

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาของพระสงฆ์

กมลชนก เชา*, ปริยเนตร วิไลรัตน์**, องอาจ มณีใหม่**,
เชมณัฐ รัตนวิวงศ์**, กัญญ์วรา ออบอุ้น***, นราภรณ์ จันทร์วงศ์**,
อัคราภรณ์ พลูเทียบรัตน์**

บทคัดย่อ

พระสงฆ์เป็นกลุ่มประชากรที่พบว่า มีปัญหาการใช้ยา ขณะที่วิธีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกต้องในพระสงฆ์ยังมีอยู่อย่างจำกัด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการใช้ยาต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาของพระสงฆ์ การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นพระสงฆ์ที่จำพรรษาในวัดที่ตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 52 รูป เลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการใช้ยาเป็นเวลา 3 ชั่วโมง ประกอบด้วยการบรรยาย กิจกรรมกลุ่ม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการฝึกคิด ทำการวัดผลการศึกษาก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการเรียนรู้ 1 และ 10 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Paired t-test และ Repeated measure ANOVA ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้งในสัปดาห์ที่ 1 และ 10 ($p < 0.05$) สรุปได้ว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการใช้ยานี้เป็นโปรแกรมการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ สามารถเพิ่มความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาได้

คำสำคัญ: การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม, การใช้ยา, พระสงฆ์

* โรงพยาบาลราชเวช เชียงใหม่

** คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

*** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

Corresponding Author: Ong-art Maneemai, E-mail: ongart.ma@up.ac.th

Received 24/03/2021

Revised 05/05/2021

Accepted 19/05/2021

THE EFFECTIVENESS OF PARTICIPATORY LEARNING PROGRAM ON KNOWLEDGE, ATTITUDES, AND BEHAVIORS IN DRUG UTILIZATION OF BUDDHIST MONKS

Kamonchanok Chow, Preyanate Wilairat**, Ong-art Maneemai **,
Khemanat Ratworawong**, Kunwara Ob-un***, Naraporn Junwong**,
Atcharaporn Poontiebrat***

ABSTRACT

The monks had several drug-related problems. While the promoted method of proper drug utilization was limited. This study aimed to examine the effectiveness of a participatory learning program on knowledge, attitudes, and behaviors in drug utilization of Buddhist monks, Muang district, Phayao province. This study was one group pre- and post- test study. The sample was 52 Buddhist monks who lived in the temples located in Muang, Phayao province. The purposive sampling was used to select the sample. The sample received the three hours participatory learning program on drug utilization. The program consisted of lecturing, group activity, experiences exchange, and thinking training. The results were measured before and after (1 and 10 weeks) implementing the program using self - administered questionnaires. Descriptive statistics, paired t-test, and repeated measure ANOVA were applied for data analysis. The results indicated that at one and tenth weeks after implementing the participatory learning program, the mean scores of knowledge, attitudes, and behaviors in drug utilization of the sample were statistically significantly higher than those implementing the program ($p < 0.05$). In summary, this participatory learning program on drug utilization had effectiveness on knowledge, attitudes, and behaviors in medication utilization.

Keywords: Participatory learning, Drug utilization, Monks

* Rajavej Chiangmai Hospital

** School of Pharmaceutical Sciences, University of Phayao

*** School of Nursing, University of Phayao

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ปัญหาการใช้ยา (Drug-related problems) เป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดกับผู้ป่วย และนับว่าเป็นอีกหนึ่งปัญหาสุขภาพที่สำคัญ การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมอาจนำไปสู่การรักษาที่ล้มเหลวและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง^{1,2} ทั้งนี้ พระสงฆ์เป็นอีกกลุ่มประชากรที่พบว่าส่วนมากสูงอายุและเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.6 – 29.2³⁻⁶ เบาหวาน ร้อยละ 1.8 – 19.8³⁻⁶ ไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 2.8-10.4^{3,4,6} เป็นต้น ซึ่งจำเป็นจะต้องใช้ยาในการรักษาหรือควบคุมอาการเป็นประจำทุกวัน การศึกษาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระสงฆ์เนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา พบว่าจำนวนรายการยาที่พระสงฆ์ใช้ต่อวัน เท่ากับ 8.8 รายการ โดยร้อยละ 40 ของพระสงฆ์ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดจากปัญหาจากการใช้ยา ได้แก่ เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ร้อยละ 29.16) ขาดความร่วมมือในการใช้ยา (ร้อยละ 29.16) และผู้ป่วยต้องการการรักษาด้วยยาเพิ่มเติม (ร้อยละ 20.83) ตามลำดับ ซึ่งร้อยละ 87.5 เป็นปัญหาจากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้⁷ นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาของพระสงฆ์พบว่า ร้อยละ 59 ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ การลืมฉันทยา (ร้อยละ 30) การหยุดยา

ก่อนกำหนด (ร้อยละ 26) และยาหมดก่อนพบแพทย์ครั้งถัดไป (ร้อยละ 20)⁸ การศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ พบว่าพระสงฆ์มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพน้อยมาก ขาดการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่อง ขาดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งการรณรงค์การให้ความรู้ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง⁹ นอกจากนี้ยังพบว่า พระสงฆ์ส่วนหนึ่งขาดความรู้ในเรื่องสุขภาพ และมีความต้องการให้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การจัดให้มีห้องปฐมพยาบาลไว้ที่วัด การสนับสนุนงบประมาณในการซื้อยาและเวชภัณฑ์เพื่อใช้ในวัด การจัดอบรมการติดโปสเตอร์ และการรณรงค์เสียงตามสายให้ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นต้น^{6,10} ซึ่งการถวายเป็นบุญแก่พระสงฆ์จะช่วยให้พระสงฆ์มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น การศึกษาของมกุฏสุวรรณ ลัทธิฐานนท์ และคณะ¹¹ พบว่า พระสงฆ์ที่ได้รับการถวายเป็นบุญเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีคะแนนหลังการถวายเป็นบุญสูงกว่าคะแนนก่อนการถวายเป็นบุญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีความพึงพอใจอยู่ในระดับดี

การทบทวนวรรณกรรม พบว่าการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการให้ความรู้ทางสุขภาพ เป็นการจัดการเรียนรู้ที่ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เรียนรู้จากประสบการณ์ และกระบวนการกลุ่ม ทำให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ เกิด

ความเข้าใจและทัศนคติที่ดี สามารถนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมได้¹² มีงานวิจัยที่นำการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ เพื่อส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างต่าง ๆ เช่น กลุ่มผู้ใช้แรงงาน¹³ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน¹⁴ กลุ่มผู้สูงอายุ¹⁵ และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง¹⁶ ผลการศึกษาพบว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถเพิ่มความรู้อของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³⁻¹⁶ และมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ความรู้ทางเดียว¹⁷ อีกทั้งยังส่งเสริมให้มีความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีถูกต้อง และมีทัศนคติที่ดีขึ้น¹⁴

จากปัญหาและความสำคัญข้างต้นที่พบว่า พระสงฆ์เป็นกลุ่มประชากรที่มีปัญหาสุขภาพ พบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา และขาดการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการถวายเป็นความรู้สำหรับพระสงฆ์ โดยเฉพาะองค์ความรู้ด้านการใช้ยา เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้พระสงฆ์สามารถที่จะใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน แม้ว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรต่าง ๆ จะมีประสิทธิภาพดี แต่ยังไม่พบข้อมูลการประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพแก่พระสงฆ์

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการใช้ยาต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาในพระสงฆ์ ซึ่งจำพรรษาอยู่ในวัดที่ตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

วัสดุที่ใช้ในการศึกษา (Materials)

สิ่ง แ ท ร ก แ ช ง (Interventions)

ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการใช้ยา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม¹² ระยะเวลา 3 ชั่วโมง 30 นาที ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นที่ 1 ขั้นสร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อม แนะนำกิจกรรม วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ แจกคู่มือพื้นฐานการใช้ยา และแบ่งกลุ่มตัวอย่าง (30 นาที)

ขั้นที่ 2 ขั้นจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 12 – 14 รูป เวียนไปตามฐานการเรียนรู้ 4 ฐาน ได้แก่ ฐานที่ 1 การบริหารยา ฐานที่ 2 การอ่านฉลากยา ฐานที่ 3 การเก็บรักษายา และการตรวจสอบลักษณะของยาที่เสื่อมคุณภาพ และฐานที่ 4 การปฏิบัติตัว เมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในแต่ละฐานกลุ่มตัวอย่างจะได้รับฟังการบรรยาย

การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการแลกเปลี่ยน
ความเห็น ใช้เวลาฐานละ 30 นาที (120 นาที)

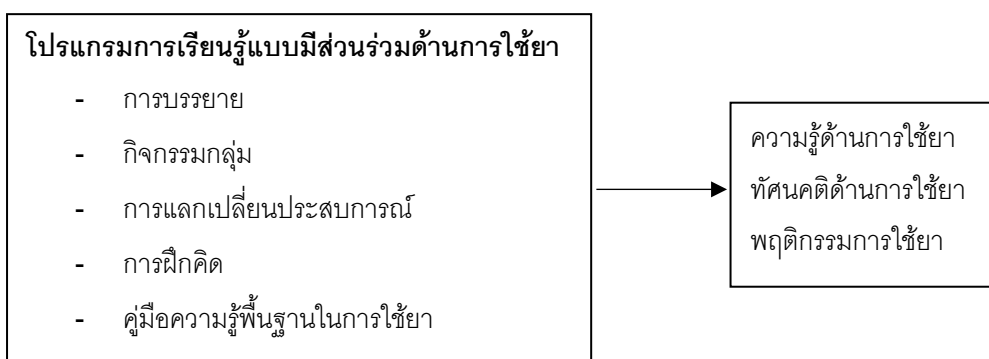
ขั้นที่ 3 ขั้นสรุปผล เมื่อทำกิจกรรม
เสร็จสิ้น ตัวแทนแต่ละกลุ่มต้องสรุปประเด็น
สำคัญของการใช้ยาแต่ละฐานที่ได้เรียนรู้ โดย
มีผู้วิจัยคอยเสริมประเด็นสำคัญที่ยังไม่
ครบถ้วน (60 นาที)

2. **คู่มือพื้นฐานในการใช้ยา** เป็น
เอกสารให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการใช้ยาที่
ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างใช้ใน
การทบทวนความรู้ตนเอง เนื้อหา

ประกอบด้วย ความหมายของยา จุดมุ่งหมาย
ของยารักษาโรค การบริหารยา การอ่าน
ฉลากยา การเก็บรักษายา ลักษณะของยาที่
เสื่อมคุณภาพ และอาการไม่พึงประสงค์จาก
การใช้ยา

วิธีการศึกษา (Method)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ
กลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง
(One-group pre-and-post-test study) โดย
มีกรอบแนวคิดการวิจัยแสดงในรูปที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ พระสงฆ์ซึ่ง
จำพรรษาอยู่ในวัดที่ตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง
จังหวัดพะเยา จำนวน 395 รูป โดยมีเกณฑ์
คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ

(1) อายุ 20 – 60 ปี

(2) บวชเป็นพระสงฆ์มาแล้วอย่าง
น้อย 1 พรรษา และไม่มีกำหนดการลาสิกขา
ใน 1 ปีต่อจากวันที่เก็บข้อมูล

(3) รับประทานยาเป็นประจำ หรือมี
โรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วย
ยาวนานติดต่อกันเกิน 3 เดือน คำนวณขนาด
กลุ่มตัวอย่างตามสมการ¹⁸ ดังต่อไปนี้

$$N = \left[\frac{(Z_{\alpha/2} + Z_R)\sigma}{\Delta} \right]^2$$

กำหนดค่า Δ และค่า σ โดยอ้างอิงจากการศึกษาของวุฒิชัย จริยา และคณะ¹⁹ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ ค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 และอำนาจการทดสอบเท่ากับร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 50 คน และผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 55 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยดำเนินการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (The index of Item Objective Congruence; IOC) มากกว่า 0.5 ทุกข้อ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์คูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson coefficient) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แล้วแต่กรณี โดยแบบสอบถามที่ผ่านการประเมินความตรงและความเที่ยงประกอบด้วย 4 ตอน จำนวน 57 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านการใช้ยา จำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามเป็นปรนัย 4 ตัวเลือก หากตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยา จำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (น้อยที่สุด=1; 2=น้อย; 3=เฉยๆ 4=มาก; 5=ถึงมากที่สุด)

ตอนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยา จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (1=ไม่เคยปฏิบัติ; 2=ปฏิบัติบางครั้ง และ 3=ปฏิบัติเป็นประจำ)

ค่าสัมประสิทธิ์คูเดอร์ – ริชาร์ดสัน ของแบบสอบถามตอนที่ 2 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามตอนที่ 3 และ 4 เท่ากับ 0.843, 0.704 และ 0.655 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล
การดำเนินงานวิจัยใช้เวลาทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ ประกอบด้วยการวัดระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมด้านการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างก่อนการให้โปรแกรม การเรียนรู้การจัดโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการใช้ยา และการวัดระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมด้านการใช้ยาหลังการให้โปรแกรมการเรียนรู้ในสัปดาห์ที่ 1 และ 10 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง 3 ครั้ง ได้แก่ ก่อนการจัดโปรแกรมการเรียนรู้

และหลังการจัดการเรียนรู้สัปดาห์ที่ 1 และ 10

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การใช้ยา โดยใช้การทดสอบ Paired t-test และ Repeated measure ANOV กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา หนังสือรับรองเลขที่ 2/136/60 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของ

การศึกษาและให้กลุ่มตัวอย่างที่ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษาก่อน

ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 รูปมีอายุเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เท่ากับ 40.48 (13.24) ปี ระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 10.0 ปี ส่วนมากสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 51.9) เป็นนักรรรมชั้นเอก (ร้อยละ 86.5) มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 48.1) และเข้ารับการรักษากรองพยาบาลเป็นหลัก (ร้อยละ 75.0) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=52)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (รูป)	ร้อยละ
1. อายุ (ปี)	ค่าเฉลี่ย 40.5 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.24	
2. จำนวนพรรษา (พรรษา)	ค่ามัธยฐาน 10.00 (IQR 16.50)	
3. ระดับการศึกษาทางโลก		
- ต่ำกว่าปริญญา	13	25.0
- ปริญญาตรี	27	51.9
- ปริญญาโท	12	23.1
4. ระดับการศึกษาทางธรรม		
แผนกธรรม		
นักรรรมชั้นตรี โท และต่ำกว่า	7	13.5
นักรรรมชั้นเอก	45	86.5

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=52) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (รูป)	ร้อยละ
แผนกบาลี		
ประโยค 1 - 9	6	11.5
ไม่ได้เบรียญกรรม	46	88.5
5. โรคประจำตัว		
- โรคความดันโลหิตสูง	25	30.1
- โรคเบาหวาน	17	20.5
- โรคไขมันในเลือดผิดปกติ	17	20.5
- โรคอื่นๆ	24	46.2
6. แหล่งที่มาของยา		
- ซื้อยารับประทานเอง/ร้านยา	21	33.9
- สถานบริการสุขภาพ	39	62.9
- คนในครอบครัว/คนรู้จัก	2	3.2

การประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาก่อนการจัดโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมพบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ วิธีการใช้ยาซึ่งฝังป้ายตา (จำนวน 27, ร้อยละ 51.9) อาการแพ้ยา (จำนวน 25, ร้อยละ 48.1) และการเก็บรักษาตามรูปแบบยา (จำนวน 24, ร้อยละ 46.2) ตามลำดับ ด้านทัศนคติพบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการเก็บรักษา การตรวจสอบลักษณะของยาที่เสื่อมคุณภาพ และการอ่านฉลากยาที่ใช้เป็นประจำมีคะแนนน้อยที่สุดตามลำดับ และด้านพฤติกรรมการใช้ยาพบว่า การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการไม่พึง

ประสงค์ การอ่านฉลากยา และการหยุดรับประทานยาด้วยตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดตามลำดับ

ผลการจัดการโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการใช้ยา (ตารางที่ 2) พบว่าหลังได้รับการจัดการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาในสัปดาห์ที่ 1 และ 10 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้

แบบมีส่วนร่วมระหว่างสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ขณะที่คะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติในสัปดาห์ที่ 10 เพิ่มขึ้นจากสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลต่างของค่าเฉลี่ย = 2.68; $p < 0.05$) แต่ทั้งนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการใช้ยาในสัปดาห์ที่ 10 ลดลงจากสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลต่างของค่าเฉลี่ย = -1.48; $p < 0.05$)

ภายหลังเข้ารับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพิ่มขึ้นทั้งในมิติของวิธีการบริหารยา การอ่านฉลากยา การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการเก็บรักษายา สำหรับพฤติกรรมการใช้ยาพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตนในการใช้ยาได้อย่างเหมาะสมขึ้น เช่น ไม่ปรับขนาดยาด้วยตนเอง อ่านฉลากยาก่อนการใช้ยาทุกครั้ง หลีกเลี่ยงการแกะเม็ดยาออกจากแผงยาหรือซองยาเดิมที่ได้รับจากสถานพยาบาล เป็นต้น

ตารางที่ 2 ผลการจัดการโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยา

ผลลัพธ์การศึกษา (คะแนนเต็ม)	ก่อน การศึกษา	หลังการศึกษา			
		สัปดาห์ที่ 1		สัปดาห์ที่ 10	
		X (SD)	ΔX	X (SD)	ΔX
1. ความรู้ (20 คะแนน)	11.4 (2.7)	14.5 (3.3)	3.14*	14.7 (2.8)	3.35*
					0.21
2. ทัศนคติ (75 คะแนน)	53.9 (7.4)	59.2 (8.0)	5.34*	61.9 (5.3)	8.02*
					2.68 [†]
3. พฤติกรรมการใช้ยา (30 คะแนน)	16.4 (5.7)	20.7 (3.6)	4.33*	19.2 (3.6)	2.85*
					-1.48 [†]

X = ค่าเฉลี่ย; SD = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน; ΔX = ผลต่างของค่าเฉลี่ย

*นัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ เปรียบเทียบกับก่อนการศึกษา

[†]นัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ เปรียบเทียบกับผลการศึกษาสัปดาห์ที่ 1

วิจารณ์ (Discussions)

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ก่อนหน้าที่ศึกษาในผู้ใช้แรงงาน¹³ ผู้สูงอายุ^{15,20} และอาสาสมัครสาธารณสุข²¹ ทั้งนี้เนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความกระตือรือร้น ตอบสนองต่อการเรียนรู้ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เกิดความเข้าใจ และสามารถจดจำความรู้ได้²²

เมื่อพิจารณาคะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการให้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของสัปดาห์ที่ 1 และ 10 ไม่แตกต่างกันทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในครั้งนี้ ที่สามารถทำให้มีความคงทนของความรู้ที่ได้รับขณะที่การศึกษาของวิทยา เจียมเจือจันทร์ และคณะ¹³ กลับพบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ด้านการ อักเสบ ชนิด ไม่ใช่สเตียรอยด์ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนลดลงเล็กน้อย เมื่อเวลาผ่านไป 4 สัปดาห์ การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้สามารถที่จะรักษาระดับความรู้ไว้ได้นั้น อาจจะเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับคู่มือพื้นฐานการใช้ยาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนเนื้อหาความรู้ด้านการใช้ยาได้ทุกเมื่อ

2. ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยา

ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาของพระสงฆ์ภายหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมการสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในสัปดาห์ที่ 1 และ 10 ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า ในกระบวนการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมนั้น ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และอภิปรายกรณีศึกษาได้เต็มที่ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถพัฒนากระบวนการตัดสินใจ สร้างความตระหนัก และนำไปสู่การมีทัศนคติที่ดีซึ่งตรงกับแนวทางการพัฒนาเจตคติของกรมสุขภาพจิต¹² ที่มุ่งเน้นประสบการณ์ด้านความรู้สึของผู้เรียนให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ และสร้างข้อสรุปด้วยตนเอง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุนทร วิริยะพันธ์ และคณะ¹⁴ ที่กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีเจตคติในการเป็นพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เพิ่มขึ้นภายหลังการศึกษา และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของรุจิเรศ วงศ์เล็ก²³ ที่พบว่าภายหลังที่แกนนำชุมชนเข้ารับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีระดับทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้ารับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

3. ด้านพฤติกรรมการใช้ยา

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการใช้ยาเพิ่มสูงขึ้นภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้า เช่น ผู้ใช้แรงงานมีพฤติกรรมการใช้ยาด้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ดีขึ้น¹³ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น¹⁵ และอาสาสมัครสาธารณสุขผ่านการประเมินทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับดีถึงร้อยละ 100²¹

คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 10 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนสัปดาห์ที่ 1 สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิดา เจริมเจือจันทร์ และคณะ¹³ ที่พบว่า คะแนนด้านพฤติกรรมการใช้ยาลดลงตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้ เป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจขาดความใส่ใจในการปฏิบัติ หรือปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน ทั้งนี้การละเลยการปฏิบัติมักเป็นพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องปฏิบัติซ้ำ ๆ เช่น การอ่านฉลากยาก่อนการรับประทานยา การตรวจดูวันหมดอายุ เนื่องจากเป็นยาที่ต้องรับประทานทุกวันเป็นประจำ และตัวยายังไม่หมดของและตัวยายังคงบรรจุในซองเดิมที่เคยอ่านฉลากแล้ว จึงไม่ได้อ่านฉลากยาและ

ดูวันหมดอายุซ้ำทุกครั้งก่อนรับประทานยา¹³ จึงทำให้คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาของพระสงฆ์ลดลง

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitations)

แม้การศึกษานี้จะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่มีต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาของพระสงฆ์ แต่ยังคงมีข้อจำกัดอยู่บางประการ ได้แก่ (1) การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง จึงอาจมีตัวแปรอื่น ๆ ที่จะกระทบต่อผลการศึกษา รวมไปถึงการสรุปและอ้างอิงผลการศึกษาได้ ฉะนั้นในการศึกษาถัดไป อาจจะต้องทำการศึกษาในลักษณะที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ (2) แม้ว่าการศึกษานี้ใช้เวลาในการทำศึกษานานกว่าการศึกษาอื่นๆ ก่อนหน้านี้นี้ แต่การศึกษานี้ทำให้ทราบถึงความคงทนของการเรียนรู้ หรือผลในระยะยาวของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอีกด้วย

ข้อยุติ (Conclusions)

โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการใช้ยามีผลเพิ่มระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาของพระสงฆ์ โดยโปรแกรมการเรียนรู้ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจถึงวิธีการดูแลเรื่องการใช้ยาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

และสามารถนำไปใช้ส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องต่อไปได้

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดการอบรมเพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาโดยประยุกต์ใช้แนวทางการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมให้แก่พระสงฆ์อย่างต่อเนื่อง รวมถึงนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างนโยบายเพื่อส่งเสริมสุขภาพแก่พระสงฆ์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Okano GJ, Malone DC, Billups SJ, Carter BL, Sintek CD, Covey D, et al. Reduced quality of life in veterans at risk for drug - related problems. *Pharmacotherapy* 2001; 21(9): 1123-1129.
2. Emst ME, Iyer SS, Doucette WR. Drug-related problems and quality of life in arthritis and low back pain suffers. *Value Health* 2003; 6(1): 51-58.
3. Wuttisaksakul K. Factors related to health behaviors of monks in Fang district, Chiangmai. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Region* 2018; 24(1): 71-83.

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

พระสงฆ์มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อย ผลการวิจัยนี้สะท้อนถึงประสิทธิภาพของการจัดการเรียนแบบมีส่วนร่วมที่ประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพด้านการใช้ยาในพระสงฆ์

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา คณะผู้วิจัยขอกราบนมัสการพระคุณเจ้าทุกรูปที่เข้าร่วมการวิจัยนี้เป็นอย่างดียิ่ง

4. Wanichsuwan M. Health status of Buddhist monks in Amphoe Muenng, Changwat Samut Sakhon. *Journal of Health Sciences* 2008; 17: 879-904. [in Thai].
5. Sararuk M, Sangwalee W, Kampangsri W. Prevalence and factors associated with chronic illness of monks in Amphoe Warinchamrab, Ubon Ratchatani province. *J Sci Tech UBU* 2017;19(1): 38-49. [in Thai].
6. Palungrit S. Health status and health promoting strategy for Buddhist monk in Mung district, Pathumthani province. *Journal of Nursing and*

- Health Care** 2019; 37(2): 133-142. [in Thai].
7. Yotsombut K, Kasettrat N. Drug-related hospital admission of Buddhist monks. **Thai Pharm Health Sci J** 2010; 5(4): 324-332. [in Thai].
8. Suansanae T, Chotewirut N, Tanchaloemchai S, Peradhamanon P, Chindavijak B. The study of medication compliance of sick priests at outpatient department of priest hospital. **Thai Journal of Hospital Pharmacy** 2013; 23(2): 86-93. [in Thai].
9. Kittiyamedhi P, Subruangthong W, Sooksamran S. Promoting holistic health care of the monks in Lopburi. **Rajapark Journal** 2018; 12(25): 94-107. [in Thai].
10. Pra Kru Suvithanpatthanbandit, Daengharn T, Vapuchavitee S. Model development of monk's holistic health care in Khon Kaen province through the network participation. **Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen** 2015; 22(2): 117-129. [in Thai].
11. Leeyutthanont M, Uraiwan P, Kaewsakulthong J, Saetew P. Development of health education model for monks. **The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima** 2019; 25(2): 104-117. [in Thai].
12. Department of Mental Health, Ministry of Public Helath. **Manual of participatory learning process**. 3rd edition. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Helath; 2003. [in Thai].
13. Jiemjuejun W, Kanjanawetang J, Hoontrakul D, Prachanban P. The effects of the participatory learning program on knowledge and health behaviors of using nsoids among labour. **Journal of Nursing and Health Sciences** 2011; 5(2): 34-44. [in Thai].
14. Viriyapan S, Wibuloutai J, Manasatitpong N. The effectiveness of participation learning program in village health volunteers to prepare the DOT watchers with pulmonary tuberculosis, Kum Kuan Kaew District, Yasothon province. **Research and Development Health System Journal** 2013; 6(2): 45-52. [in Thai].
15. Chuwong J, Kongsakul P. Effects of participatory learning on knowledge of hypertension and food consumption of hypertensive elderly patients in elderly club of amphur

- Muang, Trang province. **J Hlth Sci Res** 2012; 6(2): 30-37. [in Thai].
16. Vinijkul S, Suckchaisong N. Effects of a community participation program approach on the health promoting behavior and self - care behavior among chronic disease patients in community. **Kuakarun Journal of Nursing** 2013; 20(2): 84-99. [in Thai].
 17. Mahaweerawat U, Yangyuen S, Somdee T. Effective learning toward student center teaching program in family health course at faculty of Public Health, Mahasarakham University. **J Sci Technol MSU** 2012; 31(4): 393-399. [in Thai].
 18. Boonnuch C, Katesumpun Y, Udompunthuruk S, Pooliam J, Pollathep P. **Sample size in quantitative research**. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2011. [in Thai].
 19. Jariya W, Kuruchittham V. Effectiveness of participatory learning program on pesticide utilization among agriculturists in Srinakorn district, Sukhothai province. **J Health Res** 2018; 21(3): 215-218. [in Thai].
 20. Porsing S, Hansakul A. Effectiveness of learning programs knowledge and self- care behaviors in participatory learning to elderly' s Nongbuakhok sub- district, Chatturat district, Chaiyaphum province. **Journal of the Office of DPC 6 Khon Kaen** 2012; 19(1): 39-53. [in Thai].
 21. Sanprasan P, Wattradul D, Jamsomboon K, Puapairoj K, Techangkul L, Yuyuen Y. Effects of health volunteer' s capacity building based on participating learning program on knowledge and skill of caring patients with cardiovascular disease and a risk group of cardiovascular disease. **Thai L Cardio-Thorac Nurs** 2015; 26(1): 119-132. [in Thai].
 22. Tomey AM. Learning with cases. **J Contin Educ Nurs** 2003; 34(1): 34-38.
 23. Vonglek R. The effect of participatory learning on knowledge attitudes and practice of community leaders in prevention of dengue hemorrhagic fever of Klong-Cha-Nuan subdistrict, Weingsra district, Surat Thani province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2015; 3(2): 273-91. [in Thai].