

# การใช้บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health) ในการพัฒนาฐานข้อมูลคนพิการ

ศิรินาถ ตงศิริ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม 44000

## Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to develop database of persons with disabilities (PWDs)

Sirinart Tongsiri

Faculty of Medicine, Mahasarakram University

เป้าหมายสูงสุดของการฟื้นฟูสมรรถภาพ คือการเสริมสร้างสมรรถนะของคนพิการเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี การวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการจึงต้องมีการสำรวจเพื่อจัดทำฐานข้อมูลที่บ่งบอกสมรรถนะ และสะท้อนความต้องการที่แท้จริงของคนพิการได้ การสำรวจคนพิการที่ผ่านมา เป็นเพียงการเก็บข้อมูลจำนวนและประเภทของความพิการเท่านั้น การนำบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health หรือ ICF) ที่มีแนวคิดและรหัสขององค์ประกอบด้านสุขภาพที่ครบถ้วนทุกมิติมาใช้ในการสำรวจคนพิการ จึงน่าจะทำได้ ฐานข้อมูลที่สามารถนำไปวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ICF มีความสอดคล้องกับแบบสอบถามมาตรฐานที่ใช้ในการวัดระดับคุณภาพชีวิตหลายประเทศได้นำ ICF มาใช้หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การพัฒนาฐานข้อมูลคนพิการ การสื่อสารระหว่างบุคลากรที่ทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ การเก็บข้อมูลสมรรถนะของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ และเป็นแนวคิดในการพัฒนาแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคนพิการ ICF ยังมีข้อจำกัดในการกำหนดระดับความพิการโดยใช้ตัวกำหนดคุณภาพ (qualifiers) ประเทศไทยควรมีนำ ICF มาใช้ในการเก็บข้อมูลคนพิการ เพื่อให้มีฐานข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนติดตามและประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพได้

**คำสำคัญ:** ICF, คนพิการ, ฐานข้อมูล, คุณภาพชีวิต

The ultimate goal of rehabilitation for persons with disabilities (PWDs) is to improve functioning status to live independently and be actively engaged in mainstream society. To achieve this goal, a capacity-based data, rather than a conventional impairment-based data where merely number and types of impairment are included, should be used to reflect functioning and real needs of PWDs. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), being used as conceptual framework, classification of health and codes, can be used as a tool to develop a capacity-based data.

From literature review, ICF contents are correlated with other standardized quality of life tools. A number of reports show that many health data of chronic diseases are covered by ICF and ICF can be used as a "common language" to communicate across personnel with different backgrounds working together to promote quality of life of PWDs. However, there are some limitations in using qualifiers to define levels of disability that should be overcome before implementation of the tool. Thai authorities should consider ICF to be used in disability surveys to achieve a capacity-based data as a baseline to develop effective and comprehensive rehabilitation policies.

**Keywords:** ICF, person with disability (PWD), database, quality of life

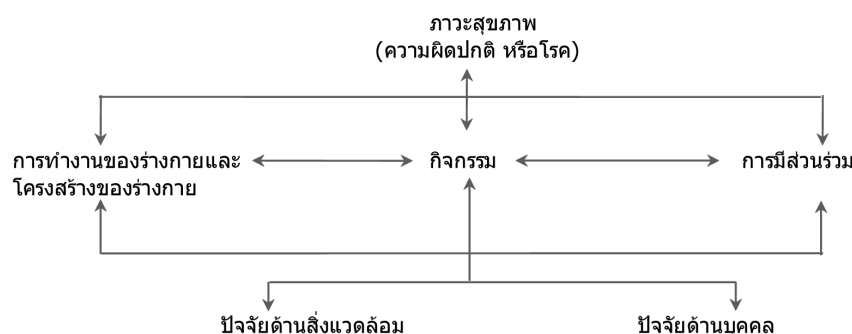
## บทนำ

“คนพิการ” ตามความหมายของพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ปี พ.ศ. 2550<sup>1</sup> จะต้องต้องมี 3 องค์ประกอบได้แก่ (1) เป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน อันเนื่องมาจาก (2) ความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด และ (3) มีอุปสรรคในการดำรงชีวิตด้านต่าง ๆ และต้องได้รับความช่วยเหลือเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้ พระราชบัญญัติฉบับนี้ยังได้นิยามความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอีกด้วยว่าเป็นการ “เสริมสร้างสมรรถภาพ การจัดสวัสดิการ การส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิ การสนับสนุนให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป มีส่วนร่วมทางสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ ภายใต้อสภาพแวดล้อมที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้” การดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จึงเป็นไปเพื่อ “เพิ่มสมรรถนะ (functioning)” และคุณภาพชีวิตของคนพิการซึ่งจำเป็นต้องมีการจัดทำฐานข้อมูลที่สามารถสะท้อนสมรรถนะและคุณภาพชีวิตของคนพิการเพื่อใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ วิธีหนึ่งที่จะได้มาซึ่งข้อมูลเหล่านี้คือ การสำรวจคนพิการ

การสำรวจคนพิการ มีการจัดทำกันมาอย่างต่อเนื่องในหลายๆ ประเทศทั่วโลก<sup>2</sup> ส่วนในประเทศไทยเองมีการสำรวจคนพิการในปีพ.ศ. 2550<sup>3</sup> อย่างไรก็ตาม การเก็บข้อมูลคนพิการที่ผ่านมาเป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะจำนวนและประเภทความพิการเป็นส่วนใหญ่<sup>4</sup> ทำให้เกิดเป็นข้อจำกัดในการนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจไปใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เนื่องจากข้อมูลที่ได้ไม่สามารถสะท้อนสมรรถนะและความต้องการของคนพิการได้จริง ทำให้ไม่สามารถวางแผนการสร้างเสริมสมรรถภาพเพื่อให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มี “ศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป” ได้

บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน สุขภาพและความพิการ (International Classification of Functioning, Disability and Health หรือ ICF) เป็นแนวคิดและรหัสที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งสมรรถนะของบุคคลที่องค์การอนามัยโลกประกาศให้ใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2544<sup>4</sup> ประเทศไทยได้นำรหัส ICF เข้ามาใช้โดยศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 และได้มีการจัดสัมมนา ICF workshop ในประเทศไทยขึ้นในพ.ศ. 2546 รหัส ICF รวมทั้งความหมายของแต่ละรหัสได้ถูกแปลเป็นภาษาไทยในปี พ.ศ. 2548<sup>5</sup> (แผนภูมิที่ 1)

ส่วนประกอบทั้ง 6 หมวดในแผนภูมิที่ 1 มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เช่น ผู้ป่วยชายอายุ 56 ปี (ปัจจัยด้านบุคคล) อาชีพรับราชการครู มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูงติดต่อกันมานานหลายปี (ความผิดปกติ/โรค) ไม่ได้ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ต่อมาผู้ป่วยรายนี้เป็นอัมพาตเนื่องจากเส้นโลหิตในสมองแตก หลังจากเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลได้ 1 สัปดาห์ แพทย์ให้กลับบ้านรักษาตัวที่บ้านโดยให้ญาติทำกายภาพบำบัดให้ ผู้ป่วยไม่สามารถอาบน้ำแต่งตัวเองได้ ทำกิจกรรมนอกบ้านไม่ได้ ประกอบอาชีพไม่ได้ ผู้ป่วยเข็นรถเข็นภายในบ้านได้เอง แต่ไม่สามารถออกนอกบ้านได้เพราะรอบบ้านเป็นพื้นดินขรุขระ (ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม) ทำให้เข็นรถเข็นเองไม่ได้ จากข้อมูลดังกล่าว พบว่า ความพิการของผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้มีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางด้านร่างกายแต่เพียงอย่างเดียว แต่ยังมีผลมาจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคลด้วย หากมีการปรับสภาพแวดล้อมให้เข้ากับสมรรถนะของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการปรับรูปแบบการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันให้เหมาะสม ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตใจ รวมทั้งการส่งเสริมให้คนพิการมีโอกาสได้เข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม อาจจะทำให้คนพิการมีสมรรถนะและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่วนประกอบของรหัส ICF



แผนภูมิที่ 1 แนวคิด ICF

ที่มา: WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, Switzerland: WHO, 2001.

ปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบของคุณภาพชีวิตทั้ง 6 หมวด (ยกเว้นความผิดปกติหรือโรค และปัจจัยด้านบุคคล) จะมีรหัส (code) ที่ใช้แทนเนื้อหาในทุกหมวด รหัส ICF ประกอบด้วยตัวหนังสือภาษาอังกฤษ 1 ตัว (b, s, d หรือ e) ตามด้วยตัวเลขตั้งแต่ 1-4 ตัว และตัวเลขหลังจุดทศนิยมตั้งแต่ 1-5 ตัว ตัวหนังสือภาษาอังกฤษใช้แทนหมวดต่าง ๆ ทั้ง 4 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 โครงสร้างของร่างกาย (body structures) แทนด้วยรหัส s หมวดที่ 2 การทำงานของร่างกาย (body functions) แทนด้วยรหัส b หมวดที่ 3 กิจกรรมและการมีส่วนร่วม (activity and participation) แทนด้วยรหัส d และหมวดที่ 4 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment factors) แทนด้วยรหัส e ตัวอย่างของการใช้รหัส ICF ในการกล่าวถึงการทำงานของร่างกาย (ตารางที่ 1) หากต้องการเก็บข้อมูลด้านการทำงานด้านประสาทสัมผัสและความเจ็บปวด (sensory function) ใช้รหัส b2 แต่หากจะบอกถึงรายละเอียดลงไปว่าเป็นข้อมูลด้านการทำงานของการมองเห็น (seeing function) ซึ่งเป็นระบบหนึ่งของการรับรู้ความรู้สึก จะใช้รหัส b210 หากต้องการจะบอกคุณภาพของการเห็น (quality of vision) ใช้รหัส b2102 และหากต้องการบอกละเอียดลงไปอีกว่า เป็นการเห็นสี (color vision) ให้ใช้รหัส b21021 การจะเลือกใช้รหัสให้มีความละเอียดถึงระดับใด ขึ้นกับวัตถุประสงค์ของผู้นำรหัสไปใช้ในการเก็บข้อมูล หากนำไปใช้ในทางคลินิกเพื่อดูสมรรถนะของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางการแพทย์ ก็อาจใช้ตัวเลขที่มากเพื่อระบุถึงสมรรถนะ (function) ของผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น แต่หากใช้รหัสเพื่อบันทึกสมรรถนะของคนพิการที่อยู่ในชุมชน รหัสที่ใช้ไม่จำเป็นต้องละเอียด หรือมีจำนวนตัวเลขมากเหมือนการบันทึกข้อมูลสุขภาพเพื่อเก็บข้อมูลเพื่อการรักษา

ในการบอกระดับความรุนแรงของความพิการ หรือความยากลำบากในการทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้น แสดงโดยใช้ตัวเลขหลังจุดทศนิยม เรียกว่า ตัวกำหนดคุณภาพ (qualifier)

แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 0-ไม่มีความยากลำบาก (no impairment) (ร้อยละ 0-4), 1- ยากลำบากเล็กน้อย (mild impairment) (ร้อยละ 5-24), 2- ยากลำบากปานกลาง (moderate impairment) (ร้อยละ 25-49), 3- ยากลำบากรุนแรง (severe impairment) (ร้อยละ 50-95) และ 4- ยากลำบากทั้งหมด (complete impairment) (ร้อยละ 96-100) นอกจากนี้ยังมีรหัสเพิ่มเติมอีก 2 รหัสได้แก่ 8-ไม่เฉพาะเจาะจง (not specific) และ 9-ไม่สามารถใช้รหัสนี้ได้ (not applicable) เช่น d450.0 หมายถึง ไม่มีความพิการทางการเดิน หรือ d450.4 หมายถึงเดินไม่ได้ เป็นต้น

การนำ ICF มาใช้ในการพัฒนาฐานข้อมูล ทำให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนคุณภาพชีวิตของมนุษย์แบบบูรณาการ นั่นคือการมีสุขภาพที่ดีไม่ใช่เพียงแค่การไม่เป็นโรคเท่านั้น แต่ยังรวมถึง ความสมบูรณ์ของทั้งร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ICF มีการกำหนดรหัสให้กับทุกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ทั้งโครงสร้างทางร่างกาย การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ การทำกิจกรรมและการเข้าสู่สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการดำรงชีวิตของมนุษย์ แนวความคิด ICF เป็นการปรับเปลี่ยนมุมมองความพิการจากมุมมองทางการแพทย์ (medical model) ไปเป็นมุมมองทางสังคม (social model)<sup>7</sup> โดยไม่ได้มองว่าความพิการเป็นความบกพร่องของทางร่างกายแต่เพียงอย่างเดียว แต่ความพิการเป็นเรื่องของปฏิสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติของร่างกายกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยให้คนพิการใช้ชีวิตได้เหมือนกับคนปกติ การใช้ ICF ในการเก็บข้อมูลคนพิการทำให้ได้ข้อมูลครอบคลุมทั้งความเจ็บป่วย และผลกระทบของความเจ็บป่วย รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ได้ข้อมูลสมรรถนะของคนพิการอย่างครบถ้วนสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้

ตารางที่ 1 รหัส ICF สำหรับการรับรู้ความรู้สึกด้านการมองเห็น

รายการในระดับที่	รายการ	รหัส
1	การทำงานด้านประสาทสัมผัสและความเจ็บปวด	b2
2	การทำงานของการมองเห็น	b210
3	คุณภาพของการมองเห็น	b2102
4	การเห็นสี	b21021

ที่มา: WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, Switzerland: WHO, 2001.

แนวคิดและรหัส ICF ยังเป็นเครื่องมือที่ใหม่สำหรับประเทศไทย และเพื่อเป็นแนวทางในการนำ ICF มาพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลคนพิการในประเทศไทย ควรมีการทบทวนวรรณกรรมเพื่อเรียนรู้พัฒนาการของ ICF การนำ ICF ไปใช้ประโยชน์ ประสิทธิภาพในการนำ ICF ไปใช้ในการพัฒนาฐานข้อมูลคนพิการ ความสอดคล้องของ ICF กับเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต แบบมาตรฐานที่มีใช้กันอยู่แล้ว และแนวทางในการประเมินระดับความรุนแรงของความพิการ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้ ICF ในการเก็บข้อมูลคนพิการ โดยเนื้อหาการรายงานจะแบ่งออกเป็น 4 หัวข้อได้แก่ วิธีการสืบค้นวรรณกรรม ผลของการค้นหาวรรณกรรม เนื้อหาที่ได้จากการทบทวน และบทสรุปของการนำเครื่องมือ ICF ไปใช้ในการพัฒนาฐานข้อมูลคนพิการ

### วิธีการศึกษา

ฐานข้อมูลที่ใช้ในการค้นหาวรรณกรรมมี 3 ฐาน ได้แก่ Pubmed, EBSCO Academic Search Elite และ Science Direct ซึ่งสืบค้นได้จากฐานข้อมูลออนไลน์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เมื่อค้นหาวรรณกรรมได้แล้ว ผู้วิจัยได้อ่าน ชื่อเรื่อง และบทคัดย่อ เพื่อคัดเอาเฉพาะวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาอ่านและสรุปใจความสำคัญ จากนั้นจึงค้นหาวรรณกรรมฉบับเต็ม (full text paper) เท่าที่จะสามารถสืบค้นได้มาอ่านเพิ่มเติม หากไม่สามารถหาวรรณกรรมฉบับเต็มมาได้ จะสรุป

จากบทคัดย่อ คำสำคัญที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, disability survey, population health และ เลือกรายงานที่เขียนเป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทย ที่มีการตีพิมพ์ในวารสารตั้งแต่เดือนมกราคมพ.ศ. 2543 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2553 เหตุผลที่เลือกปี พ.ศ. 2543 เนื่องจาก ICF ได้รับการประกาศให้ใช้โดยองค์การอนามัยโลกมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 การที่ได้ทบทวนวรรณกรรมก่อนปี พ.ศ. 2544 น่าจะทำให้ได้งานวิจัยที่กล่าวสรุปถึงวิวัฒนาการของ ICF ได้

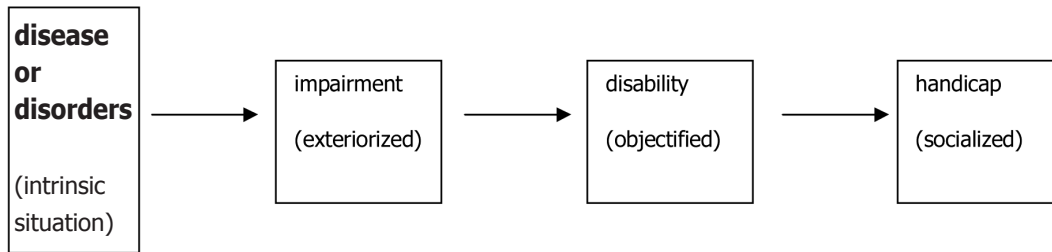
วรรณกรรมที่จะได้รับการคัดเลือกมาทบทวนมีคุณสมบัติ ดังนี้ (1) เป็นการนำรหัส ICF ไปใช้ในการสำรวจความพิการ ในชุมชนรวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การศึกษา การส่งเสริมการประกอบอาชีพของคนพิการ เป็นต้น (2) รายงานการประเมินระดับความรุนแรงของความพิการโดยใช้ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่มีอยู่แล้วมาเป็นแนวทาง (coding guidelines) ในการระบุความรุนแรงโดยใช้ตัวกำหนดคุณภาพ และ (3) การพัฒนาชุดรหัส ICF ( ICF core sets) สำหรับโรค และความพิการแบบต่าง ๆ

### ผลการศึกษา

จากการค้นหาวรรณกรรม ได้รายงานการศึกษามาจำนวน 397 รายงาน มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งสิ้น 149 รายงาน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและหัวข้องานวิจัย

หัวข้อ	จำนวน (เรื่อง)
1. การพัฒนา ICF และการนำไปใช้ประโยชน์	19
2. "ภาษากลาง"ในการสื่อสารในทีมสหวิชาชีพ	10
3. แนวคิดในการประเมินและจัดทำชุดรหัสหลัก (ICF core set)	73
4. การสำรวจความพิการในชุมชน	13
5. ความสอดคล้องของ ICF กับเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต	15
6. อื่น ๆ	19
<b>รวม</b>	<b>149</b>



แผนภูมิที่ 2 แนวคิด ICIDH

**ที่มา:** Kleijn-de Vrankrijker MW. The long way from the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disabil Rehabil.* 2003; 25: 561-4.

รายละเอียดการศึกษา ที่จัดอยู่ในหัวข้อต่าง ๆ มีดังนี้

1. การพัฒนา ICF และการนำไปใช้ประโยชน์

ICF สามารถใช้ในการแสดงข้อมูลที่เป็นองค์ประกอบของสุขภาพได้อย่างชัดเจนและหลากหลายมิติ ไม่เพียงแต่เฉพาะข้อมูลทางการแพทย์เท่านั้น<sup>8</sup> แต่ยังสามารถใช้ในการให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ด้วย<sup>9</sup> องค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้มีการบันทึกรหัส ICF ร่วมกับ รหัส International Classification of Diseases (ICD) โดย ICD เป็นการบันทึกข้อมูลด้านโรคและความเจ็บป่วย ส่วน ICF เป็นการบันทึกสภาวะสุขภาพที่ได้รับกระทบจากความเจ็บป่วยรวมทั้งคุณภาพชีวิตผู้ป่วยด้วย<sup>6</sup> ICF ได้พัฒนาขึ้นมาจากเครื่องมือบันทึกความพิการเดิมคือ International Classification of Impairment, Disability and Handicap (ICIDH)<sup>10</sup> ซึ่งพัฒนาขึ้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 เพื่อใช้อธิบาย “ผลกระทบ” (consequences) ของโรคและความเจ็บป่วยต่าง ๆ (แผนภูมิที่ 2) ผลกระทบของโรคที่ทำให้เกิดความพิการใน ICIDH มีจุดเริ่มต้นจากการมีโรคหรือสภาวะความเจ็บป่วยอื่น ๆ ในร่างกาย (disease or disorders) แล้วทำให้เกิดความบกพร่อง (impairment) นำไปสู่ความพิการ (disability) และความด้อยโอกาส (handicap) ในที่สุด (แผนภูมิที่ 2 แนวคิด ICIDH)

จากแนวคิด ICIDH พบว่า ข้อจำกัดด้านร่างกายและการทำงานของมนุษย์เกิดจากปัจจัยทางด้านร่างกายแต่เพียงอย่างเดียว แต่แนวคิดของ ICF (แสดงในแผนภูมิที่ 1) ได้รวมปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมเข้ามาด้วย ทำให้มีความครอบคลุมสมรรถนะของคนพิการ คุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการดำรงชีวิตของมนุษย์เข้ามาด้วย ทำให้แนวคิด ICF อธิบายส่วนประกอบของคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมมากกว่าแนวคิด ICIDH

Ustun และคณะ<sup>11</sup> ได้รายงานการใช้ ICF ในการบันทึกข้อมูลสมรรถนะ (functional status) ของบุคคล Stucki

และคณะ<sup>9,12</sup> ได้เสนอให้ใช้ ICF ในการวัดผลลัพธ์ของการรักษาทางการแพทย์ (outcome evaluation) จากการทบทวนวรรณกรรมของ Jelsma<sup>2</sup> พบว่า เกือบ 10 ปีหลังจากการประกาศใช้ ICF มีหลายประเทศได้นำ ICF ไปใช้แล้วแต่ส่วนใหญ่เป็นประเทศที่พัฒนาแล้วทั้งในทวีปยุโรป รวมทั้งประเทศสหรัฐอเมริกาและออสเตรเลีย ประเทศอื่น ๆ ที่ได้มีรายงานการใช้ ICF ได้แก่ สโลวีเนีย<sup>13</sup> อิตาลี<sup>14,15</sup> แอฟริกาใต้<sup>16</sup> ญี่ปุ่น<sup>17</sup> แชนเบีย<sup>18</sup> โมแซมบิก<sup>19</sup> อินเดีย<sup>20</sup> และจีน<sup>21</sup> Jelsma<sup>2</sup> ได้เสนอแนะให้ประเทศกำลังพัฒนามีการนำ ICF ไปใช้ในการพัฒนาฐานข้อมูลคนพิการให้มากขึ้น ปัญหาที่พบในการนำรหัส ICF ไปใช้ ได้แก่ บางรหัสมีความซ้ำซ้อนกัน เช่น s4101 (arteries)/b415 (blood vessel functions) บางครั้งไม่มีรหัสที่ต้องการใช้ (missing codes) และ การขาดความจำเพาะ (lack of specificity) ของตัวกำหนดคุณภาพ

2. การใช้ ICF เป็นภาษากลางในการสื่อสารในทีมสหวิชาชีพ

เนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการทำงานที่ต้องอาศัยบุคลากรจากหลายหลายสาขามาทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพ (interdisciplinary approach) ICF สามารถใช้เป็นภาษากลางในการสื่อสาร ระหว่างผู้ปฏิบัติงานได้ ทั้งผู้ที่ให้บริการทางด้านการศึกษา การทำงาน การดูแลชีวิตความเป็นอยู่ สภาพแวดล้อม และฐานะทางเศรษฐกิจ Allan และคณะ<sup>22</sup> ได้รายงานการนำ ICF ไปใช้ในการเรียนการสอนบุคลากรทางการแพทย์ที่มาจากต่างสาขาวิชาชีพ Borgnolo และคณะ<sup>19</sup> ได้รายงานการสอนเรื่องการให้รหัส ICF ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ (primary care centres) ICF ยังสามารถใช้เป็นแนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพและการให้สุขศึกษา<sup>23</sup> เพราะตามแนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพเป็นการส่งเสริมให้มนุษย์มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน แนวคิด

ของ ICF สามารถใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างองค์การต่าง ๆ กับการสร้างเสริมสุขภาพได้ รวมทั้งอธิบายการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม (ecological perspectives) อีกด้วย กล่าวโดยรวมแล้ว ICF จึงสามารถใช้เป็นภาษากลางในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และผู้กำหนดนโยบาย (policy makers) ให้เข้าใจประเด็นสุขภาพที่มีความซับซ้อน สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อนำไปสู่ความร่วมมือที่ดีในการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนด้วย<sup>24</sup>

แนวคิด ICF สามารถนำไปใช้ในการพัฒนานโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในระดับประเทศ ดังมีตัวอย่างนโยบายจากประเทศต่าง ๆ ได้แก่ disability-friendly cities ในประเทศแคนาดา สหรัฐอเมริกา<sup>23</sup> และในประเทศญี่ปุ่น<sup>17</sup> ได้แก่ นโยบายที่เกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของคนพิการ (Basic programs for persons with disabilities) การปรับสภาพแวดล้อมในสังคมให้คนพิการสามารถเข้าสู่สังคมได้ (Biwako Millennium framework for action towards an inclusive, barrier-free and rights-based society for persons with disabilities in Asia and the Pacific) การพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้สูงอายุ (the care of the elderly people) และคนพิการทางจิต และการสำรวจผู้ป่วยด้วยเรื่องหอบหืดจากมลภาวะ (surveys of the functioning in the patients with asthma)

การใช้ ICF ในวงการอื่นที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ ที่พบมากเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ<sup>25-28</sup> Minis และคณะ<sup>26</sup> ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการใช้รหัส ICF ในการทำความเข้าใจเรื่องการทำงานของผู้ป่วยที่มีโรคเกี่ยวกับระบบประสาทและกล้ามเนื้อในประเทศอิตาลี พบว่า แนวคิดและรหัส ICF สามารถใช้ในการระบุความสัมพันธ์ระหว่างอาการเจ็บป่วย ความพิการ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการทำงานของผู้ป่วย

### 3. แนวคิดในการประเมินและจัดทำชุดรหัสหลัก

ICF ถูกนำไปใช้ใน 2 รูปแบบคือ (1) ในฐานะที่เป็นกรอบความคิด (conceptual framework) ในการมองปัญหาสุขภาพแบบบูรณาการโดยใช้ในการค้นหาความสามารถในการดำรงชีวิตของมนุษย์ (functioning) และ (2) ในฐานะที่เป็นรหัส โดยได้มีการพัฒนาชุดรหัสหลัก (ICF core sets) สำหรับการเก็บข้อมูลสุขภาพในแต่ละโรค<sup>25</sup> และได้มีการรายงานการพัฒนาชุดรหัส ICF เพื่อนำมาใช้ในกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ<sup>29</sup> ได้แก่ โรคในกลุ่มความผิดปกติของระบบประสาท (neurological disorders) คือ การได้รับบาดเจ็บบริเวณสมอง

(traumatic brain injury)<sup>30,31</sup> ไขสันหลังบาดเจ็บ (spinal cord injury)<sup>32</sup> โรคหลอดเลือดสมอง (stroke)<sup>33</sup> multiple sclerosis<sup>34</sup> กลุ่มความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูก (musculoskeletal disorders) คือ โรคกระดูกพรุน (osteoporosis)<sup>35</sup> ankylosing spondylitis<sup>36</sup> การสูญเสียอวัยวะ (amputation)<sup>37</sup> โรคข้อรูมาติก (rheumatoid arthritis)<sup>38</sup> ข้อเข่าเสื่อม (knee osteoarthritis)<sup>39</sup> กลุ่มความผิดปกติด้านจิตใจ (psychological disorders) คือ sleep disorder<sup>40</sup> bipolar disorder<sup>41</sup> และอื่น ๆ เช่น โรคปอด (obstructive pulmonary disease)<sup>42</sup> เบาหวาน (diabetes mellitus)<sup>43</sup> การสูญเสียการได้ยิน (hearing loss)<sup>44</sup> มะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ (head and neck cancer)<sup>45</sup> เด็กที่มีความต้องการพิเศษ (children with special healthcare needs)<sup>46</sup> และ manual medicine<sup>47</sup> และได้มีการพัฒนาชุดรหัส ICF ที่สามารถใช้ร่วมกันได้ในผู้ป่วยที่หลากหลาย (generic ICF core sets)<sup>48</sup> เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วยหลาย ๆ โรคได้ ต่อมาได้มีการพัฒนาชุดรหัสหลักมาเก็บข้อมูลด้านการฝึกอาชีพของผู้ป่วยด้วย<sup>49</sup>

มีการหาความเชื่อมโยงหรือเปรียบเทียบเนื้อหาที่ใช้ในแบบสอบถามระหว่างรหัส ICF กับ เครื่องมืออื่น ๆ ที่ใช้วัด health status<sup>50</sup> รหัส ICF ได้นำไปใช้ในการพัฒนาคำถามเพื่อค้นหาบุคคลที่มีความพิการในประเทศกำลังพัฒนาโดย United Nation Disability Statistic Database<sup>51</sup> ซึ่งเป็นการใช้รหัส ICF ในการบันทึกข้อมูลทางด้านสุขภาพ

นักวิจัยมีวิธีการที่หลากหลายในการพัฒนาชุดรหัสหลัก Ewert และคณะ<sup>52</sup> ได้พัฒนาชุดรหัสหลักของผู้ป่วยโดยใช้วิธีการศึกษาแบบ multi-center, cross sectional study ในประเทศเยอรมัน โดยใช้ บุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมวิธีการให้รหัส ICF ส่วนวิธีการอื่น ๆ ที่ใช้ในการคัดเลือกรหัสได้แก่ การตัดสินใจอย่างเป็นทางการ (formal decision making) และการสรุปร่วมกัน (consensus process) ได้แก่ วิธี delphi exercise<sup>29</sup> การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) และรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่ (empirical data collection) คัดเลือกโดยบุคลากรทางการแพทย์เช่นเดียวกัน จากวิธีการนี้ ทำให้ได้ comprehensive และ brief ICF core sets สำหรับโรคกระดูกพรุน (osteoporosis)<sup>53</sup> โรคหลอดเลือดสมอง (stroke)<sup>36</sup> โรคอ้วน (obesity)<sup>54</sup> และ ไขสันหลังบาดเจ็บ (spinal cord injury)<sup>55</sup>

นอกจากจะมีการพัฒนา ICF core set สำหรับโรคต่าง ๆ แล้ว ยังมีการนำแนวคิดของ ICF ไปเป็นแนวทางในการมองประเด็นสุขภาพที่ทำให้เกิดความพิการด้วย เช่น การสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนที่มีความบกพร่องด้านการ

มองเห็นและการได้ยิน<sup>56</sup> ความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิด ICF กับเด็กในวัยเรียนที่ประสบปัญหากระทบเทือนทางสมองภายหลัง (acquired traumatic brain injury)<sup>57</sup>

มีข้อโต้แย้งว่า ชุตรหัส ICF ที่พัฒนาขึ้นมาเป็นมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์แต่เพียงฝ่ายเดียว ซึ่งอาจจะไม่ตรงกับความเห็นของผู้ป่วย หรือคนพิการ ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยของ Kirchberger<sup>43</sup> ที่ได้มีการนำชุตรหัส ICF ที่ได้พัฒนามาใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน โดยการนำ focus group เพื่อคว่ำรหัสที่พัฒนาขึ้นมาสามารถบอกรายละเอียดความสามารถทางด้านร่างกายตรงกับที่ผู้ป่วยคิดไว้หรือไม่ พบว่าบางรหัสที่ผู้ป่วยและคนพิการเห็นว่าควรจะถูกบรรจุเข้ามาในชุตรหัสไม่ได้ถูกรวบรวมไว้ และบางรหัสที่รวบรวมไว้ก็ไม่ตรงกับมุมมองของผู้ป่วย<sup>58</sup> ซึ่งน่าจะมีความรู้ในเรื่องความยากลำบากในการทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วมในสังคมและชุมชนในมุมมองที่แตกต่างกับบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นควรต้องให้ผู้ป่วยหรือคนพิการเข้าไปมีส่วนร่วมในการคัดเลือกรหัสในการเก็บข้อมูลด้วย

ยังมีรายงานการพัฒนารหัส ICF สำหรับความพิการแบบอื่น ๆ ด้วย เช่น ผู้ที่มีสูญเสียการได้ยิน (hearing loss) หรือผู้ที่มีความพิการซ้ำซ้อน เช่น หูหนวกและตาบอด (deaf-blindness)<sup>56</sup> นั้นอยู่ในขั้นพัฒนาชุตรหัสออกมา<sup>59</sup> ได้มีรายงานการใช้รหัส ICF ในการเก็บข้อมูลเด็กสมองพิการ (cerebral palsy) ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศไทย<sup>60</sup>

#### 4. การสำรวจความพิการในชุมชน

การสำรวจความพิการ มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 3 ข้อ ได้แก่ (1) ติดตามความสามารถในการดำรงชีวิต (2) ออกแบบบริการที่ตรงกับความต้องการของคนพิการ และ (3) ประเมินโอกาสความเท่าเทียมของคนพิการในสังคม (equalization of opportunity)<sup>19</sup> ในประเทศแซมเบีย ได้มีการสำรวจข้อมูลคนพิการเป็นระยะ ๆ และพบว่า ในปี พ.ศ. 2533 มีความชุกของคนพิการอยู่เพียงร้อยละ 0.9 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.7 ในปี พ.ศ. 2549 เนื่องจาก การสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2533 แบบสอบถามที่ใช้สามารถตรวจหาคนพิการเฉพาะคนพิการที่มีความพิการรุนแรงอย่างเห็นได้ชัดเจนเท่านั้น แต่ในปี พ.ศ. 2549 ได้ นำแบบสอบถามจาก The Washington Group on Disability Statistics (WG) และใช้จุดตัด (cut-off points) ที่ระดับความรุนแรง 3 ระดับ คือ มีความพิการบ้าง (at least some difficulty) มีความพิการมาก (at least a lot of difficulty) และ ไม่สามารถทำอะไรได้เลย (unable to do it at all) ใน 6 ด้าน ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว ความจำ การดูแลตนเอง และการสื่อสาร ทำให้ได้ความชุกของคนพิการที่ต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 6.1 ถึงร้อยละ 14.5

ข้อมูลที่ได้ อาจเป็นที่สนใจของผู้กำหนดนโยบายเนื่องจาก ข้อมูลที่ได้สามารถบอกลักษณะคนพิการ และสมรรถนะของร่างกายได้ละเอียดมากขึ้นเพื่อ ช่วยในการตัดสินใจว่าจะให้ความช่วยเหลือกับคนพิการกลุ่มใดก่อน และหากเราสามารถทราบความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของคนพิการในบางกลุ่ม สามารถออกแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับกลุ่มที่มีความพิการอย่างแท้จริง จะทำให้มีการใช้ทรัพยากรที่มีความคุ้มค่าได้

Mbogoni<sup>51</sup> ได้ทบทวน Disability Statistics Database (DISTAT) ที่รวบรวมโดยองค์การสหประชาชาติ (United Nation) พบว่า ความชุกของความพิการในประเทศกำลังพัฒนา มีความแตกต่างกันมาก เนื่องจาก คำจำกัดความของความพิการแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน ส่วนใหญ่คำถามที่ใช้ถามเพื่อค้นหาความพิการเป็นลักษณะความพิการ (impairment) มีเป็นส่วนน้อยที่ใช้คำถามที่เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วม (activity and participation-based) เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบความชุกของความพิการในระดับประเทศ องค์การสหประชาชาติได้แนะนำให้แต่ละประเทศใช้แนวคิด ICF ในการค้นหาความชุกของคนพิการ และค้นหาระดับความยากลำบากในการทำกิจกรรมด้วย

การสำรวจความพิการในประเทศอาฟกานิสถานใช้แนวคิด ICF ร่วมกับ capabilities model<sup>61</sup> โดยมองว่าความสามารถในการดำรงชีวิต (functioning) ของมนุษย์ถือเป็นการประสบความสำเร็จ ในการบริหารจัดการอย่างหนึ่ง ความสามารถในการดำรงชีวิตไม่ได้มีเพียงความสามารถในการทำงานของร่างกายแต่รวมไปถึงการจัดเตรียม “ทางเลือกต่าง ๆ (range of possibilities)” เพื่อให้บุคคลมีความสามารถในการ “เลือก” ที่จะทำด้วย ความพิการจึงไม่เพียงแต่การมีข้อจำกัดด้านร่างกายและความไม่พร้อมของทรัพยากรในสังคมเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการไม่มี “อิสระ” ในการเลือกที่จะดำรงชีวิตในสังคมนั้น แบบสอบถามที่ใช้การสำรวจแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อจำกัดของการดำรงชีวิตในด้านร่างกายและการรับรู้สัมผัส (การมองเห็น การได้ยิน และการพูด) สถิติปัญญาและความสามารถด้านการเรียนรู้ พฤติกรรมและจิตใจ การสื่อสารและการเข้าสู่สังคม และอาการชัก ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การช่วยเหลืองานบ้าน การไปยังสถานที่ต่าง ๆ การสื่อสารกับคนในครอบครัว การปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคม ความสามารถในการเรียนรู้และความทรงจำ การได้รับการยอมรับจากสังคม การไม่มีโอกาสชิมคร่ำ และการไม่มีอาการชัก แต่ละข้อคำถามเป็นการถามแบบให้

ผู้ตอบเป็นคนพิจารณาระดับความยากลำบากด้วยตนเอง การรายงานความชุกของคนที่พิการใช้จุดตัดในระดับต่าง ๆ

การสำรวจความพิการในประเทศไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2550<sup>3</sup> ได้ใช้แนวความคิดของ ICF โดยมีแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะความพิการ (impairment) อยู่ 31 หัวข้อ ความบกพร่องด้านการดูแลตนเอง (activity limitation in self-care) 17 หัวข้อ มีการถามเกี่ยวกับ การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น การไปวัด โบสถ์ หรือมัสยิด รวมทั้งการได้รับการส่งเสริมอาชีพและการจัดหางานจากภาครัฐ ระดับความยากลำบากออกเป็น 4 ระดับได้แก่ ไม่มี ความยากลำบาก ลำบากเล็กน้อย ลำบากมาก และทำไม่ได้เลย โดยไม่ได้บอกว่าจะใช้ cut-off thresholds ที่ระดับใด พบจำนวนคนพิการทั้งสิ้น 1,319,832 ราย แบ่งเป็นคนพิการที่มีความยากลำบากในด้านการดูแลตนเองร้อยละ 0.6 และคนพิการที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายร้อยละ 2.0 และร้อยละ 24 ของคนพิการทั้งหมดมีอายุมากกว่า 70 ปี ความพิการที่พบมากที่สุดคือ การขึ้นลงบันได (ร้อยละ 42.2) และมีความยากลำบากในการขับถ่ายมากถึงร้อยละ 92.3 คำถามที่ใช้ในการสำรวจความพิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติสามารถใช้ระบุความชุกของความพิการได้ แต่อาจจะมีข้อจำกัดในการใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจให้การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต

The Washington Group on Disability Statistics (WG)<sup>62</sup> ได้พัฒนาแบบสอบถามมาให้โดยแบ่งความละเอียดของคำถามออกเป็นหลายแบบ ได้แก่ ชุดคำถามหลัก (core questions) คำถามเพิ่มเติม (additional questions for core domains) และ คำถามเฉพาะของแต่ละประเทศ (country-specific questions) UNESCAP ร่วมกับองค์การอนามัยโลกได้นำชุดคำถามหลักไปใช้ร่วมกับการพัฒนาฐานข้อมูลคนพิการในปี พ.ศ. 2551<sup>63</sup> โดยได้มีการพัฒนาคู่มือการสัมภาษณ์ควบคุมแนวทางในการบันทึกข้อมูลลงในฐานข้อมูลซึ่งประเทศที่มีความต้องการจะสำรวจคนพิการสามารถนำไปใช้ได้

5. ความสอดคล้องของ ICF กับเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบว่ามีคำแนะนำแนวทางการประเมินความรุนแรงของความบกพร่องและการทำกิจกรรม (coding guideline) มาใช้ในการวัดระดับความรุนแรงของความพิการ โดยใช้ตัวกำหนดคุณภาพด้วยเหตุนี้ หลายประเทศจึงยังไม่ได้ใช้ ตัวกำหนดคุณภาพในการเก็บข้อมูลระดับความพิการ Jelsma<sup>2</sup> ได้รายงานว่ามีการใช้ตัวกำหนดคุณภาพควบคู่ไปกับรหัส ICF ในการศึกษาเพียงร้อยละ 14 เท่านั้น

แนวคิด ICF มีความสอดคล้องกับเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตแบบต่าง ๆ เมื่อนำ ICF ไปเปรียบเทียบกับแบบสอบถามเพื่อคุณภาพชีวิต เช่น SF-12<sup>64</sup> Barthel Index, FIM และแบบสอบถามอื่น ๆ<sup>65</sup> โดยใช้ “กฎของการเปรียบเทียบ (linking rules)” ที่พัฒนาโดย Cieza และ คณะ<sup>50</sup> พบว่าข้อมูลสุขภาพใน ICF มีความสอดคล้องกับหัวข้อต่าง ๆ ที่บรรยายไว้ใน SF-12 และรหัส ICF สามารถใช้ในการบอกความแตกต่างระหว่างผู้ที่เป็นอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) และคนปกติ ดังนั้น รหัส ICF สามารถใช้ในการบันทึกที่สามารถใช้บอกคุณภาพชีวิตได้ และการบันทึกข้อมูลสุขภาพในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic health records) ด้วยรหัส ICF จะทำให้การเก็บข้อมูลและประมวลผลเป็นไปอย่างรวดเร็ว และสามารถประยุกต์ให้เข้ากับการทำงานของสถานบริการ (administrative health database) เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

6. อื่น ๆ

ได้มีการพัฒนา ICF-CY เพื่อนำไปใช้วัดสภาวะสุขภาพของเด็กและเยาวชน<sup>66</sup> โดยแนวคิดของ ICF-CY เหมือนกับ ICF แต่ได้ปรับให้เหมาะกับพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ของเด็กและเยาวชน รวมทั้งครอบครัวและโรงเรียนที่จัดเป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็ก

## สรุป

ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจคนพิการ ควรเป็นข้อมูลที่สามารถสะท้อน “สมรรถนะ” ของคนพิการอันประกอบด้วย การทำงานของร่างกายและการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ที่อาจจะบกพร่องเนื่องจากได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม การสำรวจคนพิการที่ผ่านมาเป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะประเภทและจำนวนคนพิการเท่านั้น ทำให้มีข้อจำกัดในการนำข้อมูลที่ได้ออกไปติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ICF เป็นทั้งแนวความคิดและรหัสที่พัฒนาขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลสุขภาพแบบบูรณาการ รหัส ICF สามารถนำมาใช้ในการบันทึกข้อมูลความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การจัดหางาน และการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในสังคม ทั้งผู้ป่วยคนพิการ รวมทั้งผู้สูงอายุ และการเก็บข้อมูลคนพิการในชุมชน ICF สามารถใช้เป็นภาษากลางที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่ทำงานร่วมกันในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของคนพิการ การใช้ตัวกำหนดคุณภาพเป็นสิ่งที่ใช้ในการบันทึกการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และติดตามประสิทธิภาพของวิธีการรักษา



จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ICF สามารถใช้ในการจัดทำฐานข้อมูลคนพิการเพื่อให้สามารถบอกสมรรถนะและคุณภาพชีวิตของคนพิการ รวมทั้งสามารถเปรียบเทียบความชุกของคนพิการระหว่างประเทศ แนวความคิด ICF มีความสอดคล้องกับเครื่องมือที่ใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตคนพิการที่เป็นมาตรฐาน รวมทั้งสามารถใช้ในการบันทึกข้อมูลด้านการศึกษา การประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เพื่อดันหาความต้องการของคนพิการในการรับบริการ (service needs) แต่ยังมีองค์ความรู้ที่ค่อนข้างจำกัดเกี่ยวกับการพัฒนาคู่มือการวัดระดับความรุนแรงของความบกพร่อง และความสามารถในการทำกิจกรรมโดยใช้ตัวกำหนดคุณภาพ

หากประเทศไทย จะมีการนำ ICF มาใช้ในการการสำรวจคนพิการ อาจเริ่มต้นจากการใช้คำถามที่เป็นไปตามคำแนะนำขององค์กรต่าง ๆ เช่น WG โดยใช้คำถามที่เป็นแกนหลัก (core questions) และใช้คำถามเพิ่มเติม (additional questions) ตามความต้องการใช้ข้อมูลของพื้นที่หรือพัฒนาแบบสอบถามขึ้นมาเองตามความต้องการของผู้ใช้ข้อมูลซึ่งอาจจะมาจากหลากหลายสาขาวิชาชีพ และควรจะต้องวางแผนไปจนถึงการประมวลผล และรายงานผลการเก็บข้อมูลออกมาในรูปแบบที่ผู้ใช้สามารถนำไปใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้จริง การรายงานความชุกของคนพิการก็ควรจะรายงานจำนวนคนพิการที่มีความยากลำบากในระดับต่าง ๆ กัน ส่วน ชุดรหัสหลัก (ICF core sets) ที่ได้พัฒนากันขึ้นมาสำหรับโรคต่าง ๆ สามารถนำมาใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เฉพาะโรค และการพัฒนาชุดรหัสหลัก ควรเป็นความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการและญาติ เพื่อให้สามารถสะท้อนความต้องการที่แท้จริงของคนพิการ

### กิตติกรรมประกาศ

การทบทวนวรรณกรรมในรายงานฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยที่ได้รับทุนอุดหนุนจาก สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

### เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พุทธศักราช 2550.(2550, กันยายน,27). ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 8-9
2. Jelsma J. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health: a literature survey. J Rehabil Med 2009; 41:1-12.

3. NSO. National Disability Survey. National Statistical Office, Thailand, 2007.
4. WHO. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF the International Classification of Disability and Health. Geneva: World Health Organization 2002.
5. องค์การอนามัยโลก. บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ: ICF (ฉบับภาษาไทย). กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก, 2544.
6. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, Switzerland: WHO, 2001.
7. Krahn G, Campbell VA. Evolving views of disability and public health: the roles of advocacy and public health. Disabil Health J 2011; 4:12-8.
8. Stephens D. World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF. Journal of Audiological Medicine: John Wiley & Sons, Inc., 2001.
9. Stucki G, Cieza A, Ewert T. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. Disabil Rehabil 2002; 24:281-2.
10. Kleijn-de Vrankrijker MW. The long way from the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Disabil Rehabil 2003; 25:561-4.
11. Ustun TB, Chatterji S, Kostansjek N, Bickenbach, J. WHO's ICF and functional status information in health records. Health Care Financ Rev 2003; 24:77-88.
12. Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. Disabil Rehabil 2002; 24: 932-8.
13. Ptyushkin P, Vidmar G, Burger H, Marincek C, Escorpizo R. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in vocational rehabilitation and disability assessment in Slovenia: state of law and users' perspective. Disabil Rehabil 2010; 33:130-136
14. Maini M, Nocentini U, Prevedini A, Prevedini A, Giardini A, Muscolo E. An Italian experience in the ICF implementation in rehabilitation: Preliminary theoretical and practical considerations. Disabil Rehabil 2008; 30:1146-52.
15. Martinuzzi A, Frare M, Pradal M, Mion M, Dugone S, Durante M, et al. Disseminating the WHO International Classification of Functioning Health and Disability (ICF) in the Veneto region of Italy. Disabil Rehabil 2008; 30:71-80.
16. Eide AH, Jelsma J, Loeb M, Maart S, Toni MK. Exploring ICF components in a survey among Xhosa speakers in Eastern & Western Cape, South Africa. Disabil Rehabil 2008; 30:819-29.

17. Okawa Y, Ueda S. Implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in national legislation and policy in Japan. *Int J Rehabil Res* 2008; 31:73-7.
18. Loeb ME, Eide AH, Mont D. Approaching the measurement of disability prevalence: The case of Zambia. *Alter - European J Disabil Res* 2008; 2:32-43.
19. Borgnolo G, Soares IC, Dos Santos Soares B, Vaz P, Meucci P, et al. Preliminary results of ICF dissemination in primary health care in Mozambique: sharing the Italian experience. *Disabil Rehabil* 2009; 31 Suppl 1:S78-82.
20. Srinivasan K, Vaz M, Thomas T. Prevalence of health related disability among community dwelling urban elderly from middle socioeconomic strata in Bangaluru, India. *Indian J Med Res* 2010; 131:515-21.
21. Alhaji T, Wang L, Wheeler K, Zhao W, Sun Y, Stallones L, et al. Prevalence of disability among adolescents and adults in rural China. *Disabil Health J* 2010; 3:282-8.
22. Allan CM, Campbell WN, Guptill CA, Stephenson FF, Campbell KE. A conceptual model for interprofessional education: The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *J Interprof Care* 2006; 20:235-45.
23. Howard D, Nieuwenhuijsen ER, Saleeby P. Health promotion and education: Application of the ICF in the US and Canada using an ecological perspective. *Disabil Rehabil* 2008; 30:942-54.
24. Dahl TH. International Classification of Functioning, Disability and Health: An Introduction and Discussion of its Potential Impact on Rehabilitation Services and Research. *J Rehabil Med* 2002; 34:201-4.
25. Conclave M, Fusaro G, Sala M, Martinuzzi A, Russo E, Frare M, et al. The ICF and labour policies project: the first Italian nation-wide experience of ICF implementation in the Labour Sector. *Disabil Rehabil* 2009; 31 Suppl 1:S16-21
26. Minis MA, Heerkens Y, Engels J, Oostendorp R, Engelen B. Classification of employment factors according to the International Classification of Functioning, Disability and Health in patients with neuromuscular diseases: A systematic review. *Disabil Rehabil* 2009; 1-14.
27. Schult ML, Ekholm J. Agreement of a work-capacity assessment with the World Health Organisation International Classification of Functioning, Disability and Health pain sets and back-to-work predictors. *Int J Rehabil Res* 2006; 29:183-93
28. Willems H, de Kleijn-de Vrankrijker M. Work disability in The Netherlands: data, conceptual aspects, and perspectives. *J Occup Environ Med* 2002; 44:510-5.
29. Weigl M, Cieza A, Andersen C, et al. Identification of relevant ICF categories in patients with chronic health conditions: a Delphi exercise. *J Rehabil Med* 2004; 36:12-21.
30. Bernabeu M, Laxe S, Lopez R, Stucki G, Ward A, Barnes M, et al. Developing core sets for persons with traumatic brain injury based on the international classification of functioning, disability, and health. *Neurorehabil Neural Repair* 2009; 23:464-7
31. Koskinen S, Hokkinen EM, Sarajuuri J, Alaranta, H. Applicability of the ICF checklist to traumatically brain-injured patients in post-acute rehabilitation settings. *J Rehabil Med* 2007; 39:467-72.
32. Biering-Sorensen F, Scheuringer M, Baumberger M, Charlifue SW, Post MW, Montero F, et al. Developing core sets for persons with spinal cord injuries based on the International Classification of Functioning, Disability and Health as a way to specify functioning. *Spinal Cord* 2006; 44:541-6
33. Geyh S, Cieza A, Schouten J, Dickson H, Frommelt P, Omar Z, et al. ICF core sets for stroke. *J Rehabil Med* 2004; 44 Suppl: 135-41.
34. Khan F, Pallant JF. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to identify preliminary comprehensive and brief core sets for multiple sclerosis. *Disabil Rehabil* 2007; 29:205-13.
35. Cieza A, Schwarzkopf SR, Sigi T, Stucki G, Melvin J, Stoi T, et al. ICF core sets for osteoporosis. *J Rehabil Med* 2004; 36:81-6.
36. Boonen A, van Berkel M, Kirchberger I, Cieza A, Stucki G, van der Heijde D. Aspects relevant for functioning in patients with ankylosing spondylitis according to the health professionals: a Delphi study with the ICF as reference. *Rheumatology (Oxford)* 2009; 48:997-1002.
37. Kohler F, Cieza A, Stucki G, Geertzen J, Burger H, Dillon MP, et al. Developing Core Sets for persons following amputation based on the International Classification of Functioning, Disability and Health as a way to specify functioning. *Prosthet Orthot Int* 2009; 33:117-29.
38. Stucki G, Cieza A. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) core sets for rheumatoid arthritis: a way to specify functioning. *Ann Rheum Dis* 2004; 63 Suppl 2: ii40-ii5.
39. Xie F, Lo NN, Lee HP, Cieza A, Li SC. Validation of the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) brief core set for osteoarthritis. *Scand J Rheumatol* 2008; 37:450-61.

40. Stucki A, Cieza A, Michel F, Stucki G, Bentley A, Culebras A, et al. Developing ICF core sets for persons with sleep disorders based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Sleep Med* 2008; 9:191-8.
41. Vieta E, Cieza A, Stucki G, Chatterji S, Nieto M, Sanchez-Moreno J, et al. Developing core sets for persons with bipolar disorder based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Bipolar Disord* 2007; 9:16-24.
42. Rauch A, Kirchberger I, Stucki G, Cieza A. Validation of the Comprehensive ICF core set for obstructive pulmonary diseases from the perspective of physiotherapists. *Physiother Res Int* 2009; 14: 242-59.
43. Kirchberger I, Coenen M, Hierl FX, Dieterle C, Seissler J, Stucki G, et al. Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) core set for diabetes mellitus from the patient perspective using focus groups. *Diabet Med* 2009; 26:700-7.
44. Danermark B, Cieza A, Gangé J-P, Gimigliano F, Granberg S, Hickson L, et al. International classification of functioning, disability, and health core sets for hearing loss: A discussion paper and invitation. *Int J Audiol* 2010; 49:256-62.
45. Tschiesner U, Cieza A, Rogers SN, Piccirillo J, Funk G, Stucki G, et al. Developing core sets for patients with head and neck cancer based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2007; 264:1215-22.
46. Kronk RA, Ogonowski JA, Rice CN, Feldman HM. Reliability in assigning ICF codes to children with special health care needs using a developmentally structured interview. *Disabil Rehabil* 2005; 27:977-83.
47. Kirchberger I, Stucki G, Bohni U, Cieza A, Kirschneck M, Dvorak J. Towards an outcome documentation in manual medicine: a first proposal of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) intervention categories for manual medicine based on a Delphi survey. *Eur J Phys Rehabil Med* 2009; 45:415-26.
48. Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Üstün B, Stucki G. Identification of candidate categories of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) for a generic ICF core set based on regression modelling. *BMC Med Res Methodol* 2006; 6:1-16.
49. Escorpizo R, Ekholm J, Gmunder HP, Cieza A, Kostanjsek N, Stucki G. Developing a core set to describe functioning in Vocational Rehabilitation Using The International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF). *J Occup Rehabil* 2010.
50. Cieza A, Brockow T, Ewert T, Amman E, Kollerits B, Chatterji S, et al. Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. *J Rehabil Med* 2002; 34:205-10.
51. Mbogoni M. On the application of the ICIDH and ICF in developing countries: evidence from the United Nations Disability Statistics Database (DISTAT). *Disabil Rehabil* 2003; 25:644-58.
52. Ewert T, Fuesl M, Cieza A, Christina A, Somnath C, Nenad K, et al. Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF checklist. *J Rehabil Med* 2004; Suppl.44:22-9.
53. Cieza A, Schwarzkopf S, Sigl T, Stucki G, Melvin J, Stoi T, et al. ICF core sets for osteoporosis. *J Rehabil Med* 2004; 44 Suppl: 81-6.
54. Stucki A, Daansen P, Fuesl M, Cieza A, Huber E, Atkinson R, et al. ICF core sets for obesity. *J Rehabil Med* 2004; 36:107-13.
55. Cieza A, Kirchberger I, rensen FB-S, Baumberger M, Charlifue S, Post MW, et al. ICF core sets for individual with spinal cord injury in the long-term context. *Spinal Cord* 2010; 48:305-12.
56. Crews JE, Campbell VA. Vision impairment and hearing loss among community-dwelling older Americans: implications for health and functioning. *Am J Public Health* 2004; 94:823-9.
57. Ehrenfors R, Borell L, Hemmingsson H. Assessments used in school-aged children with acquired brain injury--linking to the international classification of functioning, disability and health. *Disabil Rehabil* 2009; 31:1392-401.
58. Coenen M, Cieza A, Stamm TA, Amann E, Kollerits B, Stucki G. Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) core set for rheumatoid arthritis from the patient perspective using focus groups. *Arthritis Res Ther* 2006; 8: R84.
59. Moller K. Deafblindness: a challenge for assessment--is the ICF a useful tool? *Int J Audiol* 2003; 42:S140-S2.
60. Nilwatwanapan D. Use of ICF in Children with Cerebral Palsy; a case study in the Wachira Hospital, Phuket. *Rehabilitation Services Bangkok: Mahidol University, 2007.*
61. Trani J-F, Bakhshi P. Challenges for assessing disability prevalence: The case of Afghanistan. *Alter - European J Disabil Res* 2007; 2:44-64.
62. WG. The Washington Group on Disability Database. Available from [http://www.cdcc.gov/nchs/washington\\_group.htm](http://www.cdcc.gov/nchs/washington_group.htm), [Cited November 15, 2011].

63. WHO/UNESCAP. Training Manual on Disability Statistics. Bangkok: United Nation, 2008.
64. Mayo NE, Poissant L, Ahmed S, Finch L, Higgins J, Salbach NM, et al. Incorporating the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) into an electronic health record to create indicators of function: proof of concept using the SF-12. J Am Med Inform Assoc 2004; 11:514-22.
65. Schepers VPM, Ketelaar M, van de Port IGL, Visser-Meily JMA, Lindeman E. Comparing contents of functional outcome measures in stroke rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. Disabil Rehabil 2007; 29:221-30.
66. Ibragimova N, Granlund M, Björck-Åkesson E. Field trial of ICF version for children and youth (ICF-CY) in Sweden: Logical coherence, developmental issues and clinical use. Dev Neurorehabil 2009; 12:3-11.

