



Factors Influencing the Competence of Cancer Patient Coordination Units of hospitals in Thailand

Lakkhana Promkasikorn

Sakon Nakhon Rajabhat University

E-mail: olelakkhana@gmail.com

Chanin Vaseenoonta

Sakon Nakhon Rajabhat University

E-mail: Chanin@snru.ac.th

Jitti Kittilertpaian

Sakon Nakhon Rajabhat University

E-mail: jitti@snru.ac.th

Pissadarn Saenchat

Sakon Nakhon Rajabhat University

E-mail: pisdpc7@gmail.com

Received	Reviewed	Revised	Accepted
15/06/2568	10/07/2568	31/07/2568	05/08/2568

Abstract

Background and Aims: This research aimed to investigate the factors influencing the competence of cancer patient coordination units in Thai hospitals. This research aimed to investigate the factors influencing the competence of cancer patient coordination units in Thai hospitals.

Methodology: This quantitative research with a research population of 343 workers of Cancer Patient Coordination Unit of hospitals in Thailand. The sample size was calculated using a ratio of the number of cases to the number of model parameters required for statistical estimation of 10:1, resulting in a sample of 220, and stratified random sampling was used. Data were collected using questionnaires with Index of item objective congruence between 0.80-1.00, and reliability score of 0.96. Data were analyzed using statistics of frequency, percentage, mean, standard deviation, and Structural Equation Modeling analysis.



Results: The research results found that the factors that significantly influenced the performance of cancer patient coordination units in hospitals in Thailand at the .01 level included Transformational Leadership, Participation, Learning Organization, and Strategic Management Capability, which together could explain 45 percent of the variance in the competence of Cancer Patient Coordination Units

Conclusion: The model was consistent with the empirical data. It shows that the development of cancer patient coordination unit competencies should focus on promoting transformational leadership, building participation, promoting strategic management capability, and creating learning organizations.

Keyword: Cancer Patient Coordination Unit; Transformational Leadership; Participation; Strategic Management; Learning Organization



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาล ในประเทศไทย

ลักขณา พรหมกลีกร

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

อีเมล: olelakkhana@gmail.com

ชนินทร์ วะสินนท์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

อีเมล: Chanin@snru.ac.th

จิตติ กิตติเลิศไพศาล

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

อีเมล: jitti@snru.ac.th

พิศดาร แสนชาติ

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

อีเมล: pisdpc7@gmail.com

Abstract

ภูมิหลังและวัตถุประสงค์: สมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลในประเทศไทยเป็นความสามารถในการบูรณาการทรัพยากร ความรู้ และทักษะเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลในประเทศไทย

ระเบียบวิธีการวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่มีประชากรการวิจัย คือ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลในประเทศไทย จำนวน 343 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้อัตราส่วนจำนวนตัวอย่างต่อค่าพารามิเตอร์โดยประมาณ 10 : 1 ได้จำนวนตัวอย่าง 220 คน และทำการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความสอดคล้องเชิงเนื้อหาระหว่าง 0.80-1.00 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง

ผลการวิจัย: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลในประเทศไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ประกอบด้วย ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การมีส่วนร่วมองค์กรแห่งการเรียนรู้ และความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 45



สรุปผล: โมเดลมีความสอดคล้องเป็นอย่างดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งควรเน้นการส่งเสริมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง สร้างการมีส่วนร่วม ส่งเสริมความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ และสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้

คำสำคัญ : หน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง; ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง; การมีส่วนร่วม; การจัดการเชิงยุทธศาสตร์; องค์กรแห่งการเรียนรู้



บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 16 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือเฉลี่ย 5 รายต่อชั่วโมง (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งจะเพิ่มขึ้นเป็น 28.4 ล้านคนในปี 2583 แสดงถึงแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization, 2020) ประเทศไทยจึงได้กำหนดนโยบาย "โรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม" หรือ "Cancer Anywhere" เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดความเหลื่อมล้ำในการรักษา (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564) นโยบายดังกล่าว นำไปสู่การจัดตั้งหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลทั่วประเทศ เพื่อทำหน้าที่ประสานงานระหว่างเครือข่ายโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน การมีพยาบาลผู้ประสานงานด้านมะเร็งช่วยลดระยะเวลาการรอคอยการรักษาได้ 11.9-14.5 วัน และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยร้อยละ 22 (Valaitis et al., 2020) ในกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (Systems Theory) หน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งถือเป็นระบบย่อยที่สำคัญในระบบการดูแลสุขภาพโดยรวม ซึ่งต้องมีสมรรถนะในการบูรณาการและเชื่อมโยงองค์ประกอบต่าง ๆ ของระบบให้ทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

ในการศึกษารุ่นนี้ "สมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง" หมายถึง ความสามารถในระดับหน่วยงาน (Organizational Competence) ในการบูรณาการทรัพยากร ความรู้ และทักษะเพื่อบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งแตกต่างจากสมรรถนะระดับบุคคลหรือระดับทีม โดยมุ่งเน้นที่ความสามารถเชิงระบบขององค์กรในการดำเนินภารกิจหลัก อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันประเทศไทยมีหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งเพียง 26 แห่ง จากการศึกษาเบื้องต้นพบว่าหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง ยังประสบปัญหาในหลายมิติ ได้แก่ 1) มิติโครงสร้างและทรัพยากร ขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านและขาดระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ 2) มิติกระบวนการทำงาน ขาดการบูรณาการระหว่างการดูแลทางการแพทย์และการสนับสนุนทางจิตสังคม และ 3) มิติวัฒนธรรมองค์กร ขาดการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพที่มีประสิทธิผล (Duangchan et al., 2022) ปัญหาเหล่านี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยเชิงการบริหารจัดการที่จะช่วยพัฒนาสมรรถนะของหน่วยงาน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การมีส่วนร่วม องค์กรแห่งการเรียนรู้ และความสามารถในการจัดการเชิงกลยุทธ์ในบริบทโรงพยาบาลทั่วไป แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้กับสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง โดยเฉพาะในบริบทประเทศไทย นอกจากนี้ยังขาดการศึกษาที่ใช้โมเดลสมการโครงสร้างในการวิเคราะห์อิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยต่าง ๆ ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง จะช่วยเติมเต็มช่องว่างทางวิชาการในการทำความเข้าใจพลวัตของหน่วยงานสนับสนุนทางการแพทย์เฉพาะทางในบริบทของระบบสาธารณสุขไทย และให้แนวทางปฏิบัติที่เป็น



รูปธรรมสำหรับการพัฒนาคุณภาพการบริการและยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งของประเทศไทยให้ทัดเทียมมาตรฐานสากล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลในประเทศไทย

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การมีส่วนร่วม องค์กรแห่งการเรียนรู้ และความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์มีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง
2. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การมีส่วนร่วม และองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งผ่านความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์

การทบทวนวรรณกรรม

1. สมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง

สมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง หมายถึง ความสามารถขององค์กรในการบูรณาการทรัพยากร ความรู้ และทักษะ เพื่อบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงาน และเพิ่มความสามารถในการตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและระบบสุขภาพ ประกอบด้วย การประสานงานและการสื่อสาร ความเชี่ยวชาญทางคลินิก การจัดการกระบวนการ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (อารยา สะเมื้อะ ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา และ ประภาพร ชูกำเหนิด, 2022)

จากการศึกษาของ Duangchan et al. (2022) พบว่าหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยยังขาดรูปแบบการบริหารที่มีประสิทธิภาพ โดยประสบปัญหาด้านการขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ การขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน และระบบสารสนเทศที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sánchez et al. (2025) ที่พบว่าการพัฒนาสมรรถนะของหน่วยประสานงานต้องอาศัยปัจจัยหลายประการที่ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง

2.1 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง หมายถึง กระบวนการที่ผู้นำมีอิทธิพลต่อผู้ตามและผู้ร่วมงาน โดยมุ่งเน้นการยกระดับแรงจูงใจ ความตระหนักรู้ และผลการปฏิบัติงานให้สูงขึ้นกว่าความคาดหวังปกติ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะสร้างวิสัยทัศน์ร่วม กระตุ้นทางปัญญา และพัฒนาศักยภาพของผู้ตามอย่างต่อเนื่อง (สันทัต สุมนเมธี, เอกราช โขจิตพิมานเวช และ สุนทร สายคำ, 2567; Abbas, et al., 2023) ประกอบด้วย การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ การสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นการใช้



ปัญหา และการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (วรารักษ์ ชัยปลัด, สมพันธ์ หิณฺฐิระนันท์ และ ปราณี มีหาญพงษ์, 2565)

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงส่งเสริมพฤติกรรมนวัตกรรมของพนักงานผ่านการเพิ่มความคิดสร้างสรรค์ (Nwankwor, Edwin, & Okoli, 2025) ส่งผลเชิงบวกต่อความผูกพันและความพึงพอใจในงาน (Abolnasser et al., 2023) และส่งเสริมการเรียนรู้ขององค์กรผ่านการกระตุ้นทางปัญญา และการสร้างวิสัยทัศน์ร่วม ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวขององค์กร (Madi Odeh et al., 2023; Özgül and Zehir, 2023) นอกจากนี้ในบริบทองค์กรสุขภาพ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการดำเนินงานขององค์กร (Curado & Santos., 2022)

2.2 การมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้องในการพัฒนา ร่วมคิด ตัดสินใจ แก้ปัญหา และรับผิดชอบร่วมกัน (Ytterstad, & Olaisen, 2023) ในบริบทองค์กรสุขภาพ เป็นกระบวนการที่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและดำเนินการดูแลรักษา โดยเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายมีบทบาทในการกำหนดทิศทางการดูแลสุขภาพ (Lee-Foon et al., 2023) ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการวางแผน ร่วมในการตัดสินใจ ร่วมในการดำเนินการ และร่วมในการประเมินผล (พีระพงษ์ วรภัทร์ธิระกุล, 2565; Subongkod, & Hongsakul, 2024)

การมีส่วนร่วมช่วยในการระบุปัญหาและพัฒนาแนวทางการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ (Wen, Liu, & Luo, 2025) การวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว จะช่วยให้เกิดแผนการดูแลที่ครอบคลุมและตอบสนองความต้องการได้อย่างแท้จริง (Spadaro et al., 2023) เพิ่มความพึงพอใจและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น (Omaghomi et al., 2024) นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มความรู้สึกเป็นเจ้าของและความรับผิดชอบร่วมกัน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษามากขึ้น (Dijkstra et al., 2023)

2.3 องค์กรแห่งการเรียนรู้

องค์กรแห่งการเรียนรู้ หมายถึง องค์กรที่มีความสามารถในการสร้าง แสวงหา แบ่งปัน และประยุกต์ใช้ความรู้อย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับบุคคล ทีม และองค์กร โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพการทำงาน (Capolupo, Rosa, & Adinolfi, 2024; Chughtai et al., 2023) ประกอบด้วย รูปแบบวิถีคิด ความเชี่ยวชาญส่วนบุคคล การสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน การเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม และการคิดอย่างเป็นระบบ (วรารักษ์ ชัยปลัด, สมพันธ์ หิณฺฐิระนันท์, และปราณี มีหาญพงษ์, 2565)

องค์กรแห่งการเรียนรู้ช่วยส่งเสริมการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ โดยสนับสนุนการทำงานและเรียนรู้ร่วมกันระหว่างบุคลากรสุขภาพจากหลากหลายสาขา ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการ



ทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Bendowska & Baum, 2023) ส่งเสริมบรรยากาศที่เปิดกว้างต่อความคิดใหม่และการทดลอง ซึ่งเอื้อต่อการพัฒนานวัตกรรมในการรักษาและการให้บริการสุขภาพ (Torvinen & Jansson, 2023) อย่างไรก็ตาม Strong et al. (2021) พบว่าองค์กรสุขภาพหลายแห่งประสบปัญหา "Knowing-Doing Gap" คือการมีความรู้แต่ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

2.4 ความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์

ความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ หมายถึง องค์กรสามารถบูรณาการทรัพยากร ความรู้ และทักษะ เพื่อกำหนด วางแผน และดำเนินการตามยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกองค์กร รวมถึงความสามารถในการปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงและความท้าทายใหม่ ๆ (Hambrick & Fredrickson, 2023; Sony, Antony, & Mc Dermott, 2023) ประกอบด้วย การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม การกำหนดวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ การนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ และการเรียนรู้และปรับตัวเชิงยุทธศาสตร์ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, และ สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, 2565)

ความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ส่งผลต่อองค์กรในหลายด้าน ได้แก่ สร้างความได้เปรียบในการแข่งขันและรักษาตำแหน่งทางการแข่งขันในตลาดที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (Pettigrew, Whipp, & Rosenfeld, 2023) เพิ่มความสามารถในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม (Çakmak, 2023) ช่วยจัดสรรและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ (Alkhodary, 2023) ส่งเสริมการคิดเชิงยุทธศาสตร์และการสร้างนวัตกรรม (Christensen et al., 2024) และช่วยให้องค์กรบรรลุเป้าหมายระยะยาวและพัฒนาอย่างยั่งยืน (Susantinah, & Krishnawan, 2023)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบุคลากร (Zada et al., 2025) และส่งเสริมการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Mawaddah et al., 2025) นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมและองค์กรแห่งการเรียนรู้ยังส่งผลต่อความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ (Chen et al., 2022) ซึ่งในที่สุดจะส่งผลต่อสมรรถนะขององค์กร (Asif et al., 2025) อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้งหมดนี้พร้อมกันในบริบทของหน่วยงานผู้ปวยมะเร็งในประเทศไทย โดยเฉพาะ ซึ่งเป็นช่องว่างทางวิชาการที่งานวิจัยนี้มุ่งเติมเต็ม

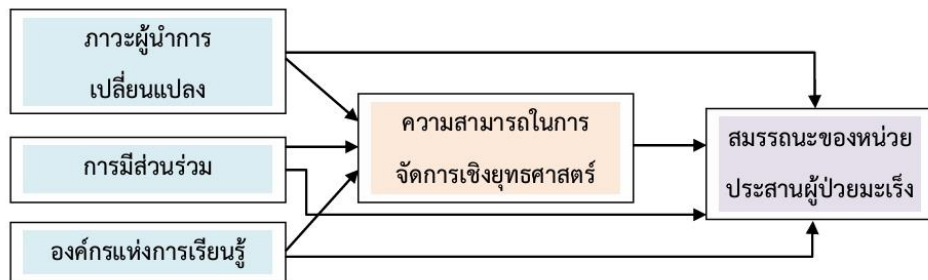


ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา ประกอบด้วย ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การมีส่วนร่วม องค์กรแห่งการเรียนรู้ และความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง

2. ขอบเขตเชิงพื้นที่ ได้แก่ หน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลในประเทศไทย จำนวน 26 แห่ง และโรงพยาบาลที่มีพยาบาลผู้ประสานงานด้านโรคมะเร็งทุกจังหวัด

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง ประชากรคือผู้ปฏิบัติงานในหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลในประเทศไทย จำนวน 343 คน จาก 77 จังหวัดทั่วประเทศ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรส่วน $N:Q = 10:1$ สำหรับ SEM (Schreiber et al., 2006) ได้ 220 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามจังหวัด (Stratified Random Sampling by Province) โดยใช้การจัดสรรแบบสัดส่วนพร้อมกำหนดขั้นต่ำ (Proportional Allocation with Minimum) เพื่อให้ได้ตัวอย่างอย่างน้อย 1 คนจากทุกจังหวัด และจัดสรรตัวอย่างที่เหลือตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละจังหวัด

เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม 3 ตอน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง 4 ด้าน ได้แก่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การมีส่วนร่วม องค์กรแห่งการเรียนรู้ และความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ (3) สมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้ Likert Scale 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ($IOC = 0.80-1.00$) และทดลองใช้ 30 คน ได้ค่า Cronbach's Alpha รายด้าน: ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (0.94) การมีส่วนร่วม (0.93) องค์กรแห่งการเรียนรู้ (0.95) ความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ (0.92) สมรรถนะหน่วยประสานฯ (0.94) ค่าความเชื่อมั่นรวม 0.96



เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2568 ผ่าน Google Form ได้รับแบบสอบถามครบ 220 ฉบับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและ SEM ด้วย LISREL 9.30 โดย (1) ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น Normality (Skewness/Kurtosis ± 2.0), Multicollinearity (Tolerance > 0.1 , VIF < 10) (2) วิเคราะห์ CFA - Factor Loading > 0.30 (3) ทดสอบโมเดลโครงสร้าง เกณฑ์ความสอดคล้อง: $\chi^2/df < 2.0$, CFI > 0.95 , RMSEA < 0.05 , SRMR < 0.05

การวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เลขที่ HE 67-066 วันที่ 2 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 82.7) เป็นพยาบาล (ร้อยละ 78.6) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการประสานผู้ป่วยระยะเรื้อรังน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 41.8) หน่วยประสานงานส่วนใหญ่มีบุคลากรที่ทำหน้าที่ประสานงานเพียง 1-2 คน (ร้อยละ 92.3) และมีผู้ป่วยระยะเรื้อรังใหม่ 1,001-1,500 คนต่อปี (ร้อยละ 54.1)

2. ระดับของตัวแปรที่ศึกษา

การวิเคราะห์ระดับของตัวแปรที่ศึกษาใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อประเมินระดับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยระยะเรื้อรัง โดยใช้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยตามแบบมาตรวัด Likert Scale 5 ระดับ โดย 4.21-5.00 = มากที่สุด, 3.41-4.20 = มาก, 2.61-3.40 = ปานกลาง, 1.81-2.60 = น้อย, และ 1.00-1.80 = น้อยที่สุด ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของตัวแปรที่ศึกษา (n = 220)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (TFL)	4.39	0.49	มากที่สุด
1.1 การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ (II)	4.34	0.51	มากที่สุด
1.2 การสร้างแรงบันดาลใจ (IM)	4.34	0.54	มากที่สุด
1.3 การกระตุ้นทางปัญญา (IS)	4.35	0.54	มากที่สุด
1.4 การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (IC)	4.33	0.54	มากที่สุด
2. การมีส่วนร่วม (PO)	4.34	0.46	มากที่สุด
2.1 การมีส่วนร่วมในการวางแผน (PP)	4.28	0.50	มากที่สุด
2.2 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (PDM)	4.26	0.52	มากที่สุด
2.3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (PI)	4.27	0.54	มากที่สุด



ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
2.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (PE)	4.26	0.54	มากที่สุด
3. องค์การแห่งการเรียนรู้ (LO)	4.46	0.47	มากที่สุด
3.1 รูปแบบวิธีคิดหรือความเชื่อในเหตุผล (MM)	4.47	0.50	มากที่สุด
3.2 ความเชี่ยวชาญส่วนบุคคล (PM)	4.55	0.47	มากที่สุด
3.3 การสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน (SV)	4.55	0.47	มากที่สุด
3.4 การเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม (TL)	4.49	0.49	มากที่สุด
3.5 การคิดอย่างเป็นระบบ (ST)	4.49	0.53	มากที่สุด
4. ความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ (SM)	4.31	0.44	มากที่สุด
4.1 ความสามารถในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม (AAE)	4.39	0.53	มากที่สุด
4.2 ความสามารถในการกำหนดวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ (AVS)	4.40	0.53	มากที่สุด
4.3 ความสามารถในการนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ (AIS)	4.38	0.53	มากที่สุด
4.4 ความสามารถในการเรียนรู้และปรับตัวเชิงยุทธศาสตร์ (SLAC)	4.33	0.54	มากที่สุด
5. สมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง (HPO)	4.37	0.35	มากที่สุด
5.1 ความสามารถในการประสานงานและการสื่อสาร (CC)	4.23	0.54	มากที่สุด
5.2 ความเชี่ยวชาญทางคลินิก (CE)	4.36	0.50	มากที่สุด
5.3 การจัดการการเข้าถึงการรักษา (MAC)	4.21	0.60	มากที่สุด
5.4 การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (UIT)	4.30	0.49	มากที่สุด
5.5 การมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (PCF)	4.42	0.48	มากที่สุด

จากตารางที่ 1 พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} > 4.21$) โดยองค์การแห่งการเรียนรู้มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.46$, S.D. = 0.47) รองลงมาคือภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ($\bar{X} = 4.39$, S.D. = 0.49) สมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง ($\bar{X} = 4.37$, S.D. = 0.35) การมีส่วนร่วม ($\bar{X} = 4.34$, S.D. = 0.46) และความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ ($\bar{X} = 4.31$, S.D. = 0.44) ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ก่อนการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) พบว่า ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.42-0.78 ซึ่งไม่พบปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) เนื่องจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทุกคู่มีค่าน้อยกว่า 0.80 ตามเกณฑ์ของ Hair et al. (2019) ผลการวิเคราะห์นี้แสดงว่าตัวแปรทุกตัวมีความเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างในขั้นตอนต่อไป



3. ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นและการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ (Skewness และ Kurtosis อยู่ในช่วง ± 2.0) ไม่มีปัญหา Multicollinearity (Tolerance > 0.1, VIF < 10) ผลการวิเคราะห์ CFA พบว่าตัวแปรสังเกตทุกตัวมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ > 0.30 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทุกค่า ยืนยันความตรงเชิงโครงสร้างที่ดี

4. ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยและความสอดคล้องของโมเดล

4.1 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง

หลังจากตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นและยืนยันความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรที่ส่งผลต่อสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง โดยผลการวิเคราะห์แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรที่ส่งผลต่อสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง

ตัวแปรเหตุ	อิทธิพลทางตรง (DE)	อิทธิพลทางอ้อม (IE)	อิทธิพลรวม (TE)
ตัวแปรผล: สมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง (HPO)			
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (TFL)	0.26**	0.07*	0.33**
การมีส่วนร่วม (PO)	-	0.24**	0.24**
องค์กรแห่งการเรียนรู้ (LO)	0.15*	0.03	0.18*
ความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ (SM)	0.36**	-	0.36**

$R^2 = 0.45$, ** $p < .01$, * $p < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่า

1) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\beta = 0.26$) และมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = 0.07$) เมื่อพิจารณาอิทธิพลรวมพบว่ามีความเท่ากับ 0.33 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2) การมีส่วนร่วม ไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง แต่มีอิทธิพลทางอ้อมผ่านความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\beta = 0.24$) แสดงว่าความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์เป็นตัวแปรส่งผ่านแบบสมบูรณ์ (Full Mediator)



3) **องค์กรแห่งการเรียนรู้** มีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วย ภาระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = 0.15$) ส่วนอิทธิพลทางอ้อมผ่านความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.03$) เมื่อพิจารณาอิทธิพลรวมมีค่าเท่ากับ 0.18 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4) **ความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์** มีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยภาระสูงที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\beta = 0.36$) และทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่านสำหรับตัวแปรอื่น ๆ ในโมเดล

ตัวแปรทั้ง 4 ตัวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะหน่วยประสานผู้ป่วยภาระได้ร้อยละ 45 ($R^2 = 0.45$)

4.2 ผลการประเมินความสอดคล้องของโมเดล

ผลการประเมินความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากดัชนีความสอดคล้องที่สำคัญหลายตัว เพื่อยืนยันว่าโมเดลที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม สำหรับการทดสอบสมมติฐานการวิจัย แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ดัชนีความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์

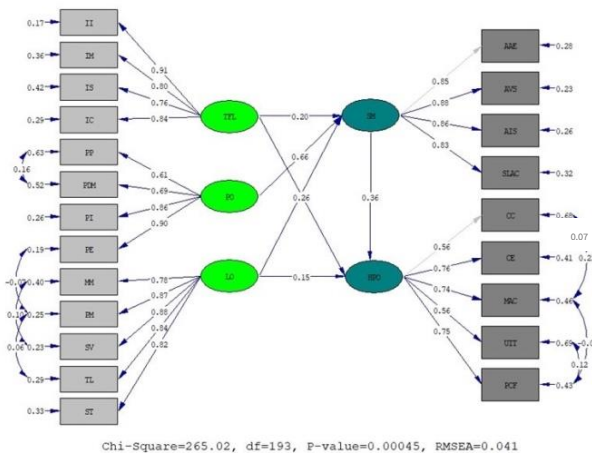
ดัชนีความสอดคล้อง	เกณฑ์การพิจารณา	ค่าที่ได้	ระดับความสอดคล้อง	แหล่งอ้างอิง
χ^2	p-value > .05	0.00045	สอดคล้อง	Kelloway, 2015
χ^2 / df	< 2.0	1.37	สอดคล้องดี	Schumacker & Lomax, 2010
GFI	0.90 - 0.95	0.90	สอดคล้องพอใช้	Kelloway (2015)
AGFI	0.90 - 0.95	0.87	สอดคล้องต่ำกว่าระดับพอใช้	Kelloway (2015)
CFI	> .95	0.99	สอดคล้องดี	Kelloway (2015)
NFI	> 0.95	0.96	สอดคล้องดี	Kaplan (2000)
RMSEA	< .05	0.041	สอดคล้องดี	Kelloway (2015)
SRMR	< .05	0.049	สอดคล้องดี	Schumacker & Lomax (2010)

จากตารางที่ 4 พบว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ในระดับดีมาก (Excellent Fit) โดยดัชนีสำคัญ 5 ตัวผ่านเกณฑ์ ที่กำหนด ได้แก่ χ^2 / df , CFI, NFI, RMSEA และ SRMR การที่ค่า Chi-square มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.00045$) เป็นข้อจำกัดปกติของ SEM เมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ($n = 220$) ตามที่ Bentler & Bonett (1980) ได้อธิบายไว้ สำหรับค่า AGFI ที่ต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย ($0.87 < 0.90$) ไม่ส่งผลกระทบต่อการสรุปผล เนื่องจากดัชนีหลักอื่น ๆ โดยเฉพาะ

CFI และ RMSEA ซึ่งเป็นดัชนีที่ทนทานต่อ ขนาดตัวอย่าง มีค่าอยู่ในเกณฑ์ดีมาก จึงสรุปได้ว่าโมเดล มีความเหมาะสมสำหรับการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

4.3 ภาพแผนภาพเส้นทาง

จากผลการวิเคราะห์อิทธิพลและการประเมินความสอดคล้องของโมเดล สามารถสรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมดในรูปแบบแผนภาพเส้นทางและตัวเลขบนเส้นทาง แสดงค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐาน ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แผนภาพเส้นทางของโมเดลสมการโครงสร้างแสดงอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลในประเทศไทย ($\chi^2/df = 1.37$, CFI = 0.99, RMSEA = 0.041, $R^2 = 0.45$)

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลในประเทศไทย ผลการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างพบว่า ปัจจัยทั้ง 4 ประการ ได้แก่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การมีส่วนร่วม องค์กรแห่งการเรียนรู้ และความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะได้ร้อยละ 45 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับสูง ผลการวิจัยพบประเด็นสำคัญที่สอดคล้องและขัดแย้งกับการศึกษาที่ผ่านมา ดังนี้

1. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ผู้ป่วยมะเร็ง

ผลการวิจัยที่พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลต่อสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ผู้ป่วยมะเร็งทั้งทางตรงและทางอ้อม สอดคล้องกับทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของ Bass & Riggio (2006) ที่อธิบายว่าผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถยกระดับแรงจูงใจและผลการปฏิบัติงานของผู้ตามให้สูงกว่าความคาดหวังปกติ โดยผ่านการกระตุ้นทางปัญญา การสร้างแรงบันดาลใจ การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ และการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ในบริบทของหน่วยประสานผู้ผู้ป่วยมะเร็ง การกระตุ้น



ทางปัญญาช่วยให้บุคลากรตั้งคำถามกับกระบวนการทำงานเดิมและแสวงหาวิธีการใหม่ในการประสานงาน เช่น การพัฒนาระบบนัดหมายออนไลน์ การสร้างเครือข่ายการส่งต่อที่รวดเร็วขึ้น หรือการใช้แอปพลิเคชันในการติดตามผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nwankwor, Edwin, & Okoli (2025) ที่พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงส่งเสริมพฤติกรรมนวัตกรรมผ่านการเพิ่มความคิดสร้างสรรค์ รวมทั้ง Madi Odeh et al. (2023) และ Özgül, & Zehir (2023) ที่พบว่าส่งเสริมการเรียนรู้ขององค์กรและการพัฒนาความสามารถในการปรับตัว

นอกจากนี้ การที่ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลรวมสูงยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Abolnasser et al. (2023) ที่พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงส่งผลเชิงบวกต่อความผูกพันและความพึงพอใจในงานของพนักงาน ซึ่งในบริบทหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งที่บุคลากรส่วนใหญ่มีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปี การมีผู้นำที่สามารถสร้างแรงบันดาลใจและให้การสนับสนุนเป็นรายบุคคลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับ Alilayani et al. (2018) ที่พบว่าในบริบทองค์กรสุขภาพ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการดำเนินงานขององค์กร โดยเฉพาะในด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ (Idealized Influence) ที่ผู้นำเป็นแบบอย่างในการทุ่มเทเพื่อผู้ป่วย และการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (Individualized Consideration) ที่ผู้นำให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากรแต่ละคนตามศักยภาพ ซึ่งสำคัญมากในหน่วยงานที่มีบุคลากรจำกัด

2. บทบาทของความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์

ผลการวิจัยที่พบว่าความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์มีอิทธิพลทางตรงสูงสุดต่อสมรรถนะ และทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่านสำคัญ สอดคล้องกับทฤษฎี Resource-Based View (RBV) ของ Barney (1991) ที่มองว่าความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์เป็นทรัพยากรที่มีคุณค่า ซึ่งหายาก ยากต่อการลอกเลียนแบบ และไม่สามารถทดแทนได้ (VRIN) การที่ความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์เป็นตัวแปรส่งผ่านแบบสมบูรณ์สำหรับการมีส่วนร่วม แสดงให้เห็นว่าการเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ แต่ต้องมีกระบวนการแปลงการมีส่วนร่วมให้เป็นแผนกลยุทธ์และนำไปปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ตัวอย่างเช่น การจัดประชุมระดมสมองเพื่อกำหนด KPIs ของหน่วยงาน การวิเคราะห์ SWOT ร่วมกัน และการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีแบบมีส่วนร่วม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการเชิงกลยุทธ์ของ Mintzberg (1994)

ความสำคัญของความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Pettigrew, Whipp, & Rosenfeld (2023) ที่พบว่าช่วยสร้างความได้เปรียบในการแข่งขันและรักษาตำแหน่งทางการแข่งขันในตลาดที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งในบริบทนโยบาย Cancer Anywhere ที่มีการแข่งขันในการให้บริการระหว่างโรงพยาบาล ความสามารถในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม (Environmental Analysis) และการปรับตัวเชิงยุทธศาสตร์จึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จ ผลการวิจัยยังสนับสนุนแนวคิดของ Hambrick & Fredrickson (2023) และ Sony,



Antony, & Mc Dermott (2023) ที่เน้นความสำคัญของการบูรณาการทรัพยากร ความรู้ และทักษะในการกำหนดและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ โดย Alkhodary (2023) พบว่าช่วยในการจัดสรรและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสำคัญมากสำหรับหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งที่มีทรัพยากรจำกัด

3. การมีส่วนร่วมกับการพัฒนาสมรรถนะ

แม้ว่าการมีส่วนร่วมจะไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะ แต่มีอิทธิพลทางอ้อมสูงผ่านความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ สอดคล้องกับแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม (Participative Management) ของ Subongkod & Hongsakul (2024) และ Dedding et al. (2023) ที่เน้นการระดมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในทางปฏิบัติ หน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งควรสร้างกลไกการมีส่วนร่วมที่เป็นรูปธรรม เช่น การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพที่มีตัวแทนจากทุกวิชาชีพ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประจำเดือน การใช้ระบบข้อเสนอแนะออนไลน์ และการให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการออกแบบเส้นทางการดูแลผู้ป่วย (Care Pathway) ซึ่งจะช่วยให้เกิดแผนการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง (Spadaro et al., 2023)

ผลการวิจัยสอดคล้องกับ Wen, Liu, & Luo (2025) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมช่วยในการระบุปัญหาและพัฒนาแนวทางการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ Omaghomi et al. (2024) ที่พบว่าเพิ่มความพึงพอใจและผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดย Dijkstra et al. (2023) อธิบายว่าการมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มความรู้สึกเป็นเจ้าของและความรับผิดชอบร่วมกัน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษามากขึ้น ในบริบทองค์กรสุขภาพ Ytterstad, & Olaisen (2023) และ Lee-Foon et al. (2023) เน้นว่าการมีส่วนร่วมต้องเป็นกระบวนการที่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัวมีบทบาทในการกำหนดทิศทางการดูแลสุขภาพร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการมีส่วนร่วม 4 ด้านตามแนวคิดของ พิระพงษ์ วรภัทร์ธิดะกุล (2565) และ Subongkod, & Hongsakul (2024) คือ ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล

4. องค์กรแห่งการเรียนรู้กับความท้าทายในการนำไปปฏิบัติ

ผลการวิจัยที่พบว่าองค์กรแห่งการเรียนรู้มีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะในระดับต่ำ และอิทธิพลทางอ้อมไม่มีนัยสำคัญ สะท้อนถึงปรากฏการณ์ "Knowing-Doing Gap" ตามแนวคิดของ Pfeffer & Sutton (2000) ซึ่งหมายถึงช่องว่างระหว่างความรู้กับการนำความรู้ไปปฏิบัติจริง กล่าวคือ แม้องค์กรจะมีความรู้และความเข้าใจในหลักการที่ดี แต่กลับไม่สามารถแปลงความรู้เหล่านั้นให้เป็นการปฏิบัติที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมได้ ปรากฏการณ์นี้พบได้ทั่วไปในองค์กรสุขภาพ ดังที่ Strong et al. (2021) ระบุว่าองค์กรสุขภาพหลายแห่งประสบปัญหาในการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติ แม้จะมีการส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องก็ตาม ในบริบทของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย



ปัญหานี้อาจมีสาเหตุจากหลายปัจจัย ประการแรก ระบบราชการไทยมีลักษณะ "High Power Distance" ตามทฤษฎีมิติวัฒนธรรมของ Hofstede (1980) ซึ่งมีลำดับชั้นการบังคับบัญชาที่ชัดเจน ทำให้การถ่ายทอดความรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างระดับต่าง ๆ เป็นไปอย่างจำกัด ประการที่สอง เป็นหน่วยงานใหม่ที่ตั้งตามนโยบาย Cancer Anywhere ในปี 2564 และมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล โดยร้อยละ 92.3 มีบุคลากรเพียง 1-2 คน ทำให้ขาดมวลวิกฤต (Critical Mass) และโครงสร้างองค์กรที่เอื้อต่อการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติ ตามแนวคิดของ Nonaka & Takeuchi (1995) ที่ระบุว่าการสร้างความรู้ในองค์กรต้องอาศัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งยากต่อการเกิดขึ้นในหน่วยงานขนาดเล็กที่เพิ่งก่อตั้ง

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีข้อจำกัดเหล่านี้ หน่วยงานยังสามารถพัฒนาสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ได้ผ่านการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาล การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการแลกเปลี่ยนความรู้ และการพัฒนาระบบจัดการความรู้ (Knowledge Management System) ที่เน้นการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ แม้ผลการวิจัยจะแสดงข้อจำกัด แต่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ยังคงมีความสำคัญตามแนวคิดของ Capolupo, Rosa, & Adinolfi (2024) และ Chughtai et al. (2023) ที่เน้นความสามารถในการสร้าง แสวงหา แบ่งปัน และประยุกต์ใช้ความรู้อย่างต่อเนื่อง โดย Bendowska & Baum (2023) พบว่าช่วยส่งเสริมการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ขณะที่ Torvinen & Jansson (2023) ยังพบว่าองค์กรแห่งการเรียนรู้ส่งเสริมบรรยากาศที่เปิดกว้างต่อความคิดใหม่และการทดลอง ซึ่งเอื้อต่อการพัฒนานวัตกรรมในการให้บริการสุขภาพ ดังนั้น แม้จะมีข้อจำกัดในการนำไปปฏิบัติ แต่การพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ยังคงมีความจำเป็นในระยะยาว โดยต้องปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานขนาดเล็กที่เพิ่งก่อตั้ง โดยอาจเน้นการพัฒนาความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์เป็น "จุดคานงัด" สำคัญในการยกระดับสมรรถนะ

5. การบูรณาการปัจจัยเพื่อพัฒนาสมรรถนะ

ผลการวิจัยที่พบว่าปัจจัยทั้ง 4 ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะได้ร้อยละ 45 ถือเป็นอำนาจการทำนายที่สูงในงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ สอดคล้องกับทฤษฎีระบบ (Systems Theory) ที่มองว่าองค์ประกอบต่าง ๆ มีปฏิสัมพันธ์กัน โดยภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การมีส่วนร่วม และองค์กรแห่งการเรียนรู้ทำหน้าที่เป็น Input (ปัจจัยนำเข้า) ซึ่งต้องผ่าน Process (กระบวนการแปลง) ด้วยความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ที่เป็นตัวแปรคั่นกลางสำคัญ ก่อนจะส่งผลต่อ Output คือสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง ผลการวิเคราะห์พบว่าความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์มีอิทธิพลทางตรงสูงสุด และทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่านแบบสมบูรณสำหรับการมีส่วนร่วม ขณะที่ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีทั้งอิทธิพลทางตรงและทางอ้อม ส่วนองค์กรแห่งการเรียนรู้มีเพียงอิทธิพลทางตรงที่ค่อนข้างต่ำ โดยไม่สามารถส่งผลผ่านกระบวนการเชิงยุทธศาสตร์ได้ ซึ่งสะท้อนถึง



Knowing-Doing Gap ดังนั้น การพัฒนาสมรรถนะจึงควรเน้นการเสริมสร้างความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์เป็นกลไกแปลงหลัก ควบคู่กับการพัฒนาภาวะผู้นำและสร้างระบบการมีส่วนร่วมที่เป็นรูปธรรม

องค์ความรู้ใหม่จากการวิจัย

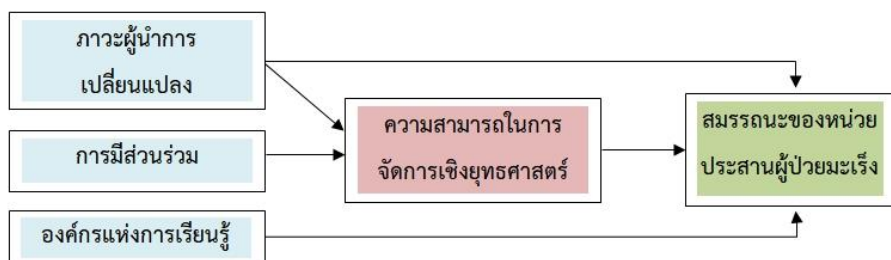
การวิจัยนี้ค้นพบโมเดลการพัฒนาสมรรถนะแบบบูรณาการสำหรับหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย ซึ่งมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากโมเดลทั่วไป ดังนี้

1. การค้นพบบทบาทใหม่ของความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ ไม่เพียงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุด แต่ยังทำหน้าที่เป็น "ประตูบังคับ" (Mandatory Gateway) ที่การมีส่วนร่วมต้องผ่านเท่านั้นจึงจะส่งผลกระทบต่อสมรรถนะได้ ข้อค้นพบนี้ท้าทายแนวคิดเดิมที่เชื่อว่าการมีส่วนร่วมส่งผลโดยตรงต่อผลการดำเนินงาน และชี้ให้เห็นว่าในบริบทหน่วยงานขนาดเล็ก การมีกลไกแปลงความคิดสู่การปฏิบัติมีความสำคัญมากกว่าการมีส่วนร่วมเพียงอย่างเดียว

2. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นปัจจัยที่มีเส้นทางคู่ (Dual Pathways) ซึ่งเป็นปัจจัยเดียวที่มีทั้งอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อสมรรถนะ แสดงถึงความสามารถพิเศษของผู้นำที่ทั้งสร้างแรงบันดาลใจโดยตรงและพัฒนาระบบการทำงานเชิงยุทธศาสตร์ไปพร้อมกัน ยืนยันความสำคัญของผู้นำในหน่วยงานขนาดเล็กที่มีทรัพยากรจำกัด

3. ปรากฏการณ์ "Knowing-Doing Gap" ในหน่วยงานใหม่ขนาดเล็ก การวิจัยค้นพบปรากฏการณ์ที่น่าสนใจในหน่วยงานที่เพิ่งจัดตั้ง (ปี 2564) และมีบุคลากรจำกัด (1-2 คน) คือ แม้บุคลากรจะประเมินว่ามีการเรียนรู้สูงที่สุด แต่กลับมีอิทธิพลต่อสมรรถนะต่ำที่สุด สะท้อนช่องว่างระหว่างการเรียนรู้กับการนำไปปฏิบัติจริงที่ชัดเจน ข้อค้นพบนี้ชี้ว่าการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับหน่วยงานขนาดเล็ก แต่ต้องมีความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์เป็นตัวขับเคลื่อนหลักในการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นโมเดลใหม่ที่เหมาะสมกับบริบทประเทศกำลังพัฒนา แตกต่างจากโมเดลตะวันตกที่พัฒนาจากองค์กรขนาดใหญ่ที่มีทรัพยากรและโครงสร้างที่พร้อม

แสดงได้ดังภาพที่ 3





ภาพที่ 3 โมเดลการพัฒนาสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งผ่านความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่าปัจจัยทั้ง 4 ได้แก่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การมีส่วนร่วม องค์กรแห่งการเรียนรู้ และความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็ง จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัยที่พบว่าปัจจัยต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อสมรรถนะในระดับที่แตกต่างกัน จึงมีข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุขตามลำดับความสำคัญดังนี้

1.1 พัฒนาความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์เป็นลำดับแรก ควรจัดทำหลักสูตรบังคับ "Strategic Management for Cancer Care Coordinators" สำหรับผู้ประสานงานทุกคน โดยเน้นการฝึกปฏิบัติจริงในการวิเคราะห์สถานการณ์ จัดทำแผนยุทธศาสตร์ และการแปลงแผนสู่การปฏิบัติ พร้อมกำหนดให้ทุกหน่วยต้องมีแผนยุทธศาสตร์ประจำปีชัดเจน

1.2 เสริมสร้างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยการพัฒนาผู้นำระดับต้นผ่านโปรแกรม Transformational Leadership เน้นทักษะการสร้างวิสัยทัศน์ การโค้ช และการสร้างแรงบันดาลใจ รวมถึงจัดระบบพี่เลี้ยง (Mentoring) จากผู้นำที่ประสบความสำเร็จ

1.3 สร้างระบบการมีส่วนร่วมที่เป็นรูปธรรม โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพแบบสหวิชาชีพในทุกหน่วย พร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน และใช้กระบวนการ PDCA ในการพัฒนางาน ซึ่งเน้นการแปลงข้อเสนอแนะเป็นแผนปฏิบัติการ

1.4 ปรับรูปแบบองค์กรแห่งการเรียนรู้ให้เหมาะกับบริบท แทนที่จะเน้นการเรียนรู้ทั่วไป ควรพัฒนาระบบ Knowledge Management ที่เน้นการแปลงความรู้สู่ Practice Guidelines และ Standard Operating Procedures (SOPs) ที่ใช้งานได้จริง

1.5 เพิ่มอัตรากำลังให้เหมาะสม ควรมีบุคลากรอย่างน้อย 3-4 คนต่อหน่วย เพื่อสร้างมวลวิกฤต (Critical Mass) ที่เอื้อต่อการทำงานเป็นทีมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

จากผลการวิจัยที่พบว่าความสามารถในการจัดการเชิงยุทธศาสตร์เป็นปัจจัยสำคัญที่สุด หน่วยงานควรดำเนินการตามลำดับดังนี้

2.1 เร่งพัฒนาความสามารถเชิงยุทธศาสตร์ (ภายใน 3 เดือน) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการวางแผนยุทธศาสตร์ 2 วัน พร้อมคู่มือปฏิบัติแบบง่าย กำหนดให้ทุกหน่วยจัดทำแผนปฏิบัติการรายไตรมาสพร้อมตัวชี้วัดที่ชัดเจน และมีระบบ Coaching รายเดือน



2.2 พัฒนาภาวะผู้นำควบคู่กับการมีส่วนร่วม (3-6 เดือน) จัด Leadership Workshop ออนไลน์รายเดือน สร้างกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่าน Line/MS Teams และจัดประชุม ทีมสหวิชาชีพแบบ Stand-up Meeting ทุก 2 สัปดาห์ (15 นาที)

2.3 ปรับรูปแบบองค์กรแห่งการเรียนรู้ (6-12 เดือน) พัฒนา Best Practice Database ที่ใช้งานได้จริง จัดระบบ Buddy Hospital จับคู่หน่วยใหม่กับหน่วยที่มีประสบการณ์ และสร้าง Community of Practice ผ่านการประชุมออนไลน์

2.4 ติดตามประเมินผล ใช้ Balanced Scorecard ประเมินทุก 3 เดือน และจัดเวที Show & Share ทุก 6 เดือนเพื่อแลกเปลี่ยนบทเรียน

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 การถอดบทเรียนจาก Best Practices ศึกษาเชิงคุณภาพแบบพหุกรณีศึกษา (Multiple Case Study) เปรียบเทียบหน่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งที่มีสมรรถนะสูง 3-5 แห่ง เพื่อถอดบทเรียนกระบวนการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จ และปัจจัยเอื้อที่ทำให้สามารถเอาชนะ Knowing-Doing Gap ได้

3.2 การทดสอบและพัฒนาโมเดล นำโมเดลที่ค้นพบไปทดสอบกับหน่วยงานนำร่อง (Pilot Study) 5-10 แห่ง ด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อปรับปรุงโมเดลให้เหมาะสมกับบริบทที่หลากหลาย และพัฒนาเป็นคู่มือปฏิบัติ (Implementation Guide)

3.3 การศึกษาระยะยาวและการขยายผล ติดตามผลระยะยาว (3-5 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของการพัฒนาตามโมเดล และขยายการศึกษาไปยังหน่วยงานโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อสร้างโมเดลทั่วไป (Generic Model) สำหรับหน่วยงานด้านสุขภาพ

3.4 การศึกษาปัจจัยเสริม วิจัยปัจจัยเพิ่มเติมที่อาจส่งเสริมประสิทธิภาพของโมเดล เช่น ภาวะผู้นำเชิงดิจิทัล วัฒนธรรมนวัตกรรม และระบบสนับสนุนจากผู้บริหาร เพื่อสร้างโมเดลที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). กระทรวงสาธารณสุขเร่งเดินหน้านโยบาย “Cancer Anywhere”

เสริมสิทธิผู้ป่วยมะเร็งรักษาต่อเนื่องทั่วประเทศ.

<https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/03/193122>

พีระพงษ์ วรภัทร์ธีระกุล, (2565). การบริหารองค์การที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากร
สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียงกิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม



- แห่งชาติ (กสทช.). *วารสารนวัตกรรมการศึกษาและการวิจัย*. 6(3), 809-822.
<https://doi.org/10.14456/jeir.2022.16>
- รังสรรค์ โฉมยา, สมบัติ ท้ายเรือคำ, และ เสกสรรค์ ทองคำบรรจง. (2565). วิธีการกำหนดขนาดตัวอย่าง
สำหรับ การวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้างเชิงเส้น. *วารสารการวัดผลการศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 28(2), 27-40. <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/jemmsu/article/view/250260/174200>
- วราภรณ์ ชัยปลัด, สมพันธ์ หิญชีระนันท์ และ ปราณี มีหาญพงษ์. (2565). ผลของการจัดการความรู้
ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจ
วินิจฉัยทางรังสีด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือด. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยศรี
สะเกษ*, 9(2), 40-54. [https://he03.tci-thaijo.org/index.php/CUT_](https://he03.tci-thaijo.org/index.php/CUT_Nursejournal/article/view/413/450)
[Nursejournal/article/view/413/450](https://he03.tci-thaijo.org/index.php/CUT_Nursejournal/article/view/413/450)
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, และ สุพล ลิ้มวัฒนานนท์. (2565). การประเมินนโยบาย
และยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2560-2564). *วารสารวิจัย
ระบบสาธารณสุข*, 16(1), 108-123. <https://doi.org/10.14456/hsri.2022.11>
- สันทัต สมุนเมธี เอกราช โฆษิตพิมานเวช และ สุนทร สายคำ. (2023). ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงตาม
หลักพรหมวิหาร 4. *วารสารพุทธปรัชญาวิวัฒน์*, 8(1), 603-613.
<http://ojs.mbu.ac.th/index.php/jbpe/article/view/2485/1588>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). *สปสช. เดินหน้านโยบาย "Cancer Anywhere" รักษา
มะเร็งทุกที่โดยไม่ต้องมีใบส่งตัว*. <https://www.nhso.go.th>
- อารยา สะเมื้อ ประญาณันท์ เทียงจรรยา และ ประภาพร ชูกำเหนิด (2022). การศึกษาสมรรถนะของ
พยาบาลรังสีรักษา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 42(3), 74-85.
- Abbas, A., Suhariadi, F., Ekowati, D., & Fenitra, R. M. (2023). A strategic paradigm for
transformational leadership theory in the digital age: scope of the analytical
third. In *Transformational leadership styles for global leaders: Management
and communication strategies* (pp. 304-323). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/979-8-3693-1380-0.ch018>
- Abolnasser, M. S. A., Abdou, A. H., Hassan, T. H., & Salem, A. E. (2023). Transformational
leadership, employee engagement, job satisfaction, and psychological well-
being among hotel employees after the height of the COVID-19 pandemic: a



- serial mediation model. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), 3609. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043609>
- Alkhodary, D. (2023). Integrating sustainability into strategic management: a path towards long-term business success. *International Journal of Professional Business Review*, 8(4), 1627. DOI: <https://doi.org/10.26668/businessreview/2023.v8i4.1627>
- Asif, M., Shao, Z., Sharif, M. N., & Akram, K. (2025). How Transformational Leadership Enhances Work Engagement: A moderated-Parallel Mediation Approach. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 1-22. <https://doi.org/10.1007/s10672-025-09544-6>
- Barney, J. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99–120. https://oeclass.aua.gr/eclass/modules/document/file.php/5565/Required%20Reading_RB%20seminal%20paper%20by%20Jay%20Barney.pdf
- Bass, B. M., & Riggio, R. E. (2006). *Transformational leadership*. Psychology press. <https://doi.org/10.4324/9781410617095>
- Bendowska, A., & Baum, E. (2023). The significance of cooperation in interdisciplinary health care teams as perceived by polish medical students. *International journal of environmental research and public health*, 20(2), 954. <https://doi.org/10.3390/ijerph20020954>
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588–606. https://www.researchgate.net/publication/232518840_Significance_Tests_and_Goodness-of-Fit_in_Analysis_of_Covariance_Structures
- Çakmak, Z. (2023). Adapting to Environmental Change: The Importance of Organizational Agility in the Business Landscape. *Florya Chronicles of Political Economy*, 9(1), 67-87. <https://dergipark.org.tr/en/pub/fcpe/issue/76881/1279251>
- Capolupo, N., Rosa, A., & Adinolfi, P. (2024). The liaison between performance, strategic knowledge management, and lean six sigma. Insights from healthcare organizations. *Knowledge Management Research & Practice*, 22(3), 314-326. <https://doi.org/10.1080/14778238.2023.2219852>



- Chen, S., & Zheng, J. (2022). Influence of organizational learning and dynamic capability on organizational performance of human resource service enterprises: Moderation effect of technology. *Frontiers in Psychology*, **13**, 889327. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.889327>
- Christiansen, C. H., Bass, J., & Baum, C. M. (2024). *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being*. Taylor & Francis.
- Chughtai, M. S., Syed, F., Naseer, S., & Chinchilla, N. (2023). Role of adaptive leadership in learning organizations to boost organizational innovations with change self-efficacy. *Current Psychology*, 1-20. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04669-z>
- Curado, C., & Santos, R. (2022). Transformational leadership and work performance in health care: The mediating role of job satisfaction. *Leadership in Health Services*, **35**(4), 474–488. <https://doi.org/10.1108/lhs-06-2021-0051>
- Dedding, C., Groot, B., Slager, M., & Abma, T. (2023). Building an alternative conceptualization of participation: from shared decision-making to acting and work. *Educational Action Research*, **31**(5), 868-880. <https://doi.org/10.1080/09650792.2022.2035788>
- Dijkstra, B. M., Felten-Barentsz, K. M., van der Valk, M. J., Pelgrim, T., van der Hoeven, H. G., Schoonhoven, L., ... & Vloet, L. C. (2023). Family participation in essential care activities: Needs, perceptions, preferences, and capacities of intensive care unit patients, relatives, and healthcare providers an integrative review. *Australian Critical Care*, **36**(3), 401-419. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.02.003>
- Duangchan, C., Steffen, A., & Matthews, A. K. (2022). Thai oncology nurses' perspectives toward survivorship care plan components and implementation for colorectal cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, **30**, 849–857. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06766-w>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage Learning. 120–122.
- Hambrick, D. C., & Fredrickson, J. W. (2023). Are you sure you have a strategy?. *Academy of Management Executive*, **19**(4), 51-62. <https://doi.org/10.5465/ame.2005.19417907>



- Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences: International differences in work-related values*. Sage Publications.
https://books.google.com/books/about/Culture_s_Consequences.html?id=H0RZAAAAMAAJ
- Kaplan, D., (2000). *Structural Equation Modeling*. Sage Publications.
- Kelloway, E. K. (2015). *Using Mplus for Structural Equation Modeling*. Sage Publications.
- Lee-Foon, N. K., Smith, M., Greene, S. M., Kuluski, K., & Reid, R. J. (2023). Positioning patients to partner: exploring ways to better integrate patient involvement in the learning health systems. *Research Involvement and Engagement*, 9(1), 51.
<https://doi.org/10.1186/s40900-023-00459-w>
- Madi Odeh, R. B., Obeidat, B. Y., Jaradat, M. O., Masa'deh, R. E., & Alshurideh, M. T. (2023). The transformational leadership role in achieving organizational resilience through adaptive cultures: the case of Dubai service sector. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 72(2), 440-468.
<https://doi.org/10.1108/IJPPM-02-2021-0093>
- Mawaddah, A. F., Hatta, A. H., Prasetya, A., & Saputra, A. A. (2025). *Adaptive leadership and culturally responsive transformation in contemporary workplaces*. OIKOS.
<https://journal.uinsgd.ac.id/index.php/oikos/article/view/47684>
- Mintzberg, H. (1994). *The rise and fall of strategic planning*. Free Press.
<http://comercio2.cua.tripod.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/splanningmintzberg.pdf>
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1995). *The knowledge-creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovation*. Oxford University Press.
<https://global.oup.com/academic/product/the-knowledge-creating-company-9780195092691>
- Nwankwor, P. P., Edwin, E. I., & Okoli, O. J. (2025). Fostering a culture of innovation and entrepreneurship through human resource management practices: A systematic review. *Global Journal of Research in Business Management*, 5(1), 12–28.
<https://www.researchgate.net/publication/388953729>
- Omaghomi, T. T., Akomolafe, O., Onwumere, C., Odilibe, I. P., & Elufioye, O. A. (2024). Patient experience and satisfaction in healthcare: a focus on managerial



- approaches-a review. *International Medical Science Research Journal*, 4(2), 194-209. DOI: <https://doi.org/10.51594/imsrj.v4i2.812>
- Özgül, B., & Zehir, C. (2023). Top management's green transformational leadership and competitive advantage: the mediating role of green organizational learning capability. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 38(10), 2047-2060. <https://doi.org/10.1108/JBIM-01-2022-0043>
- Pettigrew, A., Whipp, R., & Rosenfeld, R. (2023). Competitiveness and the management of strategic change processes. In *The Competitiveness of European Industry*. 110-136. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003369820>
- Pfeffer, J., & Sutton, R. I. (2000). *The knowing-doing gap: How smart companies turn knowledge into action*. Harvard Business Press.
- Sánchez, N., Wagner-Gutiérrez, N., Klumpp, C. C., & Méndez-Correa, E. (2025). Proposals for the Implementation of a Multidimensional Platform That Allows the Advancement of Oncology Nursing in the Latin American Environment (The ARIA-LA Initiative). *JCO Global Oncology*, 11, e2400183. <https://doi.org/10.1200/GO.24.00183>
- Schreiber, J. B., Stage, F. K., King, J., Nora, A., & Barlow, E. A. (2006). Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results: A Review. *The Journal of Educational Research*, 99(6), 323-337. <https://doi.org/10.3200/JOER.99.6.323-338>
- Schumacker, R. E. & Lomax, R. G., (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling*. (3rd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Sony, M., Antony, J., & Mc Dermott, O. (2023). How do the technological capability and strategic flexibility of an organization impact its successful implementation of Industry 4.0? A qualitative viewpoint. *Benchmarking: An International Journal*, 30(3), 924-949. <https://doi.org/10.1108/BIJ-09-2021-0541>
- Spadaro, I., Pirlone, F., Bruno, F., Saba, G., Poggio, B., & Bruzzone, S. (2023). Stakeholder participation in planning of a sustainable and competitive tourism destination: The Genoa integrated action plan. *Sustainability*, 15(6), 5005. <https://doi.org/10.3390/su15065005>



- Strong, A. P., Simmons, D., & Lee, S. (2021). *Closing the knowing-doing gap: Service operations and health consumer experience*. Cornell University eCommons. 96. Retrieved from <https://ecommons.cornell.edu/bitstreams/a08e2a1b-d37f-48a1-9e8e-33880c793936/download#page=96>
- Subongkod, M., & Hongsakul, B. (2024). Structural equation modeling for the business performance of private hospitals in Thailand: Management perspective. *ABAC Journal*, 44(3), 24–45. <https://doi.org/10.59865/abacj.2024>.
- Susantinah, N., & Krishernawan, I. (2023). Human Resource Management (HRM) Strategy in Improving Organisational Innovation. *Journal of Contemporary Administration and Management (ADMAN)*, 1(3), 201-207. DOI: <https://doi.org/10.61100/adman.v1i3.80>
- Torvinen, H., & Jansson, K. (2023). Public health care innovation lab tackling the barriers of public sector innovation. *Public Management Review*, 25(8), 1539-1561. <https://doi.org/10.1080/14719037.2022.2029107>
- Valaitis, R., Cleghorn, L., Ploeg, J., Risdon, C., & Mangin, D. (2020). *Nurse navigator models of care: A scoping review*. *BMC Health Services Research*, 20, 1173. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05930-2>
- Wen, R., Liu, X., & Luo, Y. (2025). The unmet needs of palliative care among young and middle-aged patients with advanced cancer: A qualitative study. *Current Oncology*, 32(6), 314. <https://www.mdpi.com/1718-7729/32/6/314>
- World Health Organization. (2020). *WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240001299>
- Ytterstad, S., & Olaisen, J. (2023). *An overview of perspectives of transformational leadership*. *Learning Transformational Leadership: A Pedagogical and Practical Perspective*, 13-33. <https://doi.org/10.1108/CI-12-2022-0328>
- Zada, M., Abdalla, A. A., Estay, C., & Nureldeen, W. A. (2025). *Leading with purpose: unraveling the impact of motivating language on work engagement with a focus on psychological meaningfulness in the tourism and hospitality sector*. *BMC Psychology*. <https://link.springer.com/article/10.1186/s40359-025-02977-6>