

การส่งเสริมพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของชุมชนผู้สัมผัสโรคเรื้อน

หมู่ 11 ตำบลบ้านโสก อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

ญาดา โตอุตชนม์

ศิริวรรณ หิรัญอร

นิยม ไกรปุย

สุนทรา ไพฑูรย์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสก อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ศาสตราจารย์
เกียรติคุณ ดร. พันธุ์ทิพย์ งามสุต และ Dr. Win Van Brakel จาก KIT Royal Tropical Institute ที่
ได้กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา และตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนงานวิจัยนี้สำเร็จ
สมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ มูลนิธิช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อนประเทศเนเธอร์แลนด์ ที่สนับสนุน
งบประมาณในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณ คุณศิลาธรรม เสริมฤทธิ์วงศ์ ที่ได้ช่วย
ประสานงานกับมูลนิธิช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อนประเทศเนเธอร์แลนด์ (NLR) ขอขอบพระคุณท่าน
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ที่สนับสนุนการดำเนินงานศึกษาวิจัย
ขอบคุณเพื่อนร่วมงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนทุกท่าน อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลบ้านโสกที่
ช่วยให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ญาดา โตอุตชนม์

การส่งเสริมพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของชุมชนผู้สัมผัสโรคเรื้อน ม.11 ตำบลบ้านโสก
อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

Promotion of Health Seeking Behavior of Community Leprosy Contacts at moo

11 tumbol Ban Sok, Khonsawan District, Chaiyaphum Provice

ญาณดา โตอุตชนม์ สม.*	Yada toutchon M.P.H.
นางศิริวรรณ หิรัญอร พย.บ.**	Siriwan Hirunon B.Nursing
นิยมน ไกรปุย สสม.*	Niyom Kripui M.SW.
สุนทรา ไพฑูรย์ วทบ.*	Soontara Paitoon B. Sc.

* สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา

** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสก

บทคัดย่อ

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่สามารถทำให้เกิดความพิการ ซึ่งความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นสาเหตุที่ทำให้โรคเรื้อนเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคม สาเหตุของความพิการนั้นส่วนใหญ่แล้วพบว่า เกิดจากการมารับการรักษาที่ล่าช้า การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของชุมชนผู้สัมผัสโรคเรื้อน โดยการประยุกต์ใช้การตลาดเชิงสังคม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พิการ จำนวน 96 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 48 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 48 คน ทำการวิเคราะห์ชุมชน การรับข้อมูลข่าวสาร การแสวงหาการบริการสุขภาพ คุณภาพของระบบบริการสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนของชุมชน นำข้อมูลที่ได้มาประชุมเชิงปฏิบัติการและประยุกต์ใช้แนวคิดหลักการการตลาดเชิงสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาผู้สัมผัสโรคเรื้อนในกลุ่มทดลอง ผลผลิตเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาโรคเรื้อน ทดลองใช้สื่อต่างๆและประเมินสื่อ พบว่าสื่อที่ชุมชนสนใจและมีอิทธิพลต่อการรับรู้โรคเรื้อน คือ สื่อบุคคล (อสม.ให้ความรู้ที่บ้าน) ร้อยละ 43.10 รองลงมาคือแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 27.59 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผู้สัมผัสโรคเรื้อนของกลุ่มทดลองออกมาตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคเรื้อนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จากผลการศึกษาโดยจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของผู้สัมผัสโรคเรื้อนตามแนวคิดการตลาดเชิงสังคม สามารถให้ข้อเสนอแนะการวางแผนการดำเนินงานการดำเนินงานการให้ความรู้โรคเรื้อน การผลิตสื่อรูปแบบ

ต่างๆ ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับวิถีชีวิตของชุมชน เพื่อเร่งรัดให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนออกมาตรวจรักษาก่อนที่จะปรากฏความพิการ

Abstract

The leprosy is a contagious chronic disease causing permanent disability in patients. Therefore, it has been a crucial problem for public health, economics and society. Disability causation in leprosy mainly is from delay treatment. Hence, this study aimed to determining the effectiveness of application of social marketing and social support for promoting health seeking behavior of leprosy contact cases. This study was quasi-experimental research. Samples of the study were 96 persons, 48 being the experimental group and 48 being the comparison group. Analysis of community, communication channels, quality of health seeking, perceived of leprosy and collected data to plan for application of social marketing and social support for promoting health seeking behavior of experimental group. They were produced media, test media.

Result: The influential media for Leprosy awareness were people media (health volunteer) 43.10 % and Cutout media 27.59%. After intervention Leprosy awareness of target group significantly increase than before intervention and significantly more than control group and Leprosy patient contacted people of target group had more physical exam for Leprosy finding than control group. Suggestion: The result from promotion of Leprosy health care seeking behavior experiment can be used in planning of Leprosy Health education and proper media producing which go along with community life style and also persuade leprosy patient to get medical care before disability come out.

สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญ	ง
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเรื้อน	5
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	8
หลักการตลาดเชิงสังคม	14
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	25
กรอบแนวคิด	27
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษาวิจัย	29
รูปแบบการศึกษา	29
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	29
ขอบเขตการศึกษา	30
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	30
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	31
การรวบรวมข้อมูล	31
การวิเคราะห์ข้อมูล	32
บทที่ 4 ผลการศึกษา	33
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	33
การเปรียบเทียบพฤติกรรมและการแสวงหาบริการสุขภาพและคุณภาพของระบบบริการ	38
สุขภาพของชุมชน	
บทที่ 5 สรุป อภิปราย ข้อเสนอแนะ	45
สรุปและอภิปรายผลการศึกษา	45
ข้อเสนอแนะ	46

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อนเป็นปัญหาสำคัญทั้งทางสาธารณสุข สังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ทำให้เกิดความพิการได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ยังไม่ได้รับการรักษายังสามารถเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคเรื้อนที่สำคัญ (ธีระ รามสูต, 2535 : 385) ความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนเกิดจากการทำลายเส้นประสาทซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของอวัยวะสำคัญ 3 ส่วนของร่างกาย อันได้แก่ ตา มือ เท้า โดยที่โรคเรื้อนจะทำให้มีการทำลายเส้นประสาทซึ่งมีหน้าที่รับความรู้สึก เส้นประสาทควบคุมการทำงานของต่อมเหงื่อและเส้นประสาทควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ ผลที่ตามมาคือเกิดการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะดังกล่าวจนเกิดความพิการ โรคเรื้อนยังคงเป็นปัญหาสำคัญของหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนาในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในปี พ.ศ. 2545 พบว่าทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 486,412 ราย หรือมีอัตราความชุกเท่ากับ 3.17 รายต่อประชากรหมื่นคน (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2546 : 1)

หลังจากประเทศไทยปรับเปลี่ยนการรักษาโรคเรื้อนด้วยยาแคปโซน (Dapsone monotherapy) ที่ใช้มาตั้งแต่ปี 2507 มาเป็นยาผสมเคมีบำบัดแบบใหม่ขององค์การอนามัยโลกในปี 2532 ส่งผลให้สามารถรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนให้หายจากโรคและจำหน่ายจากทะเบียนได้เร็วยิ่งขึ้น อัตราความชุกของโรคลดลงอย่างรวดเร็วจาก 7.9 ต่อประชากรหมื่นคนในปี 2527 เหลือเพียง 3.0 รายต่อประชากรหมื่นคนในปี 2532 (กองโรคเรื้อน, 2535 : 7) และลดลงเหลือเพียง 0.36 รายต่อประชากรหมื่นคน แต่ในความเป็นจริงนั้นอัตราความชุกโรคที่ลดลงมิได้สะท้อนสถานการณ์ ที่เป็นจริง เนื่องจากยังพบผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กถึงร้อยละ 4.31 และผู้ป่วยใหม่พิการระดับ 2 สูงถึงร้อยละ 14.08 จากรายงานสรุปผลการปฏิบัติงานควบคุมโรคเรื้อนปีงบประมาณ 2550 ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 พบว่ามีอัตราความชุกของโรคเรื้อนเท่ากับ 0.25 รายต่อประชากรหมื่นคน มีอัตราผู้ป่วยใหม่พิการเกรด 2 ร้อยละ 10.84 ไม่มีผู้ป่วยใหม่วัยเด็ก เมื่อคู้ข้อมูลผู้ป่วยใหม่พิการเกรด 2 พบว่าจังหวัดชัยภูมิในพื้นที่บ้านโสก ตำบลบ้านโสก อำเภอคอนสวรรค์ มี อัตราผู้ป่วยใหม่พิการเกรด 2 ถึงร้อยละ 16.66 (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2551)

จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นว่าแม้อัตราความชุกโรคเรื้อนของประเทศไทยโดยเฉลี่ยอยู่ที่ระดับไม่เกิน 1 ต่อหมื่นประชากร ซึ่งองค์การอนามัยโลกถือว่าควบคุมได้จนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขแล้ว แต่ยังมีตัวชี้วัดของการควบคุมโรคเรื้อนที่แสดงให้เห็นถึงความล่าช้าในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อน นั่นคือ อัตราความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ จะต้องน้อยกว่าร้อยละ 7 ซึ่งจังหวัดชัยภูมิ ยังมีอัตราผู้ป่วยใหม่พิการเกรด 2 เกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ถึงแม้ว่าสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิได้จัดกิจกรรมในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค

เรือนครบทุกกิจกรรมแล้วก็ตาม ยังพบว่ามีส่วนผู้ป่วย โรคเรื้อนออกมารับการรักษาล่าช้า ทำให้เกิดความพิการ และการแพร่เชื้อในชุมชน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มต้นรักษาตัวเองด้วยวิธีต่างๆ อย่างน้อย 2-3 วิธี เกือบทั้งหมดเริ่มต้นด้วยการซื้อยาจากร้านขายยา มาทา หรือกิน โดยส่วนมากมีการรับรู้ว่าเป็นโรคเรื้อนเป็นโรคธรรมดา อาการไม่รุนแรงหรือคิดว่าเป็นกลาก เกื้อน และเมื่อรักษาช่วงเวลาหนึ่งแล้วอาการไม่ดีขึ้นก็จะเปลี่ยนวิธีการรักษา ซึ่งมีทั้งรักษาด้วยยาแผนโบราณ และไสยศาสตร์ (หมอเป่า หมอพระและหมอสุมไพโร) ผู้ป่วยบางรายเมื่อเห็นว่าการรักษาด้วยวิธีโบราณไม่ได้ผลก็เลิกรักษา และบางรายก็มีได้แสวงหาการรักษาด้วยวิธีใดๆ เลย ซึ่งพฤติกรรมในการแสวงหาการรักษารูปแบบต่างๆของผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อและการรับรู้ต่างๆ ตลอดจนสถานะทางสังคมของผู้ป่วย (ประสิทธิ์ ธีระพันธ์.2531 : 35-39)

ในปัจจุบันแนวทางการป้องกันปัญหาโรคเรื้อนที่ดีที่สุดคือ การหยุดการแพร่ระบาดของโรค การพยายามค้นหาผู้ป่วยให้เร็วที่สุดเพื่อให้การรักษา เพราะในระหว่างที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการรักษา เชื้อโรคเรื้อนจะมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้นทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะเส้นประสาทอักเสบ ซึ่งเป็นจุดเริ่มแรกที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการได้ เมื่อพบผู้ป่วยแล้วจะต้องสอนการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันการเกิดความพิการ หรือหากเกิดความพิการขึ้นแล้วก็ให้รู้จักวิธีป้องกันไม่ให้ความพิการที่มีอยู่เดิมนั้นลุกลามเป็นมากขึ้นจนเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยบางรายมีความพิการจนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ จากบาดแผลและความพิการที่มองเห็นได้ชัดก่อให้เกิดความรังเกียจกลัวทั้งต่อตนเองและต่อสังคม อันเป็นการประทับตราบาปให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องทนทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ ต้องเป็นภาระของครอบครัวในการเลี้ยงดู ทำให้เกิดปัญหาสังคมและเศรษฐกิจตามมา (WHO, 1988 : 33-38)

จากแผนการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ได้กล่าวถึงความพยายามในการลดอัตราความพิการในผู้ป่วยใหม่ให้อยู่ในระดับ ต่ำกว่าร้อยละ 7 โดยจะต้องรีบดำเนินการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ให้พบโดยเร็วก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดความพิการ ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนเกิดจากปัจจัยหลายๆปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าบุคคลที่จะปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค จะต้องมีการรับรู้ว่าเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นและรับรู้ว่าเป็นโรคที่มีความรุนแรง มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และ รับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นประโยชน์ และตัวแปรด้านประชากร ตัวแปรทางจิตสังคมจะส่งผลทางอ้อมต่อแนวโน้มของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมป้องกันการโรค (Becker and Maiman, 1974 : 83-89) และจากแนวคิดพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ คุณภาพของผู้ให้บริการ จะส่งผลต่อการออกมารับการรักษาของผู้ป่วย และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ได้มีผู้ประยุกต์ใช้แนวคิดการตลาดเชิงสังคมในการรณรงค์กำจัดโรคเรื้อนและประสบผลสำเร็จมาแล้วในประเทศศรีลังกา โดยเพิ่มความตระหนักของชุมชนในการรักษาหายขาดของโรคและให้ออกมารับรักษาโดยเร็ว และใช้หลักการของการตลาดเชิงสังคมเข้ามาเปลี่ยนแปลงโปรแกรมการให้สุศึกษาและการเข้าถึงระบบบริการที่ผู้ป่วยต้องการ (Mee Lian Wong, 2002 : 308-318) ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่ต้องการศึกษาถึง พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ คุณภาพของผู้ให้บริการ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนของชุมชน และหาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมแสวงหาการ

รักษาของชุมชนโดยใช้หลักการตลาดเชิงสังคม รมรงค์ให้ประชาชนตระหนักในเรื่องโรคเรื้อนและมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาที่ถูกต้อง เพื่อที่จะได้นำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการวางแผน กำหนดแนวทางปรับปรุงพัฒนางานควบคุมโรคเรื้อนต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมพฤติกรรมแสวงหาการรักษาโดยการประยุกต์ใช้การตลาดเชิงสังคม

วัตถุประสงค์รอง

- เพื่อศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการรักษาโรคเรื้อนของประชาชนในกลุ่มทดลองก่อนทำการทดลอง
- เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้เรื่องโรคเรื้อนของประชาชนตามทฤษฎีของ HBM ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
- เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเรื้อนและระบบบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
- เพื่อเปรียบเทียบจำนวนของการออกมารับการตรวจรักษาโรคเรื้อนของผู้สัมผัสโรคเรื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง

1.3 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อน หมายถึง ความรู้สึกหรือความเชื่อของ ประชาชน ที่มีต่อโอกาสที่จะเกิดโรคเรื้อน รวมทั้งโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน อันตรายต่างๆจากโรคเรื้อน

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อน หมายถึง ความรู้สึกหรือความเชื่อของ ประชาชน เกี่ยวกับอันตรายของโรคเรื้อนที่มีต่อชีวิต หรือผลของโรคนั้นมีความรุนแรงที่สามารถทำให้เกิดความพิการ หรือความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งผลกระทบต่อการทำงานในชีวิตประจำวัน หรือฐานะทางสังคมของผู้ป่วย

การรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคเรื้อน หมายถึง ความรู้สึกหรือความเชื่อของ ประชาชน โรคเรื้อนเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่เป็นมากขึ้นที่มีผลต่อร่างกายและจิตใจ

การรับรู้ผลประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน หมายถึง การประเมินถึงผลประโยชน์หรือผลที่ดีที่จะได้รับเมื่อปฏิบัติตน ของประชาชนเพื่อป้องกันโรคเรื้อน ได้แก่ การรักษาที่หายขาด การป้องกันอันตรายจากความพิการและภาวะแทรกซ้อนของโรค

การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน หมายถึง การประเมินถึงอุปสรรคหรือผลเสียที่จะได้รับเมื่อมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน ของประชาชน ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการเดินทางมารับ

การตรวจรักษา ความไม่สะดวกสบายในการเดินทาง ความวิตกกังวลถึงการยอมรับของสังคมต่อการป่วยเป็นโรคเรื้อน รวมทั้งความวิตกกังวลในการติดต่อสื่อสารกับแพทย์และเจ้าหน้าที่

สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ หมายถึง ปัจจัยต่างๆ ที่มีส่วนกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อนของประชาชน เช่น บทความหรือสิ่งพิมพ์โฆษณาโรคเรื้อนในวารสาร, สิ่งพิมพ์, สื่อมวลชน การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนของบุคลากรทางการแพทย์ การมีสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านที่เคยป่วยเป็นโรคเรื้อนมาก่อน

พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ หมายถึง ขั้นตอนตั้งแต่ประชาชนรับรู้ตนเองว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ทั้งโดยการประสบอาการด้วยตนเองหรือได้รับการตรวจพบว่าตนผิดปกติโดยไม่มีอาการเกิดขึ้นมาก่อน ให้ความหมายต่ออาการผิดปกตินั้นตามการรับรู้ของตน ตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสุขภาพแล้วเข้ารับบริการนั้น พร้อมประเมินผลการรักษาขณะเข้ารับบริการ และอาจมีการเปลี่ยนแปลงแหล่งบริการสุขภาพได้ หากประเมินแล้วว่าบริการสุขภาพนั้นไม่เหมาะสม ซึ่งในการเลือกแหล่งและเข้ารับบริการสุขภาพประกอบด้วยเหตุผลในการเปลี่ยนแปลงแหล่งบริการสุขภาพแต่ละแห่ง

บริการสุขภาพ หมายถึง บริการที่สถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนจัดตั้งขึ้นเพื่อให้บริการด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งอาจจะเป็นบริการด้านการรักษาเพียงอย่างเดียว หรือผสมผสานการให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ที่ประชาชนหรือผู้ที่สงสัยโรคเรื้อนตัดสินใจและเลือกรับบริการจากแหล่งบริการนั้นๆ

หลักการตลาดเชิงสังคม หมายถึง การวิเคราะห์ตลาด วิเคราะห์ผู้บริโภค วิเคราะห์องค์กร การวางแผน การพัฒนา การทดสอบและการปรับเปลี่ยนองค์ประกอบต่างๆของแผนการดำเนินงานและการประเมินประสิทธิผล ในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ทำให้ทราบพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ดำเนินการ
- ทำให้ทราบการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนในชุมชนที่ดำเนินการศึกษา
- เป็นการพัฒนาแนวทางในการสร้างความตระหนักและการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมป้องกันพฤติกรรมแสวงหาการรักษาโดยกลยุทธ์การตลาดเชิงสังคม
- สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของชุมชนผู้สัมผัสโรคเรื้อน ม.11 ตำบลบ้านโสก อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ในครั้งนี้สามารถแบ่งได้เป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเรื้อน
2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
3. หลักการตลาดเพื่อสังคม (Social Marketing)
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเรื้อน

คำจำกัดความ

โรคเรื้อน (Leprosy) เป็นโรคทางผิวหนังและโรคทางระบบภูมิคุ้มกัน จัดเป็นโรคติดต่อ เรื้อรัง พบและติดต่อเฉพาะในคน โดยทั่วไปโรคเรื้อนมักเกิดอาการที่ผิวหนัง เส้นประสาทส่วนปลาย และต่อทางเดินหายใจส่วนบน (ธีระ รามสูต, 2522 :1)

เชื้อโรคเรื้อน

โรคเรื้อนเกิดจากการได้รับเชื้อแบคทีเรียมีเยื่อหุ้มเซลล์ (Mycobacterium leprae) ซึ่งมีรูปร่างเป็นแท่ง มีคุณสมบัติติดสีทนกรด (Acid-Fast Stain) และติดสีกรัมบวก (Gram's Stain) ตรวจพบได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อนและเพาะเลี้ยงได้ในสัตว์ทดลองบางชนิด เช่น หนูและตัวนิ่มเก่าลาย ปัจจุบันยังไม่มีผู้ใดสามารถเพาะเลี้ยงเชื้อโรคเรื้อนโดยใช้อาหารเลี้ยงเชื้อได้สำเร็จ (กระทรวงสาธารณสุข, 2537 : 2)

การแพร่เชื้อโรคเรื้อน

เชื้อโรคเรื้อนแพร่ออกจากร่างกายของผู้ป่วยได้สองทาง คือ ทางผิวหนัง และเยื่อจมูก ทางที่เชื่อว่ามีผลต่อการแพร่ติดต่อได้มาก คือ ทางเยื่อจมูก ในผู้ป่วยระยะติดต่อที่ไม่เคยรับการรักษามาก่อนจะสามารถปล่อยเชื้อโรคเรื้อนที่ยังมีชีวิตผ่านทางเยื่อจมูกออกมาในสิ่งแวดล้อมได้มากถึงวันละ 10 ล้านตัว สำหรับวิธีการแพร่เชื่อนั้น ปัจจุบันเชื่อว่าการแพร่เชื้อจะเกิดขึ้นโดยเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายผ่านทางระบบทางเดินหายใจของผู้รับเชื้อ ส่วนวิธีการแพร่เชื้อโดยวิธีอื่นๆ เช่น โดยการก่อกินหรือโดยผ่านแมลงนำโรคนั้นมีผู้ตั้งสมมุติฐานไว้แต่ยังมีหลักฐานสนับสนุนไม่เพียงพอ

การจำแนกชนิดของโรคเรื้อน

โรคเรื้อนสามารถแบ่งได้เป็นชนิดต่างๆ ตามลักษณะอาการที่ปรากฏดังนี้

1. อินดีเทอร์มินาท (indeterminate) เป็นโรคเรื้อนที่พบในระยะเริ่มแรกลักษณะอาการ

พบเป็นวงด่างสีขาว 1-3 วง ขอบจางไม่ชัดเจน ผิวหนังแห้งเล็กน้อย หรือปกติ มีอาการเสียวความรู้สึก หรือชาเพียงเล็กน้อย การตรวจเชื้อมักไม่พบเชื้อ ส่วนมากถ้าภูมิต้านทานสูงราวร้อยละ 60-80 มักจะหายไปเองแม้ไม่ได้รับการรักษา แต่ถ้าภูมิต้านทานต่ำก็อาจจะกำเริบกลายเป็น โรคเรื้อนชนิดอื่นต่อไป

2. ทิวเบอร์คิวลอยด์ (tuberculoid) มักตรวจไม่พบเชื้อ อาการระยะแรกพบเป็นวงด่าง สีขาวขอบชัดเจน หรือแผ่นนูนแดงนารูปวงแหวน ผิวหนังแห้งชัดเจน จำนวนที่พบประมาณ 1-3 วง มักมีอาการหายดีขึ้นตรงกลางวงก่อนและขอบบริเวณนั้นมักสว่าง เส้นประสาทมักโตคล้ำได้ บางรายอาจพบอาการทางประสาทอย่างเฉียบ โดยไม่พบอาการทางผิวหนังเลย

3. บอร์เดอร์ไลน์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ (borderline tuberculoid) ลักษณะอาการคล้ายทิวเบอร์คิวลอยด์แต่มีจำนวนมากขึ้นและมักจะกระจายสองข้างของร่างกายเฉพาะตามแขนขา มีวงหรือแผ่นหนาเกิดขึ้นใหม่รอบวงหรือแผ่นนูนหนาจะมีสีแดงเข้ม และเป็นมันมากขึ้น อาการทางประสาทพบมากขึ้น ขอบนอกไม่เด่นชัดแต่ลาดลง ผิวมักไม่แห้ง การตรวจเชื้อมักพบเชื้อเล็กน้อย

4. บอเดอร์ไลน์ (borderline) ส่วนมากมักพบเป็นแผ่นนูนหนา 2 แบบ แบบแรกอาจเป็นแผ่นนูนหนาตรงกลางหรือลาดลง โดยขอบด้านนอกมักแบนลาดลงไม่เด่นชัด หรืออีกพวกเป็นแผ่นนูนหนาและตรงกลางนูนเป็นรู บางพวกเป็นรูปวงแหวนซึ่งขอบด้านในและด้านนอกนูนเด่นชัดและมักพบแผ่นหนาที่เกิดขึ้นใหม่ วงด่างขาวเป็นวงกลมล้อมรอบแผ่นนูนแดงเสมอ

5. บอร์เดอร์ไลน์ เลปโรมาตัส (borderline lepromatous) มักพบรอยโรคหลายชนิด เช่น วงด่าง แผ่นหนาและคุ่มผสมกัน มีจำนวนมากมาย กระจายสองข้างของร่างกาย โดยส่วนมากที่พบเป็นแผ่นนูนหนานขนาดเล็ก ตรงกลางนูน ขอบแบนลาดลง ผิวหนังไม่แดงจัดและไม่เป็นมันเลื่อม อาการชามีเล็กน้อย เส้นประสาทมักโต

6. เลปโรมาตัส (lepromatous) อาการที่พบชัดเจนมากที่สุด 2 ข้างของร่างกายทั้งในแบบวงแหวนสีแดง คุ่มเล็ก คุ่มใหญ่ แผ่นนูนหนา จำนวนมากกระจายทั่วร่างกายใบหู ใบหน้าหนาชัดเจน เป็นหน้าสิงห์โต เส้นประสาทมักโตทั้ง 2 ข้าง มือเท้ามักชาและมีความพิการของมือ เท้า หรือใบหน้าร่วมด้วย การตรวจเชื้อจะพบเชื้อโรคเรื้อนมากมาย (ธีระ งามสุต, 2535)

ระดับความพิการ

ระดับความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนของประเทศไทย ได้แบ่งระดับความพิการตามหลักเกณฑ์ของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1997 : 83) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตา

ระดับ 0 คือ ไม่มีปัญหาทางตาที่เกิดจากโรคเรื้อน

ระดับ 1 คือ มีปัญหาทางตาที่เกิดจากโรคเรื้อน แต่ตามัวไม่มาก (นับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตร ได้ถูกต้อง)

ระดับ 2 คือ ตามัวมาก (นับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตรไม่ได้) กระจกตาสั้นความรู้สึก ตาหลับ ไม่สนิท และม่านตาอักเสบ

มือและเท้า

ระดับ 0 คือ ไม่ชา ไม่มีความพิการหรือความสูญเสียที่มองเห็นได้

ระดับ 1 คือ ชา แต่ไม่มีความพิการหรือความสูญเสียที่มองเห็นได้

ระดับ 2 คือ มีความพิการหรือความสูญเสียที่มองเห็นได้

ความสูญเสียที่กล่าวถึง ได้แก่ การหดรัด การผิดรูป ข้อติดแข็ง การกุด หรือการสูญเสียเนื้อเยื่อ และกระดูกของมือหรือเท้า ไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน

การวินิจฉัยโรค

โรคเรื้อนสามารถให้การวินิจฉัยได้จากประวัติการตรวจร่างกาย และการตรวจหาเชื้อโรคเรื้อนจากผิวหนัง ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1997 : 18) กล่าวว่าอาการสำคัญ (Cardinal signs) ที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นเป็นโรคเรื้อนดูได้จากอาการ 1 ใน 2 ลักษณะ คือ มีรอยอันเป็นลักษณะของโรคเรื้อนที่ผิวหนัง และมีอาการชาบริเวณรอยโรคนั้น ตรวจพบเชื้อรูปแท่งดิดส์ทนกรด (acid fast bacilli) จากการตรวจหาเชื้อโดยก๊าดจากผิวหนังหรือโดยการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ

หลักเกณฑ์การรักษาโรคเรื้อน (กองโรคเรื้อน, 2542 : 8-10)

1. วัตถุประสงค์ในการรักษา คือ รักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคและไม่เกิดความพิการ ตัวยังคงการแพร่เชื้อ

2. ยาที่ใช้ในการรักษา

2.1 ผู้ป่วยประเภทเชือน้อย ยาที่ใช้ได้แก่ ไรแฟมปีซิน (Rifampicin) 600 มิลลิกรัม เดือน ละ 1 ครั้ง โดยให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าหรือตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แดปโซน (Dapsone) 100 มิลลิกรัมต่อวัน

2.2 ผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก ยาที่ใช้ได้แก่ ไรแฟมปีซิน (Rifampicin) 600 มิลลิกรัมเดือน ละ 1 ครั้ง โดยให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าหรือตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แดปโซน (Dapsone) 100 มิลลิกรัมต่อวัน โคลฟาซิมิน (Clofazimine) 300 มิลลิกรัมต่อเดือน โคลฟาซิมิน (Clofazimine) 50 มิลลิกรัมต่อวัน หรือ 100 มิลลิกรัม วันเว้นวัน

3. ระยะเวลาการรักษา ได้แก่ ผู้ป่วยประเภทเชือน้อย ใช้เวลารักษา 6 เดือน ผู้ป่วยประเภทเชื้อมากใช้เวลารักษา 2 ปี

4. การติดตามผลหลังจากหยุดยา ผู้ป่วยประเภทเชือน้อย ต้องตรวจร่างกายปีละครั้งเป็นเวลา 3 ปี ผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก ต้องตรวจร่างกายปีละครั้งเป็นเวลา 5 ปี

การป้องกันและการควบคุมโรคเรื้อน

การป้องกันและควบคุมโรคแบ่งได้เป็น 2 ระยะดังนี้ (สมชาย สุพันธ์วิช, 2532 : 132-133)

1. การป้องกันล่วงหน้า คือ การให้สุขศึกษาแก่ประชาชนให้เข้าใจว่า โรคเรื้อนสามารถรักษาหายได้ หากได้รับการรักษาแต่เริ่มแรกและติดต่อกันไป และแจ้งสถานที่ตรวจรักษาที่จะให้ผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาได้โดยสะดวกด้วย

2. เร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยและให้การรักษาคั้งแต่ระยะเริ่มแรกและเฝ้าสังเกตผู้ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน หรือผู้สัมผัสโรค (3 ปี ในผู้ป่วยประเภทเชื่อน้อย, 5 ปี ในผู้ป่วยประเภทเชื่อนอก)

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อ คือ ความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งสามารถเ้าให้บุคคลมีปฏิกิริยาโต้ตอบในรูปของการกระทำหรือการพูดเกี่ยวกับสิ่งนั้นโดยอาจจะรู้ตัว หรือไม่รู้ตัวก็ตาม ความเชื่อในสิ่งนั้นๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงเสมอไป หรือความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมุติฐาน ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (Rokeach, 1970) ความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคล ซึ่งฝังแน่นอยู่ในแนวคิด ความเข้าใจ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นแนวโน้มชักนำให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดและความเข้าใจนั้นๆ (จรรยา สุวรรณทัต, 2536) สรุปได้ว่า ความเชื่อเป็นความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ซึ่งจะเป็นแนวโน้มชักนำให้บุคคลประพฤติตามความคิดและความเข้าใจนั้นๆ

บุคคลจะรับเอาแนวความคิดความเชื่อจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย อย่างค่อยเป็นค่อยไป ในลักษณะที่เป็นตัวบังคับ หรือข้อห้าม ซึ่งได้กำหนดโดยบรรพบุรุษมานานแล้ว ความเชื่อจึงอาจเป็นตัวกำหนดที่อยู่เหนือเหตุผล และมีบทบาทสำคัญในการวางแผนหลักแห่งการกระทำ หรือวางกรอบแนวคิดในด้านต่างๆ ของบุคคล ความเชื่อที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค การปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือคำแนะนำ ซึ่งความเชื่อนี้จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคคลในการแสวงหาหรือเลือกวิธีการรักษาเมื่อเกิดความเจ็บป่วย และมีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคลในด้านการป้องกันโรค และการให้ความร่วมมือในการรักษาของบุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ (King, 1984 : 55)

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น บุคคลจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) ในการที่จะอธิบายถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลนั้น ได้มีนักวิชาการและนักวิจัยหลายท่านได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนนี้ได้แสดงถึงความแตกต่างด้านจิตสังคมของบุคคล เพื่อค้นหาคำตอบที่ว่าทำไมบุคคลบางคนทำกิจกรรมป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย ในขณะที่บางคนไม่ทำกิจกรรมนั้นๆ (Becker and Maiman, 1975) ในการที่จะอธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยนั้น เป็นสิ่งที่ยุ่งยากและสลับซับซ้อนอย่างยิ่ง เพราะการตัดสินใจกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดแต่ละครั้งจะขึ้นอยู่กับ แรงจูงใจ ซึ่งเกิดมาจากความเชื่อของบุคคลภายหลังจากการเปรียบเทียบข้อได้เปรียบและเสียเปรียบของผลลัพธ์ที่ตามมา อันเนื่องจากการปฏิบัตินั้นๆ (ทองหล่อ เดชไทย, 2526 : 12)

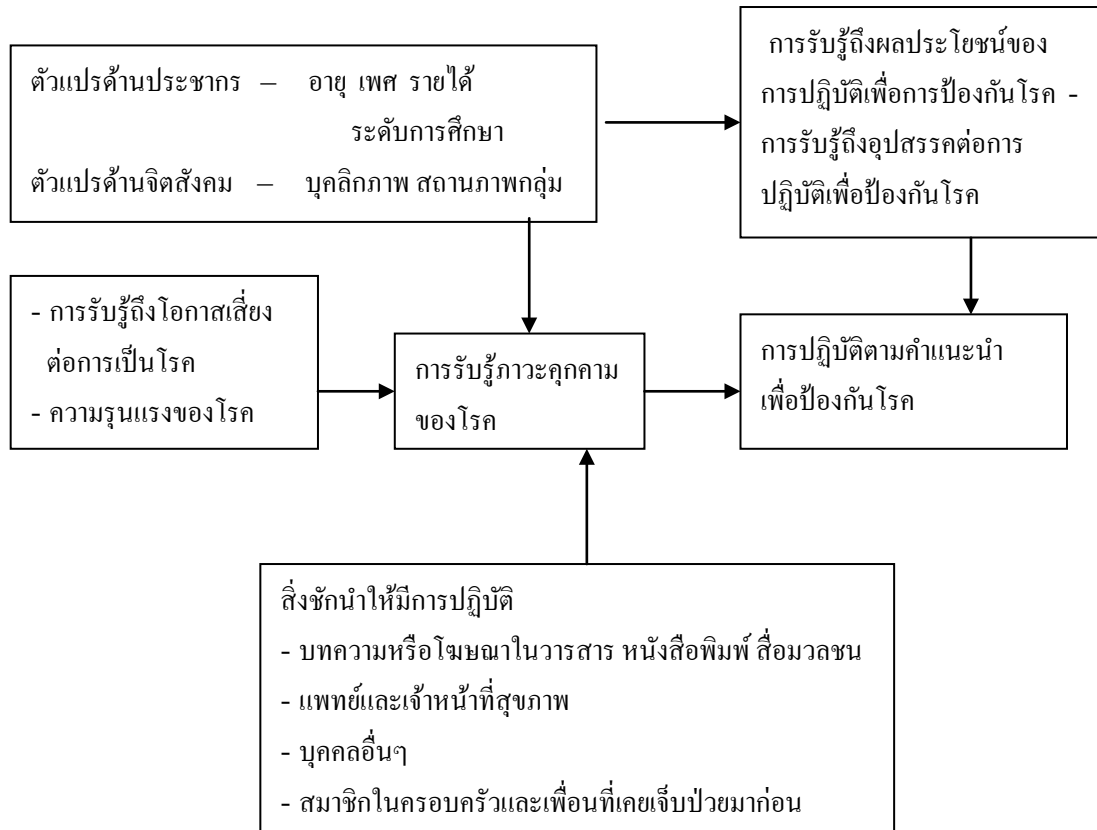
การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยใดๆ นั้น จะต้องมีสิ่งต่อไปนี้คือ 1) แรงจูงใจให้หลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย หรือวิธีทำให้สบายใจขึ้น 2) ความต้องการมีสุขภาพดี และ 3) ความเชื่อว่าพฤติกรรมอนามัยนั้นๆ จะป้องกันความเจ็บป่วยหรือรักษาโรคได้ (Becker et. al., 1977)

ดังนั้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงถูกนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีของ เคิร์ต เลวิน (Kert Lawin) ที่เชื่อว่าบุคคลโดยทั่วไปมักจะแสวงหาการดูแลการป้องกันโรค ถ้าไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพหรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้นๆ นอกจากจะรับรู้ว่าจะตนอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Rosenstock, 1974 ; Becker and Maiman, 1975)

ซึ่งองค์ประกอบพื้นฐานที่โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) กล่าวถึงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับบุคคลที่จะปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคว่าบุคคลที่สามารถปฏิบัติ เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้นั้น ต้องมีความเชื่อดังต่อไปนี้ 1) เชื่อว่าตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น 2) เชื่อว่าเมื่อเกิดเป็นโรคขึ้นจะทำให้เกิดความรุนแรง และมีผลกระทบกระเทือนการดำรงชีวิต ประจำวัน และ 3) เชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นประโยชน์ ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ต่อมาเบคเกอร์และคณะ (Becker et. al., 1975 ; 1977) ได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล จนกระทั่งได้รูปแบบที่ค่อนข้างชัดเจน ในรูปแบบความเชื่อทางด้านสุขภาพนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วม และปัจจัยที่มีผลต่อความน่าจะเป็นที่จะลงมือกระทำพฤติกรรมการป้องกัน กล่าวคือ การรับรู้ของบุคคลจะส่งผลโดยตรงต่อความพร้อมของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมการป้องกัน ส่วนปัจจัยร่วมที่เป็นตัวแปรประชากร ตัวแปรทางจิตสังคม และปัจจัยโครงสร้าง จะส่งผลทางอ้อมต่อแนวโน้มของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม การป้องกันโรค

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker and Maiman, 1974 : 83-89) เกี่ยวกับการรับรู้และความเชื่อของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย มีองค์ประกอบดังนี้ (ภาพประกอบ 2)

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและค่าใช้จ่าย
4. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตน
5. แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป
6. ปัจจัยร่วมอื่นๆ



ภาพประกอบที่ 2 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Becker and Maiman, 1975 : 12)

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย

เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย และได้รับทราบการวินิจฉัยของตน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยจะแตกต่างกันไปจากผู้ที่มิสุขภาพดีทั่วไปในลักษณะต่อไปนี้

1) ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มีผลคุกคามต่อชีวิต บุคคลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ผิดๆ หรือไม่มีความเชื่อมั่นในแพทย์ จะไม่ยอมรับการวินิจฉัยของแพทย์ ทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยไม่ตรงตามความเป็นจริง

2) ในแต่ละบุคคลจะคาดคะเนได้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ถ้าบุคคลนั้นเคยเจ็บป่วยมาก่อน

3) ถ้าบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้น และทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน เช่น ด้านครอบครัว การทำงาน ซึ่งการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึงอาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน ดังที่โรเซนสตอค (Rosenstock, 1974 : 354-380) ได้กล่าวว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมิได้หมายความถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง แต่หมายถึงการประเมินตามความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความร้ายแรงของโรค

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคต่างๆ

ความเชื่อต่อประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคต่างๆ เป็นตัวทำนายที่สำคัญของพฤติกรรมการป้องกันโรคและการรักษาของผู้ป่วย เนื่องจากเมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองแล้ว บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงภาวะคุกคามเหล่านั้นด้วยการแสวงหาการป้องกันหรือรักษาโรคดังกล่าว แต่การที่บุคคลจะยอมรับหรือปฏิเสธในสิ่งใดนั้น บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่า วิธีการนั้นๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่สุด ที่จะไม่ให้ป่วยเป็นโรคหรือหายจากโรคนั้น ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ ซึ่งค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคในที่นี้ นอกจากจะหมายถึงเงินที่ต้องเสียไปแล้ว ยังรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย การเสียต่อความปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วย บุคคลจะทำการประเมินค่าใช้จ่ายแล้วนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่หรือที่จะหามาได้ตลอดจนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนั้น เบคเคอร์และไมมาน ได้กล่าวว่าถึงแม้บุคคลจะมีความพร้อมที่จะปฏิบัติ คือมีการรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรคแล้วก็ตาม การที่บุคคลจะปฏิบัติ หรือไม่ จะขึ้นอยู่กับความเชื่อต่อประสิทธิผลของการกระทำที่จะช่วยลดภาวะคุกคามเปรียบเทียบกับความยุ่งยาก หรืออุปสรรคที่เกิดจากการกระทำนั้นๆ (Mikhail, 1981 : 65-82)

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน

การรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย เวลาในการมารับบริการสุขภาพ ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ความเจ็บป่วย ความอาย เป็นต้น ซึ่งอุปสรรคในการปฏิบัติตน เป็นตัวแปรที่สำคัญสามารถทำนายพฤติกรรมการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาได้ สำหรับการวิจัยด้านการรับรู้ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคในการรักษานั้น

3. การรับรู้ภาวะคุกคาม

การรับรู้ภาวะคุกคามเป็นผลที่เกิดจาก ตัวแปรด้านประชากร ด้านจิตสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและความรุนแรงของโรค และสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ ส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค และมีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป

แรงจูงใจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาแรงจูงใจ หมายถึง ภาวะใดๆ ก็ตามที่กระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา แรงจูงใจเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ตามความต้องการของมนุษย์ ซึ่งความต้องการทำให้สภาวะของร่างกายเกิดความไม่สมดุล เมื่อร่างกายเกิดความไม่สมดุลจะทำให้มีแรงขับ ที่จะกำหนดทิศทางเพื่อแสดงพฤติกรรมและการกระทำไปสู่เป้าหมาย แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปนั้นเป็นสัจชาตญาณเกี่ยวกับการดำรงชีวิต คือ เมื่อร่างกายอยู่ในภาวะไม่สมดุล ความไม่สมดุลทางด้านร่างกายจะเป็นแรงจูงใจให้ร่างกายได้มีพฤติกรรมต่างๆ เกิดขึ้นเพื่อให้ร่างกายอยู่ในสภาวะที่สมดุล อันเป็นผลให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับสัจชาตญาณเกี่ยวกับความตาย เพราะบุคคลทุกคนมักจะให้ความสนใจในเรื่องเกี่ยวกับความตาย เกรงกลัวว่าตนจะถึงแก่ความตาย ดังนั้นทำให้สนใจในสุขภาพอนามัยของตนเองไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษา (อารี พันธุ์ณี, 2534)

5. ปัจจัยร่วมอื่นๆ

ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรม มีดังนี้ (Becker et. al., 1974)

1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือของผู้ป่วย เช่น สัมพันธภาพระหว่างแพทย์หรือพยาบาลกับผู้ป่วยที่มีความดีใจหรือชื่นชมในการสนทนา ไม่เป็นกันเองต่อผู้ป่วย การใช้คำสั่งหรือบังคับผู้ป่วย และไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามสิ่งเหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา แต่การสนทนาติดต่อสื่อสารที่เป็นไปด้วยดี การแสดงความเอื้ออาทร เข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย จะสร้างความประทับใจ ความพึงพอใจต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

2. ความต่อเนื่องในการตรวจรักษาจากแพทย์คนเดิม การได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์คนเดิมอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและมั่นใจ และมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วย

3. ตัวแปรด้านประชากร ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ การศึกษาและสถานภาพสมรส จะมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา

3.1 เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกาย ซึ่งอาจมีผลต่อความต้องการดูแลตนเอง และอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างในด้านค่านิยม ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1985 : 22) จากการศึกษาเรื่องเพศกับพฤติกรรม สุขภาพพบว่า เพศเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญ

ปัญหา การปรับตัวและทัศนคติต่อการเจ็บป่วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2534 : 33) รุท (Ruth, 1973 : 136-156) กล่าวว่า เพศเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของพฤติกรรมการเจ็บป่วย เพศชายไม่ยอมรับการเจ็บป่วยเพราะมองว่าเป็นสัญลักษณ์ของความอ่อนแอและแสดงความเป็นเพศหญิง ซึ่งได้มีการศึกษาที่สนับสนุนแนวคิดของรุท เช่น การศึกษาของค็อกเคอร์แฮม (Cockerham, 1982 : 70) ศึกษาเรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าเพศหญิง ไปตรวจรักษามากกว่าเพศชาย ส่วนการศึกษาในประเทศไทยของ เฟรดเดอริก เอ เคย์ และ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ (1977 : 66-86) พบว่าเพศหญิงไปใช้บริการของโรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาลจังหวัดมากกว่าเพศชาย ทั้งที่เจ็บป่วยเล็กน้อยและเจ็บป่วยรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับนฤมล ใจดี (2543 : 74-75) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

3.2 อายุ Orem (1985 : 35) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับอายุ โดยที่ในวัยเด็กจะมีการพัฒนาเพียงเล็กน้อยและค่อยๆพัฒนาขึ้นเรื่อยๆจนถึงขีดสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และลดลงเมื่อสูงอายุ ดังนั้นเมื่ออายุมากขึ้นระดับพัฒนาการ การเรียนรู้และการใช้ความรู้ในการดูแลตนเองจะมากขึ้นด้วย จากการศึกษาของแบลคเวลล์ (Blackwell, 1973 : 249) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยส่วนมากปฏิเสธที่จะรับประทุษณยาที่มีรสไม่ดี เช่น รสขม นอกจากนี้ยังพบว่าความหลงลืม หรือความไม่สนใจตนเองของผู้ป่วยสูงอายุทำให้ขาดยาได้บ่อยครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวารภรณ์ พรหมพินิจ (2541:18-25) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สงสัยโรคเรื้อน

3.3 ระดับการศึกษา ตามแนวคิดของโอเร็ม (1985 : 175) เชื่อว่าการศึกษาคือเป็นสิ่งสำคัญเพื่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง การศึกษา ยังช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย โอเร็ม (1985 : 108-109) ยังกล่าวว่า ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองพัฒนา มาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต พัฒนามาจากการใช้สติปัญญา การได้รับการสั่งสอนและประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ดังนั้นระดับการศึกษาจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งการศึกษาของรุทส์ (Ruth, 1973 : 135-136) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำมักประสบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการ เกิดโรค และวิธีการรักษาตลอดจนการปฏิบัติ เนื่องจากความรู้ดังกล่าวเป็นเชิงวิทยาศาสตร์ ดังนั้น ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนได้ถูกต้องและดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไพร์ซ์ (Price, 1983 : 129-137) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พิการและพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาของผู้ป่วยกับความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค โดยพบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำมักเชื่อว่าโรคเรื้อนเกิดจากอำนาจนอกเหนือธรรมชาติ และจากการศึกษาของนฤมล ใจดี (2543 : 74-77) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยพบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาล่าช้ามาก ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับต่ำ

3.4 รายได้ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ คาสล์ และคอบบ์ (Kasl and Cobb, 1966 : 250) กล่าวว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความร่วมมือในการป้องกันและรักษา จากการศึกษาของเดวิส (Davis, 1968 : 274-275) พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ ผู้มีรายได้น้อยมักจะมี การศึกษาดำและไม่ค่อยเอาใจใส่ต่อสุขภาพ ซึ่งตรงข้ามกับผู้ที่มียรายได้สูงกว่าและมีการศึกษาสูง เช่นเดียวกับที่เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 91) พบว่าผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล สุราษฎร์ธานีที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ผู้ที่มีรายได้สูงกว่าจะมี พฤติกรรมการเจ็บป่วยที่ดีกว่า และสอดคล้องกับเกศินี ไช่ณิล (2536 : ก-ข) พบว่า รายได้ของ ครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพและเป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด บุคคล ใดที่มีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูง ย่อมมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคสูงด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับ สุขภาพ นอกเหนือจากตัวแปรดังที่กล่าวมาแล้ว ยังมีพบว่าสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้น หรือสิ่งชักนำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ อาจเป็นสิ่งกระตุ้นมาจากภายใน เช่น การรับรู้สุขภาพของตนเอง หรือสิ่งกระตุ้นจากภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อสารมวลชน ต่างๆ บุคลากรสุขภาพ เป็นต้น

3. หลักการตลาดเพื่อสังคม (Social Marketing)

การตลาดเชิงสังคม คือ กระบวนการในการออกแบบ วางแผนและลงมือปฏิบัติเกี่ยวกับ โครงการแก้ไขปัญหาต่างๆ เพื่อที่จะเพิ่มการยอมรับและการปฏิบัติในกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้หลักและ วิธีการพัฒนามาจากการตลาด แต่แตกต่างกันในแง่ที่เน้นผลผลิตที่สัมผัสไม่ได้ เช่น การเปลี่ยน แนวความคิด ทัศนคติและการปฏิบัติ (นิกร ธีววรรณ, 2552 ; 22)

3.1 หลักการของการตลาดเชิงสังคม (Principle of Social marketing)

นักวิชาการได้กล่าวถึงหลักการของการตลาดเชิงสังคมไว้ดังนี้(วิจิตรา ชาติสุวรรณ และนฤมล ใจดี,2546) หลักการของการตลาดเชิงสังคม มุ่งเน้นหรือ Focus ที่พฤติกรรมของประชากรเป้าหมาย (target audience) โดยแต่ละบุคคลจะเปลี่ยนพฤติกรรมได้ต่อเมื่อแนวทางการดำเนินการตลาดเชิงสังคม (social marketing approach) นั้นเข้าได้กับการรับรู้ (perception) ค่านิยม(values) และสะดวกสบายเพียงพอ ต่อเขา การตลาดเชิงสังคมจึงเป็นความพยายามที่จะสร้างอิทธิพลหรือให้มีผลต่อการตัดสินใจของปัจเจก ก บุคคลและพฤติกรรมที่เป็นผลตามมาจึงขึ้นอยู่กับความเข้าใจและการรับรู้และมีพฤติกรรมตามมูลค่าและ ผลประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เขาปรารถนา ดังนั้นแนวทางหลักในการดำเนินการตลาด เชิงสังคม (social marketing approach) เพื่อมุ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงถูกชี้นำโดยการสันนิษฐาน (assumption) 3 อย่างคือ

1) ทฤษฎีของการแลกเปลี่ยน (Theory of exchange) ทฤษฎีนี้มีมุมมองการตลาดที่มีพื้นฐานอยู่บนความคิดที่ว่าปัจเจกบุคคลจะแลกเปลี่ยนทรัพยากรที่มีคุณค่ามาก เช่น เงิน ความพยายาม และเวลาเพื่อการรับรู้ในผลประโยชน์ที่จะได้รับต่อเมื่อเขาได้รับรู้ว่าผลประโยชน์ของพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนใหม่นั้นมีมากกว่าการรับรู้ในด้านราคาที่จะต้องจ่ายหรือค้ำค่าชัดเจน ดังนั้นงานของการตลาดเชิงสังคมที่สำคัญจึงอยู่ที่การชักจูง แนะนำประชากรเป้าหมายว่าจะได้ประโยชน์มากกว่าเสียเงิน เสียแรง และเสียเวลา ฯลฯ จากการนำพฤติกรรมที่ต้องการให้ปรับเปลี่ยนนั้น ๆ มาใช้เปลี่ยนพฤติกรรมใหม่

2) พฤติกรรมการเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องในระดับต่ำและสูง (Low and high involvement behavior) ในการพัฒนาวิทยาศาสตร์การตลาดที่มีประสิทธิภาพด้านผลิตภัณฑ์ (product) เช่น บริการ สุขภาพ หรือการปฏิบัติตน ขึ้นอยู่กับ ความซับซ้อนของการตัดสินใจในเรื่องไม่สำคัญมากนักต้องการ ข้อมูลเพียงไม่มาก และไม่มีผลลัพธ์ด้านอารมณ์ หรือสังคม ตัวอย่างเช่น การตัดสินใจระหว่างเลือก เสื้อผ้าที่มียี่ห้อเป็นที่นิยมมากน้อย จะเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจระดับต่ำ โดยมองแค่ความน่าใช้จากการ บรรลุหรือกระดากที่หุ้มสบู่ไว้ หรือคำขวัญมาใช้ก็เพียงพอให้ตัดสินใจซื้อไปแล้ว แต่สำหรับการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ต้องการการตัดสินใจเกี่ยวข้องในระดับที่สูงกว่า โดยต้องการการชักชวน ชี้นำผู้บริโภคด้านสุขภาพให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ให้ยั่งยืนต่อไป ถ้าสอดคล้องเข้ากับความคิด หรือโอเคอย่างกว้างขวาง หรือเกี่ยวข้องกับบุคคลจำนวนมาก ผู้ให้บริการสุขภาพในระบบการตลาดเชิง สังคม จำเป็นต้องได้รับการอบรมให้รอบรู้ทฤษฎีหลาย ๆ อย่าง รวมทั้งพัฒนาด้านทักษะในการสื่อสาร และการวิจัยการตลาด เพื่อการวิเคราะห์ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป

3) ระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากรูปแบบของ Prochaska และ D. Clemente's Trantheoretical Model นั้นการจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลต้องมีความพร้อม เสียก่อน ดังนั้นวิธีการตลาดเชิงสังคมจำเป็นต้องวางแผนกลยุทธ์ให้ข้อมูลเกี่ยวข้องที่ตรงและ สอดคล้องกับระยะของพฤติกรรมที่จะเปลี่ยน เช่น ในระยะแรกที่บุคคลยังไม่ได้แม้แต่จะคิดล่วงหน้าว่าจะเปลี่ยนพฤติกรรม หรือคิดถึงทางเลือกของพฤติกรรมที่อยากจะเปลี่ยน สิ่งท้าทายสำหรับบทบาท การตลาดเชิงสังคมจึงอยู่ที่การกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมที่จะปรับเปลี่ยน และสร้างความเชื่อมั่นว่าพฤติกรรมใหม่นั้นจะเหมาะสมและเข้าได้ดีกับชีวิตประจำวัน ดังนั้นในระยะการ ใตร่ตรองผู้บริโภคหรือผู้ที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะเริ่มตระหนักกว่าจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยวิธีใด และจะประสบกับความไม่สะดวกและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากน้อยค้ำกับประโยชน์ที่จะ ได้จากการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่หรือไม่เพียงไร ตลอดจนความสามารถที่จะปรับและผลกระทบ เช่น ปฏิบัติจากเพื่อนและครอบครัวในระยะนี้จำเป็นต้องวางแผนให้ข้อมูลและความรู้ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับ ความต้องการที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ตาม โปรแกรมที่กำหนดให้

ผู้ให้บริการการตลาดเชิงสังคมในระยะนี้จะต้องเสริมสร้างทักษะและให้การสนับสนุน เพิ่มความสามารถเพื่อเป็นพี่เลี้ยงให้เกิดการปฏิบัติตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ต่อมาในระยะที่มี

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วต้องสนับสนุนต่อให้เกิดการปรับพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ด้วย การกระตุ้นเสริมและการให้รางวัล ดังนั้นกลยุทธ์ของการตลาดเชิงสังคมจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่มีประสิทธิภาพสูงต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมและมีประโยชน์ที่ชัดเจนเหนือกว่าวิธีการให้ความรู้ผ่านสื่อมวลชนแบบเก่า ๆ ซึ่งอาจมีผลเพียงเพิ่มความตระหนักและความรู้เท่านั้น ไม่ถึงขั้นจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การแบ่งส่วนกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการตลาดเชิงสังคม

เพื่อประโยชน์ในการจำกัดทรัพยากรให้สอดคล้องกับแต่ละกลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรงมากน้อย หรือต้องการบริการสุขภาพเฉพาะแบบใดอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม การแบ่งส่วนกลุ่มเป้าหมายจึงช่วยให้สามารถกำหนดกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะด้านของประชากรเป้าหมายต่าง ๆ เพื่อออกแบบการให้ข้อมูลความรู้ให้เข้าถึงจุดความสนใจของเป้าหมาย

วิธีการเก็บข้อมูลการตลาดเชิงสังคม

เนื่องจากการตลาดเชิงสังคมเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นลูกค้าเพื่อสนองต่อความต้องการและความปรารถนา รวมทั้งความคาดหวังและพึงพอใจของลูกค้า ดังนั้นการวิจัยการตลาดจึงใช้วิธีการวิจัยแบบต่าง ๆ เช่นการจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสำรวจตัวแทนเพื่อใช้ในการตรวจสอบความต้องการและความกังวลที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการปรับข้อมูลคือผลิตภัณฑ์ และช่องทางการกระจายข้อมูลสื่อก่อนที่โครงการสุขภาพจะนำไปปฏิบัติเต็มที่

ส่วนประกอบการตลาดเชิงสังคม (Social marketing mix)

ส่วน ประกอบการตลาดเชิงสังคมประกอบด้วยส่วนประกอบหลักสำคัญ (Key elements) 4 อย่าง เพื่อใช้เป็นเครื่องมือทำการตลาด คือ ผลิตภัณฑ์ รวมทั้งบริการ (product) ราคา (price) สถานที่จำหน่าย (Place) และการส่งเสริมการตลาด (promotion) โดยผลิตภัณฑ์ในด้านสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพและบริการหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ดังแสดงในตาราง 1) ซึ่งจะต้องทำการตลาดให้มั่นใจว่าเหมาะสมและน่าใช้ต่อกลุ่มลูกค้าเป้าหมาย ส่วนด้านราคาจะต้องคุ้มค่ากับประโยชน์และการบริโภคของลูกค้าทั้งในด้านความคุ้มค่าของเงินที่จะสามารถจ่ายได้สูงสุดไม่เกินราคานั้นได้ ส่วนด้านสถานที่เน้นถึงตำแหน่งที่ตั้งของการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ เช่นคลินิก สถานบริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลเพื่อการรักษาผู้ป่วยโรครื้อน ดังนั้นส่วนประกอบการตลาดเชิงสังคม จึงเป็นการรวมองค์ประกอบเข้าด้วยกันตามแผนยุทธศาสตร์ของผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสม

ตารางที่ 1 องค์ประกอบทางการตลาดตามแนวคิดของ Neill Mckee (1992)

องค์ประกอบของการตลาดเชิงสังคม (4'P)	ตัวอย่าง
ผลิตภัณฑ์ (Products)	
ผลิตภัณฑ์ที่จับต้องได้ (Tangible products)	ถุงยางอนามัยและยาคุมกำเนิด ผงน้ำตาลเกลือแร่ (O.R.S.) เข็มฉีดยา อาหารเสริมของทารก
ผลิตภัณฑ์ที่เป็นการปฏิบัติ (Practice)	การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันด้วยวัคซีน การปฏิบัติตามแพทย์สั่ง หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และ การสำส่อนทางเพศ
ผลิตภัณฑ์ที่เป็นแนวความคิด (Idea)	การวางแผนครอบครัว สิทธิมนุษยชน/ความสามารถ
ราคา (Price)	
การเงิน (Monetary)	ราคาที่ได้รับการช่วยเหลือให้ถูกต้อง ราคาทางด้านสังคม
โอกาส (Opportunity)	เวลาที่สูญหายไปจากการทำกิจกรรม การพลาดโอกาสหรือไม่ได้รับ ผลประโยชน์จากนวัตกรรมนั้น
ด้านจิตใจ (Psychological)	ความเครียดหงุดหงิดจากการไม่ได้ สูบบุหรี่ลดลงได้ด้วยการอาบน้ำ
สถานที่/การส่งเสริม (Place/Promotion)	
การส่งผลิตภัณฑ์ (Delivery of product)	ร้านชา คลินิกและร้านขายยา ที่พักออาศัย คลับและที่ทำงาน
การส่งข้อความ (Delivery of message)	โทรทัศน์/วิทยุ/หนังสือพิมพ์ โปสเตอร์/กระดาษป้าย/ป้ายผ้า นักร้องเพลงลูกทุ่ง/นักร้องพื้นบ้าน แรลลี่รถยนต์ สื่อบุคคล/การให้คำปรึกษา

3.2 กระบวนการตลาดเชิงสังคม

กระบวนการตลาด (Marketing Process) กระบวนการตลาดเชิงสังคมได้รับการดัดแปลงมาจากกระบวนการตลาดของ Novelli (1990 อ้างถึงในจุฬารัตน์ โสตะ, 2546) ซึ่งกล่าวว่ากระบวนการตลาดเป็นกระบวนการต่อเนื่องและวนเป็นวงกลม โดยขั้นตอนสุดท้ายจะย้อน กลับไปที่ขั้นตอนแรกอีกครั้ง เพื่อใช้ในการวางแผนและปรับปรุงแผน กระบวนการของตลาดประกอบด้วย 6 ขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ (Analysis)

1.1 การวิเคราะห์ตลาด (Marketing place Analysis) เนื่องจากโดยทั่วไปองค์กรเพื่อสังคมจะหาโอกาสเข้าสู่ตลาดได้ไม่ถนัดนักเพราะต้องคำนึงถึงกฎระเบียบและวัตถุประสงค์ขององค์กรเป็นหลัก เนื่องจากต้องนำเอาสิ่งเหล่านี้มากำหนดขอบเขตของตลาด โดยจะคำนึงถึงขนาดและรูปแบบของโปรแกรมที่องค์กรตั้งใจไว้เป็นส่วนประกอบด้วย นอกจากนี้จะต้องวิเคราะห์คู่แข่งด้วย การวิเคราะห์ตลาดคำนึงถึงขอบเขตภูมิศาสตร์ด้วยการกระจายผลิตภัณฑ์ การจัดจำหน่าย การระบายออก และแหล่งรับผลิตภัณฑ์นั้น ๆ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องทราบโครงสร้างตลาดปัจจุบัน และวิธีการนำเสนอผลิตภัณฑ์ให้ถึงมือผู้บริโภค เรื่องของ “เวลาที่เหมาะสม” นับเป็นเรื่องสำคัญด้านการตลาด เรื่อง แนวโน้มของตลาด ” และการคาดการณ์ความเจริญเติบโตของตลาดซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการวางงบประมาณจัดสรรเงินดำเนินโครงการ นอกจากนี้ยังรวมถึงการตรวจสอบทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น หน่วยงานด้านโฆษณาและประชาสัมพันธ์ที่บริษัทจัดจำหน่าย หน่วยงานสนับสนุนการวิจัยบริษัทการพิมพ์และการจัดการที่บอกว่ามีอยู่ในบริเวณตลาดนั้น ๆ หรือไม่ เป็นเรื่องสำคัญอย่างมากที่จะต้องรู้ว่าการตลาดในปัจจุบันมีโครงสร้างอย่างไร รวมทั้งการเสนอขายผลิตภัณฑ์ที่มีอยู่ในขณะนั้น การเข้าถึงกลุ่มผู้บริโภคความตระหนักในโอกาสและจังหวะ ตัวอย่างเช่น ภาวะที่ไม่มีการควบคุมความดันโลหิต ทำให้เปอร์เซ็นต์ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ภาวะการณ์เช่นนี้ แนวโน้มของการตลาดและการสร้างโครงการจะถูกกำหนดขึ้นมาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ โดยมีการจัดสรรงบประมาณกำหนดโปรแกรมและแผนงาน ที่จะปฏิบัติต่อกลุ่มเป้าหมายนั้น

1.2 การวิเคราะห์ผู้บริโภค (Consumer Analysis) ผู้บริโภค คือ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนของการตลาด ตัวอย่างของผู้บริโภคทางด้านสุขภาพอนามัย เช่น บุคคลที่มีความเสี่ยงเนื่องจากมีโรคนี้สัปดาห์ที่ไม่ดีอย่างไรก็ดี บุคคลที่ซื้อและเตรียมอาหารมีความสำคัญเชิงการตลาด เช่นเดียวกับผู้บริโภคอาหาร ตัวอย่างผู้บริโภคกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ อาจเป็นสมาชิกกลุ่มวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักบริหาร หรือนักสังคมสงเคราะห์ ตัวแปรสำคัญในการวิเคราะห์ผู้บริโภค คือ

1.2.1 สิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพล รวมถึง วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียม ความคงที่และการเปลี่ยนแปลงค่านิยมทางสังคม ความหนาแน่นในเขตเมือง การเปลี่ยนแปลงในชนบท บทบาทและสถานภาพของสตรี สื่อที่มีอิทธิพล สมาชิกในกลุ่มวัฒนธรรมย่อย ความเชื่อในศาสนา การปฏิบัติและระดับชั้นในสังคม

1.2.2 อิทธิพลต่อบุคคล ผู้บริโภคแต่ละคนนั้นมีความเป็นลักษณะพิเศษที่ไม่เหมือนใคร และปฏิบัติด้วยความเป็นอิสระระดับหนึ่ง ภายใต้โครงสร้างของสังคม พฤติกรรมได้ถูกเรียนรู้และเป็นนิสัย รูปแบบที่ถูกพัฒนาขึ้น โดยผ่านประสบการณ์ เกิดเป็นเจตคติและเปลี่ยนไป ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการตัดสินใจ

1.2.3 กระบวนการรับข้อมูลข่าวสารและการตัดสินใจ ผู้บริโภคมีความตระหนักถึงความต้องการวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาข้อมูล ประเมินทางเลือกและลงมือปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้อาจเกิดอย่างรวดเร็วบนพื้นฐานของกระบวนการของแรงกระตุ้นที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วนหรือมีสติสัมปชัญญะ การได้ศึกษาและสนใจเจตนาของตัวอย่างเช่น สตรีที่ได้รับคำเตือนให้ลดน้ำหนักและมีความสนใจที่จะทำตาม การเห็นภาพลักษณะหน้าร้านที่เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักจะเดินเข้าไปและลงซื้อทันที ในกรณีนี้มีปัจจัยหลายอย่างที่มีส่วนเข้าไปในการตัดสินใจของเขาในทางเลือกอื่น ๆ เขาอาจจะใช้เวลาเป็นสัปดาห์ที่จะค้นหาข้อมูลกับเพื่อน ๆ ประเมินราคาและสถานที่ที่มีชื่อเสียงและตัดสินใจด้วยตนเองอย่างรอบคอบ นอกจากนี้ยังคงต้องวิเคราะห์ตัวแปรที่สำคัญ ได้แก่

ก. ลักษณะทางประชากรของผู้บริโภค เช่น อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษาและระดับการอ่านออกเขียนได้ ระดับชั้นในสังคม ขนาดของครอบครัวและความมีอายุยืน อาชีพ ศาสนา เชื้อชาติ วัฒนธรรมและสัญชาติ

ข. ตัวแปรเชิงภูมิศาสตร์ เช่น ภาค ขนาดของเมือง ความหนาแน่นของประชากร ดินฟ้าอากาศ การเคลื่อนย้ายประชากร

ค. ลักษณะที่เกี่ยวกับผลประโยชน์ที่ผู้บริโภคต้องการ ตลอดจนสถานะผู้บริโภคในฐานะผู้ใช้และสถานะทางพฤติกรรม

ง. รูปแบบของสื่อที่เหมาะสมกับผู้บริโภคหรือกลุ่มเป้าหมาย (Kotler, 1982 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2546) การวิเคราะห์สื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อจัดช่องทางในการสื่อสาร จำเป็นต้องมีหลายช่องทางเพื่อที่จะสื่อสารผลิตภัณฑ์ไปยังกลุ่มเป้าหมายได้ ช่องทางการสื่อสารเหล่านี้ อาจรวมถึงแต่ไม่หมดจน สื่ออิเล็กทรอนิกส์ จนกระทั่งถึงผู้นำชุมชนที่มีความสามารถที่จะโน้มน้าวจิตใจได้ อาสาสมัคร บุคคลองค์กร สถาบันใด ๆ ก็ตามที่ใกล้ชิดกับประชาชนนับว่าเป็นช่องทางในการสื่อสารทางสุขภาพได้ทั้งสิ้น

1.3 การวิเคราะห์องค์กรเอง (Organization Analysis) ต้องดูว่าองค์กรนั้นมีฐานะการเงิน การจัดการและบุคลากร พอจะดำเนินการด้านการตลาดเชิงสังคมอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ผู้บริหารระดับสูงยอมรับและจะใช้กลวิธีการตลาดเชิงสังคมมากน้อยเพียงใด หรือนานพอจะเห็นผลของโปรแกรมที่ใช้วิธีการนี้หรือไม่ ในองค์กรนั้นมีการรวบรวมข้อมูลทั้งทุติยภูมิ และปฐมภูมิมากพอจะเป็นข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการวางแผนการตลาดต่อไปเพียงใด

โดยสรุปในขั้นตอนของการวิเคราะห์นี้ประกอบด้วย การวิเคราะห์แหล่งตลาดในการเลือก กำหนด โครงการและแผนงาน การวิเคราะห์ผู้บริโภคซึ่งรวมถึงการวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายและจัด

แบ่งกลุ่มผู้บริโภค การวิเคราะห์พฤติกรรมผู้บริโภค การวิเคราะห์รูปแบบของสื่อและช่องทางในการสื่อสารที่เหมาะสมต่อกลุ่มเป้าหมายซึ่งวิธีการในการวิเคราะห์มีหลายวิธีทั้งทางตรงและทางอ้อม วิธีทางตรงได้แก่ การสุ่มตัวอย่าง การสังเกตการณ์ แบบสอบถาม การสัมภาษณ์รายบุคคล การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ส่วนวิธีทางอ้อมได้แก่ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจรายงานที่มีการศึกษารายงานไว้ และสุดท้ายเป็นการวิเคราะห์ในองค์กรเพื่อประเมินความพร้อมของทรัพยากรในการจัดทำโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน (Planning)

ในการวางแผนนั้นต้องให้ชัดเจน มีความเฉพาะเจาะจง สำหรับที่จะปฏิบัติและมีวัตถุประสงค์ชัดเจนถึงแม้ว่าจะใช้เทคนิคการตลาดที่ดีแต่อาจบรรลุผลน้อยถ้าตั้งวัตถุประสงค์ไว้สูงเกินไป และมีความเป็นไปได้ยากในการปฏิบัติ เมื่อกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์แล้ว กลวิธีในการวางแผน สามารถแบ่งออกมาให้เห็นในแต่ละองค์ประกอบของส่วนผสมของการตลาดได้ดังนี้ คือ

2.1 ผลิตภัณฑ์หรือสิ่งเสนอขาย (Product or offering) กลวิธีในการตัดสินใจคือ การจัดวางตำแหน่งของผลิตภัณฑ์ ความมุ่งหมายเพื่อจัดวางตำแหน่งของสิ่งที่จะเสนอขาย เช่น โปรแกรมการออกกำลังกาย ให้ตรงกันในจุดเดียวกับที่กลุ่มเป้าหมายในส่วนนั้น ต้องการมากเท่าที่จะเป็นไปได้ อยู่ในจุดที่แคบมีคู่แข่งน้อย และในส่วนนี้ยังรวมถึงคุณลักษณะหน้าตาของผลิตภัณฑ์ด้วย ผลิตภัณฑ์ที่เสนอขายจะต้องมีประโยชน์และรูปแบบที่น่าสนใจ

2.2 กลวิธีการจัดจำหน่าย (Distribution Strategies) อาจมีการจัดขึ้นโดยตรงหรือมีสื่อกลาง เช่น ตัวแทนรัฐ องค์กรในจังหวัดหรือศาสนา บริษัทหรือผู้จัดบริการสุขภาพ ในส่วนนี้ยังรวมถึงช่องทางการระบายออก หรือสถานที่ของสิ่งที่จะเสนอขายในที่ที่ผู้บริโภคหาซื้อได้ง่ายและสะดวก

2.3 กลวิธีทางราคา (Price Strategies) การกำหนดราคาของผลิตภัณฑ์หรือบริการเป็นเรื่องที่ยากซึ่งผู้วางแผนจะต้องมีความเข้าใจต่อการรับรู้ของผู้บริโภคเกี่ยวกับการเงินที่จะซื้อผลิตภัณฑ์หรือบริการ ความพึงพอใจในผลิตภัณฑ์หรือบริการนั้นเวลาที่ใช้ในการซื้อหาผลิตภัณฑ์หรือบริการนั้น ๆ ผู้ผลิตจะต้องตัดสินใจว่าจะทำอะไรที่ผลิตภัณฑ์หรือบริการนั้นจะมีราคาที่ถูกลงให้ผู้ซื้อได้ง่าย และมีพฤติกรรมในการใช้ผลิตภัณฑ์หรือบริการนั้นตลอดไป

2.4 การสื่อสารการตลาด (Marketing communication) ความหนักแน่นของการสื่อสารควรจะเน้นในเรื่องผลประโยชน์ที่จะได้รับที่กลุ่มผู้บริโภคเป้าหมายคาดหวัง จุดสนับสนุนที่จะเน้นให้ทราบว่าผลประโยชน์ที่กลุ่มผู้บริโภคจะได้รับว่าเป็นเช่นนั้นจริง ต้องมีการสื่อสารที่กระตุนและเร่งเร้าอยู่ตลอดเวลา ด้วยระดับของการเน้นที่แตกต่างกัน หรือจินตนาการของการสื่อสารและในส่วนนี้ยังรวมถึงการวางแผนโฆษณา ประชาสัมพันธ์ การตลาดตรง การส่งเสริมการขายและการสื่อสารแบบเผชิญหน้าอีกด้วย

เมื่อวางแผนในส่วนประกอบย่อยเหล่านี้แล้ว จึงนำมารวมกันเป็นแผนการตลาดที่สมบูรณ์ 1 แผน สำหรับใช้ประเมินความก้าวหน้า ผลสำเร็จในขั้นสุดท้าย งบประมาณที่ใช้ทั้งหมด ตารางกำกับ และ งบประมาณในแต่ละองค์ประกอบของส่วนผสมการตลาดนั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนา การทดสอบ และการปรับเปลี่ยนองค์ประกอบต่าง ๆ ของแผน (Development, Testing, refining of plan element) แบ่งออกเป็น

3.1 การพัฒนาและทดสอบมโนทัศน์ของผลิตภัณฑ์ ในขั้นตอนนี้จะเกี่ยวข้องกับการเสนอหรือ การวางตลาดผลิตภัณฑ์ใหม่ หรือการเสนอครั้งใหม่ของผลิตภัณฑ์ที่รู้จักกันแล้ว เพื่อให้ตอบสนองความต้องการ ความปรารถนา และความคาดหวังของผู้บริโภคเป้าหมาย ตัวอย่างมโนทัศน์ของผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ทางการตลาดเชิงสังคม เช่น คลินิกเพื่อเลิกบุหรี่ที่ตั้งขึ้นใหม่เฉพาะกลุ่มพยาบาลโดยใช้วิธีการที่พิสูจน์แล้วว่าได้ผลและให้บริการในช่วงเวลาที่สะดวกในบริเวณ โรงพยาบาลที่ทำงานอยู่

3.2 การพัฒนาและทดสอบมโนทัศน์ของการสื่อสาร เป็นขั้นตอนที่เสนอทิศทางสำหรับกำจัดวิธีการที่ได้ผลน้อยลง และเลือกวิธีการที่ได้ผลดี วิธีที่ใช้กันคือ การสนทนากลุ่ม

3.3 การทดสอบเนื้อหาของข่าวสารของการสื่อสาร ขั้นตอนนี้ทำหลังจากมโนทัศน์ของการสื่อสารได้รับคัดเลือกแล้วและถูกแบ่งเป็นข่าวสาร เช่น เป็นประกาศของโทรทัศน์ หนังสือเล่มเล็ก โปสเตอร์ เป็นต้น จากนั้นจึงนำเนื้อหาข่าวสารไปทดสอบหาความเข้าใจและปฏิกิริยาตอบสนองของผู้บริโภคเป้าหมาย วิธีหนึ่งที่ใช้ทดสอบข่าวสารคือ การใช้จุดรวมที่ผู้คนมาพบปะกันมาก เช่น ห้างสรรพสินค้าต่าง ๆ โดยจะหยุดสัมภาษณ์ผู้บริโภคเป็นระยะเวลาสั้น ๆ วิธีนี้จะได้ข้อมูลเชิงคุณภาพ และเมื่อใช้การสัมภาษณ์หลาย ๆ จุดมารวมกันจะได้ข้อมูลเชิงปริมาณมากขึ้นเพื่อสามารถนำไปใช้สำหรับผู้บริโภคกลุ่มใหญ่ได้

หลังจากทดสอบมโนทัศน์และเนื้อหาของข่าวสารแล้ว นำองค์ประกอบโครงการทั้งหมดของโครงการตลาดเชิงสังคมมารวมกัน และพิจารณาให้ละเอียดถี่ถ้วน เพื่อจัดเป็นแผนจำลองขนาดเล็ก การประเมินแผนจำลองขนาดเล็กมีความจำเป็นมากในการหาปฏิกิริยาทางการตลาดของผู้บริโภค นำผลที่ได้มาปรับปรุงและทำรายละเอียด เพื่อใช้ทดสอบตลาดขนาดใหญ่ ซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงมากต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินงาน (Implementation)

นำโครงการตลาดเชิงสังคมทั้งหมด ไปดำเนินโครงการในพื้นที่ทั้งหมดที่ ตั้งเป้าหมายไว้ ซึ่งในการนี้จะใช้การดำเนินงานของแผนการตลาด และการติดตามควบคุมและตรวจสอบสมรรถนะของแหล่งตลาด

4.1 ติดตามข่าวสารช่องทางการกระจายของผลิตภัณฑ์ (Distribution Channel Monitoring) เพื่อตรวจสอบว่าผลิตภัณฑ์ถึงตลาดหรือผู้บริโภคกลุ่มเป้าหมายอย่างราบรื่นหรือไม่

4.2 ติดตามการตรวจสอบการส่งผลิตภัณฑ์โดยตรงกับลูกค้า หรือการขายปลีก (Retail Monitoring) เพื่อการตรวจสอบราคารายปลีกที่มีการซื้อ หรือตัดสินใจซื้อตรวจสอบผลิตภัณฑ์ที่วางจำหน่ายอยู่ ตรวจสอบการทำบัญชีรายชื่อผลิตภัณฑ์ และตรวจสอบปฏิกิริยาของกลุ่ม

4.3 ติดตามตรวจสอบการขาย (Sale Monitoring) ตัวอย่างเช่น ตรวจสอบจำนวนโรงเรียนในชนบทที่ยอมรับหลักสูตรโครงการของสมาคมโรคปอด เพื่อทราบผลการขายซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการเก็บไว้เป็นข้อมูลย้อนกลับ และอภิปรายปัญหา

4.4 ติดตามตรวจสอบกระบวนการสื่อสาร (Communication Monitoring) เกี่ยวข้องกับการตรวจหาสภาพที่มีการจ่ายเงิน หรือการโฆษณาบริการที่มีต่อสาธารณชน พยายามหาปริมาณของการโฆษณาที่จัดทำขึ้นใหม่ และติดตามกระบวนการการสื่อสารระหว่างบุคคล

4.5 ติดตามตรวจสอบการดำเนินงานการตลาดเชิงสังคม (Social Marketing Organization Monitoring) เช่น ตรวจสอบสมรรถนะของบุคคล และการจัดการบริหารกองทุนหรืองบประมาณสนับสนุน การไหลของการสื่อสารและการตัดสินใจ

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินประสิทธิผลของการตลาด (Assessing in Marketing Effectiveness)

ในขณะที่ได้ดำเนินการปฏิบัติในกระบวนการที่ได้วางแผนไว้ จะต้องมีการประเมินระบบเพื่อทำการหาข้อบกพร่องและทำการแก้ไขในช่วงกลางแผน รวมทั้งการประเมินผลของโครงการ โดยเทียบกับวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งไว้ การประเมินผลในขณะปฏิบัติการในขั้นที่ 5 ของกระบวนการนี้ต้องมีระบบข้อมูลข่าวสารที่มีความพอดีและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ จุดมุ่งหมายของการประเมินระบบ ก็เพื่อให้มีความสอดคล้องกันของกระบวนการ การรายงานเป็นระยะและข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อใช้ในการตัดสินใจทางการตลาด นอกจากนี้แล้วยังรวมถึงการดำเนินปฏิกริยาและการตอบสนองของกลุ่มเป้าหมาย การปฏิบัติในช่วงระหว่างกลางแผน การตอบสนองของผู้ขายปลีกหรือจุดอื่น ๆ ของการแลกเปลี่ยน การสื่อสารที่สามารถผ่านเข้าถึงได้ ผลกระทบของการขาย ส่วนแบ่งตลาด และการเงินอีกด้วย

ขั้นตอนที่ 6 การป้อนกลับสู่ขั้นตอนที่ 1 (Feedback to the first stage)

กระบวนการตลาดนับเป็นพลวัตรที่ไม่หยุดนิ่ง แหล่งตลาดจะมีการเปลี่ยนแปลง และโครงการจะดำเนินไปถึงจุดอิ่มและเริ่มถดถอย และการดำเนินงานการตลาดอาจจะเกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นในขั้นตอนที่ 6 ของกระบวนการตลาดมีความจำเป็นต้องย้อนกลับไปยังขั้นตอนที่ 1 ให้นำข้อมูลต่าง ๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบันมาตรวจสอบดูใหม่ด้วยความระมัดระวัง เพื่อค้นหาให้พบ หาจุดอ่อนและหาโอกาสใหม่ ๆ ในระยะสุดท้ายจะได้ข้อมูลที่จัดใหม่ และข้อมูลที่สังเคราะห์ใหม่นี้จะนำย้อนกลับมาในขั้นตอนแรก คือ ขั้นตอนการวิเคราะห์ เพื่อเริ่มต้นใหม่ของกระบวนการการถ่วงและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

3.3 แนวทางการประยุกต์การตลาดเชิงสังคมในงานควบคุมโรคเรื้อน (วิจิตรา ธารีสุวรรณ และนฤมล ใจดี, 2546)

1) การให้สุขศึกษาแก่ชุมชน

การให้สุขศึกษาแก่ชุมชนในงานควบคุมโรคเรื้อนมุ่งกระตุ้นผู้ป่วยที่ยังไม่มาตรวจรักษาให้มาตรวจรักษาแต่เนิ่น ๆ โดยกระตุ้นให้เกิดความรู้และความตระหนักมากขึ้นถึงอาการแสดงระยะแรกของโรคเรื้อน เช่น วงดำ สีขาว ซา หยิกไม่เจ็บ เหงื่อไม่ออก ขนร่วง และ โรคเรื้อนสามารถรักษาหายขาดได้ รวมทั้งมุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของชุมชนเชิงลบที่รังเกียจ ไม่ยอมรับผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยผลจากการวิจัย

พบว่าในผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาเองจะรับยาและกินยาอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการค้นพบจากการสำรวจหมู่บ้าน เพราะผู้ป่วยที่ตัดสินใจมาตรวจรักษาเอง (Self report) หรือมารับการรักษาแต่เนิ่น ๆ จะได้รับอิทธิพลจากการประเมินด้วยตนเองว่าผลลัพธ์ทางสังคมที่เป็นผลตามมาจากการถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อนและทัศนคติ รวมทั้งพฤติกรรมของชุมชนที่มีต่อตัวเขานั้นเป็นอย่างไร ถ้าเป็นไปได้ในเชิงบวกได้รับการยอมรับ โดยไม่มีความรังเกียจและผลกระทบเชิงลบต่อเขาและครอบครัว เขาก็จะตัดสินใจมาตรวจรักษาแต่เนิ่น ๆ แต่ถ้าเขาไม่แน่ใจและกลัวจะถูกรังเกียจและได้รับผลกระทบเชิงลบจากชุมชน ผู้ป่วยก็จะหลบซ่อนไม่มาตรวจรักษาแม้จะมีความรู้และความตระหนักเรื่อง โรคเรื้อนแล้วก็ตาม ดังนั้นจึงสามารถประยุกต์หลักการสำคัญต่อไปนี้ข้างล่างนี้เพื่อส่งเสริมเพิ่มความสำเร็จของโครงการให้สุขศึกษาด้าน โรคเรื้อนแก่ชุมชน

2) การออกแบบยุทธศาสตร์และสื่อข้อความเพื่อสนองต่อการรับรู้ด้านประโยชน์และราคาของผู้บริโภค

ประโยชน์ที่ได้จากการที่ผู้ป่วยโรคเรื้อนรีบมาตรวจรักษาเองเพื่อป้องกันความพิการที่จะเกิดตามมา เป็นสิ่งที่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน โรคเรื้อนต้องการอย่างมาก แต่ในด้านผู้ป่วยเองอาจตระหนักในประโยชน์ดังกล่าวแต่ไม่ได้ปฏิบัติตามสื่อข้อความที่กระตุ้นให้รีบมาตรวจรักษา เพื่อป้องกันความพิการที่จะเกิดตามมา เพราะเขายังสบายดีและยังไม่มีความพิการ นอกจากนั้นผู้ป่วยยังคิดในเชิงสังคม เศรษฐกิจและจิตวิทยาด้วยการมาตรวจรักษาที่สถานบริการสาธารณสุข นอกจากจะทำให้เขาไม่สะดวกและต้องเสียค่าใช้จ่าย ค่าเดินทางต่าง ๆ แล้ว เขายังเสียเวลาและสูญเสียรายได้จากค่าจ้างในการทำงาน และต้องไปเผชิญกับการถูกรังเกียจเดียดฉันท์จากตราบาปที่ถูกสังคมรู้ และตระหนักว่าเขาคือผู้ป่วยโรคเรื้อนอีกด้วย ดังนั้น นักสุขศึกษาจึงควรจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ให้กลุ่มประชากรเป้าหมายเพื่อหาค่านิยมของพวกเขา และสร้างสื่อสุขศึกษาที่สอดคล้องและเชื่อมโยงด้วยดีกับค่านิยมดังกล่าว เพื่อจูงใจให้พวกเขาตระหนักและปฏิบัติตามในการรีบตรวจรักษาแต่เนิ่น ๆ

3) การปรับปรุงสื่อสุขศึกษาให้มีหลากหลายเหมาะสมกับระยะต่าง ๆ ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายอยู่ในระยะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระยะแตกต่างกัน เช่น บางคนอาจยังอยู่ในระยะของการเกิดความตระหนักต่ออาการแสดงเริ่มเป็นโรคเรื้อนและตระหนักถึงประโยชน์ที่จะได้จากการรับการรักษาแต่เนิ่น ๆ ก็ทำให้เขารีบไปตรวจรักษา ขณะที่คนอื่น ๆ อาจยังอยู่ในระยะของการไตร่ตรองก่อนและกำลังคิดขังใจว่าจะได้ประโยชน์คุ้มกับการเสียค่าใช้จ่ายและเวลาหรือไม่เพียงไร ถ้าจะไปตรวจรักษา รวมทั้งขณะที่บางคนอาจทั้งยังไม่ตระหนักว่าโรคเรื้อนรักษาหายได้หรือไม่ตระหนักว่าเขามีอาการนำสงสัยจะเป็นโรคเรื้อนระยะแรกหรือไม่ ดังนั้นในการวิจัยการตลาดที่มีคุณภาพสูงเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมาย จึงจำเป็นต้องเข้าใจความต้องการที่จะให้สุขศึกษา และความเชื่อทางด้านสังคม วัฒนธรรม เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยเพื่อจะใช้ในสื่อสุขศึกษาอย่างเหมาะสมสอดคล้องและมีประสิทธิภาพต่อไป

4) การผลิตข้อความสำหรับใช้ในสื่อสุขภาพและการเลือกสื่อ ต้องใช้ความคิดริเริ่มเชิงสร้างสรรค์ และนวัตกรรมที่น่าสนใจ และดึงดูดเร้าใจแก่กลุ่มเป้าหมาย

ส่วนใหญ่ข้อความที่ใช้ในสื่อสุขภาพมักไม่น่าดึงดูดความสนใจและเร้าใจโดยซ้ำซากน่าเบื่อหน่าย และชินชาสำหรับกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้นนักสุขภาพควรจะต้องพยายามเรียนรู้จากการตลาดโฆษณาสินค้าต่าง ๆ ผ่านสื่อโฆษณาต่าง ๆ เพื่อรู้จักการสร้างความคิดริเริ่มเชิงสร้างสรรค์การคิด ผลิตข้อความและสื่อที่จะช่วยดึงดูดสร้างความสนใจเร้าใจแก่ผู้ชมสื่อ สำหรับวิธีการใช้สื่อโฆษณาแบบเก่าแก่ดั้งเดิม ได้แก่ การใช้ภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พิการน่าเกลียด เพื่อหวังว่าจะกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความหวาดกลัวและรีบมาตรวจรักษา แต่กลยุทธ์การสร้างความหวาดกลัวอาจเกิดผลเสียในทางกลับกันคือขยะแขยงไม่อยากสัมผัสเข้าไปใกล้ และเกี่ยวข้องด้วย รวมทั้งยังทำให้ความรังเกียจกลัวโรคเรื้อนและหลบซ่อนตัวเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย ดังนั้นนักสุขภาพจึงควรใช้ประโยชน์จากความกลัว ความน่าเกลียดน่ากลัว เช่น โรคเรื้อน เพื่อสร้างและดึงดูดความน่าสนใจของกลุ่มเป้าหมายโดยเสริมข้อความ วิธีแก้ไขเช่น สื่อด้านประสิทธิภาพของยาเคมีบำบัดผสม และการป้องกันแก้ไขความพิการ โดยใช้ภาพผู้หญิงสาวสวยที่สะอาดตา ดึงดูดความสนใจที่ได้รับการรักษาจนหายสนิทจากโรคเรื้อน จนอาการร่วงตกลูกกลับคืนหายเป็นปกติ และไม่มี ความพิการเนื่องจากรีบมาตรวจรักษาแต่ต้น การเปลี่ยนชื่อ “โรคเรื้อน” เป็น “โรคผิวหนังเนื้อชา” ก็เป็นทางเลือกที่ดี การปรับเปลี่ยนข้อความและวิธีการดังกล่าวจึงช่วยเสริมความเชื่อถือนั่นใจสมกับข้อความในสื่อที่เน้นว่า “รักษาแต่ต้นจะพ้นอันตราย โรคเรื้อนจะหาย ร่างกายไม่พิการ”

นอกจากนั้น สื่อข้อความต้องออกแบบให้เหมาะสมกับอายุและลักษณะเฉพาะทางสังคมและวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมาย โดยสร้างความเชื่อถือนั่นใจด้วยการกล่าวเน้นเหตุผลและประโยชน์ที่จะได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามที่ตั้งใจไว้ สื่อและวิธีการใช้สื่อในการให้สุขภาพชุมชน ควรจะไม่แพงจนเกินไป เช่นการใช้แทรกข้อความไปในเพลงประจำท้องถิ่น การแสดงหมอลำ ลิเก คอนเสิร์ต รวมทั้งการแสดงรายการโทรทัศน์ต่าง ๆ และการใช้ศิลปินนักแสดง ดาราที่คนนิยม และใช้ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นคนเด่นคนดัง หน้าตาดีดึงดูดใจ และรักษาหายสนิทมาช่วยเป็นนางแบบโฆษณาประชาสัมพันธ์ ทั้งนี้ก่อนจะออกแบบข้อความสื่อและเลือกใช้สื่อที่จะเผยแพร่สุขภาพ ควรทำการวิจัยกลุ่มเป้าหมายก่อนว่ามีการเพิกเฉยไม่สนใจและความคิดความเชื่อผิด ๆ ในเรื่องอะไรที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะให้สุขภาพมากขึ้น โดยใช่วิธีการวิจัยที่ผสมระหว่างเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เช่น กลุ่มสัมพันธ์ หรือสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสำรวจตัวแทนกลุ่ม โดยข้อความสื่อควรได้รับการทดสอบก่อนว่าเหมาะสมเข้ากับความเข้าใจและความเชื่อของกลุ่ม เป็นต้น

การส่งเสริมและโฆษณาบริการรักษาโรคเรื้อน

โครงการตลาดเชิงสังคมด้าน โรคเรื้อน ควรต้องให้ข้อมูลแจ้งแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายว่ามีการจัดให้มีการกระจายยาบำบัดโรคเรื้อนไว้อย่างเพียงพอทั่วถึง ทันเวลา ณ คลินิกจุดจ่ายยาที่ให้การตรวจรักษาใกล้บ้าน อย่างสะดวกตามสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ และบริการให้ยาฟรี

การเปลี่ยนแปลงนโยบายและการลดการให้การสนับสนุน งานควบคุมโรคเรื้อนและงานตลาดเชิงสังคมด้านโรคเรื้อน

เมื่อโรคเรื้อนมีความชุกต่ำลง และสามารถกำจัดได้ไม่ปัญหาสาธารณสุข การสนับสนุนเชิงนโยบาย และการลำดับความสำคัญของปัญหาโรคเรื้อนก็จะลดต่ำลง ทำให้อาจมีผลกระทบต่อปัญหาอุปสรรคการควบคุมโรคเรื้อน และการตลาดเชิงสังคมด้านโรคเรื้อนได้ ปัญหาโรคเรื้อนที่เหลืออยู่ เช่น การสนับสนุนทรัพยากรมีจำกัด ความสนใจและการตรวจรักษาผู้ป่วยทำได้ยากมากขึ้น เพราะผู้ป่วยน้อยลงทัศนคติเชิงลบของครอบครัว เจ้าหน้าที่และชุมชนต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนที่อาจมีอยู่หรือเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นโครงการตลาดเชิงสังคมด้านโรคเรื้อนจึงมีผลผูกพันเชื่อมโยงกับประชากรเป้าหมาย ผู้ให้บริการหรือผู้บริโภคทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อนในระดับต่ำสุดคือ ในระดับชุมชน และระดับสูงสุดคือรัฐบาลผู้กำหนดนโยบายและให้การสนับสนุนทรัพยากร ดังนั้นสิ่งที่ปัญหาท้าทายผู้บริหารหรือผู้จัดการโครงการควบคุมโรคเรื้อนจึงต้องใช้กลยุทธ์ทางการตลาดเชิงสังคม เพื่อกระตุ้นสร้างกระแสให้นักการเมือง หรือผู้กำหนดนโยบายได้เล็งเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนโครงการควบคุมโรคเรื้อน ซึ่งเป็นโครงการในพระราชดำริ และได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงห่วงใย และติดตามงานโรคเรื้อนอย่างใกล้ชิดตลอดมา ให้สำเร็จ สามารถกำจัดได้อย่างยั่งยืนดังพระราชปณิธาน และบรรณรังสรรค์กระแสให้ชุมชนได้ตระหนักความสำคัญดังกล่าวเช่นกัน และร่วมบรรณรังสรรค์ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ตกค้างในชุมชนให้มาตรวจรักษาแน่นอน ๆ ให้ทั่วถึง เพื่อโดยเสด็จพระราชกุศล ตลอดจนกระตุ้นบุคลากรสาธารณสุขให้ร่วมโดยเสด็จพระราชกุศลให้บริการการค้นหา ตรวจรักษา และป้องกันความพิการ และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน ซึ่งผสมผสานบูรณาการในระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนต่อไป

กล่าวโดยสรุป การประยุกต์ใช้แนวคิดการตลาดเชิงสังคมนั้นสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนออกมาใช้บริการตรวจค้นหาหรือออกมารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขได้ โดยการใช้สื่อที่ผ่านมาพัฒนาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และช่องทางในการรับสื่อที่เหมาะสม ทั้งนี้การใช้สื่อบุคคลก็เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ใช้ได้ผลดี ทั้งนี้ประกอบกับการปรับกลยุทธ์ในการออกค้นหาเชิงรุก เทคนิคและความชำนาญของบุคลากรสาธารณสุขในการตรวจวินิจฉัยโรคด้วย

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ญาดา โตะตุชนม์ (2547 : ง-จ) ได้ศึกษารูปแบบเชิงเหตุและผลของปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อนจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเรื้อนมากที่สุด (87.26) รองลงมาคือคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเรื้อน (29.28) และพบว่า การรับรู้ภาวะคุกคามมีผลโดยตรงในทางบวกกับระยะเวลาก่อนการรักษาโรคเรื้อนตัวแปรที่มีผลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ($\beta = 0.233$) และการรับรู้ประโยชน์อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อน มีผลโดยตรงในทางลบต่อระยะเวลาก่อนการรักษา ($\beta = -0.192$)

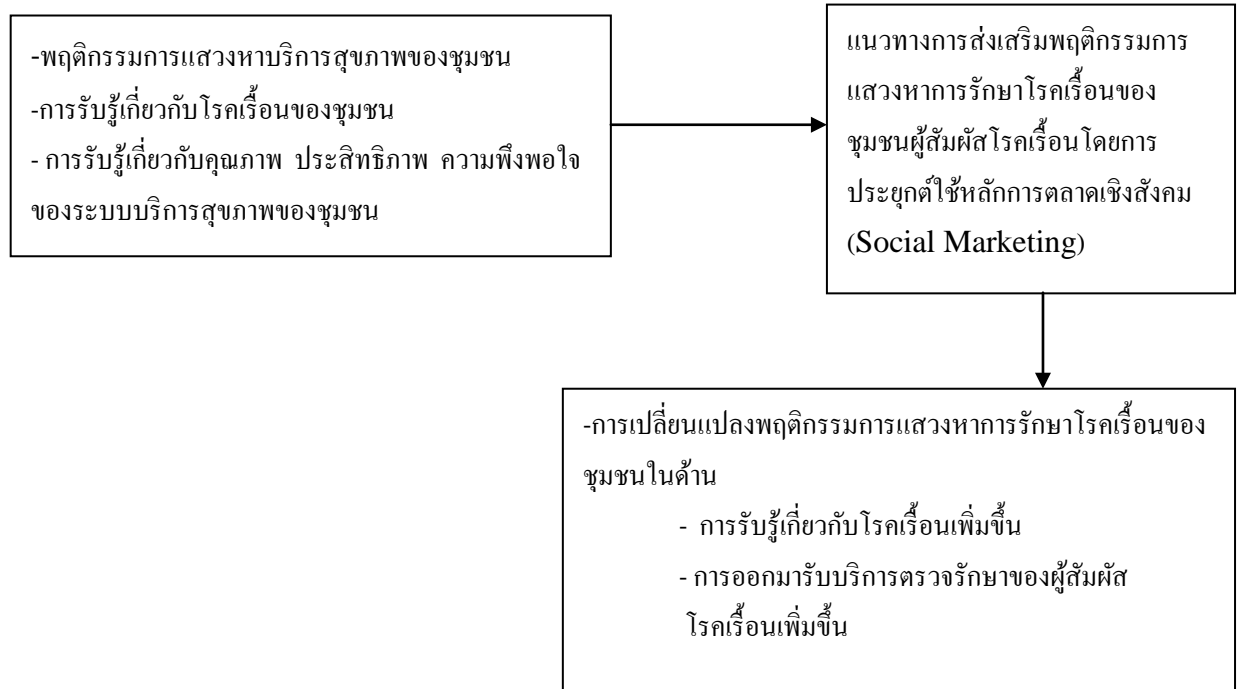
นฤมล ใจดี (2543 : ก-ข) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้า ในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 และโรงพยาบาลโรคติดต่อภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

วารารณีย์ พรหมพันใจ และคณะ (2541 : 18-25) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สงสัยโรคเรื้อนจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ระดับปานกลาง ร้อยละ 39.60 และพบว่า อายุ ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากอาสาสมัครสาธารณสุข การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อน และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สงสัยโรคเรื้อน และพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อน สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สงสัยโรคเรื้อนได้ดีที่สุด รองลงมา ได้แก่การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อนตามลำดับ

แววตา สุริยันต์ (2551) ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการตลาดเชิงสังคมและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ อ. อุบลรัตน์ จ. ขอนแก่น เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมให้ความรู้ แจกคู่มือแผ่นพับ และ VCD เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การสนทนากลุ่ม การสาธิต การฝึกปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเอง และกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองสตรีวัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม การรับรู้ผลดีและอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Brown W. (2006) ได้กล่าวถึงการใช้การตลาดเชิงสังคมในโครงการณรงค์เกี่ยวกับโรคเรื้อนในประเทศศรีลังกาว่า ได้เริ่มโครงการปี ค.ศ. 1990 โดยทดลองในกลุ่มผู้ป่วยที่คาดว่าจะยอมรับการรักษาโรคเรื้อนด้วยสูตรยาผสมระยะสั้น ซึ่งโครงการนี้กำหนดผลิตภัณฑ์ไว้ 2 ตัว คือ ทัศนคติที่ไม่กลัวโรคเรื้อน และพฤติกรรมแสวงหาและยอมรับการรักษาโรคเรื้อน โดยวางแผนส่วนผสมทางการตลาดด้านราคา คือจ่ายยารักษาฟรี ด้านสถานที่ คือการจัดคลินิกบริการที่เข้าถึงง่าย และการส่งเสริม คือ การใช้สื่อสาธารณะและข้อความ โดยความสำเร็จของโครงการได้ช่วยเปลี่ยนแปลงทัศนคติของชุมชนที่มีต่อโรคเรื้อนช่วยลดความรังเกียจกลัวและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กรอบแนวคิด



บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาโดยการประยุกต์ใช้การตลาดเชิงสังคมกับประชาชนที่มีผู้สัมผัสโรคเรื้อน ม.11 ตำบลบ้านโสก อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

3.1 รูปแบบการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัย กึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยการวิเคราะห์ถึงการแสวงหาบริการสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนของชุมชน คุณภาพของระบบบริการสุขภาพของชุมชน นำข้อมูลที่ได้มาประชุมเชิงปฏิบัติการและประยุกต์ใช้แนวคิดหลักการตลาดเชิงสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาผู้สงสัยโรคเรื้อน ประเมินผลการศึกษาโดยวัดการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนของชุมชน ความรู้เรื่องโรคเรื้อนของเจ้าหน้าที่ ระยะเวลาที่แสดงอาการจนกระทั่งออกมาับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน สัดส่วนของการออกมาับการตรวจรักษาโรคเรื้อนของผู้สัมผัสโรคเรื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย

ประชากรได้แก่ ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ใน
ม. 11 บ.โสก ตำบลบ้านโสก อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 553 คน
ม. 2 ตำบลหนองคู อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 897 คน

3.2.2 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

- มีอายุระหว่าง 18–65 ปี จำนวน 1450 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยใช้ตารางเลขสุ่ม (Random numbers table) ซึ่งในแต่ละครั้งที่สุ่ม สมาชิกแต่ละหน่วยมีโอกาสถูกคัดเลือกเท่ากัน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตร การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณี 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณ จิรวินน์กุล,2547) จากสูตร

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

โดยกำหนดให้

Z_{α} = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น $Z_{\alpha} =$

Z_{β} = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่กำหนดให้ power of test = 80 ดังนั้น
 $Z_{\beta} = 0.84$

σ^2 = ค่าแปรปรวน ซึ่งได้จากการศึกษาของนัชชา พรหมพันธุ์และคณะ (2548) เรื่อง ประสิทธิภาพการใช้หลักการตลาดเชิงสังคมในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจวินิจฉัยโรคของประชาชน ในพื้นที่เสี่ยง จังหวัดนครราชสีมา ใช้รูปแบบการศึกษาแบบกึ่งทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 107 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 89 คน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรควินิจฉัยโรคหลังการทดลองของ แม่บ้านกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 25.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.60 ในกลุ่ม เปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 24.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.40

$$\sigma^2 = \frac{(n_1-1)Sd_1^2 + (n_2-1)Sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

$$\text{แทนค่า} \quad \sigma^2 = \frac{(107-1)(1.60)^2 + (89-1)(2.40)^2}{107+89-2}$$

$$\sigma^2 = 4.01$$

Δ = ผลต่างของค่าเฉลี่ย ($\mu_1 - \mu_2$) ของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม เปรียบเทียบ = 1.02

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า} \quad n/\text{กลุ่ม} &= \frac{2(1.64+0.84)^2(4.01)}{(1.02)^2} \\ &= 48 \text{ คน} \end{aligned}$$

ในการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จำนวน 96 คน

- สามารถให้ความยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูลได้

3.3 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้จะอยู่ในการศึกษาเฉพาะ ม. 11 ตำบลบ้านโสก อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัด ชัยภูมิซึ่งเป็นหมู่บ้านที่ทำการทดลอง (Intervention) และ ม. 11 ตำบลหนองคู อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ เป็นหมู่บ้านเปรียบเทียบ (Control)

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

3.4.1 แบบสำรวจข้อมูลจากเอกสาร

3.4.2 แบบสัมภาษณ์ใช้สำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับการแสวงหาบริการสุขภาพ เมื่อมีภาวะ ไม่สุขสบายไปรับบริการที่ไหน อย่างไร และหากมีอาการผิดปกติทางผิวหนังทำอย่างไร ช่องทางการ รับรู้ข้อมูลข่าวสาร

3.4.3 แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับโรคเรื้อนในประเด็นสาเหตุ อาการ การรักษา การแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อมีภาวะไม่สุขสบายไปรับบริการที่ไหน อย่างไร และหากมีอาการผิดปกติทางผิวหนังทำอย่างไร ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

3.4.4 แบบสัมภาษณ์

3.4.4.1 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรค 2) การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการรักษา 3) การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค 4) การรับรู้ต่อสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์

3.4.4.2 แบบสัมภาษณ์ ใช้สำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.5.1 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องเชิงโครงสร้าง (Content and Construct Validity) ของแบบสอบถามที่สร้างขึ้น โดยการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงตรงของเนื้อหาตามขอบเขตการศึกษา ตลอดจนการวางรูปแบบภาษาที่เหมาะสม แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไข

3.5.2 แบบวัดการรับรู้โรคเรื้อนที่ใช้ในการศึกษาเรื่องรูปแบบเชิงเหตุและผลของปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนจังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2547 มีค่าสัมประสิทธิ์คอนบรัคอัลฟาของแต่ละตัวแปรดังนี้ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค = 0.77 2) การรับรู้ประโยชน์ = 0.82 และการรับรู้อุปสรรคของการรักษา = 0.67 3) การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค = 0.78 4) การรับรู้ต่อสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ = 0.60

3.6 การรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาและคณะเข้าพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

3.6.1 ทำหนังสือจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ขออนุญาตในการดำเนินการศึกษาวิจัยต่อ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ สาธารณสุขอำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

3.6.2 ประชุมทีมศึกษาวิจัยและผู้ช่วยวิจัย ในการเก็บข้อมูล กำหนดบทบาทหน้าที่ของการเป็นผู้สนทนากลุ่มและการจัดบันทึกการสนทนากลุ่ม

3.6.3 ชี้แจงเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานในพื้นที่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลบ้านโสก ผู้ใหญ่บ้านให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของการศึกษา กลุ่มเป้าหมายในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการเก็บข้อมูล

3.6.4 ดำเนินการเก็บข้อมูล

- 1) สํารวจข้อมูลทั่วไป ลักษณะหมู่บ้าน กิจกรรมต่างๆ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารหมู่บ้าน หน่วยงานราชการ
- 2) สนทนากลุ่มผู้นำชุมชน ได้แก่ กลุ่มผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 คน
- 3) สัมภาษณ์เชิงลึกประชาชนทั่วไป หมู่บ้านละ 48 คน จำนวน 2 หมู่บ้าน รวม 96 คน
- 4) สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เกี่ยวกับความรู้โรคเรื้อน สถานีอนามัยละ 3 คน จำนวน 2 แห่ง รวม 6 คน

5) ประชุมกลุ่มประชาชนในหมู่ 11 ต.บ้านโสก อ.คอนสวรรค์ จ.ชัยภูมิ จำนวน 30 คน เพื่อเสนอผลการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และร่วมกันวางแผนเพื่อหาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมและการแสวงหาการรักษาของชุมชนผู้สัมผัสโรคเรื้อนโดยใช้หลักการตลาดเชิงสังคม

การวิจัยในครั้งนี้ได้นำแนวคิดการตลาดเชิงสังคมมาใช้ในการวางแผนดำเนินงานจึงได้มีการวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย การนำหลัก 4 P การแบ่งส่วนกลุ่มเป้าหมาย (Segmentation) ตลอดจนการวิเคราะห์ด้านค่านิยม ความเชื่อของกลุ่มเป้าหมายและการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งดำเนินการเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ขึ้นเตรียมการ

ดำเนินการวิเคราะห์ระบบบริการ องค์กรชุมชน และกลุ่มเป้าหมาย ในประเด็นอาชีพ เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ความเชื่อและการรับรู้โรคเรื้อน สื่อและช่องทางในการสื่อสาร โดยการจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และสัมภาษณ์เชิงลึก ในผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข สัมภาษณ์ตัวแทนประชาชน เกี่ยวกับการรับรู้โรคเรื้อน พฤติกรรมแสวงหาบริการด้านสุขภาพ ช่องทางการรับสื่อ

สัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคเรื้อนตามแบบสอบถามในเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระบบการให้บริการของสถานีอนามัย

จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ในกลุ่มผู้นำชุมชน ตัวแทนชุมชน จำนวน 30 คน ตามหลักของการตลาดเชิงสังคมในด้านการบริการ ราคา สถานที่ และการส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ระยะที่ 2 ติดตามประเมินผล

1. ประชุมติดตามงานในครั้งที่ 2 โดยใช้เทคนิคการจัดการความรู้ เพื่อยกระดับหมุนเกลียวของการทำงานให้ดียิ่งขึ้น

2. หลังการทดลองประเมินการรับรู้โรคเรื้อนในกลุ่มตัวอย่าง จำนวนผู้สัมผัสโรคเรื้อนที่ออกมาตรวจโรคผิวหนัง

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

- 3.7.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)
- 3.7.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ จากแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย t-test

ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา

ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2552 - 28 กุมภาพันธ์ 2554

บทที่ 4 ผลการศึกษา

การศึกษา การส่งเสริมพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของชุมชนผู้สัมผัสโรคเรื้อน ม.11 ตำบลบ้านโสก อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาโรคเรื้อน โดยการประยุกต์ใช้การตลาดเชิงสังคม ผลการศึกษานำเสนอสรุปได้ 3 ส่วน คือ

- 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- 4.2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพและคุณภาพของระบบบริการสุขภาพของชุมชน
- 4.3 การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน
- 4.4 การเปรียบเทียบสัดส่วนของการออกมาใช้บริการตรวจรักษาโรคเรื้อนของผู้สัมผัสโรคเรื้อนในหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

4.1.1 ลักษณะทั่วไปของชุมชนบ้านโสก

บ้านโสก เป็นหมู่บ้านที่ตั้งอยู่ในเขตการปกครองของตำบลบ้านโสก อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ของอำเภอกอนสวรรค์ ระยะทางห่างจากตัวอำเภอสระปทุม 2 กิโลเมตร หรืออยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของตัวจังหวัด ห่างจากตัวจังหวัดชัยภูมิ 35 กิโลเมตร และอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของกรุงเทพมหานคร ห่างจากตัวกรุงเทพฯ ประมาณ 355 กิโลเมตร

สภาพภูมิประเทศโดยทั่วไป เป็นที่ราบกว้างใหญ่

ทิศตะวันออก ติดทุ่งนา

ทิศตะวันตก ติดทุ่งนา

ทิศเหนือ ติดทุ่งนา ลำห้วยโสก ต. กอนสวรรค์

ทิศใต้ ติดหนองน้ำกว้างใหญ่

ประวัติความเป็นมาของการตั้งหมู่บ้าน

ประมาณปี พ.ศ. 2321 มีคนจากเมืองตะวันออก เมือง อุบลราชธานี คือ

1. หลวงพ่อยาคูคำ ถาวโร
2. ครอบครัวขุนสีทา
3. และครอบครัวอื่นๆอีก 10 ครอบครัว

ทั้ง 10 ครอบครัวได้อพยพครอบครัวมาเพื่อหาหลักแหล่งที่ทำกินที่อุดมสมบูรณ์ แล้วได้มาตั้งถิ่นฐานอยู่ทางทิศใต้หนองน้ำชื่อ โสกตระกล้า ปัจจุบันอยู่ทิศตะวันออกของหมู่บ้านเดิมเป็นวัดเก่าชื่อวัดบูรพา

โสกตระกล้าเดิมเป็นทำเลอันอุดมสมบูรณ์ ซึ่งมีเนื้อที่ทั้งหมด 30 ไร่เศษ คำว่า “โสก” เป็นลักษณะ น้ำกัดเซาะตลิ่งพังในฤดูน้ำหลากของลำห้วยน้อย ที่มีต้นกำเนิดจากเทือกเขาภูแลนคา ทำเลที่ตั้งบ้านเรือน เป็นดินทรายส่วนมากและเมื่อเวลาน้ำหลากไหลจากภูแลนคาซึ่งเป็นที่สูงน้ำไหลแรงกัดเซาะตลิ่งพังกินพื้นที่ เข้ามาถึงทิศเหนือของหมู่บ้าน ขึ้นไปทางทิศตะวันตกของลำห้วยน้อยซึ่งเป็นดินเหนียว ปัจจุบันเป็นที่ตั้ง ของบ้านโปร่งคลองและได้เรียกชื่อใหม่ว่า บ้านโสก ซึ่งคำว่า โสก แปลว่า น้ำกัดเซาะตลิ่งพังลง

ลักษณะโครงสร้างของประชากรในหมู่บ้าน ประชากรที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านจำนวนทั้งสิ้น 548 คน เป็นเพศหญิง 280 คน เพศชาย 268 คน รวม 164 ครอบครัว ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธและ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร คือ ภาษาไทย ภาษาอีสาน

จากการวิเคราะห์ชุมชนพบว่า ม. 11 บ้านโสก เป็นชุมชนที่มีสังคมแบบชนบทอีสาน เมื่อว่างจากการทำนาแล้วจะเข้าไปหางานทำที่ต่างจังหวัด เช่น ไปตัดอ้อยหรือไปรับจ้าง เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ จะไปสถานีอนามัยหนองคู คลินิก หรือโรงพยาบาล แต่พบว่าบางครอบครัวไปทำงานรับจ้างที่ต่างประเทศ และทำงานโรงงานเย็บผ้าในตำบลบ้านโสก

4.1.2 ลักษณะทั่วไปของชุมชนหนองคู

พื้นที่ตำบลหนองคูเดิมเป็นที่ราบลุ่ม มีความอุดมสมบูรณ์ ราษฎรจากอำเภอแก้งคร้อ อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ได้อพยพมาห้ร้างถางพงทำมาหากิน บริเวณนี้ ต่อมาได้รวมตัวกันเป็นชุมชนที่ใหญ่ขึ้น จึงได้จัดตั้งเป็นหมู่บ้านและตำบล พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม สภาพทั่วไปของพื้นดินยังมีความอุดมสมบูรณ์

ทิศเหนือ ติดกับ ตำบลบ้านเต่า อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ

ทิศใต้ ติดกับ ตำบลหนองสังข์ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

ทิศตะวันออก ติดกับ ตำบลภูเม็ง อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น

ทิศตะวันตก ติดกับ ตำบลบ้านคอน อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

อาชีพหลัก ทำสวน/ทำไร่ อาชีพเสริม ทอผ้า เดินทางเข้าสู่ตำบลโดยเส้นทางหลวงแผ่นดินจากจังหวัด ชัยภูมิถึงอำเภอแก้งคร้อ เลี้ยวซ้ายตามเส้นทางหลวงแผ่นดินอำเภอแก้งคร้อ-อำเภอหนองเรือ จังหวัด ขอนแก่น ตำบลหนองคูจะตั้งอยู่ประมาณ หลัก กิโลเมตรที่ 22

ลักษณะโครงสร้างของประชากรในหมู่บ้าน ประชากรที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านจำนวนทั้งสิ้น 897 คน ประชากรส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธและประกอบอาชีพเกษตรกรรม ภาษาที่ใช้ในการสื่อสารคือ ภาษาไทย ภาษาอีสาน

จากการวิเคราะห์ชุมชนบ้านหนองคูพบว่า บ้านหนองคูเป็นชุมชนที่มีสังคมแบบชนบทอีสาน เมื่อว่างจากการทำนาแล้วจะเข้าไปหางานทำที่ต่างจังหวัด เช่น ไปตัดอ้อยหรือไปรับจ้าง เมื่อมีปัญหาด้าน สุขภาพจะไปสถานีอนามัยหนองคู คลินิก หรือโรงพยาบาล

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ทำการสุ่มเลือกหมู่บ้านในการเป็นหมู่บ้านที่ลงกิจกรรม

การตลาดเชิงสังคมและหมู่บ้านเปรียบเทียบ ในการนี้จึงได้บ้านโสกเป็นหมู่บ้านที่ลงกิจกรรมดังกล่าว หลังจากนั้นจึงได้ดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการการตลาดเชิงสังคม ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์

1.1 การวิเคราะห์ตลาด

จากการวิเคราะห์ชุมชน พบว่า ม. 11 บ้านโสก ต.บ้านโสก อ.คอนสวรรค์ จ.ชัยภูมิ เป็นหมู่บ้านที่มีสังคมกึ่งเมือง เนื่องจากมีโรงงานเย็บผ้าขนาดใหญ่อยู่ในตำบลบ้านโสก และผู้นำครอบครัวส่วนใหญ่จะนิยมไปทำงานที่ต่างประเทศ ทำให้หมู่บ้านนี้มีแต่เด็กและวัยสูงอายุเป็นส่วนใหญ่ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าสภาพสังคมเปลี่ยนไปตั้งแต่มีกองทุนเงินล้านเข้ามาในชุมชน ประชาชนมีหนี้สินเพิ่มขึ้น การดูแลสุขภาพลดลง แต่พฤติกรรมด้านสุขภาพดีขึ้น ในชุมชนมีกองทุนสัจจะ หุ่นละ 20 บาท ปลายปีมีปันผลซึ่งให้ผลตอบแทนที่ดี มีการนับถือหมอตำแย หมอหมอ แต่จะไปหากี่ต่อเมื่อการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันแล้วไม่ดีขึ้น ส่วนหมอพื้นบ้านจะรักษาโดยการเป่า ในกรณีที่เค็กร้องไห้มากๆ หรือเป็นคางทูม เป็นต้น ร้อยละ 80 ของครัวเรือนจะมีอาชีพเกษตรกรรม ทำนาได้ปีละ 1 ครั้ง ในชุมชนมีวัดทักษิณบ้านโสก เป็นวัดที่ได้รับรางวัลชมเชย ระดับประเทศ ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ

จาก การสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างและการทำสนทนากลุ่มในผู้นำชุมชนหมู่บ้านทดลอง พบว่า ช่องทางการรับสื่อของชุมชนมีลักษณะคล้ายๆกัน โดยในเวลากลางวันจะฟังวิทยุเป็นส่วนใหญ่ โดยผู้จัดรายการวิทยุ ชื่อ หนู่มกฤษ ชุมชนคนทำางนอน และสาวกาหลง ตอนเช้าบางครั้งผู้ใหญ่บ้านจะเปิดหอกระจายข่าวประชาสัมพันธ์เรื่องต่างๆ ตอนเย็นหรือตอนกลางคืนจะดูโทรทัศน์ ส่วนใหญ่จะเป็นช่อง 3 และช่อง 7 ส่วนการรับข่าวสารด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข ส่วนใหญ่จะได้รับจากหอกระจายข่าวและ อสม.

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามช่องทางการรับสื่อก่อนดำเนินการ

ช่องทางการรับสื่อ	กลุ่มทดลอง (n = 48 คน)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 48 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โทรทัศน์	31	64.58	28	58.33
วิทยุ	10	20.83	11	22.92
หนังสือพิมพ์ สื่อสิ่งพิมพ์	4	8.33	8	16.67
อื่นๆ เช่น หอกระจายข่าว	33	68.75	30	62.50

หมายเหตุ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

1.2 การวิเคราะห์ผู้บริโภค

จากการทำสนทนากลุ่ม พบว่า ในชุมชนมีแต่ผู้สูงอายุและเด็กวัยก่อนเรียน วัยเรียนระดับประถม ที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน หากเป็นวัยแรงงานจะเดินทางไปทำงานที่อื่น และจะกลับมาบ้านช่วงเทศกาลหรือฤดูทำนาเท่านั้น ส่วนใหญ่ผู้ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านจะมีอาชีพรับจ้างหากพ้นฤดูทำนาแล้ว ดังนั้นในเวลากลางวันจะไม่ค่อยมีใครอยู่ที่บ้าน นอกจากผู้สูงอายุ

ในหมู่บ้านมีขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมเหมือนชุมชนอีสานทั่วไป เช่น มีประเพณีรดน้ำคำหัวในวันสงกรานต์ บุญข้าวสารท เป็นต้น ม.11 บ้านโสก เป็นชุมชนที่มีสังคมกึ่งเมือง แต่อย่างไรก็ตามเมื่อลงเก็บข้อมูล พบว่าชาวบ้านมีการออกไปทำงานที่โรงงานแต่ทุกคนในหมู่บ้านจะรู้จักกันมากกว่าสังคมเมืองในเขตเมือง เพราะส่วนใหญ่จะเป็นเครือญาติกัน

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของ ม.11 ต. บ้านโสก นั้นจะฟังวิทยุเวลากลางวันที่ออกไปทำนา ดูโทรทัศน์ในตอนเย็นหลังจากกลับจากทำนา หากเป็นข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยส่วนใหญ่จะได้รับจากหอกระจายข่าวที่ผู้ใหญ่บ้านเปิดให้ฟังในช่วงเช้า และจาก อสม. ประจำคุ้ม

ส่วนในหมู่บ้านควบคุม คือ ม.2 ต.หนองคู อ.บ้านแท่น นั้นมีวิถีชีวิตแบบชนบทมากกว่าหมู่บ้านทดลอง โดยที่ส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีวัฒนธรรมที่เคารพผู้ใหญ่หรือผู้นำชุมชนมากกว่าหมู่บ้านทดลอง เช่น เมื่อออกไปเก็บข้อมูล ประธาน อสม.จะดำเนินการแบ่งงานให้ อสม. เองไม่ต้องให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการ มีการรับข้อมูลข่าวสารคล้ายกับหมู่บ้านทดลอง กล่าวคือ ในช่วงกลางวันจะไปทำนาจะฟังวิทยุ และดูโทรทัศน์ในตอนเย็น แต่ในเรื่องของความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยในการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมยังไม่ดีเท่าหมู่บ้านทดลอง

จากการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ในหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านเปรียบเทียบหมู่บ้านละ 48 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.20,75) มีอายุ ตั้งแต่ 40 ขึ้นไปจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 64.60,83.30) มีรายได้ส่วนตัว และรายได้ของครอบครัวน้อย ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 1000-3000 บาท

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 48 คน)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 48 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	10	20.80	12	25
หญิง	38	79.20	36	75
อายุ				
15 - 20 ปี	-	-	1	2.08
21 - 30 ปี	1	2.08	6	12.50
31 - 40 ปี	7	14.58	6	12.50
41 - 50 ปี	8	16.67	11	22.92
51 - 60 ปี	15	31.25	16	33.33
> 60 ปี	17	35.42	8	16.67
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	31	64.60	40	83.30
มัธยมศึกษา	13	27.10	7	14.60
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	4	8.30	1	2.10
รายได้ส่วนตัว				
< 1000 บาท	19	39.60	37	77.08
1001-2000 บาท	6	12.50	2	4.17
2001-3000 บาท	16	33.30	3	6.25
3001-4000 บาท	-	-	-	-
4001-5000 บาท	4	8.30	1	2.08
> 5000 บาท	3	6.30	5	10.42
รายได้ของครอบครัว				
< 1000 บาท	5	10.40	9	18.75
1001-2000 บาท	3	6.30	11	22.92
2001-3000 บาท	14	29.20	10	20.83
3001-4000 บาท	4	8.30	3	6.25
4001-5000 บาท	11	22.90	7	14.60
> 5000 บาท	11	22.90	8	16.67

การเปรียบเทียบพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพและคุณภาพของระบบบริการสุขภาพของชุมชน

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 หมู่บ้าน เมื่อมีภาวะไม่สุขสบายเกิดขึ้นไม่ว่าด้วยสาเหตุใดๆ จะไปรับบริการที่สถานีอนามัย (ร้อยละ 72.90,43.80) แต่เมื่อสอบถามถึงอาการผิดปกติทางผิวหนังที่เกิดขึ้นจะไปรับบริการที่ใด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงเลือกไปสถานีอนามัยเช่นเดิม (ร้อยละ 70.80,39.60) ในส่วนของการเดินทางไปรับบริการนั้นส่วนใหญ่เดินทางโดยรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 62.50, 85.40) และมีความสะดวกสบาย เนื่องจากมีระยะทางไม่ไกล ส่วนใหญ่อยู่ห่างจากสถานบริการเพียง 2-3 กิโลเมตร ใช้เวลาในการเดินทางประมาณ 10-15 นาที

ตารางที่ 3 พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การแสวงหาการรักษา	กลุ่มทดลอง (n = 48 คน)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 48 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เมื่อมีภาวะไม่สุขสบาย				
ซื้อยาร้านขายยา	0	0	1	2.10
ไปคลินิก	2	4.20	15	31.30
ไปสถานีอนามัย	35	72.90	21	43.80
ไปโรงพยาบาลชุมชน	11	22.90	11	22.90
เมื่อมีวงต่างขา ผื่นนูนแดง ผิวหนังปกติ				
หาหมอที่บ้าน สมุนไพร	1	2.10	0	0
ซื้อยาร้านขายยา	1	2.10	2	4.20
ไปคลินิก	3	6.30	14	29.20
ไปสถานีอนามัย	34	70.80	19	39.60
ไปโรงพยาบาลชุมชน	9	18.80	10	20.80
การเดินทางไปรับบริการ				
การเดิน	5	10.40	2	4.20
รถจักรยาน	12	25	1	2.10
รถจักรยานยนต์	30	62.50	41	85.40
รถรับจ้าง(เหมา)	0	0	1	2.10
รถโดยสารประจำทาง	0	0	3	6.30
รถยนต์	1	2.10	0	0
ความสะดวกในการเดินทาง				
สะดวก สบาย	48	100	44	91.70
ไม่สะดวก สบาย	0	0	4	8.30

1.3 การวิเคราะห์ห้องคัดกร

ในหมู่บ้านทดลองศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านโสก ต. บ้านโสก อ.คอนสวรรค์ มีเจ้าหน้าที่ 4 คน รับผิดชอบหมู่บ้านจำนวน 14 หมู่บ้าน เป็นสถานีนอนามัยที่ทำงานดีเด่นของอำเภอคอนสวรรค์ ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองคู ต.หนองคู อ.บ้านแท่น เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนของหมู่บ้านเปรียบเทียบ มีเจ้าหน้าที่ประจำสถานีนอนามัย จำนวน 4 คน รับผิดชอบ 10 หมู่บ้าน

ลักษณะทั่วไปของสถานีนอนามัยบ้านโสก

สถานีนอนามัยบ้านโสก มีเจ้าหน้าที่จำนวน 4 คน ประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 6 จำนวน 1 คน, พยาบาลวิชาชีพ 2 คน , นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน, ลูกจ้างชั่วคราว 1 คน หน้าที่ความรับผิดชอบการปฏิบัติงานของสถานีนอนามัย ประกอบด้วย

1. การจัดสำนักงาน
2. การบริหารงาน
3. การบริการส่งเสริมสุขภาพ
4. บริการ ป้องกัน ควบคุมโรค และสุขภาพสิ่งแวดล้อม
5. บริการรักษาพยาบาล
6. บริการฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน
7. งานสนับสนุน

ลักษณะทั่วไปของสถานีนอนามัยหนองคู

สถานีนอนามัย หนองคู มีเจ้าหน้าที่จำนวน 4 คน ประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข จำนวน 1 คน, พยาบาลวิชาชีพ 2 คน , นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน, ลูกจ้างชั่วคราว 1 คน หน้าที่ความรับผิดชอบการปฏิบัติงานของสถานีนอนามัย ประกอบด้วย

1. การจัดสำนักงาน
2. การบริหารงาน
3. การบริการส่งเสริมสุขภาพ
4. บริการ ป้องกัน ควบคุมโรค และสุขภาพสิ่งแวดล้อม
5. บริการรักษาพยาบาล
6. บริการฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน
7. งานสนับสนุน

ในการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงคุณภาพการบริการ ในหมู่บ้านทดลองกลุ่มตัวอย่างใหญ่อย่างมีความพึงพอใจในระบบบริการที่ได้รับทั้งในเรื่องของคุณภาพการรักษา ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ ความตั้งใจในการทำงาน การพูดจาดี ในหมู่บ้านควบคุม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บอกว่ารักษาไม่ค่อยหายไม่เหมือนคลินิก ยาไม่แรง ไม่เก่งเท่าโรงพยาบาลใหญ่ แต่มีความตั้งใจในการทำงาน ความรู้ดี นิสัยดี แต่ไม่มียา บางครั้งพูดไม่เพราะ ทั้ง 2 หมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคิดว่าจำนวนเจ้าหน้าที่ที่สถานีนอมนามีจำนวนเพียงพอต่อการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชน และมีการให้ความรู้ อสม. ในเรื่องโรคต่างๆ และให้ผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข ไม่ค่อยมีการให้ความรู้เท่าไรหรอก ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านโสก ได้เข้าร่วมโครงการกองทุนตำบลกับสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติในปี 2552 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านโสกมีความสนใจที่จะใช้กลวิธีทางการตลาด

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน

ในขั้นตอนนี้ได้ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการในตัวแทนประชาชนบ้านโสก จำนวน 30 คน ได้มาช่วยวางแผนการดำเนินงาน โดยมีวัตถุประสงค์ว่าทำอะไรจึงจะให้ชุมชนมีความรู้เรื่องโรคเรื้อนและออกมาตรวจรักษาเมื่อมีอาการผิดปกติที่ผิวหนัง จากผลการประชุมดังกล่าว ได้มีข้อสรุปว่า วิธีที่จะทำให้ชุมชนมีความรู้เรื่องโรคเรื้อนจะต้องให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นสื่อบุคคลที่ไปให้ความรู้และตรวจคัดกรองประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง โดย อสม. จะลงไปพร้อมกับการควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 ซึ่งศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านโสกและ อสม. จะจัดทำโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์เรื่องโรคเรื้อนขนาดใหญ่จำนวน 6 แผ่น เพื่อติดทางเข้าออกของหมู่บ้าน หน้าวัด หน้าศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านโสก และที่ทำการผู้ใหญ่บ้านซึ่งเป็นที่นัดหมายในการดำเนินกิจกรรมของชุมชน โดยใช้ภาพของ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นที่รู้จักกันดีในชุมชนพร้อมกับภาพโรคเรื้อนในการประชาสัมพันธ์ นอกจากนี้ที่ประชุมยังเสนอให้ทำแผ่นความรู้เรื่องโรคเรื้อนซึ่งเป็นภาพสีสวยงาม สำหรับติดในบ้านทุกหลังคาเรือน ในสถานที่ที่ไม่โดนแดดและฝน และสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน เป็นสถานที่ที่ทุกคนในครัวเรือนจะต้องเดินผ่านเป็นประจำ หลังจากนั้นจะดำเนินการติดต่อผู้ดำเนินรายการที่สถานีวิทยุชุมชนที่เป็นที่ชื่นชอบของชุมชนบ้านโสก ซึ่งได้แก่ หนุ่มภูธร F.M.103.50 MHZ จัดทำ spot โรคเรื้อนสำหรับมาเปิดที่หอกระจายข่าวและในรายการวิทยุ และยังให้ผู้ดำเนินรายการเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน โดยมีการพูดคุยเรื่องโรคเรื้อนในรายการวิทยุในเดือนธันวาคม 2552 เป็นระยะเวลา 1 เดือน โดยจะออกอากาศช่วงเวลา 12.00-13.00 น. เนื่องจากกลุ่มผู้นำชุมชนจะทำการตรวจหาผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อนประกอบกับการให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อนในช่วงเดือนมกราคม 2553

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนา การทดสอบและการปรับเปลี่ยนองค์ประกอบต่างๆของแผน

ในขั้นตอนนี้ผู้ดำเนินการวิจัยได้คัดเลือกข้อความ ตัวอย่างสื่อโรคเรื้อน มอบให้กับกลุ่มตัวแทนชุมชนในการดำเนินการผลิตป้ายประชาสัมพันธ์ การใช้รูปภาพของ อสม. และเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยมาประกอบกับรูปโรคเรื้อน การเลือกสถานที่ในการติดตั้งโปสเตอร์ การจัดทำแผ่นความรู้โรคเรื้อนที่ใช้ติดในทุกหลังคาเรือน การให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อนผ่านทางผู้ดำเนินรายการที่ชื่นชอบของชุมชน

สื่อจากการผลิตแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์โรคเรื้อนขนาดใหญ่จำนวน 6 แผ่น ติดทางเข้าออกของหมู่บ้าน หน้าวัด หน้าศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านโสก และที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งได้ทำการประเมินแล้วพบว่า เป็นจุดที่ประชาชนทุกคนในหมู่ 11 จะต้องเดินทางผ่านเป็นประจำเพราะเป็นทางที่ใช้เข้าออกของหมู่บ้านและจะต้องมาวัด เมื่อส่งลูกหลานไปโรงเรียนจะต้องผ่านหน้าวัด หรือสถานีอนามัยที่อยู่กลางบ้าน จากการสนทนากลุ่มพบว่า รายการวิทยุชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้านให้ความสนใจติดตามรับฟังได้แก่ หนุมภูธร F.M.103.50 MHZ จึงได้ดำเนินการตกลงราคาในการอัด spot โรคเรื้อนเพื่อใช้เปิดที่หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินงาน

กลุ่มผู้นำชุมชนได้ดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดไว้ ได้แก่ การผลิตป้ายประชาสัมพันธ์ แผ่นความรู้โรคเรื้อน spot โรคเรื้อน การให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อนและการตรวจคัดกรองโดย อสม. การตกลงราคาในการว่าจ้างสถานีวิทยุชุมชนในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน ผู้วิจัยและกลุ่มผู้นำชุมชนได้ทำการตรวจสอบช่องทางการรับสื่อของชุมชน พบว่า มีการผลิตป้ายประชาสัมพันธ์ จำนวน 6 แผ่น ติดตั้งที่ทางเข้าออกของหมู่บ้าน หน้าวัด หน้าศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านโสก และที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน ผลิตแผ่นความรู้เรื่องโรคเรื้อนและโรคผิวหนังที่พบบ่อยติดในบ้านทุกหลังคาเรือน กลุ่มผู้นำชุมชนได้ดำเนินการจ้างผู้จัดรายการวิทยุชุมชนที่ชุมชนชื่นชอบ ในการอัด spot โรคเรื้อนที่หอกระจายข่าว และให้ความรู้โรคเรื้อนในรายการวิทยุชุมชน ในเดือนธันวาคม 2552 และเดือนมกราคม 2553 อสม. ได้ตรวจคัดกรองผู้ที่มีอาการทางผิวหนังตามแบบคัดกรองและนัดมาตรวจโดยทีมเคลื่อนที่จาก สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ในวันที่ 18 มกราคม 2553 มีผู้ออกมารับการตรวจโรคผิวหนัง จำนวน 43 คน มีอาการสงสัยทางผิวหนังจำนวน 3 คน ตรวจร่างกายแล้วไม่พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อน

จากการสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคเรื้อนจากเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยทั้ง 2 แห่ง ที่รับผิดชอบการตรวจรักษา พบว่า เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับการติดต่อ (Mode of transmission) และผลเสียของการรักษาที่ล่าช้า หลังจากมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนให้กับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยบ้านโสก เมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2552 และทำการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทั้งสองแห่งเมื่อสิ้นสุดโครงการ (มกราคม 2554) พบว่า เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยบ้านโสก สามารถตอบข้อคำถามเกี่ยวกับโรคเรื้อนได้ถูกต้องครบถ้วน ส่วนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหนองคู ยังมีบางคนที่ยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับการติดต่อ และผลเสียของการรักษาที่ล่าช้า

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินประสิทธิผลของการตลาด

จากการดำเนินงานของตัวแทนชุมชนในการให้ความรู้โรคเรื้อนแก่ชุมชน โดยการผลิตสื่อโรคเรื้อน และพบว่าสื่อโรคเรื้อนที่ชุมชนพึงพอใจมากที่สุดคือ สื่อบุคคล (อสม.ให้ความรู้ที่บ้าน) รองลงมาได้แก่ ป้ายประชาสัมพันธ์ (ตาราง 4) จึงใช้สื่อดังกล่าวในการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน และออกมาตรวจรักษาเมื่อมีอาการสงสัยทางผิวหนังว่าเป็นโรคเรื้อน

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของสื่อที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้โรคเรื้อนในหมู่บ้านทดลองหลังการทดลอง

ชนิดของสื่อ	จำนวน	ร้อยละ
แผ่นป้ายประชาสัมพันธ์(ไวนิล)	16	27.59
หอกระจายข่าว (Spot)	8	13.79
แผ่นพับ	7	12.07
วิทยุชุมชน	2	3.45
สื่อบุคคล(อสม.ให้ความรู้ที่บ้าน)	25	43.10

หมายเหตุ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากการใช้สื่อให้ความรู้โรคเรื้อนแก่ชุมชน จึงทำการประเมินผลการให้ความรู้โดยทำการสัมภาษณ์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน พบว่าคะแนนการรับรู้โรคเรื้อนหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แต่ในกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า การรับรู้ภาวะคุกคาม และการรับรู้ต่อสิ่งชักนำ ให้มีการปฏิบัติ มีค่าคะแนนลดลง (ตาราง 5)

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการรับรู้โรคเรื้อน ก่อนและหลังการทดลอง

	กลุ่มทดลอง				กลุ่มเปรียบเทียบ			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	21.33	3.56	22.88	3.73	20.83	2.19	21.60	3.50
การรับรู้ประโยชน์ - อุปสรรค	5.81	2.25	7.29	3.18	0.65	1.96	5.54	2.83
การรับรู้ภาวะคุกคาม	12.69	1.11	14.29	1.13	13.50	1.41	13.21	1.96
การรับรู้ต่อสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ	11.67	2.89	15.58	1.91	12.33	3.18	11.67	3.63
การรับรู้โรคเรื้อน(รวม)	51.50	5.44	60.04	5.50	47.31	4.28	52.02	5.61

จากผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โรคเรื้อนหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ (ตาราง 6)

ตาราง 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โรคเรื้อน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน	n	\bar{x}	S.D.	t-value	95 % CI	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	48	51.50	5.44			
หลังการทดลอง	48	60.04	5.50	7.66	6.30-10.79	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	48	47.31	4.28	4.51	2.61-6.81	< 0.001
หลังการทดลอง	48	52.02	5.61			

จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนการรับรู้โรคเรื้อนก่อนทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ (ตาราง 7)

ตาราง 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนการรับรู้โรคเรื้อนก่อนทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน	n	\bar{d}	S.D.	df	t-value	95 % CI	p-value
กลุ่มทดลอง	48	15.04	7.25	47	7.37	7.51-13.15	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	48	4.71	7.24				

จากผลการศึกษา ยังพบอีกว่า จำนวนผู้สัมผัสโรคเรื้อนในหมู่บ้านทดลองออกมารับการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคเรื้อนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ตาราง 8)

ตาราง 8 แสดงจำนวนผู้สัมผัสโรคเรื้อนที่ออกมาตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคเรื้อน

	จำนวนผู้สัมผัสโรคเรื้อนที่บ้าน (คน)	จำนวนผู้สัมผัสโรคเรื้อนที่บ้านที่ออกมา ตรวจร่างกาย(คน)	ร้อยละ
กลุ่มทดลอง	3	3	100
กลุ่มเปรียบเทียบ	6	4	66.67

บทที่ 5

สรุป อภิปราย ข้อเสนอแนะ

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่สามารถทำให้เกิดความพิการ ซึ่งความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นสาเหตุที่ทำให้โรคเรื้อนเป็นปัญหาสำคัญทั้งทางสาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคม สาเหตุของความพิการนั้นส่วนใหญ่แล้วพบว่า เกิดจากการมารับการรักษาที่ล่าช้า อย่างไรก็ตามเมื่อดูข้อมูลผู้ป่วยใหม่พิการเกรด 2 พบว่าจังหวัดชัยภูมิในพื้นที่บ้านโสก ตำบลบ้านโสก อำเภอคอนสวรรค์ มีอัตราผู้ป่วยใหม่พิการเกรด 2 ถึงร้อยละ 16.66 การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อหาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการแสวงหาการรักษาของชุมชนผู้สัมผัสโรคเรื้อน โดยการประยุกต์ใช้การตลาดเชิงสังคม ในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พิการ ทำการวิเคราะห์ชุมชน การรับข้อมูลข่าวสาร การแสวงหาการบริการสุขภาพ คุณภาพของระบบบริการสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนของชุมชน นำข้อมูลที่ได้มาประชุมเชิงปฏิบัติการและประยุกต์ใช้แนวคิดหลักการตลาดเชิงสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการแสวงหาการรักษาผู้สงสัยโรคเรื้อนในกลุ่มทดลองผลิตสื่อเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการแสวงหาการรักษาโรคเรื้อน ทดลองใช้สื่อต่างๆและประเมิน

จากผลการศึกษาที่พบว่า เมื่อมีภาวะไม่สุขสบายเกิดขึ้นไม่ว่าด้วยสาเหตุใดๆ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไปรับบริการที่สถานอนามัย (ร้อยละ 72.90,43.80) และเมื่อมีอาการผิดปกติที่ผิวหนังกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงเลือกไปสถานอนามัยเช่นเดิม (ร้อยละ 70.80,39.60) ซึ่งแตกต่างกับการกับการศึกษาเรื่องพฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อน : กรณีศึกษาหมู่บ้านตำบลบ้านยาง อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ (วิณา พริ้มแก้ว, 2546) ที่พบว่า แหล่งบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยโรคเรื้อนเข้าไปรับบริการสุขภาพเมื่อมีอาการผิดปกติที่ผิวหนังมี 5 กลุ่ม คือ ใช้สมุนไพรพื้นบ้านทา ซึ่ยาทา/กิน จากร้านขายยาคลินิกเอกชน ศูนย์โรคเรื้อนเขต 5 นครราชสีมาและโรงพยาบาลลำปลายมาศ ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่าในปัจจุบันมีโครงการรักษาฟรีทุกโรค ที่สถานบริการของรัฐ จึงทำให้ประชาชนในหมู่บ้านส่วนใหญ่ไปรับบริการที่สถานอนามัย

จากผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โรคเรื้อนหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนการรับรู้โรคเรื้อนก่อนทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การประยุกต์แนวคิดทางการตลาดเชิงสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการแสวงหาการรักษาของผู้สัมผัสโรคเรื้อนในพื้นที่เสี่ยง อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ (นิกร ระวีวรรณ, 2552) ที่พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติโรคเรื้อนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องประสิทธิผลการประยุกต์ใช้การตลาดเชิงสังคมในการส่งเสริมการรับบริการอดบุหรี่ของกลุ่มทหารชั้นประทวนในค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา (ศรีสมร กมลเพชร, 2549) ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีค่า

คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพิษภัยบุหรี่ การรับรู้ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ที่จะได้รับเพิ่มขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาที่พบว่าผู้สัมผัสโรคเรื้อนในหมู่บ้านทดลองออกมาตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคผิวหนังมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสอดคล้องกับการการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้การตลาดเชิงสังคมในการส่งเสริมการมารับบริการการตรวจวินิจฉัยโรคของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงจังหวัดนครราชสีมา (นัชชา พรหมพันธุ์และคณะ, 2548) ที่พบว่า หลังการทดลองหมู่บ้านทดลองมีส่วนร่วมการมารับบริการตรวจวินิจฉัยโรคของประชาชนสูงกว่าหมู่บ้านเปรียบเทียบ

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้ ช่วยให้เกิดความรู้ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนในชุมชน ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1.1 จากผลการศึกษาที่พบว่า เมื่อมีภาวะไม่สุขสบายเกิดขึ้นไม่ว่าด้วยสาเหตุใดๆ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไปรับบริการที่สถานีนามัย และเมื่อมีอาการผิดปกติที่ผิวหนังกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงเลือกไปสถานีนามัยเช่นเดิม ดังนั้นสถานีนามัยจึงเป็นด่านแรกที่จะต้องพัฒนาให้มีความรู้ในเรื่องการตรวจคัดกรองโรคเรื้อน และการส่งต่อผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อนไปรับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งจะทำได้สามารถลดความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนได้

1.2 จากผลการศึกษาที่พบว่าการใช้หลักการตลาดเชิงสังคมมาใช้ในการผลิตสื่อต่าง ๆ นั้นจะต้องมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตลาด วิเคราะห์ผู้บริโภค วิเคราะห์องค์กร การวางแผน การพัฒนา การทดสอบและการปรับเปลี่ยนองค์ประกอบต่างๆของแผนการดำเนินงานและการประเมินประสิทธิผลพบว่าสื่อที่สื่อที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้โรคเรื้อนในหมู่บ้านทดลองหลังการทดลอง คือ สื่อบุคคลตรงลงมาคือ แผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โรคเรื้อนหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โรคเรื้อนหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นในการดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพการรักษาโรคเรื้อนของ ม. 11 ต. บ้านโสก อ.คอนสวรรค์ จ.ชัยภูมิ จึงควรใช้หลักการตลาดเชิงสังคมในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ในระหว่างที่ดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาได้พบประเด็นที่น่าสนใจสำหรับผู้ที่จะทำการศึกษาเรื่องนี้ต่อไปดังนี้

ควรเพิ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงทั้งในเรื่องสุขภาพและงบประมาณ

บรรณานุกรม

กองโรคเรื้อน. รายงานประจำปี 2535 กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข , 2535.

ธีระ งามสูตร. ตำราโรคเรื้อน.กรุงเทพฯ : นิเวศรรณดาการพิมพ์, 2535.

นิกร ระวีวรรณ. การประยุกต์แนวคิดทางการตลาดเชิงสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของผู้สัมผัสโรคเรื้อนในพื้นที่เสี่ยง อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ขอนแก่น, 2552 (เอกสารอัดสำเนา)

นัชชา พรหมพันธุ์ และคณะ. ประสิทธิภาพการใช้การตลาดเชิงสังคมในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจวินิจฉัยโรคของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงจังหวัดนครราชสีมา. รายงานผลการศึกษาประจำปี 2548 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา.

วีณา พริ้มแก้ว. พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อน : กรณีศึกษาหมู่บ้านตำบลบ้านยาง อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย, 2546; 1(2), 49-61.

ศรีสมร กมลเพชร. ประสิทธิภาพการใช้ประยุกต์ใช้การตลาดเชิงสังคมในการส่งเสริมการรับบริการอดบุหรี่ของกลุ่มทหารชั้นประทวนในค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา. รายงานผลการศึกษาประจำปี 2549 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา.

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค.(2546). คู่มือ การวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

Becker, M.H. The Health Belief Mode and Personal Health Behavior. New Jersey : Charles B. Slack, Inc., 1974.

Wong ML. (2002). Can social marketing be applied to leprosy programmes ?. Lepr Rev, 73,308-318.