

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและความพร้อมต่อการมีส่วนร่วมในการรักษาและกระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการบริการเพื่อการลดน้ำหนักในคลินิกเอกชน จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการให้บริการเพื่อการลดน้ำหนักในคลินิกเอกชน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลและนำเสนอผลการศึกษา ออกเป็น 5 ตอน ดังต่อไปนี้

- ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง
- ตอนที่ 2 กระบวนการในการวางแผนรักษาร่วมกันของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
- ตอนที่ 3 ทัศนคติของผู้รับบริการต่อ Share-decision making
- ตอนที่ 4 ความพร้อมในการวางแผนการรักษาร่วมกัน
- ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการในการวางแผนรักษาร่วมกัน ทัศนคติของผู้รับบริการต่อ Share-decision making และความพร้อมในการวางแผนการรักษาร่วมกัน

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ลักษณะทั่วไปของและข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ

ผู้รับบริการรวม จำนวน 190 คนที่เข้ารับบริการเพื่อการลดน้ำหนักในคลินิก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.9) อายุระหว่าง 21 - 50 ปี (ร้อยละ 86.8) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 67.4) สถานภาพโสด (ร้อยละ 56.8) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 54.2) มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 84.7) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 89) ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคภูมิแพ้ เป็นต้น ผลรวมเฉลี่ย BMI ส่วนใหญ่อยู่ในภาวะอ้วน (ร้อยละ 64.7) (ตารางที่ 1)

ส่วนลักษณะทั่วไปของของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการ จำนวน 3 คน พบว่า เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี สองในสามสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 66.7) และหนึ่งคนสำเร็จระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 33.3) ผู้ให้บริการทั้งสามคนทำงานในคลินิกที่ทำการวิจัยนี้

เป็นระยะเวลา 4 - 5 ปี แล้วแต่มีประสบการณ์ในการทำงานอื่นๆ เป็นระยะเวลา 8, 10 และ 12 ปี ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของและข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ (n=190)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	42	22.1
หญิง	148	77.8
อายุ		
ต่ำกว่า 21 ปี	23	12.1
21 - 50 ปี	165	86.8
51 ปีขึ้นไป	2	1.1
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา-มัธยมศึกษาตอนต้น	14	7.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย-ปวช/ปวส	48	25.3
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	128	67.4
สถานภาพ		
โสด	108	56.8
สมรส	82	43.2
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	77	40.5
ว่างงาน	10	5.3
ธุรกิจส่วนตัว	103	54.2
รายได้ต่อเดือน		
1,000 - 5,000 บาท/เดือน	29	15.3
5,001ขึ้นไป	181	84.7
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	169	89
มีโรคประจำตัว	21	11

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะอ้วน*		
น้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน(BMI<18.5 กก./ม. ²)	4	2.1
ปกติ(18.5-22.9กก./ม. ²)	63	33.2
อ้วน (23 กก./ม. ² ขึ้นไป)	123	64.7

*เกณฑ์ BMI สำหรับคนในเอเชีย (เทียน บุญ, 2547)

1.2 พฤติกรรมด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่ค่อนข้างดี ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 75.3) หรือเคยสูบบุหรี่ แต่เลิกสูบแล้ว (ร้อยละ 16.8) และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ้าง นานๆ ครั้ง (ร้อยละ 59.5) มีความระมัดระวังในการบริโภคอาหารที่มีไขมันมาก (เช่น หนังไก่ หนังเป็ด แคมหมู ไส้กรอก กุนเชียง หมูยอ) โดยบริโภค 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์ (ร้อยละ 47.9) และบริโภคอาหารหรือของหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงกะทิ ต้มข่าไก่ กล้วยบวชิจำนวน 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์ (ร้อยละ 57.9)

ในระยะเวลา สัปดาห์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ออกกำลังกาย 1 - 5 ครั้ง/สัปดาห์ (ร้อยละ 65.3) รองลงมา ได้แก่ ไม่ได้ออกกำลังกาย (ร้อยละ 19.5) การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกหลายวิธี วิธีที่นิยมได้แก่เดินแอโรบิก (ร้อยละ 89.5) ปั่นจักรยาน (ร้อยละ 85.3) โยคะ (ร้อยละ 82.6) และวิ่ง (ร้อยละ 63.2) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ การบริโภคอาหาร เครื่องดื่มของกลุ่มตัวอย่าง(n=190)

พฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	143	75.3
เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกสูบแล้ว	32	16.8
ยังคงสูบบุหรี่	15	7.9

ตารางที่ 2 (ต่อ)

พฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา ขาดองเหล้าเบียร์		
ดื่มบ้างนานๆ ครั้ง	70	36.9
ไม่ดื่ม หรือเคยดื่ม แต่ปัจจุบันนี้เลิกดื่มแล้ว	113	59.5
ดื่ม	7	3.7
การบริโภคอาหารที่มีไขมันมากทุกวัน	25	13.2
1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์	91	47.9
3 - 5 ครั้ง/สัปดาห์	59	31.1
มากกว่า 5 ครั้ง/สัปดาห์	15	7.9
การบริโภคอาหารหรือของหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น		
แกงกะทิ ต้มข่าไก่		
ทุกวัน	18	9.5
1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์	110	57.9
3 - 5 ครั้ง/สัปดาห์	52	27.4
มากกว่า 5 ครั้ง/สัปดาห์	10	5.6
การออกกำลังกายในระยะเวลา 1 สัปดาห์		
ออกกำลังกายทุกวัน	14	7.4
1 - 5 ครั้ง/สัปดาห์	124	65.3
มากกว่า 5 ครั้ง/สัปดาห์	15	7.9
ไม่ออกกำลังกาย	37	19.5
รูปแบบของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ		
เดินแอโรบิก	170	89.5
ปั่นจักรยาน	162	85.3
โยคะ	157	82.6
วิ่ง	120	63.2
เดิน	59	31.1
อื่นๆ ฟุตบอล ว่ายน้ำ การทำความสะอาดบ้าน	12	5.8

1.3 พฤติกรรมการรับประทานยาลดน้ำหนัก และการเข้ารับบริการคลินิกลดน้ำหนัก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจหรือพยายามลดน้ำหนักมากกว่า 10 ครั้ง (ร้อยละ 66.9) รองลงมา ได้แก่ มีความตั้งใจหรือพยายามลดน้ำหนัก 5 - 10 ครั้ง (ร้อยละ 17.9) วิธีที่นิยมคือ การลดน้ำหนักโดยวิธีควบคุมอาหาร (ร้อยละ 76.8) และการออกกำลังกาย (ร้อยละ 71.6) มากกว่าการรับประทานยาลดน้ำหนัก (ร้อยละ 28.4) ทั้งนี้ในกลุ่มที่เคยรับประทานยาลดน้ำหนัก เกือบครึ่งรับประทานยาทุกวัน (ร้อยละ 42.6)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับบริการลดน้ำหนักในคลินิกอื่นมาก่อน (ร้อยละ 65.3) แต่เคยใช้วิธีลดอาหารเพื่อการลดน้ำหนัก (ร้อยละ 60) โดยงดอาหารเย็นมากที่สุด (ร้อยละ 31.1) รองลงมา ได้แก่ งดอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ของทอด/มัน (ร้อยละ 20) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการรับประทานยาลดน้ำหนัก และการเข้ารับบริการคลินิกลดน้ำหนัก (n=190)

พฤติกรรมการลดน้ำหนัก	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่มีความตั้งใจหรือพยายามลดน้ำหนัก (ครั้ง)		
ไม่เคยเลย	5	2.6
1 - 5 ครั้ง	24	12.6
5 - 10 ครั้ง	34	17.9
มากกว่า 10 ครั้ง	127	66.9
วิธีการลดน้ำหนัก(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ควบคุมอาหาร	146	76.8
ออกกำลังกาย	136	71.6
รับประทานยาลดน้ำหนัก	54	28.4
เข้าคอร์สในคลินิกโดยตรง	10	5.3
ความถี่ในการรับประทานยาลดน้ำหนักใน 1 สัปดาห์		
ไม่เคยทานยาลดน้ำหนัก	72	37.9
ทุกวัน	81	42.6
1 ครั้ง/สัปดาห์	3	1.6
2 ครั้ง/สัปดาห์	9	4.7
มากกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์	25	13.3

ตารางที่ 3 (ต่อ)

พฤติกรรมการลดน้ำหนัก	จำนวน	ร้อยละ
เคยมีประสบการณ์เข้ารับบริการลดน้ำหนักในคลินิกอื่น		
ไม่เคย	124	65.3
เคย	66	34.7
เคยใช้วิธีลดอาหารเพื่อการลดน้ำหนัก		
ไม่เคย	76	40
เคยโดยวิธี	114	60
- งดอาหารเย็น	59	31.1
- งดอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ของทอด/มัน	38	20
- รับประทานอาหารประเภทผักผลไม้ที่มีประโยชน์	9	4.7
- งดเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลมและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	6	3.2

ตอนที่ 2 กระบวนการมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

จากการสอบถามประสบการณ์การรับบริการเพื่อวางแผนการลดน้ำหนักของผู้รับบริการ โดยใช้แบบสอบถามที่ปรับจาก Option scale รวม 18 ข้อ แต่ละข้อ ผู้รับบริการสามารถแสดงความคิดเห็นได้เป็น 4 ระดับ คือ 0 = ไม่เห็นด้วย 1 = ไม่แน่ใจ 2 = เห็นด้วย 3 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เมื่อพิจารณารายข้อในกระบวนการมีส่วนร่วมในการรักษาและกระบวนการตัดสินใจ พบว่ากระบวนการในการวางแผนรักษาร่วมกันที่มีการบอกกล่าวข้อมูลและอธิบายข้อมูล โดยที่ผู้รับบริการมีส่วนร่วมมากที่สุด ได้แก่ ผู้ให้บริการอธิบายถึงข้อดีและข้อเสียของทางเลือกต่างๆ ให้กับผู้รับบริการ ($\bar{X} = 2.03$ S.D = 0.72) รองลงมาคือผู้ช่วยที่มีความเห็นว่า กระบวนการในการวางแผนรักษาร่วมกันที่มีการบอกกล่าวมีการบอกกล่าวข้อมูลเพียงเล็กน้อย หรือมีบริการลักษณะดังกล่าว โดยผู้รับบริการแทบไม่มีส่วนร่วมเลยมากที่สุด ได้แก่ ผู้ให้บริการได้สอบถามถึงความกังวลใจในการลดน้ำหนักของผู้รับบริการ ($\bar{X} = 1.45$ S.D = 0.77) และหลังจากที่ได้มีการอภิปรายร่วมกันแล้วผู้รับบริการและผู้ให้บริการได้ร่วมกันสรุปและตัดสินใจร่วมกันเพื่อวางแผนการลดน้ำหนัก ($\bar{X} = 1.33$ S.D = 0.72) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 กระบวนการวางแผนรักษาร่วมกันของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ(n=190)

กระบวนการวางแผนการรักษาร่วมกัน	คะแนนเฉลี่ย (0-4)	S.D.	คะแนนต่ำสุด- สูงสุด
กระบวนการให้ข้อมูล (Information sharing)	17.28	5.61	3-39
1. ผู้ให้บริการดึงความสนใจไปที่เรื่องของการลดน้ำหนักและได้กล่าวถึงสาเหตุปัญหาที่เกิดขึ้นและจำเป็นที่จะต้องใช้กระบวนการในการวางแผนรักษาร่วมกัน	1.50	0.86	0-4
2. ผู้ให้บริการได้ชี้แจงวิธีการของการรักษาด้วยการลดน้ำหนักมากกว่าหนึ่งวิธีการ	1.39	0.72	0-4
3. ผู้ให้บริการได้สอบถามผู้รับบริการว่าต้องการหรือสะดวกรับทราบข้อมูลในรูปแบบใดเพื่อช่วยในการตัดสินใจ(เช่น การพูดคุยกับผู้ให้บริการการอ่านเอกสาร การใช้วิดีโอหรือสื่ออื่นๆ)	0.66	0.95	0-4
4. ผู้ให้บริการระบุทางเลือกการวางแผนของการรักษาในการลดน้ำหนักโดยและในทางเลือกนั้นผู้รับบริการสามารถที่จะไม่เลือกทางเลือกที่ผู้ให้บริการระบุไว้	1.15	0.81	0-4
5. ผู้ให้บริการอธิบายถึงข้อดีและข้อเสียของทางเลือกนั้นให้กับท่าน	2.03	0.72	0-4
6. ผู้ให้บริการได้ชี้แจงเมื่อเกิดปัญหาในการรักษาโดยที่ท่านจะมีวิธีการแก้ไขปัญหายังไร	1.55	0.69	0-4
7. ผู้ให้บริการมีการอธิบายเพื่อลดความกังวลให้ท่านเมื่อเกิดปัญหาโดยจะมีวิธีการแก้ไขปัญหายังไร	1.45	0.77	0-4
8. ผู้ให้บริการมีการเช็คความเข้าใจของข้อมูลที่ท่านได้รับ	1.57	0.76	0-4
9. ผู้ให้บริการเปิดโอกาสให้ท่านมีการสอบถามในการใช้ขั้นตอนกระบวนการวางแผนรักษาร่วมกัน	1.30	0.76	0-4
10. ผู้ให้บริการบอกระดับที่ท่านต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนการรักษาร่วมกัน	1.24	0.88	0-4
11. ให้บริการได้ระบุข้อบ่งชี้ถึงความต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจะต้องเป็นไปอย่างมีขั้นตอน	1.12	0.88	0-4
12. ผู้ให้บริการได้ชี้แจงถึงการทบทวนขั้นตอนในการตัดสินใจ	0.98	0.87	0-3
13. ผู้ให้บริการได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและความต้องการของผู้รับบริการแก่ผู้ให้บริการเพื่อช่วยในการตัดสินใจวางแผนการลดน้ำหนักร่วมกัน	1.36	0.90	0-4

ตารางที่ 4 (ต่อ)

กระบวนการวางแผนการรักษาร่วมกัน	คะแนนเฉลี่ย (0-4)	S.D.	คะแนนต่ำสุด- สูงสุด
กระบวนการอภิปรายข้อมูล(deliberation)	2.19	1.42	0-6
1. ผู้ให้บริการระบุถึงความจำเป็นที่ต้องทบทวนการตัดสินใจ (หรือการเลื่อนการตัดสินใจออกไป)	1.04	0.83	0-3
2. ผู้รับบริการใช้ข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้บริการมาอภิปราย ร่วมกับผู้ให้บริการในระหว่างการวางแผนการลดน้ำหนัก	1.15	0.78	0-3
กระบวนการตัดสินใจข้อมูล(making decision)	4.60	1.78	0-10
1. ผู้รับบริการและผู้ให้บริการได้มีการวิเคราะห์หาแนวทางใน การลดน้ำหนักร่วมกัน	2.01	0.65	0-3
2. หลังจากที่ได้มีการอภิปรายร่วมกันแล้วผู้รับบริการและผู้ ให้บริการได้ร่วมกันสรุปและตัดสินใจร่วมกันเพื่อวาง แผนการลดน้ำหนัก	1.33	0.72	0-4
3. เมื่อผู้รับบริการตัดสินใจและเลือกแนวทางการลดน้ำหนัก แล้วผู้ให้บริการได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมหรือสร้างความมั่นใจ ให้กับผู้รับบริการต่อแผนการลดน้ำหนักดังกล่าว	1.27	0.73	0-3
คะแนนรวมเฉลี่ย (เต็ม 72 คะแนน)	24.08	8.00	3-55

ตอนที่ 3 ทักษะของผู้รับบริการต่อ Share-decision making

ทักษะของผู้รับบริการในการใช้ SDM วัดด้วย The Krantz Health Opinion Survey (KHOS) (Krantz, Baum et al. 1980)แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ทักษะต่อการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ มีข้อความทั้งหมด 7 ข้อ โดยแยกเป็นข้อความด้านบวกมี 3 ข้อ ข้อความด้านลบมี 4 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 7 คะแนน

ตอนที่ 2 ทักษะต่อการมีส่วนร่วมในการรักษา มีข้อความทั้งหมด 9 ข้อ โดยแยกเป็นข้อความด้านบวก 3 ข้อ ข้อความด้านลบ 6 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 9 คะแนน

โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ การตอบแบบสัมภาษณ์ผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยมีข้อความทั้งด้านบวกและด้านลบ ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 1 คะแนนสำหรับคำตอบ “ใช่” ในข้อที่เป็นข้อความด้านบวก และสำหรับคำตอบ “ไม่ใช่” ในข้อที่เป็นคำถามด้านลบโดยที่คะแนนเฉลี่ยรวมในด้านทักษะในกลุ่มผู้รับบริการทั้งสองด้าน คือ 7.21+ 1.75 (พิสัย, 4-16) จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน

ตารางที่ 5 ทรรศนคติของผู้รับบริการต่อการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ

การสอบถามทรรศนคติของผู้รับบริการพบว่า ระหว่างการรับบริการในคลินิกผู้รับบริการมักถามคำถามเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาจากผู้ให้บริการ (ร้อยละ 95.3) และถามเกี่ยวกับสุขภาพของตนมากกว่าจะรอให้ผู้ให้บริการเป็นคนบอก (ร้อยละ 93.2) ในขณะเดียวกัน ผู้รับบริการต้องการให้ผู้ให้บริการบอกกล่าวทางเลือกในการรักษาให้ตนตัดสินใจเลือกด้วย (ร้อยละ 94.8) (ตารางที่ 5) คะแนนเฉลี่ยทรรศนคติด้านการรับข้อมูลสุขภาพ ในกลุ่มผู้รับบริการ คือ 3.23 ± 0.76 (พิสัย, 1-7) จากคะแนนเต็ม 7 คะแนน

ตารางที่ 5 ทรรศนคติของผู้รับบริการต่อการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ (n=190)

ทรรศนคติต่อการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวนผู้ที่เห็นด้วย	ร้อยละ
1. ผู้รับบริการมักถามคำถามเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการมากกว่าจะรอให้ผู้ให้บริการบอกข้อมูล	177	93.2
2. ระหว่างการให้การบริการในคลินิกผู้รับบริการมักถามคำถามเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาจากผู้ให้บริการ	181	95.3
3. ผู้รับบริการชอบให้มีการบอกกล่าวทางเลือกในการรักษามากกว่าจะให้ผู้ให้บริการตัดสินใจเลือกให้	180	94.8
4. ผู้รับบริการคิดว่าควรวางใจในการรักษาของผู้ให้บริการ	29	15.3
5. ในระหว่างการให้บริการในคลินิกผู้รับบริการมักจะไม่ถามคำถามผู้ให้บริการ	14	7.4
6. ผู้รับบริการมักจะรอให้ผู้ให้บริการเป็นผู้บอกข้อมูลต่างๆ หรือผลการรักษา มากกว่าจะเป็นคนถามเอง	14	7.4
7. ผู้รับบริการชอบให้ผู้ให้บริการตัดสินใจเลือกการรักษาให้มากกว่าที่จะบอกทางเลือกในการรักษา	18	9.5

3.2 ทรรศนคติของผู้รับบริการต่อการมีส่วนร่วมในการรักษา (n=190)

โดยภาพรวม ผู้รับบริการมีทัศนคติเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมในการรักษา โดยคะแนนรวมเฉลี่ยทรรศนคติด้านการมีส่วนร่วมในการรักษา คือ 3.98 ± 1.21 (พิสัย, 3-9) จากคะแนนเต็ม 9 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าตนเองสามารถดูแลควบคุมน้ำหนักได้ด้วยตนเอง (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ทักษะคติของผู้รับบริการต่อการมีส่วนร่วมในการรักษา

ทัศนคติต่อการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวนผู้ที่เห็นด้วย	ร้อยละ
ผู้รับบริการคิดว่า การดูแลรักษาตัวเองด้วยการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย ดีกว่า ไปพบผู้ให้บริการในคลินิกลดน้ำหนัก ยกเว้นกรณีที่มีความต้องการในการลดน้ำหนักในระยะเวลาอันสั้น	184	96.8
เมื่อต้องการลดน้ำหนักควรเรียนรู้วิธีดูแลตนเองโดยอาจไม่ต้องไปพบผู้ให้บริการในคลินิกเพื่อการลดน้ำหนักโดยตรง	186	97.9
ผู้รับบริการควรดูแลตนเองให้มากขึ้นและพึงพาการตัดสินใจของผู้ให้บริการในคลินิกเพื่อการลดน้ำหนักให้น้อยลง	184	94.9
ผู้รับบริการควรพึงพาการตัดสินใจของผู้ให้บริการมากกว่าที่จะพึ่งพาการตัดสินใจของตนเองในการดูแลสุขภาพของตนเอง	36	19
เมื่อต้องการลดน้ำหนักควรไปที่คลินิกเพราะมีผู้ให้บริการในการรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ	18	9.5
การไปพบผู้ให้บริการดีกว่าการพยายามลดน้ำหนักด้วยตัวผู้รับบริการเอง	16	8.4
การได้รับการรักษาจากผู้ให้บริการมักทำให้น้ำหนักลดลงเร็วกว่าการที่ผู้รับบริการลดน้ำหนักด้วยตนเอง	29	15.3
หากค่าใช้จ่ายที่ใช่เท่ากัน ผู้รับบริการชอบให้ผู้รับบริการในคลินิกลดน้ำหนักรักษาผู้รับบริการมากกว่าการลดน้ำหนักด้วยตนเอง	83	43.7
การไปพบผู้ให้บริการดีกว่าการพยายามลดน้ำหนักด้วยตัวผู้รับบริการเอง	16	8.4

ตอนที่ 4 ความพร้อมในการวางแผนการรักษาร่วมกัน

ความพร้อมในการวางแผนการรักษาร่วมกัน วัดด้วย Control Preference Scale (CPS)(Solari, Giordano et al. 2013)ผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้ 1 ตัวเลือก จาก 5 ระดับของรูปแบบการมีส่วนร่วม คือ 1 = ต้องการให้ผู้ให้บริการ เป็นผู้ตัดสินใจเลือกแผนการรักษาให้ โดยผู้รับบริการอาจให้ความเห็นเพียงเล็กน้อย 2 = ต้องการให้ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแผนการรักษาให้ โดยพิจารณาความเห็นของผู้รับบริการร่วมด้วย 3 = ต้องการให้ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการช่วยกันแสดงความคิดเห็น และตัดสินใจเลือกแผนการรักษาร่วมกัน 4 = ผู้รับบริการต้องการเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแผนการรักษาเอง หลังจากพิจารณาความคิดเห็นอย่างถี่ถ้วนแล้วและ 5 = ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแผนการรักษาเอง

หลังจากพิจารณาความคิดเห็นของผู้ให้บริการเพียงเล็กน้อย ในการวิเคราะห์ผล รวมกลุ่ม 1 - 2 เป็นกลุ่มที่ไม่มีความพร้อม (passive) กลุ่มที่ 3 จัดเป็นกลุ่มที่มีความพร้อมในการแบ่งปันข้อมูล (shared) และกลุ่มที่ 4 - 5 รวมเป็นกลุ่มที่เรียกว่ามีความพร้อม มีความกระตือรือร้นในการมีส่วนร่วมในการรักษา (active)

ผลการสำรวจพบว่าเกือบสองในสามของกลุ่มผู้รับบริการมีความพร้อมในการวางแผนการรักษาร่วมกันในลักษณะที่ต้องการให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการช่วยกันแสดงความคิดเห็นและเลือกแผนการรักษาและตัดสินใจเลือกแผนการรักษาร่วมกัน (ร้อยละ 74.74) โดยในกลุ่มที่เหลือ มีแนวโน้มจะมีความพร้อมต่อการมีส่วนร่วมในระดับที่สูงขึ้น คือผู้รับบริการต้องการเป็นผู้ตัดสินใจเองเป็นหลัก หลังจากได้รับข้อมูลจากผู้ให้บริการ (ตารางที่ 7)

ส่วนความคิดเห็นของกลุ่มผู้ให้บริการทั้ง 3 คน พบว่า มีความพร้อมต่อการให้บริการแบบที่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการช่วยกันแสดงความคิดเห็นและเลือกแผนการรักษาและตัดสินใจเลือกแผนการรักษาร่วมกันความพร้อมต่อการมีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกแผนการรักษาของผู้รับบริการพบว่ากลุ่มตัวอย่าง อยู่ในกลุ่มที่ 3 ระดับความพร้อมในการแบ่งปันข้อมูล(Shared) มากที่สุด (ร้อยละ 74.7) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ความพร้อมต่อการมีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกแผนการรักษาของผู้รับบริการ (n=190)

ระดับความพร้อมในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
Active	14	7.4
รูปแบบที่ 1 ต้องการให้ผู้ให้บริการ เป็นผู้ตัดสินใจเลือกแผนการรักษาให้ โดยผู้รับบริการอาจให้ความเห็นเพียงเล็กน้อย	2	1.1
รูปแบบที่ 2 ต้องการให้ผู้บริการเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแผนการรักษาให้ โดยพิจารณาความเห็นของผู้รับบริการร่วมด้วย	12	6.3
Shared	142	74.7
รูปแบบที่ 3 ต้องการให้ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการช่วยกันแสดงความคิดเห็น และตัดสินใจเลือกแผนการรักษา		
Passive	34	17.9
รูปแบบที่ 4 ผู้รับบริการต้องการเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแผนการรักษาเอง หลังจากพิจารณาความคิดเห็นอย่างถี่ถ้วนแล้ว	30	15.8
รูปแบบที่ 5 ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแผนการรักษาเอง	4	2.1

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของผู้รับบริการ กระบวนการในการวางแผนรักษา ร่วมกันทัศนคติของผู้รับบริการต่อ Share-decision making และความพร้อมในการวางแผนการรักษา ร่วมกัน

5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของผู้รับบริการ กับกระบวนการในการวางแผนการรักษา ร่วมกัน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของผู้รับบริการและคะแนนการได้รับบริการที่มีกระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนรักษา ร่วมกัน พบว่า ลักษณะทางประชากรของผู้รับบริการไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนการได้รับบริการที่ทำให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการรักษา อย่างไรก็ตาม พบว่ามีผู้รับบริการบางลักษณะที่อาจมีแนวโน้มได้รับบริการที่มีการให้มีส่วนร่วมในการรักษาที่สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น ผู้ที่มีรายได้สูงกว่า 5000 บาทต่อเดือน ผู้ที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ช่วงอายุที่ต่ำกว่า 21 ปี และผู้ที่มีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของผู้รับบริการ กับกระบวนการในการวางแผนการรักษา ร่วมกัน

ลักษณะทั่วไป	คะแนนเฉลี่ยในกระบวนการวางแผนการรักษา ร่วมกัน (เต็ม 72 คะแนน)	p-value (ANOVA)
เพศ		
ชาย	25.26±1.58	0.367*
หญิง	23.74±0.78	
อายุ		
ต่ำกว่า 21 ปี	24.43±7.06	0.958
21 - 50 ปี	24.04±9.95	
51 ปีขึ้นไป	22.50±10.61	
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา/มัธยมศึกษาตอนต้น	25.57±10.99	0.205
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.	21.98±7.89	
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	24.70±9.98	

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	คะแนนเฉลี่ยในกระบวนการ วางแผนการรักษาร่วมกัน (เต็ม 72 คะแนน)	p-value (ANOVA)
สถานภาพ		
โสด	30.50±11.85	0.170 ¹
สมรส	23.94±9.54	
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	25.37±10.39	0.170
ว่างงาน	23.30±7.79	
ธุรกิจส่วนตัว	23.18±9.12	
รายได้ต่อเดือน		
1,000 - 5,000 บาท/เดือน	24.00±7.90	0.962
5,001 ขึ้นไป	24.09±9.95	
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	24.18±9.50	0.672
มีโรคประจำตัว	23.23±10.62	
ภาวะอ้วน		
น้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน (BMI<18.5 กก./ม. ²)	29.75±3.86	0.204
ปกติ(18.5-22.9กก./ม. ²)	22.65±6.72	
อ้วน (23 กก./ม. ² ขึ้นไป)	24.63±10.83	

¹ t-test

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของผู้รับบริการ กับทัศนคติในการใช้ SDM

จากผลการศึกษา พบว่า เพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ ของผู้รับบริการ รายได้และผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว/มีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์ กับทัศนคติในการมีส่วนร่วมในการรักษา แต่พบว่าค่า BMI มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ ($p=0.015$) โดยพบว่าผู้ที่มี BMI สูงขึ้น จะมีทัศนคติเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมในการรักษาที่สูง (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของผู้รับบริการ กับทัศนคติในการใช้ SDM

ลักษณะทั่วไป	คะแนนเฉลี่ยในกับทัศนคติในการใช้ SDM (เต็ม 16คะแนน)	p-value (ANOVA)
เพศ		
ชาย	7.12±1.58	0.702 ¹
หญิง	7.24±1.80	
อายุ		
ต่ำกว่า 21 ปี	6.78±1.28	0.171
21 - 50 ปี	7.24±1.77	
51 ปีขึ้นไป	9.00±4.24	
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา/มัธยมศึกษาตอนต้น	7.00±1.96	0.276
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช./ปวส.	6.90±1.42	
ปริญญาตรี/ สูงกว่าปริญญาตรี	7.35±1.84	
สถานภาพ		
โสด	7.36±1.97	0.174
สมรส	7.01±1.40	
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7.04±1.46	0.209
ว่างงาน	6.90±1.29	
ธุรกิจส่วนตัว	7.49±2.11	

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	คะแนนเฉลี่ยในกับ ทัศนคติในการใช้ SDM (เต็ม 16คะแนน)	p-value (ANOVA)
รายได้ต่อเดือน		
1,000 - 5,000 บาท/เดือน	7.03±1.76	0.558
5,001 ขึ้นไป	7.24±1.75	
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	1.00±0.00	0.067
มีโรคประจำตัว	2.00±0.00	
BMI		
น้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน (<18.5 กก/ม. ²)	6.50±0.58	0.015
สมส่วน (18.5-22.9กก/ม. ²)	6.73±1.14	
อ้วน (23 ขึ้นไปกก/ม. ²)	7.48±1.97	

¹t-test

**5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของผู้รับบริการ กับความพร้อมในการวางแผนการรักษา
ร่วมกัน**

จากผลการศึกษา พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของผู้รับบริการ กับทัศนคติในการใช้ SDM เพศ อายุ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้รับบริการ แต่พบว่าสถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และค่า BMI มีความสัมพันธ์กับระดับความพร้อมของผู้รับบริการ (p=0.003, p<0.001, p= 0.005, p=0.037, p=0.042 ตามลำดับ) โดยผู้ที่มีแนวโน้มมีความพร้อมระดับ active ที่สูงกว่า ได้แก่ สถานภาพโสด ว่างาน รายได้ต่ำ มีโรคประจำตัว และ BMI สูงหรือต่ำกว่ามาตรฐาน ส่วนกลุ่มที่แนวโน้มจะความพร้อมระดับ shared ได้แก่ ผู้ที่สมรสแล้ว ไม่มีโรคประจำตัว และ BMI สมส่วน และกลุ่มที่มีรายได้สูงมีแนวโน้มจะความพร้อมระดับ passive (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะผู้รับบริการ กับความพร้อมในการวางแผน
การรักษาร่วมกัน

ลักษณะทั่วไป	จำนวนผู้รับบริการในแต่ละระดับความ พร้อมในการวางแผนการรักษาร่วมกัน (ร้อยละ)			p-value (Chi- square)
	Active (n=34)	Shared (n=142)	Passive (n=14)	
เพศ				
ชาย	9 (21.4)	28 (66.7)	5 (11.9)	0.309
หญิง	25 (16.9)	114 (77.0)	9 (6.1)	
อายุ				
ต่ำกว่า 21 ปี	1(4.3)	21(91.3)	1(4.3)	0.665
21 - 50 ปี	13(7.9)	120(72.7)	32(19.4)	
51 ปีขึ้นไป	0(0.00)	1(50.00)	1(50.00)	
ระดับการศึกษา				
ประถม-มัธยมต้น	0(0.00)	10(71.40)	4(28.6)	0.538
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช./ปวส.	1(2.1)	37(77.1)	10(20.8)	
ปริญญาตรี/ สูงกว่าปริญญาตรี	13(10.2)	95(74.21)	20(15.6)	
สถานภาพ				
โสด	13(12.00)	76(70.4)	19(10.3)	0.003
สมรส	1(1.2)	66(80.5)	15(18.3)	
อาชีพ				
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5(5.65)	47(61.00)	25(32.5)	<0.001
ว่างงาน	1(10.00)	9(90.00)	0(0.00)	
ธุรกิจส่วนตัว	8(7.8)	86(83.5)	9(8.7)	
รายได้ต่อเดือน				
1,000 - 5,000 บาท/เดือน	2(6.9)	24(82.8)	3(10.3)	0.005
5,001 บาทขึ้นไป	12(7.5)	118(73.3)	31(19.3)	

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวนผู้รับบริการในแต่ละระดับความพร้อมในการวางแผนการรักษาร่วมกัน (ร้อยละ)			p-value (Chi-square)
	Active (n=34)	Shared (n=142)	Passive (n=14)	
	โรคประจำตัว			
ไม่มีโรคประจำตัว	26(25.4)	130(76.9)	13(7.7)	0.037
มีโรคประจำตัว	8(38.1)	12(57.1)	1(4.8)	
BMI				
น้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน (<18.5 กก/ม. ²)	1(25.0)	3(75.0)	0(0)	0.042
สมส่วน 18.5 - 22.9 กก/ม. ²	8(12.7)	52(82.5)	3(4.8)	
อ้วน 23 ขึ้นไป กก/ม. ²	25(20.3)	87(70.7)	11(8.9)	

5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้รับบริการในการใช้ SDM และการใช้กระบวนการมีส่วนร่วม

คะแนนทัศนคติต่อการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพและคะแนนทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการรักษา มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับคะแนนกระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้รับบริการในการใช้ SDM และการใช้กระบวนการมีส่วนร่วม

คะแนนรวมทัศนคติกับกระบวนการในการวางแผนการรักษา ร่วมกัน	ค่าความสัมพันธ์	p-value
ทัศนคติต่อการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ (เต็ม 7 คะแนน)	$r=0.313$	<0.001
ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการรักษา (เต็ม 9 คะแนน)	$r=0.319$	<0.001
คะแนนรวมทัศนคติ (เต็ม 16 คะแนน)	$r=0.356$	<0.001

5.5 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้รับบริการในการใช้SDM และความพร้อมในการมีส่วนร่วม

ผลการศึกษา พบว่า ผู้รับบริการกลุ่มที่มีความพร้อมต่ำในการมีส่วนร่วมวางแผนการรักษา (passive) จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติที่สูง ทั้งด้านความต้องการข้อมูล ด้านการมีส่วนร่วม และทัศนคติรวม

โดยพบคู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ คะแนนรวมทัศนคติต่อการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพคู่ที่มีความแตกต่างกันคือกลุ่มผู้รับบริการที่มีระดับความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการรักษา(Shared) กับกลุ่มที่ระดับความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการรักษาต่ำ(Passive) ($p=0.004$) คะแนนรวมทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการรักษาคู่ที่มีความแตกต่างกันคือ กลุ่มผู้รับบริการที่มีระดับความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการรักษา(Shared) กับกลุ่มที่ระดับความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการรักษาต่ำ (Passive) ($p<0.001$) และกลุ่มที่ระดับความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการรักษาสูง (Active) กับกลุ่ม Passive ($p<0.001$) และคะแนนรวมในด้านทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการรักษา คู่ที่มีความแตกต่างกันคือคู่ที่ 1 กลุ่มที่มีระดับความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการรักษาต่ำ (Passive) กับกลุ่มระดับความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการรักษา (Shared) ($p<0.001$)และคู่ที่ 2 กลุ่มที่มีระดับความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการรักษา(Shared) กับกลุ่มที่มีระดับความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการรักษาสูง (Active) ($p<0.001$) (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้รับบริการในการใช้SDM และความพร้อมในการมีส่วนร่วม

คะแนนรวมเฉลี่ย	ระดับความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการรักษา			p-value (ANOVA)
	Active	Shared	Passive	
	(n=34)	(n=142)	(n=14)	
คะแนนรวมทัศนคติต่อการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ (เต็ม 7 คะแนน)	3.44±1.11	3.13±0.56	3.71±1.20	0.004
คะแนนรวมทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการรักษา (เต็ม 9 คะแนน)	4.80±1.65	3.70±0.84	5.00±1.71	<0.001
คะแนนรวมทัศนคติ (เต็ม 16 คะแนน)	8.24±2.43	6.82±1.22	8.71±2.55	<0.001

5.6 ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการรักษา และกระบวนการในการวางแผนการรักษาด้วยกัน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้รับบริการกลุ่มที่มีความพร้อมต่ำในการมีส่วนร่วมวางแผนการรักษา (passive) จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนกระบวนการในการวางแผนการรักษาด้วยกันที่สูง ทั้งด้านกระบวนการ information sharing กระบวนการ deliberation และกระบวนการ making decision

โดยพบคู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้กระบวนการในการวางแผนการรักษาด้วยกันคือกลุ่มผู้รับบริการที่มีระดับความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการรักษา(Shared) กับกลุ่มที่มีระดับความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการรักษาต่ำ(Passive) ($p=0.045$) คะแนนกระบวนการ information sharing คู่ที่มีความแตกต่างกันคือ กลุ่มผู้รับบริการที่มีระดับความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการรักษา(Shared) กับกลุ่มที่มีระดับความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการรักษาต่ำ(Passive) ($p=0.005$) กระบวนการ deliberation คู่ที่มีความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการรักษาสูง (Active) กับกลุ่มที่มีระดับความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการรักษาต่ำ (Passive) ($p=0.0183$) และกระบวนการ making decision ที่มีความแตกต่างกันคือ กลุ่มผู้รับบริการที่มีระดับความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการรักษา (Shared) กับกลุ่มที่มีระดับความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการรักษาต่ำ (Passive) ($p=0.017$)

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการรักษา และกระบวนการในการวางแผนการรักษาด้วยกัน

คะแนนรวมเฉลี่ย	ระดับความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการรักษา			p-value (ANOVA)
	Active (n=34)	Shared (n=142)	Passive (n=14)	
กระบวนการในการวางแผนการรักษา ด้วยกัน (เต็ม 72)	25.38±13.05	23.23±8.00	29.50±13.09	0.045
กระบวนการ information sharing (เต็ม 52)	16.82±7.74	16.94±4.33	21.92±8.79	0.005
กระบวนการ deliberation (เต็ม 8)	2.09±1.75	2.15±1.30	2.86±1.56	0.183
กระบวนการ making decision (เต็ม 12)	4.71±2.02	4.46±1.63	5.85±2.18	0.017