

การพัฒนาโมเดลสมการเชิงโครงสร้างการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชนไทย

THE DEVELOPMENT OF A STRUCTURAL EQUATION MODEL OF SOCIAL MARKETING COMMUNICATIONS FOR REDUCING HEALTH-RISK BEHAVIORS AMONG THAI YOUTH

ดร.นชกฤต วันตะเมธีย์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาและตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลสมการเชิงโครงสร้างการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชนไทยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ 2) ศึกษาอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรต่างๆตามแบบจำลองในโมเดลดังกล่าว และ3) นำเสนอแนวทางการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมที่เหมาะสมต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชนไทย การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยวิธีการวิจัยเชิงสำรวจกับเยาวชนระดับอุดมศึกษาจำนวน 900 คนในกรุงเทพมหานคร และใช้การวิเคราะห์โมเดลสมการเชิงโครงสร้างในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่หนึ่งและข้อที่สอง ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสนทนากลุ่มย่อยกับเยาวชนระดับอุดมศึกษาจำนวน 6 กลุ่ม เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่สาม

ผลการศึกษา พบว่า 1) โมเดลสมการโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนทุกตัวผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2) การสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อความรู้ด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ทักษะชีวิตที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ความเชื่อที่จะคล้อยตามบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความตั้งใจที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ และ 3) ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มย่อยได้เสนอ “กลยุทธ์การสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมเชิงพหุระดับ” อันหมายถึงมาตรการการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมจากทุกระดับของสังคม ทั้งในระดับครอบครัวและเพื่อน ระดับสถาบันการศึกษา ระดับชุมชน และระดับสังคม โดยควรนำแนวคิดการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานมาประยุกต์ใช้เพื่อนำไปสู่การลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชนไทยให้ประสบผลสำเร็จได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เยาวชนไทย

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชานิเทศศาสตร์และสารนิเทศศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Abstract

The objectives of this research were 1) to develop and validate the structural equation model of social marketing communication for reducing health-risk behaviors among Thai youth with empirical data, 2) to study the causal direct effect and indirect effect among variables in this model, and 3) to present the effective ways of social marketing communication suitable for reducing health-risk behaviors among Thai youth. Research methodology was divided into 2 phases. Phase I is a quantitative study by using survey research with 900 undergraduate students in Bangkok. Structural Equation Modeling (SEM) technique was used in this phrase to answer the first and the second objectives. Phase II is a qualitative study by using focus group discussion with 6 groups of undergraduate students to answer the third objective.

The research findings showed that 1) the structural equation model complies with empirical data while the model's fit indices were accepted, 2) social marketing communication has a direct effect on knowledge, attitude, subjective norm, and perceived behavioral control. In addition, it has an indirect effect on intention to reduce health-risk behaviors and health-risk behaviors, and 3) the participants suggested using "Multi-level Social Marketing Communications" strategy. This strategy emphasizes using social marketing communication interventions from all levels in society. They range from interpersonal level (friend and family) to institutional level (school and university), community level, and societal level (national policy). Besides, they also suggested that Integrated Marketing Communications (IMC) concept can be effectively applied to social marketing communication for a sustained success.

Keywords: Social Marketing Communications, Health-Risk Behaviors, Thai youth

ความสำคัญของปัญหาวิจัย

จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2548) พบว่า สัดส่วนของประชากรในวัยต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงไปจากอดีตอย่างชัดเจน กล่าวคือ ประชากรวัยเด็ก (0-14 ปี) มีสัดส่วนลดลงอย่างต่อเนื่อง จากปี 2543 มีร้อยละ 24.7 และในปี 2563 คาดว่าจะเหลือร้อยละ 19 ซึ่งสอดคล้องกับประชากรวัยแรงงาน (15-59 ปี) ที่จะมีสัดส่วนสูงสุดในปี 2553 ถึงร้อยละ 67.1 แต่หลังจากนั้นจะเริ่มลดลง เหลือร้อยละ 64.2 ในปี 2563 ในที่สุด ขณะที่ประชากรวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี 2543 มีเพียงร้อยละ 9.4 และในปี 2563 คาดว่าน่าจะเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 16.8 จากตัวเลขดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าสังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่

สังคมผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้ ดังนั้นสังคมไทยจึงจำเป็นต้องเตรียมตัวให้พร้อมทั้งกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น แนวทางการเตรียมตัวประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งคือ การสร้างเสริมสุขภาพของเยาวชน (15-24 ปี) (United Nation population Fund [UNFPA], 2003) ซึ่งถือเป็นประชากรกลุ่มของวัยแรงงานตอนต้นที่กำลังสู่กำลังแรงงานที่สำคัญของชาติในอนาคต หากพวกเขาเติบโตขึ้นมาเป็นแรงงานที่มีสุขภาพไม่ดี ผลผลิตของแรงงานย่อมคงที่หรือลดลงได้ในที่สุด ส่งผลให้ประเทศชาติไม่สามารถพัฒนาได้อย่างเต็มศักยภาพ นั้นย่อมนัยความถึงประเทศไทยอาจต้องสูญเสียประโยชน์จากช่วงของการปันผลทางประชากร (demographic dividend) ไปอย่างน่าเสียดาย (เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2547)

เมื่อมาพิจารณาถึงพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของกลุ่มเยาวชน (อายุ 15 – 24 ปี) พบว่าประชากรกลุ่มนี้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเยาวชนในระดับอุดมศึกษา (อายุ 18 -24 ปี) ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยต่างๆทั้งของไทยและต่างประเทศ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2548; Ring & Fraser, 2005; Simons & Gaher, 2004) ต่างยืนยันสอดคล้องกันว่า กลุ่มเยาวชนในระดับอุดมศึกษาหรือนักศึกษามหาวิทยาลัย มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพสูงกว่าเยาวชนในกลุ่มอื่นๆ ทั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยเป็นช่วงเวลาที่ยาวนานก่อนข้างจะมีอิสระสูง และมีโอกาสเสี่ยงที่จะเข้าไปเกี่ยวข้องกับกิจกรรมพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพได้ง่ายกว่า และหากมาพิจารณาถึงแนวทางการป้องกันปัญหาสุขภาพ เทคนิคที่มีการกล่าวถึงและมักนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายคือ การสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม ซึ่งเป็นกลยุทธ์การออกแบบสารในการสื่อสารแนวความคิดทางสังคมที่ต้องการรณรงค์ให้แก่มุมเป้าหมายโดยใช้เครื่องมือการสื่อสารการตลาดในเชิงพาณิชย์มาประยุกต์ใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสังคมของประชากรให้ตอบสนองไปในแนวทางที่พึงปรารถนา (Berkinshaw, 1993; Andreasen, 1995; Kotler & Lee, 2008) เทคนิคนี้นับว่าเป็นกลยุทธ์สำคัญที่มีการนำมาใช้ในการพัฒนาประชากรอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ในยุคต้นทศวรรษที่ 1970 จากแต่เดิมที่มีการนำมาใช้ในการรณรงค์เพื่อการวางแผนครอบครัวแต่เพียงอย่างเดียว แต่ในเวลาต่อมาประเทศต่างๆได้มีการนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาประชากรและสังคมในด้านต่างๆอย่างแพร่หลาย ทั้งนี้จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการต่างๆที่เกี่ยวข้อง (Anspaugh, Dignan, & Anspaugh, 2000; Kotler, & Zaltman, 1971; Kotler, Roberto, & Lee, 2002; ปาริชาติ สถาปิตานนท์, 2551; พรทิพย์ สัมปัตตะวนิช, 2547) พบว่า การสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมมีอิทธิพลต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพโดยผ่านอิทธิพลของตัวแปรแทรกกลาง (intermediate variables) ต่างๆ ได้แก่ ความรู้ด้านพฤติกรรมเสี่ยงทาง

สุขภาพ (knowledge) ทักษะชีวิตที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (Attitude) การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (perceived behavioral control) ความเชื่อที่จะคล้อยตามบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (subjective norms) และความตั้งใจที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (Intention) อย่างไรก็ตามงานวิจัยในอดีตเป็นเพียงการศึกษาประสิทธิผลของการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมต่อตัวแปรตามในลักษณะของการวิเคราะห์รายคู่ (bivariate analysis) เท่านั้น ยังไม่มีการศึกษาอิทธิพลของการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในระดับพหุตัวแปร (multivariate analysis) แบบผ่านตัวแปรแทรกกลางแต่อย่างใด

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาและตรวจสอบโมเดลสมการเชิงโครงสร้างของการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชนไทย ว่ามีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ และศึกษาอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของตัวแปรต่างๆตามแบบจำลองในโมเดลดังกล่าว นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังต้องการทราบถึงแนวทางการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมที่เหมาะสมต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชนไทยจากมุมมองของเยาวชนโดยตรง เพื่อหวังว่าผลการศึกษานี้จะเป็นการขยายฐานองค์ความรู้และแนวทางการปฏิบัติให้แก่ นักสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม นักวิชาการ นักวิจัย ตลอดจนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยในการนำแนวคิดการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมไปประยุกต์ใช้ในการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชนไทยอย่างแพร่หลายและมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อพัฒนาและตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลสมการเชิงโครงสร้างการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชนไทยกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2) เพื่อศึกษาอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรต่างๆตามแบบจำลองโมเดลสมการเชิงโครงสร้างการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชนไทย

3) เพื่อหาแนวทางการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมที่เหมาะสมต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชนไทย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากับเยาวชนไทยระดับอุดมศึกษา อายุระหว่าง 18 -24 ปี ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้จะครอบคลุม 6 องค์ประกอบตามกรอบของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แก่ 1) พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและความรุนแรง 2) การสูบบุหรี่ 3) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด 4) พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ 5) การรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ และ 6) การออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]) โดยทำการศึกษาเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีสถาบันอุดมศึกษาตั้งอยู่มากที่สุดเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่น (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาแห่งชาติ, 2554)

การทบทวนวรรณกรรม

แนวคิดการตลาดเพื่อสังคม (social marketing) ได้ถูกนิยามขึ้นเป็นครั้งแรกจากบทความทางวิชาการของ Kotler และ Zaltman ในปี ค.ศ. 1971 ในบทความที่ชื่อว่า "Social Marketing: An Approach to Planned Social Change" โดยพวกเขาได้นิยามความหมายของการตลาดเพื่อสังคมไว้ว่า การตลาดเพื่อสังคมหมายถึงการออกแบบ การดำเนินงาน และการควบคุม แผนการที่ถูกจัดทำขึ้นเพื่อมุ่งสร้างอิทธิพลต่อการยอมรับในความคิดทางสังคม ตลอดจนมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับการพิจารณาในการวางแผนสินค้า ราคา การสื่อสาร การกระจายสินค้า และการวิจัยตลาด ซึ่ง

หลังจากบทความนี้ได้ถูกเผยแพร่ออกไป นักวิชาการด้านการตลาดในประเทศสหรัฐอเมริกา ต่างก็ได้ตื่นตัวกับแนวคิดนี้อย่างแพร่หลาย โดยกลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคมนั้น สามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้านหรือ "4Ps" ได้แก่ 1.ผลิตภัณฑ์ (products) ซึ่งหมายถึงแนวคิดทางการตลาดเพื่อสังคมที่ต้องการจะทำให้กลุ่มเป้าหมายปฏิบัติตาม 2.ราคา (prices) ซึ่งหมายถึงต้นทุนในด้านเวลา พลังงาน หรือต้นทุนทางจิตใจมากกว่าจำนวนเงิน 3.การจัดจำหน่าย (place) ซึ่งหมายถึงการทำให้ผลิตภัณฑ์หรือแนวคิดเชิงสังคมที่ต้องการรณรงค์สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากที่สุดโดยสะดวก และ 4.การส่งเสริมการตลาด (promotion) หรืออาจเรียกว่าการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม อันหมายถึงการออกแบบสารและการเลือกสื่อที่เหมาะสมในการสื่อสารแนวความคิดทางสังคมที่ต้องการรณรงค์ให้แก่กลุ่มเป้าหมายได้ทราบ เพื่อให้เกิดการตอบสนองไปในแนวทางที่พึงปรารถนา โดยใช้เครื่องมือการสื่อสารการตลาดในเชิงพาณิชย์มาประยุกต์ใช้ ได้แก่ การโฆษณา การประชาสัมพันธ์ การใช้สื่อบุคคล การส่งเสริมการขาย และการตลาดทางตรง (Kotler & Lee, 2008) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของกลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคม โดยในงานวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม จะครอบคลุมถึงการใช้เครื่องมือการสื่อสารการตลาด 5 ประเภท คือ การโฆษณา การประชาสัมพันธ์ การส่งเสริมการขาย การใช้สื่อบุคคล และการตลาดทางตรง ซึ่งจากการทบทวนเอกสารทางวิชาการต่างๆที่เกี่ยวข้อง (Anspaugh, Dignan, & Anspaugh, 2000; Kotler, & Zaltman, 1971; Kotler, Roberto, & Lee, 2002; ปารีชาติ สถาปิตานนท์, 2551; พรทิพย์ สัมปตตะวนิช, 2547) พบว่า การสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมมีอิทธิพลต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ โดยผ่านอิทธิพลของตัวแปรแทรกกลางต่างๆ ได้แก่ ความรู้ด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ทศนคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ความเชื่อที่จะคล้อยตามบรรทัดฐานของกลุ่ม

อ้างอิงเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ และความตั้งใจที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (theory of planned behavior) ของ Ajzen (1985) ที่ได้กล่าวว่า พฤติกรรมใดก็ตามของบุคคลจะเป็นผลมาจากความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น และความตั้งใจนั้นก็สืบเนื่องมาจากอิทธิพลของ 3 ตัวแปรคือ ทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมนั้น ความเชื่อที่จะคล้อยตามบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งทำให้แบบจำลองนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพได้แม่นยำและนิยมนำมาใช้ในการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรจวบจนปัจจุบัน

นอกจากนี้ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC) ได้นิยามพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพว่า หมายถึงพฤติกรรมที่นำไปสู่สาเหตุหลักของการเสียชีวิต การเจ็บป่วย ทุพพลภาพ หรือปัญหาทางสังคม โดยครอบคลุมพฤติกรรมเสี่ยง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและความรุนแรง 2) การสูบบุหรี่ 3) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด 4) พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ 5) การรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ และ 6) การออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ (CDC, 2010) ซึ่งจากการทบทวนสถานการณ์และแนวโน้มของพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรไทยทั้ง 6 ด้าน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549; สำนักระบาดวิทยา, 2550; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) พบว่า 1) พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและความรุนแรงในด้านการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 2) การสูบบุหรี่ของประชากรไทยมีแนวโน้มลดลง แต่กลุ่มเยาวชนยังคงเป็นช่วงวัยสำคัญของการเริ่มสูบบุหรี่ 3) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดของประชากรไทยมีแนวโน้มลดลง แต่กลุ่มเยาวชนยังคงเป็นกลุ่มที่น่าเป็นห่วง 4) พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของประชากรไทยมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ปัญหาในกลุ่มเยาวชน

ยังอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง 5) การรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และ 6) การออกกำลังกายเป็นประจำของประชากรไทยมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กและเยาวชน จากการทบทวนดังกล่าว ผู้วิจัยพบว่า เยาวชนยังคงเป็นกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง จึงเหมาะสมที่จะเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการรณรงค์ลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสามารถกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปริมาณเป็นแผนภาพแสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรต่างๆ ในรูปของโมเดลสมการเชิงโครงสร้างดังแสดงในภาพ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

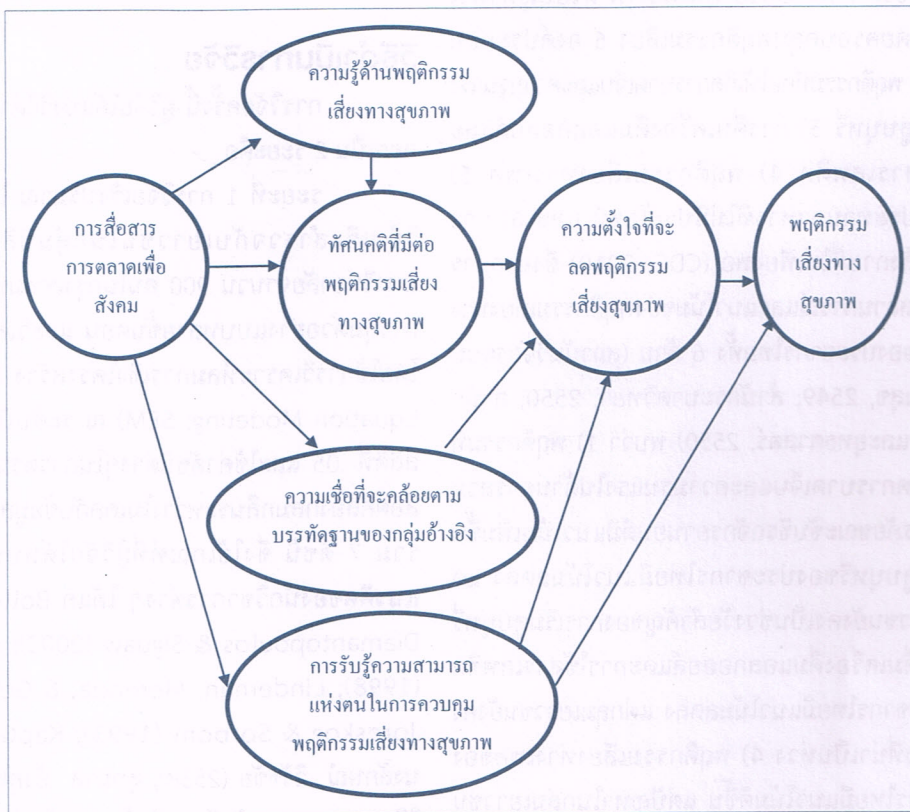
การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งวิธีดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจกับเยาวชนในกลุ่มนิสิตนักศึกษา มหาวิทยาลัยจำนวน 900 คนในกรุงเทพมหานคร ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) ณ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และใช้ค่าดัชนีต่างๆ ในการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์รวม 7 ดัชนี ซึ่งใช้เกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้ทบทวนมาจากแนวคิดของนักวิชาการต่างๆ ได้แก่ Bollen (1989); Diamantopoulos & Siguaw (2000); Hair et al. (1998); Lindeman, Merenda, & Gold (1990); Joreskog & Sorbom (1993); Kaplan (2000); นงลักษณ์ วิรัชชัย (2538); สุภมาศ อังศุโชติ สมถวิล วิจิตรวรรณ และรัชณีกุล ภิญญาภาณุวัฒน์ (2552) ดังนี้

คือ 1) ค่า Chi-Square จะต้องไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$), 2) ค่า Chi-Square ทหารด้วยองศาความอิสระ (df) จะต้อง < 3.00 , 3) ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit Index: GFI) จะต้อง > 0.90 , 4) ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI) จะต้อง > 0.95 , 5) ค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของส่วนเหลือในรูปของคะแนนมาตรฐาน (Standardized Root Mean Square Residual: RMR) จะต้อง < 0.08 , 6) ค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของการประมาณค่าความคลาดเคลื่อน (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) จะต้อง < 0.05 , และ 7) ค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงสัมพัทธ์ (Normed Fit Index: NFI) จะต้อง > 0.90

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสนทนากลุ่มย่อยกับเยาวชนระดับอุดมศึกษาจำนวน 6

กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน โดยจะพิจารณาเลือกเยาวชนแบบเจาะจงจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้เคยตอบแบบสอบถามในการวิจัยเชิงปริมาณไว้แล้ว โดยเลือกเยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพแต่ละด้านในระดับสูงขึ้นไป (ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลความหมายของพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในระดับสูง หมายถึง มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเสี่ยงในแต่ละด้าน ตั้งแต่ 3.51 ขึ้นไปจากมาตรฐานค่า 5 ระดับ) และมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการสนทนากลุ่มย่อย โดยใช้แนวคำถามการสนทนาแบบมีโครงสร้าง (structure interview) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ประเด็นตามองค์ประกอบของการสื่อสาร ได้แก่ 1) ผู้ส่งสาร (source) 2) สาร (message) 3) สื่อ (channel) และ 4) ผู้รับสาร (receiver) (berlo, 1960; baran & davis, 2009) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปริมาณ

ผลการวิจัย

7.1 ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.0) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.87 ปี มีรายรับเฉลี่ยเท่ากับ 6,680.78 บาทต่อเดือน และส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 3 (ร้อยละ 39.4)

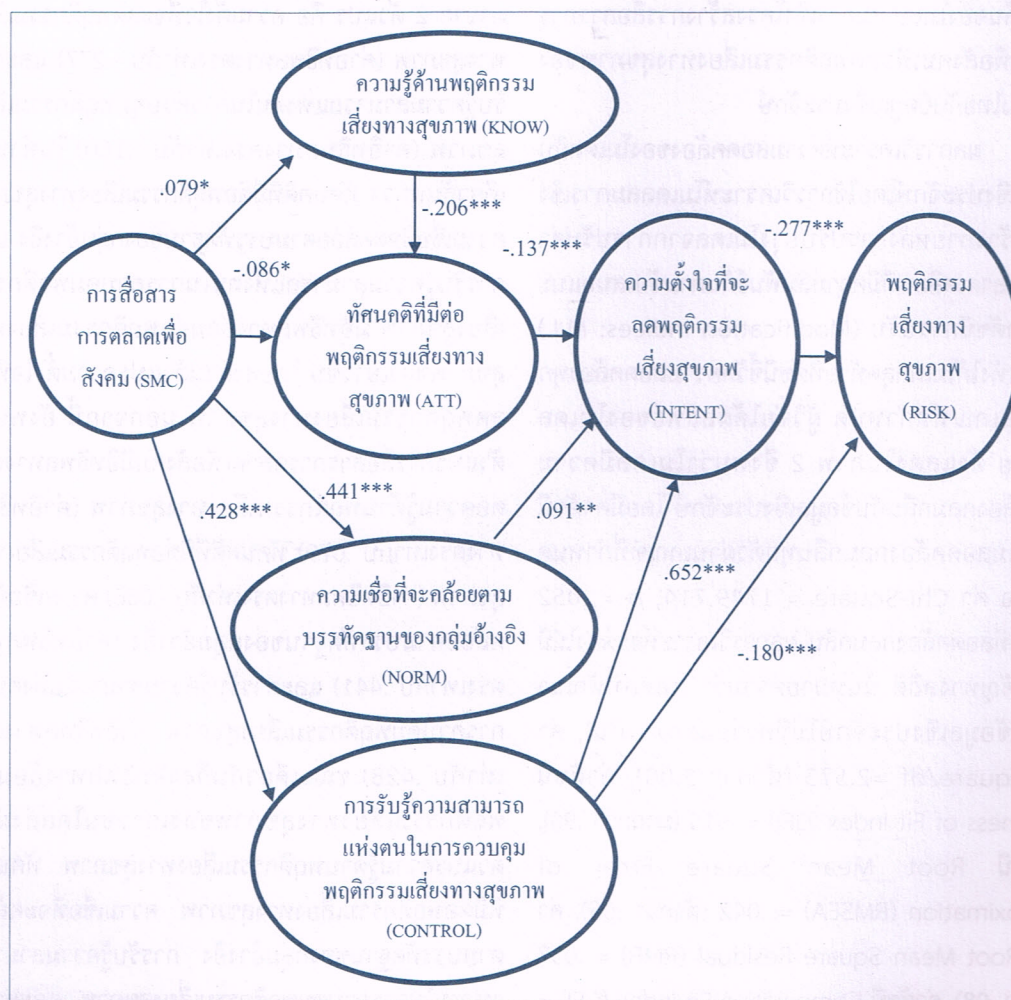
ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องของกลมกลืนของโมเดลสมการเชิงโครงสร้างการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชนไทยกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยใช้การวิเคราะห์โมเดลสมการเชิงโครงสร้างภายหลังการปรับปรุงโมเดลจากการปรับค่าความคลาดเคลื่อนที่มีความสัมพันธ์กันตามข้อเสนอแนะของค่าดัชนีการปรับ (Modification Indices: M.I.) จนกระทั่งได้โมเดลสุดท้ายที่ดัชนีชี้วัดความสอดคล้องทุกตัวผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยได้ผลลัพธ์ของโมเดลสุดท้าย ดังแสดงในภาพ 2 ซึ่งพบว่าโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนทุกตัวผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้คือ ค่า Chi-Square = 1749.714, $p = .052$ (โมเดลที่สอดคล้องกลมกลืน ผลการวิเคราะห์จะต้องไม่นับสำคัญทางสถิติ นั่นหมายความว่า โมเดลที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ไม่มีความแตกต่างกัน), ค่า Chi-Square/df = 2.573 (ต่ำกว่า 3.00), ค่าดัชนี Goodness of Fit Index (GFI) = .915 (มากกว่า .90), ค่าดัชนี Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = .042 (ต่ำกว่า .05), ค่าดัชนี Root Mean Square Residual (RMR) = .057 (ต่ำกว่า .08), ค่าดัชนี Comparative Fit Index (CFI) = .951 (มากกว่า .95), และ ค่าดัชนี Normed Fit Index (NFI) = .923 (มากกว่า .90) และเมื่อมาพิจารณาความสัมพันธ์เส้นทางการสื่อสาร (Path Coefficients) ซึ่งเป็นค่าแสดงอิทธิพลของตัวแปรแฝงต่างๆในโมเดล พบว่า ความสัมพันธ์ทุกเส้นของตัวแปรมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง และอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรต่างๆตามแบบจำลองในโมเดลสมการเชิงโครงสร้างการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชนไทย ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรต่างๆในโมเดล พบว่า ตัวแปรแฝงต่างๆในโมเดลมีความสัมพันธ์ทุกเส้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชนไทย ได้รับอิทธิพลทางตรงมาจาก 2 ตัวแปร คือ ความตั้งใจที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (ค่าอิทธิพลทางตรงเท่ากับ -.277) และการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ (ค่าอิทธิพลทางตรงเท่ากับ -.180) ในทำนองเดียวกันพบว่า ทักษะคิดที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ความเชื่อที่จะคล้อยตามบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชน โดยส่งผ่านตัวแปรความตั้งใจที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ นอกจากนี้ ยังพบว่า ตัวแปรการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อความรู้ด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (ค่าอิทธิพลทางตรงเท่ากับ .079) ทักษะคิดที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (ค่าอิทธิพลทางตรงเท่ากับ -.086) ความเชื่อที่จะคล้อยตามบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง (ค่าอิทธิพลทางตรงเท่ากับ .441) และการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ (ค่าอิทธิพลทางตรงเท่ากับ .428) ขณะเดียวกันก็ส่งอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชนโดยส่งผ่านตัวแปรความรู้ด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ทักษะคิดที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ความเชื่อที่จะคล้อยตามบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ และความตั้งใจที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เช่นกัน ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า เยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพสูงจะเป็นผลโดยตรงมาจากความตั้งใจที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพต่ำ และการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพต่ำ

นอกจากนี้เยาวชนที่มีการเปิดรับการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมสูง จะทำให้มีความรู้ด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพสูง ทักษะคิดที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพต่ำ (มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ) มีความเชื่อที่จะคล้อยตามบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพสูง และการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพสูง

และจะส่งอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชน โดยส่งผ่านตัวแปรความตั้งใจที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ได้อีกด้วย ดังแสดงอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวมของตัวแปรในโมเดล ในตาราง 1



*p<.05, **p<.01 ***p<.001

ภาพ 2 ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง (Path Coefficients) ของโมเดลสมการเชิงโครงสร้างการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชนไทย

ตาราง 1

ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรต่างๆในโมเดลสมการเชิงโครงสร้าง การสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชนไทย

| ตัวแปรตาม | อิทธิพล | ตัวแปรทำนาย | | | | | |
|-----------|---------|-------------|----------|----------|--------|----------|----------|
| | | SMC | KNOW | ATT | NORM | CONTROL | INTENT |
| KNOW | DE | .079* | - | - | - | - | - |
| | IE | - | - | - | - | - | - |
| | TE | 0.79* | - | - | - | - | - |
| ATT | DE | -.086* | -.206*** | - | - | - | - |
| | IE | -.016 | - | - | - | - | - |
| | TE | -.102 | -.206*** | - | - | - | - |
| NORM | DE | .441*** | - | - | - | - | - |
| | IE | - | - | - | - | - | - |
| | TE | .441*** | - | - | - | - | - |
| CONTROL | DE | .428*** | - | - | - | - | - |
| | IE | - | - | - | - | - | - |
| | TE | .428*** | - | - | - | - | - |
| INTENT | DE | - | - | -.137*** | .091** | .652*** | - |
| | IE | 0.330 | 0.028 | - | - | - | - |
| | TE | 0.330 | 0.028 | -.137*** | .091** | .652*** | - |
| RISK | DE | - | - | - | - | -.180*** | -.277*** |
| | IE | -0.169 | -.008 | 0.038 | -.025 | -.181 | - |
| | TE | -0.169 | -.008 | 0.038 | -.025 | -.361 | -.277*** |

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

หมายเหตุ : DE = อิทธิพลทางตรง (Direct Effect) IE = อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect)

TE = อิทธิพลรวม (Total Effect)

ค่า R^2 ของตัวแปรในโมเดลมีดังนี้คือ KNOW = .006, ATT = 0.085, NORM = .194, CONTROL = .183,

INTENT = .651, และ RISK = .208

7.2 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

จากการสนทนากลุ่มย่อยกับเยาวชนระดับอุดมศึกษาจำนวน 6 กลุ่มเพื่อแสวงหาแนวทางการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมที่เหมาะสมใน 4 ประเด็นตามองค์ประกอบการสื่อสาร ผู้วิจัยสรุปได้ดังนี้

1) ผู้ส่งสาร : ควรมาจากทุกระดับของสังคมทั้งในระดับครอบครัวและเพื่อน ระดับมหาวิทยาลัย ระดับชุมชน และระดับสังคม

2) สาร : ในส่วนของข่าวสารหลัก (key messages) การออกแบบสารควรทำให้เห็นถึงผลดีและผลเสียของการมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างชัดเจนและเป็น

รูปธรรม ตลอดจนเนื้อหาสาระควรมุ่งสื่อสารไปยังกลุ่มเยาวชนโดยตรง (tailoring message) มากกว่าที่จะสื่อสารไปยังกลุ่มประชาชนทั่วไป (general public) ในส่วนของกลวิธีการนำเสนอ (tactics) น่าเสียงและรูปแบบการเสนอขายควรแบบ hard sell ซึ่งหมายถึงการสื่อสารแบบตรงไปตรงมาในลักษณะของการพูดเชิญชวนโดยตรง และที่สำคัญภาพลักษณ์ของโฆษณาต้องดูทันสมัย และควรใช้ทั้งจุดดึงดูดด้านอารมณ์ (emotional appeal) และจุดดึงดูดด้านเหตุผล (rational appeal) ควบคู่กัน และในส่วนของรูปแบบการดำเนินเรื่อง (executions style) สามารถใช้ได้หลายรูปแบบที่นำ

สนใจแก่เยาวชนได้แก่ การนำผู้ที่เคยได้รับผลกระทบเชิงลบจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพมาให้ความรู้เพื่อเป็นอุทาหรณ์สอนใจ (testimonials) แบบเสี้ยวหนึ่งของชีวิต (slice of life) การดำเนินเรื่องแบบละคร (dramatization) การใช้แบบก่อนและหลัง (before and after) แบบสาเหตุและผลลัพธ์ (causes & effect) การใช้ภาพการ์ตูนอนิเมชัน (animation) การใช้เพลง/ดนตรี (musicals) การใช้ผู้เชี่ยวชาญ (expert) การใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (scientific evidence) และ การใช้บุคคลที่มีชื่อเสียงมากล่าวสนับสนุน (celebrities endorsement)

3) สื่อ/เครื่องมือการสื่อสารการตลาด ควรใช้เครื่องมือการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน (Integrated Marketing Communications: IMC) ร่วมกันในการนำเสนอ

4) ผู้รับสาร ส่วนใหญ่เสนอว่าให้มุ่งกลุ่มเป้าหมายไปที่นักศึกษาเพศชาย นักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่สูงกว่า นักศึกษาที่มีอายุมากกว่า และนักศึกษาที่พักอาศัยอยู่ในหอพักนอกมหาวิทยาลัย

อภิปรายผล

ผู้วิจัยแบ่งการอภิปรายผลออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

8.1 โมเดลสมการเชิงโครงสร้างการสร้างการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชนไทย ผลการศึกษาในส่วนนี้ มีความสอดคล้องกับผลการวิจัยในอดีต (Stead et al., 2007; Keller & Lehmann, 2008; Hawkins et al., 2008; Johnson et al., 2007; Shive & Morris, 2006) ที่ได้ยืนยันว่าการนำแนวคิดการตลาดเพื่อสังคมมาใช้ในการสื่อสารรณรงค์นั้น สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรได้อย่างมีประสิทธิภาพจริงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยสามารถส่งผลทั้ง 3 ขั้นตอนของการตอบสนองข้อมูลข่าวสารทางการตลาดของผู้บริโภค ทั้งในขั้นของการรับรู้ (cognitive stage) ขั้นของความรู้สึก (affective stage) และขั้นของพฤติกรรมของผู้รับสาร (conative stage) โดยมีประสิทธิผลใน

หลากหลายกลุ่มอายุ และสถานที่ที่ทำการรณรงค์ (Kotler et al., 2002; Kotler & Lee, 2008) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนที่ถูกเสนอโดย Ajzen (1985) ที่สนับสนุนว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จะเป็นผลมาจากความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรม ซึ่งก็เป็นผลสืบเนื่องมาจากอิทธิพลของ 3 ตัวแปรหลักคือ ทักษะที่มีต่อพฤติกรรม ความเชื่อที่จะคล้อยตามบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมนั้น

8.2 อิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรต่างๆตามแบบจำลองของโมเดล จากผลการวิเคราะห์พบว่าการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมเป็นตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีความสำคัญต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชนไทย ผ่านตัวแปรแทรกกลางต่างๆ อันได้แก่ ความรู้ในพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ทักษะที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ความเชื่อที่จะคล้อยตามบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ และ ความตั้งใจที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับผลงานวิจัยและผลงานวิชาการในอดีต (Anspaugh et al., 2000; Berkinshaw, 1993; Kotler, & Zaltman, 1971; Kotler et al., 2002; Kotler & Lee, 2008; Olshefsky et al., 2007; Hastings, Stead, & Webb, 2004; Stead et al., 2007; ปาริชาติ สถาปิตานนท์, 2551; พรทิพย์ สัมปัตตะวนิช, 2547) ที่ได้กล่าวสนับสนุนว่าแนวคิดการตลาดเพื่อสังคมสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนรณรงค์ทางการสื่อสารเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากร เพื่อสร้างพฤติกรรมทางสังคมที่พึงปรารถนาได้ เนื่องจากมีอิทธิพลต่อตัวแปรทางจิตวิทยาต่างๆทางสุขภาพ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังยืนยันประสิทธิผลของแนวคิดการตลาดเพื่อสังคมแบบผสมผสานในการนำมาใช้กับการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมได้อย่างดียิ่ง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nowak et al. (1998) ที่ได้ตระหนักถึงความสำคัญและสนับสนุนการใช้เครื่องมือการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานในเชิงธุรกิจ มาปรับ

ใช้ในงานด้านการตลาดเพื่อสังคม เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพของประชากร

8.3 แนวทางการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมที่เหมาะสมต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชนไทย กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นสอดคล้องกันว่าผู้ส่งสารควรมาจากทุกภาคส่วนของสังคม ไม่ควรดำเนินการโดยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งโดยลำพัง แต่ควรประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนแผนการรณรงค์การสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมในทุกระดับของสังคม ตั้งแต่ระดับเพื่อนและครอบครัว ระดับสถาบันการศึกษา ระดับชุมชน และระดับสังคมในภาพรวม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพทั้งระบบตามแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (a social ecological approach) ซึ่งมีสาระสำคัญโดยมองความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสภาพแวดล้อมรอบตัวว่า บุคคลในสังคมจะแสดงพฤติกรรมอย่างไรนั้น ย่อมได้รับอิทธิพลมาจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่พวกเขาดำเนินชีวิตอยู่ เนื่องจากบุคคลย่อมมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทางตรงก็ทางอ้อมกับสภาพแวดล้อมรอบตัวอยู่เสมอ ดังนั้นการแสดงผลพฤติกรรมของบุคคลในสังคมจึงมิได้เกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคลเท่านั้น แต่ยังได้รับอิทธิพลมาจากสภาพแวดล้อมด้วย (McLeroy et al., 1988) โดย Bronfenbrenner (1977) ได้อธิบายอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมของมนุษย์ในสังคม 4 ระดับได้แก่ 1)ระดับจุลระบบ (microsystem) ประกอบด้วยอิทธิพลระดับบุคคล (individual) และอิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal) เช่น อิทธิพลจากครอบครัว หรือเพื่อนสนิท 2) ระดับมัธยมระบบ (mesosystem) เป็นอิทธิพลจากองค์กรหรือสถาบัน (organizational/institutional) เช่น โรงเรียน มหาวิทยาลัย ชมรมกีฬา สถานที่ทำงาน เป็นต้น 3) ระดับท้องถิ่นหรือระดับชุมชน (exosystem) เป็นอิทธิพลในระดับชุมชน (community) หรือพื้นที่บริเวณที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ และสุดท้าย 4) ระดับมหาระบบหรือระดับนโยบาย (macrosystem) ซึ่งเป็นอิทธิพลในระดับนโยบายระดับชาติ ได้แก่ การออก

กฎหมายหรือระเบียบต่างๆที่ใช้กับประชาชนทั่วประเทศ ซึ่งจากผลการศึกษา ทำให้ผู้วิจัยขอเสนอแนวคิดใหม่ในการบูรณาการแนวศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคมมาใช้ร่วมกับการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม นั่นคือการใช้การสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมในทุกระดับของสังคม ที่เรียกว่า “กลยุทธ์การสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมเชิงพหุระดับ” (Multi-level Social Marketing Communications strategy) กล่าวคือหากทุกระดับของสังคม ทั้งในระดับเพื่อนหรือครอบครัว ระดับมหาวิทยาลัย ระดับชุมชน และระดับสังคมต่างนำเอาการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมไปใช้อย่างจริงจังและต่อเนื่อง ย่อมจะสร้างพลังทางการสื่อสารสูงสุดไปสู่กลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ยังสนับสนุนให้ออกแบบสารในลักษณะที่ทำให้เห็นถึงผลดีและผลเสียของการมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม ตลอดจนเนื้อหาสารควรมุ่งสื่อสารไปยังกลุ่มเยาวชนโดยตรง (tailoring message) มากกว่าที่จะสื่อสารไปยังกลุ่มประชาชนทั่วไป (general public) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต (Hawkins et al., 2008; Keller & Lehmann, 2008) ที่สนับสนุนการใช้กลยุทธ์การออกแบบสารในการรณรงค์เพื่อกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เนื่องจากจะสามารถสร้างความสนใจและดึงดูดใจ ตลอดจนสร้างความเกี่ยวข้อง (involvement) กับผู้รับสารได้มากกว่า นอกจากนี้ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ยังสนับสนุนการใช้เครื่องมือการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของนักวิชาการในต่างประเทศ (Kitchen & Schultz, 1999; Pickton & Broderick, 2001) ที่ได้สนับสนุนแนวคิดนี้ว่าเป็นกลยุทธ์การสื่อสารที่สำคัญที่จะนำพาข้อมูลข่าวสารไปสู่กลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด และยังคงสอดคล้องกับแนวคิดของ Nowak et al. (1998) ที่ได้เสนอให้มีการนำแนวคิดการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานมาใช้ในการตลาดเพื่อสังคมเพื่อปรับปรุงและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชากรได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

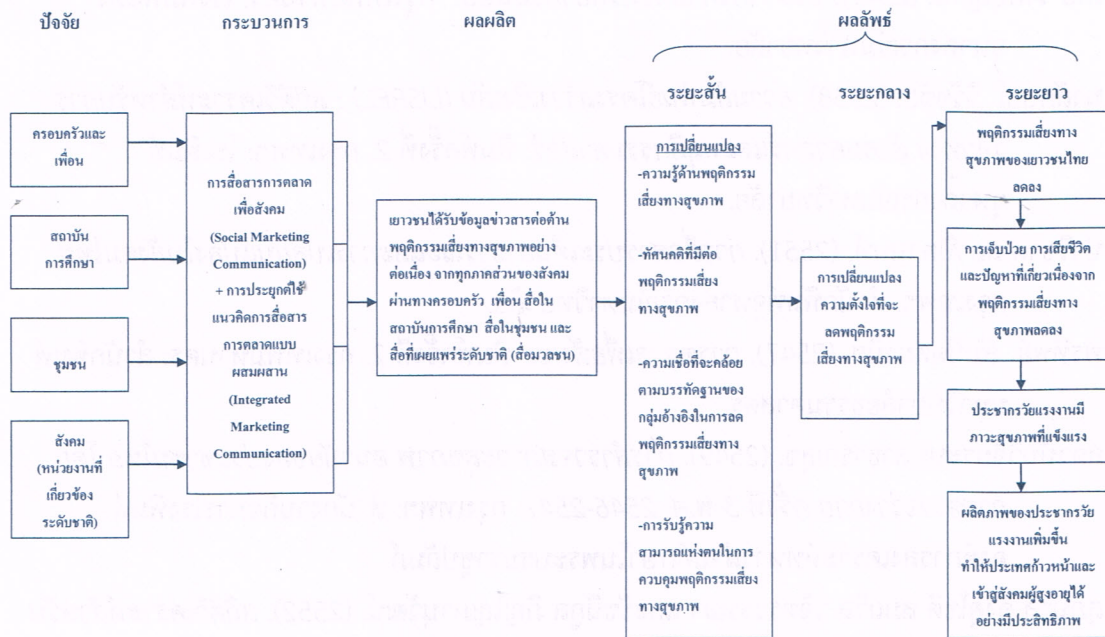
9.1 ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปประยุกต์ใช้

1) จากผลการวิจัยเชิงปริมาณร่วมกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้นำมาสังเคราะห์เพื่อเสนอเป็นยุทธศาสตร์การสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมเชิงพระระดับ โดยแสดงในรูปของแบบจำลองเชิงตรรกะ (Logic Model) ในภาพ 3 ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อสถาบันทางสังคมทุกระดับไม่ว่าจะเป็นในระดับครอบครัวและเพื่อน ระดับสถาบันการศึกษา ระดับชุมชน และระดับสังคม (หน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับนโยบายของชาติ) ซึ่งถือเป็นปัจจัย (inputs) มีการดำเนินโครงการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัย ผ่านกระบวนการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม (process) และมีการประยุกต์ใช้แนวคิดการสื่อสารการตลาดแบบผสมผสานในการสื่อสารรณรงค์ ผลผลิตที่จะเกิดขึ้นในเบื้องต้น (outputs) คือเยาวชนจะได้รับข้อมูลข่าวสารต่อต้านพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จากทุกภาคส่วนของสังคม สิ่งเหล่านี้ย่อมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสั้น (short term) คือ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาของผู้รับสาร ซึ่งได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ทักษะชีวิตที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ความเชื่อที่จะคล้อยตามบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงในการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ และจะนำไปสู่ผลลัพธ์ระยะกลาง (intermediate term) คือ การเปลี่ยนแปลงความตั้งใจที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ และย่อมมีแนวโน้มที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ระยะยาว

(long term) คือพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชนไทยลดลง การเจ็บป่วย การเสียชีวิต และปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพลดลง ประชากรวัยแรงงานมีภาวะสุขภาพที่แข็งแรงมากยิ่งขึ้น นำไปสู่ผลิตภาพของประชากรวัยแรงงานเพิ่มขึ้นทำให้ประเทศไทยก้าวหน้าและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) นักสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมควรนำตัวแปรทางจิตวิทยาที่ผู้วิจัยศึกษาในครั้งนี้นำมากำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการรณรงค์ ได้แก่ ความรู้ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ทักษะชีวิตที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ความเชื่อที่จะคล้อยตามบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เนื่องจาก จากผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า การสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมสามารถส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงในตัวแปรดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) นักสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมและผู้ที่เกี่ยวข้องควรนำผลการวิจัยเชิงคุณภาพจากงานวิจัยครั้งนี้ไปต่อยอดในการพัฒนาโครงการรณรงค์การสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชน โดยเฉพาะข่าวสารหลัก กลวิธีการนำเสนอ และรูปแบบการดำเนินเรื่อง ที่จะ เป็นประโยชน์ต่อการออกแบบสารในการสร้างความน่าสนใจให้กับเยาวชนระดับอุดมศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายทางการสื่อสารของการรณรงค์เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพได้อย่างดียิ่ง



ภาพ 3 ข้อเสนอแบบจำลองเชิงตรรกะ (Logic Model) แสดงประสิทธิผลของการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชนไทย

9.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1) ผู้สนใจอาจนำรูปแบบของการศึกษารังนี้ไปเป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อพัฒนาและตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลสมการเชิงโครงสร้างของการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านอื่นๆของเยาวชน เพื่อสร้างองค์ความรู้ด้านการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมให้กว้างขวางและลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ผู้สนใจอาจเลือกศึกษาเครื่องมือการสื่อสารการตลาดเครื่องมือใดโดยเฉพาะว่ามีประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด อันจะช่วยให้สามารถวางแผนการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2) ผู้สนใจอาจใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experiment)

โดยนำแนวทางการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาเป็นโครงการรณรงค์เพื่อนำมาใช้ในพื้นที่ทดลอง แล้ววัดประสิทธิผลที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ หากต้องการทราบประสิทธิผลในระยะยาวผู้สนใจอาจใช้การวิจัยติดตามผลระยะยาว (longitudinal study) โดยเก็บข้อมูลในด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของประชากรในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งไว้เป็นข้อมูลพื้นฐาน จากนั้นนำแผนการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมมาใช้ในพื้นที่นั้น แล้วทำการเก็บข้อมูลเพื่อดูการเปลี่ยนแปลง โดยวัดผลซ้ำเป็นช่วงๆ วิธีการวิจัยดังกล่าวจะช่วยให้ นักวิจัยทราบถึงประสิทธิผลในระยะยาวของการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมได้

เอกสารอ้างอิง

- เกื้อ วงศ์บุญสิน. (2547). *ประชากรศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2538). *ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น (LISREL) : สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัยทาง สังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาริชาติ สถาปิตานนท์. (2551). *การสื่อสารประเด็นสาธารณะและการเปลี่ยนแปลงในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรทิพย์ สัมปตตะวนิช. (2547). *การตลาดเพื่อสังคม*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2549). *การสำรวจสภาวะสุขภาพ อนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สุภมาส อังศุโชติ สมถวิล วิจิตรรรณณา และรัชนิกุล ภิญโญภูพานุวัฒน์. (2552). *สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัยทาง สังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์: เทคนิคการใช้โปรแกรม LISREL*. (พิมพ์ครั้งที่ 2.) กรุงเทพฯ: เจริญดีมีงคังการพิมพ์.
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาแห่งชาติ. (2554). *สารสนเทศอุดมศึกษา*. ค้นเมื่อ 24 มกราคม 2554, จาก <http://www.info.mua.go.th/information/index.php>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). *สรุปสถานการณ์ทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศไทย พ.ศ. 2547*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2548). *การสาธารณสุขไทย 2544-2547*. กรุงเทพมหานคร: ผู้แต่ง.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2550). *การสาธารณสุขไทย 2548-2550*. กรุงเทพมหานคร: ผู้แต่ง.
- สำนักระบาดวิทยา. (2550). *รายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของประเทศไทย พ.ศ. 2549*. กรุงเทพมหานคร: ผู้แต่ง.
- Ajzen, I. (1985). *From intentions to actions: A theory of planned behavior*. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11- 39). Heidelberg, Germany: Springer.
- Andreasen, A. R. (1995). *Marketing social change: Changing behavior to promote health, social development, and the environment*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Anspaugh, D. J., Dignan, M. B., & Anspaugh, S. L. (2000). *Developing health promotion programs*. Boston, MA: McGraw-Hill.

- Baran, S. J., & Davis, D. K. (2009). *Mass communication theory*. Australia, Wadsworth Cengage Learning.
- Berkinshaw, M. (1993). *Social marketing for health*. World Health Organization.
- Berlo, D. K. (1960). *The process of communication*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley.
- Bronfenbrenner, U. (1977). "Toward an experimental ecology of human development." *American Psychologist*, 32(7), 513-531.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2010). *Youth risk behavior survey*. Retrieved 29 Nov. 2010, from <http://cdc.gov.Features/RiskBehavior/>
- Diamantopolous, A. & Sigauw, A. D. (2000). *Introducing LISREL: A guide for uninitiated*. London: Sage
- Hair, J. F., Andersen, R. E., Tathan, R. L. & Black, W. C. (1998). *Multivariate data analysis*. 5th ed. London: Prentice-Hall International.
- Hastings, G., Stead, M., & Webb, J. (2004). "Fear appeals in social marketing: Strategic and ethical reasons for concern." *Psychology and Marketing*, 21(11), 961-986.
- Hawkins, R. P., Kreuter, M., Resnieow, K., Fishbein, M., & Dijkstra, A. (2008). "Understanding tailoring in communicating about health." *Health Education Research*, 23(3), 454-466.
- Johnson, S. L. et al. (2007). "Evaluation of a social marketing campaign targeting preschool children." *American Journal of Health Behavior*, 31(1), 44-55.
- Joreskog, K. & Sorbom, D. (1993). *LISREL8: Structural equation modeling with the simplis command language*. Chicago: Scientific Software International.
- Kaplan, D. (2000). *Structural equation model: Foundation and extension*. Thousand Oak: Sage.
- Keller, P. A. & Lehmann, D. R. (2008). "Designing effective health communication: A meta-analysis." *Journal of Public Policy & Marketing*, 27(2), 1-26.
- Kitchen, P., & Schultz, D. E. (1999). "A multi-country comparison of the drive for IMC." *Journal of Advertising Research*, 39(1), 1-17.
- Kotler, P., & Zaltman, G. (1971). "Social marketing : An approach to planned social change." *Journal of Marketing*, 35(3), 8-12.
- Kotler, P., Roberto, N., & Lee, N. (2002). *Social marketing : Improving the quality of life*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Kotler, P., & Lee, N. R. (2008). *Social Marketing : Influencing behaviors for good*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lindeman, R. H., Merenda, P. F., & Gold, R. Z. (1990). *Introduction to bivariate and multivariate analysis*. Illinois: Scott.
- Mclerou, K. R., Bibeau, D., Steekler, A., & Glan, K. (1988). "An ecological perspective on health promotion program." *Health Education Quarterly*, 15(4), 351-377.
- Nowak, G., Cole, G., Kirby, S., Freimuth, V. & Caywood, C. (1998). "The application of "integrated marketing communications" to social marketing and health communication: Organizational challenges and implications." *Social Marketing Quarterly*, Summer, 12-16.
- Olshefsky, A. M., Zive, M. M., Scolari, R. & Zuniga, M. (2007). "Promoting HIV risk awareness and testing in Latinos living on the U.S.-Mexico Border: The TU NO ME CONOCES Social Marketing Campaign." *AIDS Education and Prevention*, 19(5), 422 – 435.
- Pickton, D., & Broderick, A. (2001). *Integrated marketing communications*. London: Pear Education.
- Ring, K., & Fraser, W. B. (2005). "Alcohol use among community college students in St. Vincent and the Grenadines: Implications for prevention and education programs." *Journal of Eastern Caribbean Studies* , 30(4), 1 – 13.
- Shive, S. E., & Morris, M. N. (2006). "Evaluation of the *Energize Your Life!* Social Marketing Campaign pilot study to increase fruit intake among community college students." *Journal of American College*, 55(1), 33- 39.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2004). "Attitudes toward alcohol and drug-free experience among college students: Relationships with alcohol consumption and problems." *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(2), 461-471.
- Stead, M. et al. (2007). "A systematic review of social marketing effectiveness." *Health Education*, 107(2), 126 – 191.
- United Nations Population Fund (UNFPA.) (2003). *State of world population 2003: Investing in adolescents' health and rights*. United Nations Population Fund.