

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) เป็นปัญหาสุขภาพประเภทวิกฤติของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี ขึ้นไปและมีประวัติหกล้มมาก่อน ภาวะดังกล่าวมักเกิดกับ ผู้สูงอายุหญิงถึงร้อยละ 80 (Parker & Johansen, 2006) หากเกิดกับผู้ที่มีอายุมากจะส่งผลให้เสียชีวิต ได้มากกว่าวัยอื่นๆ อย่างไรก็ตาม อุบัติการณ์การเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ ในแถบต่างๆ ทั่วโลก มีความแตกต่างกัน ในประเทศทางยุโรป จากการศึกษาในประเทศไอร์แลนด์ เหนือ (Northern Ireland) มีการประมาณการไว้ว่าระหว่างปี ค.ศ. 1997-2016 จะเกิดภาวะกระดูก สะโพกหักในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของปี ค.ศ. 1985-1992 (Beringer & et al., 2006) ส่วน ในประเทศสหรัฐอเมริกา จากรายงานของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค เมื่อ ปี ค.ศ. 2003 พบว่ามี ผู้ป่วยภาวะกระดูกสะโพกหักถึง 345,000 ราย และมีเพียง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่หายเป็นปกติ สำหรับอุบัติการณ์การเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักในประเทศแถบเอเชีย พบน้อยกว่าประเทศทาง ตะวันตก (Cooper, Campion. & Melton, 1992) แต่จากการการศึกษาไปข้างหน้าเพื่อดูแนวโน้มของ การเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักในเอเชีย คาดว่าจะมีผู้สูงอายุภาวะกระดูกหักดังกล่าวเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ในปี ค.ศ. 2050 (Gullberg, Johnell & Kanis, 1997) สำหรับอุบัติการณ์การเกิดภาวะกระดูก สะโพกหักในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเช่นกัน ดังจากการศึกษาของสัตยา โรจนเสถียร และศิริชัย ลือวิฑูรเวชกิจ (2005) พบว่า อุบัติการณ์การเกิดเพิ่มขึ้น เท่ากับ 151.2 ต่อ แสนคน และ 185.2 ต่อแสนคนจากข้อมูลของโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2547 และ 2549 ตามลำดับ

สาเหตุของภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดจากการพลัดตกหกล้ม จาก สถิติในประเทศอเมริกา แสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 90 ของ ผู้สูงอายุภาวะกระดูกหักที่มีอายุมากกว่า 65 ปี เกิดจากการหกล้ม (Grisso et al, 1991) โดยมีปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญได้แก่ ภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) ภาวะกระดูกสะโพกหักที่พบในผู้สูงอายุ มักพบทั้งชนิดที่มีการหักภายในข้อและเบ้า ของข้อสะโพก (Intracapsular fractures) และการหักภายนอกข้อและเบ้าของข้อสะโพก (extracapsular) ทั้งในส่วนบริเวณปุ่มกระดูกโคนขาใหญ่ และปุ่มกระดูกโคนขาเล็ก (Ackermann, 1998) ซึ่งทั้งสอง

ชนิดนี้ก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้สูงอายุ ผลกระทบที่พบได้บ่อยหลังจากมีการหักของกระดูกแล้ว ในระยะแรกหรือระยะเฉียบพลัน มักพบว่า ผู้สูงอายุจะมีอาการเจ็บปวดบริเวณที่มีการแตกหรือหักของกระดูกเป็นอย่างมาก รวมทั้งวิตกกังวลว่าจะมีการหกล้มซ้ำ หลังจากที่ถูกผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การใส่เครื่องยึดตรึงกระดูกภายนอก และการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยโลหะหรือการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกในกรณีที่มีภาวะกระดูกพรุนมากๆ และเพื่อให้ผู้สูงอายุคืนสู่สภาพปกติให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ หลังจากพ้นระยะวิกฤตไปแล้ว ผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ จะได้รับการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวโดยเร็ว ภายใน 24 ชั่วโมง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของการรักษา หากรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนสะโพก จะมีการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวอยู่บนเตียงประมาณ 1-2 วัน หลังจากนั้นจะเริ่มทำการหัดเดิน ซึ่งประสิทธิผลของการฟื้นฟูสภาพนี้ขึ้นอยู่กับตัวของผู้สูงอายุด้วย อย่างไรก็ตาม นับตั้งแต่เริ่มการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุจะได้รับผลกระทบเป็นอย่างมาก เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ไม่สามารถเคลื่อนไหวและปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะพึ่งพาสูง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และพงศ์ศักดิ์ ยุคตะนันท์ (2543) ที่ศึกษาผลต่อเนื่องภายหลังกระดูกสะโพกหักในผู้หญิงไทยอายุ 50 ปีขึ้นไป พบว่า หลังจากได้รับการรักษา ผู้สูงอายุเหล่านี้มีการพึ่งพาสูง นอกจากนั้นในรายงานต่างๆ ยังพบอีกว่า การที่ผู้สูงอายุภาวะกระดูกสะโพกหัก ส่งผลต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลงมากกว่าวัยอื่น (ยุพิน ถนัดวานิชย์ และพรชัย จุลเมตต์, 2546) และแม้ว่าจะเข้าสู่ระยะของการฟื้นฟูวิธีการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินต่างๆ ผู้สูงอายุก็ยังคงมีความวิตกกังวลและสิ่งที่คุณสูงอายุกลัวมากที่สุด ได้แก่ การหกล้มซ้ำ เป็นต้น

การพลัดตกหกล้มซ้ำ (Recurrent falls) ถือเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยสูงอายุที่มีประวัติพลัดตกหกล้มมาก่อน โดยเฉพาะผู้สูงอายุภาวะกระดูกสะโพกหักที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล จากข้อมูลผลการศึกษาฟรามิงแฮม(Framingham study) แสดงให้เห็นว่า ปี ค.ศ. 1992-2003 มีผู้สูงอายุภาวะกระดูกสะโพกหักที่มีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มซ้ำเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 15 (Chang, 2007) สถิติของโรงพยาบาลในประเทศอังกฤษที่มีผู้สูงอายุโรคกระดูกหักพักรักษาตัวอยู่ แสดงให้เห็นว่ามีอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 60 (Healey & Oliver, 2006) สถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบมากกว่าการพลัดตกหกล้มครั้งแรก โดยจะมีผลให้ระยะเวลาในการนอนรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า ส่งผลต่อค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นซึ่งทั้งทางรัฐบาลและครอบครัวผู้สูงอายุต้องแบกรับภาระนี้ จากรายงานเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุซ้ำ ในปี ค.ศ. 1994 ของประเทศออสเตรเลีย ซึ่งประมาณการค่าใช้จ่ายสำหรับรักษาผู้สูงอายุที่บาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า ในปี ค.ศ. 2051 (Moller, 2003) ส่วนประเทศไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดลได้ทำการศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปีมีต้นทุนของค่าใช้จ่ายในการรักษาทางตรงเฉลี่ยในระยะ 1 ปี หลังเกิดกระดูกสะโพกหักเฉลี่ย 116,458.60 บาท (Woratanarat, Wajanavisit, Lertbusayanukul, Loahacharoensombat, & Ongphiphatanakul, 2005) หากมีการพลัดตกหกล้มซ้ำหลังรักษาตัวในโรงพยาบาลยิ่งจะทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น นอกจากผลกระทบทางด้านค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นแล้ว ผลกระทบเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากรอนในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน จะทำให้อัตราการตายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40 (Alexandar, Rivara, & Wolf, 1992) ผลกระทบดังกล่าวอาจจะเพิ่มมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ หากไม่มีการจัดการเกี่ยวกับการนำเอามาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพมาใช้ในสถานบริการพยาบาล และ โรงพยาบาลต่างๆ จากการทบทวนวรรณกรรมโดยผู้ศึกษา พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุภาวะกระดูกหัก เกิดการพลัดตกหกล้มซ้ำในโรงพยาบาล เกิดจากปัจจัยสำคัญ 2 ชนิด ได้แก่ ปัจจัยภายใน (internal factor) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้สูงอายุเอง ได้แก่การช่วยเหลือตนเองได้น้อย หลังจากผู้สูงอายุภาวะกระดูกสะโพกหักได้รับการรักษาด้วยวิธีใดก็ตาม เมื่อเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุจะทรงตัวได้ยากกว่าปกติ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฐานรองรับที่ต้องอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างเส้นศูนย์ถ่วงของร่างกายและขนาดของฐานรองรับน้ำหนัก ซึ่งแนวของจุดศูนย์ถ่วงของร่างกายตกอยู่นอกฐานรองรับ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของจุดศูนย์ถ่วงของร่างกายอยู่ตลอดเวลา นอกจากนั้นยังมีฐานรองรับที่แคบและการขยายฐานรองรับที่กว้างเกินกว่าตำแหน่งช่วงความกว้างของร่างกาย จึงทำให้เกิดการสูญเสียการทรงตัวได้ง่าย เป็นผลให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่ายขึ้น (Chiba, Ebihara, Tomita, Sasaki, & Butler, 2005; Kent & Pearce, 2006) นอกจากนั้น การทำงานของระบบประสาทในวัยสูงอายุลดลง ทำให้การรับรู้การสัมผัสเตือนจากกล้ามเนื้อ และกระดูก ส่งผลต่อความยากลำบากในการปรับตัวให้อยู่ในสถานะที่สมดุล (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538) สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายใน ได้แก่ ความวิตกกังวล หรือความกลัวต่อการหกล้มซ้ำส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ยอมช่วยตนเอง และไม่ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ (Paula & Lohn, 2004) นอกจากนั้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลัดตกหกล้มซ้ำที่เกิดในโรงพยาบาล ยังมีสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย รวมไปถึงการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยนั้นๆ ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยภายนอก (external factor) สาเหตุดังกล่าวประกอบด้วย วิธีการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ตั้งแต่การประเมินภาวะเสี่ยง และวิธีการปฏิบัติต่างๆ ที่แตกต่างกัน นอกจากนั้นลักษณะของสถานที่ เช่น พื้นทางเดินที่ลื่น แสงไฟไม่เหมาะสมกับสายตาผู้สูงอายุ ลักษณะเตียงสูงเกินไป ล้วนแต่เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาลนานๆ เช่น ภาวะกระดูกสะโพกหัก เกิดปัญหาดังกล่าวได้ (Evans, Hodgkinson, Lambert, Wood & Kowanko, 1998)

หอผู้ป่วยพิเศษ 8 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นหอผู้ป่วยที่มีขอบเขตในการรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยทางออร์โธปิดิกส์ทั้งชายและหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาทาง กระดูก กล้ามเนื้อและข้อ จากสถิติปี 2546 มีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยนี้ทั้งหมด 661 ราย, 291 ราย และ 333 รายในปี พ. ศ.2548, 2549 และ 2550 ตามลำดับ (สถิติรับใหม่และจำหน่าย หอผู้ป่วยพิเศษ 8, 2548-2550) ผู้สูงอายุเหล่านี้จะได้รับการรักษาทั้งการใส่อุปกรณ์ตรึงกระดูกภายนอก และการผ่าตัด จากการบันทึกอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้ม ขณะที่รักษาในโรงพยาบาล พบว่าเกิดขึ้น 14 รายในปี พ. ศ. 2547 และ 2548 ตามลำดับ (สถิติอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของหอผู้ป่วยพิเศษ 8, 2547-2548) จากการรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก 25 ราย ในระยะเวลา 3 เดือนก่อนการศึกษา ยังพบว่า มีอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม 1 ราย เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดการบาดเจ็บ และได้รับการผ่าตัดซ้ำ และเกิดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นจากการรักษาเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์สถานการณ์เบื้องต้น โดยผู้ศึกษาเห็นว่า อุบัติการณ์ดังกล่าว น่าจะเกิดจากการปฏิบัติการป้องกันของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยที่แตกต่างกัน แม้ว่าหอผู้ป่วย จะมีการนำแนวทางการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการหกล้ม ของบรูพา จันท์จรัส (2548) มาใช้ก็ตาม แต่จากข้อสังเกตพบว่ามีการใช้เฉพาะส่วนแรก ได้แก่ ส่วนของการประเมินภาวะเสี่ยง ส่วนการจัดการเพื่อป้องกันการหกล้ม จะไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ ส่วนใหญ่ยังใช้ประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่แต่ละคน ด้วยเหตุนี้อาจทำให้ไม่สามารถป้องกันการพลัดตกหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบ

การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) เป็นวิธีการสำคัญซึ่งเป็นที่ยอมรับในวิชาชีพสุขภาพแล้วว่า สามารถพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยทุกระดับ (Shiffman, Shekelle, Overhage, Slutsky, Grimshaw & Deshpande, 2003) ก่อนที่จะมีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการ ทีมสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยการดำเนินการอย่างเป็นระบบและเป็นขั้นตอน โดยเริ่มตั้งแต่ การสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ในรูปของแนวปฏิบัติจากข้อเสนอแนะที่เป็นเลิศ (Best practice guideline) ข้อกำหนดในการปฏิบัติ (Protocol) หรือ แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based guideline) (New Zealand Group, 2001) เสียก่อน ในกรณีที่มิได้มีผู้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกต่างๆ มาแล้ว ทีมผู้ปฏิบัติสามารถนำมาพิจารณาเพื่อประยุกต์ใช้ในบริบทของตนเองได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาเลือกใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นข้อความหรือเอกสารที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณค่า เพื่อช่วยให้นักปฏิบัติทางคลินิก หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพสามารถตัดสินใจอย่างเหมาะสมกับการดูแลสุขภาพนั้นๆ (Pearson,

Field & Jordan, 2007) ซึ่งได้จากข้อสรุปของทีมผู้ปฏิบัติหรือทีมผู้ดูแลของหอผู้ป่วยพิเศษ 8 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ หลังจากที่ผู้ศึกษาได้สืบค้นแนวปฏิบัติทางคลินิกจากฐานข้อมูลต่างๆ เช่น PubMed Clinical Evidence CINAHL Science Direct Black Well Synergy และ Thai Nurses Research databases รวมทั้งการสืบค้นงานวิจัยฉบับเต็ม จากห้องสมุดต่างๆ พบว่า มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน บ้าน ทั้งในประเทศทางตะวันตก เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ออสเตรเลีย และประเทศทางเอเชีย เช่น ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และไทย ส่วนแนวปฏิบัติทางคลินิกเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่รักษาตัวในโรงพยาบาลยังไม่มีเฉพาะ มีแต่แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาลที่ใช้ได้กับทุกกลุ่มอายุ สาระสำคัญในแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการหกล้มทั้งหมดที่พบทวน มีองค์ประกอบสำคัญที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ มีกลยุทธ์ที่หลากหลาย (multifactorial strategies) ได้แก่ การประเมินภาวะเสี่ยง การดูแลหรือการจัดการตามระดับความเสี่ยงของผู้รับบริการ การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่สุขภาพในหอผู้ป่วยนั้นๆ รวมถึงญาติ การดูแลสิ่งแวดล้อม และการติดตามผล เป็นต้น อย่างไรก็ตาม จากการพิจารณาเบื้องต้นร่วมกับทีมผู้ดูแล เห็นว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ซึ่งพัฒนาโดยบุปผา จันทรจรัส (2548) ประกอบด้วยสาระสำคัญหลายประการที่สามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุภาวะกระดูกสะโพกหักได้ นับตั้งแต่ การประเมินภาวะเสี่ยง การจัดการตามภาวะเสี่ยงทุกระดับ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ วิธีการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล และการติดตามประเมินผล อีกทั้งจากการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติดังกล่าวโดยใช้เครื่องมือมาตรฐานของหน่วยงานประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ (The Agree Collaboration: AGREE) ประเทศอังกฤษ ซึ่งถือว่าเป็นวิธีการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดในขณะนี้ พบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ของ บุปผา จันทรจรัส มีองค์ประกอบครบตามเกณฑ์มาตรฐานทั้ง 6 หมวด

สำหรับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อลดหรือแก้ไขปัญหาทางสุขภาพโดยเฉพาะการลดอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มนั้นมีจุดเน้นที่สำคัญ คือ จะต้องควบคุมขั้นตอนของการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ (system) มีการควบคุมคุณภาพภายในอย่างรัดกุม ดังเช่น ระบบการพัฒนาคุณภาพของการบริการในโรงพยาบาล (Hospital accreditation) ก็ได้มีการนำระบบประกันคุณภาพแบบต่างๆ ซึ่งเน้นการจัดการกระบวนการอย่างเป็นระบบ จึงจะทำให้ผลลัพธ์เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่กำหนดไว้ (Peason, Field & Jordan 2007) รูปแบบ PDSA (plan –do –study –act) เป็นรูปแบบหนึ่งซึ่งสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 2000) ประยุกต์มาจากแนวทางการปรับปรุงคุณภาพการบริการของสถาบันพัฒนาการดูแลสุขภาพ (Institute for Healthcare Improvement) ประเทศสหรัฐอเมริกา และนำมาใช้

เป็นกรอบในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดคุณภาพของการบริการ รูปแบบดังกล่าว ประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน คือขั้นตอนการกำหนดแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งวัตถุประสงค์ หรือผลลัพธ์ที่ทีมปฏิบัติต้องการให้เกิด รวมทั้งกิจกรรม อุปกรณ์ที่ใช้ ระยะเวลา และผู้รับผิดชอบแต่ละกิจกรรม 2) การปฏิบัติ คือขั้นตอนที่ปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ในระยะนี้เป็นระยะที่มีการปฏิบัติหลายหลายวิธี โดยทีมสุขภาพ เช่น การฝึกอบรมแก่ทีมงาน การสนับสนุนทรัพยากร และการให้อำนาจในการตัดสินใจ รวมทั้งการให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง 3) วิเคราะห์ผลการปฏิบัติ เป็นขั้นตอนของการทบทวน ตรวจสอบ ประเมินและเรียนรู้ ซึ่งได้จากการแลกเปลี่ยนกับทีมงาน และวิเคราะห์ แปลความหรือเปรียบเทียบกับสถานการณ์ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ และ 4) การปรับปรุงงาน เป็นขั้นตอนสุดท้ายของวงจร ที่เน้นการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจจะนำไปสู่การกำหนดมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติใหม่ เพื่อรักษาหรือยกระดับคุณภาพ จะเห็นได้ว่าขั้นตอนที่กล่าวมา เป็นขั้นตอนที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานเพื่อการควบคุมคุณภาพงานของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเลือกรูปแบบดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม ตกเตียงของ บุพผา จันทร์จรัส (2548) ไปใช้สำหรับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ภาวะกระดูกสะโพกหัก หอผู้ป่วยพิเศษ 8 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อลดอุบัติการณ์ของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก

1. เปรียบเทียบอุบัติการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกหัก ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม
2. ศึกษาความพึงพอใจของทีมผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกหัก หลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกหัก ดึกผู้ป่วยพิเศษ ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีอุบัติการณ์ การเกิดพลัดตกหกล้มลดลงหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

2. ทีมผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกหักมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational Research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก ตึกพิเศษออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ.2550 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2551 โดยการศึกษานี้ได้นำนโยบายปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการลื่นล้ม ตกเตียงในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ พัฒนาโดยบุปผา จันทร์จรัส (2548) มาใช้โดยยึดกรอบการนำหลักฐานเชิงประจักษ์และนโยบายปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2000)

นิยามศัพท์

ประสิทธิผลการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วย หอผู้ป่วยพิเศษออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้แก่

อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม หมายถึง เหตุการณ์ซึ่งเป็นการเปลี่ยนตำแหน่งของร่างกาย โดยเสียสมดุลการทรงตัว จากการลื่นล้ม หรือตกลงสู่พื้นที่ต่ำกว่าระดับลำตัวของร่างกาย เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดฝัน อาจส่งผลให้ร่างกายของผู้สูงอายุบาดเจ็บหรือไม่ก็ได้ ในขณะที่เข้ารับการรักษาในตึกพิเศษออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยนับเป็นจำนวนครั้งที่เกิดเหตุการณ์

ความพึงพอใจทีมผู้ดูแล หมายถึง ทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน อันเป็นผลมาจากการปฏิบัติได้เป็นผลดี โดยประเมินจากการตอบแบบสอบถามให้เลือกตอบตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งได้นำแบบประเมินประมาณค่าความพึงพอใจของสตรีมเบอร์ก (มยุรี โรจนอังกูร, 2547) มาเป็นแบบวัดความพึงพอใจของทีมผู้ดูแล โดยแบ่งระดับความพึงพอใจออกเป็น 3 ระดับ คือ มีความพึงพอใจมาก ปานกลาง และน้อย

ความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นการแสดงผลสะท้อนการรับรู้ตามการให้คุณค่า และความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการดูแลสุขภาพที่ได้รับ

แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม หมายถึง แนวทางในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ที่ผู้ศึกษาได้นำมาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการลื่นล้ม ตกเตียง ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ พัฒนาโดยบุปผา จันทร์จรัส (2548) มาใช้ในหอผู้ป่วยพิเศษออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 3) การให้กิจกรรมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม 5) การดูแลอย่างต่อเนื่อง การบันทึกและสื่อสารแก่ทีม 6) การพัฒนาคุณภาพการบริการ

ทีมผู้ดูแล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษ ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่ร่วมกันใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัด

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved