รายงานความก้าวหน้าฉบับที่ 2

โครงการ ความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม และการพัฒนาสื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชน เรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ตามภารกิจกรมการแพทย์

ส่วนที่ 2

รายงานผลการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)
และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

กันยายน 2566

รายงานการวิจัย

ความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม และการพัฒนาสื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชน เรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ตามภารกิจกรมการแพทย์

โดย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิลักษณ์ หวังสันติธรรม

รองศาสตราจารย์ ดร. พนม คลี่ฉายา

ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้รับการสนับสนุนจาก

กองทุนวิจัยและพัฒนากิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม

เพื่อประโยชน์สาธารณะ

ประจำปี 2566

โครงการวิจัย	ความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม และการพัฒนาสื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชน เรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ตามภารกิจกรมการแพทย์
ชื่อผู้เขียน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิลักษณ์ หวังสันติธรรม รองศาสตราจารย์ ดร.พนม คลี่ฉายา
สาขา/คณะ/มหาวิทยาลัย	ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีงบประมาณ	2566
คำหลักสำคัญ	โทรเวชกรรม / โรคเฉพาะด้าน / ความรอบรู้ทางสุขภาพ /กรมการแพทย์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความรอบรู้ทางสุขภาพและอธิบายความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม (Telemedicine) ของประชาชน ในเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคมะเร็ง การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด อาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยใช้การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 1,000 คน จาก 8 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาครวมทั้งกรุงเทพมหานครและปริมณฑล การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยง รวม 29 คน นำผลการวิจัยมาพัฒนาสร้างสรรค์ผลิตและเผยแพร่ภาพยนตร์สั้นเชิงรณรงค์ สร้างความเข้าใจโทรเวชกรรมโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน จำนวน 4 เรื่อง

ผลการวิจัยเชิงสำรวจพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับโทรเวชกรรมในเรื่องการรับบริการจากโรงพยาบาลว่า มีประโยชน์มากโดยช่วยให้ไม่ต้องเสียเวลา ไม่เสียค่าใช้จ่ายการเดินทาง ช่วยให้ได้รับบริการทางการแพทย์ได้รวดเร็วขึ้น และสามารถขอคำปรึกษาจากแพทย์ พยาบาล ผ่านบริการโทรเวชกรรมได้ อีกทั้งเข้าใจว่าใช้งานได้ง่ายในระดับปานกลาง

กลุ่มตัวอย่างจำนวนเกินครึ่งหนึ่งเล็กน้อย (ร้อยละ 56.10) เคยใช้โทรเวชกรรม ใช้มาเป็นระยะเวลามากกว่า 8 เดือน โดยใช้จองคิวนัดหมายล่วงหน้ามากที่สุด รองลงมาคือ รับยาทางไปรษณีย์ และลงทะเบียนด้วยระบบยืนยันตัวตนผ่านโทรศัพท์มือถือ

ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนโดยรวมอยู่ระดับมาก โดยเป็นการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเกี่ยวกับโรคมารักษาและป้องกันตนเอง มีการรู้เท่าทันสื่อเรื่อง

โรค และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพและป้องกัน ในขณะที่การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร กับแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนอยู่ระดับปานกลาง

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกอธิบายความเข้าใจต่อโรคและโทรเวชกรรมเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนแต่ละโรคดังนี้

ด้านโรคหลอดเลือดสมอง มีความเข้าใจว่าก่อนจะเป็นโรคจะมีอาการนำ แต่ไม่ทราบว่าเป็นอาการนำสู่โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เสียโอกาสในการรักษา เมื่อล้มป่วยต้องมีคนดูแลช่วยเหลือทุกอย่างตลอดเวลา ทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้อาการดีขึ้น ต้องการกำลังใจทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความเห็นว่าโทรเวชกรรมสามารถใช้สนับสนุนการรักษาหลังวิกฤตได้ โดยใช้ในการนัดหมาย ติดตามอาการ กรณีป่วยฉุกเฉิน และการทำกายภาพบำบัด

ด้านโรคมะเร็ง มีความเข้าใจว่าเป็นโรคที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องยาวนาน มีทั้งโอกาสที่รักษาหายและไม่หาย การอดทนในการรักษาเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยต้องการกำลังใจและการดูแล บริการโทรเวชกรรมสามารถช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยได้ การดูแลที่ดีผ่านระบบโทรเวชกรรมจะเสริมให้ผู้ป่วยมีมุมมองเชิงบวกที่สามารถมีความสุขได้แม้จะเจ็บป่วยในระยะรุนแรง

ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด การเข้าสู่กระบวนการรักษาต้องเริ่มต้นจากการตัดสินใจเด็ดเดี่ยวของผู้ป่วย มักจะมีจุดพลิกผันสำคัญที่นำไปสู่การตัดสินใจรักษา คือ เหตุการณ์สะเทือนใจอย่างแรงซึ่งมักจะเป็นเหตุการณ์เกี่ยวกับการตระหนักถึงความรัก ความห่วงใย ความลำบาก ความทุกข์ใจ ของพ่อ แม่ ญาติที่เลี้ยงดูกัน การรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพร่างกายที่ทรุดโทรมเป็นโรคหลายโรค ชีวิตตกต่ำไร้ค่า จากที่เคยมีชีวิตที่ดี ทั้งนี้จุดพลิกผันนี้อาจจะไม่ได้เกิดขึ้นกับทุกคนและไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อไร ผู้ป่วยมีความรู้สึกอับอายคนรอบตัวที่ทราบว่าเขาเข้ารับการบำบัด ผู้ป่วยต้องการการยอมรับจากคนในครอบครัว ญาติ ห่วงใย ไม่ทอดทิ้ง สิ่งเหล่านี้จะช่วยหนุนให้การบำบัดรักษาได้ผลดี และเมื่อผู้ป่วยรักษาจนสามารถกลับคืนสู่ชุมชนได้แล้ว ผู้ป่วยต้องการการฟื้นฟูด้านสังคม อาชีพ การใช้ชีวิตแบบปกติ

ด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ทางร่างกาย ใช้การสังเกตอาการด้วยตนเองแล้วคาดเดาสาเหตุมาจากภูมิแพ้ทั่วไป ผู้ป่วยที่อาศัยในพื้นที่โรงงานหรือพื้นที่ที่มีการเผาพืชเกษตร จะคาดเดาว่ามาจากมลพิษในอากาศ มักจะรับประทานยาแก้แพ้แล้วอาการก็หายไป ยอมรับการมีอาการแพ้ว่าเป็นโรคภูมิแพ้ โดยไม่สืบหาสาเหตุที่แท้จริง ไม่ทราบในระยะยาวมลพิษจากสิ่งแวดล้อม อาจเป็นสาเหตุให้เกิดโรคร้ายแรงต่อเนื่องได้ ผู้ป่วยไม่ทราบว่ามีบริการโทรเวชกรรมที่นำมาใช้สนับสนุนการดูแลรักษาสุขภาพจากสาเหตุของสิ่งแวดล้อมและมลพิษ

Project Title	Understanding in Telemedicine Services to Develop Media literacy in Specific Disease according to Department of Medical Services' Mission
Author	Assistant Professor Suthiluck Vungsuntitum,Ph.D. Associate Professor Phnom Kleechaya,Ph.D.
Department/Faculty/University	Chula Unisearch, Chulalongkorn University
Project period	2023
Keyword	telemed / disease / health literacy / DMS

Abstract

The purpose of this research is to explore health literacy and explain the understanding of medical telemedicine services (Telemedicine) of the people in specific disease according to Department of Medical Services' mission, such as stroke, cancer, treatment and rehabilitation of drug addicts, occupational and environmental medicine. The mixed method is used by survey research, a total of 1,000 samples from 8 provinces in all regions, including Bangkok and its vicinity. In-depth interview: patient groups, caregivers and at-risk groups, totaling 29 people. The research results would be used to develop short films and distribute campaign to create understanding of telemedicine in 4 topics of specific complicated diseases.

Survey research found that the sample perceived about telemedicine in receiving services from the hospital that It is very useful by saving time, no travel expenses and helps to receive medical services faster. They are able to seek advice from doctors through the telemedicine service. They also understand that it is easy to use at a moderate level.

Slightly more than half of the sample (56.10%) used telemedicine. They have been used for more than 8 months. The most common use is booking appointments for treatment, followed by postal drug delivery and registration via mobile phone identity verification system.

Overall health literacy about complex, specific diseases is at a high level in taking advantage of information about the disease for self-treatment and prevention, media literacy and practice health care and prevention behaviors. However, accessing information, understanding of information and communicating with doctors and nurses about specific, complicated diseases is moderate.

The results of in-depth interviews explain people's understanding of diseases and telemedicine on specific complex diseases as follows:

People understand that there will be leading symptoms but they do not know that the symptoms will lead to stroke. This understanding results in lost treatment opportunities. They also understood that When a patient has a stroke, it is necessary to have someone to take care of everything all the time. In addition, patients need constant physiotherapy.

People understand that cancer is a disease that must be treated continuously and for a long time. There are opportunities to be cured and not cured. The patient must be patient with the treatment. Patients need encouragement and care. Telemedicine can help support patient care. Providing good care through the telemedicine system will enhance the patient's sense of encouragement. Creating a patient's positive view of the disease can help patients to be happy even in severe illness.

People understand that the starting point for a drug addict's entry into the treatment and rehabilitation process begins with the patient's determination. There are often turning points that lead to treatment decisions, including A very heartbreaking event, which is often an event about realizing the love, concern, hardship, suffering of parents or their relatives. It is also caused by the perception that one's physical health has deteriorated due to many diseases. Including self-awareness that Life went downhill from a good life. However, this turning point may not happen to everyone and it is impossible to predict. Patients feel embarrassed by those around them. They need acceptance from family members, relatives, caring, not abandoning. These acceptances will support the successful treatment process. When the patient has been cured until he was able to return to the community. The patient needs social rehabilitation, occupation and back to normal life.

According to the people's understanding of environmental medicine, the interview results indicated that patients who have with physical allergies as a result of air pollution, will observe the symptoms and understand that they are caused by allergies. However, patients living in the area where the plant is located or areas where farmers burn agricultural crops, would guess it was from air pollution. Patients often treat allergies by taking antihistamines. He admitted having an allergic reaction to an allergy without investigating the root cause. He does not know that in the long term, environmental pollution could cause serious disease. Patients are unaware of the telemedicine services being used to support health care from environmental and pollution causes.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(3)
กิตติกรรมประกาศ	
สารบัญตาราง	(9)
สารบัญภาพ	(11)
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความสำคัญ และที่มาของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	7
1.3 นิยามศัพท์	8
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	14
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
2.1 การขับเคลื่อนระบบสุขภาพด้วยเทคโนโลยีและโทรเวชกรรม	8
2.1.1 ความเข้าใจโทรเวชกรรมของผู้รับบริการ	13
2.2 ความรอบรู้ทางสุขภาพ	17
2.3 ภารกิจกรมการแพทย์เรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน	18
2.4 การสื่อสารสุขภาพเชิงรณรงค์	21
2.5 กลยุทธ์การใช้สื่อเผยแพร่ภาพยนตร์เชิงรณรงค์	22

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 การวิจัยคุณภาพ 26
3.1.1 รายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ 27
3.1.2 ประเด็นการสัมภาษณ์ 30
3.2 การวิจัยเชิงสำรวจ 32
3.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 33
3.2.2 วิธีการสุ่มตัวอย่าง 33
3.2.3 เครื่องมือเก็บข้อมูล 34
3.2.4 เครื่องมือวิจัยและการวัดตัวแปร 34
3.2.5 การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 37
3.3 วิธีการพิทักษ์สิทธิ์ และการจัดการกับความเสี่ยง 38
3.4 การตรวจสอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 39
3.5 สถิติที่ใช้ในการวิจัย 39
3.6 การรายงานผลการวิจัย 39

บทที่ 4 ผลสำรวจความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม และความรอบรู้ทางสุขภาพ
เรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน

4.1 ผลการวิเคราะห์สถานภาพส่วนบุคคล 41
4.2 ผลการวิเคราะห์ความเข้าใจเกี่ยวกับโทรเวชกรรม 49
4.3 ผลการวิเคราะห์ประสบการณ์การใช้โทรเวชกรรม 60
4.4 ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน 65

บทที่ 5 ความเข้าใจโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนและบริการโทรเวชกรรม (Telemedicine)

5.1 ความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและบริการโทรเวชกรรมกรมการแพทย์ 75
5.5.1 ความเข้าใจโรคหลอดเลือดสมอง 79
5.1.2 การรับรู้ การใช้งาน และมุมมองต่อโทรเวรกรรมในโรคหลอดเลือดสมอง 81
5.1.3 ความต้องการบริการโทรเวชกรรม 85

5.1.4 ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์ที่สามารถนำไปพัฒนาสร้างสรรค์ภาพยนตร์ 87
5.2 ความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งและบริการโทรเวชกรรมกรมการแพทย์ 88
5.2.1 ความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็ง 91
5.2.2 การรับรู้ ความเข้าใจโทรเวชกรรมในเรื่องการรักษาโรคมะเร็ง 94
5.2.3 ความต้องการบริการโทรเวชกรรมในการรักษาโรคมะเร็ง 96
5.2.4 สิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งคือ “กำลังใจ” 97
และ “มุมมองแบบพลังบวก”
5.2.5 ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์ที่สามารถนำไปพัฒนาสร้างสรรค์ภาพยนตร์ 98
5.3 ความเข้าใจเรื่องการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด 98
และบริการโทรเวชกรรมกรมการแพทย์
5.3.1 ความเข้าใจเรื่องการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด 103
5.3.2 ความเข้าใจโทรเวชกรรมในการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด 107
5.3.3 ความต้องการโทรเวชกรรมเรื่องการบำบัดรักษฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด 111
5.3.4 ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์ที่สามารถนำไปพัฒนาสร้างสรรค์ภาพยนตร์ 112
5.4 ความเข้าใจเรื่องอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม 113
และบริการโทรเวชกรรมกรมการแพทย์
5.4.1 ความเข้าใจเรื่องโรคจากสิ่งแวดล้อมและมลพิษ 116
5.4.2 การรับรู้และความเข้าใจโทรเวชกรรมเรื่องโรคจากสิ่งแวดล้อม 118
5.4.3 ความต้องการโทรเวชกรรมเรื่องโรงจากสิ่งแวดล้อม 120
5.4.4 ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์ที่สามารถนำไปพัฒนาสร้างสรรค์ภาพยนตร์ 121

บทที่ 6 บทสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

6.1 บทสรุป 124
6.2 อภิปรายผล 137
6.3 ข้อเสนอแนะเชิงการประยุกต์ใช้ 141
6.4 ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคต 142

รายการอ้างอิง 143

ภาคผนวก 148

ก. แบบสอบถาม

สารบัญตาราง

ตารางที่ หน้า

3.1 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพื้นที่เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย 34

4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจังหวัด/ภูมิลำเนา 41

4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และ รายได้ปัจจุบันต่อเดือน 42

4.3 จำนวนและร้อยละ จแนกตามอุปกรณ์เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตที่กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าของ 45

4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามช่องทางติดต่อสื่อสารกับโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย 46

4.5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคล่องตัวในการใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง 47

4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรู้จักลักษณะของบริการโทรเวชกรรม 49

4.7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง การรู้จักลักษณะของบริการโทรเวชกรรม จำแนกตามช่วงอายุ 51

4.8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้ประโยชน์จากการใช้งานบริการโทรเวชกรรมของกลุ่มตัวอย่าง 54

4.9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้ความง่ายในการใช้งานบริการโทรเวชกรรมของกลุ่มตัวอย่าง 57

4.10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง ตามการรับรู้ประโยชน์และการใช้งานง่าย จำแนกตามช่วงอายุ 59

4.11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์ในการเคยใช้งานโทรเวชกรรม 60

4.12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่เคยใช้บริการโทรเวชกรรม จำแนกตามช่วงอายุ 61

4.13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการใช้โทรเวชกรรม 62

4.14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาในการใช้บริการโทรเวชกรรม 63

4.15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรูปแบบการใช้บริการ

โทรเวชกรรม 64
4.16 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ทางสุขภาพ เกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน 65
4.17 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง ตามความรอบรู้ทางสุขภาพ เกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน จำแนกตามช่วงอายุ 71

สารบัญภาพ

ภาพที่ หน้า

2.1 แบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี 16

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญ และที่มาของปัญหา

สถานการณ์สุขภาพของคนไทยที่สะท้อนจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2559 ถึงปี พ.ศ. 2560 ซึ่งได้รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิด้านสุขภาพจากหน่วยงานภายใน และภายนอกกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพของคนไทยนั้น มาจาก การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อย่างรวดเร็ว ซึ่งการลดภาวะเจริญพันธุ์ การเกิดลดน้อยลง อายุคนไทยเฉลี่ยยืนยาวขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของภาระโรคเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นอกจากนี้แนวโน้ม ผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ตามลำพัง เจ็บป่วย ด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น (กรมการแพทย์, ม.ป.ป., น. 33-35) นอกจากนี้ การเสียชีวิตจากโรคมะเร็งในกลุ่มอายุระหว่าง 30-69 ปี มีจำนวนใกล้เคียงกับการเสียชีวิต จากโรคหัวใจและหลอด เลือดโดยในปี พ.ศ. 2554 และมีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 19.01 ในปี 2557 เมื่อเทียบกับปี 2553 (กรมควบคุมโรค, 2559, น. 12-14) นอกจากนี้ยังมีปัญหาสุขภาพที่มีสาเหตุมาจากยาเสพติดที่มีผลต่อผู้เสพ ทำให้สุขภาพร่างกาย เสื่อมโทรม จากผลการสำรวจครัวเรือนระดับประเทศเพื่อคาดประมาณจำนวนผู้ที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด 2562 พบว่า ประชากรไทยเคย ใช้สารเสพติดทั้งสิ้น 3.75 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 7.46 กลุ่มที่ใช้ยาเสพติดเป็นครั้งคราว ในรอบปี ที่ผ่านมา ซึ่งมีอยู่ถึง 1.97 ล้านคน (อัตราความชุกมาก 2.5 ต่อ 1,000 ประชากร) กลุ่มที่เป็นเป้าหมาย สำหรับการบำบัดรักษาคือกลุ่มที่ใช้ยาเสพติดในรอบเดือนที่ผ่านมาก่อนการสำรวจ ซึ่งมีอยู่ 1.32 ล้านคน (พูนรัตน์ ลียติกุล, มานพ คณะโต, และ รังสิยา วงศ์อุปปา, 2563) จากตัวเลขสถิติดังกล่าวนี้สะท้อนให้เห็นว่า มีผู้เสพติดที่มีแนวโน้มสูงขึ้น มีข้อค้นพบที่บ่งชี้ให้เห็นว่า ผู้ที่ติดยาและเข้าบำบัด ใช้สารเสพติดโดยมีระบบการแพทย์ เพื่อการบำบัดรักษาสำหรับผู้เสพยาเสพติดทั้งรูปแบบ การบำบัดรักษาระบบสมัครใจ ใช้โปรแกรมมาตรฐาน การบำบัดรักษาฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก (จิตสังคมบำบัด) (พรรณณี วาทิสุนทร, และ กฤติกา เฉิดโฉม, 2552) จะเห็นได้ว่า โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด การติดยาเสพติด ซึ่งทางการแพทย์จัดเป็นกลุ่มเป็นโรคเฉพาะด้านที่ ยุ่งยากซับซ้อน (Complicated Disease) ที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต และศักยภาพ ของทรัพยากรมนุษย์ รวมทั้งเศรษฐกิจและสังคมอย่างต่อเนื่องและรุนแรงมากขึ้น จากสภาพปัญหา ที่ชี้ให้เห็นข้างต้นนี้ เป็นสิ่งสำคัญในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย ที่กำหนดเป้าหมาย หลักใน ลดปัญหาโรควิถีชีวิตที่

สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โดยมุ่ง ลดการเกิดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการพิการ ลดการตาย และลดภาระค่าใช้จ่ายด้วย การเพิ่มวิถีชีวิตด้านการบริโภคที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เพียงพอ และการจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามในสภาพ การดำเนินชีวิตและบริโภคของประชาชนคนไทยยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นปัจจัยหลัก รวมทั้งการสูบบุหรี่ การบริโภคแอลกอฮอล์ ซึ่งต้องทำการบัดบัดฟื้นฟูต่อคนกลุ่มนี้ และยังมีปัจจัยเสี่ยง คือ การบริโภคอาหารผักและ ผลไม้ไม่เพียงพอ บริโภคไขมันและโซเดียม เกิน ภาวะอ้วน และการเคลื่อนไหวออกกำลังกายไม่เพียงพอ ประกอบกับโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่อายุขัยที่ยืนยาวขึ้น พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพที่ดีนำไปสู่การเกิดโรคต่าง ๆ จะก่อให้เกิดภาวะ โรคของประชากรยาวนานมากขึ้น เมื่อมีอายุมากขึ้นและใช้ชีวิตด้วยพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เพื่อป้องกันมิให้ต้องมีภาระในการดูแลผู้ป่วย จำเป็นต้องมีมาตรการเชิงรุกในการลดการเกิด โรคลดภาวะแทรกซ้อน ลดการพิการ ซึ่งแนวทางหนึ่งที่จะนำมาใช้เป็นยุทธศาสตร์สำคัญคือ การเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชน โดยเฉพาะในเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน กรมการแพทย์เป็นส่วนงานสำคัญที่มี ภารกิจทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ด้วยการการพัฒนาวิชาการด้านการบำบัดรักษาและ ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยมีการศึกษา วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทาง การแพทย์ที่เหมาะสม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานแก่บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางที่มีคุณภาพให้บริการทางการแพทย์เฉพาะด้านหรือในระดับตติยภูมิที่ยุ่งยากซับซ้อนอย่างได้มาตรฐาน ประกอบกับนโยบายภาครัฐในเรื่องการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการให้บริการเรื่องสุขภาพ ซึ่งกำหนดไว้ว่าจะต้องจัดบริการให้ครอบคลุมโดยที่ประชาชนมีส่วนร่วม และใช้เทคโนโลยีให้เหมาะสม อีกทั้งส่งเสริมให้ประชาชน เข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการจากภาครัฐ (ชลธิชา แก้วอนุชิต, ขวัญศิริ ทองพูน, และอัมมาดา ไชยกาญจน์, 2558, น. 33) กระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันการขับเคลื่อนระบบสุขภาพด้วยเทคโนโลยี และได้กำหนด ยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพระหว่างปี 2560 – 2569 หรือ “eHealth Strategy” ที่กำหนดให้มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลและบริการเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่เชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั่วถึง เป็นธรรมและปลอดภัย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้สะดวก รวดเร็วยิ่งขึ้น ช่วยให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพของตัวเอง สำหรับกรมการแพทย์ที่มีภารกิจสำคัญในการดูแลโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน มียุทธศาสตร์การให้บริการโทรเวชกรรม (Telemedicine) รวมทั้งระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (Mobile Health: mHealth) ในภารกิจโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ที่จะช่วยประชาชนในการจัดการสุขภาพ ของตัวเอง ด้วยการให้ข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้ ประชาชนสามารถเข้าถึงคำแนะนำและข้อมูลสุขภาพได้สิ่งสำคัญ ที่กรมการแพทย์ตระหนักในการดำเนินยุทธศาสตร์

ดังกล่าวมานี้คือ ความแตกต่างกันด้านสุขภาพในเชิงความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคล สิ่งที่มีส่วนให้ความแตกต่างนี้เกิดขึ้นคือ ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) และความรอบรู้ทางเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการเข้าถึงเข้าใจ และ ความสามารถในตนเองในการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ซึ่งมีผลเชื่อมโยงไปสู่ความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะในเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนซึ่งจำ เป็นต้องมีความรอบรู้ทางสุขภาพ “ความรอบรู้ทางสุขภาพ” เป็นระดับความสามารถที่ประชาชนในทุกกลุ่มทุกช่วงอายุใช้ทักษะทางด้าน การคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและประเมินข้อมูล ข่าวสารทาง สุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข สื่อต่าง ๆ และได้เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้ เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเองตามความเหมาะสม และจัดการสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2560; ชินตา เตชะวิจิตรจารุ, 2561) ความรอบรู้ทางสุขภาพได้รับการบรรจุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ของ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ (2560, น. 92) ในยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้าง ศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ที่เน้นการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี โดยระบุว่าการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยพัฒนาองค์ความรู้และการสื่อสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ให้แก่ประชาชน พร้อมทั้งเฝ้าระวังและจัดการกับ ความรู้ทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จนเกิดเป็น “ทักษะทางปัญญาและสังคม” ที่เป็นการเพิ่มศักยภาพในการจัดการสุข ภาวะตนเองของประชาชน อาทิ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้มีความเหมาะสม และการมี กิจกรรมทางกายที่เพียงพอในการดำรงชีวิต กรมการแพทย์ในฐานะองค์กรการแพทย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจหลักในการพัฒนาวิชาการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ฝ่ายกาย และให้บริการ ทางการแพทย์ในโรคที่ยุ่งยากซับซ้อนด้วยการนำเทคโนโลยีโทรเวชกรรมมาใช้ ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนภารกิจนี้ ด้วยการสื่อสารรณรงค์สาธารณะเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพในเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยาก ซับซ้อนตามภารกิจของกรมการแพทย์ โดยเน้น โรคหลอดเลือดในสมอง โรคมะเร็ง การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด และอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม เพื่อลดการเกิดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการพิการ ลดการตาย สิ่งสำคัญในการสร้างความรอบรู้ในเรื่องโรคกลุ่มนี้จำเป็นจะต้องสร้างทักษะความสามารถให้กับกลุ่มประชาชนที่มี ความเสี่ยงโรคดังกล่าว ซึ่งจะต้องมีข้อมูลองค์ความรู้ เพื่อใช้จะเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือการสื่อสาร เพื่อให้ สอดรับกับแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข โครงการนี้มุ่งเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพในเรื่องโรคสำคัญตามพันธกิจของกรมการแพทย์ ในบริบททั้งการให้บริการด้วยระบบโทรเวชกรรมและการบริการของโรงพยาบาล ด้วยการพัฒนาองค์ความรู้และการสื่อสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ให้ แก่ประชาชน และสื่อสารเชิง รณรงค์เพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพในเรื่องดังกล่าวแก่ประชาชน มุ่งสร้าง

ทักษะทางปัญญาที่เป็นการเพิ่มศักยภาพ ในการจัดการสุขภาวะตนเองของประชาชนให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ ใช้ความรู้เกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยาก ซับซ้อน มาดูแลสุขภาพตนเองได้

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 เพื่อสำรวจและอธิบายความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม (Telemedicine) และระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (Mobile Health) ของประชาชนในเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคมะเร็ง การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด อาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม

1.2.2 เพื่อวัดระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคมะเร็ง การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด อาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม

1.3 นิยามศัพท์

บริการโทรเวชกรรม (Telemedicine) หมายถึง บริการทางการแพทย์ผ่านเทคโนโลยีทางไกล เป็นการส่งผ่านหรือการสื่อสารเนื้อหาทางการแพทย์แผนปัจจุบันโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทั้งจากสถานพยาบาลภาครัฐและ/หรือเอกชนจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง โดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อให้การปรึกษา คำแนะนำแก่ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือบุคคลอื่นใด เพื่อการดำเนินการทางการแพทย์ในกรอบแห่งความรู้ทางวิชาชีพเวชกรรม ตามภาวะ วิสัย และพฤติการณ์ที่เป็นอยู่ ทั้งนี้โดยความรับผิดชอบของผู้ส่งผ่านหรือการสื่อสารเนื้อหาทางการแพทย์นั้น ๆ (แพทยสภา, 2563)

งานวิจัยนี้หมายถึงเฉพาะโทรเวชกรรมของกรมการแพทย์และหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ได้แก่

1. ระบบปรึกษาทางไกลของแพทย์

เป็นระบบให้คำปรึกษาทางไกล (Tele Health) ระหว่างแพทย์โรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลเฉพาะทางสังกัดกรมการแพทย์ สนับสนุนการรักษาโรคของแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกล ได้เชื่อมต่อกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญส่วนกลางเพื่อขอคำปรึกษากำหนดการรักษา และเป็นช่องทางสำหรับคณะแพทย์ผู้รักษาโรคที่ยุ่งยากซับซ้อนได้ประชุมปรึกษาวางแผนการรักษาแก่ผู้ป่วย

2. ระบบบริการการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วย

เป็นระบบการให้บริการแก่ผู้ป่วยผ่านเทคโนโลยีทั้งส่วนของการรับบริการจากโรงพยาบาล และการรับบริการแพทย์ทางไกล ดังนี้

2.1.1 การรับบริการจากโรงพยาบาลผ่านโทรเวชกรรม เป็นการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริการของโรงพยาบาล ระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (Mobile Health) การให้ผู้ป่วยสามารถจองคิวนัดหมายล่วงหน้า ระบบนัดหมายร่วมกับแอปพลิเคชัน อาทิ ไลน์แอปพลิเคชันเฉพาะ เช่น “Cancer Anywhere” การลงทะเบียนด้วยระบบยืนยันตัวตนผ่านโทรศัพท์มือถือ การตรวจสอบสิทธิ์การรักษาผ่านตู้อัตโนมัติ (Kiosk) ที่โรงพยายบาล การนำทางภายในโรงพยาบาลผ่านโทรศัพท์มือถือ การใช้ยาโดยเภสัชกร การส่งยาทางไปรษณีย์ ระบบคัดกรองผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การลงนามให้ความยินยอมอิเล็กทรอนิกส์ (e-Consent) ก่อนการใช้งานและให้คำแนะนำการลงนามให้ความยินยอมเมื่อมาใช้บริการ

2.1.2 การรับบริการแพทย์ทางไกล เป็นการสร้างช่องทางให้ประชาชนในพื้นที่ทั้งส่วนกลางและห่างไกล ได้ปรึกษาแพทย์ผ่านเทคโนโลยีทางไกล เช่น การปรึกษาแพทย์ที่เป็นเจ้าของไข้ผ่านแอปพลิเคชันสนทนาส่วนตัว (Private Chat) ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (HIS) ให้บริการใน-นอกสถานที่ เชื่อมกับระบบหลัก ระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (Mobile Health) โดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล

โรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน หมายถึง อาการเจ็บป่วย โรคที่จำเป็นต้องใช้การวินิจฉัย และรักษาด้วยวิธีการเฉพาะทาง มีความยากในการรักษา ใช้วิธีการรักษาที่ยุ่งยากการวินิจฉัยและการรักษามีคามซับซ้อน ละเอียดอ่อน ตามภารกิจของกรมการแพทย์ ในงานวิจัยนี้ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด อาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม

ความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม (Telemedicine) หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้จดจำข้อมูล และเชื่อมโยงบริการโทรเวชกรรมของกรมการแพทย์ในภาพรวม ซึ่งรวมทั้งระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (Mobile Health) เข้ากับการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ในงานวิจัยนี้พิจารณาจาก การรู้จักลักษณะของบริการโทรเวชกรรม รับรู้ถึงประโยชน์จากการใช้งาน รับรู้ถึงความง่ายในการใช้งาน และทัศนคติต่อโทรเวชกรรม

ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน หมายถึง ความสามารถของบุคคลเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเรื่องสมอง โรคมะเร็ง การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด และ อาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูล วัดจากการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่นำเสนอข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ผ่านช่องทางที่หลากหลาย ทั้งช่องทางสื่อของกรมการแพทย์

สื่อของหน่วยงานสังดักกรมการแพทย์ สื่อมวลชน สื่อเฉพาะกิจ สื่อบุคคล สื่อท้องถิ่น และสื่ออินเทอร์เน็ต

ด้านที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค วัดจาดการจดจำข้อมูลความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน และวิเคราะห์เปรียบเทียระหว่างข้อมูลต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องในเรื่อง ลักษณะของโรค ปัจจัยเสี่ยง กลุ่มเสี่ยง พยาธิสภาพ อาการปรากฏ ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบชองโรค การดูแลควบคุมผู้ป่วย การฟื้นฟู และวิธีป้องกันหรือลดความเสี่ยง

ด้านที่ 3 การสื่อสารเกี่ยวกับเรื่องโรค หมายถึง การที่บุคคลสามารถตีความเนื้อหาสารที่เกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนได้ด้วยตนเอง โดยเฉพาะเนื้อหาที่มาจากบุคลากรทางการแพทย์ สามารถทำความเข้าใจศัพท์เทคนิคและตรรกะทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน

ด้านที่ 4 การใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการป้องกันและรักษาโรค วัดจากการใช้ประโยชน์จากข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ในการนำมาวางแผนในการป้องกันและการรักษาโรค ตนเองจากโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ได้แก่ การติดตามข่าวสารเกี่ยวกับโรคอย่างต่อเนื่อง การนำมาใช้วางแผนการปฏิบัติตน การนำมาใช้ตัดสินใจเกี่ยวกับโรค การสนทนาแลกเปลี่ยนกับบุคคลอื่น

ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อเรื่องโรค วัดจากการวิเคราะห์ การประเมินความน่าเชื่อความถูกต้องของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน พฤติกรรมการตอบสนองต่อเนื้อหาเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนโดยไม่หลงเชื่อไปตามที่สื่อกำหนด หรือสิ่งเร้าจากการสื่อสารทางการตลาดที่เสนอขายสินค้าบริการซึ่งอาจสร้างความเสี่ยง

ด้านที่ 6 การแสดงพฤติกรรมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและป้องกันโรค วัดจากพฤติกรรมในการควบคุม และป้องกัน หรือลดความเสี่ยงจากโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ทั้งในแง่ของการดูแลตนเองและผู้อื่น ได้แก่ การปรับพฤติกรรม การลดพฤติกรรมเสี่ยง การปฏิบัติตามข้อปฏิบัติและคำแนะนำมางการแพทย์

ภาพยนตร์สั้นและเผยแพร่เชิงรณรงค์ หมายถึง ภาพยนตร์ที่มีความยาวประมาณ 3 นาที ที่นำเสนอสาระเรื่องราวเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน 4 เรื่อง ดังนี้

เรื่องที่ 1 ภาพยนตร์เพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมอง

เรื่องที่ 2 ภาพยนตร์เพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็ง

เรื่องที่ 3 ภาพยนตร์เพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

เรื่องที่ 4 ภาพยนตร์เพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

การวิจัยนี้ก่อให้เกิดประโยชน์โดยตรงต่อกลุ่มประชาชนตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป หน่วยงานรัฐ สถานพยาบาล สถาบันทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่บริการทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และ หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสาธารณสุข ดังนี้

1.4.1 องค์ความรู้อธิบายความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม (Telemedicine) ระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่าน อุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (Mobile Health) และความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนของ ประชาชน ช่วยขยายขอบเขตความรู้เพื่อนำไปวางยุทธศาสตร์การสื่อสารสุขภาพภาครัฐต่อไปได้

1.4.2 กรมการแพทย์สามารถนำผลการวิจัยไปกำหนดยุทธศาสตร์ “e-Health” เพื่อสร้างความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม (Telemedicine) ระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (Mobile Health) และความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนของประชาชน เสริมสร้างการสื่อสารสุขภาพภาครัฐ

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การดำเนินโครงการให้ความสำคัญกับพื้นฐานองค์ความรู้เป็นกรอบแนวคิด โดยนำองค์ความรู้สำคัญเกี่ยว กับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพด้วยเทคโนโลยีและโทรเวชกรรม ความรอบรู้ทางสุขภาพ ภารกิจกรมการแพทย์เรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน (Complicated Disease) มาเป็นกรอบแนวคิดการดำเนินงาน ดังนี้

2.1 การขับเคลื่อนระบบสุขภาพด้วยเทคโนโลยีและโทรเวชกรรม

กระทรวงสาธารณสุขริเริ่มโครงการแพทย์ทางไกลผ่านดาวเทียมในปี 2537 โดยมีรูปแบบการให้บริการ ประกอบด้วย การประชุมวิชาการและการเรียนการสอนทางไกล การปรึกษาการแพทย์ทางไกล และการเชื่อมโยงเครือขายอินเทอรเน็ตและโทรศัพทภายใน โดยมีศูนยกลางของการให้บริการอยู่ที่สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข และมีโรงพยาบาลของภาครัฐเข้ารวมโครงการทั้งสิ้น 19 แหง เริ่มโครงการด้วยการติดตั้งระบบและอุปกรณ์และเริ่มใช้งานในช่วงปี 2541-2546 โดยการใช้งานที่มีการใช้มากคือรูปแบบการปรึกษาแพทย์ชนิดผานเครือขายอินเทอรเน็ตแบบสโตร์และฟอร์เวิด (Store and Forward) ที่เหมาะสมกับกรณีที่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ส่วนการใช้งานปรึกษาทางการแพทย ทางไกลชนิดผานระบบประชุมทางไกลแบบเรียลไทม์ (Real Time) ยังมีการใช้ไม่มากนัก แนวทางหลักของบริการโทรเวชกรรมในระยะเริ่มต้นของกระทรวงสาธารณสุข เน้นบริการโทรเวชกรรมสามารถช วยแก ปญหาเรื่องปญหาบุคลากรทางการแพทยที่มีไมเพียงพอ และส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการที่ดีขึ้นทั้งที่อยู่ในพื้นที่หางไกลและที่อยู่ในเขตชุมชนเมือง อย่างไรก็ตาม การให้บริการโทรเวชกรรมในระยะริเริ่มนี้เป็นช่วงที่เทคโนโลยียังมีค่าใช้จ่ายสูง ประกอบกับการใช้งานของระบบการบริการยังน้อย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บริการโทรเวชกรรมอาจจะมีความคุมค่าน้อยในเชิงการลงทุนและสะดุดลง (ชญานิศวร กุลรัตนมณีพร, 2551)

จุดเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของบริการโทรเวชกรรมเริ่มขึ้นอีกครั้ง เมื่อกระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันการขับเคลื่อนระบบสุขภาพด้วยเทคโนโลยี และได้กำหนดยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพระหว่างปี 2560 – 2569 หรือ “eHealth Strategy” ที่กำหนดให้มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลและบริการเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่เชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพและ

ประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั่วถึง เป็นธรรมและปลอดภัย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้สะดวก รวดเร็วยิ่งขึ้น ช่วยให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพของตัวเอง ยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (eHealth) จะช่วยประชาชนในการจัดการสุขภาพของเขาเอง โดยการให้ข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้และช่วยในการสื่อสารกับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ ประชาชนสามารถเข้าถึงคำแนะนำและข้อมูลสุขภาพ (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2560) อย่างไรก็ตามการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง ต้องคำนึงถึงความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลด้านสุขภาพซึ่งเป็นความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุขในบริบทของสังคมดิจิทัล สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร (2559) ชี้ให้เห็นว่าการให้บริการของภาครัฐที่ได้รับการเปลี่ยนแปลงด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล ต้องมีเป้าหมายการสร้างโอกาสทางสังคมอย่างเท่าเทียม เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลและสื่อดิจิทัลอย่างเท่าเทียม

การพัฒนาระบบการรักษาทางไกลหรือระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) เป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่นำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ภายใต้ยุทธศาสตร์ “e-Health” ของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่การให้บริการผ่านระบบออนไลน์ครบวงจร นับตั้งแต่การนัดหมาย การตรวจรักษา การให้คำปรึกษา การรักษาทางไกล มุ่งกระจายความช่วยเหลือจากภาครัฐไปยังภาคส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะกลุ่มคนที่มีรายได้น้อย ด้อยโอกาสและเข้าถึงการบริการภาครัฐได้ยากลำบาก แผนยุทธศาสตร์ของกรมทางการแพทย์ จึงได้กำหนดเป้าหมายการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข คือ “ประชาชนทุกภาคส่วนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมในการวางระบบในการดูแลสุขภาพ ได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ภายใต้ระบบสาธารณสุขที่เป็นเอกภาพและการอภิบาลระบบที่ดี” (กรมการแพทย์, 2562, น.7) ปัจจุบันสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนได้ประยุกต์เทคโนโลยีมาให้บริการโทรเวชกรรมสำหรับผู้รับบริการของตนเอง แพทยสภาได้กำหนดแนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (Telemedicine) และคลินิกออนไลน์โทรเวชกรรม ไว้ว่า *“เป็นการส่งผ่านหรือการสื่อสารเนื้อหาทางการแพทย์แผนปัจจุบันโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทั้งจากสถานพยาบาลภาครัฐและ/หรือเอกชนจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง โดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อให้การปรึกษา คำแนะนำ แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือบุคคลอื่นใด เพื่อการดำเนินการทางการแพทย์ในกรอบแห่งความรู้ทางวิชาชีพเวชกรรม ตามภาวะ วิสัย และพฤติการณ์ที่เป็นอยู่ ทั้งนี้โดยความรับผิดชอบของผู้ส่งผ่านหรือการสื่อสารเนื้อหาทางการแพทย์นั้น ๆ”* (แพทยสภา, 2563) กรมการแพทย์ในฐานะแหล่งอ้างอิงทางวิชาการด้านระบบการให้บริการทางการแพทย์ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการแพทย์

ที่ทันสมัย (Smart Medical Service) ที่เน้นการพัฒนาสถานพยาบาลให้ทันสมัยด้วยเทคโนโลยี (Smart Hospital) และสามารถให้บริการโทรเวชกรรมได้อย่างเต็มที่ ที่สำคัญคือสืบเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้กระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนบริการทางการแพทย์ตามวิถีชีวิตใหม่ที่จำเป็นต้องเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล กรมการแพทย์ได้มีแนวทางปรับเปลี่ยนการริการทางการแพทย์จากระบบการให้บริการโดยสถานพยาบาลเป็นฐาน (Hospital Based Medical Service) ไปสู่การให้บริการโดยผู้รับบริการเป็นฐาน (Personal Based Medical Service) ดังนั้นบริการโทรเวชกรรมจึงมีบทบาทสำคัญ และจำเป็นต้องมีการออกแบบระบบการแพทย์ที่ประยุกต์เทคโนโลยีมาใช้อย่างเหมาะสม บนพื้นฐานความสามารถในการเข้าถึง ความเข้าใจ และสามารถใช้บริการการรักษาโรค การฟื้นฟูหลังการรักษา และการดูแลรักษาสุขภาพเพื่อสุขภาวะที่ดี โดยเฉพาะโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ตามภารกิจกรมการแพทย์

การพัฒนาโทรเวชกรรมของกรมการแพทย์มีการวางแผนการดำเนินงาน ดังนี้ (ภัทรวินท์ อัตตะสาระ, 2564)

ระยะที่ 1 การให้บริการที่ง่ายและสะดวกแก่ผู้ใช้บริการ ณ สถานพยาบาล (NCI Easy)

กรมการแพทย์เริ่มต้นด้วยการนำเทคโนโลยีมาเสริมการบริการ ให้ผู้ใช้บริการสามารถใช้บริการในสถานพยายาลได้ง่ายขึ้น เริ่มต้นในปี 2561 ได้แก่ การจัดให้ผู้ป่วยสามารถจองคิวนัดหมายล่วงหน้า การลงทะเบียนด้วยระบบยืนยันตัวตน การตรวจสอบสิทธิ์การรักษาผ่านตู้อัตโนมัติ (Kiosk) และการนำทางภายในโรงพยาบาลผ่านโทรศัพท์มือถือ

ระยะที่ 2 ระบบปรึกษาทางไกล (Tele Health)

ปี 2562 กรมการแพทย์ได้พัฒนาระบบให้คาปรึกษาทางไกล (Tele Health) ระหว่างโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลเฉพาะทางสังกัดกรมการแพทย์ รวม 35 แห่ง มีการพัฒนาระบบปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence; AI) เพื่อใช้ในการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ใช้วินิจฉัยโรคผิวหนัง เป็นต้น

การดำเนินงานในระยะนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อโอกาสการเข้าถึงบริการการแพทย์ในโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคที่วินิจฉัยด้วยปัญญาประดิษฐ์ AI โรคตา และโรคผิวหนัง กำหนดการดำเนินงานสำคัญเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ ได้แก่ สร้างช่องทางให้ประชาชนในพื้นที่ปรึกษาทีมหมอครอบครัว ผ่านแอปพลิเคชันสนทนาส่วนตัว (Private Chat) สร้างระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (HIS) ให้บริการใน-นอกสถานที่ เชื่อมกับระบบหลักรับปรึกษาส่งต่อที่ขาดแคลนแพทย์ โรคตา โรคผิวหนัง และหัวใจ นำภาพทางการแพทย์มาพัฒนาปัญญาประดิษฐ์ (AI) โรคตา และโรคผิวหนังของกระทรวงสาธารณสุข มีสถานพยาบาลนำร่องที่เข้าร่วมโครงการในระยะนี้รวม 12 แห่ง กระจายตามภูมิภาคต่าง ๆ

ระยะที่ 3 ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Tele Medicine VDO Call)

ปี 2563 ในช่วงเริ่มต้นของการแพร่ระบาดโควิด กรมการแพทย์โดยสถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันโรคผิวหนัง ได้มีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ทางไกล เพื่อให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ลดความแออัดในสถานพยาบาล ระบบสามารถตรวจสอบการส่งยาทางไปรษณีย์และมีระบบจ่ายค่าบริการผ่านธนาคาร

ในสถานการณ์การระบาดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้พัฒนาระบบโดยเชื่อมโยงระยะที่ 1 ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 เข้าด้วยกันและปรับขั้นตอนให้สอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบต่าง ๆ เป็นระบบโทรเวชกรรมที่ให้บริการที่ง่ายและสะดวกแก่ผู้ใช้บริการ ณ สถานพยาบาล มีระบบปรึกษาทางไกล และระบบบริการการแพทย์ทางไกล มีระบบยืนยันตัวบุคคล และการลงนามให้ความยินยอมอิเล็กทรอนิกส์ (e-Consent) ก่อนการใช้งานพร้อมแนะนาให้ลงนามให้ความยินยอมเมื่อมาใช้บริการ มีระบบบันทึกภาพและเสียง (VDO) ระหว่างให้บริการ ตามมาตรฐานขอแพทยสภา มีการพัฒนาระบบให้คำแนะนำการใช้ยาโดยเภสัชกร (Telepharmacy) และส่งยาทางไปรษณีย์ มีระบบคัดกรองผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผ่านระบบโทรเวชกรรม ให้คาแนะนำกลุ่มที่ควรพบแพทย์ผ่านแอปพลิเคชันสนทนา คืน Personal Health Record (PHR) ได้ แลกเปลี่ยนฐานข้อมูลผู้ป่วยกับโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครได้ นอกจากนี้ยังเริ่มใช้ในสถานพยาบาลของกรมการแพทย์ เช่น สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นต้น

ระยะที่ 4 การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ

ในปี 2564 เริ่มระบบเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพระหว่างกรมการแพทย์และกรุงเทพมหานคร มีการพัฒนาต่อยอดระบบการส่งต่อผู้ป่วยทางอเล็กทรอนิกส์ (e-Referral) ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)กรุงเทพมหานคร จาก โรงพยาบาลราชวิถี และ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ไปสู่โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล (5แห่ง) สานักการแพทย์ (11 แห่ง) และศูนย์บริการสาธารณสุข (69แห่ง)

สร้างความปลอดภัยให้ผู้ป่วยที่มารับบริการต่างโรงพยาบาล และช่วยการตัดสินใจของแพทย์เมื่อมีผู้ป่วยมารับบริการฉุกเฉิน นอกจากนี้มีการบูรณาการใบยินยอม และสร้างระบบตรวจสอบความยินยอมจากฐานข้อมูลกลาง ภายในเครือข่ายด้วย

มีการใช้โทรเวชกรรมในระบบการรักษาโรคมะเร็ง โดยอำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง ตามโครงการ “มะเร็ง รักษาทุกที่ที่พร้อม” ร่วมกับ สปสช. มีการพัฒนาระบบนัดหมายร่วมกับแอปพลิเคชันที่ “Cancer Anywhere”

นอกจากนี้ได้วางระบบเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วย (Personal Health Record) สำหรับการส่งต่อระหว่างสถานพยายาล (Referral Health Data) ทั้งในระดับสถานพยาบาลท้องถิ่น โรงพยาบาล

ศูนย์ โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร สามารถพัฒนาเป็นระบบดูแลสุขภาพโดยแพทย์ครอบครัว (Family Doctor) ได้ในอนาคต

การพัฒนาบริการโทรเวชกรรมของกรมการแพทย์ที่ดำเนินการอีกส่วนหนึ่ง คือ การพัฒนาเทคโนโลยีและจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการให้บริการโทรเวชกรรม เช่น การจัดเตรียมห้องตรวจและห้องรับ สำหรับการปรึกษาแพทย์ทางไกล (Tele Consult) ระบบการเชื่อมโยงผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) และแพทย์
ผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่ด้วยแอปพลิเคชัน

จะเห็นได้ว่าบริการโทรเวชกรรมของกรมการแพทย์ ปรับเปลี่ยนการบริการทางการแพทย์จากระบบการให้บริการโดยสถานพยาบาลเป็นฐาน (Hospital Based Medical Service) มาสู่การให้บริการโดยผู้รับบริการเป็นฐาน (Personal Based Medical Service) โดยปัจจุบันมีบริการโทรเวชกรรม 2 ส่วนสำคัญดังนี้

1. ระบบปรึกษาทางไกลของแพทย์

เป็นระบบให้คำปรึกษาทางไกล (Tele Health) ระหว่างแพทย์โรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลเฉพาะทางสังกัดกรมการแพทย์ สนับสนุนการรักษาโรคของแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกล ได้เชื่อมต่อกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญส่วนกลางเพื่อขอคำปรึกษากำหนดการรักษา และเป็นช่องทางสำหรับคณะแพทย์ผู้รักษาโรคที่ยุ่งยากซับซ้อนได้ประชุมปรึกษาวางแผนการรักษาแก่ผู้ป่วย

2. ระบบบริการการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วย

เป็นระบบการให้บริการแก่ผู้ป่วยผ่านเทคโนโลยีทั้งส่วนของการรับบริการจากโรงพยาบาล และการรับบริการแพทย์ทางไกล ดังนี้

2.1. การรับบริการจากโรงพยาบาลผ่านโทรเวชกรรม เป็นการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริการของโรงพยาบาล เช่น การให้ผู้ป่วยสามารถจองคิวนัดหมายล่วงหน้า การลงทะเบียนด้วยระบบยืนยันตัวตนผ่านโทรศัพท์มือถือ การใช้ยาโดยเภสัชกร (Telepharmacy) การส่งยาทางไปรษณีย์ ระบบคัดกรองผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การลงนามให้ความยินยอมอิเล็กทรอนิกส์ (e-Consent) ก่อนการใช้งานและให้คำแนะนำการลงนามให้ความยินยอมเมื่อมาใช้บริการ

2.2 การรับบริการแพทย์ทางไกล เป็นการสร้างช่องทางให้ประชาชนในพื้นที่ทั้งส่วนกลางและห่างไกล ได้ปรึกษาแพทย์ผ่านเทคโนโลยีทางไกล เช่น การปรึกษาแพย์ที่เป็นเจ้าของไข้ผ่านแอปพลิเคชันสนทนาส่วนตัว (Private Chat) ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (HIS) ให้บริการใน-นอกสถานที่ เชื่อมกับระบบหลัก ระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (Mobile Health) โดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล

2.1.1 ความเข้าใจโทรเวชกรรมของผู้รับบริการ

โทรเวชกรรมเป็นพัฒนาการของการนำเทคโนโลยีมาเสริมการแพทย์ เป็นแนวทางการปฏิบัติทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นใหม่ Rogers (2003) ได้ชี้ให้เห็นว่า ความคิด (Idea) การปฏิบัติ (Practice) หรือวัตถุ (Object) ที่บุคคลหรือกลุ่มคนต่าง ๆ ในสังคมเห็นว่าเป็นสิ่งใหม่ ถือเป็นนวัตกรรม (Innovation) และสำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (2555) ได้อธิบายถึงนวัตกรรมว่าเป็น “สิ่งใหม่ที่เกิดจากการใช้ความรู้ และความคิดสร้างสรรค์ที่มีประโยชน์ต่อเศรษฐกิจและสังคม” ถือเป็นนวัตกรรมการ ดังนั้นโทรเวชกรรมจึงถือเป็น “นวัตกรรมทางการแพทย์”

Rogers (2003) อธิบายว่า นัวตกรรมเป็นสิ่งใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับและไม่ยอมรับของบุคคล การที่บุคคลจะยอมรับนวัตกรรมหรือไม่นั้น เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะของนวัตกรรม ดังนี้

1. ประโยชน์ในเชิงเปรียบเทียบ (Relative advantage) คือ การที่บุคคลรับรู้ได้ว่า นวัตกรรมที่กำลังจะเข้ามาแทนสิ่งที่มีอยู่เดิมนั้นมีประโยชน์กว่า ซึ่งประโยชน์ในเชิงเปรียบเทียบนี้นอกจากจะวัดได้ในรูปแบบของกำไรหรือขาดทุนทางด้านเศรษฐกิจแล้ว ยังวัดในรูปแบบของการสร้างสถานะทางสังคม ความสะดวกสบาย และความพอใจได้อีกด้วย ซึ่งหากบุคคลรับรู้ประโยชน์ในเชิงเปรียบเทียบของนวัตกรรมได้มากเท่าไร อัตราการยอมรับนวัตกรรมก็จะยิ่งมากขึ้นเท่านั้น

2. ความเข้ากันกับสิ่งที่มีอยู่เดิม (Compatibility) คือ ความสอดคล้อง ของนวัตกรรมกับค่านิยมประสบการณ์ในอดีตหรือความต้องการของผู้ที่มีแนวโน้มจะยอมรับนวัตกรรม (Potential adopter) ซึ่งหากนวัตกรรมใดเขากับค่านิยมหรือบรรทัดฐานของระบบสังคม ก็จะได้รับการยอมรับเร็วกว่านวัตกรรมที่ไม่เข้ากัน เนื่องจากในการยอมรับนวัตกรรมที่ไม่เข้ากันกับ สิ่งที่มีอยู่ในสังคมนั้นจะต้องมีการยอมรับระบบค่านิยมใหม่เสียก่อนจึงจะมีการยอมรับนวัตกรรมได้ ความซับซ้อน (Complexity) คือ การที่บุคคลรับรู้ถึงระดับของความยากง่ายในการทำความเข้าใจและใช้นวัตกรรมซึ่งหากนวัตกรรมใดซับซ้อนน้อยและพร้อมสำหรับการใช้งาน ก็จะได้รับการยอมรับเร็วกว่านวัตกรรมที่ซับซ้อนซึ่งต้องใช้เวลาในการยอมรับมากกว่า

3. การทดลองใช้ได้ (Trialability) คือ การที่บุคคลสามารถเข้าไปทดลองการทำงานพื้นฐานได้ ซึ่งหากนวัตกรรมใดเปิดโอกาสให้คนทดลองใช้ก็จะทำให้เกิดการยอมรับได้เร็วยิ่งขึ้น

ยิ่งบุคคลรับรู้ว่านวัตกรรมหนึ่ง ๆ มีประโยชน์จากการใช้งาน เข้ากันได้กับสิ่งที่มีอยู่เดิมสามารถสังเกตแดลองใช้ได้ รวมถึงมีความซับซ้อนน้อย ก็จะยิ่งทำให้เกิดการยอมรับนวัตกรรมเร็วขึ้น ในการยอมรับนวัตกรรมนั้น บุคคลจะต้องผ่านกระบวนการการยอมรับนวัตกรรมซึ่งจะมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

นอกจากนี้ Rogers (2003) อธิบายอีกว่ากระบวนการตัดสินใจยอมรับนวัตกรรมนั้นมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นความรู้ (Knowledge) ขั้นการโน้มน้าวใจ (Persuasion) ขั้นการตัดสินใจ (Decision) ขั้นการนำไปใช้ (Implementation) และขั้นการยืนยัน (Confirmation) ซึ่งจะเกิดขึ้นตามลำดับ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ขั้นความรู้ (Knowledge) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลได้มีโอกาสเปิดรับข้อมูลเกี่ยวกับการมีอยู่นวัตกรรม และได้รับความเข้าใจเกี่ยวกับการทำงานของนวัตกรรม ซึ่ง Rogers (2003) ได้แบ่งประเภทของความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมออกเป็น 3 แบบ กล่าวคือ การตระหนักถึงนวัตกรรม (Awareness – Knowledge) คือ การที่บุคคลมีความรู้ว่า มีนวัตกรรมนั้นมีอยู่ ซึ่งจะผลักดันให้บุคคลค้นหาความรู้เชิงขั้นตอน (How-to Knowledge) และความรู้เกี่ยวกับหลักการ (Principle Knowledge) ซึ่งความรู้เชิงขั้นตอน (How-to Knowledge) นั้นประกอบไปด้วยข้อมูลที่สำคัญต่อการใช้นวัตกรรม

2. ขั้นการโน้มน้าว (Persuasion) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลพัฒนาทัศนคติในทางบวกหรือลบต่อนวัตกรรมโดยจะเริ่มมีความเกี่ยวพันทางด้านจิตใจกับนวัตกรรม และ หาข้อมูลเกี่ยวกับนวัตกรรมอย่างกระตือรือร้น รวมถึงสร้าวแนวคิดหรือความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับนวัตกรรม รวมถึงอาจลองนำนวัตกรรมมาใช้กับชีวิตในปัจจุบันหรือในอนาคต (Vicarious trial) ก่อนจะตัดสินใจว่าจะยอมรับนวัตกรรมนั้น ๆ หรือไม่

3. ขั้นการตัดสินใจ (Decision) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลมรส่วนร่วมในกิจกรรมที่นำไปสู่ทางเลือกที่จะยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรม ซึ่งการยอมรับ หมายถึง การตัดสินใจที่จะนำนวัตกรรมไปใช้อย่างเต็มที่ในทุกวิถีทางในขณะนี้ การปฏิเสธ หมายถึง การตัดสินใจที่จะไม่รับนวัตกรรมมาใช้ (Rogers, 2003)

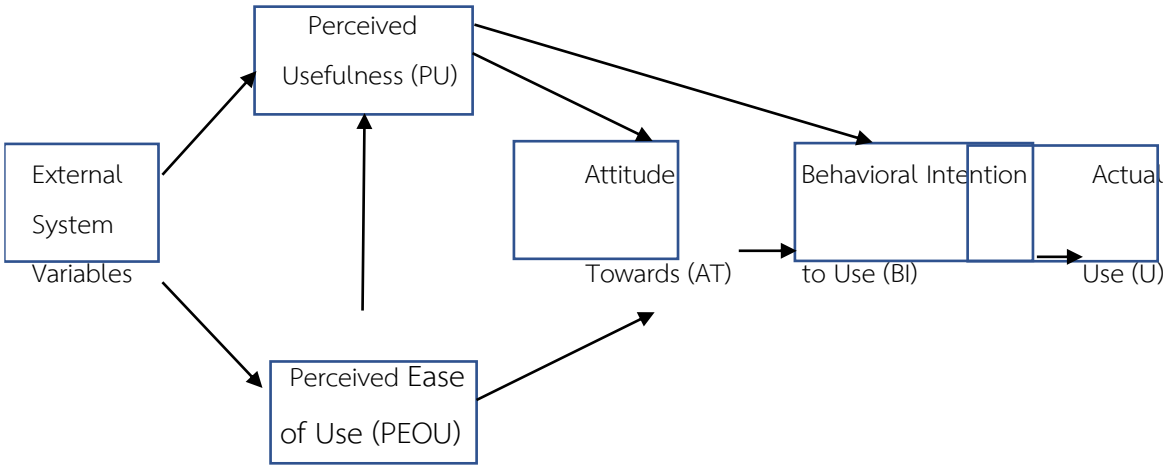
หนึ่งในวิธีที่จะใช้ลดความไม่แน่นอนจากผลลัพธ์ของการยอมรับนวัตกรรมมา คือ การเริ่มลองใช้นวัตกรรมเพื่อดูว่า นวัตกรรมมีประโยชน์ต่อตนเองหรือไม่

4. ขั้นการนำไปใช้ (Implementation) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลนำเอานวัตกรรมมาใช้จริง ซึ่งแตกต่างจากขั้นอื่น ๆ ในกระบวนการตัดสินใจนวัตกรรมที่ผ่าน ๆ มา เนื่องจากขั้นตอนนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่เห็นได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ดี ถึงแม้ว่าบุคคลจะตัดสินใจจะยอมรับนวัตกรรมไปก่อนหน้านี้ แต่ก็ยังคงมีความไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่คาดเดาไม่ได้ของการใช้นวัตกรรม เพื่อเมื่อมาถึงขั้นการนำไปใช้แล้ว บุคคลมักต้องการทราบเกี่ยวกับวิธีการใช้วิธีการทำงาน หรือปัญหาในการใช้งานนวัตกรรม ซึ่งคำถามเหล่านี้จะนำไปสู่การหาข้อมูลอย่างกระตือรือร้น

5. ขั้นการยืนยัน (Confirmation) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลหาข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจหรือเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมก่อนหน้านี้ เพื่อลดความคับข้องใจเมื่อได้รับสารที่ขัดแย้งกับการตัดสินใจของตน

สำหรับการยอมรับนวัตกรรมทางเทคโนโลยี Davis, Bagozzi, & Warahaw (1989) ได้เสนอแบบจำลองการยอมรับนวัตกรรมเทคโนโลยี 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) ซึ่งจะเป็นตัวตัดสินการยอมรับนวัตกรรม พื้นฐานของบุคคล (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 ซึ่งสามารถเห็นได้จากแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยีดังหน้าถัดไป

ภาพที่ 2.1 แสดงแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Adoption Model; TAM)



Note. From "User acceptance of computer Technology: a comparison of two theoretical model" by F. D. Davis, R. P. Bagozzi, & P. R. Warshaw, 1989, *Management Sciences, 35(8),* p. 998.

การศึกษาการยอมรับนวัตกรรมนั้นจะเริ่มจากการพิจารณาตัวแปรภายนอก (External variables) ซึ่งจะมีผลต่อลักษณะการรับรู้ของผู้บริโภค 2 ประเภท ได้แก่ 1) การรับรู้ประโยชน์จากการใช้งาน (Perceived usefulness ; PU) หมายถึง ระดับที่บุคคลเชื่อว่าการใช้เทคโนโลยีหนึ่ง ๆ จะช่วยทำให้การทำงานของตนมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ใช้ทำนายการใช้เทคโนโลยีที่เชื่อถือได้ (Schultz, & Slevin, 1975 as cited in Chutter, 2009) เนื่องจากบุคคล มีแนวโน้มที่จะใช้เทคโนโลยีหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับว่าเทคโนโลยีนั้นจะช่วยให้ตนทำงานได้อย่าง มีประสิทธิภาพมากขึ้นหรือไม่ (Davis, 1985) และการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน (Perceived usefulness ; PU) หมายถึง ระดับความเชื่อของบุคคลที่ว่า เทคโนโลยีนั้นใช้งานได้ง่าย และใช้ความพยายามทางด้านร่างกายหรือจิตใจน้อย ซึ่ง Davis (1985) พบว่า เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยี และเสนอแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Adoption Model; TAM) (Davis, Bagozzi, & Warshaw, 1989) ที่ประกอบด้วย 1) ประโยชน์ในการใช้งานที่รับรู้ได้ 2) การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน 3) ทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยี 4) ความตั้งใจที่จะใช้งาน และ 5) การใช้งานจริง

งานวิจัยครั้งนี้ประยุกต์แนวคิดการยอมรับนวัตกรรมเทคโนโลยี มาใช้เป็นกรอบการอธิบายเกี่ยวกับความเข้าใจที่บุคคลมีต่อโทรเวชกรรมบนพื้นฐานว่าโทรเวชกรรมถือเป็นนวัตกรรม

ทางเทคโนโลยีที่นำมาใช้ในการให้บริการทางการแพทย์ ที่มีจุดมุ่งหมายให้การรักษามีประสิทธิภาพ ทั้งนี้จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับการยอมรับและนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ของผู้รับบริการทางการแพทย์ ดังนั้นงานวิจัยจึงกำหนดนิยามของความเข้าใจโทรเวชกรรมว่า หมายถึง การที่บุคคลรู้จักเกี่ยวกับลักษณะของบริการโทรเวชกรรม รับรู้ถึงประโยชน์จากการใช้งาน รับรู้ถึงความง่ายในการใช้งาน และทัศนคติต่อโทรเวชกรรม

2.2 ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy)

สิ่งสำคัญในการเข้าถึงและใช้ประโยชนจากโทรเวชกรรมคือ ความรอบรู้ทางสุขภาพ หรือ Health Literacy มีการใช้คำที่หลากหลาย เช่น ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาวะ ความฉลาดทางสุขภาพ โดยมีความหมายร่วมกันคือ เป็นความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจ ที่จะสามารถนำมาวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเองเพื่อสุขภาวะที่ดี (กองสุขศึกษา, 2556, น. 11) ความรอบรู้ทางสุขภาพจึงเป็นคุณสมบัติพื้นฐานสำคัญในระดับพฤติกรรมของบุคคลในการใช้ความสามารถด้านการรู้หนังสือและทักษะทางสังคม เพื่อเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพตามความต้องการเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต และอธิบายว่า การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ มีคุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก (กองสุขศึกษา, 2556, น. 5) ได้แก่ การเข้าถึงของมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และการจัดการตนเอง (self-management)

จากพื้นฐานความหมายและองค์ประกอบความรอบรู้ทางสุขภาพ โครงการกำหนดความหมายของ “ความรอบรู้ทางสุขภาพ” ว่าหมายถึงการมีทักษะความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ ในช่องทางที่หลากหลาย มีความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้อง สามารถสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ได้ สามารถนำข้อมูลความรู้มาใช้ประโยชน์ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันควาเสี่ยงจากโรค มีความรู้เท่าทันสื่อ ตลอดจนมีพฤติกรรมการดูแลป้องกันตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม จากนิยามดังกล่าว โครงการนำมากำหนดตัวชี้วัดความรอบรู้ทางสุขภาพจากความสามารถ 6 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่นำเสนอข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพผ่านช่องทางที่หลากหลาย ทั้งช่องทางสื่อมวลชน สื่อเฉพาะกิจ สื่อบุคคล สื่อท้องถิ่น และสื่ออินเทอร์เน็ต

2. ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นความสามารถของบุคคลในการจดจำข้อมูลความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ และวิเคราะห์เปรียบเทียระหว่างข้อมูลต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง

3. ด้านการสื่อสารเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ เป็นความสามารถของบุคคลในการตีความเนื้อหาสารสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยเฉพาะสารที่มาจากบุคลากรทางการแพทย์ เข้าใจศัพท์เทคนิคและตรรกะทางการแพทย์

4. ด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นความสามารถของบุคคลในการนำข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ มาวางแผนและกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติจัดการตนเองเพื่อดูแลสุขภาพและป้องกันตนเองจาก

5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อเรื่องสุขภาพ เป็นความสามารถของบุคคลในการสามารถรู้เท่าทันเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพ สิ่งเร้าจากกลยุทธ์การสื่อสารทางการตลาดที่เสนอขายสินค้าบริการสุขภาพ มีวิจารณญาณในการประเมินความน่าเชื่อของข่าวสารสุขภาพ รู้จักคิดไตร่ครองตั้งคำถามไม่หลงเชื่อโดยง่าย

6. ด้านการแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพและป้องกันโรค เป็นพฤติกรรมของบุคคลในการควบคุม ดูแลและป้องกัน หรือลดความเสี่ยงจาก ทั้งในแง่ของการดูแลตนเองและผู้อื่น

ทั้งนี้การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ จำเป็นต้องสร้างเสริมคุณลักษณะตั้งแต่ระดับขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ในด้านการเข้าถึง ความรู้ความเข้าใจ และการสื่อสารเรื่องสุขภาพ ระดับขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative / Interactive Health Literacy) และขั้นวิจารณญาณ (Critical Health Literacy) ในด้านการใช้ประโยชน์ การรู้เท่าทันสื่อ และการแสดงพฤติกรรมเพื่อสุขภาวะที่ดี

2.3 ภารกิจกรมการแพทย์เรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน (Complicated Disease)

กรมการแพทย์มีการนำระบบโทรเวชกรรมมาให้บริการในสถานพยาบาลในสังกัดของตนและสถานพยาบาภาคีเครือข่าย ดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. โรคมะเร็ง
3. การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
4. อาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม

โรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนตามภารกิจของกรมการแพทย์ที่มีความสำคัญ คือ โรคมะเร็ง และโรคหลอดเลือด ซึ่งจัดเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCD) ที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษา เป็นโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ ไม่สามารถ

ติดต่อได้ผ่านการสัมผัส คลุกคลี หรือสารคัดหลั่งต่าง ๆ แต่เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ภายในร่างกาย ซึ่งเป็นผลจากวิถีการใช้ชีวิตที่มีพฤติกรรมเสี่ยง (ศูนย์ข้อมูลข่าวอาเซียน, 2561) นอกจากนี้ยังมีเรื่องที่จำเป็นต้องมีระบบการรักษาที่ยุ่งยากคือ การดูแลผู้สูงอายุ และการบำบัดรักษ์ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ซึ่งเป็นเรื่องเฉพาะทางที่ต้องดำเนินการด้วยองค์ความรู้ทางการแพทย์เฉพาะทาง ประเด็นเรื่องสำคัญทั้ง 4 เรื่องที่กรมการแพทย์ให้คามสำคัญในฐานะภารกิจที่จำเป็นต้องสร้างความเข้าใจเพื่อนำไปสู่การวางระบบการรักษาที่มีประสิทธิผล โครงการได้ทำความเข้าใจถึงสถานการณ์และการรักษาเพื่อนำมาเป็นกรอบดำเนินโครงการ ดังต่อไปนี้

โรคหลอดเลือดสมองเป็นหลัก และโรคมะเร็ง เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วมที่สำคัญ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การไม่ออกกำลังกาย ความเครียดเรื้อรัง รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (กระทรวงสาธารณสุข, 2560, น. 4) จากการสำรวจข้อมูลเอกสารสะท้อนให้เห็นแนวโน้มโรคที่เพิ่มขึ้น ประเทศไทยเผชิญกับสถานการณ์โรคซึ่งทวีความรุนแรงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนผู้เสียชีวิตและสัดส่วนการเสียชีวิต องค์การอนามัยโลก ได้วิเคราะห์และชี้ให้เห็นสัดส่วนการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งมีถึงร้อยละ 12 ซึ่งจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (สมเกียรติ โพธิสัตย และคณะ, 2557) นอกจากนี้ประชากรไทยได้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองระหว่าง พ.ศ. 2555 กับ พ.ศ. 2558 ทั้งนี้อัตราการตายจากโรคต่าง ๆ นี้อยู่ในอายุระหว่าง 30 - 69 ปี ซึ่งมีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้น โดย โรคหลอดเลือดสมองมีการเพิ่มมากที่สุดจาก 33.4 ต่อแสนประชากร เพิ่มเป็น 40.9 ต่อแสนประชากร (กรมควบคุมโรค, 2561, น. 24) จะเห็นได้ว่ากลุ่มโรคหัวใจ และหลอดเลือด มะเร็ง เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้คนไทย เสียชีวิตเพิ่มขึ้น

ด้านการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดถือเป็นขั้นตอนและกระบวนการที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเช่นกัน เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาขอรับบริการ โดยใช้วิธีการต่าง ๆ ที่ทำ ให้ผู้ป่วยมีสุขภาพชีวิตดีขึ้นให้มากที่สุดเท่าที่จะทำ ได้ดังนั้นกระบวนการบำบัดรักษาจึงต้องผสมผสานรูปแบบต่าง ๆ เริ่มตั้งแต่การวินิจฉัยระดับการติดยาเสพติด การให้ความช่วยเหลือทั้งการบำบัดรักษาด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สำหรับประเทศไทยในระบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดของประเทศไทย แบ่งเป็น 3 ระบบ คือ 1) ระบบสมัครใจ 2) ระบบบังคับบำบัด 3) ระบบต้องโทษ พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ประกาศ วันที่ 27 กันยายน พ.ศ. 2545 บังคับรักษาให้ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาเพิ่มมากในระบบบังคับบำบัด จำแนกผู้ป่วยเป็น 3 ประเภท คือ 1) ผู้ป่วยแบบไม่ควบคุมตัว ส่งหน่วยพหุภาคี ให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขและผู้ป่วยที่มีภาจะแทรกซ้อนทางจิต โรงพยาบาลจิตเวชของ กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข ให้การบำบัด

2) ผู้ป่วยแบบควบคุมตัวแบบไม่เข้มงวด และ 3) แบบเข้มงวด) ต้องส่งพหุภาคีหน่วยบำบัดในสังกัดกรมการแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ค่ายทหาร และค่ายอื่น ๆ จำนวนมากกว่า 80 แห่ง ที่เป็นค่ายชั่วคราวและถาวร (พรรณณี วาทิสุนทร, และ กฤติกา เฉิดโฉม, 2552)

ทั้งนี้สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (ม.ป.ป) ได้แบ่งผู้เสพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ “ผู้ใช้” คือใช้ยาเสพติดเป็นครั้งคราว “ผู้เสพ” คือติดใจในการเสพ มีความสุขเมื่อเสพ และมีแนวโน้มเสพบ่อยขึ้น “ผู้ติด” ที่หมกมุ่นในการเสพ มีอาการเมายา ส่งผลต่อการเรียนต่อการทำงาน

ภารกิจที่สำคัญอีประภาหนึ่งของกรมการแพทย์คือ อาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม ซึ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชากรวัยทำงาน และส่งผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ สถานการณ์การเจ็บป่วยของประชากรวัยทำงานบ่งชี้ว่า มีการเกิดโรคที่มีสาเหตุจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม อาทิ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคปอด โรคผิวหนัง โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือดโรคภูมิแพ้ และโรคทางจิตใจ ซึ่งผู้ป่วยมาพบแพทย์โดยไม่ได้ตระหนักว่าเป็นโรคจากการประกอบอาชีพ จึงไม่หายขาด ทั้ง ๆ ที่สามารถรักษาให้หายได้ และยังช่วยป้องกันเพื่อนร่วมงานจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงานได้ การแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและโรคที่เกิดจากการทำงานเรียกว่า “อาชีวเวชศาสตร์” (occupational medicine) วิวัฒน์ เอกบูรณะวัฒน์ (2562) อธิบายว่า เป็นวิชาการแพทย์แขนงหนึ่ง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของคนทำงาน ตั้งแต่การป้องกันโรคการรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพของคนทำงาน แพทย์เฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญในวิชาอาชีวเวชศาสตร์นั้นเราเรียกว่า “แพทย์อาชีวเวชศาสตร์” (occupational physician)

สำหรับ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม เป็นศาสตร์บูรณาการระหว่างวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อมกับวิทยาการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขเพื่อการดูแลรักษาสุขภาพและโรคที่เกี่ยวเนื่องกับสิ่งแวดล้อม เช่น มลพิษทางอากาศ มลพิษทางน้ำ สารเคมี จัดเป็นกลุ่มโรคเหตุสิ่งแวดล้อม (environmentally related disease หรือ environmental disease) ที่เกิดขึ้นแก่มนุษย์และสรรพสิ่งมีชีวิตอื่นบนโลก อันเนื่องจากสภาพหรือคุณภาพสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุ ในประเทศไทยได้มีความสนใจในด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บของมนุษย์ อาทิ การรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ การศึกษาละอองเกสรและเชื้อราในอากาศ ควัน สารพิษจากโรงงาน และใยหินในอากาศ เป็นต้น (เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม, เฮลแคร์ดอตคอม) ภารกิจด้านนี้มีกลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์เป็นหน่วยงานรับผิดชอบที่มีภารกิจหลัก ได้แก่ ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนาวิชาการถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่เครือข่ายด้านอาชีวเวชศาสตร์เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม และศูนย์พิษวิทยา รวมทั้งผลักดัน

ให้เกิดนโยบายด้านสุขภาพในด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมในระดับประเทศและระดับนานาชาติให้สำเร็จผล

2.4 การสื่อสารสุขภาพเชิงรณรงค์

การสื่อสารสุขภาพมีพื้นฐานจากศาสตร์ด้านการสื่อสารและศาสตร์ด้านสาธารณสุข โดยมีฐานคิดว่าการสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้ การลดความเสี่ยง การสื่อสารกับผู้ป่วย การสื่อสารสุขภาพนับเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ ดังเห็นได้จากงานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพที่ได้รับความสนใจเป็นเวลานานในต่างประเทศ ดังเช่นสมาคมการสื่อสารระหว่างประเทศในสหรัฐอเมริกาเองก็มีการก่อตั้งสาขาวิชาการสื่อสารสุขภาพขึ้นในปี 1955 หลังจากนั้นสมาคมวาทวิทยาก็ได้ก่อตั้งคณะกรรมการสื่อสารสุขภาพจนทำให้การสื่อสารสุขภาพกลายเป็นสาขาเฉพาะด้าน จนเกิดงานวิจัยอย่างกว้างขวางตั้งแต่ประเด็นระดับจุลภาคไปจนถึงมหภาค ที่สนใจการสื่อสารสุขภาพตั้งแต่ในระดับการสื่อสารระหว่างบุคคล การสื่อสารกลุ่มย่อย การสื่อสารภายในองค์กร ไปจนถึงการรณรงค์ด้านการสื่อสารสุขภาพผ่านสื่อมวลชน (หนึ่งฤทัย ขอผลกลาง, และกิตติ กันภัย, 2553, น. 65-77) ส่วนประเทศไทย สภาวะสุขภาพของคนไทยถือเป็นวาระสาธารณะอย่างหนึ่ง การสื่อสารถูกมองว่าเป็นกลไกสำคัญในการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารและมีบทบาทสำคัญในกระบวนการทางสังคมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ มีงานวิจัยจำนวนมากพยายามแสวงหาปัจจัยที่จะส่งผลสัมฤทธิ์ในการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ทำความเข้าใจเงื่อนไขข้อจำกัด พยายามแสวงหากลยุทธ์และมาตรการการสื่อสารที่จะก่อให้เกิดผลที่พึงประสงค์ ตลอดจนพยายามพัฒนาชุดสื่อต่าง ๆ เพื่อสื่อสารรณรงค์ด้านสุขภาพ (ชัยวัฒน์ ล้วนคงสมจิตร, 2550; อิริยาพร อุดทา, และ อริชัย อรรคอุดม, 2560

การสื่อสารเพื่อรณรงค์ด้านสุขภาพสำหรับสื่อภาพยนตร์สั้น นับเป็นสื่อประเภทหนึ่งที่มักจะถูกหยิบยกมาใช้ เนื่องจากภาพยนตร์เป็นสื่อที่สามารถสร้างผลกระทบทางอารณ์ความรู้สึกผู้รับชมได้ โดยอาศัยคุณสมบัติของภาพยนตร์ในจากการประกอบสร้างความเป็นจริงด้วยเทคนิคและองค์ประกอบเฉพาะของภาพยนตร์ ไม่ว่าจะเป็นภาษาภาพและภาษาเสียง (รักศานต์ วิวัฒน์สินอุดม และคณะ, 2551) สำหรับภาพยนตร์สั้นนั้นส่วนใหญ่จะมีความยาวไม่เกิน 30 นาที ด้วยความยาวในการนำเสนอไม่นาน ไม่สร้างความเบื่อหน่ายในการรับชม สามารถสร้างการรับรู้ได้อย่างรวดเร็ว ไม่จำเป็นต้องใช้โครงเรื่องที่ซับซ้อนมาก ทำให้ในประเทศไทยที่ผ่านมามีการพัฒนาภาพยนตร์สั้นเพื่อการรณรงค์ด้านสุขภาพอย่างหลากหลาย เช่น การพัฒนาภาพยนตร์สั้นรณรงค์ป้องกันนักสูบหน้าใหม่ (จักรกฤษฎ์ แก้วประเสริฐ, และคณะ 2565) การพัฒนาภาพยนตร์สั้นเพื่อรณรงค์การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้น (พิมพิศา ศักดิ์สองเมือง, และคณะ, 2564) โดยภาพยนตร์สั้นที่มีความ

สนุกสนานมักจะได้รับความสนใจมากกว่าภาพยนตร์สั้นแนวความรุนแรง (ณัฐพร พวงเกตุ, 2559) ยังมีข้อค้นพบงานวิจัยต่าง ๆ สอดคล้องไปทางเดียวกันว่าการใช้ภาพยนตร์สั้นในการรณรงค์ด้านสุขภาพ สามารถสร้างผลกระทบในเชิงบวกต่อผู้รับสาร ดังผลสรุปงานวิจัยที่ทำ การประเมินความพึงพอใจต่อสื่อภาพยนตร์สั้นรณรงค์ป้องกันนักสูบหน้าใหม่ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านการจัดองค์ประกอบภาพ ด้านเสียง และด้านเทคนิคการนำเสนอพบว่ามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (จักรกฤษฎ์ แก้วประเสริฐ, และคณะ, 2565) เช่นเดียวกับผลวิจัย เชิงทดลองของกัญจนากร พันสาย, ยุวดี รอดจากภัย, และไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ (2560) ระบุว่าภาพยนตร์สั้นมีส่วนในการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในด้านพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือข้อค้นพบงานของ พิมพิศา ศักดิ์สองเมือง, และคณะ (2564) ต่างก็พบว่าการใช้หนังสั้นเป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรมส่งเสริมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่งผลต่อความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้น โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม

อย่างไรก็ตาม ภาพยนตร์สั้นเพียงลำพังไม่ได้เป็นปัจจัยเดียวที่จะก่อให้เกิดผลกระทบที่พึงประสงค์ในการรณรงค์ด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติเกิดจากปัจจัยอีกหลายด้านรวมกัน ทั้งพื้นฐานของแต่ละบุคคล บริบทที่เจริญเติบโต ประสบการณ์ที่พบเห็น สถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคม กฎระเบียบและบรรทัดฐานทางสังคม ตลอดจนครอบครัว เพื่อน โรงเรียน ชุมชน การดูสื่อต่าง ๆ เช่น หนังสั้น เป็นเพียงส่วนหนึ่งที่จะกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงทัศนคติเท่านั้น (Cherry, 2020; Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee on the Science of Adolescence, 2011) การศึกษาเพิ่มเติมยังพบว่ากระบวนการกลุ่ม ตลอดจนกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตามมา เช่น การถกเถียง แลกเปลี่ยนความเห็น ภายหลังจากการดูภาพยนตร์สั้น มีส่วนสำคัญเช่นกันในการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาความรู้สู่การปฏิบัติได้ (Pfeiffer, 2013; Cankurtaran, & Tekindal, 2015)

2.5 กลยุทธ์การใช้สื่อเผยแพร่ภาพยนตร์เชิงรณรงค์

ภาพยนตร์เชิงรณรงค์เป็นสื่อที่ได้รับความนิยมสูง และสร้างผลกระทบได้มากเนื่องจากเป็นสื่อที่มีเสียงและภาพเคลื่อนไหว ทำให้ถ่ายทอดเรื่องราว สื่อถึงอารมณ์ได้ดี จึงสามารถดึงดูดความสนใจได้มากกว่าสื่ออื่น ๆ องค์ประกอบภาพยนตร์ที่สิ่งสำคัญในการผลิตภาพยนตร์ซึ่งประกอบด้วย 2 ประการหลัก ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านการเล่าเรื่องที่จะทำให้ผู้รับชมยอมรับ

และรู้สึกคุ้นเคยมากพอที่จะเข้าใจเรื่องราว (Convention) และ 2) องค์ประกอบการสร้างสรรค์เชิงสุนทรียะ (Invention) ในส่วนขององค์ประกอบการสร้างความเข้าใจเรื่องราว เกี่ยวข้องกับแก่นเรื่อง การดำเนินเรื่อง ตัวละคร ความสัมพันธ์ของตัวละคร การแสดงออก เวลา สถานที่ เครื่องแต่งกาย (กาญจนา แก้วเทพ, 2552, สมสุข หินวิมาน, 2545) ในส่วนขององค์ประกอบเชิงสุนทรียะ หรือความสนุกสนาน ความจับใจ การกระตุ้นความรู้สึกชวนติดตาม ความอิ่มเอมใจจากการได้ชมภาพยนตร์ สามารถกำหนดได้จากแนวคิดเรื่อง ตระกูล ประเภท หรือแนวของภาพยนตร์ (Genres) กฤษดา เกิดดี (2543) มองว่าสามารถจำแนกได้จากส่วนประกอบของเนื้อหาเป็นหลัก ได้แก่ โครงเรื่อง แก่นเรื่อง ลักษณะความขัดแย้ง สถานที่ และตัวละคร จากการวิเคราะห์ภาพยนตร์ไทยในช่วง ค.ศ. 2005 – 2009 จำนวน 217 เรื่อง Krisda Kerddee (2010, อ้างถึงใน อภิสิทธิ์ ปุรสาชิต, 2557) พบว่าภาพยนตร์ไทยแบ่งออกเป็น 13 แนวใหญ่ ได้แก่ แนวชีวิต (melodrama) แนวสะท้อนปัญหาสังคม (social problem film) แนวต่อสู้ด้วยศิลปะป้องกันตัว (martial arts film) แนวรัก (romance film) แนวผี/สยองขวัญ (ghost/horror film) แนวตลก (comedy) แนวผจญภัย (adventure film) แนวอาชญากรรม (crime) แนวสืบสวนสอบสวน (detective film) แนวประวัติศาสตร์ (historical drama) แนวแฟนตาซี (fantasy film) เหนือธรรมชาติ แนวสัตว์ (animal film) โดยมีสัตว์เป็นตัวละครหลักในการดำเนินเรื่อง แนวเด็ก (children's film) โดยมีเด็กเป็นตัวละครหลักในการดำเนินเรื่อง การพิจารณาเลือกแนวของภาพยนตร์มาช่วยสร้างสุนทรียะในการชมเป็นสิ่งที่ผู้ผลิตภาพยนตร์สามารถเลือกใช้ได้ให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย แนวคิด และเนื้อหาที่ต้องการนำเสนอ สิ่งที่สำคัญคือ เมื่อผู้ผลิตเลือกใช้แนวหนังใดแนวหนังหนึ่งแล้ว จำเป็นต้องออกแบบโครงเรื่อง แก่นเรื่อง ลักษณะความขัดแย้ง สถานที่ และตัวละคร ให้สอดคล้องกับขนบภาพยนตร์แต่ละแนวที่มีความเป็นลักษณะเฉพาะของแนวนั้น ๆ จึงสามารถสื่อสารแนวคิดและเล่าเรื่องเนื้อหาที่ต้องการสื่อสารให้ผู้ชมเข้าใจ และมีความสนุกสนานเพลิดเพลิน จนถึงขั้นสามารถสร้างแรงบันดาลใจในการนำไปใช้ในชีวิตจริงของเขาได้ การสร้างสรรค์ภาพยนตร์ในโครงการนี้ ให้ความสำคัญกับการใช้องค์ประกอบภาพยนตร์ที่จะสามารถช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการได้

นอกจากนี้ส่วนสำคัญอีกประการหนึ่งที่จำเป็นสำหรับการดำเนินโครงการให้บรรลุวัตถุประสงค์คือ กลยุทธ์การเผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งการเผยแพร่ภาพยนตร์เชิงรณรงค์สามารถเลือกใช้สื่อผ่านสื่อโทรทัศน์และสื่อสังคมออนไลน์ เช่น เฟซบุ๊ก ยูทูบ อินสตาแกรม ติ๊กต็อก ทำให้ภาพยนตร์เชิงรณรงค์เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างกว้างขวาง มีความยืดหยุ่นสูงเพราะสามารถเลือกรายการ เลือกสื่อที่กลุ่มเป้าหมายเปิดรับได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามในยุคดิจิทัล การวางแผนสื่อภาพยนตร์เชิงรณรงค์มีความยากขึ้น เนื่องจากทุกคนเชื่อมต่อถึงกันด้วยอินเทอร์เน็ต ทุกอย่างอยู่ในสมาร์ทโฟน สามารถเปิดรับข้อมูลได้ทุกที่ทุกเวลา ประกอบกับมีข้อมูลมากมายที่สามารถเลือกเขาถึงได้ด้วยตนเองตามต้องการ ภาพยนตร์เชิงรณรงค์จึงต้องดึงดูดความสนใจผู้บริโภคให้ได้ในเวลาอันสั้น

ไม่เช่นนั้นกลุ่มเป้าหมายจะเลิกสนใจและไปทำอย่างอื่นทันที (*"3 จุดเปลี่ยน,"* 2561) การวางแผนสื่อภาพยนตร์เชิงรณรงค์ให้มีประสิทธิภาพต้องรู้จักกลุ่มเป้าหมายอย่างลึกซึ้ง ว่าเขาคือใครมีความต้องการอะไร อะไรเป็นจุดเจ็บปวดของเขา รู้จักช่องทางที่เขาเปิดรับข่าวสาร รู้ขั้นตอนการแสวงหาข้อมูลของเขา เช่น เมื่อเขาใช้โทรเวชกรรมในการนัดหมายแพทย์ เขาเริ่มขั้นตอนอย่างไร พบปัญหาและอุปสรรคอะไร ในช่องทางไหนและขั้นตอนไหน ระยะเวลาที่ใช้ในการหาข้อมูล เขาพึ่งพาใครเป็นตัวช่วยบ้าง เป็นต้น

สำหรับกลยุทธ์ในการใช้สื่อเพื่อเผยแพร่ภาพยนตร์เชิงรณรงค์ในโครการนี้ ดำเนินงานในกรอบเกณฑ์ที่นำมาพิจารณาเลือกใช้สื่อ (อลิสรา รุ่งนนทรัตน์ ชรินทร์สาร, 2561) ดังนี้

1. การครอบคลุม (Coverage) หมายถึง การวางแผนผสมผสานการใช้สื่อต่าง ๆ ที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างเหมาะสมและให้เข้าถึงได้มากที่สุด การพิจารณาสัดส่วนของกลุ่มเป้าหมายที่วางแผนจะเข้าถึง (Reach) ในแต่ละสื่อ รวมไปถึงพิจารณาการทับซ้อนกันของกลุ่มเป้าหมายที่อาจรับสารจากหลายสื่อ กลุ่มเป้าหมายมีโอกาสได้รับสารจากหลาย ๆ สื่อที่กระตุ้นให้เกิดความสนใจ การรับรู้ และการจดจำมากขึ้น

2. การมีส่วนร่วม (Contribution) หมายถึง การพิจารณาเลือกใช้สื่อที่สร้างการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้า หมายได้ หลาย ๆ สื่อโดยเฉพาะในสื่อสังคมออนไลน์ การสร้างสรรค์สื่อและการสร้างคอนเทนต์นอกจากจะเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้จำนวนมากแล้ว ควรสร้างการมีส่วนร่วมและ การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเป้าหมายเพื่อสร้างความผูกพันด้วย

3. ความสม่ำเสมอเป็นหนึ่งเดียว (Commonality) หมายถึง การใช้ภาพยนตร์โฆษณาสื่อสารเรื่องเดียวกัน เพื่อถ่ายทอดการรับรู้ ความเข้าใจ และภาพลักษณ์ที่เหมือนกัน การสร้างคอนเทนต์ในสื่อต่าง ๆ อาจมีการเล่าเรื่องหรือนำเสนอเรื่องราวที่แตกต่างกัน เพื่อให้เหมาะสมกับธรรมชาติของแต่ละสื่อ เช่น สื่อโทรทัศน์ กับแพลตฟอร์ม ติ๊กต็อก (Tik Tok) ทั้งสองสื่อมี ความแตกต่างกัน เมื่อเลือกใช้ทั้งสองสื่อ ต้องพิจารณาว่าสารที่ออกแบบมาเหมาะสมกับทั้งสองสื่อ และส่งผลให้ผู้บริโภครับรู้ข้อมูลหรือมีภาพลักษณ์ที่เหมือนกัน

4. การส่งเสริมกัน (Complementarity) หมายถึงการเลือกสื่อที่สนับสนุนส่งเสริมกัน แต่ละสื่อมีคุณสมบัติเด่นที่แตกต่างกัน ดังนั้น การเลือกนำมาใช้ให้ถูกจังหวะเวลาจะช่วยส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในแคมเปญได้

5. การเลือกสื่อที่เหมาะกับกาลเทศะ หมายความว่า การเลือกลงสื่อให้ถูกเวลา สถานที่ และ สถานการณ์ โดยคำนึงถึงเนื้อหาของภาพยนตร์โฆษณาและวัตถุประสงค์ของการสื่อสารเพื่อให้เกิดการตอบรับสูง

6. ความสอดคล้องกัน (Conformability) หมายถึง ความสอดคล้องของสื่อที่เลือกใช้มีประสิทธิภาพและสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ดี โดยพิจารณาความสอดคล้องกันใน 2 ด้านคือ

ด้านการสื่อสารและด้านผู้บริโภคกลุ่มเป้าหมาย ในด้านการสื่อสารผ่านแต่ละสื่อ มีความเป็นไปได้ว่าผู้บริโภคบางคนอาจรับรู้การสื่อสารผ่านสื่อต่าง ๆ ไม่เท่ากัน บางคนอาจรับรู้ข้อมูลจาก 2 สื่อ บางคนอาจรับรู้เห็นสารจากสื่อเดียว ดังนั้น แม้ว่าผู้บริโภคจะรับรู้สารไม่ครบทุกสื่อ แต่การสื่อสารต้องสามารถสื่อสารข้อมูลได้ครบถ้วนในทุกสื่อ

7. การวัดประสิทธิภาพของภาพยนตร์เชิงรณรงค์ เช่น ความเข้าใจของกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้นในเนื้อหาที่ภาพยนตร์โฆษณาสื่อสารออกไป การใช้บริการโทรเวชกรรมมากขึ้น เป็นต้น

เกณฑ์การพิจารณาดังกล่าวนี้จะนำมาใช้เป็นกรอบการวางแผนกลยุทธ์การเผยแพร่ภาพยนตร์ การเลือกสื่อเผยแพร่ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “ความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม และการพัฒนาสื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชน เรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ตามภารกิจกรมการแพทย์” ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ระหว่างการวิจัยการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อสำรวจและอธิบายความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม (Telemedicine) และความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชน ในเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด อาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม นำผลการวิจัยเป็นข้อมูลเชิงลึกในการพัฒนาสร้างสรรค์ภาพยนตร์สั้นและเผยแพร่เชิงรณรงค์ รายละเอียดการวิจัยที่ขั้นตอนดังต่อไปนี้

3.1 การวิจัยคุณภาพ

ขั้นดังกล่าวนี้ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) โดยกำหนดผู้ให้ข้อมูลหลักสำคัญ (Key informant) เป็นประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของระบบการรักษาด้วยการนำบริการโทรเวชกรรม (Telemedicine) ระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (Mobile Health) ของกรมการแพทย์ เกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน 4 เรื่อง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด และอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม

กำหนดผู้ให้สัมภาษณ์มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่การวิจัยเชิงสำรวจ รวมจำนวนผู้ให้สัมภาษณ์ 29 คน และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการโทรเวชกรรม (Telemedicine) ตามภารกิจของกรมการแพทย์ โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มเรื่องบริการ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ใช้บริการเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ผู้ใช้บริการเกี่ยวกับการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด และผู้ใช้บริการเกี่ยวกับอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามผู้วิจัยสงวนชื่อจริงและนามสกุลจริง โดยระบุเป็นชื่อเล่นแทนชื่อจริงตามจริยธรรมการวิจัย ขณะเดียวกันในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ให้การสัมภาษณ์ในการอ้างอิงชื่อจริงเพื่อนำไปประกอบในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1.1 รายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์

3.1.1.1 โรคมะเร็ง จำนวน 8 คน

กลุ่มผู้ป่วย จำนวน 6 คน

(1) นายสัน เพศชาย อายุ 49 ปี ระดับการศึกษาประถม 6 จังหวัดอุดรธานี

(2) นางดาว เพศหญิง อายุ 54 ปีระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดมุกดาหาร

(3) นางสาวแมว เพศหญิง อายุ 65 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดชุมพร

(4) นายพล เพศชาย อายุ 66 ปี ระดับการศึกษาประถม6 จังหวัดชุมพร

(5) นางพรหม เพศหญิง อายุ 60 ปีระดับการศึกษาประถม 4 จังหวัดระนอง

(6) นางสาวรุ่ง เพศหญิง อายุ 47 ปี ระดับการศึกษาประถม 6 จังหวัดมุกดาหาร

ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 2 คน

(7) นายพล เพศชาย อายุ 32 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดมุกดาหาร

(8) นายรมย์ เพศชาย อายุ 62 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี จังหวัดมุกดาหาร

3.1.1.2 โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 คน

กลุ่มผู้ป่วย จำนวน 2 คน

(1) นายโอ เพศชาย อายุ 43 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดระนอง

(2) ลุงเตี้ย เพศชาย อายุ 58 ปี ระดับการศึกษาประถม 6 จังหวัดระยอง

ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 3 คน

(3) นางแมว เพศหญิง อายุ 54 ปี ระดับการศึกษาปวช. จังหวัดชุมพร

(4) นางเบญ เพศหญิง อายุ 67 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี จังหวัดชุมพร

(5) นางสาวปุ๊ก เพศหญิง อายุ 37 ปี ระดับการศึกษาปริญญาโท กรุงเทพมหานคร

3.1.1.3 บำบัดยาเสพติด จำนวน 10 คน

กลุ่มผู้ป่วยจำนวน 5 คน

(1) นายเหยิน เพศชาย อายุ 30 ปี ระดับการศึกษาปวช. จังหวัดอุดรธานี

(2) นายบอล เพศชาย อายุ 28 ระดับการศึกษาไม่ระบุ จังหวัดสงขลา

(3) นางสาวโส เพศหญิง อายุ 37 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี จังหวัดตรัง

(4) นายหนึ่ง เพศชาย อายุ 27 ปี ระดับการศึกษาประถม 6 จังหวัดแม่ฮ่องสอน

(5) นายแมกซ์ เพศชาย อายุ 25 ปี ระดับการศึกษาประถม 6 จังหวัดระนอง

ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 2 คน

(6) นายศาสตร์ เพศชาย อายุ 65 ปี ระดับการศึกษาปริญญาโท จังหวัดอุดรธานี

(7) นายพัด เพศชาย อายุ 28 ปี ระดับการศึกษาประถม 6 จังหวัดแม่ฮ่องสอน

กลุ่มเสี่ยงจำนวน 3 คน

(8) นายต้อม เพศชาย อายุ 42 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดอุดรธานี

(9) นายโหนก เพศชาย อายุ 48 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดสงขลา

(10) นายนุ้ย เพศชาย อายุ 45 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดแม่ฮ่องสอน

3.1.1.4 อาชีวเวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อมจำนวน 6 คน

(1) นางสาวยอม เพศหญิง อายุ 59 ปี ระดับการศึกษาปวท. จังหวัดชุมพร

(2) นางสาวแก๊ซ เพศหญิง 55 ปี ระดับการศึกษาปริญญาโท จังหวัดระยอง

(3) นางเอ๋ เพศหญิง อายุ 59 ปี ระดับการศึกษาปวช. จังหวัดระยอง

(4) นางจื้อ เพศหญิง อายุ 75 ปี ระดับการศึกษาประถม 4 จังหวัดระยอง

(5) นางสาวมาย เพศหญิง อายุ 20 ปี กำลังศึกษาระดับชั้นปริญญาตรี จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มเสี่ยงจำนวน 1 คน

(6) นายต้น เพศชาย อายุ 46 ปี ระดับการศึกษาปริญญาโท จังหวัดเชียงใหม่

3.1.1.5 รายชื่อบุคคลที่เกี่ยวข้องและเชี่ยวชาญกับการให้บริการโทรเวชกรรม (Telemedicine) ระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (Mobile Health) จำนวน 6 คน

(1) กิติพงษ์ พนมยงค์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์ และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

(2) เคารพ วัฒนยา นายแพทย์ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดร

(3) ดาริกา ดาโรจน์ แพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

(4) ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

(5) สกานต์ บุนนาค ผู้อำนวยการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

(6) สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา. ผู้อำนวยการ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

3.1.2 ประเด็นการสัมภาษณ์

ประเด็นที่ 1 แรงจูงใจที่มีต่อการใช้บริการโทรเวชกรรม

- ท่านมีอุปกรณ์เทคโนโลยีอะไรบ้าง เช่น โทรศัพท์มือถือ แทปเล็ต คอมพิวเตอร์ แต่ละอุปกรณ์ท่านใช้งานได้คล่องแคล่วมากน้อยเพียงใด

- ท่านใช้แอปพลิเคชันอะไรบ้างบนโทรศัพท์มือถือ ใช้งานอะไรบ้าง
- ท่านให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพใดบ้าง มากน้อยเพียงใด เพราะอะไร
- ท่านเคยได้ยินเรื่องราวเกี่ยวกับการรักษาทางไกล ผ่านอุปกรณ์มือถือ โดยไม่ต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล หรือไม่

ถ้าเคย ช่วยเล่าให้ฟังหน่อย

- ท่านเชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นเคราะห์กรรมจากชาติก่อน หรือเป็นเพราะเราดูแลสุขภาพไม่ดีพอ หรือเรากินอยู่แบบเสี่ยงต่อโรคภัย หรือกว่าจะป่วยก็อีกนาน ต้องแก่จึงจะป่วย หนุ่มสาวไม่ป่วยหรอก

ประเด็นที่ 2 ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน

- ***(สำหรับผู้ป่วย)*** ท่านคิดว่าโรคที่รักษาอยู่นี้ (ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด การเจ็บป่วยจากการทำงานหรือสถานที่ทำงานหรือสิ่งแวดล้อม) เป็นโรคที่มีการรักษายุ่งยากซับซ้อนหรือไม่ ป้องกันได้หรือไม่ อย่างไร ถ้าตอบว่าป้องกันได้ ให้ถามวิธีการป้องกัน
- โรคที่ท่านรักษาอยู่สามารถรักษาให้หายได้หรือไม่ ทำไมถึงคิดเช่นนั้น
- ***(สำหรับผู้ดูแลคนป่วย)*** ท่านคิดว่าโรคที่คนที่ท่านดูแลอยู่เป็นโรคที่มีการรักษายุ่งยากซับซ้อนหรือไม่ ป้องกันได้หรือไม่อย่างไร ถ้าตอบว่าป้องกันได้ ให้ถามวิธีการป้องกัน
- สามารถรักษาให้หายได้หรือไม่ ทำไมถึงคิดเช่นนั้น
- ***(สำหรับกลุ่มเสี่ยง)*** ท่านคิดว่าท่านมีความเสี่ยงต่อโรค (ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด การเจ็บป่วยจากการทำงานหรือสถานที่ทำงานหรือสิ่งแวดล้อม) เพียงใด เพราะอะไร
- ท่านคิดว่าโรคที่ท่านมีความเสี่ยงอยู่นั้น เป็นโรคที่มีการรักษายุ่งยากซับซ้อนหรือไม่ ป้องกันได้หรือไม่ อย่างไร ถ้าตอบว่าป้องกันได้ ให้ถามวิธีการป้องกัน
- สามารถรักษาให้หายได้หรือไม่ ทำไมถึงคิดเช่นนั้น

ประเด็นที่ 3 ความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม (Telemedicine)

- ท่านรู้จักโทรเวชกรรม หรือ Telemedicine หรือไม่ หรือ วิดีโอคอลกับหมอ ท่านเรียกคำนี้ว่าอย่างไร

- ตามความเข้าใจของท่าน โทรเวชกรรม คืออะไร ทำอะไรได้บ้าง
- ท่านคิดว่าการรักษาโรคผ่านโทรเวชกรรมมีความน่าเชื่อถือเท่าการไปพบคุณหมอที่โรงพยาบาลหรือไม่
- สิ่งที่ท่านพอใจมากเกี่ยวกับการรักษาผ่านโทรเวชกรรมคืออะไร
- telemedicine ในความคิดของท่านมีข้อเสียหรือไม่ อย่างไร
- หากให้ท่านนึกคำที่บ่งบอกความดีงามของโทรเวชกรรมที่มีต่อท่านในฐานะที่ใช้บริการจากโรงพยาบาลคืออะไร กรุณาอธิบายคำ ๆ นั้น

ประเด็นที่ 4 ประสบการณ์การใช้บริการโทรเวชกรรม (สำหรับผู้ที่มีประสบการณ์ใช้โทรเวชกรรม)

- ท่านเคยใช้บริการโทรเวชกรรมตั้งแต่เมื่อใด ใช้มาเป็นระยะเวลาเท่าใดแล้ว
- ท่านใช้บริการอะไรบ้าง และอะไรคือเหตุผลที่ท่านใช้บริการ (ถามทีละข้อ)
    1. พบหมอตรวจติดตามอาการผ่านวีดิโอคอลตามวันที่นัดหมาย โดยไม่ต้องมาโรงพยาบาล
    2. ปรึกษาแพทย์ที่เป็นเจ้าของไข้ หรือพยาบาล ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เช่น ถามอาการ ประเมินอาการ
    3. ส่งผลตรวจเลือด (โรคมะเร็ง) หรือบันทึกอาการ (บำบัดยาเสพติด) หรืออธิบายอาการให้หมอผ่านทางไลน์ โดยไม่ต้องมาโรงพยาบาล
    4. ติดต่อหมอ หรือพยาบาล เพื่อสอบถามอาการ หรือแจ้งอาการเพื่อขอคำแนะนำรักษาในกรณีมีอาการกำเริบ หรือสงสัยว่าจะมีอาการป่วย
- ท่านเชื่อมั่นในการรักษาทางไกล ผ่านอุปกรณ์มือถือ โดยไม่ต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล มากน้อยเพียงใด เพราะอะไร

ประเด็นที่ 5 โอกาสและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการโทรเวชกรรม

- ปัญหาที่ท่านเจอจากการใช้โทรเวชกรรมมีอะไรบ้าง อย่างไร และท่านแก้ไขด้วยตัวท่านเองอย่างไร
- หากท่านจำเป็นต้องใช้บริการโทรเวชกรรม ท่านจะมีวิธีแก้ปัญหา ลดความยุ่งยากทางเทคโนโลยีในการให้บริการโทรเวชกรรมให้มีประสิทธิภาพอะไรบ้าง อย่างไร
- ท่านคิดอย่างไรกับการติดตามสุขภาพคนไข้ผ่านโทรเวชกรรม

ประเด็นที่ 6 ความต้องการการสนับสนุนในการใช้บริการโทรเวชกรรม

- ท่านคิดว่าระบบการใช้โทรเวชกรรมของโรงพยาบาลที่ท่านใช้บริการ มีอะไรต้องปรับปรุงหรือไม่
- ท่านชอบการรักษาผ่านโทรเวชกรรมหรือไม่ อย่างไร
- ท่านคิดว่าอะไรคือปัญหาของท่านในการใช้โทรเวชกรรม
- ท่านคิดว่าโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ความช่วยเหลืออะไรแก่ท่านบ้าง เพื่อให้สามารถใช้บริการโทรเวชกรรมได้ผลดี
- ท่านต้องการให้โรงพยาบาลจัดบริการโทรเวชกรรมอะไรบ้าง อย่างไร
- ท่านมีข้อเสนอแนะอะไรบ้างเกี่ยวกับการใช้โทรเวชกรรมในการรักษาคนไข้

ประเด็นที่ 7 ความต้องการข้อมูลในการป้องกันดูแลตนเองจากโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน

- ท่านคิดว่าแพทย์ควรให้ข้อมูลอะไรบ้างเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนแก่ท่านบ้าง
- ท่านคิดว่าในสื่อต่าง ๆ ควรนำเสนอข้อมูลอะไรบ้างเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน
- ใครคือผู้ที่ท่านจะยอมทำตามคำแนะนำให้ดูแลรักษาตนเองมิให้เป็นโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน
- ท่านคิดว่าแพทย์ควรใช้เวลานานเท่าใดในระหว่างทำโทรเวชกรรมกับผู้ป่วย

3.2 การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

กำหนดการดำเนินงานด้วยแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เป็นหลัก และใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview) เสริมการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีกลุ่มเป้าหมายการวิจัยคือ ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั่วประเทศ 8 ภูมิภาค และกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีการทบทวนวรรณกรรม (Review of Literature) ตำรา เอกสารวิชาการ บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบโทรเวชกรรม ระบบติดตามดูแลสุขภาพด้วยอุปกรณ์ และความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน เพื่อนำมาสร้างประเด็นการวิจัยและกรอบแนวคิดการวิจัย มีรายละเอียดการดำเนินงานดังต่อไปนี้

3.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในโครงการนี้กำหนดประชากรเป็นประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ จากประชากรที่ศึกษา สามารถประมาณการจำนวนประชากรได้ว่ามีจำนวนมากกว่า 100,000 คน ใช้เกณฑ์กำหนดขนาดตัวอย่างของประชากรที่มากกว่า 100,000 คน ที่ระดับความคลาดเคลื่อน +/- 5 ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมไม่ควรต่ำกว่า 400 คน (Yamane, 1967 ใน Babbie, 2001, appendix) 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 ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ภาคใต้ตอนบน ภาคใต้ตอนล่าง ภาคตะวันออก ภาคตะวันตก โดยมีตัวแทนภูมิภาคละ 1 จังหวัด และกรุงเทพมหานครและ กำหนดจำนวนตัวอย่างจังหวัดละ 75 คน และสำหรับกรุงเทพมหานครและปริมณฑล 400 คน

3.2.2 วิธีการสุ่มตัวอย่าง

กำหนดวิธีการสุ่มตัวอย่างเป็นลำดับชั้น เริ่มจากสุ่มเลือกจังหวัดที่เป็นตัวแทนของแต่ละภูมิภาคจาก 8 ภูมิภาคทั่วประเทศ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากภูมิภาคละ 1 จังหวัด ได้จำนวนรวม 8 จังหวัด เมื่อได้จังหวัดแล้ว จะทำการสุ่มเลือกจังหวัดละ 1 อำเภอด้วยวิธีการจับฉลาก กำหนดพื้นที่เก็บข้อมูลในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลจากอำเภอที่สุ่มได้ ทั้งนี้ กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างจังหวัดละ 75 คน และกรุงเทพมหานครและปริมณฑล 400 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั่วประเทศ 1,000 คน ตามรายละเอียดตารางหน้าถัดไป

ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพื้นที่เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

ภูมิภาค/พื้นที่	จังหวัด	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	ช่วงอายุ
ภาคเหนือ	เชียงราย	75	
ภาคกลาง	นครสวรรค์	75	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน	หนองคาย	75	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง	อุบลราชธานี	75	อายุ 18-30 ปี
ภาคตะวันออก	จันทบุรี	75	อายุ 31-45 ปี
ภาคใต้ตอนบน	ชุมพร	75	อายุ 46-59 ปี
ภาคใต้ตอนล่าง	สงขลา	75	อายุ 60 ปีขึ้นไป
ภาคตะวันตก	กาญจนบุรี	75	
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล		400	
รวม		1,000	

3.2.3 เครื่องมือเก็บข้อมูล

ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล โดยมีตัวแปรสำคัญในการวิจัย ได้แก่ ลักษณะทางประชากร การเปิดรับข่าวสารสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเรื่องสมอง โรคมะเร็ง การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด และอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมกำหนดการวัดตัวแปรในระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) ระดับอันตรภาค (Interval Scale) ตามความเหมาะสมของตัวแปรและให้สอดคล้องกับการวิเคราะห์ทางสถิติ ทดสอบคุณภาพแบบสอบถามด้านความตรงในเนื้อหา (Content Validity) และความน่าเชื่อถือ (Reliability) ก่อนเก็บข้อมูลจริง

3.2.4 เครื่องมือวิจัยและการวัดตัวแปร

การวิจัยเชิงสำรวจ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเป็นหลัก โดย กำหนดการวัดตัวแปรสำคัญตามกรอบแนวคิดการวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน แบบสอบถามหน้าแรกเป็นคำถามคัดกรองผู้ตอบแบบสอบถาม มีข้อจำนวนคำถามจำนวน 3 ข้อ โดยข้อแรกเป็นคำถามด้านอายุของผู้ตอบ ซึ่งหากผู้ตอบแบบสอบถามมีอายุ 18 ปีหรือมากกว่าสามารถดำเนินการเก็บข้อมูลต่อไป หากมีอายุต่ำกว่าไม่สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลต่อได้เป็นการปิดการเก็บข้อมูล กล่าวคือจบการดำเนินการเก็บข้อมูล ข้อที่ 2 การได้ยินเกี่ยวกับโทรเวชกรรม หากผู้ตอบเคยได้ยินสามารถดำเนินการเก็บข้อมูลต่อไป หากไม่เคยได้ยินไม่สามารถดำเนิน

การเก็บข้อมูลต่อได้เป็นการปิดการเก็บข้อมูล และข้อที่ 3 การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับกลุ่มโรคโรคหลอดเลือดสมอง หรือ โรคมะเร็ง หรือ การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด หากผู้ตอบเคยได้ข่าวสารสามารถดำเนินการเก็บข้อมูลต่อไป หากไม่เคยได้ยินไม่สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลต่อได้เป็นการปิดการเก็บข้อมูล

ส่วนรายละเอียดรายข้อแบบสอบถามมีรายละเอียดดังต่อไปนี้[1]

ส่วนที่ 1 สถานภาพส่วนบุคคล 9 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 2 ความเข้าใจเกี่ยวกับโทรเวชกรรม 38 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์การใช้โทรเวชกรรม 4 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน 29 ข้อคำถาม

สำหรับการวัดตัวแปรสำคัญในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดการวัดตามความเหมาะสมของตัวแปรและให้สอดคล้องกับการวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้

1. ตัวแปรสถานภาพส่วนบุคคล อันได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ อุปกรณ์เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตและ ช่องทางติดต่อสื่อสารกับโรงพยาบาล ผู้วิจัยกำหนดการวัดตัวแปรระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) สำหรับตัวแปรความคล่องตัว ชำนาญการใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพผู้วิจัยกำหนดการวัดตัวแปรระดับนามบัญญัติ (interval Scale) โดยใช้มาตรวัดประเมินค่า (Summated Rating Scale) 5 ระดับ มีรายละเอียดดังนี้

1.1 กำหนดการวัดเป็นระดับอันตรภาค (Interval Scale) 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	คะแนน	5
มาก	คะแนน	4
กลาง ๆ	คะแนน	3
น้อย	คะแนน	2
น้อยที่สุด	คะแนน	1

1.2 การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง	มาก
ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง	น้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 -1.80	หมายถึง	น้อยที่สุด

[1] โปรดดูภาคผนวก ก เครื่องมือแบบสอบถาม

2. ตัวแปรความเข้าใจเกี่ยวกับโทรเวชกรรม ผู้วิจัยกำหนดการวัดตัวแปรระดับระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) ส่วนตัวแปรตัวแปรย่อย ด้านบริการโทรเวชกรรม และรับรู้ถึงความง่ายในการใช้งาน ผู้วิจัยกำหนดการวัดตัวแปรระดับนามบัญญัติ (interval Scale) โดยใช้มาตรวัดประเมินค่า (Summated Rating Scale) 5 ระดับ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 กำหนดการวัดเป็นระดับอันตรภาค (Interval Scale) 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	คะแนน	5
มาก	คะแนน	4
กลาง ๆ	คะแนน	3
น้อย	คะแนน	2
น้อยที่สุด	คะแนน	1

2.2 การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง	มาก
ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง	น้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 -1.80	หมายถึง	น้อยที่สุด

3. ตัวแปรประสบการณ์การใช้โทรเวชกรรม ได้แก่ การเคยใช้ และไม่เคย หากผู้ตอบระบุข้อคำถาม ไม่เคย ให้ข้ามไปตอบในส่วนที่ 4 (ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน) ส่วนลักษณะการใช้โทรเวชกรรม (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ระยะเวลาการใช้ลักษณะการใช้โทรเวชกรรม (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) และรูปแบบลักษณะการใช้โทรเวชกรรม ผู้วิจัยกำหนดการวัด ตัวแปรระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale)

4. ตัวแปรความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ผู้วิจัยกำหนดการวัดตัวแปรระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) สำหรับตัวแปรความคล่องตัว ชำนาญการใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพผู้วิจัยกำหนดการวัดตัวแปรระดับนามบัญญัติ (interval Scale) โดยใช้มาตรวัดประเมินค่า (Summated Rating Scale) 5 ระดับ มีรายละเอียดดังนี้

4.1 กำหนดการวัดเป็นระดับอันตรภาค (Interval Scale) 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	คะแนน	5
มาก	คะแนน	4
ปานกลาง	คะแนน	3
น้อย	คะแนน	2
น้อยที่สุด	คะแนน	1

4.2 การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง	มาก
ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง	น้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 -1.80	หมายถึง	น้อยที่สุด

3.2.5 การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้ทดสอบคุณภาพแบบสอบถามด้านความตรงในเนื้อหา (Content Validity) และความน่าเชื่อถือ (Reliability) ก่อนเก็บข้อมูลจริง

ความเที่ยงตรง (Validity) ใช้การตรวจสอบโดยให้นักวิชาการด้านวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน และผู้เชี่ยวชาญทางด้านแผ่นดินไหวจำนวน 3 คน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องเครื่องมือวัดในด้านเนื้อหา (Content Validity) และด้านความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ (Wording) ตามกรอบนิยามการวัด

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ 3 คน ดังนี้

1. ดร.นพ.อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ ที่ปรึกษากรมการแพทย์

2. นางกรรณิกา ปัญญาอมรวัฒน์ พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพ

3. รองศาสตราจารย์ มาลี บุญศิริพันธ์ อดีตอาจารย์ประจำ คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

หลังจากนั้นได้ปรับแก้ไขและนำไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้การตรวจสอบในส่วนของการวัดตัวแปรมาตรวัดประเมินค่า (Summated Rating Scale) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540, น. 125-126)

จากสูตร

$$\alpha = \frac{n}{n-1}\left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2}\right]$$

เมื่อ α แทน ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

n แทน ค่าจำนวนข้อคำถาม

S_i^2 แทน ค่าคะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ

S_t^2 แทน ค่าคะแนนความแปรปรวนทั้งฉบับ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญไปทดสอบ (pre-test) แก่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด และนำมาคำนวณหาค่าอัลฟาของครอนบาคโดยค่าที่ได้มีดังนี้ ความคล่องตัวในการใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพ α = 0.72 ความเข้าใจเกี่ยวกับโทรเวชกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์จากการใช้งาน α = 0.92 และ การรับรู้ถึงความง่ายในการใช้งาน α = 0.93 ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนโดยรวม α = 0.94 ได้แก่ ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูล α = 0.92 ด้านที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ยุ่งยากซับซ้อน α = 0.80 ด้านที่ 3 การสื่อสารเกี่ยวกับเรื่องโรค α = 0.90 ด้านที่ 4 การใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการป้องกันและรักษา α = 0.77 ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อเรื่องโรค α = 0.87 และด้านที่ 6 การแสดงพฤติกรรมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและป้องกัน α = 0.72

3.3 วิธีการพิทักษ์สิทธิ์ และการจัดการกับความเสี่ยง

กำหนดให้ผู้เก็บข้อมูลแบบสอบถามชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดต่าง ๆ ของโครงการวิจัย รวมถึงอธิบายคำชี้แจงในแบบสอบถามโดยละเอียด เพื่อสร้างความเข้าใจแก่ผู้ตอบแบบสอบถามก่อนเริ่มทำแบบสอบถาม และขอให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ โดยห้ามบังคับ ขอร้อง หรือใช้อำนาจใดใดบังคับให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายว่าข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม นอกจากนี้ ผู้ตอบมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามและมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใดใดต่อผู้ตอบ

3.4 การตรวจสอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคนแล้ว ได้ผ่านการตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยในคน โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่ COA No. 062/66 ได้พิจารณาโดยใช้หลักของ Belmont Report 1979, Declaration of Helsinki 2013, Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOM) 2016, มาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ค.) 2560, นโยบายแห่งชาติ และแนวทางปฏิบัติการวิจัยในมนุษย์ 2558

3.5 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยส่วนของการสำรวจการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำผลข้อมูลที่รวบรวมได้แล้วมาตรวจสอบความถูกต้องจากนั้นจึงนำมาข้อมูลเพื่อเตรียมการสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป เพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (Statistical Package for the Social Sciences, SPSS) และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

ผลการสัมภาษณ์จะนำมาวิเคราะห์ผลการวิจัยร่วมกับผลการวิจัยเชิงสำรวจ สรุปสร้างเป็นองค์ความรู้และข้อมูลสำหรับการพัฒนาสร้างสรรค์ผลิตและเผยแพร่เนื้อหาและภาพยนตร์เพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพในการดำเนินงานขั้นต่อไป

3.6 การรายงานผลการวิจัย

ผู้วิจัยรายงานนำเสนอผลการวิจัยแบ่งเป็นบท ดังนี้

บทที่ 4 รายงานผลการวิจัยเชิงสำรวจ พร้อมด้วยตารางผลการวิเคราะห์ข้อมูล

บทที่ 5 รายงานผลสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยการวิเคราะห์เชิงพรรณนา

บทที่ 6 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

บทที่ 4

ผลสำรวจความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม และความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการสำรวจความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม และความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนตามภารกิจกรมการแพทย์ โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มจังหวัดตัวแทนแต่ละภูมิภาคของประเทศ ได้แก่ เชียงราย นครสวรรค์ หนองคาย อุบลราชธานี จันทบุรี ชุมพร สงขลา กาญจนบุรี กรุงเทพมหานครและปริมณฑล รวมจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 1,000 ตัวอย่าง นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาประมวลผลและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานภาพส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความเข้าใจเกี่ยวกับโทรเวชกรรม

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ประสบการณ์การใช้โทรเวชกรรม

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน

4.1 ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานภาพส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์สถานภาพส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จังหวัด เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และ รายได้ปัจจุบันต่อเดือน อุปกรณ์เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตที่กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าของ ช่องทางติดต่อสื่อสารกับโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย การใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพ ระดับความคล่องตัวในการใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจังหวัด/ภูมิลำเนา

จังหวัด/ภูมิลำเนา	จำนวน	ร้อยละ
เชียงราย	75	7.50
นครสวรรค์	75	7.50
หนองคาย	75	7.50
อุบลราชธานี	75	7.50
จันทบุรี	75	7.50
ชุมพร	75	7.50
สงขลา	75	7.50
กาญจนบุรี	75	7.50
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล	**400**	**40.00**
รวม	**1,000**	**100.00**

n = 1,000

จากตารางที่ 4.1 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 1,000 คน มาจากกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมากที่สุด จำนวน 400 คน คิดเป็นร้อยละ 40 และมาจากทุกภูมิภาคทั่วประเทศ รวม 8 จังหวัด ในจำนวนใกล้เคียงกันในแต่ละภูมิภาค

ตารางที่ 4.2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และ รายได้ปัจจุบันต่อเดือน

สถานภาพส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
— ชาย	466	46.60
— **หญิง**	**534**	**53.40**
อายุ		
— 18-30 ปี	244	24.40
— **31-45 ปี**	**273**	**27.30**
— 46-59 ปี	266	26.60
— 60 ปีขึ้นไป	217	21.70
ระดับการศึกษา		
— ไม่เคยเรียนหนังสือ	16	1.60
— ประถมศึกษา	125	12.50
— มัธยมศึกษา	193	19.30
— อนุปริญญา ปวช./ปวส.	159	15.90
— **ปริญญาตรี**	**411**	**41.10**
— สูงกว่าปริญญาตรี	96	9.60
สถานภาพสมรส		
— **สมรส**	**503**	**50.30**
— โสด	415	41.50
— หม้าย / หย่าร้าง	82	8.20

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

สถานภาพส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
— ไม่ประกอบอาชีพ (ผู้ว่างงาน ผู้ที่กำลังหางานทำ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำงานได้ พ่อบ้าน/แม่บ้าน)	72	7.20
— เกษียณอายุงานและไม่ได้ทำงาน	68	6.80
— ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	164	16.40
— เกษตรกร / ทำนา ทำสวน ทำไร่	94	9.40
— **ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย**	**243**	**24.30**
— รับจ้าง	119	11.90
— พนักงานบริษัท เอกชน ลูกจ้าง	209	20.90
— นักเรียน นักศึกษา	17	1.70
— อื่น ๆ ได้แก่ ช่างภาพ นวดแผนไทย	14	1.40
รายได้ปัจจุบันต่อเดือน		
— ต่ำกว่า 5,000 บาท	101	10.10
— 5,001-10,000 บาท	136	13.60
— **10,001-20,000 บาท**	**295**	**29.50**
— 20,001-30,000 บาท	211	21.10
— 30,001-40,000 บาท	147	14.70
— 40,001-50,000 บาท	57	5.70
— มากกว่า 50,000 บาท	53	5.30
รวม	1,000	100.00

n = 1,000

จากตารางที่ 4.2 สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง มากกว่า เพศชาย โดยเป็นหญิง 534 คน คิดเป็นร้อยละ 53.40 มีช่วงอายุ 31-45 ปี มากที่สุด ใกล้เคียงกับช่วงอายุ 46-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.30 และ ร้อยละ 26.60 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีการศึกษาระดับปริญญาตรี เป็นจำนวน 411 คน คิดเป็นร้อยละ 41.10 รองลงมาคือมัธยมศึกษา จำนวน 193 คน คิดเป็นร้อยละ 19.30 กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรส เป็นจำนวน 503 คน คิดเป็นร้อยละ 50.30

กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพประกอบธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย ใกล้เคียงกับ อาชีพพนักงานบริษัทเอกชน ลูกจ้าง จำนวน 243 คน คิดเป็นร้อยละ 24.30 และจำนวน 209 คน คิดเป็นร้อยละ 20.90 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ 10,001-20,000 บาท ใกล้เคียงกับ รายได้ 20,001-30,000 บาท จำนวน 295 คน คิดเป็นร้อยละ 29.50 และ จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 21.10 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.3

จำนวนและร้อยละ จำแนกตามอุปกรณ์เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตที่กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าของ

อุปกรณ์เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตที่กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าของ	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
— โทรศัพท์สมาร์ทโฟน	954	95.40	46	4.60
— โน้ตบุ๊ก คอมพิวเตอร์พกพา	412	41.20	588	58.80
— แท็บเล็ต	276	27.60	724	72.40
— คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ	252	25.20	748	74.80
— ไม่มีอุปกรณ์เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต	19	1.90	981	98.10

n = 1,000 กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 4.3 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีโทรศัพท์สมาร์ตโฟนเป็นอุปกรณ์เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตเป็นของตนเอง เป็นจำนวน 954 คน คิดเป็นร้อยละ 95.40 รองลงมาคือ โน้ตบุ๊ก คอมพิวเตอร์พกพา จำนวน 412 คน คิดเป็นร้อยละ 41.20 แท็บเล็ต จำนวน 276 คน คิดเป็นร้อยละ 27.60 และมีคอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะเป็นของตนเองน้อยที่สุด จำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 25.20

ตารางที่ 4.4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามช่องทางติดต่อสื่อสารกับโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย

ช่องทางติดต่อสื่อสารกับโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
— การเข้าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล	856	85.60
— คุยทางโทรศัพท์	466	46.83
— ไลน์ (Line)	325	32.66
— แอพพลิเคชันของโรงพยาบาล	240	24.12
— เฟซบุ๊ก (Facebook)	132	13.27
— อีเมล (E-mail)	63	6.33
— ข้อความสั้น หรือเอสเอ็มเอส	57	5.73
— อื่น ๆ เช่น เรียก 1669	3	0.30

n = 995 กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 4.4 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีช่องทางติดต่อสื่อสารกับโรงพยาบาลแบบการเข้าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล มากที่สุด จำนวน 856 คน คิดเป็นร้อยละ 85.60 รองลงมาคือคุยทางโทรศัพท์ จำนวน 466 คน คิดเป็นร้อยละ 46.83 และ ผ่านทางไลน์ จำนวน 325 คน คิดเป็นร้อยละ 32.66

ตารางที่ 4.5

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคล่องตัวในการใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

การใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพ	ระดับความคล่องแคล่ว					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	มากที่สุด *(ใช้ได้ด้วยตนเองอย่างคล่องแคล่วชำนาญ)*	มาก *(ใช้ได้ด้วยตนเองแต่ยังไม่คล่องแคล่วนัก)*	ปานกลาง *(ใช้ได้โดยต้องมีคนสอน)*	น้อย *(ใช้โดยวานให้คนอื่นทำให้ทั้งหมด)*	น้อยที่สุด *(ใช้ไม่เป็นเลย)*			
1. หาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต	205 (20.50)	391 (39.10)	254 (25.40)	68 (6.80)	58 (5.80)	3.63	1.072	มาก
2. การออกกำลังกายตามรายการบนยูทูบหรือสื่อออนไลน์อื่น ๆ	127 (21.70)	261 (26.10)	329 (32.90)	115 (11.50)	79 (7.90)	3.27	1.17	ปานกลาง
3. ใช้แอปให้บริการสุขภาพของภาครัฐ เช่น แอปหมอพร้อม ไทยชนะ หมอชนะ แอปนัดหมอ	127 (12.70)	290 (29.00)	300 (30.00)	167 (16.70)	85 (8.50)	3.21	1.141	ปานกลาง
4. ใช้อุปกรณ์เสริมหรือแอปพลิเคชันสุขภาพ เช่น สมาร์ตวอทช์ แอปวัดความดัน ตรวจระดับน้ำตาล การตรวจจับการหกล้ม	80 (8.00)	252 (25.20)	267 (26.70)	127 12.70)	102 (10.20)	3.10	1.153	ปานกลาง
5. ใช้อุปกรณ์ภายในบ้านที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต เพื่อขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น เมื่อเกิดอุบัติเหตุในบ้าน เจ็บป่วยฉุกเฉิน	121 (12.10)	110 (11.00)	286 (28.60)	248 (24.80)	74 (7.40)	3.05	1.164	ปานกลาง

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

อุปกรณ์ที่ใช้งาน	ระดับความคล่องแคล่ว					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	มากที่สุด *(ใช้ได้ด้วยตนเองอย่างคล่องแคล่วชำนาญ)*	**มาก** *(ใช้ได้ด้วยตนเองแต่ยังไม่คล่องแคล่วนัก)*	**ปานกลาง** *(ใช้ได้โดยต้องมีคนสอน)*	**น้อย** *(ใช้โดยวานให้คนอื่นทำให้ทั้งหมด)*	**น้อยที่สุด** *(ใช้ไม่เป็นเลย)*			
6. นัดหมาย ขอคำปรึกษากับหมอหรือพยาบาลผ่านไลน์หรือแอปของหน่วยบริการ	63 (6.30)	139 (13.90)	277 (27.70)	217 (21.70)	176 (17.60)	2.87	1.167	ปานกลาง

n = 1,000

จากตารางที่ 4.5 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพในการหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพทางอินเทอร์เน็ตได้ในระดับมาก (ใช้ได้ด้วยตนเองแต่ยังไม่คล่องแคล่วนัก) (ค่าเฉลี่ย 3.63)

ส่วนการใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพที่ใช้ได้คล่องแคล่วในระดับปานกลาง (ใช้ได้โดยต้องมีคนสอน) ได้แก่ การออกกำลังกายตามรายการบนยูทูบ หรือสื่อออนไลน์อื่น ๆ (ค่าเฉลี่ย 3.27) ใช้แอปให้บริการสุขภาพของภาครัฐ เช่น แอปหมอพร้อม ไทยชนะ หมอชนะ แอปนัดหมอ (ค่าเฉลี่ย 3.21) การใช้อุปกรณ์เสริม หรือแอปพลิเคชันสุขภาพ เช่น สมาร์ตวอทช์ แอปวัดความดัน ตรวจระดับน้ำตาล การตรวจจับการหกล้ม (ค่าเฉลี่ย 3.10) ใช้อุปกรณ์ภายในบ้านที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต เพื่อขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น เมื่อเกิดอุบัติเหตุในบ้าน เจ็บป่วยฉุกเฉิน (ค่าเฉลี่ย 3.05) นัดหมาย ขอคำปรึกษากับหมอหรือพยาบาลผ่านไลน์หรือแอปของหน่วยบริการ (ค่าเฉลี่ย 2.87) ตามลำดับ

4.2 ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความเข้าใจเกี่ยวกับโทรเวชกรรม

ผลการวิเคราะห์ความเข้าใจเกี่ยวกับโทรเวชกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การรู้จักลักษณะของบริการโทรเวชกรรม ระดับการรับรู้ประโยชน์จากการใช้งานบริการโทรเวชกรรม และระดับการรับรู้ความง่ายในการใช้งานบริการโทรเวชกรรม รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.6

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรู้จักลักษณะของบริการโทรเวชกรรม

บริการทางการแพทย์ผ่านโทรศัพท์มือถือ สื่อออนไลน์ อินเทอร์เน็ต	เคยได้ยิน		ไม่เคยได้ยิน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1 ระบบปรึกษาทางไกลของแพทย์				
1.1 ท่านเคยเห็น/เคยได้ยินแพทย์ที่รักษาท่าน ขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญผ่านอินเทอร์เน็ตในการรักษาโรคให้ท่าน	587	58.70	413	41.30
1.2 ท่านเคยเห็น/เคยได้ยินแพทย์ที่รักษาท่านมีการประชุมปรึกษาวางแผนการรักษากับแพทย์คนอื่น ๆ เพื่อรักษาโรคของท่าน	457	45.70	543	54.30
2. การรับบริการจากโรงพยาบาลผ่านโทรเวชกรรม				
2.1 การจองคิวนัดหมายแพทย์ล่วงหน้าผ่านไลน์ แอพพลิเคชั่น โทรศัพท์	754	75.40	246	24.60
2.2 การลงทะเบียนด้วยระบบยืนยันตัวตนด้วยโทรศัพท์มือถือ	745	74.50	255	25.50
2.3 การตรวจสอบสิทธิ์การรักษาผ่านตู้อัตโนมัติ (Kiosk) ที่โรงพยาบาล แอปพลิเคชัน	634	63.40	366	36.60
2.4 การนำทางภายในโรงพยาบาลผ่านโทรศัพท์มือถือ	564	56.40	436	43.60
2.5 การสอบถามวิธีการใช้ยาจากเภสัชกรผ่านโทรศัพท์มือถือ	698	69.80	302	30.20
2.6 การส่งยาทางไปรษณีย์	809	80.90	191	19.10
2.7 การตรวจติดตามผลการรักษา แจ้งผลการตรวจ ผ่านโทรศัพท์มือถือ	717	71.70	283	28.30

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

บริการทางการแพทย์ผ่านโทรศัพท์มือถือ สื่อออนไลน์ อินเทอร์เน็ต	เคยได้ยิน		ไม่เคยได้ยิน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2.8 การลงนามให้ความยินยอมรับการผ่าตัดหรือฉายแสง หรือตรวจรักษา ผ่านโทรศัพท์มือถือ	463	46.30	537	53.70
3. การรับบริการแพทย์ทางไกล				
3.1 การปรึกษาแพทย์ที่เป็นเจ้าของไข้ผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์	648	64.80	352	35.30
3.2 การส่งข้อมูล ประวัติการรักษาของผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล โดยไม่ต้องกลับไปขอประวัติการรักษา	596	59.60	404	40.40
3.3. การเก็บข้อมูลสุขภาพ ประวัติการรักษาขอท่านเองไว้ในโทรศัพท์มือถือส่วนตัวของท่าน	646	64.60	354	35.40
3.4 การติดตามดูแลสุขภาพผ่านโทรศัพท์มือถือ โดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล	636	63.60	364	36.40

n = 1,000

จากตารางที่ 4.6 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรู้จักลักษณะของบริการโทรเวชกรรมแต่ละด้านดังนี้

ด้านระบบปรึกษาทางไกลของแพทย์ เคยเห็น/เคยได้ยินแพทย์ที่รักษาท่านขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญผ่านอินเทอร์เน็ตในการรักษาโรคให้ท่าน เป็นจำนวนมากที่สุด 587 คิดเป็นร้อยละ 58.70

ด้านการรับบริการจากโรงพยาบาลผ่านโทรเวชกรรม รู้จักบริการการส่งยาทางไปรษณีย์มากที่สุด จำนวน 809 คน คิดเป็นร้อยละ 80.90 รองลงมา คือ การจองคิวนัดหมายแพทย์ล่วงหน้าผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน โทรศัพท์ จำนวน 754 คน คิดเป็นร้อยละ 75.40

ด้านการรับบริการแพทย์ทางไกล รู้จักการปรึกษาแพทย์ที่เป็นเจ้าของไข้ ผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์เป็นจำนวนมากที่สุด 648 คิดเป็นร้อยละ 64.80

ตารางที่ 4.7

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง การรู้จักลักษณะของบริการโทรเวชกรรม จำแนกตามช่วงอายุ

บริการทางการแพทย์ผ่านโทรศัพท์มือถือ สื่อออนไลน์ อินเทอร์เน็ต	อายุ 18-30 ปี (n=244)	อายุ 31-45 ปี (n=273)	อายุ 46-59 ปี (n=266)	อายุ 60 ปีขึ้นไป (n=217)
1 ระบบปรึกษาทางไกลของแพทย์				
1.1 ท่านเคยเห็น/เคยได้ยินแพทย์ที่รักษาท่าน ขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญผ่านอินเทอร์เน็ตในการรักษาโรคให้ท่าน	152 (62.30)	157 (57.51)	**167 (62.78)**	111 (51.15)
1.2 ท่านเคยเห็น/เคยได้ยินแพทย์ที่รักษาท่านมีการประชุมปรึกษาวางแผนการรักษากับแพทย์คนอื่น ๆ เพื่อรักษาโรคของท่าน	113 (46.30)	127 (46.5)	**130 (48.9)**	87 (40.10)
2. การรับบริการจากโรงพยาบาลผ่านโทรเวชกรรม				
2.1 การจองคิวนัดหมายแพทย์ล่วงหน้าผ่านไลน์ แอพพลิเคชั่น โทรศัพท์	193 (79.10)	**204 (74.73)**	**204 (76.69)**	153 (70.51)
2.2 การลงทะเบียนด้วยระบบยืนยันตัวตนด้วยโทรศัพท์มือถือ	189 (77.46)	205 (75.09)	**206 (77.44)**	145 (66.82)
2.3 การตรวจสอบสิทธิ์การรักษาผ่านตู้อัตโนมัติ (Kiosk) ที่โรงพยาบาล แอปพลิเคชัน	178 (72.95)	164 (60.07)	**168 (63.16)**	124 (57.14)
2.4 การนำทางภายในโรงพยาบาลผ่านโทรศัพท์มือถือ	**155 (63.52)**	154 (56.41)	145 (54.51)	110 (50.69)
2.5 การสอบถามวิธีการใช้ยาจากเภสัชกรผ่านโทรศัพท์มือถือ	185 (75.82)	**186 (68.13)**	**186 (69.92)**	141 (64.98)
2.6 การส่งยาทางไปรษณีย์	196 (80.33)	210 (76.92)	**224 (84.21)**	179 (82.49)
2.7 การตรวจติดตามผลการรักษา แจ้งผลการตรวจ ผ่านโทรศัพท์มือถือ	180 (73.77)	**193 (70.70)**	191 (71.80)	153 (70.51)

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

บริการทางการแพทย์ผ่านโทรศัพท์มือถือ สื่อออนไลน์ อินเทอร์เน็ต	อายุ 18-30 ปี (n=244)	อายุ 31-45 ปี (n=273)	อายุ 46-59 ปี (n=266)	อายุ 60 ปีขึ้นไป (n=217)
2.8 การลงนามให้ความยินยอมรับการผ่าตัดหรือฉายแสงหรือตรวจรักษา ผ่านโทรศัพท์มือถือ	129 (52.87)	**144 (41.80)**	128 (48.1)	92 (42.4)
3. การรับบริการแพทย์ทางไกล				
3.1 การปรึกษาแพทย์ที่เป็นเจ้าของไข้ผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์	173 (70.90)	**177 (64.84)**	173 (65.04)	125 (57.60)
3.2 การส่งข้อมูล ประวัติการรักษาของผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล โดยไม่ต้องกลับไปขอประวัติการรักษา	159 (65.16)	155 (56.78)	**165 (62.03)**	117 (53.92)
3.3. การเก็บข้อมูลสุขภาพ ประวัติการรักษาของท่านเองไว้ในโทรศัพท์มือถือส่วนตัวของท่าน	176 (72.13)	176 (64.47)	**182 (68.42)**	112 (51.61)
3.4 การติดตามดูแลสุขภาพผ่านโทรศัพท์มือถือโดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล	168 (68.85)	**181 (66.30)**	172 (64.66)	115 (53.00)

n = 1,000

จากตารางที่ 4.7 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างรู้จักลักษณะของบริการโทรเวชกรรมแต่ละด้านดังนี้

1. ด้านระบบปรึกษาทางไกลของแพทย์ กลุ่มอายุ 46-59 ปี รู้จักมากที่สุด

2. ด้านการรับบริการจากโรงพยาบาลผ่านโทรเวชกรรม กลุ่มอายุ 46-59 ปี รู้จักมากที่สุดหลายลักษณะ เช่น การจองคิวนัดหมาย การลงทะเบียนด้วยระบบยืนยันตัวตน ด้วยโทรศัพท์มือถือ การตรวจสอบสิทธิ์ การสอบถามวิธีการใช้ยาจากเภสัชกร การส่งยาทางไปรษณีย์

กลุ่มอายุ 31-45 ปี รู้จักมากที่สุดหลายลักษณะ เช่น การจองคิวนัดหมาย การสอบถามวิธีการใช้ยาจากเภสัชกร (ใกล้เคียงกับกลุ่มอายุ 46-49 ปี) การตรวจติดตามผลการรักษา แจ้งผลการตรวจ การลงนามให้ความยินยอมรับการรักษาผ่านโทรศัพท์มือถือ

กลุ่มอายุ 18-30 ปี รู้จักมากที่สุดเรื่อง การนำทางภายในโรงพยาบาลผ่านโทรศัพท์มือถือ

3. ด้านการรับบริการแพทย์ทางไกล กลุ่มอายุ 46-59 ปี รู้จักมากที่สุดหลายลักษณะ เช่น การส่งข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล การเก็บข้อมูลสุขภาพ ประวัติการรักษาไว้ในโทรศัพท์มือถือ การติดตามดูแลสุขภาพผ่านโทรศัพท์มือถือ

สำหรับกลุ่มอายุ 31-45 ปี รู้จักมากที่สุดเรื่อง การปรึกษาแพทย์ที่เป็นเจ้าของไข้ผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป รู้จักน้อยกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ในทุกด้าน

ตารางที่ 4.8

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้ประโยชน์จากการใช้งานบริการโทรเวชกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

การรับรู้ประโยชน์	ระดับ					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	ค่อนข้างน้อย	ไม่มีเลย			
1. บริการโทรเวชกรรมช่วยให้ท่านไม่ต้องเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายการเดินทาง ไม่ต้องมารอคอยที่โรงพยาบาล	167 (16.70)	412 (41.20)	341 (34.10)	52 (5.20)	28 (2.80)	3.64	0.915	มาก
2. บริการโทรเวชกรรมช่วยให้ท่านได้รับบริการทางการแพทย์ได้รวดเร็วขึ้น	131 (13.10)	461 (46.10)	335 (33.50)	47 (4.70)	26 (2.60)	3.62	0.865	มาก
3. เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ท่านสามารถขอคำปรึกษาจากแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพ ผ่านบริการโทรเวชกรรมได้	144 (14.40)	368 (36.80)	343 (34.30)	102 (10.20)	43 (4.30)	3.47	1.000	มาก
4. บริการโทรเวชกรรมช่วยให้ท่านได้รับความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤตจนพ้นขีดอันตรายได้	115 (11.50)	360 (36.00)	391 (39.10)	79 (7.90)	55 (5.50)	3.40	0.979	ปานกลาง
5. บริการโทรเวชกรรมช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวไปรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า	118 (11.80)	318 (31.80)	414 (41.40)	112 (11.20)	40 (4.00)	3.36	0.964	ปานกลาง

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

การรับรู้ประโยชน์	ระดับ					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	ค่อนข้างน้อย	ไม่มีเลย			
6. บริการโทรเวชกรรมช่วยให้ท่านได้รับการรักษาอย่างไม่แตกต่างจากการเข้ารับบริการหรือการรักษาที่โรงพยาบาล	87 (8.70)	312 (31.20)	447 (44.70)	121 (12.10)	33 (3.30)	3.30	0.908	ปานกลาง
7. บริการโทรเวชกรรมช่วยให้ท่านได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด	99 (9.90)	299 (29.90)	407 (40.70)	142 (14.20)	53 (5.30)	3.25	0.994	ปานกลาง
8. บริการโทรเวชกรรมช่วยผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาโรคจนอาการดีขึ้น	83 (8.30)	286 (28.60)	461 (46.10)	124 (12.40)	44 (4.40)	3.24	0.929	ปานกลาง
9. บริการโทรเวชกรรมช่วยรักษาข้อมูลส่วนบุคคลของท่านให้มีความปลอดภัย	85 (8.50)	280 (28.00)	430 (43.00)	139 (13.90)	66 (6.60)	3.18	0.996	ปานกลาง
10. บริการโทรเวชกรรมมีความน่าไว้วางใจในการรักษาเหมือนกับท่านได้ไปพบแพทย์ตัวต่อตัว	93 (9.30)	203 (20.30)	495 (49.50)	121 (12.10)	88 (8.80)	3.09	1.020	ปานกลาง
11. บริการโทรเวชกรรมสามารถให้การรักษาพยาบาลได้กับทุกโรค	69 (6.90)	255 (25.50)	437 (43.70)	144 (14.40)	95 (9.50)	3.06	1.026	ปานกลาง
12. บริการโทรเวชกรรมช่วยวินิจฉัยโรคของท่านได้แม่นยำ	56 (5.60)	203 (20.30)	481 (48.10)	187 (18.70)	73 (7.30)	2.98	0.952	ปานกลาง

n = 1,000

จากตารางที่ 4.8 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์จากการใช้งานบริการโทรเวชกรรมในระดับมาก ในเรื่องบริการโทรเวชกรรมช่วยให้ไม่ต้องเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายการเดินทาง ไม่ต้องมารอคอยที่โรงพยาบาล (ค่าเฉลี่ย 3.64) บริการโทรเวชกรรมช่วยให้ได้รับบริการทางการแพทย์ได้รวดเร็วขึ้น (ค่าเฉลี่ย 3.62) . และ เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล สามารถขอคำปรึกษาจากแพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพ ผ่านบริการโทรเวชกรรมได้ (ค่าเฉลี่ย 3.47)

ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์จากการใช้งานบริการโทรเวชกรรมในระดับปานกลาง ในเรื่องบริการโทรเวชกรรมช่วยให้ได้รับการรักษาอย่างไม่แตกต่างจากการเข้ารับบริการหรือการรักษาที่โรงพยาบาล (ค่าเฉลี่ย 3.40) บริการโทรเวชกรรมช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวไปรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า (ค่าเฉลี่ย 3.36) บริการโทรเวชกรรมช่วยให้ได้รับความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤตจนพ้นขีดอันตรายได้ (ค่าเฉลี่ย 3.30)

ตารางที่ 4.9

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้ความง่ายในการใช้งานบริการโทรเวชกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน	ระดับ					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	ค่อนข้างน้อย	ไม่มีเลย			
1. บริการโทรเวชกรรมทำให้รู้สึกว่าการพบหมอไม่ใช่สิ่งที่ยุ่งยากน่ากลัว	104 (10.40)	341 (34.10)	404 (40.40)	102 (10.20)	49 (4.90)	3.35	0.967	ปานกลาง
2. ยิ่งท่านได้ใช้บริการโทรเวชกรรมมากขึ้น ท่านก็ยิ่งใช้ได้อย่างคล่องแคล่วขึ้น	127 (12.70)	320 (32.00)	370 (37.00)	133 (13.30)	50 (5.00)	3.34	1.023	ปานกลาง
3. ท่านใช้โทรศัพท์มือถือเป็นอุปกรณ์ที่ใช้งานบริการโทรเวชกรรมได้	138 (13.80)	307 (30.70)	349 (34.90)	145 (14.50)	61 (6.10)	3.32	1.072	ปานกลาง
4. บริการโทรเวชกรรมเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน	85 (8.50)	317 (31.70)	438 (43.80)	108 (10.80)	52 (5.20)	3.28	0.948	ปานกลาง
5. บริการโทรเวชกรรมตอบสนองความต้องการใช้บริการทางการแพทย์ของท่านได้	101 (10.10)	106 (10.60)	407 (40.70)	320 (32.00)	66 (6.60)	3.28	1.007	ปานกลาง
6. บริการโทรเวชกรรมช่วยให้การส่งต่อข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลได้สะดวกง่ายขึ้น	134 (13.40)	295 (29.50)	359 (35.90)	139 (13.90)	73 (7.30)	3.28	1.089	ปานกลาง
7. สิ่งที่แพทย์หรือพยาบาลให้คำแนะนำคำปรึกษากับท่าน ผ่านโทรเวชกรรม ท่านเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้จริง	104 (10.40)	305 (30.50)	397 (39.70)	124 (12.40)	70 (7.00)	3.25	1.032	ปานกลาง

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน	ระดับ					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	ค่อนข้างน้อย	ไม่มีเลย			
8. บริการโทรเวชกรรมช่วยให้เข้าถึงแพทย์ได้อย่างสะดวก	99 (9.90)	286 (28.60)	401 (40.10)		65 (6.50) 149 (14.90)	3.21	1.025	ปานกลาง
9. บริการโทรเวชกรรมใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยาก	89 (8.90)	292 (29.20)	401 (40.10)	142 (14.20)	76 (7.60)	3.18	1.032	ปานกลาง
10. ท่านสามารถสอนหรือแนะนำผู้อื่นให้ใช้บริการโทรเวชกรรมได้อย่างมั่นใจ	96 (9.60)	264 (26.40)	388 (38.80)	161 (16.10)	91 (9.10)	3.11	1.078	ปานกลาง
11. ท่านจะแนะนำเพื่อนหรือคนรู้จักให้ใช้บริการโทรเวชกรรม	99 (9.90)	271 (27.10)	381 (38.10)	143 (14.30)	106 (10.60)	3.11	1.106	ปานกลาง
12. ใคร ๆ ก็สามารถใช้บริการโทรเวชกรรมได้ด้วยตนเอง	94 (9.40)	231 (23.10)	382 (38.20)	188 (18.80)	103 (10.30)	3.03	1.100	ปานกลาง

n = 1,000

จากตารางที่ 4.9 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การรับรู้ความง่ายในการใช้งานบริการโทรเวชกรรมในระดับปานกลางทั้งหมด เช่น บริการโทรเวชกรรม ทำให้รู้สึกว่าการพบหมอไม่ใช่สิ่งที่ยุ่งยากน่ากลัว ยิ่งได้ใช้บริการโทรเวชกรรมมากขึ้นก็ยิ่งใช้ได้อย่างคล่องแคล่วขึ้น ใช้โทรศัพท์มือถือเป็นอุปกรณ์ที่ใช้งานบริการโทรเวชกรรมได้

ตารางที่ 4.10

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง ตามการรับรู้ประโยชน์ และการใช้งานง่าย จำแนกตามช่วงอายุ

การรับรู้ประโยชน์ และการใช้งานง่ายของโทรเวชกรรม	อายุ 18-30 ปี (n=244)	อายุ 31-45 ปี (n=273)	อายุ 46-59 ปี (n=266)	อายุ 60 ปีขึ้นไป (n=217)	ระดับ
1. การรับรู้ประโยชน์ของโทรเวชกรรม					
$\bar{X}$	3.30	3.31	3.37	3.20	ปานกลาง
S.D.	0.662	0.775	0.725	0.846	
2. การรับรู้ความง่ายในการใช้งานของโทรเวชกรรม					
$\bar{X}$	3.16	3.24	3.37	3.12	ปานกลาง
S.D.	0.841	0.909	0.886	0.895	

จากตารางที่ 4.10 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทุกช่วงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ และความง่ายของโทรเวชกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

4.3 ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ประสบการณ์การใช้โทรเวชกรรม

ผลการวิเคราะห์การใช้โทรเวชกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประสบการณ์ในการเคยใช้งานโทรเวชกรม ลักษณะการใช้โทรเวชกรม ระยะเวลาในการใช้บริการโทรเวชกรรม และรูปแบบการใช้บริการโทรเวชกรรม รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.11

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์ในการเคยใช้งานโทรเวชกรรม

ประสบการณ์ในการเคยใช้งานโทรเวชกรม	เคย		ไม่เคย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	561	56.10	439	43.90

n = 1,000

จากตารางที่ 4.11 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเคยมีประสบการณ์ในการใช้งานโทรเวชกรรม จำนวน 561 คน คิดเป็นร้อยละ 56.10 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างไม่ถึงครึ่ง ยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการใช้งานโทรเวชกรรม จำนวน 439 คน คิดเป็นร้อยละ 43.90

ตารางที่ 4.12

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่เคยใช้บริการโทรเวชกรรม จำแนกตามช่วงอายุ

เคยใช้บริการโทรเวชกรรม	อายุ 18-30 ปี (n=244)	อายุ 31-45 ปี (n=273)	อายุ 46-59 ปี (n=266)	อายุ 60 ปีขึ้นไป (n=217)
เคยใช้บริการทางการแพทย์ผ่านโทรศัพท์มือถือ สื่อออนไลน์ อินเทอร์เน็ต	146 (59.84)	148 (52.21)	156 (58.65)	111 (51.15)

N= 1,000

จากตารางที่ 4.12 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งในทุกกลุ่มอายุเคยมีประสบการณ์ในการใช้งานโทรเวชกรรม ทั้งนี้กลุ่มอายุ 46-59 ปี เคยใช้บริการโทรเวชกรรมมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ในขณะที่กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เคยใช้น้อยกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ

ตารางที่ 4.13

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการใช้โทรเวชกรรม

ลักษณะการใช้โทรเวชกรรม	จำนวน	ร้อยละ
— ใช้ได้ด้วยตนเอง ไม่มีใครช่วย	307	54.53
— ใช้โดยมีบุคคลในครอบครัว หรือ เพื่อนบ้านช่วย	193	34.28
— ใช้โดยมีคุณหมอช่วย	76	86.50
— ใช้โดยมีพยาบาลช่วย	164	70.87
— ใช้โดยมีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลช่วย	296	52.58
— อื่น ๆ	5	0.89

n = 563 กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 4.13 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะการใช้โทรเวชกรม โดยใช้ได้ด้วยตนเอง ไม่มีใครช่วยมากที่สุด จำนวน 307 คน คิดเป็นร้อยละ 54.53 รองลงมาคือ ใช้โดยมีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลช่วย จำนวน 296 คน คิดเป็นร้อยละ 52.58 และ ใช้โดยมีบุคคลในครอบครัว หรือ เพื่อนบ้านช่วยเป็นจำนวน 193 คน คิดเป็นร้อยละ 34.28

ตารางที่ 4.14

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาในการใช้บริการโทรเวชกรรม

ระยะเวลาในการใช้บริการโทรเวชกรรม	จำนวน	ร้อยละ
— 1 – 2 เดือน	164	29.18
— 3 – 4 เดือน	91	16.19
— 5 – 6 เดือน	62	11.03
— 7 – 8 เดือน	40	7.12
— **มากกว่า 8 เดือน**	**205**	**36.48**
รวม	562	100.00

n = 562

จากตารางที่ 4.14 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด มีระยะเวลาในการใช้บริการโทรเวชกรรม มามากกว่า 8 เดือนแล้ว จำนวน 205 คน คิดเป็นร้อยละ 36.48 รองลงมาคือ 1 – 2 เดือน จำนวน 164 คน คิดเป็นร้อยละ 29.18 และ 3-4 เดือน เป็นจำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 16.19

ตารางที่ 4.15

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรูปแบบการใช้บริการโทรเวชกรรม

รูปแบบการใช้บริการโทรเวชกรรม	จำนวน	ร้อยละ
— จองคิวนัดหมายมาหาหมอล่วงหน้า	325	32.50
— การรับยาทางไปรษณีย์	296	29.60
— ลงทะเบียนด้วยระบบยืนยันตัวตนผ่านโทรศัพท์มือถือ	212	21.20
— ติดตามดูแลสุขภาพกับแพทย์หรือพยาบาลผ่านไลน์	202	20.20
— ปรึกษาแพทย์ที่เป็นเจ้าของไข้หรือพยาบาลผ่านไลน์	200	20.00
— ติตตามการรักษาผ่านไลน์ โดยไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล	154	15.40
— ลงนามให้ความยินยอมอิเล็กทรอนิกส์ (e-Consent)	12	1.20
— อื่น ๆ เช่น ฟังผลรักษาโรค	7	0.70

n = 564 กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 4.15 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบการใช้บริการโทรเวชกรรม โดยจองคิวนัดหมายมาหาหมอล่วงหน้า มากที่สุด จำนวน 325 คน คิดเป็นร้อยละ 32.50 รองลงมา คือ การรับยาทางไปรษณีย์ จำนวน 296 คน คิดเป็นร้อยละ 29.60 และ การลงทะเบียนด้วยระบบยืนยันตัวตนผ่านโทรศัพท์มือถือ เป็นจำนวน 212 คน คิดเป็นร้อยละ 21.20

4.3 ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน

ตารางที่ 4.16

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน

ข้อความ	ระดับความรอบรู้					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูล								
1.1 ท่านตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโรคยุ่งยากซับซ้อนจากแหล่งข้อมูลหลายแหล่งได้	116 (11.60)	338 (33.80)	372 (37.20)	106 (10.60)	68 (6.80)	3.33	1.036	ปานกลาง
1.2 เมื่อท่านต้องการทราบเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ท่านสามารถสืบค้นผ่านระบบคอมพิวเตอร์ และแหล่งข้อมูลอื่นได้	122 (12.20)	342 (34.20)	347 (34.70)	98 (9.80)	91 (9.10)	3.31	1.095	ปานกลาง
1.3 ท่านรู้วิธีการค้นหาและสามารถใช้อุปกรณ์ เพื่อค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนได้ทางอินเทอร์เน็ต	96 (9.60)	343 (34.30)	370 (37.00)	121 (12.10)	61 (6.10)	3.29	1.004	ปานกลาง
1.4 ท่านสามารถพบแพทย์ หรือ พยาบาล หรือ อสม. เพื่อขอข้อมูลเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนได้	94 (9.40)	372 (37.20)	332 (33.20)	138 (13.80)	64 (6.40)	3.29	1.028	ปานกลาง
1.5 ท่านสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ยุ่งยากซับซ้อนได้ด้วยตนเอง	86 (8.60)	337 (33.70)	401 (40.10)	117 (11.70)	59 (5.90)	3.27	0.980	ปานกลาง
รวมด้านที่ 1 ด้านการเข้าถึงข้อมูล						3.30	0.914	ปานกลาง

ตารางที่ 4.16 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความรอบรู้					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
ด้านที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ยุ่งยากซับซ้อน								
2.1 ท่านเข้าใจว่าโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน อาจเกิดขึ้นได้กับทุกคน	189 (18.90)	402 (40.20)	322 (32.20)	60 (6.00)	27 (2.70)	3.67	0.940	มาก
2.2. ท่านรู้ดีว่าโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต	136 (13.60)	403 (40.30)	338 (33.80)	81 (8.10)	42 (4.20)	3.51	0.968	มาก
2.3. ท่านทราบดีว่าโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถป้องกันการเกิดโรคได้ด้วยวิธีใด	99 (9.90)	121 (12.10)	418 (41.80)	309 (30.90)	52 (5.20)	3.28	0.978	ปานกลาง
2.4. ท่านทราบว่าท่านสามารถสังเกตอาการบ่งชี้ของโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนได้	73 (7.30)	320 (32.00)	425 (42.50)	139 (13.90)	43 (4.30)	3.24	0.939	ปานกลาง
2.5. ท่านเข้าใจวิธีการรักษาโรคที่ยุ่งยากซับซ้อนได้	94 (9.40)	294 (29.40)	406 (40.60)	133 (13.30)	69 (6.90)	3.21	1.020	ปานกลาง
รวมด้านที่ 2 ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ยุ่งยากซับซ้อน						3.39	0.823	ปานกลาง
ด้านที่ 3 การสื่อสารเกี่ยวกับเรื่องโรค								
3.1 ท่านสามารถพูดคุยกับแพทย์/พยาบาล เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนได้	116 (11.60)	339 (33.90)	455 (45.50)	61 (6.10)	27 (2.70)	3.52	1.621	มาก
3.2 ในขณะรับฟังในประเด็นที่ท่านยังไม่เข้าใจ ท่านสามารถโต้ตอบหรือซักถามแพทย์และพยาบาลที่ให้คำแนะนำได้	113 (11.30)	335 (33.35)	424 (42.40)	93 (9.30)	35 (3.50)	3.40	0.929	ปานกลาง

ตารางที่ 4.16 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความรอบรู้					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
3.3. ท่านสามารถรับฟังสิ่งที่แพทย์ พยาบาล บอกเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนได้อย่างเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้	107 (10.70)	319 (31.90)	456 (45.60)	83 (8.30)	35 (3.50)	3.38	0.909	ปานกลาง
3.4 ท่านสามารถบอกหมอได้ เมื่อคุณหมอซักถามอาการเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน	121 (12.10)	305 (30.50)	434 (43.40)	96 (9.60)	44 (4.40)	3.36	0.964	ปานกลาง
3.5 ท่านสามารถอ่านและเข้าใจฉลากยาที่รักษาโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนได้	157 (15.70)	218 (21.80)	470 (47.00)	97 (9.70)	58 (5.80)	3.32	1.036	ปานกลาง
รวมด้านที่ 3 ด้านการสื่อสารเกี่ยวกับเรื่องโรค						3.40	0.840	ปานกลาง
ด้านที่ 4 การใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการป้องกันและรักษา								
4.1 ท่านพยายามปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และพฤติกรรมเมื่อจำเป็นต้องรักษาอาการป่วยจากโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน	152 (15.20)	396 (39.60)	342 (34.20)	81 (8.10)	29 (2.90)	3.56	0.942	มาก
4.2 ท่านนำผลการตรวจสุขภาพมากำหนดเป็นเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง	150 (15.00)	376 (37.60)	381 (38.10)	63 (6.30)	30 (3.00)	3.55	0.924	มาก
4.3 ท่านตั้งเป้าหมายและวางแผนที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน	137 (13.70)	373 (37.30)	401 (40.10)	57 (5.70)	32 (3.20)	3.53	0.911	มาก

ตารางที่ 4.16 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความรอบรู้					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
4.4 ท่านพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ และสังเกตสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ	159 (15.90)	353 (35.30)	362 (36.20)	99 (9.90)	27 (2.70)	3.52	0.964	มาก
4.5 ท่านได้ใช้ข้อมูลที่ได้จากแพทย์หรือพยาบาล เกี่ยวกับ โรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน มาวางแผนการดูแลตนเอง และรักษาตามแผนการรักษานั้นได้	116 (11.60)	358 (35.80)	422 (42.20)	73 (7.30)	31 (3.10)	3.46	0.902	มาก
รวมด้านที่ 4 ด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการป้องกันและรักษา						3.52	0.825	มาก
ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อเรื่องโรค								
5.1 ท่านตระหนักดีว่า การเชื่อโฆษณาอาหาร ขนม อาหารเสริม และยา อาจเสี่ยงต่อการเป็นโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน	274 (27.40)	402 (40.20)	274 (27.40)	39 (3.90)	11 (1.10)	3.89	0.890	มาก
5.2 ท่านไม่เชื่อข้อมูลเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนจาก แฟนเพจที่มีจำนวนผู้ติดตามจำนวนมากทันที	218 (21.80)	364 (36.40)	353 (35.30)	51 (5.10)	14 (1.40)	3.72	0.908	มาก
5.3 ท่านไม่เชื่อวิธีการรักษาโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนด้วยสมุนไพรจากคำแนะนำของเพื่อนสนิททันที	217 (21.70)	319 (31.90)	388 (38.80)	65 (6.50)	11 (1.10)	3.67	0.924	มาก
5.4 ท่านจะตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนก่อนจะเชื่อว่าเป็นจริงเสมอ	184 (18.40)	398 (39.80)	346 (34.60)	54 (5.40)	18 (1.80)	3.68	0.897	มาก

ตารางที่ 4.16 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความรอบรู้					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
5.5 ท่านเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน จากหลายแหล่งข้อมูล เพื่อให้มั่นใจว่าน่าเชื่อถือ	176 (17.60)	384 (38.40)	340 (34.00)	74 (7.40)	26 (2.60)	3.61	0.946	มาก
รวมด้านที่ 5 ด้านการรู้เท่าทันสื่อเรื่องโรค						3.71	0.782	มาก
ด้านที่ 6 การแสดงพฤติกรรมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและป้องกัน								
6.1 ท่านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน เช่น งดสุรา งดสูบบุหรี่ ลดความเครียด ปรับพฤติกรรมการบริโภค เพิ่มการออกกาลังกาย	240 (24.00)	411 (41.10)	294 (29.40)	43 (4.30)	12 (1.20)	3.82	0.885	มาก
6.2 ท่านอธิบายให้คนรอบข้างทราบว่าการออกกำลังกาย ช่วยลดความเสี่ยงการเป็นโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน	150 (15.00)	332 (33.20)	400 (40.00)	92 (9.20)	26 (2.60)	3.49	0.944	มาก
6.3 ท่านเตือนคนใกล้ชิดให้ระมัดระวังและป้องกันโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนอยู่บ่อย ๆ	154 (15.40)	319 (31.90)	358 (35.80)	109 (10.90)	60 (6.00)	3.40	1.061	ปานกลาง
6.4 ท่านให้คำแนะนำผู้อื่นเกี่ยวกับวิธีการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน	137 (13.70)	272 (27.20)	416 (41.60)	122 (12.20)	53 (5.30)	3.32	1.027	ปานกลาง
รวมด้านที่ 6 ด้านการแสดงพฤติกรรมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและป้องกัน						3.51	0.849	มาก
รวมทุกด้าน						3.47	0.685	มาก

ตารางที่ 4.16 สรุปได้ว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนโดยรวม 6 ด้าน อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.47)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับมากในด้านการรู้เท่าทันสื่อเรื่องโรค (ค่าเฉลี่ย 3.71) ด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการป้องกันและรักษา (ค่าเฉลี่ย 3.52)ด้านการแสดงพฤติกรรมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและป้องกัน (ค่าเฉลี่ย 3.50)

ขณะที่กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการสื่อสารเกี่ยวกับเรื่องโรค (ค่าเฉลี่ย 3.40) ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ยุ่งยากซับซ้อน (ค่าเฉลี่ย 3.39) ด้านการเข้าถึงข้อมูล (ค่าเฉลี่ย 3.30)

ตารางที่ 4.17

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง ตามความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน จำแนกตามช่วงอายุ

ความรอบรู้ทางสุขภาพ โรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน	อายุ 18-30 ปี (n=244)	อายุ 31-45 ปี (n=273)	อายุ 46-59 ปี (n=266)	อายุ 60 ปีขึ้นไป (n=217)
ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน				
$\bar{X}$	3.30	3.35	3.45	3.05
S.D.	0.875	0.904	0.874	0.971
ระดับ	ปานกลาง	ปานกลาง	มาก	ปานกลาง
ด้านที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน				
$\bar{X}$	3.34	3.42	3.55	3.20
S.D.	0.80	0.820	0.804	0.839
ระดับ	ปานกลาง	มาก	มาก	ปานกลาง
ด้านที่ 3 การสื่อสารเกี่ยวกับเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน				
$\bar{X}$	3.32	3.37	3.56	3.31
S.D.	0.776	0.896	0.839	0.813
ระดับ	ปานกลาง	ปานกลาง	มาก	ปานกลาง
ด้านที่ 4 การใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการป้องกันและรักษา				
$\bar{X}$	3.37	3.51	3.72	3.48
S.D.	0.749	0.888	0.800	0.818
ระดับ	ปานกลาง	มาก	มาก	มาก
ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน				
$\bar{X}$	3.59	3.79	3.85	3.58
S.D.	0.701	0.849	0.735	0.800
ระดับ	มาก	มาก	มาก	มาก
ด้านที่ 6 การแสดงพฤติกรรมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและป้องกัน				
$\bar{X}$	3.38	3.50	3.68	3.45
S.D.	0.827	0.849	0.823	0.877
ระดับ	ปานกลาง	มาก	มาก	มาก

ตารางที่ 4.17 (ต่อ)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ โรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน	อายุ 18-30 ปี (n=244)	อายุ 31-45 ปี (n=273)	อายุ 46-59 ปี (n=266)	อายุ 60 ปีขึ้นไป (n=217)
รวม 6 ด้าน				
$\bar{X}$	3.38	3.50	3.64	3.34
S.D.	0.617	0.775	0.656	0.716
ระดับ	ปานกลาง	มาก	มาก	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.17 สรุปความรอบรู้ทางสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มอายุ ดังนี้

กลุ่มอายุ 18-30 ปี มีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน โดยรวม อยู่ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน อยู่ระดับมาก

กลุ่มอายุ 31-45 ปี มีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน โดยรวม อยู่ระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูล และ ด้านการสื่อสารเกี่ยวกับเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน อยู่ระดับปานกลาง

กลุ่มอายุ 46-59 ปี มีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน โดยรวม อยู่ระดับมาก และอยู่ระดับมากทุกด้าน

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน โดยรวม อยู่ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการป้องกันและรักษา ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน และด้านการแสดงพฤติกรรมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและป้องกัน อยู่ระดับมาก

บทที่ 5

ความเข้าใจโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนและ บริการโทรเวชกรรม (Telemedicine)

งานวิจัยมีวัตถุประสงค์หลักข้อหนึ่งคือ มุ่งอธิบายความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม (Telemedicine) ของประชาชน ในเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคมะเร็ง การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด อาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โดยให้ความหมายว่า เป็นบริการทางการแพทย์ผ่านเทคโนโลยีทางไกล เป็นการส่งผ่านหรือการสื่อสารเนื้อหาทางการแพทย์แผนปัจจุบันโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทั้งจากสถานพยาบาลภาครัฐและ/หรือเอกชนจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง โดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อให้การปรึกษา คำแนะนำแก่ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือบุคคลอื่นใด เพื่อการดำเนินการทางการแพทย์ในกรอบแห่งความรู้ทางวิชาชีพเวชกรรม ตามภาวะ วิสัย และพฤติการณ์ที่เป็นอยู่ ทั้งนี้โดยความรับผิดชอบของผู้ส่งผ่านหรือการสื่อสารเนื้อหาทางการแพทย์นั้น ๆ (แพทยสภา, 2563) งานวิจัยนี้หมายถึงเฉพาะโทรเวชกรรมของกรมการแพทย์และหน่วยงานในสังกัดกรการแพทย์ ได้แก่

1. ระบบปรึกษาทางไกลของแพทย์

เป็นระบบให้คำปรึกษาทางไกล (Tele Health) ระหว่างแพทย์โรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลเฉพาะทางสังกัดกรมการแพทย์ สนับสนุนการรักษาโรคของแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกล ได้เชื่อมต่อกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญส่วนกลางเพื่อขอคำปรึกษากำหนดการรักษา และเป็นช่องทางสำหรับคณะแพทย์ผู้รักษาโรคที่ยุ่งยากซับซ้อนได้ประชุมปรึกษาวางแผนการรักษาแก่ผู้ป่วย

2. ระบบบริการการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วย

เป็นระบบการให้บริการแก่ผู้ป่วยผ่านเทคโนโลยีทั้งส่วนของการรับบริการจากโรงพยาบาล และการรับบริการแพทย์ทางไกล ดังนี้

2.1 การรับบริการจากโรงพยาบาลผ่านโทรเวชกรรม เป็นการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริการของโรงพยาบาล ระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (Mobile Health) การให้ผู้ป่วยสามารถจองคิวนัดหมายล่วงหน้า ระบบนัดหมายร่วมกับแอปพลิเคชัน อาทิ ไลน์ แอปพลิเคชันเฉพาะ เช่น “Cancer Anywhere” การลงทะเบียนด้วยระบบยืนยันตัวตนผ่านโทรศัพท์มือถือ การตรวจสอบสิทธิ์การรักษาผ่านตู้อัตโนมัติ (Kiosk) ที่โรงพยาบาล การนำทางภายในโรงพยาบาลผ่านโทรศัพท์มือถือ การใช้ยาโดยเภสัชกร การส่งยาทางไปรษณีย์ ระบบคัดกรองผู้ป่วย

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การลงนามให้ความยินยอมอิเล็กทรอนิกส์ (e-Consent) ก่อนการใช้งานและให้คำแนะนำการลงนามให้ความยินยอมเมื่อมาใช้บริการ

2.2 การรับบริการแพทย์ทางไกล เป็นการสร้างช่องทางให้ประชาชนในพื้นที่ทั้งส่วนกลางและห่างไกล ได้ปรึกษาแพทย์ผ่านเทคโนโลยีทางไกล เช่น การปรึกษาแพทย์ที่เป็นเจ้าของไข้ผ่านแอปพลิเคชันสนทนาส่วนตัว (Private Chat) ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (HIS) ให้บริการใน-นอกสถานที่ เชื่อมกับระบบหลัก ระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (Mobile Health) โดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล

งานวิจัยครั้งนี้มุ่งอธิบายความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม (Telemedicine) ในโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนตามที่กล่าวมาข้าต้น นำเสนอผลการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่การวิจัยเชิงสำรวจ และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการโทรเวชกรรม นำเสนอผลการวิจัยแบ่งตามโรคยุกยากซับซ้อนเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและบริการโทรเวชกรรมกรมการแพทย์

ส่วนที่ 2 ความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งและบริการโทรเวชกรรมกรมการแพทย์

ส่วนที่ 3 ความเข้าใจเรื่องการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดและบริการโทรเวชกรรมกรมการแพทย์

ส่วนที่ 4 ความเข้าใจเรื่องอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมและบริการโทรเวชกรรมกรมการแพทย์

ผลการวิจัยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 ส่วนที่ 1 ความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและบริการโทรเวชกรรมกรมการแพทย์

โรคหลอดเลือดสมองถือเป็นโรคหนึ่งที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษา กรมการแพทย์มีภารกิจจำเป็นต้องพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การฟื้นฟู และการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรค โดยมีหน่วยงานในสังกัดที่รับผิดชอบคือ “สถาบันประสาทวิทยา” ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท สมอง และสภาวะทางอารมณ์ ควบคู่กันไปกับการศึกษาค้นคว้าและวิจัย

สถาบันประสาทวิทยา สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาวิชาการถ่ายทอดเทคโนโลยีด้านระบบประสาทที่มีคุณภาพ พร้อมบริการที่มีมาตรฐานในด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้ยังมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสุขภาพเชิงรุกเพื่อแก้ปัญหาประชาชนระดับประเทศ ดังนี้ [1]

- ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ด้านระบบประสาทวิทยา
- ถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ฝ่ายกายด้านระบบประสาท วิทยาแก่สถานบริการสุขภาพ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน
- จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยเฉพาะทางด้านระบบประสาท
- ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เฉพาะทางด้านระบบประสาท แก่แพทย์ และบุคลากรทาง ด้านสุขภาพในสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน
- สนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลประสาทในส่วนภูมิภาค

สถาบันประสาทวิทยา จัดตั้งศูนย์แห่งความเป็นเลิศเพื่อพัฒนาความรู้วิชาการ วิธีการรักษาของโรงยุกยากซับซ้อนที่เกี่ยวกับระบบบประสาท ดังนี้ [2]

1. ศูนย์ความเป็นเลิศโรคหลอดเลือดสมอง (Excellence Center of Stroke)

สถาบันประสาทวิทยาได้พัฒนาระบบการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ได้เริ่มระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง หรือ “Stroke Fast Track” ที่จัดช่องทางด่วนให้การรักษาในสถานพยายบาล ให้ยาละลายลิ่มเลือดที่สามารถละลายลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือดในสมองให้แก่ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการของโรคภายใน 4 ชั่วโมงครึ่งหลังเกิดอาการ

---

[1] สืบค้นจาก http://nit.go.th/about_us/strategic_plan

[2] สืบค้นจาก http://nit.go.th/about_us/center_of_excellence

และจัดหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ที่ให้การรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการจัดตั้งเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมอง ถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง ให้กับหน่วยงานเครือข่าย ทั้งยังสนับสนุนให้โรงพยาบาลเครือข่ายสามารถให้บริการในระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และสามารถจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองได้

สถาบันประสาทวิทยามีบริการหน่วยรักษาอัมพาตเคลื่อนที่ หรือรถ “Mobile Stroke Unit” เป็นรถพยาบาลเคลื่อนที่เร็วไปรับผู้ป่วยจากที่พักมาส่งสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษา โดยระหว่างการเดินทางมีแพทย์และอุปกรณ์สำคัญในการรักษาในรถพยาบาล ช่วยเพิ่มโอกาสในการรักษาและช่วยชีวิตผู้ป่วยได้มากขึ้น เป็นรถที่ไปรับคนไข้ที่สถานที่ สามารถเอกซ์เรย์ (x-ray) บนรถได้เลย เจ้าหน้าที่ประจำรถสามารถเล่าอาการผ่านวิดีโอคอล (Video Call) ให้แพทย์หลอดเลือดทราบล่วงหน้า ดูภาพและวินิจฉัยผลได้ และสามารถสั่งยาฉุกเฉินได้เลยบนรถ สามารถช่วยชีวิตคนได้ทันเวลา โดยให้บริการผ่านการประสานร่วมกับศูนย์เอราวัณ และบริการแพทย์ฉุกเฉิน 1669

2. ศูนย์ความเป็นเลิศโรคเนื้องอกระบบประสาท (Excellence Center of Brain Tumor)

ผู้ป่วยอาจจะไม่ได้มีเพียงโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทเพียงอย่างเดียว ดังนั้นศูนย์ความเป็นเลิศโรคเนื้องอกระบบประสาท จึงได้พัฒนาระบบการให้บริการที่ครอบคลุมและครบวงจร เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาท เนื่องจากเนื้องอกชนิด ต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคเนื้องอกต่อมใต้สมอง ซึ่งเป็นเนื้องอกที่มีความท้าทายและหลากหลายในวิธีการรักษา อีกทั้งมีส่วนสำคัญกับเรื่องฮอร์โมนที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต ศูนย์จึงให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและเบ็ดเสร็จ มีทีมงานที่ประกอบไปด้วย ประสาทศัลยแพทย์ อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ ประสาทจักษุแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ให้การรักษาตั้งแต่การวินิจฉัย การดูแลรักษาทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลการรักษาที่ดีที่สุด ภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดด้วย

3. ศูนย์ความเป็นเลิศ โรคระบบประสาทไขสันหลัง (Excellence Center of Spine)

การผ่าตัดใส่โลหะยึดกระดูกสันหลังด้วยวิธี Minimally Invasive Spinal Fixation เป็นอีกหนึ่งความก้าวหน้าของศูนย์ความเป็นเลิศ โรคระบบประสาทไขสันหลัง ซึ่งเป็นวิธีที่ทำให้เกิดแผลเป็นขนาดเล็ก มีอาการเจ็บปวดหลังผ่าตัดน้อย และฟื้นตัวเร็ว ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังร้าวลงขาข้างใดข้างหนึ่ง ร่วมกับมีอาการอ่อนแรงเวลาเดินหรือยืนเป็นเวลานาน เป็นอาการที่ทำให้สงสัยว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังเอวเคลื่อน (Spondylolisthesis) ซึ่งประสาทศัลยแพทย์จะตรวจร่างกายและส่งตรวจเอกซเรย์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและแยกจากโรคอื่นที่มีอาการใกล้เคียงกัน วิธีการรักษามักจะ

เริ่มต้นด้วยวิธีการรักษาแบบประคับประคองคือ รับประทานยา ทำกายภาพบำบัด ใส่เสื้อพยุงหลัง แต่หากอาการยังไม่ดีขึ้นหรืออาการเป็นมากขึ้น ประสาทศัลยแพทย์ก็จะแนะนำให้ผ่าตัดยึดกระดูกสันหลังด้วยโลหะ ซึ่งวิธีการผ่าตัดแบบเดิมจะต้องเปิดแผลใหญ่ บอบช้ำและเสียเลือดมาก ผู้ป่วยและญาติจะรู้สึกกลัวและเป็นกังวลกับผลดังกล่าว

4. ระบบภูมิคุ้มกันประสาท กับโรคอุบัติใหม่ (Excellence Center of Neuro-immunology)

ศูนย์ความเป็นเลิศโรคภูมิคุ้มกันระบบประสาท เป็นศูนย์ให้การดูแลผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางระบบประสาท ที่มีสาเหตุจากภูมิคุ้มกันผิดปกติเข้าทำลายระบบประสาท ซึ่งในศูนย์นี้มีหน้าที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติทางระบบประสาท และการตรวจทางห้องปฏิบัติการพิเศษ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการหาสาเหตุของการเกิดโรคและนำไปสู่การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป พัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นที่รู้จักแพร่หลายมากขึ้น รวมถึงเพิ่มขีดความสามารถในการให้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง ภายใต้การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ทันสมัย สิ่งสำคัญที่สุดคือโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติในระบบประสาทสามารถรักษาได้ ถึงแม้บางโรคไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยได้ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานหรือประกอบสัมมาอาชีพได้ตามปกติ

5. ศูนย์ความเป็นเลิศโรคลมชัก (Excellence Center of Epilepsy)

โครงการรักษาโรคลมชักแบบครบวงจร ซึ่งมีการผ่าตัดร่วมกับการรักษาด้วยยา มีการพัฒนาระบบการให้บริการรวมถึงสร้างทีมสหสาขาวิชา ซึ่งประกอบไปด้วยประสาทแพทย์โรคลมชัก ประสาทกุมารแพทย์ ศัลยแพทย์ ระบบประสาทโรคลมชัก วิสัญญีแพทย์ จิตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิค การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง และนักจิตวิทยาคลินิก เพื่อพัฒนาการรักษาโรคลมชักให้มีมาตรฐานทัดเทียมต่างประเทศ และวางรูปแบบมาตรฐานการรักษาโรคลมชักสำหรับสถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ในประเทศไทย

ข้อมูลพื้นฐานบริการโทรเวชกรรมโรคหลอดเลือดสมองของกรมการแพทย์

สำหรับบริการโทรเวชกรรมของสถาบันประสาท [3] ใช้ระบบโทรเวชกรรมที่พัฒนาขึ้นโดยกรมการแพทย์ คือ โทรเวชกรรมของกรมการแพทย์ (DMS Telemedicine) เป็นหลัก นำมาให้บริการในการนัดหมาย การพบแพทย์ ใช้ติดตามอาการ โดยสามารถเชื่อมต่อกับข้อมูลต่าง ๆ ได้ คนไข้ติดเตียง ผู้พิการ ที่เดินทางลำบาก อยู่ไกล สามารถติดตามอาการผ่านโทรเวชกรรมของกรมการแพทย์ให้ผู้ป่วยสามารถพบหมอประจำของตนผ่านระบบรักษาทางไกล ติดตามอาการ วางแผนการรักษา

---

[3] พญ.ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, สัมภาษณ์

ปรับยา พูดคุยกับคนไข้ หรือผู้ดูแลคนไข้ได้ต่อเนื่อง ทั้งนี้การนำโทรเวชกรรมมาใช้กับคนไข้จะพิจารณาใช้กับคนไข้ที่เคยพบแพทย์ตรวจร่างกายมาก่อน และอาการคงที่ เพื่อวางแผนดูแลต่อเนื่องได้ เช่น สามารถดูด้วยตา ผ่านวิดีโอคอล แต่ไม่สะดวกเข้ามาที่ รพ. ในกรณีคนไข้ใหม่ แพทย์ต้องขอให้คนไข้เข้ารักษาที่โรงพยาบาลก่อน พูดคุย ประเมินอาการ วัดเรทและระบบประสาท การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ อาการชาหรือไม่ไม่ชา ใช้ไม้จิ้มฟันหรือสำลีไปสัมผัส (อาการบางอย่างไม่สามารถดูได้ด้วยตาหรือภาพได้) การใช้บริการโทรเวชกรรมต้องเป็นไปตามความสมัครใจของคนไข้ โดยคนไข้สามารถแจ้งความประสงค์จะใช้บริการตรวจพบแพทย์ผ่านโทรเวชกรรม โดยสามารถยื่นลงทะเบียนใช้บริการผ่านบัญชีไลน์ออฟฟิเชียล (LINE Official Account; LINE OA) ของสถาบันประสาทวิทยาได้ ทั้งนี้ต้องยื่นแสดงความจำนงล่วงหน้าก่อนรอบนัดประมาณ 2 สัปดาห์เพื่อ จนท จะใส่ในระบบและนัดพบแพทย์ คุณหมออนุญาตให้ตรวจผ่านโทรเวชกรรมได้ทุก 3 เดือน และทำได้ 2 ครั้งติดต่อกัน แต่การตรวจในครั้งที่ 3 จะต้องเข้ามาพบคุณหมอด้วยตนเองเพื่อดูอาการก่อน แล้วค่อยใช้ต่อได้ถ้าไม่มีปัญหาอะไร แต่ถ้าอาการคงที่นานมากแล้ว และมีปัญหาเรื่องการเดินทาง เช่น คนไข้ติดเตียง ก็จะอนุโลมเป็นราย ๆ ไป แต่หมอจะจ่ายยาให้ไม่เกิน 3 เดือน นอกจากนี้ยังใช้โทรเวชกรรมในด้านการให้บริการด้านยา โดยเภสัชกร ก็ใช้ระบบโทรเวชกรรมคุยกับคนไข้ เช่น อธิบายกรณีฉลากยาเปลี่ยน ลดปริมาณยา โดยแยกการให้บริการจากแพทย์ได้ นอกจากนี้สถาบันประสาทวิทยายังได้จัดทำแอปพลิเคชันของสถาบันเอง ใช้ในการนัดหมายพบทแพทย์ กดจองคิวจากบ้าน เลื่อนนัด จัดเก็บข้อมูลคนไข้ เช่น ประวัติการตรวจ การรับยา หากคนไข้ไปหาหมอสถานพยาบาลที่อื่น จะได้สามารถโหลดข้อมูลจากแอปพลิเคชันแจ้งแพทย์ที่ไปรักษาได้ นอกจากนี้กรณีคนไข้รักษาอาการดีขึ้นออกจากโรงพยาบาลได้แล้ว ถ้าอาการคงตัวและไม่สะดวกมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล จะเสนอให้คนไข้ใช้บริการโทรเวชกรรมติดตามอาการ เช่น คนไข้สามารถเจาะเลือดจากสถานพยาบาลที่สะดวกแล้วส่งผลการตรวจ สามารถส่งมาเป็นรูปภาพให้คุณหมอตรวจพิจารณาผลเลือดได้ ถ้าอาการไม่ดีแพทย์และคนไข้สามารถกดปุ่มสนทนา (Chat) คุยกับแพทย์ได้ทันที

โรคหลอดเลือดสมองสามารถรักษาได้หากนำคนไข้มาถึงแพทย์ให้การรักษาในช่วงเวลา 4.5 ชั่วโมง โดยจะมีอาการที่สังเกตได้ก่อนเกิดความรุนแรง เป็นอาการสำคัญที่สังเกตได้ว่าเป็นอาการนำของโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นแพทย์จะเน้นให้ผู้ป่วยและคนรอบข้างสังเกตอาการนำเพื่อจะได้เข้ารับการรักษาจากแพทย์ได้ทันท่วงที คือ หลักการสังเกตอาการด้วยคำย่อสั้น ๆ ว่า “BEFAST” ดังนี้

B = Balance ทรงตัวไม่ได้ เวียนหัว

E = Eyes ตาพร่ามัว มืดมัว เห็นภาพซ้อน

F = Face หน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว

A = Arm แขนขาอ่อนแรง

S = Speech การพูดผิดปกติ พูดติดขัด พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ ฟังไม่เข้าใจ

T = Time ต้องมา รพ. ให้เร็วที่สุด

หากสังเกตว่ามีอาการข้างต้น ต้องรีบไปพบแพทย์ฉุกเฉินทันที ไม่ต้องลังเล ไม่ต้องรอดูสังเกตอาการ ไม่ต้องรอเช้าวันต่อไป เพราะการรักษาโรคหลอดเลือดสมองต้องรีบรักษาให้เร็วที่สุด

การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นความเข้าใจที่มีต่อโรคหลอดเลือดสมอง และโทรเวชกรรมในกระบวนรักษาโรคหลอดเลือดสมองดังต่อไปนี้

5.1.1 ความเข้าใจโรคหลอดเลือดสมอง

การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย สะท้อนความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประเด็นแรก คือ **ผู้ป่วย ผู้ให้การดูแล เข้าใจว่าตนเองมีโรคประจำตัวที่มีอยู่มาก่อน** เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง **แต่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคที่มีความเสี่ยงนี้อยู่ก่อน** ไม่รู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงเมื่อมีอาการชาที่ร่างกาย เข้าใจว่าเป็นอาการจากโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ ไม่คิดว่าจะเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาโรคประจำตัวที่เป็นอยู่

> *“เริ่มแรกแกไม่มีอาการนะ...มองย้อนกลับไปเท้าเนี่ยจะเป็นเหมือนตะคริวเป็นเหน็บชาบ่อย ซึ่งไม่แน่ใจเกี่ยวกับหลอดเลือดสมองไหม แต่ ณ เป็น อยู่ ๆ แกเป็นขึ้นมาเลย ...อย่างโรคอื่นจะเป็นการอาการเจ็บป่วยแต่โรคสมองสโต๊กนี้ ไม่มีอาการบ่งบอกชัดให้เราเห็น...แต่ที่นี้เหมือนพี่เค้าเนี่ยเค้าดูแลตัวเองนะคะ อาหารการกินอะไรทุกอย่างเพราะเค้าเป็นโรคหัวใจเปลี่ยนลิ้นหัวใจมา เก้าปี ซึ่งร่างกายก็คือปกติ อยู่ ๆ ก็เกิดอาการเหมือนไม่รู้สึก มือไร้ความรู้สึกนั้นคือเริ่มแรกแล้วก็ฉับพลันมาก” (แมว, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)*
>
> *“ตอนนั้นกินยารักษาจากการตกเปล ตกเตียง...ตอนนั้นขยับตัวได้ แต่มันเหนื่อยเลยไปหาหมอ ซีกซ้ายแขนยกไม่ขึ้น...ตั้งแต่กลับจากโรงพยาบาล ยังไม่ได้ไปหาหมอมีแต่หมอมาหา มากายภาพ ยกแขน ยกเท้า แขนยกไม่ขึ้นแต่ขายับได้ ลุกขึ้นนั่งไม่ได้ต้องมีคนช่วยพยุงครับ (ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่กินยาไม่สม่ำเสมอยาหมด ไม่ไปหาหมอ จึงไม่ได้กินยา....ผู้วิจัย)” (ลุงเตี้ย, ผู้ป่วย, สัมภาษณ์)*
>
> *“เป็นความดันสูงประมาณสามปี อาการตอนนี้คือขายึดแล้ว เมื่อก่อนขาเขายังยืดได้” (ยอม, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)*

ประการที่สอง คือ คนใกล้ชิดผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย มีความเข้าใจว่า **อาการจะเกิดขึ้นเมื่อเมื่อทำงานหนัก พักผ่อนน้อย หกล้ม** และ **ไม่ทราบว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการนำสู่**

โรคหลอดเลือดสมอง ทำเสียโอกาสในการรักษา **เมื่อมีอาการเกิดขึ้นจึงนึกย้อนไปถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ** เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรามาติดต่อเป็นเวลานาน ซึ่งก่อนหน้าที่จะป่วย ไม่ให้ความสำคัญกับการป้องกัน ไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง

> *“รู้ว่าแกดื่มเหล้าเยอะมันมีโอกาสเสี่ยงก็ห้ามไม่ได้ เพราะว่าแกเดินได้ทำงานได้...แกไปเป็นเส้นเลือดแตกที่นครฯ (นครศรีธรรมราช) ก่อนหน้านี้แกกินเหล้าสูบบุหรี่มีทุกอย่าง และก็ไม่ได้ทานข้าวมาสองวันและไปบ้านญาติที่นครศรีธรรมราชและไปเป็นที่นู้น เหมือนป้าเพิ่งรู้ว่าแกไปนอนแอดมินที่โรงพยาบาลมหาราชสามวันแล้วถึงรู้ว่าแกเป็น” (เบ็ญ, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)*

ประการที่สาม คือ การดูแลผู้ป่วย**โรคหลอดเลือดสมองต้องมีคนดูแลช่วยเหลือทุกอย่างตลอดเวลา ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด** ทั้งการกิน การถ่ายหนักถ่ายเบา การทำความสะอาดร่างกาย ต้องคอยสังเกตอาการ รักษาตามอาการ ระวังแผลกดทับ ทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องจะมีอาการดีขึ้น เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย การดูแลต้องร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือกับผู้ดูแลตามความรู้สึกของผู้ป่วยที่รู้สึกว่าคนนี้ดูแลดี ไม่เจ็บ ไม่เกี่ยงว่าจะเป็นคนในครอบครัว เจ้าหน้าที่พยาบาล หรือ แพทย์

> *“เราดูลักษณะตามอาการเหมือนที่บอก ดูว่าเค้าตื่นเต็มที่ไหมมีอาการยังไงคือเราอยู่แล้วเราต้องสังเกตเอาเองคะ ตอนนี้เหมือนสเลดติดแล้วนะต้องดูดแล้ว...แต่อย่างแมวดูแลเค้าตลอดนะ การรับรู้ด้านสมองยังโอเคยังได้อยู่เพียงแต่ไม่เต็มร้อยเพียงแต่หกสิบเจ็บสิบเปอร์เซ็นต์ ซึ่งมันอยู่ขึ้นกับผู้ป่วยตอนนี้ตื่นหรือมีความรู้สึกเต็มที่ไหม” (แมว, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)*
>
> *“หลังจากติดเตียงแล้วก็ดูแลทำความสะอาดพยายามไม่ให้เกิดแผลกดทับอะไรก็แล้วแต่...ตอนแรกที่อยู่โรงพยาบาลไม่มีเตียงแบบนี้ เราก็นอนกับไม้ยาวเอาที่นอนปูแต่แก (ผู้ป่วย) ไม่ค่อยถนัดนะ มันก็เกิดเป็นแผล แต่ไม่เยอะเราก็เลยดูแลเองทำความสะอาดเองทำแผลเองทำอะไรเองหมดเลย จากนั้นแกก็ไม่เป็นอะไรเลย... ดูแลคือเราเป็นพยาบาล (อดีตพยาบาลเกษียณ) ก็ทำเองหมดเลย...พอเริ่มดีขึ้นกายภาพบำบัด แกเริ่มขยับร่างกาย ทีนี้ดีขึ้นหมอก็ให้กลับไปอยู่บ้าน” (เบ็ญ, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)*
>
> *“เมื่อก่อนขาเขายังยืดได้แต่ตอนนี้คือยืดแล้วเขาไม่ยอมทำกายภาพบำบัดกับลูกเขาแต่ถ้าทำกับเจ้าหน้าทีjเขายอม...แต่ถ้าอยู่กับลูกเขาจะไม่ทำ... แต่เราเข้าไปดูคือยืดแล้ว ยืดไม่ได้แล้วก็ต้องงอตลอด ยืดตรงไม่ได้แล้ว คือหมอนัดเขาก็ไม่ไป เพราะเขาบอกเจ็บเวลาไป เขาเจ็บ (คนไข้อายุ 94) จับนิดหน่อยก็เจ็บ*

เขาจะไม่ค่อยให้ลูกหลานดูแลเพราะเขาบอกว่าลูกหลานทำเจ็บ แต่เขาอยากให้หมอมาทำให้แล้วไม่เจ็บ" (ยอม, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

"อุปสรรคในการดูแลตัวเองคืออากาศมันร้อน ต้องเช็ดตัว พลิกตัวก็ต้องมีคนช่วย ต้องพลิกบ่อย ๆ เดี๋ยวเหงื่อออก และจะเป็นแผลกดทับ แล้วจะยิ่งหายยากเพราะแผลจะเปื่อย" (ลุงเตี้ย, ผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

ประการที่สี่ คือ มีความเข้าใจว่า**เป็นโรคที่คาดเดาการเกิดอาการได้ยาก** แต่พอจะมีตัวบ่งชี้ความเสี่ยงต่อโรค เช่น เบาหวาน กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีความเสี่ยงจะเริ่มมีอาการชาที่อาจจะเกิดขึ้นไม่มากในตอนแรกแล้วเริ่มมากขึ้น หรืออาจจะเกิดรุนแรงโดยทันทีทันใด รวมทั้งการรักษาจะยุ่งยากซับซ้อนตามระดับความรุนแรงของอาการจากน้อยไปมาก

"เป็นโรคที่คาดเดายากมากเลย อย่างของคุณแม่พี่ โรคหลอดเลือดสมองมันก็จะเห็นผลลาง ๆ จากกรรมพันธุ์ เช่น ญาติเคยเกิดเหตุการณ์นี้ขึ้นมา เราก็สามารถประมาณการได้แต่เราไม่สามารถที่จะคำนวณได้ว่ามันจะเกิดขึ้นเมื่อไร เพราะฉะนั้นสิ่งสำคัญคือเราต้องยับยั้งก่อนการเกิด ก็ควรที่จะต้องมีตัวช่วยในการรีพอร์ทความเสี่ยง เช่น อาจจะมีการใส่ indicator (การวัดค่าที่บ่งชี้ว่าจะเกิดอาการ) ลงไปว่าญาติของคุณเคยมีคนป่วยแบบนี้ไหม เช่น โรคเบาหวานอะไรแบบนี้ ประเมินความดันว่ามีการติดต่อของครอบครัวมาไหม ถ้ามีก็คำนวณมาให้ ว่าคุณมีความเสี่ยงไหม แล้วแจ้งเตือนให้ทราบ ถ้ามีตัวชี้วัดนี้แล้ว หากคุณยังดำเนินใช้ชีวิตแบบนี้ คุณอาจจะเสี่ยงในการเกิดโรคได้...บางคนที่เป็นแล้ว เช่นแม่พี่มันจะมีอาการสังเกตได้ เช่น เริ่มชามันจะไม่หนักแต่มันจะไล่ step (ลำดับขั้น) ไปได้ แต่คนไข้บางคนมันจะเกิดแรงขึ้นเลย เพราะฉะนั้นมันจะมีความซับซ้อนก็คือความรุนแรงในการ predict (คาดเดา) อย่างแม่พี่อ่ะ คาดเดาได้ แต่คนอื่นอาจจะทำนายไม่ได้ อันนี้ก็เป็นข้อจำกัดของโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละคน ต่างกันออกไป...(การรักษา) ความยุ่งยากซับซ้อนของโรคนี้มันอยู่ที่ความรุนแรงของอาการคนไข้ด้วย เช่นแม่พี่ อาการเลเวล (ระดับ) ที่หนึ่งสองสามก็ต่างกันเยอะมาก" (ปุ๊ก, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

5.1.2 การรับรู้ การใช้งาน และมุมมองต่อโทรเวรกรรมในโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ดูแลผู้ป่วยสะท้อนให้เห็นทั้งที่ยังไม่เคยทราบเกี่ยวกับบริการโทรเวชกรรม และทราบว่ามีแต่ยังไม่เคยใช้บริการ เนื่องจากยังไม่ได้รับทราบจากสถานพยาบาลในจังหวัดที่รักษาอยู่ ประกอบกับมีความตั้งใจจะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลมากกว่าจะพบแพทย์ทางไกล

"ไม่นะ ถ้ามีก็คงดีเนอะ...ถ้ากับคุณหมอนะจะคุยกันต่อหน้าเลย คือจะไปหาไปคุยเลย ณ ตอนนั้น...เวลาเราสงสัยมีปัญหาก็จะถาม...อย่างของชุมพรนี้ยังไม่มี หนึ่งปีกับ

หกเดือนที่อยู่มาไม่มี...มีโทรเวชดีมากเลยไม่จำเป็นต้องไปลดทุกอย่างได้หมอ" (แมว, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

"ไม่มี ไม่มี คือทุกครั้งที่มีปัญหาอะไร ผมก็จะไปโรงพยาบาลเลยเพราะใกล้ และกลัวเรื่องติดเชื้อ ผมกลัวมันทรุดกว่าเดิม...ไม่ได้ใช้ระบบแอพลิเคชันติดตามอะไรเหมือนกัน ไม่มีครับ ไม่มีไลน์ส่วนตัวทั้งของเจ้าหน้าที่หรือหมอ" (โอ, ผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

"ก็เคยรู้ว่ามันเป็นการอำนวยความสะดวกรูปแบบหนึ่งกับคนไข้แต่ว่าก็ยังไม่เคยใช้บริการนี้" (ปุ๊ก, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

สำหรับผู้ที่เคยได้ยิน พอจะทราบเกี่ยวกับโทรเวชกรรม มีความเข้าใจว่าเป็นการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยกับแพทย์เพื่อติดตามอาการผ่านอุปกรณ์การสื่อสารทางไกล วัดค่าต่าง ๆ ของร่างกายผู้ป่วย ส่งให้คุณหมอตรวจประเมินและรักษา ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องใช้ตรวจวัดค่าร่างกาย และอุปกรณ์ติดต่อสื่อสารกับแพทย์ผ่านการสื่อสารทางไกล รวมทั้งต้องมีการบันทึกข้อมูลประวัติการรักษาทางไกลไว้ด้วย

"ก็เป็นพวกอุปกรณ์การสื่อสารนะ เช่น โทรศัพท์ก็มีการพัฒนาให้สามารถสื่อสารได้อย่างคมชัด ระหว่างเรากับแพทย์ แต่ว่าในอีกแง่หนึ่งเราใช้การสื่อสารกับแพทย์แล้วคนไข้ก็ควรจะต้องมีอุปกรณ์ในการตรวจวัดของตัวเองด้วย เช่น อุปกรณ์ในการตรวจสุขภาพ เช่น ชุดตรวจความดันที่เป็นพื้นฐานเพราะว่าเวลาเราทำเมเลเมดดิซีน (telemedicine; โทรเวลกรรม) อ่ะ มันไม่สามารถที่จะไปเจอคุณหมอได้ตัวต่อตัว... แล้วอุปกรณ์เนี่ยมันจะเป็นการเรคคอร์ดที่เราสามารถรายงานให้กับคุณหมอทราบได้ว่า อาการของคนไข้เป็นยังไง เท่าที่ดูจากที่แม่พี่เป็น เราไปเจอหมอก็จริงแต่สุดท้ายเราก็ต้องทำเรคคอร์ดให้คุณหมอดูว่าวันนี้คนไข้ดื่มน้ำไปเท่าไร มีการถ่ายออกไปเท่าไร อุณหภูมิ ความดันเท่าไร...นอกจากเราจะสื่อสารกับคุณหมอแล้วคนไข้ก็ต้องมีอุปกรณ์ในการตรวจวัดในฝั่งของคนไข้ ด้วยคุณหมอก็จะได้ประเมินสถานการณ์ได้อย่างถูกต้อง ถ้าคุยแล้วเห็นหน้าอย่างเดียวแต่ไม่มีเรคคอร์ดอันนั้นก็จะเป็นอุปสรรคคะ" (ปุ๊ก, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

บริการโทรเวชกรรมที่ใช้เป็นบริการนัดหมายผ่านออนไลน์ ที่แต่ละโรงพยาบาลจัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการนัดหมาย การเข้ารับการตรวจรักษา เช่น การนัดแพทย์ การจองคิวตรวจเลือดล่วงหน้าโดยไม่ต้องเสียเวลารอที่โรงพยาบาลมากเกินไป

"ก็จะมีบริการที่ใช้ผ่านอินเตอร์เน็ต อย่างเช่น การจองไปเจาะเลือด มีแอปพลิเคชันที่ให้เราเข้าคิวออนไลน์ คิดว่ามันโอเคนะของโรงพยาบาล คนไข้ถ้ามีแอปพลิเคชัน

แบบนี้ทุกโรงพยาบาลในการจองคิวออนไลน์ ก็ไม่ต้องไปนั่งรอตั้งแต่หกโมงเช้าแล้วหมอมาสิบโมง อันนี้ก็จะถือเป็นการอำนวยความสะดวกให้เหมาะสมกับคนไทย และในกรณีของคนป่วย ในการไปโรงพยาบาลเร็วเกินมันอาจทำให้ติดเชื้อ มันก็ยิ่งทำให้เสี่ยงในการติดเชื้อ แล้วก็มีผลกับเขาเยอะ ถ้าลดระยะเวลาที่จะอยู่ในโรงพยาบาลได้มันก็จะเป็นการลดความเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงได้ด้วยอีก" (ปุ๊ก, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

ผู้ดูและผู้ป่วยมองว่าโทรเวชกรรมสามารถเข้าถึงผู้ป่วยติดเตียงได้เป็นอย่างดี ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ จะมีความยากลำบากในการเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ในบางครั้งไม่สามารถไปได้ ผู้ดูแลต้องไปพบแพทย์และบอกเล่าการแทน หากมีการพบแพทย์ผ่านระบบโทรเวชกรรม จะช่วยให้แพทย์ได้พบผู้ป่วยได้โดยตรง สามารถตรวจประเมินอาการของผู้ป่วยได้โดยตรง ไม่ต้องฟังจากการบอกเล่าของผู้ดูแลที่อาจจะไม่สามารถถ่ายทอดได้ถูกต้อง

"ดีสิคะ...มันสะดวกสบายและอีกอย่างมันเข้าถึงกับผู้ป่วยด้วยนะ อย่างน้อย ๆ เข้าถึงกับผู้ป่วยด้วยนะ คืออย่างน้อย ๆ เข้าถึงผู้ป่วยได้ถึงร้อยเปอร์เซ็นต์...ทุกวันนี้แมวไปโรงพยาบาลโดยการที่แมวไปเองโดยที่ผู้ป่วยมาได้ไป หมอเค้าจะไม่เห็นสภาพผู้ป่วยเลยว่าวันนี้ผู้ป่วยหน้าตาสดใสไหม ซูบลงไปไหม ดีขึ้นไหม คุณหมอจะฟังแต่คำบอกเล่าของเราอย่างเดียว...แต่ถ้ามีอย่างน้อย ๆ คุณหมอเค้าเห็นแล้วแหละว่าผู้ป่วยเป็นอย่างไง" (แมว, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

การนำโทรเวชกรรมมาใช้ยังช่วยให้สะดวกไม่ต้องลำบากเดินทางไปโรงพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง มีความยากลำบากในการเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

"บางเรื่องแกอยากพบหมอ...แต่ถ้าแบบนั้น (โทรเวชรกรรม) เราก็สามารถให้แกพบได้ไง ให้แกดูหน้าคุยกับหมอได้ไง...ดีคะแบบนี้มันช่วยได้หลายอย่างนะ" (เบ็ญ, ผู้ดูแลผู้ป่วย)

"ผมว่าดีนะ ไม่ต้องลำบากเดินทาง แต่ผมว่าสะดวกเพราะผมมีเครื่องมือในการเจาะเลือด วัดค่า ถ้าหมอบอกว่าอีกสองวันให้วัดค่าแล้วมาหาหมอ ผมว่าก็โอเคมันดีกว่า...แต่ถ้ามีแอปนี้ก็สามารถถ่ายรูปส่งไปได้เลย ไม่ต้องเดินทางไปเอง วันจริงก็เปิดกล้องดู" (โอ, ผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

"ก็ดีครับ เพราะคุยกันรู้เรื่อง เห็นหน้าผ่านในจอโทรศัพท์ ไม่ได้เจอกับหมอตัวจริง" (ลุงเตี้ย, ผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

ในกรณีที่ไปโรงพยาบาลต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ติดเตียงไปโรงพยาบาลจะลำบาก ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นคนจัดการทั้งหมด ตั้งแต่ไปโรงพยาบาล เล่าอาการให้หมอฟัง และการรับยา แต่ถ้านำโทรเวชกรรมช่วยให้การไปพบแพทย์ มีความเห็นว่าจะช่วยให้การพบแพทย์ได้รับการรักษาที่ดีกว่า

“บางเคสเค้าลำบากเค้าอยู่ที่ห่างไกลแต่มารักษาที่โรงพยาบาลชุมพรหรือปะทิวแบบนี้ อยู่ท่าแซะจะต้องหอบหิ้วคนไข้มาบางเคสอยู่นิคมอุสาหกรรมทางไประนองต้องให้รถมาไปรับไปส่งซึ่งมันเป็นปัญหาที่ซับซ้อน แต่ถ้ามีระบบแบบนี้ขึ้นมาคุณลดค่าใช้จ่ายได้เยอะนะ ลดค่าใช้จ่ายเดินทางบุคคลกรได้เยอะ...ถ้าในเคสของสโต๊กนะคะพี่ให้ร้อยเปอร์เซ็นต์เลยนะ เพราะว่าอย่างกรณีบางคนเค้าอยู่หลายคนเค้าก็สะดวกที่จะพาไป แต่ของพี่อยู่กันแค่สองคนวันไหนจะไปไหนหรือโรงบาลก็ต้องหาคนมาจ้างคนมา...เพราะหากมีที่บอกมา (โทรเวชรกรรม) มันสะดวกหลายอย่าง... ค่าใช้จ่ายในการที่เดินทาง แล้วก็การที่คุณหมอจะได้เห็นผู้ป่วยจริง ๆ ที่เราไปจะได้แต่คำบอกเล่าแต่ถ้าเกิดมีวิวัฒนาการตัวนี้ขึ้นมานี้ อย่างน้อย ๆ เค้าก็จะเห็นได้ว่า ณ วันนี้เป็นยังไง คือยังไงก็ดีกว่าอย่างน้อย ๆ ได้ติดตามผล...หลอดเลือดสมองมันไม่เหมือนอันอื่น เค้าจะไม่รู้เรื่องเค้าจะไม่รู้สึกเค้าจะไม่อะไรเลย” (แมว, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถใช้การสื่อสารทางไกลผ่านวิดีโอคอลทางแอปพลิเคชันไลน์ มาใช้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลกันได้ ใช้กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดได้มากขึ้นและสม่ำเสมอได้ และหากมีการสร้างกลุ่มทำกายภาพบำบัดร่วมกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ ผ่านกล้อง จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้สึกสนุกในการทำกายภาพบำบัด ได้แลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ

“จะดีมากเลยคะ เพราะสามารถบอกแล้วให้ทำตาม คนไข้ที่เราดูแลอยู่ เขาทำตามได้...เคยโทรไลน์นะคะ...เลยโทรคุยทบทวนความจำว่า จำเราได้ไหม วันนี้ทำกี่ครั้งแล้ว (ยกขา) ตามที่ได้เคยสอนไว้ นั้นคือคนไข้เกี่ยวกับสมองและความดัน...คือเขาจะไม่พยายามยกขาหรือแขนที่ยกไม่ได้เลยคะ (ไม่ฝืนกายภาพบำบัด) เราเปิดกล้องและให้ทำให้ดูทุกวัน แต่ไม่ได้ให้ทำกลางวันเพราะคนไข้จะหลับ จะโทรตอนกลางคืน” (ยอม, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

“ก็ดีนะครับ มีโอกาสฟื้นนะครับ คนช่วยทำนี่หายากนะครับ เพราะคนแถวนี้หาเช้ากินค่ำทุกคน ใช้โทรศัพท์ก็ไม่คล่อง คนที่คุยโทรศัพท์ปลายทาง เขาจะบอกว่าให้เราเอาหน้าเข้าไป อยากเห็นหน้า เราก็ทำตามได้” (ลุงเตี้ย, ผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

“ดีครับ...เหมือนมีเพื่อน เหมือนไลน์กลุ่ม มีเพื่อนคุย ปกติเราทำ (กายภาพบำบัด) คนเดียว เราก็สามารถตั้งกล้อง นัดกันว่าแปดโมงเข้ากลุ่ม ทำท่านั้น ท่านี้ ยิ่งมีกำลังใจ ยิ่งมีเพื่อนคุย ยิ่งไลน์กลุ่มนี่เข้ามาได้ห้าร้อยถึงหกร้อยคน มาแลกเปลี่ยนกัน ลดความเครียด อย่างแฟนเนี่ย ต้องไปทำงาน ทำกับข้าว แต่กับผู้ป่วยด้วยกันได้แลกเปลี่ยนกันก็ยิ่งดี” (โอ, ผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

อย่างไรก็ตามยังมีความเห็นที่สะท้อนว่าการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ควรใช้การรักษาแบบพบแพทย์ร่วมกับการรักษาด้วยบริการโทรเวชกรรม เนื่องด้วยการรักษามีทั้งแบบการติดตามอาการที่เป็นไปตามปกติ รับยา สามารถใช้โทรเวชกรรมได้ แต่ควรต้องพบแพทย์บ้าง เพราะอาจจะมีอาการที่รุนแรงมากขึ้นที่ต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างละเอียดโดยแพทย์

“คิดว่าทำได้ แต่ควรจะต้องพบแพทย์ด้วยทั้งออนไลน์ ทั้งพบแบบแท้จริง อาจจะพบแพทย์ตามนัดหมายปีนึงไปเจอแพทย์สักครั้งหนึ่ง เพราะคนไข้โรคนี้สิ่งสำคัญคือต้องเช็คเลือด เช็คตับ เช็คยา มันต้องมีเวลาที่จะต้องไปทำหัตถการในการตรวจเลือด... ที่คิดว่าควรจะต้องผสมผสานเพราะไม่สามารถที่จะดูแลผ่านโทรเวชกรรมได้อย่างเดียว เพราะคุณหมอต้องประเมินเรื่องการจัดยาอะไรก็ตามแต่ถ้าถามว่าสื่อสารผ่านกล้องมีประโยชน์ไหมก็คือมี...เพราะโรคนี้ในระดับรุนแรงอาจจะไม่สะดวกในการพบแพทย์บ่อย ๆ และถ้าไม่มีอาการอะไรแทรกซ้อนมาก ๆ ก็จะรักษาเหมือนเดิม ตัวยาเหมือนเดิม คุณหมอก็จะนัดว่าครั้งหน้าตรวจเลือด อย่างน้อยก็ต้องมีการเช็คอัพ (ตรวจ) ร่างกาย เลือดเป็นยังไง...ในความคิดพี่ คิดว่าต้องควรควบคู่กัน แต่อาจจะให้เปอร์เซ็นต์ในการปรึกษาโทรเวชกรรมมากหน่อย ในกรณีที่ไม่มีอาการอื่น ๆ หรือไม่มีความรุนแรงของโรคมากขึ้น” (ปุ๊ก, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

5.1.3 ความต้องการบริการโทรเวชกรรม

ผู้ดูแลผู้ป่วยเสนอความเห็นว่า การติดต่อกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านเทคโนโลยีทางไกล สามารถช่วยสร้างความมั่นใจในการพบแพทย์ จึงต้องการให้มีการจัดการบุคลากรที่ให้บริการโทรเวชกรรมให้เหมาะสม เพียงพอที่จะดูคนป่วยได้ทั่วถึง

“ให้สามารถมองเห็นได้หลายคน ไม่ใช่เห็นแค่เราคนเดียว คนไข้จะได้มั่นใจว่ามีหมออยู่ในวิดีโอคอลด้วย” (ยอม, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

“บุคคลากรของโรงพยาบาลจะต้องมาทำงานด้านนี้ติดตามผลได้ ถ้าไม่ได้เป็นหมอเองก็ต้องพยาบาลผู้ช่วยหรืออะไรที่อยู่กับคุณหมอมาทำหน้าที่แทนดูแลแทน... ข้อเสียทางด้านโรงพยาบาลมากกว่า เพราะว่าบุคคลากรทางการแพทย์น้อย ซึ่งจะมานั่งติดตามเคสทุกเคสมันก็เป็นไปไม่ได้” (แมว, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

ผู้ป่วยมีความต้องการแอปพลิเคชันที่ออกแบบขึ้นสำหรับการดูแล การรักษา การให้คำปรึกษาจากแพทย์ สามารถปรึกษาแพทย์กรณีฉุกเฉินได้ทันที

“ดีสำหรับคนเป็นโรคนี้ น่าจะมีพวกฉุกเฉิน ถ้ามีอาการฉุกเฉิก เช่น ติดเชื้อ สามารถมีการปรึกษาแบบฉุกเฉิน คุยกับหมอ ผู้ช่วย ได้เลย จะเป็นช่องทางที่ดี...หรือปรึกษาเรื่องยา เภสัชก็ได้ ก็ต้องเป็นช่อง ๆ อะ ว่าปรึกษาเรื่องยา ปรึกษาเรื่องโรค...อย่างตอนที่ผมกินยาความดัน และความดันลดเกิน หน้ามืด อาการฉุกเฉิน เราต้องคุยกับหมอ แล้วไม่รู้จะปรึกษาใคร ต้องรอวันนัดอย่างเดียว ระหว่างนั้นก็ทำอะไรไม่ได้ ผมว่าโดยรวมดี เหมือนแอพที่คุยกับหมอ...ได้คุย ได้ปรึกษา ต้องมีช่อง มีอะไร คุยกับหมอโดยตรง คุยฉุกเฉิน คุยกับหมอ กายภาพ เภสัช ผมว่าดี” (โอ, ผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

“ถ้าเป็นแอปพลิเคชัน ถ้าให้ติดตัวกับคนไข้แล้วมันเรคคอร์ด (บันทึกข้อมูล) ก็อย่างเช่น Apple Watch (นาฬิกาเพื่อสุขภาพ) เพราะว่ามันจะเก็บอัตราการเต้นของหัวใจได้ แต่ถ้าเป็นการสื่อสารระหว่างคนไข้หรือญาติคนไข้กับแพทย์ก็อาจจะต้องมีแอปพลิเคชันในการซัพพอร์ต (สนับสนุน)...อันเนี่ยอย่างน้อยคุณหมอก็จะสามารถเรคคอร์ดประวัติของคนไข้ในระหว่างที่ให้คำปรึกษาได้ คิดว่าอันนี้น่าจะจำเป็นเหมือนกันเพราะคุณหมอจะต้องเขียนรีพอร์ตของตัวเอง แต่เวลาที่ทำแบบนี้ก็เหมือนเรา record การสนทนากันคุยไปในตัว คุณหมอก็น่าที่จะติดตามคนไข้ได้จากการเห็น มันก็จะสามารถเรคคอร์ดในการใช้ตรวจวัดคนไข้ในอนาคตได้ อันนี้ก็คิดว่าจำเป็นเหมือนกัน...หากจะใช้งานแอป ถ้ามันจะต้องตอบโจทย์คุณหมอที่ต้องมีแอปพลิเคชันช่วย มันก็ต้องสามารถที่จะมีดีเทล (รายละเอียด) ที่จะทำให้หมอวิเคราะห์ได้ดียิ่งขึ้น” (ปุ๊ก, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

หากมีการใช้บริการโทรเวชกรรม ต้องการให้แพทย์มีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วยผ่านทางไกลมากขึ้น ให้เวลาในการให้คำปรึกษา คำแนะนำกับผู้ป่วยและผู้ดูแลมากขึ้น เพราะการไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล มีเวลาได้คุยกับแพทย์น้อย การพบแพทย์ทางไกลควรจัดให้มีเวลามากขึ้นกว่าการไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

“ถ้าโรงพยาบาลมีระบบนี้ใช้จริง อยากจะให้ญาติหรือผู้ป่วยคุยกับคุณหมอ...คุณหมอก็ควรจะมีเวลาให้ให้กับผู้ป่วยด้วย...เพราะโรงพยาบาลคุณหมอไม่ค่อยมีเวลาให้ผู้ป่วยหรอก...ถ้าหากทางโรงพยาบาลสะดวกคอลกับเค้าตอนไหน เค้าก็วางช่วงเวลาให้แบบนั้นเราก็สะดวก...คือหมอวางเวลาของหมอถ้าช่วงเวลาที่หมอว่าง ว่าช่วงนี้จะคุยกับคนไข้เปิดเวลาแค่นี้ ถ้าหากเลยเวลานี้แล้วอาจต้องเลยเวลาต่อไป...หรือไม่ก็อาจจะกำหนดว่าจันทร์ พุธ ศุกร์ หรืออะไรแล้วแต่คุณหมอสะดวกหมอวางผังไว้แบบ

นั้น...ถ้าเค้ากำหนดไว้แบบนั้นชาวบ้านก็จะสะดวกนะไม่ต้องเสียเวลาบางคนไปรอเป็นวัน ๆ แล้วก้ไม่รู้ด้วยว่าจะได้เจอหมอไหม แล้วก็อีกอย่างกรณีที่ช่วงนัดเกิดหมอไม่ได้เข้าห้อง หมออาจจะมอบหมายให้พยาบาลที่รู้เรื่องของหมอมาสแตนบายไว้ก่อน" (เบ็ญ, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

อย่างไรก็ตาม คนไข้โรคหลอดเลือดสมองจะไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ เมื่อเริ่มป่วยช่วงแรก ๆ จะรู้สึกไม่สบายใจ หงุดหงิด อารมร์แปรปรวน ในระยะแรกนี้การได้พูดคุยกับคนไข้แบบพบหน้ากันจะช่วยเยียวชาจิตใจได้ดีกว่าการพูดคุยผ่านอุปกรณ์ทางไกล

"คนไข้ฟื้นฟูอารมณ์ระยะต้น ๆ อะคะ แต่ถ้าได้คุยทุกวันหรือบ่อย ๆ ก็น่าจะดีขึ้น ส่วนใหญ่จะมีอารมณ์หงุดหงิดที่ไปไหนไม่ได้ด้วยตัวเอง เขาจะหงุดหงิด ชอบใช้อารมณ์ มีประชด ถ้าได้คุยผ่านคนก็จะชอบมากกว่าคุยผ่านเครื่องน่าจะมีความสุขกว่า จากที่ได้สัมผัส เพราะคนไข้ก็มาขอจับมือ บอกว่ารู้สึกอบอุ่น" (ยอม, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

การนำโทรเวชกรรมช่วยประหยัดงบประมาณการรักษาผู้ป่วยของรัฐ และสามารถลดภาระของแพทย์ในกรณีที่ต้องรักษาผู้ป่วยบางรายที่อาการไม่หนัก หากนำโทรเวชกรรมมาใช้จะช่วยให้แพทย์สามารถมีเวลาไปดูแลผู้ป่วยหนักที่สำคัญกว่าได้ ช่วยทุ่นแรงบุคคลากร และลดงบประมาณ

"มันดีนะเพราะว่า ส่วนหนึ่งหน่วยงานรัฐที่มาซับพล็อตเรา เค้าก็ไม่ต้องสูญเสียงบประมาณค่าใช้จ่าย ไม่ว่าค่าน้ำมันหรืออะไรนะและก็พนักงาน คือเวลามีเคสด่วนเค้าจะได้ไปช่วยเคสด่วนแต่เค้าก็จำเป็นมาช่วยนะแหละแต่บางครั้งมันน่าจะไปตรงก่อน" (เบ็ญ, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

5.1.4 ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์ที่สามารถนำไปพัฒนาสร้างสรรค์ภาพยนตร์

ผลการสัมภาษณ์ผู้ดูแลและผู้ป่วย**โรคหลอดเลือดสมอง** สามารถสรุปประเด็นที่สามารถนำไปพัฒนาแนวคิดสำหรับการสร้างสรรค์ภาพยนตร์เชิงรณรงค์เพิ่มความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม ได้ดังนี้

มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองว่า เข้าใจว่าตนเองมีโรคประจำตัวที่มีอยู่มาก่อน เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคที่มีความเสี่ยงนี้อยู่ก่อน เมื่อมีอาการนำของโรคหลอดเลือดสมอง จะเข้าใจว่าเป็นอาการจากโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ ไม่คิดว่าจะเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง มีความเข้าใจว่า อาการจะเกิดขึ้นมาจากการทำงานหนัก พักผ่อนน้อย โดยไม่ทราบว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการนำสู่โรคหลอดเลือดสมอง ทำเสียโอกาสในการรักษา และเมื่อป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองต้องมีคนดูแลช่วยเหลือทุกอย่างตลอดเวลา ต้องดูแล

อย่างใกล้ชิด ต้องคอยสังเกตอาการ รักษาตามอาการ ระวังแผลกดทับ ทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องจะมีอาการดีขึ้น ต้องการกำลังใจทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

เนื่องจากการรักษาโรคหลอดเลือดสมองต้องนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาให้เร็วที่สุดเมื่อเกิดอาการ ต้องรู้เร็ว รักษาเร็ว การดูแลต้องร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล หากรู้ว่าเป็นอาการนำสู่หลอดเลือดสมองจะช่วยเพิ่มโอกาสในการรักษาให้หายได้

โทรเวชกรรมสามารถใช้สนับสนุนการรักษาหลังวิกฤตได้ โดยใช้ในการนัดหมายติดตามอาการ กรณีป่วยฉุกเฉิน และการทำกายภาพบำบัด

5.2 ส่วนที่ 2 ความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งและบริการโทรเวชกรรมกรมการแพทย์

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ สังกัดกรมการแพทย์ เป็นองค์กรหลักในการชี้นำ ขับเคลื่อนนโยบายและระบบบริการด้านโรคมะเร็งของประเทศ มีพันธกิจสำคัญ 3 ประการ คือ 1) พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยี ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคมะเร็ง ดูแลรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคมะเร็ง 2) พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายระบบบริการด้านโรคมะเร็งที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ และนำนโยบายสู่การปฏิบัติ 3) พัฒนาและให้บริการด้านการดูแลรักษาโรคมะเร็งที่มีความยุ่งยากซับซ้อนตามมาตรฐานสากลด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง ในด้านการให้บริการดูแลรักษาโรคมะเร็ง ให้บริการผ่านเครือข่ายโรงพยาบาล กลุ่มโรคมะเร็ง กรมการแพทย์ ที่ตั้งอยู่ทุกภูมิภาคทั่วประเทศ รวม 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ์ ธัญบุรี

ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโทรเวชกรรมในการรักษาโรคมะเร็ง [4]

การรักษาโรคมะเร็ง ต้องตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรค ต้องตรวจวินิจฉัยตลอดกระบวนการรักษา การนำโทรเวชกรรมมาให้บริการควรพิจารณาความเหมาะสมในแต่ละช่วงการรักษา สำหรับการรักษาโรคมะเร็ง สามารถใช้ได้บางช่วงของการรักษาได้ จะไม่ใช้ในการวินิจฉัยโรคใหม่ เพราะเสี่ยงต่อการรักษา แต่สำหรับการวินิจฉัยโรคเป็นซ้ำ จะสามารถใช้ได้ เช่น กรณี ติดตามวินิจฉัยหลังการรักษาหายแล้ว ที่ต้องติดตาม 3 ปี อย่างไรก็ตามการแจ้งผลการวินิจฉัยในกรณีที่ยืนยันว่าเป็นมะเร็ง อาจจะไม่เหมาะสมที่จะใช้การแจ้งผลผ่านโทรเวชกรรม เพราะการแจ้งผลต้องมีวิธีการพูดที่เหมาะสม ระมัดระวังในการสื่อสาร และเมื่อผู้ป่วยทราบว่าเป็นโรคมะเร็งแล้ว จะต้องมีการอธิบาย

---

[4] พญ.ดาริกา ดาโรจน์, สัมภาษณ์

กระบวนการรักษา การบอกข่าวร้าย การคุยกับญาติในการรักษา แล้วต้องตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม เช่น เจาะเลือด ทำทีซีแสกน (TC Scan) หรือให้เคมีบำบัดในวันที่ฟังผลวินิจฉัยเลย ขั้นตอนการฟังผลทีซีแสกน (TC Scan) การฟังผลชิ้นเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง คนไข้ไม่ต้องมาโรงพยาบาล ดังนั้นอาจจะแจ้งผลผ่านโทรเวชกรรมได้ นอกจากนี้ในขั้นตอนการติดตามอาการหลังเคมีบำบัด 1-2 สัปดาห์ อาจจะพิจารณาใช้การติดตามผ่านโทรเวชกรมได้ โดยผู้ป่วยสามารถตรวจเลือดที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน แล้วส่งผลมาให้แพทย์พิจารณาได้

ปัจจัยเอื้ออำนวยให้สามารถใช้โทรเวชกรรมในการรักษาได้ คือ คนไข้ต้องเต็มใจใช้อุปกรณ์ และใช้อุปกรณ์ได้ (ในส่วนนี้อาจจะให้คนใกล้ตัวช่วยได้) คนไข้สูงอายุจะไม่ชอบใช้เพราะใช้ไม่เป็น การใช้บริการโทรเวชกรรมช่วยให้ผู้ป่วยความสะดวกสบาย ลดการเดินทางมาโรงพยาบาล การรักษามะเร็งผู้ป่วยต้องเดินทางมาโรงพยาบาลหลายครั้งมากในกระบวนการรักษา เสียเวลา เสียค่าใช้จ่าย โรงพยาบาลมะเร็งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่ให้บริการผู้ป่วยหลายจังหวัดในเขตสาธารณสุข การใช้โทรเวชกรรมในการรักษาโรคมะเร็งจึงสามารถอำนวยความสะดวก ลดจำนวนครั้งการเดินทางมาโรงพยาบาล

โรงพยาบาลเครือข่ายกลุ่มโรคมะเร็ง กรมการแพทย์ ใช้ระบบโทรเวชกรรมของกรมการแพทย์ คือ “ดีเอ็มเอสเทเลเมดิซีน” หรือ “DMS-telemedicine” ช่วงแรกที่นำมาใช้ ติดขัดจากความไม่คุ้นเคย ต้องโน้มน้าวใจ อำนวยความสะดวกในการลงโปรแกรม การติดตั้งในเครื่องอุปกรณ์โทรศัพท์ของผู้ป่วย บางกรณีจะติดตั้งยาก เนื่องจากความไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยี ข้อจำกัดด้านอุปกรณ์ที่จะต้องมีระบบรองรับการทำงานของโปรแกรมคอมพิวเตอร์ อุปกรณ์บางรุ่นไม่สามารถใช้งานแอปได้ โรงพยาบาลจึงแก้ปัญหาในการติดตั้งโปรแกรมด้วยการจัดเจ้าหน้าที่ติดตั้งให้สำเร็จก่อนกลับบ้าน จากนั้นอุปสรรค์ในการใช้งานที่บ้านผู้ป่วยคือ สัญญาณอินเทอร์เน็ตที่บ้าน ถ้าสัญญาณไม่ดี จะทำให้เสียงสะดุด ขาด ๆ หาย ๆ สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ แพทย์ต้องพร้อมให้บริการ รู้สึกเต็มใจ เห็นประโยชน์ และนำมาใช้ในกับผู้ป่วย

การทำงานของ ดีเอ็มเอสเทเลเมดิซีน (DMS-telemedicine) เริ่มจากขั้นตอนนัดหมายคนไข้ เมื่อถึงวันนัดหมาย โปรแกรมจะเชื่อมโยงเข้าประวัติผู้ป่วยกับฐานข้อมูลของโรงพยาบาล แพทย์สามารถกดดูข้อมูลคนไข้เมื่อจะตรวจตามวันนัดหมายได้ แล้วหลังจากนั้นจะวิดีโอคอลกับคนไข้ และแอปจะบันทึกการตรวจไว้บนเซิฟเวอร์ (Server) กลางของกรมการแพทย์ ไม่เปลืองพื้นที่เก็บข้อมูลของโรงพยาบาล ในกรณีที่การใช้งาน DMS-telemedicine ไม่สามารถใช้ได้กับผุ้ป่วยบางราย เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านคุณสมบัติของอุปกรณ์โทรศัพท์มือถือ จึงมีการใช้ผ่านไลน์วิดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์

สนับสนุนคนไข้ ในการลดจำนวนการเดินทางมาตรวจรักษา ช่วยให้คนไข้สะดวกขึ้น เช่น การให้เคมีบำบัด 1 สัปดาห์ จะต้องตรวจติดตาม คนไข้จะอ่อนเพลีย ถ้าใช้โทรเวชกรรมจะช่วยให้คนไข้ไม่ต้องมาโรงพยาบาลในสภาพอ่อนเพลีย คนไข้สูงอายุ ไม่ต้องเหนื่อยในการเดินทาง แพทย์จะเลือกนัดหมายผ่านโทรเวชกรรม และลดจำนวนครั้งการเดินทาง ลดค่าใช้จ่าย ไม่ต้องรบกวนเวลาทำมาหากินของคนไข้

โทรเวชกรรมใช้สนับสนุนการักษาเท่านั้น ไม่ใช้ในการรักษา แพทย์มีหลักคิดว่าคนไข้ที่ใช้โทรเวชกรรมต้องไม่สูญเสียโอกาสที่ดีในการรักษา โทรเวชกรรมต้องไม่ทำให้มาตรฐานการรักษาต่ำลงต้องเท่าเดิมหรือมากกว่า ดังนั้นแพทย์จะเลือกใช้โทรเวชกรรมแล้วแต่กรณีของคนไข้ เลือกเฉพาะช่วงที่จะเป็นประโยชน์ต่อคนไข้มากที่สุด

มุมการสื่อสารบริการโทรเวชกรรมไปยังผู้ป่วย มีข้อเสนอว่า ควรสื่อสารให้ไม่ผู้ป่วยกลัวโทรเวชกรรม แสดงให้เห็นประโยชน์สำหรับเขา แต่ก็ต้องไม่สร้างความคาดหวังที่เกินจริง ต้องสื่อสารให้ทราบข้อจำกัด อะไรที่ทำไม่ได้ เช่น การวินิจฉัย ยังไงก็ต้องมาโรงพยาบาล โทรเวชกรรมมิได้ทำให้คนไข้ห่างจากแพทย์ แต่ช่วยให้คนไข้รู้สึกใกล้ชิดแพทย์ อยู่ใกล้แพทย์ ได้เจอแพทย์คนที่ชอบโทรเวชกรรม มักเป็นคนที่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อย ๆ การใช้โทรเวชกรรมจะช่วยลดจำนวนครั้งในการมาโรงพยาบาล การตรวจรักษาหายแล้ว จะติดตามในระยะ 3 ปี ระหว่างนี้ ถ้าใช้โทรเวชกรรมจะช่วยให้คนไข้รู้สึกใกล้ชิดแพทย์ ซึ่งคนไข้มะเร็งต้องการการรักษาที่ใกล้ชิดแพทย์

มะเร็งเป็นโรคซับซ้อน และผู้ป่วยกลุ่มใหญ่เป็นกลุ่มที่สภาวะของโรคกำลังดำเนินอยู่ (active) ซึ่งต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง เช่น เคมีบำบัด ฉายแสง ผ่าตัด ตรวจร่างกาย จึงเป็นข้อจำกัดในการใช้ นอกจากนี้ แพทย์จะไม่ได้บังคับใช้ แต่จะเป็นไปด้วยความสมัครใจและทางเลือกสำหรับผู้ป่วย 3 กลุ่มที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สามารถใช้โทรเวชกรรมได้ ดังนี้ [5]

1. กลุ่มที่ทำการคัดกรองโรค (Pre- Post counseling) เนื่องจากเป็นโรคซับซ้อน ก่อนการคัดกรองจึงต้องมีการอธิบายก่อนตรวจคัดกรองว่ามีขั้นตอนอย่างไร เรียกว่า Pre counseling และเมื่อคัดกรองแล้วต้องคุยประเมินความเสี่ยงและแจ้งผล บางครั้งผลออกมาไม่ตรงไปตรงมา ดังนั้นจึงต้องพูดคุยกันว่า ความเสี่ยงระดับนี้เป็นอย่างไร และต้องทำอย่างไรต่อไป

2. กลุ่มผู้ป่วยที่โรคสงบแล้ว รักษาหายขาดแล้ว แต่ต้องติดตามอาการเพื่อดูว่าโรคกลับมาหรือไม่ ช่วงแรกนัดทุก 3 เดือน หากไม่น่ากังวลจึงขยับเป็น 6-12 เดือน กลุ่มนี้สามารถเจาะเลือด ส่งผลเข้ามาตรวจ และพูดคุยผ่านโทรเวชกรรมได้ โดยไม่ต้องมาโรงพยาบาล

---

[5] นพ.สกานต์ บุนนาค, สัมภาษณ์

3. กลุ่มผู้ป่วยอาการหนัก (Extreme) หรือที่เรียกว่ากลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อาการถึงที่สุด (End of Life) เป็นกลุ่มผู้ป่วยในระยะประคับประคองที่หมดทางรักษาแล้ว หรือรักษาไม่หาย ซึ่งต้องการกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือญาติจึงต้องขอรับคำปรึกษาด้านการดูแลผู้ป่วยด้วยตัวเองในระยะประคับประคองนี้ ว่าควรทำอย่างไรเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีเหมือนในโรงพยาบาล กลุ่มที่เป็นคนไข้ระยะสุดท้าย ด้านการเคลื่อนย้ายมาโรงพยาบาลจะค่อนข้างลำบากมาก เพราะฉะนั้นการใช้โทรเวชกรรมจะง่ายกว่า เพราะสามารถนัดหมายผ่านมือถือล่วงหน้าได้ เมื่อถึงเวลาก็สามารถเข้าไปพูดคุยกับคุณหมอได้ผ่านดีเอ็มเอสเทเลเมดดิซีน (DMS-telemedicine) ซึ่งมักเป็นการให้คำแนะนำต่าง ๆ เพราะการรักษาขั้นประคับประคองจะไม่ซับซ้อนแบบช่วงให้ยา ดังนั้นการใช้จะง่ายกว่าในการจ่ายยา จ่ายเงิน ส่งยาไปที่บ้านได้ เปรียบเสมือนการมาโรงพยาบาลโดยคนไข้ไม่จำเป็นต้องไปโรงพยาบาลด้วยตนเองก็สามารถพูดคุยกับแพทย์และเข้าใจในการปฏิบัติตนดูแลคนไข้ได้

นอกจากนี้ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้พัฒนาแอปพลิเคชัน “เอนซีไอ อีซี่” หรือ “NCI EASY” ให้บริการเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยมีรายการบริการได้แก่ การนัดหมาย ตารางนัด คิวรับบริการ ระบบนำทางการรับบริการในสถานที่ การชำระค่าบริการผ่านแอปพลิเคชันธนาคาร การแจ้งผลการตรวจ ประวัติการรักษา ประวัติการใช้ยา ช่องทางการติดต่อสื่อสาร โดยเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารผ่านไลน์ออฟฟิซเชียล Line@nciconnect

การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง แสดงให้เห็นความเข้าใจที่มีต่อโรคมะเร็ง และโทรเวชกรรมในกระบวนรักษาโรคมะเร็ง ดังต่อไปนี้

5.2.1 ความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็ง

ผู้ป่วยมักจะไม่ทราบอาการของการเกิดโรคมะเร็ง แต่สังเกตว่ามีความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกาย หากไม่มีอาการรุนแรงจะไม่ไปพบแพทย์ เมื่อมีอาการรุนแรงมากขึ้นจึงไปพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยโรค

> *“เพราะแกสูบบุหรี่จัดกินเหล้าจัดกินทุกวันครับ ถ้าเกิดกินเหล้าแกจะสูบบุหรี่จัด ๆ ก็ยาเส้นวันละสองห่อนะครับเยอะ..ไอไม่หยุดพัก วันนึงคอบวมเลยถามบอกไม่รู้เลย จับดูไม่แข็งมันนิ่ม ๆ อยู่ ถามว่าเจ็บไหมบอกว่าเจ็บบอกไม่บวมก็ไปหาหมอนะลองดูเลยพาไปหาหมอหมอส่องกล้องบอกมีก้อนเนื้อรายอยู่น่าจะเป็นมะเร็งกล่องเสียง (ขั้นที่ 3)” (พน, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)*
>
> *“เริ่มแรกเริ่มเมื่อย ๆ เมื่อยขาอย่างเดียวนะ แล้วพอตุลาจนพฤศจิกาเมื่อยมาก เอากระเป๋าน้ำร้อนใส่ คืนนั้นพอหลับสบายเช้ามาเดินไม่ได้ขาแข็งไปเลย เลยไปโรงพยาบาลเจอหมอเลยเอ๊กซ์เรย์ดู คุณหมอเห็นว่าอยู่ในโพรงกระดูกที่ก้นย้อย... เลยคุยกัน ไปศิริราชพบหมอแล้วผ่าตัดเลย...คุณหมอบอกเริ่มจากเต้านม ทีนี้จาก*

เต้านมหาไม่เจอ มันก็เป็นแผลกดทับไปแล้วมันก็ลงข้างลงลงขา แล้วในปอดมีลิ่มเลือดประมาณสิบเปอร์เซ็นต์ในตับในอะไรคือ มัน ๆ ทั่วแล้ว แล้วทีนี้คุณหมอบอกว่ารักษาตามอาการนะ เพราะอันนี้คือมันการันตีไม่ได้ กระดูดก็พรุนหมดแล้วก็เลยดามเหล็กไว้" (พรหม, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

"มันเริ่มคลำเป็นก้อน ส่วนอาการทั่วไปไม่มี ไม่เจ็บ ไม่ปวด คือมีก้อนนานแล้ว แต่มันไม่เจ็บปวด และด้วยความคคิดเองว่าถ้าเป็นมะเร็งจะต้องแดง ต้องมีเลือดออก ต้องอักเสบ แต่ก้อนนี่เจอมานานแล้ว ก็เลยไม่ได้อะไร ไม่ได้สงสัยเลย...ก็เหมือนจะรู้มาก่อนว่าถ้าเป็นมะเร็งจะมีก้อนนะ จะอักเสบนะ แต่เราไม่เจ็บ ไม่ปวด มีอาการเหนื่อย...คลำเจอมาได้ 2-3 ปี จนมันใหญ่ขึ้นแล้วแข็ง เลยไปอนามัย หมอเลยบอกว่าต้องใช่แน่เลย" (รุ่ง, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

เมื่อได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยมีความคิดเดิมว่าเป็นมะเร็งต้องเสียชีวิต แต่เมื่อเข้ารับการรักษา ได้พูดคุยปรึกษากับแพทย์ ได้รับการอธิบายถึงระยะโรค วิธีการรักษาและผลการรักษาวิธีต่าง ๆ ช่วยเปลี่ยนความคิดจากเดิมเป็นความคิดใหม่ว่า โรคมะเร็งสามารถรักษาได้ เพราะเชื่อมั่นแพทย์ มีความรู้และวิธีการรักษาที่ดีขึ้นจากอดีต

"ใจมันห่อเหี่ยว คิดว่ามะเร็งคือไม่รอด เป็นความเชื่อ ที่เห็นมา ไม่รู้ว่าอาการไหนจะรอด ไม่รอด รู้แค่มะเร็งคือไม่รอด จนหมออธิบายเรื่องระยะให้ฟังว่าระยะสามรักษาได้ ตอนนี้มั่นใจร้อยเปอร์เซ็นต์ว่าไม่ตาย เพราะเชื่อมั่นในคุณหมอมาก เครื่องมืออะไร เมื่อก่อนไม่เคยมารับรู้ว่ารักษายังไง" (รุ่ง, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

"ตอนแรกที่รู้ ตกใจ โลกมืดไปหมดเลย ทำใจได้ตอนมารักษา ไม่ท้อว่าไม่ใช่มีเราคนเดียวที่ป่วย ทำใจเป็นปี นึกว่าจะรักษายังไง เห็นคนที่มารักษามะเร็งก็ตายกันหมด แต่เราทำตามที่คุณหมอบอกทุกอย่าง ว่าให้กินอะไรที่เพิ่มภูมิ อะไรที่เป็นของแสลงเราก็ไม่กิน แล้วพอมาเข้ากระบวนการรักษา เราก็คิดว่าสามารถรักษาให้หายได้เพราะเชื่อมั่นในฝีมือคุณหมอ" (ดาว, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

ผู้ป่วยมองว่า วิธีการรักษาโรคแม้จะยุ่งยาก แต่เป็นสิ่งสำคัญจำเป็นที่จะช่วยให้หายจากโรคได้ จึงยอมรับและเข้ารับการรักษาตามวิธีการและขั้นตอนที่แพทย์กำหนด

"ไม่นะ พอรู้เป็นเค้าบอกว่าเป็นชนิดนี้ ๆ ต้องเอาออก ๆ ก็จัดการเลยคุณหมอ ให้เค้าผ่าเลยมันก็จบผ่าแล้วเดี๋ยวฉายแสง...เราว่ามันยุ่งยากจุดนี้มันก็ว่ายุ่งยากอยู่ครับ แต่มันก็ช่วยไม่ได้ ไม่ใช่สาระสำคัญ เพราะขนาดมีดบาดเราเราก็ต้องมารักษาอันนี้เกี่ยวกับโรคมันสำคัญกว่าก็ต้องยอมครับ" (สันต์, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

เมื่อเข้าสู่การบำบัดรักษา ผู้ป่วยจะดูแลตนเอง เลิกพฤติกรรมที่มีผลต่ออาการโรครุนแรงขึ้น ปรับเปลี่ยนมาให้ความสำคัญกับการใส่ใจดูแลเรื่องอาหารการกิน และเข้าสู่การบำบัดตามวิธีที่แพทย์รักษาอย่างต่อเนื่อง

“ให้งดบุหรี่เลยครับ แต่เหล้าแกงดนานแล้วครับ...ต้องฉายแสงให้ครับตามหมอบอกครับ” (พน, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

“ไม่ได้ไปกินอะไรข้างนอก คือ รักษาตามที่ที่ว่าทางที่คุณหมอให้มาทั้งหมดให้เคมีให้คีโม แต่ว่าฉายแสงก่อน ฉายแสงห้าแสงแล้วก็ให้คีโมหกครั้ง ไปตามที่หมอนัดทุกครั้งไม่ผิดนัด ยาที่คุณหมอให้มาก็ทานตามที่คุณหมอสั่ง ไม่กินอะไรนอกเหนือไปกว่านั้นดูแลตนเอง” (พรหม, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

ผู้ป่วยระบุว่า การรักษาโรคมะเร็งต้องรักษาอย่างยาวนาน ต่อเนื่อง และมีความเจ็บปวดจากการรับการรักษา ส่งผลให้เกิดความเครียด แต่พยายามที่จะทำจิตใจให้สบายเมื่อตัดสินใจเข้า รับการรักษาแล้ว พยายามดูแลร่างกายให้แข็งแรง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการกินอาหาร

“เค้าจะรับมาฉายแสงครับ ฉายสามสิบแสง...หลังรู้ว่าเป็นเราอย่าให้เครียดแล้วต้องการกินระวังปิ้งย่างดเลย” (สันต์, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

“ไม่กินอะไรนอกเหนือไปกว่านั้นดูแลตนเอง โดยการที่ว่าไม่นอนกับที่ไม่นอนงอตัวเจ็บแต่ก็ฝืนเพื่อให้เราออกจากที่นั้นให้ได้ เพราะเราคิดว่าถ้านอนอยู่ตรงนั้นคนดูแลเราจะท้อ...เราก็ชวนออกไปข้างนอกบ้านบ้างไปหาอะไรกินโดยที่เราไม่ แสดงความอ่อนแอตรงนั้น” (พรหม, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

ผู้ป่วยยังเลือกใช้วิธีรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก มั่นใจในการรักษาแพทย์พบหมอ ฉายแสง ติดตามอาการ มีมุมมองว่าวิธีการรักษาตามหมอโบราณ แพทย์ทางเลือก การรักษาโดยใช้สมุนไพรเป็นวิธีการรักษาทีเลือกใช้ทีหลัง การใช้วิธีการรักษาทั้งแผนปัจจุบันและแลลสมุนไพรผสมกัน จะทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าผลจากการรักษาและผลข้างเคียงมาจากวิธีใดจึงเลือกกระแสหลักก่อน

“ที่จริงพระอาจารย์ท่าจะส่งกัญญามาให้ แต่อันดับแรกผมต้องรักษากับหมอปัจจุบันก่อน...มันต้องรักษาที่ละขั้น ๆ ถ้ามันรักษารวมกันอะไรมามันจะแยกไม่ออก...อันนี้เราคิดเอาเองกัญญาครูบาอาจารย์อยู่ทางเหนือเค้าจะสกัดให้อยู่ แต่ต้องรอให้เสร็จสิ้นขั้นตอนของหมอเค้าก่อน...ถ้าเกิดเรารักษาควบคู่แล้วเกิดอะไรมาจะแยกกันไม่ออกมันเป็นที่ตัวนี้หรือเป็นที่แผนโบราณ...กินยาต้มยาอะไรผมไม่เอา เราต้องเอาปัจจุบันก่อน แล้วค่อยไปเอาพวกสมุนไพร่ทีหลัง” (สันต์, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

“ไม่ได้ไปรักษาแพทย์ทางเลือกเพราะไม่มั่นใจ มั่นใจในโรงพยาบาลที่สุด เพราะรอดตายเพราะโรงพยาบาลมาหลายครั้ง เช่น เคยเป็นนิ่วในท่อไต หรือการผ่าตัดลูกชายพวกสมุนไพรจะไม่ชอบ เพราะคิดว่าเหมือนไสยศาสตร์เลย” (รุ่ง, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

เนื่องด้วยผู้ป่วยไม่ได้อยู่ใกล้กับโรงพยาบาลและระยะทางห่างไกล ต้องใช้ระยะเวลาเดินทางหลายชั่วโมง และต้องลางานหรือต้องมีผู้ติดตามดูแลพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลตามที่นัด นอกจากนี้การรักษาจำเป็นต้องไปกลับระหว่างที่พักที่อยู่ไกลโรงพยาบาลหลาย ๆ วัน ในช่วงที่บำบัดรักษา ซึ่งเป็นภาระเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางจึงเป็นสิ่งสำคัญ เช่น การหาที่พักที่อยู่ไม่ไกลจากโรงพยาบาลเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเลือกที่จะนอนพักแรมในพื้นที่ใกล้เคียงก่อนที่จะเจอหมอโดยให้เหตุผลว่า ระหว่างการบำบัดหากเดินทางบ่อย ๆ ร่างกายเหนื่อยล้า รวมทั้งการติดต่อแพทย์ก่อนวันนัดหมายเพื่อจะได้ไม่มาโรงพยาบาลเสียเที่ยว

“มาฉายแสงทุกวันครับ...ยกเว้นวันหยุดราชการ...ตอนนี้พักอยู่ใกล้ ๆ โรงพยาบาล บ้านพักที่โรงพยาบาลเช่าให้สำหรับผู้ป่วยยากจนครับ...หมอใช้โทรศัพท์โทรแล้วมีใบนัดมาถึงเวลานั่งรถประจำทางมาครับ” (พน, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

“สมมุติหมอนัดพรุ่งนี้วันนี้เราไปแล้ว ไปหาที่พักเพื่อให้ร่างกายเราแบบว่ามันไม่กระชั้นชิด ไม่ทำให้ร่างกายเราทรุดโทรม ที่ว่าไปถึงปุ๊บจะเร่งรีดทุกอย่างไม่เอา” (พรหม, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

5.2.2 การรับรู้ ความเข้าใจโทรเวชกรรมในเรื่องการรักษาโรคมะเร็ง

ผู้ป่วยสะท้อนว่า ก่อนหน้าการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ใช้การโทรคุยกับหมอได้แต่ไม่เคยรับทราบว่ามีบริการโทรเวชกรรม แต่พอเกิดสถานการณ์การระบาด โรงพยาบาลนำโทรเวชกรรมด้านการสื่อสารทางไกลกับผู้ป่วยโดยไม่ต้องมาโรงพยาบาลมาใช้ เช่น การวิดีโอคอล การติดตามอาการหลังการรักษาที่ไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล การส่งยาไปที่บ้านผู้ป่วยทางไปรษณีย์

“ไม่เคยได้ยินไม่รู้...อาจจะมีแต่ผมไม่รู้...ช่วงโควิทเค้าออกข่าวว่าไปหาหมอใช้ทางโทรศัพท์ก็ได้ครับ...วีดีโอคอลครับ...ก็น่าจะคุยกับหมอสด ๆ ครับ” (สันต์, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

“เคยอยู่ครับแต่ว่าไม่ได้ใช้นะครับ ส่วนมากจะเป็นโทรเลยนะครับใช้เบอร์ติดต่อคุยเลย...ที่มันแบบว่าวีดีโอคอลแหละ ส่วนมากสื่อสารธรรมดาแหละครับ” (พน, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

“ไม่มีคะ ส่วนมากคุณหมอนัดมาฉายแสง แต่เคยมีคุณหมอโทรมาถามว่าอาการเป็นยังไง จะฉายแสงได้ไหม ประมาณสองครั้ง คุณหมอถามว่าอาการเป็นไง แผลบวมไหม มาตามนัดได้ไหม เราก็รู้สึกดีที่คุณหมอโทรมาคุย เราไม่ได้ไปสุ่มสี่สุ่มห้า เราก็เตรียมความพร้อม” (รุ่ง, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

ผู้ป่วยมีมุมมองว่า โทรเวชกรรมที่ช่วยให้ไม่ต้องเดินทางทางโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ดี มองเห็นประโยชน์ว่าหากนำมาใช้ จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ช่วยย่นระยะเวลาในการเดินทาง และไม่เสียเวลาลางานทั้งวัน ยังคงสามารถถามหมอได้หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับโรค และการรักษา และสามารถใช้ได้เพราะมีอุปกรณ์สื่อสาร สมาร์ทโฟน สัญญานอินเทอร์เน็ต

“ดีครับ...หนึ่งลดค่าใช้จ่าย สองไม่ต้องเสียเวลา เพราะว่าระยะทางมันก็ไกลต้องใช้เวลา ถ้าทำงานอยู่ต้องลางานต้องเสียเวลางานไป...ดีครับเพราะเผื่อมีอะไรผิดปกติสงสัยอะไรติดต่อโดยตรงจะได้ถามได้...ปัจจุบันมือถือที่เค้าใช้กันก็มีเน็ตแทบทุกเครื่องที่เค้าใช้กัน” (พน, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

“ถ้าเข้าถึงได้ก็ดี..มันสะดวกสบายมันไม่เสียเวลา จากที่รอกับพูดคุยทางโทรศัพท์มันก็ยังดีกว่าเรารอ...หนึ่งระยะทางที่ว่าสื่อสารพวกนี้จะดีอยู่อย่างหนึ่งคือนี้แหละระยะทาง สมมุติบ้านผมอยู่ไกลเนอะถ้าเกิดมีอย่างงั้นมันก็ดี ถึงเวลาสำคัญจริงก็ได้คุยกับหมอทางโทรศัพท์ก็ดีเพราะมันจะไม่มีค่าใช่จ่ายเวลาเราไปมา ๆ นะ” (สันต์, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

“หมอจะได้รู้รายละเอียดของเรา ท่านจะได้ไม่ต้องใช้การเดินทางไม่ต้องอะไรเพราะงานท่านเยอะอยู่แล้ว...เราก็ได้คุยกะท่านบ้าง ส่วนมากเราคุยกับหมอเราต้องไปหาท่านนะ” (พรหม, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังรู้สึกว่าการพบแพทย์โดยตรงรู้สึกมีความมั่นใจ พูดคุยสอบถามได้สะดวกกว่าพบทางไกล และสามารถให้การรักษาได้ทันทีถ้าจำเป็น

“มันสู้ไม่ได้ครับ...มันได้มานั่งคุยกันตัวต่อตัว บางครั้งมันคุยอยู่หน้าจอโทรศัพท์มันเหมือนไม่จริงใจครับ....มันไม่ร้อยเปอร์เซ็นต์ครับในความรู้สึกนะ แต่ถ้าเกิดเรามาคุยกับหมอเราเรามีปัญหาอะไรเราถามตรง ๆ เลย แล้วเวลาดูแผลดูเราดูสด ๆ ผ่านหมอ” (สันต์, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

“ชอบเจอหมอมากกว่า คือเราเจอหมอปุ๊บเราจะได้บอกว่า คุณหมอคะนี้เราเป็นยังงี้ ๆ ถ้าสงสัยอย่างงั้นก็ไปเอ็กซ์เรย์เลย...เอ็กซ์เรย์ได้ดูติดตามผลได้ง่าย อย่างที่เราคุยทางงั้น (วีดีโอคอล) เราก็แค่ถามอาการเราก็รู้ได้แค่ภายนอก” (พรหม, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

ผู้ป่วยมีความกังวลหากนำโทรเวชกรรมมาใช้ทดแทนการพบแพทย์ทั้งหมด เพราะรู้สึกว่าตนเองมีอุปสรรคในด้านทักษะการใช้อุปกรณ์ สายตาการมองจอโทรศัพท์ ภาษาอังกฤษในโปรแกรม อย่างไรก็ตามหากจำเป็นต้องใช้ ก็จะสามารถเอาชนะอุปสรรคเหล่านี้ได้ โดยให้ลูกหลานคนที่ใช้อุปกรณ์คล่องแคล่วช่วยได้

“ถ้าเป็นภาษาอังกฤษนี้ก็ยากหน่อยครับ เพราะว่าไม่รู้ภาษาอังกฤษครับ” (พน, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

“หนึ่งสายตา สองคือการพิมพ์นี้แหละที่ว่าแชทอะไรบางคนมันพิมพ์ไม่เป็น...ไม่คล่องเลย (พิมพ์) แต่ถ้าเกิดโทรพูดกันแบบวีดีโอคอลได้ แต่ให้พิมพ์ลำบากหน่อย...ไม่มีอุปสรรค...ต้องลูก หรือแฟนช่วย” (สันต์, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

“ก็ได้คะ แต่ต้องให้เด็ก ๆ ทำให้ เพราะยังไม่เก่ง ปกติต้องทำงาน แต่เราใช้แอปธนาคารรับงานจ่ายเงินได้ ลูกสาว ลูกสะใภ้ที่เราไว้ใจ มาช่วยดูเรื่องแอป ถ้ามีปัญหา” (รุ่ง, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

“คุณหมอบอกให้เข้าโปรแกรมอะไรก็ไม่รู้ เราก็ให้ลูกสาวเข้าให้ มันก็เข้าไม่ได้ คุณหมอก็เลยเปลี่ยนมาให้เป็นโทร ก็ถามอาการว่าเป็นยังไง ส่วนใหญ่จะโทรมาย้ำถ้ากลัวเราลืมนัดอะคะ ว่าวันที่เท่าไร” (ดาว, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

5.2.3 ความต้องการบริการโทรเวชกรรมในการรักษาโรคมะเร็ง

ผู้ป่วยมีความต้องการใช้บริการโทรเวชกรรม ด้วยเหตุผลว่าจะช่วยให้สะดวกในการรับรู้รายละเอียดการรักษาได้ง่ายขึ้น ลดการเดินทางไกลมาโรงพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายและเสียเวลา

“ก็สุดยอดเลยคะ ถ้าทำได้คิดว่าดี รายละเอียดที่เราสงสัย ที่เราอยากให้ดู เราจะได้สะดวกขึ้น...คิดว่าสะดวกเพราะเดินทางไกล ร่างกายเหนื่อย ประมาณสองชั่วโมงจากบึงกาฬก็ดีเพราะไม่ต้องเสียเวลา” (รุ่ง, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

“ดีคะ มันจะลดค่าใช้จ่าย ตอนนี้เราเดินทางมาด้วยรถส่วนตัว เป็น 100 กิโลกว่าไป-กลับก็พักกว่าบาท...จะดีมาก ๆ เลยคะ ถ้าเรามีผิดปกติ เราก็ต้องรีบมาหาหมอสิคะ แต่ถ้าปกติเราก็โทรคุยกับหมอได้ ได้ลดค่าใช้จ่าย” (ดาว, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

ผู้ป่วยสะท้อนความต้องการโทรเวชกรรม ในแบบแอปพลิเคชันที่สามารถติดต่อกับแพทย์ได้ มีข้อมูลความรู้เรื่องการดูแลตนเอง การกินอาหาร การปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคมะเร็ง และเมื่อเกิดอาการป่วยฉุกเฉินสามารถติดต่อหมอได้

“ถ้ามีข้อมูลเบื้องต้น มีข่าวสาร ได้คุยกับคุณหมอบ้าง เราก็สบายใจ...รู้สึกใกล้ชิดหมอ ...ถ้ามีอะไรที่อาการไม่ดี ก็จะได้คุยกับหมอได้เลย” (แมว, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

5.2.4 สิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งคือ “กำลังใจ” และ “มุมมองแบบพลังบวก”

การรับรู้ความรุนแรงถึงการเสียชีวิตเมื่อป่วยเป็นโรคมะเร็ง ประกอบกับการรักษาที่ต้องยาวนาน ต่อเนื่อง ได้รับความเจ็บปวดจากการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจึงต้องการกำลังใจที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูจากโรคมะเร็งได้ กำลังใจสำคัญมาจากตนเองคือ **“มีมุมมองแบบพลังบวก”** รวมทั้งกำลังใจคนรอบข้างถือเป็นสิ่งสำคัญทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูจากโรคมะเร็งได้เร็ว

“มะเร็งส่วนมากต้องการกำลังใจ ผมรักษาช่วงแรก ๆ รู้ว่าเป็นจิตใจมันหดหู่ครับ...แต่พอมารักษาเรามาคิดเปรียบเทียบกับอุบัติเหตุ โรคมะเร็งยังไม่ร้ายเท่าอุบัติเหตุครับ มันเลยทำให้จิตใจเราเพิ่มขึ้นมาเลยมีกำลังใจก็เลยปกติ สรุปแล้วเราไม่ได้ป่วยแต่เราเป็นแค่มะเร็งเฉย ๆ ถ้าคิดได้แบบนี้กำลังใจไม่หมดครับ...แรก ๆ มันได้ยินว่ามะเร็งมันปลูกฝังว่ามันรักษาไม่หายยังไงก็ตาย (หัวเราะ) คนส่วนมากจะมองไปข้างหลังมองไปครอบครัวลูกเมียจะอยู่ยังไง แต่ว่ายังไม่ให้กำลังใจตัวเองเป็นแรก ๆ ก็จะหดหู่ ๆ เพราะความคิดตัวเอง พอหดหู่แล้ว ผมฮึดได้สองสามวัน พยาบาลหมอให้กำลังใจดี อย่าคิดว่าเป็นโรคร้ายเลยเราตรวจรู้แล้วรีบรักษาอันนี้ถือว่าดีแล้วบางคนเกิดเป็นอุบัติเหตุไม่ได้เป็นมะเร็งตายเยอะกว่ามะเร็ง...มันก็จริงถ้าเรามัวแต่เราป่วยมันจะล้มไปเลยทั้งครอบครัว..กำลังใจครอบครัว หนึ่งเป็นห่วง สองผมกับแฟนไม่เคยห่างกันไปไหนก็ไปด้วยกัน ครอบครัวอบอุ่น...จริง ๆ มันก็คือตัวเองครับ ถ้าตัวเราไม่มีกำลังใจแฟนหรือลูกก็จะป่วยเหมือนเราแต่เราถือคติว่าเราไม่ได้ป่วยเราแค่เป็นมะเร็งเฉย ๆ เราไม่ได้ป่วย ถ้าเกิดคนป่วยก็เปรียบเสมือนคนนอนติดเตียงขณะนี้เรายังสามารถทำได้ทุกอย่างเราไม่ได้ป่วย” (สันต์, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

“สำคัญที่สุด เราอย่ารอกำลังจากผู้อื่นให้เราอย่างเดียวเราต้องให้กำลังใจที่ว่าคนเค้าดูแลเราด้วย...เราต้องพิจารณาตัวเรา มันขึ้นอยู่กับสถานการณ์สิ่งแวดล้อมตัวเราเองแล้วเราก็ต้องสร้างมันขึ้นมา” (พรหม, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

“ตอนนั้นมันกินอะไรก็ไม่ได้ มันเหนื่อย ตอนเข้ายาเนี่ยคิดว่าไม่รอดแน่ ๆ แต่กำลังใจเราคือลูกหลาน ดูแลเราดี หลานโทรมาบอกให้หายไวๆ เราก็มีกำลังใจ” (ดาว, ผู้ป่วยมะเร็ง, สัมภาษณ์)

5.2.5 ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์ที่สามารถนำไปพัฒนาสร้างสรรค์ภาพยนตร์

จากการสัมภาษณ์แพทย์ ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคมะเร็ง สะท้อนความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยและคนใกล้ชิด ที่สามารถนำไปพัฒนาแนวคิดสำหรับการสร้างสรรค์ภาพยนตร์เชิงรณรงค์เพิ่มความเข้าใจบริการโทรเวชกรรมในเรื่องโรคมะเร็งได้ คือ การรักษาโรคมะเร็งเป็นการรักษาที่ยาวนาน ต่อเนื่อง มีทั้งโอกาสที่รักษาหายและไม่หาย การอดทนในการรักษาเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วย

ต้องการกำลังใจและการดูแล การนำบริการโทรเวชกรรมมาใช้ในการรักษาโรคมะเร็งสามารถใช้ได้เหมาะสมกับการรักษาในช่วงสุดท้าย ในระยะนี้ผู้ดูแลจำเป็นต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้เหมือนกับการดูแลในโรงพยาบาล บริการโทรเวชกรรมสามารถช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยได้ อีกทั้งผู้ป่วยต้องการกำลังใจจากคนใกล้ชิด และผู้ป่วยมีกำลังใจจากตนเองได้ด้วยการมองมุมบวก กำลังใจจากคนรอบข้างที่ดูแลได้ดีผ่านระบบโทรเวชกรรมจะเสริมให้ผู้ป่วยมีมุมมองเชิงบวกที่สามารถมีความสุขได้แม้จะเจ็บป่วยในระยะรุนแรง

5.3 ส่วนที่ 3 ความเข้าใจเรื่องการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดและบริการโทรเวชกรรมกรมการแพทย์

การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยกรมการแพทย์ มีส่วนงานในสังกัดรับผิดชอบคือ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี มีพันธกิจสำคัญคือ 1) ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาและสารเสพติดที่ยุ่งยากซับซ้อนอย่างรอบด้านและต่อเนื่อง 2) พัฒนาศักยภาพชุมชนภาคีเครือข่าย เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลช่วยเหลือและลดอันตรายจากยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) พัฒนาระบบและกลไกในการขับเคลื่อนนโยบายและมาตรการตามกฎหมายด้านการดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาและสารเสพติด การดำเนินงานมีโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค 6 แห่ง ให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ได้แก่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี เป็นสถานพยาบาลให้บริการ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้ ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ ประสานความร่วมมือทุกภาคส่วนในการดำเนินงานให้ทันกับสถานการณ์ยาเสพติด จัดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและพัฒนาขีดความสามารถในการให้บริการ ดูแลด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อคืนคนดีสู่สังคม

ข้อมูลเบื้องต้นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด [6]

การแพทย์มีมุมมองว่า ผู้ติดยาเสพติดคือ “คนไข้ เป็นคนที่ไม่สบายแบบหนึ่ง” ซึ่งเป็นความไม่สบายที่ยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าการไม่สบายในรูปแบบอื่น ๆ เช่น หากระดับน้ำตาลผิดปกติอาจเป็นเบาหวาน แต่ถ้ากรณีติดยาจะไม่ตรงไปตรงมาเช่นนี้ แต่จะมีปัจจัยที่ซับซ้อนอื่น ๆ ทั้งนี้

---

[6] นพ.สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา, สัมภาษณ์

การติดยาเป็นปัญหาที่เกิดไปแล้ว ไม่จำเป็นต้องหาคนผิด หรือโทษอะไร แต่ควรแก้ไขเยียวยาคนไข้ในเชิงบวก และทีมแพทย์รักษาความลับของผู้ป่วย และผู้ป่วยเองก็ทราบว่าเข้ารับการรักษาได้โดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย คนไข้ติดยาเสพตืดมักไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียว แต่มักมีปัจจัยซับซ้อนอื่น ๆ อีก เช่น สังคม ร่างกาย พันธุกรรม เพราะฉะนั้นคนไข้ติดยาเสพติด 1 คนแพทย์จะรักษาเฉพาะแค่คนไข้นั้นคนเดียวไม่ได้ แต่จะต้องรักษาดูแลฟื้นฟูแบบ “องค์รวม คือ กาย ใจ จิตวิญญาณ” และดูแล “รอบด้าน” สิ่งใดก็ตามที่เกี่ยวข้องกับคนไข้คนนี้ต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลด้วย ปัจจัยที่ว่าคือปัจจัยทางสังคม ซึ่งปัจจุบันพบว่า มีผลมากที่จะส่งผลให้คนไข้หันไปติดยาเสพติด เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว ชุมชน ภาวะแวดล้อมที่คนถูกแบ่งแยกถูกตีตรา ไม่เคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ทำให้เส้นทางการติดยามีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นไปอีก บางกรณีคนไข้รักษาในโรงพยาบาลได้รับการประเมินตามมิติคุณภาพชีวิตของ WHO เป็นรายบุคคลแล้วพบว่า คนไข้รายนี้ราบรื่นดี รักษาหายแล้ว แต่เมื่อคนไข้กลับไปอยู่บ้าน บางครั้งกลับกลายเป็นว่าผู้ติดยาเสพติดหันกลับไปใช้ยาอีก

หนึ่งในหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการจากต่างประเทศ พบว่าต้องดึงครอบครัวและชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษา โดยเฉพาะครอบครัวที่ต้องให้ร่วมรับรู้ตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อร่วมรับรู้ปัญหา รับรู้ว่าคนในครอบครัวมีพฤติกรรมการติดยาเสพติด แพทย์จะให้การดูแลและพูดคุยเชิงลึก ทั้งตัวคนไข้และสัมพันธภาพในครอบครัว ทั้งหมดนี้อาจฟังดูเป็นนามธรรมมาก แต่ทีมแพทย์ได้นำมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการรักษาฟื้นฟูจริง การบำบัดรักษาจะมีเกณฑ์ในการครบกำหนด ที่ไม่กำหนดด้วยระยะเวลา แต่เป็นเกณฑ์การประเมินที่กำหนดขึ้นเป็นระยะ และเมื่อประเมินพบว่า คนไข้ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตและสัมพันธภาพครอบครัวดีขึ้น อยู่ร่วมกับสังคม/ชุมชนดีขึ้น และไม่ได้กลับไปใช้ยาเสพติดอีกหรือใช้ซ้ำก็น้อยมาก ซึ่งในภาพรวมถือว่าทำได้ค่อนข้างดี

กระทรวงสาธารณสุขมีความยืดหยุ่นในแนวคิดการรักษามากขึ้น เนื่องจากหลักการหลายอย่างเปลี่ยนแปลงไปโดยเฉพาะหลักการจากการประชุมสมัชชายาเสพติดทั่วโลก ซึ่งแม้เป้าหมายสำคัญจะยังต้องการให้ “เลิก” การใช้/ติดยา แต่ในปัจจุบันจะลดเป้าหมายลงโดยปรับเปลี่ยนแนวคิดให้ยืดหยุ่นมากขึ้น เรียกว่า “แนวคิดการลดอันตรายจากการใช้งาน” เพื่อให้คนไข้อยู่ได้ โดยคนไข้เองต้องพยายามเช่นกัน เมื่อคนไข้พยายามรักษาตนเอง ทีมแพทย์เองก็ยืดหยุ่น เช่น หากหยุดยาไม่ได้จริง ๆ ทีมแพทย์จะเข้ามาช่วยให้คำแนะนำว่า จะใช้อย่างไรให้น้อยที่สุดและเกิดอันตราย/ผลกระทบให้น้อยที่สุดในทุกมิติ/ไม่เกิดเลย เช่น ถ้าต้องฉีดจริง ๆ ก็แจกตัวเข็มฉีดยาที่สะอาด (ถ้าเทียบแล้วก็คล้ายกับการแจกถุงยางอนามัยแทนการห้ามมีเพศสัมพันธ์ เพื่อให้ลดการมีปัญหาจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ตั้งครรภ์) รวมถึงการพยายามใช้ยาเสพติดลดน้อยลง ใช้บ้างเล็กน้อย และเน้นมิติที่ไม่มีอันตราย/ไม่มีผลกระทบทั้งต่อตนเอง ครอบครัว รวมถึงคนอื่น ๆ เช่น สังคมและชุมชน โดยคำนึงถึงอันตรายและผลกระทบทุกมิติ ทั้งมิติสุขภาพ พฤติกรรม อารมณ์

อาการที่ไม่มีผลกระทบกับสัมพันธภาพครอบครัว-สังคม-ชุมชน เนื่องจากหากบอกให้คนไข้เลิกยาเสพติดให้ได้ภายใน 1 ปี คนไข้จะหนี/ปฏิเสธ จึงเปลี่ยนมาใช้แนวทางยืดหยุ่นแทน (ถ้าเทียบกับในอดีต คือ หากคนไข้ที่บำบัดแล้วกลับไปใช้ยาอีก ก็จะถือว่าเป็นกรณีที่จบ/เลิกการบำบัด ไม่ไปต่อทันที)

ปัจจุบันประมวลกฎหมายกำหนดว่า การรักษามีเพียงการสมัครใจบำบัดเท่านั้น ไม่มีการบังคับ โดยลักษณะการสมัครใจแบ่งเป็น 3 กลุ่ม

1. สมัครใจจริง คือ กรณีครอบครัว/ญาติและตัวคนไข้เองสามารถสื่อสารกันเข้าใจจนคนไข้ยอมรับและสมัครใจในการเข้ารับการรักษา ซึ่งเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นแล้วกลุ่มนี้ยังถือว่ามีสัดส่วนมากที่สุด

2. สมัครใจตามการชี้นำ คือ กรณีที่ครอบครัว/ญาติไม่สามารถสื่อสารกับคนไข้ให้เข้ารักษาได้ จึงจำเป็นต้องขอให้ตำรวจ/ฝ่ายปกครองมาช่วยคุย-ขู่-ปลอบ เพื่อให้เข้ารับการรักษา

3. สมัครใจตามกฎหมาย คือ กรณีเจ้าหน้าที่ตรวจจับพบว่า ติดยาเสพติดจึงพามาเข้ารับการรักษา โดยเจ้าหน้าที่และญาติต้องช่วยกันกล่อมจนคนไข้สมัครใจเข้ารับการรักษา

อย่างไรก็ตาม คนไข้อีกกลุ่มหนึ่งก็คือไม่ว่าญาติ/เจ้าหน้าที่กล่อมเท่าไรก็ยังไม่สมัครใจ จึงต้องเข้าสู่กระบวนการดำเนินคดีตามกฎหมาย ซึ่งการลงโทษของศาลในปัจจุบันตามประมวลกฎหมายคือไม่เน้นการนำไปจำคุก แต่เน้นการสงเคราะห์ว่าจะทำอย่างไรเพื่อให้คนไข้เลิกยาเสพติดให้ได้รับการรักษา จึงเป็นที่มาของการสมัครใจโดยกฎหมาย/สมัครใจโดยศาลสั่ง

คนไข้ส่วนมากอาจไม่เดือดร้อนจากการติดยา เนื่องจากส่วนมากไม่รู้ว่าตนเองป่วย แต่ผู้ที่ได้รับผลกระทบก็คือญาติและคนในชุมชน ทั้งนี้ ตามประมวลกฎหมายฉบับใหม่ ผู้ป่วยในมิติที่เป็นเป็นผู้ใช้/ผู้เสพ ในกระบวนการสามารถสมัครใจเข้ารับการรักษาได้โดยไม่ถือว่าเป็นความผิด โดยเข้ารับการรักษาได้ที่หน่วยงานสาธารณสุขทุกส่วนที่เข้าถึงได้ เช่น โรงพยาบาลในชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด รพ.สต. โรงพยาบาลในภูมิภาค สถาบันเฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์ตามภูมิภาคต่าง ๆ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี โรงพยาบาลของกรมสุขภาพจิต

การรักษาบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

การบำบัดรักษา จำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญร่วมกันหลายสาขา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร บุคลากรสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งบทบาทเด่นจะแตกต่างกันในแต่ละช่วง ดังนี้

กระบวนการที่ต้องให้ยา บทบาทหลักคือ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร จะเป็นคนดูแล

กระบวนการให้คำปรึกษา (Counseling) การทำกิจกรรมกลุ่ม การทำกิจกรรมทางเลือก บทบาทหลักอยู่ที่พยาบาล นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์

นอกจากนี้ยังมีกระบวนการที่ไม่ได้ให้การรักษาคือ ต้องดูแลรักษาคนไข้ร่วมกับครอบครัว โดยนำครอบครัวและชุมชนให้โอกาสคนไข้และเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นส่วนหนึ่งของทีมบำบัดและรับรู้ปัญหาในระหว่างที่เข้ารับการบำบัด เนื่องจากบางประเด็นปัญหาครอบครัวและชุมชนสามารถให้ข้อมูลได้ลึกมากกว่าที่ทีมแพทย์หาข้อมูลเอง เช่นเดียวกับบางครั้งควรมีส่วนร่วมทุกฝ่ายเพื่อช่วยกันเยียวยาปัญหา เช่น ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว/ชุมชน รวมถึงการให้โอกาสคนไข้ที่หายแล้วได้กลับไปอยู่กับครอบครัว/ชุมชน

เมื่อบำบัดครบกำหนดตามเกณฑ์ ทีมบำบัดจะทำการประเมินตามเกณฑ์ว่าสามารถกลับไปอยู่กับชุมชนได้ ซึ่งหากพบว่า การประเมินให้ผลเชิงบวกก็จะส่งตัวกลับบ้าน ไปดูแลต่อที่บ้าน โดยสถานพยาบาลจะไปติดตามดูแลในครอบครัว/ชุมชน กรณีที่ครอบครัว/ชุมชนดูแล้วมีแนวโน้มแล้วแปลกไป/จะกลับไปติดยาอีก ก็จะมีบทบาทในการช่วยเหลือดูแล ต้องแจ้งให้ทางแพทย์ เพื่อติดตามพูดคุยให้มีความถี่มากขึ้น ดังนั้น จะเห็นได้ว่าครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการตั้งแต่ ต้นจนจบ ตั้งแต่พาเข้ามา-ระหว่างรับการรักษาบำบัด-ดูแลเมื่อคนไข้กลับบ้าน

สิ่งสำคัญคือ การสื่อสารในทุกกระบวนการรักษาทุกส่วนต้องพูดคุยกับคนไข้ในการเสริมพลังเชิงบวก (Positive) อ่อนโยน ให้กำลังใจ ช่วยเหลือค้ำจุน และต้องไม่ดุด่า เช่น กรณีคนไข้รักษาหายแล้วแต่กลับไปใช้ยาครั้งหนึ่ง ครอบครัว/ชุมชนรู้เข้าก็ไม่ควรดุด่า หาว่าไม่รักดี ตีตราว่าเป็นคนเลว แบบนี้ไม่ได้ ไม่ควรต้องสื่อสารอย่างอ่อนโยน ใจเย็น มองปัญหาที่ต้นตอของปัญหาช่วยกันดูแลและแก้ไข เช่น พูดคุยเพื่อให้ทราบเหตุผลว่าทำไมกลับมาใช้ยาอีก แล้วพยายามดึงให้เข้าสู่การชวนไปปรึกษาคุณหมอ เช่น มีปัญหาที่คิดไม่ตกจนต้องใช้ยาอีกครั้ง พยายามดึงเข้าสู่กระบวนการรักษา

ยุทธศาสตร์ “ชุมชนบำบัด” [7] เป็นแนวทางที่โรงพยาบาลธัญารักษ์ในสังกัดกรมการแพทย์ใช้ในการรักษาผู้เสพยาเสพติดแบบองค์รวมปัจจัยที่ซับซ้อนของผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญกับการสร้างความร่วมมือระหว่างสถานพยาบาลกับ “ชุมชน” เริ่มจาก การให้ความรู้แก่ชุมชนเพื่อมุ่งหวังให้ชุมชน ครอบครัว คนใกล้ชิด สังเกตคนใกล้ตัวที่มีแนวโน้มจะเป็นผู้ติดยาเสพติด คัดกรองผู้ติดยาเสพติด กระตุ้นให้เข้าสู่กระบวนการรักษา โดยเริ่มเข้าสู่สถานพยาบาลในชุมชนคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ รพ.สต. เพื่อคัดกรองและส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางหรือโรงพยาบาลธัญารักษ์ในเขตพื้นที่ที่อาศัย เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา เมื่อมีการประเมินผลการบำบัดรักษาของผู้ป่วยผ่านตามเกณฑ์การกลับสู่บ้านได้แล้ว จะคืนผู้ป่วยสู่ชุมชน ให้สามารถลด/เลิกยา

---

[7] นพ. เคารพ วัฒนยา, สัมภาษณ์

เสพติด ใช้ชีวิตได้ตามปกติ โดยมีชุมชนให้การยอมรับอยู่ร่วมกันในชุมชน ทั้งนี้สถานพยาบาลจะยังคงติดตามให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้ ติดตามผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ว่ามีการกลับไปเสพยาอีกหรือไม่ หากกลับไปเสพยาก็จะนำกลับเข้าสู่กระบวนการรักษา ยุทธศาสตร์นี้จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชน สิ่งที่สำคัญคือ มุมมองของคนในครอบครัว คนในชุมชนที่มีต่อผู้เสพยาเสพติด ต้องปรับเปลี่ยนไปสู่ผู้เสพยาเสพติดคือผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษา ไม่รังเกียจ ไม่ดุด่า ไม่มองว่าเป็นคนไร้ค่า ต้องร่วมกันนำเขาสู่การบำบัดรักษาฟื้นฟูและให้โอกาสเขาในการอยู่ร่วมกับชุมชนโดยไม่เป็นที่รังเกียจหรือเป็นอาชญากร

โทรเวชกรรมในเรื่องการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของกรมการแพทย์

แนวคิดการรักษาแบบ “ยืดหยุ่น” คือ การช่วยคนไข้อย่างไรให้ “คงอยู่ในการดูแลของแพทย์” (Retention) ให้ยังคงมีการปฏิสัมพันธ์ได้อยู่ ทั้งผู้ป่วยและทีมแพทย์ที่จะยังคงติดต่อกันได้ตลอดเวลาผ่านช่องทางต่าง ๆ ซึ่งหนึ่งในช่องทางสื่อสารเพื่อพูดคุยต่อเนื่องก็คือการใช้บริการโทรเวชกรรม ดีเอ็มเอส เทเลเมดิซีน (DMS Telemedicine) เพราะไม่จำเป็นต้องให้คนไข้เข้ามาโรงพยาบาลแล้ว และการใช้แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิซเชียล “ห่วงใย” โดยให้คนไข้และญาติที่ได้รับการประเมินการรักษาแล้วพบว่า บำบัดรักษาแล้วได้ผลดี ตอบสนองดี มีกระบวนความคิดทัศนคติที่ดีในการจะปฏิเสธการใช้ยา ที่สามารถจำหน่ายคนไข้กลับบ้าน/เข้าสู่สังคมได้ ก็จะให้คนไข้และญาติได้ร่วมศึกษาการใช้กระบวนการติดตามผ่านทาง DMS Telemedicine และ ไลน์ออฟฟิวเชียล “ห่วงใย” รวมกับการโทรศัพท์ การติดต่อทางไลน์ การวิดีโอคอล (Video Call) ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้ติดต่อกับทีมเจ้าหน้าที่/ผู้บำบัดที่ดูแลที่รู้เรื่องราวของคนไข้เป็นรายกรณีได้ ให้ได้ติดต่อตลอดเวลา

ไลน์ออฟฟิซเชียล “ห่วงใย” “@1165huangyai” ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เป็นระบบแชทบ็อต (Chat Bot) ที่ผู้ใช้งานสามารถพิมพ์คำถามและจะได้รับตอบเกี่ยวกับยาและเสพติดเสมือนมีหมอเป็นที่ปรึกษาใกล้ตัว มีรายการใช้งาน (Menu) การประเมินตนเองว่า ติด/ไม่ติดยาเสพติด ซึ่งถ้าเรารู้ตัวเร็ว ก็สามารถเข้าสู่กระบวนการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เร็วขึ้น ทั้งนี้ ยังมีการรวบรวมคำถามที่พบบ่อยไว้ เพื่อเป็นแนวปฏิบัติเบื้องต้นสำหรับผู้ติดยาและสารเสพติด เช่น เมื่อไรที่ต้องเขารับการบำบัดรักษา การเตรียมตัวก่อน รับการบำบัด หรือสถานที่บำบัดรักษา สำหรับผู้ที่กำลังอยู่ในช่วงเลิกสารเสพติด มีคำแนะนำ เพื่อเลี่ยงสถานการณ์ที่จะต้องกลับไปใช้ยา หรือกระบวนปรับความคิดสู่การปฏิบัติ ในส่วนของพ่อแม่ผู้ปกครองที่เป็นห่วงบุตรหลานวัยรุ่น จะมีวิธีสังเกตอาการผู้ใช้ยารูปแบบต่าง ๆ เพื่อคอยดูแลและให้ความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ที่มีความเสี่ยงในการเป็นผู้เสพยาหรือผู้ที่เคยเสพยาเสพติดและสามารถเลิกได้ ผู้ดูแลผู้ป่วย แสดงให้เห็นความเข้าใจที่มีต่อการบำบัดรักษาฟื้นฟูและโทรเวชกรรมที่ใช้ในการการรักษา ดังต่อไปนี้

5.3.1 ความเข้าใจเรื่องการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

ก่อนหน้าที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษา ยังไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับความเป็นโรคซับซ้อนยุ่งยากของการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด อาการผิดปกติ โรคต่าง ๆ ที่มาจากการเสพยาเสพติด เมื่อเข้ารับการรักษา ได้ความรู้จากแพทย์จึงมีความเข้าใจว่าเป็นโรคที่ยุ่งยากกว่าโรคปกติ เช่น ทราบว่าการใช้อุปกรณ์เสพยาร่วมกันร่วมกันทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้

“พอเข้าใจอาจจะเป็นโรคที่การรักษาที่มันยุ่งยากมากกว่าโรคปกติทั่วไปประมาณนั้น” (ต้อม, ผู้เคยเสพยาเสพติด, สัมภาษณ์)

“โรคที่เกี่ยวกับยาเสพติด เช่นวัณโรค โรคติดเชื้อ โรคเอสด์อะไรอย่างงี้...ก่อนมาที่นี่ (สถานบำบัด) เพิ่งมาเข้าใจที่นี่ว่า โรคเอดส์เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์อย่างเดียว พอมาตอนนี้ อ่อ การใช้เข็มร่วมกันหรือว่าการใช้อุปกรณ์การเสพร่วมกันมากกว่า พอเข้าใจได้มากขึ้น...อย่างโรคเอดส์เกิดจากการใช้เข็ม ต้องใช้คนละเข็มของใคร ของมันทุกอย่างไม่ว่าจะเป็นการดูดยาบ้าหรือยาไอ๊ซเราต้องของใครของมัน” (โหนก, ผู้เคยเสพยาเสพติด, สัมภาษณ์)

หลังจากการการเข้ารับการรักษา มีความเข้าใจปัจจัยทางสังคมที่เป็นจุดเริ่มต้นของการเสพยาเสพติด เกิดจากเป็นวัยรุ่นมาก่อน เพื่อนชวนเสพ เกเรไม่เชื่อฟังพ่อแม่ ต้องหาคดี หัดลองเสพเล่น ๆ

“ได้เล่นยาเพราะตามเพื่อน...ได้แต่อายุ 16 ปีครับ” (แม็ค, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

“ตอนนั้นเจอเพื่อนเก่าไม่ได้เจอกันนานกลับไปใช้ด้วยกัน...เพื่อนให้ใช้แล้วเราก็ซื้อจากเพื่อน...ผมเลิกสามปีแล้วกลับมาใช้อีก” (น็อต, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

“ตัวผมเองในสมัยก่อนเคยใช้มีนมาก่อนเหมือนกันตั้งแต่อายุสิบห้าใช้ถึงประมาณอายุยี่เอ็ดถึงยี่สอง” (ต้อม, ผู้เคยเสพยาเสพติด, สัมภาษณ์)

“เริ่มใช้หลังเรียนมหาลัย สมัยมหาลัยก็มีใช้แต่น้อย เราไม่ทราบว่าทำไมเราถึงใช้...ใช้สารมานานก่อนที่จะรักษา ประมาณเกือบ 10 ปีค่ะ ใช้ยาบ้าคะ” (โส, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

“อายุ 15 ก็เกเรไม่เชื่อฟังพ่อแม่ ติดสารเสพติด พวกสารระเหย พวกฝิ่น นานเข้าก็ติดครับ แล้วก็โดนตำรวจจับครับ ติดคุกช่วงอายุ 15 เลย โดนปล่อยออกมาก็เสพ

อีกครับ หนักเข้าก็เลยไปลักทรัพย์ครับ เพราะไม่มีเงิน ปัจจุบันผมเลิกแล้วครับ" (นุ้ย, ผู้เคยเสพยาเสพติด, สัมภาษณ์)

"เสพไม่ถึงสิบปี ประมาณแปดเก้าปี ตั้งแต่ผมเรียนจบอายุยี่สิบเอ็ดมาบำบัดอยู่ที่นี่ตอนนี้สามสิบ...เสพแรก ๆ ก็ช่วงเรียน พึ่งหัดเล่น ไม่หนักเท่าไร..." (เหยิน, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา จะ**มีความเข้าใจลักษณะอาการที่ผิดปกติจากการเสพยาเสพติด** เช่น หงุดหงิดฉุนเฉลียว นอนไม่เป็นเวลา สมองเบลอ และมีมุมมองว่า **การเลิกเสพด้วยวิธีการของตนเองทำได้ยากมาก** ทางที่จะเลิกได้คือ **ต้องเข้ารับการบำบัดรักษา**จากโรงพยาบาลบำบัดยาเสพติด

"ช่วงแรกหงุดหงิด ฉุนเฉียวแล้วก็เหมือนเวลาเรานอนไม่ค่อยเป็นเวลา" (แม็ค, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

"ไม่ได้คิดอะไรเลย ช่วงที่ใช้ยา วัน ๆ อยู่ไปเรื่อยเปื่อย ไม่คิดอะไรเลย สมองเบลอ สมองเหมือนไปแล้ว" (โส, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

"คนที่ยังคิดไม่ได้ พึ่งหัดเล่น หรือต้องการจะเลิก ผมแนะนำว่าไม่ต้องพึ่งตัวเองมากกว่านะครับ เพราะว่าผมก็ลองมาแล้วหลายครั้ง มันยากมาก สิ่งที่สำคัญคือโรงพยาบาลเนี่ยแหละที่จะทำให้เราหยุดได้ ถ้าเราอยู่บ้านและหยุดเองมันอาจหยุดได้สัก 3-4 วันแล้วพอเราอยากเราก็จะกลับไปเล่นอีก แต่ถ้าอยู่โรงพยาบาลต่อให้เราลงแดง เราก็ไม่มียาให้ดูดอยู่ดี และพยาบาลก็คอยมาตรวจดู มาวัดความดันทุก 3-4 ชั่วโมง โรงพยาบาลจะทำให้เราผ่านระยะแรกในการหยุดยาได้ แล้วเราจะไปต่อระบบฟื้นฟูต่อได้ครับ" (เหยิน, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

ผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลิกเสพ จะเกิดมีจุดเปลี่ยน หรือพลิกผันชีวิต หรือจุดที่เกิดความสะเทือนใจอย่างแรง จนทำให้ตัดสินใจเลิกเสพยาและเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา คือ พ่อ แม่ ญาติผู้ใหญ่ที่เลี้ยงดู เป็นบุคคลที่สร้างแรงจูงใจจากการได้เห็นความทุกข์ยาก ความเศร้าเสียใจ ความห่วงใย การหวนคิดถึงพ่อแม่ที่ทำให้ให้อยากเลิก รวมทั้งความรู้สึกว่าชีวิตตกต่ำจากเดิมที่มีงานทำที่เคยใช้ชีวิตปกติ

"ประสบการณ์ตัวเองที่เราหยุดยาได้จริง ๆ เองคือมารดาเนื่องจาก ณ วัน ๆ คือเราใช้ยาจนเราไม่ได้นอนได้ประมาณสามถึงสี่วัน หลังจากนั้นกลับมาบ้านเหมือนเรานอนหลับเหมือนมีสติเราสะลึมสะลือเห็นแม่นั่งร้องไห้อยู่ข้างตัวเรา เราก็เหมือนไม่ได้ฝัน พอเราตื่นขึ้นมาเราก็ถามว่าแม่ร้องไห้เหรอ แม่บอกว่าใช่ เราก็รู้สึกว่ามันน่าจะ

ถึงเวลาเราต้องหยุด เราก็เลยหยุด ณ วันนั้นเลย มีแค่นั้นเลยฮะ" (ต้อม, ผู้เคยเสพยาเสพติด, สัมภาษณ์)

"พ่อแม่และลุงที่อยู่ด้วยมาตั้งแต่เล็กจับได้ เขาก็ถามว่าเมื่อไรจะเลิก ผมขอเวลาแต่ไม่เคยเลิกสักที...จนวันหนึ่งพ่อขับมอเตอร์ไซค์ตาก ลม ตากฝนเพื่อที่จะมาหาผม มาเซอร์ไพรส์วันเกิดผม (มาอวยพรวันเกิดโดยไม่บอกล่วงหน้าเพื่อให้ประทับใจ) ทั้งที่เขาก็มีโรคประจำตัวเยอะ แล้วเห็นว่ารถล้ม แต่ก็ยังมา เห็นบุหรี่เลยเสียใจ ที่ลูกสูบบุหรี่ แกเลยตื่นตีห้า ขับรถตากฝนกลับไป ผมเลยตัดสินใจบอกลุงว่า อยากเลิกยา...ผมเคยทำงาน รับราชการ มีเงินเดือน มีตำแหน่ง มีครอบครัว มีความสุข จนผมเข้าไปข้องเกี่ยวกับยาเสพติดและโดนให้ออกจากราชการ ก็เหมือนว่าจากที่เราขึ้นไปถึงสิบก็กลับมาติดลบ พ่อแม่ก็มีหนี้ มีหนี้สิน จากที่เคยมีเงินใช้ ทุกอย่างเหมือนล้มละลาย บ้านก็ตกขาย ต้องอาศัยบ้านลุงอยู่ พอออกราชการ ผมก็ต้องมาขอเงินแม่ใช้ สงสารแม่ แล้วก็อยากมีอนาคตที่ดีขึ้น เลยสมัครใจมาที่นี่" (เหยิน, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

"แม่อยากให้รักษาเพราะร่างกายเริ่มผิดปกติ พูดจาไม่รู้เรื่อง ไม่สมบูรณ์คะ อาการเริ่มหลังจากใช้ยามานาน คุณแม่เป็นขอให้ไปที่นั้นเพื่อรักษา" (โส, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

การตัดสินใจเข้าบำบัดรักษา เป็นการตัดสินใจด้วยตนเอง มาจากการติดยาเสพติดมาเป็นเวลานาน ต้องการกลับตัวกลับใจเป็นคนดี ประกอบกับร่างกายอ่อนแอ มีโรคต่าง ๆ ในช่วงรับการรักษาในโรงพยาบาล มีความรู้สึกกว่าการบำบัดช่วยให้ชีวิตดีขึ้น แต่ยังกังวลว่าอาจจะกลับไปเสพอีกถ้าอยู่นอกโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม การกลับไปใช้ชีวิตนอกโรงพยาบาล ต้องการการยอมรับจากคนในครอบครัว และมีงานทำเลี้ยงตัวเอง

"เข้าสู่การบำบัด อายุ 30 กว่าครับ (ติดยาเสพติดตั้งแต่อายุ 15 ปี) บำบัดที่นี่เลยครับ ธัญญารักษ์เลยครับ...สมัครใจเข้าบำบัดเอง เพราะอยากเลิกยา อยากเป็นคนดี ร่างกายผมไม่แข็งแรงด้วย มันเดินไม่ได้...เป็นภาวะกระดูกสันหลังติดเชื้อเพราะพิษสุราครับ อยู่ ๆ ก็เป็นเอง...ก็เลยเข้ามารักษาที่นี่...ช่วงบำบัดก็มาอยู่ที่นี่ 3 เดือนครับ ...เดือนที่หนึ่งแย่เลย กระสับกระส่าย ไม่ทรมาน แต่เกร็ง ๆ แต่ผมได้ความรู้ดี อยู่แล้วสบายใจ มันต่างกับอยู่ข้างนอกต้องหาอะไรมาเสพ พอไม่ติดก็สบายใจ ไม่คิดมาก.... เดือนที่สองก็กินยาอย่างเดียว คุณหมอก็เห็นหน้ากันตลอด เพราะอยู่ที่นี่ แต่คุณหมอก็มีเปลี่ยนเวรกันบ้าง...เดือนที่สาม สับสนหน่อย ๆ ดีใจที่จะได้ไปใช้ชีวิตข้างนอก แต่ออกไปก็ทำตัวไม่ถูก กลัวกลับไปเสพอีก...ที่ไม่กล้าเสพอีกเพราะกลัวญาติพี่น้อง

รังเกียจ เพราะอยู่ตัวคนเดียว ลูกเมียไม่มี ตอนนี้อยู่บ้านพ่อบ้านแม่ในตัวเมือง แต่พ่อแม่เสียชีวิตแล้ว เหลือแค่ญาติห่างๆ ช่วงแรก ๆ ออกไป เขาก็รังเกียจ แต่ผมก็บอกว่าผมเลิกยาแล้วครับ เขาก็ค่อย ๆ เริ่มดีขึ้น อาจจะเพราะไม่มีงานด้วยแต่ ทางศูนย์ก็หางานให้ กรมแรงงานจัดหางานให้...ชีวิตตอนนี้ดีขึ้น ไม่เหมือนเมื่อก่อนที่อดข้าว อดน้ำ หายาเสพทุกวัน" (นุ้ย, ผู้เคยเสพยาเสพติด, สัมภาษณ์)

การเข้าสู่การรักษา ยังมาจากการสมัครใจผู้ป่วยที่โดนตำรวจดำเนินคดี โดนจับจับเรื่องยาเสพติด ตำรวจสอบสวนพบว่ามีประวัติใช้ยาเสพติด ตำรวจจะแจ้งให้แสดงความสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา เมื่อผู้ป่วยสมัครใจเข้ารักษา ก็จะถูกนำตัวส่งต่อมาที่โรงพยาบาลบำบัดรักษายาเสพติด

"ผมสมัครใจมาบำบัด...ผมไปตรวจฉี่มียาเสพติดใช่ไหม ตำรวจถามว่าไปโรงพยาบาลหรือรายงานคุมความประพฤติ ผมเลยเลือกมาทางนี้" (น็อต, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

"ก็โดนคดีตรวจปัสสาวะ มีใบรับรองจากนายให้รอลงอาญา ที่โดนคดีเป็นเรื่องบุกรุกลักทรัพย์ คดีอยู่ในชั้นปกครอง ยังไม่สิ้นสุด แต่เขาก็ให้ออกเพราะมีประวัติเรื่องยามา 2-3 ครั้งแล้ว จริง ๆ ผมถูกส่งมาที่นี่ 3-4 ครั้งแล้วแต่ก็ไม่เคยคิดจะเลิกเพราะยังสนุกอยู่ แล้วก็ไม่เคยคิดจะเลิกอยู่แล้ว มีแค่ครั้งล่าสุดที่ตั้งใจจริง ๆ" (เหยิน, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

ผู้ป่วยที่สมัครใจบำบัดรักษาจะมีวิธีการป้องกันตนเองจากการกลับไปเสพยา เช่น เลิกคบเพื่อน และหากมีอาการหงุดหงิดก็จะไปอาบน้ำเพื่อนเป็นการหักดิบ ไม่ออกไปไหน ไม่ยุ่งกับสังคมภายนอกสักระยะหนึ่ง ผู้ป่วยยังระบุว่าการจะเลิกเสพยา ขึ้นอยู่กับตนเองมากกว่า เพราะแต่ละคนมีเหตุผลการเลิกยาที่เหมือนกัน นอกจากนี้กระบวนการรักษาในช่วงกิจกรรมเปลี่ยนพฤติกรรมจะช่วยให้สามารถปฏิเสธการเสพยาได้

"พยายามอยู่ห่างจากเพื่อนที่เล่นยาครับ...เวลานอนไม่หลับหาดูหนัง เวลาเหมือนอยากยากพยายามอาบน้ำแช่น้ำเอาน้ำราดหัวครับ" (แม็ค, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

"เลิกคบเพื่อนเลยครับ...ก็ไม่ค่อยไปยุ่งกับแกแล้วครับ...ก็บอกไปเลย "เลิกแล้วนะยาไม่เล่นแล้วนะ" (น็อต, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

"เรารู้แค่ว่าเราไม่ออกไปหา เราไม่ออกไปไหนทั้งสิ้นเรามีแค่กินนอน ๆ อยู่หกเดือน ...ถามว่าหนึ่งปีที่ผ่านมามีความรู้สึกนึกถึงมันตลอดเวลา เราต้องหยุดเราหักห้ามใจแล้วนะประมาณนั้นนะ...การป้องกันมันขึ้นอยู่กับแล้วแต่คน แต่สำหรับผมผมโอเค

เรารู้ว่าไม่ก็คือไม่นะ คือกูต้องคิดว่าต้องหยุดนั้นคือจุดจบอย่างงี้ครับ...มันก็มีแว่บในหัวบ้าง" (ต้อม, ผู้เคยเสพยาเสพติด, สัมภาษณ์)

"ช่วงที่ออกไป (ออกจากโรงพยาบาล) ผมไปหาเพื่อน เพื่อเลยลองใจ เพื่อนเลยให้ยามา 100 เม็ด แต่ผมก็ไม่เอาเพราะเลิกแล้ว แล้วชวนเพื่อนมาบำบัด เพื่อนก็บอกว่าไม่ต้องมาชวน เป็นเพื่อนกันแต่ก็ไม่ต้องมาให้เลิกยา...ตอนเราบำบัดเนี่ย เราได้เข้ากลุ่มเพื่อน ได้เข้า...การสร้างแรงจูงใจกับการเปลี่ยนพฤติกรรมเนี่ย สอนให้เรามีทักษะในการปฏิเสธ มีความมั่นใจมากขึ้น...พอเราได้มาอยู่ที่นี่ก็ทำให้เราได้มีเวลาอยู่กับตัวเองมากขึ้น มีแนวทางในการคิด ได้มีสมองที่ไม่ใช้ยา อยู่ข้างนอกเราใช้ยา คิดอะไรไม่ได้แน่นอนครับ แต่อยู่ที่นี่เราจะคิดได้เรื่อย ๆ เพราะเราหยุดใช้ยามาพอสมควร มันทำให้เราคิดได้ว่าสิ่งสำคัญที่สุดคือครอบครัว...ผมก็โตแล้ว พ่อแม่ผมก็ไม่เหลือใครแล้ว เพราะมีลูกคนเดียว งานการเราไม่มีต้องมาขอพ่อแม่หรอ ลูกบ้านอื่นยังทำงานหาเงินให้พ่อแม่ใช้ สิ่งที่ยึดเหนี่ยวผมที่สุดก็คือครอบครัว เพราะช่วงที่โดนจับก็มีแค่ครอบครัว ต่อให้เขาบอกว่าไม่เอาแล้ว แต่สุดท้ายเขาก็ยังช่วยเราอยู่ดี" (เหยิน, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

5.3.2 ความเข้าใจโทรเวชกรรมในการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

ผู้ป่วยรับรู้ว่า โทรเวชกรรมใช้ในการรักษา โดยเป็นการติดต่อสื่อสารเบื้องต้นระหว่างตนเองกับแพทย์ นักจิตวิทยาตามวันนัดหมาย ไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล คุยผ่านหน้าคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ แอปพลิเคชันไลน์บนโทรศัพท์มือถือใช้สัญญาณเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเชื่อมต่อ ในช่วงสถานการณ์ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 จะใช้การพบแพทย์ผ่านอุปกรณ์สื่อสารและใช้ต่อมาจนถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีบริการส่งยาทางไปรษณีย์หลังการพบแพทย์ผ่านโทรเวชกรรม

"ก็เปิดกล้องคุยกับคุณหมอ ไปครั้งแรกที่โรงพยาบาล แล้วพอช่วงโควิดก็เริ่มใช้การหาหมอทางไกล" (โส, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

"เราเริ่มจากโหลดแอป คุณหมอก็แนะนำ ผมก็ใช้มาเรื่อย ๆ ในแอปก็ใช้งานวิดีโอคอลกับแชทครับ พอถึงวันนัดก็เตรียมตัวแค่ให้หมอโทรมาเฉย ๆ ก็เหมือนมาหาหมอปกติเลยครับ ถ้ามียาก็ส่งมาที่บ้านครับ แพ็คมาอย่างดี ไม่มีเสียหายครับ" (หนึ่ง, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

"รู้จักครับ ใช้อยู่ครับก็เป็นการที่ว่าคนไข้ไม่ต้องมาโรงพยาบาลอันดับต้นก่อนนะ มีการโทรผ่านระบบเทเลเมด คนไข้ ณ วันนี้เวลานี้คุณหมอจะโทรผ่านระบบอันนั้นเป็นการเห็นทั้งสองฝ่ายเป็นการพูดคุยเห็นผ่านจอคอม ผ่านโทรศัพท์...ทางโรงพยาบาลเราเพิ่งมี ทีนี้ก็เลยเป็นหน้าที่ที่เราจะต้องเป็นคนประสานให้ทางคุณหมอ

ครับ...ผู้ป่วยจะใช้ผ่านแอปมือถือ ส่วนเราใช้ผ่านคอมพิวเตอร์...ใช้ในการให้ยาแล้วก็ส่งทางไปรษณีย์...ดีเอ็มเอส เมเลเมด" (ต้อม, ผู้เคยเสพยาเสพติด, สัมภาษณ์)

"รู้ช่วงที่เกิดโควิดแรก ๆ ครับ ก็หลักก็คือ เจ้าหน้าที่จะให้ผม (ทำงานเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล) มาส่งคนไข้แล้วก็จะให้คล้าย ๆ กับไลน์ แล้วก็ให้ผู้ป่วยมาติดตามผลคือให้หมอมาเจอ โดยไม่ต้องมาที่นี่ (โรงพยาบาล)...ผู้ป่วยกับหมอ ผู้ป่วยกับนักจิตวิทยา ติดตามผลอะไรอย่างงี้ครับ...เคยเห็นเวลามาส่งผู้ป่วย เห็นกลุ่มนักจิตวิทยาใช้กัน" (โหนก, ผู้เคยเสพยาเสพติด, สัมภาษณ์)

"ตอนไปหาออนไลน์นัดหมอทางไลน์ คุณหมอจะโทรมาทางแอพ เห็นหน้าคุณหมอ คุณหมอก็ซักถามอาการเหมือนตอนเจอหน้ากันเลย...ผมว่าก็น่าเชื่อถือนะครับเพราะได้เห็นหน้า ได้พูดคุย" (บอล, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

ผู้ป่วยระบุว่า **การใช้โทรเวชกรรมทำให้สะดวกสบาย** ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ไม่เสียเวลาทำงาน ไม่ต้องลางาน

"ช่วยได้สำหรับผู้ที่เดินทางไกลหรืออยู่ห่างจากสถานที่บำบัดครับ" (แม็ค, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

"ก็ดีนะครับ...เหมือนขอลางานซักครึ่งชั่วโมงแล้วคอลหาหมอเสร็จธุระและก็ทำงานต่อได้...เหมือนเราไม่ต้องลางานวันหนึ่งครึ่งวัน...ไม่ต้องเสียเวลาขับรถไปมา ก็ขับรถมายี่สิบกว่าโล" (น็อต, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

"พอใจค่ะ เวลาเราไปหาหมอ มีค่าใช้จ่ายเยอะ ค่ารถก็หลายบาทแล้ว ก็ไปรถส่วนตัวกับคุณแม่ การใช้จ่ายแต่ละครั้งก็ประมาณ 1000 บาท ไปเช้า เย็นกลับ" (โส, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

"ระบบตัวนี้ดีมากนะครับ เพราะผมก็อยู่ไกล ไม่ค่อยสะดวกเดินทาง มีบริการด้านนี้ก็สะดวก ไม่ต้องไปหาหมอ ไม่ต้องเปลืองค่าใช้จ่ายการเดินทางเติมน้ำมันทีก็ 2,000 บาท ไกลที่สุดแล้ว ต้องออกจากบ้านตั้งแต่ตีห้า เดินทางไปกลับก็เกือบทั้งวัน" (พัด, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

"มันดีกว่าเดิมครับ...ปกติไปโรงพยาบาลเดือนละครั้งก็ต้องขับรถไปเอง ก็มีค่าน้ำมันประมาณ 4-500 บาท เสียเวลาเกือบทั้งวันครับผม ความสะดวกคือเราไม่ต้องหยุดงานไปหาหมอ ไม่เสียเวลาทำมาหากิน" (หนึ่ง, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

"สะดวกสบายในเรื่องระยะทาง แล้วก็ประหยัดค่าใช้จ่ายด้วยครับหลายอย่าง... สิ่งแรกที่ผมเห็นคือความสะดวกสบาย สองเหมาะกับคนที่อยู่ต่างจังหวัดไกล ๆ อย่างเช่น พวกกระบี่ ภูเก็ต ที่มารักษาที่นี่" (โหนก, ผู้เคยเสพยาเสพติด, สัมภาษณ์)

“ดีครับ มันไม่ต้องเสียเวลามาครับ บ้านก็ไกลเพราะอยู่เมืองมาประมาณ 6 กิโล ขับรถมาก็อันตรายครับ ไกล” (นุ้ย, ผู้เคยเสพยาเสพติด, สัมภาษณ์)

“มีประโยชน์ตรงไม่ต้องเดินทางไปไกล ประหยัดค่าเดินทาง” (บอล, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

ผู้ป่วยเลือกที่จะพบหมอมากกว่าใช้รูปแบบโทรเวชกรรม การใช้โทรเวชกรรมมีความต่างกันกับการเจอหมอมากกว่า เพราะการได้เจอหมอจะได้รู้ถึงพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ผู้ป่วยมีความคิดว่าการพบแพทย์ต่อหน้าจะช่วยกำกับการรักษาได้ การตรวจและแจ้งผลตรวจปัสสาวะหากผู้ป่วยโกหกเรื่องการตรวจปัสสาวะก็มีสูงเช่นกันโอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับไปเสพยาได้สูง

“ผมยอมมาพบแพทย์ดีกว่า เพราะว่ามันซับซ้อนเกิน” (โหนก, ผู้เคยเสพยาเสพติด, สัมภาษณ์, สัมภาษณ์)

“ด้วยที่ว่าเราเป็นโรงพยาบาลยาเสพติดซึ่งการที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อมาตรวจปัสสาวะดูว่าผู้ป่วยใช้ยาจริงไหม...แต่ถ้าการโทรเทเลแมดผู้ป่วยไม่ได้มาตรวจปัสสาวะซึ่งเราไม่รู้ว่าคนไข้ใช้หรือไม่ใช้” (ต้อม, ผู้เคยเสพยาเสพติด, สัมภาษณ์)

“ถามว่ามันดีไหมมันดี แต่ว่าการมีโอกาสกลับไปเล่นยามันก็มีสูง...เหมือนเราไปพบหมอเค้าจะดูพฤติกรรมเราว่าเราเสพอยู่ไหม แล้วเค้าตรวจเยี่ยวแต่ถ้าเราอยู่บ้านโทรคุยวีดีโอคอลมันไม่เหมือนการเจอครับ...มันสะดวกสบายแต่ความเห็นผมว่าเราไปพบหมอเค้าได้ดูพฤติกรรมเราการเปลี่ยนแปลงของเราด้วย...ถ้าใช้วีดีโอคอลถามว่าได้ไหม ได้แต่อยู่ที่ตัวเราด้วยว่าจะเลิกหรือเลิกที่เล่นต่อโกหกเค้า...บางคนเอาจจะไปเอาปัสสาวะคนอื่นมาตรวจเพื่อให้มันผ่านพ้นไป” (แม็ค, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

“ต่างกันครับเหมือนเราคอลแบบเจอหน้าคุย เหมือนเจอความเป็นจริงมากกว่า...ต้องเข้าใจก่อนนะครับว่าโดยพฤติกรรมของคนใช้ยาเสพติดมักเป็นคนโกหก ไม่พูดความจริงอยู่แล้วครับ...ใช้ก็จะบอกว่าไม่ได้ใช้...แต่คุณหมอก้มองว่ามันจะอาจจะเป็นระยะทาง เรื่องของฐานะ เรื่องของผู้ป่วยอาจจะต้องทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพตัวเองแล้วอย่างการที่จะเป็นเทเลเมดได้อย่างน้องก็คือ หนึ่งอาจจะตรวจฉี่ไม่เจออย่างน้อยสามครั้งสี่ครั้งที่มาตามนัดที่โรงพยาบาลอย่างงี้ครับ...กรณีผู้ป่วยตรวจฉี่มาโรงพยาบาลครับมันสะดวกมากกว่าครับ...เค้าอยู่บ้านแอบเอาฉี่คนอื่นมาใส่” (น็อต, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

การพบแพทย์ผ่านอุปกรณ์ทางไกล อาจเป็นไปได้ว่า **ผู้ป่วยอาจจะไม่ให้ความจริงซึ่งการเห็นผ่านจอทำให้ไม่สามารถสังเกตอาการปกปิดข้อมูลของคนไข้ได้** ผู้ป่วยอาจปกปิด หรือไม่พูดความจริงกับหมอเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามการรักษา เช่น การไม่กินยาตามที่หมอระบุ

“เราไม่สามารถบอกความจริงว่าคนไข้จะพูดความจริงหรือไม่จริงกับเรา เราก็โอเคเป็นยังไงบ้างใช้ยาไหมทานยาไหมหลังจากนั้นเป็นการนัดเวลาโอเคนัดเวลาสิบโมงหมอจะโทรหาคุณ...การรับยาไปแล้วคนไข้อาจจะกินยาไปด้วยเสพยาไปพร้อมกันอะไรอย่างงี้ครับ...หนึ่งหมอจะได้เห็นคนไข้สีหน้าแววตา สภาพความเป็นอยู่” (ต้อม, ผู้เคยเสพยาเสพติด, สัมภาษณ์)

“แพทย์ไม่ได้พบตัวผู้ป่วยโดยตรง ไม่สามารถบอกรายละเอียดได้ บางทีผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำเราก็ไม่สามารถรู้ได้เลย ถ้าเกิดมาที่นี้เค้ายังตรวจปัสสาวะได้อีกครั้งหนึ่ง... ถ้ามาที่นี้พบหมอโดยตรงจะมีการตรวจปัสสาวะด้วยซึ่งผู้ป่วยจะไม่ค่อยกล้ากลับไปเสพซ้ำละกลับมา” (โหนก, ผู้เคยเสพยาเสพติด, สัมภาษณ์)

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังมีความคิดว่า **การพบแพทย์ทางไกลก็ยังเป็นวิธีที่ไว้วางใจได้** เพราะได้พบกับแพทย์จริง ๆ แม้จะไม่ได้เห็นตัวจริง แต่ก็ยังเป็นแพทย์ที่รักษาตนเอง

“การเจอหมอทางไกลคิดว่าเหมือนกับเจอหมอตัวเป็น ๆ ความรู้สึกบอกว่าเหมือนกันเพราะเราก็พูดปกติ หมอก็เหมือนเดิม ดูแลเราเหมือนเดิม” (โส, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

ผู้ป่วยระบุว่า **อุปสรรคในการใช้โทรเวชกรรม** ได้แก่ สัญญานอินเทอร์เน็ต หากอยู่พื้นที่ชนบทออกไกลจากเมืองมีผลต่อการสื่อสาร ระบบการทำงานโทรเวชกรรมบางครั้งไม่เสถียร อุปกรณ์ที่ใช้หากคุณสมบัติ พื้นที่หน่วยความจำน้อย ความเสถียรของสัญญาณอินเทอร์เน็ต ทักษะความคล่องแคล่วในการใช้อุปกรณ์ นอกจากนี้หากมีระบบจ่ายค่ารักษาผ่านโทรเวชกรรมเป็นอุปสรรคสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีแอปพลิเคชันธนาคารสำหรับจ่ายเงิน

“บางพื้นที่เค้าไม่มีสัญญานมือถือเค้าจะติดต่อไม่ได้ครับ...ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีครับสัญญานมือถือ...จะมีแค่อยู่ในตัวเมืองครับ” (น็อต, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

“ก็มีครับ เรื่องสัญญาณ แต่ตอนโทรคุยก็พอได้อยู่ครับ (แต่ถ้าเป็นวิดีโอคอลอาจจะสะดุด)...ก่อนเจอคุณหมอจะโทรมา ผมก็เตรียมที่สัญญาณที่มันดี ๆ ไม่มีสัญญาณรบกวน (หาสถานที่ที่มีสัญญาณดี)” (พัด, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

“บางคนเนื่องจากบางทีออกมาด้านนอกแล้วปรากฏว่าไม่มีอินเทอร์เน็ตเป็นของตัวเองก็ต้องใช้ไวไฟที่บ้านอย่างงี้ครับ...เราจะต้องถามก่อนว่ามีไวไฟที่บ้านคุณเองไหมหรือคุณมีอินเทอร์เน็ตส่วนตัวของคุณประมาณนั้น...ระบบยังไม่ค่อยเสถียร เช่น ผู้ป่วยลงแอปไปแล้ว โดยใช้เราจะบอกยูสเซอร์เนม (ชื่อบัญชีผู้ใช้งาน) พาสเวิร์ด (รหัสผ่านเพื่อใช้งาน) ผู้ป่วยไปแต่ผู้ป่วยกลับเข้าไม่ได้คือไม่สามารถเข้าแอปอันนี้ได้เลย...ต้องถามก่อนว่าคุณมีไวไฟหรือมีอินเทอรีเน็ตส่วนตัวของคุณไหม ถ้าคุณไม่มีเรา

ก็ขออนุญาตไม่เป็นเทเลเมด แล้วคุณมีระบบโอนเงินผ่านแบงค์ (ธนาคาร) ไหม ผ่านแอปพลิเคชันไหม ถ้าไม่มีมันก็ไม่ได้" (ต้อม, ผู้เคยเสพยาเสพติด, สัมภาษณ์)

"เน็ตไม่มีไกลแค่ไหนคนพวกนี้ก็ต้องมา...เคยเห็นแบบผู้ป่วยพบญาติทางไลน์ ก็จะมีแบบเน็ตค้างบ้างก็มี...โทรศัพท์ หากความจุความเร็วของแรม (หน่วยความจุในการทำงานของอุปกรณ์) มันน้อยแบบเน็ตดี แต่แรมน้อยมันก็ช้าเหมือนกันมันทำให้บางทีการคุยกันมันสะดุด" (โหนก, ผู้เคยเสพยาเสพติด, สัมภาษณ์)

"ที่บ้านมีสัญญาณแต่ถ้าข้างนอกไม่ค่อยมี ถ้าจะพบหมอก็ต้องอยู่ในที่ที่สัญญาณดีแบบที่บ้าน" (หนึ่ง, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีทักษะใช้อุปกรณ์ได้อย่างคล่องแคล่ว จะสามาถช่วยผู้ป่วยที่มีอายุมากหรือใช้อุปกรณ์ไม่คล่อง ในการพบแพทย์ผ่านโทรเวชกรรมตามที่แพทย์นัด ดำเนินงานขั้นตอนต่าง ๆ แทนผู้ป่วยได้

"คุณหมอแนะนำให้โหลดแอปพลิเคชัน ตอนแรกก็ไม่รู้ว่าใช้ยังไง แต่พอโหลดมาแล้วคุณหมอโทรมาก็รับได้ปกติครับ ไม่ได้มีปัญหาอะไร ไม่ได้ยากอะไร ใช้สะดวกครับ... มีนัดหมอ ผ่านแอปทางไกล ก็จะมีแจ้งเตือนทั้งในแอพและไลน์ของโรงพยาบาลก่อนวันนัด พอถึงเวลาผมก็อยู่รอกับพ่อผม จนกว่าคุณหมอจะโทรมา แต่ก่อนหน้านั้นพยาบาลจะโทรมาเช็คและซักประวัติก่อน การโทรคุย ถ้าเป็นโทรศัพท์จะชัดกว่าแต่พอเป็นวิดีโอของคุณหมอจะได้ยินเป็นบางคำ มันสะดุดครับ บางทีก็อยากให้คุณหมอคุยใกล้ไมค์หน่อย จะได้ชัด....การส่งยา พยาบาลที่ห้องสั่งยาก็จะแจ้งมาส่งมาในแอปก็จะขึ้นบอกค่ายา ผมก็ไม่ได้จ่ายครับ ใช้สิทธิประกันบัตรทอง ส่งยาก็ไม่ช้าครับ รวดเร็วครับ สภาพอยู่ในกล่องอย่างดีเลยครับ" (พัด, ผู้ดูแลผู้ป่วย, สัมภาษณ์)

5.3.3 ความต้องการโทรเวชกรรมเรื่องการบำบัดรักษฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

หากใช้โทรเวชกรรมในการพบแพทย์ ผู้ป่วยต้องการเวลาในการพูดคุยกับแพทย์มากขึ้น ผู้ป่วยมีความรู้สึกต้องการให้แพทย์เป็นเหมือนเพื่อนสนิทที่จะสามารถคุยได้เกี่ยวกับการรักษา ต้องการทราบว่าจะหายจากการรักษาเมื่อไร

"อยากให้คุณหมอถามลึกกว่านี้เยอะ ๆ เลย บางทีเราสงสัย คาใจ เราอยากให้เค้าชวนคุยนาน ๆ ถามเยอะ ๆ บางทีเราจะเล่า ความจำเราก็จำไม่ได้ มีลืมถามไปบ้างคะ ...อยากให้เป็นเพื่อนสนิทคะ มีอะไรจะได้คุยได้ทุกเรื่องคะ...มันต้องรักษานานไหม เราต้องทำตัวยังไง รักษาเรื่อย ๆ ระยะประมาณกี่ปี อะคะ" (โส, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)

ควรทำการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ผู้ป่วยยังไม่รู้และเข้าใจกับคำว่าโทรเวชกรรม และโรคยุ่งยากซับซ้อน รวมทั้งวิธีการการรักษา

“อยากให้มีการประชาสัมพันธ์และการสื่อสารให้มันมากกว่านี้มากกว่า...เรื่องการสื่อสารเกี่ยวกับเทเลเมดิซีนให้มันมากกว่านี้...ณ ตอนนี้นะครับ คือ มันน้อย อย่างหมอนัดวันที่ 27 นะ (ธันวาคม) ก็คือมาคนที่อยู่ภูเก็ตก็คือมา หากคุณไม่สามารถมาได้ก็ให้ติดต่อทางนี้นะ (เทเลฯ) ส่วนมากก็ติดต่อทางไลน์ก็แค่ แล้วมาบอกอาการแบบนี้มากกว่า แต่ยังไม่มีคำว่าเทเลเมดิซีน ยังไม่เห็นว่าเทเลเมดิซีนนี้บอกว่ามีเมเลเมดิซีนน้อยครับ ประชาสัมพันธ์กันน้อยครับ...การใช้เทเลเมดิซีนให้ถูกต้องและก็ชัดเจนแล้วก็ให้ไวมากขึ้น...ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการบำบัดมารับยา การรักษาทางจิตอะไรก็ตามแล้วก็โรคทางกายต้องมีให้หมด พวกโรคไวรัสตับอักเสบบี” (โหนก, ผู้เคยเสพยาเสพติด, สัมภาษณ์)

5.3.4 ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์ที่สามารถนำไปพัฒนาสร้างสรรค์ภาพยนตร์

จากการสัมภาษณ์แพทย์ ผู้ดูแลและผู้ป่วยรักษาบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ผู้ที่เคยเสพยาเสพติดและเลิกเสพได้ สะท้อนความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยและคนใกล้ชิด ที่สามารถนำไปพัฒนาแนวคิดสำหรับการสร้างสรรค์ภาพยนตร์เชิงรณรงค์เพิ่มความเข้าใจบริการโทรเวชกรรมในเรื่องการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด คือ

มุมมองต่อการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เปลี่ยนจากการลงโทษ ตีตรา รังเกียจ กลัว ผู้ติดตยาเสพติด เป็นมุมมองว่า ผู้ติดยาเสพติดคือ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ทั่วไป เพียงแต่ว่าการรักษาจะมีความยุ่งยากซับซ้อนเพราะเกี่ยวเนื่องกับปัจจัยทาง การแพทย์และสังคมรอบตัวผู้ป่วย มุมมองการบำบัดรักษาจึงยืดหยุ่นในเป้าหมายการรักษามากขึ้น กล่าวคือ ไม่เน้นการบำบัดรักษาให้เลิกเสพเพียงอย่างเดียว แต่มีการรักษาในแบบที่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเลิกได้อย่างเด็ดขาด จะใช้แนวทางการลดการเสพให้สามารถเสพหรืออยู่ร่วมกับยาเสพติดโดย มีอันตรายต่อร่างกายและผลกระทบต่อผู้อื่นในสังคมให้น้อยที่สุด และที่สำคัญคือกฎหมายกำหนดให้การเข้ารับการบำบัดรักษาต้องมาจากการสมัครใจของผู้ป่วย ทั้งนี้อาจจะได้รับการแนะนำหรือชักจูงจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ตำรวจโดยส่งตัวผู้ป่วยมาบำบัดรักษาในสถานพยาบาลเฉพาะทางทั้งโรงพยาบาลธัญญารักษ์สังกัดกรมการแพทย์ โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติยาเสพตืด

กระบวนการบำบัดแบบองค์รวม ที่เน้นการแก้ปัญหาจากปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวโยงกันอย่างซับซ้อน ได้แก่ ตัวผู้ป่วย ความสัมพันธ์คนรอบข้าง ครอบครัว ชุมชน ร่วมกับการรักษาจากสาขาวิชาชีพหลายสาขา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคม

สงเคราะห์ นักกิจกรรมสร้างการเปลี่ยนแปลง การบำบัดรักษาจะเชื่อมโนงระหว่าง ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และโรงพยาบาล โดยมียุทธศาสตร์ชุมชนบำบัด คือ ชุมชนอาสาคัดกรองส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟู สถานพยาบาลให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูจนพร้อมจะส่งคืนสู่ชุมชน ชุมชนช่วยกันดูแลป้องกันมิให้ผู้ป่วยต้องกลับไปเสพยาร่วมกับการตรวจเยี่ยมของโรงพยาบาล

การเข้าสู่กระบวนการรักษาต้องเริ่มต้นจากการตัดสินใจเด็ดเดี่ยวของผู้ป่วย ด้วยการสมัครใจและตัดสินใจเข้าสู่การรักษา จุกสำคัญที่นำไปสู่การตัดสินใจรักษาคือ จุดพลิกผันที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย ได้แก่ เหตุการณ์สะเทือนใจอย่างแรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งมักจะเป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้เห็นพ่อ แม่ ญาติที่เลี้ยงดูกันมาให้ความรัก ห่วงใย คอยดูแลอุ้มชู ช่วยเหลือ แม้ว่าจะรู้ว่าผู้ป่วยติดยาเสพติดก็ไม่เคยทอดทิ้ง เห็นความยากลำบาก ความทุกข์ใจ นอกจากนี้มาจากสุขภาพร่างกายที่ทรุดโทรมเป็นโรคหลายโรค การตกต่ำของชีวิตจากที่เคยมีชีวิตปกติต้องตกต่ำอย่างไร้ค่า เป็นจุดพลิกผันที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจอย่างเด็ดขาดว่าจะต้องบำบัดรักษาให้หายจากการติดยาเสพติด ทั้งนี้จุดพลิกผันนี้อาจจะได้เกิดขึ้นกับทุกคนและไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อไร ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเท่านั้น

ความรู้สึกของผู้ป่วยที่สะท้อนให้เห็นคือ ความรู้สึกอายคนรอบตัวที่จะเข้ารับการบำบัด ดังนั้น**การยอมรับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาจากคนในครอบครัว** ญาติ คนใกล้ตัวผู้ป่วย ห่วงใย ไม่ทอดทิ้ง เป็นสิ่งที่หนุนให้การบำบัดรักษาได้ผล และเมื่อรักษาจนสามารถกลับคืนสู่ชุมชนได้แล้ว การฟื้นฟูด้านสังคม อาชีพ การใช้ชีวิตแบบปกติ เป็นสิ่งที่จะช่วยมิให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาเสพติดอีกครั้ง

5.4 ส่วนที่ 4 ความเข้าใจเรื่องอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมและบริการโทรเวชกรรมกรมการแพทย์

อาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมเป็นสาขาวิชาการแพทย์เฉพาะทางที่มีขอบเขตกว้าง เป็นการป้องกันและจัดการกับการบาดเจ็บและการจัดการกับโรคจากการทำงานหรือการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ลดความพิการและการสูญเสียความสามารถ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและเพิ่มผลผลิตขอคนทำงาน ครอบครัว และชุมชน หน้าที่ของแพทย์ในสาขานี้

คือ การให้ความรู้ (Educator) การวิจัยค้นคว้าสร้างองค์ความรู้ (Research) และให้การรักษาคำปรึกษาทางคลินิก (Clinical Consultant) [8]

กรมการแพทย์มีสถาบันอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เป็นหน่วยงานในสังกัด มีพันธกิจ 1) ให้บริการทางการแพทย์เฉพาะทางระดับตติยภูมิที่มีคุณภาพระดับสากล โดยเฉพาะด้านอาชีวเวชศาสตร์และ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม 2) วิจัยและพัฒนาสร้างองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ของประเทศที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะด้านอาชีวเวชศาสตร์และ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม 3) บริการวิชาการ ถ่ายทอดองค์ความรู้ทางการแพทย์สู่สังคม ผลิตบัณฑิตแพทย์แพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และเพิ่มพูนทักษะบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม 4) เสนอแนะนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพด้านอาชีวเวชศาสตร์และ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม [9]

ข้อมูลเบื้องต้นอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม และโทรเวชกรรม

งานวิจัยครั้งนี้เน้นสิ่งแวดล้อมในประเด็นฝุ่นพีเอ็ม 2.5 (PM2.5) ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบวงกว้างกับคนจำนวนมากในสังคม กรมการแพทย์มีแนวทางการดูแลสุขภาพจากประเด็นสิ่งแวดล้อมนี้ โดยเน้นการให้ความรู้ว่า ฝุ่นพีเอ็ม 2.5 ถือเป็น กลุ่มภัยเงียบและเรื้อรัง ที่ส่งต่อสุขภาพในระยะยาว คล้ายมลพิษจากควันบุหรี่ ทุกคนมีโอกาสที่จะได้รับผลจากมลพิษ เพียงแค่แต่ละคนมีความไวต่อมลพิษต่างกัน ดังนั้นผลกระทบต่อร่างการจึงต่างกันไปในแต่ละคน ทั้งนี้ยังต้องระวังต่อไปแม้ยังไม่เกิดอาการกับตัวเอง สิ่งสำคัญคือ ถ้ายังไม่เคยประเมินความเสี่ยง ควรประเมินตนเองจาก จะช่วยให้สามารถดูแลตนเองเพื่อให้ได้รับผลกระทบน้อยไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพร่างกาย หรือไปพบแพทย์เพื่อรักษา ทางสถาบันอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม อยู่ระหว่างการดำเนินงานด้านการวิเคราะห์รากเหง้าและสาเหตุของการเกิดฝุ่นพีเอ็ม 2.5 ที่มีสาเหตุได้จากหลายปัจจัย เช่น สาเหตุจากเครื่องยนต์ดีเซล/ขนส่ง จะดำเนินการเก็บตัวอย่างอากาศมาวิเคราะห์ หาสาเหตุ เมื่อเจอสาเหตุจะได้จัดการปัญหาและดูต้อตนของมลพิษได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้ยังมีการวิเคราะห์สาเหตุอื่น ๆ เพื่อหาแนวทางแก้ไขที่ต้นเหตุอย่างจริงจัง ฝุ่นพีเอ็ม 2.5 นำไปสู่โรคต่าง ๆ อีกมาก โดยเฉพาะโรคทางเดินหายใจ ดวงตาระคายเคืองและอาจเป็นโรคที่เกิดในอนาคต เช่น หัวใจ มะเร็ง ซึ่งอยู่ระหว่างการวิจัยและพิสูจน์ชาก

---

[8] เอกสาร อาชีวเวชศาสตร์ (Occupational Medicine) โดย นพ.อุทัย ตัณศลารักษ์ และคณะ สืบค้นจากhttp://training.dms.moph.go.th

[9]สืบค้นจาก http://nopparat.go.th/nrhweb62/pageslogan.php

ข้อมูลเบื้องต้นโทรเวชกรรมเรื่องสิ่งแวดล้อม

สำหรับโทรเวชกรรมเรื่องปัญหาสิ่งแวดล้อม มีบริการสำหรับประชาชนในด้านการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะ ดังนี้

เปิดคลินิกเฉพาะโรค จัดทำเว็บไซต์ชื่อ “คลินิกมลพิษออนไลน์” หรือ “Pollution clinic” และไลน์ออฟฟิซเชียล ชื่อ “คลินิกมลพิษออนไลน์” เพื่อให้ข้อมูล ให้คำปรึกษา มีคำถามคำตอบที่ควรรู้ รวบรวมข้อมูลความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพที่เป็นผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม ผู้ใช้งานสามารถประเมินตนเองออนไลน์เพื่อบอกระดับความรุนแรง การให้คำแนะนำที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ การส่งต่อผู้ป่วย ผ่านทางเว็บ “Pollution clinic” และ ไลน์ “คลินิกมลพิษออนไลน์”

การดูแลรักษาสุขภาพจากปัญหาสิ่งแวดล้อมบนออนไลน์ จะเน้นการให้บริการผ่านไลน์ เนื่องจากเป็นรูปแบบบริการโทรเวชกรรมที่เป็นการสื่อสารแบบสองทางโต้ตอบได้สะดวกทันที เป็นเสมือนคลินิกที่คนไข้สามารถพบแพทย์ได้เหมือนมาโรงพยาบาล โดยมีขั้นตอนดังนี้

ผู้ใช้งานเข้าสู่ไลน์ “คลินิกมลพิษออนไลน์” ทำประเมินตนเอง สามารถบอกอาการถามอาการที่สงสัยได้ จะมีแพทย์คอยตอบคำถาม แพทย์จะสอบสวนโรคเชื่อมโยงภาวะที่เกิดกับมลพิษและสิ่งแวดล้อม ถ้าสืบโรคแล้ว พบโรคที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม เช่น มีอาการเกิดกับดวงตา หรือปอด ซึ่งมีแนวโน้มที่สาเหตุมาจากมลพิษสิ่งแวดล้อม จะส่งต่อไปให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่อไป ระบบที่ให้บริการมีทั้งการใช้ทั้งระบบโทรศัพท์ปกติ ทั้งแบบเห็นหน้า-ไม่เห็นหน้า จะมีการโทรติดตามอาการ กรณีที่ประเมินอาการแล้วพบว่า เป็นอาการฉับพลัน เช่น โรคหัวใจฉับพลัน ไม่ต้องรอแพทย์ในไลน์ประเมินต่อ แต่ควรจะรีบไปพบแพทย์ทันที กรณีทำแบบประเมินตนเองแล้ว อาการไม่ร้ายแรง และหมอต้องใช้เวลาตรวจเช็ค หมอจะตอบในไลน์ และโทรติดตามอาการ และติดต่อกับแพทย์เฉพาะทางถ้ามีประเด็นที่สงสัย

บทบาทของบริการโทรเวชกรรมเรื่องสิ่งแวดล้อมนี้ เป็นบทบาทของการเป็นช่องทางการเชื่อมโยงคนไข้กับแพทย์เฉพาะทางด้านสิ่งแวดล้อม โดยทั่วไปคนไข้อาจแยกอาการยากว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงหรือไม่ แพทย์จะเป็นคนช่วยดูช่วยแยกให้ แต่เมื่อพบว่ามีความเป็นไปได้จะช่วยแนะนำหรือส่งต่อคนไข้ไปยังสถานพยาบาลเฉพาะทางตามอาการ มีการพูดคุยและติดต่อคนไข้ มีใบส่งตัวเบื้องต้นเพื่อนำไปแสดงที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน เข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไปได้

นอกจากนี้ยังผู้ใช้งานไลน์ยังสามารถบันทึกหมายเลขโทรศัพท์ บัญชีไลน์ ตำแหน่งที่อยู่บนแผนที่ออนไลน์ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการสอบสวนและพิจารณาความเสี่ยงจากสถานที่ที่อยู่โดยดูจากข้อมูลค่าฝุ่นสะสม เป็นการให้บริการที่คนไข้จะทราบว่าสถานที่ที่ตนอาศัยอยู่มีความเสี่ยง ส่วนแพทย์ก็จะรู้ได้และสามารถแจ้งเตือนไปยังคนไข้ได้ กรณีที่เป็นกลุ่มเปราะบาง กลุ่มเสี่ยง

ที่ลงทะเบียนไว้ในแอปพลิเคชันไลน์ ก็จะได้รับการแจ้งเตือนเป็นพิเศษ รวมถึงอาจได้รับข้อมูลจากหลายแพลตฟอร์มที่เป็นประโยชน์ด้วย

การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ที่มีความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม สะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรคจากสิ่งแวดล้อมและโทรเวชกรรม ดังต่อไปนี้

5.4.1 ความเข้าใจเรื่องโรคจากสิ่งแวดล้อมและมลพิษ

ผู้ป่วยมีความเข้าใจว่าอาการแพ้ที่เกิดขึ้นทางผิวหนัง การหายใจ เช่น คันเป็นผื่นแดงทั้งตัว ไอ หืด หอบ หายใจไม่ออก **มาจากโรคภูมิแพ้ของตนเองที่เป็นอยู่ ไม่นึกถึงสาเหตุจากสิ่งแวดล้อม** แต่ถ้าอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีลมพิษทางสิ่งแวดล้อม เช่น ใกล้โรงงาน ผู้ป่วยมองว่าอาจจะมาจากสภาพอากาศตามฤดูการร่วมกับสิ่งเจือปนทางอากาศที่อาจจะมาจากโรงงานใกล้ที่อาศัย หรือพื้นที่อาศัยที่ใกล้พื้นเกษตรที่มีการเผาพืช เพราะจากอาการภูมิแพ้ที่เป็นอยู่แล้วและยังมีการอาการอื่นแทรกขึ้นมา หากรุนแรงจึงจะไปพบแพทย์

“อากาศเย็นปุ๊บมันจะขึ้นผื่นทั้งตัวมันจะผื่นแดงมันจะคันมากมาเลยแล้วคัน คันมากแบบต้องไปหาหมอนะ มันคันทั้งตัวเป็นทั้งตัวเลย...แดงทั้งตัวบวมแดงหน้าบวมแดง ...คิดว่ามีส่วนนะ เพราะมลพิษแถวบ้านเรามันก็โรงงานอะเนอะ มลพิษมันเยอะมากเลย ฝุ่นละออง (อาศัยใกล้เขตนิคมอุตสาหกรรม)...ทางเดินหายใจก็เยอะ ภูมิแพ้เป็นกันเยอะนะ น่าจะเป็นเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมมากว่า ถ้าภูมิแพ้นะ” (เอ๋, ผู้ป่วยมีอาการแพ้, สัมภาษณ์)

“เช้าจะจามคะหลายที เป็นมาสองปีแล้ว...ชั้นอยู่ใกล้ทางมัน (รถใหญ่วิ่งเข้าโรงงานอุตสาหกรรม) โดนฝุ่นเนอะ รถวิ่งฝุ่นมาตามทางหรือจะมาทางอากาศก็ไม่เข้าใจเหมือนกันเพราะที่นี้อากาศ พิษมันเยอะเนอะ...น่าจะเป็น เอ็ม ๆ (ฝุ่น P.M.25) อะไรนะชั้นก็เรียกไม่ถูกเนอะ...บางวันก็ได้กลิ่นนะใครจุดไม้ขีด” (จื้อ, ผู้ป่วยมีอาการแพ้, สัมภาษณ์)

“หายใจไม่ค่อยออกและภูมิแพ้ด้วย อย่างเฉพาะหน้าร้อนนะคะหนูจะมีผื่นคะขึ้นเยอะมาก ๆ เลย อย่างช่วงหน้าหนาวจะมีอาการคัดจมูกอย่างเมื่อคืนนอนใช่ไหมคะมันจะหายใจไม่ค่อยออกแบบนี้อ่ะคะ และก็เป็นหอบหืดด้วยหายใจไม่ค่อยออก...เหมือนจะเป็นไข้คะ หายใจไม่ค่อยออกแล้วมันจุกเสียดไปยังข้างหลัง แล้วพอหนูไปตรวจเค้าว่าหนูเป็นออกซิเจนในเลือดต่ำ ก็เหมือนแบบโรคประจำตัวกำเริบแบบนี้คะ ...แล้วก็ตอนที่หนูขับรถมาใช่ไหมคะ เส้นทางมันฝุ่นควันมลพิษ แล้วก็แถวบ้านจะมีมลพิษทางอากาศที่เค้าเผาควันคะแล้วเวลาหนูสูดดมกลืนเข้าไปมันจะรู้สึกหายใจ

ไม่ค่อยออกแบบงี้อะคะ มันได้รับผลกระทบทางนี้" (มาย, ผู้ป่วยมีอาการแพ้, สัมภาษณ์)

"มีโรงงานเยอะ เราจะอยู่ตรงกลางพอดี มีโรงงานล้อมรอบ พวกโรงงานยาง(แผ่น) โรงงานปาล์ม (กลั่นน้ำมัน) โรงไฟฟ้า คือจะโดนเฉพาะวันที่ฝนตกวันแรก ถ้าตกมาโดนเนื้อจะเป็นตุ่มขึ้นมาทันที จะคันแสบ คันปวด เคยมีครั้งหนึ่งที่กินยาแก้แพ้แล้วแต่ก็ไม่ลด ไม่ยุบ รู้สึกแน่นหน้าอก ไปโรงพยาบาลก็ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ คือโดนฝนเยอะเปียกทั้งตัว คือเดินทางกลับบ้านกับแม่ แม่ตัวเปียกชุ่มเลยแต่แม่ไม่เป็นอะไร แต่เราเป็นหนัก" (ยอม, ผู้ป่วยมีอาการแพ้, สัมภาษณ์)

ผู้ป่วยมีความเข้าใจว่า อาการแพ้ที่เกิดขึ้นยังมี**สาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศโลก**ที่เปลี่ยนแปลงไปจากอดีต หรือมาจาก**การกระทำที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด** สะท้อนให้เห็นความเข้าใจว่าอาการแพ้ที่เกิดขึ้นมาจากหลายสาเหตุที่ตนเองก็ไม่แน่ใจว่ามาจากอะไร มีความคิดว่าเป็นโรคซับซ้อน

"หลัง ๆ มาจากสภาพอากาศมันผิดเพี้ยนไปหมดคะ เหมือนสภาพร่างกายเหมือนปรับตัวอะไรไม่ทันก็กลายเป็นภูมิแพ้ไปเลย...คืออาการคือคนที่บ้านเหมือนจะแสบตาจากการที่เค้าเผาควันกันคะ...ย่าที่เป็นผู้สูงอายุ เค้าก็จะได้รับผลกระทบเหมือนเค้าอยู่ ๆ เค้าก็ไอออกมา เวลาได้กลิ่นควันแล้วก็เหมือนเป็นหวัดคะเหมือนได้รับผลกระทบทางเดินหายใจนิดนึง...จะเป็นช่วงหน้าร้อนนี้อันตรายมากเลยคะ มันร้อน ๆ ก็ร้อนแล้วเค้าก็มาเผา....บางทีก็เคยคิดเหมือนกันคะ บางทีรู้สึกว่าเป็นหลายอย่างจนรู้สึกว่าไปทำอะไรมาเมื่อก่อนรึเปล่าบางทีก็คิดมากไปทางนี้เป็นหลายโรคเกิน พอจะเป็นอาการหนักก็จะเป็นโรคแทรกซ้อน" (มาย, ผู้ป่วยมีอาการแพ้, สัมภาษณ์)

"เดาสาเหตุว่าต้องแพ้ฝนพิษที่โดนควันมาจากโรงงาน คนอื่นไม่เป็น อาจเพราะเดิมเราก็เป็นภูมิแพ้" (ยอม, ผู้ป่วยมีอาการแพ้, สัมภาษณ์)

"อาการที่เป็นคือ ตอนเช้ามีจาม น้ำมูกใส กลางคืน...เป็นช่วงที่อากาศแห้งขึ้น ก็ต้องกินยา ไม่งั้นจะเหมือนเรานอนหลับไม่สนิท ตื่นมาไม่สดชื่น ก็จะเป็นหนัก ๆ...น่าจะเกี่ยวกับอากาศที่มันแห้งอ่ะค่ะ มันจะทำให้การหายใจไม่ดีขึ้น...คือเรามองว่ามันมีความยุ่งยากซับซ้อนนะ ถ้าเรามองว่ามันเป็นแค่ภูมิแพ้เนี่ย เราจะไม่รู้ว่าแพ้อะไรแน่ เคยคิดว่าเราจะบันทึกว่าวันนี้เรามีอาการอะไร น่าจะได้เป็นการเก็บข้อมูลระดับบุคคล" (แก๊ซ, ผู้ป่วยมีอาการแพ้, สัมภาษณ์)

ผู้ป่วยมีการดูแลป้องกันตนเองในกรณีที่ไม่มีอาการรุนแรง เป็นการดูแลตามความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลผิว เช่น ทาครีมบำรุงผิว สำหรับผู้ป่วยที่เคยไปพบแพทย์และได้รับยาก็จะรับประทานยาแก้แพ้ที่แพทย์เคยให้ไว้ สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเดินหายใจเลือกใช้หน้ากากป้องกันฝุ่น ใช้เครื่องกรองอากาศมาใช้ภายในบ้านตนเอง พ่นยา รับประทานกินยาตามอาการ ผู้ป่วยใช้วิธีการงดกิจกรรมการแจ้ง ใส่หน้ากากป้องกัน เลี่ยงสภาพอากาศหรือสิ่งที่จะทำให้เกิดอาการ รวมทั้งซื้ออุปกรณ์ทำความสะอาดมาใช้

“ไปหาหมอที่ไปหาประจำนะ กินยาหมอก็หาย...ปกติจะทาโลชั้นหลังอาบน้ำทาทุกวัน” (เอ๋, ผู้ป่วยมีอาการแพ้, สัมภาษณ์)

“ชั้นก็ใส่หน้ากากก็ดีขึ้น ใส่ก็ป้องกันกลิ่นได้ดีขึ้น..มันก็ไม่จามไม่อะไร...เลยใส่ตลอดเลย...มีเครื่องกรองฝุ่นเครื่องเล็ก ๆ ลูกสาวซื้อมาให้ใช้...หมอให้ยาภูมิแพ้มากิน ยาแก้เวียนอากาศ” (จื้อ, ผู้ป่วยมีอาการแพ้, สัมภาษณ์)

“จะมียาพ่นสามัญประจำตัว...หนูหลีกเลี่ยงกิจกรรมกลางแจ้งถ้าไม่จำเป็นคะ... ส่วนใหญ่ฝุ่นควันมันจะมาช่วงฤดูร้อนคะ แล้ววิธีการดูแลของหนูใส่แมสป้องกันไวแบบนี้คะแล้วหลีกเลี่ยงในพื้นที่ที่มีฝุ่นควันเยอะ ถ้าหากตอนอยู่บ้านนะคะ แต่ถ้าตอนขับรถมามอจะใส่แมสป้องกันไม่ถอดแมส” (มาย, ผู้ป่วยมีอาการแพ้, สัมภาษณ์)

“หมอมียาแก้แพ้ให้ ถ้าปกติเป็นน้อย ๆ ก็จะกินยาก็หาย....ก็พยายามไม่ให้ไปเจอกับสิ่งนั้น” (ยอม, ผู้ป่วยมีอาการแพ้, สัมภาษณ์)

“เราไปซื้อโรบ็อตถูฝุ่น (เครื่องเช็ดพื้นที่ทำงานอัตโนมัติ) เพราะเป็นไปไม่ได้ที่เราจะทำความสะอาดทุกวัน แต่ผมเราร่วงทุกวัน ก็ถือเป็นการเพิ่มอุปกรณ์และค่าใช้จ่ายแต่ก็เพื่อตัวเอง” (แก๊ซ, ผู้ป่วยมีอาการแพ้, สัมภาษณ์)

5.4.2 การรับรู้และความเข้าใจโทรเวชกรรมเรื่องโรคจากสิ่งแวดล้อม

ผู้ป่วยระบุว่ายังไม่เคยใช้โทรเวชกรรมเรื่องโรคจากสิ่งแวดล้อม แต่มีมุมมองว่าเป็นการนำเทคโนโลยีมาใช้ประโยชน์ในการรักษาซึ่งเป็นสิ่งที่ดี หากนำมาใช้จริงในอนาคตมีความต้องการอยากใช้โทรเวชกรรม สะดวก ประหยัดเวลาและเงินเดินทาง เพราะหากต้องมาโรงพยาบาลคนเยอะทำให้เสียเวลารอ

“มันก็เป็นเทคโนโลยีหนึ่งที่ประชาชนเข้าถึงการบริการ เป็นช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ โดยใช้ระบบอันนี้ ทำให้เรื่องกระบวนการรักษาและกระบวนการติดตามน่าจะได้ประโยชน์มากขึ้น” (แก๊ซ, ผู้ป่วยมีอาการแพ้, สัมภาษณ์)

“ก็ดีสิ...เราก็ไม่ต้องไปโรงพยาบาลสิ ถ้าไปโรงพยาบาลวันหนึ่งก็วันหนึ่งนะ ไม่อยากจะพูด คนมันเยอะมากเสียเวลาทั้งวันนะถ้าไปโรงบาลนะ ถ้ามาใช้ตัวนี้ก็ดี(โทรเวชกรรม)...มันร่นเวลาเราได้มากไง เราไปทำอย่างอื่นได้เยอะเลยไง...โรงพยาบาลมาบตาพุดคนเยอะมาก...มันเสียเวลาทั้งวันเลย...แบบงั้นจะเร็วกว่ามากด้วยไม่เสียเวลาเลย” (เอ๋, ผู้ป่วยมีอาการแพ้, สัมภาษณ์)

“มันเป็นทางลัดที่มันสะดวกกว่าคะ แทนที่เราจะเดินทางไป...มันเป็นวิธีที่สะดวกสบาย...เป็นเรื่องดีนะคะ บางคนส่วนใหญ่เค้าไม่มีเวลาเพราะว่าบางทีเค้าอาจไม่ได้เป็นมากแต่เค้าอยากจะสอบถามเพราะว่าเวลาสอบถามไปเค้าจะได้รู้ข้อมูลรู้วิธีการรักษาติดต่อสื่อสารกับหมอคะ...ถ้ามีแอพพลิเคชันเข้ามามันจะทำให้เราสะดวกสบายยิ่งขึ้น...เพราะคนส่วนใหญ่เค้าไม่ค่อยว่างกัน” (มาย, ผู้ป่วยมีอาการแพ้, สัมภาษณ์)

“ดีเลยแหละอยากได้เลย...ไม่ต้องไปพบแพทย์ไปทีต้องเป็นวัน ๆ ครึ่งวันน่าเบื่อ...ประหยัดเดินทางไง เราเดินทางไม่สะดวกไง อายุเจ็ดสิบแปดสิบก็ไม่ขี่รถละ ” (จื้อ, ผู้ป่วยมีอาการแพ้, สัมภาษณ์)

ผู้ป่วยมองว่าโทรเวชกรรมมองว่าสะดวกไม่ต้องเสียเวลา ที่สำคัญไม่ต้องไปรับยาที่โรงพยาบาลแต่รับยาตามที่ตนเองสะดวก ช่วยลดโอกาสเสี่ยงจากการมาติดเชื้อที่โรงพยาบาล

“สะดวกเลยแหละก็เราไม่ต้องไปโรงพยาบาลไงคือไม่ต้องเสียเวลา...แล้วเดี๋ยวนี้ยาไม่ต้องไปรับที่โรงพยาบาลก็ได้เค้าจะมาร้านยาสแตนบาย (ร้านยามียาพร้อมจ่ายให้) ว่าให้เราลงไปเลยว่าจะรับยาที่โรงพยาบาลหรือให้เราไปรับที่ร้านนี้มีด้วยนะ ” (เอ๋, ผู้ป่วยมีอาการแพ้, สัมภาษณ์)

“ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลา เงิน ไม่ถดถอย หรือสร้างโรคใหม่ในการเดินทาง (บางทีเดินทางมาติดเชื้อที่โรงพยาบาล)” (ต้น, กลุ่มเสี่ยงมีโรคประจำตัว, สัมภาษณ์)

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังมองเห็น**อุปสรรคการใช้งาน** ผู้สูงอายุอาจจะใช้โทรเวชกรรมไม่เป็น ไม่สามารถบอกอาการหมอได้ถูกต้อง และอาการบางอย่างจะต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เช่นการเครื่องวัดชีพจร เป็นต้น รวมทั้งอุปสรรคจากสัญญานอินเทอร์เน็ต เพราะหากอยู่ห่างไกลจากชุมชน หรือบนพื้นที่สูงมีผลผลต่อการใช้

“อย่างผู้ป่วยที่เค้าแบบแก่ตัว เค้าไม่มีเทคโนโลยีถ้าเค้าใช้ไม่เป็น มันก็คือข้อเสียตรงนี้...หากมีอาการมันบอกไม่ถูกผ่านหมอทางนี้ มันคือข้อเสียตรงนี้ที่เราไม่ได้ไปตรวจโดยตรงแบบนี้...บอกอาการหมอไม่ถูกบางที เพราะถ้าการตรวจโดยตรงมันจะดีกว่า...หมอต้องมาวัดการเต้นของหัวใจโดยตรง...การใช้เทคโนโลยีมันก็ต้องใช้สัญญาน

ใช่ไหมคะ ถ้าเค้าอยู่บนเขาบางทีสัญญานมันไม่มีนะคะมันเป็นอุปสรรค” (มาย, ผู้ป่วยมีอาการแพ้, สัมภาษณ์)

ผู้ป่วยมีความเห็นว่า การไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลมีความน่าเชื่อมากกว่าการพบแพทย์ทางไกล เพราะพบต่อหน้าแพทย์จะวินิจฉัยโรคดีกว่า อย่างไรก็ตามหากเป็นการพบแพทย์ที่รักษาประจำอาจจะมีความน่าเชื่อถือไม่แตกต่างกัน

“ถ้าเราเดินทางไปมันก็จะมีความน่าเชื่อถือมากกว่า เพราะว่าเราไปหาหมอโดยตรง มันน่าจะมีความน่าเชื่อถือ...เพราะถ้าเราเดินทางไปเราจะได้รับรายละเอียดโดยตรงมากกว่าคะ” (มาย, ผู้ป่วยมีอาการแพ้, สัมภาษณ์)

“ถ้าเรารักษากับหมอคนนี้ก็โอเคไง เพราะเราก็ไปประจำไง...เหมือนเรามีโรคประจำตัวอย่างงี้เราก็หมอคนนี้อยู่แล้ว” (เอ๋, ผู้ป่วยมีอาการแพ้, สัมภาษณ์)

“สำหรับผมคนเดียวนะครับ ไม่มีความต่างครับ คุณหมอก็ยังเป็นคุณหมอคนเดิม วิธีการพูดเหมือนเดิม ผมว่านิ่งครับเพราะบ่มเพาะกันมานาน ถ้าคุณหมอกับคนไข้มีความคุ้นเคยกันแล้ว ก็จะไม่มีปัญหา” (ต้น, กลุ่มเสี่ยงมีโรคประจำตัว, สัมภาษณ์)

5.4.3 ความต้องการโทรเวชกรรมเรื่องโรงจากสิ่งแวดล้อม

ผู้ป่วยแสดงความเห็นว่า ต้องการแอปพลิเคชัน ที่ช่วยให้ทราบถึงอาการ วิธีป้องกัน การรักษา ควรจะออกแบบให้ใช้งานง่าน มีการอธิบายรายละเอียดวิธีการใช้อย่างชัดเจน

“อยากรู้ว่าจะให้ทำยังไงถ้ามีอาการ วิธีป้องกัน รักษาจะให้ทำยังไง” (ยอม, ผู้ป่วยมีอาการแพ้, สัมภาษณ์)

“ถ้าหากมีการใช้เทคโนโลยีแบบนี้จริง ๆ หนูอยากให้แนะนำวิธีใช้ เราจะเข้าแอปนี้ยังไง แบบอธิบายให้รายละเอียด เพราะว่าคนที่จะมาใช้บริการเค้าจะได้มารู้วิธีนี้มีการที่คุยกับหมอโดยตรง...บางคนเค้าก็ไม่รู้คะกดผิด ๆ ถูก ๆ กัน...อย่างน้อยตรงมีการอธิบายรายละเอียดนิดนึงคะ” (มาย, ผู้ป่วยมีอาการแพ้, สัมภาษณ์)

ผู้ป่วยระบุความต้องการให้นำโทรเวชกรรมาใช้กับโรคสิ่งแวดล้อม ในการให้บริการเกี่ยวกับการตรวจและการส่งยาไปที่บ้าน ไม่ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาล เพราะการรักษาอาการแพ้จำเป็นต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดการแออัดที่โรงพยาบาล

น่าจะเป็นการรับยาต่อเนื่อง...แต่ในโรงพยาบาลคนไข้จะเยอะ ทำให้ระบบรับยาบางทียังต้องซื้อยาทานเองเลยค่ะ เพราะเข้าถึงยากโรคนี้ แอปน่าจะช่วยให้ได้รับยาที่เหมาะสมกับเขา...อาจจะต้องมาวินิจฉัยที่โรคพยาบาลก่อนว่าเป็นภูมิแพ้ที่โรงพยาบาลก่อน เพราะโรคนี้ไม่หายขาดต้องกินยาต่อเนื่อง ถ้ารอบหน้าก็ไม่ต้องว็อคอินเข้าโรงพยาบาล (เดินทางมารับบริการที่สถานพยายาบล) ลดความแออัดใช้เทเล

คอนเฟอร์เรนซ์ (Teleconference การประชุมทางไกลผ่านอินเทอร์เน็ต) ได้หรือใช้ไปรับยาที่ร้านขายยาที่เข้าระบบ" (แก๊ซ, ผู้ป่วยมีอาการแพ้, สัมภาษณ์)

ผู้ป่วยสะท้อนว่า บางกรณีอาจจะยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อเนื่องจากผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมและมลพิษ ดังนั้นจึงต้องการแอปพลิเคชันที่ให้ความรู้ ข้อมูล และเฝ้าระวังตนเองจากการเป็นโรคต่อเนื่อง มีการเชื่อมโยงค่าวัดคุณภาพอากาศกับสุขภาพแล้วรายงานให้ประชาชนทราบ

"มีคนที่เป็นมะเร็งหลังโพรงจมูกเยอะ ซึ่งอาจมีส่วนหนึ่งจากภูมิแพ้ โดยที่บางคนก็ไม่รู้ตัว บางคนอาจคิดว่าตัวเองเป็นแค่ภูมิแพ้เลยไม่ได้คิดว่าจะพัฒนาเป็นมะเร็ง เลยคิดว่าน่าจะได้รับการตรวจจากแพทย์ปีละครั้ง แอปเลยควรมีข้อมูลให้ประชาชนเฝ้าระวังในส่วนของโรคที่เกี่ยวเนื่องกัน...เครื่องวัดค่าเนี่ยเราก็มี มันก็ขึ้นว่า (อากาศ) ดี ดี ดี ตลอด เราก็ไม่รู้ว่าอากาศมันดีตามนั้นไหม ไม่ทราบได้ ต้องอ่านจากรายงาน ถ้าเอาเรื่องสุขภาพมารวมกับสิ่งแวดล้อม ต้องมีตัวเชื่อมเช่น งานวิจัยระหว่างข้อมูลผู้ป่วยกับสภาพอากาศ" (แก๊ซ, ผู้ป่วยมีอาการแพ้, สัมภาษณ์)

มีความต้องการให้บริการโทรเวชกรรมที่เกี่ยวกับการพบแพทย์ เป็นบริการที่สามารถเปิดให้ผู้ป่วยและแพทย์ได้คุยปรึกษาได้อย่างที่ผู้ป่วยต้องการ คุยปรึกษารายละเอียดได้มากขึ้น

"ประเด็นสำคัญผมว่า ต้องเรื่องโรคของผู้ป่วยที่ต้องไม่ปกปิดกัน บอกแนวทางการรักษา ควบคู่กันไป ต้องบอกอนาคตของผลการรักษา บอกภาวการณ์ บอกอาการที่ผู้ป่วยได้ทุกแบบมากกว่าที่หมอถาม เพราะบางทีคุณหมอถามแบบแพทเทิร์ท (ถามแบบเดิมทุกครั้ง) มากเกินไป ควรให้คนไข้เล่าอาการที่คนไข้อยากเล่า แต่คุณหมอต้องรับฟังจริง ๆ นะ" (ต้น, กลุ่มเสี่ยงมีโรคประจำตัว, สัมภาษณ์)

5.4.4 ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์ที่สามารถนำไปพัฒนาสร้างสรรค์ภาพยนตร์

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้มีความเสี่ยงโรคจากสิ่งแวดล้อม สะท้อนความคิดที่สามารถนำไปพัฒนาแนวคิดสำหรับการสร้างสรรค์ภาพยนตร์เชิงรณรงค์เพิ่มความเข้าใจบริการโทรเวชกรรมในเรื่องอาวชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม ดังนี้

อาการป่วยไม่แน่ใจว่ามาจากสิ่งแวดล้อม เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค ใช้การสังเกตอาการด้วยตนเองแล้วคาดเดาสาเหตุมาจากภูมิแพ้ทั่วไป อาหารและพฤติกรรมการรับประทาน คาดเดาไม่ได้ว่าไปสัมผัสอะไรมาก่อนหน้านี้ ประกอบกับมีอาการไม่รุนแรง สามารถรับประทานยาแก้แพ้แล้วอาการก็หายไป แต่ต้องรับประทานยาทุกครั้งที่มีอากาแพ้ หากมีการแพ้ทางลมหายใจก็คาดเดาว่าแพ้อากาศ ถ้ามีอาการแพ้ทางผิวหนังก็ตาดเดาว่าแพ้ฝุ่น ความร้อน อาหาร ในกลุ่มผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่โรงงานอุตสาหกรรม หรือพื้นที่การเกษตรที่มีการเผาพืช จะคาดเดาว่ามาจากมลพิษในอากาศ ซึ่งจะเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว ไม่รุนแรง รับประทานยา หาอุปกรณ์ป้องกันฝุ่นควัน

ก็จะช่วยเลี่ยงอาการแพ้ โดยที่ไม่ทราบว่า การแพ้ที่มีสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมและมลพิษในระยะยาว อาจจะนำเป็นสาเหตุให้เกิดโรคร้ายแรงต่อเนื่องได้ เช่น โรคปอด โรคมะเร็ง ขาดความรู้ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงโรครุนแรงในอนาคต

ผู้ป่วยมักจะเข้าใจว่าตนเองเป็นโรคภูมิแพ้ มีอาการไม่รุนแรง สามารถรับประทานยาหรือรักษาตามอาการหายได้ จึงยอมรับการมีอาการแพ้เป็นโรคประจำตัว ไม่สืบหาสาเหตุที่แท้จริง ไม่รักษาอาการที่อาจจะมีสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมและมลพิษ ทำให้ขาดโอกาสเข้าสู่การรักษาอย่างจริงจัง ด้วยการขาดความรู้ ขาดการตรวจสอบสาเหตุที่ ทำให้ขาดโอกาสในการรักษาจากสาเหตุที่แท้จริงอย่างเหมาะสม และอาจเป็นโรครุนแรงขึ้นได้ในอนาคต

ผู้ป่วยไม่ทราบว่า มีบริการโทรเวชกรรมที่นำมาใช้สนับสนุนการดูแลรักษาสุขภาพจากสาเหตุของสิงแวดล้อมและมลพิษของกรมการแพทย์ คือ “คลินิกมลพิษออนไลน์” ซึ่งเป็นบริการที่เชื่อมโยงระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยผ่านเทคโนโลยีออนไลน์ ในรูปแบบไลน์ออฟฟิซเชียลบนแอปพลิเคชันไลน์ ให้บริการประเมินอาการที่มีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อมและมลพิษทางอากาศ การสนทนาปรึกษาแพทย์ออนไลน์ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตน หากเป็นเป็นผู้ป่วยที่มีอาการในระดับที่ต้องรับการรักษาจากแพทย์ จะเชื่อมโยงไปสู่สถานพยาบาล ผู้ป่วยสามารถนำข้อมูลและผลการประเมินจากระบบไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างจริงจังต่อไป รวมทั้งการแจ้งเตือนหากคุณภาพอากาศในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่มีคุณภาพต่ำจนถึงระดับเป็นอันตรายต่อสุขภาพ พร้อมแนะนำวิธีการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพด้วย

บทที่ 6

บทสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “ความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม และการพัฒนาสื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชน เรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ตามภารกิจกรมการแพทย์” ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัย คือ 1) เพื่อสำรวจและอธิบายความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม (Telemedicine) และระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (Mobile Health) ของประชาชนในเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคมะเร็ง การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด อาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม 2) เพื่อวัดระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคมะเร็ง การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด อาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณเป็นหลักและวิจัยเชิงคุณภาพเป็นรอง นำผลการวิจัยเป็นข้อมูลเชิงลึก (Insight) สำหรับการออกแบบสร้างสรรค์ภาพยนตร์สั้นและเผยแพร่เชิงรณรงค์เพิ่มความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม (Telemedicine) และความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน การวิจัยเชิงปริมาณใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจเก็บข้อมูลทั่วประเทศโดยสุ่มจังหวัด ในแต่ละภูมิภาคของประเทศ ได้แก่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดหนองคาย จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดจันทบุรี จังหวัดชุมพร จังหวัดสงขลา จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดกรุงเทพมหานครและปริมณฑล รวมจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 1,000 ตัวอย่าง สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพใช้การเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้มีความเสี่ยง และแพทย์ ในโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนตามภารกิจของกรมการแพทย์ 4 โรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด และอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม เก็บข้อมูลสัมภาษณ์ในพื้นที่ตามภูมิภาคต่าง ๆ มีจำนวนผู้ให้สัมภาษณ์รวม 29 คน

6.1 บทสรุป

นำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิจัยเชิงสำรวจความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม และความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเข้าใจต่อโรคเฉพาะด้านที่ยุงยากซับซ้อนและโทรเวชกรรม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเชิงลึก (insight) สำหรับนำไปพัฒนาสร้างสรรค์ภาพยนตร์สั้น

6.1.1 ส่วนที่ 1 ผลการวิจัยเชิงสำรวจความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม และความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน

สรุปผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

6.1.1.1 สถานภาพส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง มากกว่า เพศชาย มีช่วงอายุ 31-45 ปี มากที่สุด ใกล้เคียงกับช่วงอายุ 46-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.30 และ ร้อยละ 26.60 ตามลำดับ เกือบครึ่งมีการศึกษาระดับปริญญาตรี เป็นจำนวน 411 คน คิดเป็นร้อยละ 41.10 รองลงมาคือมัธยมศึกษา จำนวน 193 คน คิดเป็นร้อยละ 19.30 ครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรส เป็นจำนวน 503 คน คิดเป็นร้อยละ 50.30

กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพประกอบธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย ใกล้เคียงกับ อาชีพพนักงานบริษัท เอกชน ลูกจ้าง จำนวน 243 คน คิดเป็นร้อยละ 24.30 และจำนวน 209 คน คิดเป็นร้อยละ 20.90 ตามลำดับ มีรายได้ 10,001-20,000 บาท ใกล้เคียงกับ รายได้ 20,001-30,000 บาท จำนวน 295 คน คิดเป็นร้อยละ 29.50 และ จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 21.10 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีโทรศัพท์สมาร์ตโฟนเป็นอุปกรณ์เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตเป็นของตนเองมากที่สุด รองลงมาคือ โน้ตบุ๊ก คอมพิวเตอร์พกพา แท็บเล็ต และมีคอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ

กลุ่มตัวอย่างมีช่องทางติดต่อสื่อสารกับโรงพยาบาลแบบการเข้าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล มากที่สุด รองลงมาคือคุยทางโทรศัพท์ ติดต่อผ่านทางไลน์

6.1.1.2 ความคล่องแคล่วในการใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพในการหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพทางอินเทอร์เน็ตได้ในระดับมาก (ใช้ได้ด้วยตนเองแต่ยังไม่คล่องแคล่วนัก) ส่วนการใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพที่อยู่ในระดับปานกลาง (ใช้ได้โดยต้องมีคนสอน) ได้แก่

การออกกำลังกายตามรายการบนยูทูบ หรือสื่อออนไลน์อื่น ๆ (ค่าเฉลี่ย 3.27) ใช้แอปให้บริการสุขภาพของภาครัฐ เช่น แอปหมอพร้อม ไทยชนะ หมอชนะ แอปนัดหมอ (ค่าเฉลี่ย 3.21) การใช้อุปกรณ์เสริม หรือแอปพลิเคชันสุขภาพ เช่น สมาร์ตวอทช์ แอปวัดความดัน ตรวจระดับน้ำตาล การตรวจจับการหกล้ม (ค่าเฉลี่ย 3.10) ใช้อุปกรณ์ภายในบ้านที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต เพื่อขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น เมื่อเกิดอุบัติเหตุในบ้าน เจ็บป่วยฉุกเฉิน (ค่าเฉลี่ย 3.05) นัดหมายขอคำปรึกษากับหมอหรือพยาบาลผ่านไลน์หรือแอปของหน่วยบริการ (ค่าเฉลี่ย 2.87) ตามลำดับ

6.1.1.3 ความเข้าใจเกี่ยวกับโทรเวชกรรม

การวิเคราะห์ความเข้าใจเกี่ยวกับโทรเวชกรรม จำนกเป็น 3 เรื่อง ได้แก่ การรู้จัก การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

การรู้จักโทรเวชกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้จักลักษณะของบริการโทรเวชกรรมในบริการด้านระบบปรึกษาทางไกลของแพทย์ว่า เคยเห็น/เคยได้ยินแพทย์ขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญผ่านอินเทอร์เน็ตในการรักษาโรค ด้านการรับบริการจากโรงพยาบาลผ่านโทรเวชกรรมว่า รู้จักบริการการส่งยาทางไปรษณีย์มากที่สุด จองคิวนัดหมายแพทย์ล่วงหน้าผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน โทรศัพท์ และด้านการรับบริการแพทย์ทางไกลว่า การปรึกษาแพทย์ที่เป็นเจ้าของไข้ผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์

เมื่อพิจารณาแยกกลุ่มอายุ สรุปได้ว่า กลุ่มอายุ 46-59 ปี รู้จักบริการโทรเวชกรรมมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ในทุกด้าน ทั้งในด้านระบบปรึกษาทางไกลของแพทย์ ด้านการรับบริการจากโรงพยาบาลผ่านโทรเวชกรรม และด้านการรับบริการแพทย์ทางไกล

กลุ่มอายุ 31-45 ปี รู้จักมากที่สุดหลายลักษณะ เช่น การจองคิวนัดหมาย การสอบถามวิธีการใช้ยาจากเภสัชกร (ใกล้เคียงกับกลุ่มอายุ 46-49 ปี) การตรวจติดตามผลการรักษา แจ้งผลการตรวจ การลงนามให้ความยินยอมรับการรักษาผ่านโทรศัพท์มือถือ การปรึกษาแพทย์ที่เป็นเจ้าของไข้ผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์

กลุ่มอายุ 18-30 ปี รู้จักมากที่สุดเรื่อง การนำทางภายในโรงพยาบาลผ่านโทรศัพท์มือถือ

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป รู้จักน้อยกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ในทุกด้าน

การรับรู้ประโยชน์ของโทรเวชกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์จากการใช้งานบริการโทรเวชกรรมในระดับมาก ในเรื่องบริการโทรเวชกรรมช่วยให้ไม่ต้องเสียเวลาเสียค่าใช้จ่ายการเดินทาง ไม่ต้องมารอคอยที่โรงพยาบาล ช่วยให้ได้รับบริการทางการแพทย์ได้รวดเร็วขึ้น เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล สามารถขอคำปรึกษาจากแพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพ ผ่านบริการโทรเวชกรรมได้

ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์จากการใช้งานบริการโทรเวชกรรม ในระดับปานกลาง ในเรื่องบริการโทรเวชกรรมช่วยให้ได้รับการรักษาอย่างไม่แตกต่างจากการรักษาที่โรงพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวไปรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ช่วยให้ได้รับความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤตจนพ้นขีดอันตรายได้

เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้ตามช่วงอายุ พบว่า ทุกช่วงอายุมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ ของโทรเวชกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

การรับรู้ความง่ายในการใช้งานโทรเวชกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การรับรู้ความง่ายในการใช้งานบริกรโทรเวชกรรมในระดับปานกลาง เช่น โทรเวชกรรมช่วยให้รู้สึกว่าการพบหมอไม่ใช่สิ่งที่ยุ่งยากน่ากลัว ยิ่งได้ใช้บริการโทรเวชกรรมมากขึ้นก็ยิ่งใช้ได้อย่างคล่องแคล่วขึ้น ใช้โทรศัพท์มือถือเป็นอุปกรณ์ที่ใช้งานบริการโทรเวชกรรมได้ เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้ตามช่วงอายุ พบว่า ทุกช่วงอายุมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับความง่ายของโทรเวชกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

6.1.1.4 ประสบการณ์ใช้โทรเวชกรรม

กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งเล็กน้อย (ร้อยละ 56.10) เคยใช้โทรเวชกรรม โดยใช้ได้ด้วยตนเองไม่มีใครช่วยมากที่สุด รองลงมาคือ มีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลช่วย และ บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านช่วย ใช้มามากเป็นระยะเวลามากกว่า 8 เดือน โดยใช้จองคิวนัดหมายล่วงหน้ามากที่สุด รองลงมาคือ รับยาทางไปรษณีย์ และ ลงทะเบียนด้วยระบบยืนยันตัวตนผ่านโทรศัพท์มือถือ

เมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งในทุกกลุ่มอายุเคยมีประสบการณ์ในการใช้งานโทรเวชกรรม ทั้งนี้กลุ่มอายุ 46-59 ปี เคยใช้บริการโทรเวชกรรมมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ในขณะที่กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เคยใช้น้อยกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ

ลักษณะการใช้บริการโทรเวชกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยใช้บริการโทรเวชกรรม มีลักษณะการใช้โทรเวชกรม โดยใช้ได้ด้วยตนเอง ไม่มีใครช่วยมากที่สุด รองลงมาคือ ใช้โดยมีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล คนในครอบครัวเพื่อนบ้าน ช่วยในการใช้งาน มีระยะเวลาในการใช้บริการโทรเวชกรรม มามากกว่า 8 เดือน โดยใช้จองคิวนัดหมายมาหาหมอล่วงหน้ามากที่สุด รองลงมาคือ การรับยาทางไปรษณีย์ การลงทะเบียนด้วยระบบยืนยันตัวตนผ่านโทรศัพท์มือถือ

6.1.1.5 ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน

ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนโดยรวมอยู่ระดับมาก โดย มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเกี่ยวกับโรคมารักษาและป้องกันตนเอง มีการรู้เท่าทันสื่อเรื่องโรค มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพและป้องกัน อยู่ระดับมาก ในขณะที่การเข้าถึงข้อมูลความรู้ความเข้าใจ การสื่อสารกับแพทย์และพยาบาล เกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนอยู่ระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาความรอบรู้ทางสุขภาพจำแนกตามกลุ่มอายุ สรุปได้ดังนี้

กลุ่มอายุ 18-30 ปี มีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนโดยรวม อยู่ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน อยู่ระดับมาก

กลุ่มอายุ 31-45 ปี มีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนโดยรวม อยู่ระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูล และด้านการสื่อสารเกี่ยวกับเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน อยู่ระดับปานกลาง

กลุ่มอายุ 46-59 ปี มีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนโดยรวม อยู่ระดับมาก และอยู่ระดับมากทุกด้าน

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนโดยรวม อยู่ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการป้องกันและรักษา ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน และด้านการแสดงพฤติกรรมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและป้องกัน อยู่ระดับมาก

6.1.2 ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเข้าใจต่อโรคเฉพาะด้านที่ยุงยากซับซ้อนและโทรเวชกรรม

ผลการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้มีความเสี่ยงต่อโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน สรุปความเข้าใจต่อโรคและการให้บริการโทรเวชกรรมในแต่ละโรค ดังต่อไปนี้

6.1.2.1 โรคหลอดเลือดสมอง

การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย สะท้อนความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 4 ประเด็น คือ

เข้าใจว่าตนเองมีโรคประจำตัวมาก่อน แต่ไม่ทราบว่าตนเองมีความเสี่ยง เข้าใจว่าเป็นอาการจากโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ ไม่คิดว่าจะเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาโรคประจำตัวที่เป็นอยู่

เข้าใจว่า อาการจะเกิดขึ้นเมื่อเมื่อทำงานหนัก พักผ่อนน้อย หกล้ม และไม่ทราบว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการนำสู่โรคหลอดเลือดสมอง ทำเสียโอกาสในการรักษา

เข้าใจว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องมีคนดูแลช่วยเหลือทุกอย่างตลอดเวลา ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด

เข้าใจว่าเป็นโรคที่คาดเดาการเกิดอาการได้ยาก รู้เพียงจะเริ่มมีอาการชาตอนแรกแล้วเริ่มมากขึ้น หรืออาจจะเกิดรุนแรงโดยทันทีทันใด รวมทั้งการรักษาจะยุ่งยากซับซ้อนตามระดับความรุนแรงของอาการจากน้อยไปมาก

สำหรับการรับรู้ การใช้งาน และมุมมองต่อโทรเวรกรรมในโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มที่ยังไม่เคยทราบเกี่ยวกับบริการโทรเวชกรรม มีความตั้งใจจะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลมากกว่าจะพบแพทย์ทางไกล ในกลุ่มผู้ที่เคยได้ยินเกี่ยวกับโทรเวชกรรม มีความเข้าใจว่าเป็นการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยกับแพทย์เพื่อติดตามอาการผ่านอุปกรณ์การสื่อสารทางไกล วัดค่าต่าง ๆ ของร่างกายผู้ป่วย ส่งให้คุณหมอตรวจประเมินและรักษา ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องใช้ตรวจวัดค่าร่างกาย และอุปกรณ์ติดต่อสื่อสารกับแพทย์ผ่านการสื่อสารทางไกล รวมทั้งต้องมีการบันทึกข้อมูลประวัติการรักษาทางไกลไว้ด้วย

ผู้ที่เคยมีประสบการณ์การใช้บริการโทรเวชกรรมระบุว่า เคยใช้บริการจากทางโรงพยาบาลในการนัดหมายพบแพทย์ การจองคิวตรวจเลือดล่วงหน้าโดยไม่ต้องเสียเวลารอที่โรงพยาบาลมากเกินไป

ผู้ดูและผู้ป่วยมองว่า โทรเวชกรรมสามารถเข้าถึงผู้ป่วยติดเตียงได้เป็นอย่างดี ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ จะมีความยากลำบากในการเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ในบางครั้งไม่สามารถไปได้ ผู้ดูแลต้องไปพบแพทย์และบอกเล่าการแทน หากมีการพบแพทย์ผ่านระบบโทรเวชกรรม จะช่วยให้แพทย์ได้พบผู้ป่วยได้โดยตรง สามารถตรวจประเมินอาการของผู้ป่วยได้โดยตรง ไม่ต้องฟังจากการบอกเล่าของผู้ดูแลที่อาจจะไม่สามารถถ่ายทอดได้ถูกต้อง

การนำโทรเวชกรรมมาใช้ยังช่วยให้สะดวกไม่ต้องลำบากเดินทางไปโรงพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง มีความยากลำบากในการเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

ในกรณีที่ไปโรงพยาบาลต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ติดเตียงไปโรงพยาบาลจะลำบากผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นคนจัดการทั้งหมด ตั้งแต่ไปโรงพยาบาล เล่าอาการให้หมอฟัง และการรับยา แต่ถ้านำโทรเวชกรรมช่วยให้การไปพบแพทย์ มีความเห็นว่าจะช่วยให้การพบแพทย์ได้รับการรักษาที่ดีกว่า

ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถใช้การสื่อสารทางไกลผ่านวิดีโอคอลทางแอปพลิเคชันไลน์ มาใช้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลกันได้ ใช้กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดได้มากขึ้นและสม่ำเสมอได้ และหากมีการสร้างกลุ่มทำกายภาพบำบัดร่วมกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ ผ่านกล้องจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้สึกสนุกในการทำกายภาพบำบัด ได้แลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ

อย่างไรก็ตามยังมีความเห็นที่สะท้อนว่าการรักษาโรคหลอดเลือดสมองควรใช้การรักษาแบบพบแพทย์ร่วมกับการรักษาด้วยบริการโทรเวชกรรม เนื่องด้วยการรักษามีทั้งแบบการติดตามอาการที่เป็นไปตามปกติ รับยา สามารถใช้โทรเวชกรรมได้ แต่ควรต้องพบแพทย์บ้าง เพราะอาจจะมีอาการที่รุนแรงมากขึ้นที่ต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างละเอียดโดยแพทย์

ความต้องการบริการโทรเวชกรรมเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ดูแลผู้ป่วยเสนอความเห็นว่า การติดต่อกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านเทคโนโลยีทางไกล สามารถช่วยสร้างความมั่นใจในการพบแพทย์ จึงต้องการให้มีการจัดการบุคลากรที่ให้บริการโทรเวชกรรมให้เหมาะสม เพียงพอที่จะดูคนป่วยได้ทั่วถึง

ผู้ป่วยมีความต้องการแอปพลิเคชันที่ออกแบบขึ้นสำหรับการดูแลการรักษา การให้คำปรึกษาจากแพทย์ สามารถปรึกษาแพทย์กรณีฉุกเฉินได้ทันที

หากมีการใช้บริการโทรเวชกรรม ต้องการให้แพทย์มีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วยผ่านทางไกลมากขึ้น ให้เวลาในการให้คำปรึกษา คำแนะนำกับผู้ป่วยและผู้ดูแลมากขึ้น เพราะการไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล มีเวลาได้คุยกับแพทย์น้อย การพบแพทย์ทางไกลควรจัดให้มีเวลามากขึ้นกว่าการไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม คนไข้โรคหลอดเลือดสมองจะไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ เมื่อเริ่มป่วยช่วงแรก ๆ จะรู้สึกไม่สบายใจ หงุดหงิด อารมร์แปรปรวน ในระยะแรกนี้การได้พูดคุยกับคนไข้แบบพบหน้ากันจะช่วยเยียวชาจิตใจได้ดีกว่าการพูดคุยผ่านอุปกรณ์ทางไกล

การนำโทรเวชกรรมช่วยประหยัดงบประมาณการรักษาผู้ป่วยของรัฐและสามารถลดภาระของแพทย์ในกรณีที่ต้องรักษาผู้ป่วยบางรายที่อาการไม่หนัก หากนำโทรเวชกรรมมาใช้ จะช่วยให้แพทย์สามารถมีเวลาไปดูแลผู้ป่วยหนักที่สำคัญกว่าได้ ช่วยทุ่นแรงบุคลากร

6.1.2.2 โรคมะเร็ง

ความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งของผู้ป่วยสรุปได้ว่า ผู้ป่วยมักจะไม่ทราบอาการของการเกิดโรคมะเร็ง แต่สังเกตว่ามีความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกาย หากไม่มีอาการรุนแรงจะไม่ไปพบแพทย์ เมื่อมีอาการรุนแรงมากขึ้นจึงไปพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยโรค

เมื่อได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยมีความคิดเดิมว่าเป็นมะเร็งต้องเสียชีวิต แต่เมื่อเข้ารับการรักษา ได้พูดคุยปรึกษากับแพทย์ ได้รับการอธิบายถึงระยะโรค วิธีการรักษาและผลการรักษาวิธีต่าง ๆ ช่วยเปลี่ยนความคิดจากเดิมเป็นความคิดใหม่ว่า โรคมะเร็งสามารถรักษาได้ เพราะเชื่อมั่นแพทย์ มีความรู้และวิธีการรักษาที่ดีขึ้นจากอดีต

ผู้ป่วยมองว่า วิธีการรักษาโรคแม้จะยุ่งยาก แต่เป็นสิ่งสำคัญจำเป็นที่จะช่วยให้หายจากโรคได้ จึงยอมรับและเข้ารับการรักษาตามวิธีการและขั้นตอนที่แพทย์กำหนด

เมื่อเข้าสู่การบำบัดรักษา ผู้ป่วยจะดูแลตนเอง เลิกพฤติกรรมที่มีผลต่ออาการโรครุนแรงขึ้น ปรับเปลี่ยนมาให้ความสำคัญกับการใส่ใจดูแลเรื่องอาหารการกิน และเข้าสู่การบำบัดตามวิธีที่แพทย์รักษาอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยระบุว่า การรักษาโรคมะเร็งต้องรักษาอย่างยาวนาน ต่อเนื่อง และมีความเจ็บปวดจากการรับการรักษา ส่งผลให้เกิดความเครียด แต่พยายามที่จะทำจิตใจให้สบายเมื่อตัดสินใจเข้ารับการรักษาแล้ว พยายาดูแลร่างกายให้แข็งแรง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการกินอาหาร

ผู้ป่วยยังเลือกใช้วิธีรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก มั่นใจในการรักษาแพทย์ พบหมอ ฉายแสง ติดตามอาการ มีมุมมองว่าวิธีการรักษาตามหมอโบราณ แพทย์ทางเลือก การรักษาโดยใช้สมุนไพรเป็นวิธีการรักษาทีเลือกใช้ทีหลัง การใช้วิธีการรักษาทั้งแผนปัจจุบันและสมุนไพรผสมกัน จะทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าผลจากการรักษาและผลข้างเคียงมาจากวิธีใดจึงเลือกกระแสหลักก่อน

เนื่องด้วยผู้ป่วยไม่ได้อยู่ใกล้กับโรงพยาบาลและระยะทางห่างไกลต้องใช้ระยะเวลาเดินทางหลายชั่วโมง และต้องลางานหรือต้องมีผู้ติดตามดูแลพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลตามที่นัด นอกจากนี้การรักษาจำเป็นต้องไปกลับระหว่างที่พักที่อยู่ไกลโรงพยาบาลหลาย ๆ วัน ในช่วงที่บำบัดรักษา ซึ่งเป็นภาระเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางจึง เป็นสิ่งสำคัญ เช่น การหาที่พักที่อยู่ไม่ไกลจากโรงพยาบาลเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเลือกที่จะนอนพักแรมในพื้นที่ใกล้เคียงก่อนที่จะเจอหมอโดยให้เหตุผลว่า ระหว่างการบำบัดหากเดินทางบ่อย ๆ ร่างกายเหนื่อยล้า รวมทั้งการติดต่อแพทย์ก่อนวันนัดหมาย เพื่อจะได้ไม่มาโรงพยาบาลเสียเที่ยว

ผู้ป่วยสะท้อนการรับรู้ ความเข้าใจโทรเวชกรรมในเรื่องการรักษาโรคมะเร็งว่า ก่อนหน้าการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ใช้การโทรคุยกับหมอได้ แต่ไม่เคยรับทราบว่ามีบริการโทรเวชกรรม แต่พอเกิดสถานการณ์การระบาด โรงพยาบาลนำโทรเวชกรรมด้านการสื่อสารทางไกลกับผู้ป่วยโดยไม่ต้องมาโรงพยาบาลมาใช้ เช่น การวิดีโอคอล การติดตามอาการหลังการรักษาที่ไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล การส่งยาไปที่บ้านผู้ป่วยทางไปรษณีย์

ผู้ป่วยมีมุมมองว่า โทรเวชกรรมที่ช่วยให้ไม่ต้องเดินทางทางโรงพยาบเป็นสิ่งที่ดี มองเห็นประโยชน์ว่าหากนำมาใช้ จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ช่วยย่นระยะเวลาในการเดินทาง และไม่เสียเวลาลางานทั้งวัน ยังคงสามารถถามหมอได้หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคและการรักษา และสามารถใช้ได้เพราะมีอุปกรณ์สื่อสาร สมาร์ทโฟน สัญญานอินเทอร์เน็ต อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังรู้สึกว่าการพบแพทย์โดยตรงรู้สึกมีความมั่นใจ พูดคุยสอบถามได้สะดวกกว่าพบทางไกลและสามารถให้การรักษาได้ทันทีถ้าจำเป็น

ผู้ป่วยมีความกังวลหากนำโทรเวชกรรมมาใช้ทดแทนการพบแพทย์ทั้งหมดเพราะรู้สึกว่าตนเองมีอุปสรรคในด้านทักษะการใช้อุปกรณ์ สายตาการมองจอโทรศัพท์ ภาษาอังกฤษในโปรแกรม อย่างไรก็ตามหากจำเป็นต้องใช้ ก็จะสามารถเอาชนะอุปสรรคเหล่านี้ได้ โดยให้ลูกหลานคนที่ใช้อุปกรณ์คล่องแคล่วช่วยได้

ผู้ป่วยมีความต้องการใช้บริการโทรเวชกรรม ด้วยเหตุผลว่าจะช่วยให้สะดวกในการรับรู้รายละเอียดการรักษาได้ง่ายขึ้น ลดการเดินทางไกลมาโรงพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายและเสียเวลา

สิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งคือ “กำลังใจ” และ “มุมมองแบบพลังบวก” กล่าวคือ การรับรู้ความรุนแรงถึงการเสียชีวิตเมื่อป่วยเป็นโรคมะเร็ง ประกอบกับการรักษาที่ต้องยาวนาน ต่อเนื่อง ได้รับความเจ็บปวดจากการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจึงต้องการกำลังใจที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูจากโรคมะเร็งได้ กำลังใจสำคัญมาจากตนเองคือ “มีมุมมองแบบพลังบวก” รวมทั้งกำลังใจคนรอบข้างถือเป็นสิ่งสำคัญทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูจากโรคมะเร็งได้เร็ว

6.1.2.3 การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

ก่อนหน้าที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษา ยังไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับความเป็นโรคซับซ้อนยุ่งยากของการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด อาการผิดปกติ โรคต่าง ๆ ที่มาจากการเสพยาเสพติด เมื่อเข้ารับการรักษา ได้ความรู้จากแพทย์จึงมีความเข้าใจว่าเป็นโรคที่ยุ่งยากกว่าโรคปกติ เช่น ทราบว่าการใช้อุปกรณ์เสพยาร่วมกันร่วมกันทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้

หลังจาการการเข้ารับการรักษา มีความเข้าใจปัจจัยทางสังคมที่ เป็นจุดเริ่มต้นของการเสพยาเสพติด เกิดจากเป็นวัยรุ่นมาก่อน เพื่อนชวนเสพ เกเรไม่เชื่อฟังพ่อแม่ ต้องหาคดี หัดลองเสพเล่น ๆ

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา จะมีความเข้าใจลักษณะอาการที่ผิดปกติจากการเสพยาเสพติด เช่น หงุดหงิดฉุนเฉลียว นอนไม่เป็นเวลา สมองเบลอ และมีมุมมองว่า การเลิกเสพด้วยวิธีการของตนเองทำได้ยากมาก ทางที่จะเลิกได้คือ ต้องเข้ารับการบำบัดรักษา จากโรงพยาบาลบำบัดยาเสพติด

ผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลิกเสพ จะเกิดมีจุดเปลี่ยน หรือพลิกผันชีวิต หรือจุดที่เกิดความสะเทือนใจอย่างแรง จนทำให้ตัดสินใจเลิกเสพยาและเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา คือ พ่อแม่ ญาติผู้ใหญ่ที่เลี้ยงดู เป็นบุคคลที่สร้างแรงจูงใจจากการได้เห็นความทุกข์ยาก ความเศร้าเสียใจ ความห่วงใย การหวนคิดถึงพ่อแม่ที่ทำให้ให้อยากเลิก รวมทั้งความรู้สึกว่าชีวิตตกต่ำจากเดิมที่มีงานทำที่เคยใช้ชีวิตปกติ

การตัดสินใจเข้าบำบัดรักษา เป็นการตัดสินใจด้วยตนเอง มาจากการติดยาเสพติดมาเป็นเวลานาน ต้องการกลับตัวกลับใจเป็นคนดี ประกอบกับร่างกายอ่อนแอ มีโรคต่าง ๆ ในช่วงรับการรักษาในโรงพยาบาล มีความรู้สึกว่าการบำบัดช่วยให้ชีวิตดีขึ้น แต่ยังกังวลว่าอาจจะกลับไปเสพอีกถ้าอยู่นอกโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม การกลับไปใช้ชีวิตนอกโรงพยาบาล ต้องการการยอมรับจากคนในครอบครัว และมีงานทำเลี้ยงตัวเอง

การเข้าสู่การรักษา ยังมาจากการสมัครใจผู้ป่วยที่โดนตำรวจดำเนินคดีโดนจับจับเรื่องยาเสพติด ตำรวจสอบสวนพบว่ามีประวัติใช้ยาเสพติด ตำรวจจะแจ้งให้แสดงความสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา เมื่อผู้ป่วยสมัครใจเข้ารักษา ก็จะถูกนำตัวส่งต่อมาที่โรงพยาบาลบำบัดรักษายาเสพติด

ผู้ป่วยที่สมัครใจบำบัดรักษาจะมีวิธีการป้องกันตนเองจากการกลับไปเสพยา เช่น เลิกคบเพื่อน และหากมีอาการหงุดหงิดก็จะไปอาบน้ำเพื่อนเป็นการหักดิบ ไม่ออกไปไหน ไม่ยุ่งกับสังคมภายนอกสักระยะหนึ่ง ผู้ป่วยยังระบุว่าการจะเลิกเสพยา ขึ้นอยู่กับตนเองมากกว่า เพราะแต่ละคนมีเหตุผลการเลิกยาที่เหมือนกัน นอกจากนี้กระบวนการรักษาในช่วงกิจกรรมเปลี่ยนพฤติกรรมจะช่วยให้สามารถปฏิเสธการเสพยาได้

ผู้ป่วยรับรู้โทรเวชกรรมใช้ในการรักษาว่า เป็นการติดต่อสื่อสารเบื้องต้นระหว่างตนเองกับแพทย์ นักจิตวิทยาตามวันนัดหมาย ไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล คุยผ่านหน้าคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ แอปพลิเคชันไลน์บนโทรศัพท์มือถือใช้สัญญาณเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเชื่อมต่อ ในช่วงสถานการณ์ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 จะใช้การพบแพทย์ผ่านอุปกรณ์สื่อสารและใช้ต่อมาจนถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีบริการส่งยาทางไปรษณีย์หลังการพบแพทย์ผ่านโทรเวชกรรม

ผู้ป่วยระบุว่า การใช้โทรเวชกรรมทำให้สะดวกสบาย ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ไม่เสียเวลาทำงาน ไม่ต้องลางาน

ผู้ป่วยเลือกที่จะพบหมอมากกว่าใช้รูปแบบโทรเวชกรรม การใช้โทรเวชกรรมมีความต่างกันกับการเจอหมอมากกว่า เพราะการได้เจอหมอจะได้รู้ถึงพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ผู้ป่วยมีความคิดว่า การพบแพทย์ต่อหน้าจะช่วยกำกับการรักษาได้ การตรวจและแจ้งผลตรวจปัสสาวะ หากผู้ป่วยโกหกเรื่องการตรวจปัสสาวะก็มีสูงเช่นกันโอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับไปเสพยาได้สูง

การพบแพทย์ผ่านอุปกรณ์ทางไกล อาจเป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยอาจจะไม่ให้ความจริงซึ่งการเห็นผ่านจอทำให้ไม่สามารถสังเกตอาการปกปิดข้อมูลของคนไข้ได้ ผู้ป่วยอาจปกปิดหรือไม่พูดความจริงกับหมอเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามการรักษา เช่น การไม่กินยาตามที่หมอระบุ

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังมีความคิดว่า การพบแพทย์ทางไกลก็ยังเป็นวิธีที่ไว้วางใจได้ เพราะได้พบกับแพทย์จริง ๆ แม้จะไม่ได้เห็นตัวจริง แต่ก็ยังเป็นแพทย์ที่รักษาตนเอง

ผู้ป่วยระบุว่า อุปสรรคในการใช้โทรเวชกรรม ได้แก่ สัญญานอินเทอร์เน็ตหากอยู่พื้นที่ชนบทออกไกลจากเมืองมีผลต่อการสื่อสาร ระบบการทำงานโทรเวชกรรมบางครั้งไม่เสถียร อุปกรณ์ที่ใช้หากคุณสมบัติ พื้นที่หน่วยความจจำน้อย ความเสถียรของสัญญาณอินเทอร์เน็ต ทักษะความคล่องแคล่วในการใช้อุปกรณ์ นอกจากนี้หากมีระบบจ่ายค่ารักษาผ่านโทรเวชกรรมเป็นอุปสรรคสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีแอปพลิเคชันธนาคารสำหรับจ่ายเงิน

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีทักษะใช้อุปกรณ์ได้อย่างคล่องแคล่ว จะสามาถช่วยผู้ป่วยที่มีอายุมากหรือใช้อุปกรณ์ไม่คล่อง ในการพบแพทย์ผ่านโทรเวชกรรมตามที่แพทย์นัด ดำเนินงานขั้นตอนต่าง ๆ แทนผู้ป่วยได้

ความต้องการโทรเวชกรรมเรื่องการบำบัดรักษฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด สรุปได้ว่า หากใช้โทรเวชกรรมในการพบแพทย์ ผู้ป่วยต้องการเวลาในการพูดคุยกับแพทย์มากขึ้น ผู้ป่วยมีความรู้สึกต้องการให้แพทย์เป็นเหมือนเพื่อนสนิทที่จะสามารถคุยได้เกี่ยวกับการรักษา ต้องการทราบว่าจะหายจากการรักษาเมื่อไร

6.1.2.4 อาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม

ผู้ป่วยมีความเข้าใจว่าอาการแพ้ที่เกิดขึ้นทางผิวหนัง การหายใจ เช่น คัน เป็นผืนแดงทั้งตัว ไอ หืด หอบ หายใจไม่ออก มาจากโรคภูมิแพ้ของตนเองที่เป็นอยู่ ไม่นึกถึงสาเหตุจากสิ่งแวดล้อม แต่ถ้าอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีลมพิษทางสิ่งแวดล้อม เช่น ใกล้โรงงาน ผู้ป่วยมองว่าอาจจะมาจากสภาพอากาศตามฤดูการร่วมกับสิ่งเจือปนทางอากาศที่อาจจะมาจากโรงงานใกล้ที่อาศัย หรือพื้นที่อาศัยที่ใกล้พื้นเกษตรที่มีการเผาพืช เพราะจากอาการภูมิแพ้ที่เป็นอยู่แล้วและยังมีอาการอื่นแทรกขึ้นมา หากรุนแรงจึงจะไปพบแพทย์

ผู้ป่วยมีความเข้าใจว่า อาการแพ้ที่เกิดขึ้นยังมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศโลกที่เปลี่ยนแปลงไปจากอดีต หรือมาจากการกระทำที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด สะท้อนให้เห็นความเข้าใจว่าอาการแพ้ที่เกิดขึ้นมาจากหลายสาเหตุที่ตนเองก็ไม่แน่ใจว่ามาจากอะไร มีความคิดว่าเป็นโรคซับซ้อน

ผู้ป่วยมีการดูแลป้องกันตนเองในกรณีที่ไม่มีอาการรุนแรง เป็นการดูแลตามความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลผิว เช่น ทาครีมบำรุงผิว สำหรับผู้ป่วยที่เคยไปพบแพทย์และได้รับยาก็จะรับประทานยาแก้แพ้ที่แพทย์เคยให้ไว้ สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเดินหายใจเลือกใช้หน้ากากป้องกันฝุ่น ใช้เครื่องกรองอากาศมาใช้ภายในบ้านตนเอง พ่นยา รับประทานกินยาตามอาการ ผู้ป่วยใช้วิธีการงดกิจกรรมการแจ้ง ใส่หน้ากากป้องกัน เลี่ยงสภาพอากาศหรือสิ่งที่จะทำให้เกิดอาการ รวมทั้งซื้ออุปกรณ์ทำความสะอาดมาใช้

ผู้ป่วยระบุว่ายังไม่เคยใช้โทรเวชกรรมเรื่องโรคจากสิ่งแวดล้อม แต่มีมุมมองว่าเป็นการนำเทคโนโลยีมาใช้ประโยชน์ในการรักษาซึ่งเป็นสิ่งที่ดี หากนำมาใช้จริงในอนาคตมีความต้องการอยากใช้โทรเวชกรรม สะดวก ประหยัดเวลาและเงินเดินทาง เพราะหากต้องมาโรงพยาบาลคนเยอะทำให้เสียเวลารอ

ผู้ป่วยมองว่าโทรเวชกรรมมองว่าสะดวกไม่ต้องเสียเวลา ที่สำคัญไม่ต้องไปรับยาที่โรงพยาบาลแต่รับยาตามที่ตนเองสะดวก ช่วยลดโอกาสเสี่ยงจากการมาติดเชื้อที่โรงพยาบาล

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังมองเห็นอุปสรรคการใช้งาน ผู้สูงอายุอาจจะใช้โทรเวชกรรมไม่เป็น ไม่สามารถบอกอาการหมอได้ถูกต้อง และอาการบางอย่างจะต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เช่นการเครื่องวัดชีพจร เป็นต้น รวมทั้งอุปสรรคจากสัญญานอินเทอร์เน็ต เพราะหากอยู่ห่างไกลจากชุมชน หรือบนพื้นที่สูงมีผลผลต่อการใช้

ผู้ป่วยมีความเห็นว่า การไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลมีความน่าเชื่อมากกว่าการพบแพทย์ทางไกล เพราะพบต่อหน้าแพทย์จะวินิจฉัยโรคดีกว่า อย่างไรก็ตามหากเป็นการพบแพทย์ที่รักษาประจำอาจจะมีความน่าเชื่อถือไม่แตกต่างกัน

ผู้ป่วยแสดงความเห็นว่า ต้องการแอปพลิเคชัน ที่ช่วยให้ทราบถึงอาการ วิธีป้องกัน การรักษา ควรจะออกแบบให้ใช้งานง่าน มีการอธิบายรายละเอียดวิธีการใช้อย่างชัดเจน

ผู้ป่วยระบุความต้องการให้นำโทรเวชกรรมาใช้กับโรคสิ่งแวดล้อมในการให้บริการเกี่ยวกับการตรวจและการส่งยาไปที่บ้าน ไม่ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาล เพราะการรักษาอาการแพ้จำเป็นต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดการแออัดที่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยสะท้อนว่า บางกรณีอาจจะยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อเนื่องจากผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมและมลพิษ ดังนั้นจึงต้องการแอปพลิเคชันที่ให้ความรู้ ข้อมูล และเฝ้าระวังตนเองจากการเป็นโรคต่อเนื่อง มีการเชื่อมโยงค่าวัดคุณภาพอากาศกับสุขภาพแล้วรายงานให้ประชาชนทราบ

มีความต้องการให้บริการโทรเวชกรรมที่เกี่ยวกับการพบแพทย์ เป็นบริการที่สามารถเปิดให้ผู้ป่วยและแพทย์ได้คุยปรึกษาได้อย่างที่ผู้ป่วยต้องการ คุยปรึกษารายละเอียดได้มากขึ้น

6.1.3 ส่วนที่ 3 ข้อมูลเชิงลึก (insight) สำหรับนำไปพัฒนาสร้างสรรค์ภาพยนตร์สั้น

จากการสัมภาษณ์แพทย์ ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคยุ่งยากซับซ้อนทั้ง 4 สะท้อนความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยและคนใกล้ชิด ที่สามารถนำไปพัฒนาแนวคิดสำหรับการสร้างสรรค์ภาพยนตร์เชิงรณรงค์เพิ่มความเข้าใจบริการโทรเวชกรรมในเรื่องโรคยุ่งยากซับซ้อนได้ ดังนี้

6.1.3.1 โรคหลอดเลือดสมอง

มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองว่า เข้าใจว่าตนเองมีโรคประจำตัวที่มีอยู่มาก่อน เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคที่มีความเสี่ยงนี้อยู่ก่อน เมื่อมีอาการนำของโรคหลอดเลือดสมอง จะเข้าใจว่าเป็นอาการจากโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ ไม่คิดว่าจะเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง มีความเข้าใจว่า อาการจะเกิดขึ้นมาจากการทำงานหนัก พักผ่อนน้อย โดยไม่ทราบว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการนำสู่โรคหลอดเลือดสมอง ทำเสียโอกาสในการรักษา และเมื่อป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองต้องมีคนดูแลช่วยเหลือทุกอย่าง

ตลอดเวลา ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องคอยสังเกตอาการ รักษาตามอาการ ระวังแผลกดทับ ทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องจะมีอาการดีขึ้น ต้องการกำลังใจทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

เนื่องจากการรักษาโรคหลอดเลือดสมองต้องนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาให้เร็วที่สุดเมื่อเกิดอาการ ต้องรู้เร็ว รักษาเร็ว การดูแลต้องร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล หากรู้ว่าเป็นอาการนำสู่หลอดเลือดสมองจะช่วยเพิ่มโอกาสในการรักษาให้หายได้

โทรเวชกรรมสามารถใช้สนับสนุนการรักษาหลังวิกฤตได้ โดยใช้ในการนัดหมาย ติดตามอาการ กรณีป่วยฉุกเฉิน และการทำกายภาพบำบัด

6.1.3.2 โรคมะเร็ง

การรักษาโรคมะเร็งเป็นการรักษาที่ยาวนาน ต่อเนื่อง มีทั้งโอกาสที่รักษาหายและไม่หาย การอดทนในการรักษาเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยต้องการกำลังใจและการดูแล การนำบริการโทรเวชกรรมมาใช้ในการรักษาโรคมะเร็งสามารถใช้ได้เหมาะสมกับการรักษาในช่วงสุดท้าย ในระยะนี้ผู้ดูแลจำเป็นต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้เหมือนกับการดูแลในโรงพยาบาล บริการโทรเวชกรรมสามารถช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยได้ อีกทั้งผู้ป่วยต้องการกำลังใจจากคนใกล้ชิด และผู้ป่วยมีกำลังใจจากตนเองได้ด้วยการมองมุมบวก กำลังใจจากคนรอบข้างที่ดูแลได้ดี ผ่านระบบโทรเวชกรรมจะเสริมให้ผู้ป่วยมีมุมมองเชิงบวกที่สามารถมีความสุขได้แม้จะเจ็บป่วยในระยะรุนแรง

6.1.3.3 การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

มุมมองต่อการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เปลี่ยนจากการลงโทษ ตีตรา รังเกียจ กลัว ผู้ติดตยาเสพติด เป็นมุมมองว่า ผู้ติดยาเสพติดคือ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ทั่วไป เพียงแต่ว่าการรักษาจะมีความยุ่งยากซับซ้อนเพราะเกี่ยวเนื่องกับปัจจัยทางการแพทย์และสังคมรอบตัวผู้ป่วย มุมมองการบำบัดรักษาจึงยืดหยุ่นในเป้าหมายการรักษามากขึ้น กล่าวคือ ไม่เน้นการบำบัดรักษาให้เลิกเสพเพียงอย่างเดียว แต่มีการรักษาในแบบที่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเลิกได้อย่างเด็ดขาด จะใช้แนวทางการลดการเสพให้สามารถเสพหรืออยู่ร่วมกับยาเสพติดโดยมีอันตรายต่อร่างกายและผลกระทบต่อผู้อื่นในสังคมให้น้อยที่สุด และที่สำคัญคือกฎหมายกำหนดให้การเข้ารับการบำบัดรักษาต้องมาจากการสมัครใจของผู้ป่วย ทั้งนี้อาจจะได้รับการแนะนำหรือชักจูงจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ตำรวจ โดยส่งตัวผู้ป่วยมาบำบัดรักษาในสถานพยาบาลเฉพาะทางทั้งโรงพยาบาลธัญญารักษ์สังกัดกรมการแพทย์ โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

กระบวนการบำบัดแบบองค์รวม ที่เน้นการแก้ปัญหาจากปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวโยงกันอย่างซับซ้อน ได้แก่ ตัวผู้ป่วย ความสัมพันธ์คนรอบข้าง ครอบครัว ชุมชน ร่วมกับการรักษาจากสาขาวิชาชีพหลายสาขา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคม

สงเคราะห์ นักกิจกรรมสร้างการเปลี่ยนแปลง การบำบัดรักษาจะเชื่อมโนงระหว่าง ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และโรงพยาบาล โดยมียุทธศาสตร์ชุมชนบำบัด คือ ชุมชนอาสาคัดกรองส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟู สถานพยาบาลให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูจนพร้อมจะส่งคืนสู่ชุมชน ชุมชนช่วยกันดูแลป้องกันมิให้ผู้ป่วยต้องกลับไปเสพยาร่วมกับการตรวจเยี่ยมของโรงพยาบาล

การเข้าสู่กระบวนการรักษาต้องเริ่มต้นจากการตัดสินใจเด็ดเดี่ยวของผู้ป่วยด้วยการสมัครใจและตัดสินใจเข้าสู่การรักษา จุกสำคัญที่นำไปสู่การตัดสินใจรักษาคือ จุดพลิกผันที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย ได้แก่ เหตุการณ์สะเทือนใจอย่างแรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งมักจะเป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้เห็นพ่อ แม่ ญาติที่เลี้ยงดูกันมาให้ความรัก ห่วงใย คอยดูแลอุ้มชู ช่วยเหลือ แม้ว่าจะรู้ว่าผู้ป่วยติดยาเสพติดก็ไม่เคยทอดทิ้ง เห็นความยากลำบาก ความทุกข์ใจ นอกจากนี้มาจากสุขภาพร่างกายที่ทรุดโทรเป็นโรคหลายโรค การตกต่ำของชีวิตจากที่เคยมีชีวิตปกติต้องตกต่ำอย่างไร้ค่า เป็นจุดพลิกผันที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจอย่างเด็ดขาดว่าจะต้องบำบัดรักษาให้หายจากการติดยาเสพติด ทั้งนี้จุดพลิกผันนี้อาจจะได้เกิดขึ้นกับทุกคนและไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อไร ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเท่านั้น

ความรู้สึกของผู้ป่วยที่สะท้อนให้เห็นคือ ความรู้สึกอายคนรอบตัวที่จะเข้ารับการบำบัด ดังนั้นการยอมรับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาจากคนในครอบครัว ญาติ คนใกล้ตัวผู้ป่วย ห่วงใย ไม่ทอดทิ้ง เป็นสิ่งที่หนุนให้การบำบัดรักษาได้ผล และเมื่อรักษาจนสามารถกลับคืนสู่ชุมชนได้แล้ว การฟื้นฟูด้านสังคม อาชีพ การใช้ชีวิตแบบปกติ เป็นสิ่งที่จะช่วยมิให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาเสพติดอีกครั้ง

6.1.3.4 อาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม

อาการป่วยไม่แน่ใจว่ามาจากสิ่งแวดล้อม เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค ใช้การสังเกตอาการด้วยตนเองแล้วคาดเดาสาเหตุมาจากภูมิแพ้ทั่วไป อาหารและพฤติกรรมการรับประทาน คาดเดาไม่ได้ว่าไปสัมผัสอะไรมาก่อนหน้านี้ ประกอบกับมีอาการไม่รุนแรง สามารถรับประทานยาแก้แพ้แล้วอาการก็หายไป แต่ต้องรับประทานยาทุกครั้งที่มีอากาแพ้ หากมีการแพ้ทางลมหายใจก็คาดเดาว่าแพ้อากาศ ถ้ามีอาการแพ้ทางผิวหนังก็คาดเดาว่าแพ้ฝุ่น ความร้อน อาหาร ในกลุ่มผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่โรงงานอุตสาหกรรม หรือพื้นที่การเกษตรที่มีการเผาพืช จะคาดเดาว่ามาจากมลพิษในอากาศ ซึ่งจะเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว ไม่รุนแรง รับประทานยา หาอุปกรณ์ป้องกันฝุ่นควัน ก็จะช่วยเลี่ยงอาการแพ้ โดยที่ไม่ทราบว่า การแพ้ที่มีสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมและมลพิษในระยะยาวอาจจะนำเป็นสาเหตุให้เกิดโรคร้ายแรงต่อเนื่องได้ เช่น โรคปอด โรคมะเร็ง ขาดความรู้ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงโรครุนแรงในอนาคต

ผู้ป่วยมักจะเข้าใจว่าตนเองเป็นโรคภูมิแพ้ มีอาการไม่รุนแรง สามารถรับประทานยาหรือรักษาตามอาการหายได้ จึงยอมรับการมีอาการแพ้เป็นโรคประจำตัว ไม่สืบหาสาเหตุที่แท้จริง ไม่รักษาอาการที่อาจจะมีสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมและมลพิษ ทำให้ขาดโอกาสเข้าสู่

การรักษาอย่างจริงจัง ด้วยการขาดความรู้ ขาดการตรวจสอบสาเหตุที่ ทำให้ขาดโอกาสในการรักษาจากสาเหตุที่แท้จริงอย่างเหมาะสม และอาจเป็นโรครุนแรงขึ้นได้ในอนาคต

ผู้ป่วยไม่ทราบว่า มีบริการโทรเวชกรรมที่นำมาใช้สนับสนุนการดูแลรักษาสุขภาพจากสาเหตุของสิงแวดล้อมและมลพิษของกรมการแพทย์ คือ “คลินิกมลพิษออนไลน์” ซึ่งเป็นบริการที่เชื่อมโยงระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยผ่านเทคโนโลยีออนไลน์ ในรูปแบบไลน์ออฟฟิซเชียลบนแอปพลิเคชันไลน์ ให้บริการประเมินอาการที่มีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อมและมลพิษทางอากาศ การสนทนาปรึกษาแพทย์ออนไลน์ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตน หากเป็นเป็นผู้ป่วยที่มีอาการในระดับที่ต้องรับการรักษาจากแพทย์ จะเชื่อมโยงไปสู่สถานพยาบาล ผู้ป่วยสามารถนำข้อมูลและผลการประเมินจากระบบไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างจริงจังต่อไป รวมทั้งการแจ้งเตือนหากคุณภาพอากาศในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่มีคุณภาพต่ำจนถึงระดับเป็นอันตรายต่อสุขภาพ พร้อมแนะนำวิธีการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพด้วย

6.2 อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเชิงสำรวจพบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้จักลักษณะของบริการโทรเวชกรรมด้านการรับบริการจากโรงพยาบาลผ่านโทรเวชกรรม ได้แก่ บริการการส่งยาทางไปรษณีย์ จองคิวนัดหมายแพทย์ล่วงหน้าผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน โทรศัพท์ ด้านการรับบริการแพทย์ทางไกล ได้แก่ การปรึกษาแพทย์ที่เป็นเจ้าของไข้ผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งเล็กน้อย (ร้อยละ 56.10) เคยใช้โทรเวชกรรม โดยใช้จองคิวนัดหมายล่วงหน้ามากที่สุด รองลงมาคือ รับยาทางไปรษณีย์ และ ลงทะเบียนด้วยระบบยืนยันตัวตนผ่านโทรศัพท์มือถือ สะท้อนให้เห็นว่า บริการโทรเวชกรรมเกี่ยวกับการรับบริการจากโรงพยาบาลผ่านโทรเวชกรรม ได้รับการยอมรับจากผู้ใช้บริการ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์จากการใช้งานบริการโทรเวชกรรมในระดับมาก ในเรื่องบริการโทรเวชกรรมช่วยให้ไม่ต้องเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายการเดินทาง ไม่ต้องมารอคอยที่โรงพยาบาล ช่วยให้ได้รับบริการทางการแพทย์ได้รวดเร็วขึ้น ข้อค้นพบนี้สามารถอธิบายด้วยแนวคิดการยอมรับนวัตกรรม ตามที่ Rogers (2003) อธิบายว่า ยิ่งบุคคลรับรู้ว่านวัตกรรมหนึ่ง ๆ มีประโยชน์จากการใช้งาน เข้ากันได้กับสิ่งที่มีอยู่เดิมสามารถสังเกตแดลองใช้ได้ ก็จะยิ่งทำให้เกิดการยอมรับนวัตกรรมเร็วขึ้น นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้โทรเวชกรรมีจำนวนมากกว่าครึ่งเล็กน้อย สะท้อนให้เห็นว่าการยอมรับโทรเวชกรรมยังมีไม่มากนัก ตามแนวคิดของแบบจำลองการยอมรับนวัตกรรมเทคโนโลยี (Davis, 1985) ปัจจัยหลักนอกจากการรับรู้ประโยชน์จากการใช้งาน (Perceived usefulness) แล้ว ยังมีปัจจัยการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน (Perceived ease of use) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการนำนวัตกรรมมาใช้ ในกรณี

โทรเวชกรรม ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน เป็นปัจจัยที่มีผลทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้โทรเวชกรรมมีเพียงครึ่งหนึ่ง ทั้งนี้ยืนยันได้จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความง่ายในการใช้งานบริการโทรเวชกรรมในระดับปานกลาง ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับและใช้บริการโทรเวชกรรม ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเกี่ยวกับความคล่องแคล่วในการใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคล่องแคล่วระดับมากในเรื่องการหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต แต่ความคล่องแคล่วในการใช้แอปให้บริการสุขภาพของภาครัฐ เช่น แอปหมอพร้อม ไทยชนะ หมอชนะ แอปนัดหมอ การใช้อุปกรณ์เสริม หรือแอปพลิเคชันสุขภาพ เช่น สมาร์ตวอทช์ แอปวัดความดัน ตรวจระดับน้ำตาล การตรวจจับการหกล้ม การขอคำปรึกษากับหมอหรือพยาบาลผ่านไลน์หรือแอปของสถานพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า การยอมรับและใช้บริการโทรเวชกรรมเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ขึ้นอยู่กับการรับรู้ประโยชน์ซึ่งประชาชนมีการรับรู้มากอยู่แล้ว แต่ยังเป็นอุปสรรคในเรื่องความง่ายในการใช้งานโทรเวชกรรม

ด้านการตัดสินใจยอมรับ ใช้งาน ยืนยันการใช้โทรเวชกรรม ผลวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้โทรเวชกรรมสามารถใช้ได้ด้วยตนเองโดยต้องไม่มีใครช่วย และสามารถใช้ได้โดยมีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านช่วยเหลือในการใช้งาน และใช้มาเป็นระยะเวลามากกว่า 8 เดือน สรุปตามแนวคิดขั้นตอนการยอมรับนวัตกรรมของ Rogers (2003) อธิบายว่าการยอมรับโทรเวชกรรมอยู่ในขั้นตัดสินใจ (Decision) ยอมรับจะนำไปใช้งาน ต่อเนื่องมายังขั้นการนำไปใช้ (Implementation) ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม มีการเริ่มลองใช้นวัตกรรมเพื่อพิจารณาว่าเหมาะสมจะใช้งานหรือไม่ และจากการใช้งานมานานมากกว่า 8 เดือน สะท้อนว่าผู้ที่ใช้งานโทรเวชกรรมได้เข้าสู่ ขั้นการยืนยัน (Confirmation) สนับสนุนการตัดสินใจยอมรับก่อนหน้านี้และประสบการณ์การใช้งานช่วยลดความคับข้องใจจากการตัดสินใจของตน อีกทั้งยืนยันถึงการยอมรับในระยะยาวที่จะยังคงใช้งานต่อเนื่องไปในอนาคต อย่างไรก็ตามหากมีการประเมินอย่างไรก็ตาม แบบจำลองการยอมรับนวัตกรรมเทคโนโลยี (Davis, 1985) ยังชี้ให้เห็นเพิ่มเติมอีกว่าทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยี (Attitude toward using) จะเป็นตัวแปรที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีต่อไปในอนาคต ดังนั้นมีความเป็นไปได้ว่า แม้ว่าจะมีการตัดสินใจยอมรับและใช้งานโทรเวชกรรมแล้ว แต่อาจจะได้รับผลกระทบจากประสบการณ์การใช้งานทั้งดีและไม่ดีที่นำไปสู่การสร้างทัศนคติต่อโทรเวชกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งจะส่งผลต่อความต่อเนื่องของการใช้บริการโทรเวชกรรม นอกจากนี้ตัวแปรที่ช่วยเร่งให้โทรเวชกรรมได้รับการยอมรับและใช้งานคือ สถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในช่วงปี 2563-2565 ที่จำเป็นต้องมีมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) เพื่อควบคุมการระบาด โรงพยาบาลทั้งหมดจำเป็นต้องลดการให้บริการที่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล มีมาตรการควบคุมผู้ที่จะเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล

จึงจำเป็นต้องนำโทรเวชกรรมมาใช้ช่วงดังกล่าว ซึ่งสถานพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ได้ปรับเปลี่ยนบริการทางการแพทย์ตามวิถีชีวิตใหม่ที่จำเป็นต้องเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล มีแนวทางปรับเปลี่ยนการริการทางการแพทย์จากระบบการให้บริการโดยสถานพยาบาลเป็นฐาน (Hospital Based Medical Service) ไปสู่การให้บริการโดยผู้รับบริการเป็นฐาน (Personal Based Medical Service) ดังนั้นบริการโทรเวชกรรมจึงมีบทบาทสำคัญ และจำเป็นต้องมีการออกแบบระบบการแพทย์ที่ประยุกต์เทคโนโลยีมาใช้อย่างเหมาะสม บนพื้นฐานความสามารถในการเข้าถึง ความเข้าใจ และสามารถใช้บริการการรักษาโรค การฟื้นฟูหลังการรักษา และการดูแลรักษาสุขภาพเพื่อสุขภาวะที่ดี โดยเฉพาะโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ตามภารกิจกรมการแพทย์ (กรมการแพทย์, 2564) และเป็นไปตามแผนงานของ ภัทรวินท์ อัตตะสาระ (2564) ได้ชี้เห็นว่าการนำระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Tele Medicine VDO Call) ซึ่งปี 2563 ในช่วงเริ่มต้นของการแพร่ระบาดโรคโควิด-19 กรมการแพทย์โดยสถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันโรคผิวหนัง ได้มีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ทางไกล เพื่อให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ลดความแออัดในสถานพยาบาล ระบบสามารถตรวจสอบการส่งยาทางไปรษณีย์และมีระบบจ่ายค่าบริการผ่านธนาคาร รวมทั้งสอดคล้องผลเชิงคุณภาพที่ผู้ให้ข้อมูลซึ่งได้กล่าวว่า

> *“ช่วงที่เกิดโควิดแรก ๆ ครับ ก็หลักก็คือเจ้าหน้าที่จะให้ผม (ทำงานเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล) มาส่งคนไข้แล้วก็จะให้คล้าย ๆ กับไลน์ แล้วก็ให้ผู้ป่วยมาติดตามผลคือให้หมอมาเจอโดยไม่ต้องมาที่นี้ (โรงพยาบาล)” (โหนก, ผู้เคยเสพยาเสพติด, สัมภาษณ์)*
>
> *“เปิดกล้องคุยกับคุณหมอ ไปครั้งแรกที่โรงพยาบาล แล้วพอช่วงโควิดก็เริ่มใช้การหาหมอทางไกล” (โส, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)*
>
> *“เริ่มจากโหลดแอพ คุณหมอก็แนะนำ ผมก็ใช้มาเรื่อย ๆ ในแอพก็ใช้งานวิดีโอคอลกับแชทครับ...เหมือนมาหาหมอปกติเลยครับ ถ้ามียาก็ส่งมาที่บ้านครับ แพ็คมาอย่างดี ไม่มีเสียหายครับ” (หนึ่ง, ผู้ป่วยยาเสพติด, สัมภาษณ์)*
>
> *“เป็นการเห็นทั้งสองฝ่ายเป็นการพูดคุยเห็นผ่านจอคอม ผ่านโทรศัพท์...ผู้ป่วยจะใช้ผ่านแอปมือถือ ส่วนเราใช้ผ่านคอมพิวเตอร์...ใช้ในการให้ยาแล้วก็ส่งทางไปรษณีย์...ดีเอ็มเอส เมเลเมด” (ต้อม, ผู้เคยเสพยาเสพติด, สัมภาษณ์)*

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) เกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน โดยรวมอยู่ระดับมาก ในด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเกี่ยวกับโรคมารักษาและป้องกันตนเอง การรู้เท่าทันสื่อเรื่องโรค มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพและป้องกัน แสดงให้เห็นว่าในเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนนั้นประชาชนมีแนวโน้มที่จะนำข้อมูลจากแพทย์ พยาบาลเกี่ยวกับโรค มาวางแผนดูแลตนแง ตั้งเป้าหมายและวางแผนลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค มีความสามารถในการรู้เท่าทันสื่อ ตรวจสอบ เปรียบเทียบ ไม่เชื่อโดยง่ายกับสื่อต่าง ๆ ที่นำเสนอ

ข้อมูลโรค รวมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อโรค อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสารกับแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ยังอยู่แค่ระดับปานกลาง สะท้อนว่าประชาชนยังเข้าถึงข้อมูลได้ไม่มากนัก ยังไม่สามารถพูดคุยกับแพทย์ พยาบาลเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการโรคเฉพาะทางที่ยุ่งยากซับซ้อนได้มากนัก เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ซึ่งเป็นระดับความสามารถที่ประชาชนในทุกกลุ่มทุกช่วงอายุ ใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทาง สุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข สื่อต่าง ๆ และได้เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้ เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเองตามความเหมาะสม และจัดการสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2560; ชินตา เตชะวิจิตรจารุ, 2561)

เมื่อพิจารณาความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) เกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนแยกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 46-59 ปี มีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนโดยรวม อยู่ระดับมาก และอยู่ระดับมากทุกด้าน สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มอายุวัยนี้เป็นวัยที่มีประสบการณ์ไม่ว่าจะเป็นหน้าที่การงาน และชีวิตครอบครัว พัฒนาการทางร่างกายของวัยนี้จะเริ่มถดถอยแบบค่อยเป็นค่อยไป สามารถสังเกตจาก ผิวหนังเหี่ยวย่น มีริ้วรอยบนใบหน้า ผมเริ่มร่วงและเริ่มจากเปลี่ยนเป็นสีขาว มีไขมันสะสมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ระบบสัมผัสเริ่มเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการมองเห็นและการได้ยินเริ่มลดลง และหูตึง รวมทั้งระบบประสาทก็เริ่มเสื่อมเหมือนกัน และยังส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมและสติปัญญาด้วย กล่าวได้ว่าเป็นวัยที่เริ่มมีปัญหาสุขภาพและเจ็บป่วย สิ่งสำคัญในวัยนี้คือเรื่องการดูแลสุขภาพและการรักษาโรคที่เกิดจากความเสื่อมถอยของสุขภาพร่างกาย มีความเป็นได้ว่าเป็นตัวแปรกระตุ้นให้เกิดการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพนำมาใช้ในการดูแลยุขภาพ การเจ็บป่วย ประกอบกับเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดโรคได้มากและเข้ารับการรักษาและฟื้นฟูจึงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมากกกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ กลุ่มอายุ 60 ขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสื่อมโทรมถดถอยด้านสุขภาพร่างกายมากขึ้น กลับมีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนโดยรวม อยู่ระดับปานกลาง ในด้านการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ และการสื่อสารเกี่ยวกับโรค ซึ่งอาจจะเสื่อมถอยไปตามสภาพร่างกาย อย่างไรก็ตาม กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป กลับมีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการป้องกันและรักษาและแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพและป้องกันระดับมา ซึ่งมีความเป็นได้ว่า มาจากปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยจึงจำเป็นต้องดูและสุขภาพมากกกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ สำหรับกลุ่มอายุ 18-30 ปี และ กลุ่มอายุ 31-45 ปี มีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค อยู่ระดับปานกลาง เป็นไปตามพัฒนาการของช่วงวัยหนุ่มสาว และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ที่มีความแข็งแรงด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มอายุผู้จะก้าวสู่วัยผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ

จึงให้ความสำคัญกับข่าวสารเรื่องสุขภาพและโรคน้อยกว่า อย่างไรก็ตามกลุ่มอายุ 2 กลุ่มนี้มีการรู้เท่าทันสื่อเรื่องโรคระดับมาก แสดงให้เห็นว่าเป็นกลุ่มที่มีทักษะการใช้สื่อที่ดี ไม่เชื่อตามที่สื่อนำเสนอทันทีโดยง่าย

6.3 ข้อเสนอแนะเชิงการประยุกต์ใช้

6.3.1 ประชาชนรับรู้ประโยชน์ของโทรเวชกรรมระดับมาก แต่รับรู้ความง่ายในการใช้งานระดับปานกลาง ซึ่งมีผลต่อการใช้บริการโทรเวชกรรมที่ยังมีเพียงแค่จำนวนเกินครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมาเล็กน้อย ดังนั้นการเพิ่มจำนวนผู้ใช้บริการโทรเวชกรรม ควรเน้นการออกแบบและขั้นตอนการใช้งานที่ง่ายสำหรับผู้ใช้งานทั่วไป

6.3.2 ผลการวิจัยบ่งชี้ว่า ประชาชนมีการตัดสินใจยอมรับและใช้งานโทรเวชกรรมแล้ว แต่อาจจะได้รับผลกระทบจากประสบการณ์การใช้งานทั้งดีและไม่ดี ที่นำไปสู่การสร้างทัศนคติต่อโทรเวชกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งจะส่งผลต่อความต่อเนื่องของการใช้บริการโทรเวชกรรม ดังนั้นการให้บริการโทรเวชกรรมจำเป็นต้องเน้นคุณภาพการให้บริการทั้งการสร้างประโยชน์ในการรักษา ดูแล ฟื้นฟูผู้ป่วย ขั้นตอนการให้บริการที่ใช้เทคโนโลยีที่ง่ายสำหรับผู้ใช้งาน (User friendly) รวมทั้งการออกแบบวิธีการที่ผู้ใช้จะใช้งานเทคโนโลยี (User Interface; UI) ที่ช่วยสร้างประสบการณ์การใช้งาน (User Experience; UE) ที่ดีด้วย

6.3.3 ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสารกับแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ยังอยู่แค่ระดับปานกลาง สะท้อนว่าประชาชนยังเข้าถึงข้อมูลได้ไม่มากนัก ยังไม่สามารถพูดคุยกับแพทย์ พยาบาล เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการโรคเฉพาะทางที่ยุ่งยากซับซ้อนได้มากนัก ดังนั้นควรพิจารณาให้ความสำคัญกับการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารให้เข้าถึงประชาชน แพทย์ พยาบาล ให้เวลากับการพูดคุย ให้คำปรึกษา อธิบายการรักษาโรคที่ยุ่งยากซับซ้อนในความเข้าใจของผู้ป่วยมากขึ้น โดยสามารถออกแบบผลิตสื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคยุ่งยากซับซ้อน นำโทรเวชกรรมมาใช้ในการอธิบายการรักษา ให้คำปรึกษา ติดตามดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วย

6.3.4 กลุ่มอายุ กลุ่มอายุ 46-59 ปี มีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนโดยรวมอยู่ระดับมาก ซึ่งควรพิจารณาเป็นกลุ่มที่จะสามารถส่งเสริมให้ให้บริการโทรเวชกรรมมากขึ้น จะช่วยให้การบริการสุขภาพที่มุ่งเปลี่ยนจากโรงพยาบาลเป็นฐานไปสู่การให้บริการโดยผู้รับบริการเป็นฐาน (Personal Based Medical Service) ด้วยโทรเวชกรรมตามยุทธศาสตร์ของกรมการแพทย์

6.4 ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคต

ประเด็นที่ยังเป็นช่องว่างทางองค์ความรู้เกี่ยวกับการให้บริการโทรเวชกรรม และความรอบรู้ทางสุขภาพในเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ที่เสนอสำหรับการวิจัยในอนาคต โดยค้นหาองค์ความรู้ที่นำมาใช้ในการกำหนดแนวทางการออกแบบบริการโทรเวชกรรมในการให้บริการแต่ละโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน โดยมีการศึกษาเจาะลึกในแต่ละโรคตาม การให้ความสำคัญของกรมการแพทย์ ในประเด็นดังนี้

6.4.1 ประสิทธิผลและปัจจัยเกี่ยวข้องของโทรเวชกรรมในกระบวนการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน

6.4.2 การใช้โทรเวชกรรมเชิงยุทธศาสตร์เพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน

6.4.3 การพัฒนาต้นแบบและข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์การให้บริการ แบบผู้รับบริการเป็นฐาน (Personal Based Medical Service) ด้วยโทรเวชกรรมในโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กาญจนา แก้วเทพ. (2552). *การวิเคราะห์สื่อ: แนวคิดและเทคนิค.* กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.

กฤษดา เกิดดี. (2543). *ประวัติศาสตร์ภาพยนตร์: การศึกษาว่าด้วย 10 ตระกูลสำคัญ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์พิมพ์คำ.

กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยยึดชุมชนเป็นฐานราก : ชุมชนลดความเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs).* กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, สำนักโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข.

กรมการแพทย์. (2562). *แผนยุทธศาสตร์กรมการแพทย์ พ.ศ. 2562 (ระยะที่ 1 ปฏิรูประบบ พ.ศ. 2560-2564).* กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข.

กรมการแพทย์ (2564). *ยุทธศาสตร์กรมการแพทย์*. สืบค้นจาก https://www.dms.go.th/backend

กรมการแพทย์. (ม.ป.ป.). *แผนปฏิบัติราชการระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2563 – 2565).* กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข.

กรมควบคุมโรค. (2559). *ข้อเสนอ (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยที่ตอบสนองต่อ ๙ เป้าหมาย ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๘.* ศูนย์พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

กรมควบคุมโรค. (2561). *รายงานผลการดำเนินงานกรมควบคุมโรค รอบ 6 เดือน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 (1 ตุลาคม 2560-31 มีนาคม 2561).* กองแผนงาน กรมควบคุมโรค.

กองสุขศึกษา. (2556). *ความฉลาดทางสุขภาพเส้นทางสู่.....:หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง ความดันโลหิตสูงหัวใจและหลอดเลือด.* กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข.

จักรกฤษฎ์ แก้วประเสริฐ, และคณะ. (2565). การพัฒนาภาพยนตร์สั้นรณรงค์ป้องกันนักสูบหน้าใหม่ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา. *วารสารนิเทศศาสตร์ปริทัศน์, 26*(2), 66-77.

ณัฐพร พวงเกตุ. (2559). *ผลของการชมภาพยนตร์สั้นไทยที่มีต่อความใส่ใจของวัยรุ่นตอนปลาย: : การศึกษาศักย์ไฟฟ้าสมองสัมพันธ์กับเหตุการณ์.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญาวิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา.

ชลธิชา แก้วอนุชิต, ขวัญศิริ ทองพูน, และ อัมมาดา ไชยกาญจน์. (2558). *เอกสารประกอบการพิจารณา สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ.* สำนักวิชาการ, สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.

ชญานิศวร กุลรัตนมณีพร. (2551) ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริการโทรเวชกรรม กรณีศึกษา: อำเภออ่าวลึกจังหวัดกระบี่. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต. วิทยาลัยประชากรศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชัยวัฒน์ ล้วนคงสมจิตร. (2550). *การสื่อสารในเครือข่ายของโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่มูลนิธิหมอชาวบ้าน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะนิเทศศาสตร์

ชินตา เตชะวิจิตรจารุ (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพ:กุญแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. *วารสารพยาบาลทหารบก. 19*, 1-11.

พรรณณี วาทิสุนทร, และ กฤติกา เฉิดโฉม. (2552). *การศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดระบบบังคับบำบัดและระบบสมัครใจ.* กลุ่มพัฒนาระบบงานยาเสพติด, สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์.* พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

พิมพิศา ศักดิ์สองเมือง, และคณะ. (2564). ผลของกิจกรรมประกอบการดูหนังสั้นต่อความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้น. *วารสารวิจัยกาพยาบาลและสุขภาพ, 22*(1), 67-79.

แพทย์สภา. (2563). *ประกาศแพทยสภา ที่ 54/2563 เรื่อง แนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (telemedicine) และคลินิกออนไลน์*. สืบค้นจาก https://tmc.or.th/

ภัทรวินท์ อัตตะสาระ. (2564). *เอกสารบรรยายเรื่อง “DMS Virtual Hospitals, DMS Telemedicine: A Way to Personal based Medicine*. สำนักดิจิทัลการแพทย์, กรมการแพทย์. สืบค้นจาก https://ict.dmh.go.th/

รักศานต์ วิวัฒน์สินอุดม, และคณะ. (2551). *การผลิตภาพยนตร์เบื้องต้น.* นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

วิวัฒน์ เอกบูรณะวัฒน์. (2562). *“อาชีวเวชศาสตร์คืออะไร”* สืบค้นจาก https://www.summacheeva.org/article/what_is

เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. (ม.ป.ป.). *เฮลแคร์ดอตคอม.* สืบค้นจาก https://www.healthcarethai.com/เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม/

ศูนย์ข้อมูลข่าวอาเซียน. (2561). *WHO จัดอันดับไทยจัดการโรคไม่ติดต่อที่ 3 ของโลก ที่ 1 ในอาเซียน.* ศูนย์ข้อมูลข่าวอาเซียน, กรมประชาสัมพันธ์.

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2560). *ยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 – 2569*. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

สมเกียรติ โพธิสัตย, และคณะ. (2557). *การทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. สถาบันวิจัยและการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข.

สมสุข หินวิมาน. (2545). ละครโทรทัศน์: เรื่องของ “ตบๆ จูบๆ” และ “ผัวๆ เมียๆ” ในสื่อ “น้ำเน่า”. ใน กาญจนา แก้วเทพ และคณะ, *สื่อบันเทิง: อำนาจแห่งความไร้สาระ* (น. 173-247). กรุงเทพมหานคร: All About Print (ออล อเบ้าท์ พริ้นท์).

สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล (ม.ป.ป). *โอกาสของโลกดิจิทัลในสังคมสูงวัย.* สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล. สืบค้นจาก https://www.depa.or.th/

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). *(ร่าง)ยุทธ์ศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579)*. สืบค้นจาก https://www.nesdb.go.th/

สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร์. (2559). *ภาครัฐไทยกับการก้าวเข้าสู่รัฐบาลดิจิทัล.* สำนักวิชาการ, สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร์

หนึ่งฤทัย ขอผลกลาง, และกิตติ กันภัย. (2553). งานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพ: กลไกในการพัฒนาสังคม. *Suranaree J.Soc.Sci., 4*(1), 65-77.

อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย.* รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. กองสุขศึกษา, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข.

อลิสรา รุ่งนนทรัตน์ ชรินทร์สาร. (2561). *การสื่อสารการตลาดแบบบูรณาการ: ต่อให้ติดใกล้ชิดผู้บริโภคในโลกไรรอยต่อ* (พิมพ์ครั้งที่ 1) กรุงเทพฯ: เอ็กซเปอร์เน็ท.

อภิสิทธิ์ ปุรสาชิต. (2557). *การออกแบบเรขศิลป์สำหรับภาพยนตร์ไทยตระกูลต่าง ๆ โดยใช้ไทโปกราฟีเป็นองค์ประกอบหลัก.* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะศิลปกรรมศาสตร์

อิริยาพร อุดทา, และอริชัย อรรคอุดม. (2560). กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพออนไลน์ผ่านสื่อเฟซบุ๊กของโรงพยาบาลพญาไท. *วารสารครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, 5*(2), 145-156.

3 จุดเปลี่ยน “Media Plan Strategy” จากยุคทีวีโมทีวี สู่ยุค Big Data ดึงความสนใจแบรนด์ใน 8 วินาที. (7 กุมภาพันธ์ 2561) Insight สืบค้นจาก https://www.brandbuffet.in. th

ภาษาอังกฤษ

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.

Cankurtaran, O., & Tekindal, M. (2015). The effect of group work on the self-efficacy of social work students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 174*, 1124 – 1128.

Cherry, K. (2020). *Attitudes and Behavior in Psychology*. Retrieved from https://www.scribd.com/document/499667747/Attitudes-and-Behavior-in-Psychology-1#

Chuttur, M. (2009). Overview of the technology acceptance model: Origins, Developments and Future directions. https://aisel.aisnet.org/sprouts_all/290

Davis, F. D. (1985). Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use,and User Acceptance of Information Technology. *MIS Quarterly, 13*(3), 319-340.

Davis, F. D., Bagozzi, R. P., & Warshaw, P. R. (1989). User Acceptance of Computer Technology: A Comparison of Two Theoretical Models. *Management Science*, 35(8), 982-1003.

Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee on the Science of Adolescence. (2011). *The Science of Adolescent Risk-Taking: Workshop Report.* Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53409/

Morris, M. G., & Venkatesh, V. (2000). Age differences in technology adoption decisions:Implications for a changing workforce. *Personnal Psychology, 53*(2), 375-403.

Pfeiffer, C. (2013). Giving Adolescents a Voice? Using Videos to Represent Reproductive Health Realities of Adolescents in Tanzania. *Qualitative Social Research, 14*(3), 1-21.

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York: Free Press.

Schultz, R. L., & Slevin, D. P. (1975). Implementation and organizartional validity: An Emprircal Inverstigation. In R. L. Schultz & D. P. Selvin (Eds.). *Implementing operations research mamagement science.* New York: American Elsevier.

Swanson, E. B. (1982). Measuring user attitudes in MIS research: A review. *Omega international Journal of Management Science*, 10(2), 157-165.

ภาคผนวก ส่วนที่ 2

ก. ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

ข. แบบสอบถามการวิจัย

ค. แบบคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก

ง. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (การวิจัยเชิงสำรวจ)

จ. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (การสัมภาษณ์เชิงลึก)

ภาคผนวก ส่วนที่ 2

ก. ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์: 02-218-3202, 02-218-3049 Email: eccu@chula.ac.th

COA No. 062/66

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 650208 : ความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม และการพัฒนาสื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชน เรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนตามภารกิจกรมการแพทย์

ผู้วิจัยหลัก : รองศาสตราจารย์ ดร. พนม คลี่ฉายา

หน่วยงาน : ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณาโดยใช้หลักของ Belmont Report 1979, Declaration of Helsinki 2013, Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOM) 2016, มาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ค.) 2560, นโยบายแห่งชาติและแนวทางปฏิบัติการวิจัยในมนุษย์ 2558 อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม 

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ปรีดา ทัศนประดิษฐ)

ประธาน

ลงนาม 

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ระวีนันท์ มิ่งภัคนีย์)

กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 29 มีนาคม 2566

วันหมดอายุ : 28 มีนาคม 2567

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

1.เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

2.โครงการวิจัย

3.ผู้วิจัย

4.เครื่องมือวิจัย

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย

3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด

4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น

5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ

6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ

7. หากยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนดต้องแจ้งคณะกรรมการฯ ภายใน 2 สัปดาห์พร้อมคำชี้แจง

8. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 01-15) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

9. โครงการวิจัยที่มีหลายระยะ จะรับรองโครงการเป็นระยะ เมื่อดำเนินการวิจัยในระยะแรกเสร็จสิ้นแล้ว ให้ดำเนินการส่งรายงานความก้าวหน้า พร้อมโครงการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องในระยะถัดไป

10. คณะกรรมการฯ สงวนสิทธิ์ในการตรวจเยี่ยมเพื่อติดตามการดำเนินการวิจัย

11. สำหรับโครงการวิจัยจากภายนอก ผู้บริหารส่วนงาน กำกับการดำเนินการวิจัย



เลขที่โครงการวิจัย 650208
วันที่รับรอง 29 มี.ค. 2566
วันที่หมดอายุ 28 มี.ค. 2567

Digital Certificate

This application was created using the trial version of the XtraReports.

ภาคผนวก ส่วนที่ 2

ข. แบบสอบถามการวิจัย

แบบสอบถาม

โครงการวิจัยเรื่อง “ความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม และการพัฒนาสื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชน เรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ตามภารกิจกรมการแพทย์”

****

คำถามคัดกรองผู้ตอบแบบสอบถาม

1. ท่านมีอายุ 18 ปี หรือมากกว่า ใช่หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ปิดการเก็บข้อมูล)

2. ท่านเคยได้ยินคำต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 คำ ใช่หรือไม่

- วิดีโอคอลกับคุณหมอ
- การขอคำปรึกษาคุณหมอผ่านไลน์ หรือ แอปพลิเคชัน หรือ โทรศัพท์
- การรับยาที่บ้าน โดยไม่ต้องไปโรงพยาบาล
- แพทย์หรือพยาบาลติดตามอาการผ่านไลน์ หรือ แอปพลิเคชัน หรือ โทรศัพท์
- โทรเวชกรรม
- เทเลเมดดิซีน (Telemedicine)
- การแพทย์ทางไกล

☐ เคย ☐ ไม่เคย (ปิดการเก็บข้อมูล)

3. ท่านเคยได้ยิน ได้ฟัง อ่านข่าวสารเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง หรือ โรคมะเร็ง หรือ การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด หรือ การเจ็บป่วยจากการทำงานหรือสถานที่ทำงาน หรือไม่

☐ เคย ☐ ไม่เคย (ปิดการเก็บข้อมูล)

4. ท่านยินยอมตอบคำถามในแบบสอบถามการวิจัย หรือไม่

☐ *ยินยอม* ☐ *ไม่ยินยอม (ปิดการเก็บข้อมูล)*

สำหรับผู้เก็บข้อมูล

<u>จังหวัดพื้นที่เก็บข้อมูล</u>

☐ 1) เชียงราย ☐ 2) นครสวรรค์ ☐ 3) หนองคาย ☐ 4) อุบลราชธานี ☐ 5) จันทบุรี ☐ 6) ชุมพร

☐ 7) สงขลา ☐ 8) กาญจนบุรี ☐ 9) กรุงเทพมหานครและปริมณฑล



เลขที่โครงการวิจัย 650208
วันที่รับรอง 29 มี.ค. 2566
วันที่หมดอายุ 28 มี.ค. 2567

คำชี้แจง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจและอธิบายความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม (Telemedicine) หมายรวมถึงระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่ (Mobile Health) ของประชาชน ในเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด อาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม และวัดระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนดังกล่าว การประมวลผลจะกระทำในภาพรวมโดยไม่มีการระบุตัวบุคคล ดังนั้นขอความกรุณาท่านตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลตัวบุคคล 2) ความเข้าใจเกี่ยวกับโทรเวชกรรม 3) ประสบการณ์การใช้โทรเวชกรรม 4) ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ลงใน ☐ หรือตารางให้ตรงกับข้อมูล ความจริง และความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

<u>ส่วนที่ 1 ข้อมูลตัวบุคคล</u>

1. เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ

☐ 18-30 ปี ☐ 31-45 ปี ☐ 46-59 ปี ☐ 60 ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา ☐ อนุปริญญา ปวช./ปวส.
☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี ☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ

4. สถานภาพ

☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย หย่าร้าง

5. อาชีพปัจจุบัน

☐ ไม่ได้ทำงาน อยู่บ้านเป็นพ่อบ้าน แม่บ้าน ☐ เกษียณอายุงานและไม่ได้ทำงาน
☐ ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ ☐ เกษตรกร / ทำนา ทำสวน ทำไร่
☐ ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย ☐ รับจ้าง
☐ พนักงานบริษัท เอกชน ลูกจ้าง ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

6. รายได้ปัจจุบันต่อเดือน

☐ 5,000 บาท หรือต่ำกว่า ☐ 5,001-10,000 บาท
☐ 10,001-20,000 บาท ☐ 20,001-30,000 บาท
☐ 30,001-40,000 บาท ☐ 40,001-50,000 บาท
☐ 50,001 บาท ขึ้นไป

7. ท่านมีอุปกรณ์เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตใดบ้าง ***(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)***

☐ คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ ☐ โน้ตบุ๊ก คอมพิวเตอร์พกพา
☐ แท็บเล็ต ☐ โทรศัพท์สมาร์ตโฟน
☐ ไม่มีอุปกรณ์เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1

เลขที่โครงการวิจัย 650208
วันที่รับรอง 29 มี.ค. 2566
วันที่หมดอายุ 28 มี.ค. 2567

8. ปัจจุบันท่านมีช่องทางติดต่อสื่อสารกับโรงพยาบาลเมื่อท่านเจ็บป่วยอย่างไรบ้าง ***(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)***

☐ ข้อความสั้น หรือเอสเอ็มเอส ☐ คุยทางโทรศัพท์

☐ ไลน์ ☐ เฟซบุ๊ก

☐ อีเมล ☐ แอปพลิเคชันโรงพยาบาล

☐ การเข้าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

9. ท่านใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพในข้อต่อไปนี้คล่องตัว ชำนาญ ราบรื่น เพียงใด

ความคล่องตัวในการใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพ	**ระดับคล่องตัวในการใช้งาน**					**ไม่เคยใช้**
	มากที่สุด	**มาก**	**กลางๆ**	**น้อย**	**น้อยที่สุด**	
1. หาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต						
2. ใช้อุปกรณ์เสริม หรือแอปพลิเคชันสุขภาพ เช่น สมาร์ตวอทช์ แอปวัดความดัน ตรวจระดับน้ำตาล การตรวจจับการหกล้ม						
3. การออกกำลังกายตามรายการบนยูทูบ หรือสื่อออนไลน์อื่น ๆ						
4. ใช้อุปกรณ์ภายในบ้านที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตเพื่อขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น เมื่อเกิดอุบัติเหตุในบ้าน เจ็บป่วยฉุกเฉิน						
5. ใช้แอปให้บริการสุขภาพของภาครัฐ เช่น แอปหมอพร้อม ไทยชนะ หมอชนะ แอปนัดหมอ						
6. นัดหมาย ขอคำปรึกษากับหมอหรือพยาบาลผ่านไลน์หรือแอปของหน่วยบริการ						



เลขที่โครงการวิจัย 650208
วันที่รับรอง 29 มี.ค. 2566
วันที่หมดอายุ 28 มี.ค. 2567

<u>ส่วนที่ 2 ความเข้าใจเกี่ยวกับโทรเวชกรรม</u>

10. ท่านเคยได้ยินเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ที่ให้บริการบนโทรศัพท์มือถือ สื่อออนไลน์ อินเทอร์เน็ต ต่อไปนี้หรือไม่
(การรู้จักลักษณะของบริการโทรเวชกรรม)

บริการทางการแพทย์ผ่านโทรศัพท์มือถือ สื่อออนไลน์ อินเทอร์เน็ต	เคยได้ยิน	ไม่เคยได้ยิน
1 ระบบปรึกษาทางไกลของแพทย์		
1.1 ท่านเคยเห็น/เคยได้ยินแพทย์ที่รักษาท่าน ขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญผ่านอินเทอร์เน็ตในการรักษาโรคให้ท่าน		
1.2 ท่านเคยเห็น/เคยได้ยินแพทย์ที่รักษาท่านมีการประชุมปรึกษาวางแผนการรักษากับแพทย์คนอื่น ๆ เพื่อรักษาโรคของท่าน		
2. การรับบริการจากโรงพยาบาลผ่านโทรเวชกรรม		
2.1 การจองคิวนัดหมายแพทย์ล่วงหน้าผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน โทรศัพท์		
2.2 การลงทะเบียนด้วยระบบยืนยันตัวตนด้วยโทรศัพท์มือถือ		
2.3 การตรวจสอบสิทธิ์การรักษาผ่านตู้อัตโนมัติ (Kiosk) ที่โรงพยาบาล แอปพลิเคชัน		
2.4 การนำทางภายในโรงพยาบาลผ่านโทรศัพท์มือถือ		
2.5 การสอบถามวิธีการใช้ยาจากเภสัชกรผ่านโทรศัพท์มือถือ		
2.6 การส่งยาทางไปรษณีย์		
2.7 การตรวจติดตามผลการรักษา แจ้งผลการตรวจ ผ่านโทรศัพท์มือถือ		
2.8 การลงนามให้ความยินยอมรับการผ่าตัดหรือฉายแสงหรือตรวจรักษา ผ่านโทรศัพท์มือถือ		
3. การรับบริการแพทย์ทางไกล		
3.1 การปรึกษาแพทย์ที่เป็นเจ้าของไข้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์		
3.2 การส่งข้อมูล ประวัติการรักษาของผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล โดยไม่ต้องกลับไปขอประวัติการรักษา		
3.3. การเก็บข้อมูลสุขภาพ ประวัติการรักษาขอท่านเองไว้ในโทรศัพท์มือถือส่วนตัวของท่าน		
3.4 การติดตามดูแลสุขภาพผ่านโทรศัพท์มือถือ โดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล		



เลขที่โครงการวิจัย 650208
วันที่รับรอง 29 มี.ค. 2566
วันที่หมดอายุ 28 มี.ค. 2567

11. ข้อความต่อไปนี้ตรงกับความคิดของท่านมากน้อยเพียงใด

(การรับรู้ประโยชน์จากการใช้งาน)

บริการโทรเวชกรรม (Telemedicine) หมายถึง การนัดหมาย การปรึกษาแนะนำการดูแลสุขภาพ การรักษาโรคจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ในโรงพยาบาลที่ให้บริการแก่ท่าน ผ่านเทคโนโลยีทางไกล เช่น โทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต

ข้อความ	ระดับที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน				
	มากที่สุด	มาก	กลาง ๆ	น้อย	น้อยที่สุด
1. บริการโทรเวชกรรมช่วยให้ท่านได้รับบริการทางการแพทย์ได้รวดเร็วขึ้น					
2. บริการโทรเวชกรรมช่วยให้ท่านได้รับการรักษาอย่างไม่แตกต่างจากการเข้ารับบริการหรือการรักษาที่โรงพยาบาล					
3. บริการโทรเวชกรรมช่วยให้ท่านไม่ต้องเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายการเดินทาง ไม่ต้องมารอคอยที่โรงพยาบาล					
4. บริการโทรเวชกรรมช่วยให้ท่านได้รับความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤตจนพ้นขีดอันตรายได้					
5. เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ท่านสามารถขอคำปรึกษาจากแพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพ ผ่านบริการโทรเวชกรรมได้					
6. บริการโทรเวชกรรมสามารถให้การรักษาพยาบาลได้กับทุกโรค					
7. บริการโทรเวชกรรมช่วยวินิจฉัยโรคของท่านได้แม่นยำ					
8. บริการโทรเวชกรรมช่วยผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาโรคจนอาการดีขึ้น					
9. บริการโทรเวชกรรมช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวไปรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า					
10. บริการโทรเวชกรรมช่วยให้ท่านได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด					
11. บริการโทรเวชกรรมช่วยรักษาข้อมูลส่วนบุคคลของท่านให้มีความปลอดภัย					
12. บริการโทรเวชกรรมมีความน่าไว้วางใจในการรักษาเหมือนกับท่านได้ไปพบแพทย์ตัวต่อตัว					



เลขที่โครงการวิจัย 650208
วันที่รับรอง 29 มี.ค. 2566
วันที่หมดอายุ 28 มี.ค. 2567

12. ข้อความต่อไปนี้ตรงกับความคิดของท่านมากน้อยเพียงใด

(รับรู้ถึงความง่ายในการใช้งาน)

ข้อความ	ระดับที่ตรงกับความคิดของท่าน				
	มากที่สุด	มาก	กลาง ๆ	น้อย	น้อยที่สุด
1. บริการโทรเวชกรรมเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน					
2. บริการโทรเวชกรรม ทำให้รู้สึกว่าการพบหมอไม่ใช่สิ่งที่ยุ่งยากน่ากลัว					
3. บริการโทรเวชกรรมตอบสนองความต้องการใช้บริการทางการแพทย์ของท่านได้					
4. บริการโทรเวชกรรมใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยาก					
5. ใคร ๆ ก็สามารถใช้บริการโทรเวชกรรมได้ด้วยตนเอง					
6. บริการโทรเวชกรรมช่วยให้เข้าถึงแพทย์ได้อย่างสะดวก					
7. ท่านจะแนะนำเพื่อนหรือคนรู้จักให้ใช้บริการโทรเวชกรรม					
8. ยิ่งท่านได้ใช้บริการโทรเวชกรรมมากขึ้นท่านก็ยิ่งใช้ได้อย่างคล่องแคล่วขึ้น					
9. สิ่งที่แพทย์หรือพยาบาลให้คำแนะนำ คำปรึกษากับท่านผ่านโทรเวชกรรม ท่านเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้จริง					
10. ท่านสามารถสอนหรือแนะนำผู้อื่นให้ใช้บริการโทรเวชกรรมได้อย่างมั่นใจ					
11. ท่านใช้โทรศัพท์มือถือเป็นอุปกรณ์ที่ใช้งานบริการโทรเวชกรรมได้					
12. บริการโทรเวชกรรมช่วยให้การส่งต่อข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลได้สะดวกง่ายขึ้น					



เลขที่โครงการวิจัย 650208
วันที่รับรอง 29 มี.ค. 2566
วันที่หมดอายุ 28 มี.ค. 2567

<u>ส่วนที่ 3 ประสบการณ์การใช้โทรเวชกรรม</u>

13.ท่านเคยใช้โทรเวชกรรมหรือไม่

☐ เคย

☐ ไม่เคย (<u>ถ้าไม่เคย ข้ามไปตอบ ส่วนที่ 4</u>)

14. ลักษณะการใช้โทรเวชกรรมของท่านเป็นอย่างไร ***(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)***

☐ ใช้ได้ด้วยตนเอง ไม่มีใครช่วย

☐ ใช้โดยมีบุคคลในครอบครัว หรือ เพื่อนบ้านช่วย

☐ ใช้โดยมีคุณหมอช่วย

☐ ใช้โดยมีพยาบาลช่วย

☐ ใช้โดยมีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลช่วย

☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

15.ท่านใช้บริการโทรเวชกรรมมานานแค่ไหน

☐ 1 – 2 เดือน ☐ 3 – 4 เดือน

☐ 5 – 6 เดือน ☐ 7 – 8 เดือน

☐ มากกว่า 8 เดือน

16. ท่านใช้บริการโทรเวชกรรมแบบใด ***(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)***

☐ จองคิวนัดหมายมาหาหมอล่วงหน้า

☐ ลงทะเบียนด้วยระบบยืนยันตัวตนผ่านโทรศัพท์มือถือ

☐ การรับยาทางไปรษณีย์

☐ ลงนามให้ความยินยอมอิเล็กทรอนิกส์ (e-Consent)

☐ ปรึกษาแพทย์ที่เป็นเจ้าของไข้หรือพยาบาลผ่านไลน์

☐ ติดตามดูแลสุขภาพกับแพทย์หรือพยาบาลผ่านไลน์

☐ ติดตามการรักษาผ่านไลน์ โดยไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล

☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....



เลขที่โครงการวิจัย 650208
วันที่รับรอง 29 มี.ค. 2566
วันที่หมดอายุ 28 มี.ค. 2567

<u>ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน</u>

ในการตอบคำถามส่วนที่ 4 นี้ ให้ท่านนึกถึงนิยาม โรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนว่า หมายถึง โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด การเจ็บป่วยจากการทำงานหรือสถานที่ทำงาน

17. ข้อความต่อไปนี้ตรงกับพฤติกรรมหรือการกระทำของท่านมากน้อยเพียงใด

ข้อความ	ระดับ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูล					
1. ท่านสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ยุ่งยากซับซ้อนได้ด้วยตนเอง					
2. ท่านรู้วิธีการค้นหาและสามารถใช้อุปกรณ์ เพื่อค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนได้ทางอินเทอร์เน็ต					
3. ท่านสามารถพบแพทย์ หรือ พยาบาล หรือ อสม. เพื่อขอข้อมูลเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนได้					
4. เมื่อท่านต้องการทราบเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ท่านสามารถสืบค้นผ่านระบบคอมพิวเตอร์ และแหล่งข้อมูลอื่นได้					
5. ท่านตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโรคยุ่งยากซับซ้อนจากแหล่งข้อมูลหลายแหล่งได้					
ด้านที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ยุ่งยากซับซ้อน					
6. ท่านเข้าใจว่าโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน อาจเกิดขึ้นได้กับทุกคน					
7. ท่านเข้าใจวิธีการรักษาโรคที่ยุ่งยากซับซ้อนได้					
8. ท่านทราบว่าท่านสามารถสังเกตอาการบ่งชี้ของโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนได้					
9. ท่านรู้ดีว่าโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต					
10. ท่านทราบดีว่าโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถป้องกันการเกิดโรคได้ด้วยวิธีใด					
ด้านที่ 3 การสื่อสารเกี่ยวกับเรื่องโรค					
11. ท่านสามารถบอกหมอได้ เมื่อคุณหมอซักถามอาการเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน					
12. ท่านสามารถอ่านและเข้าใจฉลากยาที่รักษาโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนได้					



เลขที่โครงการวิจัย 650208
วันที่รับรอง 29 มี.ค. 2566
วันที่หมดอายุ 28 มี.ค. 2567

ข้อความ	ระดับ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
13. ท่านสามารถพูดคุยกับแพทย์/พยาบาล เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนได้					
14. ท่านสามารถรับฟังสิ่งที่แพทย์ พยาบาล บอกเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนได้อย่างเข้าใจ และนำไปปฏิบัติได้					
15. ในขณะรับฟังในประเด็นที่ท่านยังไม่เข้าใจ ท่านสามารถโต้ตอบหรือซักถามแพทย์และพยาบาลที่ให้คำแนะนำได้					
ด้านที่ 4 การใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการป้องกันและรักษา					
16. ท่านได้ใช้ข้อมูลที่ได้จากแพทย์หรือพยาบาล เกี่ยวกับ โรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน มาวางแผนการดูแลตนเอง และรักษาตามแผนการรักษานั้นได้					
17. ท่านตั้งเป้าหมายและวางแผนที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน					
18. ท่านพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ และสังเกตสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ					
19. ท่านนำผลการตรวจสุขภาพมากำหนดเป็นเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง					
20. ท่านพยายามปรับปรุง เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และพฤติกรรมเมื่อจำเป็นต้องรักษาอาการป่วยจากโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน					
ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อเรื่องโรค					
21. ท่านตระหนักดีว่า การเชื่อโฆษณาอาหาร ขนม อาหารเสริม และยา อาจเสี่ยงต่อการเป็นโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน					
22. ท่านไม่เชื่อข้อมูลเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนจากแฟนเพจที่มีจำนวนผู้ติดตามจำนวนมากทันที					
23. ท่านไม่เชื่อวิธีการรักษาโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนด้วยสมุนไพรจากคำแนะนำของเพื่อนสนิททันที					
24. ท่านจะตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนก่อนจะเชื่อว่าเป็นจริงเสมอ					
25. ท่านเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน จากหลายแหล่งข้อมูล เพื่อให้มั่นใจว่าน่าเชื่อถือ					



เลขที่โครงการวิจัย 650208
วันที่รับรอง 29 มี.ค. 2566
วันที่หมดอายุ 28 มี.ค. 2567

ข้อความ	ระดับ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านที่ 6 การแสดงพฤติกรรมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและป้องกัน					
26. ท่านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน เช่น งดสุรา งดสูบบุหรี่ ลดความเครียด ปรับพฤติกรรมการบริโภค เพิ่มการออกกาลังกาย					
27. ท่านอธิบายให้คนรอบข้างทราบว่าการออกกำลังกายช่วยลดความเสี่ยงการเป็นโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน					
28. ท่านให้คำแนะนำผู้อื่นเกี่ยวกับวิธีการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน					
29. ท่านเตือนคนใกล้ชิดให้ระมัดระวังและป้องกันโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนอยู่บ่อย ๆ					

********* ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม **********



เลขที่โครงการวิจัย 650208
วันที่รับรอง 29 มี.ค. 2566
วันที่หมดอายุ 28 มี.ค. 2567

ภาคผนวก ส่วนที่ 2

ค. แบบคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

โครงการวิจัยเรื่อง “ความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม และการพัฒนาสื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชน เรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ตามภารกิจกรมการแพทย์”

ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยง

****

ประเด็นที่ 1 : แรงจูงใจที่มีต่อการใช้บริการโทรเวชกรรม

- ท่านมีอุปกรณ์เทคโนโลยีอะไรบ้าง เช่น โทรศัพท์มือถือ แทปเล็ต คอมพิวเตอร์ แต่ละอุปกรณ์ท่านใช้งานได้คล่องแคล่วมากน้อยเพียงใด
- ท่านใช้แอปพลิเคชันอะไรบ้างบนโทรศัพท์มือถือ ใช้งานอะไรบ้าง
- ท่านให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพใดบ้าง มากน้อยเพียงใด เพราะอะไร
- ท่านเคยได้ยินเรื่องราวเกี่ยวกับการรักษาทางไกล ผ่านอุปกรณ์มือถือ โดยไม่ต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล หรือไม่ ถ้าเคย ช่วยเล่าให้ฟังหน่อย
- ท่านเชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นเคราะห์กรรมจากชาติก่อน หรือเป็นเพราะเราดูแลสุขภาพไม่ดีพอ หรือเรากินอยู่แบบเสี่ยงต่อโรคภัย หรือกว่าจะป่วยก็อีกนาน ต้องแก่จึงจะป่วย หนุ่มสาวไม่ป่วยหรอก

ประเด็นที่ 2 : ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน

- ***(สำหรับผู้ป่วย)*** ท่านคิดว่าโรคที่รักษาอยู่นี้ (ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด การเจ็บป่วยจากการทำงานหรือสถานที่ทำงานหรือสิ่งแวดล้อม) เป็นโรคที่มีการรักษายุ่งยากซับซ้อนหรือไม่ ป้องกันได้หรือไม่ อย่างไร ถ้าตอบว่าป้องกันได้ ให้ถามวิธีการป้องกัน
- โรคที่ท่านรักษาอยู่สามารถรักษาให้หายได้หรือไม่ ทำไมถึงคิดเช่นนั้น
- ***(สำหรับผู้ดูแลคนป่วย)*** ท่านคิดว่าโรคที่คนที่ท่านดูแลอยู่เป็นโรคที่มีการรักษายุ่งยากซับซ้อนหรือไม่ ป้องกันได้หรือไม่ อย่างไร ถ้าตอบว่าป้องกันได้ ให้ถามวิธีการป้องกัน
- สามารถรักษาให้หายได้หรือไม่ ทำไมถึงคิดเช่นนั้น
- ***(สำหรับกลุ่มเสี่ยง)*** ท่านคิดว่าท่านมีความเสี่ยงต่อโรค (ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด การเจ็บป่วยจากการทำงานหรือสถานที่ทำงานหรือสิ่งแวดล้อม) เพียงใด เพราะอะไร
- ท่านคิดว่าโรคที่ท่านมีความเสี่ยงอยู่นั้น เป็นโรคที่มีการรักษายุ่งยากซับซ้อนหรือไม่ ป้องกันได้หรือไม่ อย่างไร ถ้าตอบว่าป้องกันได้ ให้ถามวิธีการป้องกัน
- สามารถรักษาให้หายได้หรือไม่ ทำไมถึงคิดเช่นนั้น

ประเด็นที่ 3 : ความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม (Telemedicine)

- ท่านรู้จักโทรเวชกรรม หรือ Telemedicine หรือไม่ หรือ วิดีโอคอลกับหมอ ท่านเรียกคำนี้ว่าอย่างไร
- ตามความเข้าใจของท่าน โทรเวชกรรม คืออะไร ทำอะไรได้บ้าง
- ท่านคิดว่าการรักษาโรคผ่านโทรเวชกรรมมีความน่าเชื่อถือเท่าการไปพบคุณหมอที่โรงพยาบาลหรือไม่
- สิ่งที่ท่านพอใจมากเกี่ยวกับการรักษาผ่านโทรเวชกรรมคืออะไร
- telemedicine ในความคิดของท่านมีข้อเสียหรือไม่ อย่างไร
- หากให้ท่านนึกคำที่บ่งบอกความดีงามของโทรเวชกรรมที่มีต่อท่านในฐานะที่ใช้บริการจากโรงพยาบาล คืออะไร กรุณาอธิบายคำ ๆ นั้น



เลขที่โครงการวิจัย 650208
วันที่รับรอง 29 มี.ค. 2566
วันที่หมดอายุ 28 มี.ค. 2567

ประเด็นที่ 4 : ประสบการณ์การใช้บริการโทรเวชกรรม (สำหรับผู้ที่มีประสบการณ์ใช้โทรเวชกรรม)

- ท่านเคยใช้บริการโทรเวชกรรมตั้งแต่เมื่อใด ใช้มาเป็นระยะเวลาเท่าใดแล้ว
- ท่านใช้บริการอะไรบ้าง และอะไรคือเหตุผลที่ท่านใช้บริการ (ถามทีละข้อ)
  1. พบหมอตรวจติดตามอาการผ่านวีดิโอคอลตามวันที่นัดหมาย โดยไม่ต้องมาโรงพยาบาล
  2. ปรึกษาแพทย์ที่เป็นเจ้าของไข้ หรือพยาบาล ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เช่น ถามอาการ ประเมินอาการ
  3. ส่งผลตรวจเลือด (โรคมะเร็ง) หรือบันทึกอาการ (บำบัดยาเสพติด) หรืออธิบายอาการให้หมอผ่านทางไลน์ โดยไม่ต้องมาโรงพยาบาล
  4. ติดต่อหมอ หรือพยาบาล เพื่อสอบถามอาการ หรือแจ้งอาการเพื่อขอคำแนะนำรักษาในกรณีมีอาการกำเริบ หรือสงสัยว่าจะมีอาการป่วย
- ท่านเชื่อมั่นในการรักษาทางไกล ผ่านอุปกรณ์มือถือ โดยไม่ต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล มากน้อยเพียงใด เพราะอะไร

ประเด็นที่ 5 : โอกาสและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการโทรเวชกรรม

- ปัญหาที่ท่านเจอจากการใช้โทรเวชกรรมมีอะไรบ้าง อย่างไร และท่านแก้ไขด้วยตัวท่านเองอย่างไร
- หากท่านจำเป็นต้องใช้บริการโทรเวชกรรม ท่านจะมีวิธีแก้ปัญหา ลดความยุ่งยากทางเทคโนโลยีในการให้บริการโทรเวชกรรมให้มีประสิทธิภาพอะไรบ้าง อย่างไร
- ท่านคิดอย่างไรกับการติดตามสุขภาพคนไข้ผ่านโทรเวชกรรม

ประเด็นที่ 6 : ความต้องการการสนับสนุนในการใช้บริการโทรเวชกรรม

- ท่านคิดว่าระบบการใช้โทรเวชกรรมของโรงพยาบาลที่ท่านใช้บริการ มีอะไรต้องปรับปรุงหรือไม่
- ท่านชอบการรักษาผ่านโทรเวชกรรมหรือไม่ อย่างไร
- ท่านคิดว่าอะไรคือปัญหาของท่านในการใช้โทรเวชกรรม
- ท่านคิดว่าโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ความช่วยเหลืออะไรแก่ท่านบ้าง เพื่อให้สามารถใช้บริการโทรเวชกรรมได้ผลดี
- ท่านต้องการให้โรงพยาบาลจัดบริการโทรเวชกรรมอะไรบ้าง อย่างไร
- ท่านมีข้อเสนอแนะอะไรบ้างเกี่ยวกับการใช้โทรเวชกรรมในการรักษาคนไข้

ประเด็นที่ 7 : ความต้องการข้อมูลในการป้องกันดูแลตนเองจากโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน

- ท่านคิดว่าแพทย์ควรให้ข้อมูลอะไรบ้างเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนแก่ท่านบ้าง
- ท่านคิดว่าในสื่อต่าง ๆ ควรนำเสนอข้อมูลอะไรบ้างเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน
- ใครคือผู้ที่ท่านจะยอมทำตามคำแนะนำให้ดูแลรักษาตนเองมิให้เป็นโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน
- ท่านคิดว่าแพทย์ควรใช้เวลานานเท่าใดในระหว่างทำโทรเวชกรรมกับผู้ป่วย

****



เลขที่โครงการวิจัย 650208
วันที่รับรอง 29 มี.ค. 2566
วันที่หมดอายุ 28 มี.ค. 2567

ข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์

- จังหวัด.....
- กลุ่มภารกิจ

  ☐ โรคหลอดเลือดในสมอง ☐ โรคมะเร็ง ☐ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ☐ อาชีวเวชศาสตร์
- ความเกี่ยวข้อง

  ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้ดูแลผู้ป่วย ☐ กลุ่มเสี่ยง
- ชื่อเล่น..... (ใช้สำหรับการเขียนอ้างอิงคำสัมภาษณ์ในรายงานการวิจัย)
- อายุ .....เพศ .....
- ระดับการศึกษา.....
- อาชีพ .....
- สถานภาพ ..... ระยะเวลาเจ็บป่วย ..... ปี



เลขที่โครงการวิจัย 650208
วันที่รับรอง 29 มี.ค. 2566
วันที่หมดอายุ 28 มี.ค. 2567

ภาคผนวก ส่วนที่ 2

ง. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(การวิจัยเชิงสำรวจ)

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(การวิจัยเชิงสำรวจ)

โครงการ ความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม และการพัฒนาสื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชน เรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ตามภารกิจกรมการแพทย์

ชื่อผู้วิจัย 1 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิลักษณ์ หวังสันติธรรม
ตำแหน่ง หัวหน้าโครงการ และอาจารย์ประจำ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขที่ 254 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
(ที่บ้าน) 38 ซ.อาคารพิบูลย์วัฒนา ถ.พระรามที่ 6 สามเสนใน พญาไท
กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2182196
โทรศัพท์มือถือ 082-967-9998 อีเมล suthiluck.v@chula.ac.th
ชื่อผู้วิจัย 2 รองศาสตราจารย์ ดร. พนม คลี่ฉายา
ตำแหน่ง ผู้วิจัย และที่ปรึกษาศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขที่ 254 อาคารวิจัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4
ถนน*พญาไท* แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
(ที่บ้าน) 341 ซ. อ่อนนุช 66 สวนหลวง กรุงเทพฯ 10250
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2182195
โทรศัพท์มือถือ 089-1260007 อีเมล phnom.k@chula.ac.th

ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมการวิจัย โดยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย โปรดทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับอะไรและทำเพราะเหตุใด กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างรอบคอบ หากมีข้อความใดที่อ่านแล้วไม่เข้าใจหรือไม่ชัดเจน โปรดสอบถามเพิ่มเติมกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะอธิบายจนกว่าจะเข้าใจอย่างชัดเจน โดยมี รายละเอียดดังนี้

1. โครงการวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่ออธิบายความเข้าใจบริการโทรเวชกรรมหรือเทเลเมดดิซีน หรือ*คำที่เรียกโดยทั่วไป เช่น พบแพทย์ทางไกล วิดีโอคอลกับคุณหมอ ปรึกษาหมอผ่านไลน์ เป็นต้น* และระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ ซึ่งเป็นการปรึกษาแนะนำการดูแลสุขภาพ การรักษาโรค ที่แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ในโรงพยาบาล ให้บริการแก่ท่านผ่านเทคโนโลยีทางไกล เช่น โทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต รวมถึงวัดระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชน ในเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ได้แก่ 1) โรคหลอดเลือดในสมอง 2) โรคมะเร็ง 3) การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด 4) *โรคที่มีสาเหตุมาจากการทำงาน สถานที่ทำงานและสิ่งแวดล้อม เช่น เจ็บป่วยจากการยกของหนัก เจ็บป่วยจากการสูดดมสารเคมีและฝุ่นละออง เจ็บป่วยด้วยโรคผิวหนัง โรคกระดูกและกล้ามเนื้อซึ่งเกิดจากการทำงาน หรือเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน* เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้รับไปผลิตเนื้อหาและภาพยนตร์ และเผยแพร่สู่ประชาชน โดยมีระยะเวลา*ดำเนินการโครงการ*ทั้งสิ้น 1 ปี นับตั้งแต่วันที่ 7 ตุลาคม 2565 ถึง วันที่ 6 ตุลาคม 2566

2. ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ คือเป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เคยได้ยินเกี่ยวกับบริการโทรเวชกรรม และเคยได้ยิน ได้ฟัง อ่านข่าวสารเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง หรือ โรคมะเร็ง หรือ การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด หรือ การเจ็บป่วยที่มาจากการทำงานหรือสถานที่ทำงาน *โดยท่านอาจได้ยิน ได้ฟัง มาจากแพทย์/พยาบาลพูดถึงหรือแนะนำให้ลองใช้งาน หรือได้ยิน ได้เห็นจากข่าวโทรทัศน์ รวมทั้งสื่อประเภทอื่น ๆ ซึ่งเป็นได้ทั้งผู้ที่เคยได้ยินเพียงผ่าน ๆ 1-2 ครั้ง แต่ยังไม่เคยใช้งานหรือไม่รู้จัก หรือ ผู้ที่รู้จักอย่างละเอียด ก็ได้*

เลขที่โครงการวิจัย 650208
วันที่รับรอง 29 มี.ค. 2566
วันที่หมดอายุ 28 มี.ค. 2567

โดยการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้นอย่างน้อย 1,000 คน *มาจากจังหวัด เชียงราย นครสวรรค์ หนองคาย อุบลราชธานี จันทบุรี ชุมพร สงขลา กาญจนบุรี สัดส่วนจำนวนจังหวัดละ 75 คน และกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 400 คน ซึ่งในแต่ละพื้นที่* มาจากหลากหลายชุมชน หลากหลายอาชีพ *เช่น อาจเป็น ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ เกษตรกร ค้าขาย รับจ้าง พนักงานบริษัทเอกชน ลูกจ้าง หรืออาจเป็นพ่อบ้าน แม่บ้าน เป็นผู้เกษียณอายุงาน หรือไม่ได้ทำงาน* และมีหลายระดับการศึกษา *ตั้งแต่ระดับประถมศึกษาจนถึงสูงกว่าระดับปริญญาตรี หรือไม่ได้เรียนหนังสือ*

วิธีเข้าถึงผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานไปยังเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ต่าง ๆ *เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ สปสช. รวมถึง อสม. ในชุมชน* เพื่อช่วยประสานและสื่อสารไปยังผู้ให้ข้อมูลที่เต็มใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยการตอบแบบสอบถาม

3. การให้ข้อมูลของท่านจะทำด้วยวิธีการกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง หรือหากท่านไม่สะดวกในการกรอกข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้อ่านคำถามจากแบบสอบถาม และช่วยกรอกรายละเอียดตามคำตอบของท่าน ทั้งนี้ทางโครงการได้ขอยกเว้นการลงนามแสดงความยินยอมสำหรับผู้ที่ตอบแบบสอบถาม เนื่องจากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามนี้ไม่มีการระบุชื่อผู้ตอบ ไม่มีการเก็บข้อมูลที่ระบุตัวตน และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

4. ท่านจะต้องผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์ซึ่งไม่มีอันตรายใดใดในการคัดเข้า-คัดออกการเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย *โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้าเพื่อเข้าร่วมในการวิจัย ดังนี้*

4.1 เป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยไม่จำกัดอายุขั้นสูงสุด

4.2 เป็นเพศชาย หรือ เพศหญิง ก็ได้

4.3 เคยได้ยิน ได้ฟัง อ่านข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งต่อไปนี้ ได้แก่ การวิดีโอคอลกับคุณหมอ ปรึกษาหมอผ่านไลน์/แอปพลิเคชัน/โทรศัพท์ การรับยาที่บ้านโดยไม่ต้องไปโรงพยาบาล คุณหมอ/พยาบาลติดตามอาการผ่านไลน์/แอปพลิเคชัน/โทรศัพท์ แพทย์ทางไกล โทรเวชกรรม เทเลเมดดิซีน

4.4 เคยได้ยิน ได้ฟัง อ่านข่าวสารเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง หรือ โรคมะเร็ง หรือ การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด หรือ การเจ็บป่วยจากการทำงานหรือสถานที่ทำงาน

ส่วนผู้ที่ไม่ได้อยู่ในเกณฑ์การคัดเข้าในข้อ 4.1-4.4 ผู้วิจัยจะขอคัดออกหรือไม่ได้เชิญเข้าร่วมการวิจัย

5. หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบคำถามคัดกรองในแบบสอบถาม *ตามความเป็นจริง โดยมีคำถามที่ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบ 3 ข้อ หากท่านตอบว่า ใช่ หรือ เคย ครบทั้ง 3 ข้อ จะผ่าน/ตรงกับเกณฑ์การคัดเข้า และผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามในประเด็นต่อไป แต่หากตอบว่า ไม่ใช่ หรือ ไม่เคย ในข้อใดข้อหนึ่ง ผู้วิจัยจะขอคัดออกหรือไม่ได้เชิญท่านเข้าร่วมการวิจัย และปิดการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ จะใช้เวลาในการคัดกรองประมาณ 1 นาที ณ จุดที่ยื่นแบบสอบถาม*

หากท่านผ่านการคัดกรองดังกล่าว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม 4 ประเด็น ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสำรวจ *มีคำถามที่ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบ* 9 ข้อ โดยหนึ่งในนั้นมีคำถามย่อย 6 ข้อ

ประเด็นที่ 2 ความเข้าใจเกี่ยวกับโทรเวชกรรม *มีคำถามที่ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบ* 3 ข้อใหญ่ โดยมีคำถามย่อยรวม 38 ข้อ

ประเด็นที่ 3 ประสบการณ์การใช้โทรเวชกรรม *มีคำถามที่ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบ* 4 ข้อ

ประเด็นที่ 4 ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ซับซ้อน *มีคำถามที่ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบ* 1 ข้อใหญ่ โดยมีคำถามย่อย 29 ข้อ

ทั้งนี้ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 – 20 นาที

6. **ความเสี่ยง/อันตราย และความไม่สะดวกต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย** ท่านอาจรู้สึกอึดอัด หรืออาจรู้สึกไม่สบายใจอยู่บ้างกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึง

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1

เลขที่โครงการวิจัย 650208
วันที่รับรอง 29 มี.ค. 2566
วันหมดอายุ 28 มี.ค. 2567

ท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด

7. **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากผลการวิจัยนี้คือ** สามารถนำองค์ความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ในการผลิตเนื้อหาและภาพยนตร์เพิ่มความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม ระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ และความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนและเผยแพร่สู่ประชาชน ช่วยเสริมสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำมาใช้ในการดูแลตนเองและคนใกล้ตัวได้ ช่วยป้องกันการเข้าสู่โรค การรักษา และการฟื้นฟูโรคที่ยุ่งยากซับซ้อน

8. **ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับโดยจะไม่ระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูล** การเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

*9. **เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว** ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจะถูกทำลาย*

10. การวิจัยครั้งนี้**ท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ** และท่านจะได้รับของที่ระลึก*มูลค่า 25 บาท เช่น ชุดหน้ากากอนามัย เจล/สเปรย์แอลกอฮอลล์* จากทางโครงการในการสละเวลาตอบแบบสอบถาม *โดยผู้เก็บแบบสอบถามจะมอบให้ ณ จุดที่ท่านนำส่งแบบสอบถาม ทั้งนี้ ของที่ระลึกอาจแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ตามความเหมาะสมและความสะดวกในการเก็บข้อมูล*

11. การเข้าร่วมการวิจัยเป็นโดย**สมัครใจ** ท่านสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ **โดยไม่ต้องให้เหตุผล ไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย**

12. **หากมีข้อสงสัย** โปรดสอบถามเพิ่มเติมจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

13. **หากได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามข้อมูลดังกล่าว**สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-3202, 0-2218-3409 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย **และเข้าใจข้อมูลดังกล่าวข้างต้นทุกประการแล้ว จึงลงนามเข้าร่วมการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ** และได้รับเอกสารไว้ 1 ชุดแล้ว

ลงชื่อ.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิลักษณ์ หวังสันติธรรม)
หัวหน้าโครงการและผู้วิจัยหลัก
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้เข้าร่วมการวิจัย
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. พนม คลี่ฉายา)
ผู้วิจัยหลัก
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน
วันที่...../...../.....



เลขที่โครงการวิจัย 650208
วันที่รับรอง 29 มี.ค. 2566
วันที่หมดอายุ 28 มี.ค. 2567

ภาคผนวก ส่วนที่ 2

จ. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(การสัมภาษณ์เชิงลึก)

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยง)

โครงการ ความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม และการพัฒนาสื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชน เรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ตามภารกิจกรมการแพทย์

ชื่อผู้วิจัย 1 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิลักษณ์ หวังสันติธรรม
ตำแหน่ง หัวหน้าโครงการ และอาจารย์ประจำ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขที่ 254 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
(ที่บ้าน) 38 ซ.อาคารพิบูลย์วัฒนา ถ.พระรามที่ 6 สามเสนใน พญาไท
กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2182196
โทรศัพท์มือถือ 082-967-9998 อีเมล suthiluck.v@chula.ac.th
ชื่อผู้วิจัย 2 รองศาสตราจารย์ ดร. พนม คลี่ฉายา
ตำแหน่ง ผู้วิจัย และที่ปรึกษาศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขที่ 254 อาคารวิจัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4
ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
(ที่บ้าน) 341 ซ. อ่อนนุช 66 สวนหลวง กรุงเทพฯ 10250
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2182195
โทรศัพท์มือถือ 089-1260007 อีเมล phnom.k@chula.ac.th

ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมการวิจัย โดยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย โปรดทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับอะไรและทำเพราะเหตุใด กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างรอบคอบ หากมีข้อความใดที่อ่านแล้วไม่เข้าใจหรือไม่ชัดเจน โปรดสอบถามเพิ่มเติมกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะอธิบายจนกว่าจะเข้าใจอย่างชัดเจน โดยมี รายละเอียดดังนี้

1. โครงการวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่ออธิบายความเข้าใจบริการโทรเวชกรรมหรือเทเลเมดิซีน หรือที่เรียกโดยทั่วไป เช่น พบแพทย์ทางไกล วิดีโอคอลกับคุณหมอ ปรึกษาหมอผ่านไลน์ เป็นต้น และระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ ซึ่งเป็นการปรึกษาแนะนำการดูแลสุขภาพ การรักษาโรค ที่แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ในโรงพยาบาล ให้บริการแก่ท่านผ่านเทคโนโลยีทางไกล เช่น โทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต รวมถึงวัดระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชน ในเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน ได้แก่ 1) โรคหลอดเลือดสมอง 2) โรคมะเร็ง 3) การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด 4) โรคที่มีสาเหตุมาจากการทำงาน สถานที่ทำงาน และสิ่งแวดล้อม เช่น เจ็บป่วยจากการยกของหนัก เจ็บป่วยจากการสูดดมสารเคมีและฝุ่นละออง เจ็บป่วยด้วยโรคผิวหนัง โรคกระดูกและกล้ามเนื้อซึ่งเกิดจากการทำงาน หรือเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้รับไปผลิตเนื้อหาและภาพยนตร์ และเผยแพร่สู่ประชาชน โดยมีระยะเวลาดำเนินการโครงการทั้งสิ้น 1 ปี นับตั้งแต่วันที่ 7 ตุลาคม 2565 ถึง วันที่ 6 ตุลาคม 2566

2. การให้ข้อมูลของท่านจะทำด้วยวิธีการพูดคุยสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัยจะใช้คำพูดและคำถามอย่างระมัดระวัง เพื่อป้องกันและระมัดระวังไม่ให้กระทบกระเทือนจิตใจของผู้ให้ข้อมูล ส่วนการขอความยินยอม ผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดในการเข้าร่วมวิจัยอย่างชัดเจนและขอให้ท่านลงนามด้วยความสมัครใจเท่านั้น หรือหากไม่สะดวกในการเขียนลงนาม จะขออนุญาตให้ท่านแจ้งความยินยอมด้วยความสมัครใจผ่านการบอกกล่าวแล้วบันทึกเสียง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1
เลขที่โครงการวิจัย 650208
วันที่รับรอง 29 มี.ค. 2566
วันที่หมดอายุ 28 มี.ค. 2567

3. ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือเป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งอาจเป็นผู้ป่วย หรือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย หรือเป็นกลุ่มเสี่ยง ของโรคเฉพาะด้านอย่างใดอย่างหนึ่ง หรืออาจมากกว่า 1 อย่าง ได้แก่ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคมะเร็ง การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โรคที่มีสาเหตุจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม โดย ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง มีคำจำกัดความ ดังนี้

- ผู้ป่วย เป็นผู้ที่มีอาการและ/หรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วย
- ผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นผู้ใกล้ชิดที่ดูแลชีวิตความเป็นอยู่รวมถึงดูแลอาการเจ็บป่วย การไปพบหมอ การทานยาของผู้ป่วย เช่น พ่อ แม่ ลูก ญาติ *รวมถึงเป็นผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรมและระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ เช่น หมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์*
- <u>กลุ่มเสี่ยงของโรคมะเร็ง หลอดเลือดในสมอง</u> คัดกรองจากสภาวะสุขภาพของบุคคล เช่น เป็นผู้ที่เคยรับการประเมินจากแพทย์ว่ามีแนวโน้มที่อาจจะเจ็บป่วย/มีประวัติ/อาการที่ปรากฏ <u>กลุ่มเสี่ยงด้านยาเสพติด</u> คัดกรองจากการอยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาดของยาเสพติด/มีประวัติที่เลิกเสพยาและมีโอกาสจะกลับมาเสพใหม่ <u>กลุ่มเสี่ยงด้านการเจ็บป่วยจากการทำงานและด้านสิ่งแวดล้อม</u> คัดกรองจาก การอาศัย/ทำงานอยู่ในพื้นที่ที่มีปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม เช่น มลพิษจากฝุ่นควัน โรงงาน

4. การวิจัยครั้งนี้มีจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้นอย่างน้อย 25 คน สัดส่วนจำนวนผู้ให้ข้อมูล 5-7 คนต่อ 1 โรค ในพื้นที่จังหวัดต่าง ๆ เช่น เชียงใหม่ เชียงราย ระยอง กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ตามที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ สปสช. มาจากหลากหลายอาชีพ เช่น อาจเป็น ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ เกษตรกร ค้าขาย รับจ้าง พนักงานบริษัทเอกชน ลูกจ้าง เป็นผู้เกษียณอายุงาน หรือไม่ได้ทำงาน และมีหลายระดับการศึกษา ตั้งแต่ประถมศึกษาจนถึงสูงกว่าระดับปริญญาตรี หรือไม่ได้เรียนหนังสือ

วิธีเข้าถึงผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานไปยังเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อช่วยพิจารณาคัดเลือกและประสานไปยังท่าน ซึ่งอาจเป็นผู้ที่เจ็บป่วย หรือเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย หรือเป็นกลุ่มเสี่ยงของโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนดังกล่าวที่เต็มใจเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจึงประสานเครือข่ายนัดหมายเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการและคำถามการสัมภาษณ์ เพื่อให้ท่านซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจอีกครั้งก่อนเข้าร่วมการวิจัย

5. ท่านจะต้องผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์การคัดเข้าโดยไม่มีอันตรายใดใดในการเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยจะติดต่อประสานไปยังเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อขอให้ช่วยพิจารณาคัดกรองและประสานเบื้องต้นในการขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลจากท่าน โดยในส่วนของผู้ป่วย ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์โดยได้รับความเห็นชอบจากแพทย์ผู้ดูแลและผู้ป่วยแล้วเท่านั้น โดยผู้วิจัยจะไม่ขอให้แสดงเวชระเบียน ทั้งนี้ระยะเวลาในการคัดกรองขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่ที่ช่วยดำเนินการประสานงานและคัดกรอง

สรุปเกณฑ์ในการคัดเข้าเพื่อเข้าร่วมในการวิจัย ดังนี้

5.1 เป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยไม่จำกัดอายุขั้นสูงสุด

5.2 เป็นเพศชาย หรือ เพศหญิง ก็ได้

5.3 เป็นผู้ป่วย หรือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย หรือ เป็นกลุ่มเสี่ยง ของ โรคหลอดเลือดสมอง <u>หรือ</u> โรคมะเร็ง <u>หรือ</u> การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด <u>หรือ</u> การเจ็บป่วยจากการทำงานหรือสถานที่ทำงาน <u>หรือ</u> เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับโทรเวชกรรมและระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่

ทั้งนี้ ผู้ที่ไม่ได้อยู่ในเกณฑ์การคัดเข้าในข้อ 5.1-5.3 ผู้วิจัยจะขอคัดออกหรือไม่เชิญเข้าร่วมการวิจัยและไม่ได้รับค่าเสียเวลา

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1
เลขที่โครงการวิจัย 650208
วันที่รับรอง 29 มี.ค. 2566
วันที่หมดอายุ 28 มี.ค. 2567

6. หากพบผู้ที่มีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค/การเจ็บป่วยดังกล่าว หรือผู้ที่อยู่ในสภาวะกลุ่มเสี่ยงซึ่งควรได้รับคำแนะนำ/ความช่วยเหลือทางการแพทย์ ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยติดต่อไปยังเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอรับคำแนะนำและเข้ารับการรักษาต่อไป

7. หากท่านผ่านเกณฑ์การคัดกรองในข้อ 4 และตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์ท่านในสถานที่ที่ท่านสะดวก เช่น โรงพยาบาล ที่พักอาศัย โดยมีกรอบคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการใช้บริการโทรเวชกรรม 5 ด้าน คือ แรงจูงใจในการใช้บริการ ความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม ประสบการณ์การใช้บริการ โอกาสและอุปสรรคในการใช้บริการ ความต้องการการสนับสนุนในการใช้บริการ และกรอบคำถามเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน 2 ด้าน คือ ความเข้าใจและความต้องการข้อมูลในการป้องกันดูแลตนเองจากโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน เรียงลำดับประเด็นคำถาม ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 : แรงจูงใจที่มีต่อการใช้บริการโทรเวชกรรม มีคำถามที่ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบ 5 ข้อ

ประเด็นที่ 2 : ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน

สำหรับผู้ป่วย มีคำถามที่ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบ 2 ข้อ

สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย มีคำถามที่ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบ 2 ข้อ

สำหรับกลุ่มสี่ยง มีคำถามที่ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบ 3 ข้อ

ประเด็นที่ 3 : ความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม มีคำถามที่ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบ 6 ข้อ

ประเด็นที่ 4 : ประสบการณ์การใช้บริการโทรเวชกรรม (สำหรับผู้ที่มีประสบการณ์ใช้โทรเวชกรรม) มีคำถามที่ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบ 3 ข้อใหญ่ และ 4 ข้อย่อย

ประเด็นที่ 5 : โอกาสและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการโทรเวชกรรม มีคำถามที่ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบ 3 ข้อ

ประเด็นที่ 6 : ความต้องการการสนับสนุนในการใช้บริการโทรเวชกรรม มีคำถามที่ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบ 6 ข้อ

ประเด็นที่ 7 : ความต้องการข้อมูลในการป้องกันดูแลตนเองจากโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อน มีคำถามที่ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบ 4 ข้อ

ข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์ มีคำถามที่ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบ 10 ข้อ

ทั้งนี้ต้องใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 60 นาที

8. **ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์** ผู้วิจัยจะขออนุญาตจดบันทึก บันทึกเสียงและถอดเทปบันทึกเสียง

☐ ยินยอม ให้จดบันทึก ☐ ยินยอม ให้บันทึกเสียงและถอดเทป

9. ความเสี่ยง/อันตราย และความไม่สะดวกต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านอาจรู้สึกอึดอัด หรืออาจรู้สึกไม่สบายใจอยู่บ้างกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด

10.**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากผลการวิจัยนี้คือ** สามารถนำองค์ความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ในการผลิตเนื้อหาและภาพยนตร์เพิ่มความเข้าใจบริการโทรเวชกรรม ระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ และความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องโรคเฉพาะด้านที่ยุ่งยากซับซ้อนและเผยแพร่สู่ประชาชน ช่วยเสริมสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำมาใช้ในการดูแลตนเองและคนใกล้ตัวได้ ช่วยป้องกันการเข้าสู่โรค การรักษา และการฟื้นฟูโรคที่ยุ่งยากซับซ้อน

11. **ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับโดยจะไม่ระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูล** การเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1
เลขที่โครงการวิจัย 650208
วันที่รับรอง 29 มี.ค. 2566
วันที่หมดอายุ 28 มี.ค. 2567

12. **เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว** ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด (บันทึก เสียงสัมภาษณ์) จะถูกทำลาย

13.การวิจัยครั้งนี้**ท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ และหลังจบการสัมภาษณ์ท่านจะได้รับค่าเสียเวลาเป็นเงิน 300 บาท**จากทางโครงการในการสละเวลาเข้าร่วมการวิจัย

14. การเข้าร่วมการวิจัยเป็นโดย**สมัครใจ** ท่านสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ **โดยไม่ต้องให้เหตุผล ไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย**

15. **หากมีข้อสงสัย** โปรดสอบถามเพิ่มเติมจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

16. **หากได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามข้อมูลดังกล่าว**สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-3202, 0-2218-3409 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย **และเข้าใจข้อมูลดังกล่าวข้างต้นทุกประการแล้ว จึงลงนามเข้าร่วมการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ** และได้รับเอกสารไว้ 1 ชุดแล้ว

ลงชื่อ.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิลักษณ์ หวังสันติธรรม)
หัวหน้าโครงการและผู้วิจัยหลัก
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้เข้าร่วมการวิจัย
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. พนม คลี่ฉายา)
ผู้วิจัยหลัก
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน
วันที่...../...../.....



เลขที่โครงการวิจัย 650208
วันที่รับรอง 29 มี.ค. 2566
วันที่หมดอายุ 28 มี.ค. 2567