

การพัฒนาคุณภาพการบริการสำหรับผู้ป่วยในโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ โรงพยาบาลลำพูน Service quality improvement for patients of cancer anywhere project, Lamphun hospital

นภาพรณ์ วิระราช¹, กุลวดี อภิชาติบุตร^{2*}, อรอนงค์ วิชัยคำ²

Napaporn Virarach¹, Kulwadee Abhicharttibutra^{2*}, Orn-Anong Wichaikhum²

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารทางการพยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่¹,
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²

Graduate Student of Master of Nursing Science (Nursing Administration), Faculty of Nursing, Chiang Mai University¹,
Faculty of Nursing, Chiang Mai University²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: akulwadee@gmail.com

(Received: March 27, 2025; Revised: April 12, 2025; Accepted: April 17, 2025)

บทคัดย่อ

โครงการมะเร็งรักษาทุกที่เป็นบริการที่จัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเพื่อสามารถเข้าถึงการรักษาได้รวดเร็ว ลดระยะเวลาการรอคอยการรักษา และได้รับการรักษาต่อเนื่อง การศึกษาเชิงพัฒนานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ โรงพยาบาลลำพูน โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัสทีดีซีเอ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาประกอบด้วย 1) บุคลากรที่ปฏิบัติงานในการให้บริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ทีมพัฒนาจำนวน 5 คน และทีมปฏิบัติจำนวน 32 คน และ 2) ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งในช่วงเวลาที่ศึกษา 2 ระยะเวลาจำนวน 124 ราย และ 66 ราย ตามลำดับ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แนวคำถามการประชุมกลุ่ม คู่มือการบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบตรวจสอบการบันทึกข้อมูล แบบบันทึกระยะเวลาการรอคอยการรักษา รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ ได้แก่ การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง และระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษาในโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งโปรแกรม TCB 2023 ถูกต้องครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80 นอกจากนี้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ ได้รับเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ และได้รับรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ เท่ากับร้อยละ 100

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการติดตามประเมินผลลัพธ์ของการบันทึกและการบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ทั้งในเชิงความสมบูรณ์และความถูกต้องของการบันทึก การส่งต่อข้อมูล การประสานงานบริการ และผลลัพธ์ของการเข้าถึงการรักษาอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : คุณภาพการบริการ โครงการมะเร็งรักษาทุกที่ ผู้ป่วยมะเร็ง

Abstract

The Cancer Anywhere Project is a service designed to provide cancer patients with timely access to treatment, reduce waiting times for treatment, and ensure continuity of care. This developmental study aimed to enhance the service quality of the Cancer Anywhere Project at Lamphun Hospital using the continuous quality improvement process, FOCUS-PDCA. The sample in the study included 1) staffs involved in the Cancer Anywhere Project, consisting of 5 members from the development team and 32 from the operations team and 2) data of patients diagnosed by a physician with cancer during two study periods, totaling 124 and 66 patients, respectively. Research instruments included interview guidelines, the Cancer Anywhere Project manual, a

demographic data form, a data recording checklist, and a treatment waiting time log. The outcomes measured were the completeness of cancer patient data recording and the time to initiation of surgery, chemotherapy, and radiation therapy within the Cancer Anywhere Project. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results revealed that nurses recorded cancer patient data in the TCB 2023 program with more than 80% completeness and accuracy, patients received surgery within four weeks, chemotherapy within six weeks, and 100% of patients received radiation within six weeks.

Nursing administrators should continuously monitor and evaluate the quality of documentation and service delivery under the Cancer Treatment Anywhere project in terms of completeness and accuracy, data transfer, service coordination, and treatment continuity outcomes.

Keywords: service quality improvement, cancer anywhere project, cancer patient

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีแนวโน้มอุบัติการณ์สูงขึ้น และเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสาธารณสุข จากข้อมูลของ The International Agency for Research on Cancer (2018) พบสถิติมะเร็งรายใหม่ทุกกลุ่มอายุทั่วโลกในปี 2561 จำนวนประมาณ 18 ล้านราย และ ปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 19.3 ล้านราย มะเร็งที่พบบ่อย ได้แก่ มะเร็งเต้านมร้อยละ 11.7 มะเร็งปอดร้อยละ 11.4 มะเร็งลำไส้ใหญ่ร้อยละ 10.0 มะเร็งต่อมลูกหมาก ร้อยละ 7.3 และมะเร็งกระเพาะอาหารร้อยละ 5.6 โดยพบว่าสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตเกิดจากมะเร็งปอดร้อยละ 18 รองลงมาคือมะเร็งลำไส้ใหญ่ร้อยละ 9.4 มะเร็งตับร้อยละ 8.3 มะเร็งกระเพาะอาหารร้อยละ 7.7 และมะเร็งเต้านม ร้อยละ 6.9 โดยคาดว่าในปี 2583 ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกจะอยู่ที่ 28.4 ล้านราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 47 จากปี พ.ศ. 2563 สำหรับประเทศไทย พบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งรายใหม่จำนวน 120,000 คนต่อปี (สถาบันมะเร็ง แห่งชาติ, 2561) และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรในประเทศ โดยพบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง เฉลี่ยวันละ 192 คน หรือประมาณ 70,000 คนต่อปี โดยคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่จำนวน 170,000 คน และมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง 120,000 คน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563) ในปี พ.ศ.2561-2565 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเขตภาคเหนือในเพศชายและเพศหญิงเฉลี่ยวันละ 20 คนต่อวัน มะเร็งที่พบมากที่สุด เพศชายได้แก่ มะเร็งตับและทางเดินน้ำดี และเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม อัตราตายโรคมะเร็งในภาคเหนือพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเสียชีวิตเฉลี่ยในเพศชายปีละ 5,767 คนต่อปี เฉลี่ยวันละ 16 คนต่อวัน เพศหญิงเฉลี่ยปีละ 4,397 คนต่อปี เฉลี่ยวันละ 12 คนต่อวัน โดยพบว่า สาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในเพศชายเกิดจาก มะเร็งตับและทางเดินน้ำดี รองลงมาคือ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพศหญิงพบว่าเสียชีวิตอันดับหนึ่งเกิดจากมะเร็งปอด มะเร็ง เต้านม และมะเร็งตับและท่อน้ำดี ตามลำดับ (National Cancer Institute, 2025)

การเป็นมะเร็งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายจากอาการของโรค การรักษาและผลข้างเคียงจากการ รักษา เช่น ทำให้ความสามารถในบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง (ชญานุช พะลัง และ ปิ่นหทัย หนูนวล, 2563) ด้านจิตใจ ผู้ป่วยมะเร็งระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดส่วนมาก เกิดภาวะบีบคั้นด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความกลัว และความรู้สึกไม่แน่นอน (Gundelach, 2016) ด้านครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีบทบาทเป็นผู้หา รายได้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยครอบครัวขาดรายได้ เนื่องจากไม่สามารถหารายได้เลี้ยงครอบครัว ทำให้ครอบครัวต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการรักษา หรือค่าใช้จ่ายเดินทางไปรักษาเป็นจำนวนมาก บางครอบครัวเกิดปัญหาหนี้สินเนื่องจาก ต้องกู้เงินนอกระบบ หรือกู้ยืมเงินจากสถาบันการเงินของรัฐ (สมปอง พะมูลิลา, 2562) จากปัญหาทางด้านสุขภาพ ภายจิต และสังคมที่เชื่อมโยงมาเศรษฐกิจ และปัญหาครอบครัว การจัดการบริการผู้ป่วยมะเร็งจึงควรมีคุณภาพ เข้าถึง

สะดวก รวดเร็ว ให้เหมาะสมกับโรค และความต้องการการดูแลของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติ

โครงการมะเร็งรักษาทุกที่ (cancer anywhere) เป็นโครงการที่เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่บูรณาการร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และโรงพยาบาลในเครือข่ายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ 1 มกราคม 2564 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน เข้าถึงการรักษาได้รวดเร็ว ลดระยะเวลาการรอคอยในการรับบริการ ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องโดยไม่ต้องมีใบส่งตัว มีเป้าหมายเพื่อควบคุมระยะและการแพร่กระจายของโรค โดยมีการกำหนดตัวชี้วัด ได้แก่ 1) โรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระบบโปรแกรม Thai Cancer Base 2023 (TCB 2023) (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว) ร้อยละ 60 เทียบกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการเบิกจ่ายผ่านระบบ e-claim 2) ทุกโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีผู้ประสานงานโรคมะเร็ง (cancer coordinator) ในการประสานส่งต่อผู้ป่วย 3) ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถเข้าถึงบริการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษาภายใน 4, 6 และ 6 สัปดาห์เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 77.77 และ 77 ตามลำดับ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2567)

โรงพยาบาลลำพูน เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิ ให้บริการครอบคลุมมิติ รักษา ฟื้นฟู ที่ต้องการดูแลจากแพทย์เฉพาะทาง งานส่งเสริมและป้องกัน โดยได้ดำเนินโครงการมะเร็งรักษาได้ทุกที่ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 เป็นต้นมา โดยบริการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งโดยการผ่าตัด เคมีบำบัด และตรวจติดตามอาการ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งชนิดเป็นก้อน (solid tumor) ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่ มะเร็งปอดบางชนิดและมะเร็งต่อทางเดินน้ำดี เป็นต้น โดยหน่วยงานบริการ ได้แก่ หน่วยงานผู้ป่วยนอก หน่วยเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลในปี 2562, 2563 และ 2564 จำนวน 700 ราย 737 ราย และ 795 ราย ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลลำพูน, 2565) การดำเนินการกระบวนการบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ตั้งแต่ พ.ศ. 2564 เป็นต้นมา ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การลงทะเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเข้าสู่โปรแกรม TCB 2023 โดยพยาบาล ณ จุดบริการประจำห้องตรวจหน่วยงานผู้ป่วยนอก และหน่วยเคมีบำบัด 2) การบริการของผู้ประสานงาน ได้แก่ พยาบาล ณ จุดบริการประจำห้องตรวจผู้ป่วยนอก และหน่วยเคมีบำบัด พยาบาลผู้ประสานงานด้านโรคมะเร็ง (nurse cancer coordinator) ทำหน้าที่ประสานการช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก การส่งต่อ และจัดการช่วยเหลือปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระหว่างหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ รวมถึงการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาตามแผนการรักษา รวมถึงการให้ข้อมูล ความรู้ และคำปรึกษาด้านโรคมะเร็ง และขั้นตอนการใช้บริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่สำหรับผู้ป่วยและญาติ 3) การบริการเพื่อเข้าถึงการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ภายหลังแพทย์วินิจฉัยในโรงพยาบาลหรือรับส่งต่อระหว่างหน่วยโรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับการผ่าตัดตามเกณฑ์ภายใน 4 สัปดาห์ ได้รับเคมีบำบัดตามเกณฑ์ภายใน 6 สัปดาห์ ได้รับรังสีรักษา ตามเกณฑ์ภายใน 6 สัปดาห์ โดยพยาบาล ณ จุดบริการประจำห้องตรวจหน่วยงานผู้ป่วยนอก และหน่วยเคมีบำบัด

การดำเนินโครงการมะเร็งรักษาได้ทุกที่ของโรงพยาบาลลำพูนที่ผ่านมาพบปัญหาทั้งด้านการบันทึกข้อมูลที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งไม่สามารถเข้าถึงบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ การให้ข้อมูลของพยาบาล การดูแลผู้ป่วยมะเร็งพบปัญหาการประสานงานของพยาบาล ณ จุดบริการประจำห้องตรวจผู้ป่วยนอก ในด้านเกี่ยวกับการให้คำแนะนำพยาบาลขาดทักษะ ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้ด้านโรคมะเร็ง และไม่มีแนวทางในการสื่อสารโดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็ง และเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งมีจำนวนมาก และกระจายไปแต่ละแผนก ให้พยาบาลผู้ประสานงานด้านโรคมะเร็ง 1 คน ดูแลจัดการได้ไม่ทั่วถึง ขาดการติดตามประเมินผลแต่ละแผนกที่เกี่ยวข้อง ปัญหาการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ เช่น การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนทำให้ได้รับการประสานขอข้อมูลจากหน่วยบริการปลายทางจำนวน 4-5 รายต่อเดือน รวมถึงการตอบข้อคำถามเกี่ยวกับบริการมะเร็งรักษาทุกที่ของโรงพยาบาลลำพูนทางโทรศัพท์จากผู้ป่วย วันละ 1-2 ราย เฉลี่ย 22-45 รายต่อเดือน และปัญหาระยะเวลาการรอคอยด้านการผ่าตัด พยาบาลประจำห้องตรวจขาดการตรวจสอบคิวการรักษา และพยาบาลหน่วยเคมีบำบัดไม่บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อใช้ประกอบการวางแผนการรักษาเพื่อเข้าถึงการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษาในโปรแกรม TCB 2023

ส่งผลผู้ป่วยไม่ได้รับการผ่าตัดตามเกณฑ์ที่กำหนดของโรงพยาบาล กำหนดเกณฑ์ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 แต่พบว่าเป็นปีงบประมาณ 2565 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์จำนวน 25 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่มะเร็งเต้านมที่ต้องได้รับการผ่าตัด 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.10 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2565)

ปัญหาที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าการบริการโครงการมะเร็งรักษาได้ทุกที่ของโรงพยาบาลลำพูนยังไม่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาการบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ โรงพยาบาลลำพูน โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัสพีดีซีเอ ซึ่งมีขั้นตอนพัฒนาที่ละเอียดชัดเจนและเหมาะสมกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเหมาะสมที่จะประยุกต์ใช้ในองค์กรด้านบริการสุขภาพเพราะช่วยให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนางานซึ่งจะเห็นได้จากมีการนำไปใช้ในการศึกษาหลายการศึกษาโดยพบว่าทำให้เกิดการร่วมมือกันทำงานเป็นทีมผ่านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทำให้สมาชิกในทีมมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา (Li et al., 2018) นอกจากนี้การใช้กระบวนการการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัสพีดีซีเอ ยังทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี เช่น ทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายในระดับตึกมาก (ศุภรดา ประเสริฐกุล และคณะ, 2566) หรือทำให้การคลาดเคลื่อนทางยา และความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาลดลงเป็นต้น (Salman et al., 2025) ทั้งนี้ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัสพีดีซีเอ เกี่ยวกับระบบบริการมะเร็งรักษาทุกที่ จะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม ได้มาตรฐาน มีความต่อเนื่องของการดูแลซึ่งเป็นส่วนสำคัญต่อคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ญาติและการบริการสุขภาพโดยรวม

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ โดยใช้กระบวนการโฟกัสพีดีซีเอ
2. เพื่อศึกษาการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระบบโปรแกรม TCB 2023 ก่อนและหลังพัฒนาการบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่
3. เพื่อศึกษาระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษาหลังพัฒนาการบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการสำหรับผู้ป่วยในโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องแบบ โฟกัสพีดีซีเอ ซึ่งประกอบด้วย 1) การค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 2) การสร้างทีมที่รู้เกี่ยวกับกระบวนการที่เป็นปัญหา 3) การสร้างความชัดเจนในกระบวนการที่ทำอยู่ปัจจุบัน 4) การทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการ 5) การเลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 6) การวางแผนการปรับปรุง 7) การปฏิบัติตามแผน 8) การตรวจสอบผลการปฏิบัติและ 9) การดำเนินการเพื่อให้เกิดผลที่ดีขึ้นและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (McLaughlin & Kaluzny, 1999) ตามขั้นตอนการให้บริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ 3 ขั้นตอนได้แก่ การลงทะเบียนผู้ป่วย การประสานบริการและ การส่งต่อ ซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์คือ มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งโปรแกรม TCB 2023 ครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80 และผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเคมีบำบัด และรังสีรักษาในโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ ภายใน 4 สัปดาห์ 6 สัปดาห์และ 6 สัปดาห์ มากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 77 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental research) เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ โรงพยาบาลลำพูน โดยใช้แนวคิดการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัสที่ข้อเสนอ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 1) บุคลากรที่ปฏิบัติงานในการให้บริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ 52 คน 2) ข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม TCB 2023 และ e-Claim ที่เข้ารับบริการในหน่วยงานผู้ป่วยนอก หน่วยงานเคมีบำบัด โรงพยาบาลลำพูน และสถิติเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งที่มีการส่งต่อผ่านระบบ TCB 2023 และ e-Claim ปีงบประมาณ 2566

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างบุคลากรแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 1) ทีมพัฒนาการบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน เจ้าหน้าที่เวชระเบียน เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานสิทธิ์หน่วยงานละ 1 คน และผู้ศึกษา 1 คนรวมจำนวน 5 คนกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ของพยาบาลคือ ผู้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ ไม่น้อยกว่า 5 ปี และมีประสบการณ์การทำงานด้านคุณภาพหรือเป็นผู้ช่วยหัวหน้างาน ของผู้ช่วยพยาบาล คือ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 2 ปี และของเจ้าหน้าที่เวชระเบียน และเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานสิทธิ์ คือ มีประสบการณ์การทำงานตำแหน่งหัวหน้างานหรือเป็นผู้ช่วยหัวหน้างาน 2) ทีมปฏิบัติการบริการผู้ป่วยมะเร็งโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 27 คน ผู้ช่วยพยาบาล 5 คน ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอก หน่วยงานเคมีบำบัด โรงพยาบาลลำพูน รวมจำนวน 32 คน

กลุ่มตัวอย่างข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งทุกราย ทุกอายุ ทุกชนิดของมะเร็ง และทุกระยะของมะเร็งในช่วงเวลาที่ศึกษา ที่เข้ารับบริการในหน่วยงานผู้ป่วยนอก หน่วยงานเคมีบำบัดในโปรแกรม TCB 2023 และ e-Claim โรงพยาบาลลำพูน ในช่วงเวลาที่ศึกษาคือ 2 เดือน ระหว่าง เดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2567 ได้จำนวน 124 ราย และช่วงหมุนเวียนวงล้อตามขั้นตอน PDCA ครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม-5 กันยายน 2567 จำนวน 66 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่

1.1 แนวคำถามการประชุมกลุ่ม ที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นเพื่อใช้สอบถามพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ กระบวนการบริการ ปัญหาในการให้บริการและแนวทางวิธีการแก้ปัญหาในการบริการ ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 17 ข้อ

1.2 คู่มือการบันทึกและการบริการมะเร็งรักษาทุกที่ (cancer anywhere) โรงพยาบาลลำพูน ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโครงการมะเร็งรักษาทุกที่การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม TCB 2023 บทบาทหน้าที่ผู้ให้บริการในการบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ และการแก้ไขปัญหา เป็นต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของทีมปฏิบัติ ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ วุฒิการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงาน การอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับสาขามะเร็ง การอบรมหลักสูตรอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยตรง

2.2 แบบตรวจสอบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรักษาทุกที่ในโปรแกรม TCB 2023 ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อมูลประวัติเวชระเบียน 2 ส่วนได้แก่ข้อมูลบุคคลและข้อมูลโรคมะเร็ง ลักษณะข้อคำถามเป็นการให้เลือกตอบได้แก่ บันทึกถูกต้อง ครบถ้วน และบันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน

2.3 แบบบันทึกระยะเวลาการรักษา ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับช่วงเวลาการบริการที่ผู้ป่วยได้รับในโครงการผู้ป่วยมะเร็งรักษาทุกที่

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบความเป็นปรนัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านการบริหารการพยาบาล ด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์ 2 คน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการรายงานทะเบียนมะเร็ง และการพยาบาลสาขาโรคมะเร็ง 3 คนจากนั้นนำมา ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แบบตรวจสอบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรักษาทุกที่ที่ได้รับการตรวจสอบความสอดคล้องต้องกันของการบันทึกโดยให้ทีมพัฒนา 4 คน ทำการตรวจสอบการบันทึกจากโปรแกรม TCB 2023 จำนวน 10 ราย คำนวณได้ความสอดคล้องต้องกันของการสังเกต (interrater agreement) เท่ากับ 0.99 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.80 (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร, 2553)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษารวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธิดำเนิน การศึกษา และขออนุญาตเก็บข้อมูล ผู้ศึกษาเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลลำพูนพร้อมหนังสืออนุมัติเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอน วิธิดำเนินการ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการศึกษาครั้งนี้ เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา และผู้ศึกษาเข้าพบหัวหน้าและพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานผู้ป่วยนอก หน่วยงานเคมีบำบัด หัวหน้างานเวชระเบียนและหัวหน้าศูนย์ประสานสิทธิ์ โรงพยาบาลลำพูน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธิดำเนินการการศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส พีดีซีเอ (McLaughlin & Kaluzny, 1999) ดังนี้

1. การค้นหากระบวนการในการปรับปรุง ผู้ศึกษาค้นหาปัญหาการบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ โดยการทบทวน ตรวจสอบ จากข้อมูลผู้ป่วยที่รับบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ รายงาน เอกสาร ที่เกี่ยวข้อง และสังเกตการณ์ให้ข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานผู้ป่วยนอก หน่วยงานเคมีบำบัดย้อนหลัง 2 เดือน พบว่า มีการบันทึกข้อมูลโปรแกรม TCB 2023 ไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วน ทั้งข้อมูลโรค ข้อมูลส่วนบุคคล รวมไปถึงไม่มีการบันทึกและติดตามรายงานระยะเวลาการรักษารักษาผู้ป่วยมะเร็ง

2. การสร้างทีมงานให้รู้เกี่ยวกับกระบวนการ ผู้ศึกษาจัดตั้งทีมพัฒนาการบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ โดยเชิญพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่เวชระเบียน และเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานสิทธิ์ ที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมเป็นทีมพัฒนารวมทั้งสิ้นจำนวน 5 คน

3. ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับกระบวนการ ทีมพัฒนาประชุมร่วมกับทีมปฏิบัติ เพื่อระดมสมองสถานการณ์เกี่ยวกับการบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ในปัจจุบันของหน่วยงานผู้ป่วยนอก หน่วยงานเคมีบำบัดของโรงพยาบาลลำพูน โดยแบ่งการประชุมเป็นกลุ่มย่อย 6 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน ให้แต่ละกลุ่มระดมสมองใช้เวลาประชุมกลุ่มย่อย 20 นาที และตัวแทนกลุ่มนำเสนอผลสรุป เพื่อแลกเปลี่ยนร่วมกับทีมทั้งหมดร่วมกัน 25 นาที รวมเวลาประมาณ 45 นาที แล้วจัดผังการไหลของกระบวนการระบบบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ (flow chart)

4. ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ ทีมพัฒนาประชุมร่วมกับทีมปฏิบัติ เพื่อระดมสมองเกี่ยวกับปัญหาและสาเหตุของระบบบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ ซึ่งพบสาเหตุหลักและสาเหตุรองของความแปรปรวนในกระบวนการ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยบุคลากรบริการผู้ป่วยนอก 2) ด้านสิ่งแวดล้อม 3) ด้านกระบวนการ และ 4) ด้านวัสดุอุปกรณ์ และนำข้อมูลดังกล่าวมาสรุปเป็นแผนผังก้างปลา

5. เลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง โดยทีมพัฒนาประชุมร่วมกับทีมปฏิบัติเพื่อนำเสนอปัญหาและสาเหตุของการดำเนินงานการบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ตามแผนภูมิ ก้างปลา เพื่อระดมสมองหาแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสมที่สุดที่ได้จากการอภิปรายร่วมกัน และลงคะแนนเสียงข้างมาก ในการเลือก แนวทางการแก้ไข

6. วางแผนในการปรับปรุง ทีมพัฒนาวางแผนเกี่ยวกับ 1) การอบรมพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล อบรมเจ้าหน้าที่เวชระเบียน ศูนย์ประสานสิทธิ์ เกี่ยวกับวิธีการลงข้อมูล อบรมเจ้าหน้าที่เวชระเบียน ศูนย์ประสานสิทธิ์ เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยมะเร็ง 2) การจัดทำคู่มือการบันทึกและการบริการมะเร็งรักษาทุกที่ ซึ่งประกอบด้วย

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Thai Cancer Based 2023 การเรียกดูรายงานข้อมูลในโปรแกรม Thai Cancer Based 2023 บทบาทหน้าที่ผู้ให้บริการในการบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ สถานที่และเวลาในการใช้งานบริการมะเร็งรักษาทุกที่ในโปรแกรม Thai Cancer Based 2023 และการแก้ไขปัญหา 3) การปรับปรุงสถานที่ให้บริการ และ 4) การแจ้งให้ผู้ป่วยในโครงการมะเร็งรักษาทุกที่เตรียมมือถือที่มีระบบ IOS หรือระบบ Android

7. การนำไปปฏิบัติ ทีมพัฒนาจัดบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่แก่ทีมผู้ปฏิบัติ และชี้แจงให้ทีมผู้ปฏิบัติทุกคนรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนและคู่มือการดำเนินงานการบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ หลังจากนั้นให้ทดลองปฏิบัติ เป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยทีมพัฒนาได้คอยให้คำปรึกษาแนะนำในการปฏิบัติ เพื่อให้ทีมผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และปฏิบัติจริงเป็นระยะเวลา 2 เดือน

8. การตรวจสอบผลการปฏิบัติ ทีมพัฒนาทำการตรวจสอบผลลัพธ์ของการบริการและระยะเวลารอคอยโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ โดยใช้แบบตรวจสอบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งโปรแกรม TCB 2023 แบบบันทึกระยะเวลารอคอยการรักษา ระหว่างเดือนมีนาคม- พฤษภาคม 2567

9. ยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ทีมพัฒนาติดตามผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพพบปัญหา ในการบันทึกผู้ป่วยมะเร็งโปรแกรม TCB 2023 ทั้งข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลโรคไม่ถูกต้องครบถ้วน ได้แก่ ข้อมูลโรคไม่ถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 45.45 หลังจากทีมปฏิบัติ รับทราบผลลัพธ์ของการปฏิบัติบริการมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทักษะการบันทึก และปัญหา มีการทบทวน ความรู้ และนิยามในแต่ละหัวข้อที่ต้องบันทึกในโปรแกรม TCB 2023 สร้างความเข้าใจ และประโยชน์ที่ได้จากการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งในโปรแกรม นำสู่การวางแผนปรับปรุงเพื่อให้ทีมปฏิบัตินำไปปฏิบัติการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งโปรแกรม TCB 2023 ครั้งที่ 2 ระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน 2567 อีก 1 เดือน จากนั้นแจ้งผลลัพธ์หลังการปรับปรุง การปฏิบัติบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ ครั้งที่ 2 แก่ทีมปฏิบัติการ ซึ่งผลการปฏิบัติบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งโปรแกรม TCB 2023 เพิ่มขึ้น จากนั้นนำขั้นตอนบริการไปปฏิบัติบริการ และใช้คู่มือการดำเนินงานการบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานต่อไป

ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูล รอบ 1 ระหว่างเดือนมีนาคม- พฤษภาคม 2567 และรอบ 2 ระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน 2567 โดยวิธีการตรวจสอบผลลัพธ์ของการบริการ ด้านการบันทึกข้อมูลและระยะเวลารอคอยผู้ป่วยมะเร็ง ในโครงการมะเร็งรักษาทุกที่โดยใช้ แบบตรวจสอบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งโปรแกรม TCB 2023 แบบบันทึกระยะเวลารอคอยการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลจากการประชุมกลุ่มนำมาถอดเทป สรุปและจัดหมวดหมู่
2. การบันทึกข้อมูลโปรแกรม TCB 2023 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจง จำนวน ร้อยละ
2. ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สูงสุดและต่ำสุด
3. ข้อมูลระยะเวลารอคอยการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่ 126/2566 ลงวันที่ 16 พฤศจิกายน 2566) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลลำพูน (เลขที่ Ethic LPN 0102/2566 ลงวันที่ 20 พฤศจิกายน 2566) ผู้ศึกษาปกป้องสิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ให้แก่อาสาสมัครทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติ รวมถึงชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อ

การประเมินผลการปฏิบัติงานแต่อย่างใด อาสาสมัครที่พัฒนาและทีมปฏิบัติ สามารถแจ้งขอถอนตัวจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงาน ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับ และนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้นและผู้ศึกษาจะทำลายข้อมูลหลังการศึกษาวิจัยเสร็จสิ้นและผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ในวารสารแล้ว 1 ปี

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ทีมปฏิบัติการบริการผู้ป่วยมะเร็งโครงการมะเร็งรักษาทุกที่จำนวน 32 คน ส่วนมากมีอายุระหว่าง 41-50 ปี ค่าเฉลี่ยอายุ 46.53 ปี (SD=7.13) อายุมากที่สุด 58 ปี อายุน้อยสุด 32 ปี เป็นเพศหญิงทั้งหมดวุฒิการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็น ร้อยละ 78.12 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 84.38 ประสบการณ์การทำงาน อายุงานเฉลี่ย 9.91 ปี ร้อยละ 78.12 ไม่เคยอบรมการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับสาขามะเร็ง และร้อยละ 96.88 ไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยตรง

ผลการประเมินคุณภาพของการบริการผู้ป่วยมะเร็งโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ โรงพยาบาลลำพูน ได้ผลดังนี้

1. การปฏิบัติการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งโปรแกรม TCB 2023 ของทีมปฏิบัติ ครั้งที่ 1 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งโปรแกรม TCB 2023 ถูกต้องครบถ้วนอยู่ระหว่างร้อยละ 33.06-100.00 โดยมีการบันทึกข้อมูลโรคไม่ถูกต้องครบถ้วน ในหัวข้อ ว/ด/ป ที่วินิจฉัย ร้อยละ 21.23 ว/ด/ป ที่ตัดชิ้นเนื้อ ร้อยละ 51.26 ว/ด/ป ที่อ่านชิ้นเนื้อ ร้อยละ 56.20 Morphology ร้อยละ 48.76 Behavior ร้อยละ 44.72 Grade ร้อยละ 40.34 T-N-M ร้อยละ 66.33 ว/ด/ป TNM/Stag ร้อยละ 66.94 Extend ร้อยละ 49.58 Metastasis ร้อยละ 50.00 Treatment ร้อยละ 23.00 และเอกสารแนบร้อยละ 51.24 และพบว่าการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ไม่ถูกต้องครบถ้วน ในหัวข้อว/ด/ป ที่เสียชีวิต ร้อยละ 33.33 สาเหตุการเสียชีวิต ร้อยละ 33.33 และเบอร์โทรศัพท์ ร้อยละ 20.97 ส่วนครั้งที่ 2 มีการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลโรคถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 100 ทั้งหมด ดังตารางที่ 1

2. ระยะเวลาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ โรงพยาบาลลำพูน ก่อนการพัฒนาผู้ป่วยมะเร็งได้รับการผ่าตัดตามเกณฑ์ร้อยละ 60.00 ได้รับการรักษาเคมีบำบัดตามเกณฑ์ร้อยละ 83.33 และได้รับการรักษารังสีรักษาตามเกณฑ์ ร้อยละ 25.00 ภายหลังการพัฒนารอบ 2 ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการผ่าตัดตามเกณฑ์ร้อยละ 100.00 ได้รับการรักษาเคมีบำบัดตามเกณฑ์ร้อยละ 100.00 และได้รับการรักษารังสีรักษาตามเกณฑ์ร้อยละ 100.00 ดังตารางที่ 2

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละของการปฏิบัติการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งโปรแกรม TCB 2023 ของทีมปฏิบัติ

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย มะเร็งโปรแกรม TCB 2023	จำนวน (ร้อยละ) ของการบันทึก					
	ครั้งที่ 1 (n = 124)			ครั้งที่ 2 (n = 66)		
	ถูกต้อง ครบถ้วน	ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน	ไม่สามารถ ประเมินได้	ถูกต้อง ครบถ้วน	ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน	ไม่สามารถ ประเมินได้
ข้อมูลส่วนบุคคล						
1. โรงพยาบาล	124(100.00)	0.00		66(100.00)	0.00	
2. HN	123(99.19)	1(0.81)		66(100.00)	(0.00)	
3. คำนำหน้า	122(98.39)	2(1.61)		66(100.00)	(0.00)	
4. ชื่อ	121(97.58)	3(2.42)		66(100.00)	(0.00)	
5. นามสกุล	122(98.39)	2(1.61)		66(100.00)	(0.00)	
6. เลขบัตรประชาชน	121(97.58)	3(2.42)		66(100.00)	(0.00)	
7. ว/ด/ป เกิด (พ.ศ.)	122(98.39)	2(1.61)		66(100.00)	(0.00)	
8. เพศ	122(98.39)	2(1.61)		66(100.00)	(0.00)	
9. สัญชาติ	122(98.39)	2(1.61)		66(100.00)	(0.00)	
10. ว/ด/ป ที่เสียชีวิต	2(66.67)	1(33.33)	121	0.00	0.00	66

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย มะเร็งโปรแกรม TCB 2023	จำนวน (ร้อยละ) ของการบันทึก					
	ครั้งที่ 1 (n = 124)			ครั้งที่ 2 (n = 66)		
	ถูกต้อง ครบถ้วน	ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน	ไม่สามารถ ประเมินได้	ถูกต้อง ครบถ้วน	ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน	ไม่สามารถ ประเมินได้
11. สาเหตุเสียชีวิต	2(66.67)	1(33.33)	121	0.00	0.00	66
12. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน: บ้านเลขที่	122(98.39)	2(1.61)		66(100.00)	(0.00)	
13. หมู่	122(98.39)	2(1.61)		66(100.00)	(0.00)	
14. จังหวัด	122(98.39)	2(1.61)		66(100.00)	(0.00)	
15. อำเภอ	121(97.58)	3(2.42)		66(100.00)	(0.00)	
16. ตำบล	121(97.58)	3(2.42)		66(100.00)	(0.00)	
17. ที่อยู่ที่ติดต่อได้: บ้านเลขที่	121(97.58)	3(2.42)		66(100.00)	(0.00)	
18. หมู่	121(97.58)	3(2.42)		66(100.00)	(0.00)	
19. จังหวัด	121(97.58)	3(2.42)		66(100.00)	(0.00)	
20. อำเภอ	121(97.58)	3(2.42)		66(100.00)	(0.00)	
21. ตำบล	121(97.58)	3(2.42)		66(100.00)	(0.00)	
22. E-mail	ไม่ต้องบันทึก			ไม่ต้องบันทึก		
23. เบอร์โทรศัพท์	98(79.03)	26(20.97)		66(100.00)	(0.00)	
ข้อมูลโรคมะเร็ง						
24. วันที่เข้ารับบริการ	119(96.75)	4(3.25)	1	66(100.00)	(0.00)	
25. สิทธิการรักษา	122(99.19)	1(0.81)	1	66(100.00)	(0.00)	
26. ว/ด/ป ที่วินิจฉัย	96(78.69)	26(21.31)	2	66(100.00)	0.00	
27. วิธีวินิจฉัย	113(91.87)	10(8.13)	1	66(100.00)	0.00	
28. วินิจฉัยนอก รพ.	114(92.68)	9(7.32)	1	66(100.00)	0.00	
29. ว/ด/ป ที่ตัดชิ้นเนื้อ	58(48.74)	61(51.26)	5	66(100.00)	0.00	
30. ว/ด/ป ที่อ่านชิ้นเนื้อ	53(43.80)	68(56.20)	3	66(100.00)	0.00	
31. Topography	118(95.93)	5(4.07)	1	66(100.00)	0.00	
32. Recurrent	5 (100.00)	0	119	4(100.00)	0.00	62
33. ว/ด/ป Recurrent	5 (100.00)	0	119	4(100.00)	0.00	62
34. Morphology	62(51.24)	59(48.76)	3	66(100.00)	0.00	
35. Behavior	68(55.28)	55(44.72)	1	66(100.00)	0.00	
36. Grade	71(59.66)	48(40.34)	5	66(100.00)	0.00	
37. T-N-M	44(36.67)	76(63.33)	4	66(100.00)	0.00	
38. ว/ด/ป TNM/Stage	40(33.06)	81(66.94)	3	66(100.00)	0.00	
39. stage	97(80.17)	24(19.83)	3	66(100.00)	0.00	
40. Extend	59(49.58)	60(50.42)	5	66(100.00)	0.00	
41. ICD-10	110(90.91)	11(9.09)	3	66(100.00)	0.00	
42. Metastasis	2(50.00)	2(50.00)	120			66
43. Treatment	77(77.00)	23(23.00)	24	66(100.00)	0.00	
44. Clinical Summary	54(90.0)	6(10.0)	64	44(100.00)	0.00	22
45. เอกสารแนบ	59(48.76)	62(51.24)	3	66(100.00)	0.00	

หมายเหตุ ไม่สามารถประเมินได้ คือ ไม่จำเป็นต้องประเมินในผู้ป่วยรายนั้น

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาการรักษาการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา ของผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนา

	หลังการพัฒนารอบ 1					หลังการพัฒนารอบ 2				
	การรับบริการ			ระยะเวลา		การรับบริการ			ระยะเวลา	
	จำนวน ผู้ป่วย ที่มา รับการ รักษา	จำนวน ผู้รับ บริการที่ ได้รับการ รักษา ตาม เกณฑ์	ร้อยละ ของการ ได้รับการ รักษา ตาม เกณฑ์	Mean	S.D.	จำนวน ผู้ป่วย ที่มา รับการ รักษา	จำนวน ผู้รับ บริการที่ ได้รับการ รักษา ตาม เกณฑ์	ร้อยละ ของการ ได้รับการ รักษา ตาม เกณฑ์	Mean	S.D.
ผู้ป่วยที่ ได้รับการ รักษา ผ่าตัด (ภายใน 4 สัปดาห์)	24	21	87.50	18.77	17.02	10	10	100.00	13.90	6.42
ผู้ป่วยที่ ได้รับการ รักษาเคมี บำบัด (ภายใน 6 สัปดาห์)	30	30	100.00	27.00	9.17	11	11	100.00	15.27	12.13
ผู้ป่วยที่ ได้รับการ รักษา รังสี รักษา (ภายใน 6 สัปดาห์)	5	5	100.00	27.00	10.51	0	0	0	0	0

อภิปรายผล

ผลการพัฒนาคุณภาพการบริการสำหรับผู้ป่วยในโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ พบว่า 1) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งโปรแกรม TCB 2023 ถูกต้องครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80 และ 2) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ ได้รับเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ และการได้รับรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ มากกว่าร้อยละ 77 อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ใช้กระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องแบบ โฟกัสพีดีซีเอ โดยมีการสร้างทีมซึ่งประกอบด้วย ทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติในการบริการผู้ป่วยมะเร็งโครงการมะเร็งรักษาทุกที่จากงานผู้ป่วยนอกและงานเคมีบำบัด ซึ่งทีมได้ประชุมร่วมกันทำความเข้าใจสถานการณ์ กำหนดเป้าหมายการบริการผู้ป่วยในโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ กำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละทีม ร่วมมือกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล ระหว่างห้องตรวจ ระหว่างหน่วยงาน เกี่ยวกับปัญหาด้านการบริการ การประสานงานและการบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่อง กระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจึงทำให้เกิดการร่วมมือกันทำงานเป็นทีมจนสามารถดำเนินการประสบความสำเร็จ ดังที่ Sollecito and Johnson (2018) กล่าวว่า กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเป็นอาศัยความร่วมมือในการทำงานระหว่างสหวิชาชีพดำเนินการอยู่อย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับที่ จิตาภา ปิติพัฒน์ (2563) นำแนวคิดโฟกัสพีดีซีเอมาใช้ โดยมีการสร้างทีมงานที่มี

ความเชี่ยวชาญและเข้าใจสภาพการทำงานมาค้นหาวិเคราะห์ปัญหา ร่วมกันพัฒนาและวางแผนงานในการแก้ไขปัญหา ร่วมกับพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน จนทำให้คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความถูกต้องครบถ้วนเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 65.78 เป็นร้อยละ 82.22

เหตุผลอีกประการหนึ่งอาจเนื่องจากกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัสพีดีซีเอ มีนำเครื่องมือคุณภาพได้แก่การระดมสมองมาใช้ เพื่อเปิดโอกาสทุกคนได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหาและหาสาเหตุ วิเคราะห์สาเหตุหลักและสาเหตุรองของความแปรปรวนในกระบวนการ โดยใช้แนวคำถามประจำกลุ่มตลอดจนร่วมกันหาแนวทางแก้ไขของระบบบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ ทำให้ได้ทุกคนมีส่วนร่วม รับรู้และเข้าใจสถานการณ์ ทราบปัญหา และสาเหตุ นำสู่การวางแผนแก้ไขการที่ผู้ป่วยมะเร็งไม่สามารถเข้าถึงบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ ดังที่ อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล (2564) กล่าวว่า การระดมสมองเป็นการให้ทีมปฏิบัติแสดงความคิดเห็นโดยเพื่อรวบรวมความคิดเห็นจำนวนมากตรวจสอบทางเลือกหรือข้อมูลต่าง ๆ ให้มากที่สุดอย่างเป็นอิสระ จะไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ความเห็นของผู้เสนอ และเน้นจำนวนโดยไม่ต้องกังวลเรื่องคุณภาพ ให้ได้ความคิดสร้างสรรค์และความคิดเห็นที่หลากหลาย และที่ AlMutairi (2015) กล่าวถึง การระดมสมอง เป็นเครื่องมือพัฒนาที่ทุกคนได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ เพื่อช่วยเหลือและพัฒนาที่สร้างสรรค์ และระหว่างการแก้ปัญหา การระดมสมองจะนำประสบการณ์ที่หลากหลายของสมาชิกในทีมเข้ามามีบทบาท เพิ่มความสมบูรณ์ของการค้นหาความคิด ซึ่งจะพบวิธีแก้ปัญหาที่ดีกว่าสิ่งที่เผชิญ อีกทั้งในกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องแบบโฟกัสพีดีซีเอ อีกทั้งยังมีการกำหนดผังการไหลของกระบวนการระบบบริการโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ นำสู่การออกแบบผังการไหลของกระบวนการให้เหมาะสมโดยทีมพัฒนาร่วมกับทีมปฏิบัติจึงมีการกำหนดและปรับผังการไหลของกระบวนการกำหนดผังการไหลของกระบวนการทำให้ทีมปฏิบัติบริการผู้ป่วยมะเร็งโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ ทำให้เกิดความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอนของการบริการ ดังที่ Rhyne (2024) กล่าวว่า ผังการไหลของกระบวนการเป็นภาพที่แสดงขั้นตอนและการดำเนินการ และเป็นเครื่องมือสำคัญปรับปรุงประสิทธิภาพ วิเคราะห์ และปรับปรุงการดำเนินงาน ผังกระบวนการที่ดีจะช่วยให้แสดงภาพได้ชัดเจน ทำให้ระบุขั้นตอน ที่ไม่มีประสิทธิภาพ และจุดที่ต้องปรับปรุงได้ง่ายขึ้น การสร้างผังกระบวนการช่วยให้สมาชิกในทีมทุกคนมีความเห็นตรงกันและทำงานร่วมกันเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน การจัดแนวทางนี้ไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มผลลัพธ์เท่านั้น แต่ยังส่งเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ร่วมมือกันและมีประสิทธิภาพมากขึ้นอีกด้วย อีกทั้งยังมีการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโดยใช้แผนภูมิเหตุและผล หรือ ผังก้างปลา (cause and effect diagram) โดยทีมพัฒนาประชุมร่วมกับทีมปฏิบัติ วิเคราะห์สาเหตุหลักและสาเหตุรองของความแปรปรวนในกระบวนการการวิเคราะห์สาเหตุคุณภาพการบริการสำหรับผู้ป่วยในโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ โรงพยาบาลลำพูน นำสู่การวิเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหาได้ครบถ้วนตามสาเหตุของปัญหา ดังที่ Trout (2023) กล่าวถึง ผังก้างปลา เป็นเครื่องมือที่ช่วยทีมระดมความคิดร่วมกันอย่างอิสระในการค้นหาสาเหตุและผลลัพธ์ซึ่งช่วยระบุสาเหตุของข้อบกพร่อง หรือความล้มเหลวในกระบวนการ นำสู่การวิเคราะห์สาเหตุหลัก เพื่อจัดลำดับความสำคัญของสาเหตุที่เกี่ยวข้อง ที่ต้องได้รับการแก้ไขจัดการก่อน

การศึกษาครั้งนี้ยังมีการหมุนวงล้อพัฒนาครั้งที่ 2 หลังจากพบปัญหาในการบันทึกผู้ป่วยมะเร็งโปรแกรม TCB 2023 ทั้งข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลโรคถูกต้องครบถ้วนไม่ถึงร้อยละ 80 ทีมปฏิบัติรับทราบผลลัพธ์ของการปฏิบัติบริการ จึงมีการนิเทศใกล้ชิด และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทักษะการบันทึก มีการทบทวน ความรู้ และนิยามในแต่ละหัวข้อที่ต้องบันทึกในโปรแกรม TCB 2023 สร้างความเข้าใจ และตระหนักถึงประโยชน์ของผู้ป่วยที่ได้รับการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งในโปรแกรม TCB 2023 จนได้ผลลัพธ์การบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลโรคถูกต้องครบถ้วน เพิ่มขึ้นดังที่ สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ (2558) กล่าวถึง การนำ PDCA มาประยุกต์ใช้ทั้งการทำงานประจำ และการปรับปรุงงาน เมื่อดำเนินงานตามวงจร PDCA หมุนครบรอบ ก็จะเป็นแรงส่งการดำเนินงานในรอบต่อไป และก่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง การดำเนินการได้รับการเฝ้าติดตามอย่างเป็นระยะ และช่วยให้ปรับแผนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ได้ รวมถึง หลังจากจบโครงการมีการสรุปบทเรียนที่ได้ ทำให้สามารถเรียนรู้รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับองค์กร และนำมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานรอบใหม่ ส่งผลให้กิจกรรมการได้รับการพัฒนาและยกระดับอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ของการพัฒนาที่เกิดขึ้นเป็นไปตามเป้าหมายยังอาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีการจัดทำคู่มือการบันทึกและการบริการมะเร็งรักษาทุกที่โรงพยาบาลลำพูน ซึ่งมีรายละเอียดประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Thai Cancer Based 2023 ซึ่งทีมปฏิบัติสามารถใช้เป็นแนวทางการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งได้ถูกต้องและเหมาะสม_เพิ่มประสิทธิภาพในการบริการของประชากรที่เกี่ยวข้องในโครงการบริการมะเร็งรักษาทุกที่และเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมะเร็งได้เข้าถึงบริการสะดวกรวดเร็วและปลอดภัยได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน รวมถึงการศึกษานี้ยังมีการสร้างระบบแจ้งเตือน (pop up alert) โดยจะมีการแจ้งเตือนสิทธิมะเร็งรักษาทุกที่บนหน้าจอบนหน้าจอเวพระเบี่ยนของผู้ป่วยในโปรแกรม PMK ทำให้ได้เจ้าหน้าที่เกิดความตระหนักในการตรวจสอบสิทธิโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ และลดจำนวนการให้สิทธิคลาดเคลื่อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ เหลาสนิท (2567) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลยางสีสุราช จ.มหาสารคาม ด้วยการใช้ pop up alert ในโปรแกรม HosXP ซึ่งเป็นหนึ่งในรูปแบบกิจกรรมการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล หลังการพัฒนา พบว่ากิจกรรมที่จัดทำให้บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมีความตระหนักในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการพัฒนาคุณภาพผู้ที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการดังนี้ 1) หัวหน้าหน่วยงานผู้ป่วยนอก หน่วยเคมีบำบัด หน่วยงานเวพระเบี่ยน และศูนย์ประสานสิทธิ์ ควรนำคู่มือการบันทึกและการบริการมะเร็งรักษาทุกที่ ใช้ในการอบรมเจ้าหน้าที่ใหม่ของหน่วยงาน 2) บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรปฏิบัติตามคู่มือการบันทึกและการบริการมะเร็งรักษาทุกที่ไปใช้ในการปฏิบัติงานอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง 3) ผู้รับผิดชอบโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ควรประเมินผลลัพธ์ของการบันทึกและการบริการผู้ป่วยมะเร็งรักษาทุกที่ทั้งในเชิงความสมบูรณ์ของการบันทึก การส่งต่อข้อมูล การประสานงานบริการ และผลลัพธ์ของการเข้าถึงการบริการรักษา ด้านต่างๆ ของผู้ป่วยมะเร็งอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาเชิงพัฒนาโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามแนวคิด โฟกัสทีดีซีเอ เพื่อพัฒนาคุณภาพการพัฒนาคุณภาพการบริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญที่เป็นปัญหาในระบบบริการอื่น และการพัฒนาบทบาทพยาบาลผู้ประสานงานโรคมะเร็ง รวมถึงแนะนำให้มีการศึกษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลอื่น ๆ หรือในระดับภูมิภาค

เอกสารอ้างอิง

- จารุวรรณ เหลาสนิท, อัจฉรา มีดวง, และ จิราวรรณ โยธะมาตย์. (2567). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลยางสีสุราช จ.มหาสารคาม. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 9(4), 181-190.
- จิตาภา ปิติพัฒน์ และ รินทร์ลภัส ไสยันต์. (2560). การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์แผนกการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์แผนก ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลภูหลวง จังหวัดเลย. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 23(1), 28-37.
- ชญัญญาช พะลัง และ ปิ่นหทัย หนูนวล. (2563). การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษา ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ: วิจัย กรณีศึกษา. *วารสารโรคมะเร็ง*, 40(2), 62-75.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภรดา ประเสริฐกุล, สมใจ ศิระกมล, และ บุญพิชชา จิตต์ภักดี. (2566). การพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลนครพิงค์. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 29(1), 58-78.

- ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลลำพูน. (2565). *ฐานข้อมูลสถิติโรคมะเร็ง*. โรงพยาบาลลำพูน.
- สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. (2558). *PDCA หัวใจสำคัญของการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง*.
<https://www.ftpi.or.th/2015/2125>
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2563). *Cancer in Thailand Vol. X 2016-2018*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2565). *TCB online*. <http://www.tcb.nci.go.th/>
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2567). *Service Plan สาขาโรคมะเร็ง*. <https://www.nci.go.th>ptu>นิยามตัวชี้วัด>
- สมปอง พะมุลิลา, บำเพ็ญจิต แสงชาติ, และวรรณมน ปาพรม. (2562). ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัว. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 21(1), 146-154.
- อนวัจน์ ศุภชุตินกุล. (2564). *เรียงร้อยและตกผลึกแนวคิดคุณภาพ ฐานของการสร้างความไว้วางใจ*. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).
- AlMutairi, A. N. M. (2015). The effect of using brainstorming strategy in developing creative problem solving skills among male students in Kuwait: A field study on Saud Al-Kharji school in Kuwait City. *Journal of Education and Practice*, 6(3), 136-145.
- Gundelach, A., & Henry, B. (2016). Cancer-related psychological distress: A concept analysis. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(6), 630-634. <https://doi.org/10.1188/16.CJON.630-634>
- Li, J., Talari, P., Kelly, A., Latham, B., Dotson, S., Manning, K., Thornsberry, L., Swartz, C., & Williams, M. V. (2018). Interprofessional Teamwork Innovation Model (ITIM) to promote communication and patient-centred, coordinated care. *BMJ Quality & Safety*, 27(9), 700-709. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007369>
- McLaughlin, C. P., & Kaluzny, A. D. (1999). *Continuous quality improvement in health care: Theory, implement, and applications*. Aspen.
- National cancer institute. (2025). *Cancer in Thailand vol.XI 2019-2021*. https://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/Cancer%20in%20Thailand%20Vol.XI.pdf
- Rhyne, J. D. (2024). *Process Flows | What Is a Process Flow?* <https://www.nutrient.io/blog/process-flows/>
- Salman, B. M., Ayaad, O., Ibrahim, R., AlHatrushy, M. S., Majed, M., Al Zadjali, R., AlTobi, Z. A., Atabani, A., AlHasani, G. M., AlMusheifri, M. N., El Kholly, M. I., Al Sheedi, S., AlHasni, N. S., Al-Hashar, A. K., Al-Awaisi, H. S., & Al-Baimani, K. (2025). Enhancing medication safety: Reducing administration errors in oncology setting. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 26(1), 269-277. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2025.26.1.269>
- Sollecito, W. A., & Johnson, J. K. (2018). *The Global Evolution of Continuous Quality Improvement: From Japanese Manufacturing to Global Health Services*. Jones & Bartlett Learning.
- The International Agency for Research on Cancer. (2018). *GLOBOCAN 2018*. <https://www.cancerhealth.com/article/world-health-organization-releases-latest-global-cancer-data>
- Trout, J. (2023). *Fishbone diagram: Determining cause and effect*. Reliable Plant. <https://www.reliableplant.com/fishbone-diagram-31877>