



ความเข้าใจและความรอบรู้ทางสุขภาพในบริการโทรเวชกรรม เรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนของประชาชน

Investigating Health Literacy and Understanding of Telemedicine in the Context of Complicated Diseases among Thais

สุธิลักษณ์ หวังสันติธรรม, คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พนม ค्लीชยา, ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Suthiluck Vungsuntitum. Faculty of Communication Arts, Chulalongkorn University.

Phnom Kleechaya, Chula Unisearch, Chulalongkorn University

Email: suthiluck.v@chula.ac.th, phnom.k@chula.ac.th

Received: 5 January 2024 ; Revised: 1 February 2024 ; Accepted: 23 February 2024

บทคัดย่อ

งานวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความเข้าใจและความรอบรู้ทางสุขภาพในบริการโทรเวชกรรมของประชาชน โดยเน้นที่โรคเฉพาะด้านที่ซับซ้อน คือ โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมด้านฝุ่นพีเอ็ม 2.5 ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) การสำรวจ (Survey Research) กลุ่มตัวอย่าง 1,000 คน จากภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศ และการสัมภาษณ์เชิงลึก 29 คน

ผลการวิจัยแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโทรเวชกรรม และรับรู้ประโยชน์หลายประการ เช่น ประหยัดเวลา ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางและสะดวกในการรับบริการทางการแพทย์ จำนวนร้อยละ 56.10 ของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ใช้บริการโทรเวชกรรมมาเป็นเวลามากกว่า 8 เดือน โดยให้จูงใจว่ามีความหมายล่วงหน้า มีความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ซับซ้อนอยู่ในระดับมาก และการเข้าถึงข้อมูลและการสื่อสารกับแพทย์และพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกแสดงให้เห็นความเข้าใจต่อโรคและโทรเวชกรรม ในกรณีของโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนแต่ละโรค คือ เข้าใจว่าโรคหลอดเลือดสมองมีอาการนำแต่ไม่ทราบว่ามีอาการอย่างไร โรคมะเร็งต้องอดทนและรักษาต่อเนื่อง การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เริ่มต้นจากการตัดสินใจเด็ดเดี่ยว และโรคที่มีผลจากสิ่งแวดล้อมที่มีการรับรู้ไม่มากนัก ทั้งนี้มีความเข้าใจว่าโทรเวชกรรมสามารถใช้สนับสนุนการรักษาโรคเหล่านี้ได้

คำสำคัญ: โทรเวชกรรม, สโตรก, มะเร็ง, ยาเสพติด, พีเอ็ม2.5, ความรอบรู้ทางสุขภาพ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง “ความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม และการพัฒนาสื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชน เรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ตามภารกิจกรมการแพทย์” ได้รับการสนับสนุนเงินทุนวิจัยจากกองทุนวิจัยและพัฒนาการกระจายเสียง กิจกรรมโทรทัศน์ และกิจกรรมโทรคมนาคมเพื่อประโยชน์สาธารณะ (สำนักงาน กสทช.)

Abstract

This research aims to investigate the health literacy and understanding of telemedicine services among the public, focusing on specific complicated disease such as stroke, cancer, substance abuse treatment, and environmental health related to PM2.5. Utilizing a mixed-method approach, including survey research with a sample of 1,000 participants from various regions nationwide and in-depth interviews with 29 individuals.

The results reveal that the sample group possesses substantial health knowledge regarding telemedicine and acknowledges various benefits, including time and cost savings in travel, and convenience in accessing medical services. Notably, 56.10% of the sample group has utilized telemedicine services for over 8 months, primarily through advance appointment scheduling. The participants exhibit a high level of health knowledge regarding complicated disease and maintain a moderate level of access to information and communication with healthcare professionals.

In-depth interviews provide insights into the understanding of specific complex health conditions. Participants comprehend the challenges associated with conditions like stroke, where symptoms may not be readily apparent, cancer requiring endurance and continuous treatment, and substance abuse treatment necessitating individual decision-making. Additionally, awareness of environmental factors contributing to health issues is limited. Importantly, the interviews indicate a positive perception of telemedicine's potential to support the treatment of these complex health conditions.

Keyword: telemedicine, stroke, cancer, substance abuse treatment, PM2.5, health literacy

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การลดภาวะเจริญพันธุ์ การเกิดลดน้อยลง อายุคนไทยเฉลี่ยยืนยาวขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา ทำให้รูปแบบของภาวะโรคเปลี่ยนจากโรคติดต่อไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (กรมการแพทย์, ม.ป.ป.) ดังเห็นได้จากการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งในกลุ่มอายุระหว่าง 30-69 ปี มีจำนวนใกล้เคียงกับการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยในปี พ.ศ. 2554 และมีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 19.01 ในปี 2557 เมื่อเทียบกับปี 2553 (กรมควบคุมโรค, 2559) นอกจากนี้ยังมีปัญหาสุขภาพที่มีสาเหตุมาจากยาเสพติดที่มีผลต่อผู้เสพที่ทำให้สุขภาพร่างกายเสื่อมโทรม จากรายงานการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย ปี 2562 คาดประมาณว่า มีผู้ติดยาเสพติด 3.75 ล้านคนหรือร้อยละ 7.46 ของประชากรอายุ 12-65 ปี มีจำนวนผู้เคยใช้ยาเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งในช่วงชีวิต 1.97 ล้านคน และใช้ยาเสพติดในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา 1.32 ล้านคน (กรมสุขภาพจิต, 2564) จะเห็นได้ว่า โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด การติดยาเสพติด ซึ่งทางการแพทย์จัดเป็นกลุ่มเป็นโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน (Complicated Disease) ที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต และศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์ รวมทั้งเศรษฐกิจและสังคมอย่างต่อเนื่องและรุนแรงมากขึ้น

จากสภาพปัญหาที่ชี้ให้เห็นข้างต้นนี้ เป็นสิ่งสำคัญในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลไทยที่กำหนดเป้าหมายหลักในการลดปัญหาโรควิถีชีวิตที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โดยมุ่งลดการเกิดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการพิการ ลดการตายและลดภาระค่าใช้จ่าย ด้วยการเพิ่มวิถีชีวิตด้านการบริโภคที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เพียงพอ และการจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม

อย่างไรก็ตามในสภาพการดำเนินชีวิตและบริบทของประชาชนคนไทยยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นปัจจัยหลัก รวมทั้งการสูบบุหรี่ การบริโภคแอลกอฮอล์ ซึ่งต้องทำการบำบัดฟื้นฟูต่อคนกลุ่มนี้ และยังมีปัจจัยเสี่ยง คือ การบริโภคอาหาร ผักและผลไม้ไม่เพียงพอ บริโภคไขมันและโซเดียมเกินภาวะอ้วน และการเคลื่อนไหวออกกำลังกายไม่เพียงพอ ประกอบกับโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่อายุขัยที่ยืนยาวขึ้น พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพที่นำไปสู่การเกิดโรคต่าง ๆ จะก่อให้เกิดภาวะโรคของประชากรยาวนานมากขึ้น เมื่อมีอายุมากขึ้นและใช้ชีวิตด้วยพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เพื่อป้องกันมิให้ต้องมีการดูแลสุขภาพผู้ป่วย จำเป็นต้องมีมาตรการเชิงรุกในการลดการเกิดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการพิการ

แนวทางหนึ่งที่จะนำมาใช้เป็นยุทธศาสตร์สำคัญคือ การเพิ่มความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชน โดยเฉพาะในเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุงยากซับซ้อน กรมการแพทย์เป็นหน่วยงานสำคัญที่มีภารกิจทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุงยากซับซ้อน ด้วยการพัฒนาวិชาการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยมีการศึกษา วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานแก่บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางที่มีคุณภาพ ให้บริการทางการแพทย์เฉพาะด้านหรือในระดับตติยภูมิที่ยุงยากซับซ้อนอย่างได้มาตรฐาน ประกอบกับนโยบายภาครัฐในเรื่องการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการให้บริการเรื่องสุขภาพ ซึ่งกำหนดไว้ว่าจะต้องจัดบริการให้ครอบคลุมโดยที่ประชาชนมีส่วนร่วม และใช้เทคโนโลยีให้เหมาะสม อีกทั้งส่งเสริมให้ประชาชน เข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการจากภาครัฐ (ชลธิชา แก้วอนุนิต, ขวัญศิริ ทองพูน, และอัมมาดา ไชยกาญจน์, 2558) กระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันการขับเคลื่อนระบบสุขภาพด้วยเทคโนโลยี และได้กำหนด ยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพระหว่างปี 2560 – 2569 หรือ “eHealth Strategy” ที่กำหนดให้มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลและบริการเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่เชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพทั่วถึง เป็นธรรมและปลอดภัย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้สะดวกรวดเร็วยิ่งขึ้น ช่วยให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพของตนเอง ยุทธศาสตร์การให้บริการโทรเวชกรรม (Telemedicine) สำหรับการดูแลโรคเฉพาะด้านที่ยุงยากซับซ้อนที่รับผิดชอบโดยกรมการแพทย์ได้นำระบบโทรเวชกรรมและระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (Mobile Health: mHealth) มาให้บริการรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคเฉพาะด้านที่ยุงยากซับซ้อน ช่วยประชาชนในการจัดการสุขภาพของตนเองด้วยการให้ข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้ ประชาชนสามารถเข้าถึงคำแนะนำและข้อมูลสุขภาพได้

สิ่งสำคัญในการดำเนินยุทธศาสตร์ดังกล่าวมานี้คือ ความแตกต่างกันด้านสุขภาพในเชิงความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคล สิ่งที่มีส่วนให้ความแตกต่างนี้เกิดขึ้นคือ ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) และความรู้ทางเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการเข้าถึง เข้าใจและความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ซึ่งมีผลเชื่อมโยงไปสู่ความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะในเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุงยากซับซ้อน กรมการแพทย์ในฐานะองค์กรการแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจหลักในการพัฒนาวិชาการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ฝ่ายกาย และให้บริการ ทางแพทย์ในโรคที่ยุงยากซับซ้อนด้วยการนำเทคโนโลยีโทรเวชกรรมมาใช้ ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนภารกิจ โดยเน้นโรคหลอดเลือดในสมอง โรคมะเร็ง การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด และอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม เพื่อลดการเกิดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการพิการ ลดการตาย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งสำรวจความเข้าใจและความรอบรู้ทางสุขภาพในบริการโทรเวชกรรมกลุ่มโรคเฉพาะด้านที่ยุงยากซับซ้อน 4 โรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมด้านปัญหาสุขภาพจากฝุ่นพีเอ็ม 2.5 (PM2.5) เพื่อเป็นองค์ความรู้ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างการรับรู้และกระตุ้นให้ประชาชนใช้บริการเวชกรรม ในการจัดการสุขภาพของตนเองของประชาชนให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ ใช้ความรู้เกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุงยากซับซ้อนมาดูแลสุขภาพตนเองได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจและอธิบายความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม (Telemedicine) ของประชาชนในเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ย่างยากซับซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคมะเร็ง การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด อาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมด้านปัญหาสุขภาพจากฝุ่นพีเอ็ม 2.5 (PM2.5)
2. เพื่อวัดระดับความรู้ทางสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ย่างยากซับซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคมะเร็ง การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด อาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมด้านปัญหาสุขภาพจากฝุ่นพีเอ็ม 2.5 (PM2.5)

การทบทวนวรรณกรรม

แพทยสภาได้กำหนดแนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวชกรรม (Telemedicine) และคลินิกออนไลน์โทรเวชกรรม ไว้ว่า “เป็นการส่งผ่านหรือการสื่อสารเนื้อหาทางการแพทย์แผนปัจจุบันโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทั้งจากสถานพยาบาลภาครัฐและ/หรือเอกชนจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง โดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อให้การปรึกษา คำแนะนำ แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือบุคคลอื่นใด เพื่อการดำเนินการทางการแพทย์ในกรอบแห่งความรู้ทางวิชาชีพเวชกรรม ตามภาวะ วิสัย และพฤติกรรมที่เป็นอยู่ ทั้งนี้โดยความรับผิดชอบของผู้ส่งผ่านหรือการสื่อสารเนื้อหาทางการแพทย์นั้น ๆ” (แพทยสภา, 2563) จากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้กระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนบริการทางการแพทย์ตามวิถีชีวิตใหม่ที่เป็นต้องเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล จึงได้มีแนวทางปรับเปลี่ยนการบริการทางการแพทย์จากระบบการให้บริการโดยสถานพยาบาลเป็นฐาน (Hospital Based Medical Service) ไปสู่การให้บริการโดยผู้รับบริการเป็นฐาน (Personal Based Medical Service) โดยปัจจุบันบริการโทรเวชกรรมมี 2 ส่วน ดังนี้

1. ระบบปรึกษาทางไกลของแพทย์ระหว่างแพทย์โรงพยาบาลระดับต่าง ๆ สนับสนุนการรักษาโรคของแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยที่อยู่ทางไกล ได้เชื่อมต่อกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญส่วนกลางเพื่อขอคำปรึกษา กำหนดการรักษา
2. ระบบบริการการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วย เป็นระบบการให้บริการแก่ผู้ป่วยผ่านเทคโนโลยีทั้งส่วนของการรับบริการจากโรงพยาบาล เช่น การให้ผู้ป่วยสามารถจองคิวนัดหมายล่วงหน้า การลงทะเบียนด้วยระบบยืนยันตัวตนผ่านโทรศัพท์มือถือ การส่งยาทางไปรษณีย์ รวมทั้งการรับบริการแพทย์ทางไกล เช่น การปรึกษาแพทย์ที่เป็นเจ้าของไข้ผ่านแอปพลิเคชันสนทนาส่วนตัว (Private Chat) ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (HIS) ให้บริการใน-นอกสถานที่ เชื่อมกับระบบหลัก ระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (Mobile Health) โดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล

ความเข้าใจโทรเวชกรรมตามแนวคิดการยอมรับนวัตกรรมทางเทคโนโลยีของผู้รับบริการ

โทรเวชกรรมเป็นพัฒนาการของการนำเทคโนโลยีมาเสริมการแพทย์ เป็นแนวทางการปฏิบัติการทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นใหม่ ถือเป็นนวัตกรรมตามนิยามของสำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (2562) ที่ระบุว่านวัตกรรมเป็น “การใช้ความรู้และความคิดสร้างสรรค์นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเพื่อก่อให้เกิดคุณค่า” ด้วยความเป็นนวัตกรรมที่ประชาชนยังไม่คุ้นเคยซึ่งส่งผลต่อการใช้บริการโทรเวชกรรม Rogers (2003) อธิบายว่านวัตกรรมเป็นสิ่งใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับและไม่ยอมรับของบุคคล การที่บุคคลจะยอมรับนวัตกรรมหรือไม่นั้น เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะของนวัตกรรมหลายประการ ได้แก่ 1) ประโยชน์ในเชิงเปรียบเทียบ (Relative advantage) คือการที่บุคคลรับรู้ได้ว่า นวัตกรรมที่กำลังจะเข้ามาแทนสิ่งที่มีอยู่เดิมนั้นมีประโยชน์กว่า 2) ความเข้ากันได้กับสิ่งที่มีอยู่เดิม (Compatibility) คือ ความสอดคล้องของนวัตกรรมกับค่านิยมประสบการณ์ในอดีตหรือความต้องการของผู้ที่มีแนวโน้มจะยอมรับนวัตกรรม 3) การทดลองใช้ได้ (Trialability) คือ การที่บุคคลสามารถเข้าไปทดลองการทำงานพื้นฐานได้ ซึ่งหากนวัตกรรมใดเปิดโอกาสให้คนทดลองใช้ก็จะทำให้เกิดการยอมรับได้เร็วยิ่งขึ้น

สำหรับการยอมรับนวัตกรรมทางเทคโนโลยี Davis, Bagozzi, & Warahaw (1989) ได้เสนอแบบจำลองการยอมรับนวัตกรรมทางเทคโนโลยี ซึ่ง Davis (1985) พัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำตามเหตุผล (Theory of reasoned action : TRA) ของ Fishbein, & Ajzen (1975, as cited in Chuttur, 2009) กล่าวคือ Davis นั้นได้นำปัจจัยหลัก 3 ตัว ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์จากการใช้งาน (Perceived usefulness) การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน (Perceived ease of use) และทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยี (Attitude toward using) ซึ่งจะเป็นตัวตัดสินการยอมรับนวัตกรรมพื้นฐานของบุคคล (Bandura, 1982; Swanson, 1982) วิธีการศึกษาการยอมรับนวัตกรรมนั้นจะเริ่มจากการพิจารณาตัวแปรภายนอก (External variables) ซึ่งจะมีผลต่อลักษณะการรับรู้ของผู้บริโภค 2 ประเภท ได้แก่ 1) การรับรู้ประโยชน์จากการใช้งาน (Perceived usefulness ; PU) หมายถึง ระดับที่บุคคลเชื่อว่า การใช้เทคโนโลยีหนึ่ง ๆ จะช่วยทำให้การทำงานของตนมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ใช้ทำนายการใช้เทคโนโลยีที่เชื่อถือได้ และการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน (Perceived ease of use ; PEOU) หมายถึง ระดับความเชื่อของบุคคลที่ว่า เทคโนโลยีนั้นใช้งานได้ง่าย และใช้ความพยายามทางด้านร่างกายหรือจิตใจน้อย งานวิจัยครั้งนี้ประยุกต์แนวคิดการยอมรับนวัตกรรมทางเทคโนโลยี มาใช้เป็นการอธิบายเกี่ยวกับความเข้าใจที่บุคคลมีต่อโทรเวชกรรมบนพื้นฐานว่า โทรเวชกรรมถือเป็นนวัตกรรมทางเทคโนโลยีที่นำมาใช้ในการให้บริการทางการแพทย์ ที่มีจุดมุ่งหมายให้การรักษามีประสิทธิภาพ ทั้งนี้จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับการยอมรับและนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ของผู้รับบริการทางการแพทย์ ดังนั้นงานวิจัยจึงกำหนดนิยามของความเข้าใจโทรเวชกรรมว่า หมายถึง การที่บุคคลรู้จักเกี่ยวกับลักษณะของบริการโทรเวชกรรม รับรู้ถึงประโยชน์จากการใช้งาน รับรู้ถึงความง่ายในการใช้งาน และทัศนคติต่อโทรเวชกรรม

แนวคิดความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy)

สิ่งสำคัญในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากโทรเวชกรรมคือ ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งเป็นความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจที่จะสามารถนำมาวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเองเพื่อสุขภาพที่ดี (กองสุขศึกษา, 2556, น. 11) ความรอบรู้ทางสุขภาพจึงเป็นคุณสมบัติพื้นฐานสำคัญในระดับพฤติกรรมของบุคคลในการใช้ความสามารถด้านความรู้หนังสือและทักษะทางสังคม เพื่อเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพตามความต้องการเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ มีคุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก (กองสุขศึกษา, 2556) ได้แก่ การเข้าถึงของข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และการจัดการตนเอง (self-management)

จากพื้นฐานความหมายและองค์ประกอบความรู้ทางสุขภาพ โครงการกำหนดความหมายของ “ความรู้ทางสุขภาพ” ว่าหมายถึงการมีทักษะความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ ในช่องทางที่หลากหลาย มีความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้อง สามารถสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ได้ สามารถนำข้อมูลความรู้มาใช้ประโยชน์ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากโรค มีความรู้เท่าทันสื่อ ตลอดจนมีพฤติกรรมดูแลป้องกันตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม งานวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดตัวชี้วัดความรู้ทางสุขภาพจากความสามารถ 6 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพผ่านช่องทางที่หลากหลาย ทั้งช่องทางสื่อมวลชน สื่อเฉพาะกิจ สื่อบุคคล สื่อท้องถิ่น และสื่ออินเทอร์เน็ต

2. ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นความสามารถของบุคคลในการจดจำข้อมูลความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ และวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างข้อมูลต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง

3. ด้านการสื่อสารเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ เป็นความสามารถของบุคคลในการตีความเนื้อหาข่าวสารสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยเฉพาะสารที่มาจากบุคลากรทางการแพทย์ เข้าใจศัพท์เทคนิคและตรรกะทางการแพทย์

4. ด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นความสามารถของบุคคลในการนำข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ มาวางแผนและกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติจัดการตนเองเพื่อดูแลสุขภาพและป้องกันตนเอง

5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อเรื่องสุขภาพ เป็นความสามารถของบุคคลในการสามารถรู้เท่าทันเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพ สิ่งเร้าจากกลยุทธ์การสื่อสารทางการตลาดที่เสนอขายสินค้าบริการสุขภาพ มีวิจารณญาณในการประเมินความน่าเชื่อถือของข่าวสารสุขภาพ รู้จักคิดไตร่ตรองตั้งคำถาม ไม่หลงเชื่อโดยง่าย

6. ด้านการแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพและป้องกันโรค เป็นพฤติกรรมของบุคคลในการควบคุมดูแลและป้องกัน หรือลดความเสี่ยงจากทั้งในแง่ของการดูแลตนเองและผู้อื่น

ทั้งนี้ การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ จำเป็นต้องสร้างเสริมคุณลักษณะตั้งแต่ระดับขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ในด้านการเข้าถึง ความรู้ความเข้าใจ และการสื่อสารเรื่องสุขภาพ ระดับขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative / Interactive Health Literacy) และขั้นวิจารณญาณ (Critical Health Literacy) ในด้านการใช้ประโยชน์ การรู้เท่าทันสื่อ และการแสดงพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี

ระเบียบวิธีวิจัย

ดำเนินการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

กำหนดจำนวนตัวอย่างรวม 1,000 คน ครอบคลุม 4 กลุ่มช่วงวัย ได้แก่ 1) อายุ 18-30 ปี 2) อายุ 31-45 ปี 3) อายุ 46-59 ปี และ 4) อายุ 60 ปีขึ้นไป จากภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศ กำหนดพื้นที่เก็บข้อมูล 8 ภูมิภาคทั่วประเทศ ภาคเหนือ จังหวัดเชียงราย ภาคกลาง จังหวัดนครสวรรค์ ภาคตะวันออก จังหวัดหนองคาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดอุดรธานี ภาคตะวันออก จังหวัดจันทบุรี ภาคใต้ตอนบน จังหวัดชุมพร ภาคใต้ตอนล่าง จังหวัดสงขลา ภาคตะวันตก จังหวัดกาญจนบุรี และกรุงเทพมหานคร กำหนดจำนวนตัวอย่างจังหวัดละ 75 คน และสำหรับกรุงเทพมหานครและปริมณฑล 400 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 1,000 คน

การวัดตัวแปรสำคัญในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดการวัดตามความเหมาะสมของตัวแปรและให้สอดคล้องกับการวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้

1. ตัวแปรสถานภาพส่วนบุคคล อันได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพอาชีพ รายได้ อุปกรณ์เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตและช่องทางติดต่อสื่อสารกับโรงพยาบาล ผู้วิจัยกำหนดการวัดตัวแปรระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) ความคล่องตัว ขำนาญ การใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพ ผู้วิจัยกำหนดการวัดตัวแปรระดับอันตรภาค (interval Scale) โดยใช้มาตรวัดประเมินค่า (Summated Rating Scale) 5 ระดับ

2. ตัวแปรความเข้าใจเกี่ยวกับโทรเวชกรรม ผู้วิจัยกำหนดการวัดตัวแปรย่อย คือ การรู้จักบริการโทรเวชกรรม รวม 14 ข้อความ กำหนดการวัดระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) เป็น เคยได้ยิน และ ไม่เคยได้ยิน ส่วนการรับรู้ประโยชน์จากการใช้งาน ด้วยข้อความ 12 ข้อความ การรับรู้ถึงความง่ายในการใช้งาน ด้วยข้อความ 12 ข้อความ วัดตัวแปรระดับอันตรภาค (interval Scale) ใช้มาตรวัดประเมินค่า (Summated Rating Scale) 5 ระดับ

3. ตัวแปรประสบการณ์การใช้โทรเวชกรรม ลักษณะการใช้โทรเวชกรรม ระยะเวลาการใช้ลักษณะการใช้โทรเวชกรรม และรูปแบบลักษณะการใช้โทรเวชกรรม ผู้วิจัยกำหนดการวัด ตัวแปรระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale)

4. ตัวแปรความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุงยากซับซ้อน ผู้วิจัยกำหนดการวัดตัวแปรย่อย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ยุงยากซับซ้อน การสื่อสารเกี่ยวกับเรื่องโรค การใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการป้องกันและรักษา การรู้เท่าทันสื่อเรื่องโรค และการแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และป้องกัน ด้วยข้อความ 29 ข้อความ และวัดตัวแปรระดับอันตรภาค (interval Scale) โดยใช้มาตราวัดประเมินค่า (Summated Rating Scale) 5 ระดับ

ผลการตรวจสอบมาตรวัด (pre-test) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ชุด ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (X (แทนสัญลักษณ์แอลฟา) - Coefficient) ของครอนบาช (Cronbach) สรุปได้ว่า ความคล่องตัวในการใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพ X (แทนสัญลักษณ์แอลฟา) = 0.72 ความเข้าใจเกี่ยวกับโทรเวชกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์จากการใช้งาน X (แทนสัญลักษณ์แอลฟา) = 0.92 และ การรับรู้ถึงความง่ายในการใช้งาน X (แทนสัญลักษณ์แอลฟา) = 0.93 ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุงยากซับซ้อนโดยรวม X (แทนสัญลักษณ์แอลฟา) = 0.94

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ

ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กำหนดผู้ให้สัมภาษณ์มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่การวิจัยสำรวจ โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มเรื่องบริการ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ใช้บริการเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ผู้ใช้บริการเกี่ยวกับการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด และผู้ให้บริการเกี่ยวกับอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมด้านปัญหาสุขภาพจากฝุ่นพีเอ็ม 2.5 จำนวน 29 คน

งานวิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ โดยกำหนดให้ผู้เก็บข้อมูลแบบสอบถามชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดโครงการวิจัย รวมถึงอธิบายคำชี้แจงในแบบสอบถามโดยละเอียด เพื่อสร้างความเข้าใจแก่ผู้ตอบแบบสอบถามก่อนเริ่มทำแบบสอบถาม และขอให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ เครื่องมือเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยในคน การดำเนินงานวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยในคน โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่ COA No. 062/66 ได้พิจารณาโดยใช้หลักของ Belmont Report 1979, Declaration of Helsinki 2013, Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOM) 2016, มาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในคน (ค.) 2560, นโยบายแห่งชาติ และแนวทางปฏิบัติ การวิจัยในมนุษย์ 2558 และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิจัยเชิงสำรวจความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม และความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุงยากซับซ้อน

ผลการวิจัยเชิงสำรวจสรุปได้ตามประเด็นการวิจัยดังต่อไปนี้

สถานภาพส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง สรุปได้ว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีช่วงอายุ 31-45 ปี มากที่สุด ใกล้เคียงกับช่วงอายุ 46-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.30 และ ร้อยละ 26.60 ตามลำดับ เกือบครึ่งมีการศึกษาระดับปริญญาตรี เป็นจำนวน 411 คน คิดเป็นร้อยละ 41.10 ครั้งหนึ่งมีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 50.30 กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพประกอบธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ใกล้เคียงกับ อาชีพพนักงานบริษัท เอกชน ลูกจ้าง มีรายได้ 10,001-30,000 บาท มีโทรศัพท์มือถือเป็นอุปกรณ์เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตเป็นของตนเองมากที่สุด มักจะเข้าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลมากที่สุด รองลงมาคือ คุยทางโทรศัพท์ ติดต่อผ่านทางไลน์

ความคล่องแคล่วในการใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพในการหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางอินเทอร์เน็ตโดยสามารถใช้ได้ด้วยตนเองแต่ยังไม่คล่องแคล่วนัก ยังต้องมีคนสอนใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 3.63) ลักษณะการใช้เทคโนโลยีเพื่อสุขภาพ เช่น ออกกำลังกายโดยดูตามรายการบนยูทูบ ใช้แอปให้บริการสุขภาพของภาครัฐ เช่น แอปหมอพร้อม ใช้แอปพลิเคชันนัดหมอ ใช้อุปกรณ์เสริมหรือแอปพลิเคชันสุขภาพ เช่น สมาร์ทวอตช์ แอปวัดความดัน ตรวจระดับน้ำตาล

ความเข้าใจเกี่ยวกับโทรเวชกรรม จำแนกเป็น 3 เรื่อง ได้แก่ การรู้จัก การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

การรู้จักโทรเวชกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยเห็นเคยได้ยินเกี่ยวกับบริการขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญผ่านอินเทอร์เน็ตในการรักษาโรค รู้จักบริการการส่งยาทางไปรษณีย์ จองควินัดหมายแพทย์ล่วงหน้าผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน โทรศัพท์ บริการแพทย์ที่เป็นเจ้าของใช้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ทั้งนี้กลุ่มอายุ 46-59 ปี รู้จักบริการโทรเวชกรรมมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ

การรับรู้ประโยชน์ของโทรเวชกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์จากการใช้งานบริการโทรเวชกรรมว่ามีประโยชน์มากในเรื่องช่วยให้ไม่ต้องเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายการเดินทาง ไม่ต้องมารอคอยที่โรงพยาบาล (ค่าเฉลี่ย 3.64) ช่วยให้ได้รับการทางการแพทย์ได้รวดเร็วขึ้น (ค่าเฉลี่ย 3.62) เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสามารถขอคำปรึกษาจากแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพผ่านบริการโทรเวชกรรมได้ (ค่าเฉลี่ย 3.47) เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้ตามช่วงอายุ พบว่า ทุกช่วงอายุมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของโทรเวชกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

การรับรู้ความง่ายในการใช้งานโทรเวชกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความง่ายในการใช้งานบริการโทรเวชกรรมในระดับปานกลาง เช่น โทรเวชกรรมช่วยให้รู้สึว่าการพบหมอไม่ใช่สิ่งที่ยุ่งยากน่ากลัว (ค่าเฉลี่ย 3.35) ยังได้ใช้บริการโทรเวชกรรมมากขึ้นก็ยิ่งใช้ได้อย่างคล่องแคล่วขึ้น (ค่าเฉลี่ย 3.34) ใช้โทรศัพท์มือถือเป็นอุปกรณ์ที่ใช้งานบริการโทรเวชกรรมได้ (ค่าเฉลี่ย 3.32) เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้ตามช่วงอายุ พบว่า ทุกช่วงอายุมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับความง่ายของโทรเวชกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

ประสบการณ์การใช้โทรเวชกรรม

กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากว่าครั้งหนึ่งเล็กน้อย (ร้อยละ 56.10) เคยใช้โทรเวชกรรม โดยใช้ได้ด้วยตนเองไม่มีใครช่วยมากที่สุด รองลงมาคือ มีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลช่วย และ บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านช่วย ใช้มากเป็นระยะเวลามากกว่า 8 เดือน โดยใช้จองควินัดหมายล่วงหน้ามากที่สุด รองลงมาคือ ปรึกษาทางไปรษณีย์ และ ลงทะเบียนด้วยระบบยืนยันตัวตนผ่านโทรศัพท์มือถือ เมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งในทุกกลุ่มอายุเคยมีประสบการณ์ในการใช้งานโทรเวชกรรม ทั้งนี้กลุ่มอายุ 46-59 ปี เคยใช้บริการโทรเวชกรรมมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ในขณะที่กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เคยใช้น้อยกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งที่เคยใช้บริการโทรเวชกรรมได้ด้วยตนเอง และเคยใช้โดยมีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล คนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านคอยช่วยเหลือ มีระยะเวลาในการใช้บริการโทรเวชกรรมมากกว่า 8 เดือน โดยใช้จองควินัดหมายมาหาหมอล่วงหน้ามากที่สุด รองลงมาคือ การปรึกษาทางไปรษณีย์ การลงทะเบียนด้วยระบบยืนยันตัวตนผ่านโทรศัพท์มือถือ

ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน

ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.47) โดยมีด้านที่อยู่ระดับมาก ได้แก่ ด้านการรู้เท่าทันสื่อเรื่องโรค (ค่าเฉลี่ย 3.71) ด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการป้องกันและรักษา (ค่าเฉลี่ย 3.52) ด้านการสังเกตพฤติกรรมดูแลสุขภาพและป้องกัน

(ค่าเฉลี่ย 3.50) ในขณะที่ด้านการเข้าถึงข้อมูล (ค่าเฉลี่ย 3.30) ความรู้ความเข้าใจ (ค่าเฉลี่ย 3.39) การสื่อสารกับแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุงยากซับซ้อน (ค่าเฉลี่ย 3.40) อยู่ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความรอบรู้ทางสุขภาพจำแนกตามกลุ่มอายุ สรุปได้ว่า กลุ่มอายุ 18-30 ปี มีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุงยากซับซ้อนโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง กลุ่มอายุ 31-45 ปี อยู่ระดับมาก กลุ่มอายุ 46-59 ปี อยู่ระดับมาก และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป อยู่ระดับปานกลาง

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเข้าใจต่อโรคเฉพาะด้านที่ยุงยากซับซ้อน และโทรเวชกรรม

ผลการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้มีความเสี่ยงต่อโรคเฉพาะด้านที่ยุงยากซับซ้อน สรุปความเข้าใจต่อโรคและการให้บริการโทรเวชกรรมในแต่ละโรค ดังต่อไปนี้

โรคหลอดเลือดสมอง

การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย สะท้อนความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองว่า มีความเข้าใจว่าตนเองมีโรคประจำตัวมาก่อน แต่ไม่ทราบว่าตนเองมีความเสี่ยง เข้าใจว่าเป็นอาการจากโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ ไม่คิดว่าจะเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จึงไม่ให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ เข้าใจว่าอาการจะเกิดขึ้นเมื่อเมื่อทำงานหนัก พักผ่อนน้อย หกล้ม ทำเสียโอกาสในการรักษา

สำหรับการรับรู้ การใช้งาน และมุมมองต่อโทรเวชกรรมในโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มที่ยังไม่เคยทราบเกี่ยวกับบริการโทรเวชกรรม มีความตั้งใจจะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลมากกว่าจะพบแพทย์ทางไกล ผู้ดูแลผู้ป่วยมองว่า โทรเวชกรรมสามารถเข้าถึงผู้ป่วยติดเตียงได้เป็นอย่างดี ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ จะมีความยากลำบากในการเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถใช้การสื่อสารทางไกลผ่านวิดีโอคอลทางแอปพลิเคชันไลน์ มาใช้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลกันได้ ใช้กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดได้มากขึ้นและสม่ำเสมอได้ อย่างไรก็ตามยังมีความเห็นที่สะท้อนว่าการรักษาโรคหลอดเลือดสมองควรใช้การรักษาแบบพบแพทย์ร่วมกับการรักษาด้วยบริการโทรเวชกรรม

โรคมะเร็ง

ความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งของผู้ป่วยสรุปได้ว่า ผู้ป่วยมักจะไม่ทราบอาการของการเกิดโรคมะเร็ง หากไม่มีอาการรุนแรงจะไม่ไปพบแพทย์ เมื่อมีอาการรุนแรงมากขึ้นจึงไปพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยโรค เมื่อได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยมีความคิดเดิมว่าเป็นมะเร็งต้องเสียชีวิต แต่เมื่อเข้ารับการรักษา ได้พูดคุยปรึกษากับแพทย์ ได้รับการอธิบายถึงระยะโรค วิธีการรักษาและผลการรักษาวิธีต่าง ๆ ช่วยเปลี่ยนความคิดจากเดิมเป็นความคิดใหม่ว่า โรคมะเร็งสามารถรักษาได้ เพราะเชื่อมั่นแพทย์ มีความรู้และวิธีการรักษาที่ดีขึ้นจากอดีต ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาต้องการกำลังใจที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูจากโรคมะเร็งได้ สร้างกำลังใจให้ตนเองด้วยการ “มีมุมมองแบบพลังบวก” รวมทั้งกำลังใจจากคนรอบข้างถือเป็นสิ่งสำคัญทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูจากโรคมะเร็งได้เร็ว

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสะท้อนให้เห็นว่า การเลือกใช้วิธีการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก เพราะมั่นใจในการรักษาได้พบหมอ ฉายแสง ติดตามอาการ อย่างไรก็ตามมีมุมมองว่าวิธีการรักษาตามหมอโบราณ แพทย์ทางเลือก การรักษาโดยใช้สมุนไพรเป็นวิธีการรักษาที่เลือกใช้ที่หลัง

ผู้ป่วยสะท้อนการรับรู้ว่า โรงพยาบาลนำโทรเวชกรรมมาใช้ เช่น การวิดีโอคอล การติดตามอาการหลังการรักษาที่ไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล การส่งยาไปที่บ้านผู้ป่วยทางไปรษณีย์ ช่วยให้ไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ดี ช่วยลดค่าใช้จ่าย ไม่เสียเวลาการทำงาน อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังคงต้องการพบแพทย์โดยตรง เพราะรู้สึกมีความมั่นใจ พูดคุยสอบถามได้สะดวกกว่าพบทางไกลและสามารถให้การรักษาทันทีถ้าจำเป็น

การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาฟื้นฟูได้รับความรู้จากแพทย์ จึงมีความเข้าใจว่าการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเป็นการรักษาที่ยุ่งยากกว่าโรคปกติ มีความเข้าใจปัจจัยทางสังคมที่เป็นจุดเริ่มต้นของการเสพยาเสพติด เกิดจากเป็นวัยรุ่นมาก่อน เพื่อนชวนเสพยา เกรงไม่เชื่อฟังพ่อแม่ ต้องหาดี หัดลองเสพยาเล่น ๆ และมีมุมมองว่า การเลิกเสพยาด้วยวิธีการของตนเองทำได้ยากมาก ทางที่จะเลิกได้คือ ต้องเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลบำบัดยาเสพติด

ผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลิกเสพยาจะมีจุดเปลี่ยนหรือพลิกผันชีวิต หรือจุดที่เกิดความสะเทือนใจอย่างแรง จนทำให้ตัดสินใจเลิกเสพยาและเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา พ่อ แม่ ญาติผู้ใหญ่ที่เลี้ยงดู เป็นบุคคลที่สร้างแรงจูงใจจากการได้เห็นความทุกข์ยาก ความเศร้าเสียใจ ความหวังยา การหวงคิดถึงพ่อแม่ที่ทำให้อยากเลิก รวมทั้งความรู้สึกว่าชีวิตตกต่ำจากเดิมที่มีงานทำ ที่เคยใช้ชีวิตปกติ

การกลับไปใช้ชีวิตนอกโรงพยาบาลหลังการบำบัดรักษาแล้วต้องการการยอมรับจากคนในครอบครัว และมีงานทำเลี้ยงตัวเองมีวิธีการป้องกันตนเองจากการกลับไปเสพยาอีก เช่น เลิกคบเพื่อนและหากมีอาการหงุดหงิดก็จะไปอาบน้ำเพื่อเป็นการหักดิบ ไม่ออกไปไหนไม่ยุ่งกับสังคมภายนอกสักระยะหนึ่ง

ผู้ป่วยรับรู้โทษกรรมใช้ในการรักษาว่า เป็นการติดต่อสื่อสารเบื้องต้นระหว่างตนเองกับแพทย์ นักจิตวิทยาตามวันนัดหมาย ไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล คุยผ่านหน้าคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ แอปพลิเคชันไลน์บนโทรศัพท์มือถือใช้สัญญาณเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเชื่อมต่อ

ผู้ป่วยระบุว่าการใช้โทรเวชกรรมช่วยให้สะดวกสบาย ลดค่าใช้จ่ายการเดินทางมาโรงพยาบาล มีความไว้วางใจได้ เพราะได้พบกับแพทย์ที่รักษาดูแลตนเองทางไกล หากใช้โทรเวชกรรมในการพบแพทย์ ผู้ป่วยต้องการเวลาในการพูดคุยกับแพทย์มากขึ้น

อาชีพเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมด้านปัญหาสุขภาพจากฝุ่นพีเอ็ม 2.5

มีความเข้าใจว่าอาการแพ้ที่เกิดขึ้นทางผิวหนัง การหายใจ เช่น คันเป็นผื่นแดงทั้งตัว ไอ หืด หอบ หายใจไม่ออก มาจากโรคภูมิแพ้ของตนเองที่เป็นอยู่ ไม่นึกถึงสาเหตุจากสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยมีการดูแลป้องกันตนเองในกรณีที่ไม่มีอาการรุนแรง เช่น รับประทานยาแก้แพ้ ใช้หน้ากากป้องกันฝุ่น ใช้เครื่องกรองอากาศมาใช้ภายในบ้านตนเอง พ่นยา

ผู้ป่วยระบุว่าจะไม่เคยใช้โทรเวชกรรมเรื่องโรคจากสิ่งแวดล้อม แต่มีมุมมองว่าเป็นการนำเทคโนโลยีมาใช้ประโยชน์ในการรักษาซึ่งเป็นสิ่งที่ดี ให้ความสะดวกไม่ต้องเสียเวลา อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังมองว่าการไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลมีความน่าเชื่อมากกว่าการพบแพทย์ทางไกล เพราะพบต่อหน้า แพทย์จะวินิจฉัยโรคดีกว่า เว้นแต่ในกรณีที่พบแพทย์ที่รักษาประจำ การพบแพทย์ทางไกลจะมีความน่าเชื่อถือไม่แตกต่างกัน

มีความต้องการให้นำโทรเวชกรรมมาใช้กับโรคสิ่งแวดล้อม เช่น แอปพลิเคชันที่ให้ความรู้ ข้อมูล ช่วยให้ทราบถึงอาการ วิธีป้องกัน การรักษาและเฝ้าระวังตนเองจากการเป็นโรคต่อเนื่อง มีการเชื่อมโยงค่าวัดคุณภาพอากาศกับสุขภาพ แล้วรายงานให้ประชาชนทราบ ควรจะออกแบบให้ใช้งานง่าย

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยเชิงสำรวจพบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้จักลักษณะของบริการโทรเวชกรรมด้านการรับบริการจากโรงพยาบาลผ่านโทรเวชกรรม ได้แก่ บริการการส่งยาทางไปรษณีย์ จองคิวนัดหมายแพทย์ล่วงหน้าผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน โทรศัพท์ ด้านการรับบริการแพทย์ทางไกล ได้แก่ การปรึกษาแพทย์ที่เป็นเจ้าของไข้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งเล็กน้อย (ร้อยละ 56.10) เคยใช้โทรเวชกรรม โดยใช้จองคิวนัดหมายล่วงหน้ามากที่สุด รองลงมาคือ ปรึกษาทางไปรษณีย์ และ ลงทะเบียนด้วยระบบยืนยันตัวตนผ่านโทรศัพท์มือถือ สะท้อนให้เห็นว่า

บริการโทรเวชกรรมเกี่ยวกับการรับบริการจากโรงพยาบาลได้รับการยอมรับจากผู้ให้บริการ นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์จากการใช้งานบริการโทรเวชกรรมในระดับมากในเรื่องบริการโทรเวชกรรมช่วยให้ไม่ต้องเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายการเดินทาง ไม่ต้องมารอคอยที่โรงพยาบาล ช่วยให้ได้รับบริการทางการแพทย์ได้รวดเร็วขึ้น ข้อค้นพบนี้สามารถอธิบายด้วยแนวคิดการยอมรับนวัตกรรม ตามที่ Rogers (2003) อธิบายว่า ยิ่งบุคคลรับรู้ว่านวัตกรรมหนึ่ง ๆ มีประโยชน์จากการใช้งานเข้ากันได้กับสิ่งที่มีอยู่เดิมสามารถสังเกตและลองใช้ได้ ก็จะทำให้เกิดการยอมรับนวัตกรรมเร็วขึ้น นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้โทรเวชกรรมมีจำนวนมากกว่าครึ่งเล็กน้อยสะท้อนให้เห็นว่าการยอมรับโทรเวชกรรมยังมีไม่มากนัก ตามแนวคิดของแบบจำลองการยอมรับนวัตกรรมเทคโนโลยี (Davis, 1985) ปัจจัยหลักนอกจากการรับรู้ประโยชน์จากการใช้งาน (Perceived Usefulness) แล้ว ยังมีปัจจัยการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน (Perceived Ease of Use) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการนำนวัตกรรมมาใช้ ในกรณีโทรเวชกรรมชี้ให้เห็นว่าปัจจัยการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน เป็นปัจจัยที่มีผลทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้โทรเวชกรรมมีเพียงครึ่งหนึ่ง ทั้งนี้ยืนยันได้จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความง่ายในการใช้งานบริการโทรเวชกรรมในระดับปานกลาง ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับและใช้บริการโทรเวชกรรม ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเกี่ยวกับความคล่องแคล่วในการใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคล่องแคล่วระดับมากในเรื่องการหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต แต่ความคล่องแคล่วในการใช้แอปพลิเคชันให้บริการสุขภาพของภาครัฐ เช่น หมอพร้อม หรือแอปพลิเคชันนัดหมายแพทย์ การใช้อุปกรณ์เสริม หรือแอปพลิเคชันสุขภาพ เช่น สมาร์ทวอตช์ แอปพลิเคชันวัดความดัน ตรวจระดับน้ำตาล อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าการยอมรับและใช้บริการโทรเวชกรรมเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ขึ้นอยู่กับการรับรู้ประโยชน์ซึ่งประชาชนมีการรับรู้มากอยู่แล้ว แต่ยังเป็นอุปสรรคในเรื่องความง่ายในการใช้งานโทรเวชกรรม

ด้านการตัดสินใจยอมรับ ใช้งาน ยืนยันการใช้โทรเวชกรรม ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้โทรเวชกรรมสามารถใช้ได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องไม่มีใครช่วย และอีกส่วนหนึ่งสามารถใช้ได้โดยมีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านช่วยเหลือในการใช้งาน และใช้มาเป็นระยะเวลามากกว่า 8 เดือน สรุปตามแนวคิดขั้นตอนการยอมรับนวัตกรรมของ Rogers (2003) อธิบายว่า การยอมรับโทรเวชกรรมอยู่ในขั้นตัดสินใจ (Decision) ยอมรับจะนำไปใช้งาน ต่อเนื่องมาขั้นการนำไปใช้ (Implementation) ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม มีการเริ่มลองใช้นวัตกรรมเพื่อพิจารณาว่าเหมาะสมจะใช้งานหรือไม่ และจากการใช้งานมานานมากกว่า 8 เดือน สะท้อนว่าผู้ที่ใช้งานโทรเวชกรรมได้เข้าสู่ขั้นการยืนยัน (Confirmation) สนับสนุนการตัดสินใจยอมรับก่อนหน้านี้ และประสบการณ์การใช้งานช่วยลดความคับข้องใจจากการตัดสินใจของตน อีกทั้งยืนยันถึงการยอมรับในระยะยาวที่จะยังคงใช้งานต่อเนื่องไปในอนาคต อย่างไรก็ตาม แบบจำลองการยอมรับนวัตกรรมเทคโนโลยี (Davis, 1985) ยังชี้ให้เห็นเพิ่มเติมอีกว่าทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยี (Attitude toward Using) จะเป็นตัวแปรที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีต่อไปในอนาคต ดังนั้นมีความเป็นไปได้ว่า แม้จะมีการตัดสินใจยอมรับและใช้งานโทรเวชกรรมแล้ว แต่อาจจะได้รับผลกระทบจากประสบการณ์การใช้งานทั้งดีและไม่ดีที่นำไปสู่การสร้างทัศนคติต่อโทรเวชกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งจะส่งผลต่อความต่อเนื่องของการใช้บริการโทรเวชกรรม นอกจากนี้ตัวแปรที่ช่วยเร่งให้โทรเวชกรรมได้รับการยอมรับและใช้งานคือ สถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในช่วงปี 2563-2565 ที่จำเป็นต้องมีมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) เพื่อควบคุมการระบาด โรงพยาบาลทั้งหมดจำเป็นต้องลดการให้บริการที่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล มีมาตรการควบคุมผู้ที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องนำโทรเวชกรรมมาในช่วงดังกล่าว

ซึ่งสถานพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ได้ปรับเปลี่ยนบริการทางการแพทย์ตามวิถีชีวิตใหม่ที่จำเป็นต้องเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล มีแนวทางปรับเปลี่ยนการบริการทางการแพทย์จากระบบการให้บริการโดยสถานพยาบาลเป็นฐาน (Hospital Based Medical Service) ไปสู่การให้บริการโดยผู้รับบริการเป็นฐาน (Personal Based Medical Service) ดังนั้นบริการโทรเวชกรรมจึงมีบทบาทสำคัญ และจำเป็นต้องมีการออกแบบระบบการแพทย์ที่ประยุกต์เทคโนโลยีมาใช้อย่างเหมาะสม บนพื้นฐานความสามารถในการเข้าถึงความเข้าใจ และสามารถใช้บริการการรักษาโรค การฟื้นฟูหลังการรักษา และการดูแลรักษาสุขภาพเพื่อสภาวะที่ดี โดยเฉพาะโรคเฉพาะด้านที่ยุ่ยากซับซ้อน ตามภารกิจกรมการแพทย์ (กรมการแพทย์, 2564) และ ภัทรวิมล อุตตะสสาระ (2564) ได้ชี้ให้เห็นว่าการนำระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Tele Medicine VDO Call) ซึ่งปี 2563 ในช่วงเริ่มต้นของการแพร่ระบาดโรคโควิด-19 กรมการแพทย์โดยสถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันโรคผิวหนัง ได้มีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ทางไกลเพื่อให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ลดความแออัดในสถานพยาบาล ระบบสามารถตรวจสอบการส่งยาทางไปรษณีย์ และมีระบบจ่ายค่าบริการผ่านธนาคาร

สำหรับประเด็นความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) เกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่ยากซับซ้อน อยู่ระดับมาก ในด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเกี่ยวกับโรคมาศึกษาและป้องกันตนเอง การรู้เท่าทันสื่อเรื่องโรค และพฤติกรรมดูแลสุขภาพและป้องกัน แสดงให้เห็นว่า ในกรณีของโรคเฉพาะด้านที่ยุ่ยากซับซ้อนนั้น ประชาชนมีแนวโน้มที่จะนำข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล เกี่ยวกับโรค มาวางแผนดูแลตนเอง ตั้งเป้าหมาย และวางแผนลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค มีความสามารถในการรู้เท่าทันสื่อ ไม่เชื่อโดยง่ายกับสื่อต่างๆ ที่นำเสนอข้อมูลโรค รวมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อโรค อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยบ่งชี้ว่าการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสารกับแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่ยากซับซ้อน ยังอยู่แค่ระดับปานกลาง สะท้อนว่าประชาชนยังเข้าถึงข้อมูลได้ไม่มากนัก ยังไม่สามารถพูดคุยกับแพทย์ พยาบาล เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการโรคเฉพาะทางที่ยุ่ยากซับซ้อนได้มากนัก เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ซึ่งเป็นระดับความสามารถที่ประชาชนในทุกกลุ่มทุกช่วงอายุ ใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทาง สุขภาพ และบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข สื่อต่าง ๆ และได้เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเองตามความเหมาะสม และจัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560; ชินดา เตชะวิจิตรจารุ, 2561)

เมื่อพิจารณาความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) เกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่ยากซับซ้อน แยกกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 46-59 ปี มีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่ยากซับซ้อนโดยรวม อยู่ระดับมากทุกด้าน สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มอายุวัยนี้เป็นวัยที่มีประสบการณ์ไม่ว่าจะเป็นหน้าที่การทำงาน และชีวิตครอบครัว พัฒนาการทางร่างกายของวัยนี้จะเริ่มถดถอยแบบค่อยเป็นค่อยไป ระบบประสาทเริ่มเสื่อมส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมและสติปัญญา กล่าวได้ว่าเป็นวัยที่เริ่มมีปัญหาสุขภาพและเจ็บป่วย ดังนั้นสิ่งสำคัญในวัยนี้คือเรื่องการดูแลสุขภาพและการรักษาโรคที่เกิดจากความเสื่อมถดถอยของสุขภาพร่างกาย จึงมีความเป็นไปได้ว่าเป็นตัวแปรกระตุ้นให้กลุ่มวัยนี้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพ การเจ็บป่วย ประกอบกับเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดโรคได้มากและเข้ารับการรักษาและฟื้นฟูจึงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ กลุ่มอายุ 60 ขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสื่อมโทรมถดถอยด้านสุขภาพร่างกายมากขึ้น กลับมีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่ยากซับซ้อนอยู่ระดับปานกลาง ในด้านการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ และการสื่อสารเกี่ยวกับโรค ซึ่งอาจจะเสื่อมถดถอยไปตามสภาพร่างกาย แต่กลับมีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการป้องกันและรักษาและแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพและป้องกันระดับมาก ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่า มาจากปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยจึงจำเป็นต้องดูแลสุขภาพ

มากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ สำหรับกลุ่มอายุ 18-30 ปี และ กลุ่มอายุ 31-45 ปี มีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ย่างยากซับซ้อนด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค อยู่ระดับปานกลาง เป็นไปตามพัฒนาการของช่วงวัยหนุ่มสาว และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ที่มีความแข็งแรงด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มอายุผู้จะก้าวสู่วัยผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ จึงให้ความสำคัญกับข่าวสารเรื่องสุขภาพและโรคน้อยกว่า อย่างไรก็ตามกลุ่มอายุ 2 กลุ่มนี้มีการรู้เท่าทันสื่อเรื่องโรคระดับมาก แสดงให้เห็นว่าเป็นกลุ่มที่มีทักษะการใช้สื่อที่ดี ไม่เชื่อตามทีื่อนำเสนอทันทีโดยง่าย

ข้อเสนอสำหรับการวางแผนการสื่อสารสาธารณะ เพื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ย่างยากซับซ้อนและโทรเวชกรรม

จากผลการวิจัยนำไปสู่ข้อเสนอสำหรับการสื่อสารสาธารณะ เพื่อสร้างความเข้าใจและความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบริการโทรเวชกรรมในโรคเฉพาะด้านที่ย่างยากซับซ้อนทั้ง 4 โรค ดังนี้

1. การสื่อสารสาธารณะเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ควรให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่นำไปสู่ภาวะ “สโตรก” (Stroke) ที่สามารถสังเกตได้ด้วยตนเองและคนรอบข้าง โดยเน้นหลักการสังเกตอาการที่เป็นหลักการแพทย์สากล คือ “BEFAST” (Balance, Eyes, Face, Arms, Speech, Time) หรือการทรงตัวผิดปกติ ตาพร่ามัวทันที หน้าเบี้ยวปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด นำผู้ป่วยส่งแพทย์ทันทีภายใน 6 ชั่วโมงและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลฟื้นฟูหลังจากที่ได้รับการรักษาฉุกเฉินแล้ว ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการหนักเบาแตกต่างกันไป ซึ่งในระยะฟื้นฟูนี้สามารถนำโทรเวชกรรมมาให้บริการแก่ผู้ป่วยจะช่วยลดอุปสรรคและช่วยให้การดูแลฟื้นฟูได้เร็วขึ้น

2. การสื่อสารสาธารณะเรื่องโรคมะเร็ง ควรมีพื้นฐานมาจากความเข้าใจความรู้สึกโศกเศร้าจากโรคที่มีโอกาสทั้งรักษาหายและไม่สามารถรักษาได้จนถึงเสียชีวิต ดังนั้นการสื่อสารกับผู้ป่วยควรเน้นการสร้างกำลังใจไปพร้อมกับผู้ป่วยที่ต้องมีความอดทนจากอาการเจ็บปวดจากการรักษา และสร้างบรรยากาศการใช้ชีวิตให้ดีที่สุดในช่วงการรักษา โดยสามารถนำบริการโทรเวชกรรมมาสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตที่ดีตามอาการได้ และสำหรับกลุ่มเสี่ยงควรเน้นความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ การสังเกตอาการ การกระตุ้นให้เข้าสู่การรักษาเมื่อเริ่มมีอาการ เพื่อให้การรักษาโรคมะเร็งเกิดประสิทธิผลมากที่สุดและมีโอกาสหายได้ ซึ่งบริการโทรเวชกรรมสามารถนำมาสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยตามแนวทางนี้ได้

3. การสื่อสารสาธารณะเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดควรเน้นกระบวนการรักษารูปแบบ “กระบวนการบำบัดแบบองค์รวม” ร่วมมือกันทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย ชุมชน โดยทุกส่วนต้องปรับทัศนคติต่อผู้ติดยาเสพติดว่าเขาคือ “ผู้ป่วย” มิใช่ “อาชญากร” และร่วมกันส่งเสริมให้เขาเข้าสู่กระบวนการบำบัดของแพทย์จากโรงพยาบาลเฉพาะด้านการบำบัดยาเสพติด ในระหว่างการบำบัดร่วมกันสนับสนุนให้กำลังใจดูแลตามคำแนะนำของแพทย์ โดยสามารถนำโทรเวชกรรมมาใช้ในกระบวนการบำบัดรักษาได้ และเมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดจากโรงพยาบาลจนหายจากอาการติดยาแล้ว ครอบครัวและคนในชุมชนต้องให้การยอมรับ สนับสนุนให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิต มีงานทำหรือมีรายได้พอเลี้ยงดูตนเอง และไม่หวนกลับไปเสพยาเสพติดอีก พร้อมกับตัวผู้ป่วยเองที่ต้องปรับตัวลดเงื่อนไขและอดกลั้นความรู้สึกที่อยากเสพยาเสพติด

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคต

ประเด็นที่ยังเป็นช่องว่างทางองค์ความรู้เกี่ยวกับการให้บริการโทรเวชกรรมและความรอบรู้ทางสุขภาพในเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ที่ควรศึกษาเพิ่มเติมสำหรับการวิจัยในอนาคต ดังนี้

1. การศึกษาประสิทธิผลและปัจจัยเกี่ยวข้องของโทรเวชกรรมในกระบวนการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน
2. การศึกษาเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์การใช้โทรเวชกรรม เพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน
3. การพัฒนาต้นแบบการให้บริการแบบผู้รับบริการเป็นฐาน (Personal Based Medical Service) ด้วยโทรเวชกรรมในโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์. (2564). *ยุทธศาสตร์กรมการแพทย์*. <https://www.dms.go.th/backend>
- กรมการแพทย์. (ม.ป.ป.). *แผนปฏิบัติการระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2563 – 2565). กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. (2559). ข้อเสนอ (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยที่ตอบสนองต่อ ๙ เป้าหมาย ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๘. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.*
- กรมสุขภาพจิต. (2564). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา/สารเสพติดที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิตกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.*
- กองสุขภาพศึกษา. (2556). *ความฉลาดทางสุขภาพเส้นทางสู่.....หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง ความดันโลหิตสูงหัวใจและหลอดเลือด. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข.*
- ชลธิชา แก้วอนุกิต, ขวัญศิริ ทองพูน, และ อัมมาดา ไชยกาญจน์. (2558). *เอกสารประกอบการพิจารณาสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ. สำนักวิชาการ, สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.*
- ชินตา เตชะวิจิตรจารุ (2561). *ความรอบรู้ทางสุขภาพ: กุญแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. วารสารพยาบาลทหารบก. 19, น. 1-11.*
- แพทยสภา. (2563). *ประกาศแพทยสภา ที่ 54/2563 เรื่อง แนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (telemedicine) และคลินิกออนไลน์. https://tmc.or.th/*
- ภัทรวิทย์ อัดตะสาระ (2564) *เอกสารบรรยายเรื่อง “DMS Virtual Hospitals, DMS Telemedicine: A Way to Personal based Medicine https://ict.dmh.go.th/events/events/files/Telemed%20กรมจิต_ผอ.ภัทรวิทย์.pdf*
- สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (2562). *Innovation for the Future: นวัตกรรมเพื่ออนาคต. สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ.*
- อังคินันท์ อินทกรำแหง. (2560) *รายงานฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย. กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.*

- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Chuttur M.Y. (2009). "Overview of the Technology Acceptance Model: Origins, Developments and Future Directions," Indiana University, USA. Sprouts: *Working Papers on Information Systems*, 9(37). Retrieved from <http://sprouts.aisnet.org/9-37>
- Davis, F.D.x(1985). Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use,and User Acceptance of *Information Technology. MIS Quarterly*, 13(3), 319-340.
- Davis, F. D., Bagozzi, Davis, F. D., Bagozzi, Davis, F. D., Bagozzi, (1989). User Acceptance of Computer Technology: A Comparison of Two Theoretical Models.*Management Science*, 35(8) 982-1003.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations (5th ed.)*. New York: Free Press.
- Swanson, E.B. (1982). Measuring user attitudes in MIS research: A review. *Omega International Journal of Management Science*, 10(2), 157-165.