ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

นฤบดินทร์ รอดปั้น[*a], ศิราณี ศรีหาภาค[**], ละมุล เกษสาคร[*], กฤษณาวรรณ เพียสุพรรณ[*], อริษรา โพธิ์มา[*]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 268 คน เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนมีนาคม - กรกฎาคม 2566 โดยประเมินภาวะสมองเสื่อมจากแบบประเมิน Informant Questionnaire on Cognitive Decline (IQCODE) และแบบประเมินการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้สูงอายุ Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q) แล้ววิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการทดสอบความสัมพันธ์ด้วย OR และ 95%CI

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาลป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.40 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 36.60 มีประวัติการรับประทานยานอนหลับและยาทางจิตเวช ร้อยละ 25.4 และพบว่าไม่มีผู้ดูแลอยู่ร่วมด้วยในครอบครัว ร้อยละ 6.58 2) ความชุกภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาล ร้อยละ 19.4 (95%CI=14.8-24.7) และพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิตมีความสัมพันธ์กับการเกิดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการมีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ OR 12.09 (95%CI=5.89-24.86) ส่วนโรคเรื้อรังทุกชนิดไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม

จากผลการศึกษา การประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเพื่อให้เข้าถึงการวินิจฉัยโรค และการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่นอนรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์; ภาวะสมองเสื่อม; ผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาล; ความชุก

---

[*] โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

[**] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[a] Corresponding author: นฤบดินทร์ รอดปั้น Email: na.rodpan@gmail.com

รับบทความ: 14 พ.ย. 66; รับบทความแก้ไข: 31 ธ.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 2 ม.ค. 67; ตีพิมพ์ออนไลน์: 31 ม.ค. 67

Prevalence and Factors Associated Dementia among the Elderly in Inpatient Department, Namphong District, Khon Kaen Province

Naruebodin Rodpan[*a], Siranee Sihapark[**], Lamool Kassakorn[*], Krisanawan Peasupun[*], Arisara Phoma[*]

Abstract

This study aimed to examine prevalence and factors associated with dementia risk among elderly in a hospital. Samples were consisted of 268 elderly aged 60 years and over who were admitted to a hospital in Namphong district, Khon Kaen province. Data were collected between March and July 2023 on dementia using the Informant Questionnaire on Cognitive Decline assessment (IQCODE) and the elderly Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q). The data were analyzed using descriptive statistics and association testing with OR and 95%CI.

The results showed that the elderly admitted in the hospital had hypertension (50.40%) and diabetes (36.60%) while 25.4 percent had to take sleeping pills and psychiatric drugs. Moreover, there were elderly with no caregiver in the family (6.58%). The prevalence of dementia among the elderly in the hospital was 19.4 percent (95%CI=14.8-24.7). Dependent elderly had higher risks of having dementia with OR=12.09 (95%CI=5.89-24.86). However, all chronic diseases were not associated with dementia.

According to the results, the elderly who were hospitalized should receive assessments on risk of dementia for proper diagnosis and management. Abilities to perform their of activities daily living in the hospital is an important measure in reducing the risk of dementia.

Keywords: Associated factors; Dementia; Hospitalized elderly; Prevalence

[*] Namphong Hospital, Khon Kaen Province

[**] Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Faculty of Nurisng, Praboromarajchanok Institute

[a] Corresponding author: Naruebodin Rodpan Email: na.rodpan@gmail.com

Received: Nov. 14, 23; Revised: Dec. 28, 23; Accepted: Jan. 2, 24; Published Online: Jan. 31, 24

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่สูงขึ้น เป็นผลจากการที่มีอัตราการเกิดน้อยลง ซึ่งมีผลอย่างมากต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ในปี ค.ศ. 2020 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 13.5 ของประกรโลก นับได้ว่าประชากรทั้งโลกเข้าเกณฑ์ประชากรสูงวัย[1] สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ในประเทศไทยปี 2564 พบว่า มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 13.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.4 ของประชากรไทยทั้งหมด ในขณะที่สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุ 375,753 คน ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีประชากรสูงอายุมากเป็นอันดับ 2 ของประเทศไทย[2]

จากสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงแนวโน้มและขนาดปัญหาต่างๆ ในด้านของจิตใจถือเป็นส่วนที่พบได้บ่อยในปัจจุบันและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ซึ่งจากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก รายงานว่าใน ค.ศ. 2017 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมเกือบ 50 ล้านคน และจะเพิ่มเป็นสามเท่าในปี ค.ศ. 2050 ภาวะสมองเสื่อม พบได้ทุกประเทศทั่วโลก มากกว่าครึ่งของผู้ป่วย (ร้อยละ 58) อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และคาดว่าผู้ป่วยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 70 ใน ค.ศ. 2050 ปัจจุบันโลกต้องเสียค่าใช้จ่ายในการ ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมากกว่าปีละ 1.3 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ[3]

ในประเทศไทยพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากรอายุมากกว่า 60 ปี พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8.1 โดยพบมากในผู้หญิงสูงกว่าในผู้ชายทุกกลุ่มอายุ และเมื่ออายุเพิ่มขึ้นความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.8 เป็นร้อยละ 22.6 ในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป[4]

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติในการทำงานของสมองด้านการคิดและสติปัญญา โดยมีการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น มีความผิดปกติ ด้านความคิด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว ร่วมกับ มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพ และ อารมณ์ รวมถึงมีความสามารถในการคิดเชิงซ้อน (Abstract thinking) ลดลงจนรบกวนการ ดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดผลเสียต่อการ ทำงาน สังคม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น[5]

โรงพยาบาลน้ำพองเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียง จากการเก็บข้อมูลพบว่าในปี 2565 มีผู้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 11,622 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 22.8[6] แต่ยังไม่มีการเก็บข้อมูลภาวะสมองเสื่อมของผู้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลน้ำพอง เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ระหว่าง เดือนมีนาคม-กรกฎาคม 2566 โดยนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือการวิจัยในครั้งนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยทั้งหญิงและชายอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำพอง ในช่วง มีนาคม-กรกฎาคม ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คำนวณจากโปรแกรม G*power โดยใช้โปรแกรม G*power รุ่น 3.1 โดยกำหนดให้ Significant level 1% Power of the test 99% Effect size ขนาดกลาง 0.3 จากผลการศึกษาของ วิชัย เอกพลากร และคณะ[4] พบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่าง 268 คน ซึ่งการสุ่มตัวอย่างในการศึกษาได้จาก การสุ่มอย่างง่าย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งหญิงและชาย และ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและปลายเปิดประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพในอดีต บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การอาศัยอยู่กับผู้ดูแลหลักในครอบครัว ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ประวัติการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยข้อคำถามฉบับนี้จะสอบถามจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2) แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ใช้แบบประเมิน Informant Questionnaire on Cognitive Decline (IQCODE) โดยข้อคำถามฉบับนี้จะสอบถามจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อประเมินความบกพร่องทางการรับรู้ในผู้สูงอายุ[7] การตัดสินผลบวกคือมีคะแนนเฉลี่ย≥3.47 หมายถึงเป็นไปได้ที่จะมีภาวะสมองเสื่อม[8]

3) แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ใช้แบบประเมิน Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q) ที่อาศัยการรายงานของผู้ดูแลที่ประเมินพฤติกรรมทางอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยที่อาจมีภาวะสมองเสื่อม[9] ซึ่งเกณฑ์การสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยผลบวกจากการประเมินด้วยเครื่องมือ IQCODE และ ผลบวกจากการประเมินด้วยเครื่องมือ NPI-Q การตัดสินผลบวกคือมีคะแนนพฤติกรรม 1 คะแนนขึ้นไป หมายถึงเป็นไปได้ที่จะมีภาวะสมองเสื่อม[10]

4) การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index เป็นการประเมินโดยสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ร่วมกับการสังเกตุ มีข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน มีจุดตัดภาวะพึ่งพิงระยะยาว คะแนน 11 คะแนน[11,12]

5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เครื่องมือ 9Q มีจำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกผู้สูงอายุสมองเสื่อม ในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ ว่ามีความรู้สึกแบบนี้ติดต่อกันใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่ โดยคำตอบมี 4 ตัวเลือก จุดตัดคะแนน คะแนนรวม 7 คะแนน หรือมากกว่า สงสัยมีภาวะซึมเศร้า[13]

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistics) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม โดยการวิเคราะห์ ด้วยวิธี Bivariate analysis ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ด้วยค่าสถิติ p-value, Crude OR, และ 95%CI

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เลขที่ IRB-BCNKK-5-2022 เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลและการเคารพในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ก่อนทำการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยในจดหมายที่ส่งแบบสอบถามทุกฉบับ และเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าร่วมโดยสมัครใจ โดยระบุข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็น ความลับปกปิดแหล่งข้อมูลอย่างเคร่งครัด การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมไม่ชี้เฉพาะในส่วนของผู้ตอบแบบสอบถามและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กร

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาล

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุเฉลี่ยเกือบ 72 ปี มีสถานะสมรส ร้อยละ 62.30 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 92.90 เดิมเคยประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 56.70 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4 คน ร้อยละ 53 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-5 คน โดยพบว่าผู้สูงอายุและผู้ดูแลอาศัยอยู่ร่วมด้วยในครอบครัว ร้อยละ 86.90 ซึ่งผู้ดูแลกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 46.60 และพบผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแลอยู่ร่วมด้วย ร้อยละ 6.58

ด้านการเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ พบว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นอันดับแรก ร้อยละ 50.40 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 36.60 และโรคข้อเสื่อม ข้ออักเสบหรือเก๊าต์ ร้อยละ 8.6 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ พบผู้สูงอายุเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 34.3 ยังสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 6.7 เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์พบว่ายังคงดื่มอยู่ ร้อยละ 8.6 นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุเคยนอนรพ. มากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 86.6 เคยมีประวัติการรับประทานยานอนหลับและยาทางจิตเวช ถึงร้อยละ 25.4 และมีประวัติการรับประทานยามากกว่า 4 ชนิดต่อวัน ร้อยละ 14.6 รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (n=268)

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	133	49.6
หญิง	135	50.4
2. อายุ (Mean=71.61 ปี, SD=7.68)		
60-69 ปี	114	42.5
70-79 ปี	109	40.7
80 ปีขึ้นไป	45	16.8
3. สถานภาพสมรสปัจจุบันของผู้สูงอายุที่ท่านดูแล		
โสด	7	2.6
สมรส	167	62.3
หม้าย	86	32.1
หย่า/แยก	8	3.0
4. ระดับการศึกษาชั้นสูงสุดของผู้สูงอายุ		
ไม่ได้เรียน	2	0.7
ประถมศึกษา	249	92.9
มัธยมศึกษา	15	5.6
อนุปริญญา	2	0.7
5. อาชีพในอดีต (ก่อนอายุ 60 ปี)		
หยุดทำงานแล้ว	10	3.7
เกษตรกรรม	152	56.7
รับจ้าง	68	25.4
ค้าขาย	11	4.1
อื่นๆ	27	10.1
6. จำนวนสมาชิกครอบครัว (Mean=4.24, SD=1.87)		
1 คน	9	3.4
2-5 คน	142	53.0
มากกว่า 5 คน	117	43.6

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละพฤติกรรมสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (n=268)

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
7. อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ดูแลหลักในครอบครัว		
ไม่มี	4	1.5
ผู้ดูแลในครอบครัวอยู่ร่วมด้วยน้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อ	233	86.9
ผู้ดูแลในครอบครัวอยู่ร่วมด้วยมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน	31	11.5
8. ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่ดูแล		
ไม่มีผู้ดูแล	7	2.6
บุตร	125	46.6
คู่สมรส	85	31.7
หลาน	34	12.7
พี่น้อง	10	3.7
ลูกสะใภ้	6	2.2
ลูกเขย	1	0.4
9. การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง		
โรคความดันโลหิตสูง	135	50.4
โรคเบาหวาน	98	36.6
โรคข้อเสื่อม/ข้ออักเสบ/เก๊าต์	31	11.6
โรคหอบหืด/ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง(COPD)	28	10.5
โรคหัวใจ	17	6.3
หลอดเลือดสมอง	16	6.0
ไทรอยด์	10	3.7
พาร์กินสัน	5	1.9
ตาบอด/เป็นต้อหิน	2	0.7
10. ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	158	59.0
เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว	92	34.3
ยังสูบอยู่	18	6.7

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละพฤติกรรมสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (n=268)

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
11. ประวัติการดื่มสุรา เบียร์ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่ม	132	49.3
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	113	42.2
ยังดื่มอยู่	23	8.6
12. ประวัติการนอนโรงพยาบาล		
นอนโรงพยาบาลครั้งแรก	36	13.4
นอนโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง	232	86.6
13. ประวัติการรับประทาน ยานอนหลับ และยาทางจิตเวช		
ไม่มี	200	74.6
มี	68	25.4
14. ประวัติการรับประทาน ยามากกว่า 4 ชนิด ต่อวัน		
ไม่มี	229	85.4
มี	39	14.6

2. ความชุกภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาล

ผลการประเมินภาวะสมองเสื่อมโดยแพทย์และพยาบาลที่ผ่านการอบรมด้วยเครื่องมือประเมินความบกพร่องทางการรับรู้ IQCODE ร่วมกับการประเมินพฤติกรรมผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุด้วย NPI-Q พบว่ามีผู้สูงอายุที่สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 19.4 (95%CI=14.8-24.7) โดยพบว่าการใช้เครื่องมือ IQCODE เฉพาะเครื่องมือเดียวพบผู้สูงอายุสงสัยมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 25.4 (95%CI=20.3-31.0) และพบมีปัญหาพฤติกรรมผิดปกติอารมณ์และจิตใจ ร้อยละ 31.7 (95%CI=26.2-73.8) ด้านการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต (ADL) พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 82.5 (95%CI=77.4-86.8) และผลการประเมินไม่มีภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน 9Q ไม่พบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาล รายละเอียดดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละผลการประเมินภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาล (n=268 คน)

ผลการประเมิน	จำนวน	ร้อยละ	95% CI
1. สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม (เครื่องมือ IQ Code & NPI-Q)	52	19.4	14.8-24.7
2. ผลการประเมินภาวะสมองเสื่อมเครื่องมือ IQ Code			
ปกติ คะแนนเฉลี่ย<3.47	200	74.6	69.0-79.7
ภาวะสมองเสื่อมคะแนนเฉลี่ย≥3.47	68	25.4	20.3-31.0
2. ผลการประเมินพฤติกรรมผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ ด้วยเครื่องมือ NPI-Q			
ปกติ	183	68.3	62.3-73.8
มีปัญหาพฤติกรรม	85	31.7	26.2-37.7
3. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (9Q)			
ปกติ คะแนน<7	268	100.0	
4. การปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต (ADL)			
ไม่มีภาวะพึ่งพิง	221	82.5	77.4-86.8
มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว มีคะแนน<12	47	17.5	13.2-22.6

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาล

จากการทบทวนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมออกเป็น 3 กลุ่ม 18 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ลักษณะการอยู่อาศัย 2) พฤติกรรมสุขภาพ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องแอลกอฮอล์ การรับประทานยามากกว่า 4 ชนิด การรับประทานยานอนหลับ 3) ภาวะสุขภาพและโรคเรื้อรัง เช่น การปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต การนอนโรงพยาบาล โรคความดัน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคข้อเสื่อม โรคไทรอยด์ โรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลทุกปัจจัยไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม เช่นเดียวกับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมสุขภาพทุกปัจจัยไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม และปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและโรคเรื้อรัง พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิตมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการมีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ OR=12.09 (95%CI=5.89-24.86) ส่วนโรคเรื้อรังทุกโรคไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง OR=1.06 (95%CI=0.58-1.94) โรคพาร์คินสัน OR=1.04 (95%CI=0.11-9.49) โรคหลอดเลือดสมอง OR=1.98 (95%CI=0.66-5.98) เป็นต้น รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาล (Bivariate analysis) (n=268คน)

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน n (%)	ภาวะสมองเสื่อม n (%)		OR (95% CI)	p-value
		High Risk (n=52)	Non-High Risk (n=216)		
1. เพศ					
หญิง	135 (50.4)	26 (19.3)	109 (80.7)	0.98	0.95
ชาย	133 (49.6)	26 (19.5)	107 (80.5)	(0.54-1.80)	
2. อายุ (ปี)					
อายุ 75 ปี ขึ้นไป	91 (34.0)	17 (18.7)	74 (81.3)	0.93	0.83
อายุ 60-74 ปี	177 (66.0)	35 (19.8)	142 (65.7)	(0.49-1.78)	
3. ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	17 (6.3)	1 (5.9)	16 (94.1)	4.08	0.18
มัธยมศึกษาขึ้นไป	251 (93.7)	51 (20.3)	200 (79.7)	(0.53-31.40)	
4. อาชีพ					
ไม่ประกอบอาชีพ	258 (96.3)	49 (19.0)	209 (81.0)	1.83	0.39
ประกอบอาชีพ	10 (3.7)	3 (5.8)	7 (3.2)	(0.46-7.32)	
5. ลักษณะการอยู่อาศัย					
อยู่คนเดียว	9 (3.4)	2 (22.2)	7 (77.8)	1.19	0.83
อยู่ร่วมกับคนในครอบครัว	259 (96.6)	50 (19.3)	209 (80.7)	(0.24-5.92)	
6. การสูบบุหรี่					
สูบบุหรี่และเคยสูบบุหรี่	110 (41.0)	24 (21.8)	86 (78.2)	1.30	0.40
ไม่สูบบุหรี่	158 (59.0)	28 (17.7)	130 (82.3)	(0.70-2.38)	
7. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					
ดื่มหรือเคยดื่มแอลกอฮอล์	132 (49.3)	24 (18.2)	108 (81.8)	1.17	0.62
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	136 (50.7)	28 (20.6)	108 (79.4)	(0.64-2.14)	
8. รับประทานยามากกว่า 4 ชนิดต่อวัน					
มี	39 (14.6)	13 (33.3)	26 (66.7)	1.40	0.32
ไม่มี	229 (85.4)	39 (17.0)	190 (83.0)	(0.72-2.73)	
9. รับประทานยานอนหลับ/จิตเวช					
มี	68 (25.4)	16 (23.5)	52 (76.5)	1.40	0.32
ไม่มี	200 (74.6)	36 (18.0)	164 (82.0)	(0.72-2.73)	

ตารางที่ 3 (ต่อ) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาล (Bivariate analysis) (n=268คน)

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน n (%)	ภาวะสมองเสื่อม n (%)		OR (95% CI)	p-value
		High Risk (n=52)	Non-High Risk (n=216)		
10. กิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต					
ไม่พึ่งพิง	221 (82.5)	24 (10.9)	197 (89.1)	12.09	<0.001
พึ่งพิงทั้งหมด	47 (17.5)	28 (59.6	19 (40.4)	(5.89-24.86)	
11. การนอนโรงพยาบาล					
นอนมากกว่า 1 ครั้ง	232 (86.6)	47 (20.3)	185 (79.7)	1.56	0.37
นอนครั้งแรก	36 (13.4)	5 (13.9)	31 (86.1)	(0.58-4.27)	
12. โรคความดันโลหิตสูง					
เป็น	136 (50.7)	27 (19.9)	109 (80.1)	1.06	0.85
ไม่เป็น	132 (49.3)	25 (18.9)	107 (81.1)	(0.58-1.94)	
13. โรคเบาหวาน					
เป็น	98 (36.6)	17 (17.3)	81 (82.7)	0.81	0.52
ไม่เป็น	170 (63.4)	35 (20.6)	135 (79.4)	(0.43-1.54)	
14. โรคหัวใจ					
เป็น	17 (6.3)	6 (35.3)	11 (64.7)	2.43	0.10
ไม่เป็น	251 (93.7)	46 (18.3)	205 (81.7)	(0.86-6.91)	
15. โรคข้อเสื่อม/ข้ออักเสบ/เกาต์					
เป็น	31 (11.6)	4 (12.9)	27 (87.1)	0.58	0.34
ไม่เป็น	237 (88.4)	48 (20.3)	189 (79.7)	(0.19-1.75)	
16. พาร์กินสัน					
เป็น	5 (1.9)	1 (20.0)	4 (80.0)	1.04	0.97
ไม่เป็น	263 (98.1)	51 (19.4)	212 (80.6)	(0.11-9.49)	
17. ไทรอยด์					
เป็น	10 (3.7)	2 (20.0)	8 (80.0)	1.04	0.96
ไม่เป็น	258 (96.3)	50 (19.4)	208 (80.6)	(0.21-5.05)	
18. หลอดเลือดสมอง					
เป็น	16 (6.0)	5 (31.8)	11 (68.8)	1.98	0.22
ไม่เป็น	252 (94.0)	47 (18.7)	205 (81.3)	(0.66-5.98)	

อภิปรายผล

1. ภาวะสุขภาพและโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาลป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นอันดับแรก ถึงร้อยละ 50.40 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 36.60 และโรคข้อเสื่อม ข้ออักเสบ หรือเก๊าต์ ร้อยละ 8.6 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในจังหวัดขอนแก่นพบผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยและโรคเรื้อรัง ร้อยละ 66 โดยพบโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24[14] และการศึกษาในพื้นที่อำเภอน้ำพองพบผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ร้อยละ 57.5 โดยพบโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 73.9[15] ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามพบว่าโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุและอาจเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อม

นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้ยังสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 6.7 และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 8.6 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบผู้สูงอายุเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 15 และเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 30 เท่านั้น[15] ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุเหล่านี้ปัญหาการเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังที่ทำให้ต้องเข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งพบว่า เกือบร้อยละ 87 มีประวัตินอนโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาลมีประวัติการรับประทานยานอนหลับและยาทางจิตเวช ถึงร้อยละ 25.4 ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเป็นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคสมองเสื่อมได้มากขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีปัจจัยดังกล่าว[16] และพบว่าผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาลเหล่านี้ไม่มีผู้ดูแลอยู่ร่วมด้วยในครอบครัวถึง ร้อยละ 6.58 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ[17]

2. ความชุกภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาล

ผลประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือประเมินความบกพร่องทางการรับรู้ IQCODE ร่วมกับการประเมินพฤติกรรมผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุด้วย NPI-Q พบว่ามีผู้สูงอายุที่สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 19.4 (95% CI=14.8-24.7) ซึ่งความชุกใกล้เคียงกับการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคที่มีความชุก ร้อยละ 19.77[18] และสูงกว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นพบความชุก ร้อยละ 12.8 (Hinton) และในอำเภอน้ำพอง ที่มีความชุกเพียงร้อยละ 10.8[15] ทั้งนี้เนื่องจากการเครื่องมือการประเมินและกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างต่างซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชน แต่การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอน จึงทำให้พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยทั้งหมดไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติยกเว้นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิตมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการมีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ OR=12.09 (95%CI 5.89-24.86) สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศเกาหลี[19] และสหรัฐอเมริกา[20] ส่วนโรคเรื้อรังทุกโรคไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง OR=1.06 (95%CI=0.58-1.94) โรคพาร์คินสัน OR=1.04 (95%CI=0.11-9.49) โรคหลอดเลือดสมอง OR=1.98

(95%CI=0.66-5.98) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเรื่อรังเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม[15,16] ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลซึ่งพบมากกว่าครึ่งหนึ่งป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

การนอนโรงพยาบาลเป็นข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและการรับรู้ของผู้สูงอายุ การประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาขณะนอนโรงพยาบาล และการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้ อย่างไรก็ตามการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีโรคเรื้อรังควรมีการศึกษาในพื้นที่อื่นให้ครอบคลุมบริบทการดูแลรักษาผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการใช้เครื่องมือแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (IADL) เพื่อให้การประเมินปัจจัยเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของการขอจริธรรมภายใต้ โครงการวิจัยการสร้างความร่วมมือเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7: การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing Baseline Report. Geneva: WHO; 2020.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
3. World Health Organization. Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025. Geneva: WHO; 2017
4. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
5. อารดา โรจนอุดมศาสตร์, บรรณาธิการ. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2564.
6. โรงพยาบาลน้ำพอง. สรุปรายงานสถิติผู้มารับบริการประจำปีงบประมาณ 2565. โรงพยาบาลน้ำพอง; 2565.
7. Jorm AF. A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): development and cross-validation. Psychol Med. 1994 Feb;24(1):145-53. doi: 10.1017/s003329170002691x.
8. Senanarong V, Assavisaraporn S, Sivasiriyanonds N, Printarakul T, Jamjumrus P, Udompunthuruk S, Poungvarin N. The IQCODE: an alternative screening test for dementia for low educated Thai elderly. J Med Assoc Thai. 2001; 84(5): 648-55.

9. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology. 1994 Dec;44(12):2308-14. doi: 10.1212/wnl.44.12.2308.
10. Hinton L, Wang K, Levkoff S, Chuengsatiansup K, Sihapark S, Krisanaprakornkit T, Intasuwan P, Satthapisit S, Gallagher-Thompson D, Chen H. Dementia Neuropsychiatric Symptom Frequency, Severity, and Correlates in Community-Dwelling Thai Older Adults. Am J Geriatr Psychiatry. 2022 Aug;30(8):883-891. doi: 10.1016/j.jagp.2022.05.005.
11. Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL Index: a reliability study. Int Disabil Stud. 1988;10(2):61-3. doi: 10.3109/09638288809164103.
12. สุทธิชัย จินตะพันธ์กุล. มุมมองใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ปรากฏการณ์ประชากรผู้สูงอายุ. วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2545;3(2):49-62.
13. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001 Sep;16(9):606-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
14. ศิราณี ศรีหาภาค, วัชรี อมรโรจน์วรวุฒิ, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒนี ศรีโอษฐ์, พลอยลดา ศรีหานู, ทิพวรรณ ทับซ้าย. สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(36):44-62.
15. วิลาสินี สุราวรรณ์. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560;10(2):58-69.
16. ภรัญวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์. ภาวะสมองเสื่อม. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2654;15(37):392-98.
17. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ.2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
18. ชนันท์วัลย์ วุฒิธนโภคิน, กชกร มาเกตุ, หทัยชนก บุญพิมพ์, จิราวัฒน์ ลิมป์พัชราภรณ์. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ใน ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น. 2564;2(2):70-80.
19. Kim S, Choe K, Lee K. Depression, Loneliness, Social Support, Activities of Daily Living, and Life Satisfaction in Older Adults at High-Risk of Dementia. Int J Environ Res Public Health. 2020 Dec 17;17(24):9448. doi: 10.3390/ijerph17249448.
20. Fauth EB, Schwartz S, Tschanz JT, Østbye T, Corcoran C, Norton MC. Baseline disability in activities of daily living predicts dementia risk even after controlling for baseline global cognitive ability and depressive symptoms. Int J Geriatr Psychiatry. 2013 Jun;28(6):597-606. doi: 10.1002/gps.3865.