

# A Study of Antidepressant Prescription in Major Depressive Disorders in the Out-Patient Psychiatric Department of Siriraj Hospital

Somporn Wipisamakul, B.Sc.\* , Sudsabuy Chulakadabba, M.D.\*\* , Somporn Charatchrungrwitaya, B.S.W.\*\* ,  
Usa Wanachavee, B.N.S.\*\*\*

\*Department of Pharmacy, \*\*Department of Psychiatry, \*\*\*Department of Nursing, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.

## ABSTRACT

**Objective:** This study is aimed to study antidepressant prescription in new cases of major depressive disorders in the Out-patient Psychiatric Department and to compare antidepressant prescription between staff and residents. Another reason was to study basic data of major depressive disorders such as incidence, response and follow - up patterns for further study.

**Methods:** A retrospective study of new cases of major depressive disorders who came to the Out-patient Psychiatric Department from April 2003 to September 2003 (6-month period). Personal data, treatment data, as well as result and follow - up data were collected. Data were analyzed in percentage and Chi-square.

**Results:** The incidence of major depressive disorders in the Out-patient Psychiatric Department was 5.9%. The subjects of the study consisted of 53 cases; the largest group was over 51 years old (41.5%), with females doubling the number males (66 % and 34%), most of whom were housewives (35.8%). The predominant diagnosis was major depressive disorder with no psychotic symptoms or psychosocial stress (81.1%). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) or new generation antidepressants were mainly prescribed (64.2%); most of the antidepressants were in the National Drug Prescription (71.7%). About 52.8% of patients had been prescribed one co-drug treatment and the most frequently prescribed was benzodiazepine. The major pattern of antidepressant prescription was a non-adjustment dose (41.5%). Antidepressants at the therapeutic period were mostly unchanged compared to the initial period (58.5%) and were in the National Drug Prescription (54.7%). There was no statistically significant difference between staff and residents in antidepressant prescription except that residents prescribed antidepressants in the National Drug Prescription at first visit and the therapeutic period with no side effects, unlike members of the staff, which was statistically significant ( $P < 0.001^{***}$ ;  $P < 0.01^{**}$ ;  $P < 0.05^{*}$  respectively).

**Conclusion:** The antidepressant prescription in the Out-patient Psychiatric Department commonly prescribed selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) or new generation antidepressants and non-adjustment doses. Residents prescribed more antidepressants in the National Drug Prescription than staff members were, which was statistically significant. This study found that the patients of residents did not continue follow-up after the first visit, a higher number than that of the staff (19.4%, 5.6%), further study should be considered.

**Keywords:** Antidepressant; Antidepressant prescription; Major depressive disorder.

Siriraj Med J 2005; 57:328-335

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในประชากรทั่วไป จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในระยะเวลาอีก 2 ทศวรรษข้างหน้า (พ.ศ.2560) โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือดในทุกประเทศทั่วโลก! ในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความผิดปกติของการสังเคราะห์ สารสื่อประสาทในระบบประสาทส่วนกลาง โดยมีระดับของสาร serotonin และ norepinephrine ต่ำกว่าปกติ ดังนั้นในปัจจุบันการรักษาโรคซึมเศร้า จึงได้มีการใช้ยากลุ่มใหม่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคซึมเศร้าสูงขึ้นมากกว่าในอดีต ผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษารูปแบบการให้ยาด้านเศร้าในเวชปฏิบัติของผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่พบบ่อยและพบได้ทั่วไปในเวชปฏิบัติจริง เพื่อหาแนวทางปฏิบัติและการเลือกให้ยาด้านเศร้าที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโดยคำนึงถึงด้านเศรษฐกิจและประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

## วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นการศึกษารูปแบบการให้ยาด้านเศร้าในผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบลักษณะการให้ยาด้านเศร้าระหว่างอาจารย์และแพทย์ประจำบ้าน และเพื่อเป็นข้อมูลที่น่ามาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการให้ยาด้านเศร้าต่อไปในอนาคต

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับ การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ในช่วงเวลาตั้งแต่ เมษายน 2546 ถึง กันยายน 2546 รวมระยะเวลา 6 เดือน ถ้าผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนการวินิจฉัยภายหลังการติดตามการรักษา ภายในเวลา 6 เดือน จะไม่นำผู้ป่วยรายนั้นมาศึกษา ข้อมูลที่น่ามาศึกษาเป็นข้อมูลเกี่ยวกับ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ภูมิลำเนา ที่อยู่

ตารางที่ 1. แสดงข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ปัจจัย	ผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด		ผู้ป่วยที่ตรวจโดยอาจารย์แพทย์ประจำบ้าน	
	จำนวน (n : 53)	ร้อยละ	จำนวน (n : 49)	ร้อยละ
<b>ข้อมูลส่วนบุคคล</b>				
<b>อายุ</b>				
15 - 20 ปี	2	3.7	2	4.1
21 - 30 ปี	11	20.8	10	20.4
31 - 40 ปี	7	13.2	7	14.3
41 - 50 ปี	11	20.8	10	20.4
51 ปีขึ้นไป	22	41.5	20	40.8
<b>เพศ</b>				
ชาย	18	34	17	34.7
หญิง	35	66	32	65.3
<b>การศึกษา</b>				
ประถมศึกษา	2	3.8	2	4.1
มัธยมศึกษา	5	9.4	4	8.2
ปริญญาตรี	3	5.7	3	6.1
ปริญญาตรีขึ้นไป	-	-	-	-
ไม่ระบุ	43	81.1	40	81.6
<b>อาชีพ</b>				
รับจ้าง/ลูกจ้าง	12	22.6	12	24.5
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	4	7.6	3	6.1
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9	17	7	14.3
แม่บ้าน	19	35.8	18	36.7
อื่น ๆ เช่น นักศึกษา, ชาวนา	7	13.2	7	14.3
ไม่ระบุ	2	3.8	2	4.1
<b>ภูมิลำเนา</b>				
กรุงเทพฯ	31	58.5	29	59.2
ต่างจังหวัด	22	41.5	20	40.8
<b>ที่อยู่</b>				
กรุงเทพฯ	33	62.3	31	63.3
ต่างจังหวัด	20	37.7	18	36.7
<b>ข้อมูลด้านการดูแลรักษา</b>				
<b>แพทย์ผู้ตรวจ</b>				
อาจารย์	18	34	18	36.7
แพทย์ประจำบ้าน	31	58.5	31	63.3
ผู้ป่วยนำมาศึกษา	4	7.5	-	-
<b>การวินิจฉัย</b>				
โรคซึมเศร้าอย่างเดียว	43	81.1	39	79.6
โรคซึมเศร้าและอาการทางจิต	3	5.7	3	6.1
โรคซึมเศร้าและปัญหาครอบครัว	7	13.2	7	14.3
โรคซึมเศร้าและอาการทางจิตและปัญหาครอบครัว	-	-	-	-
<b>ยาต้านเศร้าที่ได้รับ</b>				
ยากลุ่ม TCA	7	13.2	7	14.3
ยากลุ่ม SSRI หรือยากลุ่มใหม่	34	64.2	31	63.3
ยากลุ่ม TCA กับกลุ่ม SSRI	12	22.6	11	22.4
ยาในบัญชียาหลัก	38	71.7	36	73.5
ยานอกบัญชียาหลัก	15	28.3	13	26.5

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา ได้แก่ แพทย์ผู้ตรวจ การวินิจฉัย ยาต้านเศร้าที่ได้รับ ยาอื่นที่ได้รับร่วม รูปแบบการบริหารยาด้านเศร้า ยาต้านเศร้าที่ผู้ป่วยได้รับในระดับรักษา การรักษาที่ให้ควบคู่กัน อาการข้างเคียงของยาที่ใช้รักษา

3. ข้อมูลด้านการติดตามและผลการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาของการติดตามการรักษา หลังพบแพทย์ครั้งแรก การติดตามการรักษา จนครบ 6 เดือนและผลการรักษา

#### การวิเคราะห์ทางสถิติ

ข้อมูลทั้งหมดนำมาหาค่าร้อยละและใช้สถิติ Chi-square มาคำนวณ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะการใช้ยาของอาจารย์และแพทย์ประจำบ้าน

#### ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง ในผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) รวมระยะเวลา 6 เดือน พบมีทั้งหมด 57 ราย แต่สามารถค้นเวชระเบียนได้ 54 ราย คัดออก 1 ราย เนื่องจากเปลี่ยนวินิจฉัย จึงนำมาศึกษาทั้งหมด 53 ราย พบรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า อายุส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 51 ปีขึ้นไป 22 ราย (ร้อยละ 41.5) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 41 - 50 ปี และ 21 - 30 ปี มี 11 ราย (ร้อยละ 20.8) เท่ากัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 35 ราย (ร้อยละ 66) การศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ไม่ระบุในเวชระเบียน 43 ราย (ร้อยละ 81.1) อาชีพแม่บ้านพบมากที่สุด 19 ราย (ร้อยละ 35.8) รองลงมาได้แก่รับจ้าง, ลูกจ้าง 12 ราย (ร้อยละ 22.6) ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบันพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร 31 ราย (ร้อยละ 58.5) และ 33 ราย (ร้อยละ 62.3)

2. ข้อมูลด้านการดูแลรักษา พบว่าแพทย์ผู้ตรวจส่วนใหญ่เป็นแพทย์ประจำบ้าน 31 ราย (ร้อยละ 58.5) อาจารย์ 18 ราย (ร้อยละ 34.0) ผู้ป่วยนำมาศึกษาโดยนักศึกษาแพทย์ 4 ราย (ร้อยละ 7.5) การวินิจฉัย พบว่าเป็นโรคซึมเศร้าอย่างเดียวมากที่สุด 43 ราย (ร้อยละ 81.1) รองลงมาเป็นโรคซึมเศร้าและปัญหาครอบครัว 7 ราย (ร้อยละ 13.2) ยาต้านเศร้าที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นยากลุ่ม elective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) หรือยากลุ่มใหม่อย่างเดียว 34 ราย (ร้อยละ 64.2) รองลงมาใช้ยากลุ่ม tricyclic antidepressant (TCA) ร่วมกับยากลุ่ม SSRI 12 ราย (ร้อยละ 22.6) เมื่อพิจารณาว่ายาที่ใช้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติหรือไม่ พบว่าเป็นยาในบัญชียาหลัก 28 ราย (ร้อยละ 71.7) ยานอกบัญชียาหลัก 15 ราย (ร้อยละ 28.3) ยาอื่นที่

**ตารางที่ 1.** แสดงข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

ปัจจัย	ผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด		ผู้ป่วยที่ตรวจโดยอาจารย์แพทย์ประจำบ้าน	
	จำนวน (n : 53)	ร้อยละ	จำนวน (n : 49)	ร้อยละ
<b>ยาอื่นที่ได้รับร่วม</b>				
ไม่มี	17	32.1	15	30.6
มี 1 ตัว	28	52.8	27	55.1
มี 2 ตัว	7	13.2	6	12.2
มี 3 ตัว	1	1.9	1	2.0
<b>รูปแบบการบริหารยา</b>				
ขนาดยาเริ่มระดับต่ำและค่อย ๆ เพิ่มขึ้น	3	5.7	3	6.1
ให้ขนาดยาระดับเดียวตลอดการรักษา	22	41.5	22	44.9
ปรับขนาดยาตามอาการของผู้ป่วย	19	35.8	17	34.7
ประเมินไม่ได้	9	17.0	7	14.3
<b>ยาด้านเศร้าที่ผู้ป่วยได้รับในขนาดรักษา</b>				
ไม่เปลี่ยนยา	31	58.5	31	63.3
เปลี่ยนยา	8	15.1	6	12.2
ประเมินไม่ได้	14	26.4	12	24.5
ยาในบัญชียาหลัก	29	54.7	27	55.1
ยานอกบัญชียาหลัก	10	18.9	10	20.4
<b>การรักษาที่ให้ความคุ้มกัน</b>				
ไม่มี	31	58.5	28	57.1
มี	22	41.5	21	42.9
<b>อาการข้างเคียงของยาที่ใช้รักษา</b>				
ไม่มี	33	62.3	31	63.3
มี	9	17.0	9	18.4
ประเมินไม่ได้	11	20.8	9	18.4
<b>ข้อมูลการติดตามและผลการรักษา</b>				
<b>ระยะเวลาของการติดตามการรักษา</b>				
<b>หลังจากพบแพทย์ครั้งแรก</b>				
1 สัปดาห์	19	35.8	16	32.7
2 สัปดาห์	25	47.2	24	49.0
3 สัปดาห์	3	5.7	3	6.1
4 สัปดาห์	5	9.4	5	10.2
มากกว่า 4 สัปดาห์	1	1.9	1	2.0
<b>การติดตามการรักษาจนครบ 6 เดือน</b>				
ครบ	24	45.3	23	46.9
ไม่ครบ	29	54.7	26	53.1
ขาดการติดตามครั้งแรก	9	17.0	7	14.3
<b>ผลการรักษา</b>				
ปกติ	33	62.3	32	65.3
มีความคิดปกติต่อเนื่อง	6	11.3	5	10.2
มีอาการกลับเป็นซ้ำอีก	-	-	-	-
ประเมินไม่ได้	14	26.4	12	24.5

ได้รับร่วมส่วนใหญ่อจะได้รับยา 1 ตัว 28 ราย (ร้อยละ 52.8) และยาที่พบมากที่สุดคือยากลุ่ม benzodiazepine 32 ราย (ร้อยละ 60.4) รูปแบบการบริหารยา มีการใช้ขนาดและระดับเดียวตลอดการรักษา มากที่สุด 22 ราย (ร้อยละ 41.5) รองลงมาคือการปรับขนาดยาตามอาการของผู้ป่วย 19 ราย (ร้อยละ 35.8) ยาด้านเศร้าที่ผู้ป่วยได้รับ

ในขนาดรักษา พบว่าส่วนใหญ่อมีการใช้ยาเดิม (ไม่เปลี่ยนยา) 31 ราย (ร้อยละ 58.5) และยาที่ใช้ส่วนใหญ่ เป็นยาในบัญชียาหลัก 29 ราย (ร้อยละ 54.7) ยานอกบัญชียาหลัก 10 ราย (ร้อยละ 18.9) และไม่สามารถประเมินได้ 14 ราย (ร้อยละ 26.4) การรักษาที่ให้ความคุ้มกัน ส่วนใหญ่อไม่มีระบุพบ 31 ราย (ร้อยละ 58.5) ที่ระบุว่ามี การให้การรักษาควบคู่พบ 22 ราย (ร้อยละ 41.5) และการรักษาที่ให้ความคุ้มที่พบมากที่สุด คือ psychological support 21 ราย (ร้อยละ 39.6) อาการข้างเคียงของยาที่ใช้รักษาส่วนใหญ่ไม่มีพบมี 33 ราย (ร้อยละ 62.3) รองลงมาคือไม่สามารถประเมินได้ 11 ราย (ร้อยละ 20.8)

3. ข้อมูลการติดตามและผลการรักษา พบว่าด้านระยะเวลาของการติดตามการรักษา หลังจากพบแพทย์ครั้งแรก พบส่วนใหญ่อดผู้ป่วย 2 สัปดาห์ มี 25 ราย (ร้อยละ 47.2) นัด 1 สัปดาห์มี 19 ราย (ร้อยละ 35.8) การติดตาม การรักษาจนครบ 6 เดือน พบว่าส่วนใหญ่ ผู้ป่วยมาติดตามไม่ครบ 6 เดือน พบ 29 ราย (ร้อยละ 54.7) และขาดการติดตามครั้งแรกพบมากถึง 9 ราย (ร้อยละ 17.0) ด้านผลการรักษา พบอาการดีขึ้นจนปกติ 33 ราย (ร้อยละ 62.3) แต่ที่พบรองลงมาคือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถ ประเมินผลได้ 14 ราย (ร้อยละ 26.4) และมีความคิดปกติต่อเนื่อง 6 ราย (ร้อยละ 11.3)

เมื่อนำข้อมูลมาศึกษาเปรียบเทียบระหว่างอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้าน (ตัดผู้ป่วยที่นำมาศึกษาออก 4 ราย) มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 49 ราย เป็นอาจารย์แพทย์ตรวจ 18 ราย (ร้อยละ 36.7) แพทย์ประจำบ้านตรวจ 31 ราย (ร้อยละ 63.3) พบว่า

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ไม่มีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ

2. ข้อมูลด้านการดูแลรักษา พบว่าด้านการใช้ยาด้านเศร้าที่ได้รับพบมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.001^{***}$  โดยพบกลุ่มแพทย์ประจำบ้านมีการใช้ยาในบัญชียาหลัก มากกว่ากลุ่มอาจารย์แพทย์ (29 ราย (ร้อยละ 93.5) และ 7 ราย (ร้อยละ 38.9) ตาม ลำดับ)

ด้านยาด้านเศร้าที่ผู้ป่วยได้รับในขนาดรักษาในแพทย์ประจำบ้านพบมีการเปลี่ยนยาน้อยกว่ากลุ่มอาจารย์แพทย์ (1 ราย (ร้อยละ 3.2) และ 5 ราย (ร้อยละ 27.8) ตามลำดับ) และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< 0.05^*$  เมื่อพิจารณาการใช้ยานอกบัญชียาหลักพบในกลุ่มอาจารย์แพทย์มากกว่า แพทย์ประจำบ้าน (8 ราย ร้อยละ 44.44) และ 2 ราย (ร้อยละ 6.5 ตามลำดับ) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.01^{**}$

ด้านอาการข้างเคียงของยาที่ใช้รักษา พบมีมากในกลุ่มอาจารย์แพทย์มากกว่าแพทย์ประจำบ้าน (6 ราย ร้อยละ 33.3) และ 3 ราย (ร้อยละ 9.7 ตามลำดับ) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $p < 0.05^*$

ส่วนปัจจัยอื่นของข้อมูลด้านการดูแลรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยรูปแบบยาด้านเศร้าที่ได้รับยาอื่นที่ได้รับร่วม รูปแบบการบริหารยา

**ตารางที่ 2.** แสดงข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเปรียบเทียบระหว่างอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้าน

ปัจจัย	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (n = 49)					ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการติดตามการรักษา *(n = 42)				
	อาจารย์แพทย์		แพทย์ประจำบ้าน		ค่า P	อาจารย์แพทย์		แพทย์ประจำบ้าน		ค่า P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	(n = 18)		(n = 31)		(n = 17)		(n = 25)			
<b>ข้อมูลส่วนบุคคล</b>										
<b>อายุ</b>										
15 - 20 ปี	1	5.6	1	3.2	.953	1	5.9	0	0	.459
21 - 30 ปี	4	22.2	6	19.4		4	23.5	3	12.0	
31 - 40 ปี	2	11.1	5	16.1		1	5.9	4	16.0	
41 - 50 ปี	3	16.7	7	22.6		3	17.6	7	28.0	
51 ปี ขึ้นไป	8	44.4	12	38.7		8	47.1	11	44.0	
<b>เพศ</b>										
ชาย	7	38.9	10	32.3	.638	6	35.3	10	40.0	.758
หญิง	11	61.1	21	67.7		11	64.7	15	60.0	
<b>การศึกษา</b>										
ประถมศึกษา	-	-	2	6.5	.294	-	-	2	8.0	.387
มัธยมศึกษา	1	5.6	3	9.7		1	5.9	1	4.0	
ปริญญาตรี	-	-	3	9.7		-	-	2	8.0	
ปริญญาตรีขึ้นไป	-	-	-	-		-	-	-	-	
ไม่ระบุ	17	94.4	23	74.2		16	94.1	20	80.0	
<b>อาชีพ</b>										
รับจ้าง/ลูกจ้าง	3	16.7	9	29.0	.548	2	11.8	6	24.0	.523
ข้าราชการ/พนักงาน- รัฐวิสาหกิจ	2	11.1	1	3.2		2	11.8	1	4.0	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4	22.2	3	9.7		4	23.5	3	12.0	
แม่บ้าน	5	27.7	13	41.9		5	29.4	12	48.0	
อื่น ๆ นักศึกษา, ชาวนา	3	16.7	4	12.9		3	17.6	2	8.0	
ไม่ระบุ	1	5.6	1	3.2		1	5.9	1	4.0	
<b>ภูมิลำเนา</b>										
กรุงเทพฯ	12	66.7	17	54.8	.417	12	70.6	16	64.0	.657
ต่างจังหวัด	6	33.3	14	45.2		5	29.4	9	36.0	
<b>ที่อยู่</b>										
กรุงเทพฯ	12	66.7	19	61.3	.707	12	70.6	17	68.0	.859
ต่างจังหวัด	6	33.3	12	38.7		5	29.4	8	32.0	
<b>ข้อมูลด้านการดูแลรักษา</b>										
<b>การวินิจฉัย</b>										
โรคซึมเศร้าอย่างเดียว	15	83.3	24	77.4	.876	14	82.3	19	76.0	.886
โรคซึมเศร้าและอาการ ทางจิต	1	5.6	2	6.5		1	5.9	2	8.0	
โรคซึมเศร้าและปัญหา ครอบครัว	2	11.1	5	16.1		2	11.8	4	16.0	
โรคซึมเศร้าและอาการ ทางจิตและปัญหา ครอบครัว	-	-	-	-		-	-	-	-	
<b>ยาต้านเศร้าที่ได้รับ</b>										
ยากลุ่ม TCA	2	11.1	5	16.1	.881	2	11.8	4	16.0	.921
ยากลุ่ม SSRI หรือยา กลุ่มใหม่	12	66.7	19	61.3		11	64.7	15	60.0	
ยากลุ่ม TCA กับกลุ่ม	4	22.2	7	22.6		4	23.5	6	24.0	
<b>SSRI</b>										
ยาโนบิฟลูเซทินหลัก	7	38.9	29	93.5	.000***	7	41.2	23	92.0	.000***
ยานอกบิฟลูเซทินหลัก	11	61.1	2	6.5		10	58.8	2	8.0	

**หมายเหตุ \*** หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ตัดจำนวนผู้ป่วยที่ขาดการติดตามครั้งแรกออก

ตารางที่ 2. (ต่อ) แสดงข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเปรียบเทียบระหว่างอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้าน

ปัจจัย	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (n = 49)					ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการติดตามการรักษา *(n = 42)				
	อาจารย์แพทย์		แพทย์ประจำบ้าน		ค่า P	อาจารย์แพทย์		แพทย์ประจำบ้าน		ค่า P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	(n = 18)		(n = 31)		(n = 17)		(n = 25)			
ยาอื่นที่ได้รับร่วม										
ไม่มี	6	33.3	9	29.0	.878	5	29.4	5	20.0	.756
มี 1 ตัว	10	55.6	17	54.8		10	58.8	15	60.0	
มี 2 ตัว	2	11.1	4	12.9		2	11.8	4	16.0	
มี 3 ตัว	-	-	1	3.2		-	-	1	4.0	
รูปแบบการบริหารยา										
ขนาดยาเริ่มระดับต่ำ และค่อย ๆ เพิ่มขึ้น	1	5.6	2	6.5	.114	1	5.9	2	8.0	.133
ให้ขนาดยาระดับเดียว	6	33.3	16	51.6		6	35.3	16	64.0	
ลดขนาดการรักษา										
ปรับขนาดยาตามอาการของผู้ป่วย	10	55.6	7	22.6		10	58.8	7	28.0	
ประเมินไม่ได้	1	5.6	6	19.4		-	-	-	-	
ยาด้านเศร้าที่ผู้ป่วย										
ได้รับในขนาดรักษา										
ไม่เปลี่ยนยา	11	61.1	20	64.5	.021*	11	64.7	20	80.0	.056
เปลี่ยนยา	5	27.8	1	3.2		5	29.4	1	4.0	
ประเมินไม่ได้	2	11.1	10	32.3		1	5.9	4	16.0	
ยาในบัญชียาหลัก	8	44.4	19	61.3	.005**	8	47.1	19	76.0	.013*
ยานอกบัญชียาหลัก	8	44.4	2	6.5		8	47.1	2	8.0	
การรักษาที่ให้ควบคู่กัน										
ไม่มี	11	61.1	17	54.8	.669	10	58.8	12	48.0	.491
มี	7	38.9	14	45.2		7	41.2	13	52.0	
อาการข้างเคียงของยาที่ใช้รักษา										
ไม่มี	11	61.1	20	64.5	.049*	11	64.7	20	80.0	.120
มี	6	33.3	3	9.7		6	35.3	3	12.0	
ประเมินไม่ได้	1	5.6	8	25.8		-	-	2	8.0	
ข้อมูลการติดตามและผลการรักษา										
ระยะเวลาของการติดตามการรักษาหลังจากพบแพทย์ครั้งแรก										
1 สัปดาห์	6	33.3	10	32.3	.627	5	29.4	9	36.0	.792
2 สัปดาห์	10	55.6	14	45.2		10	58.8	12	48.0	
3 สัปดาห์	-	-	-	-		-	-	-	-	
4 สัปดาห์	2	11.1	3	9.7		2	11.8	3	12.0	
มากกว่า 4 สัปดาห์	-	-	1	3.2		-	-	1	4.0	
การติดตามการรักษาจนครบ 6 เดือน										
ครบ	9	50.0	14	45.2	.744	9	52.9	14	56.0	.845
ไม่ครบ	9	50.0	17	54.8		8	47.1	11	44.0	
ขาดการติดตามครั้งแรก	1	5.6	6	19.4	.404	-	-	-	-	
ผลการรักษา										
ปกติ	12	66.7	20	64.5	.047*	12	70.6	20	80.0	.121
มีความผิดปกติ	4	22.2	1	3.2		4	23.5	1	4.0	
ประเมินไม่ได้	2	11.1	10	32.3		1	5.9	4	16.0	

หมายเหตุ \* หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ตัดจำนวนผู้ป่วยที่ขาดการติดตามครั้งแรกออก

การรักษาที่ให้ควบคู่กัน ไม่พบมีความแตกต่างทางสถิติระหว่างอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้าน

3. ข้อมูลการติดตามและผลการรักษา พบว่า ด้านผลการรักษา

ในกลุ่มอาจารย์แพทย์มีความผิดปกติของอยู่มากกว่าแพทย์ประจำบ้าน (4 ราย (ร้อยละ 22.2) และ 1 ราย (ร้อยละ 3.2) ตามลำดับ) แต่ในกลุ่มแพทย์ประจำบ้านพบมีการประเมินไม่ได้ของข้อมูลมากกว่ากลุ่ม

อาจารย์แพทย์ (10 ราย (ร้อยละ 32.3) และ 2 ราย (ร้อยละ 11.1) ตามลำดับ) และพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05^*$

ส่วนปัจจัยอื่นของข้อมูลด้านการติดตามและผลการรักษา ได้แก่ระยะเวลาของการติดตามการรักษาหลังจากพบแพทย์ครั้งแรก ระยะเวลาการติดตามการรักษาจนครบ 6 เดือน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีข้อมูลที่น่าสนใจพบว่า การขาดการติดตามการรักษาตั้งแต่ครั้งแรกของแพทย์ประจำบ้านมี 6 ราย (ร้อยละ 19.4) และอาจารย์แพทย์มี 1 ราย (ร้อยละ 5.6)

เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ใหม่โดยไม่พิจารณา ผู้ป่วยที่ขาดการติดตามตั้งแต่ครั้งแรกเปรียบเทียบระหว่างอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้าน พบว่าข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านการติดตามและผลการรักษา ไม่พบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ข้อมูลด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยพบว่าปัจจัยด้านยาต้านเศร้าที่ได้รับของแพทย์ประจำบ้านอยู่ในบัญชียาหลักมากกว่าอาจารย์แพทย์ (23 ราย (ร้อยละ 92.0) และ 7 ราย (ร้อยละ 41.2) ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.001^{***}$  และยาต้านเศร้าที่ผู้ป่วยได้รับในขนาดรักษาของแพทย์ประจำบ้านอยู่ในบัญชียาหลักมากกว่าอาจารย์แพทย์ (19 ราย (ร้อยละ 76.0) และ 8 ราย (ร้อยละ 47.1) ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05^*$  ส่วนปัจจัยอื่นไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพิ่มเติมในด้านของผู้ป่วยที่ได้ผลปกติในการรักษา พบมีผู้ป่วยทั้งหมด 32 ราย ตรวจโดยอาจารย์แพทย์ 12 ราย (ร้อยละ 37.5) แพทย์ประจำบ้าน 20 ราย (ร้อยละ 62.5) พบว่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการติดตามรักษาไม่ครบ 6 เดือน 10 ราย (ร้อยละ 31.3) ของผู้ป่วยที่ได้ผลปกติในการรักษา แบ่งเป็นตรวจโดยอาจารย์แพทย์ 4 ราย (ร้อยละ 33.3 ของผู้ป่วยที่ตรวจโดยอาจารย์แพทย์) แพทย์ประจำบ้าน 6 ราย (ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่ตรวจโดยแพทย์ประจำบ้าน) และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า ภายในระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่ เมษายน 2546 ถึง กันยายน 2546 พบว่ามีผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) 57 ราย แต่ผู้ป่วยที่นำมาศึกษา มี 53 ราย (เนื่องจากไม่พบเวชระเบียน 3 ราย และเปลี่ยนการวินิจฉัย 1 ราย) เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยใหม่ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกันจำนวน 945 ราย 2 พบว่ามีอุบัติการณ์การพบโรคซึมเศร้าในหน่วยตรวจโรคจิตเวชเท่ากับร้อยละ 5.9

เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าด้านอายุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุ 51 ปีขึ้นไป 22 ราย (ร้อยละ 41.5) แสดงให้เห็นว่าอายุที่พบจะสูงกว่า อายุเฉลี่ยของการเกิดโรคซึมเศร้าที่จะพบอายุประมาณ 40 ปี<sup>3</sup> และมีผู้ป่วยร้อยละ 50 ที่พบมีอาการครั้งแรกในช่วง อายุ 20 ปี ถึง 50 ปี<sup>3</sup> แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุอยู่ในช่วง 20 ปี ถึง 50 ปี พบร้อยละ 54.8 ซึ่งสูงกว่าเล็กน้อย ด้านเพศจากการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีอุบัติการณ์การเกิดมากกว่าเพศชาย ประมาณ 2 เท่า (ร้อยละ 66 และร้อยละ 34) ซึ่งเท่ากับผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าเพศหญิงมีอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย ประมาณ 2 เท่า<sup>1,3</sup> ด้านการศึกษา ไม่สามารถวิจารณ์ได้ เนื่องจากไม่ได้บันทึกในเวชระเบียนด้านอาชีพ จะพบว่าส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาชีพและบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนคิดเป็นร้อยละ 96.2 พบเพียงร้อยละ 3.8 ที่ไม่ระบุอาชีพ แสดงให้เห็นว่า โรคซึมเศร้ามีผล

กระทบต่อการดำรงชีวิตและเศรษฐกิจของครอบครัวและประชาชนอย่างมากถ้ามีการป่วยเกิดขึ้น

เมื่อพิจารณา ข้อมูลด้านการดูแลรักษา พบว่าแพทย์ประจำบ้านจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่คือร้อยละ 58.5 อาจารย์แพทย์ ร้อยละ 34.0 การที่พบดังนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลศิริราช เป็นสถานฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางและมีแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ปฏิบัติงานในหน่วยตรวจโรคจิตเวชมากกว่าอาจารย์แพทย์ในแต่ละวัน ดังนั้นการบริการส่วนใหญ่จึงขึ้นกับแพทย์ประจำบ้านด้านการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ที่พบ ไม่มีปัจจัยแทรกซ้อนเรื่องอาการทางจิตหรือปัญหาทางครอบครัว สอดคล้องกับปัจจัยการรักษาที่ควบคุมกันที่พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุนถึงการให้การรักษาควบคู่ (ร้อยละ 58.5) ทำให้พิจารณาได้ว่าการที่ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิตหรือปัญหาทางครอบครัวร่วมด้วยทำให้การดูแลที่ควบคู่ เช่น การดูแลทางจิตและสังคม (psychosocial support) ลดความสำคัญลงหรืออาจเป็นได้ว่าแพทย์ไม่ได้เขียนหรือระบุลงในเวชระเบียน แต่ได้ให้การดูแลรักษาทางด้านจิตและสังคมร่วมด้วย เมื่อเปรียบเทียบระหว่างอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้านพบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติและผลการรักษาพบว่าส่วนใหญ่ได้ผลปกติ (ร้อยละ 62.3) จึงสนับสนุนแนวคิดเรื่องโรคซึมเศร้าที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของการสังเคราะห์สารสื่อประสาทในระบบประสาทส่วนกลาง<sup>1,3</sup> ดังนั้นการใช้ยาต้านเศร้าจึงเป็นการรักษาหลักในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

เมื่อพิจารณาเรื่องการใช้ยาด้านเศร้าและปัจจัยอื่นเปรียบเทียบระหว่างอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้าน พบว่ามีการใช้ยากลับ selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) หรือยากลับใหม่สูงในทั้งอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้าน แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มการใช้ยากลับนี้สูงขึ้นเนื่องจากยากลับ tricyclic antidepressant (TCA) ทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้บ่อยกว่า เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก และมีผลต่อหัวใจจึงต้องระวังในการรักษาโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ และยากลับ SSRI มีประสิทธิภาพสูงกว่า ผลข้างเคียงน้อยกว่า และง่ายต่อการบริหารและปรับยาจึงเป็นที่นิยมใช้มากกว่ากลุ่ม TCA<sup>1,3</sup> แต่เมื่อพิจารณาทางด้านเศร้าที่ใช้พบว่าแพทย์ประจำบ้านมีการใช้ยาในบัญชียาหลัก (ร้อยละ 93.5) สูงกว่าอาจารย์แพทย์ (ร้อยละ 38.9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.001^{***}$  (ยากลับ SSRI และอยู่ในบัญชียาหลักคือ fluoxetine) และพบว่าอาจารย์แพทย์จะใช้ยานอกบัญชียาหลัก (ยากลับ SSRI หรือยากลับใหม่) มากถึงร้อยละ 61.1 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อกำหนดของโรงพยาบาลศิริราชที่กำหนดให้แพทย์ประจำบ้านส่งยาในบัญชียาหลักเป็นระดับแรกของการรักษาเมื่อพิจารณาการใช้ยาด้านเศร้าที่ผู้ป่วยได้รับในขนาดรักษาพบว่า กลุ่มแพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่ร้อยละ 64.5 ไม่มีการเปลี่ยนยาด้านเศร้าที่ได้รับ (เปลี่ยนยาร้อยละ 3.2) เมื่อเปรียบเทียบกับอาจารย์แพทย์ที่พบมีการเปลี่ยนยาถึง ร้อยละ 27.8 (ไม่เปลี่ยนยาร้อยละ 61.1) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05^*$  และเมื่อวิเคราะห์โดยตัดผู้ป่วยที่ขาดการติดตามครั้งแรกออกพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ขาดการติดตามครั้งแรกเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความสำคัญทางสถิติ เพราะเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากแต่เมื่อไม่นำจำนวนนี้มาวิเคราะห์พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้านในการเปลี่ยนยา แต่ผู้ป่วยที่ขาดการติดตามครั้งแรกน่าจะเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาต่อไปถึงสาเหตุที่อาจจะพบได้เช่น จากอาการข้างเคียงของยา การบริการหรือความพึงพอใจในการบริการ แต่อย่างไรก็ตามสัดส่วนของการเปลี่ยนยายังพบมากในกลุ่มอาจารย์แพทย์ที่มีการใช้ยากลับ SSRI หรือ

**ตารางที่ 3** แสดงการติดตามการรักษาจนครบ 6 เดือน ในผู้ป่วยที่ได้ผลปกติในการรักษาเปรียบเทียบระหว่างอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้าน

ปัจจัย	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้ผลปกติ (n = 32)				ค่า P
	อาจารย์แพทย์		แพทย์ประจำบ้าน		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	(n = 12)		(n = 20)		
การติดตามการรักษาจนครบ 6 เดือน					
ครบ	8	66.7	14	70.0	.844
ไม่ครบ	4	33.3	6	30.0	

ยากกลุ่มใหม่สูง อาจสะท้อนให้เห็นว่ายากลุ่ม SSRI หรือยากกลุ่มใหม่ที่อยู่นอกบัญชียาหลักมีปัญหาด้านประสิทธิภาพ หรืออาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์มากกว่ายาในกลุ่มบัญชียาหลัก จึงทำให้มีการเปลี่ยนยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงกว่า และมีการสนับสนุนจากผลการศึกษาที่พบว่าอาการข้างเคียงของยาที่ใช้รักษาในกลุ่มอาจารย์แพทย์มีอาการข้างเคียงสูงกว่าแพทย์ประจำบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05^*$  (ร้อยละ 33.3, ร้อยละ 9.7) และที่น่าสนใจคือกลุ่มอาจารย์แพทย์พบผลการรักษาที่มีความผิดปกติอยู่มากถึงร้อยละ 22.2 ขณะที่แพทย์ประจำบ้านพบร้อยละ 3.2 และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05^*$  แต่เมื่อตัดผู้ที่ขาดการติดตามตั้งแต่ครั้งแรกออกพบว่าไม่พบความแตกต่าง ทั้งนี้จะเกิดการศึกษาร่วมเพิ่มเติมเปรียบเทียบแต่ละตัวในเวช ปฏิบัติจริงถึงเหตุผลของการเปลี่ยนยาและผลการรักษาต่อไป

เมื่อพิจารณาในด้านคร่ำที่ผู้ป่วยได้รับในขนาดรักษาก็ยังพบว่าอาจารย์แพทย์มีการใช้ยานอกบัญชียาหลักมากกว่าแพทย์ประจำบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01^{**}$  (ร้อยละ 44.4, ร้อยละ 6.5 ตามลำดับ) และเมื่อตัดผู้ป่วยที่ขาดการติดตามครั้งแรกออกก็ยังพบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05^*$

ส่วนปัจจัยด้านการดูแลรักษาอื่น เช่น ยาอื่นที่ใช้ร่วมโดยมากพบใช้ยาร่วม 1 ตัว คือ กลุ่ม benzodiazepine ที่เป็นเช่นนี้จะเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านี้จะมีอาการนอนไม่หลับ การใช้ยาส่วนใหญ่ในกลุ่ม SSRI ซึ่งมีฤทธิ์ sedation น้อย ดังนั้นการใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepine เพื่อช่วยลดอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นในระยะเริ่มแรกและยากกลุ่มนี้ก็จะช่วยลดอาการวิตกกังวลซึ่งเป็นอาการของโรคซึมเศร้าได้ด้วย<sup>4,5</sup>

ส่วนรูปแบบการบริหารยา ที่พบส่วนใหญ่มีการใช้ยาในระดับเดียวตลอดการรักษาแสดงให้เห็นว่ายากลุ่ม SSRI มีประสิทธิภาพในการรักษาโรค จึงไม่ต้องมีการปรับยาบ่อยครั้ง<sup>3</sup>

ปัจจัยด้านการรักษาที่ให้ความรู้กับพบว่า แพทย์ประจำบ้านและอาจารย์แพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีการบันทึกการรักษาควบคู่เหมือนกัน อาจเป็นไปได้จากหลายสาเหตุ เช่น การมีจำนวน ผู้ป่วยมากทำให้แพทย์ไม่มี เวลาในการให้การรักษาควบคู่หรือระบุนในเวชระเบียน แพทย์ไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการบันทึกเวชระเบียน แม้จะมีการให้การรักษาที่ควบคู่ ตัวอย่างเช่น การให้ความรู้ (education) การดูแลทางจิตใจสังคม (psychosocial support) และการแนะนำในด้านการปรับตัวต่อสังคม (social education) ดังนั้นควรมีการศึกษาในรูปแบบ ของการศึกษาไปข้างหน้าเพื่อจะได้ดูผลการปฏิบัติจริงและผลการศึกษาเปรียบเทียบ ระหว่างการให้การรักษาที่ควบคู่กับไม่ให้ว่าผลเป็นอย่างไร

จากผลการศึกษาทั้ง 3 ปัจจัยคือ ปัจจัย ด้านยาอื่นที่ใช้ร่วมรูปแบบการบริหารยาและการรักษาที่ให้ความรู้พบว่าอาจารย์แพทย์และแพทย์

ประจำบ้าน ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ด้านการติดตามและผลการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาของการติดตามการรักษาหลังจากพบแพทย์ครั้งแรก ระยะเวลาการติดตามการรักษาจนครบ 6 เดือน และผลการรักษา ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้าน แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของปัจจัยแต่ละด้าน พบว่าระยะเวลาของการติดตามการรักษา หลังจากพบแพทย์ครั้งแรกส่วนใหญ่นัดติดตามภายใน 1-2 สัปดาห์แรก โดยพบ

ร้อยละ 88.9 ในอาจารย์แพทย์และร้อยละ 77.5 ในแพทย์ประจำบ้าน แสดงให้เห็นว่าในเวชปฏิบัติการติดตามการรักษาครั้งแรกมักใช้เวลา 1-2 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาต้านเศร้าที่พบว่า ยารักษาอาการซึมเศร้าต้องใช้เวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์ จึงจะเห็นผลของการรักษาและได้ผลเต็มที่ประมาณสัปดาห์ ที่ 4-8<sup>6</sup> ดังนั้นการติดตามการรักษาภายใน 1-2 สัปดาห์แรกจะช่วยให้การประเมินผลของการรักษาเบื้องต้น และประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระยะแรกของการให้ยาได้อย่างเหมาะสม

เมื่อพิจารณาปัจจัยระยะเวลาการติดตามการรักษาจนครบ 6 เดือน และผลการรักษาพบว่าในกลุ่มแพทย์ประจำบ้านมีร้อยละของผู้ป่วยที่ขาดการติดตามครั้งแรกและผู้ป่วยที่ประเมินผลการรักษาไม่ได้ (ร้อยละ 19.4 และร้อยละ 32.3) สูงกว่ากลุ่มอาจารย์แพทย์ (ร้อยละ 5.6 และร้อยละ 11.1) อาจเนื่องจากปัจจัยด้านประสิทธิผลการรักษา และการดูแลผู้ป่วยของแพทย์ประจำบ้าน ซึ่งอยู่ในช่วงของการฝึกหัดเพื่อเป็นแพทย์เฉพาะทาง ดังนั้นจึงขาดทักษะการประเมินการสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสม (doctor - patient relationship) เพื่อให้เกิดการดูแลและรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้มีร้อยละของการขาดการติดตามตั้งแต่ครั้งแรกและการไม่สามารถประเมินผลการรักษา ได้มีจำนวนสูง ควรมีการศึกษาถึงสาเหตุที่แท้จริงของการขาดการติดตามตั้งแต่ครั้งแรกในผู้ป่วย เพื่อการดูแล ที่เหมาะสม

เมื่อทำการวิเคราะห์ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้ผลดีในการรักษา (ผลปกติ) เพื่อดูว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนเท่าไรที่เข้าใจถึงแนวทางการรักษา และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่ต้องติดตามการรักษาและรับประทายอย่างน้อย 6 เดือน<sup>3,6,7</sup> หรือยาวกว่านั้น จากข้อมูลที่ได้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการติดตามการรักษาไม่ครบ 6 เดือน ร้อยละ 33.3 ในกลุ่มอาจารย์แพทย์ และร้อยละ 30 ในกลุ่มแพทย์ประจำบ้าน และไม่พบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาข้อมูลที่ได้อะพบว่าผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาไม่ครบ 6 เดือน มีสูง ร้อยละ 31.3 ของผู้ป่วยที่ได้ผลปกติทั้งหมด ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงและผู้ป่วยกลุ่มนี้มีผลการรักษาดีขึ้นแต่ไม่สามารถติดตามการรักษาได้จนครบ 6 เดือน ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงของการเกิดอาการกำเริบของโรคได้สูงขึ้น<sup>6</sup> ดังนั้นจะเกิดการศึกษาร่วมเพิ่มเติมถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษาก่อนครบ 6 เดือนต่อไป แต่จุดหนึ่งที่น่ามีถึงและสามารถพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้นได้คือ การให้ความรู้ในด้านโรค การดูแลตนเอง แนวทางการรักษาและการติดตามเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่เกิดอาการเป็นซ้ำลง ในปัจจุบันหน่วยตรวจโรคนอกจิตเวชศาสตร์ได้มีการให้บริการในส่วนนี้เพิ่มเติมขึ้น โดยมีจุดประสงค์เพื่อลดอัตราการเกิดโรคซ้ำและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว ซึ่งคงต้องมีการติดตามผลของการปฏิบัติงานด้านนี้ของหน่วยตรวจต่อไปว่าจะช่วยทำให้ร้อยละของผู้ป่วยที่ขาด การติดตามการรักษาก่อน 6 เดือน ลดลงหรือไม่

## สรุป

การศึกษานี้เป็นการศึกษารูปแบบการใช้ยาต้านเศร้าในผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการใช้ยากลับ SSRI หรือยากลับใหม่สูง มีการใช้ยาอื่นร่วมด้วยอย่างน้อย 1 อย่าง และมีการใช้ยาระดับเดียวตลอดการรักษา ในส่วนของแพทย์ผู้รักษาพบว่าระหว่างอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้าน รูปแบบการใช้ยาต้านเศร้าส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นในแพทย์ประจำบ้านพบมีการใช้ยาในบัญชียาหลักสูงทั้งในครั้งแรกที่ได้รับและในขนาดรักษา ร่วมกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการข้างเคียง แตกต่างจากอาจารย์แพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.001^{***}$ ,  $P < 0.01^{**}$ ,  $P < 0.05^*$  ตามลำดับ แต่ในกลุ่มแพทย์ประจำบ้านพบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินได้สูงกว่ากลุ่มอาจารย์ แพทย์ และมีการขาดการติดต่อดังแต่ครั้งแรกสูงถึงร้อยละ 19.4 ดังนั้น จึงน่าจะมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงสาเหตุของการขาดการติดตามตั้งแต่ครั้งแรกว่าเกิดจากปัจจัยใด เมื่อศึกษาเพิ่มเติมถึงผู้ป่วยกลุ่มที่ได้ผลดีในการรักษา พบว่ามีผู้ป่วยติดตามการรักษาไม่ครบ 6 เดือน มากถึงประมาณ ร้อยละ 30 ในทั้ง 2 กลุ่ม จึงน่ามีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้านหรือพัฒนาด้านการบริการและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดอัตราการเกิดซ้ำของโรคซึมเศร้าในประชาชน

## กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ผศ.พญ. มล.แสงจันทร์ วุฒิกานนท์ ที่อนุญาตให้ทำวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ รศ.ดร.สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์ และ รศ.นพ.เกียรติรัชชงามทิพย์วัฒนา ที่ให้คำแนะนำในการวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

1. สมภพ เรืองตระกูล, โรคนอนไม่หลับ. ใน : ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2545:123-55.
2. สถิติจำนวนผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ เดือนเมษายน - กันยายน, 2546
3. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry, 8<sup>th</sup> ed : Mood Disorders. Maryland: Williams & Wilkins; 1998:524-80.
4. Bazire S. Psychotropic Drug Directory 2003/04, The professionals' pocket handbook and aide memoir : Drug treatment options in psychiatric illness. Salisbury: Fivepin Publishing Limited; 2003:91-2.
5. Bazire S. Psychotropic Drug Directory 2003/04, The professionals' pocket handbook and aide memoir: Drug treatment options in psychiatric illness. Salisbury: Fivepin Publishing Limited; 2003:17-8.
6. Treatment Protocol Project. Management of Mental Disorders, 2<sup>nd</sup> ed. Major depression. Sydney : World Health Organization Collaborating Centre for Mental Health and Substance Abuse; 1997:72.
7. Alpert JE, Fava M, Rosenbaum JF. Psychopharmacologic issues in the medical setting. In : Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH, Jellinek MS, Rasenbaum JF, eds. Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry, 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Mosby Inc; 2004:231-67.

## บทคัดย่อ

### การศึกษาการใช้ยาต้านเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยนอก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

สมพร วิพิศมกุล ก.บ.\*, สุดสวยา จุกกัณฑ์ พ.บ.\*\*, สมพร จรัสเจริญวิทยา สส.บ.\*\*, อุษา วรณฉวี พย.บ.\*\*\*

\*หน่วยงานเภสัชกรรม, โรงพยาบาลศิริราช, \*\*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล, \*\*\*ฝ่ายการพยาบาล, โรงพยาบาลศิริราช, เขตบางกอกน้อย, กทม. 10700, ประเทศไทย

**จุดประสงค์:** เพื่อเป็นการศึกษาการใช้ยาต้านเศร้าในผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ และเปรียบเทียบการใช้ยาต้านเศร้าระหว่างอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้าน และเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการใช้ยาต้านเศร้าต่อไปในอนาคต

**วิธีการ:** การศึกษาข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ในช่วงเวลาตั้งแต่ เมษายน 2546 ถึง กันยายน 2546 โดยเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา และข้อมูลเกี่ยวกับการติดตามและผลการรักษา นำข้อมูลมาทำร้อยละและใช้ Chi-square มาคำนวณ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้าน

**ผลการศึกษา:** พบว่าอุบัติการณ์การพบโรคซึมเศร้าในหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์เท่ากับร้อยละ 5.9 ผู้ป่วยที่นำมาศึกษาทั้งหมด 53 ราย พบผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุ 51 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 41.5) เพศหญิงพบมากกว่าเพศชายประมาณ 2 เท่า (ร้อยละ 66 และร้อยละ 34) อาชีพแม่บ้านพบมากที่สุด (ร้อยละ 35.8) การวินิจฉัยส่วนมากพบโรคซึมเศร้าอย่างเดียว (ร้อยละ 81.1) ยาต้านเศร้าที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นยากลับ selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) หรือยากลับใหม่อย่างเดียว (ร้อยละ 64.2) และยาที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นยาในบัญชีหลัก (ร้อยละ 71.7) ผู้ป่วยส่วนมากจะได้รับยาอื่นร่วมด้วย 1 ตัว (ร้อยละ 52.8) และยาที่พบมากที่สุดคือยากลับ benzodiazepine รูปแบบการบริหารยาพบว่าส่วนใหญ่ใช้ยาระดับเดียวตลอดการรักษา (ร้อยละ 41.5) ยาต้านเศร้าที่ได้รับในระดับรักษาพบว่ามีการใช้ยาอื่นร่วมด้วย ร้อยละ 58.5 และเป็นยาในบัญชีหลัก ร้อยละ 54.7 เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการใช้ยาต้านเศร้าระหว่างอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้านพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น ในแพทย์ประจำบ้านพบมีการใช้ยาในบัญชีหลักสูงทั้งในครั้งแรกที่ได้รับและในขนาดรักษา ร่วมกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการข้างเคียงแตกต่างจากอาจารย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.001^{***}$ ,  $p < 0.01^{**}$ ,  $p < 0.05^*$  ตามลำดับ

**สรุป** การใช้ยาต้านเศร้าในผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ มีการใช้ยาในกลุ่ม SSRI หรือยากลับใหม่ สูงและใช้ขนาดเดียวตลอดการรักษาเป็นส่วนใหญ่ และแพทย์ประจำบ้านมีการใช้ยาในบัญชียาหลักสูงกว่าอาจารย์แพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าในกลุ่มแพทย์ประจำบ้านมีผู้ป่วยขาดการติดตามตั้งแต่ครั้งแรกสูงกว่าอาจารย์แพทย์ จึงน่ามีการศึกษาเพิ่มเติมถึงสาเหตุ เพื่อพัฒนาการบริการและการเรียนการสอนต่อไป