



การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน โดยเครื่องมือ IQCODE

Development of Potential of Caregivers to Screen Dementia for Community-dwelling olders by Using the IQCODE tool

ศิริณี ศรีหาคา^{1*}, รัศมี ลือฉาย², สุพัตนา อรุณไพร², วิภาวดี บรรพบุตร³,
เพ็ญพักตร์ ไชยฤทธิ์⁴, กุลนรี หานูพัฒน์ชัยกุล⁵, สุธิดา อินทรเพชร¹
Siranee Sihapark¹, Russamee Luechai², Supatthana Aroonprai², Wipavadee Bunpabut³,
Penpak Chaiyarit⁴, Kulnaree Hanpatchaiyakul⁵, Suthida Intaraphet¹

(Received: November 9, 2023; Revised: April 17, 2024; Accepted: April 26, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ดูแลในชุมชน จำนวน 63 คน และผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 1,756 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired t-test, Chi-square test และ ค่า 95 % CI

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ดูแลในชุมชน ร้อยละ 96.83 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 50 ปี ร้อยละ 58.72 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช.ขึ้นไป และร้อยละ 10 ไม่มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ 2) กระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย

^{1*} วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{1*} Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² โรงพยาบาลร่อนคำ

² Rong Kham Hospital

³ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามัคคี

³ Samakkhi Health Promotion Hospital

⁴ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าอ้อย

Lao Oi Health Promotion Hospital

⁵ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

⁵ Nursing Faculty Kasem Bundit University

*Corresponding Author: siranee.s@bcnkk.ac.th



การคัดเลือกเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน พัฒนาหลักสูตรศักยภาพการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลในชุมชน และ อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน และ 3) ผลลัพธ์การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยเครื่องมือ IQCODE พบว่าระดับความรู้ของผู้ดูแลหลังการอบรมสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนด้านทัศนคติของผู้ดูแลพบว่าระดับทัศนคติเชิงลบหลังการอบรมลดลงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) อย่างไรก็ตามระดับทัศนคติเชิงบวกของผู้ดูแลก่อนและหลังการอบรมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และ 4) ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยเครื่องมือ IQCODE โดยผู้ดูแลพบความชุกความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 6.44 (95 % CI 5.4 – 7.7)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยเครื่องมือที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับบริบทเชิงพื้นที่ เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการเข้าถึงระบบบริการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

คำสำคัญ: ผู้ดูแลในชุมชน, ภาวะสมองเสื่อม, การคัดกรอง, เครื่องมือ IQCODE

Abstract

The purpose of this research and development study was to examine process development of potential of caregivers to screen dementia for older adults living in community. The sample group consisted of 63 caregivers and 1756 older adults in the community. Descriptive data analysis used number, percentage, mean, and standard deviation and statistical comparison analysis were Paired t-test, Chi-square test and 95% CI.

The following findings were identified: 1) 96.83% of caregivers in the community were women, with an average age of 50; 58.72% had completed secondary school or above a vocational qualification; and 10% had no prior experience providing care for older adults; 2) The procedure development of potential of caregivers to screen dementia for older adults in community included training of potential for caregivers to screen dementia for older adults in the community, developing a curriculum for improving potential of caregivers to screen dementia for older adults in the community, and selection a dementia screening tool for older adults in the community; 3) The results of development of potential for caregivers to screen dementia for older adults in the community by using the IQCODE measurement revealed that the knowledge level of caregivers following training



was statistically substantially greater than score of caregivers before to training ($p < 0.01$). Negative attitude level of caregivers was shown to be statistically considerably lower after the training than it was before ($p < 0.01$). Nevertheless, there was no statistically significant difference in the positive attitude level of caregivers before and after the training; and 4) the IQCODE measurement, which caregivers used to screen for dementia in older adults living in the community, revealed 6.44% of the risk of dementia incidence (95%CI 5.4 – 7.7).

Dementia is a significant problem facing in older adults. Development of potential of caregivers to screen dementia for older adults living in the community by using appropriate and effective measuring techniques is important initial step in gaining access to the health care system for older adults with dementia.

Keywords: Caregivers in community, Dementia, screening, IQCODE measurement

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนของประเทศไทยทั่วโลก ซึ่งผลการสำรวจทั่วโลกในช่วง ค.ศ. 2018 - 2019 พบอุบัติการณ์เกิดภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 1 ในช่วงอายุ 60 - 64 ปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ช่วงอายุ 85 ปีขึ้นไป และ ช่วงอายุ 90 - 95 ปี พบร้อยละ 40 (Dementia Forecasting Collaborators, 2019) เช่นเดียวกับประเทศไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบก้าวกระโดด ทำให้ปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งประเทศ (National Statistical Office, 2021) ซึ่งประมาณการผู้สูงอายุสมองเสื่อม จำนวน ปีค.ศ. 2019 มีผู้ป่วยสมองเสื่อม 670,047 คน ในปีค.ศ. 2050 คาดว่าจะมีจำนวน 2,391,672 คน (Dementia Forecasting Collaborators, 2019) ภาวะและผลกระทบของโรคสมองเสื่อมจึงเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคต

การศึกษาในประเทศไทยพบค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อปีสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 8,014 ดอลลาร์สหรัฐต่อผู้ป่วยหนึ่งราย โดยในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะรุนแรง จะมีค่าใช้จ่าย จำนวน 9,860 ดอลลาร์สหรัฐ และ จำนวน 5,524 ดอลลาร์สหรัฐสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเล็กน้อย (Kongpakwattana et al., 2019) และพบว่าการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 4.3 ผู้ดูแลต้องลาออกจากงาน ร้อยละ 23.6 และผู้ดูแลหลักครึ่งหนึ่งไม่มีผู้ดูแลอื่นเพื่อช่วยเหลือ (Chuakhamfoo et al., 2020) การดูแลผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่สังคมไทยกำลังเผชิญโดยเฉพาะการรับมือกับโรคหรือการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมในช่วงวัยสูงอายุ



อย่างไรก็ตามภาวะสมองเสื่อมเป็นการเจ็บป่วยที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับองค์ความรู้ของการดูแลรักษา เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย ได้แก่ การพร่องความรู้ ความเข้าใจในการคัดกรอง และพัฒนาศักยภาพสมองเพื่อป้องกัน ชะลอภาวะสมองเสื่อม (Puengsema, 2020) โดยเฉพาะข้อจำกัดด้านศักยภาพของบุคลากรสุขภาพและเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ในระบบบริการ อีกทั้งการให้บริการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของไทยถูกออกแบบภายใต้ระบบการดูแลเฉพาะทางต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการตรวจวินิจฉัยโรค จึงทำให้เกิดความยากลำบากต่อการเข้าถึงระบบบริการดูแล การศึกษาที่ผ่านมาจึงพบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม (Chen et al., 2022)

การพัฒนาศักยภาพการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนสำหรับผู้ดูแลครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ให้สามารถคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนได้ทันทั่วถึง รวมทั้งการพัฒนาและคัดเลือกเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพใช้ตัดสินใจในการค้นหาผู้ป่วย ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะช่วยลดภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในครอบครัว และทำให้คุณภาพชีวิตทั้งของผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลในครอบครัวดีขึ้น และทำให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพการคัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อมของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชนด้วยเครื่องมือ IQCODE
2. เพื่อประเมินความชุกภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยเครื่องมือ IQCODE
3. เพื่อประเมินผลกระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชนด้วยเครื่องมือ IQCODE

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินกิจกรรมระหว่างเดือนสิงหาคม 2561 – มิถุนายน 2562 โดยมีการดำเนินกิจกรรม 2 ระยะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะที่ 1 พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน เป็นขั้นตอนการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลประกอบด้วย การคัดเลือกเครื่องมือการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของ



ผู้สูงอายุ การอบรมพัฒนาศักยภาพการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลในชุมชน ซึ่งดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคม 2561 - มกราคม 2562

ระยะที่ 2 ประเมินผลการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งประเมินจาก ความรู้การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ทักษะคิดในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม หลังการอบรม และ ทักษะความสามารถในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนด้วย เครื่องมือ IQCODE (Jorm, 1994; Senanarong et al., 2001) โดยดำเนินการเดือนมกราคม – มิถุนายน 2562

การคัดเลือกพื้นที่วิจัย

มีเกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่ ดังนี้ 1) อำเภอที่อยู่ห่างจาก จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่จังหวัดที่วางแผนดำเนินการวิจัยแบบการทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุมในปีถัดไป 2) พื้นที่วิจัยเป็นพื้นที่ระดับตำบลที่ทุกตำบลเข้าร่วมกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข 3) ผู้บริหารของสถานบริการสุขภาพในระดับอำเภอและระดับจังหวัดยินดีเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย กลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่ ผู้ดูแลในชุมชน และ อาสาสมัครสาธารณสุขที่อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัย มีทั้งหมด จำนวน 83 คน และ กลุ่มเป้าหมายรอง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัย มีทั้งหมด จำนวน 2,554 คน

กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 คือ ผู้ดูแลในชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข มีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ของอำเภอเป้าหมายในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2 คือ 1) ผู้ดูแลในชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข มีเกณฑ์การคัดเลือกคือ ผ่านอบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือ IQCODE 2) ผู้สูงอายุ มีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัย และ 2) มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติหรือผู้ดูแลที่สามารถให้ข้อมูลพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงของสูงอายุที่ผ่านมาเปรียบเทียบกับปัจจุบันได้ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 2,501 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินความรู้ เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีจำนวน 15 ข้อ เป็นลักษณะคำถาม เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ กำหนดให้ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน และกำหนดเกณฑ์การประเมินระดับความรู้ เป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการแบ่งความรู้แบบอิงเกณฑ์ดังนี้ ความรู้ระดับสูง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป



(12 - 15 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 50 - 79 (8 - 11 คะแนน) ความรู้ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50 (0 - 7 คะแนน) (Vongchavalitkul et al., 2016) ซึ่งเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากจิตแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.80 และ ผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่น KR - 20 จากการทดสอบกับผู้ดูแลในพื้นที่จังหวัดใกล้เคียง จำนวน 30 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.76

แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เป็นแบบประเมินทัศนคติของผู้ดูแลในชุมชนที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากการวิจัยความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ของ Vongchavalitkul et al. (2016) ซึ่งเป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า มีค่าคะแนน 5 ระดับ โดยเป็นแบบทัศนคติเชิงบวก จำนวน 16 คำถาม และ แบบประเมินทัศนคติเชิงลบ จำนวน 14 คำถาม และแบ่งระดับการประเมินทัศนคติเชิงบวกและทัศนคติเชิงลบออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับทัศนคติสูง (คะแนน 4.00 - 5.00) ระดับทัศนคติปานกลาง (คะแนน 3.00 - 3.99) และระดับทัศนคติต่ำ (คะแนน 1.00 - 2.99) ซึ่งเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากจิตแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.86 และ ผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค จากการทดสอบกับผู้ดูแลพื้นที่จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.84

เครื่องมือ IQCODE เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบ ความจำ สถิติปัญหาและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในแต่ละสถานการณ์ของผู้สูงอายุ ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาปัจจุบัน มีจำนวน 16 ข้อ และแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 5 ตัวเลือก (Jorm, 1994) ในประเทศไทยใช้จุดตัดที่คะแนน 3.47 หมายถึง มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีค่า sensitivity ร้อยละ 83.5 และ specificity ร้อยละ 81.5 (Senanarong et al., 2001)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ สคม. 344 / 2560 วันที่ 25 เมษายน 2560 โดยมีการชี้แจงกลุ่มเป้าหมายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิในการปฏิเสธเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย การรักษาความลับและการเก็บรักษาข้อมูล การแสดงความสมัครใจโดยลงลายมือชื่อในเอกสารโครงการวิจัย เป็นต้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย มี 2 ระยะ 1) การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ระยะที่ 1 เป็นการประเมินความรู้และทัศนคติก่อนการอบรมการพัฒนาศักยภาพการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุของผู้ดูแลในชุมชน 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะที่ 2 เป็นการประเมินความรู้และทัศนคติหลังการ



อบรมการพัฒนาศักยภาพการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุของผู้ดูแลในชุมชน และประเมินทักษะปฏิบัติการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมจากผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้ดูแลในชุมชนที่ผ่านการอบรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เชิงพรรณนา โดย ข้อมูลเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ ทักษะการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ถูกวิเคราะห์และนำเสนอผลด้วย สถิติเชิงพรรณนาตามระดับการวัดตัวแปร ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์เชิงอ้างอิง โดยข้อมูลการเปรียบเทียบความรู้และทักษะของผู้ดูแลในชุมชนก่อนและหลังการอบรม วิเคราะห์ด้วยสถิติ แล้ววิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เชิงอ้างอิงด้วย Paired t-test และวิเคราะห์ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วย Chi-square test, Fisher Exact test และค่า 95% CI

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลในชุมชนที่เข้าร่วมการวิจัย

พบว่าผู้ดูแลที่เข้ารับการอบรม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.83 มีอายุเฉลี่ย 50 ปี ส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพอยู่ร้อยละ 98.41 และพบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.65 เป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา / ปวช. ร้อยละ 52.38 และสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 6.34 และพบว่าผู้ดูแลผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแล 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย ร้อยละ 87.30 และพบว่าผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 10 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลในชุมชนที่เข้าร่วมการวิจัย (n = 63)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
1. เพศ		
ชาย	2	3.17
หญิง	61	96.83
2. อายุ (Mean 50.14 years, S.D. 8.96)		
20 – 29	2	3.17
30 – 39	4	6.35
40 – 49	22	34.92
50 – 59	26	41.27



ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
60 ปีขึ้นไป	9	14.29
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	26	41.27
มัธยมศึกษา/ปวช.	33	52.38
ปริญญาตรี	2	3.17
ปวส.	2	3.17
4. สถานภาพสมรสปัจจุบันของท่านคือ		
โสด	2	3.17
คู่	51	80.95
หม้าย/หย่า/แยก	10	15.87
5. อาชีพ		
เกษียณอายุ	1	1.59
เกษตรกร (ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ ฯลฯ)	56	88.89
ค้าขาย	2	3.17
รับจ้าง	2	3.17
แม่บ้าน	2	3.17
6. มีประสบการณ์เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	59	93.65
7. มีประสบการณ์ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (Care Giver)	55	87.30
8. มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา	57	90.48
9. ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา (IQR 3-10, range 0-40)		
≤ 5 ปี	33	57.89
6 – 10 ปี	10	17.54
11 – 15 ปี	8	14.04
16 – 20 ปี	3	5.26
>20 ปี	3	5.26
10. ระยะเวลาการทำหน้าที่ผู้ดูแลในชุมชน (เดือน) (Mean 23.71, SD 14.26)		
≤ 12 เดือน	23	36.51
13 – 24 เดือน	9	14.29
25 – 36 เดือน	30	47.62
มากกว่า 36 เดือน	1	1.59



2. กระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชนด้วยเครื่องมือ IQCODE

ระยะที่ 1 พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน ดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคม 2561 - มกราคม 2562 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่

1. การคัดเลือกเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน เป็นจุดเริ่มต้นของการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ที่ดำเนินการร่วมกันระหว่าง นักวิจัย จิตแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำปรึกษา ในประเทศไทย และ ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อคัดเลือกเครื่องมือการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมร่วมกัน ทำให้เกิดการทบทวนเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งมีไขว่คว้าหาวิชาชีพด้านสุขภาพในประเทศไทยพบว่าเครื่องมือการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่ถูกนำมาใช้ที่ผ่านมาโดยกระทรวงสาธารณสุข และ ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือคัดกรอง AMT (Hodkinson, 1972; Jitapunkul et al., 1991) และ เครื่องมือคัดกรอง Mini cog (Borson et al., 2003; Trongsakul, et al., 2015) อย่างไรก็ตามพบว่าเครื่องมือทั้ง 2 ประเภทที่นำมาใช้ในการประเมินในชุมชนและมีข้อจำกัดในการใช้เกี่ยวกับ ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย และ ในกรณีที่ผู้สูงอายุเริ่มมีอาการสมองเสื่อมไม่สามารถถามได้ ในการเลือกเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้เลือกใช้เครื่องมือ IQCODE (Jorm et al., 1994; Senanarong et al., 2001) เนื่องจากเครื่องมือมีความไว และความจำเพาะสูงมากโดยการประเมินของบุคลากรด้านสุขภาพ และ ผู้ดูแลที่ไม่ใช่บุคลากรด้านสุขภาพสามารถใช้ได้ อีกทั้งเป้าหมายของการคัดเลือกเครื่องมือเพื่อค้นหาเครื่องมือที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะการพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว

2. การพัฒนาหลักสูตรศักยภาพการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลในชุมชน เป็นขั้นตอนการพัฒนาเนื้อหาการอบรมร่วมกับของนักวิจัยและผู้จัดการดูแลในพื้นที่ร่วมกัน โดยมีจิตแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญของประเทศไทยและสหรัฐอเมริกาเป็นที่ปรึกษา ซึ่งเนื้อหาอบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยชุดความรู้ 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน (Care giver) เพื่ออธิบายความหมายและนิยามภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตลอดจนปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อาการและอาการแสดงออกของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และการจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และ ชุดที่ 2 การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยผู้ดูแล เป็นการอธิบายเกี่ยวกับหลักการและแนวทางการประเมินคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชนโดยผู้ดูแล ด้วยเครื่องมือ IQCODE



3. การอบรมพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในชุมชนเพื่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน เป็นขั้นตอนการอบรมผู้ดูแลในชุมชน โดยนักวิจัยและผู้จัดการดูแลในพื้นที่ร่วมกันตามเนื้อหา การอบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุด้วยเครื่องมือ IQCODE ที่กำหนดไว้ซึ่งรูปแบบการจัดการเรียนรู้มีความหลากหลาย ได้แก่ การบรรยายและคลิปวิดีโอ การสาธิต และการแสดงบทบาทสมมติ และกำหนดระยะเวลาการอบรม 7 ชั่วโมง โดยมีการประเมินความรู้ และ ทักษะของผู้ดูแลในชุมชน ก่อนและหลังการอบรม

ระยะที่ 2 ประเมินผลลัพธ์การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม - มิถุนายน 2562 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่

1. การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนโดยเครื่องมือ IQCODE เป็นขั้นตอนหลังเสร็จสิ้นการอบรม ผู้ดูแลในชุมชนที่ผ่านการอบรมทุกคนดำเนินการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนตามความรับผิดชอบของตนเอง ซึ่งมีทั้งหมด 3 ตำบลโดยมีนักวิจัยและผู้จัดการดูแลของแต่ละตำบลทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและติดตามผลการดำเนินการคัดกรองของผู้ดูแลในชุมชนระหว่างทำหน้าที่คัดกรอง

2. ประเมินผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุของผู้ดูแลในชุมชน เป็นขั้นตอนการประเมินศักยภาพการปฏิบัติการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของผู้ดูแลในชุมชน จากผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุ การสะท้อนประสบการณ์คัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุของผู้ดูแลในชุมชน ทำให้ผลลัพธ์ความชุกของการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชนด้วยเครื่องมือ IQCODE โดยผู้ดูแลในชุมชน

3. ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนด้วยเครื่องมือ IQCODE

ผู้ดูแลในชุมชนที่ผ่านการอบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือ IQCODE จำนวน 63 คน ได้ดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนที่รับผิดชอบ ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 2,501 คน และพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง จำนวน 1,756 คน คิดเป็นร้อยละ 70.21

ผลการคัดกรองพบว่าผู้สูงอายุในชุมชนมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้หญิง มีอายุเฉลี่ย 70.68 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 97.49 อาศัยอยู่ร่วมกับคนในครอบครัว และ ร้อยละ 97.95 ผู้สูงอายุมีผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งเป็นลูกสาวหรือลูกชาย รองมาคือคู่สมรส อย่างไรก็ตามพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 2.51 อาศัยอยู่คนเดียวเพียงลำพัง ร้อยละ 12.36 มีปัญหาการเดินทาง นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังเกือบครึ่งหนึ่ง โรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ตามลำดับ และพบว่าผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม มีอายุเฉลี่ย ร้อยละ 77.88 และพบป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวนสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทาง



สถิติ และพบว่าผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม มีสัดส่วนความสามารถในการเดินน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่
มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่ถูกคัดกรองด้วยเครื่องมือ IQCODE (n = 1,756)

ลักษณะทางประชากรของ ผู้สูงอายุ	Total (n=1,756) n (%)	High Risk Dementia (n=113) n (%)	Non-Dementia (n=1,643) n (%)	P value
1. เพศ				
ชาย	755 (43.00)	36 (31.86)	719 (43.76)	0.01*
หญิง	1,001 (57.00)	77 (68.14)	924 (56.24)	
2. อายุ (ปี) Mean (SD)	70.68 (7.39)	77.88 (7.71)	70.19 (7.10)	
60 – 69 ปี	866 (49.32)	17 (15.04)	849 (51.67)	<0.01*
70 – 79	670 (38.15)	49 (43.36)	621 (37.80)	
80 ปี และ มากกว่า	220 (12.53)	47 (41.59)	173 (10.53)	
3. การศึกษา				
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	1,673 (95.27)	107 (94.69)	1,566 (95.31)	0.76*
สูงกว่าประถมศึกษา	83 (4.39)	6 (5.31)	77 (4.69)	
มัธยมศึกษา	44 (2.51)	3 (2.65)	41 (2.50)	
ปริญญาตรี	33 (1.88)	3 (2.65)	30 (1.83)	
ปวช./ปวส.	6 (0.34)	0 (0.00)	6 (0.37)	
4. จำนวนสมาชิกในครอบครัว Mean (S.D.)	4.44 (1.85)	4.68 (1.76)	4.42 (1.85)	
อยู่คนเดียว	44 (2.51)	2 (1.77)	42 (2.56)	0.45**
อยู่ร่วมกันในครอบครัว	1,712 (97.49)	111 (98.23)	1,601 (97.44)	
2 คน	206 (11.73)	10 (8.85)	196 (11.93)	
3 – 5 คน	1,081 (61.56)	72 (63.72)	1,009 (61.41)	
6 – 8 คน	395 (22.49)	27 (23.89)	368 (22.40)	
9 คน และ มากกว่า	30 (1.71)	2 (1.77)	28 (1.70)	
5. ผู้ดูแลในครอบครัว				
ไม่มีผู้ดูแลในครอบครัว	36 (2.05)	0 (0.00)	36 (2.19)	0.09**
มีผู้ดูแลในครอบครัว	1,720 (97.95)	113 (100.00)	1,607 (97.81)	
ลูกสาว/ลูกชาย	884 (50.34)	80 (70.80)	804 (48.93)	
คู่สมรส	558 (31.78)	12 (10.62)	546 (33.23)	



ลักษณะทางประชากรของ ผู้สูงอายุ	Total (n=1,756) n (%)	High Risk Dementia (n=113) n (%)	Non-Dementia (n=1,643) n (%)	P value
หลาน	150 (8.54)	12 (10.62)	138 (8.40)	
ลูกสะใภ้/ลูกเขย	62 (3.53)	4 (3.54)	58 (3.96)	
ญาติพี่น้อง	62 (3.53)	5 (4.42)	57 (3.47)	
เพื่อนบ้าน ผู้ดูแลรับจ้าง	4 (0.23)	0 (0.00)	4 (0.27)	
6. ความสามารถในการเดิน				
เดินได้ปกติ	1,539 (87.64)	58 (51.33)	1,481 (90.14)	< 0.01*
ติดบ้าน	190 (10.82)	45 (39.82)	145 (8.83)	
ติดเตียง	27 (1.54)	10 (8.85)	17 (1.03)	
7. โรคเรื้อรัง				
ไม่มี	895 (50.97)	35 (30.97)	860 (52.34)	< 0.01*
มี	861 (49.03)	78 (69.03)	783 (47.66)	
HT	427 (24.32)	40 (35.40)	387 (23.55)	0.01
DM	337 (19.19)	26 (23.01)	311 (18.93)	0.32
CHD	61 (3.47)	8 (7.08)	53 (3.23)	0.05
Cataract	47 (2.68)	4 (3.54)	43 (2.62)	0.54
COPD	38 (2.16)	5 (4.42)	33 (2.01)	0.09
Stroke	32 (1.82)	8 (7.08)	24 (1.46)	0.01
Cancer	26 (1.48)	2 (1.77)	24 (1.46)	0.68
CKD	15 (0.85)	0 (0.00)	15 (0.91)	0.62
Thyroid	15 (0.85)	1 (0.88)	14 (0.85)	1.00
Parkinson	6 (0.34)	1 (0.88)	5 (0.30)	0.33

*Chi-square test, **Fisher Exact test

ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยเครื่องมือ IQCODE โดยผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมพบความชุกของความเสียหายต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 6.44 (95 % CI 5.4 – 7.7) โดยจำแนกเป็นอาการเปลี่ยนแปลงอย่างปานกลาง ร้อยละ 4.44 อาการเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรง ร้อยละ 1.99 (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 ความชุกภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยเครื่องมือ IQCODE (n = 1,756)

ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วย IQCODE	จำนวน	ร้อยละ	95% CI
1. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 3.47)	1,643	93.56	92.3 – 94.6
ดีขึ้น	831	47.32	
ไม่เปลี่ยนแปลง	531	30.24	
อาการเปลี่ยนแปลงแยลงเล็กน้อย	281	16.00	
2. สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม (คะแนนเฉลี่ย 3.47 – 5.00)	113	6.44	5.4 – 7.7
อาการเปลี่ยนแปลงแยลงปานกลาง	78	4.44	
อาการเปลี่ยนแปลงแยลงรุนแรง	35	1.99	

4. ผลลัพธ์การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุด้วยเครื่องมือ IQCODE

ความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลในชุมชนก่อนและหลังการอบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่าก่อนการฝึกอบรมผู้ดูแลมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 10.69 และมีระดับความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 66.67 รองมาคือ มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 31.75 และหลังการฝึกอบรม ผู้ดูแลมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 12.76 และมีระดับความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ 76.19 รองมาคือ มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.81 และพบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลหลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

จากการประเมินทัศนคติด้วยข้อคำถามเชิงบวก พบว่าผู้ดูแลมีคะแนนทัศนคติเฉลี่ยในระดับสูงที่ใกล้เคียงกันทั้งก่อนและหลังการฝึกอบรม คือ 4.21 และ 4.22 ตามลำดับ ส่วนผลการประเมินด้วยข้อคำถามเชิงลบ พบว่าผู้ดูแลมีคะแนนทัศนคติเชิงลบเฉลี่ยหลังการฝึกอบรมในระดับที่ต่ำกว่าก่อนการอบรม คือ 1.93 และ 2.23 ตามลำดับ ซึ่งผลการเปรียบเทียบทัศนคติของผู้ดูแลพบว่าระดับทัศนคติเชิงบวกก่อนและหลังการอบรมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p 0.98$) ส่วนระดับทัศนคติเชิงลบพบว่าหลังการอบรมคะแนนเฉลี่ยเชิงลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) (ตารางที่ 4)



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลในชุมชนในการคัดกรองภาวะ สมอง
เสื่อมของผู้สูงอายุก่อนและหลังการอบรม (n = 63)

การประเมิน	ระดับ n (%)			Mean	Mean Difference	t	df	P value*
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง					
ความรู้ของผู้ดูแล								
ก่อนการอบรม	1 (1.59)	42 (66.67)	20 (31.75)	10.69 (1.42)	2.06	7.37	62	< 0.01
หลังการอบรม	0 (0.00)	15 (23.81)	48 (76.19)	12.76 (1.71)				
ทัศนคติของผู้ดูแล								
ทัศนคติเชิงบวก								
ก่อนการอบรม	2 (3.17)	12 (19.05)	49(77.78)	4.21 (0.54)	0.01	0.03	62	0.98
หลังการอบรม	2 (3.17)	9 (14.29)	52(82.54)	4.22 (0.59)				
ทัศนคติเชิงลบ								
ก่อนการอบรม	52 (82.54)	7 (11.11)	4(6.35)	2.23 (0.86)	0.30	3.11	62	0.01
หลังการอบรม	59 (93.65)	3 (4.76)	1(1.59)	1.93 (0.61)				

* Paired t-test

อภิปรายผล

1. การคัดเลือกเครื่องมือ IQCODE เพื่อพัฒนาศักยภาพการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน

การคัดเลือกเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนเป็นประเด็นสำคัญในการเริ่มต้นการพัฒนาการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาของประเทศไทยพบว่าการค้นหาผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชนมีการใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่มีความหลากหลาย (Na Chiangmai & Wongupparaj, 2020) ในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้เครื่องมือ IQCODE ด้วยเป็นเครื่องมือที่ประเมินภาวะสมองเสื่อมจากการเปรียบเทียบความจำ สถิติปัญญาและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ พฤติกรรมการเปลี่ยนแปลง ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา กับปัจจุบันของผู้สูงอายุ (Jorm, 1994) ซึ่งมีความสอดคล้องกับนิยามภาวะสมองเสื่อมขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นคำศัพท์ที่ใช้เพื่อครอบคลุมโรคหลายโรคที่ส่งผลต่อความจำ การรับรู้อื่น ๆ ที่ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรม และมีผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและการมีส่วนร่วมอย่างอิสระในสังคม (World Health Organization [WHO], 2017; WHO, 2020)



นอกจากนี้เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเป็นเครื่องมือที่มีความไวและความจำเพาะสูงที่ศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่มีข้อจำกัดของระดับการศึกษาของผู้สูงอายุที่มีผลกระทบต่อการใช้แบบคัดกรองของประเทศไทย (Na Chiangmai & Wongupparaj, 2020) โดยเฉพาะผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 78.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 และ ร้อยละ 7.4 ไม่ได้เข้าโรงเรียน (Aekplakorn et al., 2020) ซึ่งเครื่องมือ IQCODE เป็นเครื่องมือที่สามารถประเมินได้ทั้งบุคลากรด้านสุขภาพและผู้ดูแลที่มีใช้บุคลากรด้านสุขภาพ การศึกษาการใช้เครื่องมือ IQCODE โดยบุคลากรที่ผ่านมาพบว่าได้ผลดี เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ มีความไวและความจำเพาะสูง และเครื่องมือนี้มีความสัมพันธ์กับเครื่องมือ TMSE (Senanarong et al., 2001) สามารถลดข้อจำกัดเรื่องลักษณะของการใช้เครื่องมือ การเลือกเครื่องมือที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ เครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมและการพัฒนาความสามารถในการใช้เครื่องมือของผู้ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิจึงเป็นสิ่งที่สามารถลดช่องว่างขององค์ความรู้การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนของประเทศไทย

2. ความรู้ ทักษะ และทักษะปฏิบัติการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของผู้ดูแลในชุมชนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครั้งนี้เป็นการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการดูแลรักษาผู้สูงอายุสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในความรู้ ความเข้าใจในการคัดกรอง และพัฒนาศักยภาพสมองเพื่อป้องกันชะลอภาวะสมองเสื่อม (Puengsema, 2020) และผลการศึกษานี้พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลหลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลจึงทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามกระบวนการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในชุมชนมีความสำคัญมากและในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลในชุมชนมากกว่าร้อยละ 58.72 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา / ปวช. ขึ้นไป ร้อยละ 87.30 ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแล 70 ชั่วโมง และ ร้อยละ 93.65 มีประสบการณ์เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

ด้านผลการประเมินทัศนคติพบว่า ทัศนคติเชิงบวกของผู้ดูแลก่อนและหลังการอบรมอยู่ในระดับสูงและไม่มีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมดมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยในชุมชนและปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพประชาชน ทำให้ความรู้สึกและมุมมองต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมมีในเชิงบวก อย่างไรก็ตามผลการประเมินทัศนคติเชิงลบพบว่าหลังการอบรมทัศนคติเชิงลบลดลงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) ทั้งนี้เนื่องจากความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่มีจำกัดของผู้เข้ารับการอบรมทำให้มุมมองเชิงลบต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม ดังเช่นพบว่า ผู้เข้ารับการอบรมคิดว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มักเชื่อในความคิดของ



ตนเองเป็นการสายเกินไปในการปรับปรุงตัวเองของผู้สูงอายุในการได้รับการความรู้ และคิดว่าผู้สูงอายุไม่ควรมียบทบาทในการประกอบธุรกิจและปกครองบ้านเมือง แต่หลังจากการอบรมทัศนคติเชิงลบของผู้เข้ารับการอบรมเปลี่ยนแปลงดีขึ้น สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการขององค์การอนามัยโลกที่กำหนด การสร้างความตระหนักรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมให้เกิดขึ้นในประชาชน และ สังคมเข้าใจโรคสมองเสื่อม ประชาชนในสังคมเป็นมิตรกับผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็น 2 ใน 7 กิจกรรมหลัก ของแผนปฏิบัติการดูแลโรคสมองเสื่อมโลก (WHO, 2017)

การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยเครื่องมือการประเมินที่เหมาะสม จึงมีความสำคัญในการเข้าถึงและการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จึงเป็นสิ่งที่สำคัญเพื่อช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพใช้ในการตัดสินใจให้บริการการดูแล ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถเข้าถึงระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมอย่างรวดเร็วและพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในหน่วยบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ

3. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมโดยการคัดกรองด้วยเครื่องมือ IQCODE ของผู้ดูแลในชุมชน

ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยเครื่องมือ IQCODE โดยผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม พบมีความชุกของความเสียหายต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 6.44 ใกล้เคียงกับผลการสำรวจภาวะสมองเสื่อมของประเทศทั่วโลกพบความชุกของการเกิดโรคสมองเสื่อม ประมาณ ร้อยละ 5.2 ในผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (WHO, 2017) และมีความแตกต่างไม่มากกับการศึกษาในประเทศไทย โดยการประเมินภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุด้วยเครื่องมือ MMSE ของการสำรวจข้อมูลของประเทศไทย พบร้อยละ 8.1 (Aekplakorn et al., 2014) และการประเมินด้วยเครื่องมือ MMSE ในจังหวัดขอนแก่น พบสัดส่วนผู้สูงอายุที่สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 9.29 (Sihapark et al., 2021) ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างในเชิงบริบทของพื้นที่ และลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่พบว่ามีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกัน ได้แก่ อายุเฉลี่ย การเกษียณ ความสามารถในการเดิน และ โรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

สรุป

การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยเครื่องมือ IQCODE เป็นการเลือกเครื่องมือที่คุณภาพ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทเชิงพื้นที่ มีผลทำให้ระดับความรู้และทัศนคติการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถพัฒนาทักษะปฏิบัติการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุใน



ชุมชน ทำให้ได้ผลลัพธ์การคัดกรองที่น่าเชื่อถือ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาระบบการค้นหาหรือการคัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อมของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและเข้าถึงระบบบริการดูแลสุขภาพในชุมชน อย่างไรก็ตามกระบวนการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในชุมชนจะต้องดำเนินการภายใต้ผู้ที่มีประสบการณ์หรือมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

ข้อเสนอแนะ

1. ขยายผลการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยเครื่องมือ IQCODE เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขสุจริตที่ดำเนินอย่างต่อเนื่องประจำปี เพื่อให้ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมมีความน่าเชื่อถือ และสามารถนำมาใช้ประโยชน์ต่อไป

2. ควรมีการวิจัยและพัฒนาเพื่อยืนยันผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือ IQCODE - ของผู้ดูแลในชุมชนโดยวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น พยาบาล และ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่มีประสิทธิภาพของผู้ดูแลในชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้อยู่ภายใต้โครงการวิจัยเรื่อง การสร้างความร่วมมือเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุ โดยทุนสนับสนุนจาก NIMH, NIH , USA และ มูลนิธิสังคมและสุขภาพ

รายการอ้างอิง (References)

- Aekplakorn, W., Puckcharern, H., Thailkla, & Satheannoppakao, W. (2014). *National Health Examination Survey VI (NHES VI) report*. Health Systems Research Institute.
- Borson, S., Scanlan, J.M., Chen, P., & Ganguli, M. (2003). The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(10), 1451-4. <http://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51465>
- Chen, H., Lekoff, S., Chuengsatiansup, K., Sihapark, S., Hinton, L., Gallagher-Thompson, D., Tongsiri, S., Wisetpholchai, B., Fritz, S., Lamont, A., Domlyn, A., Wandersman, A., & Marques A. H. (2022). Implementation Science in Thailand: Design and Methods of a geriatric Mental Health Cluster – Randomized Trail. *Psychiatric Service*. 73(1), 83 – 91. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.202000028>



- Chuakhamfoo, N.N., Phanthunane, P., Chansirikarn, S., & Pannarunothai S. (2020). Health and long-term care of the elderly with dementia in rural Thailand: a cross-sectional survey through their caregivers. *BMJ Open*, 10(3), e032637. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032637>
- Dementia Forecasting Collaborators. (2019). 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*, 7(2), e105-e125. [http://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00249-8](http://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8)
- Hodkinson, H. M. (1972). Evaluation of a Mental Test Score for Assessment of Mental Impairment in the Elderly. *Age Ageing*, 1(4), 233 - 238. <http://doi.org/10.1093/ageing/1.4.233>
- Jitapunkul, S., Pillay, I., & Ebrahim, S. (1991). The Abbreviated Mental Test: Its Use and Validity. *Age Ageing*, 20(5), 332 - 336. <http://doi.org/10.1093/ageing/20.5.332>
- Jorm, A.F. (1994). A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): development and cross-validation. *Psychological Medicine*, 24(1), 145-153. <http://doi.org/10.1017/S003329170002691X>
- Kongpakwattana, K., Dejthevaporn, C., Krairit, O., Dilokthornsakul, P., Mohan, D., & Chaiyakunapruk, N., (2019) A Real-World Evidence Analysis of Associations Among Costs, Quality of Life, and Disease-Severity Indicators of Alzheimer's Disease in Thailand. *Value Health*, 22(10), 1137 - 1145. <http://doi.org/10.1016/j.jval.2019.04.1937>
- Na Chiangmai, N., & Wongupparaj, P. (2020). Dementia screening tests in Thai older adults: a systematic review. *Journal of Mental Health of Thailand*, 28(3), 187 – 198. https://www.academia.edu/87191003/Dementia_screening_tests_in_Thai_older_adults
- National Statistical Office. (2021). *The 2021 Survey of the Older Persons in Thailand*. National Statistical Office. https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1663828576-1747_1.pdf
- Puengsema, R. (2020). Nursing Role in Caring for Persons with Dementia. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 13(1), 15 - 24. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/243779>
- Senanarong, V., Assavisaraporn, S., Sivasiriyonons, N., Printarakul, T., Jamjumrus, P., Udompunthuruk, S., & Pongvarin, N. (2001). The IQCODE: An Alternative Screening Test for Dementia for Low Educated Thai Elderly. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 84 (5), 648 – 655. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11560213/>



- Sihapark, S., Amornrojanavaravutti, W., Kam-on, N., Srioad, P., Srihanoo, P., & Tupsai, T. (2021). Problems and Needs of Long-Term Care for Elderly Community Dwellers Supported by Long Term Care Fund in Khon Kaen Province. *Regional Health Promotion Center 9*, 15(36), 44 – 62. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/issue/archive>
- Trongsakul, S., Lambert, R., Clark, A., Wongpakaran, N., & Cross, J. (2015). Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatrics & Gerontology International*, 15(5), 594 - 600. <http://doi.org/10.1111/ggi.12318>
- Vongchavalitkul, B., Sanguanwongwan, W., Chatchaisucha, S., Limsarun, T., Thaisamak, S., & Ruengkajhohn, K. (2016). Knowledge and Attitude of the Elderly Caregivers: A Case Study of Thammapakorn Phoklang and Watmuang Elderly Care Center Nakhonratchasima Province. *Journal of Business Administration the Association of Private Education Institutions of Thailand*, 5(2), 74 – 91. <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/apheitvu/issue/view/8165>
- World Health Organization. (2017, February 27). *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025*. <https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017-2025>.
- World Health Organization. (2020, May 29). *The Epidemiology and impact of dementia: Current state and future trends*. https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf