

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบ randomized controlled trial เพื่อประเมินผลลัพธ์ของโครงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหืดที่มีประวัติเดิมของอาการหอบรุนแรงที่มารับบริการที่คลินิกโรคหืดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้ทำการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง 3 ครั้ง ที่ 0, 2 และ 4 เดือน ในช่วงเดือนสิงหาคม 2549 ถึง มีนาคม 2550 โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและยาของผู้ป่วยโรคหืด ความถูกต้องในการใช้ยาชนิดสูด ความร่วมมือในการใช้ยาชนิดสูดสำหรับควบคุมอาการ ผลลัพธ์ทางคลินิก และ คุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มศึกษาซึ่งได้รับบริการจากโครงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการจากโรงพยาบาลตามปกติ

ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 44 ราย โดยได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 ราย ระหว่างการศึกษามีผู้ป่วยออกจากการศึกษา 1 รายเนื่องจากผู้ป่วยขอถอนตัวระหว่างการศึกษา ดังนั้นเมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูลจึงเหลือผู้ป่วยทั้งสิ้น 43 ราย เป็นผู้ป่วยกลุ่มศึกษาจำนวน 21 รายและกลุ่มควบคุมจำนวน 22 ราย ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ลักษณะทั่วไประหว่างผู้ป่วยกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมซึ่งได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา อาชีพ ประวัติการแพ้ยา ระยะเวลาที่เป็นโรคหืด จำนวนภาวะโรคที่เป็นร่วม ประเภทของปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการหอบ จำนวนและประเภทของยารักษาโรคหืดที่ผู้ป่วยได้รับ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคและยาของผู้ป่วยโรคหืด

เมื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและยาที่ใช้รักษาโรคหืดของผู้ป่วยในครั้งที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและยาที่ใช้รักษาโรคหืดของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเป็น 9.19 ± 1.40 คะแนน และ 8.14 ± 2.57 คะแนนตามลำดับ โดยพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เมื่อทำการติดตามประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและยาที่ใช้รักษาโรคหืดของผู้ป่วยในครั้งที่ 3 พบว่าผู้ป่วยทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและยาที่ใช้รักษาโรคหืดเพิ่มขึ้นเป็น 12.48 ± 1.12 คะแนน และ 9.00 ± 2.51 คะแนนตามลำดับ โดยกลุ่มศึกษามีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมโดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงว่าการบริการด้วยโครงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองมีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและยาที่ใช้รักษาโรคหืดของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นในการวิจัยครั้งนี้

3. ความถูกต้องในการใช้ยาชนิดสูด

เมื่อประเมินการใช้ยาชนิดสูดรูปแบบต่างๆ ครั้งที่ 1 พบว่ากลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยจำนวนขั้นตอนที่ใช้ยาสูดกำหนดขนาด ยาชนิดสูดรูปแบบ turbuhaler และ accuhaler ไม่ถูกต้องต่อราย เป็น 2.65 ± 0.93 , 3.08 ± 0.95 และ 1.00 ± 0.63 ขั้นตอนตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยจำนวนขั้นตอนที่ใช้ยาสูดกำหนดขนาด ยาชนิดสูดรูปแบบ turbuhaler และ accuhaler ไม่ถูกต้องต่อราย เป็น 3.09 ± 0.27 , 3.25 ± 0.87 และ 1.50 ± 0.71 ขั้นตอนตามลำดับ โดยพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เมื่อทำการติดตามประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและยาที่ใช้รักษาโรคหืดของผู้ป่วยในครั้งที่ 3 พบว่าผู้ป่วยทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยจำนวนขั้นตอนที่ใช้ยาไม่ถูกต้องลดลง โดยกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยจำนวนขั้นตอนที่ใช้ยาสูดกำหนดขนาด ยาชนิดสูดรูปแบบ turbuhaler และ accuhaler ไม่ถูกต้องต่อรายลดลงเป็น 0.20 ± 0.41 , 0.42 ± 0.67 และ 0.00 ± 0.00 ขั้นตอนตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยจำนวนขั้นตอนที่ใช้ยาสูดกำหนดขนาด ยาชนิดสูดรูปแบบ turbuhaler และ accuhaler ไม่ถูกต้องต่อรายลดลงเป็น 2.82 ± 1.65 , 2.58 ± 1.24 และ 0.50 ± 0.71 ขั้นตอนตามลำดับ โดยกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยจำนวนขั้นตอนที่ใช้ยาสูดกำหนดขนาดและยาชนิดสูดรูปแบบ turbuhaler ไม่ถูกต้องต่ำกว่ากลุ่มควบคุมโดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงว่าการบริการด้วยโครงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความถูกต้องของการใช้ยาชนิดสูดรูปแบบต่างๆเพิ่มขึ้นในการวิจัยครั้งนี้

4. ความร่วมมือในการจัดการตนเองของผู้ป่วย

4.1 ความร่วมมือในการใช้ยาชนิดสูดสำหรับควบคุมอาการ

เมื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาชนิดสูดสำหรับควบคุมอาการในครั้งที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาชนิดสูดสำหรับควบคุมอาการของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเป็น 17.57 ± 2.86 คะแนนและ 17.27 ± 3.15 คะแนนตามลำดับ โดยพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เมื่อทำการติดตามประเมินความร่วมมือในการใช้ยาชนิดสูดสำหรับควบคุมอาการในครั้งที่ 3 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาชนิดสูดสำหรับควบคุมอาการเป็น 19.71 ± 0.56 คะแนนและ 19.00 ± 1.90 คะแนนตามลำดับ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาชนิดสูดสำหรับควบคุมอาการในครั้งที่ 3 สูงขึ้นจากการประเมินในครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

4.2 ความร่วมมือในการติดตามภาวะของโรคด้วยตนเองโดยอาศัยค่าความเร็วสูงสุดของลมหายใจออก

เมื่อพิจารณาถึงความร่วมมือของผู้ป่วยกลุ่มศึกษาในการใช้เครื่องพิก โพลมิเตอร์เพื่อติดตามและประเมินการควบคุมโรคหืดเป็นประจำทุกวันที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยทุกราย (ร้อยละ 100.0) ให้ความร่วมมือตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา 4 เดือน

4.3 ความร่วมมือในการใช้แผนการปฏิบัติตัวที่เป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อเกิดอาการกำเริบของโรค

เมื่อประเมินความร่วมมือในการใช้แผนการปฏิบัติตัวที่เป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อเกิดอาการกำเริบของโรคในครั้งที่ 2 พบว่ามีผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้แผนการปฏิบัติตัวที่เป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อเกิดอาการกำเริบของโรค 14 รายคิดเป็นร้อยละ 82.4 เมื่อทำการติดตามประเมินความร่วมมือในการใช้แผนการปฏิบัติตัวที่เป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อเกิดอาการกำเริบของโรคในครั้งที่ 3 พบว่ามีผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้แผนการปฏิบัติตัวที่เป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อเกิดอาการกำเริบของโรคจำนวนมากขึ้นจากร้อยละ 82.4 เป็นร้อยละ 93.8 โดยผู้ป่วย 2 ใน 3 รายที่เคยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้แผนการปฏิบัติตัวที่เป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อเกิดอาการกำเริบของโรคจากการประเมินครั้งที่ 2 เมื่อทำการประเมินครั้งที่ 3 พบว่าผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้แผนการปฏิบัติตัวที่เป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อเกิดอาการกำเริบของโรคเป็นอย่างดีแต่ผู้ป่วยอีก 1 รายที่เหลือนั้นไม่ให้ความร่วมมือในการใช้แผนการปฏิบัติตัวที่เป็นลายลักษณ์อักษรตลอดการประเมินทั้ง 2 ครั้ง

5. ผลลัพธ์ทางคลินิก

5.1 ผลการควบคุมโรคหืด

5.1.1 คะแนนการควบคุมโรคหืด

เมื่อประเมินผลการควบคุมโรคหืดในครั้งที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุมโรคหืดของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเป็น 18.19 ± 3.61 คะแนนและ 20.36 ± 3.09 คะแนนตามลำดับ โดยพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เมื่อทำการติดตามประเมินผลการควบคุมโรคหืดพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการควบคุมโรคหืดในครั้งที่ 2 และ 3 ของผู้ป่วยกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเป็น 22.37 ± 0.65 คะแนนและ 19.20 ± 0.63 คะแนนตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้ง 2 ครั้งที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมโดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,40} = 11.65$ ที่ $p < 0.05$) แต่จำนวนครั้งของการให้บริการด้วยโครงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับคะแนนการควบคุมโรคหืด ($p > 0.05$)

5.1.2 เหตุการณ์อันเนื่องมาจากเกิดอาการกำเริบของโรคหืดของผู้ป่วย

ผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีจำนวนวันของการสูญเสียวันทำงาน จำนวนครั้งของการพบแพทย์ก่อนนัดหมายและได้รับการสั่ง prednisolone เนื่องจากเกิดอาการกำเริบของโรคหืดในช่วง 4 เดือนที่เข้าร่วมการศึกษาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และไม่มีการเข้ารักษาที่แผนกฉุกเฉินหรือนอนพักรักษาในโรงพยาบาลเนื่องเกิดอาการกำเริบของโรคหืดเลย โดยเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเกิดเหตุการณ์อันเนื่องมาจากเกิดอาการกำเริบของโรคหืดของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า

ผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งของการเข้ารักษาที่แผนกฉุกเฉินต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่มีจำนวนวันของการสูญเสียวันทำงาน จำนวนครั้งของการพบแพทย์ก่อนนัดหมาย จำนวนครั้งของการเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล จำนวนครั้งของการได้รับการสั่ง prednisolone ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

5.2 ผลการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่องพีกโฟลมิเตอร์

เมื่อประเมินสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยด้วยเครื่องพีกโฟลมิเตอร์ในครั้งที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยของค่า PEFr ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเป็น 328.57 ± 67.40 ลิตร/นาทีและ 308.18 ± 97.13 ลิตร/นาที โดยพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เมื่อทำการติดตามประเมินสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยด้วยเครื่องพีกโฟลมิเตอร์พบว่าค่าเฉลี่ยของค่า PEFr ตลอดทั้ง 3 ครั้งของผู้ป่วยกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเป็น 337.30 ± 52.39 ลิตร/นาทีและ 289.00 ± 17.41 ลิตร/นาทีตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยของค่า PEFr ที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่า PEFr ในการประเมินครั้งที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยของค่า PEFr ของกลุ่มศึกษามีค่าสูงกว่าของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และนอกจากการให้บริการด้วยโครงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองแล้ว จำนวนครั้งของการให้บริการที่มากขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของค่า PEFr มากขึ้นด้วย

6. คุณภาพชีวิต

เมื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในครั้งที่ 1 พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมในครั้งที่ 1 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ในทุกหัวข้อและคะแนนโดยรวม เมื่อทำการติดตามประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในครั้งที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกหัวข้อและคะแนนโดยรวมโดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

7. จากผลลัพธ์ของการศึกษาที่ได้สามารถสรุปได้ว่าโครงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหืดที่มีประวัติอาการหอบรุนแรงที่มารับบริการที่คลินิกโรคหืดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สามารถทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและยาของผู้ป่วยโรคหืดมากขึ้น มีความถูกต้องในการใช้ยาชนิดสูดมากขึ้น มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งเป็นการยืนยันถึงประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคหืดด้วยระบบนี้โดยเภสัชกรซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ

ปัญหาและข้อจำกัดของการวิจัย

1. จากการแบ่งกลุ่มของการศึกษาในครั้งนี้ ไม่สามารถควบคุมให้ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีความใกล้เคียงกันของคะแนนการควบคุมโรคหืดก่อนเริ่มให้บริการด้วยโครงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองได้ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อผลลัพธ์การศึกษา ดังนั้นในการศึกษาในครั้งต่อไปเพื่อยืนยันผลการศึกษาคควรจัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโดยพิจารณาระดับการควบคุมโรคหืดเป็นเกณฑ์หนึ่งในการแบ่งกลุ่มด้วย
2. การวิจัยนี้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยภายนอกที่อาจมีผลกระทบต่อผลลัพธ์ที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยได้ เช่น สิ่งแวดล้อมที่บ้านและที่ทำงานซึ่งอาจมีผลกระทบทำให้เกิดอาการหอบได้ หรือการที่ผู้ป่วยอาจได้รับความรู้เพิ่มเติมจากสื่อต่างๆเช่นเอกสารแผ่นพับ โทรทัศน์ เป็นต้น โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาที่มีผู้เสียชีวิตจากการกำเริบของโรคหืดซึ่งเป็นบุคคลสาธาณะอาจทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีความสนใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น
3. ผู้ป่วยบางรายกังวลกับการรอรับยา อาจทำให้ขาดสมาธิในการรับรู้หรือรีบเร่งในการตอบคำถาม คำตอบที่ได้อาจไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือผิดพลาดได้
4. ผู้ป่วยบางรายที่มีอายุมากจะมีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน หรือปัญหาด้านสายตา ต้องให้ผู้วิจัยอ่านแบบประเมินให้ฟัง อาจทำให้การประเมินผลผิดพลาดได้
5. ระยะเวลาในการศึกษาที่ค่อนข้างสั้นอาจทำให้กำลังในการทดสอบไม่เพียงพอที่จะเห็นความแตกต่างของการเกิดเหตุการณ์อื่นๆอันเนื่องมาจากอาการกำเริบของโรคหืดระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (นอกเหนือจากการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาโครงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหืดในครั้งนี้มีข้อเสนอแนะในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. จากผลการศึกษาโครงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหืดในประเทศไทยครั้งนี้ที่พบว่า การให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองที่มีการมอบแผนการปฏิบัติตัวที่เป็นลายลักษณ์อักษรแก่ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพดีกว่าการให้บริการจากโรงพยาบาลตามปกติและดีกว่าการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองที่ให้ผู้ป่วยติดตามสมรรถภาพการทำงานของปอดด้วยเครื่องพีกโฟลมิเตอร์แต่ไม่มีการมอบแผนการปฏิบัติตัวที่เป็นลายลักษณ์อักษร อย่างไรก็ตามการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองที่มีการมอบแผนการปฏิบัติตัวที่เป็นลายลักษณ์อักษรแก่ผู้ป่วยในประเทศไทยยังมี

การศึกษาและนำไปใช้ค่อนข้างน้อย ผลการศึกษาครั้งนี้จึงอาจจะไม่สามารถยืนยันประสิทธิภาพได้อย่างเด่นชัด จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมอีก โดยเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา เพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลให้ยาวนานมากขึ้น และทำการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยที่ควบคุมโรคหืดได้ไม่เพียงพอ นอกจากนี้การศึกษานี้ดำเนินการในคลินิกที่เป็นเฉพาะโรค จึงควรทำการศึกษาในผู้ป่วยทั่วไปหรือในโรงพยาบาลทั่วไปที่ไม่ใช่โรงเรียนแพทย์ เพื่อขยายผลการศึกษาให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกกลุ่ม นอกจากนี้ ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลลัพธ์ของโครงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหืดในด้านเศรษฐศาสตร์ เช่น การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล และควรมีการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโครงการนี้ร่วมด้วย

2. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการให้บริการโครงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วย 1 รายในครั้งแรกซึ่งเป็นขั้นตอนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที และต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยซ้ำในหัวข้อเดียวกัน การลดขั้นตอนในการปฏิบัติงานอาจทำได้โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและยารักษาโรคหืดแก่ผู้ป่วยเป็นกลุ่มพร้อมกัน และหากผู้ป่วยมีญาติหรือหรือผู้ดูแลมาด้วย ควรจะให้ญาติหรือหรือผู้ดูแลได้ร่วมรับฟังการให้คำปรึกษาด้วย

3. จากการศึกษาเมื่อทดสอบหาสัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยงของแบบประเมินต่างๆในวันแรกของการวิจัย พบว่าทุกแบบประเมินมีขนาดของสัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยงลดลง ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากระยะเวลาในการสัมภาษณ์เมื่อเก็บข้อมูลจริงค่อนข้างจำกัดเพื่อที่จะให้มีเวลาเพียงพอในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และผู้ป่วยบางรายที่กังวลกับการรอรับยาอาจขาดสมาธิในการรับรู้หรือรีบเร่งในการตอบคำถามทำให้การประเมินผลผิดพลาดได้ ซึ่งอาจแก้ไขโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินขณะนั่งรอรับยา

4. ในการจัดตั้งระบบนี้ขึ้นที่โรงพยาบาลควรให้เภสัชกรเป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินการจัดทำแผนการปฏิบัติตัวที่เป็นลายลักษณ์อักษรแก่ผู้ป่วยโรคหืด ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการใช้ยา การปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถติดตามภาวะของโรคด้วยตนเอง และใช้แผนการปฏิบัติตัวที่เป็นลายลักษณ์อักษรในการดูแลตนเอง ตลอดจนการประเมินผลการควบคุมโรคของผู้ป่วย แต่หากประสบปัญหาขาดแคลนด้านบุคลากร เภสัชกรอาจทำการฝึกอบรมพยาบาลเพื่อรับหน้าที่แทนในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหืดและทำการประเมินผลการควบคุมโรค อย่างไรก็ตาม ในส่วนของการจัดทำแผนการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหืดนั้นยังคงเป็นหน้าที่ของเภสัชกรอยู่