

# กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

## Concepts of quality of life

ปิยะวัฒน์ ตริวิทยา\*  
Piyawat Trevittaya

ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่  
Department of Occupational Therapy, Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai University, Chiang Mai Province, Thailand

\* ผู้รับผิดชอบบทความ (Email: piya.tremit@cmu.ac.th)  
\* Corresponding author (Email: piya.tremit@cmu.ac.th)

Received February 2016  
Accepted as revised April 2016

### Abstract

Concept of quality of life (QOL) has become a common indicator for evaluating the effectiveness of treatment and how well clients achieve their treatment goals. However, quality of life has been explained in different ways depended on concept the therapists use. This article presented concepts of QOL used among medical professions in their practices. Moreover, classification of QOL assessments was presented in this article, especially the variety of questionnaires for appropriate and trustable assessment. The application of the concept for occupational therapist for clinical practice was summarized in the last section of this article.

*Bull Chiang Mai Assoc Med Sci 2016; 49(2): 171-184. Doi: 10.14456/jams.2016.27*

**Keywords:** Quality of life, assessment, Occupational Therapy

### บทคัดย่อ

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตได้รับความสนใจจากบุคลากรทางการแพทย์ในการประยุกต์ใช้สำหรับประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการรักษาและการบรรลุถึงเป้าประสงค์ของการรักษา อย่างไรก็ตาม แนวคิดคุณภาพชีวิตมีการให้คำจำกัดความที่แตกต่างกันขึ้นกับการเลือกรอบแนวคิดของผู้บำบัด บทความนี้นำเสนอกรอบแนวคิดของคุณภาพชีวิตที่บุคลากรทางการแพทย์เลือกใช้ในการปฏิบัติงาน และการจำแนกวิธีการประเมินคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่มีหลากหลายเพื่อการประเมินที่เหมาะสมและได้ผลการประเมินที่น่าเชื่อถือ สำหรับการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานทางกิจกรรมบำบัดผู้นิพนธ์สรุปไว้ในตอนท้ายของบทความ

*วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่ 2559; 49(2): 171-184. Doi: 10.14456/jams.2016.27*

**คำรหัส:** คุณภาพชีวิต การประเมิน กิจกรรมบำบัด

คุณภาพชีวิตเป็นหัวข้อที่ได้รับความสนใจในการศึกษาวิจัยเพิ่มมากขึ้นในช่วงเวลาที่ผ่านมา รวมทั้งถูกกำหนดให้เป็นเป้าหมายของหน่วยงานต่างๆ ที่ให้บริการสุขภาพ นอกจากนี้รัฐบาลยังได้กำหนดเป็นแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ซึ่งขณะนี้อยู่ในช่วงของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 รวมทั้งมีการประกาศใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 และฉบับที่ 2 ในปี พ.ศ. 2556<sup>1</sup> ในฐานะนักกิจกรรมบำบัดซึ่งเป็นวิชาชีพที่ให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แก่คนพิการ มีความจำเป็นต้องเข้าใจกรอบแนวคิด วิธีการประเมิน และคุณภาพชีวิตที่ถูกต้อง เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นหัวข้อเชิงนามธรรมและยังคงมีความหลากหลายในการวัดและการแปลผล<sup>2-4</sup> ปัญหาที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อการวางแผนงานในการ “การยกระดับคุณภาพชีวิต” โดยจะเกิดความไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ผู้รับบริการมีความต้องการ บทความนี้กล่าวถึงกรอบแนวคิดของ “คุณภาพชีวิต” ที่มีความหมายแตกต่างกันตามแนวคิดที่หลากหลาย การประเมินที่นิยมใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และการประยุกต์ใช้แนวคิดของคุณภาพชีวิตกับงานทางด้านกิจกรรมบำบัด ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้อ่านจะเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับ “คุณภาพชีวิต” เพิ่มมากขึ้นและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ต่อไปในการปฏิบัติงาน

### แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (Concepts of quality of life)

คณะทำงานทางด้านคุณภาพชีวิตที่สนับสนุนโดยองค์การอนามัยโลก<sup>5</sup> ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่ามีความหมายที่หลากหลายแตกต่างกันตามบริบทของผู้ศึกษา กล่าวคือ ระดับผู้กำหนดนโยบายทางสังคม เช่น รัฐบาล คุณภาพชีวิตมีความหมายในด้านหลักประกันแก่ประชาชนในด้านการบริการหรือการสงเคราะห์ทางสังคมด้านต่างๆ เช่น การให้บริการด้านสาธารณสุข การช่วยเหลือด้านสิ่งของ การยกระดับรายได้ และการส่งเสริมประชากรทุกคนให้มีสิทธิเท่าเทียมกันในด้านต่างๆ ในมุมมองของนักเศรษฐศาสตร์ คุณภาพชีวิตหมายถึงรายได้มวลรวมของประเทศ อัตราเงินเฟ้อ หรือดัชนีผู้บริโภค รายได้เฉลี่ยประชากร หากเป็นทางการแพทย์ เช่น นักกิจกรรมบำบัดหรือแพทย์ คุณภาพชีวิตหมายถึงการเปลี่ยนแปลงทางบวกของการรักษาหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ผู้ใช้บริการได้รับ ดังนั้น ความหมายของคุณภาพชีวิตจึงเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของงาน ซึ่งส่งผลต่อการวัดและการแปลผลหากวิธีการวัดมีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม บทความนี้เรียบเรียงเพื่อวัตถุประสงค์ในการนำแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังนำเสนอเฉพาะแนวคิดของคุณภาพชีวิตในระดับปัจเจกบุคคล (individual preference) เนื่องจากกรอบความคิด

ในกลุ่มนี้เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางในการประยุกต์ใช้ทางการแพทย์ซึ่งสามารถจำแนกได้ดังนี้<sup>6</sup>

### 1. Normal life

ความหมายของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้ หมายถึง การที่บุคคลปราศจากข้อจำกัดทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิตต่างๆ ได้ มีอายุที่ยืนยาว สามารถแสวงหาสิ่งต่างๆ ที่ตนเองต้องการ โดยเปรียบเทียบกับประชากรที่มีอายุอยู่ในกลุ่มเดียวกัน หรือประชากรกลุ่มที่มีสุขภาพปกติ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่สามารถตัดสินจากความแตกต่างของปัจจัยทางด้านร่างกายและจิตใจเทียบกับ “มาตรฐาน” ของประชากร หากบุคคลมีข้อจำกัดในปัจจัยด้านใดด้านหนึ่งต่ำกว่า “มาตรฐาน” มากเท่าไร แสดงว่าบุคคลนั้นมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเท่านั้น จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้ประเมินจากระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ และภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น

### 2. Social utility

ความหมายของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้หมายถึง การที่บุคคลสามารถคงไว้ซึ่งบทบาททางสังคมและการได้การยอมรับจากสังคมจากบทบาทของตน เช่น บทบาทของการเป็นครู บิดา มารดา การประกอบอาชีพ การจ้างงาน เป็นต้น แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับผลกระทบของโรคต่อภาวะการประกอบอาชีพ หรือการมีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิตตามบทบาททางสังคมภายหลังจากเจ็บป่วยหรือพิการ การประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้ นิยมประเมินที่การมีงานทำ รายได้ที่เกิดจากการทำงาน และความสามารถในการคงไว้ซึ่งบทบาทของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเจ็บป่วย

### 3. Utility

ความหมายของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้ แบ่งได้เป็นสองมุมมอง คือ มุมมองด้านเศรษฐศาสตร์และด้านจิตวิทยา มุมมองทางเศรษฐศาสตร์หมายถึง ระดับสุขภาพของบุคคลนั้นๆ เปรียบเทียบเกณฑ์อ้างอิงของประชากรปกติ การเปรียบเทียบใช้ดัชนีชีวิตที่มีค่าระหว่าง 0 ถึง 1 กล่าวคือ หากบุคคลมีค่าดัชนีสุขภาพเป็น 0 หมายถึงการเสียชีวิต ในขณะที่ค่าดัชนีเท่ากับ 1 หมายถึงการมีสุขภาพสมบูรณ์<sup>7</sup> การพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตตามมุมมองนี้ พิจารณาในสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น ไม่พิจารณาสุขภาพโดยรวม (holistic perspective) เหมือนกับแนวคิดแบบ normal life มุมมองนี้สะท้อนออกในด้านความคุ้มค่าในการรักษา (cost-benefit) เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพ<sup>8</sup> เนื่องจาก มีพื้นฐานเศรษฐศาสตร์ จึงให้ความสำคัญกับความคุ้มค่า เมื่อประยุกต์

ใช้ในการเลือกวิธีการรักษาผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด (incurable diseases) เช่น โรคมะเร็ง ความพิการด้านการเคลื่อนไหว การใช้คุณภาพชีวิตตามมุมมองนี้มีจุดประสงค์เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับต้นทุนการรักษาที่ต้องจ่าย หรืออาจเรียกว่า “จุดคุ้มทุน” ในกรณีที่มีทางเลือกในการรักษาหลายวิธี ผู้ให้การรักษาต้องเลือกวิธีที่ให้ประโยชน์สูงสุดโดยมีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด (the most cost-benefit treatment) แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์นี้สามารถอธิบายได้ตามสมการต่อไปนี้

$$Vi = (Ni * Qi) - Ci$$

เมื่อ Vi Value of treatment  
Ni Number of expected life years after the treatment  
Qi Quality of those years  
Ci Cost of treatment

อย่างไรก็ตาม โดยจรรยาบรรณของการให้บริการทางการแพทย์ ค่าของ Ci นับเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถนำมาคำนวณได้ ดังนั้นสมการข้างต้นจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยเพียง 2 ประการคือ

$$Vi = Ni * Qi$$

ตัวอย่างของแนวคิดนี้คือ กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เรียกว่า “Quality-Adjusted Life-Years (QALY)”<sup>10</sup> ซึ่งมีหลักในการประเมินคุณภาพชีวิต คือ หนึ่งปีของบุคคลที่มีสุขภาพสมบูรณ์เท่ากับหนึ่งหน่วยของ Qi ในขณะที่บุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยมีค่าของ Qi น้อยกว่าหนึ่งหน่วยเสมอ ดังนั้น เมื่อให้ผู้ป่วยจัดอันดับของความพึงพอใจในภาวะสุขภาพของตนเองเป็นอยู่เทียบกับสิ่งที่ตนเองเคยเป็นก่อนการเจ็บป่วย ค่าของ Qi จะน้อยกว่าหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีเพื่อการรักษามะเร็งอาจบอกว่า การดำรงชีวิตอยู่ในหนึ่งวันขณะรับการรักษารับรังสีมี “ค่าความพึงพอใจ (Qi)” เท่ากับ 0.5 วันของการดำรงชีวิตขณะที่ยังไม่เป็นมะเร็งซึ่งเท่ากับหนึ่ง แสดงว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรายนี้ลดลง 50% ดังนั้น หากมีการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยสองรายที่มี expected life (Ni) หลังการรักษาเท่ากับ 10 ปี เทียบกับผู้ป่วยอีกรายที่มีค่า expected life (Ni) เท่ากับ 5 ปี โดยที่ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีค่า Qi (quality of those years) เท่ากันคือ 0.5 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยรายแรกจะมีระดับคุณภาพชีวิตเท่ากับ 5 (0.5x10) หรือ 50% ของคนปกติ ในขณะที่ผู้ป่วยอีกรายจะมีค่าเท่ากับ 2.5 (0.5x5) หรือ 25% ของคนปกติ ดังนั้น ตามแนวคิดนี้ ผู้ป่วยรายแรกจะมีระดับของคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยรายที่สอง แต่ในความเป็นจริงแล้วระยะเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย (Ni) อาจมีความคลาดเคลื่อนเนื่องจากผู้ป่วยรายแรกอาจตอบสนองต่อการรักษาด้วยรังสีดีกว่าในช่วงที่ทำการประเมินหรือผู้ป่วยมีความรู้สึกด้านบวกในขณะที่รับการประเมิน

อย่างไรก็ตาม แนวคิดนี้ยังเป็นที่ถกเถียงในเรื่อง “patient autonomy” หรือ สิทธิของผู้ป่วยในการเลือกวิธีการรักษา และจากการศึกษาที่ผ่านมาโดยใช้แนวคิดนี้พบว่า ผู้ป่วยหลายรายประเมินว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะแรกแต่ภายหลังฆ่าตัวตายเมื่อรู้สึกว่าคุณภาพของการมีชีวิตอยู่ของตนลดลง<sup>11</sup> ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งของแนวคิดนี้คือ ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตภายหลังการเจ็บป่วย (ค่า Qi) น้อยกว่าระดับคุณภาพก่อนการเจ็บป่วย ซึ่งสมมติฐานนี้อาจไม่เป็นความจริงเสมอไปสำหรับผู้ป่วยบางราย ดังนั้น แนวความคิดนี้ยังมีข้อโต้แย้งในการนำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในระดับปัจเจกบุคคล แม้จะเป็นการประเมินความพึงพอใจต่อตนเองโดยตัวผู้ป่วยเอง นอกจากนี้ตัวเลขที่ได้จากการคำนวณเป็นผลจากสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งไม่ได้สะท้อนถึงปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยในระยะยาว ดังนั้น ดัชนีที่ได้จากการคำนวณจึงเป็นเพียงการประเมินผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการหนึ่งเท่านั้น นอกจากนี้ ในด้านจรรยาบรรณของการให้บริการแก่ผู้ป่วย ผู้ให้บริการอาจเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยเลือกให้การรักษาเฉพาะในรายที่มีค่าของ QALY สูงเท่านั้น<sup>12</sup>

มุมมองแบบ utility แบบที่สอง ให้ความสำคัญต่อปัจจัยพื้นฐานต่างๆ ในการดำรงชีวิตที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเมื่อปัจจัยเหล่านั้นเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Figure 1) กรอบแนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับปัจจัยพื้นฐานต่างๆ ในการดำรงชีวิต ดังนั้น การศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดนี้จะกระทำโดยรวบรวมปัจจัยต่างๆ ใน Box A (Figure 1) ที่เป็นการวัดทางวัตถุพิสัย (objective evaluation) คุณภาพชีวิตจึงเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ตนเองต้องการโดยสะท้อนออกมาในลักษณะของปัจจัยต่างๆ ตัวอย่างเช่น แบบประเมินคุณภาพชีวิตต่างๆ ที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ศึกษาเฉพาะในกลุ่มประเทศตะวันตก กรอบแนวคิดแบบนี้มีข้อจำกัด คือ แบบประเมินต่างๆ ถูกพัฒนาขึ้นใช้ประเมินเฉพาะในวัฒนธรรม หรือบริบทใดบริบทหนึ่งที่มีเอกลักษณ์ของตนเองเท่านั้น การนำแบบประเมินเหล่านี้ไปใช้กับวัฒนธรรมหรือสังคมที่มีบริบทที่แตกต่างออกไปจะทำให้ผลการศึกษาที่ได้ขาดความน่าเชื่อถือ เนื่องจากแบบประเมินอาจขาดความเที่ยงตรง (validity) ดังนั้น ก่อนนำแบบประเมินเหล่านี้ไปใช้งาน ผู้วิจัยต้องศึกษาทั้งด้าน validity และ reliability ให้เป็นที่ยอมรับในวัฒนธรรมของตนเองก่อน ข้อจำกัดประการต่อมาคือ คำถามในแบบประเมินมักเป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จึงจัดเป็นการประเมินแบบ “outsider หรือ objective point of view” ซึ่งหมายถึงการที่ผู้ประเมินคาดว่าปัจจัยที่กำหนดไว้ล่วงหน้าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง แต่ในความเป็นจริงข้อคำถามที่กำหนดโดยผู้วิจัยอาจไม่ครอบคลุมหรือไม่ใช่ปัจจัยที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

จึงทำให้ผลการศึกษาที่ได้อาจไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนคือ ข้อคำถามในแบบประเมินคุณภาพชีวิตของสังคมตะวันตกส่วนใหญ่มีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศสัมพันธ์ แต่ในสังคม

ตะวันออก ปัจจัยนี้อาจไม่เป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง เห็นได้จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาที่พบความแตกต่างของปัจจัยนี้ต่อคุณภาพชีวิตระหว่างวัฒนธรรมตะวันตกและตะวันออก<sup>13</sup>

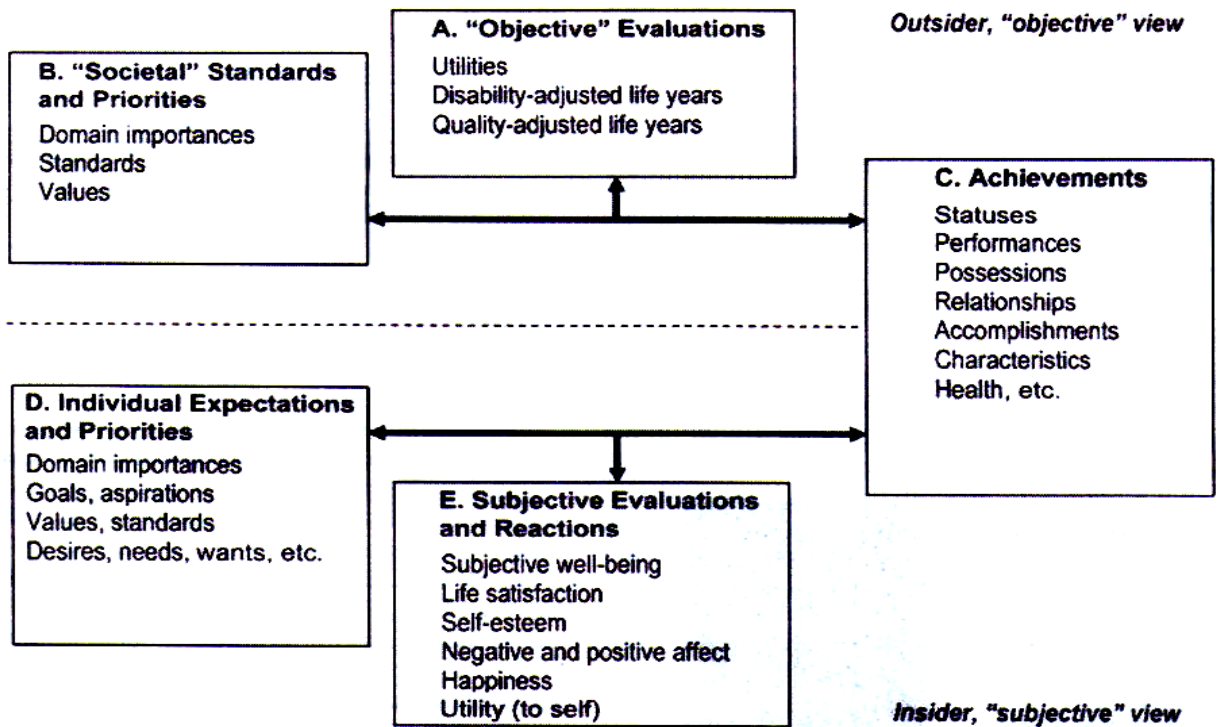


Figure 1 Concepts of quality of life: Utility approach: From: Dijkers M. Quality of life of individual with spinal cors injury: A review of conceptualization, measurement, and research findings. Journal of Rehabilitation Research & Development. 2005;42(3, Supplement 1): 87-110.

#### 4. Life satisfaction หรือ Subjective well-being

กรอบแนวคิดมีพื้นฐานจากความเชื่อที่ว่า บุคคลมีสิทธิและอิสระที่จะเลือกในสิ่งที่ตนเองชอบและสามารถจัดลำดับความสำคัญของสิ่งเหล่านั้น (Box D, Figure 1) ส่วนประกอบย่อยที่สำคัญที่สุด คือ ปัจจัยจำเป็นพื้นฐานของการดำรงชีวิตของมนุษย์ 5 ประการตามทฤษฎีของ Maslow<sup>14</sup> จากนั้นปรับเปลี่ยนความต้องการเหล่านี้ใน Box A ตามวัฒนธรรม และค่านิยมของสังคมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่ ดังนั้น แต่ละบุคคลจะมีระดับมาตรฐานสำหรับการเปรียบเทียบกับสิ่งที่ตนเองได้รับการตอบสนอง (achievement) (Box C, Figure 1) โดยบุคคลเปรียบเทียบปัจจัยย่อยต่างๆ ระหว่าง Box D ซึ่งเป็นสิ่งที่ได้รับการตอบสนองตามมาตรฐานของสังคมกับสิ่งที่ได้รับตามความเป็นจริง (Box C) ความรู้สึกที่เกิดขึ้น หรืออีกนัยหนึ่งคือ ช่องว่างของการได้รับกับสิ่งที่คาดหวังจะถูกตัดสินให้เป็นองค์ประกอบ (domain) ของคุณภาพชีวิตตาม Box E ดังนั้น ตามแนวคิดนี้ คุณภาพชีวิตของปัจเจกบุคคลคือผลลัพธ์

จากการเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่ต้องการและสิ่งที่ได้รับ โดยมีบริบทของสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ เป็นตัวกำหนดความต้องการของบุคคล คุณภาพชีวิตจึงเป็นสิ่งที่บุคคลต้องจัดอันดับความสำคัญขององค์ประกอบต่างๆ และบ่งบอกความพึงพอใจด้วยตัวบุคคลเอง ข้อคำนึงในการใช้กรอบคิดนี้สำหรับอธิบายคุณภาพชีวิต คือ ผู้ที่สนใจในเรื่องของคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่สนใจศึกษาเฉพาะผลลัพธ์สุดท้ายของการได้รับการตอบสนอง (Box C) แต่ละเลยในการศึกษาลำดับความสำคัญของปัจจัยต่างๆ (Box D) ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้ว ปัจจัยทั้งสองส่วนใน Box C และ D มีความสำคัญเท่าเทียมกันสำหรับบุคคลในการที่ตัดสินระดับคุณภาพชีวิตของตนเอง สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งในการนำแนวคิดนี้ไปใช้งาน คือ การจัดระดับคุณภาพชีวิตของบุคคล ต้องเป็นการจัดระดับด้วยตนเองโดยใช้การรับรู้และอารมณ์ (cognition and emotion) ดังนั้น กรอบแนวคิดนี้จึงเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตแบบ “insider or subjective aspect” ปัจจุบัน คุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้ได้รับการยอมรับว่า

เหมาะสมที่สุดในการศึกษาคุณภาพชีวิตของปัจเจกบุคคล<sup>4,15,16</sup> กรอบแนวคิดนี้สามารถแบ่งออกเป็นแนวคิดย่อยดังนี้

#### 4.1 Need-based approach

ให้ความสำคัญกับความต้องการปัจจัยพื้นฐานที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต (need-based approach) มีพื้นฐานจากแนวคิดของ Thomas More ที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต เช่น ที่อยู่อาศัย สุขภาพที่แข็งแรง การปราศจากโรค<sup>17</sup> แนวคิดนี้ยังคงใช้กันอยู่อย่างแพร่หลายในวงการแพทย์ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในด้านความแข็งแรงของสุขภาพ (การปราศจากโรค) หรือ ผลของการรักษาต่ออาการของโรค ข้อจำกัดของแนวคิดแบบ “need-based approach” คือ การมองความต้องการของบุคคลเพียงด้านวัตถุ (objective or physical aspects) เพื่อสนองตอบต่อความต้องการโดยไม่คำนึงถึงจิตวิญญาณและสังคม เนื่องจากเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีความต้องการปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตที่เหมือนกัน ตามทฤษฎีของ Maslow ในเรื่องความต้องการปัจจัยพื้นฐาน (basic needs) แต่ในความเป็นจริงแม้บุคคลจะได้รับการตอบสนองปัจจัยสี่อย่างพอเพียง กลับยังมีความรู้สึกที่ชีวิตไม่มีความสุขเท่าที่คาดหวัง หรือ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือยังมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำอยู่ ดังนั้น แนวคิดนี้จึงไม่สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้อย่างครอบคลุมเนื่องจากการขาดความสนใจในด้านจิตใจ อารมณ์ และการเป็นสมาชิกของสังคม ตัวอย่างของข้อจำกัดนี้ได้แก่ บุคคลที่มีฐานะทางสังคมระดับสูง มีปัจจัยพื้นฐานมากจนเกินพอ แต่ยังรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสุขจนต้องแสวงหาทางออกอื่นๆ เช่น การปฏิบัติธรรม หรือ การทำงานเพื่อสาธารณกุศลโดยไม่หวังผลตอบแทน เป็นต้น

#### 4.2 Want-based approach

พัฒนาจากความคิดพื้นฐานว่า บุคคลมีความต้องการ (want) ในชีวิตที่แตกต่างกัน ดังนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลจึงขึ้นกับพื้นฐานความต้องการ (want) ที่แตกต่างกัน ระดับของคุณภาพชีวิตคือช่องว่างของสิ่งที่แต่ละบุคคลคาดหวังว่าจะได้รับกับสิ่งที่บุคคลนั้นได้รับจริงในช่วงเวลาหนึ่งของชีวิต (a gap between expectation and achievement in certain period of life)<sup>18</sup> อย่างไรก็ตาม เงื่อนไขสำคัญในแนวคิดนี้คือสิ่งที่บุคคลต้องการ (expectation) ต้องเป็นสิ่งที่เป็นไปได้จริง (realistic) ตามสถานะของบุคคลในขณะนั้น จึงจะทำให้ช่องว่างของความคาดหวังกับสิ่งที่ได้รับแคบลง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือบุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตัวอย่างเช่น ในผู้ป่วยอัมพาตแขนขาแบบสมบูรณ์ (complete tetraplegia) เมื่อผู้บำบัดสอบถามความต้องการหรือเป้าหมายประสงค์ในการฟื้นฟูซึ่งเป็นการใช้หลักการของ client center ผู้ป่วยมักให้คำตอบ (การคาดหวัง) ว่าต้องการเดินได้เหมือนก่อนการรับการบำบัดเจ็บ ซึ่งถือว่าเป็น “ความต้องการที่คาดหวัง” (expectation) แต่ในฐานะของผู้บำบัดที่มีความรู้ Bull Chiang Mai Assoc Med Sci

ทางการแพทย์ของการบาดเจ็บของไขสันหลัง จะทราบว่าผู้ป่วยไม่สามารถกลับมาเดินได้เหมือนเดิมและมีความจำเป็นต้องใช้รถนั่งคนพิการไปตลอดชีวิต ซึ่งเป็น “สิ่งที่เป็นไปได้จริง” (realistic) ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้บำบัดจำเป็นต้องให้ความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บของไขสันหลังที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยเพื่อการลดความคาดหวัง (expectation) ให้อยู่ในสิ่งที่ความเป็นจริง (realistic) เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความพิการของตน ลดความคาดหวังในการเดินซึ่งเป็นไปได้ เมื่อผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงว่าเขาจะไม่สามารถกลับมาเดินได้อีกและยอมรับการฝึกใช้รถนั่งคนพิการ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ปัญหาสำคัญของแนวคิดนี้คือบุคคลมีความคาดหวังแตกต่างกัน ดังนั้น คำถามที่มักเกิดขึ้นเสมอคือระหว่างผู้ป่วยหรือผู้บำบัด ใครเป็นผู้กำหนดความคาดหวังที่เป็นจริง (realistic expectation) ดังนั้น การนำแนวคิดนี้ไปใช้ในทางปฏิบัติ ทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดต้องมีความยืดหยุ่นในแนวคิดของตน สามารถปรับเปลี่ยนและยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นทั้งสองฝ่ายโดยผ่านวิธีการต่างๆ เช่น การปรับตัว (adaptation) มีมุมมองทางด้านบวกของทั้งตนและบุคคลอื่น (optimistic personality) เป็นต้น

#### 4.3 Global concept approach

เมื่อองค์ความรู้ด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงจากแนวคิดระดับปัจเจกบุคคลซึ่งเป็นมุมมองแบบแยกส่วน (reductionism) เป็นมุมมองแบบองค์รวม (holism) ทำให้แนวคิดของคุณภาพชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกัน ดังเช่นการที่องค์การอนามัยโลกได้พัฒนากรอบคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ชื่อว่า “global concept of quality of life”<sup>5</sup> โดยได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตว่า “คุณภาพชีวิต คือการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของตน ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่และสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวความคิดที่กว้างเต็มไปด้วยความซับซ้อน ครอบคลุมในประเด็นสุขภาพร่างกายของแต่ละคน สภาพจิตใจ ระดับของความอิสระ สัมพันธภาพทางสังคม ความเชื่อ และความสัมพันธ์ที่มีต่อสภาพแวดล้อม”<sup>19</sup>

จะเห็นได้ว่าองค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญต่อกรอบแนวคิดแบบองค์รวมและได้พัฒนากรอบความคิดของคุณภาพชีวิตให้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบย่อย (domain) ของความเป็นมนุษย์ ทั้งด้านกายภาพ จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้จากคำจำกัดความนี้ คุณภาพชีวิตจะมีลักษณะที่เป็น “global and dynamic concept” นอกจากนี้ หลังจากองค์การอนามัยโลกได้พัฒนาแนวคิดในการศึกษาผลกระทบของโรค หรือความเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพ

ที่เรียกว่า International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF<sup>20</sup> มีผู้นำกรอบอ้างอิง ICF มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เช่น กรอบแนวคิดที่พัฒนาโดย Post และ Noreau<sup>21</sup> (Figure 2) ซึ่งประเมินระดับ

ความพึงพอใจในชีวิต หรือ คุณภาพชีวิต ที่สะท้อนออกในรูปขององค์ประกอบด้านสุขภาพตามกรอบอ้างอิง ICF รวมทั้งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลเมื่อมีความบกพร่องในแต่ละองค์ประกอบของ ICF

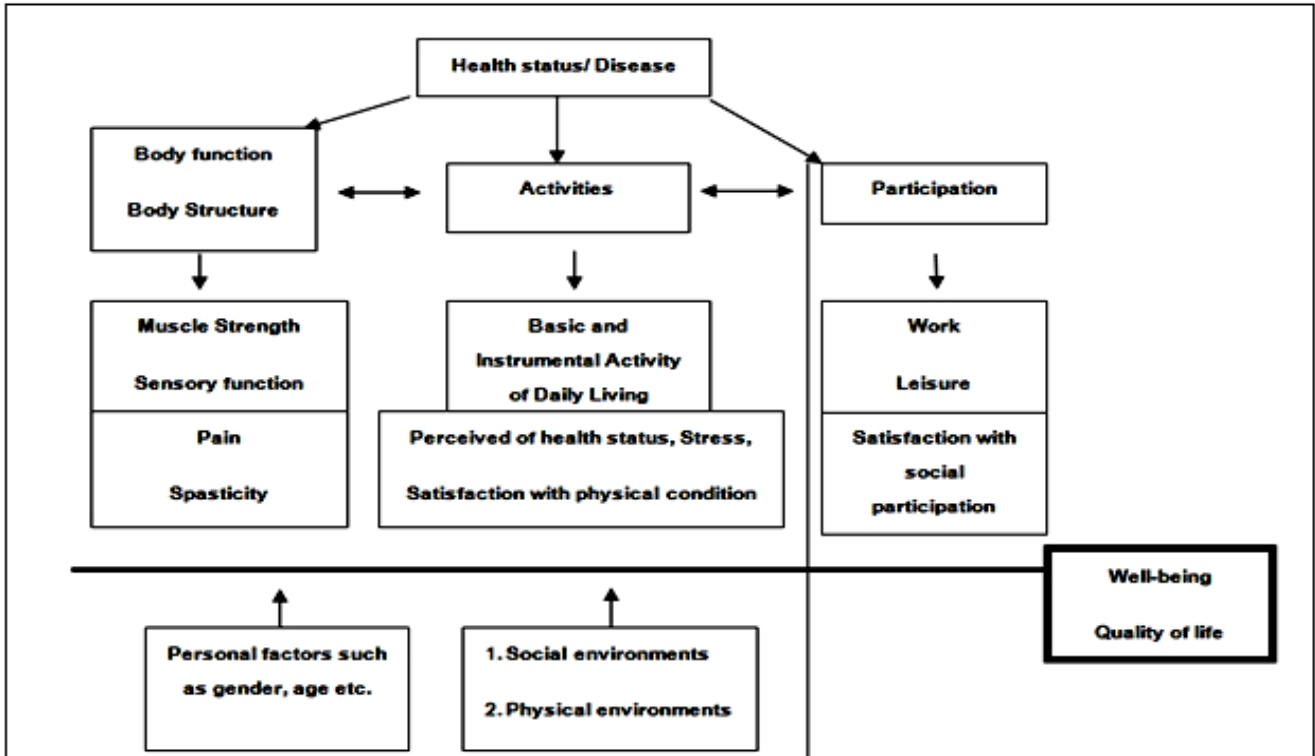
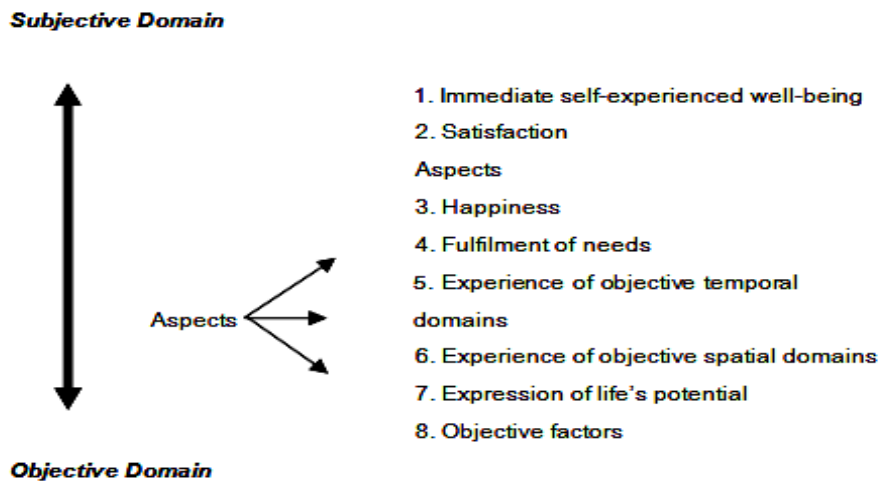


Figure 2 Comparison between QOL and ICF concepts: Adapted from: Post M & Noreau L. Quality of life after spinal cord injury. J Neurol Rehabil. 2005; 29(3):139-46.

#### 4.4 Meta-theory approach

ตามแนวคิดเชื่อว่า คุณภาพชีวิตประกอบขึ้นด้วยองค์ประกอบแบบวัตถุพิสัย (objective domain) และแบบจิตพิสัย (subjective domain) แต่ละองค์ประกอบมีปัจจัยย่อย (aspects) เป็นพื้นฐานที่สำคัญ ปัจจุบัน เรียงกรอบคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตแบบนี้ว่า “meta-theory” เนื่องจากในแต่ละองค์ประกอบ

(domain) หรือ ปัจจัยย่อย (aspect) ใช้ทฤษฎีอื่นร่วมอธิบาย และเชื่อว่าคุณภาพชีวิตไม่สามารถอธิบายได้โดยใช้ทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียว ตัวอย่างของการเป็น “meta-theory” ของคุณภาพชีวิตได้แก่กรอบแนวคิดที่เรียกว่า “Integrative Quality-of-Life meta-theory: IQL” ซึ่งพัฒนาโดย Ventegodt และคณะ<sup>2</sup> (Figure 3)



**Figure 3** Concept of “Integrative Quality-of-Life meta-theory: IQL”. Adapted from: Ventegodt S, Hilden J, J. M. Measuring the Quality of Life I: A methodological framework. *Scientifi World Journal*. 2003; 13(3): 950-61.

จากรูปที่ 3 จะเห็นได้ว่า กรอบคิด IQL ในแต่ละองค์ประกอบ (domain) และปัจจัยย่อย (aspects) ขององค์ประกอบต่างๆ สามารถอธิบายโดยใช้ทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น objective factor สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีของ Maslow ในขณะที่ expression of self ใช้ทฤษฎีของ self-efficacy, self-empowerment และ self-esteem<sup>2</sup> อธิบายได้

อีกหนึ่งตัวอย่างของกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตแบบ

meta-theory ได้แก่ กรอบแนวคิดที่นำเสนอโดย Ferrans<sup>22</sup> ที่เรียกว่า “Quality of Life Index: QLI (Figure 4) ซึ่งแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้านคือ องค์ประกอบทางสุขภาพกายและความสามารถในการประกอบกิจกรรม องค์ประกอบทางสุขภาพจิตใจและความเชื่อ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และครอบครัว ซึ่งต้องพิจารณาทั้งด้านความพึงพอใจและความสำคัญขององค์ประกอบย่อยเหล่านั้นพร้อมกัน

HEALTH AND FUNCTIONING (13 items)	SOCIAL AND ECONOMICAL (8 items*)	PSYCHOLOGICAL/ SPIRITUAL (7 items)	FAMILY (5 items)
1. health	13. friends	27. peace of mind	8. family health
2. health carc	15. emotional support	28. faith in God	9. children
3. pain	from people other	29. achievement of	10. family happiness
4. energy (fatigue)	than your family	personal goals	12. spouse, lover,
5. ability to take care of	19. neighborhood	30. happiness in general	or partner
yourself without help	20. home	31. life satisfaction in general	14. emotional support
6. control over life	21/22. job/not having a job	32. personal appearance	from family
7. chances for living as	23. education	33. self	
long as you would like	24. financial needs		
11. sex life			
16. ability to take care of	* items 21 and 22 are		
family responsibilities	mutually excluding		
17. usefulness to others			
18. worries			
25. things for fun			
26. chances for a happy future			

**Figure 4** “Quality of Life Index: QLI” and its domains: From: Ferrans CE. Development of a conceptual model of quality of life. *Schol Inquiry Nurs Pract*. 1996; 10(3): 293-304.

## 5. Happiness/Affect

แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับภาวะทางอารมณ์ของบุคคล ต่อสถานการณ์ใดๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง ตามแนวคิดนี้บุคคล จะให้ความสำคัญต่อสมดุลระหว่างความรู้สึกทางบวก (ความสุข) กับความรู้สึกทางลบ (ความทุกข์ ความซึมเศร้า) สมดุลนี้เป็นสภาวะการณ์ชั่วคราวที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอก และปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล ดังนั้น ระดับคุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้จะเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และบางครั้งมีความแตกต่างกันในแต่ละวันแม้จะอยู่ในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมเดิม คุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้สามารถประเมินด้วยแบบประเมินระดับความซึมเศร้าและอารมณ์ของบุคคล โดยเชื่อว่าบุคคลที่มีความซึมเศร้าในระดับสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี<sup>4</sup>

## 6. Natural capacity

กรอบแนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับการเปรียบเทียบระหว่างศักยภาพของบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่มีอยู่ก่อนการเจ็บป่วยกับศักยภาพที่เหลืออยู่หลังการเจ็บป่วย โดยมีสมมุติฐานว่า คุณภาพชีวิตของบุคคลจะลดลงเมื่อเกิดโรคหรือภาวะเจ็บป่วย คุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้จึงประเมินโดยพิจารณาระดับของการเปลี่ยนแปลงทางศักยภาพดังกล่าวว่าลดลงมากน้อยเพียงใด และการลดลงนั้นมีอิทธิพลต่อบุคคลมากน้อยเพียงใด แนวคิดสะท้อนออกในรูปของคำถามที่ว่า “ชีวิตมีคุณค่าพอเพียงที่จะอยู่ต่อไปหรือไม่?” ดังนั้น การประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้สามารถประเมินจากตัวผู้ป่วยเอง หรือประเมินจากมุมมองของผู้ดูแลและผู้ให้การรักษาซึ่งใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากพอที่จะให้ความเห็น หรือตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพ หรือผลกระทบจากการเจ็บป่วยหรือโรคที่มีต่อศักยภาพของผู้ป่วย<sup>4,22</sup>

### การประเมินคุณภาพชีวิต

เป็นที่ยอมรับว่าการประเมินคุณภาพชีวิต ต้องประเมินตามกรอบแนวคิดความพึงพอใจในชีวิตหรือภาวะสุขสมบูรณ์ของชีวิต (life satisfaction or well-being)<sup>4,6,7,12</sup> ซึ่งเป็นการประเมินที่ครอบคลุมมิติต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลมากที่สุด อย่างไรก็ตาม การประเมินคุณภาพชีวิตที่ดี และได้ข้อมูลเชื่อถือมากที่สุด ผู้ศึกษาต้องคำนึงถึงข้อควรระวังก่อนประเมิน โดยมีข้อคำนึง ดังนี้<sup>23</sup>

1. ต้องกำหนดขอบเขต หรือ คำจำกัดความของ “คุณภาพชีวิต” ก่อนเริ่มประเมิน
2. ต้องกำหนดองค์ประกอบ (domains) และ ปัจจัยย่อย (aspects) ที่มีอิทธิพลต่อคำจำกัดความของ “คุณภาพชีวิต” ตามข้อที่ 1 อย่างชัดเจน
3. ต้องวัดทั้งด้านวัตถุพิสัย (objective measurement)

และจิตพิสัย (subjective measurement)

4. ต้องจัดลำดับของสำคัญของแต่ละองค์ประกอบ โดยผู้ถูกประเมิน
5. กรอบแนวคิดและวิธีการประเมินควรสอดคล้องกับปรัชญาวิชาชีพของผู้ประเมิน เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง

ปัจจุบัน มีการแบ่งการประเมินคุณภาพชีวิต เป็น 2 ประเภท ตามลักษณะของข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ดังนี้<sup>7</sup>

### 1. การประเมินเชิงคุณภาพ (Qualitative measurement)

เหมาะสำหรับศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่เคยทำการศึกษามาก่อน นอกจากนี้ ยังเป็นการศึกษาจากสิ่งที่เรียกว่า “insider perspective” หรือ มุมมองของกลุ่มตัวอย่างที่สนใจศึกษา ด้วยการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลจากความคิด ความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีกรรไกรตัดจากผู้ศึกษา ข้อมูลที่ได้สามารถพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดใหม่ที่ใช้อธิบายคุณภาพชีวิต หากมีปัจจัยบางประการที่ผู้ศึกษาคิดว่าจะส่งผลให้เกิดความแตกต่างในองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจากกลุ่มตัวอย่างที่เคยทำการศึกษามาก่อน หรือใช้ข้อมูลที่ได้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาการประเมินคุณภาพชีวิตครั้งต่อไป ตัวอย่างของการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธีการนี้ ได้แก่ การศึกษาของ ลัดดาวัลย์<sup>24</sup> และธัญพร<sup>25</sup> ที่ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในผู้บาดเจ็บไขสันหลังในประเทศไทย โดยให้ความสำคัญต่อบริบทของสังคมไทยที่จัดเป็นประเด็นหลักในการศึกษา

### 2. การประเมินเชิงคุณลักษณะ (Quantitative measurement)

เป็นการวัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ ที่ผู้สนใจศึกษากำหนดไว้ล่วงหน้าและเลือกการวัดด้วยการใช้แบบประเมินที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิด การประเมินลักษณะนี้ใช้กับการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากและต้องการศึกษาผลกระทบของคุณภาพชีวิตจากปัจจัยหรือสถานการณ์หนึ่งๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การเป็นโรค ความพิการ หรือ ภัยพิบัติ เป็นต้น แบบประเมินที่ใช้ในการศึกษามีทั้งการประเมินแบบวัตถุพิสัย (objective measurement) ซึ่งประเมินผลกระทบของความพิการในระดับของความบกพร่องทางร่างกาย (impairment) และความสามารถในการประกอบกิจกรรม (activity) และการประเมินทางด้านจิตพิสัย (subjective measurement) ที่ประเมินผลกระทบของความพิการต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม (participation)<sup>7</sup> แม้การศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมาพบความสัมพันธ์ขององค์ประกอบด้านวัตถุพิสัยกับระดับความบกพร่องทางร่างกายและระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมอย่างชัดเจนก็ตาม ผู้วิจัยควรคำนึงเสมอว่า ปัจจัยด้านวัตถุพิสัยเป็นเพียงปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพ

ชีวิตเท่านั้นไม่ใช่ตัวชี้วัด (indicator) ของคุณภาพชีวิตอย่างแท้จริง เนื่องจากคุณภาพชีวิตต้องเกิดจากการรับรู้ของผู้ถูกประเมินในช่วงเวลาหนึ่งและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา แม้ว่าความบกพร่องทางร่างกายและความสามารถในการประกอบกิจกรรมจะไม่มีเปลี่ยนแปลงก็ตาม<sup>27</sup> เป็นที่ยอมรับในวงกว้างของกลุ่มสนใจศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตว่าคุณภาพชีวิตเป็นผลจากองค์ประกอบทั้งด้านความบกพร่องของร่างกาย ความสามารถในการประกอบกิจกรรม และการมีส่วนร่วมทางสังคมตามกรอบอ้างอิงของ ICF อีกทั้งยังเป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบด้านวัตถุพิสัยและจิตพิสัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง<sup>4,7,21,26</sup>

### แบบประเมินคุณภาพชีวิต

การใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตเป็นการศึกษาเชิงคุณลักษณะ (quantitative assessment) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย แบบประเมินคุณภาพที่นิยมใช้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ<sup>4</sup>

#### 1. แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบ Health -related quality of life (HRQOL)

แบบประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มนี้ประเมินผลกระทบของสุขภาพที่ผิดปกติ เช่น ภาวะเป็นโรค หรือความพิการที่มีต่อองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ผู้ประเมินเลือกมาศึกษา อาจกล่าวได้ว่า เป็นการประเมินผลกระทบของโรคต่อโครงสร้างการทำงานของร่างกาย (body structure and body function) และการประกอบกิจกรรม (activity) แบบประเมินในกลุ่มนี้สามารถแบ่งออกเป็นสองกลุ่มย่อยคือ<sup>7</sup>

##### 1.1 แบบประเมิน HRQOL แบบเฉพาะเจาะจง (specific HRQOL questionnaire)

แบบประเมินในกลุ่มนี้จะเป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้สำหรับเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพเหมือนกัน หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเดียวกัน แบบประเมินมีข้อคำถามที่เกี่ยวกับอาการของโรค อาการแทรกซ้อน ผลกระทบที่เกิดจากโรค ผลการประเมินที่ได้จึงมีความไว (sensitivity) ในการแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตที่เป็นผลจากการรักษา<sup>28</sup> ข้อคำนึงถึงในการใช้แบบประเมินกลุ่มนี้คือ แบบประเมินถูกออกแบบมาใช้เฉพาะในกลุ่มตัวอย่างใดกลุ่มตัวอย่างหนึ่ง ดังนั้นข้อมูลที่ได้ อาจไม่ครอบคลุมในมิติอื่นที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต รวมทั้งอาจเป็นการประเมินเฉพาะผลการรักษาที่มีต่ออาการทางร่างกายที่ผู้วิจัย

สนใจ โดยที่ผู้วิจัยไม่ได้สนใจต่อองค์ประกอบอื่นที่มีความสำคัญและอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย<sup>29</sup> ตัวอย่างของแบบประเมินชนิดนี้ได้แก่ Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ),<sup>30</sup> The spinal cord injury quality-of-life questionnaire (SCIQL-23),<sup>31</sup> the Rheumatoid Arthritis Quality of Life questionnaire (RAQoL)<sup>32</sup> และ Stroke-Specific Quality of Life Scale (SSQL)<sup>33</sup> เป็นต้น นอกจากนี้ การนำผลการศึกษาไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นที่มีความแตกต่างจากกลุ่มที่แบบประเมินถูกออกแบบมาใช้ งาน เนื่องจากความแตกต่างของโรค อีกทั้งการใช้แบบประเมินในวัฒนธรรม หรือใช้ภาษาที่แตกต่างกันจะทำให้มีข้อผิดพลาดในการแปลผลจากแบบประเมิน

#### 1.2 แบบประเมิน HRQOL แบบทั่วไป (Generic HRQOL questionnaire)

เป็นแบบประเมินที่ศึกษาผลกระทบของโรคหรือความเจ็บป่วยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเหมือนกลุ่มที่ผ่านมา แต่เป็นการประเมินในองค์ประกอบหลายด้านที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตจากรอบแนวคิดแบบ meta-approach แบบประเมินในกลุ่มนี้จึงสามารถนำไปใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคหรือความพิการที่ต่างกันไป จุดมุ่งหมายหลักของแบบประเมินในกลุ่มนี้คือ การศึกษาผลกระทบของโรค หรือความเจ็บป่วยที่มีต่อองค์ประกอบย่อยที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ตัวอย่างของแบบประเมินในกลุ่มนี้ที่ได้รับความนิยมอย่างสูงในการศึกษาคุณภาพชีวิต ได้แก่ Medical Outcomes Study Short Form 36: SF-36,<sup>34</sup> Nottingham medical outcome questionnaire<sup>35</sup> แบบประเมินในกลุ่มนี้สามารถใช้ประเมินกลุ่มผู้ป่วยที่หลากหลายกว่าแบบเฉพาะเจาะจง

#### 2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม (Holistic quality of life)

เป็นการประเมินที่ครอบคลุมปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตตามที่ผู้ศึกษาได้ให้คำจำกัดความไว้ก่อนการศึกษา ประกอบด้วยองค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ ความสามารถในการทำกิจกรรม การมีส่วนร่วมทางสังคม ฐานทางเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคม ความเชื่อทางศาสนาจิตวิญญาณ เป็นต้น<sup>4,7</sup> เป็นการประเมินองค์ประกอบต่างๆ ที่ครอบคลุมมากกว่าแบบแรก จุดเด่นของแบบประเมิน คือการศึกษาผลกระทบของ

การเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบต่างๆ ที่มีต่อคุณภาพชีวิต โดยไม่สนใจต่ออาการของโรค ความเจ็บป่วย หรือการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกอันเนื่องมาจากการได้รับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ แบบประเมินในกลุ่มนี้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและมีจำนวนมาก ตัวอย่างแบบประเมินที่ได้รับความนิยมได้แก่ Health Organization Quality of Life Questionnaire-100: WHOQOL-100,<sup>36</sup> World Health Organization Quality of Life Questionnaire-BREF: WHOQOL-BREF,<sup>37,38</sup> Integrative Quality-of-Life meta-theory: IQL,<sup>2</sup> Quality of Well Being Scale: QWB,<sup>39</sup> The European QoL measure: EuroQoL,<sup>40</sup> The Life Satisfaction Index: LSI,<sup>41</sup> The Satisfaction with Life Scale: SWLS,<sup>42</sup> และ Comprehensive Quality of Life Inventory: ComQOL<sup>43</sup>

ผู้สนใจแบบประเมินคุณภาพชีวิตสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จากหนังสือที่เรียบเรียงโดย Bowling<sup>44</sup> ซึ่งรวบรวมแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือความเจ็บป่วยกลุ่มต่างๆ หรือ ค้นหาแบบประเมินต่างๆ เพิ่มเติมได้ที่ [www.rehabmeasures.org/default.aspx](http://www.rehabmeasures.org/default.aspx) โดยใช้คำสืบค้น "Quality of life" ซึ่งมีรายละเอียดของแบบประเมินกลุ่มประชากรที่เหมาะสมในการนำไปใช้ และคุณสมบัติทางการวัดของแบบประเมินนั้นๆ

### การประยุกต์กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตใช้กับงานทางกิจกรรมบำบัด

กรอบอ้างอิงต่างๆ ของวิชาชีพกิจกรรมบำบัดจัดลำดับให้ "คุณภาพชีวิต" เป็นเป้าหมายสูงสุดในการให้บริการทางกิจกรรมบำบัด ดังนั้นในการนำแนวคิดเกี่ยวกับประเด็นนี้มาใช้ในการปฏิบัติงานจึงมีแนวทางพิจารณาดังนี้

#### 1. การนำมาใช้เป็นแนวทางประเมินปัญหาของผู้ใช้บริการ

การประเมินคุณภาพชีวิตสามารถเลือกวิธีการประเมินได้ทั้งแบบเฉพาะกลุ่มโรค หรือประเมินโดยวิธี holistic การเลือกใช้แบบประเมินที่เหมาะสมจะช่วยให้ นักกิจกรรมบำบัดทราบถึงปัญหาในระดับต่างๆ ของผู้ใช้บริการ เช่น ในกรณีที่ผู้ใช้บริการยังคงได้รับผลกระทบจากภาวะของโรคหรือความเจ็บป่วย นักกิจกรรมบำบัดควรเลือกใช้แบบประเมินที่สอดคล้องกับโรคและการดำเนินของโรค ผลจากการประเมินจะทำให้ทราบถึงปัจจัยด้านร่างกายที่สำคัญที่นักกิจกรรมบำบัดสามารถให้การฟื้นฟูได้ อย่างไรก็ตาม เมื่อการดำเนินของโรคไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือ คงที่แล้ว นักกิจกรรมบำบัดควรเลือกประเมินผลกระทบด้านความสามารถทางร่างกายด้านการประกอบกิจกรรม ซึ่งจะให้นักกิจกรรมบำบัดทราบถึงปัญหาที่ผู้ใช้บริการให้ความสำคัญและคิดว่ามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ส่วนแบบประเมินที่เหมาะสมสำหรับผู้ใช้บริการ

ในระยะกลับสู่สังคมหลังการฟื้นฟูในสถานพยาบาล ควรเป็นแบบประเมินที่ให้ความสำคัญด้านการประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิตและการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งบ่งบอกปัญหาด้านนี้ที่มีผลกระทบต่อผู้ใช้บริการ ประเด็นสำคัญในการที่นักกิจกรรมบำบัดต้องนำกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตที่ชัดเจนมาใช้ในขั้นตอนนี้คือ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ถูกต้องและสอดคล้องกับผู้ใช้บริการแต่ละคน เนื่องจากผู้ใช้บริการแต่ละรายมีมุมมองต่อคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

#### 2. การนำมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางของการให้บริการ

ผลจากการประเมินในข้อที่ 1 จะทำให้นักกิจกรรมบำบัดทราบว่าองค์ประกอบหรือปัจจัยใดที่ผู้ใช้บริการให้ความสำคัญและมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการ ข้อมูลดังกล่าวสามารถนำมาใช้เพื่อวางแผนและให้การฟื้นฟูได้สอดคล้องกับลำดับความสำคัญของปัญหา โดยที่แนวทางการนำข้อมูลมาใช้จะคล้ายคลึงกับการใช้แบบประเมิน Canadian occupational performance measure: COPM<sup>45</sup> ที่นักกิจกรรมบำบัดมีความคุ้นเคยในการใช้งานแต่มีข้อจำกัดด้านลิขสิทธิ์ของคณะผู้พัฒนา ตัวอย่างการนำข้อมูลของคุณภาพชีวิตมาประยุกต์ใช้ในขั้นตอนของการฟื้นฟู ได้แก่ การศึกษาของ Hammell<sup>46</sup> ที่ชี้ให้เห็นประเด็นการมีส่วนร่วมของสังคม (social participation) ว่ามีความสำคัญอย่างสูงในการให้บริการทางกิจกรรมบำบัด Hammell<sup>46</sup> แนะนำให้นักกิจกรรมบำบัดคำนึงถึง "สิทธิ (rights)" ของผู้พิการที่จะต้องมีส่วนร่วมในการประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิตด้านต่างๆ และผู้พิการต้องการกระทำ ทั้งนี้ นักกิจกรรมบำบัดต้องส่งเสริมหรือแสวงหาโอกาสให้ผู้พิการได้มีประสบการณ์ในการลงมือกระทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตเหล่านั้น นักกิจกรรมบำบัดต้องคำนึงถึงข้อจำกัดต่างๆ ทางด้านสิ่งแวดล้อมด้านร่างกาย และทัศนคติของสังคม ที่ส่งผลในลักษณะเป็น "อุปสรรค (barrier)" ต่อผู้พิการในการประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่ตนเองต้องการ สิ่งสำคัญที่สุดที่นักกิจกรรมบำบัดต้องคำนึงถึงในขั้นตอนนี้คือ การกระตุ้น และการสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสมแก่ผู้ใช้บริการ ส่งเสริมให้มีการเผชิญหน้าและการจัดการกับปัญหาต่างๆ (coping process) อย่างถูกต้องเหมาะสม ปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้งด้านวัตถุพิสัยและจิตพิสัย ซึ่งนักกิจกรรมบำบัดสามารถประเมินได้โดยใช้กรอบอ้างอิงคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับผู้ใช้บริการแต่ละคน

#### 3. การนำมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการให้บริการ

การประเมินผลสัมฤทธิ์การให้บริการโดยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิต จะเป็นการประเมินที่ครอบคลุมทั้งด้านผลกระทบของโรคหรือภาวะเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกายด้านการประกอบกิจกรรม และด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม

เป็นกรอบการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการให้บริการที่องค์กร  
อนามัยโลกได้ให้คำแนะนำไว้<sup>20</sup> เช่นเดียวกับประเด็นสำคัญใน  
ข้อที่ผ่านมาคือ นักกิจกรรมบำบัดต้องเลือกใช้วิธีการรวบรวม  
ข้อมูลให้เหมาะสม อาจเลือกวิธีการรวบรวมข้อมูลแบบเชิงคุณภาพ  
เชิงคุณลักษณะ หรือ แบบผสมผสานด้วยการสัมภาษณ์แบบ  
กึ่งโครงสร้าง เนื่องจากกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตเป็นกรอบที่  
ยืดหยุ่นขึ้นอยู่กับผู้ศึกษาจะเลือกคำนิยาม การกำหนดขั้นตอน  
ในการเก็บข้อมูลและการแปลผล ดังนั้น นักกิจกรรมบำบัด  
จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของ  
แต่ละหน่วยงานและเหมาะสมกับผู้ให้บริการแต่ละรายหรือ  
แต่ละหน่วยงานที่อาจมีบริบทที่แตกต่างกัน

#### 4. การวิจัยและการเปรียบเทียบข้อมูลระดับประเทศและระดับ นานาชาติ

การใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงาน  
นักกิจกรรมบำบัดสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมา  
เปรียบเทียบทั้งด้านผลกระทบของความเจ็บป่วย หรือ  
โรคที่มีต่อผู้ใช้บริการ และผลสัมฤทธิ์ของวิธีการฟื้นฟูทั้ง  
ในระดับประเทศและระดับนานาชาติ เนื่องจากปัจจุบันมี  
การแปลแบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับภาษาอังกฤษเป็น  
ภาษาไทยและภาษาอื่นๆ ทั่วโลก เช่น แบบประเมิน  
WHOQOL-BREF ฉบับภาษาไทย<sup>47</sup> และแบบประเมิน SF-36  
ฉบับภาษาไทย<sup>48</sup> ดังนั้น ด้วยความเป็นมาตรฐานและความเป็น  
สากลของแบบประเมินคุณภาพชีวิต จึงทำให้นักกิจกรรมบำบัด  
ในประเทศไทยสามารถนำข้อมูลที่ได้เปรียบเทียบกับบริการให้  
บริการในระดับประเทศและระดับนานาชาติอย่างมั่นใจและ  
ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ ตัวอย่างของงานวิจัยใน  
ประเทศไทยที่ได้ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ  
ได้แก่ การศึกษาของ Trevittaya and Wattanavittawat<sup>26</sup>  
Dajpratham and Kongkasuwan<sup>49</sup> และ Choochart และคณะ<sup>50</sup>  
ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้บาดเจ็บไขสันหลังใน  
ประเทศไทย เป็นต้น

#### บทสรุป

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ให้ผู้สนใจด้านคุณภาพชีวิตได้  
ทราบถึงกรอบคิดของคุณภาพชีวิต ในบทความกล่าวถึงการ  
จำแนกประเภทของกรอบคิดเป็นด้านต่างๆ ตามหลักการพื้นฐาน  
ที่ใช้อธิบายคุณภาพชีวิต เนื่องจากกรอบแนวคิดนี้ถูกพัฒนาขึ้น  
ในสังคมตะวันตกที่มีบริบท คำนิยาม และมาตรฐานต่างๆ ของสังคม  
แตกต่างจากสังคมตะวันออก ดังนั้น ผู้ที่สนใจศึกษาเรื่องของ  
คุณภาพชีวิตควรศึกษาและทำความเข้าใจในพื้นฐานทฤษฎี  
ของกรอบคิดนี้อย่างละเอียด อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันกรอบคิด  
ของคุณภาพชีวิตได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง คือ กรอบคิด  
ที่มีลักษณะ "life satisfaction หรือ subjective well-being"

ซึ่งไม่สามารถอธิบายได้โดยการใช้ทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง แต่  
ต้องใช้หลายทฤษฎีสำหรับการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น  
จากผลการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตและการรับรู้ภาวะสุขภาพ  
ในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง<sup>26</sup> ที่พบว่าระดับของ  
คุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลังไม่มีความแตกต่าง  
จากระดับคุณภาพชีวิตของคนปกติ รวมทั้งพบว่าความพึงพอใจ  
ด้านสุขภาพที่ประเมินด้วย HRQOL มีความสัมพันธ์กับ  
ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ประเมินโดย WHOQOL-BREF  
ในระดับต่ำ ผู้เขียนเสนอแนะถึงสิ่งที่ผู้สนใจด้านนี้ต้องให้ความ  
สนใจในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต คือ การกำหนดกรอบ  
แนวคิดการจัดลำดับความสำคัญขององค์ประกอบที่จะประเมิน  
การเลือกใช้แบบประเมินที่ต้องการประเมินองค์ประกอบ  
เพียงบางส่วนหรือทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการประเมิน  
การวางแผนนำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ เพราะการเลือกวิธี  
การประเมินที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้ข้อมูลคลาดเคลื่อน  
จากความเป็นจริง สิ่งสำคัญมากที่สุดและผู้ศึกษาต้องคำนึงถึง  
เสมอคือ คุณภาพชีวิตเป็นการตัดสินใจของปัจเจกบุคคลโดยใช้  
การรับรู้ต่อสถานการณ์หนึ่งๆ เปรียบเทียบกับประสบการณ์  
ที่เคยได้รับ ดังนั้น คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลจึงมีองค์ประกอบ  
และลำดับความสำคัญขององค์ประกอบเหล่านั้นแตกต่างกัน  
รวมทั้งข้อมูลจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามการเปลี่ยนแปลง  
ของสถานการณ์ที่บุคคลนั้นเผชิญอยู่

1. Department of Empowerment of Persons with Disabilities. The 4th National Plan on the Empowerment of Persons with Disabilities B.E. 2555-2559 [cited 2016 January, 12] Available from: [www.nep.go.th/th/law/แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่-4-พศ-2555-2559\\_eng.pdf](http://www.nep.go.th/th/law/แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่-4-พศ-2555-2559_eng.pdf). (in Thai).
2. Ventegodt S, Hilden, J. Measuring the Quality of Life I: A methodological framework. *Scientific World Journal* 2003; 13(3): 950-61.
3. The special interest research group on quality of life. Quality of life: Its conceptualization, measurement, and application. A consensus document. Geneva: WHO-IASSID Plan; 2000.
4. Moons P, Budts W, De Geest S. Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *Int J Psychiatr Nurs Res* 2006; 43: 891-901.
5. The WHO Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 1995; 41: 1403-9.
6. Kinney MR. Quality of life research: Rigor or rigor mortis. *Cardiovasc Nurs* 1996; 31: 25-8.
7. Liddle J, McKenna K. Quality of life: An overview of issues for use in occupational therapy outcome measurement. *Aust Occup Ther J* 2000; 47: 77-85.
8. Dolan P, Gudex C, Kind P, Williams A. Valuing health status: A comparison of methods. *J Health Econ* 1996; 15(2): 209-31.
9. Hairy M. Measuring the quality of life: Why, how and what? In: Joyce CRB, McGee H, O'Boyle CA, editors. Individual quality of life: Approached to conceptualisation and assessment. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 1999. p. 22.
10. Carr-Hill RA. Assumptions of the QALY procedure. *Soc Sci Med*. 1989; 29: 469-77.
11. Ventegodt S. Measuring the Quality of life: From theory to practice 1995 [cited 2015 December, 12] Available from: [http://home2.inet.tele.dk/folk/mqo\\_eng.htm](http://home2.inet.tele.dk/folk/mqo_eng.htm).
12. Dijkers M. Quality of life of individual with spinal cord injury: A review of conceptualization, measurement, and research findings. *J Rehabil Res Dev* 2005; 42(3), Supplement 1: 87-110.
13. Kongsakorn R, Silpakit C, Udomsubpayakul U. Thailand normative data for SF-36 health survey: Bangkok metropolitan. *The ASEAN Journal of Psychiatry* 2007; 8(2): 85-103. (in Thai).
14. Maslow AH. Motivation and personality. 3rd ed. New York: Harper & Row Publishers; 1987.
15. Zhan L. Quality of life: Conceptual and measurement issues. *J Adv Nurs* 1992; 17(7): 795-800.
16. Ferrans CE. Development of a conceptual model of quality of life. *Sch Inq Nurs Pract* 1996; 10(3): 293-304.
17. Stephen P, Lynda C. The needs-based approach to quality of life assessment. *Value Health* 2004; 7(S1): S1-S3.
18. Calman KC. Quality of life in cancer patients: An hypothesis. *J Med Ethics* 1984; 10: 124-7.
19. Mahatnirankul S, Silpakit P, Pumpaisalchai W. The quality of life during the economic crisis in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand* 2000; 8: 112-23. (in Thai).
20. World Health Organization. International classification of functioning, disability, and health. Geneva; 2001.
21. Post M, Noreau L. Quality of life after spinal cord injury. *J Neurol Phys Ther* 2005; 29(3): 139-46.
22. Ferrans CE. Development of a conceptual model of quality of life. *Schol Inquiry Nurs Pract* 1996; 10(3): 293-304.
23. Velde BP. Quality of life in community occupational therapy practice. *Occup Ther Health Care* 2001; 13: 149-55.

24. Singkumfu L. Managing everyday life among Thai men with paraplegia: A grounded theory study: Chiang Mai University; 2000. (in Thai).
25. Chuenklin T. Life experiences as being paraplegic patients. *Journal of Sonklanakarin Nursing College* 2000; 20: 230-47. (in Thai).
26. Trevittaya P, Wattanavittawat P. Quality of life and perceived health status among people with spinal cord injury. *Bull Chiang Mai Assoc Med Sci* 2016; 49(2): 185-196. (in Thai).
27. Pain K, Dunn M, Anderson G, Darrah J, Kratochvil M. Quality of life: What does it mean in rehabilitation? *J Rehabil* 1998; 64: 5-11.
28. Guyatt C. Understanding concepts related to the quality of life. In: Yusef S, Cairns JA, Camm AJ, Fallen EL, Gersh BJ, editors. *Evidence Based Cardiology*. London: BMJ Books;1998. p 65-75.
29. Romney DM, Brown RI, Fry PS. Improving the quality of life: Prescriptions for change. *Soc Indic Res* 1994; 45: 165-71.
30. Juniper EF, Buist AS, Cox FM, Ferrie PJ, DR.. K. Validation of a standardised version of the Asthma Quality of Life Questionnaire. *Chest* 1999; 115: 1265-70.
31. Lundqvist C, Siösteen A, Sullivan L, Blomstrand C, Lind B, M. S. Spinal cord injuries: A shortened measure of function and mood. *Spinal Cord* 1997; 35: 17-21.
32. Tjihuis GJ, Jong Z, Zuijderduin WM, Jansen LM, Hazes JM, et al. The validity of the Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL) questionnaire. *Rheumatology* 2001; 40: 1112-9.
33. Williams LS, Weinberger M, Harris LE, Clark D, José Biller J. Development of a Stroke-Specific Quality of Life Scale. *Stroke* 1999; 30: 1362-69.
34. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36®) I: Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30(6): 473-83.
35. Anderson RT, Aaronson NK, Wilkin D. Critical review of the international assessments of health-related quality of life. *Qual Life Res* 1993; 2: 369-95.
36. Power M, Harper A, Bullinger M. The World Health Organization WHOQOL-100: tests of the universality of Quality of Life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychol* 1999; 18(5): 495-505.
37. World Health Organization. WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment, field trial version. Geneva;; 1996.
38. Kuyken W, Orley. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc sci med* 1995; 41(10): 1403-9.
39. Kaplan RM, Bush JW. Health status index: Category rating versus magnitude estimation for measuring levels of well-being. . *Med Care* 1979; 17: 501-25.
40. The EuroQoL group. EuroQol: A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990; 16(3): 199-208.
41. Neugarten BL, Havighurst RJ. The measurement of life satisfaction. *J Gerontol* 1961; 16: 134-43.
42. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess* 1985; 49: 71-5.
43. Cummins RA, McCabe MP, Romeo Y, Gullone E. Validity studies the Comprehensive Quality of Life Scale (ComQol): Instrument development and psychometric evaluation on college staff and students. *Educ Psychol Meas* 1994; 54(2): 372-82.

44. Bowling A. *Measuring Disease: A review of disease specific quality of life measurement scales*. 2<sup>nd</sup> ed. Buckingham: Open University Press; 2001.
45. Law M, Baptiste S, McColl M, Opzoomer A, Polatajko H, Pollock N. The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. *Can J Occup Ther* 1990; 57(2): 82-7.
46. Hammell KW. Quality of life, participation and occupational rights: A capabilities perspective. *Aust Occup Ther J* 2015; 62: 78-85.
47. Department of Mental Health. World Health Organization Quality of Life Questionnaire – BREF: Thai version (WHOQOL–BREF: THAI). 2009 [cited 2009 June, 5 ]. Available from: <http://www.dmh.moph.go.th/test/whoqol/>. (in Thai).
48. Jirathanaphochai K, Sumanon C, Sangnipankun S. Reliability of SF-36 V2: Thai version evaluation among people with back pain. Department of Orthopedic: Faculty of Medicine, Khonkan University; 2005. (in Thai).
49. Dajpratham P, Kongkasuwan R. Quality of life among traumatic spinal cord injured patients. *J Med Assoc Thai* 2011; 94(10): 1252-58.
50. Chuchart N, Vichiansiri R, Arayawitchanon P, Manimmanakorn N. Quality of life of traumatic spinal cord injured patients in North-East Region of Thailand. *J Thai Rehabil Med* 2015; 25(1): 15-21. (in Thai).