

บทที่ 2

กรอบแนวคิดทางทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของแรงงานนอกระบบในอำเภอเมือง จังหวัด เชียงใหม่ โดยผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสารและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้สามารถแยก รายละเอียดของแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ ได้ดังนี้

2.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ความหมายของคุณภาพชีวิตการนิยามความหมายคำว่าคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องยากที่จะนิยามความหมายให้เป็นที่ยอมรับอย่างเป็นสากลได้ เพราะคุณภาพชีวิตเป็นกระบวนการทางด้านจิตใจที่สามารถบรรยาย ดีความผ่านตัวกรองด้านความคิดและภาษาที่แตกต่างกันจึงเกิดการมองที่แตกต่างกันเนื่องจากพื้นฐานประสบการณ์ ความคิดความรู้ที่แตกต่างกันของผู้ให้นิยาม นอกจากนี้คุณภาพชีวิตยังเป็นเรื่องที่ยื่นอยู่กับคุณค่าที่แฝงอยู่ของบุคคล การนิยามคุณภาพชีวิตที่ผ่านมา มักละเลยความแตกต่างด้านอายุ ชนชั้นทางสังคม การศึกษา จึงทำให้การนิยามคุณภาพชีวิตเป็นเพียงนิยามเชิง ปฏิบัติการที่นำมากำหนดใช้ในการศึกษาเฉพาะกลุ่ม เฉพาะประเด็น ทำให้มีนิยามของคุณภาพชีวิตที่มีความแตกต่างหลายมิติ ซึ่งในที่นี้ต้องการจะทบทวนให้เห็นว่าการนิยามคุณภาพชีวิตที่ผ่านมามีภาพอย่างไรบ้าง

ในระยะแรกของการนิยามความหมายของคุณภาพชีวิตมีจุดเน้นที่องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่สามารถวัดได้ในทางกายภาพ หรือมีตัวชี้วัดทางสถิติที่ค่อนข้างชัดเจน ดังเช่น UNESCO (1980 อ้างใน รมยุทธ์ บุตรแสนคม, 2540) ได้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 5 ประการ คือ 1) มาตรฐานการดำรงชีวิต ได้แก่มาตรฐานความเป็นอยู่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การศึกษาที่อยู่อาศัย อาหาร รายได้ การประกอบอาชีพต่างๆ และบริการทางสังคมต่างๆ 2) ภาวะประชากร ได้แก่ ขนาด การกระจาย และการเปลี่ยนแปลงทางประชากร 3) ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ระบบสังคมการเมือง การปกครอง ค่านิยม และแบบแผนของการใช้จ่ายเพื่อการดำรงชีพ 4) กระบวนการพัฒนา เช่น การค้า อุตสาหกรรม ความช่วยเหลือจากต่างประเทศ และความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ และ 5) ทรัพยากร ได้แก่ทรัพยากรมนุษย์ ทรัพยากรธรรมชาติ เทคโนโลยี เป็นต้น

การนิยามความหมายคุณภาพชีวิตในระยะแรก ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตในลักษณะที่เป็น วัตถุประสงค์ ทำให้เกิดนิยามเชิงปฏิบัติการทั้งนักวิชาการชาวไทย และต่างประเทศ เช่น อมร นนทสุด (2526 อ้างใน รณยุทธ์ บุตรแสนคม, 2540) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต คือ อาหารและโภชนาการที่เหมาะสม เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม การดูแลอย่างง่ายๆ สำหรับ สุขภาพทางกายและจิต การศึกษาขั้นพื้นฐานและการพัฒนาอาชีพ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน บริการพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมที่จำเป็นเพื่อประกอบการและการดำรงชีพอย่าง ยุติธรรม

ชัยวัฒน์ปัญญาพงษ์ (2526) ได้สรุปองค์ประกอบที่มีคุณภาพชีวิตของบุคคล คือ สุขภาพ ที่อยู่อาศัย การบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข อนามัยแม่และเด็ก อาหาร บริการและ คุณภาพทางการศึกษา ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม รายได้ สภาพจิตใจ

Lennart and Anderson (1975 อ้างใน รณยุทธ์ บุตรแสนคม, 2540) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิต ของมนุษย์ว่า ได้จากองค์ประกอบ 9 ประการ คือ สุขภาพอนามัย อาหาร การศึกษา การประกอบ อาชีพ ที่อยู่อาศัย สวัสดิการทางสังคม เครื่องนุ่งห่ม นันทนาการ และ สิทธิมนุษยชน

อุทุมพร จามรมาน (2548 อ้างใน รณยุทธ์ บุตรแสนคม, 2540) ได้สรุป องค์ประกอบที่มีคุณภาพชีวิตของมนุษย์ไว้ 10 องค์ประกอบ คือ ทศนคติ ลักษณะความเป็นอยู่ การ เป็นเจ้าของอาชีพ หลักนันทนาการ บริการจากรัฐ การถือครองบ้านและที่ดิน อาชีพรอง การ แสวงหาความรู้ และสุขอนามัย ดังนั้น เมื่อพัฒนามาตรวัดคุณภาพชีวิตจึงต้องคำนึงถึงองค์ประกอบ ที่เชื่อว่าจะทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิต การนิยามความหมายดังกล่าวส่งผลผลักดันให้การพัฒนาใน ภาพรวมของทั้งประเทศที่กำหนดโดยแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จะต้องหาวิธีการเข้า ไปแทรกแซง (Intervene) โดยตรงเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในสังคม เพื่อให้ประชาชนมี คุณภาพชีวิต ดังนั้น กระบวนการพัฒนาที่ผ่านมาจึงมุ่งเน้นไปที่คุณภาพชีวิตที่สามารถวัดได้ เห็นได้ เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน (ดำรง อุดมไพจิตรกุล และคณะ, 2543) มีการดำเนินการอย่างเป็นทางการ (Formal) เช่น ด้านการศึกษา การแพทย์และสาธารณสุข หรือแม้แต่การพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับ ชุมชน (NESDB, 1986 อ้างใน เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2540)

องค์การอนามัยโลก (WHO)(2538) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต (Quality of Life) เป็น การรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในจิตใจของพวกเขา ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและ ความหมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่ และจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับพวกเขา เป็นแนวความคิดที่กว้าง เต็มไปด้วยความ ซับซ้อน ครอบคลุมในแง่ของสุขภาพร่างกายของแต่ละคน สภาพจิตใจ ระดับของความเป็นอิสระ สัมพันธภาพทางสังคม ความเชื่อ และความสัมพันธ์ที่มีต่อสภาพแวดล้อม นั่นคือ คุณภาพชีวิต

จะต้องมีลักษณะเป็นนามธรรม (subjective) โดยจะรวบรวมเอาสิ่งที่ทั้งเป็นส่วนดีและส่วนไม่ดีเอาไว้ นอกจากนี้คุณภาพชีวิตยังมีหลายมิติไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

คุณภาพชีวิตมีบทบาทสำคัญทั้งในด้านความผาสุกของมนุษย์ในการดำรงชีวิตและการสร้างผลงานที่มีคุณค่าเรื่องความสุขและคุณภาพชีวิต ไม่ใช่เป็นเรื่องใหม่ความสุขของชีวิตได้มีการกล่าวกันมาตั้งแต่ยุคอริสโตเติลแต่ก็เป็นความหมายในเชิงจริยธรรมซึ่งเป็นความหมายที่ได้รับอิทธิพลแนวความคิดของทางตะวันตกในการให้ความหมายในเชิงระบบของ “ความสุข” อริสโตเติลได้ชี้ให้เห็นถึงแนวทางที่นำไปสู่ความผาสุกหรือที่เรียกว่า Eudemonia ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนให้เป็นคำศัพท์สมัยใหม่คือ Happiness และได้นำมาหลอมรวมเข้ากับความคิดของนักปรัชญาตะวันตกด้วย ในช่วงปี พ.ศ. 2483-2492 (ทศวรรษ 1940) รัฐบาลของประเทศทางตะวันตกได้พัฒนานโยบายในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชน ตัวอย่างเช่น ในปี พ.ศ. 2478 ดร.เอส. ปาร์คส์ คัดแมนรัฐมนตรีผู้รับผิดชอบด้านนิคมเกษตรกรรมของอเมริกา ผู้มีชื่อเสียงได้ศึกษาความท้าทายของความสุขและค้นหาความสุขในมิติต่างๆ ของชีวิตไม่ว่าจะเป็นมิติทางด้านสุขภาพ การเมือง การทำงานและค่าจ้าง ความรักชีวิตประจำวัน มิตรภาพ จินตนาการ ดนตรี วรรณกรรม สวัสดิการสังคม ตลอดจนด้านศาสนา (Oliver, 1996)

Maslow's Hierarchy of Needs

พัฒนาการทางด้านแนวคิดและความหมายของคุณภาพชีวิตมีความเป็นมาอย่างต่อเนื่อง ในช่วง ปี พ.ศ. 2493-2502 (ทศวรรษ 1950) มาสโลว์ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์และได้พัฒนาทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ (Maslow's Hierarchy of Needs Theory) สรุปได้ว่าพฤติกรรมของมนุษย์มีรากฐานมาจากความต้องการซึ่งในเบื้องต้นลำดับไว้เป็น 5 ระดับ เมื่อมนุษย์ได้รับการตอบสนองความต้องการในขั้นต้นแล้วก็จะมีความปรารถนาในขั้นสูงขึ้นไปตามลำดับแต่ถ้าความต้องการนั้นยังไม่ได้รับการตอบสนอง ก็จะเกิดความเครียดนำไปสู่แรงกระตุ้นให้เกิดแรงขับเคลื่อนหาวิธีการหรือแสดงพฤติกรรมที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการเพื่อลดความตึงเครียดหรือตอบสนองความพึงพอใจนั้นการที่ผู้บริหารองค์กรภาครัฐเข้าใจเรื่องพฤติกรรมและความต้องการของมนุษย์จะช่วยให้สามารถสร้างเหตุปัจจัยเพื่อส่งเสริมให้บุคลากรมีพฤติกรรมที่พึงปรารถนาซึ่งเป็นประโยชน์ทั้งในส่วนของการเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กรการให้บริการแก่ประชาชนและบุคลากรทำงานอย่างมีความสุขและมีแรงจูงใจที่จะพัฒนาตนเอง และทำงานอย่างเต็มศักยภาพ

ลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ (Maslow's Hierarchy of Needs Theory) ประกอบด้วย

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological Needs) ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำดื่ม ที่พักอาศัย ยารักษาโรค การพักผ่อนนอนหลับ อุณหภูมิที่เหมาะสม ความต้องการทางเพศ เป็นต้น

2. ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety Needs) เช่น ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในการดำรงชีวิต และการประกอบอาชีพ งานที่มั่นคง บำเหน็จ บำนาญ ประกันชีวิต เป็นต้น

3. ความต้องการความรักและการเป็นที่รัก (Love/ Belongingness Needs) เช่น การมีครอบครัว เพื่อน คนรักการเป็นสมาชิกหรือมีความสัมพันธ์กับคนอื่นในสังคม หรือชุมชนการเป็นสมาชิกกลุ่ม สมาคมวิชาชีพ เป็นต้น

4. ความต้องการการยอมรับ และยกย่อง (Esteem Needs) ความต้องการในขั้นนี้สามารถแบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ ขั้นพื้นฐาน (Lower Level Needs for the Respect) ได้แก่ คนได้รับการยอมรับนับถือ สถานภาพการเป็นที่สนใจ ศักดิ์ศรี การมีชื่อเสียง การมีอิทธิพล เป็นต้นนอกจากความต้องการขั้นพื้นฐานดังกล่าวแล้วในระดับของความต้องการได้รับการยอมรับและการยกย่องนี้ยังมีระดับความต้องการในระดับสูงขึ้นไป (Higher Level Needs for the Respect of Others) ได้แก่ ความเชื่อมั่นในงาน สมรรถนะความสำเร็จการเป็นแบบอย่าง ความเป็นอิสระ เป็นต้น

5. ความต้องการความสำเร็จและการประจักษ์ในตน (Self-Actualization Needs) เป็นความต้องการในขั้นสูงสุดของพัฒนาการแห่งพฤติกรรมของมนุษย์โดยปกติความต้องการระดับนี้จะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการในระดับต้นได้รับการตอบสนองแล้ว Self-Actualization Needs เป็นความต้องการที่จะเข้าใจตนเองความสามารถที่จะบรรลุถึงศักยภาพที่สูงที่สุดของตนเอง Maslow ได้อธิบายความต้องการในข้อนี้ว่า “อะไรที่มนุษย์สามารถจะเป็นได้เขาจะต้องเป็นสิ่งนั้น (What a man can be, he must be)”

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ความต้องการทั้ง 5 ระดับ/ขั้น ของมาสโลว์ จะแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือความต้องการลำดับต้น (Lower-Order Needs) ประกอบด้วยความต้องการด้านร่างกาย และความต้องการความปลอดภัย เช่น การจัดสถานที่ทำงาน ชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสม การจ่ายค่าจ้างสวัสดิการ ความมั่นคงความปลอดภัยในการทำงาน เป็นต้น

ส่วนความต้องการในลำดับที่สูงกว่า (Higher-Order Needs) เป็นความต้องการตอบสนองภายในหรือจิตใจ ประกอบด้วย ความต้องการทางสังคมความต้องการเกียรติยศ และความต้องการให้ความคิด ความฝันของตน เป็นจริง เช่นหัวหน้าให้ความสัมพันธ์ที่ดีกับลูกน้องการ จัดกิจกรรมสันทนาการให้กับพนักงาน การยกย่องพนักงาน การเลื่อนตำแหน่งการให้อิสระในการ

ตัดสินใจที่เกี่ยวกับการทำงานการให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การเปิดโอกาสให้พนักงานมีความคิดสร้างสรรค์ในการทำงาน เป็นต้น

2.1.2 แนวคิดที่ใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิต

ในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและการพัฒนาเครื่องชี้วัดที่ผ่านมา ใช้แนวคิดสำคัญในการศึกษาอยู่ 4 แนวคิด (อนุชาติ พวงสำลี และ อรทัย อาจอ่ำ, 2539) ได้แก่

1. แนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิต (Quality of Life) เป็นความพยายามที่จะนิยามความหมายของคำว่า “คุณภาพชีวิต” เพื่อใช้ในการศึกษา แต่ความหมายที่นักวิชาการหลายท่านนิยามขึ้นนั้นยากที่จะเป็นที่ยอมรับอย่างเป็นทางการ เนื่องจากความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิต มีลักษณะที่เป็นทั้งวัตถุวิสัย (Objective) และอัตตวิสัย (Subjective) เช่น เรื่องที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย จิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดี เรื่องเพศและกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นมาตรวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาบนฐานของแนวคิดข้างต้น จึงประกอบด้วย 2 มิติทั้งมิติวัตถุวิสัยและมิติอัตตวิสัย

2. แนวคิดเรื่องการพัฒนาสังคม (Social Development) เป็นแนวคิดที่เกิดจากเวทีการประชุมสุดยอดเพื่อการพัฒนาสังคม (The World Summit for Social Development) ซึ่งจัดขึ้นเมื่อมีนาคม พ.ศ.2538 ที่กรุงโคเปนเฮเกน สารสำคัญของแนวคิดนี้โดยสรุป คือ การให้ความสำคัญกับคนและสิ่งแวดล้อม เป็นอันดับแรก ก่อนการประชุมองค์การพัฒนาเอกชนในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกได้ร่วมประชุมสรุปปัญหา สารสำคัญที่เป็นแนวโน้มของการพัฒนาในภูมิภาคนี้ (Morales, 1994 อ้างใน อนุชาติ พวงสำลี, 2541) คือ ปัญหาความยากจนเป็นปัญหาที่รุนแรงที่สุดนอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องการถูกกีดกัน เลือกลปฏิบัติ การไม่มีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง และปัญหาความรุนแรงอื่นๆ ได้แก่การแสวงหาผลประโยชน์ ยาเสพติด อาชญากรรม การฉ้อราษฎร์บังหลวง เป็นต้น ดังนั้นในการพัฒนาสังคมจะต้องคำนึงถึงบริบทที่สำคัญอยู่ 3 ประการ

ประการแรกคือ การจัดความยากจน ในนิยามของความยากจนของประเทศต่างๆ ใช้กัน พิจารณาจากรายได้ของครัวเรือน หรือบุคคลที่ต่ำกว่า เส้นความยากจน (Minimum Threshold) ส่วนตัวบ่งชี้อื่นๆ ที่ใช้ เช่น อายุขัยเฉลี่ย (Life Expectancy) การไม่รู้หนังสือ

ประการที่สอง คือ การกระจายความเป็นธรรม เกี่ยวข้องกับผู้ด้อยโอกาส เช่น คนพิการ ผู้สูงอายุ ซึ่งคนเหล่านี้ไม่ได้รับโอกาส และไม่สามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ที่สามารถจะนำมาปรับปรุงคุณภาพชีวิตได้

ประการที่สาม คือ การมีส่วนร่วมของประชาชน ข้อจำกัดของการยกระดับคุณภาพชีวิตอยู่ที่การถูกกีดกันจากระบวนการตัดสินใจ การมีส่วนร่วม ในครอบครัว ชุมชน และองค์กรต่างๆ

กลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก (Singh, 1994 อ้างใน อนุชาติ พวงสำลี, 2541) ได้เสนอว่า แนวคิดการพัฒนาสังคมนี้ ควรให้ความสำคัญกับคน ให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา และควรมีการมองแบบองค์รวม หมายถึง การพัฒนาเพื่อความเป็นธรรมทางสังคมและความมั่นคงทางเศรษฐกิจความยั่งยืนทางนิเวศน์ การมีส่วนร่วมทางการเมือง และความคงอยู่ของวัฒนธรรม จากแนวคิดดังกล่าวนี้มาตรวจคุณภาพชีวิตจึงมองเชื่อมโยงไปถึงสภาพที่บุคคลได้รับจากสังคมและสิ่งแวดล้อมที่บุคคลเกี่ยวข้องกับ

3. แนวคิดเรื่องการพัฒนาคน (Human Development) เป็นแนวคิดที่ทำให้ทฤษฎีการพัฒนาที่ผ่านมาโดยมองว่า การพัฒนาที่ผ่านมามีข้อผิดพลาดที่เน้นทางด้านเศรษฐกิจ และใช้ดัชนีวัดระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียว มีผู้ได้เสนอแนวคิดในการพัฒนามนุษย์ ที่สะท้อนให้เห็นความแตกต่างจากแนวทางการพัฒนาเดิม เช่น Miles (1985 อ้างใน อนุชาติ พวงสำลี, 2541) ได้อธิบายความคิดเรื่องการพัฒนาคนว่า อุดมการณ์ในการพัฒนามนุษย์ต้องไม่แยกการพัฒนาปัจเจกบุคคล ออกจากการพัฒนาสังคม Speth (1994 อ้างใน อนุชาติ พวงสำลี, 2541) อธิบายแนวคิดเรื่องการพัฒนาคนแบบยั่งยืนว่า เป็นการเปลี่ยนจากคิดเรื่องพัฒนาไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งต้องพิจารณาถึง 3 สิ่ง ได้แก่

ประการแรก ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพราะเป็นการพัฒนาที่ประชาชนต้องมาก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนยากจน

ประการที่สอง สิ่งแวดล้อมดี คือ การเน้นถึงความจำเป็นที่จะต้องฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติ ปกป้องสิ่งแวดล้อมทั้งในระดับท้องถิ่นจนถึงระดับโลก

ประการที่สาม การมีส่วนร่วม การพัฒนาจะสำเร็จได้ต้องให้คนเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรม และกระบวนการที่มีผลต่อชีวิตของเขา

จะเห็นว่าโดยสรุปแล้ว การพัฒนามนุษย์ คือ การส่งเสริมศักยภาพในตัวมนุษย์ให้เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีกว่า นำไปสู่การสร้างสรรคชีวิตที่มีประโยชน์และสมหวัง การพัฒนามนุษย์ควรเป็นเป้าหมายโดยตรงกับการพัฒนาเศรษฐกิจ การเน้นความแตกต่างระหว่างเพศ วรรณะชนชั้น เผ่าพันธุ์ ตลอดจนความเหลื่อมล้ำในด้านอื่นๆ เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนามนุษย์ ดังนั้นมาตรวจคุณภาพชีวิตที่อิงอยู่กับแนวคิดนี้ จึงต้องสนใจสิ่งแวดล้อม และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา

4. แนวคิดเรื่องความมั่นคงของชีวิตมนุษย์ (Human Security) แนวคิดนี้ UNDP กำหนดขึ้นเป็นดัชนีตัวหนึ่งที่วัดความมั่นคงของชีวิตมนุษย์ซึ่งความหมายของความมั่นคงของชีวิตมนุษย์ระดับโลก (Global Human Security) คือสามารถดำรงชีวิต และ ทำมาหากินได้โดยปลอดภัยจากความหวาดกลัวภัยที่อาจจะคุกคามการอยู่รอด สุขภาพอนามัย การทำมาหากิน ตลอดจนความสุข

สภายของบุคคล UNDP ได้กำหนดสาระของความมั่นคงในชีวิตมนุษย์ไว้ 7 ด้าน ได้แก่ 1) ความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ 2) ความมั่นคงด้านอาหาร 3) ความมั่นคงด้านสุขภาพ 4) ความมั่นคงด้านสิ่งแวดล้อม 5) ความมั่นคงของบุคคล 6) ความมั่นคงของชุมชน 7) ความมั่นคงทางการเมือง

แนวคิดเรื่องความมั่นคงของชีวิตมนุษย์ส่งผลต่อระบบ โลกและรัฐที่ต้องการให้โลกและรัฐเห็นความสำคัญของชีวิตมนุษย์ ที่จะให้ประชากรพ้นจากความทุกข์ยาก จึงเป็นเรื่องไร้พรมแดน และเป็นพันธกิจของประชาคมโลก จากแนวคิดดังกล่าว หากพัฒนาเป็นมาตรวัดคุณภาพชีวิตของประชาชน ก็จะต้องมีองค์ประกอบทั้ง 7 ด้าน เพราะจะนำมาซึ่งความมั่นคงในชีวิต ซึ่งถือว่าเป็นคุณภาพชีวิตของประชากร

2.1.3 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต

การพัฒนามาตรวัดคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนเอกสารพบมาตรวัดคุณภาพชีวิต 3 ประเภท ได้แก่

1) มาตรวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาจากกรอบของหน่วยงานหลัก เช่น สหประชาชาติ แนวคิดของสหประชาชาติเรื่อง Basic Minimum Needs เป็นพื้นฐานของมาตรวัดคุณภาพชีวิต ที่รู้จักกันแพร่หลายคือ “เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)” ที่คณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (กชช.) ใช้ในปี พ.ศ.2528 ซึ่งเป็นปีรณรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชน มาตรวัดดังกล่าวเปรียบเสมือนว่าเป็นมาตรวัดกลางที่ใช้พร้อมกันทั่วประเทศ จปฐ. ประกอบด้วย 8 หมวด 32 ตัวชี้วัด ในปี พ.ศ.2531กชช. ได้มอบหมายให้กรมพัฒนาชุมชน ดำเนินการวางแผนการจัดเก็บข้อมูล และในปี พ.ศ.2533 เริ่มมีการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกครัวเรือนทั่วประเทศ และในปี พ.ศ.2535 ได้มีการปรับปรุง จปฐ. ให้ประกอบด้วย 9 หมวด 37 ตัวชี้วัด (อนุชาติ พวงสำลี และอรทัย อาจอ่ำ, 2539) ซึ่งการใช้ จปฐ. บ่งชี้คุณภาพชีวิตของประชาชนนี้ยังใช้กันมาจนถึงปัจจุบันในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 โดยมีการปรับปรุงต่อมาเป็นระยะเป็นที่น่าสังเกตว่า การประเมินคุณภาพชีวิตโดย จปฐ. นั้น เป็นการประเมินภาพตั้งแต่ระดับครัวเรือน หมู่บ้าน ตำบลอำเภอ และ จังหวัด แต่ข้อมูลดังกล่าวมักถูกนำเสนอภาพระดับจังหวัดเป็นส่วนใหญ่ โดยใช้ผลการประเมินมากำหนดทิศทางการพัฒนาต่อไป

มาตรวัดในลักษณะภาพกว้างนอกจาก จปฐ. แล้วยังมี “เครื่องชี้สถานะเศรษฐกิจและสังคม” ซึ่งใช้เป็นมาตรวัดคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับจังหวัดและภูมิภาคโดยรวม เครื่องชี้วัดสถานะเศรษฐกิจและสังคมนี้ พัฒนาขึ้นโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งต่อมาได้ปรับใหม่โดยแยกเรื่องเศรษฐกิจออกจากสังคมในปี พ.ศ.2537สำหรับเครื่องชี้วัดภาวะสังคม ให้ภาพการประเมินในระดับจังหวัด โดยมีรายละเอียดตัวชี้วัดมากกว่า จปฐ. นอกจากนี้มาตรวัดคุณภาพชีวิตในลักษณะภาพกว้างยังถูกพัฒนาขึ้นโดยหน่วยงานบางหน่วย เช่น กรมประชาสงเคราะห์ (2538)

พัฒนาตัวชี้วัดคุณลักษณะของครอบครัวผาสุกขึ้น ประกอบด้วย 4 หมวด 20 ตัวชี้วัด เป็นที่น่าสังเกตว่า การพัฒนามาตรวัดคุณภาพชีวิตในภาพกว้าง ทั้ง จปฐ. เครื่องชี้วัดทางสังคม และดัชนีวัดความผาสุกของครอบครัว เป็นลักษณะของมาตรวัดที่พัฒนาโดยบุคคลภายนอก หรือนักวิชาการ หรือหน่วยงาน ที่ต้องการนำไปประเมินกลุ่มบุคคลหนึ่งๆ และพื้นฐานการสร้างมาตรวัดดังกล่าวก็ไม่อยู่บนสภาพจริงของพื้นที่เท่าที่ควร จึงไม่ค่อยสอดคล้องกับสภาพวิถีชีวิตของประชาชนแต่ละภูมิภาค

2) มาตรวัดที่พัฒนาขึ้นเฉพาะกลุ่มบุคคล เช่น แรงงาน ผู้สูงอายุ เกษตรกร ประชากรเขตเมืองมาตรวัดคุณภาพชีวิตลักษณะนี้ พัฒนาขึ้นจากพื้นฐานความเชื่อว่า กลุ่มคนที่ต้องการศึกษาและวัดคุณภาพชีวิต มีคุณลักษณะพิเศษ เช่น ผู้สูงอายุ ที่แตกต่างจากประชากรวัยอื่น ดังนั้นการจะนำมาตรวัดคุณภาพชีวิตที่วัดกลุ่มคนทั่วไปมาวัด ย่อมไม่เหมาะสม จึงได้มีผู้พัฒนามาตรวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอีสานขึ้น เช่น งานของ พนิษฐา พานิชชีวะกุล (2537) ซึ่งให้ความสำคัญที่จะวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับบุคคล แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะเป็นการพัฒนามาตรวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะกลุ่ม แต่ยังคงแนวคิดหลักจากนักวิชาการต่างประเทศ (Fillenbaum, 1987)

นอกจากนี้ยังมีการพัฒนามาตรวัดคุณภาพชีวิตของแรงงานเรียกว่า เป็นดัชนีวัดคุณภาพชีวิตการทำงาน (วิภาวี ศรีเพียร, 2544) ซึ่งอิงกับหลักการสร้าง Human Development Index-HDI ของ UNDP โดยแบ่งคุณภาพชีวิตการทำงานเป็น 5 มิติ 13 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ผลประโยชน์การทำงาน (ตัวชี้วัด ได้แก่ ค่าจ้างเฉลี่ย ร้อยละของลูกจ้างที่ได้รับผลประโยชน์ตอบแทนการทำงานอื่นๆ นอกเหนือจากค่าจ้าง ร้อยละของลูกจ้างที่ได้รับค่าจ้างน้อยกว่าค่าจ้างขั้นต่ำ อัตราการไม่ปฏิบัติตามกฎหมายค่าจ้างขั้นต่ำ) 2) สภาพการทำงาน (ตัวชี้วัดคือ อัตราการไม่ปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองแรงงาน อัตราการไม่ปฏิบัติตามกฎหมายความปลอดภัยในการทำงาน และ อัตราการประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน) 3) การมีส่วนร่วมในองค์กรแรงงาน (ตัวชี้วัดคือ อัตราการเป็นสมาชิกสหภาพแรงงาน) 4) ความมั่นคงในการทำงาน (ตัวชี้วัด คือ อัตราการว่างงาน และ อัตราการเลิกจ้างที่ไม่เป็นธรรม) และ 5) ความสงบสุขในการทำงาน (ตัวชี้วัดคือ อัตราการร้องทุกข์ อัตราการลูกจ้างที่เกี่ยวข้องกับการพิพาทแรงงาน/การขัดแย้ง และอัตราวันทำงานที่สูญเสียจากการนัดหยุดงาน) จะพบว่ามาตรวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของแรงงานนี้สะท้อนภาพระดับจังหวัดมากกว่าจะเป็นภาพระดับบุคคล ถึงแม้ว่ากลุ่มแรงงานจะมีอยู่ในหลายส่วนของระบบการผลิตทั้งที่เป็นทางการ (Formal Sector) และไม่เป็นทางการ (Informal Sector)

สำหรับการพัฒนามาตรวัดในกลุ่มเกษตรกร มิได้ปรากฏชัดเจน แต่มีการศึกษาวิจัยในกลุ่มนี้เพื่อทราบว่ากลุ่มเกษตรกรมีคุณภาพชีวิตอย่างไรบ้าง (พนิษฐา พานิชชีวะกุล และ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2542)

ส่วนการศึกษาในกลุ่มประชาชนเขตเมือง ที่สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (2541) ได้พัฒนามาตรวัดคุณภาพชีวิตของประชาชนเขตเมืองของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าคุณภาพชีวิตของประชาชนเขตเมืองมี 5 ด้าน คือ ด้านครอบครัว ด้านการทำงาน ด้านความเครียด ด้านสิ่งแวดล้อม และ ด้านชีวิตในเมือง สำหรับด้านชีวิตในเมืองนี้นับว่าเป็นความเฉพาะของการศึกษาในกลุ่มประชากรเขตเมือง โดยเฉพาะ มาตรวัดที่พัฒนาขึ้นแต่ละด้านมีทั้งความเป็นวัตถุวิสัย และอัตตวิสัย

3) มาตรวัดที่พัฒนาขึ้นจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้รู้ แนวทางหนึ่งที่น่ามาใช้ในการพัฒนามาตรวัดคุณภาพชีวิต ก็คือ การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ได้รับการยอมรับเพื่อให้สะท้อนทัศนคติเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต การพัฒนามาตรวัดคุณภาพชีวิตลักษณะนี้ มักให้ความสนใจประเมินคุณภาพชีวิตระดับบุคคล เช่น งานศึกษาของ อมรา พงศาพิชญ์ (2533) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของคนไทย พบว่า มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ สุขภาพอนามัย ชีวิตที่มีความภาคภูมิใจ ชีวิตการทำงาน สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ชีวิตครอบครัว และชีวิตในชุมชน แนวทางนี้ทำให้ผู้สนใจใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพในการบ่งชี้คุณภาพชีวิต นำมาประยุกต์ใช้ในงานศึกษาต่อ เช่น การศึกษาของ พนิษฐา พานิชชีวะกุล และ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2542) ที่ส่วนหนึ่งใช้การสัมภาษณ์ปราชญ์ชาวบ้านที่เป็นเกษตรกร เพื่อให้สะท้อนมุมมองเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO)

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต แบ่งออกเป็น 2 ประเภท (Smith และ Wertheimer, 1996) คือ

1. แบบวัดคุณภาพชีวิตทั่วไป ซึ่งใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทุกโรค และผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปัจจุบันแบบวัดคุณภาพชีวิตทั่วไปที่ได้รับการยอมรับว่ามีความน่าเชื่อถือ เช่น

1.1 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO-QOL)

1.2 แบบวัดคุณภาพชีวิตของ RAND-36 Item Health Survey (SF-36)

2. แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค ใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเฉพาะโรคใดโรค

หนึ่งปัจจุบันแบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคที่ได้รับการยอมรับว่ามีความน่าเชื่อถือ เช่น

Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS)

Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ)

Diabetes Quality of Life (DQOL)

Function Living Index Cancer (FLIC)

Quality of Life in Epilepsy (QOLIE)

HIV Overview of Problem Evaluation System (HOPES)

สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ (2540) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ 100 ตัวชี้วัด ถูกพัฒนาขึ้นมาโดยทีมงาน WHOQOL group ซึ่งมี ดร.จอห์น ออร์ลีย์ นายแพทย์ใหญ่เป็นผู้นำในการพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขึ้นมา ทีมงานประกอบด้วยศูนย์ปฏิบัติงานภาคสนามใน 15 ประเทศ การพัฒนาแบบวัดตั้งเป้าให้ได้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างสากล ไม่ว่าวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่นจะแตกต่างกันอย่างไร

เหตุผลที่ WHO ต้องริเริ่มสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต มีดังนี้

1. ในอดีตการประเมินคุณภาพชีวิตมักจะมุ่งไปที่การวัดสุขภาพทางกาย โดยมักใช้ตัวบ่งชี้ทางสุขภาพที่เคยใช้กันมาก่อน เช่น อัตราการตาย อัตราการเจ็บป่วย ตลอดจนผลกระทบที่เกิดจากโรคภัย และความเสื่อมถอยของความสามารถที่จะดำเนินชีวิตประจำวันและพฤติกรรม การวัดการประเมินตนเองในเรื่องสุขภาพ และการประเมินสถานภาพที่สามารถทำงานได้หรือทำงานไม่ได้ เครื่องมือเหล่านี้เริ่มต้นด้วยการแยกวัดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย ไม่ได้ใช้วัดคุณภาพชีวิตโดยตรง ซึ่งถูกกล่าวว่าเป็น “การวัดที่ผิดเป้าหมายในเรื่องสุขภาพ” (Fallowfield, 1990)

2. เครื่องชี้วัดสถานะทางสุขภาพ ส่วนมากถูกพัฒนามาจากอเมริกาเหนือและทางอังกฤษ การแปลเครื่องมือเหล่านี้ไปใช้ในประเทศอื่นๆ เป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลาและอาจใช้ไม่ได้ผลไปด้วย เนื่องจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม (Sartorius and Kuyken, 1994; KuykenOrley, Hudelson and Sartorius, 1994)

3. การรักษาทางการแพทย์ให้ความสำคัญเฉพาะการกำจัดโรคและอาการ ต่อมาเมื่อแรงผลักดันให้เกิดความต้องการที่จะนำอารากเหง้าของความเป็นมนุษย์เข้ามาสู่กระบวนการดูแลสุขภาพ ทำให้มีการเรียกร้องหาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตสำหรับใช้ในกระบวนการดูแลสุขภาพ ความสนใจจึงมุ่งไปในเรื่องสุขภาพ และผลของการรักษา โดยจะเพิ่มความสนใจในเรื่องของความเป็นอยู่ที่ดี (well - being) ของผู้ป่วย

ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHO ชุด 100 ตัวชี้วัด (WHOQOL-100) มีดังนี้

ขั้นตอนแรก เป็นการทำความเข้าใจในด้านความคิดต่างๆ นับตั้งแต่การกำหนดความหมายของคุณภาพชีวิต (QOL) และคำจำกัดความสะท้อนให้เห็นมุมมองที่ว่าคุณภาพชีวิตหมายถึง การประเมินค่าที่เป็นจิตวิสัย (subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม เพราะฉะนั้นนิยามของคุณภาพชีวิตจะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องต่างๆของผู้ตอบ

ไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะวัดในรายละเอียดของอาการ โรคหรือสภาพต่างๆ แต่จะเป็นการประเมินผลของโรค และวิธีการรักษาที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต การวัดคุณภาพชีวิตไม่เหมือนกับคำว่า “สภาวะของสุขภาพ” “วิถีชีวิต” “ความพึงพอใจในชีวิต” “สุขภาพจิต” หรือ “ความเป็นอยู่ที่ดี” จึงไม่อาจวัดในมิติใดมิติหนึ่ง โครงสร้างของ WHOQOL-100 นั้น คุณภาพชีวิตจะต้องมีลักษณะที่เป็นหลายมิติ

ขั้นตอนที่สอง กรสำรวจหาโครงสร้างของคุณภาพชีวิตใน 15 ศูนย์ภาคสนาม ที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกันเพื่อนำมาสร้างเป็นรายการ แต่ละศูนย์พิจารณาว่าคุณภาพชีวิตควรครอบคลุมด้านใดบ้าง โดยจัดให้มีการอภิปรายกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ทั้งในกลุ่มของผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ ผู้ป่วย และผู้มีความสุขดี แต่ละศูนย์จะสร้างข้อคำถามไม่เกิน 6 ข้อ ในแต่ละหัวข้อที่ได้กำหนดเอาไว้ เพื่อให้การทำงานร่วมกันนี้เป็นสากลอย่างแท้จริง ศูนย์ภาคสนาม 15 ศูนย์ จะถูกเลือกมาจากทั่วโลกที่มีระดับความแตกต่างกันในด้านการพัฒนาอุตสาหกรรม การบริการทางสุขภาพ และสิ่งอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต เช่น บทบาทของครอบครัว การรับรู้เรื่องเวลา การรับรู้ตัวเอง และความสำคัญของศาสนา

ขั้นตอนที่สาม ข้อคำถามจากศูนย์ต่างๆจะถูกนำมารวมกัน และจัดกลุ่มข้อคำถามตามความหมายทางภาษาได้ 236 ข้อคำถาม ครอบคลุม 29 หัวข้อ และนำเครื่องมือที่ได้นี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 300 คน ในแต่ละศูนย์

หลังจากการนำไปทดสอบโดย 15 ศูนย์ภาคสนามแล้ว คัดกรองออกมาเพียง 100 ข้อคำถาม โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ห้อยประกอบได้เป็นแบบวัดที่เรียกว่า เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต 100 ตัวชี้วัด สำหรับทดสอบภาคสนาม (WHOQOL-100 Field Trial Version) ซึ่งจะประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 24 หัวข้อ แต่ละหัวข้อมี 4 ข้อคำถาม และมีหัวข้อคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมอีก 4 ข้อ เครื่องมือ WHOQOL-100 สำหรับทดสอบภาคสนามนี้ ถูกนำไปทดสอบกับศูนย์แห่งใหม่ทั่วโลก โดยมีกรอบแนวคิดเบื้องต้น คือ 24 หัวข้อจะถูกจัดให้เป็น 6 องค์กรประกอบ (domain) ดังรายละเอียด คือ

องค์กรประกอบที่ 1 ด้านสุขภาพร่างกาย (Physical domain) ได้แก่

- ความเจ็บปวดและความไม่สบาย
- กำลังวังชาและความเหนื่อยล้า
- การนอนหลับพักผ่อน

องค์กรประกอบที่ 2 ด้านจิตใจ (Psychological domain) ได้แก่

- ความรู้สึกในด้านที่ดี
- การคิด การเรียนรู้ ความจำ สมาธิ
- การนับถือตนเอง
- ภาพลักษณ์และรูปร่าง
- ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี

องค์ประกอบที่ 3 ด้านระดับความเป็นอิสระ (Level of independence) ได้แก่

- การเคลื่อนไหว
- การดำเนินชีวิตประจำวัน
- การพึ่งการใช้จ่ายหรือการรักษา
- ความสามารถในการทำงาน

องค์ประกอบที่ 4 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) ได้แก่

- สัมพันธภาพส่วนบุคคล
- การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม
- กิจกรรมทางเพศ

องค์ประกอบที่ 5 ด้านสภาพแวดล้อม (Environment) ได้แก่

- ความปลอดภัยทางร่างกาย และความมั่นคงในชีวิต
- สภาพแวดล้อมที่บ้าน
- แหล่งการเงิน
- การบริการสุขภาพและบริการสังคม : การให้บริการและคุณภาพของบริการ
- โอกาสที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารและทักษะใหม่ๆ

- การมีส่วนร่วมและมีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจ และมีเวลาว่าง
- สภาพแวดล้อม
- การคมนาคม

องค์ประกอบที่ 6 ด้านจิตวิญญาณ/ศาสนา/ความเชื่อส่วนบุคคล

(Spirituality/religion/personal beliefs) ได้แก่

- จิตวิญญาณ/ศาสนา/ความเชื่อส่วนบุคคล
- และคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม

แบบวัด WHOQOL-100 ประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) โดยประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 6 ด้านดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวันเช่นการรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบายไม่มีความเจ็บปวดการรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลั้งในการดำเนินชีวิตประจำวันการรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นการรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตนเองการรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองการรับรู้ถึงความสามารถในการทำงานการรับรู้ว่าคุณไม่ต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเองการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองการรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองการรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเองการรับรู้ถึงความคิดความจำสมาธิการตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตนเองการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวลการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตเช่นการรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิทยาศาสตร์การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา (Level of independence) คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายของตน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน ความสามารถในการทำงาน การไม่ต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่นการรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมการรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วยรวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตเช่นการรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ถูกกักขังมีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิตการรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวกมีแหล่ง

ประโยชน์ด้านการเงินสถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality/religion/personal beliefs) คือ การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของคุณ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

ในปีค.ศ.1994 The WHO group ได้เสนอให้ WHOQOL-100 เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสากล สามารถนำไปใช้ในประเทศต่างๆ ได้ไม่จำกัดในด้านภาษาและวัฒนธรรม ซึ่งในประเทศไทย กรมสุขภาพจิต (กิตติกร มีทรัพย์, 2537) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยและหาความถูกต้องทางด้านเนื้อหา และให้ผู้เชี่ยวชาญภาษาไทยและภาษาอังกฤษแปลกลับไปเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือวัดที่พัฒนามาจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อจากแต่ละหมวดใน 24 หมวดและรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม หลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษาให้กับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้อยู่ 3 รอบ

การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL - 100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการเป็นแบบวัดที่ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ในผู้ที่มีอายุ 15-60 ปี ไม่จำกัดเพศ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อนี้ สามารถนำไปใช้ในการทดลองทางคลินิก ใช้หาคะแนนพื้นฐาน (baseline scores) ในพื้นที่ๆ ต้องการและสามารถใช้วัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาที่ใช้มาตรการอย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งยังคาดหวังว่าเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL จะมีประโยชน์อย่างยิ่งในกรณีที่มีการดำเนินการของโรคนั้นๆ ดูเหมือนว่าอาการจะดีขึ้นหรือรุนแรงขึ้นเพียงบางส่วน และในกรณีที่การรักษาอาจจะเป็นแค่การบรรเทาอาการ

ให้ดีขึ้นมากกว่าจะเป็นการรักษาให้หายขาด ในทางคลินิกเครื่องชี้วัด WHOQOL จะช่วยแพทย์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา สามารถบ่งชี้ถึงความเป็นไปได้ว่าการรักษานั้นได้ผลดี และเสียค่าใช้จ่ายมากหรือน้อย แพทย์สามารถนำมาใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงระดับของคุณภาพชีวิตจากการรักษาได้

เป็นที่คาดหวังว่าในอนาคต WHOQOL – BREF จะมีประโยชน์ในการวิจัยเพื่อวางนโยบายทางสุขภาพ เพราะเครื่องมือถูกพัฒนาขึ้นมาให้ใช้ได้ไม่จำกัดวัฒนธรรม ไม่จำกัดผู้ให้บริการทางการแพทย์ ผู้ใช้และในแง่ของกฎหมาย จากความเป็นสากลของแบบวัด สามารถเปรียบเทียบคะแนนกันได้ ในเชิงระบาดวิทยา หรือในกรณีการศึกษาที่ต้องใช้การสะสมข้อมูลจากหลายๆศูนย์จะช่วยให้มั่นใจและยอมรับข้อมูลที่ได้

ข้อจำกัดของเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย มีดังนี้

1. การนำแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทยไปใช้กับประชาชนบางกลุ่มเช่น กลุ่มผู้สูงอายุอาจจะมีปัญหาในการใช้ เนื่องจากในการพัฒนาแบบวัดไม่ได้ศึกษาบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปแนวทางแก้ไขหากมีปัญหาก็คือขึ้นจากการตอบคำถามอาจจะเปลี่ยนไปใช้วิธีสัมภาษณ์ตามข้อคำถามที่มีอยู่แล้วให้ผู้ตอบเป็นผู้ประเมินคำตอบด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัยไม่เข้าใจผู้สัมภาษณ์สามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ ตามกรอบหรือขอบเขตที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเอาไว้ในแต่ละหมวด

2. ข้อคำถามบางข้อยังมีจุดอ่อนของการเข้าใจคำถามอยู่บ้าง โดยเฉพาะข้อคำถามที่เกี่ยวกับเรื่องเพศเป็นคำถามที่ค่อนข้างมีปัญหาอยู่บ้าง ทั้งนี้เนื่องจากคำถามที่ต้องการบางข้อเป็นการยากที่จะใช้เพียงคำถามเดียว แล้วให้ผู้ตอบเข้าใจได้อย่างถูกต้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ แนวทางการแก้ไขในกรณีที่น่าไปใช้แล้วเกิดปัญหาไม่เข้าใจคำถามที่ทำได้ คือการให้อธิบายเพิ่มเติมตามขอบเขตที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ในแต่ละข้อคำถาม

2.2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขนิษฐา ยอดคำปา (2546) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของครูในสถาบันอาชีวศึกษาภาครัฐและภาคเอกชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพรรณนาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของครูในสถาบันอาชีวศึกษาภาครัฐและภาคเอกชน ผลการศึกษาพบว่า ครูในสถาบันอาชีวศึกษาภาครัฐมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีกว่าครูในสถาบันอาชีวศึกษาภาคเอกชนในด้านเงินเดือน ค่าตอบแทนในวันหยุด และความรู้สึกมั่นคงในการทำงาน และครูในสถาบันอาชีวศึกษาภาคเอกชนมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีกว่าครูในสถาบันอาชีวศึกษาภาครัฐในด้าน จำนวนคาบที่สอนต่อสัปดาห์ การได้รับมอบหมายให้ทำงานในวันหยุด การได้รับการอบรม การส่งเสริมด้านการศึกษา การปรับเปลี่ยนเงินเดือนหรือเลื่อนตำแหน่งเมื่อได้รับวุฒิการศึกษาเพิ่ม ความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้บังคับบัญชา ความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ร่วมงาน ความสามัคคีในหน่วยงานและการได้เลื่อนตำแหน่งหน้าที่การงานให้สูงขึ้นเรื่อยๆ โดยพิจารณาจากความรู้ความสามารถในการทำงาน

อำไพ อินทรจันทร์ (2546) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การประเมินต้นทุนและผลได้ทางเศรษฐศาสตร์และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ HIV ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส กรณีศึกษาการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและยาต้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อหลังได้รับยาต้านไวรัสเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โดยใช้แบบวัดคุณภาพขององค์การอนามัยโลกที่มี 26 ตัวชี้วัด ซึ่งพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รัชชัช กันทะวันนา (2550) ได้ทำการศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของแรงงานนอกระบบ ตำบลริมปิง อำเภอเมืองลำพูน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของแรงงานนอกระบบในพื้นที่ตำบลริมปิง อำเภอเมืองลำพูนซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต 26 ตัวชี้วัดฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF) ขององค์การอนามัยโลก ผลการศึกษาพบว่าแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 68.4 อยู่ในระดับดีร้อยละ 29.4 และอยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 2.2 และเมื่อพิจารณาองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน พบว่าแรงงานมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้านจิตใจมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านร่างกาย ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ตามลำดับ

ดวงพร ไชยชนะ (2552) ได้ทำการศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตการทำงานของแรงงานไทยในสิงคโปร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงาน ศึกษาประเภทของแรงงานไทยและประเภทของงานที่แรงงานไทยในสิงคโปร์ทำที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน และศึกษา

ปัญหา อุปสรรคในการทำงานและการดำเนินชีวิตของแรงงานไทยในประเทศสิงคโปร์ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของแรงงานไทยในสิงคโปร์โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตการทำงาน พบว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตการทำงานที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านสิทธิและการคุ้มครองแรงงาน ด้านการยอมรับทางสังคมในหน่วยงาน และด้านสุขภาพจิต องค์ประกอบคุณภาพชีวิตการทำงานที่อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ ด้านค่าตอบแทน ด้านสภาพการทำงาน ด้านโอกาสก้าวหน้า ด้านความมั่นคงในงาน ด้านความสัมพันธ์ของชีวิตการทำงานกับการดำเนินชีวิต ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสภาพแวดล้อม และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม

วิจิตร ระวิวงศ์และคณะ (2552) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของแรงงานนอกระบบ : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ขับขีมอเตอร์ไซค์รับจ้าง และผู้ค้าขายตลาดนัดในเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการทำงาน ความมั่นคงของอาชีพ ปัญหาจากการประกอบอาชีพ รายได้ รายจ่าย การออม การกู้ยืม สุขภาพและพฤติกรรมด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการของรัฐ ความต้องการสวัสดิการจากรัฐ และความคิดเห็นต่อการประกันสังคมสำหรับแรงงานนอกระบบ ผลการศึกษาที่เกี่ยวกับผลการวัดคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกพบว่า สำหรับกลุ่มผู้ขับขีมอเตอร์ไซค์รับจ้างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง โดยคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ด้านสุขภาพจิต ชีวิตครอบครัวและชีวิตการทำงานตามลำดับ และคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีมาๆ ได้แก่ด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตการทำงานพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่กลุ่มผู้ค้าขายตลาดนัดโดยรวมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ด้านชีวิตครอบครัว สุขภาพจิต และสุขภาพกายตามลำดับ และคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดีมาๆ ได้แก่ด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความปลอดภัย ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตการทำงานส่วนอยู่ในระดับปานกลาง

อรดา ชีรเกียรติกำจร (2554) ได้ทำการศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 4.32 ของคะแนนเต็ม 5 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยขององค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน พบว่า มีสามองค์ประกอบที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี คือ องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.9 รองลงมาคือ องค์ประกอบด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.7 และองค์ประกอบด้านสังคมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.3 สำหรับองค์ประกอบที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.7 และ

องค์ประกอบด้านจิตใจมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.0 และการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุมากที่สุด คือ ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การพึ่งเทศน์ฟังธรรม ทำบุญ และการได้เข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน รองลงมา คือ อาชีพก่อนอายุ 60 ปีที่มีรายได้แน่นอน ได้แก่ รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และสถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ คือ อยู่ในสถานภาพสมรสและคู่สมรสยังมีชีวิตอยู่



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Copyright© by Chiang Mai University
 All rights reserved