



อิทธิพลของการยอมรับเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการ
ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล

THE INFLUENCE OF TECHNOLOGY ADOPTION ON DECISION-
MAKING TO USE TELEMEDICINE SERVICES (TELEMEDICINE)
IN BANGKOK AND ITS VICINITY

ลัดดา พรชัยนพกรณ์

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะบริหารธุรกิจ

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ

ปีการศึกษา 2565

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ

อิทธิพลของการยอมรับเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการ
ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)
ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล

ลัดดา พรชัยนพกรณ์



การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะบริหารธุรกิจ
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ

THE INFLUENCE OF TECHNOLOGY ADOPTION ON DECISION-
MAKING TO USE TELEMEDICINE SERVICES (TELEMEDICINE)
IN BANGKOK AND ITS VICINITY

LADDA PORCHAINOPAKORN



AN INDEPENDENT STUDY SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT
OF THE REQUIREMENTS FOR THE MASTER DEGREE
OF BUSINESS ADMINISTRATION PROGRAM
RAJAMANGALA UNIVERSITY OF TECHNOLOGY KRUNGTHEP
ACADEMIC YEAR 2022
COPYRIGHT OF RAJAMANGALA UNIVERSITY
OF TECHNOLOGY KRUNGTHEP

ชื่อการค้นคว้าอิสระ

อิทธิพลของการยอมรับเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้
บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ใน
เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

โดย

ลัดดา พรชัยนพกรณ์

สาขาวิชา

-

อาจารย์ที่ปรึกษา

ดร. ประมินทร์ โฆษิตกุลพร

คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ อนุมัติให้ดำเนินการค้นคว้าอิสระนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะบริหารธุรกิจ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กิตติพงษ์ โสภณธรรมภาณ)

คณะกรรมการสอบการค้นคว้าอิสระ

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กิ่งแก้ว เอี่ยมแฉล้ม)

.....กรรมการ
(ดร. อธิพันธ์ วรรณสุริยะ)

.....กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา
(ดร. ประมินทร์ โฆษิตกุลพร)

Independent study	The influence of technology adoption on decision-making to use telemedicine services (Telemedicine) in Bangkok and its vicinity.
Author	Ladda Pornchainopakorn
Major	-
Advisor	Dr. Poramin Kositkulporn

Faculty of Business Administration Rajamangala University of Technology Krungthep approved this independent study as partial fulfillment of the requirement for the master degree of Business Administration.

.....Dean of Faculty of Business Administration
(Assistant Professor Dr. Kittipong Sophonthummapharn)

Examination Committee

.....Examination Committee Chairperson
(Assistant Professor Dr. Kingkaew Eiamchalam)

.....Committee
(Dr. Atipan Vansuriya)

.....Committee and Advisor
(Dr. Poramin Khositkulporn)

กิตติกรรมประกาศ

การค้นคว้าอิสระเรื่อง “อิทธิพลของการยอมรับเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล” สำเร็จลงด้วยดีเพราะผู้วิจัยได้รับการช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ดร.ปรมินทร์ โฆษิตกุลพร อาจารย์ที่ปรึกษาที่คอยให้คำปรึกษา แนะนำ ตลอดจนตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ทำให้ผู้วิจัยได้รับทราบแนวทางในการศึกษา จึงใคร่ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณกรรมการสอบการค้นคว้าอิสระ ที่ได้กรุณาเป็นกรรมการสอบการค้นคว้าอิสระ และให้คำแนะนำ รวมทั้งข้อเสนอแนะ อันเป็นประโยชน์ยิ่งต่อการทำวิจัยในครั้งนี้

สุดท้ายขอขอบพระคุณ บุคคลในครอบครัว ที่คอยให้กำลังใจสนับสนุน ตลอดจนให้ความช่วยเหลือ และปรารถนาดีต่อผู้วิจัยตลอดมา ขอขอบคุณเพื่อน ๆ ทุกท่าน และขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน นอกจากนี้ยังมีผู้ที่ให้ความร่วมมือช่วยเหลืออีกหลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถกล่าวนามในที่นี้ได้หมด จึงขอขอบพระคุณทุกท่านเหล่านั้นไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

คุณประโยชน์ใดพึงจะเกิดจากการค้นคว้าอิสระฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูทเวที่แด่บิดามารดา และบูรพาจารย์คณาจารย์ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย

ลัดดา พรชัยนพกรณ์



ชื่อเรื่องการค้นคว้าอิสระ	อิทธิพลของการยอมรับเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้ บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล
โดย	ลัดดา พรชัยนพกรณ์
สาขาวิชา	-
อาจารย์ที่ปรึกษา	ดร. ประมิตร โฆษิตกุลพร
ปีการศึกษา	2565

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) กับการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้รับรู้ถึงบริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 400 ตัวอย่าง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย การวิเคราะห์ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี และด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน ตามลำดับ และพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้านเพศ และอายุ ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) แตกต่างกัน ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้านเพศ ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีการตัดสินใจใช้บริการระบบ

บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) แตกต่างกัน และการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ (X_1) และด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในทิศทางเดียวกัน

คำสำคัญ : การยอมรับเทคโนโลยี/การตัดสินใจใช้บริการ/ ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)



Independent study	The influence of technology adoption on decision-making to use telemedicine services (Telemedicine) in Bangkok and its vicinity.
Author	Ladda Pornchainopakorn
Major	-
Advisor	Dr. Poramin Kositkulporn
Academic Year	2022

Abstract

The purpose of this study was to study the acceptance of telemedicine technology. (Telemedicine) The decision to use the telemedicine service system. (Telemedicine) acceptance of telemedicine technology (Telemedicine) and decision to use telemedicine service system (Telemedicine) Classified by Demographic Factors and the relationship between acceptance factors of telemedicine technology (Telemedicine) and the decision to use a telemedicine service system (Telemedicine) of the people in Bangkok and its vicinity. The questionnaire was used as a tool for collecting data. which collects information from people who know of telemedicine services (Telemedicine) in Bangkok and its vicinity, totaling 400 samples. Statistics used in data analysis consisted of analysis of frequency, percentage, mean, standard deviation. One-way ANOVA and Multiple Regression Analysis.

The results of the study revealed that respondents accepted telemedicine technology. (Telemedicine) as a whole is at a level of high agreement. In descending order, namely, the aspect of perceived benefits. Perceived ease of use of technology and attitude towards use/ intendment of use, respectively, and found that the respondents had a decision to use telemedicine services (Telemedicine) as a whole is at a level of high agreement. The results of the hypothesis testing found that people in Bangkok and its vicinity with different demographic factors, sex and age Resulting in the acceptance of telemedicine technology. (Telemedicine) is different. People in Bangkok and its vicinity. with different gender demographic factors Resulting in the decision to use the telemedicine service system. (Telemedicine) is different and the

acceptance of telemedicine technology. (Telemedicine), perceived benefit (X1) and attitude towards use/use intention. is a factor influencing the decision to use the telemedicine service system. (Telemedicine) in the same direction.

Keywords: Technology acceptance/ Decision making/ Telemedical service system (Telemedicine)



สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
Abstract	ง
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามของการวิจัย	13
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	13
1.4 สมมติฐานในการวิจัย	13
1.5 ขอบเขตของการวิจัย	14
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	15
1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ	16
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	18
2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศ	18
2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้	27
2.3 แนวคิดทัศนคติต่อการใช้	33
2.4 แนวคิดและทฤษฎีพฤติกรรมผู้บริโภค	34
2.5 ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)	41
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	53
2.7 กรอบแนวคิดในการศึกษา	65
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	67
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	67
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	69
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล	72
3.4 การวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล	73

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	76
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	76
4.2 ผลการศึกษาลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ตอบแบบสอบถาม	77
4.3 ผลการศึกษายอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)	80
4.4 ผลการศึกษากการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)	83
4.5 ผลการทดสอบสมมติฐาน	84
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	116
5.1 สรุปผลการศึกษา	116
5.2 อภิปรายผล	119
5.3 ข้อเสนอแนะ	123
บรรณานุกรม	125
ภาคผนวก	130
ภาคผนวก ก แบบรับรองการมีจรรยาบรรณในการทำการค้นคว้าอิสระ	131
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม	134
ภาคผนวก ค การคำนวณค่า IOC ของแบบสอบถาม	140
ภาคผนวก ง การคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม	144
ภาคผนวก จ ผลการทดสอบสมมติฐาน	146
ภาคผนวก ฉ หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ	162
ประวัติผู้วิจัย	167

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 สรุปผลการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	61
ตารางที่ 3.2 ผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 2	72
ตารางที่ 3.3 ผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 3	72
ตารางที่ 4.2 ปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ตอบแบบสอบถาม	77
ตารางที่ 4.3 การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)	80
ตารางที่ 4.4 การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)	83
ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามเพศ	85
ตารางที่ 4.6 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามเพศ เชิงซ้อน	87
ตารางที่ 4.7 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามอายุ	89
ตารางที่ 4.8 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามสถานภาพสมรส	90
ตารางที่ 4.9 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามระดับการศึกษา	91
ตารางที่ 4.10 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามอาชีพ	92
ตารางที่ 4.11 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามอาชีพ เชิงซ้อน	93
ตารางที่ 4.12 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน	97
ตารางที่ 4.13 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามประสบการณ์ในการใช้บริการระบบบริการการแพทย์ ทางไกล (Telemedicine)	99
ตารางที่ 4.14 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานข้อ 1	101

ตารางสารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.15 การเปรียบเทียบการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามเพศ	103
ตารางที่ 4.16 การเปรียบเทียบการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามเพศ เชิงซ้อน	103
ตารางที่ 4.17 การเปรียบเทียบการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามอายุ	104
ตารางที่ 4.18 การเปรียบเทียบการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามสถานภาพสมรส	104
ตารางที่ 4.19 การเปรียบเทียบการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามระดับการศึกษา	105
ตารางที่ 4.20 การเปรียบเทียบการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามอาชีพ	105
ตารางที่ 4.21 การเปรียบเทียบการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน	106
ตารางที่ 4.22 การเปรียบเทียบการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตาม ประสบการณ์ในการใช้บริการระบบบริการการแพทย์ ทางไกล	106
ตารางที่ 4.23 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานข้อ 2	107
ตารางที่ 4.24 การทดสอบความสามารถของแบบจำลองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการ ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ครั้งที่ 1	108
ตารางที่ 4.25 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ ครั้งที่ 1	109
ตารางที่ 4.26 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ ครั้งที่ 2	110
ตารางที่ 4.27 การทดสอบความสามารถของแบบจำลองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการ ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ครั้งที่ 2	110
ตารางที่ 4.28 การทดสอบความเหมาะสมของแบบจำลองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการ ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ครั้งที่ 1	111

ตารางสารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.29 ค่าสัมประสิทธิ์ของแบบจำลองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ครั้งที่ 1	111
ตารางที่ 4.30 การทดสอบความสามารถของแบบจำลองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ครั้งที่ 3	112
ตารางที่ 4.31 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ ครั้งที่ 3	112
ตารางที่ 4.32 การทดสอบความเหมาะสมของแบบจำลองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ครั้งที่ 2	113
ตารางที่ 4.33 ค่าสัมประสิทธิ์ของแบบจำลองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ครั้งที่ 2	113
ตารางที่ 4.34 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานข้อ 3	115



สารบัญภาพ

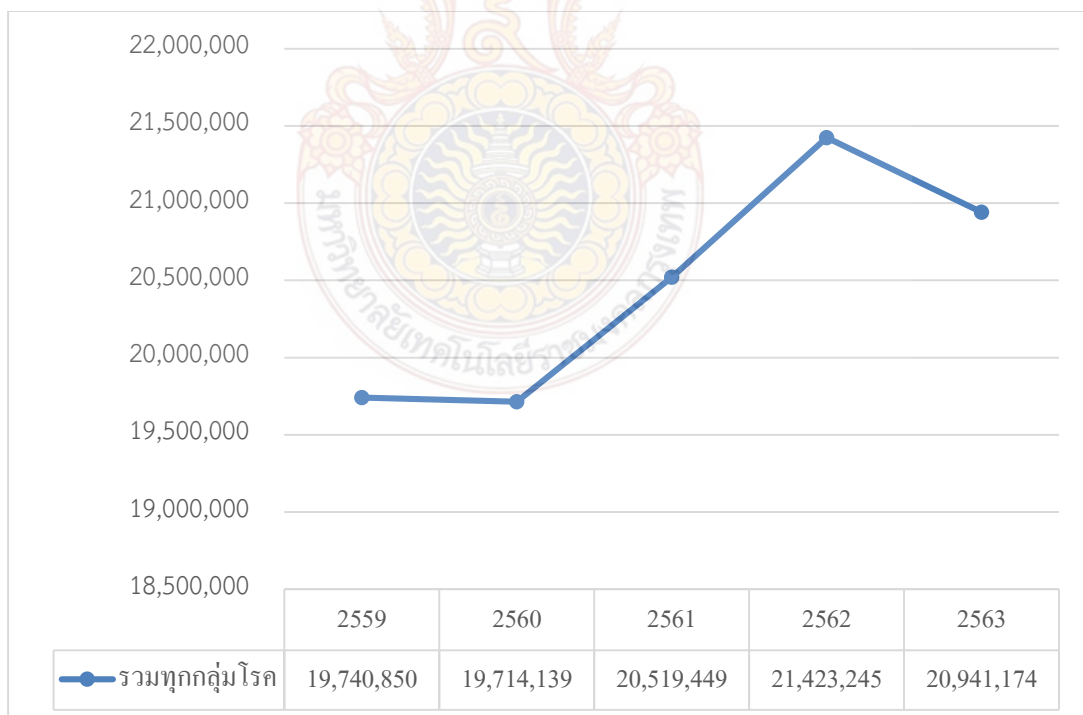
	หน้า
ภาพที่ 1.2 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงปี 2559-2563	1
ภาพที่ 1.3 แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในกลุ่มโรคสำคัญ 20 โรค เปรียบเทียบกับกลุ่มโรคอื่นๆ ในช่วงปี 2559-2563	2
ภาพที่ 1.4 แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในกลุ่มโรคสำคัญ 20 โรค เปรียบเทียบกับกลุ่มโรคอื่น ๆ ในช่วงปี 2559-2563	3
ภาพที่ 1.5 แนวโน้มจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 และผู้เสียชีวิตเฉลี่ยในรอบ 7 วัน	6
ภาพที่ 1.6 ร้อยละของจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำแนกตามพื้นที่	7
ภาพที่ 2.2 แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตามทฤษฎี (TRA)	19
ภาพที่ 2.3 แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยใน (TRB)	20
ภาพที่ 2.4 แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยใน (TAM)	22
ภาพที่ 2.5 แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยใน (TAM 2)	24
ภาพที่ 2.6 แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยใน (UTAUT)	25
ภาพที่ 2.7 แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยใน (UTAUT 2)	26
ภาพที่ 2.8 กระบวนการรับรู้	29
ภาพที่ 2.9 แสดงขั้นตอนในการรับรู้ (Perception process)	30
ภาพที่ 2.10 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมผู้บริโภค	39
ภาพที่ 2.11 กระบวนการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค	41
ภาพที่ 2.12 แนวคิดโทรเวชกรรม	43
ภาพที่ 2.13 กรอบแนวคิดในการศึกษา	66

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

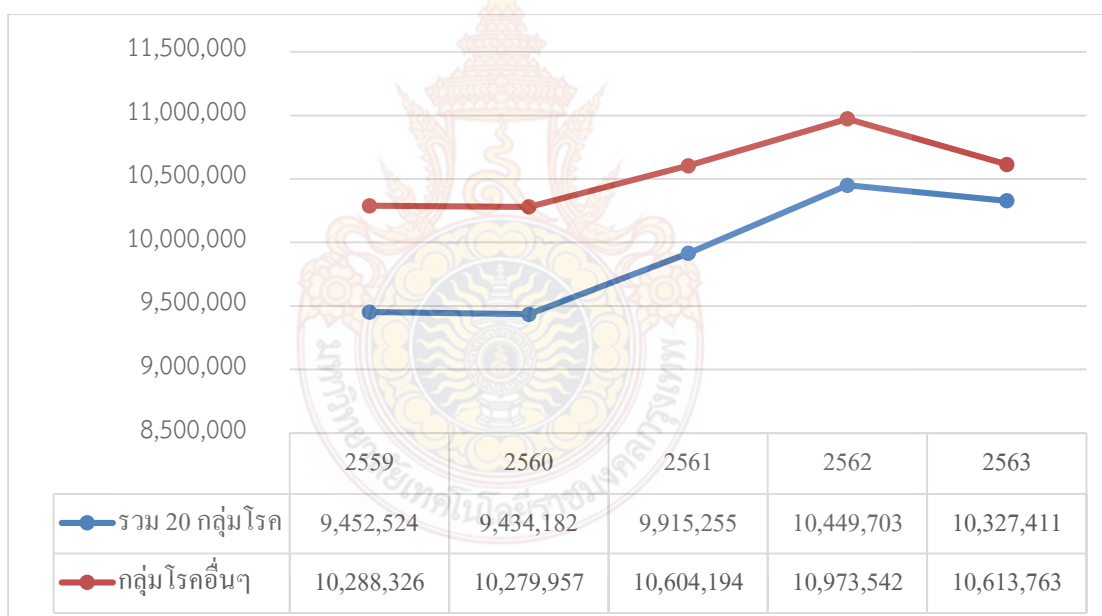
สุขภาพเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคล สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมและเทคโนโลยีในปัจจุบันทำให้บุคคลมีการดำเนินชีวิตที่เต็มไปด้วยความเร่งรีบ ตึงเครียด หรือแข่งขันเพื่อความอยู่รอด ไม่มีกิจกรรมในชุมชนเพื่อผ่อนคลายปัญหาชีวิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย และจิตใจ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บตามมามากมาย จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2565) พบว่า คนไทยมีปัญหสุขภาพจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2559 ที่มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 19,740,850 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 21,423,245 ราย ในปี 2562 และ 20,941,174 ในปี 2563 (ภาพที่ 1.1)



ภาพที่ 1.1 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงปี 2559-2563

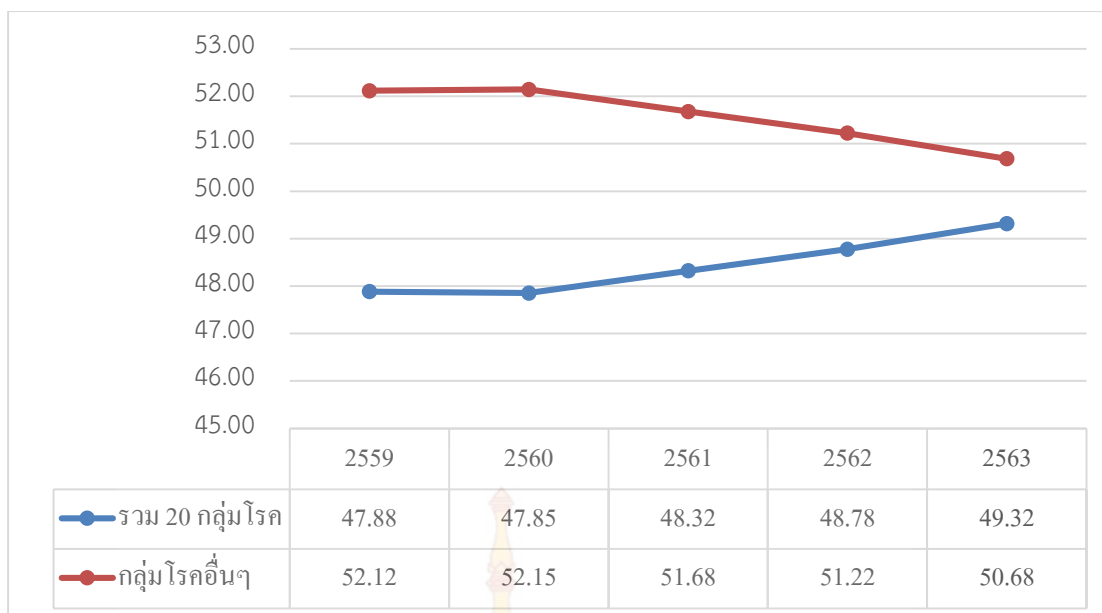
ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565.

โดยพบว่า 20 กลุ่มโรคสำคัญที่คนไทยต้องประสบและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด อาทิ โรคเกี่ยวกับความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิก มีผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในปี 2563 ทั้งสิ้น 2,437,359 ราย โรคความดันโลหิตสูง มีผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในปี 2563 ทั้งสิ้น 1,568,884 ราย โรคเบาหวาน มีผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในปี 2563 ทั้งสิ้น 1,008,524 ราย โรคไตวาย มีผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในปี 2563 ทั้งสิ้น 859,333 รายและโรคโลหิตจาง มีผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในปี 2563 ทั้งสิ้น 827,303 ราย ตามลำดับ (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1.1) ซึ่งพบว่า จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มโรคร้าย 20 โรค มีจำนวนที่เพิ่มขึ้นจากจำนวน 9,452,524 ราย ในปี 2559 เป็น 10,449,703 รายในปี 2562 และ 10,327,411 ราย ในปี 2563 ตามลำดับ (ดังภาพที่ 1.2) และพบว่าจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ 20 โรค มีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจากร้อยละ 47.88 ในปี 2559 เพิ่มเป็นร้อยละ 49.32 ในปี 2563 (ภาพที่ 1.3)



ภาพที่ 1.2 แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในกลุ่มโรคสำคัญ 20 โรค
เปรียบเทียบกับกลุ่มโรคอื่นๆ ในช่วงปี 2559-2563

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565.



ภาพที่ 1.3 แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในกลุ่มโรคสำคัญ 20 โรค
เปรียบเทียบกับกลุ่มโรคอื่น ๆ ในช่วงปี 2559-2563

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565.

โดยจะเห็นว่าผู้ป่วยในกลุ่ม 20 โรคสำคัญดังกล่าวส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการศึกษาที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและเป็นประจำ แต่ภายใต้สถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ในปัจจุบัน การเดินทางไปโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษาโรคดังกล่าวจึงเป็นเรื่องที่มีความยุ่งยากมากขึ้นเป็นอย่างมาก ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ของประเทศไทยในปัจจุบันแม้ว่าจะลดความรุนแรงของการแพร่ระบาดลงมากแล้วจากช่วงเดือนมกราคม-เดือนมีนาคม 2565 ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เฉลี่ยในรอบ 7 วัน สูงถึง 17,567-25,338 คน/วัน และมีจำนวนผู้เสียชีวิตเฉลี่ยในรอบ 7 วัน 28-78 คน/วัน ลดลงมาอยู่ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เฉลี่ยในรอบ 7 วัน 1,965 คน/วัน และมีจำนวนผู้เสียชีวิตเฉลี่ยในรอบ 7 วัน 28 คน/วัน (ตารางที่ 1.2 และภาพที่ 1.4) โดยกรุงเทพและปริมณฑล เป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 48.59 (ภาพที่ 1.5) ของจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมด แสดงให้เห็นว่า กรุงเทพมหานครและปริมณฑลยังเป็นที่ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ที่สำคัญมาก เพราะมีจำนวนผู้ติดเชื้อจำนวนมาก อีกทั้งกรุงเทพมหานครและปริมณฑลเป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ จึงมีผู้คนอาศัยอยู่จำนวนมาก ทำให้การแพร่ระบาดของเชื้อเป็นไปได้ง่ายและรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้คนที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครเป็นอย่างมาก แม้จะได้รับการประกาศให้เป็นโรคประจำถิ่นไปแล้วในปัจจุบัน

ตารางที่ 1.1 จำนวนผู้ป่วยตามกลุ่มสาเหตุป่วย 20 ลำดับแรก ในช่วงปี 2559-2563

(หน่วย : ราย)

ลำดับ	กลุ่มสาเหตุป่วย	2559	2560	2561	2562	2563
1	ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตะบอลิก	2,115,915	2,091,889	2,172,092	2,381,615	2,437,359
2	ความดันโลหิตสูง	1,295,968	1,354,150	1,458,678	1,556,403	1,568,884
3	เบาหวาน	840,489	876,970	941,226	1,002,310	1,008,524
4	ไตวาย	710,477	738,227	787,124	855,419	859,333
5	โลหิตจาง	775,171	763,768	788,167	838,983	827,303
6	ปอดบวม	514,823	528,320	561,712	523,336	422,016
7	อาการท้องร่วง กระเพาะและลำไส้อักเสบ ซึ่งสันนิษฐานว่าเกิดจากการติดเชื้อ	446,664	381,736	451,705	440,445	353,096
8	ความผิดปกติของการนำกระแสไฟฟ้าหัวใจและหัวใจเต้นผิดจังหวะ	235,107	243,791	249,967	276,660	283,059
9	ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ และการคลอด	293,228	298,024	290,717	280,033	277,716
10	โรคของระบบทางเดินปัสสาวะ	236,674	230,532	241,420	262,933	265,064
11	โรคหัวใจขาดเลือด	245,026	242,641	248,496	258,263	259,329
12	หัวใจล้มเหลว	193,018	201,914	211,987	216,131	224,121
13	โรคหลอดเลือดอักเสบ ถุงลมโป่งพองและปอดชนิดอุดกั้นแบบเรื้อรังอื่น	254,507	251,861	254,396	253,159	219,972
14	ต่อกระจกและความผิดปกติของเลนส์อื่น ๆ	217,129	186,665	194,218	203,114	202,596
15	เนื้องอก	162,951	167,812	178,737	184,724	202,158

ตารางที่ 1.1 (ต่อ) จำนวนผู้ป่วยตามกลุ่มสาเหตุป่วย 20 ลำดับแรก ในช่วงปี 2559-2563

(หน่วย : ราย)

ลำดับ	กลุ่มสาเหตุป่วย	2559	2560	2561	2562	2563
16	ตาบอดและสายตาลี้นกลาง	210,366	181,181	189,299	199,056	198,592
17	ข้ออักเสบรูห์มาตอยและข้ออักเสบหลายข้อ	159,880	164,898	175,441	189,919	190,819
18	ภาวะเลือดออก โรคเลือดและอวัยวะที่สร้างเลือด	171,705	168,617	168,461	181,948	186,675
19	การคลอดของครรภ์เดียว	232,601	224,387	209,357	193,042	185,320
20	โลหิตเป็นพิษ	140,825	136,799	142,055	152,210	155,475
รวม 20 กลุ่มโรค		9,452,524	9,434,182	9,915,255	10,449,703	10,327,411
รวมทุกกลุ่มโรค		19,740,850	19,714,139	20,519,449	21,423,245	20,941,174

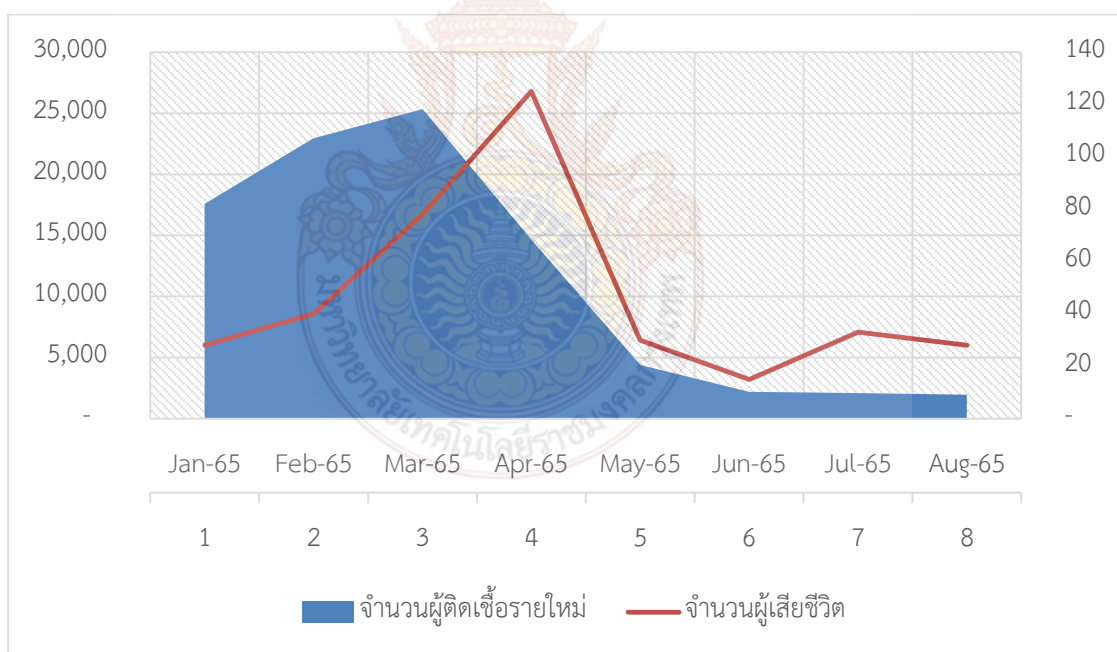
ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565.

ตารางที่ 1.2 จำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 และผู้เสียชีวิตเฉลี่ยในรอบ 7 วัน

(หน่วย : ราย/วัน)

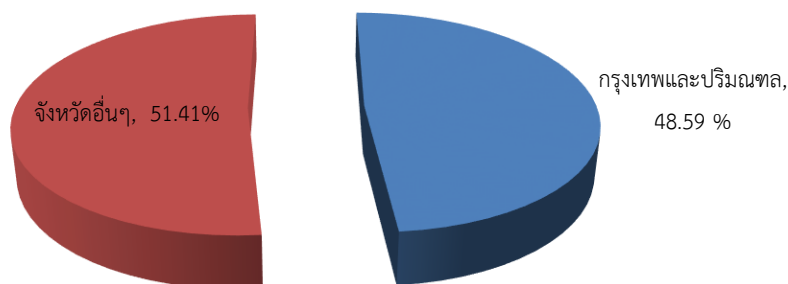
ช่วงเวลา	จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่	จำนวนผู้เสียชีวิต
ม.ค.-65	17,567	28
ก.พ.-65	22,961	40
มี.ค.-65	25,338	78
เม.ย.-65	14,649	125
พ.ค.-65	4,389	30
มิ.ย.-65	2,184	15
ก.ค.-65	2,099	33
ส.ค.-65	1,965	28

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565.



ภาพที่ 1.4 แนวโน้มจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 และผู้เสียชีวิตเฉลี่ยในรอบ 7 วัน

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565.



ภาพที่ 1.5 ร้อยละของจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำแนกตามพื้นที่

ที่มา : กรมควบคุมโรค, 2564.

การแพร่ระบาดของโควิด-19 ถือปรากฏการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมหาสกาล เพราะเป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างรุนแรงในระยะสั้น และหลายพฤติกรรมจะอยู่ถาวรกลายเป็น New Normal ซึ่งเป็นสิ่งที่หลายองค์กรกำลังศึกษาอยู่ เนื่องจากโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ยังไม่รู้จักมาก่อน ส่งผลต่อวิถีชีวิต การทำงาน การดำเนินชีวิตประจำวัน การเกิดขึ้นและการดำเนินโควิด-19 ครั้งนี้ จึงเป็นสถานการณ์ที่คาดว่าจะยาวนาน จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรในหลายพฤติกรรมของผู้คน ความไม่แน่นอนและการคาดเดาสถานการณ์ไม่ได้ ประกอบกับการได้รับข้อมูลข่าวสารถึงผลกระทบต่าง ๆ อาจก่อให้เกิดความเครียด ความกลัว ในจิตใจของคนไทยได้ทุกเพศทุกวัย โดยรูปแบบพฤติกรรมแบบ New Normal กับวิถีชีวิตใหม่ของคนไทย ประกอบด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2564)

1. การใช้เทคโนโลยี และอินเทอร์เน็ต เทคโนโลยีควบคู่กับอินเทอร์เน็ตจะเข้ามามีบทบาทกับการใช้ชีวิตมากขึ้นที่จากเดิมมีมากอยู่แล้ว แต่ในสังคมยุค New Normal สิ่งเหล่านี้จะเข้าไปอยู่ในแทบทุกจังหวะชีวิต ไม่ว่าจะเป็น การเรียนออนไลน์ การทำงานที่บ้าน การประชุมออนไลน์ การซื้อสินค้าออนไลน์ การทำธุรกรรม การรักษาโรคภัยไข้เจ็บ และการเอ็นเตอร์เทนชีวิตรูปแบบต่าง ๆ อย่างดูหนัง ฟังเพลง

2. การเว้นระยะห่างทางสังคม ผู้คนในสังคมจะเห็นความสำคัญของการเว้นระยะห่างที่เป็นแนวทางการใช้ชีวิตช่วงวิกฤติโควิด-19 และจะดำเนินชีวิตแบบนั้นต่อไป โดยรักษาระยะห่างทางกายภาพเพิ่มขึ้น และใช้เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนช่วยในการสื่อสารและการใช้ชีวิต ลดการปฏิสัมพันธ์ การไปในสถานที่สาธารณะ และเน้นการทำกิจกรรมที่บ้านมากขึ้น

3. การดูแลใส่ใจสุขภาพทั้งตัวเองและคนรอบข้าง โดยเกิดความคุ้นชินจากช่วงวิกฤติโควิด-19 ที่ต้องดูแลด้านสุขภาพและความสะอาดเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ ดังนั้น พฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ และการล้างมืออย่างถูกวิธี และหมั่นสังเกตตัวเองเมื่อไม่สบายจะยังคงมีต่อไป รวมถึงการหันมาใส่ใจสุขภาพ การออกกำลังกาย และการทำประกันสุขภาพจะมีแนวโน้มมากขึ้น

4. การสร้างสมดุลชีวิต การมีโอกาสดำรงงานที่บ้าน ลดจำนวนวันการเข้าออฟฟิศ หรือการลดการพบปะผู้คนในสังคม แล้วหันมาใช้ชีวิต และทำงานที่บ้าน ทำให้ผู้คนมองเห็นแนวทางที่จะสร้างสมดุลชีวิตระหว่างอยู่บ้านมากขึ้น และจะเป็นแนวทางในการปรับสมดุลชีวิตระหว่างเวลาส่วนตัว การงาน และสังคมให้สมดุลมากยิ่งขึ้น

ภายใต้สถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้น หากภาคส่วนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นภาคธุรกิจ ภาครัฐ หรือส่วนบุคคล ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ ล้วนต้องปรับตัว โดยแนวทางจากองค์กรภาคธุรกิจ ซึ่งดูเหมือนจะปรับตัวได้เร็วได้นำเสนอแนวทางเพื่อที่จะต้องพัฒนาให้ดีขึ้น หลังจบโควิด-19 ประกอบด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2564)

1. การเร่งปรับตัวช่องทาง Offline to Online ในธุรกิจที่มีช่องทางขายออนไลน์ต้องมองช่องทางออนไลน์เข้ามาเพิ่มเติม เพราะท้ายที่สุดหลังจบโควิด-19 การสั่งซื้อสินค้าออนไลน์จะกลายเป็นพฤติกรรมติดตัวผู้บริโภค ส่วนด้านสุขภาพ นอกจากการติดต่อสื่อสาร ให้ข้อมูลประชาสัมพันธ์แล้ว การบริการสุขภาพผ่านช่องทางดังกล่าวน่าจะได้รับความสนใจต่อผู้คนในสังคมมากยิ่งขึ้น

2. การขยายพื้นที่เพื่อเข้าถึงผู้บริโภค ในด้านเศรษฐกิจที่เห็นชัดเจนในช่วงวิกฤติที่ผ่านมา คือ ผู้ให้บริการ food aggregator เพราะเป็นโอกาสเพิ่มจำนวนผู้ใช้บริการ จากพฤติกรรมสั่งฟู้ดเดลิเวอรี่ที่เป็น New Normal จากนั้นไปคงจะเห็นบริการด้านสุขภาพมีเดลิเวอรี่มากขึ้นเช่นเดียวกัน

3. พัฒนาโลจิสติกส์ จากการเรียนรู้ในพฤติกรรมผู้บริโภคในสถานการณ์โควิด-19 หากโลจิสติกส์ส่งช้า จะเป็นปัญหาต่อการเติบโตของธุรกิจเดลิเวอรี่

4. ขยายแพลตฟอร์ม Social Media ของแต่ละธุรกิจให้เข้าถึงผู้บริโภคให้มากที่สุด เพราะเทคโนโลยีมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้ใช้งานได้สะดวก เป็นสิ่งที่ผู้ผลิตและค้าปลีก ต้องใช้ประโยชน์จากแพลตฟอร์มโซเชียลมีเดียให้มากที่สุด

นอกจากนี้ แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ได้อธิบายถึง แผนพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมว่า ปัจจุบันโลกเริ่มเข้าสู่ยุคระบบเศรษฐกิจและสังคมดิจิทัลที่เทคโนโลยีดิจิทัลจะไม่ได้เป็นเพียงเครื่องมือสนับสนุนการทำงานเฉกเช่นที่ผ่านมาอีกต่อไป หากแต่จะหลอมรวมเข้ากับชีวิตคนอย่างแท้จริงและจะเปลี่ยนโครงสร้างรูปแบบกิจกรรมทางเศรษฐกิจ กระบวนการผลิต การค้า การบริการ และกระบวนการทางสังคมอื่น ๆ รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไปอย่างสิ้นเชิง ประเทศไทยจึงต้องเร่งนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศ โดยในบริบทของประเทศไทย เทคโนโลยีดิจิทัลสามารถตอบปัญหาความท้าทายที่ประเทศกำลังเผชิญอยู่หรือเพิ่ม

โอกาสในการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม ดังนี้ (โครงการระเบียบเขตเศรษฐกิจภาคตะวันออก, 2564)

1. การก้าวข้ามกับดักรายได้ปานกลางที่เป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาประเทศเร่งด่วนของรัฐบาล ด้วยการลงทุนและพัฒนาอุตสาหกรรมที่มีอยู่แล้วในประเทศและอุตสาหกรรมกระแสใหม่ที่รวมถึงอุตสาหกรรมดิจิทัล

2. การพัฒนาขีดความสามารถของธุรกิจในประเทศทั้งภาคการเกษตร การผลิต และการบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่ม SMEs และวิสาหกิจชุมชนให้แข่งขันในโลกสมัยใหม่ได้

3. การปรับตัวและฉกฉวยโอกาสจากการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 ที่มีนัยสำคัญต่อการเคลื่อนย้ายสินค้าและกำลังคนจากไทยไปสู่โลก

4. การแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำของสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านรายได้ การศึกษา การรักษาพยาบาล สิทธิประโยชน์การเข้าถึงข้อมูล ฯลฯ ให้เกิดการกระจายทรัพยากรและโอกาสที่ทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรมยิ่งขึ้น

5. การบริหารจัดการการเข้าสู่สังคมสูงวัยที่ประเทศไทยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีนัยต่อผลิตภาพของประเทศ รวมถึงความต้องการใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุ

6. การแก้ปัญหาคอร์รัปชันอันเป็นปัญหาเรื้อรังของประเทศ โดยสร้างความโปร่งใสให้กับภาครัฐด้วยการเปิดเผยข้อมูล เพื่อให้ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการทำงานของภาครัฐได้

7. การพัฒนาศักยภาพของคนในประเทศทั้งบุคลากรด้านเทคโนโลยี บุคลากรที่ทำงานในภาคเกษตร อุตสาหกรรม และบริการ รวมถึงคนทั่วไปที่จะต้องชาญฉลาด รู้เท่าทันสื่อ เท่าทันโลก

ด้วยตระหนักถึงความท้าทายและโอกาสดังกล่าว รัฐบาลไทย โดยกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร จึงได้จัดทำแผนพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมขึ้น เพื่อใช้เป็นกรอบในการผลักดันให้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ซึ่งรวมถึงการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ทางความคิดในทุกภาคส่วน การปฏิรูปกระบวนการทางธุรกิจการผลิต การค้า และการบริการ การปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารราชการแผ่นดิน และการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน อันจะนำไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนของประเทศไทยตามนโยบายของรัฐบาล โดยแผนพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม มีหลักการนำทาง 5 ข้อ ดังนี้

1. ความสอดคล้อง ความสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศ แผนพัฒนาดิจิทัลฯ ต้องเป็นไปอย่างสอดคล้องและสนับสนุนทิศทางการพัฒนาของประเทศโดยรวม ทั้งการนำเทคโนโลยี

ดิจิทัลเข้าไปช่วยแก้ไขปัญหาและความท้าทายของประเทศในยุคปัจจุบัน และรองรับความท้าทายด้านต่าง ๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต

2. การใช้ประโยชน์ การใช้ประโยชน์สูงสุดจากพลวัตของเทคโนโลยีดิจิทัล แผนพัฒนาดิจิทัลฯ ต้องเกื้อหนุนให้ทุกภาคส่วนสามารถใช้ประโยชน์สูงสุดจากพลวัตของเทคโนโลยีดิจิทัลที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และส่งผลต่อโครงสร้างของระบบเศรษฐกิจและสังคมทั้งเชิงบวกและลบ เพื่อให้ประเทศไทยสามารถใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีได้อย่างก้าวกระโดด

3. การเข้าถึง การเข้าถึงของคนทุกกลุ่ม ยุทธศาสตร์และแผนงานของแผนพัฒนาดิจิทัลฯ ต้องสนับสนุนการเข้าถึงของคนทุกกลุ่ม หรือให้มากที่สุดซึ่งรวมถึงผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกลและยากจน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาสอื่น ๆ โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วม และการเข้าถึงเทคโนโลยี ข้อมูลข่าวสาร สื่อการเรียนรู้ และบริการดิจิทัลของรัฐในทุกบริการ

4. การวางแผน การวางแผนจากข้อมูลความพร้อมของประเทศ การกำหนดยุทธศาสตร์และแผนงานของแผนพัฒนาดิจิทัลฯ ต้องตระหนักถึงความพร้อมด้านเทคโนโลยีดิจิทัลของประเทศไทยในมิติต่าง ๆ เช่น โครงสร้างพื้นฐาน การเข้าถึง และการใช้เทคโนโลยีของประชาชนภาคธุรกิจ หน่วยงานรัฐ ความพร้อมด้านบุคลากรอุตสาหกรรม ฯลฯ เพื่อให้มาตรการต่าง ๆ ที่กำหนดตามแผนพัฒนาดิจิทัลฯ ฉบับนี้นำไปสู่การพัฒนาที่เป็นไปได้จริงในทางปฏิบัติ

5. การขับเคลื่อน การรวมพลังทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนการขับเคลื่อนแผนพัฒนาดิจิทัลฯ ไปสู่การปฏิบัติต้องเป็นไปตามแนวทาง “ประชารัฐ” ซึ่งเน้นความร่วมมือ ร่วมใจ และรวมพลังของทุกภาคส่วนทั้งภาคประชาชน ภาควิชาการ ภาคธุรกิจ หรือภาครัฐ และท้ายสุดผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจะกลับคืนสู่ทุกภาคส่วน โดยในกรณีของการพัฒนาดิจิทัล จะเน้นให้ภาคประชาชนและภาคธุรกิจเป็นผู้นำการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคม และภาครัฐจะเป็นผู้อำนวยความสะดวก และส่งเสริมสนับสนุนภาคประชาชนและภาคธุรกิจควบคู่ไปกับการปรับปรุงประสิทธิภาพของภาครัฐด้วยดิจิทัล

จะเห็นได้ว่า ภายใต้สถานการณ์ในปัจจุบัน และตามกรอบแนวทางแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ตามแผนพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม การบริการด้านสุขภาพก็ต้องมีการปรับเปลี่ยนไปเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์เช่นกัน โดยจากการสื่อสารในยุคดิจิทัลที่ก่อให้เกิด Big Data เปลี่ยนแปลงประสบการณ์ของผู้คนในทุกส่วนของสังคม รวมถึงการหาหมอเมื่อเจ็บป่วย ที่ต่อไปข้างหน้าภาพที่โรงพยาบาลรัฐที่คราคร่ำด้วยคนไข้จำนวนมากที่รอคิวพบแพทย์ก็อาจจะลดลงด้วยการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เข้ามาเปลี่ยนประสบการณ์การพบแพทย์ที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการพัฒนาเทคโนโลยีการแพทย์มาโดยตลอด เช่น การผ่าตัดส่องกล้อง การสอดท่อผ่าตัด การรักษาด้วยรังสี ที่มีมานานกว่า 20 ปี และการผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ก็มีมาไม่ต่ำกว่า 10 ปี จึงกล่าวได้ว่า การแพทย์ไทยมีความพร้อมมากกว่าประเทศใกล้เคียงในภูมิภาคนี้ และเมื่อเกิดวิกฤตไวรัสโควิด-19 สถานการณ์การแพร่ระบาดที่จำต้องมีการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social

Distancing) ก็กลายมาเป็นตัวเร่งให้ทุกภาคส่วนต้องนำเทคโนโลยีมาปรับใช้ ไม่ว่าจะเป็นสังคม ธุรกิจ การสื่อสาร รวมถึงเรื่องการแพทย์ ที่นำแนวคิดระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่เคยใช้สื่อสารทางไกล เช่น การผ่าตัดข้ามประเทศ มีแพทย์เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาระหว่างผ่าตัดอยู่อีกประเทศหนึ่ง มาใช้ในการดูแลคนไข้ โดยที่ทั้งหมอและคนไข้ก็อยู่ที่เดียวกัน

ในช่วงตั้งแต่เดือนมีนาคม 2564 ที่โควิด-19 ระบาดหนัก ทางโรงพยาบาลต้องหาทางดูแลผู้ป่วยที่เข้ามาจำนวนมาก และป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่เชื้อในโรงพยาบาล ด้วยการให้คนไข้พบหมอผ่านทางหน้าจอ โดยใช้ระบบ Telecon ที่มีมาตรการดูแลความปลอดภัยข้อมูลอย่างเคร่งครัด และจากจุดนี้เองก็ได้พัฒนาเป็นการให้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ผ่านแอปพลิเคชันต่างๆ ของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งดาวน์โหลดได้จาก App Store/Play Store นอกจากนั้น ในส่วนการจ่ายยา กรณีเป็นคนไข้ที่รับยาอย่างเดียว ก็จะจ่ายยาเพิ่มเพื่อไว้สัปดาห์หนึ่ง เพื่อขยายเวลาให้คนไข้เข้ามารับยาที่โรงพยาบาล หรือจ่ายยาทางไปรษณีย์โดยเลือกใช้ผู้บริการขนส่งที่มีระบบทำงานน่าเชื่อถือ สามารถระบุผู้รับ ตรวจสอบรายละเอียดข้อมูลการส่งได้

ข้อดีของระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คือ เหมาะกับคนไข้เก่ากลุ่ม follow up และกลุ่ม refill ยาที่อาการไม่หนักและมีประวัติรักษาอยู่แล้ว สามารถใช้ช่องทาง Telemedicine ได้ เพราะเป็นการสื่อสาร 2 ทาง ซึ่งช่วยเพิ่มความสะดวกจากการลดระยะเวลาลดการเดินทาง ทำให้ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตลอดจนค่าใช้จ่ายด้านการทำธุรกรรมของคนไข้และของแพทย์ลดลง รวมถึงลดความเสี่ยงจากการสัมผัส และลดความแออัดในโรงพยาบาลได้ การนำระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาใช้เป็นการเปลี่ยนวัฒนธรรมการหาหมอของคนไทย โดยภายใน 1 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเป็นหน่วยงานแรก ๆ ที่นำระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาใช้ได้ตั้งเป้าหมายให้คนเปลี่ยนมาใช้แอปช่องทางระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อลดจำนวนคนมาโรงพยาบาลลงเหลือร้อยละ 20 จาก 5,000 คน เหลือ 1,000 คน อย่างไรก็ตาม ไม่ได้หมายความว่าป่วยแล้วห้ามมาโรงพยาบาล แต่ใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในการคัดกรองวินิจฉัยเบื้องต้น ซึ่งถ้าป่วยหนักก็มาที่โรงพยาบาลได้เลย ทั้งนี้ สิ่งที่ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ต้องให้ความสำคัญอย่างมาก คือ การเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวที่เป็นความลับของผู้ป่วยตามข้อบังคับกฎหมายพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) โดยต้องเตรียมพร้อมทั้งบุคลากร การออกแบบขั้นตอน Journey ของแอปพลิเคชัน ระบบรักษาความปลอดภัย ถึงเก็บข้อมูล และแบ็คอัพคลาวด์อยู่ในประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์ให้การดูแลรักษาข้อมูลของผู้ป่วยปลอดภัยสูงสุด (ธนาคารไทยพาณิชย์, 2564)

แม้ว่าระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จะมีประโยชน์ต่อทั้งประชาชน ผู้ใช้บริการและหน่วยงานที่ให้บริการทางการแพทย์อย่างมากในสถานการณ์ปัจจุบัน แต่กลับพบว่า ยัง

มีประชาชนจำนวนมากยังขาดการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทั้งนี้เนื่องจาก ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดการรับรู้ถึงประโยชน์ของระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คิดว่าระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ใช้งานยุ่งยาก ส่งผลให้ยังมีทัศนคติต่อการใช้งานหรือความตั้งใจในการใช้งานระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่ยังไม่ดีนัก ปัจจัยดังกล่าวเหล่านี้ส่งผลอย่างมากต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทำให้ประชาชนจำนวนไม่น้อยยังลังเลที่จะใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ดังนั้น ถ้าต้องการให้ประชาชนหันมาใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มากขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องหันมาให้ความสำคัญกับการสร้างการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) อย่างจริงจัง โดยการสร้างความมั่นใจให้ประชาชนได้รับรู้ถึงประโยชน์ของระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ให้ประชาชนได้รับรู้ถึงความสะดวกและความง่ายในการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ควบคู่กับการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการใช้งานหรือความตั้งใจในการใช้งานระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อให้ประชาชนหันมาใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพิ่มมากขึ้น ตามแบบจำลองการยอมรับนวัตกรรมและเทคโนโลยี (A Technology Acceptance Model--TAM) ที่อธิบายไว้โดย Davis (1989) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยี ประกอบด้วย ตัวแปรภายนอก (External Variables) คือ ข้อมูลประชากรศาสตร์ (Demographic) และประสบการณ์ (Previous Experience) การรับรู้ถึงประโยชน์จากการใช้เทคโนโลยี การรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี (Perceived Ease of Use) และทัศนคติต่อการใช้งาน (Attitude toward Using)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การวิจัยเรื่อง “อิทธิพลของการยอมรับเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล” จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจศึกษาเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้จะทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบถึงระดับการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ระดับการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งเป็นเขตพื้นที่การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่สำคัญในปัจจุบัน ทั้งนี้เพื่อให้องค์การที่ให้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการสร้างการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ตลอดจนเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงการให้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ให้เหมาะสมกับประชาชนในแต่ละกลุ่มที่มีลักษณะทาง

ประชากรศาสตร์ และการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่แตกต่างกัน

1.2 คำถามของการวิจัย

1.2.1 ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในระดับใด

1.2.2 ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เป็นอย่างไร

1.2.3 ปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ มีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของประชาชน ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล หรือไม่ และอย่างไร

1.2.4 ปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ และปัจจัยด้านการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของประชาชน ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล หรือไม่ และอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 เพื่อศึกษาการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

1.3.2 เพื่อศึกษาการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

1.3.3 เพื่อศึกษาการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำแนกตามปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์

1.3.4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) กับการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

1.4 สมมติฐานในการวิจัย

1.4.1 ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน) ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้

ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) แตกต่างกัน

1.4.2 ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน) ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) แตกต่างกัน

1.4.3 ปัจจัยด้านการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี และด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน) มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

1.5.1 ขอบเขตด้านประเด็นที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และอิทธิพลของปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ และปัจจัยด้านการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

1.5.2 ขอบเขตด้านพื้นที่

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชาชนที่เคยใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ดังนั้นขอบเขตด้านพื้นที่สำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ พื้นที่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

1.5.3 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่รับรู้ถึงบริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยอาจเป็นผู้ที่เคยใช้บริการ หรือยังไม่มีเคยใช้บริการ หรือมีความคิดที่จะใช้บริการ ซึ่งเป็นประชากรขนาดใหญ่ที่ไม่ทราบจำนวนที่ชัดเจน และยังไม่มีความหมายงานใดได้เก็บรวบรวมข้อมูลที่แน่ชัด

กลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้ไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยไม่ทราบจำนวนประชากร โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อนในการประมาณที่ร้อยละ 5 (จุฬาลักษณ์ โกมนตรี, 2555) คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ขนาดตัวอย่าง 385 ตัวอย่าง และเพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ถูกต้องและครอบคลุมมากขึ้น การวิจัยในครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 400 ตัวอย่าง โดยทำการเก็บข้อมูลแบบบังเอิญ (Accidental sampling) จากผู้ที่รับรู้ถึงบริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยอาจเป็นผู้ที่เคยใช้บริการ หรือยังไม่เคยใช้บริการ หรือมีความคิดที่จะใช้บริการ โดยใช้การเก็บแบบสอบถามแบบออนไลน์เป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

1.5.4 ขอบเขตด้านตัวแปร

การวิจัยในครั้งนี้ได้กำหนดตัวแปรต่าง ๆ ดังนี้

1) ตัวแปรอิสระ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดตัวแปรอิสระเพื่อใช้ในการศึกษา ดังนี้

1.1) ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรศาสตร์ ประกอบด้วย

- 1.1.1) เพศ
- 1.1.2) อายุ
- 1.1.3) สถานภาพ
- 1.1.4) ระดับการศึกษา
- 1.1.5) อาชีพ
- 1.1.6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

1.2) ปัจจัยด้านการยอมรับเทคโนโลยี ประกอบด้วย

- 1.2.1) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์
- 1.2.2) ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี
- 1.2.3) ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน

2) ตัวแปรตาม สำหรับตัวแปรตามในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดให้การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เป็นตัวแปรตาม

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 เพื่อเป็นแนวทางให้องค์กรที่ให้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการสร้างการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และประชาชนในเขตพื้นที่อื่นในอนาคต

1.6.2 เพื่อเป็นแนวทางให้องค์การที่ให้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาและปรับปรุงการให้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ให้ประชาชนหันมาตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มากขึ้น

1.6.3 เพื่อเป็นแนวทางให้องค์การที่ให้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาและปรับปรุงการให้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ให้เหมาะสมกับประชาชนในแต่ละกลุ่มที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ และปัจจัยด้านการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่แตกต่างกัน

1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

เพื่อให้เกิดความเข้าใจในความหมายที่ตรงกัน ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงขอกำหนด ความหมายและขอบเขตของคำศัพท์เฉพาะต่าง ๆ ไว้ ดังนี้

ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หรือ โทรเวช หมายถึง การส่งผ่านหรือ การสื่อสารเนื้อหาทางการแพทย์แผนปัจจุบันโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทั้งจากสถานพยาบาล ภาครัฐและ/หรือเอกชนจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่งโดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้การปรึกษา คำแนะนำ แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือบุคคลอื่นใด เพื่อดำเนินการ ทางทางการแพทย์ในกรอบแห่งความรู้ทางวิชาชีพเวชกรรม ตามภาวะ วิสัย และพฤติกรรมที่เป็นอยู่ ทั้งนี้ โดยความรับผิดชอบของผู้ส่งผ่านหรือการสื่อสารเนื้อหาทางการแพทย์นั้น ๆ

การยอมรับเทคโนโลยี หมายถึง การที่บุคคลมีพฤติกรรมความตั้งใจใช้บริการระบบบริการ การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หรือเห็นความสำคัญของบริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ว่ามีประโยชน์ ใช้งานง่าย แล้วได้ประเมินและตัดสินใจยอมรับบริการระบบบริการ การแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

การรับรู้ถึงประโยชน์ หมายถึง การรับรู้ถึงประโยชน์จากการใช้งานบริการระบบบริการ การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ซึ่งเป็นการวัดระดับขั้นของบุคคลที่เชื่อว่า ถ้าหากมีการใช้บริการ ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทำให้เกิดความสะดวกมากยิ่งขึ้น ช่วยเพิ่ม ประสิทธิภาพและศักยภาพในการรักษาโรค ใช้งานได้สะดวก รวดเร็วขึ้น ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน ลดขั้นตอนในการรักษา ลดข้อผิดพลาดในการรักษา ตลอดจนสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยงานอื่น ได้เร็วขึ้น

การรับรู้ว่าง่ายต่อการใช้งาน หมายถึง การรับรู้ความง่ายการใช้งานบริการระบบบริการ การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ซึ่งเป็นความเชื่อของผู้ใช้ที่คาดหวังต่อการใช้งานบริการระบบ บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่องค์การหรือหน่วยงานต่างๆ นำมาเป็นเครื่องมือที่จะใช้

งาน ต้องมีความง่ายต่อการใช้งาน เข้าใจง่าย และสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน

ทัศนคติต่อการใช้ หมายถึง ทัศนคติที่เกิดขึ้นจากผลของการรับรู้ถึงประโยชน์และการรับรู้ถึงความง่ายในการใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ซึ่งหากผู้ใช้รับรู้ว่าการบริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) นี้มีประโยชน์และสามารถใช้งานได้ง่าย และรองรับการปฏิบัติงาน ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องแม่นยำ เกิดความเชื่อมั่นและเชื่อถือ เกิดความพึงพอใจในการใช้ และเห็นด้วยกับการนำบริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาใช้ ทำให้ผู้ใช้จะเกิดทัศนคติที่ดีต่อบริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากการมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จนเกิดความรู้สึกว่าควรใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพราะรู้สึกว่าการบริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ใช้งานได้จริง ใช้งานง่าย และมีประโยชน์ ทำให้ได้รับข้อมูลที่มีคุณภาพ หากใช้งานอย่างต่อเนื่อง เกิดการยอมรับบริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาใช้เพื่อการรักษามากขึ้น



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “อิทธิพลของการยอมรับเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล” ในครั้งนี้ ได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย ดังนี้

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศ
- 2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้
- 2.3 แนวคิดทัศนคติต่อการใช้ (Attitude toward using)
- 2.4 แนวคิดและทฤษฎีพฤติกรรมผู้บริโภค
- 2.5 ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 กรอบแนวคิดในการศึกษา

2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศ

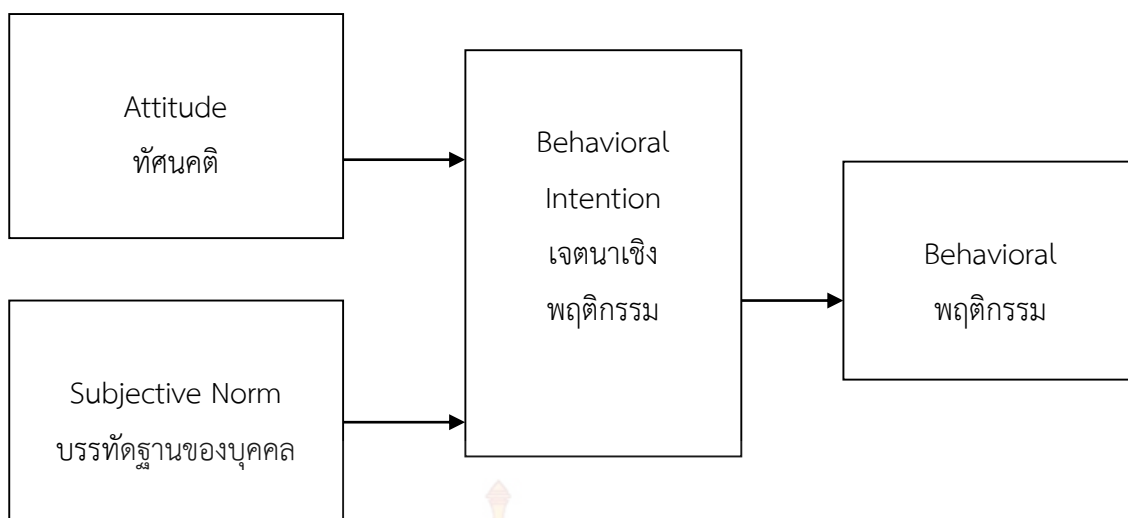
ทฤษฎีเกี่ยวกับการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นทฤษฎีที่มีพื้นฐานมาจาก 6 ทฤษฎีที่สำคัญ ดังนี้

2.1.1 ทฤษฎีการกระทำตามหลักเหตุและผล (The Theory of Reasoned Action-TRA)

ทฤษฎีการกระทำตามหลักเหตุและผล เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคม (Social Psychology) นำเสนอโดย Fishbein and Ajzen (1980) ทฤษฎีนี้ถูกนำมาเป็นพื้นฐานสำหรับการศึกษาพฤติกรรมมนุษย์ โดยเป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมนุษย์เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ และบุคคลจะแสดงพฤติกรรมเพราะคิดว่าเป็นสิ่งสมควรทำ เนื่องจากบุคคลจะพิจารณาเหตุผลก่อนการกระทำเสมอ จากหลักการดังกล่าว แม้ว่าการแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคลเกิดจากการตัดสินใจของบุคคล แต่ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการแสดงพฤติกรรมโดยตรง คือ ความตั้งใจแสดงพฤติกรรม (Behavioral Intention) ซึ่งความตั้งใจแสดงพฤติกรรม จะได้รับแรงขับเคลื่อนจากปัจจัย 2 ประการ ได้แก่

- (1) ทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม (Attitudes towards the Behavior)
- (2) บรรทัดฐานของบุคคลที่อยู่โดยรอบการแสดงพฤติกรรม (Subjective Norm)

โดยสามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตามทฤษฎี TRA ได้ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตามทฤษฎี (TRA)

ที่มา: Fishbein and Ajzen, 1980.

แบบจำลองตามทฤษฎี TRA อธิบายว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจแสดงพฤติกรรม คือ

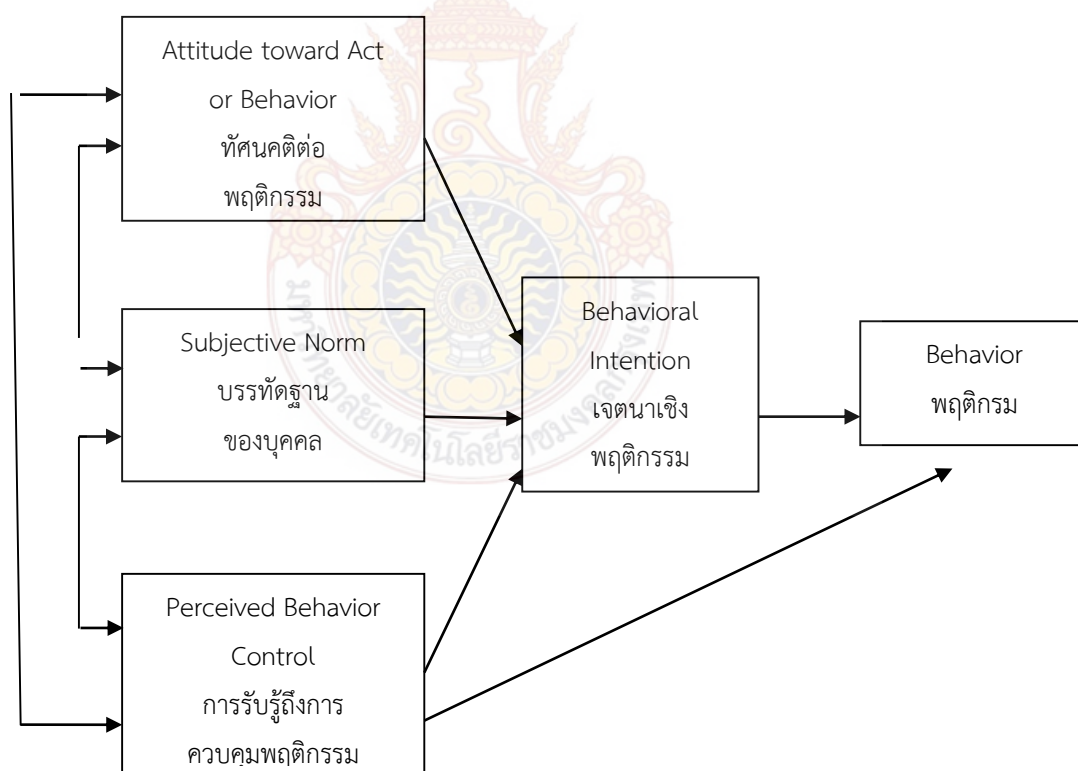
(1) ทัศนคติ (Attitude) คือ ปัจจัยที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล บุคคลจะประเมินภาพรวมของพฤติกรรมจากความเชื่อถึงผลที่น่าจะตามมา ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกในเชิงบวกหรือความรู้สึกในเชิงลบเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรม ถ้าบุคคลประเมินพฤติกรรมและเชื่อว่าให้ผลเชิงบวก แสดงว่าบุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลประเมินพฤติกรรมออกมาเป็นเชิงลบ แสดงว่า บุคคลจะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมดังกล่าว

(2) บรรทัดฐานของบุคคล (Subjective Norm) คือ การรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความคาดหวังหรือความต้องการของกลุ่มบุคคลในสังคมที่มีความสำคัญต่อบุคคล ในการแสดงหรือไม่แสดงพฤติกรรมใด ๆ บรรทัดฐานของบุคคลถือเป็นแรงจูงใจให้แต่ละบุคคลปฏิบัติตามความต้องการของกลุ่มบุคคลในสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มบุคคลใกล้ชิด เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่ต้องการให้บุคคลแสดงออกถึงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง

อย่างไรก็ตามทฤษฎี TRA ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากการแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล อาจไม่สามารถเกิดขึ้นได้ถ้าหากพฤติกรรมนั้นมีความซับซ้อนยุ่งยากมากกว่าความสามารถของบุคคลจะควบคุมได้ ทฤษฎี TRA จึงได้รับการพัฒนาและกลายเป็นทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior หรือ TPB)

2.1.2 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior-TPB)

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior--TPB) นำเสนอโดย Ajzen (1985 อ้างถึงในสุนันทา วงศ์จตุรภัทร, 2555) เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมที่พัฒนามาจากทฤษฎี TRA โดยได้เพิ่มปัจจัยการรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมของตนเองในการแสดงพฤติกรรมใด ๆ เพื่อลดข้อจำกัดของทฤษฎี TRA และสามารถนำมาปรับใช้เพื่อศึกษาความตั้งใจ และพฤติกรรมในบริบทที่หลากหลาย รวมถึงสามารถช่วยสร้างความเข้าใจในการยอมรับการใช้เทคโนโลยีของแต่ละบุคคลได้ หลักการของ TPB จะศึกษาถึงพฤติกรรมของแต่ละบุคคลที่ได้รับแรงขับเคลื่อนจากความตั้งใจแสดงพฤติกรรม โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจแสดงพฤติกรรมนั้นจะประกอบด้วยปัจจัยหลัก 3 ประการ ได้แก่ ทศนคติที่มีต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานของบุคคลที่อยู่โดยรอบการแสดงพฤติกรรม และการรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมของตนเองในการแสดงพฤติกรรมใด ๆ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตามทฤษฎี TPB สามารถแสดงในรูปของแบบจำลอง ดังรูปที่ 2.2



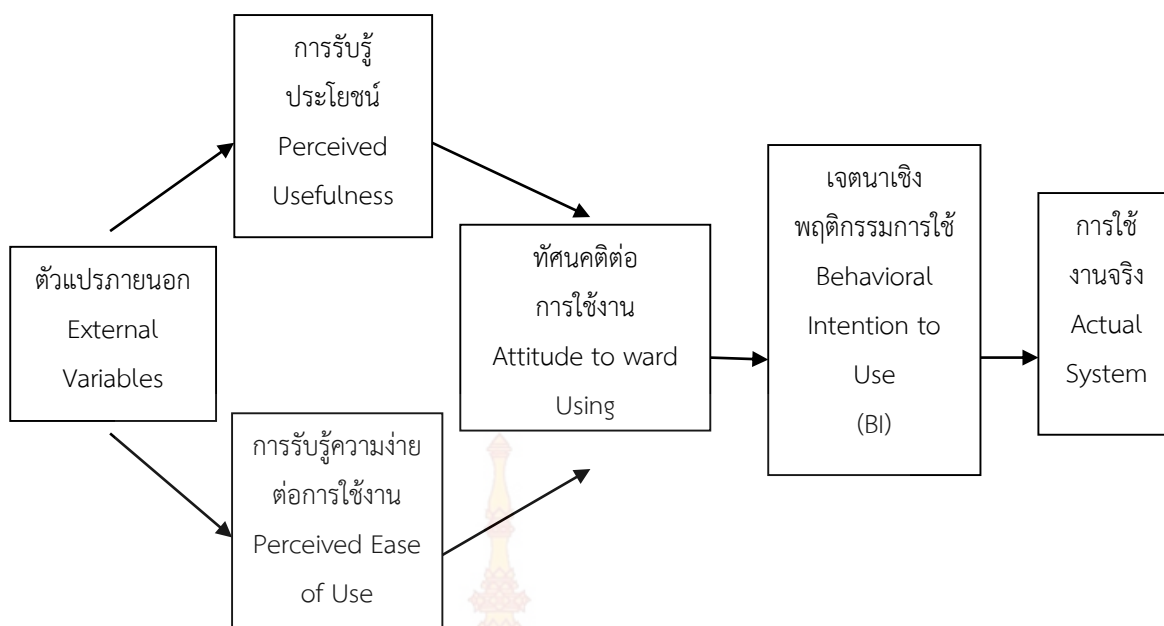
ภาพที่ 2.2 แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยใน (TRB)

ที่มา: Ajzen (1985 อ้างถึงในสุนันทา วงศ์จตุรภัทร, 2555)

จากภาพที่ 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจและ/หรือพฤติกรรมซึ่งได้รับอิทธิพลจากทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานของบุคคลที่อยู่โดยรอบการแสดงพฤติกรรม และการรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมของตนเองในการแสดงพฤติกรรมใด ๆ ที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมด้วย ซึ่งการรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมของตนเองในการแสดงพฤติกรรมใด ๆ คือ การรับรู้ถึงความยากหรือง่ายในการแสดงพฤติกรรม ถ้าบุคคลรับรู้ว่ามีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมในสภาพการณ์นั้นได้ และสามารถควบคุมให้เกิดผลลัพธ์ตามต้องการได้ บุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้ Ajzen (1985 อ้างถึงในสุนันทา วงศ์จุฑารักษ์, 2555) เชื่อว่า บุคคลมีความพยายามที่จะควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัยภายใน เช่น ความรู้และความสามารถของแต่ละบุคคล เป็นต้น และปัจจัยภายนอก เช่น สภาพสิ่งแวดล้อมความสะดวกในการใช้งาน เป็นต้น ซึ่งปัจจัยการรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมของตนเองในการแสดงพฤติกรรมใด ๆ นี้จะถูกกำหนดโดยความเชื่อของบุคคลที่มีต่อปัจจัย (เช่น การใช้งานอย่างต่อเนื่อง) ที่อาจส่งเสริมหรือขัดขวางการแสดงพฤติกรรมนั้น (Control beliefs) และการรับรู้ถึงกำลังของปัจจัยดังกล่าวที่มีผลต่อความเชื่อมั่น (Efficacy) ที่ทำให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมได้หรือไม่ อย่างไรก็ตาม TPB ก็ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ทำให้การนำ TPB มาอธิบายทัศนคติและพฤติกรรมอาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้ เช่น ข้อจำกัดที่เกิดจากความไม่สอดคล้องกันระหว่างความตั้งใจแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริงเมื่อเวลาผ่านไป จึงนำไปสู่การพัฒนาทฤษฎี Technology acceptance model หรือ TAM

2.1.3 แบบจำลองการยอมรับนวัตกรรมและเทคโนโลยี (A Technology Acceptance Model-TAM)

แบบจำลองการยอมรับนวัตกรรมและเทคโนโลยีเป็นทฤษฎีที่มีการยอมรับและมีชื่อเสียงในการเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการใช้เทคโนโลยี นำเสนอโดย Davis (1989) เพื่อพัฒนาเป็นแบบจำลอง TAM และใช้ศึกษาในบริบทการยอมรับการใช้ระบบสารสนเทศ โดยไม่นำบรรทัดฐานของบุคคลที่อยู่โดยรอบการแสดงพฤติกรรมเข้ามาใช้เป็นปัจจัยในการพยากรณ์พฤติกรรมการใช้ที่เกิดขึ้นจริง โดยหลักการของ TAM จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจแสดงพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ประกอบด้วย ปัจจัยหลัก 4 ปัจจัย คือ ตัวแปรภายนอก (External Variables) การรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากเทคโนโลยีสารสนเทศ (Perceived Usefulness หรือ PU) การรับรู้ว่าเป็นระบบที่ง่ายต่อการใช้งาน (Perceived Ease of Use หรือ PEOU) และทัศนคติที่มีต่อการใช้งาน (Attitude toward Using) ดังภาพที่ 2.3



ภาพที่ 2.3 แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยใน (TAM)

ที่มา: Davis, 1989.

แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยใน TAM อธิบายได้ ดังนี้

(1) **ตัวแปรภายนอก (External Variables)** หมายถึง ข้อมูลประชากรศาสตร์ (Demographic) และประสบการณ์ (Previous Experience) เป็นต้น ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากเทคโนโลยีสารสนเทศ และการรับรู้ว่าเป็นระบบที่ง่ายต่อการใช้งาน

(2) **การรับรู้ถึงประโยชน์จากการใช้เทคโนโลยี (Perceived Usefulness)** หมายถึง ทัศนคติ และความเชื่อของบุคคลที่มีต่อการใช้เทคโนโลยีหรือระบบใดระบบหนึ่ง เพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงานของบุคคลนั้น เป็นความเชื่อหรือมุมมองในการวิเคราะห์และตระหนักถึงคุณค่าหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากเทคโนโลยี หากคุณประโยชน์ของเทคโนโลยีตรงกับความต้องการของบุคคลจะนำไปสู่การยอมรับและใช้เทคโนโลยีนั้นต่อไป

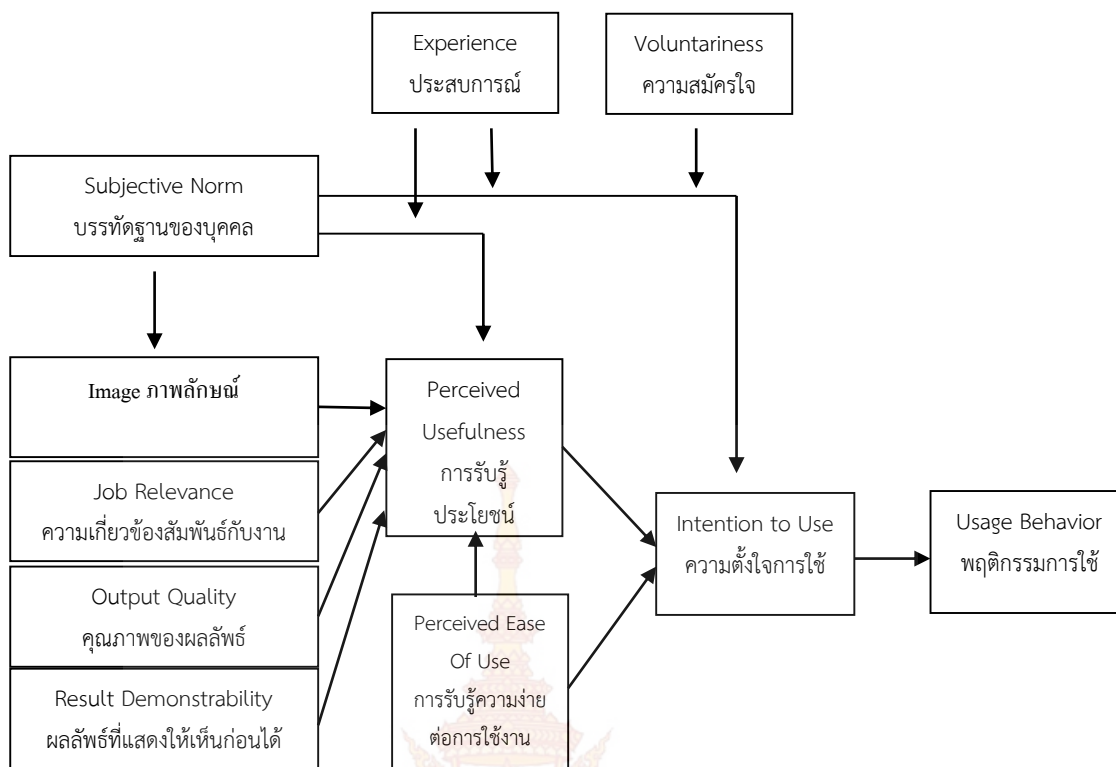
(3) **การรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี (Perceived Ease of Use)** หมายถึง การรับรู้ว่ายานเทคโนโลยีนั้นใช้งานง่าย โดยการใช้มันไม่ต้องใช้ความพยายามมาก ไม่มีความซับซ้อนในการใช้งาน จึงมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดการยอมรับจากผู้ใช้งาน การรับรู้ความง่ายนั้นมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมกรยอมรับ หรือความตั้งใจที่จะใช้ และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการยอมรับ โดยส่งผ่านพฤติกรรมกรยอมรับ นอกจากนี้พบว่า การรับรู้ความง่ายในการใช้งานมีอิทธิพลต่อการรับรู้ประโยชน์อีกด้วย

(4) **ทัศนคติต่อการใช้งาน (Attitude toward Using)** หมายถึง ทัศนคติที่มีต่อการใช้งานที่ได้รับอิทธิพลจากการรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากเทคโนโลยีสารสนเทศ และการรับรู้ว่าเป็นระบบที่ง่ายต่อการใช้งาน ในขณะที่ความตั้งใจแสดงพฤติกรรมการใช้งานได้รับอิทธิพลจากทัศนคติที่มีต่อการใช้งาน และการรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากเทคโนโลยีสารสนเทศ และส่งผลให้เกิดการยอมรับการใช้งานจริงในที่สุด และเพื่อให้สามารถอธิบายเหตุผลของบุคคลในการรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากระบบสารสนเทศมากยิ่งขึ้น จึงนำไปสู่การพัฒนาแบบจำลอง TAM (2) ต่อไป

2.1.4 แบบจำลองการยอมรับนวัตกรรมและเทคโนโลยี (A Technology Acceptance Model--TAM 2

แบบจำลองการยอมรับนวัตกรรมและเทคโนโลยี (TAM 2) เป็นการพัฒนาจากแบบจำลอง TAM และผลการวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องเพิ่มตัวแปรอื่น ๆ ในแบบจำลอง TAM เพื่อสามารถสร้างความเข้าใจถึงวิธีการอธิบายการยอมรับการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ของแต่ละบุคคลได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และเพื่อให้สามารถอธิบายเหตุผลของบุคคลในการรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากระบบสารสนเทศ จึงนำมาสู่การพัฒนาแบบจำลอง TAM 2 ซึ่งนำเสนอโดย Venkatesh & Davis (2000) ดังภาพที่ 2.4

จากภาพที่ 2.4 TAM 2 ได้มีการปรับปรุงที่ตัวแปรภายนอก และปัจจัยที่เกิดก่อนที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากเทคโนโลยีสารสนเทศ และการรับรู้ว่าเป็นระบบที่ง่ายต่อการใช้งานให้มีความทันสมัยมากยิ่งขึ้น โดยพบว่า กระบวนการของอิทธิพลจากสังคม เช่น บรรทัดฐานของบุคคลที่อยู่โดยรอบการแสดงพฤติกรรม ความสมัครใจ ภาพลักษณ์ ตลอดจนทั้งกระบวนการใช้ปัญหา เช่น ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับงานคุณภาพของผลลัพธ์ ผลลัพธ์ที่สามารถแสดงให้เห็นก่อนได้ และการรับรู้ว่าเป็นระบบที่ง่ายต่อการใช้งาน เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการยอมรับเทคโนโลยีใหม่ นอกจากนี้ TAM 2 ยังนำเสนอแนวคิดใหม่ว่า บรรทัดฐานของบุคคลที่อยู่โดยรอบการแสดงพฤติกรรมเป็นปัจจัยหลักที่กำหนดความตั้งใจจะใช้งาน และมีอิทธิพลต่อการรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากเทคโนโลยีสารสนเทศ และภาพลักษณ์ในเชิงบวก สำหรับผลกระทบของตัวแปรเสริมหรือตัวผันแปร (ประสบการณ์และความสมัครใจ) เกิดควบคู่และมีความเชื่อมโยงระหว่างบรรทัดฐานของบุคคลที่อยู่โดยรอบการแสดงพฤติกรรม และความตั้งใจที่จะใช้งาน นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยที่เกิดก่อน ได้แก่ ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับงาน คุณภาพของผลลัพธ์ และผลลัพธ์ที่สามารถแสดงให้เห็นก่อนได้ มีอิทธิพลต่อการรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากเทคโนโลยีสารสนเทศในเชิงบวก และพบอีกว่า ภายใต้เงื่อนไขการใช้งานโดยบังคับและผู้ใช้งานมีประสบการณ์ที่จำกัด บรรทัดฐานของบุคคลที่อยู่โดยรอบการแสดงพฤติกรรมจะมีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะใช้ในเชิงบวก

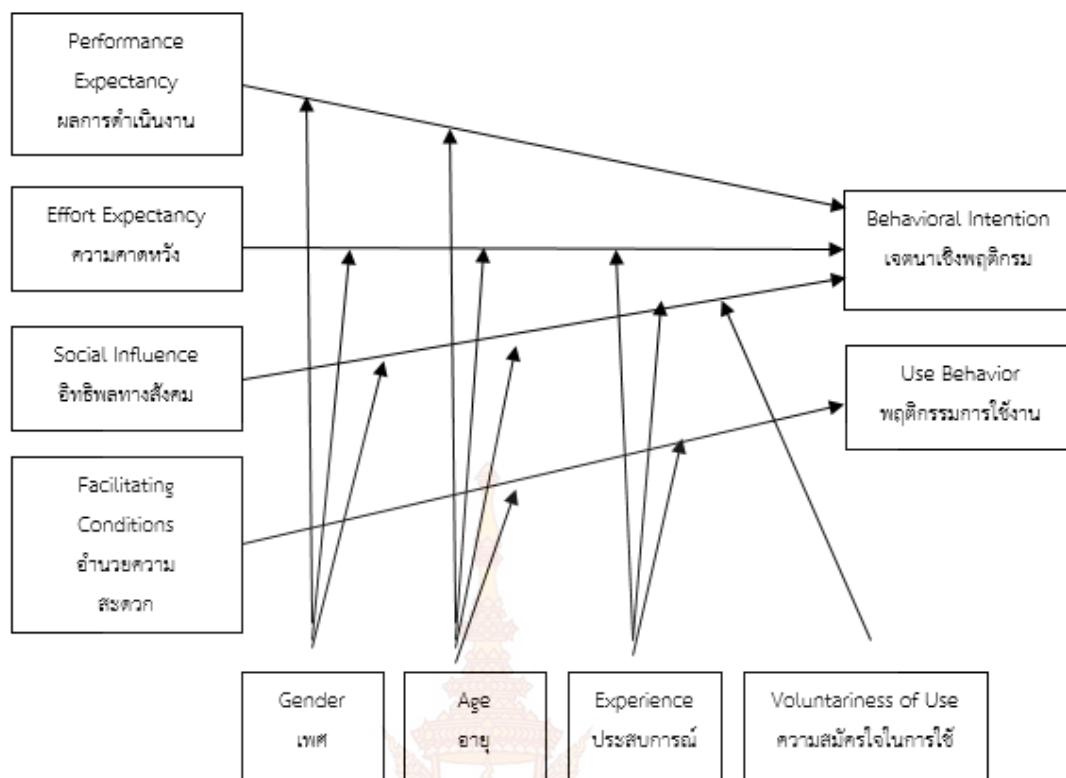


ภาพที่ 2.4 แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยใน (TAM 2)

ที่มา: Venkatesh & Davis, 2000.

2.1.5 แบบจำลองทฤษฎีรวมของการยอมรับและการใช้เทคโนโลยี (Unified Theory of Acceptance and Use of Technology-UTAUT)

แบบจำลองทฤษฎีรวมของการยอมรับและการใช้เทคโนโลยี (UTAUT) นำเสนอโดย Venkatesh และคณะ (2003) อธิบายว่า เมื่อใช้ทฤษฎีที่กล่าวมาข้างต้น อาจทำให้จำเป็นต้องคัดเลือกเฉพาะแบบจำลองที่มีชื่อเสียง หรือทำให้งานวิจัยส่วนใหญ่ละเลยแบบจำลองที่เป็นทางเลือกไป ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาแบบจำลองเพื่ออธิบายถึงการยอมรับการใช้เทคโนโลยีของแต่ละบุคคล ภายใต้ทฤษฎีรวมที่อาศัยพื้นฐานความสัมพันธ์ที่เด่นชัดของปัจจัยต่าง ๆ และถูกนำไปใช้ศึกษาการยอมรับการใช้เทคโนโลยีของแต่ละบุคคลในหน่วยงาน โดยใช้ความตั้งใจแสดงพฤติกรรม หรือ พฤติกรรมการใช้เป็นตัวแปรหลัก ดังภาพที่ 2.5



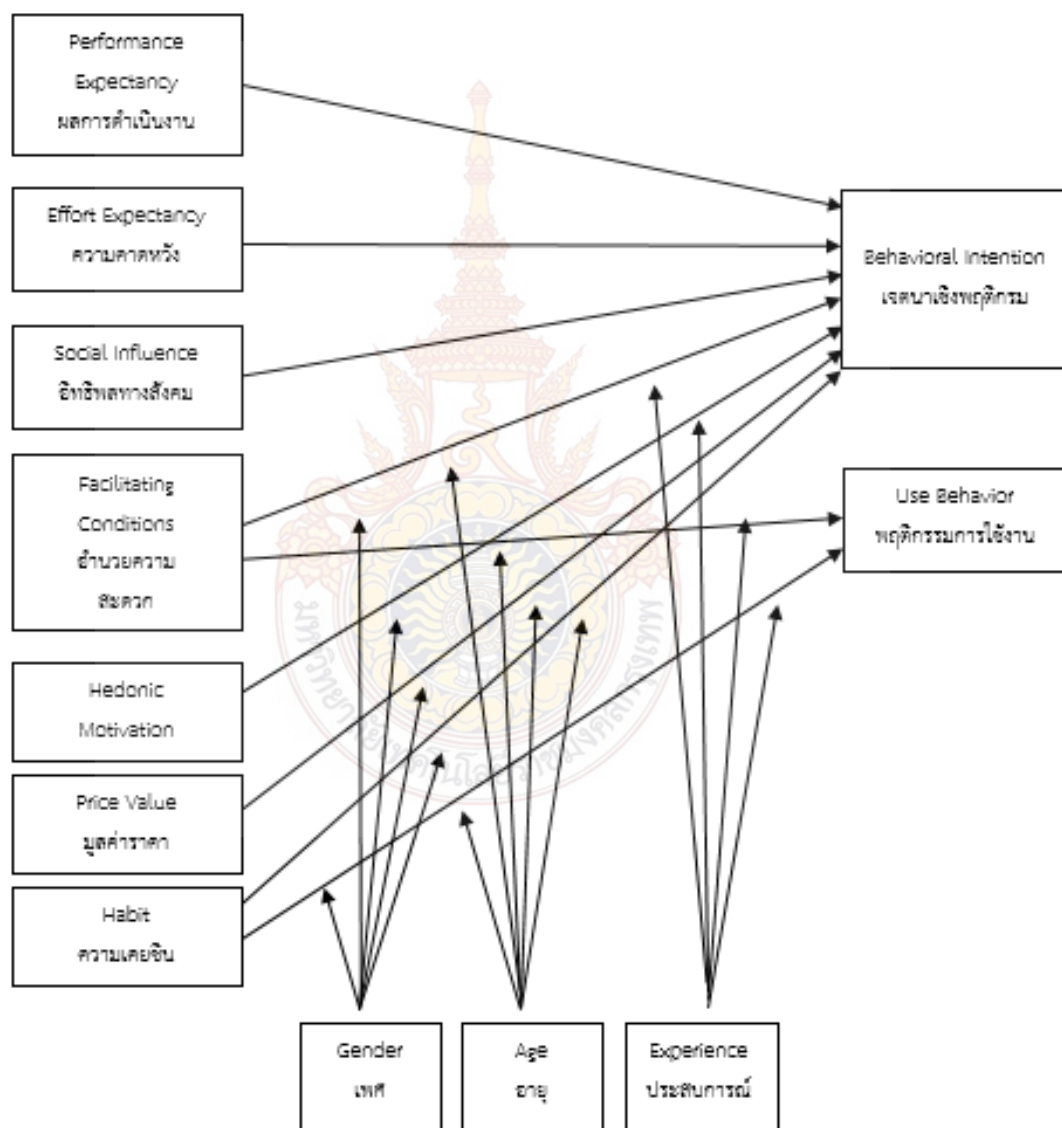
ภาพที่ 2.5 แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยใน (UTAUT)

ที่มา: Venkatesh และคณะ, 2003.

จากภาพที่ 2.5 อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมหรือพฤติกรรมการใช้ที่ได้รับอิทธิพลจาก 3 ปัจจัยหลัก ยกเว้นสภาพสิ่งแวดล้อมความสะดวกในการใช้งานที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการใช้ สำหรับตัวแปรเสริมที่เป็นส่วนขยายแบบจำลองและทำหน้าที่ในการขยายปัจจัยหลัก 4 ตัว จะมีอิทธิพลต่อความตั้งใจแสดงพฤติกรรม หรือการใช้ผ่านปัจจัยหลัก 4 ด้าน แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่า UTAUT จะสามารถใช้ในการพยากรณ์การยอมรับการใช้เทคโนโลยีได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีตัวแปรเสริมหรือตัวผันแปรเป็นส่วนขยาย แบบจำลองสามารถเพิ่มค่าความถูกต้องการพยากรณ์ได้มากยิ่งขึ้น แต่งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า มีเพียงการใช้ปัจจัยย่อยที่อยู่ภายใต้ปัจจัยหลักเท่านั้น และไม่มีการนำตัวแปรเสริมหรือตัวผันแปรเข้ามาใช้ในงานวิจัย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาขยายขอบเขตทฤษฎีเพื่อค้นหาปัจจัยสำคัญ และสามารถปรับใช้ให้ครอบคลุมถึงการศึกษาในบริบทการใช้เทคโนโลยีของผู้ใช้งานโดยเน้นที่ผู้บริโภคซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการลงทุนในกลุ่มบุคคลเหล่านี้มาก ไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์เทคโนโลยีต่าง ๆ แอปพลิเคชัน และเป็นกลุ่มเป้าหมายของการให้บริการที่มีความแตกต่างสำคัญระหว่างสภาวะการใช้งานเทคโนโลยีภายในองค์กร และสภาวะการใช้งานเทคโนโลยีของผู้บริโภค จึงนำไปสู่การพัฒนาแบบจำลองเพิ่มเติมต่อไป

2.1.6 แบบจำลองทฤษฎีรวมของการยอมรับและการใช้เทคโนโลยี (Unified Theory of Acceptance and Use of Technology-UTAUT 2)

นำเสนอโดย Venkatesh และคณะ (2003) จากข้อจำกัดของ UTAUT ทำให้ Venkatesh และคณะ ได้พัฒนาและขยายเพิ่มเติมแบบจำลองให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยเพิ่มเติมปัจจัย 3 ประการเข้าไปในแบบจำลองเดิม ได้แก่ แรงจูงใจด้านความบันเทิง มูลค่าราคา และความเคยชิน เพื่อลดข้อจำกัด และสามารถปรับใช้เพื่ออธิบายความตั้งใจ และพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีในบริบทของกลุ่มผู้บริโภคได้ดียิ่งขึ้น ดังภาพที่ 2.6



ภาพที่ 2.6 แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยใน (UTAUT 2)

ที่มา: Venkatesh และคณะ, 2003.

จากภาพที่ 2.6 UTAUT 2 อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจแสดงพฤติกรรม หรือ พฤติกรรมการใช้ซึ่งได้รับอิทธิพลจาก 7 ปัจจัยหลัก ได้แก่ (1) ความคาดหวังในประสิทธิภาพ (2) ความคาดหวังในความพยายาม (3) อิทธิพลของสังคม (4) สภาพสิ่งแวดล้อมความสะดวกในการใช้งาน (5) แรงจูงใจด้านความบันเทิง (6) มูลค่าราคา และ (7) ความเคยชิน ทั้งนี้ สภาพสิ่งแวดล้อมความสะดวกในการใช้งานและความเคยชินมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการใช้ สำหรับตัวแปรเสริมหรือตัวผันแปร จำนวน 3 ตัวแปร จะเกิดเป็นความสัมพันธ์ใหม่ที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจแสดงพฤติกรรม หรือพฤติกรรมการใช้ผ่านทางปัจจัยหลัก 4 ด้าน ได้แก่ (1) สภาพสิ่งแวดล้อมความสะดวกในการใช้งาน (2) แรงจูงใจด้านความบันเทิง (3) มูลค่าราคาและ (4) ความเคยชิน ทั้งนี้ ตัวแปรเสริมหรือตัวผันแปร ด้านประสบการณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผ่านปัจจัยความตั้งใจแสดง

จากการศึกษาทฤษฎีเกี่ยวกับการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศ พบว่า ทฤษฎีการยอมรับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ช่วยในการคาดการณ์พฤติกรรมมนุษย์ในการยอมรับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งทำให้เข้าใจถึงอิทธิพลของตัวแปรต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการยอมรับ และ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ทฤษฎีการยอมรับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศจะมีองค์ประกอบหลักสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่แตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลหรือมีความสัมพันธ์กันในการส่งเสริมให้เกิดการยอมรับและนำไปใช้ ทั้งนี้ มีหลายทฤษฎีที่มีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ได้แก่ ทฤษฎีการกระทำตามหลักเหตุและผล ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน แบบจำลองการยอมรับนวัตกรรมและเทคโนโลยี (TAM) แบบจำลองการยอมรับนวัตกรรมและเทคโนโลยี (TAM 2) แบบจำลองทฤษฎีรวมของการยอมรับและการใช้เทคโนโลยี (UTAUT) และแบบจำลองทฤษฎีรวมของการยอมรับและการใช้เทคโนโลยี (UTAUT 2) สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบจำลองการยอมรับนวัตกรรมและเทคโนโลยี (TAM) มาเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยจากแบบจำลองดังกล่าวพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อเจตนาเชิงพฤติกรรม การใช้ และพฤติกรรมการใช้ คือ ตัวแปรภายนอก และการยอมรับเทคโนโลยี ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความง่ายต่อการใช้งาน และทัศนคติต่อการใช้งาน

2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้

ความหมายของการรับรู้

จากการศึกษา พบว่า มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้คำจำกัดความและความหมายของการรับรู้ ดังนี้

Morison (1996, 45) อธิบายว่า ลูกคำได้ใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การมองเห็น การฟัง การชิมรส การสัมผัส และการได้กลิ่นในการรับรู้ถึงการบริการและข้อมูลส่งเสริมการขายหรือบริการของธุรกิจ

Osborn (1998, p. 78) อธิบายว่า การรับรู้คือเป็นกระบวนการที่บุคคลจัดระเบียบและตีความรู้สึกประทับใจของตนเองเพื่อให้ความหมายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม

Schiffman & Kanuk (2007, p. 163) อธิบายว่า การรับรู้เป็นกระบวนการซึ่งแต่ละบุคคลได้รับการเลือกสรร จัดระเบียบ และตีความหมายข้อมูล ใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การชิมรส การสัมผัส การได้กลิ่นในการรับรู้ถึงการบริการ และสร้างภาพออกมา ซึ่งการรับรู้ของแต่ละบุคคลจะขึ้นอยู่กับปัจจัยภายใน เช่น ความเชื่อ ประสบการณ์ ความต้องการ และอารมณ์ และปัจจัยภายนอก คือสิ่งกระตุ้น ซึ่งจะมีเงื่อนไขที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล จึงทำให้เกิดการรับรู้ที่แตกต่างกันในสิ่งเร้าที่เหมือนกัน

อุบลวรรณ ภวากานันท์ (2554) อธิบายว่า การรับรู้ คือ การที่อวัยวะรับความรู้สึกมีหน้าที่รับรู้ข้อมูลที่อยู่รอบ ๆ ตัวบุคคลแล้วส่งผ่านเส้นประสาทขึ้นสู่สมอง ข้อมูลจะอยู่ในรูปของพลังงานต่าง ๆ เช่น ความร้อน แสง เสียง เป็นต้น อวัยวะรับความรู้สึกแต่ละชนิดจะรับพลังงานได้เฉพาะ เช่น ตา รับแสง หู รับเสียง ผิวหนังรับอุณหภูมิ สัมผัส เป็นต้น ข้อมูลเร้าอวัยวะรับความรู้สึกให้แปรพลังงานเหล่านี้เป็นกระแสประสาทเดินทางสู่สมองจะเกิดความรู้สึก เช่น มองเห็น ได้ยิน นั่นคือ การรับรู้ จึงเป็นกระบวนการรับรู้

กมลวรรณ เก่งสาริกิจ (2559, หน้า 5) อธิบายว่า การรับรู้ประกอบด้วยการรับรู้ทางสังคม การรับรู้ในด้านจิตใจอารมณ์ และการรับรู้ความรู้สึกของบุคคลหนึ่งที่จะมีผลต่อการประเมินสิ่งที่ได้รับว่ามีประโยชน์มากน้อยแค่ไหนและจะนำไปสู่การตัดสินใจว่าสินค้าหรือบริการนั้นมีประโยชน์ต่อตนหรือไม่

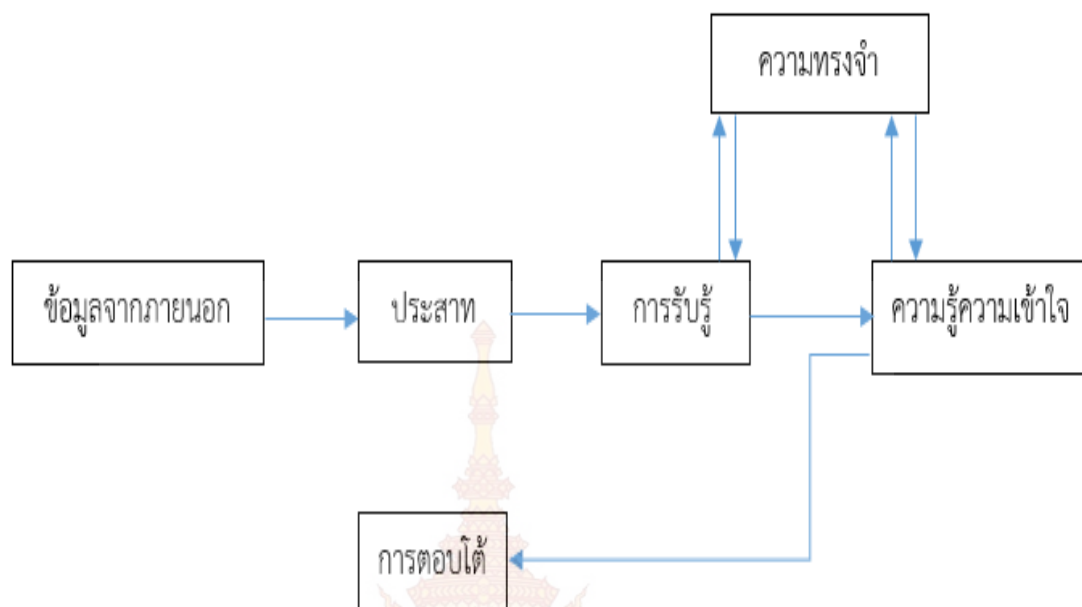
บงกช กิตติวณิชกุล (2558 , หน้า 6) ได้กล่าวว่า การบวนการที่มนุษย์ได้รับสิ่งกระตุ้นจากสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัวและประมวลผลออกมาโดยใช้ประสบการณ์ของตนเองร่วมด้วย

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ (2560) อธิบายว่า การรับรู้ คือ กระบวนการซึ่งแต่ละบุคคล ได้ทำการ เลือกสรร จัดระเบียบ และตีความเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นโดยอาศัยประสาทสัมผัสทั้งห้า เพื่อสร้างภาพที่มี ความหมายออกมา หรือหมายถึง วิธีการที่บุคคลมองสิ่งที่อยู่รอบ ๆ ตัว บุคคล 2 คน ที่ได้รับสิ่ง กระตุ้นเดียวกัน เงื่อนไขเดียวกัน จะแสดงการรู้จัก การเลือก การจัดระเบียบ และการตีความแตกต่างกัน การรับรู้เป็นกระบวนการของแต่ละบุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการ ค่านิยม และความคาดหวัง อิทธิพลของตัวแปรเหล่านี้ จะส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้บริโภค และยังมีความสำคัญต่อการตลาด

จากที่กล่าวมาจึงสรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการที่มนุษย์ได้รับสิ่งกระตุ้นจากสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัว และประมวลผลออกมาโดยใช้ประสบการณ์ของตนร่วมด้วย

กระบวนการของการรับรู้

การรับรู้ (Perception) เป็นกระบวนการที่อวัยวะได้ตอบรับความรู้สึกและแสดงการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมนั้น โดยมีกระบวนการดังภาพที่ 2.7



ภาพที่ 2.7 กระบวนการรับรู้

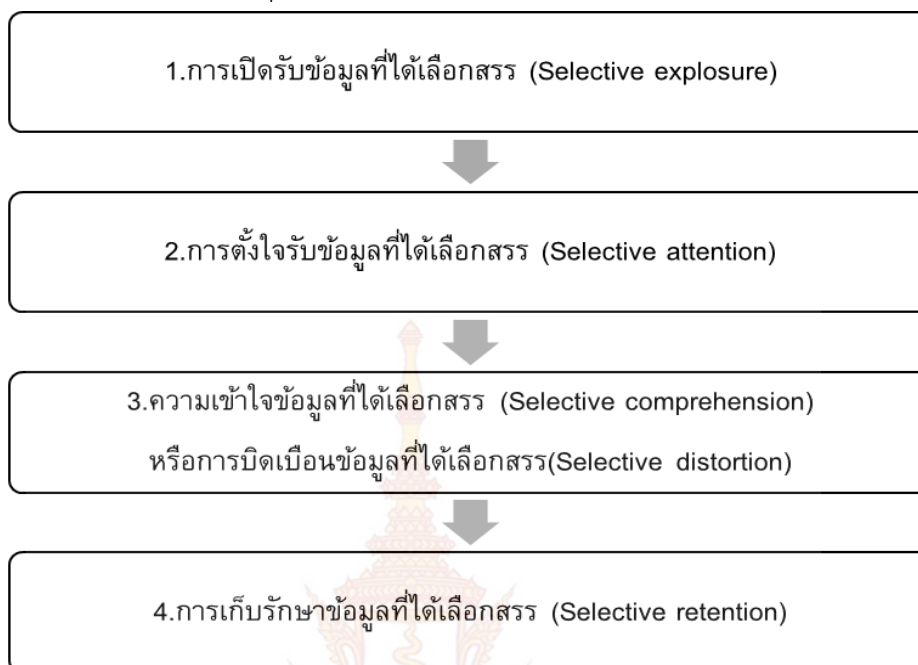
ที่มา : Danal, McBurner & Virginia, 1984.

ขั้นตอนของการรับรู้ (Perception Process)

ขั้นตอนของการรับรู้จำแนกออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ (เสรี วงษ์มณฑา, 2542, หน้า 88)

1. การเปิดรับข้อมูลที่ได้เลือกสรร (Selective Exposure) เกิดขึ้นเมื่อผู้บริโภคเปิดรับสิ่งต่าง ๆ ซึ่งเป็นข้อมูลเข้ามาสู่ตัวเอง เช่น การชมโฆษณาโดยไม่เปลี่ยนไปชมช่องอื่น เป็นต้น
2. การตั้งใจรับข้อมูลที่ได้เลือกสรร (Selective Attention) เกิดขึ้นเมื่อผู้บริโภคตั้งใจรับสิ่งกระตุ้นอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น การรับชมสารคดีที่ตนเองสนใจ เป็นต้น
3. ความเข้าใจในข้อมูลที่ได้เลือกสรร (Selective Comprehension) การรับข้อมูลข่าวสารของผู้บริโภคนั้นอาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้ ดังนั้น ในขั้นตอนนี้จึงเป็นการตีความหมายของข้อมูลที่ได้รับว่ามีความเข้าใจตามที่นักการตลาดกำหนดไว้หรือไม่ ถ้าเข้าใจ ก็จะไปสู่ขั้นตอนต่อไป การตีความขึ้นอยู่กับทัศนคติ ความเชื่อมั่น และประสบการณ์ เช่น การเข้าใจในเนื้อหาของโฆษณาที่ผู้ผลิตต้องการสื่อกับผู้บริโภค เป็นต้น

4. การเก็บรักษาข้อมูลที่ได้รับเลือกสรร (Selective Retention) หมายถึง การที่ผู้บริโภคจดจำข้อมูลบางส่วนที่ได้เห็น ได้อ่าน ได้ยิน หลังจากเกิดการเปิดรับข้อมูลและเกิดความเข้าใจแล้ว เช่น การรับชมสารคดีชีวประวัติของบุคคลสำคัญจนทำให้เข้าใจเรื่องราวและสามารถจำได้ เป็นต้น



ภาพที่ 2.8 แสดงขั้นตอนในการรับรู้ (Perception process)

ที่มา : Belch & Belch, 2012.

ระดับของการรับรู้ (Perception Stages)

การรับรู้สามารถจำแนกออกเป็นระดับของการรับรู้ได้ดังนี้ (Taylor, 1996, p. 162)

1. Field of Sensations คือ ในการเกิดการรับรู้ขึ้นแต่ละครั้ง จะมีการรับข้อมูลเข้ามามากกว่า 1 อย่าง เช่น ในการรับชมรายการโทรทัศน์ จะได้ยินเสียงต่าง ๆ เช่น เสียงเอฟเฟค เสียงคนพูด เสียงสัตว์ เป็นต้น และสามารถชมภาพในรายการไปในเวลาเดียวกันได้

2. Sensory Percept คือ ขั้นตอนที่มีการรับรู้ข้อมูลเพียงรูปร่างลักษณะเท่านั้น โดยยังไม่มี การเทียบเคียงกับสิ่งที่จดจำได้ (Recognition) เป็นขั้นตอนที่ยังไม่ทราบความหมาย เช่น เห็นวัตถุสิ่ง หนึ่ง แล้วทราบแต่เพียงว่าเป็นผ้าที่มีรูปร่างเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า โดยที่ยังไม่รู้ว่าแท้จริงสิ่งนั้นคือธงชาติ

3. Meaningful Percept คือ ขั้นตอนที่มีการรับรู้ความหมายของสิ่งเร้า ซึ่งขั้นตอนนี้อาศัย การเทียบเคียงกับสิ่งที่จดจำได้ (Recognition) ที่อยู่ในความทรงจำ (Memory) เช่น เมื่อผ้าที่เป็น สี่เหลี่ยมผืนผ้า มีแถบสี 5 แถบ โดยมีแถบสีน้ำเงินใหญ่อยู่ตรงกลาง ถูกประกอบด้วย แถบสีขาว และสี แดง ตามลำดับ ให้ลักษณะที่เป็นริ้วแนวนอน ก็สามารถรับรู้ได้ว่าเป็น ธงชาติไทย เป็นต้น

ประเภทของการรับรู้

การรับรู้แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ (กมลรัตน์ หล้าสูงค์, 2527, หน้า 238-239)

1. การรับรู้ทางอารมณ์ หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกที่สร้างขึ้นภายในจิตใจ
2. การรับรู้ลักษณะของคน ต้องอาศัยข้อมูลประกอบกัน เช่น สูง ต่ำ ขาว คล้ำ ผอมอ้วน ใจเย็น ใจร้อน ชอบอ่านหนังสือ ชอบฟังเพลง เป็นต้น
3. การรับรู้ทางกายภาพ พฤติกรรม และคำบอกเล่า เช่น การสัมผัสสิ่งของ การรับฟังจากบุคคลอื่น เป็นต้น
4. การรับรู้ภาพพจน์ของกลุ่มบุคคล หมายถึง มโนภาพหรือมโนคติของสิ่งต่าง ๆ ตามที่บุคคลรับรู้ ซึ่งเป็นภาพที่อยู่ในความคิดหรือจินตนาการของบุคคล สามารถบอกลักษณะของภาพเหล่านั้นให้ผู้อื่นทราบได้ด้วย

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้บริโภค (Factors affecting consumer perception)

การรับรู้และการกระทำที่เกิดจากการรับรู้จะได้ผลกระทบมาจากปัจจัยทางกายภาพและปัจจัยทางความคิด ซึ่งสามารถจัดกลุ่มที่สำคัญได้ 5 กลุ่ม ดังนี้ (ชูชัย สมितिไกร, 2553)

1. ปัจจัยด้านเทคนิค (Techniques factors) คือ สภาพความเป็นจริงของสิ่งที่ผู้บริโภคได้รับรู้ ซึ่งไม่ใช่เป็นการตีความของสิ่งนั้น ตัวกระตุ้นที่เป็นเทคนิคด้านกายภาพจะมีผลกระทบต่อการพิจารณา ราคาและคุณภาพของผลิตภัณฑ์/บริการได้มากกว่าตัวกระตุ้นที่ไม่ใช่ด้านกายภาพ เช่น ราคา ภาพพจน์ขององค์กร เป็นต้น

2. ความเต็มใจในการรับรู้ของผู้บริโภค (Mental readiness of consumers to perceive) หมายถึง สภาวะของจิตใจ หรือทัศนคติที่มีต่อสภาวะความพร้อมที่จะรับรู้ของบุคคล ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเต็มใจในการรับรู้ของผู้บริโภค ประกอบด้วย

1) ความมั่นคงของการรับรู้ (Perceptual fixation) คือ แนวโน้มของผู้บริโภคที่มีต่อการรับรู้ของสิ่งแวดล้อมที่ไม่เปลี่ยนแปลง ผู้บริโภคมีความโน้มเอียงที่จะคาดหวังไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับตัวกระตุ้นที่มีอยู่ในสภาวะแวดล้อมและมักจะคงไว้ซึ่งผลกระทบของตัวกระตุ้นตลอดเวลา ความมั่นคงของการรับรู้จะแสดงออกได้โดยผู้บริโภคซึ่งมีการรับรู้ถึงภาพพจน์ที่มีคุณภาพขององค์กรได้ แม้ในขณะที่ข้อมูลสะสมเกี่ยวกับองค์กรได้ผ่านพ้นไปแล้วก็ตาม นอกจากนี้ผู้บริโภคยังมีแนวโน้มที่จะต่อต้านการเปลี่ยนแปลงภาพพจน์ที่มีต่อองค์กรธุรกิจใดธุรกิจหนึ่งของผู้บริโภค ผู้บริโภคจะยังคงใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ดีไปอีกนานพอควร จากที่มีผลิตภัณฑ์อื่นที่ดีกว่าถูกนำเสนอเข้ามาแทนที่

2) นิสัยการรับรู้ (Perceptual habit) การรับรู้ของผู้บริโภคจะมีรูปแบบเป็นนิสัยที่แน่นอน บุคคลทุกคนต่างเป็นผู้สร้างนิสัยให้เกิดขึ้น และรับรู้ได้ถึงนิสัยนั้น บุคคลจะทำลายการรับรู้อันเก่าได้เพียงวิธีเดียว คือ เมื่อใดก็ตามที่ผู้บริโภคมีพลังในการจัดการรูปแบบการรับรู้อันเก่าขึ้นมาใหม่เท่านั้น

3) ความระมัดระวังและความมั่นใจในการรับรู้ (Confident and caution) ความระมัดระวังหรือความมั่นใจของผู้บริโภคจะมีผลต่อการรับรู้ของผู้บริโภคด้วย ผู้บริโภคที่มีความมั่นใจจะมีแนวโน้มสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้ดีกว่า และจะเห็นสิ่งที่ชอบได้ รวมทั้งการแจ้งรายละเอียดได้ดีกว่า ส่วนผู้บริโภคที่มีความระมัดระวังจะใช้เวลานานกว่าในการพิจารณาสถานการณ์ แต่จะมีแนวโน้มที่จะได้รับความถูกต้องมากกว่า ฉะนั้น ผู้บริโภคที่มีความมั่นใจจะตัดสินใจได้รวดเร็ว ในขณะที่ผู้บริโภคที่เป็นแบบผู้ระมัดระวังจะใช้เวลาในการตัดสินใจนานกว่า

4) ความตั้งใจรับรู้ (Attention) ก่อนที่จะมีการรับรู้เกิดขึ้นความตั้งใจของผู้บริโภคจะต้องมั่นคงเสียก่อน ถ้าผู้บริโภคไม่มีความตั้งใจที่จะสนใจต่อตัวกระตุ้น ผู้บริโภคก็自然不会เกิดความรู้อันนำไปสู่การรับรู้ได้

5) โครงสร้างของจิตใจ/ความคิดที่มีต่อการรับรู้ (Mental set) โครงสร้างของจิตใจ/ความคิดที่มีต่อการรับรู้จะสัมพันธ์ใกล้ชิดจิตใจ/ความคิดที่มีต่อการรับรู้ คือ แนวโน้มของบุคคล หรือความพร้อมที่จะได้ตอบโต้ต่อตัวกระตุ้นที่จะผ่านเข้ามา ถ้าบุคคลมีความพร้อมของจิตใจในการรับรู้ก็จะทำให้เกิดการรับรู้ที่รวดเร็ว

6) ความคุ้นเคยต่อสิ่งที่ได้รับรู้ (Familiarity) ความคุ้นเคยต่อสิ่งที่ได้รับรู้ หมายถึงรูปแบบประสบการณ์ที่เคยได้รับรู้มาก่อนที่จะส่งผลต่อการรับรู้ในปัจจุบัน ถ้าสิ่งที่รับรู้เป็นเรื่องที่เคยประสบมาก่อน ผู้บริโภคก็จะมีแสดงออกต่อตัวกระตุ้นนั้นได้ง่าย

7) การคาดหวังจากการรับรู้ (Expectation) การคาดหวังในการรับรู้เป็นประเภทหนึ่งของโครงสร้างทางจิตใจ/ความคิดที่มีต่อการรับรู้ และมีความสัมพันธ์อย่างมากต่อการรับรู้ของบุคคล เหตุที่ความคาดหวังมีผลต่อการรับรู้ก็เพราะบุคคลมีแนวโน้มที่จะรับรู้ในสิ่งที่เขาคาดว่าจะได้รับ

3. ประสบการณ์ในอดีตของผู้บริโภค (Past experience of the consumer) สิ่ง que ผู้บริโภคได้มีการรับรู้ในปัจจุบันก็เป็นสิ่งที่ได้รับอิทธิพลมาจากประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา และการคาดหวังของบุคคลก็จะมีพื้นฐานมาจากประสบการณ์ในอดีตเช่นกัน ฉะนั้น การที่ผู้บริโภคจะมีการรับรู้อย่างไรในปัจจุบัน ก็ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อตัวกระตุ้นนั้น รวมทั้งการคาดหวังของผู้บริโภคด้วย ดังนั้น ผู้บริโภคจึงใช้เวลาไม่นานในการใช้งานหรือใช้บริการที่ใกล้เคียงกับบริการการที่ใช้อยู่หรือบริการที่เคยใช้ก่อนหน้า

4. อารมณ์ของผู้บริโภค (Mood) อารมณ์ หมายถึง ความรู้สึก ทัศนคติในปัจจุบัน และสภาวะของจิตใจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ต่างมีความสำคัญต่อการรับรู้ของผู้บริโภคเป็นอย่างมาก ถ้าผู้บริโภคมีอารมณ์ดีในขณะที่มีตัวกระตุ้นทางตลาดเข้ามา ผู้บริโภคก็จะมีแนวโน้มถูกชักชวนหรือการทำให้ยอมรับได้ง่าย ฉะนั้น จึงควรจะต้องตระหนักถึงปัจจัยด้านอารมณ์ในการเสนอให้ใช้บริการ คือ ผู้บริโภคนั้นอยู่ในสภาพที่พร้อมจะถูกนำเสนอสินค้าให้ยอมรับหรือไม่

5. ปัจจัยการรับรู้ของผู้บริโภคด้านวัฒนธรรมและสังคม (Social and culture factors of consumer perception) การที่ผู้บริโภคจะมีวิธีการรับรู้เช่นไร จะได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสังคมและวัฒนธรรมที่บุคคลอาศัยอยู่ด้วย บทบาทของบุคคลแต่ละคนหรือความเข้าใจในตนเองในสังคม เช่น ชั้นทางสังคมหรือสถานภาพ และวัฒนธรรมเฉพาะของบุคคลที่มีอยู่จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ของบุคคล รวมทั้งวิธีการที่พนักงานพยายามจะขายผลิตภัณฑ์ให้กับบุคคลด้วย นั่นคือ สิ่งสำคัญมากที่สุดก็คือ การเข้าใจ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกัน เพื่อที่จะได้สามารถปรับกลยุทธ์ทางการตลาดให้เหมาะสมกับบุคคลแต่ละกลุ่มในสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้สรุปได้ว่า การรับรู้เป็นขั้นตอนที่มนุษย์ตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น และประมวลผลรวมกับประสบการณ์ในอดีตที่ตนเองมี โดยก่อนที่ผู้บริโภคจะตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์หรือใช้บริการนั้น ๆ การรับรู้มีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้บริโภคใช้ในการตัดสินใจในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์หรือใช้บริการนั้น ๆ ซึ่งถ้าหากตราสินค้าได้มีการสร้างการรับรู้ที่ดีก็อาจจะทำให้ผู้บริโภคมีการยอมรับในชื่อเสียงตราสินค้าและมีความเชื่อมั่นในตราสินค้า โดยปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านเทคนิค ความเต็มใจในการรับรู้ของผู้บริโภค ประสบการณ์ในอดีตของผู้บริโภค อารมณ์ของผู้บริโภค และปัจจัยการรับรู้ของผู้บริโภคด้านวัฒนธรรมและสังคม

2.3 แนวคิดทัศนคติต่อการใช้

ทัศนคติต่อการใช้ (Attitude toward using) หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ใช้บริการที่มีต่อเทคโนโลยีที่ใช้ เกิดจากการรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับและการรับรู้ถึงความง่าย ในการใช้งาน ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมของผู้ใช้บริการ (Behavioral intention) โดยจากงานวิจัยของ Lai and Li (2005) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับและการรับรู้ถึงความง่ายในการใช้งานมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันและเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อกันและกัน ทัศนคติที่มีต่อการใช้งานเป็นเจตนาที่เกิดขึ้นจากผลของการรับรู้ถึงประโยชน์ และการรับรู้ถึงความง่ายในการใช้ระบบ หากผู้ใช้รับรู้ว่าคุณเทคโนโลยีที่ใช้นั้นมีประโยชน์หรือใช้งานง่ายย่อมทำให้ผู้ใช้เกิดทัศนคติที่ดีต่อระบบนั้น จะส่งผลต่อไปยังความตั้งใจที่จะใช้เทคโนโลยีนั้น (บุษรา ประกอบธรรม, 2554)

สมมติฐานของทฤษฎี ได้อธิบายถึงความเชื่อและทัศนคติต่อพฤติกรรมว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากความเชื่อและบุคคลกระทำพฤติกรรมเพราะมีความคิดว่าเป็นสิ่งที่สมควรกระทำ เนื่องจากบุคคลพิจารณาเหตุและผลก่อนการกระทำเสมอถึงแม้พฤติกรรมเกิดจากการตัดสินใจของตัวบุคคล แต่ปัจจัยเป็นตัวกำหนดการกระทำพฤติกรรมโดยตรง คือ ความตั้งใจ ตามทฤษฎี ความตั้งใจเกิดจากปัจจัย 2 ประการ (วนิดา ตะนุรักษ์, 2559) คือ

1. ทศคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่จะตัดสินใจภายใต้ความเชื่อถึงผลของการกระทำพฤติกรรมว่าเป็นทางลบหรือทางบวก บุคคลที่ประเมินพฤติกรรมและเชื่อว่าให้ผลลัพธ์ทางบวก จะมีทศคติที่ดีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่ประเมินพฤติกรรมและเชื่อว่าให้ผลลัพธ์ทางลบ มักจะมีทศคติที่ไม่ดีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น

2. บรรทัดฐานทางสังคม (Subjective norm) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังหรือความต้องการของสังคมที่มีต่อบุคคลนั้น ในการที่จะกระทำหรือไม่กระทำ พฤติกรรมใด ๆ ย่อมเกิดจากความเชื่อของบุคคลต่อความต้องการของสังคม (Normative beliefs) โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลนั้นที่ต้องการจะให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง

เดชาพันธ์ รัฐศาสนศาสตร์ (2555) อธิบายว่า งานวิจัยเกี่ยวกับทฤษฎีฐานคติของมนุษย์โดย Rokeach เป็นทฤษฎีค่านิยม โดยเสนอแนวคิดที่ว่า มนุษย์มีเจตคติหรือมีท่าทีของทศคติที่จะพิจารณาถึงพฤติกรรมของการตอบสนองของบุคคลด้านอารมณ์จิตใจ เน้นถึงพฤติกรรมส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก เช่น ความสนใจ แรงจูงใจ การให้คุณค่า ความชอบหรือไม่ชอบ หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ เป็นต้น ดังนั้น นักทฤษฎีจึงได้ใช้รูปแบบของระบบเจตคติและค่านิยม (Value and attitude system) เป็นแนวทางหนึ่งในการอธิบายพฤติกรรมที่อยู่ภายในของบุคคล ค่านิยมเกี่ยวกับเจตคติของมนุษย์จึงตั้งอยู่บนฐานคติเกี่ยวกับธรรมชาติแห่งค่านิยมของมนุษย์ 5 ประการ คือ

1. ค่านิยมของคนเราจะมีอยู่ไม่มากนักและไม่อยู่บนข่ายที่จะนับและศึกษาได้
2. ความแตกต่างของค่านิยมจะแสดงออกทางระดับ (Degree)
3. ค่านิยมต่าง ๆ สามารถนำมาจัดรวมกันเข้าเป็นระบบค่านิยมได้ (Value system)
4. ค่านิยมของมนุษย์ สามารถสืบสาวไปถึงวัฒนธรรม สังคม และสถาบันสังคมต่าง ๆ ไปจนถึงบุคลิภาพได้ สิ่งเหล่านี้อาจเป็นบ่อเกิดของค่านิยม
5. ผลที่ได้ คือ ค่านิยมของมนุษย์จะแสดงออกมาทางเจตคติและพฤติกรรมของมนุษย์เอง

2.4 แนวคิดและทฤษฎีพฤติกรรมผู้บริโภค

ความหมายพฤติกรรมผู้บริโภค

มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของพฤติกรรมผู้บริโภค ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้

Solomon (1996, p. 7) อธิบายว่า พฤติกรรมผู้บริโภค หมายถึง การศึกษาถึงกระบวนการต่าง ๆ ที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเข้าไปเกี่ยวข้องเพื่อทำการเลือกสรรการซื้อ การใช้ หรือการบริโภคที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ บริการ ความคิด หรือประสบการณ์ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการ และความปรารถนาต่าง ๆ ให้ความพอใจ

Hoyer & MacInnis (1997, p. 3) อธิบายว่า พฤติกรรมการบริโภค หมายถึง ผลสะท้อนของการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภคทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธกับการได้รับมา การบริโภค และการกาจัดการที่เกี่ยวข้องกับสินค้า บริการ เวลา และความคิด โดยหน่วยตัดสินใจซื้อในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

Mowen & Minor (1998, p. 5) อธิบายว่า พฤติกรรมผู้บริโภค หมายถึง การศึกษาถึงหน่วยการซื้อและกระบวนการแลกเปลี่ยนที่เกี่ยวข้องกับการได้รับมา การบริโภค และการกาจัด อันเกี่ยวกับสินค้าและบริการ ประสบการณ์ และความคิด

เสรี วงษ์มณฑา (2542, หน้า 32-46) อธิบายว่า พฤติกรรมบริโภค คือ พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลแต่ละบุคคลในการค้นหา การเลือกซื้อ การใช้ การประเมินผล หรือการจัดการกับสินค้าและบริการ ซึ่งผู้บริโภคคาดว่าจะสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2546, หน้า 1) อธิบายว่า พฤติกรรมผู้บริโภค คือ พฤติกรรมที่ผู้บริโภคทำการค้นหา การคิด การซื้อ การใช้ การประเมินผลในสินค้าและบริการ ซึ่งคาดว่าจะตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคได้

ดารา ทีปะปาล (2546, หน้า 3) อธิบายว่า พฤติกรรมผู้บริโภค หมายถึง ผลสะท้อนของการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภคทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการได้รับมา (acquisition) การบริโภค (consumption) และการกาจัด (disposition) อันเกี่ยวกับสินค้า บริการ เวลา และความคิด โดยหน่วยตัดสินใจซื้อ (คน) ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

และก่อเกียรติ วิริยะกิจพัฒนา และวินัส อัครสิทธิถาวร (2550, หน้า 4) อธิบายว่า พฤติกรรมผู้บริโภค หมายถึง กระบวนการที่บุคคลหรือกลุ่มของบุคคลตัดสินใจว่าจะซื้อสินค้าและบริการอะไรหรือไม่ ถ้าซื้อจะซื้อที่ไหน เมื่อไร ตลอดจนจะมีวิธีการซื้อและการใช้สินค้าและบริการนั้นอย่างไร จากกระบวนการตลาดขององค์การธุรกิจ

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า พฤติกรรมผู้บริโภค คือ การกระทำใด ๆ ที่ผู้บริโภคเป็นผู้เกี่ยวข้อง ทั้งโดยการเลือกสรร การซื้อ การใช้สินค้าหรือการบริการ รวมถึงการตัดสินใจ เพื่อตอบสนองความจำเป็นและความต้องการของผู้บริโภคให้ได้รับความพอใจ

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมผู้บริโภค

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมผู้บริโภค ได้แก่ (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2546, หน้า 199-217)

1) ปัจจัยด้านวัฒนธรรม (cultural factors) ประกอบด้วย

1.1) วัฒนธรรมพื้นฐาน (culture) คือ สิ่งที่มีมนุษย์สร้างขึ้นจากรุ่นสู่รุ่น

1.2) วัฒนธรรมย่อย คือ วัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มภายในสังคมซึ่งจะมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกัน วัฒนธรรมย่อยเกิดจากพื้นฐานเกิดทางภูมิศาสตร์ และลักษณะมนุษย์ ประกอบด้วย

- 1.2.1) กลุ่มเชื้อชาติ (nationality groups) เช่น ไทย จีน ลาว เป็นต้น
- 1.2.2) กลุ่มศาสนา (religions groups) เช่น พุทธ คริสต์ อิสลาม เป็นต้น
- 1.2.3) กลุ่มสีผิว (racial groups) เช่น ผิวขาว ผิวดำ ผิวเหลือง เป็นต้น
- 1.2.4) พื้นที่ทางภูมิศาสตร์ (geographic area) หรือภูมิภาค (region)
- 1.2.5) กลุ่มอาชีพ (occupational) เช่น กลุ่มเกษตรกร กลุ่มแรงงาน เป็นต้น
- 1.2.6) กลุ่มย่อยด้านอายุ (age) เช่น เด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ เป็นต้น
- 1.2.7) กลุ่มย่อยด้านเพศ (sex) ได้แก่ เพศหญิง เพศชาย เป็นต้น

1.3) ชั้นทางสังคม (social class) คือ การแบ่งสมาชิกของสังคมออกเป็นระดับฐานะที่แตกต่างกัน โดยอาศัยตัวแปรต่าง ๆ เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา ความมั่งคั่ง แหล่งที่พักอาศัย ตำแหน่งหน้าที่ เป็นต้น โดยสามารถแบ่งชั้นทางสังคม ดังนี้

- 1.3.1) ชั้นระดับสูง (upper class)
- 1.3.2) ชั้นระดับกลาง (middle class)
- 1.3.3) ชั้นระดับต่ำ (lower class)

2) ปัจจัยทางสังคม (social factors) คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในชีวิตประจำวัน และมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมและการซื้อ ได้แก่

2.1) กลุ่มอ้างอิง (reference groups) หมายถึง รูปแบบหรือกลุ่มบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อทัศนคติ ค่านิยม และพฤติกรรมของบุคคลอื่น แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่

- 2.1.1) กลุ่มปฐมภูมิ (primary groups) เป็นรูปแบบไม่เป็นทางการ
- 2.1.2) กลุ่มทุติยภูมิ (secondary groups) เป็นรูปแบบที่เป็นทางการ

2.2) ครอบครัว (family) ประกอบด้วย บิดามารดา (parents) และพี่น้อง (siblings) ครอบครัวถือเป็นกลุ่มปฐมภูมิที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อทัศนคติ ความคิดเห็น และค่านิยม

2.3) บทบาทและสถานภาพ (roles and statuses) บุคคลจะเกี่ยวข้องกับหลายกลุ่ม เช่น ครอบครัว กลุ่มอ้างอิง และสถาบันต่าง ๆ โดยบุคคลมีบทบาทและสถานภาพ ที่แตกต่างกัน

3) ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) ประกอบด้วย

3.1) อายุ (age) บุคคลที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีความต้องการสินค้าและบริการที่ต่างกัน

3.2) วงจรชีวิตครอบครัว (Family Life Cycle--FLC) เป็นขั้นตอนการดำรงชีวิตของบุคคล ซึ่งแต่ละขั้นตอนเป็นสิ่งที่มียิทธิพลต่อความต้องการ ทัศนคติ และค่านิยม คือ

- ขั้นที่ 1 เป็นโสด : เป็นกลุ่มที่ภาระการเงินน้อย
- ขั้นที่ 2 คู่สมรสใหม่ : อยู่ในวัยหนุ่มสาว และยังไม่มีบุตร
- ขั้นที่ 3 ครอบครัวที่มีบุตรขั้นที่ 1: บุตรคนเล็กมีอายุต่ำกว่า 6 ขวบ
- ขั้นที่ 4 ครอบครัวมีบุตรขั้นที่ 2 : บุตรคนเล็กมีอายุมากกว่า 6 ขวบ

ขั้นที่ 5 ครอบครัวมีบุตรขั้นที่ 3 : บิดามารดาอายุมาก บุตรโตแล้วแต่ไม่แต่งงาน

ขั้นที่ 6 ครอบครัวที่มีบุตรแยกครอบครัวขั้นที่ 1 : บิดามารดาอายุมาก บุตรแยกครอบครัว หัวหน้าครอบครัวยังทำงานฐานะการเงินดี

ขั้นที่ 7 ครอบครัวที่มีบุตรแยกครอบครัวขั้นที่ 2 : บิดามารดาอายุมาก บุตรแยกครอบครัว หัวหน้าครอบครัวเกษียณ รายได้ลดลง

ขั้นที่ 8 คนที่อยู่คนเดียวเนื่องจากอีกฝ่ายเสียชีวิตหรือหย่าขาด ยังทำงานอยู่และยังมีรายได้

ขั้นที่ 9 คนที่อยู่คนเดียวเนื่องจากอีกฝ่ายเสียชีวิตหรือหย่าขาด ออกจากงาน ยังมีรายได้แต่น้อย และมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

3.3) อาชีพ (occupation) ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีความต้องการในสินค้าหรือบริการแตกต่างกัน

3.3) โอกาสทางเศรษฐกิจ (economic circumstances) หรือรายได้ (income) การเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ของผู้บริโภคนั้นมีความเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ทางเศรษฐกิจโดยตรง

3.4) การศึกษา (education) ผู้ที่มีการศึกษาสูง มีแนวโน้มจะบริโภคสินค้าที่มีคุณภาพดี

3.5) ค่านิยมหรือคุณค่า (value) และรูปแบบการดำรงชีวิต (life style) ของผู้บริโภค

4) ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา (psychological factors) ประกอบด้วย

4.1) แรงจูงใจ (motivation) เป็นสภาพจิตใจภายในของบุคคล ซึ่งทำให้เกิดพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยมีทฤษฎีการจูงใจของมาสโลว์ (Maslow's Theory) ที่อธิบายแรงจูงใจของมนุษย์ไว้ดังนี้

4.1.1) Physiological Needs คือ ความต้องการของมนุษย์ที่เกี่ยวกับทางกายภาพ

4.1.2) Safety and Security Needs คือ ความต้องการที่จะมีความปลอดภัยและมีความมั่นคงในชีวิตหลังจากที่ Needs ขั้นที่หนึ่งได้รับการตอบสนองแล้ว

4.1.3) Social Needs or Love and Belong Needs คือ ความต้องการทางสังคม ความรัก ความเข้าใจ มีความเห็นใจ (empathy) มีความนับถือซึ่งกันและกัน

4.1.4) Ego and Esteem Needs คือ ความต้องการที่จะได้รับการนับถือจากบุคคลอื่น

4.1.5) Self-Actualization คือ การต้องการบรรลุศักยภาพ ซึ่งคือการได้แสดงความสามารถเท่าที่ตนมี Self-Actualization คือ การทำให้มนุษย์สมบูรณ์

4.2) การรับรู้ (perception) เป็นกระบวนการของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยภายใน เช่น ความเชื่อ ความต้องการ ประสบการณ์ และอารมณ์ และปัจจัยภายนอก เช่น สิ่งกระตุ้น โดยแต่ละ

บุคคลจะมีเงื่อนไขเฉพาะทำให้การรับรู้ต่างกัน การรับรู้มาจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การได้เห็น ได้กลิ่น ได้ยิน ได้รสชาติ และการได้สัมผัส

4.3) การเรียนรู้ (learning) คือ การเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมของผู้บริโภคที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ที่ผ่านมาของคนแต่ละคน โดยการเรียนรู้เป็นผลมาจาก

4.3.1) แรงกระตุ้น (drive) หมายถึง ตัวกระตุ้นภายในที่ทำให้เกิดการกระทำมาจากสิ่งจูงใจ

4.3.2) สัญญาณ (cue) หมายถึง เป็นสิ่งกระตุ้นภายนอกที่มีอำนาจกระตุ้นให้เกิดการตอบสนอง

4.3.3) การลงความเห็นจากสิ่งกระตุ้น (stimulus generalization) หมายถึง การตอบสนองที่ถูกสร้างขึ้นจากสัญญาณ ร่วมกับสิ่งกระตุ้นที่ผ่านมาหรือสิ่งกระตุ้นที่คล้ายคลึงกัน

4.3.4) การจำแนกความแตกต่างจากสิ่งกระตุ้น (stimulus discrimination) หมายถึง บุคคลเรียนรู้ถึงความแตกต่างของสัญญาณ และทำให้เกิดการตอบสนองที่แตกต่างกัน

4.3.5) การเสริมแรง (reinforcement) หมายถึง รางวัล (reward) ซึ่งต่อเนื่องจากการตอบสนองที่ได้รับความพอใจ ถ้าการตอบสนองได้รับความพอใจ

4.4) ความเชื่อถือ (beliefs) หมายถึง ความคิดที่บุคคลยึดถือเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ในอดีต และมีผลต่อการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค

4.5) ทศนคติ (attitudes) หมายถึง การประเมินความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจของบุคคล ความรู้สึกด้านอารมณ์และแนวโน้มการปฏิบัติที่มีผลต่อความคิดหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับความเชื่อ และยังมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจซื้อสินค้าของผู้บริโภค องค์ประกอบที่ทำให้เกิดทัศนคติมี 3 ประการคือ

4.5.1) ส่วนของความเข้าใจ (cognitive component) เป็นส่วนที่แสดงถึงความรู้ (knowledge) การรับรู้ (perception) และความเชื่อถือ (beliefs) ของผู้บริโภค

4.5.2) ส่วนของความรู้สึก (affective component) เป็นส่วนสะท้อนถึงอารมณ์และความรู้สึก (emotion and feeling) ของผู้บริโภค

4.5.3) ส่วนของพฤติกรรม (behavior component) เป็นแนวโน้มการกระทำของผู้บริโภคที่เกิดจากทัศนคติที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ

4.6) บุคลิกภาพ (personality) หมายถึง ลักษณะด้านจิตวิทยาที่แตกต่างกันของบุคคล ซึ่งเป็นตัวแปรในการวิเคราะห์พฤติกรรมผู้บริโภคในการเลือกตราสินค้าได้ โดยบุคลิกภาพและพฤติกรรมของมนุษย์ถูกควบคุมโดยความนึกคิดพื้นฐาน 3 ระดับ คือ

4.6.1) อิด (Id) เป็นส่วนประกอบของสิ่งที่จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทั้งดีและไม่ดี เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวความต้องการทางเพศ และความต้องการแสวงหาความพอใจ เป็นต้น

4.6.2) อีโก้ (Ego) เป็นความต้องการด้านการยกย่อง ความภาคภูมิใจ ความเคารพ และสถานะของบุคคล อีโก้เป็นตัวควบคุมภายในที่ทำให้เกิดความสมดุลระหว่างอิด (Id) กับข้อกำหนดทางสังคมและวัฒนธรรม เพื่อให้เหมาะสมกับกาลเทศะและสถานการณ์

4.6.3) ซุปเปอร์อีโก้ (Superego) เป็นส่วนที่สะท้อนถึงศีลธรรมและจริยธรรมของสังคม หรือเป็นระบบเกี่ยวกับกฎเกณฑ์ของสังคม ช่วยป้องกันการแสดงออกของพฤติกรรมที่เกิดจากอิด (Id) ไม่ให้มีความเห็นแก่ตัวเกินไป ยับยั้ง และให้ปฏิบัติตามกฎของสังคม

4.7) แนวคิดของตนเอง (self concept) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่เกิดจากความประทับใจ และส่งผลต่อการกำหนดลักษณะของบุคคลนั้น โดยแต่ละบุคคลจะมีบุคลิกส่วนตัวหรือแนวคิดของตนเอง ซึ่งทำให้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการซื้อแบ่งได้ ดังนี้

4.7.1) แนวคิดที่แท้จริงของตนเอง (real self)

4.7.2) แนวคิดของตนเองในอุดมคติ (ideal self)

4.7.3) แนวคิดของตนเองที่ต้องการให้บุคคลอื่น (สังคม) มองตนเองที่แท้จริง

4.7.4) แนวคิดของตนเองที่ต้องการให้บุคคลอื่น (สังคม) คิดเกี่ยวกับตนเองตามความต้องการในอุดมคติ

วัฒนธรรม	สังคม	บุคคล	จิตวิทยา	ผู้ซื้อ
-วัฒนธรรมพื้นฐาน	-กลุ่มอ้างอิง	- อายุ/ลำดับขั้นชีวิต	- การจูงใจ	
-วัฒนธรรมย่อย	-ครอบครัว	- อาชีพ	- การรับรู้	
-ชั้นทางสังคม	-บทบาท	- สถานภาพทางเศรษฐกิจ	- การเรียนรู้	
		- รูปแบบชีวิต	- ความเชื่อและทัศนคติ	
		- บุคลิกภาพและแนวคิด		

ภาพที่ 2.9 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมผู้บริโภค

ที่มา: Kotler & Gary Armstrong, 2546.

กระบวนการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค

กระบวนการตัดสินใจซื้อ หมายถึง ขั้นตอนในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์จากสองทางเลือกขึ้นไป พฤติกรรมผู้บริโภคจะพิจารณาในส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจ และพฤติกรรมทางกายภาพ การซื้อเป็นพฤติกรรมด้านจิตใจและทางกายภาพซึ่งเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่ง การกระทำเหล่านี้ก่อให้เกิดการซื้อและเกิดพฤติกรรมการซื้อตามมา ซึ่งกระบวนการตัดสินใจซื้อประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ คือ (วิทวัส รุ่งเรืองผล, 2549, หน้า 53-55)

1. การรับรู้ความต้องการ หรือการรับรู้ปัญหา คือ การรับรู้ถึงความแตกต่างระหว่างสภาพที่ต้องการและสภาพปัจจุบัน ซึ่งมากพอที่จะกระตุ้นเราทำให้เกิดกระบวนการตัดสินใจ หรือหมายถึง เป็นความจริงที่ผู้บริโภคทราบความแตกต่างระหว่างสิ่งที่มีอยู่และสิ่งที่ควรจะเป็น ถือว่าเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการตัดสินใจ โดยมีสิ่งที่ต้องพิจารณา 3 ประการ คือ

1.1 ข้อมูลที่ได้เก็บไว้ในความทรงจำ

1.2 มีความแตกต่างเกิดขึ้นภายในบุคคลหรือขอบเขตปัจจัยด้านจิตวิทยา (Psychological Field)

1.3 ได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม หรืออาจเกิดจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมและวัฒนธรรม การทำงานเหล่านี้ทำงานภายในจิตใจของแต่ละบุคคลร่วมกันในการกำหนดความต้องการ

2. การค้นหาข้อมูลหรือการค้นหาข้อมูลก่อนการซื้อ ขั้นตอนนี้เริ่มต้นจากขั้นที่หนึ่งเมื่อผู้บริโภคมีความรู้สึกถึงความจำเป็นจึงต้องค้นหาข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ แหล่งข้อมูลที่สำคัญ 2 แหล่งคือ

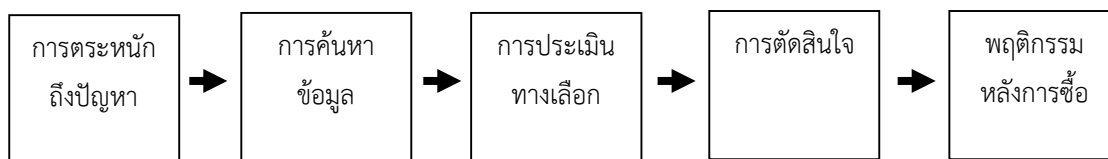
2.1 แหล่งข้อมูลที่เกิดจากภายใน หรือแหล่งข้อมูลโดยอาศัยขอบเขตด้านจิตวิทยา (Psychological field) เช่น คุณสมบัติของผลิตภัณฑ์หรือบริการนั้น ๆ ความรู้สึกของตนเอง เป็นต้น

2.2 แหล่งข้อมูลที่เกิดจากภายนอก ซึ่งเป็นข้อมูลจากสื่อมวลชน พนักงานขาย การโฆษณา เป็นต้น

3. การประเมินทางเลือก เป็นขั้นตอนที่ 3 ของกระบวนการตัดสินใจซื้อที่ไม่เป็นกิจวัตรซึ่งทางเลือกต่าง ๆ มีการประเมินและเลือกเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริโภค ในขั้นนี้จำเป็นจะต้องอาศัยเกณฑ์การประเมิน ซึ่งประกอบด้วย มาตรฐานและคุณสมบัติผลิตภัณฑ์ที่ผู้บริโภคใช้ในการเปรียบเทียบระหว่างตราสินค้าหรือผลลัพธ์ จากการซื้อและการบริโภคโดยมีการแสดงในรูปแบบของคุณสมบัติที่พึงพอใจมากกว่า

4. การตัดสินใจซื้อ เป็นขั้นตอนที่ผู้บริโภคตัดสินใจซื้อ การซื้อโดยทั่วไปเกิดขึ้นในร้านค้าปลีกแต่อย่างไรก็ตาม อาจเกิดขึ้นในบ้านหรือสำนักงานของลูกค้าก็ได้ เช่น การสั่งซื้อของออนไลน์ เป็นต้น

5. การประเมินผลภายหลังการซื้อ หรือผลลัพธ์ภายหลังการซื้อ เกิดขึ้นหลังจากการซื้อหรือใช้ผลิตภัณฑ์นั้น ๆ ไปแล้ว ถ้าเป็นไปตามคาดหวังไว้ ผลลัพธ์ก็คือความพึงพอใจ แต่ถ้าผลลัพธ์ต่ำกว่าที่คาดหวังไว้ ผลก็คือความไม่พึงพอใจ



ภาพที่ 2.10 กระบวนการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค

ที่มา : Kotler, 2548.

2.5 ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

ปัจจุบันในภาวะที่ทั้งโลกต้องเผชิญกับภาวะโรคระบาดจาก Virus Covid-19 ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีภาระที่ต้องรักษาผู้ป่วยมากขึ้น ในบางครั้งการเดินทางไปที่โรงพยาบาลเพื่อรับการรักษามิว่าจะเป็นการรักษาโรคทั่วไป หรือโรคที่ต้องการใช้การรักษาจากแพทย์เฉพาะทางอาจเป็นเรื่องที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรค ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลในปัจจุบันทำให้ข้อจำกัดในการเดินทางลดลง ระบบการแพทย์ก็เช่นกัน โรงพยาบาลสามารถลงทุนในด้านระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อจัดการให้บริการทางด้านสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการเพื่อลดข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์ เพื่อใช้แลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัย การรักษา และการป้องกันโรค รวมถึงการศึกษาวิจัยเพื่อเป็นประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์ ระบบนี้เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพต่อการลงทุน เนื่องจากช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยรวมและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา เพราะใช้บุคลากรทางการแพทย์ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล อีกทั้งยังช่วยลดระยะเวลาของแพทย์ ในการเดินทางมาเพื่อรักษาพยาบาล และช่วยให้ผู้ป่วยลดระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลได้ ผู้ป่วยจะสะดวกสบายมากขึ้นเพราะไม่จำเป็นต้องเดินทางไกลมาที่โรงพยาบาลจังหวัด หรือโรงพยาบาลศูนย์ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ลดความเครียดของผู้ป่วยจากการเดินทางได้อีกด้วย (smartsolutioncomputer.com, 2562)

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยีการสื่อสารโทรคมนาคมที่นับวันยิ่งจะทำให้ระบบต่าง ๆ พัฒนาก้าวหน้าและรวดเร็วมากขึ้นจากอดีตที่เคยใช้โทรศัพท์สำหรับพูดติดต่อสื่อสารเท่านั้น แต่ปัจจุบันสามารถใช้โทรศัพท์มือถือเพื่อเชื่อมต่อกับสื่อออนไลน์ต่าง ๆ ได้ทำให้เห็นทั้งภาพเคลื่อนไหวและได้ยินเสียงของคู่สนทนาในเวลาเดียวกันช่วยให้การติดต่อสื่อสารเป็นเรื่องสะดวกสบายมากขึ้น นอกจากนี้ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการสื่อสารโทรคมนาคมยังส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทางการศึกษา

ด้านเศรษฐกิจ สำหรับด้านการแพทย์ละสาธารณสุขนั้น เรียกการนำเทคโนโลยีดังกล่าวมาใช้เพื่อ การดูแลรักษาผู้ป่วยว่า การแพทย์ทางไกล หรือ Telemedicine (สภาเทคนิคการแพทย์, 2563)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ให้คำจำกัดความของคำว่า การแพทย์ทางไกล หรือ Telemedicine หมายถึง การจัดให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนโดย บุคลากรผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์โดยอาศัยเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยน ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัย การรักษา และการป้องกันโรค รวมถึงการศึกษาวิจัย และเพื่อ ประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์ การนำเทคโนโลยีสารสนเทศผนวกกับ บริการทางการแพทย์ หรือระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทำให้ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่ม ผู้สูงอายุและผู้ติดเตียงที่เดินทางไม่สะดวก และกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกล ได้รับบริการด้านสาธารณสุข โดยบุคลากรผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เพื่อเป็นช่องทางการติดต่อสื่อสารหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็น ประโยชน์ต่อการวินิจฉัย การรักษา และติดตามผลการรักษาภายหลังจากการรักษาตัวที่โรงพยาบาล ทำให้รักษาอย่างถูกต้อง แม่นยำ และต่อเนื่อง โดยไม่เสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบ แพทย์ที่โรงพยาบาล ส่งผลให้ประชากรของประเทศมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังลดการแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาใน โรงพยาบาลที่ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง และช่วยพัฒนาความรู้บุคลากรทางการแพทย์

พัฒนาการการใช้เทคโนโลยีการให้บริการด้านสาธารณสุขในประเทศไทย

ประเทศไทยได้มีแนวคิดการนำเทเลเฮลธ์มาใช้ตั้งแต่ช่วงปลายปี พ.ศ. 2536 แต่ในช่วงเริ่มต้นใช้ เป็นการรักษาทางไกลเรียกว่าโทรเวชกรรม (Telemedicine) มีการปล่อยดาวเทียมไทยคม 1 เพื่อ การติดต่อสื่อสารและส่งข้อมูลทางไกล ต่อมาในปี พ.ศ. 2538 ได้มีการพัฒนาฐานเชื่อมดาวเทียม 7 ฐาน โดยมีศูนย์กลางอยู่ที่ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (National Electronics and Computer Technology Center: NECTEC) รัฐบาลประกาศให้เป็นปีแห่ง เทคโนโลยีสารสนเทศแห่งประเทศไทย เพื่อให้ประชากรในประเทศตระหนักถึงบทบาทและประโยชน์ ที่ได้จากเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม โดยส่วนหนึ่งรัฐบาลมีนโยบายที่ จะส่งเสริมการพัฒนาตามกรอบแนวคิดโทรเวชกรรม กล่าวคือ ใช้ Telemedicine สื่อสารการรักษา จากโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ (Specialty Hospital) ไปยังโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ ห่างไกล (District Hospital) โดยใช้ Video Conference เป็นช่องทางการสื่อสารระหว่างแพทย์ใน ประเด็นเรื่อง Cardiology, Pathology และรพพยาบาล ต่อมาเกิดโครงการแพทย์ทางไกลผ่าน ดาวเทียมภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อให้แพทย์โรงพยาบาลชุมชน สามารถปรึกษาทางไกลแบบ Two-way Communication ไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่โรงพยาบาล ทัวไปและโรงพยาบาลศูนย์ ปี พ.ศ. 2541 กระทรวงสาธารณสุขได้ติดตั้งอุปกรณ์ระบบการแพทย์

ทางไกลผ่านดาวเทียม 20 แห่ง ปี พ.ศ. 2543 ผลการประเมินโครงการ พบว่า (ศิริรัตน์ วงศ์ประกรณ์กุล, 2563)

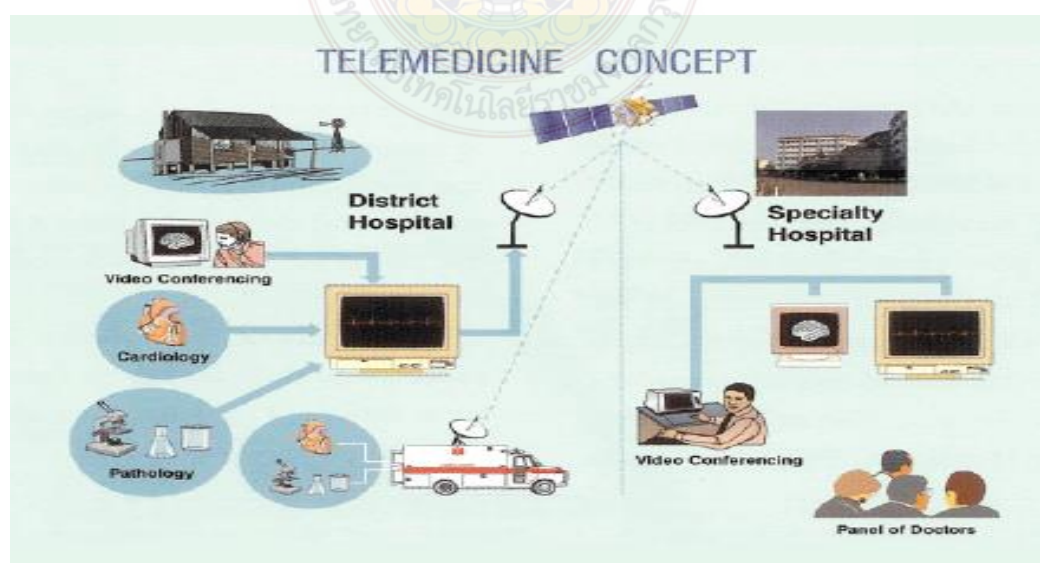
1. การติดตามในช่วงเริ่มแรกของโครงการยังปรากฏผลที่ไม่ชัดเจน แต่ก็คาดว่าในระยะยาวเมื่อมีการปรับปรุงศักยภาพในการดำเนินงาน เช่น การพัฒนาบุคลากร การให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องระบบแพทย์ทางไกลน่าจะส่งผลให้เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนยิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานตามโครงการดังกล่าวสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชน การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในชนบท

2. การใช้ระบบแพทย์ทางไกลผ่านดาวเทียมของสถานีเครือข่ายต่าง ๆ อยู่ในระดับที่ต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับระยะเวลาที่ใช้งานจริงกับระยะเวลาที่ได้เข้าช่องสัญญาณหรือปริมาณงานที่ได้รับจากการดำเนินงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกิจกรรมให้บริการคาปรึกษายังต่ำเกินไป

ปัญหาอุปสรรคเกิดจาก

1. ขาดการวิเคราะห์ความเหมาะสมของโครงการ
2. ขาดการวางแผนอย่างเป็นระบบ

ตลอดถึงการขาดการประสานงานกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงกับการดำเนินงานในปัจจุบันอันเนื่องจากการขาดความพร้อมในด้านต่าง ๆ เช่น บุคลากร อุปกรณ์ สถานที่ งบประมาณ และการบริหารจัดการ และในปี พ.ศ. 2546 เนื่องจากการใช้งานด้านการปรึกษาแพทย์ทางไกลน้อย และค่าเช่าช่องสัญญาณดาวเทียมและค่าบำรุงรักษาอุปกรณ์รายปีมีค่าใช้จ่ายสูง จึงยุติการดำเนินงานโครงการฯ



ภาพที่ 2.11 แนวคิดโทรเวชกรรม

ที่มา: ศิริรัตน์ วงศ์ประกรณ์กุล, 2563.

ต่อมาพศจิกายน พ.ศ. 2552 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2553 โครงการวิจัยสาธารณสุขโทรคมนาคมสู่ถิ่นกันดาร ได้นำเทคโนโลยี Worldwide Interoperability for Microwave Access (WiMAX) นำร่องที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของ เชื่อมต่อไปยังสถานีอนามัย 3 แห่ง ผลดำเนินงานพบว่า มีการปรึกษาแพทย์ทางไกล 321 ราย เฉลี่ยวันละ 1.3 รายจาก 3 สถานี และที่โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่งในจังหวัดตราด ตาก และน่าน เชื่อมต่อกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีอนามัย/สถานบริการสาธารณสุขชุมชน 66 แห่ง ผลการดำเนินงาน พบว่า มีการปรึกษาแพทย์ทางไกล 311 ราย จากสถานีอนามัย 66 แห่งไปยังโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง

ตามแผนการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ. 2552-2555 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายติดตั้งระบบอินเทอร์เน็ตเพื่อเพิ่มศักยภาพในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศจำนวน 9,810 แห่ง เพื่อพัฒนาระบบการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูล เช่น ข้อมูลสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพ ข้อมูลระบบการเงินการคลัง และข้อมูลรายงานต่าง ๆ ทางด้านสาธารณสุข เพื่อการบริหารจัดการ ด้วยระบบการประชุมแบบ Video Conferences เพื่อให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน ด้วยระบบโทรทัศน์ผ่านอินเทอร์เน็ต และเพื่อการปรึกษาแพทย์ทางไกล (Telehealth)

แนวนโยบายการบริการโทรเวชกรรมที่ผ่านมา แบ่งออกเป็น 9 หมวด ดังนี้ (ศิริรัตน์ วงศ์ประภรณ์กุล, 2563)

หมวดที่ 1 หน่วยงานที่รับผิดชอบแนวนโยบาย คือ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลัก กระทรวงที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการสื่อสาร เป็นหน่วยงานสนับสนุน โดยกระทรวงสาธารณสุขควรมีมาตรการกำหนดนโยบายการปฏิบัติงานด้านโทรเวชกรรมที่แพทย์และบุคลากรกระตือรือร้นในการใช้งานและมีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย ส่วนหน่วยงานสนับสนุนพัฒนาเครื่องมือและการติดต่อสื่อสารให้มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว

หมวดที่ 2 กฎหมายและข้อกำหนดเกี่ยวกับการบริการโทรเวชกรรม แนวนโยบายคือ กำหนดหน่วยงานเฉพาะจัดทำกฎหมายที่สอดคล้องกับการบริการโทรเวชกรรมระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และสถานีอนามัย (ปัจจุบันได้ปรับเปลี่ยนเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) และกฎหมายที่ทำให้แพทย์และผู้ปฏิบัติหน้าที่ได้สะดวก

หมวดที่ 3 รูปแบบการบริการโทรเวชกรรม แนวนโยบาย คือ รูปแบบให้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนและมีเครือข่ายเป็นสถานีอนามัยต่าง ๆ การรักษายังคงไปพบแพทย์และเสริมบริการโทรเวชกรรม และยกระดับการให้บริการขั้นปฐมภูมิในสถานีอนามัยให้มีความน่าเชื่อถือ นอกจากนี้ ควรจัดทำบัญชีรายชื่อโรคที่สามารถรักษาได้ด้วยโทรเวชกรรม

หมวดที่ 4 ผู้ให้บริการโทรเวชกรรม แนวนโยบาย คือ กำหนดอัตราค่าส่งและบุคลากรด้านโทรเวชกรรมให้ชัดเจน ยกย่องขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย พัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลด้านโทรเวชกรรม ควรมีหลักสูตรการรักษาพยาบาลด้วยโทรเวชกรรมเป็นหนึ่งในรายวิชาเรียนของแพทย์และพยาบาล

หมวดที่ 5 ช่วงเวลาในการให้บริการ แนวนโยบาย คือ ให้บริการตลอดช่วงเวลาทำการของสถานีนามัยและโรงพยาบาลชุมชน แต่อาจต้องทบทวนช่วงเวลาให้บริการกรณีฉุกเฉินหรือประสบเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด

หมวดที่ 6 ค่าตอบแทน แนวนโยบาย คือ มีการกำหนดค่าตอบแทนให้แก่แพทย์และผู้ปฏิบัติหน้าที่ด้านโทรเวชกรรมเป็นรายครั้งหรือรายเดือน

หมวดที่ 7 การขยายกรอบเวชภัณฑ์ แนวนโยบาย คือ ขยายกรอบของเวชภัณฑ์ ได้แก่ ยาและเครื่องมือการตรวจทางห้องปฏิบัติการในสถานีนามัย

หมวดที่ 8 การประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ ความเข้าใจและประโยชน์ของบริการ แนวนโยบาย คือ มีการประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ความเข้าใจถึงประโยชน์ของการบริการโทรเวชกรรม เน้นการประชาสัมพันธ์ที่สถานีนามัยเป็นหลัก มีศัพท์เรียกที่เป็นที่เข้าใจทุกฝ่าย (ขณะศึกษาเรียก “หมอจอตัว” หรือ “เทเลเมด” เป็นต้น)

หมวดที่ 9 การพัฒนาประสิทธิภาพการบริการและการควบคุมคุณภาพ แนวนโยบาย คือ มีการพัฒนาระบบการให้บริการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ควบคุมคุณภาพจากสาธารณสุขอำเภอและสาธารณสุขจังหวัด โดยให้กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบการตรวจสอบคุณภาพและจัดทำมาตรฐานการบริการ

องค์ประกอบของการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

องค์ประกอบที่สำคัญของ Telemedicine มี 4 ประการ ได้แก่ (สภาเทคนิคการแพทย์, 2563)

1. เป็นระบบที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การสนับสนุนด้านการแพทย์
2. เป็นระบบที่เอาชนะอุปสรรคทางภูมิศาสตร์หรือการเข้าถึงบริการทางการแพทย์จากสถานที่ห่างไกล
3. มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารหลายชนิดมาใช้
4. มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ทางการรักษาโรคให้ดีขึ้น

การใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ก้าวหน้าและหลากหลาย ทั่วโลกที่เข้าสู่ยุคดิจิทัล (digital) ราคาอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ลดลง และคนส่วนใหญ่เข้าถึงได้ง่าย เป็นปัจจัยหลักดันที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาระบบ Telemedicine เป็นแรงจูงใจที่กระตุ้นความสนใจของสถานพยาบาลต่าง ๆ ที่จะจัดหาวิธีใหม่ที่มีประสิทธิภาพเพื่อการรักษาพยาบาล

ผู้ป่วยให้ดีขึ้น อีกทั้งการใช้ระบบอินเทอร์เน็ตอย่างแพร่หลายช่วยขยายขอบเขตของ Telemedicine ไปยัง Web-based applications เช่น จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (electronic mail หรือ e-mail) การประชุมทางไกล (Teleconference) และการปรึกษาทางไกล (Teleconsultation) รวมถึงการใช้สื่อมัลติมีเดีย เช่น รูปถ่ายดิจิทัลและวีดีโอ นำไปสู่การสร้างแอปพลิเคชันใหม่ เพื่อใช้ร่วมกับระบบ Telemedicine ในอนาคต

ประโยชน์ของการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

การให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มีประโยชน์ในหลายด้าน ดังนี้ (smartsolutioncomputer.com, 2562)

1. **เพิ่มประโยชน์สำหรับคนไข้** การเดินทางสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สะดวกเคลื่อนไหว จะไม่เป็นอุปสรรค ลดเวลาการรอคอย และสามารถติดตามการรักษา (Follow Up) ได้อย่างต่อเนื่อง และมีความง่ายรวดเร็ว อีกทั้งขยายขีดความสามารถในการเข้าถึงการรักษา เพิ่มโอกาสของการรักษาในกรณีฉุกเฉินเร่งด่วนที่ต้องแข่งขันกับเวลา

2. **ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเต็มประสิทธิภาพ** ทรัพยากรบุคคล และอุปกรณ์การแพทย์ที่มีราคาสูงสามารถใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ อีกทั้งยังสามารถขยายศักยภาพการบริการให้มีขีดความสามารถที่สูงขึ้นด้วยการเสนอบริการสุขภาพทางไกล (Telehealth) เป็นทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยโดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที และมีประสิทธิผล

3. **เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารในและนอกองค์กร** การสื่อสารถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การให้การรักษามีประสิทธิภาพเป็นไปอย่างถูกต้อง ระบบแพทย์ทางไกล หรือ Telemedicine ทำให้การเชื่อมต่อระหว่างแผนก หรือระหว่างบุคลากรในโรงพยาบาลเป็นไปได้อย่างราบรื่น หรือแม้แต่การพัฒนาความรู้ในเชิงการรักษาหรือฝึกอบรม จากสถานที่ใดหรือเมื่อไรก็ได้ ทำให้การประสานงานมีความทันสมัย และทำได้อย่างไร้ขีดจำกัด

เหตุผลที่โรงพยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

โรงพยาบาลควรจะต้องเป็นผู้ให้บริการการแพทย์ทางไกล มีเหตุผลดังนี้ (smartsolutioncomputer.com, 2562)

1. **บริการการแพทย์ทางไกลช่วยให้การสื่อสารในองค์กรคล่องตัวยิ่งขึ้น** ใช้สื่อสารภายในระหว่างทีมบริหาร บุคลากรทางด้านการแพทย์ และการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถใช้ประชุมและการประสานงาน (Collaboration) ได้อย่างดี

2. **การให้บริการการแพทย์ทางไกล ไม่ยุ่งยาก** การให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telehealth) การให้คำปรึกษา การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ คนไข้และแพทย์ สำหรับการรักษาพยาบาล การ Follow Up หรือแม้แต่ดูแลคนไข้ ทำให้ลดความคับคั่งของคนไข้ที่มาโรงพยาบาล และลดเวลาการตรวจ หรือใช้ในการคัดกรองคนไข้

3. ใช้ทางด้านการให้ความรู้ และการศึกษา ใช้ในด้านการให้ความรู้แก่ชุมชน และ การรักษาเชิงป้องกัน สำหรับ ประชากรที่อยู่ในข่ายเป็นกลุ่มเสี่ยง โดยไม่ต้องเดินทางทำให้สะดวกและมีความทั่วถึงมากยิ่งขึ้น ตลอดจนใช้ในการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข

4. ความรวดเร็วคือปัจจัยสำคัญในการรักษา ใช้ในกรณีเร่งด่วน หรือฉุกเฉิน หากการรักษาอาการป่วยนั้นต้องทำแข่งกับเวลา หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หากผู้ป่วยอยู่ในที่ห่างไกลหรือ ระหว่างที่ขนย้ายผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาล หรือกรณีเกิดภัยพิบัติต่าง ๆ

5. ลดเดินทาง ลดเสี่ยง ลดแออัด ลดสัมผัส ลดความคับคั่งของการรอคอยการให้การรักษาของโรงพยาบาล ลดโอกาสการสัมผัส และการแพร่กระจายเชื้อโรคในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นในยุค New Normal

6. บริการให้คำปรึกษา และกิจกรรมกลุ่ม ผู้ป่วยจิตเวช หรือการรักษาผู้ป่วยที่ต้องการคำปรึกษาแบบ 1-1 หรือมีกิจกรรมกลุ่มบำบัดพฤติกรรม สามารถทำได้โดยไม่ต้องเดินทางออกจากบ้าน

ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

ระบบบริการการแพทย์ทางไกล เป็นระบบมีไว้สำหรับการปรึกษาระหว่างบุคคลกรด้านการแพทย์กับผู้ป่วย ระบบการปรึกษาแพทย์ทางไกลเป็นการนำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาใช้ในการพัฒนาบริการ เพื่อช่วยแก้ปัญหาเรื่องระยะทาง เวลา และค่าใช้จ่าย ในหลายประเทศมีการพัฒนาและวางกรอบการทำงานของระบบบริการการแพทย์ทางไกลสำหรับการให้บริการ โดยสามารถสรุปส่วนประกอบที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ส่วนการสื่อสารทางอินเทอร์เน็ต เป็นช่องทางการติดต่อสื่อสารของระบบบริการการแพทย์ทางไกล สำหรับให้ผู้ใช้ติดต่อสื่อสารถึงกัน โดยบริการเสริมต่าง ๆ จะอ้างอิงส่วนนี้ในการพัฒนารูปแบบของการบริการ ได้แก่

รูปแบบที่หนึ่ง การสื่อสารแบบทันที (real-time) ได้แก่ การเรียกทางวิดีโอ (video call) ข่าวสารทันที (instant messaging – IM) และระบบโทรศัพท์ (telephony)

รูปแบบที่สอง การสื่อสารแบบไม่ทันที (non real-time) ได้แก่ ข่าวสารอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail message) และกระดานเครือข่าย (web board) เป็นต้น

2. ส่วนข้อมูลสารสนเทศ เป็นส่วนเสริมเข้ามาในระบบบริการการแพทย์ทางไกล อันมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ทางการใช้งานของระบบนั้น เช่น ระบบการทำงานร่วมกับอุปกรณ์ตรวจจับชีวภาพ (bio sensor device) โดยนำข้อมูลอันได้มาแสดง จัดเก็บ หรือวิเคราะห์ ใช้สำหรับการปรึกษาแพทย์ผู้ต้องการวัดค่าสัญญาณชีพ ร่วมกับการให้คำปรึกษา เป็นต้น

3. การตรวจวินิจฉัยทางคลินิก เป็นการวินิจฉัยโดยอาศัยอาการ และอาการแสดงเป็นหลัก อาการแสดง เช่น สัญญาณชีพ (vital sing) เป็นสิ่งบ่งบอกความมีชีวิตของบุคคล เป็นสิ่งนำมาใช้ใน

การวินิจฉัย โดยพื้นฐานจะมี 4 อย่าง ได้แก่ อุณหภูมิ (temperature) ชีพจร (pulse) การหายใจ (respiration) และความดันโลหิต (blood pressure)

4. การตรวจวินิจฉัยทางคลินิก มีกระบวนการหลัก ดังนี้ ประวัติการเจ็บป่วย (patient history) เป็นการซักประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ และข้อมูลของผู้ป่วย ประกอบด้วย การตรวจทางกายภาพ เป็นการตรวจร่างกายของผู้ป่วยตั้งแต่หัวจรดเท้า โดยมีวิธีการเกี่ยวข้อง ดังนี้ การตรวจโดยการฟัง (auscultation) การตรวจพินิจ (inspection) และการตรวจโดยการคลำ/สัมผัส (palpation)

5. บันทึกสุขภาพส่วนบุคคล (personal health record – PHR) เป็นเสมือนที่เก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพร่างกายของผู้ป่วย ข้อมูลอาจประกอบไปด้วย ข้อมูลส่วนตัว ข้อมูลประวัติการเป็นโรคของบุคคลในครอบครัว ข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วย เป็นต้น โดยตัวผู้ป่วยเป็นจัดการข้อมูลภายในนั้นด้วยตัวเอง และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ช่วยเหลือ แตกต่างจากบันทึกการแพทย์อิเล็กทรอนิกส์ (electronic medical record - EMR) อันเป็นบันทึกการรักษาสร้างขึ้น/บริหารจัดการโดยสถานพยาบาล ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลประกอบด้วยส่วนหลักๆ

6. เครื่องมือทางการแพทย์ ได้แก่ หูฟัง แบบดิจิตอล (digital stethoscope) กล้องถ่ายภาพดิจิตอล (digital – examination camera) และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiography - ECG) เป็นต้น

การให้บริการที่ผ่านมา

สำหรับบริการการแพทย์ทางไกล เปิดให้บริการนำร่องในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ครอบคลุมทั้งกรุงเทพฯ ปริมณฑล และต่างจังหวัด ได้แก่ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลสงฆ์ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ สถาบันทันตกรรม สถาบันประสาทวิทยา สถาบันพยาธิวิทยา สถาบันมะเร็งแห่งชาติ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี สถาบันโรคผิวหนัง สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี และโรงพยาบาลเวชารักษ์ จังหวัดลำปาง (smartsolution computer.com, 2562)

ในปัจจุบัน ระบบบริการทางการแพทย์แบบใหม่ ให้บริการผ่าน VDO Call ทั้งหมด 4,316 คน เฉลี่ย 200 คนต่อวัน ผู้รับยาทางไปรษณีย์ทั้งหมด 7,717 คน เฉลี่ย 363 คนต่อวัน นอกจากนี้ ยังให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลอื่น ๆ ในต่างจังหวัดอีกด้วย สำหรับแผนงานในอนาคต คือ การขยาย

การบริการได้ทุกสถานพยาบาลในสังกัดสาธารณสุข เชื่อมโยงข้อมูลการรักษาระหว่างโรงพยาบาลและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถเก็บข้อมูลการรักษาของตัวเองไว้ในแอปพลิเคชัน นอกจากนี้ยังมุ่งพัฒนาสู่ระบบการส่งต่อและให้คำปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญ และขยายการบริการครอบคลุมกลุ่มโรคอื่น ๆ มากขึ้น ทั้งนี้ ที่ผ่านมา สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการนำเทเลเมดิซีน (Telemedicine) มาใช้ในขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น โดยได้ร่วมกับ คลินิก เทเลเมดิซีน เปิดบริการคัดกรองผู้ติดเชื้อไวรัสโควิดเบื้องต้นผ่าน “คลินิก แอปพลิเคชัน” (clicknic Application) เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อทั้งกับประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ ลดความวิตกกังวล ลดการเคลื่อนที่ของผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำหรือผู้ที่ไม่จำเป็นต้องเดินทางมาตรวจด้วยตนเองที่โรงพยาบาล โดยมุ่งหวังที่จะลดจำนวนคนเดินทางเข้ามาตรวจคัดกรองภายในโรงพยาบาล และเป็นการช่วยเพิ่มพื้นที่ให้กับกลุ่มเสี่ยงสูงเข้ารับการตรวจยังโรงพยาบาลแทน

ขณะเดียวกันภาคเอกชน อย่าง โรงพยาบาลในเครือบีดีเอ็มเอส (BDMS) ได้นำร่องโดยโรงพยาบาลสมิติเวชและโรงพยาบาลกรุงเทพ นำนวัตกรรม Tytocare อุปกรณ์ตรวจวัดสุขภาพเบื้องต้น ตัวช่วยเพื่อปรึกษาแพทย์ออนไลน์ (Teleconsultation) ลดการสัมผัส โดยเฉพาะในระหว่างรอผลตรวจเชื้อขณะพักอยู่โรงพยาบาลของการตรวจผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค ซึ่ง Tytocare เป็นการรวมชุดอุปกรณ์ตรวจวัดสุขภาพเบื้องต้น ตรวจวัดอุณหภูมิ โดยเทอร์โมมิเตอร์ชนิดอินฟราเรด ตรวจปอดและหัวใจด้วยระบบการฟังเสียงและส่งข้อมูลเสียง รวมไปถึงหู ช่องคอและผิวหนัง ด้วยระบบรูปภาพและวิดีโอเพื่อให้แพทย์วินิจฉัยผ่านระบบออนไลน์ ออกแบบให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานได้เอง

นอกจากนี้ โรงพยาบาลสมิติเวช ได้จัดทำ แอปพลิเคชัน “Samitivej Virtual Hospital” ที่มีบริการติดตามข้อมูลสุขภาพออนไลน์ตลอด 24 ชั่วโมง ผ่านโมบายแอปพลิเคชันที่ชื่อว่า Engage Care โดยทีมผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่ต้องใช้งานร่วมกับอุปกรณ์ตรวจวัดค่าสุขภาพเบื้องต้น เพื่อช่วยเพิ่มความสะดวกสบายและความแม่นยำในการบันทึกข้อมูล ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากโรคแทรกซ้อน

ด้าน โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ เปิดให้บริการ “บำรุงราษฎร์เอนิแวร์” แอปพลิเคชันดูแลและพัฒนาโดยผู้ผลิต Doctor Raksa ให้บริการในรูปแบบโทรเวชกรรม หรือเทเลเมดิซีน มีลักษณะการใช้งานคือ ผู้ใช้สามารถปรึกษาแพทย์ส่วนตัวได้ง่าย ๆ ผ่านสมาร์ตโฟน หรือแท็บเล็ต แบบเรียลไทม์ โดยแพทย์สามารถวินิจฉัยอาการเบื้องต้น รวมทั้งแนะนำแนวทางการรักษา และข้อมูลสุขภาพต่าง ๆ สามารถปรึกษาแพทย์แบบเรียลไทม์ผ่านแอปพลิเคชัน ได้ในเวลา 7.00 - 23.00 น. ของทุกวัน

นอกจากโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนจะให้ความสนใจการใช้เทเลเมดิซีนเพิ่มมากขึ้น เหล่าบรรดาผู้ให้บริการแพลตฟอร์มเทเลเมดิซีน ยังพบว่ามีการใช้เพิ่มมากขึ้นหลังจากสถานการณ์

โควิด-19 อาทิ บริษัท Teladoc ซึ่งมีฐานอยู่ที่นิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา ระบุว่า การใช้งานเพิ่มขึ้น 47% ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ขณะที่ Ping An Good Doctor ประเทศจีน ระบุว่า ยอดการใช้งานการปรึกษาแพทย์ผ่านระบบของ Ping An เพิ่มขึ้นถึง 900% ขณะเดียวกัน จากผลสำรวจของ Global Market Insights ระบุว่า มูลค่าตลาดโลกของ Telemedicine มีมูลค่า 38.3 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ ในปี 2562 จะมีมูลค่าเพิ่มมากขึ้นไปถึง 130.5 3 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2568 โดยมีอัตราเติบโตเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 19.2

ในส่วนในประเทศไทย Ooca (อุ๊ก้า) แพลตฟอร์มสำหรับผู้ที่ต้องการปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาในหลากหลายกลุ่มอาการ อาทิ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ปัญหาครอบครัว และการทำงานผ่านวิดีโอคอล พร้อมโปรแกรมวิเคราะห์ความเครียดหลังจากเกิดวิกฤติโควิด พบการใช้งานเพิ่มขึ้นทั้งยังเห็นกลุ่มลูกค้าใหม่ ๆ เข้ามาใช้มากขึ้น มีจำนวนการนัดหมายเพิ่มขึ้น 21% เมื่อเทียบกับไตรมาสที่ผ่านมา และเติบโตมากกว่าเท่าตัวโดยมีการนัดหมายแพทย์มากกว่า 700 ครั้ง เมื่อเทียบกับไตรมาสเดียวกันของปีก่อน

ด้านแพลตฟอร์ม Chiiwii มีผู้ใช้งานเพิ่มมากขึ้น ตั้งแต่ต้นปีที่ผ่านมาประมาณ 10 เท่า หรือวันละกว่า 100 คน เมื่อเทียบกับสถานการณ์ปกติ เพราะประชาชนเริ่มหลีกเลี่ยงการออกจากบ้านหรือการเดินทางไปโรงพยาบาล ซึ่ง Chiiwii ได้ทำงานร่วมกับกรมควบคุมโรค และกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมเพื่อคัดกรองคนไข้ฟรี เพื่อประเมินกลุ่มเสี่ยงก่อนที่จะไปโรงพยาบาล โดยหากเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงทางซีวีสามารถส่งตัวไปตรวจเชื้อที่โรงพยาบาลได้ทันทีไม่ต้องรอคิว ซึ่งบุคคลทั่วไปสามารถเข้ามาทำแบบฟอร์มนี้ได้

สำหรับ แพลตฟอร์ม Doctor A to Z มีผู้เข้ามาใช้บริการเพิ่มขึ้นกว่า 100% ภายใน 1 สัปดาห์ มีผู้เข้ามาใช้กว่า 2,000 คน โดยพบว่าส่วนใหญ่ผู้ใช้ที่เข้ามารับคำปรึกษาสาเหตุหลัก ๆ คือความกลัวและกังวลจากความไม่เข้าใจการติดต่อของโรคโควิด ล่าสุดแพลตฟอร์ม Doctor A to Z มีแพทย์อาสาเข้ามาให้บริการเพิ่มกว่า 100 คนในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา

แนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (telemedicine) และคลินิกออนไลน์

แพทยสภา (2563) ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (telemedicine) และคลินิกออนไลน์

อาศัยมติคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 7 /2563 วันที่ 9 กรกฎาคม 2563 คณะกรรมการแพทยสภาจึงออกประกาศดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ประกาศนี้ชื่อว่า “ประกาศแพทยสภา ที่ 54/2563 เรื่องแนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (telemedicine) และคลินิกออนไลน์”

ข้อ 2 ประกาศนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดเก้าสิบวันนับแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ 3 ในประกาศนี้ “โทรเวช” หรือ “การแพทย์ทางไกล”(telemedicine) หมายความว่า เป็นการส่งผ่านหรือการสื่อสารเนื้อหาทางการแพทย์แผนปัจจุบันโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทั้งจากสถานพยาบาลภาครัฐและ/หรือเอกชนจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่งโดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อให้การปรึกษา คำแนะนำ แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือบุคคลอื่นใด เพื่อดำเนินการทางการแพทย์ในกรอบแห่งความรู้ทางวิชาชีพเวชกรรม ตามภาวะ วิกฤติ และเหตุการณ์ที่เป็นอยู่ ทั้งนี้โดยความรับผิดชอบของผู้ส่งผ่านหรือการสื่อสารเนื้อหาทางการแพทย์นั้น ๆ

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลที่เป็นของภาครัฐและ/หรือเอกชน ที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

“การให้บริบาลผ่านระบบบริหารโทรเวช หรือ บริบาลการแพทย์ทางไกล” หมายความว่า การดำเนินการโดย “โทรเวช” หรือ “การแพทย์ทางไกล”

“ผู้ให้บริบาล” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้บริบาลโดยโทรเวช หรือ การแพทย์ทางไกล (telemedicine) ซึ่งต้องรับผิดชอบไม่เพียงประสงค์ที่เกิดขึ้นด้วย

“ผู้รับบริบาล” หมายความว่า บุคคลที่ได้รับ “โทรเวช” หรือ “การแพทย์ทางไกล” (telemedicine)

“คลินิกออนไลน์” หมายถึง สถานพยาบาลตามที่กฎหมายกำหนด

“การบริหาร” หมายความว่า กระบวนการเพื่อผลแห่ง “โทรเวช” หรือ การแพทย์ทางไกล” (telemedicine)

ข้อ 4 การให้บริบาลผ่านระบบบริหารโทรเวช หรือ บริบาลการแพทย์ทางไกล จะต้องเป็นไปตาม

(1) เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555

(2) เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2563

(3) เกณฑ์หรือแนวทางที่แพทยสภากำหนดขึ้นตามกรอบแห่งกฎหมายวิชาชีพเวชกรรม

ข้อ 5 ผู้ให้บริบาลจำเป็นต้องกระทำการ ดังนี้

(1) ต้องปฏิบัติตามทางการแพทย์ตามข้อ 4 อย่างเคร่งครัด

(2) ควรได้เรียนรู้เทคนิคที่จำเป็น ตลอดจนข้อจำกัดของ โทรเวช หรือ การแพทย์ทางไกล (telemedicine)

ข้อ 6 ผู้ให้บริบาลและผู้รับบริบาลพึงตระหนักรู้ และต้องรับทราบถึงข้อจำกัด ด้านเทคโนโลยี และอิเล็กทรอนิกส์ โดยจำต้องรับทราบถึง

(1) ข้อเท็จจริงทางการแพทย์ที่ปรากฏตามคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ที่ประกาศเมื่อ 12 สิงหาคม 2558 ในข้อ 7 และข้อเท็จจริงทางการแพทย์อื่นที่อาจมีขึ้นในเวลาต่อมา เช่น ความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ในแต่ละวิทยาลัยหรือราชวิทยาลัย

(2) เฉพาะบางโรคหรือบางภาวะเท่านั้นที่เหมาะสมในการใช้โทรเวชหรือการแพทย์ทางไกล (telemedicine)

(3) สิทธิของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ในการปฏิเสธการใช้โทรเวชหรือการแพทย์ทางไกล (telemedicine)

(4) การใช้เครื่องมือหรือโปรแกรมหรือปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence AI) ร่วมกับการใช้โทรเวชหรือการแพทย์ทางไกล (telemedicine) จำต้องเป็นไปตามกฎหมายเฉพาะ เช่น กฎหมายที่เกี่ยวกับเครื่องมือแพทย์ กฎหมายที่เกี่ยวกับยา เป็นต้น

ข้อ 7 นอกจากข้อจำกัดตามข้อ 6 แล้ว โทรเวชหรือการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ต้องทราบว่ากิจกรรมที่ดำเนินการผ่านระบบสารสนเทศ มีความเสี่ยงจากระบบสารสนเทศด้วย จึงต้องทำภายใต้ระบบสารสนเทศที่มีมาตรฐานและความปลอดภัยด้านสารสนเทศที่เป็นสากล และได้รับการดูแลให้พร้อมใช้งาน และพร้อมรับการตรวจสอบ อันประกอบด้วยสาระสำคัญคือ

(1) การยืนยันตัวตนของผู้ให้บริการว่าเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจริงและได้ดำเนินการภายใต้มาตรฐานด้านสารสนเทศของโรงพยาบาลหรือสถานบริการ ภายใต้มาตรฐานที่กฎหมายเฉพาะเรื่องกำหนดไว้

(2) การยืนยันตัวตนของผู้รับบริการจากระบบการให้บริการผ่านระบบบริการโทรเวชหรือบริการการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ควรดำเนินการภายใต้มาตรฐานด้านสารสนเทศ ที่หน่วยงานรับผิดชอบที่กำกับดูแลเรื่องการยืนยันตัวบุคคลของรัฐเป็นผู้กำหนด

(3) ระบบสารสนเทศที่ใช้ดำเนินการโทรเวช ต้องได้รับมาตรฐานความปลอดภัยสารสนเทศ และสอดคล้องกับพระราชบัญญัติธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2562 และพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 หรือ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ข้อ 8 คลินิกออนไลน์ และ การให้บริการผ่านระบบบริการโทรเวช หรือ บริการการแพทย์ทางไกล (telemedicine) จำเป็นต้องดำเนินการผ่านสถานพยาบาลเท่านั้น

ข้อ 9 การปรึกษาหารือระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือบุคลากรสาธารณสุขอื่นที่มีกฎหมายอื่นกำหนดไว้เป็นการเฉพาะ ไม่ถือว่าเป็นการให้บริการโทรเวชหรือการแพทย์ทางไกลตามประกาศนี้

แนวทางพัฒนา Telemedicine

แนวทางพัฒนา Telemedicine ขึ้นต่อไป นอกจากตัวแอปพลิเคชันแล้ว สิ่งที่น่าสนใจคือการพัฒนา Digital Device ต่าง ๆ เช่น Smart watch ที่สามารถเก็บข้อมูลสุขภาพ เช่น การเต้นของ

หัวใจ ฯลฯ ได้อย่างเรียลไทม์ และทำอย่างไรให้ข้อมูลเหล่านี้เชื่อมโยงกับข้อมูลในระบบของโรงพยาบาลก่อนที่คนไข้จะมาพบแพทย์ แล้วยังรวมไปถึงเรื่องของการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต (Connectivity) อินเทอร์เน็ตแบนด์วิธ ที่จะช่วยให้การเชื่อมต่อเครื่องมือแพทย์และการเชื่อมโยงข้อมูลคลื่นไหลสะดวกขึ้น ที่สำคัญคือ การพัฒนาตัวซอฟต์แวร์ หรือ AI มาเป็นผู้ช่วยแพทย์ในการจัดการข้อมูล Digital Health Data ต่าง ๆ ทั้งการ Input Data การประมวลวิเคราะห์ ได้ Output ผลวินิจฉัยโรคซึ่งยังมีช่องว่างให้พัฒนาได้อีกมาก และที่ลืมไม่ได้คือพื้นที่การจัดเก็บข้อมูลคนไข้จำนวนมากที่ควรต้องเป็น Private Cloud อยู่ในประเทศ (ธนาคารไทยพาณิชย์, 2564)

ขั้นตอนการใช้บริการแอปพลิเคชัน Telemedicine

1. ทำการดาวน์โหลดแอปพลิเคชัน Telemedicine ที่ต้องการซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้ทั้งระบบ iOS และ Google Play ได้ที่
2. เข้าแอปพลิเคชันและทำการลงทะเบียนให้เรียบร้อย
3. กรอกประวัติลงในช่องต่าง ๆ ให้ครบถ้วน
4. เมื่อเข้ามาแล้ว หน้าจอจะแสดงรายชื่อแพทย์ที่ออนไลน์พร้อมให้คำปรึกษาในขณะนั้น มีประวัติว่าเป็นแพทย์เฉพาะด้านไหน ทำงานที่ไหน และเรียนจบจากสถาบันใด รวมไปถึงค่าปรึกษา
5. เมื่อเลือกแพทย์ที่ต้องการปรึกษาได้แล้ว จะมีรูปแบบในการเข้ารับคำปรึกษา ให้เลือกได้ ไม่ว่าจะเป็น แชท, โทรคุย หรือจะ Video call ก็ได้แล้วแต่ผู้ใช้งานจะสะดวก
6. อธิบายอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ เพื่อให้แพทย์วินิจฉัย ซึ่งสามารถใส่ภาพประกอบไปด้วยได้ แล้วเลือกระยะเวลาในการปรึกษา (15, 30, 45, 60 นาที)
7. จากนั้นทางแอปพลิเคชันจะแจ้งค่าปรึกษา แล้วระบบจะทำการชำระเงิน ผู้ป่วยสามารถเข้าไปรอในห้องแชทเพื่อเตรียมตัวปรึกษาแพทย์ได้ทันที
8. เมื่อแพทย์ทำการให้คำปรึกษา ระบบจะจับเวลาตามที่ได้เลือกไว้ เมื่อเสร็จสิ้นการปรึกษาแล้ว เลือกลงปุ่มวางสาย
9. แพทย์จะสรุปผลวินิจฉัย และจัดยาให้ตามอาการ สามารถกดสั่งซื้อยาจากแอปพลิเคชันได้เลย

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยภายในประเทศ

บงกช กิตติวณิชกุล (2558) ศึกษาเรื่อง การรับรู้ประโยชน์ ความภักดีต่อตราสินค้า และความสนใจใช้บริการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้แอปพลิเคชัน Bugaboo วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ประโยชน์ ความภักดีต่อตราสินค้า และความสนใจใช้บริการที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้แอปพลิเคชัน Bugaboo โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่เคยใช้บริการแอปพลิเคชัน Bugaboo

จำนวน 200 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้บริการมีระดับความคิดเห็นต่อการรับรู้ประโยชน์จากการใช้แอปพลิเคชัน bugaboo โดยรวมอยู่ในระดับมาก ด้านความภักดีต่อสถานีโทรทัศน์ช่อง 7 โดยรวมผู้ใช้บริการมีระดับความภักดีอยู่ในระดับมาก ด้านความสนใจใช้บริการแอปพลิเคชัน bugaboo โดยรวมผู้ใช้บริการมีระดับความสนใจอยู่ในระดับมาก ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ด้านความสนใจใช้บริการแอปพลิเคชัน Bugaboo ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้แอปพลิเคชัน Bugaboo มากที่สุด รองลงมาคือ ความภักดีต่อสถานีโทรทัศน์ช่อง 7 และการรับรู้ประโยชน์ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้แอปพลิเคชัน Bugaboo อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยา ปันทังกูร (2559) ศึกษาเรื่อง แนวทางการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ การใช้ประโยชน์ และความพึงพอใจในการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ และเปรียบเทียบการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจในการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษากลุ่มสาขาวิชาทางวิทยาศาสตร์กับกลุ่มสาขาวิชาทางสังคมศาสตร์ โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล และเก็บข้อมูลจากนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 383 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ มากกว่า 5 ปีขึ้นไป ใช้ 2-4 ชั่วโมงต่อวัน นิยมใช้ในช่วงเวลา 20.01-24.00 น. และใช้ 2-4 ครั้งต่อวัน เครือข่ายสังคมออนไลน์ที่นิยมใช้ มีหลายประเภทร่วมกันคือเฟซบุ๊ก (Facebook) ยูทูบ (Youtube) และไลน์ (Line) โดยพบว่านักศึกษามีการใช้ประโยชน์และมีความพึงพอใจการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ในระดับมากที่สุด ในการรับรู้ความง่ายและการรับรู้การใช้ประโยชน์เครือข่ายสังคมออนไลน์ ซึ่งรับรู้ว่ามีประโยชน์ในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นทำได้สะดวก กว้างขวาง และรวดเร็ว ได้รับข่าวสารมากขึ้น หรือได้พบปะกับบุคคลอื่นเพิ่มมากขึ้น รับ-ส่งข่าวสารต่าง ๆ ได้จำนวนมากและหลากหลายประเภทได้ตามที่ต้องการ ใช้ประโยชน์เพื่อการพักผ่อนและคลายความตึงเครียด มากที่สุด และพบว่า นักศึกษาที่เรียนทางด้านสาขาวิชาวิทยาศาสตร์และสาขาวิชาสังคมศาสตร์ มีความเห็นไม่แตกต่างกันในด้านการรับรู้ความง่ายในการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ การรับรู้การใช้ประโยชน์ของเครือข่ายสังคมออนไลน์ การใช้ประโยชน์ของเครือข่ายสังคมออนไลน์ อิทธิพลทางสังคมที่มีต่อการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ และประเภทของข่าวสารที่ใช้ในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ยกเว้นด้านทัศนคติต่อการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ที่ 2 กลุ่มมีความเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปรางค์ชิต แสงเสวตร (2560) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งานเว็บไซต์ อินทราเน็ต กฟผ. วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการใช้งานเว็บไซต์อินทราเน็ตของผู้ใช้งาน

ภายใน กฟผ. และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณภาพเว็บไซต์ และปัจจัยด้านการยอมรับเทคโนโลยีที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งานเว็บไซต์อินเทอร์เน็ต กฟผ. โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล และเก็บข้อมูลจากบุคลากรภายใน กฟผ. ที่เคยใช้งานเว็บไซต์อินเทอร์เน็ต กฟผ. จำนวน 335 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor Analysis) และการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Linear Regression) ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งานเว็บไซต์อินเทอร์เน็ต กฟผ. โดยเรียงลำดับตามปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจจากมากไปน้อย ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ ปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการ ปัจจัยด้านการใช้งานและการเข้าถึงระบบ และปัจจัยด้านคุณภาพข้อมูลและการค้นหาข้อมูล ตามลำดับ

ศศิจันทร์ ปัญจทวี (2560) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับการใช้ระบบสารสนเทศกรณีศึกษา สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตเชียงใหม่ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับการใช้ระบบสารสนเทศและเพื่อสร้างสมการพยากรณ์การยอมรับการใช้ระบบสารสนเทศของบุคลากรในสถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตเชียงใหม่ โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล และเก็บข้อมูลจากบุคลากรของสถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตเชียงใหม่ จำนวน 142 คน สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ สถิติทดสอบ F – test สถิติทดสอบ t – test และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับการใช้ระบบสารสนเทศของบุคลากร สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตเชียงใหม่ มี 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยการได้รับการสนับสนุนการใช้ระบบสารสนเทศจากผู้บังคับบัญชา ปัจจัยความคาดหวังจากประสิทธิภาพของเทคโนโลยีสารสนเทศ และปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศ ตามลำดับ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อการยอมรับการใช้ระบบสารสนเทศ คือ ปัจจัยด้านสถานภาพทั่วไป ปัจจัยด้านทัศนคติที่มีต่อการใช้ระบบสารสนเทศ และปัจจัยการรับรู้ความง่ายในการใช้งานระบบสารสนเทศ

อรพรรณ คงมาลัย (2560) ศึกษาเรื่อง การยอมรับและการนำระบบโทรเวชกรรมเข้าไปใช้กับกระบวนการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล กรณีศึกษา : โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับและใช้งานระบบโทรเวชกรรมในองค์กร กรณีศึกษา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงใหม่ของจังหวัดเชียงราย โดยประยุกต์ใช้หลักการของแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี ทั้งนี้ได้พัฒนาแบบสอบถามและนำไปใช้เก็บข้อมูลกับบุคลากรในโรงพยาบาล และสถานพยาบาลเครือข่ายอีก 3 แห่ง สถิติที่ใช้ในงานวิจัยเป็นสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และการวิเคราะห์แบบจำลองด้วยสมการโครงสร้าง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความง่ายในการใช้งานร่วมกันส่งผลทางตรงให้เกิดการยอมรับการใช้งานระบบโทรเวชกรรม นอกจากนี้ ความพร้อมในการแก้ไขปัญหาด้านเทคนิค ความ

พร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ และความเชี่ยวชาญของบุคลากรร่วมกันส่งผลทางอ้อมต่อการยอมรับการใช้งานระบบโทรเวชกรรม

อัจฉรา เด่นเจริญโสภณ (2560) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานของสำนักงานปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการวิจัยวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน และเพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคต่อการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลและเก็บข้อมูลจากข้าราชการเฉพาะในระดับชำนาญการและปฏิบัติการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 280 คน สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยโดยการคัดเลือกตัวแปรแบบคัดเลือกเข้า (Enter selection) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นด้วยมากที่สุดกับ ทักษะการใช้ การรับรู้ว่ายากต่อการใช้งาน พฤติกรรมความตั้งใจนำไปใช้ และการรับรู้ว่ามีประโยชน์ ตามลำดับ ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า การรับรู้ว่ายางานง่าย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ว่ามีประโยชน์ ทักษะต่อการใช้งาน และพฤติกรรมความตั้งใจนำไปใช้ โดยมีระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ การรับรู้ว่ามีประโยชน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทักษะต่อการใช้งาน และพฤติกรรมความตั้งใจนำไปใช้ โดยมีระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ทักษะต่อการใช้งานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมความตั้งใจนำไปใช้ โดยมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

ศกุนต์ แพรเพ็ชร (2561) ศึกษาเรื่อง การรับรู้ประโยชน์ และคุณภาพบริการที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการใช้บริการรับโอนเงินผ่านพร้อมเพย์ของผู้ใช้บริการในเขตกรุงเทพมหานคร วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ประโยชน์ และคุณภาพบริการที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการใช้บริการรับโอนเงินผ่านพร้อมเพย์ของผู้ใช้บริการในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลและเก็บข้อมูลจากผู้ใช้บริการรับโอนเงินผ่านพร้อมเพย์ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้บริการพร้อมเพย์มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับมากที่สุด ในด้านต้นทุนค่าใช้จ่าย และด้านความสะดวกรวดเร็ว และมีการรับรู้ประโยชน์ในระดับมาก ในด้านการวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ และด้านความผิดพลาดและการทุจริต ผู้ใช้บริการพร้อมเพย์มีการรับรู้คุณภาพบริการในระดับดีมาก ในด้านความเชื่อถือของบริการ และด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ และมีการรับรู้คุณภาพบริการ ในระดับดี ในด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อลูกค้า ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และด้านการเข้าถึงจิตใจ และผู้ให้บริการพร้อมเพย์มีความพึงพอใจในการใช้บริการรับโอนเงินผ่านพร้อมเพย์โดยรวมอยู่ในระดับ

ความพึงพอใจมาก ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ ด้านความสะดวกรวดเร็ว ด้านการวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ ด้านความผิดพลาดและการทุจริต และด้านต้นทุนค่าใช้จ่าย มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการใช้บริการรับโอนเงินผ่านบริการพร้อมเพย์ของผู้ใช้บริการในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน ในระดับปานกลาง และคุณภาพการบริการ ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ด้านการเข้าถึงจิตใจ ด้านความไว้วางใจ และด้านความเชื่อถือของบริการ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการใช้บริการรับโอนเงินผ่านบริการพร้อมเพย์ของผู้ใช้บริการในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน ในระดับดี

ชีวรต์น ชัยสาโรง (2562) ศึกษาเรื่อง การยอมรับเทคโนโลยีการเรียนภาษาผ่านแอปพลิเคชันออนไลน์ของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการยอมรับเทคโนโลยีการเรียนภาษาผ่านแอปพลิเคชันออนไลน์ของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลและเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เคยเรียนภาษาผ่านแอปพลิเคชันออนไลน์ จำนวน 169 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยแบบเชิงชั้น (Hierarchical Regression) ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสอดคล้อง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความเพลิดเพลิน มีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจในการใช้ ทั้งนี้ การรับรู้ประโยชน์มีผลมาจากการรับรู้ความสอดคล้อง การรับรู้ความเพลิดเพลิน และการรับรู้ความง่ายในการใช้ อย่างไรก็ตาม ผลจากการวิจัยพบว่า การรับรู้ความง่ายในการใช้ไม่ได้มีอิทธิพลโดยตรงต่อความตั้งใจในการใช้ แต่มีอิทธิพลทางอ้อมผ่านการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความเพลิดเพลินไปยังความตั้งใจในการใช้ เนื่องจากผู้เรียนมีความคุ้นเคยกับการใช้งานแอปพลิเคชันออนไลน์ต่าง ๆ บนสมาร์ตโฟน หรือแท็บเล็ตอยู่แล้ว และผู้เรียนยังมุ่งความสนใจไปที่ประโยชน์จากการใช้งานเป็นหลัก ดังนั้น การรับรู้ความง่ายในการใช้จึงไม่ใช่ปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลทางตรงกับความตั้งใจในการใช้

ภานุกร เตชะชุมหกิจ (2562) ศึกษาเรื่อง อิทธิพลการยอมรับเทคโนโลยีและคุณภาพบริการอิเล็กทรอนิกส์ที่ส่งผลต่อการใช้งานระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการยอมรับเทคโนโลยี และปัจจัยด้านคุณภาพในการให้บริการเทคโนโลยี ที่ส่งผลต่อความพอใจในการใช้งานเทคโนโลยี โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล และเก็บข้อมูลจากผู้ที่เคยใช้งานระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐมาก่อน จำนวน 455 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และโปรแกรม SmartPLS 3.0 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญในระดับให้ความสำคัญมากที่สุดกับการยอมรับเทคโนโลยี ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งาน และด้านความง่ายในการใช้งาน และให้ความสำคัญในระดับให้ความสำคัญมากกับทัศนคติ ในด้านคุณภาพ ให้ความสำคัญมากที่สุดกับด้านการบรรลุ

เป้าหมาย ด้านความสามารถของระบบ และให้ความสำคัญมากกับด้านความมีประสิทธิภาพ ด้านความเป็นส่วนตัว และผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ทั้งการยอมรับเทคโนโลยีและคุณภาพในการให้บริการอิเล็กทรอนิกส์มีผลต่อความพึงพอใจในการใช้งานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงการยอมรับเทคโนโลยีที่ส่งผ่านคุณภาพของการบริการมีผลต่อความพึงพอใจในการใช้งานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยเช่นกัน

ลลิตา อุดรชัยนิตย์ (2562) ศึกษาเรื่อง อิทธิพลของการรับรู้ถึงประโยชน์และความพึงพอใจที่มีต่อความน่าเชื่อถือของระบบ Mobile Banking ในเขตกรุงเทพมหานคร วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ถึงประโยชน์และความพึงพอใจที่มีต่อความน่าเชื่อถือของระบบ Mobile Banking ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลจากผู้ทำธุรกรรมทางการเงินผ่านระบบ Mobile Banking ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 429 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ t-test และสถิติทดสอบ One-Way ANOVA ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยแตกต่างกันมีความเชื่อใจในระบบ Mobile Banking ไม่แตกต่างกัน ส่วนผลการทดสอบปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ พบว่า ระดับการรับรู้ประโยชน์ของระบบ Mobile Banking ที่แตกต่างกัน มีผลต่อความเชื่อใจในระบบ Mobile Banking ที่แตกต่างกัน โดยผู้ใช้บริการรับรู้ว่าการระบบ Mobile Banking สามารถลดการทำธุรกรรมทางการเงินได้ และมีทัศนคติที่ดีในการใช้งาน ผลการทดสอบปัจจัยความพึงพอใจ พบว่า ระดับความพึงพอใจในการทำธุรกรรมทางการเงินผ่านระบบ Mobile Banking ที่แตกต่างกัน มีผลต่อความน่าเชื่อถือในระบบ Mobile Banking ที่แตกต่างกัน โดยผู้ให้บริการให้ความสำคัญกับคุณภาพการให้บริการของ Call Center ที่ต้องความใส่ใจและเข้าถึงความต้องการของผู้ใช้บริการ

นฤพร ตระกูลมัยผล (2564) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้งาน Application WeTV ในประเทศไทย วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้งาน Application WeTV ในประเทศไทย โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล และเก็บข้อมูลจากผู้ใช้งาน Application WeTV ในประเทศไทย จำนวน 400 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบแบบ t-test สถิติความแปรปรวนทางเดียว (One - Way ANOVA) และสถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้งาน Application WeTV ในประเทศไทยส่วนใหญ่เลือกหมวดหมู่ซีรีส์จีน สถานที่ใช้งานเป็นบ้าน มีปริมาณการใช้งานมากขึ้น ช่องทางการเข้าถึงคือสมาร์ทโฟน และเวลาการใช้งานอยู่ที่ 20:00 – 24:00 น. ปัจจัยด้านการรับรู้และทัศนคติ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านทัศนคติในการใช้งาน ปัจจัยด้านการยอมรับเทคโนโลยี โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจในการใช้งาน

Application WeTV ในประเทศไทยโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้ใช้งาน Application WeTV ในประเทศไทยที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกัน ทำให้ความพึงพอใจในการใช้งาน Application WeTV ในประเทศไทยต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยด้านพฤติกรรมการใช้งานของผู้ใช้งาน Application WeTV ในประเทศไทย ที่มีปริมาณการใช้งานและเวลาการใช้งานต่างกัน ทำให้ความพึงพอใจในการใช้งาน Application WeTV ในประเทศไทยต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัจจัยการรับรู้และทัศนคติ ด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านความง่ายของการใช้งาน และด้านความตั้งใจในการใช้งาน มีผลต่อความพึงพอใจในการใช้งาน Application WeTV ในประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัจจัยด้านการยอมรับเทคโนโลยี มีผลต่อความพึงพอใจในการใช้งาน Application WeTV ในประเทศไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

งานวิจัยต่างประเทศ

Kim, Tao, Shin & Kim (2010) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับบริการข้อความสั้น (Short Message Service--SMS) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับบริการข้อความสั้นของคนเกาหลี โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล และเก็บข้อมูลจากประชาชนในประเทศเกาหลี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับบริการข้อความสั้นของคนเกาหลี คือ การรับรู้ประโยชน์ในการใช้งาน (Perceived Usefulness) การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน (Perceived Ease of Use) ความสะดวก ในการใช้ (Interface Convenience) ความสามารถในการควบคุมการใช้งาน (Context Controllability) การได้รับความคุ้มค่าทางการเงิน (Perceived Monetary Value) ความสนุกสนานที่ได้รับ (Perceived Enjoyment) ปัจจัยทางสังคม (Social Factor) และความครบถ้วนด้านมีเดีย (Media Richness)

Mohamed Gamal และ Tarek R. Gebba (2013) ได้ศึกษาเรื่องการยอมรับการใช้ธนาคารบนมือถือ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการยอมรับการใช้ธนาคารบนมือถือ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยการรับรู้ถึงประโยชน์ ความง่ายในการใช้งาน ความตั้งใจที่จะใช้ ทัศนคติที่มีต่อการใช้งาน การนำมาใช้งานจริง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์กร เช่น ประเภทของธนาคาร และปัจจัยที่เกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของบุคคลหรือพฤติกรรมส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการส่งผลต่อการยอมรับการใช้ธนาคารบนมือถือ

Catherine McCall (2014) ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การยอมรับของครูในการใช้โทรศัพท์เพื่อการเรียนรู้ วัตถุประสงค์เพื่อมุ่งศึกษาและทดสอบรูปแบบใหม่ในการยอมรับเทคโนโลยี ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สอนไม่ให้อิทธิพลเทคโนโลยีในห้องเรียน และพบสองประเด็นที่ส่งผลต่อการใช้เทคโนโลยีของผู้สอน คือ อิทธิพลความเชื่อของครูผู้สอน โดยเฉพาะในเรื่องด้านการเห็นคุณค่าของเทคโนโลยีใหม่ และความจำเป็นในการเรียนรู้เพื่อใช้เทคโนโลยีใหม่ และอิทธิพลที่มาจากทักษะการใช้เทคโนโลยีของครูผู้สอนที่ต้องมีการพัฒนาให้เพิ่มมากขึ้น

Mahmood Jassim Alsamydai (2014) ได้ศึกษาถึงการยอมรับเทคโนโลยีและการใช้บริการธนาคารบนมือถือ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการยอมรับเทคโนโลยีและการใช้บริการธนาคารบนมือถือ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์และการรับรู้ถึงความสะดวกในการใช้งาน ส่งผลต่อทัศนคติต่อการใช้งานของผู้ใช้บริการ และการรับรู้ถึงประโยชน์ยังส่งผลให้เกิดความตั้งใจในการใช้งานอีกด้วย โดยเมื่อผู้ให้บริการได้รับปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดการใช้งานจริงตามทฤษฎีของ TAM

Negin Barat Dastjerdi (2016) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) ของนักศึกษาการศึกษาทางไกลบนพื้นฐานของเทคโนโลยีการยอมรับ กรณีสึกษาที่มหาวิทยาลัยการศึกษาทางไกลในอิหร่าน วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) ของนักศึกษาการศึกษาทางไกลบนพื้นฐานของเทคโนโลยีการยอมรับในประเทศอิหร่าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามแก่นักเรียนที่เรียนทางไกลของมหาวิทยาลัยในอิหร่าน จำนวน 281 คน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่สำคัญระหว่างการรับรู้ถึงประโยชน์และความสะดวกในการใช้ (ICT) กับทัศนคติที่มีผลต่อการใช้งานของเทคโนโลยี ทัศนคติที่มีต่อการใช้ (ICT) กับการตัดสินใจที่จะใช้ (ICT) และระหว่างการตัดสินใจที่จะใช้ (ICT) กับการใช้งานจริง

Vikas Gupta, Shelley Duggal (2020) ศึกษาเรื่อง ความตั้งใจได้รับอิทธิพลกรณีของแอปพลิเคชันส่งอาหารออนไลน์ในอินเดีย วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงและผลประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้งานของผู้บริโภคและการเลือกแอปพลิเคชันการจัดส่งอาหารออนไลน์ (OFDAs) ในอินเดีย โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างนักศึกษามหาวิทยาลัย จำนวน 337 ราย ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการใช้งานและการเลือกของผู้บริโภคที่เกี่ยวข้องกับ OFDAs ไม่เพียงแต่ได้รับอิทธิพลจากการรับรู้ความเสี่ยงและปัจจัยผลประโยชน์เท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมโดยรวมด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงที่ลดลงหรือการรับรู้ผลประโยชน์ที่เพิ่มขึ้นของผู้บริโภค จะส่งผลในเชิงบวกต่อทัศนคติโดยรวมที่มีต่อการใช้ OFDA

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบสารสนเทศ คือ ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ ปัจจัยด้านการรับรู้ความสะดวกในการใช้งาน และปัจจัยด้านทัศนคติต่อการใช้งาน หรือความตั้งใจในการใช้งาน ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยดังกล่าวเป็นองค์ประกอบของการยอมรับเทคโนโลยี ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้จึงกำหนดให้ การยอมรับเทคโนโลยีเป็นตัวแปรอิสระที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ตารางที่ 2.1 สรุปผลการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัย/หัวข้อ	บกข กิตติวณิชกุล (2558) การรับรู้ประโยชน์ ความภักดีต่อตราสินค้า และความสนใจใช้บริการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้แอปพลิเคชัน Bugaboo	ปรางค์ชิต แสงเสวตร (2560) ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งานเว็บไซต์อินเทอร์เน็ต กฟผ.	ศศิจันทร์ ปัญจทวี (2560) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับการใช้ระบบสารสนเทศกรณีศึกษา สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตเชียงใหม่	อรพรรณ คงมาลัย (2560) การยอมรับและการนำระบบโทรเวชกรรมเข้าไปใช้กับกระบวนการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล กรณีศึกษา : โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของ จังหวัดเขียง
ตัวแปรที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้/ตัวแปรที่ส่งผลต่อความพึงพอใจ	1. ด้านความสนใจใช้บริการ 2. ด้านความภักดีต่อสถานีโทรทัศน์ช่อง 7 3. การรับรู้ประโยชน์	1. ปัจจัยด้านการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน 2. ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ 3. ปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการ 4. ปัจจัยด้านการใช้งานและการเข้าถึงระบบ 5. ปัจจัยด้านคุณภาพข้อมูลและการค้นหาข้อมูล	1. ปัจจัยการได้รับการสนับสนุนการใช้ระบบ สารสนเทศจากผู้บังคับบัญชา 2. ปัจจัย ความคาดหวังจากประสิทธิภาพของเทคโนโลยีสารสนเทศ 3. ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศ	1. ส่งผลทางตรง 1.1 การรับรู้ประโยชน์ 1.2 การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน 2. ส่งผลทางอ้อม 2.1 ความพร้อมในการแก้ไขปัญหาด้านเทคนิค 2.2 ความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ 2.3 ความเชี่ยวชาญของบุคลากร

ตารางที่ 2.1 (ต่อ) สรุปผลการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัย/หัวข้อ	อัจฉรา เด่นเจริญโสภณ (2560) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานของสำนักงานปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการวิจัย	ศกุนต์ แพรเพ็ชร (2561) การรับรู้ประโยชน์และคุณภาพบริการที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการใช้บริการรับโอนเงินผ่านพร้อมเพย์ของผู้ใช้บริการในเขตกรุงเทพมหานคร	ชีวรัตน์ ชัยสาโรง (2562) การยอมรับเทคโนโลยีการเรียนรู้ภาษาผ่านแอปพลิเคชันออนไลน์ของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล
ตัวแปรที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้/ตัวแปรที่ส่งผลต่อความพึงพอใจ	1. การรับรู้ว่ายางานง่าย 2. การรับรู้ว่ามีประโยชน์ 3. ทศนคตต่อการใช้งาน 4. พฤติกรรมความตั้งใจนำไปใช้	1. การรับรู้ประโยชน์ - ด้านความสะดวกรวดเร็ว - ด้านการวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ - ด้านความผิดพลาดและการทุจริต - ด้านต้นทุนค่าใช้จ่าย 2. คุณภาพการบริการ - ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ - ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ - ด้านการเข้าถึงจิตใจ - ด้านความไว้วางใจ - ด้านความเชื่อถือของบริการ	1. การรับรู้ความสอดคล้อง 2. การรับรู้ประโยชน์ 3. การรับรู้ความเพลิดเพลิน ปล. การรับรู้ความง่ายในการใช้ไม่ได้มีอิทธิพลโดยตรงต่อความตั้งใจในการใช้ แต่มีอิทธิพลทางอ้อมผ่านการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความเพลิดเพลิน และส่งผลไปยังความตั้งใจในการใช้

ตารางที่ 2.1 (ต่อ) สรุปผลการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัย/หัวข้อ	ภาณุกร เตชะชุมหกิจ (2562) อิทธิพลการยอมรับเทคโนโลยีและคุณภาพบริการอิเล็กทรอนิกส์ที่ส่งผลต่อการใช้งานระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์	ลลิตา อุดรชัยนิตย์ (2562) อิทธิพลของการรับรู้ถึงประโยชน์และความพึงพอใจที่มีต่อความน่าเชื่อถือของระบบ Mobile Banking ในเขตกรุงเทพมหานคร	นฤพร ตระกูลมัยผล (2564) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้งาน Application WeTV ในประเทศไทย
ตัวแปรที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้/ตัวแปรที่ส่งผลต่อความพึงพอใจ	- การยอมรับเทคโนโลยี -ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งาน -ด้านความง่ายในการใช้งาน -ทัศนคติในการใช้งาน - คุณภาพ -ด้านการบรรลุเป้าหมาย -ด้านความสามารถของระบบ -ด้านความมีประสิทธิภาพ -ด้านความเป็นส่วนตัว	- การรับรู้ประโยชน์ของระบบ - ความน่าเชื่อถือในระบบ	- รายได้ต่อเดือน - พฤติกรรมการใช้งาน -ด้านปริมาณการใช้งาน -ด้านเวลาการใช้งาน - ปัจจัยการรับรู้และทัศนคติ -ด้านการรับรู้ประโยชน์ -ด้านความง่ายของการใช้งาน -ด้านความตั้งใจในการใช้งาน

ตารางที่ 2.1 (ต่อ) สรุปผลการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัย/หัวข้อ	Kim, Tao, Shin & Kim (2010)	Mohamed Gamal และ Tarek R. Gebba (2013)	Catherine McCall (2014)
ตัวแปรที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้/ตัวแปรที่ส่งผลต่อความพึงพอใจ	1. การรับรู้ประโยชน์ในการใช้งาน 2. การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน 3. ความสะดวกในการใช้ 4. ความสามารถในการควบคุมการใช้งาน 5. การได้รับความคุ้มค่าทางการเงิน 6. ความสนุกสนานที่ได้รับ 7. ปัจจัยทางสังคม 8. ความครบถ้วนด้านมีเดีย	1. ปัจจัยการรับรู้ถึงประโยชน์ 2. ความง่ายในการใช้งาน 3. ความตั้งใจที่จะใช้ 4. ทศนคติที่มีต่อการใช้งาน 5. การนำมาใช้งานจริง 6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์กร 7. ปัจจัยที่เกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของบุคคลหรือพฤติกรรมส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการ	1. การเห็นคุณค่าของเทคโนโลยีใหม่ 2. ความจำเป็นในการเรียนรู้เพื่อใช้เทคโนโลยีใหม่ 3. ทักษะการใช้เทคโนโลยี
ผู้วิจัย/หัวข้อ	Mahmood Jassim Alsamydai (2014)	Negin Barat Dastjerdi (2016)	Vikas Gupta, Shelley Duggal (2020)
ตัวแปรที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้/ตัวแปรที่ส่งผลต่อความพึงพอใจ	1. การรับรู้ถึงประโยชน์ 2. การรับรู้ถึงความง่ายในการใช้งาน 3. ทศนคติต่อการใช้งานของผู้ใช้บริการ	1. การรับรู้ถึงประโยชน์ 2. ความสะดวกในการใช้ 3. ทศนคติที่มีผลต่อการใช้งานของเทคโนโลยี	1. การรับรู้ความเสี่ยง 2. ปัจจัยผลประโยชน์ 3. ทศนคติ

2.7 กรอบแนวคิดในการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบจำลองการยอมรับนวัตกรรมและเทคโนโลยี (TAM) มาเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยจากแบบจำลองดังกล่าว พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลการตัดสินใจใช้บริการระบบสารสนเทศ ประกอบด้วย

(1) ตัวแปรภายนอก (External Variables) หมายถึง ข้อมูลประชากรศาสตร์ (Demographic) และประสบการณ์ (Previous Experience)

(2) ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงประโยชน์จากการใช้เทคโนโลยี (Perceived Usefulness) หมายถึง ความเชื่อหรือมุมมองในการวิเคราะห์และตระหนักถึงคุณค่าหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากเทคโนโลยี หากคุณประโยชน์ของเทคโนโลยีตรงกับความต้องการของบุคคลจะนำไปสู่การยอมรับและใช้เทคโนโลยีนั้นต่อไป

(3) การรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี (Perceived Ease of Use) หมายถึง การรับรู้ที่เทคโนโลยีนั้นใช้งานง่าย โดยการใช้มันไม่ต้องใช้ความพยายามมาก ไม่มีความซับซ้อนในการใช้งาน จึงมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดการยอมรับจากผู้ใช้งาน

(4) ทศคติต่อการใช้งาน (Attitude toward Using) หมายถึง ทศคติที่มีต่อการใช้งานได้รับอิทธิพลจากการรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากเทคโนโลยีสารสนเทศ และการรับรู้ว่าเป็นระบบที่ง่ายต่อการใช้งาน ในขณะที่ความตั้งใจแสดงพฤติกรรมการใช้งานได้รับอิทธิพลจากทศคติที่มีต่อการใช้งาน และการรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากเทคโนโลยีสารสนเทศ และส่งผลให้เกิดการยอมรับการใช้งานจริงในที่สุด

โดยการวิจัยในครั้งนี้กำหนดให้ปัจจัยดังกล่าวเป็นตัวแปรอิสระที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ซึ่งเป็นตัวแปรตาม ดังนั้น ตัวแปรอิสระในการวิจัยในครั้งนี้จึงประกอบด้วย

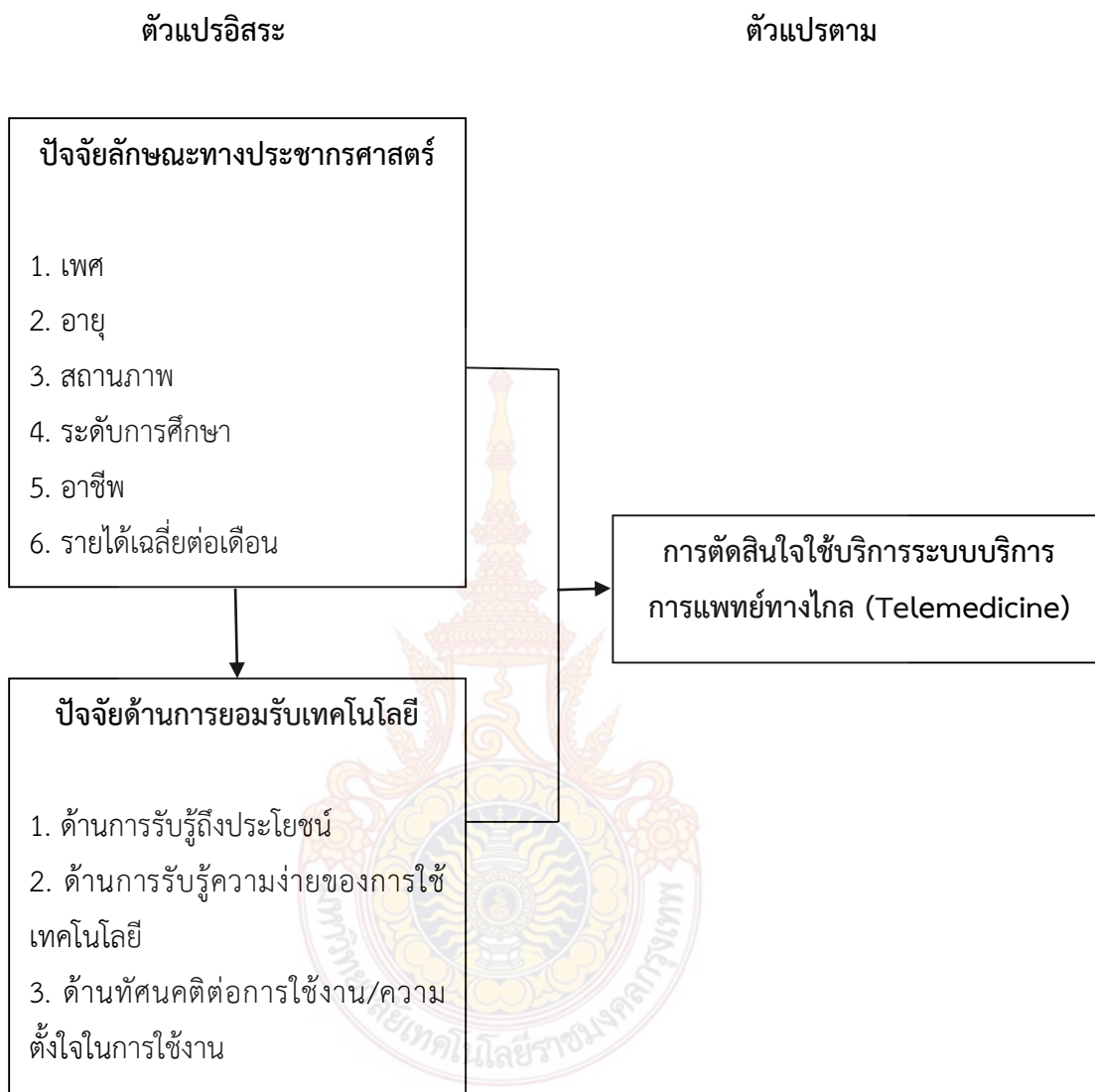
1. ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรศาสตร์ ประกอบด้วย

- 1.1 เพศ
- 1.2 อายุ
- 1.3 สถานภาพ
- 1.4 ระดับการศึกษา
- 1.5 อาชีพ
- 1.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

2. ปัจจัยด้านการยอมรับเทคโนโลยี ประกอบด้วย

- 2.1 ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์
- 2.2 ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี

2.3 ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน



ภาพที่ 2.12 กรอบแนวคิดในการศึกษา

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “อิทธิพลของการยอมรับเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล” ในครั้งนี้ กำหนดรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เนื่องจากเป็นการวิจัยที่เน้นการศึกษา รวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน การดำเนินการวิจัยไม่มีการสร้างสถานการณ์เพื่อศึกษาผลที่ตามมา เป็นการค้นหาข้อเท็จจริงหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอยู่แล้ว โดยมีลักษณะเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ซึ่งเป็นวิธีค้นหาความรู้และความจริง โดยเน้นที่ข้อมูลเชิงตัวเลข โดยจะพยายามออกแบบวิธีการวิจัยให้มีการควบคุมตัวแปรที่ศึกษา ต้องจัดเตรียมเครื่องมือรวบรวมข้อมูลให้มีคุณภาพ และใช้วิธีการทางสถิติช่วยวิเคราะห์และประมวลข้อสรุปเพื่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน (Error) น้อยที่สุด (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2549) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.4 การวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่รับรู้ถึงบริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยอาจเป็นผู้ที่เคยใช้บริการ หรือยังไม่เคยใช้บริการ หรือมีความคิดที่จะใช้บริการ ซึ่งเป็นประชากรขนาดใหญ่ที่ไม่ทราบจำนวนที่ชัดเจน และยังไม่มียกเว้นงานใดได้เก็บรวบรวมข้อมูลที่แน่ชัด

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ที่รับรู้ถึงบริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยอาจเป็นผู้ที่เคยใช้บริการ หรือยังไม่เคยใช้บริการ หรือมีความคิดที่จะใช้บริการ ซึ่งไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยไม่ทราบจำนวนประชากร โดยกำหนดระดับความ

เชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อนในการประมาณที่ร้อยละ 5 คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร ดังนี้ (จุฬาลักษณ์ โกมนตรี, 2555)

$$n = \frac{Z^2 p^2}{e^2}$$

โดยกำหนดให้

n = ขนาดตัวอย่าง

p = สัดส่วนของประชากรที่ผู้ศึกษากำหนดจะสุ่ม

Z = ระดับความเชื่อมั่นที่ 0.95

e = สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้น

และใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ 0.95 คือ Z มีค่าเท่ากับ 1.96 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้เท่ากับ 0.05 ในกรณีไม่ทราบค่าสัดส่วนของประชากรที่จะสุ่ม (p) ให้ใช้ค่า p มีค่าสูงสุด คือ 0.50 ทำให้ได้จำนวนขนาดตัวอย่างมากที่สุด ซึ่งมีผลการคำนวณดังนี้ (จุฬาลักษณ์ โกมนตรี, 2555)

$$n = \frac{1.96^2 0.5^2}{0.05^2}$$

$$n = 385$$

จะได้ขนาดตัวอย่าง 385 ตัวอย่าง เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ถูกต้องและครอบคลุมมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้จึงใช้ตัวอย่าง 400 ตัวอย่าง

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากผู้ที่รับรู้ถึงบริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยอาจเป็นผู้ที่เคยใช้บริการ หรือยังไม่เคยใช้บริการ หรือมีความคิดที่จะใช้บริการ โดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) เพื่อให้ได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร และครอบคลุมพื้นที่ทั้งกรุงเทพมหานครและปริมณฑล แต่เนื่องจากในช่วงที่ทำการวิจัยเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 รุนแรงในเขตพื้นที่ดังกล่าว จึงไม่สามารถลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลได้ การวิจัยในครั้งนี้จึงเลือกใช้การเก็บแบบสอบถามแบบออนไลน์ ผ่านแอปพลิเคชันกูเกิ้ลฟอร์ม (Google Form) เพื่อให้ได้มาซึ่งความหลากหลายของประชากรและตามขนาดตัวอย่างของแต่ละกลุ่ม และทำการสุ่ม

ตัวอย่างตามสะดวก (Convenience Sampling) ซึ่งเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยถือเอาความสะดวกของผู้วิจัยเป็นหลัก และง่ายต่อการรวบรวมข้อมูล

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามขึ้นมา โดยทำการศึกษาจากวัตถุประสงค์การวิจัย และกรอบแนวคิดการวิจัย รวมทั้งจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของผู้อื่น นำมาเป็นแนวทางในการสร้างคำถามในแบบสอบถาม ซึ่งลักษณะของแบบสอบถามจะมีทั้งส่วนที่เป็นแบบสอบถามแบบปลายปิดและปลายเปิด โดยแบ่งคำถามออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะของแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิด (Close Ended Question) โดยสอบถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) แบ่งคำถามออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี และด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน มีลักษณะคำถามเป็นแบบสเกลของลิเคิร์ต (Likert Scale) ใช้ข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น (Interval Scale) โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว มีหลักเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับดังนี้

- | | | |
|---|---------|----------------------|
| 5 | หมายถึง | เห็นด้วยมากที่สุด |
| 4 | หมายถึง | เห็นด้วยมาก |
| 3 | หมายถึง | เห็นด้วยปานกลาง |
| 2 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วย |
| 1 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยมากที่สุด |

การแปลความหมายค่าเฉลี่ย ใช้หลักเกณฑ์แต่ละช่วงเท่ากัน (Class Interval) ซึ่งสามารถคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น ได้ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{5 - 1}{5} = 0.8$$

ซึ่งจะได้ค่าเฉลี่ยแต่ละระดับห่างกัน 0.8 และกำหนดความหมายของค่าคะแนนเฉลี่ยแต่ละระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง เห็นด้วยมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มีลักษณะคำถามเป็นแบบสเกลของลิเคิร์ต (Likert Scale) ใช้ข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น (Interval Scale) โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว มีหลักเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับดังนี้

- | | | |
|---|---------|----------------------|
| 5 | หมายถึง | เห็นด้วยมากที่สุด |
| 4 | หมายถึง | เห็นด้วยมาก |
| 3 | หมายถึง | เห็นด้วยปานกลาง |
| 2 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วย |
| 1 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยมากที่สุด |

การแปลความหมายค่าเฉลี่ย ใช้หลักเกณฑ์แต่ละช่วงเท่ากัน (Class Interval) ซึ่งสามารถคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น ได้ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{5 - 1}{5} = 0.8$$

ซึ่งจะได้ค่าเฉลี่ยแต่ละระดับห่างกัน 0.8 และกำหนดความหมายของค่าคะแนนเฉลี่ยแต่ละระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง เห็นด้วยมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด

ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับบริการของระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด (Open-Ended Question) ให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้แสดงความคิดเห็นและเสนอข้อเสนอแนะเกี่ยวกับบริการของระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความแม่นยำ และมีความเชื่อถือได้ ผู้ศึกษาจึงดำเนินการในการสร้างและทดสอบแบบสอบถาม ดังนี้

1) ศึกษา ค้นคว้า และรวบรวมเอกสารทางวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิด รวมถึงงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการศึกษา และสร้างแบบสอบถาม

2) สร้างแบบสอบถามเพื่อเป็นเครื่องมือในการศึกษาและนำไปเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อขอคำปรึกษาในการตรวจสอบและวัดความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เพื่อให้ตรงกับกรอบแนวคิด จุดประสงค์ของการศึกษา และกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบข้อคำถามจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยนำมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Cogruence : IOC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC สูงกว่าหรือเท่ากับ 0.50 มาใช้และปรับปรุงข้อคำถามให้สมบูรณ์ตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ประกอบด้วย

2.1) ดร. อธิพันธ์ วรรณสุริยะ

2.2) ดร. คุณากร ไวยวุฒิ

2.3) ผศ.ดร. หทัยกร พันธุ์งาม

3) แก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ

4) นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงใหม่ไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชาชนที่เคยใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาเพื่อให้ได้ค่าความเชื่อมั่น

5) วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามจากโปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ในส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ของแบบสอบถาม โดยที่ไม่ต้องนำแบบสอบถามที่ทำโดยกลุ่มตัวอย่างนี้กลับมาใช้รวมกับการวิเคราะห์อีก โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าระหว่าง 0.00-1.00 ยิ่งค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าเข้าใกล้ 1 มากเท่าไร แสดงว่า แบบสอบถามมีความน่าเชื่อมั่นมาก ซึ่งเกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่เป็นที่ยอมรับ คือ ควรมากกว่า 0.70 (เขวรัตน์ เตมียกุล, 2556) ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 3.1 ผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 2

แบบสอบถามส่วนที่ 2	Reliability Statistics	
	Cronbach's Alpha	N of Items
1. ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์	0.959	8
2. ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี	0.950	6
3. ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน	0.959	6
รวม	0.981	20

จากตารางที่ 3.1 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามส่วนที่ 2 โดยรวมมีค่า 0.981 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ในแต่ละด้าน มีค่าระหว่าง 0.950 – 0.959 ซึ่งมากกว่า 0.700 แสดงว่า แบบสอบถามส่วนที่ 2 มีความน่าเชื่อถือ

ตารางที่ 3.2 ผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 3

ส่วนที่ 3	Reliability Statistics	
	Cronbach's Alpha	N of Items
การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล	0.957	5

จากตารางที่ 3.2 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามส่วนที่ 3 มีค่า 0.957 ซึ่งมากกว่า 0.700 แสดงว่า แบบสอบถามส่วนที่ 3 มีความน่าเชื่อถือ

6) นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบระดับความเชื่อมั่น ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่าง ตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1) นำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการแจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน ที่เป็นประชาชนที่เคยใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขต กรุงเทพมหานครและปริมณฑลที่ระบุข้างต้น โดยใช้วิธีการเก็บแบบสอบถามออนไลน์เป็นหลัก เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ไม่สะดวกในการลงพื้นที่เพื่อแจกแบบสอบถาม

2) ช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลการวิจัย เริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 – 30 ตุลาคม พ.ศ. 2565 รวมระยะเวลา 1 เดือน

3) ผู้วิจัยได้คัดเลือกเฉพาะแบบสอบถามที่มีคำตอบครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

3.4 การวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการประมวลผลข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1) การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) โดยเกณฑ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม คือ ค่า α จะต้อง มีค่าเข้าใกล้ 1 ยิ่งค่า α มีค่าเข้าใกล้ 1 มากเท่าใด แสดงว่า แบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือ สามารถ นำมาเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล (สุริย์ ตรีโกศาภิรมย์, 2540)

2) การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรศาสตร์ ของผู้ตอบแบบสอบถาม การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยการวิเคราะห์ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้เป็นสถิติในการทดสอบสมมติฐาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1) ค่า F-test (One-way Analysis of Variance ANOVA) หรือการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว เป็นสถิติในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน กับ การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม

3.2) การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) กับ การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ซึ่งเป็นเทคนิคการพยากรณ์ที่นิยมใช้กันอย่างกว้างขวางมากที่สุดใน สาขาวิชาต่าง ๆ โดยใช้ตัวแปรอิสระมากกว่า 1 ตัว เพื่อพยากรณ์ตัวแปรตามทีวัดในเชิงปริมาณ 1 ตัว (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2550) โดยมีแบบจำลองที่ใช้ในการศึกษา ดังนี้

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_T X_T + \epsilon$$

โดยกำหนดให้

Y_i	คือ	การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)
X_1	คือ	การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์
X_2	คือ	การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี
X_3	คือ	การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน
X_T	คือ	การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล
ϵ	คือ	ค่าความคลาดเคลื่อน

การทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (Statistical significance)

1) T-Statistic เมื่อได้โมเดลแล้วจะต้องพิสูจน์ทางสถิติ ค่าคงที่ (β_0) และสัมประสิทธิ์ของตัวแปรอิสระทุกค่า ($\beta_1, \beta_2, \beta_3, \dots, \beta_k$) ว่ามีนัยสำคัญต่อโมเดลหรือไม่ โดยมีสมมติฐานในการทดสอบ ดังนี้ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2550)

$$H_0 : \beta_i = 0$$

$$H_0 : \beta_i \neq 0$$

ถ้าต้องยอมรับ H_0 เมื่อค่า T ที่คำนวณได้น้อยกว่าค่า T -critical ก็แปลว่า ค่าคงที่หรือสัมประสิทธิ์ของตัวแปรอิสระตัวนั้น ๆ ไม่มีนัยสำคัญต่อโมเดล ก็ต้องตัดออก โดยจะไม่ทำให้โมเดลนั้นเกิดความแตกต่างแต่อย่างใด ในทางตรงกันข้ามต้องปฏิเสธ H_0 เมื่อ T ที่คำนวณได้มากกว่า T -critical หมายความว่า ค่าคงที่หรือสัมประสิทธิ์ของตัวแปรอิสระตัวนั้น ๆ มีนัยสำคัญต่อโมเดล ไม่สามารถตัดออกได้ จึงทำให้ Regression analysis ต้องมี T-test หรือมีค่า t ปรากฏในตารางผลการวิเคราะห์

2) F-Statistic แม้ว่าจะได้โมเดลที่ถือว่าดีที่สุดเท่าที่จะหาได้ แต่ก็เชื่อว่าโมเดลดังกล่าวจะใช้ในการทำนายค่า Y ได้ถูกต้อง จำเป็นต้องพิสูจน์ทราบว่าโมเดลที่ได้นั้นเมื่อนำไปทำนายค่า Y แล้วจะมีความคลาดเคลื่อนมากแค่ไหน หรือก็คือ มี Error ระหว่าง Y และ $\hat{Y}$ มากแค่ไหน โดยมีสมมติฐานในการทดสอบคือ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2550)

$$H_0 : \text{Error ที่เกิดขึ้นที่ } (Y) \text{ เกือบทั้งหมดมาจากตัวแปรอิสระ}$$

$$H_1 : \text{Error ที่เกิดขึ้นที่ } (Y) \text{ ส่วนน้อยเท่านั้นที่มาจากตัวแปรอิสระ}$$

หากผลการทดสอบด้วย F-Test พบว่า ยอมรับ H_0 หรือ F-Statistic ที่ได้มีค่าต่ำกว่าค่า F-critical ก็ให้ถือว่าโมเดลนั้นมีความผิดพลาดสูง จนไม่อาจยอมรับให้นำไปใช้ต่อไปได้ ในทางตรงกันข้ามหากผลการทดสอบด้วย F-Test พบว่า ปฏิเสธ H_0 หรือ F-Statistic ที่ได้มีค่ามากกว่าค่า F-critical ก็ให้ถือว่าโมเดลนั้น เมื่อนำไปทำนายค่า Y แล้วมีความผิดพลาดน้อย สามารถยอมรับได้ จึงเป็นเหตุให้ Regression analysis ต้องมี ANOVA เพราะใน ANOVA มี F-Test อยู่นั่นเอง

3) Coefficient of Determination ใช้พิสูจน์ว่าโมเดลที่ได้นั้นมีที่มาที่ดีพอจะใช้โมเดลจากผลการวิเคราะห์ไปทำนายค่า Y ในอนาคตได้หรือไม่ แม้ว่า F-Test จะบอกว่าโมเดลมีความผิดพลาดต่ำแค่ไหนก็ตาม แต่หากที่มาของการเก็บข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ไม่เหมาะสม ก็ยังถือว่าโมเดลนั้นที่ดีได้อาจเพราะเหตุบังเอิญ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2550)

- R^2 เป็นค่าที่บ่งบอกว่าข้อมูลดิบของการวิเคราะห์นั้นเหมาะสมหรือไม่ จะมีค่าระหว่าง 0 - 1 ยิ่งเข้าใกล้ 1 ก็ยิ่งดี โดยทั่วไปควรมีค่า 0.6 ขึ้นไป แต่ก็ไม่ได้มีกฎเกณฑ์แน่นอนตายตัว

- R^2 - Adjust เป็นค่าที่บ่งบอกว่า R^2 ที่ได้นั้นเหมาะสมจริงไหม โดยจะทำการลด Sample (N) ลง 1 ตัว แล้วหาค่า R^2 ใหม่อีกครั้ง เรียกว่า Adjust หากมีค่าต่ำกว่า R^2 มากผิดปกติ ก็สรุปว่า Sample size ต่ำเกินไป หรือ R^2 มี Sensitivity ต่อการเปลี่ยนแปลง N มากเกินไป มีโอกาสที่โมเดลจะผิดพลาดก็สูง ที่เหมาะสม ค่า R^2 - Adjust จะต้องต่ำกว่า R^2 เพียงเล็กน้อยเท่านั้น จึงจะถือว่าการทดลองครั้งนี้เก็บข้อมูลดี Sample size เหมาะสม หากกำลังใช้ Regression analysis แล้วค่า R^2 และ R^2 - Adjust นี้สามารถจะทำให้โมเดลที่ได้นั้นไม่อาจยอมรับให้ใช้ได้ ต้องกลับไปดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มและเริ่มทำการวิเคราะห์ใหม่อีกครั้งหนึ่ง แม้ว่า F-test จะปรากฏผลว่าโมเดลนั้นมีค่าความคลาดเคลื่อนต่ำก็ตาม

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) กับการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล การวิจัยในครั้งนี้มีลักษณะเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่ได้รับรู้ถึงบริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 400 ตัวอย่าง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย การวิเคราะห์ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ใช้สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

$\bar{X}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย (Mean)
S.D.	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
F	หมายถึง	การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)
df	หมายถึง	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)
R Square	หมายถึง	สัมประสิทธิ์การทำนาย
Adjusted R Square	หมายถึง	สัมประสิทธิ์การทำนายที่ปรับปรุงแล้ว
Durbin-Watson	หมายถึง	สถิติทดสอบปัญหาสหสัมพันธ์ในตัวเอง
B	หมายถึง	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
Sig	หมายถึง	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ

4.2 ผลการศึกษาลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ตอบแบบสอบถาม

การศึกษาในครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ตอบแบบสอบถามใน 7 ด้าน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และประสบการณ์ในการใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยทำการแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน โดยมีผลการศึกษาในแต่ละด้าน ดังนี้

ตารางที่ 4.1 ปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

ลักษณะทางประชากรศาสตร์	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	92	23.00
หญิง	297	74.25
เพศทางเลือก	11	2.75
รวม	400	100.00
2. อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	21	5.25
21 – 40 ปี	225	56.25
41 – 60 ปี	140	35.00
61 ปีขึ้นไป	14	3.50
รวม	400	100.00
3. สถานภาพสมรส		
โสด	254	63.50
สมรส	140	35.00
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	6	1.50
รวม	400	100.00
4. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	99	24.75
ปริญญาตรี	267	66.75
สูงกว่าปริญญาตรี	34	8.50
รวม	400	100.00

ตารางที่ 4.1 (ต่อ) ปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ตอบแบบสอบถาม

ลักษณะทางประชากรศาสตร์	จำนวน	ร้อยละ
5. อาชีพ		
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	36	9.00
พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน	318	79.50
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	18	4.50
อาชีพอิสระ	5	1.25
เกษตรกร	5	1.25
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	8	2.00
อาชีพอื่นๆ	4	1.00
ว่างงาน	6	1.50
รวม	400	100.00
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 20,000 บาท	28	7.00
20,001 – 40,000 บาท	271	67.75
40,001 – 60,000 บาท	52	13.00
มากกว่า 60,000 บาท	49	12.25
รวม	400	100.00
7. ประสบการณ์ในการใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)		
เคยใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล	32	8.00
ยังไม่เคยใช้บริการแต่คิดว่ามีแนวโน้มที่จะเลือกใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล	144	36.00
ยังไม่เคยใช้บริการแต่ทราบว่ามีการให้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล	206	51.50
ยังไม่เคยใช้บริการและไม่ทราบว่ามีการให้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล	18	4.50
รวม	400	100.00

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามในครั้งนี้นับส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 297 คน คิดเป็นร้อยละ 74.25 รองลงมาคือ ผู้ตอบแบบสอบถามเพศชาย จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 23.00 และผู้ตอบแบบสอบถามเพศทางเลื้อก จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 2.75 ตามลำดับ

ด้านอายุ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามในครั้งนี้นี้ส่วนใหญ่มีอายุ 21 – 40 ปี จำนวน 225 คน คิดเป็นร้อยละ 56.25 รองลงมาคือ ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอายุ 41 – 60 ปี จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 35.00 ส่วนผู้ตอบแบบสอบถามที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 3.50 ตามลำดับ

ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามในครั้งนี้นี้ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด จำนวน 254 คน คิดเป็นร้อยละ 63.50 รองลงมาคือ ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีสถานภาพสมรส จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 35.00 และผู้ตอบแบบสอบถามที่มีสถานภาพหย่าร้าง/แยกกันอยู่ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.50 ตามลำดับ

ด้านระดับการศึกษา พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามในครั้งนี้นี้ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 267 คน คิดเป็นร้อยละ 66.75 รองลงมาคือ ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีระดับการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 24.75 และผู้ตอบแบบสอบถามที่มีระดับการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 8.50 ตามลำดับ

ด้านอาชีพ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามในครั้งนี้นี้ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน จำนวน 318 คน คิดเป็นร้อยละ 79.50 รองลงมาคือ ผู้ตอบแบบสอบถามที่ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 9.00 และตอบแบบสอบถามที่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 4.50 ส่วนผู้ตอบแบบสอบถามที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ ผู้ตอบแบบสอบถามที่ประกอบอาชีพอื่น ๆ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.00 ตามลำดับ

ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามในครั้งนี้นี้ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,001 – 40,000 บาท จำนวน 271 คน คิดเป็นร้อยละ 67.75 รองลงมาคือ ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 40,001 – 60,000 บาท จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 13.00 ส่วนผู้ตอบแบบสอบถามที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 20,000 บาท จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 7.00 ตามลำดับ

ด้านประสบการณ์ในการใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามในครั้งนี้นี้ส่วนใหญ่ยังไม่เคยใช้บริการแต่ทราบว่ามีการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำนวน 206 คน คิดเป็นร้อยละ 51.50 รองลงมาคือ ยังไม่เคยใช้บริการแต่คิดว่ามีแนวโน้มที่จะเลือกใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 36.00 และเคยใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 8.00 ส่วนผู้ตอบแบบสอบถามที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ ผู้ตอบแบบสอบถามที่ยังไม่เคยใช้บริการและไม่ทราบว่ามีการระบบบริการการแพทย์ทางไกล จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 4.50 ตามลำดับ

4.3 ผลการศึกษาการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

การศึกษาในครั้งนี้ ได้ทำการศึกษถึงการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ใน 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี และด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน โดยทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) กลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่เคยใช้บริการแต่คิดว่ามีแนวโน้มที่จะเลือกใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่เคยใช้บริการแต่ทราบว่ามีการให้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทั้งหมด 382 คน โดยมีผลการศึกษาในแต่ละด้าน ดังนี้

ตารางที่ 4.2 การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (ต่อ)

การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
1. ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์			
1.1 ระบบบริการการแพทย์ทางไกลทำให้เกิดความสะดวกในการเข้ารับการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น	3.97	0.93	เห็นด้วยมาก
1.2 ระบบบริการการแพทย์ทางไกลช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น	3.96	0.89	เห็นด้วยมาก
1.3 ระบบบริการการแพทย์ทางไกลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและศักยภาพในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น	3.77	0.87	เห็นด้วยมาก
1.4 ระบบบริการการแพทย์ทางไกลเพิ่มความรวดเร็วในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น	4.03	0.91	เห็นด้วยมาก
1.5 ระบบบริการการแพทย์ทางไกลช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลได้รับข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน	3.85	0.83	เห็นด้วยมาก
1.6 ระบบบริการการแพทย์ทางไกลช่วยลดขั้นตอนในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น	3.92	0.84	เห็นด้วยมาก
1.7 ระบบบริการการแพทย์ทางไกลช่วยลดข้อผิดพลาดในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น	3.69	0.83	เห็นด้วยมาก
1.8 ระบบบริการการแพทย์ทางไกลสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยงานอื่นได้เร็ว	3.92	0.85	เห็นด้วยมาก
ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์โดยรวม	3.89	0.77	เห็นด้วยมาก

ตารางที่ 4.2 (ต่อ) การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
2. ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี			
2.1 เทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกลง่ายต่อการใช้งาน	3.75	0.90	เห็นด้วยมาก
2.2 เทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกลเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน	3.73	0.83	เห็นด้วยมาก
2.3 เทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกลมีขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจน	3.70	0.85	เห็นด้วยมาก
2.4 เทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกลช่วยให้การรักษาพยาบาลง่ายขึ้น	3.85	0.79	เห็นด้วยมาก
2.5 สามารถนำเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกลมาประยุกต์ใช้กับการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน	3.88	0.81	เห็นด้วยมาก
2.6 เทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกลช่วยให้เข้าถึงข้อมูลได้สะดวกรวดเร็ว	3.85	0.84	เห็นด้วยมาก
ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยีโดยรวม	3.79	0.75	เห็นด้วยมาก
3. ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน			
3.1 ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ทางไกลมีประโยชน์และสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย	3.86	0.78	เห็นด้วยมาก
3.2 ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ทางไกลสามารถรองรับการรักษาพยาบาลโรคต่างๆ ได้เป็นอย่างดี	3.74	0.79	เห็นด้วยมาก
3.3 ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ทางไกลทำให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องแม่นยำ	3.71	0.80	เห็นด้วยมาก
3.4 ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ทางไกลทำให้เกิดความเชื่อมั่นและความน่าเชื่อถือในการรักษาพยาบาล	3.71	0.78	เห็นด้วยมาก

ตารางที่ 4.2 (ต่อ) การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
3.5 ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ทางไกลสร้างความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลได้มากขึ้น	3.78	0.73	เห็นด้วยมาก
3.6 ท่านเห็นด้วยกับการนำบริการระบบบริการการแพทย์ทางไกลมาให้บริการ	3.87	0.80	เห็นด้วยมาก
ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งานโดยรวม	3.78	0.71	เห็นด้วยมาก
การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกลโดยรวม	3.82	0.71	เห็นด้วยมาก

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ($\bar{X} = 3.82$, S.D. = 0.71) โดยพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับความคิดเห็นด้วยมากที่สุดในการรับรู้ถึงประโยชน์ ($\bar{X} = 3.89$, S.D. = 0.77) รองลงมาคือ ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี ($\bar{X} = 3.79$, S.D. = 0.75) และด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน ($\bar{X} = 3.78$, S.D. = 0.71) ตามลำดับ โดยมีผลการศึกษาในแต่ละด้าน ดังนี้

4.3.1 ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ พบว่า ในภาพรวม ผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับความคิดเห็นในระดับเห็นด้วยมาก ($\bar{X} = 3.89$, S.D. = 0.77) โดยผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นด้วยมากที่สุดในระดับเห็นด้วยมาก ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพิ่มความรวดเร็วในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น ($\bar{X} = 4.03$, S.D. = 0.91) รองลงมาคือ ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทำให้เกิดความสะดวกในการเข้ารับการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น ($\bar{X} = 3.97$, S.D. = 0.93) ส่วนประเด็นที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นด้วยน้อยที่สุด คือ ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ช่วยลดข้อผิดพลาดในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น ($\bar{X} = 3.69$, S.D. = 0.83) ตามลำดับ

4.3.2 ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี พบว่า ในภาพรวม ผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับความคิดเห็นในระดับเห็นด้วยมาก ($\bar{X} = 3.79$, S.D. = 0.75) โดยผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นด้วยมากที่สุดในประเด็น สามารถนำเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาประยุกต์ใช้กับการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน ($\bar{X} = 3.88$, S.D. = 0.81) รองลงมาคือ เทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ช่วยให้การรักษาพยาบาลง่ายขึ้น และเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ช่วยให้เข้าถึงข้อมูลได้สะดวกรวดเร็ว ($\bar{X} = 3.85$, S.D. = 0.84) ส่วนประเด็นที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นด้วยน้อย

ที่สุด คือ เทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มีขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจน ($\bar{X} = 3.70$, S.D. = 0.85) ตามลำดับ

4.3.3 ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน พบว่า ในภาพรวม ผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับความคิดเห็นในระดับเห็นด้วยมาก ($\bar{X} = 3.78$, S.D. = 0.71) โดยผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นด้วยมากที่สุดในระดับเห็นด้วยกับการนำบริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาให้บริการ ($\bar{X} = 3.87$, S.D. = 0.80) รองลงมาคือ คิดว่าระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มีประโยชน์และสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย ($\bar{X} = 3.86$, S.D. = 0.78) ส่วนประเด็นที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นด้วยน้อยที่สุด คือ คิดว่าระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องแม่นยำ ($\bar{X} = 3.71$, S.D. = 0.80) และคิดว่าระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทำให้เกิดความเชื่อมั่นและความน่าเชื่อถือในการรักษาพยาบาล ($\bar{X} = 3.71$, S.D. = 0.78) ตามลำดับ

4.4 ผลการศึกษาการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

การศึกษาในครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาถึงการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) กลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่เคยใช้บริการแต่คิดว่ามีแนวโน้มที่จะเลือกใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่เคยใช้บริการแต่ทราบว่ามีการใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทั้งหมด 382 คน โดยมีผลการศึกษาดังนี้

ตารางที่ 4.3 การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
1. ท่านทราบถึงประโยชน์ของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล ทำให้มีความต้องการที่จะใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลมากขึ้น	3.89	0.82	เห็นด้วยมาก
2. ท่านมีความตั้งใจที่จะใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลอย่างต่อเนื่องในอนาคต	3.89	0.85	เห็นด้วยมาก
3. ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ทางไกลจะทำให้การรักษาพยาบาลเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด	3.76	0.79	เห็นด้วยมาก

ตารางที่ 4.3 (ต่อ) การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
4. ท่านมีความตั้งใจที่จะใช้งานระบบบริการการแพทย์ทางไกล บ่อยเท่าที่ต้องการ	3.82	0.80	เห็นด้วยมาก
5. ท่านจะแนะนำให้บุคคลอื่นใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล	3.85	0.82	เห็นด้วยมาก
การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกลโดยรวม	3.84	0.76	เห็นด้วยมาก

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ($\bar{X} = 3.84$, S.D. = 0.76) โดยพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นด้วยมากที่สุดในระดับ ทราบถึงประโยชน์ของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทำให้มีความต้องการที่จะใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มากขึ้น ($\bar{X} = 3.89$, S.D. = 0.82) และมีความตั้งใจที่จะใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) อย่างต่อเนื่องในอนาคต ($\bar{X} = 3.89$, S.D. = 0.85) รองลงมาคือ จะแนะนำให้บุคคลอื่นใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล ($\bar{X} = 3.85$, S.D. = 0.82) ส่วนประเด็นที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นด้วยน้อยที่สุด คือ คิดว่าระบบบริการการแพทย์ทางไกลจะทำให้การรักษาพยาบาลเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด ($\bar{X} = 3.76$, S.D. = 0.79) ตามลำดับ

4.5 ผลการทดสอบสมมติฐาน

การศึกษานี้มีสมมติฐานในการทดสอบจำนวน 3 สมมติฐาน โดยมีรายละเอียดในการทดสอบสมมติฐาน และผลการทดสอบสมมติฐาน ดังต่อไปนี้

4.5.1 การทดสอบสมมติฐานข้อ 1

ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน) ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) แตกต่างกัน สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน คือ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) โดยมีสมมติฐานในการทดสอบ ดังนี้

H_0 : ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน) ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ไม่แตกต่างกัน

H_1 : ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน) ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) แตกต่างกัน

โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และทำการเปรียบเทียบกับค่าระดับนัยสำคัญ (Sig) ของแต่ละปัจจัย ถ้าค่าระดับนัยสำคัญ (Sig) มากกว่า α ก็จะ ยอมรับ H_0 แสดงว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน) ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ไม่แตกต่างกัน และถ้าค่า Sig. น้อยกว่า α ก็จะ ยอมรับ H_1 แสดงว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน) ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) แตกต่างกัน โดยมีผลการทดสอบสมมติฐานจำแนกตามปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ตอบแบบสอบถาม ดังนี้

4.5.1.1 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามเพศ

ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามเพศ (ต่อ)

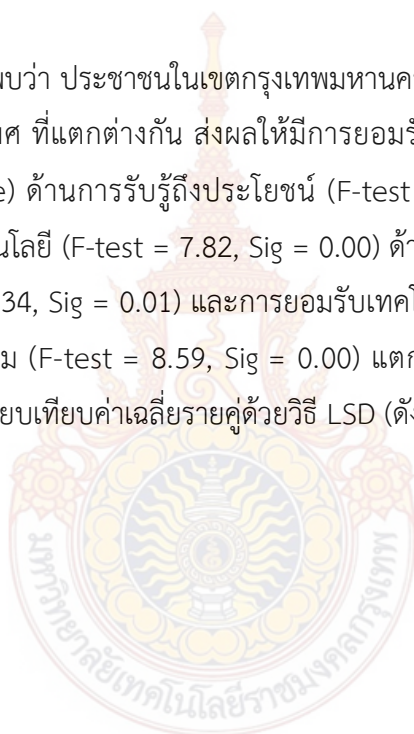
การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการ การแพทย์ทางไกล	ความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
1. ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	14.00	2	7.00	12.65	0.00*
	ภายในกลุ่ม	209.76	379	0.55		
	รวม	223.76	381			
2. ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี	ระหว่างกลุ่ม	8.46	2	4.23	7.82	0.00*
	ภายในกลุ่ม	204.99	379	0.54		
	รวม	213.45	381			
3. ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน	ระหว่างกลุ่ม	4.30	2	2.15	4.34	0.01*
	ภายในกลุ่ม	187.89	379	0.50		
	รวม	192.19	381			

ตารางที่ 4.4 (ต่อ) การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามเพศ

การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการ การแพทย์ทางไกล	ความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
4. การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการ การแพทย์ทางไกลโดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	8.36	2	4.18	8.59	0.00*
	ภายในกลุ่ม	184.47	379	0.49		
	รวม	192.83	381			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้านเพศ ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ (F-test = 12.65, Sig = 0.00) ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี (F-test = 7.82, Sig = 0.00) ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน (F-test = 14.34, Sig = 0.01) และการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม (F-test = 8.59, Sig = 0.00) แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธี LSD (ดังตารางที่ 4.5)



ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามเพศ เชิงซ้อน

ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์					
เพศ	$\bar{X}$	S.D.	(1) 3.85	(2) 3.86	(3) 5.00
ชาย (1)	3.85	0.67	-	-0.01	-1.15*
หญิง (2)	3.86	0.78		-	-1.14*
เพศทางเลือก (3)	5.00	0.00			-
ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี					
เพศ	$\bar{X}$	S.D.	(1) 3.71	(2) 3.79	(3) 4.64
ชาย (1)	3.71	0.72	-	-0.08	-0.93*
หญิง (2)	3.79	0.75		-	-0.85*
เพศทางเลือก (3)	4.64	0.50			-
ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน					
เพศ	$\bar{X}$	S.D.	(1) 3.77	(2) 3.76	(3) 4.39
ชาย (1)	3.77	0.63	-	0.01	-0.62*
หญิง (2)	3.76	0.73		-	-0.63*
เพศทางเลือก (3)	4.39	0.59			-
การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกลโดยรวม					
เพศ	$\bar{X}$	S.D.	(1) 3.77	(2) 3.80	(3) 4.68
ชาย (1)	3.77	0.64	-	-0.03	-0.91*
หญิง (2)	3.80	0.72		-	-0.88*
เพศทางเลือก (3)	4.68	0.32			-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ พบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่เป็นเพศชายและเพศหญิง มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ น้อยกว่าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่เป็นเพศทางเลือก

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี พบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่เป็นเพศชายและเพศหญิง มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี น้อยกว่าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่เป็นเพศทางเลือก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน พบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่เป็นเพศชายและเพศหญิง มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน น้อยกว่าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่เป็นเพศทางเลือก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม พบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่เป็นเพศชายและเพศหญิง มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม น้อยกว่าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่เป็นเพศทางเลือก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.5.1.2 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามอายุ

ตารางที่ 4.6 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล
(Telemedicine) จำแนกตามอายุ

การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการ การแพทย์ทางไกล	ความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
1. ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	1.70	3	0.57	0.96	0.41
	ภายในกลุ่ม	222.06	378	0.59		
	รวม	223.76	381			
2. ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้ เทคโนโลยี	ระหว่างกลุ่ม	0.86	3	0.29	0.51	0.68
	ภายในกลุ่ม	212.59	378	0.56		
	รวม	213.45	381			
3. ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความ ตั้งใจในการใช้งาน	ระหว่างกลุ่ม	1.37	3	0.46	0.90	0.44
	ภายในกลุ่ม	190.82	378	0.50		
	รวม	192.19	381			
การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการ การแพทย์ทางไกลโดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	1.27	3	0.42	0.83	0.48
	ภายในกลุ่ม	191.56	378	0.51		
	รวม	192.83	381			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้านอายุ ที่แตกต่างกัน ไม่ส่งผลให้มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ (F-test = 0.96, Sig = 0.41) ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี (F-test = 0.51, Sig = 0.68) ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน (F-test = 0.90.3, Sig = 0.44) และการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม (F-test = 0.83, Sig = 0.48) แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.5.1.3 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล
(Telemedicine) จำแนกตามสถานภาพสมรส

ตารางที่ 4.7 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล
(Telemedicine) จำแนกตามสถานภาพสมรส (ต่อ)

การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการ การแพทย์ทางไกล	ความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
1. ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	0.10	2	0.05	0.09	0.92
	ภายในกลุ่ม	223.66	379	0.59		
	รวม	223.76	381			
2. ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้ เทคโนโลยี	ระหว่างกลุ่ม	0.14	2	0.07	0.13	0.88
	ภายในกลุ่ม	213.31	379	0.56		
	รวม	213.45	381			
3. ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจ ในการใช้งาน	ระหว่างกลุ่ม	0.21	2	0.11	0.21	0.81
	ภายในกลุ่ม	191.98	379	0.51		
	รวม	192.19	381			
การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการ การแพทย์ทางไกลโดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	0.03	2	0.02	0.03	0.97
	ภายในกลุ่ม	192.80	379	0.51		
	รวม	192.83	381			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัย
ลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้านสถานภาพสมรส ที่แตกต่างกัน ไม่ส่งผลให้มีการยอมรับเทคโนโลยี
ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ (F-test = 0.09,
Sig = 0.92) ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี (F-test = 0.13, Sig = 0.88) ด้านทัศนคติ
ต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน (F-test = 0.21, Sig = 0.81) และการยอมรับเทคโนโลยีระบบ
บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม (F-test = 0.03, Sig = 0.97) แตกต่างกัน อย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.5.1.4 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล
(Telemedicine) จำแนกตามระดับการศึกษา

ตารางที่ 4.8 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล
(Telemedicine) จำแนกตามระดับการศึกษา

การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการ การแพทย์ทางไกล	ความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
1. ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	1.66	2	0.83	1.41	0.24
	ภายในกลุ่ม	222.10	379	0.59		
	รวม	223.76	381			
2. ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้ เทคโนโลยี	ระหว่างกลุ่ม	0.73	2	0.36	0.65	0.52
	ภายในกลุ่ม	212.73	379	0.56		
	รวม	213.45	381			
3. ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความ ตั้งใจในการใช้งาน	ระหว่างกลุ่ม	0.44	2	0.22	0.43	0.65
	ภายในกลุ่ม	191.75	379	0.51		
	รวม	192.19	381			
การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการ การแพทย์ทางไกลโดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	0.59	2	0.29	0.58	0.56
	ภายในกลุ่ม	192.25	379	0.51		
	รวม	192.83	381			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.8 พบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้านระดับการศึกษา ที่แตกต่างกัน ไม่ส่งผลให้มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ (F-test = 1.41, Sig = 0.24) ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี (F-test = 0.65 Sig = 0.52) ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน (F-test = 0.43, Sig = 0.65) และการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม (F-test = 0.58, Sig = 0.56) แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.5.1.5 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล
(Telemedicine) จำแนกตามอาชีพ

ตารางที่ 4.9 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล
(Telemedicine) จำแนกตามอาชีพ

การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการ การแพทย์ทางไกล	ความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
1. ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	13.53	7	1.93	3.44	0.00*
	ภายในกลุ่ม	210.23	374	0.56		
	รวม	223.76	381			
2. ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้ เทคโนโลยี	ระหว่างกลุ่ม	9.61	7	1.37	2.52	0.02*
	ภายในกลุ่ม	203.84	374	0.55		
	รวม	213.45	381			
3. ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความ ตั้งใจในการใช้งาน	ระหว่างกลุ่ม	5.45	7	0.78	1.56	0.15
	ภายในกลุ่ม	186.74	374	0.50		
	รวม	192.19	381			
การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการ การแพทย์ทางไกลโดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	8.41	7	1.20	2.44	0.02*
	ภายในกลุ่ม	184.42	374	0.49		
	รวม	192.83	381			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้านอาชีพ ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ (F-test = 3.44, Sig = 0.00) ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี (F-test = 2.52, Sig = 0.02) และการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม (F-test = 2.44, Sig = 0.02) แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน (F-test = 1.56, Sig = 0.15) พบว่า ไม่แตกต่างกัน เมื่อประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้านอาชีพ ที่แตกต่างกัน โดยทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธี LSD (ดังตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.10 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามอาชีพ เชิงซ้อน

ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์										
อาชีพ	$\bar{X}$	S.D.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
			3.61	3.91	4.03	4.13	3.50	3.08	5.00	4.38
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (1)	3.61	0.47	-	-0.30*	-0.42	-0.52	0.11	0.53	-1.39*	-0.77
พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน (2)	3.91	0.80		-	-0.12	-0.22	0.41	0.83*	-1.09*	-0.47
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (3)	4.03	0.50			-	-0.10	0.53	0.95*	-0.97*	-0.35
อาชีพอิสระ (4)	4.13	0.14				-	0.63	1.05*	-0.87	-0.25
เกษตรกร (5)	3.50	0.58					-	0.42	-1.50*	-0.88
พ่อบ้าน/แม่บ้าน (6)	3.08	0.06						-	-1.92*	-1.30*
อาชีพอื่นๆ (7)	5.00	0.00							-	0.62
ว่างงาน (8)	4.38	0.00								-

ตารางที่ 4.10 (ต่อ) การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามอาชีพ เชิงซ้อน

ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี										
อาชีพ	$\bar{X}$	S.D.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
			3.68	3.81	3.79	4.00	3.50	3.11	5.00	3.83
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (1)	3.68	0.34	-	-0.13	-0.11	-0.32	0.18	0.57	-1.32*	-0.15
พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน (2)	3.81	0.77		-	0.02	-0.19	0.31	0.70*	-1.19*	-0.02
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (3)	3.79	0.94			-	-0.21	0.29	0.68	-1.21*	-0.04
อาชีพอิสระ (4)	4.00	0.00				-	0.50	0.89	-1.00	0.17
เกษตรกร (5)	3.50	0.58					-	0.39	-1.50*	-0.33
พ่อบ้าน/แม่บ้าน (6)	3.11	0.09						-	-1.89*	-0.72
อาชีพอื่นๆ (7)	5.00	0.00							-	1.17*
ว่างงาน (8)	3.83	0.00								-

ตารางที่ 4.10 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามอาชีพ เชิงซ้อน (ต่อ)

			การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกลโดยรวม							
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
อาชีพ		S.D.	3.69	3.83	3.87	4.04	3.50	3.06	4.78	3.96
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (1)	3.69	0.33	-	-0.14	-0.18	-0.35	0.19	0.63*	-1.09*	-0.27
พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน (2)	3.83	0.75		-	-0.04	-0.21	0.33	0.77*	-0.95*	-0.13
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (3)	3.87	0.67			-	-0.17	0.37	0.81*	-0.91*	-0.09
อาชีพอิสระ (4)	4.04	0.05				-	0.54	0.98*	-0.74	0.08
เกษตรกร (5)	3.50	0.58					-	0.44	-1.28*	-0.46
พ่อบ้าน/แม่บ้าน (6)	3.06	0.05						-	-1.72*	-0.90*
อาชีพอื่นๆ (7)	4.78	0.26							-	0.82
ว่างงาน (8)	3.96	0.00								-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม พบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม มากกว่าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน แต่น้อยกว่าอาชีพอื่น ๆ ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่ประกอบอาชีพอาชีพอิสระ มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม มากกว่าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่ประกอบอาชีพเกษตรกร มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม น้อยกว่าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่ประกอบอาชีพอาชีพอื่น ๆ และ ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม น้อยกว่าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่ประกอบอาชีพอาชีพอื่น ๆ และว่างงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.5.1.6 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ตารางที่ 4.11 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (ต่อ)

การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการ การแพทย์ทางไกล	ความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
1. ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	2.48	3	0.83	1.41	0.24
	ภายในกลุ่ม	221.28	378	0.59		
	รวม	223.76	381			
2. ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้ เทคโนโลยี	ระหว่างกลุ่ม	3.29	3	1.10	1.97	0.12
	ภายในกลุ่ม	210.16	378	0.56		
	รวม	213.45	381			

ตารางที่ 4.11 (ต่อ) การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการ การแพทย์ทางไกล	ความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
3. ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจ ในการใช้งาน	ระหว่างกลุ่ม	2.55	3	0.85	1.69	0.17
	ภายในกลุ่ม	189.64	378	0.50		
	รวม	192.19	381			
การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการ การแพทย์ทางไกลโดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	2.52	3	0.84	1.67	0.17
	ภายในกลุ่ม	190.31	378	0.50		
	รวม	192.83	381			

จากตารางที่ 4.11 พบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่แตกต่างกัน ไม่ส่งผลให้มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ (F-test = 1.41, Sig = 0.24) ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี (F-test = 1.97, Sig = 0.12) ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน (F-test = 1.69, Sig = 0.17) และการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม (F-test = 1.67, Sig = 0.17) แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.5.1.7 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามประสบการณ์ในการใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

ตารางที่ 4.12 การเปรียบเทียบการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล

(Telemedicine) จำแนกตามประสบการณ์ในการใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล	ความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
1. ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	2.37	2	1.19	2.03	0.13
	ภายในกลุ่ม	221.39	379	0.58		
	รวม	223.76	381			
2. ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี	ระหว่างกลุ่ม	0.32	2	0.16	0.28	0.75
	ภายในกลุ่ม	213.13	379	0.56		
	รวม	213.45	381			
3. ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน	ระหว่างกลุ่ม	0.74	2	0.37	0.73	0.48
	ภายในกลุ่ม	191.45	379	0.51		
	รวม	192.19	381			
การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกลโดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	0.11	2	0.05	0.10	0.90
	ภายในกลุ่ม	192.73	379	0.51		
	รวม	192.83	381			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.12 พบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีประสบการณ์ในการใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่แตกต่างกัน ไม่ส่งผลให้มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ (F-test = 2.03, Sig = 0.13) ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี (F-test = 0.28, Sig = 0.75) ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน (F-test = 0.73, Sig = 0.48) และการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม (F-test = 0.10, Sig = 0.90) แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทดสอบสมมติฐานข้อ 1 สรุปได้ว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้านเพศ ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ ด้านการรับรู้ความง่ายของการ

ใช้เทคโนโลยี ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน และการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่เป็นเพศชายและเพศหญิง มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในแต่ละด้าน น้อยกว่าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่เป็นเพศทางเลือก

และประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้านอาชีพ ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี และการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน เกษตรกร และพ่อบ้าน/แม่บ้าน มีแนวโน้มมีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในด้านดังกล่าว น้อยกว่าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว อาชีพอิสระ อาชีพอื่น ๆ และว่างงาน



ตารางที่ 4.13 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานข้อ 1

ลักษณะทางประชากรศาสตร์	1. ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์	2. ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี	3. ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน	การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกลโดยรวม
1. เพศ	แตกต่างกัน	แตกต่างกัน	แตกต่างกัน	แตกต่างกัน
2. อายุ	ไม่แตกต่างกัน	ไม่แตกต่างกัน	ไม่แตกต่างกัน	ไม่แตกต่างกัน
3. สถานภาพสมรส	ไม่แตกต่างกัน	ไม่แตกต่างกัน	ไม่แตกต่างกัน	ไม่แตกต่างกัน
4. ระดับการศึกษา	ไม่แตกต่างกัน	ไม่แตกต่างกัน	ไม่แตกต่างกัน	ไม่แตกต่างกัน
5. อาชีพ	แตกต่างกัน	แตกต่างกัน	ไม่แตกต่างกัน	แตกต่างกัน
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	ไม่แตกต่างกัน	ไม่แตกต่างกัน	ไม่แตกต่างกัน	ไม่แตกต่างกัน
7. ประสบการณ์ในการใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)	ไม่แตกต่างกัน	ไม่แตกต่างกัน	ไม่แตกต่างกัน	ไม่แตกต่างกัน

4.5.2 การทดสอบสมมติฐานข้อ 2

ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน) ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) แตกต่างกัน สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน คือ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) โดยมีสมมติฐานในการทดสอบ ดังนี้

H_0 : ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน) ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ไม่แตกต่างกัน

H_1 : ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน) ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) แตกต่างกัน

โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และทำการเปรียบเทียบกับค่าระดับนัยสำคัญ (Sig) ของแต่ละปัจจัย ถ้าค่าระดับนัยสำคัญ (Sig) มากกว่า α ก็จะไม่ยอมรับ H_0 แสดงว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน) ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ไม่แตกต่างกัน และถ้าค่า Sig. น้อยกว่า α ก็จะไม่ยอมรับ H_1 แสดงว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน) ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) แตกต่างกัน โดยมีผลการทดสอบสมมติฐานจำแนกตามปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ตอบแบบสอบถาม ดังนี้

4.5.2.1 การเปรียบเทียบการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามเพศ

ตารางที่ 4.14 การเปรียบเทียบการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล
(Telemedicine) จำแนกตามเพศ

การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการ การแพทย์ทางไกล	ความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการ การแพทย์ทางไกล	ระหว่างกลุ่ม	4.28	2	2.14	3.80	0.02*
	ภายในกลุ่ม	212.83	378	0.56		
	รวม	217.11	380			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.14 พบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้านอาชีพ ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (F-test = 3.80, Sig = 0.02) แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธี LSD (ดังตารางที่ 4.15)

ตารางที่ 4.15 การเปรียบเทียบการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล
(Telemedicine) จำแนกตามเพศ เชิงซ้อน

การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล					
เพศ	$\bar{X}$	S.D.	(1)	(2)	(3)
			3.80	3.83	4.45
ชาย (1)	3.80	0.63	-	-0.03	-0.65*
หญิง (2)	3.83	0.79		-	-0.62*
เพศทางเลือก (3)	4.45	0.52			-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.15 พบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่เป็นเพศชายและเพศหญิง มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) น้อยกว่าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่เป็นเพศทางเลือก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.5.2.2 การเปรียบเทียบการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามอายุ

ตารางที่ 4.16 การเปรียบเทียบการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล
(Telemedicine) จำแนกตามอายุ

การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการ การแพทย์ทางไกล	ความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการ	ระหว่างกลุ่ม	3.71	3	1.24	2.19	0.09
การแพทย์ทางไกล	ภายในกลุ่ม	213.40	377	0.57		
	รวม	217.11	380			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.16 พบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้านอายุ ที่แตกต่างกัน ไม่ส่งผลให้มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (F-test = 2.19, Sig = 0.09) แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.5.2.3 การเปรียบเทียบการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล
(Telemedicine) จำแนกตามสถานภาพสมรส

ตารางที่ 4.17 การเปรียบเทียบการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล
(Telemedicine) จำแนกตามสถานภาพสมรส

การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการ การแพทย์ทางไกล	ความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการ	ระหว่างกลุ่ม	0.54	2	0.27	0.47	0.62
การแพทย์ทางไกล	ภายในกลุ่ม	216.57	378	0.57		
	รวม	217.11	380			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.17 พบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้านสถานภาพสมรส ที่แตกต่างกัน ไม่ส่งผลให้มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (F-test = 0.47, Sig = 0.62) แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.5.2.4 การเปรียบเทียบการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล
(Telemedicine) จำแนกตามระดับการศึกษา

ตารางที่ 4.18 การเปรียบเทียบการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามระดับการศึกษา

การตัดสินใจใช้บริการระบบ บริการการแพทย์ทางไกล	ความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการ การแพทย์ทางไกล	ระหว่างกลุ่ม	0.11	2	0.06	0.10	0.91
	ภายในกลุ่ม	217.00	378	0.57		
	รวม	217.11	380			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.18 พบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้านระดับการศึกษา ที่แตกต่างกัน ไม่ส่งผลให้มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ($F\text{-test} = 0.10$, $Sig = 0.91$) แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.5.2.5 การเปรียบเทียบการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามอาชีพ

ตารางที่ 4.19 การเปรียบเทียบการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามอาชีพ

การตัดสินใจใช้บริการระบบ บริการการแพทย์ทางไกล	ความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการ การแพทย์ทางไกล	ระหว่างกลุ่ม	7.81	7	1.12	1.99	0.06
	ภายในกลุ่ม	209.30	373	0.56		
	รวม	217.11	380			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.19 พบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้านอาชีพ ที่แตกต่างกัน ไม่ส่งผลให้มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ($F\text{-test} = 1.99$, $Sig = 0.06$) แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.5.2.6 การเปรียบเทียบการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ตารางที่ 4.20 การเปรียบเทียบการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

การตัดสินใจใช้บริการระบบ บริการการแพทย์ทางไกล	ความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการ การแพทย์ทางไกล	ระหว่างกลุ่ม	3.59	3	1.20	2.11	0.10
	ภายในกลุ่ม	213.52	377	0.57		
	รวม	217.11	380			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.20 พบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่แตกต่างกัน ไม่ส่งผลให้มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (F-test = 2.11, Sig = 0.10) แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.5.2.7 การเปรียบเทียบการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตาม ประสบการณ์ในการใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล

ตารางที่ 4.21 การเปรียบเทียบการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตาม ประสบการณ์ในการใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล

การตัดสินใจใช้บริการระบบ บริการการแพทย์ทางไกล	ความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการ การแพทย์ทางไกล	ระหว่างกลุ่ม	0.27	2	0.14	0.24	0.79
	ภายในกลุ่ม	216.84	378	0.57		
	รวม	217.11	380			

จากตารางที่ 4.21 พบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีประสบการณ์ในการใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่แตกต่างกัน ไม่ส่งผลให้มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (F-test = 0.24, Sig = 0.79) แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.22 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานข้อ 2

ลักษณะทางประชากรศาสตร์	การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการ การแพทย์ทางไกล
1. เพศ	แตกต่างกัน
2. อายุ	ไม่แตกต่างกัน
3. สถานภาพสมรส	ไม่แตกต่างกัน
4. ระดับการศึกษา	ไม่แตกต่างกัน
5. อาชีพ	ไม่แตกต่างกัน
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	ไม่แตกต่างกัน
7. ประสบการณ์ในการใช้บริการระบบบริการ การแพทย์ทางไกล (Telemedicine)	ไม่แตกต่างกัน

จากตารางที่ 4.22 สรุปได้ว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้านเพศ ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่เป็นเพศชายและเพศหญิง มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) น้อยกว่าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่เป็นเพศทางเลือก

4.5.3 การทดสอบสมมติฐานข้อ 3

ปัจจัยด้านการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ใช้การวิเคราะห์การถดถอย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรอิสระมากกว่า 1 ตัวแปร จึงต้องใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อใช้ในการพยากรณ์ตัวแปรตาม โดยมีแบบจำลองที่ใช้ในการศึกษา ดังนี้

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_T X_T + \varepsilon$$

โดยกำหนดให้

Y	คือ	การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)
X_1	คือ	การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์
X_2	คือ	การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี
X_3	คือ	การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน
X_T	คือ	การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม
ϵ	คือ	ค่าความคลาดเคลื่อน

โดยมีผลการศึกษา ดังนี้

ตารางที่ 4.23 การทดสอบความสามารถของแบบจำลองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ครั้งที่ 1

รายการ	ค่าสถิติ
R Square	0.863
Adjusted R Square	0.862
Std. Error of the Estimate	0.280
Durbin-Watson	1.944

จากตารางที่ 4.23 พบว่า ค่า R Square มีค่าเท่ากับ 0.863 และค่า Adjusted R Square มีค่าเท่ากับ 0.862 แสดงว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วย การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ (X_1) การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี (X_2) การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน (X_3) และการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม (X_T) สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ได้อย่างน้อยร้อยละ 86.2

ตารางที่ 4.24 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ ครั้งที่ 1

ตัวแปร	ค่าสถิติ	x2	x3	xT
x1	Correlation Coefficient	0.75	0.68	0.84
	Sig. (2-tailed)	0.00*	0.00*	0.00*
	N	382	382	382
x2	Correlation Coefficient		0.76	0.88
	Sig. (2-tailed)		0.00*	0.00*
	N		382	382
x3	Correlation Coefficient			0.82
	Sig. (2-tailed)			0.00*
	N			382

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.24 พบว่า มีตัวแปรอิสระคู่การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ (X_1) กับ การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม (X_T) คู่การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี (X_2) กับ การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม (X_T) และคู่การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน (X_3) กับ การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม (X_T) มีค่าสหสัมพันธ์เกินกว่า 0.8 ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาปัญหาสหสัมพันธ์ในตัว ผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาสหสัมพันธ์ในตัวโดยตัดตัวแปรอิสระกับการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม (X_T) ซึ่งมีค่าสหสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ๆ มากกว่า 0.8 และทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระอีกครั้ง

ตารางที่ 4.25 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ ครั้งที่ 2

ตัวแปร	ค่าสถิติ	x2	x3
x1	Correlation Coefficient	0.75	0.68
	Sig. (2-tailed)	0.00*	0.00*
	N	382	382
x2	Correlation Coefficient		0.76
	Sig. (2-tailed)		0.00*
	N		382

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.25 พบว่า ไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดเลยที่มีค่าสหสัมพันธ์เกินกว่า 0.8 ซึ่งไม่ก่อให้เกิดปัญหาสหสัมพันธ์ในตัว

ตารางที่ 4.26 การทดสอบความสามารถของแบบจำลองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ครั้งที่ 2

รายการ	ค่าสถิติ
R Square	0.863
Adjusted R Square	0.862
Std. Error of the Estimate	0.280
Durbin-Watson	1.944

จากตารางที่ 4.26 พบว่า ค่า R Square มีค่าเท่ากับ 0.863 และค่า Adjusted R Square มีค่าเท่ากับ 0.862 แสดงว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วย การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ (X_1) การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี (X_2) และการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน (X_3) สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ได้อย่างน้อยร้อยละ 86.2

ตารางที่ 4.27 การทดสอบความเหมาะสมของแบบจำลองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ครั้งที่ 1

รายการ	SS	df	MS	F	Sig.
Regression	187.46	3	62.48	794.73	0.00*
Residual	29.64	377	0.07		
Total	217.11	380			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.27 พบว่า ค่า F statistic มีค่าเท่ากับ 794.73 ซึ่งมีค่ามาก และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า มีตัวแปรอิสระอย่างน้อยหนึ่งตัวแปรที่สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า แบบจำลองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) เป็นแบบจำลองที่มีความเหมาะสม

ตารางที่ 4.28 ค่าสัมประสิทธิ์ของแบบจำลองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ครั้งที่ 1

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	0.04	0.07		0.54	0.59
X ₁	0.19	0.04	0.19	4.86	0.00
X ₂	0.04	0.05	0.04	0.74	0.45
X ₃	0.76	0.05	0.71	14.60	0.00*

จากตารางที่ 4.28 พบว่า มีเพียงตัวแปรอิสระการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ (X₁) และการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน (X₃) ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนตัวแปรอิสระการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี (X₂) ไม่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้

บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น จึงทำการประมวลผลข้อมูลใหม่ โดยตัดตัวแปรอิสระที่ไม่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ออกจากแบบจำลอง ตามวิธีการเลือกตัวแปรโดยวิธีลดตัวแปร (Backward Elimination) ซึ่งเป็นวิธีที่พยายามคัดเลือกรูปแบบที่ดีที่สุดที่ส่งผลต่อตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญ (ทรงศักดิ์ ภูสีอ่อน. 2554: 283; Brian S. Everitt. 2010: 93) โดยตัดตัวแปรอิสระการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี (X_2) ได้ผลการศึกษาดังนี้

ตารางที่ 4.29 การทดสอบความสามารถของแบบจำลองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ครั้งที่ 3

รายการ	ค่าสถิติ
R Square	0.863
Adjusted R Square	0.863
Std. Error of the Estimate	0.280
Durbin-Watson	1.946

จากตารางที่ 4.29 พบว่า ค่า R Square มีค่าเท่ากับ 0.863 และค่า Adjusted R Square มีค่าเท่ากับ 0.863 แสดงว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วย การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ (X_1) และการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน (X_3) สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ได้อย่างน้อยร้อยละ 86.3

ตารางที่ 4.30 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ ครั้งที่ 3

ตัวแปร	ค่าสถิติ	x3
x1	Correlation Coefficient	0.68
	Sig. (2-tailed)	0.00*
	N	382

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.30 พบว่า ตัวแปรอิสระคู่การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ (X_1) กับการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน (X_3) มีค่าสหสัมพันธ์ไม่เกินกว่า 0.8 ซึ่งไม่ก่อให้เกิดปัญหาสหสัมพันธ์ในตัว และเมื่อพิจารณาค่า Durbin-Watson มีค่าเท่ากับ 1.946 ซึ่งอยู่ในช่วงที่ไม่ก่อให้เกิดปัญหาสหสัมพันธ์ในตัว (1.75-2.25)

ตารางที่ 4.31 การทดสอบความเหมาะสมของแบบจำลองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ครั้งที่ 2

รายการ	SS	df	MS	F	Sig.
Regression	187.42	2	93.71	1193.24	0.00*
Residual	29.69	378	0.08		
Total	217.11	380			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.31 พบว่า ค่า F statistic มีค่าเท่ากับ 1,193.24 ซึ่งมีความมาก และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า มีตัวแปรอิสระอย่างน้อยหนึ่งตัวแปรที่สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า แบบจำลองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) เป็นแบบจำลองที่มีความเหมาะสม

ตารางที่ 4.32 ค่าสัมประสิทธิ์ของแบบจำลองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ครั้งที่ 2

ตัวแปร	Unstandardized		Standardized	t	Sig.
	Coefficients		Coefficients		
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	0.04	0.08		0.52	0.60
X_1	0.21	0.03	0.22	6.18	0.00*
X_3	0.79	0.04	0.74	21.29	0.00*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.32 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ของการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ (X_1) มีค่าเท่ากับ 0.21 ($t = 6.18$, Sig. = 0.00) แสดงว่า การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ (X_1) มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า ถ้าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ (X_1) เพิ่มขึ้น จะส่งผลให้ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) เพิ่มขึ้น ในทางกลับกัน ถ้าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ (X_1) ลดลง จะส่งผลให้ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ลดลงด้วยเช่นกัน

ค่าสัมประสิทธิ์ของการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน (X_3) มีค่าเท่ากับ 0.79 ($t = 21.29$, Sig. = 0.00) แสดงว่า การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน (X_3) มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า ถ้าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน (X_3) เพิ่มขึ้น จะส่งผลให้ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) เพิ่มขึ้น ในทางกลับกัน ถ้าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน (X_3) ลดลง จะส่งผลให้ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ลดลงด้วยเช่นกัน

โดยมีแบบจำลองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ดังนี้

$$Y = 0.04 + 0.21X_1 + 0.79X_3 + \epsilon$$

ตารางที่ 4.33 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานข้อ 3

การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล	การตัดสินใจใช้บริการ
	ระบบบริการการแพทย์ทางไกล
1. ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ (X_1)	มีความสัมพันธ์
2. ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี (X_2)	ไม่มีความสัมพันธ์
3. ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน (X_3)	มีความสัมพันธ์
4. การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกลโดยรวม (X_t)	ไม่มีความสัมพันธ์

จากตารางที่ 4.33 สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) คือ การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ (X_1) และการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน (X_3) โดยทั้ง 2 ปัจจัยมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ในทิศทางเดียวกัน หมายความว่า ถ้าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ (X_1) และด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน (X_3) เพิ่มขึ้น จะส่งผลให้ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) เพิ่มขึ้นในทางกลับกัน ถ้าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ (X_1) และด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน (X_3) ลดลง จะส่งผลให้ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ลดลงด้วยเช่นกัน โดยมีแบบจำลองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ดังนี้

$$Y = 0.04 + 0.21X_1 + 0.79X_3 + \epsilon$$

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง “อิทธิพลของการยอมรับเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) กับการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล การวิจัยในครั้งนี้มีลักษณะเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้รับรู้ถึงบริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 400 ตัวอย่าง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย การวิเคราะห์ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยสามารถสรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาโดยแจกแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวนทั้งสิ้น 400 คน และทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) กลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่เคยใช้บริการแต่คิดว่ามีแนวโน้มที่จะเลือกใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่เคยใช้บริการแต่ทราบว่ามีการบริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทั้งหมด 382 คน คิดเป็นร้อยละ 95.5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด สามารถสรุปผลการศึกษาในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

5.1.1 ผลการศึกษาลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ตอบแบบสอบถาม

การศึกษาในครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยทำการแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 74.25 มีอายุ 21 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.25 มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 63.50 มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 66.75 ประกอบอาชีพพนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน คิดเป็นร้อยละ 79.50 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,001 – 40,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 67.75 และส่วนใหญ่ยังไม่เคยใช้บริการแต่ทราบว่ามีการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คิดเป็นร้อยละ 51.50

5.1.2 ผลการศึกษาการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

การศึกษาในครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาถึงการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) กลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่เคยใช้บริการแต่คิดว่ามีแนวโน้มที่จะเลือกใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่เคยใช้บริการแต่ทราบว่ามีการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทั้งหมด 382 คน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ($\bar{X} = 3.82$, S.D. = 0.71) โดยพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับความคิดเห็นด้วยมากที่สุด ในด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ ($\bar{X} = 3.89$, S.D. = 0.77) โดยเฉพาะประเด็น ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพิ่มความรวดเร็วในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น ($\bar{X} = 4.03$, S.D. = 0.91) รองลงมาคือ ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี ($\bar{X} = 3.79$, S.D. = 0.75) โดยเฉพาะประเด็น สามารถนำเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาประยุกต์ใช้กับการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน ($\bar{X} = 3.88$, S.D. = 0.81) และด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน ($\bar{X} = 3.78$, S.D. = 0.71) โดยเฉพาะประเด็น เห็นด้วยกับการนำบริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาให้บริการ ($\bar{X} = 3.87$, S.D. = 0.80) ตามลำดับ

5.1.3 ผลการศึกษาการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

การศึกษาในครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาถึงการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) กลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่เคยใช้บริการแต่คิดว่ามีแนวโน้มที่จะเลือกใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่เคยใช้บริการแต่ทราบว่ามีการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทั้งหมด 382 คน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ($\bar{X} = 3.84$, S.D. = 0.76) โดยพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นด้วยมากที่สุดใน

ประเด็น ทราบถึงประโยชน์ของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทำให้มีความต้องการที่จะใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มากขึ้น ($\bar{X} = 3.89$, S.D. = 0.82) และมีความตั้งใจที่จะใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) อย่างต่อเนื่องในอนาคต ($\bar{X} = 3.89$, S.D. = 0.85) รองลงมาคือ จะแนะนำให้บุคคลอื่นใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล ($\bar{X} = 3.85$, S.D. = 0.82) ตามลำดับ

5.1.4 ผลการทดสอบสมมติฐาน

การศึกษานี้มีสมมติฐานในการทดสอบจำนวน 3 สมมติฐาน โดยมีผลการทดสอบสมมติฐาน ดังต่อไปนี้

5.1.4.1 การทดสอบสมมติฐานข้อ 1

จากการทดสอบสมมติฐานข้อ 1 สรุปได้ว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้านเพศ ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน และการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่เป็นเพศชายและเพศหญิง มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในแต่ละด้าน น้อยกว่าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่เป็นเพศทางเลือก

และประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้านอาชีพ ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี และการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน เกษตรกร และพ่อบ้าน/แม่บ้าน มีแนวโน้มมีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในด้านดังกล่าว น้อยกว่าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว อาชีพอิสระ อาชีพอื่น ๆ และว่างงาน

5.1.4.2 การทดสอบสมมติฐานข้อ 2

จากการทดสอบสมมติฐานข้อ 2 สรุปได้ว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้านเพศ ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่เป็นเพศชายและเพศหญิง มี

การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) น้อยกว่าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่เป็นเพศทางเลือก

5.1.4.3 การทดสอบสมมติฐานข้อ 3

จากการทดสอบสมมติฐานข้อ 3 สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) คือ การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ (X_1) และการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน (X_3) โดยทั้ง 2 ปัจจัยนี้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ในทิศทางเดียวกัน หมายความว่า ถ้าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ (X_1) และด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน (X_3) เพิ่มขึ้น จะส่งผลให้ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) เพิ่มขึ้น ในทางกลับกัน ถ้าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ (X_1) และด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน (X_3) ลดลง จะส่งผลให้ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ลดลงด้วยเช่นกัน โดยมีแบบจำลองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (Y) ดังนี้

$$Y = 0.04 + 0.21X_1 + 0.79X_3 + \epsilon$$

5.2 อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง “อิทธิพลของการยอมรับเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล” สามารถนำผลการศึกษามาอภิปรายตามวัตถุประสงค์การศึกษา ดังนี้

5.2.1 ผลการศึกษาการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

จากการศึกษา พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก โดยพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับความคิดเห็นด้วยมากที่สุดในการรับรู้ถึงประโยชน์ รองลงมาคือ ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี และด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน ตามลำดับ สอดคล้องกับแบบจำลองการยอมรับนวัตกรรมและเทคโนโลยี (A Technology

Acceptance Model--TAM) ที่นำเสนอโดย Davis (1989) อธิบายว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจแสดงพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ประกอบด้วย ปัจจัยหลัก 4 ปัจจัย คือ ตัวแปรภายนอก (External Variables) การรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากเทคโนโลยีสารสนเทศ (Perceived Usefulness หรือ PU) การรับรู้ว่าเป็นระบบที่ง่ายต่อการใช้งาน (Perceived Ease of Use หรือ PEOU) และทัศนคติที่มีต่อการใช้งาน (Attitude toward Using) เนื่องจากในปัจจุบันหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะโรงพยาบาล และบริษัทประกันชีวิต ได้หันมาให้ความสำคัญกับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และมีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพิ่มมากขึ้น พร้อมทั้งได้มีการประชาสัมพันธ์ถึงเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพิ่มมากขึ้นด้วย ส่งผลให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และได้มีโอกาสได้ทดลองใช้เทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มากขึ้น ทำให้เกิดการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มากขึ้น

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของบงกช กิตติวณิชกุล (2558) ศึกษาเรื่อง การรับรู้ประโยชน์ ความภักดีต่อตราสินค้า และความสนใจใช้บริการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้แอปพลิเคชัน Bugaboo พบว่า ผู้ใช้บริการมีระดับความคิดเห็นต่อการรับรู้ประโยชน์จากการใช้แอปพลิเคชัน bugaboo โดยรวมอยู่ในระดับมาก การศึกษาของอัจฉรา เด่นเจริญโสภณ (2560) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานของสำนักงานปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นด้วยมากที่สุดกับ ทัศนคติการใช้ การรับรู้ว่าย่่งง่ายต่อการใช้งาน พฤติกรรมความตั้งใจนำไปใช้ และการรับรู้ว่ามีประโยชน์ การศึกษาของภานุกร เตชะขุนทด (2562) ศึกษาเรื่อง อิทธิพลการยอมรับเทคโนโลยีและคุณภาพบริการอิเล็กทรอนิกส์ที่ส่งผลต่อการใช้งานระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญในระดับให้ความสำคัญมากกับการยอมรับเทคโนโลยีด้านการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งาน ด้านความง่ายในการใช้งาน และทัศนคติ

5.2.2 ผลการศึกษาการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

จากการศึกษา พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวม อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ (ชูชัย สมธิไกร, 2553) อธิบายว่า การรับรู้เป็นขั้นตอนที่มนุษย์ตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น และประมวลผลรวมกับประสบการณ์ในอดีตที่ตนเองมี โดยก่อนที่ผู้บริโภคจะตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์หรือใช้บริการนั้นๆ การรับรู้มีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้บริโภคใช้ในการตัดสินใจในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์หรือใช้บริการนั้นๆ ซึ่งถ้าหากตราสินค้าได้มีการสร้างการรับรู้ที่ดีก็อาจจะทำให้

ผู้บริโภคมีการยอมรับในชื่อเสียงตราสินค้าและมีความเชื่อมั่นในตราสินค้า การที่หน่วยงานต่าง ๆ ในปัจจุบันหันมาให้ความสำคัญกับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และมีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพิ่มมากขึ้น พร้อมทั้งได้มีการประชาสัมพันธ์ถึงเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพิ่มมากขึ้นด้วย ส่งผลให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และได้มีโอกาสได้ทดลองใช้เทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มากขึ้น ทำให้เกิดการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มากขึ้น และตัดสินใจใช้บริการมากขึ้นด้วย

5.2.3 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อ 1

จากการศึกษา พบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้านเพศ และด้านอาชีพ ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) แตกต่างกัน สอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้บริโภค (ชูชัย สมิทธิไกร, 2553) อธิบายว่า ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการรับรู้และการยอมรับสินค้าและบริการของผู้บริโภค ปัจจัยด้านเพศถือว่าเป็นปัจจัยด้านวัฒนธรรมและสังคมที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง เนื่องจากเพศที่แตกต่างกันย่อมส่งผลต่อการรับรู้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่แตกต่างกัน และเมื่อมีการรับรู้ที่แตกต่างกันย่อมส่งผลให้มีพฤติกรรมการยอมรับระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) แตกต่างกัน

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim, Tao, Shin & Kim (2010) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับบริการข้อความสั้น (Short Message Service--SMS) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับบริการข้อความสั้นของคนเกาหลี คือ ปัจจัยทางสังคม (Social Factor) การศึกษาของ Mohamed Gamal และ Tarek R. Gebba (2013) ได้ศึกษาเรื่องการยอมรับการใช้ธนาคารบนมือถือ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะเฉพาะของบุคคลหรือพฤติกรรมส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการส่งผลต่อการยอมรับการใช้ธนาคารบนมือถือ

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อ 2

จากการศึกษา พบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้านเพศ ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) แตกต่างกัน สอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้บริโภค (ชูชัย สมิทธิไกร, 2553) อธิบายว่า ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการรับรู้และการตัดสินใจเลือกใช้สินค้าและบริการของผู้บริโภค ปัจจัยด้านเพศถือว่าเป็นปัจจัยด้านวัฒนธรรมและสังคมที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง เนื่องจากเพศที่แตกต่างกันย่อมส่งผลต่อการรับรู้บริการระบบ

บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่แตกต่างกันด้วย และเมื่อมีการรับรู้ที่แตกต่างกันย่อมส่งผลให้มีพฤติกรรมการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) แตกต่างกันไป นอกจากนี้จากแนวคิดพฤติกรรมผู้บริโภค (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2546, หน้า 199-217) อธิบายว่า ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ส่งผลให้ผู้บริโภคมีพฤติกรรมการตัดสินใจใช้บริการที่แตกต่างกัน

การทดสอบสมมติฐานข้อ 3

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คือ การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ และด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน โดยทั้ง 2 ปัจจัยมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้บริโภค (ชูชัย สมितिไกร, 2553) อธิบายว่า การรับรู้เป็นขั้นตอนที่มนุษย์ตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น และประมวลผลรวมกับประสบการณ์ในอดีตที่ตนเองมี โดยก่อนที่ผู้บริโภคจะตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์หรือใช้บริการนั้นๆ การรับรู้มีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้บริโภคใช้ในการตัดสินใจในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์หรือใช้บริการนั้นๆ ซึ่งถ้าหากตราสินค้าได้มีการสร้างการรับรู้ที่ดีก็อาจจะทำให้ผู้บริโภคมีการยอมรับในชื่อเสียงตราสินค้าและมีความเชื่อมั่นในตราสินค้า โดยปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ประกอบด้วย ปัจจัยด้านเทคนิค ความเต็มใจในการรับรู้ของผู้บริโภค ประสบการณ์ในอดีตของผู้บริโภค อารมณ์ของผู้บริโภค และปัจจัยการรับรู้ของผู้บริโภคด้านวัฒนธรรมและสังคม จะเห็นได้ว่าการที่ประชาชนมีการรับรู้ถึงประโยชน์ และมีทัศนคติที่ดีต่อเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ย่อมส่งผลให้ประชาชนเกิดการยอมรับและมีความเชื่อมั่นในเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มากขึ้นด้วย ซึ่งทำให้หันมาใช้บริการเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มากขึ้น

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของบงกช กิตติวณิชกุล (2558) ศึกษาเรื่อง การรับรู้ประโยชน์ ความภักดีต่อตราสินค้า และความสนใจใช้บริการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้แอปพลิเคชัน Bugaboo พบว่าความสนใจใช้บริการแอปพลิเคชัน Bugaboo ความภักดีต่อสถานีโทรทัศน์ช่อง 7 และการรับรู้ประโยชน์ ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้แอปพลิเคชัน Bugaboo อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษาของอรพรรณ คงมาลัย (2560) ศึกษาเรื่อง การยอมรับและการนำระบบโทรเวชกรรมเข้าไปใช้กับกระบวนการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล กรณีศึกษา : โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การรับรู้ประโยชน์ส่งผลทางตรงให้เกิดการยอมรับและการใช้งานระบบโทรเวชกรรม การศึกษาของอัจฉรา เด่นเจริญโสภณ (2560) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อใช้ในการ

ปฏิบัติงานของสำนักงานปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการวิจัย พบว่า ทศนคติดต่อการใช้งาน และการรับรู้ว่ามีประโยชน์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการตั้งใจใช้ การศึกษาของ ภาณุกร เตชะชุมหกิจ (2562) ศึกษาเรื่อง อิทธิพลการยอมรับเทคโนโลยีและคุณภาพบริการ อิเล็กทรอนิกส์ที่ส่งผลต่อการใช้งานระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ พบว่า ทั้งการยอมรับเทคโนโลยีมีผลต่อความพึงพอใจในการใช้งานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึง การยอมรับเทคโนโลยีที่ส่งผ่านคุณภาพของการบริการมีผลต่อความพึงพอใจในการใช้งานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยเช่นกัน การศึกษาของ Mohamed Gamal & Tarek R. Gebba (2013) ได้ ศึกษาเรื่องการยอมรับการใช้ธนาคารบนมือถือ พบว่า ปัจจัยการรับรู้ถึงประโยชน์ และทัศนคติที่มีต่อ การใช้งาน ส่งผลต่อการยอมรับการใช้ธนาคารบนมือถือ การศึกษาของ Mahmood Jassim (2014) ได้ศึกษาถึงการยอมรับเทคโนโลยีและการใช้บริการธนาคารบนมือถือ พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ ส่งผลต่อทัศนคติต่อการใช้งานของผู้ใช้บริการ และการรับรู้ถึงประโยชน์ยังส่งผลให้เกิดความตั้งใจในการ ใช้งานอีกด้วย โดยเมื่อผู้ใช้บริการได้รับปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดการใช้งานจริงตามทฤษฎีของ TAM

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มีประโยชน์ต่อประชาชน ในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่ทันสมัยในทุกพื้นที่เป็นอย่างมาก ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรให้การสนับสนุนและส่งเสริมเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในทุก ด้าน ทั้งด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัย และด้านการเข้าถึงบริการ เพื่อให้ประชาชนหันมาใช้บริการ เทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มากขึ้น

5.3.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

เพื่อให้ประชาชนเกิดการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนหันมาใช้บริการเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ ทางไกล (Telemedicine) มากขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

5.3.2.1 ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการพัฒนา เทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ให้เกิดความสะดวกในการเข้ารับ การรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาล เพิ่มประสิทธิภาพและศักยภาพ ในการรักษาพยาบาล เพิ่มความรวดเร็วในการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน ช่วยลดขั้นตอนในการรักษาพยาบาล ช่วยลดข้อผิดพลาดในการ รักษาพยาบาล และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยงานอื่นได้รวดเร็ว

5.3.2.2 ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ให้ง่ายต่อการใช้งาน เข้าใจง่ายไม่ซับซ้อน มีขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจน ช่วยให้การรักษายาบาลง่ายขึ้น สามารถประยุกต์ใช้กับการดำเนินชีวิตในปัจจุบันได้ และช่วยให้เข้าถึงข้อมูลได้สะดวกรวดเร็ว

5.3.2.3 ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการสร้างทัศนคติที่ดีต่อเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยให้ประชาชนรู้สึกว่าการบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มีประโยชน์และสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย สามารถรองรับการรักษายาบาลโรคต่างๆ ได้เป็นอย่างดี ทำให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องแม่นยำ ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นและความน่าเชื่อถือในการรักษายาบาล และสร้างความพึงพอใจในการรักษายาบาลได้มากขึ้น จนประชาชนเห็นด้วยกับการนำบริการระบบบริการการแพทย์ทางไกลมาให้บริการ

5.3.2.4 เนื่องจากเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มีประโยชน์ต่อพื้นที่ชนบททางไกลอย่างมาก ดังนั้น รัฐบาลควรให้การส่งเสริมให้มีการใช้เทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในพื้นที่ชนบทมากขึ้น โดยควรสนับสนุนโครงสร้างทางคมนาคมที่ดี ทันสมัย โดยเฉพาะระบบอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงที่ครอบคลุมพื้นที่ในเขตชนบทให้มากขึ้น

5.3.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในครั้งต่อไป

5.3.3.1 การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาโดยการแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพและปริมณฑล ซึ่งอาจได้ผลการศึกษาที่ยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร เพราะเป็นการศึกษาเฉพาะเขตพื้นที่เท่านั้น ดังนั้น เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ครอบคลุม ชัดเจน และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น ในการวิจัยครั้งต่อไป อาจทำการศึกษาในลักษณะเช่นเดียวกันนี้กับกลุ่มตัวอย่างที่ในเขตพื้นที่อื่น ๆ ร่วมด้วย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบททางไกลที่เทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มีประโยชน์ต่อประชาชนเป็นอย่างมาก

5.3.3.2 เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีประเด็นให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้เลือกตอบอยู่แล้ว ซึ่งอาจทำให้ได้ภาพรวมของประเด็นที่ศึกษาไม่ครอบคลุม ดังนั้น การวิจัยครั้งต่อไปจึงควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เพื่อให้ได้คำตอบเชิงลึกมากขึ้น

บรรณานุกรม

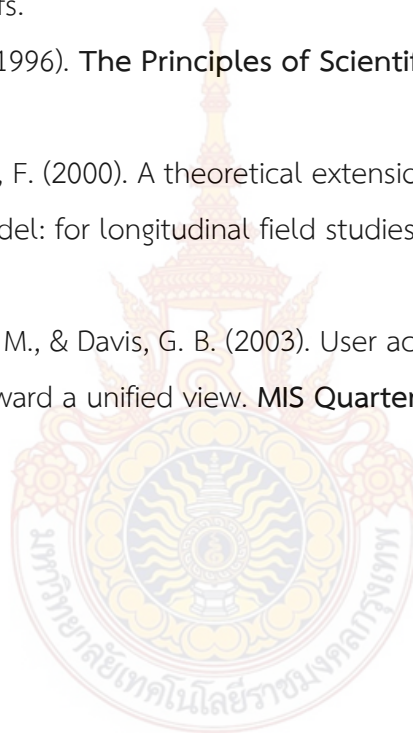
- กมลรัตน์ หล้าสูงศักดิ์. (2527). **จิตวิทยาสังคม**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒน์ ประสานมิตร.
- กมลวรรณ เก่งสารกิจ. (2559). **การรับรู้ประโยชน์ ความเชื่อมั่นในคุณภาพการบริการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการสายการบิน**. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- ก่อเกียรติ วิริยะกิจพัฒนา และวินัส อัครสิทธิถาวร. (2550). **พฤติกรรมผู้บริโภค**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วังอักษร.
- จริยา ปันทังกูร. (2559). แนวทางการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. **วารสารสังคมศาสตร์**. 5(1): 51-61
- จุฬาลักษณ์ โกมนตรี. (2555). บทความพิเศษ : การคำนวณขนาดตัวอย่าง. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**. 20(3): 192-198.
- ชีวรัตน์ ชัยสาโรง. (2562). การยอมรับเทคโนโลยีการเรียนรู้ภาษาผ่านแอปพลิเคชันออนไลน์ของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. **วารสารระบบสารสนเทศด้านธุรกิจ (JISB)**. 5(2): 25-42.
- ชูชัย สมितिไกร. (2553). **พฤติกรรมผู้บริโภค**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรมหาวิทยาลัย.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2550). **สถิติเพื่อการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เชาวรัตน์ เตมียกุล. (2556). **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**. สืบค้นจาก <http://www.kruchaow.com/kr-research/renew5.pdf> (สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2563).
- ดารา ทีปะปาล. (2546). **พฤติกรรมผู้บริโภค**. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดรุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์.
- เดชาพันธ์ รัฐศาสนศาสตร์. (2555). **ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง รางของปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพผลการทำงานและการคงอยู่ในงานของพนักงานธนาคารพาณิชย์ขนาดใหญ่**. ดุษฎีนิพนธ์บริหารธุรกิจดุษฎีบัณฑิต, สาขาบริหารและการจัดการ, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ทรงศักดิ์ ภูสีอ่อน. (2554). **การประยุกต์ใช้ SPSS วิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย**. มหาสารคาม : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2554.
- ธนาคารไทยพาณิชย์. (2564). **Telemedicine เทรนด์การแพทย์ที่เกิดขึ้นแล้ววันนี้**. สืบค้นจาก <https://www.scb.co.th/th/personal-banking/stories/protect-my-family/telemedicine.html> (สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2564).

- นฤช ตระกูลมัยผล. (2564). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้งาน Application WeTV ในประเทศไทย**. การค้นคว้าอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรามคำแหง).
- บงกช กิตติวานิชกุล. (2558). **การรับรู้ประโยชน์ ความภักดีต่อตราสินค้า และความสนใจใช้บริการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้แอปพลิเคชัน Bugaboo**. (การค้นคว้าอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยกรุงเทพ).
- บุญธรรม กิจปรีดาภิรุทธิ์. (2549). **สถิติเพื่อการวิจัย**. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ ฯ : จามจุรีโปรดักท์.
- บุษรา ประกอบธรรม. (2554). การศึกษาการยอมรับเครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษา: กรณีศึกษา มหาวิทยาลัยกรุงเทพ. **วารสารสุทธิปริทัศน์**, 27(2), 93-108.
- ปรารักษ์ิต แสงเสวตร (2560) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งานเว็บไซต์ อินทราเน็ต กฟผ. (การค้นคว้าอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).
- แพทยสภา. (2563). **แนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (telemedicine) และคลินิกออนไลน์**. สืบค้นจาก <https://tmc.or.th/index.php/News/News-and-Activities/Telemedicine> สืบค้นเมื่อ (1 มิถุนายน 2564).
- ภาณุกร เตชะชุมทกิจ. (2562). อิทธิพลการยอมรับเทคโนโลยีและคุณภาพบริการอิเล็กทรอนิกส์ที่ส่งผลต่อการใช้งานระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์. **วารสารสมาคมนักวิจัย**. 24(3): 306-321.
- ลลิตา อุดรชัยนิตย์. (2562). **อิทธิพลของการรับรู้ถึงประโยชน์และความพึงพอใจที่มีต่อความน่าเชื่อถือของระบบ Mobile Banking ในเขตกรุงเทพมหานคร**. (การค้นคว้าอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ).
- วนิดา ตะนุรักษ์. (2559). อิทธิพลของทัศนคติต่อการใช้งานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมความตั้งใจในการใช้เทคโนโลยีของพนักงานอุตสาหกรรมการค้าส่งและค้าปลีกไทย. **วารสารสมาคมนักวิจัย**, 22(1), 41-53
- วิวัฒน์ รุ่งเรืองผล. (2549). **Marketing classroom เหนือคู่แข่งด้วยการตลาดเชิงยุทธ์**. กรุงเทพฯ ฯ : สำนักพิมพ์เนชั่นบุ๊คส์
- ศกุนต์ แพรเพ็ชร. (2561). **การรับรู้ประโยชน์ และคุณภาพบริการที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการใช้บริการรับโอนเงินผ่านพร้อมเพย์ของผู้ใช้บริการในเขตกรุงเทพมหานคร**. (การค้นคว้าอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการตลาด, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ).
- ศศิจันทร์ ปัญจทวี. (2560). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับการใช้ระบบสารสนเทศกรณีศึกษาสถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตเชียงใหม่**. (การค้นคว้าอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่).

- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2550). **การวิเคราะห์พหุระดับ : Muti-level Analysis**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริรัตน์ วงศ์ประกรณ์กุล. (2563). ยุคใหม่ของการดูแลสุขภาพด้วยระบบนิเวศทางธุรกิจและเทคโนโลยี. **วารสาร Mahidol R2R e-Journal**. 7(2): 1-15.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. (2546). **การบริหารการตลาดยุคใหม่**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ธรรมสารจำกัด.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. (2560). การวิเคราะห์ตลาดผู้บริโภคและพฤติกรรมผู้บริโภค. ใน รองศาสตราจารย์ศิริวรรณ เสรีรัตน์ (บรรณาธิการ). **การบริหารการตลาดยุคใหม่**. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ธรรมสาร จำกัด.
- สภาเทคนิคการแพทย์. (2563). ระบบแพทย์ทางไกล: บทบาทใหม่ของนักเทคนิคการแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในยุค 4.0. สืบค้นจาก http://www.mtc.or.th/file_cpd/file1_3690.pdf (สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2564).
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). **5 สถิติสุขภาพ**. สืบค้นจาก <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/05.aspx> (สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2565).
- Smartsolutioncomputer.com. (2562). มิติใหม่ของการแพทย์ทางไกล. สืบค้นจาก <https://smartsolutioncomputer.com> (สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2564).
- สุวรรีย์ ศิริโกคาภิรมย์. (2546). **การวิจัยทางการศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 3. ลพบุรี: ฝ่ายเอกสารการพิมพ์สถาบันราชภัฏเทพสตรี.
- เสรี วงษ์มณฑา. (2542). **การวิเคราะห์พฤติกรรมผู้บริโภค**. กรุงเทพฯ : บริษัทธีระฟิล์มและไซเท็กซ์ จำกัด.
- อรพรรณ คงมาลัย. (2560). การยอมรับและการนำระบบโทรเวชกรรมเข้าไปใช้กับกระบวนการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล กรณีศึกษา : โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของ จังหวัดเชียงใหม่. **วารสารวิจัยและพัฒนา มจร**. 40(4): 641-650.
- อัจฉรา เต๋นเจริญโสภณ. (2560). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานของสำนักงานปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการวิจัย**. (งานนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, กลุ่มวิชาการบริหารทั่วไป, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจมหาวิทยาลัยบูรพา).
- อุบลวรรณ ภาวนันท์. (2554). **จิตวิทยาทั่วไป**. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- Belch, G. E., & Belch, M. A. (2012). **Advertising and promotion: An integrated marketing communications perspective**. (9th ed.). New York : McGraw-Hill/Irwin.
- Danal, H., McBurner & Virginia, B.C. (1984). **Introduction to sensation**. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Davis, F. D. (1989). Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology. **MIS Quarterly**, 13(3): 319-339.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. **Journal of Computer Information Systems Research**, 36(3), 77-82.
- Gupta, V. & Duggal, S. (2020). How the consumer's attitude and behavioral intentions are influenced: A case of online food delivery applications in India. **International Journal of Culture, Tourism and Hospitality Research**, Vol. No. ahead-of-print. <https://doi.org/10.1108/IJCTHR-01-2020-0013>.
- Hoyer, W. D. & Macinnis, D. J. (1997). **Consumer Behavior**. Boston: Houghton Mifflin.
- Kim, C., Tao, W., Shin, N., & Kim, K. (2010). An empirical study of customer's perception of security and trust in e-payment systems. **Electronic Commerce Research and Applications**, 9(1), 84-95.
- Kotler, P. (2548). **Marketing Management Eleventh Editio**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ เอช .เอ็น.กรุ๊ป จำกัด.
- Kotler & Gary Armstrong. (2546). **Principles of Marketing**. กรุงเทพมหานคร : บริษัท เพียร์สัน เอ็ดดูเคชั่น อินโดไชน่า จำกัด.
- Negin Barat Dastjerdi. (2016). **Factors Affecting ICT Adoption among Distance Education Students based on the Technology Acceptance Model A Case Study at a Distance Education University in Iran**. University of Isfahan, Iran. Retrieved from <http://www.ijiet.org/show-45-442-1.html/>
- Mahmood, J. (2014). Adaptation of the technology acceptance model (TAM) to the use of mobile banking services. **International review of management and business research**. 3(4), 200 – 2009
- Mohamed G., & Tarek R. (2013). An Examination of Technology Acceptance Model and Theory of Planned Behavior. **International Journal of business research and development**. 2(1), 35-50

- Morison, A. M. (1996). **The new Leaders: Leadership Diversity in America**. San Francisco: Jossey Bass.
- Mowen, J. C. & Minor, M. (1998). **Consumer Behavior**. (5th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Osborn, R. (1998). **Basic organizational behavior**. New York: John Wiley & Sons.
- Schiffman, L., & Kanuk, Lazar. (2007). **Consumer Behavior**. Englewood Cliff, New Jersey : Prentice-Hall
- Solomon., M.R. (1996). **Customer Behavior**. (Third edition), NJ:. Prentice-Hall Englewood, Cliffs.
- Taylor, Frederick W. (1996). **The Principles of Scientific Management**. New York : Harper.
- Venkatesh, V. & Davis, F. (2000). A theoretical extension of the technology acceptance model: for longitudinal field studies. **Management Science**, 46(2): 186-204.
- Venkatesh, V., Morris, M., & Davis, G. B. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. **MIS Quarterly**, 27(3): 425-478.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

แบบรับรองการมีจรรยาบรรณในการทำการค้นคว้าอิสระ



แบบรับรองการมีจรรยาบรรณในการทำการค้นคว้าอิสระ

เพื่อให้การทำการค้นคว้าอิสระของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ มีคุณภาพ และมาตรฐานตามหลักวิชาการ มหาวิทยาลัยฯ ได้กำหนดให้นักศึกษาทุกคนปฏิบัติตามหลักจรรยาบรรณนักวิจัย 9 ข้อ ตามที่สภาวิจัยแห่งชาติกำหนด ซึ่งประกอบไปด้วย

จรรยาบรรณนักวิจัย 9 ข้อ ตามที่สภาวิจัยแห่งชาติกำหนด

1. นักวิจัยต้องซื่อสัตย์และมีคุณธรรมในทางวิชาการและการจัดการ นักวิจัยต้องมีความซื่อสัตย์ต่อตนเอง ไม่นำผลงานของผู้อื่นมาเป็นของตน ไม่ลอกเลียนงานของผู้อื่น ต้องให้เกียรติ และอ้างอิงบุคคลหรือแหล่งที่มาของข้อมูลที่มาใช้ในการวิจัย ต้องซื่อตรงต่อการแสวงหาทุนวิจัย และมีความเป็นธรรมเกี่ยวกับผลประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย

2. นักวิจัยต้องตระหนักถึงพันธกรณีในการทำงานวิจัย ตามข้อตกลงที่ทำไว้กับหน่วยงานที่สนับสนุนการวิจัยและต่อหน่วยงานที่ตนสังกัด นักวิจัยต้องปฏิบัติตามพันธกรณีและข้อตกลงการวิจัยที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายยอมรับร่วมกัน อุทิศเวลาทำงานวิจัยให้ได้ผลดีที่สุด และเป็นไปตามกำหนดเวลา มีความรับผิดชอบไม่ทิ้งงานระหว่างดำเนินการ

3. นักวิจัยต้องมีพื้นฐานความรู้ในสาขาวิชาการที่ทำวิจัย นักวิจัยต้องมีพื้นฐานความรู้ ในสาขาวิชาการที่ทำวิจัยอย่างเพียงพอ และมีความรู้ความชำนาญ หรือมีประสบการณ์เกี่ยวเนื่องกับเรื่องที่ทำวิจัย เพื่อนำไปสู่งานวิจัยที่มีคุณภาพ และเพื่อป้องกันปัญหาการวิเคราะห์ การตีความ หรือ การสรุปที่ผิดพลาด อันอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่องานวิจัย

4. นักวิจัยต้องมีความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิต นักวิจัยต้องดำเนินการด้วยความรอบคอบระมัดระวัง และเที่ยงตรงในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคน สัตว์ พืช ศิลปวัฒนธรรม ทรัพยากร และสิ่งแวดล้อม มีจิตสำนึกและมีปฏิธานที่จะอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรม ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม

5. นักวิจัยต้องเคารพศักดิ์ศรี และมีสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างในการวิจัย นักวิจัยต้องไม่คำนึงถึงผลประโยชน์ทางวิชาการจนละเลยและขาดความเคารพในศักดิ์ศรีของเพื่อนมนุษย์ ต้องถือเป็นภาระหน้าที่ที่จะอธิบายจุดมุ่งหมายของการวิจัยแก่บุคคลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่หลอกลวงหรือบีบบังคับ และไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคล

6. นักวิจัยต้องมีอิสระทางความคิด โดยปราศจากอคติในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย นักวิจัยต้องมีอิสระทางความคิด ต้องตระหนักว่า อคติส่วนตน หรือความลำเอียงทางวิชาการ อาจส่งผลให้มีการบิดเบือนข้อมูลและข้อค้นพบทางวิชาการ อันเป็นเหตุให้เกิดผลเสียหายต่องานวิจัย

7. นักวิจัยพึงนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในทางที่ชอบ นักวิจัยพึงเผยแพร่ผลงานวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการและสังคม ไม่ขยายผลข้อค้นพบจนเกิดความเป็นจริง และไม่ใช้ผลงานวิจัยไปทางมิชอบ

8. นักวิจัยพึงเคารพความคิดเห็นทางวิชาการของผู้อื่น นักวิจัยพึงมีใจกว้าง พร้อมที่จะเปิดเผยข้อมูลและขั้นตอนการวิจัย ยอมรับฟัง ความคิดเห็นและเหตุผลทางวิชาการของผู้อื่น และพร้อมที่จะปรับปรุงแก้ไขงานวิจัยของตนให้ถูกต้อง

9. นักวิจัยพึงมีความรับผิดชอบต่อสังคมทุกระดับ นักวิจัยพึงมีจิตสำนึกที่จะอุทิศกำลังสติปัญญาในการทำวิจัย เพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ เพื่อความเจริญและประโยชน์สุขของสังคมและมวลมนุษยชาติ

ข้าพเจ้า นางสาวลัดดา พรชัยนพกรณ์ นักศึกษาหลักสูตร บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต รหัสนักศึกษา 60805141009-0 ซึ่งเป็นผู้จัดทำการค้นคว้าอิสระ เรื่อง “อิทธิพลของการยอมรับเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล” ข้าพเจ้าทราบดีว่าการให้ข้อความ อันเป็นเท็จและการละเมิดหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัยอาจนำมาสู่การพ้นสภาพการเป็นนักศึกษา หรือถูกเพิกถอนปริญญา

(ลงชื่อ).....

(นางสาวลัดดา พรชัยนพกรณ์)

ผู้ทำการค้นคว้าอิสระ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม



แบบสอบถาม
เรื่อง อิทธิพลของการยอมรับเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการ
ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)
ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ต้องการศึกษาการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยแบ่งแบบสอบถามทั้งหมดออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับบริการของระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง โดยข้อมูลที่ท่านตอบในแบบสอบถามจะถือเป็นความลับ และขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ขอขอบคุณ

นักศึกษาปริญญาโท มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง พิจารณาข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อที่ตรงกับสถานภาพของท่าน

1. เพศ

- ☐ ชาย ☐ หญิง
- ☐ เพศทางเลือก ระบุ.....

2. อายุ

- ☐ ต่ำกว่า 20 ปี ☐ 21 – 40 ปี
- ☐ 41 – 60 ปี ☐ 61 ปีขึ้นไป

3. สถานภาพสมรส

- ☐ โสด ☐ สมรส
- ☐ หย่าร้าง/แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

- ☐ ต่ำกว่าปริญญาตรี ☐ ปริญญาตรี
- ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

- ☐ ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน
- ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ อาชีพอิสระ
- ☐ เกษตรกร ☐ พ่อบ้าน/แม่บ้าน
- ☐ อาชีพอื่นๆ..... ☐ว่างงาน

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

- ☐ น้อยกว่า 20,000 บาท ☐ 20,001 – 40,000 บาท
- ☐ 40,001 – 60,000 บาท ☐ มากกว่า 60,000 บาท

7. ประสบการณ์ในการใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของท่าน

- ☐ เคยใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล
- ☐ ยังไม่เคยใช้บริการแต่คิดว่ามีแนวโน้มที่จะเลือกใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล
- ☐ ยังไม่เคยใช้บริการแต่ทราบว่ามีการให้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล
- ☐ ยังไม่เคยใช้บริการและไม่ทราบว่ามีการให้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (ไม่ต้องทำ

แบบสอบถามในส่วนที่ 2-4)

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความและแสดงความคิดเห็นของท่าน

- 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด
 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก
 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด

การยอมรับเทคโนโลยี	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
1. ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์					
1.1 ระบบบริการการแพทย์ทางไกลทำให้เกิดความสะดวกในการเข้ารับการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น					
1.2 ระบบบริการการแพทย์ทางไกลช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น					
1.3 ระบบบริการการแพทย์ทางไกลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและศักยภาพในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น					
1.4 ระบบบริการการแพทย์ทางไกลเพิ่มความรวดเร็วในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น					
1.5 ระบบบริการการแพทย์ทางไกลช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลได้รับข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน					
1.6 ระบบบริการการแพทย์ทางไกลช่วยลดขั้นตอนในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น					
1.7 ระบบบริการการแพทย์ทางไกลช่วยลดข้อผิดพลาดในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น					
1.8 ระบบบริการการแพทย์ทางไกลสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยงานอื่นได้เร็ว					
2. ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี					
2.1 เทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกลง่ายต่อการใช้งาน					
2.2 เทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกลเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน					
2.3 เทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกลมีขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจน					
2.4 เทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกลช่วยให้การรักษาพยาบาลง่ายขึ้น					
2.5 สามารถนำเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกลมาประยุกต์ใช้กับการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน					
2.6 เทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกลช่วยให้เข้าถึงข้อมูลได้สะดวก รวดเร็ว					

การยอมรับเทคโนโลยี	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
3. ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน					
3.1 ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ทางไกลมีประโยชน์และสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย					
3.2 ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ทางไกลสามารถรองรับการรักษาพยาบาลโรคต่างๆ ได้เป็นอย่างดี					
3.3 ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ทางไกลทำให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องแม่นยำ					
3.4 ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ทางไกลทำให้เกิดความเชื่อมั่นและความน่าเชื่อถือในการรักษาพยาบาล					
3.5 ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ทางไกลสร้างความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลได้มากขึ้น					
3.6 ท่านเห็นด้วยกับการนำบริการระบบบริการการแพทย์ทางไกลมาให้บริการ					

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความและแสดงความคิดเห็นของท่าน

- 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด
 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก
 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด

การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
1. ท่านทราบถึงประโยชน์ของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล ทำให้มีความต้องการที่จะใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลมากขึ้น					
2. ท่านมีความตั้งใจที่จะใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลอย่างต่อเนื่องในอนาคต					
3. ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ทางไกลจะทำให้การรักษาพยาบาลเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด					
4. ท่านมีความตั้งใจที่จะใช้งานระบบบริการการแพทย์ทางไกลบ่อยเท่าที่ต้องการ					
5. ท่านจะแนะนำให้บุคคลอื่นใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล					

ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับบริการของระบบบริการการแพทย์ทางไกล
(Telemedicine)

คำชี้แจง กรุณาระบุข้อเสนอแนะเกี่ยวกับบริการของระบบบริการการแพทย์ทางไกล
(Telemedicine) ตามความคิดเห็นของท่าน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณทุกท่านในการตอบแบบสอบถาม



ภาคผนวก ค

การคำนวณค่า IOC ของแบบสอบถาม



การคำนวณค่า IOC ของแบบสอบถาม
เรื่อง อิทธิพลของการยอมรับเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการ
การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล
2. เพื่อศึกษาการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล
3. เพื่อศึกษาการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำแนกตามปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) กับการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ดร. อธิพันธ์ วรรณสุริยะ
2. ดร. คุณากร ไวยวุฒิ
3. ผศ.ดร. หทัยกร พันธุ์งาม

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อ	ข้อคำถาม	ความคิดเห็น			ค่า IOC
		1	2	3	
1.	เพศ	-1	1	1	0.33
2.	อายุ	-1	1	1	0.33
3.	สถานภาพสมรส	-1	1	1	0.33
4.	ระดับการศึกษา	-1	-1	1	-0.33
5.	อาชีพ	-1	1	1	0.33
6.	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	-1	1	1	0.33
7.	สถานการณ์การตัดสินใจใช้บริการในปัจจุบัน	-1	0	1	0.00

ค่า IOC = 0.188

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับการยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น			ค่า IOC
	1	2	3	
1. ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์				
1.1 ระบบบริการการแพทย์ทางไกลทำให้เกิดความสะดวกในการเข้ารับการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น	1	1	1	1.00
1.2 ระบบบริการการแพทย์ทางไกลช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น	1	1	1	1.00
1.3 ระบบบริการการแพทย์ทางไกลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและศักยภาพในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น	1	1	1	1.00
1.4 ระบบบริการการแพทย์ทางไกลเพิ่มความรวดเร็วในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น	1	1	1	1.00
1.5 ระบบบริการการแพทย์ทางไกลช่วยทำให้ผู้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลได้รับข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน	1	1	1	1.00
1.6 ระบบบริการการแพทย์ทางไกลช่วยลดขั้นตอนในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น	1	0	1	0.67
1.7 ระบบบริการการแพทย์ทางไกลช่วยลดข้อผิดพลาดในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น	1	1	1	1.00
1.8 ระบบบริการการแพทย์ทางไกลสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยงานอื่นได้เร็ว	1	1	1	1.00
2. ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี				
2.1 เทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกลง่ายต่อการใช้งาน	1	0	1	0.67
2.2 เทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกลเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน	1	1	1	1.00
2.3 เทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกลมีขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจน	1	1	1	1.00
2.4 เทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกลช่วยให้การรักษาพยาบาลง่ายขึ้น	1	1	1	1.00
2.5 ท่านไม่ต้องใช้ความพยายามมากในการที่จะเข้าใจการใช้งานเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล	-1	1	1	0.33
2.6 สามารถนำเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกลมาประยุกต์ใช้กับการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน	0	1	1	0.67
2.7 เทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกลช่วยให้เข้าถึงข้อมูลได้สะดวกรวดเร็ว	0	1	1	0.67

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น			ค่า IOC
	1	2	3	
3. ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน				
3.1 ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ทางไกลมีประโยชน์และสามารถใช้งานได้ง่าย	-1	0	1	0.00
3.2 ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ทางไกลสามารถรองรับการรักษาพยาบาลโรคต่างๆ ได้เป็นอย่างดี	1	1	0	0.67
3.3 ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ทางไกลทำให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องแม่นยำ	1	1	1	1.00
3.4 ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ทางไกลทำให้เกิดความเชื่อมั่นและความน่าเชื่อถือในการรักษาพยาบาล	1	1	1	1.00
3.5 ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ทางไกลสร้างความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลได้มากขึ้น	1	0	1	0.67
3.6 ท่านเห็นด้วยกับการนำบริการระบบบริการการแพทย์ทางไกลมาให้บริการ	1	1	1	1.00

ค่า IOC = 0.826

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น			ค่า IOC
	1	2	3	
1. ท่านทราบถึงประโยชน์ของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล ทำให้มีความต้องการที่จะใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลมากขึ้น	1	1	1	1.00
2. ท่านมีความตั้งใจที่จะใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลอย่างต่อเนื่องในอนาคต	1	1	1	1.00
3. ท่านคิดว่าระบบบริการการแพทย์ทางไกลจะทำให้การรักษาพยาบาลเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด	1	0	1	0.67
4. ท่านมีความตั้งใจที่จะใช้งานระบบบริการการแพทย์ทางไกลบ่อยเท่าที่ต้องการ	1	1	1	1.00
5. ท่านจะแนะนำให้บุคคลอื่นใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล	1	1	1	1.00

ค่า IOC = 0.934

ภาคผนวก ง

การคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม



ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 2

แบบสอบถามส่วนที่ 2	Reliability Statistics	
	Cronbach's Alpha	N of Items
1. ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์	0.959	8
2. ด้านการรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี	0.950	6
3. ด้านทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งาน	0.959	6
รวม	0.981	20

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 3

ส่วนที่ 3	Reliability Statistics	
	Cronbach's Alpha	N of Items
การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล	0.957	5

ภาคผนวก จ

ผลการทดสอบสมมติฐาน



ผลการทดสอบสมมติฐานข้อ 1

การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามเพศ

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
x1	Between Groups	14.001	2	7.001	12.649	.000
	Within Groups	209.758	379	.553		
	Total	223.759	381			
x2	Between Groups	8.462	2	4.231	7.822	.000
	Within Groups	204.990	379	.541		
	Total	213.452	381			
x3	Between Groups	4.303	2	2.151	4.340	.014
	Within Groups	187.886	379	.496		
	Total	192.188	381			
xT	Between Groups	8.359	2	4.179	8.586	.000
	Within Groups	184.474	379	.487		
	Total	192.833	381			

Multiple Comparisons

LSD

Dependent						95% Confidence Interval	
Variable	(I) เพศ	(J) เพศ	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
x1	ชาย	หญิง	-.01014	.09308	.913	-.1932	.1729
		เพศทางเลือก	-1.15244 [*]	.23888	.000	-1.6221	-.6827
	หญิง	ชาย	.01014	.09308	.913	-.1729	.1932
		เพศทางเลือก	-1.14230 [*]	.22854	.000	-1.5917	-.6929
	เพศทางเลือก	ชาย	1.15244 [*]	.23888	.000	.6827	1.6221
		หญิง	1.14230 [*]	.22854	.000	.6929	1.5917
x2	ชาย	หญิง	-.08249	.09202	.371	-.2634	.0984
		เพศทางเลือก	-.93108 [*]	.23615	.000	-1.3954	-.4668
	หญิง	ชาย	.08249	.09202	.371	-.0984	.2634
		เพศทางเลือก	-.84859 [*]	.22592	.000	-1.2928	-.4044
	เพศทางเลือก	ชาย	.93108 [*]	.23615	.000	.4668	1.3954
		หญิง	.84859 [*]	.22592	.000	.4044	1.2928

Multiple Comparisons

LSD

Dependent						95% Confidence Interval	
Variable	(I) เพศ	(J) เพศ	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
x3	ชาย	หญิง	.00847	.08810	.923	-.1647	.1817
		เพศทางเลือก	-.62768*	.22608	.006	-1.0722	-.1831
	หญิง	ชาย	-.00847	.08810	.923	-.1817	.1647
		เพศทางเลือก	-.63615*	.21629	.003	-1.0614	-.2109
	เพศทางเลือก	ชาย	.62768*	.22608	.006	.1831	1.0722
		หญิง	.63615*	.21629	.003	.2109	1.0614
xT	ชาย	หญิง	-.02805	.08729	.748	-.1997	.1436
		เพศทางเลือก	-.90373*	.22402	.000	-1.3442	-.4633
	หญิง	ชาย	.02805	.08729	.748	-.1436	.1997
		เพศทางเลือก	-.87568*	.21432	.000	-1.2971	-.4543
	เพศทางเลือก	ชาย	.90373*	.22402	.000	.4633	1.3442
		หญิง	.87568*	.21432	.000	.4543	1.2971

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามอายุ

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
x1	Between Groups	1.696	3	.565	.962	.410
	Within Groups	222.063	378	.587		
	Total	223.759	381			
x2	Between Groups	.858	3	.286	.508	.677
	Within Groups	212.594	378	.562		
	Total	213.452	381			
x3	Between Groups	1.366	3	.455	.902	.440
	Within Groups	190.823	378	.505		
	Total	192.188	381			
xT	Between Groups	1.269	3	.423	.835	.475
	Within Groups	191.564	378	.507		
	Total	192.833	381			

การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามสถานภาพ

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
x1	Between Groups	.104	2	.052	.088	.916
	Within Groups	223.656	379	.590		
	Total	223.759	381			
x2	Between Groups	.141	2	.070	.125	.882
	Within Groups	213.311	379	.563		
	Total	213.452	381			
x3	Between Groups	.212	2	.106	.209	.811
	Within Groups	191.976	379	.507		
	Total	192.188	381			
xT	Between Groups	.034	2	.017	.033	.967
	Within Groups	192.800	379	.509		
	Total	192.833	381			

การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามระดับการศึกษา

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
x1	Between Groups	1.658	2	.829	1.415	.244
	Within Groups	222.101	379	.586		
	Total	223.759	381			
x2	Between Groups	.727	2	.363	.647	.524
	Within Groups	212.725	379	.561		
	Total	213.452	381			
x3	Between Groups	.435	2	.218	.430	.651
	Within Groups	191.753	379	.506		
	Total	192.188	381			
xT	Between Groups	.586	2	.293	.577	.562
	Within Groups	192.247	379	.507		
	Total	192.833	381			

การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามอาชีพ

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
x1	Between Groups	13.528	7	1.933	3.438	.001
	Within Groups	210.232	374	.562		
	Total	223.759	381			
x2	Between Groups	9.613	7	1.373	2.520	.015
	Within Groups	203.839	374	.545		
	Total	213.452	381			
x3	Between Groups	5.449	7	.778	1.559	.146
	Within Groups	186.739	374	.499		
	Total	192.188	381			
xT	Between Groups	8.415	7	1.202	2.438	.019
	Within Groups	184.418	374	.493		
	Total	192.833	381			

Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable						95% Confidence Interval	
Variable	(I) อาชีพ	(J) อาชีพ	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
x1	ข้าราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน	-.29728*	.13917	.033	-.5709	-.0236
		ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.42187	.22956	.067	-.8733	.0295
		อาชีพอิสระ	-.51562	.39761	.195	-1.2975	.2662
		เกษตรกร	.10938	.39761	.783	-.6725	.8912
		พ่อบ้าน/แม่บ้าน	.52604	.33355	.116	-.1298	1.1819
		อาชีพอื่นๆ	-1.39062*	.39761	.001	-2.1725	-.6088
		ว่างงาน	-.76562	.39761	.055	-1.5475	.0162
	พนักงาน/ลูกจ้าง บริษัทเอกชน	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	.29728*	.13917	.033	.0236	.5709
		ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.12460	.19218	.517	-.5025	.2533
		อาชีพอิสระ	-.21835	.37727	.563	-.9602	.5235
		เกษตรกร	.40665	.37727	.282	-.3352	1.1485
		พ่อบ้าน/แม่บ้าน	.82332*	.30901	.008	.2157	1.4309
		อาชีพอื่นๆ	-1.09335*	.37727	.004	-1.8352	-.3515
		ว่างงาน	-.46835	.37727	.215	-1.2102	.2735
	ค้าขาย/ธุรกิจ ส่วนตัว	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	.42188	.22956	.067	-.0295	.8733
		พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน	.12460	.19218	.517	-.2533	.5025

LSD

Dependent					95% Confidence Interval		
Variable	(I) อาชีพ	(J) อาชีพ	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
		เกษตรกร	.53125	.41912	.206	-.2929	1.3554
		พ่อบ้าน/แม่บ้าน	.94792*	.35891	.009	.2422	1.6537
		อาชีพอื่นๆ	-.96875*	.41912	.021	-1.7929	-.1446
		ว่างงาน	-.34375	.41912	.413	-1.1679	.4804
	อาชีพอิสระ	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	.51563	.39761	.195	-.2662	1.2975
		พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน	.21835	.37727	.563	-.5235	.9602
		ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	.09375	.41912	.823	-.7304	.9179
		เกษตรกร	.62500	.53015	.239	-.4174	1.6674
		พ่อบ้าน/แม่บ้าน	1.04167*	.48396	.032	.0900	1.9933
		อาชีพอื่นๆ	-.87500	.53015	.100	-1.9174	.1674
		ว่างงาน	-.25000	.53015	.638	-1.2924	.7924
		เกษตรกร	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	-.10937	.39761	.783	-.8912
	พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน		-.40665	.37727	.282	-1.1485	.3352
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว		-.53125	.41912	.206	-1.3554	.2929
	อาชีพอิสระ		-.62500	.53015	.239	-1.6674	.4174
	พ่อบ้าน/แม่บ้าน		.41667	.48396	.390	-.5350	1.3683
	อาชีพอื่นๆ		-1.50000*	.53015	.005	-2.5424	-.4576
	ว่างงาน		-.87500	.53015	.100	-1.9174	.1674
	พ่อบ้าน/ แม่บ้าน		ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	-.52604	.33355	.116	-1.1819
		พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน	-.82332*	.30901	.008	-1.4309	-.2157
		ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.94792*	.35891	.009	-1.6537	-.2422
		อาชีพอิสระ	-1.04167*	.48396	.032	-1.9933	-.0900
		เกษตรกร	-.41667	.48396	.390	-1.3683	.5350
		อาชีพอื่นๆ	-1.91667*	.48396	.000	-2.8683	-.9650
ว่างงาน		-1.29167*	.48396	.008	-2.2433	-.3400	
อาชีพอื่นๆ		ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1.39063*	.39761	.001	.6088	2.1725
	พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน	1.09335*	.37727	.004	.3515	1.8352	
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	.96875*	.41912	.021	.1446	1.7929	
	อาชีพอิสระ	.87500	.53015	.100	-.1674	1.9174	
	เกษตรกร	1.50000*	.53015	.005	.4576	2.5424	
	พ่อบ้าน/แม่บ้าน	1.91667*	.48396	.000	.9650	2.8683	
	ว่างงาน	.62500	.53015	.239	-.4174	1.6674	
	ว่างงาน	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	.76563	.39761	.055	-.0162	1.5475
พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน		.46835	.37727	.215	-.2735	1.2102	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว		.34375	.41912	.413	-.4804	1.1679	

LSD

Dependent						95% Confidence Interval	
Variable	(I) อาชีพ	(J) อาชีพ	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
		อาชีพอิสระ	.25000	.53015	.638	-.7924	1.2924
		เกษตรกร	.87500	.53015	.100	-.1674	1.9174
		พ่อบ้าน/แม่บ้าน	1.29167*	.48396	.008	.3400	2.2433
		อาชีพอื่นๆ	-.62500	.53015	.239	-1.6674	.4174
x2	ข้าราชการ/ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน	-.12794	.13704	.351	-.3974	.1415
		ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.11458	.22604	.613	-.5591	.3299
		อาชีพอิสระ	-.32292	.39152	.410	-1.0928	.4469
		เกษตรกร	.17708	.39152	.651	-.5928	.9469
		พ่อบ้าน/แม่บ้าน	.56597	.32843	.086	-.0798	1.2118
		อาชีพอื่นๆ	-1.32292*	.39152	.001	-2.0928	-.5531
		ว่างงาน	-.15625	.39152	.690	-.9261	.6136
	พนักงาน/ ลูกจ้าง บริษัทเอกชน	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	.12794	.13704	.351	-.1415	.3974
		ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	.01335	.18924	.944	-.3587	.3855
		อาชีพอิสระ	-.19498	.37149	.600	-.9254	.5355
		เกษตรกร	.30502	.37149	.412	-.4254	1.0355
		พ่อบ้าน/แม่บ้าน	.69391*	.30428	.023	.0956	1.2922
		อาชีพอื่นๆ	-1.19498*	.37149	.001	-1.9254	-.4645
		ว่างงาน	-.02831	.37149	.939	-.7588	.7022
	ค้าขาย/ธุรกิจ ส่วนตัว	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	.11458	.22604	.613	-.3299	.5591
		พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน	-.01335	.18924	.944	-.3855	.3587
		อาชีพอิสระ	-.20833	.41270	.614	-1.0198	.6032
		เกษตรกร	.29167	.41270	.480	-.5198	1.1032
		พ่อบ้าน/แม่บ้าน	.68056	.35341	.055	-.0144	1.3755
		อาชีพอื่นๆ	-1.20833*	.41270	.004	-2.0198	-.3968
		ว่างงาน	-.04167	.41270	.920	-.8532	.7698
	อาชีพอิสระ	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	.32292	.39152	.410	-.4469	1.0928
		พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน	.19498	.37149	.600	-.5355	.9254
		ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	.20833	.41270	.614	-.6032	1.0198
		เกษตรกร	.50000	.52203	.339	-.5265	1.5265
		พ่อบ้าน/แม่บ้าน	.88889	.47654	.063	-.0482	1.8259
		อาชีพอื่นๆ	-1.00000	.52203	.056	-2.0265	.0265
		ว่างงาน	.16667	.52203	.750	-.8598	1.1931
	เกษตรกร	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	-.17708	.39152	.651	-.9469	.5928
		พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน	-.30502	.37149	.412	-1.0355	.4254
		ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.29167	.41270	.480	-1.1032	.5198

LSD

Dependent						95% Confidence Interval	
Variable	(I) อาชีพ	(J) อาชีพ	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
		อาชีพอิสระ	-.50000	.52203	.339	-1.5265	.5265
		พ่อบ้าน/แม่บ้าน	.38889	.47654	.415	-.5482	1.3259
		อาชีพอื่นๆ	-1.50000*	.52203	.004	-2.5265	-.4735
		ว่างงาน	-.33333	.52203	.524	-1.3598	.6931
	พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	-.56597	.32843	.086	-1.2118	.0798
		พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน	-.69391*	.30428	.023	-1.2922	-.0956
		ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.68056	.35341	.055	-1.3755	.0144
		อาชีพอิสระ	-.88889	.47654	.063	-1.8259	.0482
	อาชีพอื่นๆ	เกษตรกร	-.38889	.47654	.415	-1.3259	.5482
		อาชีพอื่นๆ	-1.88889*	.47654	.000	-2.8259	-.9518
		ว่างงาน	-.72222	.47654	.130	-1.6593	.2148
		ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1.32292*	.39152	.001	.5531	2.0928
	ว่างงาน	พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน	1.19498*	.37149	.001	.4645	1.9254
		ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1.20833*	.41270	.004	.3968	2.0198
		อาชีพอิสระ	1.00000	.52203	.056	-.0265	2.0265
		เกษตรกร	1.50000*	.52203	.004	.4735	2.5265
		พ่อบ้าน/แม่บ้าน	1.88889*	.47654	.000	.9518	2.8259
		ว่างงาน	1.16667*	.52203	.026	.1402	2.1931
		ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	.15625	.39152	.690	-.6136	.9261
		พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน	.02831	.37149	.939	-.7022	.7588
		ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	.04167	.41270	.920	-.7698	.8532
		อาชีพอิสระ	-.16667	.52203	.750	-1.1931	.8598
		เกษตรกร	.33333	.52203	.524	-.6931	1.3598
		พ่อบ้าน/แม่บ้าน	.72222	.47654	.130	-.2148	1.6593
		อาชีพอื่นๆ	-1.16667*	.52203	.026	-2.1931	-.1402
		พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน	-.78686*	.29123	.007	-1.3595	-.2142
		ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.79167*	.33827	.020	-1.4568	-.1265
		อาชีพอิสระ	-1.00000*	.45612	.029	-1.8969	-.1031
		เกษตรกร	-.50000	.45612	.274	-1.3969	.3969
		อาชีพอื่นๆ	-1.33333*	.45612	.004	-2.2302	-.4365
		ว่างงาน	-.66667	.45612	.145	-1.5635	.2302
xT	ข้าราชการ/ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน	-.14361	.13034	.271	-.3999	.1127
		ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.18229	.21501	.397	-.6051	.2405
		อาชีพอิสระ	-.35243	.37240	.345	-1.0847	.3798
		เกษตรกร	.18924	.37240	.612	-.5430	.9215

LSD

Dependent						95% Confidence Interval	
Variable	(I) อาชีพ	(J) อาชีพ	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
พนักงาน/ ลูกจ้าง บริษัทเอกชน	พ่อบ้าน/แม่บ้าน	พ่อบ้าน/แม่บ้าน	.62442*	.31240	.046	.0101	1.2387
		อาชีพอื่นๆ	-1.08854*	.37240	.004	-1.8208	-.3563
		ว่างงาน	-.26910	.37240	.470	-1.0014	.4632
	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	.14361	.13034	.271	-.1127	.3999
		ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.03868	.18000	.830	-.3926	.3152
		อาชีพอิสระ	-.20882	.35335	.555	-.9036	.4860
	เกษตรกร	เกษตรกร	.33284	.35335	.347	-.3620	1.0276
		พ่อบ้าน/แม่บ้าน	.76803*	.28942	.008	.1989	1.3371
		อาชีพอื่นๆ	-.94493*	.35335	.008	-1.6397	-.2501
	ว่างงาน	-.12549	.35335	.723	-.8203	.5693	
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	.18229	.21501	.397	-.2405	.6051
		พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน	.03868	.18000	.830	-.3152	.3926
		อาชีพอิสระ	-.17014	.39255	.665	-.9420	.6017
	เกษตรกร	เกษตรกร	.37153	.39255	.345	-.4003	1.1434
		พ่อบ้าน/แม่บ้าน	.80671*	.33616	.017	.1457	1.4677
		อาชีพอื่นๆ	-.90625*	.39255	.022	-1.6781	-.1344
	ว่างงาน	-.08681	.39255	.825	-.8587	.6851	
	อาชีพอิสระ	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	.35243	.37240	.345	-.3798	1.0847
		พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน	.20882	.35335	.555	-.4860	.9036
		ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	.17014	.39255	.665	-.6017	.9420
	เกษตรกร	เกษตรกร	.54167	.49654	.276	-.4347	1.5180
		พ่อบ้าน/แม่บ้าน	.97685*	.45327	.032	.0856	1.8681
		อาชีพอื่นๆ	-.73611	.49654	.139	-1.7125	.2402
	ว่างงาน	.08333	.49654	.867	-.8930	1.0597	
	เกษตรกร	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	-.18924	.37240	.612	-.9215	.5430
		พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน	-.33284	.35335	.347	-1.0276	.3620
		ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.37153	.39255	.345	-1.1434	.4003
	เกษตรกร	อาชีพอิสระ	-.54167	.49654	.276	-1.5180	.4347
พ่อบ้าน/แม่บ้าน		.43519	.45327	.338	-.4561	1.3265	
อาชีพอื่นๆ		-1.27778*	.49654	.010	-2.2541	-.3014	
ว่างงาน	-.45833	.49654	.357	-1.4347	.5180		
พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	-.62442*	.31240	.046	-1.2387	-.0101	
	พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน	-.76803*	.28942	.008	-1.3371	-.1989	
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.80671*	.33616	.017	-1.4677	-.1457	
	อาชีพอิสระ	-.97685*	.45327	.032	-1.8681	-.0856	

LSD

Dependent						95% Confidence Interval	
Variable	(I) อาชีพ	(J) อาชีพ	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
		เกษตรกร	-.43519	.45327	.338	-1.3265	.4561
		อาชีพอื่นๆ	-1.71296*	.45327	.000	-2.6042	-.8217
		ว่างงาน	-.89352*	.45327	.049	-1.7848	-.0022
	อาชีพอื่นๆ	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1.08854*	.37240	.004	.3563	1.8208
		พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน	.94493*	.35335	.008	.2501	1.6397
		ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	.90625*	.39255	.022	.1344	1.6781
		อาชีพอิสระ	.73611	.49654	.139	-.2402	1.7125
		เกษตรกร	1.27778*	.49654	.010	.3014	2.2541
		พ่อบ้าน/แม่บ้าน	1.71296*	.45327	.000	.8217	2.6042
		ว่างงาน	.81944	.49654	.100	-.1569	1.7958
	ว่างงาน	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	.26910	.37240	.470	-.4632	1.0014
		พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน	.12549	.35335	.723	-.5693	.8203
		ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	.08681	.39255	.825	-.6851	.8587
		อาชีพอิสระ	-.08333	.49654	.867	-1.0597	.8930
		เกษตรกร	.45833	.49654	.357	-.5180	1.4347
		พ่อบ้าน/แม่บ้าน	.89352*	.45327	.049	.0022	1.7848
		อาชีพอื่นๆ	-.81944	.49654	.100	-1.7958	.1569

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามรายได้

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
x1	Between Groups	2.481	3	.827	1.412	.239
	Within Groups	221.279	378	.585		
	Total	223.759	381			
x2	Between Groups	3.292	3	1.097	1.974	.117
	Within Groups	210.159	378	.556		
	Total	213.452	381			
x3	Between Groups	2.548	3	.849	1.693	.168
	Within Groups	189.640	378	.502		
	Total	192.188	381			
xT	Between Groups	2.519	3	.840	1.667	.174
	Within Groups	190.315	378	.503		
	Total	192.833	381			

การยอมรับเทคโนโลยีระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตาม
ประสบการณ์ในการใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

ANOVA					
		Sum of Squares	df	Mean Square	Sig.
x1	Between Groups	2.374	2	1.187	2.032
	Within Groups	221.385	379	.584	
	Total	223.759	381		
x2	Between Groups	.320	2	.160	.285
	Within Groups	213.132	379	.562	
	Total	213.452	381		
x3	Between Groups	.738	2	.369	.731
	Within Groups	191.450	379	.505	
	Total	192.188	381		
xT	Between Groups	.107	2	.053	.105
	Within Groups	192.727	379	.509	
	Total	192.833	381		

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อ 2

การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามเพศ

ANOVA					
		Sum of Squares	df	Mean Square	Sig.
Y	Between Groups	4.283	2	2.141	3.803
	Within Groups	212.829	378	.563	
	Total	217.111	380		

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Y

LSD

(I) เพศ	(J) เพศ	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
ชาย	หญิง	-.02498	.09392	.790	-.2097	.1597
	เพศทางเลือก	-.64967*	.24094	.007	-1.1234	-.1759
หญิง	ชาย	.02498	.09392	.790	-.1597	.2097

เพศทางเลือก	-.62468*	.23052	.007	-1.0780	-.1714
-------------	----------	--------	------	---------	--------

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Y

LSD

(I) เพศ	(J) เพศ	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
					.1759	1.1234
เพศทางเลือก	ชาย	.64967*	.24094	.007	.1759	1.1234
	หญิง	.62468*	.23052	.007	.1714	1.0780

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามอายุ

ANOVA

Y

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3.710	3	1.237	2.185	.089
Within Groups	213.401	377	.566		
Total	217.111	380			

การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามสถานภาพ

ANOVA

Y

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.543	2	.271	.474	.623
Within Groups	216.568	378	.573		
Total	217.111	380			

การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามระดับการศึกษา

ANOVA

Y

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.114	2	.057	.099	.906
Within Groups	216.998	378	.574		

Total	217.111	380			
-------	---------	-----	--	--	--

การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามอาชีพ

ANOVA

Y

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	7.811	7	1.116	1.989	.056
Within Groups	209.300	373	.561		
Total	217.111	380			

การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามรายได้

ANOVA

Y

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3.590	3	1.197	2.113	.098
Within Groups	213.521	377	.566		
Total	217.111	380			

การตัดสินใจใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำแนกตามประสบการณ์
ในการใช้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล

ANOVA

Y

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.270	2	.135	.235	.790
Within Groups	216.841	378	.574		
Total	217.111	380			

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อ 3

ครั้งที่ 1

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.929	.863	.862	.28041	.863	794.734	3	377	.000	1.944

Correlations

			x1	x2	x3	xT
Kendall's tau_b	x1	Correlation Coefficient	1.000	.752**	.687**	.841**
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000
		N	382	382	382	382
	x2	Correlation Coefficient	.752**	1.000	.769**	.880**
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.000
		N	382	382	382	382
	x3	Correlation Coefficient	.687**	.769**	1.000	.827**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.000
		N	382	382	382	382
	xT	Correlation Coefficient	.841**	.880**	.827**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.
		N	382	382	382	382

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

			x1	x2	x3
Kendall's tau_b	x1	Correlation Coefficient	1.000	.752**	.687**
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000
		N	382	382	382
	x2	Correlation Coefficient	.752**	1.000	.769**
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000
		N	382	382	382
	x3	Correlation Coefficient	.687**	.769**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.
		N	382	382	382

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.929 ^a	.863	.862	.28041	.863	794.734	3	377	.000	1.944

a. Predictors: (Constant), x3, x1, x2

b. Dependent Variable: Y

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	187.468	3	62.489	794.734	.000 ^b
	Residual	29.643	377	.079		
	Total	217.111	380			

a. Dependent Variable: Y

b. Predictors: (Constant), x3, x1, x2

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.
		B	Std. Error			
1	(Constant)	.043	.079		.543	.587
	x1	.196	.040	.199	4.865	.000
	x2	.043	.058	.042	.742	.459
	x3	.761	.052	.716	14.604	.000

a. Dependent Variable: Y

ครั้งที่ 2

Correlations

			x1	x3
Kendall's tau_b	x1	Correlation Coefficient	1.000	.687**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	382	382
	x3	Correlation Coefficient	.687**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	382	382

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ANOVA

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	187.425	2	93.712	1193.244	.000
	Residual	29.687	378	.079		
	Total	217.111	380			

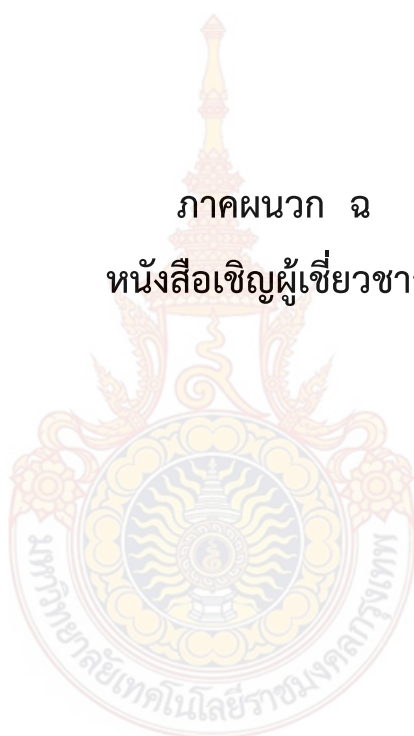
Coefficients

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.
		B	Std. Error			
1	(Constant)	.041	.079		.521	.603
	x1	.212	.034	.215	6.184	.000
	x3	.788	.037	.741	21.290	.000

a. Dependent Variable: Y



ภาคผนวก ฉ
หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ



ที่ อว ๐๖๕๐.๐๔/๒๖๙



คณะบริหารธุรกิจ
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ
๘๗๘ ถนนอาคารสงเคราะห์
แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ ๑๐๑๒๐

๒๙ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัทธร พันธุ์งาม

ด้วย นางสาวลัดดา พรชัยนพรัตน์ รหัสนักศึกษา ๖๐๘๐๕๑๔๑๐๐๙-๐ นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ กำลังจัดทำการค้นคว้าอิสระ เรื่อง “อิทธิพลของการยอมรับเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล” โดยมี ดร.ปรเมินทร์ โฆษิตกุลพร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งจำเป็นต้องให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัยก่อนที่จะนำไปเก็บข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

ในการนี้ คณะบริหารธุรกิจ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพและให้ข้อเสนอแนะในการนำไปปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือวิจัยอันจะส่งผลให้ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพต่อไป หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นางสาวลัดดา พรชัยนพรัตน์ โทรศัพท์ ๐๘๑ ๘๔๕ ๙๘๓๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพงษ์ โสภณธรรมภาณ)

คณบดีคณะบริหารธุรกิจ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โครงการบัณฑิตศึกษา คณะบริหารธุรกิจ โทร. ๙๖๗๓
 ที่ อว ๐๖๕๐.๐๔/ ๐๐๙๙ วันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๕
 เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ดร.คุณากร ไวยวุฒิ

ด้วย นางสาวลัดดา พรชัยนพกรณ์ รหัสนักศึกษา ๖๐๘๐๕๑๔๑๐๐๙-๐ นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ กำลังจัดทำการค้นคว้าอิสระ เรื่อง “อิทธิพลของการยอมรับเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล” โดยมี ดร.ปรมินทร์ โฆษิตกุลพร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ซึ่งจำเป็นต้องให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย ก่อนที่จะนำไปเก็บข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

ในการนี้ คณะบริหารธุรกิจ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพและให้ข้อเสนอแนะในการนำไปปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือวิจัยอันจะส่งผลให้ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพต่อไป หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นางสาวลัดดา พรชัยนพกรณ์ โทรศัพท์ ๐๘๑ ๘๔๕ ๙๘๓๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพงษ์ โสภณธรรมภาณ)

คณบดีคณะบริหารธุรกิจ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โครงการบัณฑิตศึกษา คณะบริหารธุรกิจ โทร. ๙๖๗๓

ที่ อว ๐๖๕๐.๐๔/ ๐๑๑๘ วันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิงแก้ว เอี่ยมแฉล้ม

ด้วย นางสาวลัดดา พรชัยนพกรณ์ รหัสนักศึกษา ๖๐๘๐๕๑๔๑๐๙-๐ นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ กำลังจัดทำการค้นคว้าอิสระ เรื่อง “อิทธิพลของการยอมรับเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล” โดยมี ดร.ปรมินทร์ โฆษิตกุลพร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ซึ่งจำเป็นต้องให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย ก่อนที่จะนำไปเก็บข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

ในการนี้ คณะบริหารธุรกิจ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพและให้ข้อเสนอแนะในการนำไปปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือวิจัยอันจะส่งผลให้ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพต่อไป หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นางสาวลัดดา พรชัยนพกรณ์ โทรศัพท์ ๐๘๑ ๘๔๕ ๙๘๓๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพงษ์ โสภณธรรมภาณ)

คณบดีคณะบริหารธุรกิจ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โครงการบัณฑิตศึกษา คณะบริหารธุรกิจ โทร. ๙๖๗๓

ที่ อว ๐๖๕๐.๐๔/ 1๐90 วันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ดร.อิทธิพันธ์ วรรณสุริยะ

ด้วย นางสาวลัดดา พรชัยนพกรณ์ รหัสนักศึกษา ๖๐๘๐๕๑๔๑๐๐๙-๐ นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ กำลังจัดทำการค้นคว้าอิสระเรื่อง “อิทธิพลของการยอมรับเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล” โดยมี ดร.ปรมินทร์ โฆษิตกุลพร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ซึ่งจำเป็นต้องให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย ก่อนที่จะนำไปเก็บข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

ในการนี้ คณะบริหารธุรกิจได้พิจารณาแล้วเห็นว่า ท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพและให้ข้อเสนอแนะในการนำไปปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือวิจัยอันจะส่งผลให้ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพต่อไป หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นางสาวลัดดา พรชัยนพกรณ์ โทรศัพท์ ๐๘๑ ๘๔๕ ๙๘๓๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพงษ์ โสภณธรรมภาณ)

คณบดีคณะบริหารธุรกิจ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – นามสกุล

เรื่อง

นางสาวลัดดา พรชัยนพกรณ์

อิทธิพลของการยอมรับเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการ
ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในเขต
กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล

ประวัติการศึกษา

ตำแหน่งงานปัจจุบัน

ปริญญาตรี ศิลปศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ผู้อำนวยการกลุ่มการขายประกันภัย

บริษัท อยู่ธยา แคปปิตอล ออโต้ ลีส จำกัด (มหาชน)

