



การศึกษาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมิน Functional Assessment Staging Test (FAST) ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ปาริชาติ เพียสุพรรณ¹, รัตนาภรณ์ ศิริเกตุ^{1*}, สมัญญา ชันรักษา¹,
อรรถกร รักษาสัตย์², ปณิตา ลิ้มปะวัฒนะ³

¹ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ศูนย์การดูแลรักษา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³อนุสาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Validity and Reliability Study of the Thai Version of the Functional Assessment Staging Test (FAST) for Dementia Patients

Parichart Piasupun¹, Rattanaporn Siriket¹, Samunya Khanrugsu¹, Attakorn Raksattya²,
Panita Limpawattana³

¹Nursing Division, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

²Karunruk Palliative Care Center, Srinagarind Hospital,
Faculty of Medicine, Khon Kaen University

³Division of Geriatric Medicine, Internal Medicine Department,
Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

Received: 23 December 2025/ Review: 24 December 2025/ Revised: 1 March 2026/

Accepted: 2 March 2026

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและวัตถุประสงค์: แบบประเมิน Functional Assessment Staging Test (FAST) เป็นเครื่องมือมาตรฐานสากลสำหรับประเมินระดับความรุนแรงของโรคอัลไซเมอร์ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของโรคสมองเสื่อม แบ่งระดับความรุนแรงของโรคเป็น 7 ระยะหรือ 16 ระดับย่อย การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแปลและตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินของแบบประเมิน FAST ฉบับภาษาไทย

วิธีการศึกษา: ดำเนินการตามแนวทาง ISPOR ประกอบด้วย การแปลไปข้างหน้า การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน การแปลย้อนกลับโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน และการทดสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน 2 ท่านในผู้ป่วยสมองเสื่อม 30 ราย ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึงมกราคม พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ด้วยค่า Content Validity Index (CVI) และ Intraclass Correlation Coefficient (ICC)

ผลการศึกษา: แบบประเมิน FAST ฉบับภาษาไทยมีค่า CVI = 0.89 และ ICC = 0.995 (95%CI: 0.990-0.997, $p < 0.001$) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ใน FAST ระยะ 6-7 (ร้อยละ 90.0)

สรุป: แบบประเมิน FAST ฉบับภาษาไทยมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินในระดับดีเยี่ยม เหมาะสมสำหรับการประเมินระยะของโรคสมองเสื่อมในบริบทไทย โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อประโยชน์ในการพยากรณ์โรค วางแผนการดูแลรักษา และส่งต่อเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองได้อย่างทันท่วงที

คำสำคัญ: ระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม, การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย, เครื่องมือวัดภาษาไทย, ความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน

DOI: <https://doi.org/10.64960/srimedj.v41i2.270278>

*Corresponding author: Rattanaporn Siriket, E-mail: rattsi@kku.ac.th

Abstract

Background and objective: The Functional Assessment Staging Test (FAST) is an internationally validated tool for evaluating the severity of Alzheimer’s disease — the most common cause of dementia — across 7 stages and 16 sub-levels. This study aimed to translate and examine the content validity and inter-rater reliability of the Thai version of the FAST.

Methods: The translation process followed ISPOR guidelines, comprising forward translation, review by three experts, back-translation by two specialists, and inter-rater reliability testing by two raters in 30 patients with dementia at Srinagarind Hospital between August 2024 and January 2025. Data were analyzed using the Content Validity Index (CVI) and Intraclass Correlation Coefficient (ICC).

Results: The Thai version of the FAST demonstrated a CVI of 0.89 and an ICC of 0.995 (95% CI: 0.990–0.997, $p < 0.001$). The majority of patients were classified in FAST stages 6–7 (90.0%).

Conclusion: The Thai version of the FAST demonstrates excellent content validity and inter-rater reliability, making it suitable for staging dementia in the Thai context — particularly in patients with advanced disease — to support prognosis, care planning, and timely referral to palliative care.

Keywords: dementia severity staging, end-stage dementia care, Thai assessment tool, inter-rater reliability

บทนำ

โรคสมองเสื่อม (Dementia) เป็นความท้าทายด้านสุขภาพระดับโลกที่มีผู้ป่วยมากกว่า 50 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มสูงขึ้นถึงสามเท่าภายในปี ค.ศ. 2050 โรคนี้ส่งผลต่อความจำ การคิด การตัดสินใจ และการดำเนินกิจวัตรประจำวันอย่างรุนแรง [1] สำหรับประเทศไทยซึ่งก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว พบความชุกของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุร้อยละ 9.1–10.3 หรือประมาณ 600,000–700,000 ราย ความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับความบกพร่องทางพฤติกรรมสภาพจิตใจ และภาระของผู้ดูแลที่เพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ [2]

การดำเนินของโรคสมองเสื่อมเป็นการเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living; ADLs) ได้รับผลกระทบเพิ่มขึ้นอย่างเป็นลำดับ [3] ดังนั้น การประเมินและจัดระยะของโรคจึงมีความสำคัญต่อการวางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก [3,4] โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะรุนแรง (Advanced Dementia) ที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) อย่างทันทั่วทั้ง [4,5] เครื่องมือที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ Mini-Mental State Examination (MMSE) และ Montreal Cognitive Assessment (MoCA) มีประสิทธิภาพในการคัดกรองระยะเริ่มต้นถึงปานกลาง [6,7] แต่มีข้อจำกัดสำคัญในผู้ป่วยระยะรุนแรงเนื่องจากต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วย ไม่สามารถจำแนกระดับความรุนแรงได้อย่างละเอียด และไม่ได้ประเมิน ADLs ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญสำหรับการพยากรณ์โรคและวางแผนการดูแล [8,9]

แบบประเมินความสามารถของบุคคลตามระยะของโรค (Functional Assessment Staging Test; FAST) ที่พัฒนาโดย Reisberg ในปี ค.ศ. 1984 [10,11] ได้รับการยอมรับในระดับสากลสำหรับการจัดระดับความรุนแรงของโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของโรคสมองเสื่อม (ร้อยละ 60–80) [1] และสามารถประยุกต์ใช้กับโรคสมองเสื่อมชนิดอื่นๆ ได้ [11,12] FAST แบ่งออกเป็น 7 ระยะหลักและ 16 ระดับย่อย โดยประเมินผ่านการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ดูแลโดยไม่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วย [12,13] นอกจากนี้ FAST ยังเป็นเกณฑ์มาตรฐานของ National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) ในการพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยที่อยู่ใน Stage 7c ขึ้นไปเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง [14]

แม้ว่าเครื่องมือ FAST จะถูกนำมาใช้ในบริบทไทยบ้างแล้ว [15] แต่ยังขาดการตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นอย่างเป็นระบบ การนำเครื่องมือไปใช้ในบริบทที่แตกต่างทางภาษาและวัฒนธรรมจำเป็นต้องผ่านกระบวนการ

การแปลและตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติตามแนวทางของ International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) [16] ทั้งนี้ Pinyopornpanish และคณะ [17] พบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายในประเทศไทยได้รับการส่งต่อเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองล่าช้ากว่าผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลเพียง 1–2 เดือนก่อนเสียชีวิต ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาเครื่องมือประเมินมาตรฐานในบริบทไทย การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อแปลและตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินของแบบประเมิน FAST ฉบับภาษาไทย เพื่อให้ได้เครื่องมือที่เชื่อถือได้สำหรับสนับสนุนการวางแผนการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองในบริบทประเทศไทย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางเพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (instrument development and validation study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทุกรายที่เข้ารับการรักษ ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทั้งผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยนอก (Dementia clinic) และศูนย์การดูแลระยะท้าย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 ราย ซึ่งเป็นขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการคำนวณ ICC (แนะนำ 20–40 ราย) [18] เก็บข้อมูลช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึงมกราคม พ.ศ. 2568

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์หรือชนิดที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดสมอง อายุ 60 ปีขึ้นไป มีผู้ดูแลที่สามารถให้ข้อมูล ADLs ได้ และผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันที่อาจรบกวนการประเมิน ผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินได้ครบทั้งสองครั้ง หรือมีข้อมูลไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ครอบคลุมเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา และความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลัก และ 2) แบบประเมิน FAST ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลจากต้นฉบับ

ภาษาอังกฤษของ Reisberg [10,11] โดยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมืออย่างเป็นทางการ แบบประเมิน FAST จัดระยะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมออกเป็น 7 ระยะหลักและ 16 ระดับย่อย ครอบคลุมตั้งแต่ระยะที่ไม่มีความบกพร่อง (Stage 1) จนถึงระยะที่มีความบกพร่องรุนแรงมาก (Stage 7f) โดยประเมินผ่านการสัมภาษณ์ผู้ดูแลโดยไม่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยโดยตรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ดำเนินการตามแนวทาง ISPOR Task Force [16] ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การแปลไปข้างหน้า (Forward Translation) โดยคำนึงถึงความเทียบเท่าทางความหมายและความเหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมไทย (2) การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validation) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสมองเสื่อม ประเมินความถูกต้อง ความชัดเจน และความเหมาะสมทางวัฒนธรรมตามมาตราส่วน 4 ระดับ (3) การแปลย้อนกลับ (Back Translation) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่านที่ไม่เคยรับทราบเนื้อหาต้นฉบับมาก่อน (4) การยืนยันความถูกต้องโดย Dr. Barry Reisberg ผู้พัฒนาเครื่องมือต้นฉบับ (5) การคำนวณค่า CVI ตามวิธีการของ Polit และ Beck [19] ซึ่งได้ค่า $CVI = 0.89$ สูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (≥ 0.80) และ (6) การฝึกอบรมผู้ประเมิน 2 ท่านซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่า 5 ปี อย่างเป็นระบบในด้านเกณฑ์การให้คะแนน เทคนิคการสัมภาษณ์ และการฝึกปฏิบัติร่วมกันจนมีความเข้าใจตรงกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยประสานงานกับแพทย์ผู้รักษาเพื่อคัดกรองผู้ป่วยและขอความยินยอมก่อนเริ่มการศึกษา เก็บข้อมูลพื้นฐานจากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ การประเมิน FAST ดำเนินการโดยสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 3 เดือนและอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ ผู้ประเมิน 2 ท่านประเมินอย่างอิสระภายในระยะเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง ใช้เวลาประมาณ 10–15 นาทีต่อราย และบันทึกผลทันทีหลังการสัมภาษณ์ หากข้อมูลไม่ครบถ้วน จะติดต่อผู้ดูแลเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมภายใน 48 ชั่วโมง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE671367 วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินด้วยค่า ICC แบบ Two-way Random Effects Model, Absolute Agreement, Single Measures พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% และค่า p-value ติความตามเกณฑ์ของ Koo และ Li [18] ดังนี้: $ICC < 0.50$ = ต่ำ, $0.50-0.75$ = ปานกลาง, $0.75-0.90$ = ดี และ > 0.90 = ดีเยี่ยม

ผลการศึกษา

การแปลและตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมิน FAST ฉบับภาษาไทย

การแปลแบบประเมิน FAST ผ่านกระบวนการแปลไปข้างหน้า การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และการแปลย้อนกลับโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ผลการเปรียบเทียบระหว่างต้นฉบับและฉบับแปลย้อนกลับ (ตารางที่ 1) พบความสอดคล้องในระดับสูง มีการปรับคำศัพท์บางส่วนให้เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมไทย โดยการปรับที่สำคัญ ได้แก่ การแปลคำว่า “season” เป็น “สภาพอากาศ” แทน “ฤดูกาล” และการเพิ่มคำอธิบายในบางรายการเพื่อความชัดเจน ทั้งนี้ฉบับสุดท้ายได้รับการยืนยันจาก Dr. Barry Reisberg ผู้พัฒนาเครื่องมือต้นฉบับ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการแปลและแปลย้อนกลับแบบประเมิน FAST

ต้นฉบับ	ฉบับที่แปลจากต้นฉบับ	แปลย้อนกลับโดยผู้ทรง คุณวุฒิคนที่ 1	แปลย้อนกลับโดยผู้ทรง คุณวุฒิคนที่ 2	ฉบับปรับความชัดเจน ของคำถาม
Stage 1: No difficulties, either subjectively or objectively.	ไม่มีความยากลำบาก ทั้งการบอกเล่า สื่อสาร ทั้งทางอวัธวิสัย หรืออคติ	There is no discomfort in doing any activities according to self-perception or other people's assessment.	There is no difficulty in performing various activities, whether from self-awareness or from assessment by others.	ไม่มีความยากลำบากใน การทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งจากการรับรู้ได้ด้วย ตนเอง หรือ จากการ ประเมินโดยผู้อื่น
Stage 2: Complains of forgetting location of objects. Subjective word finding difficulties.	บ่นลืมตำแหน่งของวัตถุ สิ่งของ มีความยากในการ ใช้คำที่ต้องการพูด	Complaining about forgetting where things have been located. Having difficulty thinking of the words to use/ communicate.	Complaining about forgetting the position of things, and having difficulty in recalling words needed.	บ่นหลงลืมตำแหน่งของ สิ่งของ มีความยากลำบาก ในการนึกคำที่ต้องการใช้
Stage 3: Decrease job function evident to co-workers: Difficulty in traveling to new location. Decreased organizational capacity*	ความรับผิดชอบในการ ทำงานลดลงอย่างเห็นได้ชัดกับเพื่อนร่วมงาน มีความยากลำบากใน การเดินทางไปยังสถานที่ ใหม่ ประสิทธิภาพในการ จัดการลดลง	Work ability has decreased that has been perceived by the co-workers. Having some difficulties when traveling to new places. The ability to manage is decreasing.	The ability to work has decreased to the point where it is noticed by colleagues. Difficulty in traveling to new places. Management efficiency has decreased.	มีความสามารถในการ ทำงานลดลงจนเป็นที่รับรู้ โดยเพื่อนร่วมงาน มีความยากลำบากใน การเดินทางไปยังสถานที่ ใหม่ๆ ประสิทธิภาพในการ จัดการลดลง
Stage 4: Decreased ability to perform complex tasks(e.g., planning dinner for guests), handling personal finances (forgetting to pay bill), difficulty marketing, etc.	ความสามารถในการ ทำงานที่ซับซ้อนได้ลดลง (เช่น การวางแผนอาหาร เย็นสำหรับแขก) การจัดการการเงินส่วนบุคคล (ลืมจ่ายบิล) มีความยุ่งยาก/ลำบาก ในการซื้อขายในตลาด เป็นต้น	The ability to handle some complex tasks has decreased (for example, planning dinner for guests), personal financial management (forgetting to pay the bills), and having trouble buying or selling.	The ability to perform complex tasks has decreased (e.g., planning dinner for guests). Personal financial management (forgetting to pay bills) is difficult. Difficulty in buying and selling, and others.	ความสามารถในการ ทำงานที่ซับซ้อนได้ลดลง (เช่น การวางแผนอาหาร เย็นสำหรับแขก) การ จัดการการเงินส่วนบุคคล (ลืมจ่ายบิล) มีความยาก ลำบากในการซื้อขาย เป็นต้น
Stage 5: Requires assistant on choosing proper clothing to wear for day, season, occasion.	ต้องการผู้ช่วยในการเลือก เสื้อผ้าที่เหมาะสมในการ สวมใส่ในแต่ละวัน สภาพ อากาศ โอกาส	Needing an assistant to help with putting some clothes on daily to be suitable for the weather and occasion.	Need assistance in selecting appropriate clothing to wear daily, considering weather and occasions.	ต้องการผู้ช่วยในการเลือก เสื้อผ้าที่เหมาะสมในการ สวมใส่ในแต่ละวัน สภาพ อากาศ และโอกาส
Stage 6a: Difficulty putting clothing on properly without assistance.	มีความยากลำบากในการ สวมเสื้อผ้าอย่างถูกต้อง เหมาะสม ถ้าไม่ได้รับการ ช่วยเหลือ	Having some difficulties in putting on the clothes by themselves without any assistance.	Difficulty in dressing properly without assistance.	สวมเสื้อผ้าให้ถูกต้องด้วย ความยากลำบาก หากไม่ ได้รับความช่วยเหลือ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการแปลและแปลย้อนกลับแบบประเมิน FAST (ต่อ)

ต้นฉบับ	ฉบับที่แปลจากต้นฉบับ	แปลย้อนกลับโดยผู้ทรง คุณวุฒิคนที่ 1	แปลย้อนกลับโดยผู้ทรง คุณวุฒิคนที่ 2	ฉบับปรับความชัดเจน ของคำถาม
Stage 6b: Unable to bathe properly; (e.g., difficulty adjusting bath water temperature) occasionally or more frequently over the past weeks.*	ไม่สามารถอาบน้ำได้อย่างถูกต้อง/เหมาะสม (เช่น มีความยุ่งยาก/ลำบากในการปรับอุณหภูมิที่ใช้ในการอาบน้ำ) เป็นบางครั้ง หรือ เป็นบ่อยมากขึ้นในช่วงหลายสัปดาห์ที่ผ่านมา	Unable to take a bath by themselves (such as having trouble adjusting the water temperature) This happens sometimes or more often than past several weeks.	Unable to bathe properly (e.g., difficulty adjusting water temperature). This has occurred occasionally or more frequently over the past few weeks.	ไม่สามารถอาบน้ำได้อย่างเหมาะสม (เช่น มีความยากลำบากในการปรับอุณหภูมิที่อาบ) เป็นครั้งคราวหรือบ่อยกว่านั้นในช่วงหลายสัปดาห์ที่ผ่านมา
Stage 6c: Inability to handle mechanics of toileting (e.g., forgets to flush the toilet, does not wipe properly (or properly dispose of toilet tissue) occasionally or more frequently over the past weeks. *	ไม่สามารถควบคุมรายละเอียดในการใช้ห้องน้ำได้ (เช่น ลืมราดน้ำห้องส้วม ไม่ได้เช็ดให้สะอาดอย่างเหมาะสม หรือทิ้งกระดาษชำระได้อย่างเหมาะสม) เป็นบางครั้ง หรือเป็นบ่อยมากขึ้นในช่วงหลายสัปดาห์ที่ผ่านมา)	Unable to use the bathroom appliances (for example, forgetting to flush the toilet, not cleaning appropriately (or inappropriately throwing away toilet paper). This happens sometimes or more often than in the past several weeks.	Inability to use bathroom fixtures (e.g., forgetting to flush, not cleaning adequately or disposing of tissue properly). This occurs occasionally or more frequently over the past few weeks.	ไม่มีความสามารถในการใช้อุปกรณ์ในห้องน้ำได้ (เช่น ลืมกดชักโครก ไม่ได้เช็ดทำความสะอาดอย่างเหมาะสม (หรือทิ้งกระดาษชำระได้อย่างเหมาะสม) เป็นบางครั้ง หรือเป็นบ่อยมากขึ้นในช่วงหลายสัปดาห์ที่ผ่านมา)
Stage 6d: Urinary incontinence occasionally or more frequently.	กลั้นปัสสาวะไม่ได้เป็นบางครั้ง หรือเป็นบ่อยครั้งมากขึ้น	Unable to hold urine (happens sometimes or more often than in the past several weeks).	Occasionally or more frequently unable to control urination.	กลั้นปัสสาวะไม่ได้เป็นบางครั้ง หรือบ่อยครั้งมากขึ้น
Stage 6e: Fecal incontinence, (occasionally or more frequently over the past week) *	กลั้นอุจจาระไม่ได้ (เป็นบางครั้ง เป็นบ่อยมากขึ้นในช่วงหลายสัปดาห์ที่ผ่านมา)	Unable to hold back stool (happens sometimes or more often than in the past several weeks).	Occasionally or more frequently unable to control bowel movements over the past few weeks.	กลั้นอุจจาระไม่ได้ (เป็นบางครั้ง เป็นบ่อยมากขึ้นในช่วงหลายสัปดาห์ที่ผ่านมา)
Stage 7a: Ability to speak limited to approximately a half-dozen different words or fewer in the course of an average day or in the course of an intensive interview.	ความสามารถในการพูดจำกัดคำพูดได้ประมาณ 6 คำที่แตกต่างกันหรือน้อยกว่าในช่วงกลางวัน โดยเฉลี่ย หรือในระหว่างการสัมภาษณ์อย่างเข้มข้น	There is a limitation of speech—can only speak about 6 different words or less; this happens on average daily or during the detailed interview.	Limited ability to speak. Able to speak approximately 6 different words or fewer on average throughout the day, or during detailed interviews.	ความสามารถในการพูดจำกัด พูดได้ประมาณ 6 คำที่แตกต่างกัน หรือน้อยกว่าในช่วงเวลาเฉลี่ยทั้งวัน หรือในระหว่างการสัมภาษณ์อย่างละเอียด
Stage 7b: Speech ability is limited to the use of a single intelligible word in an average day or in the course of an intensive interview (the person may repeat the word over and over).	ความสามารถในการพูดถูกจำกัดในการใช้คำที่เข้าใจได้เพียงคำเดียวในหนึ่งวันโดยเฉลี่ย หรือในระหว่างการสัมภาษณ์อย่างเข้มข้น (บุคคลนั้นอาจพูดคำซ้ำแล้วซ้ำอีก)	There is a limitation of speech – there is only one word on average daily or during the interview (they might repeat the same word over and over).	Limited ability to speak, using only one understandable word on average per day, or during interviews. (The individual may repeat words.)	ความสามารถในการพูดถูกจำกัดในการใช้คำที่เข้าใจได้เพียงคำเดียวในหนึ่งวันโดยเฉลี่ย หรือในระหว่างการสัมภาษณ์ (บุคคลนั้นอาจพูดคำซ้ำแล้วซ้ำอีก)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการแปลและแปลย้อนกลับแบบประเมิน FAST (ต่อ)

ต้นฉบับ	ฉบับที่แปลจากต้นฉบับ	แปลย้อนกลับโดยผู้ทรง คุณวุฒิคนที่ 1	แปลย้อนกลับโดยผู้ทรง คุณวุฒิคนที่ 2	ฉบับปรับความชัดเจน ของคำถาม
Stage 7c: Ambulatory Ability lost (cannot walk without personal assistance).	ความสามารถในการเดินหายไป (ไม่สามารถเดินได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือส่วนบุคคล)	Losing the ability to walk (unable to walk back if there is no assistance).	Loss of ability to walk (unable to walk without assistance from others).	สูญเสียความสามารถในการเดิน (ไม่สามารถเดินได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น)
Stage 7d: Ability to sit up without assistance lost (e.g., the individual will fall over if there are no lateral rest arms on the chair).	ไม่สามารถนั่งได้หากไม่ได้รับความช่วยเหลือ (เช่น จะล้มลงหากไม่มีที่พักแขนด้านข้างบนเก้าอี้)	Losing balance when standing up without any assistance (such as having tendency to fall if there are no arm rests on the chair).	Loss of ability to sit up without assistance (e.g., would fall down without arm support on the side of the chair).	สูญเสียความสามารถในการลุกนั่ง หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ (เช่น จะล้มลงหากไม่มีที่พักแขนด้านข้างบนเก้าอี้)
Stage 7e: Unable to smile.	ไม่สามารถยิ้มได้	Unable to smile.	Unable to smile.	ไม่สามารถยิ้มได้
Stage 7f: Unable to hold head up.	ไม่สามารถเงยหน้าขึ้นได้	Unable to look up.	Unable to raise head.	ไม่สามารถเงยหน้าขึ้นได้

หมายเหตุ: ฉบับสุดท้ายได้รับการยืนยันจาก Dr. Barry Reisberg ผู้พัฒนาเครื่องมือต้นฉบับ

ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านประเมินความตรงเชิงเนื้อหาใน 4 ด้าน ได้แก่ ความชัดเจนของภาษา ความเหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมไทย ความครอบคลุมของเนื้อหา และความสามารถในการวัดสิ่งที่ต้องการวัด ผลการวิเคราะห์ (ตารางที่ 2) พบค่า

S-CVI/Ave = 0.89 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (≥ 0.80) รายการที่มีค่า I-CVI ต่ำกว่า 1.00 ได้แก่ Stage 6b, 6c และ 7b ได้รับการปรับถ้อยคำตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้ว

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมิน FAST ฉบับภาษาไทย (n = 3 ผู้เชี่ยวชาญ)

ระดับ FAST	จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ให้คะแนน 3-4	Item-level CVI (I-CVI)
Stage 1	3/3	1.00
Stage 2	3/3	1.00
Stage 3	3/3	1.00
Stage 4	3/3	1.00
Stage 5	3/3	1.00
Stage 6a	3/3	1.00
Stage 6b	2/3	0.67
Stage 6c	2/3	0.67
Stage 6d	3/3	1.00
Stage 6e	3/3	1.00
Stage 7a	3/3	1.00
Stage 7b	2/3	0.67
Stage 7c	3/3	1.00
Stage 7d	3/3	1.00
Stage 7e	3/3	1.00
Stage 7f	3/3	1.00
Scale-level CVI (S-CVI/Ave)	-	0.89

I-CVI = Item-level Content Validity Index; S-CVI/Ave = Scale-level Content Validity Index, Average

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย มีอายุเฉลี่ย 81.70 ± 9.00 ปี เพศชายและหญิงในสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 50.0) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.7) รองลงมาคือระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 40.0) สถานภาพ

เป็นหม้าย (ร้อยละ 50.0) ใช้สิทธิข้าราชการหรือเบิกต้นสังกัด (ร้อยละ 80.0) และมีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักโดยไม่มีค่าตอบแทน (ร้อยละ 70.0) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	15 (50.0)
หญิง	15 (50.0)
อายุ (ปี) (mean$\pm$SD)	81.70 $\pm$ 9.00
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1 (3.3)
ประถมศึกษา	14 (46.7)
มัธยมศึกษาตอนต้น	2 (6.7)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1 (3.3)
ปริญญาตรี	12 (40.0)
สถานภาพ	
โสด	1 (3.3)
คู่	12 (40.0)
หม้าย	15 (50.0)
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	2 (6.7)
สิทธิการรักษา	
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	4 (13.3)
ข้าราชการ/เบิกต้นสังกัด	24 (80.0)
ชำระเงินเอง	2 (6.7)
ผู้ดูแล	
ญาติ ไม่มีค่าตอบแทน	4 (13.3)
บุคคลในครอบครัว ไม่มีค่าตอบแทน	21 (70.0)
ผู้ดูแลไม่ใช่ญาติ มีค่าตอบแทน	5 (16.7)

ระดับความสามารถของบุคคลตามระยะของโรค

ผลการประเมินด้วยแบบประเมิน FAST ฉบับภาษาไทย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะ 6-7 (ร้อยละ 90.0)

ระดับที่พบบ่อยที่สุดคือ Stage 7f (ร้อยละ 23.3) รองลงมาคือ Stage 7b (ร้อยละ 16.7) และ Stage 6e (ร้อยละ 13.3) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับความสามารถของบุคคลตามระยะของโรคในกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

7-FAST	ประเมินระดับความสามารถของบุคคลตามระยะของโรคด้วย FAST ฉบับภาษาไทย	จำนวน (ร้อยละ)
1	ไม่มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งจากการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือจากการประเมินโดยผู้อื่น	0 (0.0)
2	บ่นหลงลืมตำแหน่งของสิ่งของ มีความยากลำบากในการนึกคำที่ต้องการใช้	0 (0.0)
3	มีความสามารถในการทำงานลดลงจนเป็นที่รับรู้โดยเพื่อนร่วมงาน มีความยากลำบากในการเดินทางไปยังสถานที่ใหม่ๆ ประสิทธิภาพในการจัดการลดลง	1 (3.3)
4	ความสามารถในการทำงานที่ซับซ้อนได้ลดลง (เช่น การวางแผนอาหารเย็นสำหรับแขก) การจัดการการเงินส่วนบุคคล (ลืมจ่ายบิล) มีความยากลำบากในการซื้อขาย เป็นต้น	1 (3.3)
5	ต้องการผู้ช่วยในการเลือกเสื้อผ้าที่เหมาะสมในการสวมใส่ในแต่ละวัน สภาพอากาศ และโอกาส	1 (3.3)
6a	สวมเสื้อผ้าให้ถูกต้องด้วยความยากลำบาก หากไม่ได้รับความช่วยเหลือ	1 (3.3)
6b	ไม่สามารถอาบน้ำได้อย่างเหมาะสม (เช่น มีความยากลำบากในการปรับอุณหภูมิน้ำที่อาบ) เป็นครั้งคราวหรือบ่อยกว่านั้นในช่วงหลายสัปดาห์ที่ผ่านมา	2 (6.7)
6c	ไม่มีความสามารถในการใช้อุปกรณ์ในห้องน้ำได้ (เช่น ลืมกดชักโครก, ไม่ได้เช็ดทำความสะอาดอย่างเหมาะสม (หรือทิ้งกระดาษชำระได้อย่างเหมาะสม) เป็นบางครั้งหรือเป็นบ่อยมากขึ้นในช่วงหลายสัปดาห์ที่ผ่านมา	1 (3.3)
6d	กลั้นปัสสาวะไม่ได้ เป็นบางครั้ง หรือบ่อยครั้งมากขึ้น	2 (6.7)
6e	กลั้นอุจจาระไม่ได้ (เป็นบางครั้ง เป็นบ่อยมากขึ้นในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา)	4 (13.3)
7a	ความสามารถในการพูดจำกัด พูดได้ประมาณ 6 คำที่แตกต่างกัน หรือน้อยกว่า ในช่วงเวลาเฉลี่ยทุกวัน หรือในช่วงเวลาที่มีการสัมภาษณ์อย่างละเอียด	2 (6.7)
7b	ความสามารถในการพูดถูกจำกัดในการใช้คำที่เข้าใจได้เพียงคำเดียวในหนึ่งวันโดยเฉลี่ย หรือในระหว่างการสัมภาษณ์ (บุคคลนั้นอาจพูดคำซ้ำแล้วซ้ำอีก)	5 (16.7)
7c	สูญเสียความสามารถในการเดิน (ไม่สามารถเดินได้หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น)	2 (6.7)
7d	สูญเสียความสามารถในการลุกนั่ง หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ (เช่น จะล้มลงหากไม่มีที่พยักแขนด้านข้างบนเก้าอี้)	1 (3.3)
7e	ไม่สามารถยื้มได้	1 (3.3)
7f	ไม่สามารถเงยหน้าขึ้นได้	6 (20.0)

ความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability)

ผลการวิเคราะห์ ICC ของแบบประเมิน FAST ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วย 30 ราย พบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินอยู่ในระดับดีเยี่ยม (ICC = 0.995, 95%CI: 0.990–0.997, $p < 0.001$) ผู้ประเมินให้คะแนนสอดคล้องกันสมบูรณ์ 27 ราย

(ร้อยละ 90.0) และแตกต่างกันเพียง 1 ระดับย่อยใน 3 ราย (ร้อยละ 10.0) ซึ่งเกิดขึ้นระหว่าง Stage 6d–6e โดยไม่ส่งผลต่อการตัดสินใจทางคลินิก นอกจากนี้ ค่า F-test ($F(29,29) = 197.56, p < 0.001$) ยืนยันความสามารถของเครื่องมือในการจำแนกระดับความรุนแรงของโรคได้อย่างชัดเจน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การตรวจสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability)

ค่าสถิติ	ค่าที่ได้	การตีความ
ICC	0.995	ดีเยี่ยม (Excellent)
95% Confidence Interval	0.990 - 0.997	-
p-value	< 0.001	มีนัยสำคัญทางสถิติ
F-test	F (29,29) = 197.56	-
จำนวนคู่การประเมินที่สอดคล้องกัน 100%	27/30 (90.0%)	-
จำนวนคู่การประเมินที่แตกต่างกัน 1 ระดับ	3/30 (10.0%)	-

เกณฑ์การตีความตาม Koo และ Li (2016): ICC < 0.50 = ต่ำ, 0.50-0.75 = ปานกลาง, 0.75-0.90 = ดี, > 0.90 = ดีเยี่ยม

วิจารณ์

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแบบประเมิน FAST ฉบับภาษาไทยมีคุณสมบัติทางจิตมิติที่เหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในบริบทไทย

กระบวนการแปลและความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

การแปลตามแนวทาง ISPOR [16] ช่วยให้นั่นใจในความเทียบเท่าทางความหมายและแนวคิด พบความแตกต่างในการตีความ 5 จาก 16 รายการ (ร้อยละ 31.3) โดยมีสาเหตุหลัก 3 ประการ ได้แก่ ความแตกต่างทางศัพท์และวัฒนธรรม เช่น ปรับคำว่า “season” เป็น “สภาพอากาศ” และเพิ่มตัวอย่างใน Stage 6c ความแตกต่างในการตีความระดับความรุนแรง เช่น Stage 6a ปรับเป็น “ไม่สามารถสวมเสื้อผ้าได้หากไม่ได้รับความช่วยเหลือ” และความซับซ้อนของภาษาทางการแพทย์ เช่น ใช้ “กลั้นอุจจาระไม่ได้” แทน “fecal incontinence” ผลการวิเคราะห์พบค่า S-CVI/Ave = 0.89 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (≥ 0.80) [19] และฉบับสุดท้ายได้รับการยืนยันจาก Dr. Barry Reisberg ผู้พัฒนาเครื่องมือ ซึ่งเป็นหลักประกันความน่าเชื่อถือในระดับสากล รายการที่มีค่า I-CVI ต่ำกว่า 1.00 (Stage 6b, 6c และ 7b) ได้รับการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

ความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน ค่า ICC = 0.995 (95%CI: 0.990-0.997) อยู่ในระดับดีเยี่ยมตามเกณฑ์ของ Koo และ Li [18] และสูงกว่าการศึกษาของ Sclan และ Reisberg [13] (ICC = 0.87) ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่า ICC ที่สูง ได้แก่ การฝึกอบรมผู้ประเมินอย่างเป็นระบบ มาตรการควบคุมคุณภาพ ข้อมูลจากผู้ดูแล ความชัดเจนของเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้ว และลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่อยู่ในระยะรุนแรง (Stage 6-7) ซึ่งอาการทางคลินิกมีลักษณะเป็นรูปธรรม ทำให้ตีความตรงกันได้ง่าย อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างที่เกิดขึ้นร้อยละ 10.0 ระหว่าง Stage 6d-6e สะท้อนข้อจำกัดของการประเมินผ่านผู้ดูแล ซึ่งอาจเกิด Recall Bias ได้ เนื่องจากลักษณะและ

ระยะเวลาของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยอาจส่งผลต่อความแม่นยำของข้อมูลที่ให้ [20] ดังนั้นผู้ประเมินควรสอบถามอย่างละเอียดและตรวจสอบข้อมูลซ้ำ

ความสามารถในการจำแนกระดับความรุนแรง

กลุ่มตัวอย่างกระจายตัวใน 13 จาก 16 ระดับ (ร้อยละ 81.3) และค่า F-test ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(29,29) = 197.56$, $p < 0.001$) ยืนยันความสามารถในการจำแนกระดับความรุนแรง สอดคล้องกับรายงานของ Sclan และ Reisberg [13] ที่พบว่า FAST มีลำดับขั้นที่เป็นระบบและจำแนกได้ดีกว่า MMSE ในผู้ป่วยระยะรุนแรง

การเปรียบเทียบกับเครื่องมืออื่น FAST มีข้อได้เปรียบเหนือ MMSE และ MoCA [8, 9, 20] ใน 4 ประการ คือ ประเมินได้ครอบคลุมทุกระดับความรุนแรงโดยไม่มี Floor Effect ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADLs) โดยตรง [3, 21] ไม่ต้องการความร่วมมือจากผู้ป่วย และมีความสามารถในการพยากรณ์โรค โดยผู้ป่วยใน Stage 7c ขึ้นไปมีอายุเฉลี่ยที่เหลือน้อยกว่า 6 เดือน [14] ทั้งนี้ FAST ไม่ได้ออกแบบมาเพื่อทดแทน MMSE/MoCA แต่ใช้เสริมกัน โดย MMSE/MoCA เหมาะสำหรับระยะเริ่มต้นถึงปานกลาง ในขณะที่ FAST เหมาะสำหรับการจัดระยะและติดตามการดำเนินโรคในระยะปานกลางถึงระยะท้าย

ประโยชน์ทางคลินิก แบบประเมิน FAST ฉบับภาษาไทยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ 3 ด้านหลัก ได้แก่ การวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับระยะของโรค เช่น Stage 6b-6e ใช้เตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือและฝึกอบรมผู้ดูแล ส่วน Stage 7a-7f ใช้เตรียมการดูแลแบบประคับประคอง การพยากรณ์โรค และการสื่อสารกับครอบครัวเพื่อวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) [5] และการส่งต่อเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองตามแนวทาง NHPCO [14] การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดย Mo และคณะ [22] พบว่า “ระยะของโรคสมองเสื่อม” เป็นเกณฑ์ที่ถูกระบุมากที่สุด

(ร้อยละ 73) ในการพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองเฉพาะทาง และร้อยละ 84 ของบทความแนะนำให้ส่งต่อเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mitchell และคณะ [23] ที่พบว่าการส่งต่ออย่างทันที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและความพึงพอใจของครอบครัว นอกจากนี้ยังช่วยแก้ปัญหาการส่งต่อที่ล่าช้าในบริบทไทยตามที่ Pinyopornpanish และคณะ [17] รายงานไว้

สรุป

แบบประเมิน FAST ฉบับภาษาไทยที่แปลตามแนวทาง ISPOR และตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม 30 ราย มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดี (S-CVI/Ave = 0.89) และความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินอยู่ในระดับดีเยี่ยม (ICC = 0.995) เหมาะสมสำหรับการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่และระยะของโรคสมองเสื่อมในบริบทไทย โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะรุนแรงถึงระยะท้ายที่เครื่องมือคัดกรองทางสติปัญญาทั่วไปมีข้อจำกัด เพื่อสนับสนุนการพยากรณ์โรค วางแผนการดูแล และการส่งต่อเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และหลากหลายระดับความรุนแรงมากขึ้น เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของเครื่องมือก่อนนำไปใช้เป็นมาตรฐานในระดับประเทศต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำแบบประเมิน FAST ฉบับภาษาไทยไปใช้จัดระยะผู้ป่วยสมองเสื่อมร่วมกับ MMSE หรือ MoCA โดยควรได้รับการฝึกอบรมด้านเกณฑ์การให้คะแนนและเทคนิคการสัมภาษณ์ผู้ดูแลก่อนนำไปใช้ ด้านพฤติกรรมการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพสามารถนำแบบประเมินนี้ไปใช้ในการประเมินระยะของโรคเพื่อวางแผนการพยาบาลเฉพาะบุคคล ฝึกอบรมผู้ดูแล และประสานการส่งต่อเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองได้อย่างทันที่ รวมทั้งควรพัฒนาเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางปฏิบัติทางคลินิกในระดับสถาบัน สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่จากสถานพยาบาลหลายระดับ และตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเกณฑ์โดยเปรียบเทียบกับ Clinical Dementia Rating (CDR) เพื่อสร้างฐานหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการนำไปใช้เป็นมาตรฐานในระดับประเทศต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยสมองเสื่อมและครอบครัวทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์และเสียสละเวลาในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เป็นคุณค่าอันยิ่งใหญ่ต่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาในการตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ต่อการพัฒนาเครื่องมือวิจัย และคุณอริสา โพธิ์ชัยสารและคุณจากรุวรรณ เกื้ออนันต์ ผู้ช่วยวิจัยที่ให้ความช่วยเหลือในการจัดทำเอกสาร และวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในความสำเร็จของงานวิจัยครั้งนี้

การขัดกันแห่งผลประโยชน์

ผู้วิจัยขอประกาศว่าไม่มี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Dementia [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited Dec 23, 2024]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
2. Griffiths J, Thaikruea L, Wongpakaran N, Munkhetvit P. Prevalence of Mild Cognitive Impairment in Rural Thai Older People, Associated Risk Factors and their Cognitive Characteristics. Dement Geriatr Cogn Dis Extra 2020;10(1):38-45. doi:10.1159/000506279.
3. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963;185(12):914-9. doi:10.1001/jama.1963.03060120024016.
4. GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Public Health 2022;7(2):e105-e125. doi:10.1016/S2468-2667(21)00249-8.
5. van der Steen JT, Radbruch L, Hertogh CM, de Boer ME, Hughes JC, Larkin P, et al. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. Palliat Med 2014;28(3):197-209. doi:10.1177/0269216313493685.

6. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189-98. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6.
7. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(4):695-9. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.
8. Perneczky R, Wagenpfeil S, Komossa K, Grimmer T, Diehl J, Kurz A. Mapping scores onto stages: Mini-mental state examination and clinical dementia rating. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14(2):139-44. doi:10.1097/01.JGP.0000192478.82189.a8.
9. Trzepacz PT, Hochstetler H, Wang S, Walker B, Saykin AJ; Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. Relationship between the Montreal Cognitive Assessment and Mini-mental State Examination for assessment of mild cognitive impairment in older adults. *BMC Geriatr* 2015;15: 107. doi:10.1186/s12877-015-0103-3.
10. Reisberg B. Stages of cognitive decline. *Am J Nurs* 1984;84(2):225-8.
11. Reisberg B. Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacol Bull* 1988;24(4):653-9.
12. Auer SR, Reisberg B. The GDS/FAST staging system. *Int Psychogeriatr* 1997;9(Suppl 1):167-71. doi:10.1017/S1041610297004869.
13. Sclan SG, Reisberg B. Functional Assessment Staging (FAST) in Alzheimer's disease: Reliability, validity, and ordinality. *Int Psychogeriatr* 1992; 4(Suppl 1):55-69. doi:10.1017/S1041610292001157.
14. National Hospice and Palliative Care Organization. Guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. 2nd ed. Alexandria, VA: National Hospice Organization; 1996.
15. Tangwongchai S, Charernboon T, Phanasathit M, Akkayagorn L, Hemrungron S, Phanthumchinda K, et al. The validity of Thai version of The Montreal Cognitive Assessment (MoCA-T). *Dement Neuropsychol* 2019;13(2):209-16. doi:10.1590/1980-57642018dn13-020010.
16. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health* 2005;8(2):94-104. doi:10.1016/j.jval.2005.02.006.
17. Pinyopornpanish K, Pinyopornpanish K, Jiraporncharoen W, Kunaviktikul W, Klunklin A, Thongsawat S, et al. Timing of palliative care referral for patients with dementia: a retrospective study. *BMC Palliat Care* 2021;20(1):151. doi:10.1186/s12904-021-00851-x.
18. Koo TK, Li MY. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *J Chiropr Med* 2016;15(2):155-63. doi:10.1016/j.jcm.2016.02.012.
19. Polit DF, Beck CT. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health* 2006; 29(5):489-97. doi:10.1002/nur.20147.
20. Dong Y, Sharma VK, Chan BP, Venketasubramanian N, Teoh HL, Seet RC, et al. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is superior to the Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of vascular cognitive impairment after acute stroke. *J Neurol Sci* 2010;299(1-2):15-8. doi:10.1016/j.jns.2010.08.051.
21. Hamedani AG, Gao Y, Willis AW, Langa KM. Comparing retrospective informant assessments to prospectively collected cognitive measures in the Health and Retirement Study. *Alzheimers Dement* 2025;17(3):e70138. doi:10.1002/dad2.70138.

22. Mo L, Geng Y, Chang YK, Philip J, Collins A, Hui D. Referral criteria to specialist palliative care for patients with dementia: A systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2021;69(6):1659–69. doi:10.1111/jgs.17070.
23. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med* 2009;361(16):1529-38. doi:10.1056/NEJMoa0902234.

SMJ