

หลักการและการประยุกต์ใช้ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ดร.สมชาย สุขศิริเสรีกุล *

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ประชาชนในประเทศต่างๆ ต้องเผชิญอาจมีลักษณะเหมือนกัน แต่คุณค่าของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกลับแตกต่างกันไปได้ ซึ่งสืบเนื่องจากการให้คุณค่าของสังคมและประชาชนที่แตกต่างกันไป แต่ละประเทศจึงอาจดำเนินนโยบายสุขภาพแตกต่างกัน แต่ที่สำคัญคือ นโยบายนั้นต้องสอดคล้องกับคุณค่าของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ประชาชนยึดถือ

1. บทนำ

ในปัจจุบัน คุณภาพชีวิตได้ถูกนำมากล่าวถึงอย่างมากมายและกว้างขวาง จนทำให้ความหมายที่แท้จริงของคุณภาพชีวิตได้ถูกมองข้ามไป บ่อยครั้งที่พบว่า กลุ่มคนที่พูดถึงคุณภาพชีวิตในบริบทเดียวกันกลับยึดถือความหมายของคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันไป บทความนี้จึงได้รวบรวมแนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและเน้นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยเฉพาะเพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพ

บทความนี้สำรวจความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและเหตุผลของการพัฒนาแนวความคิดที่ใช้ในส่วนที่สอง ส่วนที่สามเป็นการทบทวนการพัฒนาดัชนีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพพร้อมทั้งการชี้ให้เห็นจุดดีและจุดเสียของดัชนีเหล่านี้ รวมทั้งการเลือกใช้ดัชนีที่เหมาะสม วิธีการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ถูกอธิบายไว้ในส่วนที่สี่ และส่วนสุดท้ายเป็นการแสดงถึงผลการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่พบในงานวิจัยที่สำคัญๆ ในประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทยด้วย

แม้ว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ประชาชนของแต่ละประเทศเผชิญอยู่อาจมีลักษณะเหมือนกัน คุณค่า

ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่พวกเขาให้กลับมีความแตกต่างกันไปอย่างเด่นชัด ซึ่งสืบเนื่องมาจากความจริงที่คุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเกี่ยวข้องกับการให้คุณค่า (value judgement) นั้นเอง เพราะฉะนั้น การวิเคราะห์การให้คุณค่าของสังคมและประชาชนจึงเป็นประเด็นที่สำคัญในการศึกษาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

2. ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและเหตุผลของการพัฒนาแนวความคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

2.1 คุณภาพชีวิต (Quality of life)

คุณภาพชีวิตมีหลายความหมายด้วยกัน Patrick และคณะ (1993) กล่าวว่า ความหมายของคุณภาพชีวิตสะท้อนถึงความรู้ ประสบการณ์ และ คุณค่าของบุคคล ตัวอย่างเช่น ความหมายของคุณภาพชีวิตสำหรับคนบางคนเป็นเรื่องเกี่ยวกับความสวยงาม แต่สำหรับคนบางคนอาจเป็นประเด็นของชีวิตครอบครัว ส่วนคนที่กำลังเจ็บป่วยหรือพิการ คุณภาพชีวิตอาจหมายถึงการหายจากความเจ็บป่วยและพิการ ยิ่งไปกว่านั้น ความ

* คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สำคัญของคุณภาพชีวิตในด้านหนึ่งๆ สำหรับคนๆ หนึ่ง อาจเปลี่ยนแปลงไปได้ เช่น ในช่วงที่ล้มป่วยลง คุณภาพชีวิตที่สำคัญที่สุดอาจเป็นการมีความสุขที่ดี แต่ในช่วงของการขาดเงินทอง คุณภาพชีวิตที่สำคัญที่สุดกลับกลายเป็นฐานะทางเศรษฐกิจ

ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงเป็นแนวความคิดที่เกี่ยวข้องกับคุณค่า (value) ที่บุคคลหรือสังคมให้กับคุณภาพชีวิต จึงไม่อาจหลีกเลี่ยงการให้คุณค่า (value judgement) ได้ การวิจัยในเรื่องคุณภาพชีวิตเป็นไปตามแบบ normative analysis ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เรื่องของคุณค่าและแนะนำ (prescribe) การดำเนินนโยบายตามคุณค่าที่สังคมยึดถืออยู่ ซึ่งตรงกันข้ามกับ positive analysis ที่วิเคราะห์เรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกับคุณค่าโดยใช้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง (facts) เป็นหลัก และผลสรุปที่ได้ก็มักช่วยในการตัดสินใจและการดำเนินนโยบาย

ลำดับแรกๆ ของการวิจัยคุณภาพชีวิตเป็นการค้นหาถึงดัชนี (indicators) ที่จะบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของสังคมหนึ่งๆ ซึ่งจะมีทั้งที่เป็นรูปธรรม (objective) และนามธรรม (subjective) ดัชนีที่เป็นรูปธรรมได้แก่ ระดับของการว่างงาน ร้อยละของจำนวนประชากรที่อยู่ใต้เส้นแห่งความยากจน สัดส่วนของผู้มีบ้านเป็นของตนเอง ความหนาแน่นของประชากร ระดับรายได้ การบริโภคอาหาร การคมนาคม อาชีพ และสภาพความเป็นอยู่ เป็นต้น ดัชนีที่เป็นนามธรรมได้แก่ สุขภาพและความพึงพอใจของตนเอง เป็นต้น นักวิจัยมักพบความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีที่เป็นนามธรรมบางชนิดกับดัชนีที่เป็นรูปธรรม เช่น ระดับความสุขของบุคคลขึ้นอยู่กับฐานะทางสังคมและภูมิประเทศที่อาศัยอยู่ เป็นต้น เนื่องด้วยคุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆ มากมาย จึงไม่น่าที่จะแปลกใจว่า ดัชนีที่จะสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตจึงเกี่ยวโยงด้านต่างๆ ที่ศาสตร์ต่างๆ มีการศึกษาอยู่ เช่น ศิลปกรรม จริยธรรม วิทยาศาสตร์ สถาปัตยกรรม สังคมศาสตร์ จิตวิทยา การเมือง เศรษฐศาสตร์ กฎหมาย ปรัชญา สิ่งแวดล้อม สุขภาพ ฯลฯ

เพราะฉะนั้นจึงเห็นได้ว่าการที่จะมีดัชนีคุณภาพ

ชีวิตที่ครบครันเป็นไปได้ยาก และคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องที่ต้องศึกษาด้วยสหวิชา (multidisciplinary) เนื่องจากคุณภาพชีวิตในด้านหนึ่งๆ สามารถกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ ได้ แต่เป็นที่น่าเสียดายที่ว่าสังคมที่เติบโตขึ้นได้มีการพัฒนาจนทำให้ระบบต่างๆ แยกออกจากกันมากขึ้นเรื่อยๆ จึงทำให้การแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตหลายๆ ด้านพร้อมๆ กันเป็นไปได้น้อย ตัวอย่างเช่น โรคทางเดินหายใจเนื่องจากฝุ่นควันพิษจากการจราจร ในกรุงเทพฯ เป็นปัญหาคุณภาพชีวิตที่ระบบบริการสุขภาพเผชิญโดยต้องจัดบริการสุขภาพเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านนี้ที่ต่ำลงให้ดีขึ้น ในขณะที่เดียวกัน การจัดระบบการจราจร อุตสาหกรรมรถยนต์ ตลาดรถยนต์ อุตสาหกรรมน้ำมันเชื้อเพลิง ฯลฯ ซึ่งมีส่วนที่ก่อให้เกิดฝุ่นควันพิษกลับไม่ได้คำนึงถึงคุณภาพชีวิตด้านนี้ในกิจกรรมที่เกิดขึ้นในระบบเหล่านั้น

ในปัจจุบัน กลวิธีในการวิจัยคุณภาพชีวิตที่เป็นไปได้และยุ่งยากน้อยที่สุดก็คือ การวิจัยคุณภาพชีวิตเฉพาะด้านที่ระบบหนึ่งๆ ในสังคมที่เกี่ยวข้อง ระบบบริการสุขภาพเน้นการวิจัยที่เป็นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยที่จะต้องกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบและจุดประสงค์ของระบบบริการสุขภาพเป็นที่ตั้ง

2.2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

(Health-related quality of life)

Patrick และคณะ (1993) ได้นิยามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพว่าเป็น “คุณค่าที่ให้แก่ช่วงเวลาของชีวิตที่เปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากความเจ็บป่วย สภาพการทำงานของร่างกาย ความคิดเห็นและโอกาสทางสังคมที่ได้รับอิทธิพลจากโรค การบาดเจ็บ การรักษาพยาบาล และนโยบายสุขภาพ”

ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามนิยามดังกล่าวครอบคลุม 4 ประเด็นหลักต่อไปนี้ (ซึ่งอาจจะเป็นเพียงประเด็นใดประเด็นหนึ่ง หรือหลายๆ ประเด็นรวมกัน)

- 1) อาการของความเจ็บป่วย (symptoms) ข้อ

บ่งชี้ของโรค (signs) และการบ่นต่อความเจ็บป่วย (complaints)

- 2) ผลของการวินิจฉัยโรคที่เป็นอยู่
- 3) สถานะการทำงานของร่างกายในด้านกายภาพ จิต สังคม และความทรงจำ รวมทั้งความจำกัดของการดำเนินกิจกรรมประจำวัน และสมรรถนะทางร่างกาย
- 4) ความคิดเห็นต่อสุขภาพ (หรือบางครั้งอาจเรียกว่าเป็นความพึงพอใจต่อสุขภาพ) ซึ่งอาจแบ่งออกหลายๆ ได้เป็น ระดับที่ดีเลิศ ดี พอใช้ และเลว

เป็นที่น่าสังเกตว่า 2 ประเด็นแรกเกี่ยวข้องกับอิทธิพลของการประเมินของผู้ให้บริการสุขภาพ ส่วนประเด็นสุดท้ายขึ้นอยู่กับ การประเมินของผู้ป่วยค่อนข้างมาก ประเด็นที่สามสามารถโยงไปเกี่ยวข้องกับ ผู้ให้บริการหรือผู้รับบริการสุขภาพก็ได้

2.3 เหตุผลของการพัฒนาแนวความคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การพัฒนาแนวความคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีหลายสาเหตุด้วยกัน แต่ในที่นี้จะกล่าวถึง 2 สาเหตุที่สำคัญที่มักได้รับการพิจารณากันบ่อย

ก) การมีชีวิตรอด (survival) เป็นจุดประสงค์ที่สำคัญและยอมรับมานานของบริการสุขภาพ ขณะที่บริการสุขภาพส่วนใหญ่สามารถเพิ่มระยะเวลาของการมีชีวิตรอดและอายุขัยเฉลี่ย คุณภาพชีวิตจึงเริ่มมีความสำคัญเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของความกังวลต่อสภาพของความเจ็บป่วยเรื้อรัง และสภาพกดดันทางจิตใจในช่วงเวลาที่มีชีวิตรอดและยืนยาวขึ้น

ข) A. Williams (1987) ได้ให้ความเห็นว่ามี 2 ปัจจัยที่ทำให้การใช้ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นในขนาดจกทั้งการศึกษาระบาดวิทยาและแพทย์ผู้ให้บริการสุขภาพ โดยใช้สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพในประเทศอังกฤษที่กำลังเปลี่ยนแปลงอยู่เป็นพื้นฐานของการวิเคราะห์

- 1) ปัจจัยทางสังคมและการเมืองทำให้แพทย์ต้องเคารพต่อความเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วย และตอบสนองต่ออุปสงค์ต่อบริการสุขภาพของผู้ป่วยมากขึ้นกว่าเดิม รวมทั้งแพทย์ยังต้องเป็นผู้รับผิดชอบต่อทรัพยากรสุขภาพที่ใช้ด้วย การติดตามผลงานของแพทย์และการใช้จ่ายก็มีแนวโน้มเข้มงวดขึ้น
- 2) ปัจจัยทางเศรษฐกิจและการเงินจะสร้างความต้องการต่อการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าไม่ต้องการให้ความต้องการแบบนี้กลายเป็นเพียงการลดต้นทุนของบริการสุขภาพอย่างเพียงพออย่างเดียวแล้ว ข้อมูลทางด้านผลประโยชน์ของบริการสุขภาพในรูปของคุณภาพชีวิตจะช่วยให้การตัดสินใจลงทุนอย่างมีเหตุมีผลมากขึ้น

3. ดัชนีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

3.1 ดัชนี ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาและใช้กันในปัจจุบัน

ดัชนี ทั้งหมดที่ได้รับการพัฒนามาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันอาจแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ ดัชนี แบบเฉพาะโรคซึ่งมักจะใช้เพื่อการควบคุมดูแลอาการเจ็บป่วยของคนไข้โรคหนึ่งๆ ดัชนีแบบนี้ได้แก่ The Arthritis Impact Measuring Scales (AIMS), The Functional Living Index Cancer (FLIC), The QL-Index, Barthel Index และ Karnofsky Index

ดัชนี แบบทั่วไปได้รับการพัฒนาเพื่อใช้วัดผลของบริการสุขภาพในลักษณะที่กว้างที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ดัชนีแบบนี้ได้แก่ The Quality of Well-Being Scale, The Sickness Impact Profile, The Nottingham Health Profile, The McMaster Health Index Questionnaire, The Rosser Index และ The EuroQol Instrument รายละเอียดของดัชนีแบบเฉพาะโรค และดัชนี

แบบทั่วไปจะไม่ขอล่าว ณ ที่นี้ ผู้สนใจสามารถศึกษาได้จากงานของ Kind (1988a และ 1988b)

3.2 การเปรียบเทียบข้อเด่นและข้อด้อยของดัชนีแบบเฉพาะโรค และดัชนีแบบทั่วไป

ข้อดีที่สำคัญของดัชนีแบบเฉพาะโรค คือผลของการวัดมีความละเอียดและเฉพาะเจาะจง ดัชนีสามารถชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของผลของบริการสุขภาพที่มีต่อผู้รับบริการสุขภาพ ข้อเสียที่สำคัญคือความจำกัดในการใช้ดัชนี และการเปรียบเทียบบริการสุขภาพที่ให้ผลในรูปที่ต่างกัน

ส่วนข้อดีที่สำคัญของดัชนีแบบทั่วไป คือการใช้ดัชนี ได้กับบริการสุขภาพหลากหลายชนิด รวมทั้งการใช้สำหรับจุดประสงค์ของการกระจายทรัพยากรเพื่อสุขภาพ แม้ว่าข้อเสียเกิดกับความไม่ละเอียดอ่อนของดัชนี และไม่อาจบ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงของผลของบริการสุขภาพบางประการได้

นอกจากนี้แล้ว ดัชนีแบบทั่วไปชนิดต่างๆ ก็มีข้อเด่นและข้อด้อยด้วยกันทั้งนั้น ตารางที่ 1 และ 2 สรุปลักษณะที่แตกต่างที่สำคัญของดัชนีทั่วไป SIP มีจำนวนของลักษณะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากเกินไป ขณะที่ The Rosser Index มีจำนวนน้อยเกินไป The Rosser Index และ The MHIQ มีระดับของความเจ็บป่วยมาก ส่วน SIP มีจำนวนของคำถามอาจทำให้ผู้ตอบคำถามเมื่อยล้าได้ การสำรวจข้อมูลแบบให้คำตอบด้วยตนเองของ The EuroQol Index อาจลดความลำเอียงและอิทธิพลของผู้ถามได้แต่อาจได้รับความร่วมมือในการตอบต่ำ ส่วนการสำรวจข้อมูลแบบสัมภาษณ์อาจต้องมีค่าใช้จ่ายและการะสูง รวมทั้งมีความลำเอียงจากผู้ถามได้

3.3 จุดประสงค์และการประยุกต์ใช้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมี 4 จุดประสงค์และการประยุกต์ใช้ใหญ่ๆ คือ

- 1) การรักษาโรค (Clinical practice) เพื่อ

เลือกการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมและติดตามผลลัพธ์ของการรักษาคอนไซ์

- 2) การวินิจฉัยโรคทางด้านคลินิกและระบาดวิทยา (Clinical and epidemiological investigations) เพื่อระบุตัวกำหนดระดับสุขภาพวิเคราะห์สาเหตุของโรคและความเจ็บป่วย และทดสอบสัมฤทธิ์ผลของการรักษาพยาบาล
- 3) การประเมินผลโครงการบริการสุขภาพและการวิเคราะห์นโยบายบริการสุขภาพ เพื่อจัดระดับความสำคัญก่อนหลังของโครงการฯ และนโยบายฯ ตรวจสอบประสิทธิผลของนโยบายฯ และโครงการฯ และการกระจายทรัพยากรสุขภาพ
- 4) การติดตามผลในกลุ่มประชากรเพื่อหาแนวโน้มของระดับสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคและการใช้บริการสุขภาพ

การเลือกใช้ดัชนีแบบไหน และชนิดไหนมาวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับจุดประสงค์ของการใช้ตามที่กล่าวข้างต้น นั่นคือ ดัชนีแบบเฉพาะโรคเหมาะสมกับจุดประสงค์ที่ 1 และ 4 ส่วนดัชนีแบบทั่วไปเหมาะสมกับจุดประสงค์ที่ 2 และ 3 เมื่อคำนึงถึงข้อดีและข้อด้อยของดัชนีต่างๆ กับบริบทของจุดประสงค์ก็จะทำให้การเลือกมีความเหมาะสมมากขึ้น

งานของสมชาย สุขสิริเสรีกุล (2538) แสดงถึงการประยุกต์ใช้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีจุดประสงค์ของการประเมินทางเศรษฐกิจของโครงการบริการสุขภาพประเทศไทย สามารถเป็นตัวอย่างของการประยุกต์ใช้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในบริบทของประเทศไทย

ตารางที่ 1 ลักษณะที่แตกต่างกันของดัชนีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สำคัญ

| QWB | SIP | NHP | MHIQ | Rosser | EuroQol |
|---|---|--|--|----------------------------|---|
| 1. Number and types of health dimensions | | | | | |
| 4 | 12 | 6 for the first part | 4 | 2 | 5 |
| - mobility - physical activity - social activity - symptoms and problems | - ambulation - mobility - body care - social interactions - communication - emotional behaviour - alertness behaviour - home management - recreation and part-times - eating - sleep and rest - work | - physical mobility - pain - sleep - energy - social isolation - emotional - paid employment - job around the home - social life - family relations - sex life - hobbies/ interests - holidays | - physical function - role function - socio emotional function - health problem | - disability - distress | - mobility - selfcare - usual activity - pain/ discomfort - anxiety/ depression |
| 2. levels of the dimensions | | | | | |
| 4-5 for the first three and 23 of symptoms and problems | affirmative and negative | 3 in the first part and yes/no in the second part | 6,5,4 and 8 | 8 and 4 | 3 |
| 3. Number of the statements to be answered | | | | | |
| 43 for the first three and 63 for the last | 136 | 38 and 7 | 42 | 29 | 18 |
| 4. Form of administering questionnaire | | | | | |
| specialty trained interviewer | both self-completion and interview | interview | interview | interview | self-completion |

หมายเหตุ :
 QWB = The Quality of well-Being Scale
 SIP = The Sickness Impact Profile
 NHP = The Nottingham Health Profile
 MHIQ = The McMaster Health Index Questionnaire
 Rosser = The Rosser Index
 EuroQol = The EuroQol Instrument

ตารางที่ 2 ลักษณะที่แตกต่างกันของวิธีการวัดดัชนีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สำคัญ

| QWB | SIP | NHP | MHIQ | Rosser | EuroQol |
|---|---|--------------------------------------|--|--------------------------------|---|
| 1. Scaling method | | | | | |
| categorical scaling | rating the relative severity of dysfunction of each statement | pair comparisons | categorical scaling and time trade off | magitude estimation | visual analogue scaling |
| 2. Scale unit | | | | | |
| 0-1 (the higher the score the less dysfunctional) | 0-100% (the higher score, the more dysfunctional) | 0 (no problem) to 100 (all problems) | 0 (extremely poor function) to 1 (extremely good function) | negative to 1 (perfect health) | 0 (worst imaginable condition) to 100 (best imaginable one) |
| 3. The final form of the weightings | | | | | |
| weights for both each category and health state* | weights for both each category and health state* | weights for only each category | weights for both each category and health state* | weights for only health states | weights for only health states |

หมายเหตุ : คู่มือที่ตารางที่ 1 สำหรับตัวของดัชนี

* The aggregation of the categories towards the values for the health states is fundamentally based on mathematical and statistical methods.

4. วิธีการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

4.1 หลักการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

โดยปกติวิธีการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนใหญ่ๆ คือ

ก. การบรรยายลักษณะของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Description)

การเลือกลักษณะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับกลุ่มที่ต้องการเน้น เช่น ลักษณะของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เสนอโดยผู้เชี่ยวชาญโดยผู้ป่วย โดยผู้กำหนดนโยบายสุขภาพ และโดยประชาชนทั่วไป เป็นต้น การศึกษาส่วนใหญ่จะเน้นลักษณะคุณภาพชีวิตที่ได้จากประชาชนทั่วไป

วิธีนี้เริ่มด้วยการให้ประชาชนทั่วไปแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยและความเจ็บป่วยในด้านใดที่พวกเขาปรารถนาที่จะหลีกเลี่ยงมากที่สุด วิธีการนี้ให้ผลลัพธ์ (aspects) ที่แตกต่างไปจากลักษณะของสภาพความเจ็บป่วยที่จำแนกโดยทางชีววิทยาการแพทย์ (biomedical description) และทางจิตวิทยา (psychiatric description) รวมทั้งทางด้านพยาธิวิทยา และคลินิกวิทยา

A. Williams (1987) ได้กล่าวสรุปจากงานการศึกษาค้นหาลักษณะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่างๆ ว่า ลักษณะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ประชาชนโดยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญ ได้แก่ การเคลื่อนไหว (physical mobility) ความเจ็บป่วยและความเครียด (pain and dis-

ness) ความสามารถในการดูแลตนเอง (capacity for self-care) และความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคมอย่างปกติ (เช่น ทำงาน พักผ่อน ทำหน้าที่ในครอบครัว ฯลฯ)

ข. การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Measurement)

การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ใช้กันแพร่หลายมีอยู่ 3 วิธีการหลัก คือ

- 1) วิธีการวัดแบบ visual analogue scale (VAS) เส้นตรงซึ่งมีความยาวขนาดหนึ่ง (เช่น 100 มิลลิเมตร) ใช้เป็นแกนระดับ หรือขนาดของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยที่ปลายทั้งสองถูกกำหนดสภาพของสุขภาพไว้ เช่น ปลายด้านหนึ่งเป็นสภาพของสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่นึกได้ และกำหนดให้มีคะแนนเต็ม 100 และปลายด้านหนึ่งเป็นสภาพของสุขภาพที่เลวที่สุดเท่าที่นึกได้ และกำหนดให้มีคะแนนต่ำสุด 0 ผู้ถูกประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพก็จะทำเครื่องหมายลงเส้นตรงนี้สอดคล้องกับลักษณะของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพหนึ่งๆ ที่ถูกยกขึ้นมาถาม
- 2) วิธีการวัดแบบ time trade off (TTO) บุคคลที่ถูกถามลักษณะหนึ่งของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้รับข้อเสนอสองทางเลือกที่แน่นอน และต้องเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่ง ตัวอย่างเช่น ทางเลือกแรกเป็นสภาพของสุขภาพที่ไม่แข็งแรงสมบูรณ์ ซึ่งกินเวลาเป็น t ปี ตามด้วยการตาย ทางเลือกที่สองเป็นสภาพของสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ ซึ่งมีระยะเวลา x ปี แล้วก็ตาย โดยที่ x สั้นกว่า t x จะถูกเปลี่ยนไปจนกระทั่งเขาไม่รู้สึกแตกต่างระหว่างทางเลือกทั้งสอง ค่าของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เป็นสภาพของสุขภาพที่ไม่แข็งแรงสมบูรณ์ ตามตัวอย่างนี้เท่ากับ x/t เมื่อกำหนดให้ค่าของคุณภาพชีวิตด้าน

สุขภาพที่เป็นสภาพของสุขภาพที่แข็งแรงเป็น 1 และค่าของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เป็นการตายเป็น 0

- 3) วิธีการวัดแบบ standard gamble (SG) บุคคลที่ถูกถามลักษณะหนึ่งของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้รับข้อเสนอสองทางเลือกและต้องเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่ง โดยที่ทางเลือกหนึ่งเป็นสถานะสุขภาพที่แน่นอน ส่วนอีกทางเลือกหนึ่งประกอบด้วยสถานะสุขภาพ 2 แบบที่ไม่แน่นอน ตัวอย่างเช่น ทางเลือกแรกเป็นสถานะสุขภาพที่ไม่แข็งแรงสมบูรณ์ที่ต้องเกิดขึ้นแน่นอน ถ้าเลือกทางเลือกที่สองประกอบด้วย 2 สถานะสุขภาพ สถานะแรกเป็นความแข็งแรงสมบูรณ์ ด้วยโอกาสความน่าจะเป็น p และสถานะสุขภาพที่สองเป็นการตาย ที่มีโอกาสความน่าจะเป็น $1-p$ p จะถูกเปลี่ยนไปจนกระทั่งเขาไม่รู้สึกแตกต่างระหว่างทางเลือกทั้งสอง ค่าของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เป็นสถานะสุขภาพที่ไม่แข็งแรงสมบูรณ์ตามตัวอย่างนี้เท่ากับ p เมื่อกำหนดให้ค่าของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เป็นสถานะสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์เป็น 1 และค่าของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เป็นสถานะสุขภาพที่เป็นการตายเป็น 0

ค. การให้ค่าแก่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่วัดมาได้ (Valuation) และความหมายของค่านี

การวัดด้วยวิธีการข้างต้นก็จะให้ค่าของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพออกมา แต่ค่าดังกล่าวเป็นเพียงตัวเลขเท่านั้น ค่านี้นี้จะมีความหมายก็ต่อเมื่อนำบริบทของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่กำลังพิจารณาอยู่เข้ามาพิจารณาด้วย ดังนั้นจึงอาจพบว่าถ้าเปลี่ยนบริบทไปแม้จะได้ตัวเลขเท่ากันแต่ค่าที่แท้จริงอาจต่างกันไป ตัวอย่างเช่น ค่าที่วัดได้ อาจสะท้อนถึงความพึงพอใจ (preference) ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในบริบทหนึ่ง แต่อีกบริบทหนึ่งค่าที่วัดได้ อาจสะท้อนถึงระดับ (level)

ของความรู้สึกรู้สึกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นต้น
ค่าที่ได้เป็นค่าสัมพัทธ์ (relative) ไม่ใช่ค่าสัมบูรณ์ (absolute) ค่าจึงต้องเปรียบเทียบกับจุดอ้างอิงที่ใช้ในการวัดเสมอ มิเช่นนั้นค่าก็จะไม่มีความหมาย การเปลี่ยนจุดอ้างอิงก็จะทำให้ค่าเปลี่ยนไปด้วย นอกจากนี้แม้ว่าจะใช้ความสมบูรณ์แข็งแรงของสุขภาพและการตายเป็นจุดอ้างอิง แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าจะเป็นจุดสูงสุดและต่ำสุดของค่าที่วัดได้เสมอ จากการค้นพบของงานวิจัยหลายๆ ชิ้นชี้ให้เห็นว่ายังมีสถานะสุขภาพบางแบบที่แย่กว่าการตายอีก

ในบางครั้งเพื่อเป็นการง่ายต่อการเข้าใจ ผู้วิจัยมักจะวัดค่าที่ได้เป็นตัวปรับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนี้เกิดขึ้นกับปริมาณชีวิตที่ยืนยาวขึ้นเนื่องจากบริการสุขภาพ หรืออาจเรียกเป็นตัวถ่วงน้ำหนักที่สะท้อนถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยที่เมื่อกำหนดให้ความแข็งแรงสมบูรณ์และการตายเป็น 1 และ 0 ตามลำดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่อยู่ระหว่างนี้ก็จะมีค่าระหว่าง 1 และ 0 การคูณค่าที่ได้กับระยะเวลาที่ยืนยาวของชีวิต (การคูณมักเป็นวิธีการที่ง่ายที่สุด แต่ก็มีความหมายและข้อสมมติเฉพาะตัวอยู่) ก็จะทำให้ผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพที่ปรับด้วยคุณภาพชีวิตแล้ว

5. ผลของการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่พบในงานวิจัยที่สำคัญ

5.1 ผลของการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยดัชนีทั้งสองแบบ

การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยดัชนีแบบเฉพาะโรคที่มีชื่อว่า Karnofsky Index ซึ่งประยุกต์ใช้กับโรคหัวใจพบบ่อยที่สุดในงานวิจัยด้านนี้เป็นอย่างที่ดี ดังนั้น บทความนี้ขอรายงานงานของ O'Brien (1988) ที่เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจก่อนและหลังรับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ดังแสดงในตารางที่ 3 ผลของการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจทำให้ผู้ป่วยจำนวน 66.3% กลับมามีความปกติดังเดิม อาการต่างๆ ที่รุนแรง (คือตั้งแต่ระดับ 7 ขึ้นไป) ก็ไม่ปรากฏเลย

The Sickness Impact Profile ก็เป็นหนึ่งในดัชนีแบบทั่วไปที่ใช้กันมากในการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การประยุกต์ใช้ดัชนีนี้กับโรคหัวใจโดย Van der Burg (1988) เป็นงานวิจัยที่แสดงถึงผลของการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างเด่นชัด จึงได้นำมาเป็นตัวอย่างประกอบ (ดูตารางที่ 4)

โดยที่คะแนนต่ำที่สุด 0% หมายถึงไม่มีปัญหา

ตารางที่ 3 Functional impairment before and after heart transplantation (Karnofsky Index)

| | Percentage of patients | |
|---|------------------------|-------|
| | Before | After |
| 1. Normal :no complaints: no evidence of disease | 0.2 | 66.3 |
| 2. Able to carry on annual activity : minor signs and symptoms of disease | 0.0 | 23.2 |
| 3. Normal activity with effort : some signs and symptoms of disease | 0.0 | 6.1 |
| 4. Cares for self : unable to carry on normal activity or do active work | 3.1 | 0.6 |
| 5. Requires occasional assistance but is able to care for most of own needs | 6.2 | 2.8 |
| 6. Requires considerable assistance and requent medical care | 13.1 | 1.1 |
| 7. Disabled : requires special care and assistance | 31.2 | 0.0 |
| 8. Severely disabled : hospitalization is indicated although death not imminent | 12.6 | 0.0 |
| 9. Very sick : hospitalization necessary | 23.6 | 0.0 |
| 10. Moribund : fatal processes progressing rapidly | 9.3 | 0.0 |

ที่มา : O'Brien (1988)

ตารางที่ 4 Functional impairment in angina patients and in healthy volunteers as measured by the Sickness Impact Profile *

| Category or dimension | No. of items in each category and dimension | Mean (S.D.) scores for angina patients (n=50) | Mean (S.D.) scores for healthy volunteers (n=50) |
|------------------------|---|---|--|
| Overall SIP score | 136 | 8.2(7.4) | 0.57(1.65) |
| Physical dimension | 45 | 5.0(6.4) | 0.37(1.70) |
| body care and movement | 23 | 3.3(6.4) | 0.28(1.42) |
| mobility | 10 | 4.8(8.8) | 0.20(1.42) |
| ambulation | 12 | 9.6(10.1) | 0.70(3.60) |
| Psychosocial dimension | 48 | 7.6(9.5) | 0.50(2.10) |
| emotional behaviour | 9 | 8.4(11.9) | 0.92(3.85) |
| social interaction | 20 | 9.5(11.6) | 0.19(0.99) |
| alertness behaviour | 10 | 7.7(15.6) | 0.96(6.79) |
| communication | 9 | 3.0(7.7) | 0.19(1.30) |
| Independent categories | | | |
| sleep and rest | 7 | 13.2(14.9) | 0.25(1.73) |
| home management | 10 | 10.3(15.2) | 1.05(6.35) |
| work | 9 | 27.1(32.6) | 0.65(2.60) |
| recreation and pastime | 8 | 14.0(16.0) | 1.00(3.61) |
| eating | 9 | 3.6(5.1) | 0.00(0.00) |

* Possible range of scores is 100% impairment.

ที่มา : Van der Burg (1988)

ของลักษณะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเลย ผลที่แสดงในตารางที่ 4 แสดงทั้งคะแนนรวมและคะแนนแยก เพื่อพิจารณาได้ว่า ลักษณะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใดที่มีปัญหามากน้อยอย่างไร เป็นที่น่าสังเกตว่าคนที่ถือว่าคุณภาพดี (healthy volunteer) กลับมีค่าไม่เป็น 0% หรืออาจหมายความว่าสุขภาพดีก็อาจมีปัญหาบางอย่างอยู่ แต่ไม่ถึงว่ามีผลต่อสุขภาพเลย ผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดขั้นต้น (angina patients) มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ที่ระดับ 8.2% โดยที่ผู้ที่มีสุขภาพดีมีค่าน้อยอยู่ที่ 0.57% ความแตกต่างในคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคน 2 กลุ่มนี้สูงถึง 14 เท่า

5.2 ผลของการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยดัชนี The EuroQol Instrument

The EuroQol Instrument* เป็นดัชนีแบบทั่วไปใหม่ล่าสุดที่พัฒนาขึ้นมาสำหรับวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เพื่อการวิเคราะห์การกระจายทรัพยากรสุขภาพ ดัชนีนี้ได้ใช้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยด้วย ตารางที่ 5 แสดงถึงการเปรียบเทียบค่าของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสถานะสุขภาพต่างๆ จะเห็นได้ว่าค่าของสถานะสุขภาพที่เลวแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดระหว่างประชากรในแต่ละประเทศ ชาวอังกฤษแสดงให้เห็นว่าการตายให้คุณภาพชีวิตด้าน

* รายละเอียดของดัชนีนี้สามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จากงานของ Suksiriserekul (1994)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยใช้ดัชนี The EuroQol Instrument กับประชากรในประเทศต่างๆ

| สถานะสุขภาพ ¹ | Frome ² | Frome ³ | Frome ⁴ | Swen ⁵ | Finn ⁶ | BKK ⁷ | BKK ⁸ | HEDC ⁹ |
|--------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------------|------------------|------------------|-------------------|
| 11111 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 11112 | 79 | 70 | 79 | 65 | 60 | 74 | 77 | 79 |
| 11121 | 79 | 76 | 76 | 75 | 79 | 75 | 82 | 72 |
| 11211 | 82 | 80 | 86 | 78 | 82 | 63 | 90 | 70 |
| 12111 | 65 | 74 | 75 | 70 | 75 | 55 | 60 | 63 |
| 21111 | 69 | 61 | 67 | 81 | 85 | 76 | 81 | 75 |
| 11122 | 59 | 50 | 56 | 55 | 50 | 55 | 50 | 55 |
| 21232 | 26 | 28 | 32 | 26 | 33 | 28 | 22 | 30 |
| 22233 | 14 | 19 | 29 | 12 | 22 | 11 | 6 | 25 |
| 22323 | 10 | 15 | 22 | 12 | 18 | 7 | 0 | 8 |
| 32211 | 29 | 38 | 31 | 34 | 38 | 25 | 16 | 22 |
| 33321 | 10 | 12 | 17 | 9 | 17 | 5 | 0 | 9 |
| 33333a ¹⁰ | 0 | 11 | 3 | -2 | 0 | -11 | -6 | -2 |
| 33333b ¹⁰ | 0 | 6 | 3 | 0 | -4 | -11 | -6 | 0 |
| หมดสติ | 0 | 4 | 1 | 0 | 0 | -17 | -7 | -2 |
| ตาย | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| จำนวนตัวอย่างที่ใช้ได้ | 82 | 10 | 8 | 65 | 111 | 354 | 95 | 8 |

หมายเหตุ : 1. ข้อความของแต่ละมิติทางสุขภาพของ The EuroQol Instrument มีดังต่อไปนี้คือ

| |
|--|
| I. Mobility. (ตำแหน่งที่ 1) |
| 1. I have no problems in walking about. |
| 2. I have some problems in walking about. |
| 3. I am confined to bed. |
| II. Self-care. (ตำแหน่งที่ 2) |
| 1. I have no problems with self-care. |
| 2. I have some problems washing or dressing myself. |
| 3. I am unable to wash or dress myself. |
| III. Usual activities. (ตำแหน่งที่ 3) |
| 1. I have no problems in performing my usual activities (e.g. work, study, housework, family or leisure activities). |
| 2. I have some problems in performing my usual activities. |
| 3. I am unable to perform my usual activities. |
| IV. Pain/Discomfort. (ตำแหน่งที่ 4) |
| 1. I have no pain or discomfort. |
| 2. I have moderate pain or discomfort. |
| 3. I have extreme pain or discomfort. |
| V. Anxiety/Depression. (ตำแหน่งที่ 5) |
| 1. I am not anxious or depressed. |
| 2. I am moderately anxious or depressed. |
| 3. I am extremely anxious or depressed. |

ตารางที่ 5 (ต่อ)

| | | |
|-----------|-----------|--|
| หมายเหตุ: | 2,3 และ 4 | ผลการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในประเทศอังกฤษ |
| | 5 | ผลการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในประเทศสวีเดน |
| | 6 | ผลการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในประเทศฟินแลนด์ |
| | 7 และ 8 | ผลการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในประเทศไทย |
| | 9 | ผลการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใน Health Economics in Developing Countries ใน University of York |
| | 10 | การถามค่าซ้ำเพื่อดู reliability ของผลการวัด |

สุขภาพที่ต่ำที่สุด ขณะที่ชาวสวีเดน ชาวฟินแลนด์ และชาวไทยเห็นว่าสถานะสุขภาพการเจ็บป่วยที่มีระดับสูงสุดในแต่ละลักษณะ และการหมดสติเป็นเวลานานๆ (1 ปีขึ้นไป) แย่ยิ่งกว่าการตาย

เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้ว่าประชาชนในประเทศต่างๆ เหนียวกับลักษณะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ที่เหมือนกัน แต่ค่าของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเหล่านั้นแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ซึ่งสะท้อนถึงความแตกต่างในคุณค่าของคุณภาพชีวิตของประชากรในประเทศต่างๆ ดังนั้นจึงไม่เป็นที่น่าแปลกใจเลย หากพบว่าประเทศหนึ่งจะดำเนินนโยบายสุขภาพของตนแตกต่างไปจากประเทศอื่น แต่ที่สำคัญคือนโยบายเหล่านั้นต้องสอดคล้องกับคุณค่าของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ประชาชนยึดถืออยู่

บรรณานุกรม

1. สมชาย สุขสิริเสรีกุล (2538) “การประเมินทางเศรษฐกิจแบบต้นทุน-อรรถประโยชน์ (Cost-Utility Analysis) ของโครงการด้านสุขภาพอนามัยในประเทศไทย” วารสารเศรษฐศาสตร์ธรรมศาสตร์ ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 (มีนาคม) หน้า 5-60.
2. O'Brien, B. (1988) “Assessment of treatment in heart disease” in Smith G.T. *Measuring*

- Health: A Practical Approach* (John Wiley & Sons Ltd.) pp.191-210.
3. Kind, P. (1988a) *The Design and Construction of Quality of Life Measures*. CHE Discussion Paper No. 43, University of York.
4. Kind, P. (1988b) “The development of health” in Smith, G.T. *Measuring Health: A Practical Approach* (John Wiley & Sons Ltd.).
5. Patrick, D.L. et al (1993) *Health Status and Health Policy*. Oxford University Press.
6. Suksiriserekul, S. (1994) *The Cost-Utility Analysis of Some Thai Public Health Programmes*. D. Phil. Thesis, University of York, York.
7. Van der Burg, M.J. (1988) “Measuring the quality of life of patients with angina” in Walker, S.R. abf Rosser, R.M. *Quality of Life: Assessment and Application*. (MTP Press Limited) pp. 267-278.
8. Williams, A. (1987) “Measuring the quality of life” in Smith, G.T. *Health Economics: Prospects for the Future*. (Office of Health Economics), pp.200-209.

