

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

- 2.1 ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
- 2.2 ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
 - 2.3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
 - 2.3.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - 2.3.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
 - 2.3.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

2.1 ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

โรคลิ้นหัวใจพิการอาจแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ ชนิดแรกเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการที่เป็นมาแต่กำเนิด และชนิดที่สองเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการที่เป็นขึ้นในภายหลัง (acquired) สำหรับโรคลิ้นหัวใจพิการที่เป็นขึ้นในภายหลังนี้ สาเหตุที่พบมากที่สุดเป็นผลมาจากโรคไข้รูมาติก โดยในผู้ป่วยที่เป็นไข้รูมาติกเฉียบพลันจะมีไข้ ข้ออักเสบ ผื่นหนึ่งเป็นผื่นแบบ erythema marginatum หัวใจเต้นเร็ว และมีการอักเสบของลิ้นหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ รวมทั้งเยื่อหุ้มหัวใจ เกิดจากการที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อแบคทีเรีย “Streptococcus group A” การเกิดไข้รูมาติกมีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ลิ้นหัวใจคือ chordae tendinae ยึดติดกัน (chordal fusion) leaflets หนาขึ้นและอาจมีหินปูนจับ ทำให้ leaflets แข็งไม่เคลื่อนไหวตามปกติ(สมชาติ โลจายะ และคณะ, 2536) จากพยาธิสภาพดังกล่าว อาจก่อให้เกิดการตีบแคบของลิ้นหัวใจ โดยมีการติดกันที่รอยต่อของ leaflets หรือมีการหดตัวของ chordae tendinae และกล้ามเนื้อ papillary ทำให้ลิ้นหัวใจรั่ว หรือเกิดทั้งลิ้นหัวใจตีบและรั่วรวมกันได้ เมื่อหายจากโรคไข้รูมาติกแล้วผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการของโรคลิ้นหัวใจพิการเหลืออยู่เลย หรือบางรายอาจมีความพิการของลิ้นหัวใจหลงเหลืออยู่ โดยเฉพาะในรายที่เป็นไข้รูมาติกชนิดรุนแรงซ้ำๆบ่อยครั้ง ลิ้นที่พบว่ามีความพิการบ่อยที่สุดคือ ลิ้นไมตรัล รองลงมาคือลิ้นเอออร์ติก และลิ้นไตรคัสปิดตามลำดับ ส่วนความพิการที่ลิ้นพัลโมนารีจะพบได้น้อยมาก (สมศักดิ์ วรรณะภักดิ์, 2534) โดยทั่วไปแล้วความพิการของลิ้นหัวใจจะเกิดขึ้นภายหลังจากเป็นไข้รูมาติกแล้วประมาณ 2 ปี แต่ผู้ป่วยจะเริ่มมี

อาการให้เห็นเด่นชัดหลังจากนั้น ประมาณ 10 - 20 ปี ด้วยเหตุนี้ส่วนใหญ่จึงพบว่า ผู้ป่วยโรค ลิ้นหัวใจพิการจากไข้วมาติกที่มารับการรักษา มักอยู่ในวัยผู้ใหญ่ (สมชาติ โลจายะและคณะ, 2536)

ความผิดปกติของลิ้นหัวใจที่เกิดขึ้นทำให้การทำงานของหัวใจเปลี่ยนไป เช่น การเกิดความผิดปกติที่ลิ้นไมตรัล เป็นผลให้การไหลของเลือดลงยังหัวใจห้องล่างซ้ายไหลไม่สะดวก หรือมีการไหลย้อนกลับของเลือดจากหัวใจห้องล่างซ้ายขึ้นไปสู่ห้องบนซ้าย จึงทำให้ปริมาณเลือดในห้องบนซ้ายเพิ่มมากขึ้น หัวใจห้องบนซ้ายต้องใช้แรงบีบตัวมากและแรงขึ้นเพื่อปรับชดเชยการทำงานของหัวใจ ทำให้เกิดหัวใจโต ถ้าหัวใจปรับชดเชยไม่ได้จะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือ หัวใจล้มเหลวเนื่องจากเลือดคั่งที่อวัยวะต่างๆ หัวใจเต้นผิดจังหวะ การเกิดลิ่มเลือดในห้องหัวใจและหลอดเลือด และการติดเชื้อมีที่ปอด เป็นต้น โดยถ้าเกิดหัวใจล้มเหลวจากเลือดคั่งแล้ว ผู้ป่วยมักจะมีอาการเลวลงมากและจะเสียชีวิตภายใน 2 ปี (สมชาติ โลจายะและคณะ, 2536) เพราะในการปรับชดเชยหน้าที่การทำงานของหัวใจนั้น จะมีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติก ทำให้หลอดเลือดที่โตหดตัวและการกรองที่ไตลดลง มีผลทำให้เกิดการคั่งของน้ำและโซเดียมมากขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาณการไหลเวียนของเลือดในร่างกาย การเพิ่มการขยายของหัวใจ (Frank-Starling) ทำให้มีปริมาณเลือดในห้องก่อนการบีบตัวเพิ่มมากขึ้นและมีผลทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจมากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจมีการหนาตัวเพื่อเพิ่มแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ การกระตุ้นระบบเรนิน แองจิโอเทนซินทำให้มีการหลั่งอัลโดสเตอโรนมากขึ้น ช่วยดูดกลืนน้ำและโซเดียมเพื่อเพิ่มปริมาณการไหลเวียนของเลือดในร่างกาย จากกลไกการปรับชดเชยของหัวใจเพื่อให้เนื้อเยื่อต่างๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ มีผลทำให้เกิดการคั่งของเลือด น้ำ และโซเดียมในร่างกายมากขึ้น ประกอบกับพยาธิสภาพของโรคลิ้นหัวใจพิการ เป็นผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงต่างๆ เกิดขึ้น มีผลกระทบต่อด้านต่างๆ ของคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของเฟอร์เรนส์และพาวเวอร์ส ดังนี้คือ

2.1.1. ปัญหาที่กระทบต่อด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่

1) ปัญหาเกี่ยวกับการหายใจหอบเหนื่อย (dyspnea) เป็นอาการแสดงเริ่มแรก ที่พบบ่อย ซึ่งในระยะจะเป็นขณะออกแรงเท่านั้น ถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือมีภาวะหัวใจวายเลือดคั่งเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้นแม้ขณะนั่งหรือนอนเฉยๆ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ซึ่งเป็นผลมาจากความดันในหัวใจห้องบนซ้าย หลอดเลือดฝอยในปอด และหลอดเลือดดำพัลโมนารีสูงมากกว่าปกติ ทำให้เกิดการคั่งของเลือดในปอด (pulmonary congestion) ผลที่ตามมาคือ มีน้ำออกมามีอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์ของเนื้อเยื่อปอดหรือเกิดน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่ดี ผู้ป่วยจึงต้องออกแรงในการหายใจเพิ่มขึ้นหรือมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ถ้ามีความรุนแรงของโรคมากขึ้นผู้ป่วยจะหายใจลำบากหรือเหนื่อยง่ายมากขึ้นแม้ว่าจะอยู่ในขณะพัก (พยงค์ จูทา, 2536)

2) ปัญหาเกี่ยวกับการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ (orthopnea) เป็นลักษณะของการหายใจเหนื่อยหอบเมื่ออยู่ในท่านอนราบ เกิดจากการที่มีเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น ทำให้มีการคั่งของเลือดในปอดมากขึ้น และปอดขยายตัวได้ไม่ดีในขณะนอนราบ เมื่อลุกนั่งอาการจะดีขึ้น แต่ถ้าอาการมากขึ้นผู้ป่วยจะไม่สามารถนอนราบได้เลย (พยงค์ จูทา, 2536)

3) ปัญหาเกี่ยวกับการหายใจลำบากตอนกลางคืน (paroxysmal nocturnal dyspnea) ผู้ป่วยมักหายใจไม่ออกทันทีทันใด หลังจากนอนหลับไปประมาณ 2-3 ชั่วโมง ต้องตื่นขึ้นมาหอบตอนดึก เกิดเนื่องจากการเกร็งตัวของหลอดเลือด ซึ่งเป็นอาการของการเกิดปอดบวมน้ำ อาจมีอาการไอและหายใจมีเสียงวี๊ดร่วมด้วย (พยงค์ จูทา, 2536)

4) ปัญหาเกี่ยวกับอาการไอ พบในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายเรื้อรังเกิดจากการกระตุ้นรีเฟล็กซ์จากการที่มีน้ำในเนื้อเยื่อปอดและหลอดเลือด ระยะแรกเป็นการไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะ ต่อมาถ้ามีการแตกของหลอดเลือดฟัลโมนารี ทำให้ไอมีเสมหะเป็นฟองสีชมพูหรือไอเป็นเลือด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

5) ปัญหาเกี่ยวกับการมีอาการทางสมอง เช่น มึนงง ขาดสมาธิ ความจำเสื่อม กระวนกระวาย สับสนและปวดศีรษะ จากการที่เนื้อเยื่อสมองได้รับเลือดไม่เพียงพอ

6) ปัญหาเกี่ยวกับอาการอ่อนเพลีย จากการที่ปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อไม่เพียงพอ การได้รับยาขับปัสสาวะทำให้สูญเสียโซเดียม และจากการนอนไม่หลับ

7) ปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ เช่น ถ่ายปัสสาวะบ่อยในเวลา กลางคืนแต่ปริมาณลดลง เนื่องจากในเวลากลางคืนมีเลือดไปเลี้ยงที่ไตมากขึ้น ส่วนในเวลากลางวันปัสสาวะน้อย

8) ปัญหาเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ จากการที่ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก และไอในเวลากลางคืน

9) ปัญหาเกี่ยวกับการมีเหงื่อออกมากผิดปกติ จากการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติก

10) ปัญหาเกี่ยวกับการบวม จากการมีการคั่งของเลือดในระบบไหลเวียน ทำให้มีน้ำออกสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์มากขึ้น การบวมมักเริ่มที่ข้อเท้าและเท้าก่อน ต่อมาจะบวมที่หน้าแข้ง ต้นขา ท้อง หรืออาจเกิดภาวะท้องมานได้ อาการบวมมักเกิดร่วมกับการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (Bass and Kretten, 1987)

11) ปัญหาเกี่ยวกับตับโต เกิดจากการมีน้ำคั่งในช่องว่างระหว่างเซลล์ของตับ ผู้ป่วยจะรู้สึกปวดบริเวณชายโครงขวา และถ้าหัวใจวายเรื้อรังแล้วตับจะแข็งและไม่เจ็บ (Bass and Kretten, 1987)

12) ปัญหาเกี่ยวกับอาการในระบบทางเดินอาหาร เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง และแน่นท้องมากภายหลังการรับประทานอาหาร เกิดจากการมีความดันใน

หลอดเลือดฝอยของอวัยวะในระบบทางเดินอาหารสูงขึ้น ทำให้มีการคั่งของเลือดตามอวัยวะต่างๆในช่องท้อง (Ball and Grap, 1992)

13) ปัญหาเกี่ยวกับภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง พบในผู้ป่วยที่มีความพิการของลิ้นหัวใจอย่างรุนแรงและมีแรงต้านทานของหลอดเลือดในปอดสูง เมื่อหัวใจชักวาล์วเหลว ทำให้เกิดความดันในหลอดเลือดดำสูงขึ้น ตับโต บวม ท้องมาน และมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดเป็นต้น (พยงค์ จูฑา, 2536)

ปัญหาที่พบจากพยาธิสภาพต่างๆในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ และความพยายามในการปรับชดเชยของร่างกายส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวที่รุนแรงขึ้น ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดในด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ เพราะผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆเหล่านี้ ซึ่งบางอาการคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย และบางอาการทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน นอกจากนี้การที่ไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องส่งผลให้ระดับสมรรถภาพของหัวใจไม่ดี เมื่อได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายหลังจึงอาจไม่ได้ผลเต็มที่

2.1.2. ปัญหาที่กระทบต่อด้านสังคมและเศรษฐกิจ จากพยาธิสภาพของโรคลิ้นหัวใจพิการและภาวะแทรกซ้อนจากการปรับชดเชยการทำงานของหัวใจ ทำให้อาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงและมีความรุนแรงขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ร่วมกับภาวะของโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงมากและต้องติดตามการรักษาเป็นระยะเวลานาน รวมทั้งการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่การงานได้ตามปกติ จนอาจเป็นสาเหตุทำให้มีการเปลี่ยนงานหรือออกจากงาน ทำให้รายได้ลดลง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการในระยะก่อนได้รับการผ่าตัดในด้านสังคมและเศรษฐกิจได้

2.1.3. ปัญหาที่กระทบต่อด้านจิต-วิญญาณ การเจ็บป่วยด้วยโรคลิ้นหัวใจพิการซึ่งพยาธิสภาพของโรคบางอาการรุนแรงและเกิดความทุกข์ทรมานมาก บางอาการคุกคามต่อชีวิตตลอดเวลาและเรื้อรังรักษาไม่หายขาด โดยเฉพาะอาการอ่อนเพลียและภาวะหัวใจวายเลือดคั่งโดยทั่วไปบุคคลส่วนใหญ่มีความเชื่อว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวกับหัวใจเป็นสัญญาณที่แสดงว่าความตายได้ใกล้เข้ามาแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากอาการของโรคช้าแล้วช้าเล่า อาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ต้องปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่ในโรงพยาบาล ต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิต เช่น ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนปกติ การต้องจำกัดอาหาร ต้องสนใจในการดูแลตนเองตามแผนการรักษาตลอดเวลาด้วยการดื่มน้ำน้อย การลดน้ำหนัก การพักผ่อนให้เพียงพอในท่านอนที่เหมาะสมกับโรค การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น (วนิดา อินทราชา, 2538) การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป อาจจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่างหน้าตา จากการที่มีอาการบวมตามใบหน้า แขน ขา หรือมีภาวะท้องมาน สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการในระยะก่อนการผ่าตัดในด้านจิต-วิญญาณ โดยเฉพาะในผู้

ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมามากและมีระดับสมรรถภาพของหัวใจไม่ดี ผู้ป่วยจะมีความเครียดหรือมีปัญหาด้านจิต-วิญญาณมาก เช่นการเกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้าพบได้ถึงร้อยละ 88 ซึ่งพฤติกรรมที่พบได้ในผู้ป่วยเหล่านี้ คือ การไม่ยอมรับความจริง ไม่ยอมรับการรักษา ซึมเศร้า แยกตัว เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพมากขึ้น (วารสารณ์ นาครัตน์, 2533)

2.1.4. ปัญหาที่กระทบต่อด้านครอบครัว ภาวะของโรคหัวใจพิการที่มีพยาธิสภาพดำเนินมาเป็นเวลานานและรุนแรงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยประสบกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่สามารถทำหน้าที่ในครอบครัวและหน้าที่การงานได้ และมีการเปลี่ยนแปลงในด้านเพศสัมพันธ์กับคู่ครอง ซึ่งผู้ป่วยมักมีความกังวลเกี่ยวกับระดับของการออกกำลังกาย เพศสัมพันธ์ และการกลับไปทำงานในหน้าที่เดิม (วารสารณ์ นาครัตน์, 2533) สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเกี่ยวกับหัวใจ มักจะทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย เช่น การคอยดูแลอย่างใกล้ชิดในเรื่องอาหาร การรับประทานยา การทำงาน และการเตรียมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการปกป้องเป็นอย่างดี พฤติกรรมเหล่านี้ทำให้การทำหน้าที่และความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป เพราะผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เกิดความรู้สึกว่าตนผิดและเสียใจที่ไม่สามารถดูแลหรือช่วยเหลือครอบครัวได้ (รวิวรรณ ยศวัฒน์, 2535) โดยที่ผู้ป่วยถึงร้อยละ 83 รู้สึกว่าตนเองเหมือนคนพิการ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (วารสารณ์ นาครัตน์, 2533) ถ้าต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าถูกแยกจากครอบครัว รวมทั้งอาจส่งผลไปถึงปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจได้ ถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว (รวิวรรณ ยศวัฒน์, 2535) สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการในระยะก่อนการผ่าตัดในด้านครอบครัวได้ทั้งสิ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการในระยะก่อนการผ่าตัด ได้แก่ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยอัญชลี ฐิตะประ (2536) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัว เพศ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และระดับสมรรถภาพของหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว แต่อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว โดยที่ระดับสมรรถภาพของหัวใจ สัมพันธภาพในครอบครัว และเพศ เป็นกลุ่มตัวทำนายที่สามารถอธิบายความผันแปรของการปรับตัวได้ร้อยละ 58.85

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบได้ในผู้ป่วยโรคหัวใจพิการ ได้แก่ การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการที่มีผลต่อปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ (ศิริอร ลินธุ, 2526) ผลการศึกษาพบว่า ระดับความวิตกกังวล ระดับความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ อายุ ระดับการศึกษา และความรุนแรงของโรคหัวใจ มีความสัมพันธ์กับปัญหาเพศสัมพันธ์ ส่วนระยะเวลาของการเจ็บ

ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาเพศสัมพันธ์ โดยที่ระดับความวิตกกังวล ความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์และความรุนแรงของโรค สามารถอธิบายความแปรปรวนของปัญหาเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 68.54 ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจโดย วราภรณ์ นาครัตน์ (2533) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการเผชิญความเครียด และผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดแตกต่างกัน และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง (ฉัตรวลัย ไจอารีย์, 2533) ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต โดยที่การสนับสนุนทางสังคมและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นกลุ่มตัวทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด คือร้อยละ 46.36

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหัวใจพิการได้รับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของโรค ผลกระทบเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยตาย พิกัด หรือไม่สามารถที่จะทำงานได้ ผู้ป่วยจึงต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบในการดำเนินชีวิต เพื่อให้พ้นจากอาการคุกคามต่างๆ รวมทั้งต้องพบแพทย์และปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ซึ่งถึงแม้ว่าการรักษาจะช่วยควบคุมหรือบรรเทาอาการต่างๆ ได้ แต่ผู้ป่วยก็ยังคงมีข้อจำกัดบางอย่าง ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้

ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งมีส่วนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเหล่านี้ยอมรับและจัดการกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถที่จะมีชีวิตอยู่อย่างดีที่สุดหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ถึงแม้ว่าต้องประสบกับปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด และจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องก็ตาม

2.2 ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

การรักษาโรคหัวใจพิการสามารถทำได้ 2 วิธี คือ การรักษาทางอายุรกรรมและการรักษาทางศัลยกรรม (สมชาติ โลจายะและคณะ, 2536) การรักษาทางอายุรกรรมเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการต่าง ๆ อันเป็นผลแทรกซ้อนจากความพิการของลิ้นหัวใจ เช่น ภาวะหัวใจวาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือการมีลิ้นเลือดอุดตัน เป็นต้น ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับยาเพื่อบรรเทาให้มีอาการดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถกลับไปปฏิบัติหน้าที่การทำงานได้ตามปกติ แต่สำหรับในกรณีที่ความผิดปกติที่ลิ้นหัวใจมีความรุนแรงจนไม่สามารถควบคุมได้ด้วยยา จำเป็นต้องอาศัยการรักษาด้วยวิธีอื่นเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีอันตราย หรือมีชีวิตที่ไม่มีคุณภาพดีพอที่จะทำให้ตนเองอยู่อย่างมีความสุขได้ (สุกษม อัตนวานิช, 2539) วิธีการรักษาที่ได้ผลแน่นอนคือ การรักษาทางศัลยกรรม โดยมีวิธีการผ่าตัด 2 วิธี คือ การผ่าตัดเพื่อขยายรูติบและซ่อมแซมลิ้นหัวใจ ซึ่งอาจ

เกิดลิ้นหัวใจตีบได้อีกภายในระยะเวลา 5 - 10 ปี และการผ่าตัดเอาลิ้นหัวใจพิการออกเพื่อใส่ลิ้นหัวใจเทียมทดแทน (สมศักดิ์ วรรณะภักดิ์, 2534)

ลิ้นหัวใจเทียมที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมีอยู่ด้วยกันหลายชนิด แต่ละชนิดมีทั้งข้อดีและข้อเสียแตกต่างกัน มีผู้พยายามคิดค้นดัดแปลงชนิดของลิ้นหัวใจเทียมให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น แต่ยังไม่มียุคใหม่ลิ้นหัวใจเทียมชนิดใดที่ตีพร้อมทุกประการ ลิ้นหัวใจเทียมที่ใช้ในปัจจุบันแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1) ลิ้นหัวใจเทียมชนิดที่ทำมาจากสารสังเคราะห์ (mechanical valve or prosthetic valve) เป็นลิ้นหัวใจเทียมที่ทำด้วยสิ่งสังเคราะห์ เช่น โลหะ silastic และดราคอน กลไกในการทำงานของลิ้นหัวใจเทียมชนิดนี้ประกอบด้วย กรอบหรือโครง (frame / struct) และตัวลิ้นที่ทำเป็นรูปทรงกลม (ball) หรือแผ่น (disc) ข้อดีของลิ้นหัวใจเทียมชนิดนี้คือ มีความคงทนได้นานและมีให้เลือกใช้ได้ทุกขนาด สะดวกในการเก็บและนำมาใช้ได้ทันทีตามความต้องการ ส่วนข้อเสียที่อาจพบได้คือ อาจเกิดมีลิ่มเลือดบริเวณลิ้นหัวใจเทียม ทำให้ลิ้นปิด-เปิดไม่ได้ เป็นสาเหตุของการตายอย่างทันที หรือมีการเกิดลิ่มเลือดเล็กๆที่บริเวณลิ้นหัวใจเทียม แล้วหลุดออกไปตามระบบไหลเวียนทั่วไป ซึ่งถ้าลิ่มเลือดนี้อุดตันหลอดเลือดสำคัญ อาจเป็นสาเหตุการตายหรืออัมพาตได้ การใช้ลิ้นหัวใจเทียมพวกนี้จึงจำเป็นต้องให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ นอกจากนี้ข้อเสียอื่นๆของลิ้นหัวใจเทียมที่อาจพบได้แก่ การทำลายของเม็ดเลือดแดงและการแตกหักของลิ้นหรือโครง เป็นต้น

2) ลิ้นหัวใจเทียมชนิดที่ทำมาจากเนื้อเยื่อ (bioprosthetic valve or tissue valve) เป็นการนำเอาเนื้อเยื่อต่างๆมาทำเป็นลิ้นหัวใจเทียม เพื่อแก้ปัญหาที่พบในลิ้นหัวใจเทียมชนิดสังเคราะห์ ชนิดของเนื้อเยื่อที่นำมาใช้ทำลิ้นหัวใจเทียมได้แก่ ลิ้นหัวใจเทียมที่ทำมาจากเนื้อเยื่อของผู้ป่วยเอง (autograft) จากเนื้อเยื่อของผู้อื่น (homograft) จากเนื้อเยื่อของสัตว์ (heterograft) เช่น จากลิ้นหัวใจหมู (porcine valve) หรือจากเยื่อหุ้มหัวใจวัว (bovine valve) เป็นต้น แม้ว่าลิ้นหัวใจเทียมที่ทำมาจากเนื้อเยื่อจะมีข้อดีกว่าลิ้นหัวใจเทียมที่ทำมาจากสารสังเคราะห์ แต่ก็มีปัญหาในการใช้งาน ได้แก่ เกิดการเสื่อมสลายและมีหินปูนจับอย่างรวดเร็ว การเก็บรักษาเนื้อเยื่อให้คงรูปและคงทนต้องใช้วิธีการที่ยุ่งยาก มีราคาแพง และหายาก เป็นต้น

สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในประเทศไทย นิยมใช้ลิ้นหัวใจเทียมชนิดที่ทำมาจากสารสังเคราะห์ เนื่องจากลิ้นหัวใจชนิดนี้มีความคงทน ใช้ได้นาน มีให้เลือกหลายขนาด และมีการปรับปรุงจนไม่ค่อยมีปัญหาในเรื่องของการแตกหักของตัวลิ้นหรือโครงสร้าง แต่มีข้อเสียคือ อาจเกิดมีลิ่มเลือดเกิดขึ้นทั้งที่บริเวณลิ้นหัวใจเทียมและเกิดการอุดตันในหลอดเลือดทั่วไป จนเป็นสาเหตุของการตายหรือเกิดอัมพาตได้ ผู้ป่วยจึงจำที่จะต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดไปตลอดชีวิตและต้องมีการตรวจเลือดเป็นระยะๆ เพื่อหาขนาดยาที่เหมาะสมเพียงพอที่จะไม่ทำให้เกิดลิ่มเลือดและไม่มากเกินไปจนเกิดภาวะเลือดออกง่าย โดยเฉพาะการมีเลือดออกในสมอง (สมภพ พระธานี และ เชิดชัย ดันติศิริรินทร์, 2532) แต่อย่างไรก็ดี ปัญหาต่างๆ

เหล่านี้สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นหรือบรรเทาเบาบางลงได้ ด้วยการส่งเสริมศักยภาพในการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถที่จะป้องกันตนเอง และรายงานความผิดปกติต่าง ๆ แก่บุคลากรทางสุขภาพได้ ตลอดจนยอมรับและสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม สามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่าง ผาสุกและมีคุณภาพ อันหมายถึงผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง

การรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เป็นการรักษาที่มุ่งแก้ไขพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดอาการแสดงของโรค ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจแล้ว พยาธิสภาพที่ยังเหลืออยู่รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดจากการผ่าตัดและการใส่ลิ้นหัวใจเทียม อาจก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความรู้สึกผาสุกในด้านต่าง ๆ อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตนั่นเอง ปัญหาที่พบในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พอสรุปได้ดังนี้คือ

2.2.1. ปัญหาที่กระทบต่อด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย

1) ปัญหาเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด เนื่องจากลิ้นหัวใจเทียมชนิดที่ทำมาจากวัสดุสังเคราะห์ อาจก่อให้เกิดปัญหาการมีลิ่มเลือดเกิดขึ้นในช่องหัวใจและจับอยู่ที่ลิ้นหัวใจ ทำให้การปิด-เปิดของลิ้นไม่ดี ซึ่งมีอุบัติการณ์การเกิดได้ร้อยละ 1-10 แล้วแต่ชนิดของลิ้นหัวใจเทียมที่ใช้ (จรรยา มโนทัย, 2525) ถ้าลิ่มเลือดดังกล่าวหลุดเข้าไปในระบบไหลเวียนจะทำให้เกิดการอุดตันตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดไปตลอดชีวิต ซึ่งถ้ารับประทานยาในขนาดที่น้อยเกินไป เลือดจะแข็งตัวได้ง่ายและทำให้เกิดลิ่มเลือดได้ แต่ถ้ารับประทานยาในขนาดที่มากเกินไป การแข็งตัวของเลือดจะช้ากว่าปกติ ทำให้เกิดภาวะเลือดออกง่ายและหยุดยาก อาจเกิดอันตรายถึงชีวิต ซึ่ง Finkelmeier และคณะ (1989) ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดตลอด 8 ปีจำนวน 26 รายพบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดลิ่มเลือดอุดตันพบได้ร้อยละ 0.73 ต่อปีและการเกิดเลือดออกผิดปกติพบได้ร้อยละ 1.3 ต่อปี โดยเกิดเลือดออกในสมอง 2 ราย เลือดออกในชั้นเยื่อหุ้มสมอง 1 ราย เลือดออกในข้อเข่าภายหลังการหกล้ม 1 ราย และมีจุดจ้ำเลือดตามตัว 1 ราย ส่วนในการศึกษาของ Reath และคณะ (1983 quoted in Ball and Grap, 1992) พบว่า ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด มีภาวะแทรกซ้อนจากการมีเลือดออกในทางเดินอาหารได้บ่อยที่สุด โดยอาจเกิดจากความเครียดและความวิตกกังวล หรือการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ผู้ป่วยจึงต้องเข้ารับการตรวจเลือดเพื่อหาระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะ ๆ โดยมารับการตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง รวมไปถึงการระมัดระวังเกี่ยวกับปัญหาการแข็งตัวของเลือดตลอดไปอีกด้วย

2) ปัญหาเกี่ยวกับการติดเชื้อมีของลิ้นหัวใจเทียม พบได้ร้อยละ 2-4 เพราะถึงแม้ว่าลิ้นหัวใจเทียมจะทำจากวัสดุที่ไม่มีปฏิกิริยาต่อร่างกาย แต่ถ้ามีการติดเชื้อเกิดขึ้น ลิ้นหัวใจเทียมจะเป็นแหล่งที่รับเอาเชื้อโรคจากกระแสเลือดได้ง่าย การติดเชื้อของลิ้นหัวใจเทียมในระยะ

แรกเกิดหลังผ่าตัดทันทีจนถึง 60 วัน ซึ่งเป็นผลจากการติดเชื้อขณะผ่าตัดหรือหลังผ่าตัด ซึ่งมักเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล ส่วนการติดเชื้อในระยะหลังจาก 60 วันไปแล้วมักเกิดจากเชื้อโรคตามธรรมชาติ เนื่องจากมีการอักเสบที่ส่วนอื่นๆ ในร่างกาย เช่น ฟันผุ การติดเชื้อในทางเดินหายใจหรือทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น (จรรยา มโนทัย, 2525) ส่วนการศึกษาของ Finkelmeier และคณะ(1989) พบว่าอัตราการเกิดการติดเชื้อเยื่อหุ้มหัวใจภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจพบได้ร้อยละ 0.8 อาการแสดงที่พบคือ มีไข้ รู้สึกไม่สบายตัว น้ำหนักลด มีจุดเลือดออก ม้ามโต อาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว หรือภาวะลิ่มเลือดอุดตันตามส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสาเหตุของเกิดโรคลิ้นหัวใจพิการมาจากโรคไขรูมาติก เมื่อต้องกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิมย่อมมีโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อและเกิดไขรูมาติกได้ง่ายกว่าคนปกติถึงร้อยละ 50 (สมโพธิ นิมากร, 2530)

3) ปัญหาเกี่ยวกับระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจนั้น ส่วนใหญ่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจระดับที่ 3 ขึ้นไป ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ข้อหนึ่งในการเข้ารับผ่าตัด (สมศักดิ์ วรรณะภักดิ์, 2534) ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัดจะดีหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจก่อนการผ่าตัด และระยะเวลาการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนการผ่าตัด ซึ่งมีผลทำให้เกิดการเสื่อมหน้าที่ของกล้ามเนื้อหัวใจได้ (อัจฉรา เตชอุทธิพิทักษ์, 2530) นอกจากนี้จากการศึกษาของศิริวิทย์ วัฒนสินธุ์ (2534) พบว่าระดับสมรรถภาพของหัวใจมีความสัมพันธ์ในทางลบกับระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด ปัญหาเกี่ยวกับระดับสมรรถภาพของหัวใจนี้ ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในเรื่องความสามารถในการทำกิจกรรม และความสามารถในการออกกำลังกาย Finkelmeier และคณะ (1989) พบว่าผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มีระดับสมรรถภาพของหัวใจดีขึ้นร้อยละ 84 โดยอัตราการอยู่รอด 5 ปีในกลุ่มที่มีระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนการผ่าตัดในระดับที่ 1-3 ร้อยละ 82-91 และเมื่อระดับสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยเลวลงในระดับที่ 4 พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการอยู่รอด 5 ปี เพียงร้อยละ 43 ภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจแล้วผู้ป่วยยังมีโอกาสที่จะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้อีกและมีโอกาสเสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลวได้ถึงร้อยละ 2 จากการที่กล้ามเนื้อหัวใจถูกกระทบกระเทือนระหว่างการผ่าตัด ร่วมกับการมีภาวะหัวใจล้มเหลวมานานก่อนการผ่าตัดเป็นต้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นที่จะต้องจำกัดการรับประทานอาหาร ด้วยการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียมสูงและจำกัดน้ำ อันเป็นสาเหตุส่งเสริมให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น แต่จากการศึกษาของเพลินพิศ เลาหวิริยะกมล (2531) พบว่าผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจถึงร้อยละ 59 ยังคงรับประทานอาหารเดิม โดยที่ในจำนวนนี้มีร้อยละ 38 ที่รับประทานอาหารเสริมเป็นประจำ เนื่องจากผู้ป่วยคิดว่าอาการของตนดีขึ้นแล้วไม่จำเป็นต้องงดการรับประทานอาหารเสริมอีกต่อไป พฤติกรรมเช่นนี้ทำให้ระดับสมรรถภาพของหัวใจหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นเท่าที่ควร

4) ปัญหาเกี่ยวกับการเกิดภาวะโลหิตจาง ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อาจประสบกับภาวะโลหิตจางได้ เนื่องจากการทำงานของลิ้นหัวใจ เมื่อมีการเคลื่อนไหวจะไปกระทบเม็ดเลือดแดง ทำให้เม็ดเลือดแดงแตกหรือมีอายุสั้นลง เมื่อมีการทำลายเม็ดเลือดแดงในระยะเวลาอันยาวนานทำให้ร่างกายสูญเสียธาตุเหล็กและเกิดภาวะโลหิตจางตามมาได้ ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการซีด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ปัสสาวะเป็นเลือดจางๆ ภายหลังการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย แต่เมื่อได้พักหรือวันต่อมาก็จะปัสสาวะปกติ (สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, 2537)

5) ปัญหาเกี่ยวกับการขาดสารอาหารและพลังงาน กล้ามเนื้อลีบจากการขาดโปรตีน เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหัวใจเรื้อรัง (Abel et al., 1983 ; อ้างถึงใน พรทิพา ศุภราศรี, 2538) จากการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร ในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของ เพลินพิศ เลหาะวริยะกมล (2531) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 43 มีความเชื่อว่าการรับประทานอาหารประเภท ไข่ นม และเนื้อสัตว์ ทำให้รอยแผลเป็นจากการผ่าตัดมีขนาดใหญ่ขึ้นจึงรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง และจากการศึกษาของจิรประภา ภาวิไล (2535) พบว่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจแล้ว มีผู้ป่วยร้อยละ 56 เท่านั้นที่มีการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไข่ และนมเป็นประจำ ประกอบกับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือดจะมีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ความอยากอาหารลดลง และการรับรู้รสลดลง (Ball and Grap, 1992) ได้จนถึง 6 สัปดาห์หลังการผ่าตัด (Grap, Savage and Ball, 1996) จึงทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาการขาดสารอาหารและพลังงานได้มากขึ้น

6) ปัญหาเกี่ยวกับการปวดแผลผ่าตัด อาการปวดแผลหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยแต่ละคนขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ระดับความทนต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วย เทคนิคการผ่าตัด หรือการใช้ยาแก้ปวดหลังการผ่าตัด เป็นต้น โดยที่ความปวดแผลผ่าตัดเกิดจากการที่เนื้อเยื่อที่ได้รับอันตรายปล่อยสารเคมีกระตุ้นปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกให้ไวต่อการกระตุ้น ทำให้เนื้อเยื่อไวต่อความเจ็บปวดมากขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สุขสบายบริเวณทรวงอก และมีความรู้สึกเจ็บปวดตามแนวแผลผ่าตัด อาจปวดร้าวไปที่บริเวณใต้กระดูกไหปลาร้า ความปวดและตึงแผลจะมีมากที่สุดในวันที่ 1-3 หลังการผ่าตัด และความปวดจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว หายใจเข้า-ออกลึกๆ หรือไอ (อภิญญา วงศ์พิริยะโยธา, 2535) อาการปวดนี้จะคงอยู่จนถึง 3-4 เดือนหลังการผ่าตัด (Tantum, 1985) ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดจึงยังคงมีการใช้ยาแก้ปวดอย่างต่อเนื่องและลดการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อป้องกันการเกิดความปวด (สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, 2537) จากการศึกษาของ King และคณะ (1987) พบว่าความปวดแผลผ่าตัดมีผลขัดขวางการทากิจวัตรประจำวันและมีผลต่ออารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยอีกด้วย

2.2.2. ปัญหาที่กระทบต่อด้านสังคมและเศรษฐกิจ การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต้องใช้เวลา 3-4 เดือน จึงจะสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ (Tantum, 1985) ในระยะพักฟื้นผู้ป่วยต้องจำกัดกิจกรรมต่างๆ ที่เคยสามารถทำได้ จึงเกิดการขาดความ



เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการที่จะกลับไปทำกิจกรรมตามปกติ รวมทั้งอาการแทรกซ้อนทางร่างกายต่าง ๆ เช่น การมีอาการเหนื่อยล้าและอ่อนเพลีย หรือการปวดแผลผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนเกี่ยวกับผลกระทบจากการผ่าตัดและอาการของโรค ผู้ป่วยจึงจำกัดกิจกรรมโดยไม่จำเป็น ทำให้การฟื้นฟูสภาพล่าช้าและการกลับไปทำงานช้าลงหรือบางรายอาจต้องมีการขาดงานหรือเปลี่ยนงาน ทำให้ขาดรายได้ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหารายได้เช่นปกติ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาและการต้องมาตรวจตามนัดบ่อย ๆ ซึ่งการมาตรวจตามนัดแต่ละครั้งต้องมีค่าใช้จ่าย และบางรายอาจต้องขาดงานมาพบแพทย์ ส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วย นอกจากนี้ปฏิกิริยาจากคนรอบข้างเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่มีผลกระทบต่อด้านสังคมของผู้ป่วยได้เช่นกัน จากการศึกษาของเพลินพิศ เลาหวิริยะกมล (2531) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีความอายไม่กล้าคุยกับผู้อื่น เพราะรู้สึกมีปมด้อยจากการที่มีเสียงการทำงานของลิ้นหัวใจเทียมดังอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยบางรายถูกล้อเลียนว่ามีระเบิดเวลาอยู่ในตัว เป็นต้น ทำให้คุณภาพชีวิตในด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเปลี่ยนแปลงไป

2.2.3. ปัญหาที่กระทบต่อด้านจิต-วิญญาณ คนทั่วไปถือว่า หัวใจเป็นอวัยวะที่มีความหมายและความสำคัญใน 3 ประการใหญ่ ๆ คือ เป็นแหล่งที่มาของอารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ เป็นจุดศูนย์กลางของร่างกายและเป็นศูนย์รวมของชีวิต ดังนั้นการเจ็บป่วยและการผ่าตัดที่หัวใจจึงเป็นภาวะวิกฤตที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญ ทั้งจากการที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น การมีรอยแผลเป็นจากการผ่าตัดขนาดใหญ่ที่กลางหน้าอก ความเจ็บปวด ความกลัวว่าแผลผ่าตัดจะแยก ความรู้สึกว่าตนเองน่าเกลียด มีความพิการและสูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย (สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, 2537) และการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหัวใจเทียมตลอดชีวิต ผู้ป่วยจะมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองว่าอาจมีการฟื้นคืนสภาพที่ไม่สมบูรณ์ กลัวการต้องผ่าตัดซ้ำ และกังวลถึงอายุการทำงานของลิ้นหัวใจเทียม (เพลินพิศ เลาหวิริยะกมล, 2531) สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่ใจในสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่า ตนเองยังเป็นผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถมีสุขภาพดีเหมือนเช่นเมื่อก่อน หรือเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม จากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพของร่างกายเป็นระยะ ๆ ภายหลังการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต และการที่ต้องปฏิบัติตามเฝ้าผู้ป่วยไปตลอดชีวิต เช่น การต้องระมัดระวังเอาใจใส่เรื่องสุขภาพของตนเองเป็นพิเศษ การที่ต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและตรงเวลา การต้องรับประทานอาหารเฉพาะโรค การพักผ่อน การออกกำลังกาย การปฏิบัติตัวตามแนวทางการรักษา หรือการที่ต้องมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก จากการศึกษาของจิรประภา ภาวิไล (2535) พบว่าผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจะหงุดหงิด โกรธ ฉุนเฉียวง่ายกว่าแต่ก่อน ส่วนแฟรงค์และคณะ (Frank et al., 1974; quoted in

Tantum, 1985) พบว่าผลกระทบด้านจิตใจจากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง การพึ่งพาผู้อื่นเกินความจำเป็น และการเกิดความหวาดระแวง จะยังพบได้แม้ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเกินกว่า 1 ปีไปแล้ว ปัญหาที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจึงส่งผลกระทบต่อด้านจิต-วิญญาณของผู้ป่วย จนบางรายเกิดความท้อแท้ใจ สูญเสียอำนาจในการควบคุม เกิดการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น หรือบางรายเกิดการต่อต้านการรักษา เพื่อแสดงให้เห็นบุคคลอื่นเห็นว่าตนเองปกติ (Kinney et al., 1991; อ้างถึงใน สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, 2537) ซึ่งปฏิกริยาเหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งสิ้น

2.2.4. ปัญหาที่กระทบต่อด้านครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ การผ่าตัด CABG จะมีปัญหาด้านการทำหน้าที่ต่อครอบครัว เช่นด้านเพศสัมพันธ์และด้านการประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงดูครอบครัว โดยพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดร้อยละ 30-75 มีเพศสัมพันธ์น้อยกว่าระยะก่อนการเจ็บป่วย (Tantum, 1985) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยและคู่สมรสส่วนใหญ่ยังเกิดความกลัวว่าหากยังมีความสัมพันธ์ทางเพศกับคู่สมรส อาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ ทั้งๆที่ผู้ป่วยเองก็ต้องการที่จะดำรงความสัมพันธ์และให้ความพอใจแก่คู่สมรส แต่ไม่กล้าที่จะมีความสัมพันธ์ตามปกติ ทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งในการแสดงบทบาทคู่สมรส (ศิริอร ลินธุ์, 2526) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jenkins และคณะ (1983) ที่พบว่าผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความพึงพอใจในด้านเพศสัมพันธ์ลดลงในช่วง 6 เดือนหลังการผ่าตัด ส่วนการประสพความสำเร็จในการกลับไปประกอบอาชีพนั้น เฟลินพิศ เลหาวิริยะกมล (2531) พบว่าผู้ป่วยให้เหตุผลในการไม่กลับไปทำงานแม้จะรู้สึกว่าคุณภาพหลังการผ่าตัดดีขึ้น เพราะไม่มีความมั่นใจ ไม่กล้ากลับไปทำงาน บางรายไม่ทราบว่าจะเริ่มทำงานได้เมื่อไร ส่วนสิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ (2537) ทำการสัมภาษณ์เหตุผลในการไม่กลับไปทำงานในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจพบว่า บางรายกลัวว่าการทำงานต้องออกแรงมาก จะทำให้การทำงานของลิ้นหัวใจเทียมขัดข้อง และสมาชิกในครอบครัวไม่ใหทำงาน

2.2.5. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

นอกเหนือจากผลกระทบจากโรคลิ้นหัวใจพิการและการรักษาแล้ว พบว่ายังมีปัจจัยอีกหลายปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้ ซึ่งงานวิจัยที่การศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ได้แก่

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (เฟลินพิศ เลหาวิริยะกมล, 2531) ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการปรับตัวหลังการผ่าตัด ส่วนสถานภาพสมรส ไรด์ ระดับการศึกษาสูง ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดนาน ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัดดี และการมีความรู้เกี่ยวกับ

การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดมาก มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปรับตัวหลังการผ่าตัด โดยที่ เพศ และรายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวภายหลังการผ่าตัด เปลี่ยนลิ้นหัวใจ เช่นเดียวกับไฉนพร ชื่นใจเรือง (2536) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่าการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพและระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัดเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ส่วนพรทิพา ศุภราศรี (2538) พบว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านทาง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และสิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ (2537) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อระดับความรู้และการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 6 คน ให้โปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าก่อนการผ่าตัดเป็นเวลา 3 วัน รวม 5 ครั้ง ทดสอบความรู้ก่อนจำหน่ายและประเมินการปรับตัวหลังผ่าตัด 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้ามีความรู้และการปรับตัวดีกว่า และระดับความรู้มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวโดยรวม

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐาน กับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (ศิริวิทย์ วัฒนสินธุ์, 2534) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเอง คือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง อายุ และความคิดเห็นต่อสุขภาพ ส่วนระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (นงลักษณ์ บุญเยีย, 2537) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง โดยใช้พฤติกรรมด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาและด้านการแก้ปัญหาทางอ้อมมากกว่าด้านการจัดการกับอารมณ์ ส่วนอายุและระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด โดยเพศและสัมพันธ์ภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดเป็นบางด้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอาจต้องเผชิญกับปัญหาที่มีผลกระทบทั้งต่อด้านร่างกายและจิต-สังคมได้ ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ที่รับผิดชอบโดยตรงในการดูแลสุขภาพของตนในแต่ละวัน ทั้งในเรื่องการรักษาโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมสุขภาพ การยอมรับและการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เป็นผลมาจากความเจ็บป่วยและการรักษา เป็นต้น ดังนั้นนอกจากความเข้าใจถึงภาวะของโรคแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นที่จะต้องมีการรับรู้และเรียนรู้โรคอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนแบบ

แผนในการดำเนินชีวิตให้มีความเหมาะสมกับสภาพและปัจจัยพื้นฐานของแต่ละคนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถที่จะมีชีวิตอยู่อย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ แม้ว่าต้องพึ่งพาลิ้นหัวใจเทียมและต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาไปตลอดชีวิต

ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการทั้งระยะก่อนและหลังการผ่าตัด จะต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคและมีความต้องการที่จะพึ่งพาทีมสุขภาพ เพื่อให้สามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพมากที่สุด พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ เพื่อจะได้ให้การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วยหรือการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตที่ดี เป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการให้เกิดขึ้นและส่งผลไปสู่ครอบครัว ชุมชน สังคม รวมถึงประเทศและโลก ดังจะเห็นได้ว่าการดำเนินงานทุกประเภทที่เกี่ยวกับการพัฒนาจะมีจุดหมายปลายทางหรือความหวังอันสูงสุดคือ การมุ่งพัฒนาประชากรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี คุณภาพชีวิตจึงเป็นแนวคิดที่ถูกกล่าวถึงมากที่สุด (จุฑามาศ สรวิสูตร และ หิรัญ ลิ้มสุวรรณ, 2528) แต่เนื่องจากคุณภาพชีวิตมีลักษณะเป็นนามธรรมและมีความหลากหลาย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีการดำเนินชีวิตในรูปแบบปกติ (ยุพิน โกรินทร์, 2536) การให้ความหมายคุณภาพชีวิตของผู้ที่สนใจศึกษาแต่ละคนจะเป็นสิ่งที่กำหนดความแตกต่างของกรอบแนวคิด เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน และผลที่ได้จากการศึกษาคุณภาพชีวิตในแต่ละครั้ง (Ferrans, 1996) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดคุณภาพชีวิตไว้มากมายในหลายสาขา พอสรุปได้ดังประเด็นต่อไปนี้

2.3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่นักวิชาการสาขาต่าง ๆ นำมาใช้และกล่าวถึงกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นเรื่องสำคัญในการดำรงชีวิต อีกทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาคุณภาพประชากร โดยเชื่อว่าถ้าคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในด้านต่าง ๆ ก็จะทำให้ดีและรวดเร็ว คุณภาพชีวิตกำลังได้รับความสนใจทั้งจากภาครัฐและเอกชน ในทางการแพทย์ได้กำหนดเป็นเป้าหมายในการให้บริการรักษาพยาบาล เนื่องจากแนวคิดในการรักษาพยาบาลในปัจจุบันไม่ได้มุ่งให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือมีชีวิตรอดแต่เพียงอย่างเดียว หากยังต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย นักวิชาการในหลายสาขาได้พยายามศึกษาค้นคว้าถึงคุณภาพชีวิตและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหาแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต พบว่ามีทัศนะแตกต่างกันขึ้นกับระดับการศึกษา อาชีพ สังคม วัฒนธรรม สภาพแวดล้อม และประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล จึงเป็น

การยากที่จะให้ความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิตได้ชัดเจนแน่นอน ความหมายของคุณภาพชีวิตที่กล่าวถึงในปัจจุบันมีความหมายแตกต่างกันไปอย่างกว้างขวาง ขึ้นอยู่กับความเชื่อและการให้ค่านิยามของนักวิชาการในแต่ละสาขา ตัวอย่างการให้ความหมายของคุณภาพชีวิต มีดังนี้

ในทางสังคมวิทยา ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตที่มีคุณภาพ ซึ่งได้แก่ชีวิตที่ไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหาแก่สังคม เป็นชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ มีความเพียบพร้อมและมีความสามารถที่จะดำรงสถานภาพด้านเศรษฐกิจ สังคม หรือการเมืองให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและค่านิยมของสังคม สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าและ/หรือปัญหาที่ซับซ้อนได้ สามารถคาดคะเนเหตุการณ์ข้างหน้าได้อย่างถูกต้องและสามารถดำเนินวิธีการที่ชอบธรรม เพื่อให้ได้สิ่งที่พึงประสงค์ภายใต้เครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่ (ชัยวัฒน์ ปัญจพงศ์, 2523)

ในทางประชากรศึกษา ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้กว้าง ๆ ว่าเป็นความเป็นอยู่ที่ดีของประชากรในทุกด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด อารมณ์ และสังคม (มยุรี จารุปราน, 2526)

ในทางเศรษฐศาสตร์ ได้เน้นเกี่ยวกับความอยู่ดีกินดีหรือสิ่งอำนวยความสะดวกทางวัตถุต่าง ๆ เช่น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2529; อ้างถึงใน บดี ธนะมัน, 2530) ได้สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง การดำรงชีพของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่ง ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ ส่วน บดี ธนะมัน (2530) ได้สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง สถานะความเป็นอยู่ในทางที่ดีทั้งในแง่ของส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เป็นต้น

ในทางจิตวิทยา เชื่อว่าองค์ประกอบทางด้านจิตวิทยามีส่วนสำคัญในการก่อกลไกให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเป็นแนวทางหรือดัชนีสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคลได้ เพราะนอกจากบุคคลจะต้องการเครื่องครองชีพแล้วยังต้องการความพึงพอใจ มีอารมณ์ ความคาดหวัง ต้องการในสิ่งที่ไม่อาจสัมผัสได้ ตลอดจนต้องการบรรลุวัตถุประสงค์ในชีวิตอีกด้วย (เนาวรัตน์ พลายน้อย, 2525) ซึ่งการให้ความหมายในทางจิตวิทยานี้เป็นพื้นฐานของการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตในการวิจัยทางการแพทย์ในปัจจุบัน เช่น สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุว่า เป็นการรับรู้ด้วยตนเองต่อความรู้สึกพึงพอใจและความสุขในชีวิตของแต่ละบุคคลตามที่ตนดำรงอยู่ ยุพิน โกรินทร์ (2536) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมว่า หมายถึงความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตและการมีความสุขในชีวิต อันเป็นผลมาจากการมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ร่วมกับการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีนั้นด้วยตนเอง

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยทางการแพทย์ในต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนไปตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย ทิศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพอใจใน