

บทที่ 14

ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา

มาโนช หล่อตระกูล

ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาเป็นปัญหาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง โรคที่หายช้าต้องกินยาเป็นเดือนๆ หรือเป็นปีๆ อาจกล่าวได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ ทั้งๆ ที่แพทย์ได้ให้การรักษาอย่างเต็มที่

ลักษณะของการไม่ร่วมมือ

การไม่ร่วมมือของผู้ป่วยนั้นมิได้หลายลักษณะ เช่น ไม่กินยา กินยาไม่ครบ กินยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ปฏิบัติตามตามสั่ง หรือไม่มาตามนัด เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนก็จะมีลักษณะแตกต่างกันไป

เมื่อแพทย์พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเหล่านี้ ก็มักจะเกิดความรู้สึกในทางลบ มองว่าผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา แต่ตามจริงแล้วผู้ป่วยมักไม่ได้ปฏิเสธการรักษาไปทั้งหมด แต่อาจไม่ร่วมมือเป็นบางเรื่อง เช่น แพทย์สั่งให้กินยา 3 มื้อ ก็อาจกิน 2 มื้อ แต่ก็ควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัดตามแพทย์สั่ง หรือกินยาตามที่แพทย์สั่งทุกมื้อยกเว้นมื้อก่อนนอนเพราะเข้าใจว่าเป็นยานอนหลับ

สาเหตุ

1. ขาดการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด แพทย์ส่วนใหญ่จะมีเวลาน้อย ผู้ป่วยก็มักเกรงใจแพทย์ ไม่กล้าถาม แม้ว่าบางครั้งจะไม่เข้าใจสิ่งที่แพทย์พูดหรือให้คำแนะนำ โดยเฉพาะคำถามที่แสดงว่าสงสัยในประสิทธิภาพของการรักษา หรือบ่งว่าอาจทำตามคำแนะนำไม่ได้

2. ปัญหาจากการรักษา เช่น มีอาการข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยา หรือได้รับยาหลายขนาน กินวันละหลายมื้อ ทำให้ยากแก่การปฏิบัติตาม เป็นต้น

3. ปัจจัยในตัวผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ซึมเศร้า ท้อแท้กับการรักษา กลัวติดยา หรือต้องการทดลองรักษาด้วยวิธีการอื่น ๆ

4. ปัญหาในการทางปฏิบัติ เช่น ผู้ป่วยต้องรอนาน มาพบแพทย์แต่ละครั้งต้องขาดงานเป็นวัน ทางการเงินไม่พอ ค่ารักษาแพง มาโรงพยาบาลลำบาก หรือไม่มีคนพามา เป็นต้น

ตารางที่ 1 แสดงสาเหตุพบบ่อยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา มักพบว่าการไม่ร่วมมือในการรักษาเป็นจากหลายๆ ปัจจัยร่วมกัน หรือเสริมกัน

ตารางที่ 1 สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา

| | |
|--|---|
| ผู้ป่วย - ท้อแท้ หมดหวัง ซึมเศร้า - เชื่อการรักษาวิธีอื่นมากกว่า - เชื่อคำแนะนำของคนใกล้ชิด - ไม่ชอบกินยา ไม่ชอบพียงยา - พียงแพทย์ไม่เข้าใจ ไม่กล้าถาม | ตัวโรค - โรคเรื้อรัง โรครักษาไม่หาย โรคเป็นๆ หายๆ บางช่วงไม่มีอาการ ผู้ป่วยจึงเข้าใจว่าหายแล้ว - ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค - โรคที่น่าอาย เช่น โรคลมชัก โรคจิต |
| ยา - ยามากขนาน - กินยาตามสั่งลำบาก - มีอาการข้างเคียงมาก - กลัวติดยา - ค่ายาแพง | แพทย์ - อธิบายไม่ชัดเจน ขัดแย้งกันเอง - ทำทางไม่น่าเชื่อถือ - ไม่สนใจผู้ป่วย - ผู้ป่วยมาพบแพทย์ลำบาก - ผู้รักษาหลายคน |

ตารางที่ 2 การป้องกันและแก้ไข

- อธิบายลักษณะโรค การกินยา ให้ผู้ป่วยเข้าใจ ใช้ภาษาง่ายๆ สั้นๆ
- ไม่มีท่าทีลังเลในการรักษา
- ให้ยาเท่าที่จำเป็น กินตามสั่งง่าย
- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยถามอาการของโรค หรืออาการข้างเคียงของยา
- ทราบค่ายา การเงินของผู้ป่วย และถิ่นที่อยู่
- บอกอาการข้างเคียงเท่าที่จำเป็น
- ให้อาสาช่วยดูแล
- ไม่แสดงท่าทีขุ่นเคือง ไม่พอใจ เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามไม่ได้
- มีความยืดหยุ่น

การป้องกันและแก้ไข

การป้องกันตั้งแต่เริ่มแรกมีความสำคัญ เนื่องจากหากปล่อยให้เกิดภาวะนี้ขึ้น อาจมีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างกันทำให้การรักษาไม่ราบรื่น

1. หมั่นตระหนักว่าปัญหานี้อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยแทบทุกคน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต้องอาศัยเวลารักษานาน

2. การมีสัมพันธภาพในการรักษาที่ดี ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจะช่วยป้องกันปัญหานี้ได้ แพทย์ที่สนใจผู้ป่วย เข้าใจปัญหาความลำบากของผู้ป่วยจากความเจ็บป่วย สามารถทำให้ ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดีจากแพทย์จะทำให้ความร่วมมือเพิ่มขึ้นมาก

3. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการรักษา การชี้แจงหรือให้คำแนะนำเรื่องโรคและยาควรเชิญญาติเข้าร่วมฟังด้วย เพราะในสังคมไทยญาติจะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย

4. การให้การดูแลรักษาตลอดจนคำแนะนำควรสอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่ของ ผู้ป่วยจึงจะมีผลในทางปฏิบัติจริง ๆ เช่น ผู้ป่วยเป็นโรคภูมิแพ้แต่บ้านอยู่ริมถนนที่มีฝุ่นมากจะให้คำแนะนำอย่างไร เป็นต้น

5. ถ้ามการปฏิบัติตนหรือการกินยาของผู้ป่วยเมื่อมาติดตามการรักษาด้วยท่าทีที่แสดงว่าต้องการทราบเพื่อที่จะได้แนะนำ หรือชี้แจงให้เขาเข้าใจ ไม่ได้ถามเพื่อต้องการจับผิดหรือโทษว่าการที่อาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นเป็นมาจากการไม่ปฏิบัติตามที่แพทย์สั่ง รับผิดชอบผู้ป่วยด้วย เพื่อที่จะเข้าใจว่า ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้นั้น อยู่ตรงไหน การมีท่าทีที่เข้าใจ ต้องการทราบปัญหา ไม่แสดงท่าทีหงุดหงิดไม่พอใจ หรือต่อว่า จะทำให้ ผู้ป่วยสบายใจที่จะเล่าความจริง ทำให้แก้ปัญหาได้ตรงจุด

6. มีความยืดหยุ่นในการรักษา ดังที่มีคำกล่าวว่าการรักษาผู้ป่วยเป็นทั้ง "ศาสตร์" และ "ศิลป์" การทำตามที่ผู้ป่วยต้องการในบางเรื่องหากไม่มีผลในทางลบ ก็จะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างยิ่ง เช่น ผู้ป่วยบางคนชอบยาหลายขนาน นอกจากให้ยาลดความดันแล้วก็อาจต้องให้ยาบำรุงไปด้วย ผู้ป่วยบางคนก็ต้องได้ฉีดยาจึงจะพอใจ เป็นต้น

7. การขู่ผู้ป่วยว่าถ้าไม่กินยาหรือทำตามคำสั่งอาจทำให้ป่วยมากขึ้นหรือถึงตายได้ มักไม่ค่อยช่วย ผู้ป่วยที่ไม่กินยาเพราะยอมรับการป่วยไม่ได้ก็จะยิ่งปฏิเสธที่จะร่วมมือมากขึ้น หรือผู้ป่วยที่วิตกกังวลง่ายก็จะยิ่งกังวลมากขึ้นไปอีกทำให้มีปัญหาต้องมาแก้กันเพิ่มขึ้น

8. การบอกควรบอกถึงข้อดีข้อเสียของการร่วมมือและไม่ร่วมมือในการรักษา โดยจะเน้นถึงผลดีที่จะเกิดต่อผู้ป่วยมากกว่าที่จะมุ่งให้ผู้ป่วยทำตามเพราะความกลัว

9. การรักษาหรือคำแนะนำที่ซับซ้อนยุ่งยาก หากเป็นไปได้ควรค่อย ๆ เพิ่มไปที่ละขั้นตอนตามลำดับ

10. ควรถามความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการกินยา เพื่อที่จะได้ปรับความเข้าใจให้ตรงกัน เช่น ผู้ป่วยบางคนกลัวว่ากินยานาน ๆ แล้วยาจะไปสะสมในร่างกาย ก็ต้องอธิบายให้เข้าใจ

11. แม้ปัจจุบันจะเน้นสิทธิผู้ป่วยในการรับรู้การรักษา การบอกผู้ป่วยถึงอาการข้างเคียงของยาอย่างละเอียดละออตั้งแต่เริ่มแรกกลับมักก่อผลเสียมากกว่าผลดี ผู้ป่วยบางคนมีการรับรู้ที่ผิดๆ เช่น ยาจะไปบีบหัวใจ หรืออาจหมกมุ่นกังวลใจกับอาการข้างเคียงที่รุนแรงซึ่งพบได้น้อยมากจนไม่ต้องการกินยาชนิดนั้น ๆ โดยทั่วไปจะบอกแต่อาการข้างเคียงที่พบบ่อยๆ และการแก้ไขคร่าวๆ

12. การให้ออกสารแผ่นพับมีส่วนช่วยในการให้ความรู้ แต่จะมีผลมากขึ้นหากมีการให้คำแนะนำประกอบด้วย แพทย์ที่ไม่มีเวลาเนื่องจากต้องตรวจคนไข้จำนวนมากในแต่ละวันนั้น อาจฝึกพยาบาลให้ช่วยให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย โดยที่แพทย์จะให้คำปรึกษาตอบปัญหาที่พยาบาล

ยังติดขัดเป็นระยะ ๆ เริ่มจากโรคที่พบบ่อย ๆ ในระยะแรก ๆ พยาบาลอาจไม่มั่นใจ แต่เมื่อมีประสบการณ์ในการให้คำแนะนำมากขึ้น ได้คำแนะนำจากแพทย์จนเข้าใจเรื่องโรคและการรักษา มากขึ้น ก็จะสามารถเป็นผู้ช่วยได้อย่างดี

มีการศึกษาในอาฟริกาพบว่า เมื่อแพทย์บอกผู้ป่วยเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา นั้น พบว่าผู้ป่วยจำได้เพียงร้อยละ 40 ในขณะที่หากพยาบาลเป็นผู้ชี้แจง ผู้ป่วยจำได้ถึงร้อยละ 74 เมื่อแพทย์ชี้แจงจุดมุ่งหมายของการรักษามีผู้ป่วยเข้าใจเพียงร้อยละ 26 ในขณะที่จะเข้าใจเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 65 หากได้รับฟังการชี้แจงจากพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Bebbington PE. The content and context of compliance. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 9 (Suppl5):41-50.
2. Frank E, Kupfer DJ, Siegel LR. Alliance not compliance: A philosophy of outpatient care. *J Clin Psychiatry* 1995; 56(Suppl1):11-7.
3. 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.
4. Marinker M. Compliance is not all. *BMJ* 1998; 316/7125:150-1.
5. Stockwell ML, Schulz RM. Patient compliance - an overview. *J Clin Pharm Ther* 1992; 17:283-95.