

ความสามารถในการกลับไปทำงาน และการมีเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยโรคหัวใจหลังผ่าตัด

ปราณีตา เสาวคนธ์, พ.บ.

วิศาล คันธรัตน์กุล, พ.บ.

ฉัฐยา จิตประไพ, พ.บ.

ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ปราณีตา เสาวคนธ์, วิศาล คันธรัตน์กุล, ฉัฐยา จิตประไพ. ความสามารถในการกลับไปทำงานและการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจหลังผ่าตัด เวชศาสตร์ฟื้นฟู 2543; 10(2) : 73-79.

บทคัดย่อ

การศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการกลับไปทำงานและการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจและ/หรือผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งกำลังอยู่ในระหว่างหรือเคยได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจ ณ โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2539 ถึง ธันวาคม 2541 ทั้งหมด 108 คน โดยใช้แบบสอบถามมีผู้ป่วยตอบกลับมาทั้งหมด 56 คน คิดเป็น 51.8% จำนวน ผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพและทำงานบ้านก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถกลับมาประกอบอาชีพและทำงานบ้านได้ เฉลี่ยเท่ากับ 4.6 ± 4.4 และ 3.1 ± 2.2 เดือน ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพการทำงานลดลงเท่ากับ 46.4% เหมือนเดิมเท่ากับ 37.5% และเพิ่มขึ้น 5.4% นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ค่าเฉลี่ยของความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดเท่ากับ 4 และ 2 ครั้งต่อเดือนตามลำดับ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p<0.05$) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถกลับไปมีเพศสัมพันธ์เฉลี่ยเท่ากับ 3.8 ± 2.9 เดือน ผู้ป่วย มีความรู้สึกพึงพอใจต่อการมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดเหมือนเดิมเท่ากับ 53.8% ลดลงเท่ากับ 42.3% ดีขึ้น 3.8% ดังนั้น อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่สามารถทำงานและมีเพศสัมพันธ์หลังได้รับการผ่าตัด บายพาสหลอดเลือดหัวใจและ/หรือผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจไม่มีความแตกต่างกับก่อนได้รับการผ่าตัด แต่ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์หลังได้รับการผ่าตัด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจเป็น ขบวนการทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูในการดูแลรักษา ผู้ป่วยที่มี ปัญหาโรคหัวใจ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการ โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดบายพาส หลอดเลือดหัวใจและเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เป็นต้น โดยมี วัตถุประสงค์ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตส่วนตัว ครอบครัว และอยู่ใน สังคมได้อย่างมีความสุข

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยของแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ ตั้งแต่ เดือนมิถุนายน 2539 ถึง ธันวาคม 2541 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับการรักษา เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัด บายพาส หลอดเลือดหัวใจ รองลงมา ได้แก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ คิดเป็น 53 และ 25% ตามลำดับ ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับคำแนะนำ และมีออก กกำลังกาย รวมถึงการให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วย มีคุณภาพ ชีวิตดีขึ้น

ปัจจัยสำคัญที่สามารถชี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คือ การที่ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานและ มีเพศสัมพันธ์ หลังได้รับการผ่าตัด จากการทบทวนข้อมูลการศึกษา เกี่ยวกับเรื่องนี้ในอดีต ตั้งแต่ปี ค.ศ 1977-1990 จำนวน ทั้งสิ้นประมาณ 15⁽¹⁾ การศึกษา พบผลการศึกษาที่แตกต่าง กัน 2 กลุ่ม กล่าวคือ 80% ของการศึกษาทั้งหมดพบว่า ผู้ป่วยกลับไปทำงานหลังผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจ ลดลง ในขณะที่ 20% ของการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลับไป ทำงานหลังผ่าตัดเหมือนเดิมหรือเพิ่มขึ้น

ส่วนประเด็นเรื่องการมีเพศสัมพันธ์หลังได้รับการ ผ่าตัด จากการศึกษาของ Heller และ Frank ในปี 1974⁽²⁾ พบว่าหนึ่งในสามของผู้ป่วยยังคงมีอาการวิตกกังวลและมี ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ในช่วง ระยะเวลา 1 ปี หลังได้รับการ ผ่าตัดหัวใจ (Open-heart surgery) ส่วนผลการศึกษา เกี่ยวกับความถี่ ของการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยหลังได้รับการ ผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจ โดย Bloch และคณะ ในปี 1975⁽³⁾ พบว่าลดลง 10% เมื่อเทียบกับก่อนผ่าตัด จากการศึกษาของ Kornfeld และ Heller ในปี 1982⁽⁴⁾ ได้ติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจจำนวน 100 คน นานถึง 41/2 ปี พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่รู้สึกพอใจ ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลงจาก 73% ในช่วงก่อนผ่าตัด เหลือ 43% ในช่วงหลังผ่าตัด

ในประเทศไทยมีลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม

ประเพณีที่แตกต่างไปจากประเทศทางตะวันตก ซึ่งความ แตกต่างนี้มีผลทำให้ลักษณะชีวิตความเป็นอยู่ การทำงาน และพฤติกรรมกรรมกรมีเพศสัมพันธ์ของประชากรทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันเป็นอย่างมาก การนำเอาผลการศึกษาเกี่ยวกับ เรื่องนี้ของประเทศแถบตะวันตกมาใช้กับคนไทยโดยตรงอาจไม่ได้ประโยชน์อย่างเต็มที่ประกอบกับการที่ยังไม่มีผู้ทำการศึกษาในเรื่องนี้อย่างจริงจังในประเทศไทย ผู้ วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ เพื่อนำผลการ ศึกษาที่ได้มาประยุกต์ใช้กับคนไทยได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถ กลับไปทำงานและมีเพศสัมพันธ์หลังได้รับการผ่าตัด รวมทั้งประสิทธิภาพและทัศนคติต่อกิจกรรมดังกล่าว และ อัตราการได้รับคำปรึกษา และความต้องการรับคำปรึกษา ของผู้ป่วย

วัสดุและวิธีการ

ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบายพาส หลอดเลือดหัวใจและ/หรือผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับการ รักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจ ตั้งแต่ มิถุนายน 2539 ถึง ธันวาคม 2541 จำนวน 108 คน โดยศึกษาข้อมูล เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และการรักษาของผู้ป่วยจากเวช ระเบียบ และส่งแบบสอบถามส่งทางไปรษณีย์ โดยแบบ สอบถามเกี่ยวกับการไปประกอบอาชีพและทำงานบ้าน และสอบถามเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนและหลังได้ รับการผ่าตัด วิจัยเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ทางสถิติโดย Pearson Chi - Square test, Mc Nemar Chi - Square test, Independent samples tests และ Wilcoxon Signed Ranks test ถือว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ p-value < 0.05)

ผลการวิจัย

กลุ่มประชากรที่ศึกษาทั้งหมด 108 ราย มีผู้ที่ตอบ แบบสอบถาม 56 ราย (51.8%) ไม่ตอบแบบสอบถาม 52 ราย (48.2%) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ตอบ แบบสอบถาม และ ไม่ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 37 คน (66%) และ 39 คน (75%) แต่งงาน 43 คน (76%) และ 42 คน (80%) อายุเฉลี่ยขณะตอบแบบสอบถาม = 54.5±11.7 ปี

และ 56.4 ± 12.1 ปี, ได้รับการผ่าตัดบายพาส หลอดเลือดหัวใจ 35 คน (62%) และ 39 คน (75%) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของ ทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าปัจจัยเหล่านี้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 1)

	ผู้ที่ตอบแบบสอบถาม (56 คน)	ผู้ที่ไม่ตอบแบบสอบถาม (52 คน)
เพศหญิง	19 (34%)	13 (25%)
เพศชาย	37 (66%)	39 (75%)
อายุเฉลี่ยขณะผ่าตัด (ปี)	51.5 ± 12.5	54.6 ± 11.9
อายุเฉลี่ยขณะตอบแบบสอบถาม (ปี)	54.5 ± 11.7	56.4 ± 12.1
สถานภาพสมรส		
● โสด	6 (11%)	4 (8%)
● แต่งงาน	43 (76%)	42 (80%)
● ม่าย	7 (13%)	6 (12%)
ชนิดการผ่าตัด		
1. บายพาสหลอดเลือดหัวใจ	35 (62%)	39 (75%)
2. เปลี่ยนลิ้นหัวใจ	20 (36%)	13 (25%)
3. ทั้ง 2 ชนิด	1 (2%)	0
ระยะเวลาเฉลี่ย		
หลังผ่าตัด (ปี)	1.9 ± 0.9	2.1 ± 0.8

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มทดลอง

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุเฉลี่ยขณะผ่าตัด อายุเฉลี่ยขณะตอบแบบสอบถาม สถานภาพสมรส ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาหลังจากผ่าตัดของกลุ่มผู้ป่วยที่ตอบและไม่ตอบแบบสอบถาม พบว่าปัจจัยเหล่านี้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในกลุ่มผู้ที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 56 คน ขณะอยู่โรงพยาบาลช่วงหลังผ่าตัดผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย คาดว่าผู้ป่วยจะกลับไปทำงานได้ 38 คน (67.9%) และ 40 คน (71.4%) ตามลำดับ ผู้ป่วยเคยได้รับ คำปรึกษาเกี่ยวกับการกลับไปทำงานหลังจากผ่าตัด 32 คน (57%) ไม่เคยได้รับ คำปรึกษา 24 คน (43%)

ผู้ป่วยที่สามารถประกอบอาชีพได้ก่อนผ่าตัด 40 คน (71.4%) หลังผ่าตัดเท่ากับ 34 คน (60.7%) ซึ่งไม่มีความ

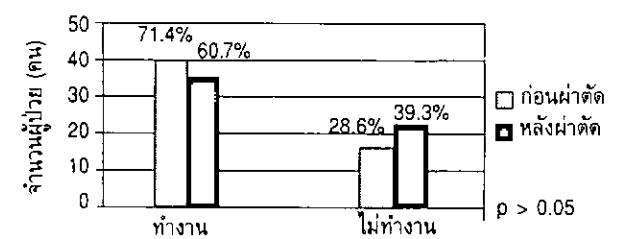
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (รูปที่ 1) อาชีพของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด เช่น รับราชการ ครู, พนักงานรัฐวิสาหกิจ ค้าขาย ทำนา ทำสวน เย็บผ้า ยามรักษาความปลอดภัย ภารโรง เป็นต้น ระยะเวลาที่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้เฉลี่ย 4.6 ± 4.4 เดือน

เมื่อพิจารณาถึงอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่สามารถทำงานบ้านก่อนผ่าตัด 55 คน (98.2%), และหลังผ่าตัด 54 คน (96.4%) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (รูปที่ 2) งานบ้านที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ เช่น กวาด-ถูบ้าน ทำอาหาร ล้างจาน ซักผ้า ล้างห้องน้ำ รดน้ำต้นไม้ ระยะเวลาที่สามารถกลับไปทำงานบ้านได้เฉลี่ย 3.1 ± 2.2 เดือน

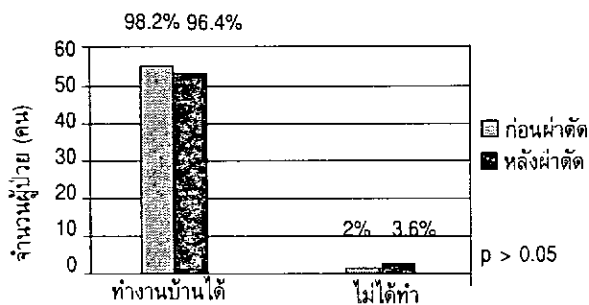
ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าคุณภาพในการทำงานหลังผ่าตัดลดลง 26 คน (46.4%) ดีขึ้น 3 คน (5.4%) เหมือนเดิม 21 คน (37.5%) และไม่ตอบแบบสอบถาม 6 คน (10.7%)

ส่วนเรื่องการมีเพศสัมพันธ์จากผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถาม 56 คน เห็นว่าเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่ไม่สำคัญสำหรับชีวิต 20 คน (35.7%) สำคัญมาก 8 คน (14.3%) ปานกลาง 17 คน (30.4%) น้อย 7 คน (12.5%) ไม่ตอบแบบสอบถาม 4 คน (7.1%) กลุ่มที่ตอบว่าเพศสัมพันธ์ไม่สำคัญสำหรับชีวิต เป็นผู้หญิง 11 และ ผู้ชาย 9 คน ตามลำดับ

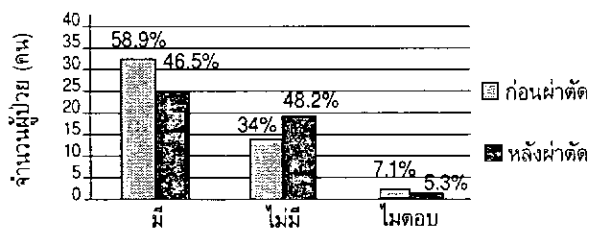
ขณะอยู่รพ. ผู้ป่วยส่วนใหญ่คาดว่าจะกลับไปมีเพศสัมพันธ์ได้ 26 คน (46%) ไม่ได้ 21 คน (38%) ไม่ตอบแบบสอบถาม 9 คน (16%) พบว่าก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์ 33 คน (58.9%) หลังผ่าตัดลดลงเหลือ 26 คน (46.5%) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (รูปที่ 3) โดยมีความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนผ่าตัดเฉลี่ย 4 ครั้งต่อเดือน หลังผ่าตัดลดลงเหลือเฉลี่ย 2 ครั้งต่อเดือน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระยะเวลาที่ผู้ป่วยกลับไปมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดเฉลี่ย 3.8 ± 2.9 เดือน



รูปที่ 1 แสดงอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่สามารถประกอบอาชีพได้ก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด



รูปที่ 2 แสดงอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่สามารถทำงานบ้านได้ ก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด



รูปที่ 3 แสดงถึงอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด

จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 26 คนที่มีเพศสัมพันธ์ได้หลังผ่าตัด ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัด คือ เหมือนเดิม 14 คน (53.8%) แยก 11 คน (42.3%) ดีขึ้น 1 คน (3.8%) สามารถหยอหรือคู่รักของผู้ป่วยรู้สึกว่าการมีเพศสัมพันธ์ดีขึ้น และแยกเท่ากัน คือ 9 คน (34.6%) เหมือนเดิม 5 คน (19.2%) ไม่ทราบ 3 คน (11.5%) เวลาที่มีเพศสัมพันธ์ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติ 16 คน (61.5%) มีอาการผิดปกติ 10 คน (38.5%) อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นคือ เหนื่อยง่ายหายใจไม่ทัน เจ็บหน้าอกปวดหลัง ผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติดังกล่าวคิดว่าอาการนี้มีผลทำให้มีเพศสัมพันธ์ 9 คน (90%) ผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีเพศสัมพันธ์ลดลงหรือไม่เลย ให้เหตุผลว่าอายุมากแล้วไม่สนใจเรื่องเพศสัมพันธ์และกลัวว่าอาการจะกำเริบ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ 45 คน (80%) ไม่เคยได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์และผู้ป่วยไม่ต้องการรับคำปรึกษาถึง 35 คน (62%)

บทวิจารณ์

แม้ว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามจะมีลักษณะข้อมูลพื้นฐานในเรื่อง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาหลังผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด ไม่แตกต่างทางสถิติ

กับกลุ่มที่ไม่ตอบแบบสอบถามแต่ยังไม่อาจกล่าวได้ว่า กลุ่มที่ตอบแบบสอบถามเป็นตัวแทนของผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากยังมีปัจจัยอื่นๆ อีกที่ยังไม่ได้นำมาเปรียบเทียบ เช่น ความรุนแรงของโรคก่อนและหลังผ่าตัด โรคประจำตัวอื่นๆ ยาที่ใช้ประจำ เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามกลับมา 56 ราย น่าจะเพียงพอต่อการศึกษาระดับขั้นต้น ในการที่จะนำผลการศึกษามาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนเป็นพื้นฐานในการศึกษาต่อไป

ในการศึกษานี้ครั้งนี้ อุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหัวใจที่สามารถทำงานและเพศสัมพันธ์ได้หลังได้รับการผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจและ/หรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจลดลง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนได้รับการผ่าตัด พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าการประสิทธิภาพในการทำงานหลังได้รับการผ่าตัดลดลงเช่นเดียวกัน ในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังคงมีเพศสัมพันธ์หลังได้รับการผ่าตัด พบว่าความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์หลังได้รับการผ่าตัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้เกิดความคิดโน้มเอียงได้ว่า ปัจจัยทางด้านสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย และความรุนแรงของโรคหลังได้รับการผ่าตัด อาจมีผลโดยตรงที่ทำให้อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่สามารถทำงานและมีเพศสัมพันธ์ได้หลังได้รับการผ่าตัดไม่แตกต่างกับก่อนได้รับการผ่าตัด ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานและความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์หลังได้รับการผ่าตัดนั้นลดลง ซึ่งในประเด็นนี้ได้มีการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยทั้ง 2 ด้าน ไม่น่าจะเกี่ยวข้องโดยตรง เช่น การศึกษาของ National Institutes of Health ในปี 1981⁽⁵⁾ พบว่าผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจมีอาการเจ็บหน้าอกแบบแองไจน์าลดลงถึง 70-90% และการศึกษาของ CASS ในปี 1983⁽⁶⁾ พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความสามารถในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น 20-50% ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหลังได้รับการผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจความรุนแรงของโรคลดลงและผู้ป่วยมีสมรรถภาพในการทำงานของร่างกายดีขึ้นอย่างชัดเจน Newell และคณะ⁽⁷⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับสมรรถภาพในการทำงานของร่างกายของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่าความสามารถในการใช้ออกซิเจนของร่างกาย (VO₂) ดีขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนได้รับการผ่าตัด ซึ่งชี้ให้เห็นในตัวเองเดียวกันว่าหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ สมรรถภาพในการทำงาน

ของร่างกายดีขึ้นเช่นเดียวกัน

หากพิจารณาในแง่ที่ว่า การกลับไปทำงานและมีเพศสัมพันธ์หลังได้รับการผ่าตัดนั้นขึ้นอยู่กับสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย และความรุนแรงของโรค ผลการศึกษาน่าจะมีความโน้มเอียงที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ สมรรถภาพในการทำงานของร่างกายที่ดีขึ้นและอาการเจ็บหน้าอกที่ลดลงหลังได้รับการผ่าตัด น่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยกลับไปทำงานและมีเพศสัมพันธ์ได้ดีขึ้น แต่การศึกษาครั้งนี้พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่กลับไปทำงานและมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดไม่แตกต่างจากก่อนผ่าตัด ประสิทธิภาพในการทำงานและความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่ผ่านมา⁽¹⁻⁴⁾ ส่วนประเด็นเรื่อง การมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจนั้น มีผู้ทำการศึกษาพบว่าการมีเพศสัมพันธ์แต่ละครั้งใช้พลังงานเพียง 3.4 METS⁽⁶⁾ หรือเทียบได้กับการขึ้นบันไดเพียง 2 ชั้นเท่านั้น ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว ผู้ป่วยที่สามารถออกกำลังกาย ในระดับความแรงต่ำ (low-level exercise) ที่ใช้พลังงาน 2-4 METS น่าจะมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างปลอดภัย ดังนั้นพอที่จะสันนิษฐานได้ว่าการที่ผู้ป่วยกลับไปทำงานและมีเพศสัมพันธ์ลดลงภายหลังได้รับการผ่าตัดต่างๆที่สมรรถภาพในการทำงานของร่างกายดีขึ้น และอาการเจ็บหน้าอกที่ลดลงน่าจะเป็นผลจากปัจจัยอื่นๆนอกเหนือจากปัจจัยทางด้านร่างกายและความรุนแรง และความรุนแรงของโรค ได้มีผู้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับไปทำงานของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจ⁽¹⁾ พบว่าปัจจัยที่มีผลโดยตรงคือ อายุ เพศ ความรุนแรงของโรค สถานภาพ ในการทำงาน และลักษณะงานก่อนได้รับการผ่าตัด ความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัว การขาดความมั่นใจ และเกรงว่าอาการจะกำเริบอีก และการได้รับคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับการกลับไปทำงานหลังได้รับการผ่าตัด

ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับไปมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดนั้น จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่ชัด แต่มีผู้ทำการศึกษาในผู้ป่วยหลังมีอาการของโรคหัวใจขาดเลือด^(3,8-12) เพื่อหาสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปมีเพศสัมพันธ์เหมือนระยะก่อนที่จะมีอาการเกิดขึ้น พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ผู้ป่วยเพศชายรู้สึกว่าการต้องการทางเพศลดลงเกรงว่าจะเสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ รู้สึกอ่อนเพลีย คิดว่าอายุมากแล้ว มีความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้า มี

ปัญหาหลังนำกลับมาเร็วผิดปกติ และไม่กล้าปรึกษาปัญหาเหล่านี้กับแพทย์ เมื่อพิจารณาถึงการศึกษเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปทำงานและมีเพศสัมพันธ์ที่กล่าวมา อาจสันนิษฐานได้ว่า การที่อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่สามารถทำงานและมีเพศสัมพันธ์ได้หลังผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจและ/หรือผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไม่แตกต่างกับก่อนได้รับการผ่าตัด รวมทั้งประสิทธิภาพในการทำงาน และความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์หลังได้รับการผ่าตัดที่ลดลง สาเหตุไม่น่ามาจากปัจจัยเรื่องข้อจำกัดทางด้านสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย และอาการเจ็บหน้าอกในช่วงหลังผ่าตัดผ่าตัด แต่อาจเป็นผลมาจากปัจจัยอื่นๆ ที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งต้องทำการศึกษาวิจัยต่อไปว่าปัจจัยใดเกี่ยวข้องโดยตรง

สรุป

จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจหลังได้รับการผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจและ/หรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจ พบว่าอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่สามารถทำงานและมีเพศสัมพันธ์หลังได้รับการผ่าตัดไม่มีความแตกต่างกับก่อนได้รับการผ่าตัด ประสิทธิภาพในการทำงานหลังผ่าตัดและความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์หลังได้รับการผ่าตัดลดลง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยกลับไปประกอบอาชีพ ทำงานบ้าน และมีเพศสัมพันธ์ได้เฉลี่ยเท่ากับ 4.6 ± 4.4 , 3.1 ± 2.2 และ 3.8 ± 2.9 เดือนตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการกลับไปทำงาน แต่ไม่เคยได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ ส่วนทัศนคติต่อการกลับไปทำงานและมีเพศสัมพันธ์หลังได้รับการผ่าตัดนั้น มีบางส่วนสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา

จากการศึกษาครั้งนี้ แม้ว่ากลุ่มประชากรที่ศึกษาจะเป็นเพียงกลุ่มเล็กๆ ซึ่งอาจจะไม่ได้เป็นข้อมูลที่เป็นตัวแทนของประเทศไทย แต่ผลของการศึกษานั้นได้พบประเด็นที่น่าสนใจ ดังต่อไปนี้

1. พบข้อมูลที่น่าสนใจและสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในอดีตค่อนข้างแน่ชัดว่าจำนวนผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดและ/หรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่สามารถกลับไปทำงานและมีมีเพศสัมพันธ์ได้นั้นไม่เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับการผ่าตัดต่างๆ ที่ความรุนแรงของโรคลดลง และสมรรถภาพในการงานของร่างกายดีขึ้นเป็นการช่วยยืนยันว่าเรื่องนี้น่าจะเป็นผล

จากหลายปัจจัยร่วมกัน โดยเฉพาะปัญหาทางด้านทัศนคติ สังคม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้สำหรับผู้ป่วยไทยน่าจะมุ่งไปในประเด็นเหล่านี้เป็นหลัก เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง

2. ในเรื่องของ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจและ/หรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่าผู้ป่วยนั้นได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการกลับไปทำงานเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มประชากรที่ศึกษา แต่ไม่เคยได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์เลย ทั้งๆที่ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ยังเห็นว่าเรื่องนี้มีควมสำคัญในระดับปานกลางถึงมาก แสดงให้เห็นว่าในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยนั้น ยังมีช่องว่างระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องอยู่อีกมาก ในการที่จะให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ การศึกษาครั้งนี้ น่าจะเป็นจุดเริ่มต้นที่จะกระตุ้นให้มีการหันมาสนใจเรื่องเหล่านี้ และจัดระบบการบริการที่เอื้ออำนวย เพื่อให้ปัญหาเกี่ยวกับเรื่องการมีเพศสัมพันธ์หลังได้รับการผ่าตัดนั้นได้รับการแก้ไข อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยเหล่านี้

เอกสารอ้างอิง

1. Allen JK. Physical and psychosocial outcomes after coronary artery bypass graft surgery: Reviews of the literature. *Heart & Lung*; 19(1) : 49-55
2. Heller S, Frank K, Kornfeld D. Psychological outcome following open-heart surgery. *Arch Intern Med* 1974; 134.: 108-14
3. Bloch A, Maeder JP, Haissley JC. Sexual problems after myocardial infarction. *Am Heart J* 1975; 90 : 536
4. Kornfeld D, Heller S, Frank K, Wilson S, Malin J. Psychological and behavioral response after coronary bypass surgery. *Circulation* 1982; 66 (5 Pt 2) : 24-8
5. National Institutes of Health. Coronary artery bypass surgery : Scientific and clinical aspects. *N Engl J Med* 1981; 304 : 680-7
6. CASS Principle Investigators and their associates. Coronary artery surgery study (CASS) : A randomized trial of coronary bypass surgery. *Survival data. Circulation* 1985; 72 : 102-9
7. Newell JP, Kappagoda CT, Stoker JB, Deverali PB. Physical training after heart valve replacement. *Br Heart J* 1980; 44 : 638-49
8. Hellerstein HK and Friedman EH. Sex and activity and the post coronary patient. *Arch Intern Med* 1970; 125 : 987
9. Greon AW. Sexual activity and the post myocardial infarction patient. *Am Heart J* 1975; 89 : 249
10. Braceland FJ. The coronary spectrum : psychiatric reaction aspects. *J Rehabil* 1966; 32 : 53
11. Bilodeau CB and Hackett TP. Issues raised in a group setting by patients recovering from myocardial infarction. *Am J Psychiatry* 1971; 128 : 105
12. Weiss E, Olin B, Kollin HR, Fischer HK, and Bepler CR. Emotional factors in coronary occlusion. *Arch Intern Med* 1957; 99 : 628

Return to Work and Sexual Activity in Cardiac Patients after Cardiac Surgery

Pranisa Saowakontha, M.D.

Visal Kantaratanakul, M.D.

Chattaya Jitraphai, M.D.

Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital.

Saowakontha P, Kantaratanakul V, Jitraphai C. Return to work and sexual activity in cardiac patients after cardiac surgery. J Thai Rehabil 2000; 10(2): 73-79.

Abstract

The time to return to work and sexual activity of cardiac rehabilitation patients after coronary artery bypass graft and/or valvular replacement surgery was studied in 108 patients. 108 patients were mailed questionnaires, and 56 of 108 patients (51.8%) returned the questionnaires. There is no statistically significant difference between the number of the patients who had gainful employment, had been responsible for household duties, or had engaged in sexual activities before surgery comparing with after surgery ($p>0.05$). Time to returning to work and being responsible for household duties were 4.6 ± 4.4 and 3.1 ± 2.2 months respectively. Decreased work effectiveness after surgery was reported by 46.4% of patients, whereas 37.5% and 5.4% reported unchanged and increased work effectiveness respectively. Mean of frequency of sexual activity before and after surgery were significantly different (4 and 2 times/month, $p>0.05$). Time to resuming of sexual activity was 3.8 ± 2.9 months. Regarding sexual satisfaction, 53.8% of the patients reported unchanged, while 42.3% reported less satisfaction, and 3.8% reported more satisfaction. In both groups of patients who underwent coronary artery bypass graft and/or valvular replacement surgery and post-op cardiac rehabilitation program, there is no significant difference between the number of gainfully employed and sexually active patients between before and after surgery, but frequency of sexual activity significantly decreased after surgery.