

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดในศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองลำพูน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด เพื่อศึกษาแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด และเพื่อเปรียบเทียบแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมอาการได้และควบคุมอาการไม่ได้ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษารั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหืด ที่มารับบริการในคลินิกโรคหืด ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองลำพูน ทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบกึ่งโครงสร้างเป็นรายบุคคลและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participant observation) จากนั้นจึงจัดข้อมูลตามกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้ วิเคราะห์และนำเสนอโดยการบรรยายและสรุปผลเชิงวิเคราะห์

5.1 สรุปผลการศึกษา

5.1.1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการใช้ยารับประทานและยาพ่นขยายหลอดลม แต่ผู้ป่วยเกือบครึ่ง (ร้อยละ 43.8) ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ ซึ่งเป็นยาหลักที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคหืด

5.1.2 เมื่อศึกษาโดยใช้แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการใช้ยา พบว่าผู้ให้ข้อมูลอธิบายการรับรู้เกี่ยวกับโรคหืดในมุมมองของตนเองตามกรอบแนวคิด แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย โดยอาศัยความเชื่อและประสบการณ์ที่เป็นโรคหืดของตนเองและคำบอกเล่าของผู้อื่น ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำหรือความรู้เชิงวิชาการทางการแพทย์จากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อมารับบริการที่คลินิกโรคหืดแล้วก็ตาม ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีมุมมองด้านสาเหตุของการเกิดโรค ช่วงเวลาและอาการ และพยาธิสรีรวิทยาของโรคหืดไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีมุมมองที่แตกต่างกันในมิติของความรุนแรงของโรคและวิธีการรักษา กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยารับรู้ความรุนแรงของโรคหืดว่าเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ เพื่อควบคุมอาการ โรคหืดอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยารับรู้ความรุนแรงของโรคหืดเป็นว่าโรคเฉียบพลัน ไม่มีอาการแสดงถึงการไม่มีโรค จึงไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยาในช่วงที่ไม่มีอาการกำเริบ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะใช้ยาพ่นขยาย

หลอดเลือดหรือไขมันขยายหลอดเลือดร่วมกับยาพ่นสเตียรอยด์ในช่วงเวลาที่มีอาการจับหืดกำเริบเท่านั้น

5.1.3 เมื่อเปรียบเทียบแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ควบคุมอาการโรคหืดได้ และผู้ป่วยที่ควบคุมอาการโรคหืดไม่ได้ พบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการโรคหืดได้เป็นกลุ่มเดียวกับผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา และผู้ป่วยที่ควบคุมอาการโรคหืดไม่ได้เป็นกลุ่มเดียวกับผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการโรคหืดได้อธิบายการรับรู้เกี่ยวกับโรคหืดในมุมมองของตนเองตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยในด้านการรับรู้ความรู้แรงและด้านวิธีการรักษาแตกต่างกับผู้ป่วยที่ควบคุมอาการโรคหืดไม่ได้ โดย ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการโรคหืดได้รับรู้ความรู้แรงของโรคหืดว่าเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้ยาพ่นสเตียรอยด์เพื่อควบคุมอาการโรคหืดอย่างต่อเนื่อง ส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมอาการโรคหืดไม่ได้รับรู้ความรู้แรงของโรคหืดว่าเป็นโรคเฉียบพลัน ไม่มีอาการแสดงถึงการไม่มีโรค จึงไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยาในช่วงที่ไม่มีอาการกำเริบ

5.2 อภิปรายผลการศึกษา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการใช้ยารับประทานและยาพ่นขยายหลอดเลือด แต่ผู้ป่วยเกือบครึ่ง (ร้อยละ 43.8) ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ซึ่งเป็นยาหลักที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคหืด แม้ว่าผู้ป่วยทุกรายจะได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ตามมาตรฐานแล้วก็ตาม แสดงให้เห็นถึงปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ในการรักษาโรคหืดซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับ สุณี เลิศสินอุดม และคณะ (2549) ศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยา และวิธีการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาโดยเภสัชกรคลินิกโรคหืดแบบง่าย พบว่า ปัญหาที่พบบมากที่สุด คือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (ร้อยละ 62.9) รองลงมา คือ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ร้อยละ 36.2) สำหรับปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่พบบมากที่สุด คือ เทคนิคการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 62.9) และการใช้น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 32.0)

เมื่อศึกษาการให้ความร่วมมือในการใช้ยาในมุมมองของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีมุมมองในการรับรู้ความร่วมมือในการใช้ยาของตนเองตามความจำเป็นของการใช้ยาซึ่งสอดคล้องกับการรับรู้ความรู้แรงของความเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาหลายระดับตามการรับรู้ความรู้แรงจากความเจ็บป่วยของตน ซึ่งเป็นผลมาจากการดำเนินชีวิตประจำวันและความสามารถในการทำงานประกอบอาชีพ แต่ในทางระบบชีวการแพทย์ ซึ่งเป็นมุมมองของนักวิชาชีพ หมายถึง การที่ผู้ป่วยต้องใช้ยาตามคำสั่งแพทย์หากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแสดงว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ในมุมมองนักวิชาชีพส่วนใหญ่จะมองพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาว่าเกิดจาก ผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แต่ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีเหตุผลของการใช้ยาของตัวเอง แนวคิดสำคัญ คือ

การใช้ตัวเองเป็นตัวชี้วัด ถ้าอาการของตนเองดีขึ้น สามารถทำงานหรือดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ผู้ป่วยอาจจะปรับลดการใช้ยาลงหรือหยุดใช้ยา และหากอาการเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยก็จะเริ่มมาใช้ยาใหม่ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Van der Geest และคณะ (Van der Geest, Whyte, & Hardon, 1996) ที่ศึกษา มานุษยวิทยาด้านยา พบว่า ผู้ป่วยมักมีเหตุผลในการเลือกใช้ยาของตนเองเสมอ โดยเหตุผลนั้นอาจแตกต่างจากบุคลากรทางการแพทย์ ระบบวิถีชีวิตที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไปนั้น บางครั้งบุคลากรทางการแพทย์จะเห็นว่าเป็นพฤติกรรมไม่เหมาะสม หากมีการทำความเข้าใจในระบบวิถีชีวิต ความเชื่อและตรรกะในการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างถ่องแท้จะเป็นกุญแจสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม

ในมุมมองระบบชีวการแพทย์ การแบ่งผู้ป่วยโรคหืดเป็นกลุ่มที่ควบคุมโรคหืดได้ และควบคุมโรคหืดไม่ได้ ใช้เกณฑ์การควบคุมโรคหืดตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหืดของประเทศไทย เป็นไปตามแนวทางการรักษาโรคหืดโลก (Global Initiative for Asthma ; GINA) แต่ในมุมมองของผู้ป่วยโรคหืด จะมีมุมมองด้านการรับรู้การควบคุมโรคหืดจากความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข ความสามารถในการทำงานหาเลี้ยงชีพได้ และการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับผลกระทบของโรคหืด ในทางตรงกันข้ามการควบคุมโรคหืดไม่ได้ในมุมมองของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยได้รับผลกระทบของโรคหืดที่ส่งผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข การขาดความสามารถในการทำงานประกอบอาชีพ ไม่มีเรี่ยวแรงในการทำงานหาเลี้ยงปากท้องได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภัทจรีย์ ดิเรกศรี (สุภัทจรีย์ ดิเรกศรี, 2555) ศึกษา แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในมุมมองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรับรู้ความรุนแรงของโรคไตจากผลกระทบที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และความสามารถในการทำงาน แต่ในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์แบ่งความรุนแรงของโรคไต 5 ระดับ ตามแนวทางการรักษา Kidney Disease Outcome Quality Initiative (K/DOQI)

ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา และผู้ป่วยที่ควบคุมอาการโรคหืดได้ รับรู้ความรุนแรงของโรคหืดว่า โรคหืดเป็นโรคเรื้อรัง ที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเหมือนกับการรักษาโรคเรื้อรังอื่น ที่ต้องการควบคุมอาการไม่ให้จับหืดได้ เช่น โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น สอดคล้องกับ สุภารัตน์ พัฒนรังสรรค์ (สุภารัตน์ พัฒนรังสรรค์, 2554) ที่ศึกษา แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า มีการอธิบายโรคเบาหวาน 2 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบที่ 1 เป็นการอธิบายเบาหวาน และการควบคุมน้ำตาล ซึ่งใกล้เคียงกับการอธิบายของการแพทย์แผนปัจจุบัน และรูปแบบที่ 2 การอธิบายเบาหวาน กับการเลี้ยงน้ำตาล ซึ่งแตกต่างจากแนวคิดแผนตะวันตก ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา และผู้ป่วยที่ควบคุมอาการโรคหืดไม่ได้ รับรู้เกี่ยวกับความ

รุนแรงของโรคหัดว่า โรคหัดเป็นโรคเฉียบพลัน ไม่มีอาการจับหัดกำเริบ แสดงถึงการไม่มีโรค ผู้ป่วยเข้าใจว่าหายจากการเป็นโรคหัดแล้ว แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็ทราบว่าคุณอาจกลับมาเป็นโรคหัดได้อีก คล้ายกับโรคเฉียบพลัน เช่น โรคหวัดที่มีการดำเนินโรคเป็นช่วงๆ ซึ่งกระบวนการคิดว่าโรคหัดเป็นโรคเฉียบพลันมีความสอดคล้องกับธรรมชาติของโรคหัดที่ประกอบด้วย ช่วงที่มีอาการกำเริบ (symptomatic phase) และช่วงไม่มีอาการกำเริบ (asymptomatic phase) ซึ่งช่วงที่ไม่มีอาการกำเริบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรับรู้ และหายจากโรคหัดแล้ว ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยผู้ป่วยจะใช้ยาเฉพาะเมื่อมีอาการจับหัดเท่านั้น และให้ความสำคัญกับการใช้ยาพ่นขยายหลอดลม เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นช่วงที่มีอาการเท่านั้น หรือใช้ยาพ่นขยายหลอดลมร่วมกับยาพ่นสเตียรอยด์ในช่วงที่มีอาการกำเริบ พออาการดีขึ้นผู้ป่วยก็จะหยุดใช้ยา เนื่องจากไม่จำเป็นต้องใช้ยา และกลัวผลข้างเคียงจากการใช้ยาหากไม่มีอาการ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาให้เหตุผลว่ายาพ่นมีรสขม สอดคล้องกับการศึกษาของ Halm (Halm, Mora, & Leventhal, 2006) ที่ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับโรคหัดในผู้ป่วยโรคหัดที่เป็นผู้ใหญ่ในชุมชนแออัด พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการเป็นโรคเฉียบพลันของโรคหัดสัมพันธ์กับผลลัพธ์การจัดการควบคุมโรคหัดที่ไม่ดีของผู้ป่วยโรคหัดที่เป็นผู้ใหญ่ในชุมชนแออัด และสอดคล้องกับ Cochrane (Cochrane, Horne, & Chanez, 1999) ที่ศึกษา ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ความไม่ร่วมมือของผู้ป่วยมี 2 สาเหตุสำคัญ คือ ความไม่ร่วมมือในการรักษาที่เกิดจากความไม่ตั้งใจ (Unintentional non-compliance) และความไม่ร่วมมือในการรักษาที่เกิดจากความตั้งใจ (Intentional non-compliance) เกิดจากความตั้งใจของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษา ผู้ป่วยจะหยุดการรักษาโรคเมื่อเห็นว่าวิธีการรักษานั้นไม่ได้ผล หรือไม่จำเป็นหรือมีอันตราย โดยผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาอาจเกิดจากการเข้าใจหรือความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับธรรมชาติของการเจ็บป่วย เช่น การเป็นโรคเรื้อรัง หรือ โรคเฉียบพลัน เป็นต้นสอดคล้องกับ การศึกษาของ Horne (Horne et al., 2004) ที่พบว่า ผู้ป่วยหลายคนเลือกที่จะไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยมีความเชื่อว่าไม่มี ความจำเป็นในการใช้ยา หรือกลัวอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น แต่ให้เหตุผลที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาแตกต่างกับ สุทธิ เลิศสินอุดม (2551) ศึกษาการใช้ยาต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคหัด พบว่า ผู้ป่วยโรคหัดไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา เกิดจากอาการเหนื่อยหอบจนไม่อยากจะสูดยา เนื่องจากผู้ป่วยเข้าใจว่าถ้าสูดยาแล้วจะทำให้เหนื่อยมากขึ้น นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา และผู้ป่วยที่ควบคุมอาการโรคหัดไม่ได้ จะมีทัศนคติที่ติดต่อการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมเพราะเป็นยาที่ได้ผล และรู้สึกว่าร่างกายดีขึ้นหลังจากได้พ่นยา สามารถทำงานหรือดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ผู้ป่วยบางส่วนมีผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา เช่น รสขมจากยาพ่นสเตียรอยด์ ร่วมกับเมื่อลองใช้แล้วไม่เห็นผลที่เกิดขึ้นทันทีต่อร่างกายผู้ป่วยให้เรียกยาที่ใช้ไม่ได้ผลดีกับตนเอง แต่อาจได้ผลดีกับคนอื่นว่า ไม่ถูกกับยา และความรู้สึกที่ใช้ยาแล้วเกิดผลข้างเคียงว่า ยาแรง เป็นต้น ในขณะที่ผู้ป่วยที่ควบคุม

โรคหืดได้ จะมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ เนื่องจากผู้ป่วยใช้แล้ว ทำให้อาการกำเริบของโรคหืดลดลง มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

เมื่อวิเคราะห์ผลการศึกษาดังกล่าวตามแบบจำลองการอธิบายโรคของผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งกล่าวถึงสาเหตุของการเกิดโรค ช่วงเวลาและอาการเจ็บป่วย พยาธิสรีรวิทยา ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค และวิธีการรักษา การแพทย์แผนปัจจุบันได้ให้คำจำกัดความของโรคหืด คือ โรคที่มีการอักเสบของหลอดลม ทำให้หลอดลมไวเกินต่อสิ่งกระตุ้น ทำให้หลอดลมตีบและมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมมากกว่าคนปกติ ทำให้หลอดลมตีบและมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการจับหืดกำเริบ ได้แก่ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงวี๊ดดังนั้นอาการของโรคหืดที่ปรากฏขึ้นเป็นเหมือนยอดของภูเขาน้ำแข็ง ที่เกิดจากหลอดลมไวเกินต่อสิ่งกระตุ้น และมีรากฐานมาจากกระบวนการอักเสบของหลอดลม ทำให้การรักษาในปัจจุบันมุ่งเน้นการรักษาที่มากระบวนการอักเสบของหลอดลมที่มีใช้ยาพ่นสเตียรอยด์เป็นยาหลักในการรักษา

ระบบชีวการแพทย์ได้กล่าวถึงสาเหตุการเกิดโรคหืดตามระบบชีวการแพทย์ (Biomedicine) มาจากกระบวนการอักเสบของหลอดลม โดยมีปัจจัยเสี่ยงด้านพันธุกรรมจากญาติสายตรง โรคภูมิแพ้ ในขณะที่มุมมองของผู้ป่วยรับรู้ถึงสาเหตุของการเกิดโรคหืดที่มีความหลากหลาย ตามความเชื่อและประสบการณ์ของตนและคำบอกเล่าของผู้อื่น โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อว่าสาเหตุของโรคหืดเกิดจากการสูดดมมลพิษ และสารก่อภูมิแพ้ในช่วงที่ประกอบอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การสัมผัสควันบุหรี่ ไขมันจากการทอด ควันจากท่อไอเสีย และการใช้น้ำยาทำความสะอาดเป็นระยะเวลานาน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ประกาย หมายมั่น และกรแก้ว จันทภาษา (2554) ที่ศึกษาแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหืดและบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยเชื่อว่าโรคหืดเกิดจากปอดไม่แข็งแรง มลพิษ และความชื้น เป็นต้น

นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยบางส่วนนำเหตุการณ์ก่อนหน้าทีตนจะประสบกับโรคหืดมาสัมพันธ์กับการเกิดโรคทำให้ผู้ป่วยคิดว่าเหตุการณ์นั้นเป็นสาเหตุของการเกิดโรค เช่น การพักผ่อนน้อย อาการจากการเป็นลมผิเดือ การทำความสะอาดห้องน้ำโดยใช้น้ำยาห้องน้ำที่เป็นกรดรุนแรง และยาจุกันยุงแบบขด เป็นต้น ผู้ป่วยบางส่วนยังเชื่อมโยงสาเหตุการเกิดโรคหืดกับพันธุกรรม โดยผสมผสานความเชื่อของตนร่วมด้วย เช่น การดื่มนมแม่ที่เป็นโรคหอบมากกว่าพี่น้องคนอื่น ๆ เป็นต้น รวมทั้งเรื่องกรรม โดยพบว่าผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาและไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยารับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคหืดไม่แตกต่างกัน คือ รับรู้สาเหตุของการเกิดโรคหืดที่มีความหลากหลายตามความเชื่อและประสบการณ์ของตน หรือคำบอกเล่าของผู้อื่น แต่ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาและผู้ป่วย

ที่ควบคุมโรคหัดไม่ได้ จะมีลักษณะร่วมกันบางประการ คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรับรู้ว่ามีปัจจัยที่กระตุ้นที่ทำให้เกิดโรคหัดเป็นสาเหตุของโรคหัด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการที่ผู้ป่วยได้รับปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการจับหัด ผู้ป่วยจึงเข้าใจว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหัด เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับปัจจัยกระตุ้น เช่น การพยายามหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นแล้วผู้ป่วยไม่มีอาการ ด้วยวิธีคิดในลักษณะนี้สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคหัดเป็นโรคเฉียบพลัน ซึ่งการรับรู้นี้มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ทำให้มีการใช้ยาตามอาการที่เกิดขึ้นเมื่อมีอาการจับหัดเท่านั้น

ในส่วนในช่วงเวลาและอาการในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัด พบว่า ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา และกลุ่มที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยามีอาการจับหัดกำเริบเมื่อได้รับปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ตนเกิดอาการจับหัด และอธิบายอาการจับหัดกำเริบไม่แตกต่างกัน แต่จะให้ความสำคัญกับการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่แตกต่างกันตามประสบการณ์การเกิดโรคหัดของตน โดยผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ตนเกิดอาการเกิดโรคหัด แม้ว่าปัจจัยบางอย่างจะเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการจับหัดกำเริบ แต่หากไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการจับหัดกำเริบผู้ป่วยก็จะไม่ให้ความสำคัญกับปัจจัยกระตุ้นนั้น ผู้ป่วยจะใช้ประสบการณ์ตรงของตนเองในการบอกเล่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาส่วนใหญ่รับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคหัดว่าเกิดจาก สารก่อภูมิแพ้ และสารระคายเคือง ต่างๆ ที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการจับหัดกำเริบ ผู้ป่วยบางส่วนมักจะมีอาการนำก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการหอบ จนกระทั่งหายใจไม่ออก อาการนำที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น อาการไอ มีเสมหะมาก อาการลมตีขึ้นมาที่ท้องไปสู่ออกพร้อมกับอาการปวด และอาการคัดจมูก เสียงเปลี่ยน เป็นต้น ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับยาที่ใช้บรรเทาอาการที่เกิดขึ้นด้วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยไม่ให้เกิดอาการจับหัด หรือเพื่อเฝ้าระวังการเกิดปฏิกิริยาร่วมกันกับยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานประจำตัวอื่นๆ เพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะซื้อยารับประทานเพื่อป้องกันหรือบรรเทาอาการนำก่อนการจับหัดสอดคล้องกับการศึกษาของ ประกาย หมายมั่น และ กรแก้ว จันทภาษา (2554) ที่พบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับอาการนำของตนก่อนที่ติดจะเกิดอาการจับหัด

ในส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัด ผู้ป่วยมักคิดเองว่าเป็นโรคที่มีความรุนแรง แล้วเป็นโรคที่เกิดแล้วต้องเป็นตลอดชีวิต หากเป็นในวัยเด็กจะสามารถหายได้ แต่ถ้าเป็นในวัยผู้ใหญ่จะเป็นตลอดชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่แน่ใจโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคหัดนั้นมีอะไรบ้าง แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมักจะกลัวโรคแทรกซ้อนทางไต และอันตรายจากการพันยาสเตรอยด์และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลานาน การประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยจะประเมินจากความถี่บ่อยของการเกิดอาการจับหัด การตอบสนองต่อการใช้ยาขณะเกิดอาการกำเริบ และระดับของสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาและถูกส่งต่อ สอดคล้องกับการศึกษาของประกาย หมายมั่น และกรแก้ว จันทภาษา

(2554) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดเชื่อว่าหากเป็นโรคหืดตั้งแต่เด็กสามารถที่จะหายขาดได้ แต่ไม่สอดคล้อง ปรากฏ หมายหมั้น ในเรื่องการประเมินความรุนแรง กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคหืดในการศึกษาของประภาย หมายหมั้น ประเมิน เฉพาะผลการตอบสนองจากการใช้ยาพ่น แต่ในการศึกษาของผู้ศึกษานี้ ประเมิน ความรุนแรงของโรคหืด ตามความถี่บ่อยในการเกิดอาการ ตามผลการตอบสนองจากการใช้ยาพ่น ตาม ระดับสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา หากเป็นการเข้าห้องฉุกเฉินหรือโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะรับรู้ว่ รุนแรงมาก นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหืดยังประเมินความรุนแรงของโรคหืดตามความสามารถในการ ดำเนินชีวิตประจำวัน และความสามารถในการทำงานอีกด้วย โดยไม่คำนึงว่าเป็นเวลากลางวันหรือ กลางคืนแบบเดียวกับเกณฑ์ทางชีวการแพทย์ ส่วนบุคลากรทางการแพทย์จะแบ่งระดับความรุนแรงตาม แนวทางการรักษาโรคหืดของประเทศไทย (คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรค หืด พ.ศ. 2551, 2551) ซึ่งใช้เกณฑ์เดียวกับแนวทางการรักษาโรคหืดโลก GINA ที่ประเมินความรุนแรง ตามการควบคุมโรคหืด จากความถี่บ่อยในการเกิดอาการแบ่งเป็นช่วงกลางวัน กลางคืน ความจำเป็นใน การใช้ยาขยายหลอดลม การเข้ารับบริการในห้องฉุกเฉินหรือการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และการวัดสมรรถภาพปอดโดยเป่า Peak flow meter

สำหรับวิธีการรักษา ผู้ป่วยรับรู้วิธีการรักษาตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดว่า เป็น โรค เรื้อรังหรือว่าเป็นโรคเฉียบพลัน ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น ในประเด็นของความร่วมมือในการใช้ยาของ ผู้ป่วยโรคหืด นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายมีความคาดหวังกับการรักษาโรคหืด คือ หายขาดจากโรคหืด ก็จะมี การใช้การแพทย์พื้นบ้าน และการใช้ยาด้วยตนเองร่วมด้วย

การรับรู้เกี่ยวกับ สาเหตุของการเกิดโรคหืด ช่วงเวลาและอาการของโรคหืด และพยาธิสรีรวิทยา ของโรคหืด ไม่ได้มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดที่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ ข้อมูลดังกล่าวจากประสบการณ์ของตนเอง และคำบอกเล่าของผู้อื่น การรับรู้ด้านดังกล่าวไม่ได้ส่งผล ต่อความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้น ในการดำเนินงานคลินิกโรคหืด บุคลากรทางการแพทย์ ควรทุ่มเท ความสนใจ ในการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับผู้ป่วยในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด ให้เกิด ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ และเกิดความตระหนักในความจำเป็นต่อการใช้อย่างต่อเนื่อง โดยทำความเข้าใจความเป็น โรคเรื้อรังของโรคหืด ที่ต้องการการควบคุมและการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์ควรจัดชุดความรู้ และกระบวนการให้ผู้ป่วยลดความกังวลของการใช้ยาพ่น สเตียรอยด์ต่อเนื่องกัน ในระยะเวลานาน เนื่องจากผู้ป่วยมีความกังวลต่อการใช้ยาต่อเนื่อง แม้จะได้รับ คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาสเตียรอยด์แล้วก็ตาม นอกจากนี้ในการ ให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษา สามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา โดย อาจใช้คำถามสั้นๆ เพื่อประเมินการรับรู้ความรุนแรง จากการเป็นโรคเรื้อรังหรือโรคเฉียบพลัน โดย

ถามผู้ป่วยว่า “ในช่วงที่ไม่มีอาการกำเริบ ผู้ป่วยคิดว่าหายจากโรคหืดแล้วหรือยัง” ซึ่งถ้าคำตอบ คือ ใช่ แสดงว่าผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับโรคหืดเป็น โรคเฉียบพลัน และมีแนวโน้มที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา นอกจากนี้ ลักษณะของผู้ป่วยที่มีแนวโน้มไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา อาจคัดกรองได้จาก การสอบถามผู้ป่วยโรคหืดถึงสาเหตุของการเกิดโรค และปัจจัยกระตุ้น หากผู้ป่วยเชื่อว่าสาเหตุที่ทำให้ตนเองเกิดโรคหืดเป็นสิ่งเดียวกับปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ แสดงว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยที่คิดว่าสาเหตุของโรคหืดเกิดจากยาแก้อาการ และเมื่อได้รับควันจากยาแก้อาการทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการจับหืดกำเริบ เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับสิ่งกระตุ้นแล้วไม่เกิดอาการ ผู้ป่วยก็จะไม่มีอาการทำให้คิดว่าไม่จำเป็นต้องใช้ยา วิธีคิดในลักษณะนี้สนับสนุนการที่โรคหืดเป็นโรคเฉียบพลัน สอดคล้องกับ Halm (Halm, et al., 2006) ที่ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคหืดในผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นผู้ใหญ่ในชุมชนแออัดในนิวยอร์ก ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดความเชื่อว่าเป็นโรคเฉียบพลัน จะมีแนวโน้มไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาฟันสเตรอยด์และสัมพันธ์กับผลการควบคุมและการจัดการโรคหืดที่ไม่ดี

ผู้ป่วยโรคหืดในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ใช้การรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก โดยให้เหตุผลว่าได้ผลที่ดีในการรักษา ผู้ป่วยบางรายเคยมีประสบการณ์ในการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกที่ได้รับการบอกต่อถึงผลการรักษาจากคนใกล้ชิด เพื่อนบ้าน และเครือข่ายในชุมชน เช่น การรับประทานจิงจก ตู๊กแก ทาก เลือดแพะ ซึ่งจะทำให้เกิดการอาเจียนเพื่อเอารังของโรคหืดออกจากร่างกาย โดยผู้ป่วยและผู้ที่มีประสบการณ์มาก่อนบอกต่อกันมาว่าโรคหอบจะมีรังของโรคอยู่ ถ้าสามารถเอารังของโรคออกมาได้หมดโดยรับประทานสัตว์หรือสมุนไพรต่าง ๆ ตามคำบอกเล่าดังกล่าว จะทำให้อาเจียนและสามารถเอารังโรคหอบออกมา ก็สามารถหายจากโรคนี้ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายก็พยายามรักษาฟื้นฟูสุขภาพให้ดีโดยการเลือกการใช้สมุนไพร เช่น รางจืด และดอกปีป เป็นต้น หรือลองใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในรูปแบบสมุนไพรที่ได้ยินโฆษณาชวนเชื่อจากวิทยุ เช่น เจียวกู่หลาน และเห็ดหลินจือ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ประกาย หมายมั่น (2554) ที่ศึกษาแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหืดในมุมมองของผู้ป่วย โรคหืดของบุคลากรทางการแพทย์ และพบว่าผู้ป่วยโรคหืดมีมุมมองเกี่ยวกับเป้าหมายและความคาดหวังในการรักษา ผู้ป่วยต้องการให้หายขาดจากโรคหืดจึงมารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาเยียวยา ณ แหล่งอื่นร่วมด้วย ส่วนบุคลากรทางการแพทย์มีเป้าหมายในการรักษาโรคหืดโดยการใช้ยาเพื่อควบคุมอาการโรคหืดสำหรับเบื้องหลังพฤติกรรมแสวงหาการรักษาอื่น เกิดจากผู้ป่วยมีความคาดหวังในการรักษา คืออยากหายจากโรคหืด และอยากลองดูเพื่อหาย แม้ว่าเมื่อลองไปแล้ว จะไม่ได้ผลก็มีเหตุผลมารองรับว่าตนนั้นอาจไม่ถูกกับการรักษาวิธีนั้น ซึ่งพฤติกรรมนี้สะท้อนวิธีคิดของคนในสังคมว่า จริง ๆ แล้วไม่ได้ปักใจเชื่ออย่างเต็มที่กับประสิทธิภาพของยาหรือการรักษาต่างๆ เพราะในความคิดของคนในชุมชนเองแล้ว

ยาและการดูแลรักษาโรคต่างๆ นั้น ไม่มีความแน่นอน ไม่มีกฎตายตัว สามารถแปรผันได้ไปตามแต่ละบุคคล (กิ่งแก้ว เกษโกวิท, 2541) เครือข่ายในชุมชนที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคหืดวิธีต่างๆ ได้แก่ วัด ร้านลาบ เพื่อนบ้าน และเพื่อนผู้ป่วยขณะรอรับการตรวจรักษา แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยได้รับแหล่งข้อมูลเพื่อมาประมวลผลและตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาของตนเองต่อไป สอดคล้องกับการแพทย์สามัญชนในระบบพหุลักษณะทางการแพทย์ของ Kleinman (1980) ที่พบว่า การรักษาด้วยตนเองและครอบครัวเป็นทางเลือกแรกในการรักษาของปัจเจกบุคคล ลักษณะเด่นของระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของสามัญชน คือ ต้องผ่านความคิดเห็นของบุคคลต่างๆ มากมาย ตั้งแต่ ตนเอง ครอบครัว ผู้ใกล้ชิด จนถึงชุมชนที่อยู่อาศัย แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยโรคหืดใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งในการตัดสินใจใช้ยา เช่น ข้อมูลจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว เพื่อนบ้าน ญาติและข้อมูลจากการโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ นั้น เป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรมอยากเสี่ยงและอยากลองใช้ยาชนิดใหม่ๆ อีกทั้งความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับยาที่แทรกอยู่ในวิถีการดำเนินชีวิตชาวบ้านในชุมชนจนไม่สามารถแยกออกมาได้ชัดเจนนั้นก็มามีอิทธิพลสูงต่อการเลือกใช้ยาในชุมชน สอดคล้องกับ จากแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อและพฤติกรรมการใช้ยานั้นจะพบเหตุผลของคนในชุมชนอยู่เบื้องหลังการใช้ยาผ่านระบบคิดแบบพื้นบ้านในแต่ละชุมชนเสมอ ซึ่งระบบคิดแบบพื้นบ้านหรือระบบคิดเชิงปฏิบัติ (practical thought) เป็นความคิดความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกสร้างขึ้นมาโดยชาวบ้านในชุมชน เพื่อนำมาใช้ร่วมกับการดำรงชีวิตประจำวัน (สุภนัย ประเสริฐสุข, 2554) ข้อมูลจากประสบการณ์ของคนใกล้ชิดเป็นสิ่งสำคัญมากต่อการตัดสินใจกระทำอะไรบางอย่างเพื่อที่จะรักษาตนเองโดยเฉพาะในภาคเหนือกับวลีที่คุ้นหู “เป็นว่า” “คนบ่เก่าเป็นว่า” “เพิ่นว่ากันั้นว่า” ล้วนเป็นคำอ้างอิงบุคคล พบได้บ่อยในการให้เหตุผลเพื่อการตัดสินใจเลือกการรักษา หรือตัดสินใจซื้อยารักษาตนเอง และแม้ว่าการรักษานั้นจะไม่ได้ผล หรืออาการเจ็บป่วยไม่ดีขึ้น ก็ยังมีเหตุผลรองรับว่าวิธีการรักษา หรือยานั้นไม่เหมาะสมกับตนเอง โดยมักจะบอกว่า “มันบ่ถูก” “ใจแล้วมันบ่ถูก” ผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่ที่มีประสบการณ์การแพทย์ทางเลือกแล้วไม่เห็นผลลัพธ์ที่เปลี่ยนไป ผู้ป่วยก็จะเลิกการรักษาหรือการใช้ผลิตภัณฑ์นั้น สุภนัย ประเสริฐสุข (2554) พบว่า ยาดีของแต่ละคนอาจจะเหมือนหรือแตกต่างกันไป โดยชาวบ้านให้คุณค่ากับผลการรักษาเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งลักษณะที่แตกต่างกันเช่นนี้เรียกว่า ถูกกับยา (Compatibility Suitibility) และ การใช้ยาของคนในชุมชนเมืองล้วนแล้วแต่เชื่อมโยงกับบริโภคนิยม (Consumerism) และสัมพันธ์กับกลุ่มชนชั้นทางสังคม (Social class) โดยจะบริโภคนิยมที่ความหมายแฝงด้วย

5.3 ข้อจำกัดของการศึกษา

5.3.1 การศึกษาแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด ทำให้เห็นพฤติกรรมการใช้ยาและพฤติกรรมสุขภาพในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ซึ่งในความเป็นจริงแล้วความร่วมมือในการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยา ยังคงมีความเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา

5.3.2 การศึกษาการใช้ยา และพฤติกรรมสุขภาพในครั้งนี้ไม่ได้กำหนดระยะเวลาของการเป็นโรคหืด ทำให้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความแตกต่างกัน เนื่องจากระยะเวลาการเป็นโรค มีผลต่อการยอมรับและปรับตัวของผู้ป่วยแตกต่างกัน ในการศึกษารั้งต่อไปควรมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการเป็นโรคแตกต่างกันมาเปรียบเทียบ

5.3.3 เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในเฉพาะกลุ่ม เฉพาะพื้นที่ การนำข้อมูลไปขยายผลเพื่อความเป็นตัวแทนของประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งจึงอาจเป็นข้อจำกัดของการศึกษา เนื่องจากความแตกต่างของลักษณะพื้นที่ ภาวะเงื่อนไขและบริบททางสังคมและวัฒนธรรม นอกจากนี้เทคนิคการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ศึกษาถือเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลที่สำคัญซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดของการศึกษาอันเนื่องมาจากการประสพการณ์ของผู้ศึกษา

5.4 ข้อเสนอแนะจากการศึกษารั้งนี้

การศึกษารั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดในศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองลำพูน โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการศึกษารั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการให้บริการผู้ป่วยโรคหืด ดังนี้

5.4.1 แบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วยโรคหืด จะเป็นข้อมูลที่ทำให้นักการทางการแพทย์นำมาปรับใช้ในการให้คำปรึกษา เพื่ออธิบายความสำคัญของการใช้ยา โดยเน้นในเรื่องการทำความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคหืด ความเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์เพื่อลดการอักเสบของหลอดลม ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะให้ความสำคัญกับผลที่เกิดขึ้นต่อการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน และเน้นกระบวนการทำความเข้าใจเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ แต่ต้องพร้อมที่จะยอมรับหากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามเพราะผู้ป่วยมีชุดความรู้ที่ใช้อธิบายความเจ็บป่วยของตน ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย และสังคมและวัฒนธรรม

5.4.2 การสื่อสารเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจถึงธรรมชาติของโรคหืดว่าเป็นโรคเรื้อรัง นักการทางการแพทย์ต้องเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจธรรมชาติของโรคอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น ได้แก่ช่วงที่มีอาการปรากฏ คือ มีอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีด หรือหอบเหนื่อยและช่วงที่ไม่มีอาการปรากฏ ซึ่งช่วงนี้ต้องทำความเข้าใจแก่ผู้ป่วยให้มากขึ้นเกี่ยวกับที่กระบวนการอักเสบของหลอดลมที่จะทำให้หลอดลมไวเกินต่อสิ่งกระตุ้น และพร้อมที่จะทำให้เกิดอาการจับหืดกำเริบได้

ตลอดเวลาและพยายามเชื่อมโยงกับการใช้ยาฟันสตีรอยด์เพื่อควบคุมอาการในช่วงที่ไม่ปรากฏอาการนี้

5.4.3 ควรจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยโรคหืดมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยให้ผู้ป่วยที่ใช้ยาฟันสตีรอยด์อย่างต่อเนื่อง แล้วได้ผลดีต่อการรักษา เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้ยาของตนเอง และผลลัพธ์ของการรักษาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ไม่ดีเกี่ยวกับการใช้ยา หรือผู้ป่วยที่ไม่กล้าใช้ยา เพราะผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาอาจเปิดใจลองใช้ยาได้ เพราะเชื่อในกลุ่มอ้างอิงที่อยู่ในระดับเดียวกัน มีประสบการณ์ความเจ็บป่วยเหมือนกับตนเอง

5.4.4 จากการศึกษาพบว่า สาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาฟันสตีรอยด์ เนื่องจากரசชาติขมของยาฟัน ดังนั้นทีมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ควรพิจารณาเลือกยาฟันโดยคำนึงถึงรสชาติของยาด้วย และทีมผู้ให้การรักษาควรแนะนำวิธีจัดการลดผลข้างเคียงจากรสขมของยาแก่ผู้ป่วยด้วย

5.4.5 ทีมผู้รักษาควรตระหนักว่าผู้ป่วย ให้ความสำคัญและอาจมีการใช้ยาที่รักษาอาการนำก่อน จะเกิดอาการจับหืดกำเริบ เช่น ยาแก้ไอ ยาละลายเสมหะ และยาพ่นจุก เป็นต้น

5.5 ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

5.5.1 ควรทำการศึกษาเชิงลึกเพิ่มเติมในประเด็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา

5.5.2 ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องความรุนแรงของโรคหืดและวิธีการรักษาโรคหืดเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาฟันสตีรอยด์ของผู้ป่วยโรคหืด

5.5.3 ควรทำการศึกษาผลของการนำรูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคหืด โดยเน้นกระบวนการทำความเข้าใจเรื่องความรุนแรงและวิธีการรักษา ไปใช้ปฏิบัติในคลินิกโรคหืดในโรงพยาบาลต่างๆ