

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (operation study) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อใช้ป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก ที่ตึกพิเศษออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยได้ประยุกต์แนวทางการนำหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิกของสภากิจทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 2000) มาเป็นกรอบในการศึกษา การศึกษาครั้งนี้รวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม ถึง 31 ธันวาคม 2550 โดยศึกษาในประชากรที่เป็นผู้ดูแลจำนวน 21 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักจำนวน 30 คน ผลการศึกษา ได้นำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก และประชากรที่เป็นทีมผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักระหว่างก่อน และหลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจของประชากรที่เป็นทีมผู้ดูแลต่อกิจกรรมการพยาบาลป้องกันการพลัดตกหกล้มหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยพิเศษออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 30 คน ซึ่งได้รับการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติในที่มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (ตาราง 1-2)

ประชากรที่เป็นทีมผู้ดูแล เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในตึกผู้ป่วยพิเศษออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 11 คน (ตาราง 3)

## ตารางที่ 1

จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกหัก จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพการสมรส

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (n=30)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ		
60-74 ปี	8	26.7
75-84 ปี	16	53.3
85 ปี ขึ้นไป	6	20.0
$\bar{X} = 79.68$ , S.D.=8.27, Range= 65-95 ปี		
เพศ		
ชาย	1	3.3
หญิง	29	96.7
สถานภาพ		
โสด	1	3.3
คู่	2	6.7
หม้าย	27	90.0

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 96.7 และมีส่วนใหญ่ที่ร้อยละ 53.3 มีอายุระหว่าง 75-84 ปี ส่วนข้อมูลของสถานภาพการสมรส ส่วนใหญ่เป็นหม้ายถึงร้อยละ 90

## ตารางที่ 2

จำนวน และร้อยละของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการป้องกันการพลัดตกหกล้ม แบ่งตามการวินิจฉัยโรค และการผ่าตัด

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง (n=30)
	จำนวน (ร้อยละ)
<b>การวินิจฉัยโรค</b>	
กระดูกสะโพกขวาหัก	1 (3.3)
กระดูกสะโพกซ้ายหัก	2 (6.7)
กระดูกต้นขาขวาหัก	10 (33.3)
กระดูกต้นขาซ้ายหัก	13 (43.3)
การหักระหว่างกระดูก	2 (6.7)
ฟิเมอร์กับปุ่มกระดูก โคนขาต้นขา	
การหักระหว่างกระดูก ฟิเมอร์กับปุ่มกระดูก โคนขาต้นขา	2 (6.7)
<b>ชนิดของการผ่าตัด</b>	
ไม่ได้ผ่าตัด	3 (10)
ผ่าตัดใช้เหล็กตามกระดูก	18 (60)
ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก	9 (30)

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่ามีการหักของกระดูกสะโพกด้านซ้าย คิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมา มีการหักของกระดูกต้นขาขวาหัก คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนการรักษา กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อตามกระดูกด้วยแกนเหล็ก ร้อยละ 60 รองลงมา ใช้วิธีการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนข้อสะโพกคิดเป็นร้อยละ 30

## ตารางที่ 3

จำนวน และร้อยละของข้อมูลทีมผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประเภทของผู้ดูแล

ข้อมูลทั่วไป	ทีมผู้ดูแล (n=11)	
	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย		
หญิง	11	100
<b>อายุ</b>		
< 30 ปี	2	18.18
30-40 ปี	3	27.27
41-50 ปี	6	54.55
Range, (S.D)		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ระดับปริญญาตรี	10	90.90
ระดับปริญญาโท	1	9.10
<b>ประเภทของผู้ดูแล</b>		
พยาบาลวิชาชีพ	11	100
<b>ระยะเวลาปฏิบัติงาน</b>		
1ปี-3 ปี	1	9.09
4 ปี-6 ปี	3	27.27
มากกว่า 6 ปี	7	63.64

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมผู้ดูแลทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.55 ระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 90.9 ของจำนวนประชากรที่เป็นทีมผู้ดูแลทั้งหมด ส่วนระยะเวลาการปฏิบัติงานของทีมผู้ดูแลทั้งหมดมากกว่า 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.64

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ตารางที่ 4

เปรียบเทียบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก ที่ตึกพิเศษ ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

อุบัติการณ์	ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	หลังการใช้แนวปฏิบัติ	p-value
	(n=25) จำนวน (ร้อยละ)	(n=30) จำนวน (ร้อยละ)	
การพลัดตกหกล้ม	1 (4)	0 (0)	.045

จากตารางที่ 4 พบว่า ในช่วง 3 เดือนก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก มีอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มคิดเป็นร้อยละ 4 ของผู้สูงอายุที่มารับการรักษาจำนวน 25 คน (ระยะเวลา 3 เดือน) หลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก พบว่าไม่เกิดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกหัก ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test) พบว่าหลังจากนำแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มมาใช้ทำให้อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจของทีมผู้ดูแลต่อกิจกรรมการพยาบาลป้องกันการพลัดตกหกล้ม  
หลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ตารางที่ 5

จำนวน และร้อยละของทีมผู้ดูแล มีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม จำแนกตามระดับความพึงพอใจ ( $n=11$ )

ระดับความพึงพอใจ	การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม	
	จำนวน	(ร้อยละ)
พึงพอใจมาก	10	91
พึงพอใจปานกลาง	1	9
พึงพอใจน้อย	0	0

จากตารางที่ 6 พบว่าความพึงพอใจของทีมผู้ดูแลต่อการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับมาก จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 91 มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 9

ตารางที่ 6

จำนวน และร้อยละกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกหัก มีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม จำแนกตามระดับความพึงพอใจ ( $n=30$ )

ระดับความพึงพอใจ	จำนวนผู้สูงอายุที่ใช้แนวปฏิบัติ	
	จำนวน	(ร้อยละ)
พึงพอใจมาก	27	97.0
พึงพอใจปานกลาง	2	6.7
พึงพอใจน้อย	1	3.3

จากตารางที่ 7 พบว่าความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุต่อการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับมาก จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 97 และมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7

## การอภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก ในตึกพิเศษออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ โดยเปรียบเทียบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มและความพึงพอใจของผู้สูงอายุและทีมผู้ดูแล โดยมีประชากรที่เป็นทีมผู้ดูแล จำนวน 21 คน และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลโดยการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม จำนวน 30 คน นำผลการศึกษาอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

### 1. ลักษณะของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก มีลักษณะของข้อมูลทั่วไปในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุจำนวน 30 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 96.7 ที่พบว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 75-84 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซัมเวย์-คุกส์ ซ็อน กรูเบอร์ และโรบินสัน (Shumpway-Cook, Ciol, Gruber&Robinson, 2005) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 100 คนที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 83 โดยมีอายุเฉลี่ย 83.4 ปี ที่อยู่อาศัยในบ้านพักเพียงคนเดียว โดยสาเหตุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายภายหลังกระดูกสะโพกหัก ทำให้เกิดความบกพร่องในการรักษาสสมดุลของการรักษาสสมดุล และการทรงตัวจึงเกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่ายในผู้สูงอายุที่มีปัญหาในระบบเหล่านี้ นอกจากนี้เคร้าส์ และคณะ (2005) พบว่าในผู้สูงอายุที่ขาดความมั่นคงของกล้ามเนื้อส่วนล่างและมีการทรงตัวไม่ดี จะมีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม รวมทั้งลักษณะของร่างกายที่แตกต่างกันของเพศหญิงและเพศชาย เช่น ความสูงทำให้เพศชายมีความสามารถในการควบคุมการทรงตัวที่น้อยกว่าเพศหญิง ซึ่งอาจเป็นปัจจัยทำให้การทรงตัวแตกต่างกันในเพศหญิง และเพศชาย เนื่องมาจากความแตกต่างกันทางโครงสร้าง พบว่ามีความแตกต่างระหว่างเพศในการเคลื่อนไหวและความเร็วของการควบคุมได้มีการศึกษาที่กล่าวว่าเพศหญิงมีความมั่นคงน้อยกว่าเพศชายตามโครงสร้าง

เมื่อผู้สูงอายุต้องเข้าไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย ร่วมกับความบกพร่องของสภาพร่างกายเนื่องจากความเปลี่ยนแปลงของร่างกายและพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งมีการเพิ่มความเสี่ยงอันเป็นสาเหตุส่งเสริมการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก การศึกษาของ สตีลวอลล์ และคณะ (Stenvall & et al., 2006) พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกจะเกิดการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากที่มีการรบกวนสมดุล ของร่างกาย เนื่องจากการได้รับบาดเจ็บบริเวณข้อกระดูกสะโพกให้กล้ามเนื้อไม่มีการใช้งานเกิดการลีบของกล้ามเนื้อ

และเอ็น นอกจากนี้ข้อที่ไม่มีกระดูกเคลื่อนไหวก็จะมีแคลเซียมมาเกาะรอบ ๆ ข้อ ก่อให้เกิดการติดของข้อเพิ่มขึ้น จึงมีผลต่อการเคลื่อนไหวของข้อที่ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทรงตัวในท่าปกติได้ และมีท่าการเดินที่ผิดปกติ และมีการเปลี่ยนแปลงของศูนย์ถ่วงในการทรงตัว รวมทั้งภายหลังการรักษาโดยการผ่าตัดแล้วผู้สูงอายุยังต้องมีการใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว ร่วมกับปัจจัยภายนอกที่มาส่งเสริมให้เกิดการพลัดตกหกล้ม นอกจากนี้สภาพทางกายภาพของสิ่งก่อสร้างในโรงพยาบาล ที่มีลักษณะที่เป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุเนื่องจากการก่อสร้าง ไม่ได้มีการวางแผนที่จะออกแบบลักษณะของโครงสร้างอาคารที่เหมาะสมกับสภาพทางกายภาพของผู้สูงอายุ เช่น ทางเดินที่โล่งเป็นทางยาวต่อเนื่องไม่มีที่เกาะช่วยในการเดิน พื้นทางเดินที่เป็นพื้นมันวาวทำให้เกิดแสงสะท้อนจากแสงไฟ ลักษณะห้องที่เป็นเหลี่ยมมุมต่างๆ เพื่อวางอุปกรณ์ทางการแพทย์ เตียงนอนของผู้สูงอายุที่ออกแบบไว้มีความสูงมากกว่าเตียงนอนทั่วไปเพื่อให้แพทย์และพยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้สะดวก แต่มีความสูงที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องขึ้นลงด้วยความลำบาก อุปกรณ์ส่วนใหญ่ที่ทำจากโลหะมีความมันวาว และเกิดเสียงก้องเมื่อมีการกระทบกัน จากรายงานการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่ออัตราการเกิดการพลัดตกหกล้ม 3.1 ต่อ 1000 วันนอนของผู้สูงอายุ และจะมีการแปรผันตามการให้บริการของหอผู้ป่วย (Fischer & et al, 2005)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุหลังการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีจำนวน 30 คน ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างคือส่วนใหญ่ มีการวินิจฉัยว่ามีภาวะกระดูกสะโพกหัก จะเห็นได้ว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักคือผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นตึกผู้ป่วยเฉพาะทาง รับการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูก เอ็น และข้อ ส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดตามกระดูก และเปลี่ยนข้อสะโพก

**2. อุบัติการณ์การเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักหลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )** จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักลดลง หลังจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ทั้งนี้เพราะกระบวนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ที่ผู้ศึกษาเลือกมาใช้เป็นกระบวนการที่สถาบันพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพ (Institute of Healthcare Improvement, 2008) และสถาบันอื่นๆ รวมทั้งสถาบันพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ประเทศไทย ได้ยืนยันแล้วว่า กระบวนการดังกล่าวเป็นกระบวนการที่จะช่วย ปรับเปลี่ยนผลลัพธ์และควบคุมคุณภาพการดูแล

นอกจากนั้นยังเกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ซึ่งเกิดจากทีมผู้ดูแลใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแนวปฏิบัติคลินิกที่ปรับปรุงขึ้นสามารถ



ช่วยให้เกิดมาตรฐานการดูแลที่ชัดเจน และตัดสินใจทางคลินิกได้ง่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุปผา จันทรจิรัส, 2548 ที่ทำการศึกษาการแนวทางการปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการล้นล้ม ตกเตียงในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ พบว่าอุบัติการณ์การล้นล้ม ตกเตียงลดลง

ประเด็นสำคัญที่ทำให้อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มลดลง เกิดจากการมีส่วนร่วม (participation) ของทีมผู้ดูแลและผู้ป่วยตลอดจนเป็นแนวคิดสำคัญ ทั้งนี้เพราะแนวคิดการมีส่วนร่วมและผู้ศึกษามีการ การวางแผน จัดการตั้งวัตถุประสงค์ เพื่อจัดวางกลยุทธ์และสร้างนโยบาย โดยมีแนวปฏิบัติที่ได้รับการปรับปรุงสร้างขึ้นร่วมกับทีมผู้ดูแลซึ่งร่วมกันพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตามกระบวนการประยุกต์แนวทางการนำหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ(National Health and Medical Research Council [NHMRC], 2000) ซึ่งใช้กระบวนการของการควบคุมที่มีคุณภาพการจัดการอย่างเป็นระบบของ PDSA ที่มีกลยุทธ์และแผนการจัดการที่มีงานวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของทีมผู้ดูแลอย่างเป็นระบบทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ และมีความต่อเนื่อง

3. ความพึงพอใจของทีมผู้ดูแล ที่เกิดจากใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ผู้ศึกษาร่วมกับทีมผู้ดูแลมีการปรับปรุง และนำมาใช้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก โดยมีความพึงพอใจของทีมผู้ดูแลอยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 91 และจากการประชุมประเมินผลร่วมกับทีมผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้ข้อมูล ความพึงพอใจ จากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเกิดจาก พยายามเข้าใจระบบการจัดการอย่างง่าย สามารถปฏิบัติได้ง่ายเพราะมีคู่มือ อีกทั้งมีผู้ให้คำแนะนำ มีการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม และมีการเพิ่มพูนความรู้อย่างสม่ำเสมอ ประสิทธิภาพของมาตรฐานทางคลินิกในการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่พบในการศึกษานี้สามารถรับประกันผลการดูแลที่ดีของทีมงานที่ใช้กระบวนการ โดยใช้กระบวนการประยุกต์แนวทางการนำหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ(National Health and Medical Research Council [NHMRC], 2000) ซึ่งมีขั้นตอนของการเตรียมนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้เป็นวงจรของ plan, do, study, act โดยที่ทีมผู้ดูแลเป็นผู้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติทางคลินิก โดยใช้กระบวนการแก้ปัญหา (problem solving process) เป็นการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในทางปฏิบัติต่อไปจำเป็นต้องพิจารณาถึงทรัพยากรที่มี และข้อจำกัดในการค้นคว้าแบบอิสระครั้งนี้ ประการแรก การสร้างทัศนคติความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทุกฝ่าย และทุกระดับที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนา นอกจากนี้การสนับสนุนของผู้บริหาร ในด้านนโยบาย การสนับสนุนเวลา ที่จะช่วยให้

บุคลากร ได้มีการประชุมปรึกษาหารือ เพื่อการระดมสมองในการแสวงหาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมร่วมกัน และการสนับสนุนด้านทรัพยากรเพื่อนำมาใช้ในการจัดทำเอกสารคู่มือการเผยแพร่โปสเตอร์ บอร์ดให้ความรู้ ตลอดจนการจัดพิมพ์หนังสือมาตรฐานทางคลินิกเป็นต้น และประการที่สาม การสร้างบรรยากาศของการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายเพื่อให้เกิดความรู้สึกรับรู้เป็นเจ้าของ และเพื่อส่งเสริมให้มีการยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นจนเกิดความเข้าใจในแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก และมีการปรับใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน โดยใช้กระบวนการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ทำให้ทีมผู้ดูแลมีความมั่นใจในการให้บริการ (customer focus) และทำให้เกิดความรู้สึกรับรู้เป็นเจ้าของแนวทางปฏิบัติ

ผู้รับบริการเป็นเป้าหมายที่ผู้รับบริการต้องการจากหน่วยงานของผู้ให้บริการ โดยที่ระดับของคุณภาพอยู่ที่การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการตามหน้าที่ของเราคือการค้นหาและตอบสนองความต้องการของลูกค้า โดยที่ทีมผู้ให้บริการมีเป้าหมายร่วมกัน (common vision) เป็นการรวมพลัง เพื่อ การสร้างสรรค์สมาชิก มีส่วนในการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และมีส่วนในการปรับเปลี่ยนไปสู่เป้าหมายในการ ไม่ให้เกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มเกิดขึ้น ในหน่วยงาน นอกจากนี้การทำงานเป็นทีม (teamwork & empowerment) ทุกคนต่างช่วยเหลือกันในการทำงาน คุณภาพไม่ได้ เกิดจากผลงานของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เกิดจากการประสานความพยายามของผู้เกี่ยวข้อง โดยทีมผู้ดูแลได้รับการเสริมพลังด้วยการฝึกอบรม ข้อมูล และโอกาส เพื่อให้นำศักยภาพของตนมาใช้อย่างเต็มที่ และมุ่งมั่น กระบวนการ (process focus) เน้นการปรับปรุงเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพในการดูแลที่ดีขึ้น โดยเน้นที่ระบบและกระบวนการไม่มีการกล่าวโทษบุคคล นอกจากนี้การเสริมพลังให้ทีมผู้ดูแลด้วยการให้ความรู้ สร้างทักษะ ข้อมูล และให้อำนาจในการตัดสินใจแก่ทีมผู้ดูแล (วิวัฒน์ พุทธวรรณ ไชย, 2005)

4. ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกหัก จากการศึกษาของผู้ศึกษาในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักพบว่าทำให้เกิดความพึงพอใจในระดับที่มากถึงร้อยละ 97 เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองต่อความต้องการรวมทั้งได้รับการที่มีมาตรฐาน โดยได้รับการจัดการป้องกันการพลัดตกหกล้มตามกระบวนการที่มีมาตรฐาน โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทีมผู้ดูแลใช้ให้บริการแก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องจากทีมผู้ดูแล นอกจากนี้จากการสนทนากับผู้สูงอายุ จะแสดงความพึงพอใจโดยกล่าว “รู้สึกมั่นใจที่จะเดินด้วยตนเอง มากขึ้น เพราะรู้ว่าการหกล้มเกิดจากอะไร”

ความพึงพอใจ เป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพการบริการพยาบาล (Social Outcome) ผู้ประกอบวิชาชีพ คุณภาพคือ การปฏิบัติตามมาตรฐาน ที่กำหนดไว้ และความสม่ำเสมอซึ่งสามารถพยากรณ์ได้ในมุมมองของผู้ได้รับบริการ คุณภาพคือ การตอบสนองความต้องการ (need) และความคาดหวัง (expectation) ของผู้รับบริการ และในปัจจุบันได้ขยายต่อไปว่าคุณภาพคือ การทำให้ได้มากกว่า ความคาดหวังของผู้รับบริการ เมื่อพิจารณาทั้งหมดแล้วจะเห็นว่าในการพัฒนาคุณภาพ จะต้องสร้างสมดุลของมุมมองของผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า คุณภาพคือ การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของลูกค้า โดยอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพคุณภาพ

ในการให้บริการทางด้านสุขภาพมีลักษณะ 4 ประการคือ 1) ถูกต้องไม่มีปัญหา เป็น การทำสิ่งที่ถูกต้องแต่เริ่มแรกไม่ต้องมาแก้ปัญหาในภายหลัง การป้องกันการพลัดตกหกล้มใน โรงพยาบาลย่อมง่าย และใช้ทรัพยากรน้อยกว่า ภายหลังที่เกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจะทวีความรุนแรงตั้งแต่เกิด บาดเจ็บเล็กน้อยได้จนถึงขั้นเสียชีวิตได้ 2) ความพอใจของผู้รับบริการคือการตอบสนองความ ต้องการ (need) และความคาดหวัง (expectation) ของลูกค้า โดยที่ความต้องการ (need) ซึ่ง ผู้รับบริการคาดหวังต่อการตอบสนองจากผู้ให้บริการ โดยที่ผู้ให้บริการมีหน้าที่ในการพิจารณาว่า จะให้บริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและที่คาดหวังจากเมื่อเริ่มเข้ารับบริการตั้งแต่การดูแล การได้รับบริการทางสุขภาพ การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ และ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในขณะที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล เมื่อผู้รับบริการพอใจ เป็นเครื่องแสดงว่าผู้ให้การดูแลมีความสามารถในการจัดการ ปัญหาที่นำผู้รับบริการมาหา 3) ความมีมาตรฐานหมายถึงการมี มาตรฐานวิชาชีพที่มีมาตรฐานใน กระบวนการทำงานทุกขั้นตอนและมีมาตรฐานตามกฎหมายหรือกฎระเบียบต่างๆ 4) พัฒนา คุณภาพชีวิต/सानสุ ความเป็นเลิศ คุณภาพเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้น เป็นเป้าหมายของการจัดบริการ สุขภาพ การมุ่งสู่ความเป็นเลิศคือการตั้งปณิธานว่าจะพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยมีการหยุด (วิวัฒน์ พุทธวรรณไชย, 2005)