



ผลของโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อการรับรู้กระบวนการส่งต่อ
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพ ในหน่วยงานปฐมภูมิ

**The Effect of a Peer Coaching Supervision Program on Perception of
Breast Cancer Patient Referral among Health Personnel
in Primary Care Units**

Christian University of Thailand

ชนันท์ภัทร์ สุขประเสริฐ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

พ.ศ. 2568

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการนิเทศด้วยการได้แบบเพียร์ต่อการรับรู้กระบวนการส่งต่อ

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพ ในหน่วยงานปฐมภูมิ

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล

วันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2568



นางสาวชนันท์ภัทร์ สุขประเสริฐ

ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
พย.ค.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เนตรชนก ศรีทุมมา
Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
ปร.ค. (ประชากรศาสตร์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เนตรชนก ศรีทุมมา
Ph.D. (Nursing)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
ปร.ค. (ประชากรศาสตร์)

หัวหน้าหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เนตรชนก ศรีทุมมา และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น ชี้แนะและให้คำแนะนำในการแก้ไข ด้วยความเอาใจใส่เสียสละเวลาและให้กำลังใจอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งถึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียนทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ประสบการณ์และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณเจ้าหน้าที่มหาวิทยาลัยคริสเตียน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่ให้ความกรุณาสละเวลาและความเมตตาในการให้คำแนะนำและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ด้วยมุทิตาจิตอย่างแท้จริง ขอกราบขอบพระคุณ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง และอำเภอบ้านแพ้ว เจ้าหน้าที่กลุ่มงานการพยาบาลที่รับผิดชอบด้านการส่งต่อ และดูแลผู้ป่วยมะเร็ง รวมทั้งเจ้าหน้าที่ หน่วยงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลงานวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ครอบครัว ญาติพี่น้อง ที่ให้ความรักความห่วงใยและเป็นกำลังใจให้เสมอมาจนผู้วิจัยได้ประสบความสำเร็จ ขอขอบคุณเพื่อน ๆ ปริญญาโททุกคน ที่มอบมิตรภาพ ที่มีคุณค่าและอยู่เคียงข้างในการศึกษาด้วยดีตลอดมา

สุดท้ายนี้ คุณค่าและคุณประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัยในครั้งนี้ขอมอบแด่คุณบิดา มารดา และครอบครัวผู้ให้โอกาสทางการศึกษา ให้ความรัก ความห่วงใยและเป็นกำลังใจ ตลอดจนคณาจารย์ทุกท่านที่อบรมสั่งสอนให้ผู้วิจัยมีความรู้ความสามารถแก้ปัญหาและผ่านพ้นอุปสรรคได้เป็นอย่างดี

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการนิเทศด้วยการ ใ้ช้แบบเพียร์ต่อการรับรู้ กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพ ในหน่วยงานปฐมภูมิ
ชื่อผู้เขียน	นางสาวชนันท์ภัทร์ สุขประเสริฐ
ชื่อปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารทางการพยาบาล)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เนตรชนก ศรีทุมมา, Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ปร.ด. (ประชากรศาสตร์)
ปี พ.ศ.	2568

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนและหลังได้โปรแกรมการนิเทศด้วยการ ใ้ช้แบบเพียร์ ของบุคลากรสุขภาพ ในหน่วยงานปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่าง คือบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ จำนวน 48 คน (กลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน) เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการนิเทศด้วยการ ใ้ช้แบบเพียร์ 2) แบบสอบถามการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คุณภาพเครื่องมือได้ค่าความ ตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.98 ใช้สถิติเชิงพรรณนา(ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติ อ้างอิง (Independent t-test and Dependent t- test)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมการนิเทศด้วยการ ใ้ช้แบบเพียร์มีค่าคะแนน เฉลี่ยการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$, $SD = 0.38$) ส่วนราย ด้าน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการประเมินผู้ป่วยและการคัดกรอง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.06$, $SD = .58$) รองลงมาคือด้านแนวทางในกระบวนการส่งต่อ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.03$, $SD = .66$) และคะแนนเฉลี่ย การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และคะแนนการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า การบริหารการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดการพัฒนาบุคลากรเป็นไป ตามเป้าหมายการบริการ เครื่องมือการนิเทศด้วยวิธีการ ใ้ช้แบบเพียร์ทำให้เกิดการเพิ่มพูนความรู้และ ความเข้าใจของบุคลากรทางการสุขภาพที่ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับบริการตามมาตรฐาน

คำสำคัญ: โปรแกรมการนิเทศ การ ใ้ช้แบบเพียร์ กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม บุคลากรสุขภาพ

Thesis Title	The Effect of a Peer Coaching Supervision Program on the Perception of Breast Cancer Patient Referral among Healthcare Personnel in Primary Care Units
Author	Miss Chananpat Sukparsert
Degree	Master of Nursing Science (Nursing Management)
Thesis Advisor	Assistant Professor. Dr. Netchanok Sritoomma, Ph.D. (Nursing)
Thesis Co-Advisor	Professor Dr. Phechnoy Singchangchai, Ph.D. (Demography)
A.D.	2025

Abstract

Quasi-experimental research with two groups (experimental group and control group) aimed to compare the perception of the breast cancer patient referral process before and after implementing a peer coaching supervision program among health personnel in primary care units. The sample consisted of 48 health personnel in primary care units (24 in the experimental group and 24 in the control group). The research tools included: 1) a peer coaching supervision program and 2) a questionnaire on the perception of the breast cancer patient referral process. The quality of the tools was confirmed with a content validity index of 0.98. Descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation) and inferential statistics (independent t-test and dependent t-test) were employed for data analysis.

The results revealed that after participating in the peer coaching supervision program, the experimental group had a significantly higher mean score in overall perception of the breast cancer patient referral process at a high level ($\bar{X} = 3.97$, $SD = 0.38$). In specific aspects, the mean score for patient assessment and screening was high ($\bar{X} = 3.06$, $SD = 0.58$), followed by the referral process guidelines, which were also at a high level ($\bar{X} = 4.03$, $SD = 0.66$). The mean perception scores of the breast cancer patient referral process post-experiment were significantly higher than pre-experiment scores ($p < 0.05$). Furthermore, the experimental group's perception scores were significantly higher than those of the control group ($p < 0.05$).

This study suggests that managing health services to achieve personnel development goals can benefit from using peer coaching supervision tools, which enhance the knowledge and understanding of health personnel. This ultimately ensures that clients receive services that meet standards.

Keywords: Supervision Program, Peer Coaching, Breast Cancer Patient Referral Process, Health Personnel

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	๗
บทคัดย่อภาษาไทย.....	๘
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	๙
สารบัญ.....	๑๐
สารบัญตาราง.....	๑๑
สารบัญภาพประกอบ.....	๑๒
บทที่ 1 บทนำ	
ความสำคัญของปัญหาการวิจัย.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
นิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
บริบทโรงพยาบาลตติยภูมิและหน่วยปฐมภูมิภาคีเครือข่ายด้านการส่งต่อ.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Coaching).....	14
แนวคิดเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.....	30
แนวคิดเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม.....	35
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	45
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
การออกแบบงานวิจัย.....	52
ลักษณะของสถานที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล.....	53
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	53
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	60

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	60
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	66
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะจากการวิจัย	
สรุปผลการวิจัย.....	78
อภิปรายผลการวิจัย.....	81
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย.....	86
เอกสารอ้างอิง.....	88
ภาคผนวก	
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	96
ข การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	98
ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	103
ง หนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูลการวิจัย.....	109
จ ผลการวิเคราะห์ทางสถิติ.....	114
ประวัติผู้วิจัย.....	126

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1	กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง..... 33
3.1	รายละเอียดของกิจกรรม/วิธีสู่ความสำเร็จในการใช้พัฒนาโปรแกรมการนิเทศด้วยการ โค้ชแบบเพียร์ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านการรับรู้ของบุคลากร พยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิ จำแนกตามกระบวนการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อ ผู้ป่วยตามแนวคิด จาวิส และคณะ (Jarvis et al., 2017)..... 54
4.1	จำนวน และร้อยละของบุคลากรสุขภาพในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม ลักษณะทั่วไปค่าสถิติทดสอบความอิสระของ 2 กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม..... 67
4.2	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการรับรู้ในการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิก่อนการใช้โปรแกรม การโค้ชแบบเพียร์ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม..... 69
4.3	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ในการส่งต่อผู้ป่วย มะเร็งเรื้อรังด้านของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ช แบบเพียร์ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามรายด้านโดยรวม..... 70
4.4	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง เรื้อรังด้านของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบ เพียร์ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม..... 72
4.5	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ในการส่งต่อผู้ป่วย มะเร็งเรื้อรังด้านของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิหลังการใช้โปรแกรมการโค้ช แบบเพียร์ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามรายด้านโดยรวม..... 73
4.6	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านของ บุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ ก่อนและหลังโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ของ กลุ่มทดลอง..... 75
4.7	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านของ บุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบ เพียร์ของกลุ่มทดลอง จำแนกเป็นรายด้าน..... 76

สารบัญภาพประกอบ

แผนภาพที่	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
2.1 โครงสร้างการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านการส่งต่อโรงพยาบาลตติยภูมิ แห่งหนึ่ง.....	12
3.1 การออกแบบการวิจัย.....	52
3.2 การใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาล.....	64



Christian University of Thailand

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคมะเร็งเต้านม มีอุบัติการณ์การเกิดโรคในปี 2565 พบว่า ผู้หญิงทั่วโลกตรวจพบเป็น มะเร็งเต้านม 2.3 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2020) ในประเทศไทย พบมะเร็งเต้านม เป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง โดยพบมะเร็งเต้านมรายใหม่ 22,158 รายต่อปี วันละ 60 คน หรือ และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 8,266 รายต่อปี หรือ วันละ 22 คน (ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2565) การวินิจฉัยและการรักษามะเร็งต้องใช้องค์ความรู้หลายวิธี รวมถึงการผ่าตัด การบำบัดรักษา ด้วยเคมีบำบัด ภูมิคุ้มกันบำบัด และการบำบัดด้วยฮอร์โมน และการฉายรังสี ในระบบบริการสุขภาพ ของไทย มีการขยายตัวของ การให้บริการทางสุขภาพในระดับต่าง ๆ การบริหารการพยาบาลนั้นจึงมี ส่วนสำคัญในการบริการสุขภาพภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ จนถึงตติยภูมิ ทีมบุคลากรสุขภาพ มีส่วนสำคัญ ทั้งการวินิจฉัย และการรักษารวมถึงการส่งต่อผู้ป่วย (Kuniasih et al., 2023) ในปัจจุบัน กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจึงมีความสำคัญในการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยงานปฐมภูมิไปยัง ระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐานเพื่อวินิจฉัยรักษาและในกลุ่มโรคมะเร็งที่ต้องการได้รับการ เข้าถึงการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วและการดูแลแบบต่อเนื่อง (Bhattacharya et al., 2019)

จากการทบทวนพบว่า บุคลากรสุขภาพมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย มะเร็ง โดยเฉพาะเรื่องการสอน การให้คำแนะนำ และการเป็นที่ปรึกษา ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็ง มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ (ป้องกัน วรรปานิ และคณะ, 2566) เพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยราย ใหม่ ดำเนินการไปด้วยความเรียบร้อย มีการเตรียมข้อมูล เอกสารผลการตรวจต่าง ๆ ที่มีความสำคัญ ให้ครบถ้วน พร้อมมีการดำเนินการตามขั้นตอนที่ร่วมกันกำหนด ก่อนจะส่งตัวผู้ป่วยมายังโรงพยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ (โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี, 2564) ดังนั้น บุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย การสื่อสารที่ดี การเข้าถึงและการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่มีคุณภาพ ส่งผลให้เกิดกระบวนการจัดการ ความรู้ที่ดี ลดข้อมูลที่ผิดพลาด แต่ในความเป็นจริงปรากฏการณ์ที่พบในโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา พบว่า กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างหน่วยงานปฐมภูมิมายังตติยภูมิ โดยมี บุคลากรสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบ ยังพบประเด็นไม่ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนการส่งต่อและเอกสารที่ส่งต่อ

เพื่อการรักษาขาดความสมบูรณ์ เช่น เอกสารข้อมูลไม่ครบถ้วนไม่ระบุคลินิกที่ต้องการส่งต่อ วัน เวลา ข้อมูลที่สำคัญในการวินิจฉัย ผลอัลตราซาวด์ เป็นต้น ประกอบกับหน่วยงาน รพ.สต. อยู่ในหน่วยงานความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนจังหวัด จึงขาดความต่อเนื่องในการนิเทศติดตาม ต้องอาศัยระบบสารสนเทศทำให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูล เพื่อเป็นประโยชน์ของผู้ป่วยในการเข้าสู่กระบวนการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษา (โกเมนทร์ ทิวทอง, 2566) เมื่อพิจารณาจะพบว่า การดำเนินการในกระบวนการส่งต่อดังกล่าวยังขาดผังในบริบทของกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หมายถึง แผนผังลำดับขั้นตอน (Process Flowchart) หรือ โครงสร้างแนวทางปฏิบัติ ที่แสดงถึงลำดับของการดำเนินงานในการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยงานปฐมภูมิไปยังตติยภูมิอย่างเป็นระบบ โดยผังการส่งต่อที่ใช้ในปัจจุบันมุ่งเน้นที่กระบวนการทางเอกสารและการส่งตัวผู้ป่วย แต่ขาดขั้นตอนการนิเทศติดตาม

การตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นและการได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงทีสามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและเพิ่มโอกาสในการรักษาได้ (National Cancer Institute, 2019) อย่างไรก็ตาม การส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยงานปฐมภูมิไปยังโรงพยาบาลที่เชี่ยวชาญยังคงเผชิญกับอุปสรรคหลายประการ เช่น ความล่าช้าในการส่งต่อข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน และการขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับบุคลากรสุขภาพ การระบุผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อมีความสำคัญต่อความสำเร็จของระบบการดูแลสุขภาพ โดยต้องมีการประสานงานระหว่างแพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ประสานงานทางการแพทยอย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางที่ชัดเจนเกี่ยวกับกระบวนการส่งต่อ (Sainsbury et al., 2000) รวมถึงเกณฑ์การคัดกรอง การเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น เหตุผลในการส่งต่อ ประวัติผู้ป่วย และข้อมูลการติดต่อของ ทั้งผู้ส่งและผู้รับ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ นอกจากนี้การประเมินผลของกระบวนการส่งต่อ เช่น การทบทวนขั้นตอนและการประสานงานระหว่างหน่วยงานปฐมภูมิ กับโรงพยาบาลแม่ข่าย จะช่วยให้สามารถปรับปรุงกระบวนการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การนิเทศทางการแพทย์เป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะการโค้ชแบบเพียร์ (Peer Coaching) ซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคลากรสุขภาพสามารถแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กันได้โดยตรง ทำให้สามารถเรียนรู้และพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง ในปัจจุบันมีงานวิจัยเกี่ยวกับผลของการโค้ชแบบเพียร์ใช้ในการนิเทศทางด้านคลินิกยังไม่พบด้านการบริหารการพยาบาลถึงกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ซึ่งการส่งต่อเป็นกระบวนการที่สำคัญในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการรักษา เป็นการจัดการอาการทางคลินิกเพื่อให้ความช่วยเหลือ (WHO, 2005) ผู้ป่วยได้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ของทุกประเทศได้ออกแบบเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับการดูแลในระดับปฐมภูมิ

ก่อนแล้วจึงเข้าสู่การดูแลในระดับที่สูงขึ้นตามแผนการรักษาที่ซับซ้อนขึ้น (WHO, 2008) การดูแลระดับปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิ เป็นคุณลักษณะสำคัญขององค์กรในระบบการดูแลสุขภาพ หน่วยงานปฐมภูมิและบุคลากรสุขภาพให้การดูแลสุขภาพเบื้องต้นและทำหน้าที่คัดกรอง เพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยกลุ่มใดที่ต้องการดูแลรักษาในระดับโรงพยาบาลทุติยภูมิ หรือตติยภูมิจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยปัจจุบันมีอัตราการส่งต่อเพิ่มขึ้น **จากรายงานวิจัย ของบาร์เน็ตต์ และคณะ (Barnett et al., 2012)** กระบวนการส่งต่อมีขั้นตอนที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และความต้องการบริการของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังเป็นผู้ป่วยที่ซับซ้อนในการรักษาและต้องการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อจากหน่วยงานปฐมภูมิจำเป็นต้องเข้าใจและรับรู้ในการส่งต่อที่ได้มาตรฐานและมีความสามารถในการส่งต่อข้อมูลที่ชัดเจน (Thorsen et al., 2011) การรับและการส่งต่อผู้ป่วยมีความสำคัญมากในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากสถานบริการในแต่ละที่มีศักยภาพและบริบทในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันและเหมาะสมกับโรคและความเจ็บป่วยความต้องการการรักษของผู้ป่วยที่ต่างกัน เนื่องจากสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงพร้อมให้บริการผู้ป่วยทุกระบบไม่ได้มีอยู่กระจายทั่วไปและไม่มีเตียงเพียงพอรับผู้ป่วย การรับและการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมผู้ป่วยปลอดภัยได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน หายป่วยมีสุขภาพที่ดีโดยเร็ว (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2557) โดยในหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บุคลากรสุขภาพถือเป็นด่านแรกในการให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเรื้อรัง ทั้งการเฝ้าระวังสุขภาพ การคัดกรองอาการผิดปกติ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ ตลอดจนการประเมินอาการเบื้องต้น เพื่อวินิจฉัยและคัดกรองผู้ป่วยที่อาจมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเรื้อรังในระยะเริ่มต้น เมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการต้องสงสัย บุคลากรเหล่านี้ต้องดำเนินการส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิโดยทันที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยอย่างละเอียดและการรักษาที่เหมาะสม นอกจากนี้ บุคลากรยังมีหน้าที่ติดตามผลการส่งต่อเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างเหมาะสมและทันเวลา หรือไม่ และหากพบปัญหาในขั้นตอนการส่งต่อ บุคลากรต้องร่วมมือกับหน่วยบริการอื่นเพื่อหาทางปรับปรุงกระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในภาพรวม บทบาทของบุคลากรสุขภาพใน รพ.สต. จึงถือเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมต่อระบบบริการสุขภาพ และมีผลอย่างยิ่งต่อการป้องกันโรคและการเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง

จากการศึกษาข้อมูลของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองและพบความเสี่ยงมะเร็งเรื้อรังจากหน่วยปฐมภูมิและต้องเข้าสู่ระบบส่งต่อเพื่อเข้าพบแพทย์เฉพาะทาง ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 45 ราย เข้าพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางภายใน 1 เดือน หลังจากการคัดกรองเพียงร้อยละ 27 ในเดือนตุลาคม พ.ศ 2566 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 จำนวน

38 ราย เข้าพบแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางภายใน 1 เดือน หลังการคัดกรองเพียง ร้อยละ 30 (ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง, 2565) จากการทบทวนบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเรื่องวันนัดเข้าแพทย์เฉพาะทางสัลยกรรม ร้อยละ 35 เอกสารไม่ชัดเจนครอบคลุม ร้อยละ 29 ในปี 2565 การปฏิบัติการส่งต่อและเอกสารนำส่งเพื่อเข้าพบแพทย์เฉพาะทางเป็นปัญหาสำคัญในการเข้าถึงกระบวนการรักษา หลังการคัดกรองมะเร็งเต้านม จากความเป็นมาของปัญหาดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า บุคลากรสุขภาพหน่วยงานปฐมภูมิยังมีความคลาดเคลื่อนการรับรู้เกี่ยวกับมาตรฐานเกี่ยวกับกระบวนการส่งต่อที่กำหนดรวมทั้งการจัดการเอกสารที่สำคัญ ดังนั้น ในฐานะผู้วิจัยเป็นผู้บริหารรับผิดชอบกระบวนการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษากับหน่วยงานปฐมภูมิ (รพ.สต.) ที่ศึกษาจึงได้สร้างโปรแกรมการนิเทศด้วยการ โค้ชแบบเพียร์ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ ตามแนวคิดของ จาร์วิส และคณะ (Jarvis et al., 2017) เพราะกระบวนการส่งต่อจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ที่ต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์เฉพาะทาง รวมถึงการพัฒนาบุคลากรสุขภาพให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคมะเร็ง ซึ่งการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อเนื่องถูกต้อง รวดเร็ว ต้องได้รับการฝึกอบรมปฏิบัติการด้านกระบวนการส่งต่อที่สามารถประสานงานระหว่างหน่วยงานปฐมภูมิและศูนย์ที่รับส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสื่อสารและการตอบรับ ระเบียบและวิธีปฏิบัติในการส่งต่อ รวมถึงการนิเทศทำให้เทคนิคการทำงานเกิดความถูกต้อง ลดความเสี่ยงทางการแพทย์ (เสาวนีย์ ราชคม และคณะ, 2565)

จากการทบทวนการโค้ชเป็นวิธีการหนึ่งของการนิเทศทางการศึกษาที่สามารถพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ได้รับการโค้ชเพื่อมีความรู้ ความสามารถและทักษะรับและส่งต่อผู้ป่วย (สุกัญญา ชัยขวัญ, 2563) “การโค้ช” (Coaching) เป็นหนึ่งในวิธีการนิเทศทางที่มีความสำคัญในการบริหารการพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรเพื่อการบริหารการบริการพยาบาล โดยเฉพาะในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ การพัฒนาทักษะของบุคลากรในหน่วยงานเหล่านี้จึงจำเป็นต้องดำเนินไปในแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทและข้อจำกัดของหน่วยบริการ อีกทั้งยังมีปัญหาความพึงพอใจของประชาชน การฟ้องร้องจากการดูแลที่ยังไม่ได้ส่งต่อหรือขณะส่งต่ออีกด้วย รวมถึงปัญหาการใช้บริการข้ามชั้นตอนอยู่มาก โดยเฉพาะกรณีการเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรง ต้องการการวินิจฉัยที่เฉพาะและต้องเป็นแพทย์เฉพาะทางในการรักษา เช่น โรคมะเร็งเต้านม สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมแล้วการได้รับการวินิจฉัยและเริ่มการรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ทันตามกรอบเวลาในการรักษาโรคมะเร็งแต่ละชนิดนั้นนับว่ามีความสำคัญเพราะเป็นการเพิ่มโอกาสมีชีวิตอยู่ให้กับ

ผู้ป่วย (เขาวมาลย์ พุทธา, 2566) จากข้างต้น พบว่า ยังมีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ของพยาบาลในกระบวนการส่งต่อ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เช่น ปัญหาความพึงพอใจของประชาชน การฟ้องร้องจากการดูแลที่ยังไม่ได้ส่งต่อหรือขณะส่งต่อ รวมถึงปัญหาการใช้บริการข้ามขั้นตอนโดยไม่ผ่านระบบส่งต่ออย่างเหมาะสม ซึ่งพบได้บ่อยในกรณีโรคที่ต้องการการวินิจฉัยเฉพาะทาง เช่น โรคมะเร็งเต้านม สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม การได้รับการวินิจฉัยและเริ่มต้นการรักษาอย่างรวดเร็วถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิต ดังนั้น การโค้ชจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถช่วยพัฒนาการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับกระบวนการส่งต่อได้ โดยช่วยให้พยาบาลเข้าใจถึงบทบาทของตนเองในการจัดเตรียมข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และสามารถประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการส่งต่อที่มีมาตรฐานและสามารถนำไปใช้ได้ทั่วทั้งเครือข่าย โดยการโค้ชจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถดึงศักยภาพและประสิทธิภาพจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี รวมทั้งสามารถพัฒนาความสามารถของทีมในการปฏิบัติงานให้ได้ตามเป้าหมายขององค์กร ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญมากอย่างหนึ่งของผู้นำทีมและหัวหน้างานในการบริหารผลการปฏิบัติงานการส่งต่อผู้ป่วยที่มีมาตรฐานและมีการนำมาใช้ทั่วทั้งเครือข่าย

ผู้วิจัยจึงสนใจเลือกใช้โปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์เพื่อเพิ่มการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิ จะเป็นแนวทางในการลดปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ ดังกล่าว ตลอดจนเป็นการช่วยให้โรงพยาบาลสามารถพัฒนาและดำเนินการด้านการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรับ-ส่งต่ออย่างมีคุณภาพ เนื่องจาก Peer Coaching เป็นการนิเทศที่มีเป้าหมายที่สำคัญคือการทำงานร่วมกันเป็นทีม เป็นสิ่งที่จำเป็นเป็นอย่างมากสำหรับการประสานงานของบุคลากรสุขภาพในรพ.สต. การสะท้อนพฤติกรรมที่ปรากฏ เสริมสร้างแนวคิดใหม่ที่พึงประสงค์ หรือทักษะใหม่ทำให้ชัดเจนขึ้น การแลกเปลี่ยนแนวคิดและประสบการณ์ ร่วมกันพัฒนาการจัดการเรียนรู้ของตนเองและเพื่อนร่วมวิชาชีพ โดยร่วมกันคิด ร่วมกันปฏิบัติ ใช้พื้นฐานการช่วยเหลือกันและกันในการทำงาน พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (นัยนา คอรมาน, 2563)

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ นำมาใช้ในการจัดกิจกรรมโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์โดยคาดว่าจะทำให้พยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบการส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมสามารถเข้าใจและรับรู้กระบวนการส่งต่อที่ครอบคลุมตามมาตรฐานการส่งต่อที่กำหนด โดยผ่านการทดสอบก่อนและหลังการจัดกิจกรรมโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ และจะมีการจัดการเอกสารการส่งต่อที่ครบถ้วน และถูกต้องอันส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างมีมาตรฐานตามแผนการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายในการจัดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน

คำถามการวิจัย

1. การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ หลังทดลองใช้โปรแกรมการการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพ ในหน่วยงานปฐมภูมิ กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมการการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ ในการส่งต่อผู้ป่วย
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิกลุ่มทดลองใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วยกับกลุ่มควบคุม

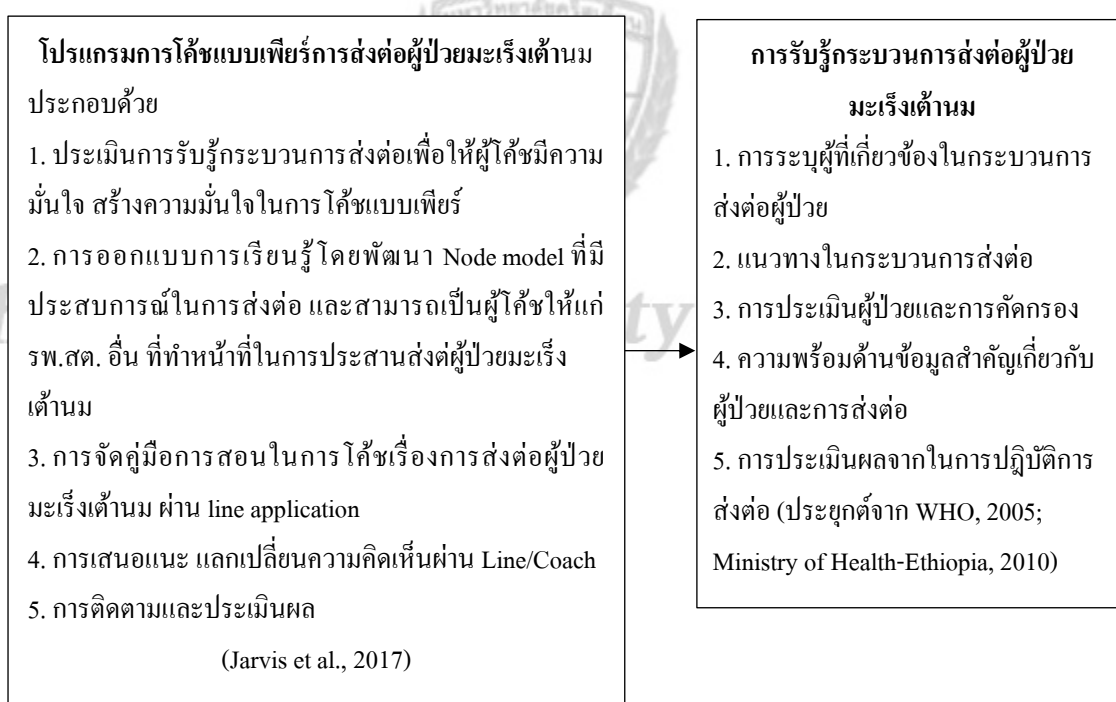
สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ หลังทดลองใช้โปรแกรมการการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมการการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผลของโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ ผู้วิจัยได้กำหนดกระบวนการการนิเทศแบบเพื่อนช่วย (Peer Coaching) ตามแนวคิดของ จาวิส และคณะ (Jarvis et al., 2017) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจ 2) การออกแบบการเรียนรู้โดยพัฒนา

node model ที่มีประสบการณ์ในการส่งต่อ และสามารถเป็นผู้ไ้ช้ให้กับบุคลากรสุขภาพ กระบวนการส่งต่อมะเร็งเต้านม 3) การจัดทำสื่อการสอนเพื่อฝึกสอนเพิ่ม ประสิทธิภาพการเรียนรู้ 4) มีการเสนอแนะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่เป็นปัญหาหรืออุปสรรคจากประสบการณ์ในการส่งต่อ 5) นำการไ้ช้แบบเพียร์มาวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคการมาบูรณาการเพื่อนำมาปรับปรุงบริการ 6) การให้ข้อเสนอแนะการติดตามและประเมินผลต่อการรับรู้การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหน่วยงานปฐมภูมิ (WHO, 2005; Ministry of Health-Ethiopi, 2010) ประกอบด้วย 1) การระบุผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย 2) แนวทางในกระบวนการส่งต่อ 3) การประเมินผู้ป่วยและการคัดกรอง 4) ความพร้อมด้านข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยและการส่งต่อ 5) การประเมินผลจากการปฏิบัติการ



แผนภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการไ้ช้แบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง ชุดกิจกรรมการไ้ช้แบบเพียร์เกี่ยวกับกระบวนการส่งต่อ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) จัดกิจกรรมประเมินการรับรู้การส่งต่อ และเพื่อให้ผู้ไ้ช้มีความมั่นใจ สร้างความมั่นใจในการไ้ช้แบบเพียร์ 2) การออกแบบการเรียนรู้

โดยพัฒนา node model ที่มีประสบการณ์ในการส่งต่อ และสามารถเป็นผู้โค้ชให้แก่ รพ.สต. อื่นๆ ที่ทำหน้าที่ในการประสานส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 3) การจัดทำสื่อการสอนในการโค้ชเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมผ่าน line application เปิดช่องทางในการส่งต่อข้อมูล เพื่อให้ รพ.สต. สามารถทำการนัดหมายผ่านระบบได้ถูกต้อง 4) มีการเสนอแนะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่เป็นปัญหาหรืออุปสรรคจากประสบการณ์ในการส่งต่อ 5) นำการโค้ชแบบเพียร์มาวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค การมาบูรณาการเพื่อนำมาปรับปรุงบริการ 6) การให้ข้อเสนอแนะการติดตามและประเมินผล

2. การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คือ การรับรู้เกี่ยวกับกระบวนการส่งต่อ 5 ด้าน ได้แก่ การระบุผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย มีแนวทางในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พร้อมทั้งการประเมินผู้ป่วยและการคัดกรอง ความพร้อมด้านข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยและการส่งต่อ และ การประเมินผลจากการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

3. บุคลากรสุขภาพ (Health Personnel) บุคลากรสุขภาพ หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการเข้าข่ายมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น ไปยังสถานพยาบาลระดับสูงขึ้น เพื่อการวินิจฉัยและการรักษาอย่างเหมาะสม โดยบุคลากรสุขภาพดังกล่าว ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพ 2) นักวิชาการสาธารณสุข และ 3) เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข ซึ่งมีบทบาทในการคัดกรอง ประเมินอาการเบื้องต้น ให้ความรู้กับผู้ป่วย ประสานการส่งต่อ ตลอดจนบันทึกข้อมูลและติดตามผลการส่งต่ออย่างเป็นระบบ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental) โดยมีตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย 2 ตัวแปร โดยมีตัวแปรอิสระคือ โปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ ส่วนตัวแปรตามคือ การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ ประชากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปฐมภูมิ โดยใช้ระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2568

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลของโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง
เต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสาร
ตำรา แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

1. บริบทโรงพยาบาลตติยภูมิและหน่วยปฐมภูมิภาคีเครือข่ายด้านการส่งต่อ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Coaching)
3. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
4. แนวคิดเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. บริบทโรงพยาบาลตติยภูมิและหน่วยปฐมภูมิภาคีเครือข่ายด้านการส่งต่อ

โรงพยาบาลตติยภูมิ เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ขนาด 500 เตียง เป็นโรงพยาบาลของรัฐ
แห่งแรกที่เป็นองค์การมหาชน ซึ่งตั้งขึ้นตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งโรงพยาบาล (องค์การมหาชน)
พ.ศ. 2543 มีฐานะเป็นนิติบุคคล มีความเป็นอิสระการดำเนินการ แนวคิดการบริหารเน้นประสิทธิภาพ
โดยยึดหลักธรรมาภิบาล (Good governance) มุ่งตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการจากแผน
ยุทธศาสตร์ 5 ปี เริ่มตั้งแต่ 2565-2570 จะมีการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญขององค์กรที่จะช่วยยกระดับ
จากโรงพยาบาลที่มุ่งเน้นในการให้บริการ (service) มาเป็นโรงพยาบาลที่ส่งเสริมด้าน Academic
และ service ยกย่องโรงพยาบาลให้มีมาตรฐานระดับสากล ขยายการบริการคลินิกในโรคที่ซับซ้อน
เพิ่มศักยภาพให้บุคลากร รวมถึงการดูแล 3 โรคแบบครบวงจร ได้แก่ ผู้สูงวัย โรคมะเร็ง และโรค
NCD โรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษานั้น มีขีดความสามารถในการรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษา
ที่ซับซ้อน ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ ซึ่งประกอบไปด้วยสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อย บางสาขา
จัดเป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับมาตรฐาน (S) ลักษณะการให้บริการแบบผสมผสาน คือ
ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ด้านการป้องกันโรค ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และด้านการฟื้นฟู
สุขภาพในสัดส่วนที่เหมาะสมตามศักยภาพของโรงพยาบาล

การให้บริการทั้งในเขตพื้นที่และนอกพื้นที่ 4 แห่ง ซึ่งให้บริการลักษณะ Extended OPD แบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน มีแพทย์ประจำหน่วยหากมีภาวะฉุกเฉินและเกินศักยภาพจะส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลซึ่งการบริการในเขตพื้นที่ ได้แก่ สาขาหลักห้ สาขาเกษตรพัฒนา และสาขาพระราม 2 และนอกเขตพื้นที่โรงพยาบาลโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ต้องทำงาน เชื่อมโยงด้านการส่งเสริมป้องกันโรคด้านการส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการในโรงพยาบาล มีขอบเขต การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเน้นการขยายเครือข่ายงานบริการส่งเสริมสุขภาพแบบเชิงรุกเพื่อให้การบริหารบริการเป็นไปอย่างครบวงจร และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกและรวดเร็ว ดังนั้นในการพัฒนาระบบรับ-ส่งต่อเพื่อตรวจรักษาที่มีประสิทธิภาพระหว่างโรงพยาบาล พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงมีความสำคัญในการปฏิบัติงานเป็นทีมที่ช่วยในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าลักษณะงานในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาให้ความสำคัญในการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนจัดตั้งคณะกรรมการประสานสาธารณสุขระดับจังหวัด สมุทรสาคร ประกอบไปด้วย คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล , คณะกรรมการดูแลระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งขึ้นกับ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่งเป็นการร่วมมือให้บรรลุเป้าหมายมีบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริหารจัดการกลุ่มโรคที่มีความสำคัญ และให้บริการรักษา การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว รวมถึงการดูแลหลังการรักษาและระบบส่งต่อให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน (โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง, 2566)

1.1 บริบทด้านการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลตติยภูมิจากลูกข่ายมาแม่ข่าย

การรับและส่งต่อผู้ป่วย เป็นกระบวนการสำคัญในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะระหว่างโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ เช่น จากโรงพยาบาลชุมชน (ลูกข่าย) มาโรงพยาบาลทั่วไป (แม่ข่าย) เช่น โรงพยาบาลตติยภูมิที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาซึ่ง มีบทบาทเป็นศูนย์กลางในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยซับซ้อนหรือต้องการการดูแลรักษาเฉพาะทางที่เกินกว่าความสามารถของโรงพยาบาลปฐมภูมิ อีกทั้งมีความพร้อมทั้งด้านบุคลากรเครื่องมือแพทย์ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการรับและส่งต่อผู้ป่วย คือความรุนแรงของโรคหรือกลุ่มโรคที่เกินศักยภาพ กล่าวคือผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือซับซ้อนจะถูกส่งต่อเข้ามาในโรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านกระบวนการส่งต่อ ซึ่งจากเดิมกระบวนการส่งต่อจากหน่วยงานปฐมภูมิ นำเอกสารให้ผู้ป่วยมายัง โรงพยาบาลแม่ข่ายขาดการประสานงานในส่วนของการสื่อสารปัญหาที่อาจเกิดขึ้น คือความล่าช้าในการส่งต่อการส่งต่อผู้ป่วยล่าช้าอาจส่งผลกระทบต่อโอกาสในการรักษาของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วย walk in ไม่ผ่านระบบนัดหมายอาจ

ไม่ได้พบแพทย์เฉพาะทาง ขาดข้อมูลของผู้ป่วยการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน (โรงพยาบาล ตติยภูมิแห่งหนึ่ง, 2565ข) อาจทำให้การรักษาผู้ป่วยล่าช้าเอกสารที่สำคัญไม่ครบถ้วน

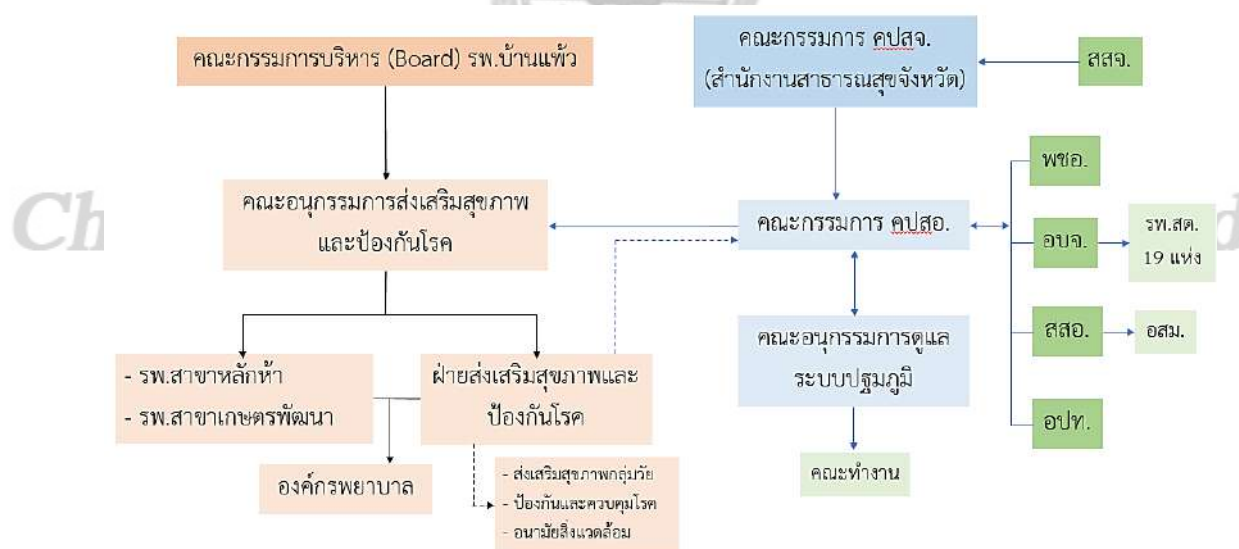
ดังนั้น แนวทางในการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย มีการ กำหนดเกณฑ์การส่งต่อที่ชัดเจน และมีระบบการติดตามการส่งต่อผู้ป่วย เพิ่มขีดความสามารถของ โรงพยาบาลลูกข่าย สนับสนุนให้โรงพยาบาลลูกข่ายมีการพัฒนาบุคลากรและเครื่องมือทางการแพทย์ ประสานงานระหว่างโรงพยาบาล มีการประชุมร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลลูกข่ายและโรงพยาบาล แม่ข่าย เพื่อแก้ไขปัญหาและปรับปรุงระบบการส่งต่อผู้ป่วย ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ นำเทคโนโลยี สารสนเทศมาใช้ในการจัดการข้อมูลผู้ป่วยและการส่งต่อผู้ป่วย โดยบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ซึ่ง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข ที่มีบทบาท สำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง หรือมีอาการเข้าข่ายของโรคในระยะเริ่มต้น เช่น ผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจเป็นมะเร็งเต้านม (จิรณัฐ ชัยชนะ, 2561) บทบาทของบุคลากรเหล่านี้เริ่มตั้งแต่การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับสัญญาณ เตือนของโรค การเฝ้าระวังสุขภาพและประเมินอาการเบื้องต้น การคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้แบบ ประเมินหรือเครื่องมือที่เหมาะสม รวมถึงการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการในระดับทุติย ภูมิหรือตติยภูมิตามระบบเครือข่ายบริการสุขภาพอย่างเหมาะสมและทันเวลา นอกจากนี้ บุคลากร สุขภาพใน รพ.สต. ยังมีหน้าที่ในการจัดทำเอกสารและบันทึกข้อมูลการส่งต่อในระบบสารสนเทศ ของกระทรวงสาธารณสุข การประสานงานกับโรงพยาบาลปลายทาง ตลอดจนการติดตามผลการ ดูแลผู้ป่วยหลังการส่งต่อ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างต่อเนื่องและ ครบถ้วน ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ล้วนต้องอาศัยความรู้ ทักษะ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของ บุคลากรสุขภาพในทุกกระดับ (โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง, 2566ก)

1.2 บริบทองค์กรพยาบาลด้านการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

วิสัยทัศน์ขององค์กรพยาบาลเป็นองค์กรพยาบาลมาตรฐานสากล “STANDARD NURSES SERVICE ORGANIZATION” ซึ่งมีพันธกิจขององค์กรพยาบาล

- 1) พัฒนาระบบบริหารการพยาบาล
- 2) พัฒนาระบบคุณภาพบริการพยาบาล
- 3) พัฒนาศักยภาพของบุคลากรพยาบาล
- 4) บุคลากรมีความสุขและความผูกพันธ้องค์กร

มีกลยุทธ์ (Strategy) ที่สำคัญที่เกี่ยวข้องด้านการส่งต่อผู้ป่วยเนื่องจากโรงพยาบาลที่ศึกษา การให้บริการทั้งในเขตพื้นที่และนอกพื้นที่ 4 แห่ง และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่รับผิดชอบและให้ความร่วมมือหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จ ในการบริหารทางโรงพยาบาลทุกระดับล้วนมีความสำคัญ เพราะมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านการจัดการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริหารการพยาบาล มีจุดเน้น 3 ด้าน 1) พัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางบริหาร 2) พัฒนาระบบนิเทศทางพยาบาล 3) เพิ่มประสิทธิภาพความคุ้มค่าคุ้มทุนของการบริหาร ซึ่งองค์กรพยาบาลประสานการร่วมมือกับหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในการ จัดโครงสร้างในแผนผังหัวหน้างานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา ป้องกัน รวมถึงหน้าที่ความรับผิดชอบในการส่งต่อ สื่อสาร การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการนิเทศทางพยาบาล ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานที่เชื่อมโยงไปยังหน่วยงานปฐมภูมิ (โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง, 2566ข)



แผนภาพที่ 2.1 โครงสร้างการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านการส่งต่อ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง (โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง, 2566ข)

1.3 บริบทด้านการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลปฐมภูมิจากโรงพยาบาลลูกข่ายมาโรงพยาบาลแม่ข่าย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีคุณลักษณะของระบบบริการ 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ บริการองค์รวม การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน มีขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุข

ผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวชุมชนและสังคม ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีจุดเน้นดังนี้ (กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม, 2563)

1. ดำเนินการเชิงรุก โดยมุ่งค้นหา เข้าถึงประชาชนและชุมชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเป็นหลัก รวมทั้งสามารถวิเคราะห์เพื่อจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพได้ สำหรับการบริการเชิงรุกสิ่งที่ควรคำนึงถึงคือ การดูแลแบบองค์รวม การมีทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนการนำมาตรฐานวิชาชีพมาสู่การปฏิบัติ การพิทักษ์สิทธิ์และศักดิ์ศรีของผู้ให้และผู้รับบริการ

2. บริการอย่างต่อเนื่องที่สามารถให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา โดยสามารถปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลแม่ข่าย และหากมีกรณีฉุกเฉินก็มีระบบบริการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

3. มีความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วม โดยเชื่อมโยงกับสถานบริการสุขภาพในระดับอื่น ในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพหรือผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ มีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการดำเนินงานของประชาชน ชุมชนและองค์กรปกครองท้องถิ่น ตลอดจนเชื่อมต่อกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง การจัดการโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ต้องดำเนินการทุกช่วงระยะของชีวิต ตั้งแต่ระยะที่ไม่เจ็บป่วย ไม่มีอาการ มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน/เรื้อรัง มีภาวะแทรกซ้อนมีความพิการต้องใช้นโยบายการดูแลและความร่วมมือของทีมงานหลายภาคส่วน ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวมและผสมผสาน ซึ่ง รพ.สต. เป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดและเข้าใจบริบทของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมากที่สุด การพัฒนาระบบการจัดการโรคเรื้อรังใน รพ.สต. ให้มีคุณภาพ ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์บริการของผู้รับบริการ

บริบทด้านการรับและส่งต่อผู้ป่วยในระบบการดูแลสุขภาพระหว่าง โรงพยาบาลปฐมภูมิ (Primary Care Facility) และ โรงพยาบาลแม่ข่าย (Tertiary Care Facility) มีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการจัดการผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาและการดูแลที่ซับซ้อนหรือเฉพาะทางมากขึ้น การส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยงานปฐมภูมิไปยังหน่วยงานตติยภูมิ (หรือแม่ข่าย) เป็นกระบวนการที่ต้องมีการประสานงานที่ดีและความรอบคอบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและเหมาะสมที่สุด ซึ่งกระบวนการนี้ประกอบด้วยหลายขั้นตอนและมีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการส่งต่อ ดังนี้ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2566)

1. การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยในโรงพยาบาลปฐมภูมิ โรงพยาบาลปฐมภูมิทำหน้าที่ในการประเมินอาการเบื้องต้นและตรวจสอบความจำเป็นในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยพยาบาลและแพทย์ในโรงพยาบาลปฐมภูมิจะทำการตรวจวินิจฉัยและ

หากพบว่า อาการหรือสภาพของผู้ป่วยต้องการการดูแลจากแพทย์เฉพาะทางหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ไม่มีในโรงพยาบาลปฐมภูมิ ก็จะมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีความสามารถในการรักษาได้สูงกว่า

2. การเตรียมเอกสารและข้อมูลการส่งต่อ กระบวนการส่งต่อจะต้องมีเอกสารและข้อมูลที่ชัดเจน เช่น ข้อมูลทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง (ประวัติการรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อัลตราซาวด์ ฯลฯ) เพื่อให้แพทย์ในโรงพยาบาลแม่ข่ายสามารถเข้าใจสถานการณ์และดำเนินการรักษาต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพหากเอกสารการส่งต่อไม่ครบถ้วนหรือข้อมูลไม่ชัดเจน อาจทำให้เกิดความล่าช้าหรือข้อผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย

3. การสื่อสารระหว่างหน่วยงาน การสื่อสารที่ดีระหว่างโรงพยาบาลปฐมภูมิและโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการส่งต่อ หากไม่มีการสื่อสารที่ชัดเจนและตรงไปตรงมาเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยหรือข้อมูลการรักษา ผู้ป่วยอาจได้รับการดูแลไม่เหมาะสมหรือเกิดความล่าช้าในการรักษา การใช้ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ (Health Information Systems) เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลอาจเป็นวิธีที่ช่วยเพิ่มความแม่นยำและความเร็วในการส่งต่อผู้ป่วย

4. การติดตามและการประเมินผลหลังการส่งต่อ หลังจากผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายแล้ว การติดตามผลและประเมินผลการรักษาหลังการส่งต่อก็มีความสำคัญในการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการส่งต่อและการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและต่อเนื่อง การนิเทศและการโค้ช สามารถช่วยให้บุคลากรในโรงพยาบาลปฐมภูมิได้เรียนรู้จากกรณีที่มีการส่งต่อ เพื่อปรับปรุงกระบวนการในอนาคต

5. การเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างทีมดูแล ทีมการดูแลที่มีความร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลปฐมภูมิและโรงพยาบาลแม่ข่ายจะช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งไม่เพียงแต่มีผลดีต่อผู้ป่วย แต่ยังช่วยลดความเครียดและภาระของบุคลากรในการจัดการกับผู้ป่วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Coaching)

2.1 ความหมายของการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อน

ความหมายของการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Coaching) วัชรดา เล่าเรียนดี (2560) กล่าวไว้ว่า เป็นกระบวนการนิเทศที่เพื่อน 2 คน จับคู่หรือรวมกลุ่มกันเพื่อปรับปรุงหรือพัฒนาการจัดการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาผลการเรียนของนักเรียนด้วยเทคนิครูปแบบการสอนรูปแบบใดรูปแบบ

หนึ่งที่มีความเหมาะสมต่อนักเรียน มีการสังเกตการสอนให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน และการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อนทำได้ง่าย และสะดวก การนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Coaching) สามารถนำมาใช้เพื่อสร้างความคุ้นเคยให้ทั้งสองฝ่าย คือผู้นิเทศและผู้ทำหน้าที่ Coaching โดยการร่วมกันปฏิบัติใน 3 ระยะ ซึ่งไม่จำเป็นต้องสังเกตกันทั้งชั่วโมง ดังนี้

ขั้นที่ 1 การตรวจเยี่ยมแหล่งเรียนและสังเกตการเรียนการสอนในระยะเวลาสั้น ๆ บันทึกสิ่งที่สนใจสั้น ๆ (Peer Watching) หรือบันทึกจุดเด่นของการสอน และข้อเสนอแนะแบบ 2 + 2

ขั้นที่ 2 ให้ข้อมูลย้อนกลับหรือพูดคุยหลังการสังเกตการสอน (Peer Feedback) หรือมอบข้อมูลที่บันทึก

ขั้นที่ 3 ให้ข้อเสนอแนะ เมื่อผู้นิเทศต้องการคำแนะนำในประเด็นที่บันทึก Peer Coaching

นอกจากนี้ เบนชอฟ (Benshoff, 1994) ได้กล่าวว่า การนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อน คือการเตรียมการทำงาน เพื่อประโยชน์ร่วมกันในการใช้การนิเทศหรือการให้คำปรึกษาแบบคู่หรือกลุ่ม เป็นกระบวนการที่ให้ความสำคัญกับข้อมูลย้อนกลับในทางสร้างสรรค์และการวิพากษ์วิจารณ์ ขณะเดียวกันก็ลดความสำคัญของการประเมินลง ส่วน ซอร์กา เจคิลวา และ โคโบลต์ (Zorga et al., 2001) ได้ให้นิยามของการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อนว่า เป็นวิธีการเรียนรู้โดยการรวมกันของเพื่อนร่วมงานสองคนหรือกลุ่มเล็ก ๆ ที่ให้คำปรึกษาซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับ เบิร์นาร์ด และ กูดียียร์ (Bernard & Goodyear, 1998) ที่กล่าวว่า การนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อนเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยมุ่งเน้นการร่วมกันส่งเสริมการพัฒนาทักษะวิชาชีพ ร็อบบินส์ (Robbins, 1995) ได้อธิบายว่า เป็นกระบวนการที่น่าเชื่อถือโดยคนสองคนหรือกลุ่มเล็ก ๆ ทำงานร่วมกันให้ข้อมูลย้อนกลับในขณะที่ปฏิบัติพัฒนาปรับแต่งและสร้างทักษะใหม่ ๆ แบ่งปันความคิดเห็น ร่วมทำวิจัยสอนกันและกัน ร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานที่ทำงานส่วน บุรชัย ศิริมหาสาคร (2552) ให้ความหมายว่าเป็นการนิเทศโดยตรงที่เปิดโอกาสให้ผู้นิเทศ 2 คน ได้ดึงเอาศักยภาพทางการสอนที่มีอยู่ในตัวของแต่ละคนออกมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน โดยเริ่มต้นจากการจับคู่สัญญาเพื่อสร้างมิตรสัมพันธ์อันดีต่อกัน และใช้สัมพันธ์ภาพอันดีนั้นเป็นตัวนำไปสู่กิจสัมพันธ์หรือความสำเร็จในการจัดกระบวนการเรียนการสอน (วัชรวิภา เถาเรียนดี, 2560) ได้กล่าวว่า การนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อนเป็นกระบวนการที่ครูและ เพื่อนครู ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ร่วมกันปฏิบัติงานเกี่ยวกับการพัฒนาปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยจะต้องมีการวางแผนการปฏิบัติงานร่วมกัน มีการสังเกตการสอนวิเคราะห์การสอนและให้ข้อมูลย้อนกลับ ตลอดจนร่วมมือกันคิดหาวิธีแก้ไขปรับปรุงจุดบกพร่องให้พัฒนาและมีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเดิม

ความหมายของการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อน สรุปได้ว่า เป็นลักษณะของการนิเทศการสอนที่ผู้นิเทศ และผู้รับการนิเทศ สองคน หรือเพื่อนร่วมอาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมมือกัน ในการปฏิบัติการนิเทศและสังเกตการสอน เพื่อปรับปรุงพัฒนาการเรียนการสอนโดยมีการวิพากษ์วิจารณ์ การสอนซึ่งกันและกันในทางสร้างสรรค์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปรับปรุงจุดบกพร่องและมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพการสอนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.2 หลักการของการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อน

การนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อนเป็นวิธีการนิเทศที่มุ่งเน้นการช่วยเหลือระหว่างเพื่อนด้วยกัน ดังนั้น การนำเอาวิธีนี้มาใช้ ผู้นิเทศจะต้องเข้าใจบทบาท หน้าที่และข้อควรปฏิบัติที่เป็นหลักการสำคัญคือ (Blackwell et al., 2002)

1. เป็นการส่งเสริมการร่วมมือกัน สะท้อนความคิด ให้ข้อมูลย้อนกลับในเชิงสร้างสรรค์ไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์หรือใช้บทบาทของการเป็นผู้นิเทศกำกับดูแลเพื่อนร่วมนิเทศ ทั้งสองฝ่ายต้องผลัดกันทำบทบาท

2. ให้ความสำคัญกับการกำหนดข้อตกลงในแต่ละขั้นตอนของการดำเนินการอย่างชัดเจนที่ทั้งสองฝ่ายต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดเพื่อไม่ให้เกิดความขัดแย้ง

3. การสังเกตการสอนเป็นการเก็บข้อมูลเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งสองฝ่ายควรได้รับประโยชน์จากการร่วมกันวิเคราะห์และแสดงความคิดเห็น

4. บรรยากาศในการทำงานมีความเป็นกันเอง ร่วมกันค้นหา อธิบาย และประเมินผลในสิ่งที่ปฏิบัติ ไม่ใช่การทำให้แข่งขันว่าใครดีกว่าใคร หลีกเลี่ยงการตัดสินหรือแสดงความคิดเห็นในเชิงลบ

5. ควรมีการเปลี่ยนเพื่อนนิเทศเมื่อเสร็จสิ้นวงจรรอบของการนิเทศ ไม่ควรทำซ้ำ ๆ กับคนเดิม ครูควรได้รับประสบการณ์การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่หลากหลายจากคนอื่น ๆ บ้าง แต่ทั้งนี้ก็ควรเป็นคนที่ครูเลือกเอง

2.3 ความสำคัญของการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อน

การนิเทศเป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างยิ่งเพื่อการเข้าสู่ระบบประกันคุณภาพ โดยในการนี้เชื่อว่า ผู้นิเทศจะเป็นผู้ที่รู้และเข้าใจกับปัญหาและเรื่องที่สำคัญต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลที่จำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไขและพัฒนามากที่สุด โดยเฉพาะในด้านการจัดการเรียนการสอน (Boyan, & Copleland, 1978) อรรถยา อมรพรหมภักดี และคณะ (2563) ได้นำกระบวนการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อนมาใช้เพื่อปรับปรุงการเรียนการสอนให้ประสบผลสำเร็จ ซึ่งเป็นการร่วมมือกันระหว่าง

ผู้นิเทศผู้รับการนิเทศเพื่อช่วยเหลือปรับปรุงและพัฒนาการจัดการเรียนการสอนของตนเองให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น โดยกำหนดขั้นตอนชัดเจนเพื่อมุ่งเน้นการแก้ปัญหาการจัดการเรียนการสอนโดยเฉพาะ ดังนั้น จึงใช้ข้อมูลจริงที่ได้จากการสังเกตการสอนในชั้นเรียน วิธีการนิเทศจึงยึดหลักความเชื่อว่าการปรับปรุงการสอนอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เป็นผลมาจากระบบการทำงานร่วมกันระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศ โดยมีความสัมพันธ์ที่มุ่งช่วยเหลือกัน ผสมผสานกับการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เชื่อใจไว้ใจกัน โดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน มีความรักในการเป็นมนุษย์ด้วยกัน

ในโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การเรียนรู้และพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่องถือเป็นสิ่งสำคัญ แนวคิด “เพื่อนช่วยเพื่อน” ของ จาวิส (Jarvis et al., 2017) เป็นหนึ่งในแนวทางที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านการสนับสนุนจากคนรอบข้าง แนวคิดนี้มีความสำคัญในหลายบริบท เช่น การศึกษา การทำงาน และการดูแลสุขภาพ แนวคิดเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นกระบวนการที่บุคคลในกลุ่มเดียวกันช่วยเหลือกันโดยการแบ่งปันความรู้ ประสบการณ์ และการสนับสนุนทางอารมณ์ การเรียนรู้แบบนี้แตกต่างจากการสอนโดยผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากการแลกเปลี่ยนที่เป็นธรรมชาติและมีความใกล้ชิดกันมากกว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนมักรู้สึกสบายใจและสามารถซึมซับความรู้ได้ง่ายขึ้น องค์ประกอบสำคัญของแนวคิดนี้ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถเรียนรู้จากสถานการณ์จริงแทนการเรียนรู้จากทฤษฎีเพียงอย่างเดียว การสนับสนุนทางอารมณ์ ที่ช่วยให้ผู้เข้าร่วมเกิดความมั่นใจ ลดความเครียด และมีแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองมากขึ้น อีกทั้งยังมี การโค้ชแบบเพียร์ (Peer Coaching) ซึ่งเป็นการให้คำแนะนำและคำปรึกษาระหว่างกัน โดยไม่มีลำดับชั้นเหมือนการเรียนการสอนทั่วไป สิ่งเหล่านี้ทำให้กระบวนการพัฒนาทักษะมีความเป็นธรรมชาติและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยแนวคิดนี้สามารถนำไปใช้ได้หลากหลายบริบท ในด้านการศึกษา นักเรียนสามารถช่วยกันติวหรือแบ่งปันเทคนิคการเรียนที่มีประสิทธิภาพ ในที่ทำงาน เพื่อนร่วมงานสามารถแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหาและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ในด้านการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยหรือบุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้แนวคิดนี้ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาหรือการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่าแนวคิดเพื่อนช่วยเพื่อนจะมีข้อดีมากมาย แต่ก็ยังมีข้อจำกัด เช่น ขอบเขตของความรู้และประสบการณ์ของผู้ให้คำแนะนำ ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมทุกด้าน การแลกเปลี่ยนความรู้โดยปราศจากแหล่งอ้างอิงที่ถูกต้องอาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดได้ ดังนั้น การนำแนวคิดนี้ไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงข้อจำกัดและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเสมอ

สรุปความสำคัญการนิเทศการสอนแบบเพื่อนช่วยเพื่อน คือ เป็นกระบวนการของการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างบุคลากรคุณภาพ และเพื่อนที่สายปฏิบัติงานลักษณะเดียวกันด้วยกัน เป็นการเสริมสร้างความช่วยเหลือและสนับสนุนของเพื่อนด้วยกันในการเป็นผู้นิเทศและรับการนิเทศ

2.4 วัตถุประสงค์ของการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อน

การนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อน มีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานเพื่อช่วยเหลือผู้รับการนิเทศในการจัดการเรียนการสอน ให้ได้รับความรู้ความเข้าใจและข้อเสนอแนะที่จะก่อให้เกิดความเจริญงอกงามและพัฒนางานโดยมิใช่การตรวจตรา หรือเพ่งเล็งที่ตัวผู้รับการนิเทศอย่างในอดีต การกำหนดวัตถุประสงค์ของการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อนแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ และสภาพแวดล้อมของแต่ละหน่วยงาน (Acheson & Gall 1997; University of Alberta, 2012; McNicoll, 2008) กล่าวถึงวัตถุประสงค์ที่เข้าร่วมการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อนว่า เพื่อเรียนรู้วิธีการเก็บข้อมูลและเปรียบเทียบกับเพื่อนร่วมงาน นำเสนอและให้ข้อมูลที่น่าสนใจในการพัฒนาตนเองของพยาบาลเพื่อเรียนรู้วิธีการทำงานกับเพื่อนร่วมงาน โดยมีบรรยากาศการทำงานที่ทำนาย มีความน่าสนใจได้เรียนรู้เทคนิคการสอนที่สังเกตได้ในห้องเรียน ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวในวิชาชีพ ได้เรียนรู้เทคนิคการสอนที่สังเกตได้ในห้องเรียนหรือห้องปฏิบัติการซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลได้เป็นอย่างดี เพื่อทำให้ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศค้นพบแนวทางในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนโดยไม่เน้นการประเมินตัวผู้นิเทศ ทั้งนี้เพื่อให้บุคคลและองค์กรได้รับประโยชน์ร่วมกันผ่านทางการแลกเปลี่ยนแบ่งปัน เพิ่มการสนับสนุนในงาน เพิ่มความมั่นคงในมาตรฐานของการปฏิบัติความเข้าใจบทบาท แต่ละบทบาท ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมที่ดีขึ้น พัฒนาวัฒนธรรมการทำงานในโรงเรียนและเสริมสร้างการเรียนรู้ อย่างมีอาชีพ

2.5 ลักษณะของการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อน

ลักษณะของการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อน ในศาสตร์ของการนิเทศการศึกษา การนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อนเป็นคำที่แปลมาจากคำว่า Peer Supervision ซึ่งถ้าจะแปลความหมายให้ตรงกับคำก็อาจจะใช้คำว่า “เพื่อนนิเทศเพื่อน” แต่ส่วนมากคำว่าเพื่อนช่วยเพื่อนนิยมใช้กันมากกว่า เพราะคำว่า “ช่วย” ให้ความรู้สึกที่ดีกว่าคำว่า “นิเทศ” ซึ่งอาจจะดูเป็นทางการ และโดยหลักคิดของการนิเทศด้วยรูปแบบนี้ไม่ได้เน้นวิธีการ ขั้นตอนที่ต้องทำเหมือน ๆ กัน แต่ต้องการให้เป็นการนิเทศที่ไม่เป็นทางการโดยมีบรรยากาศของการช่วยเหลือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเพื่อนด้วยกันโดยไม่ต้องหวังพึ่งผู้เชี่ยวชาญ ในขณะที่เดียวกันจะพบว่า การนิเทศแบบนี้จะมีการเรียกกันหลากหลายมาก ซึ่งแต่ละแบบมีการให้ความหมายดังนี้ (วิชัย วงษ์ใหญ่ และมารุต พัฒนา, 2562)

การโค้ชซึ่งกันและกัน (Peer Coaching)

การโค้ชซึ่งกันและกัน (Peer Coaching) วิธีการโดยสรุปคือ เป็นการนิเทศการสอนที่เพื่อน 2 คน จับคู่หรือรวมกลุ่มกันเพื่อปรับปรุง พัฒนาการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาผลการเรียนของนักเรียนด้วยเทคนิควิธีสอน หรือรูปแบบการสอนรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่เหมาะสม มีการสังเกตการสอน ให้ข้อมูลย้อนกลับแก่กันและกัน เพื่อนคร่วมมือกันจากความสนใจในเรื่องเดียวกัน ผู้นิเทศคือ เพื่อนพยายาลด้วยกัน ผลัดกันทำหน้าที่นิเทศจนกว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ร่วมกัน ทั้งนี้ผู้บริหาร หัวหน้าวิชาการ ทำหน้าที่ประสานงานให้ความสะดวก การนิเทศแบบ Peer Coaching เน้นการสังเกตการสอน การร่วมกันศึกษาความรู้และการแลกเปลี่ยนกัน แต่ในขณะที่เดียวกันจะมีลักษณะของการโค้ชร่วมด้วยในด้านการนิเทศนั้นคือ การโค้ชจากผู้มีประสบการณ์ เป็นจุดที่แตกต่างกัน

การโค้ชระบบพี่เลี้ยง (Peer Mentoring)

การนิเทศในรูปแบบนี้จะมีผู้เชี่ยวชาญเข้ามาเกี่ยวข้อง หลักการนำไปใช้ส่วนใหญ่จะเน้นไปที่ผู้ให้คำปรึกษากับผู้นิเทศจะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงฝ่ายเดียว แม้ว่าจะเป็นผู้นิเทศที่ปฏิบัติหน้าที่สอนเหมือนกันแต่ไม่มีการผลัดกันทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง จึงสรุปได้ว่า การนิเทศแบบ (Peer Supervision) เป็นบทบาทเดียวกันกับการนิเทศแบบ Mentoring คือ เน้นบทบาทความเป็นพี่เลี้ยงที่เป็นเพื่อนร่วมงานหรือผู้เชี่ยวชาญ (University of Arkansas, 1999; University of Alberta, 2012)

การนิเทศแบบกลุ่มเพื่อน (Peer Group Supervision)

การนิเทศแบบกลุ่มเพื่อน (Peer Group Supervision) เป็นรูปแบบของการนิเทศแบบหนึ่งที่มีประสิทธิภาพโดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อนซึ่งไม่มีใครคนใดคนหนึ่งเป็นผู้นำ ประกอบด้วยกลุ่มที่มีสมาชิก 6-9 คน เข้าร่วมรวมตัวกันอย่างสม่ำเสมอ เข้าร่วมนำเสนอกรณีปัญหาของพวกเขา และถามคำถามระหว่างการประชุม โดยไม่มีการรับความช่วยเหลือจากภายนอก ในกระบวนการนิเทศแบบ Peer Group ผู้เข้าร่วมจะต้องสลับเปลี่ยนหน้าที่ในแต่ละกรณีศึกษา เพื่อให้หน้าที่ไม่ตกอยู่เฉพาะใครคนใดคนหนึ่ง กระบวนการนี้ไม่มีผู้ให้คำปรึกษาจากภายนอก นี่คือการสำคัญของการกระบวนการนิเทศแบบ Peer Group เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เสนอความคิดเห็นจากประสบการณ์ของแต่ละคนออกมาใช้ได้กับกลุ่มคนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

การนิเทศแบบคู่สัญญา (Buddy Supervision)

การนิเทศการสอนแบบ Buddy Supervision เป็นการนิเทศโดยตรงที่เปิดโอกาสให้ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ 2 คน ที่มีปัญหาเดียวกันหรือสอนในระดับชั้นเดียวกัน มาร่วมกันแก้ปัญหาหรือพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมร่วมกันให้มีประสิทธิภาพ ผ่านกระบวนการทำงานที่เน้นการสังเกตการสอน และการให้ข้อมูลสะท้อนกลับแก่อีกฝ่าย เพื่อให้ทราบจุดเด่นและจุดบกพร่องที่ต้องปรับปรุงและพัฒนา เพื่อให้เกิดการพัฒนางานและพัฒนาตนเองให้ดียิ่งขึ้น

การนิเทศแบบคู่สัญญาจะช่วยส่งเสริมมิตรภาพที่ดีระหว่างเพื่อนในหน่วยงาน และสามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุดโดยมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ได้ดึงเอาศักยภาพทางการสอนที่มีอยู่ในตัวของแต่ละคนออกมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน โดยเริ่มจากการจับคู่สัญญาเพื่อสร้างมิตรสัมพันธ์อันดีต่อกัน และใช้สัมพันธ์ภาพอันดีนี้เป็นตัวนำไปสู่กิจสัมพันธ์หรือความสำเร็จในการทำงาน อันได้แก่ การนิเทศการสอน โดยทั้ง 2 ฝ่ายต่างสัญญาต่อกันว่า จะทำหน้าที่เป็นเสมือนกระจกเงาที่สะท้อนภาพให้อีกฝ่ายหนึ่งได้เห็นจุดเด่นและจุดด้อยในการสอนของแต่ละคน รวมทั้งเปิดใจพร้อมที่จะนำจุดเด่นและจุดด้อยของแต่ละฝ่ายมาวิเคราะห์วิจารณ์ เพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหา การปรับปรุง หรือการพัฒนาการเรียนการสอนให้บรรลุจุดประสงค์ตามหลักสูตรอย่างมีประสิทธิภาพ

ทฤษฎีของระบบ Buddy System เป็นระบบของการในสนามรบ ใช้กระบวนการทำงานแบบกลุ่มสัมพันธ์ (Group Process) และใช้แนวคิดที่มุ่งทั้งการพัฒนาคนและพัฒนางาน คือ เน้นมิตรสัมพันธ์ (Concern for People) และกิจสัมพันธ์ (Concern for Production) ใช้ทฤษฎีความสัมพันธ์ของ Heider ที่ว่าคนเราถ้าชอบสิ่งใดหรือไม่ชอบสิ่งใดเหมือนกันจะเป็นมิตรกันได้ โดยใช้หลักจิตวิทยาที่ว่า “คนเรารู้จักตนเองจากการเปรียบเทียบกับคนอื่น” และใช้ปรัชญา “หยิน-หยาง” คือ ในดีมีเสียในเสียมีดี ไม่มีผู้ใดที่ดีพร้อม ทุกคนมีจุดเด่นและจุดด้อยในตัวเอง เหมือนกับสีขาที่มีจุดดำ หรือสีดำที่มีจุดสีขาว

ผู้ช่วยเพื่อน (Peer Assist)

ผู้ช่วยเพื่อน (Peer Assist) เป็นการรวมตัวกันของกลุ่มเพื่อนที่จะค้นเอาความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาโครงการหรือกิจกรรมและวาดบทเรียนจากความรู้และประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมหรือคน 2 คน 2 ฝ่ายที่ร่วมกันในการแลกเปลี่ยนความรู้โดยการเรียนรู้ก่อนลงมือทำในสิ่งที่เราอยากทำหรือพัฒนาให้ดีขึ้นโดยการขอให้อีกฝ่ายที่มีความรู้ประสบการณ์ในวิชาชีพเดียวกับเรา นำความรู้ประสบการณ์ที่เราต้องการรู้มาถ่ายทอดเพื่อให้ไม่เสียเวลาในการเรียนรู้ใหม่ เป็นวิธีการทางลัดในการเรียนรู้จากประสบการณ์คนอื่น แล้วนำมาปรับใช้กับงานของตนเอง หลักคิดในเรื่องนี้ก็คือ มีคนอื่นที่เขาทำได้ดีอยู่แล้วในเรื่องที่เราอยากพัฒนาหรือปรับปรุง ไม่ควรเสียเวลาคิดขึ้นใหม่ด้วยตนเอง ควร “เรียนลัด” โดยเอาอย่างจากผู้ที่ทำได้ดีอยู่แล้ว เอามาปรับใช้กับงานของเรา

ผู้ช่วยเพื่อน (Peer Assist) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาขึ้นใช้ครั้งแรกที่บริษัท BP-Amoco ซึ่งเป็นบริษัทน้ำมันยักษ์ใหญ่ของประเทศอังกฤษ โดยการสร้างให้เกิดกลไกการเรียนรู้ประสบการณ์ผู้อื่น ซึ่งเป็นเพื่อนร่วมอุดมการณ์หรือร่วมวิชาชีพ (Peers) ก่อนที่จะเริ่มดำเนินกิจกรรมหรือโครงการใดๆ ในประเทศไทย มีเครือข่ายวิชาชีพแพทย์และพยาบาล ซึ่งนำกิจกรรม “Peer Assist” ไปใช้ในการพัฒนาวิชาชีพได้อย่างน่าทึ่ง นั่นคือ “เครือข่ายการจัดการความรู้เพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน” ที่มีเป้าหมายในการขยายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ดีที่สุดไปสู่ผู้ร่วมวิชาชีพ

เดียวกัน ซึ่งในเบื้องต้นนั้น เครือข่ายนี้ที่เริ่มก่อตัวขึ้นจากการจัดกิจกรรมตลาดนัดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานซึ่งมีโรงพยาบาลที่ได้รับการยอมรับว่ามีการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้ดีที่สุดทั่วประเทศไทย 13 แห่งมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันและกัน กระทั่งเกิดเป็น “ชุมชนนักปฏิบัติ” แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้อย่างต่อเนื่องผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ควรให้มีความหลากหลาย (diverse) ในเรื่องของทักษะ (skills) ความสามารถ/ความเชี่ยวชาญ (competencies) และประสบการณ์ (experience) สำหรับจำนวนผู้ที่เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จะอยู่ที่ 6-8 คน ทั้งนี้ไม่ควรแบ่งชั้น ตำแหน่ง ความอาวุโสของผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยน แต่ให้พิจารณาถึงทักษะความสามารถ และประสบการณ์ที่ผู้เข้าร่วมแต่ละคนมีเป็นหลัก โดยต้องยึดคติเคารพในสิ่งที่แต่ละคนรู้

ผู้ให้คำปรึกษาแบบเพื่อน (Peer Counselor)

ในกระบวนการให้คำปรึกษานี้ มีผู้รับฟังเรียกว่า “ผู้ให้คำปรึกษาแบบเพื่อน” กับผู้เล่าเรื่องเรียกว่า “ผู้รับคำปรึกษาแบบเพื่อน” (Client) โดยแบ่งเวลาฝ่ายละเท่า ๆ กัน และสลับบทบาทระหว่างผู้เล่าเรื่องกับผู้รับฟังตามเวลาที่กำหนด เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสนับสนุนซึ่งกันและกัน จะส่งผลที่พึงพอใจแก่ผู้รับคำปรึกษานี้เพื่อน ได้รับรู้และเข้าใจเรื่องราวของตนเองอย่างแท้จริง ทำให้ยอมรับและรักตนเอง นำมาซึ่งความเชื่อมั่นในตนเองกล้าที่จะเผชิญความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

การพัฒนาบทเรียนร่วมกัน (Lesson Study)

การพัฒนาบทเรียนร่วมกันเป็นแนวทางการพัฒนาวิชาชีพที่นิยมในญี่ปุ่น โดยครูทำงานแบบร่วมมือกันเพื่อศึกษาเนื้อหาและวางแผนการสอนที่จะทำให้ให้นักเรียนเข้าใจบทเรียนวิชาคณิตศาสตร์เมื่อครูญี่ปุ่นต้องการสอนนักเรียนด้วยนวัตกรรมการศึกษา สิ่งทีครูทำก็คือ เขาจะเข้าร่วมในกระบวนการที่สร้างไว้อย่างดี ซึ่งประกอบด้วยการอภิปรายเกี่ยวกับแผนการสอน (lessons) ที่พวกเขาวางแผนและสังเกตการสอนร่วมกัน เป็นแนวทางที่ก่อให้เกิดประโยชน์ทางการศึกษาและก่อให้เกิดความสำเร็จในแง่ของตัวครูและนักเรียน เป็นแนวคิดที่ว่าด้วยลักษณะการทำงานของกลุ่มครูที่ร่วมกันศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการสอนและการเรียนรู้ในชั้นเรียนแบบร่วมมือรวมพลังอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องในระยะยาวในบริบทการทำงานจริงของตนเพื่อพัฒนาตนเอง พัฒนาการจัดการเรียนการสอนของตน และเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ของผู้เรียน โดยดำเนินงานตามขั้นตอนของ “กระบวนการศึกษาผ่านบทเรียน (Lesson Study Process)” ซึ่งเป็นกระบวนการทำงาน พัฒนาวิชาชีพร่วมกันของกลุ่มครูที่ให้ความสำคัญกับการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงการคิด และการเรียนรู้ของนักเรียนโดยตรงในชั้นเรียน และการอภิปรายสะท้อนความคิดร่วมกัน การที่ครูได้มีเครือข่ายสนับสนุนทางวิชาการภายในโรงเรียน ในขณะเดียวกัน การพัฒนาบทเรียนร่วมกัน (Lesson Study) หลีกเลียงลักษณะอันไม่พึงประสงค์ที่พบในโปรแกรมการพัฒนาครูทั่วไป เช่น เป็นการอบรมระยะสั้น

ไม่ต่อเนื่องจัดทำโดยบุคคลภายนอกองค์กร และไม่ได้ปรับให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนและความต้องการของครู ปัจจุบันนานาประเทศรวมถึงประเทศไทยนำแนวคิดนี้มาใช้ด้วยกันในหลายบริบททั้งในมิติของการพัฒนาผู้เรียน มิติการพัฒนาการจัดการเรียนการสอน รวมไปถึงมิติของการพัฒนาวิชาชีพครูทั้งในส่วนของการฝึกประสบการณ์ของนักศึกษาครูและการพัฒนาครูประจำการ

สรุปได้ว่า แม้ว่าลักษณะของการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อน จะมีชื่อเรียกที่แตกต่างกัน แต่โดยแนวคิดหลักแล้ว จะยึดคำว่า “Peer” หรือ “เพื่อน” เป็นคำสำคัญ ซึ่งหมายความว่า การนิเทศในรูปแบบ นี้ให้ความสำคัญกับผู้นิเทศหรือบุคลากรที่อยู่ในสถานะเดียวกัน ร่วมมือกันในการพัฒนาวิชาชีพเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน แบ่งปันความรู้ ประสบการณ์ แลกเปลี่ยนบทบาทกันอย่างเท่าเทียม ไม่มีใครรู้มากกว่าใคร เมื่อใดที่มีการนำไปใช้โดยยึดบทบาทในการนิเทศเป็นหลัก เช่น Coaching Mentoring Counseling แล้วเพื่อนคนใดคนหนึ่งทำหน้าที่หรือมีบทบาทเพียงฝ่ายเดียวก็จะกลายเป็นการนิเทศแบบชี้แนะ แบบพี่เลี้ยงหรือแบบให้คำปรึกษา ซึ่งไม่ใช่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน

2.6 รูปแบบการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อน

การนิเทศการสอนแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Coaching) สามารถจำแนกได้เป็น 3 รูปแบบ ซึ่งแต่ละรูปแบบสามารถนำไปปรับใช้ได้ตามจุดประสงค์ของการพัฒนาในแต่ละเรื่อง (Liew, 2016) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การนิเทศการสอนเพื่อการพัฒนาด้านเทคนิคการสอน (Technical Coaching) เป็นการนิเทศแบบเพื่อนนิเทศเพื่อนรูปแบบหนึ่งที่เน้นการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้นิเทศ
2. ได้ถ่ายทอดความรู้ทักษะและวิธีการสอนแบบต่าง ๆ จากที่ได้รับการฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติมาให้นำไปใช้ได้จริงในห้องเรียนในขณะเดียวกันก็เน้นความร่วมมือกันและผู้นิเทศเปิดโอกาสและจัดเวลาให้ได้สนทนากันมากขึ้น เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด ความรู้สึกต่าง ๆ เกี่ยวกับงานในอาชีพของตนเอง การนิเทศแบบการพัฒนาด้านเทคนิคการสอนนี้ ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อว่า การให้ข้อมูลย้อนกลับตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดในเรื่องที่สังเกตการสอนของกันและกัน ภายใต้บรรยากาศของความเป็นมิตรที่ดีต่อกัน จะช่วยให้มีการปรับปรุงและพัฒนาการสอนของตนเองได้ โดยปกติแล้วการนิเทศแบบนี้จะนำมาใช้กับผู้นิเทศที่ผ่านการฝึกอบรมปฏิบัติการในโครงการพัฒนาบุคลากรในด้านเทคนิค ทักษะการสอนใหม่ ๆ หรือนวัตกรรมใหม่ ๆ เพื่อติดตามส่งเสริมการนำไปใช้จริงในห้องเรียน โดยมีวิธีการง่าย ๆ พอสรุปได้คือ จับคู่กับผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้นิเทศ หรือให้ผู้ผ่านการอบรมมาแล้วให้คู่กัน ผลัดกันสังเกตการสอนและให้ข้อมูลย้อนกลับหลาย ๆ ครั้ง ซึ่งได้ผลเป็นที่น่าพอใจตามที่ ชาวเวอร์ส และจอยซ์ (Showers & Joyce, 1996) ได้กล่าว

ไว้ในเรื่อง The Coaching of Teaching ซึ่งได้สรุปผลการใช้การนิเทศแบบเพื่อนนิเทศเพื่อนร่วมกัน โครงการฝึกอบรมครูได้ดังนี้

- 1) ผู้นิเทศจะใช้วิธีการ ทักษะ หรือนวัตกรรมใหม่ ๆ ที่อบรมมาบ่อยยิ่งขึ้น
- 2) ผู้นิเทศ สามารถใช้ทักษะ วิธีการ หรือนวัตกรรมใหม่ ๆ อย่างเหมาะสม
- 3) ผู้นิเทศจะจำทักษะใหม่ ๆ เหล่านั้นได้นาน
- 4) ผู้นิเทศจะใช้ทักษะวิธีการ และนวัตกรรมใหม่ ๆ เหล่านั้นในห้องเรียนอย่างสม่ำเสมอ
- 5) ผู้นิเทศจะมีความเข้าใจในทักษะ วิธีการ และนวัตกรรมต่าง ๆ ชัดเจนยิ่งขึ้น สามารถนำไปใช้ให้เกิดประสิทธิผลสูงขึ้น

2. การนิเทศการสอนเพื่อการพัฒนาด้านการทำงานเป็นทีม (Collegial Coaching) เป็นการนิเทศแบบเพื่อนนิเทศเพื่อนอีกแบบหนึ่ง ที่เน้นการพัฒนาปรับปรุงการสอนโดยการร่วมมือกันระหว่างครูกับเพื่อนครูซึ่งควรจะเป็นการทดลองใช้แนวคิดของตนหรือเพื่อนครู โดยเปิดโอกาสและให้เวลาในการสนทนากันระหว่างครูมากขึ้น การที่มีโอกาสสังเกตการสอนระหว่างเพื่อน ทำให้รู้จุดบกพร่องของตนเองชัดเจนยิ่งขึ้น เข้าใจตัวเองมากขึ้น การนิเทศแบบนี้มีพื้นฐานความเชื่อว่าครูสามารถพัฒนาทักษะและการสอนของตนเอง สามารถวิเคราะห์การสอนของตนเองได้ ถ้าเขามีโอกาสที่จะฝึกและพัฒนาทักษะต่าง ๆ ดังกล่าว การนิเทศแบบนี้มีเป้าหมายระยะยาวว่าครูจะสามารถแก้ไขตัวเองด้วยตัวเองอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ การนิเทศแบบพัฒนาด้านการทำงานเป็นทีมมีวิธีการง่าย ๆ คือ การจับคู่กันระหว่างครูในสายวิชาเดียวกัน หรือต่างสาขากัน เน้นที่การสังเกตการสอนของกันและกัน โดยเฉพาะในจุดหรือประเด็นที่ต้องการเรียนรู้มากที่สุด เน้นเฉพาะจุดที่บกพร่องที่ต้องการแก้ไขปรับปรุง โดยที่ผู้สังเกตการสอนจะร่วมมือกับผู้ถูกสังเกต คิดและตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน ซึ่งแตกต่างจากการนิเทศแบบการพัฒนาเทคนิคการสอน ซึ่งผู้สังเกตหรือผู้นิเทศจะเป็นผู้บอก เป็นผู้ตัดสินใจว่าการสอนของครู เหมาะสมหรือถูกต้องเพียงใด ต้องการแก้ไข ปรับปรุงจุดใดบ้าง ซึ่งผู้ทำหน้าที่นิเทศในรูปแบบนี้จะต้องมีความรู้ ความชำนาญในทักษะต่าง ๆ มากพอสมควร ดังนั้น ถ้าจะมุ่งพัฒนาสภาพการทำงานในโรงเรียน ปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างครูและบุคลากรต่าง ๆ แล้ววิธีการนิเทศแบบพัฒนาด้านการทำงานเป็นทีม น่าจะเหมาะสมที่สุดที่จะนำมาในโรงเรียน

3. การนิเทศการสอนเพื่อการพัฒนาการแก้ปัญหาใหม่ ๆ ที่ท้าทาย (Challenge Coaching) เป็นการนิเทศแบบเพื่อนนิเทศเพื่อนที่เน้นที่การแก้ไขปัญหาการสอนที่เกิดขึ้นอยู่เรื่อย ๆ จุดประสงค์ของการนิเทศแบบนี้ก็เพื่อช่วยครู หรือคณะครูแก้ปัญหาด้านการจัดการเรียนการสอน คำว่า Challenge หมายถึง ท้าทาย ซึ่งก็คือความพยายามที่จะแก้ปัญหาด้านการจัดการเรียนการสอนที่เกิดขึ้น

เป็นประจำและยังไม่ได้รับการแก้ไข รูปแบบการนิเทศวิธีนี้มีพื้นฐานความเชื่อว่า ความพยายามในการแก้ปัญหาในการสอนของครูผู้ดำเนินการสอนเองจะช่วยให้มีการปรับปรุง พัฒนา การจัดการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพขึ้นมาได้ เพราะผู้ร่วมงานมีความเข้าใจกัน เข้าใจกัน และพอใจที่จะปฏิบัติงานร่วมกัน ร่วมกันคิด ร่วมกันปรึกษาหารือ เพื่อแก้ปัญหาที่เป็นอยู่ได้จะแตกต่างจากการนิเทศการสอนเพื่อการพัฒนาด้านเทคนิคการสอน และการนิเทศการสอนเพื่อการพัฒนาด้านการทำงานเป็นทีมในด้านกระบวนการและผลผลิต หรือผลลัพธ์ กล่าวคือ กระบวนการนิเทศเพื่อการพัฒนาด้านการแก้ปัญหาใหม่ ๆ ที่ท้าทาย จะประกอบด้วย

1. การร่วมวิเคราะห์ พิจารณาปัญหาการจัดการเรียนการสอนที่เกิดขึ้นอยู่เสมอ หรือร่วมกันกำหนดเป้าหมาย จุดมุ่งหมายที่ต้องการพัฒนาปรับปรุง

2. การดำเนินการตามรูปแบบการนิเทศแบบ Challenge Coaching มีการดำเนินงานเป็นกลุ่มหรือคณะตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ส่วน Technical Coaching และ Collegial Coaching ดำเนินงานเป็นคู่ได้

3. บุคลากรในสายอื่นที่ไม่ใช่สายผู้สอน แต่มีความชำนาญและเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเข้าร่วมกลุ่มคณะทำงานได้ โดยเฉพาะบุคคลที่มีความสามารถด้านการแก้ปัญหา หรือความชำนาญเฉพาะด้านอื่น ๆ เช่น บรรณารักษ์ ผู้บริหารโรงเรียน ผู้เขียนโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ฯลฯ

สรุปแล้ว รูปแบบของการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อน คือ เทคนิคของการสอนที่นำวิธีทักษะ หรือนวัตกรรมใหม่มาใช้ในการทำงานกันเป็นทีม มีการสนทนากันระหว่างครูมากขึ้น มีโอกาสสังเกตการสอนระหว่างเพื่อน และการแก้ปัญหาใหม่ ๆ ที่ท้าทาย มีความพยายามที่จะแก้ปัญหามาตรการการจัดการเรียนการสอนที่เกิดขึ้นเป็นประจำยิ่งขึ้น

2.7 กระบวนการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อน

การนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อนสามารถทำได้โดยง่ายสะดวก เนื่องจากเป็นเพื่อนครูด้วยกันเองร่วมมือกันจากความสนใจในเรื่องเดียวกันและพึงพอใจที่จะร่วมกันพัฒนาปรับปรุงการเรียนการสอนของกันและกันกระบวนการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อนสามารถนำกระบวนการนิเทศการสอนแบบต่าง ๆ มาใช้ได้ เพียงแต่ผู้ทีนิเทศคือ เพื่อนครูที่ร่วมโครงการด้วยกันผลัดกันเป็นผู้ทำหน้าที่นิเทศ มีนักวิชาการหลายท่านนำเสนอกระบวนการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อนไปปฏิบัติ

เวลเลอร์แมน (Willerman, 1991) ได้เสนอขั้นตอนการนิเทศแบบเพื่อนช่วยสังเกตการสอน (POA: Peer Observation Assistance) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การประชุมก่อนการสังเกต (Pre-Observation Conference) 2) การสังเกตการสอน (Observation) 3) การประชุมภายหลังการสังเกตการสอน (Post Conference)

เสกสรร ท้าวทุมมา และคณะ (2561) ได้กำหนดกระบวนการของการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อนในการสังเกตการสอนไว้ดังนี้

1. กำหนดข้อตกลงเบื้องต้น (Set the Ground Rules) ครูทั้งสองคนหรือในกลุ่มครูจะตกลงกันว่าจะสังเกตกันกี่ครั้ง จะให้ข้อมูลย้อนกลับกันอย่างไรเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ อะไรบ้างที่ควรจะเป็นข้อมูลที่รู้กันเพียงสองคนหรือเฉพาะในกลุ่ม

2. การริเริ่มพูดคุยกัน (Initial Briefing) ในขั้นตอนนี้ครูทั้งสองคนหรือในกลุ่มจะมีโอกาสให้ข้อมูลเกี่ยวกับภูมิหลัง ประสบการณ์ ทักษะ การจัดการเรียนการสอนของแต่ละคน อะไรคือสิ่งที่ปัญหาหรือต้องการพัฒนาแล้วตกลงกันว่าจะบันทึกข้อมูลการสังเกตด้วยเครื่องมืออะไร จะเน้นการสังเกตอะไร วิธีสอน หรือพฤติกรรมการสอนของครู พฤติกรรมการเรียนรู้ของนักเรียน ฯลฯ ให้ข้อมูลย้อนกลับตอนไหนเพราะแต่ละคนอาจต้องการเวลาไม่เหมือนกัน เช่น หลังจากสังเกตเสร็จสิ้นก็ให้ข้อมูลเลย หรือนัดวันเวลาที่ทั้งสองคนพร้อม

3. การสังเกตการสอน (Observation) เป็นขั้นตอนที่ผู้นิเทศต้องเตรียมการและเข้าสังเกตการสอนตามที่ตกลงกันไว้

4. การให้ข้อมูล (Debriefing) ในขั้นตอนนี้ทั้งผู้รับการสังเกตจะสะท้อนความคิดเห็นของตนเองและผู้สังเกตให้ข้อมูลย้อนกลับ แล้วร่วมกันวิเคราะห์ในสิ่งที่เกิดขึ้น ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาวิชาชีพอย่างแท้จริง

5. บันทึกข้อมูลและจัดทำรายงาน (Recording and Reporting) ขั้นตอนนี้อาจจะเป็นข้อตกลงในขั้นตอนแรกว่าจะทำในรูปแบบใดเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ ถ้าเป็นข้อกำหนดของโรงเรียนให้มีการรายงานผลการนิเทศก็ควรจัดทำรายงานในแบบเป็นทางการ ในกรณีที่ไม่ต้องรายงานผู้บริหารแต่ครูต้องการเก็บเป็นหลักฐานข้อมูลส่วนตัวเพื่อเห็นพัฒนาการของการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อนก็บันทึกไว้อย่างไม่เป็นทางการ

วัชรา เล่าเรียนดี (2560) ได้นำเสนอกระบวนการในการดำเนินการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อน แบบเป็นทางการและเป็นระบบ ดังนี้

1. การประชุมก่อนการสังเกตการสอน

1.1 สำรวจความต้องการและความสนใจร่วมกัน

1.2 ศึกษาความรู้เรื่องวิธีการนิเทศ การสังเกตการสอน เทคนิคการจัดการเรียนรู้

1.3 เลือกวิธีสอนและเครื่องมือสังเกตการสอน

2. การสังเกตการสอน ผู้สอนสังเกตการสอนกันและกันตามแผนการนิเทศของตนเอง

3. การวิเคราะห์ข้อมูล ร่วมกันวิเคราะห์ผลการสังเกตการสอนกันและกัน

4. การประชุมหลังการสังเกตการสอน

4.1 นำเสนอผลการสังเกตการสอนกันและกัน

4.2 วิเคราะห์ข้อมูลพิจารณาพฤติกรรมที่ควรปรับปรุงต่อไป

4.3 ร่วมกันพิจารณาประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไข เสนอวิธีแก้ปัญหา หรือพิจารณาปัญหาอื่นพร้อมวิธีแก้ไขต่อไป

กระบวนการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อนเป็นกระบวนการให้การช่วยเหลือเพื่อนด้วยกัน โดยสามารถเลือกผู้นิเทศที่เขาไว้วางใจได้ ผู้นิเทศจะมีความเท่าเทียมกัน จากนั้นเลือกประเด็นหรือเรื่อง ที่สนใจที่ควรปรับปรุงและพัฒนา แล้วใช้วิธีการนิเทศแบบคลินิกในการสังเกตการสอน นำผลมา ประชุมปรึกษาหารือเพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน นำส่วนดีของผู้นิเทศไปใช้ในการจัด กิจกรรมการเรียนการสอนของตนเอง แล้วนิเทศการสอนอีกครั้งเพื่อติดตามผล สรุปกระบวนการ ของการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อน ประกอบด้วยขั้นตอนหลัก 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. เพื่อนสังเกตการสอนเพื่อน (Peer Watching) ผู้นิเทศที่เป็นผู้นิเทศแจ้งความ ต้องการที่จะให้เพื่อนสังเกตการสอนของตนเอง เพื่อนผู้นิเทศเข้าสังเกตการสอนเพื่อนตามที่ตกลง กันไว้ บันทึกข้อมูลที่เห็นทั้งหมด โดยไม่มีการแสดงความคิดเห็นหรือการประเมินใด ๆ ทั้งสิ้นใน ขั้นตอนนี้อาจจะสลับกันสังเกตการสอน โดยปฏิบัติเช่นเดียวกันกับที่เพื่อนได้สังเกตการสอนเรา

2. เพื่อนให้ข้อมูลย้อนกลับ (Peer Feedback) แต่ละคนสรุปข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสอน วิเคราะห์ข้อดีข้อด้อยของกันและกัน โดยทบทวนความต้องการของแต่ละคน เพื่อให้ตรง ตามความต้องการของเพื่อน ประชุมให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยแต่ละคนเป็นผู้สะท้อนความคิดของ ตนเองก่อนและเพื่อนผู้นิเทศเป็นผู้รับฟัง

3. การให้คำแนะนำซึ่งกันและกัน (Peer Supervising) ทั้งคู่ร่วมกันแสดงความคิดเห็นถึงประโยชน์ที่ได้รับร่วมกัน นำคำแนะนำไปปรับปรุงแก้ไข หรือนำเอาส่วนดีของเพื่อนไป ใช้จัดกิจกรรมการเรียนการสอนของตนเองแล้วนิเทศการสอนกันอีกครั้งเพื่อติดตามผล

จาวิส และคณะ (Jarvis et al., 2017) กล่าวว่า นอกจากการทำงานในกลุ่มสามประสาน แล้ว McREL International ยังเสนอองค์ประกอบสำคัญ 6 ประการ ที่เป็นแกนหลักของแบบจำลองการ โค้ชเพื่อนร่วมงานที่เน้นจุดแข็งจากภายในผู้ภายนอก

องค์ประกอบที่ 1 การสร้างและรักษาความไว้วางใจ ความไว้วางใจเป็นสิ่งสำคัญ ความไว้วางใจถือเป็นหัวใจสำคัญของโปรแกรมการโค้ชเพื่อนที่ประสบความสำเร็จ ผู้นำมีอิทธิพล อย่างมากต่อวัฒนธรรมของโรงเรียนและส่งผลต่อการส่งเสริมหรือขัดขวางการสร้างความสัมพันธ์ ที่ไว้วางใจ หลังจากทบทวนบทความเกี่ยวกับความไว้วางใจกว่า 40 ปี เจอนไขความไว้วางใจ 5 ประการ ที่ประกอบกับความเต็มใจของบุคคลที่จะเสี่ยงต่อการถูกเปิดเผย ได้แก่ ความเมตตา กรุณา ความน่าเชื่อถือ ความสามารถ ความซื่อสัตย์ และความเปิดเผย จากนั้นพวกเขาจึงพัฒนาวิธีการวัด

ระดับความไว้วางใจ ซึ่งใช้เพื่อยืนยันเงื่อนไขทั้ง 5 ประการ และให้วิธีการวัดที่เชื่อถือได้สำหรับใช้ในภาคสนาม ผู้นำที่ยอมรับ ตรวจสอบ และทำงานเพื่อให้เกียรติเงื่อนไขเหล่านี้จะช่วยสร้างวัฒนธรรมที่สนับสนุนการเรียนรู้ร่วมกันและการปฏิบัติร่วมกันนอกเหนือจากเงื่อนไขห้าประการของความไว้วางใจที่ส่งผลต่อความเต็มใจของผู้คนในการนำตนเองเข้าสู่สถานการณ์ที่ประหลาดแล้ว ยังพบว่าการสร้างความไว้วางใจยังได้รับอิทธิพลจากความต้องการสามประการ ได้แก่ การสร้างสายสัมพันธ์หรือความใกล้ชิดกับผู้อื่น โดยอิงจากค่านิยมร่วมกัน ความลึบภายในความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และความสามารถของเพื่อนร่วมงานในการทำให้อาชีพของตนเองประหลาดต่อผู้อื่น การสร้างและรักษาความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจภายในโปรแกรมการโค้ชของเพื่อนร่วมงานต้องใช้เวลา แต่สามารถช่วยได้ด้วยการเริ่มต้นด้วยบรรทัดฐานที่ชัดเจนสำหรับพฤติกรรม และขอบเขตและความคาดหวังที่ชัดเจน ซึ่งอาจรวมถึงการพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ เช่น เวลา ความลับ กระบวนการตัดสินใจ ข้อกำหนดในการมีส่วนร่วม และการให้สิทธิ์ในการสอบถามอย่างลึกซึ้ง เสี่ยง และทดลองโดยคำนึงถึงการปรับปรุงและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องสำหรับผู้เข้าร่วมทุกคน

องค์ประกอบที่ 2 การออกแบบการเรียนรู้ระดับมืออาชีพที่แตกต่างสำหรับทุกคน การโค้ชแบบเพื่อนเป็นแบบจำลองการเรียนรู้ระดับมืออาชีพสำหรับการปรับปรุงและสร้างสรรค์นวัตกรรมในโรงเรียน โดยมอบโอกาสในการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องและมีความหมายแก่ครูทุกคน เนื่องจากแนวทางการโค้ชแบบเพื่อนเน้นที่ทีมในการเลือกและปรับแต่งพื้นที่การศึกษา ซึ่งหัวใจสำคัญของโปรแกรมการโค้ชแบบเพื่อนที่ประสบความสำเร็จคือความไว้วางใจที่แข็งแกร่ง ผู้นำมีอิทธิพลอย่างมากต่อวัฒนธรรมของโรงเรียน และไม่ว่าวัฒนธรรมนั้นจะส่งเสริมหรือขัดขวางการสร้างความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจตอบสนองความต้องการของพวกเขาในฐานะมืออาชีพเพื่อตอบสนองความต้องการในการเรียนรู้ ในรูปแบบการโค้ชแบบเพื่อน อาจยังคงเน้นที่การปรับปรุงทักษะการอ่านเขียน แต่ผ่านมุมมองของการวิจัยและแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดที่นำไปใช้กับหลักสูตรที่พวกเขาสอน ด้วยวิธีนี้ การโค้ชแบบเพื่อนจึงมอบการเรียนรู้ระดับมืออาชีพให้กับทุกคน ในทำนองเดียวกัน แนวทางการโค้ชแบบเพื่อนถือว่าทุกคนไม่ว่าจะเป็นมือใหม่หรือมือเก่าต่างก็มีพื้นที่ในการเติบโตและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติของตน แนวทางการโค้ชแบบเพื่อนจึงยกย่องความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ของทุกคน และผลักดันให้พวกเขาก้าวข้ามสิ่งที่ทราบในปัจจุบันเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการสอนที่แม่นยำยิ่งขึ้นหรือแนวทางปฏิบัติที่ตอบโจทยปัญหาที่เกี่ยวข้องของแนวทางปฏิบัติ

องค์ประกอบที่ 3 การกำหนดโครงสร้างการโค้ชเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ให้สูงสุด เพื่อรักษาแนวทาง "จากภายในสู่ภายนอก" ในการพัฒนาครูและการโค้ชของเพื่อน จำเป็นอย่างยิ่งที่เข้าร่วมจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการจัดระเบียบทีมโค้ช เวลาที่ประชุม

และจุดเน้นของงาน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเหล่านี้จะช่วยให้เข้าใจได้ดีขึ้นว่าการเรียนรู้และการเรียนรู้ของสมาชิกในทีมมีส่วนสนับสนุนเป้าหมายโดยรวมสำหรับการปรับปรุงและการเรียนรู้ อย่างไรก็ตาม บ่อยครั้ง เมื่อมอบหมายโค้ช ที่ปรึกษา หรือสมาชิกชุมชนการเรียนรู้ระดับมืออาชีพ อย่างไรก็ตาม ภายในโครงสร้างการโค้ชแบบเพื่อนต่อเพื่อนไม่จำเป็นต้องจำกัดอยู่แค่ทีมระดับชั้นหรือเนื้อหาเสมอไป ทีมครูจากระดับชั้นและเนื้อหาที่แตกต่างกันแต่มีเป้าหมายหรือความต้องการร่วมกัน ล้วนเป็นสิ่งที่ต้องการและมีประสิทธิผลเท่าเทียมกัน และได้รับการรองรับการเรียนรู้องค์ประกอบสำคัญ 6 ประการ ของกระบวนการโค้ชของเพื่อน 1) การสร้างและรักษาความไว้วางใจ 2) การออกแบบการเรียนรู้ระดับมืออาชีพที่แตกต่างกันสำหรับทุกคน 3) การกำหนดโครงสร้างการโค้ช 4) การเปรียบเทียบทักษะและความต้องการของแต่ละบุคคล 5) ใช้การไตร่ตรองเป็นส่วนสำคัญของการฝึกสอน 6) การให้ข้อเสนอแนะเชิงพรรณนา

องค์ประกอบที่ 4 การเปรียบเทียบทักษะและความต้องการของแต่ละบุคคล เช่นเดียวกับนักเรียน การเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่จะสูงสุดเมื่อแต่ละบุคคลมีพื้นฐานความรู้เพียงพอที่จะพร้อมสำหรับการเรียนรู้ใหม่ แต่ต้องการคำแนะนำและการสนับสนุนเพื่อบูรณาการความรู้ใหม่มีส่วนร่วมในพฤติกรรมใหม่ และนำทักษะใหม่ไปใช้ การปฏิบัติ การให้ข้อเสนอแนะ และการฝึกสอน หลังจากที่ได้กำหนดจุดเน้นของการเรียนรู้แล้ว ขั้นตอนแรกอย่างหนึ่งสำหรับสมาชิกในทีมฝึกสอนของเพื่อน คือ การประเมินทักษะและความต้องการปัจจุบันของพวกเขาเมื่อเทียบกับจุดเน้นนี้ การนำระบบการประเมินบุคลากรใหม่ซึ่งเน้นที่การเติบโตในอาชีพมาใช้อาจกระตุ้นให้ทีมฝึกสอนของเพื่อนมุ่งเน้นการศึกษาไปที่องค์ประกอบสำคัญของกรอบการประเมินที่เชื่อมโยงกับการสอนในห้องเรียนและผลลัพธ์ของนักเรียน โดยใช้เกณฑ์การประเมินที่เชื่อมโยงกับองค์ประกอบหนึ่ง เช่น วัฒนธรรมในห้องเรียน สมาชิกในทีมอาจประเมินและหารือเกี่ยวกับความเข้าใจของตนเองเกี่ยวกับระดับของประสิทธิภาพการทำงาน และความต้องการในการเรียนรู้ของตนเอง และขั้นตอนต่อไปในการเรียนรู้ของตน องค์ประกอบและตัวระบุในแต่ละระดับของเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพการทำงานที่จัดทำขึ้นอย่างดี โดยอ้างอิงถึงเกณฑ์การประเมินสำหรับสภาพแวดล้อมในห้องเรียนเพื่อช่วยกำหนดขั้นตอนตรรกะถัดไปในการดำเนินการเพื่อดึงดูดความสนใจของทุกคนในการเรียนรู้ เมื่อตกลงกันถึงกลยุทธ์ที่จะใช้ประโยชน์จากความสนใจและความสามารถ จึงตัดสินใจทำการสำรวจความสนใจ โดยตั้งใจที่จะนำข้อมูลนี้กลับไปยังทีมในฐานะทีม ครูจะหารือและระบุแนวทางในการปรับแต่งการสอนให้เหมาะสมกับความสนใจมากขึ้น ซึ่งสามารถนำไปใช้ในบทเรียนถัดไปและศึกษาผ่านแนวทางการสะท้อนความคิดและการสนับสนุนจากเพื่อนซึ่งประกอบไปด้วยการสังเกต การรวบรวมข้อมูล การสะท้อนความคิด การให้ข้อเสนอแนะ และการฝึกสอน

องค์ประกอบที่ 5 การใช้การสะท้อนกลับเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของการฝึกสอนการฝึกสอนแบบเพื่อนต่อเพื่อนจะกระตุ้นให้ครูทำงานร่วมกันโดยสังเกตซึ่งกันและกันระหว่างการสอน ประเมินและสะท้อนกลับสิ่งที่สังเกตได้ จากนั้นจึงตัดสินใจว่าจะถามคำถามใดหรือแบ่งปันข้อมูลใดเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มก้าวหน้า โดยการฝึกสอนแบบเพื่อนต่อเพื่อนแบบไม่ชี้นำสามารถเร่งการเรียนรู้ของทีมได้ผ่านการตั้งคำถามอย่างมีทักษะ ในขณะที่ทำงานเป็นทีมจะเน้นที่คำถามสำคัญเกี่ยวกับเกณฑ์หรือเป้าหมายที่ตกลงกันไว้ ผลของการตัดสินใจ ความต้องการด้านการพัฒนาขั้นตอนที่ต้องดำเนินการ ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และกลยุทธ์ในการนำไปปฏิบัติและรักษากระบวนการผลิตภัณฑ์ หรือความคิดริเริ่มใหม่ ถือว่าการสะท้อนกลับเป็นส่วนสำคัญของการเรียนรู้ระดับมืออาชีพ เน้นย้ำถึงความสำคัญของการสร้างความเท่าเทียมกันระหว่างคู่ค้าและการสร้างสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่ำซึ่งทุกคนที่เกี่ยวข้องสามารถพูดคุยเกี่ยวกับความสำเร็จและความล้มเหลวได้อย่างเสรี

ส่วนประกอบที่ 6 การให้ข้อเสนอแนะเชิงพรรณนาการให้ข้อเสนอแนะเชิงพรรณนาถือเป็นของขวัญที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งที่สามารถมอบให้กับครูคนอื่นได้ การให้ข้อเสนอแนะอาจเป็นแรงผลักดันให้เกิดการไตร่ตรอง การสนทนา และการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก โดยสะท้อนเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินอย่างชัดเจน การให้ข้อเสนอแนะจะช่วยให้ครูพัฒนาตนเองได้ด้วยการรู้ว่ากำลังทำอะไรอย่างมีประสิทธิภาพ และควรปรับปรุง แก้ไข เพิ่มเติม หรือปรับการสอนอย่างไรเพื่อปรับปรุง หลายคนมักลังเลที่จะให้ข้อเสนอแนะเชิงพรรณนาเพราะกลัวว่าจะรู้สึกไม่ดี ตอบโต้ด้วยท่าทีป้องกันตัว หรือความก้าวหน้าที่หยุดชะงัก หากความไว้วางใจซึ่งเป็นองค์ประกอบแรกที่ทำหรือเกิดขึ้น แนวทางตามธรรมชาติก็จะเกิดขึ้นและกระตุ้นให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องเกิดความปรารถนาที่จะแสวงหาและชื่นชมข้อเสนอแนะอย่างจริงจังซึ่งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งที่ทำอย่างมีประสิทธิภาพ และเสนอขั้นตอนต่อไปสำหรับการปรับปรุง

สรุปแล้ว กระบวนการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นกระบวนการที่ให้การช่วยเหลือเพื่อนบุคลากรสุขภาพ ด้วยกันอย่างมีลำดับขั้นตอน โดยบุคลากรสุขภาพทั้ง 2 คนจะมีการปรึกษาหารือซึ่งกันและกัน และสลับสับเปลี่ยนการนิเทศซึ่งกันและกัน จากนั้นก็จัดประเด็นที่สนใจและควรปรับปรุงและพัฒนา แล้วใช้วิธีการนิเทศแบบคลินิกในการสังเกตการสอน นำผลมาประชุมปรึกษาหารือเพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน นำส่วนดีของกลุ่มนิเทศไปใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้การสอนของตนเอง แล้วนิเทศการสอนอีกครั้งเพื่อติดตามผล

3. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

3.1 ความหมายผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านม (breast cancer) เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ที่อยู่ภายในท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนม ซึ่งเซลล์เหล่านี้มีการแบ่งตัวผิดปกติ ไม่สามารถควบคุมได้ มักแพร่กระจายไปตามทางเดินน้ำเหลือง ไปสู่อวัยวะที่ใกล้เคียง เช่น ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ หรือแพร่กระจายไปสู่อวัยวะที่อยู่ห่างไกล เช่น กระดูก ปอด ตับ และสมอง เช่นเดียวกับมะเร็งชนิดอื่น ๆ เมื่อเซลล์มะเร็งมีจำนวนมากขึ้นก็จะแย่งสารอาหารและปล่อยสารบางอย่างที่เป็นอันตรายและทำลายอวัยวะต่าง ๆ จนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด (Ministry of Public Health, 2005)

3.2 ความหมายและความสำคัญของการส่งต่อผู้ป่วย

การรับและการส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลหนึ่งไปรับการรักษาต่ออีกสถานพยาบาลหนึ่ง โดยสถานพยาบาลเป็นผู้นำส่งและต้องมีการสื่อสารประสานงานแจ้งสถานพยาบาลที่จะรับไว้ล่วงหน้า พร้อมข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยตลอดจนข้อมูลทางการแพทย์ที่จำเป็น (ปรานอม สงวนพันธุ์, 2562) การรับและการส่งต่อผู้ป่วยมีความสำคัญมากในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากสถานบริการในแต่ละที่มีศักยภาพและบริบทในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันและเหมาะสมกับโรคและความเจ็บป่วยความต้องการการรักษของผู้ป่วยที่ต่างกัน เนื่องจากสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงพร้อมให้บริการผู้ป่วยทุกระบบไม่ได้มีอยู่กระจายทั่วไปและไม่มีเตียงเพียงพอรับผู้ป่วย การรับและการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมผู้ป่วยปลอดภัยได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานหายป่วยมีสุขภาพที่ดีโดยเร็ว (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2557)

3.3 กระบวนการรับส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

แผนผังกระบวนการรับส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลอื่น (Refer In) ประกอบด้วยกระบวนการย่อยตามลำดับ ดังนี้ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2557)

1. กระบวนการรับแจ้งและประสานงาน

ขั้นตอนแรกเริ่มจากการรับการแจ้งเหตุจากสถานพยาบาลต้นทางหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลปฐมภูมิหรือหน่วยงานการแพทย์ฉุกเฉิน การประสานงานจะต้องทำให้ข้อมูลที่จำเป็นทั้งหมดถูกส่งต่อไปยังสถานพยาบาลปลายทางได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจรวมถึงข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับอาการและการประเมินจากสถานพยาบาลต้นทาง

2. กระบวนการตรวจสอบข้อมูล

เมื่อข้อมูลจากสถานพยาบาลต้นทางถูกส่งต่อมาแล้ว บุคลากรที่รับผิดชอบที่สถานพยาบาลปลายทางต้องตรวจสอบข้อมูลทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียด ข้อมูลที่ต้องตรวจสอบอาจรวมถึงประวัติทางการแพทย์ ผลการตรวจวินิจฉัย และรายละเอียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลรักษาต่อไปเป็นไปอย่างถูกต้องและแม่นยำ

3. กระบวนการประเมินผู้ป่วย

การประเมินผู้ป่วยเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการประเมินความรุนแรงของอาการ และการพิจารณาว่าผู้ป่วยต้องการการดูแลที่เฉพาะทางหรือไม่ บุคลากรที่รับผิดชอบจะทำการประเมินอาการและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อตัดสินใจว่าควรจะทำการรักษาอย่างไรหรือส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญในด้านอื่น

4. กระบวนการรับผู้ป่วย

หากผู้ป่วยผ่านการประเมินและได้รับการตัดสินใจว่าควรจะได้รับเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลปลายทาง กระบวนการรับผู้ป่วยจะเริ่มขึ้นขั้นตอนนี้จะรวมถึงการย้ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลต้นทางไปยังสถานพยาบาลปลายทาง และการดูแลรักษาในระหว่างการรับเข้ามา เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด

สำหรับรายละเอียดของกระบวนการในแต่ละกระบวนการย่อยนั้น ต้องใช้ระยะเวลาดำเนินการและจำนวนคนเท่าไร แต่ละกระบวนการย่อยมีหน่วยงานไหน หรือใครเกี่ยวข้องบ้าง มีเอกสาร/รายงานอะไร กระบวนการย่อยใดมีการตัดสินใจเข้ามาเกี่ยวข้อง สามารถศึกษาได้จากแผนผังกระบวนการงานในหน้าต่อไป

แผนผังกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น (Refer Out) ประกอบด้วยกระบวนการย่อยตามลำดับ ดังนี้

1. กระบวนการรับแจ้งและประสานงาน
2. กระบวนการตรวจสอบข้อมูล
3. กระบวนการประเมินผู้ป่วย
4. กระบวนการส่งผู้ป่วย

กระทรวงสาธารณสุข สาธารณรัฐเอธิโอเปีย (Ministry of Health-Ethiopi, 2010) ได้ระบุเกี่ยวกับ 5 กระบวนการ ในการส่งต่อดังต่อไปนี้

1. บุคลากรทางการแพทย์ที่ส่งต่อผู้ป่วย ควรทราบว่าควรส่งต่ออะไร ใคร เมื่อไร และที่ไหน ควรกรอกแบบฟอร์มการส่งต่อด้วยข้อมูลที่จำเป็นทั้งหมดและแนบเอกสารที่เกี่ยวข้องอธิบายเหตุผล เหตุผลในการเลือกแพทย์หรือสถานพยาบาล การเตรียมตัว ค่าใช้จ่ายที่คาดหวัง และ

ผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ของการส่งต่อผู้ป่วย ควรพร้อมที่จะตอบคำถามจากผู้ประสานงานการส่งต่อหรือสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยเกี่ยวกับการส่งต่อหากจำเป็น รับผลลัพธ์ของการส่งต่อผู้ป่วย

2. ผู้ประสานงานการส่งต่อ รับผิดชอบทั้งการส่งต่อผู้ป่วยออกและการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับ อำนาจความสะดวกในการจัดตารางเวลาตามระดับความสำคัญของการปรึกษา เช่น กรณีฉุกเฉินเร่งด่วน และกรณีทั่วไป ใช้ช่องทางการสื่อสารต่อไปนี้ จดหมาย โทรศัพท์ อีเมล การส่งรายงานสำเนา การติดต่อส่วนตัว ฯลฯ รับรองความพร้อมของบริการหรือผู้เชี่ยวชาญในสถานพยาบาลที่รับบริการก่อนการส่งต่ออำนวยความสะดวกในการเดินทางสำหรับกรณีฉุกเฉิน

3. สถานพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วย ดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยในสถานพยาบาล รับรองว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความตระหนักดีถึงระบบการส่งต่อผู้ป่วย รับรองว่ามีแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง จัดทำไคเร็กทอรีของบริการด้านสุขภาพและสถานพยาบาลในพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่กำหนด รับรองว่ามีการบันทึกกิจกรรมการส่งต่อผู้ป่วยทั้งหมดอย่างถูกต้อง คัดค้านกลไกเพื่อติดตามการส่งต่อผู้ป่วย จัดเตรียมการขนส่งในสถานการณ์ฉุกเฉิน มอบหมายให้ผู้ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยมีบทบาทและความรับผิดชอบที่ชัดเจน

4. ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่รับคำปรึกษา ตอบสนองคำขอปรึกษาอย่างทันทั่วทั้งที่รายงานรายละเอียดผลการค้นพบและคำแนะนำที่เกี่ยวข้องทั้งหมดให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่ส่งตัวไปตรวจ และอาจสรุปความคิดเห็นให้ผู้ป่วยทราบ (ข้อเสนอแนะพร้อมข้อมูลและคำแนะนำที่จำเป็นทั้งหมด) สื่อสารกับผู้ป่วยหรือครอบครัว ไม่พยายามด้วยคำพูดหรือการกระทำเพื่อทำลายบทบาทของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่ส่งตัวไปตรวจ

5. สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วย ดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์ของกระบวนการส่งต่อปัจจุบันเพื่อระบุช่องว่างและจุดแข็ง มอบหมายให้ผู้ประสานงานการส่งต่อมีบทบาทและความรับผิดชอบที่ชัดเจน ออกแบบแผนติดตามผลและให้แน่ใจว่าแผนดังกล่าวได้รับการสื่อสารไปยังสถานพยาบาล/ผู้เชี่ยวชาญที่ส่งต่อ ให้แน่ใจว่าเจ้าหน้าที่ที่จุดเข้าออกเข้าใจกระบวนการส่งต่ออย่างชัดเจน จัดให้มีการศึกษาต่อเนื่องเกี่ยวกับกระบวนการส่งต่อแก่เจ้าหน้าที่และชุมชน ให้แน่ใจว่าผู้ป่วยที่ส่งต่อจะได้รับการตรวจจากผู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสม ควรพิจารณาการสอบสวนและเอกสารทั้งหมดที่แนบมาแบบฟอร์มการส่งต่อจากสถานพยาบาลที่ส่งต่อ เพื่อป้องกันผู้ป่วยจากค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น ให้แน่ใจว่าการส่งตัวผู้ป่วยที่นัดหมายไว้ล่วงหน้าทั้งหมดได้รับการดำเนินการโดยไม่ล่าช้าโดยไม่จำเป็น

ตารางที่ 2.1 กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง

กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย	กระบวนการจากสถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2557)	กระบวนการจาก Ministry of Health- Ethiopia (2010)
1. การระบุผู้ที่เกี่ยวข้อง ในกระบวนการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง	ผู้แจ้งการส่งต่อมาจากสถานพยาบาล ต้นทาง (โรงพยาบาลปฐมภูมิ, หน่วยงาน การแพทย์ฉุกเฉิน)	ผู้แจ้งการส่งต่ออาจมาจากหลายแหล่ง เช่น โรงพยาบาล, คลินิก หรือแพทย์ ประจำตัว
2. แนวทางในกระบวนการ ส่งต่อ	การรับแจ้งและประสานงานระหว่าง สถานพยาบาลต้นทางและปลายทาง	ปฏิบัติตามกระบวนการส่งต่อที่เป็นลาย ลักษณ์อักษร เช่น การส่งจดหมายหรือ ข้อความขอบคุณ
3. การประเมินและ การคัดกรอง	กระบวนการประเมินผู้ป่วยที่ส่งต่อมา เพื่อประเมินความรุนแรงและความ ต้องการการรักษาเฉพาะทาง	สร้างแผนการเข้าถึงและการสื่อสารที่ เหมาะสมเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการส่งต่อ
4. ความพร้อมด้านข้อมูล สำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยและ การส่งต่อ	ตรวจสอบข้อมูลทางการแพทย์จาก สถานพยาบาลต้นทาง เช่น ประวัติการ รักษา, ผลการตรวจ	การสร้างแผนการส่งต่อที่มีการ ติดต่อสื่อสารอย่างสม่ำเสมอและมีข้อมูล ที่จำเป็นทั้งหมด
5. การประเมินผลในการ ปฏิบัติการส่งต่อ	การประเมินและตรวจสอบผลการส่งต่อ จากสถานพยาบาลต้นทางไปยัง ปลายทาง	การสร้างระบบการวัดผลลัพธ์การส่งต่อ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการส่งต่อ

ทั้งสองแหล่งเน้นการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเฉพาะทางจากสถานพยาบาลหนึ่งไปยังอีกสถานพยาบาลหนึ่ง ซึ่งกระบวนการที่เกี่ยวข้องมีความคล้ายคลึงกันหลายด้าน เช่น การประสานงานระหว่างสถานพยาบาลต้นทางและปลายทาง การตรวจสอบข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วย, และการประเมินผลการส่งต่อหลังการดำเนินการ นอกจากนี้ยังมีการพิจารณาเรื่องการสื่อสารและการประเมินประสิทธิภาพในการส่งต่อเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุดตลอดกระบวนการส่งต่อ

ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง 5 ขั้นตอน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2557; Ministry of Health-Ethiopi, 2010) ดังต่อไปนี้

1. การระบุผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาเฉพาะทางหรือการรักษามะเร็งเรื้อรังเรื้อรัง

การระบุผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญในการดำเนินการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมในเวลาที่เหมาะสมและถูกต้อง โดยในกรณีที่ผู้ป่วย

ต้องการการรักษาเฉพาะทาง เช่น การรักษามะเร็งเต้านม ผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการนี้จะประกอบด้วยแพทย์ประจำตัวหรือแพทย์ที่รับผิดชอบในการประเมินอาการและความจำเป็นในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านม และบุคลากรทางการแพทย์ที่ช่วยในการเตรียมข้อมูลและประสานงานให้การส่งต่อเกิดขึ้นอย่างราบรื่น นอกจากนี้ยังต้องมีการประสานงานกับโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่รับการส่งต่อเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามความต้องการ

2. แนวทางในกระบวนการส่งต่อ

การจัดทำแนวทางในการปฏิบัติการส่งต่อของผู้บุคลากรสุขภาพ สามารถให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา ที่จำเป็นสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำแนวทางในการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ช่วยให้กระบวนการนี้มีมาตรฐานและชัดเจน โดยแนวทางที่ดีควรจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่จำเป็นอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น การประเมินอาการและความจำเป็นในการส่งต่อของแพทย์ประจำตัว การเลือกโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่เหมาะสมในการรับผู้ป่วยตามความจำเป็นทางการแพทย์ รวมถึงการเตรียมเอกสารและข้อมูลที่สำคัญในการส่งต่อ เพื่อให้การรับส่งข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ มีความแม่นยำและถูกต้อง

3. การประเมินและการคัดกรอง เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบ

การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบอย่างเหมาะสม โดยการประเมินจะรวมถึงการตรวจสอบความรุนแรงของอาการ การคัดกรองข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น ประวัติการรักษา หรืออาการที่เกี่ยวข้อง และการประเมินว่าโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่รับการส่งต่อมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ในบางกรณีอาจจะต้องพิจารณาข้อมูลจากการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ ที่ได้จากแพทย์ประจำตัวเพื่อตัดสินใจว่าเป็นผู้ป่วยที่ควรจะได้รับ การส่งต่อหรือไม่

4. ความพร้อมด้านข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยและการส่งต่อ

การเตรียมเอกสาร เช่น เหตุผลในการส่งต่อ ประวัติผู้ป่วย และข้อมูลการติดต่อของทั้งผู้ส่งและผู้รับการบันทึกข้อมูลครบถ้วน และการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง การเตรียมข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยก่อนการส่งต่อเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพราะข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้องจะช่วยให้ผู้รับ การส่งต่อสามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม ข้อมูลที่ต้องจัดเตรียมได้แก่ เหตุผลในการส่งต่อ ประวัติผู้ป่วย ข้อมูลการติดต่อของทั้งผู้ส่งและผู้รับ รวมถึงการบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การส่งต่อข้อมูลเป็นไปอย่างแม่นยำและการรักษาผู้ป่วยในระยะเวลาที่เหมาะสม โดยข้อมูลเหล่านี้ควรได้รับการบันทึกในระบบที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและรวดเร็ว

5. การประเมินผลในการปฏิบัติการส่งต่อจากหน่วยงานปฐมภูมิมายังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับส่งต่อด้วยการทบทวนขั้นตอนรวมทั้งการประสานงานการส่งต่อ

การประเมินผลการส่งต่อจากหน่วยงานปฐมภูมิไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับการส่งต่อนั้นเป็นกระบวนการที่สำคัญในการตรวจสอบว่าได้มีการส่งต่อที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่ การทบทวนขั้นตอนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อ เช่น การประสานงานระหว่างหน่วยงาน การติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยหลังการส่งต่อ รวมถึงการประเมินว่ามีความล่าช้าในการส่งต่อหรือไม่ ล้วนมีความสำคัญในการปรับปรุงกระบวนการและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยในครั้งถัดไปเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. แนวคิดเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านม คือ ความผิดปกติของเซลล์เต้านมที่ไม่สามารถควบคุมได้และมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังเนื้อเยื่อเต้านมและแพร่กระจายไปยังบริเวณอื่น ๆ ของร่างกาย โดยส่วนมากจะพบในเพศหญิง ส่วนเพศชายก็พบได้เหมือนกัน (American Cancer Society, 2011)

4.1 การแบ่งระยะความรุนแรงของมะเร็งเต้านม

หลังจากที่มีการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมแล้วจะต้องมีการตรวจสอบเพิ่มเติม เพื่อประเมินว่ามีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังบริเวณอื่นนอกจากบริเวณเต้านมหรือไม่ เพื่อประเมินระยะความรุนแรงของโรคและวางแผนการรักษาต่อไป (สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553) การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งในร่างกายมี 3 ทาง

1. ทางเนื้อเยื่อข้างเคียงมีการลุกลามเข้าไปในเนื้อเยื่อปกติที่อยู่รอบ ๆ
2. ทางระบบน้ำเหลืองมีการลุกลามต่อมน้ำเหลือง
3. ทางเลือดมีการลุกลามเข้าไปยังเส้นเลือดดำและเส้นเลือดฝอยมีการแพร่กระจายไปยังบริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย

เมื่อเซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายผ่านทางระบบน้ำเหลืองหรือเลือดไปยังบริเวณอื่นในร่างกายอาจทำให้เกิดมะเร็งทุติยภูมิในร่างกายกระบวนการนี้เรียกว่า การแพร่กระจายของโรค (Metastasis) โดยชนิดของเซลล์มะเร็งทุติยภูมิจะเป็นชนิดเดียวกันกับมะเร็งปฐมภูมิ

ระยะ 0 (Carcinoma in situ) มี 2 ชนิด

1. Ductal carcinoma in situ (DCIS) จะพบเซลล์ผิดปกติในบริเวณเยื่อท่อน้ำซึ่งเป็นระยะที่ไม่มีการลุกลามของโรคแต่มีโอกาที่จะกลายเป็นมะเร็งระยะลุกลามได้โดยที่ปัจจุบันยังไม่สามารถพยากรณ์ได้ว่ารอยโรคบริเวณใดจะกลายเป็นระยะลุกลาม

2. Lobular carcinoma in situ (LCIS) เป็นภาวะที่พบเซลล์ผิดปกติใน lobules ของเต้านมสภาวะนี้นาน ๆ ครั้ง จะกลายไปเป็นระยะลุกลามได้อย่างไรก็ตามใน lobar carcinoma in situ ในเต้านมข้างเดียวจะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมได้ทั้งสองข้าง

ระยะ I ขนาดของก้อนเล็กกว่าหรือเท่ากับ 2 ซม. และยังไม่มีการกระจายออกนอกบริเวณเต้านม

ระยะIIA มี 3 ภาวะ ได้แก่

1. ไม่มีก้อนที่เต้านมแต่พบมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้
2. ก้อนมีขนาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ซม. และมีการแพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้
3. ก้อนมีขนาด 2-5 ซม.แต่ไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

ระยะIIB มี 2 ภาวะ ได้แก่

1. ก้อนมีขนาด 2-5 ซม.และมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้
2. ก้อนใหญ่กว่า 5 ซม.แต่ไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

ระยะIIIA มี 4 ภาวะ ได้แก่

1. ไม่มีก้อนที่เต้านมแต่มีมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้บริเวณใกล้เคียงเต้านมและบริเวณรักแร้
2. เนื้องอกมีขนาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ซม. และมีมะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และบริเวณใกล้เคียงเต้านม
3. เนื้องอกมีขนาด 2-5 ซม.และมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และบริเวณใกล้เคียงเต้านม
4. เนื้องอกมีขนาดใหญ่กว่า 5 ซม.และแพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และบริเวณใกล้เคียงเต้านม

ระยะ IIIB ก้อนมะเร็งมีขนาดเท่าไรก็ได้ร่วมกับเนื้องอกมีการแพร่ไปยังอวัยวะใกล้เคียง เช่น กล้ามเนื้อหรือผิวหนังบริเวณหน้าอกและมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง

ระยะ IIIC เนื้องอกมีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณเหนือไหปลาร้าและอาจจะพบร่วมกับการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และบริเวณใกล้เคียงเต้านมสามารถแบ่งเป็นชนิดผ่าตัดได้และผ่าตัดไม่ได้โดยชนิดที่ผ่าตัดได้จะต้องประกอบด้วยลักษณะดังนี้

1. แพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้มากกว่า 10 ต่อมน หรือ
2. พบต่อมน้ำเหลืองบริเวณใต้กระดูกไหปลาร้า หรือ
3. พบต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และบริเวณใกล้เคียงเต้านม

ชนิดที่ผ่าตัดไม่ได้ เนื่องจากมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณเหนือไหปลาร้า
ระยะ IV มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นของร่างกายส่วนมากพบที่กระดูก, ปอด, ตับ
หรือสมอง

มะเร็งเต้านมอักเสบ (Inflammatory breast cancer)

เป็นมะเร็งเต้านมชนิดที่มีการแพร่กระจายไปที่ผิวหนังของเต้านมทำให้เต้านมมีลักษณะ
แดง, บวม และร้อน เนื่องจากเซลล์มะเร็งไปอุดตันทางเดินน้ำเหลืองของผิวหนังนอกจากนี้ผิวหนัง
บริเวณหน้าอกอาจมีลักษณะเหมือนผิวเปลือกส้ม โดยที่อาจไม่สามารถสัมผัสก้อนบริเวณหน้าอกได้
ซึ่งลักษณะดังกล่าวอาจพบได้ในมะเร็งเต้านมระยะ IIIB, IIIC และ IV

มะเร็งเต้านมกำเริบ (Recurrent Breast Cancer)

เป็นมะเร็งที่กลับเป็นใหม่ภายหลังได้รับการรักษาอาจพบที่บริเวณหน้าอกหรือผนัง
หน้าอกหรือส่วนอื่นของร่างกาย (สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2553)

Christian University of Thailand

4.2 อาการและอาการแสดงที่มาพบแพทย์

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบอาการและอาการแสดงของมะเร็ง
เต้านมเรียงจากมากไปหาน้อย (ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี, 2553) ดังนี้

1. ก้อนที่เต้านม ร้อยละ 69 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมาด้วยเรื่องก้อนที่เต้านม ซึ่งเป็น
อาการ/อาการแสดงที่ทำให้ผู้ป่วยมาหาแพทย์มากที่สุด ผู้ที่มีก้อนที่เต้านม ควรได้รับการวินิจฉัยจาก
แพทย์ว่าก้อนนั้นเป็นเนื้องอก เป็นถุงน้ำ (Cyst) หรือเป็นมะเร็ง แม้แต่แพทย์ที่มีความชำนาญก็แยก
ลำบากว่าก้อนที่คลำพบนั้นประเภทใด ต้องทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยัน เช่น การตรวจ
ด้วยแมมโมแกรม หรือการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) หรืออาจจะต้องตรวจชิ้นเนื้อ
กรณีที่สงสัยเป็นมะเร็ง การตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนจะทำให้พบก้อนผิดปกติที่เต้านมขนาด
เล็ก ในกรณีที่ไม่เคยตรวจเต้านมเองจะมาพบแพทย์เมื่อก้อนขนาดใหญ่

2. เจ็บหรือปวดที่เต้านม ร้อยละ 14.6 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมาด้วยอาการเจ็บ หรือ
ปวดเต้านม ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้เป็นมะเร็งเต้านมมีอาการปวดหรือเจ็บเต้านม ร้อยละ 15.7 (ไม่มีความ
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) หรือจะสรุปได้ว่า อาการเจ็บหรือปวดเต้านม เป็นอาการที่พบ

ได้บ่อยในมะเร็งเต้านมก็จริง แต่อาการปวดหรือเจ็บเต้านมนั้นพบพอ ๆ กันระหว่างกลุ่มที่เป็นมะเร็งเต้านม และกลุ่มที่ไม่ได้เป็นมะเร็งเต้านม

3. พบรอยบุ๋มที่ผิวหนังบริเวณเต้านมหรือเต้านมถูกดึงรั้ง ร้อยละ 2.2 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มาด้วยอาการเต้านมถูกดึงรั้งหรือเป็นรอยบุ๋ม ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้เป็นมะเร็งเต้านมพบเพียงร้อยละ 0.4 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือสรุปได้ว่า อาการแสดงของการถูกดึงรั้งหรือเป็นรอยบุ๋มนั้นเป็นอาการแสดงของมะเร็งเต้านมที่พบได้ไม่บ่อย แต่ถ้าพบแล้วโอกาสที่เป็นมะเร็งเต้านมมากกว่า

4. มีเลือดหรือ discharge ออกที่หัวนม ร้อยละ 1.8 ของมะเร็งเต้านมมีเลือดออกทางหัวนม ส่วนกลุ่มที่ไม่เป็นมะเร็งเต้านมพบเพียงร้อยละ 0.9 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือสรุปได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมาด้วยเรื่องมีเลือดออกที่หัวนม แม้จะพบน้อย แต่ถ้าพบแล้วมีโอกาสเป็นมะเร็งมากกว่า

5. เต้านมอักเสบ ร้อยละ 1.7 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมาด้วยเรื่องเต้านมอักเสบ ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้เป็นมะเร็งเต้านมมาด้วยเรื่องเต้านมอักเสบ ร้อยละ 1.2 ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถ้าซักประวัติแล้วว่า เต้านมอักเสบโดยไม่ทราบสาเหตุ เช่น หลังคลอดและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งจะพบเต้านมอักเสบบ่อย แต่ถ้าไม่มีสาเหตุให้คิดถึงว่าสามารถเป็นมะเร็งเต้านมได้เหมือนกัน ซึ่งมะเร็งเต้านมที่อักเสบนั้น มักจะพบในผู้หญิงที่มีอายุน้อย และมีความรุนแรงด้วย

6. พบการเปลี่ยนแปลงของสีหรือรูปร่างของเต้านม ร้อยละ 1.3 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมาด้วยอาการว่าพบการเปลี่ยนแปลงของสีหรือรูปร่างของเต้านมเปลี่ยนแปลง เช่น เต้านมทั้ง 2 ข้าง ไม่เท่ากัน ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ใช่มะเร็งเต้านมพบเพียงร้อยละ 0.3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มะเร็งเต้านมถ้ามีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง จะทำให้การคลั่งของระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบน้ำเหลือง ซึ่งการคลั่งดังกล่าวจะทำให้ผิวหนังบริเวณมีสีที่เปลี่ยนไปหรือบางครั้งมีการอักเสบขึ้นก็ได้ นอกจากสีจะเปลี่ยนแล้ว ยังเห็นการเปลี่ยนแปลงเต้านม เช่น ผิวหนังดูหนากว่าปกติ หรือคล้ำเต้านมแล้วรู้สึกแข็งกว่าเต้านมด้านปกติ

7. หัวนมผิดปกติ ร้อยละ 0.6 ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมมาด้วยเรื่องหัวนมถูกดึงรั้ง ส่วนกลุ่มที่ไม่ใช่เป็นมะเร็งเต้านมมาด้วยหัวนมถูกดึงรั้งร้อยละ 0.2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวโดยสรุป อาการแสดงของหัวนมถูกดึงรั้ง แม้จะพบน้อย แต่พบแล้ว มีโอกาสเป็นมะเร็งมากกว่า

8. ไม่พบอาการ/อาการแสดง แต่มาพบแพทย์เนื่องจากการตรวจแมมโมแกรมก้อนที่เต้านมถ้ามีขนาดเล็กเช่นเล็กกว่า 1 เซนติเมตรจะคลำด้วยมือไม่พบ แต่ถ้ามาตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรมจะสามารถพบความผิดปกติของก้อนเต้านมที่มีขนาดเล็กกว่า 1 เซนติเมตร

จากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมดังกล่าว เป็นการยากที่จะตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มแรก เพราะมะเร็งในระยะเริ่มแรกจะไม่มีอาการ คลำก้อนไม่ได้ หากคลำก้อนได้ ถ้าเป็นมะเร็ง แสดงว่าเป็นมาประมาณ 2-3 ปี และจากการศึกษาระยะของโรค (Stage) ที่พบครั้งแรกของการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมในสตรี จังหวัดราชบุรี พ.ศ. 2541-2542 พบว่า ส่วนใหญ่จะพบผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมในระยะที่ 2 และที่ 3 มากเกือบ 90% (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2559) ดังนั้น ควรมีการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการเป็นโรคมะเร็งเต้านมของสตรีในระยะที่ 2 และที่ 3 ให้น้อยลง โดยเพิ่มการตรวจพบมะเร็งในระยะที่ 1 ให้มากขึ้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ

4.3 การวินิจฉัยโรค

เมื่อสตรีมาพบแพทย์ด้วยอาการหรือการตรวจคัดกรองผิดปกติ จะได้รับการวินิจฉัยตามขั้นตอน (ชมรมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมแห่งประเทศไทย, 2553) ดังนี้

1. การซักประวัติเพิ่มเติม ถามถึงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ทำการตรวจร่างกาย, อาจส่งตรวจแมมโมแกรม หรือตรวจทางรังสีวิทยาที่จำเป็นก่อนการพิจารณาว่าน่าสงสัยและจำเป็นต้องตรวจวินิจฉัยต่อไปหรือจะนัดตรวจติดตามอย่างไร

2. การเก็บตัวอย่างเนื้อเยื่อเพื่อพิสูจน์ทางพยาธิวิทยา (Biopsy)

2.1 วิธีเจาะดูดของเหลวจากถุงน้ำ (Cyst) หรือก้อนที่สงสัยด้วยเข็มขนาดเล็ก (Fine-needle aspiration-FNA) วิธีนี้ไม่ค่อยเจ็บ

2.2 การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจด้วยเข็มขนาดโต (Core needle biopsy) วิธีนี้เจ็บมากขึ้นเล็กน้อยผลการรักษามีความแม่นยำกว่าแบบแรก

2.3 การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจด้วยการผ่าตัด (Surgical biopsy) คือ การผ่าบางส่วนของก้อนเนื้อออกหรือการผ่าเอาก้อนทั้งหมดไปตรวจ

3. การตรวจเพิ่มเติมพิเศษ เช่น MRI (Magnetic Resonance Imaging), การส่งเนื้อเยื่อตรวจหาตัวรับฮอร์โมน (Hormone Receptor) ซึ่งจะช่วยบอกว่าสตรีรายนั้นควรได้รับยากลุ่มฮอร์โมนหลังการรักษาหรือไม่, การตรวจหาโปรตีนหรือยีนส์ HER2 ในเนื้อเยื่อเต้านมเพื่อบอกการพยากรณ์โรค

4.4 การรักษามะเร็งเต้านม

ในปัจจุบันมีวิธีการรักษาหลากหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด, รังสีรักษา, เคมีบำบัด, ฮอร์โมนบำบัด และการรักษาทางชีววิทยา ซึ่งแพทย์ผู้ดูแลจะแนะนำให้ใช้วิธีการรักษาแบบ

ผสมผสานเพื่อผลการรักษาและการพยากรณ์โรคที่ดีที่สุดโดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเป็นสำคัญ (ชมรมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งแห่งประเทศไทย, 2553) ดังนี้

1. การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด

ปัจจุบันการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด มี 2 วิธีใหญ่ ๆ ได้แก่

1.1 การผ่าตัดโดยเอาเฉพาะก้อนมะเร็งออก โดยรักษาเต้านมไว้ไม่ได้ตัดออก (Breast Conservation Therapy หรือ BCT) จะผ่าตัดด้วยวิธีนี้ในกรณีที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มต้น ได้แก่ DCIS (Ductal Carcinoma in situ หรือ Stage 0), Stage 1 และ Stage 2 โดย BCT แล้ว มักจะตามด้วยการฉายแสง BCT

1.2 การผ่าตัดเต้านมออก (Mastectomy) การผ่าตัดเต้านมออกแทน BCT ในกรณีที่พิจารณาเห็นว่าโอกาสในการเกิดซ้ำมีสูงเกินร้อยละ 20 เช่น ก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ หรือในกรณีที่ไม่สามารถที่จะไปปรับการฉายแสงได้ ก็เปลี่ยนมาใช้ในการผ่าตัดเต้านมแทน BCT การผ่าตัดเป็นการตัดก้อนมะเร็งเฉพาะที่ แพทย์ส่วนใหญ่มักจะทำการผ่าตัดไม่วิธีใดวิธีหนึ่ง ในบางกรณีที่ก้อนมีขนาดใหญ่มาก หรือมีสภาพที่ยังไม่พร้อมทำการผ่าตัด ก็อาจจะใช้วิธีการให้เคมีบำบัด ฮอว์โมนบำบัด หรือฉายแสงก่อน เมื่อก้อนมีขนาดเล็กลงค่อยมาทำการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งและเต้านมออก (ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี, 2553)

2. รังสีรักษาหรือการฉายแสง (Radiation Therapy)

แนวคิดปัจจุบันเชื่อว่ามะเร็งเต้านมไม่ใช่วะโรคนเฉพาะที่การผ่าตัดที่ขยายไปตัดต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่น ๆ ได้แก่ กล้ามเนื้อของผนังทรวงอกนั้นถึงอย่างไรก็ไม่สามารถที่จะตัดออกได้หมด การฉายแสงเพื่อเป็นการรักษาน่าจะให้ผลดีกว่า อีกทั้งสามารถลดผลแทรกซ้อน รวมถึงคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้ป่วยได้ด้วย เพราะฉะนั้นบทบาทของการทำลายเซลล์มะเร็งที่อยู่ใกล้เคียงกับเต้านม จึงเป็นหน้าที่ของรังสีรักษา และมักทำหลังจากการผ่าตัด (ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี, 2553) รังสีรักษาจะแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

2.1 รังสีรักษาแบบภายนอก ส่วนใหญ่ของรังสีรักษาจะเป็นการฉายแสงแบบภายนอก

2.2 รังสีรักษาแบบภายใน โดยการสอดเครื่องมือที่ให้รังสีเพื่อการรักษาที่ตำแหน่งของการผ่าตัด เมื่อฉายรังสีตามเวลาที่กำหนดแล้วก็จะเอาออก โดยวิธีการแบบนี้เรียกว่า Internal Radiotherapy หรือ Brachytherapy ซึ่งวิธีการดังกล่าวทำในโรงพยาบาลที่เป็น Center ในการทำรังสีรักษาที่ทันสมัย

3. เคมีบำบัด

การให้เคมีบำบัดนั้น ก็เพื่อที่ไปทำลายเซลล์มะเร็งที่ไม่ได้อยู่เฉพาะที่ แต่ได้ไปตามกระแสเลือดหรือระบบทางเดินน้ำเหลืองไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี, 2553) โดยการให้เคมีบำบัดนั้นมี 3 วัตถุประสงค์ ดังนี้

3.1 ให้ก่อนทำการผ่าตัด หรือเรียกว่า Neoadjuvant Therapy เพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็งและช่วยให้การรักษาด้วยการผ่าตัด หรือฉายแสงที่จะให้การรักษาตามมามีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.2 ให้ภายหลังการผ่าตัด หรือเรียกว่า Adjuvant Therapy เพื่อลดโอกาสของการกลับเป็นซ้ำภายหลังการรักษา และฆ่าเซลล์มะเร็งที่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ

3.3 ให้เพื่อรักษาในกรณีมะเร็งได้แพร่กระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ แล้ว หรือให้การรักษาในกรณีที่มีการกลับเป็นซ้ำภายหลังการรักษา หรือเรียกว่า Palliative Chemotherapy เป้าหมายของการให้เคมีบำบัดในกลุ่มนี้ไม่ได้หวังการหายขาด แต่มีเป้าหมายเพื่อลดจำนวนของเซลล์มะเร็ง (Tumor load) และยืดความยืนยาวของชีวิต

4. การรักษาด้วยฮอร์โมน (Endocrine Therapy)

มะเร็งเต้านมบางชนิดมีตัวรับฮอร์โมนเพศหญิง ที่ชื่อ เอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรน (Estrogen Receptor & Progesterone Receptor) ซึ่งมะเร็งกลุ่มนี้จะเจริญเติบโตเร็วขึ้นเมื่อได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน เพราะฉะนั้นการยับยั้งการจับตัวของฮอร์โมนเอสโตรเจนกับตัวรับดังกล่าว หรือการลดปริมาณของฮอร์โมนเอสโตรเจน จึงถือเป็นการรักษา ซึ่งวิธีการนี้เรียกว่าการรักษาด้วยฮอร์โมน (ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี, 2553) ในการรักษาด้วยฮอร์โมนใช้ระยะเวลาประมาณ 5 ปี

5. การรักษาทางชีววิทยาหรือเป้าหมายเฉพาะ (Biological or Targeted Therapy)

การรักษาทางชีววิทยา คือการรักษาด้วยสารที่สร้างให้เกิดขึ้นตามธรรมชาติในร่างกาย และสารดังกล่าวสามารถที่จะไปยับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็ง จากการศึกษาจะพบว่า HER2 (Human Epidermal Receptor) Gene ได้สร้างโปรตีนที่ชื่อ HER2 หรือ erbB2 ซึ่งถ้ามี HER2 แล้วจะตอบสนองต่อการรักษาน้อยกว่า และประมาณ 15-25% ของมะเร็งเต้านมที่มี HER2 ต่อมาได้มีการผลิต Antibody เพื่อที่ไปจับกับเป้าหมายคือ HER2 ในเซลล์มะเร็ง เมื่อไปจับแล้วก็ทำให้การเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งช้าลง ยาดังกล่าวมีชื่อว่า Trastuzumab (Herceptin) โดยในทางคลินิกพบว่า ผลขึ้นเนื้อของมะเร็งเต้านมที่ย้อมด้วย IHC Staining แล้วพบว่าเป็นบวกสำหรับ HER2 มากกว่า 30% (โดยไม่จำเป็นที่จะต้องไปทำ Fluorescence in situ hybridization หรือ FISH) ถือว่ากลุ่มนี้น่าจะให้ยากลุ่ม Trastuzumab (Herceptin) ระยะเวลาในการรักษาประมาณ 1 ปี (ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี, 2553)

4.5 การคัดกรองมะเร็งเต้านม

ในประเทศไทยได้รณรงค์ให้หญิงอายุ 35 ปี ขึ้นไปทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน โดยทำเป็นโครงการระดับชาติ โดยอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำงานในระดับโรงพยาบาล และสถานอนามัย เพื่อให้ไปอบรมให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นผู้หญิง หรือกลุ่มแม่บ้าน เพื่อให้กลับไปสอนกลุ่มผู้หญิงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ให้สามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองในระดับนโยบายได้กำหนดเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองในหญิงอายุ 35 ปี ขึ้นไปเป็นเครื่องชี้วัดการตรวจราชการในปี 2550-2551 ทำให้เกิดการตรวจเต้านมด้วยตนเองทั่วประเทศ ได้มีการศึกษา และพบว่า กลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน ขนาดเฉลี่ยของก้อน ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน เนื่องจากขนาดของก้อนที่เต้านม ถ้าพบในขนาดเล็กแล้วรีบไปทำการตรวจวินิจฉัยว่าก้อนที่เป็นนั้นเป็นมะเร็งหรือไม่ ในกรณีที่พบขนาดของก้อนที่เล็กกว่าจะทำให้การพยากรณ์โรคดีกว่า (ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี, 2553)

การตรวจคัดกรองเป็นประจำช่วยให้แพทย์สามารถพบโรคมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่เริ่มแรก สามารถวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่เนิ่น ๆ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นช่วยเพิ่มโอกาสการรักษาโรคให้หายขาดได้สูงขึ้นมาก การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมมีหลายวิธี ได้แก่

1. การตรวจแมมโมแกรม (Mammogram) คือ การตรวจเพื่อวินิจฉัยด้วยรังสี X ที่มีความเข้มข้นต่ำ เพื่อให้เห็นภาพของเต้านม เพื่อทำการวินิจฉัยว่า พบก้อนที่ผิดปกติหรือหินปูนที่เต้านมหรือไม่ ปัจจุบันเทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์มีความทันสมัย วัตถุประสงค์การตรวจของการตรวจ Mammogram คือ ตรวจเพื่อคัดกรอง หลักการตรวจคัดกรองก็คือ การตรวจโดยไม่มีอาการหรืออาการแสดงมาก่อน ถ้าพบก้อนแล้วมาทำการตรวจไม่ถือเป็นการตรวจคัดกรองแต่เป็นการตรวจเพื่อการวินิจฉัย เนื่องจากการตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรมนั้นจะสามารถพบก้อนในขนาดที่การตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือการตรวจทางคลินิกแล้วยังไม่พบ มีประมาณการว่าการตรวจแมมโมแกรมนั้นจะสามารถพบก้อนก่อนที่จะสามารถตรวจพบด้วยมือถึง 2 ปี ในต่างประเทศบางประเทศจึงกำหนด สิทธิประโยชน์ให้กับหญิงที่มีอายุตามเกณฑ์ มีสิทธิในการตรวจแมมโมแกรมตามเวลาที่กำหนด เช่น สหรัฐอเมริกา จึงกำหนดเป็นแนวทางให้ผู้หญิงอายุ 40 ปี ขึ้นไปควรตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม ปีละ 1 ครั้ง หรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูงตรงเป็นมะเร็งเต้านมด้วย ก็ควรทำการตรวจแมมโมแกรมก่อนอายุ 40 ปี และมีงานวิจัยพบว่าสามารถที่จะคัดหามะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มต้นทำให้มะเร็งเต้านมสามารถรักษาหายขาดได้ และสามารถผ่าตัดเฉพาะก้อนมะเร็งออกเท่านั้น โดยรักษาเต้านมไว้เรียกว่า Breast Conservative Surgery แต่ในประเทศไทยเนื่องจากเครื่องแมมโมแกรมมีอยู่จำกัดจึงไม่ได้กำหนดให้เป็นสิทธิประโยชน์ในการตรวจคัดกรอง เพราะฉะนั้น แมมโมแกรมจึงใช้เพื่อการวินิจฉัยเมื่อคลำพบก้อนที่มีขนาดเล็ก และยังไม่ได้กำหนดเกณฑ์ว่ากลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการ

ตรวจคัดกรองได้แก่หญิงกลุ่มใดและการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคที่เต้านม เช่น การคลำพบก้อน หรือมีเลือดออกที่หัวนม หรืออาการผิดปกติอื่น ๆ ที่เต้านม จึงทำแมมโมแกรมเพื่อต้องการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าก้อนดังกล่าวน่าจะเป็นก้อนหรือความผิดปกติประเภทใด โดยก้อนที่เต้านมถ้ามีขนาดเล็ก เช่น เล็กกว่า 1 เซนติเมตร ซึ่งในระยะหลัง ๆ สามารถวินิจฉัยมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น หรือขนาดของก้อน เล็กกว่า 1 เซนติเมตรได้

2. การตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มาตรฐานในการดูแลหญิงไทย อายุ 35 ปีขึ้นไป ในเรื่องมะเร็งเต้านมนั้น นอกจากจะตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนแล้ว ยังต้องไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อตรวจร่างกายรวมถึงการตรวจเต้านมด้วยปี ละครั้ง หรือตามตารางการนัดหมายของแพทย์ เพื่อให้เกิดความแน่ใจว่าไม่พบก้อนผิดปกติที่เต้านม โดยถ้ามีการพบสิ่งผิดปกติ จะได้ทำการตรวจเพิ่มเติมเพื่อวินิจฉัยและให้การรักษา

3. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นสิ่งแรกที่ผู้หญิงทุกคนสามารถช่วยป้องกันตนเองจากมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อให้รู้สึกถึงธรรมชาติของเต้านมตนเอง และเมื่อมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นจะสังเกตได้ด้วยตนเอง ควรทำการตรวจเต้านมเพื่อหาความเปลี่ยนแปลงที่น่าสงสัยด้วยตัวเองทุกเดือน การเปลี่ยนแปลงที่รู้สึกได้นั้นอาจเกิดจากอิทธิพลของระดับฮอร์โมนเพศในช่วงต่าง ๆ ของชีวิต เช่น ระหว่างรอบประจำเดือน ขณะตั้งครรภ์ วัยทอง การใช้ฮอร์โมนทดแทน ยาคุมกำเนิด หรือแม้แต่สมุนไพร ยาพื้นบ้านต่าง ๆ หากตรวจด้วยตนเองสงสัยหรือไม่แน่ใจว่ามีก้อนหรือไม่ ควรรีบปรึกษาแพทย์เพื่อช่วยวินิจฉัยต่อไป การตรวจเต้านมควรจะทำทั้งทำน่อง และทำนอนหงาย เพื่อตรวจหาความผิดปกติต่าง ๆ ของเต้านม หัวนม และท่อน้ำนมว่าเป็นอย่างไรในด้านของขนาด (size) รูปร่าง (contour) ลักษณะของก้อน (texture) การกดเจ็บ (tenderness) และตำแหน่ง (position) ของก้อนนั้น ๆ เป็นต้น โดยควรเริ่มตรวจตั้งแต่อายุ 20 ปี ขึ้นไป โดยตรวจเดือนละครั้ง (ชมรมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย, 2553)

ขั้นตอนและวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Examination: BSE) (มูลนิธิธันยรักษ์ ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี, 2554) สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน คือ

1. การดู โดยสังเกตดูขนาดรูปร่างลักษณะและการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังทุกส่วนของเต้านม เช่น ย่น บวม หรือมีการดิ่งรั้งรวมทั้งความผิดปกติของหัวนม เช่น มีคราบเกาะ มีการดิ่งรั้งจนเปลี่ยนทิศทาง โดยปกติเต้านมทั้งสองข้างจะมีขนาดเท่ากันมีส่วนนูนโค้งเหมือนกัน หัวนมอยู่ในระดับเดียวกัน ผิวหนังที่คลุมอยู่มีสีสันและความตึงต่ง สภาพความยืดหยุ่นและการกระเพื่อมเหมือนกัน ซึ่งจะสังเกตเป็นลักษณะประจำได้ เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นก็จะสังเกตได้ทันที

2. การคลำ เพื่อให้รู้สึกถึงธรรมชาติของเต้านมของเรา เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงจะสังเกตและรู้สึกได้ง่าย บริเวณที่จะต้องคลำเริ่มจาก ไต้แขนถึงบริเวณขอบเสื้อชั้นในด้านล่าง ไต้แขน

ข้ามมาถึงกระดูกกลาง ขึ้นไปถึงบริเวณไหปลาร้า กลับมายังถึงรักแร้ ใช้นิ้วสามนิ้ว ใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง บริเวณกึ่งกลางนิ้วส่วนบนดังกล่าว จะสัมผัสได้ดีกว่า และมีจุดสัมผัสได้กว้างกว่าส่วนปลายนิ้ว โคลงฝ่ามือเพื่อปรับให้นิ้วทั้งสามอยู่ในสภาพแบนราบ เคลื่อนนิ้วนางเป็นวงกลมเท่าเหรียญบาทในบริเวณที่จะต้องคลำอย่างทั่วถึง ใช้วิธีการกด 3 ระดับ กดเบา ๆ เพื่อให้รู้สึกถึงบริเวณใต้ผิวหนัง กดปานกลางเพื่อให้รู้สึกถึงกึ่งกลางของเต้านม กดหนักขึ้นเพื่อให้รู้สึกถึงส่วนลึก

สรุป

ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิไปจนถึงระดับตติยภูมิ โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้นของโรค บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีบทบาทสำคัญในการคัดกรอง ประเมินอาการ และให้ข้อมูลกับผู้ป่วย รวมถึงการดำเนินการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า การส่งต่อที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงการรักษาในแต่ละระดับให้ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและราบรื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ต้องได้รับการประเมินเพิ่มเติมจากแพทย์เฉพาะทาง เช่น ศัลยแพทย์หรือแพทย์ด้านรังสีวินิจฉัย ซึ่งให้บริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ การส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ และทักษะของบุคลากรสุขภาพในระดับต้นทาง เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างเหมาะสม ทันเวลา และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิอาจเผชิญกับข้อจำกัดด้านประสบการณ์หรือความมั่นใจในการประเมินและตัดสินใจเกี่ยวกับกระบวนการส่งต่อ ด้วยเหตุนี้ แนวคิดการโค้ชแบบเพียร์ (Peer Coaching) จึงถูกนำมาใช้เป็นกลยุทธ์เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพในการดำเนินงานด้านการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ การโค้ชแบบเพียร์ คือ กระบวนการที่บุคลากรที่มีสถานะหรือประสบการณ์ใกล้เคียงกัน เช่น พยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุข ช่วยเหลือซึ่งกันและกันผ่านการแลกเปลี่ยนความรู้ การสะท้อนประสบการณ์ และการสนับสนุนทางวิชาชีพ จุดเด่นของแนวทางนี้คือ การเรียนรู้จากผู้ที่เผชิญกับสถานการณ์จริงเช่นเดียวกัน ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน กระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงวิธีการทำงาน และส่งเสริมการสื่อสารร่วมกันภายในทีมสุขภาพ การออกแบบโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ในบริบทของการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจึงเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับความต้องการของระบบบริการสุขภาพที่เน้นความเชื่อมโยงและการทำงานร่วมกันระหว่างระดับบริการ โปรแกรมลักษณะนี้ไม่เพียงช่วยเพิ่มความรู้และทักษะของบุคลากรเท่านั้น แต่ยังส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับบทบาทของตนเองในการดูแลผู้ป่วย และตระหนักถึงความสำคัญของการทำงานอย่างเป็นทีมในระบบส่งต่อ กล่าวโดยสรุป การ

ผลงานระหว่างกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านการไต่สวนแบบเพียร์ เป็นแนวทางที่ช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิไปสู่ระดับตติยภูมิได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ ทั้งยังส่งผลดีต่อระบบสุขภาพในภาพรวม และที่สำคัญคือ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว ทันเวลา และเหมาะสมที่สุดตามแนวทางของระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเกี่ยวกับการไต่สวน

อรอนงค์ ธาราไพศาลสุข และคณะ (2562) ทำการศึกษาเรื่อง ผลของการนิเทศตามโมเดลการไต่สวนแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นที่โรงพยาบาลเอกชน ผลการวิจัยพบว่า 1) ความพึงพอใจของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น หลังการนิเทศตามโมเดลการไต่สวนแบบโกรว์ ($\bar{X} = 4.70$, $SD = 0.23$) สูงกว่าก่อนมีการนิเทศตามโมเดลการไต่สวนแบบโกรว์ ($\bar{X} = 2.90$, $SD = 0.45$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ 2) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับการนิเทศตามโมเดลการไต่สวนแบบโกรว์ ($\bar{X} = 4.81$, $SD = 0.13$) สูงกว่าก่อนการได้รับการนิเทศตามโมเดลการไต่สวนแบบโกรว์ ($\bar{X} = 3.08$, $SD = 0.40$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สุพัตรา สงมรัมย์ และคณะ (2561) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเพชรบุรี วัดอุปสมงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก สำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น วิธิดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิกของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกสูงกว่าความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทักษะการนิเทศทางคลินิกและเจตคติต่อการนิเทศทางคลินิกของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกกับหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการนิเทศทางคลินิกอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.83$, $SD = 0.42$)

รุ่งอรุณ บุตรศรี และคณะ (2563) ทำการศึกษาเรื่อง ผลของการนิเทศตามโมเดลการไต่สวนแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่โรงพยาบาลเอกชน ระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพภายหลังได้รับการนิเทศตามโมเดลการไต่สวนแบบโกรว์สูงกว่าก่อนมีการใช้การนิเทศตามโมเดลการไต่สวนแบบโกรว์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยเสนอแนะว่า

ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำรูปแบบการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ไปใช้ในการพัฒนาความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

พัชรินทร์ สุนันตะ และคณะ (2564) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชน การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความสามารถการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ ($\bar{X} = 4.55$, $SD = .28$) มากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ ($\bar{X} = 3.19$, $SD = .33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ 2) คะแนนเฉลี่ยความสามารถการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ ($\bar{X} = 4.55$, $SD = 0.28$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 3.27$, $SD = 0.29$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

พรทิพย์ รัตนบุรี และคณะ (2566) ทำการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ต่อสมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ โรงพยาบาลทุ่งสง การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการโค้ชของผู้บริหารทางการพยาบาลหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) สมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพพบใหม่หลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 3) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพพบใหม่หลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการโค้ชกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

วรรณภา กรีทอง และคณะ (2559) การพัฒนาระบบการบริหารการรับ และการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร การวิจัยกึ่งทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจต่อระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยของ พยาบาลวิชาชีพ ก่อนการใช้ระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.959$, $SD = 0.548$) หลังการใช้ระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยพยาบาลวิชาชีพแผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความพึงพอใจต่อระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.022$, $SD = 0.481$) ซึ่งมากกว่าก่อนการใช้ระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -7.694$)

พรพิไล นิยมถิ่น (2561) ทำการศึกษาเรื่อง ผลของการใช้แบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นต่อคุณภาพการส่งต่อและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายจังหวัดเลย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ได้แบบบันทึกการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายที่พัฒนาขึ้นตามขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพตามสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กำหนดทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานทางการพยาบาลด้านการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ 2) ร้อยละคุณภาพการส่งต่อหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาทุกด้านและ 3) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลที่มีต่อแบบบันทึกการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนการพัฒนาในด้านประโยชน์ต่อการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

โครงการการสร้างสร้งงานวิจัยจากงานงานประจำเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข กลุ่มที่ 1 (2566) ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาและศึกษาผลของระบบส่งต่อผู้ป่วยภายในศูนย์บริการสาธารณสุข ในกลุ่มกรุงเทพกลาง สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า มีการตอบรับข้อมูลส่งต่อในระบบส่งต่อดังกล่าวจำนวนครบทุกราย ใน 3 วันทำการ และมีการเยี่ยมบ้านสำเร็จจนถึงตอบกลับข้อมูลในระบบส่งต่อผู้ป่วยภายในศูนย์บริการสาธารณสุขได้เกือบทั้งหมด และจำนวนภายใน 14 วันทำการ เป็นร้อยละ 93.75 ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบส่งต่อดังกล่าว พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.63 ($SD = 0.443$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีความพึงพอใจมากที่สุดในด้านเจ้าหน้าที่ /บุคลากรที่ให้บริการ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.70 ($SD = 0.506$) รองลงมา คือด้านกระบวนการขั้นตอนการรับบริการ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.62 ($SD = 0.483$) นอกจากนี้ด้านความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อระบบส่งต่อดังกล่าว พบว่า ด้านภาพรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.43 ($SD = 0.374$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีความพึงพอใจมากที่สุดในด้านความครบถ้วนตามความต้องการ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 ($SD = 0.412$) รองลงมาคือ ด้านการใช้งาน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.44 ($SD = 0.387$)

นันทวดี บุญเลิศ (2565) ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาคุณภาพระบบการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี การวิจัยเชิงพรรณนา ผลการศึกษา มีดังนี้ 1) ด้านคุณภาพของระบบการส่งต่อผู้ป่วย พบว่า ไม่สามารถทำการส่งต่อผู้ป่วยได้สำเร็จภายในเวลา 40 นาที ร้อยละ 56.20 และการส่งต่อสำเร็จภายใน 40 นาที ร้อยละ 43.75 2) ด้านการปฏิบัติตามแนวทางและขั้นตอนกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย พบว่า มีการประเมินระดับความเจ็บป่วยของอาการผู้ป่วยร่วมกันตามเกณฑ์ Levels of Patient Acuity ร้อยละ 100 การประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยกับโรงพยาบาลปลายทางแห่งที่ 1 ร้อยละ 82.81 และการเตรียมความพร้อมมีความครบถ้วนของข้อมูลและเอกสาร

มากที่สุด ร้อยละ 96.87 3) การประเมินผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ พบว่า มีการให้การปฏิบัติการพยาบาลด้านการระบายอากาศ ระบบการไหลเวียน และด้านทางเดินหายใจ ร้อยละ 96.88, 95.31 และ 17.19 ตามลำดับ และไม่ปฏิบัติการพยาบาล คือ การติดตามการเต้นของหัวใจ และไม่มีการติดตามความอิ่มตัวของออกซิเจน ร้อยละ 1.56 4) ความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.70$, $SD = 1.54$)

ทิพย์วิภา สังข์อินทร์ และคณะ (2564) ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบครบวงจร โรงพยาบาลนครพนม พบว่าแผนระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินครบวงจรประกอบด้วย 1) ระบบบริหารการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ แนวทางการส่งต่อ บันทึกการพยาบาล ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยด้วย line พัฒนานวัตกรรมในการส่งต่อและดูแลเบื้องต้นก่อนรถฉุกเฉินไปถึง โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจระดับมาก เท่ากับ 4.39 2) ระบบส่งต่อผู้ป่วย ได้แก่ ศักยภาพบุคลากร เตรียมความพร้อมบุคลากรและอุปกรณ์ต่าง ๆ แนวทางดูแลผู้ป่วย กลุ่มโรคสำคัญ ผ่านระบบช่องทางด่วนฉุกเฉินและให้คำปรึกษา โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจระดับมาก เท่ากับ 4.37 3) ระบบบริการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลทุติยภูมิ/ปฐมภูมิ ได้แก่ แนวทางรักษาผู้ป่วย และระบบช่องทางด่วนฉุกเฉิน เพื่อลดขั้นตอนระบบบริการและระบบสนับสนุนปฏิบัติการ ซึ่งมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.39 4) เครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยในชุมชน ได้แก่ การพัฒนาโครงสร้างเครือข่ายกู้ชีพชุมชน การเฝ้าระวังโรคสำคัญ และการลงข้อมูลในระบบ ITEMS โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจระดับมากที่สุด เท่ากับ 4.40

ปวิธ อัมมูระ และคณะ (2565) ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยและการปรึกษาเคสออนไลน์ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต สำหรับแผนกรังสีวิทยา : กรณีศึกษา ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในปัจจุบันการส่งต่อผู้ป่วยในประเทศไทยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง หรือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในสถานพยาบาลที่มีเครื่องมือแพทย์ที่ได้มาตรฐานและมีความพร้อมมากกว่า ตัวอย่างเช่น การส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลประจำอำเภอไปยังโรงพยาบาลประจำจังหวัด และจากโรงพยาบาลประจำจังหวัดไปยังโรงพยาบาลศูนย์โดยแบ่งตามเขตพื้นที่การรักษา หรือการส่งไปยังสถานพยาบาลเฉพาะทางอื่น ๆ แต่การส่งต่อผู้ป่วยในปัจจุบันนั้นยังมีความปัญหาในการส่งข้อมูลที่จำเป็นต่าง ๆ อย่างเช่น ประวัติการรักษา ภาพการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์จะเป็นการส่งข้อมูลในรูปแบบของการปริ้นเอกสารใส่แฟ้มแล้วฝากไปกับเจ้าหน้าที่ที่ไปส่งผู้ป่วยหรือส่งผ่านระบบ Social Network ทำให้ข้อมูลเหล่านั้นมีความเสี่ยงที่จะสูญหายข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือข้อมูลอาจจะรั่วไหลออกมาซึ่งนั่นคือการทำผิดกฎหมายและระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข อาจจะส่งผลให้นักวิชาการทางการแพทย์ถูกดำเนินคดีได้ แม้ในปัจจุบันโรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้นำระบบสารสนเทศโรงพยาบาลมาใช้แล้ว

ก็ตาม แต่การเชื่อมต่อข้อมูลกันระหว่างโรงพยาบาลนั้นยังเป็นไปได้ยากเนื่องจากในบางสถานพยาบาลใช้ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ที่ถูกพัฒนามาโดยต่างบริษัทกัน ทำให้การเชื่อมต่อข้อมูลกันทำได้ยาก และค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง และข้อมูลอาจจะไม่ครบถ้วนเนื่องจากมาตรฐานในการพัฒนาระบบนั้นแตกต่างกัน

พรทิพย์ เนตรแสงศรี (2565) ทำการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลนาแห้ว จังหวัดเลย ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยภาพรวมหลังการพัฒนาระบบมีระดับความพึงพอใจมากขึ้นก่อนการพัฒนาระบบ จากระดับความพึงพอใจมาก เป็นระดับความพึงพอใจมากที่สุดซึ่งมีค่าเฉลี่ย 4.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.14 หลังการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลนาแห้ว จังหวัดเลย ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะส่งต่อ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงหลังการ Admit หรือ Refer พบร้อยละ 1.28 (เกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดไม่เกินร้อยละ 12) และยังไม่พบการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) ซึ่งการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินให้เหมาะสมและการแก้ไขปัญหาของระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินให้สอดคล้องกับปัญหาจะสามารถช่วยลดบรรเทาความรุนแรงของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยฉุกเฉิน

สะอาด วรรณ (2566) ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผลการศึกษาพบว่า ระบบปฏิบัติการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลโรงพยาบาลกุมภวาปี รูปแบบใหม่มี 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) มีคู่มือระบบส่งต่อ 2) มีกระบวนการรับแจ้งและประสานงาน 3) มีระบบประสานข้อมูล 4) มีกระบวนการประเมินผู้ป่วย และ 5) มีการบันทึกกระบวนการขณะส่งต่อ หลังการพัฒนา พบว่าระบบปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 66.7 เป็นร้อยละ 87.5 ความพร้อมของศูนย์ส่งต่ออยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 4.2 เป็นร้อยละ 83.3 และความพึงพอใจของบุคลากรอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 25.0 เป็นร้อยละ 83.3 ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการใช้ระบบบริการส่งต่อของกลุ่มญาติผู้ป่วย พบว่า หลังพัฒนาอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 78.8 เป็นร้อยละ 83.3 และมีความพึงพอใจต่อบริการอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 69.7 เป็นร้อยละ 93.9 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย พบว่าโดยรวมผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกลดตัวอยู่ในระดับเล็กน้อยเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 87.9 เป็นร้อยละ 90.9 ได้แก่ ลืมตาได้เองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.8 เป็นร้อยละ 90.9 พูดคุยได้ไม่สับสนเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 42.4 เป็นร้อยละ 72.7 และ เคลื่อนไหวได้ตามคำสั่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54.5 เป็นร้อยละ 84.8

โคจา และคณะ (Khoja et al., 1997) ทำการศึกษาเรื่อง รูปแบบการส่งต่อจากศูนย์สุขภาพไปยังโรงพยาบาลในภูมิภาคริยาด รูปแบบการเข้ารับบริการและการส่งต่อในโรงพยาบาลและศูนย์

สุขภาพในภูมิภาคcriyac ประเทศซาอุดีอาระเบีย ที่ศึกษาก่อนและหลังการใช้ระบบส่งต่อ พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลลดลงทั้งหมด 40.6% ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพปฐมภูมิเพิ่มขึ้น 11.9%; การอ้างอิงเพิ่มขึ้น 19.2%; ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินเพิ่มขึ้น 33.2% และผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น 17.3% เป็นที่ชัดเจนว่าระบบการส่งต่อมีและจะมีผลกระทบต่อบริการสุขภาพระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพเชิงบวกและลดผลกระทบด้านลบ การสื่อสารระหว่างศูนย์สุขภาพปฐมภูมิและโรงพยาบาลควรมีมาตรฐานสูง แนะนำให้มีการทบทวนและศึกษาระบบการอ้างอิงเป็นประจำ

เกวารา และคณะ (Guevara et al., 2011) ทำการศึกษาเรื่อง การวัดประสิทธิภาพของกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยเฉพาะทาง: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ หลังจากการตรวจสอบบทความและข้อความเต็มแล้ว เราได้เลือกเอกสาร 214 ฉบับ ที่มีมาตรการ 244 ฉบับ มาตรการส่วนใหญ่ใช้ในผู้ใหญ่ (57%) ประเมินองค์ประกอบโครงสร้างของกระบวนการส่งต่อ (60%) และรวบรวมข้อมูลผ่านแบบสำรวจ (62%) มาตรการถูกจำแนกเป็นโดเมนที่ไม่แยกจากกัน ความต้องการการดูแลเฉพาะทาง (N = 14), การเริ่มการส่งต่อ (N = 73), การเข้าสู่การดูแลเฉพาะทาง (N = 53), การประสานงาน (N = 60), ประเภทการส่งต่อ (N = 3), งานทางคลินิก (N = 19), การใช้ทรัพยากร (N = 13), คุณภาพ (N = 57) และผลลัพธ์ (N = 9) มีมาตรการที่เผยแพร่เพื่อประเมินกระบวนการส่งต่อเฉพาะทาง แม้ว่าโดเมนบางส่วนจะจำกัด เนื่องจากมาตรการเหล่านี้จำนวนมากยังไม่ได้รับการตรวจสอบอย่างกว้างขวางในประชากรทั่วไป การประเมินด้านที่จำกัดของกระบวนการส่งต่อ และต้องมีการรวบรวมข้อมูลใหม่ จึงจำเป็นต้องมีการนำไปใช้และให้ความสำคัญกับการประเมินกระบวนการส่งต่อเฉพาะทาง

อัลฮาร์ธี และคณะ (AlHarthy et al., 2024) ทำการศึกษาเรื่อง การปรับปรุงกระบวนการส่งต่อ: แนวทางที่สร้างสรรค์และแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด พบว่ากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งวิทยามีการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญ โดยจำนวนวันเฉลี่ยในการรับผู้ป่วยลดลงจาก 4.3 วันเป็น 1.3 วัน หลังการนำไปใช้ การวิเคราะห์ทางสถิติยืนยัน ความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงนี้ (ค่า $F = 46.25$, $p < .0001$) ในทำนองเดียวกัน จำนวนวันเฉลี่ยในการนัดหมายครั้งแรกหลังจากรับผู้ป่วยลดลงจาก 8.6 วันเป็น 4.0 วัน โดยมีการสนับสนุนทางสถิติ (ค่า $F = 6.29$, $p < .0$) การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าที่สำคัญในการปรับกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งวิทยาให้เหมาะสม เมื่อพิจารณาพร้อมกับผลการวิจัยก่อนหน้านี้ จะเน้นย้ำถึงความสำคัญของความพยายามอย่างต่อเนื่องในการเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งต่อผู้ป่วย

การส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจากหน่วยงานปฐมภูมิไปยังระดับที่สูงขึ้น เป็นกระบวนการสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการรักษาและโอกาสในการรอดชีวิตของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่

ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า มีปัจจัยหลายประการที่เป็นอุปสรรคต่อความราบรื่นของกระบวนการส่งต่อ
 อาทิ ความไม่เข้าใจในแนวทางการส่งต่อของบุคลากรสุขภาพ ข้อจำกัดด้านเวลา และขาดแคลน
 ทรัพยากรสนับสนุนการพัฒนากลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อปรับปรุงกระบวนการนี้จึงเป็นเรื่อง
 จำเป็น และหนึ่งในแนวทางที่มีศักยภาพคือการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ แม้ว่าจะมีการศึกษา
 เกี่ยวกับแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยในระบบสุขภาพจำนวนมาก แต่งานวิจัยส่วนใหญ่เน้นที่การพัฒนา
 ระบบเอกสารและการใช้เทคโนโลยีเพื่ออำนวยความสะดวก โดยขาดการให้ความสำคัญกับ
 กระบวนการเรียนรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิที่มีบทบาทหลักในการส่งต่อผู้ป่วย
 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการโค้ชแบบเพียร์นั้น พบว่า มีการนำไปใช้ในหลายบริบท เช่น การพัฒนา
 ศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาล แต่ยังไม่มียานวิจัยที่มุ่งเน้นไปที่การใช้การโค้ช
 แบบเพียร์เพื่อเสริมสร้างการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
 โดยเฉพาะการโค้ชแบบเพียร์เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาทักษะผ่านการ
 สนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน โดยใช้แนวคิดของการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เพื่อช่วยให้
 บุคลากรมีความมั่นใจและเข้าใจบทบาทของตนมากขึ้น ในบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิ การโค้ช
 แบบเพียร์สามารถช่วยลดข้อผิดพลาดในการส่งต่อผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของ
 บุคลากรสุขภาพได้ อย่างไรก็ตาม ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของการ
 นิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อการรับรู้และการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง
 เต้านม การศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อการรับรู้กระบวนการส่งต่อ
 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิเป็นเรื่องสำคัญที่ควรได้รับการพิจารณา
 อย่างจริงจัง เนื่องจากสามารถช่วยพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ ลดอุปสรรคในการ
 ส่งต่อ และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมของผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษานี้จะ
 เป็นข้อมูลสำคัญที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายและกลยุทธ์เพื่อปรับปรุง
 กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยในระบบสุขภาพต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การออกแบบงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest posttest-design) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติการวิจัยนี้วัดผล 2 ครั้ง คือ วัดก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-test) และภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม (Post-test) เพื่อศึกษาผลโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิการออกแบบวิจัยประชากรและตัวอย่างการเก็บรวบรวมเครื่องมือ และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

E	O1 _E	X	O2 _E
C	O1 _C	-	O2 _C

แผนภาพที่ 3.1 การออกแบบการวิจัย

ความหมายของสัญลักษณ์ต่าง ๆ ดังนี้

- | | | |
|-----------------------------------|---------|--|
| E | หมายถึง | กลุ่มทดลอง จำนวน 24 คน |
| C | หมายถึง | กลุ่มควบคุม จำนวน 24 คน |
| X | หมายถึง | โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย |
| O1 _E , O1 _C | หมายถึง | คะแนนการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยของบุคลากรสุขภาพ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในกลุ่มทดลอง (O1 _E) และกลุ่มควบคุม (O1 _C) |
| O2 _E , O2 _C | หมายถึง | คะแนนการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยของบุคลากรสุขภาพ
ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง (O2 _E) และกลุ่ม
ควบคุม (O2 _C) |

ลักษณะของสถานที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

การวิจัยนี้ผู้วิจัยศึกษาละเก็บข้อมูลโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตพื้นที่ให้บริการ ประกอบไปด้วย 19 รพ.สต. โดยมีระบบบริการในรูปแบบเครือข่ายการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรสุขภาพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตพื้นที่ให้บริการประกอบไปด้วย 19 ร.พ สต จำนวน 57 คน

ตัวอย่าง คือ บุคลากรสุขภาพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตพื้นที่ให้บริการประกอบไปด้วย 18 รพ.สต. จำนวน 48 คน

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงทดลองนี้ ใช้แนวทางการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการของ โคเฮน (Cohen, 1988) ซึ่งระบุว่าสำหรับการวิจัยที่ใช้การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม (Independent Samples t-test) และคาดหวังขนาดอิทธิพล (Effect Size) ระดับปานกลาง (Medium = 0.50) ควรกำหนดกลุ่มละ 24 คน เพื่อให้การวิเคราะห์มีอำนาจทางสถิติ (Power) อย่างน้อย 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ 48 คน วิธีการสุ่มตัวอย่าง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบุคลากรสุขภาพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีจำนวน 19 แห่ง โดยเลือกแบบมีจุดประสงค์/เฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงตามหลักการของเหตุผลโดยให้มีความสอดคล้องกับปัญหาการวิจัย โดยเลือก 1 รพ.สต. เป็นหน่วยบริการที่ให้การนิเทศด้วยการโค้ชในการส่งต่อผู้ป่วย หรือ node model โดยมีเกณฑ์การเลือก คือ เป็นพยาบาลที่เคยปฏิบัติหน้าที่ในการส่งที่มีประสบการณ์และมีความรู้ด้านบริบทในการส่งต่อ ที่มีความรู้ด้านปฏิบัติการส่งต่อเคยปฏิบัติในโรงพยาบาลแม่ข่าย และย้ายไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อเป็นผู้โค้ชให้แก่ รพ.สต. ได้ และอีก 18 รพ.สต. โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน โดยดำเนินการรวมรายชื่อบุคลากรทั้งหมด 54 คนจาก 18 รพ.สต. โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 9 รพ.สต. และทำการคัดเลือกบุคลากรสุขภาพ กลุ่มละ 24 คน โดยทำการจับฉลากให้ครบตามลำดับ โดยกำหนดให้มีพยาบาลจำนวนกลุ่มละ 16 คน และนักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 8 คน

การกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. บุคลากรสุขภาพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย
2. สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

บุคลากรสุขภาพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ลาป่วย ลาก่อนบุตร ลาศึกษาต่อไม่อยู่ในช่วงการทำวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 2 ตัวแปร ที่ใช้ในการวิจัยดังต่อไปนี้

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีกระบวนการการนิเทศแบบเพื่อนช่วย (Peer Coaching) (Jarvis et al., 2017)

ตัวแปรตาม คือ การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การระบุผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย แนวทางในกระบวนการส่งต่อ การประเมินผู้ป่วยและการคัดกรองความพร้อมด้านข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยและการส่งต่อ การประเมินผลจากการปฏิบัติการส่งต่อ (ประยุกต์จาก WHO, 2005; Ministry of Health-Ethiopia, 2010)

ตารางที่ 3.1 รายละเอียดของกิจกรรม/วิธีสู่ความสำเร็จในการใช้พัฒนาโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิ จำแนกตามกระบวนการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วยตามแนวคิด จาวิส และคณะ (Jarvis et al., 2017) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน

กระบวนการโค้ชแบบเพียร์	กิจกรรม/วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	เครื่องมือ/อุปกรณ์
1) ประเมินการรับรู้กระบวนการส่งต่อ และทบทวนโปรแกรม เพื่อให้ผู้โค้ชมีความมั่นใจ สร้างความมั่นใจในการโค้ชแบบเพียร์ (ลำดับที่ 1)	1. ประชุมระดมสมอง เพื่อประเมินปัญหาศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการสอนและเนื้อหา 2. สรุปปัญหา/อุปสรรค/ความรู้ที่ต้องเพิ่มเติมในการส่งต่อ	4 ชั่วโมง	1. ตำรา/เอกสาร 2. คอมพิวเตอร์ 3. อินเทอร์เน็ต 4. Power point

ตารางที่ 3.1 รายละเอียดของกิจกรรม/วิธีสู่ความสำเร็จในการใช้พัฒนาโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิ จำแนกตามกระบวนการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วยตามแนวคิด จาวิส และคณะ (Jarvis et al., 2017) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน

กระบวนการโค้ชแบบเพียร์	กิจกรรม/วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	เครื่องมือ/อุปกรณ์
2) การออกแบบการเรียนรู้ระดับ โดยพัฒนา Node model ที่มี ประสบการณ์ในการส่งต่อ และ สามารถเป็นผู้โค้ชให้แก่ รพ.สต. อื่นที่ทำหน้าที่ในการประสาน ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (สัปดาห์ที่ 2)	1. การจัดการอบรมการโค้ช ที่มีประสิทธิภาพ จาก ผู้เชี่ยวชาญเพื่อกระตุ้นการ เรียนรู้และเพิ่มประสิทธิภาพ ด้านการนิเทศให้ได้ผล	5 ชั่วโมง	1. ตำรา/เอกสาร 2. คอมพิวเตอร์ 3. อินเทอร์เน็ต 4. Power point
3) การจัดทำสื่อการสอนในการ โค้ชเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมผ่าน line application เปิดช่องทางในการส่งต่อข้อมูล เพื่อให้ รพ.สต. สามารถทำการ นัดหมายผ่านระบบได้ถูกต้อง (สัปดาห์ที่ 3)	1. มีการฝึกปฏิบัติการ โค้ชใน การส่งต่อผู้ป่วย แนวทางการส่ง ต่อ/เอกสารระบบการนัดที่ โปรแกรม EMR	1 สัปดาห์	1.คอมพิวเตอร์ 2. อินเทอร์เน็ต 3. Power point 4. smart phone 5. app line
4) มีการเสนอแนะ แลกเปลี่ยน ความคิดเห็นที่เป็นปัญหาหรือ อุปสรรคจากประสบการณ์ใน การส่งต่อ) (สัปดาห์ที่ 4- 5)	1. มีการนิเทศเรื่องการส่งต่อถึง อุปสรรคจากการโค้ช ข้อดี ข้อเสียระบบการส่งต่อ 2. การทดลองการโค้ชแบบ เพียร์ ในระบบการส่งต่อ แต่ละ รพ.สต. เพื่อได้ ข้อมูล ย้อนกลับนำมาปรับปรุง	2 สัปดาห์	1. คอมพิวเตอร์ 2. อินเทอร์เน็ต 3. smart phone 4. app line

ตารางที่ 3.1 รายละเอียดของกิจกรรม/วิธีสู่ความสำเร็จในการใช้พัฒนาโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิ จำแนกตามกระบวนการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วยตามแนวคิด จาวิส และคณะ (Jarvis et al., 2017) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน

กระบวนการโค้ชแบบเพียร์	กิจกรรม/วิธีการสู่ความสำเร็จ	ระยะเวลา	เครื่องมือ/อุปกรณ์
5) นำการโค้ชแบบเพียร์มาวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคการมาบูรณาการเพื่อนำมาปรับปรุงบริการ	1. นำโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์มาใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย / การนัดหมาย/การส่งต่อเอกสาร	1 สัปดาห์	1. คอมพิวเตอร์ 2. อินเทอร์เน็ต 3. smart phone 4. app line
6) การให้ข้อเสนอแนะการติดตามและประเมินผล (สัปดาห์ที่ 6)	บันทึกทางการพยาบาลการประเมินผลการส่งต่อ		

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

Christian University of Thailand

1. โปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างและตรวจสอบคุณภาพดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี หลักการ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการส่งตัวผู้ป่วยพฤติกรรม การส่งต่อผู้ป่วยและการเรียนรู้กิจกรรมแบบเพื่อนช่วยเพื่อน

1.2 ประชุมคณะทำงานเพื่อกำหนดคุณสมบัติของผู้ที่เหมาะสมเป็นโค้ชแบบเพียร์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกโค้ช ได้แก่

1.2.1 คุณสมบัติพื้นฐาน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีประสบการณ์การส่งต่อผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 20 ปี โดยเฉพาะกลุ่มโรคมะเร็งเต้านม หรือมีส่วนร่วมในการส่งต่อผู้ป่วยในระบบสุขภาพ และมีประสบการณ์ในการสอนแนะ รวมถึงมีความรู้บริบท ทั้งโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่าย (หน่วยงานปฐมภูมิ)

1.2.2 มีทักษะในการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ มีมนุษยสัมพันธ์ดี สามารถให้คำปรึกษา แนะนำ และถ่ายทอดประสบการณ์แก่เพื่อนร่วมวิชาชีพด้วยทัศนคติที่เป็นบวก

1.2.3 มีความสามารถในการจูงใจ กระตุ้น และสนับสนุนให้เพื่อนพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย

1.2.4 เข้าใจกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยในระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และมีประสบการณ์ใช้งานระบบส่งต่อจริง สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการดูแลต่อเนื่อง และการสนับสนุนทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยมะเร็ง

1.3 ดำเนินการจัดโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งด้านมตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิประกอบด้วย 6 กระบวนการ ดังนี้

1.3.1 จัดกิจกรรมประเมินการรับรู้การส่งต่อและเพื่อให้ผู้โค้ชมีความมั่นใจ สร้างความมั่นใจในการโค้ชแบบเพียร์

1.3.2 การออกแบบการเรียนรู้โดยพัฒนา Node model ที่มีประสบการณ์ในการส่งต่อ และสามารถเป็นผู้โค้ชให้แก่ รพ.สต. อื่นที่ทำหน้าที่ในการประสานส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งด้านม

1.3.3 การจัดทำคู่มือในการโค้ชเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งด้านมผ่าน line application เปิดช่องทางในการส่งต่อข้อมูล เพื่อให้ ร.พ. สต. สามารถทำการนัดหมายผ่านระบบได้ถูกต้อง

1.3.4 มีการเสนอแนะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่เป็นปัญหาหรืออุปสรรคจากประสบการณ์ในการส่งต่อ โดยสร้าง LINE Group ที่มีสมาชิกทั้งหมดตาม Node Model ตั้งชื่อกลุ่ม “Peer Coaching CA Breast PCU” มีผู้ดูแลกลุ่ม (Admin) 2 คน และสมาชิกของกลุ่มโค้ชแบบเพียร์ประกอบด้วยบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทหลากหลายในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้านมในระบบปฐมภูมิ

1.3.5 นำการโค้ชแบบเพียร์มาวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคการมาบูรณาการเพื่อนำมาปรับปรุงบริการ โดยพยาบาลโค้ชแบบเพียร์ทำหน้าที่รวบรวมประเด็นปัญหาและถอดบทเรียนร่วมกับเพื่อนร่วมทีม

1.3.6 การให้ข้อเสนอแนะการติดตามและประเมินผล

1.4 เสนอโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งด้านมตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงแก้ไข

1.5 นำโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งด้านมตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามเพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้างความเหมาะสมของภาษาที่ใช้แล้วนำมาปรับปรุงเพื่อให้มีเนื้อหาและข้อคำถามต่าง ๆ ตรงกับกรอบแนวคิดในการศึกษาที่ต้องการจะวัดแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง

พิจารณาความครอบคลุม และความสอดคล้องระหว่างสาระคำถาม และสาระของมิติที่วัดความถูกต้องของแบบสอบถาม หลังจากนั้นนำผลการพิจารณาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) วัดความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งฉบับค่า CVI จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 1.00 ซึ่งเป็นข้อความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เห็นว่าข้อคำถาม มีความสอดคล้องกับนิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยโดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Burn & Grove, 2009)

1 หมายถึง ข้อคำถามนั้น ไม่สอดคล้องกับ นิยามศัพท์หรือการวัดตัวแปรนั้น
2 หมายถึง ข้อคำถามนั้น สอดคล้องกับ นิยามศัพท์หรือการวัดตัวแปรนั้นเล็กน้อย
ต้องปรับปรุงอีกมาก

3 หมายถึง ข้อคำถามนั้น สอดคล้องค่อนข้างมากกับ นิยามศัพท์หรือการวัดตัวแปรนั้น
นั้นต้องปรับปรุงเพียงเล็กน้อย

4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องหรือเหมาะสมกับนิยามศัพท์หรือการวัดตัวแปรนั้น
ผู้วิจัยนำข้อมูลการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรง ตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ คือ 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2012) จากสูตร

$$\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อ (I-CVI)} = \frac{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คะแนน 3 และ 4}}{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด}}$$

$$\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI)} = \frac{\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อทั้งหมด}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$$

โดยมีค่าดัชนีความตรง ตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.9753

2. แบบประเมินการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิ

2.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี หลักการ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.2 สร้างแบบประเมินการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 คำถามข้อมูลทั่วไป การศึกษา รายได้ ประสบการณ์การปฏิบัติงานในวิชาชีพ การได้รับการพัฒนาความรู้ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา และจำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวัน โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีค่าคะแนนระหว่าง 1-5 ดังนี้

5	คะแนน หมายถึง	การรับรู้กระบวนการส่งต่อได้ดีมาก
4	คะแนน หมายถึง	การรับรู้กระบวนการส่งต่อได้ดี
3	คะแนน หมายถึง	การรับรู้กระบวนการส่งต่อได้ปานกลาง
2	คะแนน หมายถึง	การรับรู้กระบวนการส่งต่อได้เล็กน้อย
1	คะแนน หมายถึง	ไม่มีการรับรู้กระบวนการส่งต่อ

2.3 เสนอแบบประเมินแบบประเมินการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิ ต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงแก้ไข

2.4 นำแบบประเมินแบบประเมินพฤติกรรมกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ จำนวน 10 ชุด วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ในแต่ละส่วนของแบบสอบถามแยกเป็นรายด้าน และคำนวณทั้งฉบับ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ได้มีค่ายอมรับได้ คือ 0.7-0.9 (Polit et al., 2007) โดยแบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.983 สัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha) (Cronbach, 1990) เป็นตัวชี้วัดความเชื่อมั่น (Reliability) หรือความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) ของแบบสอบถามหรือเครื่องมือวัด โดยค่าของ Cronbach's Alpha มีช่วงตั้งแต่ 0 ถึง 1 ซึ่งสามารถแปลผลได้ดังนี้

≥ 0.90	หมายถึง	ความเชื่อมั่นสูงมาก (Excellent)
0.80 - 0.89	หมายถึง	ความเชื่อมั่นดีมาก (Good)
0.70 - 0.79	หมายถึง	ความเชื่อมั่นอยู่ในระดับยอมรับได้ (Acceptable)
0.60 - 0.69	หมายถึง	ความเชื่อมั่นปานกลาง (Questionable)
0.50 - 0.59	หมายถึง	ความเชื่อมั่นต่ำ (Poor)
< 0.50	หมายถึง	ความเชื่อมั่นไม่เพียงพอ (Unacceptable)

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติวิจัยผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยคริสเตียน รับรองเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2567 หมายเลข น.13/2567 และผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และการปกป้อง การเข้าถึงข้อมูลวิจัยโดยใช้การแทนคำรหัส ซึ่งผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้ กรณีตีพิมพ์ผลการวิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมโดยใช้เหตุผลทางวิชาการเท่านั้นผู้วิจัยจะทำลายเอกสารวิจัยภายใน 2 ปี หลังจากสิ้นสุดโครงการ เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงชื่อในหนังสือยินยอม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการหลังได้รับหนังสือรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

1. ขั้นตอนการดำเนินการ

1.1 ผู้วิจัยได้เสนอโครงการนี้แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียนผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจึงนำเสนอต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาครและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนเริ่มการทดลอง

1.2 ภายหลังโครงการผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียนต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยติดต่อประสานงาน

1.3 เมื่อได้รับอนุญาตจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยได้คัดเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ขั้นตอนการ

2.1 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์รายละเอียดของโครงการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยที่จะได้รับการดูแลตลอดการทดลอง รวมทั้งผลประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมชี้แจงให้ประชากรกลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติกรพยาบาลแต่อย่างใด ผู้วิจัยให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง โดยให้มีเวลาในการตัดสินใจได้อย่างอิสระ

2.2 ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยเซ็นยินยอมในแบบฟอร์มยินยอม ให้ทำการวิจัย (Informed consent form) โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่ม ตัวอย่าง ทราบว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะไม่มีเปิดเผย ชื่อ-สกุล ข้อมูลนามา เฉพาะการศึกษาวิจัยครั้งนี้และผลการวิจัยนำเสนอเฉพาะภาพรวมเท่านั้น

2.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยขอให้กลุ่ม ตัวอย่างตอบแบบสอบถาม 1 ชุด ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิ

2.4 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยใช้การนิเทศแบบปกติร่วมกับการใช้โปรแกรมการ โค้ชแบบเพียร์

โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ การดำเนินขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

1. ให้ทำแบบสอบถาม ครั้งที่ 1 คือ Pre test โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิ สัปดาห์แรก เพื่อเปรียบเทียบระดับก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. สัปดาห์ที่ 2-สัปดาห์ที่ 3 กลุ่มทดลองเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “โปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ ของบุคลากรสุขภาพ ในหน่วยงานปฐมภูมิ” วิทยากรโดย พว.กนกวรรณ เส็งคำภา ผู้ช่วย ผู้อำนวยการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีประสบการณ์ในการเป็นผู้วางแผนการนิเทศ ออกแบบ การนิเทศมากกว่า 10 ปี และเคยเป็นโค้ชทางการพยาบาล เป็นวิทยากรในการบรรยาย ให้ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการสอนใน รูปแบบบรรยาย (Lecture) การฝึกเชิงปฏิบัติการ (Workshop) พัฒนาสื่อการสอนและแผนการสอน เกี่ยวกับการโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตาม การรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ วิเคราะห์สถานการณ์ที่สร้างขึ้น และฝึกทักษะ การใช้โปรแกรมเพื่อพัฒนาความสามารถการ ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเพิ่มความเข้าใจ โดยประยุกต์แนวคิดโปรแกรม ตามกรอบแนวคิดการโค้ชแบบเพียร์ของ จาวิส และคณะ (Jarvis et al., 2017)

กำหนดกิจกรรม กลุ่มย่อย ทั้งหมด 4 กิจกรรมได้แก่ 1) การเสริมสร้างความรู้จาก เพื่อนที่ชำนาญกว่า (Coach as expert) 2) กิจกรรมเล่าประสบการณ์การทำงาน (Story telling) ความสำเร็จด้านการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะแรก โดยใช้ประสบการณ์การทำงานของเพื่อน ร่วมงาน มาแลกเปลี่ยนกัน 3) การพัฒนาการปฏิบัติการด้านการพยาบาลร่วมกัน (Material development) 4) การเสริมสร้างความรู้ในการปฏิบัติงานด้านการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของ

บุคลากรพยาบาล โดยการทำงานแก้ปัญหาคณะเฉพาะด้านหรือเฉพาะเรื่อง (Problem solving) โดยใช้สถานการณ์จริงมาวิเคราะห์ถึงอุปสรรคการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

3. บุคลากรสุขภาพกลุ่มทดลอง นำโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ไปใช้ในการปฏิบัติการนิเทศกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิ

4. สัปดาห์ที่ 4-5 ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติตาม การใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ และให้คำแนะนำให้มีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือปรึกษาหารือเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้จากการส่งต่อ การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) จัดอภิปรายกลุ่ม ผู้วิจัยเสนอรายละเอียดที่ได้จากการติดตามการใช้โปรแกรม การโค้ชแบบเพียร์ และปัญหาที่พบ ข้อเสนอแนะแสดงความคิดเห็นถึงประสบการณ์การใช้โปรแกรม จากกลุ่มตัวอย่างเพื่อเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งจะ เป็นประโยชน์แก่ผู้ที่ใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์

3. ขั้นตอนดำเนินการ

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มวิจัยเป็นครั้งที่สอง โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม 1 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามทั่วไปและแบบประเมินการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิ ได้ครบทั้ง 24 ชุด ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมอภิปรายเพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการปรับปรุงแก้ไขต่อไป ผู้วิจัยประเมินการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ โดยให้กลุ่ม ทดลองตอบแบบสอบถาม ครั้งที่ 2 คือ Posttest โดยใช้แบบสอบถาม ฉบับเดียวกันกับก่อนการอบรม

การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

1. ขั้นตอนการดำเนินการ

1.1 ภายหลังจากโครงการผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน ผู้วิจัยติดต่อประสานงานองค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาต ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาครและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยได้คัดเลือก กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.3 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นัดพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยที่จะได้รับการดูแลตลอดการทดลอง รวมทั้งผลประโยชน์ ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม

โครงการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลแต่อย่างใด ผู้วิจัยให้สิทธิ กลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจได้ด้วยตนเองโดยให้มีเวลาในการตัดสินใจให้อย่างอิสระ

2. ขั้นตอนการ

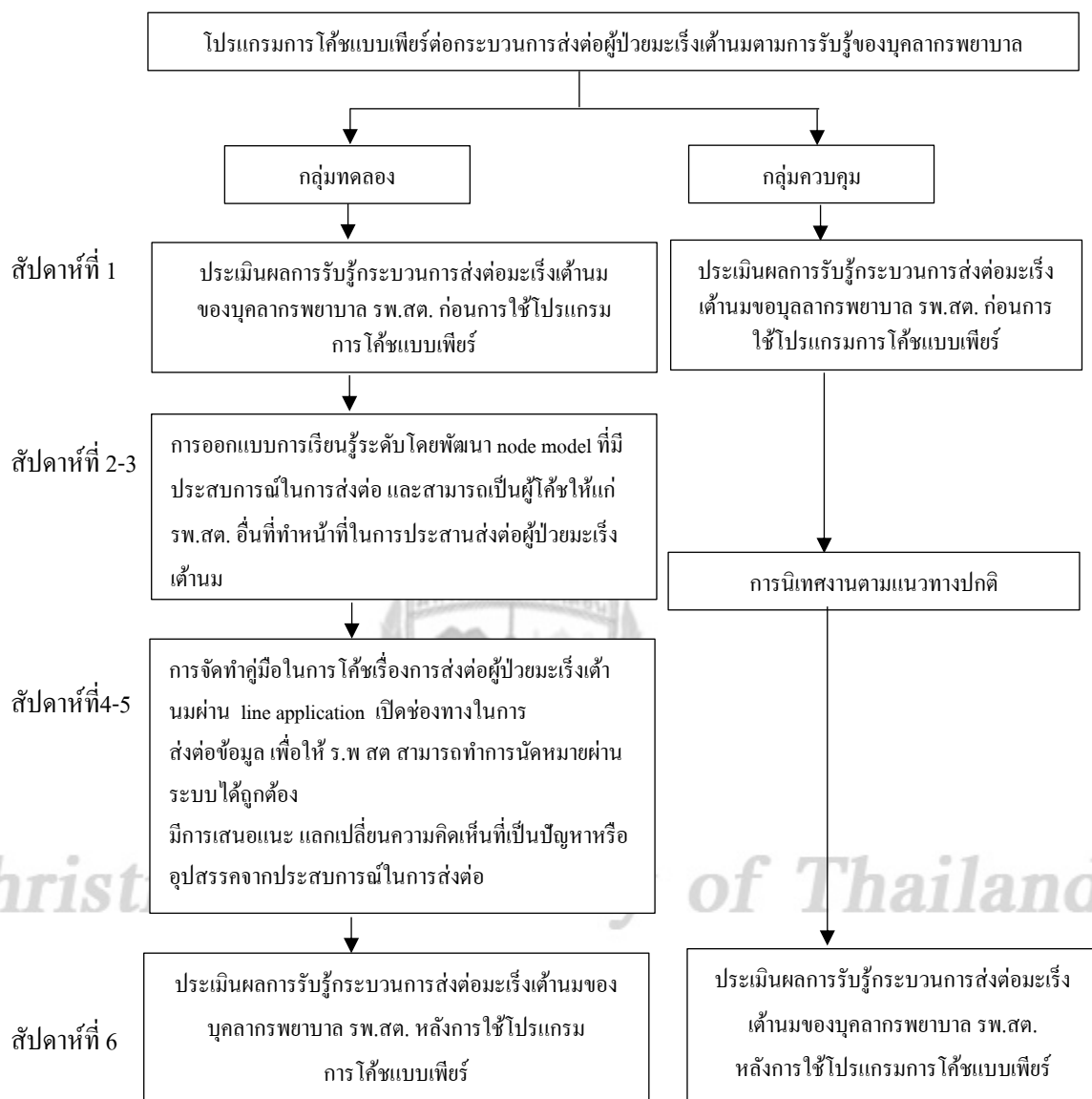
2.1 ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยเซ็นยินยอมในแบบฟอร์มใบยินยอมให้ทำการวิจัย โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed consent form) ผู้วิจัยชี้แจงให้ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ทราบว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะไม่มีเปิดเผย ชื่อ-สกุล ข้อมูลนำมาเฉพาะการศึกษาวิจัยครั้งนี้และผลการวิจัยจะนำเสนอเฉพาะภาพรวมเท่านั้น

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่แรกให้ตอบแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามทั่วไปและแบบประเมินการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ

3. ขั้นตอนหลังดำเนินการ

เมื่อสิ้นสุดโครงการ สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมเป็นครั้งที่สอง โดยให้ตอบแบบสอบถาม 1 ชุด ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ และเก็บรวบรวมข้อมูลกลับด้วยตนเองได้ครบทั้ง 24 ชุด

Christian University of Thailand



แผนภาพที่ 3.2 การใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่นัยสำคัญเท่ากับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน สถิติที่ใช้มีดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ผลของการจัดการอบรมการใช้โปรแกรมตามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ วุฒิการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน การอบรม

การใช้โปรแกรมโปรแกรม ในหน่วยงานปฐมนิเทศก่อนและหลังการใช้โปรแกรม (กลุ่มทดลอง) วิเคราะห์ด้วย สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติอ้างอิง (Inferential Statistics)

2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่เป็นมาตรานามบัญญัติ (Nominal scale) และมาตราจัดลำดับ (Ordinal scale) โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) ข้อมูลมาตราอันตรภาคชั้น (Interval scale) มาตราอัตราส่วน (Ratio scale) โดยใช้สถิติ ทีแบบสองกลุ่มอิสระต่อกัน (Independent t-test)

2.2 การเปรียบเทียบการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมนิเทศ ก่อนและหลังของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมถ้าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ใช้สถิติทีแบบสองกลุ่มสัมพันธ์กัน (Dependent t-test)

2.3 เปรียบเทียบการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากร สุขภาพ ในหน่วยงานปฐมนิเทศ ก่อนและหลัง รายด้านระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ใช้สถิติทีแบบสองกลุ่มอิสระต่อกัน (Independent t-test)

Christian University of Thailand

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest posttest-design) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติการวิจัยนี้วัดผล 2 ครั้ง คือ วัดก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-test) และภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม (Post-test) เพื่อศึกษาผลโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ประสิทธิภาพในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และประสิทธิภาพการเข้าร่วมการอบรมการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม/ การศึกษาที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ ผู้เข้าร่วมวิจัยเคยอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ ก่อนและหลังโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วยของกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 จำนวนและ ร้อยละ ของบุคลากรสุขภาพในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามลักษณะทั่วไปค่าสถิติทดสอบความอิสระของ 2 กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Chi-square
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	P-value
1. เพศ					
ชาย	2	8.33	1	4.17	2.372 (0.32)
หญิง	22	91.67	23	95.83	
2. อายุ					
Generation Z (18-26 ปี)	4	16.67	4	16.67	49.667 (0.44)
Generation Y (27-42 ปี)	7	29.17	8	33.33	
Generation X (43-58 ปี)	13	54.17	12	50.00	
$(\bar{X}_1 = 35.28, SD_1 = 7.50, \text{Max}_1 = 52, \text{Min}_1 = 26)$					
$(\bar{X}_2 = 37.04, SD_2 = 6.87, \text{Max}_2 = 49, \text{Min}_2 = 27)$					
3. ระดับการศึกษาสูงสุด					
ปริญญาตรี	23	95.83	23	95.83	5.490 (0.55)
ปริญญาโท	1	4.17	1	4.17	
ปริญญาเอก	0	0.00	0	0.00	
5. ตำแหน่งงานในปัจจุบัน					
พยาบาล	16	66.67	16	66.67	33.808 (0.53)
นักวิชาการสาธารณสุข	3	12.50	2	8.33	
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	5	20.83	6	25.00	
6. ประสบการณ์ในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง					
เต้านม					
น้อยกว่า 1 ปี	4	16.67	3	12.50	43.808 (0.24)
1-5 ปี	14	58.33	14	5.33	
มากกว่า 5 ปี	6	25.00	7	29.17	
7. ประสบการณ์การเข้าร่วมการอบรม					
ไม่เคย	20	83.33	19	79.17	18.240 (0.32)
เคย	4	16.67	5	20.83	

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.67) เพศชาย (ร้อยละ 8.33) ในด้านอายุ ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 35.08 ปี อายุมากที่สุด 52 ปีอายุน้อยที่สุด 26 ปี ระดับการศึกษาสูงสุด ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 95.83) ปริญญาโท (ร้อยละ 4.17) ตำแหน่ง พยาบาล (ร้อยละ 66.67) นักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 12.50) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 20.83) ประสบการณ์ในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คือ 1-5 ปี (ร้อยละ 5.33) รองลงมาเป็น มากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 25.00) และน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 16.6) และประสบการณ์การเข้าร่วมการอบรมการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม/ การศึกษาที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ ผู้เข้าร่วมวิจัยเคยอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ไม่เคย (ร้อยละ 83.33) เคยได้รับการอบรม (ร้อยละ 16.67)

กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.83) เพศชาย (ร้อยละ 4.17) ในด้านอายุ ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 37.04 ปี อายุมากที่สุด 49 ปีอายุน้อยที่สุด 27 ปี ระดับการศึกษาสูงสุด ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 95.83) ปริญญาโท (ร้อยละ 4.17) ตำแหน่ง พยาบาล (ร้อยละ 66.67) นักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 8.33) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 25.00) ประสบการณ์ในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คือ 1-5 ปี (ร้อยละ 5.33) รองลงมาเป็น มากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 29.17) และน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 12.50) และประสบการณ์การเข้าร่วมการอบรมการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม/การศึกษาที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ ผู้เข้าร่วมวิจัยเคยอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ไม่เคย (ร้อยละ 79.17) เคยได้รับการอบรม (ร้อยละ 20.83)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ ก่อนการได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	SD	แปลผล	t	p-value
กลุ่มทดลอง	2.98	0.56	ปานกลาง	0.230	0.820
กลุ่มควบคุม	2.99	0.68	ปานกลาง		

จากตารางที่ 4.2 พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ ก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.98$, $SD = 0.56$) ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ ก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.99$, $SD = 0.68$) เมื่อนามาทดสอบทางสถิติแล้ว พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายด้านของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิก่อนการได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามรายด้านโดยรวม

ข้อ	กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย มะเร็งเต้านม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
		ก่อนได้รับโปรแกรม			ก่อนได้รับโปรแกรม				
		$\bar{X}_1$	SD_1	แปลผล	$\bar{X}_2$	SD_2	แปลผล		
1	การระบุผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาเฉพาะทางหรือการรักษามะเร็งเต้านมเต้านม	2.98	0.74	ปานกลาง	3.00	0.58	ปานกลาง	0.118	0.907
2	แนวทางในกระบวนการส่งต่อ-จัดทำแนวทางในการปฏิบัติการส่งต่อของผู้บุคลากรสุขภาพ สามารถให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา ที่จำเป็นสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย	2.98	0.61	ปานกลาง	2.98	0.62	ปานกลาง	0.000	1.000
3	การประเมินและการคัดกรอง เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบ	2.98	0.42	ปานกลาง	3.01	0.36	ปานกลาง	0.070	0.944
4	ความพร้อมด้านข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยและการส่งต่อ การเตรียมเอกสาร เช่น เหตุผลในการส่งต่อประวัติผู้ป่วย และข้อมูลการติดต่อของทั้งผู้ส่งและผู้รับการบันทึกข้อมูลครบถ้วน และการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง	3.00	0.57	ปานกลาง	2.97	0.43	ปานกลาง	0.040	0.965
5	การประเมินผลในการปฏิบัติการส่งต่อจากหน่วยงานปฐมภูมิมายังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับส่งต่อด้วยการทบทวนขั้นตอนรวมทั้งการประสานงานการส่งต่อ	2.96	0.69	ปานกลาง	2.99	0.50	ปานกลาง	0.135	0.894

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.3 กลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านความพร้อมด้านข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยและการส่งต่อ การเตรียมเอกสาร เช่น เหตุผลในการส่งต่อ ประวัติผู้ป่วย และข้อมูลการติดต่อของทั้งผู้ส่งและผู้รับการบันทึก ข้อมูลครบถ้วน และการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.00$, $SD = .57$) รองลงมาคือ ด้านการระบุผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาเฉพาะทางหรือการรักษามะเร็งเต้านมเต้านม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.98$, $SD = .75$) ลำดับที่ 3 คือ แนวทางในกระบวนการส่งต่อ-จัดทำแนวทางในการปฏิบัติการส่งต่อของผู้บุคลากรสุขภาพ สามารถให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่จำเป็นสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.98$, $SD = .61$) ลำดับที่ 4 คือ การประเมินและการคัดกรองเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.98$, $SD = .42$) และด้านที่ค่าคะแนนเฉลี่ยที่น้อยที่สุดคือ ด้านการประเมินผลในการปฏิบัติการส่งต่อจากหน่วยงานปฐมภูมิมายังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับส่งต่อด้วยการทบทวนขั้นตอน รวมทั้งการประสานงานการส่งต่ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.96$, $SD = .69$)

กลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการประเมินและการคัดกรอง เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.01$, $SD = .36$) รองลงมาคือ ด้านการระบุผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาเฉพาะทางหรือการรักษามะเร็งเต้านมเต้านม ($\bar{X} = 3.00$, $SD = .58$) ลำดับที่ 3 คือ การประเมินผลในการปฏิบัติการส่งต่อจากหน่วยงานปฐมภูมิมายังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับส่งต่อด้วยการทบทวนขั้นตอนรวมทั้งการประสานงานการส่งต่อ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.99$, $SD = .50$) ลำดับที่ 4 คือ ด้านแนวทางในกระบวนการส่งต่อ-จัดทำแนวทางในการปฏิบัติการส่งต่อของผู้บุคลากรสุขภาพ สามารถให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา ที่จำเป็นสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.98$, $SD = .62$) และด้านที่ค่าคะแนนเฉลี่ยที่น้อยที่สุดคือ ด้านความพร้อมด้านข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยและการส่งต่อ การเตรียมเอกสาร เช่น เหตุผลในการส่งต่อ ประวัติผู้ป่วย และข้อมูลการติดต่อ ของทั้งผู้ส่งและผู้รับการบันทึกข้อมูลครบถ้วน และการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.97$, $SD = .43$)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ หลังได้รับการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิ หลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	SD	แปลผล	t	p-value
กลุ่มทดลอง	3.97	0.38	มาก	19.488	0.000*
กลุ่มควบคุม	3.00	0.54	ปานกลาง		

*p < .05

จากตารางที่ 4.4 พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ หลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$, $SD = 0.38$) ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ หลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.00$, $SD = 0.54$) เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติแล้ว พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้กระบวนการส่งต่อมะเร็งเต้านมโดยรวม หลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิหลังการได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามรายด้านโดยรวม

ข้อ	การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย มะเร็งเต้านม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
		หลังได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม				
		$\bar{X}_1$	SD ₁	แปลผล	$\bar{X}_2$	SD ₂	แปลผล		
1	การระบุผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการ ส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการรักษา เฉพาะทางหรือการรักษามะเร็ง เต้านมเต้านม	4.01	0.50	มาก	3.00	0.72	ปาน กลาง	11.605	.000*
2	แนวทางในกระบวนการส่งต่อ- จัดทำแนวทางในการปฏิบัติการส่ง ต่อของผู้บุคลากรสุขภาพ สามารถ ให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา ที่จำเป็น สำหรับการส่งต่อผู้ป่วย	4.03	0.66	มาก	3.02	0.87	ปาน กลาง	9.957	.000*
3	การประเมินและการคัดกรอง เพื่อให้ มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไป ยังหน่วยงานที่รับผิดชอบ	4.06	0.58	มาก	3.03	0.85	ปาน กลาง	12.247	.000*
4	ความพร้อมด้านข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับ ผู้ป่วยและการส่งต่อ การเตรียม เอกสาร เช่น เหตุผลในการส่งต่อ ประวัติผู้ป่วย และข้อมูลการติดต่อ ของทั้งผู้ส่งและผู้รับการบันทึก ข้อมูลครบถ้วน และการให้ข้อมูล ผู้ป่วยมะเร็ง	3.88	0.65	มาก	2.96	0.74	ปาน กลาง	20.692	.000*
5	การประเมินผลในการปฏิบัติการส่ง ต่อจากหน่วยงานปฐมภูมิมายัง โรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับส่งต่อด้วย การทบทวนขั้นตอนรวมทั้งการ ประสานงานการส่งต่อ	3.86	0.85	มาก	2.98	1.03	ปาน กลาง	16.127	.000*

*p < .05

จากตารางที่ 4.5 กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการประเมินและการคัดกรอง เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.06$, $SD = .58$) รองลงมาคือ ด้านแนวทางในกระบวนการส่งต่อ-จัดทำแนวทางในการปฏิบัติการส่งต่อของบุคลากรสุขภาพ สามารถให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา ที่จำเป็นสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.03$, $SD = .66$) ลำดับที่ 3 คือ การระบุผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาเฉพาะทางหรือการรักษามะเร็งเต้านมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.01$, $SD = .50$) ลำดับที่ 4 คือ ด้านความพร้อมด้านข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยและการส่งต่อ การเตรียมเอกสาร เช่น เหตุผลในการส่งต่อ ประวัติผู้ป่วย และข้อมูลการติดต่อของทั้งผู้ส่งและผู้รับการบันทึกข้อมูลครบถ้วน และการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.88$, $SD = .65$) และด้านที่ค่าคะแนนเฉลี่ยที่น้อยที่สุดคือ ด้านการประเมินผลในการปฏิบัติการส่งต่อจากหน่วยงานปฐมภูมิมายังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับส่งต่อด้วยการทบทวนขั้นตอนรวมทั้งการประสานงานการส่งต่ออยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.86$, $SD = .85$)

กลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการประเมินและการคัดกรอง เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.03$, $SD = .85$) รองลงมาคือ ด้านแนวทางในกระบวนการส่งต่อ-จัดทำแนวทางในการปฏิบัติการส่งต่อของบุคลากรสุขภาพสามารถให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา ที่จำเป็นสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.02$, $SD = .87$) ลำดับที่ 3 คือ การระบุผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาเฉพาะทางหรือการรักษามะเร็งเต้านมเต้านม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.00$, $SD = .72$) ลำดับที่ 4 คือ ด้านการประเมินผลในการปฏิบัติการส่งต่อจากหน่วยงานปฐมภูมิมายังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับส่งต่อด้วยการทบทวนขั้นตอนรวมทั้งการประสานงานการส่งต่ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.98$, $SD = 1.03$) และด้านที่ค่าคะแนนเฉลี่ยที่น้อยที่สุดคือ ด้านความพร้อมด้านข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยและการส่งต่อ การเตรียมเอกสาร เช่น เหตุผลในการส่งต่อ ประวัติผู้ป่วย และข้อมูลการติดต่อของทั้งผู้ส่งและผู้รับการบันทึกข้อมูลครบถ้วน และการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.96$, $SD = .74$)

**ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพ
ในหน่วยงานปฐมภูมิ ก่อนและหลังโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วยของกลุ่มทดลอง**

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ ก่อนและหลังโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ของกลุ่ม
ทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	SD	แปลผล	t	p-value
ก่อนการได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์	2.98	0.56	ปานกลาง	-19.128	0.000*
หลังการได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์	3.97	0.38	มาก		

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.6 พบว่า การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากร
สุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ ก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย อยู่ใน
ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.98$, $SD = 0.56$) การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากร
สุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก
($\bar{X} = 3.97$, $SD = .38$) โดยมีสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -19.128$, $p\text{-value} =$
0.000)

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ของกลุ่มทดลอง จำแนกเป็นรายด้าน

ข้อ	กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย มะเร็งเต้านม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มทดลอง			t	p- value
		ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม				
		$\bar{X}_1$	SD ₁	แปลผล	$\bar{X}_2$	SD ₂	แปลผล		
1	การระบุผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการ ส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาเฉพาะ ทางหรือการรักษามะเร็งเต้านมเต้านม	2.98	0.74	ปาน กลาง	4.01	0.50	มาก	-11.873	.000*
2	แนวทางในกระบวนการส่งต่อ-จัดทำ แนวทางในการปฏิบัติการส่งต่อของ บุคลากรสุขภาพ สามารถให้ผู้ป่วย เข้าถึงการรักษา ที่จำเป็นสำหรับการ ส่งต่อผู้ป่วย	2.98	0.61	ปาน กลาง	4.03	0.66	มาก	-9.697	.000*
3	การประเมินและการคัดกรอง เพื่อให้ มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไป ยังหน่วยงานที่รับผิดชอบ	2.98	0.42	ปาน กลาง	4.06	0.58	มาก	-11.569	.000*
4	ความพร้อมด้านข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับ ผู้ป่วยและการส่งต่อ การเตรียม เอกสาร เช่น เหตุผลในการส่งต่อ ประวัติผู้ป่วย และข้อมูลการติดต่อ ของทั้งผู้ส่งและผู้รับการบันทึก ข้อมูล ครบถ้วน และการให้ข้อมูลผู้ป่วย มะเร็ง	3.00	0.57	ปาน กลาง	3.88	0.65	มาก	-20.692	.000*
5	การประเมินผลในการปฏิบัติการส่ง ต่อจากหน่วยงานปฐมภูมิมายัง โรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับส่งต่อด้วย การทบทวนขั้นตอนรวมทั้งการ ประสานงานการส่งต่อ	2.96	0.69	ปาน กลาง	3.85	0.85	มาก	-16.127	.000*

*p < .05

จากตารางที่ 4.7 กลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านความพร้อมด้านข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยและการส่งต่อ การเตรียมเอกสาร เช่น เหตุผลในการส่งต่อ ประวัติผู้ป่วย และข้อมูลการติดต่อของทั้งผู้ส่งและผู้รับการบันทึก ข้อมูลครบถ้วน และการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.00$, $SD = .57$) รองลงมาคือ ด้านการระบุผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาเฉพาะทางหรือการรักษามะเร็งเต้านม เต้านม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.98$, $SD = .75$) ลำดับที่ 3 คือ แนวทางในกระบวนการส่งต่อ-จัดทำแนวทางในการปฏิบัติการส่งต่อของผู้ป่วย บุคลากรสุขภาพสามารถให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา ที่จำเป็นสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.98$, $SD = .61$) ลำดับที่ 4 คือ การประเมินและการคัดกรอง เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.98$, $SD = .42$) และด้านที่ค่าคะแนนเฉลี่ยที่น้อยที่สุดคือ ด้านการประเมินผลในการปฏิบัติการส่งต่อจากหน่วยงานปฐมภูมิมายังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับส่งต่อด้วยการทบทวนขั้นตอน รวมทั้งการประสานงานการส่งต่ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.96$, $SD = .69$)

กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการประเมินและการคัดกรอง เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.06$, $SD = .58$) รองลงมาคือ ด้านแนวทางในกระบวนการส่งต่อ-จัดทำแนวทางในการปฏิบัติการส่งต่อของผู้บุคลากรสุขภาพสามารถให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่จำเป็นสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.03$, $SD = .66$) ลำดับที่ 3 คือ การระบุผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาเฉพาะทางหรือการรักษามะเร็งเต้านม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.01$, $SD = .50$) ลำดับที่ 4 คือ ด้านความพร้อมด้านข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยและการส่งต่อ การเตรียมเอกสาร เช่น เหตุผลในการส่งต่อ ประวัติผู้ป่วย และข้อมูลการติดต่อของทั้งผู้ส่งและผู้รับการบันทึกข้อมูลครบถ้วน และการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.88$, $SD = .65$) และด้านที่ค่าคะแนนเฉลี่ยที่น้อยที่สุดคือ ด้านการประเมินผลในการปฏิบัติการส่งต่อจากหน่วยงานปฐมภูมิมายังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับส่งต่อด้วยการทบทวนขั้นตอนรวมทั้งการประสานงานการส่งต่ออยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.85$, $SD = .85$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ศึกษาแบบก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest two group design) ของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม การวิจัยวัดผล 2 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ โปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบสอบถามค่าดัชนีความตรงของเนื้อหารายข้อ (Item content validity index: I-CVI) เท่ากับ 0.9753 ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity for scale: S-CVI) เท่ากับ 0.983 เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 20 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.983 ทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และใช้สถิติอนุมานเพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.67) ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 35.08 ปี ระดับปริญญาตรี 23 คน (ร้อยละ 95.83) ตำแหน่งพยาบาล (ร้อยละ 66.67) ประสบการณ์ในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คือ 1-5 ปี (ร้อยละ 5.33) และประสบการณ์การเข้าร่วมการอบรมการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม/ การศึกษาที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ ผู้เข้าร่วมวิจัยเคยอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ไม่เคย (ร้อยละ 83.33) กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.83) ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 37.04 ปี อายุมากที่สุด 49 ปี ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 95.83) ตำแหน่งพยาบาล (ร้อยละ 66.67) ประสบการณ์ในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คือ 1-5 ปี

ปานกลาง ($\bar{X} = 3.02$, $SD = .87$) ลำดับที่ 3 คือ การระบุผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาเฉพาะทางหรือการรักษามะเร็งด้านมด้านม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.00$, $SD = .72$) ลำดับที่ 4 คือ ด้านการประเมินผลในการปฏิบัติการส่งต่อจากหน่วยงานปฐมภูมิ มายังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับส่งต่อด้วยการทบทวนขั้นตอนรวมทั้งการประสานงานการส่งต่ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.98$, $SD = 1.03$) และด้านที่ค่าคะแนนเฉลี่ยที่น้อยที่สุดคือ ด้านความพร้อมด้านข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยและการส่งต่อ การเตรียมเอกสาร เช่น เหตุผลในการส่งต่อ ประวัติผู้ป่วย และข้อมูลการติดต่อของทั้งผู้ส่งและผู้รับการบันทึกข้อมูลครบถ้วน และการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.96$, $SD = .74$)

2.2 เปรียบเทียบการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งด้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ ก่อนและหลังโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วยของกลุ่มทดลอง

การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งด้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ ก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.98$, $SD = 0.56$) การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งด้านมของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$, $SD = .38$) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.000$)

กลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งด้านม ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านความพร้อมด้านข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยและการส่งต่อ การเตรียมเอกสาร เช่น เหตุผลในการส่งต่อ ประวัติผู้ป่วย และข้อมูลการติดต่อของทั้งผู้ส่งและผู้รับการบันทึก ข้อมูลครบถ้วน และการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.00$, $SD = .57$) รองลงมาคือ ด้านการระบุผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาเฉพาะทางหรือการรักษามะเร็งด้านมด้านม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.98$, $SD = .75$) ลำดับที่ 3 คือ แนวทางในกระบวนการส่งต่อ-จัดทำแนวทางในการปฏิบัติการส่งต่อของบุคลากรสุขภาพสามารถให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา ที่จำเป็นสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.98$, $SD = .61$) ลำดับที่ 4 คือ การประเมินและการคัดกรอง เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.98$, $SD = .42$) และด้านที่ค่าคะแนนเฉลี่ยที่น้อยที่สุดคือ ด้านการประเมินผลในการปฏิบัติการส่งต่อจากหน่วยงานปฐมภูมิมายังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับส่งต่อด้วยการทบทวนขั้นตอนรวมทั้งการประสานงานการส่งต่ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.96$, $SD = .69$)

กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งด้านม ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการประเมินและการคัดกรอง เพื่อให้มั่นใจว่า

ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.06$, $SD = .58$) รองลงมา คือ ด้านแนวทางในกระบวนการส่งต่อ-จัดทำแนวทางในการปฏิบัติการส่งต่อของบุคลากรสุขภาพ สามารถให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา ที่จำเป็นสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.03$, $SD = .66$) ลำดับที่ 3 คือ การระบุผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาเฉพาะทางหรือ การรักษามะเร็งเต้านมเต้านมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.01$, $SD = .50$) ลำดับที่ 4 คือ ด้านความพร้อม ด้านข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยและการส่งต่อ การเตรียมเอกสาร เช่น เหตุผลในการส่งต่อ ประวัติผู้ป่วย และข้อมูลการติดต่อของทั้งผู้ส่งและผู้รับการบันทึกข้อมูลครบถ้วน และการให้ข้อมูลผู้ป่วย มะเร็งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.88$, $SD = .65$) และด้านที่ค่าคะแนนเฉลี่ยที่น้อยที่สุดคือ ด้านการ ประเมินผลในการปฏิบัติการส่งต่อจากหน่วยงานปฐมภูมิมายังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับส่งต่อด้วยการ ทบทวนขั้นตอนรวมทั้งการประสานงานการส่งต่ออยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.85$, $SD = .85$)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศด้วยการ โค้ชแบบเพียร์ต่อ กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ ผู้วิจัย ได้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยตามสมมติฐานที่ 1 พบว่า การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของ บุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิล่วงทดลอง ($\bar{X} = 3.97$, $SD = 0.38$) สูงกว่าก่อนการทดลองใช้ ($\bar{X} = 2.98$, $SD = 0.56$) โปรแกรมการการนิเทศด้วยการ โค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย โดยก่อน การใช้โปรแกรมบุคลากรสุขภาพมีการรับรู้กระบวนการส่งต่ออยู่ในระดับปานกลาง และหลังการใช้ โปรแกรมมีการรับรู้กระบวนการส่งต่ออยู่ในระดับมาก โดยเพิ่มขึ้น 0.99 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอยู่ในระดับมากหลังการทดลอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการ เสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย โดยการโค้ชแบบเพียร์ช่วยให้บุคลากร สุขภาพสามารถแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมผ่านการสนับสนุน จากเพื่อนร่วมงาน ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่เน้นการปฏิบัติจริง และสามารถนำไปใช้ได้ทันที ส่งผลให้ เกิดการรับรู้ที่ดีขึ้นเกี่ยวกับกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย โดยเป็นไปตามแนวทางการบริหารพยาบาลที่ มุ่งเน้นไปที่การบูรณาการกระบวนการโค้ชแบบเพียร์เข้ากับระบบการนิเทศงานปกติ โดยสามารถ จัดตั้งทีมพี่เลี้ยงทางวิชาชีพที่ได้รับการอบรมให้เป็นโค้ชแบบเพียร์อย่างเป็นทางการ เพื่อให้การส่ง ต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งระบบ นอกจากนี้ควรส่งเสริมการพัฒนา ศักยภาพพยาบาลผ่านระบบพี่เลี้ยงในกลุ่มพยาบาลใหม่ การใช้เครื่องมือประเมินที่เหมาะสม และ

การสนับสนุนโดยผู้บริหารในการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการเสริมสร้างการเรียนรู้ต่อเนื่อง เช่น การจัดอบรมออนไลน์ การสร้างเครือข่ายความรู้ผ่านระบบแชทกลุ่ม รวมถึงการพัฒนาองค์ความรู้ในระดับองค์กรให้มีการต่อยอดสู่การออกแบบนโยบายสุขภาพในเชิงระบบ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การโค้ชแบบเพียร์ (Peer Coaching) เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความเข้าใจและความสามารถในการส่งต่อผู้ป่วย โดยสอดคล้องกับ เชาบ และคณะ (Schaub et al., 2012) ที่ระบุว่า โค้ชพยาบาลมีอาชีพอยู่ในสถานพยาบาลทุกแห่งและอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมในการรับบทบาทผู้นำในการนำรูปแบบการนิเทศและดูแลผู้ป่วยแนวทางใหม่ ๆ ที่เน้นด้านสุขภาพและความสมบูรณ์ของแนวทางมาใช้ หลักการพยาบาลแบบบูรณาการและแบบจำลองโค้ชของพยาบาลได้รับการอธิบาย ทฤษฎีการพยาบาลมาบูรณาการเพื่อการโค้ชสำหรับการปฏิบัติการทางการพยาบาล

จากผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ บุคลากรสุขภาพมีการรับรู้ที่ดีขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านแนวทางในกระบวนการส่งต่อ ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดแสดงให้เห็นว่า การโค้ชช่วยเสริมสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้กระบวนการส่งต่อเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในทุกด้าน โดยเฉพาะการทำให้แนวทางการส่งต่อชัดเจนขึ้น การระบุผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างแม่นยำ การเตรียมข้อมูลสำคัญ และการประเมินผลการปฏิบัติการส่งต่อ ผลลัพธ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า การโค้ชช่วยให้บุคลากรพยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการสุขภาพปฐมภูมิและการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้นในอนาคต จากผลการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ที่พบว่า การรับรู้ของบุคลากรพยาบาลดีขึ้นในทุกด้าน สอดคล้องกับแนวคิด "เพื่อนช่วยเพื่อน" (Peer Coaching) ของ จาวิส และคณะ (Jarvis et al., 2017) ที่ชี้ให้เห็นว่า การเรียนรู้และพัฒนาทักษะผ่านการสนับสนุนจากคนรอบข้างสามารถช่วยให้บุคคลเข้าใจแนวทางปฏิบัติได้อย่างชัดเจนขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการโค้ชแบบเพียร์มีประสิทธิภาพในการพัฒนาความเข้าใจและทักษะของบุคลากร และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัทธรินทร์ สุนันตะ และคณะ (2564) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชน ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความสามารถการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ มากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การนิเทศตามแนวทางการโค้ชแบบเพียร์ ซึ่งเป็นการนิเทศแบบใหม่ของหน่วยงาน ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความสามารถในการปฏิบัติงานและนำรูปแบบ

โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ไปใช้ในการพัฒนาความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานที่มีบริบทคล้ายคลึงกันเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ อัญญาพร คำกุ่ม และคณะ (2560) ทำการศึกษาเรื่องการติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการกลายสวนปัสสาวะ โดยพบว่า การโค้ชทำให้พยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการกลายสวนปัสสาวะในสถานดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้มีการนำรูปแบบการโค้ชไปใช้ในการเพิ่มความรู้และทักษะการปฏิบัติในกิจกรรมการพยาบาลอื่น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากการโค้ชแบบเพียร์เป็นกระบวนการที่ให้นุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์ใกล้เคียงกันช่วยแนะนำและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การที่บุคลากรสุขภาพได้รับการโค้ชจากเพื่อนร่วมงานในลักษณะนี้ อาจช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งขึ้นเกี่ยวกับแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงลดอุปสรรคที่อาจเกิดจากความไม่เข้าใจหรือขาดความมั่นใจในการดำเนินงาน ผลที่พบว่า สูงขึ้นหลังการทดลอง อาจเป็นผลมาจากการที่บุคลากรได้รับข้อมูลที่ชัดเจนขึ้นเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง ทั้งในแง่ของระเบียบปฏิบัติ การใช้แบบฟอร์มการส่งต่อ และการสื่อสารระหว่างหน่วยงานสุขภาพ ซึ่งช่วยลดความคลาดเคลื่อนและเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการ หากบุคลากรสุขภาพสามารถปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและรวดเร็วย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสามารถเข้าถึงการรักษาในระดับที่เหมาะสมได้อย่างรวดเร็วขึ้น ซึ่งอาจช่วยลดอัตราการรักษาและเพิ่มโอกาสในการได้รับการดูแลที่เหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของการนิเทศและการโค้ชแบบเพียร์ที่ชี้ให้เห็นว่า การเรียนรู้ในลักษณะปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสามารถเพิ่มความเข้าใจและการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น งานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังชี้ให้เห็นว่าการนิเทศที่มีรูปแบบการสอนที่เน้นการมีส่วนร่วมสามารถช่วยปรับปรุงกระบวนการทำงานและการตัดสินใจในงานบริการสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยการโค้ชแบบเพียร์เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในหน่วยงานปฐมภูมิ ซึ่งอาจนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพที่ดีขึ้นและการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับสเตฟานซิค และคณะ (Stefanczyk et al., 2013) ที่ระบุว่า การเป็นโค้ชสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงซึ่งรวมถึงการระดมทรัพยากรเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ และการปรับปรุง มีการกล่าวถึงพฤติกรรมการเป็นโค้ชสามประเภท ได้แก่ การให้คำแนะนำ การอำนวยความสะดวก และการสร้างแรงบันดาลใจ โค้ชการเปลี่ยนแปลงถือเป็นสิ่งจำเป็นของผู้นำและเป็นทักษะที่ผู้จัดการพยาบาลที่ประสบความสำเร็จต้องการ การเน้นย้ำที่การเป็นโค้ชเพื่อโน้มน้าวให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นนั้นต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อขยายทักษะและพฤติกรรมของผู้นำพยาบาลทุกคน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรทิพย์ เนตรแสงศรี (2565) ทำการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบส่งต่อ

ผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลนาแห้ว จังหวัดเลย ที่พบว่า การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินให้เหมาะสมและการแก้ไขปัญหาของระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินให้สอดคล้องกับปัญหาจะสามารถช่วยลดบรรเทาความรุนแรงของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยฉุกเฉิน

ผลการวิจัยตามสมมติฐานที่ 2 พบว่า การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมการการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์สามารถช่วยเพิ่มการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิเกี่ยวกับกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้กระบวนการส่งต่อในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$, $SD = 0.38$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับมากเช่นกันแต่ต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($\bar{X} = 3.0$, $SD = 0.54$) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้านในกลุ่มทดลอง พบว่าบุคลากรพยาบาลมีการรับรู้ที่ดีขึ้นในทุกด้าน โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ แนวทางในกระบวนการส่งต่อ ($\bar{X} = 4.03$, $SD = 0.66$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการโค้ชแบบเพียร์ช่วยให้บุคลากรสุขภาพมีความเข้าใจและสามารถนำแนวทางการปฏิบัติไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รองลงมาคือ การระบุผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อ ($\bar{X} = 4.01$, $SD = 0.50$) และความพร้อมด้านข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยและการส่งต่อ ($\bar{X} = 3.88$, $SD = 0.65$) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ในทางกลับกัน กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการโค้ชแบบเพียร์มีคะแนนเฉลี่ยในทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การประเมินและการคัดกรอง ($\bar{X} = 3.03$, $SD = 0.85$) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความพร้อมด้านข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยและการส่งต่อ ($\bar{X} = 2.96$, $SD = 0.74$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดในการจัดเตรียมข้อมูลและการสื่อสารระหว่างหน่วยงานสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ส่งผลให้บุคลากรพยาบาลมีการรับรู้กระบวนการส่งต่อที่ดีขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะในแง่ของแนวทางการปฏิบัติและการระบุผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้น ควรมีการนำโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิต่อไป เพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยมีความรวดเร็ว ถูกต้อง และครอบคลุมมากขึ้น ลดความล่าช้าในการเข้าถึงการรักษา และเพิ่มโอกาสในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดที่ว่า การเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน (peer coaching) มีประสิทธิภาพมากกว่าการเรียนรู้แบบเดิมที่บุคลากรอาจต้องศึกษาเอง หรือรอการอบรมจากผู้เชี่ยวชาญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ พชรินทร์ สุนันตะ และคณะ (2564) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของ

พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่ม ทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ ($\bar{X} = 4.55$, $SD = 0.28$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 3.27$, $SD = 0.29$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

เนื่องจากในกลุ่มที่ได้รับการโค้ชแบบเพียร์ บุคลากรมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ฝึกปฏิบัติจริง และได้รับคำแนะนำที่เป็นรูปธรรม ทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งขึ้นเกี่ยวกับขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย ในทางกลับกันกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการโค้ชโดยตรง อาจไม่ได้รับข้อมูลที่ชัดเจน หรือไม่มีโอกาสฝึกปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ระดับการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยต่ำกว่ากลุ่มทดลอง โดยการโค้ชแบบเพียร์ช่วยให้บุคลากร กล้าถาม-ตอบ และ เรียนรู้จากสถานการณ์จริง ทำให้สามารถนำไปปรับใช้กับการปฏิบัติงานได้จริง ในขณะที่กลุ่มควบคุมอาจยังมีข้อสงสัยหรือความไม่มั่นใจในการปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเคยระบุว่า การเรียนรู้จากเพื่อนร่วมงานที่มีประสบการณ์ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น เนื่องจากการแลกเปลี่ยนมุมมองที่ใกล้เคียงกัน ทำให้การนำไปปฏิบัติเป็นไปได้ง่ายขึ้น และเนื่องจากกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ที่สูงขึ้น อาจคาดการณ์ได้ว่า การปฏิบัติงานจริงของพวกเขาจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น ลดเวลารอคอยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ข้อมูลที่ส่งต่อมีความครบถ้วนและถูกต้องมากขึ้น ลดโอกาสที่โรงพยาบาลปลายทางจะต้องขอข้อมูลเพิ่มเติม บุคลากรสุขภาพเกิดความร่วมมือกันมากขึ้น เพราะการโค้ชแบบเพียร์สร้างบรรยากาศการทำงานเป็นทีมในทางตรงกันข้าม กลุ่มควบคุมอาจยังมี ข้อผิดพลาดในการส่งต่อ ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน หรือขั้นตอนที่ล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วเท่าที่ควร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเคยระบุว่า การนิเทศและการฝึกอบรมที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรโดยตรง จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการเรียนรู้และการนำไปปฏิบัติจริง มากกว่าการเรียนรู้ในรูปแบบทฤษฎีหรือการฝึกอบรมแบบเดิม ผลการศึกษานี้จึงสอดคล้องกับหลักการที่ว่า การพัฒนาบุคลากรผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม มีแนวโน้มให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของ สะอาด วรรณตร (2566) ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล โรงพยาบาลภูมิภาควิทยาศาสตร์ จังหวัดอุดรธานี ผลการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาลไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบุคลากร จะช่วยให้การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติบริหารทางการพยาบาล

1.1.1 ควรส่งเสริมให้มีการใช้โปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ เนื่องจากช่วยเพิ่มการรับรู้และทักษะเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

1.1.2 ผู้บริหารงานบุคคลฝ่ายการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยผ่านกระบวนการโค้ชแบบเพียร์อย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนให้บุคลากรมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้แบบร่วมมือกัน

1.1.3 การพัฒนาต่อเนื่องเรื่องของกลุ่มการส่งต่อในกลุ่มโรคอื่นและมีการกำกับติดตามผลหลังการฝึกอบรม เพื่อประเมินผลพัฒนาคุณภาพในการให้บริการ

1.1.4 เพื่อให้การใช้โปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ในกลุ่มทดลองเกิดประสิทธิภาพสูงสุด และส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพัฒนาการที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน จึงมีข้อเสนอแนวทางในการเพิ่มการดำเนินการในโปรแกรม โดยควรกำหนดบทบาทของ "เพื่อนโค้ช" (Peer Coach) อย่างชัดเจน โดยพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นโค้ชควรได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่เหมาะสม เช่น มีประสบการณ์ด้านการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมาแล้วอย่างน้อย 20 ปี มีความสามารถด้านการสื่อสารและการให้คำปรึกษา รวมถึงได้รับการอบรมทักษะการโค้ช (Coaching Skill) ที่เน้นการตั้งคำถาม สะท้อนคิด และสนับสนุนการเรียนรู้เชิงร่วมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับการโค้ช เสนอให้มีการใช้กลยุทธ์สร้างแรงจูงใจเชิงบวกในกลุ่ม เช่น การยกย่อง "เพื่อนโค้ชดีเด่น" หรือ "สมาชิกที่มีพัฒนาการโดดเด่น" ประจำเดือน รวมถึงการรายงานผลความสำเร็จหรือความก้าวหน้าในการส่งต่อของแต่ละหน่วยงานอย่างเปิดเผยในกลุ่ม LINE เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมและความภาคภูมิใจในทีม

1.1.5 แม้ว่าผลการวิจัยจะชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์สามารถส่งเสริมการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่การวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา คือ การวิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างเฉพาะบุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งเท่านั้น ซึ่งอาจไม่สามารถสะท้อนถึงลักษณะทั่วไปของบุคลากรในพื้นที่หรือบริบทอื่น ๆ ได้อย่างครบถ้วน ประกอบกับการประเมินผลเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้นหลังจากการใช้โปรแกรม จึงอาจยังไม่สามารถสะท้อนผลในระยะยาวหรือผลกระทบต่อพฤติกรรมจริงในการปฏิบัติงานได้อย่างชัดเจน

1.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.2.1 ผู้บริหารโรงพยาบาล หรือ ผู้อำนวยการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำ แนวทางการโค้ชแบบเพียร์เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาผลโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในบริบทของโรคอื่น ๆ นอกเหนือจาก มะเร็งเต้านม เช่น โรคเรื้อรังหรือภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและเพิ่มการเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

2.2 ควบการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันมือถือ หรือแพลตฟอร์มออนไลน์ ในการสนับสนุนกระบวนการโค้ชแบบเพียร์



Christian University of Thailand

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม. (2563). *Service Profile* กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม. วันที่ 20 เมษายน 2566. สืบค้นจาก <https://phromhosp.moph.go.th/web/wp-content/uploads/2023/11/11.ServiceProfile>
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2566). *คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus*. กระทรวงสาธารณสุข.
- โกเมนทร์ ทิวทอง. (2566). *เสวนาวิชาการ เรื่อง ทิศทางและก้าวอย่างสู่สุขภาพที่ดียิ่งขึ้น: การคืนข้อมูลจากการศึกษาหน้าที่และอำนาจขององค์การบริหารส่วนจังหวัดพิษณุโลก ในเรื่องการรับถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิษณุโลก*. จัดโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ร่วมกับ โรงเรียนพลเมืองพิษณุโลก. วันที่ 20 เมษายน 2566. สืบค้นจาก <https://www.thecoverage.info/news/content/4867>
- จิรณัฐ ชัยชนะ. (2561). การศึกษาบทบาทพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19, ฉบับพิเศษ: 193-202.
- ชมรมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมแห่งประเทศไทย. (2553). *ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม*. สืบค้นจาก <http://www.siamca.com/>
- ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. (2565). *ภาพรวมของสถานการณ์ และยุทธศาสตร์ในการควบคุมมะเร็งเต้านม*. สืบค้นจาก <https://www.chonlatit.com/bs/topicDisplay.php?id=631>
- ทิพย์วิภา สังข์อินทร์, ภาณุ อุดกกลิ่น, และนุชนารถ ศรีนาค. (2564). การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบครบวงจร โรงพยาบาลนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*, 8(2), 94-104.
- นันทวดี บุญเลิศ. (2565). การศึกษาคุณภาพระบบการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิชาการและการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีจักษ์รีราช*, 1(2), 27-40.
- นัยนา ดอorman. (2563). การเรียนรู้เชิงประสบการณ์และการสะท้อนคิดเชิงวิพากษ์. *วารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต*, 10(2), 20-28.
- บุรชัย ศิริมหาสาคร. (2552). *การนิเทศการสอนแบบคู่สัญญา*. สืบค้นจาก <http://www.suphet.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=103201&Ntype=5>

- ปรานอม สงวนพันธุ์. (2562). กระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล. *วารสารหัวหิน สุขใจไกลกังวล*, 4(1), 1-12.
- ปรีวัธ อัมมอระ, ศนิ บุญญกุล, และณัฐพล ถนอดแสง. (2565). การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยและการปรึกษาเคสออนไลน์ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต สำหรับแผนกรังสีวิทยา: กรณีศึกษา ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. *เอกสารประกอบการประชุมนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 17*. (น.190-198). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย.
- ปองพล วรปานิ, ชีรยา วรปาริ, และยุทธนา แยกคาย. (2566). การพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชั้นนำของประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(1), 186-194.
- พรทิพย์ เนตรแสงศรี. (2565). *ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลนาแห้ว จังหวัดเลย* (รายงานการวิจัย). โรงพยาบาลนาแห้ว.
- พรทิพย์ รัตนบุรี, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, และเรณูการ์ ทองคำรอด. (2566). ผลของโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ต่อสมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ โรงพยาบาลทุ่งสง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 16(3), 76-91.
- พรพิไล นิยมถิ่น. (2561). ผลของการใช้แบบการบันทึกทางการแพทย์ขณะส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นต่อคุณภาพการส่งต่อและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายจังหวัดเลย. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 26(3), 135-143.
- พัชรินทร์ สุนันตะ, พัชรภรณ์ อารีย์, และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2564). ผลของโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ต่อความสามารถในการปฏิบัติงาน ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 15(3), 98-111.
- มูลนิธิถันยรักษ์ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี. (2554). *คู่มือสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง: Breast Self Examination Instructor Guide* (ฉบับปรับปรุง). โมเดอร์นฟิล์ม เซ็นเตอร์.
- เขาวมาลย์ พุทธา. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง: กรณีศึกษา 2 ราย. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา* 8(4), 1-7.
- รุ่งอรุณ บุตรศรี, สมพันธ์ หิญชีระนันท์, และปราณี มีหาญพงษ์. (2563). ผลของการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 26(2), 84-96.

โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. (2565ก). โครงสร้างการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านการ
ส่งต่อโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง.

_____. (2565ข). รายงานประจำปีหน่วยส่งเสริมสุขภาพ ปี 2565. โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง.

โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. (2564). คู่มือการส่งต่อของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี (Refer In).
สืบค้นจาก [https://www.udch.go.th/uploads/doc/referคู่มือการส่งต่อของโรงพยาบาล
มะเร็งอุดรธานี.pdf](https://www.udch.go.th/uploads/doc/referคู่มือการส่งต่อของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี.pdf)

วรรณภา กริทอง, วรรณิการ์ สุวรรณโคต, และเพ็ญจันทร์ ส. โมไนยพงศ์ (2559). การพัฒนาระบบการ
บริหารการรับ และการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินใน
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วารสาร
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 12(1), 23-36.

วัชรภา เล่าเรียนดี. (2560). ศาสตร์การนิเทศการสอนและการโค้ช: การพัฒนาวิชาชีพ ทฤษฎี กลยุทธ์
สู่การปฏิบัติ. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์.

วิชัย วงษ์ใหญ่ และมารุต พัฒนาผล. (2562). การโค้ชซึ่งกันและกันสู่ภาวะผู้นำสร้างสรรค์. ศูนย์ผู้นำ
นวัตกรรมหลักสูตรและการเรียนรู้.

ศูนย์บริการสาธารณสุข กลุ่มที่ 1. (2566). โครงการวิจัยการสร้างสรรค์งานวิจัยจากงานประจำเพื่อ
พัฒนาระบบบริการสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข กลุ่มที่ 1 การพัฒนาระบบส่งต่อ
ผู้ป่วยภายในศูนย์บริการสาธารณสุขในกลุ่มกรุงเทพมหานคร สำนักงาน
กรุงเทพมหานคร. สืบค้นจาก [https://webportal.bangkok.go.th/public/user_files_editor/
422/R2R/กลุ่มที่1การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยภายใน.pdf](https://webportal.bangkok.go.th/public/user_files_editor/422/R2R/กลุ่มที่1การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยภายใน.pdf)

ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. (2565). สถิติจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง
และพบความเสี่ยงมะเร็งเต้านมจากหน่วยปฐมภูมิในปี พ.ศ 2565. โรงพยาบาลตติยภูมิ
แห่งหนึ่ง.

ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี. (2553). พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทยอายุ 30-70 ปี.
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2557). รายงานประจำปี 2557 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
สืบค้นจาก <https://www.niems.go.th/pdfviewer/index.html>

สะอาด วรรณตร. (2566). การพัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล
โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (รายงานการวิจัย). โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัด
อุดรธานี.

- สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2553). มะเร็งระยะ
ตุลาคม. สืบค้นจาก <https://www.chulacancer.net/health-tips-view.php?id=833>
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2559). คู่มือการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลและ
เฝ้าระวังสตรีไทย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยจากมะเร็งเต้านม. สำนักส่งเสริม
สุขภาพ กรมอนามัย.
- สุกัญญา ชัยขวัญ. (2563). ผลของการนิเทศตาม โมเดลการโค้ชแบบเคลียร์ของผู้บริหารทางการ
พยาบาลระดับต้นที่ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสารครุศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ราชภัฏมหาสารคาม, 17(2), 160-169. doi: 10.14456/joe.2020.62
- สุพัตรา สงมรัช, สุคนธ์ ไข่แก้ว, และเบญจวรรณ พุทธิอังกูร. (2561). ผลของโปรแกรมการนิเทศ
ทางคลินิก สำหรับผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง
ในจังหวัดเพชรบุรี. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 14(2), 35-47.
- เสกสรร ท้าวทุมมา, ธรรมศ ศรีรัตนบัลล์, และณกานต์ อนุกุลวรรธกะ. (2561). การพัฒนา
ความสามารถการจัดการเรียนรู้ สาระวิชาสังคมศึกษาของนักศึกษาฝึกประสบการณ์
วิชาชีพครูเต็มรูป โดยกระบวนการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (รายงานการวิจัย). คณะ
มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- เสาวนีย์ ราชคม, มงคล สุริเมือง, และศรีสุดา อัสวพลังกุล. (2565). ประสิทธิภาพของการนิเทศ
ทางการพยาบาลต่อความถูกต้องในการส่งเวร โดยใช้เทคนิคการสื่อสารแบบ ISBAR
(รายงานการวิจัย). กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลแม่สอด.
- อรรธยา อมรพรหมภักดี, ฐาสุกรณ์ จันทร์ประเสริฐ, และอมราพร สุรการ. (2563). การนิเทศทางการ
พยาบาล: การทบทวนแบบกำหนดขอบเขต. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข,
30(3), 144-157.
- อรอนงค์ ธาราไพศาลสุข, สมพันธ์ หิณชิระนันท์, และพัชราภรณ์ อารีย์ (2562). ผลของการนิเทศ
ตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่โรงพยาบาล
เอกชน. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 12(3), 610-619.
- อิฐฐาพร คำกุ่ม, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, และจิตตาภรณ์ จิตริเชื้อ. (2560). ผลของการโค้ชต่อความรู้
และการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้สูงอายุ
ในสถานดูแลระยะยาว. พยาบาลสาร, 44(ฉบับพิเศษ 1), 1-10.
- Acheson, K. A.; Gall, M. D. (1997). *Techniques in the Clinical Supervision of Teachers Preservice
and Inservice Applications* (4th ed.). Longman.

- AlHarthy, S. H., Al-MoundhrI, M., Al-Mahmoodi, W., Ibrahim, R., Ayaad, O., & Al Baimani, K. (2024). Referral Process Enhancement: Innovative Approaches and Best Practices. *Asian Pacific journal of cancer prevention*: 25(5), 1691-1698.
<https://doi.org/10.31557/APJCP.2024.25.5.1691>
- American Cancer Society. (2011). *Breast Cancer Facts & Figures 2011-2012*. National Home Office: American Cancer Society.
- Barnett, M. L., Song, Z., & Landon, B. E. (2012). Trends in physician referrals in the United States, 1999-2009. *Archives of internal medicine*, 172(2), 163-170.
<https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.722>
- Benshoff, J. M. (1994). *Peer consultation as a form of supervision*. Greensboro. ERIC Clearinghouse on Counseling and Student Services.
- Bernard, J. M., & Goodyear, R. K. (1998). *Fundamentals of clinical supervision* (2nd ed.). Allyn & Bacon.
- Bhattacharya, S., Sharma, N., & Singh, A. (2019). Designing culturally acceptable screening for breast cancer through artificial intelligence-two case studies. *Journal of family medicine and primary care*, 8(2), 760–762. https://doi.org/10.4103/jfmmpc.jfmmpc_391_18
- Blackwell, R. D., Miniard, P. W., & Engel, J. F. (2002). *Consumer Behavior* (9th ed.). Harcourt.
- Boyan, N. J., & Copleland, W. D. (1978). *Instructional supervision training program*. Charles E. Merrill.
- Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence* (6th ed.). Saunders Elsevier.
- Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of psychological testing* (5th ed.). Harper & Row.
- Guevara, J. P., Hsu, D., & Forrest, C. B. (2011). Performance measures of the specialty referral process: a systematic review of the literature. *BMC health services research*, 11, 168.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-168>
- Jarvis, R., Dempsey, K., Gutierrez, G., Lewis, D., Rouleau, K., & Stone, B. (2017). *Peer coaching that works: The power of reflection and feedback in teacher triad teams*. McREL International.

- Khoja, Tawfik A.M., Al Shehri, Ali M., Abdul Aziz, Abdul Aziz F. & Aziz, Khwaja M.S. (1997) . Patterns of referral from health centres to hospitals in Riyadh region. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 3(2) , 236-243.
<https://iris.who.int/handle/10665/117273>
- Kuniasih et al. (2023). Examining the Effectiveness of Teaching Strategies for Alleviating EFL Students' Writing Anxiety: A Mixed-Method Study. *Journal of English Education and Linguistics Studies*, 11(1), 1-21.doi:10.30762/jeels.v11i1.1464
- Liew, W. Y. (2016). Peer Coaching for Improvement of Teaching and Learning. *Journal of Interdisciplinary Research in Education (JIRE)*, 6(1), 64-70.
- McNicoll, L. (2008). Issues of sexuality in the elderly. *Medicine and health, Rhode Island*, 91(10), 321-322.
- Ministry of Public Health. (2005). *Thai Public Health 2005 – 2007*. Office of Policy and Strategy Ministry of Public Health.
- Ministry of Health-Ethiopia. (2010). *Guideline for implementation of a patient referral system*. Medical Service Directorate, Ethiopia. Retrieved from <https://www.medbox.org/document/ethiopia-guideline-for-implementation-of-a-patient-referral-system#GO>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). Data Collection in Quantitative Research. In: Polit, D. F. & Beck, C. T. (Ed.) *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9th ed.). pp. 293-327. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in nursing & health*, 30(4), 459-467.
- Robbins, S. P. (1995). *Organizational Behavior Management*, (Ali Parsaeian, Seyed Mohammad Aarabi, Trans.). Commercial Researches and Studies Institute.
- Sainsbury, K. J., Punt, A. E., & Smith, A. D. M. (2000). Design of operational management strategies for achieving fishery ecosystem objectives. *ICES Journal of Marine Science*, 57, 731-741.

- Schaub, B. G., Luck, S., & Dossey, B. (2012). Professional Nurse Coaching: Advances in National and Global Healthcare transformation. *Altern Complement Ther*, 18(1), 14-20. doi:10.1089/act.2012.18110
- Showers, B., & Joyce, B. (1996). The Evolution of Peer Coaching. *Educational Leadership*, 53, 12-16.
- Stefancyk, A., Hancock, B., & Meadows, M. T. (2013). The nurse manager: change agent, change coach?. *Nursing Administration Quarterly*, 37(1), 13-17.
- Thorsen, O., Hartveit, M., & Baerheim, A. (2011). The consultants' role in the referring process with general practitioners: partners or adjudicators? a qualitative study. *BMC Family Practice*, 14, 153. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-153>
- University of Alberta. (2012). *Mentoring for New Faculty at The University of Alberta: Report of the sub-committee of The Teaching, Learning and Technology Council (TLAT)*.
- University of Arkansas. (1999). *About the Peer Consultation Program*. Retrieved from: <http://uark.edu/misc/tfscinfo/peers.html>
- Willerman, M. (1991). *Teachers Helping Teachers: Peer Observation and Assistance*. Praeger.
- World Health Organization. (2005). *Mental Health Policies and Programmes in the Workplace. China*. Retrieved from www.who.int
- _____. (2008). *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. Retrieved from http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/
- _____. (2020, 18 March). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. (No. WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1). Retrieved from <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>
- Žorga, S., Dekleva, B., & Kobolt, A. (2001). The process of internal evaluation as a tool for improving peer supervision. *International Journal for the Advancement of Counselling* 23, 151-162 <https://doi.org/10.1023/A:1010642829067>



Christian University of Thailand



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

Christian University of Thailand

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. ดร. ยวดี เกตสัมพันธ์ นายกสมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย
 วิทยาการ สถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ (องค์การมหาชน)
 หลักสูตรบริหารการพยาบาล 304 และหลักสูตรปฏิบัติการพยาบาล
 กรรมการสภาการพยาบาล วาระ พ.ศ. 2565-2569
 นายกสมาคมพยาบาล แผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย
2. นายแพทย์สุรพงษ์ บุญประเสริฐ ที่ปรึกษาผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)
 แผนกศัลยกรรม
 คณะกรรมการองค์กรแพทย์โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)
 ผู้เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป ส่องกล้องทางเดินอาหาร
3. พว. สุวีพร อิศวีรนนท์ หัวหน้างานศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

Christian University of Thailand



ภาคผนวก ข

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมการวิจัย

Christian University of Thailand



เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

เอกสารรับรองเลขที่ : น. 13/2567

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ

ชื่อผู้วิจัย : นางสาวชนันท์ภัทร์ สุขประเสริฐ

หน่วยงาน : หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล

ขอรับรองว่า โครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

วันที่รับรอง : 29 ตุลาคม 2567

วันที่หมดอายุ : 28 ตุลาคม 2569



ลงชื่อ
(ศาสตราจารย์ ดร. เพ็ชรน้อย สิงห์ช้างชัย)



Christian University of Thailand

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครวิจัย

Informed Consent Form

ทำที่ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วันที่ 20 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567

เลขที่อาสาสมัครวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย มะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวชนันท์ภัทร สุขประเสริฐ

ที่อยู่ติดต่อผู้วิจัย 47/3 หมู่ 5 ต. บ้านแพ้ว อ. บ้านแพ้ว จ. สมุทรสาคร 74120

โทรศัพท์ 087-6971263

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด ขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย โดยตลอด และได้รับ คำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร วิจัยโดยข้าพเจ้ายินยอมตลอดเวลา (ตอบแบบสอบถามการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน จำนวน 27 ข้อ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของผู้ตอบแบบประเมิน ส่วนที่ 2 ด้าน มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยและการนำไปใช้ จำนวน /20 ข้อ ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม รวมเป็น เวลา 45 นาที โดยประมาณ หรือเข้ารับการฝึกอบรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อกระบวนการส่ง ต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เป็นเวลา 4 ชั่วโมง) เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัคร วิจัยจะถูกทำลาย (เช่น แบบสอบถามแบบบันทึกเสียง เป็นต้น) หากเก็บไว้ศึกษาต่อก็ต้องระบุให้ ชัดเจน

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้ง เหตุผลซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น (ระบุ เป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษา/ผลต่อการศึกษา/ผลต่อการเรียน)

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง อาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ

นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ 144 หมู่ 7 ตำบลคอนยายหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม โทรศัพท์ 0-3438-8555 ต่อ 1340 โทรสาร 0-3427-4500

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
 (นางสาวชนันท์ภัทร์ สุขประเสริฐ) (.....)
 ผู้วิจัยหลัก อาสาสมัครวิจัย
 วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....

Christian University of Thailand

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
 (.....) (.....)
 พยาน พยาน
 วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....



ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

Christian University of Thailand

แบบประเมิน

เรื่อง ผลของโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อการรับรู้การส่งต่อ

ผู้ปวยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ

คำชี้แจง

วัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้เพื่อผลของโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ปวยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ปวยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการศึกษา ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะถูกนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น โดยผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ผลในภาพรวม จึงไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้สัมภาษณ์แต่ประการใด และจะเก็บไว้เป็นความลับ โดยขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามทุกข้อด้วยตัวของท่านเอง เพื่อความสมบูรณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างถูกต้องและเป็นจริง

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ

☐ 1. ชาย

☐ 2. หญิง

2. อายุ (ถ้ามากกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี) ปี

3. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ 1. ปริญญาตรี

☐ 2. ปริญญาโท

☐ 3. ปริญญาเอก

4. หน่วยงานที่สังกัด ระบุสถานที่ปฏิบัติงาน โปรดระบุสถานที่ปฏิบัติงาน

.....

5. ตำแหน่งงานในปัจจุบัน

☐ 1. พยาบาล

☐ 2. นักวิชาการสาธารณสุข

☐ 3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

☐ 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

6. ประสบการณ์ในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

- ☐ 1. น้อยกว่า 1 ปี
- ☐ 2. 1 - 5 ปี
- ☐ 3. มากกว่า 5 ปีมะเร็งเต้านม

7. ประสบการณ์การเข้าร่วมการอบรมการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม/การศึกษาที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้แก่ ผู้เข้าร่วมวิจัยเคยอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

- ☐ 1. ไม่เคย ☐ 2. เคยได้รับการอบรม ระบุ (หัวข้อ/สถานที่/ระยะเวลา)

ตอนที่ 2 การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับตัวท่าน

ข้อที่	การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	การรับรู้กระบวนการส่งต่อ				
		มากที่สุด (5)	(มาก) (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ขั้นตอนที่ 1: การระบุผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาเฉพาะทางหรือการรักษามะเร็งเต้านม						
1	ท่านมีการระบุผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม					
2	ท่านรับรู้บทบาทและหน้าที่ของท่านในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างชัดเจน					
3	ท่านส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษามะเร็งเต้านมสามารถช่วยเพิ่มโอกาส					
4	กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีประสิทธิภาพช่วยลดความเสี่ยงจากการรักษาที่ล่าช้า					

ข้อที่	การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	การรับรู้กระบวนการส่งต่อ				
		มากที่สุด (5)	(มาก) (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ขั้นตอนที่ 2: แนวทางในกระบวนการส่งต่อ-จัดทำแนวทางในการปฏิบัติการส่งต่อของผู้บุคลากรสุขภาพ สามารถให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา ที่จำเป็นสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย						
1	ท่านมีแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจากหน่วยงานปฐมภูมิการเตรียมการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมายังโรงพยาบาลแม่ข่าย					
2	ท่านมีการเตรียมข้อมูลสำคัญในการส่งต่อไปโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม					
3	ท่านมีระบบ EMR ที่สามารถสื่อสารส่งข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโรงพยาบาลและแพทย์เฉพาะทางกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย					
4	ท่านมีแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งในหน่วยงานท่านสามารถทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเข้าถึงการรักษาที่จำเป็น					
ขั้นตอนที่ 3: การประเมินและการคัดกรอง เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบ						
1	ท่านมีการประเมินอาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเพื่อใช้ในการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง					
2	ท่านประเมินอาการผู้ป่วยที่ถูกต้อง ในการส่งต่อผู้ป่วยจะได้เข้ารับการรักษาศูนย์เฉพาะมะเร็งเต้านมให้ได้รับการรักษาที่ทันเวลา					
3	ท่านมีการปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยคำนึงถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับจากกระบวนการส่งต่อ					

ข้อที่	การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	การรับรู้กระบวนการส่งต่อ				
		มากที่สุด (5)	(มาก) (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
4	มีการอบรมหรือพัฒนาบุคลากรเพื่อพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ					
ขั้นตอนที่ 4: ความพร้อมด้านข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยและการส่งต่อ การเตรียมเอกสาร เช่น เหตุผลในการส่งต่อประวัติผู้ป่วย และข้อมูลการติดต่อของทั้งผู้ส่งและผู้รับการบันทึกข้อมูลครบถ้วน และการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง						
1	ท่านมีความพร้อมในการจัดการข้อมูลในการส่งต่อของระบบนัด EMR					
2	ท่านมีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนช่วยให้การส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีประสิทธิภาพสามารถเข้ารับการรักษาที่เหมาะสมกับอาการของโรค					
3	ท่านมีการเตรียมเอกสารที่สำคัญในการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยงานที่ปฏิบัติการส่งต่อ เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ แบบฟอร์มในการส่งต่อ / ใบนัดที่ระบุ วันเวลา					
4	ท่านเข้าใจและสามารถอธิบายกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมถึงข้อมูลสำคัญที่ต้องเตรียมมาเพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง ตรงตามความต้องการของแต่ละกรณี เช่น นำยาโรคประจำตัวมาด้วยในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว					
ขั้นตอนที่ 5: การประเมินผลในการปฏิบัติการส่งต่อจากหน่วยงานปฐมภูมิมายังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับส่งต่อด้วยการทบทวนขั้นตอนรวมทั้งการประสานงานการส่งต่อ						
1	ท่านมีแนวทางในการประเมินผลการส่งต่อเริ่มต้นระหว่างศูนย์ Refer หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ต้องการ Refer in (การส่งผู้ป่วยเข้า)					

ข้อที่	การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	การรับรู้กระบวนการส่งต่อ				
		มากที่สุด (5)	(มาก) (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
2	ท่านมีการทบทวนแนวทางในการเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น ประวัติการรักษา ใบส่งตัว แบบฟอร์มข้อมูลผู้ป่วย การนัดในระบบนัด โปรแกรม EMR					
3	ท่านมีขั้นตอนการยืนยันการส่งต่อจากหน่วยงานที่รับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เช่น การตอบรับข้อมูลผ่านทางระบบไลน์ การติดตามผลการส่งต่อ					
4	ท่านมีการประสานงานกับหน่วยงานที่รับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อตรวจสอบรายการข้อมูลที่สำคัญช่วยยืนยันความถูกต้อง					

Christian University of Thailand



ภาคผนวก ง

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย

Christian University of Thailand



ที่ ม.คต.27 / 3654 /2567

วันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2567

เรื่อง ขออนุญาตทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัย และขอเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร

เอกสารที่ส่งมาด้วย 1. เอกสารชี้แจงและพิทักษ์สิทธิ์ผู้ร่วมวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย

3. เอกสารรับรองโครงการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยคริสเตียน

4. โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ 1 ชุด

ด้วยนางสาว ชนนัทท์ สุธประเสริฐ นักศึกษารหัส 664015 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้รับความเห็นชอบให้ทำวิทยานิพนธ์ ชื่อเรื่อง “ผลของโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ” การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยการบูรณาการจากแนวคิดการโค้ชแบบเพียร์ ซึ่งเป็นวิธีการโค้ชแบบเพื่อนช่วยเพื่อนในวิชาชีพเดียวกันสามารถทำให้เกิดการพัฒนาและนำมาแลกเปลี่ยนความรู้ นำมาใช้ในการปฏิบัติงานเพิ่มการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ให้การส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีมาตรฐานและความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เนตรชนก ศรีทุมมา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ นักศึกษาได้รับความเห็นชอบให้เก็บข้อมูลที่หน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอบ้านแพ้ว จำนวน 19 แห่ง และกลุ่มทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Try out เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย) ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ประจำ รพ. สต. ในเขตอำเภอมือง จำนวน 10 ราย ในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร

ในการนี้ เพื่อให้ผู้วิจัยดำเนินการทำวิจัยได้ตามแผน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จึงขออนุญาตให้นางสาว ชนนัทท์ สุธประเสริฐ ทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Try out เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย) และเก็บข้อมูลการวิจัย ในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนจังหวัด สมุทรสาคร เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์นำไปสู่การพัฒนาวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้หากท่านพิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้มอบหมายให้ผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดกับผู้ท่านจักมอบหมายดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เนตรชนก ศรีทุมมา)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ผู้วิจัย นางสาว ชนนัทท์ สุธประเสริฐ เบอร์โทรศัพท์ 08-7697-1263

สำนักบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ (นางสาว กุลวรินทร์ เอี่ยมทองคำ)

โทรศัพท์ 0-3438-8555 ต่อ 1401

ที่ สค ๕๑๐๑๐/ ๗๔๗๓

องค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร
ถนนเจริญวงศ์ สค ๗๔๐๐๐

๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัย และขอเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

อ้างถึง หนังสือมหาวิทยาลัยคริสเตียน ที่ ม.คต.๒๗/๓๖๕๔/๒๕๖๗ ลงวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๗

ตามที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ขออนุญาตให้นางสาวชนันท์ภัทร์ สุขประเสริฐ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Try out เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย) และเก็บข้อมูลการวิจัย ในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์นำไปสู่การพัฒนาวิทยานิพนธ์ ชื่อเรื่อง "ผลของโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ" ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

องค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาครขอเรียนว่า อนุญาตและไม่ขัดข้องในการทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการเก็บข้อมูลการวิจัยของนักศึกษารายดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายจิงชัย บุญประกอบ)
ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ปฏิบัติหน้าที่
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร

กองสาธารณสุข

ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

โทรศัพท์ ๐ ๓๔๔๑ ๑๗๑๔ ต่อ ๔๐๔

โทรสาร ๐ ๓๔๔๑ ๑๗๑๔ ต่อ ๑๔๑



ที่ ม.คต.27 / ๖5๐6 /2567

วันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2567

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอบ้านแพ้ว

เอกสารที่ส่งมาด้วย

1. เอกสารชี้แจงและพิกัดสิทธิ์ผู้ร่วมวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย
3. เอกสารรับรองโครงการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
4. โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ 1 ชุด

ด้วยนางสาว ชนนัทภัทร สุขประเสริฐ นักศึกษารหัส 664015 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้รับความเห็นชอบให้ทำวิทยานิพนธ์ ชื่อเรื่อง “ผลของโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เนตรชนก ศรีทุมมา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ขำชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ นักศึกษาได้รับความเห็นชอบให้พัฒนาแบบสอบถามเพื่อเป็นเครื่องมือวิจัยและเพื่อให้เครื่องมือนี้สามารถเก็บข้อมูลวิจัยได้ถูกต้องและตรงตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา

ในการนี้ เพื่อให้ผู้วิจัยดำเนินการทำวิจัยได้ตามแผน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จึงขออนุญาตให้นางสาว ชนนัทภัทร สุขประเสริฐ เก็บข้อมูลการวิจัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 19 แห่ง ในเขตอำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์นำไปสู่การพัฒนาวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ หากท่านพิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้มอบหมายให้ผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดกับผู้ที่เกี่ยวข้องต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เนตรชนก ศรีทุมมา)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ผู้วิจัย นางสาว ชนนัทภัทร สุขประเสริฐ เบอร์โทรศัพท์ 08-7697-1263

สำนักบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ (นางสาว กุลวรินทร์ เอี่ยมทองคำ)

โทรศัพท์ 0-3438-8555 ต่อ 1401



ที่ ม.คต.27 / ๒๕๖๗ / 2567 ๒.102

วันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2567

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

- เอกสารที่ส่งมาด้วย
1. เอกสารชี้แจงและพิกัดสิทธิ์ผู้ร่วมวิจัย
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย
 3. เอกสารรับรองโครงการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
 4. โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ 1 ชุด

ด้วยนางสาว ชนนท์ภัทร์ สุขประเสริฐ นักศึกษารหัส 664015 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้รับความเห็นชอบให้ทำวิทยานิพนธ์ ชื่อเรื่อง “ผลของโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ตอกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เนตรชนก ศรีทุมมา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ขำชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ นักศึกษาได้รับความเห็นชอบให้พัฒนาแบบสอบถามเพื่อเป็นเครื่องมือวิจัยและเพื่อให้เครื่องมือนี้สามารถเก็บข้อมูลวิจัยได้ถูกต้องและตรงตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา

ในการนี้ เพื่อให้ผู้วิจัยดำเนินการทำวิจัยได้ตามแผน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จึงขออนุญาตให้นางสาว ชนนท์ภัทร์ สุขประเสริฐ เก็บข้อมูลการวิจัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์นำไปสู่การพัฒนาวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้หากท่านพิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้มอบหมายให้ผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดกับผู้ที่ท่านจักมอบหมายดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เนตรชนก ศรีทุมมา)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ผู้วิจัย นางสาว ชนนท์ภัทร์ สุขประเสริฐ เบอร์โทรศัพท์ 08-7697-1263

สำนักบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ (นางสาว กุลวรินทร์ เอี่ยมทองคำ)

โทรศัพท์ 0-3438-8555 ต่อ 1401



ภาคผนวก จ
ผลการวิเคราะห์ทางสถิติ

Christian University of Thailand

ตารางที่ ๑1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพ
ในหน่วยงานปฐมภูมิ จำแนกตามรายด้านโดยรวม ก่อนการได้รับการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อ
ผู้ป่วยของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมรายข้อ

ข้อ	กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย มะเร็งเต้านม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
		ก่อนได้รับโปรแกรม			ก่อนได้รับโปรแกรม				
		$\bar{X}_1$	SD_1	แปลผล	$\bar{X}_2$	SD_2	แปลผล		
1	การระบุผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการ ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	3.00	1.10	ปาน กลาง	3.00	0.06	ปาน กลาง	.000	1.000
2	รับรู้บทบาทและหน้าที่ของท่าน ในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อย่างชัดเจน	3.00	1.06	ปาน กลาง	3.00	1.22	ปาน กลาง	.000	1.000
3	ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไปยังแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษามะเร็งเต้านม สามารถช่วยเพิ่มโอกาส	2.92	1.14	ปาน กลาง	3.04	1.20	ปาน กลาง	-.345	.734
4	กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อย่างมีประสิทธิภาพช่วยลดความ เสี่ยงจากการรักษาที่ล่าช้า	3.00	1.06	ปาน กลาง	2.96	1.20	ปาน กลาง	.121	.904
5	มีแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมจากหน่วยงานปฐมภูมิการ เตรียมการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมมายังโรงพยาบาลแม่ข่าย	3.00	1.22	ปาน กลาง	2.92	1.28	ปาน กลาง	.296	.770
6	มีในเตรียมข้อมูลสำคัญในการส่ง ต่อไปโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ เฉพาะทางในกระบวนการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	3.04	1.20	ปาน กลาง	3.00	1.10	ปาน กลาง	.137	.892
7	มีระบบ EMR ที่สามารถสื่อสารส่ง ข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลและแพทย์เฉพาะทาง กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย	2.96	1.20	ปาน กลาง	3.00	1.22	ปาน กลาง	-.140	.890
8	มีแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งใน หน่วยงานท่านสามารถทำให้ผู้ป่วย มะเร็งเต้านมเข้าถึงการรักษาที่จำเป็น	2.92	1.28	ปาน กลาง	3.00	1.22	ปาน กลาง	-.296	.770

ตารางที่ ๑1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพ ในหน่วยงานปฐมภูมิ จำแนกตามรายด้านโดยรวม ก่อนการได้รับการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อ ผู้ป่วยของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมรายข้อ (ต่อ)

ข้อ	กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย มะเร็งเต้านม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
		ก่อนได้รับโปรแกรม			ก่อนได้รับโปรแกรม				
		$\bar{X}_1$	SD ₁	แปลผล	$\bar{X}_2$	SD ₂	แปลผล		
9	มีการประเมินอาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเข้าใจในการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง	3.00	1.10	ปานกลาง	3.00	1.10	ปานกลาง	.000	1.000
10	ประเมินอาการผู้ป่วยที่ถูกต้อง ในการส่งต่อผู้ป่วยจะได้เข้ารับการรักษาแพทย์เฉพาะมะเร็งเต้านมให้ได้รับการรักษาที่ทันเวลา	3.00	1.22	ปานกลาง	3.00	1.06	ปานกลาง	.000	1.000
11	มีการปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยคำนึงถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับจากกระบวนการส่งต่อ	3.00	1.22	ปานกลาง	3.00	1.22	ปานกลาง		
12	มีการอบรมหรือพัฒนาบุคลากรเพื่อพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ	3.00	1.10	ปานกลาง	3.04	1.98	ปานกลาง	-.137	.892
13	มีความพร้อมในการจัดการข้อมูลในการส่งต่อของระบบนัด EMR	2.92	1.14	ปานกลาง	3.96	1.20	ปานกลาง	-.116	.908
14	มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนช่วยให้การส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีประสิทธิภาพสามารถเข้ารับการรักษาที่เหมาะสมกับอาการของโรค	3.00	1.06	ปานกลาง	2.92	1.28	ปานกลาง	.222	.826

ตารางที่ จ1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพ
ในหน่วยงานปฐมภูมิ จำแนกตามรายด้านโดยรวม ก่อนการได้รับการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย
ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมรายข้อ (ต่อ)

ข้อ	กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย มะเร็งเต้านม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
		ก่อนได้รับโปรแกรม			ก่อนได้รับโปรแกรม				
		$\bar{X}_1$	SD_1	แปลผล	$\bar{X}_2$	SD_2	แปลผล		
15	มีการเตรียมเอกสารที่สำคัญในการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยงานที่ปฏิบัติการส่งต่อ เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ แบบฟอร์มในการส่งต่อ/ ใบนัดที่ระบุ วันเวลา	2.92	1.14	ปานกลาง	3.00	1.10	ปานกลาง	-.219	.828
16	เข้าใจและสามารถอธิบายกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมถึงข้อมูลสำคัญที่ต้องเตรียมมาเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางตรงตามความต้องการของแต่ละกรณี เช่น นำยาโรคประจำตัวมาด้วยในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว	3.00	1.10	ปานกลาง	3.00	1.22	ปานกลาง	.000	1.000
17	มีแนวทางในการประเมินผลการส่งต่อเริ่มต้นระหว่างศูนย์ Refer หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ต้องการ Refer in (การส่งผู้ป่วยเข้า)	3.04	1.20	ปานกลาง	3.00	1.22	ปานกลาง	1.000	.328
18	มีการทบทวนแนวทางในการเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น ประวัติการรักษา ใบส่งตัว แบบฟอร์มข้อมูลผู้ป่วย การนัดในระบบนัดโปรแกรม EMR	2.92	1.28	ปานกลาง	3.00	1.10	ปานกลาง	-.214	.833

ตารางที่ จ1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพ ในหน่วยงานปฐมภูมิ จำแนกตามรายด้านโดยรวม ก่อนการได้รับการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมรายข้อ (ต่อ)

ข้อ	กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย มะเร็งเต้านม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
		ก่อนได้รับโปรแกรม			ก่อนได้รับโปรแกรม				
		$\bar{X}_1$	SD ₁	แปลผล	$\bar{X}_2$	SD ₂	แปลผล		
19	มีขั้นตอนการขึ้นชั้นการส่งต่อจาก หน่วยงานที่รับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เช่น การตอบรับข้อมูลผ่านทางระบบ ไลน์ การติดตามผลการส่งต่อ	3.92	1.28	มาก	3.04	1.20	ปาน กลาง	-.440	.664
20	มีการประสานงานกับหน่วยงานที่รับ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อตรวจสอบ รายการข้อมูลที่สำคัญช่วยยืนยันความ ถูกต้อง	3.04	1.20	ปาน กลาง	2.96	1.20	ปาน กลาง	.277	.784

จากตารางที่ จ1 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติ independent t-test รายข้อ พบว่า การรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ ก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกข้อ

ตารางที่ จ2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิโดยรวม จำแนกตามรายด้านโดยรวม หลังการได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ ในการส่งต่อผู้ป่วย ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมรายชื่อ

ข้อ	กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย มะเร็งเต้านม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
		หลังได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม				
		$\bar{X}_1$	SD ₁	แปลผล	$\bar{X}_2$	SD ₂	แปลผล		
1	มีการระบุผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการ ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	4.08	0.58	มาก	3.04	1.04	ปาน กลาง	5.943	.000*
2	รับรู้บทบาทและหน้าที่ของท่าน ในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่าง ชัดเจน	3.92	0.78	มาก	3.00	1.06	ปาน กลาง	8.917	.000*
3	ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไปยังแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษามะเร็งเต้านม สามารถช่วยเพิ่มโอกาส	4.00	0.88	มาก	2.96	1.08	ปาน กลาง	8.177	.000*
5	มีแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมจากหน่วยงานปฐมภูมิการ เตรียมการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มายังโรงพยาบาลแม่ข่าย	3.96	0.95	มาก	3.04	1.16	ปาน กลาง	7.695	.000*
6	มีในเตรียมข้อมูลสำคัญในการส่ง ต่อไปโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ เฉพาะทางในกระบวนการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	4.00	0.93	มาก	3.04	1.20	ปาน กลาง	8.536	.000*
7	มีระบบ EMR ที่สามารถสื่อสารส่ง ข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลและแพทย์เฉพาะทาง กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย	4.04	0.81	มาก	3.00	1.14	ปาน กลาง	6.799	.000*
8	มีแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง ในหน่วยงานท่านสามารถทำให้ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเข้าถึงการรักษาที่ จำเป็น	4.13	0.74	มาก	3.00	1.18	ปาน กลาง	7.439	.000*

ตารางที่ จ2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานผลลัพธ์การรับรู้ของบุคลากร
สุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิโดยรวม จำแนกตามรายด้านโดยรวม หลังการได้รับโปรแกรมการโค้ช
แบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมรายข้อ (ต่อ)

ข้อ	กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย มะเร็งเต้านม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
		หลังได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม				
		$\bar{X}_1$	SD ₁	แปลผล	$\bar{X}_2$	SD ₂	แปลผล		
9	มีการประเมินอาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเข้าใจในการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการรักษา โดยแพทย์เฉพาะทาง	4.08	0.78	มาก	3.04	1.04	ปานกลาง	9.278	.000*
10	ประเมินอาการผู้ป่วยที่ถูกต้อง ในการส่งต่อผู้ป่วยจะได้เข้ารับการรักษา แพทย์เฉพาะมะเร็งเต้านมให้ได้รับการรักษาที่ทันเวลา	4.13	0.74	มาก	3.00	1.22	ปานกลาง	6.912	.000*
11	มีการปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยคำนึงถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับจากกระบวนการส่งต่อ	4.13	0.74	มาก	3.04	1.16	ปานกลาง	7.399	.000*
12	มีการอบรมหรือพัฒนาบุคลากรเพื่อพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ	3.92	0.97	มาก	3.04	1.04	ปานกลาง	12.689	.000*
13	มีความพร้อมในการจัดการข้อมูลในการส่งต่อของระบบนัด EMR	3.83	1.01	มาก	2.92	1.14	ปานกลาง	15.906	.000*
14	มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนช่วยให้การส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีประสิทธิภาพสามารถเข้ารับการรักษาที่เหมาะสมกับอาการของโรค	3.92	0.93	มาก	3.00	1.06	ปานกลาง	15.906	.000*
15	มีการเตรียมเอกสารที่สำคัญในการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยงานที่ปฏิบัติการส่งต่อ เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ แบบฟอร์มในการส่งต่อ/ ใบนัดที่ระบุ วันเวลา	3.83	1.01	มาก	2.92	1.14	ปานกลาง	15.906	.000*

ตารางที่ จ2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิโดยรวม จำแนกตามรายด้านโดยรวม หลังการได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ ในการส่งต่อผู้ป่วย ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมรายข้อ (ต่อ)

ข้อ	กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย มะเร็งเรื้องต้น	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
		หลังได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม				
		$\bar{X}_1$	SD_1	แปลผล	$\bar{X}_2$	SD_2	แปลผล		
16	เข้าใจและสามารถอธิบายกับผู้ป่วย มะเร็งเรื้องต้นถึงข้อมูลสำคัญที่ต้อง เตรียมมาเพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง ตรง ตามความต้องการของแต่ละกรณี เช่น นำยาโรคประจำตัวมาด้วยในกรณีที่ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว	3.92	0.97	มาก	3.00	1.10	ปาน กลาง	15.906	.000*
17	ท่านมีแนวทางในการประเมินผลการ ส่งต่อเริ่มต้นระหว่างศูนย์ Refer หรือ หน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อแจ้งข้อมูล เกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งเรื้องต้นที่ต้องการ Refer in (การส่งผู้ป่วยเข้า)	3.92	1.02	มาก	3.04	1.20	ปาน กลาง	12.689	.000*
18	ท่านมีการทบทวนแนวทางในการ เตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น ประวัติ การรักษา ใบส่งตัว แบบฟอร์มข้อมูล ผู้ป่วย การนัดในระบบนัดโปรแกรม EMR	3.79	1.10	มาก	2.92	1.28	ปาน กลาง	12.689	.000*
19	มีขั้นตอนการยืนยันการส่งต่อจาก หน่วยงานที่รับผู้ป่วยมะเร็งเรื้องต้น เช่น การตอบรับข้อมูลผ่านทางระบบไลน์ การติดตามผลการส่งต่อ	4.13	0.74	มาก	3.04	1.16	ปาน กลาง	7.399	.000*
20	มีการประสานงานกับหน่วยงานที่รับ ผู้ป่วยมะเร็งเรื้องต้นเพื่อตรวจสอบ รายการข้อมูลที่สำคัญช่วยยืนยันความ ถูกต้อง	3.92	0.97	มาก	3.04	1.04	ปาน กลาง	12.689	.000*

*p < .05

จากตารางที่ จ2 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติ independent t-test รายข้อ พบว่า การรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ หลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกข้อ

ตารางที่ จ3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ของกลุ่มทดลองจำแนกเป็นรายข้อ

ข้อ	กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย มะเร็งเต้านม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มทดลอง			t	p- value
		ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม				
		$\bar{X}_1$	SD_1	แปลผล	$\bar{X}_2$	SD_2	แปลผล		
1	ท่านมีการระบุผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	3.00	1.10	ปานกลาง	4.08	0.58	มาก	-6.027	.000*
2	ท่านรับรู้บทบาทและหน้าที่ของท่านในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างชัดเจน	3.00	1.06	ปานกลาง	3.92	0.78	มาก	-8.917	.000*
3	ท่านส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษามะเร็งเต้านมสามารถช่วยเพิ่มโอกาส	2.92	1.14	ปานกลาง	4.00	0.88	มาก	-9.094	.000*
4	กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีประสิทธิภาพช่วยลดความเสี่ยงจากการรักษาที่ล่าช้า	3.00	1.06	ปานกลาง	4.04	0.81	มาก	-9.278	.000*
5	ท่านมีแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจากหน่วยงานปฐมภูมิการเตรียมการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมายังโรงพยาบาลแม่ข่าย	3.00	1.22	ปานกลาง	4.00	0.93	มาก	-8.307	.000*
6	ท่านมีในเตรียมข้อมูลสำคัญในการส่งต่อไปโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	3.04	1.20	ปานกลาง	4.00	0.93	มาก	-8.536	.000*

ตารางที่ ๖3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพ
ในหน่วยงานปฐมภูมิก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ของกลุ่มทดลองจำแนก
เป็นรายชื่อ (ต่อ)

ข้อ	กระบวนการส่งต่อของบุคลากร สุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ	กลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรม			กลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรม			t	p- value
		$\bar{X}_1$	SD ₁	แปลผล	$\bar{X}_2$	SD ₂	แปลผล		
7	ท่านมีระบบ EMR ที่สามารถสื่อสาร ส่งข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลและแพทย์เฉพาะทาง กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย	2.96	1.20	ปาน กลาง	4.04	0.81	มาก	-7.399	.000*
8	ท่านมีแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วย มะเร็งในหน่วยงานท่านสามารถ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเข้าถึงการ รักษาที่จำเป็น	2.92	1.28	ปาน กลาง	4.13	0.74	มาก	-6.699	.000*
9	ท่านมีการประเมินอาการของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมมีความเพื่อใช้ในการ ตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการ รักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง	3.00	1.10	ปาน กลาง	4.08	0.78	มาก	-8.117	.000*
10	ท่านประเมินอาการผู้ป่วยที่ถูกต้อง ในการส่งต่อผู้ป่วยจะได้เข้ารับการ รักษาแพทย์เฉพาะมะเร็งเต้านมให้ ได้รับการรักษาที่ทันเวลา	3.00	1.22	ปาน กลาง	4.13	0.74	มาก	-6.912	.000*
11	ท่านมีการปฏิบัติตามแนวทางการ ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยคำนึงถึง คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับจาก กระบวนการส่งต่อ	3.00	1.22	ปาน กลาง	4.13	0.74	มาก	-15.906	.000*
12	มีการอบรมหรือพัฒนาบุคลากรเพื่อ พัฒนาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การ ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นไป อย่างมีประสิทธิภาพ	3.00	1.10	ปาน กลาง	3.92	0.97	มาก	-15.906	.000*

ตารางที่ ๑๓ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพ
ในหน่วยงานปฐมภูมิก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ของกลุ่มทดลองจำแนก
เป็นรายข้อ (ต่อ)

ข้อ	กระบวนการส่งต่อของบุคลากร สุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ	กลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรม			กลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรม			t	p- value
		$\bar{X}_1$	SD ₁	แปลผล	$\bar{X}_2$	SD ₂	แปลผล		
13	ท่านมีความพร้อมในการจัดการ ข้อมูลในการส่งต่อของระบบนัด EMR	2.92	1.14	ปาน กลาง	3.83	1.01	มาก	-15.906	.000*
14	ท่านมีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนช่วย ให้การส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านมี ประสิทธิภาพสามารถเข้ารับการ รักษาที่เหมาะสมกับอาการของโรค	3.00	1.06	ปาน กลาง	3.92	0.93	มาก	-15.906	.000*
15	ท่านมีการเตรียมเอกสารที่สำคัญใน การส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยงานที่ ปฏิบัติการส่งต่อ เช่น ผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ/ แบบฟอร์มใน การส่งต่อ/ ใบนัดที่ระบุ วันเวลา	2.92	1.14	ปาน กลาง	3.83	1.01	มาก	-15.906	.000*
16	ท่านเข้าใจและสามารถอธิบายกับ ผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านถึงข้อมูลสำคัญที่ ต้องเตรียมมาเพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง ตรงตามความต้องการของแต่ละกรณี เช่น นำยาโรคประจำตัวมาด้วยใน กรณีที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว	3.00	1.10	ปาน กลาง	3.92	0.97	มาก	-15.906	.000*

ตารางที่ จ3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพ ในหน่วยงานปฐมภูมิก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ของกลุ่มทดลองจำแนก เป็นรายข้อ (ต่อ)

ข้อ	กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย มะเร็งเต้านม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มทดลอง			t	p- value
		ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม				
		$\bar{X}_1$	SD ₁	แปลผล	$\bar{X}_2$	SD ₂	แปลผล		
17	ท่านมีแนวทางในการประเมินผลการ ส่งต่อเริ่มต้นระหว่างศูนย์ Refer หรือ หน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อแจ้งข้อมูล เกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ต้องการ Refer in (การส่งผู้ป่วยเข้า)	3.04	1.20	ปาน กลาง	3.92	1.02	มาก	-12.689	.000*
18	ท่านมีการทบทวนแนวทางในการ เตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น ประวัติ การรักษา ใบส่งตัว แบบฟอร์มข้อมูล ผู้ป่วย การนัดในระบบนัดโปรแกรม EMR	2.92	1.28	ปาน กลาง	3.79	1.10	มาก	-12.689	.000*
19	ท่านมีขั้นตอนการยืนยันการส่งต่อ จากหน่วยงานที่รับผู้ป่วยมะเร็งเต้าน ม เช่น การตอบรับข้อมูลผ่านทาง ระบบไลน์ การติดตามผลการส่งต่อ	2.92	1.28	ปาน กลาง	3.79	1.10	มาก	-12.689	.000*
20	ท่านมีการประสานงานกับหน่วยงาน ที่รับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อ ตรวจสอบรายการข้อมูลที่สำคัญช่วย ยืนยันความถูกต้อง	3.04	1.20	ปาน กลาง	3.92	1.02	มาก	-12.689	.000*

*p < .05

จากตารางที่ จ3 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติ independent t-test รายข้อ พบว่า การรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิก่อน - หลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกข้อ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล

นางสาวชนันท์ภัทร์ สุขประเสริฐ

วัน เดือน ปีเกิด

วันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2526

วุฒิการศึกษา

พ.ศ. 2550

พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2550 - 2552

ปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยในศัลยกรรม (รวม) โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

พ.ศ. 2552 - 2554

ปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยในศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

พ.ศ. 2554 - 2557

หัวหน้างานผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

พ.ศ. 2557 - ปัจจุบัน

หัวหน้างานผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทั่วไปและระบบทางเดินปัสสาวะ
โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

Christian University of Thailand