

Original Research Article

The Model of Crisis Management Affecting the Operations of Modern Hospitals in Bangkok Metropolitan Areas

รูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลยุคใหม่

ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

Yongyuth Mayalarp^{1*}

ยงยุทธ มัยลาภ^{1*}

ARTICLE INFO

Name of Author &
Corresponding Author: *

1. Yongyuth Mayalarp*

ยงยุทธ มัยลาภ
Faculty of Liberal Arts, Krirk University,
Thailand.
คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกริก
Email: y_mayalarp@yahoo.com

คำสำคัญ :

การจัดการภาวะวิกฤต, การดำเนินงาน,
โรงพยาบาลยุคใหม่

Keywords:

Crisis Management, Organizational
Performance, Modern Hospitals

Article history:

Received: 26/04/2026
Revised: 20/05/2026
Accepted: 10/06/2026
Available online: 02/07/2026

How to Cite:

Mayalarp, Y. (2026). The Model of Crisis Management Affecting the Operations of Modern Hospitals in Bangkok Metropolitan Areas. *Journal Dhamma for Life*, 32(4), 70-91.

ABSTRACT

This research aims to: 1) examine the confirmatory components of crisis management, organizational resilience, and hospital performance in modern hospitals in Bangkok; and 2) analyze the causal relationships among crisis management, organizational resilience, and hospital performance in modern hospitals in Bangkok. The target population consisted of 118,743 personnel working in public and private hospitals. A sample of 400 respondents was determined using Yamane's formula at a 95% confidence level, and multi-stage sampling was employed. The research instrument was a questionnaire using a 5-point Likert scale, covering crisis management (30 items), organizational resilience (15 items), and hospital performance (25 items). The instrument demonstrated content validity (IOC = 0.67–1.00) and high reliability (Cronbach's Alpha = 0.93). Data were analyzed using descriptive statistics, Confirmatory Factor Analysis (CFA), and Structural Equation Modeling (SEM).

The findings revealed that: (1) the measurement model showed an excellent fit to the empirical data (CFI $\geq$ 0.997, RMSEA $\leq$ 0.019), and all variables had factor loadings meeting the standard criteria; and (2) the structural model demonstrated a good fit (χ^2/df = 1.035, CFI = 0.994, RMSEA = 0.013). Crisis management had a direct positive effect on organizational resilience (β = 0.872); organizational resilience had a direct positive effect on hospital performance (HOP) (β = 0.823); and crisis management had a direct positive effect on hospital performance (β = 0.351). Additionally, organizational resilience also acted as a mediating variable



ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย
Thai Journal Citation Index Centre

<https://so08.tci-thaijo.org/index.php/dhammalife/index>

between crisis management and hospital performance in modern hospitals ($\beta = 0.717$) with statistical significance.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาองค์ประกอบเชิงยืนยันของการจัดการภาวะวิกฤต ความยืดหยุ่นเชิงองค์การและการดำเนินงานของโรงพยาบาลยุคใหม่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร 2) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการจัดการภาวะวิกฤต ความยืดหยุ่นเชิงองค์การและการดำเนินงานของโรงพยาบาลยุคใหม่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประชากรเป้าหมายคือบุคลากรในโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนจำนวน 118,743 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ด้วยสูตรของ Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุมตัวแปร การจัดการภาวะวิกฤต (30 รายการ) ความยืดหยุ่นเชิงองค์การ (15 รายการ) และการดำเนินงานของโรงพยาบาล (25 รายการ) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.67–1.00) และมีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง (Cronbach's Alpha = 0.93) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) และการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM)

ผลการวิจัยพบว่า (1) โมเดลการวัดสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดีเยี่ยม (CFI $\geq$ 0.997, RMSEA $\leq$ 0.019) ตัวแปรทุกตัว มีค่าน้ำหนักเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน และ (2) โมเดลเชิงโครงสร้างมีความสอดคล้องในระดับสูง ($\chi^2/df = 1.035$, CFI = 0.994, RMSEA = 0.013) โดยการจัดการภาวะวิกฤตมีอิทธิพลทางตรงต่อความยืดหยุ่นเชิงองค์การ ($\beta = 0.872$) ความยืดหยุ่นเชิงองค์การ มีอิทธิพลทางตรงต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาล ($\beta = 0.823$) การจัดการภาวะวิกฤตมีอิทธิพลทางตรงต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาล ($\beta = 0.351$) นอกจากนี้ ความยืดหยุ่นเชิงองค์การเป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่างการจัดการภาวะวิกฤตกับการดำเนินงานของโรงพยาบาลยุคใหม่ ($\beta = 0.717$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลในประเทศไทยมีบทบาทสำคัญในการให้บริการรักษาพยาบาลทั้งในภาวะเฉียบพลันและเรื้อรัง ครอบคลุมการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนจีน และการแพทย์ทางเลือก ตลอดจนการดำเนินงานด้านเวชศาสตร์ป้องกัน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต ความปลอดภัยของประชาชน และความยั่งยืนขององค์กรในระยะยาว ภายใต้บริบทดังกล่าว โรงพยาบาลจำเป็นต้องเผชิญกับความเสี่ยงจากภาวะวิกฤตที่มีความซับซ้อนและทวีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งในมิติด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบอย่างฉับพลันและกว้างขวางต่อชีวิต ทรัพย์สิน และความต่อเนื่องของการให้บริการ



การบริหารจัดการภาวะวิกฤต (crisis management) จึงเป็นกลไกเชิงยุทธศาสตร์ที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับองค์กรด้านสุขภาพ โดย Coombs และ Holladay (2010) ชี้ให้เห็นว่าองค์กรควรมีแผนรองรับวิกฤตที่ชัดเจน มีโครงสร้างทีมปฏิบัติการ และระบบการสื่อสารที่สามารถใช้งานได้ทันที เพื่อรองรับสถานการณ์ในทุกๆ ระยะของวิกฤต ได้แก่ ระยะก่อนเกิด ระยะเกิด และระยะหลังเกิดวิกฤต ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Barton (2008) ที่อธิบายองค์ประกอบของการจัดการภาวะวิกฤตไว้ 6 ด้าน ได้แก่ การหลีกเลี่ยง การเตรียมความพร้อม การรับรู้ การควบคุม การแก้ไข และการเรียนรู้จากวิกฤต องค์ประกอบเหล่านี้มีความสัมพันธ์เชิงระบบและส่งผลต่อประสิทธิภาพของการจัดการวิกฤตในภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญ ในบริบทของโรงพยาบาล วิกฤตมีลักษณะหลากหลายและมีพลวัตสูง ตั้งแต่วิกฤตด้านโรคระบาด ซึ่งเห็นได้ชัดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อระบบสุขภาพทั่วโลก ไปจนถึงวิกฤตจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ อุบัติเหตุหมู่ ความรุนแรงทางสังคม การขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ และภัยคุกคามด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ นอกจากนี้ วิกฤตด้านจิตสังคมของบุคลากร เช่น ความเครียดจากภาระงานและความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพขององค์กรอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แม้ว่าจะงานวิจัยที่ผ่านมาได้ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบและกระบวนการจัดการภาวะวิกฤตในองค์กรสุขภาพในหลายมิติ แต่ยังไม่พบข้อจำกัดสำคัญหลายประการ ได้แก่ (1) การศึกษาส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นเฉพาะมิติใดมิติหนึ่ง เช่น การตอบสนองต่อเหตุการณ์ฉุกเฉิน หรือการสื่อสารในภาวะวิกฤต โดยขาดการบูรณาการเชิงระบบ (2) ขาดกรอบแนวคิดที่เชื่อมโยงองค์ประกอบด้านภาวะผู้นำ วัฒนธรรมองค์กร และโครงสร้างการบริหารเข้ากับประสิทธิภาพของการจัดการวิกฤตอย่างเป็นรูปธรรม และ (3) งานวิจัยในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะในเขตเมืองขนาดใหญ่ เช่น กรุงเทพมหานคร ยังมีอยู่อย่างจำกัด และยังไม่สามารถสะท้อนลักษณะเฉพาะของระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ที่มีความหนาแน่นและความซับซ้อนสูงได้อย่างเพียงพอ นอกจากนี้ แม้จะมีการกล่าวถึงบทบาทของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการเสริมสร้างขีดความสามารถขององค์กรในการเผชิญวิกฤต แต่ยังไม่พบการศึกษาที่บูรณาการปัจจัยดังกล่าวเข้ากับระบบการจัดการวิกฤตของโรงพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม รวมถึงยังไม่มีแบบจำลองเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทขององค์กรสุขภาพไทย

ด้วยเหตุนี้ การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและนำเสนอรูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตเชิงบูรณาการสำหรับโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร โดยอาศัยการสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีร่วมกับข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อสร้างกรอบแนวทางที่ครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ ภาวะผู้นำ และวัฒนธรรมองค์กร อันจะนำไปสู่การยกระดับประสิทธิภาพ ความพร้อม และความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพในบริบทเมืองขนาดใหญ่ทั้งในเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะวิกฤต

ภาวะวิกฤต (Crisis) ในองค์กรด้านการดูแลสุขภาพ หมายถึงสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอนสูง ความเร่งด่วน และมีแนวโน้มก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงต่อโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ขององค์กร ทั้งในรูปแบบเหตุการณ์เฉียบพลันและเหตุการณ์ที่สะสมจนถึงจุดวิกฤต ส่งผลให้การดำเนินงานตามปกติถูกรบกวนอย่างมีนัยสำคัญ โดยภาวะวิกฤตถูกมองว่าเป็นการ “หยุดชะงักของภาวะปกติ” ที่จำกัดความสามารถในการตัดสินใจและการตอบสนองของระบบ ในบริบทระบบสุขภาพ ภาวะวิกฤตมีลักษณะพหุมิติ ครอบคลุมทั้งมิติคลินิก เช่น การระบาดของโรคหรือผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้น มิติดำเนินงาน เช่น การขาดแคลนทรัพยากรหรือระบบล่ม และมีมิติองค์กร เช่น ปัญหาการบริหารหรือความเชื่อมั่นของสาธารณชนลดลง ทำให้เกิดความซับซ้อนของผลกระทบที่เชื่อมโยงกัน (Winzer et al., 2024; Souvatzi et al., 2024) แนวคิดระบบซับซ้อน (Complex Adaptive System) อธิบายว่าผลกระทบของวิกฤตไม่เป็นเส้นตรง แต่เกิดเป็นลูกโซ่และแพร่กระจายได้รวดเร็ว (Plsek & Greenhalgh, 2001) ขณะเดียวกันแนวคิด Sensemaking ของ Weick (1995) ชี้ว่าบุคลากรต้องตีความสถานการณ์อย่างรวดเร็วภายใต้ข้อมูลไม่สมบูรณ์เพื่อการตัดสินใจ ด้านการบริหารจัดการ วรรณกรรมเน้นความสำคัญของการเตรียมความพร้อม (Preparedness) ครอบคลุมการประเมินความเสี่ยง การวางแผนฉุกเฉิน และระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยต้องดำเนินอย่างเป็นวงจร ได้แก่ การป้องกัน การเตรียมพร้อม การตอบสนอง และการฟื้นฟู (Pearson & Clair, 1998) พร้อมทั้งส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรที่ตระหนักถึงวิกฤตเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของระบบ ในระบบสุขภาพสมัยใหม่ โดยเฉพาะหลัง COVID-19 ความสามารถในการฟื้นตัวขององค์กร (Organizational Resilience) มีความสำคัญมากขึ้น องค์กรที่ยืดหยุ่นมักมีการตัดสินใจแบบกระจาย การสื่อสารโปร่งใส และการใช้ข้อมูลแบบเรียลไทม์ ซึ่งช่วยลดผลกระทบต่อผู้ป่วยและความต่อเนื่องของบริการ (Roychowdhury, 2020; Kushnir & Yazgan, 2024) โดยสรุป ภาวะวิกฤตในระบบสุขภาพควรถูกมองเป็นกระบวนการเชิงระบบที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา องค์กรจึงจำเป็นต้องพัฒนาการบริหารจัดการแบบบูรณาการทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และวัฒนธรรม เพื่อเพิ่มความสามารถในการรับมือ ลดผลกระทบ และรักษาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องภายใต้ข้อจำกัดและความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้น

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการภาวะวิกฤต

การจัดการภาวะวิกฤต (Crisis Management) ถูกอธิบายผ่านหลากหลายมุมมองทางวิชาการ ซึ่งมีจุดร่วมสำคัญคือการเน้นความแตกต่างจากการบริหารจัดการทั่วไป โดยเฉพาะลักษณะของการตัดสินใจที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน การสื่อสารในสถานการณ์เฉพาะหน้า และการประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Mitroff, 2007; Dominic et al., 2023) แนวคิดเชิงบูรณาการของการจัดการภาวะวิกฤตให้ความสำคัญกับกระบวนการที่ครอบคลุมทั้งการป้องกัน การเตรียมความพร้อม การตอบสนองต่อเหตุการณ์ และการฟื้นฟูหลัง



เกิดวิกฤต โดยมุ่งเน้นให้เกิดความต่อเนื่องของการดำเนินงานและลดผลกระทบต่องค์กรให้น้อยที่สุด (Sætren et al., 2024) ในขณะที่แนวคิดเชิงวิศวกรรมและระบบ (Systems Approach) ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ความเสี่ยง การควบคุมเชิงกลยุทธ์ และการเรียนรู้จากเหตุการณ์เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของระบบในระยะยาว (Ruohonen et al., 2024) นอกจากนี้ แนวคิดบางส่วนยังแบ่งกระบวนการจัดการวิกฤตออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเกิดวิกฤต ระหว่างเกิดวิกฤต และหลังเกิดวิกฤต โดยเน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการตัดสินใจภายใต้ความไม่แน่นอน ทั้งนี้ การจัดการวิกฤตที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยสร้างความไว้วางใจและส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มากขึ้น หากองค์กรสามารถเพิ่มการรับรู้ถึงความเสี่ยงและประสิทธิผลของกลยุทธ์ได้อย่างเหมาะสม (Mitroff, 2007) ในบริบทของวิกฤตไซเบอร์ การสื่อสารที่โปร่งใส ชัดเจน และเฉพาะเจาะจงถือเป็นปัจจัยสำคัญ ควบคู่กับการตอบสนองเชิงเทคนิคที่รวดเร็วและเหมาะสม รวมถึงการฝึกอบรมบุคลากรเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉิน (Ruohonen et al., 2024) ขณะเดียวกัน การจัดตั้งทีมตอบสนองวิกฤต (Crisis Response Team) และศูนย์บัญชาการวิกฤต (Crisis Command Center) ถือเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมสถานการณ์ตามแผนกลยุทธ์ขององค์กร เพื่อป้องกันไม่ให้อุบัติการณ์ขยายตัว เมื่อเกิดวิกฤต องค์กรจำเป็นต้องมีแนวทางการบริหารจัดการที่ชัดเจน ทั้งในด้านการควบคุมสถานการณ์ การสื่อสารกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการดำเนินการแก้ไขอย่างเป็นระบบ และหลังจากเหตุการณ์สิ้นสุดลง องค์กรควรดำเนินกระบวนการถอดบทเรียน (Lesson Learned) เพื่อใช้เป็นฐานความรู้ในการพัฒนาและปรับปรุงการจัดการวิกฤตในอนาคต (Sætren et al., 2024)

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการภาวะวิกฤต

จากการรวบรวมแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการภาวะวิกฤต สามารถสรุปได้ว่า รูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตมีความหลากหลายและขึ้นอยู่กับบริบทการดำเนินงานและความสอดคล้องของแต่ละองค์กร โดยทั่วไปมักครอบคลุมกระบวนการที่เป็นลำดับขั้นต่อเนื่อง ได้แก่ การป้องกัน การเตรียมความพร้อม การตอบสนองต่อภาวะวิกฤต และการฟื้นฟูหลังเกิดเหตุการณ์ (Fink, 1996) นอกจากนี้ แนวคิดด้านระบบสุขภาพและองค์กรสมัยใหม่ยังให้ความสำคัญกับความยืดหยุ่น (Resilience) และความสามารถในการปรับตัวของระบบ โดยเน้นการพัฒนากรอบพื้นฐานเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งภายในระบบสุขภาพ เช่น การจัดการข้อมูล การวิเคราะห์สถานการณ์ และการคาดการณ์ความเสี่ยง เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้มีอำนาจในการกำหนดลำดับความสำคัญและสร้างความเชื่อมั่นให้กับระบบ รวมถึงการประเมินผลหลังเกิดวิกฤตอย่างเป็นระบบ (Bundy et al., 2017) ในขณะเดียวกัน แนวคิดการจัดการภาวะวิกฤตยังครอบคลุมการบูรณาการระหว่างการจัดการเชิงกลยุทธ์ ทฤษฎีองค์กร การประชาสัมพันธ์ และการสื่อสาร เพื่อให้เกิดการตอบสนองที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกันทั้งระบบ อีกทั้งยังมีการบูรณาการงานสมัยใหม่ที่เน้นการวางแผนเชิงกลยุทธ์ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในทุกขั้นตอนของวิกฤต ซึ่งช่วยเพิ่มความสามารถในการทำความเข้าใจสถานการณ์ การคาดการณ์อนาคต และการเรียนรู้จากบทเรียนที่ผ่านมา (Luburić, 2019) โดยสรุป การมีรูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตที่

เป็นระบบและบูรณาการจะช่วยให้องค์กรสามารถเตรียมความพร้อม ลดผลกระทบจากวิกฤต และเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นตัวหลังเหตุการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการดำเนินงานของโรงพยาบาล

การดำเนินงานของโรงพยาบาลในด้านอาคารสถานที่และโครงสร้างพื้นฐานถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพและความยั่งยืนขององค์กร โดยเริ่มตั้งแต่การจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) ซึ่งมีบทบาทในการพัฒนาระบบฐานข้อมูล การจัดเก็บองค์ความรู้ และการสร้างวัฒนธรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร อันช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการตัดสินใจและการบริหารจัดการ (Stan, 2022) นอกจากนี้ การออกแบบและก่อสร้างอาคารโรงพยาบาลต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่นของโครงสร้างเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์การให้บริการ รวมถึงการขยายตัวของผู้ป่วยในอนาคต โดยแนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพที่เน้นความทนทานและการใช้งานได้หลากหลาย (Karamitri et al., 2017) ในด้านการดำเนินงานระบบอาคาร โรงพยาบาลจำเป็นต้องมีการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน (Preventive Maintenance) การซ่อมบำรุงระบบวิศวกรรมอาคาร เช่น ระบบไฟฟ้า ระบบน้ำ และระบบระบายอากาศ รวมถึงการจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และการตรวจสอบความพร้อมใช้งานของระบบอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง (Bocean & Vărzaru, 2025) ขณะเดียวกัน การเตรียมความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉินผ่านการฝึกซ้อมแผนรองรับวิกฤตด้านอาคารสถานที่ก็เป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบสำคัญ โดยการออกแบบพื้นที่โรงพยาบาลควรสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ เช่น การจัดการหอผู้ป่วย พื้นที่สีเขียวเพื่อการบำบัด การควบคุมการติดเชื้อ และการปรับเปลี่ยนพื้นที่รองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน (Dolcini et al., 2025) ในภาพรวม แนวคิดความยั่งยืน (Sustainability) ได้ถูกบูรณาการเข้าสู่การบริหารจัดการโรงพยาบาลมากขึ้น โดยมุ่งเน้นการใช้พลังงานและทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการของเสีย การรักษาคุณภาพอากาศภายในอาคาร และการเพิ่มความสามารถในการรับมือภัยพิบัติ อีกทั้งยังมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น e-health และ telemedicine เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ ลดความแออัด และสนับสนุนการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ด้านโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาลอย่างยั่งยืน

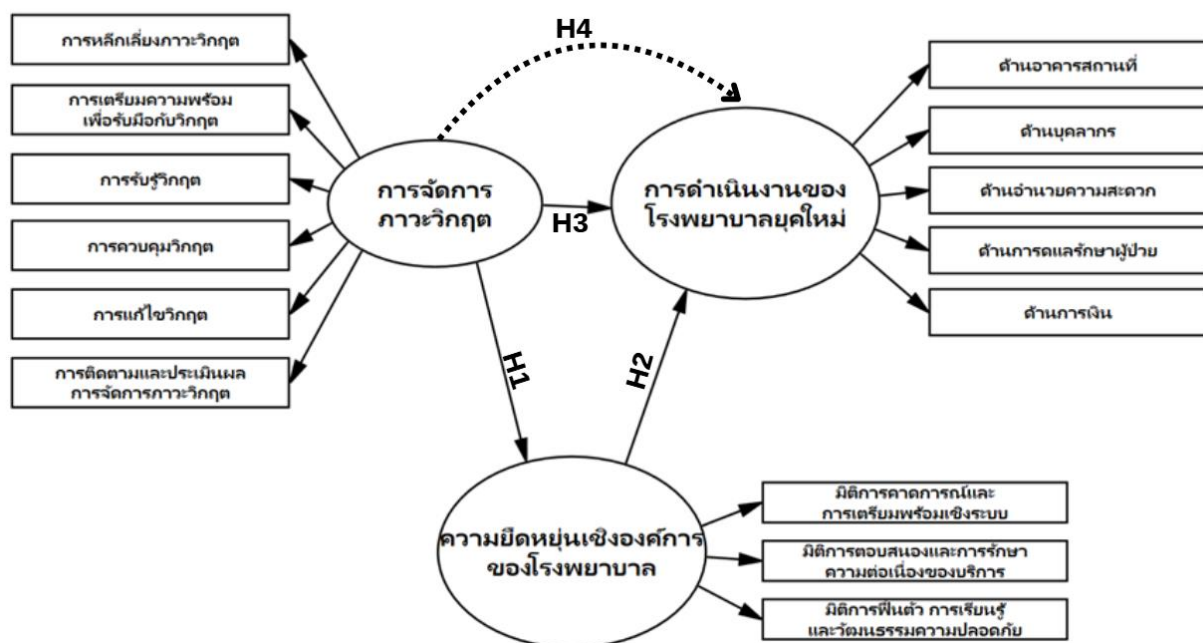
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับความยืดหยุ่นเชิงองค์กรของโรงพยาบาล

ภายใต้บริบทของระบบสุขภาพที่เผชิญกับความไม่แน่นอน ความซับซ้อน และวิกฤตที่เกิดขึ้นซ้ำในหลายรูปแบบ ความยืดหยุ่นเชิงองค์กรของโรงพยาบาลจึงกลายเป็นแนวคิดสำคัญที่กำหนดความสามารถในการดำรงอยู่และพัฒนาอย่างยั่งยืนขององค์กรบริการสุขภาพ แนวคิดดังกล่าวมิได้จำกัดอยู่เพียงการฟื้นตัวหลังเหตุการณ์วิกฤตเท่านั้น หากแต่ครอบคลุมถึงความสามารถในการคาดการณ์ความเสี่ยง การเตรียมความพร้อม การตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ และการเรียนรู้เชิงระบบเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานในอนาคต ความยืดหยุ่น



เชิงองค์การเป็นความสามารถของระบบบริการสุขภาพในการเตรียมพร้อม รับมือ พื้นตัว และเรียนรู้จากสถานการณ์ความไม่แน่นอนหรือวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Duchek, 2020; Buchbinder & Thompson, 2020; สมบูรณ์ เทียนทอง, 2563; เจริญเสถียร, 2564) จากการสังเคราะห์ดังกล่าว ผู้วิจัยสามารถกำหนดองค์ประกอบของตัวแปรความยืดหยุ่นเชิงองค์การของโรงพยาบาลให้เป็นสามแกนหลักที่สะท้อนวงจรการทำงานขององค์การภายใต้ความไม่แน่นอน โดยแกนที่หนึ่งคือ ความสามารถในการคาดการณ์และเตรียมพร้อมขององค์การ ซึ่งครอบคลุมการประเมินความเสี่ยง การจัดทำแผนรองรับ การจัดสรรทรัพยากรล่วงหน้า และการเสริมความพร้อมของระบบสนับสนุน แกนที่สองคือ ความสามารถในการตอบสนองและรักษาความต่อเนื่องของบริการ ซึ่งครอบคลุมการประสานงาน การตัดสินใจภายใต้ภาวะฉุกเฉิน การจัดการทรัพยากรขณะเกิดเหตุ และการคงไว้ซึ่งคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย แกนที่สามคือ ความสามารถในการฟื้นตัวและการเรียนรู้เชิงระบบ ซึ่งครอบคลุมการประเมินผลหลังเหตุการณ์ การสกัดบทเรียน การปรับปรุงมาตรการ และการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น องค์ประกอบทั้งสามแกนนี้ยังถูกล่อเลี้ยวด้วยสมรรถนะบุคลากรและวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในฐานะกลไกข้ามมิติที่ทำให้ความยืดหยุ่นเกิดขึ้นได้จริงในทางปฏิบัติ และเหมาะสมที่จะนำไปใช้เป็นฐานของตัวแปรคั่นกลางเพื่ออธิบายกลไกเชื่อมโยงระหว่างการจัดการภาวะวิกฤตกับการดำเนินงานของโรงพยาบาลยุคใหม่อย่างเป็นระบบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องขององค์ประกอบเชิงโครงสร้างของการจัดการภาวะวิกฤต กับความยืดหยุ่นเชิงองค์การของโรงพยาบาล และการดำเนินงานของโรงพยาบาลยุคใหม่กับข้อมูลเชิงประจักษ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการจัดการภาวะวิกฤตกับความยืดหยุ่นเชิงองค์การของโรงพยาบาลที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลยุคใหม่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานของการวิจัย

1. การจัดการภาวะวิกฤตมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความยืดหยุ่นเชิงองค์การของโรงพยาบาลในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
2. ความยืดหยุ่นเชิงองค์การของโรงพยาบาลมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลยุคใหม่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
3. การจัดการภาวะวิกฤตมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลยุคใหม่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
4. ความยืดหยุ่นเชิงองค์การของโรงพยาบาลทำหน้าที่เป็นตัวแปรคันกลางในความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการภาวะวิกฤตกับการดำเนินงานของโรงพยาบาลยุคใหม่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการจัดการภาวะวิกฤต (Crisis Management) ความยืดหยุ่นเชิงองค์การ (Organizational Resilience) และการดำเนินงานของโรงพยาบาลยุคใหม่ (Hospital Operations) ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างบุคลากรโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนจำนวน 400 ราย ด้วยแบบสอบถามเป็นเครื่องมือหลัก การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายระดับความคิดเห็นของตัวแปร จากนั้นดำเนินการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงและความสอดคล้องของโมเดลการวัดกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และวิเคราะห์สมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมระหว่างตัวแปรตามสมมติฐานที่กำหนด



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการวิจัยนี้ได้แก่ บุคลากรระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤต ความยืดหยุ่นเชิงองค์การ และการดำเนินงานโรงพยาบาลยุคใหม่ ครอบคลุมทั้งระดับนโยบาย การบริหาร และการปฏิบัติการ โดยมีจำนวนโรงพยาบาล 142 แห่ง และบุคลากรรวม 118,743 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2568; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2568)

2. กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานจริงและเกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตและความยืดหยุ่นเชิงองค์การ โดยคัดเลือกจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีโครงสร้างการบริหารและระบบคุณภาพครบถ้วน เพื่อให้สะท้อนการปฏิบัติงานจริงทั้งระดับบริหารและปฏิบัติการ โดยไม่จำกัดเฉพาะผู้บริหารระดับสูง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{N}{1 + N(e^2)}$$

เมื่อ

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N = จำนวนบุคลากรของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานจริงในเขตพื้นที่ ทั้งหมด 118743 คน

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (0.05 หรือ 5%)

แทนค่า

$$n = 118743 \div (1 + 118743(0.05^2))$$

$$n = 118743 \div (1 + 118743(0.0025))$$

$$n = 118743 \div (1 + 296.8575)$$

$$n = 118743 \div 297.8575$$

$$n = 398.6571$$

ดังนั้นกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 400 คนเพื่อความเหมาะสมในการวิเคราะห์ SEM และเพื่อรองรับการขาดหายของข้อมูลบางส่วนในทางปฏิบัติ โดยยึดแนวทางการปัดขึ้นเพื่อคงอำนาจการทดสอบของโมเดลในภาพรวม (Yamane, 1967)

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง รายได้ และประสบการณ์การทำงาน ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และแบบ



ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย
Thai Journal Citation Index Centre

<https://so08.tci-thaijo.org/index.php/dhammalife/index>

เลือกตอบ (Multiple Choice) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์เชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ และการเปรียบเทียบลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการภาวะวิกฤตของโรงพยาบาลยุคใหม่ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การหลีกเลี่ยงภาวะวิกฤต การเตรียมความพร้อม การรับรู้วิกฤต การควบคุมวิกฤต การแก้ไขวิกฤต และการติดตามและประเมินผล รวม 30 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ตั้งแต่ระดับน้อยที่สุดถึงมากที่สุด โดยให้คะแนน 1-5 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความยืดหยุ่นเชิงองค์กรของโรงพยาบาล ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ การคาดการณ์และการเตรียมพร้อมเชิงระบบ การตอบสนองและการรักษาความต่อเนื่องของบริการ และการฟื้นตัว การเรียนรู้ และวัฒนธรรมความปลอดภัย รวม 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale)

ตอนที่ 4 ระดับการดำเนินงานของโรงพยาบาลยุคใหม่ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ อาคารสถานที่ บุคลากร อำนาจความสะดวก การดูแลรักษาผู้ป่วย และด้านการเงิน รวม 25 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale)

ตอนที่ 5 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้ตอบแบบสอบถาม โดยเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อรวบรวมความคิดเห็นเชิงคุณภาพเพิ่มเติมจากผู้ตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามแบบมาตราส่วน เพื่อสอบถามความคิดเห็นของตอนที่ 2 – 4 แบ่งการวัดเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	ความหมาย
5	ระดับความสำคัญอยู่ในระดับมากที่สุด
4	ระดับความสำคัญอยู่ในระดับมาก
3	ระดับความสำคัญอยู่ในระดับปานกลาง
2	ระดับความสำคัญอยู่ในระดับน้อย
1	ระดับความสำคัญอยู่ในระดับน้อยที่สุด

วิธีดำเนินการวิจัย

1. เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 400 รายด้วยแบบสอบถาม และวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เพื่อประเมินระดับความคิดเห็นของตัวแปรที่ศึกษา
2. ดำเนินการวิเคราะห์ CFA เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องขององค์ประกอบเชิงทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และประเมินความเหมาะสมของโมเดลการวัด
3. ใช้ SEM เพื่อทดสอบอิทธิพลเชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร โดยพิจารณาทั้งอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของการจัดการภาวะวิกฤตต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลยุคใหม่



4. สังเคราะห์ผลการวิเคราะห์เชิงสาเหตุเป็นรูปแบบความสัมพันธ์เชิงระบบระหว่างตัวแปร เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาการจัดการโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ ความยืดหยุ่น และความยั่งยืน

การเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ดำเนินการอย่างเป็นระบบ เริ่มจากการทบทวนวรรณกรรม กำหนดกรอบแนวคิดและตัวแปรเพื่อพัฒนาแบบสอบถาม พร้อมจัดทำเอกสารชี้แจงและขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างจากนั้นประสานงานเพื่อกำหนดแนวทางและช่วงเวลาเก็บข้อมูลที่เหมาะสม แล้วแจกแบบสอบถามจำนวน 400 ชุด ทั้งแบบเอกสารและออนไลน์ โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์และย้ำความสมัครใจของผู้ตอบ เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ คัดกรองฉบับที่ไม่ครบถ้วนออก ก่อนนำข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์ไปเข้ารหัสและจัดเก็บเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป ทั้งสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และสมการโครงสร้างตามกรอบการวิจัยที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือหลัก เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดสอบสมมติฐานและตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน รวมถึงการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง (SEM) เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล มีการเตรียมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ได้แก่ ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม คัดกรองข้อมูลที่ผิดปกติหรือไม่สมบูรณ์ เข้ารหัสข้อมูลตามมาตราส่วนไลเคิร์ต และป้อนข้อมูลลงโปรแกรม SPSS พร้อมตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นตรวจสอบข้อมูลสูญหายและค่าผิดปกติ รวมทั้งทดสอบการแจกแจงแบบปกติด้วยค่าความเบ้และความโด่ง เพื่อความเหมาะสมในการใช้สถิติ หลังจากนั้นจึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) และการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง (SEM) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ตามสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์รูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลยุคใหม่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ดังนี้

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ตอบแบบสอบถาม

รายการ	รายละเอียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	148	37.01
	หญิง	252	62.99
2. อายุ	ต่ำกว่า 30 ปี	62	15.52
	30-40 ปี	152	37.97
	41-50 ปี	108	27.03
	51-60 ปี	54	13.46
	60 ปีขึ้นไป	24	6.02
3. สถานภาพ	โสด	170	42.48
	สมรส / อยู่ด้วยกัน	198	49.52
	หม้าย / หย่าร้าง / แยกกันอยู่	32	8.00
4. ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	192	48.01
	ปริญญาโท	170	42.49
	ปริญญาเอก	38	9.50
5. ตำแหน่ง	พนักงานระดับปฏิบัติการ	138	34.51
	ผู้บริหารระดับหัวหน้างาน / ผู้จัดการ	152	37.97
	ผู้บริหารระดับผู้อำนวยการขึ้นไป	110	27.52
6. รายได้ต่อเดือน (บาท)	ต่ำกว่า 20,000 บาท	44	10.99
	20,000-40,000 บาท	112	27.99
	40,001-60,000 บาท	104	25.98
	60,001-80,000 บาท	70	17.53
	80,001-100,000 บาท	44	10.98
	สูงกว่า 100,000 บาท	26	6.53
7. ประสบการณ์การทำงาน	1-5 ปี	118	29.51
	6-10 ปี	110	27.51
	11-15 ปี	76	19.03
	16-20 ปี	50	12.49
	21-25 ปี	28	7.00
	26 ปีขึ้นไป	18	4.46

รายการ	รายละเอียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รวม		400.00	100

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (62.99%) รองลงมาคือเพศชาย (37.01%) สะท้อนบทบาทสำคัญของเพศหญิงในภาคสาธารณสุข โดยเฉพาะงานพยาบาลและบริการผู้ป่วย ด้านอายุ ส่วนใหญ่อยู่ช่วง 30–40 ปี (37.97%) รองลงมา 41–50 ปี (27.03%) แสดงถึงกลุ่มวัยทำงานที่มีศักยภาพและความพร้อมในการปฏิบัติงาน สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรส/อยู่ร่วมกัน (49.52%) รองลงมาโสด (42.48%) บ่งชี้ถึงความมั่นคงและความรับผิดชอบในชีวิตและงาน ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่จบปริญญาตรี (48.01%) และปริญญาโท (42.49%) สะท้อนระดับความรู้ที่เหมาะสมต่อการทำงานวิชาชีพ ด้านตำแหน่ง ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้างาน/ผู้จัดการ (37.97%) รองลงมาพนักงานปฏิบัติการ (34.51%) และผู้บริหารระดับสูง (27.52%) แสดงถึงการมีส่วนร่วมของทุกระดับในองค์กร ด้านรายได้ ส่วนใหญ่มีรายได้ 20,000–60,000 บาท (53.97%) สอดคล้องกับตำแหน่งงานวิชาชีพ และ ด้านประสบการณ์ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ 1–10 ปี (57.02%) แสดงถึงบุคลากรที่มีทั้งพลังและประสบการณ์ โดยสรุป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยทำงาน มีการศึกษาระดับปริญญาตรี–โท รายได้ปานกลาง และมีประสบการณ์ 1–10 ปี ซึ่งเป็นกำลังหลักของโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการจัดการภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 2 สรุปค่าความเที่ยงตรงของตัวแปรเชิงสาเหตุในรูปแบบสมการโครงสร้าง

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกตได้	Factor Loading (λ)	R ²	AVE	CR
CM — การจัดการภาวะวิกฤต	CM1 การหลีกเลี่ยงภาวะวิกฤต	0.781	0.610	0.654	0.921
	CM2 การเตรียมความพร้อม	0.834	0.696		
	CM3 การรับรู้วิกฤต	0.812	0.659		
	CM4 การควบคุมวิกฤต	0.856	0.733		
	CM5 การแก้ไขวิกฤต	0.871	0.759		
	CM6 การติดตามและประเมินผล	0.829	0.687		
OR — ความยืดหยุ่นเชิงองค์การ	OR1 การคาดการณ์และเตรียมพร้อม	0.842	0.709	0.831	0.936
	OR2 การตอบสนองและความต่อเนื่อง	0.884	0.968		

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกตได้	Factor Loading (λ)	R ²	AVE	CR
	OR3 การฟื้นฟูตัวและ วัฒนธรรมความปลอดภัย	0.861	0.741		
HOP — การดำเนินงาน โรงพยาบาล	HOP1 ด้านอาคารสถานที่	0.774	0.599	0.652	0.903
	HOP2 ด้านบุคลากร	0.821	0.674		
	HOP3 ด้านอำนวยความสะดวก	0.806	0.650		
	HOP4 ด้านการดูแลรักษา ผู้ป่วย	0.858	0.736		
	HOP5 ด้านการเงิน	0.792	0.627		

หมายเหตุ. Factor Loading ทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ | $AVE \geq 0.50$ และ $CR \geq 0.70$ ผ่านเกณฑ์ทุกตัวแปร

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 2 พบว่าตัวแปรสังเกตทั้งหมดมีค่า factor loading อยู่ระหว่าง 0.774–0.884 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ 0.70 อย่างชัดเจน สะท้อนความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับตัวแปรแฝงตามกรอบทฤษฎีอย่างเหมาะสม ในด้านการจัดการภาวะวิกฤต (CM) พบว่า การแก้ไขวิกฤต (CM5) และการควบคุมวิกฤต (CM4) มีค่าน้ำหนักสูงสุด สะท้อนบทบาทสำคัญของการจัดการในช่วงวิกฤต ขณะที่การหลีกเลี่ยงวิกฤต (CM1) แม้มีค่าน้ำหนักต่ำกว่าแต่ยังอยู่ในระดับดีและมีบทบาทเชิงป้องกัน สำหรับความยืดหยุ่นเชิงองค์การ (OR) พบว่ามีมิติการตอบสนองและความต่อเนื่องของบริการ (OR2; $\lambda = 0.884$) มีค่าสูงสุด รองลงมาคือการฟื้นฟู การเรียนรู้ และวัฒนธรรมความปลอดภัย (OR3) แสดงให้เห็นว่าความยืดหยุ่นเน้นความสามารถในการคงบริการและเรียนรู้จากวิกฤต ด้านการดำเนินงานโรงพยาบาลยุคใหม่ (HOP) พบว่า การดูแลผู้ป่วย (HOP4) มีค่าน้ำหนักสูงสุด สะท้อนคุณภาพการรักษากลายเป็นผลลัพธ์หลัก ขณะที่ด้านโครงสร้างพื้นฐานและเงินมีบทบาทสนับสนุน โดยสรุป ตัวชี้วัดของทั้งสามตัวแปรแฝงมีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างในระดับสูง สอดคล้องกับกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี และสนับสนุนความเหมาะสมของโมเดลเชิงสาเหตุสำหรับการวิเคราะห์ SEM

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) ชี้ว่าโมเดลการวัดมีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นสูง โดยค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.732–0.841 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ (≥ 0.50) และส่วนใหญ่เกิน 0.70 อย่างมีนัยสำคัญ ($t = 6.182$ – 6.471 , $p < 0.001$) ค่า R² อยู่ระหว่าง 0.536–0.707 สะท้อนความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนในระดับสูง โดยด้านการดูแลผู้ป่วยมีค่าสูงสุด รองลงมาคือการเงิน บุคลากร อาคารสถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก ค่าความเชื่อมั่น Composite Reliability เท่ากับ 0.903 และ Average Variance Extracted เท่ากับ 0.652 บ่งชี้ความเชื่อมั่นภายในและความเที่ยงตรงเชิงบรรจบในระดับดี รวมทั้งดัชนีความสอดคล้องของโมเดลอยู่ในเกณฑ์ดีมาก (χ^2 ไม่มีนัยสำคัญ, χ^2/df อยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้, GFI, CFI, TLI

> 0.90 และ RMSEA, RMR < 0.08) โดยสรุป โมเดลมีความเหมาะสม มีความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงสูง และสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (SEM) ในขั้นตอนถัดไปได้อย่างมั่นใจ

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานอิทธิพลทางตรง ทางอ้อม และอิทธิพลรวมของโมเดลสมการโครงสร้าง

สมมติฐาน	เส้นทางเชิงสาเหตุ	ประเภทอิทธิพล	β	S.E.	C.R.	P-value	Bootstrap 95% CI	ผลการทดสอบ
H1	CM $\rightarrow$ OR	ทางตรง	0.872	0.114	6.214	***	[0.648, 1.096]	สนับสนุน
H2	OR $\rightarrow$ HOP	ทางตรง	0.823	0.127	5.487	***	[0.574, 1.072]	สนับสนุน
H3	CM $\rightarrow$ HOP	ทางตรง	0.351	0.098	3.062	**	[0.159, 0.543]	สนับสนุน
H4	CM $\rightarrow$ OR $\rightarrow$ HOP	ทางอ้อม	0.717	0.089	—	***	[0.543, 0.891]	สนับสนุน
—	CM $\rightarrow$ HOP	รวม	1.068	—	—	***	—	—

หมายเหตุ. *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$ | C.R. > 1.96 แสดงนัยสำคัญทางสถิติ | Bootstrap Samples = 5,000 | Bias-Corrected 95% CI ไม่ครอบคลุมศูนย์แสดงว่าอิทธิพลทางอ้อมมีนัยสำคัญ | Total Effect ของ CM $\rightarrow$ HOP = Direct (0.351) + Indirect (0.717) = 1.068

จากตารางที่ 3 ผลการทดสอบโมเดลสมการโครงสร้างชี้ให้เห็นว่าเส้นทางเชิงสาเหตุทั้งหมดมีทิศทางเป็นบวกและมีนัยสำคัญทางสถิติ H1: การจัดการภาวะวิกฤต (CM) มีอิทธิพลทางตรงต่อความยืดหยุ่นเชิงองค์การ (OR) อย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = 0.872$, S.E. = 0.114, C.R. = 6.214, $p < 0.001$; 95% CI [0.648, 1.096]) สะท้อนว่า CM เป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพด้านการคาดการณ์ การตอบสนอง การฟื้นตัว และการเรียนรู้ขององค์การ H2: ความยืดหยุ่นเชิงองค์การ (OR) มีอิทธิพลทางตรงต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาล (HOP) อย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = 0.823$, S.E. = 0.127, C.R. = 5.487, $p < 0.001$; 95% CI [0.574, 1.072]) โดยมีขนาดอิทธิพลสูง สนับสนุนบทบาทของ OR ในการยกระดับประสิทธิภาพการดำเนินงานตามกรอบแนวคิด Dynamic Capabilities H3: การจัดการภาวะวิกฤต (CM) ส่งผลโดยตรงต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาล (HOP) อย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = 0.351$, S.E. = 0.098, C.R. = 3.062, $p < 0.01$; 95% CI [0.159, 0.543]) แม้มีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง แต่สะท้อนผลเชิงปฏิบัติที่สำคัญ H4: CM มีอิทธิพลทางอ้อมต่อ HOP ผ่าน OR อย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = 0.717$, S.E. = 0.089, $p < 0.001$; 95% CI [0.543, 0.891]) จาก Bootstrap ($n = 5,000$) โดย OR ทำหน้าที่เป็นตัวแปรคั่นกลางแบบบางส่วน (partial mediation) เนื่องจากอิทธิพลทางตรงยังคงมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ อิทธิพลทางอ้อมมีขนาดสูงกว่าทางตรง สะท้อนว่า OR เป็นกลไกหลักในการถ่ายทอดผลของ CM ไปสู่ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ตารางที่ 4 ดัชนีความสอดคล้องของรูปแบบสมการโครงสร้าง (Model Fit Summary)

ดัชนีความสอดคล้อง	เกณฑ์มาตรฐาน	แหล่งอ้างอิง	ค่าที่ได้	การตีความ
Chi-square (χ^2)	$p > 0.05$	Kline (2016)	132.418 ($p = .364$)	ดีมาก
Degrees of Freedom (df)	—	—	128	—
Relative Chi-square (χ^2/df)	< 2.00	Hair et al. (2019)	1.035	ดีมาก
GFI	≥ 0.90	Jöreskog & Sörbom (1984)	0.912	ดี
NFI	≥ 0.90	Bentler & Bonett (1980)	0.903	
TLI	≥ 0.95	Tucker & Lewis (1973)	0.991	ดีมาก
CFI	≥ 0.95	Bentler (1990)	0.994	ดีเยี่ยม
RMSEA	≤ 0.08	Browne & Cudeck (1993)	0.013	ดีเยี่ยม
RMR	≤ 0.08	Hu & Bentler (1999)	0.079	ยอมรับได้

จากตารางที่ 4 ผลการประเมินความสอดคล้องของโมเดลสมการโครงสร้างแสดงให้เห็นว่าดัชนีทุกตัวอยู่ในเกณฑ์ที่ดีถึงดีเยี่ยม โดยค่า $\chi^2 = 132.418$ ($p = 0.364$) บ่งชี้ว่าโมเดลไม่แตกต่างจากข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญ และค่า $\chi^2/df = 1.035$ สะท้อนความพอดีของโมเดลในระดับสูง ขณะที่ GFI = 0.912 และ NFI = 0.903 แสดงถึงความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของข้อมูลได้อย่างเหมาะสม ดัชนีเชิงเปรียบเทียบพบว่า TLI = 0.991 และ CFI = 0.994 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานอย่างชัดเจน สะท้อนความสอดคล้องกับข้อมูลในระดับยอดเยี่ยม ส่วน RMSEA = 0.013 และ RMR = 0.079 ที่มีค่าต่ำ แสดงถึงความคลาดเคลื่อนของโมเดลในระดับต่ำ

โดยสรุป โมเดลมีความสอดคล้องทั้งเชิงสถิติและเชิงทฤษฎี สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับเกณฑ์ของ Kline (2016) และ Bagozzi และ Yi (2012) จึงถือเป็นโมเดลเชิงโครงสร้างที่ผ่านการตรวจสอบเชิงประจักษ์ และเหมาะสมสำหรับใช้เป็นกรอบวิเคราะห์การบริหารโรงพยาบาลยุคใหม่ภายใต้ภาวะวิกฤตอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

อภิปรายผล

1. ผลการวิจัยพบว่า โมเดลการวัดของตัวแปรแฝง ได้แก่ การจัดการภาวะวิกฤต ความยืดหยุ่นเชิงองค์การ และการดำเนินงานของโรงพยาบาลยุคใหม่ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดีมาก โดยค่าดัชนีความกลมกลืนของโมเดลเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานสากล (χ^2/df อยู่ในเกณฑ์ต่ำ GFI, TLI, CFI > 0.90 และ RMSEA, RMR < 0.08) สะท้อนว่าโครงสร้างองค์ประกอบที่พัฒนาขึ้นมีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างและสามารถอธิบายพลวัตของระบบโรงพยาบาลยุคใหม่ได้อย่างเหมาะสม ผลดังกล่าวยืนยันความเชื่อมโยงเชิงโครงสร้างระหว่างการจัดการภาวะวิกฤต ความยืดหยุ่นเชิงองค์การ และผลการดำเนินงาน โดยเฉพาะในบริบทระบบสุขภาพเมืองใหญ่ที่เผชิญความไม่แน่นอนสูง สอดคล้องกับ รุ่งโรจน์ สงสระบุญ (2565) และ Channuwong & Ruksat. (2022) ที่ชี้ว่าโครงสร้างด้านการบริหาร กระบวนการบริการ และผลลัพธ์คุณภาพ สามารถอธิบายประสิทธิภาพการดำเนินงานของโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ และสนับสนุนว่าการกำหนดองค์ประกอบเชิงโครงสร้างที่ชัดเจนช่วยเพิ่มความเที่ยงตรงในการประเมินสมรรถนะองค์การ ในระดับสากล ผลการศึกษาสอดคล้องกับ กัญญา รัตนากานต์ลยา และคณะ (2565) Atkinson et al. (2024) Coombs (2007) และ Tagarev & Ratchev (2020) ซึ่งเสนอว่าองค์ประกอบของการจัดการภาวะวิกฤต ได้แก่ การป้องกันการเตรียมพร้อม การตอบสนอง และการเรียนรู้หลังวิกฤต มีลักษณะเป็นระบบเชิงโครงสร้างที่สามารถตรวจสอบเชิงประจักษ์ได้ รวมถึง Chen et al. (2025) ที่พบว่าโมเดลเชิงโครงสร้างด้านภาวะผู้นำในภาวะวิกฤตที่ผ่านการทดสอบทางสถิติ สามารถสะท้อนความพร้อมและความยืดหยุ่นขององค์การด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ เชิงตีความ ผลลัพธ์สะท้อนว่าโรงพยาบาลในเขตเมืองมีความซับซ้อนสูงและเผชิญความเสี่ยงหลายมิติ ทำให้กรอบแนวคิดด้าน Crisis Management และ Organizational Resilience สามารถอธิบายการดำเนินงานได้จริง อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของน้ำหนักองค์ประกอบบางมิติ (เช่น การคาดการณ์เชิงระบบ และการเรียนรู้หลังวิกฤต) อาจขึ้นกับบริบทวัฒนธรรมองค์การและระดับการพัฒนาระบบบริหาร ซึ่งควรพิจารณาอย่างระมัดระวัง โดยสรุป โมเดลการวัดที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญ และมีความเหมาะสมสำหรับการพัฒนาแบบจำลองเชิงสาเหตุในขั้นถัดไป ทั้งนี้ ผู้บริหารควรประยุกต์ใช้กรอบองค์ประกอบดังกล่าวเพื่อยกระดับการประเมินและพัฒนาระบบบริหาร โดยเน้นกลไกการเรียนรู้และการประเมินหลังวิกฤต เพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่นและประสิทธิภาพขององค์การในระยะยาว (รุ่งโรจน์ สงสระบุญ, 2565; Tagarev & Ratchev, 2020; Chen et al., 2025)

2. ผลการวิเคราะห์ยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุเชิงบวกระหว่างการจัดการภาวะวิกฤต ความยืดหยุ่นเชิงองค์การ และผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลยุคใหม่ในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการจัดการภาวะวิกฤตมีอิทธิพลโดยตรงต่อความยืดหยุ่นเชิงองค์การ และความยืดหยุ่นเชิงองค์การมีอิทธิพลโดยตรงต่อผลการดำเนินงาน ขณะเดียวกัน การจัดการภาวะวิกฤตยังส่งผลต่อผลการดำเนินงานทั้งทางตรงและทางอ้อมผ่านความยืดหยุ่นเชิงองค์การในฐานะตัวแปรคั่นกลาง ผลลัพธ์สะท้อนว่า ระบบการจัดการวิกฤตที่เป็นระบบครอบคลุมการเตรียมความพร้อม การตอบสนอง และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง มีบทบาทสำคัญในการ



เสริมสร้างความยืดหยุ่นเชิงองค์การ ซึ่งทำหน้าที่เป็นกลไกหลักในการรักษาความต่อเนื่องของบริการและเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานภายใต้ความไม่แน่นอน โดยเฉพาะในบริบทกรุงเทพมหานครที่มีความซับซ้อนของระบบสุขภาพ ความหนาแน่นของประชากร และพลวัตของวิกฤตสาธารณสุขสูง ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศของ มู หล่าย และคณะ (2565) และ Channuwong et al. (2018) ที่ชี้ว่าความยืดหยุ่นของโรงพยาบาลเกิดจากการจัดการเชิงระบบทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และบุคลากร และสอดคล้องกับแนวคิดของ Coombs (2007) ที่เน้นการจัดการวิกฤตแบบครบวงจร (ก่อน-ระหว่าง-หลังวิกฤต) ซึ่งส่งผลต่อเสถียรภาพขององค์กร ผลการศึกษาต่อยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลของโรงพยาบาลในฐานะกลไกเชิงระบบที่เชื่อมโยงการจัดการวิกฤตกับผลลัพธ์การดำเนินงาน โดยเฉพาะในองค์กรสุขภาพที่มีความซับซ้อนสูง ซึ่งการจัดการวิกฤตเพียงลำพังไม่เพียงพอหากปราศจากโครงสร้าง วัฒนธรรม และสมรรถนะที่เอื้อต่อความยืดหยุ่น โดยสรุป การจัดการภาวะวิกฤตและความยืดหยุ่นเชิงองค์การเป็นปัจจัยเชิงกลยุทธ์ที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ ความยืดหยุ่นเชิงองค์การทำหน้าที่เป็นตัวแปรต้นกลางที่มีนัยสำคัญ ข้อเสนอเชิงนโยบายคือควรพัฒนาศักยภาพบุคลากร ระบบการเรียนรู้หลังวิกฤต และวัฒนธรรมความปลอดภัยควบคู่กับการจัดการวิกฤตเชิงระบบ รวมถึงการขยายการศึกษาไปยังบริบทอื่นเพื่อเพิ่มความครอบคลุมขององค์ความรู้ในอนาคต

องค์ความรู้ใหม่จากการวิจัย

ผลการศึกษาชี้ว่า รูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลยุคใหม่ในกรุงเทพมหานครเป็นโมเดลเชิงสาเหตุแบบลำดับขั้น โดย “การจัดการภาวะวิกฤต” เป็นตัวแปรต้น และ “ความยืดหยุ่นเชิงองค์การ” เป็นตัวแปรต้นกลางที่ส่งผ่านอิทธิพลไปยัง “ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล” อย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิเคราะห์สมการโครงสร้างยืนยันความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดีมาก สะท้อนว่ากลไกดังกล่าวสามารถอธิบายการบริหารโรงพยาบาลภายใต้ความไม่แน่นอนได้อย่างเป็นระบบ โดยการจัดการภาวะวิกฤตที่ครอบคลุมตั้งแต่การป้องกัน การเตรียมพร้อม การรับรู้ การควบคุม การแก้ไข และการติดตามประเมินผล ช่วยเสริมศักยภาพองค์การในการตอบสนองต่อวิกฤต ขณะที่ความยืดหยุ่นเชิงองค์การด้านการคาดการณ์ การอ้างบริการ และการฟื้นตัวพร้อมการเรียนรู้ เป็นกลไกแปลงกระบวนการไปสู่ผลลัพธ์ ได้แก่ คุณภาพบริการ ความพร้อมบุคลากร และเสถียรภาพทางการเงิน ดังนั้น การยกระดับผลการดำเนินงานไม่สามารถพึ่งการบริหารเชิงรับเพียงอย่างเดียว แต่ต้องพัฒนาความยืดหยุ่นเชิงองค์การควบคู่กัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด flexible surge capacity (Pattaraporncharoen et al., 2023), แนวคิดความยืดหยุ่นโรงพยาบาล (Seyghalani Talab et al., 2024) และการบูรณาการจัดการความเสี่ยงและการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ (Luburić, 2019) โดยรวม โมเดลดังกล่าวมีความสอดคล้องทั้งเชิงทฤษฎีและเชิงประจักษ์ และสามารถใช้เป็นกรอบในการพัฒนานโยบายและการบริหารโรงพยาบาลในบริบทที่มีความซับซ้อนสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ



สรุป

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการจัดการภาวะวิกฤต ความยืดหยุ่นเชิงองค์กรของโรงพยาบาล และการดำเนินงานของโรงพยาบาลยุคใหม่ในเขตกรุงเทพมหานคร รวมทั้งตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวิจัย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) และการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) ผลการวิจัยด้านลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรเพศหญิงในช่วงวัยทำงานตอนต้นถึงวัยทำงานตอนกลาง มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป และมีประสบการณ์การทำงานในระดับค่อนข้างสูง ซึ่งสะท้อนถึงศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์ในระบบบริการสุขภาพยุคใหม่ ผลการวิเคราะห์ CFA ยืนยันว่าโมเดลการวัดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดีมาก โดยตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และแสดงถึงความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ที่เหมาะสม สามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์เชิงสาเหตุในขั้นตอนถัดไปได้อย่างมีความน่าเชื่อถือ สำหรับผลการวิเคราะห์ SEM พบว่า การจัดการภาวะวิกฤตมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะเดียวกันความยืดหยุ่นเชิงองค์กรมีบทบาทเป็นตัวแปรส่งผ่าน (mediating variable) ที่ช่วยเสริมและถ่ายทอดอิทธิพลของการจัดการภาวะวิกฤตไปสู่ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

โดยสรุป ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การจัดการภาวะวิกฤตที่มีประสิทธิภาพส่งเสริมกับการพัฒนาความยืดหยุ่นเชิงองค์กร เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยยกระดับประสิทธิภาพการดำเนินงานของโรงพยาบาลยุคใหม่ ทั้งในด้านความต่อเนื่องของบริการ คุณภาพการให้บริการ และความสามารถในการปรับตัวต่อความไม่แน่นอนของสถานการณ์ได้อย่างยั่งยืน อันเป็นประโยชน์เชิงนโยบายและเชิงการบริหารจัดการในระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรพัฒนา แผนบริหารจัดการภาวะวิกฤตของโรงพยาบาล (Hospital Crisis Management Plan: HCMP) ที่บูรณาการระหว่างนโยบายระดับบริหารกับการปฏิบัติจริง เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องและประสิทธิภาพในการตอบสนอง
2. ควรจัดตั้ง ระบบสื่อสารในภาวะวิกฤตขององค์กร (Organizational Crisis Communication System: OCCS) ที่โปร่งใสและเข้าถึงได้ทุกระดับ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและลดความตื่นตระหนกของบุคลากร
3. ควรเสริมสร้าง สมรรถนะบุคลากรด้านการเตรียมความพร้อมต่อวิกฤต (Crisis Preparedness Competency Development: CPCD) ผ่านการฝึกซ้อมสถานการณ์จริงอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มการตัดสินใจและการทำงานเป็นทีม



4. ควรพัฒนา แบบจำลององค์ประกอบเชิงโครงสร้างของการจัดการภาวะวิกฤต (Crisis Management Structural Model: CMSM) เพื่อใช้เป็นกรอบเชิงนโยบายสำหรับโรงพยาบาลในระบบสุขภาพไทย
5. ควรประยุกต์ใช้ โมเดลการดำเนินงานของโรงพยาบาลยุคใหม่ (Hospital Operational Performance Model: HOPM) เป็นเครื่องมือประเมินสมรรถนะองค์กรในภาวะไม่แน่นอน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายการศึกษาไปยังโรงพยาบาลต่างภูมิภาค เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยบริบทและประสิทธิภาพของระบบจัดการภาวะวิกฤตในแต่ละพื้นที่
2. ควรพัฒนา โมเดลสมการโครงสร้างเชิงสาเหตุ (Causal Structural Equation Model: CSEM) เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลตรง-อ้อมระหว่างการจัดการภาวะวิกฤตกับประสิทธิภาพโรงพยาบาล
3. ควรศึกษาบทบาทของ ความสามารถเชิงพลวัต (Dynamic Capabilities) ในการเพิ่มความยืดหยุ่นและการฟื้นฟูขององค์กรสุขภาพภายใต้ภาวะวิกฤต
4. ควรดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อพัฒนาแผนจัดการวิกฤตที่เหมาะสมกับบริบทจริงของโรงพยาบาลไทย
5. ควรสร้าง แบบจำลองเชิงเปรียบเทียบหลายระดับ (Multilevel Structural Equation Model: MSEM) เพื่อศึกษาผลของปัจจัยเชิงบุคคล หน่วยงาน และระบบต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานในภาวะวิกฤต

การอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2568). รายงานสถิติสถานพยาบาลและทรัพยากรด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2568. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กัญญา รัตนากานต์ลยา, อภิชาติ สุคนธ์สาร, สุนทร วังศรีขุน และ ชนิกา จันทรประสิทธิ์. (2565). การเสริมสร้างความพร้อมของโรงพยาบาลต่อการรับมือภัยพิบัติน้ำท่วมในภาคกลางของประเทศไทย: มุมมองของบุคลากรโรงพยาบาล. *วารสารการพยาบาลคลินิก*, 31(7-8), 1073-1081. <https://doi.org/10.1111/jocn.1597>
- มู หล่าย, กฤษณา โรจนพิทยากร, มนต์รี ศรียประเสริฐ, ปางคะ เข้มเงิน และ จิตติภา สุขศรี. (2565). การพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลบุษราคัม. *วารสารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 18(3), 37-46.
- รุ่งโรจน์ สงสระบุญ. (2565). ตัวชี้วัดคุณภาพการบริการโดยรวมของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย. *Journal of Arts Management*, 6(1), 471-481.



- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2568). การสำรวจสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย พ.ศ. 2567–2568. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- Atkinson, P., et al. (2024). Assessing healthcare leadership and management for resilience and performance during crisis: The HERO-36. *Health Care Management Review*, 49(1), 14–22.
- Barton, L. (2008). *Crisis leadership now: A real-world guide to preparing for threats, disaster, sabotage and scandal*. US: McGraw Hill.
- Bocean, C. G., & Varzaru, A. A. (2025). Health status in the era of digital transformation and sustainable economic development. *BMC Health Services Research*, 25(343). <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12498-y>
- Buchbinder, S. B., & Thompson, J. M. (2020). *Introduction to health care management (4th ed.)*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Bundy, J., Pfarrer, M. D., Short, C. E., & Coombs, W. T. (2017). Crises and crisis management: Integration, interpretation, and research development. *Journal of Management*, 43(6), 1661–1692. <https://doi.org/10.1177/0149206316680030>
- Byrne, B. M. (2016). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming (3rd ed.)*. Routledge.
- Channuwong, S., Ruksat, S., Ploychum, S. (2018). An integration of Buddhist teachings in stress management. *Journal of Community Development Research*, 11(4), 148-158.
- Channuwong, S., & Ruksat. (2022). Buddhist teachings for improving mental health during the COVID-19 pandemic. *The Journal of Behavioral Sciences*, 17(2), 29-41.
- Chen, C., Zheng, X., Zhang, M., Zhang, L., Chen, W., He, S., Mu, H., Hu, X., & Lang, H. (2025). Developing a crisis leadership evaluation system for Chinese nursing staff during major infectious disease emergencies: A modified Delphi study. *BMC Nursing*, 24, 423. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03050-8>
- Coombs, W. T. (2007). Protecting organization reputations during a crisis: The development and application of situational crisis communication theory. *Corporate Reputation Review*, 10(3), 163–177. <https://doi.org/10.1057/palgrave.crr.1550049>
- Coombs, W. T. (2010). *Ongoing Crisis communication: Planning, managing, and responding*. (3rd Ed), Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dolcini, A., et al. (2025). Integrating environmental sustainability into hospitals performance management systems: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 25(764).
- Duchek, S. (2020). Organizational resilience: A capability-based conceptualization. *Business Research*, 13(1), 215–246.
- Fink, S. (1986). *Crisis management: Planning for the inevitable*. American Management Association.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis (8th ed.)*. Cengage Learning.
- Institute of Medicine. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academies Press.
- Karamitri, I., et al. (2017). Knowledge management practices in healthcare settings: a systematic review. *The International journal of health planning and management*, 32(1), 4–18. <https://doi.org/10.1002/hpm.2303>
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling (4th ed.)*. The Guilford Press.



- Kushnir, T., & Yazgan, S. (2024). *Digital transformation and resilience in healthcare systems post-COVID-19*. Health Systems Journal.
- Luburić, R. (2019). A model of crisis prevention (Based on managing change, quality management and risk management). *Journal of Central Banking Theory and Practice*, 8(2), 33–49. <https://doi.org/10.2478/jcbtp-2019-0012>
- Mitroff, I. I. (2007). *Best practices in leading under crisis: Bottom-up leadership, or how to be a crisis champion*. In J. A. Conger & R. E. Riggio (Eds.), *The practice of leadership* (. 263–276). Jossey-Bass.
- Pattaraporncharoen, P., Saelee, C., Aranyakan, S., & Suntornkan, W. (2023). Hospital evacuation readiness of Thai hospitals using flexible surge capacity concept: A survey in 42 hospitals. *Prehospital and Disaster Medicine*, 38(S1), s21–s22. <https://doi.org/10.1017/S1049023X23003965>
- Pearson, C. M., & Clair, J. A. (1998). Reframing Crisis Management. *The Academy of Management Review*, 23(1), 59–76. <https://doi.org/10.2307/259099>
- Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ*, 323(7313), 625–628.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879–903.
- Roychowdhury D. (2020). 2019 Novel Coronavirus Disease, Crisis, and Isolation. *Frontiers in psychology*, 11, 1958. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01958>
- Ruohonen, J., et al. (2024). *Cyber crisis management and organizational response strategies*. Computers & Security.
- Sætren, G. B., Vaag, J. R., & Lund, M. S. (2024). What and how to train for strategic crisis management: A systematic literature review. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 32, e12568. <https://doi.org/10.1111/1468-5973.12568>
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2016). *A beginner's guide to structural equation modeling (4th ed.)*. Routledge.
- Seyghalani Talab, F., Ahadinezhad, B., Khosravizadeh, O., & Amerzadeh, M. (2024). A model of the organizational resilience of hospitals in emergencies and disasters. *BMC Emergency Medicine*, 24(105). <https://doi.org/10.1186/s12873-024-01026-6>
- Stan, F. A. (2022). *The role of operations management in modern organizations [Dissertation]*. Bucharest Academy of Economic Studies.
- Souvatzi, S., et al. (2024). *Multidimensional impacts of healthcare crises*. Health Policy and Systems Research.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). *Using multivariate statistics (7th ed.)*. Pearson.
- Tagarev, T., & Ratchev, V. (2020). *Crisis management framework: Prevention, preparedness, response, and recovery*. [Source not fully specified].
- Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in organizations*. Sage Publications.
- Winzer, H., Stevik, T. K., & Scholderer, J. (2024). Internal crisis communication in hospitals: The choice of communication channels and its impact on effectiveness. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 32, e70008.
- World Health Organization. (2020). *Strengthening the health systems response to COVID-19: Technical guidance*. <https://www.who.int>
- Yamane, T. (1967). *Statistics: An introductory analysis (2nd ed.)*. Harper and Row.

