

บทที่ 5

อภิปรายและสรุปผล

5.1 อภิปรายและสรุป

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อประเมินต้นทุนประสิทธิผล เพื่อเปรียบเทียบการรับยาทางไปรษณีย์และการรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะคงสภาพที่รับยาในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2552 – 31 ธันวาคม 2553 ในมุมมองสังคม

5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

จากผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่าตัวแปรที่ไม่มีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41 - 60 ปี ศึกษาระดับประถมศึกษา ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทยาวนานมากกว่า 10 ปี ประวัติเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในก่อนปี 2552 และในระหว่างปี 2551 มีสัดส่วนและระยวันนอนไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นถึงความเรื้อรังและระดับความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน ส่วนตัวแปรที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อาชีพและสิทธิในการรักษา โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่รับยาทางไปรษณีย์ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ส่วนผู้ป่วยที่รับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกว่างงาน ซึ่งอาชีพที่แตกต่างกันนี้อาจส่งผลต่อการเลือกประเภทบริการ เนื่องจากการเดินทางเพื่อรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกในแต่ละครั้งอาจต้องลาหยุดงานหรือเสียเวลาในการทำงาน ดังผลการศึกษาของรวิวรรณ^[59] ที่ผู้ป่วยให้เหตุผล ในการเลือกใช้บริการรับยาทางไปรษณีย์ว่าสะดวกและประหยัดเวลา และข้อมูลจากงานบริการผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่าในช่วงตุลาคม 2554 ถึงเมษายน 2555 มีผู้ป่วย ที่ขาดยาด้วยเหตุผลที่ไม่สามารถเดินทางมารับยาได้ร้อยละ 16 จากจำนวนผู้ป่วยที่ขาดยาทั้งหมด

ด้านสิทธิในการรักษา พบว่าผู้ป่วยสิทธิบัตรประกันสังคมรับยาทางไปรษณีย์น้อยกว่ารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระเบียบการรับยาทางไปรษณีย์จากโรงพยาบาลสวนปรุง ที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่ายาและค่าบริการทั้งหมด ไม่สามารถใช้สิทธิประกันสังคมได้ ในขณะที่การรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิบัตรได้ตามข้อตกลงของสำนักงานกองทุนประกันสังคมโดยไม่ต้องรับภาระค่ายาและค่าบริการ การมีส่วนร่วมในค่าใช้จ่ายเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกประเภทการบริการดังกล่าวการศึกษาของ Clark^[56] ที่แสดงให้เห็นว่า หาก

สัดส่วนค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบ (co-payment) สูงขึ้น จะทำให้อัตราการใช้ประโยชน์ ในบริการลดลง ส่วนผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพ ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถใช้สิทธิบัตรในการรับยาทางไปรษณีย์เช่นเดียวกันกับผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม แต่สัดส่วนการรับยาทางไปรษณีย์ของผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพสูงกว่าการรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก เนื่องจากบริบทที่แตกต่างกันของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมส่วนใหญ่จะลงทะเบียนกับโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้หน่วยงานที่ตนเองปฏิบัติงาน จึงอยู่ในเขตจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดลำพูน แต่ผู้ป่วยที่รับยาทางไปรษณีย์ส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลสวนปรุง (ภาคผนวก 4) เมื่อเปรียบเทียบค่ายาและบริการกับค่าเดินทางและค่าเสียโอกาสเมื่อต้องเดินทางมายังโรงพยาบาลสวนปรุงแล้ว ผู้ป่วยจึงเลือกรับภาระค่ายา มากกว่าการใช้สิทธิประกันสุขภาพเพื่อรับยา และรับภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

5.1.2 ประสิทธิภาพ

สำหรับการศึกษานี้ ประสิทธิภาพเป็นผลลัพธ์ขั้นกลาง (intermediate outcome) แบ่งเป็นผลลัพธ์หลักและผลลัพธ์รอง ผลลัพธ์หลักหมายถึงอัตราส่วนระหว่างจำนวนผู้ป่วยที่รับยาอย่างต่อเนื่องและไม่มีการกลับเป็นซ้ำต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่รับยาทางไปรษณีย์และผู้ป่วยที่รับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกรับยาต่อเนื่องร้อยละ 56.80 และ 51.12 ตามลำดับ และไม่มีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.73$) ความต่อเนื่องในการรับยาทางไปรษณีย์ของผู้ป่วยจิตเภท ยังไม่พบข้อมูลการศึกษาก่อนหน้านี้ แต่ในกลุ่มผู้ป่วยนอก พบการศึกษาว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทรับยาอย่างต่อเนื่องอยู่ในช่วงร้อยละ 41 – 63.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้

การกลับเป็นซ้ำ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่รับยาทางไปรษณีย์และผู้ป่วยที่รับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกมีการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 25.0 และ 36.4 ตามลำดับ โดยทั้งสองวิธีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.035$) เมื่อพิจารณาการรักษาการกลับเป็นซ้ำ พบว่าการรักษาการกลับเป็นซ้ำโดยรับเป็นผู้ป่วยในในกลุ่มผู้ป่วยที่รับยาทางไปรษณีย์สูงกว่าผู้ป่วยที่รับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก รวมทั้งจำนวนวันนอนที่ยาวนานกว่าด้วย คือ ร้อยละ 43 ระยะเวลาวันนอน 29.5 วัน และร้อยละ 36 ระยะเวลาวันนอน 26.1 วันตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากข้อกำหนดนิยามศัพท์ของคำว่ากลับเป็นซ้ำ ที่หมายความถึงอาการแสดงทางจิตที่แพทย์ต้องให้การรักษาโดยการปรับยาทำให้ผู้ป่วยที่รับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกได้รับการปรับยามากกว่า แม้ว่าอาการที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงเพียงเล็กน้อย ในขณะที่ผู้ป่วยที่รับยาทางไปรษณีย์ แพทย์มักจะให้ยาเดิมและแนะนำให้กลับมาตรวจที่โรงพยาบาลสวนปรุง แต่ผลการศึกษาก็ไม่อาจทำให้สรุปได้ว่าผู้ป่วยที่รับยาทางไปรษณีย์มีการกลับเป็นซ้ำระดับรุนแรงกว่าผู้ป่วยที่รับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก เนื่องจากไม่มีการประเมินระดับความรุนแรงโดยใช้เกณฑ์มาตรฐาน เช่น HoNoS หรือ BPRS

ความสัมพันธ์ระหว่างความต่อเนื่องในการรับยาและการกลับเป็นซ้ำ ผลการศึกษาในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือผู้ป่วยที่รับยาต่อเนื่องมีการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าผู้ป่วยที่รับยาไม่ต่อเนื่อง คือร้อยละ 20 และ 37 ในผู้ป่วยที่รับยาทางไปรษณีย์ และร้อยละ 29.4 และ 54.8 ในผู้ป่วยที่รับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก เป็นไปตามการศึกษาที่มีก่อนหน้านี้^[8-9, 11, 36, 50-51, 63] ที่พบว่าผู้ป่วยที่รับยาอย่างต่อเนื่องกลับเป็นซ้ำในช่วง 1-2 ปีร้อยละ 23 – 54.8 ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่รับยาไม่ต่อเนื่องที่กลับเป็นซ้ำคือร้อยละ 41.3 – 75.3 และเมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลตามการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่รับยาทางไปรษณีย์รับยาต่อเนื่องและไม่กลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่รับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 80.0 และ 70.6 ตามลำดับ) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.059$) แสดงให้เห็นว่าการรับยาทางไปรษณีย์และการรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกให้ผลลัพธ์ทางคลินิกไม่แตกต่างกัน

ผลลัพธ์รองในการศึกษานี้คือการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พบว่าผู้ป่วยที่รับยาทางไปรษณีย์เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยามากกว่าผู้ป่วยที่รับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกคือร้อยละ 13.3 และ 9.8 ตามลำดับ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อาการไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.82) ให้การรักษาโดยปรับยาทางจดหมาย ไม่มีผู้ป่วยที่ต้องให้การรักษาอาการไม่พึงประสงค์โดยรักษาแบบผู้ป่วยใน ในขณะที่ผู้ป่วยที่รับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98) รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 1 ราย ทั้งนี้ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าการรับยาทางไปรษณีย์ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้มากกว่าการรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยที่รับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกเกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงกว่าผู้ป่วยที่รับยาทางไปรษณีย์ เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นไม่มีการประเมินความรุนแรงหรือความน่าจะเป็น โดยใช้เกณฑ์มาตรฐาน เช่น Naranjo's Algorithm ในการประเมินว่าเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาจริง

5.1.3 ต้นทุนประสิทธิผล

การประเมินต้นทุนประสิทธิผลในการศึกษานี้ใช้อัตราส่วนประสิทธิผลส่วนเพิ่มซึ่งคำนวณโดยการแทนค่าในแบบจำลองการตัดสินใจ ต้นทุนและค่าความน่าจะเป็นในแบบจำลองได้จากการเก็บข้อมูลจริงในผู้ป่วยที่รับยาทางไปรษณีย์และผู้ป่วยที่รับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนปรุง ผลการคำนวณอัตราส่วนประสิทธิผลส่วนเพิ่มได้ -187,713.67 บาท การคำนวณได้ผลลัพธ์เป็นลบ ซึ่งเกิดจากต้นทุนส่วนเพิ่มมีค่าลบ ในขณะที่ประสิทธิผลส่วนเพิ่มมีค่าเป็นบวก หมายความว่า การรับยาทางไปรษณีย์ประหยัดกว่าการรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกเมื่อมองใน

มุมมองสังคมโดยประหยัดได้ 187,713.67 บาทต่อผู้ป่วยหนึ่งรายที่รับยาอย่างต่อเนื่องและไม่กลับเป็นซ้ำ

เมื่อพิจารณาด้านทุนแต่ละรายการพบว่าต้นทุนย่อยของการรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกที่สูงกว่าการรับยาทางไปรษณีย์อย่างชัดเจนคือ ต้นทุนค่าเดินทางเมื่อรับการตรวจประเมินผลตามปกติทุก 6 เดือน (726.25 บาทและ 194.28 บาทตามลำดับ) ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายในส่วนของผู้ป่วยที่ต้องรับภาระ เมื่อพิจารณาการศึกษาก่อนหน้านี้^[14, 18, 56, 59] ส่วนใหญ่จะศึกษาในมุมมองผู้ให้บริการหรือมุมมองผู้จ่ายเงินทำให้ไม่มีการแสดงข้อมูลต้นทุนค่าเดินทางและค่าเสียโอกาส แต่ก็พบว่าบางการศึกษาได้เปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยที่รับยาทางไปรษณีย์ และการรับยาแบบเดิม^[16] ผลคือผู้ป่วยที่รับยาทางไปรษณีย์ให้ความร่วมมือสูงกว่า โดยผู้ป่วยที่รับยาทางไปรษณีย์มักจะมีข้อจำกัดในการเดินทาง เช่น ระยะทางห่างไกล การคมนาคมไม่สะดวกมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ หรือเจ็บป่วยเกินกว่าจะเดินทางไปรับยาได้ บางการศึกษาได้เสนอให้กำหนดลักษณะการให้บริการยาทางไปรษณีย์ว่าเป็นการส่งยาให้ผู้ป่วยบางกลุ่ม จำกัดในบางพื้นที่ สำหรับยาบางชนิด โดยต้องมีคำแนะนำการใช้ยาอย่างละเอียดและชัดเจน^[58]

การวิเคราะห์ความไวแบบทางเดียวแสดงให้เห็นว่าการรับยาทางไปรษณีย์มีต้นทุนรวมที่ต่ำกว่าและให้ผลลัพธ์ที่สูงกว่าการรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกเสมอไม่ว่าจะเปลี่ยนแปลงค่าตัวแปรในทางเพิ่มขึ้นหรือลดลง ยกเว้น 4 ตัวแปร คือ ความน่าจะเป็นของการรับยาทางไปรษณีย์ต่อเนื่อง ความน่าจะเป็นของการรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกต่อเนื่อง ความน่าจะเป็นของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่รับยาทางไปรษณีย์ต่อเนื่อง และความน่าจะเป็นของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่รับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาจากแบบจำลองภาพที่ 3.1 และสูตรคำนวณ ICER จะพบว่าทั้ง 4 ตัวแปรที่มีผลการวิเคราะห์แตกต่างจากตัวแปรอื่น เกิดจาก ICER มีค่าเป็นบวกซึ่งเกิดจากต้นทุนและผลลัพธ์มีค่าเป็นลบ หมายถึงต้นทุนลดลง และผลลัพธ์ก็ลดลงด้วย ในขณะที่ตัวแปรอื่นต้นทุนมีค่าลบ แต่ผลลัพธ์มีค่าบวก ทำให้ ICER มีค่าลบ หมายถึงต้นทุนลดลง ในขณะที่ผลลัพธ์เพิ่มขึ้น

ผลลัพธ์ในการศึกษานี้ คืออัตราส่วนของจำนวนผู้ป่วยที่รับยาต่อเนื่องและไม่กลับเป็นซ้ำ หรือหมายถึง path probability ของทางเลือกที่ 2 และ 6 (ดูภาพ 3.1 และตาราง 4.7 ประกอบ) ตัวแปรที่มีผลต่อ path probability ของทางเลือก 2 หรือ 6 จึงมีผลต่อผลลัพธ์ส่วนเพิ่มที่ได้จากผลต่างของ path probability ของทางเลือกทั้ง 2 ทาง ตัวแปรดังกล่าวได้แก่

1. ความน่าจะเป็นของการรับยาต่อเนื่อง

ในผู้ป่วยที่รับยาทางไปรษณีย์ หากผู้ป่วยรับยาต่อเนื่องลดลง จะทำให้ path probability ของทางเลือกที่ 2 ลดลง (ในขณะที่ path probability ของทางเลือกที่ 6 เท่าเดิม) ผลลัพธ์

ส่วนเพิ่มจึงลดลงจนกระทั่งมีค่าลบ หมายถึงการรับยาทางไปรษณีย์ทำให้ผลลัพธ์ลดลง แต่ในผู้ป่วยที่รับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก หากรับยาต่อเนื่องเพิ่มขึ้น จะทำให้ path probability ของทางเลือกที่ 6 เพิ่มขึ้น (ในขณะที่ path probability ของทางเลือกที่ 2 เท่าเดิม) ผลลัพธ์ส่วนเพิ่มจะลดลงเช่นเดียวกัน กรณีนี้หมายถึงการรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกทำให้ผลลัพธ์ที่ต้องการเพิ่มขึ้น

2. ความน่าจะเป็นของการกลับเป็นซ้ำ

จะมีผลในผู้ป่วยที่รับยาต่อเนื่องเท่านั้น เนื่องจาก path probability ที่นำมาคำนวณผลลัพธ์ส่วนเพิ่มคือทางเลือกที่ 2 และ 6 ในผู้ป่วยที่รับยาทางไปรษณีย์ หากกลับเป็นซ้ำมากขึ้น จะทำให้ path probability ของทางเลือกที่ 2 ลดลง (ความน่าจะเป็นของการไม่กลับเป็นซ้ำ = 1 - ความน่าจะเป็นของการกลับเป็นซ้ำ) ผลลัพธ์ส่วนเพิ่มจึงลดลง หมายถึงการรับยาทางไปรษณีย์ให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าการรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก แต่หากการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยนอกมากขึ้น path probability ของทางเลือกที่ 6 จะลดลง ทำให้ผลลัพธ์ส่วนเพิ่มมากขึ้น หมายถึง การรับยาทางไปรษณีย์ให้ผลลัพธ์ดีกว่าการรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก

5.2 ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ต้นทุนในการศึกษานี้เป็นต้นทุนเฉลี่ย ต้นทุนบางประเภทเช่น ค่าเดินทาง และค่าเสียโอกาสไม่ได้มาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แต่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้มารับบริการบางส่วน อาจทำให้ต้นทุนคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง เนื่องจากอาจไม่ได้ข้อมูลจากผู้ป่วยในบางพื้นที่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล

2. ต้นทุนค่ารักษาการกลับเป็นซ้ำและต้นทุนค่ารักษาอาการไม่พึงประสงค์จากยาในการศึกษานี้ อาจต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากตามข้อตกลงของการศึกษา ให้การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเกิดเหตุการณ์ได้ 1 ครั้งในผู้ป่วย 1 คน หากเกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วจะไม่สามารถเกิดซ้ำได้อีก เช่นเดียวกันกับการเกิดการกลับเป็นซ้ำทำให้เกิดเหตุการณ์ได้เพียง 1 ครั้งต่อคนเช่นกัน การคำนวณต้นทุนใช้เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดต้นทุนสูงที่สุด แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยบางรายอาจเกิดเหตุการณ์ได้มากกว่า 1 ครั้ง

3. การศึกษานี้ไม่ได้เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือความรุนแรงของการกลับเป็นซ้ำ ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบความรุนแรงของการเกิดเหตุการณ์ระหว่างผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้

4. เนื่องจากการรับยาทางไปรษณีย์เป็นระบบการกระจายยาที่ไม่เป็นที่นิยมในประเทศไทย จึงทำให้ข้อมูลจากการศึกษาก่อนหน้าเป็นไปอย่างจำกัด และการศึกษาที่ทำในต่างประเทศไม่

เหมาะสมที่จะนำมาเปรียบเทียบกับผลการศึกษานี้เนื่องจากระบบการจ่ายค่าบริการทางสาธารณสุขแตกต่างกัน แม้ว่าจะศึกษาในมุมมองเดียวกันก็ตาม

5. ระบบการใช้สิทธิในการเข้าถึงบริการที่แตกต่างกันของการรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกและการรับยาทางไปรษณีย์ กล่าวคือ การรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิข้าราชการ ผู้ป่วยสามารถรับยาได้โดยไม่ต้องชำระเงิน แต่การรับยาทางไปรษณีย์ของผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องชำระเงินค่ายาและบริการเอง ส่วนผู้ป่วยสิทธิข้าราชการต้องสำรองค่ายาและบริการก่อนแล้วจึงนำใบเสร็จไปตั้งเบิก การมีภาระค่าใช้จ่ายอาจทำให้แรงจูงใจในการใช้บริการลดลง

6. การศึกษานี้ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทเท่านั้น แต่ในความเป็นจริงมีผู้ป่วยด้วยโรคอื่น ที่มีความจำเป็นต้องรับยาทางไปรษณีย์ เนื่องจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน ไม่มียาที่จำเป็นต้องใช้ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล เช่น ยาต้านซึมเศร้ากลุ่มใหม่ ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ และยาโรคสมองเสื่อม

7. อาจมีข้อแตกต่างบางประการระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่รับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกอาศัยในจังหวัดเชียงใหม่หรือใกล้เคียง ในขณะที่ผู้ป่วยที่รับยาทางไปรษณีย์จำนวนน้อยมากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน เนื่องจากเป็นระเบียบข้อบังคับของงานจ่ายยาทางไปรษณีย์ โรงพยาบาลสวนปรุงที่ไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยที่อาศัยในเขตจังหวัดเชียงใหม่หรือลำพูนรับยาทางไปรษณีย์

5.3 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การเลือกกลุ่มตัวอย่างควรสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified sampling) โดยแบ่งตามพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัย เพื่อให้ลักษณะข้อมูลต้นทุนค่าเดินทาง ต้นทุนค่าเสียโอกาส และแรงจูงใจเรื่องระยะทางการเดินทางของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน

2. ต้นทุนค่ารักษาอาการไม่พึงประสงค์จากยาและต้นทุนค่ารักษาการกลับเป็นซ้ำ ควรคำนวณจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงทั้งหมด

3. ควรเก็บข้อมูลระดับความรุนแรงของการเกิดเหตุการณ์ เช่น HoNOS หรือ BPRS สำหรับประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตเมื่อเกิดการกลับเป็นซ้ำ

4. ควรกำหนดให้การใช้สิทธิบัตรการรับบริการทางสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะเหมือนกัน

5. ควรศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นเพิ่ม โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการใช้ยาที่มีราคาแพง หรือใช้ยาที่ไม่มียาสามัญ (Local made) แทนยาต้นแบบ

6. ควรศึกษาประเภทผู้ป่วยที่การรับยาทางไปรษณีย์ทำให้เกิดความคุ้มค่า เพื่อกำหนด
เป็นเกณฑ์ให้บริการยาทางไปรษณีย์ต่อไป



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved