ความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ และการใช้บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพในการปฏิบัติทางคลินิกสำหรับนักกายภาพบำบัดไทย

Knowledge, understanding, attitude and use of the international classification of functioning, disability and health in clinical practice among Thai physical therapists

พรรณี ปึงสุวรรณ[1,2]*, เฟื่องลดา ปิดตาระเต[1], ชีวาพร แสนเจ๊ก[1], พันทิวา อินทร์หมื่นไวย์[1], พิศมัย มะลิลา[1,2], วนิดา ดรปัญหา[1,2]

Punnee Peungsuwan [1,2]*, Faunglada Pittarate[1], Cheewaporn Saenjek[1], Pantiwa Inmuenwai[1], Pisamai Malila[1,2], Wanida Donpunha[1,2]

สาขาวิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

School of Physical Therapy, Faculty of Associated Medical Sciences, Khon Kaen University

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health) หรือ ICF เป็นกรอบการทำงานเพื่อจัดทำแนวทางที่เป็นมาตรฐานและครอบคลุมในการอธิบายและจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความพิการ ในประเทศไทย ICF ใช้เป็นคู่มือมาตรฐานในการประเมินและจำแนกประเภทความพิการ อย่างไรก็ตาม ดูเหมือนว่าจะมีช่องว่างในความเข้าใจและการตระหนักเกี่ยวกับ ICF ในกลุ่มนักกายภาพบำบัดประเทศไทย

วัตถุประสงค์: เพื่อสำรวจความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติของการใช้ ICF และ ICF core set ในนักกายภาพบำบัดประเทศไทย

วิธีการวิจัย: นักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย จำนวน 346 คน ได้เชิญเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร เพื่อตอบแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติในการใช้ ICF ผ่าน Google form แบบสอบถามนี้ได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และให้นักกายภาพบำบัดทดสอบก่อนใช้ อาสาสมัครส่งแบบสอบถามกลับภายใน 2 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย: นักกายภาพบำบัดตอบแบบสอบถามทั้งหมด 191 คน (ร้อยละ 55.20) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมากรู้จัก ICF ร้อยละ 74.35 และมีความรู้ ความเข้าใจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.11 และไม่รู้จัก ICF core set ร้อยละ 71.83 ส่วนการนำ ICF ไปใช้งานทางคลินิกพบว่าส่วนมากนำไปใช้ร้อยละ 52.82 และมีผู้ที่ไม่เคยฝึกอบรมหรือเรียนรู้เกี่ยวกับ ICF มาก่อนพบร้อยละ 57.59 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมากร้อยละ 47.89 มีมุมมองที่ดีต่อการใช้ ICF แต่มีอุปสรรคเกี่ยวกับความรู้และความเข้าใจในการใช้

สรุปผล: การศึกษาครั้งนี้อาจกล่าวได้ว่า การศึกษาและการฝึกอบรม ICF มีความจำเป็นเพื่อเพิ่มความสามารถของนักกายภาพบำบัดในการใช้ ICF อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นเนื้อหาในหลักสูตรของสถาบันผลิตนักกายภาพบำบัด

คำสำคัญ: บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ ความรู้ ทัศนคติ นักกายภาพบำบัด

ABSTRACT

Background: The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is a framework to provide a standardized and comprehensive way to describe and categorize information related to health and disability. In Thailand, the ICF is used as a standard manual for assessment and categorization of disability, however; there seems to be a gap in understanding and awareness of the ICF among physical therapists (PTs) in Thailand.

*Corresponding author: Punnee Peungsuwan. School of Physical Therapy, Faculty of Associated Medical Sciences, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand. Email: ppunnel@kku.ac.th

Received: 28 August 2023; Revised: 9 November 2023; Accepted: 26 December 2023

Objective: To explore the level of knowledge, understanding and attitudes of the ICF use, including the ICF core set in PTs, Thailand.

Methods: Three hundred forty-six PTs in hospitals of the Ministry of Public Health were invited to volunteer. To answer the questionnaire of knowledge, understanding and attitude in using ICF via Google form within 2 months. The questionnaire received recommendations from 3 experts and PTs tested before use. The data were analyzed by descriptive statistics.

Results: A total of 191 PTs responded to the questionnaire (55.20%). Most of the respondents had a moderate level of ICF knowledge (74.35 %) and did not know (25. 65 %). Most of the respondents had used the ICF (52.82%) and had never trained or learned about ICF (57.59%). There is a favorable view of the use of ICF for the respondents (47.89 %), but there are barriers due to knowledge and understanding of its use.

Conclusion: This study may mention that ICF education and training needs to enhance PTs' ability to use the ICF effectively and be content in courses for institutions of physical therapy.

Keywords: ICF, Knowledge, Attitude, Physical therapists

บทนำ

บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health) หรือ ICF เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินความสามารถตามประเภทความพิการที่เป็นมาตรฐานสากล พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) มีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อการนำเสนอภาษามาตรฐานที่รวมไว้ด้วยกัน เพื่อเป็นประโยชน์ และเป็นเครื่องมือทางสถิติด้านการวิจัย ด้านการบำบัดรักษา ด้านการวางนโยบายทางสังคม และด้านการศึกษา ตลอดจนสามารถวิเคราะห์ข้อมูลประสานและเชื่อมโยงข้อมูลได้ในระดับประเทศ ทำให้การบริหารจัดการในระบบสุขภาพด้านความพิการมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ICF เป็นแบบประเมินที่ได้อธิบายโครงสร้างสุขภาพและสถานะส่วนประกอบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยพิจารณาจากร่างกายของบุคคลและสังคม ประกอบด้วยสามส่วนดังนี้ การทำงานและโครงสร้างของร่างกาย (body function and body structure) กิจกรรมและการมีส่วนร่วม (activity and participation) และปัจจัยด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม (environmental and personal factors) ซึ่งมีความเชื่อมโยงกัน ผู้ใช้ ICF สามารถบันทึกการทำหน้าที่ของแต่ละบุคคล ความพิการและสุขภาพในขอบเขตต่าง ๆ โดยการบันทึกด้วยรหัสซึ่งถือเป็นการใช้ภาษาสามัญมาตรฐานสากล เพื่อสื่อความหมายด้านการสาธารณสุขทั่วโลก[1]

กรอบ ICF สามารถใช้เป็นกรอบแนวคิดสำหรับสำรวจข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา และประเมินผลลัพธ์ด้านการรักษาผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ในทางกายภาพบำบัดจะช่วยให้นักกายภาพบำบัดสามารถวิเคราะห์ผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวม มีแนวทางการตัดสินใจในการตรวจประเมินและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม[2] เนื่องจาก ICF ฉบับสมบูรณ์มีรายละเอียดของข้อคำถามและขอบเขตการประเมินจำนวนมาก การนำไปใช้สำหรับผู้ป่วยแต่ละโรคจะทำให้ต้องใช้เวลา ต่อมามีการพัฒนา ICF เป็นชุดหลักบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ หรือเรียกว่า ICF core set ซึ่งเป็นการรวบรวมรหัสสำคัญที่พัฒนาขึ้นจากผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขาในการดูแลกลุ่มประชากรผู้ป่วยแต่ละโรค เพื่อทำให้เครื่องมือมีความจำเพาะและอำนวยความสะดวกในการใช้งานยิ่งขึ้น รหัสของ ICF core set ได้พัฒนา

สำหรับโรคต่าง ๆ ยกตัวอย่าง เช่น โรคเข่าเสื่อม (knee osteoarthritis) โรคกระดูกพรุน (osteoporosis) โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) และโรคสมองพิการ (cerebral palsy) เป็นต้น

ICF core set ประกอบด้วยชุดรหัสที่จำเพาะต่อผู้ป่วยแต่ละโรค สามารถนำเครื่องมือไปใช้งานได้สะดวกยิ่งขึ้น[3] ในประเทศไทย ICF และ ICF core set อาจจะไม่เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายและการนำไปประยุกต์ใช้งานทางคลินิกยังน้อย การศึกษาของ Pernambuco และคณะ ปี 2018 พบว่า กลุ่มของนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดของประเทศบราซิล มีอุปสรรคในการนำ ICF ไปใช้ คือ ขาดความรู้ และความเชี่ยวชาญในการใช้งาน[4] สอดคล้องกับการวิจัยเชิงสำรวจในนักกิจกรรมบำบัดของประเทศแคนาดาเกี่ยวกับความรู้ในการใช้ ICF โดย Farrell และคณะ ปี 2007 พบว่า ร้อยละ 70 ของผู้ตอบแบบสำรวจและสัมภาษณ์มีความรู้เกี่ยวกับ ICF บ้าง แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการ ส่วนใหญ่มีความรู้น้อยเกี่ยวกับ ICF โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบจำแนกประเภท (classification system) และไม่มีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับการนำ ICF ไปใช้ในทางปฏิบัติ นอกจากนี้คำตอบจากแบบสัมภาษณ์ยังมีการเสนอแนะว่า การศึกษาในมหาวิทยาลัยเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการรับความรู้เกี่ยวกับ ICF ซึ่งสอดคล้องกับสมาพันธ์โลกของนักกิจกรรมบำบัด (World Federation of Occupational Therapists) ICF เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ได้บรรจุในหลักสูตรของวิชาชีพที่ต้องให้การรักษา[5] การศึกษาของ Maini และคณะ กล่าวว่าการนำ ICF core set ไปใช้งานพบปัญหาหลัก ได้แก่ การแปลภาษาเนื้อหาของหมวด ICF ที่ไม่ชัดเจนและเข้าใจยาก และยังพบว่าอิทธิพลของภูมิหลังทางวิชาชีพที่แตกต่างกันของผู้ประเมินมีผลต่อการใช้งาน[6] นอกจากนี้ ในปี 2018 การศึกษาของ Schiariti และคณะ ได้กล่าวว่า ICF core set มีความท้าทายเกี่ยวข้องกับการขาดความรู้ รวมทั้งการฝึกฝนและการแปลผลลัพธ์จากการวัดที่เป็นมาตรฐานเพื่อให้การใช้ ICF มีความเหมาะสม[7]

สำหรับนักกายภาพบำบัดซึ่งมีบทบาทสำคัญในการทำงานกับผู้พิการตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งฟื้นฟูให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่สังคม และสามารถดูแลตนเองได้ การนำ ICF ไปใช้ทางคลินิกมีความจำเป็นต่อวิชาชีพกายภาพบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Pimdee และ Nualnetr ปี 2017 กล่าวว่า การประยุกต์ใช้กรอบ ICF เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ผลลัพธ์จากการนำ ICF ไปใช้ทีมดูแลสุขภาพที่บ้านมีความพึงพอใจและเป็นการสร้างเสริมพลังในระดับสูง ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการบริการด้วย[8] จากการศึกษาของ Tongsiri ปี 2013 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำฐานข้อมูลของคนพิการที่มาจากการใช้ ICF มาเป็นแนวทางในการกำหนดแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแบบองค์รวม ซึ่ง ICF สามารถใช้ในการเก็บข้อมูลได้ดี แต่ควรมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานอื่นเพิ่มเติม เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเป็นระบบและมีองค์รวม[9] จากการทบทวนวรรณกรรม ICF เป็นประโยชน์สำหรับทีมดูแลสุขภาพคนพิการ อย่างไรก็ตาม การนำ ICF ไปใช้สำหรับนักกายภาพบำบัดยังไม่ชัดเจน และไม่สามารถพบหลักฐานยืนยันได้ สันนิฐานได้ว่าอาจจะมีอุปสรรคด้านความรู้ ความเข้าใจ และการตระหนักเกี่ยวกับการใช้ ICF ในกลุ่มนักกายภาพบำบัด ประเทศไทย ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติต่อการใช้ ICF และ ICF core set ในนักกายภาพบำบัดที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการสำรวจความคิดเห็นของนักกายภาพบำบัดประเทศไทยเกี่ยวกับ ICF โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่ HE652210)

ผู้เข้าร่วมการวิจัย

นักกายภาพบำบัดที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 346 คน โดยมีเกณฑ์ ในการพิจารณากลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นนักกายภาพบำบัดผู้มีใบประกอบวิชาชีพที่ได้รับการอนุมัติจากสภาวิชาชีพกายภาพบำบัด และทำงานประจำโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำการศึกษาวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณสำหรับงานวิจัยเชิงสำรวจ [10]

$$N = \frac{n_0}{1 + \frac{(n_0 - 1)}{N}}$$

โดย N คือ จำนวนประชากรนักกายภาพบำบัดในประเทศไทยที่นำมาพิจารณาจำนวน 3,415 คน ซึ่งอ้างอิงข้อมูลจากสภาวิชาชีพกายภาพบำบัดในปี 2564 และ n_0 คือ ค่าการคำนวณที่ได้จากสูตร

$$n_0 = \frac{z^2 p(1-p)}{e^2}$$

เมื่อกำหนดค่าระดับความเชื่อมั่น (z) เท่ากับ 95% หรือ 1.96 ค่าความแปรปวน (p) เท่ากับ 0.5 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (e) เท่ากับ 0.05[8] จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 346 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยและคณะได้ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างแบบสอบถามจากงานวิจัยของ Pernambuco และคณะ ในปี 2018[4] จากนั้นรวบรวมข้อมูล และจัดทำแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติในการใช้เครื่องมือบัญชีสากล เพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (ICF) มีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 2) ความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติ เกี่ยวกับ ICF มีคำถาม 4 ข้อ ให้คะแนนตามลำดับมาก-น้อย 3) การนำ ICF ไปใช้งาน มีคำถาม 5 ข้อ มีการตอบคำถาม 3 แบบ คือ ใช่/ไม่ใช่ คะแนนตามลำดับมาก-น้อย และตอบคำถามปลายเปิด 4) ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบหลังจากการนำ ICF ไปใช้งาน เป็นคำถามปลายเปิด 1 ข้อ และ 5) เหตุผลที่ไม่นำ ICF ไปใช้งาน เป็นคำถามปลายเปิด 2 ข้อ 6) การรู้จัก ICF core set มี 4 คำถาม คือ คำตอบแบบ ใช่/ไม่ใช่ 2 ข้อ แบบมีตัวเลือกหลายคำตอบ 1 ข้อ และคำถามปลายเปิดให้ระบุเพิ่มเติม 1 ข้อ การจัดทำแบบสอบถาม ตลอดจนการแปลผลแบบสอบถามนี้ ผ่านการพิจารณาและได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดลองใช้กับนักกายภาพบำบัดทั่วไปก่อนนำแบบสอบถามไปใช้งาน

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การสุ่มนักกายภาพบำบัดจาก 13 เขตสุขภาพในประเทศไทย จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ต้องการจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามคิดเป็นร้อยละ 10 ของจำนวนนักกายภาพบำบัดทั้งหมดในเขตนั้น การสุ่มเลือกจังหวัดคิดเป็นครึ่งหนึ่งของจังหวัดทั้งหมดในเขตนั้น ยกเว้นเขต 13 ที่มีเพียงจังหวัดเดียว ยกตัวอย่างเช่น เขตที่ 1 มี 8 จังหวัด และมีนักกายภาพบำบัดทั้งหมด 340 คน จึงต้องการผู้ตอบแบบสอบถาม 34 คน จากการสุ่มเลือก 4 จังหวัด จังหวัดละ 3-4 โรงพยาบาล เฉลี่ยจำนวนคนในแต่ละโรงพยาบาลเท่า ๆ กัน เป็นต้น จากนั้นส่งจดหมายบันทึกข้อความเพื่อขอความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามในรูปแบบ Google form มีเอกสารหนังสือคำชี้แจงและคิวอาร์โค้ดสำหรับตอบแบบสอบถาม ทำการจัดส่งทางไปรษณีย์ และอาสาสมัครมีระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 2 เดือน ซึ่งเมื่ออาสาสมัครตอบแบบสอบถามกลับมาถือว่าเป็นการตอบรับเพื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การศึกษานี้ใช้โปรแกรม SPSS for window สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นพื้นฐานแบบสถิติ

เชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยบรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติ เกี่ยวกับ ICF และการนำ ICF ไปใช้งาน ปัญหาและอุปสรรคในการใช้ ICF ในงานประจำ โดยแสดงค่าการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation หรือ SD) โดยนำเสนอเป็นตารางและแผนภูมิ การแปลผลมาตรวัดลิเคอร์ท (Likert scale) แบ่งระดับทัศนคติจากค่าเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51 ขึ้นไป หมายถึง มีทัศนคติ ระดับดีมาก/สูงมาก ค่าเฉลี่ย 3.51- 4.50 หมายถึง มีทัศนคติระดับดี/สูง ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง มีทัศนคติระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง มีทัศนคติระดับไม่ดี/ต่ำ และค่าเฉลี่ย 1.50 และต่ำกว่า หมายถึง มีทัศนคติระดับไม่ดีอย่างมาก/ต่ำมาก[11]

ผลการวิจัย

แบบสอบถามที่ส่งให้นักกายภาพบำบัด จำนวน 346 คน รวบรวมแบบสอบถามได้ 191 คน คิดเป็นร้อยละ 55.20 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติในการใช้ ICF ทางคลินิกสำหรับนักกายภาพบำบัดประเทศไทย คณะผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามทุกเขตสุขภาพ เขตที่ได้รับแบบสอบถามมากที่สุด คือ เขต 4 และ 8 ดังแสดงในตารางที่ 1

<u>ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม</u>

คุณลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม แสดงในตารางที่ 1 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.96 ช่วงอายุระหว่าง 29 - 34 ปี ประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 - 12 ปี คำถามเกี่ยวกับ ICF นักกายภาพบำบัดจำนวนมากรู้จัก ICF ร้อยละ 74.35 แต่ส่วนมากไม่เคยได้รับการอบรมหรือเรียนรู้เกี่ยวกับ ICF ร้อยละ 57.59 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 191)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	44	23.04
หญิง	147	76.96
2. อายุ		
23 – 28 ปี	40	20.94
29 – 34 ปี	63	32.98
35 – 40 ปี	36	18.85
41 – 46 ปี	31	16.23
47 – 52 ปี	14	7.33
53 – 58 ปี	7	3.67
3. ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	163	85.34
ปริญญาโท	27	14.14
ปริญญาเอก	1	0.52
4. สถานที่ทำงาน		
เขต 1	18	9.42
เขต 2	15	7.85
เขต 3	18	9.42
เขต 4	21	11.00
เขต 5	17	8.90
เขต 6	4	2.09
เขต 7	13	6.81
เขต 8	21	11.00
เขต 9	12	6.28
เขต 10	14	7.33
เขต 11	17	8.90
เขต 12	16	8.38
เขต 13	5	2.62

ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 191) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. ประสบการณ์ทำงาน		
1 - 6 ปี	58	30.37
7 - 12 ปี	57	29.84
13 - 18 ปี	33	17.28
19 - 24 ปี	25	13.09
25 - 30 ปี	13	6.80
31 - 36 ปี	5	2.62
6. ท่านรู้จัก ICF หรือไม่		
รู้จัก	142	74.35
ไม่รู้จัก	49	25.65
7. ท่านเคยได้รับการอบรมหรือเรียนรู้เกี่ยวกับ ICF หรือไม่		
เคย	81	42.41
ไม่เคย	110	57.59

<u>ความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติ เกี่ยวกับ ICF</u>

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติ ในการใช้ ICF ของนักกายภาพบำบัด ความคิดเห็นที่มีทัศนคติระดับดีมีค่าเฉลี่ยมากกว่า 3.51 คือ ผู้ตอบคิดว่า ICF มีความสำคัญในการใช้ประเมินผู้ป่วยและ ICF สามารถช่วยในการประเมินผู้ป่วยได้ดี และครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ส่วนคำตอบที่มีเจตคติระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยมากกว่า 2.51 คือ ความง่าย/สะดวกในการใช้งานของ ICF มีผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุดร้อยละ 42.95 และผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุดร้อยละ 52.11 คิดว่าตนเองมีความรู้ความเข้าใจระดับปานกลาง

<u>การนำ ICF ไปไปประยุกต์ใช้จริง ปัญหาและอุปสรรคในการใช้งาน</u>

ผู้ตอบแบบสอบถามที่รู้จัก ICF จำนวน 142 คน เคยนำ ICF ไปประยุกต์ใช้ในการทำงานจริง จำนวน 75 คน (ร้อยละ 52.82) ในจำนวนนี้ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามยังคงใช้งาน ICF อยู่จนถึงปัจจุบันจำนวน 49 คน (ร้อยละ 65.33) ความถี่ในการใช้มากที่สุดอยู่ระดับปานกลาง จำนวน 40 คน (ร้อยละ 53.33) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมากที่ยังใช้งาน ICF อยู่ มีการนำไปใช้งานในกลุ่มผู้ป่วยฟื้นฟูระยะกลาง หรือ Intermediate care (IMC) ใช้ในการติดตามออกเยี่ยมบ้าน และประเมินหลังออกเอกสารรับรองความพิการ ซึ่งเป็นเหตุผลที่ผู้ตอบให้ข้อมูลจากการนำ ICF ไปใช้พบปัญหา ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำ ICF ไปใช้งาน แสดงเหตุผลเรียงจากผู้ที่ตอบมากที่สุด คือ ICF มีรายละเอียดมากเกินไปและมีความยุ่งยากซับซ้อน (ร้อยละ 30.67) ใช้เวลาในการประเมิน (ร้อยละ 18.67) และขาดความรู้ความชำนาญในการใช้ (ร้อยละ 18.67) และมีรายการอื่น ๆ ตามลำดับ

สำหรับกลุ่มที่ไม่เคยนำ ICF ไปประยุกต์ใช้งานจำนวน 67 คน คิดว่าสามารถนำไปประยุกต์ใช้งานได้ด้วยตนเอง 40 คน (ร้อยละ 59.7) และส่วนมากมีความมั่นใจในการนำไปประยุกต์ใช้ระดับปานกลาง 27 คน (ร้อยละ 40.30) และมั่นใจน้อยที่สุด 12 คน (ร้อยละ 17.90) ทั้งนี้ไม่พบผู้ตอบแบบสอบถามที่มั่นใจในระดับมากที่สุด เหตุผลที่ไม่นำ ICF ไปใช้งาน แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติ เกี่ยวกับ ICF (n = 191)

คำถาม	ระดับความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ เกี่ยวกับ ICF (คะแนน)					
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	คะแนนเฉลี่ย
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Mean± S.D.
1. ท่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ICF มากน้อยเพียงใด	14 (9.86)	26 (18.31)	74 (52.11)	25 (17.61)	3 (2.11)	2.84±0.90
2. ท่านคิดว่า ICF มีความสำคัญในการใช้ประเมินผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด	3 (2.11)	4 (2.82)	53 (37.32)	55 (38.73)	27 (19.02)	3.70±0.88
3. ท่านคิดว่า ICF มีความง่าย/สะดวกในการใช้งานมากน้อยเพียงใด	11 (7.75)	26 (18.31)	61 (42.95)	38 (26.76)	6 (4.23)	3.01±0.97
4. ท่านคิดว่า ICF สามารถช่วยในการประเมินผู้ป่วยได้ดี และครอบคลุมมากยิ่งขึ้นมากน้อยเพียงใด	3 (2.11)	6 (4.23)	41 (28.87)	68 (47.89)	24 (16.90)	3.73±0.87

หมายเหตุ: ผลการศึกษานำเสนอโดยใช้จำนวนคน (ร้อยละ) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 3 แสดงปัญหาที่พบหลังจากการนำ ICF ไปใช้งาน (n = 75)

ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. รายละเอียดของเครื่องมือมากเกินไป มีความยุ่งยากซับซ้อน	23	30.67
2. ใช้เวลานานในการประเมิน	14	18.67
3. ขาดความรู้ความชำนาญในการใช้งาน	14	18.67
4. ขาดความเข้าใจในแบบประเมินและบันทึกผลคลาดเคลื่อน	8	10.66
5. ผลการประเมินที่เป็นข้อจำกัดที่นักกายภาพบำบัดไม่สามารถจัดการได้	6	8.00
6. อุปสรรคด้านการนำข้อมูลไปวิเคราะห์ผล	6	8.00
7. ไม่สามารถใช้เครื่องมือร่วมกับสหวิชาชีพอื่น	4	5.33
รวม	75	100

หมายเหตุ: ผลการศึกษานำเสนอโดยใช้จำนวนคนและร้อยละ

ตารางที่ 4 แสดงเหตุผลที่ไม่นำ ICF ไปใช้งาน (n = 67)

ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้งานเครื่องมือ ICF	25	37.31
2. ใช้เวลานานในการประเมินด้วยการใช้เครื่องมือ ICF	20	29.85
3. เครื่องมือ ICF ใช้งานยาก	13	19.40
4. มีความคล้ายคลึงกับเครื่องมืออื่นที่ใช้ในการประเมิน	3	4.48
5. ขอบเขตของการประเมินกว้างกว่าบทบาทของนักกายภาพบำบัด	3	4.48
6. ไม่มีสหวิชาชีพอื่นใช้เครื่องมือ ICF	3	4.48
รวม	67	100.00

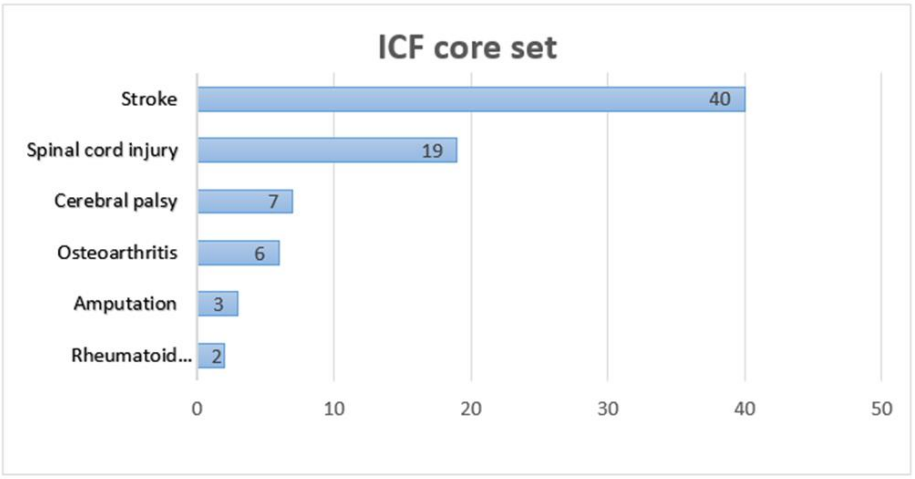
หมายเหตุ: ผลการศึกษานำเสนอโดยใช้จำนวนคนและร้อยละ

ตารางที่ 4 แสดงเหตุผลที่ไม่นำ ICF ไปใช้งานมากที่สุด คือ ขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการใช้ ICF (ร้อยละ 37.31) ใช้เวลาในการประเมิน (ร้อยละ 29.85) และใช้งานยาก (ร้อยละ 19.40) และมีเหตุผลอื่น ๆ นอกจากนี้ กลุ่มที่ไม่เคยใช้ ICF ได้เสนอแนะเพิ่มเติมหากต้องการให้ ICF สามารถนำไปใช้งานได้จริง ดังตารางที่ 5 โดยเสนอว่า ICF ควรมีความกระชับ ใช้ง่าย และเหมาะสมกับบทบาทของนักกายภาพบำบัด (ร้อยละ 41.79) และควรจัดอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจในการใช้ (ร้อยละ 35.82) และข้อเสนอแนะอื่น ๆ

ตารางที่ 5 แสดงข้อเสนอแนะในการนำ ICF ไปใช้ทางคลินิก (n = 67)

ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ประยุกต์เครื่องมือ ICF ให้กระชับ ใช้งานง่ายเหมาะสมกับบทบาทของนักกายภาพบำบัด	28	41.79
2. จัดอบรม เรียนรู้ เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจในเครื่องมือ ICF	24	35.82
3. การนำ ICF ไปใช้งานร่วมกับสหวิชาชีพอื่นได้	8	11.94
4. การจัดสรรจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแลให้น้อยลง เพื่อให้มีเวลาในการนำเครื่องมือ ICF ไปใช้งาน	7	10.45
รวม	67	100.00

หมายเหตุ: ผลการศึกษานำเสนอโดยใช้จำนวนคนและร้อยละ



รูปที่ 1 แสดงประเภท ICF core set ที่ผู้ตอบแบบสอบถามรู้จัก โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย (คน)

ข้อมูลเกี่ยวกับ ICF core set (รูปที่ 1 ก-ค)

ผู้ที่รู้จัก ICF จำนวน 142 คน รู้จัก ICF core set เพียงจำนวน 40 คน (ร้อยละ 28.17) และในจำนวนนี้มีผู้ที่เคยนำ ICF core set ไปประยุกต์ใช้งานจริง จำนวน 21 คน (ร้อยละ 52.50) โดยประเภทของ ICF core set ที่ผู้ตอบแบบสอบถามรู้จัก/ไม่รู้จักและการนำไปใช้/ไม่ใช้ แสดงในรูปที่ 1

บทวิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 55.20 แม้จำนวน ผู้ตอบ

แบบสอบถามไม่ตรงตามเป้าหมายที่คำนวณไว้ ซึ่งมากกว่าร้อยละ 50 ถือว่าเป็นอัตราส่วนการตอบกลับที่ยอมรับได้และถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดี โดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าวิธีการรวบรวม ข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ มีอัตราการตอบกลับของแบบสอบถามที่ต่ำ การรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์และการแจกแบบสอบถามด้วยตนเองโดยมีอัตราการตอบกลับเพียงร้อยละ 20-65[12, 13] ดังนั้น อัตราการตอบกลับที่ต่ำกว่าเป้าหมายจึงเป็นอุปสรรคที่พบบ่อย สำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม เช่นเดียวกับการศึกษาการสำรวจนักกิจกรรมบำบัด ในประเทศแคนาดาเกี่ยวกับความรู้และการใช้ ICF ของ Farrell และคณะ ได้มีการส่งอีเมลแบบสอบถามออกไปถึง 3,344 ฉบับ แต่ได้รับการตอบกลับเพียง 587 ฉบับ คิดเป็นร้อยละประมาณ 17.6 เท่านั้น[5]

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมากรู้จัก ICF แต่มีผู้รู้จัก ICF core set ไม่มาก เมื่อพิจารณาถึงความรู้ ความเข้าใจ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีจำนวนมากที่สุดประมาณร้อยละ 74 ที่รู้จัก ICF แต่มีความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลาง ขณะที่ผู้ตอบแบบสอบถาม ไม่เคยได้รับการอบรมหรือเรียนรู้เกี่ยวกับ ICF ประมาณร้อยละ 57 จึงสันนิษฐานได้ว่าอาจเป็นผลจากความรู้และความเข้าใจ ส่งผลต่อการนำไปประยุกต์ใช้ของผู้ตอบแบบสอบถาม และอาจจะส่งผลให้มีการตอบกลับของแบบสอบถามน้อยด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Farrell และคณะ ที่พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเป็นนักกิจกรรมบำบัดในประเทศแคนาดาร้อยละ 70 มีความรู้เกี่ยวกับ ICF แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องความรู้มีน้อยเกี่ยวกับระบบจำแนกประเภทและไม่มีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับการนำไปใช้งาน[5]

สำหรับข้อคำถามเกี่ยวกับ ICF core set พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมากไม่รู้จัก ICF core set ประมาณร้อยละ 71 และมีผู้ตอบแบบสอบถามเพียง 21 คนจากทั้งหมด 40 คนเท่านั้นที่เคยนำ ICF core set ไปประยุกต์ใช้ในการทำงาน อาจจะเกี่ยวข้องกับการกล่าวถึงการใช้ ICF core set และการศึกษายังไม่มากพอในประเทศไทย การศึกษาส่วนมากทำโดยนักวิจัยชาวตะวันตก การนำ ICF core set ไปใช้จึงจำเป็นต้องศึกษาถึงความเหมาะสมของเครื่องมือก่อน โดยเฉพาะความเหมาะสมของภาษา รวมทั้งชาวเอเชียหรือไทยที่มีความแตกต่างด้านสังคมวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม[14] การศึกษานี้มีจำนวนผู้ที่รู้จัก ICF core set for stroke หรือในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มากที่สุดร้อยละ 100 นอกจากนี้ ในการศึกษาของ Junsorn และคณะ ในปี 2018 เกี่ยวกับการศึกษาความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงของ ICF core set สำหรับการล้ม (ฉบับภาษาไทย) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคตว่าควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ภาษาไทยให้ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในหมวดปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ในด้านบริบทสังคม และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน รวมทั้งการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อมั่นของแบบประเมินระหว่างผู้ประเมินด้วย[15]

ทัศนคติของผู้ตอบแบบสอบถาม คิดว่า ICF มีความสำคัญมากในการใช้ประเมินผู้ป่วยและความพิการ เพราะสามารถช่วยในการประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น สำหรับความง่ายและความสะดวกต่อการใช้งานอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Somkaew ปี 2020 ที่พบว่าแนวคิด ICF สามารถนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อจัดกลุ่มตามประเภทความพิการ และระดับความสามารถในการดูแลตนเอง รวมถึงมุมมองคุณภาพชีวิตของคนพิการที่เป็นองค์รวมได้มากขึ้น[16] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Tongsiri ปี 2013 ที่พบว่า ICF เป็นองค์ประกอบทางสุขภาพที่สำคัญและมีประโยชน์หลากหลายมิติ ไม่เพียงแต่ใช้ในการลงข้อมูลทางสุขภาพแต่ยังมีความสำคัญในการ

ฟื้นฟูและติดตามประเมินความก้าวหน้าทางสมรรถภาพของผู้ป่วย[17] อีกทั้งผลการศึกษาของ Schiariti และคณะ พบว่า ICF core set เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์เพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการการสร้างข้อมูลของการทำงานและความพิการ และภาวะสุขภาพ[7]

สำหรับการใช้งาน ปัญหาและอุปสรรคในการนำ ICF ไปใช้งานพบว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมากเคยนำ ICF ไปใช้งาน ประมาณร้อยละ 52 ได้เสนอปัญหาที่พบ หลังการนำ ICF ไปใช้งานมี 3 ประเด็นเรียงจากมากไปน้อย ดังนี้ 1) รายละเอียดของเครื่องมือ มากเกินไป มีความยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งผลการศึกษาคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Steiner และคณะ ในปี 2002 ที่มีการรายงานผลไว้ว่าการใช้ ICF ในส่วนของการให้รหัสถือเป็นระบบใหม่และไม่คุ้นเคยสำหรับผู้ใช้งานในการจำแนกปัญหา หากมีการลงรหัสที่ผิดอาจส่งผลต่อการทำงานและการสื่อสารระหว่างทีมบุคคลากรทางสุขภาพ ทำให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนได้[18] 2) ในการประเมินด้วย ICF ใช้เวลาค่อนข้างมาก และ 3) ขาดความรู้ความชำนาญในการใช้ ICF ซึ่งสอดคล้อง กับผลการศึกษาของ Pernambuco และคณะ ที่พบว่าอุปสรรคของการนำ ICF ไปใช้คือ ขาดความรู้และความเชี่ยวชาญในการใช้งาน[4]

สำหรับผู้ที่ไม่เคยนำ ICF ไปใช้งานในการศึกษาครั้งนี้ได้ให้เหตุผลที่ไม่นำเครื่องมือไปใช้งาน 3 ลำดับแรกโดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ 1) ขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ ICF ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Farrell และคณะ ปี 2007 ที่พบว่าผู้ตอบแบบสำรวจและสัมภาษณ์มีความรู้เกี่ยวกับ ICF บ้าง แต่มีความรู้เกี่ยวกับการทำงานภายในแบบจำลอง ICF น้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบจำแนกประเภท เช่น การจำแนกการทำงานของร่างกาย กิจกรรมและการมีส่วนร่วม หรือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และไม่มีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับการนำ ICF ไปใช้งานจริง[5] 2) การประเมินด้วย ICF ใช้ระยะเวลานาน และ 3) ICF ใช้งานยาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Maini และคณะ ในปี 2009 ที่พบว่าภาษาอิตาลีที่ใช้ในการแปลเนื้อหาของแต่ละหมวดใน ICF ไม่ชัดเจนเข้าใจได้ยากทำให้มีผลต่อการใช้งาน[6]

นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่มีการนำ ICF ไปใช้งานได้มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการจัดการเพื่อให้มีการนำ ICF ไปใช้งานได้จริง 3 อันดับแรก โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ 1) การประยุกต์ ICF ให้กระชับ ใช้งานง่าย เหมาะสมกับบทบาทของนักกายภาพบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Maini และคณะ ในปี 2009 ที่พบว่าเพื่อเป็นการส่งเสริมในการนำ ICF ไปใช้งานจริงจำเป็นต้องมีการปรับปรุง ICF ให้มีความน่าเชื่อถือและระบุวิธีที่ดีที่สุดในการใช้ในทางคลินิก[6] 2) จัดการอบรม การเรียนรู้เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจใน ICF ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pernambuco และคณะที่มีข้อเสนอแนะให้มีการนำ ICF ไปสอนเพิ่มเติมในหลักสูตรการเรียนเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น[4] และการศึกษาที่ผ่านมาได้เสนอแนะว่าจำเป็นต้องบรรจุ ICF ในหลักสูตรระดับมหาวิทยาลัยซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการรับความรู้เกี่ยวกับ ICF และเป็นองค์ประกอบสำคัญ ในหลักสูตรของอาชีพที่ต้องให้การรักษา[5] เช่นเดียวกับการศึกษาของ Schiariti และคณะเสนอแนะให้มีการฝึกอบรมอย่างเข้มข้นเกี่ยวกับการใช้งานการประเมินที่เป็นมาตรฐาน และการแปลผล[7] และ 3) เสนอให้นำ ICF ไปใช้งานร่วมกับสหวิชาชีพอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเสนอว่า ICF ได้มีการนำไปใช้เป็นภาษากลางในการสื่อสารภายในทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะในส่วนของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต้องมีการทำงานร่วมมือกันของบุคลากรจากหลากหลายสาขาวิชาชีพ[17]

<u>ข้อจำกัดของงานวิจัย</u>

การศึกษานี้มีจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามน้อยกว่าเป้าหมายตามการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลา

ในการตอบแบบสอบถามใช้เวลาเพียง 2 เดือน และได้รับแบบสอบถามตอบกลับมาจำนวนน้อยเกินไป คณะผู้วิจัยเสนอว่าควรขยายระยะเวลาเพิ่ม การประสานงานตรวจสอบการได้รับเอกสารแบบสอบถามส่วนใหญ่มีปัญหาในการไม่ได้รับเอกสารหรือจดหมายและมีเอกสารติดค้างอยู่ในระบบทำให้เอกสารส่งไปไม่ถึงนักกายภาพบำบัดกลุ่มเป้าหมาย และอาสาสมัครไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามเป็นประเด็นสำคัญ การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรมีการขยายระยะเวลาและติดตามการส่งเอกสารให้ถึงผู้รับ นอกจากนี้ แบบสอบถามนี้ไม่ได้ทำการทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

สรุปผลการวิจัย

อาสาสมัครนักกายภาพบำบัดที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนมากตอบแบบสอบถามว่ารู้จัก ICF และมีความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง มีส่วนน้อยมากที่รู้จัก ICF core set นักกายภาพบำบัด มีทัศนติที่ดีต่อการใช้ ICF แต่การใช้มีปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับรายละเอียดของเครื่องมือที่มากเกินไป มีความยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลาค่อนข้างมาก และขาดความรู้ความเข้าใจ จึงจำเป็นต้องได้รับการอบรมการใช้ ICF และเสนอแนะว่าควรปรับปรุง ICF ให้กระชับ ใช้งานง่าย เหมาะสมกับบทบาทของนักกายภาพบำบัด และส่งเสริมให้มีการนำไปใช้ร่วมกับสหวิชาชีพอื่น คณะผู้วิจัยเสนอแนะว่า ควรมีการจัดอบรมให้ควรรู้เกี่ยวกับ ICF แก่ผู้ที่สนใจ และควรมีการบรรจุในหลักสูตรระดับอุดมศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมให้นักกายภาพบำบัดได้เรียนรู้และเข้าใจก่อนนำไปประยุกต์ในทางคลินิก

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ได้กรุณาเสียสละเวลาให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณทางสถาบันที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยและการสนับสนุนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Geneva. Classification of Work, Disability and Health: ICF. Translated by Department of Medicine, Ministry of Public Health, 2004, 1-45. (in Thai)
2. Nualnetr N. Clinical thinking and decision-making processes for physiotherapy. [Document for teaching physical therapy, Khon Kaen University] 2020. (in Thai)
3. Physiopedia. 2002. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) . [Online] . Available from: https: / / www. physiopedia. com/ International _Classification_of_Functioning, Disability_and_Health_(ICF) [April 06, 2022].
4. Pernambuco AP, Lana RC, Polese JC. Knowledge and use of the ICF in clinical practice by physiotherapist and occupational therapist of Minas Gerais. Fisioter Pesqui. 2018; 25(2):134-42.
5. Farrell J, Anderson S, Hewitt K, Livingston MH, Stewart D. A survey of occupational therapists in Canada about their knowledge and use of the ICF. Can J Occup Ther. 2007;74(1):221-32.
6. Maini M, Nocentini U, Prevedini A, Giardini A, Muscolo E. An Italian experience in the ICF implementation in rehabilitation: Preliminary theoretical and practical considerations, Disabil Rehabil. 2008;30(15):1146-52.
7. Schiariti V, Longo E, Shoshmin A, Kozhushko L, Besstrashnova Y, Król M et al. Implementation of the International Classification of Functioning,

Disability, and Health (ICF) Core Sets for Children and Youth with Cerebral Palsy: Global Initiatives Promoting Optimal Functioning. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(9):1899.

8. Pimdee A, Nualnetr N. Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health to guide home health care services planning and delivery in Thailand, Home Health Care Serv Q. 2017;36(2):81-95.
9. Tongsiri S. Functioning data based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) classification system: implications for multidisciplinary rehabilitation plans for persons with disabilities. J Health Syst Res. 2013; 07(1):99-113.
10. Satangmongkol K. 2019. Review of sample size formula for Taro Yamane. [Online]. Available from: https://datarockie.com/blog/yamane-sample-size-calculation/ [April 15, 2022]. (in Thai)
11. Potisarn P. Likert Scale. In: Pirat B, editor. Encyclopedia of Education. P. S Pattana Publishing; 2003. Vol. 31; p. 17-20 (in Thai)
12. Rattanamanee N, Phasunon P. Response rate in quantitative research. JHS.TRU. 2019;13(3): 181-88. (in Thai)
13. Sombutteera K, Thavornpitak Y. Response rate and factors associating mailed questionnaire response rate in nursing sciences and public health research. KKU Res J (GS). 2015;15(1): 105-13. (in Thai)
14. Mantruad R, Puntumetakul R, Peungsuwan P. Content validity and reliability of the modified international classification of functioning, disability and health (ICF) core set for osteoarthritis (Thai version) in patients with knee osteoarthritis. J Med Tech Phy Ther. 2018;30(2): 205-15. (in Thai)
15. Junsorn J, Chatchawan U, Peungsuwan P. Content validity and reliability of the international classification of functioning, disability and health for falls (Thai version) in stroke patients. J Med Tech Phy Ther. 2018; 30(3):311-22. (in Thai)
16. Somkaew W. The use of the Functional-based data in empowerment plan of persons with disabilities in Rattanaburi district, Surin province. Med J Srisaket Surin Buriram Hosp 2020; 35(2):257-68. (in Thai)
17. Tongsiri S. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to develop database of persons with disabilities (PWDs). Srinagarind Med J. 2013;28(1):131-42. (in Thai)
18. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. Phys Ther. 2002;82(11):1098-107.