

## บทที่ 2

### ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงกระบวนการตัดสินใจร่วมในการรักษา (Shared decision-making, SDM) ของผู้มารับบริการเพื่อลดน้ำหนัก ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรม และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดย ครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. กระบวนการตัดสินใจ
  - 1.1 ความหมายกระบวนการตัดสินใจ
  - 1.2 กระบวนการของการตัดสินใจร่วมกันในการวางแผนการรักษา
  - 1.3 องค์ประกอบของการตัดสินใจร่วมในการวางแผนการรักษา
2. ภาวะอ้วนและภาวะน้ำหนักเกิน
  - 2.1 ความหมาย
  - 2.2 สถานการณ์ภาวะอ้วนและภาวะน้ำหนักเกิน ของคนไทย
  - 2.3 ผลกระทบของภาวะอ้วนและภาวะน้ำหนักเกิน
  - 2.4 วิธีการรักษาด้วยการลดน้ำหนัก
  - 2.5 ปัญหาที่เกี่ยวกับการรักษาเพื่อการลดน้ำหนัก
3. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 3.1 การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
  - 3.2 การใช้ผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนักและพฤติกรรมลดน้ำหนัก

#### 1. กระบวนการตัดสินใจ

##### 1.1 ความหมายของกระบวนการตัดสินใจ

การตัดสินใจ (Decision making) มีนักวิชาการได้ให้ความหมายหลากหลาย ดังนี้

"เทคนิคในการที่จะพิจารณาทางเลือกต่างๆ ให้เหลือทางเลือกเดียว" (Barnard,1938) เป็นกระบวนการของการหาโอกาสที่จะตัดสินใจ การหาทางเลือกที่พอเป็นไปได้ และทางเลือกจากงานต่างๆ ที่มีอยู่ (Simon, 1960)

กระบวนการเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่ง จากหลายๆ ทางเลือกที่ได้พิจารณาหรือประเมินอย่างดีแล้วว่า เป็นทางให้บรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมาย (Sangeumrum, 2550)

การเลือกทำอย่างใดอย่างหนึ่งจากทางเลือกตั้งแต่สองทางขึ้นไป เป็นกระบวนการหาทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด จากทางเลือกหลายๆ ทางที่ได้พิจารณาแล้วว่าเป็นทางเลือกที่สามารถทำให้บรรลุเป้าหมายได้ (Simon, 1960)

การกำหนดขั้นตอนของการตัดสินใจ ตั้งแต่ขั้นตอนแรกไป จนถึงขั้นตอนสุดท้าย การตัดสินใจ โดยมีลำดับขั้นของกระบวนการ ดังกล่าว เป็นการตัดสินใจโดยใช้หลักเหตุผลและมีกฎเกณฑ์ ซึ่งเป็นการตัดสินใจ โดยใช้ระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์เป็นเครื่องมือช่วยในการหาข้อสรุปเพื่อการตัดสินใจ ขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจมีอยู่หลายรูปแบบ แล้วแต่ความคิดเห็นของนักวิชาการ (Plunkett and Attne, 1994)

ดังนั้นกล่าวได้ว่า การตัดสินใจ คือ ผลสรุปหรือผลขั้นสุดท้ายของกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล เพื่อเลือกแนวทางในการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ สิ่งแวดล้อม และบุคคล สามารถนำไปใช้และทำให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการ การตัดสินใจต้องผ่านกระบวนการคิด พิจารณาไตร่ตรอง วิเคราะห์แล้ว ค่อยตัดสินใจเลือก ทางที่ดีที่สุด โดยที่จะต้องมีการคิดมีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการเลือกทางเลือก (choice) เพื่อให้สามารถเลือกทางเลือกได้ดีที่สุด และมีความเหมาะสมกับสถานการณ์ตามบริบทของแต่ละบุคคล โดยที่กระบวนการตัดสินใจนั้นเป็นการพยายามสร้างทางเลือกให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทางเลือกที่น้อยอาจปิดโอกาสให้เกิดการวางแผนและการรักษาที่มีประสิทธิภาพค่อนข้างน้อยหรือทางเลือกที่ดีกว่าได้ กระบวนการตัดสินใจไม่ได้เป็นเป้าหมายโดยตรง แต่เป็นเพียง แนวทางหรือเครื่องมือที่จะทำให้การทำให้เกิดวัตถุประสงค์ร่วมกันประสบความสำเร็จลงได้ นอกจากนี้สิ่งสำคัญของการตัดสินใจ คือ การค้นหาวิธีการและแนวทางการปฏิบัติที่หลากหลาย ตลอดจนสามารถดำเนินการได้อย่างเป็นขั้นตอน จากนั้นจึงทำการกำหนดแนวทางหรือวิธีการ ที่เหมาะสมที่สุดเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกันและนำไปใช้เป็นแนวทางในการรักษาที่มีการตัดสินใจร่วมกันได้ ทั้งนี้ โดยสรุปแล้ว จะพบว่า การตัดสินใจ มีองค์ประกอบต่อไปนี้ (วรพจน์ บุษราคัม วดี, 2551)

1) ผู้ทำการตัดสินใจเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญที่สุดในกระบวนการขั้นตอนของการตัดสินใจ ซึ่งการจะตัดสินใจที่ดีหรือไม่นั้นต้องขึ้นอยู่กับผู้ทำการตัดสินใจเป็นสำคัญ โดยที่ผู้ทำการตัดสินใจต้องมีข้อมูล มีเหตุและผลที่จะส่งผลให้บรรลุต่อวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

2) ประเด็นปัญหาที่ต้องตัดสินใจ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญรองลงมาจากผู้ทำการตัดสินใจ ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นสามารถแบ่งปัญหาและสาเหตุที่เกิดขึ้นได้หลายประการ เช่น โรคอ้วน ภาวะไขมันอุดตันในเส้นเลือด เมื่อกำหนดปัญหาที่เกิดขึ้นได้แล้วก็จะสามารถนำปัญหานั้นไปหาแนวทางในการแก้ไขได้

3) ทางเลือกต่างๆ ที่บรรลุเป้าหมายได้ ในกระบวนการตัดสินใจนั้นจะต้องมีการค้นหาทางเลือกที่ดีที่สุดที่คิดว่ายู่เสมอ ซึ่งทางเลือกต่างๆ ที่บรรลุเป้าหมายนั้นจะต้องมีทางเลือกมากกว่า 2 ทางเลือก เพื่อให้เกิดการตัดสินใจ

4) สภาพการณ์ที่ทำการตัดสินใจ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 สภาพการณ์ คือ สภาพการณ์ที่แน่นอน เป็นสภาพการณ์ที่ผู้ทำการตัดสินใจทราบทางเลือกต่างๆ และทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้น ในแต่ละทางเลือกได้เป็นอย่างดี ซึ่งสภาพการณ์จะนำไปสู่การตัดสินใจที่มีโอกาสถูกต้องและมีความพึงพอใจมากที่สุด สภาพการณ์ที่มีความเสี่ยง เป็นสภาพการณ์ที่ผู้ตัดสินใจทราบทางเลือกต่างๆ ซึ่งมีผลทำให้ผู้ตัดสินใจได้รับผลประโยชน์มากกว่าเสียประโยชน์ สภาพการณ์ที่ไม่แน่นอน เป็นสภาพการณ์ที่ผู้ตัดสินใจทราบทางเลือกต่างๆ แต่ไม่ทราบผลที่อาจเกิดขึ้นตามมา

## 1.2 กระบวนการของการตัดสินใจร่วมกันในการวางแผนการรักษา

กระบวนการตัดสินใจร่วมกัน (Shared decision making) คือ กระบวนการที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการและบุคลากรทางการแพทย์/ผู้ให้บริการ ได้ทำงานร่วมกันเพื่อหาความชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการตรวจ/รักษา การดูแลตนเองเพื่อบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพ การแบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกต่างๆ และผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรลุข้อตกลงร่วมกันว่าแนวทางใดดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ บนพื้นฐานข้อมูลทางวิชาการที่มีอยู่ และความประสงค์ของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ โดยอาศัยการสื่อสารที่ชัดเจนและกระบวนการ/เครื่องมือเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจที่ดีที่สุดของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ

## 1.3 องค์ประกอบของการตัดสินใจร่วมกันในการวางแผนการรักษา

ในกระบวนการตัดสินใจร่วมกันจะต้องประกอบไปด้วย (The Health Foundation, 2012)

- 1) มีการระบุและทำความเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น หรือมีการอธิบายข้อมูลเบื้องต้น
- 2) มีการอธิบายหรือระบุการแก้ไขปัญหที่อาจเกิดขึ้น
- 3) มีการอธิบายทางเลือกและความไม่แน่นอนหรือข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น
- 4) มีการให้ข้อมูลที่มีความชัดเจน ถูกต้อง ผลดีและผลเสียอันตรายและความไม่แน่นอนในแต่ละตัวเลือก
- 5) มีการตรวจสอบว่าผู้ป่วยและผู้เชี่ยวชาญในแต่ละด้านมีความเข้าใจร่วมกัน
- 6) มีข้อเสนอแนะและมีปฏิริยาตอบโต้กัน
- 7) มีความเห็นพ้องที่ตรงกันในเรื่องของการตัดสินใจร่วมกัน
- 8) มีขั้นตอนในการรักษาที่มีการตัดสินใจร่วมกัน
- 9) มีการติดตามผล
- 10) มีการประเมินผลและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการตัดสินใจร่วมกันที่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นไปได้ในผลของทางเลือกในการรักษา โดยที่จะต้องคำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาตามมา โดยการที่เราจะเลือกทางเลือกที่ใช้ในการรักษานั้นจะต้องดูผลลัพธ์และผลกระทบทางสุขภาพ ในทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพราะทางเลือกจากการที่ตัดสินใจร่วมในการรักษานั้นอาจมีความเสี่ยงเกิดขึ้นได้ในขั้นตอนที่มีการเลือกการรักษาด้วยกัน โดยส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น

## 2. ภาวะอ้วนหรือภาวะน้ำหนักเกิน

### 2.1 ความหมายภาวะอ้วนหรือภาวะน้ำหนักเกิน

องค์การอนามัยโลก ให้นิยามว่า ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันในส่วนต่างๆของร่างกายเกินปกติ จนเป็นปัจจัยเสี่ยง หรือ เป็นสาเหตุให้เกิดโรคต่างๆที่ส่งผลถึงสุขภาพ จนอาจเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้ ภาวะน้ำหนักตัวเกิน และโรคอ้วน มีสาเหตุ วิธีวินิจฉัย การดูแลรักษา และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่นเดียวกันทุกประการ แตกต่างกันที่ความรุนแรงของปัญหาทางสุขภาพ ในคนน้ำหนักตัวเกินจะรุนแรงน้อยกว่าในคนเป็นโรคอ้วน ดังนั้นในทางการแพทย์ ทั้งน้ำหนักตัวเกิน และโรคอ้วนจึงมักกล่าวถึงควบคู่กันไปเสมอ ซึ่งค่าดัชนีมวลกายของคนปกติ และคนผอมตามนิยามขององค์การอนามัยโลกคือ 18.5 - 24.9 กก./ม.<sup>2</sup> และต่ำกว่า 18.5 กก./ม.<sup>2</sup> ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม บางการศึกษา แนะนำว่า นิยามโรคอ้วน และ น้ำหนักตัวเกินในคนเอเชีย ควรแตกต่างจากที่องค์การอนามัยโลกกำหนด เพราะคนเอเชียมีรูปร่างเล็กกว่าคนอเมริกัน ยุโรป และแอฟริกา โดยกำหนดให้คนผอม และคนปกติของชาวเอเชีย มีค่าดัชนีมวลกาย น้อยกว่า 18.5 กก./ม.<sup>2</sup> และ 18.5 - 22.9 กก./ม.<sup>2</sup> ตามลำดับ ส่วนโรคอ้วน และ น้ำหนักตัวเกิน มีค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 23 กก./ม.<sup>2</sup> ขึ้นไป และ ตั้งแต่ 25 กก./ม.<sup>2</sup> ขึ้นไป ตามลำดับ (World Health Organization, 2006)

องค์การอนามัยโลก และกลุ่มแพทย์ชาวเอเชีย ยังแบ่งโรคอ้วนออกเป็น 3 ระดับ เพื่อบอกความรุนแรงของภาวะ หรือ ของโรค ว่า ปานกลาง รุนแรง และรุนแรงมาก โดยระดับความรุนแรงมาก คือ ค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 40 ขึ้นไป หรือ ตั้งแต่ 30 ขึ้นไปในคนเอเชีย ค่าดัชนีมวลกายในผู้ใหญ่และในเด็กต่างกัน เพราะเด็กอยู่ในวัยเจริญเติบโต และมีความแตกต่างกันในการเจริญเติบโตระหว่างเด็กหญิง และเด็ก ชาย ดังนั้นในการคำนวณค่า BMI จึงต้องใช้อายุ และเพศเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เรียกว่า ค่า BMI-for-Age percentile นอกจากนี้ เพื่อให้ง่ายขึ้น บางการศึกษาแนะนำให้วินิจฉัยว่า การมีไขมันเกินจนเป็นปัญหาต่อสุขภาพให้วัดรอบเอว และหารด้วยรอบสะโพก เรียกค่าอัตราส่วนระหว่างเอวกับสะโพก (Waist-hip ratio หรือ เรียกย่อว่า WHR) ซึ่งในผู้ชาย ค่า มากกว่า 1 และในผู้หญิงค่ามากกว่า 0.85 แสดงว่า มีปัญหาจากร่างกายสะสมไขมันเกินแล้ว ทั้งนี้การวัดรอบเอว ให้วัดในตำแหน่ง กึ่งกลางระหว่าง ซี่โครงซี่สุดท้ายที่คลำได้และสันกระดูกปีกสะโพก (iliac crest) ส่วนรอบสะโพกให้วัดใน

ตำแหน่งระดับที่โคนขาด้านในของทั้งสองข้างชนกัน (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2556) ทั้งนี้ ยังมีผู้ให้คำนิยามของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนแตกต่างกันในรายละเอียด ตัวอย่างเช่น

วัดจากปริมาณไขมันในร่างกายเทียบเป็นสัดส่วนของน้ำหนักตัว ผู้ชายไม่ควรจะมีปริมาณไขมันในตัวมากกว่า ร้อยละ 12-15 หากเกิน จัดว่าเป็นโรคอ้วน (อคุลย์ บัณฑกุล, 2553)

วัดจากการที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับน้ำหนักมาตรฐานในความสูงนั้นๆ โดยบุคคลที่ค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25.0 - 29.0 กก./ม.<sup>2</sup> จัดว่าน้ำหนักตัวเกินและอ้วน โดยไม่จำเป็นต้องขึ้นกับปริมาณไขมันในร่างกายเสมอไป (กฤษดา ศิรามพุช, 2549)

วัดจากการที่มีการสะสมไขมันมากขึ้นเนื่องจากร่างกายได้รับพลังงานเกินกว่าที่ร่างกายต้องนำไปใช้ซึ่งมีการสะสมไขมันมากกว่าปกติ (รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร, 2550)

วัดจากการมีปริมาณไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น โดยในเพศชายและเพศหญิงที่มีปริมาณไขมันมากกว่าร้อยละ 25 และร้อยละ 30 ขึ้นไปจะถูกจัดว่าเป็นโรคอ้วน โดยส่วนมากในเพศชายจะมีการสะสมของไขมันที่บริเวณเอว ส่วนในเพศหญิงไขมันมักจะสะสมที่บริเวณสะโพกและต้นขา (อภิสนี บุญญาวรกุล, 2554)

โรคที่เกิดจากการเสียสมดุลของพลังงานของร่างกาย ผู้ป่วยมีลักษณะสำคัญคือ มีไขมันทั่วร่างกายมากกว่าปกติ สาเหตุของโรคอ้วนได้แก่กรรมพันธุ์ โรคของต่อมไร้ท่อ เช่น cushing syndrome hypothyroidism การรับประทานอาหารที่มีแป้งและไขมันมากรวมทั้งขาดการออกกำลังกาย และการใช้ยาบางชนิดติดต่อกันเป็นเวลานาน (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา)

## 2.2 สถานการณ์ภาวะอ้วนและภาวะน้ำหนักเกิน ของคนไทย

ในประเทศไทย ปรากฏการณ์เกี่ยวกับความชุกของโรคอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา การสำรวจโภชนาการแห่งชาติในประเทศไทยครั้งที่ 3 ในปี 2529 พบว่าอัตราชุกของโรคอ้วนอยู่ที่ร้อยละ 14.3 เมื่อเทียบกับการสำรวจภาวะโภชนาการในครั้งต่อมาในปี 2538 อัตราชุกเพิ่มเป็นร้อยละ 29.9 เท่ากับมีการเพิ่มถึงร้อยละ 109.1 ภายในช่วงเวลาเพียง 10 ปี และพบว่าในกลุ่มประชากรอายุ 20 ปีขึ้นไป เพศหญิงพบมากเป็นสองเท่าของเพศชาย (หญิงร้อยละ 25 ชายร้อยละ 12) (กฤษดา ศิรามพุช, 2549)

ปี 2550 รายงานผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าคนไทยมีภาวะท่วมถึงอ้วนราว 10 ล้านคน เด็กไทยอายุ 2 - 18 ปี เป็นโรคอ้วนร้อยละ 8 กลุ่มวัยรุ่น 13 - 18 ปี ร้อยละ 9 เพิ่มขึ้นทุกปี และผลสำรวจภาวะอ้วนลงพุงของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปโดยใช้เกณฑ์เส้นรอบเอวไม่น้อยกว่า 90 ซม. ในผู้ชาย และไม่น้อยกว่า 80 ซม. ในผู้หญิง เป็นเกณฑ์ตัดสินอ้วนลงพุง ในปี 2550 ภาวะอ้วนลงพุงในเพศชายพบ ร้อยละ 24 และในเพศหญิงพบ ร้อยละ 60.5 สำหรับปี 2551 พบภาวะอ้วนลงพุงเพิ่มขึ้น

ในเพศชาย เป็นร้อยละ 33.5 แต่ในเพศหญิงสถานการณ์ภาวะอ้วนลงพุงดีขึ้น เหลือร้อยละ 58.2 (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2554) ใน พ.ศ. 2551 - 2552 พบความชุกของโรคอ้วนในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 28.4 และ 40.7 ในเพศชาย และหญิง ตามลำดับ (Health fact sheet, 2556) ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญลำดับที่ 6 ที่ก่อให้เกิดภาวะโรคอ้วน ถ้าแบ่งตามจังหวัดที่อยู่อาศัยจะพบว่าอัตราความชุกของโรคสูงสุดอยู่ที่กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ ตามลำดับ โดยพบสูงมากในวัยทำงาน (30 - 59 ปี) นอกจากนี้พบปัญหาโรคอ้วนพบมากในเขตเมืองมากกว่าชนบท อย่างไรก็ตามจากการศึกษาวิจัยในประเทศพบว่าเมื่อจำแนกตามประเภทของการทำงานแล้วแม้ว่าความชุกของโรคอ้วนเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น แต่กลุ่มผู้บริหารจะดูแลน้ำหนักได้ดีกว่าผู้ใช้แรงงาน ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างนี้น่าจะมาจากการรู้จักปฏิบัติตัวและดูแลตัวเองตั้งแต่เนิ่นๆ ที่ดีกว่า ดังนั้น จะเห็นว่าการตระหนักถึงอันตรายของภาวะน้ำหนักตัวเกินร่วมกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้ลุกลามไปเป็นโรคอ้วน มีความสำคัญมาก (พรจิตา ชัยอำนาย, 2549)

### 2.3 ผลกระทบของภาวะอ้วนหรือภาวะน้ำหนักเกิน

1) ผลกระทบทางสุขภาพ พบว่าในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกินกว่า 20 กก./ม<sup>2</sup> จะเพิ่มอัตราตายมากขึ้นจากโรคต่างๆหลายชนิดในผู้ใหญ่ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 จะพบเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 38.4 ในเพศชายและร้อยละ 32.2 ในเพศหญิง ซึ่งถ้าเทียบกับในผู้ที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 จะพบเป็นโรคนี้เพียงร้อยละ 18.2 ในเพศชายและร้อยละ 16.5 ในเพศหญิง ผู้ที่เป็นโรคอ้วนและความดันโลหิตสูงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ที่เกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด (กฤษฎา ศิรามพูน 2549) ภาวะอ้วนหรือภาวะน้ำหนักเกินมักจะพบร่วมกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือดหลายๆ อย่าง เช่น ความดันโลหิตสูง โคลเลสเตอรอลในเลือดสูง และโรคที่มีความบกพร่องต่อการใช้น้ำตาลในบางรายงานยังพบว่า โรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือดโดยตรง ใน Farmingham Heart study พบว่าน้ำหนักตัวเป็นตัวพยากรณ์โรคหรือปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอันดับที่สามของโรคหัวใจโคโรนารีที่พบในคนอ้วนอายุน้อย มักจะปรากฏอาการค่อนข้างฉับพลัน และเกิดขึ้นในพวกที่อ้วนลงพุงมากกว่าพวกที่มีไขมันสะสมมากที่สะโพกและต้นขา อัตราการตายจากโรคหัวใจโคโรนารีในคนอ้วนอาจพบเพิ่มขึ้นได้แม้ว่าน้ำหนักตัวจะเพิ่มขึ้น เพียงร้อยละ 10 เนื่องจากคนอ้วนมักจะมี ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โอกาสที่คนอ้วนจะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีมากกว่าคนไม่ (รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร, 2550)

นอกจากนี้โรคอ้วนนั้นเป็นสาเหตุของปัญหามากมาย และบางครั้งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ จากผลการสำรวจพบว่าผู้ชายที่มีน้ำหนักตัวสูงกว่าน้ำหนักมาตรฐานร้อยละ 20 ขึ้นไปจะมีอัตราตายสูงขึ้นร้อยละ 20 ส่วนผู้หญิงที่มีน้ำหนักตัวสูงกว่าน้ำหนักมาตรฐานร้อยละ 20 ขึ้นไปจะมี

อัตราการตายสูงขึ้นร้อยละ 10 สาเหตุของการตายที่สูงขึ้น เนื่องมาจากโรคแทรกซ้อนของความอ้วน ที่พบบ่อยๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคเกี่ยวกับถุงน้ำดี ส่วนโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ที่พบคือ โรคกระดูกเสื่อม โรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา)

จากการศึกษายังพบด้วยว่าร้อยละ 24 - 52 ของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยป่วยเป็นโรคดังกล่าวเนื่องจากความอ้วน โดยพบว่าในปี 2552 ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยไม่น้อยกว่า 338,000 คน ป่วยเป็นเบาหวานเพราะความอ้วน ในส่วนของโรคหัวใจขาดเลือดนั้นพบว่าร้อยละ 25 - 33 ของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยป่วยเป็นโรคดังกล่าวเนื่องจากความอ้วนคิดเป็นจำนวนผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 13,000 รายในปี 2552 สำหรับโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทยไม่น้อยกว่า 45,800 คนในปี 2552 หรือคิดเป็นร้อยละ 15 - 23 ของผู้ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมทั้งหมดซึ่งป่วยด้วยเป็นโรคดังกล่าวเพราะความอ้วน (ไพบูลย์ พิทยาเชียรอนันต์ และ มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์, 2552)

2) ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจจากการศึกษาในปี พ.ศ.2552 พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากโรคอ้วนในปีดังกล่าวมีมูลค่าสูงถึง 5,584 ล้านบาท โดยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นนี้คิดเป็นร้อยละ 46 ของต้นทุนทั้งหมดทั้งนี้พบว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาในแผนกผู้ป่วยในมีมูลค่าสูงกว่าจากแผนกผู้ป่วยนอกถึง 5.5 เท่า ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในเพศหญิงมีมูลค่าสูงกว่าเพศชายประมาณ 2.5 ในส่วนของต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพ จากการศึกษาพบว่ามีมูลค่า 6,554 ล้านบาทหรือคิดเป็นร้อยละ 54 ของต้นทุนทั้งหมด โดยแบ่งเป็นต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานเนื่องจากความเจ็บป่วย 694 ล้านบาท และต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 5,864 ล้านบาท โดยจำนวนปีที่สูญเสียจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั้งหมดจากโรคอ้วนในปี 2552 มีจำนวนสูงถึง 366,370 ปี เมื่อแยกตามเพศพบว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในเพศชายมีค่าสูงกว่าเพศหญิง ประมาณ 1.5 เท่า (3,531 ล้านบาท vs 2,333 ล้านบาท) อย่างไรก็ตามจำนวนผู้เสียชีวิตและจำนวนปีที่สูญเสียในเพศชายมีน้อยกว่าเพศหญิง (เพศชาย 4,483 คน คิดเป็นจำนวนปีที่สูญเสีย 243,000 ปี เพศหญิง 8,121 คน คิดเป็นจำนวนปีที่สูญเสีย 123,000 ปี) ทั้งนี้พบว่าโรคที่ก่อให้เกิดการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ เบาหวาน (2,550 ล้านบาท) หลอดเลือดสมองแตก (1,800 ล้านบาท) และหัวใจขาดเลือด (1,035 ล้านบาท) ตามลำดับ ในส่วนของต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานเนื่องจากการมาใช้บริการในโรงพยาบาลพบว่าจำนวนวันที่สูญเสียจากการมารับบริการในโรงพยาบาลในปี 2552 อันมีสาเหตุมาจากโรคอ้วนมีสูงถึง 1, 877,000 วัน โดยพบว่าเกิดจากการมารับบริการด้วยโรคเบาหวานสูงถึง 450 ล้านบาท (ประมาณ 1,200,000 วัน) ตามด้วยโรคความดันโลหิตสูง

102 ล้านบาท (ประมาณ 276,000 วัน) และโรคหัวใจขาดเลือด 63 ล้านบาท (ประมาณ 170,000 วัน) (ไพบูลย์ พิทยาเชียรอนันต์ และ มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์, 2552)

3) ผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคมเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปในสังคมปัจจุบันว่าคนเรา โดยเฉพาะผู้หญิงควรจะยอมที่จะสวคนอ้วนจะขาดความมั่นใจในตนเอง เนื่องจากคนทั่วไปมักจะมองคนอ้วนในแง่ลบทำให้มีปัญหาสำหรับคนอ้วนในการหางานทำ หาโรงเรียน จนกระทั่งลำบากในการหาคู่ครอง บางคนอาจวิตกกังวลมากทำให้เกิดอาการซึมเศร้าและกินมากขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างโรคอ้วนและปัญหาทางอารมณ์โดยเฉพาะในคนที่ตระหนักว่าตนเองมีน้ำหนักเกินปกติจะเกิดความรู้สึกไม่สบายใจและพยายามจะลดน้ำหนักตัวเองลงมา ทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านารกินอาหารและตามมาด้วยปัญหาทางจิต พบว่าร้อยละ 62 (กฤษดา ศิรามพุช 2549) ของคนอ้วนที่พยายามรักษาจะมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยซึ่งมีความสำคัญในการเข้าโปรแกรมลดน้ำหนักเนื่องจากพบว่าผลของการรักษาแตกต่างกันมาก คนอ้วนที่พยายามลดน้ำหนักตนเองจะมีปัญหาเรื่องการซึมเศร้ามากกว่าคนอ้วนที่ไม่ต้องการรักษาหรือคนปกติ ผู้ที่มีภาวะอ้วนหรือภาวะน้ำหนักเกินจะได้รับการละเลยถูกมองข้าม และได้รับการตำหนิตัดเยียนในเรื่องกินไม่รู้จักพอ จึงทำให้คนอ้วนรู้สึกว่าเป็นปมด้อยในสังคม ต่างจากคนที่รูปร่างดีสมส่วนและสวยงาม นามอง ทำให้เป็นที่ยอมรับของสังคม คนอ้วนจึงแยกตัวออกจากสังคม ขาดความมั่นใจในตัวเอง และเกิดภาวะจิตใจซึมเศร้า หดหู่ โดดเดี่ยว อารมณ์แปรปรวน และฉุนเฉียวได้ง่าย (กฤษดา ศิรามพุช, 2549)

## 2.4 วิธีการรักษาด้วยการลดน้ำหนัก

วิธีการลดน้ำหนักประกอบไปด้วย 4 วิธี คือ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2544)

1) การควบคุมอาหาร ผู้ที่ลดน้ำหนักด้วยการควบคุมอาหาร เมื่อกลับมากินอาหารใหม่ มักจะกลับมาอ้วนอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลเสียทั้งต่อสุขภาพทางกาย และสุขภาพทางใจ การลดน้ำหนักด้วยการควบคุมอาหาร แต่เพียงอย่างเดียว ส่วนใหญ่จะได้ผลดีเฉพาะกรณีที่น้ำหนักเกินมาตรฐานประมาณ 5 กิโลเท่านั้น และต้องใช้ความอดทน ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ดังนั้นการลดน้ำหนักด้วยวิธีอื่นๆ ต้องทำร่วมด้วยเสมอ ที่สำคัญ ต้องยึดมั่นในทัศนคติในการตั้งใจลดน้ำหนัก

2) การออกกำลังกาย ในเรื่องของอายุที่เพิ่มมากขึ้นต้องคำนึงเรื่องความปลอดภัยเป็นสำคัญหรือบางครั้งอาจต้องปรึกษาแพทย์ตรวจเช็คสภาพร่างกายก่อนเพื่อไม่ให้เกิดผลร้ายจากการออกกำลังกาย

3) การรักษาด้วยยา การใช้ยาลดน้ำหนักอย่างถูกต้องเป็นวิธีที่เห็นผลเร็วและมีประสิทธิภาพดี มีการใช้ยาลดน้ำหนักอย่างผิดๆ ทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ในกลไกการออกฤทธิ์ อาการข้างเคียง และวิธีการใช้ยาที่ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพตามมาจนถึงอันตรายต่อชีวิต



4) การรักษาโดยการผ่าตัด กระเพาะเพื่อลดน้ำหนักช่วยลดน้ำหนักตัวได้จริง แต่มีความเสี่ยงจากการผ่าตัด ดมยา แผลผ่าตัด ซึ่งในปัจจุบันอัตราความเสี่ยงเท่ากับการผ่าตัดส่องกล้องทั่วไปและมีโอกาสเกิดภาวะขาดสารอาหาร

## 2.5 ปัญหาที่เกี่ยวกับการรักษาเพื่อลดน้ำหนัก

การลดน้ำหนักอย่างผิดวิธีก่อให้เกิดอันตรายได้หลายด้าน

1) ปัญหาจากยาลดน้ำหนัก: เป็นเวลานานกว่า 50 ปีมาแล้วที่มีการนำเอา amphetamine มาใช้เป็นยาลดความอ้วน หลังจากนั้นไม่นานก็มีการพัฒนาค้นพบ dextrorotatory isomer ของ amphetamine ขึ้นมาใช้แทน ซึ่งในการค้นพบครั้งนี้พบว่านอกจากมีฤทธิ์ในการลดความอยากอาหารแล้วยังพบว่ามีฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาท ส่วนกลางที่ทำให้เคลิบเคลิ้มเป็นสุข ด้วยเหตุนี้หลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยได้เลิกใช้ amphetamine และ stereoisomer ทุกตัวเป็นยาลดความอ้วน และมีการจำกัดการนำมาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ ยาลดความอ้วนที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันมีคุณสมบัติในการกระตุ้นประสาทส่วนกลางน้อยกว่า amphetamine มาก ได้แก่ amfepramone, phentermine, mazindol, cathine แต่ทุกตัวก็จะทำให้ผู้รับประทานเกิดอาการไม่พึงประสงค์ อาการที่พบบ่อยคือนอนไม่หลับ กระวนกระวาย ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว ปากแห้ง เหงื่อออก คลื่นไส้ ท้องผูก เกิดภาวะโยโย่เอฟเฟกต์โดยเกิดจากการที่ร่างกายพยายามรักษาตัวเองไว้ให้เราคืนกลับไปมาๆ หลังจากอดมานาน

2) ปัญหาจากการอดอาหาร: การอดอาหารทำให้น้ำหนักตัวลดได้ดีและรวดเร็ว แต่จะมีผลทำให้ร่างกายเสียโปรตีนและสารอาหารสำคัญอื่น นอกจากอวัยวะที่สำคัญของร่างกายจนอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ประสพการณ์ในอเมริกาพบว่า แม้ให้ดื่มอาหารเหลวที่เป็นโปรตีน (Liquid protein diet) ซึ่งข้อย่อยมาจากคอลลาเจน ทุกวันเพื่อลดน้ำหนัก แม้จะคิดว่ามีโปรตีนสูงมากพอแล้วก็ยังมีผู้เสียชีวิตเกือบ 60 คน (สุรรัตน์ โคมินทร์, 2556) ซึ่งผลเสียของการอดอาหาร ทำให้น้ำมีคหรือเป็นลมได้ง่าย สอร์โมนเพศมีปัญหาประจำเดือนมาไม่ปกติ มีปัญหากับระบบย่อยอาหารและระบบขับถ่าย

3) ปัญหาจากการผ่าตัดลดความอ้วน (Bariatric surgery): กระเพาะอาหารที่ถูกตัดออกไปจะทำให้ส่วนที่เหลืออยู่ทำงานไม่เป็นปกติ ทำให้ระบบการย่อยอาหารแปรปรวน มีผลข้างเคียงมากมาย ตั้งแต่ คลื่นไส้ อาเจียน จุก แน่นหน้าอก ปวดท้อง ท้องเสีย น้ำมีค เป็นลม อ่อนเพลีย น้ำหนักลดลงอย่างมาก คุณภาพชีวิตเลวร้ายแทบไม่อยากจะมีชีวิตอยู่ และมีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหาร คือ อาหารผ่านกระเพาะอย่างรวดเร็วเข้าสู่ลำไส้ (Dumping syndrome) เนื่องจากกระเพาะส่วนปลาย (Pylorus) ที่ทำหน้าที่ชะลออาหารไว้ในกระเพาะไม่ให้ไหลผ่านสู่ลำไส้เร็วเกินไป ถูกตัดออกไป น้ำดีจากลำไส้ไหลย้อนเข้าสู่กระเพาะ ทำให้กระเพาะอักเสบ (Bile gastritis) และยังทำให้เกิดภาวะโลหิตจางจากขาดวิตามิน B12 เนื่องจากส่วนของกระเพาะที่ช่วยในการดูดซึม วิตามิน ถูกตัดออกไป

การลดน้ำหนักที่ทำให้เกิดความอันตรายจนมีการสูญเสียชีวิตมีหลายกรณีมักพบในเพศหญิงโดยส่วนใหญ่แล้วจะพบในวัยรุ่นและวัยทำงาน ดังตัวอย่างจากข่าวต่างๆ เช่น

กรณีน้องจูนซึ่งเป็นคนร่ำรวย และใฝ่ฝันที่จะเป็นนางแบบ หรือพริตตี้ แต่ด้วยเป็นคนเจ้าเนื้อ (65 กิโลกรัม) จึงพยายามลดความอ้วนมาตลอด ด้วยการทานอาหารเพียงวันละหนึ่งมื้อเท่านั้น คือมื้อเย็นที่จะกลับบ้านมาทานกับครอบครัว ทำยสุดวันที่ 1 มิถุนายน 2553 เวลา 16.30 น. พบนอนเสียชีวิตอยู่ในห้องตนเองด้วยอาการหัวใจวายเฉียบพลัน เมื่อตรวจสอบในห้องนอนพบยา ลดความอ้วน 2 กระปุกแบบแคปซูล ยี่ห้อ PAODY® กับ L-LARNITINE® (ไทยรัฐออนไลน์, 2553)

กรณีนางสาวสมฤติ ครูสอนวิทยาศาสตร์และครูประจำหอพักนักเรียนโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม ซึ่งเสียชีวิตที่ห้องพัก โดยคาดว่าเกิดจากการซื้อเพราะกินยาลดความอ้วนปกติเป็นคนมีมนุษยสัมพันธ์ดี เป็นที่รักของเพื่อนครูและนักศึกษา แต่ช่วงหลังบ่นอ้วนและกำลังลดความอ้วน ชอบแอบกินยาลดความอ้วนประจำ และช่วงหลังไม่ค่อยยอมกินข้าว (เดลินิวส์, 2556)

กรณีนางนงคัลักษณ์ ปัญญาวิชัย เจ้าหน้าที่ในคลินิกเวชกรรมแห่งหนึ่งซึ่งให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปและให้บริการลดน้ำหนัก และรับปรึกษาปัญหาความงาม เมื่อวันที่ 27 เม.ย.2556 พบนอนเสียชีวิต ผู้ตายเคยบ่นว่า ออยากหุนหัน และอยากพอม และในที่เกิดเหตุก็ยังพบยาจำนวนหนึ่ง (ASTV ,2556)

กรณีเด็กหญิงวัยเรียน 14 ปี อดข้าว ดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำนานนับเดือนเพื่อลดน้ำหนักลงได้ 10 กิโลกรัม ต่อมาเกิดอาการปวดศีรษะหายใจไม่ออก ซ็อก แพทย์ยื้อชีวิตไม่สำเร็จ พบน้ำตาลในเลือดสูงถึง 600 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (ทีมข่าวภูมิภาค, 2555)

## 2.6 ประเภทคลินิกลดน้ำหนัก

คลินิกจะให้คำแนะนำปรึกษาควบคุมดูแลน้ำหนักเป็นรายๆ ไป จะต้องมีการคำนวณว่าปริมาณที่เหมาะสมในแต่ละบุคคลว่าหนึ่งวันควรบริโภคอาหารในปริมาณเท่าใด จากนั้นจึงนำไปปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด ซึ่งการควบคุมอาหารนั้น ไม่จำเป็นที่จะต้องอดอาหารแต่ให้เลือกรับประทานอาหารแต่ละหมวดหมู่อย่างเหมาะสม โดยส่วนคลินิกส่วนใหญ่จะไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนแต่จะแยกออกเป็น 2 ประเภทคือ คลินิกที่มีการให้บริการเพื่อการลดน้ำหนักโดยให้คำปรึกษาแนะนำและมียาให้นำกลับไปรับประทานที่บ้านซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีวิธีการเรียนรู้ด้วยตัวเองเช่น วุฒิสักดิ์คลินิก นิติพลคลินิก พฤษาคลินิก เป็นต้น และในส่วนคลินิกที่มีการลดน้ำหนักที่มีพนักงานให้บริการโดยใช้เครื่องมือช่วยกระตุ้นไขมันให้เกิดการสลายไขมันและเกิดการเผาผลาญนั้นส่วนใหญ่แล้วจะพบว่าผู้มารับบริการส่วนใหญ่จะนิยมมารับบริการในคลินิกด้านนี้ เช่น สป่าซ่าสลิมมิ่ง บอดีสลิม มาริฟรานซ์ เบรียวจิต เป็นต้น โดยการให้บริการจะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันแต่จะแตกต่างกันตรงที่วิธีการรักษาและการควบคุมน้ำหนักของแต่ละคลินิก

คลินิกคนน้ำหนักรักษาจะให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับวิธีการประพฤติกปฏิบัติ โดยมีการประเมินภาวะสุขภาพ พร้อมให้คำปรึกษา แนะนำด้านโภชนาการ การส่งเสริมและให้กำลังใจ การออกกำลังกาย และการให้ความดูแลอย่างต่อเนื่องในข้อมูลเบื้องต้นที่จะนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน

### 3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 3.1 การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

การศึกษางานวิจัยในต่างประเทศ ชี้ให้เห็นว่ากระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและแพทย์เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ และเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการพัฒนาคุณภาพของการบริการสุขภาพ เช่น การศึกษาในผู้ป่วยหญิงโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งในลำไส้ พบว่าผู้ป่วยต้องการที่จะได้รับข้อมูลในการรักษา ผลข้างเคียงของการรักษา การแพร่ของโรค การดูแลตัวเอง (Beaver, 2007) ดังนั้นการแบ่งปันข้อมูลดังกล่าวระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (information sharing) จะช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุความต้องการด้านการรักษาได้ดียิ่งขึ้น

การใช้กระบวนการตัดสินใจร่วมในการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นมากขึ้น เช่น การศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลที่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่าเมื่อได้มีการใช้กระบวนการตัดสินใจร่วมในการรักษา กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมีอายุเฉลี่ย 81 ปี ให้การตอบรับการใช้ SDM โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความต้องการที่จะได้รับรายละเอียดของข้อมูลความรู้ต่างๆ เพิ่มเติมนอกเหนือจากที่จะมีการสอบถามแต่เพียงอย่างเดียว เช่น ต้องการทราบรายละเอียดของโรค ความรุนแรงของโรค ความแตกต่างของวิธีการรักษา ความยากง่ายของข้อมูลที่จะทำให้เข้าใจ ความเข้าใจของแพทย์ที่ได้รับข้อมูลจากผู้ป่วย เป็นต้น (Ekdahl, Anderson et al. 2011)

อีกการศึกษาของแพทย์กับผู้ป่วยในการใช้กระบวนการตัดสินใจร่วมของการคัดกรองโรคมะเร็งต่อมลูกหมากพบว่าแพทย์ประสบความสำเร็จในการสำรวจแบบสอบถามผู้ป่วยร้อยละ 57.7 และพบว่าเมื่อแพทย์มีการคัดกรองและให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลของโรคมะเร็งต่อมลูกหมากทำให้เกิดการรับข้อมูลของผู้ป่วยถึงร้อยละ 24.3และมีการอธิบายถึงความเสี่ยงและประโยชน์ของการรักษาทำให้เกิดการรับรู้ข้อมูลถึงร้อยละ 47.7 (Wilkes, Day et al. 2013) ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจส่วนใหญ่ในงานวิจัยจะใช้ในโรคเรื้อรังหรือมีความรุนแรงของโรค เช่นมะเร็งประเภทต่างๆ ได้แก่ มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้ และมะเร็งเต้านม เป็นต้น ในส่วนของโรคเรื้อรังนั้นนำ SDM ไปปรับใช้ในโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน เป็นต้น

โดยพบว่าโปรแกรมที่ใช้ช่วยในการตัดสินใจในกระบวนการมีส่วนร่วมในการรักษาพบว่า มีโปรแกรมที่นำไปใช้ในการรักษาได้หลายโรคมาก เช่น อาการปวดหลัง โรคเรื้อรังต่างๆ มะเร็งเต้านม โรคหัวใจและหลอดเลือด และการลดน้ำหนัก เป็นต้นมีการศึกษาโปรแกรมการตัดสินใจ ในการลดน้ำหนัก โดยการผ่าตัดพบว่าโปรแกรมนี้เหมาะสำหรับผู้ที่มียุ 18 ปีขึ้นไปหรือมีค่า BMI มากกว่า 35 และมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับน้ำหนัก โดยที่มีการอธิบายรายละเอียดของข้อมูลบริบท วิธีชีวิต การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ข้อดีข้อเสียของการลดน้ำหนักรวมถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และอธิบาย ถึงประเภทของการผ่าตัดมีการเปรียบเทียบวิธีการรักษาด้วยการลดน้ำหนักในรูปแบบอื่นร่วมด้วย เช่น การใช้ยาลดน้ำหนัก เพื่อให้เกิดการพิจารณาในการตัดสินใจในการเลือกรักษาที่ถูกต้อง (Arterburn, 2011)

ในการวิจัยในไทยที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ พบว่าช่วยให้การเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น ทั้งกลุ่มนักเรียนและวัยทำงาน เช่น ในการวิจัยที่ใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้แรงงาน พบว่า ภายหลังการทดลองคะแนนความรู้และพฤติกรรม ภาพในการใช้ยาด้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Jiemjuejun, Kanjanaw et al. 2011) อีกการศึกษาซึ่งทดลองในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 พบว่า นักเรียนกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการกลุ่มมีคะแนน ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต คะแนนทักษะชีวิตทุกด้าน และคะแนน การปฏิบัติตัวในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ (ฉัฐพงศ์ สิงห์ สาธร และ จุฬารัตน์ โสตะ, 2555)

### 3.2 การใช้ผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนักและพฤติกรรมลดน้ำหนัก

ในการวิจัยในประเทศเกาหลีพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่นิยมใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารโดยใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการลดน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญ (Yoon, Park et al. 2012) เช่น ในการวิจัยการใช้ ผลิตภัณฑ์อาหารและ/หรือยาเพื่อควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาพยาบาลในภาคกลาง พบว่ามีการใช้ ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวถึงร้อยละ 12.1 โดยพบอาการข้างเคียงของการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเพื่อควบคุม น้ำหนักร่วมด้วย (ศิริรักษ์ กิจชนะไพบุลย์, 2555) ดังนั้น แมื่อยาและผลิตภัณฑ์หลายชนิด เช่น amferamone, phentermine, orlistat, sibutramine จะมีประสิทธิภาพ และได้รับอนุญาตให้ใช้ลดน้ำหนักก็ตาม แต่การใช้ อย่างจำกัดและติดตามคูผลในระยะสั้นและระยะยาวถึงความปลอดภัยในการใช้ยังคงเป็นสิ่งที่ จำเป็นสำหรับผู้บริโภค (L.loannides-Demos, Proietto et al. 2006)

ในการวิจัยทางด้านพฤติกรรมในการลดน้ำหนักพบว่ากลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่มีการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ส่งผลทำให้มีภาวะน้ำหนักเกินที่สูงขึ้นและสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง (Boutelle, Neumark et al. 2012) เช่น การศึกษา โดยให้ความรู้ในการลดน้ำหนักผลคือการให้คำแนะนำและติดตามพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก ในประชาชนสามารถเพิ่มความรู้และความตั้งใจในการลดน้ำหนักได้แต่ไม่สามารถลดน้ำหนัก และตรวจนิมวลกายได้ (ปาริชาติ ลิ้มปิถายจน โกวิท, กานต์ชนก สุรนาถ, 2555) และอีกการศึกษาพบว่า นักเรียนที่มีภาวะอ้วนไม่พอใจต่อน้ำหนักของตนเอง และมีความกังวลใจ โดยมีความต้องการที่จะลดน้ำหนักส่งผลให้ขาดความมั่นใจในตนเอง (สุภิญญา อินอิว, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์ และคณะ, 2553)

การที่บุคคลที่ต้องการลดน้ำหนักขาดความมั่นใจในตนเองนั้นอาจส่งมาจากการได้รับข้อมูล หรือการได้รับความรู้ที่ไม่ถูกต้องจึงได้มีงานวิจัยที่ได้เกี่ยวกับการรับรู้ในด้านสุขภาพ เช่นการศึกษา ซึ่งทำในอาสาสมัครพบว่ากลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการเรียนในห้องเรียนตามปกติ เก็บข้อมูลด้วยแบบทดสอบความรู้ และทักษะเกี่ยวกับโรคอ้วน สื่อโฆษณาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารลดน้ำหนักและสื่อโฆษณา รวมทั้งทักษะ การตรวจสอบโฆษณาและผลิตภัณฑ์ เสริมอาหารลดน้ำหนัก มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ (อนันต์ ไชยกุลวัฒนาและชัยสิทธิ์ สุนทรา, 2554)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved