

ประเด็นการเลือกหัวข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อเสนอแนะ
<p>๑. ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ</p> <p><u>คำจำกัดความ</u> จำนวนประชากรที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้เทคโนโลยีนั้นๆ</p>	<p>จำนวนผู้ได้รับผลกระทบ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ๕) มากกว่า ๕๐๐,๐๐๐ คนขึ้นไป</p> <p><input type="checkbox"/> ๔) ๑๐๐,๐๐๑ – ๕๐๐,๐๐๐ คน</p> <p><input type="checkbox"/> ๓) ๕๐,๐๐๑ – ๑๐๐,๐๐๐ คน</p> <p><input type="checkbox"/> ๒) ๑๐,๐๐๑ – ๕๐,๐๐๐ คน</p> <p><input type="checkbox"/> ๑) ๐ – ๑๐,๐๐๐ คน</p>	<p>-จากการคาดการณ์ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ.๒๕๕๘ มีจำนวนผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จำนวน ๖๐๐,๐๐๐ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ เพิ่มขึ้นเป็น ๑,๑๑๗,๐๐๐ คน และในปี พ.ศ. ๒๕๘๓ เป็น ๒,๐๗๗,๐๐๐ คน</p> <p>-พบว่ากลุ่มอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๑๕-๒๐ มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และในกลุ่มที่มีภาวะ MCI มีแนวโน้มที่จะเป็นอัลไซเมอร์หรือภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย</p> <p>-ประเทศไทยพบความชุกของผู้มีภาวะ mild cognitive impairment- MCI พบถึงร้อยละ ๒๑.๓ ในผู้สูงอายุอายุมากกว่า ๖๐ ปีในชุมชน (ที่มาเอกสารอ้างอิงที่ ๑, ๒, ๑๖)</p>
<p>๒. ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ</p> <p><u>คำจำกัดความ</u></p> <p>ระดับความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพหนึ่งๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความสูญเสียหรือผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต อันเนื่องมาจากการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นๆ</p>	<p>ระดับความรุนแรง</p> <p><input type="checkbox"/> ๕) เป็นภัยคุกคามต่อชีวิต (เสียชีวิต)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ๔) ก่อให้เกิดทุพพลภาพแก่ผู้ป่วยจนไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้/นำไปสู่ความพิการไม่ว่าจะเป็นทางร่างกายหรือจิตใจ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ๓) ก่อให้เกิดทุพพลภาพแก่ผู้ป่วยแต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้</p>	<p>-มีระดับความรุนแรงจากน้อย ปานกลาง และรุนแรง</p> <p>-ข้อมูลด้านการพยากรณ์โรค มีการติดตามผู้ป่วย MCI นาน ๓ ปี พบว่า ร้อยละ ๒๒.๔ กลายเป็นสมองเสื่อม ซึ่งภาวะสมองเสื่อมคือภาวะที่การทำงานของสมองเสื่อมถอยลง (cognitive decline) โดยมีการทำงานของสมองเสื่อมลงมากกว่าหรือเท่ากับ ๑ ด้านดังต่อไปนี้ ความจำและการเรียนรู้สิ่งใหม่ (learning and memory)</p>

ประเด็นการเลือกหัวข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อเสนอแนะ
	<input checked="" type="checkbox"/> ๒) ก่อให้เกิดความไม่สะดวกในการดำรงชีวิตหรือมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้เกิดทุพพลภาพ <input type="checkbox"/> ๑) โรคหรือปัญหาสุขภาพ ก่อให้เกิดความไม่สบายเล็กๆ น้อยๆ ต่อผู้ป่วย	ภาษา(language) การประมวลผล (executive function) สมาธิ (attention) perceptual-motor และ social cognition ซึ่งการเสื่อมลงของการทำงานของสมองจะแย่งลงเรื่อยๆ จนมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต การช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน และสุดท้ายทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงในที่สุด (ที่มาเอกสารอ้างอิงที่ ๓, ๔, ๖)
๓. ประสิทธิภาพของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ <u>คำจำกัดความ</u> ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่สนใจซึ่งพิจารณาจากผลลัพธ์สุดท้ายด้านสุขภาพจากการรักษาและ/หรือฟื้นฟูสภาพ การคัดกรองและ/หรือวินิจฉัยโรค และการป้องกันโรค อันสืบเนื่องมาจากเทคโนโลยีนั้นๆ	๓.๑ กรณีของการรักษาและ/หรือฟื้นฟูสภาพ <input type="checkbox"/> ๕) สามารถรักษาให้หายขาดได้ (กลับสู่ภาวะสุขภาพปกติ) <input checked="" type="checkbox"/> ๔) ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน <input type="checkbox"/> ๓) ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิตเพียงเล็กน้อย <u>หรือ</u> ไม่ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้น แต่เพิ่มคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน <input type="checkbox"/> ๒) ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้น โดยไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต <u>หรือ</u> ไม่ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้น แต่เพิ่มคุณภาพชีวิตเพียงเล็กน้อย <input type="checkbox"/> ๑) ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้น แต่ลดคุณภาพชีวิต ๓.๒ กรณีการคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อนและ/หรือการวินิจฉัยโรค - พิจารณาจากความแม่นยำ <input checked="" type="checkbox"/> A๒ ความแม่นยำมากกว่า ๘๐% <input type="checkbox"/> A๑ ความแม่นยำ ๖๐ - ๘๐% <input type="checkbox"/> A๐ ความแม่นยำน้อยกว่า ๖๐% - พิจารณาจากผลกระทบ <input type="checkbox"/> D๑ โรคที่คัดกรองเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้	ข้อ ๓.๑ -การรักษาความดันโลหิตสูงจะลดการเกิดภาวะสมองเสื่อมลง พบลดลง ๐.๔๕ เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รักษา กลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๗๕ ปี จะเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อมลดลงอย่างน้อยร้อยละ ๘ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอายุมากกว่า ๗๕ ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมร้อยละ ๔ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ -พบกลุ่มผู้สูงอายุ เมื่อได้รับวิตามิน folic ๘๐๐ microgram ต่อวัน เป็นเวลา ๓ ปี ลดความเสี่ยงของสมองด้านการทำงานโดยรวม (global function) -การออกกำลังกายแบบ aerobic exercise อย่างน้อยครั้งละ ๓๐ นาที ๒ ครั้งต่ออาทิตย์ และการฝึกการใช้สมอง (Cognitive activity training) ช่วยเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้มีการศึกษาการออกกำลังกายแบบแอโรบิก โดยการเดินเร็ว ๔๐ นาที ๓ ครั้งต่ออาทิตย์ ติดตาม ๑ ปี กลุ่มทำกิจกรรมสมองส่วนฮิปโปแคมปัส (hippocampus) และคลอสเตท นิวเคลียส (caudate nucleus) เป็นสมองส่วนจดจำ ความคิด และระดับ BDNF (a mediator of neurogenesis in the dentate gyrus) ซึ่งเป็นสารเกี่ยวกับการสร้าง

ประเด็นการเลือกหัวข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อเสนอแนะ																		
	<p><input checked="" type="checkbox"/> Doโรคที่คัดกรองเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถชะลอความรุนแรงหรือป้องกันการกระจายของโรคได้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th><th>ระดับความแม่นยำ</th><th>ผลกระทบจากการคัดกรอง/การวินิจฉัยโรค</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๕</td><td>A๒</td><td>D๑</td></tr> <tr> <td>๔</td><td>A๑</td><td>D๑</td></tr> <tr> <td>๓</td><td>A๒</td><td>Do</td></tr> <tr> <td>๒</td><td>Ao/ A๑</td><td>Do/ D๑</td></tr> <tr> <td>๑</td><td>Ao</td><td>Do</td></tr> </tbody> </table> <p>๓.๒ กรณีการป้องกันโรค</p> <p><input type="checkbox"/> ๕) มีประสิทธิผลในการป้องกันมากกว่า ๙๐ %</p> <p><input type="checkbox"/> ๔) มีประสิทธิผลในการป้องกัน ๘๑ - ๙๐ %</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ๓) มีประสิทธิผลในการป้องกัน ๗๑ - ๘๐ %</p> <p><input type="checkbox"/> ๒) มีประสิทธิผลในการป้องกัน ๖๑ - ๗๐ %</p> <p><input type="checkbox"/> ๑) มีประสิทธิผลในการป้องกันน้อยกว่า ๖๐ %</p>	คะแนน	ระดับความแม่นยำ	ผลกระทบจากการคัดกรอง/การวินิจฉัยโรค	๕	A๒	D๑	๔	A๑	D๑	๓	A๒	Do	๒	Ao/ A๑	Do/ D๑	๑	Ao	Do	<p>เนื้อเยื่อสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ</p> <p>-กิจกรรมกลุ่มช่วยกระตุ้นความสามารถของสมอง (cognitive stimulation) ช่วยให้ผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) มีความสามารถสมองด้านการใช้ภาษาดีขึ้น ซึ่งโปรแกรมการฝึกการใช้สมองไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรค และไม่ได้ช่วยให้อาการของโรคดีขึ้น แต่ทำได้เพียงชะลอการดำเนินโรคให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงช้าลงเท่านั้น (ที่มาเอกสารอ้างอิงที่ ๕, ๖, ๑๗, ๑๘, ๑๙, ๒๐)</p> <p>ข้อ๓.๒</p> <p>-มีการคัดกรองปัญหาความจำในระบบสาธารณสุข มีเครื่องมือการคัดกรองในระดับอาสาสมัครสาธารณสุข และเครื่องมือการคัดแยก ระดับบุคลากรทางสุขภาพ ตามคู่มือการประเมิน/คัดกรองผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>-ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มโรคที่รักษาไม่หายขาด แต่ถ้าเป็นกลุ่มที่เกิดจากปัญหาหลอดเลือดสมองถ้าได้รับการแก้ไขจะพบว่าดีขึ้น แต่ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสามารถป้องกันและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้</p> <p>-กิจกรรมการกระตุ้นและคงสมรรถภาพสมองในรูปแบบกิจกรรมทางความคิด เช่น การฝึกความใส่ใจ ความจำระยะสั้น-ยาว การบริหารและจัดการ และการรับรู้มิติสัมพันธ์ และการรับรู้ทางสังคม ทั้งในรูปแบบเป็นกลุ่ม และเป็นรายบุคคล จะช่วยในการชะลอการเกิดสมองเสื่อม และนำมาเป็นทักษะในการใช้ชีวิตประจำวัน (ที่มาเอกสารอ้างอิงที่ ๑๐, ๑๒, ๑๓, ๑๔, ๑๕, ๒๑)</p>
คะแนน	ระดับความแม่นยำ	ผลกระทบจากการคัดกรอง/การวินิจฉัยโรค																		
๕	A๒	D๑																		
๔	A๑	D๑																		
๓	A๒	Do																		
๒	Ao/ A๑	Do/ D๑																		
๑	Ao	Do																		
๔.ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	<input type="checkbox"/> ความแตกต่างระหว่างชุดสิทธิประโยชน์	-มีแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (CPG)																		

ประเด็นการเลือกหัวข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อเสนอแนะ
<p><u>คำจำกัดความ</u> ความแตกต่างในทางปฏิบัติจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพในการรักษาโรคและ/หรือฟื้นฟูสภาพ การคัดกรองและ/หรือวินิจฉัยโรค และการป้องกันโรค โดยพิจารณาบนพื้นฐานการมีอยู่ของหลักฐานวิชาการ</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> ความแตกต่างที่เกิดจากการกระจายเทคโนโลยี</p>	<p>-การวินิจฉัยยังพบปัญหา เนื่องจากต้องเป็นแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา คือ แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ อายุรแพทย์ สาขาประสาทวิทยา และจิตแพทย์</p> <p>-ข้อจำกัดการตรวจทางห้องปฏิบัติการสามารถดำเนินการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นส่วนใหญ่</p> <p>-ไม่มีความแตกต่างในชุดสิทธิประโยชน์ (ที่มาเอกสารอ้างอิงที่ ๑๐, ๑๑)</p>
<p>๕.ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน</p> <p><u>คำจำกัดความ</u> ผลกระทบจากการที่ครัวเรือนต้องแบกรับภาระรายจ่ายจากการรักษาโรคหรือปัญหาสุขภาพ และ/หรือ จากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ เมื่อสมาชิกในครัวเรือนเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพจนทำให้ครัวเรือนต้องประสบกับภาวะล้มละลาย</p>	<p>รายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ</p> <p><input type="checkbox"/> ๕) มีรายจ่ายเนื่องจากปัญหาสุขภาพมากกว่า ๖๓,๕๐๐ บาท/ปี</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ๔) มีรายจ่ายเนื่องจากปัญหาสุขภาพระหว่าง ๕๐,๗๐๑ – ๖๓,๕๐๐ บาท/ปี</p> <p><input type="checkbox"/> ๓) มีรายจ่ายเนื่องจากปัญหาสุขภาพระหว่าง ๓๘,๐๐๑ – ๕๐,๗๐๐ บาท/ปี</p> <p><input type="checkbox"/> ๒) มีรายจ่ายเนื่องจากปัญหาสุขภาพระหว่าง ๒๕,๔๐๑ – ๓๘,๐๐๐ บาท/ปี</p> <p><input type="checkbox"/> ๑) มีรายจ่ายเนื่องจากปัญหาสุขภาพน้อยกว่า ๒๕,๔๐๐ บาท/ปี</p>	<p>-มีการศึกษาค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมพบว่า ส่วนต่างของค่าใช้จ่ายระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วสูงกว่าประเทศที่กำลังพัฒนาถึง ๕๐ เท่า ในประเทศสหราชอาณาจักร (UK) ประมาณค่าใช้จ่ายรวมของผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งหมดต่อปี (annual national cost of dementia) ประมาณ ๒๓ พันล้านปอนด์ (๓๘ พันล้านเหรียญสหรัฐ) สูงกว่าค่าใช้จ่ายของโรคมะเร็งสองเท่า และต่างจากโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองหลายเท่า</p> <p>-จากรายงานของ HITAP พบว่าต้นทุนส่วนใหญ่ของการรักษาโรคอัลไซเมอร์เกิดจากค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลที่เป็นญาติและค่าจ้างผู้ดูแล ซึ่งจัดเป็นต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ มีค่าใช้จ่ายประมาณ ๔,๑๐๐-๕,๓๐๐ บาทต่อเดือน ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลหรือคอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ก็เพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรค โดยการศึกษานี้ได้คำนวณค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ซึ่งรวมทั้งในกรณีที่เป็นการดูแลโดยญาติในครอบครัวและกรณีจ้างผู้ดูแลพบว่า ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ ๘,๐๐๐ บาทต่อเดือน ค่าใช้จ่าย</p>

ประเด็นการเลือกหัวข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อเสนอแนะ
		<p>ส่วนนี้อาจสูงถึง ๕๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน ในกรณีที่จ้างผู้ดูแลมากกว่าหนึ่งคน หรือไปใช้บริการของสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว</p> <p>-กระทบต่อปัญหาสุขภาพและค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลหลัก (บุตร สามีหรือภรรยา และญาติ) ส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักจะต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (ที่มาเอกสารอ้างอิงที่ ๕, ๗ และ ๘)</p>
<p>๖.ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม</p> <p><u>คำจำกัดความ</u> ประเด็นที่มีผลกระทบทางสังคม ศาสนาและวัฒนธรรม ในที่นี้ความเป็นธรรมพิจารณาจากการให้ความสำคัญแก่ผู้ได้รับผลกระทบที่มีรายได้น้อย ในขณะที่ ประเด็นสังคมและจริยธรรมพิจารณาจากการให้ความสำคัญในโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีความชุกต่ำ</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> ผลกระทบของโรคหรือปัญหาสุขภาพที่เกิดกับผู้ที่มีรายได้น้อย</p> <p><input type="checkbox"/> ประเด็นโรคหรือปัญหาสุขภาพมีระดับความชุกของโรคที่พบมากกว่า ๑๐,๐๐๐ คน</p> <p><input type="checkbox"/> ประเด็นโรคหรือปัญหาสุขภาพมีระดับความชุกของโรคที่พบ ๑,๐๐๐ – ๑๐,๐๐๐ คน</p> <p><input type="checkbox"/> ประเด็นโรคหรือปัญหาสุขภาพมีระดับความชุกของโรคที่พบน้อยกว่า ๑,๐๐๐ คน</p>	<p>-ปัญหาของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น และปัจจุบันประเทศไทยก็เป็นสังคมผู้สูงอายุ และโอกาสที่จะพบผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมก็จะเพิ่มขึ้นด้วย ทั้งในครอบครัวที่มีเศรษฐกิจฐานดีและยากจน และขาดผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักต้องลาออกจากการทำงานมาดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม</p> <p>-ผลกระทบกับผู้ที่มีรายได้น้อยจะพบมากกว่า เนื่องจากขาดผู้ดูแล และเข้าไม่ถึงระบบการดูแล (ที่มาเอกสารอ้างอิงที่ ๗, ๘)</p>

๒. ความเป็นไปได้ในการศึกษาวิจัย.....มาก.....

๓. รูปแบบการวิจัย ควรทำเป็น

☒ Primary research ประเภท cost analysis ,cost effective, prospective cohort study, retrospective cohort study

☒ Systematic Reviews

☐ อื่นๆ ระบุ การพัฒนานวัตกรรมรูปแบบโปรแกรม/กิจกรรม เพื่อป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อม

๔. ประโยชน์เชิงนโยบายที่จะได้รับการวิจัย

☒ มาก

☐ ปานกลาง

☐ น้อย

เอกสารอ้างอิง

๑. Senanarong V, Harmphadungkit K, Pongvarin N, Vannasaeng S, Chongwisal S, Chakorn T, et al. The dementia and disability project in Thai elderly: rational, design, methodology and early results. BMC Neurology ๒๐๑๓; ๑๓:๑-๑๑.
๒. Alzheimer's Disease International. Alzheimer's Australia. Dementia in the Asia Pacific Region [Internet]. ๒๐๑๔ [cited ๒๐๑๗ June ๘]. Available from: <https://www.alz.co.uk/adi/pdf/Dementia-Asia-Pacific-๒๐๑๔.pdf>.
๓. Kaduszhiewicz H, Eisele M, Proken J, Lupp M, Luck T, Bickel H, et al. Prognosis of mild cognitive impairment in general practice: result of the German Age CoDE study. Ann Fam Med ๒๐๑๔; ๑๒: ๑๕๘-๖๕.
๔. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington, VA: American Psychiatric Association, ๒๐๑๓.
๕. ธีรยุทธธน อโนทัยสินทวี และคณะ. รายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องมาตรการการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (Systematic review of dementia prevention in elderly). มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. ๒๕๕๗.
๖. ดาวชมพู นาคะวีโร และคณะ. การกระตุ้นความสามารถสมองด้านทักษะการจัดการ ความใส่ใจ ความจำ และมิติสัมพันธ์ในผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ๒๕๖๐; ๖๒(๔): ๓๓๗-๓๔๘.
๗. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการวิจัย ระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท; ๒๕๖๑.
๘. HITAP. อัลไซเมอร์: ต้นทุนที่รัฐควรช่วยแบกรับ. จุลสารปีที่ ๒ ฉบับที่ ๖ กรกฎาคม-กันยายน ๒๕๕๒.
๙. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการวิจัยการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น Cognitive Stimulation with Mild Cognitive Impairment in People; ๒๕๕๙.
๑๐. ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์. แนวทางภาวะสมองเสื่อม Clinical Practice Guideline: Dementia. สถาบันประสาทวิทยา (ฉบับสมบูรณ์ ๒๕๕๗). พิมพ์ครั้งที่ ๑: ๒๕๕๗.
๑๑. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. คู่มือประเมิน/คัดกรองผู้สูงอายุ. ๒๕๖๔.
๑๒. Verghes J, Lipton RB, Katz MJ, et al. Leisure Activities and the Risk of Dementia in the Elderly. N Engl J Med 2003;348:2508-16.
๑๓. Wilson RS, Scherr PA, Scheider JA, et al. Relation of cognitive activity to risk of developing Alzheimer disease. Neurology 2007;69:1991-1920.
๑๔. Valenzuela M, Sachdev P. Can Cognitive Exercise Prevent the Onset of Dementia? Systematic Review of Randomized Clinical Trials with Longitudinal Follow-up. Am J Geriatr Psychiatry 2009;17:179-187.

- ๑๕.Karp A, Pailard-Bprg S, Wang H, Silverstein M, Winblad B, Fratiglioni L. Mental, Physical and Social Components in Leisure Activities Equality Contribute to Decrease Dementia Risk. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006;21:65-73.
- ๑๖.Alzheimer's Association. ๒๐๑๙ Alzheimer's Disease Fact and Figures. *Alzheimer's Dement* ๒๐๑๙.[cited ๒๐๑๙ Sep ๙] ๒๐๑๙; ๑๕ (๓): ๓๒๑.
- ๑๗.Erickson KI, Voss MW, Prakash RS, et al. Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proc Natl Acad Sci U S A* ๒๐๑๑; ๑๐๘(๗): ๓๐๑๗-๒๒.
- ๑๘.Weuve J, Kang JH, Manson JE, et al. Physical Activity, Including Walking, and Cognitive Function in Older Women. *JAMA* ๒๐๐๔; ๒๙๖; ๑๔๕๔-๖๑.
- ๑๙.Peila R, White LR, Masaki K, et al. Reducing the risk of Dementia: Efficacy of Long-Term Treatment of Hypertension. *Stroke* ๒๐๐๖;๓๗:๑๑๖๕-๗๐.
- ๒๐.Haag MD, Hofman A, Koudstaal PJ, et al. Duration of antihypertensive drug use risk of dementia. *Neurology* ๒๐๐๙;๗๒;๑๗๒๗-๓๔.
- ๒๑.อรรณณ คุหา, นัสดา คำนิยม, จารุณี วิทยาจักร, พิมพ์นารา ดวงดี, นิตกุล ทองน่วม, สกานต์ บุณนาค, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ และดาวชมพู นาคะวิโร. การพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับการคัดกรองสมองเสื่อมในบริบทประเทศไทย.นำเสนองานประชุมวิชาการสมาคมโรคสมองเสื่อม ในวันทิต ๑๘-๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔.