

ผลของขบวนการเวชศาสตร์ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่ 2 และปัจจัยที่มีความล้มพันธ์ต่อบาทการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจของโรงพยาบาลรามาธิบดี

นฤมล นุ่มพิจตร* วท.บ. (กายภาพบำบัด), อรุณยา จิตประไฟ* พ.บ., วิสาล คันธารัตนกุล* พ.บ.
เพิ่มสุข เอื้ออารี* วท.บ. (พยาบาล), กนกกาญจน์ กอบกิจสุมงคล* วท.บ. (พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์)

บทตัดย่อ ผลของ การออกกำลังกาย ใน ขบวนการเวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ (cardiac rehabilitation) ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 40 คน เข้าโปรแกรมฝึกออกกำลังกายระยะที่ 2 แบ่งตามความสมัครใจได้ 2 กลุ่มๆ ละ 20 คน กลุ่มทดลองฝึกที่ศูนย์ฯ ภายใต้การควบคุมโดยผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มควบคุมฝึกเองที่บ้าน กำหนดให้ออกกำลังกาย (exercise prescription) ตามหลักการเดียวกัน ความหนักใช้กำหนดค่าหจเป้าหมาย (THR) ระดับความเหนื่อย 11 - 13 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที ทุกครั้งต้องเริ่มต้นด้วยอุ่นเครื่อง (warm up) และจบด้วยผ่อนคลาย (cool down) อย่างละ 10 - 15 นาทีทุกครั้ง ทำ 2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์นาน 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยทุกรายได้รับความรู้เรื่องการออกกำลังกายในโรคหัวใจโดยตามหลักแบบสอนถามการออกกำลังกายเป็นระยะ 3, 6, 9 และ 12 เดือน เพื่อเปรียบเทียบผลการออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 12 เดือน ทั้ง 2 กลุ่มทดลองออกกำลังกายต่อเนื่องมีจำนวนมากกว่า แต่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ทั้ง 2 กลุ่มนี้มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ขณะออกกำลังกาย สามารถเพิ่มสมรรถภาพร่างกายขึ้น 2 - 3 METs ทั้งๆ ที่กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย (60.1 ปี) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.01$) ปัจจัยที่มีบทบาทส่งเสริมการออกกำลังกายคือ ขบวนการให้ความรู้ ทัศนคติ ประโยชน์ของการออกกำลังกาย และค่านิยมด้านสุขภาพ รามาธิบดีพยาบาลสาร 2543; 6(2) : 142-53.

คำสำคัญ : การฟื้นฟูสภาพหัวใจ, การออกกำลังกาย, ผู้ป่วยโรคหัวใจ

* โครงการเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจ ศูนย์การแพทย์シリกิติ ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

ปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยในขณะนี้คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular and coronary disease) จัดได้ว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ จากสถิติสาธารณสุขปี 2536-2538 พบว่าอัตราการตายต่อแสนรายของประชากรไทย เป็น 492.1, 520.3 และ 548.0 ตามลำดับจะเห็นอย่างชัดเจนว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นไปตามความเจริญก้าวหน้าของโลกยุคโลกาภิวัฒน์ ดังนั้น คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จึงตระหนักถึงความสำคัญต้องหาทางแก้ไขเพื่อลดปัญหาให้กับผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยการจัดตั้งโครงการเวชศาสตร์ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (cardiac rehabilitation หรือ CR) ขึ้นเป็นแห่งแรกในประเทศไทย

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ CR ประกอบด้วย¹ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพหัวใจมีหลักการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพหัวใจและร่างกาย ร่วมกับการให้ความรู้จักสามารถปฏิบัติตัวเพื่อใช้ชีวิตประจำวันหรือกลับไปทำงานได้เหมือนอย่างไม่เกิดอันตราย โดยได้รับคำแนะนำให้มีกิจกรรมต่างๆ ตามความสามารถที่เหมาะสม เช่น กิจกรรมประจำวันส่วนตัว การทำงานบ้านงานสวน เล่นกีฬาที่ถนัด ขับรถ การมีเพศ สัมพันธ์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างที่ลดปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหัวใจลงได้ เช่น การสูบบุหรี่ การควบคุมอาหารที่มีไขมันสูงและรสเค็มจัด ภาวะคล้ายความเครียด หรือในรายที่มีบุคลิกภาพ personality type A เป็นต้น เพื่อควบคุมสาเหตุที่เป็นต้นเหตุของการเกิดโรคหัวใจได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรปฎิบัติกรรมการออกกำลังกาย

ให้ผู้ป่วยยอมรับและตระหนักได้ว่าการออกกำลังกายจะได้ประโยชน์สูงสุดที่สามารถเพิ่มสมรรถภาพหัวใจให้สมบูรณ์แข็งแรงจนสามารถใช้ชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพที่ดีสู่เป้าหมายที่บรรลุความสำเร็จของขบวนการ CR ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลา และกลยุทธ์ที่กระตุนให้เกิดแรงจูงใจ ซึ่งเป็นเรื่องที่ได้ยากมาก² สำหรับประเทศไทยการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อบทบาทการออกกำลังกายในคนไทยยังอยู่ในระยะเริ่มต้นตัวเท่านั้น จำเป็นต้องใช้การสนับสนุนทางสังคมตามขบวนการให้มีการเปลี่ยนแปลงความรู้³ ทัศนคติและประโยชน์ของ การออกกำลังกายเพิ่มขึ้นพร้อมกับส่งเสริมให้เพิ่มความรู้ค่านิยมด้านสุขภาพ^{4,5} ดังนั้น การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจจึงจำเป็นต้องฝึกตามหลักการออกกำลังกาย

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจ และหลอดเลือดทุกชนิดแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 2 กลุ่ม ตามการรักษา คือ กลุ่มผ่าตัด เช่น การเปลี่ยนหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Surgery: CABG) การเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Valvular Replacement) การเปลี่ยนหัวใจ (Cardiac Transplantation) และอีกกลุ่มไม่ผ่าตัด เช่น การขยายหลอดเลือดด้วยบล็อก (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty: PTCA) และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เจ็บพลัน (Myocardial Infarction: MI)

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแบ่งตามระยะของการฝึกการออกกำลังกายได้ 4 ระยะ⁶ ดังนี้คือ

ระยะที่ 1 ระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลเริ่มต้นออกกำลังกายเบาๆ (1-2 METs) ให้มีการ

ผลของขบวนการเวชศาสตร์พื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระดับที่ 2 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อบกบาทการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ

เคลื่อนไหวข้อเท้า ขา สะโพก ต่อมามีเพิ่มมากขึ้นตามโปรแกรม เริ่มต้นตั้งแต่ระดับ 1-8 ตามลำดับ (1-5 METs) จนสามารถยืน เดิน และลงบันไดได้เองหรือผู้ป่วยกลับบ้านได้

ระยะที่ 2 ระยะที่ผู้ป่วยออกจากการโรงพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 2-12 สัปดาห์ การออกกำลังกายอยู่ระดับ 5 METs ขึ้นไป ฝึกกายได้การควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิด ด้วยผู้ช่วยงานโดยเฉพาะนักกายภาพบำบัด พยาบาล อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบด้วยเครื่องส่งสัญญาณคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG telemetry) ใช้เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะออกกำลังกายจะต้องติดผู้ป่วยทุกคน เมื่อเริ่มฝึกออกกำลังกายเป็นครั้งแรก สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้จำเป็นต้อง monitor ได้แก่ เสียงสูง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Complicated Myocardial infarct) คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ (severe ST depression) เป็นต้น

ทำการบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจและอัตราการเต้นหัวใจตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุด ตลอดจนขณะออกกำลังกายทุก 2-3 นาที หรือเมื่อครบกำหนดเวลาของเครื่องมือออกกำลังกายแต่ละเครื่องจนครบทุกเครื่อง การวัดความดันโลหิตใช้ stethoscope วัดและบันทึกเช่นเดียวกัน

ระยะที่ 3 ระยะต่อเนื่องจากระยะที่ 2 ภายหลัง 12-16 สัปดาห์ขึ้นไป เป็นระยะที่ออกกำลังกายได้เองอย่างถูกต้องและปลอดภัย

ระยะที่ 4 ระยะสิ้นสุดระยะที่ 3 ช่วงนี้ ฝึกออกกำลังกายจนสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมให้รักการออกกำลังกายเป็นนิสัยติดตัวได้ นอกจากนี้อาจจะมีกิจกรรมและเล่นกีฬาที่สนับได้อย่างเหมาะสม ยังสามารถดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพที่ดีในสังคม ตลอดไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการพื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระดับที่ 2 กับความต่อเนื่องในการออกกำลังกายของผู้ป่วย ภายในระยะเวลา 12 เดือน

2. เปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อบกบาทการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจทั้ง 2 กลุ่ม ข้อมูลที่ทำการศึกษาได้แก่ อายุ เพศ ที่อยู่อาศัย เศรษฐฐานะ ระยะเวลาที่ป่วย ประวัติการออกกำลังกาย เป็นต้น

3. ศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนและอุปสรรคที่มีบกบาทต่อการออกกำลังกาย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ผู้ร่วมวิจัย เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจมารับบริการของโครงการเวชศาสตร์พื้นฟูโรคหัวใจ ที่ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ ชั้น 3 ผ่านการตรวจและประเมินโดยแพทย์เวชศาสตร์พื้นฟูส่งเข้าฝึกออกกำลังกายระยะที่ 2 เริ่มตั้งแต่เดือนมกราคมถึง 30 พฤษภาคม 2541 มีจำนวน 40 คน

2. การแบ่งกลุ่ม จัดตามความสมัครใจของผู้ป่วย คือ

2.1 กลุ่มทดลองมี 20 คน นัดฝึกออกกำลังกายตามวันและเวลาที่กำหนด ประมาณ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ทั้งหมดมี 3 เทอม เทอมละ 18 ครั้ง ผู้ร่วมวิจัยจะต้องฝึกอย่างน้อย 1 เทอม

2.2 กลุ่มควบคุม ได้รับคำแนะนำให้ออกกำลังกายเองที่บ้าน ส่วนใหญ่มีที่อยู่อาศัยอยู่ต่างจังหวัดไม่สามารถเข้าฝึกที่ศูนย์ได้หรือมีอุปสรรคในการเดินทาง เช่น ปัญหาการจราจร ไม่มีเวลา ต้องมีญาติพามาส่ง เป็นต้น มีจำนวน 20 คน การให้

คำแนะนำเป็นรายบุคคลเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและสถานที่แต่ละคน เช่น การเดินจะต้องกำหนดอัตราความเร็วของการเดินให้แน่นอน สามารถควบคุมได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตามเวลาหรือระยะเวลาที่กำหนดไว้

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลจากรายงานประวัติการรักษาของผู้ป่วย เวชระเบียนประจำตัวผู้ป่วย ประกอบด้วย

- ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ และเพศ
- สภาวะของโรคหัวใจ ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วย วิธีการรักษา

• เศรษฐฐานะ ได้แก่ ที่อยู่อาศัย การศึกษา รายได้ และอาชีพ

3.2 แบบสอบถามการออกกำลังกาย ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับเรื่องการออกกำลังกายทั้งหมด 10 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเริ่มต้นดังต่อไปนี้ ต่อไปนี้ คือ กลุ่มทดลองออกกำลังกายโดยใช้อุปกรณ์ เช่น สายพาน (treadmill) จักรยาน (leg และ arm ergometer) ส่วนกลุ่มควบคุม ใช้วิธีเดินออกกำลังกายเท่านั้น

3.3 แบบสอบถามใช้วัดสมรรถภาพร่างกายโดยใช้ The Duke Activity Status Index⁷ หรือ DASI เป็นแบบสอบถาม ซึ่งนิยมใช้แพร่หลายตามมาตรฐาน American Heart Association (AHA) มีคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นคำถามเข้าใจง่ายเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องทำ แบบสอบถามนี้เหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการทดสอบสมรรถภาพร่างกายด้วยตนเอง เพราะเกี่ยบเคียงกับค่าของการใช้ O_2 (peak O_2)

uptake) ตัวอย่างเช่น

- การเดินช้าๆ รอบบ้าน ได้ค่าเทียบเคียงประมาณ 1.75 METs
- การกำจัดตัวส่วนตัว เช่นอาบน้ำ แต่งตัว ประมาณ 2.75 METs
- การวิ่งระยะทางสั้นๆ ประมาณ 8.00 METs

- กีฬาเบาๆ ถึงปานกลาง เช่น กอล์ฟ ปิงปอง ประมาณ 6.00 METs
- กีฬาหนัก เช่น ว่ายน้ำ พุตบลล์ ประมาณ 1 MET

(1 Metabolic Equivalent หมายถึง การใช้ O_2 ต่ำสุดมีค่าเท่ากับ 3.5 ㎖.ของ O_2 /กิโลกรัม/นาที)

4. โปรแกรมการพัฒนาสมรรถภาพหัวใจ ประกอบด้วย

4.1 การออกกำลังกาย แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ กลุ่มทดลองออกกำลังกายโดยใช้อุปกรณ์ เช่น สายพาน (treadmill) จักรยาน (leg และ arm ergometer) ส่วนกลุ่มควบคุม ใช้วิธีเดินออกกำลังกายเท่านั้น

4.2 การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ในผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รับความรู้โดยเข้าพัฒนาค่าบรรยายอย่างน้อย 1 ครั้ง เพื่อให้ทราบวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการออกกำลังกาย จนสามารถรายงานความพึงพอใจ และแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างมั่นใจและปลอดภัย กลุ่มควบคุมสามารถบันทึกการออกกำลังกายเพื่อตัวเอง เช่น บันทึกอัตราการเต้นหัวใจขณะพักขณะออกกำลังกายและหลังออกกำลังกายจนจบโปรแกรม โดยบันทึกลงในตารางการออกกำลังกาย

สาเหตุของการผ่าตัดและความรู้สึกของผู้ป่วยเมื่อถูกผ่าตัด

การตรวจทางรังสีวินิจฉัย หรือผลการส่องกล้องตลอดจนขาดเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด สาเหตุจากปัญหาด้านแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 19.35 ได้แก่ อาจารย์แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดติดภารกิจ หรือแพทย์ประจำบ้านสั่งเตรียมผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัดแล้ว แต่ลืมไปลงรายชื่อเพื่อรับการผ่าตัดกับทางห้องผ่าตัด ส่วนสาเหตุจากปัญหาอุบัติเหตุ วิสัยมีร้อยละ 3.23 ได้แก่ มีผู้ป่วยซึ่งมีอาการหนัก หรือรับด่วน จำเป็นต้องผ่าตัดฉุกเฉินมาแทรกหรือขาดเลือด เป็นกลุ่มเลือดที่หายากถึงแม้จะประกาศรับบริจาคหรือรอเลือดจากภาคตัดล้ากว่ายังไม่มีจึงจำเป็นต้องดูแลต่อ สำหรับสาเหตุทางด้านผู้ป่วยมีเพียง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.08 ที่ผู้ป่วยขอเลื่อนผ่าตัดไปก่อนเนื่องจากการปวดหนัก จำเป็นต้องไปดูแลมารดา ซึ่งผลการวิจัยพบว่าสาเหตุของการเลื่อนผ่าตัดส่วนใหญ่มีความคล้ายถึงกับผลการวิจัยของเบญจมาศ ปรีชาคุณ และคณะ ที่ศึกษาสาเหตุของการเลื่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาพยาบาล ณ ห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช⁴ เพียงแต่แตกต่างกันในส่วนของการเรียงลำดับสาเหตุของ การผ่าตัดตามจำนวนผู้ป่วย โดยพบว่าสาเหตุที่พบมากที่สุดของการเลื่อนผ่าตัดคือการทำไม่ทัน เนื่องจากผ่าตัดรายก่อนหน้าใช้เวลานานกว่าที่คิด ร้อยละ 42.73 สาเหตุรองลงมาได้แก่ 医師ติดภารกิจไม่สนใจ ร้อยละ 17.28 ผลการตรวจไม่พร้อม ร้อยละ 14.58 แพทย์เตรียมผ่าตัดให้เพื่อรายอื่นดูผ่าตัด ร้อยละ 10.91 ไม่มีห้องปฏิบัติ ร้อยละ 7.27 มีผู้ป่วยฉุกเฉินมาแทรก ร้อยละ 3.63 ผู้ป่วยมีไข้ร้อยละ 1.82 ไม่มีเลือดร้อยละ 0.91 และไม่มีอุปกรณ์ในการทำผ่าตัด ร้อยละ 0.91⁴ การที่สาเหตุของ การผ่าตัด มีความคล้ายคลึงกัน อาจเป็น เพราะโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามาธิบดีต่างเป็นโรงพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์ ในสังกัดของมหาวิทยาลัยมหิดล ทบวงมหาวิทยาลัย เช่นเดียวกัน

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การแก้ไขปัญหาเรื่องการผ่าตัดสามารถจะกระทำได้โดยการปรับปรุงการบริหารจัดการในการเตรียมผ่าตัดให้มีระบบและมีความพร้อมมากกว่าเดิม เช่นการวางแผนการรักษาพยาบาล การติดต่อประสานงาน ปรึกษาระหว่างแพทย์แต่ละสายงาน การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัดในจำนวนที่เหมาะสม การเตรียมเครื่องมือเพื่อให้มีความพร้อมก่อนการผ่าตัดผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ถูกผ่าตัด 1 ครั้งแล้วควรจะหาทางบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ไม่ต้องถูกผ่าตัดเป็นครั้งที่ 2 หรือ 3 ดังตัวอย่างผู้ป่วยถูกผ่าตัดบ่อยกว่า "ตอนที่ถูกผ่าตัดครั้งแรก พอกจะเข้าใจเหตุผลแต่พองดครั้งที่ 2 ไม่เข้าใจว่าทำไมต้องเป็นเราที่ต้องถูกผ่าตัดอีก" ส่วนรายที่ถูกผ่าตัดครั้งที่ 3 อายุ 58 ปี เป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการเตรียมลำไส้ก่อนการผ่าตัด (bowel preparation) โดยให้ผู้ป่วยรับประทานยา nhuậnและสวนอุจจาระ ผู้ป่วยซึ่งมีอาการเพลียมาก และบอกว่า "ແຍ່ເລຍ ເນື້ອທີ່ຕັດຄູກສຸວນອັກແລ້ວ ດ້າຍຈົນເພີ້ຍ ນຶ່ງມາ 3 ຄັ້ງ ແລ້ວນະ ເນື້ອໄຫວ່ຈະໄດ້ຝ່າກິນໄວ້" ສอดคล้องกับผลการวิจัยของเบญจมาศ ปรีชาคุณ และคณะ ซึ่งพบว่าผลการทบทวนทางด้านจิตใจและความรู้สึกของผู้ป่วยเมื่อถูกผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวว่าจะถูกเลื่อนผ่าตัดอีกมากที่สุด รองลงมาคือความกังวลใจความผิดหวัง กลัวว่าอาการของโรคจะเป็นมาก⁴ ถึงแม้ผู้ป่วยที่ถูกผ่าตัดให้ใหญ่ ร้อยละ 64.52 จะมีภูมิค่าน่าอยู่กรุงเทพฯ และปริมณฑล แต่ยังมีผู้ป่วยร้อยละ 35.48 ที่มีภูมิค่าน่าอยู่ในภูมิภาคอื่นๆ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องเสียค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทางเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่มีภูมิค่าน่าอยู่ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่งภูมิค่าน่าเดิมอยู่จังหวัดนครสวรรค์ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้เลื่อน นัด

มาพังเตียง 3 ครั้ง และรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัดในวันรุ่งขึ้น เมื่อวัดความดันโลหิตพบว่าความดันโลหิตสูง จึงปรึกษาแพทย์ทางอายุรศาสตร์เห็นสมควรให้รักษาทางยาเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้ได้ก่อนจะทำการผ่าตัด จึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปก่อนแล้ว นัดมาทำการผ่าตัดเมื่อความดันโลหิตปกติแล้ว ผู้ป่วยรายนี้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เสียเวลา หยุดงานเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก เกินกว่าที่จำเป็น นอกเหนือนี้จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ถูกงดผ่าตัดส่วนใหญ่อายุ 25-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.21 ซึ่งจะเห็นว่าผู้ป่วยเหล่านี้อยู่ในวัยทำงาน ซึ่งต้องรับผิดชอบครอบครัวและเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม การต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้วถูกเลื่อนหรืองดผ่าตัดไปทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากเกินความจำเป็นและต้องเสียเวลาในการประกอบอาชีพซึ่งอาจมีผลกระทบต่องานบ้านในครอบครัว และการหารายได้ เพื่อเลี้ยงชีพซึ่งผลการวิจัยของเบญจมาศ บริษัทฯ และคณะ พบร่วมผลกระทบของการงดผ่าตัดทางด้านเศรษฐกิจที่เป็นอันดับสูงสุดคือการต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการรักษา ขาดคุณภาพครอบครัวนานขึ้น ขาดรายได้ และขาดงานเพิ่มขึ้น⁴ นอกจากนั้นผู้ป่วยที่ถูกงดผ่าตัดอีกส่วนหนึ่งยังเป็นผู้สูงอายุ อายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.36 การถูกเตรียมผ่าตัดทางร่างกาย เช่น งดน้ำ งดอาหาร ส่วนอุจจาระ อาจทำให้อ่อนเพลีย ยิ่งกว่าวัยหนุ่มสาว ซึ่งผลการวิจัยของเบญจมาศ บริษัทฯ และคณะ พบร่วมผลกระทบของการงดผ่าตัดทางด้านร่างกาย ได้แก่ การต้องถูกเตรียมผ่าตัดและถูกงดน้ำ งดอาหาร⁴ ทางด้านความรู้สึกของผู้ป่วย เมื่อถูกงดผ่าตัด แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ความ

รู้สึกด้านลบ ด้านบวก และเฉยๆ ไม่พบผู้ป่วยที่มีความรู้สึกหลายด้านบวกปนกันโดยส่วนใหญ่ 54 คน แสดงความรู้สึกทางด้านลบ เช่น กังวลใจ เสียเวลา ไม่เข้าใจเหตุผล หงุดหงิด เสียใจ เครียด เป็น ยุ่งยากใจ เสียความรู้สึก ไม่พอใจและเหตุที่มีค่าตอบที่แสดงถึงผลกระทบทางด้านร่างกาย 13 คนคือ หิว 9 คน และอ่อนเพลีย 4 คน เนื่องจากในการเตรียมผ่าตัดแต่ละครั้ง นอกจากระยะ เตรียมผ่าตัดทางด้านร่างกายแล้ว ผู้ป่วยมักจะมีความวิตกกังวลที่จะต้องเข้ารับการผ่าตัดซึ่งมีความสำคัญสำหรับตัวผู้ป่วยแต่ละคน เมื่อผู้ป่วยได้รับการเตรียมผ่าตัดจึงได้มีการปรับตัวเตรียมพร้อมในการเผชิญปัญหา แต่เมื่อถูกงดผ่าตัดออกไป ผู้ป่วยอาจจะมีความรู้สึกขาดความเชื่อมั่น และวิตกกังวลต่อการเลื่อนผ่าตัดออกไป ซึ่งผลการวิจัยของเบญจมาศ บริษัทฯ และคณะ พบร่วมผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเมื่อถูกงดผ่าตัดมากที่สุด คือ กลัวว่าจะถูกเลื่อนผ่าตัดอีก⁴ อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยจำนวน 46 คน ที่ถึงแม้จะถูกงดผ่าตัดแต่ก็ยังมีความรู้สึกทางด้านบวก คือเข้าใจเหตุผลที่ถูกงดผ่าตัด มีเพียง 1 คนที่ผู้ป่วยเป็นฝ่ายขอเลื่อนผ่าตัดด้วยเหตุผลส่วนตัวที่ต้องการจะไปดูแลภารดาซึ่งป่วยหนัก และมีผู้ป่วย 4 คน ที่รู้สึกตื่นใจที่ไม่ต้องผ่าตัด เนื่องจากมี 3 คนแพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาไปรักษาด้วยวิธีอื่น ไม่ต้องผ่าตัด เช่น การรักษาทางยา การฉ่ายแสงหรือการให้ยาเคมีบำบัด ส่วนอีก 1 คน ที่ถูกงดผ่าตัด ถึงแม้จะเป็นผู้ป่วยที่ถูกเตรียมลำไส้ก่อนการผ่าตัด แต่ผู้ป่วยมีความรู้สึกทางด้านบวก คือบอกว่า “ดีเหมือนกัน เป็นการล้างลำไส้ให้สะอาด เลื่อนผ่าตัดไปก่อนก็ได้ เดียวหมอนเข้าพร้อมกับผ่าให้เอง” และมีผู้ป่วยที่ไม่แสดงความรู้สึก夷ๆ 9 ราย ซึ่ง

สาเหตุของการค่าตัดและความรู้สึกของผู้ป่วยเมื่อถูกค่าตัด

อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเก็บความรู้สึก ไม่อยากบอกความรู้สึกที่แท้จริง เนื่องจากมีความเกรงใจต่อผู้ให้การรักษาพยาบาลก็เป็นได้ นอกจากนั้นถึงแม้ผู้ป่วยจะเข้าใจในเหตุผล แต่มีญาติผู้ป่วย 3 รายที่แสดงความไม่พอใจอย่างมากที่ผู้ป่วยถูกค่าตัดดังนั้นการให้ข้อมูลสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอ จำเป็นจะต้องให้ความสำคัญในการทำความเข้าใจ สื่อข้อมูลกับญาติถึงสาเหตุของการค่าตัดด้วย

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยพบว่า สาเหตุของการค่าตัดส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาด้านบริหารจัดการซึ่งสามารถปรับปรุงแก้ไขได้ โดยการตระหนักรถึงความสำคัญของปัญหา และความร่วมมือของบุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยในบทบาทของพยาบาลจะมีส่วนร่วมในการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจทางรังสีวินิจฉัย หรือการส่องกล้อง รับรายงานผลเมื่อพบความผิดปกติผลจากการค่าตัดทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกด้านลบต่อการรักษาพยาบาล ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายจึงควรตระหนักรถึงความสำคัญของ

ปัญหาการค่าตัดผู้ป่วยเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไข พัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น โดยพยาบาลจะต้องให้ความสำคัญต่อการสร้างความเข้าใจโดยร่วมกับแพทย์ในการให้ข้อมูลที่สอดคล้องไปในทางเดียวกันเกี่ยวกับเหตุผลและความจำเป็นของ การค่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก ซึ่งอาจจะช่วยผ่อนคลายความรู้สึกเพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. Luckmann J and Sorenson KC. *Medical-surgical nursing : A psychophysiological approach* 3rd ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1987.
2. สิริยะ สัมมาวงศ์. การเตรียมค่าตัดเพื่อการค่าตัด : ปัญหาและการพยาบาล *พยาบาลสาร* 2541; 25:1-7.
3. Ames SW and Kneisl CR. *Essentials of adult health nursing*. California : Addison-Wesley publishing company, 1988.
4. เบญจมาศ บริษัทฯ และคณะ. ผลกระบวนการของการค่าตัดในผู้ป่วยที่มารับบริการการรักษาพยาบาล ณ ห้องค่าตัดศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช วารสาร *พยาบาลห้องค่าตัดแห่งประเทศไทย* 2541; 3:61-8.
5. สิริยะ สัมมาวงศ์. ปัญหาที่เกิดจากการค่าตัดพยาบาลสาร 2540; 24:19-26.

Operative cancellation : causes and patient's feeling

Yupun Junthorn*^{B.Sc (Nursing)}, Siraya Summawart**^{M.S (Nursing), M.A (Public Administration)}

Abstract This research was a primary survey about the numbers of operative cancellation patient, causes and patient's feeling. Collected data by record and interview patient admitted in traumatic ward, Ramathibodi Hospital Mahidol University. The result revealed that 93 patients were operative cancelled, most of them 43.01% age over 51 years, lived in Bangkok 48.39%. Causes of operative cancellation most were the management issues 76.34%, most of the patients 59.17% had negative feeling. The results indicated to resolve management issue to improve quality of patient's care. Rama Nurs J 2000; 6(2) : 154-61.

Keywords : operative cancellation, causes, patient's feeling

Clinical AssociateAssociate Professor Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.*