

รูปแบบการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีน และยาต้านเศร้า ในผู้ป่วยนอกจิตเวช รายใหม่เปรียบเทียบกับระหว่างก่อนการแพร่ระบาดและหลังการแพร่ระบาดของ เชื้อไวรัสโควิด-19 ของโรงพยาบาลสวนปรุง

ขวัญจิรา ศรีดาวเรือง*, ลัทธิมา คำสอ*, น้าฝน ปิยะตระกูล**, เรวดี เจนร่วมจิต*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสวนปรุง

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีน และยาต้านเศร้า ในผู้ป่วยนอกจิตเวชรายใหม่ของ โรงพยาบาลสวนปรุง ระหว่างก่อนและหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 รวมถึงศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อรูปแบบ การสั่งจ่ายยา

วิธีการศึกษา รูปแบบการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) โดยเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีการบันทึกข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 กลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยนอกจิตเวชรายใหม่ที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลสวนปรุง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ logistic regression, independent t-test และ Fisher's exact test

ผลการศึกษา ผู้ป่วยจำนวน 15,596 คน แบ่งเป็นก่อนและหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 จำนวน 8,663 คน และ 6,933 ตามลำดับ พบว่าความชุกของการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีน และ/หรือ ยาต้านเศร้า ในช่วงหลังการแพร่ระบาดของ เชื้อไวรัสโควิด-19 เพิ่มขึ้นกว่าช่วงก่อนการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็น 1.15 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI 1.03-1.29, $P=0.010$) เมื่อปรับค่าที่ได้ด้วยปัจจัยที่มีผลพบว่า ความชุกของการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีนเพิ่มขึ้นเป็น 1.21 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI 1.12-1.30, $P<0.001$) และความชุกของการสั่งจ่ายยาด้านเศร้า เพิ่มขึ้นเป็น 1.04 เท่า แต่ไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ (95%CI 0.95-1.13, $P=0.397$) ขนาดยาที่ได้รับต่อวันพบว่าลดลงเมื่อเทียบกับในช่วงก่อนการแพร่ระบาด ของเชื้อไวรัสโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$)

สรุป การสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีน และ/หรือ ยาด้านเศร้า ในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 มีความชุกเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับช่วงก่อนการแพร่ระบาด โดยเฉพาะความชุกของการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากสัดส่วนของ จำนวนผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยโรคจิตเวชเพิ่มขึ้นหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 อย่างไรก็ตามพบว่าขนาดยา ที่ได้รับต่อวันในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ลดลง โดยข้อมูลรูปแบบการสั่งจ่ายยาเหล่านี้จะช่วยให้การวางแผน ระบบยาในโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อรองรับความต้องการของผู้มารับบริการและการบริหารเภสัชกรรมในกรณีเกิดสถานการณ์ แพร่ระบาดของโรคต่อไป

คำสำคัญ รูปแบบการสั่งจ่ายยา ยาเบนโซไดอะซีปีน ยาด้านเศร้า โรคจิตเวช โควิด-19

Corresponding author: เรวดี เจนร่วมจิต

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

E-mail: rewadee.w@cmu.ac.th

วันรับ : 15 มกราคม 2567 วันแก้ไข : 4 เมษายน 2567 วันตอบรับ : 11 มิถุนายน 2567

Comparison of Benzodiazepines and Antidepressants Prescribing Pattern among New Psychiatric Outpatients before and after the COVID-19 Pandemic in Suanprung Psychiatric Hospital

Kwanjira Sridaorueang*, Lutthalima Kumsor*, Namfon Piyatrakul**, Rewadee Jenraumjit*

*Department of Pharmaceutical Care, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University

**Department of Pharmacy, Suanprung Psychiatric Hospital

ABSTRACT

Objective: To compare medication prescribing patterns of benzodiazepines and antidepressants among new psychiatric outpatients at Suanprung Psychiatric Hospital before and after the COVID-19 pandemic, and to investigate factors that influenced medication prescribing patterns.

Methods: A retrospective cohort study was conducted using the electronic database and medical record form between March 2018 and February 2022. The population was new psychiatric outpatients receiving services at Suanprung Psychiatric Hospital. The logistic regression, independent t-test, and Fisher's exact test were used for statistical analysis.

Results: The participants consisted of 15,596 people with 8,663 classified as "Pre-COVID-19" group and 6,933 as "Post-COVID-19" group. Prevalence of benzodiazepines and/or antidepressants prescribed were at a higher rate in the "Post-COVID-19 Pandemic" group than in the "Pre-COVID-19" group (OR, 1.15 [95% CI, 1.03-1.29]; $P=0.010$). When adjusting the covariates factors, it was found, the prevalence of benzodiazepines prescribing increased significantly (OR, 1.21 [95% CI, 1.12-1.30]; $P<0.001$), while the prevalence of benzodiazepines prescribing increased significantly of antidepressants prescribing increased non-significantly (OR, 1.04 [95% CI, 0.95-1.13]; $P=0.397$).

Conclusion: Prescriptions for benzodiazepines and/or antidepressants was increasing in prevalence in the "Post- COVID-19" compared to "Pre-COVID-19", particularly for benzodiazepines. This may be a result of the proportion of patients diagnosed with anxiety disorders increasing after the COVID-19 pandemic. In contrast, the dose per day decreased in the "Post-COVID-19". In the case of a pandemic, drug prescribing patterns will be useful in designing the drug management system in psychiatric hospitals to meet emergency services and pharmaceutical care needs.

Keywords: prescribing patterns, benzodiazepines, antidepressants, psychiatric disorder, COVID-19

Corresponding author: Rewadee Jenraumjit

E-mail: rewadee.w@cmu.ac.th

Received 15 January 2024 Revised 4 April 2024 Accepted 11 June 2024

บทนำ

การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ถือเป็นการระบาดใหญ่ (pandemic) ของมนุษยชาติ และส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพเล็กน้อยไปจนถึงรุนแรง ซึ่งโดยทั่วไปที่พบจะเป็นอาการทางระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้ ไอ และหายใจถี่¹ แต่กลุ่มที่มีความเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง หรือโรคมะเร็ง อาจพบอาการอื่นๆ ที่ไม่ใช่ระบบทางเดินหายใจ และมีการดำเนินไปของโรคที่รุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิต² ซึ่งการแพร่ระบาดนั้นนอกจากจะสร้างความหวาดกลัวต่อประชาชนเพราะเกิดความกังวลว่าจะติดเชื้อแล้ว³ การดำเนินชีวิตประจำวันก็มีความจำเป็นที่จะต้องปรับเปลี่ยนไปตามนโยบายและมาตรการต่างๆ ของประเทศ เพื่อรับมือกับการแพร่ระบาดของโรค หรือที่เรียกว่าเป็นชีวิตวิถีใหม่ (new normal)⁴ และนอกจากนี้การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสยังส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศซึ่งกระทบต่ออาชีพและการทำงานของประชาชนอีกด้วย⁵ ดังนั้นสถานการณ์นี้จึงเป็นสถานการณ์ที่ค่อนข้างส่งผลกระทบต่อความวิตกกังวลและความเครียดของประชาชน เพราะเป็นสถานการณ์ที่ไม่ได้มีการคาดการณ์ล่วงหน้าและไม่มีความแน่นอน⁶

การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 สัมพันธ์กับความชุกที่เพิ่มขึ้นของโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล⁷ และการศึกษาของ Michael และคณะ ได้ทำการศึกษาร่วมกันเปรียบเทียบการส่งจ่ายยาช่วงก่อนและภายหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในกลุ่มประชากรที่อยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในประเทศแคนาดาพบว่าภายหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 มีการส่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีนและยาด้านเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาที่ทำการเปรียบเทียบความชุกของการส่งจ่ายยาทั้งสองกลุ่มนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษารูปแบบการส่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีนและยาด้านเศร้าในผู้ป่วยนอกจิตเวชรายใหม่ระหว่างก่อนการแพร่ระบาดและหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยมีสมมติฐานคือ การส่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีนและยาด้านเศร้าน่าจะเพิ่มขึ้นหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เพื่อใช้เป็นข้อมูลวางแผนระบบยาในโรงพยาบาล และวางแผนการบริหารทางเภสัชกรรมที่เหมาะสมในกรณีเกิดสถานการณ์แพร่ระบาดใหญ่ระดับชาติต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาและประชากร

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการศึกษาตามแผนแบบย้อนหลัง

(retrospective cohort study) โดยติดตามเป็นระยะเวลาทั้งหมด 4 ปี แบ่งเป็นช่วงก่อนการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 (เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563) 2 ปี และหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 (เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565) 2 ปี

กลุ่มประชากรที่ศึกษา (population) ได้แก่ ผู้ป่วยนอกจิตเวชรายใหม่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และเข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลสวนปรุง ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 โดยเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ข้อมูลการใช้ยาไม่ครบถ้วน จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาคือเป็นไปตามแผนภูมิที่ 1

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลสวนปรุง (เลขที่โครงการวิจัย: SPH.IRB002/2565SCs_Exp วันที่ได้รับการรับรอง: 5 สิงหาคม 2565)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

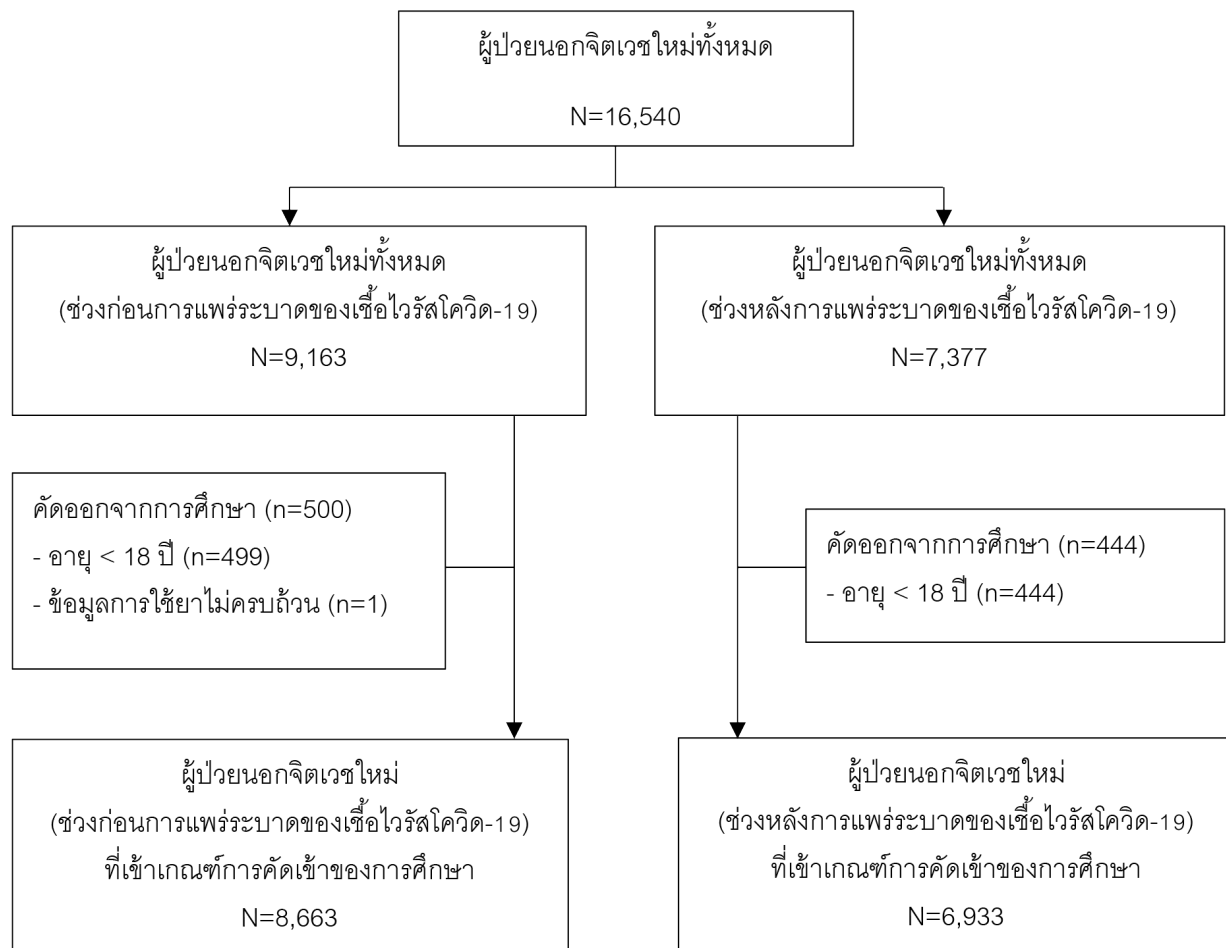
ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Microsoft Excel ที่มีการกำหนดรหัสผ่านที่เป็นความลับเฉพาะผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเท่านั้นซึ่งแบบบันทึกในโปรแกรมประกอบด้วย แบบบันทึกลักษณะพื้นฐานของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง และแบบบันทึกรูปแบบการส่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีนและยาด้านเศร้า

ผลลัพธ์และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ สัดส่วนความชุกของการส่งจ่ายยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีน และ/หรือ ยาด้านเศร้า เทียบกับความชุกของการไม่ได้ส่งจ่ายยาในกลุ่มดังกล่าว

ผลลัพธ์รอง ได้แก่ ขนาดยา และปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อรูปแบบการส่งจ่ายยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีนและยาด้านเศร้า ในผู้ป่วยนอกจิตเวชรายใหม่จะใช้ fisher's exact test ในการวิเคราะห์ตัวแปรแบบแจกแจงสำหรับตัวแปรต่อเนื่องจะใช้ independent t-test

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติจะถูกแบ่งออกเป็นผลลัพธ์หลักและผลลัพธ์รอง และตัวแปรในการวิเคราะห์ประกอบด้วยตัวแปรแบบต่อเนื่อง (continuous variable) และตัวแปรแบบแจกแจง (categorical variable) โดยซอฟต์แวร์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ Stata/IC 14.0 สัดส่วนความชุกของการส่งจ่ายยาแต่ละกลุ่มจะใช้ logistic regression เพื่อเปรียบเทียบ odd ratio (OR) ของช่วงหลังเทียบกับช่วงก่อนการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยใช้



แผนภูมิที่ 1 แสดงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

univariable logistic regression สำหรับ crude OR และ multivariable logistic regression สำหรับ adjusted OR ค่าเฉลี่ยของขนาดยาที่ได้รับต่อวัน (มิลลิกรัม/วัน) จะใช้ independent t-test สำหรับวิเคราะห์ความแตกต่างของช่วงหลังเทียบกับช่วงก่อนการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 กำหนดให้ $P \text{ value} < 0.05$ เป็นค่าที่กำหนดถึงนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

ลักษณะพื้นฐานของประชากร

จากข้อมูลลักษณะพื้นฐานประชากรพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างลักษณะพื้นฐานของประชากรช่วงก่อนและหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ส่วนลักษณะพื้นฐานที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) ได้แก่ โรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยและสิทธิการรักษา โดยโรคที่มีสัดส่วนในกลุ่มประชากรเพิ่มขึ้น ได้แก่ โรควิตกกังวลและโรควิตกกังวลผสมซึมเศร้า ดังแสดงในตารางที่ 1

รูปแบบการสั่งจ่ายยา

สัดส่วนของความชุกที่ผู้ป่วยนอกจิตเวชรับใหม่ได้รับกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน และ/หรือ ยาด้านเศร้า

ความชุกของการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีน และ/หรือ ยาด้านเศร้า ในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เพิ่มขึ้นกว่าความชุกในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็น 1.21 เท่า (95%CI, 1.01-1.34; $P < 0.001$)

ความชุกของการสั่งจ่ายยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีนในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เพิ่มขึ้นกว่าความชุกในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็น 1.23 เท่า (95%CI, 1.14-1.32; $P < 0.001$) และความชุกของการสั่งจ่ายยาด้านเศร้าในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เพิ่มขึ้นกว่าความชุกในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็น 1.05 เท่า (95%CI, 0.98-1.12; $P = 0.179$)

เมื่อทำการปรับค่าที่ได้ด้วยปัจจัยโรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยและสิทธิการรักษา พบว่าผลยังคงคล้ายคลึงกับ

ก่อนปรับค่า กล่าวคือความชุกของการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีน และ/หรือ ยาต้านเศร้า ในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เพิ่มขึ้นกว่าความชุกในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็น 1.15 เท่า (95%CI, 1.03-1.29; $P=0.10$) และความชุกของการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีนในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เพิ่มขึ้นกว่าความชุกในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็น 1.21 เท่า (95%CI, 1.12-1.30; $P<0.001$) ส่วนความชุกการสั่งจ่ายยาต้านเศร้าในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เพิ่มขึ้นกว่าความชุกในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็น 1.04 เท่า (95%CI, 0.95-1.13; $P=0.397$) ดังแสดงใน **ตารางที่ 2**

สัดส่วนความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับยาเบนโซไดอะซีปีน และ/หรือ ยาต้านเศร้า ในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 มีการเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วงที่มีเริ่มมีการแพร่ระบาดไปจนถึงช่วงที่มีอัตราการระบาดสูงสุด ซึ่งคือช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 จนถึงต้นปี พ.ศ. 2563 และสัดส่วนความชุกค่อยๆ ลดลงตามระยะเวลาที่การแพร่ระบาดดำเนินไป ดังแสดงใน **แผนภูมิที่ 2**

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยขนาดยา

จากการวิเคราะห์ขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับต่อวัน (มิลลิกรัม/วัน) จะเห็นได้ว่ายาส่วนใหญ่มีแนวโน้มของขนาดยาที่ได้รับต่อวันต่ำลงในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยยาที่มีขนาดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ diazepam, lorazepam, sertraline, amitriptyline, nortriptyline และ trazodone ดังแสดงใน **ตารางที่ 3**

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า โรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยคือโรคซึมเศร้า และรองลงมาคือโรควิตกกังวลตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย ของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข (HDC) เพราะเป็นโรคที่อยู่ใน 3 อันดับโรคที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการเป็นจำนวนมากที่สุด อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ได้แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวชแต่ละโรคมีการเปลี่ยนแปลงระหว่างช่วงก่อนและหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยนอกจิตเวชใหม่

ลักษณะพื้นฐานของประชากร	ช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19		P Value
	ก่อนการแพร่ระบาด (N=8,663)	หลังการแพร่ระบาด (N=6,933)	
อายุ, ปี, ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	42.7 $\pm$ 17.96	42.5 $\pm$ 17.66	0.668
เพศ จำนวน (ร้อยละ)			
ชาย	3,735 (43.1)	2,973 (42.9)	0.771
หญิง	4,928 (56.9)	3,960 (57.1)	
โรคทางจิตเวชที่เป็น จำนวน (ร้อยละ)			
โรคซึมเศร้า	3,055 (35.3)	2,269 (32.7)	<0.001
โรควิตกกังวล	1,392 (16.1)	1,380 (19.9)	
โรควิตกกังวลผสมซึมเศร้า	605 (7.0)	578 (8.3)	
โรคจิตเภท	695 (8.0)	506 (7.3)	
โรคจิตเวชอื่นๆ	2,916 (33.7)	2,200 (31.7)	
สิทธิการรักษา จำนวน (ร้อยละ)			
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	1,115 (12.9)	834 (12.0)	<0.001
ข้าราชการ	1,157 (13.4)	1,101 (15.9)	
ประกันสังคม	266 (3.1)	164 (2.4)	
ชำระเงินเอง	6,124 (70.7)	4,834 (69.7)	

ตารางที่ 2 สัดส่วนความชุกของการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีน และ/หรือ ยาด้านเศร้า

กลุ่มยา	ก่อนการแพร่ระบาดของไวรัส โควิด 19 (N=8,663)		หลังการแพร่ระบาด ของไวรัสโควิด 19 (N=6,933)		Crude OR (95% CI)	P Value	Adjusted OR (95% CI)	P Value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ทั้งหมด	7,635	88.1	6,237	90.0	1.21 (1.01-1.34)	<0.001*	1.15 (1.03-1.29)	0.010*
Benzodiazepines	6,303	72.8	5,315	76.7	1.23 (1.14-1.32)	<0.001*	1.21 (1.12-1.30)	<0.001*
Alprazolam	293	3.4	301	4.3	1.30 (1.10-1.53)	0.002*	1.18 (1.00-1.40)	0.047*
Clonazepam	1,355	15.6	1,380	19.9	1.34 (1.23-1.46)	<0.001*	1.34 (1.24-1.46)	<0.001*
Clorazepate	920	10.6	429	6.2	0.56 (0.49-0.62)	<0.001*	0.52 (0.46-0.59)	<0.001*
Diazepam	1,175	13.6	1,234	17.8	1.38 (1.26-1.50)	<0.001*	1.39 (1.27-1.51)	<0.001*
Lorazepam	4,476	51.7	3,720	53.7	1.08 (1.02-1.15)	0.013*	1.07 (1.00-1.14)	0.05
Antidepressants	5,669	65.4	4,608	66.5	1.05 (0.98-1.12)	0.179	1.04 (0.95-1.13)	0.397
Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)								
Escitalopram	167	1.9	105	1.5	0.78 (0.61-1.00)	0.051	0.76 (0.59-0.98)	0.032*
Fluoxetine	1,786	20.6	1,138	16.4	0.76 (0.70-0.82)	<0.001*	0.75 (0.68-0.81)	<0.001*
Fluvoxamine	9	0.1	8	0.1	1.11 (0.43-2.88)	0.829	1.04 (0.40-2.72)	0.929
Paroxetine	3	0.0	5	0.1	2.08 (0.50-8.72)	0.315	1.82 (0.43-7.64)	0.415
Sertraline	2,761	31.9	2,522	36.4	1.22 (1.14-1.31)	<0.001*	1.24 (1.16-1.34)	<0.001*
Selective serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs)								
Desvenlafaxine	15	0.2	10	0.1	0.83 (0.37-1.85)	0.654	0.78 (0.35-1.76)	0.555
Duloxetine	3	0.0	15	0.2	6.26 (1.81-21.63)	0.004*	6.08 (1.75-21.05)	0.004*
Venlafaxine	54	0.6	69	1.0	1.60 (1.12-2.29)	0.010*	1.62 (1.13-2.32)	0.009*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$

ปรับค่า odd ratio ด้วย โรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยและสิทธิการรักษา

ตารางที่ 2 สัดส่วนความชุกของการส่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีน และ/หรือ ยาด้านเศร้า (ต่อ)

กลุ่มยา	ก่อนการแพร่ระบาดของไวรัส โควิด 19 (N=8,663)		หลังการแพร่ระบาด ของไวรัสโควิด 19 (N=6,933)		Crude OR (95% CI)	P Value	Adjusted OR (95% CI)	P Value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
Noradrenaline dopamine reuptake inhibitors (NDRIs)								
Bupropion XR	56	0.6	51	0.7	1.14 (0.78-1.67)	0.503	1.18 (0.80-1.73)	0.397
Noradrenaline & specific serotonin antidepressants (NaSSAs)								
Mianserin	49	0.6	44	0.6	1.12 (0.75-1.69)	0.578	1.19 (0.79-1.79)	0.415
Mirtazapine	45	0.5	58	0.8	1.58 (1.07-2.33)	0.021*	1.56 (1.05-2.32)	0.028*
Melatonin agonist								
Agomelatine	36	0.4	35	0.5	1.22 (0.76-1.94)	0.411	1.09 (0.68-1.75)	0.718
Serotonin agonist and antagonist								
Vortioxetine	52	0.6	59	0.9	1.42 (0.98-2.07)	0.066	1.32 (0.90-1.93)	0.153
Tricyclic antidepressants (TCAs)								
Amitriptyline	804	9.3	370	5.3	0.55 (0.48-0.62)	<0.001*	0.54 (0.47-0.61)	<0.001*
Clomipramine	19	0.2	40	0.6	2.64 (1.53-4.56)	0.001*	2.54 (1.46-4.40)	0.001*
Imipramine	50	0.6	33	0.5	0.82 (0.53-1.28)	0.389	0.76 (0.49-1.19)	0.238
Nortriptyline	382	4.4	402	5.8	1.33 (1.16-1.54)	<0.001*	1.42 (1.22-1.64)	<0.001*
Serotonin antagonist and reuptake inhibitors (SARIs)								
Trazodone	772	8.9	689	9.9	1.13 (1.01-1.26)	0.029*	1.13 (1.01-1.26)	0.028*
Norepinephrine reuptake inhibitors (NaRIs)								
Reboxetine	2	0.0	1	0.0	0.62 (0.06-6.89)	0.701	0.69 (0.06-7.62)	0.763

*มีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$

ปรับค่า odd ratio ด้วย โรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยและสิทธิการรักษา

ตารางที่ 3 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยขนาดยา

ขนาดยา	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (95% CI)	P Value
Benzodiazepines			
Alprazolam			
ก่อนการแพะระบัด (n=238)	0.53 ± 0.33	-0.05 (-0.10-0.01)	0.098
หลังการแพะระบัด (n=236)	0.49 ± 0.27		
Clonazepam			
ก่อนการแพะระบัด (n=1,335)	1.18 ± 0.80	0.00 (-0.06-0.07)	0.952
หลังการแพะระบัด (n=1,380)	1.18 ± 0.87		
Clorazepate			
ก่อนการแพะระบัด (n=860)	6.60 ± 2.50	1.06 (0.67-1.44)	<0.001*
หลังการแพะระบัด (n=271)	7.66 ± 2.89		
Diazepam			
ก่อนการแพะระบัด (n=1,053)	6.69 ± 7.13	-1.28 (-1.90-(-0.66))	<0.001*
หลังการแพะระบัด (n=972)	7.03 ± 5.41		
Diazepam injection			
ก่อนการแพะระบัด (n=19)	10.53 ± 2.94	-1.10 (-2.74-0.53)	0.181
หลังการแพะระบัด (n=26)	9.42 ± 2.29		
Lorazepam			
ก่อนการแพะระบัด (n=2,831)	1.88 ± 2.33	-0.28 (-0.39-((-0.17))	<0.001*
หลังการแพะระบัด (n=2,284)	1.60 ± 1.65		
Antidepressants			
Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)			
Escitalopram			
ก่อนการแพะระบัด (n=166)	8.03 ± 4.69	0.90 (-0.19-1.99)	0.901
หลังการแพะระบัด (n=105)	8.93 ± 3.98		
Fluoxetine			
ก่อนการแพะระบัด (n=1,786)	18.43 ± 7.08	0.36 (-0.16-0.88)	0.170
หลังการแพะระบัด (n=1,138)	18.80 ± 6.83		
Fluvoxamine			
ก่อนการแพะระบัด (n=10)	52.50 ± 27.51	-2.50 (-22.18-17.18)	0.780
หลังการแพะระบัด (n=8)	50.00 ± 0		
Paroxetine			
ก่อนการแพะระบัด (n=3)	40.00 ± 20	-26.00 (-72.94-20.94)	0.148
หลังการแพะระบัด (n=5)	14.00 ± 5.48		

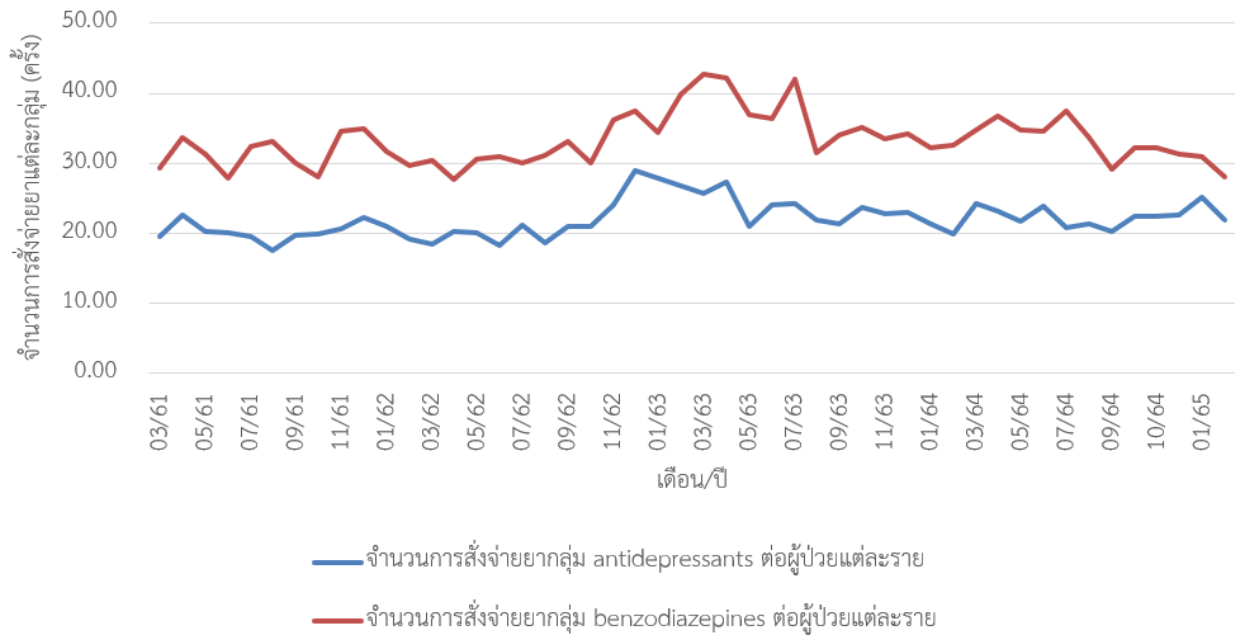
ตารางที่ 3 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยขนาดยา (ต่อ)

ขนาดยา	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (95% CI)	P Value
Sertraline			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=2,761)	51.76 ± 20.63	-2.80 (-3.91-(-1.7))	<0.001*
หลังการแพ้วระบาศ (n=2,522)	48.96 ± 20.24		
Selective serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs)			
Desvenlafaxine			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=15)	63.33 ± 22.89	-8.33 (-25.57-8.91)	0.328
หลังการแพ้วระบาศ (n=10)	55.00 ± 15.81		
Duloxetine			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=3)	30.00 ± 15.49	16.00 (-3.43-35.43)	0.100
หลังการแพ้วระบาศ (n=15)	46.00 ± 0		
Venlafaxine SR			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=28)	99.11 ± 50.22	-4.11 (-24.55-16.34)	0.690
หลังการแพ้วระบาศ (n=45)	95.00 ± 37.16		
Venlafaxine XR			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=29)	47.20 ± 16.33	0.30 (-9.79-10.39)	0.302
หลังการแพ้วระบาศ (n=30)	47.50 ± 21.87		
Noradrenaline dopamine reuptake inhibitors (NDRIs)			
Bupropion XR			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=56)	113.17 ± 65.34	39.04 (8.41-69.67)	0.013*
หลังการแพ้วระบาศ (n=51)	152.21 ± 90.75		
Noradrenaline & specific serotonin antidepressants (NaSSAs)			
Mianserin			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=49)	20.92 ± 9.93	-2.11 (-6.57-2.35)	0.349
หลังการแพ้วระบาศ (n=44)	18.81 ± 11.71		
Mirtazapine			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=29)	23.53 ± 7.95	-1.03 (-6.22-4.16)	0.689
หลังการแพ้วระบาศ (n=14)	22.50 ± 7.78		
Mirtazapine Orodispersible			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=17)	15.00 ± 9.56	-0.34 (-5.44-4.76)	0.890
หลังการแพ้วระบาศ (n=44)	14.66 ± 5.1		

ตารางที่ 3 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยขนาดยา (ต่อ)

ขนาดยา	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (95% CI)	P Value
Melatonin agonist			
Agomelatine			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=36)	26.74 ± 7.41	-2.81 (-6.08-0.46)	0.091
หลังการแพ้วระบาศ (n=35)	23.93 ± 6.34		
Serotonin agonist and antagonist			
Vortioxetine			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=51)	9.90 ± 1.87	-0.33 (-1.19-0.54)	0.456
หลังการแพ้วระบาศ (n=59)	9.58 ± 2.67		
Tricyclic antidepressants (TCAs)			
Amitriptyline			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=797)	13.20 ± 7.27	-1.34 (-2.12-(-0.55))	0.001*
หลังการแพ้วระบาศ (n=357)	11.86 ± 5.77		
Clomipramine			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=19)	26.32 ± 5.74	-0.69 (-3.25-1.87)	0.591
หลังการแพ้วระบาศ (n=40)	25.63 ± 3.95		
Imipramine			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=50)	31.00 ± 14.78	-4.48 (-9.15-0.18)	0.059
หลังการแพ้วระบาศ (n=33)	26.52 ± 6.06		
Nortriptyline			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=384)	23.15 ± 14.26	-8.49 (-10.14-(-6.85))	<0.001*
หลังการแพ้วระบาศ (n=402)	14.66 ± 8.31		
Serotonin antagonist and reuptake inhibitors (SARIs)			
Trazodone			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=747)	48.90 ± 11.78	-1.91 (-3.17-(-0.65))	0.003
หลังการแพ้วระบาศ (n=663)	46.98 ± 12.36		
Norepinephrine reuptake inhibitors (NaRIs)			
Reboxetine			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=1)	1.50 ± 0.71	2.50	-
หลังการแพ้วระบาศ (n=2)	4.00 ± 0		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ $P<0.05$



แผนภูมิที่ 2 สัดส่วนความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน และ/หรือ ยาด้านเศร้า

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ได้แก่ โรควิตกกังวลและโรควิตกกังวลผสมซึมเศร้า โดยผลลัพธ์ของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Metin A และคณะ⁷ ที่แสดงให้เห็นว่าการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความหวาดกลัวมากขึ้น โดยเฉพาะในเพศหญิง⁹

ปัจจุบันมีการศึกษาอื่นๆ ที่เปรียบเทียบรูปแบบการสั่งจ่ายยาที่แตกต่างกันระหว่างช่วงก่อนและหลังการแพร่ระบาด เช่น การศึกษาของ Michael และคณะ⁸ ที่เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 กับรูปแบบการสั่งจ่ายยา โดยทำการศึกษาจากศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในประเทศแคนาดา พบว่ามีการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีนและยาด้านเศร้าเพิ่มขึ้น⁸ และอีกการศึกษาหนึ่งของ Uthayakumar และคณะ¹⁰ ที่ทำการศึกษาจากการสุ่มตัวอย่างร้านยาในประเทศแคนาดา เช่นเดียวกัน พบว่ายาด้านเศร้ามีการสั่งจ่ายลดลงในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 แต่กลับมาเพิ่มสูงขึ้นในเดือนสิงหาคมในปีเดียวกัน ในขณะที่ยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนมีรูปแบบการสั่งจ่ายที่ไม่แตกต่างจากเดิม¹⁰ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าแม้จะเป็นการศึกษาในประเทศเดียวกันก็อาจมีผลลัพธ์ที่ไม่สอดคล้องกัน ซึ่งอาจเป็นผลจากแหล่งข้อมูลในบริบทที่แตกต่างกัน

แม้ว่าจำนวนผู้เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรงในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 จะลดลง แต่สัดส่วนของความชุกของการสั่งจ่ายยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนและ

ยาด้านเศร้า มีแนวโน้มการสั่งจ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างสอดคล้องกัน เมื่อทำการวิเคราะห์แยกระหว่างยาแต่ละกลุ่ม พบว่ายากลุ่มเบนโซไดอะซีปีนมีการสั่งจ่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ของ Michael และคณะ⁸ ส่วนยาด้านเศร้ามีการสั่งจ่ายเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุของผลการศึกษาดังกล่าวแล้ว อาจเป็นไปได้ว่าการที่ยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนมีการสั่งจ่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญนั้น เกิดจากสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรควิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า สัดส่วนความชุกของการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีนในโรงพยาบาลสวนปรงที่เพิ่มขึ้นในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 สอดคล้องกับความชุกของโรคและการศึกษาอื่นที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิเคราะห์ความชุกการสั่งจ่ายยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนแยกตามชนิด พบว่าสัดส่วนของความชุกในการสั่งจ่ายยาเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะ alprazolam, clonazepam และ diazepam ซึ่งยาเหล่านี้มักใช้ในการลดอาการวิตกกังวล สอดคล้องกับสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น ส่วน lorazepam มีการสั่งจ่ายเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญ และในส่วนของ clonazepam มีการสั่งจ่ายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ยา lorazepam มักเป็นยาที่สั่งจ่ายสำหรับช่วยนอนหลับ และ

clorazepate ไม่ได้เป็นยาที่มีการแนะนำให้ใช้สำหรับรักษาโรควิตกกังวลตามแนวทางการรักษาของ WFSBP มาตั้งแต่ปี 2008¹¹ ดังนั้นสัดส่วนของการสั่งจ่ายที่ลดลงมีความสอดคล้องกับแนวทางการรักษา

ผลการวิเคราะห์ความชุกการสั่งจ่ายยาแต่ละชนิดในกลุ่มยาต้านเศร้า มีสัดส่วนของความชุกในการสั่งจ่ายยาเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์รวมทั้งกลุ่มยา โดยเฉพาะ sertraline ที่มีการสั่งจ่ายมากที่สุดในกลุ่มยาต้านเศร้า และเป็นหนึ่งในยาทางเลือกแรกตามแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ¹² สำหรับ fluoxetine แม้จะเป็นยาในกลุ่มเดียวกับ sertraline แต่ในปัจจุบันมีการสั่งจ่าย sertraline ในสัดส่วนที่สูงกว่า อาจเนื่องมาจาก fluoxetine มีแนวโน้มในการเกิดอันตรกิริยากับยาอื่นสูง¹³ ส่วน amitriptyline มีฤทธิ์ anticholinergic สูง จึงพบการสั่งจ่ายสำหรับต้านเศร้าน้อยลง โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับ nortriptyline¹⁴ นอกจากนี้จากแนวทางการรักษาของ CANMAT 2016 ยังไม่แนะนำยาในกลุ่ม tricyclic antidepressants (TCAs) เป็นยาทางเลือกแรก ดังนั้นจึงพบว่าผลลัพธ์ของการศึกษานี้สอดคล้องกับหลักการของเภสัชวิทยา แนวทางการรักษา และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จึงอาจสรุปได้ว่าสัดส่วนของการจ่ายยาบางกลุ่มที่เปลี่ยนไปน่าจะเกิดจากการปรับเปลี่ยนแนวทางการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาลตามแนวทางการรักษาที่เปลี่ยนแปลง และความตระหนักด้านความสมเหตุผลในการใช้ยามากกว่าเกิดจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19

ค่าเฉลี่ยของขนาดยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนที่ผู้ป่วยได้รับต่อวันของยาทุกตัวลดลงภายหลังเกิดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ยกเว้น clonazepam และ clorazepate ซึ่งการที่ขนาดยาส่วนใหญ่ลดลงนั้น อาจเป็นผลจากนโยบายของประเทศที่รองรับการแพร่ระบาดของโรค รวมถึงการจัดสรรวัคซีนที่เหมาะสมเพียงพอ ทำให้ลดความรุนแรงของความวิตกกังวลไปได้ และจากการพิจารณาขนาดยาแล้วพบว่า ขนาดยาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงคำแนะนำของแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เพื่อใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลร่วมด้วย หรือผู้ที่มีปัญหาอนไมหลับ¹⁵ อย่างไรก็ตามขนาดยาที่แสดงในผลในการศึกษานี้ อาจคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง เนื่องจากการศึกษานี้ไม่สามารถคำนวณขนาดยาที่ได้รับต่อวันได้หากผู้ป่วยได้รับยาที่มีวิธีบริหารแบบรับประทานเฉพาะเวลาที่มีอาการ (PRN) ส่วนขนาดยาด้านเศร้าพบว่าขนาด

ยาที่ได้รับต่อวันของยาทุกตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ซึ่งอาจเป็นเพราะการเริ่มยาในขนาดต่ำก่อน (titrate dose) นอกจากนี้ ยาบางตัวที่มีฤทธิ์ช่วยนอนหากใช้ในขนาดต่ำก็จะมีขนาดยาเฉลี่ยที่ต่ำ เช่น trazodone ดังนั้นการที่ขนาดยาต่ำลงอาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อวิเคราะห์ความชุกของการได้รับยาที่ละตัว พร้อมกับความชุกของอาการหรือโรคที่เกิดขึ้นร่วมด้วย

การศึกษานี้มีจุดเด่นคือ เป็นการศึกษาแรกที่มีจำนวนของผู้เข้าร่วมการศึกษามาก และจากการเก็บข้อมูลย้อนหลังเป็นระยะเวลากว่า 4 ปี ทำให้สามารถเห็นแนวโน้มการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาลได้ชัดเจน และเนื่องจากโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาคือโรงพยาบาลจิตเวชเฉพาะทางขนาดใหญ่ของภาคเหนือ ผลลัพธ์เรื่องรูปแบบการสั่งจ่ายยาจึงเป็นข้อมูลที่มาจากรูปแบบที่ผ่านการพิจารณาจากแพทย์และบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญโดยตรง ทำให้ข้อมูลที่ได้น่าเชื่อถือมากขึ้นในแง่ของแนวทางการรักษาที่เป็นไปอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูล เนื่องจากในช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2562 เป็นช่วงที่โรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงระบบฐานข้อมูล จึงอาจทำให้ข้อมูลที่ได้น่าเชื่อถือลดลง ข้อมูลที่ขาดหายไปอาจทำให้การวิเคราะห์ปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อรูปแบบการสั่งจ่ายยาคลาดเคลื่อนไปได้ และยังมีข้อสังเกตที่ว่าความชุกที่เพิ่มขึ้นของโรควิตกกังวล อาจเป็นผลมาจากการที่สัดส่วนของผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ ลดลง นอกจากนี้การนำผลลัพธ์ของการศึกษานี้ไปใช้อาจมีข้อจำกัดบางประการ เนื่องจากสิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นการชำระเงินเอง จึงอาจไม่เหมาะสมที่จะนำไปใช้กับโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า และนโยบายในการเข้าถึงผู้ป่วยโรคจิตเวชในประเทศไทยก็มีความแตกต่างจากต่างประเทศ จึงจะต้องมีการพิจารณาถึงข้อจำกัดเหล่านี้ก่อนที่จะนำผลลัพธ์ไปปรับใช้

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต ควรมีการเก็บข้อมูลปัจจัยที่มีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบและทำการวิเคราะห์อย่างละเอียด โดยเฉพาะความสัมพันธ์ของการวินิจฉัยโรคและรูปแบบการสั่งจ่ายยาแต่ละตัว เพื่อพิจารณาถึงความเหมาะสมของการใช้ยาในสถานการณ์ทางสังคม หรือทางระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่จำกัดเพียงเฉพาะสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้สามารถนำไปวางแผนระบบยาในโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อสำรองยาให้ตรงตามความต้องการของ

ผู้มารับบริการในกรณีเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินของประเทศ โดยเฉพาะการสำรวจยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนเป็นหลัก

สรุป

ความชุกของการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีน และ/หรือ ยาต้านเศร้า ในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงก่อนการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 และความชุกของการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าขนาดยาที่ได้รับต่อวันในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ลดลง การเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการสั่งจ่ายยาเมื่อเกิดเหตุการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงความชุกของโรคในโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณโรงพยาบาลสวนปรุง ที่ได้ให้โอกาสในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำการศึกษาวิจัยนี้ และขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ คำปรึกษา และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยนี้

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

การศึกษานี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับหน่วยงานใดๆ

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ขวัญจิรา ศรัทธาเรือง: มีส่วนร่วมในการออกแบบระเบียบวิธีวิจัย พัฒนาเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผล และเขียนบทความ; ลัทธิมา คำสอ: มีส่วนร่วมในการทบทวนวรรณกรรม ออกแบบระเบียบวิธีวิจัย พัฒนาเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูล อภิปรายผล และเขียนบทความ; น้ำฝน ปิยะตระกูล: มีส่วนร่วมในการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลสวนปรุง เก็บข้อมูล อภิปรายผล และเขียนบทความ; เรวดี เจริญร่วมจิต: มีส่วนร่วมในการออกแบบระเบียบวิธีวิจัย พัฒนาเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล อภิปรายผล เขียนบทความ และตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. da Rosa Mesquita R, Francelino Silva Junior LC, Santos Santana FM, Farias de Oliveira T, Campos Alcântara R, Monteiro Arnozo G, et al. Clinical manifestations of COVID-19 in the general population: systematic review. *Wien Klin Wochenschr* 2021;133(7-8):377-82.
2. Bertini CD Jr, Khawaja F, Sheshadri A. Coronavirus disease-2019 in the immunocompromised host. *Clin Chest Med* 2023;44(2):395-406.
3. Koçak O, Koçak ÖE, Younis MZ. The psychological consequences of COVID-19 fear and the moderator effects of individuals' underlying illness and witnessing Infected friends and family. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(4).
4. Corpuz JCG. Adapting to the culture of 'new normal': an emerging response to COVID-19. *J Public Health* 2021;43(2):e344-e5.
5. Antipova A. Analysis of the COVID-19 impacts on employment and unemployment across the multi-dimensional social disadvantaged areas. *Soc Sci Humanit Open* 2021;4(1):100224.
6. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: a systematic review. *J Affect Disord* 2020;277:55-64.
7. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health* 2020;16(1):57.
8. Campitelli MA, Bronskill SE, MacLagan LC, Harris DA, Cotton CA, Tadrous M, et al. Comparison of medication prescribing before and after the COVID-19 pandemic among nursing home residents in Ontario, Canada. *JAMA Netw Open* 2021;4(8):e2118441.
9. Metin A, Erbiçer ES, Şen S, Çetinkaya A. Gender and COVID-19 related fear and anxiety: a meta-analysis. *J Affect Disord* 2022;310:384-95.
10. Uthayakumar S, Tadrous M, Vigod SN, Kitchen SA, Gomes T. The effects of COVID-19 on the dispensing rates of antidepressants and benzodiazepines in Canada. *Depress Anxiety* 2022;39(2):156-62.
11. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Möller HJ, Zohar J, et al. World federation of societies of biological psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders - first revision. *World J Biol Psychiatry* 2008;9(4):248-312.
12. Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. Clinical practice guideline of major depressive disorder for general practitioner: CPG-MDD-GP. Bangkok: Department of Mental Health; 2010.
13. Preskorn SH, Borges-Gonzalez S, Flockhart D. Clinically relevant pharmacology of neuropsychiatric drugs approved over the last three years: part II. *J Psychiatr Pract* 2006;12(5):312-6.
14. Mu A, Weinberg E, Moulin DE, Clarke H. Pharmacologic management of chronic neuropathic pain: review of the Canadian pain society consensus statement. *Can Fam Physician* 2017;63(11):844-52.
15. Susman J, Klee B. The role of high-potency benzodiazepines in the treatment of panic disorder. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2005;7(1):5-11.