

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อธิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงกระบวนการตัดสินใจร่วมในการรักษา (Shared decision-making, SDM) ของผู้มารับบริการเพื่อลดน้ำหนัก ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเชียงใหม่โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 190 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการให้บริการเพื่อการลดน้ำหนักในคลินิกเอกชนรวมถึงทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการเลือกแนวทางการรักษา และความพร้อมในการมีส่วนร่วม สามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

1. สรุปผลการศึกษา

1.1 กระบวนการวางแผนรักษาร่วมกันของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

โดยภาพรวม ผู้รับบริการมีความเห็นว่า ในการให้บริการให้คำปรึกษาเพื่อลดน้ำหนักของคลินิก ยังมีกระบวนการที่ให้โอกาสผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาไม่มากนัก โดยขั้นตอนการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Information sharing) มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นมากกว่าขั้นตอนของการอภิปรายข้อมูลร่วมกัน (Deliberation) และขั้นตอนการตัดสินใจร่วมกัน (Decision making) ทั้งนี้ การที่ผู้ให้บริการอธิบายถึงข้อดีและข้อเสียของทางเลือกต่างๆ ให้กับผู้รับบริการเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการในการวางแผนรักษาร่วมกันที่ผู้รับบริการพบเจอมากที่สุด

1.2 ทัศนคติของผู้รับบริการต่อการมีส่วนร่วมในการรักษา

ผู้รับบริการมีทัศนคติเชิงบวกต่อการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ โดยพบว่า ระหว่างการรับบริการในคลินิก ผู้รับบริการมักถามคำถามเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาจากผู้ให้บริการ และถามเกี่ยวกับสุขภาพของตนมากกว่าจะรอให้ผู้ให้บริการเป็นคนบอก ในขณะที่เดียวกัน ผู้รับบริการต้องการให้ผู้ให้บริการบอกกล่าวทางเลือกในการรักษาให้ตนตัดสินใจเลือกด้วย

นอกจากนี้ ผู้รับบริการยังมีทัศนคติเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมในการรักษา โดยส่วนใหญ่เห็นว่าตนสามารถควบคุมดูแลน้ำหนักของตนเองได้

1.3 ความพร้อมในการวางแผนรักษาร่วมกัน

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีความพร้อมในการแบ่งปันข้อมูล มีความพร้อมในการวางแผนรักษาร่วมกัน ในลักษณะที่ต้องการให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการช่วยกันแสดงความคิดเห็น และเลือกแผนการรักษาและตัดสินใจเลือกแผนรักษาร่วมกัน (shared role) และ มีแนวโน้มจะมี

ความพร้อมต่อการมีส่วนร่วมในระดับที่สูง (active role) คือผู้รับบริการต้องการเป็นผู้ตัดสินใจเองเป็นหลักหลังจากได้รับข้อมูลจากผู้ให้บริการ ส่วนผู้ให้บริการมีความพร้อมในการแบ่งปันข้อมูลต้องการให้ผู้รับบริการช่วยกันแสดงความคิดเห็นร่วมกันในการเลือกแผนการรักษาและตัดสินใจเลือกแผนการรักษา(shared role)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของผู้รับบริการ ทักษะต่อการมีส่วนร่วมในการรักษา ความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา และกระบวนการในการวางแผนรักษาร่วมกัน

4.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการในการวางแผนการรักษา

ทัศนคติต่อการได้รับข้อมูลและการมีส่วนร่วมในการรักษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อกระบวนการ SDM ($r=0.3$) แต่กลับพบว่าผู้รับบริการที่มีความพร้อมในการวางแผนร่วมในการรักษาที่ต่ำ (passive role) รับรู้กระบวนการให้บริการที่มี SDM โดยเฉพาะในขั้นตอน shared decision making มากกว่ากลุ่ม active หรือ shared role การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับการมีกระบวนการในการวางแผนรักษาร่วมกัน

4.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

ผู้รับบริการที่รายได้มากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป ต่อเดือน และผู้ที่มี BMI เกินค่ามาตรฐานมีทัศนคติเชิงบวกต่อการได้รับข้อมูลและการมีส่วนร่วมในการรักษา และการมีกระบวนการให้บริการที่มี SDM มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติ แต่กลับพบว่า ผู้รับบริการที่มีความพร้อมต่ำในการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา (passive role) มีทัศนคติเชิงบวกต่อการได้รับข้อมูลและการมีส่วนร่วมในการรักษา ที่สูงกว่ากลุ่ม active และ shared role

4.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความพร้อมในการมีส่วนร่วม

ผู้รับบริการที่มีโรคประจำตัว รายได้ สถานภาพ โสค อาชีพรับราชการรัฐวิสาหกิจ และผู้ที่มี BMI สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน มีความพร้อมในการมีส่วนร่วมใน SDM ที่สูงกว่า ทั้งนี้ พบว่า ทัศนคติที่ดีต่อการได้รับข้อมูลและการมีส่วนร่วมในการรักษา และการได้รับบริการที่มี SDM กลับสูงกว่าในรับบริการที่มีความพร้อมต่ำ (passive role)

2. อภิปรายผลการศึกษา

ในด้านลักษณะประชากรของผู้มารับบริการในคลินิกส่วนใหญ่แล้วพบว่าผู้รับบริการค่อนข้างมีอาชีพที่มั่นคงและเศรษฐฐานะค่อนข้างอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ระดับการศึกษาส่วนใหญ่แล้วอยู่ในค่อนข้างที่ดี ซึ่งภาพโดยรวมของการปฏิบัติตัวของผู้รับบริการจะเน้นการดูแลสุขภาพเป็นส่วนใหญ่และยังพบว่าผู้รับบริการมีความพยายามที่จะลดน้ำหนักมากกว่า 10 ครั้งและที่ยังพบอีกประเด็นในการรับบริการคือผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าคลินิกลดน้ำหนักจากที่อื่นมาก่อนโดยจะ

เกิดข้อแตกต่างจากคลินิกที่มีการบริการลักษณะดังกล่าว โดยพบว่าผู้ที่เข้ารับบริการ โดยส่วนใหญ่แล้ว จะได้รับการบริการจากคลินิกลดน้ำหนักหลายแห่ง โดยที่มีความพยายามในการลดน้ำหนักที่ต่างวิธีกัน เช่น วิธีการอดอาหาร การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร การดื่มน้ำเกลือ (กิจชนะ ไพบูลย์, 2555) แต่ในงานวิจัยนี้พบว่าผู้ที่มารับบริการส่วนใหญ่แล้วจะลดน้ำหนักด้วยการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย เป็นส่วนใหญ่จึงทำให้เกิดทัศนคติในด้านเชิงบวกของการรับรู้สุขภาพในการดูแลตนเองซึ่งตรงกับ ผลการศึกษาที่ได้วิเคราะห์ในด้านทัศนคติพบว่าทัศนคติของผู้มารับบริการอยู่ในเชิงบวกคือ ผู้รับบริการมีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการรักษา

การศึกษานี้ พบว่าการให้บริการเพื่อการลดน้ำหนักมีกระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ก่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นการให้ข้อมูลเบื้องต้นซึ่งผู้รับบริการและผู้ให้บริการไม่ได้มีการ ตัดสินใจหรือวางแผนการรักษาร่วมกัน เนื่องจากด้วยวัฒนธรรมของประเทศไทยผู้ให้บริการและผู้รับบริการยังมีความเคยชินที่มีการยกให้บุคลากรทางด้านแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญ ในด้านการบริการเป็นผู้ดำเนินการและให้ข้อมูล ตลอดจนไปถึงกระบวนการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยส่วนใหญ่แล้วผู้รับบริการมีความคิดเห็นว่าผู้ให้บริการหรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์มีความรู้และมี ทักษะในการปฏิบัติมากกว่าที่จะเสนอข้อมูลหรือมีการวางแผนการรักษาร่วมกัน (Wirtz, Cribb et al. 2006) และผลในด้านทัศนคติต่อการรับรู้ข้อมูลและการมีทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการรักษา ความสัมพันธ์ในด้านลักษณะประชากรสำหรับผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว/ไม่มีโรคประจำตัวและค่า BMI พบว่ามีความสัมพันธ์กันเนื่องจากโดยทั่วไปแล้วคนที่ไม่มีโรคประจำตัวหรือคนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มักจะมีทัศนคติในการรับรู้สุขภาพและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในเชิงบวก (ปาริชาติ ลิ้มปิภาณู จนโกวิท, กานต์ชนก สุรนาค และคณะ, 2555)

ผู้รับบริการมีทัศนคติต่อ SDM ในด้านบวก คือมีการรับรู้ในด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมซึ่ง เป็นไปในทิศทางที่ดี ในด้านความพร้อมต่อการใช้ SDM ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการมีความ ต้องการให้ช่วยกันแสดงความเห็นและมีการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาร่วมกัน แต่ผลที่ได้คือ ผู้รับบริการยังมีความต้องการที่จะเลือกแผนการรักษาเองหรือให้ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจใน ทางเลือกของการดูแลสุขภาพ ซึ่งในงานวิจัยของสุตินิเรขในเรื่องของโรคมะเร็งเต้านม พบว่าผู้ป่วย ยังมีความต้องการให้แพทย์ตัดสินใจในการรักษาให้เพราะมีแนวคิดที่ว่าแพทย์ต้องมีความรู้ที่จะ รักษาโรคมามากกว่ามากกว่าที่จะใช้กระบวนการวางแผนรักษาร่วมกัน (Beaver, 2007) จึงทำให้ไม่เกิด การผลักดันให้ผู้รับบริการมีความเข้าใจที่จะวางแผนการรักษาโรคร่วมกัน

จากตารางที่ 4 กระบวนการวางแผนรักษาร่วมกันของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พบว่าในกระบวนการให้ข้อมูล ผู้ให้บริการอธิบายถึงข้อดีและข้อเสียของทางเลือกต่างๆให้กับผู้รับบริการ ในขั้นตอนนี้ในคลินิกโดยปกติจะมีขั้นตอนนี้อยู่เบื้องต้นแต่ไม่ได้เจาะลึกถึงการสอบถามข้อมูลหรือการให้คำแนะนำร่วมกัน โดยจะเห็นได้จากคะแนนในแต่ละข้อพบว่ามีความเห็นค่อนข้างต่ำ จึงเป็นโอกาสที่ดีในการพิจารณาขั้นตอนของ information sharing ทุกข้อไปปรับใช้ในขั้นตอนการให้บริการของคลินิก กระบวนการอภิปรายข้อมูล (deliberation) ถือเป็นกระบวนการที่สำคัญมากเนื่องจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการจะต้องมีการอภิปรายข้อมูลร่วมกันเพื่อทำความเข้าใจในข้อมูลของแต่ละฝ่ายเพื่อที่จะนำไปสู่ขั้นตอนของการร่วมกันตัดสินใจวางแผนการรักษาร่วมกันซึ่งกระบวนการนี้ถือเป็นหัวใจสำคัญขั้นตอนที่จะนำไปสู่กระบวนการวางแผนร่วมกัน(Elwyn, Frosch et al. 2012) โดยจะพบว่าคลินิกยังขาดขั้นตอนนี้เป็นอย่างยิ่ง และสิ่งที่สำคัญที่สุดและเป็นปัญหาที่ขาดไปในกระบวนการนี้คือกระบวนการตัดสินใจวางแผนการรักษาร่วมกัน (making decision) ผู้รับบริการและผู้ให้บริการยังมีความคิดที่ว่าการให้บริการคือหัวใจสำคัญจึงเน้นการให้บริการมากกว่าที่จะให้ผู้รับบริการมาร่วมตัดสินใจ และในมุมมองของผู้รับบริการเองนั้นเชื่อการตัดสินใจของผู้ให้บริการมากกว่าที่จะตัดสินใจด้วยตนเองหรือมีการตัดสินใจร่วมกัน งานวิจัยนี้จึงทำให้พบว่ากระบวนการวางแผนรักษาร่วมกันของผู้ให้บริการและผู้รับบริการยังขาดกระบวนการ SDM ในขั้นของ deliberation และ making decision

งานวิจัยในต่างประเทศที่มีการใช้กระบวนการวางแผนการรักษาร่วมกันของผู้ให้บริการและผู้รับบริการพบว่าโดยส่วนใหญ่แล้ว จะพบขั้นตอนของการให้ข้อมูล (information sharing) มากที่สุดซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ แต่ที่แตกต่างคือ งานวิจัยโดยส่วนใหญ่ ใช้กระบวนการวางแผนการรักษาร่วมกันกับโรคเรื้อรัง โรคที่มีความรุนแรง โรคที่มีการเจ็บป่วยซ้ำซ้อนและรักษาไม่หายมีการร้องเรียนเกิดขึ้น แต่ก็ยังมีงานวิจัยที่ใช้กับโรคทั่วไป คือ โรคปวดหลังที่ใช้SDM เข้ามาปรับใช้ (Arterburn,2011) ซึ่งจะต่างจากงานวิจัยที่เน้นเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก (Schneider, Komer et al. 2006) และในส่วนการให้บริการในงานวิจัยในต่างประเทศส่วนใหญ่แล้วจะเน้นการใช้ SDM กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลทำให้เกิดความต่างของกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากในคลินิกจะพบกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย เช่นกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวและกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัวและเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีวัตถุประสงค์ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันคือต้องการที่จะลดน้ำหนักเน้นการดูแลสุขภาพ (Solari, Giordano et al. 2013)

ตารางที่ 6 ทิศนคติของผู้รับบริการต่อการมีส่วนร่วมในการรักษาหากค่าใช้จ่ายที่ใช้เท่ากัน ผู้รับบริการชอบให้ผู้ให้บริการในคลินิกลดน้ำหนักเป็นผู้กระทำมากกว่าการลดน้ำหนักด้วยตนเอง สังเกตได้จากมีคะแนนเฉลี่ยที่สูงเนื่องจากเป็นทัศนคติในเชิงลบ ในด้านวัฒนธรรมไทยผู้รับบริการหรือผู้ป่วยชอบให้มีการสร้างแรงจูงใจและมีการให้กำลังใจในด้านการรักษาและการดูแลสุขภาพ หาก

ต้องมีการสูญเสียค่าใช้จ่ายที่เท่ากันผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมักที่จะพึงการบริการมากกว่าเพื่อความปลอดภัยของตนเอง เมื่อผู้รับบริการมีทัศนคติทั้งสองด้านในเชิงบวกจะทำให้ผลของการมีส่วนร่วมในการรักษาเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น นำสู่การอภิปรายข้อมูลจนถึงการตัดสินใจร่วมกันเกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี(อนันต์ ไชยกุลพัฒนาม, 2554)

ตารางที่ 8 และ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้รับบริการในการใช้SDM และความพร้อมในการมีส่วนร่วม พบว่าผู้รับบริการที่มีทัศนคติที่ดีต่อการรับข้อมูลและมีส่วนร่วมในการรักษา กลับมีความพร้อมในการมีส่วนร่วมในระดับที่ต่ำ (passive role) ซึ่งความสัมพันธ์นี้ ขัดแย้งกับสมมุติฐานที่นักวิจัยคาดหวังว่าผู้ที่มีทัศนคติที่ดีจะมีความพร้อมในการมีส่วนร่วมที่สูง ผลการศึกษานี้ อาจเนื่องจากผู้รับบริการยังไม่ค่อยให้ความสำคัญและมีความพร้อมในการใช้กระบวนการ SDM เพราะในระบบบริการส่วนใหญ่ในประเทศไทยแล้วจะเน้นความสำคัญไปที่ตัวผู้ให้บริการเป็นผู้ตัดสินใจและให้ความสำคัญในการดูแลรักษาและป้องกันโรค เพราะประชาชนยังมีค่านิยมที่มีความเชื่อให้ตัวบุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานบริการในแต่ละด้านเป็นผู้ตัดสินใจ และการใช้ SDM ยังไม่ได้รับความนิยมนำมาใช้ในประเทศไทย ซึ่งแตกต่างจากในต่างประเทศ ที่พบว่ามีการวิจัยและมาตรฐานการรักษาที่เกี่ยวข้องกับ SDM มากกว่า โดยงานวิจัยในไทยมีไม่มากนัก แต่พบว่ามีกานำ SDM มาปรับใช้เป็นกระบวนการส่งเสริมให้มีกระบวนการร่วมกันตัดสินใจ และพบว่าทำให้เกิดการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น (ณัฐพงศ์ สิงห์สาธิต, จุฬารัตน์ โสตะ (2555)

ในกระบวนการ SDM พบว่าผู้รับบริการที่มีความพร้อมต่ำ (Passive role) กลับรับรู้การให้บริการที่มี SDM ทั้ง 3 ขั้นตอนคือ ด้านการให้ข้อมูล (information sharing) ด้านการอภิปรายข้อมูล (deliberation) และด้านการตัดสินใจร่วมกัน (making decision) มากกว่าผู้รับบริการที่มีความพร้อมสูงหรือปานกลาง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้รับบริการยังคงมีความคิดเห็นในเรื่องของความพร้อมที่จะใช้กระบวนการนี้ยังไม่พร้อมที่จะใช้กระบวนการนี้เนื่องจากคิดว่ากระบวนการนี้มีความยุ่งยากซับซ้อนมีหลายขั้นตอนยากแก่การที่จะทำความเข้าใจซึ่งคล้ายกับงานวิจัยในต่างประเทศที่ผู้ป่วยมีแรงต้านเมื่อวัดระดับความพร้อมพบว่า มีค่า Passive Role ที่สูงเช่นเดียวกัน(Beaver,2007)

3. ข้อจำกัดของการศึกษา

1. Generalizability: กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการคลินิกแห่งเดียวในจังหวัดเชียงใหม่และเก็บข้อมูลเฉพาะผู้มารับบริการรายใหม่

2. เครื่องมือที่ใช้วัดกระบวนการวางแผนการรักษาร่วมกัน ที่เรียกว่า Option Scale เน้นไปในทางด้านการแบ่งปันข้อมูล (information sharing) จึงอาจให้ผลการศึกษาไม่ชัดเจนในขั้นตอนของการอภิปรายข้อมูล (deliberation) และการตัดสินใจร่วมกัน (decision making)

3. ระยะเวลาของการศึกษาเป็นการประเมินสถานการณ์ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนเท่านั้น

4. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพร้อมและทัศนคติที่ดีต่อ SDM จึงมีความเป็นไปได้ในการเริ่มใช้ SDM ในการให้บริการที่คลินิก

2. Target group สำหรับการเริ่มให้บริการแบบ SDM

- BMI เกินมาตรฐาน: มีทัศนคติที่ดีต่อ SDM, แต่อาจยังขาดความพร้อมเนื่องจากว่าโดยส่วนใหญ่แล้วผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานจะมีทัศนคติที่ดีต่อ SDM แต่ในเรื่องของความพร้อมยังไม่มีความพร้อมเท่าที่ควรยังลังเลใจเพราะ โดยส่วนใหญ่แล้วจะให้แพทย์หรือผู้ให้บริการเป็นผู้ตัดสินใจในการมีส่วนร่วมรักษามากกว่าจึงยังขาดความพร้อม

- BMI สมส่วน: มีความพร้อมระดับ shared เนื่องจากผู้รับบริการที่มีค่า BMI สมส่วนมีระดับความพร้อมที่มีการต้องการให้มีกระบวนการ SDM เข้ามาปรับใช้หรือมีส่วนร่วมในการรักษาจึงทำให้ในการทำวิจัยควรจะนำไปใช้ในกลุ่มเป้าหมายนี้เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่ชัดเจนขึ้น

3. สร้างความเข้าใจและพัฒนาศักยภาพให้ผู้ให้บริการ มีความพร้อมต่อการบริการแบบมีส่วนร่วม

5. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. กลุ่มตัวอย่าง:

- อาจศึกษาผู้มารับบริการทั้งรายเก่าและใหม่เพื่อให้ครอบคลุมสถานการณ์จริงของผู้มารับบริการที่คลินิกลดน้ำหนัก และอาจเปรียบเทียบความแตกต่างในด้านทัศนคติ ความพร้อม และการได้รับการบริการ

- ศึกษาในสถานบริการจำนวนมากขึ้นในพื้นที่อื่นๆ เพื่อให้มีการเปรียบเทียบความแตกต่างในสถานบริการในแต่ละพื้นที่ต่อการใช้ SDM

- ศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ให้บริการในจำนวนที่มากขึ้น ซึ่งจะทำให้ผลการวิจัยนี้ชัดเจนเพิ่มมากขึ้น

2. เครื่องมือ: หากสนใจ SDM ตามกรอบของขั้นตอน information sharing, deliberation, decision making อาจเลือกใช้เครื่องมืออื่นแทน Option scale เช่น 9-item shared decision-making Questionair,9 items,6 point scale

3. การประเมินผล: อาจมีการติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความพร้อม และเปรียบเทียบกระบวนการ SDM ที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงของการรับบริการ

ศึกษาเพิ่มเติมถึงความสัมพันธ์ของ ระดับความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการรักษา กับ ทัศนคติ และกระบวนการ SDM โดยอาจใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved