

บทความวิจัย

กลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพการบริการโทรเวชกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

Received: 6 July 2025
Revised: 18 August 2025
Accepted: 27 August 2025

ชญานิศ ชำนาญจันทร์ พย.บ.^{1*}
ธนกฤต ทูริสุทธิ์ พร.ด.²

บทคัดย่อ

บทนำ: โทรเวชกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีสำคัญอย่างมาก กลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพการบริการโทรเวชกรรมสามารถให้บริการอย่างมีคุณภาพ และประสิทธิภาพ อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนากลยุทธ์คุณภาพการบริการโทรเวชกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ระเบียบวิธีวิจัย: วิจัยเพื่อพัฒนาแบบผสมผสาน ประกอบด้วย 3 ระยะ 1) ศึกษาสภาพปัญหา มี 2 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ศึกษาระดับปัญหา ประชากร จำนวน 193 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2) ศึกษาสภาพปัญหา ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 15 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา 2) กำหนดกลยุทธ์การพัฒนา 3) ประเมินกลยุทธ์ กลุ่มเป้าหมาย คือผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 30 คน ใช้แบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผู้ให้บริการโทรเวชกรรม โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เลือกแบบเจาะจง

ผลการวิจัย: พบว่าด้านคุณภาพระบบการใช้งาน ปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.58$, $SD = 0.98$) ดังนั้น ความมีเสถียรภาพ ความง่ายในการใช้งาน และ ความรวดเร็วในการตอบสนอง สภาพปัญหา ได้แก่ ระบบมีเสถียรภาพไม่เพียงพอ สัญญาณอินเทอร์เน็ต ระบบซับซ้อนสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สูงอายุ และต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลและผู้ให้บริการ ด้านคุณภาพการบริการปัญหาอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 2.29$, $SD = 1.02$) ดังนั้น การตอบสนอง รูปธรรม และการให้ความมั่นใจ สภาพปัญหา ได้แก่ การประสานงาน สถานที่ ขั้นตอนบริการ การใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือสื่อสาร กลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพการบริการโทรเวชกรรมในผู้ป่วยมะเร็ง มีจำนวน 6 กลยุทธ์ 11 โครงการ และผลการประเมินมีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้

สรุปผล: กลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพการบริการโทรเวชกรรม สามารถนำพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ: ควรนำกลยุทธ์การบริการโทรเวชกรรมไปปรับใช้ให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อให้การบริการมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: กลยุทธ์, คุณภาพการบริการ, โทรเวชกรรม, โรคมะเร็ง

¹ พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการพิเศษ) โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

* Corresponding author: patoo_550@hotmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

The Strategies for Development the Quality of Telemedicine Services in Cancer Patients

Chanyanis Chamnanchan B.N.S.^{1*}

Thanakrit Thurisut Ph.D.²

Abstract

Introduction: Telemedicine has been widely implemented in cancer care. Enhancing service quality is essential to ensure high-quality and sustainable healthcare delivery

Research objectives: To develop strategies for improving the quality of telemedicine services for cancer patients.

Research methodology: This mixed-methods developmental research consisted of 3 phases: (1) Problem analysis, including (1.1) a quantitative study with 193 participants using questionnaires analyzed with frequency, percentage, mean, and standard deviation, and (1.2) a qualitative study with 15 key informants through in-depth interviews analyzed by content analysis; (2) Strategy development; and (3) Strategy evaluation conducted with 30 experts using structured assessments and descriptive statistics. The target groups were cancer patients and telemedicine providers at UdonThani Cancer Hospital, selected through purposive sampling.

Results: System quality was rated moderate ($\bar{X} = 2.58$, SD = 0.98), with issues in reliability, usability, and response time. Key problems included unstable connections, complex systems for older patients, and the need for caregiver and provider. Service quality was rated low ($\bar{X} = 2.29$, SD = 1.02), with concerns in responsiveness, tangibility, and assurance. Challenges included poor coordination, limited service areas, and technology barriers. 6 strategies and 11 projects were developed to improve telemedicine services. Expert evaluation confirmed their feasibility and suitability for implementation.

Conclusion: The developed strategies are suitable for improving telemedicine services for cancer patients.

Implications: These strategies should be applied in practice to enhance the quality and efficiency of telemedicine services for cancer patients.

Keywords: strategies, service quality, telemedicine, cancer

¹ Registered Nurse (Senior professional level), Udon Thani Cancer Hospital.

* Corresponding author: Email: tatsanawan@hotmail.com

² Assistance Professor, Udon Thani Rajabhat University

บทนำ

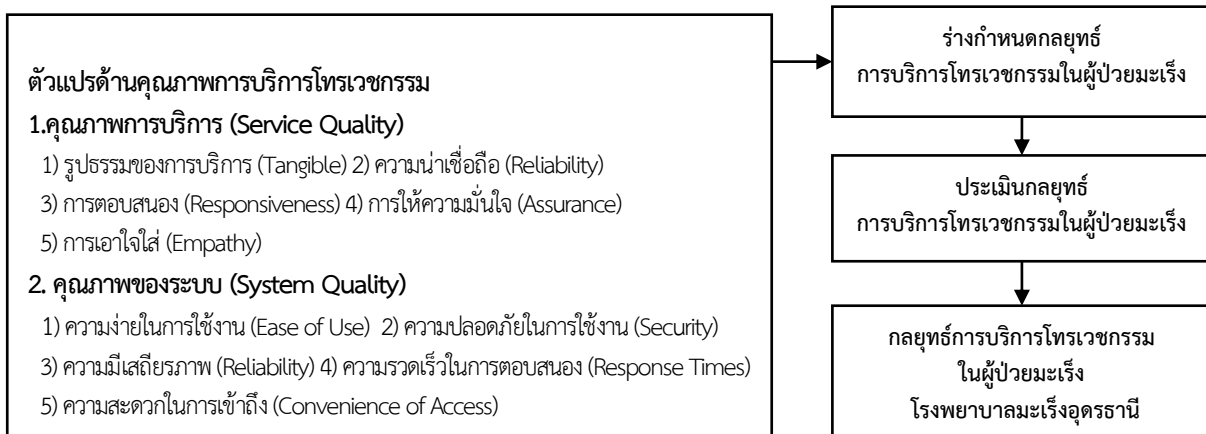
โรคมะเร็งเกิดจากความผิดปกติของเซลล์ในร่างกาย ถือเป็นโรคร้ายและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก และประเทศไทย ข้อมูลสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ จำนวน 400 คนต่อวัน หรือ 140,000 คนต่อปี เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ1 อัตรา128 คนต่อประชากร 100,000 คน กระทรวงสาธารณสุขมีแผนป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาและการเข้าถึงบริการสุขภาพแบบบูรณาการครบวงจร¹ ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ปี พ.ศ.2563 เป็นแรงผลักดันการนำโทรเวชกรรม หรือแพทย์ทางไกล (Telemedicine or Telehealth) มาให้บริการทางการแพทย์อย่างกว้างขวาง เพื่อรักษาระยะห่างและลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้สนับสนุนการให้บริการโทรเวชกรรมในสถานพยาบาลต่าง ๆ และเพิ่มสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมการรักษา รวม 42 กลุ่มโรค รวมถึงโรคมะเร็ง เพื่อส่งเสริมพัฒนาเป็น Smart Hospital และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ² โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ด้วยเครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัย เริ่มนำบริการโทรเวชกรรม มาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2564 เพื่อรองรับสถานการณ์โควิด-19 และยังคงใช้มาจนถึงปัจจุบัน โดยใช้ในการตรวจติดตามอาการหลังการรักษาที่มีอาการคงที่ เช่น หลังการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา แฉ่งผลพยาธิวิทยา และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง รวมถึงการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ สถิติการให้บริการ ระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีจำนวน 580,665 และ 799 ครั้งต่อปี ตามลำดับ^{3,4} ถึงแม้โทรเวชกรรม จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล ยกระดับมาตรฐานการให้บริการ ลดค่าใช้จ่าย ลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ การดูแลผ่านระบบโทรเวชกรรมยังส่งเสริมให้มีมุมมองเชิงบวกสามารถมีความสุขได้แม้จะเจ็บป่วยในระยะรุนแรง⁵ แต่ก็ยังพบข้อจำกัดหลายประการ เช่น ปัญหาความล่าช้า สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร ความไม่เชื่อมั่นในบริการ⁶ และการลดทอนความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย⁷ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาสภาพปัญหาคุณภาพการบริการโทรเวชกรรม อันจะนำไปสู่การจัดทำกลยุทธ์การพัฒนาการบริการโทรเวชกรรม ให้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งอย่างแท้จริง ก่อให้เกิดบริการที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพ เป็นการพัฒนาย่างยั่งยืน นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหาคุณภาพการบริการ เพื่อกำหนดกลยุทธ์การพัฒนา และประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพการบริการโทรเวชกรรม ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ศึกษาตัวแปรด้านคุณภาพการบริการตามแนวคิดแบบจำลอง SERVQUAL⁸ และด้านคุณภาพของระบบการใช้งานตามโมเดลความสำเร็จของระบบสารสนเทศ ของ Delone & Mclean^{9,10}



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา (Research for Development) วิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) โดยใช้วิจัยเชิงปริมาณ และวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาการบริการโทรเวชกรรม ในผู้ป่วยมะเร็ง แบบ Explanatory Sequential Design ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาระดับปัญหาคุณภาพการบริการโทรเวชกรรม ในผู้ป่วยมะเร็ง

ประชากร ได้แก่ 1) แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักวิชาการคอมพิวเตอร์ การเงิน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 80 คน 2) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 113 คน รวมทั้งหมด 193 คน เนื่องจากกลุ่มประชากรมีขนาดเล็ก จึงศึกษาทั้งหมด ประชากรที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) 1) รับการรักษที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี มีอาการคงที่ มีประสบการณ์ใช้บริการโทรเวชกรรม โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี 1 ครั้งขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน การพูดการมองเห็น และเข้าใจภาษาไทย 3) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ 2) ไม่สามารถสื่อสารได้ มีปัญหาการได้ยิน การพูดการมองเห็น และไม่เข้าใจภาษาไทย 3) ผู้ป่วยไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคมะเร็ง และ ประสิทธิภาพการบริการโทรเวชกรรม จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับปัญหาบริการโทรเวชกรรม แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านคุณภาพการบริการ จำนวน 25 ข้อ 2) ด้านคุณภาพระบบการใช้งาน จำนวน 25 ข้อ มีระดับความคิดเห็น 5 ระดับ ดังนี้ 5 = ปัญหาในระดับมากที่สุด 4 = ปัญหาในระดับมาก 3 = ปัญหาในระดับปานกลาง 2 = ปัญหาในระดับน้อย และ 1 = ปัญหาในระดับน้อยที่สุด

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 1) การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำไปให้นักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบรูปแบบคำถาม การใช้ภาษา ได้ค่า Index of Item Objective Congruence: IOC = 1.00 2) ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลอง (Try Out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient = 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยส่งแบบสอบถามออนไลน์ ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบ และ ลงรหัสแบบสอบถาม นำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ได้แก่ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาสภาพปัญหาการบริการโทรเวชกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายและขยายความถึงสภาพปัญหาการบริการโทรเวชกรรม ใน ระยะที่ 1

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) ได้แก่ ผู้มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการบริการโทรเวชกรรม ได้แก่ แพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน และผู้ป่วยโรคมะเร็ง รวมจำนวน 9 คน รวมทั้งหมด 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคมะเร็ง และ ประสบการณ์บริการโทรเวชกรรม จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 สภาพปัญหาการบริการโทรเวชกรรม ได้แก่ 1) คุณภาพการบริการ จำนวน 5 ข้อ 2) คุณภาพระบบการใช้งาน จำนวน 5 ข้อ และข้อเสนอแนะการปรับปรุงและพัฒนาการบริการโทรเวชกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ บันทึกเสียงและนำข้อมูลที่ได้ทำการตรวจสอบและลงรหัสแบบสอบถาม จากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) หาความถี่ และหาค่าร้อยละ

ระยะที่ 2 การกำหนดกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพการบริการโทรเวชกรรม ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง นำผลการวิเคราะห์ระดับปัญหา ประเด็นสภาพปัญหา และข้อเสนอแนะการพัฒนาการบริการโทรเวชกรรม ใน ระยะที่ 1 และศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำการยกร่างกลยุทธ์ ซึ่งประกอบด้วย ประเด็นกลยุทธ์ หลักการ วัตถุประสงค์ โครงการ/กิจกรรม การประเมินผล ตัวชี้วัดผลสำเร็จ ตรวจสอบความสมบูรณ์โดยอาจารย์ที่ปรึกษาและปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของกลยุทธ์การพัฒนาการบริการโทรเวชกรรม ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ประสบการณ์ให้บริการโทรเวชกรรม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 10 คน แพทย์ จำนวน 2 คน พยาบาล จำนวน 10 คน นักวิชาการคอมพิวเตอร์ จำนวน 2 คน เภสัชกร จำนวน 2 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 4 คน รวมทั้งหมด 30 คน เลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบประเมิน เกณฑ์การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ดังนี้ 5 = ระดับมากที่สุด 4 = ระดับมาก 3 = ระดับปานกลาง 2 = ระดับน้อย และ 1 = ระดับน้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) ผู้วิจัยทำหนังสือประสานกลุ่มเป้าหมายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยพร้อมขออนุญาตจัดเก็บข้อมูล 2) ผู้วิจัยโทรศัพท์นัดหมายล่วงหน้า พร้อมหนังสือขอความร่วมมือ 3) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กำหนดเกณฑ์ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ดังนี้ 4.51-5.00 = ระดับมากที่สุด 3.51-4.50 = ระดับมาก 2.51-3.50 ระดับปานกลาง 1.51-2.50= ระดับน้อย 1.00-1.50 = ระดับน้อยที่สุด กำหนดค่าเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 3.51 ถือว่าการประเมินผ่านสามารถนำไปใช้ได้

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เลขที่ UDCH_COA 023/2024 โดยคำนึงถึงประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตรายและยุติธรรมในการปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในเดือนพฤศจิกายน- ธันวาคม พ.ศ.2567

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 สภาพปัญหาการบริการโทรเวชกรรม ในผู้ป่วยมะเร็ง 1.1. ระดับปัญหาคุณภาพการบริการ กลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นหญิง อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 32.50 การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 61.25 ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เป็นหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 42.48 การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 74.34 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30.09 โรคมะเร็งที่ใช้บริการโทรเวชกรรม คือ มะเร็งศีรษะและคอ ร้อยละ 38.05 มะเร็งเต้านม ร้อยละ 34.51 และ มะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 8.85 พบปัญหาคุณภาพระบบการใช้งานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.58, SD = 0.98) และปัญหาคุณภาพการบริการ อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 2.29, SD = 1.02) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับปัญหาคุณภาพการบริการโทรเวชกรรม

ด้านคุณภาพระบบการใช้งานโทรเวชกรรม	ระดับปัญหา			ลำดับ
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล	
1. ความง่ายในการใช้งาน	2.79	0.99	ปานกลาง	2
2. ความปลอดภัยในการใช้งาน	2.04	1.04	น้อย	5
3. ความมีเสถียรภาพ	2.85	0.94	ปานกลาง	1
4. ความรวดเร็วในการตอบสนอง	2.67	0.89	ปานกลาง	3
5. ความสะดวกในการเข้าถึง	2.54	1.02	ปานกลาง	4
สรุป	2.58	0.978	ปานกลาง	

ด้านคุณภาพการบริการโทรเวชกรรม	ระดับปัญหา			ลำดับ
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล	
1. ความเป็นรูปธรรมของการบริการ	2.37	1.00	น้อย	2
2. ความน่าเชื่อถือ	2.26	1.08	น้อย	4
3. การตอบสนอง	2.43	0.95	น้อย	1
4. การให้ความมั่นใจ	2.27	1.03	น้อย	3
5. การเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ	2.12	1.05	น้อย	5
สรุป	2.29	1.02	น้อย	

1.2. สภาพปัญหาการบริการโทรเวชกรรม ในผู้ป่วยโรคเมเร็ง 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 อายุเฉลี่ยตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.67 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 23.33 ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นพยาบาล ร้อยละ 13.33 ผู้ป่วยโรคเมเร็ง ร้อยละ 30.00 เป็นโรคเมเร็งเด็มน ร้อยละ 33.33 2) ผลวิเคราะห์เนื้อหาพบว่าสภาพปัญหามีความสอดคล้อง กับระดับปัญหาใน ระยะที่ 1 ผู้วิจัยนำปัญหา 3 อันดับแรก มาตีความและอธิบาย ได้ดังนี้ 2.1) สภาพปัญหาด้านคุณภาพระบบการใช้งาน พบมากที่สุดคือ 1) ความไม่เสถียรของการเชื่อมต่อ ทำให้พบ (1) ปัญหาด้านภาพ เช่น ภาพค้าง ภาพช้า ร้อยละ 93.30 (2) ปัญหาด้านเสียง เช่น เสียงขาดหาย ไม่ชัดเจน ร้อยละ 80.00 และ (3) ปัญหาสายหลุด ร้อยละ 66.67 มีสาเหตุมาจากสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่แรงพอ 2) ความง่ายในการใช้งาน พบมากที่สุด คือ ความยาก ซับซ้อน ต่อการใช้งาน สำหรับผู้สูงอายุ ข้อจำกัดทางเทคโนโลยีและไม่คุ้นเคยกับการใช้งาน มีต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลและผู้ให้บริการ ร้อยละ 80.00 ระบบลงทะเบียนมีหลายขั้นตอน ข้อจำกัดของซอฟต์แวร์ที่รองรับเฉพาะ Android version 12 ขึ้นไป และปัญหาการเรียนรู้และการจดจำวิธีใช้งาน โดยเฉพาะเมื่อนัดติดตามห่างกันนาน 3) ความรวดเร็วในการตอบสนอง พบมากที่สุด คือระยะเวลาการรับสายนาน และสายหลุด ร้อยละ 50.30 รองลงมาคือ ความล่าช้าจากความเร็วสัญญาณอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 33.33 และสุดท้าย ปัญหาการจัดการคิวและระบบแจ้งเตือน 2.2) สภาพปัญหาด้านคุณภาพการบริการโทรเวชกรรม พบมากที่สุด คือ 1) การตอบสนอง ดังนี้ การติดต่อสื่อสาร ร้อยละ 66.70 เกิดจากขาดการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดความล่าช้า เช่น การรอสาย การต่อสายยาก รองลงมาปัญหาด้านเทคโนโลยี ร้อยละ 40.00 พบว่าระบบถูกออกแบบให้สื่อสารทางเดียว ไม่สามารถโทรกลับหาผู้ป่วยได้โดยตรง ผู้ให้บริการไม่ชำนาญด้านเทคโนโลยี อีกทั้งสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร ส่งผลต่อการติดต่อสื่อสาร และสุดท้ายคือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเมเร็งที่ สูงอายุไม่ชำนาญด้านเทคโนโลยี ซึ่งเป็นข้อจำกัดการเข้าถึง ต้องการผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือ 2) ความเป็นรูปธรรมของการบริการ พบมากที่สุด คือ สถานที่ให้บริการไม่เป็นสัดส่วน มีเสียงรบกวน กระทั่งต่อความเป็นส่วนตัว ร้อยละ 40.00 รองลงมา คือ ปัญหาการดาวน์โหลดและติดตั้งแอปพลิเคชัน ร้อยละ 50.00 โดยเฉพาะในกลุ่ม

ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาญาติหรือผู้ให้บริการในการลงทะเบียนและใช้งาน และสุดท้าย คือ ระยะเวลา นิดที่ห่างกันทำให้ผู้ป่วยลืมวิธีการใช้งาน 3) ความมั่นใจ พบมากที่สุด คือ ปัญหาสัญญาณอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 30.00 พบว่ามี ปัญหาสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่ไม่ดี ทำให้ภาพและเสียงสะดุด ภาพไม่ชัด เสียงขาดหาย รองลงมาคือ การใช้เครื่องมือ สื่อสารของผู้ให้บริการ ร้อยละ 27.00 เนื่องจากไม่ได้ใช้งานบ่อยหรือไม่คล่องตัวอย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้ป่วยยังคงมั่นใจใน การรักษาเนื่องจากแพทย์มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคมะเร็ง

ระยะที่ 2 กำหนดกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพการบริการโทรเวชกรรม ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ทั้งหมด 6 กลยุทธ์ 11 โครงการ ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 กลยุทธ์ ด้านคุณภาพระบบการใช้งานการบริการโทรเวชกรรม ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ด้านคุณภาพระบบการใช้งาน (System Quality)				
กลยุทธ์	หลักการ	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรม	ตัวชี้วัด
ด้าน ความ มี เสถียร ภาพ (Reliability)	ความมีเสถียรภาพ ระบบสามารถ รักษาความเร็วใน การตอบสนองให้ คง ที่ มี ความ สม่่าเสมอขณะใช้ งาน	1)เพื่อให้ ภาพและ เสียงชัดเจน เพิ่ม ประสิทธิภาพการ รักษาพยาบาล 2)เพื่อ ส่งเสริมความรู้และ ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความมีเสถียรภาพ ของ ระบบ ที่มี ประสิทธิภาพ	1.โครงการ พัฒนา Stable for Quality 2.โครงการ อบรม เข้าใจ สื่อสารไว คลายกังวล	เชิงคุณภาพ 1)ภาพและเสียงชัดเจน 2) ผู้ป่วยมะเร็งมีความพึงพอใจ ≥ 80% เชิงปริมาณ 1) การเกิดปัญหาภาพ ค้างและเสียงขาดหาย สายหลุด ≤ 5 %
ด้านความง่ายใน การใช้งาน (Ease of Use)	ความง่ายในการใช้ งาน คือ ระบบ สามารถเข้าใช้งาน โดยง่ายไม่ซับซ้อน	เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย มะเร็งสูงอายุ สามารถ ใช้งานในระบบได้ด้วย ตนเอง	1.โครงการพัฒนาระบบ การโทรเวชกรรมให้ใช้ งานง่าย ไม่ซับซ้อน “Easy and happy”	เชิงคุณภาพ 1) ผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุมี ความพึงพอใจ ≥ 80% เชิงปริมาณ 1) ผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุ สามารถใช้งานได้ด้วยตนเอง ≥ 60%
ความรวดเร็วใน การตอบสนอง (Response Times)	ความรวดเร็วในการ ตอบสนอง คือ ความสามารถ ตอบสนอง เร็ว งวด ด้วยความ รวดเร็ว	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ความรวดเร็วในการ ตอบ ส น อ ง ผู้รับบริการโทรเวช กรรม	1.โครงการเพิ่ม ประสิทธิภาพความ รวดเร็วในการตอบสนอง เพื่อคุณภาพบริการโทร เวชกรรม	เชิงคุณภาพ 1) ผู้ป่วยมะเร็งมีความ พึงพอใจ ≥ 80% เชิงปริมาณ 1) ผู้ป่วยมะเร็งใช้งาน ระบบ ด้วยความรวดเร็ว ≥ 80%

ตารางที่ 3 กลยุทธ์ ด้านคุณภาพการบริการการบริการโทรเวชกรรม ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ด้านคุณภาพการบริการ (Service Quality)				
กลยุทธ์	หลักการ	วัตถุประสงค์	โครงการ/กิจกรรม	ตัวชี้วัด
ตอบสนอง (Responsiveness) ความต้องการของผู้รับบริการโทรเวชกรรม	การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ถูกต้อง ตามมาตรฐาน สะดวก รวดเร็ว สร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการบริการโทรเวชกรรม	1) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการตอบสนองความต้องการ ที่ถูกต้อง ตามมาตรฐาน 2) เพื่อลดระยะรอคอยบริการโทรเวชกรรม 3) เพื่อส่งเสริมทักษะการสื่อสาร ออนไลน์ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับองค์กรผ่านการสื่อสารออนไลน์ที่ดี	1.โครงการพัฒนาระบบ Tele care Team 2. โครงการ Fast Track ง่าย ไม่รอนาน 3.โครงการพัฒนาศักยภาพการสื่อสารออนไลน์	เชิงคุณภาพ 1) ผู้ให้บริการมีแนวทางการให้บริการโทรเวชกรรม ในผู้ป่วยมะเร็ง 2) ผู้ป่วยมะเร็งมีความพึงพอใจ $\geq 80\%$ เชิงปริมาณ 1) อุบัติการณ์ข้อร้องเรียน 0 ราย 2) ผู้ป่วยมีช่องทางติดต่อ มีบริการ Fast Track สะดวกรวดเร็ว $\geq 80\%$
ด้านรูปธรรม (Tangible) ของการบริการโทรเวชกรรม	การบริการที่ชัดเจน ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถรับรู้และสัมผัสได้ ถึงการรับบริการที่ดี มีความเหมาะสม	1) เพื่อพัฒนากระบวนการ ติดตั้งแอปพลิเคชัน My iTele และการลงทะเบียน ที่ชัดเจน 2) เพื่อให้มีสถานที่ให้บริการเหมาะสม ปลอดภัย ตามมาตรฐาน	1.โครงการพัฒนาแนวทางการบริการโทรเวชกรรม 2.โครงการพัฒนา ห้องโทรเวชกรรม “smart Telemedicine”	เชิงคุณภาพ 1) มีแนวทางการบริการโทรเวชกรรม 2) มีคู่มือการบริการโทรเวชกรรม 3) ผู้ป่วยมะเร็งมีความพึงพอใจ $\geq 80\%$ เชิงปริมาณ 1) ผู้ป่วยมะเร็งได้รับคำแนะนำ ติดตั้งแอปพลิเคชัน และใช้งาน $\geq 80\%$ 2) สถานที่ให้บริการมีมาตรฐานพร้อมใช้งาน $\geq 80\%$
ด้านการให้ความมั่นใจ (Assurance)	ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจ รับรู้ถึงการรับบริการที่ปลอดภัย ส่งผลทั้งในเรื่องความพึงพอใจ และประสิทธิภาพ	เพื่อส่งเสริมความมั่นใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้เครื่องมือสื่อสารและเทคนิคการให้บริการโทรเวชกรรม	1.โครงการพัฒนาการใช้เครื่องมือสื่อสารและเทคนิคการให้บริการโทรเวชกรรม 2.โครงการมั่นใจ ไร้รอยต่อ	เชิงคุณภาพ 1) ผู้ให้บริการ มีความรู้ มีทักษะและเทคนิคการใช้เครื่องมือสื่อสารด้านโทรเวชกรรม 2) ผู้ป่วยมะเร็งมีความพึงพอใจ $\geq 80\%$ เชิงปริมาณ 1) ผู้ให้บริการได้รับการอบรม $\geq 80\%$ 2) การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดเหตุขัดข้อง $\geq 80\%$

ระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของกลยุทธ์การพัฒนาการบริการโทรเวชกรรม ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 73.33 อายุ 30 - 39 ปี ร้อยละ 43.33 การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 40.00 พบว่า 1) ผลการประเมินด้านคุณภาพระบบการใช้งาน มีความเหมาะสม ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.76$, S.D = 0.44) และความเป็นไปได้ ระดับมาก ($\bar{X} = 4.40$, S.D = 0.58) 2) ผลการประเมินด้านคุณภาพบริการ มีความเหมาะสมระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.78$,

S.D = 0.41) และมีความเป็นไปได้ระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.49, S.D = 0.50) ดังนั้น ผลการประเมินกลยุทธ์การพัฒนาขึ้น มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด สามารถนำไปใช้ได้ ดังตารางที่ 4และตารางที่ 5

ตารางที่ 4 การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ด้านคุณภาพระบบการใช้งาน

ร่างกลยุทธ์การพัฒนา	ความเหมาะสม (N=30)			ความเป็นไปได้ (N=30)		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ด้านคุณภาพระบบการใช้งาน						
ความมีเสถียรภาพ	4.70	0.47	มากที่สุด	4.50	0.57	มาก
ความง่ายในการใช้งาน	4.70	0.53	มากที่สุด	4.37	0.49	มาก
ความรวดเร็วในการตอบสนอง	4.83	0.38	มากที่สุด	4.27	0.69	มาก
สรุปผลการประเมิน	4.74	0.46	มากที่สุด	4.38	0.58	มาก

ตารางที่ 5 การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ด้านคุณภาพการบริการ

ร่างกลยุทธ์การพัฒนา	ความเหมาะสม (N=30)			ความเป็นไปได้ (N=30)		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ด้านคุณภาพการบริการ						
การตอบสนอง	4.77	0.43	มากที่สุด	4.40	0.50	มาก
รูปธรรมการบริการ	4.70	0.47	มากที่สุด	4.47	0.51	มาก
ความมั่นใจ	4.70	0.47	มากที่สุด	4.43	0.50	มาก
สรุปผลการประเมิน	4.72	0.46	มากที่สุด	4.43	0.5	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้พบว่ากลยุทธ์การพัฒนาการบริการโทรเวชกรรมกรรม ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่พัฒนาขึ้น ความเหมาะสมและความเป็นไปได้สามารถนำไปใช้ได้ จากผลการศึกษาทำให้ค้นพบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ดังนี้ 1) สภาพปัญหาระบบการใช้งาน ความมีเสถียรภาพไม่เพียงพอ จากสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่แรง มีผลต่อภาพและเสียง ระบบมีความซับซ้อน ยากสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สูงอายุและต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลและผู้ให้บริการ สอดคล้องกับ Katalinic et al.ปัญหาด้านคุณภาพ ภาพและเสียงเป็นอุปสรรคสำคัญ ดังนั้นการพัฒนาเทคโนโลยีให้มีความเสถียรภาพมากยิ่งขึ้น จะเป็นการยกระดับคุณภาพการบริการโทรเวชกรรมในภาพรวม¹¹ 2) สภาพปัญหาด้านคุณภาพบริการ ได้แก่ (1)การตอบสนองล่าช้าในการให้บริการ (2) ข้อจำกัดด้านเทคโนโลยี (3) การติดต่อสื่อสาร ความรู้รูปธรรมของการบริการ (1) สิ่งอำนวยความสะดวก ได้แก่ อธิบายรายละเอียด การติดตั้งแอปพลิเคชัน (2)คู่มือ (3) ความเหมาะสมของสถานที่ และการให้ความมั่นใจ (1) การใช้เครื่องมือสื่อสาร และการสื่อสารที่ชัดเจน (2) การรับ-ส่ง ข้อมูลไม่ชัดเจน สอดคล้องกับAlami et al.การประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่ไม่ดี ระบบที่ถูกออกแบบให้สื่อสารทางเดียว รวมถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร ส่งผลต่อการติดต่อสื่อสาร ความล่าช้าและสร้างความยุ่งยากให้ผู้ป่วย¹² สอดคล้องกับ Brouwers et al. พบข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีของระบบโทรเวชกรรม เป็นปัญหาต่อการให้บริการที่รวดเร็วและตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และข้อจำกัดการเข้าถึงในกลุ่มผู้สูงอายุ ไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยี¹³ สอดคล้องกับJohnson et al. ปัญหาการเข้าถึงบริการโทรเวชกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยีและการไม่มีผู้ดูแล

เป็นอุปสรรคสำคัญ สอดคล้องกับผลการวิจัยนี้พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 42.48¹⁴ สอดคล้องกับมาตรฐาน Telehealth in Oncology ของ ASCO (American Society of Clinical Oncology) ที่มีจุดมุ่งหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งผ่านระบบโทรเวชกรรม ให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ¹⁵ สอดคล้องกับ National Quality Forum (2017) ที่ได้จัดทำมาตรฐานและตัวชี้วัด เฉพาะด้าน telemedicine เพื่อประเมินบริการ และปรับปรุงคุณภาพบริการใน 4 ด้านหลัก ดังนี้ 1) การเข้าถึงบริการ (Access to Care) ได้แก่ อัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลที่เข้าถึงบริการได้ และเวลารอคอยเฉลี่ยในการรับบริการ (Average Waiting Time) 2) ประสบการณ์ของผู้ป่วย (Patient and Caregiver Experience) เน้นความสะดวกและความพึงพอใจ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วย (Patient Satisfaction Score) และความง่ายในการใช้งานเทคโนโลยี (Ease of Use Rating) 3) ประสิทธิภาพทางคลินิก (Effectiveness and Clinical Outcomes) ได้แก่ อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Events Rate) อัตราการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Adherence to Treatment Plan) และ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Clinical Outcome Measures) 4) การรวมเทคโนโลยีและความปลอดภัย (Technology Integration and Safety) เน้นด้านความเสถียร ความปลอดภัยของระบบ และความถูกต้องในการใช้งาน ได้แก่ อัตราการหลุดจากการเชื่อมต่อ (Connection Drop Rate) เวลาตอบสนองของระบบ (System Response Time) อัตราข้อผิดพลาดในการสื่อสาร (Communication Error Rate) ความปลอดภัยของข้อมูล (Data Security Incidents)¹⁶ และ Hoque et al. คุณภาพการบริการโทรเวชกรรมมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับความพึงพอใจผู้รับบริการ¹⁷

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำไปปรับใช้เพิ่มประสิทธิภาพการบริการโทรเวชกรรม ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย: หน่วยงานควรวางแผนการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี ดังนี้

- 1) กำหนดงบประมาณและแผนการลงทุนระยะยาวในการพัฒนาระบบโทรเวชกรรม
- 2) สนับสนุนการจัดสถานที่ จัดหาอุปกรณ์และเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพและทันสมัย
- 3) จัดทำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศด้านโทรเวชกรรม
- 4) มีนโยบายการพัฒนาระบบเทคโนโลยี ที่ใช้งานง่าย เหมาะกับผู้ป่วยโรคมะเร็งผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ขยายจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม และ การศึกษาเชิงเปรียบเทียบ กับโรงพยาบาลอื่น

Reference

1. Ministry of Public Health. National Cancer Prevention and Control Plan. [Internet]. 2022 [cited 2024 May 16]. Available from: https://www.nci.go.th/th/File_download/D_index. (in Thai)
2. National Health Security Office. Accessed on May 10, 2024 [Internet]. 2023 [cited 2024 May 10]. Available from: <https://www.nhso.go.th/news/3952>. (in Thai)
3. Department of Medical Services. DMS Telemedicine: Treatment without time and location limitations [Internet]. Ministry of Public Health; 2023 [cited 2024 May 12]. Available from: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181945/>. (in Thai)
4. Udon Thani Cancer Hospital. Hospital-based cancer registry [Internet]. 2023 [cited 2024 May 20]. Available from: <https://www.udch.go.th/uploads/doc/Hosbased/hos2022.pdf>. (in Thai)
5. Lakswan-Santitham S, Khleechaya P. Health literacy and understanding in telemedicine services for complex and specific diseases among the public. J Commun Arts Rev. 2024;28(2):67–81. (in Thai)

6. Kulrattanamaneeporn C, Kuawangboonsin B, Kost GJ. Telemedicine: An innovation in healthcare. Srinakharinwirot Res Dev J (Humanities and Social Sciences). 2010;2(Special issue):42–51. (in Thai)
7. Adulyatham T. Cloud meeting–telemedicine and healthcare professionals during the COVID-19 era. J Dept Med Serv. 2020;45(2):5–7. (in Thai)
8. Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. Journal of Retailing. 1988.
9. DeLone WH, McLean ER. Information systems success: The quest for the dependent variable. Information Systems Research. 1992;3(1):60-95.
10. Phonlueang R. Causal relationship factors influencing the decision to use telemedicine applications [Internet]. 2020 [cited unknown date]. Available from: http://dspace.bu.ac.th/bitstream/123456789/4895/3/roengrit_phol.pdf.(in Thai)
11. Katalinic A, Waldmann A, Hübner J. Trends over time in breast-cancer-specific mortality in Germany. Deutsches Ärzteblatt International. 2021;118(31-32):538-539.
12. Alami H, Gagnon MP, Wootton R, Fortin JP, Zanaboni P. Exploring factors associated with the adoption of telemedicine through the lens of a modified Technology Acceptance Model: Evidence from COVID-19 pandemic. BMC Medical Informatics and Decision Making. 2020;20(1):1-10.
13. Brouwers FM, van Exel H, Hermans AJM, Wahab PJ, Brouwer T. Telehealth during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey among medical specialists in the Netherlands. Journal of Medical Internet Research. 2021;23(12):e33889.
14. Johnson K, Smith A, Williams B. Barriers to telemedicine access among elderly patients: A systematic review. Journal of Telemedicine and Healthcare. 2019;15(4):245-260.
15. Zon RT, Kennedy EB, Adelson K, Blau S, Dickson N, Gill D, et al. Telehealth in oncology: ASCO standards and practice recommendations. JCO Oncol Pract. 2021;17(9):546-564.
16. National Quality Forum. NQF proposes approaches to assess, improve telehealth quality and interoperability. [Internet]. 2017 [cited 2024 Nov 10]. Available from: <https://www.qualityforum.org/>.
17. Hoque SI, Karim AM, Hossen MR, Arjumand D. Evaluation of patients' satisfaction in telemedicine service quality: A case study on Maizbhanderi Foundation, Fatikchari, Bangladesh. Am Econ Soc Rev. 2021;8(1):1-10.