

ผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยไมเกรนในร้านยามหาวิทยาลัย: การศึกษานำร่อง

ปรางทิพย์ ล้อดงบัง, รณิดา เตชะ, วัลยา สุนทรธา, สุธา นันกลาง, รจเรศ หาญรินทร์ และ สายทิพย์ สุทธิรักษา

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยไมเกรนที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมตามแนวทางการรักษาไมเกรนและกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติของร้านยา **วิธีการ:** เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่ม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 มีนาคม 2554 ผู้เข้าร่วมการศึกษามีจำนวน 46 คน ถูกสุ่มแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมตามแนวทางการรักษาไมเกรนจำนวน 23 คน (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติของร้านยา 23 คน (กลุ่มควบคุม) ผู้วิจัยติดตามระดับความปวด ความถี่ของการปวดไมเกรน และสุขภาวะและความสุขโดยรวมเป็นเวลา 2 เดือน **ผลการวิจัย:** กลุ่มทดลองละกลุ่มควบคุมมีระดับความปวดและความถี่ในการปวดไมเกรนไม่แตกต่างกัน ในวันที่ 1, สัปดาห์ที่ 4 และ 8 ($p>0.05$) แต่ระดับสุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางปัญญา และความสุขโดยรวมในกลุ่มทดลองมากกว่าควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ($p<0.05$) นอกจากนี้ในสัปดาห์ที่ 8 สุขภาวะทางจิตใจในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) **สรุป:** การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมตามแนวทางการรักษาไมเกรนแม้จะไม่มีผลต่อระดับความปวดหรือความถี่ของการปวดไมเกรน รวมถึงสุขภาวะทางกายเมื่อเทียบกับการให้บริการตามปกติในร้านยา แต่พบว่า การบริบาลทางเภสัชกรรมตามแนวทางการรักษาไมเกรนทำให้สุขภาวะด้านสังคม ปัญญา และจิตใจ และความสุขโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าการให้บริการตามปกติในร้านยาอย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: การบริบาลทางเภสัชกรรม ไมเกรน ร้านยา แนวทางการรักษา เภสัชกรรมชุมชน

รับต้นฉบับ: 14 มค. 2559, รับลงตีพิมพ์: 9 กรกฎาคม 2559

ผู้ประสานงานบทความ: สายทิพย์ สุทธิรักษา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ต. ขามเรียง อ. กันทรวิชัย จ. มหาสารคาม 44150

Email: saithip.s@msu.ac.th

บทนำ

โรคไมเกรน (migraine) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบได้บ่อย ลักษณะสำคัญของโรคไมเกรน ประกอบด้วยอาการปวดศีรษะเป็นอาการเด่น ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะชนิดปฐมภูมิ โดยไม่พบพยาธิสภาพใด ๆ อาการปวดศีรษะนี้อยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ส่วนใหญ่จะมีอาการปวดศีรษะเพียงข้างเดียวหรืออาจพบอาการปวดศีรษะทั้งสองข้างก็ได้ ในขณะที่ปวดศีรษะอาจพบอาการกลัวแสงและกลัว

เสียง เวียนศีรษะ รวมทั้งคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย อาการปวดศีรษะมีระยะเวลา 4-72 ชั่วโมง อาการปวดศีรษะของโรคไมเกรนจะเป็น ๆ หาย ๆ หรือเป็นเรื้อรัง (1)

ความชุกของการปวดศีรษะในคนไทยมีมากถึงร้อยละ 17.4 ซึ่งเป็นการปวดศีรษะจากไมเกรนร้อยละ 30.0 ปวดศีรษะจากความเครียด (tension headache) ร้อยละ 28.3 และปวดศีรษะชนิดผสม (combined type) ร้อยละ 19.2 (2) ผลการสำรวจโรคปวดศีรษะไมเกรนใน

กรุงเทพมหานครพบว่า มีความชุกสูงถึงร้อยละ 29.1 โดยพบความชุกโรคไมเกรนในเพศหญิงร้อยละ 35.3 ในเพศชายร้อยละ 10.4 คิดเป็นพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 3.5:1 (3)

การบริหารทางเภสัชกรรมเป็นความรับผิดชอบของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับผลประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (4) หลายการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การบริหารทางเภสัชกรรมในร้านยามีประสิทธิภาพทั้งในด้านการควบคุมโรคและสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยในภาวะต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุ (5, 6) ผู้ป่วยโรคหืด (7, 8) ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (9, 10) และผู้ป่วยไมเกรน (11) เป็นต้น การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มในร้านยา 112 แห่งในตอนเหนือของประเทศเยอรมนี ได้เปรียบเทียบผลการให้บริการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยไมเกรนกับการให้บริการตามปกติของร้านยา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยไมเกรนที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม ($n = 201$) มีสุขภาวะทางจิตใจดีกว่ากลุ่มควบคุม ($n = 209$) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) (12)

ยาที่ใช้ในการรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนเป็นยาที่สามารถหาซื้อได้ในร้านยา เภสัชกรมีการจ่ายยากลุ่มอาการปวดศีรษะไมเกรนมากกว่า 53,000 ครั้งต่อวัน และเป็นกลุ่มยาที่เภสัชกรแนะนำให้กับผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะมากที่สุด (12) ในสภาพปัจจุบัน ร้านยาเป็นสถานบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้บริโภคมากที่สุด เนื่องจากความสะดวกในการใช้บริการและไม่เสียเวลารอนาน โดยร้านยาส่วนใหญ่จะเปิดให้บริการตลอดทั้งวัน ร้านขายยาแผนปัจจุบันน้อยกว่าครึ่งสามารถจ่ายยารักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนได้อย่างเหมาะสม ร้านยามากกว่าครึ่งที่จ่ายยาที่มีประสิทธิภาพแต่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น การจ่ายยาที่ผู้ป่วยใช้แล้วมีอาการปวดไม่ได้มีมากที่สุดถึงร้อยละ 46.16 รองลงมาคือ ปัญหาการจ่ายยาเกินความจำเป็น เช่น จ่ายยาร่วมกันหลายตัวแต่ผลการรักษาไม่ต่างจากยาตัวเดียว ร้อยละ 15.4 จากผลการศึกษาแล้วยังพบร้านยาส่วนใหญ่ยังไม่จ่ายยาตามแนวทางการรักษาไมเกรน (13) นอกจากนี้ มีการศึกษาความเหมาะสมของการจ่ายยาไมเกรนโดยบุคลากรและเภสัชกรในร้านยา 142 ร้านในประเทศไทย พบว่า บุคลากรที่ไม่ใช่เภสัชกรมีการซักประวัติและให้คำแนะนำน้อยกว่าเภสัชกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อย่างไรก็ตาม บุคลากรที่ไม่ใช่เภสัช

กรมีการจ่ายยาตามแนวทางการรักษาไมเกรนได้อย่างเหมาะสมน้อยกว่าเภสัชกร ($p < 0.05$) (14)

การรักษาอาการปวดศีรษะจากไมเกรนของไทยในโรงพยาบาลใช้แนวทางที่พัฒนาจากตำราและงานวิจัยของต่างประเทศ (15) เช่น แนวทางการวินิจฉัยและรักษาอาการปวดศีรษะของ Institute for Clinical Systems Improvement (16) หรือเกณฑ์การวินิจฉัยไมเกรนของ the International Classification of Headache Disorders (17) ในประเทศไทย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60-70) ซึ่งรวมทั้งผู้ป่วยไมเกรนเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมาซื้อยาที่ร้านยา (18) ผู้ป่วยไมเกรนจำนวนมากได้รับการจ่ายยาที่ไม่เหมาะสมจากร้านยา (14) ดังนั้นคำถามการวิจัยในครั้งนี้คือ ถ้าเภสัชกรในร้านยาให้การรักษาตามแนวทางการรักษาไมเกรนจะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการปวดศีรษะและมีความถี่ในการปวดลดลง และประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติหรือไม่ ผู้วิจัยจึงปรับแนวทางการรักษาไมเกรนของ the International Classification of Headache Disorders (17) มาใช้เพื่อให้เหมาะสมกับการให้บริการบริหารทางเภสัชกรรมในร้านยาของประเทศไทย ซึ่งเป็นการสร้างต้นแบบการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนในร้านยา เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่ม (a randomized controlled trial) โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการให้บริการบริหารทางเภสัชกรรมตามแนวทางการรักษาไมเกรน (กลุ่มทดลอง) และการให้บริการตามปกติของร้านยา (กลุ่มควบคุม) ในผู้ป่วยไมเกรน การศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2554 เป็นเวลา 3 เดือน การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (เลขที่รับรอง 0032/2554 ลงวันที่ 28 มกราคม 2554)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะไมเกรนที่มารับการรักษาที่ร้านยามหาวิทยาลัยจังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับการรักษาที่ร้านยามหาวิทยาลัย ในช่วง 1 – 31 มกราคม 2554 ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าร่วมการศึกษาดังต่อไปนี้ 1)

ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคปวดศีรษะไมเกรนซึ่งประเมินโดยการใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรน Michel's Standardized Migraine Diagnosis Questionnaire ฉบับภาษาไทย (19) 2) ผู้ป่วยที่ไม่มีการเจ็บป่วยโรคอื่น ๆ ที่เป็นข้อจำกัดในการวินิจฉัยโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจวาย โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคซึมเศร้า ความผิดปกติทางจิต หรืออยู่ในสภาพที่ไม่สามารถรับรู้เข้าใจหรือให้ข้อมูลต่าง ๆ ได้ 3) ผู้ป่วยที่มีโทรศัพท์และยินดีให้ผู้วิจัยติดตามผลการรักษาได้ ส่วนเกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากการวิจัย คือ 1) ผู้ป่วยประสงค์จะออกจากการศึกษา 2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน หรือโทรศัพท์ติดตามผลการรักษา และ 3) ผู้ป่วยเสียชีวิตในระหว่างการวิจัย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้กำหนดโดยใช้หลักอำนาจการทดสอบ (power of test) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 ที่ระดับ 0.05 และความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 ที่ระดับ 0.2 การศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและความปวดในผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนของ Hassinger และคณะ (20) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความเจ็บปวดเท่ากับ 7.3 ± 1.7 ส่วนกลุ่มควบคุม เท่ากับ 6.3 ± 1.4 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรสำหรับกรณีการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันและเป็นการทดสอบทางเดียว (21) ผลการคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 30 รายต่อกลุ่ม ในการศึกษานี้ได้ผู้ป่วยเพียงกลุ่มละ 23 ราย ดังนั้นเมื่อคำนวณย้อนกลับพบว่าอำนาจการทดสอบ (power) ร้อยละ 70.34 อย่างไรก็ตาม อำนาจการทดสอบนี้ถือว่ายังอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ คืออยู่ในช่วงร้อยละ 50-90 (22)

การสุ่มแยกกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (แทนด้วย A) และกลุ่มควบคุม (แทนด้วย B) ทำโดยการสุ่มเป็นบล็อก (block randomization) โดยเลือกบล็อก 4 และสุ่มออกมาใน 6 รูปแบบ ดังนี้ 1) AABB 2) BBAA 3) ABAB 4) BABA 5) ABBA และ 6) BAAB หลังจากนั้นจะจับฉลากเพื่อกำหนดว่ารูปแบบใดจะเป็นลำดับที่ 1-6 เพื่อวางลำดับการเข้ากลุ่มของผู้ป่วย 24 คนแรก

สถานที่วิจัย

สถานที่วิจัย คือ รานยามหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคามทั้ง 3 สาขา ได้แก่ รานยามหาวิทยาลัยสาขา 1 ซึ่งตั้งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม ใกล้ตลาดโต้รุ่ง รานยามหาวิทยาลัย สาขา 2 ซึ่งตั้งอยู่ในอาคารพลาซ่า มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และรานยามหาวิทยาลัย สาขา 3 ตั้งอยู่ในเขตตำบลท่าขอนยาง บริเวณหน้ามหาวิทยาลัยมหาสารคาม รานยาเปิดให้บริการตั้งแต่เวลา 9.00-21.00 น. ทุกวัน เภสัชกรผู้ให้บริการเป็นอาจารย์จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ทั้งหมด 20 ท่าน หมุนเวียนมาอยู่รานยาเกณฑ์การให้บริการขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ของเภสัชกรแต่ละคน ส่วนผู้วิจัยเป็นนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 6 ทั้งหมด 3 คน ซึ่งได้รับการอบรมการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไมเกรนตามแนวทางการรักษาที่ได้พัฒนาขึ้น รวมทั้งรายละเอียดของการใช้เครื่องมือต่าง ๆ เพื่อให้การให้บริบาล และการเก็บข้อมูลเป็นไปในทางเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือทั้งหมดถูกพัฒนาขึ้นโดยมีการทดสอบความตรงของเครื่องมือทั้งหมดโดยให้อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคไมเกรนและอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือวิจัยของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความเหมาะสม หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเครื่องมือใช้ในงานวิจัยทั้งหมดมีดังต่อไปนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยซึ่งดัดแปลงมาจากงานวิจัยของ พัชรี ภาระโช (19) 2) แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคไมเกรนจากงานวิจัยของ พัชรี ภาระโช (19) ซึ่งปรับปรุงมาจากแบบประเมินเพื่อคัดกรองผู้ป่วยโรคไมเกรนตามเกณฑ์ข้อวินิจฉัยของ International Headache Society (IHS) ซึ่งพบว่ามีควมไวร้อยละ 95 และความจำเพาะร้อยละ 78 (25) แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อที่ให้ผู้ป่วยตอบคำถามด้วยตนเอง เกี่ยวกับอาการปวดศีรษะ คำตอบมี 2 ตัวเลือก คือ "ใช่" หรือ "ไม่ใช่" เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยโรคไมเกรน คือ ผู้ป่วยที่ตอบว่า "ใช่" อย่างน้อย 8 ข้อ โดยต้องตอบว่า "ใช่" ในข้อ 1, 2, 3, 10, และ 11 ต้องตอบว่า "ใช่" อย่างน้อย 2 ข้อ ในข้อ 4, 5, 6, และ 7 และต้องตอบว่า "ใช่" อย่างน้อย 1 ข้อในข้อ 8 หรือ 9 แบบ

ประเมินนี้ได้ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและทดลองใช้กับผู้ป่วยไมเกรน 10 ราย ผลการทดลองพบว่า ลักษณะคำถามและภาษาที่ใช้เข้าใจง่ายสามารถช่วยแยกแยะอาการปวดศีรษะไมเกรนจากอาการปวดศีรษะอื่น ๆ ได้สอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรค (19) 3) แบบติดตามผลการรักษาประกอบด้วย การประเมินระดับความปวดซึ่งวัดโดยใช้มาตรวัดความปวดแบบ Visual Analog Scale (VAS) ความถี่ (จำนวนครั้งที่ปวด) และระยะเวลาของการปวดไมเกรน การติดตามในการวิจัยมีทั้งหมด 5 ครั้ง ได้แก่ วันที่ 1 วันที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 สัปดาห์ที่ 6 และ สัปดาห์ที่ 8 4) แนวทางการให้บริการของร้านยาในการรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรน ผู้วิจัยได้แปลมาจาก The International Headache Society 2004 (17) และดัดแปลงมาจากงานวิจัยของ ผกามาต คำนวน ศิลป์ (13) พร้อมกับศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (23) 5) แบบประเมินสุขภาวะและความสุขโดยรวมซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินของ ชนิดา พลอยล้อมแสง (24) ประกอบด้วย การประเมินสุขภาวะทางกาย จิต สังคม ปัญญา และการประเมินความสุขโดยภาพรวม โดยใช้ Visual Analog Scale แบบประเมินนี้ได้ผ่านการพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงในนิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์จำนวน 25 คน ได้ค่า Cronbach coefficient รายด้านระหว่าง 0.51-0.75 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์พอใช้ แบบประเมินมีลักษณะที่สั้น กระชับ ใช้เวลาน้อย และเหมาะสมในการประเมินผู้ป่วยในร้านยา 6) สื่อการให้ความรู้และแผ่นพับซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (19)

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยคัดกรองผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนจากผู้ซึ่งมีอาการปวดศีรษะที่มารับบริการในร้านยามหาวิทยาลัยด้วยแบบประเมินคัดกรองผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรน และประเมินความปวดและความถี่ของอาการปวดศีรษะไมเกรน หากผู้ป่วยผ่านการประเมินว่าเป็นผู้ป่วยไมเกรนจะถูกจำแนกความรุนแรงเป็นแบบไม่รุนแรงและรุนแรง หากผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยให้แก่ผู้ป่วยและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย หากผู้ป่วยตกลงที่จะเข้าร่วมงานวิจัย

ให้ผู้ป่วยลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้น ผู้วิจัยสุ่มแยกผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินสุขภาวะและความสุข ในกลุ่มทดลองมีการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมตามแนวทางที่สร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วย การซักประวัติเพื่อการวินิจฉัย การประเมินความรุนแรงและเลือกจ่ายยาที่เหมาะสม การจ่ายยาตามแนวทาง ได้แก่ การเริ่มต้นด้วย paracetamol หรือยาในกลุ่ม NSAIDs ในกลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรง และยาในกลุ่มที่รักษาไมเกรน โดยเฉพาะ เช่น ergotamine tartrate และ sumatriptan สำหรับกลุ่มที่อาการรุนแรง มีการให้ยาป้องกันอาการและให้ความรู้พร้อมกับคำแนะนำเรื่องยาและการปฏิบัติตัวโดยผู้วิจัย หลังจากให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยได้รับแผ่นพับเรื่องความรู้เกี่ยวกับไมเกรน สำหรับกลุ่มควบคุมมีการให้บริการตามปกติของร้านยาโดยเภสัชกรในร้านยา

หากผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลทั้งหมดได้ในร้านยา ผู้วิจัยขอที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วย และติดต่อกลับไปยังผู้ป่วยอย่างช้าสุดไม่เกิน 1 วัน หลังจากผู้ป่วยมาใช้บริการที่ร้านยาแล้ว หลังจากให้การรักษาผู้ป่วยผู้วิจัยติดตามผลการรักษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในวันที่ 1 (หลังจากที่ผู้ป่วยมารับบริการที่ร้านยาแล้ว 1 วัน) โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ข้อมูลที่ติดตามประกอบด้วย ระดับความปวด และความถี่ รวมทั้งระยะเวลาของการปวดศีรษะไมเกรน นอกจากนี้ยังมีการติดตามโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยบางราย หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 2) ผู้วิจัยติดตามผลการรักษาโดยเก็บข้อมูลระดับความปวดและความถี่ รวมทั้งระยะเวลาของการปวดศีรษะไมเกรนโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หรือการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ในกลุ่มทดลองมีการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะรายที่ยังมีอาการปวดศีรษะไมเกรนอยู่หรือยังสัมผัสปัจจัยเสี่ยงอยู่ พร้อมกับให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยควบคู่ไปด้วย หลังจากนั้นผู้วิจัยติดตามผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มทุก 2 สัปดาห์และให้บริบาลทางเภสัชกรรมในกลุ่มทดลองร่วมด้วย จนครบ 8 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 จะมีการประเมินสุขภาวะและความสุขของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มร่วมด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยสรุปลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาของการปวดศีรษะไมเกรน เป็นต้น ด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบการแจกแจงข้อมูลแบบโค้งปกติของความปวดศีรษะไมเกรน ความถี่ของการปวด และระดับสุขภาวะและความสุขใช้สถิติ Kolmogorov Smirnov test ส่วนการเปรียบเทียบระดับความปวด ความถี่ของการปวดศีรษะไมเกรน และระดับสุขภาวะและความสุขของผู้ป่วยไมเกรนก่อนและหลังการได้รับการรักษาภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Paired *t*-test หากการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ และใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test หากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ นอกจากนี้ การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกตั้งที่กล่าวมาข้างต้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติ Independent *t*-test หากการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ และใช้สถิติ Mann Whitney U test หากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยไมเกรนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลวิทยาลัยทั้ง 3 สาขา ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2554 ยินดีเข้าร่วมการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 47 ราย กลุ่มที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมตามแนวทางการรักษาไมเกรนมีจำนวน 24 ราย (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติของร้านยามีจำนวน 23 ราย (กลุ่มควบคุม) มีผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจำนวน 1 รายที่ผู้วิจัยไม่สามารถติดตามผลการรักษาได้ เนื่องจากหมายเลขโทรศัพท์ที่ให้ไว้ไม่สามารถใช้ติดต่อได้ ดังนั้นจึงมีผู้ป่วย 46 ราย ที่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดการศึกษา กลุ่มทดลอง 23 ราย และกลุ่มควบคุม 23 ราย มีลักษณะพื้นฐานเหมือนกันในเรื่องเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และระดับการศึกษา (ตารางที่ 1) ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 38 ราย (ร้อยละ 82.6) อายุเฉลี่ยน้อยกว่า 26 ปีจำนวน 35 ราย (ร้อยละ 76) ข้อมูลด้านสุขภาพของตัวอย่างทั้งสองกลุ่มคล้ายคลึงกัน คือ ไม่มีโรคประจำตัว 34 ราย (ร้อยละ

73.9) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการปวดศีรษะไมเกรนเฉลี่ย 0-5 ครั้งในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา 23 ราย (ร้อยละ 50.0)

ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีประวัติคนในครอบครัวเป็นไมเกรน 21 ราย (ร้อยละ 91.3) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ (มีประวัติ 13 รายหรือร้อยละ 56.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนระดับอาการปวดศีรษะไมเกรนก่อนได้รับการรักษาและความถี่ของการปวดศีรษะไมเกรนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาในกลุ่มควบคุมมีมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.036$ และ 0.041 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ผลของการให้บริหารทางเภสัชกรรมตามแนวทางการรักษาไมเกรน

ก่อนการวิจัย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสุขภาพร่างกาย ใจ สังกม และปัญญา ตลอดจนความสุขโดยรวมไม่แตกต่างกัน ($P > 0.05$) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความปวดในวันที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับระดับก่อนการรักษา (กลุ่มทดลอง: $p < 0.001$; กลุ่มควบคุม: $p < 0.01$) อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบระดับความปวดศีรษะไมเกรนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลอง มีระดับปวดศีรษะไมเกรนไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมในการติดตามวันที่ 1, สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ($p = 0.698$, $p = 0.775$ และ $p = 0.772$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ความถี่ของการปวดไมเกรนในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ลดลงจากระดับก่อนที่จะได้รับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้งสองกลุ่มที่ศึกษา (กลุ่มทดลอง: $p < 0.05$; กลุ่มควบคุม: $p < 0.001$) อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบความถี่ของการปวดศีรษะไมเกรนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลอง มีความถี่ของการปวดศีรษะไมเกรนไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ($p = 0.889$, $p = 0.783$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการรักษา กลุ่มทดลองมีสุขภาพร่างกายและสุขภาวะทางจิตใจ รวมทั้งความสุขโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ สัปดาห์ที่ 4 ($p < 0.05$) และมีสุขภาพร่างกาย สุขภาวะ

ตารางที่ 1. ลักษณะประชากรและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย

| ลักษณะประชากรและข้อมูลสุขภาพ | กลุ่มทดลอง (n=23) จำนวน (ร้อยละ) | กลุ่มควบคุม (n=23) จำนวน (ร้อยละ) | p-value ¹ |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| เพศ | | | 0.442 |
| ชาย | 3 (13.0) | 5 (21.7) | |
| หญิง | 20 (87.0) | 18 (78.3) | |
| อายุ (ปี) | | | 0.073 |
| < 26 | 20 (87.0) | 15 (65.3) | |
| 26-45 | 3 (13.0) | 7 (30.4) | |
| > 45 | 0 (0.0) | 1 (4.3) | |
| สถานะภาพสมรส | | | 0.774 |
| โสด | 20 (87.0) | 18 (78.3) | |
| คู่ | 3 (13.0) | 5 (21.7) | |
| อาชีพ | | | 0.866 |
| รับราชการ | 3 (21.7) | 1 (4.3) | |
| รับจ้าง | 2 (8.7) | 3 (13.1) | |
| ค้าขาย | 0 (0.0) | 4 (17.4) | |
| เกษตรกร | 0 (0.0) | 0 (0.0) | |
| ธุรกิจส่วนตัว | 0 (0.0) | 1 (4.3) | |
| นักเรียน/นิสิตนักศึกษา | 16 (69.6) | 14 (60.9) | |
| การศึกษา | | | 0.145 |
| ประถมศึกษา | 0 (0.0) | 1 (4.3) | |
| มัธยมศึกษา | 3 (13.0) | 6 (26.1) | |
| ปริญญาตรีขึ้นไป | 20 (87.0) | 16 (69.6) | |
| ประวัติครอบครัวเป็นไมเกรน | | | 0.008 |
| ไม่มี | 2 (8.7) | 10 (43.5) | |
| มี | 21 (91.3) | 13 (56.5) | |
| โรคประจำตัว | | | 1.000 |
| มีโรคประจำตัว | 6 (26.1) | 6 (26.1) | |
| -โรคความดันโลหิตสูง | 1 (4.3) | 2 (8.7) | |
| - ภูมิแพ้ | 1 (4.3) | 1 (4.3) | |
| - ภาวะเบาหวาน | 4 (17.4) | 3 (13.0) | |
| - ลิ้นหัวใจรั่ว | 0 (0.0) | 1 (4.3) | |
| ไม่มีโรคประจำตัว | 17 (73.9) | 17 (73.9) | |
| ระดับความปวดก่อนได้รับการรักษา | | | 0.036 |
| น้อย (1-3) | 3 (13.1) | 7 (30.4) | |
| ปานกลาง (4-6) | 9 (39.1) | 9 (39.2) | |
| รุนแรง (7-10) | 11 (47.8) | 7 (30.4) | |

ตารางที่ 1. ลักษณะประชากรและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย (ต่อ)

| ลักษณะประชากรและข้อมูลสุขภาพ | กลุ่มทดลอง (n=23) | กลุ่มควบคุม (n=23) | p-value ¹ |
|--|-------------------|--------------------|----------------------|
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| ความถี่ของอาการปวดไมเกรน (1 เดือนที่ผ่านมา) (ครั้ง) | | | 0.041 |
| 0-5 | 19 (82.7) | 16 (69.6) | |
| 6-10 | 2 (8.7) | 4 (17.4) | |
| 11-15 | 1 (4.3) | 3 (13.0) | |
| 16-20 | 0 (0.0) | 0 (0.0) | |
| 21-25 | 0 (0.0) | 0 (0.0) | |
| 26-30 | 1(4.3) | 0 (0.0) | |
| >30 | 0 (0.0) | 0 (0.0) | |
| ความถี่ของอาการปวดไมเกรน (2 เดือนที่ผ่านมา) (ครั้ง) | | | 0.092 |
| 0-5 | 14 (61.0) | 9 (39.1) | |
| 6-10 | 4 (17.4) | 6 (26.1) | |
| 11-15 | 3 (13.0) | 4 (17.4) | |
| 16-20 | 1 (4.3) | 2 (8.7) | |
| 21-25 | 0 (0.0) | 0 (0.0) | |
| 26-30 | 1 (4.3) | 2 (8.7) | |
| >30 | 0 (0.0) | 0 (0.0) | |

1: Mann Whitney-U test หรือ Chi-square test

ทางจิตใจ สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางปัญญา และความสุขโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสัปดาห์ที่ 8 ($p < 0.05$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิตใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางปัญญา รวมทั้งความสุขโดยรวมในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ไม่แตกต่างกับก่อนการรักษา ($p > 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 4 พบว่า ระดับความสุขโดยรวม สุขภาวะทางสังคมและสุขภาวะทางปัญญาของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีระดับที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) แต่สุขภาวะทางกายและสุขภาวะทางจิตใจพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) ในสัปดาห์ที่ 8 ความสุขโดยรวม สุขภาวะทางจิตใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางปัญญาของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีระดับความสุขโดยรวมมีระดับสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่สุขภาวะทางกาย พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มในทุกช่วงเวลาการศึกษา ($p > 0.05$)

การอภิปรายและสรุปผล

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาไมเกรนและกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติของร้านยา มีระดับความปวดศีรษะไมเกรนในระดับที่ไม่แตกต่างกันในทุกช่วงเวลาของการติดตามผล ($p > 0.05$) ขนาดตัวอย่างจำนวน 23 คนในงานวิจัยทำให้มีอำนาจในการทดสอบเหลือเพียงร้อยละ 70 ที่จะทำให้สามารถปฏิเสธสมมุติฐานหลักที่มีระดับความปวดแตกต่างกัน 1.0 หน่วยและเงื่อนไขอื่น ๆ ที่ระบุในการคำนวณขนาดตัวอย่าง อาจกล่าวได้ว่าขนาดตัวอย่างน้อยทำให้ไม่สามารถตรวจสอบความแตกต่างของผลลัพธ์ทางคลินิกของทั้งสองกลุ่มได้ อย่างไรก็ตาม หากระดับความปวดและความถี่ของอาการปวดหัวไมเกรนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตั้งแต่ได้รับการรักษาไป 1 วัน 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ ($p < 0.05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การให้บริการตามปกติของร้านยาสามารถช่วยลดอาการปวดศีรษะไมเกรนของผู้ป่วยได้เช่นกัน จึงทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกหลัง

ตารางที่ 2. ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมและการรักษาตามปกติของร้านยา ณ เวลาต่างๆ ของกลุ่มทดลอง (n=23) และกลุ่มควบคุม (n=23)

| ผลลัพธ์ | กลุ่ม | ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน | | | |
|---|----------------|-------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | | ก่อน | วันที่ 1 | สัปดาห์ที่ 4 | สัปดาห์ที่ 8 |
| ระดับความปวดศีรษะ ไมเกรน (พิสัย 1-10) | กลุ่มทดลอง | 6.00±1.81 | 2.09±2.15 ^a | 2.35±2.60 ^a | 1.69±2.51 ^a |
| | กลุ่มควบคุม | 4.65±2.10 | 2.35±2.37 ^a | 2.57±2.52 ^b | 1.91±2.54 ^b |
| | P ¹ | 0.024 | 0.698 | 0.775 | 0.772 |
| ความถี่ของการปวดศีรษะ ไมเกรน (1 เดือนที่ผ่านมา) (ครั้ง) | กลุ่มทดลอง | 6.43±7.40 | - | 1.09±0.99 ^c | 4.65±3.16 ^b |
| | กลุ่มควบคุม | 9.78±8.54 | - | 1.13±1.10 ^a | 5.04±3.38 ^a |
| | P ¹ | 0.162 | - | 0.889 | 0.783 |
| สุขภาวะทางกาย (พิสัย 1-10) | กลุ่มทดลอง | 6.00±2.39 | - | 7.30±2.20 ^b | 7.83±1.99 ^a |
| | กลุ่มควบคุม | 7.09±1.70 | - | 7.35±0.98 | 7.22±1.13 |
| | P ¹ | 0.082 | - | 0.932 | 0.209 |
| สุขภาวะทางจิตใจ (พิสัย 1-10) | กลุ่มทดลอง | 6.74±2.38 | - | 7.52±1.86 ^c | 8.22±1.76 ^b |
| | กลุ่มควบคุม | 6.87±1.18 | - | 7.26±1.14 | 7.30±1.02 |
| | P ¹ | 0.816 | - | 0.569 | 0.037 ^c |
| สุขภาวะทางสังคม (พิสัย 1-10) | กลุ่มทดลอง | 7.96±1.72 | - | 8.13±1.25 | 8.57±1.20 ^c |
| | กลุ่มควบคุม | 7.26±1.76 | - | 7.17±1.77 | 7.57±1.34 |
| | P ¹ | 0.180 | - | 0.041 | 0.011 |
| สุขภาวะทางปัญญา (พิสัย 1-10) | กลุ่มทดลอง | 8.04±1.80 | - | 8.52±0.85 | 8.87±0.76 ^c |
| | กลุ่มควบคุม | 7.09±1.38 | - | 7.43±1.34 | 7.57±1.31 |
| | P ¹ | 0.051 | - | 0.002 | <0.001 |
| ความสุขโดยรวม (พิสัย 1-10) | กลุ่มทดลอง | 7.30±1.52 | - | 8.22±1.13 ^b | 8.65±1.07 ^a |
| | กลุ่มควบคุม | 6.91±1.56 | - | 7.04±1.33 | 7.48±1.12 |
| | P ¹ | 0.395 | - | 0.002 | 0.001 ^b |

1: Independent student t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

a คือ p<0.001, b คือ p<0.01 และ c คือ p<0.05 เมื่อใช้ Paired-t-test เปรียบเทียบภายในกลุ่มเดียวกันกับระดับก่อนการวิจัย

ได้รับการรักษาของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังเป็นไปได้ว่า ความเจ็บปวดลดลงตามธรรมชาติของอาการที่คงอยู่ในระยะสั้น ๆ เท่านั้น ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lanteri-Minet และคณะ (26) ที่พบว่า เภสัชกรมีส่วนสำคัญในการจัดการกับโรคไมเกรนและอาการปวดศีรษะ ผ่านการให้คำแนะนำและให้ความรู้กับแพทย์ผู้ส่งจ่ายยาและผู้ป่วย นอกจากนี้ การศึกษาของ Wenzel และคณะ (27) พบว่าร้อยละ 80 ของเภสัชกรชุมชน มีความเห็นว่า ทักษะในการรักษาอาการปวดศีรษะเป็นทักษะที่สำคัญ เภสัชกรชุมชนสามารถพบ

กับผู้ป่วยที่เป็นไมเกรนหลายครั้งต่อวัน

ในด้านสุขภาวะและความสุข ผู้ป่วยที่ได้รับการให้บริหารตามแนวทางรักษาไมเกรนในสัปดาห์ที่ 4 มีระดับสุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางปัญญา และความสุขโดยรวม มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ และในสัปดาห์ที่ 8 ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีระดับสุขภาวะทางจิตใจ สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางปัญญา และความสุขโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ แต่ทั้งสองกลุ่มมีสุขภาวะทางกายในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจ

เนื่องมาจากยาที่เลือกจ่ายในทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมรักษาตามปกติของร้านยาไม่ได้มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ โรคไมเกรนเป็นโรคที่อาการจะดีขึ้นเองได้เมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยส่วนใหญ่ จึงไม่น่าแปลกใจที่กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทางคลินิกและสภาวะทางกายไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ผลวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman และคณะ (11) ที่เปรียบเทียบผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยไมเกรนในร้านยา 112 แห่ง ของประเทศเยอรมัน และพบว่า การให้บริบาลทางเภสัชกรรมช่วยเพิ่มสภาวะทางจิตใจและความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ในผู้ป่วยไมเกรนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อย่างไรก็ตาม ผลการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระยะเวลาในการปวด ความถี่ของการปวด และความรุนแรงในการปวดไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ความแตกต่างของการแทรกแซงในกลุ่มที่ได้รับการบริบาลตามแนวทางการรักษาไมเกรนและกลุ่มที่รับการรักษาตามปกติของร้านยา คือ การติดตามผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์และการแก้ไขปัญหากับผู้ป่วยเฉพาะรายในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องการเกิดโรคปวดศีรษะไมเกรน ตลอดจนให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ทั้งในเรื่องการใช้ยาและการปฏิบัติตัว สิ่งเหล่านี้จะช่วยเพิ่มสภาวะทางด้านจิตใจ สังคม ปัญญา และความสุขโดยภาพรวมของผู้ป่วย ดังนั้น เภสัชกรร้านยาจึงควรติดตามผู้ป่วยหลังการให้บริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรน

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการ คือ ขนาดตัวอย่างที่น้อยเพียงกลุ่มละ 23 คนทำให้กระบวนการสุ่มแยกกลุ่มยังไม่สามารถทำให้กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีลักษณะที่เหมือนกันได้ในทุกตัวแปร ความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่พบคือระดับความปวดและความถี่ของการปวดศีรษะก่อนการวิจัย ส่งผลกระทบต่อการเปรียบเทียบระดับของตัวแปรเหล่านี้หลังการแทรกแซง นอกจากนี้ การวิจัยยังไม่ได้ใช้สถิติที่ควบคุมความแตกต่างที่พบก่อนการวิจัย เช่น การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ดังนั้นการเปรียบเทียบตัวแปรผลลัพธ์หลังการแทรกแซง เช่น ระดับและความถี่ของการปวดศีรษะ มีโอกาสถูกรบกวนจากความแตกต่างในช่วงก่อนการวิจัยได้มาก นอกจากนี้การวิจัยนี้ยังไม่ได้ปิดผู้ประเมินผลว่า ผู้ป่วยคนใดอยู่ในกลุ่ม

ควบคุมหรือกลุ่มทดลอง ผลที่อาจเกิดขึ้นได้ คือ อคติจากการวัดผล (observer bias) นั่นคือ พฤติกรรมการถามคำถามเพื่อติดตามอาการหรือการแนะนำต่าง ๆ ของผู้วิจัยอาจแตกต่างกันในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งจะมีผลกระทบต่อความรู้สึกของตัวอย่างและอาจนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตหรือความสุขที่แตกต่างระหว่างกลุ่มได้

โดยสรุป การบริบาลทางเภสัชกรรมตามแนวทางการรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนในร้านยาสามารถเพิ่มสภาวะทางจิตใจ สภาวะทางสังคม สภาวะทางปัญญา และความสุขโดยรวมของผู้ป่วย แต่ไม่มีผลต่อสภาวะทางกายและผลลัพธ์คลินิกอื่น ๆ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ร้านยาอื่น ๆ ประยุกต์ใช้การบริบาลทางเภสัชกรรมตามแนวทางการรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนในร้านยาให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไมเกรนต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อเพิ่มอำนาจในการทดสอบความแตกต่างของผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่ม และควรระยะเวลาการเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาผลระยะยาวของการแทรกแซงให้ชัดเจนมากขึ้น นอกจากนี้ ควรมีการเก็บข้อมูลการให้บริการปกติของร้านยาเพื่อตรวจสอบว่า เป็นไปตามตามแนวทางการรักษาโรคปวดศีรษะไมเกรนหรือไม่

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จากผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกรายที่ผู้วิจัยขอข้อมูลเพิ่มเติมรวมทั้งร้านยามหาวิทยาลัยทั้ง 3 สาขา ของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารอ้างอิง

1. Atirat A. Migraine. In: Montana P, Siraprapa T, editors. Pharmaceutical care in patients with neuropsychological disorders. Bangkok: Bangkok Wetchasan Printing House; 2007. p. 121-44.
2. Phanthumchinda K, Kamol-Ratanakul P. Prevalence of primary headache in central region of Thailand: a cross-sectional survey. J Neurol. 1999;246 (suppl 1):P319.

3. Phanthumchinda K, Sithi-Amorn C. Prevalence and clinical features of migraine: a community survey in Bangkok, Thailand. *Headache*. 1989; 29 : 594-7.
4. van Mil JF, Schulz M. A review of pharmaceutical care in community pharmacy in Europe. *Harvard Health Policy Rev*. 2006; 7: 155-68.
5. Sturgess IK, McElnay JC, Hughes CM, Crealey G. Community pharmacy based provision of pharmaceutical care to older patients. *Pharm World Sci*. 2003; 25: 218-26.
6. Bernsten C, Bjorkman I, Caramona M, Crealey G, Frokjaer B, Grundberger E, et al. Improving the well-being of elderly patients via community pharmacy-based provision of pharmaceutical care: a multicentre study in seven European countries. *Drugs Aging*. 2001; 18: 63-77.
7. Petkova VB. Pharmaceutical care for asthma patients: a community pharmacy-based pilot project. *Allergy Asthma Proc*. 2008; 29: 55-61.
8. Mangiapane S, Schulz M, Muhlig S, Ihle P, Schubert I, Waldmann HC. Community pharmacy-based pharmaceutical care for asthma patients. *Ann Pharmacother*. 2005; 39: 1817-22.
9. Shibley MC, Pugh CB. Implementation of pharmaceutical care services for patients with hyperlipidemias by independent community pharmacy practitioners. *Ann Pharmacother* 1997; 31: 713-9.
10. Paulos CP, Nygren CE, Celedon C, Carcamo CA. Impact of a pharmaceutical care program in a community pharmacy on patients with dyslipidemia. *Ann Pharmacother*. 2005;39:939-43.
11. Hoffmann W, Herzog B, Muhlig S, Kayser H, Fabian R, Thomsen M, et al. Pharmaceutical care for migraine and headache patients: a community-based randomized intervention. *Ann Pharmacother* 2008;42:1804-13.
12. OTC Products: A study of pharmacists' recommendations. *Pharm Times*. 2001:10-30.
13. Kamnuansilpa P. Migraine dispensing management by community pharmacies in Chaingyuen and Kantharawichai districts, Mahasarakham [master thesis]. Maha Sarakham: Mahasarakham University; 2010.
14. Saengcharoen W, Lerkiatbundit S. Migraine management in community pharmacies: practice patterns and knowledge of pharmacy personnel in Thailand. *Headache*. 2013;53:1451-63.
15. Pannachet T. Common Headaches. In: Chaisuksant S, Chiewthanakul P, Nutstaporn T, editors. *Ambulatory Medicine*. Khon Kane: Medicine department, Konkaen Hospital; 2014. p. 3-9.
16. Beithon J, Gallenberg M, Johnson K, Kildahl P, Krenik J, Liebow M, et al. Diagnosis and treatment of headache [online]: Institute for Clinical Systems Improvement; 2013 [cited Mar 10, 2016]. Available from: www.icsi.org/asset/qwrznq/Headache.pdf.
17. The International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition (ICHD-II). *Cephalalgia*. 2004;24:1-147.
18. Saengcharoen W, Buasri N, Khantapokha B, Lerkiatbundit S. Public knowledge and factors associated with inappropriate analgesic use: a survey in Thailand. *Int J Pharm Pract*. 2016;24:22-9.
19. Parakho P. A feasibility of Yoga and self control intervention on headache and quality of sleep among migraine patients at Mahasarakham hospital [master thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2009.
20. Hassinger HJ, Semenchuk EM, O'Brien WH. Appraisal and coping responses to pain and stress in migraine headache sufferers. *J Behav Med*. 1999:327.

21. Chow S-C. Sample size calculations for clinical trials. *Wiley Interdiscip Rev Comput Stat.* 2011; 3:414-27.
22. Lipsey MW, Wilson DB. The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: confirmation from meta-analysis. *Am Psychol.* 1993;48:1181-209.
23. Hohern E. Effects of educational documents in migraine dispensing management by community pharmacies in outside districts of Maha Sarakham [master thesis]. Maha Sarakham: Mahasarakham University; 2010.
24. Ploylearmsang C. Effectiveness of integration of health promotion and prevention in the pharmacy curriculum. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2009.
25. Michel P, Dartigues JF, Henry P, Tison S, Auriacombe S, Brochet B, et al. Validity of the International Headache Society criteria for migraine. GRIM. Groupe de Recherche Interdisciplinaire sur la Migraine. *Neuroepidemiology.* 1993; 12:51-7.
26. Lanteri-Minet M, Nachit-Ouinekh F, Mihout B, Slama A, El Hasnaoui A. The treatment of migraine by pharmacists: a French multicenter study. *Rev Neurol.* 2004;160:441-6.
27. Wenzel RG, Lipton RB, Diamond ML, Cady R. Migraine therapy: a survey of pharmacists' knowledge, attitudes, and practice patterns. *Headache.* 2005;45:47-52.

Effects of Pharmaceutical Care Based on the Clinical Practice Guideline of Migraine in a University Pharmacy: a Pilot Study

Prangtip Lordongbung, Ranida Decha, Wanlaya Suntara, Suda Nunklang, Rodchares Hanrinth, Saithip Suttiruksa

Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

Abstract

Objective: To compare treatment outcomes between patients with migraine receiving pharmaceutical care based on clinical practice guideline of migraine and those receiving usual medical treatment from pharmacy. **Methods:** A randomized controlled trial was carried out between January 1 and March 31, 2011. A total of 46 patients were randomly allocated into 2 groups, i.e., those receiving pharmaceutical care based on the clinical practice guideline of migraine (a treatment group, n=23) and those receiving usual medical treatment from a pharmacy (control group, n=23). The researchers measured severity of headache pain, frequency of headache attacks and health status and overall happiness for two months. **Results:** The treatment group and the control showed no difference in severity of headache pain and frequency of headache attacks at day 1, week 4 and 8 ($p>0.05$). However, social and spiritual health, and overall happiness at week 4 and 8 in the treatment group were significantly higher than those in the control group ($p<0.05$). Moreover, mental health in the treatment group was higher than that in the control group ($p<0.05$). **Conclusion:** Pharmaceutical care based on a clinical practice guideline of migraine does not improve headache pain and frequency of headache attack including physical health in patients with migraine when compared with a usual medical treatment of a pharmacy. However, it improves social, spiritual, and mental health including overall happiness in patients with migraine

Keywords: pharmaceutical care, migraine, drugstores, treatment guideline, community pharmacy