



บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุใน คลินิกผู้สูงอายุ

แพรศิริ อยู่สุข* และ ชลธิรศน์ คูหา**

บทคัดย่อ

วัยสูงอายุเป็นช่วงปลายของชีวิตมนุษย์ ซึ่งมีพัฒนาการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เสื่อมลงตามธรรมชาติ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอาจส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) และเป็นสาเหตุที่อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและรุนแรงหลายระบบในร่างกายหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที รวมถึงมีแนวโน้มการเกิดผลลัพธ์คลินิกที่ไม่ดี ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลเป็นอย่างมาก การคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุเป็นการประเมินสภาวะของผู้สูงอายุครอบคลุมทุกมิติสำคัญ ได้แก่ 1) ภาวะสุขภาพทางกาย 2) ภาวะสุขภาพจิตและการรู้คิด 3) สภาพแวดล้อมและสังคม และ 4) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพและแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นสำหรับวางแผนให้การดูแลตามความต้องการและสภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม การคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุครอบคลุมตั้งแต่ระยะแรกจะช่วยป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดกลุ่มอาการสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามบริบทการทำงานซึ่งมีผู้รับบริการจำนวนมาก ต้องคัดกรองภาวะเร่งด่วนที่คุกคามชีวิต และให้การพยาบาลในระยะฉุกเฉินก่อนเป็นลำดับแรก การคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุจึงมักถูกมองข้าม พยาบาลผู้สูงอายุถือเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพด่านแรกในการตั้งรับผู้รับบริการสูงอายุจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับแนวทางการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุและการส่งต่อเพื่อดูแลรักษา บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอบทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่เป้าหมายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาลผู้สูงอายุ/ กลุ่มอาการสูงอายุ/ คลินิกผู้สูงอายุ

* ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพ คลินิกผู้สูงอายุ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: Praesiri.Yos@Mahidol.edu

** พยาบาลวิชาชีพ คลินิกผู้สูงอายุ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



The Role of Geriatric Nurses in Screening for Geriatric Syndromes in the Geriatric Clinic

Praesiri Yoosuk* and Chontirod Kooha**

Abstract

Aging is the end of human life. which has evolved to physiological changes can result in geriatric syndromes and cause complex and severe health problems including the poor clinical outcomes and affects to quality of life of the older persons and caregivers. Screening for geriatric syndromes was an assessment of the older persons condition covering all important dimensions: 1) physical, 2) mental and cognitive, 3) environment and society, and 4) functional to identify health problems and sources of benefits that are necessary to plan comprehensive care according to the needs and health conditions of the older persons. Comprehensive screening for the geriatric syndromes in the early stages will help prevent and monitor the occurrence of the geriatric syndromes effectively. However, the working context which each day has many service recipients Screening for urgent, life-threatening conditions and provide emergency care first and foremost Screening for the geriatric syndromes is often overlooked. Geriatric nurses are considered the first line of health personnel in accepting the older persons service recipients. Therefore, it is necessary to have knowledge about screening guidelines for geriatric syndromes. and forwarding for maintenance. This article aims to present the role of geriatric nurses in screening for geriatric syndromes in the geriatric clinic. which will lead to the goal of taking care of the health of the older persons contributing to a better quality of life.

Keywords: role of geriatric nurses/ geriatric syndromes/ geriatric clinic



บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยเป็นสังคมสูงอายุ จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2564 ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด และในอีก 20 ปีข้างหน้า ในปี 2583 จำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 31.4 ของประชากร¹ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุพัฒนาการด้านต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เสื่อมลงตามธรรมชาติ ซึ่งอาจส่งผลให้มีลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่จำเพาะทั้งอาการและอาการแสดงใน 2 ลักษณะสำคัญคือ อาการและอาการแสดงเฉพาะโรคที่พบในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ทั่วไปแต่อาจไม่พบในผู้สูงอายุ และอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุแต่ไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดชัดเจน เรียกว่า กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes)²

กลุ่มอาการสูงอายุ เป็นกลุ่มอาการลักษณะเฉพาะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น ภาวะหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าซึมเฉียบพลัน และภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่² กลุ่มอาการสูงอายุเป็นสาเหตุที่อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนในร่างกายหลายระบบและส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพของโรครุนแรงเพิ่มขึ้นในเวลารวดเร็วหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันทั่วถึงที่มีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรคและการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสม³ ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการมีกลุ่มอาการสูงอายุน้อยหนึ่งกลุ่มอาการ กลุ่มอาการสูงอายุจึงเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีแนวโน้มการเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่ดีต้องพักรักษาตัวเป็นเวลานาน เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลสูงขึ้น รวมถึงเพิ่มภาระการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลเป็นอย่างมาก และทำให้ผู้สูงอายุมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น นอกจากนั้นยังเพิ่มการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพในการจัดการบริการเป็นอย่างมาก⁴⁻⁶ ดังนั้นการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาล

ควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง³ ทั้งนี้แนวทางคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุนั้นจะกล่าวถึงในบทความนี้ซึ่งสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558 ยังไม่ได้รวบรวมไว้ ได้แก่ ภาวะหกล้ม ภาวะโภชนาการ ภาวะมวกล้มเนื้องอวย ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า

การคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุนั้นเป็นการประเมินสภาวะของผู้สูงอายุแบบหลายมิติ ซึ่งไม่ได้เน้นเฉพาะด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังครอบคลุมมิติสำคัญ ได้แก่ 1) ภาวะสุขภาพทางกาย 2) ภาวะสุขภาพจิตและการรู้คิด 3) สภาพแวดล้อมและสังคม และ 4) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพและแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นสำหรับวางแผนให้การดูแลตามความต้องการและสภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม⁷⁻⁸ ปัจจุบันเครื่องมือในการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุนั้นได้รับการพัฒนาให้มีความแม่นยำที่เป็นมาตรฐานสากลและเป็นที่ยอมรับมากขึ้น³ ทั้งนี้การคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุนั้นตั้งแต่ระยะแรกจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะเปราะบาง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงลดการเข้าไประหว่างพักฟื้นคนชรา นำไปสู่การจัดการปัญหาสุขภาพ และเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีตามมา⁹ อย่างไรก็ตามบริบทการทำงานซึ่งมีผู้รับบริการจำนวนมาก ต้องคัดกรองภาวะเร่งด่วนที่คุกคามชีวิต และให้การพยาบาลในระยะฉุกเฉินก่อนเป็นลำดับแรก การคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุนั้นในระยะแรกจึงมักถูกมองข้าม¹⁰

การคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุนั้นในระยะแรกมักถูกมองข้ามจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากมีผู้สูงอายุที่มารับบริการจำนวนมาก และมักมาด้วยอาการเจ็บป่วยหลายโรค รวมถึงมีอาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการสูงอายุนั้นไม่ชัดเจน นอกจากนี้เครื่องมือการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุนั้นมีความซับซ้อน บุคลากรขาดความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือ ดังนั้นการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุนั้นจึงเริ่มทำในระยะที่ผู้สูงอายุแสดงกลุ่มอาการสูงอายุนั้นอย่างชัดเจน^{3,10} อย่างไร



ก็ตามจากหลายการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุและส่งต่อดูแลรักษาตั้งแต่ระยะแรกเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยป้องกันการเกิดภาวะเปราะบาง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม ทั้งยังช่วยลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลดการเข้าไประหว่างสถานพักฟื้นคนชรา รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิต^{6,9-12} พยาบาลผู้สูงอายุถือเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพด่านแรกในการตั้งรับผู้รับบริการสูงอายุจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับแนวทางการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุและการส่งต่อเพื่อดูแลรักษา บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอบทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่เป้าหมายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ความหมาย

กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) หมายถึง กลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุแต่ไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดชัดเจน เป็นภาวะที่ซับซ้อนและมักเกิดจากหลายพยาธิสภาพ ซึ่งประกอบด้วย ภาวะหกล้ม (instability) การสูญเสียความสามารถในการเดิน (immobility) ความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง (intellectual impairment) เช่น ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) และภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นต้น รวมถึงภาวะกลั้นอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ (incontinence) ภาวะขาดสารอาหาร (inanition) ภาวะนอนไม่หลับ (insomnia) โรคหรือภาวะที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์ (iatrogenesis) เช่น ผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา นอกจากนี้ยังมีภาวะเปราะบาง (frailty) และภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenia) ซึ่งเป็นภาวะที่กล่าวถึงกันไม่นานนัก^{2,4}

พยาธิสรีรวิทยาในการเกิดกลุ่มอาการสูงอายุ

กลุ่มอาการสูงอายุมีการเกิดพยาธิสรีรวิทยาที่ไม่ชัดเจนซึ่งเป็นผลมาจากอายุที่มากขึ้นส่งผลให้มีการเสื่อมของระบบสมดุลในร่างกายและระบบประสาท โดย

สาเหตุการเกิดแต่ละกลุ่มอาการมักมีหลายปัจจัยร่วมกัน ดังนั้นการป้องกันจึงต้องทำหลายส่วนร่วมกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีลักษณะพิเศษที่แตกต่างจากวัยอื่น โดยแสดงเป็นคำย่อว่า RAMPS ดังนี้ 1) Reduce body reserve พลังสำรองของร่างกายลดลงเนื่องมาจากกระบวนการชรา 2) Atypical presentation อาการและอาการแสดงไม่จำเพาะเจาะจงต่อโรคใดโรคหนึ่ง 3) Multiple pathology มีพยาธิสภาพหลายชนิดในอวัยวะหลายระบบ 4) Polypharmacy มีโอกาสได้รับยาหลายชนิดในการรักษาโรค รวมถึงพฤติกรรมการใช้ยาหลายชนิดในอดีต และ 5) Social adversity มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เช่น การเกษียณอายุจากการทำงาน การแยกครอบครัวของบุตรหลาน และการสูญเสียคู่ครอง เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุตามมา^{2,4}

แนวทางการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ

แนวทางการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Screening Syndrome, GSS) ต้องอาศัยการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA) ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพทางกาย 2) การประเมินภาวะสุขภาพจิตและการรู้คิด 3) การประเมินสภาพแวดล้อมและสังคม และ 4) การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน^{8,13} มีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพทางกาย (physical assessment) เป็นการซักประวัติเกี่ยวกับโรคประจำตัว การใช้ยา การคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะหกล้ม ภาวะขาดสารอาหาร ภาวะกลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ ภาวะนอนไม่หลับ ภาวะเปราะบาง และภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย รวมถึงการคัดกรองปัญหาสุขภาพทางกายที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาการมองเห็น ปัญหาการได้ยิน และปัญหาสุขภาพช่องปาก^{8,13}



1.1 การคัดกรองภาวะหกล้ม พยาบาลอาจเริ่มต้นด้วยการซักประวัติการหกล้มในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา รวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เช่น มีความผิดปกติในการทรงตัว หรือใช้ยาหลายชนิด โดยเฉพาะยาที่อาจมีผลให้เกิดการหกล้ม ในกรณีที่มีประวัติการหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 1 ปี หรือมีปัจจัยเสี่ยง ควรประเมินการเดินและการทรงตัวต่อไป สำหรับการประเมินการเดินและการทรงตัว ในปัจจุบันมีหลายรูปแบบ ที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในผู้สูงอายุ ได้แก่ Timed Up and Go Test (TUGT)¹³ นอกจากนี้มีหลักฐานสนับสนุนการประเมินด้วยวิธี Five Times sit-to stand (FTSST) ซึ่งเป็นอีกวิธีที่ได้รับความนิยม เหมาะสำหรับการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มในระยะแรก ทั้งยังใช้เวลาน้อย โดย FTSST เป็นการประเมินการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ทดสอบโดยให้ผู้สูงอายุลุก-นั่งจากเก้าอี้ เอามือกดอก ติดต่อกัน 5 ครั้ง จับเวลาที่ใช้ในการลุก-นั่งจากเก้าอี้ การแปลผล ผู้ที่มีอายุ 65-74 ปี หากใช้เวลามากกว่า 11.50 วินาทีขึ้นไป แสดงว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้ม และผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปีขึ้นไป หากใช้เวลามากกว่า 12.10 วินาทีขึ้นไป แสดงว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้มเช่นกัน¹⁴ ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มควรส่งต่อให้แพทย์อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ หรือแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา หากคัดกรองแล้วไม่พบความเสี่ยง พยาบาลควรให้ความรู้เรื่องการป้องกันภาวะหกล้ม โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างกำลังของกล้ามเนื้อและฝึกการทรงตัว การสวมรองเท้าที่เหมาะสม การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่จำเป็น และการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะหกล้ม เป็นต้น

1.2 การคัดกรองภาวะขาดสารอาหาร พยาบาลควรเริ่มต้นคัดกรองด้วยการชั่งน้ำหนักตัว วัดส่วนสูง เพื่อคำนวณดัชนีมวลกาย (Body Mass Index, BMI) ทั้งนี้ผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถยืนได้ การชั่งน้ำหนักพิจารณาใช้เครื่องชั่งน้ำหนักสำหรับรถเข็น ซึ่งจะสามารถชั่งน้ำหนักผู้สูงอายุพร้อมรถเข็นทั้งแบบนั่งและ

แบบนอน อย่างไรก็ตามการคำนวณดัชนีมวลกายไม่ใช่วิธีการคัดกรองภาวะโภชนาการที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากยังขาดความจำเพาะ ดังนั้นจึงมีการนำเครื่องมือมาใช้ในการคัดกรองเพื่อนำไปสู่การคัดกรองภาวะโภชนาการโดยละเอียดต่อไป¹³

สำหรับการคัดกรองภาวะโภชนาการด้วยเครื่องมือที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในผู้สูงอายุ ได้แก่ The Mini Nutritional Assessment (MNA)¹³ นอกจากนี้ยังมีหลักฐานสนับสนุนการคัดกรองภาวะโภชนาการในคลินิกผู้สูงอายุด้วยเครื่องมือ The Nutrition Alert Form (NAF) ซึ่งใช้เวลาในการประเมินไม่เกิน 5 นาทีในแต่ละราย ทั้งนี้คะแนนจากเครื่องมือ NAF มีความสัมพันธ์กับ MNA ที่คำนวณจากค่าดัชนีมวลกาย ค่าอัลบูมินในซีรัม หรือค่าจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ให้ผลลัพธ์ที่ใกล้เคียงกัน โดย NAF เป็นแบบประเมินภาวะโภชนาการที่ประกอบด้วย 8 ข้อคำถาม การแปลผล ในกรณีที่ได้คะแนน 0-5 คะแนน จัดเป็นกลุ่ม NAF A (normal or mild malnutrition) หมายถึง พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการน้อย 6-10 คะแนน จัดเป็นกลุ่ม NAF B (moderate malnutrition) หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลาง และในกรณีที่ได้คะแนน >11 คะแนน จัดเป็นกลุ่ม NAF C (severe malnutrition) หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง¹⁵ ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลางขึ้นไป ควรส่งต่อให้นักโภชนาการทำการประเมินภาวะโภชนาการ และส่งต่อให้แพทย์อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา ในกรณีที่คัดกรองแล้วไม่พบความเสี่ยง พยาบาลควรให้คำแนะนำให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารอย่างครบถ้วนถูกต้องเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

1.3 การคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย การวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยต้องอาศัยเครื่องมือที่มีความเฉพาะทางและมีราคาสูง อย่างไรก็ตามมักพบว่าในสถานพยาบาลทั่วไปยังขาดแคลนเครื่องมือดังกล่าว



เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีราคาสูง ดังนั้นจึงทำให้ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมักไม่ได้รับการวินิจฉัย สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของ Asian Working Group of Sarcopenia (AWGS) ประกอบด้วย 3 ข้อ ได้แก่ 1) มวลกล้ามเนื้อลดลง (low muscle mass) 2) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง (low muscle

strength) และ 3) ความสามารถในการทำกิจกรรมที่ลดลง (low physical performance) การวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย คือ จะต้องมียกข้อ 1 ร่วมกับข้อ 2 หรือ ข้อ 3 โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวัดและจุดตัดตามคำแนะนำของ AWGS มีดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงเครื่องมือที่ใช้ในการวัดและจุดตัดตามคำแนะนำของ AWGS

สิ่งที่วัด	เครื่องมือที่ใช้ในการวัด	จุดตัด	
		ผู้ชาย	ผู้หญิง
มวลกล้ามเนื้อ	Dual energy X-ray Absorptiometry (DXA)	7 กก./ม. ²	5.4 กก./ม. ²
	Bioelectrical Impedance Analysis (BIA)	7 กก./ม. ²	5.7 กก./ม. ²
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ	กำลังกล้ามเนื้อข้อมือ (Handgrip Strength)	28 กก.	18 กก.
ความสามารถในการทำกิจกรรม	ความเร็วในการเดินระยะทาง 6 เมตร (6-meter-walk)	1 ม./วินาที	1ม./วินาที

อย่างไรก็ตามการคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในสถานพยาบาลที่ขาดแคลนเครื่องมือ พยาบาลสามารถคัดกรองเบื้องต้นด้วยแบบสอบถาม เช่น SARC-F และในกรณีที่ SARC-F มีคะแนน > 4 คะแนน ควรส่งตรวจเพิ่มเติมต่อไป ส่วนในสถานพยาบาลมีเครื่องมือ AWGS แนะนำให้คัดกรองด้วยการวัดกำลังกล้ามเนื้อข้อมือ (handgrip strength) และวัดความเร็วในการเดินระยะทาง 6 เมตร (6-meter-walk) เป็นอันดับแรก ในกรณีที่ผลปกติทั้งสองอย่าง แสดงว่าไม่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย แต่ในกรณีที่พบว่ากำลังกล้ามเนื้อข้อมือต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ หรือความเร็วในการเดินต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ให้ส่งวัดปริมาณมวลกล้ามเนื้อต่อไป และถ้าพบว่ามีปริมาณมวลกล้ามเนื้อต่ำร่วมกับกำลังกล้ามเนื้อข้อมือต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ หรือร่วมกับความเร็วในการเดินต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ แสดงว่ามีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ควรส่งพบนักกายภาพบำบัดและนักโภชนาการ เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการให้โภชนบำบัด เนื่องจากมีหลักฐานทางวิชาการพบว่าสามารถช่วยป้องกันและรักษาภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย¹⁶ และส่งต่อให้แพทย์อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผล

และทำการรักษา หากคัดกรองแล้วไม่พบความผิดปกติ ควรให้คำแนะนำการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

2. การประเมินภาวะสุขภาพจิตและการรู้คิด (mental and cognitive assessment) เป็นการประเมินเกี่ยวกับสติปัญญา การรับรู้ และสุขภาพด้านจิตใจ เพื่อให้ทราบความผิดปกติที่อาจซ่อนอยู่ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน^{8,13}

2.1 การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ในทางปฏิบัติพยาบาลอาจคัดกรองผู้สูงอายุทั่วไปด้วยการซักถามผู้ดูแลใกล้ชิดคิดว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องความจำที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือไม่ โดยซักถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งขั้นซับซ้อนที่ต้องใช้อุปกรณ์และขั้นพื้นฐาน ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อนที่ต้องใช้อุปกรณ์ (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) เช่น การใช้โทรศัพท์ การทำอาหาร การเดินทาง การจับจ่ายซื้อของ การจ้ดยา เป็นต้น ส่วนการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน



ขั้นพื้นฐาน (Basic Activities of Daily Living, BADL) เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การล้างหน้าแปรงฟัน การใช้ห้องน้ำ เป็นต้น ทั้งนี้การซักถามความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน พยาบาลควรสอบถามจากผู้ดูแลใกล้ชิดที่ใช้เวลาอยู่กับผู้สูงอายุมากที่สุด เนื่องจากจะทำให้ทราบถึงความผิดปกติที่อาจซ่อนอยู่ในกรณีที่ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันผิดปกติ โดยไม่ได้เกิดจากความเจ็บป่วยของร่างกาย ให้พยาบาลประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองต่อไป¹⁷

สำหรับแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง ตัวอย่างเครื่องมือที่นิยมใช้อย่างกว้างขวางในประเทศไทย ได้แก่ Thai Mental State Examination (TMSE) Mini-Mental State Examination (MMSE) และ The Montreal Cognitive Assessment (MoCA)¹⁷ ซึ่งพยาบาลผู้ทดสอบควรมีทักษะการใช้แบบทดสอบสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ หรือผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร การมองเห็น การได้ยิน และผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่แขน อาจส่งผลให้คะแนนการทดสอบมีความคลาดเคลื่อน ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการมองเห็นและการได้ยิน พยาบาลควรแนะนำให้ผู้สูงอายุสวมแว่นตาและใช้เครื่องช่วยฟังขณะทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง และในกรณีที่คะแนนการทดสอบสมรรถภาพสมองผิดปกติ ให้สงสัยว่าผู้สูงอายุอาจมีภาวะสมองเสื่อม ควรส่งต่อให้แพทย์อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา หากคัดกรองแล้วไม่พบความเสี่ยง ควรให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

2.2 การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในทางปฏิบัติ พยาบาลอาจพบปัญหาในการคัดกรอง เนื่องจากต้องใช้เวลานานพอสมควร ดังนั้นพยาบาลอาจเริ่มต้นด้วยการถามความรู้สึกของผู้สูงอายุในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาด้วยคำถามสั้น ๆ 2 คำถาม (2Q) ซึ่งเป็นการคัดกรองที่ใช้เวลาน้อยและใช้ง่าย ในกรณีที่ตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 ข้อ แสดงว่าปกติ ในกรณีที่ตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ

แสดงว่า มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้า ให้ทำการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพิ่มเติมต่อไป เนื่องจากจะส่งผลให้มีความไวและความจำเพาะมากยิ่งขึ้น สำหรับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง ปัจจุบันใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยแบบวัดที่สะดวก เข้าใจง่าย ใช้เวลาในการทดสอบสั้น มีความเที่ยงตรงสูง และเหมาะสมกับวัฒนธรรมประเพณีของผู้สูงอายุไทยเป็นอย่างดี ได้แก่ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS) ซึ่งประกอบด้วยชุดของข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองในช่วงระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลผล คะแนน 0-12 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุปกติ 13-18 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 19-24 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และ 25-30 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง¹³ หากคัดกรองแล้วพบว่า มีภาวะซึมเศร้าควรส่งต่อให้นักจิตวิทยาเพื่อการบำบัดเบื้องต้น และในกรณีที่พบว่าผลการบำบัดไม่ดีขึ้น ควรส่งพบแพทย์อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา แต่หากคัดกรองแล้วไม่พบความผิดปกติ ควรให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามการคัดกรองภาวะซึมเศร้า พยาบาลควรเลือกสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว เงียบ ไม่มีเสียงรบกวน นอกจากนี้พยาบาลผู้คัดกรองควรสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พูดคุย ระบายอารมณ์ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลได้รับข้อมูลจากผู้สูงอายุมากที่สุด

3. สภาพแวดล้อมและสังคม (environment and society assessment) ประกอบด้วย

- 1) การประเมินผู้ดูแล เช่น ความรู้ ความสามารถในการดูแล ความเครียดจากการดูแล และภาระการดูแล เป็นต้น
- 2) ประเมินสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยมีความเสี่ยงหรือมีความปลอดภัยหรือไม่ เช่น แสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นลื่น ทางต่างระดับ บันไดไม่มีราวจับ เป็นต้น
- 3) การประเมินสิทธิการรักษา รายได้ และค่าใช้จ่าย มีเพียงพอหรือไม่^{8,13} ทั้งนี้พยาบาลควรประสานงานสอดคล้อง



แหล่งประโยชน์ที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ดูแลตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น ส่งคลินิกประเมินสภาพบ้านที่อยู่อาศัยในกรณีที่พบว่าสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยมีความเสี่ยง หรือส่งพบนักสังคมสงเคราะห์ในกรณีที่พบว่าผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลมีปัญหาการพยาบาล เป็นต้น

4. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (functional assessment) เป็นการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการประเมินที่ทำให้พยาบาลทราบปัญหาและข้อจำกัดที่แท้จริงในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ 1) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic Activities of Daily Living, BADL) ได้แก่ รับประทานอาหาร การลุกจากที่นอน การเดิน การแต่งตัว การอาบน้ำ การล้างหน้าแปรงฟัน การใช้ห้องน้ำ การกลั้นปัสสาวะอุจจาระ และการขึ้นลงบันได เครื่องมือที่นิยมใช้ คือ แบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธล เอตีแอล Barthel Activities of Daily Living, ADL และ 2) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อนที่ต้องใช้อุปกรณ์ (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) ได้แก่ การใช้โทรศัพท์ การทำอาหาร การซักผ้า การเดินทาง การจับจ่ายซื้อของ การดูแลบ้าน การจัดยา และการจัดการการเงิน เครื่องมือที่นิยมใช้ คือ The Lawton Instrumental Activities of Daily Living scale, L-IADL^{13,17} ทั้งนี้การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน พยาบาลควรสอบถามจากผู้ดูแลใกล้ชิดผู้สูงอายุ เนื่องจากจะทำได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เพราะหลายครั้งที่ผู้ดูแลที่พามาพบแพทย์ไม่ได้เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้สูงอายุ นอกจากนี้พยาบาลควรให้คำแนะนำสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ทั้งนี้เพื่อคงความสามารถเดิมไว้ให้นานที่สุด

ขั้นตอนการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ

ขั้นตอนการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ มีดังนี้
1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ

3) การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ 4) การประสานงานและส่งต่อพบสหสาขาวิชาชีพ 5) การสอนและการให้คำปรึกษา

1. การสร้างสัมพันธภาพในการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุถือเป็นปูชนียบุคคลที่สังคมไทยให้การเคารพยกย่องและยอมรับ จากการสังมประสบการณ์ ภูมิปัญญาต่าง ๆ ไว้อย่างมากมาย การสื่อสารควรใช้คำพูดที่สุภาพ ให้เกียรติ ดังนั้นพยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุเริ่มตั้งแต่การแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ โดยใช้น้ำเสียงและท่าทางที่สุภาพ รวมถึงพูดช้า ๆ และใช้ถ้อยคำที่ชัดเจน ใช้คำศัพท์ที่เข้าใจง่าย ไม่ควรตะโกน และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถาม

2. การคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ โดยอาศัยการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพทางกาย 2) การประเมินภาวะสุขภาพจิตและการรู้คิด 3) การประเมินสภาพแวดล้อมและสังคม และ 4) การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

3. การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพเพื่อวางแผนให้การพยาบาล โดยการรวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผล เพื่อวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงวางแผนป้องกันปัญหาสุขภาพที่คาดว่าจะเกิดตามมาในภายหลัง หรือวางแผนการส่งเสริมสุขภาพให้ภาวะสุขภาพดีคงอยู่ต่อไป เพื่อให้การดูแลที่เกิดผลดีที่สุดกับผู้สูงอายุและผู้ดูแล

4. การประสานงานและส่งต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแลพบสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม เช่น การประสานงานส่งต่อผู้สูงอายุจากการคัดกรองและสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมพบแพทย์อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ หรือการประสานส่งต่อผู้สูงอายุจากการคัดกรองและมีภาวะซึมเศร้าพบนักจิตวิทยา หรือการประสานงานส่งคลินิกประเมินสภาพบ้านที่อยู่อาศัยในกรณีพบว่าสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีความเสี่ยง เป็นต้น



5. การสอนและการให้คำปรึกษา โดยผู้ที่รับการสอนอาจเป็นผู้สูงอายุเองหรือผู้ดูแล ความรู้หรือคำแนะนำในการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ เช่น การป้องกันภาวะหกล้ม การได้รับสารอาหารอย่างครบถ้วน ถูกต้อง การป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย การป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

บทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ

การคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุอย่างครอบคลุมทุกมิติจะทำให้ทราบปัญหาและข้อจำกัดที่ชัดเจนของผู้สูงอายุซึ่งอาจมีความซับซ้อน และต้องอาศัยความรู้ความชำนาญหลากหลายทักษะในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุ โดยบทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุนี้นี้^{2,18}

1. บทบาทผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Health care provider) โดยการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม เป็นการค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้สูงอายุและผู้ดูแลรายบุคคลครอบคลุมทุกมิติ การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมจะทำให้ค้นพบปัญหาที่ซ่อนเร้นอยู่ในผู้สูงอายุ นำไปสู่การวินิจฉัยและวางแผนให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้สูงอายุรายบุคคล ซึ่งพยาบาลผู้สูงอายุต้องมีทักษะในการประเมินและคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ และมีความสามารถใช้เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ รวมถึงมีความสามารถในการแยกแยะระหว่างผู้สูงอายุปกติ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง หรือผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

2. บทบาทผู้ประสานงาน (Collaborator) โดยการจัดการประสานงานและส่งต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแล ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลอาจมีปัญหาที่ซับซ้อน ซึ่งต้องอาศัยความรู้ความชำนาญหลากหลายทักษะในการดูแล จึงต้องการบุคลากรทางด้าน

สุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นพยาบาลผู้สูงอายุจึงควรมีบทบาทในการประสานงานกับทีมบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อส่งต่อข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ

3. บทบาทผู้สอน (Educator) พยาบาลผู้สูงอายุควรมีบทบาทในการสอน ให้คำแนะนำ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการถ่ายทอดประสบการณ์ความเชี่ยวชาญในการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดกลุ่มอาการสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) โดยการให้คำปรึกษาผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการจัดการดูแลสุขภาพและปัญหาจากการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ เพื่อให้เห็นถึงพลังอำนาจในตนเอง เกิดมุมมองในการตัดสินใจและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความเข้มแข็ง เกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง

บทสรุป

การคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุครอบคลุมตั้งแต่ระยะแรกจะช่วยป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดกลุ่มอาการสูงอายุ พยาบาลผู้สูงอายุถือเป็นบุคลากรด่านแรกในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุและการส่งต่อเพื่อดูแลรักษา โดยบทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ ประกอบด้วย 1) บทบาทผู้ให้บริการด้านสุขภาพ 2) บทบาทผู้ประสานงาน 3) บทบาทผู้สอน และ 4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา ทั้งนี้พยาบาลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุควรพัฒนาศักยภาพดังกล่าว เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป



Reference

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai Older Persons 2021. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2022. (in Thai).
2. Kim J, Miller S. Geriatric Syndromes: Meeting a Growing Challenge. *Nurs Clin North Am.* 2017;52(3):ix-x.
3. Tran HT, Leonard SD. Geriatric Assessment for Primary Care Providers. *Prim Care.* 2017;44(3):399-411.
4. Cheung JTK, Yu R, Wu Z, Wong SYS, Woo J. Geriatric syndromes, multimorbidity, and disability overlap and increase healthcare use among older Chinese. *BMC Geriatr.* 2018;18(1):147.
5. Canaslan K, Ates Bulut E, Kocyigit SE, Aydin AE, Isik AT. Predictivity of the comorbidity indices for geriatric syndromes. *BMC Geriatr.* 2022;22(1):440.
6. Shin J, Han SH, Choi J, Kim YS, Lee J. Importance of Geriatric Syndrome Screening within 48 Hours of Hospitalization for Identifying Readmission Risk: A Retrospective Study in an Acute-Care Hospital. *Ann Geriatr Med Res.* 2020;24(2):83-90.
7. Parker SG, McCue P, Phelps K, McCleod A, Arora S, Nockels K, et al. What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. *Age Ageing.* 2018;47(1):149-155.
8. Schippinger W. Comprehensive geriatric assessment. *Wien Med Wochenschr.* 2022;172(5-6):122-125.
9. Veronese N, Custodero C, Demurtas J, Smith L, Barbagallo M, Maggi S, et al. Comprehensive geriatric assessment in older people: an umbrella review of health outcomes. *Age Ageing.* 2022;51(5):afac104.
10. Pilotto A, Cella A, Pilotto A, Daragjati J, Veronese N, Musacchio C, et al. Three Decades of Comprehensive Geriatric Assessment: Evidence Coming From Different Healthcare Settings and Specific Clinical Conditions. *J Am Med Dir Assoc.* 2017;18(2):192.e1-192.e11.
11. Mazya AL, Garvin P, Ekdaahl AW. Outpatient comprehensive geriatric assessment: effects on frailty and mortality in old people with multimorbidity and high health care utilization. *Aging Clin Exp Res.* 2019;31(4):519-525.
12. Garrard JW, Cox NJ, Dodds RM, Roberts HC, Sayer AA. Comprehensive geriatric assessment in primary care: a systematic review. *Aging Clin Exp Res.* 2020;32(2):197-205.
13. Seematter-Bagnoud L, Büla C. Brief assessments and screening for geriatric conditions in older primary care patients: a pragmatic approach. *Public Health Rev.* 2018;39:8.
14. Roongnapa Intaruk, Jittima Saengsuwan, Sugalya Amatachaya, Chitanongk Gaogasigam, Thiwabhorn Thaweewannakij. The ability of timed-up and go test and



- five times sit-to-stand test to screen risk of fall in well-functioning elderly Naresuan Phayao J. 2020;14(1):54-63.
15. Pengsorn N, Muangpaisan W, Assantachai P, Chalerm Sri C. Comparison of Nutritional Status Screening by the Mini Nutritional Assessment (MNA®) and the Nutrition Alert Form (NAF) in Elderly Patients Setting at a Geriatric Clinic, Siriraj Hospital. J Med Assoc Thai 2018;101(7):869-74.
16. Chen LK, Woo J, Assantachai P, Auyeung TW, Chou MY, Iijima K, et al. Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 Consensus Update on Sarcopenia Diagnosis and Treatment. J Am Med Dir Assoc. 2020;21(3):300-307.e2.
17. Muangpaisan W. Assessment and diagnosis of people with cognitive impairment and dementia in clinical practice. In: Weerasak M, Editor. Gerontology and geriatrics for primary care practice. Bangkok: parbpim; 2017: 159-178. (in Thai).
18. Kim KJ, Lee SB, Kim CO. How to Assess Frailty: Role of Comprehensive Geriatric Assessment. J Korean Med Sci. 2020;35(3):e34.