

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาความถูกต้อง ความเที่ยงตรง และการนำไปใช้ได้จริงของ
แบบประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ซึ่งใช้เวลา 10 นาที ในการบริการแบบปฐมภูมิ

พัชานันต์ ปิติ, พ.บ.¹, บงกช วิริยะ, พย.ม.², ทิวรัตน์ ไกรเกียรติสกุล, พย.บ.², วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, พ.บ.³,
สุวรรณี สุเรศณีวงศ์, พ.บ. อ.ว.เวชศาสตร์ครอบครัว¹

¹สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว งานการศึกษาระดับหลังปริญญา, ²หน่วยพยาบาลปฐมภูมิศิริราช งานการพยาบาลปฐมภูมิ ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลศิริราช, ³ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

สุวรรณี สุเรศณีวงศ์ พ.บ.,
สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
งานการศึกษาระดับหลัง
ปริญญา, คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัย
มหิดล 2 ถนนวังหลัง
แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700, ประเทศไทย
Email: suwannee.sur@mahidol.ac.th, sisur2@gmail.com

Received: October 1, 2024;

Revised: November 12, 2024;

Accepted: January 30, 2025

บทคัดย่อ

ที่มา: การประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ใช้เวลาประมาณหนึ่งชั่วโมง แบบประเมินผู้สูงอายุฉบับย่อขององค์การอนามัยโลกสิบนาที จึงต้องการศึกษาความถูกต้อง ความเที่ยงตรง ความสอดคล้อง และการนำไปใช้ได้จริงของแบบประเมินฉบับย่อ

แบบวิจัย: การวิจัยโดยการสังเกตแบบไปข้างหน้า

วัตถุประสงค์และวิธีการ: แปลแบบประเมินฉบับย่อศึกษาความถูกต้องของแบบประเมินและความเที่ยงตรงของผู้ทดสอบ ความสอดคล้องได้จัดทำในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 112 คน และศึกษาการนำไปใช้ได้จริงในพยาบาลปฐมภูมิ 4 คน

ผลการศึกษา: พบความสอดคล้องปานกลาง (แคปปา > 0.4) ในกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ ภาวะกลืนปัสสาวะลำบาก ภาวะซึมเศร้า การไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ และการได้ยิน (แคปปา 0.780, 0.762, 0.573 และ 0.519 ตามลำดับ) อีก 4 ด้านความสอดคล้องต่ำ (แคปปา < 0.4) ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้ม ภาวะโภชนาการ และการมองเห็น (แคปปา 0.091, 0.026, 0.109 และ 0.219 ตามลำดับ) ความเที่ยงตรงระหว่างผู้ประเมินดีเยี่ยม ความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดีทุกคำถาม แต่ดัชนีความตรงต่อเนื้อหามีค่าเพียง 0.75 การนำไปใช้ได้จริงพบว่าดีมาก ด้านการใช้เวลาน้อยและสะดวกต่อการใช้งาน

สรุป: ความเที่ยงตรงของผู้ทดสอบและการนำไปใช้ได้จริงในแบบประเมินฉบับย้อมีผลลัพธ์ที่ดี ความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ความสอดคล้องระหว่างทั้งสองแบบประเมินอยู่ในระดับปานกลาง

คำสำคัญ: แบบประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 10 นาที กลุ่มอาการผู้สูงอายุ ความถูกต้อง ความเที่ยงตรง ความสอดคล้อง

ORIGINAL ARTICLE

Validity, Reliability, and Practicality of a Ten-Minute Geriatric Assessment in Primary Care Patients

Phatchanit Piti, M.D.¹, Bongkot Wiriya, M.N.S.², Thiwarut Kraikaitsakul, B.N.S.²,
Weerasak Muangpaisan, M.D.³, Suwannee Suraseranivongse, M.D., FRCFPT¹

¹Division of Family Medicine, Post Graduate Division, ²Primary Care Nursing Division, Department of Nursing, Siriraj Hospital, ³Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Suwannee Suraseranivongse,
M.D., Division of Family Medicine, Post Graduate Division,
Faculty of Medicine Siriraj
Hospital, Mahidol University 2 Wang Lang Rd, Siriraj,
Bangkok Noi, Bangkok 10700,
Thailand

Email: suwannee.sur@mahidol.ac.th, sisur2@gmail.com

Received: October 1, 2024;

Revised: November 12, 2024;

Accepted: January 30, 2025

ABSTRACT

Background: The Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) is not practical in the community. The ten-minute WHO geriatric assessment tool was designed for screening purposes. The objective of this study was to cross-validate two geriatric assessments in terms of content validity, concurrent validity, interrater reliability, and practicality.

Methods: A Ten-minute WHO geriatric assessment tool was translated and tested for content validity. Concurrent validity was tested by agreement with the CGA in 112 patients, aged 60 years. Interrater reliability and practicality of the ten-minute WHO geriatric assessment were tested in four primary care nurses.

Results: Moderate agreement ($\kappa > 0.4$) was found in four conditions, including urinary incontinence, depression, immobility, and hearing (κ 0.780, 0.762, 0.573, and 0.519, respectively). Another four conditions had poor agreement, including memory, falls, nutrition, and vision (κ 0.091, 0.026, 0.019, and 0.219, respectively). Interrater reliability was excellent (agreement 100%). Regarding content validity, the indices of item-objective congruence are > 0.5 in all items, but the content validity index is 0.75. Practicality was good based on the short duration of rating, and feasible for clinical use.

Conclusion: Interrater reliability and practicality of the ten-minute WHO geriatric assessment tool were good to excellent. Content validity was moderate to acceptable. Concurrent validity compared with the comprehensive geriatric assessment tool yielded fair results.

Keywords: ten-minute geriatric assessment, geriatric syndrome, validity, reliability, agreement

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่ภาวะ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” คือสังคมที่มีจำนวนประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20.0¹ โดยกลุ่มอาการผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่จำเพาะเจาะจงกับระบบอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง เกิดจากหลายพยาธิสภาพและแสดงอาการอย่างไม่ตรงไปตรงมา ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีกลุ่มอาการผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ² แต่การวินิจฉัยภาวะเหล่านี้ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มอาการยังทำได้ลำบากในการตรวจผู้สูงอายุในชุมชน การประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุทุกด้านต้องใช้เวลานาน และการตรวจผู้ป่วยนอกมีข้อจำกัดของเวลาที่ต้องพยายามตรวจผู้ป่วยให้เสร็จภายในเวลาที่กำหนด หรือการออกเยี่ยมบ้านที่มีข้อจำกัดทั้งเรื่องเวลาและสถานที่ที่ไม่สะดวกในการทำแบบประเมินที่ต้องใช้พื้นที่กว้าง ๆ ในการประเมินได้ อาจทำให้พลาดในการวินิจฉัยกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่สำคัญที่อาจป้องกันหรือรักษาเบื้องต้นก่อนได้^{3,4} หากมีแบบประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุให้ครอบคลุมแต่ใช้เวลาน้อยกว่า จะช่วยคัดกรองในการบริการแบบปฐมภูมิได้สะดวก

การประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ มีการประเมินทั้งหมด 8 ด้าน คือ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะกลืนปัสสาวะลำบาก ภาวะซึมเศร้า การไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ การหกล้ม ภาวะโภชนาการ การได้ยิน และการมองเห็น การประเมินแต่ละกลุ่มอาการ ต้องใช้เวลาเฉลี่ยประมาณด้านละ 5-15 นาที รวมตรวจทุกด้านต่อหนึ่งคนคือ 60 นาทีขึ้นไป และมีความแตกต่างกันไปในแต่ละสถาบัน เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO)⁵ กระทรวงสาธารณสุข⁶ ราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัว (RCFPT)⁷ ดังตารางที่ 1,⁸⁻¹¹ ซึ่งในงานวิจัยนี้เลือกใช้แบบประเมินของคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 โดยใช้เกณฑ์ระดับโรงพยาบาลชุมชนเป็นมาตรฐานเพื่อให้สามารถนำมาใช้ได้อย่างแพร่หลาย แต่มียกเว้นใน 2 หัวข้อคือ ภาวะกลืนปัสสาวะลำบาก และการได้ยิน ปรับมาใช้เกณฑ์ของระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่อง จากในบริบทของการบริการแบบปฐมภูมิศิริราชไม่มีเครื่องมือเพียงพอที่จะสามารถทำให้สำเร็จได้

ตารางที่ 1. เปรียบเทียบวิธีการประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุในแต่ละสถาบัน และเวลาที่ใช้ในการประเมินตามด้านต่าง ๆ

	กระทรวงสาธารณสุข ⁶		CGA RCFPT ⁷		WHO CGA ^{5,8}		10 minute WHO
Memory	TMSE7	15 min	TMSE	15 min	MMSE	15 min	Remind 3 object
Urinary incontinence	Ask 2 questions	1 min	Ask 2 questions	1 min	Urinary incontinence form	15 min	Ask past of urinary inconti- nence
Depression	2Q, 9Q (กรณี 2Q มี ความเสี่ยง) ⁸	5 min	TGDS	10 min	GDS	5 min	2Q
Immobility	ADL, FRAIL score (กรณี ADL ลดลง)	5 min	BADL+IADL	5 min	ADL	10 min	BADLS
Falls	Time up and go ⁹ (TUGT)	5 min	TUGT Thai-FRAT	15 min	Fall evaluate form -up and go test -Balance test	20 min	Past falling history
Nutrition	Mini Nutritional Assessment (MNA) Full form	5 min	แบบประเมิน โภชนาการ 10 ข้อ	10 min	Weight loss in 6 months	1 min	Weight loss in 6 months
Hearing	Finger rub test	1 min	-	-	Repeat sound	1 min	Repeat sound
Vision	Snellen chart	3 min	Ask 1 question	1 min	Ask of difficulty Reading	1 min	Ask of difficulty Reading
Time of Doing Test	กระทรวงสาธารณสุข	40 min	RCFPT	60 min	WHO CGA	65 min	10 minutes

ต่อมาองค์การอนามัยโลกจึงได้มีการพัฒนาแบบประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุซึ่งใช้เวลา 10 นาที¹² โดยแบ่งตามกลุ่มอาการเป็น 8 ด้าน สอดคล้องกับแบบประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ มีข้อคำถามทั้งหมด 16 คำถาม รวมเวลาประมาณ 10 นาที ซึ่งหากประเมินด้านใดไม่ผ่าน จึงคอยตรวจเพิ่มเติมเพื่อวินิจฉัยอีกครั้ง ซึ่งจากการศึกษาก่อนหน้าในประเทศไต้หวัน ในปี 2558 ได้มีการนำแบบประเมินฉบับย่อมาใช้ประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุในบริบทปฐมภูมิ¹³ แต่ในประเทศไทยยังไม่มี การนำแบบประเมินดังกล่าวมาใช้ และยังไม่มีการแปลเป็นภาษาไทย งานวิจัยนี้จึงต้องการศึกษาความถูกต้อง ความเที่ยงตรง เปรียบเทียบกับการประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ และการนำไปใช้ได้จริงในทางเวชปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของไทยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัสดุและวิธีการ

วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้มีรูปแบบวิจัยเป็น prospective observational study ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (Si 187/2556) ทำโดยหาอาสาสมัครจากการประชาสัมพันธ์ที่หน่วยบริการปฐมภูมิศิริราช และขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากอาสาสมัคร ตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 โดยเกณฑ์การคัดเลือกเข้าได้แก่ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เกณฑ์การคัดเลือกออก ได้แก่ ผู้ที่มีอาการป่วยหนักหรือผู้ป่วยวิกฤต มีอาการติดเชื้อ หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Barthel index < 8) และผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารได้ หรือไม่สามารถอ่านภาษาไทยได้ โดยมีขั้นตอนดำเนินการวิจัยดังนี้

1. การแปลแบบประเมิน: หลังจากได้รับเอกสารอนุญาตให้ศึกษาแบบประเมินฉบับย่อจากองค์การอนามัยโลกแล้ว ให้ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1 แปลแบบประเมินจากภาษาอังกฤษเป็นไทย ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2 แปลแบบประเมินกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง และให้เจ้าของภาษาประเมินรูปแบบที่แปลกลับนี้อีกครั้ง ว่ามีความถูกต้องหรือไม่เมื่อเทียบกับภาษาอังกฤษต้นฉบับ หากไม่ถูกต้อง

จะแก้ไขเพื่อปรับภาษาไทยที่แปลให้ตรงกับความหมายของฉบับดั้งเดิม

2. การศึกษานำร่อง

2.1 ฝึกผู้เข้าร่วมวิจัยในการทำแบบประเมินกลุ่มอาการทั้งสองฉบับ แล้วทดสอบความเที่ยงตรงระหว่างผู้สังเกต (interrater reliability) ในกลุ่มอาสาสมัคร 10 คน ใช้ผู้สังเกต 2 คน ในแบบประเมินฉบับสมบูรณ์ โดยคัดเลือกผู้ประเมินจากพยาบาลปฐมภูมิที่ผ่านการอบรมการใช้แบบประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุแล้ว และใช้ผู้สังเกต 4 คน ในแบบประเมินฉบับย่อ โดยคัดเลือกจากพยาบาลปฐมภูมิ หากความเที่ยงตรงระหว่างผู้สังเกต (interrater reliability) < 0.8 ต้องทบทวนความเข้าใจให้ตรงกัน จนกว่า interrater reliability จะได้ 0.8 ขึ้นไป

2.2 หาความสอดคล้องของสองแบบประเมินในกลุ่มนำร่อง ศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครทั้งหมด 12 คน โดยผู้ประเมินที่ผ่านการฝึกแล้ว คนที่ 1 ประเมินฉบับย่อ และคนที่ 2 ประเมินฉบับสมบูรณ์ ในอาสาสมัครคนเดียวกัน โดยผู้ประเมินเป็นคนอ่านแบบทดสอบให้ผู้ป่วยฟัง ทำแบบประเมินทั้งสองฉบับแยกสถานที่กันและไม่เห็นผลลัพธ์ของอีกแบบประเมิน เพื่อหาความสอดคล้องของการประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุของทั้งสองฉบับ 8 ด้าน แยกกันแต่ละด้าน จากนั้นนำค่าความสอดคล้องที่น้อยที่สุดมาคำนวณกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร

3. การเก็บข้อมูล

3.1 การศึกษาความถูกต้องของแบบประเมิน¹⁴ ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเนื้อหาแบบประเมินฉบับภาษาไทย ว่าถูกต้องตรงประเด็นหรือไม่ โดยผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 5 คนประกอบด้วย อายุรแพทย์สาขาผู้สูงอายุ 2 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน และพยาบาลหน่วยปฐมภูมิ 2 คน โดยแบบสอบถามจะให้ประเมินความถูกต้องของแต่ละข้อคำถามของแบบประเมินฉบับย่อ มี 4 ช่วงการให้คะแนน โดย 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ 2 หมายถึง มีความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการเล็กน้อย 3 หมายถึง ค่อนข้างสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ ควรปรับปรุงเล็กน้อย และ 4 หมายถึง มีความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ นำค่าที่ได้มาคำนวณหาค่าดัชนีความถูกต้องเชิงเนื้อหา (content validity index) คำนวณจากอัตราส่วนของข้อคำถามที่

ได้ระดับ 3 และ 4 จากผู้เชี่ยวชาญทุกคนหารด้วยข้อคำถามทั้งหมด โดยแบบประเมินที่มีคุณภาพจะมีค่าตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป และหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (indexes of item-objective congruence) เพื่อประเมินว่าข้อคำถามแต่ละ ข้อสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของแต่ละข้ออย่างไร โดยหาจากสัดส่วนของผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดในแต่ละข้อคำถามหารด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ค่าที่ยอมรับได้คือ 0.5 ขึ้นไป

3.2 การหาความเที่ยงตรงระหว่างผู้สังเกต โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ผ่านการฝึกแล้ว 2 คน ทำแบบประเมินฉบับย่อและแบบประเมินฉบับสมบูรณ์ในอาสาสมัครคนเดียวกัน โดยค่าที่ยอมรับได้คือค่าความเที่ยงตรงระหว่างผู้สังเกตมากกว่า 0.8 ขึ้นไป

3.3 การศึกษาความสอดคล้อง ศึกษาความสอดคล้องกันระหว่างแบบประเมินทั้งสองฉบับ โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยคนแรกใช้แบบประเมินฉบับย่อ และผู้เข้าร่วมวิจัยอีกคนหนึ่งใช้แบบประเมินฉบับสมบูรณ์ ในผู้ป่วยคนเดียวกัน แล้ววิเคราะห์ความสอดคล้องของกลุ่มอาการผู้สูงอายุทั้ง 8 ด้านที่ได้จากการประเมินทั้งสองรูปแบบ

3.4 การศึกษาการนำไปใช้ได้จริงของแบบประเมินฉบับย่อ โดยให้บุคลากรทุกคนที่ได้ใช้แบบประเมินฉบับย่อ ประเมินความพึงพอใจในการนำไปใช้งานในสถานการณ์จริง มี 5 ข้อคำถามคือ ความสะดวกต่อการใช้งาน ระยะเวลาในการทำสั้น ความง่ายต่อการประเมิน ช่วยในการตัดสินใจในผู้ป่วยมีภาวะผู้สูงอายุ และสามารถนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยจริง แต่ละคำถามมีระดับคะแนนในช่วง 0-10 โดย 0 คือไม่พึงพอใจ/ไม่เห็นด้วย และ 10 คือมีความพึงพอใจ/เห็นด้วยมากที่สุด

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ขนาดตัวอย่างด้านความสอดคล้องของแบบประเมินทั้งสองฉบับ 8 ด้าน นำค่าน้อยที่สุดมาคำนวณตามสูตร Cohen's Kappa¹⁵ โดย $Z \alpha/2 = 1.96$, p คือ ค่า agreement ด้านที่น้อยที่สุดคือ 0.25 และ ค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ โดย = 30% ได้ขนาดตัวอย่าง 112 คน

ขนาดตัวอย่างด้านความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต จากสูตรคำนวณ Cronbach's alpha¹⁶ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

38 กลุ่มตัวอย่าง และการประเมินความสะดวกในการใช้งานจริงของแบบสอบถาม ให้บุคลากรทุกคนที่ใช้แบบประเมินฉบับย่อ ซึ่งมีจำนวน 4 คน

ผลการศึกษา

อาสาสมัครทั้งหมด 112 คน มีอายุอยู่ในช่วงตั้งแต่ 60 ถึง 92 ปี อายุเฉลี่ย 74.5 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์อ้วน (ตั้งแต่ 25 กก./ม.²) เกือบทั้งหมดมีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในโลหิตสูง การศึกษาส่วนใหญ่อยู่

ตารางที่ 2. ลักษณะของกลุ่มอาสาสมัคร (N = 112)

Characteristics	Value
เพศ, จำนวน (ร้อยละ)	
ชาย	33 (29.5)
หญิง	79 (70.5)
อายุ (ปี), ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD (range)	74.50 $\pm$ 7.39 (60-92)
อายุ 60-69 ปี, จำนวน (ร้อยละ)	30 (26.8)
อายุ 70-79 ปี, จำนวน (ร้อยละ)	54 (48.2)
อายุ $\geq$ 80 ปี, จำนวน (ร้อยละ)	28 (25.0)
การศึกษา, จำนวน (ร้อยละ)	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	11 (9.8)
ประถมศึกษา	65 (58.0)
มัธยมศึกษา	30 (26.8)
ปริญญาตรี	6 (5.4)
ดัชนีมวลกาย, จำนวน (ร้อยละ)	
< 18.5	3 (2.7)
18.5-22.9	26 (23.2)
23.0-24.9	19 (17.0)
25.0-29.9	50 (44.6)
> 30	14 (12.5)
โรคประจำตัว, จำนวน (ร้อยละ)	
โรคความดันโลหิตสูง	97 (86.6)
โรคไขมันในโลหิตสูง	81 (82.3)
โรคเบาหวาน	41 (36.6)
โรคหลอดเลือดสมอง	5 (4.46)
โรคตาต่อกระจก	37 (33.0)
โรคข้อเข่าเสื่อม	22 (19.6)
การออกกำลังกาย, จำนวน (ร้อยละ)	
น้อยมาก	71 (63.4)
บางครั้ง	10 (8.9)
สม่ำเสมอ	31 (27.7)

ตารางที่ 3. ความถูกต้องของข้อคำถามของแบบประเมินฉบับย่อ (N = 5)

ข้อ	คำถาม	Mean	SD	IOC*
1	สอน “ฉันจะบอกสิ่งของ 3 อย่าง: ดินสอ, รถบรรทุก, หนังสือ ฉันจะถามชื่อเหล่านี้จากท่านซ้ำทันที และถามอีกครั้งใน 1 นาที หลังจากนั้น โปรดจำชื่อสิ่งของต่าง ๆ ไว้”	4.00	0.00	0.8
2	ถาม “ในปีที่ผ่านมา ท่านเคยกลืนปัสสาวะไม่ได้ จนเสื่อผ้าเปียกหรือไม่”	3.80	0.45	0.76
3	ถาม “ท่านเคยกลืนปัสสาวะไม่ได้ในสัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่”	4.00	0.00	0.8
4	ถาม “ท่านรู้สึกโศกเศร้า หรือซึมเศร้าบ่อยๆหรือไม่”	3.40	0.55	0.68
5	ถาม “ท่านสามารถวิ่ง/เดินเร็ว เพื่อให้ขึ้นรถเมล์ได้ทัน”	3.80	0.45	0.76
6	ถาม “ท่านสามารถทำงานหนักในบ้าน เช่น เช็ดหน้าต่าง/ผนังหรือถูบ้าน”	4.00	0.00	0.8
7	ถาม “ท่านสามารถออกไปซื้อของชำหรือซื้อเสื้อผ้า”	3.40	0.55	0.68
8	ถาม “ท่านสามารถ ไปในที่ไกลๆกว่าระยะที่จะเดินถึง (โดยการขับรถหรือขึ้นรถเมล์)”	2.60	0.55	0.52
9	ถาม “ท่านสามารถอาบน้ำ, ในอ่างอาบน้ำหรือใช้ฝักบัว”	3.40	0.89	0.68
10	ถาม “ท่านสามารถแต่งตัว เช่น สวมเสื้อผากลัดกระดุมและรัดเข็มขัด หรือสวมรองเท้า”	4.00	0.00	0.8
11	ถาม “ให้ระลึกถึงของสามอย่าง”	3.40	1.34	0.68
12	ถาม “ท่านเคยหกล้ม 2 ครั้ง หรือมากกว่า ใน 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่”	4.00	0.00	0.8
13	บอกให้ทำ “ลุกขึ้นเก้าอี้ แล้วเดินรอบเก้าอี้โดยไม่จับ”	3.40	0.55	0.68
14	ถาม “ท่านสังเกตว่าน้ำหนักของท่านเปลี่ยนแปลง ใน 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่”	4.00	0.00	0.8
15	ยื่นหลังผู้รับการตรวจ และบอกให้ผู้้นั้นพูดตามท่าน -6, 1, 9 (เสียงเบาแล้วเป็นเสียงปกติ)	3.60	0.55	0.72
16	ถาม “ท่านรู้สึกอ่านหรือทำงานในชีวิตประจำวันได้ลำบาก เพราะการมองเห็น (แม้ว่าจะสวมแว่นตา) หรือไม่”	3.40	0.89	0.68

*IOC Index of item-objective congruence ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์

ในระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษา การออกกำลังกายส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์น้อยมาก (น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์) ดังตารางที่ 2

ความถูกต้องของแบบประเมิน พบว่า ค่าดัชนีความถูกต้องเชิงเนื้อหาได้ 0.75 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีข้อคำถามที่ไ้ระดับ 3 และ 4 จากผู้เชี่ยวชาญทุกคน จำนวน 12 จาก 16 ข้อ สำหรับ 4 ข้อที่ไ้ระดับต่ำกว่า 3 คือคำถามข้อที่ 8, 9, 12 และ 16 ส่วนค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ มากกว่า 0.5 ในทุกข้อคำถาม แสดงถึงความสอดคล้องของข้อคำถามนั้น ๆ กับวัตถุประสงค์ของการวัดอยู่ในเกณฑ์ดี ดังตารางที่ 3

ความเที่ยงตรงระหว่างผู้สังเกต 2 คนต่อแบบประเมินแต่ละชนิดทั้ง 2 ฉบับ ในอาสาสมัคร 38 คน พบว่ามีความสอดคล้องดีมาก (agreement 100%) ในทั้งสองแบบสอบถาม ระยะเวลาเฉลี่ยในการทำแบบประเมินฉบับสมบูรณ์คือประมาณ 50 นาที และระยะเวลาเฉลี่ยในการทำแบบประเมินฉบับย่อคือประมาณ 8 นาที

ความสอดคล้องระหว่างผลการประเมินของทั้งสองแบบประเมินในทุกช่วงอายุ พบความสอดคล้องปานกลาง (แคปปา > 0.4) ในกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ ภาวะกลืนปัสสาวะลำบาก ภาวะซึมเศร้า การไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ และการได้ยิน (แคปปา 0.780, 0.762, 0.573 และ 0.519 ตามลำดับ) อีก 4 ด้านพบความสอดคล้องต่ำ (แคปปา < 0.4) ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้ม ภาวะโภชนาการ และการมองเห็น (แคปปา 0.091, 0.026, 0.109 และ 0.219 ตามลำดับ) และหากวิเคราะห์แยกกลุ่มตามช่วงอายุต่าง ๆ พบว่า ในภาวะสมองเสื่อม ในช่วงอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป จะพบความสอดคล้องที่ต่ำมากกว่าช่วงอายุอื่น ๆ ส่วนในภาวะกลืนปัสสาวะลำบาก พบความสอดคล้องในช่วงอายุ 60-69 ปี มากกว่าช่วงอายุอื่น เรื่องหกล้มพบว่าในช่วงอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป มีความสอดคล้องที่ต่ำมากกว่าช่วงอายุอื่นๆ และในภาวะโภชนาการ พบความสอดคล้องในช่วงอายุ 60-69 ปี น้อยกว่าช่วงอายุอื่นมาก ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4. ความสอดคล้องของสองแบบประเมินในแต่ละด้านของกลุ่มการผู้สูงอายุ (N = 112)

กลุ่มผู้สูงอายุ	ช่วงอายุ 60-69 ปี			ช่วงอายุ 70-79 ปี			ช่วงอายุ 80 ปี			ทุกช่วงอายุ		
	Agreement	Kappa	95%CI	Agreement	Kappa	95%CI	Agreement	Kappa	95%CI	Agreement	Kappa	95%CI
ภาวะสมองเสื่อม	63.3%	0.187	-0.90-0.464	40.7%	0.10	-0.147-0.167	39.2%	0.008	-1.69-0.185	46.5%	0.091	-0.022-0.205
ภาวะกลืนปัสสาวะลำบาก	100%	1.000	1.00-1.00	85.2%	0.645	0.420-0.869	89.3%	0.786	0.557-1.014	90.2%	0.780	0.656-0.903
ภาวะซึมเศร้า	93.3%	0.760	0.443-1.077	87.1%	0.695	0.486-0.904	96.4%	0.900	0.709-1.091	91.0%	0.762	0.622-0.902
การไม่สามารถเคลื่อนไหวได้	86.7%	0.429	-0.28-0.885	79.7%	0.561	0.346-0.777	75.0%	0.481	0.156-0.812	80.4%	0.573	0.418-0.727
ภาวะหกล้ม	36.7%	0.040	-1.30-0.210	27.8%	0.011	-0.76-0.098	32.1%	0.00	0.00-0.00	31.2%	0.026	-0.38-0.089
ภาวะโภชนาการ	56.7%	0.00	0.00-0.00	74.1%	0.143	-0.08-0.374	75.0%	0.246	-0.124-0.616	69.7%	0.109	-0.29-0.246
การได้ยิน	76.6%	0.386	0.022-0.750	85.2%	0.510	0.216-0.804	78.5%	0.565	0.260-0.870	81.3%	0.519	0.342-0.697
การมองเห็น	60.0%	0.139	-0.188-0.465	57.4%	0.197	-0.021-0.414	57.2%	0.180	-0.79-0.440	58.1%	0.219	0.069-0.369

ตารางที่ 5. ลักษณะของกลุ่มอาสาสมัคร (N = 112)

คำถาม	Mean	SD
ความสะดวกต่อการใช้งาน	8.50	1.29
ใช้เวลาในการทำงานน้อย	9.50	1.00
ความง่ายต่อการประเมิน	9.50	1.00
ช่วยในการตัดสินใจในผู้ป่วยมีภาวะผู้สูงอายุ	6.75	1.26
สามารถนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยจริง	7.75	0.50

การนำไปใช้ได้จริงของแบบประเมินฉบับย่อ ในบุคลากรที่ได้ใช้แบบประเมินทุกคน พบว่ามีผลลัพธ์ดีมาก ด้านการใช้เวลาน้อยและความง่ายต่อการประเมิน (9.50 ± 1.00) ความสะดวกต่อการใช้งาน (8.50 ± 1.29) แต่ความสามารถในการนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยจริง (7.75 ± 0.50) และการช่วยในการตัดสินใจในผู้ป่วยมีภาวะผู้สูงอายุ (6.75 ± 1.26) อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 5

วิจารณ์

งานวิจัยนี้พบว่าความถูกต้องของเนื้อหาอยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าดัชนีความถูกต้องได้ 0.75 แต่ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ ดีมากในทุกข้อคำถาม ความเที่ยงตรงระหว่างผู้ประเมินในทั้งสองแบบประเมินอยู่ในเกณฑ์ดีเยี่ยม ความสอดคล้องของทั้งสองแบบประเมินพบว่า มีความสอดคล้องปานกลางในกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ ภาวะกลืนปัสสาวะลำบาก ภาวะซึมเศร้า การไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ และการได้ยิน และพบความสอดคล้องต่ำ 4 ด้าน ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้ม ภาวะโภชนาการ และการมองเห็น การนำไปใช้ได้จริงพบว่าดีมาก ในด้านการใช้เวลา น้อย ความง่ายต่อการประเมินและสะดวกต่อการใช้งาน แต่ความสามารถในการนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยจริงและการช่วยในการตัดสินใจในผู้ป่วยมีภาวะผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านความถูกต้องของแบบประเมิน พบค่าดัชนีความถูกต้องของเนื้อหาได้ 0.75 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมีข้อคำถามบางข้อ ที่ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนต่างกันมาก เช่น คำถาม “ให้ระลึกถึงของสามอย่าง” จากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 4 ใน 5 คนให้ระดับ 4 และมีเพียงคน

เดียวที่ให้ระดับ 1 เพราะคิดว่าระยะเวลาที่ใช้ในการระลึกถึงคำสามคำ อาจน้อยกว่า 1 นาทีหรือไม่ ซึ่งอาจส่งผลทำให้อาสาสมัครยังจำคำเหล่านั้นได้อยู่ และทำให้การแปลผลผิดได้ สำหรับคำถาม “ท่านสามารถ ไปในที่ไกล ๆ กว่าระยะที่จะเดินถึง (โดยการขับรถหรือขึ้นรถเมล์)” ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ ให้ระดับ 2, 3 โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมให้เปลี่ยนเป็นคำที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย เช่น ท่านสามารถไปในที่ไกล ๆ โดยการขับรถหรือขึ้นรถเมล์ได้ หรือ เติมคำว่า สามารถ/เดินทางไปยังที่เดินถึงแต่ละคนจะไม่เท่ากันเป็นต้น ดังเช่นงานวิจัยปี 2549 ของ.ดาริน จตุรภัทรพร และคณะ ที่ศึกษาความถูกต้องของแบบประเมินเวชปฏิบัติทั่วไป General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ)¹⁷ ที่มีการปรับให้เข้ากับวัฒนธรรมของประเทศไทย พบว่ามีความถูกต้องของแบบประเมินในเกณฑ์ดีมาก

ส่วนความเที่ยงตรงระหว่างผู้สังเกต พบว่ามีความสอดคล้องดีมากในทั้งสองแบบสอบถาม เนื่องจากผู้สังเกตที่ใช้แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ เป็นพยาบาลด้านผู้สูงอายุซึ่งเชี่ยวชาญในการทำแบบประเมินอยู่แล้ว ผู้ใช้แบบประเมินฉบับย่อ มีทั้งพยาบาลด้านผู้สูงอายุและพยาบาลทั่วไป แต่ก็ยังมีความเที่ยงตรงที่ดี เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สั้น ข้อคำถามส่วนใหญ่ถามความรู้สึกและมุมมองของอาสาสมัคร มีความเข้าใจง่าย ใช้งานสะดวก สอดคล้องกับงานวิจัยในบราซิลปี 2563 ที่ศึกษาความเที่ยงตรงของ Multidimensional Assessment of Older People in Primary Care (AMPI-AB)¹⁸ ซึ่งเป็นแบบประเมินฉบับย่อของการแบบประเมินฉบับสมบูรณ์ และพบว่าความเที่ยงตรงระหว่างผู้สังเกตดีมาก เนื่องจากแบบประเมินที่สามารถเข้าใจง่าย

ความสอดคล้องระหว่างสองแบบประเมิน พบความสอดคล้องปานกลาง ในกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ ภาวะกลืนปัสสาวะลำบาก ภาวะซึมเศร้า การไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ และการได้ยิน เนื่องจากในข้อคำถามของทั้งสองแบบประเมินมีความคล้ายคลึงกันมาก โดยแบบประเมินฉบับย่อจะเลือกข้อคำถามที่สำคัญจากแบบประเมินฉบับสมบูรณ์และเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มอาการผู้สูงอายุในด้านนั้น ๆ และหากวิเคราะห์ความสอดคล้อง

แยกตามช่วงอายุ พบว่าทั้ง 4 ด้าน มีค่าความสอดคล้องไม่แตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ มีค่าความสอดคล้องที่ไม่แตกต่างกัน ยกเว้นภาวะกลืนปัสสาวะลำบาก ในช่วงอายุ 60-69 ปี จะพบความสอดคล้องดีมาก เนื่องจากในผู้สูงอายุ 60-69 ปี ยังมีความชุกของภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่น้อยกว่าผู้สูงอายุช่วงอื่นมาก งานวิจัยในปี 2553 ในประเทศศรีลังกา ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ โดยพบว่ายิ่งอายุมากขึ้น จะยิ่งพบความชุกของภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่เพิ่มขึ้น¹⁹ และการตอบแบบสอบถามว่าไม่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่จะสามารถนึกตอบคำถามได้ง่ายกว่า มีความสับสนน้อยกว่าการตอบคำถามว่าผู้ป่วยมีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ทำให้การตอบในทั้งสองแบบสอบถามค่อนข้างตรงกัน

ภาวะซึมเศร้า พบความสอดคล้องระดับปานกลาง เนื่องจากฉบับย่อใช้คำถาม 2Q ส่วนฉบับสมบูรณ์ใช้คำถาม 2Q, 9Q ซึ่งจะเห็นได้ว่าคำถามในฉบับย่อเป็นส่วนหนึ่งของฉบับสมบูรณ์ จึงทำให้ได้คำตอบที่ค่อนข้างสอดคล้องกัน โดยฉบับสมบูรณ์มีข้อคำถาม 9Q ที่มีรายละเอียดในข้อคำถามมากกว่า ดังนั้นอาจได้ผลแตกต่างกันได้บ้าง เช่น ผู้ที่ทำแบบประเมิน 2Q แล้วเสียงภาวะซึมเศร้า แต่หากทำแบบประเมิน 9Q แล้วอาจยังไม่ถึงเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าได้ เป็นต้น

การไม่สามารถเคลื่อนไหวได้พบความสอดคล้องระดับปานกลาง เนื่องจากฉบับย่อใช้คำถามที่ถามความสามารถในการเคลื่อนไหว 6 ข้อคำถาม ซึ่งเป็น 3 คำถามมาจากความสามารถระดับพื้นฐาน และอีก 3 คำถามมาจากกิจกรรมซับซ้อน ส่วนฉบับสมบูรณ์ใช้คำถามจากการประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันพื้นฐาน 10 ข้อ ซึ่งจะเห็นได้ว่าคำถามในแบบประเมินฉบับย่อครึ่งหนึ่งเป็นส่วนหนึ่งของฉบับสมบูรณ์

การได้ยินพบความสอดคล้องระดับปานกลาง เนื่องจากฉบับย่อใช้การทดสอบโดยพูดตัวเลขสามตัวด้านหลังศีรษะของอาสาสมัคร โดยแบ่งเป็นเสียงเบาแล้วดังตามลำดับ โดยให้อาสาสมัครพูดตามสิ่งที่ตนเองได้ยิน และถามว่าได้ยินเสียงจากหูข้างใดดีกว่ากัน ส่วนแบบประเมินฉบับสมบูรณ์ใช้การทดสอบ finger rub test โดยให้อาสาสมัครตอบว่าได้ยินเสียงถนัดหูข้างใดหรือไม่ และได้ยินข้างใด

มากกว่ากัน ซึ่งจะเห็นได้ว่าคำถามในแบบประเมินฉบับย่อมีลักษณะคล้ายคลึงกับคำถามในแบบประเมินฉบับสมบูรณ์

ในภาวะสมองเสื่อม พบความสอดคล้องต่ำในทุกช่วงอายุ โดยเฉพาะช่วงอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป มีความสอดคล้องต่ำกว่าช่วงอายุอื่น เนื่องจากข้อคำถามในแบบประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุฉบับย่อ เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับด้านความจำเพียงอย่างเดียว หากเทียบกับข้อคำถามในแบบประเมินฉบับสมบูรณ์ ซึ่งใช้ Thai Mental Status Examination ประกอบด้วยข้อคำถามที่ครอบคลุมด้านต่าง ๆ ในภาวะสมองเสื่อม เช่น ความจำ ความสามารถในการจดจำ การรับรู้ การคำนวณ ด้านภาษา เป็นต้น ทำให้แบบประเมินฉบับสมบูรณ์สามารถคัดกรองภาวะสมองเสื่อมได้มากกว่า และในผู้ป่วยสูงวัยมากจะไม่ได้มีปัญหาด้านความจำเพียงอย่างเดียว ซึ่งในแบบประเมินฉบับสมบูรณ์จะสามารถประเมินได้รอบด้านกว่า การเลือกแบบประเมินฉบับย่อรูปแบบอื่นที่ครอบคลุมมากกว่าด้านความจำเพียงอย่างเดียว อาจช่วยเพิ่มความสอดคล้อง เช่น Mini-cog ตามการศึกษาในปี 2562 ถึงความสัมพันธ์ของ clock-drawing test กับการทำงานของสมองในผู้สูงอายุ²⁰ ซึ่งสามารถประเมินด้าน มิติสัมพันธ์ ความสามารถในการจดจำ การจัดการและการวางแผน ได้เพิ่มเติม

สำหรับด้านการหกล้ม พบความสอดคล้องต่ำในทุกช่วงอายุ โดยเฉพาะช่วงอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป มีความสอดคล้องต่ำกว่าช่วงอายุอื่น เนื่องจากข้อคำถามในแบบประเมินฉบับย่อเป็นการถามระลึกว่าอาสาสมัครเคยล้มภายใน 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ ซึ่งในคนอายุมากที่อาจมีปัญหาเรื่องความจำ และมีการเดินที่ช้าลงและมีความผิดปกติในการเดิน ทำให้เสี่ยงล้มได้โดยไม่ต้องมีประวัติล้มมาก่อนก็ตาม ซึ่งต่างจากแบบประเมินฉบับสมบูรณ์ที่ใช้ time up and go test (TUGT) เพื่อสังเกตการเดินและจับเวลาเดิน สอดคล้องกับงานวิจัย systematic review ในปี 2565²¹ ที่ศึกษาเครื่องมือที่ใช้ประเมินการเดิน การทรงตัว และการเคลื่อนไหว เพื่อใช้คัดกรองภาวะหกล้มพบว่าไม่สามารถใช้การประเมินอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อคาดการณ์ภาวะหกล้มได้ แต่เครื่องมือทดสอบความเร็ว

ในการเดินมีความสัมพันธ์กับการหกล้มมากที่สุด และพบว่า TUGT เป็นเครื่องมือที่ใช้บ่อยที่สุด ช่วยประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะหกล้มในการล้มในผู้สูงอายุ รวมถึงสามารถใช้ดูท่าทางในการเดิน การลุกยืน การหมุนตัวได้

ในภาวะโภชนาการ พบความสอดคล้องต่ำในทุกช่วงอายุ เนื่องจากข้อคำถามในแบบประเมินฉบับย่อ “ท่านสังเกตว่าน้ำหนักของท่านเปลี่ยนแปลง ใน 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่” ซึ่งเป็นคำถามที่ถามถึงความรู้สึกส่วนตัวของผู้สูงอายุ หากเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยก็อาจจะไม่เฉพาะเจาะจงกับภาวะโภชนาการ จากงานวิจัย systematic review ในปี 2565²² แบบประเมินภาวะโภชนาการ The mini nutritional assessment (MNA) พบว่าเป็นแบบประเมินที่นิยมใช้ เนื่องจากมีความครอบคลุมและสามารถคัดกรองภาวะโภชนาการได้ดีเมื่อเทียบกับแบบประเมินชนิดอื่น

สำหรับการมองเห็น เนื่องจากข้อคำถามในแบบประเมินฉบับย่อ เป็นข้อคำถามว่า “ท่านรู้สึกว่าการอ่านหรือทำงานในชีวิตประจำวันได้ลำบาก เพราะการมองไม่เห็น (แม้ว่าจะสวมแว่นตา) หรือไม่” ซึ่งเป็นคำถามถึงความรู้สึกส่วนตัวของผู้สูงอายุ มีโอกาสคลาดเคลื่อนจากระดับสายตาที่ผิดปกติได้ โดยผู้สูงอายุส่วนมากจะยังรู้สึกว่าการมองเห็นและสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนพมาศ อุตะมะ และคณะในปี 2558²³ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจกส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางการมองเห็นเล็กน้อย หรือไม่มีความบกพร่องทางการมองเห็น ดังนั้นจึงแนะนำให้คัดกรองเรื่องการมองเห็นในผู้สูงอายุทุกรายตามคำแนะนำของแนวทางตาม United State Preventive Service Task Force ซึ่งพบว่าการวัดค่าสายตาแม่นยำกว่าใช้ข้อคำถาม²⁴

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือ แบบประเมินฉบับย่อ เป็นคำถามที่ใช้ถามความจำ หรือมุมมองของอาสาสมัคร ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินมีอคติจากความรู้สึกของกลุ่มอาสาสมัครได้ ต่างจากการแบบประเมินฉบับสมบูรณ์ที่จะเป็นการประเมินโดยการสังเกต และงานวิจัยนี้มีการเก็บข้อมูลของทั้งสองแบบประเมินในเวลาใกล้เคียงกัน ทำให้อาสาสมัครบางคนสับสนเกี่ยวกับคำถามที่เคยถามไปแล้ว โดยเฉพาะในภาวะสมองเสื่อม อาสาสมัครบาง

รายยังกลับไปนึกถึงคำศัพท์ของแบบประเมินก่อนหน้า ทำให้การแปลผลคลาดเคลื่อนได้

แบบประเมินฉบับย่อมีข้อดีคือใช้งานง่าย สะดวกและใช้เวลาน้อย แต่การช่วยตัดสินใจและการนำไปใช้งานได้จริงยังไม่ดีนัก อาจทำให้วินิจฉัยกลุ่มอาการผู้สูงอายุบางกลุ่มคลาดเคลื่อนได้ ซึ่งแนวทางในการพัฒนาต่อยอดงานวิจัยนี้ในอนาคต คือ อาจดัดแปลงข้อคำถาม ใน 4 ด้านของกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ที่ไม่พบความสอดคล้องของทั้งสองแบบประเมิน โดยเปลี่ยนข้อคำถามในแบบประเมินฉบับย่อให้เป็นแบบการสังเกตมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มความสอดคล้องระหว่างแบบประเมินทั้งสองฉบับ และทำให้เพิ่มความสามารถนำไปใช้ได้จริงกับผู้ป่วยบริบทปฐมภูมิมากขึ้น

สรุป

ความเที่ยงตรงระหว่างผู้ทดสอบอยู่ในเกณฑ์ดี ความถูกต้องอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ร้อยละ 50 ของหัวข้อในแบบประเมินทั้งสองชนิดพบความสอดคล้องเพียงระดับปานกลาง สำหรับการนำไปใช้ได้จริงในแบบประเมินฉบับย่อมีผลลัพธ์ที่ดีในด้านการใช้เวลาและมีความสะดวกในการใช้งาน

Highlight

1. แบบประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุแบบย่อ มีความเที่ยงตรงและการนำไปใช้ได้จริงอยู่ในเกณฑ์ดี
2. ความถูกต้องอยู่ระดับปานกลาง จึงควรพัฒนาคำถามให้เป็นแบบสังเกตมากขึ้น เพื่อเพิ่มความสอดคล้องกับแบบประเมินฉบับสมบูรณ์
3. แบบประเมินใช้เวลาน้อย สะดวกต่อการใช้งาน เหมาะสำหรับการคัดกรองผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิ

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการวิจัย (IO)R016731012 ขอขอบคุณหัวหน้าหน่วยพยาบาลผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาลปฐมภูมิศิริราช ที่ให้

ความอนุเคราะห์สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัย ขอขอบคุณคุณบงกช ประกิตติกุล ที่ให้คำแนะนำในการเขียนเอกสารอ้างอิง และผศ.ดร.จุฬาลักษณ์ โกมลตรี ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถิติ ขอขอบคุณอาสาสมัครทุกท่านที่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย ทำให้งานสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
3. Singh S, Gray A, Shepperd S, Stott DJ, Ellis G, Hemsley A, et al. Is comprehensive geriatric assessment hospital at home a cost-effective alternative to hospital admission for older people? Age Ageing. 2022;51:afab220.
4. Shepperd S, Butler C, Craddock-Bamford A, Ellis G, Gray A, Hemsley A, et al. Is comprehensive geriatric assessment admission avoidance hospital at home an alternative to hospital admission for older persons?: a randomized trial. Ann Intern Med. 2021;174:889-98.
5. World Health Organization. Integrated care for older people: guideline on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 2]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf>
6. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: วจันตา ศรีเอช; 2564.
7. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. คู่มือการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย; 2561.
8. World health organization. Handbook: Guidance on person-centred assessment and pathways in prima [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 3]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326843/WHO-FWC-ALC-19.1-eng.pdf>
9. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. สารศิริราช. 2536;45:359-74.
10. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale: recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol. 1986;5:165-73.
11. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้ม

- ในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
12. World Health Organization. Age-friendly primary health care center toolkit [Internet]. 2008 [cited 2023 Jan 3]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43860/9789241596480_eng.pdf
 13. Huang L-K, Wang Y-W, Chou C-H, Liu Y-L, Hsieh J-G. Application of a World Health Organization 10-minute screening tool in eastern Taiwan—Falls and self-rated health status among community-dwelling elderly. *Tzu Chi Medical Journal*. 2015;27:120-3.
 14. อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, ชญาภา วันทุม. การทดสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย. *วารสารการพยาบาลชะงูสุขภาพ* 2560;11:105-11.
 15. Cantor AB. Sample size calculation for Cohen's kappa. *Psychol Methods* 1996;1:150-3.
 16. Bujang MA, Omar ED, Baharum NA. A review on sample size determination for Cronbach's Alpha test: a simple guide for researchers. *Malays J Med Sci*. 2018;25:85-99.
 17. Jaturapatporn D, Hathirat S, Manataweewat B, Del-low AC, Leelahrattanak S, Sirimothya S, et al. Reliability and validity of a Thai version of the General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ). *J Med Assoc Thai*. 2006;89:1491-6.
 18. Saraiva MD, Venys AL, Abdalla FLP, Fernandes MS, Pisoli PH, Sousa DMdRV, et al. AMPI-AB validity and reliability: a multidimensional tool in resource-limited primary care settings. *BMC Geriatrics*. 2020;20:124. PubMed PMID: 32228469
 19. Sidik SM. The Prevalence of Urinary Incontinence among the Elderly in a Rural Community in Selangor. *Malays J Med Sci*. 2010;17:18-23.
 20. Talwar NA, Churchill NW, Hird MA, Pshonyak I, Tam F, Fischer CE, et al. The neural correlates of the clock-drawing test in healthy aging. *Front Hum Neurosci*. 2019;13:25. PubMed PMID: 30804769
 21. Beck Jepsen D, Robinson K, Ogliari G, Montero-Odasso M, Kamkar N, Ryg J, et al. Predicting falls in older adults: an umbrella review of instruments assessing gait, balance, and functional mobility. *BMC Geriatr* 2022;22(1):615. PubMed PMID: 35879666
 22. Taveira A, Sousa B, Costa P, Macedo AP. Health management of malnourished elderly in primary health care: a scoping review. *BMC Prim Care*. 2022;23(1):272. PubMed PMID: 36329398
 23. นพมาศ อุดมะขะ, โรจน์ จินตนาวัฒน์, สมสงวน อัญญคุณ, ภารดี นานาศิลป์. ความบกพร่องทางการมองเห็น วิธี การเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. 2558;42:61-71.
 24. US Preventive Services Task Force, Mangione CM, Barry MJ, Nicholson WK, Cabana M, Chelmos D, et al. Screening for impaired visual acuity in older adults: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA*. 2022;327:2123-8.