

Articles from Ramamental

ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา

2011-12-07 10:12:05 admin

มาโนช หล่อตระกูล พ.บ. รองศาสตราจารย์, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาเป็นปัญหาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ โดยเฉพาะในผู้ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายขาด โรคเรื้อรัง โรคที่หายช้าต้องรับประทานยาเป็นหลายๆ เดือนหรือเป็นปี อาจกล่าวได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ ทั้งๆ ที่แพทย์ได้ให้การรักษาอย่างเต็มที่. แม้ในบ้านเราจะไม่มีผู้ศึกษาในแง่ของสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากการที่โรคหายช้า โรคกลับกำเริบ โรคเกิดการดื้อยา ฯลฯ อันเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา. แต่ก็น่าจะเชื่อได้ว่าในแต่ละปีประเทศไทยมีความสูญเสียเป็นจำนวนไม่น้อย ทั้งจากการที่ต้องใช้ยาหรือการรักษาที่ยังยากมากขึ้น เวลาที่แพทย์จะมีให้กับผู้ป่วยคนอื่นลดลง หรือผู้ป่วยไปทำงานไม่ได้จากการที่โรคไม่หายหรือทุเลา.

ดังนั้นการที่แพทย์ได้เอาใจใส่ต่อเรื่องนี้และให้การป้องกันหรือแก้ไขตั้งแต่เริ่มแรก ย่อมจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถประกอบการทำงานได้ อีกทั้งโรงพยาบาลก็ลดค่าใช้จ่ายลง ยาที่จ่ายไปก็แน่ใจมากขึ้นว่าเป็นไปอย่างคุ้มค่า ผู้ป่วยไม่ได้เอาไปเก็บ และการต้องรับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยในจากการที่โรคกำเริบก็อาจลดลง.

ลักษณะของการไม่ร่วมมือ

มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่แพทย์ไม่ทราบความจริงแล้วผู้ป่วยไม่ได้กินยาหรือปฏิบัติตามที่แพทย์สั่ง ทั้งๆ ที่ยังคงมาพบแพทย์ตามนัด เพราะแพทย์ไม่ได้ตระหนักหรือสอบถามเรื่องนี้ หรือผู้ป่วยปิดบังไม่ได้บอกแพทย์ตามจริงเพราะเกรงจะถูกตำหนิ เกรงว่าแพทย์จะไม่รักษาต่อ. ดังนั้น ท่าทีของแพทย์ในการประเมินหรือสอบถามเรื่องนี้จึงมีความสำคัญ.

การไม่ร่วมมือของผู้ป่วยนั้นมิได้หลายลักษณะ เช่น ไม่กินยา กินยาไม่ครบตามขนาด กินยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ปฏิบัติตามสั่ง หรือไม่มาตามนัด ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนก็จะมีลักษณะแตกต่างกันไป. ข้อสังเกตประการหนึ่งคือเมื่อแพทย์พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเหล่านี้ ก็มักจะเกิดความรู้สึกในทางลบ มองว่าผู้ป่วยคนนี้เป็นผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรักษา แต่ตามจริงแล้วผู้ป่วยมักไม่ได้ปฏิเสธการรักษาไปทั้งหมด แต่อาจไม่ร่วมมือเป็นบางเรื่อง เช่น แพทย์สั่งให้กินยาสามมื้อ ก็อาจกินสองมื้อ แต่ก็ควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัดตามแพทย์สั่ง, หรือกินยาตามที่แพทย์สั่งทุกมื้อยกเว้นมือก่อนนอนเพราะเข้าใจว่าเป็นยานอนหลับ, ผู้ป่วยบางคนอาจปฏิบัติตามที่หมอโรคหัวใจแนะนำ ในขณะที่เดียวกันไม่ทำตามที่หมอโรคไตสั่ง.

การที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา อาจเป็นเพียงบางช่วง ในขณะที่บางเวลาปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ซึ่งอาจกล่าวในเชิงทฤษฎีว่า การไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยนั้น เป็นภาวะที่ไม่คงที่ตายตัว หากแต่มีการเปลี่ยนแปลงไปมาได้ตามแต่การรับรู้, ความคาดหวังของผู้ป่วย, สภาพแวดล้อม และท่าทีของแพทย์ เป็นต้น.

สาเหตุ

ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ไม่ได้มาในสภาพที่เหมือนกับเป็นแก้วน้ำที่ว่างเปล่าคอยให้เราเติมความรู้อำนาจ เพื่อเอาไปปฏิบัติตามดังที่มักคิดกัน แต่ละคนต่างก็มีความคิดเห็น ความเชื่อในเรื่องของโรคและอาการอยู่บ้างแล้วตามแต่สภาพสังคมของเขา. สิ่งที่เราแนะนำ ผู้ป่วยจะนำไปไตร่ตรอง ลองปฏิบัติดู ปรึกษาญาติสนิทหรือคนใกล้ชิด. การปฏิบัติตนของผู้ป่วยจึงเป็นผลจากกรรมสมผสานสิ่งต่างๆ ที่รับรู้มาเข้าด้วยกัน ซึ่งบางครั้งอาจออกมาเป็นพฤติกรรมที่เราเห็นว่าไม่เป็นไปตามหลักเหตุผลหรือเบี่ยงเบนไปจากหลักการแพทย์ เช่น ผู้ป่วยอาจกินยาแก้ปวดผสมกับเครื่องดื่มชูกำลัง หรือเอายาปฏิชีวนะที่ให้กินไปทาแผล. นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยมักเลือกปฏิบัติตามคำแนะนำที่เข้าได้กับความเชื่อเดิมของเขามากกว่าที่จะทำตามคำแนะนำที่เขาไม่เข้าใจ.

สาเหตุการไม่ร่วมมือของผู้ป่วยที่พบบ่อย ได้แก่ การขาดการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย. แพทย์ส่วนใหญ่จะมีเวลาน้อย ด้านผู้ป่วยนั้นมักเกรงใจแพทย์ ไม่กล้าถาม แม้ว่าบางครั้งจะไม่เข้าใจสิ่งที่แพทย์พูดหรือให้คำแนะนำ โดยเฉพาะคำถามที่แสดงว่าสงสัยในประสิทธิภาพของการรักษา หรือบ่งว่าอาจทำตามที่แพทย์แนะนำไม่ได้.

สาเหตุอื่น ได้แก่ ปัญหาจากการรักษา เช่น มีอาการข้างเคียงจุกยา ผู้ป่วยไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยา หรือได้รับยาหลายขนาน กินวันละหลายมื้อ ทำให้ยากแก่การปฏิบัติตาม เป็นต้น.

มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่กลัวติดยา เมื่อรู้สึกว่าตนเองดีขึ้นหรือหายแล้ว ก็มักเลือกที่จะหยุดยาโดยคิดว่าโรคจะดีขึ้นเองเรื่อยๆ .

นอกจากนี้แล้ว พบไม่น้อยที่ผู้ป่วยอยากปฏิบัติตามที่แพทย์สั่ง แต่ทำไม่ได้ ด้วยความจำเป็นหลายๆ ประการ ได้แก่ ผู้ป่วยอาจไม่สะดวกในการมารับบริการ เช่น ต้องรอนานมาพบแพทย์ แต่ละครั้งต้องขาดงานเป็นวัน ลางานบ่อยไม่ได้ มาโรงพยาบาลลำบาก หรือไม่มีคนพามา เป็นต้น เป็นปัญหาที่แพทย์จำนวนไม่น้อยมักมองข้ามไป โดยเฉพาะแพทย์ผู้เยาว์ แต่สำหรับแพทย์ที่มีประสบการณ์แล้วจะสนใจในจุดต่างๆ นี้เสมอ.

มีผู้ศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคลมชักไม่ร่วมมือในการรักษา พบว่าปัจจัยที่พบบ่อยมักเป็นจุดเล็กๆ น้อยๆ ที่แพทย์มักมองข้าม และมักเป็นเรื่องของความรู้สึกมากกว่าเหตุผล เช่น ผู้ป่วยรู้สึกว่าจำเป็นแค่ไหนที่จะต้องกินยา, ผู้ป่วยรู้สึกว่าความเป็นโรคนี้น่าอายหรือไม่, ผู้ป่วยมีนัดพบแพทย์สม่ำเสมอหรือไม่ และปรึกษาแพทย์ลำบากหรือไม่ เป็นต้น. ที่น่าสนใจคือ พบว่าผู้ป่วยที่กินยาตัวเดียวมีความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่าผู้ป่วยที่กินยามากกว่าหนึ่งตัว.

ตารางที่ 1 แสดงสาเหตุพบบ่อยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา มักพบว่าการไม่ร่วมมือในการรักษาเป็นจากหลายๆ ปัจจัยร่วมกัน หรือเสริมกัน เช่น ผู้ป่วยเป็นคนที่ไม่ชอบกินยาอยู่แล้ว พบกับแพทย์ที่มีท่าทีไม่น่าเชื่อถือ เมื่อกลับไปบ้าน มีเพื่อนบ้านแนะนำให้ไปรักษากับหมอจีน ผงเข้ม ฯลฯ .

การป้องกันและแก้ไข

การป้องกันตั้งแต่เริ่มแรกมีความสำคัญ เนื่องจากหากปล่อยให้เกิดภาวะนี้ขึ้น อาจมีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างกันทำให้การรักษาไม่ราบรื่น.

การป้องกันที่ดีคือการหมั่นตระหนักว่าปัญหานี้อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยแทบทุกคน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต้องอาศัยเวลารักษานาน. ตามจริงแล้วปัญหานี้จะเกิดขึ้นน้อยหากแพทย์และผู้ป่วยมีสัมพันธภาพในการรักษาระหว่างกันที่ดี ผู้ป่วยรับรู้ เห็นว่าแพทย์มีท่าทีที่รับฟัง หวังดี มีความจริงใจที่จะช่วยเหลือเขา ฝ่ายแพทย์ก็มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วย, ทราบถึงสภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบัน, สถานภาพทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย, ปัญหาที่ผู้ป่วยมักกังวลใจ

ในการรักษา เป็นต้น .

ฟังดูเสมือนเป็นการยากที่แพทย์จะทำได้เช่นนี้ ในเวลาที่พบกันเพียงสั้นๆ ทว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพบแพทย์หลายครั้ง โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง แพทย์ที่สนใจผู้ป่วยนั้น เมื่อพบกันบ่อยครั้งขึ้น จะยิ่งทราบข้อมูลต่างๆ ที่นอกเหนือไปจากการเจ็บป่วยมากขึ้น ทำให้เข้าใจผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ยิ่งสัมพันธ์ภาพในการรักษาเพิ่มมากขึ้น โอกาสเกิดปัญหาเช่นนี้ยิ่งน้อยลง.

นอกจากนี้แล้ว ควรให้คำแนะนำแก่ญาติในกรณีที่เห็นว่าผู้ป่วยอาจเข้าใจไม่มาก หากเป็นไปได้ การชี้แจงหรือให้คำแนะนำเรื่องโรคและยา ควรเชิญญาติเข้าร่วมฟังด้วย เพราะในสังคมไทยเราญาติจะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการคอยดูแลผู้ป่วย.

แพทย์จำนวนไม่น้อยอาจรู้สึกหงุดหงิดเมื่อพบว่าผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา ไม่เข้าใจว่าทำไมผู้ป่วยถึงไม่ยอมปฏิบัติตามที่แนะนำ ทำไมผู้ป่วยจึงดูเหมือนไม่รักตัวเอง ไม่ยอมมาตามนัด ฯลฯ อย่าลืมว่าการปฏิบัติตามนั้นมีปัจจัยอื่นๆ ที่มามีผลร่วมด้วยอีกหลายๆ ประการ ไม่ใช่เฉพาะคำแนะนำของเราเท่านั้น ประโยคที่มักพูดกันว่า “แพทย์มักเป็นคนใช้ที่เลว” ย่อมชี้ให้เห็นว่าเรื่องของเหตุผลไม่ได้เป็นปัจจัยหลักเสมอไป.

ควรถามการปฏิบัติตามหรือการกินยาของผู้ป่วยเมื่อมาติดตามการรักษาด้วยท่าทีที่แสดงว่าเราต้องการทราบเพื่อที่จะได้แนะนำ หรือชี้แจงให้เขาเข้าใจ ไม่ได้ถามเพื่อต้องการจับผิดหรือโทษว่าการที่อาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นเป็นมาจากการไม่ปฏิบัติตามที่สั่ง.

เมื่อผู้ป่วยเล่าถึงการปฏิบัติตามของเขาตามจริง ก็รับฟังด้วยความพยายามที่จะเข้าใจว่า ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามที่เราแนะนำได้นั้น อยู่ตรงไหน การที่เรามีท่าทีที่เข้าใจต้องการทราบปัญหา ไม่หงุดหงิด ไม่พอใจ หรือต่อว่า ทำให้ผู้ป่วยสบายใจที่จะเล่าความจริง ทำให้เราแก้ปัญหาได้ตรงจุด.

การขู่ผู้ป่วยว่าถ้าไม่กินยาหรือทำตามที่เราสั่งอาจทำให้ป่วยมากขึ้นหรือถึงตายได้ มักไม่ค่อยช่วยผู้ป่วยที่ไม่กินยาเพราะยอมรับการป่วยไม่ได้ก็จะยิ่งปฏิเสธที่จะร่วมมือมากขึ้น หรือผู้ป่วยที่วิตกกังวลง่ายก็จะยิ่งกังวลมากขึ้นไปอีกทำให้มีปัญหาคงต้องมาแก้กันเพิ่มขึ้น.

ในการบอกควรบอกถึงข้อดีข้อเสียของการร่วมมือและไม่ร่วมมือในการรักษา โดยจะเน้นถึงผลดีที่จะเกิดต่อผู้ป่วยมากกว่าที่จะมุ่งให้ผู้ป่วยทำตามเพราะความกลัว. การรักษาหรือคำแนะนำที่ซับซ้อนยุ่งยาก หากเป็นไปได้ควรค่อยๆ เพิ่มไปที่ละขั้นตอนตามลำดับ. ควรถามความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการกินยา ผู้ป่วยบางคนกลัวว่ากินยานานๆ แล้วยาจะไปสะสมในร่างกาย, ผู้ป่วยบางคนชอบยาหลายตัว, การที่แพทย์สั่งยาเพียงตัวเดียวผู้ป่วยอาจรู้สึกว่ามันน้อยไป, ผู้ป่วยบางคนไม่ต้องการกินยาตอนเที่ยงเพราะมักจะลืม, หรือผู้ป่วยบางคนต้องการยาคล้ายๆ กับของญาติที่มีอาการเหมือนกันเพราะเคยกินแล้วดี. สิ่งต่างๆ เหล่านี้หากพอยึดหยุ่นได้บ้างก็จะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างยิ่ง.

แม้ในปัจจุบันจะเน้นสิทธิผู้ป่วยในการรับรู้การรักษา การบอกผู้ป่วยถึงอาการข้างเคียงของยาอย่างละเอียดลเอียดตั้งแต่เริ่มแรกก็มักก่อผลเสียมากกว่าผลดี ผู้ป่วยบางคนมีการรับรู้ที่ผิดๆ เช่น ยาจะไปบีบหัวใจ หรืออาจหมกมุ่นกังวลใจกับอาการข้างเคียงที่รุนแรงซึ่งพบได้น้อยมากจนไม่ต้องการกินยาตัวนั้นๆ โดยทั่วไปจะบอกแต่อาการข้างเคียงที่พบบ่อยๆ และการแก้ไขคร่าวๆ .

สำหรับแพทย์ที่ไม่มีเวลาเนื่องจากต้องตรวจคนไข้จำนวนมากในแต่ละวันนั้น อาจฝึกพยาบาลให้ช่วยให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย โดยที่แพทย์จะให้คำปรึกษาตอบปัญหาที่พยาบาลยังติดขัดเป็นระยะๆ เริ่มจากโรคที่พบบ่อยๆ . ในระยะแรกๆ พยาบาลอาจรู้สึกไม่มั่นใจ แต่เมื่อมีประสบการณ์ในการให้คำแนะนำมากขึ้น ได้คำแนะนำจากแพทย์จนเข้าใจเรื่องโรคและการรักษามากขึ้น ก็

จะสามารถเป็นผู้ช่วยได้อย่างดี. มีการศึกษาในอาฟริกาพบว่า เมื่อแพทย์บอกผู้ป่วยเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษานั้น พบว่าผู้ป่วยจำได้เพียงร้อยละ 40 ในขณะที่หากพยาบาลเป็นผู้ชี้แจง ผู้ป่วยจำได้ถึงร้อยละ 74, เมื่อแพทย์ชี้แจงจุดมุ่งหมายของการรักษามีผู้ป่วยเข้าใจเพียงร้อยละ 26 ในขณะที่จะเข้าใจเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 65 หากได้รับฟังการชี้แจงจากพยาบาล, การรับรู้ในด้านการวินิจฉัยโรคเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28 เมื่อแพทย์บอกเป็นร้อยละ 63 เมื่อพยาบาลเป็นผู้บอก. ผู้ศึกษาให้ความเห็นว่าอาจเป็นเพราะพยาบาลมีความใกล้เคียงทางด้านวัฒนธรรมกับผู้ป่วยมากกว่าแพทย์ และมีเวลาพอ. ในบ้านเราอาจพบเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะแพทย์ที่ปฏิบัติงานในแหล่งที่ตนเองไม่คุ้นเคย ทั้งทางด้านภาษาและวัฒนธรรม หากได้พยาบาลซึ่งเป็นคนท้องถิ่นให้คำแนะนำก็น่าจะเพิ่มความร่วมมือได้มากขึ้น.

สรุป

เมื่อพิจารณาตามที่ได้กล่าวมาทั้งหมด ประโยคที่ว่า “ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา” อาจเป็นคำที่ส่อนัยยะกว้างเกินไป และก่อให้เกิดความรู้สึกในแง่ลบ เป็นคำที่บ่งว่า ผู้ป่วย (เป็นคนที่) ไม่ (ยอม) ร่วมมือในการรักษา (ทั้งหมดที่แพทย์ให้) ประการแรกคำนี้ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าผู้ป่วยมีนิสัยไม่ร่วมมือในการรักษา แต่ตามจริงแล้วการไม่ร่วมมือส่วนใหญ่จะเป็นเพียงครั้งคราวเสียมากกว่า ดังได้กล่าวมาแล้ว. ประการที่สองคำว่า “รักษา” ส่อนัยยะถึงการปฏิบัติของแพทย์ทั้งหมดที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วยดีขึ้น จึงอาจทำให้เรามองการไม่ร่วมมือของผู้ป่วย เป็นเรื่องของการไม่ร่วมมือในการรักษาโดยรวมไปทั้งหมดไปด้วย และอาจทำให้แพทย์ผู้อื่นที่อ่านบันทึกในเวชระเบียนเกิดความรู้สึกในทำนองเดียวกัน ทั้งๆ ที่ตามจริงแล้วผู้ป่วยอาจไม่ร่วมมือเพียงแค่บางเรื่อง ในขณะที่ร่วมมือด้วยดีในเรื่องอื่นๆ. ประการสุดท้าย สำหรับคำว่า “ร่วมมือ” ตามจริงแล้วเป็นคำที่ผู้เขียนเห็นว่าค่อนข้างเหมาะสมอยู่แล้ว เมื่อเทียบกับภาษาอังกฤษที่เดิมใช้กันว่า “compliance” โดยคำว่า “ร่วมมือ” ส่อนัยยะว่าเป็นการประกอบกิจกรรมด้วยความสมัครใจ แต่ในทางปฏิบัติแล้วอาจจะออกมาในทำนอง “ต้องร่วมมือ” เสียมากกว่า. ปรากฏการณ์นี้อาจเหมาะสมกว่าเมื่อมองว่าเป็น “ปัญหาเรื่อง (... ผู้ป่วยไม่กินยาตามสั่ง ไม่มาตามนัด) ซึ่งไม่เข้าไปตามที่แพทย์คาด” .

การป้องกันที่ดีที่สุดคือการมีสัมพันธภาพในการรักษาที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ซึ่งอิงอยู่บนแนวทางสำคัญ ได้แก่ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยด้วยความหวังดี ไม่เย็นชา เสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความหวังและมีกำลังใจ ในกรณีที่แพทย์ไม่มีเวลามากนัก ควรมีพยาบาลคอยช่วยให้คำแนะนำหรือตอบคำถามที่พบบ่อยๆ แก่ผู้ป่วย.

บรรณานุกรม

1. Bebbington PE. The content and context of compliance. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 9(Suppl5): 41-50.
2. Buck D, Jacoby A, Baker GA, Chadwick DW. Factors influencing compliance with antiepileptic drug regimes. *Seizure* 1997; 6: 87-93.
3. Cramer JA, Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services* 1998; 49:196-201.
4. Dubovsky SL, Weissberg MP. *Clinical psychiatry in primary care*. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1986: 168-172.
5. Frank E, Kupfer DJ, Siegel LR. Alliance not compliance: A philosophy of outpatient care. *J Clin Psychiatry* 1995; 56(Suppl1): 11-17.
6. Homedes N, Ugalde A. Patients' compliance with medical treatments in the third world. What do we know? *Health Policy and Planning* 1993; 8: 291-314.
7. Marinker M. Compliance is not all. *BMJ* 1998; 316/7125 :150-151.
8. Stockwell ML, Schulz RM. Patient compliance – an overview. *J Clin Pharm*

Ther 1992; 17: 283-295.



Ramamental

Ramathibodi Mental Health Homepage



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

Tweet

tumblr

my

Share



Email