



ประสิทธิผลของโปรแกรม 50 MCEF Model ต่อความรู้ด้านสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของพระภิกษุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

สุภาวดี ศรีโท^{1*}, สุพัตรา ขาวงษ์¹ และวงศธร อ่อนศรีบุตร¹

¹โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ

(วันที่รับบทความ: 21 มกราคม 2568; วันที่แก้ไข: 6 พฤษภาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 14 พฤษภาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม “50 MCEF Model” ต่อความรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และดัชนีมวลกายของพระภิกษุในเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง-คือพระภิกษุจำนวน 36 รูป คัดเลือกโดยการสุ่มแบบง่ายและเข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ โปรแกรม “50 MCEF Model” ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การให้ความรู้และฝึกทักษะด้านสุขภาพ และระยะที่ 2 การติดตามและกระตุ้นพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และ Paired Sample t-test ผลการวิจัยพบว่า การจัดการตนเอง รู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศตาม การสื่อสารสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีความรอบรู้สุขภาพในระดับต่ำ ร้อยละ 94.4, 94.4, 88.9, 88.9, 75.0 และ 52.8 ตามลำดับ และหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส. มีความรอบรู้สุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 86.1 และร้อยละ 77.8 ตามลำดับ และหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีความรอบรู้สุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 100 และ ร้อยละ 97.2 ตามลำดับ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ 2 ส ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 94.4 หลังเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 86.1 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกาย อ้วนระดับ1 มากที่สุด ร้อยละ 52.8 หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าดัชนีมวลกาย อ้วนระดับ 1 ลดลงเหลือ ร้อยละ 44.4 ตามสมมติฐานหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และค่าดัชนีมวลกาย แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value}<.05$ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม “50 MCEF Model” มีประสิทธิผลในการส่งเสริมสุขภาพพระภิกษุ จึงควรส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: 50 MCEF Model, โปรแกรม, ความรอบรู้สุขภาพ, พระภิกษุ

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** นางสุภาวดี ศรีโท; supawadeesrioo@gmail.com



Effectiveness of the 50 MCEF Model Program on Health Literacy and Changing Health Behaviors of Monks Mueang Ubon Ratchathani District, Ubon Ratchathani Province

Supawadee Srito^{1*}, Supatta Chawong² and Wongsathorn Onsribut¹

¹The 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital

(Received: 21 January 2025; Revised: 6 May 2025; Accepted: 14 May 2025)

Abstract

This research is a quasi-experimental study with a single group, measured before and after the experiment. The objective is to study the effectiveness of the “50 MCEF Model” program on health literacy, health behavior modification, and body mass index among monks in Mueang Ubon Ratchathani District, Ubon Ratchathani Province. The sample group consisted of 36 monks, selected by simple random sampling and participating in the program for 12 weeks. The “50 MCEF Model” program consists of 2 phases: Phase 1 involves providing knowledge and training in health skills, and Phase 2 involves continuous monitoring and motivation of behavior. Data were analyzed using descriptive statistics and the Paired Sample t-test. The research found that Self-management, media literacy according and information literacy according , health communication, access to information, and correct decision-making according ,as well as health knowledge and understanding according to. Before participating in the program, health literacy was at a low level at 94.4%, 94.4%, 88.9%, 88.9%, 75.0% and 52.8% respectively. After participating in the program, it was understanding according correct, found that and health knowledge and decision-making according . had increased health literacy to a high level at 86.1% and 77.8% respectively. Health behavior according to the principles was at a low level before the program (94.4%) and at a moderate level after the program(86.1%).Regarding BMI, before the program, the majority of the sample group had a BMI classified as obesity level 1 (52.8%). After the program, the proportion with obesity level 1 BMI decreased to 44.4%. According to the hypothesis, after the experiment, the sample group had statistically significant differences in average scores for health literacy, health behavior, and BMI compared to before the experiment (p-value < .05). This indicates that the “50 MCEF Model” program is effective in promoting the health of monks. Therefore, relevant agencies should be encouraged to apply this program to sustainably promote the health of monks.

Keywords: 50 MCEF Model, program, health literacy, monks

***Corresponding author:** Supawadee Srito; supawadeesrio0@gmail.com



บทนำ

พระพุทธศาสนาถือว่าเป็นศาสนาที่มีอิทธิพลต่อวิถีการดำรงชีวิต การศึกษา ศิลปวัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ พระสงฆ์จึงเป็นผู้นำทางจิตใจของชาวบ้านและสังคมเป็นที่เคารพนับถือบูชา (พระครูศิริโสธรธรรมาภรณ์, 2565) ปัจจัยหลักที่ทำให้พระสงฆ์มีความเจ็บป่วย และเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูงไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน นั้น ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการฉ้อฉลอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ เป็นอาหารที่มีรสหวานจัด เค็มจัด และมีไขมันมากเกินไป รวมถึงการมีกิจกรรมประจำวันที่เคลื่อนไหวร่างกายน้อย (ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล, 2561) จึงเป็นเหตุทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้นเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ไขมันในโลหิตสูงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และยังเป็นสาเหตุให้เกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดตามมาได้ (นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2559)

จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของพื้นที่เครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี มีพระสงฆ์ จำนวน 456 รูป พระสงฆ์ส่วนใหญ่อายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 90.32 นอกจากนี้ยังได้ดำเนินการตรวจสุขภาพพระภิกษุ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณในปี 2565 เพื่อส่งเสริมและสร้างสุขภาพแบบองค์รวมแก่พระภิกษุและสามเณรในพื้นที่ที่มีภาวะสุขภาพในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และวางแผนการดูแลสุขภาพพระภิกษุ สามเณร ที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องให้แก่พระภิกษุ-สามเณรและแม่ชี และสร้างเครือข่ายการทำงานดูแลสุขภาพพระภิกษุสามเณร อย่างต่อเนื่อง พบว่า มีข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าพระสงฆ์มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.94 โรคเบาหวาน และไขมันในเลือด ร้อยละ 11.84 และมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังมีค่า BMI เกิน รอบเอวเกินมาตรฐาน (ค่า BMI > 25.0) มีภาวะโรคอ้วน ร้อยละ 66.22 (โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ, 2565) ทั้งนี้จึงจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในตัวบุคคล ตามแนวคิดของ โรเจอร์ (Roger, 1983) ที่กล่าวว่าการที่จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นจะต้องมีการจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งจะเป็นตัวช่วยให้บุคคลสามารถป้องกันตนเองจากภาวะเสี่ยงของโรค โดยการใช้สื่อที่บุคคลเกิดความตระหนัก มีการปฏิบัติอย่างเป็นประจำ และมีความคาดหวังของผลดีของการปฏิบัตินั้น ๆ ด้วย

โปรแกรม “50 MCEF Model” พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดด้านความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ควบคู่กับแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ Bandura และ Rogers มุ่งเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของพระภิกษุ โดยออกแบบให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและสมณเพศ โปรแกรม “50 MCEF Model” พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดด้านความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ Nutbeam (2000) ร่วมกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ Bandura (1977) และ Rogers (1983) ที่เน้นความสามารถในการเรียนรู้และความมั่นใจในตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยออกแบบให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและสมณเพศของพระภิกษุผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ตามหลักพระธรรมวินัย โดยเน้นให้พระภิกษุได้เรียนรู้ร่วมกัน สื่อสาร แสดงออก และปฏิบัติจริงไปพร้อมกัน



เพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้และการลงมือปฏิบัติที่ถูกต้อง อีกทั้งสามารถนำผลของโปรแกรมนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโครงการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม “50 MCEF Model” ต่อความรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของพระภิกษุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

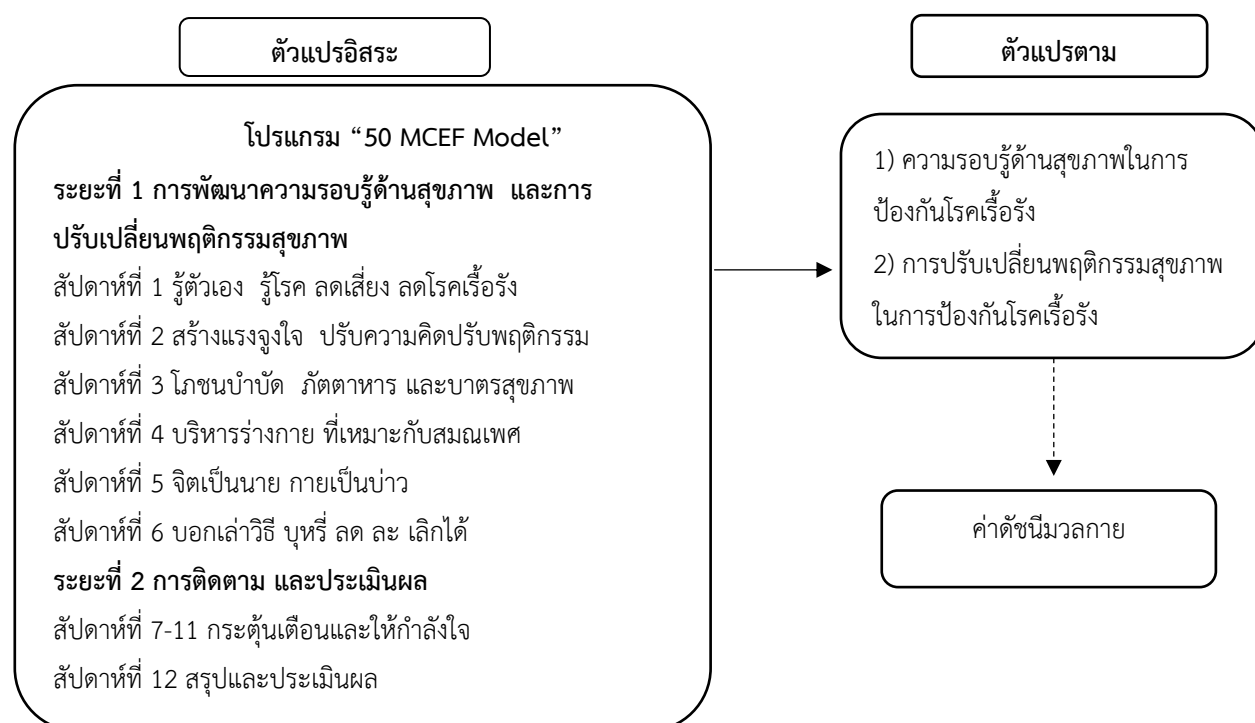
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านก่อน และหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อน และหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายของพระภิกษุก่อน และหลังการทดลอง

สมมติฐานของการวิจัย

หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกาย สูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental study) แบบ 1 กลุ่ม ทำการวัดก่อน และหลังการทดลอง รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ (One groups pretest-posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม “50 MCEF Model” ต่อความรู้ด้านสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พระภิกษุ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบด้านรู้สุขภาพ (Health Literacy)

ประชากร คือ พระภิกษุในเขต อำเภอเมืองอุบลราชธานี จำนวน 456 รูป

เกณฑ์การคัดเลือก มีดังนี้ 1) เป็นพระภิกษุในเขต อำเภอเมืองอุบลราชธานี 2) ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมและได้รับความสนใจ 3) สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น ได้ยิน และการพูด 4) อายุ 35 ปี ขึ้นไป และเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดโรคเรื้อรัง และ 5) ไม่อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้ 1) ขาดการติดตามจากการศึกษา ลาสิกขาออกจากการเป็นพระภิกษุ ย้ายออกนอกพื้นที่ อาพาธ หรือมีโรคเรื้อรัง 2) ขอลอนตัวระหว่างดำเนินกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G*Power เพื่อใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม โดยกำหนดค่าพารามิเตอร์ ดังนี้ เลือก Test family ให้อยู่ในตระกูลสถิติทดสอบ t-test , เลือก Statistical test เป็น Means: Difference between two dependent means (matched pairs), เลือก Type of power analysis เป็นการทดสอบขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (A priori: Compute required sample size-given α , Power and Effect size) ระบุค่าพารามิเตอร์ที่ใช้ในการกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยการใส่ค่าต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ได้จากงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบถวายความรู้การดูแลด้านสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ของ ภัฏฐวรรณ ลัญญานนท์ (2562) ได้แก่ Mean group 1=3.49, S.D. group 1 =0.50, Mean group 2=3.81, S.D. group 2=0.42 Effect size=0.68, α err prob=0.05, Power (1- β err prop)=0.95 จะได้ผลการกำหนดขนาดตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 30 คน เพื่อการสูญเสียผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 (Polit, 2010) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ใช้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 36 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน สิงหาคม 2566 ถึง ตุลาคม 2567

เครื่องมือการวิจัย

โปรแกรม “50 MCEF Model” โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบด้านรู้สุขภาพ แบ่งเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ ระยะที่ 2 การติดตามและประเมินผล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้าง และพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม “50 MCEF Model” ต่อความรู้ด้านสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง อายุทางโลก การศึกษาทางโลก การสูบบุหรี่



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย (2561) แบ่งออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

2.1 แบบวัดความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อลักษณะคำถามเป็นแบบให้ เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จาก 4 ตัวเลือกคำตอบ ตอบถูก ได้ 1 คะแนนตอบผิด ได้ 0 คะแนน แปลความหมายจากค่าคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินของ Bloom (1971) คะแนนเต็ม เท่ากับ 6 คะแนน มีเกณฑ์ดังนี้

ระดับสูง	หมายถึง ตั้งแต่ร้อยละ	80 ขึ้นไป (4-6 คะแนน)
ระดับปานกลาง	หมายถึง ร้อยละ	60-79 (2-3 คะแนน)
ระดับต่ำ	หมายถึง น้อยกว่าร้อยละ	60 (0-1 คะแนน)

2.2 แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูล จำนวน 2 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ข้อคำถามเป็นข้อความให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาว่ามีความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อข้อความนั้นอย่างไร แต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือกตามแบบวัดของลิเคอร์ต (Likert' scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน และ น้อยที่สุด 1 คะแนน

2.3 แบบสอบถามการสื่อสารสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ แบบสอบถามการจัดการตนเอง จำนวน 3 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ข้อคำถามเป็นข้อความให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาว่ามีความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อข้อความนั้นอย่างไร แต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือกตามแบบวัดของลิเคอร์ต (Likert' scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน และ น้อยที่สุด 1 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินของ Best (1981) เกณฑ์ดังนี้ น้อยที่สุด 3-4 คะแนน น้อย 5-7 คะแนน ปานกลาง 8-10 คะแนน มาก 11-13 คะแนน และมากที่สุด 14-15 คะแนน

2.4 แบบสอบถามการจัดการตนเอง จำนวน 3 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ข้อคำถามเป็นข้อความให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาว่ามีความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อข้อความนั้นอย่างไร แต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือกตามแบบวัดของลิเคอร์ต (Likert' scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน และ น้อยที่สุด 1 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินของ Best (1981) เกณฑ์ดังนี้ น้อยที่สุด 3-4 คะแนน น้อย 5-7 คะแนน ปานกลาง 8-10 คะแนน มาก 11-13 คะแนน และมากที่สุด 14-15 คะแนน

2.5 แบบสอบถามรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 2 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ข้อคำถามเป็นข้อความให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาว่ามีความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อข้อความนั้นอย่างไร แต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือกตามแบบวัดของลิเคอร์ต (Likert' scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน และ น้อยที่สุด 1 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยผู้วิจัยได้



ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินของ Best (1981) เกณฑ์ดังนี้ ระดับน้อยที่สุด 2 คะแนน น้อย 3-4 คะแนน ปานกลาง 5-6 คะแนน มาก 7-8 คะแนน และมากที่สุด 9-10 คะแนน

2.6 แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตาม 3อ.2ส. จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้ เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จาก 4 ตัวเลือกคำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลความหมายจากค่าคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมิน ของ Bloom (1971) คะแนนเต็ม เท่ากับ 3 คะแนน มีเกณฑ์ดังนี้ ระดับสูง หมายถึง ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (3 คะแนน) ระดับปานกลาง หมายถึง ร้อยละ 60-79 (2 คะแนน) และระดับต่ำ หมายถึง น้อยกว่าร้อยละ 60 (0-1 คะแนน)

ตารางการแปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	การแปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ
1. ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ตาม 3อ.2ส.	4- 6 คะแนน	2-3 คะแนน	0-1 คะแนน
2. การเข้าถึงข้อมูล 2 ข้อ	7-10 คะแนน	5-6 คะแนน	2-4 คะแนน
3. การสื่อสารสุขภาพ 3 ข้อ	11-15 คะแนน	8-10 คะแนน	3-7 คะแนน
4. การจัดการตนเอง 3 ข้อ	11-15 คะแนน	8-10 คะแนน	3-7 คะแนน
5. รู้เท่าทันสื่อ ตาม 3อ.2ส.2 ข้อ	7-10 คะแนน	5-6 คะแนน	2-4 คะแนน
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตาม 3อ.2ส. 3 ข้อ	3 คะแนน	2 คะแนน	0-1 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) จำนวน 6 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินของ Best (1981) คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน มีเกณฑ์ดังนี้ ระดับสูง=22-30 คะแนน ระดับปานกลาง=14-21 คะแนน ระดับต่ำ=6-13 คะแนน

ส่วนที่ 4 การประเมินดัชนีมวลกาย จำนวน 1 ข้อ โดยการคำนวณค่า ค่าดัชนีมวลกาย คำนวณจาก ค่าของ น้ำหนักตัวหน่วยเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงหน่วยเป็นเมตร ยกกำลัง 2 และแสดงในหน่วย กก./ม² (ถิรจิต บุญแสน, 2562)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม “50 MCEF Model” โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ ระยะที่ 2 การติดตามและประเมินผล

สัปดาห์ที่ 1-2 กิจกรรม รู้ตัวเอง รู้โรค ลดเสี่ยง ลดโรคเรื้อรัง กิจกรรมสร้างแรงจูงใจ ปรับความคิด ปรับพฤติกรรม การพัฒนาทักษะที่จะให้บุคคล การพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการในการป้องกันโรคเรื้อรัง พัฒนาทักษะที่จะให้บุคคล เกิดความกลัว รับรู้ภาวะคุกคามที่จะถึงตัว ตัดสินใจลดหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมได้ และสามารถบอกต่อข้อมูล บริการ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคเรื้อรังให้กับบุคคลอื่นได้



สัปดาห์ที่ 3-4 กิจกรรมโภชนบำบัด ภัตตาหาร และบาตรสุขภาพ กิจกรรมบริหารร่างกาย ที่เหมาะกับสมณะเพศ โภชนบำบัด (Nutritional Therapy) เป็นการใช้พลังงานและสารอาหารที่เหมาะสมเพื่อช่วยบำบัดหรือรักษาสภาวะทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ หรือใช้เป็นการเสริมสร้างสุขภาพของพระสงฆ์แนวคิดด้านโภชนบำบัดเน้นการให้ความสำคัญกับการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และสมดุล การออกกำลังกายของพระสงฆ์จะไม่เหมือนกับการออกกำลังกายทางกายภาพทั่วไปที่เน้นการเพิ่มกำลังและสมรรถภาพทางกายภาพเป็นหลัก แต่เน้นไปที่ความผ่อนคลายและสร้างสมาธิในการดำเนินชีวิตประจำวันของพระสงฆ์

สัปดาห์ที่ 5-6 กิจกรรมจิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว กิจกรรม บอกเล่าวิธี บุหรี่ เลิกได้ การให้ความสมดุลระหว่างการดูแลจิตใจและการดูแลร่างกาย หมายถึงการพัฒนาทั้งความรู้สึกและสภาวะอารมณ์ที่ตีรวมถึงการดูแลสุขภาพกายให้อยู่ในสภาพที่ดี การสร้างความรอบรู้คือกระบวนการที่เรียนรู้เรื่องใหม่หรือเพิ่มเติมข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ และสุรา ให้เข้าใจเรื่องหนึ่ง ๆ ในระดับลึกขึ้น

สัปดาห์ที่ 7-11 การกระตุ้นเตือน และให้กำลังใจกับกลุ่มตัวอย่าง ประยุกต์ใช้ทักษะความรู้และความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผ่านการกลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลือกใช้วิธีการ และโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมาปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติ เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง การกระตุ้นเตือน และการได้รับกำลังใจจากบุคคลอื่น ทั้งคณะสงฆ์ ญาติโยม และเจ้าหน้าที่ จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ตามมา

สัปดาห์ที่ 12 นำเสนอตัวแบบที่ดีด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลนั้นอยู่ภายใต้พื้นฐานการสร้างเชื่อมั่นในตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ตามแนวคิดของแบนดูรา 4 ประการ คือ การประสบกับภาวะเหตุการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูงและการกระตุ้นอารมณ์ซึ่งทำให้บุคคลมีความสามารถที่จะเลือกหรือกำหนดพฤติกรรมใดๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผ่านการตรวจสอบค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นรายข้อ (IOC: Index of item objective congruence=0.67 และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา การวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามแบบสอบถามความความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ. 2ส. ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ศึกษาจำนวน 30 คน เพื่อพิจารณาความชัดเจนของแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ตาม 3อ. 2ส. มีค่าสถิติคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ 0.75 แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง รู้เท่าทันสื่อ ตาม 3อ. 2ส. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตาม 3อ. 2ส. และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามหลัก 3อ. 2ส. โดยค่าสถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.73, 0.72, 0.71, 0.70, 0.74 และ 0.80 ตามลำดับ



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการศึกษาในระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 ถึงเดือน สิงหาคม 2567

1. ติดต่อประสานงานกับพื้นที่ที่จะทำการศึกษา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คณะสงฆ์อำเภอเมืองอุบลราชธานี เจ้าอาวาสวัดในพื้นที่ศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ในกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนดำเนินกิจกรรม

3. ดำเนินกิจกรรม ในสัปดาห์ 2-11 สัปดาห์

4. เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) กระตุ้นติดตามผล โดยทบทวนความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมทดลอง และวัดน้ำหนัก ส่วนสูงในสัปดาห์ที่ 12

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เป็นการแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง อายุทางโลก การศึกษาทางโลก การสูบบุหรี่ ความรอบรู้สุขภาพ ระดับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเรื้อรัง และดัชนีมวลกาย ด้วยสถิติ Paired Sample t-test

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลซึ่งได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และข้อมูลส่วนตัวจะถูกเก็บรักษา ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ผู้ที่เข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาไม่มีผลกระทบต่อสิทธิและหน้าที่ที่ได้รับหรือพึงได้รับในอนาคตผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัส SSJ.UB 2567-105 วันที่อนุมัติ 13 พฤษภาคม 2567 วันสิ้นสุดการอนุมัติ 12 พฤษภาคม 2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เฉลี่ย 71.86 กิโลกรัม (S.D.=11.62) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างน้ำหนักลดลง โดยมีน้ำหนักเฉลี่ย 70.56 กิโลกรัม S.D.=11.39 ส่วนสูงเฉลี่ย 166.22 (S.D.=7.43) อายุเฉลี่ย 54.8 ปี (S.D.=17.21) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มากที่สุด ร้อยละ 33.30 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 22.2 ด้านการสูบบุหรี่พบว่า ไม่สูบบุหรี่มากที่สุดร้อยละ 94.4 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (n=36)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนัก (กิโลกรัม) Mean=71.8, S.D.=11.6		
ส่วนสูง (เซ็นติเมตร) Mean=166.2, S.D.=7.4		
อายุ (ปี) Mean=54.8, S.D.=11.6		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	2.8
ประถมศึกษา	7	19.4
มัธยมตอนต้น	8	22.2
มัธยมปลาย/ปวช.	7	19.4
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	12	33.3
สูงกว่าปริญญาตรี	1	2.8
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	34	94.4
สูบทุกวัน	1	2.8
สูบเป็นบางวัน	1	2.8

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์รายด้าน

2.1. ผลการวิเคราะห์ระดับผลความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การจัดการตนเอง รู้เท่าทันสื่อ ตาม 3อ.2ส. และสารสนเทศตาม 3อ.2ส. การสื่อสารสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตาม 3อ.2ส. และความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีความรอบรู้สุขภาพในระดับต่ำ ร้อยละ 94.4, ร้อยละ 94.4 ร้อยละ 88.9 ร้อยละ ร้อยละ 88.9 ร้อยละ 75.0 และ ร้อยละ 52.8 ตามลำดับ และหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส. มีความรอบรู้สุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 86.1 และร้อยละ 77.8

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลัง จำแนกตามระดับความรอบรู้สุขภาพด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ตาม 3อ.2ส.				
ระดับสูง (4-6 คะแนน)	1	2.8	35	97.2
ระดับปานกลาง (2-3 คะแนน)	16	44.4	1	2.8
ระดับต่ำ (0-1 คะแนน)	19	52.8	0	0



ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลัง จำแนกตามระดับความรู้สุขด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าถึงข้อมูล				
ระดับสูง (7-10 คะแนน)	2	5.6	31	86.1
ระดับปานกลาง (5-6 คะแนน)	2	5.6	4	11.1
ระดับต่ำ (2-4 คะแนน)	32	88.9	1	2.8
การสื่อสารสุขภาพ				
ระดับสูง (11-15 คะแนน)	1	2.8	21	58.3
ระดับปานกลาง (8-10 คะแนน)	0	0	13	36.1
ระดับต่ำ (3-7 คะแนน)	35	88.9	2	5.6
การจัดการตนเอง				
ระดับสูง (11-15 คะแนน)	2	5.6	15	41.7
ระดับปานกลาง (8-10 คะแนน)	0	0	19	52.6
ระดับต่ำ (3-7 คะแนน)	34	94.4	2	5.6
รู้เท่าทันสื่อ ตาม 3อ.2ส.				
ระดับสูง (7-10 คะแนน)	2	5.6	28	11.1
ระดับปานกลาง (5-6 คะแนน)	0	0	4	11.1
ระดับต่ำ (2-4 คะแนน)	34	94.4	4	77.8
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตาม 3อ.2ส.				
ระดับสูง (2-3 คะแนน)	1	2.8	28	77.8
ระดับปานกลาง (1 คะแนน)	8	22.2	8	22.2
ระดับต่ำ (0 คะแนน)	27	75.0	0	0

2.2. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการป้องกันและดัชนีมวลกาย

พบว่าพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวตามหลัก 3อ 2ส ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 94.4 หลังเข้าร่วมโปรแกรมพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวตามหลัก 3อ 2ส อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 86.1 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง ก่อน และหลังกลุ่มจำแนกตามระดับพฤติกรรม

การปฏิบัติตัว	พฤติกรรมระดับสูง	พฤติกรรมระดับสูงปานกลาง	พฤติกรรมระดับสูงต่ำ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ก่อนการทดลอง	0 (0)	2 (5.6)	34 (94.4)
หลังการทดลอง	3 (8.3)	31 (86.1)	2 (5.6)



ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม“50 MCEF Model” ต่อความรอบรู้สุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกาย อ้วนระดับ1 มากที่สุด ร้อยละ 52.8 รองลงมาคือ ปกติสมส่วน ร้อยละ 22.2 หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 1 ลดลงเหลือ ร้อยละ 44.40 และอยู่ในระดับปกติสมส่วนเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 25 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังกลุ่มจำแนกตามระดับดัชนีมวลกาย

ระดับ ดัชนีมวลกาย	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
BMI < 18.5	2	5.6	2	5.6
BMI 18.5 – 22.90	8	22.2	9	25.0
BMI 23 – 24.90	1	2.8	4	11.1
BMI 25 – 29.90	19	52.8	16	44.4
BMI 30 ขึ้นไป	6	16.7	5	13.9

ส่วนที่ 3 ผลของโปรแกรม“50 MCEF Model”โดยการเปรียบเทียบ ความรอบรู้สุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส

ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3อ.2ส. ด้านการสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. ด้านการจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศตาม 3อ.2ส. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3 อ.2ส. พฤติกรรมการป้องกันโรคและระดับ BMI ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลการเปรียบเทียบ คะแนนความรอบรู้สุขภาพ คะแนนพฤติกรรมป้องกันโรค และคะแนน BMI ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=36)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง Mean (S.D.)	หลังการทดลอง Mean (S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส	1.55 (1.1)	5.33(0.7)	-3.77	(-4.2)-(-3.30)	-16.2	<.001
การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3อ.2ส.	3.63(1.2)	7.19(1.2)	-3.55	(-4.1)-(-2.9)	-12.8	<.001
การสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส.	5.19(1.6)	10.36(1.8)	-5.16	(-5.9)-(-4.4)	-14-10	<.001
การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส.	5.00(1.8)	10.72(2.1)	-5.72	(-6.5) – (-4.8)	-13.3	<.001
การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศตาม 3อ.2ส.	3.02(1.1)	7.58(1.8)	-4.55	(-5.1) – (-3.9)	-14.3	<.001
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส.	0.89(0.8)	2.78(0.4)	-1.88	(-2.2) - (-1.5)	-10.9	<.001
พฤติกรรมการป้องกันโรค	10.31(2.6)	19.30(2.9)	-9.00	(-10.4)-(-7.5)	-12.5	<.001
ดัชนีมวลกาย	26.14(4.6)	25.66(4.5)	0.48	0.3 - 0.6	6.3	<.001

* $p\text{-value}<.05$



อภิปรายผล

จากการศึกษาการศึกษาวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรม “50 MCEF Model” ต่อความรอบรู้สุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานของการศึกษาในครั้งนี้ หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกาย สูงกว่าก่อนการทดลอง โดยพบว่า ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. การสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศตาม 3อ.2ส. และการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3อ.2 ส. ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีความรอบรู้สุขภาพในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาทักษะการรู้ เข้าใจ เข้าถึง และจัดการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่ชี้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และตรงกับผลการศึกษาของ ลภัสรดา วรดาภคินันท์ (2563) และ อารณา โทปัญญา, ประทีป กาลเขว่า เบญญาภา กาลเขว่า และคณะ (2565) ในการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพนั้น ต้องเข้าใจถึงตัวกำหนด หรือปัจจัยที่อาจมีผลต่อความรอบรู้สุขภาพ เพราะเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงเมื่อจะกำหนดรูปแบบ หรือกลยุทธ์ในการพัฒนา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้สุขภาพ คือ ปัจจัยระดับบุคคล ระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และระดับสังคม (ทรงวิทย์ จโรภาสรัตน์, 2562) พฤติกรรมจะเปลี่ยนแปลงขึ้นกับการเรียนรู้ที่ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการได้จำเป็นต้องผ่านกระบวนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ก่อน หากบุคคลประเมินว่าตนเองมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม และพฤติกรรมนั้นไม่ยากเกินความสามารถของตนเองบุคคลจะเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Bandura, 1977) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เตชภณ ทองเต็ม และจิรนนท์ แก้วมา (2562) ศึกษาเรื่องกิจกรรมทางกายของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัด ศรีสะเกษ อายุระหว่าง 50-69 ปีพบว่า พระภิกษุสงฆ์มีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามระดับคะแนน พบว่ามีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 74.15 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ มณีพงศ์ วลัยพร สิงห์จ้อย สัญญา สุขขำ และคณะ (2563) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม 3อ 2ส ของประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานของการศึกษาในครั้งนี้ โดยพบว่าเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. การสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศตาม 3อ.2ส. และการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3อ.2ส. ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีความรอบรู้สุขภาพในระดับต่ำ และหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. การมีความรอบรู้สุขภาพในระดับสูง ซึ่งความรู้ ความเข้าใจ ทำความเข้าใจในบริบททางด้านสุขภาพ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และแรงจูงใจเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Don Nutbeam, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลภัสรดา วรดาภคินันท์ (2563) ศึกษาเรื่องการศึกษาวิเคราะห์ความ



รอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัยที่เอื้อต่อการปฏิบัติตามสุขบัญญัติ โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ เจ้าอาวาส หรือผู้ช่วยเจ้าอาวาสของวัดในเขตการปกครองคณะสงฆ์จังหวัดนนทบุรี พบว่าการศึกษาสภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพพบว่ามีความเฉลียวอยู่ในระดับเพียงพอต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อารญา โทปัญญา, ประทีป กาลเข้ และเบญญาภา กาลเข้ (2565) ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรโรงเรียนพระปริยัติธรรม ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่าพระภิกษุสงฆ์และสามเณรมีความรอบรู้ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง อยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เปลี่ยนจากระดับต่ำก่อนโปรแกรม (94.4%) ไปสู่ระดับปานกลาง (94.4%) หลังเข้าร่วม ซึ่งแสดงถึงการรับรู้และปรับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเปลี่ยนแปลงนี้อธิบายได้จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura (1977) และสนับสนุนผลวิจัยของ อุมพร นิมตระกูล (2563) หลังเข้าร่วมโปรแกรมพฤติกรรมปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ 2 ส ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่างๆ คือ สุขภาพกาย จิตใจ/อารมณ์ และสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล (Lefton & Brannon, 2008) อย่างไรก็ตามพบว่าพฤติกรรมควบคุมปริมาณอาหาร และควบคุมรสอาหาร ไม่ให้มีรสจัด และการรับประทานผักและผลไม้ ไม่สามารถปฏิบัติได้ในทุกวัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้นำมาถวาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพร นิมตระกูล (2563) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจาก พระคิลานุปัฏฐากสู่พระนักสื่อสารในเขตสุขภาพที่ 1 พบว่าพฤติกรรมสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระคิลานุปัฏฐาก ผลคะแนนเฉลี่ยพระสงฆ์ที่ผ่านการอบรมพระคิลานุปัฏฐากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าพระสงฆ์ที่ไม่ได้รับการอบรมมีความแตกต่างกันทางสถิติ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านต่าง ๆ หันมาดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของอารญา โทปัญญา ประทีป กาลเข้ เบญญาภา กาลเข้ และคณะ (2565) ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรโรงเรียนพระปริยัติธรรม ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่าระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

จากการศึกษาวิจัยประสิทธิภาพของโปรแกรม “50 MCEF Model” ต่อความรอบรู้สุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าการคะแนนเฉลี่ย BMI ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานของการศึกษาในครั้งนี้ โดยพบว่าเมื่อพิจารณาแบ่งเป็นระดับพบว่าค่าดัชนีมวลกาย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกาย อ้วนระดับ1 มากที่สุด ร้อยละ 52.8 รองลงมาคือ ปกติสมส่วน ร้อยละ 22.2 หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า



กลุ่มตัวอย่าง มีค่าดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 1 ลดลงเหลือ ร้อยละ 44.4 และอยู่ในระดับปกติสมส่วนเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 25 อย่างไรก็ตามการระดับค่าดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ขึ้นอยู่กับทัศนคติด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ชีรยุทธ มงคลมะไฟ ศรีศักดิ์ สุนทรไชย ศินา จันทรศิริ และคณะ (2561) ทั้งนี้ในด้านการควบคุมปริมาณอาหาร และควบคุมรสอาหาร ไม่ให้มีรสจัด และการรับประทานผักและผลไม้ ไม่สามารถปฏิบัติได้ในทุกวัน ขึ้นอยู่กับผู้ที่นำมาถวาย และไม่สามารถออกกำลังกายได้เหมือน บุคคลทั่วไป จึงออกกำลังกายเพียงแค่การขยับร่างกาย ตามกิจวัตรประจำวันเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชีรศักดิ์ ศรีพิทักษ์ นิรชร ชูติพัฒนะ อิศระ ทองสามสี และคณะ (2562) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารและ การออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดยะลาพบว่า ค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ โกนิญฐ์ ศรีทอง ชลวิทย์ เจียรจิตต์ เบญจมาศ สุขสถิตย์ และคณะ (2564) ได้ทำการศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย โดยการใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะโภชนาการจากค่าดัชนีมวลกาย และแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (THLA-N8) พบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาเกินเกณฑ์มาตรฐาน

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานสาธารณสุขในระดับอำเภอและตำบล สามารถนำโปรแกรม “50 MCEF Model” ไปประยุกต์ใช้ในวัดต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุให้เหมาะสมกับบริบทวิถีชีวิตของสงฆ์ และสามารถเป็นแบบอย่างแก่ประชาชนในชุมชน
2. ส่งเสริมให้วัดเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน โดยอาศัยบทบาทของพระภิกษุที่ได้รับการอบรมจากโปรแกรม
3. ข้อมูลจากการวิจัยสามารถเสนอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปใช้ในการจัดทำแผนงานหรือโครงการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มพระภิกษุ โดยใช้โมเดล “50 MCEF Model” เป็นแนวทางหลัก
4. สามารถขยายการดำเนินงานของโปรแกรมไปยังอำเภออื่นๆ ในจังหวัดอุบลราชธานี หรือจังหวัดใกล้เคียง โดยร่วมมือกับวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการจัดทำการศึกษาในรูปแบบอื่นๆ โดยนำผลของการวิจัยที่ได้ไปออกแบบโปรแกรมในการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ร่วมกับชุมชน เช่น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมแบบมี



ส่วนร่วม เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพโดยเข้าใจ และตระหนักได้ว่าการดูแลสุขภาพ มีความสำคัญต่อสุขภาพอย่างไร เพื่อจูงใจให้เห็นความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีขึ้น

2. ศึกษาเปรียบเทียบกับโปรแกรมส่งเสริมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค เพื่อให้ได้ประสิทธิผลของโปรแกรมที่ดีที่สุดและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- โกนิญ์ ศรีทอง, ชลวิทย์ เจียรจิตต์, เบญจมาศ สุขสถิต, และชัยวัชรพรหมจิตติพงศ์. (2564). สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 9(5), 1793-1804.
- เดชภณ ทองเต็ม, และจิรนนท์ แก้วมา. (2562). กิจกรรมทางกายของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้*, 7(2), 48-61
- ทรงวิทย์ จโรธาสรัตน์. (2562). การพัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับผู้มารับบริการทันตกรรมวัยผู้ใหญ่ในบริบทของสังคมไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์].
- ธีรศักดิ์ ศรีพิทักษ์, นิรชร ชูดีพัฒนะ และอิสระ ทองสามสี. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดยะลา. *การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 10*.
- ธีรยุทธ มงคลมะไฟ, ศรีศักดิ์ สุนทรไชย และศินา จันทรศิริ. (2561). ปัจจัยความรู้ทางโภชนาการ ทักษะการเลือกอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 27(2), 211-218.
- นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์. (2559). การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในบริการปฐมภูมิ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 30(1), 113-126.
- พระครูพิพิธสุตาทรร (บุญช่วย สิริธโร). (2560). *ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560*. นนทบุรี: บริษัท โอ.เอส. พรินติ้ง เฮาส์ จำกัด.
- พระครูศิริโสธรคนารักษ์. (2565). บทบาทพระสงฆ์ต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *วารสารพุทธปรัชญาวิวัฒน์*, 6(2), 624-635.
- พัชรินทร์ มณีพงศ์, วลัยพร สิงห์จ้อย, สัณญา สุขขำ, และเพชรน้อย ศรีผดุง. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 4(1), 84-93.
- มัญจวรรณ ลียุทธานนท์, ผกาสรณ์ อุไรวรรณ, จริญญา แก้วสกุลทอง, และภาสินี แซ่ดี. (2562). การพัฒนารูปแบบถวายความรู้การดูแลสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 25(2), 104-117



เอกสารอ้างอิง

- โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ. (2565). *สรุปผลงานประจำปีงบประมาณ 2565*.
- ลภัสรดา วรรตาคณันท์. (2563). การศึกษาวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัยที่เอื้อต่อการปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติ. *วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์*, 16(2), 129-138.
- ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารสหวิทยาการวิจัย*, 8(1), 116-123.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮาส์ จำกัด.
- อารญา โทปัญญา, ประทีป กาลเขว้า, และเบญญาภา กาลเขว้า. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. ของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรโรงเรียนพระปริยัติธรรม ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 4(1), 33-38.
- อุมาพร นิมิตระกุล, และพระวิสุทธิ ฐิตวิสิทฺโธ. (2563). พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจากพระคิลานุปัฏฐากสู่พระนักสื่อสารในเขตสุขภาพที่ 1. *วารสารพุทธศาสตร์ศึกษา*, 11(1), 33-51
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Best, J. W. (1981). *Research in education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bloom, B. S., Hastings, J. T., & Madaus, G. F. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Lefton, L. A., & Brannon, L. (2008). *Psychology*. New York: Pearson Education.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). New Jersey: Pearson.
- Rogers, R. W. (1983). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.