า เป็นกระบวนการของการบรรยาย การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ข่าวสาร เพื่อใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสม ซึ่งการ

ประเมินเพื่อให้ได้สารสนเทศที่สำคัญ มุ่งประเมิน 4 ด้าน คือ การประเมินสภาพแวดล้อม (Context Evaluation) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) และการประเมินผลผลิต (Output Evaluation)

ในการทำการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมมาลาเรีย ได้ใช้เทคนิคการติดตามประเมินโครงการ คือ CIPP – I Model เทคนิคนี้เป็นการประยุกต์จาก CIPP Model ของ Dancil L. Stufflebeam and et al (1967 อ้างถึงใน จำลอง โพธิ์บุญ, 2547: 184 – 185) และการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (EIA) (จำลอง โพธิ์บุญ, 2547: 91) ดังภาพที่ 2.9

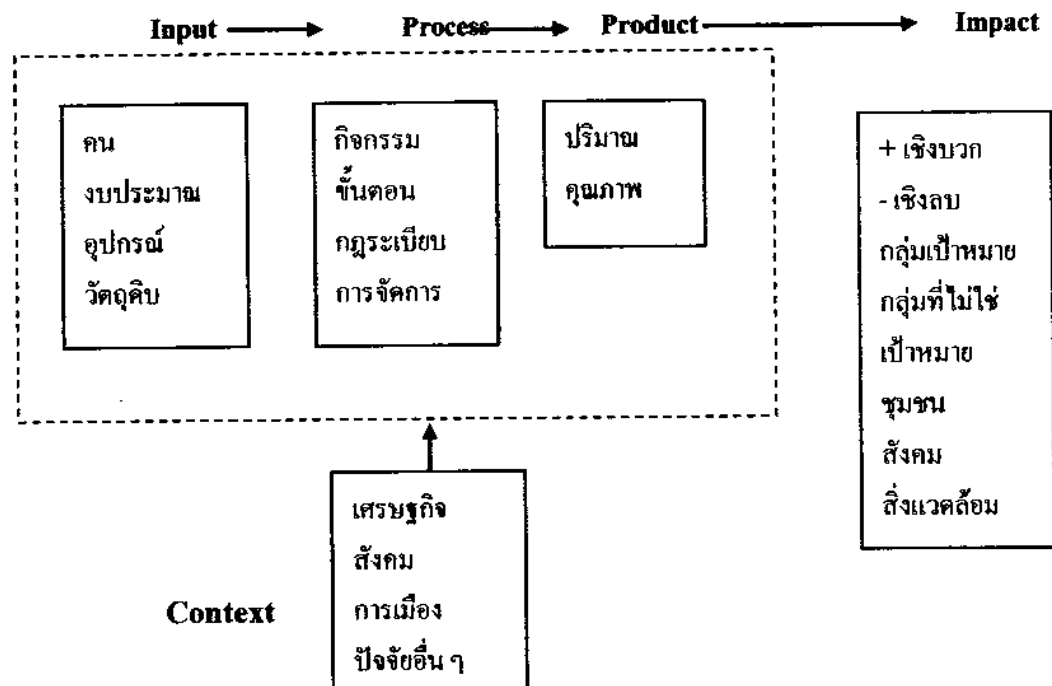
2.8.2 ขั้นตอนในการประเมินโครงการ

2.8.2.1 การประเมินบริบท หรือสิ่งแวดล้อมของโครงการ (Context Evaluation) เป็นการประเมินปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อโครงการแต่อยู่นอกเหนือการควบคุมของโครงการ ได้แก่ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม การประเมินบริบทเป็นการทดสอบว่า ปัจจัยภายนอกดังกล่าวนี้มีผลต่อความสำเร็จ ความล้มเหลว ของโครงการหรือไม่ เพียงใด

2.8.2.2 การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) เป็นการประเมินปัจจัยนำเข้าหรือทรัพยากรต่าง ๆ ที่นำเข้ามาใช้สำหรับดำเนินโครงการว่าเพียงพอหรือไม่ คุณภาพเป็นอย่างไรและถูกใช้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ปัจจัยนำเข้าที่สำคัญ ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ เป็นต้น การประเมินปัจจัยนำเข้าทำให้ทราบว่า ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของโครงการเกิดจากปัจจัยนำเข้าหรือไม่เพียงใด

2.8.2.3 การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการประเมินเพื่อตรวจสอบกิจกรรมขั้นตอนต่าง ๆ และวิธีการดำเนินโครงการว่าเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่ ในกรณีที่ประเมินในช่วงดำเนินงานตามขั้นตอนต่าง ๆ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ตลอดจนความเหมาะสมของกิจกรรมและขั้นตอนการดำเนินงานว่าจะนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ ในกรณีที่เป็นการประเมินเมื่อสิ้นสุดโครงการแล้ว จะช่วยให้ทราบว่าความสำเร็จหรือความล้มเหลวของโครงการเกิดจากกระบวนการดำเนินโครงการมากน้อยเพียงใด

2.8.2.4 การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) การเปรียบเทียบผลผลิตจากโครงการกับวัตถุประสงค์เป้าหมาย หรือเกณฑ์ต่าง ๆ ที่วางไว้ ทั้งด้านปริมาณ (Quantity) และด้านคุณภาพ (Quality) ซึ่งสามารถประเมินทั้งระหว่างดำเนินโครงการในกรณีที่โครงการนั้นมีผลผลิตออกมาเป็นระยะ และประเมินเมื่อสิ้นสุดโครงการเพื่อดูผลผลิตรวมจากโครงการ



ภาพที่ 2.9 กรอบแนวคิดในการประเมินโครงการ

แหล่งที่มา: จำลอง โพธิ์บุญ, 2547: 91.

2.8.2.5 การประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation) เป็นการประเมินเพื่อตรวจสอบผลกระทบของโครงการทั้งทางบวกและทางลบ ที่มีต่อกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มอื่นๆ ชุมชน เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถประเมินได้ทั้งในช่วงที่มีการดำเนินโครงการ และเมื่อสิ้นสุดโครงการแล้ว

2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กาญจน์ หวังธีระอำนวย (2531: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับความรู้และการป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษและชายรักร่วมเพศในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับการศึกษาสูงทำให้การเปิดรับข่าวสารเอดส์จากวิทยุ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์ และคนขายยาตามร้านขายยาเพิ่มขึ้นตามลำดับ การเปิดรับข่าวสารโรคเอดส์จากหนังสือพิมพ์เป็นสื่อที่ให้ความรู้มากที่สุด รองลงมา คือ วิทยุและสื่อสิ่งพิมพ์ ตามลำดับ

สำหรับการปฏิบัติงานในการป้องกันโรคเอดส์ พบว่า เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ แฟน คู่หมั้น และญาติพี่น้องเป็นสื่อที่ดีที่สุด รองลงมา คือ วิทยุทัศน์

พิไลพรรณ กาญจนลักษณ์ (2533: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของเสียงตามสายที่มีต่อการรับฟังและการรับรู้ข่าวสารทางด้านสาธารณสุข : ศึกษาเฉพาะกรณีของประชากรในหมู่บ้านตำบลหัวสะพาน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี พบว่า การรับฟังข่าวสารเสียงตามสายไม่มีผลต่อการรับรู้ข่าวสารด้านสาธารณสุข ในขณะที่การรับรู้ข่าวสารด้านสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับลักษณะของประชากร เศรษฐกิจและสังคม ในการศึกษาด้านพฤติกรรมการรับฟังข่าวสารเสียงตามสาย พบว่า ประชากรส่วนใหญ่รับฟังเสียงตามสายในระดับสูงและกลาง โดยฟังรายการถ่ายทอดข่าววิทยุประเทศไทยมากถึงร้อยละ 87 สำหรับการศึกษาด้านพฤติกรรมทางสาธารณสุข พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ปรับปรุงพฤติกรรมหลังจากได้รับรู้ข่าวสารด้านสาธารณสุข ทั้งนี้การที่ประชากรไม่ได้ให้ความสนใจกับข่าวสารด้านสาธารณสุขที่เสนอผ่านเสียงตามสายเท่าที่ควร เนื่องจากการรณรงค์ทางด้านสาธารณสุขได้กระทำผ่านสื่อหลายประเภท ดังนั้น เสียงตามสายจึงจัดเป็นสื่อเสริมในการเผยแพร่ข่าวสารด้านสาธารณสุขในลักษณะที่เป็นการเพิ่มพูนความรู้ซึ่งประชาชนสะสมหรือรับรู้จากแหล่งอื่น

ธีรกุล สถิตนิมานการ (2536: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสารความรู้สุขภาพด้านสาธารณสุขกับการบริการของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า 1) ผู้มารับบริการรับทราบข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์มากที่สุด ขณะเดียวกันมีการพูดคุยกับกลุ่มเพื่อนบ้าน หรือคนรู้จักทั่วไปบ่อยที่สุด 2) ความถี่ในการเปิดรับข่าวสารจากวิทยุ โทรทัศน์ และหนังสือพิมพ์ส่วนใหญ่เปิดรับเป็นประจำ ในขณะที่การเปิดรับข่าวสารจากนิตยสาร วารสาร จุลสาร แผ่นพับ ใบปลิว และโปสเตอร์มีความถี่ไม่แน่นอน 3) ประเภทหรือรูปแบบรายการที่เปิดรับมากที่สุดจากวิทยุ คือ รายการเพลง ในขณะที่ โทรทัศน์เป็นรายการข่าวสารทั่วไป สำหรับหนังสือพิมพ์เป็นคอลัมน์ข่าวสารทั่วไป 4) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ เคยรับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยจากการชมรายการโทรทัศน์มากที่สุด

วรชัย ทองไทย และอรพินทร์ พัทธกัณห์หาญ (2536: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องความรู้การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ ดำรวจประสิทธิผลของการสื่อสารเรื่องโรคเอดส์ต่อพฤติกรรม คำนิยมในกลุ่มผู้ชาย ผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 15 – 49 ปี เมื่อปี พ.ศ. 2537 พบว่า ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 31 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และสื่อที่นิยมมากที่สุด คือ โทรทัศน์ รองลงมาคือ วิทยุ หนังสือพิมพ์ หนังสือการ์ตูน และนิตยสารตามลำดับ

สุชาดา เมธิคุณาภรณ์ (2537: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการรับข่าวสารการรณรงค์เพื่อไม่สูบบุหรี่ของเยาวชน : ศึกษาเฉพาะกรณีสมาชิกชมรมเยาวชนปลอดสารพิษ มูลนิธิหมอชาวบ้าน พบว่าในการเปิดรับข่าวสารทั่วไปจากสื่อมวลชน ส่วนใหญ่รับจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด โดยชมวันละ 2-4 ชั่วโมง และรายการที่รับชมเป็นประจำ คือ รายการประเภทศึกษา ได้แก่ เพลง ละคร ภาพยนตร์ การ์ตูน และข่าว สำหรับหนังสือพิมพ์ ส่วนใหญ่อ่าน 2-3 วันต่อสัปดาห์ โดยคอลัมน์ที่อ่าน ได้แก่ ข่าวหน้าหนึ่ง บันเทิง การศึกษา และละคร ในขณะที่รับฟังวิทยุน้อยกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งรายการที่ชอบฟัง ได้แก่ เพลง ข่าวสารคดี และรายการสนทนา ในส่วนของการเปิดรับข่าวสารการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่จากสื่อประเภทต่าง ๆ พบว่า เปิดรับจากจดหมายข่าวของชมรมมากที่สุด รองลงมา คือ โทรทัศน์และครู ตามลำดับ

ชนินฐา อินธิบาล (2539: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการรับรู้และการยอมรับสื่อเอกสารของผู้มารับบริการในศูนย์กามโรคและโรคเอดส์เขต 6 จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นสื่อเอกสารที่รัฐบาลและองค์กรเอกชนผลิตเพื่อการเผยแพร่ 3 ประเภท คือ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และสื่อบุคคล โดยมีการจำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา และกลุ่มอาชีพ พบว่า เพศหญิงรับรู้เรื่องโรคเอดส์จากสื่อสิ่งพิมพ์ ในขณะที่เพศชายรับรู้จากสื่อบุคคล ผู้ตอบแบบสอบถามทุกกลุ่มอายุรับรู้จากสื่อบุคคลมากที่สุด ผู้มีการศึกษาระดับปริญญาตรีรับรู้เรื่องโรคเอดส์จากสื่อสิ่งพิมพ์และสื่ออิเล็กทรอนิกส์มากที่สุด แต่ผู้มีการศึกษาระดับอื่นรับรู้จากสื่อบุคคลมากที่สุด ส่วนเกษตรกรรับรู้เรื่องโรคเอดส์จากสื่อสิ่งพิมพ์มากที่สุด ขณะที่พนักงานรัฐวิสาหกิจรับรู้จากสื่อสิ่งพิมพ์และสื่ออิเล็กทรอนิกส์มากที่สุด โดยผู้มีอาชีพอื่นนอกจากนี้รับรู้จากสื่อบุคคลมากที่สุด

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2542: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของประชาชน โดยคำนึงถึงพฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความคิดเห็นและความต้องการของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านสื่อประเภทต่าง ๆ พบว่า 1) ประชาชนส่วนใหญ่รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด รองลงมาคือ วิทยุและหนังสือพิมพ์ โดยร้อยละ 65.0 รับชมโทรทัศน์ทุกวัน ในขณะที่วิทยุและหนังสือพิมพ์รับฟังและอ่านเกือบทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 39.9 และร้อยละ 34.9 ตามลำดับ 2) ความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ได้รับ ประชาชนส่วนใหญ่เห็นว่าอยู่ในระดับดี 3) เนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพที่ประชาชนส่วนใหญ่ต้องการรู้ คือ การดูแลสุขภาพโภชนาการ ส่วนเนื้อหาที่ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ต้องการรู้ คือ เอดส์ โรคทางเพศสัมพันธ์ 4) ประชาชนส่วนใหญ่ต้องการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด รองลงมา คือ วิทยุและหนังสือพิมพ์ โดยต้องการรับในเวลาช่วงเย็นมากที่สุด รองลงมา คือ ช่วงเช้าและช่วงบ่าย 5) ประชาชนส่วนใหญ่ต้องการวิธีการนำเสนอข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพโดยการสาธิตและการบรรยายจากผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้นำ

เสนอที่ประชาชนต้องการมากที่สุด คือ แพทย์ รองลงมา คือ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักวิชาการ

สุพร ชัยกิจมงคล (2548: บทคัดย่อ) ได้ประเมินผลสื่อประชาสัมพันธ์โครงการกำจัดโรคเท้าช้าง พบว่า 1) ประชาชนส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าร่วมการประชุม อบรม สัมมนา และร่วมกิจกรรมหรือนิทรรศการเกี่ยวกับโรคเท้าช้าง แต่เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการรณรงค์ป้องกันโรคเท้าช้าง 2) ในด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนของประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 3) ปัจจัยส่วนบุคคล และการเข้ารับการอบรมมีผลต่อความรู้ และทัศนคติซึ่งมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคเท้าช้าง และได้เสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์ คือ 1) ควรประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องและผลิตสื่อประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม 2) ผลิตสื่อประเภทมีเสียงและภาพให้เห็นชัดเจน เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หรือหอกระจายข่าว/เสียงตามสาย ซึ่งเป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงและตรงกับกลุ่มเป้าหมายประเภทนี้มากที่สุด 3) การผลิตอุปกรณ์สื่อประเภทแผ่นพับ เทปบันทึกเสียง ซีดี จะช่วยสร้างความเข้าใจให้กับประชาชนมากขึ้น

สุภัทรา ขุนศรี (2547: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงผลของการใช้สื่อประชาสัมพันธ์โรคติดค่อนำโดยแมลง (โรคไข้เลือดออก โรคมาลาเรีย โรคเท้าช้าง และโรคสครับไทฟัส) พบว่า ประชาชนได้รับข่าวสารจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด อุปกรณ์สื่อข่าวสารที่ส่วนใหญ่ได้รับ คือ แผ่นพับ และได้เสนอให้นำกระบวนการตลาดเชิงสังคม (Social Marketing) มาประยุกต์ใช้เพื่อให้สื่อการประชาสัมพันธ์โรคติดค่อนำโดยแมลงได้รับความสนใจและมีโอกาสประสบความสำเร็จในการกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความรู้ อันนำมาซึ่งจิตสำนึกและทัศนคติที่ถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การสนใจให้เกิดการปฏิบัติในการควบคุมป้องกันโรค

จากเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ เห็นได้ว่าการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข่าวสารความรู้เรื่องโรคติดค่อนำโดยแมลงของประชาชน มีส่วนสำคัญต่อการรณรงค์ให้ประชาชนปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคติดค่อนำโดยแมลง การวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินผลการใช้สื่อประชาสัมพันธ์โรคมาลาเรีย โดยกระบวนการตลาดเชิงสังคม และศึกษาพฤติกรรมของประชาชนจากการรับรู้สื่อ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการรณรงค์ให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายต่อไป

บทที่ 3

กรอบแนวคิดและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เพื่อประเมินผลการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมมาใช้ ณรงค์โรค มาลาเรียโดยสำนักโรคติดต่อมาโดยแมลง กรมควบคุมโรค ได้มีมาตรการหลักที่จะใช้เครื่องมือ การตลาดเชิงสังคมในการเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร และได้กำหนดวิธีประชาสัมพันธ์เชิงรุกที่ สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ และได้นำมาใช้ในปี พ.ศ. 2547 ที่ผ่านมา หน่วยงานและบุคลากร ที่ผ่านการอบรมและประชุมเชิงปฏิบัติการแล้วได้นำรูปแบบการตลาดเชิงสังคมไปทดสอบใช้ใน พื้นที่จริงหลายพื้นที่ทั่วประเทศ ดังนั้น เพื่อเป็นการแสดงผลว่ากระบวนการตลาดเชิงสังคมในการ ปฏิบัติจริงได้ผลมากน้อยเพียงใด จึงมีความจำเป็นที่จะต้องประเมินผลการปฏิบัติงานให้ชัดเจน โดยมีกรอบแนวคิดและวิธีการดำเนินการศึกษาวิจัย ดังต่อไปนี้

- 3.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา
- 3.2 สมมติฐานการศึกษา
- 3.3 ตัวชี้วัดและแผนการประเมิน
- 3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.5 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.6 การสร้างและพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ
- 3.7 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
- 3.8 การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
- 3.9 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้ได้นำแนวคิดการประเมินโครงการโดยใช้ตัวแบบ CIPP – I Model เป็นแนวทางในการประเมินผลกระบวนการตลาดเชิงสังคม ดังนี้

3.1.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables ; IV) ในส่วนเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมกระบวนการตลาดเชิงสังคม ได้แก่

3.1.1.1 ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่

- 1) เจ้าหน้าที่ที่เข้าอบรม ศึกษาถึงความรู้และทัศนคติในกระบวนการตลาดเชิงสังคม ตลอดจนศึกษาถึงข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด บทบาทและความรับผิดชอบเกี่ยวกับงาน โรคมลาเรีย และระยะเวลาทำงาน
- 2) งบประมาณ ศึกษาถึงความเพียงพอในการกระจายงบประมาณในพื้นที่ทำการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม
- 3) ด้านแผนงาน ศึกษาถึงความสอดคล้องของแผนงานในการดำเนินการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม กับแผนงานระดับสำนักงานควบคุมโรค (สคร.) ระดับจังหวัดและระดับประเทศ

3.1.1.2 ปัจจัยด้านกระบวนการ (Process) ได้แก่

- 1) ความเหมาะสมของกระบวนการอบรมการตลาดเชิงสังคม
- 2) ความสอดคล้องเหมาะสมของเนื้อหาในการอบรมให้สามารถนำไปประยุกต์ในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมลาเรีย
- 3) ความเหมาะสมของสื่อ เทคนิค และวิธีการในการอบรม
- 4) ความรู้ของวิทยากรผู้ให้การอบรม และความสามารถในการถ่ายทอดให้เกิดความกระจำและเข้าใจให้สามารถนำไปปฏิบัติได้

3.1.1.3 ปัจจัยภายนอก (Context) ได้แก่

- 1) การได้รับความร่วมมือสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น เช่น หน่วยงานราชการ องค์กรเอกชน หรือสมาคมต่าง ๆ ที่ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ บุคลากร สถานที่ เป็นต้น
- 2) การได้รับความร่วมมือสนับสนุนจากประชาชนในท้องถิ่น เช่น คนในชุมชนเข้าร่วมการอบรม ร่วมประชุม/สัมมนา หรือรายงานข้อมูลผู้ป่วย เป็นต้น

3.1.2 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables ; IV) ในส่วนของประชาชน ได้แก่

3.1.2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด
ระยะเวลาการตั้งถิ่นฐานในปัจจุบัน อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน ความเป็นสมาชิกหรือผู้นำชุมชน

3.1.2.2 การรับรู้และความพึงพอใจในสื่อรณรงค์ในโครงการป้องกันและควบคุม
โรคมลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม

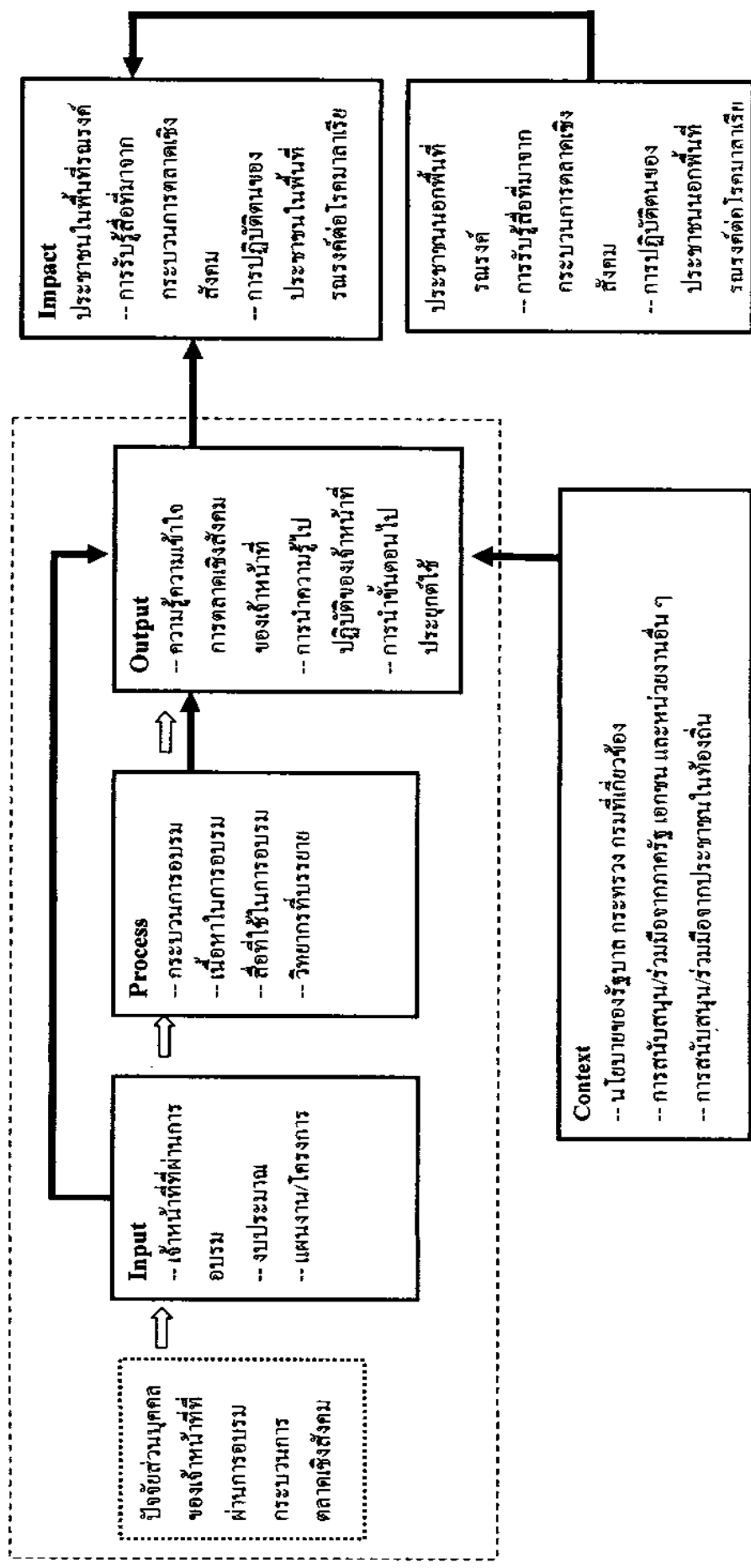
3.1.3 ตัวแปรตาม (Dependent Variables ; DV)

3.1.3.1 ปัจจัยด้านผลผลิต (Output) ได้แก่

- 1) ความรู้และความเข้าใจเรื่องการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมไป
ประยุกต์ใช้เพื่อการรณรงค์ป้องกันและควบคุม โรคมลาเรีย
- 2) นำความรู้เรื่องการตลาดเชิงสังคมไปจัดสื่อ หรือกิจกรรมในการ
รณรงค์ป้องกันและควบคุม โรคมลาเรียได้ตามระยะเวลาที่กำหนด
- 3) นำขั้นตอนกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปดำเนินงานรณรงค์ป้องกัน
และควบคุมโรคมลาเรียได้เหมาะสมครบถ้วนทุกขั้นตอน

3.1.3.2 ปัจจัยด้านผลกระทบ (Impact) ได้แก่

- 1) การรับรู้และความพึงพอใจสื่อรณรงค์ของประชาชนจากโครงการ
ป้องกันและควบคุม โรคมลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม
- 2) การปฏิบัติตนต่อโรคมลาเรียของประชาชนในพื้นที่ที่ทำการรณรงค์
ในช่วงเวลาทำการรณรงค์ ดังภาพที่ 3.1



ภาพที่ 3.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

3.2 สมมติฐานการศึกษา

3.2.1 สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยนำเข้าของเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับการนำความรู้ความเข้าใจเรื่องการตลาดเชิงสังคมและไปใช้ในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย

3.2.2 สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยด้านกระบวนการมีความสัมพันธ์กับการนำความรู้ความเข้าใจเรื่องการตลาดเชิงสังคมและไปใช้ในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย

3.2.3 สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยภายนอกมีความสัมพันธ์กับการนำความรู้ความเข้าใจเรื่องการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย

3.2.4 สมมติฐานที่ 4 การนำความรู้ไปปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่รณรงค์

3.2.5 สมมติฐานที่ 5 การรับรู้สื่อรณรงค์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของประชาชนในพื้นที่รณรงค์

3.2.6 สมมติฐานที่ 6 การรับรู้สื่อรณรงค์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์

3.2.7 สมมติฐานที่ 7 การรับรู้สื่อรณรงค์ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมของประชาชนในพื้นที่รณรงค์สูงกว่าประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์

3.2.8 สมมติฐานที่ 8 ประชาชนในพื้นที่รณรงค์ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมมีการปฏิบัติตนป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียมากกว่าประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์

3.3 ตัวชี้วัดและแผนการประเมิน

การประเมินผลโครงการการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมมาใช้ในการวางแผนรณรงค์โรคมาลาเรียของปีงบประมาณ พ.ศ. 2548 ได้กำหนดประเด็นในการประเมิน ตัวชี้วัด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และแหล่งสำหรับการประเมินผลการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมมาใช้ในการวางแผนรณรงค์โรคมาลาเรีย ดังแสดงในตารางที่ 3.1 ดังนี้

ตารางที่ 3.1 ตัวชี้วัดและการประเมิน

ประเด็นศึกษา	ตัวชี้วัด	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	แหล่งข้อมูล
ปัจจัยนำเข้า			
(Input)			
1. เจ้าหน้าที่	1. ความรู้และทัศนคติในกระบวนการตลาดเชิงสังคม 2. การเข้าอบรม	1. รวบรวมเอกสาร 2. แบบสอบถาม	1. เอกสารจากสำนักโรคติดต่อ โดยแมลง (โรคมาลาเรีย) 2. ผู้รับผิดชอบโครงการฯ 3. ผู้เข้ารับการอบรม
2. งบประมาณ	1. ความเพียงพอของงบประมาณ 2. ความเหมาะสมในการกระจายของงบประมาณต่อกิจกรรม	1. แบบสอบถาม	1. ผู้รับผิดชอบโครงการฯ และผู้ปฏิบัติงาน
3. แผนงาน/ โครงการ	1. ความเหมาะสมและความสอดคล้องของโครงการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมมาใช้ในการวางแผนรณรงค์โรคติดต่อโดยแมลงของปีงบประมาณ 2548 กับแผนงานระดับสำนักงานควบคุมโรค (สคร.) ระดับจังหวัด	1. วิเคราะห์เอกสาร 2. แบบสอบถาม	1. เอกสารโครงการประเมินผลการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมมาใช้ในการวางแผนรณรงค์โรคมาลาเรียของปีงบประมาณ 2548 2. ผู้รับผิดชอบโครงการฯ 3. ผู้ปฏิบัติงานตามโครงการ
กระบวนการ			
(Process)			
1. กระบวนการอบรม	1. ความเหมาะสมของกระบวนการอบรมดำเนินการตามแผนที่วางไว้	1. ศึกษาเอกสาร 2. แบบสอบถาม	1. เอกสารจากสำนักโรคติดต่อโดยแมลง (โรคมาลาเรีย) 2. ผู้รับผิดชอบการจัดฝึกอบรม 3. ผู้เข้ารับการอบรม
2. เนื้อหาในการอบรม	1. ความครอบคลุมของเนื้อหา 2. เนื้อหาเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย	1. ศึกษาเอกสาร 2. แบบสอบถาม	1. ผู้รับผิดชอบกระบวนการอบรม 2. เอกสารจากสำนักโรคติดต่อโดยแมลง (โรคมาลาเรีย) 3. ผู้เข้ารับการอบรม

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ประเด็นศึกษา	หัวข้อวัด	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	แหล่งข้อมูล
3.- สื่อที่ใช้ในการอบรม	1. ความเหมาะสมของสื่อกับผู้เข้าฝึกอบรม	1. แบบสอบถาม	1. ผู้รับผิดชอบโครงการ 2. ผู้เข้ารับการอบรม
4. วิทยากร	1. ความรู้ของวิทยากร 2. ความสามารถในการสื่อสาร	1. แบบสอบถาม	1. ผู้รับผิดชอบโครงการ 2. ผู้เข้ารับการอบรม
5. ความรู้ความเข้าใจของผู้เข้ารับการอบรม	1. ระดับความรู้ความเข้าใจหลังเข้ารับการอบรม	1. แบบสอบถาม	1. ผู้เข้ารับการอบรม
ผลผลิต (Output)			
1. การนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน	1. กิจกรรมที่นำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน	1. แบบสอบถาม	1. ผู้เข้ารับการฝึกอบรม
2. การนำขั้นตอนกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการปฏิบัติงาน	1. ขั้นตอนกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการปฏิบัติงาน	1. แบบสอบถาม	1. ผู้เข้ารับการฝึกอบรม
3. ผลการดำเนินงาน	1. เกณฑ์การประเมินผล 2. การทราบจำนวนประชาชนที่ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย	1. แบบสอบถาม	1. ผู้เข้ารับการฝึกอบรม
ปัจจัยภายนอก (Context)	1. การสนับสนุนจากหน่วยงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2. การสนับสนุน/ร่วมมือจากประชาชน	1. สอบถามจากผู้รับผิดชอบโครงการและผู้เข้ารับการฝึกอบรม	1. ผู้รับผิดชอบ 2. ผู้เข้ารับการฝึกอบรม

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ประเด็นศึกษา	ตัวชี้วัด	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	แหล่งข้อมูล
ผลกระทบ (Impact)	1. การรับรู้สื่อรณรงค์ของ ประชาชนต่อกิจกรรมจาก กระบวนการตลาดเชิงสังคม 2. ความรู้ความเข้าใจและการ ปฏิบัติตนของประชาชนในการ เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค	1. แบบสอบถาม 2. แบบสอบถาม	1. ประชาชนในพื้นที่ 1. ประชาชนในพื้นที่

3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การประเมินผลการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมมาใช้ในรณรงค์โรคมาลาเรียของ
ปีงบประมาณ 2548 มีแนวทางดำเนินการ ดังนี้

3.4.1 ศึกษาวิจัยเอกสารที่เกี่ยวข้อง และคัดเลือกพื้นที่ตัวอย่าง

3.4.2 จัดทำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม

3.4.3 ดำเนินการสำรวจ เก็บข้อมูลจากนักวิชาการและประชาชนในพื้นที่และนอกพื้นที่
รณรงค์โดยการใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผล

3.4.4 รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากสำนักโรคติดต่ออันตรายโดยแมลงและจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.4.5 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้จากทั้ง 2 แหล่งดังกล่าว

3.4.6 สรุปผลการวิเคราะห์ที่ได้ พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางการดำเนินโครงการการ
ประเมินผลการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมมาใช้ในการวางแผนรณรงค์โรคมาลาเรียของ
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2548 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และ
เป้าหมายที่วางไว้

3.5 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีดังนี้คือ

3.5.1 เจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมโครงการณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม

3.5.1.1 ประชากร

เจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมโครงการณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มาลาเรีย และเท้าช้าง ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม ตั้งแต่วันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ.2547 ถึงวันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2548 จำนวนทั้งสิ้น 137 คน

3.5.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยไม่อาศัยความน่าจะเป็น (Non – probability Sampling) โดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากเจ้าหน้าที่กลุ่มงานโรคมาลาเรียที่ได้รับการอบรมกระบวนการตลาดเชิงสังคมตั้งแต่วันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2547 ถึง วันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2548 จำนวนทั้งสิ้น 18 คน ได้รับแบบสอบถามตอบกลับมาจำนวน 12 คน ดังนี้

- 1) เจ้าหน้าที่สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ผ่านการอบรมโครงการณรงค์ป้องกันและควบคุมโรค (โรคมาลาเรีย) จากจำนวนทั้งหมด 2 คน ตอบกลับมา 1 คน
- 2) เจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ที่ผ่านการอบรมกระบวนการตลาดเชิงสังคมโรคมาลาเรีย 16 คน คัดเลือกเฉพาะเจ้าหน้าที่สคร. ที่นำสื่อจากกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียเท่านั้นซึ่งมีจำนวน 11 คน ดังนี้
 - (1) เจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 4 กาญจนบุรี จำนวน 1 คน
 - (2) เจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 แม่ฮ่องสอน จำนวน 4 คน
 - (3) เจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 ชุมพร จำนวน 3 คน
 - (4) เจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 ชุมพร จำนวน 3 คน

3.5.2 ประชาชนในพื้นที่โครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม

3.5.2.1 กลุ่มเป้าหมาย คือ หัวหน้าครัวเรือนหรือผู้ที่สามารถเป็นตัวแทนให้ข้อมูลของครัวเรือนได้มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

3.5.2.2 กลุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่างในการศึกษารังนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi – Stage Sampling) มีรายละเอียดดังนี้ คือ ขั้นที่หนึ่ง การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดสุ่มตัวอย่างกลุ่มประชากรเป้าหมายที่อาศัยอยู่ในบริเวณพื้นที่รณรงค์จาก 10 จังหวัด คือ จังหวัดจันทบุรี ราชบุรี กาญจนบุรี

ประจวบคีรีขันธ์ แม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ ชุมพร สุราษฎร์ธานี พังงา และสตูล คัดเลือกให้เหลือ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดราชบุรี กาญจนบุรี แม่ฮ่องสอน ชุมพร แล้วจึงคัดเลือกพื้นที่ที่ทำการรณรงค์ ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมในจังหวัดนั้น ๆ ได้แก่ หมู่ที่ 8 บ้านตะโกกลาง ตำบล สวนผึ้ง อำเภอ สวนผึ้ง จังหวัด ราชบุรี หมู่ที่ 2 บ้านบ้องตี้ ตำบล บ้องตี้ อำเภอ ไทรโยค จังหวัด กาญจนบุรี หมู่ที่ 2 ตำบล แม่สามแลบ อำเภอ สบเมย จังหวัด แม่ฮ่องสอน หมู่ที่ 5 ตำบล รั้ว อำเภอ ท่าแซะ จังหวัด ชุมพร ขั้นที่สอง การสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วนตามขนาดของครัวเรือนในแต่ละตำบล ดังตาราง ที่ 3.2 ขั้นที่สาม การสุ่มครัวเรือน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญพบ (Accidental Sampling) โดยจะเก็บข้อมูลจากผู้เต็มใจร่วมมือให้ข้อมูลครัวเรือนละ 1 ราย ให้ได้ขนาดตัวอย่างตามที่คำนวณไว้ (4) ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณหาในกรณีทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน (Finite Population) โดยใช้สูตร Yamane (1973 อ้างถึงใน กัลยา วาณิชยบัญชา, 2548: 39 – 40)

1) ประชาชนในพื้นที่รณรงค์

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร (รวม 4 ตำบล จำนวน 5,260 คน)

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ระดับ 0.10
หรือมีความเชื่อมั่นร้อยละ 90

$$N = \frac{5,260}{1 + 5,260 (0.10)^2} = 98.13$$

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณเท่ากับ 99 ตัวอย่าง ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 0.10 ทั้งนี้ได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างประชาชนในพื้นที่รณรงค์เป็น 157 ตัวอย่าง

2) ประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์ คำนวณประมาณร้อยละ 30 ของจำนวนตัวอย่าง โดยทำการสุ่มในพื้นที่จังหวัดเดียวกัน เนื่องจากประชากรมีลักษณะใกล้เคียงกันแต่ไม่ใช่พื้นที่รณรงค์ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม ดังนั้น จำนวนตัวอย่างประชาชนในพื้นที่รณรงค์และนอกพื้นที่รณรงค์ จึงมีจำนวนทั้งสิ้น 200 ตัวอย่าง โดยพื้นที่ตัวอย่างสุ่มที่จะทำการเก็บแบบสอบถาม มีรายละเอียด ดังตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 พื้นที่ที่ผู้คุมตัวอย่างที่นำกระบวนการทดลองเชิงสังคม ไปใช้ในการรณรงค์โรคมะเร็ง ที่จะเก็บแบบสอบถาม

ส.ร.	โรคมะเร็ง					
	สถานที่จัดรณรงค์			สถานที่ไม่รณรงค์		
	จังหวัด	สถานที่	จำนวนประชากร	จำนวนตัวอย่าง	สถานที่	จำนวนตัวอย่าง
4	ราชบุรี	ม. 8 บ้านตะโกล่าง ต. สวนผึ้ง อ. สวนผึ้ง จ. ราชบุรี	1,944	54	ม. 7 บ้านห้วยผาค ต. สวนผึ้ง อ. สวนผึ้ง จ. ราชบุรี	15
4	กาญจนบุรี	ม. 2 บ้านบึงคู้ ต. บึงคู้ อ. ไทรโยค จ. กาญจนบุรี	1,002	29	ม. 1 บ้านบึงคู้ล่าง ต. บึงคู้ อ. ไทรโยค จ. กาญจนบุรี	8
10	แม่ฮ่องสอน	ม. 2 ต. แม่สามแลบ อ. สบเมย จ. แม่ฮ่องสอน	762	21	ม. 6 ต. แม่ขาม อ. แม่สลิ้ง จ. แม่ฮ่องสอน	6
11	ชุมพร	ม. 5 ต. ไร่ปรือ อ. ท่าแซะ จ. ชุมพร	1,882	53	ม. 17 ต. สลุย อ. ท่าแซะ จ. ชุมพร	14
		รวม	5,260	157	รวม	43
						200

แหล่งที่มา : โครงการจัดทำเว็บไซต์ไทยตำบล คอทคอม, 2549.

หมายเหตุ : สถิติประชากรวันที่ 7 มกราคม พ.ศ. 2549

3.6 การสร้างและพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีแนวทางในการสร้างและพัฒนาเครื่องมือดังนี้

3.6.1 ศึกษาเนื้อหาเกี่ยวกับการตลาดเชิงสังคม การประเมิน โครงการ ทั้งแนวคิดและทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง ทฤษฎีการสร้างแบบสอบถามจากเอกสาร ตำรา และหนังสือ รวมทั้งศึกษาคำอย่างแบบสอบถามจากเอกสาร วิทยานิพนธ์ และงานวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3.6.2 กำหนดขอบเขตของเนื้อหาที่จะสร้างแบบสอบถาม

3.6.3 สร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับขอบเขตเนื้อหาที่กำหนดไว้

3.6.4 นำแบบสอบถามที่สร้างไปปรึกษาคณะกรรมการผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อตรวจสอบแก้ไขความชัดเจน ความถูกต้องของการใช้ภาษาและข้อความ

3.6.5 นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ชุด แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อทำการทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่เป้าหมายต่อไป

3.7 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามทั้งรูปแบบปลายปิด (Closed – End Question) และปลายเปิด (Opened – End Question) ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นโดยการศึกษาจากเอกสาร คู่มือวิชาการ ทฤษฎี และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยโครงสร้างของแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 แบบ ดังนี้คือ

3.7.1 แบบสอบถามสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมการตลาดเชิงสังคมเพื่อนำไปใช้ในโครงการรณรงค์ป้องกันโรคมาลาเรีย

3.7.1.1 ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ชื่อ – สกุล เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ หน่วยงาน ตำแหน่ง อายุ เพศ ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาในการทำงานด้านการรณรงค์เผยแพร่และประชาสัมพันธ์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย

3.7.1.2 ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตลาดเชิงสังคมแบบเลือกตอบ (Check List) จำนวนทั้งหมด 3 ข้อ คะแนนเต็ม 4 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

- 1) การเข้าอบรม

ครบทุกขั้นตอน (10 ขั้นตอน)	= 2 คะแนน
ไม่ครบทุกขั้นตอน	= 1 คะแนน
ไม่ได้เข้ารับการฝึกอบรม	= 0 คะแนน
- 2) ความหมายของการตลาดเชิงสังคม

ตอบถูก	= 1 คะแนน
ตอบผิด	= 0 คะแนน
- 3) ความรู้เรื่องการตลาดเชิงสังคม

ตอบถูก	= 1 คะแนน
ตอบผิด	= 0 คะแนน

3.7.1.3 ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านกระบวนการในการอบรมการตลาดเชิงสังคมแบบเลือกตอบ (Check List) และแบบประเมินค่า (Rating Scale) มีทั้งหมด 5 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

- 1) กระบวนการอบรม

สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้	= 1 คะแนน
ไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้	= 0 คะแนน
- 2) เนื้อหาในการอบรม

เหมาะสม	= 1 คะแนน
ไม่เหมาะสม	= 0 คะแนน
- 3) สื่อที่ใช้ในการอบรม

เหมาะสม	= 1 คะแนน
ไม่เหมาะสม	= 0 คะแนน
- 4) วิทยากรที่บรรยาย

มีความรู้/สื่อสารให้เกิดความเข้าใจมาก	= 2 คะแนน
มีความรู้/สื่อสารให้เกิดความเข้าใจปานกลาง	= 1 คะแนน
มีความรู้/สื่อสารให้เกิดความเข้าใจน้อย	= 0 คะแนน

5) ความรู้ความเข้าใจภายหลังการเข้ารับการอบรม

เข้าใจดีมาก สามารถนำไปปฏิบัติได้	= 3 คะแนน
เข้าใจปานกลาง	= 2 คะแนน
เข้าใจน้อย	= 1 คะแนน
ไม่มีความเข้าใจ	= 0 คะแนน

เกณฑ์การประเมินคะแนนปัจจัยด้านกระบวนการ

ได้คะแนน 0 – 2 คะแนน	ถือว่ากระบวนการในการอบรม การตลาดเชิงสังคมอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องปรับปรุง
ได้คะแนน 3 – 5 คะแนน	ถือว่ากระบวนการในการอบรม การตลาดเชิงสังคมอยู่ในเกณฑ์พอใช้
ได้คะแนน 6 – 8 คะแนน	ถือว่ากระบวนการในการอบรม การตลาดเชิงสังคมอยู่ในเกณฑ์ดี
ได้คะแนน 9 – 10 คะแนน	ถือว่ากระบวนการในการอบรม การตลาดเชิงสังคมอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

3.7.1.4 ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมแบบเลือกตอบ (Check List) มีทั้งหมด 3 ข้อ คะแนนเต็ม 7 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

1) บุคลากร

ความรู้ความเข้าใจในการตลาดเชิงสังคมดีมาก	= 3 คะแนน
ความรู้ความเข้าใจในการตลาดเชิงสังคมปานกลาง	= 2 คะแนน
ความรู้ความเข้าใจในการตลาดเชิงสังคมน้อย	= 1 คะแนน
ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการตลาดเชิงสังคม	= 0 คะแนน

2) งบประมาณ

เพียงพอ	= 1 คะแนน
ไม่เพียงพอ	= 0 คะแนน

3) แผนงาน/โครงการ

เหมาะสมและสอดคล้อง	= 1 คะแนน
ไม่เหมาะสมและไม่สอดคล้อง	= 0 คะแนน

เกณฑ์การประเมินคะแนนปัจจัยนำเข้า

ได้คะแนน 0–2 คะแนน	ถือว่าปัจจัยนำเข้ามีความเหมาะสม/
สอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง	
ได้คะแนน 3–5 คะแนน	ถือว่าปัจจัยนำเข้ามีความเหมาะสม/
สอดคล้องอยู่ในเกณฑ์พอใช้	
ได้คะแนน 6–8 คะแนน	ถือว่าปัจจัยนำเข้ามีความเหมาะสม/
สอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ดี	
ได้คะแนน 9–11 คะแนน	ถือว่าปัจจัยนำเข้ามีความเหมาะสม/
สอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ดีมาก	

3.7.1.5 ส่วนที่ 5 การนำความรู้เรื่องกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการ
รณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย คะแนนเต็ม 24 คะแนน โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้คือ

1) กิจกรรม

ทำให้	= 1 คะแนน
ไม่ได้ทำให้	= 0 คะแนน
เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดให้	= 1 คะแนน
ไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดให้	= 0 คะแนน
ปฏิบัติครบให้	= 1 คะแนน
ปฏิบัติไม่ครบให้	= 0 คะแนน

2) ชิ้นคอน

เหมาะสมให้	= 1 คะแนน
ไม่เหมาะสมให้	= 0 คะแนน
นำมาปฏิบัติเองให้	= 2 คะแนน
นำมาปฏิบัติแต่จ้างผู้อื่นทำให้	= 1 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติให้	= 0 คะแนน

3.7.1.6 ส่วนที่ 6 เป็นคำถามเกี่ยวกับผลของการดำเนินงานในโครงการรณรงค์
ป้องกันและควบคุมโรคด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมแบบเลือกตอบ (Check List) มีทั้งหมด 2
ข้อ คะแนนเต็ม 3 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

1) เกณฑ์การประเมินผล

มี	= 1 คะแนน
ไม่มี	= 0 คะแนน

2) ประชาชนที่ป้องกันและควบคุมโรคภายหลังการรณรงค์

ทราบจำนวน	= 1 คะแนน
ไม่ทราบจำนวน	= 0 คะแนน
เพิ่มขึ้น	= 1 คะแนน
ลดลง/เท่าเดิม	= 0 คะแนน

เกณฑ์การประเมินคะแนนผลของการดำเนินงาน

ได้คะแนน 0 – 6 คะแนน	ถือว่าการนำความรู้ที่ได้จากการอบรม การตลาดเชิงสังคมไปปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง
ได้คะแนน 7 – 13 คะแนน	ถือว่าการนำความรู้ที่ได้จากการอบรม การตลาดเชิงสังคมไปปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์พอใช้
ได้คะแนน 14 – 20 คะแนน	ถือว่าการนำความรู้ที่ได้จากการอบรม การตลาดเชิงสังคมไปปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดี
ได้คะแนน 21 – 27 คะแนน	ถือว่าการนำความรู้ที่ได้จากการอบรม การตลาดเชิงสังคมไปปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

3.7.1.7 ส่วนที่ 7 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกของโครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมแบบเลือกตอบ (Check List) มีทั้งหมด 3 ข้อ คะแนนเต็ม 3 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

- 1) การเอื้ออำนวย/สนับสนุนจากนโยบายของรัฐ และ กรมฯ ที่เกี่ยวข้อง

มีส่วนช่วย	= 1 คะแนน
ไม่มีส่วนช่วย	= 0 คะแนน
- 2) การเอื้ออำนวย/สนับสนุนจากภาครัฐ เอกชนและหน่วยงานอื่น ๆ

ได้รับ	= 1 คะแนน
ไม่ได้รับ	= 0 คะแนน
- 3) ความร่วมมือจากประชาชนในท้องถิ่น

ได้รับ	= 1 คะแนน
ไม่ได้รับ	= 0 คะแนน

เกณฑ์การประเมินคะแนนรวม

ได้คะแนน 0 คะแนน ถือว่าปัจจัยภายนอกที่ได้รับอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

ได้คะแนน 1 คะแนน ถือว่าปัจจัยภายนอกที่ได้รับอยู่ในระดับพอใช้

ได้คะแนน 2 คะแนน ถือว่าปัจจัยภายนอกที่ได้รับอยู่ในระดับดี

ได้คะแนน 3 คะแนน ถือว่าปัจจัยภายนอกที่ได้รับอยู่ในระดับดี

3.7.1.8 ส่วนที่ 8 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม มีทั้งหมด 4 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็น

3.7.2 แบบสอบถามสำหรับประชาชน

เป็นคำถามสำหรับประชาชนในพื้นที่ที่มีการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้คือ

3.7.2.1 ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาการเข้ามามีถิ่นฐาน อาชีพปัจจุบัน รายได้ การเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมและการเป็นผู้นำชุมชน

3.7.2.2 ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมแบบเลือกตอบ (Check List) และแบบประเมินค่า (Rating Scale) มีทั้งหมด 3 สื่อรณรงค์ คำถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ คำถามการรับรู้ 1 ข้อ คะแนนเต็ม 2 คะแนน และส่วนคำถามความพึงพอใจสื่อรณรงค์ด้านความเหมาะสมและความชื่นชอบ คะแนนเต็ม 4 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

1) การเคยเห็น/ได้รับสื่อ/ผลิตภัณฑ์

เคยเห็นสื่อ/ผลิตภัณฑ์ = 1 คะแนน

ไม่เคยเห็นสื่อ/ผลิตภัณฑ์ = 0 คะแนน

ได้รับสื่อ/ผลิตภัณฑ์ = 1 คะแนน

ไม่ได้รับสื่อ/ผลิตภัณฑ์ = 0 คะแนน

2) ความเหมาะสมของสื่อ/ผลิตภัณฑ์

เหมาะสม = 1 คะแนน

ไม่เหมาะสม = 0 คะแนน

3) ความชื่นชอบสื่อ/ผลิตภัณฑ์

ชอบสื่อ/ผลิตภัณฑ์มาก = 3 คะแนน

ชอบสื่อ/ผลิตภัณฑ์ปานกลาง = 2 คะแนน

ชอบสื่อ/ผลิตภัณฑ์น้อย = 1 คะแนน

ไม่ชอบสื่อ/ผลิตภัณฑ์ = 0 คะแนน

เกณฑ์การประเมินคะแนนการรับรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับการรณรงค์ป้องกัน
และควบคุมโรคมลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม

ได้คะแนน 0 – 4 คะแนน ถือว่าการรับรู้/การได้รับ มีความ
เหมาะสมและความชื่นชอบสื่อ/ผลิตภัณฑ์อยู่ในเกณฑ์ต่ำต้องปรับปรุง

ได้คะแนน 5 – 9 คะแนน ถือว่าการรับรู้/การได้รับ มีความ
เหมาะสมและความชื่นชอบสื่อ/ผลิตภัณฑ์อยู่ในเกณฑ์พอใช้

ได้คะแนน 10 – 14 คะแนน ถือว่าการรับรู้/การได้รับ มีความ
เหมาะสมและความชื่นชอบสื่อ/ผลิตภัณฑ์อยู่ในเกณฑ์ดี

ได้คะแนน 15 – 18 คะแนน ถือว่ามีการรับรู้/การได้รับ มีความ
เหมาะสมและความชื่นชอบสื่อ/ผลิตภัณฑ์อยู่ในระดับดีมาก

ส่วนคำถามประกอบเพื่อขยายรายละเอียดในส่วนที่ 2 จะนำมาวิเคราะห์การ
เห็นและ/หรือได้รับสื่อรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมลาเรียจากการรณรงค์ด้วยกระบวนการ
ตลาดเชิงสังคมรวมถึงช่องทางการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านมา สามารถนำไปใช้ในการรณรงค์ใน
อนาคตให้มีประสิทธิภาพ และเข้าถึงประชาชนได้มากยิ่งขึ้น เป็นคำถามแบบเลือกตอบ (Check
List) จำนวน 6 ข้อ สามารถเลือกตอบได้หลายคำตอบ

3.7.2.3 ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมลาเรีย มี
ทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ทำเป็นประจำ = 2 คะแนน

ทำบ้าง = 1 คะแนน

ไม่เคยทำเลย = 0 คะแนน

เกณฑ์การประเมินคะแนนรวม*

ได้คะแนน 0 – 5 คะแนน ถือว่ามีการปฏิบัติตนอยู่ในเกณฑ์ต่ำ
ต้องปรับปรุง

ได้คะแนน 6 – 10 คะแนน ถือว่ามีการปฏิบัติตนอยู่ในเกณฑ์พอใช้

ได้คะแนน 11 – 15 คะแนน ถือว่ามีการปฏิบัติตนอยู่ในเกณฑ์ดี

ได้คะแนน 16 – 20 คะแนน ถือว่ามีการปฏิบัติตนอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

3.8 การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทำการทดสอบเบื้องต้น (Pre – test) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 20 ตัวอย่าง แล้วนำมาตรวจให้คะแนนวิเคราะห์ ดังนี้

3.8.1 ทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity)

โดยนำแบบสอบถามที่ได้เรียบเรียงแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ อาจารย์ที่ปรึกษา และ นักวิชาการ เป็นผู้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ (Wording) เพื่อขอคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขและเลือกเอาเฉพาะข้อความที่มีความเที่ยงตรงแล้วนำไปสอบถามในการเก็บข้อมูลจริง

3.8.2 ทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability)

ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทำการทดสอบเบื้องต้น (Pre – test) โดยทดลองใช้กับตัวอย่างในอำเภอเปือย จังหวัดยะลา จำนวน 20 ตัวอย่าง จากนั้นนำมาตรวจสอบและวิเคราะห์หาค่าความน่าเชื่อถือ (Reliability) และใช้เกณฑ์ประเมินผล (สุภาพ วาดเขียน, 2525: 59)

ความน่าเชื่อถือ 0.01 – 0.30	ถือว่ามีความน่าเชื่อถือต่ำ
ความน่าเชื่อถือ 0.40 – 0.60	ถือว่ามีความน่าเชื่อถือปานกลาง
ความน่าเชื่อถือ 0.70 – 1.00	ถือว่ามีความน่าเชื่อถือสูง

ผลการคำนวณค่าความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (Coefficient Alpha) ของครอนบาช (บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ, 2542: 208 – 214) ในส่วนของการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในและนอกพื้นที่ที่รณรงค์ ได้ผล คือ 0.80 และ 0.72 ตามลำดับ ซึ่งถือได้ว่าเครื่องมือมีความน่าเชื่อถือในระดับสูง

แบบสอบถามสำหรับเจ้าหน้าที่ได้ทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ในสำนักโรคติดต่อมาโดยแมลง กรมควบคุมโรค จำนวน 15 ตัวอย่าง ผลการคำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ คือ 0.81 ซึ่งถือได้ว่าเครื่องมือมีความน่าเชื่อถือในระดับสูงเช่นกัน

3.9 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้แบบสอบถามภาคสนามแล้ว นำมาตรวจสอบความถูกต้องเพื่อสร้างคู่มือลงรหัส จากนั้นนำข้อมูลที่ลงรหัสแล้วมาทำการประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรม

สำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ (Statistical Package for the Social Science : SPSS Version 13)
โดยใช้หลักสถิติในการวิเคราะห์ดังนี้ (ชัชวาล เรื่องประพันธ์, 2544: 409-424)

3.9.1 การวิเคราะห์ด้วยคำร้อยละ

สำหรับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงาน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตลาดเชิงสังคม ปัจจัยด้านกระบวนการในการอบรม การนำความรู้ไปปฏิบัติ ผลการดำเนินงานรณรงค์ ปัจจัยภายนอก การรับรู้และความพึงพอใจสื่อรณรงค์ของประชาชน การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย

3.9.2 การวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบ Pearson's R

เมื่อการวัดตัวแปรทั้ง 2 ที่ต้องการหาความสัมพันธ์เป็นตัวแปรมาตรอันตรภาค (Interval) ใช้สหสัมพันธ์ที่เรียกว่า Pearson's R Product – Moment Correlation นอกจากได้ทราบความสัมพันธ์แล้ว ยังสามารถใช้ในการระบุขนาด และทิศทางของตัวแปรที่ทำการศึกษด้วย (กลัษ วนิชย์บัญชา, 2548: 207) โดยค่าที่ได้ คือ $-1 < r < 1$ โดยมีการแปลผล ดังนี้

3.9.2.1 ทิศทางความสัมพันธ์

ถ้าสถิติที่ได้เป็นเครื่องหมายลบ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองจะมีความสัมพันธ์ในลักษณะเมื่อตัวแปรหนึ่งมีค่าสูงขึ้นอีกตัวแปรหนึ่งจะมีค่าต่ำลงหรือมีการเปลี่ยนแปลงค่าในทิศทางตรงข้ามกัน แต่ถ้าค่าสถิติที่ได้เป็นเครื่องหมายบวก หมายถึง ตัวแปรทั้งสองจะมีความสัมพันธ์ในลักษณะเมื่อตัวแปรหนึ่งมีค่าสูงขึ้นอีกตัวแปรหนึ่งจะมีค่าสูงขึ้นด้วยหรือมีการเปลี่ยนแปลงค่าในทิศทางเดียวกัน (กลัษ วนิชย์บัญชา, 2548: 207)

3.9.2.2 ขนาดความสัมพันธ์ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. กลุ่มส่งเสริมวิชาการ, 2547: 43)

ค่าตั้งแต่ 0 – 0.20	ถือว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก
ค่าตั้งแต่ 0.21 – 0.40	ถือว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
ค่าตั้งแต่ 0.41 – 0.60	ถือว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
ค่าตั้งแต่ 0.61 – 0.80	ถือว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
ค่ามากกว่า 0.80	ถือว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก

3.9.2 การวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบ t – test

สถิติทดสอบ t – test ใช้เพื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ต้องการศึกษา

ตารางที่ 3.3 สรุปสถิติทดสอบตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่	ตัวแปรต้น	ชนิดข้อมูล	ตัวแปรตาม	ชนิดข้อมูล	สถิติทดสอบ
1	ปัจจัยนำเข้าของเจ้าหน้าที่ (Input)	Interval	การนำความรู้ไปใช้ในการรณรงค์(Output)	Interval	Pearson's R
2	ปัจจัยด้านกระบวนการ (Process)	Interval	การนำความรู้ไปใช้ในการรณรงค์(Output)	Interval	Pearson's R
3	ปัจจัยภายนอก (Context)	Interval	การนำความรู้ไปใช้ในการรณรงค์(Output)	Interval	Pearson's R
4	การนำความรู้ไปใช้ในการรณรงค์(Output)	Interval	การปฏิบัติตนของประชาชนในพื้นที่รณรงค์ (Impact)	Interval	Pearson's R
5	การรับรู้สื่อรณรงค์ของประชาชนในพื้นที่รณรงค์ (Impact)	Interval	การปฏิบัติตนของประชาชนในพื้นที่รณรงค์ (Impact)	Interval	Pearson's R
6	การรับรู้สื่อรณรงค์ของประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์ (Impact)	Interval	การปฏิบัติตนของประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์ (Impact)	Interval	Pearson's R
7	การอาศัยอยู่ในพื้นที่รณรงค์ (Impact)	เชิงปริมาณ	การรับรู้สื่อรณรงค์ของประชาชน (Impact)	เชิงปริมาณ	t-test
8	การอาศัยอยู่ในพื้นที่รณรงค์ (Impact)	เชิงปริมาณ	การปฏิบัติตนของประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์ (Impact)	เชิงปริมาณ	t-test

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการวางแผนรณรงค์ประชาสัมพันธ์โรคมalaria รวมทั้งประเมินผลพฤติกรรมของประชาชนภายหลังการรณรงค์ โดยทำการศึกษาจากเจ้าหน้าที่ผู้เข้าอบรมกระบวนการตลาดเชิงสังคมและนำไปใช้ในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมalaria ในปี พ.ศ. 2548 ที่ผ่านมา จำนวน 12 ราย และสำรวจพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมalaria ของประชาชนในพื้นที่รณรงค์โดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 157 ราย ประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์ จำนวน 43 ราย แล้วนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ (SPSS: Statistical Package for the Social Sciences)

ผลการศึกษาเสนอด้วยการบรรยายประกอบตาราง แบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ

4.1 ผลการศึกษาเชิงพรรณนา

4.2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

รายละเอียดของผลการศึกษา มีดังนี้

4.1 ผลการศึกษาเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาเชิงพรรณนา แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ผลการศึกษาเจ้าหน้าที่และผลการศึกษาประชาชน

4.1.1 ผลการศึกษาเจ้าหน้าที่

การศึกษาเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมโครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมalaria ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมและการนำความรู้เรื่องกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการดำเนินงาน จำนวน 12 รายมีผลการศึกษา ดังนี้

4.1.1.1 ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการทำงานด้านการรณรงค์เผยแพร่และประชาสัมพันธ์ (ตารางที่ 4.1)

- 1) เพศ พบว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70.0 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 30.0
- 2) อายุ พบว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี และ 41 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน รองลงมา คือ 51 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20.0
- 3) ระดับการศึกษาสูงสุด พบว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ สูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 30.0 และระดับประถมศึกษาเท่ากับระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรืออาชีวศึกษา คิดเป็นร้อยละ 10.0
- 4) ระยะเวลา พบว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการทำงานด้านการรณรงค์เผยแพร่และประชาสัมพันธ์ 1 – 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมา คือ 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 30.0 ระยะเวลา 6 – 10 ปี และต่ำกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.0 และ 10. ตามลำดับ

ตารางที่ 4.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	7	70.0
หญิง	3	30.0
รวม	10	100.0
2. อายุ		
31 – 40 ปี	4	40.0
41 – 50 ปี	4	40.0
51 – 60 ปี	2	20
รวม	10	100.0
3. ระดับการศึกษาสูงสุด		
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	10.0
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ปวส./ปวท./ปทส. สูง	1	10.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
3. ระดับการศึกษาสูงสุด (ต่อ)		
ปริญญาตรี	5	50.0
สูงกว่าปริญญาตรี	3	30.0
รวม	10	100.0
4. ระยะเวลาในการทำงานด้านการรณรงค์เผยแพร่และประชาสัมพันธ์		
ต่ำกว่า 1 ปี	1	10.0
1 – 5 ปี	4	40.0
6 – 10 ปี	2	20.0
10 ปี ขึ้นไป	3	30.0
รวม	10	100.0

4.1.1.2 ผลการศึกษาปัจจัยนำเข้าซึ่งประกอบด้วยบุคลากร งบประมาณ และแผนงาน/โครงการ (ตารางที่ 4.2) พบว่า

1) ด้านบุคลากร ประเด็นการเข้าฝึกอบรม พบว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เข้ารับการฝึกอบรมไม่ครบทุกชั้นตอน คิดเป็นร้อยละ 54.5 รองลงมา คือ เข้ารับการฝึกอบรมครบทุกชั้นตอน คิดเป็นร้อยละ 45.5 และเห็นว่าเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่มีความรู้ด้านการตลาดเชิงสังคมน้อย คิดเป็นร้อยละ 58.3 รองลงมาคือ ไม่มีความรู้เพียงพอ มีความรู้ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.0 และ 16.7 ตามลำดับ เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ตอบคำถามด้านความหมายของการตลาดเชิงสังคมผิด คิดเป็นร้อยละ 72.73 และตอบถูก คิดเป็นร้อยละ 27.27 เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ตอบคำถามด้านความรู้เรื่องการตลาดเชิงสังคมถูก คิดเป็นร้อยละ 81.82 และตอบผิด คิดเป็นร้อยละ 11.18

2) ด้านงบประมาณ เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นว่างบประมาณที่ใช้ในการสนับสนุนโครงการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมา คือ เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 33.3

3) แผนงาน/โครงการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม ในระดับประเทศ พบว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นว่า เหมาะสมและไม่เหมาะสมเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50.0 ในระดับจังหวัด พบว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นว่า เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 83.3 รองลงมา คือ ไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 16.7 ในระดับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นว่าเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 83.3 รองลงมา คือ ไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 16.7

จากผลการศึกษาปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงาน โครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม เมื่อนำมารวมคะแนนแต่ละด้านและจัดกลุ่ม พบว่า ปัจจัยนำเข้ามีความเหมาะสม/สอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุงและอยู่ในเกณฑ์ดีเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 41.7 รองลงมา คือ อยู่ในเกณฑ์พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 16.7 (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.2 ผลการการศึกษาปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงาน โครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม

ปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงาน	จำนวน	ร้อยละ
1. บุคลากร		
1.1 การเข้าฝึกอบรม		
เข้ารับการอบรมไม่ครบทุกขั้นตอน	6	54.5
เข้ารับการอบรมครบทุกขั้นตอน	5	45.5
รวม	11	100.0
1.2 ความรู้ความเข้าใจเรื่องการตลาดเชิงสังคม		
ไม่มีความรู้เพียงพอ	3	25.0
มีความรู้น้อย	7	58.3
มีความรู้ปานกลาง	2	16.7
รวม	12	100.0
1.3 ความรู้ความหมายของการตลาดเชิงสังคม		
ตอบถูก	3	27.3
ตอบผิด	8	72.7
รวม	11	100.0
1.4 ความรู้ความเข้าใจในการตลาดเชิงสังคม		
ตอบถูก	9	81.8
ตอบผิด	2	18.2
รวม	11	100.0

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงาน	จำนวน	ร้อยละ
2. งบประมาณ		
เพียงพอ	4	33.3
ไม่เพียงพอ	8	66.7
รวม	12	100.0
3. แผนงาน/โครงการ		
3.1 ในระดับประเทศ		
เหมาะสมและสอดคล้อง	6	50.0
ไม่เหมาะสมและไม่สอดคล้อง	6	50.0
รวม	12	100.0
3.2 ในระดับจังหวัด		
เหมาะสมและสอดคล้อง	10	83.3
ไม่เหมาะสมและไม่สอดคล้อง	2	16.7
รวม	12	100.0
3.3 ในระดับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค		
เหมาะสมและสอดคล้อง	10	83.3
ไม่เหมาะสมและไม่สอดคล้อง	2	16.7
รวม	12	100.0

ตารางที่ 4.3 ผลการจัดกลุ่มตามปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงานโครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม

ปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงาน	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยนำเข้ามีความเหมาะสม/สอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง	5	41.7
ปัจจัยนำเข้ามีความเหมาะสม/สอดคล้องอยู่ในเกณฑ์พอใช้	2	16.6
ปัจจัยนำเข้ามีความเหมาะสม/สอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ดี	5	41.7
รวม	12	100.0

4.1.1.3 ผลการศึกษาปัจจัยด้านกระบวนการอบรมการตลาดเชิงสังคมซึ่งประกอบด้วย กระบวนการอบรม เนื้อหาในการอบรม สื่อที่ใช้ในการฝึกอบรมและวิทยากรที่บรรยาย (ตารางที่ 4.4)

1) กระบวนการอบรม

(1) กระบวนการอบรม พบว่า สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียได้ คิดเป็นร้อยละ 100.0

(2) เนื้อหาในการอบรม พบว่า มีความเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 72.7 และไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 27.3

(3) สื่อที่ใช้ในการฝึกอบรม พบว่า มีความเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 81.8 และไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 18.2

(4) วิทยากรที่บรรยาย พบว่า วิทยากรมีความรู้ในเรื่องที่บรรยายมาก คิดเป็นร้อยละ 54.5 รองลงมา คือ มีความรู้ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.5

(5) ความสามารถในการสื่อสารของวิทยากร พบว่า วิทยากรสามารถสื่อสารให้เกิดความเข้าใจระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.5 รองลงมา คือ มาก และน้อย คิดเป็นร้อยละ 27.3 และ 18.2 ตามลำดับ

(6) ความรู้ความเข้าใจภายหลังการเข้ารับการอบรม พบว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.6 รองลงมา คือ มากและน้อย คิดเป็นร้อยละ 27.3 และ 9.1 ตามลำดับ

จากผลของปัจจัยด้านกระบวนการในการอบรมการตลาดเชิงสังคม เมื่อนำมารวมคะแนนแต่ละด้านและจัดกลุ่ม พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี คิดเป็นร้อยละ 41.7 รองลงมา คือ อยู่ในเกณฑ์พอใช้ และดีมาก คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 25.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.4 ปัจจัยด้านกระบวนการในอบรมการตลาดเชิงสังคม

ปัจจัยด้านกระบวนการในการอบรม	จำนวน	ร้อยละ
1. กระบวนการอบรม		
สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้	11	100.0
รวม	11	100.0

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ปัจจัยด้านกระบวนการในการอบรม	จำนวน	ร้อยละ
2. เนื้อหาในการอบรม		
ไม่เหมาะสม	3	27.3
เหมาะสม	8	72.7
รวม	11	100.0
3. สื่อที่ใช้ในการอบรม		
ไม่เหมาะสม	2	18.2
เหมาะสม	9	81.8
รวม	11	100.0
4. วิทยากรที่บรรยาย		
มีความรู้ในเรื่องที่บรรยายมาก	6	54.5
มีความรู้ในเรื่องที่บรรยายปานกลาง	5	45.5
รวม	11	100.0
5. ความสามารถของวิทยากรที่บรรยาย		
มีความรู้/สื่อสารให้เกิดความเข้าใจมาก	3	27.3
มีความรู้/สื่อสารให้เกิดความเข้าใจปานกลาง	6	54.5
มีความรู้/สื่อสารให้เกิดความเข้าใจน้อย	2	18.2
รวม	11	100.0
6. ความรู้ความเข้าใจ		
มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับมาก	3	27.3
มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง	7	63.6
มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำ	1	9.1
รวม	11	100.0

ตารางที่ 4.5 การจัดกลุ่มตามปัจจัยด้านกระบวนการในอบรมการตลาดเชิงสังคม

ปัจจัยด้านกระบวนการในอบรม	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยด้านกระบวนการอยู่ในเกณฑ์พอใช้	4	33.3
ปัจจัยด้านกระบวนการอยู่ในเกณฑ์ดี	5	41.7
ปัจจัยด้านกระบวนการอยู่ในเกณฑ์ดีมาก	3	25.0
รวม	12	100.0

4.1.1.4 ผลการศึกษาปัจจัยด้านผลผลิตจากการอบรมการตลาดเชิงสังคมซึ่ง

ประกอบด้วยการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน (ตารางที่ 4.6)

1) การนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วย

(1) กิจกรรม พบว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่นำกระบวนการตลาดเชิงสังคมมาใช้ คิดเป็นร้อยละ 100.0 การปฏิบัติกิจกรรมเป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด คิดเป็นร้อยละ 75.0 และปฏิบัติครบทุกกิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 66.7

(2) ขั้นตอนการดำเนินงาน พบว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นว่า มีความเหมาะสมที่จะสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คิดเป็นร้อยละ 100.

(3) การประเมินผลหลังจากรณรงค์ พบว่า เจ้าหน้าที่มีการประเมินผลการรณรงค์ คิดเป็นร้อยละ 83.3 และทราบจำนวนประชาชนที่ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่รณรงค์ คิดเป็นร้อยละ 66.7 จำนวนประชาชนที่ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียมีจำนวนเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 62.5 และลดลง คิดเป็นร้อยละ 37.5

2) ขั้นตอนการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย (ตารางที่ 4.7)

(1) การศึกษาการเข้าถึง/พฤติกรรมกลุ่มเป้าหมายในการรณรงค์ ไม่ได้ปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 16.7 นำมาปฏิบัติเอง คิดเป็นร้อยละ 75.0 จ้างผู้อื่นปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 8.3

(2) การกำหนดวิธีวัดผลจากการรณรงค์ ไม่ได้ปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 33.3 นำมาปฏิบัติเอง คิดเป็นร้อยละ 66.7

(3) การศึกษาช่องทาง/สื่อกลางอะไรบ้างถึงกลุ่มเป้าหมาย นำมาปฏิบัติเอง คิดเป็นร้อยละ 75.0 จ้างผู้อื่นปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 25.0

(4) การศึกษาว่ากลุ่มเป้าหมายจะเห็นประโยชน์อะไรในการทำพฤติกรรมที่รณรงค์ นำมาปฏิบัติเอง คิดเป็นร้อยละ 91.7 จ้างผู้อื่นปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 8.3

- (5) การศึกษาอุปสรรค/ค่าใช้จ่าย/สิ่งที่ต้องการลงทุนของกลุ่มเป้าหมายในการทำพฤติกรรมที่รณรงค์ ไม่ได้ปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 16.7 นำมาปฏิบัติเอง คิดเป็นร้อยละ 75.0 จ้างผู้อื่นปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 8.3
- (6) การกำหนด Tone และ Style ที่จะใช้ในการสื่อสาร ไม่ได้ปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 8.3 นำมาปฏิบัติเอง คิดเป็นร้อยละ 83.3 จ้างผู้อื่นปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 8.3
- (7) การทดสอบเนื้อหาสาระ/สื่อ และปรับแก้ นำมาปฏิบัติเอง คิดเป็นร้อยละ 66.7 จ้างผู้อื่นปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 33.3
- (8) การกำหนดวิธีการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินประสิทธิผลการรณรงค์ ไม่ได้ปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 16.7 นำมาปฏิบัติเอง คิดเป็นร้อยละ 50.0 จ้างผู้อื่นปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 33.3
- (9) การศึกษาช่องทาง, สื่อกลางอะไรบ้างถึงกลุ่มเป้าหมาย ไม่ได้ปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 8.3 นำมาปฏิบัติเอง คิดเป็นร้อยละ 83.3 ไม่ตอบ คิดเป็นร้อยละ 8.3
- (10) การวางแผนการใช้ข้อมูลจากการประเมินผลในการปรับปรุงเนื้อหาสาระ ช่องทางและแผนงานอื่น ๆ ไม่ได้ปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 33.3 นำมาปฏิบัติเอง คิดเป็นร้อยละ 58.3 ไม่ตอบ คิดเป็นร้อยละ 8.3
- จากการศึกษาผลของการดำเนินงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมของเจ้าหน้าที่เมื่อนำคะแนนแต่ละด้านมารวมและจัดกลุ่ม พบว่า ส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานอยู่ในเกณฑ์ดีมาก คิดเป็นร้อยละ 58.4 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์ดี และพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 8.3 ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 4.8)

ตารางที่ 4.6 การนำความรู้เรื่องกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของเจ้าหน้าที่

ปัจจัยด้านผลการดำเนินงานจากกระบวนการตลาดเชิงสังคม	จำนวน	ร้อยละ
1. กิจกรรม		
1.1 การนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน		
นำไปใช้ในการรณรงค์	12	100.0
รวม	12	100.0

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ปัจจัยด้านผลการดำเนินงานจากกระบวนการตลาดเชิงสังคม	จำนวน	ร้อยละ
1.2 การดำเนินงาน		
เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดไว้	9	75.0
ไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดไว้	3	25.0
รวม	12	100.0
1.3 การดำเนินงานครบทุกกิจกรรม		
ปฏิบัติทุกกิจกรรม	8	66.7
ปฏิบัติไม่ทุกกิจกรรม	4	33.3
รวม	12	100.0
2. ขั้นตอนการดำเนินงานด้วยการตลาดเชิงสังคม		
2.1 สามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดไว้	12	100.0
รวม	12	100.0
2.2 เกณฑ์การประเมินผลการรณรงค์		
มีการประเมินผล	10	83.3
ไม่มีการประเมินผล	2	16.7
รวม	12	100.0
2.3 ประชาชนที่ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย		
ไม่ทราบ	4	33.3
ทราบ	8	66.7
รวม	12	100.0
2.4 จำนวนคนป่วย		
มีจำนวนลดลง	3	37.5
มีจำนวนเพิ่มขึ้น	5	62.5
รวม	8	100.0

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่จำแนกตามการปฏิบัติงานตามขั้นตอนของกระบวนการ
รณรงค์ด้วยการตลาดเชิงสังคม

ขั้นตอนของกระบวนการรณรงค์ ด้วยการตลาดเชิงสังคม	การปฏิบัติ					
	ไม่ได้ปฏิบัติ		นำมาปฏิบัติ			
			ทำเอง		จ้างผู้อื่นทำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ศึกษาการเข้าถึง/พฤติกรรม กลุ่มเป้าหมายในการรณรงค์	2	16.7	9	75.0	1	8.3
2. กำหนดวิธีวัดผลจากการรณรงค์	4	33.3	8	66.7	0	0
3. ศึกษาช่องทาง, สื่อกลางที่จะ เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย	0	0	9	75.0	3	25.0
4. ศึกษาว่ากลุ่มเป้าหมายจะเห็น ประโยชน์อะไร ในการทำ พฤติกรรมที่รณรงค์	0	0	11	91.7	1	8.3
5. ศึกษาอุปสรรค ค่าใช้จ่าย สิ่งที่ ต้องการลงทุนของกลุ่มเป้าหมาย ในการทำพฤติกรรมที่รณรงค์	2	16.7	9	75.0	1	8.3
6. กำหนดเนื้อหาสาระที่จะปรับแก้	1	8.3	10	83.3	1	8.3
7. กำหนด Tone และ Style ที่จะใช้ ในการสื่อสาร	0	0	8	66.7	4	33.3
8. ทดสอบ/ปรับแก้เนื้อหาสาระสื่อ	2	16.7	6	50.0	4	33.3
9. กำหนดวิธีการเก็บข้อมูลเพื่อ ประเมินประสิทธิผลการรณรงค์*	1	8.3	10	83.3	0	0
10. วางแผนการใช้ข้อมูลจากการ ประเมินผลในการปรับปรุง เนื้อหาสาระ ช่องทางและ แผนงานอื่น ๆ*	4	33.3	7	58.3	0	0

หมายเหตุ: * คัดจากจำนวนเต็ม 11

ตารางที่ 4.8 การจัดกลุ่มตามการนำความรู้เรื่องกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการรณรงค์
ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของเจ้าหน้าที่

การนำความรู้ไปใช้	จำนวน	ร้อยละ
การนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์พอใช้	1	8.3
การนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดี	4	33.3
การนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดีมาก	7	58.4
รวม	12	100.0

4.1.1.5 ผลการศึกษาปัจจัยภายนอกของโครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม ซึ่งประกอบด้วย การเอื้ออำนาจ/สนับสนุนจากนโยบายของรัฐบาล กระทรวงฯ และกรมฯ ที่เกี่ยวข้อง การเอื้ออำนาจ/สนับสนุนจากภาครัฐ เอกชนและหน่วยงานอื่น ๆ และความร่วมมือจากประชาชนในท้องถิ่น (ตารางที่ 4.9) พบว่า

การเอื้ออำนาจ/สนับสนุนจากนโยบายของรัฐบาล กระทรวงฯ และ กรมฯ ที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่มีส่วนสนับสนุน ร้อยละ 91.7 การเอื้ออำนาจ/สนับสนุนจากภาครัฐ เอกชนและหน่วยงานอื่น ๆ ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุน คิดเป็นร้อยละ 83.3 ซึ่งแบ่งเป็นด้านงบประมาณ คิดเป็นร้อยละ 25.0 ด้านบุคลากร คิดเป็นร้อยละ 83.3 ด้านข้อมูล คิดเป็นร้อยละ 58.3 ด้านวัสดุอุปกรณ์ คิดเป็นร้อยละ 58.3 ด้านสถานที่ คิดเป็นร้อยละ 91.7 ด้านวิชาการ คิดเป็นร้อยละ 75.0 ด้านยานพาหนะ คิดเป็นร้อยละ 16.7 ด้านอื่น ๆ คือ ด้านการประชาสัมพันธ์ และอาหารกลางวัน/อาหารว่าง คิดเป็นร้อยละ 8.3

ความร่วมมือจากประชาชนในท้องถิ่น ส่วนใหญ่ได้รับความร่วมมือ คิดเป็นร้อยละ 100.0 ซึ่งแบ่งเป็นด้านวัสดุอุปกรณ์/สถานที่ คิดเป็นร้อยละ 58.3 การร่วมเป็นอาสาสมัคร คิดเป็นร้อยละ 66.7 การแจ้งข้อมูลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 50.0 การมาเจาะโลหิต คิดเป็นร้อยละ 91.7 ด้านอื่น ๆ คือ สื่อท้องถิ่น คิดเป็นร้อยละ 8.3 การเข้าร่วมประชุม/อบรม การมารับยา/มารับการรักษา และการมารับผลิตภัณฑ์/สื่อ มีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 83.3

และจากผลการศึกษาปัจจัยภายนอกของโครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม เมื่อนำมารวมคะแนนแต่ละด้านและจัดกลุ่ม พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดีมาก คิดเป็นร้อยละ 58.3 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์ดี คิดเป็นร้อยละ 33.3 และพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 8.3 (ตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.9 ปัจจัยภายนอกของโครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม

ปัจจัยภายนอก	จำนวน	ร้อยละ
1. นโยบายของรัฐบาล กระทรวงฯ และ กรมฯ ที่เกี่ยวข้อง/มีส่วนเกี่ยวข้อง/สนับสนุน		
มีส่วนช่วย/ได้รับ	11	91.7
ไม่มีส่วนช่วย/ไม่ได้รับ	1	8.3
รวม	12	100.0
2. ความร่วมมือ/สนับสนุนจากภาครัฐ เอกชนและหน่วยงานอื่น ๆ		
มีส่วนช่วย/ได้รับ	10	83.3
ไม่มีส่วนช่วย/ไม่ได้รับ	2	16.7
รวม	12	100.0
ลักษณะความร่วมมือสนับสนุน*		
งบประมาณ	4	33.3
บุคลากร	10	83.3
ข้อมูล	7	58.3
วัสดุอุปกรณ์	7	58.3
สถานที่	11	91.7
วิชาการ	9	75.0
ยานพาหนะ	2	16.7
อื่น ๆ 1. การประชาสัมพันธ์	1	8.3
2. อาหารกลางวัน / อาหารว่าง	1	8.3
3. ได้รับความร่วมมือ/สนับสนุนจากประชาชนในท้องถิ่น		
มีส่วนช่วย/ได้รับ	12	100.0
รวม	12	100.0
ลักษณะของความร่วมมือ/สนับสนุน*		
วัสดุอุปกรณ์/สถานที่	7	58.3
ร่วมเป็นอาสาสมัคร	8	66.7
แจ้งข้อมูลผู้ป่วย	6	50.0

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ปัจจัยภายนอก	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะของความร่วมมือ/สนับสนุน* (ต่อ)		
เข้าร่วมประชุม/อบรม	10	83.3
มารับฯ/มารับการรักษา	10	83.3
มารับผลิตภัณฑ์/สื่อ	10	83.3
มารับการเจาะโลหิต	11	91.7
อื่น ๆ สื่อท้องถิ่น	1	8.3

หมายเหตุ: * สามารถเลือกตอบได้หลายคำตอบ

ตารางที่ 4.10 การจัดกลุ่มปัจจัยภายนอกของโครงการรณรงค์ป้องกัน และควบคุมโรคมalaria ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม

ปัจจัยภายนอก	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยภายนอกที่ได้รับ/มีส่วนช่วยอยู่ในเกณฑ์พอใช้	1	8.3
ปัจจัยภายนอกที่ได้รับ/มีส่วนช่วยอยู่ในเกณฑ์ดี	4	33.3
ปัจจัยภายนอกที่ได้รับ/มีส่วนช่วยอยู่ในเกณฑ์ดีมาก	7	58.4
รวม	12	100.0

4.1.1.6 ผลการศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมalaria ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและมีข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ 100.0 ดังแสดงในตารางที่ 4.11 โดยมีรายละเอียดของปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน (ตารางที่ 4.12) คือ

1) ด้านงบประมาณ

เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นว่าการบริหารจัดการงบประมาณล่าช้าทำให้ไม่คล่องตัว คิดเป็นร้อยละ 83.3 และงบประมาณไม่เพียงพอสำหรับดำเนินโครงการเนื่องจากถูกนำไปใช้ในการพัฒนาและผลิตสื่อจึงไม่เพียงพอในการดำเนินงานภาคสนาม คิดเป็นร้อยละ 16.7 ข้อเสนอแนะด้านงบประมาณ เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นว่า ควรจัดงบประมาณให้เพียงพอและชัดเจน

ว่าให้นำไปใช้ในแผนหรือโครงการใด คิดเป็นร้อยละ 66.7 และควรโอนงบประมาณให้กับพื้นที่ที่ปฏิบัติงานโดยตรง คิดเป็นร้อยละ 33.3

2) ด้านเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นว่าขาดผู้รับผิดชอบในระดับ สกร. ในบางเขต เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีจำนวนจำกัดและต้องรับผิดชอบงานอื่นๆ ด้วย คิดเป็นร้อยละ 75.0 และเจ้าหน้าที่เข้าอบรมไม่มีความเข้าใจในกระบวนการตลาดเชิงสังคมเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 25.0 ข้อเสนอแนะด้านเจ้าหน้าที่ คือ ควรมีการจัดการอบรมอย่างค่อเนื่อง และควรมีการอบรมผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ให้มีความเข้าใจเพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ คิดเป็นร้อยละ 37.5 เท่ากัน เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานต้องมีความรู้และความเข้าใจในหลักการของกระบวนการตลาดเชิงสังคมอย่างแท้จริงและควรสร้างพันธมิตรกับหน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่และบูรณาการกับงานอื่นๆ ที่ออกปฏิบัติงานในพื้นที่ คิดเป็นร้อยละ 12.5 เท่ากัน

3) ด้านระยะเวลา

เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นว่า ระยะเวลาการจัดกิจกรรมไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ ระยะเวลาในการดำเนินการน้อยและระยะเวลาดำหนดแผนหรือวางแผนค่อนข้างกระชั้นชิด คิดเป็นร้อยละ 25.0 เท่ากัน ข้อเสนอแนะด้านระยะเวลา เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นว่า ควรมีระยะเวลาในการดำเนินการมากกว่านี้ ควรมีการจัดทำแผนการดำเนินงานและประชุมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ และควรจัดเวลาการรณรงค์ให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ คิดเป็นร้อยละ 33.3 เท่ากัน

4) ด้านสื่อ

เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นว่า การออกแบบสื่อไม่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่แท้จริงในแต่ละพื้นที่ ปัญหาทางด้านการสื่อสาร และการรับสื่อจากส่วนกลางล่าช้า เนื่องจากผลิตไม่ทัน คิดเป็นร้อยละ 33.3 เท่ากัน

5) ด้านส่วนกลาง

เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นว่า ส่วนกลางขาดการให้คำปรึกษาและคำแนะนำ รวมถึงการสนับสนุน คิดเป็นร้อยละ 50.0 เท่ากัน ข้อเสนอแนะด้านส่วนกลาง เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นว่า ส่วนกลางควรมีที่ปรึกษาเพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ปฏิบัติงานตลอดโครงการ และการสนับสนุนของผู้บริหารจะทำให้งบประมาณและการดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่นช่วยลดอุปสรรคต่าง ๆ ในการดำเนินงานได้ คิดเป็นร้อยละ 50.0 เท่ากัน

**ตารางที่ 4.11 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโครงการรณรงค์ป้องกันและ
ควบคุมโรคมalariaเรื้อรังด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม**

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
มีปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน	12	100.0
มีข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน	12	100.0

**ตารางที่ 4.12 รายละเอียดปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโครงการรณรงค์
ป้องกันและควบคุมโรคมalariaเรื้อรังด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม**

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
1. เจ้าหน้าที่		
1.1 ขาดผู้รับผิดชอบในระดับ สตร. ในบางเขตเนื่องจากเจ้าหน้าที่มี จำนวนจำกัดและต้องรับผิดชอบงานอื่น ๆ ด้วย	3	75.0
1.2 เจ้าหน้าที่เข้าอบรมไม่มีความเข้าใจในกระบวนการตลาดเชิง สังคมเพียงพอ	1	25.0
รวม	4	100.0
ข้อเสนอแนะ		
1.1 ควรจัดการอบรมอย่างต่อเนื่อง	3	37.5
1.2 ควรมีการอบรมผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ให้มีความเข้าใจเพื่อ สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3	37.5
1.3 ควรสร้างพันธมิตรกับหน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่และบูรณาการ กับงานอื่น ๆ ที่ออกปฏิบัติงานในพื้นที่	1	12.5
1.4 เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานต้องมีความรู้และความเข้าใจในหลักการ ของกระบวนการตลาดเชิงสังคมอย่างแท้จริง	1	12.5
รวม	8	100.0
2. งบประมาณ		
2.1 การบริหารจัดการงบประมาณล่าช้าทำให้ไม่คล่องตัว	5	83.3

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
2.2 งบประมาณไม่เพียงพอสำหรับดำเนินโครงการเนื่องจากถูกนำไปใช้ในการพัฒนาและผลิตสื่อจึงไม่เพียงพอในการดำเนินงานภาคสนาม	1	16.7
รวม	6	100.0
ข้อเสนอแนะ		
2.1 ควรจัดงบประมาณให้เพียงพอและชัดเจนว่าให้นำไปใช้ในแผนหรือโครงการใด	4	66.7
2.2 ควรโอนงบประมาณให้กับพื้นที่ที่ปฏิบัติงานโดยตรง	2	33.3
รวม	6	100.0
3. ระยะเวลา		
3.1 ระยะเวลาในการดำเนินการน้อย	1	25.0
3.2 ระยะเวลากำหนดแผนหรือวางแผนก่อนข้างกระชั้นชิด	1	25.0
3.3 ระยะเวลาจัดกิจกรรมไม่เหมาะสม	2	50.0
รวม	4	100.0
ข้อเสนอแนะ		
3.1 ควรมีระยะเวลาในการดำเนินการมากกว่านี้	1	33.3
3.2 ควรมีการจัดทำแผนการดำเนินงานและประชุมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ	1	33.3
3.3 ควรจัดเวลาให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่	1	33.3
รวม	3	100.0
4. สื่อ		
4.1 การออกแบบสื่อไม่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่แท้จริง	1	33.3
4.2 ปัญหาทางด้านการสื่อภาษา	1	33.3
4.3 การรับสื่อจากส่วนกลางล่าช้า เนื่องจากผลิตไม่ทัน	1	33.3
รวม	3	100.0
ข้อเสนอแนะ		
4.1 ในพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะควรให้ผลิตสื่อเอง ในพื้นที่ที่สามารถใช้สื่อของส่วนกลางได้ควรจัดสรรให้ทันก่อนการรณรงค์	1	33.3

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
4.2 ควรประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจในการจัดทำกระบวนการนี้	2	66.7
รวม	3	100.0
5. ประชาชน		
5.1 ขาดความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรค	1	100.0
ข้อเสนอแนะ		
5.1 ควรรณรงค์อย่างต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นให้ประชาชนมีความตระหนักในการช่วยป้องกันและควบคุมโรค	1	33.3
5.2 ศึกษาและกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน โดยศึกษาข้อมูลพื้นฐานของแต่ละชุมชนให้ถูกต้องและครบถ้วน	1	33.3
5.3 เน้นในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นปัญหาอย่างแท้จริง	1	33.3
รวม	3	100.0
6. ส่วนกลาง		
6.1 การให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำ	1	50.0
6.2 การสนับสนุน	1	50.0
รวม	2	100.0
ข้อเสนอแนะ		
6.1 ส่วนกลางควรมีที่ปรึกษาเพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ปฏิบัติงานตลอดโครงการ	1	50.0
6.2 การสนับสนุนของผู้บริหารจะทำให้งบประมาณและการดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่นช่วยลดอุปสรรคต่าง ๆ ในการดำเนินงานได้	1	50.0
รวม	2	100.0

4.1.2 ผลการศึกษาประชาชน

การประเมินผลการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในโครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ผู้ศึกษาได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น เก็บข้อมูลจากประชาชนในพื้นที่ศึกษาโดยมีขนาดตัวอย่างในพื้นที่ที่ทำการรณรงค์ด้วยกระบวนการตลาดเชิง

สังคม 157 ตัวอย่าง และนอกพื้นที่รณรงค์ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม 43 ตัวอย่าง มีผลการศึกษา ดังนี้

4.1.2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการศึกษาด้านปัจจัยส่วนบุคคลของประชาชนผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาการตั้งถิ่นฐานในพื้นที่ อาชีพ รายได้ การเป็นผู้นำและหรือสมาชิกกลุ่มทางสังคม (ตารางที่ 4.13)

1) เพศ

(1) ในพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 52.9 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 47.1

(2) นอกพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 58.1 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 41.9

2) อายุ

(1) ในพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อายุระหว่าง 21 – 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.1 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 31 – 40 คิดเป็นร้อยละ 25.5 และช่วงอายุไม่เกิน 20 ปี เป็นช่วงของผู้ตอบแบบสอบถามน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 11.5

(2) นอกพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อายุระหว่าง 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.5 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 21 – 30 คิดเป็นร้อยละ 23.3 และช่วงอายุไม่เกิน 20 ปี เป็นช่วงของผู้ตอบแบบสอบถามน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.0

3) สถานภาพสมรส

(1) ในพื้นที่รณรงค์ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อายุมีสถานภาพสมรสแล้วและอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 57.3 รองลงมา คือ สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 31.9 และน้อยที่สุด คือ หย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 0.6

(2) นอกพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อายุมีสถานภาพสมรสแล้วและอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 62.8 รองลงมา คือ หม้าย คิดเป็นร้อยละ 14.0 และน้อยที่สุด คือ สมรสแต่แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 4.7

4) ระดับการศึกษาสูงสุด

(1) ในพื้นที่รณรงค์ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดที่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมา คือ ไม่ได้เรียนคิดเป็นร้อยละ 17.8 และน้อยที่สุด คือ สูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 1.3

(2) นอกพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดที่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 76.7 รองลงมา คือ ไม่ได้เรียน คิดเป็นร้อยละ 9.3 และน้อยที่สุด คือ ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 2.3

5) ระยะเวลาการเข้ามาตั้งถิ่นฐานในสถานที่ปัจจุบัน

(1) ในพื้นที่รณรงค์ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระยะเวลาการตั้งถิ่นฐานในสถานที่ปัจจุบันไม่เกิน 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.0 รองลงมา คือ ระยะเวลา 41 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.8 และระยะเวลาการเข้ามาตั้งถิ่นฐานน้อยที่สุด คือ ระยะเวลา 61 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 2.5

(2) นอกพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระยะเวลาการตั้งถิ่นฐานในสถานที่ปัจจุบันไม่เกิน 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.5 รองลงมา คือ 21 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.3 และระยะเวลาการเข้ามาตั้งถิ่นฐานน้อยที่สุด คือ ระยะเวลา 61 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 2.3

6) อาชีพปัจจุบัน

(1) ในพื้นที่รณรงค์ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอาชีพปัจจุบัน คือ เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 55.4 รองลงมา คือ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 26.7 และน้อยที่สุด คือ แม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 0.6

(2) นอกพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอาชีพปัจจุบัน คือ รับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 41.9 รองลงมา คือ เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 34.9 และน้อยที่สุด คือ แม่บ้านและลูกจ้างบริษัทเอกชน คิดเป็นร้อยละ 2.3 เท่ากัน

7) รายได้จากการประกอบอาชีพต่อเดือน

(1) ในพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 44.0 รองลงมา คือ 3,001 – 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 24.2 และน้อยที่สุด คือ ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 1.9

(2) นอกพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 44.2 รายได้รองลงมา คือ 3,001 – 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.6 และกลุ่มที่เล็กที่สุด คือ รายได้ 7,001 – 9,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 2.3

8) ความเป็นผู้นำชุมชน

(1) ในพื้นที่รณรงค์ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่เคยเป็นผู้นำชุมชน คิดเป็นร้อยละ 80.9 รองลงมา คือ เคยเป็นผู้นำชุมชน และกำลังเป็นในปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 10.2 และ 8.9 ตามลำดับ

(2) นอกพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่เคยเป็นผู้นำชุมชน คิดเป็นร้อยละ 86.0 กำลังเป็นในปัจจุบันและเคยเป็น คิดเป็นร้อยละ 7.0 เท่ากัน

9) ความเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม

(1) ในพื้นที่รณรงค์ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่เคยเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมคิดเป็นร้อยละ 62.4 เคยเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 15.3 และกำลังเป็นในปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 22.5 ซึ่งที่กำลังเป็นในปัจจุบัน คือ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน สมาชิก อบต. และสมาชิกกลุ่มออมทรัพย์

(2) นอกพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่เคยเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมคิดเป็นร้อยละ 81.4 เคยเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม และกำลังเป็นในปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 13.9 และ 4.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.13 จำนวนร้อยละ ปัจจัยส่วนบุคคลของประชาชน

ปัจจัยส่วนบุคคล	พื้นที่รณรงค์		นอกพื้นที่รณรงค์	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	83	52.9	25	58.1
หญิง	74	47.1	18	41.9
รวม	157	100.0	43	100.0
2. อายุ				
ไม่เกิน 20 ปี	18	11.5	3	7.0
21-30 ปี	41	26.1	10	23.3
31-40 ปี	40	25.5	14	32.5
41-50 ปี	32	20.4	9	20.9
51 ปี ขึ้นไป	26	16.5	7	16.3
รวม	157	100.	43	100.0
3. สถานภาพสมรส				
โสด	50	31.9	4	9.2
สมรสและอยู่ด้วยกัน	90	57.3	27	62.8
สมรสแต่แยกกันอยู่	5	3.2	2	4.7
หม้าย	11	7	6	14.0

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พื้นที่รณรงค์		นอกพื้นที่รณรงค์	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หย่าร้าง	1	0.6	4	9.3
รวม	157	100.0	43	100.0
4. การศึกษาสูงสุด				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	28	17.8	4	9.3
ประถมศึกษา	89	56.7	33	76.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	18	11.5	3	7.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	8	5.1	2	4.7
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ปวส./ปวท./ปกศ. สูง	3	1.9	0	0
ปริญญาตรี	9	5.7	1	2.3
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.3	0	0
รวม	157	100.0	43	100.0
5. ระยะเวลาการตั้งถิ่นฐานในสถานที่ปัจจุบัน				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20	102	65.0	26	60.5
21-40	42	26.8	10	23.3
41-60	9	5.7	6	13.9
61 ปีขึ้นไป	4	2.5	1	2.3
รวม	157	100.0	43	100.0
6. อาชีพปัจจุบัน				
เกษตรกร	87	55.4	15	34.9
รับจ้างทั่วไป	42	26.7	18	41.9
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	4.5	0	0
ลูกจ้างบริษัทเอกชน	2	1.3	1	2.3
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	13	8.3	6	13.9
แม่บ้าน	1	0.6	1	2.3
อื่น ๆ นักเรียน/นักศึกษา	5	3.2	2	4.7

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พื้นที่รณรงค์		นอกพื้นที่รณรงค์	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
7. รายได้ต่อเดือน				
ต่ำกว่า 3,000	69	44.0	19	44.2
3,001 - 5,000	38	24.2	14	32.6
5,001 - 7,000	12	7.6	5	11.6
7,001 - 9,000	8	5.1	1	2.3
9,001 ขึ้นไป	27	17.2	4	9.3
ไม่มีรายได้	3	1.9	0	0
รวม	157	100.0	43	100.0
8. ความเป็นผู้นำในชุมชน				
ไม่เคยเป็น	127	80.9	37	86.0
เคยเป็น	16	10.2	3	7.0
กำลังเป็นในปัจจุบัน	14	8.9	3	7.0
รวม	157	100.0	43	100.0
9. สมาชิกกลุ่มทางสังคม				
ไม่เคยเป็น	98	62.4	35	81.4
เคยเป็น	24	15.3	6	13.9
กำลังเป็นในปัจจุบัน	35	22.5	2	4.7
รวม	157	100.0	43	100.0

4.1.2.2 การรับรู้ ความพึงพอใจและความคิดเห็นเกี่ยวกับการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียด้วยแนวทางการตลาดเชิงสังคม (ตารางที่ 4.14)

1) ผลการศึกษามี ดังนี้

(1) สื่อ/สิ่งของ 1. หนังสือพิมพ์แสงสว่าง

ในพื้นที่รณรงค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเห็นสื่อ

หนังสือพิมพ์แสงสว่าง คิดเป็นร้อยละ 76.4 และกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับสื่อดังกล่าว คิดเป็นร้อยละ

94.3 จากกลุ่มตัวอย่างที่เคยพบและ/หรือได้รับสื่อนี้ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าสื่อดังกล่าวมีความเหมาะสมในด้านเนื้อหามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.8 และระดับความชอบสื่อรณรงค์ดังกล่าวส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 86.7

(2) สื่อ/สิ่งของ 2. ป้ายคัดเอ้าท์

ในพื้นที่รณรงค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเห็นสื่อป้ายคัดเอ้าท์คิดเป็นร้อยละ 56.1 แต่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับสื่อดังกล่าว คิดเป็นร้อยละ 76.4 และจากกลุ่มตัวอย่างที่เคยพบ และ/หรือได้รับสื่อนี้ มีความคิดเห็นว่าสื่อดังกล่าวมีความเหมาะสมในด้านเนื้อหามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.0 และไม่เหมาะสม คือ ด้านรูปแบบ คิดเป็นร้อยละ 2.5 และระดับความชอบสื่อรณรงค์ดังกล่าวส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.0

(3) สื่อ/สิ่งของ 3. สติกเกอร์รวมพลัง

ในพื้นที่รณรงค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเห็นสื่อสติกเกอร์รวมพลังคิดเป็นร้อยละ 63.1 และกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับสื่อดังกล่าวคิดเป็นร้อยละ 86.0 และจากกลุ่มตัวอย่างที่เคยพบและ/หรือได้รับสื่อนี้มีความคิดเห็นว่าสื่อดังกล่าวมีความเหมาะสมในด้านเนื้อหามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.6 และไม่เหมาะสม คือ ด้านสีสันทัดคิดเป็นร้อยละ 5.8 และระดับความชอบสื่อรณรงค์ดังกล่าวส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.3

นอกพื้นที่รณรงค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเห็นสื่อทั้ง 3 สื่อคิดเป็นร้อยละ 100.0 และกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับสื่อดังกล่าว คิดเป็นร้อยละ 100.0

จากผลการศึกษาการรับรู้ ความพึงพอใจและความคิดเห็นเกี่ยวกับการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียด้วยแนวทางการตลาดเชิงของประชาชนในและนอกพื้นที่รณรงค์เมื่อนำคะแนนแต่ละด้านมารวมและจัดกลุ่ม (ตารางที่ 4.15) พบว่า

ในพื้นที่รณรงค์ พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ ความพึงพอใจและความคิดเห็นเกี่ยวกับการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียด้วยแนวทางการตลาดเชิงในเกณฑ์ต่ำต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 57.3 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์พอใช้และดี คิดเป็นร้อยละ 31.2 และ 10.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.15)

ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละ ของประชาชนจำแนกตามการรับรู้สื่อรณรงค์โรคมาลาเรีย

การรับรู้สื่อรณรงค์	สื่อ 1. หนังสือพิมพ์แสงสว่าง				สื่อ 2. ป้ายคัดค้าน				สื่อ 3. ทัศนกรรรมพลัง			
	พื้นที่รณรงค์		นอกพื้นที่รณรงค์		พื้นที่รณรงค์		นอกพื้นที่รณรงค์		พื้นที่รณรงค์		นอกพื้นที่รณรงค์	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เคยเห็น	120	76.4	43	100.0	69	43.9	43	100.0	99	63.1	43	100.0
เคยเห็น	37	23.6	0	0	88	56.1	0	0	58	36.9	0	0
รวม	157	100.0	43	100.0	157	100.0	43	100.0	157	100.0	43	100.0
ไม่ได้รับ	148	94.3	43	100.0	120	76.4	43	100.0	135	86.0	43	0
ได้รับ	9	5.7	0	0	37	23.6	0	0	22	14.0	0	0
รวม	157	100.0	43	100.0	157	100.0	43	100.0	157	100.0	43	100.0
เหมาะสม*	9	42.8	0	0	34	42.0	0	0	18	34.6	0	0
รูปแบบ	6	28.6	0	0	23	28.4	0	0	15	28.8	0	0
สีสัน	6	28.6	0	0	21	25.9	0	0	16	30.8	0	0
ไม่เหมาะสม*	0	0	0	0	1	1.2	0	0	0	0	0	0
รูปแบบ	0	0	0	0	2	2.5	0	0	0	0	0	0
สีสัน	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5.8	0	0

หมายเหตุ: * จำนวนเฉพาะประชาชนที่เคยเห็นและ/หรือได้รับสื่อรณรงค์และสามารถเลือกตอบได้หลายคำตอบ

ตารางที่ 4.14 (ต่อ)

การรับรู้สื่อรณรงค์	สื่อ 1. หนังสือพิมพ์แสงสว่าง				สื่อ 2. ป้ายคัดเข้า				สื่อ 3. สติกเกอร์รวมพลัง			
	พื้นที่รณรงค์		นอกพื้นที่รณรงค์		พื้นที่รณรงค์		นอกพื้นที่รณรงค์		พื้นที่รณรงค์		นอกพื้นที่รณรงค์	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความชื่นชอบ *	มาก	0	0	0	0	0	9	17.0	0	0	6	23.1
	ปานกลาง	13	86.7	0	0	0	35	66.0	0	0	18	69.3
	น้อย	0	0	0	0	0	8	15.1	0	0	1	3.8
	ไม่ชอบ	2	13.3	0	0	0	1	1.9	0	0	1	3.8

หมายเหตุ: * จำนวนเฉพาะประชาชนที่เคยเห็นและ/หรือได้รับสื่อรณรงค์

ตารางที่ 4.15 การจัดกลุ่มประชาชนตามการรับรู้และความพึงพอใจสื่อรณรงค์ของประชาชนในพื้นที่รณรงค์โครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม

การรับรู้และความพึงพอใจสื่อรณรงค์ของประชาชน	จำนวน	ร้อยละ
มีความเหมาะสมและความชื่นชอบสื่อ/ผลิตภัณฑ์อยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง	90	57.3
มีความเหมาะสมและความชื่นชอบสื่อ/ผลิตภัณฑ์อยู่ในเกณฑ์พอใช้	49	31.2
มีความเหมาะสมและความชื่นชอบสื่อ/ผลิตภัณฑ์อยู่ในเกณฑ์ดี	17	10.8
มีความเหมาะสมและความชื่นชอบสื่อ/ผลิตภัณฑ์อยู่ในเกณฑ์ดีมาก	1	0.7
รวม	157	100.0

2) ผลจากสื่อรณรงค์ที่ประชาชนได้รับ โดยการคำนวณจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับหรือเคยเห็นสื่อรณรงค์ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม (ตารางที่ 4.16) ผลการศึกษา พบว่า

(1) ประชาชนที่ประชาชนได้รับ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ คิดว่าสื่อที่ได้รับมีประโยชน์ต่อตนเอง คิดเป็นร้อยละ 61.8 และระบุผลที่ได้รับส่วนใหญ่ คือ ทำให้ทราบวิธีป้องกัน คิดเป็นร้อยละ 90.7

(2) สถานที่รับ/ เคยเห็นสื่อรณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ได้รับสื่อโดยมีเจ้าหน้าที่อาสาสมัคร/สาธารณสุขมาแจกที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 36.3

(3) ช่องทางในการเคยเห็น/ได้รับสื่อรณรงค์โดยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ทราบจากเจ้าหน้าที่อาสาสมัคร/สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 42.0

(4) การมีส่วนร่วมในการคิด/ออกแบบสื่อรณรงค์ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่มีส่วนร่วมในการคิดหรือออกแบบสื่อในการรณรงค์ คิดเป็นร้อยละ 96.2

3) ผลจากช่องทางที่ประชาชนต้องการรับสื่อรณรงค์โดยการคำนวณจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับหรือเคยเห็นสื่อรณรงค์ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม (ตารางที่ 4.17) ผลการศึกษา พบว่า

(1) ช่องทางที่ต้องการรับสื่อรณรงค์ ในพื้นที่และนอกพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อาสาสมัครเป็นผู้นำสื่อ/สิ่งของรณรงค์มาให้เหมาะสมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.2 และ 65.1 ตามลำดับ

(2) ผู้มีบทบาทในการชักชวนให้ปฏิบัติตน ในพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เห็นว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อาสาสมัครเป็นผู้มีบทบาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.2 นอกพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เห็นว่า ผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ครู/อาจารย์ สมาชิก อบค.เป็นผู้มีบทบาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.9

ตารางที่ 4.16 จำนวนและร้อยละของผลจากสื่อรณรงค์โรคมาลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมที่ประชาชนได้รับ

ผลจากสื่อที่ได้รับ	พื้นที่รณรงค์	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับ		
ไม่มีผล	60	38.2
มีผล	97	61.8
รวม	157	100.0
ทราบสาเหตุของโรค* (n = 97)	72	74.2
ทราบวิธีป้องกัน* (n = 97)	88	90.7
ทราบวิธีควบคุมอาการ* (n = 97)	26	26.8
ทราบอาการ* (n = 97)	48	49.5
คัดค้านการตรวจเลือด* (n = 97)	22	22.7
2. สถานที่รับ/ เคยเห็นสื่อรณรงค์* (n = 157)		
ไปรับที่สถานีอนามัย/โรงพยาบาล	38	24.2
ไปรับที่ทำการผู้นำชุมชน เช่น อบค. ผู้ใหญ่บ้าน โรงเรียน	23	14.6
เจ้าหน้าที่อาสาสมัคร/สาธารณสุขมาแจกที่บ้าน	57	36.3
ได้รับจากผู้นำชุมชน	14	8.9
ได้รับจากเพื่อนบ้าน/ญาติ/พี่น้อง	11	7.0
3. ช่องทางในการเคยเห็น/ได้รับสื่อรณรงค์ * (n = 157)		
บังเอิญพบ	33	21.0
เพื่อนบ้าน/ ญาติ	5	3.2
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อาสาสมัคร	66	42.0

ตารางที่ 4.16 (ต่อ)

ผลจากสื่อที่ได้รับ	พื้นที่รณรงค์	
	จำนวน	ร้อยละ
3. ช่องทางในการเคยเห็น/ได้รับสื่อรณรงค์ * (n = 157) (ต่อ)		
ผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ครู สมาชิก อบต.	30	19.1
กระจายเสียงในชุมชน	7	4.5
สื่อมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุท้องถิ่น	16	10.2
โปสเตอร์ ป้ายประกาศ สติกเกอร์	19	12.1
4. การมีส่วนร่วมในการคิด/ออกแบบสื่อรณรงค์		
ไม่มีส่วนร่วม	151	96.2
มีส่วนร่วม	6	3.8
รวม	157	100.0

หมายเหตุ: * 1 คน สามารถตอบได้หลายคำตอบ จำนวนเฉพาะผู้ที่เคยเห็นและ/หรือได้รับสื่อรณรงค์

ตารางที่ 4.17 จำนวนและร้อยละของประชาชนจำแนกตามช่องทางที่ประชาชนต้องการรับสื่อรณรงค์โรคมาลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม

ช่องทางที่ต้องการรับสื่อรณรงค์	พื้นที่รณรงค์		นอกพื้นที่รณรงค์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ช่องทางที่ต้องการในการรับสื่อรณรงค์				
เพื่อนบ้าน/ญาติ	6	2.6	2	4.3
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม.	115	49.9	28	60.9
ผู้นำชุมชน เช่น ครู อบต.	82	35.5	11	23.9
กระจายเสียงภายในชุมชน	13	5.6	4	8.7
สื่อมวลชน เช่น นสพ. วิทยุ	13	5.6	1	2.2
พ่อบ้าน	1	0.4	0	0
แม่บ้าน	1	0.4	0	0

ตารางที่ 4.17 (ต่อ)

ช่องทางที่ต้องการรับสื่อรณรงค์	พื้นที่รณรงค์		นอกพื้นที่รณรงค์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2. ผู้มีบทบาทในการชักชวนให้ปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน และควบคุมโรค				
เพื่อนบ้าน/ญาติ	11	4.9	4	10.0
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม.	115	51.8	13	32.5
ผู้นำชุมชน เช่น ครู อบต.	79	35.6	15	37.5
กระจายเสียงภายในชุมชน	12	5.4	7	17.5
สื่อมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ	5	2.3	1	2.5

หมายเหตุ: 1 คน สามารถตอบได้หลายคำตอบ (ในพื้นที่รณรงค์ n = 157 นอกพื้นที่รณรงค์ n = 43)

3) ผลการศึกษาส่วนที่ 3 การปฏิบัติและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียภายหลังการรณรงค์ด้วยการะบวนการตลาดเชิงสังคม (ตารางที่ 4.18) พบว่า

(1) เมื่อเดินทางไปนอนในป่าใช้มุ้งเพื่อป้องกันยุง ในพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ไม่เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 73.9 รองลงมา คือ เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 11.4 ทำประจำ คิดเป็นร้อยละ 9.6 และ ไม่มีกิจวัตรนี้ คิดเป็นร้อยละ 5.1 นอกพื้นที่รณรงค์: ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ไม่เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 46.5 รองลงมา คือ ไม่มีกิจวัตรนี้ คิดเป็นร้อยละ 27.9 ทำประจำ คิดเป็นร้อยละ 18.6 และ เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 7.0

(2) การกินยาเพื่อป้องกันโรคมาลาเรีย ในพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 56.1 รองลงมา คือ ไม่เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 33.1 และ ทำประจำ คิดเป็นร้อยละ 10.8 นอกพื้นที่รณรงค์: ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ไม่เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 46.5 รองลงมา คือ เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 32.6 และทำประจำ คิดเป็นร้อยละ 20.9

(3) การใช้ยากันยุงเพื่อป้องกันยุงในพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 41.4 รองลงมา คือ ทำประจำ คิดเป็นร้อยละ 33.8 ไม่เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 24.2 และ ไม่มีกิจวัตรนี้ คิดเป็นร้อยละ 0.6 นอกพื้นที่รณรงค์: ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ทำประจำ คิดเป็นร้อยละ 55.8 รองลงมา คือ เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 27.9 และ ไม่เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 16.3

(4) การสวมเสื้อผ้ามืดชิดเพื่อป้องกันยุงกัด ในพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ทำประจำ คิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมา คือ เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 42.0

และไม่เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 14.7 นอกพื้นที่รณรงค์: ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ทำประจำ คิดเป็นร้อยละ 67.4 รองลงมา คือ เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 25.6 และไม่เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 7.0

(5) การกางมุ้งเพื่อป้องกันชุกเวลนอนในพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ไม่เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 42.0 รองลงมา คือ เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 37.0 ทำเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 20.4 และไม่มีกิจวัตรนี้ คิดเป็นร้อยละ 0.6 นอกพื้นที่รณรงค์: ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ไม่เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 60.5 รองลงมา คือ ทำประจำ คิดเป็นร้อยละ 30.2 และเคยทำ คิดเป็นร้อยละ 9.3

(6) การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อมาลาเรียหลังจากเดินทางเข้าไปในป่า ในพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ทำเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 88.5 รองลงมา คือ เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 9.6 และไม่เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 1.9 นอกพื้นที่รณรงค์: ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ทำประจำ คิดเป็นร้อยละ 62.8 รองลงมา คือ ไม่เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 30.2 และเคยทำ คิดเป็นร้อยละ 7.0

(7) ท่านได้ให้ความรู้เรื่องโรคมมาลาเรียกับคนในครอบครัว ในพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 42.7 รองลงมา คือ ทำประจำ คิดเป็นร้อยละ 35.7 และไม่เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 21.6 นอกพื้นที่รณรงค์: ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ทำประจำ คิดเป็นร้อยละ 41.9 รองลงมา คือ เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 30.2 และไม่เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 27.9

(8) ท่านได้ให้ความรู้เรื่องโรคมมาลาเรียกับเพื่อนบ้าน ในพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ไม่เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 40.7 รองลงมา คือ เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 35.7 และทำประจำ คิดเป็นร้อยละ 23.6 นอกพื้นที่รณรงค์: ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 44.2 รองลงมา คือ ไม่เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 39.5 และ ทำประจำ คิดเป็นร้อยละ 16.3

(9) การเข้าร่วมอบรมหรือประชุมเกี่ยวกับโรคมมาลาเรีย ในพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ไม่เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 42.7 รองลงมา คือ เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 35.7 และทำประจำ คิดเป็นร้อยละ 21.6 นอกพื้นที่รณรงค์: ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ไม่เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 46.5 รองลงมา คือ เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 34.9 และทำประจำ คิดเป็นร้อยละ 18.6

(10) ท่านได้นำความรู้เรื่องโรคมมาลาเรียที่ได้รับไปปฏิบัติ ในพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ทำประจำ คิดเป็นร้อยละ 42.0 รองลงมา คือ เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 30.0 และไม่เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 28.0 นอกพื้นที่รณรงค์: ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ไม่เคยทำ คิดเป็นร้อยละ 53.5 รองลงมา คือ ทำประจำ คิดเป็นร้อยละ 30.2 และเคยทำ คิดเป็นร้อยละ 16.3

จากผลการศึกษาการปฏิบัติและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมมาลาเรียภายหลังการรณรงค์ด้วยการระดมการรณรงค์เชิงสังคมของประชาชนในและนอกพื้นที่

รณรงค์เมื่อนำคะแนนแต่ละด้านมารวมและจัดกลุ่ม (ตารางที่ 4.19) พบว่า ในพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคในเกณฑ์พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 42.7 รองลงมา คือ อยู่ในเกณฑ์ดี คิดเป็นร้อยละ 35.0 จำต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 14.7 และดีมาก คิดเป็นร้อยละ 7.6 นอกพื้นที่รณรงค์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคในเกณฑ์พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 58.1 รองลงมา คือ อยู่ในเกณฑ์จำต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 16.3 ดีมาก คิดเป็นร้อยละ 14.0 และดี คิดเป็นร้อยละ 11.6

ตารางที่ 4.18 การปฏิบัติตนและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียภายหลังการรณรงค์ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม

การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรค มาลาเรีย	พื้นที่รณรงค์		นอกพื้นที่รณรงค์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เมื่อเดินทางไปนอนในป่าใช้มุ้งเพื่อป้องกันยุง				
ไม่มีกิจวัตรนี้	8	5.1	12	27.9
ไม่เคยทำ	116	73.9	20	46.5
เคยทำ	18	11.4	3	7.0
ทำประจำ	15	9.6	8	18.6
รวม	157	100.0	43	100.0
2. การกินยาเพื่อป้องกันโรคมาลาเรีย				
ไม่เคยทำ	52	33.1	20	46.5
เคยทำ	88	56.1	14	32.6
ทำประจำ	17	10.8	9	20.9
รวม	157	100.0	43	100.0
3. การใช้ยากันยุงเพื่อป้องกันยุง				
ไม่มีกิจวัตรนี้	1	0.6	0	.0
ไม่เคยทำ	38	24.2	7	16.3
เคยทำ	65	41.4	12	27.9
ทำประจำ	53	33.8	24	55.8
รวม	157	100.0	43	100.0

ตารางที่ 4.18 (ต่อ)

การปฏิบัติคนในการป้องกันและควบคุมโรค มาลาเรีย	พื้นที่รณรงค์		นอกพื้นที่รณรงค์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. การสวมเสื้อผ้าที่มีลวดลายเพื่อป้องกันยุงกัด				
ไม่เคยทำ	23	14.7	3	7.0
เคยทำ	66	42.0	11	25.6
ทำประจำ	68	43.3	29	67.4
รวม	157	100.0	43	100.0
5. การกางมุ้งเพื่อป้องกันยุงเวลากลางคืน				
ไม่มีกิจวัตรนี้	1	0.6	0	0.0
ไม่เคยทำ	66	42.0	26	60.5
เคยทำ	58	37.0	4	9.3
ทำประจำ	32	20.4	13	30.2
รวม	157	100.0	43	100.0
6. รับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อมาลาเรียหลังจากเดิน ทางเข้าไปในป่า				
ไม่เคยทำ	3	1.9	13	30.2
เคยทำ	15	9.6	3	7.0
ทำประจำ	139	88.5	27	62.8
รวม	157	100.0	43	100.0
7. ท่านให้ความรู้เรื่องโรคมาลาเรียกับคนใน ครอบครัว				
ไม่เคยทำ	34	21.6	12	27.9
เคยทำ	67	42.7	13	30.2
ทำประจำ	56	35.7	18	41.9
รวม	157	100.0	43	100.0

ตารางที่ 4.18 (ต่อ)

การปฏิบัติคนในการป้องกันและควบคุมโรค มาลาเรีย	พื้นที่รณรงค์		นอกพื้นที่รณรงค์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
8. ท่านได้ให้ความรู้เรื่องโรคมาลาเรียกับเพื่อนบ้าน				
ไม่เคยทำ	64	40.7	17	39.5
เคยทำ	56	35.7	19	44.2
ทำประจำ	37	23.6	7	16.3
รวม	157	100.0	43	100.0
9. ท่านเข้าร่วมอบรมหรือประชุมเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย				
ไม่เคยทำ	67	42.7	20	46.5
เคยทำ	56	35.7	15	34.9
ทำประจำ	34	21.6	8	18.6
รวม	157	100.0	43	100.0
10. ท่านได้นำความรู้เรื่องโรคมาลาเรียที่ได้รับไปปฏิบัติ				
ไม่เคยทำ	44	28.0	23	53.5
เคยทำ	47	30.0	7	16.3
ทำประจำ	66	42.0	13	30.2
รวม	157	100.0	43	100.0

ตารางที่ 4.19 ผลการจัดกลุ่มการปฏิบัติคนในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย

การปฏิบัติคนในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย	พื้นที่รณรงค์		นอกพื้นที่รณรงค์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีการปฏิบัติคนอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง	23	14.7	7	16.3
มีการปฏิบัติคนอยู่ในเกณฑ์พอใช้	67	42.7	25	58.1
มีการปฏิบัติคนอยู่ในเกณฑ์ดี	55	35.0	5	11.6
มีการปฏิบัติคนอยู่ในเกณฑ์ดีมาก	12	7.6	6	14.0
รวม	157	100.0	43	100.0

4.2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

จากการวิเคราะห์ทดสอบความสัมพันธ์ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ผลการทดสอบ Asymptotic Significance สมมติฐาน ดังนี้

4.2.1 สมมติฐานที่ 1

ปัจจัยนำเข้าของเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับการนำความรู้ความเข้าใจเรื่องการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย (ตารางที่ 4.20)

ตารางที่ 4.20 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้ากับการนำความรู้ความเข้าใจเรื่องการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการปฏิบัติงานรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย

ปัจจัยนำเข้าของเจ้าหน้าที่	การนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน			รวม
	พอใช้	ดี	ดีมาก	
ความเหมาะสมอยู่ในเกณฑ์พอใช้	0 (0) (.0)	1 (25.0) (25.0)	3 (75.0) (42.9)	4 (100.0) (33.3)
ความเหมาะสมอยู่ในเกณฑ์ดี	1 (14.3) (100.0)	2 (28.6) (50.0)	4 (57.1) (57.1)	7 (100.0) (58.4)
ความเหมาะสมอยู่ในเกณฑ์ดีมาก	0 (.0) (.0)	1 (100.0) (25.0)	0 (.0) (.0)	1 (100.0) (8.3)
รวม	1 (8.3) (100.0)	4 (33.3) (100.0)	7 (58.3) (100.0)	12 (100.0) (100.0)

Pearson's R = -.325

Approx. T^b = -1.088

Approx. Sig. = .302

หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บ คือ ค่าร้อยละ

จากตารางที่ 4.20 พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีปัจจัยนำเข้าในเกณฑ์พอใช้ มีระดับความรู้ความเข้าใจและการนำความรู้ไปใช้ในเกณฑ์ดี (ร้อยละ 25.0) และดีมาก (ร้อยละ 75.0) เจ้าหน้าที่ที่มีปัจจัยนำเข้าในเกณฑ์ดี มีระดับความรู้ความเข้าใจและการนำความรู้ไปใช้ในเกณฑ์พอใช้ (ร้อยละ 14.3) ดี (ร้อยละ

ละ 28.6) และดีมาก (ร้อยละ 57.1) และเจ้าหน้าที่มีปัจจัยนำเข้าในเกณฑ์ดีมาก มีระดับความรู้ความเข้าใจและการนำความรู้ไปใช้ในเกณฑ์ดี (ร้อยละ 100.0)

ผลทดสอบสมมติฐาน พบว่า ปัจจัยนำเข้าของเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการนำความรู้ความเข้าใจเรื่องการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย (Pearson's $R = -.325$) แต่มีค่า Approx. Sig. = .302 จึงแสดงว่าปัจจัยนำเข้าของเจ้าหน้าที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการนำความรู้ความเข้าใจเรื่องการตลาดเชิงสังคมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 จึงปฏิเสธสมมติฐานที่ 1

4.2.2 สมมติฐานที่ 2

ปัจจัยด้านกระบวนการมีความสัมพันธ์กับการนำความรู้ความเข้าใจเรื่องการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย (ตารางที่ 4.21)

ตารางที่ 4.21 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านกระบวนการกับการนำความรู้ความเข้าใจการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการปฏิบัติงานรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย

ปัจจัยด้านกระบวนการ	ผลรวมของการนำความรู้ไปใช้			รวม
	ในการปฏิบัติงาน			
	พอใช้	ดี	ดีมาก	
ความเหมาะสมอยู่ในเกณฑ์พอใช้	1 (25.0)	1 (25.0)	2 (50.0)	4 (100.0)
	(100.0)	(25.0)	(28.6)	(33.3)
ความเหมาะสมอยู่ในเกณฑ์ดี	0 (.0)	2 (40.0)	3 (60.0)	5 (100.0)
	(.0)	(50.0)	(42.8)	(41.7)
ความเหมาะสมอยู่ในเกณฑ์ดีมาก	0 (.0)	1 (33.3)	2 (66.7)	3 (100.0)
	(.0)	(25.0)	(28.6)	(25.0)
รวม	1 (8.3)	4 (33.3)	7 (58.4)	12 (100.0)
	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

Pearson's $R = .255$

Approx. $T^b = .834$

Approx. Sig. = .424

หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บ คือ ค่าร้อยละ

จากตารางที่ 4.21 พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีปัจจัยด้านกระบวนการในเกณฑ์พอใช้ จะมีระดับความรู้ความเข้าใจและการนำความรู้ไปใช้ในในเกณฑ์พอใช้ (ร้อยละ 25.0) เกณฑ์ดี (ร้อยละ 25.0) และดีมาก (ร้อยละ 50.0) เจ้าหน้าที่ที่มีปัจจัยด้านกระบวนการในเกณฑ์ดี จะมีระดับความรู้ความเข้าใจและการนำความรู้ไปใช้ในเกณฑ์ดี (ร้อยละ 40.0) และดีมาก (ร้อยละ 60.0) และเจ้าหน้าที่ที่มีปัจจัยด้านกระบวนการในเกณฑ์ดีมาก จะมีระดับความรู้ความเข้าใจและการนำความรู้ไปใช้ในเกณฑ์ดี (ร้อยละ 33.3) และดีมาก (ร้อยละ 66.7)

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ปัจจัยด้านกระบวนการของเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการนำความรู้ความเข้าใจกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย (Pearson's $R = .255$) แต่มีค่า Approx. Sig. = .424 จึงแสดงว่า ปัจจัยด้านกระบวนการของเจ้าหน้าที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการนำความรู้ความเข้าใจกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 จึงปฏิเสธสมมติฐานที่ 2

4.2.3 สมมติฐานที่ 3

ปัจจัยภายนอกมีความสัมพันธ์กับการนำความรู้ความเข้าใจเรื่องการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย (ตารางที่ 4.22)

จากตารางที่ 4.22 พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีปัจจัยภายนอกในเกณฑ์ดี จะมีระดับความรู้ความเข้าใจและการนำความรู้ไปใช้ในเกณฑ์พอใช้ และดี (ร้อยละ 40.0) และดีมาก (ร้อยละ 60.0) และเจ้าหน้าที่ที่มีปัจจัยภายนอกในเกณฑ์ดีมาก จะมีระดับความรู้ความเข้าใจและการนำความรู้ไปใช้ในเกณฑ์ดี (ร้อยละ 33.3) และดีมาก (ร้อยละ 66.7)

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ปัจจัยภายนอกของเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการนำความรู้ความเข้าใจกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย (Pearson's $R = .274$) แต่มีค่า Approx. Sig. = .389 จึงแสดงว่า ปัจจัยภายนอกของเจ้าหน้าที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการนำความรู้ความเข้าใจกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 จึงปฏิเสธสมมติฐานที่ 3

ตารางที่ 4.22 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอกกับการนำความรู้ความเข้าใจการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการปฏิบัติงานรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย

ปัจจัยภายนอก	ผลรวมของการนำความรู้ไปใช้			รวม
	ในการปฏิบัติงาน			
	พอใช้	ดี	ดีมาก	
ความเหมาะสมอยู่ในเกณฑ์ดี	1 (25.0)	1 (25.0)	2 (50.0)	4 (100.0)
	(100.0)	(25.0)	(28.6)	(33.3)
ความเหมาะสมอยู่ในเกณฑ์ดีมาก	0	3 (37.5)	5 (62.5)	8 (100.0)
	(.0)	(75.0)	(71.4)	(66.7)
รวม	1 (8.3)	4 (33.3)	7 (58.4)	12 (100.0)
	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

Pearson's R = .274

Approx. T^b = .900

Approx. Sig. = .389

หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บ คือ ค่าร้อยละ

4.2.4 สมมติฐานที่ 4

การนำความรู้ไปปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่รณรงค์ (ตารางที่ 4.23)

จากตารางที่ 4.23 พบว่า การนำความรู้ไปปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เกณฑ์พอใช้จะมีระดับการปฏิบัติตนของประชาชนในพื้นที่รณรงค์ในเกณฑ์ดี (ร้อยละ 100.0) การนำความรู้ไปปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในเกณฑ์ดีจะมีระดับการปฏิบัติตนของประชาชนในพื้นที่รณรงค์ในเกณฑ์ดี (ร้อยละ 75.0) และดีมาก (ร้อยละ 25.0) และการนำความรู้ไปปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในเกณฑ์ดีมากจะมีระดับการปฏิบัติตนของประชาชนในพื้นที่รณรงค์ในเกณฑ์พอใช้ (ร้อยละ 14.2) ดี และดีมาก เท่ากัน (ร้อยละ 42.9)

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า การนำความรู้ไปปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติตนของประชาชนในพื้นที่รณรงค์ (Pearson's R = .108) แต่มีค่า Approx. Sig. = .737 จึงแสดงว่า การนำความรู้ไปปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของประชาชนในพื้นที่รณรงค์ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 จึงปฏิเสธสมมติฐานที่ 4

ตารางที่ 4.23 ความสัมพันธ์ระหว่างการนำความรู้ไปปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่กับการปฏิบัติตนของประชาชนในพื้นที่รณรงค์

การนำความรู้ไปใช้ ในการปฏิบัติงาน	การปฏิบัติตนของประชาชน ในพื้นที่รณรงค์			รวม
	พอใช้	ดี	ดีมาก	
ความเหมาะสมอยู่ในเกณฑ์พอใช้	0 (.0)	1 (100.0)	0 (.0)	1 (100.0)
	(.0)	(14.4)	(.0)	(8.3)
ความเหมาะสมอยู่ในเกณฑ์ดี	0 (.0)	3 (75.0)	1 (25.0)	4 (100.0)
	(.0)	(42.8)	(25.0)	(33.3)
ความเหมาะสมอยู่ในเกณฑ์ดีมาก	1 (14.2)	3 (42.9)	3 (42.9)	7 (100.0)
	(100.0)	(42.8)	(75.0)	(58.4)
รวม	1 (8.3)	7 (58.4)	4 (33.3)	12 (100.0)
	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

Pearson's R = .108

Approx. T^b = .345

Approx. Sig. = .737

หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บ คือ ค่าร้อยละ

4.2.5 สมมติฐานที่ 5

การรับรู้สื่อรณรงค์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของประชาชนในพื้นที่รณรงค์ (ตารางที่ 4.24) จากตารางที่ 4.24 พบว่า ประชาชนในพื้นที่รณรงค์ที่มีการรับรู้สื่อรณรงค์ในเกณฑ์ต่ำจะมีระดับการปฏิบัติตนในเกณฑ์ต่ำ (ร้อยละ 15.9) พอใช้ (ร้อยละ 47.7) ดี (ร้อยละ 29.9) และดีมาก (ร้อยละ 6.5) ประชาชนในพื้นที่รณรงค์ที่มีการรับรู้สื่อรณรงค์ในเกณฑ์พอใช้จะมีระดับการปฏิบัติตนในเกณฑ์ต่ำต้องปรับปรุง (ร้อยละ 15.8) พอใช้ (ร้อยละ 31.6) ดี (ร้อยละ 47.4) และดีมาก (ร้อยละ 5.3) ประชาชนในพื้นที่รณรงค์ที่มีการรับรู้สื่อรณรงค์ในเกณฑ์ดีจะมีระดับการปฏิบัติตนในเกณฑ์พอใช้ (ร้อยละ 33.3) ดี (ร้อยละ 41.7) และดีมาก (ร้อยละ 25.0)

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า การรับรู้สื่อรณรงค์ของประชาชนในพื้นที่รณรงค์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับการปฏิบัติตน (Pearson's R = .197) แต่มีค่า Approx.

Sig. = .014 จึงแสดงว่า การรับรู้สื่อรณรงค์ของประชาชนในพื้นที่รณรงค์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 จึงยอมรับสมมติฐานที่ 5

ตารางที่ 4.24 การรับรู้สื่อรณรงค์กับการปฏิบัติตนของประชาชนในพื้นที่รณรงค์

การรับรู้สื่อรณรงค์	การปฏิบัติตนของประชาชน ในพื้นที่รณรงค์				รวม
	ต่ำ	พอใช้	ดี	ดีมาก	
ความเหมาะสมอยู่ในเกณฑ์ต่ำ	17(15.9) (73.9)	51(47.7) (76.1)	32(29.9) (58.2)	7 (6.5) (58.3)	107(100.0) (68.2)
ความเหมาะสมอยู่ในเกณฑ์พอใช้	6(15.8) (26.1)	12(31.6) (17.9)	18(47.4) (32.7)	2(5.3) (16.7)	38(100.0) (24.2)
ความเหมาะสมอยู่ในเกณฑ์ดี	0(0) (0)	4(33.3) (6.0)	5(41.7) (9.1)	3(25.0) (25.0)	12(100.0) (7.6)
รวม	23(14.6) (100.0)	67(42.7) (100.0)	55(35.0) (100.0)	12(7.6) (100.0)	157(100.0) (100.0)

Pearson's R = .197

Approx. T^b = 2.498

Approx. Sig. = .014

หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บ คือ ค่าร้อยละ

4.2.6 สมมติฐานที่ 6

การรับรู้สื่อรณรงค์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์ (ตารางที่ 4.25)

จากตารางที่ 4.25 พบว่า การรับรู้สื่อรณรงค์ในเกณฑ์ต่ำจะมีระดับการปฏิบัติตนของประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์ในเกณฑ์ต่ำ (ร้อยละ 16.7) พอใช้ (ร้อยละ 57.1) ดี (ร้อยละ 11.9) และดีมาก (ร้อยละ 14.3) การรับรู้สื่อรณรงค์เกณฑ์พอใช้จะมีระดับการปฏิบัติตนของประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์ในเกณฑ์พอใช้ (ร้อยละ 100.0)

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า การรับรู้สื่อรณรงค์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติตนของประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์ (Pearson's R = -.014) แต่มีค่า Approx. Sig. =

.796 จึงแสดงว่า การรับรู้สื่อรณรงค์ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 จึงปฏิเสธสมมติฐานที่ 6

ตารางที่ 4.25 การรับรู้สื่อรณรงค์กับการปฏิบัติตนของประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์

การรับรู้สื่อรณรงค์	การปฏิบัติตนของประชาชน นอกพื้นที่รณรงค์				รวม
	ต่ำ	พอใช้	ดี	ดีมาก	
ความเหมาะสมอยู่ในเกณฑ์ต่ำ	7(16.7) (100.0)	24(57.1) (96.0)	5(11.9) (100.0)	6(14.3) (100.0)	42(100.0) (97.7)
ความเหมาะสมอยู่ในเกณฑ์พอใช้	0(.0) (.0)	1(100.0) (4.0)	0(.0) (.0)	0(.0) (.0)	1(100.0) (2.3)
รวม	7(16.3) (100.0)	25(58.1) (100.0)	5(11.6) (100.0)	6(14.0) (100.0)	43(100.0) (100.0)

Pearson's R = -.041

Approx. T^b = -.260

Approx. Sig. = .796

หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บ คือ ค่าร้อยละ

4.2.7 สมมติฐานที่ 7

การรับรู้สื่อรณรงค์ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมของประชาชนในพื้นที่รณรงค์สูงกว่าประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์ (ตารางที่ 4.26 และ 4.27)

ตารางที่ 4.26 ค่าเฉลี่ยของการรับรู้สื่อรณรงค์ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมของประชาชนในพื้นที่รณรงค์และประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์

ค่าทดสอบ	จำนวนตัวอย่าง (N)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
ในพื้นที่รณรงค์	157	3.1210	3.48320
นอกพื้นที่รณรงค์	43	.0000	.0000

ตารางที่ 4.27 ผลลัพธ์ในส่วน t-test ของการรับรู้สื่อรณรงค์ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมของประชาชนในพื้นที่รณรงค์และประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality for Means		
		F	Sig.	t	df	Sig.(2 tailed)
การรับรู้สื่อ	Equal Variances assumed	103.332	.000	5.865	198	.000
	Equal Variances not assumed			11.227	156	.000

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า การรับรู้สื่อรณรงค์ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมของประชาชนในพื้นที่รณรงค์สูงกว่าประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = .000$) จึงยอมรับสมมติฐานที่ 7 ดังตารางที่ 4.26 และ 4.27

4.2.8 สมมติฐานที่ 8

การปฏิบัติตนป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่รณรงค์ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมมีมากกว่าประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่รณรงค์ไม่สูงกว่าประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = .609$) จึงปฏิเสธสมมติฐานที่ 8 ดังตารางที่ 4.28 และ 4.29

ตารางที่ 4.28 ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่รณรงค์และประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์

ค่าทดสอบ	จำนวน ตัวอย่าง (N)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)
ในพื้นที่รณรงค์	157	9.955	3.870
นอกพื้นที่รณรงค์	43	9.604	4.376

ตารางที่ 4.29 ผลลัพธ์ในส่วน t-test ของการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่รณรงค์และประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig.(2 tailed)
การรับรู้ สื่อ	Equal Variances assumed	.308	.579	.512	198	.609
	Equal Variances not assumed			.477	61.167	.635

4.3 ข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโครงการการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมมาใช้ในการรณรงค์โรคมาลาเรียในภาพรวม ดังนี้

4.3.1 ผู้แทนที่ผ่านการอบรมต้องทำความเข้าใจและถ่ายทอดองค์ความรู้หรือแนวคิดในการดำเนินงานให้กับทีมงานอย่างถูกต้องและชัดเจนเพื่อให้การดำเนินงานสามารถบรรลุเป้าหมาย

4.3.2 ต้องให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานมีความรู้และความเข้าใจในหลักการของกระบวนการตลาดเชิงสังคมอย่างแท้จริง และควรมีการอบรมผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ให้มีความเข้าใจเพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรจัดการอบรมอย่างต่อเนื่อง

4.3.3 ควรสร้างพันธมิตรกับหน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่และบูรณาการกับงานอื่น ๆ ที่ออกปฏิบัติงานในพื้นที่

4.3.4 ควรจัดงบประมาณให้เพียงพอและชัดเจนว่าให้นำไปใช้ในแผนหรือโครงการใด หรือโอนงบประมาณให้กับพื้นที่ที่ปฏิบัติงานโดยตรงเพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้า

4.3.5 ควรมีระยะเวลาในการดำเนินงานมากกว่านี้ มีการจัดทำแผนการดำเนินงานและประชุมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ และจัดการรณรงค์ในช่วงเวลาที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่

4.3.6 พื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะควรจะให้ผลิตสื่อเอง แต่ถ้าพื้นที่ไหนสามารถใช้สื่อของส่วนกลางได้ ก็ควรมีการจัดสรรให้ทันก่อนการรณรงค์

4.3.7 ควรประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจในการจัดทำกระบวนการนี้และรณรงค์อย่างต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นให้ประชาชนมีความตระหนักในการช่วยป้องกันและควบคุมโรค

4.3.8 ควรทำการศึกษาและกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน โดยศึกษาข้อมูลพื้นฐานของแต่ละชุมชนให้ถูกต้องและครบถ้วน โดยเน้นในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นปัญหาจริง ๆ

4.3.9 ส่วนกลางควรมีที่ปรึกษาที่สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมมาใช้ในการรณรงค์โรคมาลาเรียแก่ผู้ปฏิบัติได้ตลอดโครงการ

4.3.10 กระทรวงสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะจุดอย่างจริงจัง และสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการวางแผนรณรงค์ประชาสัมพันธ์โรคมะเร็ง โดยสำนักโรคติดต่อเฝ้าระวัง กรมควบคุมโรค ได้มีมาตรการหลักที่จะใช้เครื่องมือการตลาดเชิงสังคมในการเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร ซึ่งได้กำหนดวิธีประชาสัมพันธ์เชิงรุกที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ และได้นำมาใช้ในปี พ.ศ. 2547 ที่ผ่านมา หน่วยงานและบุคลากรที่ผ่านการอบรมและประชุมเชิงปฏิบัติการแล้วได้นำรูปแบบการตลาดเชิงสังคมไปทดสอบใช้ในพื้นที่จริงหลายพื้นที่ทั่วประเทศ ดังนั้น เพื่อเป็นการแสดงผลว่ากระบวนการตลาดเชิงสังคมในการปฏิบัติจริงได้ผลมากน้อยเพียงใด จึงมีความจำเป็นที่จะต้องประเมินผลการปฏิบัติงานให้ชัดเจน

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ประเมินโดยใช้วิธีการวิเคราะห์การนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมมาใช้ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยด้านกระบวนการ ปัจจัยผลผลิต ปัจจัยภายนอก รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังการรณรงค์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานรณรงค์จำนวน 12 คน และประชาชนในและนอกพื้นที่ที่ทำการรณรงค์ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมจำนวน 200 ตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ (Statistical Package for the Social Science : SPSS Version 13) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร คือ สหสัมพันธ์ที่เรียกว่า Pearson's R Product – Moment Correlation ทำให้นอกจากได้ทราบความสัมพันธ์แล้ว ยังสามารถใช้ในการระบุขนาด และทิศทางของตัวแปรที่ทำการศึกษา และใช้สถิติทดสอบ T – test สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปร ซึ่งสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

5.1.1 ผลการศึกษา

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการวางแผนรณรงค์ประชาสัมพันธ์โรคมะเร็ง สามารถสรุปผลได้ดังนี้

ผลการศึกษาปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงานโครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม พบว่า ส่วนใหญ่ปัจจัยนำเข้ามีความเหมาะสม/สอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ต่ำต้องปรับปรุงและอยู่ในเกณฑ์ต่ำเกินไป คิดเป็นร้อยละ 41.7

ผลการศึกษาปัจจัยด้านกระบวนการในการอบรมกระบวนการตลาดเชิงสังคม พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี คิดเป็นร้อยละ 41.7

ผลการศึกษาปัจจัยภายนอกของโครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 58.4

ผลการศึกษาการดำเนินงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมของเจ้าหน้าที่ พบว่า ส่วนใหญ่มีการดำเนินงานอยู่ในเกณฑ์ดีมาก คิดเป็นร้อยละ 58.4

ผลการศึกษาการรับรู้สื่อรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งด้วยแนวทางการตลาดเชิงสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่รณรงค์เคยเห็นสื่อ/สิ่งของ 1. หนังสือพิมพ์แสงสว่าง คิดเป็นร้อยละ 23.6 และได้รับสื่อดังกล่าว คิดเป็นร้อยละ 5.7 จากกลุ่มตัวอย่างที่เคยเห็นหรือได้รับดังกล่าวมีความคิดเห็นว่า สื่อดังกล่าวมีความเหมาะสมด้านเนื้อหามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.8 และระดับความชื่นชอบส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 86.7 กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่รณรงค์เคยเห็นสื่อ/สิ่งของ 2. ป้ายคัดเอ้าท์ คิดเป็นร้อยละ 56.1 และได้รับสื่อดังกล่าว คิดเป็นร้อยละ 23.6 จากกลุ่มตัวอย่างที่เคยเห็นหรือได้รับดังกล่าวมีความคิดเห็นว่า สื่อดังกล่าวมีความเหมาะสมด้านเนื้อหามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.0 แต่ไม่เหมาะสม คือ ด้านรูปแบบ คิดเป็นร้อยละ 2.5 และระดับความชื่นชอบส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.0 กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่รณรงค์เคยเห็นสื่อ/สิ่งของ 3. สติกเกอร์รวมพลัง คิดเป็นร้อยละ 36.9 และได้รับสื่อดังกล่าว คิดเป็นร้อยละ 14.0 จากกลุ่มตัวอย่างที่เคยเห็นหรือได้รับดังกล่าวมีความคิดเห็นว่า สื่อดังกล่าวมีความเหมาะสมด้านเนื้อหามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.6 แต่ไม่เหมาะสม คือ ด้านสีสันทัน คิดเป็นร้อยละ 5.8 และระดับความชื่นชอบส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.3

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อประเมินผลพฤติกรรมของประชาชนภายหลังการรณรงค์โดยใช้รูปแบบการตลาดเชิงสังคมในการรณรงค์ประชาสัมพันธ์โรคมะเร็ง สามารถสรุปผลได้ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่รณรงค์ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียอยู่ในเกณฑ์พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 42.7 รองลงมา คือ อยู่ในเกณฑ์ดี คิดเป็นร้อยละ 35.0 จำต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 14.7 และดีมาก คิดเป็นร้อยละ 7.6

5.1.2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยนำเข้าของเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับการนำความรู้ความเข้าใจเรื่อง การตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการปฏิบัติงานรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย พบว่า ปัจจัยนำเข้าของเจ้าหน้าที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการนำความรู้ความเข้าใจเรื่องการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการปฏิบัติงานรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยด้านกระบวนการมีความสัมพันธ์กับการนำความรู้ความเข้าใจเรื่อง การตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการปฏิบัติงานรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย พบว่า ปัจจัยด้านกระบวนการของเจ้าหน้าที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการนำความรู้ความเข้าใจกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยภายนอกมีความสัมพันธ์กับการนำความรู้ความเข้าใจเรื่องการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการปฏิบัติงานรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย พบว่า ปัจจัยภายนอกของเจ้าหน้าที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการนำความรู้ความเข้าใจกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

สมมติฐานที่ 4 การนำความรู้ไปปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่รณรงค์ พบว่า การนำความรู้ไปปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของประชาชนในพื้นที่รณรงค์ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

สมมติฐานที่ 5 การรับรู้สื่อรณรงค์ของประชาชนในพื้นที่รณรงค์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของประชาชนในพื้นที่รณรงค์ พบว่า การรับรู้สื่อรณรงค์ของประชาชนในพื้นที่รณรงค์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

สมมติฐานที่ 6 การรับรู้สื่อรณรงค์ของประชาชนนอกพื้นที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์ พบว่า การรับรู้สื่อรณรงค์ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

สมมติฐานที่ 7 การรับรู้สื่อรณรงค์ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมของประชาชนในพื้นที่รณรงค์สูงกว่าประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์ พบว่า การรับรู้สื่อรณรงค์ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมของประชาชนในพื้นที่รณรงค์สูงกว่าประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

สมมติฐานที่ 8 การปฏิบัติตนป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่
รณรงค์ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมมีมากกว่าประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์ด้วยกระบวนการ
ตลาดเชิงสังคม พบว่า การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่
รณรงค์สูงกว่าประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

5.2 อภิปรายผล

5.2.1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยนำเข้าของเจ้าหน้าที่กับการนำความรู้ความเข้าใจเรื่อง การตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการปฏิบัติงานรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย

จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ปัจจัยนำเข้าของเจ้าหน้าที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการนำ
ความรู้ความเข้าใจเรื่องการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการปฏิบัติงานรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรค
มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่า การเข้าอบรม ความรู้และทัศนคติใน
กระบวนการตลาดเชิงสังคม ความเพียงพอและความเหมาะสมในการกระจายของงบประมาณต่อ
กิจกรรม รวมถึงความเหมาะสมและความสอดคล้องของโครงการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมมา
ใช้ในการวางแผนรณรงค์โรคมาลาเรียกับแผนงานระดับสำนักงานควบคุมโรค (สคร.) และระดับ
จังหวัด ไม่มีความสัมพันธ์กับ การนำความรู้ การนำขั้นตอนกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการ
ปฏิบัติงาน และผลการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ ทั้งนี้จะเนื่องมาจากการรับความรู้ความเข้าใจ
เรื่องการตลาดเชิงสังคมเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ต้องสอดคล้องกับความคิด
ความเชื่อ ทัศนคติ ของเจ้าหน้าที่ให้มากที่สุด เพื่อให้เจ้าหน้าที่เข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้ ซึ่ง
สอดคล้องกับหลักที่ต้องคำนึงถึงเพื่อประสิทธิภาพในการสื่อสารของ วาสนา จันทรสว่าง (2540:
20-21) ผลการศึกษานี้แตกต่างกับผลการศึกษาของ นันทมาศ มาลัยทอง (2548: บทคัดย่อ) ที่พบว่า
ปัจจัยนำเข้าในระดับอำเภอที่แตกต่างกันมีผลต่อผลการดำเนิน โครงการการกำจัด โรคเท้าช้างอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2.2 ความสัมพันธ์ของ ปัจจัยด้านกระบวนการกับการนำความรู้ความเข้าใจเรื่อง การตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการปฏิบัติงานรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย

จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ปัจจัยด้านกระบวนการของเจ้าหน้าที่ไม่มีความสัมพันธ์
กับการนำความรู้ความเข้าใจเรื่องกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการปฏิบัติงานรณรงค์ป้องกัน
และควบคุมโรคมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่า กระบวนการอบรม เนื้อหา
ในการอบรม สื่อที่ใช้ในการอบรม วิทยากรผู้อบรม และระดับความรู้ความเข้าใจหลังเข้ารับการ

อบรมไม่มีความสัมพันธ์กับ การนำความรู้ การนำขั้นตอนกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการปฏิบัติงาน และผลการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นันทมาศ มาลัยทอง (2548: บทคัดย่อ) ที่พบว่า ปัจจัยด้านกระบวนการในระดับอำเภอที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อผลการดำเนินโครงการกำจัดโรคเท้าช้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2.3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยภายนอกกับการนำความรู้ความเข้าใจเรื่องการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการปฏิบัติงานรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย

จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ปัจจัยภายนอกของโครงการไม่มีความสัมพันธ์กับการนำความรู้ความเข้าใจกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการรณรงค์ป้องกันและควบคุม โรคมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนจากหน่วยงาน และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และการสนับสนุน/ร่วมมือจากประชาชนไม่มีความสัมพันธ์กับการนำความรู้ ความเข้าใจเรื่องการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้จะเนื่องมาจากการนำความรู้ความเข้าใจกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการรณรงค์ป้องกันและควบคุม โรคมาลาเรียนั้นเป็นการดำเนินงานตามวาระปกติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เปลี่ยนแปลงเฉพาะรูปแบบการรณรงค์โดยใช้สื่อที่ได้จากกระบวนการตลาดเชิงสังคม แต่การดำเนินการอื่น ๆ ยังคงรูปแบบเดิม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนันทมาศ มาลัยทอง (2548: บทคัดย่อ) ที่พบว่า ปัจจัยภายนอกระดับอำเภอที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อผลการดำเนิน โครงการกำจัดโรคเท้าช้างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

5.2.4 ความสัมพันธ์ของการนำความรู้ความเข้าใจเรื่องการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการปฏิบัติงานรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียกับการปฏิบัติคนในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่รณรงค์

จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า การนำความรู้ไปปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติคนของประชาชนในพื้นที่รณรงค์ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่า การนำความรู้ ขั้นตอนกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการปฏิบัติงาน และผลการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติคนของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ทั้งนี้จะเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบมีความรู้ในเรื่องการตลาดเชิงสังคมน้อย ต้องปฏิบัติงานหลายอย่างและทำการรณรงค์ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมไม่ครอบคลุมต่อเนื่องเพียงพอ ทำให้การนำความรู้ไปปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติคนของประชาชนในพื้นที่รณรงค์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุกัญญา นาคสุข (2538: บทคัดย่อ) ที่พบว่า ปัญหาที่หน่วยงานประชาสัมพันธ์ของรัฐส่วนใหญ่ประสบคล้ายคลึงกัน

คือ การขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณ รวมทั้งหัวหน้าหน่วยงานประชาสัมพันธ์ของรัฐส่วนใหญ่มีคุณวุฒิด้านวารสารศาสตร์ นิเทศศาสตร์ หรือประชาสัมพันธ์ไม่ถึงครึ่งหนึ่ง

5.2.5 ความสัมพันธ์ของการรับรู้สื่อรณรงค์ของประชาชนในพื้นที่รณรงค์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่รณรงค์

จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า การรับรู้สื่อรณรงค์ของประชาชนในพื้นที่รณรงค์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับการปฏิบัติตนของประชาชนในพื้นที่รณรงค์ แต่มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยประชาชนในพื้นที่รณรงค์ที่มีการรับรู้สื่อรณรงค์ในเกณฑ์ต่ำจะมีระดับการปฏิบัติตนในเกณฑ์พอใช้ และประชาชนในพื้นที่รณรงค์ที่มีการรับรู้สื่อรณรงค์ในเกณฑ์ดีจะมีระดับการปฏิบัติตนในเกณฑ์ดี ทั้งนี้เนื่องจาก การที่บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกันนั้นมีปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง คือ การเปิดรับสื่อ(สุรพงษ์ โสชนะเสถียร, 2533 อ้างถึงในอรวรรณ ปิณฑน์ โอวาท, 2546: 39-41)

5.2.6 ความสัมพันธ์ของการรับรู้สื่อรณรงค์ของประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์

จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า การรับรู้สื่อรณรงค์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติตนของประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์ แต่ไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจาก ความแตกต่างอันเนื่องมาจากการเปิดรับสื่อและความแตกต่างในการแปลความสารที่ได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิไลพรรณ กาญจนลักษณ์ (2533: บทคัดย่อ) ที่พบว่า การรับฟังข่าวสารผ่านเสียงตามสายไม่มีผลต่อการรับรู้ข่าวสารด้านสาธารณสุข

5.2.7 การรับรู้สื่อรณรงค์ของประชาชนในพื้นที่รณรงค์สูงกว่าประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์

จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า การรับรู้สื่อรณรงค์ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมของประชาชนในพื้นที่รณรงค์สูงกว่าประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ทำการรณรงค์ด้วยสื่อโดยกระบวนการตลาดเชิงสังคม มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้สื่อรณรงค์สูงกว่าประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์ ทั้งนี้เนื่องจาก การวางแผนการรณรงค์ ได้กำหนดขอบเขตด้านพื้นที่และประชากร เพื่อใช้ในการตรวจสอบผลการดำเนินงานการตลาดเชิงสังคม ดังนั้น การรับรู้สื่อรณรงค์ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมของประชาชนในพื้นที่รณรงค์จึงสูงกว่าประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์

5.2.8 การปฏิบัติคนป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่รณรงค์ด้วย กระบวนการตลาดเชิงสังคมสูงกว่าประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์

จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า การปฏิบัติคนในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่รณรงค์สูงกว่าประชาชนนอกพื้นที่รณรงค์ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้จะเนื่องมาจากกระบวนการตลาดเชิงสังคม เป็นการประยุกต์ใช้เทคนิคทางการตลาดทางการค้ามาใช้ให้เกิดประโยชน์ตามเป้าหมายของสังคม เช่น เจ้าหน้าที่ได้เสนอข้อมูลข่าวสารที่ประชาชนต้องการ คือ ประชาชนจะได้รับประโยชน์ในการป้องกันโรคมาลาเรีย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รุ่งนภา เพชรปานกัน (2543: บทคัดย่อ) ที่พบว่า ประชาชนที่มีการรับรู้ข่าวสารแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

5.3.1.1 ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้สื่อรณรงค์ของประชาชนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน จึงควรมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องและการผลิตสื่อรณรงค์ควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม หรือสามารถเข้าใจได้ง่าย มีความชัดเจน การส่งเสริมให้ประชาชนรับรู้สื่อรณรงค์มากขึ้นย่อมส่งผลให้ประชาชนมีการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียได้มากขึ้น

5.3.1.2 ในการพัฒนาสื่อรณรงค์ยังต้องมีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายด้วย เนื่องจากสภาพบางพื้นที่เป็นพื้นที่ตามแนวชายแดน การสื่อสารหรือการจัดทำสื่อจึงต้องให้มีความเหมาะสมกับประชาชนในพื้นที่

5.3.1.3 จากการศึกษา พบว่า ช่องทางที่ต้องการรับสื่อรณรงค์โรคมาลาเรียของประชาชนมากที่สุด คือ ต้องการรับสื่อจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออสม. รองลงมา คือ ผู้นำชุมชน ดังนั้น จึงควรสร้างพันธมิตรกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออสม. ควรร่วมมือกับ ผู้นำชุมชน ในการบูรณาการกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการรณรงค์โรคมาลาเรียร่วมกับงานอื่น ๆ ที่ออกปฏิบัติงานในพื้นที่

5.3.1.4 ควรนำการประเมินผลการดำเนินงานจากกระบวนการตลาดเชิงสังคมที่ผ่านมา มาใช้ในการวางแผนการใช้ข้อมูลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียให้มากยิ่งขึ้น

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

5.3.2.1 หลักการของการตลาดเชิงสังคม คือ การที่บุคคลเลือกที่จะทำพฤติกรรมใด ๆ ขึ้นอยู่กับการมองเห็นประโยชน์จากพฤติกรรมนั้น ๆ ว่ามีมากน้อยเพียงใด และแรงหนุนจากกลุ่มเพื่อนหรือคนอื่น ๆ ในสังคมว่ามากน้อยเพียงใด ดังนั้นหากทำการศึกษาถึงทัศนคติ/ความคิดต่อการมองเห็นประโยชน์จากพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคมalariaเรื้อรังของประชาชนก็จะทำให้การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคมalariaเรื้อรังด้วยตนเองของประชาชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น

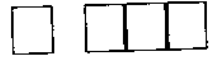
5.3.2.2 เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานโครงการของโรคมalariaเรื้อรัง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับศูนย์ควบคุมโรคติดต่ออำเภอ โดยแมลง และระดับหน่วยควบคุมโรคติดต่ออำเภอ โดยแมลง ซึ่งไม่ตรงกับกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมการตลาดเชิงสังคมซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในส่วนกลางและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคติดต่ออำเภอ โดยแมลง ดังนั้น จึงควรทำการสัมภาษณ์ในระดับผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น

5.3.2.3 เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านงบประมาณและระยะเวลา จึงทำให้ข้อมูลที่เก็บได้อาจขาดข้อมูลบางอย่าง ดังนั้นในการประเมินผลครั้งต่อไป ควรเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมตามแต่ละพื้นที่ จึงจะได้ข้อมูลที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

**แบบสอบถาม สำหรับเจ้าหน้าที่ซึ่งผ่านการอบรมโครงการนำ
กระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการวางแผนรณรงค์โรคมalaria**



แบบสอบถามเจ้าหน้าที่
แบบสอบถามเจ้าหน้าที่ซึ่งผ่านการอบรมโครงการนำกระบวนการตลาด
เชิงสังคมไปใช้ในการวางแผนรณรงค์ป้องกัน และควบคุมโรคมลาเรีย

คำชี้แจง แบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมลาเรียด้วยกระบวนการตลาด

เชิงสังคม

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านกระบวนการในการอบรมการตลาดเชิงสังคมเพื่อการรณรงค์ป้องกันและควบคุม

โรคมลาเรีย

ส่วนที่ 4 ผลของการดำเนินงาน โครงการป้องกันและควบคุมโรคมลาเรียด้วยกระบวนการตลาด

เชิงสังคม

ส่วนที่ 5 ปัจจัยภายนอกของโครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมลาเรียด้วยกระบวนการตลาด

เชิงสังคม

ส่วนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุม

โรคมลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม

กรุณากรอกข้อมูลที่เป็นจริง ตามความคิดเห็นของท่าน โดยข้อมูลนี้จะถูกเก็บไว้เป็น
ความลับและขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบทางลบต่อท่าน คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง
ในความร่วมมือจากท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

คณะผู้ทำวิจัย

นักศึกษาศาสนาบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ

1.1 ชื่อ - สกุล.....

1.2 เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ ที่บ้าน.....
ที่ทำงาน.....

1.3 หน่วยงาน.....
ฝ่าย/ศูนย์/กลุ่ม.....

1.4 ตำแหน่ง.....

1.5 อายุ.....ปี (เต็ม)

1.6 เพศ () ชาย () หญิง

1.7 ระดับการศึกษาสูงสุด

- | | |
|----------------------------------|---|
| () ประถมศึกษา | () อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ปวส./ปกศ.สูง |
| () มัธยมศึกษาตอนต้น | () ปริญญาตรี |
| () มัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีวศึกษา | () สูงกว่าปริญญาตรี |

1.8 ระยะเวลาการทำงานในด้านการณรงค์ เผยแพร่และประชาสัมพันธ์โรคมมาลาเรีย

- | | |
|------------------|------------------|
| () ต่ำกว่า 1 ปี | () 1 – 5 ปี |
| () 6 – 10 ปี | () 10 ปี ขึ้นไป |

1.9 บทบาท/ความรับผิดชอบเกี่ยวกับโรคมมาลาเรีย ท่านมีหน้าที่อะไร และปฏิบัติงานอย่างไร

.....

.....

.....

1.10 ท่านเคยได้รับการอบรม เรื่องโรคมมาลาเรียหรือไม่

- | | |
|------------|-------------------------|
| () ไม่เคย | () เคย จำนวน.....ครั้ง |
|------------|-------------------------|

โครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมalariaเรื้อ (ตอบเฉพาะผู้ที่นำไปปฏิบัติในการรณรงค์ป้องกัน
และควบคุมโรคมalariaเรื้อ)

ส่วนที่ 2 ป้อนข้อมูลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมalariaเรื้อด้วยกระบวนการตลาด
เชิงสังคม

2.1. บุคลากร

2.1.1 ท่านคิดว่าเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ของท่านมีความรู้ ความเข้าใจใน
กระบวนการตลาดเชิงสังคม และสามารถนำมาใช้ในการรณรงค์เพื่อป้องกันและควบคุมโรค
malariaเรื้อได้เพียงใด

- () ไม่มีความรู้ความเข้าใจเพียงพอ
- () มีความรู้ความเข้าใจน้อย
- () มีความรู้ความเข้าใจปานกลาง
- () มีความรู้ความเข้าใจดีมาก

2.2. งบประมาณ

2.2.1 ท่านคิดว่างบประมาณที่ใช้ในการสนับสนุนโครงการป้องกันและควบคุมโรค
malariaเรื้อด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมมีความเพียงพอต่อการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพ
หรือไม่

- () ไม่เพียงพอ เพราะ (โปรดระบุ)

.....

- () เพียงพอ..... เพราะ (โปรดระบุ)

.....

2.3. แผนงาน/โครงการ

2.3.1 ท่านคิดว่าแผนการดำเนินโครงการป้องกันและควบคุมโรคมลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมในแต่ละพื้นที่ มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับแผนงาน/โครงการป้องกันและควบคุมโรคมลาเรีย ในระดับประเทศหรือไม่

() ไม่เหมาะสมและไม่สอดคล้อง เพราะ.....

.....

() เหมาะสมและสอดคล้อง เพราะ.....

.....

2.3.2 ท่านคิดว่าแผนการดำเนินโครงการป้องกันและควบคุมโรคมลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมในแต่ละพื้นที่ มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับแผนงาน/โครงการป้องกัน และควบคุมโรคมลาเรีย ในระดับจังหวัดหรือไม่

() ไม่เหมาะสมและไม่สอดคล้อง เพราะ.....

.....

() เหมาะสมและสอดคล้อง เพราะ.....

.....

2.3.3 ท่านคิดว่าแผนการดำเนินโครงการป้องกันและควบคุมโรคมลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมในแต่ละพื้นที่ มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับแผนงาน/โครงการป้องกัน และควบคุมโรคมลาเรีย ในระดับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคหรือไม่

() ไม่เหมาะสมและไม่สอดคล้อง เพราะ.....

.....

() เหมาะสมและสอดคล้อง เพราะ.....

.....

**ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านกระบวนการในการอบรมการตลาดเชิงสังคม เพื่อการณรงค์ป้องกันและ
ควบคุมโรคมาลาเรีย**

3.1 ท่านได้เข้ารับการอบรมการวางแผนการณรงค์ด้วยวิธีการตลาดเชิงสังคมครบทุกขั้นตอนหรือไม่

- () ไม่ได้เข้ารับการฝึกอบรม
() ไม่ครบทุกขั้นตอน
() ครบทุกขั้นตอน (10 ขั้นตอน)

3.2 กระบวนการอบรม

3.2.1 ท่านคิดว่ากระบวนการอบรมเรื่องกระบวนการตลาดเชิงสังคมสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียได้หรือไม่ อย่างไร

() ไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ เพราะ.....

.....

() สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ เพราะ.....

.....

3.3 เนื้อหาในการอบรม

3.3.1 ท่านคิดว่าเนื้อหาในการฝึกอบรมเรื่องกระบวนการตลาดเชิงสังคมมีความเหมาะสมในการนำไปใช้รณรงค์ป้องกัน และควบคุมโรคมาลาเรียหรือไม่ อย่างไร

() ไม่เหมาะสม เพราะ.....

.....

() เหมาะสม เพราะ.....

.....

3.4 สื่อที่ใช้ในการฝึกอบรม

3.4.1 ท่านคิดว่าสื่อที่ใช้ในการฝึกอบรมมีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร

() ไม่เหมาะสม เพราะ.....

.....

() เหมาะสม เพราะ.....

.....

3.5 วิทยากรที่บรรยาย

3.5.1 ท่านคิดว่าวิทยากรในการฝึกอบรมมีความรู้ในเรื่องที่บรรยายมากน้อยเพียงใด

() มาก () ปานกลาง () น้อย

3.5.2 วิทยากรมีความสามารถในการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจได้มากเพียงใด

() มาก () ปานกลาง () น้อย

3.6 ท่านมีความรู้ความเข้าใจภายหลัง การเข้ารับการอบรมด้วยวิธีการณรงค์ป้องกัน และควบคุมโรคมาลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมเพียงใด

() ไม่มีความเข้าใจ เพราะ.....

.....

() เข้าใจน้อย เพราะ.....

.....

() เข้าใจปานกลาง เพราะ.....

.....

() เข้าใจดีมาก สามารถนำไปปฏิบัติได้ เพราะ.....

.....

3.7 ข้อเสนอแนะในการเข้ารับการอบรมเรื่องการตลาดเชิงสังคม

.....

.....

3.8 หลังจากที่ท่านผ่านการอบรมแล้วท่านมีการนำความรู้ที่ได้จากการอบรมโครงการณรงค์ป้องกัน และควบคุมโรคมาลาเรียไปปฏิบัติหรือไม่

- () นำไปปฏิบัติ
- () ไม่นำไปปฏิบัติ

ส่วนที่ 4 ผลการดำเนินงานโครงการป้องกัน และควบคุมโรคมาลาเรีย ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม

4.1 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการตลาดเชิงสังคม

4.1.1 ข้อใดไม่ใช่ความหมายของ การตลาดเชิงสังคม (Social Marketing)

- () เป็นการประยุกต์หลักการมาใช้ในการออกแบบและดำเนินการรณรงค์เพื่อการสื่อสารประเด็นด้านสาธารณสุขและด้านสังคม
- () เป็นการประยุกต์หลักการมาใช้ในการออกแบบและดำเนินการรณรงค์เพื่อการสื่อสารประเด็นด้านการค้าและบริการ
- () เป็นการนำแนวคิดหลักและหลักการของการตลาดทางการค้ามาใช้เพื่อเร่งรัดให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในสังคมหรืออีกนัยหนึ่งเป็นนวัตกรรมที่ใช้เทคนิคทางการตลาดทางการค้ามาใช้ให้เกิดประโยชน์ตามเป้าหมายของสังคม
- () เป็นการออกแบบ (Design) การนำแผนมาใช้ (Implementation) และการควบคุม (Control) แผนที่เราจัดทำขึ้นเพื่อให้มีอิทธิพลต่อการยอมรับในความคิดทางสังคมและรวมถึงการพิจารณาในเรื่องของการวางแผนสินค้า เป็นต้น

4.1.2 ส่วนผสมทางการตลาดเชิงสังคม มีองค์ประกอบอะไรบ้าง

- () 4 Ps ได้แก่ Procedure, Price, Place และ Promotion
- () 4 Ps ได้แก่ Product, Prices, Place และ Promotion
- () 4 Ps ได้แก่ Product, Prices, Place และ Practice
- () 4 Ps ได้แก่ Procedure, Prices, Place และ Presentation

4.2 กิจกรรม

4.2.1 ท่านมีเกณฑ์การประเมินผลงานหลังจากได้ดำเนินการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมหรือไม่ อย่างไร

() ไม่มี เพราะ.....

.....

.....

() มี คือ

.....

.....

4.2.2 ประชาชนที่ปฏิบัติงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบหลังรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคมมีจำนวนเป็นอย่างไร

() ไม่ทราบ

() ทราบ คือ

☐ มีจำนวนลดลง

☐ มีจำนวนเท่าเดิม

☐ มีจำนวนเพิ่มขึ้น

4.2.3 ในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบมีการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมมาใช้ในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียหรือไม่

() ไม่มี เพราะ.....

.....

() มี โปรดระบุกิจกรรมที่ทำ

1. กิจกรรม.....ระยะเวลาที่กำหนด.....
สถานที่.....งบประมาณ.....บาท
2. กิจกรรม.....ระยะเวลาที่กำหนด.....
สถานที่.....งบประมาณ.....บาท
3. กิจกรรม.....ระยะเวลาที่กำหนด.....
สถานที่.....งบประมาณ.....บาท

4.2.4 การปฏิบัติกิจกรรม ในโครงการณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม ได้มีการดำเนินงานเป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแผนงานที่วางไว้หรือไม่

() ไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด เพราะ (โปรดระบุ).....

.....

() เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด

4.2.5 การปฏิบัติกิจกรรมในโครงการณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม ได้มีการดำเนินงานครบทุกกิจกรรมหรือไม่

() ปฏิบัติงานไม่ครบทุกกิจกรรม เพราะ (โปรดระบุ).....

.....

() ปฏิบัติงานครบทุกกิจกรรม

4.2.6 ขั้นตอน

4.5.1 ขั้นตอนการดำเนินงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม มีความเหมาะสมที่จะสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดไว้หรือไม่

() ไม่มีความเหมาะสม เพราะ (โปรดระบุ).....

.....

() มีความเหมาะสม เพราะ (โปรดระบุ).....

.....

4.5.2 โปรด ✓ ในช่องขั้นตอนการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมมาใช้ ณ สถานที่ของท่าน

ขั้นตอน	การปฏิบัติ		
	ไม่ได้ปฏิบัติ	นำมาปฏิบัติ	
		ทำเอง	จ้างผู้อื่นทำ
1. ศึกษาการเข้าถึง /พฤติกรรม กลุ่มเป้าหมายในการรณรงค์			
2. กำหนดวิธีวัดผลจากการรณรงค์			
3. ศึกษาช่องทางสื่อกลางอะไรบ้างถึงกลุ่มเป้าหมาย			
4. ศึกษาว่ากลุ่มเป้าหมายจะเห็นประโยชน์อะไร ในการทำพฤติกรรมที่รณรงค์			
5. ศึกษาอุปสรรค ค่าใช้จ่าย สิ่งที่ต้องการลงทุนของกลุ่มเป้าหมายในการทำพฤติกรรมที่รณรงค์			
6. กำหนดเนื้อหาสาระที่จะสื่อสาร จากผลการศึกษาข้างต้น			
7. กำหนด Tone และ Style ที่จะใช้ในการสื่อสาร			
8. ทดสอบเนื้อหาสาระ/สื่อ และปรับแก้			
9. กำหนดวิธีการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินประสิทธิผลการรณรงค์			
10. วางแผนการใช้ข้อมูลจากการประเมินผลในการปรับปรุงเนื้อหาสาระ ช่องทางและแผนงานอื่น ๆ			

ส่วนที่ 5 ปัจจัยภายนอกของโครงการรณรงค์ป้องกัน และควบคุมโรคมาลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม

5.1. ในการดำเนินงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม นโยบายของรัฐบาล กระทรวง และ กรมที่เกี่ยวข้อง มีส่วนเอื้ออำนวย/สนับสนุนหรือไม่ อย่างไร

() ไม่มีส่วนช่วย เพราะ (โปรดระบุ).....

.....

() มีส่วนช่วย (โปรดระบุ).....

.....

5.2. ในการดำเนินงานตามโครงการป้องกันและควบคุมโรคมลาเรียด้วย กระบวนการตลาดเชิง
สังคม หน่วยงานของท่านได้รับความร่วมมือ/สนับสนุนจากภาครัฐ เอกชนและหน่วยงานอื่น ๆ
หรือไม่

() ไม่ได้รับ เพราะ.....

.....

() ได้รับ (โปรดระบุหน่วยงาน)

.....

ลักษณะความร่วมมือสนับสนุน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | |
|------------------|------------------|-------------|
| () งบประมาณ | () บุคลากร | () ข้อมูล |
| () วัสดุอุปกรณ์ | () สถานที่ | () วิชาการ |
| () ยานพาหนะ | () อื่น ๆ | |

5.3. ในการดำเนินงานตามโครงการป้องกัน และควบคุมโรคมลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิง
สังคม หน่วยงานของท่านได้รับความร่วมมือ/สนับสนุนจากประชาชนในท้องถิ่นหรือไม่ อย่างไร

() ไม่ได้รับ เพราะ.....

.....

() ได้รับ โปรดระบุลักษณะของความร่วมมือ/สนับสนุน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| () เงินสนับสนุน | () วัสดุอุปกรณ์/สถานที่ |
| () ร่วมเป็นอาสาสมัคร | () มารับยา/มารับการรักษา |
| () แจ้งข้อมูลผู้ป่วย | () มารับผลิตภัณฑ์/สื่อ |
| () เข้าร่วมประชุม/อบรม | () มารับการเจาะโลหิต |
| () อื่น ๆ | |

[illegible][illegible]

6.3. ท่านมีความคาดหวังในการนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมไปใช้ในการณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียอย่างไร

[illegible]

6.4. ท่านคิดว่าในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบมีความต้องการและเหมาะสมเพียงใดในการที่จะรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียด้วยกระบวนการตลาดเชิงสังคม

[illegible]

ภาคผนวก ข

**แบบสอบถาม ประชาชนการประเมินโครงการรณรงค์ป้องกันและ
ควบคุมโรคมาลาเรียด้วยแนวทางการตลาดเชิงสังคม**

--	--	--	--

แบบสอบถามประชาชน

การประเมินโครงการรณรงค์ป้องกัน และควบคุมโรคมาลาเรีย ด้วยแนวทางการตลาดเชิงสังคม

คำชี้แจง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ

ส่วนที่ 2 ความรับรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับการรณรงค์ป้องกัน และควบคุมโรคมาลาเรียด้วย
แนวทางการตลาดเชิงสังคม

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตนและการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรคมาลาเรีย

กรุณากรอกข้อมูลที่เป็นจริง ตามความคิดเห็นของท่าน โดยข้อมูลนี้จะถูกเก็บไว้เป็น
ความลับและขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบทางลบต่อท่าน คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง
ในความร่วมมือจากท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

คณะผู้ทำวิจัย

นักศึกษาสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ

1. เพศ () ชาย () หญิง

2. อายุ.....ปี (เต็ม)

3. สถานภาพสมรส

() โสด () สมรสและอยู่ด้วยกัน
() สมรสแต่แยกกันอยู่ () หม้าย/หย่าร้าง

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

() ไม่ได้เรียนหนังสือ () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษาตอนต้น () มัธยมศึกษาตอนปลายหรืออาชีวศึกษา
() อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ปวส./ปวท./ปกศ.สูง
() ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี

5. ระยะเวลาการเข้ามาดำรงถิ่นฐานอยู่ในสถานที่อยู่ปัจจุบัน.....ปี

6. อาชีพปัจจุบัน

() เกษตรกร (ทำไร่ ทำนา หรือทำสวน) () เก็บของป่า
() รับจ้างทั่วไป () รับจ้างทางการเกษตรหรือปศุสัตว์
() รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ () ลูกจ้างบริษัทเอกชน
() ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว () แม่บ้าน
() อื่น ๆ โปรดระบุ.....

7. ท่านมีรายได้จากการประกอบอาชีพประจำเป็นจำนวนเท่าใดต่อเดือน

() ต่ำกว่า 3,000 บาท () 3,001 – 5,000 บาท
() 5,001 – 7,000 บาท () 7,001 – 9,000 บาท
() 9,001 บาท ขึ้นไป

8. ท่านเคยเป็นผู้นำในชุมชนหรือไม่ (เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต. เทศบาล กรรมการชุมชน)

() ไม่เคยเป็น

() เคยเป็น

() กำลังเป็นในปัจจุบัน โปรดระบุตำแหน่ง.....

9. ท่านเคยเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมหรือไม่ (เช่น กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเพาะเห็ด)

() ไม่เคยเป็น

() เคยเป็น

() กำลังเป็นในปัจจุบัน โปรดระบุตำแหน่ง.....

ส่วนที่ 2 ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับการรณรงค์ป้องกัน และควบคุมโรคมาลาเรียด้วย แนวทางการตลาดเชิงสังคม

1. สื่อ/สิ่งของ ที่ได้จากการจัดโครงการรณรงค์ป้องกัน และควบคุมโรคมาลาเรียด้วยวิธีการตลาดเชิงสังคมตั้งแต่เดือนเมษายนที่ผ่านมาที่ท่านเคยพบ/ได้รับ

สื่อ/สิ่งของ 1.หนังสือพิมพ์แสงสว่าง.....() ไม่เคยเห็น (ไม่ต้องตอบข้อมูลด้านล่าง) () เคยเห็น (โปรดตอบข้อมูลด้านล่าง)			
() ไม่ได้รับ	() ได้รับ		ท่านมีความชอบสื่อที่ได้รับเพียงใด () มาก เพราะ..... () ปานกลาง () น้อย () ไม่ชอบ เพราะ.....
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	
	() เนื้อหา	() เนื้อหา	
	() รูปแบบ	() รูปแบบ	
	() สีสีน	() สีสีน	
	() อื่น ๆ.....	() อื่น ๆ.....	
ผลิตภัณฑ์นี้มีประโยชน์/สื่อถึงอะไร.....			

สื่อ/สิ่งของ 2.....ป้ายคัดเข้าท์() ไม่เคยเห็น (ไม่ต้องตอบข้อมูลด้านล่าง) () เคยเห็น (โปรดตอบข้อมูลด้านล่าง)			
() ไม่ได้รับ	() ได้รับ		ท่านมีความชอบสื่อที่ได้รับเพียงใด () มาก เพราะ..... () ปานกลาง () น้อย () ไม่ชอบ เพราะ.....
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	
	() เนื้อหา	() เนื้อหา	
	() รูปแบบ	() รูปแบบ	
	() สีสันทัน	() สีสันทัน	
	() อื่น ๆ.....	() อื่น ๆ.....	
ผลัดกันฉันมีประโยชน์/สื่อถึงอะไร.....			

สื่อ/สิ่งของ 3.....สติ๊กเกอร์รวมพลัง.....() ไม่เคยเห็น (ไม่ต้องตอบข้อมูลด้านล่าง) () เคยเห็น (โปรดตอบข้อมูลด้านล่าง)			
() ไม่ได้รับ	() ได้รับ		ท่านมีความชอบสื่อที่ได้รับเพียงใด () มาก เพราะ..... () ปานกลาง () น้อย () ไม่ชอบ เพราะ.....
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	
	() เนื้อหา	() เนื้อหา	
	() รูปแบบ	() รูปแบบ	
	() สีสันทัน	() สีสันทัน	
	() อื่น ๆ.....	() อื่น ๆ.....	
ผลัดกันฉันมีประโยชน์/สื่อถึงอะไร.....			

2. สื่อ/สิ่งของ ที่ได้รับมีผลต่อท่านเกี่ยวกับโรคมลาเรียอย่างไร

- () ไม่มีผล
- () มีผล โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () ทราบสาเหตุของโรค
 - () ทราบวิธีป้องกัน
 - () ทราบวิธีควบคุมอาการ
 - () เดินทางไปรักษา
 - () ทำให้ทราบอาการของโรค
 - () ทำให้ระลึกได้/ตักเตือนการกินยา/ตรวจเลือด
 - () ไม่ทราบอะไรเกี่ยวกับโรคเท่าซ้าง
 - () อื่น ๆ โปรดระบุ.....

3. ท่านได้รับ/เคยเห็น สื่อ/สิ่งของ นีมาจากที่ไหน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ไปรับที่สถานีอนามัย/โรงพยาบาล
- () ไปรับจากที่ทำการผู้นำชุมชน เช่น อบต. ผู้ใหญ่บ้าน โรงเรียน
- () มีเจ้าหน้าที่อาสาสมัคร/สาธารณสุขมาแจกที่บ้าน
- () ได้รับจากผู้นำชุมชนมาแจกที่บ้าน
- () ได้รับจากเพื่อนบ้าน/ญาติพี่น้อง
- () อื่น ๆ โปรดระบุ.....

4. ท่านทราบการจะได้รับ/เคยเห็น สื่อ/สิ่งของ นั้น ๆ ได้อย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () บังเอิญพบ
- () เพื่อนบ้าน/ญาติบอก
- () เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อาสาสมัคร
- () ผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ครู/อาจารย์ สมาชิก อบต.
- () กระจายเสียงภายในชุมชน
- () สื่อมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุท้องถิ่น
- () โปสเตอร์ ป้ายประกาศ สติกเกอร์
- () อื่น ๆ โปรดระบุ.....

5. ท่านมีส่วนร่วมในการคิด/ออกแบบ สื่อ/สิ่งของ นี้หรือไม่

- () ไม่มีส่วนร่วม
() มีส่วนร่วม คือ โปรดระบุ.....

6. ท่านอยากให้ใครเป็นผู้นำสื่อ/สิ่งของมาให้ หรือมาบอกท่านที่ทำให้ท่านเข้าใจและมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมาลาเรีย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () เพื่อนบ้าน/ญาติ
() เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อาสาสมัคร
() ผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ครู/อาจารย์ สภากิจ อบต.
() กระจายเสียงภายในชุมชน
() สื่อมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุท้องถิ่น
() พ่อบ้าน
() แม่บ้าน
() อื่น ๆ โปรดระบุ.....

7. ในชุมชนของท่าน ท่านคิดว่าใครเป็นผู้มีบทบาทในการให้ทุกคนมากินยาป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () เพื่อนบ้าน/ญาติ
() เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อาสาสมัคร
() ผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ครู/อาจารย์ สภากิจ อบต.
() กระจายเสียงภายในชุมชน
() สื่อมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุท้องถิ่น
() พ่อบ้าน
() แม่บ้าน
() อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตนและการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรคเท้าช้าง

ข้อ	ข้อความ	ไม่ใช่	ใช่
1.	เมื่อเดินทางไปนอนในป่าใช้มุ้งเพื่อป้องกันยุงหรือไม่		
2.	การกินยาเพื่อป้องกันโรคมาลาเรีย		
3.	การใช้ยากันยุงเพื่อป้องกันยุง		
4.	การสวมเสื้อผ้าที่มีฉีดยาเพื่อป้องกันยุงกัด		
5.	การกางมุ้งเพื่อป้องกันยุงเวลานอน		
6.	ได้ไปรับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อมาลาเรียหลังจากเดินทางเข้าไปในป่า		
7.	ท่านได้ให้ความรู้เรื่องโรคมาลาเรียกับคนในครอบครัว		
8.	ท่านได้ให้ความรู้เรื่องโรคมาลาเรียกับเพื่อนบ้าน		
9.	ท่านเข้าร่วมอบรมหรือประชุมเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย		
10.	ท่านได้นำความรู้เรื่องโรคมาลาเรียที่ได้รับไปปฏิบัติ		

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2545. รายงานประจำปี 2544 กองโรคเท้าช้าง. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- กัลยา วาณิชย์บัญชา. 2548. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กาญจน์ หวังธีระอำนวย. 2531. การเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับความรู้และการป้องกันเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษและชายรักร่วมเพศในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กลุ่มงานเฝ้าระวังและเทคโนโลยีสารสนเทศ. 2548. โรคมลาเรีย. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ค้นวันที่ 10 กันยายน 2549 จาก http://www.thaivbd.org/cms/index.php?option=com_content&task=view&id=25&Itemid=42.
- กลุ่มงานเฝ้าระวังและเทคโนโลยีสารสนเทศ. 2549. โรคมลาเรีย. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ขนิษฐา อินธิบาล. 2539. การรับรู้และการยอมรับสื่อเอดส์ของผู้มารับบริการในศูนย์กามโรคและโรคเอดส์เขต 6 จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.
- โครงการฝึกอบรมเพื่อการพัฒนา. 2549. การณรงค์คืออะไร. ค้นวันที่ 1 มิถุนายน 2549 จาก <http://www.whytea.org>.
- จารุณี บุญนิพัทธ์. 2539. พฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารสิ่งแวดล้อมด้านป่าไม้กับความรู้ความตระหนักและการมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ป่าไม้ของเยาวชนในจังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จำลอง โพธิ์บุญ. 2547. การบริหารโครงการสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพมหานคร: คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- จิตรารักษ์ สุทธิธรรม. 2541. ยุทธวิธีการประชาสัมพันธ์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ัชชาวล เรื่องประพันธ์. 2544. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for Windows.

ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ไทยตำบลคอกคอม. 2549 (7 มกราคม) บริการข้อมูลตำบล. ค้นวันที่ 7 มกราคม 2549 จาก
<http://www.thaitambon.com>.

ไทยรัฐ. 2548 (20 มิถุนายน). ข้อมูลมาลาเรีย: 15.

ไทยรัฐ. 2548 (14 มิถุนายน). มาลาเรียรุนแรง: 16.

ธวัชชัย สุขคิษฐ์. 2546. การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนาบัณฑิต
ศึกษา สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ธีรกุล สถิตนิมานการ. 2536. การศึกษาความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสารความรู้สุขภาพอนามัย
ด้านสาธารณสุขกับการบริการของผู้มารับบริการโรงพยาบาลรามารัตน์. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

นันทมาศ มาลัยทอง. 2548. การประเมินกลไกการบริหารจัดการโครงการกำจัดโรคเท้าช้าง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2542. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย.
กรุงเทพมหานคร: ศรีอนันต์.

บุญส่ง สอนส่งเสริม. 2549. โรคมมาลาเรีย. ค้นวันที่ 10 กันยายน 2549 จาก
<http://student.nu.ac.th/Malaria/5htm>.

ปรเม สตะเวทิน. 2533. นิเทศศาสตร์กับสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: คณะนิเทศ
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปรีชญา สมบูรณ์. 2549. มาลาเรีย (Malaria). ค้นวันที่ 10 กันยายน 2549 จาก
http://www.med.cmu.ac.th/dep/parasite/Lecture%20note/malaria_pradya.doc.

พรทิพย์ สัมปิตตะวนิช. 2547. การตลาดเพื่อสังคม. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พิไลพรรณ กาญจนลักษณ์. 2533. ประสิทธิภาพของเสียงตามสายที่มีต่อการรับฟังและการรับรู้
ข่าวสารทางด้านสาธารณสุข: ศึกษาเฉพาะกรณีของประชาชนในหมู่บ้าน ตำบลหัว
สะพาน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2535. เอกสารการสอนชุดวิชาการผลิตงานประชาสัมพันธ์
หน่วยที่ 1 – 8 สาขาวิชานิเทศศาสตร์. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2544ก. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษาและการประชาสัมพันธ์
งานสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง) หน่วยที่ 1 – 8 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ.
นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2544ข. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษาและการประชาสัมพันธ์
งานสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง) หน่วยที่ 9 – 16 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ.
นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ชยอุทธ ยุธวงศ์. 2546. นักวิทยาศาสตร์ประสบความสำเร็จในการหา “แผนแม่บท” ของเชื้อ
มาลาเรียและของยุง. ค้นวันที่ 13 กรกฎาคม 2549 จาก
http://nopg.go.th/OurSuccessMalaria_thai.htm.
- รุ่งนภา เพชรปานกัน. 2543. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเท้าช้างของประชาชนใน
พื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทร
วิโรฒ ประสานมิตร.
- วรุณี เจริญศิริ. 2549. โรคมาลาเรีย. ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ. ค้นวันที่ 10 กันยายน 2549 จาก
http://www.bangkokhealth.com/homesafety_htdoc/homesafety_health_detail.asp?Number=938.
- วรชัย ทองไทย และอรพินทร พิทักษ์มหาเดช. 2536. ความรู้ การรับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรม
เกี่ยวกับโรคเอดส์: โครงการสำรวจประสิทธิภาพของการสื่อสารเรื่องโรคเอดส์ต่อ
พฤติกรรมและค่านิยม. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา จันทรสว่าง. 2534. การประชาสัมพันธ์ในงานสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- วิรัช ถิรรัตนกุล. 2538. การประชาสัมพันธ์ฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร:
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สารานุกรมวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสำหรับเยาวชน. ม.ป.ป. **Malaria**. ค้นวันที่ 10 กันยายน
2549 จาก <http://encyclopedia.learn.in.th/content.php?encid=53>.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2542. การประเมินผลสื่อและการเผยแพร่สื่อเอดส์ “ชุด
ครอบครัวไทยไร้เอดส์”. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. กลุ่มส่งเสริมวิชาการ. 2547. การเลือกใช้ตัวทดสอบสถิติ.
กรุงเทพมหานคร: กลุ่มส่งเสริมวิชาการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

- สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. 2548. เอกสารอัดสำเนาเรื่อง ขั้นตอนของการวางแผน และรณรงค์
การลดเชิงสังคม. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สุกัญญา นาคสุข. 2538. ปัจจัยที่มีผลต่อสถานภาพและการดำเนินกิจกรรมด้านการ
ประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานรัฐ. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒน
บริหารศาสตร์.
- สุชาดา เมธิคุณภรณ์. 2537. การรับข่าวสารการรณรงค์เพื่อไม่สูบบุหรี่ของเยาวชน: ศึกษาเฉพาะ
กรณีสมาชิกชมรมเยาวชนปลอดสสาร มุขนิพนธ์มหาวิทยาลัย. วิทยาลัยพัฒน
บริหารศาสตร์.
- สุพร ชัยกิจมงคล. 2548. การประเมินผลสื่อประชาสัมพันธ์โครงการกำจัดโรคเท้าช้าง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตร์. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สุภัทรา ขุนศรี. 2547. ผลของการใช้สื่อประชาสัมพันธ์โรคติดต่อฯ โดยแมลง. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบริหารศาสตร์. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สุภาพ วาดเขียน. 2525. เครื่องมือวิจัยทางสังคมศาสตร์: ลักษณะที่ดี ชนิดและวิธีการคุณภาพ.
กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- เสถียร เขยประทับ. ม.ป.ป. การสื่อสารและการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ปิตินันท์โอวาท. 2546. การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิวัฏ รัชสิน, อุษาวดี ถาวร และประคอง พันธุ์ไร. 2549. การกำจัดลูกน้ำและตัวโม่งของยุง
พาหะโดยใช้สารลดแรงตึงผิว. งานวิจัยศูนย์ข้อมูลโรคติดต่อและพาหะนำโรค ค้น
วันที่ 1 ตุลาคม 2549 จาก
http://webdb.dmso.moph.go.th/ifc_nih/a_nih_5_001c.Asp?info_id=251.
- อรุณี งามดี. 2537. การประชาสัมพันธ์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เทพศึกษา.
- Berlo, D. K. 1960. **The Process of Communication: An Introduction to Theory and Practice.** New York: Holt Rinehart and Winston.
- Joseph T. K. 1960. **The Effects of Mass Communication.** New York: The Free Press.
- Siamhealth. 2006. โรคมาลาเรีย: เขตปรากฏโรค. ค้นวันที่ 20 พฤศจิกายน 2549 จาก
<http://siamhealth.net/Disease/infectious/malaria/distribution.htm>.

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – นามสกุล

นางสาวณดี ชนินจิรัฐกาล

ประวัติการศึกษา

ศิลปศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2544