

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระทรวงสาธารณสุขได้นำกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นนโยบายหลักในการพัฒนา  
งานสาธารณสุข เริ่มดำเนินการเป็นครั้งแรกในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524)  
เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข  
เป็นผู้ให้การสนับสนุน มีผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
(อสม.) ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดความรู้จากเจ้าหน้าที่ไปสู่ประชาชน เพื่อให้ประชาชน  
มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยกำหนดให้ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) 1 คน  
รับผิดชอบ ดูแล 8-15 หลังคาเรือน และให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 1 คน  
ต่อหมู่บ้าน ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) มีการพัฒนาและขยาย  
การดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจนครอบคลุมครบร้อยละเก้าสิบ ศูนย์ ตลอดจนขยายการดำเนินงานเข้าไป  
ในเขตเมือง โดยเฉพาะในชุมชนแออัด ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534)  
ให้ความสำคัญกับเรื่องคุณภาพมากขึ้น ได้มีการอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อส่งเสริมและขยายโอกาสการมีส่วนร่วมของประชาชน  
ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้เกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานในทุกหมู่บ้านและชุมชนทั้งเขตชนบท  
และเขตเมืองตลอดจนพื้นที่เฉพาะ ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539)  
การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานมีการปรับเปลี่ยนโดยการยกระดับให้มีอาสาสมัครประเภท  
เดียวคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการส่งเสริมให้ทุกหมู่บ้าน ชุมชน จัดตั้ง  
ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เพื่อให้เป็นศูนย์กลางของการพบปะหารือ และจัดบริการต่าง ๆ  
ให้แก่ประชาชน เป็นการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทที่เป็น  
รูปธรรมมากขึ้น และช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544)  
เป็นแผนพัฒนาที่ให้ความสำคัญเรื่องคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา เน้นการกระจายอำนาจ  
เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนามากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ปรับเปลี่ยน  
แนวทางของการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้สอดคล้องกับการพัฒนา  
ประเทศด้วยการขยายบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เข้ามามี  
ส่วนร่วมในการพัฒนาด้านอื่น ๆ ของชุมชนมากขึ้น เพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถพัฒนาตนเอง  
ให้มีความเจริญก้าวหน้าได้อย่างยั่งยืน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2542, หน้า 5 - 6)

ต่อมาในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) ผลจากการปรับโครงสร้างการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ได้ถูกปรับเปลี่ยนเป็นกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน สังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาศักยภาพส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลการปรับเปลี่ยนโครงสร้างได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิด การทำงานสาธารณสุขมูลฐานร่วมไปด้วย เน้นการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นมากขึ้น มีผลทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำเป็นต้องทำงานด้วยตนเองมากขึ้น จากเดิมกระบวนการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะมีความเกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและได้รับการอบรมให้ความรู้เบื้องต้นในการทำงาน การจัดกิจกรรมต่าง ๆ การได้รับนิเทศตรวจเยี่ยม การรับงบประมาณสนับสนุนการทำงาน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550, หน้า 124 - 125)

แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554) ได้มีการส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั่วประเทศให้ทำงานเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่นและชุมชน ซึ่งในงานดังกล่าวนี้ได้มีมาควบคู่กับงานสาธารณสุขมูลฐานที่ได้รับการถ่ายทอดสืบมาในการประชุมการส่งเสริมสุขภาพนานาชาติครั้งแรกที่กรุงฮอนกอนกอน ประเทศแคนาดา เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2539 และมีกฎบัตรฮอนกอนกอน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) ช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 10 นี้กระทรวงสาธารณสุขได้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาแสดงตนเพื่อยืนยันสถานภาพ พบว่ามีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวนทั้งสิ้น 987,019 คน และได้กำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้แก่ การส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั่วประเทศให้ปฏิบัติงานเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่นและชุมชน การดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและการเฝ้าระวังโรคในชุมชน โดยจัดสวัสดิการค่าตอบแทนให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อสร้างแรงจูงใจหนุนเสริมให้ทำงานได้อย่างคล่องแคล่วและมีประสิทธิภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2553, หน้า 14 - 19)

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) เพื่อการสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) เป็นเรื่องของคนทุกคนทุกภาคส่วนจะต้องช่วยกัน จึงได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีสุขภาพในการสร้างสุขภาพโดยการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนและเครือข่ายสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้สามารถนำแนวคิดและประสานการทำงานด้านสุขภาพเชิงรุกในพื้นที่ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2555, หน้า 28) จึงเห็นได้ว่าตลอดระยะเวลาที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน (อสม.) เรื่อยมาเพื่อเป็นการเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถและทักษะในด้านสุขภาพอนามัย การดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวและการถ่ายทอดความรู้ไปสู่ผู้อื่น ย่อมจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สามารถนำความรู้ทักษะที่มีอยู่ไปสู่ครอบครัวที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดูแลรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่าการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 70 มีผลงานอยู่ในระดับต่ำ (นันทมน เจียบแหลม, 2544, หน้า 93) การมีจิตสำนึกต่อการให้คุณค่าการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีความภาคภูมิใจแต่ยังยึดติดกับผลประโยชน์และสิ่งตอบแทนที่จะได้รับ ขาดการรับรู้ปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน ความสัมพันธ์ระหว่างจิตสำนึกต่อแนวคิดและหลักการสาธารณสุขมูลฐาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (สุพจน์ จิตสงวนสุข, 2544, หน้า 144) การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไม่ได้ปฏิบัติตามหน้าที่เนื่องจากปัญหาของการไม่ได้รับความร่วมมือจากประชมชน ประชาชนไม่ค่อยมีเวลา (ประภา วุฒิจุล, 2548, หน้า 95-96) จากการศึกษาประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใน 6 ด้านคือ ความรู้ ทักษะความสามารถ บทบาทการทำงาน กระบวนการทำงาน วิธีคิดการทำงาน และขีดความสามารถในงาน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีความรู้พื้นฐานค่อนข้างดี ทักษะและความสามารถการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีค่อนข้างน้อย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550, หน้า 32-54) นอกจากนั้นยังพบว่าคุณลักษณะความเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยังมีน้อย เช่น ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง การแสดงออกและเสนอความคิดเห็น รวมทั้งการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจ (ทัศนพร ชุศักดิ์, 2554, หน้า 150) ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะมีผลต่อการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นั้นแตกต่างจากการทำงานของบุคคลทั่วไป เพราะเป็นการทำงานโดยระบบอาสาสมัคร ไม่มีเงินเดือนไม่มีการเลื่อนขั้น ไม่มีการกำหนดชั่วโมงการทำงาน ไม่มีผู้บังคับบัญชาโดยตรงที่สามารถให้คุณให้โทษใด ๆ การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบส่วนบุคคลและสำนึกในบทบาทหน้าที่พลเมืองดี ทำงานเพื่อส่วนรวมตามความรู้ความสามารถที่ได้รับการอบรม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องจะหาข้อมูลต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกระตุ้นการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อจะได้มีแนวทางในการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เต็มใจที่จะทำงานตามบทบาทหน้าที่ต่อไปอย่างเต็มความสามารถ การทำงานของบุคคลย่อมต้องมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง การที่คนจะทำงานได้ดีต่อเนื่องและประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใดนั้นต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการทำงานตามบทบาทหน้าที่

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก็เช่นกันการที่มีการทำงานที่แตกต่างกันไปอาจเกิดจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีปัจจัยหรือแรงจูงใจในการทำหน้าที่แตกต่างกัน จึงน่าจะได้ศึกษาให้ชัดเจนในปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ความผูกพันในงานเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะมีส่วนช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำงานได้บรรลุความสำเร็จได้ง่ายขึ้นและเป็นตัวกระตุ้นให้ดำรงบทบาทในการทำงานได้อย่างมีความสุข (วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์, 2551, หน้า 61 - 62) บุคคลที่รู้สึกผูกพันกับงานที่ตนเองทำนั้นส่วนใหญ่เกิดจากการถ่ายทอดทางสังคมเกี่ยวกับการงานนั้น ความผูกพันในงานในที่นี้จึงหมายถึงความรู้สึกคุ้นเคยและรับรู้ถึงความสำคัญของงานนั้น (Loscocco, 1988) แนวความคิดเกี่ยวกับความผูกพันในงานมีการขยายแนวความคิดมาจากนักวิจัยและนักวิชาการ โดยพูดถึงความผูกพันในองค์กร กลุ่มงาน อาชีพ และภาระหน้าที่เกี่ยวกับงาน (Cohen, 1999, 2000, Marrow, 1993; Randall & Cote, 1991) ซึ่งความผูกพันในงานได้แบ่งออกเป็น 4 มิติ ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับงาน (Work Values) ความทุ่มเทในงาน (Job Involvement) ความผูกพันในองค์กร (Organization Commitment) และความผูกพันในอาชีพ (Career Commitment) สำหรับแรงจูงใจตามแนวคิดของ Herzberg เป็นที่ยอมรับกันทั่วไป โดยเน้นถึงความต้องการ 2 อย่างในการทำงานคือความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงจากความไม่พอใจในสภาพแวดล้อมของการทำงานเรียกปัจจัยเหล่านี้ว่าองค์ประกอบเสริม (Hygiene Factors) และความต้องการที่จะใช้ความสามารถของคนทำงานและความต้องการความก้าวหน้า เรียกปัจจัยเหล่านี้ว่าองค์ประกอบที่จูงใจ (Motivation Factors)

จากการศึกษาข้อมูลบนฐานข้อมูล ThaiLis มหาวิทยาลัยบูรพา การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นั้นยังมีน้อย และโดยเฉพาะยังไม่พบการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่แยกเป็นพหุระดับ คือ ปัจจัยระดับบุคคลและระดับหน่วยงาน ดังนั้นการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและจำเป็นในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยมีปัจจัย 2 ระดับ คือ ระดับบุคคลและระดับหน่วยงาน และใช้แนวคิดทฤษฎีของกิบสัน ไอเวนชีวิชและ โนเนลลี (Gibson, Ivancevich & Donelly, 1979, p. 27) ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสิทธิผลการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของบุคคลในหน่วยงาน การศึกษาในเรื่องดังกล่าวจะทำให้ได้ข้อค้นพบที่นับว่าเป็นองค์ความรู้ใหม่

งานวิจัยส่วนใหญ่ที่ศึกษาเกี่ยวกับการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นั้นไม่ได้คำนึงถึงสภาพความเป็นจริงของหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีความสัมพันธ์กันในรูปแบบเป็นระดับคลล้นกัน เช่น ระดับบุคคล ระดับหน่วยงาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะมีความสัมพันธ์กันในแต่ละหมู่บ้านที่มีลักษณะของหมู่บ้านที่แตกต่างกันและเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของแต่ละหน่วยงานย่อมได้รับอิทธิพลที่แตกต่างกันจากผู้รับผิดชอบดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ย่อมมีผลต่อการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การวิเคราะห์ข้อมูลระดับเดียว (Single Level) ที่ทำอยู่ส่วนมากจึงไม่สามารถให้ผลสรุปที่ถูกต้อง ในขณะที่การวิเคราะห์ข้อมูลพหุระดับ (Multi Level) จะไม่ละเลยโครงสร้างของระดับข้อมูล ผลที่ตามมาคือจะไม่เกิดความผิดพลาดในการสรุปผลระหว่างระดับ (Aggregation Bias) ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่มีประเด็นที่น่าสังเกตสองประเด็นคือประการที่หนึ่งมิได้คำนึงถึงสภาพความเป็นจริงของหน่วยงานที่มีความสัมพันธ์กันเป็นระดับชั้นคลล้นกัน เช่น หน่วยงานในระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ดูแลรับผิดชอบการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก็จะมี ความสัมพันธ์กันตั้งแต่ระดับบุคคลที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และระดับ หน่วยงานที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่ในความรับผิดชอบดูแลของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละหน่วยงาน ซึ่งระดับหน่วยงานก็จะมีอิทธิพลต่อการทำงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของแต่ละหน่วยงานทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าอิทธิพลดังกล่าว เกิดจากตัวแปรในระดับใดและปริมาณเท่าใด ส่วนประการที่สองงานวิจัยโดยส่วนมากมีปัญหา ในการเลือกหน่วยการวิเคราะห์ให้เหมาะสม ซึ่งหากหน่วยงานมีความสัมพันธ์ในระดับคลล้นกัน การเลือกวิเคราะห์เฉพาะระดับบุคคล อาจจะต้องนำตัวแปรอื่นมาวิเคราะห์รวมอยู่ในระดับเดียวกัน ทำให้การประมาณค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานมีค่าน้อยกว่าความเป็นจริง ทำให้การทดสอบ นัยสำคัญทางสถิติเกิดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (Type One Error) สูงกว่าที่กำหนดหรือถ้าหาก ทำการวิเคราะห์ในระดับที่สูงกว่า ซึ่งต้องนำตัวแปรระดับบุคคลมาหาค่าเฉลี่ย เพื่อใช้เป็นตัวแปร ระดับที่สูงกว่าจะทำให้เกิดปัญหาของการจัดกระทำตัวแปรระดับบุคคลทำให้การประมาณค่าเกิด ความลำเอียงและขาดประสิทธิภาพ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2554, หน้า 113 - 115) และเพื่อแก้ปัญหา ต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาทั้งหมด

ในการนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจจะศึกษา โมเดลสมการ โครงสร้างพหุระดับประสิทธิผล การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยมีปัจจัยเชิงสาเหตุ 2 ระดับที่ส่งผล ต่อประสิทธิผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับบุคคลและ ระดับหน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแบ่งตามลักษณะของข้อมูลที่ประกอบด้วย หน่วยย่อย ระดับบุคคล คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ทำงานอยู่ใน โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นระดับหน่วยงาน ดังนั้นการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิผลการทำงาน

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงควรวิเคราะห์ข้อมูลแบบพหุระดับ (Multi Level Data) เพื่อให้ทราบถึงอิทธิพลต่าง ๆ ของตัวแปรในระดับต่าง ๆ กันว่ามีส่วนประกอบย่อยแต่ละส่วนแตกต่างกันอย่างไรตามระดับข้อมูล จึงจำเป็นต้องใช้เทคนิคการวิเคราะห์ที่สอดคล้องกับลักษณะของข้อมูลแบบพหุระดับในขณะเดียวกันถ้าใช้การวิเคราะห์เชิงสาเหตุพหุระดับจะทำให้สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรที่อยู่ในแต่ละระดับว่าตัวแปรตัวใดบ้างที่มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อกัน ทั้งทางตรงและทางอ้อมกับประสิทธิผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงเห็นความสำคัญที่จะศึกษาพัฒนาโมเดลตามสมมติฐานขึ้นมาเรียกว่า โมเดลสมการโครงสร้างพหุระดับประสิทธิผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน โดยเฉพาะในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ได้แนวทางในการพัฒนาศักยภาพในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และสามารถดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ประสบผลสำเร็จอันจะส่งผลทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบรูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์ของโมเดลพหุระดับประสิทธิผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อตรวจสอบความตรงของโมเดลการวัดพหุระดับประสิทธิผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
2. เพื่อศึกษาปัจจัยสาเหตุประสิทธิผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามระดับบุคคล และระดับหน่วยงาน
3. เพื่อพัฒนาโมเดลสมการ โครงสร้างพหุระดับประสิทธิผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

### สมมติฐานของการวิจัย

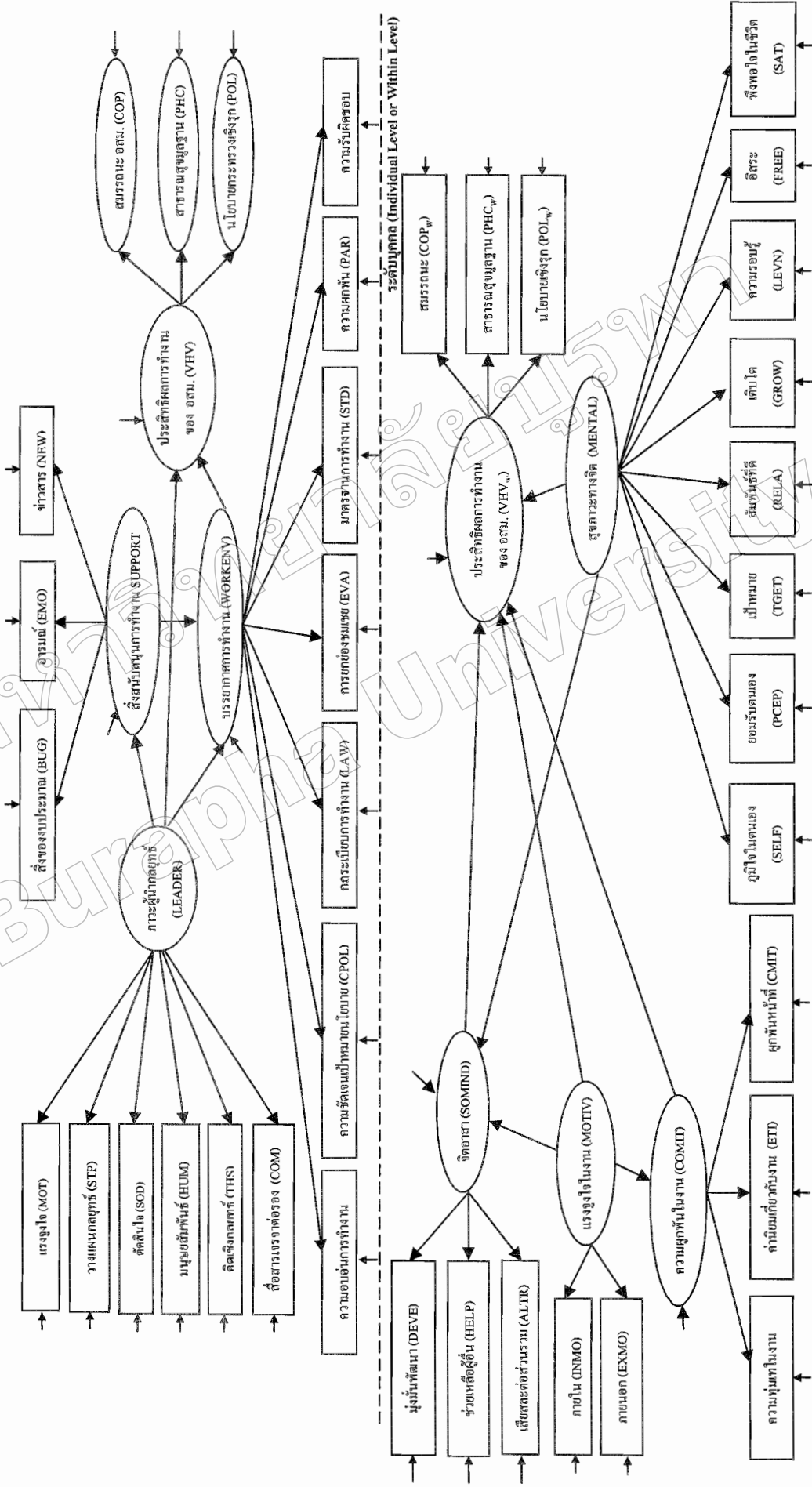
1. โมเดลการวัดพหุระดับประสิทธิผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความตรงและสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2. ปัจจัยเชิงสาเหตุประสิทธิผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับบุคคลและระดับหน่วยงาน มีความตรงและสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์
3. โมเดลสมการ โครงสร้างพหุระดับประสิทธิผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารเกี่ยวกับ หลักการ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลการทำงานของกิบสัน และคณะ(Gibson and Other, 2000) โรบบินส์ (Robbins, 2001) ที่กล่าวถึงประสิทธิผล มี 3 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับกลุ่ม และระดับหน่วยงาน ซึ่งประสิทธิผลการทำงานระดับบุคคลหมายถึงผลการปฏิบัติงานเฉพาะบุคคลหรือสมาชิกในหน่วยงานที่ทำงานตามหน้าที่ในหน่วยงาน ซึ่งปัจจัยที่เป็นเหตุให้เกิดประสิทธิผลระดับบุคคล ได้แก่ ความสามารถ (Ability) ทักษะ (Skills) ความรู้ (Knowledge) เจตคติ (Attitude) แรงจูงใจ (Motivation) และความเครียด (Stress) การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาตัวแปร แรงจูงใจ สุขภาวะทางจิต จิตอาสา และความผูกพันในงาน ซึ่งเป็นปัจจัยสาเหตุระดับบุคคลทำให้เกิดประสิทธิผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนประสิทธิผลระดับหน่วยงานเป็นภาพรวมประสิทธิผลระดับบุคคลและระดับกลุ่ม ซึ่งปัจจัยสาเหตุระดับหน่วยงาน ได้แก่ สภาพแวดล้อม (Environment) กลยุทธ์ (Strategic) เทคโนโลยี (Technology) กระบวนการ (Processes) การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาตัวแปร ภาวะผู้นำกลยุทธ์ของผู้บริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สิ่งสนับสนุนการทำงาน และบรรยากาศการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ทำให้เกิดประสิทธิผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ระดับหน่วยงาน (Macro Level Or Between Level)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย โมเดลผสมการโครงสร้างพฤติกรรมการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)



## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

องค์ความรู้ใหม่ที่ได้รับจะเป็นผลงานวิชาการที่สามารถนำไปประยุกต์ให้เกิดประโยชน์ โดยตรงต่อการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน เกิดประโยชน์เชิงวิชาการซึ่งนักวิชาการ นักวิจัย และผู้ที่มีความสนใจสามารถนำไปใช้เป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินงานการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานเกี่ยวกับการพัฒนาทรัพยากรบุคคลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้สามารถเกิดประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานต่อไป ดังต่อไปนี้

### 1. ประโยชน์เชิงวิชาการ

1.1 ได้แนวทางในการศึกษาประเมินประสิทธิผลการทำงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

1.2 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พหุระดับระหว่างตัวแปรหลายตัวแปรควรใช้การวิเคราะห์แบบพหุระดับ เพื่อจะได้ทราบถึงผลของความสัมพันธ์ ผ่านแบบจำลองได้พร้อมกัน

1.3 ผลการวิจัยยังเป็นประโยชน์ต่อนักวิชาการ นักวิจัย และผู้ที่มีความสนใจทำการศึกษา ในประเด็นการวิจัยดังกล่าว และการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ในโมเดลสมการโครงสร้างพหุระดับประสิทธิผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และมีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันชั้นพหุระดับแบบสองขั้นตอนด้วย โปรแกรม Mplus Version 5 (Muthén & Muthén, 2007)

### 2. ประโยชน์ในเชิงปฏิบัติ

2.1 ได้แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งจะช่วยพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานให้กับหน่วยงานสาธารณสุข

2.2 หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำผลการวิจัยมาจัดกิจกรรม โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิผล ตลอดจนใช้พิจารณาคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่จะเข้ามาปฏิบัติงาน เพื่อให้การทำงานบรรลุวัตถุประสงค์

2.3 หน่วยงานการศึกษาพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยมาใช้สอนการฝึกปฏิบัติงาน วิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน เกี่ยวกับการทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่จะให้เกิดประสิทธิผล สามารถคำนึงถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดประสิทธิผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

## ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ 2 ระดับ คือระดับบุคคลและระดับหน่วยงาน ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุคลากรหน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่สาธารณสุขจังหวัด 4 จังหวัดภาคตะวันตก ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดนครปฐม จังหวัดราชบุรี และจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 610 แห่ง

2. ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) ใช้การสุ่ม 2 ขั้นตอนที่เรียกว่า Two - Stage Sampling โดยมีขั้นตอนดังนี้ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2555, หน้า 133 - 141)

ขั้นที่ 1 ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) โดยสุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามสัดส่วนทั้งหมดของแต่ละจังหวัดจากตัวอย่างที่กำหนดตามเกณฑ์ไว้จำนวน 100 แห่ง ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นตัวอย่างจังหวัดกาญจนบุรี 23 แห่ง จังหวัดนครปฐม 22 แห่ง จังหวัดราชบุรี 26 แห่ง และจังหวัดสุพรรณบุรี 29 แห่ง

ขั้นที่ 2 ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยสุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่คัดเลือกได้ในขั้นที่หนึ่ง แห่งละ 25 คน และบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งละ 3 คน ได้ตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 2,500 คน บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 300 คน

3. ตัวแปรในการวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือตัวแปรทำนายระดับบุคคลและระดับหน่วยงาน และตัวแปรตามประสิทธิผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รายละเอียดของตัวแปรแต่ละประเภท ดังนี้

3.1 ตัวแปรทำนายระดับบุคคล (Individual Level Predictor Variables) เป็นตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพิจารณาถึงลักษณะส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มี 4 ตัวแปรแฝงได้แก่

3.1.1 ตัวแปรแฝงแรงจูงใจในการทำงาน วัดจากตัวแปรสังเกตได้ 2 ตัว ได้แก่ ปัจจัยจูงใจภายใน และปัจจัยจูงใจภายนอก

3.1.2 ตัวแปรแฝงความผูกพันในงาน วัดจากตัวแปรสังเกตได้ 3 ตัว ได้แก่ ค่านิยมในงาน ความทุ่มเทในงานและความผูกพันในหน้าที่

3.1.3 ตัวแปรแฝงสุขภาวะทางจิต วัดจากตัวแปรสังเกตได้ 8 ตัว ได้แก่ การยอมรับตนเอง การมีเป้าหมายในชีวิต ความรอบรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม การเจริญเติบโตเฉพาะบุคคล ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ความเป็นอิสระ ความพึงพอใจในชีวิต และความภูมิใจในตนเอง

3.1.4 ตัวแปรแฝงจิตอาสา วัดจากตัวแปรสังเกตได้ 3 ตัว ได้แก่ การช่วยเหลือผู้อื่น การเสียสละต่อสังคม และความมุ่งมั่นพัฒนา

3.2 ตัวแปรทำนายระดับหน่วยงาน (Organize Level Predictor Variables) เป็นตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพิจารณาถึงสาเหตุระดับหน่วยงานที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มี 3 ตัวแปรแฝงได้แก่

3.2.1 ตัวแปรแฝงภาวะผู้นำกลยุทธ์ของผู้บริหารหน่วยงาน วัดจากตัวแปรสังเกตได้ 6 ตัว ได้แก่ การวางแผนกลยุทธ์ การใช้ความคิดเชิงกลยุทธ์ การใช้แรงจูงใจ มนุษย์สัมพันธ์ การสื่อสาร และการเจรจาต่อรอง การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ

3.2.2 ตัวแปรแฝงบรรยากาศการทำงานของหน่วยงาน วัดจากตัวแปรสังเกตได้ 7 ตัว ได้แก่ ความชัดเจนของเป้าหมายและนโยบาย ความผูกพันกับหน่วยงาน การสร้างมาตรฐานการทำงาน กฎระเบียบ การยกย่องชมเชย ความรับผิดชอบ ความอบอุ่นในการทำงาน

3.2.3 ตัวแปรแฝงการสนับสนุนจากหน่วยงานวัดจากตัวแปรสังเกตได้ 3 ตัว ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสิ่งของ และการสนับสนุนด้านข่าวสาร

3.3 ตัวแปรตามหรือตัวแปรผล คือประสิทธิผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่กำหนดไว้ในคู่มือ อสม. ยุคใหม่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2554 วัดจากตัวแปรสังเกตได้ 3 ตัว ได้แก่

3.3.1 การทำงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามมาตรฐานการสาธารณสุขมูลฐาน

3.3.2 การทำงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

3.3.3 การทำงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเชิงรุก

### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ถูกคัดเลือกโดยประชาชน เพื่อสามารถดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนทุกคนในทุกครอบครัว ภายในคุ้มหรือละแวกบ้าน 8 - 15 หลังคาเรือน โดยมีหน้าที่รับผิดชอบทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหมู่บ้านที่รับผิดชอบ ทำงานโดยการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ประสิทธิภาพ หมายถึง การทำงาน ได้สำเร็จตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดของหน่วยงาน หรือระดับความสำเร็จในการทำงานของหน่วยงานตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดขึ้น

3. ประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง การทำงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้สำเร็จตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในคู่มือ อสม. ยุคใหม่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2554

4. การทำงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามมาตรฐานการสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เกี่ยวข้องกับ

4.1 เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน

4.2 เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำ

ครอบครัว ตามองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน

4.3 เป็นผู้ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน

4.4 ทำงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

4.5 เผื่อระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน

4.6 เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาหมู่บ้าน/ ชุมชน

4.7 เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของ

ชุมชน

4.8 ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน

5. การทำงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับ

5.1 สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

5.2 สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้นฟื้นฟูสมรรถภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค

5.3 สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการทำงานสร้างสุขภาพ

5.4 สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวรับผิดชอบต่อตนเองและ

ชุมชน

5.5 สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพ

5.6 สามารถสร้างจิตสำนึกเรื่องจิตอาสาในการร่วมจัดการสุขภาพชุมชน

5.7 สามารถสร้างโอกาสให้เด็ก เยาวชน แกนนําอื่น ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน

6. การทํางานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเชิงรุก หมายถึง การทํางานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเชิงรุกที่เกี่ยวข้องกับ

6.1 ดูแลสุขภาพอนามัยเชิงรุกในกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน

6.2 เสริมสร้างสุขภาพและแก้ไขปัญาสุขภาพชุมชน

6.3 เป็นทูตไอโอทีในการให้ความรู้เรื่องข่าวสารไอโอที

7. สุขภาวะทางจิต หมายถึง คุณลักษณะเชิงบวกทางจิตที่มีลักษณะเป็นพหุมิติ ด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) วัตถุประสงค์การยอมรับตนเอง การมีเป้าหมายในชีวิต ความรอบรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น การเจริญเติบโตพัฒนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ความเป็นอิสระ ความพึงพอใจในชีวิต และความภูมิใจในตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

8. แรงจูงใจ หมายถึง การที่บุคคล ผู้บริหาร และหน่วยงานกระตุ้นตนเอง กระตุ้นผู้อื่นให้มีพฤติกรรมใด ๆ ที่ทำให้เป้าหมายของตนเอง หรือผู้อื่น หรือหน่วยงานบรรลุความสำเร็จ ดังที่ได้กำหนดขึ้นจากความต้องการของบุคคลและหน่วยงาน ในการวิจัยครั้งนี้วัดแรงจูงใจในงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) วัดจากปัจจัยจูงใจภายใน และปัจจัยจูงใจภายนอก

9. จิตอาสา หมายถึง ความสำนึกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีต่อสังคม ส่วนรวม โดยการเอาใจใส่และการช่วยเหลือ ผู้ที่มีจิตอาสาจะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่อาสาทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม วัตถุประสงค์การเสียสละต่อสังคม การช่วยเหลือผู้อื่น และความมุ่งมั่นพัฒนา

10. ความผูกพันในงาน หมายถึง ความรู้สึกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีต่องานว่างานเป็นสิ่งสำคัญและงานเป็นเป้าหมายในการดำเนินชีวิต และความรู้สึกต้องการให้งานที่รับผิดชอบประสบความสำเร็จ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีความผูกพันในงานจะมีความตั้งใจและทุ่มเทในการทำงาน วัตถุประสงค์การผูกพันในงาน และความผูกพันในหน้าที่

11. ภาวะผู้นำกลยุทธ์ของผู้บริหารหน่วยงาน หมายถึง พฤติกรรมการบริหารของผู้บริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละคนที่มีความสามารถส่งเสริมให้การทำงานของหน่วยงานประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย วัตถุประสงค์การวางแผนกลยุทธ์ การใช้ความคิดเชิงกลยุทธ์ การใช้แรงจูงใจ มนุษย์สัมพันธ์ การสื่อสารและการเจรจาต่อรอง การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ

12. บรรยากาศการทำงานของหน่วยงาน หมายถึง การรับรู้ของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีต่อสภาพแวดล้อมในการทำงานในหน่วยงานที่ตนเองปฏิบัติงานอยู่ โดยการรับรู้บรรยากาศการทำงานของหน่วยงาน วัตถุประสงค์ของเป้าหมายและนโยบาย ความผูกพันกับหน่วยงาน การสร้างมาตรฐานการทำงาน กฎระเบียบ การยกย่องชมเชย ความรับผิดชอบ ความอบอุ่นในการทำงาน

13. การสนับสนุนจากหน่วยงาน หมายถึง การที่หน่วยงานได้รับการสนับสนุนส่งเสริมทางด้านที่ดีเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับคำปรึกษาช่วยเหลือ จากหน่วยงานของสาธารณสุขอำเภอ องค์กรชุมชน และเครือข่ายวิชาการ วัตถุประสงค์การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนสิ่งของงบประมาณ และสนับสนุนข่าวสาร