

นิพนธ์ต้นฉบับ

อัตราการจ่ายยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลราชวิถี

หทัยชนก รัตนพงศ์เศรษฐ์, พบ., นัชชา เรืองเกียรติกุล, พบ., MSc.

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

หทัยชนก รัตนพงศ์เศรษฐ์ พบ.,
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
โรงพยาบาลราชวิถี 2 ถ.พญาไท
แขวงพญาไท เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ 10400, ประเทศไทย
Email: kimhongz@hotmail.com

Received: March 10, 2022;

Revised: May 31, 2022;

Accepted: April 26, 2023

บทคัดย่อ

ที่มา: ปัจจุบันมีคำแนะนำให้หลีกเลี่ยงการใช้ยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุเนื่องจากผลเสียเช่น เพิ่มความเสี่ยงโรคความจำเสื่อม เพิ่มอัตราการล้มและบาดเจ็บซึ่งอาจต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการตัดสินใจจ่ายยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ

วัตถุประสงค์และวิธีการ: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลช่วงเดือนมกราคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2564 แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลส่วนตัว การตัดสินใจจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุ 5 กลุ่มโรค การจ่ายยาเกินความจำเป็นและแหล่งอ้างอิงที่ใช้ประกอบในการจ่ายยา ใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square test และ Fishers' exact test

ผลการศึกษา: ผู้เข้าร่วมวิจัยมีทั้งหมด 92 คน อายุเฉลี่ย 29 ± 5.5 ปี ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ประจำบ้านร้อยละ 87 ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จากแบบสอบถามพบว่าอัตราการตัดสินใจจ่ายยา benzodiazepine แพทย์ทั่วไปร้อยละ 66.3 จ่ายยานี้ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะวิตกกังวล พบปัจจัยที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มตัดสินใจจ่ายยาและไม่จ่ายยาในผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง คือ ชั่วโมงในการทำงาน (ต่อสัปดาห์) ($p = 0.01$)

สรุป: อัตราการจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุที่มีภาวะวิตกกังวลสูงถึงร้อยละ 66.3 จึงควรมีแนวทางอย่างง่ายให้แพทย์ทั่วไปใช้ในการพิจารณาข้อบ่งชี้ และพบว่าชั่วโมงการทำงาน (ต่อสัปดาห์) ที่สูงกว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มดังกล่าวต่อไป

คำสำคัญ: benzodiazepine การจ่ายยา ผู้สูงอายุ แพทย์ทั่วไป

ORIGINAL ARTICLE

Prescribing Rate of Benzodiazepines and Factors Associated with the Decision of General Practitioners to Prescribe Benzodiazepine in Elderly Patients, Rajavithi Hospital

Hathaichanok Rattanapongsate, MD., Natcha Ruangkiatkul, MD., MSc.

Department of Family Medicine, Rajavithi Hospital, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Hathaichanok Rattanapongsate, MD., Department of Family Medicine, Rajavithi Hospital, 2 Phaya Thai Rd. Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Email: kimhongz@hotmail.com

Received: March 10, 2022;

Revised: May 31, 2022;

Accepted: April 26, 2023

ABSTRACT

Background: Physicians are recommended to avoid prescribing benzodiazepine for older patients due to the adverse effects including increased risk of dementia, falls, and trauma, which may cause hospitalization or in severe cases, mortality. Thus, the author aimed to investigate the prescription rate and factors associated with the prescribing decisions of benzodiazepine in older patients by general practitioners in a tertiary hospital.

Methods: A cross-sectional study was conducted from January to June 2020. The questionnaire consisted of personal characteristics, the prescribing decision of benzodiazepines in older patients with five medical conditions, the experience of unnecessary prescribing of benzodiazepine, and reference of prescriptions. Also, descriptive statistics: Chi-square, and Fisher's exact test were applied in this study.

Results: Ninety-two participants with an average age of 29 ± 5.5 years were primarily in residency training programs (87%) with average working hours of 40 hours per week. It was found from the questionnaire that the benzodiazepine prescribing decisions of general practitioners was 66.3% for older patients with anxiety. One factor significantly different between the prescribing and non-prescribing groups in older patients with hypertension was the number of working hours per week ($p = 0.01$).

Conclusion: The rate of the prescribing decision of benzodiazepine by general practitioners to elderly patients with anxiety is quite high at 66.3%. Hence, simplified prescribing guidelines should be provided for general practitioners. Also, it was found that high working hours (per week) was the factor associated with the prescribing decision of benzodiazepine in older patients with hypertension. Further study should be conducted regarding this finding.

Keywords: benzodiazepine, drug prescription, elderly, general practitioners

บทนำ

Benzodiazepine เป็นยาทางจิตเวชที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในเวชปฏิบัติ มีข้อบ่งชี้ที่สำคัญได้แก่ ภาวะนอนไม่หลับและภาวะวิตกกังวล^{1,2} โดยเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่า benzodiazepine เพิ่มความเสี่ยงต่อผู้สูงอายุในเรื่องความจำเสื่อม ภาวะหกล้ม ภาวะกระตุกชัก³⁻⁵ และบางการศึกษาพบว่าเพิ่ม mortality risk อีกด้วย⁶ เพื่อป้องกันผลเสียจากยา benzodiazepine บางประเทศจึงมีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการจ่ายยา benzodiazepine เช่นในปี ค.ศ. 2002 ประเทศไอร์แลนด์มีการจัดตั้งคณะกรรมการและมีความเห็นว่าจะไม่ควรถ่ายยานี้เกิน 2-4 สัปดาห์ ส่วนในสหราชอาณาจักรจะให้จ่ายยา benzodiazepine ในระยะสั้น (2-4 สัปดาห์) และพบว่าไม่มีประโยชน์หากจ่ายยาเกิน 4 สัปดาห์ ซึ่งคล้ายกับแนวทางเวชปฏิบัติของประเทศนอร์เวย์และเดนมาร์ก⁷ นอกจากนี้มีการศึกษาเพื่อให้แพทย์ทั่วไปมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยา benzodiazepine มากขึ้นอีกด้วย⁸ อย่างไรก็ตามมีรายงานจากหลายประเทศพบว่าการจ่ายยา benzodiazepine เกินความจำเป็น⁹⁻¹¹ ตัวอย่างเช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าการจ่ายยา benzodiazepine เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.8 เป็นร้อยละ 7.4 ในปี ค.ศ. 2003 เทียบกับปี ค.ศ. 2015 ทั้งนี้พบว่าสัดส่วนจิตแพทย์ที่จ่ายยานั้นคงที่ (ร้อยละ 29.6 เทียบกับ ร้อยละ 30.2) แต่พบว่าการจ่ายยานี้โดยแพทย์ทั่วไปมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น (ร้อยละ 3.6 เทียบกับร้อยละ 7.5)⁵ ซึ่งมีการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นแพทย์ทั่วไปที่จ่ายยานี้^{12,13}

จากสถิติการจ่ายยา benzodiazepine ในสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2008 พบว่าการจ่ายนี้ร้อยละ 5.2 ในคนอายุ 18 ถึง 80 ปี และมีการใช้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ¹⁴ เช่นเดียวกับในประเทศแคนาดา¹⁵ ส่วนในประเทศไทย มีบางการศึกษา เช่น prevalence การจ่ายยากลุ่มจิตเวชในแผนกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามธิบดีซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ¹⁶ พบการจ่ายยาจิตเวชมากถึงร้อยละ 9.04 โดยยา benzodiazepine เป็นยาที่ถูกจ่ายมากที่สุด (ร้อยละ 88.9) โรงพยาบาลราชวิถีเป็นโรงพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาการจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุมาก่อน ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาอัตราการตัดสินใจจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุของแพทย์ทั่วไป

และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจจ่ายยาดังกล่าว

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจจ่ายยา benzodiazepine ของแพทย์ทั่วไปในผู้สูงอายุระหว่างเดือนมกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2564 กลุ่มประชากร ได้แก่ แพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลราชวิถี การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชวิถีเลขที่ 224/2563 ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตร¹⁷ ได้ 104 คน และเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัว ตัวอย่างกรณีผู้ป่วย 5 ตัวอย่าง เจตคติ-ความคิดเห็น และการสั่งยา benzodiazepine ในปัญหาต่าง ๆ 5 ภาวะโรคในผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ภาวะแพนิค ภาวะซึมเศร้า โรคความดันโลหิตสูงและภาวะปวดหลัง โดยถามความคิดเห็นในการใช้ยา benzodiazepine ตามพฤติกรรมการจ่ายยา benzodiazepine ใน 1 ปี และแหล่งอ้างอิงที่ใช้ในการจ่ายยา benzodiazepine ใช้โปรแกรมสถิติ SPSS version 26 ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ Chi-square test และ Fishers' exact test เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างสองกลุ่ม

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจำนวน 92 คน และใช้แบบสอบถามในการถามข้อมูลส่วนตัว การใช้ยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุจากกรณีศึกษา 5 กรณี ความเห็นในการสั่งยา benzodiazepine พบว่าเป็นเพศชาย 36 คน คิดเป็นร้อยละ 39.1 เพศหญิง 56 คน คิดเป็นร้อยละ 60.9 มีอายุเฉลี่ย 29 ± 5.5 ปี มีจำนวนปีการทำงานเฉลี่ย 3 ปี (น้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 44 ปี) ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามเป็นแพทย์ทั่วไปซึ่งอยู่ในช่วงการเรียนต่อแพทย์ประจำบ้านทั้งหมด 80 คนและแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลราชวิถีอีก 12 คน ดังตารางที่ 1

ผลวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ตัดสินใจจ่ายยาและกลุ่มที่ไม่จ่ายยา benzodiazepine ของแพทย์ทั่วไปในผู้สูงอายุแยกข้อคำถามเป็น 5 กรณีศึกษาพบว่า ชั่วโมงในการทำงาน (ต่อสัปดาห์) ในกลุ่มจ่ายยา benzodiazepine ของแพทย์ทั่วไปในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง มีสูงกว่ากลุ่มไม่จ่ายยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.010$) ส่วนการจ่ายยา benzodiazepine ของแพทย์ทั่วไปในผู้สูงอายุในกรณีอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล และนอนไม่หลับ ภาวะแพนิค ภาวะซึมเศร้า อาการปวดหลัง พบว่าปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ การฝึกอบรมเฉพาะทางของแพทย์ ไม่พบความแตกต่างของปีในการทำงานและชั่วโมงในการทำงาน (ต่อสัปดาห์) ระหว่างสองกลุ่ม ดังข้อมูลในตารางที่ 2

อัตราการตัดสินใจจ่ายยา benzodiazepine ของแพทย์ทั่วไปในผู้สูงอายุพบว่า แพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลราชวิถี ตัดสินใจจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุที่มีภาวะวิตกกังวลและนอนไม่หลับมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นจำนวน 61 คน หรือร้อยละ 66.3 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1. ลักษณะข้อมูลทั่วไป

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง (n=92), n(%)
เพศ	
ชาย	36 (39.1)
หญิง	56 (60.9)
ปี พ.ศ. ที่ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต	
น้อยกว่า พ.ศ.2558	14 (15.2)
พ.ศ. 2558-2560	68 (73.9)
มากกว่า พ.ศ.2560	10 (10.9)
การอบรมต่อแพทย์เฉพาะทาง	
ไม่มีการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง	24 (26.1)
มีการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง	68 (73.9)
สาขาอายุรศาสตร์	10 (12.5)
สาขาสุนัขเวชศาสตร์	12 (15.0)
สาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	11 (13.8)
สาขาวิสัญญีวิทยา	8 (10.0)
สาขาจักษุ	9 (11.3)
สาขาโสต ศอ นาสิก	11 (13.8)
สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	14 (17.5)
สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว	3 (3.8)
สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู	2 (2.5)

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มแพทย์ที่จ่ายยาและไม่จ่ายยา benzodiazepine ใน 5 กรณี

ปัจจัย	จ่ายยา	ไม่จ่ายยา	p-value
กรณีที่ 1 ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะวิตกกังวล			
เพศ			1.000
ชาย	24 (66.7)	12 (33.3)	
หญิง	37 (66.1)	19 (33.9)	
อายุ (mean±SD)	29.66±6.24	29.87±3.81	0.869
การฝึกอบรมเฉพาะทาง (training)			0.294
ใช่	43 (63.2)	25 (36.8)	
ไม่ใช่	18 (75.0)	6 (25.0)	
ปีในการทำงาน	4.07±5.86	3.45±3.26	0.590
ชั่วโมงในการทำงาน (ต่อสัปดาห์)	41.85±22.22	33.47±27.23	0.122
กรณีที่ 2 ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะแพนิค			
เพศ			0.522
ชาย	15 (41.7)	21 (58.3)	
หญิง	28 (50.0)	28 (50.0)	
อายุ (mean±SD)	29.93±7.44	29.56±3.14	0.758
การฝึกอบรมเฉพาะทาง (training)			1.000
ใช่	32 (47.1)	13 (54.2)	
ไม่ใช่	11 (45.8)	36 (52.9)	
ปีในการทำงาน	4.23±7.01	3.53±2.56	0.537
ชั่วโมงในการทำงาน (ต่อสัปดาห์)	34.43±20.88	43.10±26.29	0.090

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มแพทย์ที่จ่ายยาและไม่จ่ายยา benzodiazepine ใน 5 กรณี (ต่อ)

ปัจจัย	จ่ายยา	ไม่จ่ายยา	p-value
กรณีที่ 3 ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า			
เพศ			1.000
ชาย	9 (25.0)	27 (75.0)	
หญิง	14 (25.0)	42 (75.0)	
อายุ (mean±SD)	30.04±9.25	29.62±3.50	0.754
การฝึกอบรมเฉพาะทาง (training)			0.169
ใช่	14 (20.6)	54 (79.4)	
ไม่ใช่	9 (37.5)	15 (62.5)	
ปีในการทำงาน	4.70±8.64	3.58±3.26	0.368
ชั่วโมงในการทำงาน (ต่อสัปดาห์)	40.61±29.27	38.52±22.40	0.723
กรณีที่ 4 ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง			
เพศ			0.075
ชาย	4 (11.1)	32 (88.9)	
หญิง	1 (1.8)	55 (98.2)	
อายุ (mean±SD)	39.50±21.69	29.27±3.22	0.415
การฝึกอบรมเฉพาะทาง (training)			1.000
ใช่	4 (5.9)	64 (94.1)	
ไม่ใช่	1 (4.2)	23 (95.8)	
ปีในการทำงาน	11.60±18.12	3.41±2.97	0.370
ชั่วโมงในการทำงาน (ต่อสัปดาห์)	66.00±33.94	37.47±22.78	0.010*
กรณีที่ 5 ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการปวดหลัง			
เพศ			0.296
ชาย	3 (8.3)	33 (91.7)	
หญิง	1 (1.8)	55 (98.2)	
อายุ (mean±SD)	39.00±22.00	39.29±3.22	0.443
การฝึกอบรมเฉพาะทาง (training)			0.570
ใช่	4 (5.9)	64 (94.1)	
ไม่ใช่	0 (0.0)	24 (100.0)	
ปีในการทำงาน	13.50±20.34	3.42±2.95	0.395
ชั่วโมงในการทำงาน (ต่อสัปดาห์)	55.00±19.90	38.31±24.20	0.179

*มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3. อัตราการจ่ายยา benzodiazepine โดยแพทย์ทั่วไปในผู้สูงอายุ

กรณีศึกษา	จ่ายยา benzodiazepine n (ร้อยละ)	ไม่จ่ายยา benzodiazepine n (ร้อยละ)
ภาวะวิตกกังวลและนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ	61 (66.3)	31 (33.7)
ภาวะแพนิคในผู้สูงอายุ	43 (46.7)	49 (53.3)
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	23 (25.0)	69 (75.0)
โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ	5 (5.4)	87 (94.6)
ภาวะปวดหลังในผู้สูงอายุ	4 (4.3)	88 (95.7)

จากแบบสอบถามความเห็นเกี่ยวกับการจ่ายยา benzodiazepine ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา พบว่าแพทย์ทั่วไป 26 คน คิดเป็นร้อยละ 28.3 คิดว่าตนเองจ่ายยา benzodiazepine มากเกินไปในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยมีสาเหตุต่าง ๆ ดังรูปที่ 1

การใช้แหล่งอ้างอิงได้แก่ Beer Criteria STOPP/START Criteria และแนวทางเวชปฏิบัติอื่น ๆ ในการจ่ายยา benzodiazepine พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ใช้แหล่งอ้างอิงดังกล่าวในการจ่ายยา benzodiazepine 57 คน คิดเป็นร้อยละ 62 และไม่ใช่แหล่งอ้างอิง 35 คนคิดเป็นร้อยละ 38

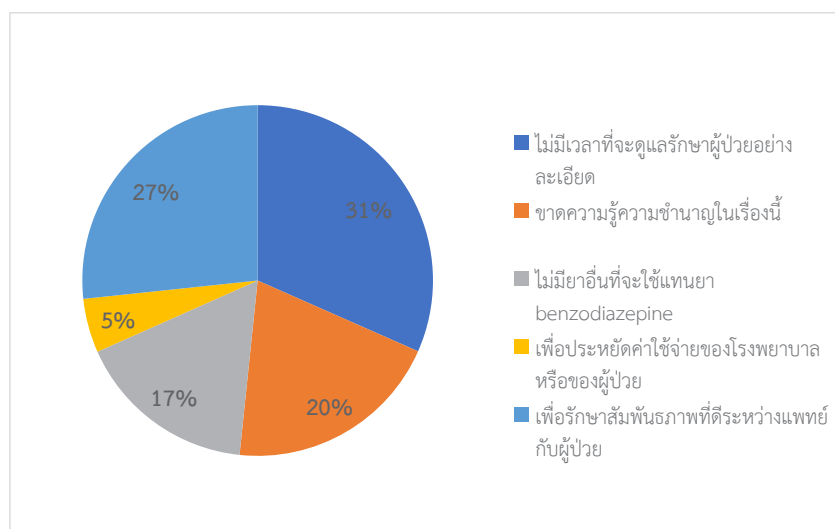
อภิปรายผลการวิจัย

พบว่าอัตราการจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุที่มีภาวะวิตกกังวลและนอนไม่หลับในผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 66.3 ภาวะแพนิคในผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 46.7 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 23 โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 5.4 และภาวะปวดหลังในผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 4.3 ซึ่งอาจแปลผลได้ว่าแพทย์จ่ายยานี้ตามข้อบ่งชี้ ส่วนภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะปวดหลังมีแพทย์จำนวนน้อยที่จ่ายยา benzodiazepine อาจเป็นเพราะไม่มีข้อบ่งชี้ในการจ่ายยา ส่วนชั่วโมงในการทำงาน (ต่อสัปดาห์) แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่มในการจ่ายยาในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นเพียง

ตัวแปรเดียวที่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.010$) โดยแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานมากจ่ายยา benzodiazepine มากกว่าแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานน้อย ซึ่งส่วนหนึ่งมีการจ่ายยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ อาจเป็นไปได้ว่าแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานมากจะมีแนวโน้มในการจ่ายยานี้โดยไม่มีข้อบ่งชี้ได้มากกว่า

ในด้านของปัจจัยที่ทำให้แพทย์ทั่วไปตัดสินใจจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุ ในการศึกษาก่อนหน้าเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการจ่ายยา benzodiazepine ของแพทย์ทั่วไปในประเทศนอร์เวย์¹⁸ ซึ่งเป็นการสำรวจการใช้ยา benzodiazepine ของแพทย์ในผู้ป่วยทุกช่วงอายุ พบว่าแพทย์เพศชายจ่ายยา benzodiazepine แก่ผู้ป่วยทั่วไปมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนงานวิจัยนี้ให้ผลแตกต่างโดยพบว่าเพศไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่จ่ายยาและไม่จ่ายยา ซึ่งอาจเป็นเพราะมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องในการตัดสินใจ งานวิจัยในประเทศนอร์เวย์¹⁸ พบว่าอายุมีผลต่อการจ่ายยา benzodiazepine โดยกลุ่มตัวอย่างแพทย์มีอายุเฉลี่ย 45 ปี ซึ่งต่างจากรายงานวิจัยนี้ ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอายุเฉลี่ยเพียง 29 ปี อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบผลที่เหมือนกัน คือ การเรียนต่อเฉพาะทางหรือการเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มตัดสินใจจ่ายยาและไม่จ่ายยา benzodiazepine

การศึกษาโดย Srisurapanont¹⁹ ซึ่งศึกษาพฤติกรรมการจ่ายยา benzodiazepine ของแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาล



รูปที่ 1. ความคิดเห็นของสาเหตุที่ทำให้แพทย์ทั่วไปจ่ายยา benzodiazepine มากเกินไปในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา

ชุมชนในประเทศไทย พบว่าแพทย์ทั่วไปร้อยละ 45.5 คิดว่าตนเองจ่าย benzodiazepine เกินความจำเป็น ซึ่งแตกต่างกับผลงานวิจัยนี้ซึ่งพบเพียงร้อยละ 28.3 เท่านั้น อาจเป็นเพราะบริบทของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีความแตกต่างกัน และผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ทั่วไปที่กำลังศึกษาต่อแพทย์ประจำบ้าน การจ่ายยา benzodiazepine ของแพทย์ทั่วไปในการศึกษานี้พบว่าแพทย์กว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 62) มีแหล่งอ้างอิงในการจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าแพทย์มีความรู้ความเข้าใจในการจ่ายยาในระดับหนึ่ง แต่มีบางส่วนที่จ่ายยาโดยไม่มีแหล่งอ้างอิง ซึ่งการศึกษาก่อนหน้านี้²⁰ พบว่าการมีความรู้ความเข้าใจในการจ่ายยา benzodiazepine ช่วยลดจำนวนครั้งในการจ่ายยานี้โดยไม่จำเป็นได้ โดยการมีความรู้หรือการมีแหล่งอ้างอิงในการจ่ายทำให้แพทย์ทั่วไปมั่นใจในการจ่ายยา benzodiazepine มากขึ้น

อย่างไรก็ตามในการใช้แบบสอบถามเพื่อสำรวจความเห็นการจ่าย benzodiazepine ในผู้สูงอายุ อาจไม่สามารถสะท้อนถึงการจ่ายยาได้ทั้งหมด เพราะมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจจ่ายยา เช่น บริบทของสถานบริการ ภาระงานของแพทย์ ความรู้ความเข้าใจของแพทย์ในการใช้ยาและความต้องการของผู้สูงอายุเอง

ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อจำกัดและปัญหาในการวิจัยนี้ คือ จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ได้ตามที่คาดหวังไว้ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 และมีการใช้การสุ่มตัวอย่างที่เป็นแบบ convenience sampling ส่วนกลุ่มประชากรของงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่กำลังอบรมเพื่อเป็นแพทย์เฉพาะทาง และทำในโรงพยาบาลตติยภูมิ ทำให้ข้อมูลหรือผลที่ได้ อาจไม่ได้เป็นตัวแทนหรือครอบคลุมไปถึงข้อมูลประชากรกลุ่มอื่น ๆ หากมีการศึกษาในภายหลัง อาจจะศึกษาแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลทุกระดับเพื่อให้ได้ภาพสะท้อนของแพทย์ทั่วไปในการจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยในอนาคต

สำหรับงานวิจัยต่อไป ควรศึกษาในกลุ่มประชากรแพทย์ทั่วไปในวงกว้างและศึกษาในลักษณะ multicenter เพื่อให้กลุ่มประชากรมีความหลากหลาย และอาจจะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยการศึกษา เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย การตัดสินใจของผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อให้เห็นถึงปัจจัยที่มีผลต่อการจ่ายยา benzodiazepine ของแพทย์ทั่วไปต่อผู้สูงอายุชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล. คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2001.
2. Ashton H. Guidelines for the rational use of benzodiazepines. When and what to use. *Drugs*. 1994; 48:25-40.
3. Panel BtAGSBCUE. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria[®] for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67:674-94.
4. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing*. 2015;44:213-8.
5. Airagnes G, Pelissolo A, Lavallée M, Flament M, Limosin F. Benzodiazepine misuse in the elderly: risk factors, consequences, and management. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18:89.
6. Brett J, Murnion B. Management of benzodiazepine misuse and dependence. *Aust Prescr*. 2015;38:152-5.
7. Robinson ADT. Benzodiazepines: good practice guidelines for clinicians. Dept. of Health and Children. 2002.
8. Creupelandt H, Anthierens S, Habraken H, Sirdifield C, Siriwardena AN, Christiaens T. A tailored e-learning gives long-term changes in determinants of GPs' benzodiazepines prescribing: a pretest-posttest study with self-report assessments. *Scand J Prim Health Care*. 2019;37:418-25.
9. Sirdifield C, Anthierens S, Creupelandt H, Chipchase SY, Christiaens T, Siriwardena AN. General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. *BMC Fam Pract*. 2013;14:191.
10. Vicens C, Leiva A, Bejarano F, Sempere-Verdú E, Rodríguez-Rincón RM, Fiol F, et al. Evaluation of a multicomponent intervention consisting of educa-

- tion and feedback to reduce benzodiazepine prescriptions by general practitioners: The BENZORED hybrid type 1 cluster randomized controlled trial. *PLoS Med.* 2022;19(5):e1003983.
11. Xhyljeta L, Christophe B, Mark L, Anne D, Yves E, Marie-Annick Le P, et al. Patterns of benzodiazepine prescription among older adults in Switzerland: a cross-sectional analysis of claims data. *BMJ Open.* 2020;10(1):e031156.
 12. Maust DT, Blow FC, Wiechers IR, Kales HC, Marcus SC. National trends in antidepressant, benzodiazepine, and Other sedative-hypnotic treatment of older adults in psychiatric and primary care. *J Clin Psychiatry.* 2017;78:e363-e71.
 13. Champion C, Kameg BN. Best practices in benzodiazepine prescribing and management in primary care. *Nurse Pract.* 2021;46:30-6.
 14. Agarwal SD, Landon BE. Patterns in outpatient benzodiazepine prescribing in the United States. *JAMA Netw Open.* 2019;2:e187399-e.
 15. Tu K, Mamdani MM, Hux JE, Tu JB. Progressive trends in the prevalence of benzodiazepine prescribing in older people in Ontario, Canada. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49:1341-5.
 16. Prueksaritanond S TS, Pumkopol T, Sukying C. Psychotropic drug prescribing in the Family Medicine Out-Patient Clinic, Ramathibodi Hospital. *J Med Assoc Thai.* 2009;92:266-72.
 17. Wayne WD. *Biostatistics: a foundation of analysis in the health sciences.* New York: John Wiley and Sons; 1995.
 18. Bjørner T, Lærum E. Factors associated with high prescribing of benzodiazepines and minor opiates. *Scand J Prim Health.* 2003;21:115-20.
 19. Srisurapanont M, Garner P, Critchley J, Wongpakaran N. Benzodiazepine prescribing behaviour and attitudes: a survey among general practitioners practicing in northern Thailand. *Bmc Fam Pract.* 2005;6:27.
 20. Fernández Alvarez T, Gómez Castro MJ, Baidés Morente C, Martínez Fernández J. [Factors that affect the prescription of benzodiazepines and actions to improve their use: a Delphi study of primary care doctors]. *Aten Primaria.* 2002;30:297-303.