

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันคนไทยให้ความสำคัญและหันมาสนใจในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้นอย่างไรก็ตามภาวะอ้วนหรือภาวะน้ำหนักเกินในวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาที่มีความสำคัญในทุกประเทศทั่วโลก โดยปัจจัยที่มีผลทำให้มีการเพิ่มขึ้นของภาวะอ้วนหรือภาวะน้ำหนักเกินนั้นมักเกิดจากพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตที่มีการใช้พลังงานที่น้อยลง การไม่ออกกำลังกายและมีการบริโภคอาหารจำพวกแป้ง ไขมัน เป็นส่วนใหญ่ (สุภิญญา อินอิ้ว, 2553)

ภาวะน้ำหนักเกิน (Overweight) และภาวะอ้วน (Obese) จัดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ของประชาคมโลก และยังเป็นปรากฏการณ์ที่พบในแทบทุกประเทศ อุบัติการณ์ของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนและความรุนแรงของปัญหาทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องมีทิศทางที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2006) รายงานว่าใน พ.ศ. 2548 มีประชากรโลกมากถึง 1.6 พันล้านคน จัดอยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน และ 400 ล้านคนจัดอยู่ในภาวะอ้วน แต่มีการคาดการณ์ว่าประชากรโลกที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะเพิ่มเป็น 2.3 พันล้านคน และโรคอ้วนเพิ่มเป็น 700 ล้านคน ใน พ.ศ. 2558 (Bank, 2006) ทิศทางการเปลี่ยนแปลงนี้พบได้ทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ในแทบทุกกลุ่มประชากรของสังคม และในทุกกลุ่มอายุ องค์การอนามัยโลกรายงานว่า มีประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มากถึง 22 ล้านคนอยู่ในภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ในจำนวนนี้ ประมาณสามในสี่อยู่ในประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ (World Health Organization, 2006) จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 (วิชัย เอกพลากร, 2553) ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าเพศชายร้อยละ 28.3 และเพศหญิงร้อยละ 40.7 มีภาวะอ้วน โดยความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 45 - 49 ปี ความชุกลดลงในกลุ่มผู้สูงอายุและต่ำสุดในกลุ่มอายุ 80 ปี

ภาวะอ้วนและภาวะน้ำหนักเกินทำให้เกิดความเสี่ยงต่อร่างกายส่งผลทำให้เกิดโรคต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด โรคหัวใจ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคระบบทางเดินหายใจ โรคข้อกระดูกเสื่อม และปัญหาผลกระทบทางด้านจิตใจและด้านสังคม (Ogden, Carroll et al, 2012) ซึ่งบุคคลที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนพบอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดและ

เสียชีวิต โดยพบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับสองของโลกรองจากอุบัติเหตุ (กนกศรี อัสวสันติ, 2553) สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย ใน พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยโรคหัวใจเสียชีวิตถึง 39,459 คน กระทรวงสาธารณสุขระบุว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคหัวใจเพิ่มสูงขึ้นเป็น 3 เท่าในรอบ 10 ปี ในขณะที่องค์การอนามัยโลก (WHO) เปิดเผยว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า 17 ล้านคนทั่วโลก และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 ในอนาคตจะมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นถึง 23 ล้านคนทั่วโลก (สุนทร ตรีนันทวัน, 2553)

การลดน้ำหนัก สามารถป้องกันปัญหาต่างๆ ข้างต้นได้แต่การลดน้ำหนักลงอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่องกลับมีผลเสียมากกว่าผลดี ส่วนผลทางด้านจิตใจนั้น การที่ลดน้ำหนักแล้วกลับมามีน้ำหนักมากอีกครั้ง จะบั่นทอนความเชื่อมั่นของตัวเอง และทำให้มีกำลังใจลดน้อยลง และเมื่อเหตุการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นหลายๆ ครั้งส่งผลทำให้ หหมดกำลังใจและเลิกคิดที่จะลดน้ำหนักในที่สุดจึงกลายเป็นคนอ้วนแบบถาวร ดังนั้นการลดน้ำหนักด้วยวิธีการที่ถูกต้องเหมาะสมจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น

บุคคลที่มีน้ำหนักยิ่งมากก็ยิ่งประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักได้น้อย จึงได้มีผู้พยายามคิดค้นวิธีการต่างๆ หลายอย่างเพื่อที่ช่วยให้การลดน้ำหนักให้สำเร็จ ตั้งแต่การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนบริโภคนิสัย ส่วนการใช้น้ำมันเป็นตัวส่งเสริมให้การปฏิบัติตัวได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะในระยะต้นของการลดน้ำหนัก สำหรับการผ่าตัดนั้นจะใช้ต่อเมื่อวิธีอื่นๆ ไม่ได้ผลและผู้ป่วยอ้วนมาก หรือมีปัญหาสุขภาพที่ต้องการลดน้ำหนักอย่างได้ผลรวดเร็ว ทั้งนี้เพราะปัญหาแทรกซ้อนจากการผ่าตัดมีหลายอย่างและมีผลข้างเคียงที่ร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ (ศิวัรกิจ กิจชนะไพบุลย์, 2555)

ส่วนใหญ่แล้วพบว่าบุคคลโดยทั่วไปเลือกวิธีการควบคุมอาหารเพราะ เป็นวิธีที่ทำงาน สะดวก ประหยัด การควบคุมน้ำหนักจึงเป็นที่นิยมอย่างมากในทุกเพศโดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นหญิง ซึ่งมักนิยมการลดน้ำหนักที่ง่าย เห็นผลรวดเร็ว ในจังหวัดเชียงใหม่พบว่ากลุ่มวัยรุ่นหญิงที่มีอายุ 15 - 17 ปี มีความพึงพอใจในภาพลักษณ์ตนเองอยู่ที่ระดับปานกลาง มีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เพื่อควบคุมน้ำหนักสูงถึงร้อยละ 72.3 (อนันต์ ไชยกุลวัฒนาและชัยสิทธิ์ สุนทรธา, 2554) การให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์ภายนอกและไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเอง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมลดน้ำหนัก ที่ไม่ถูกต้องคือ การใช้ยาลดน้ำหนัก การอดอาหาร การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และการดื่มกาแฟลดน้ำหนัก โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ทั้งนี้พฤติกรรมดังกล่าวเกิดจากปัจจัยภายใน ได้แก่ ทัศนคติต่อความอ้วนค่านิยม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการลดน้ำหนัก ส่วนปัจจัย

ภายนอก ได้แก่ กลุ่มเพื่อน สื่อและโฆษณา ซึ่งในประเทศไทยการจัดการแก้ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรม การลดน้ำหนักของวัยรุ่นยังไม่ชัดเจน (สิวรักษ์ กิจชนะ โปบุญ, 2555)

การรักษาแบบมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Shared Decision Making หรือ SDM) เป็น กระบวนการที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการและบุคลากรทางการแพทย์/ผู้ให้บริการ ได้ทำงาน ร่วมกันเพื่อหาความชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการตรวจ/รักษา การดูแลตนเองเพื่อบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพ การแบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกต่างๆ และผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรลุข้อตกลง ร่วมกันว่าแนวทางใดดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ บนพื้นฐานข้อมูลทางวิชาการที่มีอยู่ และความ ประสงค์ของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ โดยอาศัยการสื่อสารที่ชัดเจนและกระบวนการ/เครื่องมือเพื่อ สนับสนุนการตัดสินใจที่ดีที่สุดของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ SDM เป็นกระบวนการที่น่าสนใจ และสามารถ ใช้แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ใช้ในการตัดสินใจในการ ดูแลสุขภาพซึ่งจะมีกระบวนการตัดสินใจตามขั้นตอนในการสนับสนุนและผู้ให้บริการสามารถ กำหนดขั้นตอนได้เอง (Stacey, Legare et al.2010)

งานวิจัยต่างๆ พบว่า SDM ช่วยการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วย โดยทั่วไปมักสื่อสารเกี่ยวกับอาการป่วยของตนไม่ละเอียดในขั้นตอนการพบแพทย์และแพทย์จะให้ การวินิจฉัยตามอาการที่ผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลโดยไม่ได้คำนึงถึงบริบทในด้านต่างๆของผู้ป่วย จึงส่งผล ให้การรักษาอาจไม่มีประสิทธิภาพ กระทบต่อสุขภาพและผลลัพธ์อื่นๆ ตามมา การใช้ SDM เข้ามาร่วม ในกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และความพึงพอใจในการตัดสินใจในการดูแล สุขภาพร่วมกันโดยที่มีการคำนึงถึงบริบทของผู้ป่วยและมีทัศนคติมุมมองที่ดีต่อการเจ็บป่วยในการ รักษา รวมไปถึงเข้าใจกระบวนการรักษาและการดูแลสุขภาพให้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น จึงทำให้การ ใช้กระบวนการ SDM เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและแพทย์ในการดูแลสุขภาพร่วมกัน (Stacey, Legare et al. 2010) ทั้งนี้ SDM ถูกกำหนดเป็นมาตรฐานการบริการทางด้านสุขภาพในนโยบายสุขภาพของหลาย ประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร เยอรมนี ฝรั่งเศส ซิติ แคนาดา บราซิล อิตาลี เนเธอร์แลนด์ สเปน และออสเตรเลีย เป็นต้น(England 2013),(Chow, Teare et al. 2009)

SDM ช่วยทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านของการรับรู้ข้อมูลของโรค แนวทางเลือก ของวิธีการรักษาทำให้เกิดการแบ่งปันข้อมูลซึ่งกันและกัน ทำให้มีมุมมองและทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ด้วยโรคที่เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอีกทั้งยังทำให้เกิดการสื่อสารที่ดีและชัดเจนต่อผู้ป่วยและแพทย์ทำให้เกิดการ เข้าใจด้วยกันทั้งสองฝ่ายจึงนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ ที่ได้ตกลงร่วมกัน (Chow, Teare et al., 2009)

ในประเทศไทยมีงานวิจัยที่พบว่าการใช้ SDM ร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตประยุกต์ ทักษะชีวิตมีผลทำให้เด็กนักเรียนมัธยมชั้นปีที่ 3 มีคะแนนความรู้สุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ทักษะชีวิต และการปฏิบัติตัวในการป้องกันปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น (ณัฐพงศ์ สิงห์สาธร และ จุฬารัตน์ โสตะ, 2555) และยังพบว่าในต่างประเทศมีการนำ SDM ไปใช้ในงานวิจัยของผู้ที่ต้องการลดน้ำหนักซึ่งวิธีการนั้นเป็นวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด (Arterburn, 2011) อย่างไรก็ตามการใช้ SDM ในประเทศไทยยังมีข้อมูลน้อยและยังไม่มีการศึกษามาก่อนในด้านการปรับใช้ในการบริการในคลินิกเอกชนต่างๆ

ดังนั้นการใช้ SDM เข้ามาปรับใช้ในงานด้านบริการทางด้านสุขภาพความงามในคลินิกเอกชนที่มีการให้บริการลดน้ำหนักจึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจ เพื่อเพิ่มแนวทางในการตัดสินใจร่วมในการรักษา และการใช้ข้อมูลที่เกิดการแลกเปลี่ยนกันเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถูกต้องส่งผลให้เกิดการดูแลตัวเองเพิ่มมากขึ้น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาในเรื่องของการนำ SDM โดยวิเคราะห์แนวโน้มของแนวทางในการรักษา ทักษะคิดและความพร้อมต่อการใช้ SDM ดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง โดยเป็นคลินิกเอกชนขนาดเล็ก ในจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งให้บริการในเรื่องของสุขภาพและความงามและให้คำแนะนำปรึกษาปัญหาในด้านการลดน้ำหนักและมีการให้คำแนะนำดูแลผิวหนังตลอดรวมไปถึงการจำหน่ายผลิตภัณฑ์เพื่อดูแลผิวหนัง กลุ่มผู้มารับบริการส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงอายุ 18 - 55 ปี โดยรับบริการในการดูแลผิวหนังเป็นหลักและรับบริการลดน้ำหนักเสริม โดยผู้ให้บริการมีทั้งหมด 3 คน วุฒิการศึกษามัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการที่จะพัฒนากระบวนการรักษาอย่างมีส่วนร่วมต่อผู้มารับบริการในคลินิกเอกชนต่อไป

2. วัตถุประสงค์การศึกษา

2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมตัดสินใจในบริการเพื่อลดน้ำหนักในคลินิกเอกชน

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1.1 เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมตัดสินใจในบริการเพื่อลดน้ำหนักในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง

2.1.2 เพื่อประเมินทัศนคติต่อ Shared decision making ของผู้รับบริการในคลินิกเอกชนที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการลดน้ำหนัก

2.1.3 เพื่อประเมินระดับความพร้อมของผู้รับบริการและผู้ให้บริการต่อ Shared decision making

2.2.4 เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางสุขภาพและลักษณะทางประชากรของผู้รับบริการกับกระบวนการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา ทักษะคิด และความพร้อมในการมีส่วนร่วมตัดสินใจ

2.2.5 เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการให้บริการเพื่อการลดน้ำหนักในคลินิกเอกซน กับทัศนคติของผู้รับบริการและความพร้อมของผู้รับบริการต่อการใช้ Shared decision making

3. ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและความพร้อมต่อการมีส่วนร่วมในการรักษาและกระบวนการมีส่วนร่วมตัดสินใจในบริการเพื่อการลดน้ำหนักของผู้รับบริการรายใหม่ ในคลินิกเอกซน จังหวัดเชียงใหม่ ช่วงระยะเวลาการศึกษา กรกฎาคม 2557

4. คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

4.1 การรักษาแบบมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (shared decision making) หมายถึง กระบวนการในการร่วมมือระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ

4.1.1 กระบวนการใช้ข้อมูลร่วมกัน (Information sharing)

4.1.2 กระบวนการอภิปรายพูดคุยร่วมกัน (Deliberation)

4.1.3 กระบวนการตัดสินใจร่วมกัน (Making the decision)

4.2 การใช้ข้อมูลร่วมกัน (Information sharing) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการแบ่งปันกันด้วยการสื่อสารสองทาง ในข้อมูลส่วนที่แต่ละฝ่ายเป็นผู้เชี่ยวชาญ อันได้แก่ผู้รับบริการแบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ความคิดความเชื่อ ความกังวลใจ วิถีชีวิตของตน ที่อาจเกี่ยวข้องกับการวางแผนการลดน้ำหนัก แก่ผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการแบ่งปันข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเป้าหมายการลดน้ำหนัก แนวทางและทางเลือกในการลดน้ำหนัก ข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือก

4.3 การอภิปรายพูดคุยร่วมกัน (Deliberation) หมายถึง การใช้ข้อมูลจากกระบวนการแบ่งปันข้อมูลในกระบวนการแรกนำข้อมูลมาอภิปรายพูดคุยหรือปรึกษาร่วมกันอีกครั้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อวิเคราะห์หาแนวทางในการลดน้ำหนักที่เหมาะสมกับบริบทของผู้รับบริการมากที่สุด และเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจร่วมกันในการวางแผนการรักษาต่อไป

4.4 การตัดสินใจร่วมกัน (Making the decision) หมายถึง การสรุปและตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการในการวางแผนลดน้ำหนัก ภายหลังจากมีการอภิปรายร่วมกันแล้ว

และหมายรวมถึงการที่ผู้ให้บริการสนับสนุนหรือสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการ ในแนวทางการลดน้ำหนักที่ได้ร่วมกันเลือกแล้วนั้น โดยการให้ข้อมูลเพิ่มเติมของทางเลือกดังกล่าว

4.4.1 ผู้รับบริการ หมายถึง บุคคลที่เข้ามาใช้บริการในคลินิก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการลดน้ำหนัก

4.4.2 ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทุกคนที่อยู่ภายในคลินิก

4.4.3 การลดน้ำหนัก หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ น้ำหนักลดลงหรืออยู่ในภาวะคงที่ ซึ่งขั้นตอนของการลดน้ำหนักประกอบด้วย 4 วิธีหลัก คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการรักษาโดยการผ่าตัด (โดยในกรณีการให้บริการของคลินิกที่ทำการศึกษา จะไม่มีบริการการรักษาโดยการผ่าตัด)

4.4.4 ทักษะ หมายถึง มุมมอง ความรู้สึกของผู้รับบริการต่อการใช้ กระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สามารถวัดได้จากเครื่องมือ The Krantz Health Opinion Survey (Krantz, Baum et al. 1980) โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ทักษะต่อการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ และทักษะต่อการมีส่วนร่วมในการรักษา

4.4.5 ความพร้อมของการวางแผนในการรักษา หมายถึง ความร่วมมือในขั้นตอนสุดท้ายที่มีการตัดสินใจในการรักษา ร่วมกัน โดยผู้ให้บริการให้การสนับสนุนข้อมูลต่อผู้รับบริการ สามารถวัดได้จากเครื่องมือ Control Preference Scale (Solari, Giordano et al. 2013)

5. ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

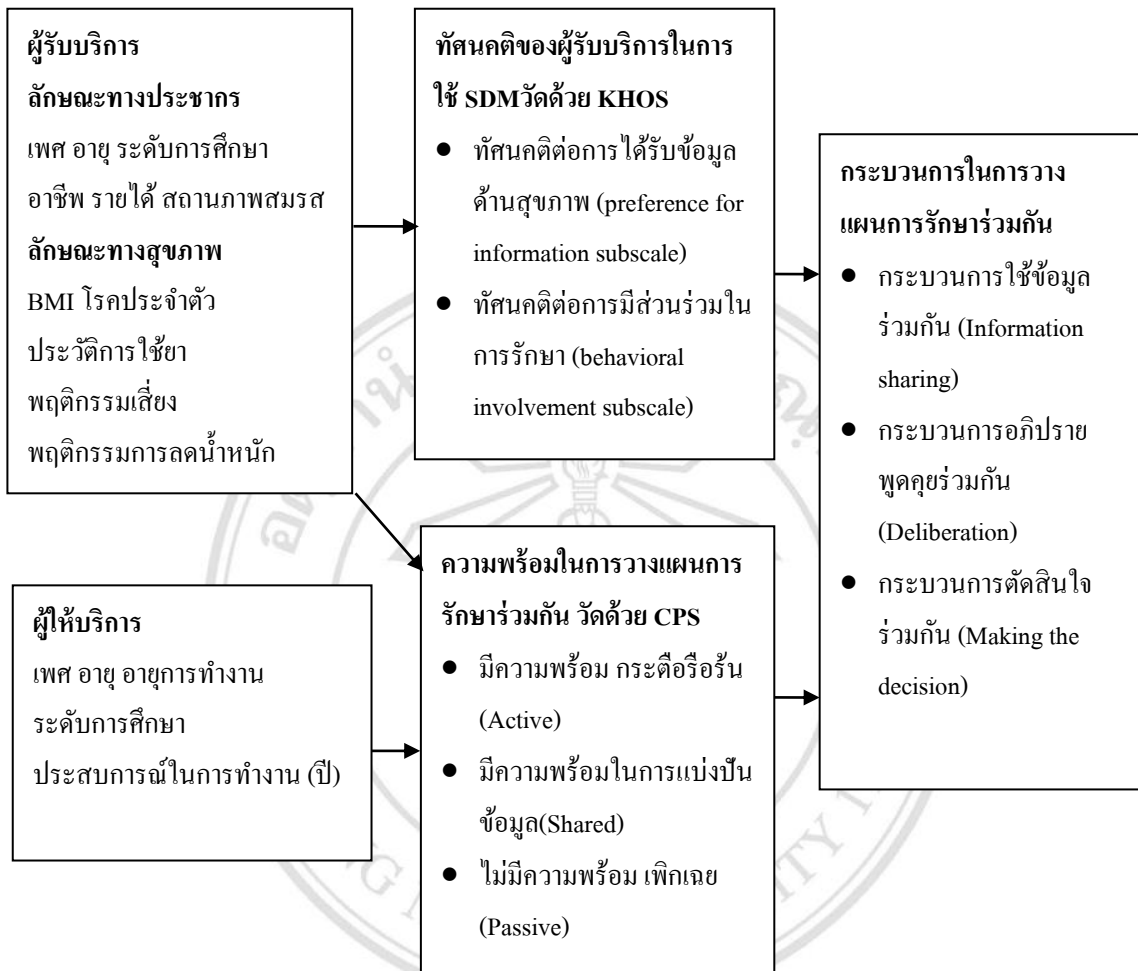
5.1 ได้แนวทางในการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการรักษาในคลินิกเอกชนที่มีการรักษาเพื่อการลดน้ำหนัก ให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และการรักษาอย่างมีส่วนร่วม ต่อไป

5.2 ได้ทราบข้อมูลพื้นฐานเพื่อส่งเสริมให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อผู้รับบริการในการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการรักษา ให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และเกิดความคิดที่ดีต่อการวางแผนร่วมในการรักษาเพื่อการลดน้ำหนัก

5.3 ส่งเสริมให้ผู้รับบริการตระหนักถึงการลดน้ำหนัก โดยที่ได้รับคำแนะนำอย่างถูกต้องและถูกวิธี

5.4 ข้อมูลเบื้องต้นเพื่อเป็นแนวทางและพื้นฐานในการประเมินความพร้อมต่อการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการรักษาในคลินิกเอกชนที่มีการลดน้ำหนัก ต่อไป

6. กรอบแนวคิดของการศึกษา



*SDM = shared decision making; KHOS= The Krantz Health Opinion Survey; CPS= Control Preference Scale

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved