



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ

วิทยานิพนธ์

ของ

ไพชยนต์ ชาจันดา

เสนอต่อมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

มิถุนายน 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ

วิทยานิพนธ์
ของ
ไพชยนต์ ชาจันดา

เสนอต่อมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
มิถุนายน 2568
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

FACTORS ASSOCIATED WITH DIGITAL HEALTH LITERACY AMONG
VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN PHON CHAROEN DISTRICT,
BUENG KAN PROVINCE

BY
PAICHAYON CHAJANDA

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
The Master of Public Health in Public Health Program
at Sakon Nakhon Rajabhat University

June 2025

All Rights Reserved by Sakon Nakhon Rajabhat University



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธาณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ

ชื่อผู้ทำวิทยานิพนธ์ ไพชยนต์ ชาจันดา

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

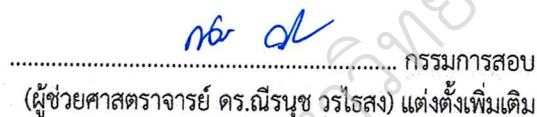


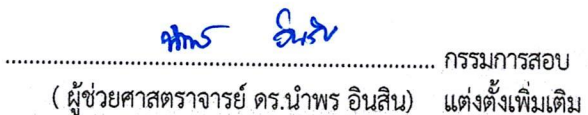
ประธานกรรมการสอบ
(ดร.ธรรมวัฒน์ อุปวงษาพัฒน์)

ผู้ทรงคุณวุฒิ



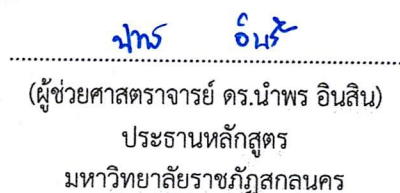
กรรมการสอบและ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา วงษ์สวัสดิ์) ประธานที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์

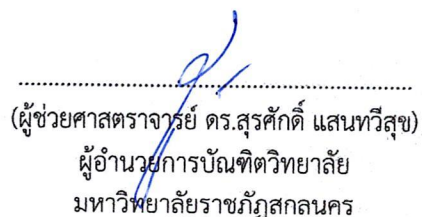

กรรมการสอบ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรันดร์ วรโธสง) แต่งตั้งเพิ่มเติม


กรรมการสอบ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นำพร อินสิน) แต่งตั้งเพิ่มเติม

คณะกรรมการบริหารหลักสูตรรับรองแล้ว

บัณฑิตวิทยาลัยรับรองแล้ว


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นำพร อินสิน)
ประธานหลักสูตร
มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ แสนทวีสุข)
ผู้อำนวยการบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

เมื่อวันที่ 26 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2568
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา วงษ์สวัสดิ์ ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาแนะนำ เสนอแนะ และตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ตลอดมา ตั้งแต่เริ่มต้นจนสำเร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ทุกท่านที่ได้ช่วยเหลือและประสิทธิ์ประสาทวิชา อบรม สั่งสอน ให้ความรู้ คุณธรรม จริยธรรม ตลอดหลักสูตร ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ ดร.ธรรมวัฒน์ อุปงษาพัฒน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นำพร อินสิน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิรณัฐ วรโธสง ที่กรุณาเป็นกรรมการสอบเค้าโครงวิทยานิพนธ์และสอบ ป้องกันวิทยานิพนธ์ พร้อมให้ข้อเสนอแนะรวมทั้งข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ เพื่อปรับปรุง การศึกษาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นำพร อินสิน นายประเสริฐ บินตะคุ และ นางวงเดือน พระนคร ที่กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือในการทำวิจัยให้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสะอาด อำเภอเชกา จังหวัดบึงกาฬ ที่กรุณาเป็นพื้นที่ในการทดลองเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พรเจริญ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอพรเจริญ ที่ให้ความกรุณาอำนวยความสะดวกในการศึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

คุณค่าและประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บิดา มารดาของผู้วิจัย บุรพาจารย์ทุกท่าน และขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้กล่าวนามที่มีส่วนร่วมและให้ความช่วยเหลือในการศึกษาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้บรรลุผลสำเร็จด้วยดี

ไพชยนต์ ชาจันดา

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ
ผู้วิจัย	ไพชยนต์ ชาจันดา
กรรมการที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา วงษ์สวัสดิ์
ปริญญา	ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)
สถาบัน	มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
ปีที่พิมพ์	2568

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. จำนวน 249 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=80.20$, $S.D.=8.83$) การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม.เกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=34.48$, $S.D.=5.53$) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=63.14$, $S.D.=6.99$) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=15.85$, $S.D.=1.78$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ($\chi^2=15.138$, $df=3$, $p < 0.05$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ได้แก่ ระยะเวลาการเป็น อสม. ($r_s=0.129$, $p < 0.05$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($r=0.395$, $p < 0.05$) การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. ($r=0.412$, $p < 0.05$) และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ($r=0.346$, $p < 0.05$) ส่วนรายได้มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ($r_s = -0.125$, $p < 0.05$)

ผลการศึกษานี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาจัดโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลให้แก่ อสม. โดยสนับสนุนปัจจัยต่าง ๆ เพื่อให้ อสม. ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองและประชาชนได้อย่างเต็มศักยภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

TITLE	Factors Associated with Digital Health Literacy Among Village Health Volunteers in Phon Charoen District, Bueng Kan Province
AUTHOR	Paichayon Chajanda
ADVISOR	Asst. Prof. Dr. Kanjana Vongsawat
DEGREE	M.P.H. (Public Health)
INSTITUTION	Sakon Nakhon Rajabhat University
YEAR	2025

ABSTRACT

This cross-sectional analytical research aimed to examine the level of digital health literacy and factors associated with digital health literacy among Village Health Volunteers (VHVs) in Phon Charoen District, Bueng Kan Province. The sample consisted of 249 VHVs. Data were collected using a questionnaire and analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, Pearson's correlation coefficient, and Spearman's rank correlation coefficient.

The findings revealed that the samples had an overall level of digital health literacy at a high level ($\bar{X}=80.20$, S.D.=8.83). Role perception regarding health digital technology was at a moderate level ($\bar{X}=34.48$, S.D.=5.53). Work motivation ($\bar{X}=63.14$, S.D.= 6.99) and social support ($\bar{X}=15.85$, S.D.=1.78) were at a high level. The factors significantly associated with digital health literacy included the frequency of digital technology use ($\chi^2=15.138$, d.f.=3, $p<0.05$). Factors revealed positive correlation with digital health literacy were duration of VHV experience ($r_s = 0.129$, $p<0.05$), social support ($r = 0.395$, $p<0.05$), role perception ($r = 0.412$, $p<0.05$), and work motivation ($r = 0.346$, $p<0.05$). Income was negatively correlated with digital health literacy ($r_s = -0.125$, $p<0.05$).

The findings suggested that relevant agencies should take this evidence to develop digital health literacy enhancement programs for VHVs. Supporting relevant factors for VHVs to maximize digital health technology skills should be focused for improving their own health and that of others.

Keywords: Digital Health Literacy, Village Health Volunteers

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง	1
คำถามของการวิจัย	6
ความมุ่งหมายของการวิจัย	6
สมมติฐานของการวิจัย	7
ความสำคัญของการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย	7
กรอบแนวคิดของการวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
ความรู้ด้านสุขภาพ.....	14
ความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล.....	26
ระบบสุขภาพดิจิทัล (Digital Health).....	23
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	45
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้บทบาท อสม. แรงจูงใจ และการได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคม.....	55
แนวคิดโมเดลสังคมนิเวศวิทยา.....	65
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	67
3 วิธีดำเนินการวิจัย	76
รูปแบบการวิจัย	76
การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	76
ประชากร.....	76
กลุ่มตัวอย่าง.....	77
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	79
การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย.....	82

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล	83
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	84
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	85
ข้อพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	86
4 ผลการวิจัย	88
ลำดับขั้นในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	88
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	89
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	107
สรุปผลการวิจัย	107
อภิปรายผลการวิจัย	108
ข้อเสนอแนะ	119
บรรณานุกรม.....	121
ภาคผนวก.....	132
ภาคผนวก ก หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการวิจัย.....	133
ภาคผนวก ข รายนามผู้เชี่ยวชาญ.....	139
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	141
ภาคผนวก ง การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	154
ภาคผนวก จ หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	165
ประวัติย่อของผู้วิจัย	167

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	78
2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	89
3 จำนวน ร้อยละ ของความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเกี่ยวกับสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	92
4 จำนวน ร้อยละ ของประสบการณ์การเข้าร่วมอบรมการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัล ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	92
5 จำนวน ร้อยละ ระดับการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกเป็นรายด้าน.....	93
6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของการรับรู้บทบาทหน้าที่เกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกเป็นรายข้อ.....	94
7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ของ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกเป็นรายข้อ.....	95
8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงาน ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกเป็นรายข้อ.....	98
9 จำนวน ร้อยละ ระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน จำแนกเป็นรายด้าน	99
10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกเป็นรายข้อ.....	100
11 จำนวน ร้อยละและความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การศึกษา อาชีพ ความถี่ในการ ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ประสบการณ์การเข้าร่วมฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล กับระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน.....	102
12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. การ รับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับแรงสนับสนุน ทางสังคม กับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน.....	105

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิด.....	9

มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

ในยุคปัจจุบัน โลกได้ก้าวเข้าสู่ยุคดิจิทัลอย่างเต็มรูปแบบ อินเทอร์เน็ตกลายเป็นปัจจัยสำคัญที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในชีวิตประจำวัน ส่งผลต่อผู้คนทั่วโลกทั้งในด้านการเชื่อมต่อ การสื่อสาร แบ่งปันข้อมูล พัฒนาระบบสุขภาพ ขับเคลื่อนเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต จากรายงาน Digital 2023 Thailand ที่วิเคราะห์สถานการณ์การใช้อินเทอร์เน็ตทั่วโลกและในประเทศไทย เผยให้เห็นว่า จำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตทั่วโลกมีจำนวน 5,158 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 64.4 ของประชากรโลก แสดงให้เห็นถึงการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตที่แพร่หลาย สำหรับประเทศไทย มีผู้ใช้อินเทอร์เน็ต 61.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 85.3 ของประชากรทั้งหมด โดยเฉลี่ยแล้ว ผู้ใช้ทั่วโลกใช้เวลาเล่นอินเทอร์เน็ตต่อวัน 6 ชั่วโมง 37 นาที คนไทยใช้เวลาเล่นอินเทอร์เน็ตเฉลี่ย 8 ชั่วโมง 6 นาทีต่อวัน ซึ่งสูงเป็นอันดับ 9 ของโลก โดยกิจกรรมยอดนิยมบนอินเทอร์เน็ต 5 อันดับแรกของโลก ได้แก่ การติดต่อสื่อสาร (ร้อยละ 94.8) โซเชียลมีเดีย (ร้อยละ 94.6) ค้นหาข้อมูล (ร้อยละ 81.8) ดูวิดีโอออนไลน์ (ร้อยละ 76) และช้อปปิ้งออนไลน์ (ร้อยละ 74.4) ตามลำดับ ซึ่งสมาร์ตโฟนเป็นอุปกรณ์หลักที่ใช้เข้าถึงอินเทอร์เน็ตมากที่สุด (ร้อยละ 92.1) (Digital Thailand, 2023)

นับตั้งแต่การเริ่มใช้งานอินเทอร์เน็ต โลกของเราได้พัฒนาและเติบโตอย่างก้าวกระโดด การเข้าถึงอินเทอร์เน็ตที่สะดวกและรวดเร็วขึ้น ส่งผลต่อวิถีชีวิตผู้คน กิจกรรมต่าง ๆ บนโลกออนไลน์ได้แทรกซึมเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ทั้งภาครัฐและภาคธุรกิจ จำเป็นต้องปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง เข้าใจ และติดตามพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป ภาครัฐจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของอินเทอร์เน็ต มีการผลักดันนโยบายดิจิทัล มุ่งนำเทคโนโลยีดิจิทัลไปเสริมศักยภาพของทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน จากรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2565 ในด้านสุขภาพพบว่า ประชาชนมีการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อรับบริการออนไลน์ทางด้านสาธารณสุขและสุขภาพเป็นอันดับที่ 6 โดยกิจกรรมยอดนิยม ได้แก่ การติดตามข่าวสาร/ค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ ร้อยละ 75.99 การออกกำลังกาย ติดตาม ประเมิน เกี่ยวกับสุขภาพ ร้อยละ 34.05 การติดต่อ/รับคำปรึกษาด้านสุขภาพจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ร้อยละ 22.63 และ

การปรึกษาและใช้บริการด้านสุขภาพออนไลน์ ร้อยละ 20.29 ตามลำดับ (Thailand Internet User Behavior, 2022)

ในยุคดิจิทัล เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication Technology หรือ ICT) กลายเป็นปัจจัยสำคัญในชีวิต ส่งผลต่อทุกมิติ ด้านสุขภาพก็ได้รับประโยชน์จาก ICT เช่นกัน ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ง่ายและสะดวกผ่านช่องทางออนไลน์ แนวคิด "สุขภาพดิจิทัล" (Digital Health) จึงถือกำเนิดขึ้น มุ่งเน้นการใช้ ICT เพื่อส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพ และจัดการสุขภาพตนเอง ช่วยลดต้นทุนเพิ่มประสิทธิภาพการบริการด้านสุขภาพ ทำให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้แม่นยำ รวดเร็ว รักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสูง สะดวก รวดเร็ว โดยไม่ต้องเดินทางไกล (ยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 – 2568, 2564) วาระการพัฒนาที่ยั่งยืนปี 2030 (Sustainable Development Goals - SDGs) มุ่งเน้นการพัฒนาที่ครอบคลุม สมดุล และยั่งยืน ครอบคลุมเป้าหมาย 17 ข้อ 169 เป้าหมายย่อย หนึ่งในเป้าหมายสำคัญคือ การส่งเสริมโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) ให้ทั่วถึง การแพร่ขยายของ ICT ส่งผลต่อทุกมิติของชีวิต เทคโนโลยีดิจิทัลเปรียบเสมือนสะพานเชื่อมความรู้ ลดช่องว่างทางดิจิทัล เร่งความก้าวหน้าทางสังคม องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้มุ่งมั่นที่จะนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ให้สอดคล้องกับเป้าหมาย SDGs โดยประเทศไทยมุ่งพัฒนา "สุขภาพดิจิทัล" มุ่งเน้นการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในระบบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (ISO, 2014)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เปรียบเสมือนฟันเฟืองสำคัญระดับปฐมภูมิในระบบสาธารณสุขไทย ทำหน้าที่เป็นด่านหน้าในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ประชาชนในชุมชน ด้วยความใกล้ชิดและเข้าใจปัญหาสุขภาพของประชาชน อสม. จึงมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพในชุมชนให้บรรลุเป้าหมาย ทำหน้าที่ให้ความรู้ด้านสุขภาพ แก่ประชาชนในชุมชน ดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน เช่น การติดตามดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การตรวจสุขภาพเบื้องต้น บทบาทที่สำคัญของ อสม. คือ ทำหน้าที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี และสื่อสารด้านสาธารณสุขระหว่างหน่วยงานรัฐบาลและประชาชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560) การดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพภาคประชาชนในปัจจุบันเข้าสู่นโยบายการพัฒนาศักยภาพ อสม. 4.0 ซึ่งมุ่งเน้นให้ อสม. นำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้กับการทำงานเพื่อการพัฒนาช่องทางการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องเป็นไปอย่างรวดเร็ว ทันเวลา และมี

ประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพ อสม.เข้าสู่ อสม. 4.0 ให้มีคุณสมบัติ คือ สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้ มีจิตอาสาและเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในยุคดิจิทัล (Health Literacy: HL) (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Literacy หรือ e-Health Literacy) คือการใช้ทักษะการเรียนรู้ผ่านการสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์จนเกิดความรู้ด้านสุขภาพ อสม. สามารถใช้ในการค้นหา ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และนำความรู้ดังกล่าวไปใช้เพื่อจัดการหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเองและชุมชน เพราะจากงานวิจัยหลายชิ้น พบว่า ผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพน้อยจะมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพราะมีความสามารถในการป้องกันและดูแลสุขภาพตนเองน้อยกว่าบุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่สูงกว่า (ศูนย์วิจัยทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2565) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ยังได้รับความสนใจจากนักวิจัยหลายท่าน งานวิจัยที่เกี่ยวข้องหลายชิ้นได้สำรวจปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล โดยพบว่าปัจจัยด้านบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์ในการใช้เทคโนโลยี มีผลอย่างมากต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของบุคคล ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ Norman & Skinner (2006) พบว่า คนที่มีระดับการศึกษาสูงและมีทักษะทางเทคโนโลยีที่ดี มีแนวโน้มที่จะมีความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลสูงกว่า นอกจากนี้ การศึกษายังแสดงให้เห็นว่าการฝึกอบรมและการสนับสนุนจากองค์กร เช่น การอบรมเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีและแอปพลิเคชันสุขภาพ สามารถช่วยเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลได้อย่างมีนัยสำคัญ สำหรับ อสม. การมีความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากพวกเขาต้องใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การค้นหาข้อมูล และการให้คำแนะนำแก่ประชาชน

ในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. จำนวน 1,101,559 คน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2567) กระจายอยู่ในทุกชุมชนทุกหมู่บ้านมีการทำงานแบบเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน เพื่อให้เกิดการประสานงานระหว่างประชาชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดำเนินการเชิงรุกและเชิงรับในชุมชน เปรียบเสมือน "หมอประจำบ้าน" ที่อยู่เคียงข้างประชาชนในชุมชน ทำหน้าที่เป็นด่านหน้าในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยไม่หวังผลตอบแทน สำหรับ อำเภอฟรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ มี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม.จำนวน 702 คน โดยภาพรวม อสม. 1 คน รับผิดชอบ 15 หลังคาเรือน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในฐานะด่านหน้าของระบบสาธารณสุข จำเป็นต้องปรับตัวและเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ เพื่อนำเทคโนโลยี

มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เทคโนโลยีดิจิทัลช่วยให้ อสม. เข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข ได้สะดวกรวดเร็ว ผ่านแอปพลิเคชัน เว็บไซต์ หรือสื่อสังคมออนไลน์ ข้อมูลเหล่านี้ ช่วยให้ อสม. ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทันต่อสถานการณ์ ตัวอย่างเช่น ข้อมูลเกี่ยวกับโรคระบาด การฉีดวัคซีน หรือการเฝ้าระวังสุขภาพ ช่วยให้ อสม. สื่อสารกับประชาชนในชุมชน หน่วยงานด้านสาธารณสุข และ อสม. ด้วยกันเอง ได้สะดวกและรวดเร็ว ผ่านแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ไลน์ เฟซบุ๊ก หรือวิดีโอคอล เช่น การแจ้งเตือนเกี่ยวกับโรคระบาด การติดตามผลการรักษา หรือการประชุมออนไลน์ ติดตามผลงาน และประเมินผลการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านแอปพลิเคชัน เว็บไซต์ หรือระบบฐานข้อมูล ข้อมูลเหล่านี้ ช่วยให้ อสม. พัฒนาการทำงาน และแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาทักษะใหม่ ๆ ผ่านแอปพลิเคชัน เว็บไซต์ หรือหลักสูตรออนไลน์ ตัวอย่างเช่น การใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ในการรายงานข้อมูลการดำเนินงานประจำเดือน การใช้ไลน์ในการสื่อสารกับประชาชน หรือการเรียนรู้หลักสูตรออนไลน์ เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ช่วยให้ อสม. มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน

กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของเทคโนโลยีดิจิทัล จึงได้กำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ในการทำงาน มุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ เพิ่มขีดความสามารถด้านสาธารณสุข และส่งเสริมบทบาทของนวัตกรรมด้านสุขภาพ (ยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข 2564 – 2568) แผนพัฒนาดิจิทัล เพื่อระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพภาคประชาชน ระยะ 5 ปี ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พ.ศ. 2564 – 2568 มุ่งเน้นการพัฒนา ระบบสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนการทำงานของ อสม. พัฒนาแอปพลิเคชัน “สมาร์ต อสม.” เพื่อให้ อสม. ใช้ในการรายงานข้อมูล ติดตามผลงาน สื่อสารกับหน่วยงานด้านสาธารณสุข ประชาสัมพันธ์ ความรู้ และข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับสุขภาพ โดยในปีงบประมาณ 2567 ได้กำหนดตัวชี้วัดไว้ว่า อสม.ต้องมีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

แม้ผลการดำเนินงานของ อสม. อำเภอฟรเจริญจะแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่ร้อยละ 71.06 จากเป้าหมายร้อยละ 75 (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2567) แต่จากข้อมูลการตรวจสุขภาพตนเองของ อสม. ผ่านแอปพลิเคชัน “สมาร์ต อสม.” กลับพบปัญหาสุขภาพของตนเองที่น่าเป็นห่วง โดย อสม. ส่วนใหญ่ร้อยละ 71.23 มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน นอกจากนี้ยังพบภาวะความดันโลหิตสูงใน อสม. ร้อยละ 17.71 และระดับน้ำตาลปลายนิ้วอยู่ในระดับเสี่ยงถึงสงสัยป่วยร้อยละ 33.48

(กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2567) สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญ คือ แม่ อสม. จะมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการให้บริการ แต่กลับไม่สามารถนำความรู้และข้อมูลทางสุขภาพมาประยุกต์ใช้เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลที่ยังไม่เพียงพอ รวมถึงการขาดทักษะในการประเมิน วิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ ยังพบช่องว่างระหว่างความสามารถในการใช้เทคโนโลยีกับการนำไปใช้จริงในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน อสม. อาจมีความเชี่ยวชาญในการใช้เทคโนโลยีเพื่อการรายงานข้อมูลหรือการติดต่อสื่อสาร แต่ยังขาดทักษะในการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพ หรือการติดตามสุขภาพของประชาชนในชุมชนผ่านช่องทางดิจิทัลได้อย่างเต็มศักยภาพ ยิ่งไปกว่านั้น การดำเนินงานจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลยังไม่ครอบคลุมประชาชนทุกคนในชุมชน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากข้อจำกัดด้านการเข้าถึงเทคโนโลยีของประชาชน ความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐาน หรือความสามารถของ อสม. ในการถ่ายทอดความรู้และให้บริการผ่านช่องทางดิจิทัล

จะเห็นว่าปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม.แบ่งปัจจัยออกเป็นหลายระดับตามโมเดลนิเวศวิทยาสังคม (Social Ecological Model) ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และระดับนโยบายสาธารณะ การนำโมเดลนี้มาใช้ช่วยศึกษาเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยทำให้เข้าใจได้ว่า ปัจจัยหลายระดับสามารถมีผลต่อความรู้และการปฏิบัติงานของ อสม.ได้อย่างไร เช่น ผลองรัฐ ทองกันทา (2565) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยุค 4.0 พบว่าปัจจัยระดับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา และระยะเวลาการเป็น อสม.สัมพันธ์กับทักษะความเข้าใจและการใช้เทคโนโลยี วรรณีย์ บุญมัน (2564) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยระดับระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. และณัฐพงศ์ คำนา (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพตามนโยบายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4.0 พบว่า ความผูกพันองค์กรเป็นปัจจัยระดับองค์กรที่เกี่ยวข้อง ส่วนการศึกษาที่เฉพาะในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลมีการศึกษาส่วนมากในกลุ่มของประชาชน ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการพยาบาล นักศึกษาพยาบาลปริญญาตรี นักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพ แต่การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลในกลุ่มของ อสม.ยังมีจำกัดอยู่ ทำให้ไม่ทราบปัจจัยที่แน่ชัดที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. สอดคล้องกับผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ของ อสม.ในการมีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของกระทรวงสาธารณสุข ที่ยังไม่ครอบคลุมประชาชนที่ อสม.ต้องดูแล

งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา ต่อยอดในการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลให้แก่ อสม. สามารถใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนรวมถึงการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลให้แก่ประชาชน การศึกษาและพัฒนาความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. จะช่วยให้ อสม.สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีและใช้ประโยชน์จากข้อมูลและเครื่องมือต่าง ๆ ที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้การให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนมีคุณภาพดีขึ้น และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนและส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบสุขภาพจึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน

1.2 คำถามของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดคำถามของการวิจัยไว้ ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดความมุ่งหมายของการวิจัยไว้ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.4 สมมติฐานของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานของการวิจัยไว้ ดังนี้

1. ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. ความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ประสบการณ์การเข้าร่วมฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ได้แก่ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. ปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ การรับรู้บทบาทหน้าที่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.5 ความสำคัญของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดความสำคัญของการวิจัย ไว้ดังนี้

1. ผลการวิจัยนี้ จะช่วยให้เข้าใจถึงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ผลการวิจัยนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนากลยุทธ์ และแนวทางในการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และทักษะด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม.
3. ผลการวิจัยนี้ จะช่วยนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่ดีของประชาชนในระยะยาว

1.6 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการวิจัยไว้ ดังนี้

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 7 ตำบล รวมทั้งสิ้น 702 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอพรเจริญ จำนวน 249 คน ซึ่งได้มาโดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน จากสูตรการหาขนาดตัวอย่างของแดเนียล (Daniel, 1995) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

2. ขอบเขตด้านตัวแปร

2.1 ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ตามโมเดลนิเวศวิทยาสังคม (Social Ecological Model) แบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ปัจจัยระดับบุคคล (Intrapersonal) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. ความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และประสบการณ์การเข้าร่วมฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal) ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และ ปัจจัยระดับองค์กร (Organizational) ได้แก่ การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytic Research) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ ตามกรอบโมเดลนิเวศวิทยาสังคม (Social Ecological Model) โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การประเมินข้อมูล และการใช้ข้อมูล

4. ขอบเขตด้านระยะเวลาในการศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษา ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2567 – มิถุนายน 2568 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 3 มีนาคม ถึงวันที่ 18 มีนาคม 2568

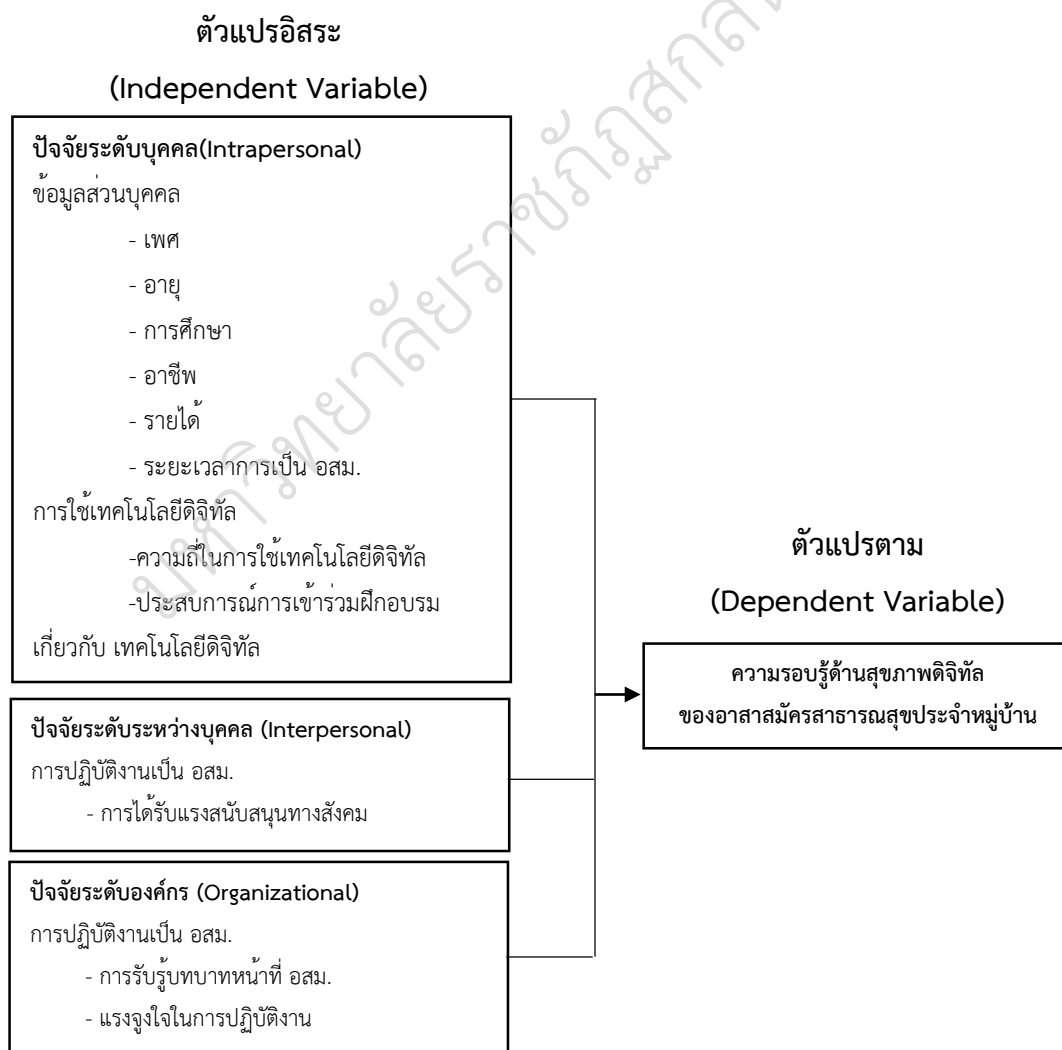
1.7 กรอบแนวคิดของการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล โดยประยุกต์ใช้ตามกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยอิเล็กทรอนิกส์ของนอร์แมนและสกินเนอร์ (Norman & Skinner, 2006a)

แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยอิเล็กทรอนิกส์ที่นำมาใช้อธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลในการศึกษานี้ นอร์แมนและสกินเนอร์ ได้ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถในการค้นหา เข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากแหล่งดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพ รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยอิเล็กทรอนิกส์ มี 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล

(Access) ทักษะการเข้าใจข้อมูล (Understand) ทักษะการประเมินข้อมูล (Evaluate) และ ทักษะการใช้ข้อมูล (Apply) (Norman & Skinner, 2006b)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ตามโมเดลนิเวศวิทยาสังคม (Social Ecological Model) จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลนั้น ต้องเข้าใจถึงตัวกำหนดหรือปัจจัยที่อาจมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล เพราะเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงเมื่อจะกำหนดรูปแบบหรือกลยุทธ์ในการพัฒนา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งได้เป็น ปัจจัยระดับบุคคล (Intrapersonal) ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal) และ ปัจจัยระดับองค์กร (Organizational) ตามกรอบการวิจัย ผู้วิจัยจึงสรุปเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.8 นิยามศัพท์เฉพาะ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นิยามศัพท์เฉพาะไว้ ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล หมายถึง ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริม ป้องกัน และจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ครอบคลุมตั้งแต่การค้นหาข้อมูล การทำความเข้าใจ การวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ ไปจนถึงการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์และการสื่อสาร โดยประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1.1 การเข้าถึงข้อมูล (Access) หมายถึงความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ค้นหา และเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ สามารถใช้งานอินเทอร์เน็ต รู้จักแหล่งข้อมูลสุขภาพดิจิทัลที่น่าเชื่อถือ และเข้าถึงข้อมูลจากแพลตฟอร์มดิจิทัลต่าง ๆ ได้อย่างสะดวกคล่องแคล่ว รวมถึงการใช้เทคโนโลยีในการบันทึกข้อมูล ทั้งข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงาน อสม.

1.2 การเข้าใจข้อมูล (Understand) หมายถึงความสามารถในการอ่าน ทำความเข้าใจ และตีความข้อมูลสุขภาพที่พบในสื่อดิจิทัล ซึ่งรวมถึงความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลที่นำเสนอในรูปแบบต่าง ๆ การตีความข้อมูลเชิงสถิติ การแยกแยะข้อมูลที่ถูกต้องออกจากข้อมูลที่น่าเชื่อถือหรือเป็นการโฆษณาชวนเชื่อ การสรุปใจความสำคัญจากข้อมูลจำนวนมาก และการเข้าใจศัพท์เฉพาะทางการแพทย์พื้นฐานเกี่ยวกับ อสม.

1.3 การประเมินข้อมูล (Evaluate) หมายถึงความสามารถในการประเมินความน่าเชื่อถือ ความถูกต้อง และความเกี่ยวข้องของข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลดิจิทัลต่าง ๆ โดยพิจารณาจากแหล่งที่มา ผู้ให้ข้อมูล วันที่ของข้อมูล รวมถึงการเปรียบเทียบข้อมูลจากหลาย ๆ แหล่ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่นำไปใช้นั้นมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ

1.4 การใช้ข้อมูล (Apply) หมายถึงความสามารถในการนำข้อมูลสุขภาพดิจิทัลที่ได้รับมาประยุกต์ใช้เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการสื่อสารข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง การวางแผนและประเมินผลกิจกรรมด้านสุขภาพ และการคำนึงถึงความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลทางออนไลน์และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างมีความรับผิดชอบ

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์ มีความรู้ ความสามารถอ่านออกเขียนได้ ที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนโดย ชาวบ้านไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือน ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรม

มาตรฐาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลางกำหนด (หลักสูตร ฝึกอบรมมาตรฐาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2550) และที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ.2554 ใช้บังคับในวันที่ 20 มีนาคม 2554 ตามทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ

3. ระยะเวลาการเป็น อสม. หมายถึง ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยนับตั้งแต่วันที่ได้รับการขึ้นทะเบียน

4. ความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล หมายถึง ระดับความบ่อยหรือจำนวนครั้งที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการใช้ใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ สมาร์ทโฟน คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต หรืออุปกรณ์อื่น ๆ ที่เชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ตหรือเครือข่ายดิจิทัลในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อวัตถุประสงค์ใน การสื่อสาร ค้นหาข้อมูล การดูแลสุขภาพ ใช้โซเชียลมีเดีย ใช้แอปพลิเคชันด้านสุขภาพ และการทำงาน

5. ประสบการณ์การเข้าร่วมฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล หมายถึง ประวัติหรือช่วงเวลาที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเคยเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้หรือการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ทั้งในรูปแบบของการฝึกอบรมอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มพูนทักษะและความรู้เกี่ยวกับการใช้งานอุปกรณ์ดิจิทัล ซอฟต์แวร์ หรือแอปพลิเคชันต่าง ๆ รวมถึงการนำเทคโนโลยีไปประยุกต์ใช้ในงาน หรือชีวิตประจำวัน

6. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ ได้รับกำลังใจ คำชื่นชม การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก รวมไปถึงการสนับสนุนทรัพยากรและความรู้จากบุคคลอื่นเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

7. การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. หมายถึง ความรู้สึกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ ที่ประเมินว่าบทบาทเหล่านั้นควรเป็นบทบาทของตนหรือไม่ และมากน้อย เพียงใด เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ อสม.ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ได้แก่ การปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล, การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์หรือรณรงค์และให้ความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐานผ่านช่องทางดิจิทัล, การให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล, การจัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล, การเป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

และพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล, การให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ บริการสาธารณสุข การมีส่วนร่วมในนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผ่านช่องทางดิจิทัล, การศึกษา พัฒนาตนเองเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ, การดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะ อสม. ที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล, และการประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

8. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง แรงสนับสนุนด้านความคิด ความรู้สึก หรือ ความพึงพอใจ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ ได้แก่ ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ด้านการยอมรับนับถือ ด้านโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน ด้านลักษณะงาน ด้านความรับผิดชอบ ด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน ด้านสภาพในการทำงาน ด้านนโยบายและการบริหารงาน ด้านความมั่นคงในงาน และด้านวิธีปกครองบังคับบัญชา

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยสามารถสรุปสาระสำคัญตามลำดับ ดังนี้

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.1.1 นิยามและความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.1.2 องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.1.3 ความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.1.4 ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.1.5 เครื่องมือเกี่ยวกับการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.1.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล

2.3 ระบบสุขภาพดิจิทัล

2.3.1 สุขภาพดิจิทัล

2.3.2 ระบบนิเวศสุขภาพดิจิทัล

2.3.3 แพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล

2.3.4 เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ

2.3.5 แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2564-

2568)

2.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.4.1 ความเป็นมาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.4.2 ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.4.3 บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน

2.4.4 การฝึกอบรม อสม. ใหม่

2.4.5 การพัฒนาศักยภาพ อสม. 4.0

2.4.6 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบางละมุง

2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้บทบาท แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

2.5.1 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้บทบาท

2.5.2 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ

2.5.3 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

2.6 แนวคิดโมเดลสังคมนิเวศวิทยา

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.7.1 งานวิจัยในประเทศ

2.7.2 งานวิจัยต่างประเทศ

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

การยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของภาคประชาชน ถือเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคลเพื่อการดำรงรักษาสุขภาพที่ยั่งยืน ซึ่งศักยภาพดังกล่าวครอบคลุมถึงความสามารถในการชี้นำทิศทางของระบบสุขภาพให้ตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นของตน, การมีปฏิสัมพันธ์เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพกับผู้ให้บริการ, การประเมินและคาดการณ์ความเสี่ยงทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ตลอดจนการกำหนดเป้าหมายในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะที่ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อกระบวนการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยการขาดทักษะในการดูแลตนเองของประชาชนได้ผลักดันให้ระบบสุขภาพของประเทศต้องเบนเข็มจากการดูแลเชิงรุกไปสู่การตั้งรับกับภาระโรคที่เพิ่มขึ้น ซึ่งปรากฏการณ์นี้สะท้อนผ่านจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูงขึ้น การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการรักษา และการพึ่งพิงเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง ผลลัพธ์ที่ตามมาคือ ภาระงานบริการที่ล้นมือของสถานพยาบาล ซึ่งจำกัดขีดความสามารถในการจัดสรรทรัพยากรเพื่องานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และส่งผลให้การสร้างหลักประกันความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นไปได้ยากยิ่งขึ้น (World Health Organization, 2009)

การใช้คำ Health literacy ในภาษาไทย มีปรากฏในเอกสารภาษาไทยหลายคำ (ทรงศนีย์ บุญมัน, 2564) ดังนี้

1. ความแตกฉานด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นคำนิยามที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขแปลไว้จากนิยามที่องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยาม

2. ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ เป็นคำที่สอดรับการดำเนินงานด้านการสื่อสาร ซึ่งมี การพัฒนาและดำเนินงานเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) ในแผนงานสื่อสารสุขภาพ ของ เยาวชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

3. ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นคำที่เริ่มมีการเรียกกันในแวดวงการศึกษา เมื่อ กล่าวถึง Literacy ในด้านสุขภาพ โดยมูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย สำนักงานเลขาธิการสภา การศึกษา ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

4. ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นคำที่กำหนดขึ้นในโครงการศึกษาและพัฒนาองค์ ความรู้เรื่อง Health literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพของกองสุ ขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และนิยามได้ว่า คือสมรรถนะของ บุคคลอันประกอบด้วยชุดของทักษะและความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน สังเคราะห์ข้อมูลและสารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจ การจัดการสุขภาพของ ตนเอง ตลอดจนการสื่อสารและผลักดันประเด็นสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน อันจะ นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กำหนดขึ้นโดยคณะผู้บริหารระดับสูงของกระทรวง สาธารณสุข

โดยงานวิจัยนี้จะใช้คำว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” เนื่องจากจะนำผลการวิจัยไป ใช้ ในการทำงานในกระทรวงสาธารณสุขและเป็นคำที่นิยมมากที่สุด

2.1.1 นิยามและความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถนิยามได้ว่า เป็นกลุ่มทักษะทางการรับรู้และ ทางสังคมซึ่งส่งผลโดยตรงต่อแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลในการแสวงหา ทำความ เข้าใจ และนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการส่งเสริมและดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง อย่างต่อเนื่อง (องค์การอนามัยโลก, 1998 อ้างถึงใน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541)

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา แนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ได้รับการนิยามและตีความอย่างหลากหลายโดยองค์กรและนักวิชาการทั่วโลก ซึ่ง ความแตกต่างของคำนิยามเหล่านี้มักสะท้อนให้เห็นถึงความหลากหลายของบริบท ทั้งในมิติทาง สังคม วัฒนธรรม ภูมิภาค และขอบเขตการดำเนินงานที่แตกต่างกันไป

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2561) ได้รวบรวมความหมายและคำนิยามของคำว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ดังนี้

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทั้งหมด ซึ่งรวมความสามารถพื้นฐานในการ อ่านข้อความและคำนวณตัวเลข เพื่อปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ (American Medical Association, 1999)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนด แรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิด สุขภาพที่ดี (Nutbeam, 2000)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถของบุคคลในการได้รับจัดการ และทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพพื้นฐานและบริการที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจที่เหมาะสม (The US Healthy People 2010, 2000)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการอ่าน ทำความเข้าใจ และกระทำเมื่อได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพ (The center for Health Care Strategies, 2000)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถของบุคคลในการได้รับจัดการ ทำความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจที่เหมาะสม (Institute of Medicine, 2004)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันทั้งที่บ้าน ชุมชนสถานที่ทำงาน ระบบสุขภาพ ตลาด และที่สาธารณะ ซึ่งถือว่าเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเสริมพลังอำนาจให้กับประชาชนเพื่อจัดการสุขภาพของตนเองด้วยการใช้ความสามารถดังกล่าวในการแสวงหาข้อมูลอย่างมีความรับผิดชอบ (Kickbusch, Wait, & Maag, 2005)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การกระทำ พลวัต และการเสริมพลัง รวมทั้งทักษะชีวิตที่สำคัญ สำหรับสังคมสมัยใหม่ เพื่อสร้างทางเลือกในการดำเนินชีวิตประจำวันให้เกิดผลต่อสุขภาพและมีสุขภาวะ (Kickbusch et al., 2005)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะที่ครอบคลุมและสามารถของบุคคลในการ ค้นหา ทำความเข้าใจประเมิน รวมทั้งใช้ข้อมูลสุขภาพและแนวคิดเพื่อสร้างทางเลือกในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต (Zarcadoolas, Pleasant, & Greer, 2005)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ ประเมิน และสื่อสารข้อมูลได้ตรงกับความต้องการ เพื่อส่งเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีในการดำเนินชีวิตตามบริบทต่าง ๆ (Zumbo et al., 2006)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจของบุคคล ซึ่งต้อง มีการตรวจสอบอยู่เสมอในแต่ละบริบทอันจำเพาะที่ต้องการใช้ความสามารถดังกล่าว (Paasche-Orlow, & Wolf, 2007)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการอ่าน พิจารณากลับกรอง และทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจ (European Commission, 2007)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการได้รับ แปลความ และทำความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานและบริการ รวมทั้งสมรรถนะในการใช้ข้อมูลเพื่อให้สุขภาพดี (Pavlekovic, 2008)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึงเข้าใจ ประเมิน และสื่อสารข้อมูลสุขภาพเพื่อการส่งเสริม ดำรงรักษา และปรับปรุงสุขภาพของตนเองในการ ดำเนินชีวิตตามบริบทต่าง ๆ (Rootman, & Gordon-El-Bihbey, 2008)

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ทักษะ และความสามารถที่จำเป็น สำหรับการใช้ประโยชน์จากระบบบริการสุขภาพ (Mancuso, 2009)

โดยสรุป ความรู้ด้านสุขภาพ คือ ทักษะและความสามารถของบุคคลในการ เข้าถึง ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ และประเมินข้อมูลข่าวสาร เพื่อนำมาใช้ในการจัดการสุขภาพ ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งสามารถให้การสนับสนุนด้านสุขภาพแก่ครอบครัว และชุมชน เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีร่วมกัน

2.1.2 องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ

แนวคิดของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2561) ได้จำแนกองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่

1. ทักษะการเข้าถึง (Access Skill) ศักยภาพในการระบุแหล่งข้อมูล, การใช้ กลยุทธ์การสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพ, และการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ
2. ทักษะความเข้าใจ (Cognitive Skill) ศักยภาพในการประมวลผลและ ตีความข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการดูแลสุขภาพ
3. ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) สมรรถนะในการแลกเปลี่ยน ข้อมูลสุขภาพ ทั้งในรูปแบบการรับสาร (การฟัง, การอ่าน) และการส่งสาร (การพูด, การเขียน) รวมถึงความสามารถในการให้ข้อมูลและสนับสนุนให้ผู้อื่นปฏิบัติตามแนวทางสุขภาพที่เหมาะสม
4. ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management Skill) ความสามารถในการ กำหนดเป้าหมายสุขภาพส่วนบุคคล, วางแผน, นำไปปฏิบัติ, และติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุง พฤติกรรมสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง

5. ทักษะการตัดสินใจ (Decision-Making Skill) ความสามารถในการระบุทางเลือก, วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสีย, และเลือกแนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพที่เหมาะสมที่สุดบนพื้นฐานของข้อมูลและหลักเหตุผล

6. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy Skill) ศักยภาพในการวิเคราะห์, ตีความ, และประเมินเนื้อหาสุขภาพที่นำเสนอผ่านสื่อต่าง ๆ เพื่อให้สามารถเลือกรับและปฏิเสธข้อมูลได้อย่างเหมาะสม และสามารถให้คำแนะนำแก่ชุมชนได้

คุณลักษณะสำคัญตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถจำแนกพฤติกรรมบ่งชี้ในแต่ละด้านได้ดังนี้

1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access)

1.1 สามารถระบุแหล่งข้อมูล, เลือกใช้ช่องทางและวิธีการสืบค้นข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม รวมถึงการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเข้าถึง

1.2 สามารถดำเนินการสืบค้นเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลสุขภาพและบริการที่ต้องการ

1.3 สามารถประเมินและเปรียบเทียบข้อมูลจากหลากหลายแหล่งเพื่อยืนยันความถูกต้องและความน่าเชื่อถือ ก่อนนำไปใช้

2. ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive/Understanding)

2.1 สามารถสกัดและจดจำสาระสำคัญหรือองค์ความรู้หลักด้านสุขภาพได้

2.2 สามารถตีความและอธิบายองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่ได้รับมาด้วยภาษาของตนเองได้อย่างถูกต้อง

2.3 สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบ และสังเคราะห์ข้อมูลหรือแนวปฏิบัติที่แตกต่างกันได้อย่างมีเหตุผล

3. ด้านทักษะการสื่อสาร (Communication)

3.1 มีความสามารถในการถ่ายทอดข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพผ่านการพูด อ่าน และเขียน ให้ผู้อื่นเข้าใจได้อย่างชัดเจน

3.2 มีทักษะในการสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น, ชักถามข้อสงสัย, หรือชี้แจงจุดให้ผู้อื่นยอมรับและปฏิบัติตามแนวทางสุขภาพที่เหมาะสม

4. ด้านทักษะการจัดการตนเอง (Self-Management)

4.1 สามารถกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพส่วนบุคคล, วางแผนการปฏิบัติ, และลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

4.2 สามารถกำกับดูแลให้ตนเองปฏิบัติตามแผนได้อย่างสม่ำเสมอ

4.3 สามารถติดตามและประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง เพื่อนำมาปรับปรุงหรือปรับเปลี่ยนแผนให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ด้านทักษะการตัดสินใจ (Decision-Making)

5.1 สามารถระบุทางเลือกต่าง ๆ ในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดีได้

5.2 สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อดี ข้อเสีย หรือผลกระทบของแต่ละทางเลือก เพื่อใช้เป็นฐานในการตัดสินใจ

5.3 สามารถเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและส่งผลกระทบต่อผู้อื่นได้

6. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy)

6.1 สามารถวิเคราะห์และประเมินความน่าเชื่อถือ รวมถึงเจตนาที่แฝงอยู่ของข้อมูลสุขภาพที่นำเสนอผ่านสื่อต่าง ๆ

6.2 สามารถเลือกบริโภคสื่อสุขภาพได้อย่างปลอดภัยและหลีกเลี่ยงสื่อที่อาจสร้างความเสี่ยงทางสุขภาพ

6.3 สามารถสังเคราะห์ข้อมูลจากสื่อเพื่อสรุปเป็นองค์ความรู้ และให้คำแนะนำหรือแจ้งเตือนแก่บุคคลในครอบครัว ชุมชน และสังคมได้

2.1.3 ความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ

สุขภาพ หรือ สุขภาวะ ของบุคคล ชุมชน และสังคม เป็นผลมาจากปัจจัยหลายด้าน (Multiple Factors) ปัจจัยสำคัญด้านหนึ่งที่ถูกกล่าวถึงอย่างมาก คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับ “ศักยภาพของบุคคล”

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพที่สำคัญ (Parker, 2000) คือ สถานะสุขภาพ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ การรับภูมิคุ้มกันโรค การตรวจคัดกรองโรคทางเพศสัมพันธ์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ฯลฯ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ในกลุ่มเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวน ของค่าดัชนีมวลกายได้ถึงร้อยละ 38 และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (Chang, 2011; Sharif, & Blank, 2010) อาทิ การบริโภคอาหาร การใช้ยาเสพติด การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ทั้งนี้ เนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันหรือดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้และการเลือกบริการด้านสุขภาพที่ถูกต้อง (De Wat et al., 2004 อ้างอิงใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561)

บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูล การเข้ารับบริการสุขภาพการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง และการป้องกันโรค(De Wat et al., 2004 อ้างอิงใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561) รวมทั้ง มีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย และมักจะมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนักจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพในระดับสูง (National Assessment of Adult Literacy, 2006) และมีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและโรคมะเร็ง (Baker et al., 2007 อ้างอิงใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561) เนื่องจากมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องและขาดทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง

ระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอของประชากรส่วนใหญ่ ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประเทศในภาพรวม เนื่องจากประชาชนจะขาดศักยภาพในการจัดการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งนำไปสู่แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ท้ายที่สุด สิ่งนี้จะส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของประเทศสูงขึ้น ทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและในระดับมหภาคที่ภาครัฐต้องแบกรับผ่านระบบหลักประกันสุขภาพ

2.1.4 ระดับของความรู้ด้านสุขภาพ

ตามกรอบแนวคิดของ Nutbeam (2000) ความรู้ด้านสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

1. ความรู้ด้านสุขภาพเชิงหน้าที่ (Functional Health Literacy) เป็นระดับที่เน้นทักษะการรู้หนังสือขั้นพื้นฐาน (Basic Literacy) ซึ่งจำเป็นต่อการจัดการข้อมูลสุขภาพในชีวิตประจำวัน เช่น ความสามารถในการอ่านฉลากยาหรือเอกสารแสดงความยินยอม, การทำความเข้าใจคำแนะนำด้วยวาจาจากบุคลากรทางการแพทย์, และการปฏิบัติตามแผนการรักษาเบื้องต้น อาทิ การรับประทานยาให้ตรงเวลาหรือการไปตามนัดหมาย

2. ความรู้ด้านสุขภาพเชิงปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) เป็นระดับที่อาศัยทักษะที่สูงขึ้น โดยบูรณาการทักษะเชิงปัญญา (Cognitive) และทักษะทางสังคม (Social Skills) เพื่อให้บุคคลสามารถมีส่วนร่วมและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ ซึ่งครอบคลุมถึงความสามารถในการสกัดข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ, การสื่อสารเพื่อซักถามหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น, และการนำข้อมูลที่ได้รับมาประยุกต์ใช้เพื่อการตัดสินใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3. ความรู้ด้านสุขภาพเชิงวิพากษ์ (Critical Health Literacy) ถือเป็นระดับสูงสุด ที่บุคคลมีทักษะทางปัญญาระดับสูงในการวิเคราะห์และประเมินข้อมูลข่าวสาร

สุขภาพอย่างมีวิจารณญาณ (Critically Analyze) ซึ่งนำไปสู่ความสามารถในการทำความเข้าใจ และควบคุมปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะของตนเองและ ชุมชนได้

2.1.5 เครื่องมือเกี่ยวกับการวัดความรู้ด้านสุขภาพ

2.1.5.1 เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศ

เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพมีนักวิชาการที่พัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพหลายคน โดย อังคินันท์ อินทรคำแหง, 2560 ได้รวบรวมไว้ดังนี้

1. eHEALS (Norman & Skinner, 2006) ถูกออกแบบมาเพื่อประเมิน “การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Perceived Competence)” ในการค้นหา, ประเมิน, และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ วัตถุประสงค์หลักของเครื่องมือนี้คือ เพื่อเป็นเครื่องมือวินิจฉัย (Diagnostic Tool) ที่ช่วยให้ทนายวิชาชีพสามารถประเมินทักษะของผู้ใช้บริการ และเป็นเครื่องมือคัดกรอง (Screening Tool) เพื่อระบุกลุ่มประชากรที่อาจต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพ โดยเครื่องมือ eHEALS นี้สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดที่เรียกว่า “Literacy Pentagon” ซึ่งมองว่า eHealth Literacy ประกอบด้วยทักษะพื้นฐาน 6 ด้าน ได้แก่ การรู้หนังสือ (Traditional Literacy), การรู้สารสนเทศ (Information Literacy), การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy), การรู้หลักวิทยาศาสตร์ (Scientific Literacy), การรู้คอมพิวเตอร์ (Computer Literacy), และการรู้สุขภาพ (Health literacy)

2. เครื่องมือทดสอบความรู้ด้านสุขภาพเชิงหน้าที่ในผู้ใหญ่ หรือ TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults) เป็นแบบประเมินที่ใช้วัดทักษะการอ่านทำความเข้าใจและการคำนวณที่จำเป็นในบริบททางสุขภาพ (Parker et al., 1995) เครื่องมือนี้ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางเพื่อประเมินความสามารถของผู้รับบริการในการจัดการข้อมูลสุขภาพ โดยประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ ส่วนที่วัดทักษะการคำนวณ (17 ข้อ) และส่วนที่วัดความเข้าใจจากการอ่าน (50 ข้อ) ซึ่งมักถูกนำไปใช้ในงานวิจัยที่ครอบคลุมประชากรตั้งแต่กลุ่มวัยรุ่นไปจนถึงผู้ใหญ่ (Sharif & Blank, 2009)

3. เครื่องมือ REALM (The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) ถูกออกแบบมาเพื่อเป็นเครื่องมือคัดกรองที่ง่ายและรวดเร็วสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการประเมินความสามารถในการอ่านของผู้ป่วย (Davis et al., 1991) โดยเครื่องมือนี้จะวัดทักษะการอ่านออกเสียงคำศัพท์ทางการแพทย์ (Medical Word Recognition) จำนวน 66 คำ เพื่อระบุผู้ป่วยที่อาจมีปัญหาในการอ่านเอกสารสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ทั้งนี้ REALM มุ่งเน้นไปที่การอ่านออกเสียงเป็นหลัก และไม่ได้ประเมินความเข้าใจในความหมายของคำหรือทักษะด้านอื่น ๆ โดยตรง

4. Functional Communication and Critical Health Literacy Scales (FCCHL) เพื่อนำกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับของ Nutbeam มาใช้วัดผลในทางปฏิบัติ Ishikawa และคณะ (2008) ได้พัฒนาแบบประเมิน FCCHL ขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเฉพาะ โดยเครื่องมือนี้จำแนกความสามารถของผู้ป่วยออกเป็น 3 มิติที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน ได้แก่ ระดับเชิงหน้าที่ ซึ่งเกี่ยวข้องกับทักษะการอ่านทำความเข้าใจข้อมูลพื้นฐาน ระดับเชิงสื่อสาร ที่เน้นศักยภาพในการค้นหาและสื่อสารข้อมูลเพื่อการดูแลตนเอง และระดับเชิงวิพากษ์ซึ่งเป็นมิติที่เกี่ยวกับการสามารถในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจและควบคุมสภาวะสุขภาพของตนได้อย่างเหมาะสม

5. Medical Achievement Reading Test (MART) เป็นแบบทดสอบการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ (Hanson-Drivers, 1997 as cited in Mancuso, 2009) มีความคล้ายคลึงกับ RELM ตรงที่เป็นการประเมินการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ แบบวัดนี้ให้ความสำคัญกับสาเหตุของ การที่ไม่สามารถอ่านได้ เช่น คำที่ใช้ในทางการแพทย์หรือคำที่เกี่ยวข้องที่เห็นในใบสั่งยา/แผ่นพับ การศึกษาของผู้ป่วย ตัวอักษรที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดเล็กและการพิมพ์บนกระดาษที่มันวาว ทำให้อ่านได้ยากซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยต้องคาดเดาคำที่ไม่สามารถอ่านได้

6. เครื่องมือคัดกรองผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (The Newest Vital Sign NVS) พัฒนาโดย (Weiss et al., 2005) แบบคัดกรองที่ใช้เวลาน้อยและมีความแม่นยำในการคัดกรองผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างจำกัด ตัวอย่างเช่น ใช้ฉลากโภชนาการของไอศกรีมชนิดหนึ่งที่ได้รับค่านิยมในกลุ่มเป้าหมาย โดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ มีคำถาม 5-6 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับการแปลความหมายและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการบริโภค

2.1.5.2 เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย

แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยตั้งแต่ปีพ.ศ. 2556 มีการพัฒนาขึ้น ตามองค์ประกอบ ของ Nutbeam (2009) เป็นหลักที่มี 3 ระดับ 6 ด้าน ได้แก่ 1. ระดับพื้นฐาน (Functional Literacy Level) มีด้านการเข้าถึงข้อมูล (Access) และด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 2.ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Literacy Level) มีด้านทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) และ ด้านการจัดการตนเอง (Self-Management) 3. ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Literacy Level) มีด้านการรู้เท่าทันสื่อ (Media interact) และด้านทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) ซึ่งแนวคิดนี้สามารถเป็นกรอบในการพัฒนาเครื่องมือวัดทั้ง

ในการดูแลรักษาทางคลินิก (Clinical Care) หรือในกลุ่มผู้ป่วย และการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน (Public Health) หรือประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่

1. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติสำหรับเด็กและวัยรุ่น 7-14 ปี เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย กองสุศึกษา ร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มี ฉบับยาว มี 51 ข้อ และฉบับสั้นมี 30 ข้อ

2. แบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีข้อคำถามจำนวน 145 ข้อ โดยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 2 ช่วงคือ ผู้ที่อยู่ในระดับรู้แจ้ง คือ ระดับคะแนน $\leq 75\%$ และในระดับรู้จัก มีคะแนนอยู่ที่ระดับ $< 75\%$

3. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปในการปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (The ABCDE-health literacy scale for Thai adults) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยกองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวง สาธารณสุขร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒในปีงบประมาณ 2556 (Intarakamhang & Kwanchuen, 2016; กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2557) โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis-CFA) และการวิเคราะห์โมเดลโครงสร้างเชิงสาเหตุ (Structural Equation Model-SEM) เริ่มต้นจากการ สังเคราะห์นิยามและเครื่องมือวัดความรู้ ด้านสุขภาพในต่างประเทศที่เผยแพร่บทความวิจัย ฉบับเต็มในฐาน PubMed และ Science Direct ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 – 2013 จำนวน 29 เรื่องทำให้ ได้องค์ประกอบการวัด 6 ด้านจาก 3 ระดับตามนิยามของ Nutbeam (2008) และ Edward, Wood, Davies & Edwards (2012) คือระดับพื้นฐาน 1) ความรู้ และความเข้าใจทางสุขภาพ (Needed Health Knowledge and Understanding) 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ (Accessing with Information and Service) ระดับปฏิสัมพันธ์ 3) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (Communicating for Added Professionals) 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง (Managing Their Health Condition) ระดับวิจารณ์ญาณ 5) การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ (Getting media and information literacy) และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Making Appropriate Health Decision to Good Practice)

4. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของ ประชาชนที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2561) โดยกองสุศึกษา กรมสนับสนุน

บริการ สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ใช้เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ซึ่งประกอบ 5 ตอน จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน 5 ข้อ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3อ. 2ส. 6 ข้อ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ ตาม 3อ.2ส. 10 ข้อ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตาม 3อ.2ส. 3 ข้อ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. 6 ข้อ

5. แบบประเมินความรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ

อาสาสมัคร สาธารณสุขและประชาชนวัยทำงาน สำหรับหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (ปี 2562) โดยกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน จำนวน 7 ข้อ ความรู้ ด้าน สุขภาพ จำนวน 36 ข้อ พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ จำนวน 9 ข้อ พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรค และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 6 ข้อ 33

งานวิจัยนี้ ประยุกต์ใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพด้วยอิเล็กทรอนิกส์อ้างอิงมาจากรมอนามัย ซึ่งแปลมาจาก e-health literacy scale ของ Norman & Skinner (2006) เพื่อใช้ประเมินความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล และมีการปรับปรุงข้อคำถามให้มีความเกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

โดยสรุป พบว่า เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ของการวัด โดยเครื่องมือในต่างประเทศส่วนใหญ่วัดทักษะ ความเข้าใจ การอ่าน คำศัพท์ทางการแพทย์ เป็นต้น สำหรับเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย ปรับปรุง จากแนวคิดของ Nutbeam โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1.ระดับพื้นฐาน (Functional Literacy Level) 2.ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Literacy level) 3. ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Literacy Level) มีการพัฒนาเครื่องมือตามกลุ่มเป้าหมาย เช่น ประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ผู้สูงอายุ กลุ่มโรค ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

2.1.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ

เพื่อกำหนดรูปแบบและกลยุทธ์ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม จำเป็นต้องพิจารณาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพเป็นสำคัญ โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล, ระดับระหว่างบุคคล, และระดับสังคม ตามที่ วัชรพร เขยสุวรรณ (2560) ได้ทำการประมวลและสรุปไว้ดังนี้

1. ปัจจัยระดับบุคคล (Individual Factors)

1.1 คุณลักษณะทางประชากรและสังคม (Socio-demographic Characteristics) ได้แก่ อายุ, เพศ, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้, เชื้อชาติ, และภาษาที่ใช้

1.2 ทักษะและความสามารถพื้นฐาน (Fundamental Skills and Competencies) ประกอบด้วยทักษะการรู้หนังสือ (Literacy), การคำนวณ (Numeracy), การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy), การรู้เท่าทันเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Literacy), และทักษะการสื่อสารและการต่อรอง

1.3 ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Psychological Factors) รวมถึงความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง, ความเชื่อ,ทัศนคติ, ระดับความเครียด, และแรงจูงใจ

1.4 สถานะและพฤติกรรมสุขภาพ (Health Status and Behaviors) ได้แก่ ภาวะสุขภาพปัจจุบัน, รูปแบบการดำเนินชีวิต, พฤติกรรมเสี่ยง, พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, และความสามารถในการจัดการตนเองเมื่อเจ็บป่วย

2. ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal Factors)

2.1 การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) อิทธิพลและการสนับสนุนจากครอบครัว, เพื่อน, และเครือข่ายทางสังคม

2.2 ปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ (Patient-Provider Interaction) คุณภาพของการสื่อสาร, ความสัมพันธ์, และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์

2.3 ทักษะทางสังคม (Social Skills) ความสามารถในการสร้างปฏิสัมพันธ์, การทำงานร่วมกับผู้อื่น, และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

3. ปัจจัยระดับสังคม (Societal Factors)

3.1 บริบทของชุมชนและองค์กร (Community and Organizational Context) การจัดองค์กรในชุมชน, การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน, และนโยบายขององค์กรที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3.2 ปัจจัยเชิงระบบ (System-level Factors) การเข้าถึงบริการสุขภาพ, ความเท่าเทียมทางสุขภาพ, นโยบายสาธารณะ, โครงสร้างทางการเมือง, และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ

3.3 สภาพแวดล้อมทางข้อมูล (Information Environment) คุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่เผยแพร่ผ่านสื่อมวลชนและช่องทางต่าง ๆ

2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Literacy)

นิยามและความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้นิยาม “ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล” ว่า หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ประโยชน์จากข้อมูลและบริการสุขภาพผ่านช่องทางดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพ

กระทรวงสาธารณสุข นิยาม “ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล” ว่า หมายถึง ทักษะการค้นหา วิเคราะห์ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพจากแหล่งดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพ

กานต์สินี ไชยศรีรัตนากุล (2563) นิยาม “ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล” ว่า หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ประโยชน์จากข้อมูล บริการสุขภาพผ่านระบบดิจิทัล ความสำคัญของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ต่อผู้สูงอายุ ช่วยให้ เข้าถึง บริการสุขภาพ Tele-Health ดูแลสุขภาพโรคเรื้อรัง ลดความเหลื่อมล้ำ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้นิยามไว้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล หมายถึง Digital Health Literacy ซึ่งเป็นการบริหารจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล โดยบุคคลรอบรู้หมายถึงบุคคลจะต้องมี 3 องค์ประกอบ ดังนี้ คนรอบรู้ = register + screening & assessment + Adjust Behavior

กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม นิยาม “ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล” ว่า หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึง วิเคราะห์ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากแหล่งดิจิทัลต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสม เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

นอร์แมนและสกินเนอร์ (Norman & Skinner, 2006) กำหนดความหมายของ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยอิเล็กทรอนิกส์” (eHealth Literacy) หรือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลว่าเป็น ทักษะที่บุคคลใช้ในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากแหล่งดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น ประกอบด้วยทักษะหรือความสามารถ 6 ด้านหลักๆ ที่ทำงานร่วมกันเหมือนกลีบดอกกลีบลีเลียส (eHealth Literacy) โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. ทักษะการวิเคราะห์ (Analytical Skills) เป็นทักษะพื้นฐานที่ใช้ได้กับข้อมูลหลากหลาย ไม่จำกัดเฉพาะเรื่องสุขภาพ

- 1.1 การรู้หนังสือและการคำนวณแบบดั้งเดิม (Traditional Literacy and Numeracy) ความสามารถในการอ่าน เขียน ฟัง พูด สื่อสาร และเข้าใจภาษา รวมถึงการคำนวณ

พื้นฐาน เช่น บวก ลบ คูณ หาร จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการเข้าใจเนื้อหาบนเว็บที่เน้นข้อความเป็นหลัก

1.2 การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ เนื้อหาสื่อ การเข้าใจบริบททางสังคมและการเมืองที่อยู่เบื้องหลัง การตระหนักถึงอคติของสื่อ และการวิเคราะห์รูปแบบสื่อมีอิทธิพลต่อข้อความที่สื่อสารอย่างไร

1.3 การรู้สารสนเทศ (Information Literacy) ความสามารถในการรู้ว่าจะหาข้อมูลจากแหล่งใด รู้วิธีการค้นหาอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถกรองและประเมินข้อมูลที่พบ และนำไปใช้ได้เหมาะสม

2. ทักษะเฉพาะบริบท (Context-Specific Skills) เป็นทักษะที่ต้องใช้ในสถานการณ์เฉพาะเจาะจง มักเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพและเทคโนโลยี

2.1 การรู้คอมพิวเตอร์ (Computer Literacy) ความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อแก้ปัญหา รวมถึงการปรับตัวเข้ากับเทคโนโลยีและซอฟต์แวร์ใหม่ๆ และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์

2.2 การรู้วิทยาศาสตร์ (Scientific Literacy) ความสามารถในการเข้าใจธรรมชาติ จุดมุ่งหมาย วิธีการ การประยุกต์ใช้ ข้อจำกัด และมิติทางสังคมและการเมืองของการสร้างความรู้ทางวิทยาศาสตร์ รวมถึงการเข้าใจผลการวิจัยด้านสุขภาพในบริบทที่เหมาะสม

2.3 การรู้เรื่องสุขภาพ (Health Literacy) ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลและบริการด้านสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม รวมถึงความเข้าใจคำศัพท์เฉพาะทางด้านสุขภาพและการนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลตนเอง

ซึ่งทักษะทั้ง 6 ด้านนี้ทำงานร่วมกันเพื่อให้บุคคลได้รับประโยชน์สูงสุดจากแหล่งข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ แม้ไม่จำเป็นต้องเชี่ยวชาญทุกด้าน หากมีทักษะในระดับปานกลางขึ้นไปในแต่ละด้านจะช่วยให้การใช้ข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดย นอร์แมนและสกินเนอร์ แบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยอิเล็กทรอนิกส์ออกเป็น 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูล (Access)

- ค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งดิจิทัลต่าง ๆ เช่น เว็บไซต์ แอปพลิเคชัน

โซเชียลมีเดีย

- เลือกแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ
- เข้าถึงข้อมูลผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลต่าง ๆ เช่น คอมพิวเตอร์

โทรศัพท์มือถือ

2. การเข้าใจข้อมูล (Understand)

- อ่านและเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่เขียนในภาษาที่เข้าใจง่าย
- ตีความข้อมูลสุขภาพอย่างถูกต้อง
- แยกแยะข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงจากความคิดเห็น

3. การประเมินข้อมูล (Evaluate)

- ประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ
- พิจารณาความถูกต้อง ความเป็นปัจจุบัน และความเกี่ยวข้องของข้อมูล
- เปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ

4. การใช้ข้อมูล (Apply)

- นำข้อมูลสุขภาพไปใช้เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น
- ใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษาโรค
- สื่อสารข้อมูลสุขภาพกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กล่าวโดยสรุป ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านดิจิทัล หมายถึง ความสามารถของในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ครอบคลุมตั้งแต่การค้นหาข้อมูล การทำความเข้าใจ การวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ ไปจนถึงการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์และการสื่อสาร โดยประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การประเมินข้อมูล และการใช้ข้อมูล

2.3. ระบบสุขภาพดิจิทัล

2.3.1 สุขภาพดิจิทัล (Digital Health)

1. ความหมายของสุขภาพดิจิทัล (Digital Health)

สุขภาพดิจิทัล หรือ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพได้กลายเป็นแนวทางปฏิบัติที่สำคัญ ไม่ว่าจะเป็นเพื่อการใช้งานประจำ หรือนวัตกรรมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ เมื่อไม่นานมานี้คำว่า “สุขภาพดิจิทัล” ได้ถูกแนะนำว่า คือ “คำศัพท์กว้าง ๆ ที่ขยายแนวคิด จาก eHealth รวมเข้ากับนวัตกรรมที่เกิดขึ้นใหม่ โดยการใช้ศาสตร์คอมพิวเตอร์ขั้นสูง เช่น การวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data Analytics), จีโนมิกส์ (Genomics), ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence), คอมพิวเตอร์ขั้นสูง (Advance Computing), Internet of Things (IoT) และหุ่นยนต์ (Robotics)

สุขภาพดิจิทัล (Digital Health) มีรากฐานมาจาก eHealth ซึ่งหมายถึง “การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารเพื่อสนับสนุนสุขภาพและสาขาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ” Mobile Health (mHealth) เป็นส่วนหนึ่งของ eHealth และถูกกำหนดให้เป็น “การใช้เทคโนโลยีมือถือไร้สายเพื่อสุขภาพ” สุขภาพดิจิทัลยังเป็นที่เข้าใจกันว่า หมายถึง “สาขาของความรู้และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อปรับปรุงสุขภาพ” (WHO, Global strategy on digital health 2020 – 2024)

Ronquillo, Meyers, Korvek (2020) กล่าวว่า สุขภาพดิจิทัล คือ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในการแพทย์และวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ๆ เพื่อจัดการความเจ็บป่วยและความเสี่ยงต่อสุขภาพ และเพื่อส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพดิจิทัลมีขอบเขตที่กว้างขวางและรวมถึงการใช้อุปกรณ์สวมใส่ สุขภาพเคลื่อนที่ Telehealth, เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ และ Telemedicine Digital Health ได้รับแรงผลักดันเนื่องจากมีความคาดหวังดังนี้

- ปรับปรุงการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ
- ลดความไร้ประสิทธิภาพในระบบการรักษายาบาล
- ปรับปรุงคุณภาพการดูแล
- ลดค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพ
- ให้การดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและปรับการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

มากขึ้น

- ผู้ป่วยและผู้รับบริการด้านสุขภาพ สามารถใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพดิจิทัลเพื่อจัดการและติดตาม สุขภาพ รวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ดีขึ้น

การใช้ดิจิทัลในการรักษาช่วยให้ผู้ป่วยสามารถติดตามสุขภาพและความ เป็นอยู่ที่ดีของตนเองได้ดีขึ้น ตัวอย่างเช่น การใช้อุปกรณ์ดิจิทัล เช่น สมาร์ทโฟนไม่เพียงแต่ช่วย ในการสื่อสารเท่านั้นแต่ตอนนี้อุปกรณ์เหล่านี้ มีแอปพลิเคชันจำนวนมากที่สามารถช่วยตรวจสอบ ความดันโลหิต บันทึกน้ำตาลในเลือด ตรวจสอบการปฏิบัติตามการรักษาและติดตามการออกกำลังกาย การใช้โซเชียลเน็ตเวิร์ก (Social Networks) และอินเทอร์เน็ตแอปพลิเคชัน (Internet Applications) ไม่เพียงแต่เปลี่ยนวิธีการสื่อสารเท่านั้น แต่ยังมอบวิธีการใหม่ ๆ ในการตรวจสอบ สุขภาพและความเป็นอยู่ของตนเอง ช่วยให้เข้าถึงข้อมูลได้มากขึ้น ความก้าวหน้าเหล่านี้นำไปสู่ การรวมตัวกันของผู้คน ข้อมูลเทคโนโลยีและการเชื่อมต่อเพื่อปรับปรุงการดูแลสุขภาพและ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

โดยภาพรวมแล้ว สุขภาพดิจิทัล (Digital Health) หมายถึง การบูรณาการ เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ากับระบบบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและส่งเสริมให้

ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น เทคโนโลยีดิจิทัลช่วยให้ผู้คนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่สำคัญ มีช่องทางการเชื่อมต่อที่ปลอดภัยกับบุคลากรทางการแพทย์ และได้รับบริการที่สะดวกขึ้น เช่น บริการสุขภาพทางไกล (Telehealth) หรือใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งทั้งหมดนี้ถือเป็นความก้าวหน้าที่สำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาวะของประชาชน ทั้งนี้ สุขภาพดิจิทัลครอบคลุมเทคโนโลยีหลายประเภท ตั้งแต่สุขภาพเคลื่อนที่ (mHealth), เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ, อุปกรณ์สวมใส่, ไปจนถึงการแพทย์ทางไกลและการดูแลเฉพาะบุคคล (FDA, 2020; WHO, 2019)

2. ประโยชน์ของเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล

เทคโนโลยีดิจิทัล ช่วยให้ผู้ใช้บริการมองเห็นภาพรวมด้านสุขภาพของผู้ป่วย ผ่านการเข้าถึงข้อมูลและ ผู้ป่วยเองก็สามารถควบคุมสุขภาพของตนเองได้มากขึ้นเช่นกัน สุขภาพดิจิทัลมอบโอกาสที่แท้จริงในการปรับปรุงผลลัพธ์และเพิ่มประสิทธิภาพทางการแพทย์ เทคโนโลยีเหล่านี้สามารถเพิ่มศักยภาพให้กับผู้รับบริการ เพื่อการตัดสินใจที่ดีขึ้นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และจัดหาทางเลือกใหม่ที่จะช่วยเพิ่มการป้องกันโรคด้วยการวินิจฉัยโรคที่อาจคุกคามชีวิตได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น รวมถึงการจัดการภาวะเรื้อรังที่อยู่นอกเหนือจากการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิม สุขภาพดิจิทัลเป็นตัวช่วยที่มีประสิทธิภาพในการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผ่านความสามารถในการ

- เข้าถึงบริการสุขภาพและข้อมูลสุขภาพ โดยขยายขอบเขตการเข้าถึงได้มากขึ้น มีความโปร่งใสขึ้น
- ขยายการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชากรให้กว้างไกลขึ้น รวมถึงประชากรชายขอบและด้อยโอกาส
- ปรับปรุงการเฝ้าระวังด้านสาธารณสุข
- ส่งเสริมและสนับสนุนการฝึกอบรมบุคลากรด้านสุขภาพ
- นำเสนอนวัตกรรมและเพิ่มประสิทธิภาพในปฏิบัติการสุขภาพและการบริการดูแลสุขภาพ

3. วัตถุประสงค์ของการบริการด้านสุขภาพดิจิทัล

1. เพื่อปรับปรุงคุณภาพของผลลัพธ์ในการดูแลและการบริการ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบริการสุขภาพสามารถเพิ่มความถูกต้องและมีประสิทธิภาพในการวินิจฉัยและการรักษา ซึ่งจะช่วยลดข้อผิดพลาดในการดูแล และช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถติดตามการรักษาได้อย่างใกล้ชิดมากขึ้น นอกจากนี้ เทคโนโลยียังสามารถช่วยในการเก็บรวบรวม

ข้อมูลผู้ป่วยและใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อคาดการณ์แนวโน้มสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้สามารถปรับปรุงการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น

2. เพื่อปรับปรุงสุขภาพของประชาชน สุขภาพดิจิทัลช่วยให้การส่งข้อมูลสุขภาพสู่ผู้คนในชุมชนได้รวดเร็วและทั่วถึงมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมความรู้เรื่องการป้องกันโรค การจัดการโรคเรื้อรัง หรือการส่งข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีน การใช้แอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มออนไลน์ที่เข้าถึงได้ง่ายจะช่วยส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่สำคัญ ทำให้มีโอกาสในการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ

3. เพื่อปรับปรุงประสบการณ์ของผู้ป่วย การให้บริการด้านสุขภาพที่สามารถเข้าถึงผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลช่วยเพิ่มความสะดวกสบายให้กับผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น การนัดหมายออนไลน์ การติดตามอาการผ่านแอปพลิเคชัน หรือการให้คำปรึกษาทางไกล (Telemedicine) ช่วยลดระยะเวลาการรอคอยและทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วมากขึ้น นอกจากนี้ การปรับปรุงการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ผ่านช่องทางดิจิทัลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น

4. การยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางดิจิทัล

ในการดำเนินงานขององค์กรเทคโนโลยีพื้นฐานต่าง ๆ ได้ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลาย ในขณะที่เทคโนโลยี ขั้นสูงยังอยู่ในช่วงของการพัฒนาที่ไม่สมบูรณ์นัก การวิเคราะห์ข้อมูลก็เป็นแบบเฉพาะด้าน แต่องค์กรธุรกิจต่าง ๆ ได้เปลี่ยนความสนใจไปที่ระบบธุรกิจอัจฉริยะและให้คุณค่ากับข้อมูลมากขึ้น

รายงานจาก National Center for Biotechnology Information (NCBI) ชี้ให้เห็นว่าภายในปี 2020 เทคโนโลยี IoT มากกว่าร้อยละ 40 จะเกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อเอาชนะความท้าทายเหล่านี้ภาคการดูแลสุขภาพของไทยควรจะ

- หยุดการดำเนินการในรูปแบบไซโล (silos) แบบเดิมและเน้นการทำงานร่วมกันข้ามสายงาน หรือ ทำงานเป็นทีมข้ามสายงาน ซึ่งถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จในสภาพแวดล้อมดิจิทัล

- สร้างความคิดดิจิทัล โดยเปลี่ยนความคิดทางวัฒนธรรมเพื่อการเรียนรู้แบบใหม่ที่ราคาถูก เรียนรู้ได้เร็ว

- เทคโนโลยีไม่ได้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดเพียงอย่างเดียวสำหรับการเปลี่ยนแปลงทางดิจิทัล แต่ ยังรวมถึงสติปัญญาและความสามารถพิเศษด้วย

5. ประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงดิจิทัลในการดูแลสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงทางดิจิทัลในด้านการดูแลสุขภาพเป็นการกำหนดวิธีที่ผู้คน เทคโนโลยีและอุปกรณ์ ได้ตอบและเชื่อมต่อกันอย่างราบรื่นขึ้น:

- ช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยให้ดีขึ้น
- ลดค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพโดยรวม
- ปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วย
- มอบประสบการณ์การรักษาที่เหนือกว่าให้กับผู้ป่วย
- ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้การดูแลที่ปลอดภัย ทันเวลา

และมีคุณภาพสูงขึ้น

- รองรับแนวทางและแนวทางการดูแลใหม่ ๆ เพื่อให้การจัดส่งด้านการดูแลสุขภาพมีราคาไม่แพง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- ทำให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพและช่วยเพิ่มเส้นทางการดูแลสุขภาพ

แม้ว่าสุขภาพดิจิทัลจะมีศักยภาพเป็นอย่างมากในการปรับปรุงคุณภาพและลดค่าใช้จ่ายด้านการดูแล สุขภาพ แต่การดูแลสุขภาพดิจิทัลก็ต้องการโซลูชันที่มีประสิทธิภาพ เพราะเป็นความท้าทายครั้งใหญ่ โดยประเด็น สำคัญ 5 ประการที่หน่วยงานด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนต้องดำเนินการ ได้แก่

- อุปกรณ์การแพทย์และอุปกรณ์ความปลอดภัยที่สวมใส่ได้
- การจัดการข้อมูลส่วนบุคคลและการตรวจสอบอุปกรณ์ภายนอก
- การตรวจสอบความปลอดภัยของ Telemedicine และการวิเคราะห์

พฤติกรรม

- การพัฒนาความปลอดภัยในการดำเนินงาน
- การฝึกอบรมและการรับรู้เกี่ยวกับความปลอดภัย

เพื่อให้การดำเนินการมีศักยภาพอย่างเต็มที่ ควรรวบรวมแนวโน้มใหม่ๆ ด้านการรักษาความปลอดภัย โครงสร้างพื้นฐานเครือข่าย การเข้าถึงระบบ, คลาวด์, อุปกรณ์อัจฉริยะ, IoT และการใช้ AI ในการดูแลสุขภาพให้มี ความเหมาะสม สอดคล้องกัน เพื่อให้มั่นใจถึงความสำเร็จของการดูแลสุขภาพดิจิทัล

ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องบรรลุการทำงานร่วมกันมากขึ้นภายในระบบนิเวศด้านการดูแลสุขภาพ (Digital Health Ecosystem) ด้วยการเชื่อมต่อระบบเต็มรูปแบบเพื่อการเข้าถึงข้อมูลอย่างสมบูรณ์ และความสามารถในการวิเคราะห์เชิงคาดการณ์ที่แข็งแกร่ง

(เช่น ระบบเรียลไทม์อัจฉริยะในการประมวลผล หน่วยความจำ) เพื่อรับคุณค่าที่มีประโยชน์มากขึ้นจากข้อมูล ดังนั้นควรสร้างคลังข้อมูลเชิงตรรกะที่สามารถจัดการ กับการวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ 5 Vs ได้แก่ Velocity, Volume, Value, Variety และ Veracity

2.3.2 ระบบนิเวศสุขภาพดิจิทัล (Digital Health ecosystem)

ระบบนิเวศสุขภาพดิจิทัลหรือ “Digital Health Ecosystem” อธิบายถึงเครือข่ายปฏิสัมพันธ์อันซับซ้อนระหว่างบุคคล องค์กร เทคโนโลยีข้อมูลและทรัพยากรที่ประกอบขึ้นเป็นภาคสุขภาพ แนวคิดระบบนิเวศเป็นพื้นฐานความเข้าใจว่า เราจะแทรกแซง (Intervene) และขึ้นำการดำเนินการในระบบสุขภาพให้ดีที่สุดอย่างไร ระบบนิเวศสุขภาพดิจิทัลมีโครงสร้างพื้นฐานประกอบด้วยแพลตฟอร์มอินเทอร์เน็ตที่ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพแบบดิจิทัล เพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำงานร่วมกัน โดยการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังเปิดการใช้งานแบบแบ่งปันผ่าน Virtual Healthcare Record (VHR) เพื่อสามารถดูข้อมูลสุขภาพ ของผู้ป่วยได้แบบ 360 องศา (Sinhasane, 2020)

Digital Health Ecosystem สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ในการดูแลสุขภาพ สร้างความเป็นไปได้ในการฟื้นฟูที่บ้าน จัดการความเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างง่ายดาย การดูแลหลังการจำหน่าย และการเพิ่มขีดความสามารถของผู้ป่วยกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านการดูแลสุขภาพต่าง ๆ เป็นการปูทางสู่ความยั่งยืนทางเศรษฐกิจ เพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการด้านการรักษาพยาบาลให้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยในการต่อสู้กับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ให้มีคุณภาพที่เหมาะสม เข้าถึงได้มีความปลอดภัยและความคุ้มค่า ด้าน การดูแลสุขภาพ

ในการสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับระบบนิเวศด้านสุขภาพดิจิทัลที่ทำงานร่วมกันได้ในทุกภาคส่วนการดูแลสุขภาพต้องเข้าใจว่าระบบนิเวศด้านสุขภาพดิจิทัลเป็นโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีสารสนเทศที่ใช้ดูแล สุขภาพในชุมชนเป็นหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ตลอดจนหน่วยงาน สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง รวมถึงมหาวิทยาลัยและสถาบันวิจัย

ระบบนิเวศด้านสุขภาพดิจิทัล ช่วยให้สามารถแลกเปลี่ยนและประมวลผลข้อมูลสุขภาพได้อย่างราบรื่น ไร้รอยต่อการแบ่งปันข้อมูลสุขภาพในบริบทของระบบนิเวศด้านสุขภาพดิจิทัล แสดงให้เห็นถึงประโยชน์สาธารณะ เนื่องจากสนับสนุนการปรับปรุงคุณภาพของ กระบวนการ ผลลัพธ์การบริการสุขภาพ และความต่อเนื่องของ การดูแลผู้ป่วย (ด้วยการใช้ข้อมูลสุขภาพเป็นหลัก) และนำไปสู่การสร้างฐานความรู้ ซึ่งควรสามารถโต้ตอบกับระบบ ข้อมูลอื่น ๆ

เช่น ระบบทะเบียนต่าง ๆ การพัฒนาศักยภาพของปัญญาประดิษฐ์ การวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ ฯลฯ (ด้วยการใช้ข้อมูลสุขภาพในระดับรอง)

การสนับสนุนจุดมุ่งหมายดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นค่านิยมหลักของระบบสุขภาพที่เน้นคุณค่า ความเสมอภาค ความเป็นปึกแผ่นและสากลนิยม สิ่งเหล่านี้จะต้องรักษาให้คงอยู่ เนื่องจากบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย จะเปลี่ยนไปเป็นดิจิทัลมากขึ้น ประเด็นในการนำนวัตกรรมเข้าสู่ระบบสุขภาพและสาธารณสุขมี 6 ประเด็น ดังนี้

1. การสร้างและบำรุงรักษาโครงสร้างพื้นฐานหลัก สำหรับบริการสุขภาพดิจิทัล
2. มีความเข้าใจที่ดีขึ้นผ่านข้อมูล
3. มีการระดมทุนจากภายนอก
4. มีความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น (จากการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงการใช้เทคโนโลยี)
5. การสร้างรากฐานสำหรับแนวโน้มสำคัญในอนาคต
6. ปรับแต่งการใช้สุขภาพดิจิทัลให้เหมาะกับกลุ่มประชากร

2.3.3 แพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Platform : DHP)

แนวคิดของ DHP เกิดจากการรับรู้ถึงความก้าวหน้าด้านสุขภาพดิจิทัล ที่ขณะนี้ได้ก้าวมาถึงการใช้ แอปพลิเคชันส่วนบุคคล (Applications) และข้อมูลสุขภาพระดับบุคคล โดยที่เครื่องมือดิจิทัลเหล่านี้ยังทำงานเป็น อิสระจากกัน มีการรวบรวม จัดการหรือประมวลผลข้อมูลภายในสภาพแวดล้อมแบบไซโลและเป็นแบบ “แนวตั้ง” (Vertical) ทำให้ข้อมูลที่ได้มานั้น เป็นข้อมูลแบบแยกส่วน ซึ่งถือว่าสิ่งที่ได้มายังไม่อาจสร้างประสิทธิภาพและ สามารถนำมาปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพตามที่ได้หวังไว้ ดังที่ได้กล่าวมา สามารถสรุปได้ว่าปัญหาที่เกิดจาก applications และระบบสุขภาพดิจิทัลแบบไซโลเหล่านี้ ได้แก่

- การจัดการข้อมูลไม่ดีเนื่องจากขาดการบูรณาการแอปพลิเคชันและระบบต่าง ๆ
- เพิ่มภาระให้กับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจากความซ้ำซ้อนของระบบ
- ขีดจำกัดในการสร้างสรรค์นวัตกรรม เนื่องจากนักพัฒนาซอฟต์แวร์ใช้เวลาในการเขียนโค้ดซ้ำซ้อนในแต่ละ Applications ของตนเอง ทั้ง ๆ ที่สามารถแชร์เทคโนโลยีหลักทั่วไประหว่างกันได้ (Common Core Technologies)
- โครงการด้านเทคโนโลยีใช้ระยะเวลายาวนานและมีต้นทุนสูง เนื่องจากองค์กรไม่ได้วางแผนการใช้ ทรัพยากรร่วมกัน ต่างคนต่างพัฒนาระบบของตนเอง ขาดการ

บูรณาการด้านเทคโนโลยีหลัก ทำให้ต้องมีการ ออกแบบระบบใหม่ซ้ำในภายหลัง ซึ่งสิ้นเปลืองงบประมาณและเวลา

- ไม่สามารถโฟกัสไปที่การสร้างโครงสร้างพื้นฐานระดับชาติที่เชื่อมโยงระบบต่าง ๆ เข้าด้วยกัน

- ขาดการศึกษาถึงผลกระทบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารทั้งระบบ

- ไม่มีข้อมูลที่ทันท่วงทีเพื่อการตัดสินใจที่ง่ายและรวดเร็ว
- ไม่มีความสามารถในการติดตามระดับบริการในภาคสุขภาพทั้งหมด
- สิ่งที่ขาดหายไป คือ ระบบข้อมูลแบบบูรณาการในสถานพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ

ประเทศ

แพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล หรือ DHP ช่วยให้แอปพลิเคชันหรือระบบสุขภาพดิจิทัลหนึ่ง ๆ สามารถ ทำงานร่วมกับแอปพลิเคชันและระบบอื่น ๆ ได้ ช่วยให้ซอฟต์แวร์ต่าง ๆ แบ่งปันข้อมูลด้านสุขภาพและข้อมูลต่าง ๆ ได้ เช่น ข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข ข้อมูลระบบสุขภาพ ข้อมูลโรคภัยไข้เจ็บ อุปกรณ์ทางการแพทย์และยา ส่งผลให้แผนกอื่น ๆ เช่น รังสีวิทยา หรือห้องปฏิบัติการ สามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยที่ก่อนหน้านี้อาจอนุญาตให้เข้าถึงแค่เฉพาะส่วนเท่านั้น นอกจากนี้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือโรคภัยไข้เจ็บด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ยังสามารถแชร์กับหน่วยงานสุขภาพภายนอกคลินิก และทั่วทั้งองค์กรที่ให้บริการโดย DHP อีกด้วย และยังรวมถึงหน่วยงานกำกับดูแลต่าง ๆ บริษัทประกันสุขภาพ ผู้ให้ทุน ชีพพลายเออร์ คลินิกส่งต่อ ร้านขายยา หรือบริการแพทย์ฉุกเฉินและ กระทรวงสาธารณสุข

แม้ว่าการอำนวยความสะดวกในการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพจะเป็นจุดประสงค์หลักของ DHP แต่ DHP จำนวนมากก็มีเป้าหมายที่กว้างขึ้นเช่นกัน ตัวอย่างเช่น DHP สามารถรองรับ ส่งเสริม และบังคับใช้ Workflow ให้เป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดข้ามแอปพลิเคชันต่าง ๆ ภายนอก ดังเช่น หากกระทรวงฯ ออกแนวทางใหม่ สำหรับสูตรยาต้านไวรัส ฟังก์ชันเวิร์กโฟลว์ที่สร้างไว้ใน DHP สามารถแจ้งเตือนทั้งแพทย์และเภสัชกรที่ให้บริการ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 โดยเมื่อเจ้าหน้าที่ป้อนสูตรการรักษาลงในแอปพลิเคชันภายนอกต่าง ๆ ที่แพทย์และเภสัชกรใช้ การแจ้งเตือนจะปรากฏขึ้นโดยอัตโนมัติ

ส่วนประกอบ DHP จัดหาฟังก์ชันการทำงานให้ในแต่ละรายการภายใน DHP ไม่ว่าจะเป็นบริการ ซอฟต์แวร์ การรับรองความถูกต้องหรือการแชร์ทรัพยากรข้อมูลร่วมกัน เช่น การลงทะเบียนเข้าใช้ระบบของสถาน บริการด้านสุขภาพ ส่วนประกอบเหล่านี้เป็นบริการเทคโนโลยีหลักที่จำเป็นโดยทั่วไปสำหรับแอปพลิเคชัน ด้านสุขภาพดิจิทัลทั้งหมดที่ดำเนินการทั่ว

ทั้งองค์กร หรือในภาคส่วนที่ DHP ให้บริการ ส่วนประกอบเหล่านี้ อนุญาตให้สร้างข้อมูล เข้าถึงข้อมูล เก็บและแชร์ข้อมูลโดยแอปพลิเคชันภายนอกและระบบต่าง ๆ

ตัวอย่างของบริการหลักมีดังต่อไปนี้

- บริการตรวจสอบสิทธิ์ (authentication services)
- บริการลงทะเบียน (registry services)
- บริการคำศัพท์และข้อมูลอ้างอิง (terminology services and reference data)

- บริการสนับสนุนกระบวนการทำงาน (workflow support services)

แอปพลิเคชันและระบบสุขภาพดิจิทัลภายนอกโต้ตอบกับส่วนประกอบ DHP ผ่านอินเทอร์เฟซที่ใช้มาตรฐานเผยแพร่ ซึ่งอาจเป็นอินเทอร์เฟซ APIs และเว็บเซอร์วิส (web services) ซอฟต์แวร์ภายนอกที่โต้ตอบกับ DHP ผ่านหนึ่งในอินเทอร์เฟซเหล่านี้ทราบว่า ต้องสื่อสารด้วยวิธีที่กำหนดไว้ล่วงหน้า หรือทำตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ล่วงหน้า เพื่อดำเนินการตามกระบวนการเฉพาะผ่าน DHP แอปพลิเคชันหรือระบบจะปฏิบัติตามการโต้ตอบนี้ โดยไม่จำเป็นต้องทราบรายละเอียดทางเทคนิคว่า DHP ประมวลผลการสื่อสารกับแอปพลิเคชันอย่างไร

DHP จะช่วยเร่งนวัตกรรมด้านสุขภาพดิจิทัลแบบบูรณาการ ช่วยแก้ปัญหาและทำงานร่วมกันระหว่าง ระบบได้ ทำให้ภาคสุขภาพสามารถบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพ ให้การดูแลอย่างคาดการณ์ได้ง่ายขึ้น ด้วยวิธีที่มี ประสิทธิภาพ คุ่มค่า และลดความเสี่ยง ด้วยเหตุนี้ DHP ที่ออกแบบมาอย่างดีจึงสนับสนุนภาคสุขภาพที่กว้างขึ้น เพื่อการปรับปรุงสิ่งต่อไปนี้

- คุณภาพโดยรวมและความต่อเนื่องของการดูแล
- การปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ทางคลินิก (clinical guidelines) และแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด (best practices)

- ประสิทธิภาพและความสามารถในการจ่ายค่าบริการและสินค้าเพื่อสุขภาพ โดยลดความซ้ำซ้อน ใช้เวลา และทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

- รูปแบบการจัดหางบประมาณและการลงทุนเพื่อสุขภาพและกระบวนการต่าง ๆ

- กฎระเบียบ การกำกับดูแล และความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งเป็นผลมาจากความพร้อมใช้งานของข้อมูล ประสิทธิภาพที่เพิ่มมากขึ้น และการลดข้อผิดพลาด

- การกำหนดนโยบายด้านสุขภาพและการจัดสรรทรัพยากรขึ้นอยู่กับข้อมูลที่มีคุณภาพดีขึ้น

ระบบนิเวศด้านสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Ecosystem) จะช่วยแก้ไขปัญหาเหล่านี้ได้ด้วยการ ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารแบบองค์รวมที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงจากการใช้องค์กรเป็น ศูนย์กลาง ไปสู่รูปแบบที่ใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยใช้แพลตฟอร์มดิจิทัล (Digital Platforms) บริการและ แอปพลิเคชันต่าง ๆ (Services and Applications) ที่จะสนับสนุนระบบสุขภาพและปรับปรุงการส่งมอบการดูแล สุขภาพ รวมทั้งการประสานงานและการบูรณาการระหว่างผู้ให้บริการ เป้าหมายหลักของระบบนี้คือ การส่งเสริมให้มีการทำงานข้ามองค์กรสหวิชาชีพ และการส่งมอบการดูแลสุขภาพร่วมกัน (Collaborative Healthcare Delivery) ระบบนิเวศสุขภาพดิจิทัลจึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการทำงานของ อสม. และ อสม. ก็เป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนระบบนิเวศสุขภาพดิจิทัลให้ประสบความสำเร็จ ดังนั้น การพัฒนา อสม. ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะด้านดิจิทัลให้เชี่ยวชาญ จึงเป็นสิ่งจำเป็นในการเสริมสร้างระบบสุขภาพของประเทศให้เข้มแข็ง

2.3.4 เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (eHealth)

เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (eHealth) หมายถึง การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพร่างกาย และบริหารจัดการระบบสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพทั่วถึง เป็นธรรม และปลอดภัย

1. บทบาทสำคัญของ eHealth

1.1 การเข้าถึงบริการสุขภาพ eHealth ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวก รวดเร็ว และประหยัด โดยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น การปรึกษาแพทย์ออนไลน์ การสั่งยาทางออนไลน์ และการติดตามผลการรักษาผ่านระบบออนไลน์

1.2 การยกระดับคุณภาพการรักษา eHealth ช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคได้แม่นยำยิ่งขึ้น ด้วยข้อมูลและเครื่องมือที่ทันสมัย ตัวอย่างเช่น การใช้ระบบบันทึกสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (EHR) การใช้ระบบตัดสินใจทางคลินิก (Clinical Decision Support System) และการใช้เทเลเมดิซีน (Telemedicine)

1.3 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค eHealth ช่วยให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น การติดตามสุขภาพผ่านอุปกรณ์สวมใส่ (Wearable Device) การใช้แอปพลิเคชันด้านสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ

1.4 การบริหารจัดการระบบสุขภาพ eHealth ช่วยให้หน่วยงานด้านสุขภาพสามารถบริหารจัดการข้อมูลและทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น การใช้ระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล (Hospital Information System) การใช้ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ

(Health Data Warehouse) และการใช้ระบบเฝ้าระวังสุขภาพ (Health Surveillance System)

2. การประยุกต์ใช้ eHealth ในประเทศไทย

2.1 ระบบ Smart Health ID บัตรประชาชนแทนบัตรโรงพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้สะดวก โดยไม่ต้องพกบัตรประชาชนและบัตรโรงพยาบาล

2.2 ระบบ MOPH ID การใช้เทคโนโลยี Biometrics ยืนยันตัวบุคคล เพื่อรับบริการสุขภาพ

2.3 ระบบ nRefer ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพ ช่วยให้แพทย์สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน

2.4 แอปพลิเคชันด้านสุขภาพ เช่น “หมอพร้อม” “เป๋าตัง” และ “สร้างสุข” ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพได้สะดวก (กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (eHealth) กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 - 2568)

แนวคิด eHealth เป็นที่ตื่นตัวไปทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (WorldHealth Organization : WHO) ได้ผลักดันให้ทุกประเทศเห็นความสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ eHealth มาตั้งแต่ปี 2005 ให้เป็นผลสำเร็จ จากมติสมัชชาอนามัยโลก WHA58.28 : ที่กล่าวว่า “eHealth คือ ความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT) ในการสนับสนุนด้านสุขภาพและด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งบริการด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังสุขภาพ วรรณกรรมด้านสุขภาพ การศึกษาด้านสาธารณสุข ความรู้และการวิจัย” ซึ่งสมัชชาสุขภาพฉบับเดียวกันได้มีมติรับรองการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) (WHA58.33) นับแต่นั้นเป็นต้นมา การประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ eHealth จึงได้รับการพัฒนาในอัตราที่เร่งยิ่งขึ้นและเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลก (WHO, 2018, ศูนย์เทคโนโลยีและการสื่อสารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) “eHealth” หรือ “Health IT” แม้จะใช้คำต่างกัน แต่โดยความหมายในแง่ของการใช้ประโยชน์แล้ว ไม่ได้แตกต่างกัน eHealth ประกอบไปด้วย “e” และ “Health”

“Health หรือ สุขภาพ” คือ ภาวะที่มีความพร้อมสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ การดูแลตนเองการดูแลคนที่เรารัก และได้รับการดูแล

“e คือ electronic technology” ซึ่งเป็นที่คุ้นเคยแล้ว เช่น computer โทรศัพท์มือถือ และแท็บเล็ต อินเทอร์เน็ตและ Social Media

“IT คือ Information Technology” หรือเทคโนโลยีสารสนเทศ เมื่อนำมารวมกัน ก็คือ eHealth หรือ Health IT ซึ่งก็คือเทคโนโลยีและบริการ ICT ที่เชื่อมโยง

ระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพและประชาชน เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งถึง เป็นธรรมและปลอดภัย แต่ในยุคนี้กระแสของดิจิทัล (Digital) ได้นำมาใช้ในการขับเคลื่อน เศรษฐกิจ และสังคม องค์กรหลายแห่งได้นำมาใช้แทนคำว่า ICT ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของดิจิทัลไว้ว่า คือ การนำเอาไอซีทีหรือเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาใช้เพื่อเพิ่มผลผลิตเพิ่มผลงานโดยใช้เวลาน้อยลงและ สร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่สินค้าและบริการต่าง ๆ

ในด้านของสาธารณสุข eHealth เป็นการเชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ รวมถึงผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพครอบคลุมถึงการรับ-ส่งข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ รวมถึงระบบใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ บันทึกสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ข้อมูลสุขภาพ ระบบการส่งต่อ เครือข่ายบริการสุขภาพ Telehealth อุปกรณ์เสริม รวมทั้งอุปกรณ์พกพาต่าง ๆ ที่ใช้ในระบบสุขภาพ เว็บไซต์ (Web Portal) สุขภาพ โครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ข้อมูลสำหรับการวิจัยและการดูแลทางคลินิก และเครื่องมืออื่น ๆ ที่ช่วยในการป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษา การตรวจสุขภาพ การบริหารจัดการต่าง ๆ ที่ช่วยในการดำเนินงานด้าน eHealth ดียิ่งขึ้น รวมถึงการใช้อินเทอร์เน็ตหรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ เพื่อการเผยแพร่หรือให้บริการข้อมูลการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน โดยสรุปแล้ว “eHealth คือ เทคโนโลยีดิจิทัลและบริการ ICT ที่เชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพและประชาชน เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งถึง เป็นธรรมและปลอดภัย”

กระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกที่เป็นไปอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่เป็นไปอย่างแพร่หลาย ระบบสุขภาพหลายแห่งจึงใช้เทคโนโลยีสร้างนวัตกรรมสุขภาพขึ้นมามากมาย และใช้เชื่อมโยงเข้ากับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการบริการที่สะดวก รวดเร็ว ไร้รอยต่อ ลดระยะเวลาการรอคอย ประหยัดทั้งเวลาและงบประมาณ รวมถึงลดการสูญเสียทั้งด้านทรัพย์สินและชีวิตของประชาชน มีแนวคิด การใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล (Patient-centered care) มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างให้ผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้นด้วยความช่วยเหลือจากเทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ท้ายที่สุด คือ การปรับปรุงประสิทธิภาพการให้บริการความปลอดภัยของผู้ป่วย ความพึงพอใจและผลสำเร็จในการให้บริการสุขภาพ

การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีที่เพิ่มขึ้น การให้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยกับผู้ดูแล (Caregivers) ได้ดียิ่งขึ้น อาจกล่าวได้ว่า แนวคิด eHealth มีประโยชน์ต่อประชาชน ดังนี้

- 1) ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้สะดวก รวดเร็วยิ่งขึ้น

2) ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลการรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สามารถบันทึกและส่งต่อข้อมูลได้อย่างมีคุณภาพ ผลการตรวจห้องปฏิบัติการได้เร็วกว่าที่เคย การวินิจฉัยโรคดีขึ้น การดูแลรักษาดีขึ้น สามารถดึงข้อมูลมาจากหลายแหล่งได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ช่วยให้แพทย์มีข้อมูลมากยิ่งขึ้น ช่วยในการ วินิจฉัยได้มากขึ้น ทำให้การรักษามีความเหมาะสม สามารถใช้ข้อมูลได้ในยามที่ต้องการ ผู้ป่วยสามารถได้รับการดูแลรักษาจากระยะไกล

3) ความก้าวหน้าในเทคโนโลยี eHealth ในระบบบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการ ให้คำปรึกษาผ่าน Video conference หรือ Telehealth และติดตามอาการใน 24 ชั่วโมง โดยใช้ ความก้าวหน้าในด้านเทคโนโลยีติดตามอาการผู้ป่วย ด้วยการถ่ายทอดข้อมูลผ่าน wireless จากนั้นส่งสัญญาณระยะไกลไปยังผู้ดูแล ถ้าเป็นกรณีฉุกเฉินก็สามารถแจ้งให้เพื่อนบ้านทราบ หรือโทรติดต่อเพื่อขอความช่วยเหลือจากบริการฉุกเฉินของโรงพยาบาล

4) ช่วยให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพของตนเอง eHealth จะช่วยประชาชนในการจัดการ สุขภาพของเขาเอง โดยการให้ข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้และช่วยในการสื่อสารกับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ ประชาชนสามารถเข้าถึงคำแนะนำและข้อมูลสุขภาพ

การนำ eHealth มาใช้จะช่วยลดกรณีฉุกเฉิน ลดการรักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ ที่สำคัญที่สุดคือ ช่วยลดอัตราการตาย คนไข้ได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ เพิ่มความสุข ความพึงพอใจในครอบครัว ประชาชนได้รับระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เพื่อบรรลุผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ของประเทศอย่างยั่งยืน การจะพัฒนา eHealth ให้เข้มแข็ง จำเป็นต้องจัดทำกรอบยุทธศาสตร์ eHealth เพื่อกำหนดภารกิจ “เพื่อประสิทธิภาพในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อ ปรับปรุงการส่งมอบการดูแลสุขภาพ การบริหารจัดการและการสื่อสารสุขภาพ” โดยมีเป้าหมายคือ การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนทุกระดับซึ่งควรได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้แล้ว หน่วยงานด้านสุขภาพยังสามารถนำเอา eHealth มาใช้ในการปฏิบัติงาน การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน การรายงานด้านสุขภาพและการดำเนินการด้านมนุษยธรรม

3. เทคโนโลยีที่เป็นกลไกขับเคลื่อนการให้บริการสุขภาพในยุคสังคมดิจิทัล

ตามแนวคิดของ วรราช เปาอินทร์ (2560), เทคโนโลยีที่เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพสู่ยุคดิจิทัล (Health 4.0) ประกอบด้วย 7 ประการสำคัญ ดังนี้

3.1 เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social Networks) แพลตฟอร์มดิจิทัลที่ออกแบบมาเพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์และเครือข่ายการสื่อสารผ่านอินเทอร์เน็ต ในบริบททางสุขภาพ เทคโนโลยีนี้ทำลายข้อจำกัดในการสื่อสารแบบดั้งเดิม โดยเปิดช่องทางให้เกิดการแลกเปลี่ยน

ข้อมูลระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง, ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์, และระหว่างกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพ ซึ่งนำไปสู่การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การให้คำปรึกษา, และการสนับสนุนทางสังคม อันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพโดยรวม

3.2 แอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ (Mobile Applications)

ซอฟต์แวร์ที่พัฒนาขึ้นสำหรับสมาร์ทโฟนและแท็บเล็ตเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพและการให้บริการของสถานพยาบาล การประยุกต์ใช้ที่สำคัญคือการลดขั้นตอนและภาระที่ไม่จำเป็น เช่น การพัฒนาระบบนัดหมายที่แม่นยำผ่านแอปพลิเคชัน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการเดินทางและลดระยะเวลาการรอคอยได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการลดความแออัดในสถานพยาบาลและเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ

3.3 อินเทอร์เน็ตของสรรพสิ่ง (Internet of Things - IoT) เทคโนโลยีที่ฝังเซ็นเซอร์ไว้ในอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อให้สามารถรวบรวมและส่งผ่านข้อมูลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตได้โดยอัตโนมัติ ในด้านสุขภาพ เทคโนโลยีนี้ปรากฏในรูปแบบของ อุปกรณ์สวมใส่ ที่สามารถติดตามข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล เช่น จำนวนก้าว, อัตราการเต้นของหัวใจ หรือ อุปกรณ์ติดตามผู้ป่วยเรื้อรัง ที่สามารถตรวจจับสัญญาณชีพหรือเหตุการณ์ฉุกเฉิน เช่น การหกล้ม และแจ้งเตือนไปยังระบบของโรงพยาบาลหรือผู้ดูแลได้ทันที

3.4 Cloud Computing เป็นสถาปัตยกรรมทางเทคโนโลยีสารสนเทศที่ให้บริการพื้นที่จัดเก็บและหน่วยประมวลผลข้อมูลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ทำให้องค์กรไม่จำเป็นต้องลงทุนกับโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพที่มีราคาสูง สำหรับระบบสุขภาพ เทคโนโลยีนี้ช่วยให้การจัดเก็บและแลกเปลี่ยนเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (EHRs) ระหว่างสถานพยาบาลเป็นไปได้อย่างราบรื่นและมีต้นทุนต่ำลง ขณะที่ในระดับบุคคล ประชาชนสามารถจัดเก็บข้อมูลสุขภาพของตนเอง (Personal Health Records - PHRs) ได้อย่างปลอดภัย

3.5 Big Data & Health Analytics เป็นเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพปริมาณมหาศาล (Big Data) ที่ถูกรวบรวมจากแหล่งต่าง ๆ และจัดเก็บไว้บนระบบคลาวด์ เพื่อสกัดเป็นองค์ความรู้เชิงลึก ประโยชน์ที่สำคัญคือการสร้าง เวชระเบียนตามยาว ของผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้แพทย์สามารถเข้าถึงประวัติสุขภาพที่สมบูรณ์เพื่อการวินิจฉัยที่แม่นยำยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลในระดับประชากรยังสามารถนำไปสู่การค้นพบรูปแบบการรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด และการพัฒนานโยบายสาธารณสุขเชิงรุกได้

3.6 วิทยาการหุ่นยนต์ (Robotics) การประยุกต์ใช้หุ่นยนต์เพื่อสนับสนุนการทำงานทางการแพทย์ ตัวอย่างที่ชัดเจนคือ หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (Surgical Robots) ซึ่งช่วยให้

ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัดแบบแผลเล็กได้อย่างแม่นยำและปลอดภัยยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว และลดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังมี หุ่นยนต์ผู้ช่วย (Assistive Robots) ที่สามารถช่วยดูแล ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน เช่น การช่วยเตือนให้รับประทานยา หรือเป็นช่องทางการ สื่อสารกับทีมแพทย์ในภาวะฉุกเฉิน

3.7 ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence - AI) เทคโนโลยีที่ทำให้ ระบบคอมพิวเตอร์สามารถเรียนรู้และตัดสินใจได้ใกล้เคียงมนุษย์ ในด้านสุขภาพ AI ถูกนำมา พัฒนาเป็นแอปพลิเคชันเพื่อคัดกรองอาการเบื้องต้น โดยระบบสามารถซักถามอาการและ วิเคราะห์ข้อมูลประกอบ เช่น ภาพถ่าย เพื่อให้คำแนะนำในการดูแลตนเองหรือแนะนำให้ไปพบ แพทย์ นอกจากนี้ AI ยังเป็นมันสมองสำคัญเบื้องหลังการวิเคราะห์ข้อมูล Big Data เพื่อค้นหา รูปแบบของโรคและการพยากรณ์ผลการรักษา ซึ่งเป็นหัวใจของการแพทย์แม่นยำ (Precision Medicine)

2.3.5 แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2564-2568)

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 – 2568 ดำเนินการตามเป้าหมายและแนวทางการพัฒนาดิจิทัลด้านสุขภาพในระยะ 5 ปีที่สอดคล้องกับ การสังเคราะห์แนวคิด Digital Health Thailand กับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ของ องค์การสหประชาชาติ เป้าหมายที่ 3 สุขภาพที่ดีและความเป็นอยู่ที่ดีดูแลสุขภาพให้แข็งแรงและ ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนทุกวัย ทิศทางนโยบายของรัฐบาล ยุทธศาสตร์กระทรวง สาธารณสุข 20 ปี ยุทธศาสตร์รัฐบาลดิจิทัล (Digital Government) ยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนา ดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (DE) และยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (eHealth Strategy) และ WHO Global Digital Strategy 2020-2025 เพื่อให้การพัฒนาสุขภาพดิจิทัล ของประเทศมีความเชื่อมโยงในลักษณะบูรณาการกับทิศทางการดำเนินงานที่เป็นไปในแนวทาง เดียวกัน

วิสัยทัศน์ (Vision)

คนไทยทุกคนมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ด้วยการดูแลที่เน้นบุคคลเป็น ศูนย์กลาง โดยใช้บริการสุขภาพดิจิทัลที่ไร้รอยต่อ ปลอดภัย และมั่นคง

พันธกิจ (Mission)

เพื่อสร้างระบบนิเวศด้านสุขภาพดิจิทัลแบบบูรณาการ และสร้าง สภาพแวดล้อมการทำงานร่วมกัน เร่งการ เปลี่ยนแปลงและใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัลของ ระบบสุขภาพไทย ผ่านนวัตกรรม ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ด้วยข้อมูล ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและดำเนินงานด้านสุขภาพดิจิทัลแบบบูรณาการ

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์

- ประชาชนสามารถควบคุมข้อมูลสุขภาพของตนเองได้
- การเข้าถึงบริการดิจิทัลและข้อมูลด้านสุขภาพ ช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความเท่าเทียมกัน
- บริการดิจิทัลช่วยให้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพสามารถให้บริการที่ดีขึ้นได้
- บริการดิจิทัลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุข

เป้าหมาย (Goal areas)

- การเปลี่ยนแปลงสู่ดิจิทัล (Digital Transformation) การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการด้านสุขภาพและการบริหารจัดการอย่างเต็มรูปแบบ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความทันสมัยในการดูแลสุขภาพ
- การเชื่อมต่อและการทำงานร่วมกัน (Connectivity & Interoperability) การสร้างระบบที่สามารถเชื่อมโยงและทำงานร่วมกันได้ระหว่างหน่วยงานและระบบต่าง ๆ เพื่อให้ข้อมูลสุขภาพสามารถแลกเปลี่ยนและใช้งานได้อย่างสะดวกและราบรื่น
- การใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective Use of Information) การจัดเก็บ วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ การวางแผน และการปรับปรุงการให้บริการด้านสุขภาพ
- การรักษาความปลอดภัยและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Security & Privacy Protection) การรักษาความปลอดภัยของข้อมูลสุขภาพและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของข้อมูล
- การส่งเสริมนวัตกรรม (Promoting Innovation) การสนับสนุนและส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพดิจิทัลใหม่ ๆ ที่สามารถตอบโจทย์ความต้องการของประชาชน และปรับปรุงการให้บริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

หลักการ (Principles)

- บุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person Centered)
- การเข้าถึงได้ (Accessibility)
- ความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัย (Privacy and Security)
- เพิ่มมูลค่าสูงสุด (Maximize Value)

ยุทธศาสตร์ (Strategy)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เสริมสร้างธรรมาภิบาลด้านสุขภาพดิจิทัลในระดับชาติ อย่างยั่งยืน

การกำกับดูแลสุขภาพดิจิทัลที่ดีตั้งอยู่บนหลักการของความรับผิดชอบ ความโปร่งใส อยู่ภายใต้กฎหมาย มีการตอบสนองที่ดี มีความเสมอภาคและความเท่าเทียม มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล มีส่วนร่วมและรักษาความลับ มีการประสานงานที่ดีของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และมีนโยบายที่ช่วยแก้ไขปัญหาลึกเล็งการทำระบบงาน ที่ซับซ้อนและแยกส่วน การกำกับดูแลสุขภาพดิจิทัลที่ดีช่วยปรับปรุงการทำงานของระบบข้อมูลสุขภาพเพื่อสนับสนุนเป้าหมายด้านสุขภาพที่กว้างขึ้นและสามารถเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพในปัจจุบัน โดยเปลี่ยนจากการให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาไปสู่การให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบข้อมูลสุขภาพ

การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบข้อมูลสุขภาพมีปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวข้อง เริ่มจากสร้าง สภาพแวดล้อมในการกำกับดูแลระบบข้อมูลสุขภาพ & ความเป็นผู้นำ (HIS Governance & Leadership) การสร้างข้อมูล แหล่งข้อมูล การสื่อสารข้อมูล ประสิทธิภาพของระบบข้อมูลสุขภาพ การจัดการระบบข้อมูล สุขภาพ การจัดการข้อมูล การปรับปรุงระบบสุขภาพ การประเมินและปรับปรุงผลงานด้านข้อมูลสุขภาพ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ไม่เต็มที่และไม่มีประสิทธิภาพ ความสามารถในการทำงานร่วมกันระหว่างระบบข้อมูล เพื่อส่งมอบการดูแลที่ราบรื่น ไร้รอยต่อ สิ่งเหล่านี้ถือเป็นความท้าทายที่ยิ่งใหญ่ในการเอาชนะอุปสรรคของระบบข้อมูลสุขภาพ ทั้งด้านปริมาณ คุณภาพและความสามารถในการเข้าถึง เพื่อลดข้อจำกัดจากการประเมินที่พบว่า ประเทศไทยยังขาดการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพและมาตรฐานข้อมูล จึงมีความจำเป็นต้องทำให้เกิด ความสามารถของระบบคอมพิวเตอร์หรือซอฟต์แวร์ในการแลกเปลี่ยนและใช้ประโยชน์จากข้อมูล (Interoperability) ความเป็นส่วนตัว (Privacy) และนโยบายข้อมูลข้ามพรมแดน (Cross-Border Data Policies)

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมนวัตกรรมด้านการดูแลสุขภาพผ่านสุขภาพดิจิทัล และแอปพลิเคชัน

เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความเท่าเทียมกันให้กับประชาชนทุกระดับทุกพื้นที่ ด้วยบริการแบบไร้รอยต่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่สะดวก ปลอดภัย ลดระยะเวลาในการรอคอย ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถให้บริการที่ดีขึ้น รวดเร็วและปลอดภัยขึ้น นำบริการดิจิทัลมาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างแพลตฟอร์มดิจิทัลด้านสุขภาพแห่งชาติ (National Digital Health Platform, NDHP) เพื่อสนับสนุนกลยุทธการสร้างเสริมสุขภาพและตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ

การพัฒนาแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัลระดับชาติจะช่วยทำให้ระบบสุขภาพดิจิทัลของประเทศดำเนินงานได้แบบบูรณาการ ระบบข้อมูลจากต่างระบบสามารถทำงานร่วมกันได้ ภาคบริการสุขภาพทั้งประเทศสามารถบรรลุเป้าหมายสุขภาพ ให้การดูแลด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า ลดความเสี่ยง มีประสิทธิภาพและลดความซ้ำซ้อน ใช้เวลาและทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งยังทำให้เกิดกฎระเบียบ และมาตรการในการกำกับดูแลที่ดี

ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพดิจิทัล ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา

ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างขีดความสามารถและทักษะที่จำเป็น ด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ปรับปรุงความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพและผู้บริหาร เพิ่มขีดความสามารถในการทำงานผ่านการศึกษา/ฝึกอบรม ปรับหลักสูตรการศึกษาให้สุขภาพดิจิทัลถูกบรรจุรวมไว้ในหลักสูตรที่มีอยู่สร้างสรรค์และขยายโอกาสในการพัฒนาศักยภาพ และความก้าวหน้าในเส้นทางอาชีพ เพื่อให้ทีมงานสุขภาพมีความมั่นใจในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลเพื่อส่งมอบการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน ผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะต้องสนับสนุนการใช้โอกาสทางการศึกษาและทำให้เกิดวิธีการทำงานใหม่ๆ ในองค์กรด้านสุขภาพ

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลทั้ง 5 ยุทธศาสตร์ มุ่งเน้นการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศให้มีประสิทธิภาพ เข้าถึงได้ และเท่าเทียม ซึ่ง อสม. มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เหล่านี้ในระดับชุมชน ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพของ อสม. ด้านดิจิทัลจึงเป็นสิ่งจำเป็นและเร่งด่วน เพื่อให้ อสม. สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในยุคดิจิทัล และนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืน

2.4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.4.1 ความเป็นมาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีจุดเริ่มต้นจากการที่กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่จะให้ประชาชนได้รับการบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและพัฒนาสาธารณสุข จึงได้นำเอาการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนา ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520-2524) โดยกิจกรรมสำคัญ

คือ สนับสนุนให้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ และส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักในความจำเป็น ที่จะต้องแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนเอง ซึ่งมีพื้นที่ที่สำคัญในการดำเนินงาน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นจิตอาสาที่เสียสละแรงกายแรงใจ เวลา และทุนทรัพย์ในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านให้สามารถพึ่งตนเองได้ โดยมีได้รับค่าตอบแทนใด ๆ ทั้งสิ้น

โครงการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ริเริ่มขึ้นโดยกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2520 โดยในระยะแรกเป็นการดำเนินงานในลักษณะโครงการนำร่องในพื้นที่ 20 จังหวัด วัตถุประสงค์หลักของโครงการมี 3 ประการ คือ 1) เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานอย่างทั่วถึง 2) เพื่อชดเชยภาวะขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ชนบท และ 3) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของประชาชน บุคคลที่เข้ามาทำหน้าที่นี้ด้วยความเสียสละโดยไม่หวังผลตอบแทน เรียกว่า “อาสาสมัคร”

กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงบทบาทอันสำคัญของ อสม. ในฐานะตัวแทนการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ด้านพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน จึงได้ดำเนินมาตรการต่าง ๆ เพื่อเป็นการยกย่องเชิดชูเกียรติและสร้างขวัญกำลังใจ ซึ่งรวมถึงการจัดการประกวด อสม. ดีเด่น ที่เริ่มขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2530 ต่อมา ได้มีความพยายามผลักดันให้มีการสถาปนา “วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ” ขึ้น โดยเลือกวันที่ 20 มีนาคมของทุกปี เนื่องจากเป็นวันที่คณะรัฐมนตรีในสมัยรัฐบาลพลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ มีมติอนุมัติให้บรรจุ “โครงการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ” ไว้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ และให้เปลี่ยนชื่อเรียกจาก “สาธารณสุขเบื้องต้น” เป็น “การสาธารณสุขมูลฐาน” ด้วยความสำคัญทางประวัติศาสตร์ดังกล่าว คณะรัฐมนตรีจึงได้มีมติอนุมัติให้วันที่ 20 มีนาคมของทุกปีเป็นวัน อสม. แห่งชาติ เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2536 และได้เริ่มจัดงานเฉลิมฉลองอย่างเป็นทางการครั้งแรกในวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิภาวดี, ม.ป.ป.)

2.4.2 ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) คือ บุคคล ที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรอบรมมาตรฐาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลางกำหนด ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกรุงเทพมหานครซึ่งปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร และอาสาสมัครอื่นตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้ชื่อย่อว่า “อสม.” มีชื่อเรียกภาษาอังกฤษว่า Village Health

Volunteer และใช้ชื่อย่อ ภาษาอังกฤษว่า “VHV” และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัคร
 สาธารณสุขประจำหมู่บ้านพร้อม ออกบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้แล้ว
 โดยบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครอบคลุมตั้งแต่การเป็น ผู้นำการ
 เปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Change agents), การเป็น ผู้สื่อสารข้อมูลข่าวสาร และให้
 ความรู้แก่ชุมชน, ไปจนถึงการ ให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วยการส่งเสริมสุขภาพ,
 การป้องกันโรค, การปฐมพยาบาลเบื้องต้นตามขอบเขตที่กำหนด, และการเป็นผู้ประสานงานใน
 การส่งต่อผู้ป่วยสู่สถานพยาบาล นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ในการวางแผนและประสานงานกิจกรรม
 ด้านสาธารณสุขและการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน โดย อสม. แต่ละคนจะรับผิดชอบดูแล
 ประชากรในพื้นที่ของตนเองในสัดส่วนประมาณ 10-15 ครัวเรือนต่อคน

โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กร
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สนับสนุนการจัดการฝึกอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้
 ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือการอบรมความรู้ ความชำนาญ
 เฉพาะทางให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี
 เพื่อยกระดับความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามมาตรฐานสมรรถนะ
 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานตามประกาศที่
 คณะกรรมการกลางกำหนด พร้อมทั้งดำเนินการออกหนังสือรับรองความรู้ ความชำนาญเฉพาะ
 ทางให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการฝึกอบรม

คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์
 2. มีชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นการประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนที่
 ประสงค์จะเป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
 3. มีความรู้สามารถอ่านออกเขียนได้
 4. สมัยใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข
 5. ประสงค์จะเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมการดำเนินงานสาธารณสุขและต้องการ
 พัฒนาชุมชนของตนเอง
 6. มีความประพฤติอยู่ในกรอบศีลธรรมอันดี ได้รับความไว้วางใจและยกย่อง
 จากประชาชน
 7. มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ และมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่าง
 8. มีเวลาให้กับการทำงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะสิ้นสุดสภาพเมื่อ

1. ตาย
2. ลาออก
3. เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
4. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการสำนักอนามัย

กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณีมีคำสั่งให้พ้นสภาพ

ในกรณีที่หัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทนจำนวนไม่น้อยกว่าหนึ่งในสามหลังคาเรือน ร่วมกันลงลายมือชื่อร้องเรียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบดูแลครัวเรือนของตน ให้ยื่นหนังสือร้องเรียนนั้นต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี ส่งหนังสือร้องเรียนตามวรรคหนึ่งให้คณะกรรมการระดับจังหวัดเพื่อพิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริงต่อไป นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี อาจมีคำสั่งให้พ้นสภาพการเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหากปรากฏข้อเท็จจริงตามรายงานการตรวจสอบข้อเท็จจริงของคณะกรรมการระดับจังหวัดอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้นั้นไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ ที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานของรัฐจัดขึ้นโดยไม่มีเหตุผลหรือความจำเป็น
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้นั้นไม่รักษาจริยบรรณของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือมีความประพฤติเสียหายที่อาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียศักดิ์ศรีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สิทธิประโยชน์

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิที่จะได้รับสวัสดิการช่วยเหลือใน การรักษาพยาบาล ค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ จากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการ สาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามประกาศที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยให้เบิกจ่ายจากเงินรายได้ของหน่วยบริการสาธารณสุขนั้น ๆ
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบได้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบของกรมบัญชีกลาง
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติ หน้าที่ตามประกาศที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิได้รับการประกาศเกียรติคุณตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังต่อไปนี้

4.1 ได้รับการประกาศเกียรติคุณ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่น

4.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผลการปฏิบัติงานดีเด่นมีสิทธิจะ ได้รับการเสนอชื่อเพื่อขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ตามหลักเกณฑ์การขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์ตามกฎหมายว่าด้วยเครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์

5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุตรมีสิทธิได้รับโควตาศึกษาในสถาบันการศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

การรักษาจรรยาบรรณ

การรักษาจรรยาบรรณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรปฏิบัติหน้าที่โดย รักษาจรรยาบรรณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังต่อไปนี้

1. ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความขยัน อดทน เต็มใจ ตั้งใจ เชื่อมมั่น ศรัทธา เสียสละ ซื่อสัตย์ สุจริต ตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนด
2. ไม่เรียกร้องหรือแสวงหาประโยชน์ส่วนตนโดยอาศัยตำแหน่งหรือบทบาทหน้าที่
3. ยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรม และเมตตาธรรมในการดำเนินงานและรักษา ความสามัคคีในหมู่คณะ
4. ดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ระเบียบนี้กำหนดโดยเคารพต่อกฎหมายและ เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
5. มีพฤติกรรมสุภาพที่ดีเป็นแบบอย่างแก่ผู้อื่นได้

2.4.3 บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อสม. มีบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชน/ชุมชน เป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ซึ่บริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี นอกจากนี้ยังมีบทบาทที่เกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล ดังนี้

1. ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น การใช้แอปพลิเคชันที่กำหนด การรายงานข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ และการปฏิบัติตามแนวทางการใช้สื่อสังคมออนไลน์

2. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์หรือรณรงค์และให้ความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐานผ่านช่องทางดิจิทัล เช่น การสร้างเนื้อหาด้านสุขภาพเผยแพร่ทางสื่อสังคมออนไลน์ การจัดทำคลิปวิดีโอให้ความรู้ การสื่อสารผ่านแอปพลิเคชัน

3. ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น การให้คำปรึกษาสุขภาพผ่านวิดีโอคอล การติดตามสุขภาพผ่านแอปพลิเคชัน การส่งต่อข้อมูลสุขภาพผ่านช่องทางออนไลน์

4. จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น การใช้ระบบรายงานโรคออนไลน์ การรวบรวมข้อมูลสุขภาพในชุมชนผ่านแอปพลิเคชัน การแจ้งเตือนภัยสุขภาพผ่านช่องทางดิจิทัล

5. เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น การสร้างกลุ่มออนไลน์เพื่อให้ความรู้ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพออนไลน์ การใช้เทคโนโลยีในการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ

6. ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ บริการสาธารณสุข การมีส่วนร่วมในนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผ่านช่องทางดิจิทัล เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ทางสื่อสังคมออนไลน์ การแนะนำช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพออนไลน์ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์

7. ศึกษา พัฒนาตนเองเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การเข้าร่วมอบรมออนไลน์ การเรียนรู้ผ่านแหล่งข้อมูลออนไลน์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ อสม. ด้วยกันผ่านช่องทางดิจิทัล

8. ดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะ อสม. ที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น การใช้แอปพลิเคชัน “สมาร์ท อสม.” ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยทางไซเบอร์

9. ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น การประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์ผ่านระบบออนไลน์ การแบ่งปันข้อมูลสุขภาพกับหน่วยงานต่าง ๆ ผ่านช่องทางดิจิทัล

2.4.4 การฝึกอบรม อสม. ใหม่

การพัฒนาศักยภาพ อสม. ที่ได้รับการคัดเลือกใหม่ ถือเป็นกระบวนการสำคัญเพื่อให้ อสม. สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีมาตรฐาน โดยกระบวนการดังกล่าวประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. รูปแบบการฝึกอบรม (Training Methodology) การฝึกอบรมถูกออกแบบให้มีความยืดหยุ่นตามบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยต้องบูรณาการทั้งภาคทฤษฎี และซึ่งอาจจัดขึ้น ณ สถานีนอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน ทั้งนี้ จะต้องมีการประเมินผล เพื่อให้มั่นใจว่า อสม. ใหม่ทุกคนมีสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ

2. โครงสร้างหลักสูตร (Curriculum Structure) เนื้อหาหลักสูตรการอบรมแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก คือ

2.1 หลักสูตรแกนกลาง (Core Curriculum) เป็นเนื้อหาภาคบังคับที่มุ่งสร้างเสริมความรู้และทักษะพื้นฐานที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ครอบคลุมถึงบทบาทหน้าที่, สิทธิประโยชน์, เทคนิคการสื่อสารและถ่ายทอดความรู้, การจัดการปัญหาสาธารณสุขในชุมชน, การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค, การปฐมพยาบาลเบื้องต้น, และการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่

2.2 หลักสูตรเฉพาะพื้นที่ (Elective/Area-specific Curriculum) เป็นเนื้อหาที่แต่ละจังหวัดสามารถออกแบบหรือปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบท, ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่, และนโยบายเฉพาะของท้องถิ่น เพื่อให้ อสม. มีความรู้ที่ทันต่อสถานการณ์และสามารถแก้ไขปัญหาในชุมชนของตนเองได้อย่างตรงจุด

3. การรับรองสถานภาพ (Certification and Registration) สถานภาพการเป็น อสม. จะสมบูรณ์เมื่อบุคคลนั้นผ่านการคัดเลือก, สำเร็จหลักสูตรการฝึกอบรม, และผ่านการประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งในส่วนของหลักสูตรแกนกลางและหลักสูตรเฉพาะพื้นที่ จากนั้นทางจังหวัดจะดำเนินการออกวุฒิบัตรและบัตรประจำตัว อสม. เพื่อเป็นการรับรองสถานภาพอย่างเป็นทางการ โดยสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ จะเป็นไปตามระเบียบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2.4.5 การพัฒนาศักยภาพ อสม. สู่อสม. 4.0

ความสำคัญและที่มา (ตามแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. 4.0 ณ วันที่ 10 ธันวาคม 2560) ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ “สังคมดิจิทัล” ข้อมูลข่าวสารสามารถส่งต่อถึงกันได้อย่างรวดเร็ว ทำให้การสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องและทันเวลาเป็นสิ่งที่สำคัญมาก โดยเฉพาะข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต อีกทั้งรัฐบาลยังมีนโยบายขับเคลื่อนประเทศไทยให้เข้าสู่ประเทศไทย 4.0 มุ่งเน้นการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพลดรายจ่ายเพิ่มรายได้ รวมไปถึงการยกระดับคุณภาพการให้บริการสาธารณสุข รวมสู่สุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ดีขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นกลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพ

ภาคประชาชน และยังเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพซึ่งมีภารกิจหลักในการส่งเสริมบทบาทและพัฒนา อสม. โดยเฉพาะการส่งเสริมสนับสนุนให้ อสม. มีความรอบรู้ และเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจึงได้มีแนวคิดในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็น อสม. 4.0 โดยการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้กับการทำงาน เพื่อให้การพัฒนาช่องทางการสื่อสารข้อมูลที่ต้องเป็นไปอย่างรวดเร็ว ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ จึงเห็นความสำคัญที่จะพัฒนา Application “สมาร์ท อสม.” ขึ้น เพื่อเป็นเครื่องมือให้กับ อสม. ในการดูแลสุขภาพของตนเองและประชาชนได้อย่างถูกต้อง นำไปสู่ชุมชนพึ่งตนเอง อย่างยั่งยืนต่อไป

อสม. 4.0 มีคุณสมบัติดังนี้

1. มีทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล อสม. 4.0 ต้องมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลพื้นฐาน เช่น สมาร์ทโฟน, แท็บเล็ต, คอมพิวเตอร์ รวมถึงแอปพลิเคชันต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพ เช่น แอปพลิเคชัน “สมาร์ท อสม.”, LINE, แอปพลิเคชันบันทึกข้อมูลสุขภาพ, โปรแกรมการประชุมออนไลน์ เป็นต้น ทักษะเหล่านี้จำเป็นต่อการบันทึกข้อมูล, การรายงาน, การสื่อสาร, การค้นหาข้อมูล และการเข้าถึงบริการสุขภาพดิจิทัลต่าง ๆ
2. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ไม่เพียงแต่ใช้เทคโนโลยีเป็น แต่ อสม. 4.0 ต้องมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ สามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน รวมถึงสามารถแยกแยะข้อมูลที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ จากข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง และสามารถสื่อสารข้อมูลสุขภาพที่ซับซ้อนให้ผู้อื่นเข้าใจได้ง่าย
3. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ อสม. 4.0 ต้องเป็นผู้ริเริ่มและผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การป้องกันโรค โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือในการสื่อสาร การให้ความรู้ และการสร้างแรงจูงใจ รวมถึงการเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านสุขภาพ
4. เป็นจิตอาสาและผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ คุณสมบัตินี้เน้นย้ำถึงจิตสาธารณะและความเสียสละของ อสม. ในการทำงานเพื่อชุมชน โดย อสม. 4.0 ต้องพร้อมที่จะเรียนรู้ พัฒนาตนเอง และนำความรู้และทักษะด้านดิจิทัลมาใช้เพื่อประโยชน์ของชุมชน อย่างเต็มที่ โดยไม่หวังผลตอบแทน และสามารถสร้างแรงบันดาลใจให้ผู้อื่นเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพชุมชน

โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็น อสม.4.0 กล่าวคือ การส่งเสริมและพัฒนาและสนับสนุน เช่น การให้ความรู้ผ่าน Application สมาร์ท อสม. หรือ

สื่ออื่น ๆ การฝึกปฏิบัติ การอบรมพัฒนาศักยภาพ เป็นต้น เพื่อให้ อสม. กลุ่มเป้าหมายยกระดับ เป็น อสม. 4.0

จากบทบาทจะเห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลสำคัญที่จะทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน/ท้องถิ่น และหน่วยงานองค์กรพัฒนา ชุมชนต่าง ๆ ดังนั้น การดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของภาระงาน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จำเป็นที่จะต้องอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแกนหลักในการเชื่อมประสาน เป็นผู้นำในการดำเนินงานและสร้างการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบของชุมชน จนทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของ เห็นคุณค่าและมีทัศนคติที่ดีต่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล

2.4.6 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอพรเจริญ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอพรเจริญ ถือเป็นกลุ่มบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและดูแลประชาชนในชุมชนของตนเอง อสม.เป็นกลไกที่ช่วยเสริมสร้างระบบสาธารณสุขให้เข้าถึงประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ห่างไกลหรือขาดการดูแลทางการแพทย์อย่างทั่วถึง อำเภอพรเจริญประกอบด้วย 7 ตำบล ซึ่งแต่ละตำบลมีการจัดตั้งทีม อสม. เพื่อประจำในแต่ละหมู่บ้าน ทำหน้าที่เป็นตัวแทนในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพ เช่น การป้องกันโรคติดต่อ การให้ความรู้เรื่องสุขภาพ และการตรวจเยี่ยมครัวเรือน โดยในปัจจุบันอำเภอพรเจริญมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งหมดจำนวน 702 คน ซึ่งกระจายตัวอยู่ตามตำบลต่าง ๆ เพื่อดูแลและให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่นั้น ๆ แยกรายตำบลได้ดังนี้

1. ตำบลดอนหญ้านาง	จำนวน	86 คน
2. ตำบลป่าแฝก	จำนวน	91 คน
3. ตำบลพรเจริญ	จำนวน	132 คน
4. ตำบลวังชมภู	จำนวน	84 คน
5. ตำบลศรีชมภู	จำนวน	85 คน
6. ตำบลศรีสำราญ	จำนวน	84 คน
7. ตำบลหนองหัวช้าง	จำนวน	140 คน

อสม.แต่ละคนได้รับการฝึกอบรมเบื้องต้นในการดูแลสุขภาพและการให้คำแนะนำด้านการป้องกันโรค ทั้งยังมีบทบาทในการประสานงานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่และประชาชนในชุมชน อาทิ การนำข้อมูลสุขภาพพื้นฐานมาใช้ในการวางแผนและติดตามสถานการณ์

สุขภาพในพื้นที่ หรือการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของคนในชุมชน การมี อสม.ในพื้นที่ช่วยให้การเข้าถึงการดูแลสุขภาพในระดับพื้นฐานเป็นไปได้อย่างรวดเร็วและทั่วถึง โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่จำเป็น เช่น การระบาดของโรคติดเชื้อต่าง ๆ อสม.จึงมีบทบาทเป็นด่านแรกในการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอพรเจริญ ไม่เพียงแต่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพและให้ความรู้แก่ชุมชนในเรื่องการป้องกันโรค แต่ยังมีความสำคัญมากขึ้นในยุคดิจิทัล โดยการทำงานของ อสม. ได้รับการเชื่อมโยงและพัฒนาให้สอดคล้องกับนโยบายด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ที่ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเข้ามาช่วยในการดูแลสุขภาพชุมชน หนึ่งในนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในยุคดิจิทัล คือการใช้ระบบเทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการด้านสุขภาพ อสม.ในปัจจุบันได้รับการสนับสนุนให้ใช้แอปพลิเคชันหรือระบบดิจิทัลเพื่อบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่ดูแล ซึ่งช่วยให้ข้อมูลสุขภาพที่สำคัญถูกเก็บรวบรวมอย่างแม่นยำและเข้าถึงได้ง่าย การใช้เทคโนโลยีช่วยให้สามารถติดตามสถานะสุขภาพของประชาชนได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงสามารถแจ้งเตือนหรือให้คำแนะนำแบบทันทีในกรณีที่พบปัญหาสุขภาพที่ต้องการการดูแลอย่างเร่งด่วน

อสม.ทั้ง 702 คนในอำเภอพรเจริญ ได้รับการฝึกฝนให้สามารถใช้เทคโนโลยีในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย การรายงานข้อมูลเกี่ยวกับโรคระบาดหรือสถานการณ์สุขภาพในพื้นที่ผ่านแอปพลิเคชันที่กระทรวงสาธารณสุขจัดเตรียมไว้ เช่น แอปพลิเคชัน “สมาร์ท อสม.” ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มที่ช่วยในการสื่อสารระหว่าง อสม.กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและจังหวัด การใช้ระบบนี้ช่วยให้การทำงานมีความรวดเร็วและมีความเชื่อมโยงมากขึ้น ทำให้สามารถรับมือกับปัญหาสุขภาพในชุมชนได้อย่างทันทั่วถึง นอกจากนี้ นโยบายการใช้เทคโนโลยีของกระทรวงสาธารณสุขยังมุ่งเน้นการส่งเสริมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการให้ความรู้และสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ เช่น การใช้แอปพลิเคชัน LINE, Facebook หรือช่องทางโซเชียลมีเดียต่าง ๆ ในการกระจายข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล อสม.จึงมีบทบาทในการเป็นสื่อกลางระหว่างหน่วยงานรัฐกับประชาชนในการส่งต่อข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัย รวมถึงกระตุ้นให้ชาวบ้านมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ในยุคดิจิทัลนี้ การเชื่อมโยงการทำงานของ อสม. กับเทคโนโลยีสมัยใหม่ทำให้เกิดความคล่องตัวในการให้บริการสาธารณสุข และทำให้การดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็วยิ่งขึ้น ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นส่วนหนึ่งของการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเทคโนโลยี เพื่อให้ระบบสาธารณสุขไทยก้าวหน้าและสามารถรองรับความต้องการของประชาชนในยุคปัจจุบันได้

2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้บทบาท แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

2.5.1 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้บทบาท

1. ความหมายของการรับรู้

ราชบัณฑิตยสถาน (2556) ให้ความหมายของ การ หมายถึง งาน สิ่งหรือเรื่องที่ทำ มักใช้ควบคู่กับคำว่างาน เช่น การงาน เป็นการเป็นงาน ได้การได้งาน ถ้าอยู่นานาม หมายความว่า เรื่องฐานะ หน้าที่ เช่น การบ้าน การครัว การครัว การคลัง การเมือง ถ้าอยู่หน้า กริยาทำให้กริยาเป็นนาม เช่น การกิน การนอน

Dember & Warm (1977) กล่าวว่า การรับรู้ในทางทฤษฎีถือว่าเป็นสภาพทางจิตวิทยา การรับรู้เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล ไม่ใช่เหตุการณ์ที่เห็นหรือสามารถสังเกตได้โดยตรง ในทางจิตวิทยาถือเป็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวป้อนหรือตัวกระตุ้น อันได้แก่ สิ่ง ที่บุคคล ได้เห็น ได้ยิน หรือมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวข้องด้วยกับพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งการแสดงออก จะเป็นผล จากการรับรู้ภายในที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ ความจำ แรงกระตุ้น และอารมณ์ ซึ่งการรับรู้จะต้อง อาศัยประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมเป็นตัวช่วยในการตีความหรือแปล หาก คนเราไม่มีความรู้เดิมหรือลืมนั้นไปก็จะเป็นการรับรู้สิ่งนั้น (Finnergan, 1975; Garrison, & Magoon, 1972; กันยา สุวรรณแสง, 2542)

ประเภทของการรับรู้ แบ่งออกเป็น 4 ประเภท (กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์, 2528)

1. การรับรู้ทางอารมณ์ หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ เช่น รู้สึกดี ใจ เสียใจ ตื่นเต้น รักเกลียด ชื่นชม เป็นต้น
2. การรับรู้ลักษณะของบุคคลต้องอาศัยการแปลข้อมูล 3 ประการ คือ
 - 2.1 ลักษณะทางกายภาพ เช่น รูปร่าง หน้าตา ลักษณะแขนขา เท้า สีผิว เป็นต้น
 - 2.2 พฤติกรรม เช่น การพูดคุย การยิ้ม การหัวเราะ การเดิน
 - 2.3 คำบอกเล่า เช่น คำบอกเล่าจากญาติพี่น้อง เพื่อน ผู้ใกล้ชิด
3. การรับรู้ ภาพพจน์ของบุคคล หมายถึง มโนภาพหรือมโนคติของสิ่งต่าง ๆ ตามที่บุคคลรับรู้เป็นภาพที่อยู่ในความคิด หรือจินตนาการของบุคคล และบุคคลสามารถบอก ลักษณะ ของภาพเหล่านั้นให้ผู้อื่นทราบได้ด้วย
4. การรับรู้ปรากฏการณ์ทางสังคม เป็นการตีความหรือการแปลความหมาย สิ่งต่าง ๆ หรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมตามความเชื่อของตนเอง เพื่อให้เกิดความ

เข้าใจและ สามารถอธิบายสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ได้ การรับรู้ปรากฏการณ์ทางสังคมนั้นขึ้นอยู่กับสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ

4.1 ระดับการรับรู้ หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์เข้า ปัญหาหรือความเฉื่อยฉลาด เมื่อต่างกันย่อมตีความต่อสิ่งต่าง ๆ ได้แตกต่างกันด้วย

4.2 การเปลี่ยนการรับรู้ คือ ถ้าผู้ที่มีการรับรู้ต่ำ เมื่อได้โอกาสสนทนาหรืออภิปรายกับผู้ที่มีการรับรู้สูง ก็อาจจะถูกผู้มีการรับรู้สูงเปลี่ยนแนวคิดหรือแนวทางในการรับรู้ได้

2. ความหมายของบทบาท

ราชบัณฑิตยสถาน (2556) ได้ให้ความหมายของบทบาท หมายถึงการทำทำตามบทบาทตามบท โดยปริยายหมายความว่า การทำตามหน้าที่ที่กำหนดไว้ เช่นบทบาทของพ่อแม่ บทบาทของครู

ธงชัย สันติวงษ์, และชัยยศ สันติวงษ์ (2526) กล่าวว่า บทบาท หมายถึง สิ่งที่เชื่อมโยงกันระหว่างบุคคลกับองค์การ และแสดงพฤติกรรมของคนในองค์การที่คาดว่าจะแสดงออกบทบาทเกิดจากผลการเกี่ยวข้องกันขององค์การที่เป็นทางการ เทคนิควิธีการ องค์การที่ไม่เป็นทางการ และความคาดหวังของบุคคลในงานที่ทำ

Bloom & Selznick (1977) ได้จำแนกลักษณะของบทบาทไว้ 3 ประการ ดังนี้

1. บทบาทที่กำหนดไว้หรือบทบาทตามอุดมคติ (Prescribed or Ideal role) เป็น บทบาทที่กำหนดสิทธิหน้าที่ของตำแหน่งไว้อย่างแน่นอนและชัดเจน
2. บทบาทที่ควรกระทำ (Perceived role) เป็นบทบาทที่แต่ละบุคคลเชื่อว่าควร กระทำตามหน้าที่ในตำแหน่งนั้น ๆ ซึ่งอาจจะเป็นไปตามบทบาทที่กำหนดไว้ทุกประการหรือไม่ก็ได้ ขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลที่ดำรงตำแหน่งนั้น ๆ
3. บทบาทที่กระทำจริง (Performed role) เป็นบทบาทที่บุคคลได้กระทำจริง ๆ ตาม ความเชื่อ ความคาดหวัง ความกดดัน ตลอดจนโอกาสที่จะกระทำในแต่ละสังคม ในช่วงระยะเวลา ที่ดำรงตำแหน่งนั้น ๆ

3. ความหมายของการรับรู้บทบาท

การรับรู้บทบาท หมายถึง การยืนยันว่ารู้การทำตามหน้าที่ที่กำหนดไว้ หรือการรับรู้ว่า การทำตามหน้าที่ที่กำหนดไว้ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2556)

คันธฤดี พลอยอุบล (2551) กล่าวว่า การรับรู้บทบาท หมายถึง การแปลความหมายของบุคคลจากสิ่งได้เห็น ได้ยินหรือมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวข้องด้วย และแสดงพฤติกรรม

ออกตามความเข้าใจ ความคิด และความรู้สึกที่เกิดขึ้นของตนเองในการกระทำตามหน้าที่ที่บุคคลพึงกระทำตามตำแหน่งหรือตามที่องค์กรเป็นผู้กำหนดโดยอาศัยประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิม

เยาวลักษณ์ แสงสว่าง (2557) กล่าวว่า การรับรู้บทบาทเป็นกระบวนการที่คนเรามีประสบการณ์กับวัตถุ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยอาศัยอวัยวะในการสัมผัสและใช้สมองในการวิเคราะห์สัมผัสเพื่อแปลออกมาเป็นความหมาย หรือเรียกว่า การรับรู้ ซึ่งในการรับรู้บทบาท ต้องมีการรับรู้ตามบทบาทที่ต้องปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้ถูกต้องและตรงกับวัตถุประสงค์ที่ผู้ให้บริการต้องการ

Bandura (1997) กล่าวว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่ส่งผลต่อ Self-Efficacy การรับรู้บทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนและการได้รับการสนับสนุนในการปฏิบัติบทบาท ก็สามารถส่งเสริม Self-Efficacy ของบุคคลได้ หากบุคคล ได้รับการอบรม การสนับสนุนจากหน่วยงาน และการยอมรับจากชุมชน ก็จะช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และส่งผลให้มี Self-Efficacy สูงขึ้น

จากความหมายของการรับรู้บทบาท และการรับรู้บทบาท สามารถสรุปได้ว่า การรับรู้ บทบาท หมายถึง การยืนยันว่ารู้ หรือการรับว่ารู้การกระทำตามหน้าที่ที่กำหนดไว้ให้ปฏิบัติในขณะที่อยู่ในตำแหน่งนั้น ๆ โดยให้สัมพันธ์กับโครงสร้างทางสังคม จากสิ่งที่ได้เห็น ได้ยิน หรือมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวข้องด้วย และแสดงพฤติกรรมออกมาตามความเข้าใจ ความคิด และความรู้สึกที่เกิดขึ้นของตนเอง

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ 6 ด้าน ดังนี้

1.1 ภาวะทางสรีระและกายวิภาค (Physiological and Anatomical Condition) เป็นสิ่งที่ร่างกายนั้นเป็นอยู่ในด้านรูปร่าง การทำงานของร่างกายซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละเชื้อชาติ

1.2 อิทธิพลของครอบครัว (Family Influence) เป็นพื้นฐานของบุคคลในการให้ความสนใจและตีความหมายสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิต

1.3 อิทธิพลทางวัฒนธรรม (Cultural Influence) เป็นพื้นฐานของการดำรงชีวิตในสังคมการอยู่ร่วมกัน การทำงานและวิถีชีวิต

1.4 สิ่งจูงใจ ความต้องการ เป้าหมาย (Moive, Needs and Goals) เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลาหนึ่งๆ ของชีวิตอันเกิดจากการเรียนรู้ ประสบการณ์และทัศนคติของบุคคลนั้นต่อชีวิต

1.5 ประสบการณ์ในอดีต (Past experience) เป็นพื้นฐานในการเปรียบเทียบประสบการณ์ใหม่ที่ได้รับและให้ความหมายต่อสิ่งนั้นว่าดีหรือเลวกว่าเดิม

1.6 ลักษณะบุคลิกภาพ (Personality characteristics) เป็นพื้นฐานลักษณะนิสัยของบุคคลที่ส่งผลต่อการรับรู้ที่แตกต่างกันไป

2.5.2 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ

1. ความหมายของแรงจูงใจ

Hellriegel & Woodman (2001) ให้ความหมายแรงจูงใจว่า เป็นแรงผลักดันต่อบุคคลหรือแรงผลักดันภายในตัวบุคคลที่ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมที่มีทิศทางไปสู่เป้าประสงค์

Johns (1996) กล่าวว่า เป็นการยากที่จะนิยามคำว่า แรงจูงใจ แต่เมื่อกล่าวถึงบุคคลในองค์กรที่มีแรงจูงใจในการทำงานจะพบว่า บุคคลนั้นจะทำงานหนัก ทำงานอย่างไม่หยุดยั้ง และทิศทางการแสดงออกพฤติกรรมมุ่งสู่ผลลัพธ์ที่ดี

Moorhead & Griffin (1995) กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นกลุ่มของแรงผลักดันที่ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมในแนวทางที่ต้องการ

Mondy, Arthur, & Premeaux (1991) กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นความเต็มใจที่จะใช้ความพยายามตามทิศทางที่เป็นวัตถุประสงค์ขององค์การ

สมยศ นาวิการ (2543) กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นพลังที่ริเริ่ม กำกับและ คำจุนพฤติกรรมและการกระทำส่วนบุคคล คุณลักษณะพื้นฐานของแรงจูงใจ 3 ประการ คือ ความพยายาม ความไม่หยุดยั้ง และทิศทาง

นิตยา เพ็ญศิริินภา (2555) กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นแรงผลักดันภายในที่จะทำให้บุคคล ทำงานด้วยความเต็มใจ และมีพฤติกรรมที่นำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ มีลักษณะพื้นฐานดังนี้

1. การปลุกเร้า (Arousal หรือ Activation) แรงจูงใจเป็นสภาวะภายในของบุคคล ที่เร้าให้เกิดความสนใจเลือกที่จะกระทำ และมีพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของคน

2. พฤติกรรมของบุคคลที่มีแรงจูงใจจะมีลักษณะของการใช้ความพยายาม และเป็นไปอย่างไม่หยุดยั้ง

3. พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลจะมีทิศทางที่มุ่งสู่เป้าหมายที่ต้องการ

จากความหมายของแรงจูงใจสามารถสรุปได้ว่า แรงจูงใจ หมายถึง สิ่งที่เป็นความต้องการของคนทำงานภายในตัวบุคคล และสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการทำงานที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความพอใจและกระตือรือร้นในการทำงาน เมื่อได้รับการตอบสนองบุคคลจะเกิดความพึงพอใจในการทำงาน

2. ทฤษฎีสองปัจจัยในแรงจูงใจ (Two factors motivation theory)

Herzberg, 1959 อ้างอิงใน ดำรงค์ศักดิ์ จันทิพย์ (2557) ได้ศึกษา

องค์ประกอบของ ความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจในการทำงาน พบว่า มีปัจจัยที่ทำให้คนเกิด ความพึงพอใจใน การทำงานว่ามีอยู่ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยค้ำจุน หรือปัจจัยสุขอนามัย ปัจจัยทั้งสองจะช่วยสนับสนุนให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานมากยิ่งขึ้น เป็นทฤษฎีที่เสนอแนะ ว่าความพึงพอใจในการทำงาน ประกอบด้วย 2 แนวคิด

1. แนวคิดที่มีขอบเขตจากความพึงพอใจ (Satisfaction) ไปยังความไม่พึงพอใจ (No Satisfaction) และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยจูงใจ (Motivation Factor)

2. แนวคิดที่มีขอบเขตจากความไม่พึงพอใจ (Dissatisfaction) ไปยังความไม่พึงพอใจ (No Satisfaction) และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอนามัย (Hygiene Factors) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ปัจจัยจูงใจหรือกระตุ้น (Motivation Factor or Motivations)

เป็นปัจจัยภายใน (ความต้องการภายใน) ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการสร้างความพอใจในการทำงาน (Job satisfiers) ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นที่จะนำมาใช้จูงใจให้คนปฏิบัติงานดีขึ้นเช่น ความก้าวหน้าความสำเร็จ การยกย่อง ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นที่นำมาใช้จูงใจให้คนปฏิบัติงานให้ดีขึ้นได้แก่

2.1.1 ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน (Achievement) หมายถึง การที่บุคคล สามารถทำงานได้เสร็จสิ้น และประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี ความสามารถในการแก้ปัญหา และการแสดงสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่จะส่งผลให้เห็นผลงานของบุคคล เมื่อบุคคลปฏิบัติงานหรือทำอะไรได้สำเร็จก็จะมีความรู้สึกภาคภูมิใจว่าได้ทำงานสำเร็จ ซึ่งจะทำให้มีความพอใจในการปฏิบัติงานนั้น

2.1.2 การยอมรับนับถือ (Recognition) หมายถึง การได้รับการยอมรับนับถือไม่ว่าจะเป็นจากผู้บังคับบัญชา กลุ่มเพื่อน บุคคลในหน่วยงาน หรือจากบุคคลอื่น ซึ่งการยอมรับนี้อาจอยู่ในรูปของการยกย่องชมเชย เมื่อบุคคลได้รับการยอมรับนับถือก็จะเกิด ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

2.1.3 โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน (Advancement) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสถานะหรือตำแหน่งของบุคคลในองค์กร โดยมีการเพิ่มงานในความรับผิดชอบมากขึ้น ความก้าวหน้าอาจจะมีหลายอย่าง เช่น ความก้าวหน้าในด้านหน้าที่การงาน และ เงินเดือน ซึ่งเมื่อบุคคลได้รับความก้าวหน้าก็เท่ากับได้รับการตอบสนองความต้องการของบุคคล

2.1.4 ลักษณะงาน (The Work Itself) หมายถึง ความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีของบุคคลที่มีต่อลักษณะของงาน เช่น งานที่ง่ายหรือยากจนเกินไป ลักษณะงานจะเป็นสิ่งที่จูงใจบุคคลได้ถ้าผู้บริหารหรือหัวหน้างานได้ให้เป็นการจูงใจ เช่น การใช้เทคนิคในการมอบหมายงานให้งานโดยตรงกับความสามารถของบุคคลตรงกับความสามารถหรือความถนัดของบุคคล รวมทั้งการมอบหมายงานที่มีลักษณะไม่ยากเกินความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน หรือไม่มีปริมาณมากจนเกินไป รวมทั้งการมอบหมายงานอย่างเป็นธรรม

2.1.5 ความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึง ความพึงพอใจที่เกิดขึ้น จากการได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานใหม่ ๆ และมีอำนาจในการรับผิดชอบได้อย่างเต็มที่ บุคคลจะมีความพึงพอใจเมื่อได้รับผิดชอบที่เหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่ หากบุคคลได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานแล้วจะทำให้มีความรักงาน และมีความพึงพอใจในงานมากยิ่งขึ้น

2.2 ปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยสุขอนามัย (Maintenance Factor or Hygiene Factor) ในภาษาไทยมีผู้แปลให้ความหมายในคำอื่นอีก ได้แก่ ปัจจัยการดำรงรักษา ปัจจัยสุขอนามัยเป็นปัจจัยภายนอกที่ป้องกันไม่ให้งานเกิดความไม่พึงพอใจในการทำงาน (Job satisfiers) การเสนอปัจจัยนี้ไม่ใช่วิธีการจูงใจที่ดีที่สุดในทัศนะของ Hygiene แต่เป็นการป้องกันความไม่พึงพอใจ ประกอบด้วยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาทำงาน หรือการขาดงานของพนักงาน เช่น นโยบายบริษัท การบังคับบัญชา ความมั่นคงในงาน ค่าตอบแทน สภาพการทำงาน เป็นต้น ได้แก่

2.2.1 เงินเดือนหรือค่าตอบแทน (Salary or Compensation) หมายถึง ผลตอบแทนหรือการเลื่อนขั้นเงินเดือนอย่างเป็นธรรมในหน่วยงาน ความพึงพอใจในเงินเดือนหรือ ความพึงพอใจหรือไม่พอใจต่อเงินเดือนที่เพิ่มขึ้น

2.2.2 ความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน (Relationship) ได้แก่ การพบปะ ติดต่อกันไม่ว่าจะเป็นทางกิริยาหรือวาจาที่แสดงถึงความสัมพันธ์อันดีต่อกันกับผู้บังคับบัญชาผู้ใต้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน

2.2.3 สภาพภาพในการทำงาน (Working Condition) หมายถึง ลักษณะของ สถานที่เป็นองค์ประกอบให้บุคคลเกิดความรู้สึกต่องาน สภาพทางกายภาพของสถานที่ทำงาน เช่น การถ่ายเทอากาศ อุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ รวมทั้งปริมาณงานตลอดจนเครื่องอำนวยความสะดวกในการทำงาน

2.2.4 นโยบายและการบริหารงาน (Policy and Administration) หมายถึง การจัดการ การบริหารงานขององค์กรและการติดต่อสื่อสารในองค์กร การจัดการและ

การบริหารงานองค์กร รวมถึงการติดต่อภายในองค์กร นโยบายขององค์กรจะต้องเด่นชัดเพื่อให้บุคคลดำเนินงานได้ถูกต้อง

2.2.5 ความมั่นคงในงาน (Job Security) หมายถึง ความรู้สึกของคนที่มีต่อความมั่นคงของงาน หรือความมั่นคงและยั่งยืนในการปฏิบัติงาน การทำงานหรืออาชีพปฏิบัติงาน และมีความสัมพันธ์อันดีต่อผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงานทั้งในและนอกแผนก

2.2.6 วิธีปกครองบังคับบัญชา (Technical Supervision)

หมายถึง ความรู้ ความสามารถของผู้บังคับบัญชาในการดำเนินงานหรือความยุติธรรมในการบริหารงาน การที่บุคคลสามารถปฏิบัติงานและมีความสัมพันธ์อันดีต่อผู้บังคับบัญชา

เฮอริชเบิร์ก ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า องค์ประกอบด้วยการจูงใจจะต้องมีค่าเป็นบวกเท่านั้นจึงจะทำให้บุคคลมีความพึงพอใจในการทำงานขึ้นมาได้ แต่ถ้าได้ค่าลบไม่ทำให้บุคคลไม่พึงพอใจในการทำงานแต่อย่างใด โดยปัจจัยจูงใจและปัจจัยค่าจูงใจเป็นความต้องการของการค้าจูง เป็นแรงกระตุ้นให้เกิดความสุข คนทำงาน เพราะเป็นแรงจูงใจในการทำงานและเมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองทั้งสองด้านบุคคลจะเกิดความพึงพอใจในการทำงาน ซึ่งเป็นการศึกษาเจตคติและการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ คือ สิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ และด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานมนุษย์มีความต้องการหลายระดับขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายด้าน ยังพบว่าความต้องการของมนุษย์ มี 2 ลักษณะ คือ ความต้องการด้านร่างกาย และความปรารถนาความสุขทางใจ การที่นำปัจจัยต่าง ๆ มาเป็นสิ่งจูงใจให้มนุษย์เกิดแรงจูงใจในการ ปฏิบัติงานทำให้ประสบความสำเร็จของงาน มีข้อพิจารณาดังนี้

1. เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของทั้งสองด้านนั้นเห็นได้ชัดว่าไม่มี ความสัมพันธ์โดยตรงต่อกันหรือเป็นปรากฏการณ์ที่เป็นสิ่งตรงกันข้ามกันเลย เช่น องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานก็จะโน้มนำจิตใจของคนงานไปในทางที่เสริมสร้างความรู้สึที่ดีต่อ งานที่ทำอยู่ ตรงกันข้ามกับองค์ประกอบที่ไม่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานก็จะโน้มนำจิตใจของ คนทำงานไปในทางเสื่อม คือ เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในงานที่ทำมากขึ้นเรื่อย ๆ

2. ผลจากการสำรวจจะต่างจากความเชื่อแต่เดิมที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายว่า องค์ประกอบที่มีผลอย่างใดอย่างหนึ่งนั้นจะมีผลในทางตรงกันข้ามเสมอ กล่าวคือ ถ้าหากสภาพการทำงานไม่ดีก็จะเป็นเหตุให้คนทำงานเกิดความไม่พึงพอใจในงานและจะมีข้อเสนอว่าถ้าได้ปรับปรุงสภาพการทำงานให้ดีขึ้นแล้ว ก็จะส่งผลให้คนทำงานเกิดความพึงพอใจในการทำงานขึ้นมาได้

2.1 ถ้าสภาพการทำงานได้ถูกปรับปรุงแล้วความไม่พึงพอใจในงานของคนทำงานก็อาจจะหายไปได้บ้าง ส่วนความพึงพอใจจะเกิดขึ้นหรือไม่นั้นยังไม่สามารถสรุปได้ตรงข้าม

2.2 ถ้าปราศจากองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความพอใจในงานอันได้แก่ความสำเร็จ และการได้รับยกย่องนับถือแล้วก็ได้หมายความว่า จะเป็นผลทำให้เกิดความไม่พึงพอใจขึ้นแก่คนงาน ซึ่งเฮิร์ซเบิร์กเรียกปัจจัยแห่งความพอใจในงานว่า "ปัจจัยจูงใจ (Motivator Factors)" ส่วนปัจจัยที่ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจในงานว่า "ปัจจัยอนามัย (Hygiene Factors) หรือ ปัจจัยบำรุงรักษา (Maintenance Factors)"

2.3 ปัจจัยอนามัยเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทุกองค์การควรจะมีเพื่อให้องค์การอยู่ในสภาพที่สมบูรณ์ แต่ปัจจัยจูงใจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับงานโดยตรงและหากมีปัจจัยนี้ คนงานจะมีความรู้สึกว่าตนเองมีมูลเหตุจูงใจที่จะปฏิบัติงาน

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยจูงใจนั้นเป็นปัจจัยที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีความพอใจและกระตือรือร้นในการทำงาน ซึ่งปัจจัยจูงใจเป็นปัจจัยภายในของตัวบุคคล และเป็นปัจจัยที่จูงใจบุคคลให้ทำงาน ส่วนปัจจัยค่าจูน หรือปัจจัยสุขอนามัย เป็นปัจจัยสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อความไม่พอใจในการทำงาน ทั้งนี้หากบุคคลไม่ได้รับการตอบสนองปัจจัยนี้แล้ว บุคคลนั้นจะไม่พอใจในการปฏิบัติงานจะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง อาจเกิดถดถอย หรือลาออกได้

2.5.3 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

1. ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน (2553) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ บทบาทการทำงาน (Function) ของความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) การสนับสนุนทางสังคมอาจนิยามได้ว่าเป็นเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ให้ความเป็นเพื่อน (Companionship) การช่วยเหลือ (Assistance) และการหล่อเลี้ยงทางอารมณ์ (Emotional Nourishment) โดยมีการระบุประเภทของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประการ ได้แก่ การให้กำลังใจ (Emotional) การสนับสนุนเครื่องมือ (Instrumental) การสนับสนุนข้อมูล (Informational) และการสนับสนุนเชิงประเมิน (Appraisal) โดยการให้กำลังใจ (Emotional Support) หมายถึง การแสดงความห่วงใย ความเห็นใจ ความรัก และความไว้วางใจ การสนับสนุนทางเครื่องมือ (Instrumental Support) ได้แก่ การสนับสนุนหรือลงมือเป็นรูปธรรม รวมถึงการสนับสนุนด้วยสิ่งของหรือบริการต่าง ๆ ส่วนการสนับสนุนข้อมูล (Informational Support) คือ การให้คำแนะนำและให้ข้อมูลส่วนตัวหรือข้อเสนอแนะต่าง ๆ และสุดท้าย การสนับสนุนเชิงประเมิน (Appraisal Support) หมายถึง การสนับสนุนโดยการยืนยันหรือให้การตอบรับเชิง

สร้างสรรค์ (Constructive feedback) ที่เอื้อประโยชน์ต่อการประเมินตนเอง (Self-Evaluation) ชนิดของการสนับสนุนที่ให้ประโยชน์ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ อาจจะแตกต่างกันไปโดยขึ้นอยู่กับสภาพและระดับขั้นของสถานการณ์ที่บุคคลกำลังประสบอยู่ โดยการให้กำลังเอาใจช่วยได้ในช่วงที่เกิดวิกฤตในชีวิต ในขณะที่การสนับสนุนข้อมูลมีประโยชน์มากกว่าการช่วยให้บุคคลเข้าใจว่าจะเข้าถึงเพื่อนของตนเองได้อย่างไร ส่วนการสนับสนุนทางเครื่องมือหรือในเชิงรูปธรรมจะเป็นตัวช่วยในการทำหน้าที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะ เช่น การเตรียมอาหารที่มีประโยชน์ให้รับประทาน หรือการช่วยขับรถพาเด็ก ๆ ไปทำกิจกรรมนันทนาการ ในขณะที่การสนับสนุนเชิงประเมินหรือยืนยันประกอบด้วยการตอบรับเชิงสร้างสรรค์ที่ช่วยให้ บุคคลตระหนักถึงจุดเด่นและศักยภาพของตนเองได้

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2554) แร่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ชนิดของการช่วยเหลือที่สมาชิกที่เป็นเครือข่ายทางสังคมให้การสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม ได้แก่

1. การยอมรับสนับสนุนด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Emotion Support) เช่น การฟัง แสดงให้เห็นว่าสนใจ ยอมรับ ไว้วางใจ
2. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ (Instrumental Support) ได้แก่ การให้อุปกรณ์ สิ่งของ เงิน เวลา เพื่อเอื้อให้เกิดพฤติกรรม
3. การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยเครือข่ายทางสังคมหรือแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ กลุ่มครอบครัว เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน ฯลฯ ที่มีลักษณะ 3 ประการ คือ 1) มีโครงสร้าง (Structural) เช่น จำนวนคน การรู้จักมักคุ้น 2) การมีปฏิสัมพันธ์ ความถี่ของการพบปะกัน ความง่ายในการพบปะ และ 3) มีหน้าที่ (Function) เช่น ให้แรงสนับสนุนทางสังคมพันธะสัญญาต่อกัน และให้ความรู้สึกมีคุณค่าทางสังคม

จากความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่สมาชิกในเครือข่ายทางสังคมที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันให้การสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม โดยได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์/ความรู้สึกด้านการประเมินคุณค่า ด้านทรัพยากร และด้านข้อมูลข่าวสาร

2. แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแนวคิดมาจากทฤษฎีจากการศึกษาทางสังคม จิตวิทยา พบว่า การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้นมักจะขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล และจะมีการแสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์แบบมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลที่แสดงออกถึงความสนใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือทางด้านความรู้ ด้านอารมณ์ ข้อมูล วัตถุสิ่งของและอื่น ๆ ทำให้เกิด

ความผูกพันได้ แรงสนับสนุนทางสังคมนั้นจำเป็นต่อพฤติกรรมของแต่ละคนมาก โดยเฉพาะพฤติกรรมทางด้านร่างกายและจิตใจ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล หรือว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (จุฬารักษ์ โสตะ, 2554)

3. องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม (จุฬารักษ์ โสตะ, 2554)

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุนทางสังคม
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้น ประกอบด้วย 1) ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่ามีคนสนใจ เอาใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงใจ 2) ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับรู้สึกกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม และ 3) ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถหาประโยชน์แก่สังคมได้

3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนอาจอยู่ในรูปข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ คือ การมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี

จึงสรุปได้ว่า หลักการของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมียุทธศาสตร์ประกอบหลายอย่างที่สำคัญ เป็นการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้กับผู้รับการสนับสนุนและผู้รับการสนับสนุนไม่ว่า จะเป็นข้อมูลข่าวสารหรือวัสดุสิ่งของหรือจิตใจ ความรักความห่วงใย เป็นต้น

ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม (Type of Support) (House, 1981) แรงสนับสนุน ทางสังคมสามารถแบ่งออกได้เป็นหลายรูปแบบซึ่งพฤติกรรมการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยเน้นถึง

การแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคลแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ความรักความไว้วางใจ ความห่วงใย และการรับฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. ด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเองในการรับรองการให้ข้อมูลย้อนกลับการเปรียบเทียบกับสังคม

3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) ทำให้ได้ความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การชี้แนะแนวทาง ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติและนำไปใช้ในการปรับสภาพแวดล้อมได้

4. ด้านทรัพยากรหรือเครื่องมือ (Instrumental Support) ทำให้ได้รับความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคนในเรื่องวัสดุ สิ่งของ เงิน แรงงาน จากที่กล่าวมาข้างต้นนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมนั้น เป็นสิ่งตอบสนองความต้องการทางด้าน จิตใจ อารมณ์ ของบุคคล

2.6 แนวคิดโมเดลสังคมนิเวศวิทยา (Social Ecological Model)

ความหมายของคำ นิเวศวิทยา (Ecology) มาจากศาสตร์ทางชีววิทยา (Biological science) ที่มีรากศัพท์มาจากภาษากรีก คือ oikos = house และ logy = the study of's ดังนั้น ecology จึงหมายถึงการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งมีชีวิตกับสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว ส่วนคำว่า โมเดลเชิงนิเวศวิทยา (Ecological Model) หมายถึง โมเดลทางพฤติกรรม และ สังคมศาสตร์ โดยมีแนวคิดที่สำคัญว่า มีปัจจัยหลายระดับในสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม สุขภาพประกอบด้วย ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intrapersonal) ระหว่างบุคคล (Interpersonal) ปัจจัยด้านองค์กร (Organizational) ปัจจัยด้านชุมชน (Community) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) และปัจจัยด้านนโยบาย (Policy)

แนวคิดนิเวศวิทยาได้ถูกริเริ่มเป็นครั้งแรกโดยอาลิฮาน (Alihan, 1938) ซึ่งได้มองว่า ปรากฏการณ์ทางสังคมของพฤติกรรมมนุษย์ จะพบว่ามนุษย์มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสภาพแวดล้อมรอบตัวว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมอย่างไรนั้น ย่อมได้รับอิทธิพลจากสภาพสังคมที่พวกเขาเหล่านั้นอาศัยอยู่ (สมพล, 2532) แต่เนื่องจากบุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งทางตรงและทางอ้อมอยู่เสมอ ดังนั้นจึงแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากภายในตัวบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ยังได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมที่ตนเองสัมผัสอยู่ด้วย ในเวลาต่อมา บอนเฟนแบรเนอร์ (Bronfenbrenner, 1977) ได้มีการพัฒนาแนวคิดนี้ให้มีความชัดเจนมากขึ้น โดยอธิบายว่าอิทธิพลที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้นมี 4 ระดับดังต่อไปนี้ ได้แก่

1. ระบบเล็ก (Microsystem) เป็นอิทธิพลภายในตัวบุคคลซึ่งเกี่ยวข้องกับตัวแปรทางจิตวิทยาในตัวบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ ทัศนคติ และความรู้ของบุคคล ส่วนอิทธิพลระหว่างบุคคล ส่วนใหญ่มักจะเป็นอิทธิพลเกี่ยวกับคนรอบครัว กลุ่มเพื่อน หรือกลุ่มทางสังคมต่าง ๆ ที่บุคคลนั้น ปฏิสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดในชีวิตประจำวัน
2. ระบบระหว่างกลาง (Mesosystem) เป็นอิทธิพลจากองค์กรหรือสถาบัน เช่น บริษัท โรงงานโรงเรียน มหาวิทยาลัย สำนักงาน ซึ่งถ้าบุคคลมีปฏิสัมพันธ์ในองค์กรมาก พฤติกรรมของบุคคลนั้นย่อมได้รับอิทธิพลจากองค์กรด้วย
3. ระบบภายนอก (Exosystem) เป็นอิทธิพลระดับชุมชนที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ อาจเป็นระดับหมู่บ้าน ตำบล หรืออำเภอ ทุกอาณาเขตพื้นที่นั้นย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมบุคคลได้เช่นเดียวกัน
4. ระบบใหญ่ (Macrosystem) กล่าวคือมาตรการต่าง ๆ ที่องค์กรหรือเขตการปกครองนั้น ๆ อาจเป็นในรูปแบบกฎหมาย หรือกฎระเบียบข้อบังคับ นโยบาย ของแต่ละเขตพื้นที่การปกครองหรือองค์กร เหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ได้

ในเวลาต่อมา แมคลีรอย ไบบิว สเต็กเลอร์ และเกลนซ์ (McLeroy, Bibeau, Steckler & Glanz, 1988) ได้นำแนวการศึกษาในเวชวิทยาเชิงสังคมมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งแมคลีรอยกล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับ การได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้น ๆ ปฏิสัมพันธ์อยู่ ซึ่งสอดคล้องเกี่ยวกับการศึกษาของ ซาลิสและโอเวน (Salis & Owen, 2002) พบว่าสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม วัฒนธรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อกัน เมื่อบุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้น ๆ รู้สึกว่ามีความปลอดภัย มีความเอื้ออาทรต่อกัน ตลอดจนสามารถส่งเสริมการทำกิจกรรมนั้นได้ บุคคลเหล่านั้นจะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ซึ่งการศึกษานี้ในเวชวิทยาทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ แมคลีรอยและคณะได้แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่

1. ระดับบุคคล (Intrapersonal Level) หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเช่น ระดับความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ และบุคลิกภาพของบุคคล
2. ระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal Level) หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและกลุ่มคนอันประกอบไปด้วย ครอบครัว เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนร่วมสถาบัน ซึ่งทั้งหมดนี้จะกำหนดหรือเป็นที่มาของความเป็นตัวตน (Social Identity) บทบาททางสังคม (Role Definition) และการสนับสนุนช่วยเหลือ (Support) ของบุคคล
3. ระดับองค์กร (Organization Level) หมายถึง กฎระเบียบข้อบังคับ นโยบาย และโครงสร้างที่ไม่เป็นทางการภายในสถาบัน ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคหรือเป็นตัวสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมนั้นได้
4. ระดับชุมชน (Community Level) คือ เครือข่ายทางสังคม ค่านิยมหรือธรรมเนียม ซึ่งอาจดำรงอยู่อย่างไม่เป็นทางการในระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคล หรือองค์กร อาจเป็นกลุ่มชุมชน หมู่บ้านละแวกใกล้เคียง ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับชุมชนย่อมสามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้นได้
5. ระดับนโยบาย (Policy Level) หมายถึง นโยบายและกฎหมายระดับท้องถิ่นและประเทศที่กำกับหรือสนับสนุนกิจกรรมและการปฏิบัติที่พึงประสงค์เพื่อการป้องกัน ค้นหาตั้งแต่แรกเริ่ม ควบคุม และปฏิบัติรักษาโรคหรือปัญหาสุขภาพ เช่น การออกกฎหมาย การวางนโยบาย การรณรงค์ผ่านสื่อมวลชนหรือสื่อต่าง ๆ การใช้แผนการตลาด หรือมาตรการต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบุคคลในระดับมหภาคนั่นเอง

จากการทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล การพัฒนาให้ เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลนั้น ต้องเข้าใจถึงตัวกำหนดหรือปัจจัยที่อาจมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล เพราะเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงเมื่อจะกำหนดรูปแบบหรือกลยุทธ์ในการพัฒนา

การศึกษานี้จึงแบ่งระดับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เป็น ปัจจัยระดับบุคคล(Intrapersonal) ปัจจัยระดับองค์กร (Organizational) และปัจจัยระดับชุมชน (Community)

2.7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.7.1 งานวิจัยในประเทศ

พรรณนีย์ บุญมั่น (2564) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ ด้านสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า พบว่าอสม.ส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ($p\text{-value} < 0.001$, $\beta = 0.606$) การรับรู้บทบาทหน้าที่อสม. ($p\text{-value} < 0.001$, $\beta = 0.253$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($p\text{-value} < 0.001$, $\beta = 0.202$) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($p\text{-value} < 0.001$, $\beta = 0.046$)

ณัฐพงศ์ คำนา (2565) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพตามนโยบายอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน 4.0 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลศรีดอนชัย อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพตามนโยบาย อสม.4.0 และปัจจัยทำนายศักยภาพตามนโยบาย อสม. 4.0 ของ อสม.ผลการศึกษาพบว่า การยอมรับและการใช้เทคโนโลยี ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ความผูกพันองค์กรและการวัดศักยภาพตามนโยบาย อสม.4.0 อยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายศักยภาพตามนโยบาย อสม. 4.0 ได้แก่ การยอมรับและการใช้เทคโนโลยี ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และความผูกพันองค์กร โดยสามารถสร้างสมการทำนาย คือ ศักยภาพตามนโยบาย อสม. 4.0 $= 0.313 + 0.165$ (ความผูกพัน องค์กร) $+ 0.273$ (ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน) $+ 0.431$ (การยอมรับและการใช้เทคโนโลยี) มีความสามารถทำนาย ได้ร้อยละ 67.00

ฉลอรรัฐ ทองกันทา และนิพนธ์ แก้วต่าย (2565) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การสื่อสารโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยุค 4.0 อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อศึกษาทักษะความเข้าใจและการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยุค 4.0 ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยุค 4.0 ศึกษาการปฏิบัติด้านสุขภาพของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยุค 4.0 และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับทักษะความเข้าใจและการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยุค 4.0 ผลการศึกษาพบว่า ทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยี ดิจิทัลด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=4.96$ $SD=1.76$) (2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.79$ $SD=0.87$) อายุ การศึกษา ระยะเวลาการเป็น อสม. (มีค่า $R=0.206$ 0.367 0.258) สัมพันธ์กับทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีและมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และ เพศ อาชีพ (มีค่า $R=0.282$ 0.260) สัมพันธ์กับ พฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงสุขภาพและมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ชนากานต์ สโมสร (2564) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี เพื่อศึกษาระดับความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยนอก ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการร้อยละ 61.1 ได้คะแนนความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในระดับสูง ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุ ($p < 0.05$), ระดับการศึกษาที่เรียน ($p < 0.01$), อาชีพ ($p < 0.01$), จำนวนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่มี ($p < 0.01$)

ภัทรพิชชา ครุฑทางคะ (2565) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การเปรียบเทียบความรู้ด้านดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านดิจิทัลและเปรียบเทียบความรู้ด้านดิจิทัลจำแนกตามปัจจัยภูมิหลังของ พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 260 คน ผลการศึกษาพบว่าความรู้ด้านดิจิทัลโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านดิจิทัลจำแนกตามภูมิหลังของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า อายุและความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพที่ต่างกันมีระดับความรู้ด้านดิจิทัลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ชื่นจิตร จันทรสว่างและสุนทรี เจียรวิทยกิจ (2566) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล และพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลปริญญาตรี เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล และพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่านักศึกษามากกว่าครึ่งหนึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับ

เพียงพอและมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลมีค่าคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างสูง ผลการศึกษายังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ

จุไรรัตน์ ดวงจันทร์และคณะ (2560) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ค้นพบว่าโดยภาพรวมนักศึกษาที่มีการรู้สารสนเทศในระดับมาก ($\bar{X} = 4.13$, S.D. = 0.58) ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ซึ่งให้เห็นว่า ปัจจัยต่าง ๆ ยกเว้นอายุสามารถร่วมกันทำนายการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพได้ร้อยละ 36.10 ($R^2 = 0.361$, $F(8, 3337) = 335.30$, $p < 0.001$) โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายสูงสุดคือ จำนวนชั้นปีที่ศึกษา ($\beta = .44$, $p < .001$) ตามมาด้วยประสบการณ์การฝึกภาคปฏิบัติ ($\beta = 0.13$, $p < 0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายตัวที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรู้สารสนเทศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาทิ ความสามารถในการประเมินสารสนเทศ ความถี่ในการสืบค้นข้อมูลและภาวะสุขภาพ และความเชื่อมั่นในการนำไปใช้

ธัญชนก ขุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ และขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มี ผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ ด้านสุขภาพของ ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง ผลการวิจัย พบว่า มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมากที่สุด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) แรงจูงใจภายในตัวบุคคล 2) การให้บริการเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 3) ครอบครัว ญาติและเพื่อนในการส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง การจัดกระบวนการเรียนรู้ในชุมชนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จึงต้องคำนึงถึงทั้ง 3 ปัจจัย เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในชุมชน

ณิชนน หล้ารอด, สุรินทร์ กลัมพากร และจุฑาธิป ศีลบุตร (2562) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วย จังหวัดปทุมธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วย ผลการศึกษา คือ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งหลังทดลองและระยะติดตามผล เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง

พบว่า หลัง ทดลองและระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ ด้านสุขภาพในการช่วยเล็บบุหรี่มากกว่า ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2.7.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Taguchi et al. (2016) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับระดับ การเข้าถึงกิจกรรมในอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพ ในประเทศญี่ปุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจ ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพและกิจกรรมหลักสามระดับในอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง มีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ต่อครอบครัวและเผยแพร่สู่ชุมชน การจัดโปรแกรมการศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครอาจช่วยให้การทำงานง่ายขึ้น

Manganello (2017) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อข้อมูลด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุข ของผู้อยู่อาศัยในรัฐนิวยอร์ก โดยสำรวจทางโทรศัพท์ ขนาดตัวอย่าง 1,350 คน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่รายงานตนเองไม่สามารถทำนายการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้ (เช่น การใช้อินเทอร์เน็ตและสมาร์ทโฟน การส่งข้อความ) แต่มีความเกี่ยวข้องกับกิจกรรมดิจิทัลบางอย่าง ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีแนวโน้มที่จะใช้เครื่องมือค้นหาบ่อยกว่า ($P = 0.026$) แต่มีแนวโน้มที่จะได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากไซต์เครือข่ายสังคมออนไลน์มากกว่า ($P = 0.002$) และใช้แอปโทรศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ($P = .046$) ในส่วนของการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีปัญหาในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพมากกว่า

Vázquez-Cano, Meneses & Garcia-Garzon (2017) ได้ศึกษาความแตกต่างด้านทักษะดิจิทัลพื้นฐานระหว่างนักศึกษาชายและหญิงในสาขาสังคมศึกษา สังคมสงเคราะห์ และการศึกษาศาสตร์ ในมหาวิทยาลัยของประเทศสเปนจำนวน 2 แห่ง โดยเก็บข้อมูลจากนักศึกษา 923 คน โดยใช้แบบสอบถาม “University Students’ Basic Digital Competences 2.0” (COBADI) ซึ่งได้รับการรับรองสิทธิบัตรในประเทศสเปน งานวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีเชิงปริมาณโดยอิงแนวคิดแบบเบย์เซียน (Bayesian approach) ซึ่งเสนอข้อได้เปรียบเหนือกว่าการวิเคราะห์เชิงความถี่แบบดั้งเดิม เช่น สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับสมมติฐานทางเลือก และไม่ขึ้นอยู่กับขนาดตัวอย่างเป็นหลัก ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า นักศึกษาชายมีความเชื่อมั่นในทักษะด้านการนำเสนอออนไลน์ (Online Presentations) และการใช้แผนที่ดิจิทัล (Digital Cartography) มากกว่านักศึกษาหญิง ขณะที่นักศึกษาหญิงมีความมั่นใจในด้านการใช้อีเมลเชิงวิชาการ (Corporate Emailing) และมีแนวโน้มที่จะขอเข้าร่วมการปรึกษส่วนตัวกับอาจารย์มากกว่าใน

ประเด็นด้านเทคโนโลยี นอกจากนี้ ยังพบว่านักศึกษาหญิงให้ความสำคัญกับมิติด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการใช้ ICT ภายในมหาวิทยาลัยมากกว่ากลุ่มนักศึกษาชาย

Chatio, Welaga, Tabong, & Akweongo (2019) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของกิจกรรมอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนในเขต Kassena-Nankana ทางตอนเหนือ ประเทศกานา พบว่า อาสาสมัครประมาณ 45% ทำคะแนนได้สูง ในการวิเคราะห์หลายตัวแปรสถานะการศึกษา [OR = 4.64 95% CI (1.22–17.45)] และเชื้อชาติ [OR = 1.85 95% CI (1.00–3.41)] เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ตัวกลางอื่น ๆ ปัจจัยต่าง ๆ เช่นแรงจูงใจและวิธีการขนส่งยังส่งผลต่อประสิทธิภาพของสุขภาพอาสาสมัครมีส่วนร่วมในกิจกรรมการแทรกแซงด้านสุขภาพในระดับชุมชน สถานภาพทางการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขมีแนวโน้มสูงขึ้นเพิ่มประสิทธิภาพ นอกจากนี้การให้สิ่งจูงใจที่ไม่ใช่ตัวเงินและโลจิสติกส์ เช่น จักรยานเสือก้นฝนไฟคบเพลิงและรองเท้าเวลลิงตันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขและยังกระตุ้นให้พวกเขาให้บริการด้านสุขภาพต่อไปเป็นเจ้าของคนในระดับชุมชน

Estacio, Whittle, & Protheroe (2019) ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคมและประชากรที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงและการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ จากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ (N = 1,046) พบว่ามีความสัมพันธ์กันชัดเจนระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต และการใช้งาน ลักษณะทางประชากรศาสตร์และสังคมโดยเฉพาะอายุ การศึกษา รายได้ การรับรู้ถึงสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมยังทำนายการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้อีกด้วย ดังนั้น นอกเหนือจากการขยายการเข้าถึงแล้ว การแปลงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพเป็นดิจิทัลควรพิจารณาถึงการพัฒนาทักษะดิจิทัลด้วย เพื่อให้ผู้คนสามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนที่เข้าถึงได้ยาก

Shi, Zhang & Chen (2021) ได้ทำการศึกษาวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (e-health literacy) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุชาวจีน โดยใช้แนวทาง PRISMA ในการค้นหางานวิจัยจากฐานข้อมูลนานาชาติและจีนในช่วงปี พ.ศ. 2543 – 2563 รวมถึงใช้เครื่องมือ MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool) เพื่อประเมินคุณภาพของงานวิจัยที่รวมอยู่ ผลการสังเคราะห์จากบทความที่ผ่านเกณฑ์ 5 เรื่อง พบว่าผู้สูงอายุชาวจีนมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลค่อนข้างต่ำ โดยมีปัจจัยหลายระดับที่ส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงและใช้ข้อมูลสุขภาพจากสื่อดิจิทัล ตามกรอบแนวคิดโมเดลนิเวศทางสังคม (Social-Ecological Model) ได้แก่ ระดับบุคคล (Individual Level) ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับ

การศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ สภาวะทางกายและจิตใจ ความถี่ในการใช้อินเทอร์เน็ต และการรับรู้ถึงความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลสุขภาพออนไลน์ ระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal Level) ประกอบด้วย สถานภาพสมรส บทบาทการเป็นผู้ดูแลครอบครัว และการได้รับการสอนวิธีใช้เทคโนโลยีเพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ระดับชุมชน/สังคม (Social/Community Level) ประกอบด้วย อุปสรรคด้านภาษาและวัฒนธรรม ผู้วิจัยเสนอแนะว่า บุคลากรทางการแพทย์ควรจัดหาแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ให้ผู้สูงอายุ และควรพัฒนาโปรแกรมแทรกแซง (Intervention Programs) ที่เหมาะสมกับพื้นฐานทางสังคม เช่น อายุ เพศ การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ รวมทั้งส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีเพื่อสุขภาพอย่างเหมาะสม

Lee et al. (2022) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของผู้ใหญ่วัยกลางคนในเกาหลีใต้ อายุระหว่าง 40 ถึง 64 ปี จำนวนทั้งหมด 320 คน พบว่า ความสามารถด้านดิจิทัลมีส่วนสนับสนุนสูงสุดต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของบุคคล ($\beta = 0.330$, $P < 0.001$) ในขณะที่ทักษะดิจิทัลไม่มีความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ($\beta = 0.086$, $P = 0.267$) นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ยังมีความเกี่ยวข้องในเชิงบวกกับอายุที่เพิ่มขึ้น ($\beta = 0.258$, $P < 0.001$) เพศหญิง ($\beta = -0.118$, $P = 0.022$) และระดับการศึกษาระดับสูง ($\beta = 0.114$, $P = 0.041$) ในขณะที่สถานะสมรส โรคเรื้อรัง และความถี่ในการใช้อินเทอร์เน็ตไม่มีความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล

Choukou & Syed-Abdul (2022) ได้ศึกษาข้อมูลการระบาดของ COVID-19 และความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลในกลุ่มประชากรที่เปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ ชาวพื้นเมืองที่อาศัยอยู่ในเขตสงวน พบว่า ปัจจัยที่เอื้อต่อการนำบริการอิเล็กทรอนิกส์มาช่วยให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลไปใช้งานจำนวนมาก ได้แก่ มารดาที่ตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีรายได้น้อย ในขณะที่อุปสรรค ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำและการเชื่อข้อมูลที่ผิดพลาด

Tegegne et al. (2023) ได้ศึกษาระดับความรู้ด้านดิจิทัลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในโรงพยาบาลส่งต่อและโรงพยาบาลที่ให้การเรียนการสอนถึงผลกระทบต่อการนำระบบสุขภาพดิจิทัลไปใช้ในอนาคต ในประเทศเอธิโอเปียกลุ่มตัวอย่าง 423 ราย ที่ทำงานในโรงพยาบาล พบว่าผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ 51.8% (95% CI, 46.9–56.6%) มีความรู้ด้านดิจิทัลเพียงพอ การมีปริญญาโท (Adjusted OR = 2.13, 95% CI: 1.18–3.85) การเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล (AOR = 1.89, 95% CI: 1.12–3.17) การได้รับการฝึกอบรมด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (AOR = 1.65, 95% CI: 1.05–2.59) และทัศนคติเชิงบวกต่อเทคโนโลยีสุขภาพ

ดิจิทัล (AOR = 1.64, 95% CI: 1.02–2.68) เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้ด้านดิจิทัลของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ข้อสรุป พบว่าผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพมีระดับความรู้ด้านดิจิทัลต่ำ โดยเกือบครึ่งหนึ่ง (48.2%) มีระดับความรู้ด้านดิจิทัลต่ำ การเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล การฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล และทัศนคติต่อเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านดิจิทัล

Campos & Scherer (2023) ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์เชิงบูรณาการจากข้อมูลระดับนานาชาติในโครงการ International Computer and Information Literacy Study (ICILS) ปี 2013 และ 2018 เพื่อตรวจสอบความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลระหว่างเพศ (Digital Gender Divide) ใน 32 ประเทศ โดยเฉพาะในด้านความรู้และทักษะดิจิทัล ทัศนคติต่อเทคโนโลยี และการเข้าถึง ICT ทั้งนี้ การศึกษานี้ได้ควบคุมตัวแปรด้านการเข้าถึงเทคโนโลยี (ICT access) และทัศนคติต่อเทคโนโลยี (technology attitudes) เพื่อแยกผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านความรู้และทักษะดิจิทัลอย่างชัดเจน ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนหญิงมีคะแนนสูงกว่านักเรียนชายในด้านความรู้และทักษะดิจิทัล (beta = -0.11 ถึง -0.29) โดยทัศนคติเชิงบวกต่อเทคโนโลยีมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อความรู้และทักษะดิจิทัล และยังสามารถอธิบายความแตกต่างด้านเพศได้บางส่วน นอกจากนี้ ความแตกต่างดังกล่าวมีความแปรปรวนทั้งภายในและระหว่างประเทศ ซึ่งขึ้นอยู่กับประเภของทักษะดิจิทัล สถานะทางเศรษฐกิจของประเทศ และระดับความไม่เท่าเทียมทางเพศ (Gender Inequality Index)

Harputlu & Gryay (2024) ได้ศึกษาความแตกต่างระหว่างเพศในด้านความรู้ด้านดิจิทัล โดยแบ่งออกเป็นหลายมิติ ได้แก่ ความรับผิดชอบทางจริยธรรม ความรู้ทั่วไป และทักษะเชิงปฏิบัติ การใช้เทคโนโลยีในชีวิตประจำวัน การผลิตเนื้อหาในบริบทวิชาชีพ ความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัย ตลอดจนมิติทางสังคม งานวิจัยใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 255 คน แบ่งเป็นเพศชาย 96 คน และเพศหญิง 159 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในแต่ละมิติของความรู้ด้านดิจิทัล พบว่าเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าในมิติของความรู้ทั่วไปและทักษะเชิงปฏิบัติ การผลิตทางวิชาชีพ และความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัย ขณะที่เพศหญิงมีคะแนนสูงกว่าในด้านความรับผิดชอบต่อทางจริยธรรมและการใช้เทคโนโลยีในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในมิติทางสังคมของความรู้ด้านดิจิทัล

Rangnow et al. (2024) ศึกษาในระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Literacy: DHL) ในกลุ่มครูระดับประถมและมัธยมศึกษาจำนวน 1,600 คนในประเทศเยอรมนี โดยใช้แบบสอบถาม Digital Health Literacy Instrument (DHLI) ซึ่งแบ่งออกเป็น

7 มิติ เช่น การค้นหา การประเมินความน่าเชื่อถือ การปกป้องข้อมูลส่วนบุคคล และการเพิ่มเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ครุมีความยากลำบากสูงสุดในการปกป้องความเป็นส่วนตัว (70.9%) และการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพออนไลน์ (40%) เพศมีบทบาทในความสามารถบางด้าน โดยผู้หญิงมีแนวโน้มจะสามารถ เพิ่มเนื้อหาออนไลน์ด้านสุขภาพได้ดีกว่า ($OR = 1.61$) ขณะที่ผู้ชายมีความสามารถในการปกป้องความเป็นส่วนตัวทางดิจิทัลสูงกว่า ($OR = 0.45$) ส่วนอายุ ไม่ส่งผลกระทบต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล นอกจากนี้ ครูที่มีตำแหน่งบริหารยังมีแนวโน้มจะมีความสามารถด้านการเพิ่มเนื้อหาได้ดีกว่าผู้อื่น ($OR = 1.78$)

Ren & Zhu (2024) ศึกษาความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลตามช่วงวัย (Age-based Digital Divide) ที่เกิดขึ้นในบริบทของประเทศไทยในช่วงปี ค.ศ. 2010–2020 ซึ่งเป็นช่วงเวลาประเทศประสบทั้งการเปลี่ยนแปลงทางประชากรไปสู่สังคมสูงวัยควบคู่กับการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมดิจิทัล โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจ China Family Panel Survey (CFPS) ที่ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างในระดับประเทศ งานวิจัยนี้พิจารณาความเหลื่อมล้ำด้านดิจิทัลตามวัยใน 3 มิติ ได้แก่ การรับรู้ถึงความสำคัญของอินเทอร์เน็ต (Perceived Internet Importance) การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต (Internet Access) การใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการเรียนรู้ (Learning-Oriented Internet Use) ผลการศึกษาพบว่า แม้การรับรู้ถึงความสำคัญและการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตจะเพิ่มขึ้นในทุกช่วงวัย แต่การใช้งานอินเทอร์เน็ตในเชิงการเรียนรู้กลับมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และยังพบว่าความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลด้านความสำคัญและการเข้าถึงยังคงมีอยู่ต่อเนื่อง ขณะที่ช่องว่างด้านการใช้งานเชิงการเรียนรู้มีความผันผวน นอกจากนี้ ยังพบว่าความแตกต่างทางสังคม เช่น ภูมิภาค (เมือง/ชนบท), เพศ, และระดับการศึกษา มีผลต่อความเหลื่อมล้ำดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีการศึกษาดำเนินการจะมีความเหลื่อมล้ำที่กว้างขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีการศึกษาสูง ซึ่งสามารถปิดช่องว่างเหล่านี้ได้ในระดับหนึ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. พบว่ายังมีข้อจำกัด ด้านการวิจัยที่สำคัญ คือ แม้จะมีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลในกลุ่มประชากรทั่วไป ผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ แต่งานวิจัยที่มุ่งเน้นศึกษาในกลุ่ม อสม. โดยเฉพาะยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาที่สำรวจปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ในบริบทของประเทศไทย ซึ่งเป็นกลุ่มบุคลากรสำคัญในการเชื่อมโยงระบบสุขภาพกับชุมชน และมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับพื้นที่ งานวิจัยส่วนใหญ่ที่ผ่านมา มักมุ่งเน้นศึกษาความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของ อสม. เช่น การใช้แอปพลิเคชัน หรือการรายงาน

ข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ แต่ยังคงขาดการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ซึ่งครอบคลุมถึงความสามารถในการค้นหา ประเมิน วิเคราะห์ และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลดิจิทัลเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการรู้เท่าทันสื่อ และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพผ่านช่องทางดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. โดยใช้กรอบแนวคิดเชิงนิเวศวิทยาสังคม (Social Ecological Model) ซึ่งพิจารณาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล (Intrapersonal) ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal) และปัจจัยระดับองค์กร (Organizational)

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย

3.2 การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.4 การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.7 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

3.8 ข้อพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

รายละเอียดในแต่ละขั้นตอนมี ดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-Sectional Analytic Research)

3.2 การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอพรเจริญ ที่มี
รายชื่ออยู่ในระบบ สารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
ปี 2567 ในเขตพื้นที่ 7 ตำบล ได้แก่ ดอนหญ้านาง ป่าแฝก พรเจริญ วังชมภู ศรีชมภู ศรีสำราญ
และหนองหัวช้าง จำนวนทั้งหมด 702 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

2.1 การกำหนดขนาดตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอพรเจริญ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก และคัดออก โดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน จากสูตรการหาขนาดตัวอย่างของแดเนียล (Daniel, 1995) ดังนี้

$$n = \frac{N\sigma^2 Z_{1-\alpha/2}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 Z_{1-\alpha/2}^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้

N = ขนาดของประชากร (702 คน)

$Z_{1-\alpha/2}^2$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น $Z_{1-\alpha/2}^2 = 1.96$

σ = ค่าความแปรปรวน ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 113.88 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.05 (พรรชนี บุญมัน, 2564)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ ร้อยละ 10 ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนั้นค่าความคลาดเคลื่อนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 1.505

Alpha (α) = 0.05

$$\text{จากสูตร } n = \frac{702 \times (15.05^2)(1.96^2)}{[(1.505^2)(702-1)] + [(15.05^2)(1.96^2)]}$$

$n = 249$ คน

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร เท่ากับ 249 คน
จากนั้นกำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละตำบลโดยใช้สูตรกำหนดสัดส่วนดังนี้

$$\square\square = \frac{\square\square\square}{\square}$$

n_i = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ

n = ขนาดตัวอย่าง

N_i = สมาชิกประชากรในแต่ละชั้นภูมิ

N = จำนวนสมาชิกของประชากรทั้งหมด

กำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละตำบล ตามสัดส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละตำบลในพื้นที่อำเภอพรเจริญ ได้ขนาดตัวอย่างของแต่ละตำบลดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ	ตำบล	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	ดอนหญ้านาง	86	31
2	ป่าแฝก	91	32
3	พรเจริญ	132	47
4	วังชมภู	84	30
5	ศรีชมภู	85	30
6	ศรีสำราญ	84	30
7	หนองหัวช้าง	140	49
รวม		702	249

ที่มา : ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน (2567)

2.2 การสุ่มตัวอย่าง

ใช้การสุ่มตัวอย่าง อย่างง่าย (Simple Random Sampling) วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้า เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยนำรายชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละตำบลมาสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มตามรายชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละตำบลจนได้ตัวอย่างครบทุกรายตำบล

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ ที่มีรายชื่ออยู่ในระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ 2567

2. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

กลุ่มตัวอย่างย้ายไปอาศัยนอกพื้นที่อำเภอพรเจริญก่อนการวิจัยเสร็จสิ้น หรือลาออกจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในช่วงระหว่างการเก็บข้อมูลวิจัย

เกณฑ์การถอนออก (Discontinuation Criteria)

มีปัญหาสุขภาพ หรืออุปสรรคอื่น ๆ จนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองโดยศึกษาสร้างจากตำรา เอกสาร บทความวิชาการ โดยศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำการศึกษา รวมทั้งประยุกต์จากแบบสอบถามที่ได้รับการแปลของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขซึ่งแปลมาจาก eHEALS: The e-Health literacy Scale พัฒนาโดย Norman CD & Skinner HA เพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลในส่วนที่ 4 โดยมีเนื้อหาในแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง และระยะเวลาการเป็น อสม. ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบ เลือกตอบ และแบบเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ได้แก่ ความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และประสบการณ์การเข้าร่วมฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบ เลือกตอบ จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ประกอบด้วย

การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. ข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ปี 2554 ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมายคะแนนรวม การรับรู้บทบาท แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ (Bloom, 1975) ดังนี้

การรับรู้บทบาทระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
การรับรู้บทบาทระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79
การรับรู้บทบาทระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60

การแปลผล

ผู้ศึกษาจึงกำหนดเกณฑ์การแปลผลการรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. โดยถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนน 36.00 – 45.00 หมายถึง การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. อยู่ใน
ระดับสูง

คะแนน 27.00 – 35.99 หมายถึง การรับรู้บทบาทหน้าที่อสม. อยู่ใน
ระดับปานกลาง

คะแนน 9.00 – 26.99 หมายถึง การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. อยู่ใน
ระดับต่ำ

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นใน
การมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ด้านการยอมรับนับถือ ด้าน
โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน ด้านลักษณะงาน ด้านความรับผิดชอบ ด้านเงินเดือนหรือ
ค่าตอบแทน ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน ด้านสภาพในการทำงาน ด้านนโยบายและ
การบริหารงาน ด้านความมั่นคงในงาน และด้านวิธีปกครองบังคับบัญชา มากน้อยเพียงใด
จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มาก
ที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 5, 4, 3, 2 และ 1
ตามลำดับ การแปลความหมายคะแนนรวมแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้
เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ความกว้างของอัตรากาขั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนขั้น}} \\ &= \frac{75 - 15}{3} \\ &= 20\end{aligned}$$

การแปลผล

ผู้ศึกษาจึงกำหนดเกณฑ์การแปลผลการมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยถือ
ตามเกณฑ์ช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนน 55.01 – 75.00 หมายถึง การมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
อยู่ในระดับสูง

คะแนน 35.01 – 55.00 หมายถึง การมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 15.00 – 35.00 หมายถึง การมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
อยู่ในระดับต่ำ

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามความคิดเห็น
เกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบล
ได้รับกำลังใจ คำชื่นชม การสนับสนุนด้านอารมณ์ ความรู้สึก จากบุคคลอื่น มากน้อยเพียงใด
จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิด มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เป็น

ประจำเป็นบางครั้ง และไม่เคยได้รับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 3, 2 และ 1 ตามลำดับ การแปลความหมาย คะแนนรวมการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์เบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ความกว้างของอัตราภาคขั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนขั้น}} \\ &= \frac{18 - 6}{3} \\ &= 4\end{aligned}$$

การแปลผล

ผู้ศึกษาจึงกำหนดเกณฑ์การแปลผลการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานโดยถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนน 14.01 – 18.00 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง

คะแนน 10.01 – 14.00 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 6.00 – 10.00 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ประยุกต์ใช้ตามกรมอนามัย ซึ่งแปลมาจาก e-Health Literacy Scale ของนอร์แมนและสกินเนอร์ ปรับปรุงให้เหมาะสมกับบทบาท อสม. ประกอบด้วย 4 ด้าน ๆ ละ 5 ข้อ รวมมีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็น แบบชนิดให้เลือกตอบ ประเมินค่า (Rating Scale) 5 ลำดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ลังเล เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง ระดับคะแนนเป็น 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ แบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลเป็น 3 ระดับ(กรมอนามัย, 2565 อ้างอิงจาก Norman & Skinner, 2006) ดังนี้

ความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลระดับสูง	ร้อยละ 75 ขึ้นไป
ความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลระดับปานกลาง	ร้อยละ 50-74
ความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 50

การแปลผล

ผู้ศึกษากำหนดเกณฑ์การแปลผลความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลภาพรวมจำนวน 20 ข้อ โดยถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนน ดังนี้

ระดับสูง	75.00 – 100.00 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลระดับ
ปานกลาง	50.00 – 74.99 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลระดับ
	20.00 – 49.99 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลระดับต่ำ ผู้ศึกษากำหนดเกณฑ์การแปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลรายด้าน จำนวน 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการเข้าใจข้อมูล ด้านการประเมินข้อมูล และด้านการใช้ข้อมูล ด้านละ 5 ข้อ โดยถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนน ดังนี้
ระดับสูง	18.75 – 25.00 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลระดับ
ปานกลาง	12.50 - 18.74 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลระดับ
	5.00 - 12.49 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลระดับต่ำ

3.4 การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ศึกษาวิธีการสร้างเครื่องมือจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ
2. ศึกษา การดำเนินงานเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอพรเจริญ
3. นำเสนอโครงร่างแบบสอบถามที่จัดทำขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence ; IOC) มีเกณฑ์ดังนี้
 - ให้ + 1 เมื่อข้อความมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์และวัตถุประสงค์
 - 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อความมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์และวัตถุประสงค์
 - 1 เมื่อข้อความไม่มีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์และวัตถุประสงค์

หลังจากนั้นนำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง วิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนี IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป โดยได้ค่า IOC ในช่วง 0.67 - 1
4. ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

5. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดสอบ (Try out) จำนวน 30 ชุด ในกลุ่ม อสม. ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับ อสม.ที่เป็นตัวอย่างในการวิจัย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลท่าสะอาด อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามแต่ละส่วน โดยแบบสอบถามแต่ละส่วนมีค่าความเชื่อมั่นคือ การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. เท่ากับ 0.891 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เท่ากับ 0.929 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.842 และความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล เท่ากับ 0.970

6. ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือแบบสอบถามให้มีความสมบูรณ์อีกครั้ง และนำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจริง

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เพื่อพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เสนอต่อบ้านสาธารณสุขอำเภอพรเจริญ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ผู้รับผิดชอบงานที่เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่เป้าหมายเพื่อขออนุเคราะห์ในการใช้พื้นที่
2. ผู้วิจัยประสานอาสาสมัครสาธารณสุข ประชุมชี้แจงในวันประชุมประจำเดือน อสม. แต่ละตำบล เพื่ออธิบายแนวทางในการตอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างและขอความอนุเคราะห์ ในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริง
3. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัย ซึ่งอยู่ในพื้นที่ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดเวลา

4. ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถาม พร้อมนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง และระยะเวลาการเป็นอสม. โดยใช้สถิติ จำนวน และ ร้อยละ กรณีเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด กรณีเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ

2. วิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการเป็น อสม. 2) ปัจจัยด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ได้แก่ ความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ประสิทธิภาพการเข้าร่วมฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล 3) ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นรายข้อ โดยใช้ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และรายตัวแปรโดยนำมาจัดระดับนำเสนอ จำนวน และร้อยละ และนำเสนอคะแนนในภาพรวมรายตัวแปรด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การศึกษา อาชีพ ความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และประสิทธิภาพการเข้าร่วมฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล กับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ใช้ค่าสถิติ ไค-สแควร์ (Chi-Square Test: χ^2 test) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ อายุ การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ใช้ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. กับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ใช้ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient หรือ Spearman's rho) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. สถิติพื้นฐาน

สถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2. สถิติตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

สถิติตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ได้แก่

2.1 ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC โดยใช้สูตรของ (Rovinelli, & Hambleton, 1976) การวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) หลังจากนั้น นำมาหาดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยเลือกข้อที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

2.2 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามแต่ละส่วน Cronbach ทั้งนี้ทำการวิเคราะห์แบบสอบถามด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ต้องมากกว่า 0.70

3. สถิติตรวจสอบสมมติฐาน

สถิติตรวจสอบสมมติฐาน ได้แก่

3.1 ใช้ค่าสถิติ ไค-สแควร์ (Chi-Square Test: χ^2 test) ใช้เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกลุ่ม (Categorical Variables) ที่มีการจัดประเภท โดยเฉพาะตัวแปรที่เป็นกลุ่มขนาดใหญ่ ประกอบด้วย เพศ การศึกษา อาชีพ ความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และประสบการณ์การเข้าร่วมฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล กับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ของ อสม. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อกำหนดในการใช้ ค่า Expected Value ของแต่ละเซลล์ควรมีค่าไม่น้อยกว่า 5 สำหรับข้อมูลส่วนใหญ่ ค่า Expected Value < 5 ต้องไม่เกิน 20% ของจำนวนข้อมูลทั้งหมดในตาราง

ขั้นตอน

- 1) สร้างตารางไขว้ (Contingency Table) ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล
- 2) คำนวณค่า Expected Value สำหรับแต่ละเซลล์

3) ทดสอบว่าค่า Expected Value น้อยกว่า 5 ไม่เกิน 20% ของเซลล์ทั้งหมด

4) ใช้สถิติ Chi-Square Test เพื่อทดสอบความสัมพันธ์

5) พิจารณาค่า p-value ถ้า $p < 0.05$ ถือว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 ใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ใช้เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ กรณีที่ตัวแปรต้นเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ และตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ มีการแจกแจงปกติ ประกอบด้วย อายุ การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กับความรู้ด้านสุขภาพจิตจิตของ อสม. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient หรือ Spearman's Rho) ในกรณีที่ตัวแปรต้นเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ และตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ มีการแจกแจงไม่ปกติ ประกอบด้วย รายได้ และระยะเวลาการเป็น อสม. กับความรู้ด้านสุขภาพจิตจิตของ อสม. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การแปลผลระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิตจิต ใช้เกณฑ์ 5 ระดับ จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ซึ่งมีค่าระหว่าง -1 ถึง +1 ตามเกณฑ์ของ เฮเกิล (Hinkle DE, 1988) ดังนี้

$r = 0.00$ หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

$r = \pm 0.01$ ถึง 0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันต่ำมาก

$r = \pm 0.31$ ถึง 0.50 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันต่ำ

$r = \pm 0.51$ ถึง 0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันปานกลาง

$r = \pm 0.71$ ถึง 0.90 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันสูง

$r = \pm 0.91$ ถึง 1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันสูงมาก

3.8 ข้อพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้มีการพิจารณาทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องตามหลักจริยธรรมในมนุษย์ ดังนี้

1. หลักเคารพในบุคคล (Respect of Person)

ผู้วิจัยจะไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามแต่เป็นการใช้นามรหัสแทนตัวผู้ตอบแบบสอบถามและการไม่ถ่ายภาพหรือบันทึกวีดิทัศน์อาสาสมัคร

2. หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่อาสาสมัคร (Risk and Benefit)

2.1 ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์หลายประการได้แก่ จะช่วยให้เข้าใจถึงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์ต่อกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนากลยุทธ์และแนวทางในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ และทักษะด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ซึ่งจะช่วยนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนในระยะยาว

2.2 การเก็บข้อมูลบางขั้นตอนอาจทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกไม่สบายใจในการตอบหรือให้ข้อมูล อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อและผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาถ้าต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

2.3 โครงการวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการวิจัย การทดลองที่เป็นโทษ หรือเสี่ยงต่อสุขภาพ หรือกระทบต่อการดำเนินชีวิตของอาสาสมัคร โดยการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะนำเอกสารแบบสอบถามส่งถึงอาสาสมัครให้ได้อ่านและกรอกรายละเอียดและแสดง ความคิดเห็นที่ตรงกับตนเองมากที่สุดในระยะเวลา 15 วัน ซึ่งผู้วิจัยได้ทดลองทำแบบสอบถามฉบับนี้แล้ว ใช้เวลาไม่เกิน 45 นาที ในการตอบแบบสอบถาม

2.4 การรักษาความลับของอาสาสมัคร ผู้วิจัยสร้างความมั่นใจให้กับผู้เข้าร่วมโครงการด้วยการเก็บรักษาข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากอาสาสมัครทั้งที่เป็นไฟล์ อิเล็กทรอนิกส์และกระดาษไว้ในที่ปลอดภัย มีการใส่รหัสคอมพิวเตอร์และไฟล์ข้อมูล เก็บไว้ในตู้เก็บเอกสารที่มีกุญแจล็อกอย่างแน่นหนา การจำกัดจำนวนบุคคลที่เข้าถึงข้อมูล และทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี

3. หลักความยุติธรรม (Justice)

ในการดำเนินการวิจัยนี้ผู้วิจัยดำเนินการด้วยความเที่ยงธรรม ความชอบธรรม ความชอบด้วยเหตุผล และความถูกต้องตามข้อกำหนด

ซึ่งงานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร หมายเลขสำคัญโครงการ HE 67-094

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Research) เพื่อศึกษาถึงความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนและแบบสอบถามสมบูรณ์จำนวน 249 ราย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้ค่าสถิติ ไค-สแควร์ (Chi-Square Test: χ^2 test) ใช้ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient หรือ Spearman's rho) โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

4.1 ลำดับขั้นในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ลำดับขั้นในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง และระยะเวลาการเป็น อสม. โดยกรณีเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด กรณีเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ค่าความถี่และค่าร้อยละ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของ อสม. ได้แก่ ความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และประสบการณ์การเข้าร่วมฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล โดยใช้ค่าความถี่และค่าร้อยละ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นรายข้อ โดยใช้ความถี่และร้อยละ และรายตัวแปรโดยนำมาจัดระดับนำเสนอ ความถี่และร้อยละ และนำเสนอคะแนนในภาพรวมรายตัวแปรด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การประเมินข้อมูล และการ
ใช้ข้อมูล เป็นรายข้อ โดยใช้ค่าความถี่และร้อยละ และรายตัวแปรโดยนำมาจัดระดับนำเสนอ
ความถี่และร้อยละ และนำเสนอคะแนนในภาพรวมด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

ตอนที่ 5 วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การศึกษา อาชีพ
ความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และประสบการณ์การเข้าร่วมฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล
กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ใช้ค่าสถิติ ไค-สแควร์ (Chi-Square Test: χ^2
test) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. แรงจูงใจในการ
ปฏิบัติงาน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม.
ใช้ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation
Coefficient) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. กับความรอบรู้
ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank
correlation coefficient หรือ Spearman's rho)

4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสถานภาพของกลุ่มตัวอย่างปรากฏผล

ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 249 คน)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	63	25.30
หญิง	186	74.70

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
2. อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 30 ปี	2	0.80
31 - 39 ปี	15	6.02
40 - 49 ปี	48	19.28
50 - 59 ปี	129	51.81
60 - 69 ปี	43	17.27
70 ปีขึ้นไป	12	4.82
$\bar{X} = 53.63$ ปี , S.D. = 8.69 ปี (Min = 27 ปี, Max = 78 ปี)		
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	106	42.57
มัธยมศึกษาตอนต้น	47	18.88
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	84	33.73
อนุปริญญา/ปวส.	6	2.41
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	6	2.41
4. อาชีพหลัก		
เกษตรกร	186	74.70
รับจ้าง	22	8.84
ว่างงาน	15	6.02
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	11	4.42
พนักงานของรัฐ/พนักงานเอกชน	8	3.21
อื่น ๆ เช่น ช่างไฟฟ้า, บริการเครื่องจักรกล การเกษตรเช่น รถไถ รถเกี่ยวข้าว	7	2.81
5. สถานภาพสมรส		
สมรส	195	78.31
หม้าย/หย่า	33	13.25
โสด	21	8.44

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	83	33.33
5,000-10,000	93	37.35
10,001-15,000	38	15.26
15,001-20,000	18	7.23
มากกว่า 20,000	17	6.83
Median = 8,000 บาท, ($Q_1 = 5,000$ บาท, $Q_3 = 12,000$ บาท)		
7. โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	164	65.86
มีโรคประจำตัว	85	34.14
- ความดันโลหิตสูง	33	13.25
- เบาหวาน	22	8.84
- เบาหวาน และความดันโลหิตสูง	12	4.82
- ไขมัน	5	2.01
- หัวใจ	3	1.20
- อื่นๆ	10	4.02
8. ดัชนีมวลกาย		
ผอม (<18.5)	4	1.61
ปกติ ($18.5 - 22.9$)	62	24.90
อ้วน (≥ 23)	183	73.49
Median = 25.53 กก./ม. ² ($Q_1 = 22.72$ กก./ม. ² , $Q_3 = 27.79$ กก./ม. ²)		
9. ระยะเวลาในการทำงานเป็น อสม.		
1-5 ปี	61	24.50
6-10 ปี	59	23.69
11-20 ปี	79	31.73
21-29 ปี	32	12.85
30 ปีขึ้นไป	18	7.23
Median = 11 ปี ($Q_1 = 7$ ปี, $Q_3 = 20$ ปี)		

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.70 โดยมีช่วงอายุระหว่าง 50-59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 51.81 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากจบระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 42.57 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 74.70 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 78.31 โดยมีรายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระหว่าง 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 65.86 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.25 มีดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับอ้วน ร้อยละ 73.49 และมีระยะเวลาในการทำงานเป็น อสม. ส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 11-20 ปี ร้อยละ 31.73

ส่วนที่ 2 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของ อสม. โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และประสบการณ์การเข้าร่วมอบรมการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัล ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

2.1 ความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ ของความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเกี่ยวกับสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ (n=249)

ความถี่ในการใช้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ใช้เป็นประจำ (ทุกวัน)	142	57.03
ใช้บ่อย (5-6 วัน/สัปดาห์)	38	15.26
ใช้บ้าง (3-4 วัน/สัปดาห์)	50	20.08
ไม่ค่อยได้ใช้ (1-2 วัน/สัปดาห์)	19	7.63

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเกี่ยวกับสุขภาพเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 57.03 รองลงมาคือ ใช้บ้าง 3-4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 20.08 ใช้บ่อย 5-6 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 15.26 และไม่ค่อยได้ใช้ 1-2 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 7.63

2.2 ประสบการณ์การเข้าร่วมอบรม

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ ของประสบการณ์การเข้าร่วมอบรมการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ (n=249)

ประสบการณ์การเข้าร่วมอบรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เคยเข้าร่วม	211	84.74
ไม่เคยเข้าร่วม	38	15.26

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เคยเข้าร่วมการอบรมการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเพิ่มทักษะและความรู้เกี่ยวกับการใช้งานอุปกรณ์ดิจิทัลหรือแอปพลิเคชันต่าง ๆ ที่ใช้ในงานหรือชีวิตประจำวัน ร้อยละ 84.74 และไม่เคยเข้าร่วมการอบรมการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลเลย ร้อยละ 15.26

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม.เกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ ระดับการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ
จำแนกเป็นรายด้าน (n= 249)

การปฏิบัติงานเป็น อสม.	จำนวน (ร้อยละ)			$\bar{X}$ (S.D.)
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ	
การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. เกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล	72 (28.92)	108 (43.37)	69 (27.71)	34.48 (5.53)
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	218 (87.55)	31 (12.45)	0 (0.00)	63.14 (6.99)
แรงสนับสนุนทางสังคม	195 (78.31)	52 (20.89)	2 (0.80)	15.85 (1.78)

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัลระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 43.37 มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 87.55 และมีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 78.31

3.1 การรับรู้บทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตาราง 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของการรับรู้บทบาทหน้าที่เกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ

จำแนกเป็นรายข้อ (n= 249)

บทบาทหน้าที่ อสม. เกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{X}$ (S.D.)
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	
1. ปฏิบัติตามนโยบายของกระทรวง สาธารณสุขเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยี ดิจิทัล	78 (31.32)	110 (44.18)	60 (24.10)	1 (0.40)	0 (0.00)	4.06 (0.75)
2. เผยแพร่/ประชาสัมพันธ์/รณรงค์/ ให้ความรู้ด้านสุขภาพผ่านช่องทาง ดิจิทัล	51 (20.48)	104 (41.77)	83 (33.33)	10 (4.02)	1 (0.40)	3.78 (0.83)
3. ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	34 (13.66)	96 (38.56)	90 (36.14)	26 (10.44)	3 (1.20)	3.53 (0.90)
4. จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกัน โรคโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	51 (20.48)	109 (43.78)	77 (30.92)	8 (3.21)	4 (1.61)	3.78 (0.86)
5. เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของชุมชนโดยใช้เทคโนโลยี ดิจิทัล	32 (12.85)	95 (38.15)	91 (36.55)	27 (10.84)	4 (1.61)	3.50 (0.91)
6. ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิ ประโยชน์/บริการสาธารณสุข/การมี ส่วนร่วมในนโยบายสาธารณะด้าน สุขภาพผ่านช่องทางดิจิทัล	49 (19.68)	119 (47.79)	68 (27.31)	12 (4.82)	1 (0.40)	3.82 (0.82)
7. ศึกษาและพัฒนาตนเองเกี่ยวกับ เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการส่งเสริม สุขภาพ	41 (16.46)	119 (47.79)	74 (29.72)	11 (4.42)	4 (1.61)	3.73 (0.84)

ตาราง 6 (ต่อ)

บทบาทหน้าที่ อสม. เกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{X}$ (S.D.)
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	
8. ปฏิบัติงานตามมาตรฐาน สมรรถนะ อสม. ที่เกี่ยวข้องกับการ ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	102 (40.96)	109 (43.78)	37 (14.86)	1 (0.40)	0 (0.00)	4.25 (0.72)
9. ประสานงานด้านสาธารณสุขใน ชุมชนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	70 (28.11)	126 (50.61)	45 (18.07)	7 (2.81)	1 (0.40)	4.03 (0.78)

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้บทบาทหน้าที่เกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัลมากที่สุด คือ ข้อ 8 ปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะ อสม. ที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ($\bar{X} = 4.25$, S.D. = 0.72) รองลงมา คือ ข้อ 1 ปฏิบัติตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.75) และการรับรู้บทบาทหน้าที่เกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัลน้อยที่สุด คือ ข้อ 5 เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ($\bar{X} = 3.50$, S.D. = 0.91)

3.2 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

ตาราง 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ จำแนกเป็นรายข้อ (n= 249)

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{X}$ (S.D.)
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	
ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน						
1. รู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือและเห็นผลงานของตนเองในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน	122 (48.99)	110 (44.18)	17 (6.83)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.42 (0.61)
2. รู้สึกประสบความสำเร็จเมื่อสามารถทำงานตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ใน การดูแลสุขภาพของชุมชน	92 (36.95)	134 (53.81)	23 (9.24)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.28 (0.62)

ตาราง 7 (ต่อ)

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{X}$ (S.D.)
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	
3. ได้รับคำชมเชยจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ชุมชน และคนรอบ ข้าง เมื่อทำงานได้สำเร็จตาม เป้าหมาย	71 (28.51)	107 (42.97)	67 (26.91)	4 (1.61)	0 (0.00)	3.98 (0.79)
ด้านการยอมรับนับถือ						
4. รู้สึกได้รับการยอมรับนับถือ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และเพื่อน อสม.	80 (32.13)	119 (47.79)	49 (19.68)	1 (0.40)	0 (0.00)	4.12 (0.72)
5. รู้สึกว่าได้รับการชื่นชมจาก ชุมชนในบทบาท อสม. ของฉัน	69 (27.71)	127 (51.01)	51 (20.48)	1 (0.40)	1 (0.40)	4.05 (0.73)
ด้านโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่ง/การพัฒนาตนเอง						
6. มีโอกาสได้รับการฝึกอบรม/ พัฒนาความรู้/ทักษะใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงาน อสม. อยู่เสมอ	73 (29.32)	136 (54.62)	38 (15.26)	2 (0.80)	0 (0.00)	4.12 (0.68)
7. ได้รับโอกาสในการเรียนรู้และ พัฒนาตนเองเพื่อความก้าวหน้า ในบทบาท อสม. เช่น การเป็น อสม. ดีเด่น อสม. เชี่ยวชาญด้าน ต่าง ๆ	63 (25.30)	109 (43.78)	68 (27.31)	8 (3.21)	1 (0.40)	3.90 (0.83)
ด้านลักษณะงาน/ความรับผิดชอบ						
8. พึงพอใจกับลักษณะงานและ ขอบเขตความรับผิดชอบในฐานะ อสม.	90 (36.14)	134 (53.82)	25 (10.04)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.26 (0.63)
9. งาน อสม. ทำให้ได้ใช้ความรู้ ความสามารถของตนเองอย่าง เต็มที่	103 (41.37)	124 (49.80)	22 (8.83)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.33 (0.63)

ตาราง 7 (ต่อ)

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	จำนวน (ร้อยละ)					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	$\bar{X}$
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(S.D.)
ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน/ชุมชน						
10. มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคนในชุมชน	110 (44.18)	119 (47.79)	20 (8.03)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.36 (0.63)
11. ได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนที่ดีจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคนในชุมชน	119 (47.79)	112 (44.98)	18 (7.23)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.41 (0.62)
ด้านสภาพในการทำงาน/นโยบายและการบริหารงาน/ความมั่นคงในงาน/วิธีปกครองบังคับบัญชา						
12. พึงพอใจกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน อุปกรณ์ และเครื่องมือต่าง ๆ ที่ได้รับ	66 (26.50)	127 (51.01)	52 (20.88)	4 (1.61)	0 (0.00)	4.02 (0.73)
13. เห็นด้วยกับนโยบายและการบริหารงาน อสม. ของหน่วยงาน	83 (33.33)	135 (54.22)	31 (12.45)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.21 (0.64)
14. มั่นใจในความมั่นคงของบทบาท อสม.	104 (41.77)	130 (52.21)	14 (5.62)	1 (0.40)	0 (0.00)	4.35 (0.61)
15. ได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรมจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน	98 (39.36)	135 (54.22)	16 (6.42)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.33 (0.59)

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมากที่สุด คือ ข้อ 1 รู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือและเห็นผลงานของตนเองในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน ($\bar{X}$ = 4.42, S.D. = 0.61) รองลงมา คือ ข้อ 11 ได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนที่ดีจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคนในชุมชน ($\bar{X}$ = 4.41, S.D. = 0.62) และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานน้อยที่สุด คือ ข้อ 7 ได้รับโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองเพื่อความก้าวหน้าในบทบาท อสม. ($\bar{X}$ = 3.90, S.D. = 0.83)

3.3 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ตาราง 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงาน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ
จำแนกเป็นรายข้อ (n= 249)

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (ร้อยละ)			$\bar{X}$ (S.D.)
	เป็นประจำ (3)	เป็นบางครั้ง (2)	ไม่เคยได้รับ (1)	
1. ได้รับการยกย่องชมเชยในการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	135 (54.22)	114 (45.78)	0 (0.00)	2.54 (0.49)
2. ได้รับกำลังใจในการปฏิบัติงานจากครอบครัว	193 (77.51)	55 (22.09)	1 (0.40)	2.77 (0.43)
3. ได้รับความร่วมมือและสนับสนุนการทำงานจากชุมชน ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	136 (54.62)	110 (44.18)	3 (1.20)	2.53 (0.52)
4. ผู้นำท้องถิ่น/เพื่อนร่วมงานได้มีการให้ข้อเสนอแนะ เพื่อช่วยให้การปฏิบัติงานประสบความสำเร็จ	147 (59.03)	98 (39.36)	4 (1.61)	2.57 (0.52)
5. ได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร อุปกรณ์เครื่องมือดิจิทัลและแอปพลิเคชันที่จำเป็นต่องาน อสม.	153 (61.44)	86 (34.54)	10 (4.02)	2.57 (0.57)
6. ได้รับความรู้ คำแนะนำ และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องาน อสม. ผ่านช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	216 (86.75)	31 (12.45)	2 (0.80)	2.86 (0.37)

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด คือ ข้อ 6 ได้รับความรู้ คำแนะนำ และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องาน อสม. ผ่านช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\bar{X} = 2.86$, S.D. = 0.37) รองลงมา คือ ข้อ 2 ได้รับกำลังใจในการปฏิบัติงานจากครอบครัว ($\bar{X} = 2.77$, S.D. = 0.43) และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด

คือ ข้อ 3 ได้รับความร่วมมือและสนับสนุนการทำงานจากชุมชน ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ($\bar{X} = 2.53$, S.D. = 0.52)

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล

ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. จำนวน 249 คน โดยใช้แบบสอบถาม ประยุกต์ใช้ตามกรมอนามัย ซึ่งแปลมาจาก e-health literacy scale ของนอร์แมนและสกินเนอร์ (Norman & Skinner, 2006) ปรับปรุงให้เหมาะสมกับบทบาท อสม. ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล (Access), การเข้าใจข้อมูล (Understand), การประเมินข้อมูล (Evaluate) และการใช้ข้อมูล (Apply) ผลการประเมินโดยรวมและในแต่ละด้าน แสดงดังตาราง 9 – 10

ตาราง 9 จำนวน ร้อยละ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ จำแนกเป็นรายด้าน (n= 249)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล	จำนวน (ร้อยละ)			$\bar{X}$ (S.D.)
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ	
การเข้าถึงข้อมูล	217 (87.15)	28 (11.24)	4 (1.61)	20.79 (3.01)
การเข้าใจข้อมูล	140 (56.22)	105 (42.17)	4 (1.61)	18.92 (2.95)
การประเมินข้อมูล	180 (72.29)	67 (26.91)	2 (0.80)	19.53 (2.63)
การใช้ข้อมูล	215 (86.35)	34 (13.65)	0 (0.00)	20.94 (2.38)
รวม	193 (77.51)	56 (22.49)	0 (0.00)	80.20 (8.83)

จากตาราง 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลด้านการใช้ข้อมูล สูงที่สุด ($\bar{X} = 20.94$, S.D. = 2.38) รองลงมา คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ($\bar{X} = 20.79$, S.D. = 3.01) ส่วนด้านที่ต่ำที่สุด คือ ด้านการเข้าใจข้อมูล ($\bar{X} = 18.92$, S.D. = 2.95) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนมากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.51 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 22.49

ตาราง 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ จำแนกเป็นรายข้อ (n= 249)

ความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล	จำนวน (ร้อยละ)					X̄ (S.D.)
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ลังเล	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
1. การเข้าถึงข้อมูล (Access)						
1.1 สามารถใช้ค้นหาที่หลากหลายเพื่อค้นหาข้อมูลสุขภาพจากอินเทอร์เน็ตได้	4 (1.61)	13 (5.22)	21 (8.43)	155 (62.25)	56 (22.49)	3.99 (0.81)
1.2 รู้จักแหล่งข้อมูลสุขภาพดิจิทัลที่น่าเชื่อถือ	1 (0.40)	7 (2.81)	15 (6.03)	156 (62.65)	70 (28.11)	4.15 (0.68)
1.3 สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากเว็บไซต์, แอปพลิเคชัน และโซเชียลมีเดีย ได้อย่างสะดวก	2 (0.80)	4 (1.61)	13 (5.22)	127 (51.00)	103 (41.37)	4.31 (0.71)
1.4 มั่นใจในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ หรือบันทึกข้อมูลรายงานสุขภาพ	4 (1.61)	3 (1.20)	15 (6.03)	145 (58.23)	82 (32.93)	4.20 (0.73)
1.5 สามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ต้องการ ได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ	2 (0.80)	3 (1.20)	27 (10.84)	140 (56.23)	77 (30.93)	4.15 (0.71)
2. การเข้าใจข้อมูล (Understand)						
2.1 สามารถเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่นำเสนอในรูปแบบดิจิทัล ได้ง่าย	2 (0.80)	9 (3.61)	46 (18.48)	154 (61.85)	38 (15.26)	3.87 (0.73)
2.2 สามารถตีความข้อมูลสุขภาพจากกราฟ ตาราง และแผนภูมิได้อย่างถูกต้อง	1 (0.40)	5 (2.01)	63 (25.30)	143 (57.43)	37 (14.86)	3.84 (0.70)
2.3 สามารถแยกแยะข้อมูลสุขภาพที่เป็นข้อเท็จจริง ออกจากความคิดเห็นหรือโฆษณา ได้	9 (3.61)	20 (8.03)	58 (23.29)	128 (51.41)	34 (13.66)	3.63 (0.94)

ตาราง 10 (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{X}$ (S.D.)
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ลังเล	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
2.4 สามารถสรุปใจความสำคัญของข้อมูลสุขภาพที่ยาวและซับซ้อนได้	7 (2.81)	12 (4.81)	84 (33.73)	117 (47.00)	29 (11.65)	3.60 (0.86)
2.5 เข้าใจศัพท์เทคนิคทางการแพทย์พื้นฐานที่ใช้ในข้อมูลสุขภาพดิจิทัล	3 (1.20)	8 (3.21)	38 (15.26)	143 (57.43)	57 (22.90)	3.98 (0.78)
3. การประเมินข้อมูล (Evaluate)						
3.1 ตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลสุขภาพดิจิทัล ก่อนที่จะเชื่อถือเสมอ	2 (0.80)	7 (2.81)	46 (18.47)	147 (59.04)	47 (18.88)	3.92 (0.74)
3.2 พิจารณาความถูกต้อง ความเป็นปัจจุบัน และความเกี่ยวข้องของข้อมูลสุขภาพดิจิทัล	0 (0.00)	3 (1.20)	38 (15.26)	151 (60.64)	57 (22.90)	4.05 (0.65)
3.3 เปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพจากหลายๆ แหล่ง เพื่อยืนยันความถูกต้อง	2 (0.80)	1 (0.40)	32 (12.85)	170 (68.28)	44 (17.67)	4.02 (0.62)
3.4 สามารถระบุข้อมูลสุขภาพที่น่าสงสัยหรือไม่น่าเชื่อถือได้	5 (2.01)	24 (9.63)	66 (26.51)	125 (50.20)	29 (11.65)	3.60 (0.88)
3.5 สามารถประเมินคุณภาพของแอปพลิเคชันสุขภาพ ก่อนที่จะใช้งาน	2 (0.80)	5 (2.01)	44 (17.67)	152 (61.05)	46 (18.47)	3.94 (0.71)
4. การใช้ข้อมูล (Apply)						
4.1 ใช้ข้อมูลและเครื่องมือดิจิทัล เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและจัดการโรคของตนเอง ครอบครัว และชุมชน	2 (0.80)	1 (0.40)	18 (7.23)	137 (55.02)	91 (36.55)	4.26 (0.67)
4.2 สามารถสื่อสารข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้กับผู้อื่นผ่านช่องทางดิจิทัล ในการให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล	2 (0.80)	4 (1.61)	31 (12.45)	151 (60.64)	61 (24.50)	4.06 (0.71)

ตาราง 10 (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{X}$ (S.D.)
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ลังเล	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
4.3 ไขข้อสงสัยสุขภาพดิจิทัล ในการวางแผนและประเมินผลโครงการหรือกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน	1 (0.40)	2 (0.80)	39 (15.66)	153 (61.45)	54 (21.69)	4.03 (0.66)
4.4 ทานระมัดระวังในการแชร์ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลทางออนไลน์ และปฏิบัติตามแนวทางการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล	2 (0.80)	7 (2.81)	23 (9.24)	141 (56.63)	76 (30.52)	4.13 (0.75)
4.5 ทานใช้แอปพลิเคชันหรือระบบดิจิทัล เพื่อบันทึก รายงาน และติดตามข้อมูลสุขภาพของชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ	1 (0.40)	1 (0.40)	11 (4.42)	107 (42.97)	129 (51.81)	4.45 (0.64)

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพดิจิทัลมากที่สุด คือ ข้อ 1.3 สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากเว็บไซต์, แอปพลิเคชัน และโซเชียลมีเดีย ได้อย่างสะดวก ($\bar{X} = 4.31$, S.D. = 0.71) และมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพดิจิทัลน้อยที่สุด คือ ข้อ 1.1 สามารถใช้คำค้นหาที่หลากหลาย เพื่อค้นหาข้อมูลสุขภาพจากอินเทอร์เน็ตได้ ($\bar{X} = 3.99$, S.D. = 0.81)

ด้านการเข้าใจข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการเข้าใจข้อมูลสุขภาพดิจิทัลมากที่สุด คือ ข้อ 2.5 เข้าใจศัพท์เทคนิคทางการแพทย์พื้นฐานที่ใช้ในข้อมูลสุขภาพดิจิทัล ($\bar{X} = 3.98$, S.D. = 0.78) และมีความสามารถในการเข้าใจข้อมูลสุขภาพดิจิทัลน้อยที่สุด คือ ข้อ 2.4 สามารถสรุปใจความสำคัญของข้อมูลสุขภาพที่ยาวและซับซ้อนได้ ($\bar{X} = 3.60$, S.D. = 0.86)

ด้านการประเมินข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการประเมินข้อมูลสุขภาพดิจิทัลมากที่สุด คือ ข้อ 3.2 พิจารณาความถูกต้อง ความเป็นปัจจุบัน และความเกี่ยวข้องของข้อมูลสุขภาพดิจิทัล ($\bar{X} = 4.05$, S.D. = 0.65) และมีความสามารถในการประเมินข้อมูลสุขภาพ

ดิจิทัลน้อยที่สุด คือ ข้อ 3.4 สามารถระบุข้อมูลสุขภาพที่น่าสงสัยหรือไม่น่าเชื่อถือได้ ($\bar{X} = 3.60$, S.D. = 0.88)

ด้านการใช้ข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการใช้ข้อมูลสุขภาพดิจิทัลมากที่สุด คือ ข้อ 4.5 ใช้แอปพลิเคชันหรือระบบดิจิทัล เพื่อบันทึก รายงาน และติดตามข้อมูลสุขภาพของชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ($\bar{X} = 4.45$, S.D. = 0.64) และมีความสามารถในการใช้ข้อมูลสุขภาพดิจิทัลน้อยที่สุด คือ ข้อ 4.3 ใช้ข้อมูลสุขภาพดิจิทัล ในการวางแผนและประเมินผลโครงการหรือกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน ($\bar{X} = 4.03$, S.D. = 0.66)

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้วิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

5.1 ใช้ค่าสถิติ ไค-สแควร์ (Chi-Square Test: χ^2 test) ในกรณีที่ตัวแปรต้นเป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ และตัวแปรตามเป็นแปรเชิงคุณภาพตามระดับที่ระบุไว้ในบทที่ 3

ตาราง 11 จำนวน ร้อยละและความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การศึกษา อาชีพ ความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ประสิทธิภาพการเข้าร่วมฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ (n = 249)

ปัจจัย	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล		χ^2	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)			
	ปานกลาง	สูง		
เพศ				
ชาย	13 (20.63)	50 (79.37)	0.166	0.683
หญิง	43 (23.12)	143 (76.88)		
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	28 (26.42)	78 (73.58)	1.852	0.396
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	25 (19.08)	106 (80.92)		

ตาราง 11 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล		χ^2	P-Value
	จำนวน(ร้อยละ)			
	ปานกลาง	สูง		
อนุปริญญา/ปวส.ขึ้นไป	3 (25.00)	9 (75.00)		
อาชีพ				
เกษตรกร/รับจ้าง	48 (23.08)	160 (76.92)	0.944	0.624
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/ พนักงานรัฐ/อื่น ๆ	4 (15.38)	22 (84.62)		
ว่างงาน	4 (26.67)	11 (73.33)		
ความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล				
ใช้ประจำ	26 (18.31)	116 (81.69)	15.138	0.002*
ใช้บ่อย	8 (21.05)	30 (78.95)		
ใช้บ้าง	11 (22.00)	39 (78.00)		
ไม่ค่อยได้ใช้	11 (57.89)	8 (42.11)		
ประสบการณ์การเข้าร่วมฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล				
เคยเข้าร่วม	45 (21.33)	166 (78.67)	1.073	0.398
ไม่เคยเข้าร่วม	11 (28.95)	27 (71.05)		

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 11 เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้วยสถิติไค-สแควร์ พบว่า ความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัจจัยที่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์การเข้าร่วมฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล

5.2 ใช้ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ในกรณีที่ตัวแปรต้นเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ และตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ มีการแจกแจงปกติ และใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient หรือ Spearman's Rho) ในกรณีที่ตัวแปรต้นเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ และตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ มีการแจกแจงไม่ปกติ

ตาราง 12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ (n = 249)

ปัจจัย	คะแนนความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล		
	ค่าความสัมพันธ์ (r)	ค่า P-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยระดับบุคคล			
อายุ	0.036	0.572	ต่ำมาก
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	-0.125 ^a	0.048*	ต่ำมาก
ระยะเวลาการเป็น อสม.	0.129 ^a	0.042*	ต่ำมาก
ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล			
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	0.395	<0.001*	ต่ำ
ปัจจัยระดับองค์กร			
การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม.	0.412	<0.001*	ต่ำ
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	0.346	<0.001*	ต่ำ

*p ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

a = Spearman's Rho

จากตาราง 12 เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) พบว่า ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ รายได้ ($r_s = -0.125$, P-value 0.048) ที่มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำมากต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระยะเวลาการเป็น อสม. ($r_s = 0.129$, P-value 0.042) ที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำมากต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.395$, P-value <0.001) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. ($r = 0.412$, P-value <0.001) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แรงจูงใจในการทำงาน ($r = 0.346$, P-value <0.001) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ ปัจจัยที่ยังไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ต่อความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้แก่ อายุ

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ สรุปผลตามลำดับ ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาค
ตัดขวาง (Cross-Sectional Analytic Research) โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ในอำเภอพร
เจริญ จำนวน 249 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของ อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.70 อายุเฉลี่ย
53.63 ปี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 42.57 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ
74.70 สถานภาพสมรส ร้อยละ 78.31 รายได้อยู่ในช่วง 5,000 - 10,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่
ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 65.86 มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 73.49 และมี
ระยะเวลาการทำงานเป็น อสม. อยู่ในช่วง 11 - 20 ปี

2. การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล อสม. ส่วนใหญ่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเกี่ยวกับสุขภาพ
เป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 57.03 และส่วนใหญ่เคยเข้าร่วมอบรมการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัล
ร้อยละ 84.74

3. การปฏิบัติงานเป็น อสม. อสม. มีการรับรู้บทบาทหน้าที่เกี่ยวกับเทคโนโลยี
ดิจิทัลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 34.48$, S.D. = 5.53) โดยบทบาทที่รับรู้มากที่สุดคือการ
ปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะ อสม. ที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และบทบาทที่
รับรู้น้อยที่สุดคือการเป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพสุขภาพและพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตของชุมชนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ส่วนแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} =$
63.14, S.D. = 6.99) โดยแรงจูงใจด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงานมีมากที่สุด และแรงจูงใจด้าน
โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งหรือการพัฒนาตนเองมีน้อยที่สุด การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดย

รวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 15.85$, S.D. = 1.78) โดยการได้รับความรู้ คำแนะนำ และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องาน อสม. ผ่านช่องทางออนไลน์มีมากที่สุด และการได้รับความร่วมมือและสนับสนุนการทำงานจากชุมชนในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อส่งเสริมสุขภาพมีน้อยที่สุด

4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 80.20$, S.D. = 8.83) โดยด้านการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 20.79$, S.D. = 3.01) มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลผ่านทางเว็บไซต์ แอปพลิเคชัน และโซเชียลมีเดีย มากที่สุด และความสามารถในการใช้คำค้นหาที่หลากหลาย น้อยที่สุด ด้านการเข้าใจข้อมูลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 18.92$, S.D. = 2.95) มีความสามารถในการเข้าใจศัพท์เทคนิคทางการแพทย์ มากที่สุด และความสามารถในการสรุปใจความสำคัญของข้อมูลสุขภาพที่ยาวและซับซ้อนได้ น้อยที่สุด ด้านการประเมินข้อมูลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 19.53$, S.D. = 2.63) มีความสามารถในการพิจารณาความถูกต้อง ความเป็นปัจจุบัน และความเกี่ยวข้องของข้อมูล มากที่สุด และความสามารถในการระบุข้อมูลที่น่าสงสัยหรือไม่น่าเชื่อถือได้ น้อยที่สุด ด้านการใช้ข้อมูลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 20.94$, S.D. = 2.38) มีความสามารถในการใช้แอปพลิเคชันหรือระบบดิจิทัลเพื่อบันทึกการปฏิบัติงาน มากที่สุด และความสามารถในการใช้ข้อมูลในการวางแผนและประเมินผลโครงการหรือกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน น้อยที่สุด

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล

5.1 ความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2 รายได้มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.3 ระยะเวลาการเป็น อสม. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลในประเด็นสำคัญตามลำดับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ 1 เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 80.20$, S.D. = 8.83) ซึ่งบ่งชี้ว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพผ่านช่องทางดิจิทัลเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้เป็นอย่างดี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้นที่พบว่า บุคลากรสาธารณสุข รวมถึง อสม. มีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ด้านดิจิทัลในระดับปานกลางถึงสูง (ชนากานต์ สโมสร, 2564; ภัทร์พิชชา ครุทางคะ, 2565; Tegegne et al., 2023) ความรอบรู้ด้านดิจิทัลที่สูงนี้อาจเป็นผลมาจากหลายปัจจัย เช่น นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล พ.ศ. 2564-2568 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลและการเพิ่มขีดความสามารถด้านดิจิทัลของบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ รวมไปถึง อสม. ด้วย (ยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 – 2568, 2564) นอกจากนี้ การที่ อสม. ได้รับการจัดอบรม และพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 8.83 บ่งชี้ว่ายังมีความแตกต่างของความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. อยู่บ้าง ซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการพัฒนาและส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลให้กับ อสม. โดยเฉพาะประเด็นสำคัญที่พบคือ ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลของ อสม. ในการสรุปใจความสำคัญของข้อมูลสุขภาพที่ยาวและซับซ้อนได้น้อยที่สุด สถานการณ์นี้ชี้ให้เห็นถึงช่องว่างในทักษะการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลของ อสม. แม้จะเข้าใจข้อมูลพื้นฐานหรือศัพท์เทคนิคได้ดี แต่เมื่อเผชิญกับข้อมูลปริมาณมากและมีความซับซ้อน เช่น รายงานวิจัย หรือแนวปฏิบัติฉบับเต็ม อาจประสบปัญหาในการจับประเด็นหลักและนำไปใช้ประโยชน์ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากพื้นฐานทางการศึกษาและรูปแบบการรับข้อมูลที่มักผ่านการย่อสรุปมาแล้ว การขาดทักษะนี้อาจนำไปสู่การตีความข้อมูลที่คลาดเคลื่อนและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. จึงจำเป็นต้องพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ควบคู่ไปด้วย โดยเน้นการฝึกวิเคราะห์และสรุปความจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย เพื่อให้ อสม. สามารถเป็นผู้ใช้ข้อมูลที่ชาญฉลาดและเป็นผู้กำลังสำคัญในการยกระดับสุขภาพของชุมชนได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ

1. ปัจจัยระดับบุคคล พบว่า รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. และความรู้ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์การเข้าร่วมฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ รายละเอียดดังนี้

รายได้ ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำมากกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งหมายความว่า อสม. ที่มีรายได้น้อยกว่า มีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลสูงกว่าเล็กน้อย แม้ว่าความสัมพันธ์นี้จะมีขนาดเล็กมากก็ตาม ผลการวิจัยนี้อาจตีความได้หลายแง่มุม สมมติฐานหนึ่งที่เป็นไปได้คือ อสม. ที่มีรายได้น้อยกว่า อาจมีแรงจูงใจในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการด้านสุขภาพ เนื่องจากช่องทางดิจิทัลมักมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่า หรือไม่มีค่าใช้จ่ายเลย เมื่อเทียบกับการเข้าถึงบริการแบบเดิม เช่น การเดินทางไปโรงพยาบาล หรือการซื้อหนังสือ/วารสารด้านสุขภาพ ตัวอย่างเช่น อสม. อาจใช้อินเทอร์เน็ต เพื่อค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วย วิธีการดูแลสุขภาพ หรือติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผ่านช่องทางออนไลน์ ซึ่งช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าบริการ นอกจากนี้ รัฐบาลและหน่วยงานต่าง ๆ มีนโยบายในการให้อินเทอร์เน็ตฟรี หรือราคาถูก และสนับสนุน ให้คำแนะนำการใช้สมาร์ตโฟนแก่ อสม. เพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน ซึ่งอาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ อสม. ที่มีรายได้น้อย สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัลได้มากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์เชิงลบนี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ต่ำมาก ($r = -0.125$) ซึ่งบ่งชี้ว่ารายได้เป็นเพียงปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ในระดับที่น้อยมาก และอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่สำคัญกว่า เช่น ระดับการศึกษา ความรู้ในการใช้เทคโนโลยี การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต และการได้รับการฝึกอบรม ดังที่ จูไรรัตน์ ดวงจันทร์ และคณะ (2560) และ ทรรศนีย์ บุญมัน (2564) กล่าวถึงปัจจัยเหล่านี้ และเนื่องจากงานวิจัยนี้เป็น การวิจัยเชิงบรรยาย จึงไม่สามารถสรุปสาเหตุและผลของความสัมพันธ์นี้ได้อย่างชัดเจน และจำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติม เพื่อศึกษาเชิงลึกถึงปัจจัยที่ทำให้ อสม. ที่มีรายได้น้อยกว่า มีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลสูงกว่า รวมถึงศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับปัจจัยอื่นๆ เช่น แรงจูงใจในการใช้เทคโนโลยี หรือพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้ได้ความเข้าใจที่ครอบคลุมมากขึ้น และนำไปสู่การพัฒนานโยบายและกลยุทธ์ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ระยะเวลาการเป็น อสม. ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำมากระหว่างระยะเวลาการเป็น อสม. กับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล แม้จะมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ต่ำมากบ่งชี้ว่าระยะเวลาการทำงานเป็น อสม. มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งหมายความว่า อสม. ที่ทำงานมานานกว่า อาจมีความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลสูงกว่า อสม. ที่ทำงานมาไม่นานนัก เพียงเล็กน้อยเท่านั้น ความสัมพันธ์ที่อ่อนแอนี้อาจตีความได้ว่า ประสบการณ์การทำงานเป็น อสม. เพียงอย่างเดียวนั้น อาจไม่เพียงพอที่จะเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ถึงแม้ อสม. ที่ทำงานมานานอาจมีความคุ้นเคยกับบริบทการทำงาน และระบบสาธารณสุขมากกว่า แต่อาจไม่ได้หมายความว่ามีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพมากกว่า อสม. ที่ทำงานมาไม่นานนัก ความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลต้องอาศัยการเรียนรู้ การฝึกฝน และการปรับตัวให้เข้ากับเทคโนโลยีใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่ง อสม. ทุกคน ไม่ว่าจะมีส่วนร่วมในการทำงานมากน้อยเพียงใด ต่างก็สามารถเข้าถึงการอบรม แหล่งข้อมูล และการสนับสนุนด้านดิจิทัลได้

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ จูไรรัตน์ ดวงจันทร์และคณะ (2560) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติงานกว่า มีทักษะในการใช้ระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ดีกว่า ซึ่ง อสม. ที่ทำงานมานานกว่า อาจมีโอกาสดูใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานมากกว่า แม้จะไม่ได้อยู่ในระดับที่เข้มข้น แต่ก็อาจส่งผลให้มีความคุ้นเคย และมีความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลสูงกว่า อสม. ที่ทำงานมาไม่นานนัก เล็กน้อย อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ที่อ่อนแอนี้ ชี้ให้เห็นว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. เพียงอย่างเดียวไม่ใช่ปัจจัยหลัก และควรพิจารณาปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ความถนัดในการใช้เทคโนโลยี การเข้าถึงการอบรม และแรงสนับสนุนทางสังคม ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. อย่างมีประสิทธิภาพ

ความถนัดในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ผลการศึกษาพบว่า ความถนัดในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และแนวคิดที่ว่า ยิ่งใช้เทคโนโลยีบ่อยเท่าใด ก็ยิ่งมีความคุ้นเคยและมีความรู้ในการใช้งานมากขึ้นเท่านั้น (ณัฐพงศ์ คำนา, 2565) โดยอสม. ที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นประจำทุกวัน มีความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลอยู่ในระดับสูงมากกว่า อสม. ที่ใช้เทคโนโลยีไม่บ่อยนัก หรือไม่ค่อยได้ใช้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ จูไรรัตน์ ดวงจันทร์และคณะ (2560) ที่พบว่าความถนัดในการสืบค้นข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล และการศึกษาของ

ภัทรพิชชา ครุฑทางคะ (2565) ที่พบว่าความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงงานวิจัยในต่างประเทศ เช่น Lee et al. (2022) ที่พบว่า ความถี่ในการใช้อินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลในกลุ่มผู้ใหญ่

ความสัมพันธ์เชิงบวกนี้ สามารถอธิบายได้ว่า การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นประจำ จะช่วยให้ อสม. เกิดความคุ้นเคยกับเครื่องมือและฟังก์ชันต่างๆ มีทักษะในการค้นหาเข้าถึง และประเมินข้อมูล รวมถึงสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานและการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นประจำ ยังเป็นโอกาสให้ อสม. ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และพัฒนาทักษะด้านดิจิทัลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในยุคสังคมดิจิทัลที่เทคโนโลยีมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ดังนั้น การส่งเสริมให้ อสม. ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในชีวิตประจำวันและการปฏิบัติงาน จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. และส่งเสริมให้ อสม. สามารถเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพดิจิทัลในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เพศ ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ซึ่งหมายความว่า อสม. ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชื่นจิตร จันทรสว่างและสุนทรี เจียรวิทย์กิจ (2566) ที่ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลและไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lee et al. (2022) ที่พบว่าเพศไม่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลในกลุ่มผู้ใหญ่ชาวเกาหลีใต้ และ Manganello (2017) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อข้อมูลด้านสุขภาพในประชากรที่อาศัยอยู่ในรัฐนิวยอร์ก

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้อาจแตกต่างจากงานวิจัยบางชิ้นที่พบว่ามีความแตกต่างระหว่างเพศกับความรอบรู้ดิจิทัล เช่น การศึกษาของ Harputlu & Guryay (2024) ที่พบว่าเพศชายมีความรอบรู้ด้านดิจิทัลสูงกว่าเพศหญิง ในมิติของความรู้ทั่วไปและทักษะเชิงปฏิบัติ การผลิตทางวิชาชีพ และความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัย หรือ Campos & Scherer (2023) ที่พบว่าเพศหญิงมีคะแนนสูงกว่าเพศชายในด้านความรู้และทักษะดิจิทัล ความแตกต่างของผลการศึกษานี้อาจขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น บริบททางสังคมและวัฒนธรรม ระดับการเข้าถึงเทคโนโลยี ประเภทของเทคโนโลยีที่ใช้ในการศึกษา รวมถึงลักษณะเฉพาะของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยในกรณีของการวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศ

หญิง และได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล

อายุ ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ซึ่งหมายความว่า อสม. ที่มีอายุต่างกัน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rangnow และคณะ (2024) และ ทรศณีย์ บุญมัน (2564) ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการอบรมและการพัฒนา อสม. ในการลดช่องว่างทางดิจิทัลระหว่าง อสม. ที่มีอายุต่างกัน โดย อสม. ที่มีอายุมากกว่า อาจได้รับการอบรมและการสนับสนุนที่เพียงพอ ทำให้สามารถพัฒนาทักษะด้านดิจิทัลได้ทัดเทียมกับ อสม. ที่มีอายุน้อยกว่า นอกจากนี้ ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ความตั้งใจ และความมุ่งมั่นในการเรียนรู้ ก็อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ อสม. ทุกช่วงวัยสามารถพัฒนาทักษะด้านดิจิทัลได้อย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้อาจแตกต่างจากงานวิจัยบางชิ้นที่พบว่าคนรุ่นใหม่ หรือคนที่มีอายุน้อยกว่า มีความรอบรู้ด้านดิจิทัลสูงกว่าผู้สูงอายุ เช่น งานวิจัยของ Ren และ Zhu (2024) ที่กล่าวถึงช่องว่างทางดิจิทัล (digital divide) โดยพบว่าคนรุ่นใหม่ เติบโตมากับเทคโนโลยีดิจิทัล จึงมีความคุ้นเคยและมีทักษะในการใช้เทคโนโลยีสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาจมีประสบการณ์และโอกาสในการเรียนรู้น้อยกว่า หรือของ Shi, Zhang และ Chen (2021) ความแตกต่างของผลการศึกษานี้อาจเนื่องมาจากหลายปัจจัย เช่น บริบทของการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ประเภทของเทคโนโลยีที่ศึกษา รวมถึงการเข้าถึงแหล่งข้อมูลและการฝึกอบรม โดยในกรณีของ อสม. การอบรมและการเข้าถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพ อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดช่องว่างระหว่างวัยในด้านความรู้ดิจิทัล ทำให้ อสม. ทุกช่วงวัยมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพได้อย่างใกล้เคียงกัน ยิ่งไปกว่านั้น การที่ อสม. มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560) ทำให้ อสม. มีความจำเป็นต้องเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านดิจิทัลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถสื่อสาร ให้ความรู้ และให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้ อสม. ไม่ว่าจะมียายุเท่าใด ต่างก็มีความตระหนักและความมุ่งมั่นในการพัฒนาทักษะดิจิทัลของตนเอง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนและบทบาทหน้าที่ของตนเอง ซึ่งนำไปสู่ความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญตามอายุ

การศึกษา ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ซึ่งหมายความว่า อสม. ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้อาจตีความได้ว่าแม้

อสม. จะมีระดับการศึกษาที่หลากหลาย ตั้งแต่ระดับประถมศึกษาจนถึงปริญญาตรี แต่การอบรมที่ อสม. ได้รับ และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพดิจิทัลอย่างเท่าเทียมกัน เช่น แอปพลิเคชัน “สมาร์ท อสม.” เว็บไซต์ หรือสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ อาจช่วยลดช่องว่างความรู้ด้านดิจิทัลระหว่าง อสม. ที่มีระดับการศึกษาต่างกันได้นอกจากนี้ ลักษณะงานของ อสม. ที่ต้องใช้ทักษะการสื่อสาร การให้ความรู้ และการทำงานร่วมกับชุมชน อาจเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ อสม. พัฒนาทักษะด้านดิจิทัล โดยไม่จำเป็นต้องขึ้นอยู่กับระดับการศึกษาที่สำเร็จมา

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจากงานวิจัยในกลุ่มประชากรทั่วไปที่มักพบความสัมพันธ์เชิงบวก ระหว่างระดับการศึกษากับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (Norman & Skinner, 2006a; Estacio, Whittle & Protheroe, 2019; Tegegne et al., 2023) กล่าวคือ ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า มักจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลสูงกว่าด้วย ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า มีโอกาสเข้าถึงแหล่งข้อมูล เทคโนโลยี และการอบรมด้านดิจิทัลมากกว่า รวมถึงมีทักษะการเรียนรู้และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีได้ดีกว่า ความแตกต่างของผลการศึกษาระหว่าง อสม. กับประชากรทั่วไปนี้อาจเนื่องมาจากบริบทของ อสม. ที่ได้รับการอบรมและการสนับสนุนด้านดิจิทัลที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ช่วยลดอิทธิพลของระดับการศึกษาทั่วไปต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล นอกจากนี้ งานวิจัยของฉลองรัฐ ทองกันทา (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนของ อสม. ยุค 4.0 ก็พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล แต่ไม่ได้ระบุถึงความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลโดยตรง ดังนั้นการวิจัยในอนาคตควรศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. เพื่อให้สามารถพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมและการสนับสนุนที่เหมาะสม และส่งเสริมให้ อสม. ทุกคนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลในระดับที่สูงขึ้น โดยไม่คำนึงถึงระดับการศึกษา

อาชีพ ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ซึ่งหมายความว่า อสม. ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของพรรณนีย์ บุญมัน (2564) ซึ่งอาจเป็นเพราะ อสม. ส่วนใหญ่ มีอาชีพหลักเป็นเกษตรกร (ดังแสดงในตาราง 2) ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว อาชีพเกษตรกรอาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในชีวิตประจำวันมากนัก เมื่อเทียบกับอาชีพอื่น ๆ เช่น พนักงานบริษัท หรือผู้ประกอบการ ดังนั้นแม้ อสม. ที่มีอาชีพอื่น ๆ เช่น รับจ้าง ค่าขาย หรือพนักงานของรัฐ อาจมีโอกาใช้เทคโนโลยี

ดิจิทัลในชีวิตประจำวันมากกว่าเกษตรกร แต่ก็ไม่ได้ส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล แตกต่างจาก อสม. ที่เป็นเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญ

อย่างไรก็ตาม การที่ อสม. ได้รับการอบรมและการส่งเสริมการใช้ เทคโนโลยีดิจิทัลในงาน อสม. เช่น การใช้แอปพลิเคชัน "สมาร์ท อสม." การสื่อสารผ่าน LINE การค้นหาข้อมูลสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต และการเข้าร่วมอบรมออนไลน์ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วย เพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ทุกอาชีพได้ ดังที่ ฉลองรัฐ ทองกันทา และนิพนธ์ แก้วต่าย (2565) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในงาน อสม. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและการดูแลสุขภาพของประชาชน นอกจากนี้ การสนับสนุน จากหน่วยงานสาธารณสุข ในการจัดหาอุปกรณ์ internet และการอบรมที่เหมาะสม ก็เป็นสิ่ง สำคัญที่จะช่วยลดช่องว่างทางดิจิทัลระหว่าง อสม. ที่มีอาชีพและภูมิหลังที่แตกต่างกัน และ ส่งเสริมให้ อสม. ทุกคนสามารถใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพได้อย่างเต็ม ศักยภาพ เพื่อการพัฒนาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

ประสบการณ์การเข้าร่วมฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล

ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ซึ่งหมายความว่า อสม. ที่เคยเข้าร่วมฝึกอบรมและไม่เคยเข้าร่วมฝึกอบรม มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพดิจิทัลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเป็นเพราะการฝึกอบรมที่ อสม. ได้รับใน ปัจจุบัน อาจยังไม่ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพดิจิทัลอย่างเพียงพอ หรือเนื้อหาการอบรม อาจไม่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทการทำงานของ อสม. หรือ อสม. อาจสามารถเรียนรู้ และพัฒนาทักษะดิจิทัลได้ด้วยตนเองผ่านช่องทางอื่นๆ เช่น การเรียนรู้จากเพื่อน อสม. การศึกษา ด้วยตนเองผ่าน internet หรือจากประสบการณ์การใช้งานจริง

แต่อย่างไรก็ตาม การฝึกอบรมยังคงเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างความรู้ และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลให้กับ อสม. ดังที่ปรากฏในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 – 2568 และนโยบายการพัฒนาศักยภาพ อสม. 4.0 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการพัฒนาทักษะดิจิทัลของ อสม. การฝึก อบรมไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มพูนความรู้และทักษะเท่านั้น แต่ยังช่วยเพิ่มความมั่นใจ และลดความกังวลในการใช้เทคโนโลยีของ อสม. อีกด้วย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการนำ เทคโนโลยีไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานจริง (Tegegne et al., 2023) นอกจากนี้ งานวิจัย ของ จูไรรัตน์ ดวงจันทร์และคณะ (2560) ยังชี้ให้เห็นว่าการฝึกอบรมและการพัฒนาอย่าง ต่อเนื่อง เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ประโยชน์ในด้าน ต่าง ๆ ดังนั้น ในอนาคต ควรมีการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม อสม. ที่เน้นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับ

สุขภาพดิจิทัลมากขึ้น เช่น การค้นหาและประเมินข้อมูลสุขภาพทางออนไลน์ การใช้แอปพลิเคชันสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพผ่านช่องทางดิจิทัล และการรู้เท่าทันสื่อ รวมถึงควรมีการออกแบบการฝึกอบรมให้เหมาะสมกับความต้องการ ระดับความรู้ และทักษะเดิมของ อสม. แต่ละคน เพื่อให้การฝึกอบรมมีประสิทธิภาพสูงสุด และส่งผลต่อการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. อย่างแท้จริง

2. ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังนี้

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้และบ่งชี้ว่า อสม. ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง มีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลสูงกว่า อสม. ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทรศณีย์ บุญมัน (2564) ที่กล่าวถึงความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และเพื่อนร่วมงาน ไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบของการให้คำแนะนำ การช่วยเหลือในการใช้เทคโนโลยี การให้กำลังใจ หรือการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ อสม. มีความมั่นใจ มีแรงจูงใจ และมีความพร้อมที่จะเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านดิจิทัล รวมถึงการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติงาน อสม. อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น อสม. ที่ได้รับคำแนะนำจาก บุตรหลานในการใช้สมาร์ทโฟน หรือได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน อสม. ในการใช้แอปพลิเคชัน “สมาร์ท อสม.” ก็จะมี ความมั่นใจและสามารถใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ได้ดีขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลที่สูงขึ้น นอกจากนี้ การที่ อสม. ได้รับการยอมรับ ชื่นชม และให้เกียรติจาก ชุมชน ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพดิจิทัล ก็เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ที่ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและความมุ่งมั่นของ อสม. ในการพัฒนาทักษะด้านดิจิทัล และการนำเทคโนโลยีมาใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนาสุขภาพของชุมชน (Estacio et al., 2019)

อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์เชิงบวกที่พบในงานวิจัยนี้เป็นเพียงความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ซึ่งบ่งชี้ว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นเพียงหนึ่งในหลายปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล และอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลมากกว่า เช่น ความถนัดในการใช้เทคโนโลยี การรับรู้บทบาทหน้าที่ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ดังนั้น การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. จึงควรให้ความสำคัญกับการสร้างระบบนิเวศที่

เอื้อต่อการเรียนรู้ และการสนับสนุน อสม. ในทุก ๆ ด้าน ไม่เพียงแต่การสนับสนุนทางสังคม เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการเข้าถึงเทคโนโลยี การฝึกอบรม และการพัฒนาทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้ อสม. ทุกคนมีความพร้อม และสามารถใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสุขภาพได้อย่างเต็ม ศักยภาพ

3. ปัจจัยระดับองค์กร พบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังนี้

การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และแสดงให้เห็นว่า อสม. ที่มีความเข้าใจและตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพ มีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลสูงกว่า ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทรรศนีย์ บุญมั่น (2564) ที่พบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม. มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสนับสนุนแนวคิดที่ว่า เมื่อ อสม. รับรู้และเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างชัดเจน รวมถึงเห็นความสำคัญของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงาน ก็จะมีแรงจูงใจและความมุ่งมั่นในการเรียนรู้ พัฒนาทักษะ และนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ประโยชน์ในการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลที่สูงขึ้น ตัวอย่างเช่น อสม. ที่ตระหนักถึงบทบาทในการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนผ่านช่องทางออนไลน์ ก็จะมีแนวโน้มที่จะพัฒนาทักษะการใช้สื่อสังคมออนไลน์ การสร้างเนื้อหาดิจิทัล และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพผ่านช่องทางดิจิทัล ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล นอกจากนี้ การรับรู้บทบาทหน้าที่ยังส่งผลต่อความมั่นใจและความเชื่อมั่นในตนเองของ อสม. ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำเทคโนโลยีไปใช้ในทางปฏิบัติ (Bandura, 1997) อสม. ที่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ก็จะกล้าที่จะทดลอง เรียนรู้ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อพัฒนาการทำงานและการดูแลสุขภาพของประชาชน ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล

อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์เชิงบวกที่พบในงานวิจัยนี้ เป็นเพียงความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ซึ่งบ่งชี้ว่าการรับรู้บทบาทหน้าที่ เป็นเพียงหนึ่งในปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล และอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่สำคัญไม่น้อยไปกว่ากัน เช่น ความถี่ในการใช้เทคโนโลยี การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ดังนั้น การ

ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ควรคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ อย่างรอบด้าน และควรมีการพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรม และกลยุทธ์ในการส่งเสริม ที่มุ่งเน้นการสร้าง ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในยุคดิจิทัล ควบคู่ไปกับการพัฒนาทักษะและความมั่นใจ ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อให้ อสม. สามารถเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ดิจิทัล และส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกใน ระดับต่ำกับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่ง สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้และแสดงให้เห็นว่า อสม. ที่มีแรงจูงใจในการทำงานสูง มีแนวโน้ม ที่จะมีความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลสูงกว่า อสม. ที่มีแรงจูงใจในการทำงานน้อยกว่า ผลการวิจัย นี้สอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับแรงจูงใจ ที่ว่าแรงจูงใจเป็นแรงผลักดันภายในที่กระตุ้นให้ บุคคลเกิดพฤติกรรมที่มุ่งสู่เป้าหมาย (Hellriegel & Woodman, 2001; นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2555) ในกรณีนี้ เมื่อ อสม. มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานสูง ก็จะมีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้ และพัฒนาทักษะต่าง ๆ รวมถึงทักษะด้านดิจิทัล เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมี ประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น การดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน การมีส่วนร่วม ในกิจกรรมสาธารณสุข หรือการได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานและชุมชน ยิ่งไปกว่านั้น แรงจูงใจในการทำงาน ยังสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร และ ความตั้งใจที่จะพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg อ้างอิงใน ดำรงศักดิ์ จันทโททัย, 2557) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล โดย อสม. ที่มี แรงจูงใจในการทำงานสูง มักจะมีความพึงพอใจในการทำงาน มีความผูกพันกับบทบาทหน้าที่ ของตนเอง และมีความตั้งใจที่จะพัฒนาตนเอง รวมถึงการพัฒนาทักษะด้านดิจิทัล เพื่อให้ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อชุมชน

อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์เชิงบวกที่พบในงานวิจัยนี้ เป็นเพียง ความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ซึ่งบ่งชี้ว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เป็นเพียงปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพล ต่อความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล และอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลมากกว่า เช่น ความถนัดในการ ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้บทบาทหน้าที่ ดังนั้น การ ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. จึงควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ ในการปฏิบัติงาน ควบคู่ไปกับการพัฒนาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ อสม. มีแรงขับเคลื่อน ภายใน และความพร้อมที่จะเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านดิจิทัล อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การ ยกระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน อสม. ในยุคดิจิทัล อย่างยั่งยืน

5.3 ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอแนะนำแนวปฏิบัติ ดังนี้

- 1.1 หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลหลากหลายรูปแบบอย่างสม่ำเสมอ เช่น การใช้แอปพลิเคชันสุขภาพอื่น ๆ นอกเหนือจาก "สมาร์ทอสม." การใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนข้อมูล สร้างศูนย์การเรียนรู้หรือมุมเทคโนโลยีสุขภาพ สำหรับ อสม.หรือประชาชนใน รพ.สต.
- 1.2 หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรมีการพัฒนาทักษะให้ตรงความต้องการของอสม. โดยเฉพาะด้านการเข้าใจข้อมูล ในการสรุปใจความสำคัญของข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพ เน้นทักษะการคิดวิเคราะห์ โดยการปฏิบัติจริงและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ
- 1.3 หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรมีการเสริมสร้างแรงจูงใจและการรับรู้บทบาท อสม. ในการใช้เทคโนโลยีเพื่อสุขภาพ โดยเน้นสร้างแรงจูงใจภายใน ยกย่องชมเชย ให้ อสม.รู้สึกมีคุณค่า และสร้างโอกาสพัฒนา ให้เป็น "อสม.เชี่ยวชาญดิจิทัล"
- 1.4 หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรมีการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมให้อสม. โดยส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การให้คำปรึกษา และการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่าง อสม. ด้วยกันเอง หรือระหว่าง อสม. กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน อสม.ดิจิทัลบัดดี้ หรือ อสม.รุ่นใหม่ใส่ใจรุ่นพี่ รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในครั้งต่อไป

ผู้วิจัยขอแนะนำแนวปฏิบัติ ดังนี้

- 2.1 ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาเชิงลึกถึงประสบการณ์ ความคิดเห็น และความต้องการของ อสม. เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพ รวมถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและปัจจัยที่ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยี
- 2.2 ควรมีการวิจัยแบบ Longitudinal Study เพื่อติดตามและประเมินผลกระทบของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ต่อความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล และพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ในระยะยาว เพื่อให้เห็นภาพการเปลี่ยนแปลง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน
- 2.3 ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนา และทดสอบประสิทธิภาพของ โปรแกรมการฝึกอบรม สื่อ หรือเครื่องมือ ที่ใช้ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม.

2.4 ควรมีการวิจัยทดลองเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอสม.ที่ได้รับการฝึกอบรมดิจิทัลเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการอบรม หรือเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม.ในพื้นที่ต่าง ๆ หรือ อสม. ที่มีลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมต่างกัน เพื่อนำไปสู่การออกแบบ ปรับปรุงพัฒนาที่เหมาะสมกับแต่ละบริบท

มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์. (2528). *จิตวิทยาการศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ศรีดาเคซการพิมพ์.
- กรรณิการ์ สุวรรณโคต, นิตยา เพ็ญศิริรักษา, และสมบัติ สุวรรณโคต. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานความปลอดภัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 10(2), 27-36.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). *คู่มือ อสม. ยุคใหม่*. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2560). *การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จาก อสม. สู่อสม. โอ-วิทย์* (ประเทศไทย).
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). *การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ*. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2567, 31 มกราคม). *ฐานข้อมูลแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม.*
<https://smart-osm.com>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554*.
- กานต์สินี ไชยศรีรัตนากุล. (2563). *การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านระบบดิจิทัล (Digital Health Literacy) กรณีศึกษาการใช้ Tele-Health ในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ยุควิกฤตโควิด-19*. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.
- กันยา สุวรรณแสง. (2542). *จิตวิทยาทั่วไป* (พิมพ์ครั้งที่ 4). อักษรพิทยา.
- กัลยา วาณิชย์บัญชา, และจิตา วณิชย์บัญชา. (2558). *การใช้ Spss for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล* (พิมพ์ครั้งที่ 27). ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2567, 18 กุมภาพันธ์). *กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน*. <https://www.thaiphc.net/new2020/content/1>
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ*. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง. (2561). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้*. อมรินทร์.

- คันธวุฒิ พลอยอุบล. (2551). การรับรู้บทบาทและหน้าที่ปฏิบัติจริงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในการควบคุมโรคมาลาเรีย จังหวัดยะลา. วิทยานิพนธ์ พย.ม. มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์.
- จุไรรัตน์, ด., และคณะ. (2560). ปัจจัยทำนายการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ
ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก.
วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 11(1).
- จุฬารณย์ โสตะ. (2554). แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ขึ้นจิตร จันทรสว่าง, และสุนทรี เจียรวิทย์กิจ. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้
ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลและพฤติกรรมสุขภาพ
ของนักศึกษาพยาบาลปริญญาตรี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางพยาบาล, 29(2).
- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2553). การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน แนวคิดและการปฏิบัติ. โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐพงศ์ คำนว. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพตามนโยบายอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน 4.0 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลศรีดอนชัย
อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ ส.ม. มหาวิทยาลัยพะเยา.
- นิชมน หล้ารอด, สุรินทร์ กลัมพากร, และจุฑาธิป ศีลบุตร. (2562). ผลของโปรแกรมการพัฒนา
ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้ด้านสุขภาพในการ
ช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยที่วัดปทุมธานี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 13(1), 84-94.
- ดำรงศักดิ์ จันทพิชัย. (2557). เอกสารประกอบการสอน Pol3329 เทคนิคการบริหารงานบุคคล.
มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ทรรศนีย์ บุญมัน. (2564, 18 กุมภาพันธ์). ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย.
<https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/3876/3/62060699>.
- ทองกันทา, ฉ., & แก้วต่าย, น. (2566). การสื่อสารโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อดูแลสุขภาพ
ประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยุค 4.0 อำเภอหนองบัว
จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์
และเทคโนโลยี, 17(1).
- ธงชัย สันติวงษ์, และชัยยศ สันติวงษ์. (2526). พฤติกรรมบุคคลในองค์กร. พาณิช.

- ธัญชนก ขุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ, และขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร*, 3(6), 67-85.
- นิตยา เพ็ญศิริินภา. (2555). เอกสารการสอนชุดวิชาประสบการณ์วิชาชีพอาชีพอาชีวอนามัยและความปลอดภัย หน่วยที่ 5 การสร้างแรงจูงใจในงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย (พิมพ์ครั้งที่ 3). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ภัทรพิชชา ครุฑทางคะ. (2565, 18 กุมภาพันธ์). การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/download/258089/177693/995345>
- ภาณุวัฒน์ พิทักษ์ธรรมากุล. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในชุมชนต้นแบบของเขตสุขภาพที่ 5. <http://do5.hss.moph.go.th>
- ยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 – 2568. (2567). ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข. <https://ict.moph.go.th/>.
- เยาวลักษณ์ แสงสว่าง. (2557). การรับรู้บทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการห้องสมุดในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ. วิทยานิพนธ์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ 5 ธันวาคม 2554. ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้น.
- วัชรพร เชยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. *แพทย์นาวิ*, 44(3), 183-197.
- วรรา ปาอินทร์. (2560). Thailand Health 4.0 challenges and opportunities. *วารสารสมาคมเวชสารสนเทศไทย*, 3(1), 31-36.
- ศรีสุตา บุญขยาย. (2562, 31 มกราคม). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 4. <https://hpc4.anamai.moph.go.th/th/cms-of-36/download/?did=207593&id=80115&reload=>
- ศูนย์จีโนมทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). <https://www.facebook.com/CMGrama/videos/digital-health-literacy>

- สโหมสร, ช. (2566). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 6(3).
- สมยศ นาวิการ. (2543). *การบริหารพฤติกรรมองค์กร* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ธนบุรี; โรงพิมพ์กรุงพัฒนา.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิภาวดี. (2567, 5 มิถุนายน). *ประวัติความเป็นมา*.
http://sso-vibhavadi.com/data_12246
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- Alihan, M. A. (1938). *Social ecology: A critical analysis*. Cooper Square Publisher.
- American Medical Association. (1999). Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *Journal of the American Health Association*, 284, 552-557.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.
- Best, J. (1977). *Research in Education*. Prentice Hall, Inc.
- Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of Education*. David McKay Company.
- Bloom, L., & Selznick, P. (1977). *Sociology: A Text with Adopted Reading*. Harpe.
- Bronfenbrenner. U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Campos, D., & Scherer, R. (2023). Digital gender gaps in students' knowledge, attitudes and skills: An integrative data analysis across 32 countries. *Education and Information Technologies*, 29, 655–693.
<https://doi.org/10.1007/s10639-023-12272-9>
- Center for Health Care Strategies. (2000). *Fact sheet: What is health literacy?*.
- Chang, L. C. (2011). Health Literacy, Self-Reported Status and Health Promoting Behaviours for Adolescents in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 20(1-2), 190- 196.
- Chatio, S., Welaga, P., Tabong, P. T.-N., & Akweongo, P. (2019). Factors Influencing Performance of Community-Based Health Volunteers' Activities in the Kassena Nankana Districts of Northern Ghana. *PloS one*, 14(2),

e0212166.

- Choukou, M., Sanchez-Ramirez, D., Pol, M., Uddin, M., Monnin, C., & Syed-Abdul, S. (2022). COVID-19 infodemic and digital health literacy in vulnerable populations: A scoping review. *Digital Health*, 8.
<https://doi.org/10.1177/20552076221076927>
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences* (6th ed.). John Wiley & Sons.
- Dember, W. N., & Warm, J. S. (1977). *Psychology of Perception*. Holf Rimchart & Winston.
- DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19(12), 1228–1239.
<https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x>
- Digital 2023: Thailand*. (2023). DataReportal–Global Digital Insights. (2024, August 2)
- Estacio, E., Whittle, R., & Protheroe, J. (2019). The digital divide: Examining socio-demographic factors associated with health literacy, access and use of internet to seek health information. *Journal of Health Psychology*, 24, 1668 - 1675.
<https://doi.org/10.1177/1359105317695429>
- European Commission. (2007). *Together for Health: A Strategic Approach for the Eu 2008-2013*. European Commission.
- Finnergan, M. (1975). *New Webster Dictionary of the English Language*. Consolidated Book Publishers.
- Harputlu, L., & Güryay, B. (2024). Gender differences in digital literacy: An analysis. *Batı Anadolu Educational Sciences Journal*, 15(1).
<https://doi.org/10.51460/baebd.1562102>
- Hellriegel, D., & Woodman, R. W. (2001). *Organization Behavior* (9th ed.). South-Western College Publishing.
- Hinkle DE, Wierma W, & Jurs SG. (1988). *Applied Statistics for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Houghton Mifflin Company.

- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley Educational Publishers Inc.
- Institute of Medicine. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10883>
- Ishikawa, H., & Yano, E. (2008). Patient Health Literacy and Participation in the Health Care Process. *Health expectations*, 11(2), 113-122.
- ISO. (2014). *ISO/TR 14639-2:2014*. ISO. (2024, August 2) <https://www.iso.org/standard/54903.html>
- Johns, G. (1996). *Organization Behavior: Understanding and Managing Lift at Work*. Harper Collins College.
- Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2005). *Navigating Health: The Role of Health Literacy*. Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre.
- Lee, J., & Tak, S. (2022). Factors associated with eHealth literacy focusing on digital literacy components: A cross-sectional study of middle-aged adults in South Korea. *Digital Health*, 8. <https://doi.org/10.1177/20552076221102765>
- Mancuso, J. M. (2009). Assessment and Measurement of Health Literacy: An Integrative Review of the Literature. *Nursing & health sciences*, 11(1), 77-89.
- Manganello, J., Gerstner, G., Pergolino, K., Graham, Y., Falisi, A., & Strogatz, D. (2017). The Relationship of Health Literacy With Use of Digital Technology for Health Information: Implications for Public Health Practice. *Journal of Public Health Management and Practice*, 23, 380–387. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000366>
- McLeoroy, K., Bibeau, D., Steckler, & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion program. *Health education quarterly*, 15, 351 - 377.
- Mondy, R. W., Arthur, S., & Premeaux, S. R. (1991). *Management: Concept, Practice, and Skills* (5th ed.). Allyn and Bacon.

- Moorhead, G., & Griffin, R. W. (1995). *Organization Behavior: Managing People and Organization* (4th ed.). Houghton Mufflin Company.
- National Assessment of Adult Literacy. (2006). *The Health Literacy of America's Adults Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. U.S. Department of Education.
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006a). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), e27. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27>
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006b). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), e9. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9>
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *American journal of health behavior*, 31(1), S19-S26.
- Parker, R. (2000). Health Literacy: A Challenge for American Patients and Their Health Care Providers. *Health promotion international*, 15(4), 277-283.
- Pavlekovic, G. (2008). Health Literacy: Program for Training on Research in Public Health for South Eastern Europe. *Health Promotion and Disease Prevention: a handbook for teachers, researchers, health professional and decision makers*, 4, 463-466.
- Rangnow, P., Fischer, L., Hartmann, A., Renninger, D., Stauch, L., Okan, O., & Dadaczynski, K. (2024). Digital health literacy among primary and secondary school teachers—a quantitative study. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1334263>
- Ren, W., & Zhu, X. (2024). The age-based digital divides in China: Trends and socioeconomic differentials (2010–2020). *Telecommunications Policy*, 48(1), 102716. <https://doi.org/10.1016/j.telpol.2024.102716>

- Ronquillo, Y., Meyers, A., & Korvek, S. J. (2023, August 2). *Digital Health*. In StatPearls. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470260/>
- Rootman, I., & Gordon-El-Bihbety, D. (2008). *A vision for a health literacy Canada: Report of the expert panel on health literacy*. Canadian Public Health Association.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49–60.
- Sallis, J. F., & Owen, N. (2002). Ecological models of health behavior. In K. Glanz, B. K. Rimer, & F. M. Lewis (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (3rd ed., pp. 462-484). Jossey-Bass.
- Sharif, I., & Blank, A. E. (2010). Relationship between Child Health Literacy and Body Mass Index in Overweight Children. *Patient education and counseling*, 79(1), 43-48.
- Shi, Y., Zhang, J., & Chen, B. (2021). In the digital age: A systematic literature review of the e-health literacy and influencing factors among Chinese older adults. *Zeitschrift Für Gesundheitswissenschaften*, 31, 679–687. <https://doi.org/10.1007/s10389-021-01604-z>
- Sinhasane, S. (2024, January 31). *Digital healthcare ecosystem: The new era of medical care*. <https://mobisoftinfotech.com/resources/blog/digitalhealthcare-ecosystem-the-new-era-of-medical-care/>
- Taguchi, A., Murayama, H., & Murashima, S. (2016). Association between Municipal Health Promotion Volunteers' Health Literacy and Their Level of Outreach Activities in Japan. *PloS one*, 11(10), e0164612.

- Tegegne, M., Tilahun, B., Mamuye, A., Kerie, H., Nurhussien, F., Zemen, E., Mebratu, A., Sisay, G., Getachew, R., Gebeyehu, H., Seyoum, A., Tesfaye, S., & Yilma, T. (2023). Digital literacy level and associated factors among health professionals in a referral and teaching hospital: An implication for future digital health systems implementation. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1130894>
- Thailand Internet User Behavior. (2024, January 31). <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiYWYxNDUzOWEtOWMyOS00MjMzLWFiY2QtYjQzYzQ2OTZkNTJlIiwidCI6Ijk5MjczNGE0LWRmZmEtNGZjMC1iNjc1LTkyZWNmZTNhZmUwYyIsImMiOiEwfQ%3D%3D>
- The center for Health Care Strategies. (2000). *Fact Sheet: What Is Health Literacy?*
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy People 2010: Understanding and improving health* (2nd ed.). U.S. Government Printing Office.
- Vázquez-Cano, E., Meneses, E., & García-Garzon, E. (2017). Differences in basic digital competences between male and female university students of Social Sciences in Spain. *International Journal of Educational Technology in Higher Education*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s41239-017-0065-y>
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., & Hale, F. A. (2005). Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *The Annals of Family Medicine*, 3(6), 514-522.
- WHO. (2020). *Global strategy on digital health 2020–2024*. (2024, January 31). https://www.who.int/docs/default-source/documents/gsh4dh.pdf?sfvrsn=cd577e23_2
- WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. (2019). World Health Organization.

WHO Symposium on the Future of Digital Health Systems in the European Region
/ International Network for Health Workforce Education. (n.d.).

(2024, January 31). <https://inhwe.org/news/who-symposium-future-digital-health-systems-european-region>

World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. World Health Organization.

World Health Organization. (2009). *Health Literacy and Health Promotion*.

Yasmyne Ronquillo; Arlen Meyers; Scott J. Korvek. (2024, January 31). *Digital Health*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29262125/>

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding Health Literacy: An Expanded Model. *Health promotion international*, 20(2), 195-203.

Zumbo, B., Kelly, K., Begoray, D., Kazanjian, A., Mullet, J., & Hayes, M. (2006). *The Development and Validation of Measures of "Health Literacy" in Different Populations Ubc Institute of Health Promotion Research and Uvic Community Health Promotion Research*.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการวิจัย

ที่ อว ๐๖๒๑.๑๒/ว ๑๕



มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
๖๘๐ ถ.นิตโย ต.ธาตุเชิงชุม
อ.เมือง จ.สกลนคร ๔๗๐๐๐

๕ มกราคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นำพร อินสิน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กรอบแนวคิดการวิจัย และนิยามศัพท์เฉพาะ
๒. เครื่องมือการวิจัย
๓. แบบประเมินเครื่องมือการวิจัย

ด้วย นายไพฑูรย์ ขำจันทา รหัสประจำตัวนักศึกษา ๖๖๔๓๖๑๒๓๑๑๘ ซึ่งเป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา วงษ์สวัสดิ์ เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณาตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย เพื่อใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ที่นักศึกษาได้จัดทำขึ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ แสนทวีสุข)
ผู้อำนวยการบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติราชการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๐ ๔๒๔๗ ๐๒๒๔

โทรสาร ๐ ๔๒๔๗ ๐๐๓๒

ผู้ประสานงาน นายไพฑูรย์ ขำจันทา โทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘ ๐๐๐๘ ๑๒๔๕

ที่ อว ๐๖๒๑.๑๒/ว ๑๕



มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
๖๘๐ ถ.นิตโย ต.ธาตุเชิงชุม
อ.เมือง จ.สกลนคร ๔๗๐๐๐

๕ มกราคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นายประเสริฐ บินตะคุ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กรอบแนวคิดการวิจัย และนิยามศัพท์เฉพาะ

๒. เครื่องมือการวิจัย

๓. แบบประเมินเครื่องมือการวิจัย

ด้วย นายไพชนนต์ ขาจันดา รหัสประจำตัวนักศึกษา ๖๖๔๓๖๑๒๓๑๑๘ ซึ่งเป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา วงษ์สวัสดิ์ เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณาตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย เพื่อให้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ที่นักศึกษาได้จัดทำขึ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ แสนทวีสุข)
ผู้อำนวยการบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติราชการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๐ ๔๒๔๗ ๐๒๒๔

โทรสาร ๐ ๔๒๔๗ ๐๐๓๒

ผู้ประสานงาน นายไพชนนต์ ขาจันดา โทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘ ๐๐๐๘ ๑๒๔๕



ที่ อว ๐๖๒๑.๑๒/ว ๑๕

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
๖๘๐ ถ.นิตโย ต.ธาตุเชิงชุม
อ.เมือง จ.สกลนคร ๔๗๐๐๐

๕ มกราคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นางวงเดือน พระนคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กรอบแนวคิดการวิจัย และนิยามศัพท์เฉพาะ

๒. เครื่องมือการวิจัย

๓. แบบประเมินเครื่องมือการวิจัย

ด้วย นายไพฑูรย์ ขาจันทร์ รหัสประจำตัวนักศึกษา ๖๖๔๓๖๑๒๓๑๑๘ ซึ่งเป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา วงษ์สวัสดิ์ เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณาตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย เพื่อใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ที่นักศึกษาได้จัดทำขึ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ แสนทวีสุข)

ผู้อำนวยการบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติราชการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๐ ๔๒๔๗ ๐๒๒๔

โทรสาร ๐ ๔๒๔๗ ๐๐๓๒

ผู้ประสานงาน นายไพฑูรย์ ขาจันทร์ โทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘ ๐๐๐๘ ๑๒๔๕

ที่ อว ๐๖๒๑.๑๒/๒๒๓



มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
๖๘๐ ถ.นิตโย ต.ธาตุเชิงชุม
อ.เมือง จ.สกลนคร ๔๗๐๐๐

๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสะอาด

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือการวิจัย

ด้วย นายไพเชษฐ์ ขาจันดา รหัสประจำตัวนักศึกษา ๖๖๔๓๖๑๒๓๑๑๘ ซึ่งเป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา วงษ์สวัสดิ์ เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ทั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์ขอทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย เพื่อหาความเชื่อมั่นในการศึกษาวิจัยประกอบการทำวิทยานิพนธ์ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับทราบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร โดยยึดหลักพื้นฐานของหลักจริยธรรมการวิจัยสากล เลขที่ใบรับรอง ๐๑๐/๒๕๖๘ ลงวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๘ ดังนั้น บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร จึงขอความอนุเคราะห์ท่านอนุญาตให้นักศึกษาทำการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุศักดิ์ แสนทวีสุข)
ผู้อำนวยการบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติราชการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๐ ๔๒๙๗ ๐๒๒๙

โทรสาร ๐ ๔๒๙๗ ๐๐๓๒

ผู้ประสานงาน นายไพเชษฐ์ ขาจันดา โทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘ ๐๐๐๘ ๑๒๔๕



ที่ อว ๐๖๒๑.๑๒/๒๖๒

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
๖๘๐ ถ.นิตโย ต.ธาตุเชิงชุม
อ.เมือง จ.สกลนคร ๔๗๐๐๐

๗ มีนาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอพรเจริญ

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือการวิจัย

ด้วย นายไพชยนต์ ขาจันดา รหัสประจำตัวนักศึกษา ๖๖๔๓๖๑๒๓๑๘ ซึ่งเป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา วงษ์สวัสดิ์ เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

เพื่อให้การศึกษารับสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน ให้นักศึกษารายดังกล่าวได้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับทราบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร โดยยึดหลักพื้นฐานของหลักจริยธรรมการวิจัยสากล เลขที่ใบรับรอง ๐๑๐/๒๕๖๘ ลงวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ประกอบการศึกษาวิทยานิพนธ์ และขอขอบคุณในความอนุเคราะห์มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุศักดิ์ แสนทวีสุข)

ผู้อำนวยการบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติราชการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๐ ๔๒๔๗ ๐๒๒๔

โทรสาร ๐ ๔๒๔๗ ๐๐๓๒

ผู้ประสานงาน นายไพชยนต์ ขาจันดา โทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘ ๐๐๐๘ ๑๒๔๕

ภาคผนวก ข

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นำพร อินสิน ตำแหน่ง อาจารย์สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
2. นายประเสริฐ บินตะคุ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ
3. นางวงเดือน พระนคร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เอกสารชี้แจงอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

เรียน ท่านผู้สนใจเข้าร่วมการวิจัย

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นายไพชยนต์ ชาจันดา นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ” โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ซึ่งท่านได้ถูกเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ เพราะท่านเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ ซึ่งมีความสำคัญในการให้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์หลายประการได้แก่ จะช่วยให้เข้าใจถึงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์ต่อกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนากลยุทธ์และแนวทางในการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และทักษะด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ซึ่งจะช่วยนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนในระยะยาว

ท่านมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยท่านสามารถซักถามข้อสงสัยจนกว่าจะเข้าใจ ทั้งนี้ หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยและเซ็นชื่อเป็นหลักฐานลงในแบบยินยอมอาสาสมัครแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่าน ตอบแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 3 ข้อใหญ่ 30 ข้อย่อยและส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล จำนวน 20 ข้อ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 45 นาที โดยท่านจะตอบ

แบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ ภายใน 15 วันหลังได้รับแบบสอบถามฉบับนี้ และเมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วสามารถส่งแบบสอบถามดังกล่าวให้แก่ผู้ประสานงานได้เลย ซึ่งผู้ประสานงานจะเก็บแบบสอบถามของท่านใส่ซองให้เรียบร้อย ก่อนผู้วิจัยจะไปรับซองเอกสารดังกล่าวด้วยตนเอง ทั้งนี้กรณีที่ยังไม่ได้รับแบบสอบถามคืนจากท่าน ผู้ประสานงานอาจขอติดตามแบบสอบถามกับท่านอีกครั้ง หากท่านไม่สะดวกที่จะตอบผู้ประสานงานและผู้วิจัยจะไม่รบกวนเวลาของท่านอีก

หากท่านรู้สึกว่าการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้อาจทำให้เสียเวลา หรืออาจกระทบกับการดำเนินชีวิตปกติ หรือรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมทั้งมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่ออาสาสมัครแต่ประการใด

ข้อมูลที่ได้จากท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ในที่ปลอดภัย ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลเหล่านี้จะอยู่ในรูปแบบที่ไม่สามารถระบุตัวตนหรือเชื่อมโยงถึงตัวท่านได้ อย่างไรก็ตาม อาจมีบุคคลบางกลุ่มที่ขอเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของท่านได้ ได้แก่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้ประสานงานวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย และเจ้าหน้าที่จากสถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและขั้นตอนการวิจัย และผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยและการตรวจสอบภายใน 1 ปี

การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นายไพชนนต์ ชาจันดา
สาขาสาธารณสุขศาสตร์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ราชภัฏ-สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์ 08 0008 1245

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร สถาบันวิจัยและพัฒนา ชั้น 2 อาคารปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์วิจัย เทคโนโลยีและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร” โทร. 0-4297-0154 เบอร์ภายใน 268

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

(นายไพชนนต์ ชาจันดา)

เลขที่แบบสอบถาม

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ

ผู้วิจัย นายไพชยนต์ ชาจันดา

นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

คำชี้แจง

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

โปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงและตรงความคิดเห็นมากที่สุด ผู้วิจัยจะเก็บคำตอบของท่านไว้เป็นความลับ ซึ่งจะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมด หลังการวิจัยเสร็จสิ้นสุด 1 ปี และขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบที่เสียหายต่อท่านแต่ประการใด แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

นายไพชยนต์ ชาจันดา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริงหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง (.....) ให้สมบูรณ์

1. เพศ ☐ (1) ชาย ☐ (2) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา

☐ (1) ประถมศึกษา	☐ (2) มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ (3) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	☐ (4) อนุปริญญา/ปวส.
☐ (5) ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	
4. อาชีพหลัก

☐ (1) วางงาน	☐ (2) เกษตรกรรม
☐ (3) รับจ้าง	☐ (4) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
☐ (5) เลี้ยงสัตว์	☐ (6) พนักงานเอกชน
☐ (7) พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ	☐ (8) นักการเมืองท้องถิ่น
☐ (9) ข้าราชการบำนาญ	☐ (10) อื่น ๆ (ระบุ).....
5. สถานภาพสมรส

☐ (1) โสด	☐ (2) สมรส
☐ (3) หม้าย/หย่า/แยก	
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของท่าน.....บาท (โดยรวมรายได้จากการเป็น อสม. และรายได้อื่น ๆ)
7. โรคประจำตัว ☐ (1) ไม่มี ☐ (2) มีโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ดังนี้

☐ (1) เบาหวาน	☐ (2) ความดันโลหิตสูง
☐ (3) ไขมันในเลือดสูง	☐ (4) หัวใจ
☐ (5) อื่น ๆ ระบุ.....	
8. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
9. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
10. ระยะเวลาในการทำงานเป็น อสม. รวม.....ปี (เศษมากกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)

ส่วนที่ 2 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

1. ความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเกี่ยวกับสุขภาพ (ไลน์, สมาร์ท อสม., หมอพร้อม, เฟสบุ๊ก, ภูเก็ต, โซเชียลมีเดีย ฯลฯ)

- ☐ ใช้เป็นประจำ (ทุกวัน) ☐ ใช้บ่อย (5-6 วัน/สัปดาห์)
☐ ใช้บ้าง (3-4 วัน/สัปดาห์) ☐ ไม่ค่อยได้ใช้ (1-2 วัน/สัปดาห์)

2. ประสบการณ์การเข้าร่วมการอบรมการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อเพิ่มทักษะและความรู้เกี่ยวกับการใช้งานอุปกรณ์ดิจิทัล หรือแอปพลิเคชันต่าง ๆ ที่ใช้ในงานหรือชีวิตประจำวัน

- ☐ เคยเข้าร่วม ☐ ไม่เคยเข้าร่วม

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง ท่านคิดว่า อสม.มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเหล่านี้มากน้อยเพียงใด

โดยโปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
บทบาทหน้าที่ อสม. เกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล					
1. ปฏิบัติตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (เช่น การใช้แอปพลิเคชันที่กำหนด)					
2. เผยแพร่/ประชาสัมพันธ์/รณรงค์ให้ความรู้ด้านสุขภาพผ่านช่องทางดิจิทัล (เช่น สื่อสังคมออนไลน์, แอปพลิเคชัน)					
3. ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (เช่น การแพทย์ทางไกล, แอปพลิเคชันสุขภาพ)					
4. จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (เช่น ระบบรายงานโรคออนไลน์)					
5. เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (เช่น การจัดกิจกรรมสุขภาพออนไลน์)					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
6. ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์/บริการ สาธารณสุข/การมีส่วนร่วมในนโยบายสาธารณะด้าน สุขภาพผ่านช่องทางดิจิทัล					
7. ศึกษาและพัฒนาตนเองเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อ การส่งเสริมสุขภาพ (เช่น การเข้าร่วมอบรมออนไลน์)					
8. ปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะ อสม. ที่เกี่ยวข้อง กับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (เช่น การใช้แอปพลิเคชัน “สมาร์ท อสม.”)					
9. ประสานงานด้านสาธารณสุขในชุมชนโดยใช้เทคโนโลยี ดิจิทัล (เช่น การสื่อสารผ่านระบบออนไลน์)					
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน					
ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน					
1. ทานรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือและเห็นผลงานของ ตนเองในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน					
2. ทานรู้สึกประสบความสำเร็จเมื่อสามารถทำงานตาม เป้าหมายที่ตั้งไว้ใน การดูแลสุขภาพของชุมชน					
3. ทานได้รับคำชมเชยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชุมชน และครอบครัว เมื่อทำงานได้สำเร็จตามเป้าหมาย					
ด้านการยอมรับนับถือ					
4. ทานรู้สึกได้รับการยอมรับนับถือจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และเพื่อน อสม.					
5. ทานรู้สึกว่าการได้รับการชื่นชมจากชุมชนในบทบาท อสม. ของฉัน					
ด้านโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่ง/การพัฒนาตนเอง					
6. ทานมีโอกาสได้รับการฝึกอบรม/พัฒนาความรู้/ทักษะ ใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงาน อสม. อยู่เสมอ					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
7. ท่านได้รับโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองเพื่อ ความก้าวหน้าในบทบาท อสม. เช่น การเป็น อสม.ดีเด่น อสม. เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ					
ด้านลักษณะงาน/ความรับผิดชอบ					
8. ท่านพึงพอใจกับลักษณะงานและขอบเขตความ รับผิดชอบในฐานะ อสม.					
9. งาน อสม. ทำให้ท่านได้ใช้ความรู้ความสามารถของ ตนเองอย่างเต็มที่					
ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน/ชุมชน					
10. ท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ คนในชุมชน					
11. ท่านได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนที่ดีจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคนในชุมชน					
ด้านสภาพในการทำงาน/นโยบายและการบริหารงาน/ความมั่นคงในงาน/วิธีปกครองบังคับ บัญชา					
12. ท่านพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน อุปกรณ์ และเครื่องมือต่าง ๆ ที่ได้รับ					
13. ท่านเห็นด้วยกับนโยบายและการบริหารงาน อสม. ของหน่วยงาน					
14. ท่านมั่นใจในความมั่นคงของบทบาท อสม.					
15. ท่านได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรมจาก ผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน					

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง การปฏิบัติงานในหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของท่าน ได้รับแรงสนับสนุนในเรื่องต่อไปนี้ บ่อยครั้งเพียงใด โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ตามความเป็นจริง

ข้อความ	เป็นประจำ	เป็นบางครั้ง	ไม่เคยได้รับ
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม			
1. ท่านได้รับการยกย่องชมเชยในการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
2. ท่านได้รับกำลังใจในการปฏิบัติงานจากครอบครัว			
3. ท่านได้รับความร่วมมือและสนับสนุนการทำงานจากชุมชน ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ			
4. ผู้นำท้องถิ่น/เพื่อนร่วมงานได้มีการให้ข้อเสนอแนะ เพื่อช่วยให้การปฏิบัติงานของท่านประสบความสำเร็จ			
5. ท่านได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร อุปกรณ์ เครื่องมือดิจิทัลและแอปพลิเคชันที่จำเป็นต่องานอสม. เช่น อินเทอร์เน็ต การติดตั้งแก้ไขแอปพลิเคชันต่าง ๆ			
6. ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำ และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ต่องาน อสม. ผ่านช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นและประสบการณ์ของท่านมากที่สุด โดยแต่ละข้อมีคะแนน 1-5 (1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 2 = ไม่เห็นด้วย, 3 = ลังเล, 4 = เห็นด้วย, 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น/ประสบการณ์				
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	ลังเล (3)	เห็นด้วย (4)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)
1. การเข้าถึงข้อมูล (Access)					
1.1 ท่านสามารถใช้คำค้นหาที่หลากหลายเพื่อค้นหาข้อมูลสุขภาพจากอินเทอร์เน็ตได้					
1.2 ท่านรู้จักแหล่งข้อมูลสุขภาพดิจิทัลที่น่าเชื่อถือ (เช่น เว็บไซต์ของกรมควบคุมโรค, แอปพลิเคชัน “หมอพร้อม”)					
1.3 ท่านสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากเว็บไซต์, แอปพลิเคชัน และโซเชียลมีเดีย (เช่น สมาร์ท อสม., โลกของหน่วยงานสาธารณสุข, เพจเฟซบุ๊กที่ให้ความรู้ด้านสุขภาพ) ได้อย่างสะดวก					
1.4 ท่านมั่นใจในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (เช่น สมาร์ทโฟน, แท็บเล็ต) เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพหรือบันทึกข้อมูลรายงานสุขภาพ					
1.5 ท่านสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ต้องการ (เช่น ข้อมูลการปฐมพยาบาล, วิธีการป้องกันโรค) ได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ					
2. การเข้าใจข้อมูล (Understand)					
2.1 ท่านสามารถเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่น่าเสนอในรูปแบบดิจิทัล (เช่น อินโฟกราฟิก, วิดีโอสั้น, บทความออนไลน์) ได้ง่าย					

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (ต่อ)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นและประสบการณ์ของท่านมากที่สุด โดยแต่ละข้อมีคะแนน 1-5 (1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 2 = ไม่เห็นด้วย, 3 = ลังเล, 4 = เห็นด้วย, 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น/ประสบการณ์				
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	ลังเล (3)	เห็นด้วย (4)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)
2.2 ท่านสามารถตีความข้อมูลสุขภาพจากกราฟตาราง และแผนภูมิ (เช่น สถิติการเกิดโรคในชุมชน, อัตราการตาย) ได้อย่างถูกต้อง					
2.3 ท่านสามารถแยกแยะข้อมูลสุขภาพที่เป็นข้อเท็จจริง (เช่น ข้อมูลจากงานวิจัย, ข้อมูลจากหน่วยงานราชการ) ออกจากความคิดเห็นหรือโฆษณา (เช่น คำแนะนำจากผู้ไม่เชี่ยวชาญ, การขายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกินจริง) ได้					
2.4 ท่านสามารถสรุปใจความสำคัญของข้อมูลสุขภาพที่ยาวและซับซ้อน (เช่น รายงานการวิจัย, แนวทางการรักษาโรค) ได้					
2.5 ท่านเข้าใจศัพท์เทคนิคทางการแพทย์พื้นฐานที่ใช้ในข้อมูลสุขภาพดิจิทัล (เช่น BMI, NCDs, การตรวจคัดกรอง)					
3. การประเมินข้อมูล (Evaluate)					
3.1 ท่านตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลสุขภาพดิจิทัล (เช่น ชื่อเว็บไซต์, ชื่อผู้เขียน, วันที่เผยแพร่) ก่อนที่จะเชื่อถือเสมอ					

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (ต่อ)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นและประสบการณ์ของท่านมากที่สุด โดยแต่ละข้อมีคะแนน 1-5 (1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 2 = ไม่เห็นด้วย, 3 = ลังเล, 4 = เห็นด้วย, 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น/ประสบการณ์				
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	ลังเล (3)	เห็นด้วย (4)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)
3.2 ท่านพิจารณาความถูกต้อง ความเป็นปัจจุบัน และความเกี่ยวข้องของข้อมูลสุขภาพดิจิทัล (เช่น ข้อมูลแนวทางการรักษาของกระทรวงสาธารณสุข, ข้อมูลที่อัปเดต)					
3.3 ท่านเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพจากหลาย ๆ แหล่ง (เช่น เว็บไซต์, แอปพลิเคชัน, หนังสือ) เพื่อยืนยันความถูกต้อง					
3.4 ท่านสามารถระบุข้อมูลสุขภาพที่น่าสงสัยหรือไม่น่าเชื่อถือได้ (เช่น ข้อมูลที่ไม่มีแหล่งที่มา, ข้อมูลที่ขัดแย้งกัน)					
3.5 ท่านสามารถประเมินคุณภาพของแอปพลิเคชันสุขภาพ (เช่น ความน่าเชื่อถือของผู้พัฒนา, ความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล) ก่อนที่จะใช้งาน					
4. การใช้ข้อมูล (Apply)					
4.1 ท่านใช้ข้อมูลและเครื่องมือดิจิทัล เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและจัดการโรคของตนเอง ครอบครัว และชุมชน (เช่น ให้คำแนะนำด้านโภชนาการ, วิธีการออกกำลังกาย, การป้องกันโรค)					

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (ต่อ)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นและประสบการณ์ของท่านมากที่สุด โดยแต่ละข้อมีคะแนน 1-5 (1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 2 = ไม่เห็นด้วย, 3 = ลังเล, 4 = เห็นด้วย, 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น/ประสบการณ์				
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	ลังเล (3)	เห็นด้วย (4)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)
4.2 ท่านสามารถสื่อสารข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้กับผู้อื่นผ่านช่องทางดิจิทัล (เช่น ไลน์, เฟสบุ๊ก) ในการให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล					
4.3 ท่านใช้ข้อมูลสุขภาพดิจิทัล (เช่น สถิติสุขภาพ, ความต้องการของชุมชน) ในการวางแผนและประเมินผลโครงการหรือกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน					
4.4 ท่านระมัดระวังในการแชร์ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลทางออนไลน์ และปฏิบัติตามแนวทางการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล					
4.5 ท่านใช้แอปพลิเคชันหรือระบบดิจิทัล (เช่น สมาร์ท อสม., ระบบรายงานโรคออนไลน์) เพื่อบันทึก รายงาน และติดตามข้อมูลสุขภาพของชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ					

ภาคผนวก ง

ค่าคุณภาพเครื่องมือ

ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC)

ตาราง 13 แบบสรุปผลการหาค่า IOC ของแบบสอบถามเพื่อการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ

ข้อ	ข้อคำถาม	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญคนที่			ผลรวม	IOC	แปลผล
		1	2	3			
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป							
1	เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
2	อายุ.....ปี	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
3	ระดับการศึกษา ☐ (1) ประถมศึกษา ☐ (2) มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ (3) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ☐ (4) อนุปริญญา/ปวส. ☐ (5) ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
4	อาชีพหลัก ☐ (1) ว่างงาน ☐ (2) เกษตรกรรม ☐ (3) รับจ้าง ☐ (4) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ (5) เลี้ยงสัตว์ ☐ (6) พนักงานเอกชน ☐ (7) พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ ☐ (8) นักการเมืองท้องถิ่น ☐ (9) ข้าราชการบำนาญ ☐ (10) อื่น ๆ (ระบุ).....	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
5	สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้

ตาราง 13 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความคำถาม	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญคนที่			ผลรวม	IOC	แปลผล
		1	2	3			
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)							
6	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท (โดยรวมรายได้จากการเป็น อสม.)	0	+1	+1	2	0.67	ใช้ได้
7	โรคประจำตัว ☐ (1) ไม่มี ☐ (2) มีโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ดังนี้ ☐ (1)เบาหวาน ☐ (2)ความดันโลหิตสูง ☐ (3)ไขมันในเลือดสูง ☐ (4)หัวใจ ☐ (5)อื่น ๆ ระบุ.....	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
8	น้ำหนัก.....กิโลกรัม	+1	+1	-1	1	0.33	ปรับปรุง ข้อความคำถาม
9	ส่วนสูง.....เซนติเมตร	+1	+1	-1	1	0.33	ปรับปรุง ข้อความคำถาม
10	ระยะเวลาในการทำงานเป็น อสม. รวม.....ปี (เศษมากกว่า 6 เดือน ให้นับเป็น 1 ปี)	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
ส่วนที่ 2 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล							
1	ความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เกี่ยวกับสุขภาพ (ไลน์,สมาร์ท อสม, หมอพร้อม, เฟสบุ๊ก, ภูเก็ต, โซเชียล มีเดียฯ ฯลฯ) ☐ ใช้เป็นประจำ (ทุกวัน) ☐ ใช้บ่อย (5-6 วัน/สัปดาห์) ☐ ใช้บ้าง (3-4 วัน/สัปดาห์) ☐ ไม่ค่อยได้ใช้ (1-2 วัน/สัปดาห์)	-1	+1	0	0	0.00	ปรับปรุง ข้อความคำถาม

ตาราง 13 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความคำถาม	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญคนที่			ผลรวม	IOC	แปลผล
		1	2	3			
ส่วนที่ 2 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (ต่อ)							
2	ประสบการณ์การเข้าร่วมการอบรม การใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อเพิ่ม ทักษะและความรู้เกี่ยวกับการใช้งาน อุปกรณ์ดิจิทัล หรือ แอปพลิเคชันต่าง ๆ ที่ใช้ในงาน หรือชีวิตประจำวัน ☐ เคยเข้าร่วม ☐ ไม่เคยเข้าร่วม	+1	+1	0	2	0.67	ใช้ได้
ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน							
บทบาทหน้าที่ อสม. เกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล							
1	ปฏิบัติตามนโยบายของกระทรวง สาธารณสุขเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยี ดิจิทัล (เช่น การใช้แอปพลิเคชันที่ กำหนด)	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
2	เผยแพร่/ประชาสัมพันธ์/รณรงค์/ ให้ความรู้ด้านสุขภาพผ่านช่องทาง ดิจิทัล (เช่น สื่อสังคมออนไลน์, แอปพลิเคชัน)	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
3	ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนโดย ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (เช่น การแพทย์ ทางไกล, แอปพลิเคชันสุขภาพ)	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
4	จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรค โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (เช่น ระบบ รายงานโรคออนไลน์)	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
5	เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของชุมชนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (เช่น การจัดกิจกรรมสุขภาพออนไลน์)	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้

ตาราง 13 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความคำถาม	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญคนที่			ผลรวม	IOC	แปลผล
		1	2	3			
ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)							
บทบาทหน้าที่ อสม. เกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล							
6	ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์/บริการสาธารณสุข/การมีส่วนร่วมในนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผ่านช่องทางดิจิทัล	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
7	ศึกษาและพัฒนาตนเองเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (เช่น การเข้าร่วมอบรมออนไลน์)	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
8	ปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะ อสม. ที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (เช่น การใช้แอปพลิเคชัน “สมาร์ต อสม.”)	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
9	ประสานงานด้านสาธารณสุขในชุมชนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (เช่น การสื่อสารผ่านระบบออนไลน์)	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน							
ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน							
1	ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือและเห็นผลงานของตนเองในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้
2	ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จเมื่อสามารถทำงานตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ใน การดูแลสุขภาพของชุมชน	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้
3	ท่านได้รับคำชมเชยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชุมชน และคนรอบข้างเมื่อทำงานได้สำเร็จตามเป้าหมาย	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้

ตาราง 13 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความคำถาม	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญคนที่			ผลรวม	IOC	แปลผล
		1	2	3			
ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ต่อ)							
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน							
ด้านการยอมรับนับถือ							
4	ท่านรู้สึกได้รับการยอมรับนับถือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และเพื่อน อสม.	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
5	ท่านรู้สึกว่าได้รับการชื่นชมจากชุมชนในบทบาท อสม. ของฉัน	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
ด้านโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่ง/การพัฒนาตนเอง							
6	ท่านมีโอกาสได้รับการฝึกอบรม/พัฒนาความรู้/ทักษะใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงาน อสม. อยู่เสมอ	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
7	ท่านได้รับโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองเพื่อความก้าวหน้าในบทบาท อสม. เช่น การเป็น อสม. ดีเด่น อสม. เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
ด้านลักษณะงาน/ความรับผิดชอบ							
8	ท่านพึงพอใจกับลักษณะงานและขอบเขตความรับผิดชอบในฐานะ อสม.	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
9	งาน อสม. ทำให้ท่านได้ใช้ความรู้ความสามารถของตนเองอย่างเต็มที่	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน/ชุมชน							
10	ท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคนในชุมชน	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
11	ท่านได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนที่ดีจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคนในชุมชน	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้

ตาราง 13 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญคนที่			ผลรวม	IOC	แปลผล
		1	2	3			
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (ต่อ)							
ด้านสภาพในการทำงาน/นโยบายและการบริหารงาน/ความมั่นคงในงาน/วิธีปกครองบังคับบัญชา							
12	ท่านพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน อุปกรณ์ และเครื่องมือต่าง ๆ ที่ได้รับ	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
13	ท่านเห็นด้วยกับนโยบายและการบริหารงาน อสม. ของหน่วยงาน	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
14	ท่านมั่นใจในความมั่นคงของบทบาท อสม.	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
15	ท่านได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรมจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม							
1	ท่านได้รับการยกย่องชมเชยในการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
2	ท่านได้รับกำลังใจในการปฏิบัติงานจากครอบครัว	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
3	ท่านได้รับความร่วมมือและสนับสนุนการทำงานจากชุมชน ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
4	ผู้นำท้องถิ่น/เพื่อนร่วมงานได้มีการให้ข้อเสนอแนะ เพื่อช่วยให้การปฏิบัติงานของท่านประสบความสำเร็จ	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
5	ท่านได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร อุปกรณ์ เครื่องมือดิจิทัลและแอปพลิเคชันที่จำเป็นต่องานอสม. เช่น อินเทอร์เน็ต การติดตั้งแก้ไข แอปพลิเคชันต่าง ๆ	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้

ตาราง 13 (ต่อ)

ข้อ	ข้อคำถาม	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญคนที่			ผลรวม	IOC	แปลผล
		1	2	3			
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)							
6	ท่านได้รับความรู้ คำแนะนำ และ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องาน อสม. ผ่านช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ จาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้
ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล							
การเข้าถึงข้อมูล (Access)							
1	ท่านสามารถใช้คำค้นหาที่หลากหลาย เพื่อค้นหาข้อมูลสุขภาพจาก อินเทอร์เน็ตได้	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้ (ปรับปรุง ข้อคำถาม)
2	ท่านรู้จักแหล่งข้อมูลสุขภาพดิจิทัลที่ น่าเชื่อถือ (เช่น เว็บไซต์ของกรม ควบคุมโรค, แอปพลิเคชัน "หมอ พร้อม")	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้ (ปรับปรุง ข้อคำถาม)
3	ท่านสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจาก เว็บไซต์, แอปพลิเคชัน และโซเชียล มีเดีย (เช่น สมาร์ท อสม., โลกของ หน่วยงานสาธารณสุข, เพจเฟซบุ๊กที่ ให้ความรู้ด้านสุขภาพ) ได้อย่างสะดวก	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้ (ปรับปรุง ข้อคำถาม)
4	ท่านมั่นใจในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (เช่น สมาร์ทโฟน, แท็บเล็ต) เพื่อ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ หรือบันทึกข้อมูล รายงานสุขภาพ	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้ (ปรับปรุง ข้อคำถาม)
5	ท่านสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ ต้องการ (เช่น ข้อมูลการปฐมพยาบาล , วิธีการป้องกันโรค) ได้อย่างรวดเร็ว และแม่นยำ	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้ (ปรับปรุง ข้อคำถาม)

ตาราง 13 (ต่อ)

ข้อ	ข้อคำถาม	ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญคนที่			ผลรวม	IOC	แปลผล
		1	2	3			
ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (ต่อ)							
การเข้าใจข้อมูล (Understand)							
1	ท่านสามารถเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่นำเสนอในรูปแบบดิจิทัล (เช่น อินโฟกราฟิก, วิดีโอสั้น, บทความออนไลน์) ได้ง่าย	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้ (ปรับปรุงข้อคำถาม)
2	ท่านสามารถตีความข้อมูลสุขภาพจากกราฟ ตาราง และแผนภูมิ (เช่น สถิติการเกิดโรคในชุมชน, อัตราการตาย) ได้อย่างถูกต้อง	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้ (ปรับปรุงข้อคำถาม)
3	ท่านสามารถแยกแยะข้อมูลสุขภาพที่เป็นข้อเท็จจริง (เช่น ข้อมูลจากงานวิจัย, ข้อมูลจากหน่วยงานราชการ) ออกจากความคิดเห็นหรือโฆษณา (เช่น คำแนะนำจากผู้ไม่เชี่ยวชาญ, การขายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกินจริง) ได้	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้ (ปรับปรุงข้อคำถาม)
4	ท่านสามารถสรุปใจความสำคัญของข้อมูลสุขภาพที่ยาวและซับซ้อน (เช่น รายงานการวิจัย, แนวทางการรักษาโรค) ได้	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้ (ปรับปรุงข้อคำถาม)
5	ท่านเข้าใจศัพท์เทคนิคทางการแพทย์พื้นฐานที่ใช้ในข้อมูลสุขภาพดิจิทัล (เช่น BMI, NCDs, การตรวจคัดกรอง)	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้ (ปรับปรุงข้อคำถาม)

ตาราง 13 (ต่อ)

ข้อ	ข้อคำถาม	ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญคนที่			ผลรวม	IOC	แปลผล
		1	2	3			
ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (ต่อ)							
การประเมินข้อมูล (Evaluate)							
1	ท่านตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลสุขภาพดิจิทัล (เช่น เว็บไซต์, ชื่อผู้เขียน, วันที่เผยแพร่) ก่อนที่จะเชื่อถือเสมอ	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้ (ปรับปรุงข้อคำถาม)
2	ท่านพิจารณาความถูกต้อง ความเป็นปัจจุบัน และความเกี่ยวข้องของข้อมูลสุขภาพดิจิทัล (เช่น ข้อมูลแนวทางการรักษาของกระทรวงสาธารณสุข, ข้อมูลที่อัปเดต)	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้ (ปรับปรุงข้อคำถาม)
3	ท่านเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพจากหลายๆ แหล่ง (เช่น เว็บไซต์, แอปพลิเคชัน, หนังสือ) เพื่อยืนยันความถูกต้อง	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้ (ปรับปรุงข้อคำถาม)
4	ท่านสามารถระบุข้อมูลสุขภาพที่น่าสงสัยหรือไม่น่าเชื่อถือได้ (เช่น ข้อมูลที่ไม่มีแหล่งที่มา, ข้อมูลที่ขัดแย้งกัน)	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้ (ปรับปรุงข้อคำถาม)
5	ท่านสามารถประเมินคุณภาพของแอปพลิเคชันสุขภาพ (เช่น ความน่าเชื่อถือของผู้พัฒนา, ความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล) ก่อนที่จะใช้งาน	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้ (ปรับปรุงข้อคำถาม)

ตาราง 13 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความคำถาม	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญคนที่			ผลรวม	IOC	แปลผล
		1	2	3			
ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (ต่อ)							
การใช้ข้อมูล (Apply)							
1	ท่านใช้ข้อมูลและเครื่องมือดิจิทัล เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและจัดการโรคของตนเอง ครอบครัว และชุมชน (เช่น ให้คำแนะนำด้านโภชนาการ, วิธีการออกกำลังกาย, การป้องกันโรค)	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้ (ปรับปรุงข้อความคำถาม)
2	ท่านสามารถสื่อสารข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้กับผู้อื่นผ่านช่องทางดิจิทัล (เช่น ไลน์, เฟสบุ๊ก) ในการให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้ (ปรับปรุงข้อความคำถาม)
3	ท่านใช้ข้อมูลสุขภาพดิจิทัล (เช่น สถิติสุขภาพ, ความต้องการของชุมชน) ในการวางแผนและประเมินผลโครงการหรือกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้ (ปรับปรุงข้อความคำถาม)
4	ท่านระมัดระวังในการแชร์ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลทางออนไลน์ และปฏิบัติตามแนวทางการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้ (ปรับปรุงข้อความคำถาม)
5	ท่านใช้แอปพลิเคชันหรือระบบดิจิทัล (เช่น สมาร์ท อสม., ระบบรายงานโรคออนไลน์) เพื่อบันทึก รายงาน และติดตามข้อมูลสุขภาพของชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ	+1	+1	+1	3	1.00	ใช้ได้ (ปรับปรุงข้อความคำถาม)

ภาคผนวก จ

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



COE NO. 010/2568

IEC NO. HE67-094

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ (Factors Associated with Digital Health Literacy Among Village Health Volunteers in Phon Charoen District, Bueng Kan Province.)

หัวหน้าโครงการวิจัย : นายไพชยนต์ ชาจันดา

ผู้ร่วมโครงการวิจัย : ไม่มี

หน่วยงานต้นสังกัด : สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

เอกสารที่รับทราบ

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1. แบบขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2568 |
| 2. แบบฟอร์มโครงการวิจัย | ฉบับที่ 3 ลงวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2568 |
| 3. ประวัติผู้วิจัย/ผู้ร่วมวิจัย | ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 4 ธันวาคม 2567 |
| 4. แบบแจ้งผลประโยชน์ทับซ้อน | ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 4 ธันวาคม 2567 |
| 5. เอกสารชี้แจงอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2568 |
| 6. แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร (สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป) | ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 4 ธันวาคม 2567 |
| 7. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม | ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 4 ธันวาคม 2567 |

ได้ผ่านการรับทราบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร โดยยึดหลักพื้นฐานของหลักจริยธรรมการวิจัยสากล

รับทราบ ณ 25 กุมภาพันธ์ 2568

วันหมดอายุ 24 กุมภาพันธ์ 2569

สุภาวณี คุปตะบุตร

(นางสาวสุภาวณี คุปตะบุตร)

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ทั้งนี้ การรับทราบนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ชั้น 2 อาคารปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์วิจัย เทคโนโลยีและนวัตกรรม
มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เลขที่ 680 ถ.นิคม ต.ธาตุเชิงชุม อ.เมืองสกลนคร จ.สกลนคร รหัสไปรษณีย์ 47000 โทรศัพท์ 042-970-154

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล นายไพชยนต์ ชาจันดา
 วัน เดือน ปีเกิด 21 สิงหาคม 2529
 สถานที่อยู่ปัจจุบัน 12 หมู่ที่ 4 ตำบลน้ำจั้น อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ รหัสไปรษณีย์ 38150
 ตำแหน่งปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนหญ้านาง
 อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ 38180

ประวัติการศึกษา

พ.ศ.2548 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเหล่าคามพิทยาคมรัชมังคลาภิเษก
 อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ
 พ.ศ. 2552 ปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต (วท.บ.) สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน
 มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
 พ.ศ. 2554 ปริญญาตรี เศรษฐศาสตร์บัณฑิต (ศ.บ.) สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ธุรกิจ
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 พ.ศ.2568 ปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.)
 สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ประวัติการทำงาน

พ.ศ.2552 นักวิชาการสาธารณสุข
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนหญ้านาง
 อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ
 พ.ศ.2559 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนหญ้านาง
 อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ
 พ.ศ.2561 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนหญ้านาง
 อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ