

(โครงสร้าง)การศึกษาการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิด  
อย่างมีคุณภาพผ่าน Telehealth  
การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค  
ที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน Telehealth  
สำนักส่งเสริมสุขภาพ

### หลักการและเหตุผล

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ประเทศไทยดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมาที่ได้รับการยกย่องจากนานาประเทศและองค์การอนามัยโลกว่าเป็นโครงการที่ทำให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะการให้ความสำคัญของบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์เดียวในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จัดให้กับประชาชนคนไทยทุกสิทธิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ อัตราการป่วย/อัตรารายที่เป็นภาระโรคของประเทศและส่งเสริมสุขภาพ แต่ยังคงพบจุดอ่อนคือประชาชนยังขาดความรู้ ความเข้าใจและอัตราความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครยังต่ำ ระบบประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศไทยที่คุ้มครองสิทธิการรักษาพยาบาลในปัจจุบัน ประกอบด้วย 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคม แต่บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นสิทธิประโยชน์เดียวที่มีในระบบหลักประกันสุขภาพที่จัดให้กับประชาชนคนไทยทุกสิทธิ อยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งยึดมั่นในหลัก “สร้างนำซ่อม” โดยครอบคลุมทุกคนในแต่ละกลุ่มวัย แต่เมื่อพิจารณาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบัน พบว่ายังไม่ครอบคลุมมาตรการด้านสุขภาพบางอย่างที่จำเป็น หรือมาตรการบางอย่างมีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์แต่ผู้รับสิทธิยังไม่ได้รับบริการอย่างเพียงพอ อันเป็นสาเหตุให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น โดยผลการดำเนินการเข้าถึงบริการตามสิทธิประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ผ่านมาแม้จะพบว่า มีอัตราความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการที่มีทิศทางที่เพิ่มขึ้นแต่ส่วนใหญ่ยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 อัตราความครอบคลุมการเข้าถึงบริการกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ลำดับ	กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	เป้าหมาย	ปี 2561 (ร้อยละ)	ปี 2562 (ร้อยละ)	ปี 2563 (ร้อยละ)	ปี 2564 (ร้อยละ)
1	หญิงตั้งครรภ์ทุกสิทธิได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60	52.83	54.60	60.65	61.14
2	ประชากรไทยอายุ 35 – 74 ปีทุกสิทธิได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 90	50.58	56.57	59.26	56.32
3	ประชากรไทยอายุ 35 – 74 ปีทุกสิทธิที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 90	51.26	55.74	58.48	55.28
4	ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30 – 60 ปี ทุกสิทธิภายใน 5 ปี	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80	36.30	40.07	40.65	39.54

ที่มา : รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (H0401) กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2564 ประมวลผล ณ 30 พฤศจิกายน 2564

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามรายงานการจ่ายชดเชย โดย เบิกจ่ายตามรายการที่กำหนด หรือ PP Fee Schedule ปีงบประมาณ 2563-2564 (หน่วย: ครั้ง)

ลำดับ	รายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จ่ายตามรายการที่กำหนด (PP Fee Schedule)	ปีงบประมาณ 2563			ปีงบประมาณ 2564		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1	บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วง/ฝังยาคุม)หญิงน้อยกว่า 20 ปี	41,636	34,171	82.07	33,340	20,568	61.69

2	ทันตกรรมเคลือบฟลูออไรด์ กลุ่มเด็กวัยเรียน (4-12 ปี)	2,005,740	3,382,535	168.64	994,400	2,141,569	215.36
3	ทันตกรรมเคลือบหลุมร่องฟัน กลุ่มเด็กวัยเรียน (6-12 ปี)	1,046,110	1,234,668	118.02	3,113,790	488,057	15.67

ที่มา : รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (H0401) กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผล สปสช. ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2564 ประมวลผล ณ 30 พฤศจิกายน 2564

นอกจากนี้จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2561 และ 2562 พบว่าอัตราการดูแลก่อนคลอดครบ 5 ครั้ง และการได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนก่อนคลอดในกลุ่มอนามัยแม่และเด็ก ยังคงดำเนินการได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังแสดงตามตารางที่ 2 อีกทั้งสถานการณ์มารดาตายของประเทศไทย ที่ได้รับมาจากรายงานของกรมอนามัยยังมีค่าสูงกว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้คือ อัตราการตายต้องไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ โดย อัตราการตาย ปี 2564 อยู่ที่ 38.97 ต่อแสนการเกิดมีชีพ,ปี 2565 อยู่ที่ 25.86 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ทำให้สะท้อนถึงปัญหาของการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย ที่ต้องเร่งรัดดำเนินการแก้ไข ตลอดจนต่อเนื่องไปจนถึงเด็กปฐมวัยซึ่งถือเป็นทรัพยากรสำคัญในกระบวนการพัฒนาประเทศ (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) การลงทุนในเด็กถือเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าและได้ผลประโยชน์ตอบแทนระยะยาว (ศุภสิทธิ์ และ จันทร์เพ็ญ, 2541) คุณภาพของบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2563) จึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัย ตลอดจนการเกิดอย่างมีคุณภาพ เพื่อเป็นต้นทุนให้เด็กไทยเจริญเติบโต สมวัย พัฒนาการเต็มศักยภาพ และมีความสามารถในการแข่งขันในอนาคตซึ่งประชากรที่มีคุณภาพ ถือเป็นต้นทุนสำคัญในการพัฒนาประเทศ ประเทศไทยมีนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ต้องเตรียมพร้อมเริ่มตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ ระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอดทั้งแม่และลูก เพื่อส่งเสริมให้เกิดมีคุณภาพ ทารกมีสุขภาพแข็งแรง และพร้อมเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ นำไปสู่ประชากรที่มีคุณภาพของประเทศ ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาประเทศ ไม่เพียงแต่สุขภาพในระดับบุคคลเท่านั้น แต่ยังรวมถึง การพัฒนาเศรษฐกิจและความเป็นอยู่โดยรวมของประชากรด้วย

ตารางที่ 3 อัตราความครอบคลุมการเข้าถึงบริการกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มแม่และเด็ก

อันดับ	กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	เป้าหมาย	ปี 2561 ร้อยละ	ปี 2562 ร้อยละ	ปี 2563 ร้อยละ	ปี 2564 ร้อยละ	ปี 2565 ร้อยละ
1	ร้อยละของหญิงมีครรภ์ทุกสิทธิ ได้รับ การดูแลก่อนคลอดครบ 5 ครั้ง	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 75	62.88	70.24	75.78	71.17	73.06
2	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 100	70.52	75.89	79.46	78.28	77.65

ที่มา : ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2565

ดังนั้นการหาวิธีในการเพิ่มกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับการดูแลหญิงตั้งครรภ์และการส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพในประเทศไทย นั้นการใช้ Telehealth อาจเป็นรูปแบบและเครื่องมือที่น่าสนใจและให้ผลลัพธ์ที่ดีโดยองค์การสหประชาชาติ ได้มอบนโยบายให้มีการใช้ Telehealth ในการดูแลการตั้งครรภ์และการคลอดในปี 2010 และมีการดำเนินการในปี 2015 ผลการดำเนินงานพบว่ามีการใช้ Telehealth จะช่วยลดอัตราการป่วยอัตราการตายของมารดา การเพิ่มขึ้นของการเข้าถึงบริการสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และพบว่ามีการพัฒนาคุณภาพก่อนและหลังตั้งครรภ์ด้วย (Anjali, 2021)

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาเครื่องมือ Telehealth โดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลและเครือข่ายอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงมาใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลหรือสถานบริการต่าง ๆ Telehealth จะเป็นเครื่องมือที่ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพร่างกายได้อย่างทั่วถึง ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ และมีประโยชน์มากสำหรับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ลดค่าใช้จ่ายช่วยให้การวินิจฉัยได้เร็วขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งปันข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการและผู้ป่วย ตัวอย่างของ Telehealth เริ่มมีความชัดเจนมากในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ตัวอย่างเช่น AMED Telehealth เป็น Platform ที่ถือเป็นปฏิบัติการระบบหลังบ้าน ที่สำคัญของ Home isolation ซึ่งมีการนำ

เทคโนโลยีระบบตรวจสุขภาพทางไกล (AMED Telehealth) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดผ่านระบบ Telemonitoring, Telehealth, Teleconsultation ได้ตลอด 24 ชั่วโมง เช่น Good Doctor, MorDee และ Clicknic ก่อนจะนำมาต่อยอดกับแอปพลิเคชันไลน์ของแต่ละโรงพยาบาล และเป็นต้นแบบให้ระบบโรงพยาบาลและหน่วยงาน เพื่อใช้แลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัย การรักษา และการป้องกันโรค และเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาร่วมกัน

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการดำเนินการส่งเสริมสนับสนุนประชาชนให้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพและเกิดความตระหนักรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการสาธารณสุขกับกลุ่มเปราะบาง กลุ่มที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลซึ่งเป็นกลุ่มที่ยังไม่เข้าถึงการบริการส่งเสริมสุขภาพ หรือมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ นั้น จำเป็นต้องอาศัยระบบเทคโนโลยีดิจิทัลที่ทันสมัย เช่น การสร้างแพลตฟอร์มหรือแอปพลิเคชัน โดยอาศัยเทคโนโลยีทางการสาธารณสุขเป็นเครื่องมือในการเพิ่มการเข้าถึงบริการ รวมทั้งช่วยสื่อสารสร้างความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพเพื่อลดปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น

ดังนั้นกรมอนามัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน Telehealth โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ ผ่าน Telehealth การประเมินผลการรับรู้ ทักษะคิดตลอดจนเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ

### นิยามศัพท์

ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ หมายถึงการส่งเสริมการเกิดที่มีการวางแผน มีความตั้งใจ โดยวัดได้จากการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ได้รับความช่วยเหลือ ส่งเสริมให้ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ได้รับการดูแลหลังคลอดที่ดีเด็กที่เกิดมาควรได้รับการเลี้ยงดูในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่สมวัย พร้อมทั้งจะเรียนรู้ในช่วงวัยต่อไปอย่างมั่นคง

### 5. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน Telehealth

### 6. ประโยชน์ของโครงการ

6.1 ได้ันนวัตกรรมทางด้านเทคโนโลยีเพื่อใช้สนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงการบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ

6.2 ประชาชนเข้าถึงการบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพในอัตราที่เพิ่มขึ้น

6.3 ลดปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ

### 7. การวางแผนวิจัย (อาจมีไม่ครบทุกหัวข้อ) ให้ระบุ

#### 7.1 การออกแบบการวิจัย

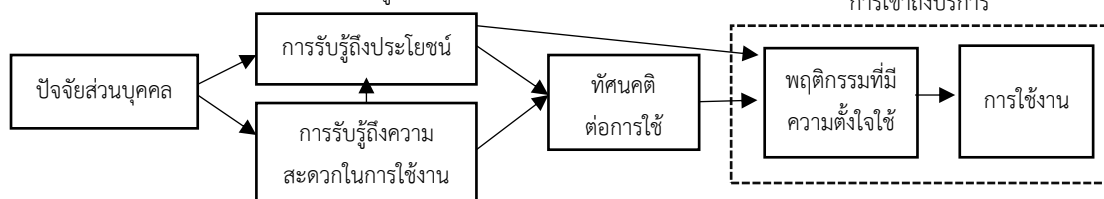
การวิจัยนี้เป็นการวิจัยในรูปแบบผสมผสาน (Mix Method study) โดยมีการออกแบบ Telehealth เป็นเครื่องมือในการทดลองในระยะที่ 2, 3 และ 4 และมีการดำเนินการประเมินการรับรู้ ทักษะคิด และการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหลังการใช้ Telehealth เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง (ใช้บริการ Telehealth) กับกลุ่มควบคุม (ไม่ใช้บริการ Telehealth) โดยมีกรอบกระบวนการวิจัย ดังแสดงในตารางที่ 4

#### 7.2 กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้มีการประยุกต์กรอบแนวคิดของการวิจัยจากแนวคิดของการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งคิดขึ้นโดย Penchansky and Thomas (1981) โดยครอบคลุมทั้ง 5 มิติของการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่

- 1) Availability เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบริการทางด้านสุขภาพที่เปรียบเทียบกับความต้องการของประชาชน
- 2) Accessibility เป็นความสัมพันธ์ระหว่างการเดินทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ
- 3) Accommodation เป็นความสัมพันธ์ของความสะดวกสบาย การอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ
- 4) Affordability เป็นความสัมพันธ์ด้านการรับรู้ของประชาชนเรื่องของค่าใช้จ่ายที่ต้องเสีย รวมถึงค่าเดินทางและค่าเสียโอกาสต่างๆ
- 5) Acceptability เป็นความสัมพันธ์ด้านทัศนคติของประชาชนต่อผู้ให้บริการ และสถานพยาบาล

นอกจากแนวคิดของการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ได้คำนึงถึงโมเดลของการยอมรับด้านเทคโนโลยี เนื่องจากรูปแบบการให้บริการเป็นรูปแบบของ Telehealth ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ใช้ The Technology Acceptance Model (TAM) ซึ่งคิดค้นขึ้นโดย Davis Bagozzi และ Warshaw (1989) ซึ่งประกอบไปด้วย ปัจจัยภายนอก การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ถึงความสะดวกในการใช้งาน ทัศนคติต่อการใช้ พฤติกรรมที่มีความตั้งใจใช้ และการใช้งาน โดยดัดแปลงกรอบแนวคิดตามทฤษฎี ดังนี้



### 7.3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยในรูปแบบผสมผสาน ( Mix Method study ) ในพื้นที่ประเทศไทยแบ่งการศึกษาวิจัยเป็น 4 ระยะ ได้แก่

- ระยะที่ 1 การศึกษาความจำเป็นและปัญหาด้านการรับรู้สิทธิ (Assessment)
- ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนา (Designs&Development)
- ระยะที่ 3 ขึ้นทดลองใช้และการปรับปรุง (Implementation)
- ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบ (Evaluation & Summarization)

โดยแบ่งพื้นที่การศึกษาตาม 13 เขตบริการสุขภาพ ใช้ระยะเวลาการศึกษา 1 ปี (เดือนมีนาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 )

#### ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ประชากรไทยทั้งประเทศผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 67,287,901 คน (สายงานบริหารกองทุนสปสช, 2565) โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มจำแนกตามกลุ่มวัย ได้แก่ 1) หญิงตั้งครรภ์ 2) กลุ่มเด็กเล็ก 0 - 5 ปี 3) กลุ่มเด็กโตและวัยรุ่น 6 - 24 ปี และ 4) กลุ่มผู้ใหญ่อายุ 25 - 59 ปี รายละเอียดขั้นตอนการวิจัย ในภาพรวม ดังตารางที่ 4 ภาพรวมขั้นตอนการศึกษา

ตารางที่ 4 ภาพรวมขั้นตอนการศึกษา

ขั้นตอนการวิจัย	ระยะที่ 1 การศึกษาความจำเป็นและปัญหาด้านการรับรู้สิทธิ	ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนา (Designs & Development)	ระยะที่ 3 ขึ้นทดลองใช้และการปรับปรุง (Implementation)	ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบ (Evaluation & Summarization)
รูปแบบการศึกษา	เป็น Pilot study ศึกษาในรูปแบบผสมผสาน (Mixed Method) ซึ่งประกอบด้วย	ออกแบบและพัฒนาสิ่งทดลอง (Development Platform)	รูปแบบผสมผสาน (Mixed Method) ซึ่งประกอบด้วย Cross-sectional Study ในการวิจัยเชิง	ขั้นตอนการประเมินผล (หลังจากการพัฒนาทดลองใช้และปรับปรุงระบบในระยะที่ 3) ได้มีการนำระบบไปขยายผล ครบ 13

ขั้นตอนการวิจัย	ระยะที่ 1 การศึกษาความจำเป็นและปัญหาด้านการรับรู้สิทธิ	ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนา (Designs & Development)	ระยะที่ 3 ขั้นตอนทดลองใช้และการปรับปรุง (Implementation)	ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบ (Evaluation & Summarization)
	1.การศึกษาเอกสารในรูปแบบ Systematic review 2.Cross-sectional Study ในการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ Focus group discussion เพื่อศึกษาปัญหาและความจำเป็นด้านการรับรู้สิทธิ		ปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ Focus group discussion ซึ่งดำเนินการวิจัย แบบ Convergent Parallel approach โดยผู้วิจัยและทีม นำ ระบบ Telehealth : Platform ให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ ไปทดลองใช้ในพื้นที่ทดลอง 4 แห่ง และทำการประเมินผลเพื่อปรับปรุงระบบ	เขตสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนใช้งานระบบ เป็นระยะเวลา 3 เดือน และมีการประเมินผล โดยเปรียบเทียบผลการเข้าถึงบริการทัศนคติการใช้งาน การรับรู้ในการใช้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพระหว่างพื้นที่ที่มีการใช้บริการผ่าน Telehealth กับพื้นที่ที่ไม่ใช้บริการผ่าน Telehealth การศึกษาในระยะนี้เป็นการศึกษา รูปแบบ Mixed Method ซึ่งประกอบด้วย Quasi-experimental Study ในการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ Focus group discussion ซึ่งดำเนินการวิจัย แบบ Convergent Parallel approach
พื้นที่	เชิงปริมาณ 13 อำเภอ (ดังแสดงในตารางที่ 3 ) เชิงคุณภาพ 4 อำเภอ (อ.บางระกำ, อ.วังจันทร์, อ.ขุนหาญ, อ.เมือง จ. นครศรีธรรมราช)	-	เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ 4 อำเภอ (อ.บางระกำ, อ.วังจันทร์, อ.ขุนหาญ, อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช)	เชิงปริมาณ 26 อำเภอ (ดังแสดงในตารางที่ 8 ) เชิงคุณภาพ 4 อำเภอ (อ.บางระกำ, อ.วังจันทร์, อ.ขุนหาญ, อ.เมือง จ. นครศรีธรรมราช)
วิธีการสุ่มตัวอย่าง		-	สุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น ( Nonprobability sampling) โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) เพื่อให้ ครอบคลุมประชาชน 4 กลุ่ม ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ เด็กเล็ก (0 - 5 ปี) (ใช้การสอบถามจากผู้ปกครอง) เด็กโตและวัยรุ่น (6 - 24 ปี) ผู้ใหญ่ (25 - 59 ปี)	
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	<u>เชิงปริมาณ</u> ตัวแทนแต่ละเขตบริการสุขภาพเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 13 อำเภอ อำเภอละ 30 คน (รวม 390 คน ) <u>เชิงคุณภาพ</u> ตัวแทนแต่ละเขตบริการสุขภาพเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 4 อำเภอ อำเภอละ 30 คน (รวม 120 คน )	-	<u>เชิงปริมาณ</u> เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 4 อำเภอ อำเภอละ 100 คน (รวม 400 คน ) <u>เชิงคุณภาพ</u> เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 4 อำเภอ อำเภอละ 30 คน (รวม 120 คน )	<u>เชิงปริมาณ</u> : ตัวแทนแต่ละเขตบริการสุขภาพ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 2,600 คน (26 อำเภอ/อำเภอละ 100 คน ) แบ่งเป็น 1. กลุ่มควบคุม 1,300 คน (13 อำเภอ) 2. กลุ่มทดลอง 1,300 คน (13 อำเภอ) <u>เชิงคุณภาพ</u> เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 4 อำเภอ อำเภอละ 30 คน รวม 120 คน
ระยะเวลา	4 เดือน	3 เดือน	2 เดือน	3 เดือน
ตัวแปร	1. ปัจจัยส่วนบุคคล 2. ปัจจัยด้านการรับรู้และการเข้าถึงบริการ	ปัจจัยด้านการรับรู้และการเข้าถึงบริการ	1. ปัจจัยส่วนบุคคล 2. ปัจจัยด้านการรับรู้ ทัศนคติ	1. ปัจจัยส่วนบุคคล 2. ปัจจัยด้านการรับรู้ ทัศนคติ การเข้าถึงบริการ

ขั้นตอนการวิจัย	ระยะที่ 1 การศึกษาความจำเป็นและปัญหาด้านการรับรู้สิทธิ	ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนา (Designs & Development)	ระยะที่ 3 ขั้นตอนทดลองใช้และการปรับปรุง (Implementation)	ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบ (Evaluation & Summarization)
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	เชิงปริมาณ วิธีการสอบถามการเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ เชิงคุณภาพ focus group discussion	-	เชิงปริมาณ สอบถามประเมินผลการทดลองใช้ระบบ เชิงคุณภาพ focus group discussion	เชิงปริมาณ สอบถามประเมินผลการใช้ระบบ เชิงคุณภาพ focus group discussion
เครื่องมือ	เชิงปริมาณ แบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้และเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ เชิงคุณภาพ แบบสอบถามซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ค่า IOC = 0.98	-	เชิงปริมาณ แบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้ระบบ ได้แก่ การรับรู้ทัศนคติ เชิงคุณภาพ แบบสอบถามซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ค่า IOC = 0.90 จากการ Try Out แบบสอบถาม Cronbach's alpha = 0.89	เชิงปริมาณ แบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้ระบบ การรับรู้ทัศนคติ การเข้าถึงบริการ เชิงคุณภาพ แบบสอบถามซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ค่า IOC = 0.92 จากการ Try Out แบบสอบถาม Cronbach's alpha = 0.84
การวิเคราะห์ข้อมูล	ข้อมูลเชิงปริมาณ : สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐานเพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ โดยการวิเคราะห์ chi-square ( $\chi^2$ ) และ Binary logistic regression เพื่อหา Crude Odd Ratio (OR) ซึ่งการวิเคราะห์พิจารณาที่สำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05  ข้อมูลเชิงคุณภาพ : ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)	-	ข้อมูลเชิงปริมาณ : สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐานเพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง สถิติวิเคราะห์ ประเมินผลการทดลองใช้ระบบ Telehealth ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป และผลการทดลองใช้ระบบ Telehealth ด้วย Binary logistic regression เพื่อหา Crude Odd Ratio (OR) ซึ่งการวิเคราะห์พิจารณาที่สำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05  ข้อมูลเชิงคุณภาพ : ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)	ข้อมูลเชิงปริมาณ: สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐานเพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และผลการใช้ระบบ Telehealth สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ การวิเคราะห์หาความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลและการเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ที่ Baseline โดยการวิเคราะห์ chi-square ( $\chi^2$ ) การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการรับรู้ทัศนคติ การเข้าถึงบริการ ตามชุดสิทธิประโยชน์ แบ่งเป็น 2 แนวทาง คือ 1) ในกรณีที่ตัวแปรตามเป็น Continuous Data จะทำการวิเคราะห์ด้วย t-test และ Linear regression model โดยกำหนดให้ตัวแปรที่ต้องการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลง เป็นตัวแปร Y และตัวแปร X หลัก คือ Intervention หรือ Control และควบคุมปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างด้วยตัวแปร X อื่นๆ 2) ในกรณีที่ตัวแปรตามเป็น Dichotomus Data จะทำการวิเคราะห์

ขั้นตอนการวิจัย	ระยะที่ 1 การศึกษาความจำเป็นและปัญหาด้านการรับรู้สิทธิ	ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนา (Designs & Development)	ระยะที่ 3 ขั้นตอนทดลองใช้และการปรับปรุง (Implementation)	ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบ (Evaluation & Summarization)
				ด้วย Chi-square และ Binary logistic regression model โดยกำหนดให้ตัวแปรที่ต้องการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงเป็นตัวแปร Y และตัวแปร X หลัก คือ Intervention หรือ Control และควบคุมปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างด้วยตัวแปร X อื่น 3) ซึ่งการวิเคราะห์พิจารณาที่สำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ข้อมูลเชิงคุณภาพ : ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

### ระยะที่ 1 : การศึกษาความจำเป็นและปัญหาด้านการรับรู้สิทธิ

ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 2 เดือน ประกอบด้วยขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

**1.1 ศึกษาเอกสาร** งานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและชุดสิทธิประโยชน์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบ Systematic review โดยมีกระบวนการดังนี้

**1) การสืบค้นและการเลือกบทความวิจัย** การศึกษานี้ดำเนินการตามหลักการของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-analyses (PRISMA) โดยรวบรวมบทความวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศอย่างเป็นระบบ ซึ่งทำการสืบค้นข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 3 ฐาน ได้แก่ Medline, Web of Science และ Scopus ในส่วนของบทความภาษาไทยทำการสืบค้นข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 1 ฐาน ได้แก่ Thailand-Journal Citation Index (TCI) นอกจากนี้การศึกษานี้ยังใช้วิธีการสืบค้นจากแหล่งอ้างอิงของบทความวิจัยในการสืบค้นบทความวิจัยร่วมด้วยเพื่อรวบรวมบทความวิจัยให้ครบถ้วนมากที่สุด โดยระยะเวลาในการทำการสืบค้นบทความวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วงเดือนมกราคม ปี ค.ศ. 2018 จนถึงเดือนธันวาคม ปี ค.ศ. 2022

**2) เกณฑ์การคัดเลือกบทความวิจัยเข้าการศึกษา (Eligibility criteria)** การกำหนดคำสืบค้นใช้หลักการดังนี้ 1) Health promotion OR Primary prevention 2) Telemedicine OR e-health OR m-health ซึ่งคำข้างเคียงจะนำมาพิจารณาร่วมด้วย หลังจากสืบค้นบทความวิจัยจะถูกคัดกรองจากชื่อและบทคัดย่อตามเกณฑ์การคัดเข้า-ออก ซึ่งเกณฑ์คัดเข้า-ออก ประกอบด้วย

- บทความต้องถูกตีพิมพ์ภายในระยะเวลาที่กำหนด (เดือนมกราคม ปี ค.ศ. 2018 จนถึงเดือนธันวาคม ปี ค.ศ. 2022)
- บทความต้องถูกตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ หรือภาษาไทย
- สามารถเข้าถึงบทความ Full-paper ได้
- บทความไม่รวมถึงบทความที่เป็น Meta-analysis, Systematic review, และ Literature review

**3) กระบวนการดึงข้อมูล (Data extraction and process)** ทำการดึงข้อมูลจากบทความวิจัยทั้งหมด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ดึงจากบทความวิจัย ข้อมูลที่ได้จะถูกบันทึกในโปรแกรมไมโครซอฟท์เอ็กเซลล์และบรรณานุกรมถูกจัดการด้วยโปรแกรม Endnote เนื้อหาของข้อมูลที่ดึงจากบทความวิจัยแต่ละบทความประกอบด้วย ปีที่ทำการวิจัย, รายละเอียดของงานวิจัย, ผลการศึกษา และการวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงรูปแบบของ Telehealth

### 1.2 วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและข้อจำกัดของการรับรู้และเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์

รูปแบบการศึกษาเป็น Pilot study ในรูปแบบผสมผสาน Mixed Method ระเบียบวิธีวิจัยและขั้นตอนการวิจัย ดังที่ได้แสดงในตารางที่ 2 ภาพรวมขั้นตอนการศึกษา โดยขออธิบายเพิ่มเติม ดังนี้

### 1) กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณ ทำการสุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Nonprobability sampling) โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) จากประชากรที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังแสดงในตารางที่ 5 ตารางที่ 5 แสดงกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณ

เขตสุขภาพ	จังหวัด	สุ่มเลือกจังหวัด	สุ่มเลือกอำเภอ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง(คน)
1	เชียงใหม่ เชียงราย แพร่ น่าน พะเยา ลำปาง ลำพูน แม่ฮ่องสอน	จ.เชียงใหม่	อ.สะเมิง	30
2	ตาก เพชรบูรณ์ พิษณุโลก อุตรดิตถ์ สุโขทัย	จ.พิษณุโลก	อ.บางระกำ	30
3	กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ ชัยนาท อุทัยธานี	จ.อุทัยธานี	อ.หนองฉาง	30
4	สระบุรี นนทบุรี ลพบุรี อ่างทอง นครนายก สิงห์บุรี พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี	จ.ลพบุรี	อ.เมือง	30
5	เพชรบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม ประจวบคีรีขันธ์ สุพรรณบุรี นครปฐม ราชบุรี กาญจนบุรี	จ.สมุทรสงคราม	อ.เมือง	30
6	สระแก้ว ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ ชลบุรี จันทบุรี ระยอง ตราด	จ.ระยอง	อ.วังจันทร์	30
7	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด	จ.ขอนแก่น	อ.พล	30
8	อุดรธานี สกลนคร นครพนม เลย หนองคาย หนองบัวลำภู บึงกาฬ	จ.นครพนม	อ.ท่าอุเทน	30
9	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์	จ.นครราชสีมา	อ.เฉลิมพระเกียรติ	30
10	อุบลราชธานี ศรีสะเกษ มุกดาหาร อำนาจเจริญ	จ.ศรีสะเกษ	อ.ขุนหาญ	30
11	นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต กระบี่ พังงา ระนอง ชุมพร	จ.นครศรีธรรมราช	อ.เมือง	30
12	สงขลา สตูล ตรัง พัทลุง ปัตตานี ยะลา นราธิวาส	จ.ยะลา	อ.เมือง	30
13	กรุงเทพมหานคร	จ.กรุงเทพมหานคร	เขตลาดกระบัง	30
<b>รวม</b>				<b>390</b>

### กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพ

ใช้การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจาก 4 เขตบริการสุขภาพ (1) โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากจังหวัด จากนั้นเลือกอำเภอที่เป็นตัวแทนเขตบริการสุขภาพละ 30 คน และ (2) เลือกกลุ่มตัวอย่างอำเภอละ 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน หรือจนกว่าจะได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว เพื่อทำการสนทนากลุ่ม โดยครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างเป็น 4 กลุ่มวัย ได้แก่

1) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ สามปี และบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานคลินิกฝากครรภ์ (ANC)

2) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในบริการสำหรับเด็กเล็ก 0 - 5 ปี ได้แก่ ผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี: พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ครูศูนย์พัฒนาเด็ก บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานคลินิกสุขภาพเด็ก (Well baby Clinic)

3) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในบริการสำหรับกลุ่มอายุ 6 - 24 ปี ได้แก่ ครูระดับประถมศึกษา : ครูสุศึกษา/ ครูแนะแนว นักเรียนประถมศึกษา/มัธยมศึกษา/นักศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ประชาชนทั่วไปอายุ 6 - 24 ปี

4) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในบริการสำหรับกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 25 - 59 ปี ได้แก่ ประชาชนทั่วไป อายุ 25 - 59 ปี อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเทศบาล/อบต.

### ตารางที่ 6 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ

กลุ่ม	ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	เขตบริการสุขภาพที่ 1 อ.บางระกำ(คน)	เขตบริการสุขภาพที่ 6 อ.วังจันทร์(คน)	เขตบริการสุขภาพที่ 10 อ.ขุนหาญ(คน)	เขตบริการสุขภาพที่ 11 อ.เมือง(คน)
1. กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์	หญิงตั้งครรภ์	2-3	7	7	7	7
	สามีหญิงตั้งครรภ์	2-3				
	เจ้าหน้าที่รพสต. ดูแล ANC	2				
	พ่อแม่ที่มีลูกอายุ 0 - 5 ปี	2	7	7	7	7



กลุ่ม	ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	เขตบริการ สุขภาพที่ 1 อ. บางระกำ(คน)	เขตบริการ สุขภาพที่ 6 อ. วังจันทร์(คน)	เขตบริการ สุขภาพที่ 10 อ.ขุนหาญ(คน)	เขตบริการ สุขภาพที่11 อ.เมือง(คน)
2.ผู้มีส่วนได้ส่วน เสียในบริการ สำหรับกลุ่มอายุ 0 - 5 ปี	ครูศูนย์พัฒนาเด็ก	2				
	ปู่ย่า ตายายเลี้ยงเดี่ยวหลาน อายุ 0 - 5 ปี	2				
	บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน คลินิกสุขภาพเด็ก (Well baby Clinic)	1				
3. ผู้มีส่วนได้ส่วน เสียในบริการ สำหรับกลุ่มอายุ 6 - 24 ปี	ครูสุศึกษา/แนะแนวโรงเรียน ประถม	2	8	8	8	8
	นักเรียนประถมศึกษา/ มัธยมศึกษา/นักศึกษา	2				
	อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน 6 - 24 ปี	2				
	ประชาชนทั่วไปอายุ 6 - 24 ปี	2				
4. ผู้มีส่วนได้ส่วน เสียในบริการ สำหรับกลุ่มอายุ 25 - 59 ปี	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเทศบาล/อบต.	2	8	8	8	8
	ประชาชนทั่วไป อายุ 25-59 ปี	4				
	อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านอายุ 25 - 59 ปี	2				
<b>รวม</b>			<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>

หมายเหตุ ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพในการศึกษา ระยะที่ 1 - 4

#### ตารางที่ 7 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ทำการศึกษา	เชิงปริมาณ		เชิงคุณภาพ	
	เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria )	เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)	เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria )	เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)
ระยะที่ 1 การศึกษาความ จำเป็นและปัญหา ด้านการรับรู้สิทธิ	1. เป็นประชาชนที่มีสัญชาติไทย 2. อายุตั้งแต่ 0 - 59 ปี 6 เดือน 3. ได้รับสิทธิประกันสุขภาพที่ใช้ จ่ายจากเงินงบประมาณของรัฐ 4. ยินยอมให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัย	1. เป็นผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา 2. เป็นผู้ที่ไม่มีสัญชาติไทย	- เช่นเดียวกับเชิงปริมาณ	
ระยะที่ 3 ขั้นตอนทดลอง ใช้และการปรับปรุง (Implementation) และ ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบ (Evaluation & Summarization)	1. เป็นประชาชนที่มีสัญชาติไทย 2. อายุตั้งแต่ 0 - 59 ปี 6 เดือน 3. เข้าร่วมการทดลองใช้ระบบ 4. ได้รับสิทธิประกันสุขภาพที่ใช้ จ่ายจากเงินงบประมาณของรัฐ 5. ยินยอมให้ข้อมูลในการ ศึกษาวิจัย	1. เป็นผู้ที่ไม่มีสัญชาติไทย 2. ไม่ยินยอมเข้าร่วมการทดลองใช้ระบบ 3. ไม่ยินยอมให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัย	- เช่นเดียวกับเชิงปริมาณ	

หมายเหตุ : เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา คือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและเข้าร่วมการทดลองไม่ครบตามกระบวนการ

## 2) วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ (ดังแสดงในตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 วิธีการและเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการศึกษา	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้
การศึกษาเชิงปริมาณ	ใช้วิธีการสำรวจการเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ	โดยใช้แบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการรับรู้ การเข้าถึงบริการ
การศึกษาเชิงคุณภาพ	focus group	แบบรายการคำถามในการสนทนากลุ่มซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

ทั้งนี้การออกแบบแนวคำถามของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีการกำหนดขอบเขตการออกแบบแนวคำถามตามกรอบแนวคิดการวิจัย และศึกษา หลักการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ ฯ โดยเครื่องมือในการศึกษาได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้แก่ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

## 3) การวิเคราะห์ข้อมูล

### ● ข้อมูลเชิงปริมาณ :

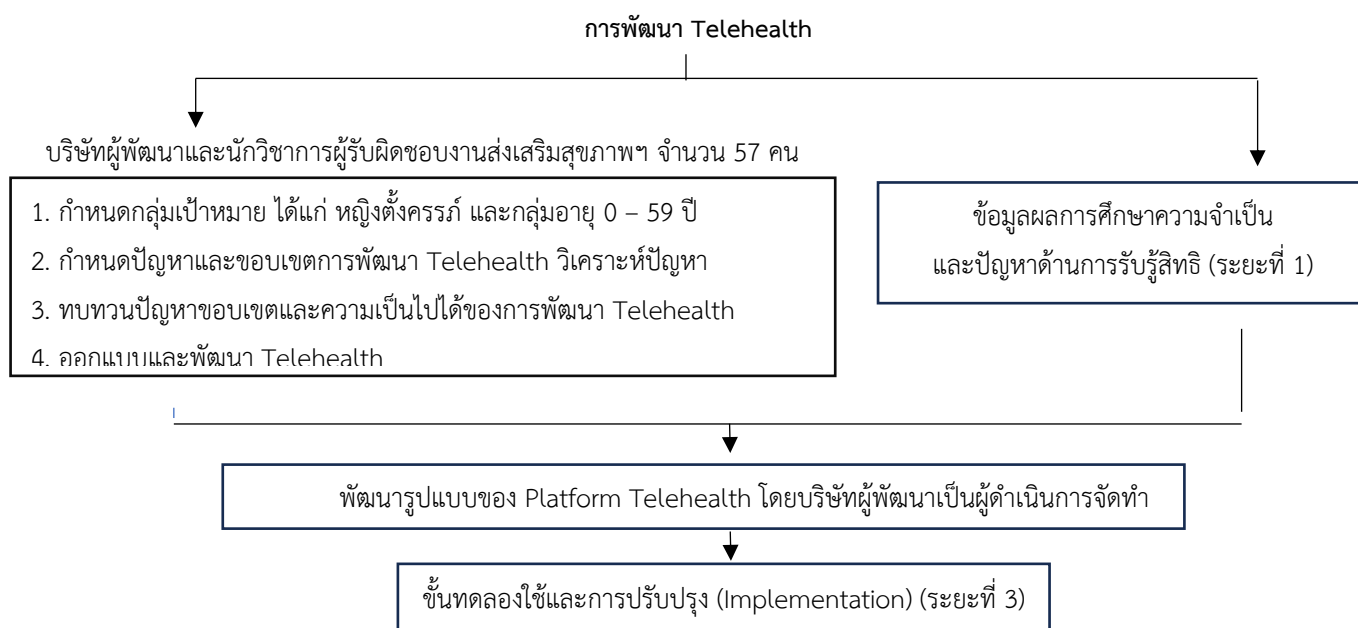
- สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐานเพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
- สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ โดยการวิเคราะห์ chi-square ( $\chi^2$ ) และ Binary logistic regression เพื่อหา Crude Odd Ratio (OR) ซึ่งการวิเคราะห์พิจารณาัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

### ● ข้อมูลเชิงคุณภาพ : ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

## ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนา (Designs & Development)

การออกแบบและพัฒนาระบบการให้บริการในชุดสิทธิประโยชน์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน Telehealth โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ใน PHASE 1: pilot study มาเป็นข้อมูลประกอบในการออกแบบและพัฒนา

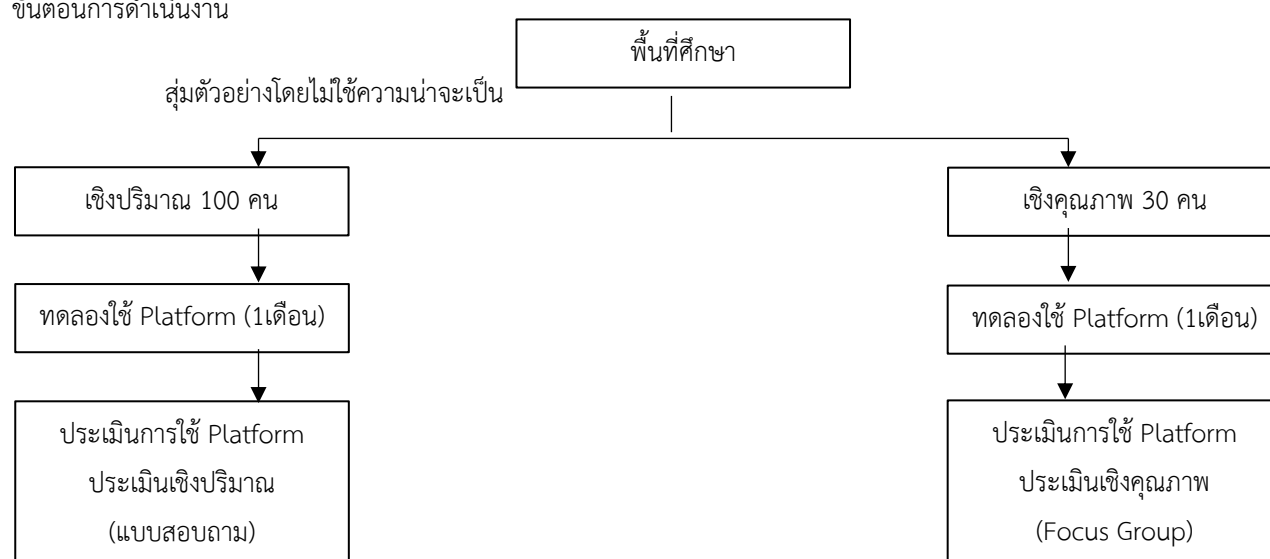
ระยะเวลาการศึกษา 3 เดือน



ในเบื้องต้น Platform Telehealth ซึ่งเป็นช่องทางในการทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ ในกลุ่ม 4 กลุ่ม 1) หญิงตั้งครรภ์ 2) เด็กเล็ก (0 - 5 ปี) 3) เด็กโตและวัยรุ่น (6 - 24 ปี) 4) ผู้ใหญ่ (25 - 59 ปี) ประกอบด้วย บริการหลัก 4 ประเด็น ได้แก่ 1. การตรวจสอบสิทธิ 2. การนัดหมายเพื่อรับบริการ ตามสิทธิประโยชน์ ณ สถานบริการ 3. การคัดกรองภาวะสุขภาพตามแบบคัดกรอง 4. การให้ความรู้/คำแนะนำ

### ระยะที่ 3 ขั้นทดลองใช้และการปรับปรุง (Implementation)

การศึกษาในระยษนี้เป็นการศึกษาในรูปแบบ Mixed Method ซึ่งประกอบด้วย Cross-sectional Study ในการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ Focus group discssion ซึ่งดำเนินการวิจัย แบบ Convergent Parallel approach โดยมีรายละเอียด แต่ละขั้นตอน ได้แก่ 1) ผู้วิจัยและทีมนำระบบ Telehealth : Platform ให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ ไปทดลองใช้ในพื้นที่ทดลอง 4 แห่ง ได้แก่ อ.บางระกำ, อ.วังจันทร์, อ.ขุนหาญ, อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 2) ประเมินผลเพื่อปรับปรุงระบบ โดยการศึกษาในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ขั้นตอนการดำเนินงาน



#### 1) กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

**กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ** ทำการสุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Nonprobability sampling) ด้วยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) จากคนที่เข้าร่วมการทดลองใช้ระบบ จำนวน 400 คน (4 แห่ง/อำเภอ อำเภอละ 100 คน) ครอบคลุมประชาชน 4 กลุ่ม 1) หญิงตั้งครรภ์ (25 คน) 2) เด็กเล็ก (0 - 5 ปี) (ใช้การสอบถามจากผู้ปกครอง) (25 คน) 3) เด็กโตและวัยรุ่น (6 - 24 ปี) (25 คน) 4) ผู้ใหญ่ (25 - 59 ปี) (25 คน) โดยเลือกจากประชาชนที่มาใช้บริการระบบ Telehealth

**กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ** ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกจากประชาชนที่มาทดลองใช้บริการระบบ จำนวน 120 คน (4 แห่ง/แห่งละ 30 คน) ครอบคลุมประชาชน 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ 2) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในบริการสำหรับเด็กเล็ก (0 - 5 ปี) 3) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในบริการสำหรับกลุ่มอายุ (6 - 24 ปี) 4) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในบริการสำหรับกลุ่มผู้ใหญ่อายุ (25 - 59 ปี) (รายละเอียดดังตารางที่ 4) ทั้งนี้เกณฑ์คัดเลือกและคัดออกมีรายละเอียดดังตารางที่ 5

#### 2) วิธีการและเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล (ดังแสดงในตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 วิธีการและเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการศึกษา	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้
การศึกษาเชิงปริมาณ	ใช้วิธีการสอบถามประเมินผล การทดลองใช้ระบบ	โดยใช้แบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการรับรู้ ทัศนคติ
การศึกษาเชิงคุณภาพ	focus group	แบบรายการคำถามในการสนทนากลุ่มซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

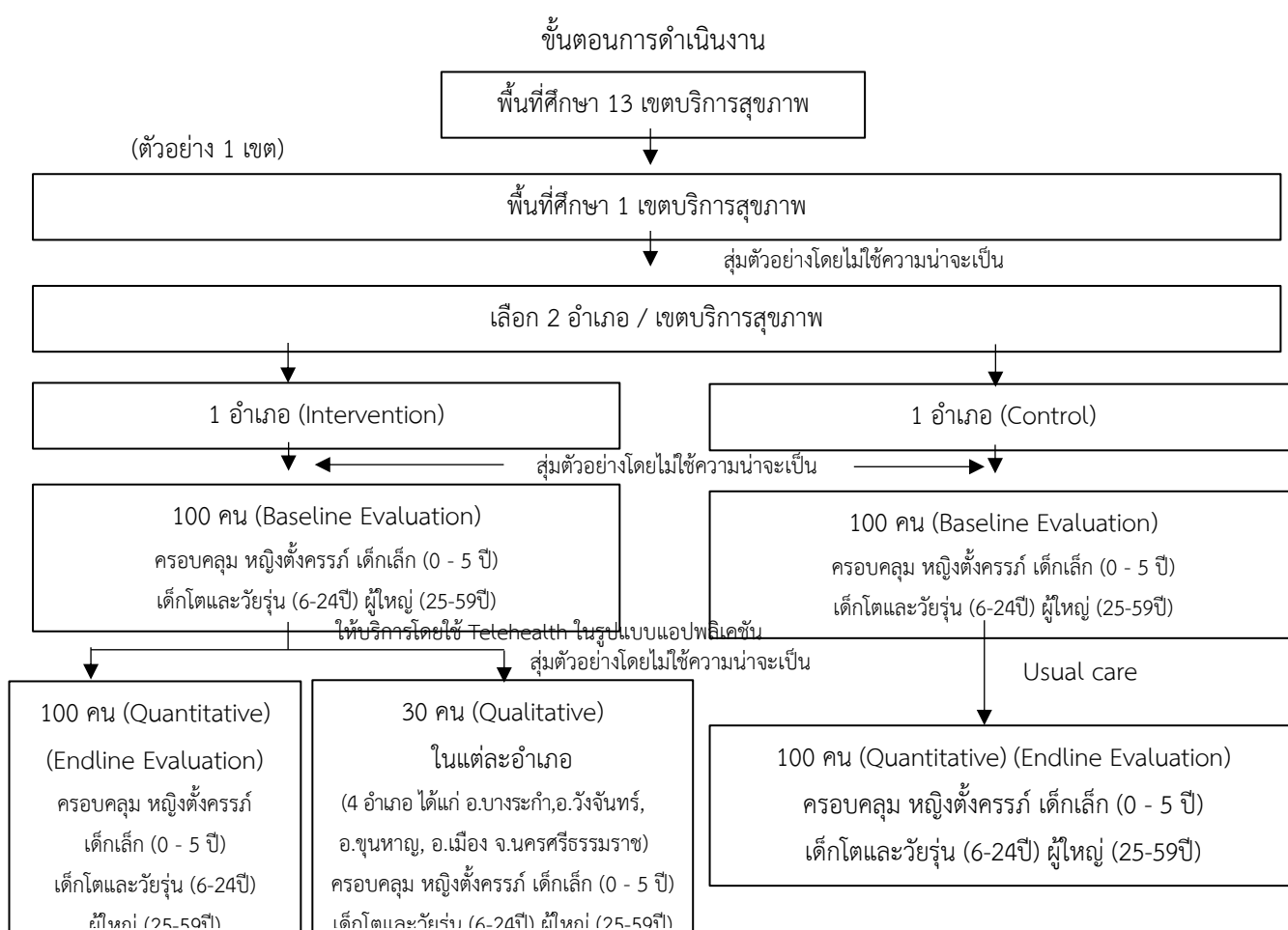
### 3) การวิเคราะห์ข้อมูล

- **ข้อมูลเชิงปริมาณ** : ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฐานเพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และประเมินผลการทดลองใช้ระบบ Telehealth และใช้สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป และผลการทดลองใช้ระบบ Telehealth ด้วย Binary logistic regression เพื่อหา Crude Odd Ratio (OR) ซึ่งการวิเคราะห์พิจารณาที่สำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value} < 0.05$

- **ข้อมูลเชิงคุณภาพ** : ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

### ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบ (Evaluation & Summarization)

ขั้นตอนของการประเมินผล (หลังจากการพัฒนา ทดลองใช้และปรับปรุงระบบในระยะที่ 3) ได้มีการนำระบบไปขยายผล ครบ 13 เขตสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนใช้งานระบบเป็นระยะเวลา 3 เดือน และมีการประเมินผล โดยเปรียบเทียบผลการเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจ ความรู้ ความเข้าใจในการใช้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพระหว่างพื้นที่ที่มีการใช้บริการผ่าน Telehealth กับพื้นที่ที่ไม่ใช้บริการผ่าน Telehealth การศึกษาในระยษนี้เป็นการศึกษา รูปแบบ Mixed Method ซึ่งประกอบด้วย Quasi-experimantal Study ในการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ Focus group discssion ซึ่งดำเนินการวิจัย แบบ Convergent Parallel approach โดยมีรายละเอียด ดังนี้



### 1) กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

**กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ** มีรายละเอียดในการกำหนดและสุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1) กลุ่มทดลอง ทำการสุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Nonprobability sampling) ด้วยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) จากคนที่เข้าร่วมโครงการและใช้ระบบใน 13 เขตบริการสุขภาพ โดยเลือกจากอำเภอที่เป็นตัวแทนแต่ละเขต เขตละ 100 คนรวม เป็น จำนวน 1,300 คน โดยเลือกจากประชาชนที่มาใช้บริการระบบ Telehealth ครอบคลุมประชาชน 4 กลุ่ม 1) หญิงตั้งครรภ์ (25 คน) 2) เด็กเล็ก (0 - 5 ปี) (25 คน) (ใช้การสอบถามจากผู้ปกครอง) 3) เด็กโตและวัยรุ่น (6 - 24 ปี) (25 คน) 4) ผู้ใหญ่ (25 - 59 ปี) (25 คน)

2) กลุ่มควบคุม ทำการสุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Nonprobability sampling) ด้วยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) จากคนที่ไม่ได้รับสิ่งทดลอง (ไม่ได้เข้าร่วมใช้ระบบของโครงการโดยเป็นกลุ่มที่อยู่ในคนละพื้นที่/อำเภอกับกลุ่มทดลอง) ใน 13 เขตบริการสุขภาพ โดยเลือกจากอำเภอที่เป็นตัวแทนเขต เขตละ 100 คน รวมจำนวน 1,300 คน ครอบคลุมประชาชน 4 กลุ่ม 1) หญิงตั้งครรภ์ (25 คน) 2) เด็กเล็ก (0 - 5 ปี) (25 คน) (ใช้การสอบถามจากผู้ปกครอง) 3) เด็กโตและวัยรุ่น (6 - 24 ปี) (25 คน) 4) ผู้ใหญ่ (25 - 59 ปี) (25 คน) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างดังแสดงในตาราง ที่ 8

**กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ** ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกจากประชาชนที่มาทดลองใช้บริการระบบจำนวน 120 คน (4 แห่ง/อำเภอ แห่งละ 30 คน ได้แก่ อ.บางระกำ,อ.วังจันทน์,อ.ขุนหาญ, อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช) ครอบคลุมประชาชน 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ (7 คน) 2) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในบริการสำหรับเด็กเล็ก (0 - 5 ปี) (7 คน) 3) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในบริการสำหรับกลุ่มอายุ (6 - 24 ปี) (8 คน) 4) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในบริการสำหรับกลุ่มผู้ใหญ่อายุ (25 - 59 ปี) (8 คน)

ตารางที่ 10 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในระยะที่ 4

พื้นที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง	จำนวน	กลุ่มควบคุม	จำนวน
เขตบริการสุขภาพที่ 1	อ.สะเมิง จ.เชียงใหม่	100	อ.แม่วาง จ.เชียงใหม่	100
เขตบริการสุขภาพที่ 2	อ.บางระกำ จ.พิษณุโลก	100	อ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก	100
เขตบริการสุขภาพที่ 3	อ.หนองฉาง จ.อุทัยธานี	100	อ.ทัพทัน จ.อุทัยธานี	100
เขตบริการสุขภาพที่ 4	อ.เมือง จ.ลพบุรี	100	อ.บ้านหมอ จ.สระบุรี	100
เขตบริการสุขภาพที่ 5	อ.เมือง จ.สมุทรสงคราม	100	อ.อัมพวา จ.สมุทรสงคราม	100
เขตบริการสุขภาพที่ 6	อ.วังจันทน์ จ.ระยอง	100	อ.ปลวกแดง จ.ระยอง	100
เขตบริการสุขภาพที่ 7	อ.พล จ.ขอนแก่น	100	อ.หนองสองห้อง จ.ขอนแก่น	100
เขตบริการสุขภาพที่ 8	อ.ท่าอุเทน จ.นครพนม	100	อ.ศรีธาตุ จ.อุดรธานี	100
เขตบริการสุขภาพที่ 9	อ.เฉลิมพระเกียรติ จ.นครราชสีมา	100	อ.สีคิ้ว จ.นครราชสีมา	100
เขตบริการสุขภาพที่ 10	อ.ขุนหาญ จ. ศรีสะเกษ	100	อ.กันทรารมย์ จ. ศรีสะเกษ	100
เขตบริการสุขภาพที่ 11	อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช	100	อ.ทุ่งสง จ.นครศรีธรรมราช	100
เขตบริการสุขภาพที่ 12	อ.เมือง จ.ยะลา	100	อ.รามัน จ.ยะลา	100
เขตบริการสุขภาพที่ 13	เขตลาดกระบัง จ.กรุงเทพมหานคร	100	เขตดุสิต จ.กรุงเทพมหานคร	100

### 2) วิธีการและเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล (ดังแสดงในตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 วิธีการและเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการศึกษา	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้
การศึกษาเชิงปริมาณ	ใช้วิธีการสอบถาม ประเมินผลการใช้ระบบ	โดยใช้แบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการรับรู้ ทศนคติ การเข้าถึงบริการ
การศึกษาเชิงคุณภาพ	focus group	แบบรายการคำถามในการสนทนากลุ่มซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

### 3) การวิเคราะห์ข้อมูล

#### ● ข้อมูลเชิงปริมาณ

- สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐานเพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และผลการใช้ระบบ Telehealth

- สถิติวิเคราะห์ ได้แก่

- การวิเคราะห์หาความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลและการเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ที่ Baseline โดยการวิเคราะห์ chi-square ( $\chi^2$ )

- การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจ ความรู้ ความเข้าใจในการใช้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ แบ่งเป็น 2 แนวทาง คือ ในกรณีที่ตัวแปรตามเป็น Continuous Data จะทำการวิเคราะห์ด้วย t-test และ Linear regression model โดย กำหนดให้ตัวแปรที่ต้องการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงเป็นตัวแปร Y และตัวแปร X หลัก คือ Intervention หรือ Control และควบคุมปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างด้วยตัวแปร X อื่นๆ และ ในกรณีที่ตัวแปรตามเป็น Dichotomus Data จะทำการวิเคราะห์ด้วย Chi-square และ Binary logistic regression model โดย กำหนดให้ตัวแปรที่ต้องการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลง เป็นตัวแปร Y และตัวแปร X หลัก คือ Intervention หรือ Control และควบคุมปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างด้วยตัวแปร X อื่น ซึ่งการวิเคราะห์พิจารณาัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

#### ● ข้อมูลเชิงคุณภาพ : ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

### 8. อดติและการป้องกัน และข้อจำกัดของการศึกษา (ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อผลการวิจัย)

1) ขอบความยินยอมจากอาสาสมัคร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเข้าร่วมการวิจัยอย่างสุภาพ และเปิดโอกาสให้กลุ่มอาสาสมัครเลือกที่จะเข้าร่วมการวิจัย หรือไม่เข้าร่วมอย่างสมัครใจ โดยมีเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2) อธิบายข้อมูลโครงการวิจัยเป็นภาษาท้องถิ่น กรณีพ่อ แม่ ผู้ปกครองไม่รู้หนังสือ เขียนไม่ได้ให้พิมพ์ลายนิ้วมือ ให้มีพยานเซ็นลงนามในใบยินยอมด้วยอย่างน้อย ๑ คน พยานดังกล่าวต้องเป็นผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนั้นและลงนามเพื่อเป็นสักขีพยานว่า อาสาสมัครได้รับคำอธิบาย และแสดงความยินยอมด้วยวาจาแล้ว

3) คณะผู้วิจัยจะเก็บรักษาความลับของอาสาสมัคร โดยการบันทึกข้อมูลจะไม่มีการระบุถึงกลุ่มตัวอย่างได้ แต่จะใช้รหัสแทนชื่อ เปิดเผยเฉพาะส่วนสรุปเป็นผลการวิจัย หรือเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

4) การวิจัยครั้งนี้มีเกณฑ์การคัดเข้า คัดออก และเลิกจากการศึกษาอย่างชัดเจน ปราศจากอคติ มีการกระจายประโยชน์และความเสี่ยงในการวิจัยอย่างเท่ากัน

### 9. ความเสี่ยงของอาสาสมัครและโครงการ/การป้องกัน/การแก้ปัญหา ประเด็นจริยธรรม

1) กระบวนการขอความยินยอมจากอาสาสมัคร : การศึกษานี้มีกระบวนการขอความยินยอมจากอาสาสมัคร และมีใบชี้แจงอาสาสมัครที่เขียนด้วยภาษาที่อ่านเข้าใจง่าย และการสัมภาษณ์จะเริ่มหลังจากอาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและยินยอมให้ทำการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์แล้วเท่านั้น

2) การดูแลอาสาสมัครและการรักษาความลับ : การศึกษานี้ไม่มีการทำหัตถการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและความปลอดภัยของอาสาสมัคร แต่อาจมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับประเด็นอ่อนไหว อาสาสมัครมีสิทธิบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่ส่งผลต่อการรักษาโรคที่พึงได้รับต่อไป โดยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเป็นความลับ

และเปิดเผยเฉพาะส่วนสรุปเป็นผลการวิจัย หรือเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

3) อาสาสมัครกลุ่มเปราะบาง : การศึกษานี้มีอาสาสมัครในกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ สตรีมีครรภ์ เด็กเล็ก (0 – 5 ปี) โดยใช้การสอบถามจากผู้ปกครอง และเด็กโตและวัยรุ่น (6 - 24 ปี) อาสาสมัครมีสิทธิบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้

## 10. งบประมาณ และแหล่งทุน

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โครงการ “การศึกษาการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน Telehealth”

## 11. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

11.1 ได้นวัตกรรมทางด้านเทคโนโลยีเพื่อใช้สนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงการบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ

11.2 ประชาชนเข้าถึงการบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพในอัตราที่เพิ่มขึ้น

11.3 นำไปสู่การพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อขยายผลการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ทั่วประเทศ

## 12. เอกสารอ้างอิงตามหลักวิชาการ

1. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. นนทบุรี; 2549
2. จิตติมา ชูเชิด และ รัชชานา พงศาปาน. โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: การประเมินผลโครงการเพื่อความยั่งยืน. ธนาครแห่งประเทศไทย ; 2550.
3. ธรรมบุญ เพชรเลิศ และ ภักดี โพธิ์สิงห์. นโยบายสาธารณะ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”. วารสารธรรมทัศน์. 2559;16: 275 – 284.
4. ณีภูธร พิมพายน. เทคโนโลยีในการจัดการความรู้. เอกสารการสอนชุดวิชา ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการและการจัดการความรู้. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี; 2556
5. แรกขวัญ สระวาสี และ ฉันทพร วณิชฤทธา. การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเงินและดิจิทัลในชุมชนสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น. 2563;3: 223-220.
6. วิจารย์ พานิช. องค์ประกอบการจัดการความรู้. เอกสารการสอนชุดวิชา ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการจัดการและการจัดการความรู้. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี; 2556
7. สมชาย สุขสิริเสรีกุล. เศรษฐศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551
8. เสาวณีย์ ภูมิสวัสดิ์, เกษร สุวิริยะศิริ และ วันดี ไชยทรัพย์. การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลราชวิถี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2556
9. สำนักงานวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. บทบัญญัติด้านสาธารณสุขตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช; 2560.
10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ. [Online] [8 ตุลาคม 2560]

แหล่งที่มา: <https://www.nhso.go.th/frontend/pagecontentdetail.aspx?CatID=MTE4Mg==>

11. ศุภลลิตี พรรณนารุโณทัย และ จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. การลงทุนในเด็ก. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 6 ฉบับที่ 1/2541. <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/1113/jv6n15.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . สืบค้น 9 ตุลาคม 2563.
12. อรลดา แซ่ไคว้. เว็บแอปพลิเคชันการจัดการความรู้ ผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่ สำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา] คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม; 2558.
13. อังคินันท์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2560
14. Pender, N.J. (1987). Health promotion in nursing practice Norwalk Appleton and Lange.
15. Sanjiv Kumar and GS Preetha. Health Promotion: An Effective Tool for Global Health. Indian Journal Community Med. 2012; 37(1): 5-12
16. Anjali Raj Westwood. Telehealth and Maternity. British Journal of Midwifery. 2021; 29(6) <https://www.britishjournalofmidwifery.com/content/comment/telehealth-and-maternity>.