

การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเชิงจิตมิติของแบบประเมินความรู้และทัศนคติของผู้ดูแล ต่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว

ศักดิ์ชินทร์ นรสาร¹, วิไลวรรณ วัฒนานนท์², ศิราณี ศรีหาภาค^{3*}

(วันที่รับบทความ: 17 พฤศจิกายน 2568, วันที่แก้ไข: 24 พฤษภาคม 2569, วันที่ตอบรับ: 2 กรกฎาคม 2569)

บทคัดย่อ

การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลที่มีความรู้และทัศนคติที่เหมาะสมร่วมกับการกำกับดูแลโดยพยาบาล การวิจัยเชิงระเบียบวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเชิงจิตมิติของแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทัศนคติของผู้ดูแลต่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งประเมินความไวต่อการเปลี่ยนแปลงภายหลังการอบรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาว เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 160 คน เครื่องมือประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้ 20 ข้อ และแบบประเมินทัศนคติเชิงบวกและเชิงลบชุดละ 16 ข้อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นภายในด้วย KR-20 และ Cronbach's alpha วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการอบรมด้วย paired t-test และ Cohen's d ผลการวิจัยพบว่าแบบทดสอบความรู้มี S-CVI = 0.95 และ KR-20 = 0.79 แบบประเมินทัศนคติเชิงบวกและเชิงลบมี S-CVI = 0.97 และ 0.96 และ Cronbach's alpha = 0.89 และ 0.86 ตามลำดับ โครงสร้างแบบประเมินทัศนคติอธิบายความแปรปรวนรวมได้ร้อยละ 62.4 และ 60.1 ภายหลังการอบรม คะแนนความรู้และทัศนคติเชิงบวกเพิ่มขึ้น ขณะที่ทัศนคติเชิงลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เครื่องมือมีคุณภาพเหมาะสมสำหรับใช้ประเมินความพร้อมของผู้ดูแลและติดตามผลการพัฒนาศักยภาพ โดยพยาบาลผู้สูงอายุและพยาบาลปฐมภูมิสามารถนำผลประเมินไปกำหนดสุขศึกษา ติดตามการดูแล และประสานบริการในระบบการดูแลระยะยาวได้อย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม, ผู้ดูแล, การดูแลระยะยาว, ความรู้, ทัศนคติ

^{1,2}อาจารย์, ³ผู้ช่วยศาสตราจารย์

¹⁻³ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Corresponding author: ศิราณี ศรีหาภาค e-mail: siranee.s@bcnkk.ac.th

Development and Psychometric Evaluation of Caregivers Knowledge and Attitude Measures for Dementia Screening in the Thai Long-Term Care System

Sakkharin Norrasan¹, Wilaiwan Wattananon², Siranee Srihapark^{3*}

(Received: 17th November 2025, Revised: 24th May 2026, Accepted: 2nd July 2026)

Abstract

Dementia screening in long-term care requires caregivers with adequate knowledge and appropriate attitudes, supported by nurses. This methodological study aimed to develop and examine the psychometric properties and responsiveness of caregiver knowledge and attitude measures regarding dementia screening. Participants were 160 caregivers in the long-term care system of Health Region 7, Thailand. The measures included a 20-item knowledge test and two 16-item attitude scales assessing positive and negative attitudes. Seven experts evaluated content validity; internal consistency was examined using KR-20 and Cronbach's alpha; exploratory factor analysis was performed; and pre- and post-training scores were compared using paired t-tests and Cohen's d. The knowledge test demonstrated an S-CVI of 0.95 and KR-20 of 0.79. The positive and negative attitude scales demonstrated S-CVI values of 0.97 and 0.96 and alpha coefficients of 0.89 and 0.86, respectively. Their factor structures explained 62.4% and 60.1% of total variance. Following training, knowledge and positive attitude scores increased, whereas negative attitude scores decreased significantly ($p < 0.001$). The measures are suitable for assessing caregiver readiness and monitoring capacity development; gerontological and primary care nurses may use the results to target education, monitor care, and coordinate continuity of dementia care in the long-term care system.

Keywords: dementia, caregiver, long-term care, knowledge, attitude

^{1,2}Lecturer, ³Assistant Professor

¹⁻³Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author: Siranee Srihapark e-mail: siranee.s@bcnkk.ac.th

บทนำ

ในประเทศไทย การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนต้องอาศัยผู้ดูแลและระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การศึกษาผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชนบทไทยสะท้อนว่าผู้ดูแลเป็นกลไกสำคัญของการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) และเผชิญภาระจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีความต้องการซับซ้อน⁽¹⁾ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือ IQCODE พบว่า หลังการอบรม ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นและมีทัศนคติเชิงลบลดลง⁽²⁾ ขณะที่การพัฒนารูปแบบการดูแลในเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอคำชะอี จังหวัดขอนแก่น แสดงบทบาทของระบบ LTC ในการเชื่อมผู้สูงอายุผู้ดูแล และทีมสุขภาพเข้าสู่อุปกรณ์ดูแลต่อเนื่อง⁽³⁾

พยาบาลด้านผู้สูงอายุและพยาบาลปฐมภูมิมียุทธศาสตร์สำคัญในการประเมินปัญหา สนับสนุนผู้ดูแล วางแผนดูแลรายบุคคล และประสานบริการในชุมชน โดยการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในประเทศไทยชี้ให้เห็นความสำคัญของพยาบาลชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัวในการร่วมกันจัดการดูแลที่บ้าน⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม เครื่องมือในบริบทไทยส่วนใหญ่มุ่งประเมินผู้สูงอายุโดยตรง ขณะที่ยังขาดเครื่องมือที่ประเมินความพร้อมของผู้ดูแลต่อการสนับสนุนการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมอย่างเฉพาะเจาะจง ช่องว่างดังกล่าวมีนัยสำคัญต่อการพยาบาลผู้สูงอายุ เนื่องจากพยาบาลมิได้ทำหน้าที่เพียงประเมินผู้สูงอายุ แต่ยังต้องพัฒนาผู้ดูแลให้สังเกตอาการ ดูแลอย่างเคารพศักดิ์ศรี และประสานบริการได้เหมาะสม เครื่องมือที่มีคุณภาพจึงช่วยให้พยาบาลประเมินความต้องการเรียนรู้ วางแผน

สุขภาพ และติดตามคุณภาพการดูแลในระบบ LTC ได้อย่างมีประสิทธิภาพรองรับการพัฒนาเครื่องมือวัดทางสุขภาพต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การกำหนดโครงสร้างเนื้อหา การสร้างข้อคำถาม การตรวจสอบความตรง ความเชื่อมั่น และโครงสร้างของเครื่องมือ⁽⁵⁾ รวมทั้งพิจารณาความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของเครื่องมือเมื่อใช้ประเมินผลภายหลังการอบรม^(6,7) การศึกษานี้จึงพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเชิงจิตมิติของแบบประเมินความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลต่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระบบ LTC พร้อมประเมินความไวต่อการเปลี่ยนแปลงภายหลังการอบรมผู้ดูแล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเชิงจิตมิติของแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทัศนคติของผู้ดูแลต่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระบบ LTC
2. เพื่อประเมินความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทัศนคติเมื่อใช้ติดตามผลก่อนและหลังการอบรมผู้ดูแลในระบบ LTC

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยกำหนดให้ความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลเป็นองค์ประกอบของความพร้อมต่อการสนับสนุนการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบด้านความตรงเชิงเนื้อหา ความเชื่อมั่น โครงสร้างองค์ประกอบและความไวต่อการเปลี่ยนแปลง⁽⁵⁻⁸⁾ โดยพยาบาลด้านผู้สูงอายุเป็นผู้ใช้ผลประเมินเพื่อกำหนดสุขภาพ สนับสนุนผู้ดูแล และเชื่อมต่อกับผู้สูงอายุเข้าสู่อุปกรณ์ดูแลที่เหมาะสมในระบบ LTC

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงระเบียบวิธี (methodological research) เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเชิงจิตมิติของแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทัศนคติ รวมทั้งประเมินความไวต่อการเปลี่ยนแปลงจากข้อมูลก่อนและหลังการอบรมผู้ดูแล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักหรืออาสาสมัครสาธารณสุขที่มีบทบาทดูแลผู้สูงอายุในระบบ LTC เขตสุขภาพที่ 7 ครอบคลุมจังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด จำนวน 160 คน เลือกแบบมีเกณฑ์ โดยกำหนดคุณสมบัติ ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน สื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมการอบรมและการประเมิน ขนาดกลุ่มตัวอย่างพิจารณาให้เหมาะสมต่อการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจตามหลักการพัฒนาเครื่องมือวัด⁽⁵⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อมูลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการดูแล และประสบการณ์การอบรมด้านผู้สูงอายุหรือภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับ

ภาวะสมองเสื่อมและการคัดกรอง จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบถูก-ผิด ครอบคลุมสาระเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานของภาวะสมองเสื่อม อาการและผลกระทบ หลักการสังเกตและคัดกรองเบื้องต้น และบทบาทผู้ดูแลในการบันทึกข้อมูล แจ้งพยาบาล และประสานบริการ ให้คะแนนคำตอบที่ถูกต้อง 1 คะแนน และคำตอบที่ผิดหรือไม่ตอบ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึงผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการสนับสนุนการคัดกรองมากขึ้น

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติของผู้ดูแล

ต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการคัดกรอง ประกอบด้วยแบบประเมิน 2 ชุด ได้แก่ แบบประเมินทัศนคติเชิงบวก จำนวน 16 ข้อ และแบบประเมินทัศนคติเชิงลบ จำนวน 16 ข้อ ใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 = ไม่เห็นด้วย 3 = ไม่แน่ใจ 4 = เห็นด้วย และ 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบประเมินทัศนคติเชิงบวกมีคะแนนสูงหมายถึงผู้ดูแลมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการคัดกรองมากขึ้น ส่วนแบบประเมินทัศนคติเชิงลบมีคะแนนสูงหมายถึงผู้ดูแลมีความเชื่อเชิงลบ ความกังวล หรือการตีตรามากขึ้น เมื่อนำไปคำนวณคะแนนทัศนคติรวม ให้กลับคะแนนข้อทัศนคติเชิงลบก่อนรวมคะแนน เพื่อให้คะแนนรวมสูงหมายถึงทัศนคติที่เหมาะสมมากขึ้น (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 โครงสร้างเนื้อหาของเครื่องมือและการให้คะแนน

เครื่องมือ	จำนวนข้อ	เนื้อหาที่ประเมิน	การให้คะแนนและความหมาย
แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการคัดกรอง	20	ความรู้พื้นฐานและการดำเนินโรค; อาการและผลกระทบ; หลักการสังเกตและคัดกรอง; บทบาทผู้ดูแลในการแจ้งพยาบาลและประสานบริการ	ตอบถูก = 1, ตอบผิด/ไม่ตอบ = 0; คะแนนรวม 0-20 คะแนน; คะแนนสูงหมายถึงมีความรู้มากขึ้น
แบบประเมินทัศนคติเชิงบวก	16	การยอมรับศักดิ์ศรีผู้สูงอายุ; ความเชื่อมั่นต่อการคัดกรอง; ความพร้อมร่วมมือกับพยาบาลและทีมสุขภาพ; ความตั้งใจเรียนรู้	Likert 1-5 คะแนน; คะแนนสูงหมายถึงมีทัศนคติเชิงบวกมากขึ้น
แบบประเมินทัศนคติเชิงลบ	16	การตีตรา; ความกลัวหรือความไม่มั่นใจในการดูแล; ความเชื่อว่าการคัดกรองไม่มีประโยชน์; ความลังเลต่อการแจ้งหรือส่งต่อ	Likert 1-5 คะแนน; คะแนนสูงก่อนกลับคะแนนหมายถึงมีทัศนคติเชิงลบมากขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ประสาทวิทยา และการพยาบาลชุมชนหรือระบบ LTC ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามโดยประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับแนวคิดที่ต้องการวัดในระดับ 1-4 คะแนน จากนั้นคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับข้อ (item-level content validity index: I-CVI) และระดับฉบับ (scale-level content validity index: S-CVI) การพิจารณาค่า I-CVI อ้างอิงหลักการของ Polit, Beck และ Owen ซึ่งเสนอว่าข้อคำถามที่มีค่า I-CVI ตั้งแต่ 0.78 ขึ้นไปเมื่อประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิตั้งแต่ 3 คนขึ้นไปถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาที่เหมาะสม^(9,10) การตรวจสอบความเชื่อมั่นภายในของแบบทดสอบความรู้ใช้ค่าสัมประสิทธิ์ KR-20 เนื่องจากเป็นข้อคำถามแบบถูก-ผิด ส่วน

แบบประเมินทัศนคติเชิงบวกและเชิงลบใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค การตรวจสอบโครงสร้างของแบบประเมินทัศนคติใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA) โดยใช้วิธี principal axis factoring และหมุนแกนแบบ oblique เนื่องจากองค์ประกอบด้านทัศนคติมีโอกาสสัมพันธ์กัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลที่เข้าร่วมการอบรมพัฒนาศักยภาพด้านภาวะสมองเสื่อมและการคัดกรองในระบบ LTC เขตสุขภาพที่ 7 ผู้เข้าร่วมตอบแบบประเมินก่อนการอบรมและตอบแบบประเมินอีกครั้งทันทีภายหลังเสร็จสิ้นการอบรม ใช้เวลาตอบแบบประเมินแต่ละครั้งประมาณ 25-30 นาที ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัว และการรักษาความลับของข้อมูลก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและการประเมินความไวต่อการเปลี่ยนแปลง

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาด้วย I-CVI และ S-CVI วิเคราะห์ความเชื่อมั่นภายในด้วย KR-20 และ Cronbach's alpha วิเคราะห์โครงสร้างของแบบประเมินทัศนคติด้วย EFA และประเมินความไวต่อการเปลี่ยนแปลงด้วย paired t-test เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการอบรม พร้อมรายงาน Cohen's d เพื่อแสดงขนาดการเปลี่ยนแปลง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการอบรมในการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความไวของเครื่องมือในการตรวจจับการเปลี่ยนแปลง ภายในภายหลังการอบรม มิได้ใช้เพื่อสรุปประสิทธิผลเชิงสาเหตุของโปรแกรม เนื่องจากการศึกษาไม่มีกลุ่มควบคุม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เลขที่ IRB-BCNKK-43-2024 ผู้เข้าร่วมได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ ความเสี่ยง สิทธิในการถอนตัว และการเก็บรักษาข้อมูลอย่างเป็นความลับก่อนลงนามยินยอม ข้อมูลทั้งหมดรายงานในภาพรวมและไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิการรับบริการของผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลและผู้สูงอายุในระบบ LTC ผู้ดูแลที่มีข้อมูลครบถ้วนทั้งก่อนและหลังการอบรมจำนวน 160 คน ส่วนใหญ่เป็น

เพศหญิง จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 96.3 และเป็นเพศชาย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 3.7 อายุเฉลี่ย 53.72 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.62 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 64.4 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.3 และประกอบอาชีพเกษตรกร ค้าขาย หรือรับจ้างทั่วไปมากกว่าร้อยละ 80

ข้อมูลบริบทของผู้สูงอายุในระบบ LTC จำนวน 4,121 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.6 และเพศชาย ร้อยละ 36.4 อายุเฉลี่ย 71.8 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.9 ปี เมื่อจำแนกตามระดับภาวะพึ่งพิง พบว่ากลุ่มพึ่งพิงน้อยมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 48.6 รองลงมาคือกลุ่มพึ่งพิงปานกลาง ร้อยละ 36.5 และกลุ่มพึ่งพิงมาก ร้อยละ 15.1 ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่าผู้ดูแลและพยาบาลในระบบ LTC ต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่มีความต้องการด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน การประเมินความพร้อมของผู้ดูแลจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2. ความตรงเชิงเนื้อหา ความเชื่อมั่นภายใน และโครงสร้างองค์ประกอบของเครื่องมือ ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า แบบทดสอบความรู้มีค่า I-CVI ระหว่าง 0.83–1.00 และค่า S-CVI เท่ากับ 0.95 แบบประเมินทัศนคติเชิงบวกมีค่า I-CVI ระหว่าง 0.80–1.00 และค่า S-CVI เท่ากับ 0.97 ส่วนแบบประเมินทัศนคติเชิงลบมีค่า I-CVI ระหว่าง 0.80–1.00 และค่า S-CVI เท่ากับ 0.96 ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นภายในพบว่า แบบทดสอบความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.79 แบบประเมินทัศนคติเชิงบวกมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ

0.89 และแบบประเมินทัศนคติเชิงลบมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.86 แสดงว่าเครื่องมือทั้ง 3 ชุดมีความสอดคล้องภายในอยู่ใน

ระดับที่เหมาะสมต่อการนำไปใช้ประเมินผู้ดูแลในบริบทบริการสุขภาพ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คุณภาพเชิงจิตมิติของแบบประเมินความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลต่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระบบ LTC (n = 160)

เครื่องมือ	จำนวน ข้อ	ประเภท คะแนน	ช่วงค่า I-CVI	S-CVI รวม	สัมประสิทธิ์ ความ เชื่อมั่น*
1. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการคัดกรอง	20	ถูก-ผิด	0.83-1.00	0.95	KR-20 = 0.79
2. แบบประเมินทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม	16	Likert 5 ระดับ	0.80-1.00	0.97	$\alpha = 0.89$
3. แบบประเมินทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม	16	Likert 5 ระดับ	0.80-1.00	0.96	$\alpha = 0.86$

หมายเหตุ: *แบบทดสอบความรู้ใช้ค่าสัมประสิทธิ์ KR-20 ส่วนแบบประเมินทัศนคติเชิงบวกและเชิงลบใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha)

โครงสร้างเชิงองค์ประกอบ (Construct validity) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) พบว่าแบบวัดทัศนคติมีโครงสร้างองค์ประกอบสอดคล้องกับกรอบแนวคิด โดยแต่ละชุดคำถามสามารถจำแนก

เป็น 2 ปัจจัยหลัก อธิบายความแปรปรวนรวมได้มากกว่าร้อยละ 60 และมีค่า eigenvalue สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แสดงถึงความเหมาะสมของโครงสร้างเครื่องมือ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบประเมินทัศนคติของผู้ดูแลต่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (n = 160)

ตัวแปร	จำนวนปัจจัย จาก EFA	ค่า eigenvalue ปัจจัยหลัก	ร้อยละความ แปรปรวน
1. ทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม (ชุดที่ 1)	2	5.8	62.4
2. ทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม (ชุดที่ 2)	2	5.4	60.1

หมายเหตุ: การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ใช้วิธี principal axis factoring และหมุนแกนแบบ oblique

3. ความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของเครื่องมือ ผลการอบรมผู้ดูแลพบว่า แบบทดสอบและแบบประเมินมีความไวต่อการตรวจจับการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการอบรมด้วย paired t-test ดังนี้ (1) คะแนนความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ($\Delta = +3.60$, $p < 0.001$, Cohen's $d = 1.13$) (2) ทักษะคติเชิงบวกดีขึ้น ($\Delta = +0.35$, p

< 0.001 , $d = 0.64$) (3) ทักษะคติเชิงลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($\Delta = -0.50$, $p < 0.001$, $d = 0.75$) และ (4) คะแนนทัศนคติรวมดีขึ้น ($\Delta = +0.45$, $p < 0.001$, $d = 0.87$) ค่าขนาดอิทธิพล (Cohen's d) อยู่ในช่วงปานกลางถึงสูง แสดงว่าเครื่องมือมีความไวต่อการประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมพัฒนาผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของแบบทดสอบความรู้และแบบวัดทัศนคติของผู้ดูแลต่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการอบรม ($n = 160$)

ตัวแปร	ช่วง คะแนน ที่เป็น ไปได้	ก่อนอบรม Mean $\pm$ SD	หลังอบรม Mean $\pm$ SD	ผลต่าง เฉลี่ย (Δ)	t	df	p- value	Cohen 's d
1. คะแนนความรู้ (20 ข้อ; ถูก = 1)	0-20	13.20 $\pm$ 3.10	16.80 $\pm$ 2.50	+3.60	14.25	159	<0.001	1.13
2. ทักษะคติเชิง บวก (ชุดที่ 1; 16 ข้อ)**	1-5 (เฉลี่ยต่อ ข้อ)	3.90 $\pm$ 0.45	4.25 $\pm$ 0.40	+0.35	8.15	159	<0.001	0.64
3. ทักษะคติเชิงลบ (ชุดที่ 2; 16 ข้อ)***	1-5 (เฉลี่ย ต่อข้อ)	2.80 $\pm$ 0.60	2.30 $\pm$ 0.55	-0.50	-9.50	159	<0.001	0.75
4. คะแนนทัศนคติ รวม****	1-5 (เฉลี่ย ต่อข้อ)	3.50 $\pm$ 0.40	3.95 $\pm$ 0.38	+0.45	11.05	159	<0.001	0.87

หมายเหตุ: * วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test

** คะแนนสูงหมายถึงทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมมากขึ้น

*** คะแนนสูงหมายถึงทัศนคติเชิงลบ/การตีตรามากขึ้น (ทัศนคติลบลดลงหลังอบรม)

**** คะแนนรวมคำนวณจากการรวมคะแนนทัศนคติเชิงบวก และคะแนนทัศนคติเชิงลบที่ผ่านการ reverse score แล้ว ให้ค่าเฉลี่ยต่อข้ออยู่ในช่วง 1-5 เท่ากันทุกมิติ

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเชิงจิตมิติของแบบประเมินความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลต่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระบบ LTC ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหา ความเชื่อมั่นภายใน โครงสร้างองค์ประกอบ และความไวต่อการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับเหมาะสม ประเด็นสำคัญของผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับประเมินผู้ดูแลช่วยเติมช่องว่างของการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบ LTC การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชนมิได้อาศัยเพียงการประเมินผู้สูงอายุ แต่ยังขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ดูแลในการสังเกตความเปลี่ยนแปลงและประสานบริการเมื่อพบความผิดปกติ ระบบ LTC จึงต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ดูแล พยาบาล และทีมสุขภาพ^(4,5) เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นแตกต่างจากแบบคัดกรองผู้สูงอายุโดยตรง เนื่องจากมุ่งประเมิน “ความพร้อมของผู้ดูแล” ทั้งด้านความรู้และทัศนคติ ซึ่งมีผลต่อการสังเกตอาการ การแจ้งพยาบาล และการเข้าสู่กระบวนการดูแลที่เหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อการตีตราภาวะสมองเสื่อมยังเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ⁽²⁾ ดังนั้นเครื่องมือนี้จึงช่วยให้พยาบาลด้านผู้สูงอายุสามารถระบุความต้องการพัฒนาของผู้ดูแล และวางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทของครอบครัวและระบบ LTC ได้อย่างเป็นระบบ

2. คุณภาพเชิงจิตมิติของเครื่องมือสนับสนุนการนำไปใช้ในบริการสุขภาพ เครื่องมือทั้ง 3 ชุดมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับเหมาะสม โดยค่า I-CVI ต่ำสุดเท่ากับ 0.80

ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ตามข้อเสนอของ Polit, Beck และ Owen (8) แบบทดสอบความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.79 ขณะที่แบบประเมินทัศนคติเชิงบวกและเชิงลบมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.89 และ 0.86 ตามลำดับ แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นภายในเพียงพอสำหรับใช้ประเมินผู้ดูแลในบริบทบริการสุขภาพ ตามหลักการพัฒนาเครื่องมือวัด เครื่องมือที่นำไปใช้ประเมินผลด้านสุขภาพควรมีหลักฐานด้านความตรงและความเชื่อมั่นที่เหมาะสม เพื่อให้ผลประเมินสามารถใช้ประกอบการวางแผนบริการได้อย่างน่าเชื่อถือ^(7,10)

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจพบว่า แบบประเมินทัศนคติเชิงบวกและเชิงลบสามารถจำแนกได้ชัดเจน 2 ปัจจัย และอธิบายความแปรปรวนรวมได้ร้อยละ 62.4 และ 60.1 ตามลำดับ ผลดังกล่าวเป็นหลักฐานเบื้องต้นว่าแบบประเมินสามารถสะท้อนมิติสำคัญของทัศนคติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ ทั้งด้านการยอมรับและด้านการตีตรา ข้อมูลจากเครื่องมือนี้จึงช่วยให้พยาบาลด้านผู้สูงอายุระบุประเด็นที่ผู้ดูแลยังต้องได้รับการพัฒนา และนำไปวางแผนสุขภาพ การติดตาม และการสนับสนุนการดูแลในระบบ LTC ได้ตรงกับความต้องการมากขึ้น

3. ความไวต่อการเปลี่ยนแปลงและการประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลผู้สูงอายุ เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นนี้ได้มีคุณค่าเฉพาะด้านการวัดผล แต่ยังสนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุในระบบ LTC ซึ่งต้องอาศัยการประเมินครอบครัว การพัฒนาผู้ดูแล และการประสานบริการอย่างต่อเนื่อง^(4,5) พยาบาลสามารถใช้คะแนนความรู้

และทัศนคติร่วมกับข้อมูลสุขภาพและระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ เพื่อวางแผนดูแลรายบุคคล กำหนดสุขศึกษาเฉพาะจุด และติดตามผู้ดูแลที่ยังขาดความรู้หรือมีทัศนคติเชิงลบ โดยบทบาทของพยาบาลด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย **(1) บทบาทด้านการประเมินและวางแผนการดูแล** พยาบาลสามารถใช้ผลคะแนนของผู้ดูแลร่วมกับข้อมูลสุขภาพ ระดับภาวะพึ่งพิง และความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ เพื่อประเมินความพร้อมของครอบครัวและจัดทำแผนดูแลรายบุคคลได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำหรือมีทัศนคติเชิงลบสูงอาจต้องได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิดมากขึ้น และได้รับการพัฒนาก่อนมอบหมายบทบาทด้านการสังเกตอาการหรือการรายงานข้อมูลต่อทีมสุขภาพ **(2) บทบาทด้านการให้สุขศึกษาและเสริมพลังผู้ดูแล** พยาบาลสามารถนำผลคะแนนรายด้านไปกำหนดเนื้อหาการสอนที่เฉพาะเจาะจง เช่น การแยกอาการหลงลืมตามวัยออกจากอาการผิดปกติที่ควรได้รับการประเมิน การสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง การสื่อสารกับผู้สูงอายุโดยไม่ตำหนิหรือทำให้รู้สึกด้อยคุณค่า การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และการแจ้งข้อมูลที่เป็นแก่นแท้ทีมสุขภาพ การดำเนินงานดังกล่าวมีความสำคัญต่อการลดการตีตราและเสริมสร้างการดูแลที่เคารพศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ⁽²⁾ **(3) บทบาทด้านการประสานความต่อเนื่องของการดูแล** ผู้ดูแลที่มีความรู้และทัศนคติที่เหมาะสมจะสามารถร่วมกับพยาบาลในการสังเกตอาการ บันทึกข้อมูล และแจ้งความผิดปกติได้รวดเร็วขึ้น พยาบาลจึงสามารถใช้ข้อมูลดังกล่าวในการประเมินซ้ำ วางแผนเยี่ยมบ้าน ประสานแพทย์หรือทีมสหวิชาชีพ และติดตามผลการส่งต่อได้

อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการดำเนินงาน LTC ในชุมชน^(4,5) และ **(4) บทบาทด้านการพัฒนาคุณภาพบริการและองค์ความรู้ทางการพยาบาล** เมื่อใช้เครื่องมืออย่างต่อเนื่อง ข้อมูลคะแนนของผู้ดูแลสามารถนำมาวิเคราะห์ในระดับหน่วยบริการหรือพื้นที่ เพื่อระบุประเด็นที่ต้องพัฒนา เช่น ความรู้เรื่องอาการเตือน ความมั่นใจในการส่งต่อ หรือการตีตราผู้สูงอายุ ข้อมูลดังกล่าวสามารถสนับสนุนการวางแผนอบรม การติดตามคุณภาพบริการ และการพัฒนานวัตกรรม การดูแลผู้สูงอายุในระบบ LTC โดยมีพยาบาลเป็นผู้เชื่อมการประเมินกับการปรับปรุงบริการอย่างเป็นระบบ

ดังนั้น งานวิจัยนี้มีคุณค่าทั้งด้านการพัฒนาเครื่องมือและด้านการประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลผู้สูงอายุ เพราะเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ดูแลกับการประเมิน การให้สุขศึกษา การติดตาม การส่งต่อ และการพัฒนาคุณภาพบริการในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม บทบาทดังกล่าวสะท้อนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัว ซึ่งเป็นสาระสำคัญของผลงานวิชาการด้านการพยาบาล

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ (1) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในระบบ LTC เฉพาะเขตสุขภาพที่ 7 การนำเครื่องมือไปใช้ในพื้นที่อื่นจึงควรตรวจสอบคุณภาพเพิ่มเติม (2) การประเมินความไวต่อการเปลี่ยนแปลงดำเนินการทันทีหลังการอบรม จึงยังไม่สะท้อนความคงอยู่ของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมดูแลในระยะยาวและ (3) การตรวจสอบโครงสร้างองค์ประกอบเป็นการวิเคราะห์เชิงสำรวจในกลุ่ม

ตัวอย่างเดียว จึงควรมีการยืนยันโครงสร้างของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างใหม่ที่มีความหลากหลายมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำเครื่องมือไปใช้

พยาบาลด้านผู้สูงอายุ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และพยาบาลผู้จัดการการดูแลควรใช้เครื่องมือนี้ประเมินความพร้อมของผู้ดูแล เพื่อกำหนดกิจกรรมพัฒนาเฉพาะจุด เช่น การสังเกตอาการเตือน การสื่อสารเพื่อลดการตีตรา การบันทึกข้อมูล และการประสานส่งต่อ โดยใช้ผลประเมินประกอบการวางแผนดูแล มิใช่ใช้แทนการประเมินทางคลินิก ทั้งนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถบูรณาการผลประเมินกับการเยี่ยมบ้านและแผนดูแลรายบุคคล เพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องของการดูแลผู้สูงอายุในระบบ LTC^(4,5) การใช้ในครั้งต่อไปควรตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในพื้นที่และกลุ่มผู้ดูแลที่หลากหลาย ศึกษาความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำและผลติดตามระยะยาว รวมทั้งยืนยันโครงสร้างเครื่องมือและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของผู้ดูแลกับผลลัพธ์บริการ เช่น การคัดกรอง การส่งต่อ และความต่อเนื่องของแผนดูแล

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้พัฒนาแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทัศนคติของผู้ดูแลต่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระบบ LTC โดยเครื่องมือมีคุณภาพเชิงจิตมิติ และมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับเหมาะสม สามารถใช้ประเมินความพร้อมและติดตามการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลภายหลังการอบรมได้ ในมิติของการพยาบาลผู้สูงอายุ เครื่องมือนี้สนับสนุนบทบาทของพยาบาลในการประเมินครอบครัว

วางแผนสุขภาพ ลดการตีตรา ส่งเสริมการสังเกตอาการระยะแรก และเชื่อมต่อการดูแลผู้สูงอายุเข้าสู่ระบบ LTC อย่างต่อเนื่อง จึงเป็นผลงานที่สะท้อนการประยุกต์องค์ความรู้ทางการแพทย์ไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

1. Chuakhamfoo NN, Phanthunane P, Chansirikarn S, Pannarunothai S. Health and long-term care of the elderly with dementia in rural Thailand: a cross-sectional survey through their caregivers. *BMJ Open*. 2020; 10(3): e032637. doi:10.1136/bmjopen-2019-032637.
2. ศิราณี ศรีหาภาค, และคณะ. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชนโดยเครื่องมือ IQCODE. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*. 2567;16(2):295-313.
3. ดังการ พลลาภ, ศิราณี ศรีหาภาค, ประครอง ชันบำรุง. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*. 2567;9(6):493-503.
4. Hinton L, Wang K, Levkoff S, Chuengsatiansup K, Sihapark S, Krisanaprakornkit T, et al. Dementia neuropsychiatric symptom frequency,

- severity, and correlates in community-dwelling Thai older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2022;30(8):883-91. doi:10.1016/j.jagp.2022.05.005.
5. Mongklam P, Kraithaworn P, Piyatrakul S. Exploring dementia care for community-dwelling older adults in Thailand: a qualitative descriptive study. *Belitung Nurs J*. 2025; 11(4): 459-67. doi:10.33546/bnj.3835.
 6. Prorok JC, Horgan S, Seitz DP. Health care experiences of people with dementia and their caregivers: a meta-ethnographic analysis of qualitative studies. *CMAJ*. 2013; 185(14): E669-E680. doi:10.1503/cmaj.121795.
 7. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quinonez HR, Young SL. Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: a primer. *Front Public Health*. 2018; 6:149. doi:10.3389/fpubh.2018.00149.
 8. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007;30(4):459-67. doi:10.1002/nur.20199.
 9. Husted JA, Cook RJ, Farewell VT, Gladman DD. Methods for assessing responsiveness: a critical review and recommendations. *J Clin Epidemiol*. 2000;53(5):459-68. doi:10.1016/S0895-4356(99)00206-1.
 10. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007;60(1):34-42. doi:10.1016/j.jclinepi.2006.03.012.