วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 5 No. 3 September-December 2025

# การเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน Telehealth เขตสุขภาพที่ 2

ปิยพรรณ ตระกูลทิพย์[1*], ภารินี หงส์สุวรรณ[2] และวันชนา จีนด้วง[1]

[1]ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

[2]คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(Received: 24 มิถุนายน 2568; Revised: 20 กรกฎาคม 2568; Accepted: 29 สิงหาคม 2568)

## บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนา ทดลองใช้ และประเมินผลรูปแบบ Telehealth เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเขตสุขภาพที่ 2 ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 14 คน ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้ Telehealth กับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 27 คน และระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบ Telehealth กับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และสามี จำนวน 6 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สิทธิ ความตั้งใจ และความพึงพอใจ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงประเด็น ผลการวิจัย ระยะที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเชิงบวกต่อบริการสุขภาพและสะท้อนว่าบุคคลในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขและครูมีอิทธิพลสำคัญต่อการเข้าถึงบริการ ระยะที่ 2 ได้พัฒนา “แอปพลิเคชันไลน์ MorAnamai” หลังการทดลองใช้ พบว่าการรับรู้สิทธิผ่าน Telehealth ของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ($p$=.099) และกลุ่มผู้ปกครอง ($p$=.700) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ความตั้งใจใช้บริการของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ($p$=.001) และกลุ่มผู้ปกครอง ($p$=.002) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบ Telehealth พบว่า การพัฒนาควรยึดพฤติกรรมผู้ใช้บริบทท้องถิ่น และเครือข่ายชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญ รูปแบบ Telehealth ที่พัฒนาขึ้นมีศักยภาพในการเพิ่มการเข้าถึงบริการ ชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ข้อเสนอแนะควรนำไปปรับใช้กับกลุ่มเป้าหมายอื่นๆให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการเฉพาะ รวมทั้งพัฒนาต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืนในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

**คำสำคัญ:** สิทธิประโยชน์, Telehealth, การเข้าถึงบริการสุขภาพ, หญิงตั้งครรภ์, เด็ก 0-5 ปี

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ปิยพรรณ ตระกูลทิพย์; tra.piyaphan11@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 5 No. 3 September-December 2025

# Accelerating Access to Perinatal Care through Telehealth in Preventive Health Benefit Packages

Piyaphan Trakultip[1*], Parinee Hongsuwan[2] and Wanshana Cheenduang[1]

[1]Health Center 2, Phitsanulok

[2]Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

(Received: 24 June 2025; Revised: 20 July 2025; Accepted: 29 August 2025)

## Abstract

This research and development study aimed to explore the situation and develop, implement, and evaluate a Telehealth model to improve access to health promotion and disease prevention benefit packages in Health Region 2. The study was conducted in three phases: Phase 1 explored service accessibility among pregnant women and parents of children aged 0-5 years (n=14); Phase 2 developed and piloted a Telehealth model to improve access to health promotion and disease prevention among pregnant women and parents of children aged 0-5 years (n=27); And Phase 3 evaluated the Telehealth model from the perspective of the pregnant women and their spouses (n=6). Quantitative data were collected using questionnaires on rights awareness, intention to use services, and satisfaction, while qualitative data were obtained through focus group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon Signed-Rank Tests, while the qualitative data were analyzed using thematic analysis. The results for Phase 1 revealed that participants showed positive attitudes toward health services and emphasized the important role of community members, such as village health volunteers and teachers, in facilitating access. In Phase 2, the "MorAnamai" LINE application was developed. After implementation, rights awareness through Telehealth showed no statistically significant differences among pregnant women ($p$=.099) or parents ($p$=.700). However, the intention to use services increased significantly among both groups (pregnant women, $p$=.001; parents, $p$=.002). In Phase 3, the evaluation highlighted the importance of user behavior, local context, and community networks in Telehealth development. The Telehealth model developed in this study has potential to enhance access to health promotion and disease prevention benefit packages. It is recommended that the model be adapted for other target groups in accordance with specific contexts and needs, and continuously developed to ensure effectiveness and sustainability in improving access to health services.

**Keywords:** health benefit entitlements, telehealth, access to health services, pregnant women, children aged 0-5 years

***Corresponding author**: Piyaphan Trakultip; tra.piyaphan11@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 5 No. 3 September-December 2025

## บทนำ

แนวคิดหลักประกันสุขภาพ (Universal Health Coverage: UHC) ได้รับการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องในระดับนานาชาติ โดยองค์การอนามัยโลก (Kieny & Evans, 2013) และองค์การสหประชาชาติ (Lee et al., 2016) ให้ความสำคัญในฐานะกลไกหลักต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรโลก ซึ่งเน้นให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น มีคุณภาพ และเท่าเทียม โดยไม่ต้องเผชิญกับภาระค่าใช้จ่ายเกินสมควร แนวคิดดังกล่าวถือว่าเป็นการเชื่อมโยงระบบบริการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มประชากรเปราะบาง เช่น เด็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ และผู้มีรายได้น้อย ประเทศไทยซึ่งถือเป็นหนึ่งในประเทศต้นแบบของการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ (Tangcharoensathien et al., 2015) ดำเนินงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่มีบทบาทในการขยายสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมทุกช่วงวัย มีความพยายามกระจายบริการสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มอายุอย่างทั่วถึง แต่ผลลัพธ์ในทางปฏิบัติกลับสะท้อนให้เห็นช่องว่างของการเข้าถึงบริการของประชาชนโดยเฉพาะการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการลดภาระโรคและผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพ (World Health Organization, 2019) จากการรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า อัตราการเข้ารับบริการของประชาชนไทยอยู่ในระดับต่ำ โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.3 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นเพียงร้อยละ 33.1 ในปี พ.ศ. 2566 สะท้อนถึงความท้าทายในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชนในภาพรวม โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566) เขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วยจังหวัดตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และอุตรดิตถ์ เป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทั้งในด้านภูมิประเทศและโครงสร้างประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งพื้นที่ที่เป็นภูเขาและชนบทที่ห่างไกล ยังคงพบปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ยังไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2564-2566) พบความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการที่ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ พบว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์น้อยกว่าเป้าหมาย เท่ากับร้อยละ 62.6, 74.4 และ 71.1 ตามลำดับ (เป้าหมายร้อยละ 75) การดูแลหลังคลอดน้อยกว่าเป้าหมายเช่นกัน เท่ากับร้อยละ 75.1, 77.8 และ 72.2 ตามลำดับ (เป้าหมายร้อยละ 75) (ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ, 2567)

สำหรับในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2564-2566) พบว่า เด็กได้รับการคัดกรองพัฒนาการการติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามาตรวจซ้ำภายใน 30 วัน และชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงแนวโน้มลดลงต่ำกว่าเป้าหมาย กล่าวคือ ความครอบคลุมของการคัดกรองพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 90.7, 90.1, 82.5 ตามลำดับ (เป้าหมายร้อยละ 90) การติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามาตรวจซ้ำภายใน 30 วัน ร้อยละ 83.7, 91.9, 82.5 (เป้าหมายร้อยละ 90) เด็กปฐมวัยที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง อยู่ที่ร้อยละ 64.2, 72.0, 78.8 (เป้าหมายร้อยละ 90) (ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ, 2567) และผลการวัดระดับสติปัญญา (IQ) เด็กอายุ 6 ปี พ.ศ. 2564 พบว่า เขตสุขภาพที่ 2 มีค่าเฉลี่ย IQ เท่ากับ 104.07 และจังหวัดเพชรบูรณ์เด็กอายุ 6 ปีมี IQ เฉลี่ยต่ำสุดที่ 101.92 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2566; ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ, 2567) จากการทบทวนพบว่า IQ สัมพันธ์กับคุณภาพของบริการส่งเสริมสุขภาพในช่วงปฐมวัย รวมถึงความไม่ต่อเนื่องในการติดตามพัฒนาการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 5 No. 3 September-December 2025

จากการศึกษาของกัญญนัท ริปันโน และนภัชชล รอดเที่ยง (2567); เอกชัย เพียรศรีวรา, ภารินี หงส์สุวรรณ, เนตรชนก รัตนเนตร, และคณะ (2567) ได้ศึกษาในพื้นที่และกลุ่มประชากรใกล้เคียงกัน พบว่า การนำ Telehealth มาใช้ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ช่วยให้ข้อมูลด้านสิทธิประโยชน์แก่หญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กปฐมวัย มีแนวโน้มเพิ่มการรับรู้สิทธิและความพึงพอใจต่อบริการได้ แต่อย่างไรก็ตาม ระบบดังกล่าว ยังไม่สอดคล้องกับบริบททางสังคมของพื้นที่ชนบทห่างไกล โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 2 พื้นที่บางส่วนยังคงมีข้อจำกัดเชิงโครงสร้างด้านการเข้าถึงบริการ ได้แก่ ความห่างไกลจากสถานบริการสุขภาพ ข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานการสื่อสาร และสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกันไปตามพื้นที่ ดังนั้น การพัฒนาระบบ Telehealth เพื่อใช้ในเขตสุขภาพที่ 2 จึงควรพิจารณาบริบทเฉพาะของพื้นที่ เพื่อให้มีเกิดการใช้งานที่มีประสิทธิผลและยั่งยืนในระยะยาว ทั้งนี้ คำว่า “Telehealth” ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) หมายถึง การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในการให้บริการด้านสุขภาพเมื่อระยะทางเป็นปัจจัยสำคัญ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ถูกต้อง สำหรับการวินิจฉัย การรักษา การป้องกันโรคและการบาดเจ็บ การวิจัยและการประเมินผล โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพสำหรับประชาชน” ทั้งนี้ Telehealth ต้องครอบคลุมถึงการให้คำปรึกษาการติดตามผล การให้ความรู้ และการจัดการข้อมูลสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดที่เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทางและทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นต่อยอดจากงานวิจัยก่อนหน้าของกัญญนัท ริปันโน และนภัชชล รอดเที่ยง (2567) และเอกชัย เพียรศรีวรา, ภารินี หงส์สุวรรณ, เนตรชนก รัตนเนตร และคณะ (2567) ซึ่งได้วิเคราะห์เชิงลึกเน้นการพัฒนา Telehealth ผ่านไลน์แอปพลิเคชันให้สอดคล้องกับการรับรู้และความตั้งใจต่อใช้งานที่เหมาะสมกับลักษณะพื้นที่ของหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 2 รวมถึงได้ศึกษามุมมองเกี่ยวกับการพัฒนา Telehealth เพิ่มการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่ในเขตสุขภาพที่ 2 เพื่อการบูรณาการกับเครือข่ายชุมชน โดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้เข้ามามีบทบาทเพื่อส่งเสริมและเพิ่มการเข้าถึงสิทธิประโยชน์อย่างยั่งยืน จนสามารถขยายผลสู่พื้นที่อื่นได้อย่างเป็นระบบ

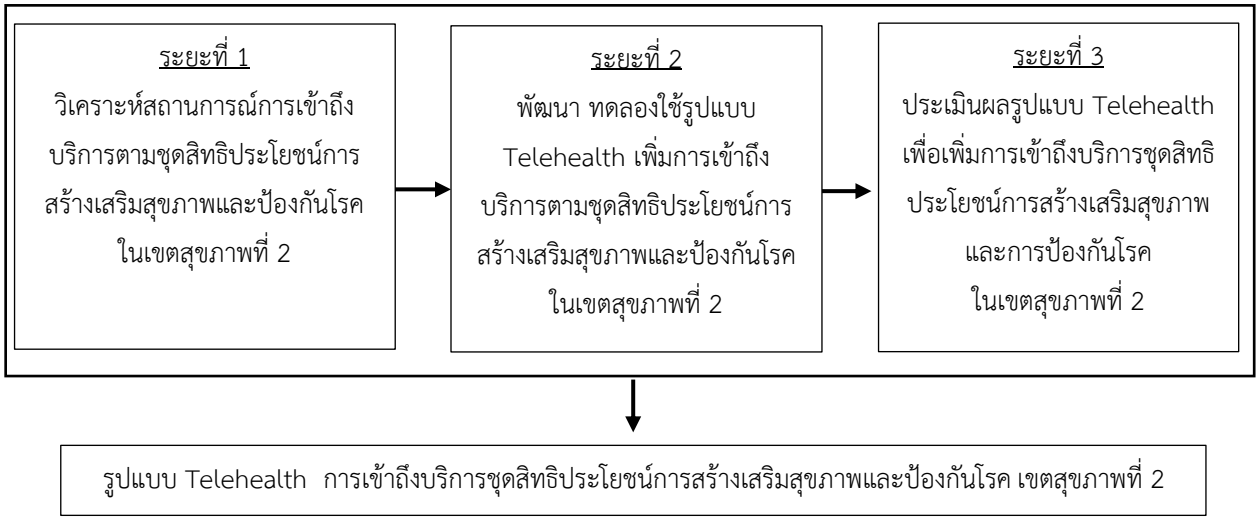
## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน Telehealth ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี เขตสุขภาพที่ 2
2. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ Telehealth ที่เหมาะสมเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี เขตสุขภาพที่ 2
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบ Telehealth เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และสามี เขตสุขภาพที่ 2

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 5 No. 3 September-December 2025

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 2 ใช้การวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic Analysis) ดำเนินการเข้ารหัสข้อมูลสองรอบ คือ รอบแรกสร้างรหัส (Codes) จากข้อมูลดิบ และรอบที่สองจัดกลุ่มรหัสเป็นประเด็นหลัก (Themes) และประเด็นย่อย (Sub-themes) พร้อมทั้งใช้ผู้วิเคราะห์มากกว่า 1 คน วิเคราะห์ข้อมูลแยกกัน แล้วนำผลการวิเคราะห์มาหารือและตรวจสอบความสอดคล้อง (Inter-coder agreement) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ (Credibility) ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ Telehealth โดยใช้กระบวนการ ADDIE Model ประกอบด้วย การวิเคราะห์ (Analysis) การออกแบบ (Design) การพัฒนา (Development) การนำไปใช้ (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) เพื่อให้ได้รูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่จริง ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบ Telehealth ที่พัฒนาขึ้นเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาต่อเนื่อง ทั้งนี้การออกแบบวิจัยเชิงปริมาณได้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Design) เนื่องจากศึกษาในพื้นที่ห่างไกลในเขตสุขภาพที่ 2 ทำให้มีข้อจำกัดด้านการสุ่มตัวอย่าง และไม่สามารถจัดให้กลุ่มควบคุมถูกจำกัดสิทธิการเข้าถึงบริการได้ตามหลักจริยธรรม จึงเลือกใช้รูปแบบที่ยืดหยุ่นและสามารถประเมินผลได้อย่างเป็นระบบ ดังแสดงในภาพที่ 1




**ภาพที่** 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 5 No. 3 September-December 2025

## ระเบียบวิธีวิจัย

**รูปแบบการการวิจัย** การวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการในเขตสุขภาพที่ 2 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566-กรกฎาคม 2567 แบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในเขตสุขภาพที่ 2 ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ ระยะที่ 2 พัฒนา ทดลองใช้รูปแบบTelehealth เพิ่มการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) 1 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group pre-post-test designs) และขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลรูปแบบ Telehealth เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในเขตสุขภาพที่ 2 ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ รายละเอียด ดังนี้

**ระยะที่ 1** ศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี ขั้นตอนนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ดำเนินการวิจัยโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

**ประชากร** คือ หญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพ ได้แก่ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) สิทธิประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการข้าราชการและบุคลากรภาครัฐที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ จังหวัดตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และอุตรดิตถ์ จำนวน 129,025 คน (ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ, 2567)

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ หญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี ที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพ ได้แก่ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) สิทธิประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการข้าราชการและบุคลากรภาครัฐที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 14 คน แบ่งเป็น หญิงตั้งครรภ์ 7 คน และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี 7 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามประเด็นวิจัย และดำเนินการจนกว่าจะได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ที่มีสิทธิได้รับบริการตามสิทธิประโยชน์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีสัญชาติไทย สามารถฟัง พูด อ่านเขียนภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟนและสามารถเข้าถึงเครือข่ายอินเตอร์เน็ตได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ไม่สามารถมาเข้าร่วมวิจัยได้

พื้นที่วิจัย คือ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก กำหนดพื้นที่โดยใช้หลักเกณฑ์คัดเลือก 1 จังหวัด และ 1 อำเภอในเขตสุขภาพที่ 2 ผู้วิจัยคัดเลือกจังหวัด โดยสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก ผลการสุ่มได้จังหวัดพิษณุโลก จากนั้นทำการสุ่มอำเภอภายในจังหวัดพิษณุโลก ซึ่งมีทั้งหมด 9 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองพิษณุโลก พรหมพิราม บางระกำ บางกระทุ่ม วังทอง วัดโบสถ์ เนินมะปราง นครไทย และชาติตระการ โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายด้วยการจับฉลากเช่นเดียวกัน ผลการสุ่มได้ อำเภอบางระกำ

**เครื่องมือการวิจัย** ผู้วิจัยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ซึ่งได้ปรับปรุงโดยอิงจากแนวคำถามเดิมที่พัฒนาโดย กัญญนัท ริปันโน และนภัชชล รอดเที่ยง (2567); เอกชัย เพียรศรีวรา, ภารินี หงส์สุวรรณ, เนตรชนก รัตนเนตร, และคณะ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 5 No. 3 September-December 2025

(2567) ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงสิทธิประโยชน์บริการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในพื้นที่ใกล้เคียงกัน แนวคำถามในงานวิจัยนี้มุ่งประเด็นเกี่ยวกับความตั้งใจการเข้าถึงบริการผ่านเทคโนโลยี ประกอบด้วย 1) ความประทับใจเกี่ยวกับการใช้บริการด้านสุขภาพ 2) ความรู้สึกเมื่อต้องใช้บริการด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชั่นต่าง ๆ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ค 3) ปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้างที่ทำให้ไม่สะดวกต่อการใช้บริการผ่านแอปพลิเคชั่นต่างๆ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ค 4) ความตั้งใจเข้าถึงบริการผ่านช่องต่างๆ

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพแนวคำถามการสนทนากลุ่ม โดยพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญด้านงานอนามัยแม่และเด็ก พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็ก และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย เพื่อประเมินแต่ละข้อคำถามในระดับ –1, 0 และ +1 ผลการคำนวณค่า IOC ของข้อคำถามเท่ากับ 1 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ 0.50 (บุญธรรม, 2557; Lynn, 1986) แสดงว่าแบบสอบถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้

**ระยะที่ 2** พัฒนา ทดลองใช้รูปแบบ Telehealth เพิ่มการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 2 ดำเนินการวิจัยดังนี้

2.1 ขั้นตอนการพัฒนา ผู้วิจัยใช้โมเดล ADDIE (A–D–D–I–E Model) (Branch & Varank, 2009) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์ (Analysis) การออกแบบ (Design) การพัฒนา (Development) การนำไปใช้ (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) ดำเนินการโดยผู้วิจัยได้ใช้ผลการศึกษาในระยะที่ 1 และร่วมเป็นทีมพัฒนากับกัญญนัท ริปันโน และนภัชชล รอดเที่ยง (2567); เอกชัย เพียรศรีวรา, ภารินี หงส์สุวรรณ, เนตรชนก รัตนเนตร, และคณะ (2567) มีบทบาทสนับสนุนข้อมูลจากพื้นที่ภาคสนามของเขตสุขภาพที่ 2 และมีส่วนร่วมในการออกแบบระบบ Telehealth ให้สอดคล้องกับบริบทของประชากรในเขตสุขภาพที่ 2

2.2 ขั้นตอนการทดลองรูปแบบ Telehealth ใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) 1 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group pre-post-test designs) ดำเนินการวิจัย ดังนี้

**ประชากร** คือ หญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี ที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพ ได้แก่ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง) สิทธิประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการข้าราชการและบุคลากรภาครัฐที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 12,077 คน (ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ, 2567)

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ หญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 (Faul et al., 2007; Kang, 2021) ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มเดียว โดยประมาณขนาด Effect size (d) เท่ากับ 0.80 (Landry, 2012) และกำหนด $\alpha$=0.05 อำนาจทดสอบ เท่ากับ 0.60 ผลการคำนวณ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 5 No. 3 September-December 2025

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 14 คน เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการวิจัย จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) เหมือนระยะที่ 1 ทั้งนี้ ขนาดตัวอย่างของงานวิจัยนี้ค่อนข้างเล็ก อาจมีผลทางสถิติที่ลดลงและมีผลกระทบจากความแปรปรวนหรือค่าผิดปกติ ทำให้ผลที่ได้อาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังทุกพื้นที่หรือทุกกลุ่มประชากรได้ เพราะลักษณะประชากรหรือบริบทพื้นที่อาจแตกต่างกัน ดังนั้น การตีความผลการวิจัยนี้จึงเป็นเฉพาะขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างและบริบทพื้นที่ศึกษาเท่านั้น

พื้นที่วิจัย คือ อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ คัดเลือกโดยใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ 1) เลือกจังหวัดที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย จังหวัดตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และอุตรดิตถ์ 2) เป็นจังหวัดที่มีข้อมูลอัตราการเสียชีวิตของมารดาไทยสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 2 ปี พ.ศ. 2566 3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย 4) มีความพร้อมด้านบุคลากรและเครือข่ายชุมชนที่สามารถให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน และ (5) เป็นพื้นที่มีความหลากหลายทางบริบททั้งด้านภูมิศาสตร์ สังคม และการจัดบริการสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ข้างต้น พบว่า จังหวัดเพชรบูรณ์ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกอำเภอเพื่อเป็นพื้นที่ศึกษา โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากจากรายชื่ออำเภอทั้งหมด 11 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ หล่มสัก หล่มเก่า เขาค้อ วิเชียรบุรี วังโป่ง หนองไผ่ บึงสามพัน ศรีเทพ น้ำหนาว และชนแดน ผลการจับฉลากได้ อำเภอเขาค้อ เป็นพื้นที่ศึกษาในครั้งนี้ อำเภอเขาค้อมีลักษณะภูมิประเทศเป็นภูเขาสูง หมู่บ้านกระจายตัวอยู่ตามเชิงเขา หลายชุมชนตั้งอยู่ห่างจากสถานบริการสุขภาพ การเดินทางเพื่อเข้าถึงบริการสาธารณสุขมีข้อจำกัด บางพื้นที่ต้องใช้เวลาเดินทางเกิน 30–60 นาที โครงสร้างประชากรเป็นชนบทและมีชนกลุ่มน้อยอาศัยอยู่ วิถีชีวิตและวัฒนธรรมมีความหลากหลาย รวมทั้งมีข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานและการเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศ บริบทดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบบริการที่สามารถเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายได้อย่างทั่วถึงและเหมาะสมกับพื้นที่

**เครื่องมือการวิจัย** คือ แบบสอบถามการรับรู้สิทธิ ความตั้งใจใช้บริการ และความพึงพอใจต่อการใช้ Telehealth เพิ่มการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในเขตสุขภาพที่ 2 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงโดยอิงจากแบบสอบถาม “การเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์” ที่พัฒนาโดย กัญญนัท ริปันโน และนภัชชล รอดเที่ยง (2567); เอกชัย เพียรศรีวรา, ภารินี หงส์สุวรรณ, เนตรชนก รัตนเนตร, และคณะ (2567) ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา การมีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สิทธิประโยชน์

2.1 สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การรับบริการฝากครรภ์ บริการตรวจหลังคลอด บริการเยี่ยมบ้าน การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัด (Rating scale) ได้แก่ ไม่ทราบ=1 คะแนน เคยได้ยินสิทธิบ้าง=2 คะแนน ทราบสิทธิปานกลาง=3 คะแนน ทราบสิทธิค่อนข้างชัดเจน=4 คะแนน และทราบสิทธิ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 5 No. 3 September-December 2025

ละเอียดและมั่นใจว่าใช้สิทธิได้ การแปลผลพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best & Kahn, 1997) ได้แก่ คะแนน 35-50 การรับรู้อยู่ในระดับสูง, คะแนน 20-34 การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 5-19 การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

2.2 สำหรับผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี ได้แก่ การตรวจคัดกรองเด็ก 0-5 ปี พัฒนาการ การได้รับวัคซีน การเจริญเติบโต สายตา จำนวน 7 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัด (Rating scale) ได้แก่ ไม่ทราบ=1 คะแนน เคยได้ยินสิทธิบ้าง=2 คะแนน ทราบสิทธิปานกลาง=3 คะแนน ทราบสิทธิค่อนข้างชัดเจน=4 คะแนน และทราบสิทธิละเอียดและมั่นใจว่าใช้สิทธิได้ การแปลผลพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best & Kahn, 1997) ได้แก่ คะแนน 25-35 การรับรู้อยู่ในระดับสูง, คะแนน 15-24 การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 5-14 การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ความตั้งใจใช้บริการ Telehealth แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

3.1 สำหรับหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ การให้คำแนะนำที่จำเป็น เช่น การดูแลครรภ์ การวางแผนครอบครัว โรงเรียนพ่อแม่ การประเมินสุขภาพจิต การแนะนำเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัด (Rating scale) ได้แก่ ไม่ใช้เลย=1 คะแนน มีแนวโน้มจะใช้น้อย=2 คะแนน มีแนวโน้มใช้ปานกลาง=3 คะแนน มีแนวโน้มใช้ค่อนข้างมาก=4 และมีแนวโน้มใช้แน่นอน=5 คะแนน การแปลผลพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best & Kahn, 1997) ได้แก่ คะแนน 19-25 ระดับความตั้งใจสูง, คะแนน 12-18 ระดับความตั้งใจปานกลาง และ คะแนน 5-11 ระดับความตั้งใจต่ำ

3.2 สำหรับผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ บริการส่งเสริมและป้องกันโรค ประเมินพัฒนาการ ประเมินการเจริญเติบโต ปัญหาโรคทั่วไป การให้วัคซีน การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัด (Rating scale) ได้แก่ ไม่ใช้เลย=1 คะแนน มีแนวโน้มจะใช้น้อย=2 คะแนน มีแนวโน้มใช้ปานกลาง=3 คะแนน มีแนวโน้มใช้ค่อนข้างมาก=4 และมีแนวโน้มใช้แน่นอน=5 คะแนน การแปลผลพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best & Kahn, 1997) ได้แก่ คะแนน 21-25 ความตั้งใจสูง, คะแนน 13-20 ความตั้งใจปานกลาง และ คะแนน 5-12 ความตั้งใจต่ำ

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อการใช้ Telehealth จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการใช้งานด้านความสะดวก ความเสถียร และความพึงพอใจ ข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัด (Rating scale) ได้แก่ ไม่เห็นด้วย=1 คะแนน เห็นด้วย=2 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง=3 คะแนน เห็นด้วยมาก=4 คะแนน และเห็นด้วยมากที่สุด=5 คะแนน การแปลผลค่าเฉลี่ยพิจารณาแบ่งช่วงตามเกณฑ์ของลินด์เนอร์ (Lindner & Lindner, 2024) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 =ระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50=ระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50=ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50=ระดับพอใช้ และค่าเฉลี่ย 1.00-1.50=ระดับปรับปรุง

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามในระยะที่ 2 โดยพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 5 No. 3 September-December 2025

Item-Objective Congruence: IOC) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เหมือนระยะที่ 1 ผลการคำนวณพบว่าค่า IOC ของข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ 0.50 (บุญธรรม, 2557; Lynn, 1986) แสดงว่าแบบสอบถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนของการรับรู้สิทธิประโยชน์ ความตั้งใจใช้บริการ Telehealth และความพึงพอใจต่อการใช้ Telehealth วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์ได้เท่ากับ 0.83, 0.94 และ 0.90 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด คือ ≥0.70 (บุญธรรม, 2557) แสดงว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นในระดับดีและสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**ระยะที่ 3** ประเมินผลรูปแบบ Telehealth เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในเขตสุขภาพที่ 2 ระยะนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ดำเนินการวิจัยโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ดังนี้

**ประชากร** คือ หญิงตั้งครรภ์และสามี ที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพ ได้แก่ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) สิทธิประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการข้าราชการและบุคลากรภาครัฐที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 740 คน (ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ, 2567)

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ หญิงตั้งครรภ์ และสามี ที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 6 คน สามีหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 3 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) เหมือนระยะที่ 1

พื้นที่วิจัย คือ อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ ดำเนินการคัดเลือกโดยใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจงเนื่องจากเป็นพื้นที่ทดลองในระยะที่ 2

**เครื่องมือการวิจัย** คือ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ซึ่งได้ปรับปรุงโดยอิงจากแนวคำถามที่พัฒนาโดย กัญญนัท ริปันโน และนภัชชล รอดเที่ยง (2567); เอกชัย เพียรศรีวรา, ภารินี หงส์สุวรรณ, เนตรชนก รัตนเนตร, และคณะ (2567) แนวคำถามในงานวิจัยนี้มุ่งประเด็นเกี่ยวกับมุมมองการพัฒนา Telehealth เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย (1) ความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้รับบริการผ่านช่องทางออนไลน์ (2) ประสบการณ์การใช้บริการด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชั่นต่าง ๆ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ค (3) ข้อเสนอแนะการพัฒนาหรือการให้บริการผ่านช่องทางออนไลน์

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เหมือนระยะที่ 1 ผลการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 5 No. 3 September-December 2025

คำนวณพบว่าค่า IOC ของข้อคำถามเท่ากับ 1 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ 0.50 (บุญธรรม, 2557; Lynn, 1986) แสดงว่าแบบสอบถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในช่วงเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2566 ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยทีมผู้วิจัยที่ได้รับการอบรมทำความเข้าใจข้อคำถามและสาธิตฝึกปฏิบัติก่อนเก็บข้อมูล จัดการสนทนากลุ่ม เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มที่ 2 คือ ผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที บันทึกข้อมูลทั้งแบบเสียงและภาคสนามโดยทีมผู้ช่วยนักวิจัย

ระยะที่ 2 พัฒนา ทดลองใช้รูปแบบ Telehealth เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) 1 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group pre-post-test designs) ในเดือนกันยายน 2566-กุมภาพันธ์ 2567 ดำเนินการติดตามกลุ่มตัวอย่างโดยการสร้างกลุ่มสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ เพื่อส่งข่าวสาร แจ้งกำหนดการเก็บข้อมูล และให้คำแนะนำการใช้บริการ Telehealth และเก็บข้อมูลโดยทีมผู้วิจัยที่ได้รับการอบรมทำความเข้าใจข้อคำถามและสาธิตฝึกปฏิบัติก่อนเก็บข้อมูล ใช้แบบสอบถามการรับรู้สิทธิ ความตั้งใจใช้บริการและความพึงพอใจต่อการใช้ Telehealth ก่อนทดลอง (Pre-test) และหลังทดลอง (Post-test) ในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบ Telehealth เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในเขตสุขภาพที่ 2 ในเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2567 ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยทีมผู้วิจัยที่ได้รับการอบรมทำความเข้าใจข้อคำถามและสาธิตฝึกปฏิบัติก่อนเก็บข้อมูล จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที บันทึกข้อมูลทั้งแบบเสียงและภาคสนามโดยทีมผู้ช่วยนักวิจัย

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ เพศ อาชีพ การศึกษา รายได้

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้สิทธิ และความตั้งใจใช้บริการต่อการใช้Telehealth ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test

3. วิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการใช้ Telehealth ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic Analysis) การเข้ารหัสสองรอบ (Initial Coding และ Focused Coding) และจัดกลุ่มประเด็นหลัก (Themes) และประเด็นย่อย (Sub-themes) พร้อมตรวจสอบความสอดคล้องโดยผู้วิเคราะห์มากกว่า 1 คนเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 5 No. 3 September-December 2025

## จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์กรมอนามัย ใบอนุมัติจากคณะกรรมการ รหัส 639/2566 ลงวันที่ 6 กรกฎาคม 2566 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าและการถอนตัวไม่มีผลกระทบต่อการมารับบริการ

## ผลการวิจัย

**ระยะที่ 1** ศึกษาสถานการณ์ความตั้งใจในการเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี ผู้วิจัยได้สรุปตามกรอบทฤษฎี Theory of Planned Behavior (TPB) (Glanz et al., 2008) สรุปผลได้ดังนี้

ด้านเจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward behavior) จากการสนทนากลุ่มสะท้อนว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเชิงบวกต่อการใช้บริการ เช่น “เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำดี ประทับใจในการบริการที่เป็นมิตร” “หมอเก่ง ทำให้ลูกไม่ร้องไห้” เมื่อสอบถามถึงประสบการณ์การใช้ Telehealth เช่น แอปพลิเคชัน “แม่และเด็ก” หรือ “เฟสบุ๊ค กลุ่มแม่และลูก” พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเชิงลบซึ่งไม่สามารถตอบโจทย์ตามความต้องการเฉพาะได้ เช่น *“บางอย่างก็ไม่ละเอียดพอ ต้องมาคุยกับหมอมากกว่า”* จากข้อมูลสรุปประเด็นหลักได้ว่าเจตคติเชิงบวกต่อการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเผชิญหน้า แต่ต้องการ Telehealth ให้สามารถโต้ตอบและให้ข้อมูลชัดเจน เพื่อเพิ่มการยอมรับและใช้งานในได้มากขึ้น

ด้านอิทธิพลจากสังคมหรือบุคคลสำคัญ (Subjective Norm) จากการสนทนากลุ่ม พบว่า แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการ และมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการ เช่น *“อสม. โทรมาบอกให้ไปฉีดวัคซีน ยายก็พาหลานไปฉีดวัคซีน” “ครูให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพาเด็กไปทำฟัน การฉีดวัคซีน ผ่านกลุ่มไลน์ของศูนย์เด็กเล็ก”* อย่างไรก็ดี ข้อมูลสิทธิประโยชน์ยังไม่ทั่วถึงกลุ่มที่ไม่ได้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่โดยตรงมักจะขาดข้อมูล จากข้อมูลสรุปประเด็นหลักได้ว่า การใช้เครือข่ายผู้มีอิทธิพลในชุมชน เช่น อสม. ครู หรือผู้ใหญ่บ้าน เป็นกลไกสำคัญในการกระตุ้นการใช้บริการทั้งแบบพบหน้าและผ่านระบบออนไลน์

ด้านการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า สามารถสะดวกเดินทางและไม่มีอุปสรรคต่อการมารับบริการ ใช้เวลา 5-20 นาที และค่าใช้จ่ายต่ำ เช่น *“บ้านอยู่ไม่ไกล ใช้เวลาแค่สิบนาทีถึงอนามัย”* สำหรับการเข้าถึงบริการ Telehealth พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนสามารถควบคุมการใช้งานได้ แต่ยังมีข้อจำกัด เช่น *“สามารถควบคุมพฤติกรรมให้ใช้บริการผ่านระบบออนไลน์ได้” “ยายที่เลี้ยงหลาน ไม่มีทักษะการใช้งานแอปพลิเคชัน หรือสมาร์ทโฟน” “เจ้าหน้าที่น้อยอาจทำให้ไม่สามารถตอบสนองและให้บริการแบบออนไลน์ได้ โดยเฉพาะในเวลาราชการ”* จากข้อมูลสรุปประเด็นหลักได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าตนเองสามารถควบคุมให้การเข้าถึงบริการผ่าน Telehealth ได้ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านทักษะดิจิทัลและความเพียงพอของบุคลากร

สรุปจากระยะที่ 1 คือ รูปแบบ Telehealth ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 ควรสร้างเจตคติเชิงบวกผ่านการนำเสนอประสบการณ์ตรงจากผู้ใช้จริง ใช้กลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลในชุมชนเป็นกลไกกระตุ้นพฤติกรรมการใช้ เช่น อสม. ครู เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และต้องออกแบบให้ใช้งานง่าย เพิ่มระบบโต้ตอบเพื่อลดปัญหาการตอบคำถามที่ล่าช้า

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 5 No. 3 September-December 2025

**ระยะที่ 2** การพัฒนา Telehealth เพิ่มการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการพัฒนาตามโมเดล ADDIE (Branch & Varank, 2009) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ใช้ในการพัฒนา โดยใช้ข้อมูลจากระยะที่ 1 ที่ผ่านการวิเคราะห์เชิงประเด็นตามกรอบทฤษฎี Theory of Planned Behavior (TPB) (Glanz et al., 2008) เป็นข้อมูลนำเข้าและประกอบการพัฒนา ดังนี้

A: Analysis (การวิเคราะห์) ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มในระยะที่ 1 ได้นำมาใช้วิเคราะห์ความต้องการและปัจจัยสำคัญที่ควรนำไปออกแบบ Telehealth จากคำพูดของตัวอย่าง เช่น *“เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำดี ประทับใจในการบริการที่เป็นมิตร” “บางอย่างก็ไม่ละเอียดพอ ต้องมาคุยกับหมอมากกว่า”* และ “อสม. โทรมาบอกเรื่องสิทธิประโยชน์ให้ไปฉีดวัคซีน” สรุปเป็นประเด็นหลักเพื่อการพัฒนา คือ เจตคติเชิงบวกต่อการบริการสุขภาพ ความจำเป็นต้องมีระบบตอบคำถามแบบโต้ตอบ และการใช้บุคคลที่มีอิทธิพล เช่น อสม. และครู เป็นแรงกระตุ้นให้ใช้บริการ

D: Design (การออกแบบ) การดำเนินการวิจัยในระยะนี้อยู่ภายใต้กรอบของโครงการวิจัยร่วมของ กัญญนัท ริปันโน และนภัชชล รอดเที่ยง (2567); เอกชัย เพียรศรีวรา, ภารินี หงส์สุวรรณ, เนตรชนก รัตนเนตร, และคณะ (2567) โดยประยุกต์ใช้ระบบ Telehealth ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งเป็นการต่อยอดจากงานวิจัยดังกล่าว ทั้งนี้ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ร่วมออกแบบและเป็นผู้ร่วมพัฒนาองค์ประกอบของระบบ Telehealth ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 โดยอ้างอิงข้อมูลและข้อค้นพบจากการศึกษาระยะที่ 1 มาร่วมระดมความคิดกับทีมพัฒนาระบบ จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบความต้องการหลักของผู้ใช้ เช่น *“อยากให้แอปฯ มีระบบแจ้งเตือนนัดหมายและให้คำแนะนำเรื่องสิทธิที่ใช้ได้จริง” “ถ้าให้คุยกับเจ้าหน้าที่ได้เลยในไลน์จะสะดวกมาก”* มาประกอบการระดมความคิดเห็นกับทีมพัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ความต้องการของผู้ใช้งานและออกแบบระบบให้ตอบสนองบริบททางภูมิศาสตร์และสังคมของกลุ่มเป้าหมาย

ผลลัพธ์จากการพัฒนาในระยะนี้ คือ “แอปพลิเคชันไลน์ MorAnamai” ประกอบด้วยฟังก์ชันการใช้งานหลัก ได้แก่ “การลงทะเบียน การตรวจสอบสิทธิด้านสุขภาพ การประเมินสุขภาพ การนัดหมายเพื่อเข้ารับบริการ และการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในรูปแบบวิดีโอคอล”กระบวนการออกแบบทั้งหมดดำเนินการโดยอิงหลักการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ซึ่งให้ความสำคัญกับข้อเสนอแนะจากชุมชน ความต้องการเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย และผลการศึกษาจากระยะก่อนหน้าเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา

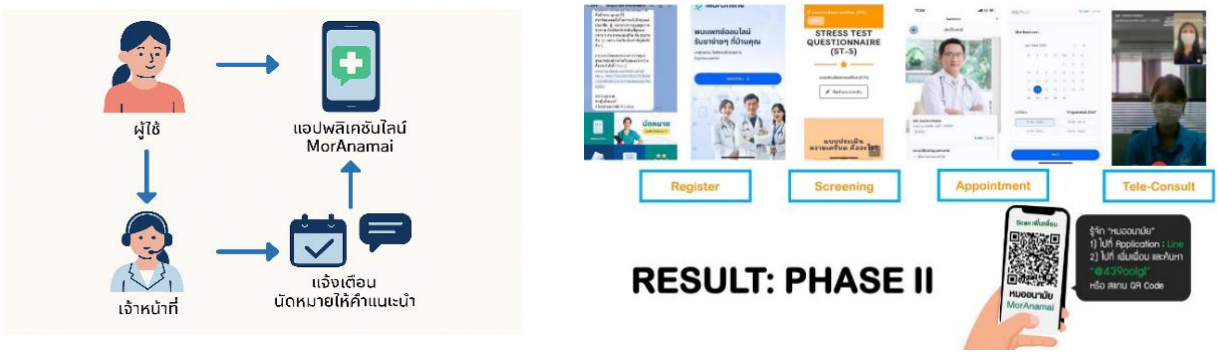
D: Development (การพัฒนา) เมื่อได้ต้นแบบของ “แอปพลิเคชันไลน์ MorAnamai” ที่ยึดหลักความเรียบง่ายใช้งานสะดวก จึงได้นำแบบจำลองไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และปรับปรุงระบบตามข้อเสนอแนะ เช่น *“มีศัพท์เทคนิคเฉพาะทางการแพทย์ ทำให้อ่านแล้วไม่เข้าใจ” “ต้องรอเจ้าหน้าที่ตอบคำถาม ซึ่งบางครั้งไม่ตอบทันที”* ดังนั้น การปรับปรุงจึงได้ปรับโครงสร้างเมนูให้เข้าใจง่ายขึ้น และเพิ่มข้อความแจ้งเตือนอัตโนมัติ

I: Implementation (การนำไปใช้) “แอปพลิเคชันไลน์ MorAnamai” นำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายจริง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 2 โดยมีเจ้าหน้าที่ อสม. และครูศูนย์เด็กเล็กในชุมชนเป็น

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 5 No. 3 September-December 2025

ผู้ช่วยสื่อสาร ให้คำแนะนำ และสนับสนุนการใช้งาน เพื่อให้การใช้บริการ Telehealth เป็นไปอย่างครอบคลุมและเข้าใจง่าย พบว่า “มีแจ้งเตือนนัดหมายในไลน์ ทำให้ไม่ลืมวันนัด”

สรุปผลการออกแบบและพัฒนา ได้“แอปพลิเคชันไลน์ MorAnamai” ที่ตอบสนองต่อกับกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ การสร้างเจตคติเชิงบวก การใช้เครือข่ายบุคคลสำคัญสนับสนุนการใช้งาน และการออกแบบระบบให้ใช้งานง่ายและตอบสนองทันที




**แผนภาพที่ 1** แผนภาพการทำงานของ “MorAnamai”

E: Evaluation (การประเมินผล) ผู้วิจัยใช้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการรับรู้สิทธิประโยชน์ ความตั้งใจใช้ Telehealth ก่อน-หลังการทดลอง และความพึงพอใจต่อการใช้ Telehealth หลังการทดลอง สรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 81.82 มีอายุเฉลี่ย 30 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 58.18 ใช้สิทธิด้านสุขภาพประเภทเบิกได้ ร้อยละ 38.18 รองลงมาใช้สิทธิประกันสังคม และบัตรทอง ร้อยละ 30.91 และ 27.27 ตามลำดับ

2. ผลการประเมินการใช้ Telehealth “แอปพลิเคชันไลน์ MorAnamai” มีดังนี้

2.1 คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้สิทธิเท่ากับ 31.54 (S.D.=4.46) หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 34.77 (S.D.=8.21) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=-1.652, $p$=.099) สำหรับความตั้งใจที่จะใช้ Telehealth ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.00 (S.D.=1.71) หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.00 (S.D.=3.64) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=-3.087, $p$=.002) ดังตารางที่ 1

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 5 No. 3 September-December 2025

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สิทธิ และความตั้งใจต่อการใช้แอปพลิเคชันไลน์ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test (n=13)

| ตัวแปร | ก่อนใช้รูปแบบ | | หลังใช้รูปแบบ | | Z | Asymp Sign. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mean | S.D. | Mean | S.D. | | (2-tailed) |
| การรับรู้สิทธิ | 31.54 | 4.46 | 34.77 | 8.21 | -1.652 | .099 |
| ความตั้งใจใช้ Telehealth | 15.00 | 1.71 | 19.00 | 3.64 | -3.087 | .002* |

*$p$-value<.05

2.2 คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้สิทธิเท่ากับ 33.79 (S.D.=4.26) หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.57 (S.D.=6.02) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($Z$=-1.809, $p$=.700) สำหรับความตั้งใจที่จะใช้ Telehealth ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.00 คะแนน (S.D.=4.87) หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.21 (S.D.=1.42) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($Z$=-3.185, $p$=.001) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สิทธิ และความตั้งใจต่อการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test (n=14)

| ตัวแปร | คะแนนเฉลี่ยก่อนใช้รูปแบบ | | คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบ | | Z | Asymp Sign. (2-tailed) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mean | S.D. | Mean | S.D. | | |
| การรับรู้สิทธิ | 33.79 | 4.26 | 36.57 | 6.02 | -1.809 | .700 |
| ความตั้งใจใช้ Telehealth | 17.00 | 4.87 | 24.21 | 1.42 | -3.185 | .001* |

*$p$-value<.05

2.3 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้งานด้านความสะดวก ความเสถียร และความพึงพอใจ ภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับดี Mean=3.82 (S.D.=0.65), 3.60 (S.D.=0.70 และ 3.81 (S.D.=0.74) ตามลำดับ สำหรับด้านความปลอดภัยของระบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง Mean=3.46 (S.D.=0.77) ดังตารางที่ 3

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 5 No. 3 September-December 2025

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้ Telehealth หลังการทดลองในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี (n=27)

| ตัวแปร | Mean | S.D. | ระดับ |
|---|---|---|---|
| ความสะดวก | 3.82 | 0.65 | ดี |
| ความปลอดภัย | 3.46 | 0.77 | ปานกลาง |
| ความเสถียร | 3.60 | 0.70 | ดี |
| ภาพรวม | 3.81 | 0.74 | ดี |

ระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบการใช้ Telehealth ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการพัฒนา Telehealth เพิ่มการเข้าถึงสิทธิประโยชน์สำหรับหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี เขตสุขภาพที่ 2 ขั้นตอนนี้กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์จำนวน 6 คน และ สามีของหญิงตั้งครรภ์จำนวน 3 คน มีลักษณะสำคัญคือ เป็นผู้มีสิทธิได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค มีสมาร์ทโฟนและเข้าถึงเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ทุกคนมีสมาร์ทโฟนส่วนตัว ราคาประมาณ 5,000 บาท และใช้งานแอปพลิเคชันพื้นฐานได้ เช่น LINE, Facebook, YouTube ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสัญญาณ จ่ายค่าอินเทอร์เน็ตเฉลี่ยเดือนละประมาณ 200 บาท มีการใช้ WiFi จากบ้านหรือจุดบริการสาธารณะ ประสบการณ์ใช้ช่องทางออนไลน์ เคยใช้แอปพลิเคชันทางสุขภาพ เช่น “หมอพร้อม” ไลน์กลุ่มของโรงพยาบาล Facebook กลุ่มแม่และเด็ก เพื่อรับข้อมูลและปรึกษาเจ้าหน้าที่ ข้อจำกัด คือ บางรายพบปัญหาการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อนเกินไป หรือ แอปพลิเคชันบางตัวไม่รองรับในโทรศัพท์รุ่นเก่า จากการสนทนากลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีมุมมองเกี่ยวกับรูปแบบ Telehealth คือ ควรใช้งานง่าย ปลอดภัย เนื้อหาเข้าใจง่าย พร้อมมีเครือข่ายชุมชนช่วยสนับสนุน และจัดการให้เข้าถึงได้ทั้งออนไลน์และออฟไลน์เพื่อลดข้อจำกัดด้านพื้นที่และการเดินทาง ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** มุมมองของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับรูปแบบ Telehealth เพื่อเพิ่มการเข้าถึงสิทธิประโยชน์สำหรับหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี เขตสุขภาพที่ 2

| มุมมองจากกลุ่มตัวอย่าง | ข้อเสนอเพื่อพัฒนา Telehealth เพิ่มการเข้าถึงบริการ |
|---|---|
| ด้านการเข้าถึงข้อมูล | - พัฒนาเนื้อหาสุขภาพด้วยภาษาง่าย หลีกเลี่ยงคำทางเทคนิค ใช้ภาพและเสียงประกอบ<br>- สนับสนุนแพ็กเกจอินเทอร์เน็ตราคาถูกในพื้นที่ชนบท และมี free WiFi จุดสำคัญ<br>- พัฒนาสื่อคลิปวิดีโอ/แอนิเมชัน ความยาว 5–15 นาที ให้เข้าใจง่ายและน่าติดตาม<br>- เพิ่มระบบแจ้งเตือนนัดหมายสุขภาพล่วงหน้า ผ่าน LINE หรือแอปพลิเคชันต่าง ๆ<br>- พัฒนา Telehealth แบบออฟไลน์แบบคู่ขนาน เพื่อบริการในพื้นที่ห่างไกล และลดภาระการเดินทาง |
| ด้านความปลอดภัย | - ออกแบบระบบโดยไม่ต้องระบุข้อมูลส่วนตัวมากเกินไป และเพิ่มการเข้ารหัสความเป็นส่วนตัว |

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 5 No. 3 September-December 2025

**ตารางที่ 4** มุมมองของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับรูปแบบ Telehealth เพื่อเพิ่มการเข้าถึงสิทธิประโยชน์สำหรับหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี เขตสุขภาพที่ 2 (ต่อ)

| มุมมองจากกลุ่มตัวอย่าง | ข้อเสนอเพื่อพัฒนา Telehealth เพิ่มการเข้าถึงบริการ |
|---|---|
| ด้านความสะดวกในการใช้งาน | - ออกแบบให้ใช้งานง่าย โหลดง่าย ไม่ต้องสแกนหรือสมัครหลายขั้นตอน<br>- ลดขั้นตอนลงทะเบียน เช่น ไม่บังคับอีเมลหรือรหัสผ่านที่ซับซ้อน |
| ด้านความต้องการการสนับสนุนในชุมชน | - ฝึกอบรม อสม. และเจ้าหน้าที่ชุมชนให้เป็นที่ปรึกษาการใช้ Telehealth |

## อภิปรายผล

จากผลการวิจัยศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 2 ระยะที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเชิงบวกต่อบริการสุขภาพและสะท้อนว่าบุคคลในชุมชน เช่น อสม. และครู มีอิทธิพลสำคัญต่อการเข้าถึงบริการ อธิบายได้ว่าผู้ใช้บริการต้องการช่องทางการสื่อสารสองทางที่ตอบสนองได้รวดเร็ว ชัดเจน เข้าถึงง่ายและมีเครือข่ายสนับสนุนช่วยให้คำแนะนำการใช้งาน และต้องมีระบบการแจ้งเตือนให้คำปรึกษาแบบโต้ตอบเพื่อลดช่องว่างด้านความรู้ ผลการศึกษาในระยะนี้จึงเป็นฐานข้อมูลสำคัญที่นำไปสู่การออกแบบ Telehealth ให้ตรงกับความต้องการจริงของกลุ่มเป้าหมาย

ในการพัฒนา Telehealth ระยะที่ 2 ได้ออกแบบและพัฒนารูปแบบการให้บริการที่มีลักษณะโต้ตอบสองทาง โดยเน้นฟังก์ชันการสื่อสารที่ใช้งานง่ายสำหรับผู้ใช้ เช่น การสนทนาผ่านแชตในไลน์ การโทรวิดีโอคอลกับเจ้าหน้าที่ และการส่งข้อความแจ้งเตือนอัตโนมัติ เพื่อเตือนวันนัดหมายหรือให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ระบบดังกล่าวพัฒนาขึ้นภายใต้ชื่อ “แอปพลิเคชันไลน์ MorAnamai” ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสื่อสารแบบผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง (Scott Kruse et al., 2018) ที่มุ่งให้ผู้ใช้สามารถมีส่วนร่วมและได้รับข้อมูลตามความต้องการได้อย่างสะดวกและตรงตามความต้องการ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลหลังการทดลองใช้แอปพลิเคชั่น พบว่า คะแนนการรับรู้สิทธิประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p$=.099 และ $p$=.700) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพื้นฐานความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์อยู่แล้วก่อนการเข้าร่วมทดลอง ซึ่งได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่นมาก่อน เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีการสร้างกลุ่มไลน์ของหญิงตั้งครรภ์และส่งข้อมูลประจำวัน รวมทั้งพยาบาลในกลุ่มคอยตอบคำถาม ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนว่า *“ โรงพยาบาลมีไลน์ของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีสมาชิก 44 คน เจ้าหน้าที่ส่งเนื้อหาทุกวัน และพยาบาลเป็นคนตอบคำถาม”* ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ทดลองใช้ “MorAnamai” ซึ่งนำเสนอข้อมูลในแนวทางใกล้เคียงกัน จึงไม่ทำให้ระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด อีกประเด็นหนึ่งเนื้อหาในแอปพลิเคชันอาจยังไม่ตอบโจทย์ความต้องการข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายได้ ส่งผลให้การรับรู้สิทธิประโยชน์โดยรวมไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญตามสถิติ

สำหรับความตั้งใจใช้ Telehealth ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p$=.002 และ $p$=.001) อธิบายได้ว่า ถึงแม้ความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์จะไม่เปลี่ยน แต่การได้ทดลองใช้ “MorAnamai” ซึ่งออกแบบให้ใช้งานง่ายและตอบสนองได้รวดเร็ว ช่วยสร้าง ประสบการณ์ตรง ในการเข้าถึงบริการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 5 No. 3 September-December 2025

สุขภาพผ่าน Telehealth การมีระบบแจ้งเตือน นัดหมาย และการสื่อสารแบบโต้ตอบกับเจ้าหน้าที่ในไลน์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าใช้งานได้จริงในชีวิตประจำวัน ลดอุปสรรคเรื่องเวลาและการเดินทาง เกิดความมั่นใจในการใช้บริการในอนาคต สอดคล้องกับทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model: TAM) ของ Davis, Bagozzi, & Warshaw (1989) ที่ระบุว่าบุคคลที่การรับรู้ว่าเทคโนโลยีมีประโยชน์ (Perceived Usefulness) และรับรู้ว่าเทคโนโลยีง่ายต่อการใช้งาน (Perceived Ease of Use) ย่อมส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมการใช้งานจริงของผู้ใช้บริการ

สำหรับมุมมองของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการพัฒนา Telehealth เพิ่มการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนความเห็นในด้านการเข้าถึงบริการ ด้านความปลอดภัย ด้านความสะดวกในการใช้งาน และด้านความต้องการสนับสนุนในชุมชน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการพัฒนา Telehealth เพื่อให้เหมาะกับเขตสุขภาพที่ 2 ต้องไม่ใช่เพียงแค่ออกแบบเทคโนโลยี แต่ต้องยึดโยงกับพฤติกรรมผู้ใช้ บริบทท้องถิ่น และเครือข่ายชุมชน เพื่อให้การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพเป็นไปได้จริงในทางปฏิบัติอย่างทั่วถึงและยั่งยืน สอดคล้องกับผลการวิจัยทั้งในและต่างประเทศ พบว่า การพัฒนาระบบ Telehealth ที่ยึดผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ใช้ ถือเป็นหัวใจสำคัญของการออกแบบระบบที่ประสบความสำเร็จ

“แอปพลิเคชันไลน์ “MorAnamai” ที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถขยายผลสู่ระดับนโยบายโดยสามารถบูรณาการเข้ากับแพลตฟอร์ม เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสิทธิประโยชน์ การนัดหมาย และการให้คำปรึกษาในระบบเดียวกัน ลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มความสะดวกให้ประชาชน นอกจากนี้ยังสามารถสนับสนุนแนวทางการพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-centered Digital Health) ตามข้อเสนอขององค์การอนามัยโลก (2021) เพื่อขยายการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพไปสู่พื้นที่อื่น ๆ ได้ในอนาคต การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างเล็ก และดำเนินการใน พื้นที่จำกัด จึงไม่สามารถสรุปผลไปใช้ทั่วไปได้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นและหลากหลายมากขึ้น รวมทั้งติดตามผลระยะยาวเพื่อยืนยันผลลัพธ์และพัฒนา Telehealth ให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

## การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ควรมีการพัฒนาเนื้อหา ระบบแจ้งเตือน และเครื่องมือเสริมการใช้งาน Telehealth อย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มความเข้าใจให้สามารถใช้งานได้จริงโดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบางที่มีข้อจำกัดด้านทักษะดิจิทัล

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษารูปแบบการนำ Telehealth ไปใช้ในกลุ่มอื่น ๆ ที่มีลักษณะเฉพาะเช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อออกแบบระบบบริการที่เหมาะสมกับบริบท และความต้องการเฉพาะกลุ่มอย่างแท้จริง

## เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2566). *รายงานผลการดำเนินงานด้านการสนับสนุนบริการสุขภาพ ประจำปี 2566*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 5 No. 3 September-December 2025

## เอกสารอ้างอิง

กัญญนัท ริปันโน, และนภัชชล รอดเที่ยง. (2567). การพัฒนารูปแบบการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน telehealth เขตสุขภาพที่ 10. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี, 12*(1), 16-31.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2557). *การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือวัดเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ. (2567). *ฐานข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2564-2566*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). *ระบบสารสนเทศหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.* กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

เอกชัย เพียรศรีวรา, ภารินี หงส์สุวรรณ, เนตรชนก รัตนเนตร, และณัฏฐา ฐานีพานิชสกุล. (2567). *การศึกษาการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน telehealth*. สืบค้นจาก https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6118?locale-attribute=th

Best, J. W., & Kahn, J. V. (1997). Research in education. New Jersey: Printice Hall. In: Inc.

Branch, R. M., & Varank, I. (2009). *Instructional design: The addie approach*. New York: Springer.

Davis, F. D., Bagozzi, R. P., & Warshaw, P. R. (1989). User acceptance of computer technology: A comparison of two theoretical models. *Management Science, 35*(8), 982-1003. https://doi.org/10.1287/mnsc.35.8.982?utm_source=chatgpt.com.

Feng, Y., Zhao, J., Wei, J., Wang, Y., Zhou, J., & Yuan, X. (2023). Pregnancyline: A visual analysis system for pregnancy care and risk communication. *IEEE Transactions on Visualization and Computer Graphics, 29*(1), 810-820.

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2008). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed.). Hoboken, NJ: Jossey-Bass/Wiley.

Kieny, M., & Evans, D. (2013). Universal health coverage. *Eastern Mediterranean Health Journal*, *9*(14), 305-306.

Lee, B. X., Kjaerulf, F., Turner, S., Cohen, L., Donnelly, P. D., Muggah, R., et al. (2016). Transforming our world: Implementing the 2030 agenda through sustainable development goal indicators. *Journal of Public Health Policy, 37*(Suppl1), 13-31.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 5 No. 3 September-December 2025

## เอกสารอ้างอิง

Lindner, J. R., & Lindner, N. J. (2024). Interpreting Likert-type scales, summated scales, unidimensional scales, and attitudinal scales: I neither agree nor disagree, Likert or not. *Advancements in Agricultural Development, 5*(2), 152-163.

Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research, 35*(6), 382–385.

Scott Kruse, C., Karem, P., Shifflett, K., Vegi, L., Ravi, K., & Brooks, M. (2018). Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare, 24*(1), 4-12.

Tangcharoensathien, V., Limwattananon, S., Patcharanarumol, W., Thammatacharee, J., Jongudomsuk, P., & Sirilak, S. (2015). Achieving universal health coverage goals in thailand: The vital role of strategic purchasing. *Health Policy and Planning, 30*(9), 1152-1161.

World Health Organization. (2010). *Telemedicine: Opportunities and developments in Member States: Report on the second global survey on eHealth (Global Observatory for eHealth Series, Volume 2)*. Retrieved from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44497.

World Health Organization. (2019). *Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report.* Retrieved from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240029040.

World Health Organization. (2021). *Global strategy on digital health 2020-2025*. Geneva: World Health Organization.