ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

Prevalence and Factors Associated with Dementia among Elderly in Thawat Buri district, Roi-Et Province

แวววลี พลเยี่ยม*

Waewwalee Pholyiam*

Corresponding author: E-mail: yinghideaki@gmail.com

(Received: September 15, 2024; Revised: September 23, 2024; Accepted: October 23, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) โดยใช้การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในชุมชน

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 410 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบทดสอบสภาวะสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (TMSE) แบบประเมินการดำรงชีวิตในชุมชน (IADLs) แบบประเมินอาการทางจิต (NPI-Q) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานด้วย Chi-Square Test และ Fisher's Exact Test

ผลการวิจัย : พบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 21.71 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มอายุ ลักษณะครอบครัว การศึกษา กิจกรรมทางสังคม โรคประจำตัว การสูญเสียการมองเห็นและการได้ยิน รวมถึงการพึ่งพาผู้อื่น และอาการทางจิต

สรุปและข้อเสนอแนะ : การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนานโยบายและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมและการดูแลสุขภาพจิต ควรมีการติดตามและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ความชุก; ภาวะสมองเสื่อม; ผู้สูงอายุ; ปัจจัยเสี่ยง

*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลธวัชบุรี

Abstract

Purposes : This research aims to study the prevalence and factors associated with dementia among elderly individuals living in Thawat Buri district, Roi-Et Province.

Study design : The study utilized a cross-sectional survey approach, gathering data from elderly individuals in the community.

Materials and Methods : The sample consisted of 410 elderly individuals aged 60 and above, selected through simple random sampling. Data collection tools included a personal demographic questionnaire, the Thai Mental State Examination (TMSE), the Instrumental Activities of Daily Living (IADLs) scale, the Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q), and the Geriatric Depression Scale (9Q). Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, and standard deviation, while hypothesis testing was conducted using the Chi-Square Test and Fisher's Exact Test.

Main findings : The prevalence of dementia among the elderly in Thawat Buri district was found to be 21.71%. Factors significantly associated with dementia included age group, family structure, education level, social activities, chronic illness, vision and hearing impairments, dependence on others and psychiatric symptoms.

Conclusion and recommendations : The study highlights the necessity of developing policies and health promotion activities aimed at preventing dementia among the elderly. Emphasis should be placed on promoting social activities and supporting mental and physical health, with continuous monitoring and care for elderly individuals at risk of dementia.

Keyword: Prevalence; Dementia; Elderly; Risk Factors

* Medical Doctor, Professional Level, Thawat Buri Hospital.

บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมที่สำคัญที่สุดคือการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ สังคมไทยในปัจจุบันกำลังก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” อย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราการเกิดที่ลดลงและวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่ดีขึ้น ทำให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มสูงขึ้น โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รายงานในปี พ.ศ. 2566 ว่าประชากรไทยมีจำนวนผู้สูงอายุถึง 12,814,778 คน หรือประมาณร้อยละ 19.40 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจำนวนนี้ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ[1]

ปัญหาสำคัญที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุคือภาวะสมองเสื่อม (Dementia) โดยเฉพาะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ (Alzheimer’s disease) ซึ่งพบได้มากที่สุด ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างมาก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นจาก 47.47 ล้านคนในปี ค.ศ. 2015 เป็น 75 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030[2]

ในประเทศไทย ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของภาวะสมองเสื่อมคืออายุที่มากขึ้น โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงถึงร้อยละ 32.50[3] ซึ่งภาวะสมองเสื่อมมีสาเหตุสำคัญจากการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง นอกจากนี้ โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้เช่นกัน[4] จากการวิจัยพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น อายุ และพันธุกรรม มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม รวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม[5]

อำเภอวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุค่อนข้างสูง เช่นเดียวกับหลายอำเภอในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ข้อมูลจากปี พ.ศ. 2566 ระบุว่า อำเภอวัชบุรีมีประชากรทั้งหมด 51,520 คน ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปถึง 12,398 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 24.06 ของประชากรทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรเช่นนี้ทำให้อำเภอวัชบุรีเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นเดียวกับหลายพื้นที่ในประเทศ ซึ่งทำให้ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น ภาวะสมองเสื่อม กลายเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวัง ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีจำนวนประชากรสูงอายุจำนวนมาก การศึกษานี้จะช่วยให้เข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนป้องกันและจัดการกับปัญหานี้ได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาพตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้กลุ่มประชากรที่เป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 12,398 คน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Krejcie and Morgan[6] ได้จำนวน 373 คน และเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 ตามหลักของ Librero[7] เพื่อป้องกันการขาดหาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 410 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) เกณฑ์การคัดเลือกคือ ผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป และเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ประเมินเพศ อายุ การศึกษา การอยู่อาศัย กิจกรรมทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่

การออกกำลังกาย และโรคประจำตัว

2. แบบทดสอบสภาวะสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ใช้ในการประเมินความสามารถด้านการรับรู้ ความทรงจำ และสมาธิ โดยมีจุดตัดคะแนน ≤ 23 เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม[8]

3. แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตในชุมชน (Instrumental Activity of Daily Living: IADLs) ใช้ในการประเมินการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การใช้โทรศัพท์ การเดินทาง และการจัดการการเงิน[9]

4. แบบประเมินพฤติกรรมและอาการทางจิต (Neuropsychiatric Inventory Questionnaire: NPI-Q) ประเมินพฤติกรรมและอาการทางจิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ[10]

5. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (9Q) ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยคะแนน ≥ 7 บ่งชี้ว่าผู้สูงอายุอาจมีภาวะซึมเศร้า[11]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมวิจัยในการลงนามในใบยินยอมโดยสมัครใจ โดยก่อนการลงนาม ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมที่จะดำเนินการ ความเสี่ยง และประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นอย่างละเอียดให้ผู้เข้าร่วมทราบและมีความเข้าใจอย่างดี

2. ผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลธวัชบุรี ได้รับการอบรมเพื่อทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะทำการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผ่านการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง

3. หลังจากการคัดกรองและสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ผู้ช่วยวิจัยจะแจ้งผลการคัดกรองให้ผู้สูงอายุและผู้ให้ข้อมูลทราบ และดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อมูล เพื่อบันทึกและนำไปวิเคราะห์ในขั้นตอนถัดไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS for Windows version 21 (free trial) โดยการแจกแจงความถี่ในรูปของจำนวนและร้อยละ เพื่อหาความชุกของภาวะสมองเสื่อม การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) และ ฟิชเชอร์เอกแซ็ค (Fisher's exact Test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอและได้รับการรับรองโครงร่างวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขร้อยเอ็ด (หมายเลขใบรับรอง COE 1102566) เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2566 หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับ โดยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมแก่กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้รับจะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ ทั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวจากการวิจัยสามารถทำได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆ

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 วิเคราะห์หาความชุกของภาวะสมองเสื่อม พบว่าในผู้สูงอายุจำนวน 410 คน มีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 89 คน คิดเป็นร้อยละ 21.71 รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีภาวะสมองปกติ และสมองเสื่อม ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด (n = 410)

ภาวะสมอง	จำนวน(ร้อยละ)
1. ปกติ	321(78.29)
2. สมองเสื่อม	89(21.71)
รวม	410(100.00)

ตอนที่ 2 จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่ามีปัจจัยบางอย่างที่มีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้แก่ กลุ่มอายุ ลักษณะครอบครัว การศึกษา กิจกรรมทางสังคม โรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง การสูญเสียการมองเห็นและการสูญเสียการได้ยิน ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สามารถส่งผลโดยตรงต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ในขณะเดียวกัน ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ เพศ ดัชนีมวลกาย การออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ซึ่งหมายความว่าปัจจัยเหล่านี้ไม่มีผลอย่างชัดเจนต่อการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษารายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อมด้วย Chi-Square Test และ Fisher's Exact Test (n=410)

ปัจจัย	ภาวะสมองเสื่อม						p
	รวม (n=410)		มี (n=89)		ไม่มี (n=321)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							
ชาย	173	42.20	37	41.57	136	42.37	.904[F]
หญิง	237	57.80	52	58.43	185	57.63	
กลุ่มอายุ (ปี)							
60-69 ปี	232	56.59	25	28.09	207	64.49	.000 λ^2
70-79 ปี	132	32.20	42	47.19	90	28.04	
80 ปีขึ้นไป	46	11.22	22	24.72	24	7.48	
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)							
น้ำหนักน้อยหรือผอม<18.5	43	10.49	11	12.36	32	9.97	.806 λ^2
น้ำหนักปกติ 18.6–24.9	272	66.34	56	62.92	216	67.29	
น้ำหนักเกิน 25.00–29.99	81	19.76	18	20.22	63	19.63	
อ้วน/ท้วม ≥30.00	14	3.41	4	4.49	10	3.12	
ลักษณะครอบครัว							
อาศัยอยู่คนเดียว	17	4.15	5	5.62	12	3.74	.000 λ^2
อาศัยอยู่กับผู้อื่น	129	31.46	43	48.31	86	26.79	
อาศัยอยู่กับคู่สมรส	264	64.39	41	46.07	223	69.47	
การศึกษา							
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9	2.20	4	4.49	5	1.56	.003 λ^2
ประถมศึกษา	308	75.12	76	85.39	232	72.27	
มัธยมศึกษา	56	13.66	8	8.99	48	14.95	
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	37	9.02	1	1.12	36	11.21	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะสมองเสื่อม						p
	รวม (n=410)		มี (n=89)		ไม่มี (n=321)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
กิจกรรมทางสังคม							
เข้าร่วม	23	5.61	15	16.85	8	2.49	.000[F]
ไม่เข้าร่วม	387	94.39	74	83.15	313	97.51	
การออกกำลังกาย							
ไม่ได้ออกกำลังกาย	66	16.10	15	16.85	51	15.89	.355λ^2
ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	197	48.05	37	41.57	160	49.84	
ออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง	147	35.85	37	41.57	110	34.27	
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์							
ไม่ดื่ม	267	65.12	63	70.79	204	63.55	.411λ^2
ดื่ม 1-3 วัน/ สัปดาห์	56	13.66	12	13.48	44	13.71	
มากกว่า 3 วัน	21	5.12	2	2.25	19	5.92	
เคยดื่ม ปัจจุบันหยุดดื่มแล้ว	66	16.10	12	13.48	54	16.82	
การสูบบุหรี่							
ไม่เคยสูบบุหรี่	301	73.41	65	73.03	236	73.52	.091λ^2
สูบบุหรี่น้อยกว่า 1 ซอง/วัน	49	11.95	14	15.73	35	10.90	
สูบบุหรี่ 1-2 ซอง/วัน	4	0.98	2	2.25	2	0.62	
สูบบุหรี่มากกว่า 2 ซอง/วัน	2	0.49	0	0.00	2	0.62	
หยุดสูบบุหรี่น้อยกว่า 5 ปี	15	3.66	5	5.62	10	3.12	
หยุดสูบบุหรี่มากกว่า 5 ปี	39	9.51	3	3.37	36	11.21	
โรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง							
ไม่มี	142	34.63	15	16.85	127	39.56	.000[F]
มี	268	65.37	74	83.15	194	60.44	
สูญเสียการมองเห็น							
ปกติ	321	78.29	47	52.81	274	85.36	.000λ^2
สูญเสียบางส่วน	89	21.71	42	47.19	47	14.64	
สูญเสียโดยสิ้นเชิง	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
สูญเสียการได้ยิน							
ปกติ	315	76.83	44	49.44	271	84.42	.000λ^2
สูญเสียบางส่วน	91	22.20	41	46.07	50	15.58	
สูญเสียโดยสิ้นเชิง	4	0.98	4	4.49	0	0.00	

F หมายถึง การทดสอบแบบฟิชเชอร์เอกแซ็ค (Fisher's exact Test)

λ^2 หมายถึง การทดสอบแบบไคสแควร์ (Chi-Square Test)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์หาปัจจัยจากภาวะอื่น พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้แก่ การพึ่งพาอาศัยผู้อื่น และอาการทางจิต รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจากภาวะอื่นต่อภาวะสมองเสื่อมด้วย Chi-Square Test

ปัจจัย	ภาวะสมองเสื่อม						p
	รวม (n=410)		มี (n=89)		ไม่มี (n=321)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การพึ่งพาผู้อื่น							
ไม่พึ่งพา	329	80.24	44	49.44	285	88.79	.000 λ^2
พึ่งพา	81	19.76	45	50.56	36	11.21	
อาการทางจิต							
ไม่มีอาการทางจิต	381	92.93	73	92.41	308	99.35	.000 λ^2
มีอาการทางจิตน้อย	8	1.95	6	7.59	2	0.65	
มีอาการทางจิตปานกลาง	0	0	0	0	0	0	
มีอาการทางจิตมาก	0	0	0	0	0	0	

λ^2 หมายถึง การทดสอบแบบไคสแควร์ (Chi-Square Test)

วิจารณ์

การวิจัยเรื่อง ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. การศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ามีผู้สูงอายุ 89 คนจากทั้งหมด 410 คนที่มีภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 21.71 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับความสนใจในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของประเทศไทยที่ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว[12] โดยผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้นที่ระบุว่า ปัจจัยทางสังคมและการเข้าถึงบริการสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อความชุกของภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ชนบทที่ขาดโครงสร้างพื้นฐานทางสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริเพ็ญ คงดี[13] ที่ชี้ให้เห็นถึงความล่าช้าในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในชนบท ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการคัดกรองและดูแลรักษาอย่างทันท่วงที นอกจากนี้ การศึกษาของ Wimo et al.[14] พบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในระดับโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประเทศที่มีโครงสร้างทางสุขภาพไม่พร้อม เช่นในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะในชุมชนชนบทในประเทศไทย การค้นพบเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและบริการสุขภาพในชุมชน เพื่อคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม เพื่อลดความรุนแรงของปัญหาในอนาคต

2. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด โดยพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า

กลุ่มอายุ กลุ่มอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ซึ่งมีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอายุที่น้อยกว่า เหตุผลหลักมาจากการเสื่อมถอยของระบบประสาทและสมองตามอายุ การสูญเสียเซลล์ประสาทและการลดลง

ของความสามารถในการประมวลผลข้อมูลเกิดขึ้นตามธรรมชาติเมื่ออายุมากขึ้น นอกจากนี้ การสะสมของโปรตีนที่ไม่ปกติในสมองซึ่งเกี่ยวข้องกับโรคอัลไซเมอร์ก็เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ[15] โดยงานวิจัยของ Prince et al.[16] ชี้ให้เห็นว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่อายุเกิน 80 ปี การศึกษาของ Ferri et al.[17] ยังสนับสนุนว่าภาวะสมองเสื่อมมีความชุกสูงในผู้สูงอายุทั่วโลก โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับอายุเป็นปัจจัยหลักที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะนี้ สอดคล้องกับสุพัตรา พรหมรัตน์[18] พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นที่มีอายุมากกว่า 75 ปี มีความเสี่ยงเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการเตรียมพร้อมเพื่อการดูแลและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีอายุมาก โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุเกิน 80 ปี[19]

ลักษณะครอบครัว การอาศัยอยู่คนเดียว หรืออยู่กับผู้อื่นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะสมองเสื่อมที่ระดับนัยสำคัญ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่อาศัยอยู่กับครอบครัวมักพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งอาจส่งผลให้รู้สึกสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง นำไปสู่ภาวะเครียดและความรู้สึกไร้ค่า ซึ่งเป็นปัจจัยที่เชื่อมโยงกับการเสื่อมสภาพของสมองและทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม[16] ในทางกลับกัน ผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียวอาจยังคงสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งช่วยส่งเสริมความรู้สึกพึ่งพาตนเองและลดความเครียด ส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ การศึกษาของ Lyketsos et al.[20] ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกว่ายังคงสามารถดูแลตนเองได้มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่า นอกจากนี้ การศึกษาของสุพัตรา พรหมรัตน์[18] พบว่า ผู้สูงอายุที่พึ่งพาผู้อื่นมากเกินไปมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้น สะท้อนถึงความสำคัญของการพึ่งพาตนเองในการลดความเสี่ยงต่อภาวะนี้

การศึกษา ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีแนวโน้มเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับสูงกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การศึกษามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาทักษะทางปัญญา การคิดวิเคราะห์ และการประมวลผลข้อมูล ซึ่งช่วยเพิ่ม “การสำรองทางปัญญา” (Cognitive Reserve) ที่ช่วยปกป้องสมองจากการเสื่อมถอย[21] การศึกษาของ Scarmeas et al.[22] ยังระบุว่าการกระตุ้นสมองและการใช้ทักษะทางปัญญาอย่างต่อเนื่องสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุกิจ ประสานเนตร[23] พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีความเสี่ยงเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการศึกษาต่ำอาจลดโอกาสในการฝึกฝนและพัฒนาทักษะทางปัญญาอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยผู้ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กิจกรรมทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นสมองผ่านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น การใช้ความคิด ความจำ และการตัดสินใจ การเข้าสังคมยังช่วยลดความโดดเดี่ยวซึ่งเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม การวิจัยของ Shankar et al.[24] และ Crooks et al.[25] ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมต่ำกว่าผู้ที่ขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม นอกจากนี้ การศึกษาของธวัชชัย พันธุ์เดช[26] ยังพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมจึงถือเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ

โรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ มีความเสี่ยงสูงกว่าในการเกิดภาวะสมองเสื่อม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรคเรื้อรังเหล่านี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบหลอดเลือดและสมอง ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ส่งผลให้สมองเสื่อมลงเรื่อย ๆ โดยเฉพาะส่วน

ที่เกี่ยวข้องกับการจดจำและการเรียนรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา พรหมรัตน์[18] พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ที่ไม่มีโรคเรื้อรัง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธีระเดช มหิทธิ์[27] ที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ที่มีโรคหัวใจมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

การสูญเสียการมองเห็น การสูญเสียการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมที่ระดับนัยสำคัญ .05 ผู้ที่สูญเสียการมองเห็นบางส่วนมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่มองเห็นปกติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การสูญเสียการมองเห็นลดการกระตุ้นทางประสาทสัมผัส ทำให้สมองขาดการกระตุ้น ส่งผลให้สมองเสื่อมลง โดยเฉพาะส่วนที่ประมวลผลข้อมูลด้านการมองเห็น การขาดกิจกรรมที่ใช้สายตา เช่น การอ่านหรือการเข้าสังคม ทำให้ความสามารถในการรับรู้ลดลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของสุชาดา วงษ์มาลา[28] ชี้ว่าผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียการมองเห็นมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ที่มองเห็นปกติ นอกจากนี้ การศึกษาของ Baker et al.[29] ยังพบว่าการสูญเสียการมองเห็นในผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาสัมพันธ์กับการลดลงของความสามารถในการรับรู้และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

การสูญเสียการได้ยิน การสูญเสียการได้ยินมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยผู้ที่สูญเสียการได้ยินมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่ได้ยินปกติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการสูญเสียการได้ยินส่งผลต่อการสื่อสารและการเข้าสังคม ทำให้ผู้สูงอายุขาดการกระตุ้นสมองและแยกตัวจากสังคม ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตและสมอง การศึกษาของพรชัย ธงทอง[30] ระบุว่าผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยินมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะสมองเสื่อม เพราะขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lin et al.[31] ในสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าการสูญเสียการได้ยินเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสื่อมของสมองและภาวะสมองเสื่อมอย่างชัดเจน

3. ปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด โดยพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า

การพึ่งพาผู้อื่น การพึ่งพาผู้อื่นมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมที่ระดับนัยสำคัญ .05 ผู้สูงอายุที่พึ่งพาผู้อื่นมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการพึ่งพาผู้อื่นทำให้ขาดการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา วางแผน และตัดสินใจ ซึ่งเป็นทักษะสำคัญในการป้องกันการเสื่อมถอยทางสมอง การศึกษาของสุพัตรา พรหมรัตน์[18] พบว่าผู้สูงอายุที่พึ่งพาผู้อื่นมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่า นอกจากนี้ การศึกษาของ Fratiglioni et al.[32] สนับสนุนว่า การขาดกิจกรรมที่กระตุ้นสมองและการพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

อาการทางจิต อาการทางจิตมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมที่ระดับนัยสำคัญ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาการทางจิตเป็นสัญญาณของความผิดปกติทางสมองที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการทำงานของสมองมักส่งผลให้สมองไม่ได้รับการกระตุ้นที่เพียงพอ โดยงานวิจัยของ Cohen et al.[33] แสดงให้เห็นว่าอาการทางจิต เช่น ภาวะจิตเภท มีความสัมพันธ์กับความเสื่อมถอยของสมอง โดยพบว่าผู้ที่มีอาการจิตเภทเป็นเวลานานจะมีการลดลงของสารสื่อประสาทและการทำงานของสมองที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jeste et al.[34] ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิตมักจะมีความเสื่อมถอยของสมองเร็วกว่า ทั้งนี้เป็นผลมาจากการทำงานของระบบประสาทที่เสื่อมลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ กุลธิดา จินดามณี[35] พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิต เช่น การแสดงพฤติกรรมซ้ำ ๆ หรือมีความสับสน มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ที่ไม่มีอาการทางจิต สาเหตุหลักมาจากการทำงานของสมองที่ได้รับผลกระทบโดยตรง นอกจากนี้ วรรณภา สุทธิประภา[36] ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิต เช่น ความวิตกกังวลหรืออาการประสาทหลอน มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมเร็วขึ้น เนื่องจากอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองในระยะยาวและทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อทางสังคมที่จำเป็นในการกระตุ้นสมอง ดังนั้น อาการทางจิตเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและควรได้รับการดูแลและป้องกันอย่างเหมาะสมเพื่อชะลอการเสื่อมถอยของสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1 พัฒนาโปรแกรมตรวจสุขภาพและประเมินความเสี่ยง โดยเน้นการตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อม อาการทางจิต และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันและรักษาได้อย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรก

1.2 ส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการสนับสนุนกิจกรรมทางสังคม การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพจิต

1.3 สร้างเครือข่ายสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อช่วยลดความเครียดและพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

1.4 บูรณาการการทำงานของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่กับองค์กรท้องถิ่น โรงพยาบาล และคลินิก เพื่อพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ขยายกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ศึกษาให้ครอบคลุมระดับภูมิภาคหรือระดับประเทศ เพื่อเปรียบเทียบความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมในบริบทที่แตกต่างกัน

2.2 ทำวิจัยระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อภาวะสมองเสื่อมในระยะยาว

2.3 ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อพัฒนาการดูแลที่เน้นความสุขและการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน

2.4 พัฒนาเครื่องมือประเมินที่ครอบคลุม และแม่นยำยิ่งขึ้น เพื่อตรวจสอบปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ได้สำเร็จลุล่วงด้วยความช่วยเหลือจากหลายหน่วยงาน ข้าพเจ้าขอขอบคุณผู้บริหารสถานพยาบาลในเขตอำเภอธวัชบุรีที่สนับสนุนข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ช่วยในการรวบรวมข้อมูลภาคสนาม ขอขอบคุณผู้สูงอายุในชุมชนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและการประเมินต่าง ๆ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอขอบคุณครอบครัวและเพื่อนร่วมงานที่ให้กำลังใจ และสนับสนุนตลอดการดำเนินการวิจัย จนทำให้การศึกษานี้สำเร็จได้ตามเป้าหมาย สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้าหวังว่าผลงานวิจัยนี้จะมีประโยชน์ในการพัฒนาการดูแลและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2566.
2. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2013: Journey of Caring. London: Alzheimer's Disease International; 2013.
3. กรมสุขภาพจิต. รายงานสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การป้องกันและจัดการภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2556;45(1):89-97.
5. สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. วารสารสุขภาพและการพยาบาล. 2561;3(2):21-30.
6. Krejcie R V, Morgan D W. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30:607-10.
7. Librero F. Sampling and survey techniques. Manila: University of the Philippines Press; 1985.
8. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.

9. Lawton M P, Brody E M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9(3):179-86.
10. Kaufer D I, Cummings J L, Ketchel P, Smith V, MacMillan A, Shelley T, et al. Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the neuropsychiatric inventory. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2000;12(2):233-9.
11. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการประเมินโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
12. กรมสุขภาพจิต. สถานการณ์ผู้สูงอายุและภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
13. ศิริเพ็ญ คงดี. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย. วารสารการพยาบาลชุมชน. 2561;45(2):123-34.
14. Wimo A, Jönsson L, Bond J, Prince M, Winblad B. The worldwide economic impact of dementia 2010-2030. Alzheimers Dement. 2017;13(1):1-7.
15. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda S G, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. Lancet. 2017;390(10113):2673-734.
16. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali G C, Wu Y T, Prina M. World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia. Alzheimer's Disease International; 2015.
17. Ferri C P, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli, M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet. 2005;0366(9503):2112-7.
18. สุพัตรา พรหมรัตน์. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2559;12(1):45-56.
19. Jorm A F, Dear K B, Burgess N M. Projections of future numbers of dementia cases in Australia with and without prevention. Aust N Z J Psychiatry. 2005;39(11-12):959-63.
20. Lyketsos C G, Lopez O, Jones B, Fitzpatrick A L, Breitner J, DeKosky S. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. JAMA. 2000;288(12):1475-83.
21. Stern Y. Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. Lancet Neurol. 2012; 11(11):1006-12.
22. Scarmeas N, Stern Y, Mayeux R, Manly J J. Cognitive reserve and Alzheimer's disease. Alzheimers Dis Assoc Disord. 2011;25(3):225-9.
23. สุกิจ ประสานเนตร. ผลของระดับการศึกษาและความรู้ทางปัญญาต่อความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2560;5(2):123-34.
24. Shankar A, Hamer M, McMunn A, Steptoe A. Social isolation and loneliness: relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. Psychosom Med. 2013;75(2):161-70.
25. Crooks V C, Lubben J, Petitti D B, Little D, Chiu V. Social network, cognitive function, and dementia incidence among elderly women. Am J Public Health. 2008;98(7):1221-7.
26. ธวัชชัย พันธุ์เดช. ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมทางสังคมและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารการวิจัยสุขภาพชุมชน. 2560;35(2):75-85.
27. ธีระเดช มหิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวและความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2560;5(2):89-95.
28. สุชาดา วงษ์มาลา. ความเสี่ยงของการสูญเสียการมองเห็นและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย. วารสารวิจัยสาธารณสุข. 2561;10(2):87-94.

29. Baker M L, Wang J J, Rogers S, Mitchell P. Early age-related macular degeneration, cognitive function, and dementia: the Blue Mountains Eye Study. J Am Geriatr Soc. 2016; 64(8):1716-23.
30. พรชัย ธงทอง. ความเสี่ยงของการสูญเสียการได้ยินและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย. วารสารการแพทย์ไทย. 2563;15(2):87-92.
31. Lin F R, Metter E J, O'Brien R J, Resnick S M, Zonderman A B, Ferrucci L. Hearing loss and incident dementia. Arch Neurol. 2011;68(2):214-20.
32. Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. Lancet Neurol. 2004;3(6):343-3.
33. Cohen D, Cohen R, Cole S. Schizophrenia, neurodegeneration, and cognitive decline: An analysis of long-term outcomes. Journal of Psychiatric Research. 2000;34(5):423-32.
34. Jeste D V, Depp C A, Vahia I V. Successful cognitive aging: Individual differences and predictors of cognitive decline in older adults with psychiatric disorders. American Journal of Geriatric Psychiatry. 2011;19(9):791-800.
35. กุลธิดา จินดามณี. ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิต. วารสารการแพทย์พื้นฐานและการประยุกต์. 2561;15(1):115-23.
36. วรรณภา สุทธิประภา. ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิตและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. วารสารสุขภาพจิตและสังคมสงเคราะห์. 2560;6(3):101-08.