E-286584

การพัฒนารูปแบบการนำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพุทธโสธรไปสู่การปฏิบัติโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากร

Development of A Model for Implementing The Strategic Plan of Buddhasothon Hospital Through Personnel Participation

อุบลรัตน์ แสงเมฆ

Ubonrat Saengmek

โรงพยาบาลพุทธโสธร

Buddhasothon Hospital

(Received: *16 March 2026;* Revised: *26 April 2026;* Accepted: *19 May 2026*)

บทคัดย่อ

การนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาลตติยภูมิเป็นความท้าทาย เพราะโครงสร้างองค์กรซับซ้อนและบุคลากรหลากหลายวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธโสธร ขนาด 650 เตียง บุคลากร 1,871 คน พบว่าร้อยละ 43.90 ไม่เคยมีส่วนร่วมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ และร้อยละ 56.7 ไม่เคยได้รับการอบรมด้านการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ การวิจัยนี้มุ่งพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากร ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (2022) ร่วมกับการเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน 3 ระยะ (มกราคม 2568 – กุมภาพันธ์ 2569) ระยะที่ 1 สำรวจเชิงปริมาณ 360 คน (Cronbach's Alpha = 0.92) ระยะที่ 2 วิเคราะห์เชิงคุณภาพกับผู้ให้ข้อมูลหลัก 41 คน และระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบผ่านวงจร PAOR กับบุคลากร 185 คนจาก 5 หน่วยงานนำร่องเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ระยะที่ 1 พบว่าบุคลากรมีความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.50) และการรับรู้การนำแผนไปปฏิบัติระดับปานกลาง (*M* = 2.99) ทั้งนี้ทัศนคติ (เจตคติ/ความเชื่อ) เป็นคนละมิติกับการรับรู้สภาพจริง แม้มีทัศนคติเชิงบวกระดับมาก (*M* = 4.04) แต่การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนอยู่ในระดับต่ำ (*M* = 2.94) ระยะที่ 2 พบ 6 ประเด็นเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1. ช่องว่างการรับรู้ระหว่างลำดับชั้น 2. การสื่อสารแบบบนลงล่างขาดการสะท้อนกลับ 3. ขาดการเชื่อมโยงตัวชี้วัดกับงานประจำ 4. ปัจจัยความสำเร็จ 6 ด้าน 5. อุปสรรค 3 ประการ และ 6. ความต้องการรูปแบบที่เรียบง่ายและมีระบบติดตามที่รวดเร็ว ระยะที่ 3 พัฒนา BSH-MAP Model 6 องค์ประกอบ ได้แก่ Balanced Communication, Stakeholder Participation, Horizontal Accountability, Managing Resources, Assessing & Tracking และ Practice Integration ทุกหน่วยงานนำร่องบรรลุตัวชี้วัดร้อยละ 82.00 การรับรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (*M* = 3.01 เป็น 4.22; t=16.34, P-value <.001, Cohen's d=1.58) ผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมระดับสูง (*M* = 4.68) และบุคลากรมีความพึงพอใจระดับมาก (*M* = 4.33) BSH-MAP Model มีประสิทธิผลในบริบทโรงพยาบาลตติยภูมิควรขยายผลสู่หน่วยงานอื่นพร้อมพัฒนาระบบสารสนเทศรองรับการติดตามผลในระยะยาว

คำสำคัญ: การนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ, การมีส่วนร่วมของบุคลากร, รูปแบบ BSH-MAP Model

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: mui.ubo@gmail.com, อุบลรัตน์ แสงเมฆ)

Abstract

Strategic plan implementation in tertiary-care hospitals presents persistent challenges due to complex organizational structures and multidisciplinary workforces, resulting in a substantial gap between planned strategies and actual practice. This study aimed to develop and evaluate the effectiveness of a participatory strategic implementation model at Buddhasothon Hospital, a 650-bed tertiary-care hospital with 1,871 personnel. A participatory action research (PAR) design, grounded in Kemmis and McTaggart's framework (2022), was employed alongside mixed-methods data collection across three phases (January 2025–February 2026). Phase 1 involved a quantitative surveyof 360personnel using validated questionnaires measuring knowledge, perception, and attitudes toward strategic implementation (Cronbach's Alpha =0.92) Phase 2 employed qualitative analysis through in-depth interviews, participatory observation, and focus group discussions with 41 key informants. Phase 3 involved the development and implementation of the model through the PAOR cycle with 185 personnel across five pilot units over eight weeks. Phase 1 findings revealed that personnel demonstrated moderate levels of knowledge (M = 3.06, $SD.$ = 0.97) and favorable attitudes (defined as beliefs about the importance of strategic implementation, distinct from perception of actual implementation status) toward participation (M = 4.04); however, practical participation (M = 2.94) and resource allocation (M = 2.88) remained underdeveloped. Phase 2 identified six critical themes, including hierarchical perception gaps, top-down communication lacking feedback mechanisms, and disconnection between performance indicators and routine work. These findings collectively informed the development of the BSH-MAP Model, comprising six components: Balanced Communication, Stakeholder Participation, Horizontal Accountability, Managing Resources, Assessing & Tracking, and Practice Integration. Following eight weeks of model implementation, all pilot units successfully developed operational plans linking strategic indicators to routine tasks, achieving 82.00% of unit-level performance targets. Personnel perception of strategic implementation improved significantly (M=3.01to M = 4.22; t =16.34,P-value <.001,Cohen's d =1.58).Expert panels rated the model's appropriateness highly(M = 4.68), and personnel reported high satisfaction (M= 4.33) The BSH-MAP Model demonstrated effectiveness within a tertiary-care hospital context and should be scaled to other units, with the concurrent development of information systems to support long-term monitoring and evaluation.

Keywords: Strategic Plan Implementation, Personnel Participation, BSH-MAP Model

บทนำ

การบริหารยุทธศาสตร์เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำเนินงานขององค์กรสุขภาพในยุคที่ระบบสาธารณสุขเผชิญการเปลี่ยนแปลงอย่างซับซ้อน (Kaplan & Norton, 2004) อย่างไรก็ตาม ช่องว่างระหว่างการวางแผนและการปฏิบัติ (Strategy – to - Execution Gap) ยังคงเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่รุนแรงเป็นพิเศษในโรงพยาบาลตติยภูมิขนาดใหญ่ ซึ่งมีความซับซ้อนด้านลำดับชั้นองค์กรและความหลากหลายของวิชาชีพสูงกว่าโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญ (Beer & Eisenstat, 2000; Hrebiniak, 2006) โรงพยาบาลพุทธโสธร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิขนาด 650 เตียง สังกัดเขตสุขภาพที่ 6 มีบุคลากร 1,871 คน สะท้อนบริบทดังกล่าวอย่างชัดเจน โดยข้อมูลเชิงประจักษ์ก่อนการวิจัยพบว่ามีเพียงร้อยละ 45.2 ของบุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่เข้าใจแผนยุทธศาสตร์ ซึ่งในการศึกษานี้นิยามว่าคือความสามารถในการอธิบายวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัด รวมถึงการเชื่อมโยงบทบาทของตนเข้ากับเป้าหมายองค์กรได้อย่างเป็นรูปธรรม (โรงพยาบาลพุทธโสธร, 2568) ทั้งนี้ ความคาดหวังดังกล่าวมิได้ครอบคลุมบุคลากรทุกคนในองค์กรอย่างเท่าเทียมกัน หากแต่มุ่งเฉพาะบุคลากรที่มีภารกิจเกี่ยวข้องโดยตรงกับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ โดยยกเว้นคนงานและพนักงานบริการซึ่งมีหน้าที่สนับสนุน รวมถึงบุคลากรที่มีอายุงานน้อยกว่า 12 เดือน เนื่องจากความรอบรู้ด้านยุทธศาสตร์ (Strategic Literacy) มีความหมายเชิงปฏิบัติก็ต่อเมื่อการตัดสินใจของบุคลากรนั้นส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ของการให้บริการ (Li et al., 2008)

แม้งานวิจัยต่างประเทศจะสนับสนุนแนวทางการมีส่วนร่วมในการนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ (Waterman et al., 2001; Andrews et al., 2009) และงานวิจัยไทยได้พัฒนารูปแบบเช่น PDMI และ IDEL สำหรับบริบทปฐมภูมิ (บุญเลิศ พิมศักดิ์ และคณะ, 2562; รติยา วิภักดิ์ และคณะ, 2563) แต่รูปแบบเหล่านั้นออกแบบสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีโครงสร้างไม่ซับซ้อน จึงไม่สามารถนำมาใช้ได้โดยตรงในโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีลำดับชั้นองค์กรหลายระดับ บุคลากรหลากหลายวิชาชีพ และตัวชี้วัดที่ซับซ้อนกว่ามาก ในด้านทฤษฎีการจัดการการมีส่วนร่วม (Participatory Management) Cotton et al. (1988) ชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมที่แท้จริงต้องเกิดขึ้นในทุกขั้นตอน ทั้งการวางแผน การตัดสินใจ และการปฏิบัติ มิใช่เพียงการรับทราบข้อมูลจากบนลงล่าง ขณะที่ McNamara (2022) เน้นว่ากลยุทธ์การมีส่วนร่วม (Participation Strategies) ที่มีประสิทธิผลต้องผนวกกลไกสะท้อนกลับและความรับผิดชอบร่วมกันในทุกระดับขององค์กร ยิ่งไปกว่านั้นยังไม่มีงานวิจัยใดที่บูรณาการ Participatory Action Research เข้ากับกรอบแนวคิด Balanced Scorecard และ Strategy Map ในบริบทโรงพยาบาลตติยภูมิของประเทศไทย ส่งผลให้บุคลากรระดับปฏิบัติการขาดกลไกที่ทำให้ตนรับรู้บทบาทของตนในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ได้อย่างเป็นรูปธรรม การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว ด้วยการพัฒนารูปแบบที่บูรณาการกลยุทธ์การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับเข้ากับระบบตัวชี้วัดและกลไกติดตามผลอย่างเป็นรูปธรรม (Kaplan & Norton, 1996; Kemmis & McTaggart, 2022) เพื่อเป็นต้นแบบที่สามารถนำไปปรับใช้ได้จริงในองค์กรสุขภาพที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ระดับความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ และปัจจัยที่มีผลต่อการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติของบุคลากรโรงพยาบาลพุทธโสธร (ระยะที่ 1)

2. เพื่อวิเคราะห์เชิงลึกถึงปัจจัย อุปสรรค และเงื่อนไขความสำเร็จของการนำแผนยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติในบริบทโรงพยาบาลตติยภูมิ (ระยะที่ 2)

3. เพื่อพัฒนารูปแบบการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลพุทธโสธร ผ่านกระบวนการ PAR (ระยะที่ 3)

4. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น (ระยะที่ 3)

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยสังเคราะห์กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม โดยบูรณาการแนวคิด Balanced Scorecard และ Strategy Map ของ Kaplan และ Norton (2004) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ McNamara (2022) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ร่วมกับการเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เพื่อพัฒนารูปแบบการนำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพุทธโสธรไปสู่การปฏิบัติผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากร ดังแสดงในภาพที่ 1

ระยะที่1 : การศึกษาสถานการณ์ (วัตถุประสงค์ ข้อ1 และ2)

1.1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative)

ประชากร : บุคลากร รพ.พุทธโสธร (n=360คน)

เครื่องมือ : แบบสอบถาม(Cronbach's alpha=0.92)

ตัวแปรที่ศึกษา :

- ความรู้เกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์
- การรับรู้/ทัศนคติการนำแผนยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ
- ปัจจัย 5 ด้าน : ผู้บริหาร/การสื่อสาร/การมีส่วนร่วม/ทรัพยากร/การติดตามประเมินผล

วิเคราะห์ : ความถี่,ร้อยละ, *M*, *SD.*

1.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก : 41 คน (Purposive)

วิธีเก็บข้อมูล

- สัมภาษณ์เชิงลึก (In depth Interview) 21 คน
- สนทนากลุ่ม (Focus Group) 2 กลุ่ม (20 คน)
- สังเกตแบบมีส่วนร่วม (Observation)

ประเด็นที่ศึกษา : อุปสรรค/ ปัจจัยความสำเร็จ/ช่องว่าง / ประสบการณ์/ข้อเสนอแนะ

วิเคราะห์: Content/Thematic Analysis + Triangulation

↓

Input : ข้อมูลสถานการณ์ + ปัจจัยเชิงลึก + ประเด็น/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะจาก Stekeholders นำไปใช้ออกแบบและพัฒนารูปแบบในระยะที่2

↓

ระยะที่2 : การพัฒนารูปแบบ (วัตถุประสงค์ข้อ3)

Steakeholders

-ผู้บริหารรพ.

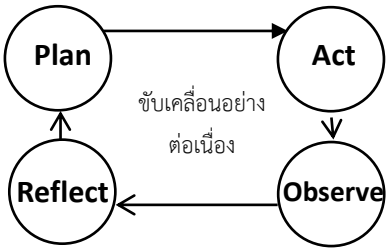
-คณะกรรมแผนยุทธศาสตร์

-หัวหน้ากลุ่มงาน/งาน

-บุคลากรระดับปฏิบัติจาก5หน่วยงานนำร่อง(n-185)

ร่วมกัน : วิเคราะห์ปัญหา/ออกแบบรูปแบบ/ทดลองใช้+ปรับปรุง

วงจร PAOR ดำเนินการ2รอบใน 8 สัปดาห์



↓

Output : รูปแบบการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ

↓

ระยะที่3 : การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ (วัตถุประสงค์ข้อ4)

รูปแบบการประเมิน

- Pre test/Post test Design
- หน่วยงานนำร่อง 5 แห่ง
- ระยะเวลา 8 สัปดาห์
- n = 185 คน

ตัวชี้วัดที่ประเมิน

- การรับรู้ก่อน-หลังใช้รูปแบบ
- ผลตัวชี้วัดของหน่วยงานนำร่อง
- ความเหมาะสม/ความเป็นไปได้
- การสะท้อนของ Steakeholders

การวิเคราะห์

- สถิติเชิงพรรณนา
- Paired t-test (a=.05)
- Effect Size (Cohen's d)
- 95% Confidence Interval
- Content Analysis (เชิงคุณภาพ)

หมายเหตุ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะถูกกำหนดชื่อและกำหนดองค์ประกอบหลังจากกระบวนการ PAR ในระยะที่ 2 เสร็จสิ้น

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (2022) โดยบุคลากรโรงพยาบาลในฐานะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบ การทดลองใช้ และการประเมินผล ใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ดำเนินการระหว่างมกราคม 2568 ถึงกุมภาพันธ์ 2569 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 สำรวจเชิงปริมาณเพื่อประเมินความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ และปัจจัยที่มีผลต่อการนำแผนยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ ระยะที่ 2 ศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่ม เพื่อขยายและอธิบายผลจากระยะที่ 1 และระยะที่ 3 บูรณาการผลจากทั้งสองระยะเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบในพื้นที่ปฏิบัติงานจริง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์เชิงปริมาณ ประชากรคือบุคลากรโรงพยาบาลพุทธโสธร 1,845 คน (ไม่รวมคนงาน พนักงานบริการ และบุคลากรที่ปฏิบัติงานไม่ครบ 1 ปี) คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตร Cochran (1977) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อน 5% ปรับด้วย Finite Population Correction และเพิ่มสำรองร้อยละ 15 (Polit & Beck, 2017) ได้กลุ่มตัวอย่าง 360 คน สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน (Stratified Random Sampling) ครอบคลุม 15 หน่วยงาน ได้แก่ กลุ่มงานอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม สูติ-นรีเวชกรรม จักษุวิทยา โสต ศอ นาสิก จิตเวช ทันตกรรม เภสัชกรรม การพยาบาล เทคนิคการแพทย์ รังสีวิทยา บริหาร สนับสนุนบริการ และหน่วยงานอื่น ๆ (Creswell & Creswell, 2018)

เกณฑ์คัดเข้า: 1. บุคลากรโรงพยาบาลพุทธโสธรทุกประเภท (ยกเว้นคนงานและพนักงานบริการ) 2.ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี ณ วันเริ่มเก็บข้อมูล และ 3. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก: 1. คนงานหรือพนักงานบริการ 2. บุคลากรที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า 1 ปี และ 3. บุคลากรที่ลาป่วยต่อเนื่อง ลาศึกษาต่อ ย้าย หรือลาออก

ระยะที่ 2: การวิเคราะห์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลหลัก 41 คน คัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก 21 คน (ผู้บริหาร 9 คน และหัวหน้ากลุ่มงาน 12 คน) และการสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม รวม 20 คน (สายวิชาชีพ 10 คน และสายสนับสนุน 10 คน) ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการประชุมและการปฏิบัติงานจริง วิเคราะห์ด้วย Content Analysis จนถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล (Hsieh & Shannon, 2005)

ระยะที่ 3: การพัฒนาและประเมินรูปแบบด้วยกระบวนการ PAR ระยะนี้เป็นการพัฒนาและประเมินรูปแบบ BSH-MAP Model โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) คัดเลือกหน่วยงานนำร่องแบบเจาะจง 5 กลุ่มงาน ตามความพร้อมและความหลากหลายของลักษณะงาน (Kemmis et al., 2014) รวมบุคลากร 185 คน ได้แก่ กุมารเวชกรรม (32 คน) สูติ-นรีเวชกรรม (29 คน) ศัลยกรรม (38 คน) เวชกรรมสังคม (41 คน) และอายุรกรรม (45 คน) ดำเนินการ 8 สัปดาห์ ตามวงจร PAOR จำนวน 2 รอบ ดังนี้

1) Plan: จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงองค์ประกอบของ BSH-MAP Model วิเคราะห์ปัญหาและบริบทของแต่ละหน่วยงานร่วมกัน และจัดทำแผนการนำรูปแบบไปใช้ พร้อมกำหนดตัวชี้วัดและวิธีการเก็บข้อมูล

2) Act: บุคลากรนำรูปแบบไปใช้จริงในงานประจำตามแผนที่กำหนด โดยมีหัวหน้ากลุ่มงานกำกับติดตามการดำเนินงาน

3) Observe: เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้ (Pre-test/Post-test) ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน บันทึกการสังเกต และข้อมูลสะท้อนจากผู้ปฏิบัติงานเป็นรายสัปดาห์

4) Reflect: จัดประชุมสะท้อนผลร่วมกัน วิเคราะห์ผลลัพธ์ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อนำไปปรับปรุงรูปแบบในรอบถัดไป

การประเมินผลใช้การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พร้อมรายงานขนาดอิทธิพล (Cohen's d) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (Field, 2018) โดยกระบวนการ PAR ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ร่วมและพัฒนารูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานจริง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยแบ่งตามระยะการดำเนินการ 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ใช้แบบสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป (9 ข้อ) แบบวัดความรู้แบบถูก-ผิด (16 ข้อ) แบบวัดการรับรู้การนำแผนไปปฏิบัติ มาตรประมาณค่า 5 ระดับ (10 ข้อ) แบบวัดทัศนคติ (เจตคติ/ความเชื่อต่อความสำคัญของการนำแผนไปปฏิบัติ) มาตรประมาณค่า 5 ระดับ (10 ข้อ) ปัจจัยที่มีผลต่อการนำแผนไปปฏิบัติ 5 ด้าน (30 ข้อ) และข้อเสนอแนะ (3 ข้อ) รวม 72 ข้อ พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม (Kaplan & Norton, 1996; Cotton et al., 1988)

ระยะที่ 2 ใช้เครื่องมือเชิงคุณภาพ 3 ชนิด ได้แก่ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก (45 – 60 นาที/คน) ครอบคลุม 5 ประเด็น เช่น *"ท่านรับรู้แผนยุทธศาสตร์จากช่องทางใด"* และ *"อุปสรรคสำคัญในการนำแผนไปปฏิบัติคืออะไร"* แนวคำถามสนทนากลุ่ม (90–120 นาที/กลุ่ม) เช่น *"องค์ประกอบใดจำเป็นต่อรูปแบบที่มีประสิทธิผล"* และแบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม บันทึกพฤติกรรมการสื่อสาร การมีส่วนร่วมในการประชุม และการเชื่อมโยงงานจริงกับตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ของแต่ละกลุ่มงาน ข้อมูลวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อสังเคราะห์องค์ประกอบ BSH-MAP Model

ระยะที่ 3 ใช้เครื่องมือ 6 ชนิด ได้แก่ แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ แบบประเมินองค์ประกอบรูปแบบ BSH-MAP Model (24 ข้อ) แบบประเมินการรับรู้หลังใช้รูปแบบ (30 ข้อ) แบบติดตามรายสัปดาห์ของ 5 หน่วยงานนำร่อง (8 ครั้ง) ติดตามความก้าวหน้าการนำ BSH-MAP Model ไปปฏิบัติในงานประจำ ได้แก่ ความพึงพอใจผู้ป่วย เวลารอคอย และอัตราการติดเชื้อ แบบบันทึกสังเกตการณ์ประชุม PAOR บันทึกกระบวนการมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอน (Plan – Act – Observe - Reflect) และการปรับปรุงรูปแบบระหว่างรอบดำเนินงาน และคู่มือการนำรูปแบบไปปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือเชิงปริมาณ (ระยะที่ 1 และ 3) ตรวจสอบความตรง (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่า IOC เฉลี่ย 0.87 (≥ 0.50) และความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่า Cronbach's Alpha = 0.92 (≥ 0.70)

(Polit & Beck, 2017; Field, 2018) เครื่องมือเชิงคุณภาพ (ระยะที่ 2 และ 3) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วย Triangulation ทั้งด้านแหล่งข้อมูล ผู้วิจัย และวิธีการ และ Member Checking โดยนำข้อมูลกลับคืนให้ผู้ให้ข้อมูล 15 คน (จากทั้งหมด 41คน ครอบคลุมทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ) ตรวจสอบความถูกต้อง และความเป็นกลางด้วย Peer Debriefing โดยผู้เชี่ยวชาญภายนอก3ท่าน ตรวจสอบกระบวนการวิเคราะห์และตีความข้อมูล (Denzin, 1978; Lincoln & Guba, 1985)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 (มิ.ย. – ก.ค. 2568) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามบุคลากร 360 คน ใน 15 หน่วยงาน โดยแจก - เก็บด้วยตนเอง

ระยะที่ 2 (ส.ค. – ต.ค. 2568) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มงาน 21 คน สนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม (20 คน) และสังเกตแบบมีส่วนร่วม ภายใต้ความยินยอมของผู้ให้ข้อมูล

ระยะที่ 3 (16 ธ.ค. 2568 – 13 ก.พ. 2569) ดำเนินการตามวงจร PAOR 2 รอบ รวม 8 สัปดาห์ โดย รอบที่ 1 (สัปดาห์ 1 – 4) ประชุมวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดตัวชี้วัดรายหน่วยงาน (Plan) ทดลองนำรูปแบบไปใช้ในงานประจำ (Act) ติดตามบันทึกผลรายสัปดาห์ (Observe) และประชุมสะท้อนผลเพื่อปรับปรุง (Reflect) รอบที่ 2 (สัปดาห์ 5 – 8) นำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปใช้เต็มรูปแบบ เก็บข้อมูล Post-test และประชุมสรุปประเมินประสิทธิผล เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้ก่อน-หลัง ตัวชี้วัดรายหน่วยงาน แบบประเมินความพึงพอใจ และบันทึกการประชุมและสังเกตการณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD.*) แปลผลค่าเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ (1.00 – 5.00)

ระยะที่ 2 ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทาง Braun and Clarke (2021) 6 ขั้นตอน ตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วย Triangulation (Denzin, 1978) Member Checking และ Peer Debriefing (Lincoln & Guba, 1985)

ระยะที่ 3 วิเคราะห์เชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ก่อน - หลังการใช้รูปแบบ รายงาน Effect Size (Cohen's d) และ 95% Confidence Interval กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธโสธร เลขที่ BSH-IRB 027/2568 วันที่ 24 กันยายน 2568 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงและลงนามยินยอมโดยสมัครใจ โดยข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์ ระดับความรู้ การรับรู้ ทัศนคติและปัจจัยที่มีผลต่อการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติของบุคลากรโรงพยาบาลพุทธโสธร

กลุ่มตัวอย่าง 360 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ72.80) อายุ 31 – 40 ปี (ร้อยละ 39.40) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 68.30) และปฏิบัติงานในระดับผู้ปฏิบัติ (ร้อยละ 75.60) โดยร้อยละ 43.90 ไม่เคยมีส่วนร่วมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ และร้อยละ 56.70 ไม่เคยได้รับการอบรมด้านการบริหารเชิงยุทธศาสตร์

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์ พบคะแนนเฉลี่ย 9.84 คะแนน จาก 16 คะแนน (*SD.* = 2.31, ร้อยละ 61.50) อยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านวิสัยทัศน์และพันธกิจมีคะแนนสูงสุด ส่วนด้านตัวชี้วัดและกลยุทธ์มีคะแนนต่ำสุด 2. ด้านการรับรู้การนำแผนไปสู่การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 2.99, *SD.* = 0.99) ด้านนโยบายและทิศทางมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (*M* = 3.28) และด้านระบบติดตามประเมินผลต่ำสุด (*M* = 2.68) 3) ขณะที่ทัศนคติ (เจตคติต่อความสำคัญของการนำแผนไปปฏิบัติ ซึ่งต่างจากการรับรู้สภาพจริง) อยู่ในระดับมาก (*M* = 4.04, *SD.* = 0.65) โดยสรุป พบ Attitude - Behavior Gap คือบุคลากรมีทัศนคติเชิงบวกสูง (*M* = 4.04) แต่การรับรู้สภาพการดำเนินงานจริงและการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนช่องว่างสำคัญในการพัฒนารูปแบบระยะถัดไป ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ การรับรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์ (n=360)

รายการ	*ค่าเฉลี่ย/คะแนน*	*SD.*	ร้อยละ	ระดับ
1. ความรู้เกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์(16คะแนน)	9.84	2.31	61.50	ปานกลาง
วิสัยทัศน์และพันธกิจ (6 คะแนน)	3.98	1.12	66.33	ปานกลาง
ประเด็นยุทธศาสตร์และเป้าประสงค์ (5 คะแนน)	3.05	1.08	61.00	ปานกลาง
ตัวชี้วัดและกลยุทธ์ (5 คะแนน)	2.81	1.15	56.20	ปานกลาง
2. การรับรู้การนำไปปฏิบัติ	2.99	0.99	-	ปานกลาง
นโยบายและทิศทาง	3.28	1.09	-	ปานกลาง
บทบาทและความเชื่อมโยงกับงาน	3.00	1.13	-	ปานกลาง
ระบบติดตามประเมินผล	2.68	1.20	-	ปานกลาง
3. ทัศนคติ (เจตคติต่อการนำแผนไปปฏิบัติ)	4.04	0.65	-	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	**3.06**	**0.97**	**-**	**ปานกลาง**

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ

ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณพบว่า ปัจจัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 3.10, *SD.* = 0.89) โดยการสนับสนุนจากผู้บริหารมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (*M* = 3.52) ขณะที่การจัดสรรทรัพยากร (*M* = 2.88) และการมีส่วนร่วมของบุคลากร (*M* = 2.94) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ซึ่งสะท้อนระดับการรับรู้ของบุคลากรต่อปัจจัย เมื่อพิจารณาร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผลการวิเคราะห์เนื้อหาสอดคล้องกัน โดยระบุว่าการจัดสรร

ทรัพยากรและการมีส่วนร่วมของบุคลากรเป็นประเด็นท้าทายสำคัญ ขณะที่การสนับสนุนจากผู้บริหารและการสื่อสารแบบสองทางเป็นปัจจัยเอื้อที่สำคัญต่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ดังตารางที่ 2

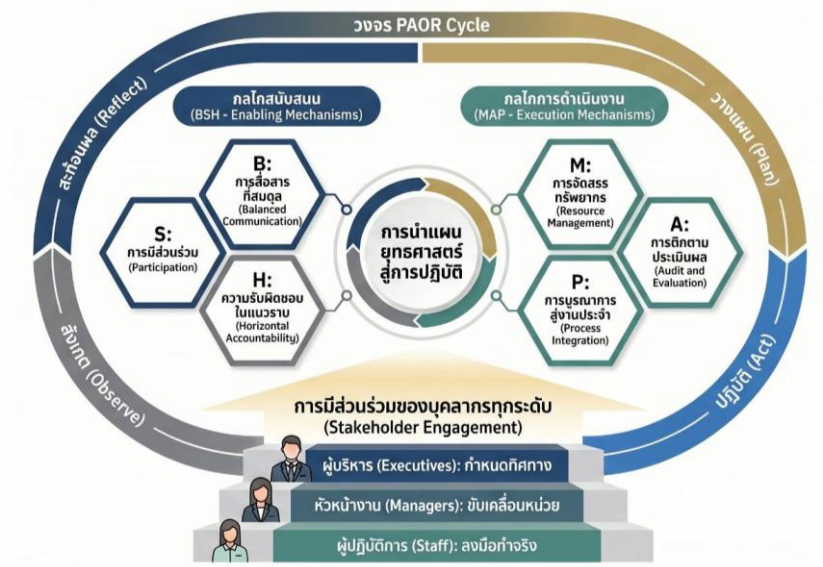
ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการนำแผนยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ จำแนกตามด้าน (n=360)

ปัจจัย	*M*	*SD.*	ระดับ	อันดับ
การสนับสนุนจากผู้บริหาร	3.52	0.92	มาก	1
การสื่อสารและถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์	3.16	0.98	ปานกลาง	2
การติดตามประเมินผล	3.02	1.00	ปานกลาง	3
การมีส่วนร่วมของบุคลากร	2.94	1.02	ปานกลาง	4
การจัดสรรทรัพยากร	2.88	1.04	ปานกลาง	5
ค่าเฉลี่ยรวม	**3.10**	**0.89**	**ปานกลาง**	

ระยะที่ 2: การวิเคราะห์เชิงลึกของปัจจัยที่มีผลต่อการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ

จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในผู้ให้ข้อมูล 41 คน วิเคราะห์ด้วยThematic Analysis พบ 6 ประเด็น ได้แก่ 1. การรับรู้ยุทธศาสตร์แตกต่างตามลำดับชั้น โดยระดับปฏิบัติการมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน 2. การสื่อสารแบบบนลงล่างที่ไม่ต่อเนื่อง 3. การขาดการเชื่อมโยงตัวชี้วัดกับงานประจำ 4. ปัจจัยความสำเร็จ 6 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การสื่อสารสองทาง การจัดสรรทรัพยากร การพัฒนาความรู้ วัฒนธรรมองค์กร และแรงจูงใจ 5. อุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ภาระงานสูง ระบบรายงานซ้ำซ้อน และนโยบายเปลี่ยนบ่อย และ 6. รูปแบบควรเรียบง่าย ส่งเสริมการมีส่วนร่วม มีการสื่อสารต่อเนื่อง และระบบติดตามที่ให้ข้อมูลย้อนกลับรวดเร็ว

ระยะที่ 3: การพัฒนาและประเมินรูปแบบ BSH-MAP Model (ตามวัตถุประสงค์ข้อ3 และข้อ 4จากการสังเคราะห์ผลระยะที่ 1–2 ร่วมกับ PAOR, Balanced Scorecard และ Strategy Map ได้พัฒนา BSH-MAP Model ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การสื่อสาร (B) การมีส่วนร่วม (S) ความรับผิดชอบ (H) การบริหารทรัพยากร (M) การติดตามประเมินผล (A) และการบูรณาการสู่การปฏิบัติ (P) ดำเนินการผ่านวงจร PAOR ได้แก่ Plan: ออกแบบรูปแบบและกำหนดตัวชี้วัด/ผู้รับผิดชอบ Act: ถ่ายทอดและดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม Observe: ติดตามประเมินผล Reflect: สะท้อนผลและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ผลการประเมินพบว่ารูปแบบช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วม ความชัดเจนในการปฏิบัติงาน และประสิทธิผลของการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ



ผลลัพธ์ที่คาดหวัง : เพิ่มการรับรู้การนำแผนยุทธศาสตร์ไป/เพิ่มผลงานตัวชี้วัดยุทธศาสตร์/มีความเป็นเจ้าของยุทธศาสตร์/เกิดความยั่งยืนขององค์กร

ภาพที่ 2 Conceptual Model Diagram ของ BSH-MAP Model แสดงความสัมพันธ์ของ 6 องค์ประกอบ (B-S-H-M-A-P) ภายใต้วงจร PAOR และการมีส่วนร่วมของ Stakeholders

3. ผลการดำเนินงานตามวงจร PAOR

รอบที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1–4): Stakeholders Plan-ร่วมประชุมออกแบบ 6 องค์ประกอบและกำหนดตัวชี้วัด (หน่วยงานละ 2 ตัว) Act-ทดลองใช้ในงานประจำ Observe-ติดตามผลรายสัปดาห์ และ Reflect - สะท้อนผลเพื่อปรับปรุงการสื่อสารและบทบาทให้ชัดเจน

รอบที่ 2 (สัปดาห์ที่ 5–8): Plan-ปรับปรุงรูปแบบจากรอบแรก Act-นำไปใช้เต็มรูปแบบในหน่วยงานนำร่อง Observe-ติดตามตัวชี้วัดและPost-test และReflect-ประชุมสรุปบทเรียน ร่วมให้ประเมินให้ข้อเสนอแนะเพื่อการขยายผลโดย Stakeholders มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนในฐานะผู้ร่วมขับเคลื่อน

ผลการดำเนินงานของหน่วยงานนำร่อง (วัตถุประสงค์ข้อ 3) จากการทดลองใช้รูปแบบใน 5 หน่วยงานนำร่อง (n=185) เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ทุกหน่วยงานมีผลลัพธ์การดำเนินงานดีขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบ โดยมีค่าเฉลี่ยความสำเร็จรวมร้อยละ 82.00 หน่วยงานเวชกรรมสังคมมีค่าเฉลี่ยความสำเร็จสูงสุด (ร้อยละ 91.50) รองลงมาคือกุมารเวชกรรม (ร้อยละ 83.50) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ BSH-MAP Model

หน่วยงาน	ตัวชี้วัดหลัก	เป้าหมาย	ผลก่อนใช้	ผลหลังใช้	ความสำเร็จ (ร้อยละ)
อายุรกรรม (45 คน)	- ความพึงพอใจผู้ป่วย (ร้อยละ)	90.00	85.00	89.20	84.00
	- เวลารอพบแพทย์ (นาที)	25	38.00	28.00	77.00

หน่วยงาน	ตัวชี้วัดหลัก	เป้าหมาย	ผลก่อนใช้	ผลหลังใช้	ความสำเร็จ (ร้อยละ)
ศัลยกรรม (38 คน)	- อัตราการติดเชื้อ (ร้อยละ)	1.00	2.10	1.30	73.00
	- ความพึงพอใจผู้ป่วย (ร้อยละ)	88.00	83.00	87.10	82.00
กุมารเวชกรรม(32 คน)	- เวลารอพบแพทย์ (นาที)	20	43.00	23.00	87.00
	- ความพึงพอใจผู้ปกครอง (ร้อยละ)	90.00	84.00	88.80	80.00
สูตินรีเวชกรรม(29 คน)	- ความพึงพอใจหญิงตั้งครรภ์ (ร้อยละ)	92.00	86.10	90.50	73.00
	- เวลารอรับบริการ (นาที)	25	40.00	27.00	87.00
เวชกรรมสังคม(41 คน)	- ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการ	80.00	58.00	74.40	93.00
	- ความพึงพอใจ (ร้อยละ)	88.00	82.00	87.40	90.00
ค่าเฉลี่ยรวม					**82.00**

4. การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ (วัตถุประสงค์ข้อ 4)

การประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 6 ท่าน พบว่า BSH-MAP Model มีความเหมาะสมระดับมากที่สุด (*M* = 4.68, *SD.* = 0.35) และมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติระดับมาก (*M* = 4.49, *SD.* = 0.44) โดยทุกองค์ประกอบมีค่าความเหมาะสมมากกว่า 4.60 ผลสะท้อนในขั้น Reflect ยืนยันว่ารูปแบบใช้ได้จริง เหมาะสมกับบริบท และส่งเสริมการสื่อสารและการมีส่วนร่วม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ BSH-MAP Model

องค์ประกอบ	ความเหมาะสม	ความเป็นไปได้
	M (SD.)	*M (SD.)*
B – Balanced Communication	4.65 (0.41)	4.46 (0.49)
S – Stakeholder Participation	4.71 (0.39)	4.51 (0.50)
H – Horizontal Accountability	4.69 (0.40)	4.51 (0.51)
M – Managing Resources	4.63 (0.42)	4.36 (0.54)
A – Assessing & Tracking	4.68 (0.40)	4.51 (0.48)
P – Practice Integration	4.71 (0.39)	4.56 (0.46)
ค่าเฉลี่ยรวม	**4.68 (0.35)**	**4.49 (0.44)**

5. ผลการเปรียบเทียบก่อน – หลังใช้ BSH-MAP Model พบว่าการรับรู้ของบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05) ในทุกองค์ประกอบ โดยค่าเฉลี่ยรวมเพิ่มจาก 3.01 เป็น 4.22 (ร้อยละ 40.20) และมีขนาดอิทธิพลสูงมาก (d=1.58) เด่นชัดในด้านการมีส่วนร่วมและการบูรณาการสู่งานประจำ ซึ่งสะท้อนความเป็นเจ้าของยุทธศาสตร์ของบุคลากรได้อย่างชัดเจน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบการรับรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ BSH-MAP Model (n=185)

องค์ประกอบ	ก่อนใช้ *M* (*SD.*)	หลังใช้ *M* (*SD.*)	*t*	P-value	*Cohen's d*	95% CI
B – Balanced Communication	3.12 (0.98)	4.24 (0.68)	12.45*	<.001	1.33	[0.94, 1.30]
S – Stakeholder Participation	2.94 (1.02)	4.32 (0.64)	15.12*	<.001	1.62	[1.20, 1.56]
H – Horizontal Accountability	3.08 (0.96)	4.28 (0.66)	13.20*	<.001	1.46	[1.02, 1.38]
M – Managing Resources	2.88 (1.04)	3.96 (0.78)	10.85*	<.001	1.17	[0.88, 1.28]
A – Assessing & Tracking	3.02 (1.00)	4.18 (0.70)	11.94*	<.001	1.34	[0.97, 1.35]
P – Practice Integration	3.04 (0.98)	4.36 (0.62)	14.56*	<.001	1.61	[1.14, 1.50]
ค่าเฉลี่ยรวม	**3.01 (0.88)**	**4.22 (0.58)**	**16.34***	**<.001**	**1.58**	**[1.16, 1.26]**

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05*

ภายหลังการทดลองใช้ BSH-MAP Model บุคลากรมีความพึงพอใจในระดับมาก (*M* = 4.33, *SD.* = 0.52) โดยสูงสุดด้านการมีส่วนร่วม (*M* = 4.42, *SD.* = 0.48) รองลงมาคือด้านผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบ BSH-MAP Model (n=185)

รายการประเมินความพึงพอใจ	*M*	*SD.*	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านกระบวนการและองค์ประกอบของรูปแบบ	4.28	0.55	มาก
2. ด้านผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	4.39	0.5	มาก
3. ด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เพิ่มขึ้น	4.42	0.48	มาก
4. ด้านความเป็นรูปธรรมและง่ายต่อการปฏิบัติ	4.24	0.54	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	4.33	0.52	มาก

อภิปรายผล

การศึกษาพบว่าบุคลากรมีความรู้ และการรับรู้การนำแผนไปปฏิบัติในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.50; *M* = 2.99) แม้มีทัศนคติเชิงบวกสูง (*M* = 4.04) แต่การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติจริงยังต่ำ (*M* = 2.94) สะท้อนช่องว่างระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรม (Attitude – Behavior Gap) โดยบุคลากรยังไม่สามารถ

เชื่อมโยงบทบาทของตนกับตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ได้ชัดเจน สอดคล้องกับ Armenakis et al. (1993) ที่ชี้ว่าการรับรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ Cotton et al. (1988) ที่เน้นว่าการมีส่วนร่วมต้องเกิดในทุกขั้นตอน ปัจจัยที่ได้คะแนนต่ำสุดคือการมีส่วนร่วมและการจัดสรรทรัพยากร (*M* = 2.94 และ 2.88 ตามลำดับ)

การวิเคราะห์เชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลหลัก 41 คน ช่วยยืนยันและอธิบายผลเชิงปริมาณอย่างเป็นระบบ พบว่าอุปสรรคหลักเกิดจากโครงสร้างการสื่อสารแบบบนลงล่างที่ขาดกลไกสะท้อนกลับ และการไม่เชื่อมโยงตัวชี้วัดกับงานประจำ มากกว่าปัจจัยระดับบุคลากร สอดคล้องกับ Hrebiniak (2006) และ Li et al. (2008) ที่ชี้ว่าความล้มเหลวในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์มีรากจากระบบการจัดการ ทั้งนี้ เงื่อนไขความสำเร็จ 6 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การสื่อสารสองทาง การจัดสรรทรัพยากร การพัฒนาความรู้ วัฒนธรรมองค์กร และแรงจูงใจ ถูกนำไปใช้เป็นฐานออกแบบ BSH-MAP Model อย่างเป็นระบบ สะท้อนความเชื่อมโยงชัดเจนระหว่างข้อค้นพบเชิงคุณภาพกับการพัฒนารูปแบบ

ความน่าเชื่อถือของการพัฒนา BSH-MAP Model มาจาก 3 แหล่ง ได้แก่ 1. การสังเคราะห์ผลจากระยะที่ 1 และ 2 อย่างเป็นระบบ 2. วงจร PAOR 2 รอบที่บุคลากรมีส่วนร่วมออกแบบและปรับปรุงด้วยตนเอง และ 3. การประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญในระดับสูงมาก (*M* = 4.68) สอดคล้องกับ Kemmis และ McTaggart (2022) และ Waterman et al. (2001) ที่ยืนยันว่า PAR ทำให้รูปแบบสอดคล้องกับบริบทจริงและเกิดการยอมรับสูง BSH-MAP Model มีข้อได้เปรียบเหนือ PDMI Model ของบุญเลิศ พิมศักดิ์ และคณะ (2562) ที่เน้นกระบวนการวางแผนแบบบนลงล่าง และ IDEL Model ของรติยา วิภักดิ์ และคณะ (2563) ที่เน้นพัฒนาศักยภาพรายบุคคล ทั้งสองรูปแบบออกแบบสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีโครงสร้างไม่ซับซ้อน จึงขาดกลไกเชื่อมโยงตัวชี้วัดระดับองค์กรกับงานประจำของแต่ละกลุ่มงาน และไม่มีกระบวนการความรับผิดชอบแนวราบที่ครอบคลุมบุคลากรหลากหลายวิชาชีพ ในขณะที่ BSH-MAP Model ผนวกทั้งสองกลไกดังกล่าวเป็นองค์ประกอบหลัก ทำให้เหมาะสมกว่าสำหรับองค์กรตติยภูมิที่มีความซับซ้อนสูง

ประสิทธิผลของรูปแบบ การออกแบบ Pre-test/Post-test ร่วมกับ Paired t-test, Effect Size และ 95% CI รองรับการอภิปรายประสิทธิผลได้อย่างเชื่อมั่น หลังทดลองใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ การรับรู้ของบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (*M* = 3.01 เป็น 4.22; t = 16.34, P-value < .001, Cohen's d = 1.58, 95% CI [1.14, 1.29]) บรรลุตัวชี้วัดร้อยละ 82.00 และบุคลากรพึงพอใจระดับมาก (*M* = 4.33) ขนาดอิทธิพลที่สูงมากสะท้อนความสำเร็จในการสร้าง "ความเป็นเจ้าของยุทธศาสตร์" ตามแนวคิดของ Pierce et al. (2003) และการแปลงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติตามกรอบ Balanced Scorecard ของ Kaplan และ Norton (1996) สอดคล้องกับ Andrews et al. (2009) และ Hendrick (2003) ที่ยืนยันว่ากระบวนการวางแผนเชิงกลยุทธ์ที่เน้นการมีส่วนร่วมส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิผลของหน่วยงานภาครัฐ

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ต้องพิจารณา ได้แก่ การดำเนินการในโรงพยาบาลแห่งเดียว ซึ่งจำกัดความตรงภายนอก (External Validity) การคัดเลือกหน่วยงานนำร่องตามความพร้อมซึ่งอาจทำให้ผลลัพธ์มีความเป็นบวกสูงกว่าบริบททั่วไป และระยะเวลาเพียง 8 สัปดาห์ที่ยังไม่เพียงพอต่อการประเมินความ

ยั่งยืน รวมทั้งการวัดผลลัพธ์ยังจำกัดอยู่ที่การรับรู้ของบุคลากรและตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน โดยยังไม่ครอบคลุมผลลัพธ์ทางคลินิก การวิจัยในอนาคตควรดำเนินการศึกษาระยะยาว 1–3 ปีในหลายสถาบัน เพื่อทดสอบความสามารถในการถ่ายโอนของรูปแบบ ประเมินผลกระทบต่อวัฒนธรรมองค์กรและผลลัพธ์ทางคลินิก และพัฒนาระบบ Real-time Dashboard เพื่อสนับสนุนการติดตามผลในระยะยาว

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ขยายผล BSH-MAP Model ไปยังหน่วยงานอื่นในองค์กร
2. พัฒนาระบบ Real-time Dashboard ลดภาระงานและเชื่อมโยงผลกับการประเมิน
3. อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการบริหารเชิงยุทธศาสตร์
4. บูรณาการ BSH-MAP Model เข้าระบบประกันคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดตัวชี้วัดการนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม พร้อมสนับสนุนงบประมาณและเทคโนโลยี
2. ระดับเขตสุขภาพควรขยาย BSH-MAP Model สู่เครือข่ายโรงพยาบาลและพัฒนาการเรียนรู้ร่วมกัน
3. สถาบันการศึกษาควรบรรจุทักษะการสื่อสารยุทธศาสตร์และ PAR ในหลักสูตรผู้บริหารสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาว 1 – 3 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนและผลกระทบต่อวัฒนธรรมองค์กร

2.ขยายขอบเขตการศึกษาไปยังโรงพยาบาลในระดับต่างๆ และองค์กรสุขภาพประเภทอื่น

3.ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้รูปแบบ BSH-MAP Model กับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

4. ศึกษาการนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ มาช่วยวิเคราะห์และพยากรณ์ผลการดำเนินงานยุทธศาสตร์

รายการอ้างอิง

บุญเลิศ พิมศักดิ์, อำนาจ ศิริบูรณ์, สมลักษณ์ เทียนถาวร, และ มัณชิมา สงวนพงษ์. (2562). การพัฒนาและประเมินรูปแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 15*(2), 45–61.

รติยา วิภักดิ์, อำนาจ ศิริบูรณ์, สมลักษณ์ เทียนถาวร, และ นิรุวรรณ เทรินโบล์. (2563). รูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 6*(3), 120–138.

โรงพยาบาลพุทธโสธร. (2568). *แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพุทธโสธร (พ.ศ. 2566–2570) ฉบับทบทวน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568*. โรงพยาบาลพุทธโสธร.

Andrews, R., Boyne, G. A., Law, J., & Walker, R. M. (2009). Strategy formulation, strategy content and performance. *Public Management Review, 11*(1), 1–22. https://doi.org/10.1080/14719030802489989

Armenakis, A. A., Harris, S. G., & Mossholder, K. W. (1993). Creating readiness for organizational change. *Human Relations, 46*(6), 681–703. https://doi.org/10.1177/001872679304600601

Beer, M., & Eisenstat, R. A. (2000). The silent killers of strategy implementation and learning. *Sloan Management Review, 41*(4), 29–40.

Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. Sage.

Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). John Wiley & Sons.

Cotton, J. L., Vollrath, D. A., Froggatt, K. L., Lengnick-Hall, M. L., & Jennings, K. R. (1988). Employee participation: Diverse forms and different outcomes. *Academy of Management Review, 13*(1), 8–22. https://doi.org/10.2307/258351

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications.

Denzin, N. K. (1978). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. McGraw-Hill.

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). SAGE Publications.

Hendrick, R. (2003). Strategic planning environment, process, and performance in public agencies: A comparative study of departments in Milwaukee. *Journal of Public Administration Research and Theory, 13*(4), 491–519. http://www.jstor.org/stable/3525659

Hrebiniak, L. G. (2006). *Making strategy work: Leading effective execution and change*. Pearson Education.

Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research, 15*(9), 1277–1288. https://doi.org/10.1177/1049732305276687

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). *The balanced scorecard: Translating strategy into action*. Harvard Business School Press.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2004). *Strategy maps: Converting intangible assets into tangible outcomes*. Harvard Business School Press.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (2022). *The action research planner: Doing participatory action research*. Springer Nature.

Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). *The action research planner: Doing critical participatory action research*. Springer.

Li, Y., Guohui, S., & Eppler, M. J. (2008). *Making strategy work: A review of the literature on strategy implementation* (ICA Working Paper No. 2/2008). University of Lugano.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications.

McNamara, C. (2022). *Field guide to consulting and organizational development: A collaborative and systems approach to performance, change and learning*. Authenticity Consulting.

Pierce, J. L., Kostova, T., & Dirks, K. T. (2003). The state of psychological ownership: Integrating and extending a century of research. *Review of General Psychology, 7*(1), 84–107. https://doi.org/10.1037/1089-2680.7.1.84

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.

Waterman, H., Tillen, D., Dickson, R., & de Koning, K. (2001). *Action research: A systematic review and guidance for assessment*. *Health Technology Assessment, 5*(23). https://doi.org/10.3310/hta5230