

Received: 19 Jun. 2025, Revised: 7 Jul. 2025

Accepted: 13 Jul. 2025

## บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬไพชยนต์ ขำจันดา<sup>1</sup> ภูวลีธิ์ ภูลวรรณ<sup>2</sup> และกาญจนา วงษ์สวัสดิ์<sup>2\*</sup>

## บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional analytic research) เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. จำนวน 249 คน สุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติตรวจสอบสมมติฐาน ได้แก่ สถิติไคสแควร์, สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=80.20$ , S.D.=8.83) การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม.เกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=34.48$ , S.D.=5.53) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=63.14$ , S.D.=6.99) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=15.85$ , S.D.=1.78) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลอย่างมีนัยสำคัญ ( $\chi^2=15.138$ , df=3,  $p<0.05$ ) ส่วนรายได้มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ( $r_s=-0.125$ ,  $p<0.05$ ) ระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ( $r_s=0.129$ ,  $p<0.05$ ) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ( $r=0.395$ ,  $p<0.05$ ) การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. ( $r=0.412$ ,  $p<0.05$ ) และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ( $r=0.346$ ,  $p<0.05$ ) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล

ผลการศึกษานี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา ต่อยอดในการจัดโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลให้แก่ อสม. โดยเน้นทักษะการคิดวิเคราะห์ สร้างแรงจูงใจภายใน โดยการปฏิบัติจริงและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ เพื่อให้ อสม.มีความพร้อมและสามารถใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองและประชาชนได้อย่างเต็มศักยภาพ

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

<sup>1</sup>นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

<sup>2</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

\*Corresponding author E-mail: Kanjana\_v@snru.ac.th

*Review Article***Factors Associated with Digital Health Literacy Among Village Health Volunteers in Phon Charoen District, Bueng Kan Province**Paichayon Chajanda<sup>1</sup> Phoowasit Phoolawan<sup>2</sup> Kanjana Vongsawat<sup>2\*</sup>**Abstract**

This cross-sectional analytic research aimed to examine the level of digital health literacy and its associated factors among Village Health Volunteers (VHVs) in Phon Charoen District, Bueng Kan Province. A sample of 249 VHVs was selected through simple random sampling. Data were collected using a questionnaire and analyzed with descriptive statistics (frequency, mean, percentage, standard deviation, median, minimum, and maximum) and inferential statistics, including Chi-square tests, Pearson's correlation coefficient, and Spearman's rank correlation coefficient.

The findings revealed that the VHVs had a high overall level of digital health literacy ( $\bar{X}$  = 80.20, S.D. = 8.83). Their role perception regarding health digital technology was at a moderate level ( $\bar{X}$  = 34.48, S.D. = 5.53), while 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. A significant association between the frequency of digital technology use and the level of digital health literacy was found ( $\chi^2$  = 15.138, d.f. = 3,  $p < 0.05$ ). Income was negatively correlated with digital health literacy ( $r_s$  = -0.125,  $p < 0.05$ ), whereas duration of VHV experience showed a positive correlation ( $r_s$  = 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,  $p < 0.05$ ) were also positively correlated with digital health literacy.

The findings from this study can be utilized by relevant agencies to design and enhance digital health literacy enhancement programs for VHVs. These programs should focus on fostering analytical skills and intrinsic motivation through practical application and experiential learning, thereby empowering VHVs to fully utilize digital technology for promoting their own health and the well-being of the communities they serve.

**Keywords:** Digital Health Literacy, Village Health Volunteers

<sup>1</sup>Master of Public Health Program at Sakon Nakhon Rajabhat University.

<sup>2</sup> Assistant Professor. Health Science at Sakon Nakhon Rajabhat University.

\*Corresponding author E-mail: Kanjana\_v@snru.ac.th

## บทนำ

โลกยุคปัจจุบันกำลังเปลี่ยนผ่านสู่ยุคดิจิทัลอย่างรวดเร็ว อินเทอร์เน็ตได้กลายเป็นปัจจัยสำคัญ มีอิทธิพลต่อชีวิตประจำวัน ในทุกมิติ รายงาน Digital 2025 Thailand ระบุว่าผู้ใช้อินเทอร์เน็ตทั่วโลกมีจำนวนมหาศาล คิดเป็นร้อยละ 67.9 ของประชากรโลก ส่วนประเทศไทยมีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตสูงถึง ร้อยละ 91.2 ของประชากร โดยคนไทยใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ย 7 ชั่วโมง 54 นาทีต่อวัน สูงเป็นอันดับ 5 ของโลก กิจกรรมยอดนิยม ได้แก่ ค้นหาข้อมูล ติดตามข่าวสาร ดูหนัง รายการ วิดีโอ หาแรงบันดาลใจ และใช้เวลาว่างท่องโลกอินเทอร์เน็ต โดยสมาร์ทโฟนเป็นอุปกรณ์หลักที่ใช้เข้าถึงอินเทอร์เน็ต<sup>1</sup> การเข้าถึงอินเทอร์เน็ตที่แพร่หลายนี้ ส่งผลให้ทั้งภาครัฐและเอกชนต้องปรับตัว โดยเฉพาะภาครัฐมีการผลักดันนโยบายดิจิทัลเพื่อเสริมศักยภาพทุกภาคส่วน หนึ่งใน การนำอินเทอร์เน็ตมาใช้ประโยชน์คือด้านสุขภาพ รายงานผลสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย<sup>2</sup> ปี 2565 พบว่าประชาชนใช้ อินเทอร์เน็ตเพื่อรับบริการด้านสาธารณสุขมากขึ้น เช่น ค้นหาข้อมูลสุขภาพ ร้อยละ 75.99 ออกกำลังกาย ร้อยละ 34.05 ติดต่อกับแพทย์ ร้อยละ 22.63 และใช้บริการสุขภาพออนไลน์ร้อยละ 20.29 แนวคิด "สุขภาพดิจิทัล" (Digital Health) จึงเกิดขึ้น โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication Technology หรือ ICT) เพื่อส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลของกระทรวงสาธารณสุข<sup>3</sup> และวาระการพัฒนาที่ยั่งยืนปี 2030 (SDGs) โดยเฉพาะเป้าหมายการส่งเสริมโครงสร้างพื้นฐาน ICT ประเทศไทยมุ่งเน้นการพัฒนา "สุขภาพดิจิทัล" โดยนำเทคโนโลยีมาใช้ในระบบสุขภาพ เช่น ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การแพทย์ทางไกล, แอปพลิเคชันสุขภาพ, ให้ความรู้ด้านสุขภาพผ่านช่องทางดิจิทัล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ<sup>4</sup>

อสม. ถือเป็นกำลังสำคัญในระดับปฐมภูมิ ทำหน้าที่เป็นด่านหน้าในระบบสุขภาพ ใกล้ชิดกับชุมชน มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และให้บริการเบื้องต้น ปัจจุบันมีนโยบายพัฒนา อสม. 4.0 ให้มีความสามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัล มีจิตอาสา มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในยุคดิจิทัล และเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง<sup>5</sup> โดยในปีงบประมาณ 2567 ได้กำหนดตัวชี้วัดว่า อสม.ต้องมีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล<sup>6</sup> มากกว่าร้อยละ 75 โดยใช้แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. เป็นเครื่องในการปฏิบัติงานและรายงานผล เช่น บันทึกเฝ้าระวังสุขภาพตนเอง การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและติดตามการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ผลการดำเนินงานของ อสม.เขตสุขภาพที่ 8 เท่ากับร้อยละ 77.05 ผลการดำเนินงานของจังหวัดบึงกาฬ เท่ากับร้อยละ 71.64 ส่วนการดำเนินงานของ อสม.อำเภอพรเจริญ เท่ากับร้อยละ 71.06 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด แม้ผลการดำเนินงานของ อสม. อำเภอพรเจริญจะแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่ร้อยละ 71.06 จากเป้าหมายร้อยละ 75 แต่จากข้อมูลการตรวจสุขภาพตนเองของ อสม. ผ่านแอปพลิเคชัน "สมาร์ต อสม." กลับพบปัญหาสุขภาพของตนเองที่น่าเป็นห่วง โดย พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 71.23 มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน พบภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.71 และระดับน้ำตาลปลายนิ้วอยู่ในระดับเสี่ยงถึงสงสัยป่วยร้อยละ 33.48 สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญ คือ แม้อสม. จะมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการให้บริการ แต่กลับไม่สามารถนำความรู้และข้อมูลทางสุขภาพมาประยุกต์ใช้เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลที่ยังไม่เพียงพอ รวมถึงการขาดทักษะในการประเมิน วิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน

งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลที่ผ่านมา พบว่าแบ่งปัจจัยออกเป็นหลายระดับตามโมเดล นิเวศวิทยาสังคม (Social Ecological Model) ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และระดับ

นโยบายสาธารณะ การนำโมเดลนี้มาใช้ช่วยศึกษาเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยทำให้เข้าใจได้ว่า ปัจจัยหลายระดับสามารถมีผลต่อความรอบรู้และการปฏิบัติงานของ อสม.ได้อย่างไร เช่น ฉลองรัฐ ทองกันทา<sup>7</sup> ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยุค 4.0 พบว่าปัจจัยระดับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา และระยะเวลาการเป็น อสม.สัมพันธ์กับทักษะความเข้าใจและการใช้เทคโนโลยี พรรคณีย์ บุญมั่น<sup>8</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยระดับระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. และณัฐพงศ์ คำนำ<sup>9</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพตามนโยบายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4.0 พบว่า ความผูกพันองค์กรเป็นปัจจัยระดับองค์กรที่เกี่ยวข้อง ส่วนการศึกษาที่เฉพาะในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลมีการศึกษาส่วนมากในกลุ่มของประชาชน ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ พยาบาล นักศึกษาพยาบาลปริญญาตรี นักสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพ แต่การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลในกลุ่มของ อสม.ยังมีจำกัดอยู่ ทำให้ไม่ทราบปัจจัยที่แน่ชัดที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. สอดคล้องกับผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของ อสม.ในการมีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของกระทรวงสาธารณสุข ที่ยังไม่ครอบคลุมประชาชนที่อสม.ต้องดูแล การศึกษาและพัฒนาความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. จะช่วยให้ อสม.สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีและใช้ประโยชน์จากข้อมูลและเครื่องมือต่างๆ ที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้การให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนมีคุณภาพดีขึ้น และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนและส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบสุขภาพจึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน

### วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional analytic research)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 7 ตำบล รวมทั้งสิ้น 702 คน<sup>6</sup> การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน จากสูตรการหาขนาดตัวอย่างของแดเนียล<sup>10</sup> ดังนี้

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

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้

N = ขนาดของประชากร (702 คน)

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

$\sigma$  = ค่าความแปรปรวน ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของ ทรรศนีย์ บุญมั่น<sup>๑</sup> โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 113.88 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.05

$d$  = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ ร้อยละ 10 ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนั้นค่าความคลาดเคลื่อนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 1.505

$$\text{Alpha } (\alpha) = 0.05$$

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

$$n = 249 \text{ คน}$$

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร เท่ากับ 249 คน

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 249 คน แล้วกำหนดขนาดตัวอย่างของแต่ละตำบลตามสัดส่วนประชากร ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มตามรายชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละตำบลจนได้ตัวอย่างครบทุกรายตำบล และมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ดังนี้ 1) เป็นอสม. ในอำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ ที่มีรายชื่ออยู่ในระบบสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ 2567 2) เป็นอสม. ที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี และเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างย้ายไปอาศัยนอกพื้นที่อำเภอพรเจริญก่อนการวิจัยเสร็จสิ้น หรือลาออกจากการเป็นอสม. ในช่วงระหว่างการศึกษาเก็บข้อมูลวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามจำนวน 4 ส่วน โดยส่วนที่ 1-3 สร้างขึ้นโดยศึกษาจากตำราเอกสาร บทความวิชาการ โดยศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำการศึกษา มีเนื้อหาในแบบสอบถาม ดังนี้

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 1) การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. ข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม.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 โดยใช้เกณฑ์ของบลูม<sup>11</sup> แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ร้อยละ 80 ขึ้นไป (36.00–45.00 คะแนน) การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60–79 (27.00–35.99 คะแนน) การรับรู้บทบาทหน้าที่อสม. อยู่ในระดับปานกลาง น้อยกว่าร้อยละ 60 (9.00–26.99 คะแนน) การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. อยู่ในระดับต่ำ 2) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นในการมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

จำนวน 15 ข้อ แปลความหมายคะแนนรวมแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์<sup>12</sup> แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 55.01–75.00 คะแนน หมายถึง การมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับสูง 35.01–55.00 คะแนน หมายถึง การมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับปานกลาง 15.00–35.00 คะแนน หมายถึง การมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับต่ำ 3) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานของ อสม. จำนวน 6 ข้อ แปลความหมายคะแนนรวมการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์<sup>12</sup> แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 14.01–18.00 คะแนน หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง 10.01–14.00 คะแนน หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง 6.00–10.00 คะแนน หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ประยุกต์ใช้ตามกรมอนามัย ซึ่งแปลมาจาก e-health literacy scale<sup>13</sup> ของนอร์แมนและสกินเนอร์ ปรับปรุงให้เหมาะสมกับบทบาท อสม. ประกอบด้วย 4 ด้านๆละ 5 ข้อ รวมมีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็น แบบชนิดให้เลือกตอบ ประมาณค่า (rating scale) 5 ลำดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ลังเล เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง ระดับคะแนนเป็น 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ แบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลเป็น 3 ระดับ<sup>13</sup> แปลผลความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลภาพรวมและรายด้าน ดังนี้ ร้อยละ 75 ขึ้นไป หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลระดับสูง ร้อยละ 50-74 หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลระดับปานกลาง น้อยกว่าร้อยละ 50 หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลระดับต่ำ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดที่ได้พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1)ผู้เชี่ยวชาญด้านบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานอสม. 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาวิจัย มีค่า IOC ของข้อคำถามส่วนที่1-4 ในแต่ละข้อมี ค่า 0.67 ขึ้นไป ซึ่งยอมรับได้<sup>14</sup> และมีการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดสอบ (Try out) จำนวน 30 ชุด ในกลุ่ม อสม. ตำบลท่าเสา อําเภอเขกา จังหวัดบึงกาฬ ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับ อสม.ที่เป็นตัวอย่างในการวิจัย และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ของแบบสอบถามแต่ละส่วน โดยแบบสอบถามแต่ละส่วนมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้<sup>14</sup> คือ 1) การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. เท่ากับ 0.891 2) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เท่ากับ 0.929 3) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.842 และ 4) ความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล เท่ากับ 0.970

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรเจริญ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย จากนั้นได้ประสานงานกับ อสม. เพื่อชี้แจงและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ซึ่งงานวิจัยนี้จัดเก็บข้อมูลในช่วงเดือน มีนาคม 2568 โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, มัธยฐาน, ค่าสูงสุด-ต่ำสุด) สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยต่างๆ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ก็กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. มีการทดสอบการกระจายข้อมูลของตัวแปรเชิงปริมาณ และวิเคราะห์ด้วย Chi-square, Pearson's correlation และ Spearman's correlation โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 แปลผลระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยที่ศึกษากับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ใช้เกณฑ์ 5 ระดับ จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ซึ่งมีค่าระหว่าง -1 ถึง +1 ตามเกณฑ์ของ เฮเกิล<sup>15</sup> 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 และ  $r = \pm 0.91$  ถึง  $1.00$  หมายถึง มีความสัมพันธ์กันสูงมาก

## จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2568 เลขที่ IEC NO. HE 67-094

## ผลการวิจัย

### 1. ลักษณะทางประชากร

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.7 โดยมีช่วงอายุระหว่าง 50 -59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 51.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากจบระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 42.6 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 74.7 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 78.3 โดยมีรายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระหว่าง 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 65.9 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.3 มีดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับอ้วน ร้อยละ 73.5 และมีระยะเวลาในการทำงานเป็น อสม. ส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 11-20 ปี ร้อยละ 31.7

### 2. การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ไลน์ สมาร์ท อสม. หมอพร้อม เฟสบุ๊ก ภูเก็ต โซเชียลมีเดียต่างๆ เป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 57.0 และส่วนใหญ่เคยเข้าร่วมการอบรมการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อเพิ่มทักษะและความรู้เกี่ยวกับการใช้งานอุปกรณ์ดิจิทัลหรือแอปพลิเคชันต่างๆที่ใช้ในงานหรือชีวิตประจำวัน ร้อยละ 84.7

### 3. การปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

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

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. เกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ เช่น การใช้แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. การสื่อสารผ่านระบบออนไลน์ การแพทย์ทางไกล ระบบรายงานโรคออนไลน์ อยู่ในระดับปานกลางมาก

ที่สุด ร้อยละ 43.4 มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 87.6 และมีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 78.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกเป็นรายด้าน (n= 249)

การปฏิบัติงานเป็น อสม.	จำนวน (ร้อยละ)			: (S.D.)
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ	
การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม.เกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล	72 (28.9)	108 (43.4)	69 (27.7)	34.48 (5.53)
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	218 (87.6)	31 (12.4)	0 (0.0)	63.14 (6.99)
แรงสนับสนุนทางสังคม	195 (78.3)	52 (20.9)	2 (0.8)	15.85 (1.78)

#### 4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล (Access), การเข้าใจข้อมูล (Understand), การประเมินข้อมูล (Evaluate) และการใช้ข้อมูล (Apply)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลด้านการใช้ข้อมูลสูงที่สุด ( $\bar{x}$  =20.94, S.D.=2.38) รองลงมาคือด้านการเข้าถึงข้อมูล ( $\bar{x}$  =20.79, S.D.=3.01) ส่วนด้านที่ต่ำที่สุด คือ ด้านการเข้าใจข้อมูล ( $\bar{x}$  =18.92, S.D.=2.95) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนมากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 77.5 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ จำแนกเป็นรายด้าน (n= 249)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล	จำนวน (ร้อยละ)			: (S.D.)
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ	
การเข้าถึงข้อมูล	217 (87.1)	28 (11.2)	4 (1.6)	20.79 (3.01)
การเข้าใจข้อมูล	140 (56.2)	105 (42.2)	4 (1.6)	18.92 (2.95)
การประเมินข้อมูล	180 (72.3)	67 (26.9)	2 (0.8)	19.53 (2.63)
การใช้ข้อมูล	215 (86.3)	34 (13.7)	0 (0.0)	20.94 (2.38)
รวม	193 (77.5)	56 (22.5)	0 (0.0)	80.20 (8.83)

#### 5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้วิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

5.1 ใช้ค่าสถิติ ไค-สแควร์ (Chi-Square Test:  $\chi^2$  test) ในกรณีที่ตัวแปรต้น เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ และตัวแปรตาม เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเชิงคุณภาพ กับระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ (n = 249)

ปัจจัย	ระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล		$\chi^2$	P-Value
	จำนวน(ร้อยละ)			
	ปานกลาง	สูง		
<b>เพศ</b>				
ชาย	13 (20.6)	50 (79.4)	0.166	0.683
หญิง	43 (23.1)	143 (76.9)		
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ประถมศึกษา	28 (26.4)	78 (73.6)	1.852	0.396
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	25 (19.1)	106 (80.9)		
อนุปริญญา/ปวส.ขึ้นไป	3 (25.0)	9 (75.0)		
<b>อาชีพ</b>				
เกษตรกร/รับจ้าง	48 (23.1)	160 (76.9)	0.944	0.624
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/พนักงานรัฐ/อื่นๆ	4 (15.4)	22 (84.6)		
ว่างงาน	4 (26.7)	11 (73.3)		
<b>ความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล</b>				
ใช้ประจำ	26 (18.3)	116 (81.7)	15.138	0.002*
ใช้บ่อย	8 (21.1)	30 (78.9)		
ใช้บ้าง	11 (57.9)	39 (78.0)		
ไม่ค่อยได้ใช้	11 (57.9)	8 (42.1)		
<b>ประสบการณ์การเข้าร่วมฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล</b>				
เคยเข้าร่วม	45 (21.3)	166 (78.7)	1.073	0.398
ไม่เคยเข้าร่วม	11 (28.9)	27 (71.1)		

\* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้วยสถิติไค-สแควร์ พบว่า ความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัจจัยที่ยังไม่พบนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์การเข้าร่วมฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล

5.2 ใช้ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ในกรณี  
ที่ตัวแปรต้นเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ และตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ มีการแจกแจงปกติ และใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์  
แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient หรือ Spearman's rho) ในกรณีที่ตัวแปรต้นเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ  
และตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ มีการแจกแจงไม่ปกติ

ผลการศึกษาพบว่า เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ สเปียร์แมน (Spearman  
rank correlation coefficient) พบว่า ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ รายได้ ( $r_s = -0.125$ , P-value 0.048) ที่มีความสัมพันธ์เชิงลบใน  
ระดับต่ำมาก<sup>15</sup>ต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระยะเวลาการเป็น อสม.  
( $r_s = 0.129$ , P-value 0.042) ที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำมาก<sup>15</sup>ต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. อย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน(Pearson's Product  
Moment Correlation Coefficient) ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ( $r = 0.395$ , P-value <0.001)  
มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ<sup>15</sup>ต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ  
ปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. ( $r = 0.412$ , P-value <0.001) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ<sup>15</sup> ต่อ  
ระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ( $r = 0.346$ , P-  
value <0.001) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ<sup>15</sup>ต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  
ระดับ 0.05 และปัจจัยที่ยังไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ต่อความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ได้แก่ อายุ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเชิงปริมาณ กับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ (n = 249)

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

\*p ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

a = Spearman's rho

## สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

### 1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 80.00$ , S.D. = 8.83) ซึ่งบ่งชี้ว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพผ่านช่องทางดิจิทัลเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้เป็นอย่างดี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้นที่พบว่าบุคลากรสาธารณสุข รวมถึง อสม. มีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ด้านดิจิทัลในระดับปานกลางถึงสูง<sup>16-17-18</sup> ความรอบรู้ด้านดิจิทัลที่สูงนี้อาจเป็นผลมาจากหลายปัจจัย เช่น นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล พ.ศ. 2564-2568 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาาระบบสุขภาพดิจิทัลและการเพิ่มขีดความสามารถด้านดิจิทัลของบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ รวมไปถึง อสม. ด้วย นอกจากนี้ การที่ อสม. ได้รับการจัดอบรมและพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 8.83 บ่งชี้ว่ายังมีความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. อยู่บ้าง ซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการพัฒนาและส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลให้กับ อสม. โดยเฉพาะประเด็นสำคัญที่พบคือ ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลของ อสม. ในการสรุปใจความสำคัญของข้อมูลสุขภาพที่ยาว และซับซ้อนได้น้อยที่สุดสถานการณ์นี้ชี้ให้เห็นถึงช่องว่างในทักษะการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลของ อสม. แม้จะเข้าใจข้อมูลพื้นฐานหรือศัพท์เทคนิคได้ดี แต่เมื่อเผชิญกับข้อมูลปริมาณมากและมีความซับซ้อน เช่น รายงานวิจัย หรือแนวปฏิบัติฉบับเต็ม อาจประสบปัญหาในการจับประเด็นหลักและนำไปใช้ประโยชน์ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากพื้นฐานทางการศึกษาและรูปแบบการรับข้อมูลที่มักผ่านการย่อยสรุปมาแล้ว การขาดทักษะนี้อาจนำไปสู่การตีความข้อมูลที่คลาดเคลื่อนและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ดังนั้น การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. จึงจำเป็นต้องพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ควบคู่ไปด้วย โดยเน้นการฝึกวิเคราะห์และสรุปความจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย เพื่อให้ อสม. สามารถเป็นผู้ใช้ข้อมูลที่ชาญฉลาดและเป็นกำลังสำคัญในการยกระดับสุขภาพของชุมชนได้อย่างแท้จริง

### 2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ

ปัจจัยระดับบุคคล พบว่า รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. และความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน อายุ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. รายละเอียดดังนี้ 1) รายได้ ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบเล็กน้อยระหว่างรายได้กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ( $r = -0.125$ ,  $p < 0.05$ ) โดย อสม. รายได้น้อยมีแนวโน้มมีความรอบรู้สูงกว่าเล็กน้อย ซึ่งอาจเป็นเพราะ อสม. รายได้น้อยมีแรงจูงใจใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เนื่องจากเข้าถึงได้ฟรี ราคาถูกกว่าบริการแบบเดิม เช่น การเดินทางไปโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์นี้มีขนาดเล็กมาก แสดงว่ารายได้มีอิทธิพลน้อย และอาจมีปัจจัยสำคัญอื่นๆ มากกว่า<sup>8-19</sup> เช่น ระดับการศึกษา และความถี่ในการใช้เทคโนโลยี 2) ระยะเวลาการเป็น

อสม. พบความสัมพันธ์เชิงบวกเล็กน้อยระหว่างระยะเวลาการเป็น อสม. กับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ( $r = 0.129, p < 0.05$ ) สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่านักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติงานกว่า มีทักษะในการใช้ระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ดีกว่า<sup>19</sup> แม้อสม. ที่ทำงานนานกว่าอาจมีความรอบรู้สูงกว่าเล็กน้อย แต่ความสัมพันธ์นี้มีขนาดเล็กมาก แสดงว่าประสบการณ์การทำงานเป็น อสม. เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล 3) ความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล พบมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดย อสม. ที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลบ่อย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลสูงกว่า<sup>9-17</sup> เนื่องจากความคุ้นเคยกับเครื่องมือและฟังก์ชันต่างๆ ทักษะการค้นหาและประเมินข้อมูล<sup>19</sup> และการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ การใช้เทคโนโลยีบ่อยยังเป็นโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง<sup>20</sup> ซึ่งสำคัญในยุคดิจิทัล 4) อายุ ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Rangnow<sup>21</sup> และคณะ และ ทรรคณีย์ บุญมั่น<sup>8</sup> ผลลัพธ์นี้อาจสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการอบรมและการสนับสนุนที่ช่วยลดช่องว่างทางดิจิทัลระหว่างวัย รวมถึงแรงจูงใจและความมุ่งมั่นในการเรียนรู้ของ อสม. ทุกช่วงวัย แม้ว่าผลการวิจัยนี้จะแตกต่างจากงานวิจัยบางชิ้นที่พบว่าคนรุ่นใหม่มีความรอบรู้ด้านดิจิทัลสูงกว่าผู้สูงอายุ<sup>22-23</sup> แต่ความแตกต่างนี้อาจเนื่องมาจากบริบทของ อสม. ที่ได้รับการอบรมและการเข้าถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การที่ อสม. มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพในชุมชน<sup>5</sup> ทำให้ อสม. ทุกช่วงวัยมีความจำเป็นต้องเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านดิจิทัล ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญตามอายุ

**ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล** พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้และบ่งชี้ว่า อสม. ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง มีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลสูงกว่า อสม. ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย<sup>8-9</sup> เช่น การได้รับคำแนะนำจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน หรือการยอมรับจากชุมชน<sup>24</sup> ซึ่งเสริมสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจในการใช้เทคโนโลยี

**ปัจจัยระดับองค์กร** พบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 1) การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. โดย อสม. ที่ตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการใช้เทคโนโลยีเพื่อสุขภาพ มีแนวโน้มมีความรอบรู้ด้านนี้สูงกว่า<sup>8-25</sup> เช่น การใช้สื่อออนไลน์ให้ความรู้ประชาชน ซึ่งเสริมสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจในการพัฒนาทักษะดิจิทัล 2) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้และแสดงให้เห็นว่า อสม. ที่มีแรงจูงใจในการทำงานสูง มีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลสูงกว่า อสม. ที่มีแรงจูงใจในการทำงานน้อยกว่า ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับแรงจูงใจ ที่ว่าแรงจูงใจเป็นแรงผลักดันภายในที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมที่มุ่งสู่เป้าหมาย<sup>26</sup> ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล โดย อสม. ที่มีแรงจูงใจในการทำงานสูง มักจะมีความพึงพอใจในการทำงาน มีความผูกพันกับบทบาทหน้าที่ของตนเอง และมีความตั้งใจที่จะพัฒนาตนเอง รวมถึงการพัฒนาทักษะด้านดิจิทัล เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อชุมชน



8. ทรศนีย์ บุญมั่น. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
9. ณัฐพงศ์ คำนา. ปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพตามนโยบายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4.0 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลศรีดอนชัย อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย [วิทยานิพนธ์]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2565.
10. Daniel WW. Biostatistics: a foundation of analysis in the health sciences. 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995.
11. Bloom BS. Taxonomy of education. New York: David McKay Company; 1975.
12. Best J. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
13. Norman CD, Skinner HA. eHEALS: the eHealth Literacy Scale. J Med Internet Res. 2006;8(4):e27.
14. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น; 2553.
15. Hinkle DE, Wierma W, Jurs SG. Applied statistics for the behavioral sciences. 2nd ed. Boston: Houghton Mifflin Company; 1988.
16. สโมสร ช. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2566;6(3):189-200.
17. ครุทางคะ ภ. การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 31 ม.ค. 2567];15(2):151-64. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/download/258089/177693/>
18. Tegegne M, Tilahun B, Mamuye A, Kerie H, Nurhussien F, Zemen E, et al. Digital literacy level and associated factors among health professionals in a referral and teaching hospital: an implication for future digital health systems implementation. Front Public Health. 2023;11:1130894.
19. จุไรรัตน์ ด, และคณะ. ปัจจัยทำนายการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2560;11(1):235-48.
20. Lee J, Tak S. Factors associated with eHealth literacy focusing on digital literacy components: a cross-sectional study of middle-aged adults in South Korea. Digit Health. 2022;8.
21. Rangnow P, Fischer L, Hartmann A, Renninger D, Stauch L, Okan O, et al. Digital health literacy among primary and secondary school teachers—a quantitative study. Front Public Health [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 10];12:1334263. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1334263>
22. Ren W, Zhu X. The age-based digital divides in China: trends and socioeconomic differentials (2010–2020). Telecommunications Policy. 2024;48(1):102716.
23. Shi Y, Zhang J, Chen B. In the digital age: a systematic literature review of the e-health literacy and influencing factors among Chinese older adults. Z Gesundh Wiss. 2021;31:679-87.

24. Estacio E, Whittle R, Protheroe J. The digital divide: examining socio-demographic factors associated with health literacy, access and use of internet to seek health information. *J Health Psychol.* 2019;24(12):1668-75.
25. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control.* New York: W.H. Freeman; 1997.
26. Hellriegel D, Woodman RW. *Organization behavior.* 9th ed. Cincinnati: South-Western College Publishing; 2001