

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุและจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่าในปี 1990 มีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักทั่วโลกจำนวน 1.66 ล้านคนจะเพิ่มเป็น 2.6 ล้านคนในปี 2025 และคาดว่าจะมีจำนวน 4.5 ล้านคนในปี 2050 (Rojanasthien & Luevittoonvechkij, 2005) โดยที่อุบัติการณ์นี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุ จากสถิติในสหรัฐอเมริกา พบว่ามีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก 22.5 ต่อประชากร 100,000 รายในชายที่มีอายุ 50 ปีจะเพิ่มเป็น 630.2 ต่อประชากร 100,000 รายในชายที่มีอายุ 80 ปี ส่วนในหญิงที่มีอายุ 50 ปีพบ 23.9 ต่อประชากร 100,000 รายและจะเพิ่มเป็น 1,289.3 ต่อประชากร 100,000 รายในหญิงที่มีอายุ 80 ปี (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2011a) โดยในปี 2040 จะมีผู้ป่วยเกิดกระดูกสะโพกหัก 500,000 รายต่อปี ในจำนวนนี้ 9 ใน 10 เกิดในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปและ 3 ใน 4 เกิดในผู้หญิง (Bhatti, 2012) สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่คาดว่าในปี 2050 จะมีผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปในทวีปเอเชียจำนวน 900 ล้านคนและพบผู้ที่มีกระดูกสะโพกหักประมาณ 3.2 ล้านคนต่อปี (Lau, 2002) ส่วนในประเทศไทยประมาณว่ามีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักทั่วประเทศมากกว่า 10,600 รายในปี 1998 และจะเพิ่มเป็น 14,132 รายต่อปีในปี 2020 (Rojanasthien & Luevittoonvechki, 2005) จากการสำรวจที่เชียงใหม่ ระหว่างปี พ.ศ. 2540– พ.ศ. 2541 พบอุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหักในประชากรทั้งหญิงและชายที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปถึงปีละ 162 ครั้งต่อ 100,000 รายและจะเพิ่มเป็นปีละ 851 ครั้งต่อ 100,000 รายในประชากรที่มีอายุเกิน 75 ปีขึ้นไป โดยพบว่า หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปมีอุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหัก 269 ครั้งต่อ 100,000 รายและเพิ่มเป็น 1,011 ครั้งต่อ 100,000 รายต่อปีถ้าอายุเกิน 75 ปี (นิมิต เตชไกรชนะ, 2005; มุลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทย, 2553) จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบเพิ่มขึ้นตามอายุและเป็นปัญหาสาธารณสุขไม่เฉพาะแต่ประเทศไทยเท่านั้นแต่เป็นปัญหาในหลายประเทศทั่วโลก

กระดูกสะโพกหักก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นความเจ็บป่วยที่ต้องพึ่งพาและเป็นภาระต่อผู้อื่น ผู้สูงอายุที่มี

กระดูกสะโพกหักจึงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อที่จะได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยเร็วที่สุด ซึ่งในการรักษากระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดต้องได้รับการผ่าตัดโดยผู้สูงอายุต้องได้รับการประเมินและดูแลทางด้านอายุรกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้ได้รับการผ่าตัดโดยเร็วที่สุดเท่าที่เป็นไปได้และมีความปลอดภัย เมื่อผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักมีความพร้อมการผ่าตัดควรทำภายใน 24-48 ชั่วโมง เพื่อลดระยะเวลาของอาการปวด ลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดอัตราการตาย ผู้สูงอายุพ่นกินสภาพปกติโดยเร็วที่สุด (มลฤดี เพ็ชรธมมุล, และสุภาพ อารีเอื้อ, 2009; Cluett, 2010; Khan, et al., 2009; Mak, Cameron, & March, 2010; Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2009) ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดขึ้นจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ได้แก่ การเกิดหลอดเลือดอุดตันที่ขาหรือที่ปอด การเกิดแผลกดทับ การเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดปอดอักเสบติดเชื้อ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (American Academy of Orthopaedic Surgeons [AAOS], 2009; Lareau & Sawyer, 2010) ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมจะเกิดขึ้นน้อยถ้าได้รับการผ่าตัดโดยเร็วและให้ผู้สูงอายุได้เคลื่อนไหวเร็วที่สุด (Sanguineti, 2010) โดยที่ชนิดของการผ่าตัดรักษากระดูกสะโพกหักขึ้นกับอายุ ปัญหาทางด้านอายุรกรรมของผู้ป่วย ตำแหน่งที่หักและระดับการเคลื่อนของกระดูกที่หัก(American Academy of Orthopaedic Surgeons [AAOS], 2009; Cluett, 2010; Lareau & Sawyer, 2010) ปัจจุบันพบว่าการรักษาโดยไม่ผ่าตัดจะเพิ่มอัตราการตายและอัตราความพิการอย่างมาก (Lefavre, et al., 2009) โดยที่อัตราการเพิ่มเป็น 2.5 เท่าเมื่อเทียบกับการรักษาด้วยการผ่าตัดและมีแนวโน้มที่จะเกิดความพิการสูงกว่า (Lareau & Sawyer, 2010) ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจึงควรได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมงเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางด้านอายุรกรรม ลดระยะเวลาการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและลดอัตราความพิการ (Lefavre, et al., 2009)

กระดูกสะโพกหักก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นความเจ็บป่วยที่ต้องพึ่งพาและเป็นภาระต่อผู้อื่น ผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจึงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อที่จะได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยเร็วที่สุด ซึ่งในการรักษากระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดต้องได้รับการผ่าตัดโดยผู้สูงอายุต้องได้รับการประเมินและดูแลทางด้านอายุรกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้ได้รับการผ่าตัดโดยเร็วที่สุดเท่าที่เป็นไปได้และมีความปลอดภัย เมื่อผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักมีความพร้อมการผ่าตัดควรทำภายใน 24-48 ชั่วโมง เพื่อลดระยะเวลาของอาการปวด ลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดอัตราการตาย ผู้สูงอายุพ่นกินสภาพปกติโดยเร็วที่สุด (มลฤดี เพ็ชรธมมุล, และสุภาพ อารีเอื้อ, 2009; Cluett, 2010; Khan, et al., 2009; Mak, Cameron, & March, 2010; Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2009) ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นจากการถูกจำกัดการ

เคลื่อนไหว ได้แก่ การเกิดหลอดเลือดอุดตันที่ขาหรือที่ปอด การเกิดแผลกดทับ การเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดปอดอักเสบติดเชื้อ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (American Academy of Orthopaedic Surgeons [AAOS], 2009; Lareau & Sawyer, 2010) ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมจะเกิดได้น้อยถ้าได้รับการผ่าตัดโดยเร็วและให้ผู้สูงอายุได้เคลื่อนไหวเร็วที่สุด (Sanguinetti, 2010) โดยที่ชนิดของการผ่าตัดรักษากระดูกสะโพกหักขึ้นกับอายุ ปัญหาทางด้านอายุรกรรมของผู้ป่วย ตำแหน่งที่หักและระดับการเคลื่อนของกระดูกที่หัก (American Academy of Orthopaedic Surgeons [AAOS], 2009; Cluett, 2010; Lareau & Sawyer, 2010) ปัจจุบันพบว่าการรักษาโดยไม่ผ่าตัดจะเพิ่มอัตราการตายและอัตราความพิการอย่างมาก (Lefavre, et al., 2009) โดยที่อัตราการเพิ่มเป็น 2.5 เท่าเมื่อเทียบกับการรักษาด้วยการผ่าตัดและมีแนวโน้มที่จะเกิดความพิการสูงกว่า (Lareau & Sawyer, 2010) ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจึงควรได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมงเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางด้านอายุรกรรม ลดระยะเวลาการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและลดอัตราความพิการ (Lefavre, et al., 2009)

กระดูกสะโพกหักก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นความเจ็บป่วยที่ต้องพึ่งพาและเป็นภาระต่อผู้อื่น ผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจึงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อที่จะได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยเร็วที่สุด ซึ่งในการรักษากระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดต้องได้รับการผ่าตัดโดยผู้สูงอายุต้องได้รับการประเมินและดูแลทางด้านอายุรกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้ได้รับการผ่าตัดโดยเร็วที่สุดเท่าที่เป็นไปได้และมีความปลอดภัย เมื่อผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักมีความพร้อมการผ่าตัดควรทำภายใน 24-48 ชั่วโมง เพื่อลดระยะเวลาของอาการปวด ลดระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล ลดอัตราตาย ผู้สูงอายุฟื้นคืนสภาพปกติโดยเร็วที่สุด (มฤดี เพ็ชรธมมุล, และสุภาพ อารีเอื้อ, 2009; Cluett, 2010; Khan, et al., 2009; Mak, Cameron, & March, 2010; Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2009) ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ได้แก่ การเกิดหลอดเลือดอุดตันที่ขาหรือที่ปอด การเกิดแผลกดทับ การเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดปอดอักเสบติดเชื้อ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (American Academy of Orthopaedic Surgeons [AAOS], 2009; Lareau & Sawyer, 2010) ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมจะเกิดได้น้อยถ้าได้รับการผ่าตัดโดยเร็วและให้ผู้สูงอายุได้เคลื่อนไหวเร็วที่สุด (Sanguinetti, 2010) โดยที่ชนิดของการผ่าตัดรักษากระดูกสะโพกหักขึ้นกับอายุ ปัญหาทางด้านอายุรกรรมของผู้ป่วย ตำแหน่งที่หักและระดับการเคลื่อนของกระดูกที่หัก (American Academy of Orthopaedic Surgeons [AAOS], 2009; Cluett, 2010; Lareau & Sawyer, 2010) ปัจจุบันพบว่าการรักษาโดยไม่ผ่าตัดจะเพิ่มอัตราการตายและอัตราความพิการอย่างมาก (Lefavre, et al., 2009) โดยที่อัตราการเพิ่มเป็น

2.5 เท่าเมื่อเทียบกับการรักษาด้วยการผ่าตัดและมีแนวโน้มที่จะเกิดความพิการสูงกว่า (Lareau & Sawyer, 2010) ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจึงควรได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมงเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางด้านอายุรกรรม ลดระยะเวลาการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและลดอัตราความพิการ (Lefavre, et al., 2009)

แม้ว่าการผ่าตัดจะเป็นวิธีการรักษาผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักที่มีประสิทธิภาพแต่ผลกระทบจากการผ่าตัดที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ คือ อาการปวดหลังผ่าตัด พบว่าอาการปวดหลังผ่าตัดที่รุนแรงและไม่ได้รับการรักษาทำให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวร่างกายได้ลดลงและไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ตามที่ควรกระทำหลังผ่าตัด ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยทางด้านร่างกายทำให้การหายใจเข้า ออกทำได้ไม่ลึกพอ ไอได้น้อยลง เกิดปอดแฟบ อาจเกิดปอดอักเสบติดเชื้อตามมาได้ ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง แรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่ม อาจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะกั่งได้ และจากการไม่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายทำให้เกิดอาการท้องผูก ท้องอืด ถ้าร่วมกับภาวะที่มีการหลังของแคลิโคลามินจะทำให้เกิดการกั่งของหลอดเลือดดำซึ่งอาจจะทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันที่ขาและภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดได้ นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ส่วนภาวะทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล ความกลัว นอนไม่หลับ ด้านสังคมทำให้หลีกเลี่ยงการสนทนาหรือมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง (นุช ตันติสิรินทร์ และอัมพร จิตอารี, 2011; วิชัย อธิชัยกุลทล, วราภรณ์ ไวกุล และสมศรี เผ่าสวัสดิ์, 2547; สมบูรณ์ เทียนทอง, 2548) ผู้สูงอายุที่มีระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับสูงจะเพิ่มความวิตกกังวล เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและทำให้การเคลื่อนไหวลดลงจากเตียงทำได้ช้า ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น การทำหน้าที่ของร่างกายลดลงในระยะหลังผ่าตัด และการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (McDonald, 2006) แต่อาการปวดหลังผ่าตัดเป็นสิ่งที่สามารถวางแผนป้องกันและรักษาได้ ดังนั้นการจัดการอาการปวดที่ได้ผลดีหลังการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญป้องกันการเกิดผลอันไม่พึงประสงค์ของระบบต่างๆ (Vadivelu, Mitra, & Narayan, 2010) ลดภาวะแทรกซ้อนลงได้ ทำให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวได้เร็ว ร่วมมือในการทำกายภาพบำบัด ระยะเวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเร็วขึ้น ลดอาการปวดเรื้อรังหลังผ่าตัดที่เกิดจากการรักษาอาการปวดไม่ดีพอหลังผ่าตัดในช่วงแรก ลดระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ (ชัชชัย ปรีชาไว; นุช ตันติสิรินทร์ และอัมพร จิตอารี, 2011)

ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกจะมีการปวดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงมาก (Lareau & Sawyer, 2010; McDonald, 2006) การจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมีความยากลำบากและซับซ้อนกว่าผู้ป่วยในวัยอื่น เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีโรคร่วมหลายโรค มีการใช้ยา

หลายขนาน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการใช้ยาตั้งแต่ 2-5 ชนิดขึ้นไปทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาและปฏิกิริยาระหว่างยากับโรคที่เป็น มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและเภสัชวิทยา (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2554; ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, 2553; Calandese, Caroleo, Amantea, & Santangelo, 2010; Macintyre, et al., 2010) ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยามากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่าประมาณ 2 เท่า โดยโอกาสเกิดผลข้างเคียงจะมากขึ้นเมื่อจำนวนยาที่ได้รับเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุที่ใช้ยา 6 ชนิดมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่าถึง 14 เท่าจึงต้องระมัดระวังในการเพิ่มจำนวนยาให้ผู้สูงอายุ (ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, 2553) และจากการที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของการตอบสนองต่ออาการปวด การประเมินอาการปวดทำได้ยากจากการรู้คิดบกพร่อง จึงจำเป็นต้องมีการใช้เครื่องมือในการประเมินอาการปวดที่ได้มาตรฐานและผู้สูงอายุมีความเข้าใจ (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2554; ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, 2553; McDonald, 2006) การขาดความรู้และมีความเชื่อที่ผิดทั้งผู้สูงอายุและบุคลากรในทีมสุขภาพเกี่ยวกับอาการและการจัดการอาการปวด ทั้งจากการประเมิน การกลัวการติดยา และกลัวผลข้างเคียงของยา ทำให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดได้รับการจัดการอาการปวดที่ไม่เพียงพอ (Muthuuri, 2012; Prowse, 2007; Rantala, Kankkunen, Kvist, & Hartikainen, 2012; Sauaia, et al., 2005; Sieber, Mears, Lee, & Gottschalk, 2011) ส่วนกลยุทธ์ที่ช่วยลดอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการปวดตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ในเรื่องอาการปวด สาเหตุ วิธีการใช้แบบประเมิน การจัดการอาการปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา (เจือกุล อโนธรมณ์, 2007; McDonald, 2006; Sauaia, et al., 2005)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุนั้นมีความยากลำบากและซับซ้อน ต้องใช้แนวทางและกลยุทธ์ที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัดที่เพียงพอ บุคลากรในทีมสุขภาพจึงต้องมีความรู้และเชี่ยวชาญเฉพาะทางร่วมกับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยพยาบาลเป็นกลุ่มวิชาชีพที่สำคัญในการประเมินอาการ การจัดการและประเมินผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด เพื่อให้การจัดการอาการปวดเพียงพอสามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่ออัตราตายและอัตราความพิการหลังผ่าตัด เกิดผลลัพธ์ที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเคลื่อนไหวและฟื้นสภาพได้เร็วขึ้น (Mak, Cameron, & March, 2010; Prowse, 2007)

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีการรับดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง หนึ่งในนั้นคือ ผู้ป่วยเฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 8 หอผู้ป่วย โดยมีหอผู้ป่วยที่รับ

ผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ได้แก่ หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 1, หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 และหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง 1 โดยที่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจัดอยู่ในกลุ่มห้าอันดับแรกของผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์ที่รับไว้ในความดูแล มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักเข้ารับการรักษาราย 219 ราย, 233 รายและ 239 รายในปี พ.ศ. 2552, 2553 และ 2554 ตามลำดับ (สถิติรับใหม่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 1, 2 และหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง 1, 2552–2554) ซึ่งในจำนวนนี้มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดจำนวน 137 ราย, 123 รายและ 116 รายในปี พ.ศ. 2552, 2553 และ 2554 ตามลำดับ (หน่วยเวชระเบียน, 2552–2554) โดยกิจกรรมที่บุคลากรในทีมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้แก่ การให้คำแนะนำในเรื่อง โรค การผ่าตัด และการปฏิบัติตัวโดยทั่วไป ไม่ได้มีการเน้นในเรื่องของอาการปวดหลังผ่าตัด สาเหตุ การประเมินอาการปวด และวิธีการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัดอย่างเป็นระบบ การปฏิบัติการพยาบาลจะมีแนวทางเช่นเดียวกับผู้ป่วยในวัยอื่นๆ ไม่ได้มีแนวทางการปฏิบัติที่เน้นเฉพาะผู้สูงอายุ การจัดการอาการปวดหลังผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และจากการสัมภาษณ์พยาบาลอาวุโสที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ได้ข้อมูลว่า การจัดการอาการปวดหลังผ่าตัดโดยทั่วไปจะเป็นการให้ยา ส่วนการจัดการแบบไม่ใช้ยาที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ขึ้นกับความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคล พยาบาลบางคนไม่เคยได้รับการอบรมในเรื่องการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัด ไม่กล้าให้ยาบรรเทาอาการปวดในกลุ่มโอปิออยด์เนื่องจากกลัวผลข้างเคียงของยา ในการติดตามประเมินอาการหลังให้การจัดการอาการปวดและการลงบันทึกไม่สม่ำเสมอขึ้นกับการะงานทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแล ไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดได้ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการจัดการอาการปวดที่ไม่เพียงพอต่อการบรรเทาอาการปวด

จากการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการปวด ปัญหาและอุปสรรคของการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยศัลยกรรมตามการรายงานของพยาบาล การรับรู้ของแพทย์ และผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ได้รับการรับรองคุณภาพแห่งหนึ่งของนัชมณฑล วุฒานนท์, วิจิตร ศรีสุพรรณ, ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, และศิริลักษณ์ ศิริปัญญาวัฒน์ ในปีพ.ศ. 2552 พบว่าปัญหาและอุปสรรคในการจัดการอาการปวดตามความคิดเห็นของพยาบาล คือภาระงานมากทำให้การดูแลจัดการความปวดไม่สามารถทำได้ทั่วถึง พยาบาลส่วนหนึ่งยังคงมีความรู้ที่จะแนะนำวิธีการบรรเทาอาการปวดด้วยการไม่ใช้ยาไม่เพียงพอ ไม่กล้าให้ยาเพราะกลัวผู้ป่วยติดยา เครื่องมือประเมินที่ใช้ในหอผู้ป่วยไม่เหมาะสมกับลักษณะผู้ป่วย ขาดทักษะการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวและยังไม่มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลการจัดการอาการปวดอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการสำรวจผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกจำนวน 9 รายในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2555 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555 ที่หอผู้ป่วย

ออร์โธปิดิกส์ชาย 1 และหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ของผู้ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกมีอาการปวดหลังผ่าตัดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงมากเกือบทุกราย โดยมีอาการปวดระดับปานกลาง 3 รายและมีอาการปวดระดับรุนแรงมาก 5 ราย โดยทุกรายได้รับการบรรเทาอาการปวดด้วยการรับยาแก้ปวดและจากการติดตามสังเกตอาการ พบว่าในผู้สูงอายุที่มีระดับอาการปวดรุนแรงหลังผ่าตัด 1 รายไม่สามารถเคลื่อนไหวลงเตียงได้ร่วมกับมีปัญหาทางด้านอายุรกรรมเกิดภาวะปอดติดเชื้อต้องย้ายเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก และมีผู้สูงอายุ 2 รายเกิดผลข้างเคียงจากการได้รับยาบรรเทาอาการปวดในกลุ่มโอปิออยด์ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines) ซึ่งเป็นการรวบรวมหลักฐานทางวิชาการอย่างเป็นระบบในการจัดการอาการปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกเพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีแนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน ลดความหลากหลายของการปฏิบัติ นำไปสู่การจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกที่มีคุณภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ สามารถเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือตัวเองและฟื้นสภาพได้เร็วขึ้น

แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในการตัดสินใจอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการในปัญหาทางคลินิกที่เฉพาะเจาะจง โดยในการพัฒนานั้นได้มีการรวบรวม ประเมินและประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่จำนวนมากและความคิดเห็นในการปฏิบัติที่ดีที่สุดขณะนั้น แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดีและมีคุณภาพจะต้องพัฒนาอย่างเป็นระบบและมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดขณะนั้น การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ขึ้นอยู่กับสถานะทางคลินิกและการตัดสินใจทางคลินิกของทีมสุขภาพเพื่อช่วยการตัดสินใจทางคลินิก ลดความหลากหลายของการปฏิบัติ ส่งเสริมการให้บริการที่มีคุณภาพและมีความน่าเชื่อถือ (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548; ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2551) ดังจะเห็นได้จากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ในการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลสันป่าตอง (กรรณิการ์ จันตระ, 2552) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ในการจัดการความปวดในผู้คลอดปกติ โรงพยาบาลลำพูน (ทัศนีย์ ศรีสุวรรณ, 2555) และการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ในการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนักทั่วไป โรงพยาบาลลำปาง (พนารัตน์ ปะละ, 2555) พบว่าสามารถลดอาการปวดได้ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในระดับมาก นำไปสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี

จากการสืบค้นแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก พบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลแพร่ที่พัฒนาโดย ธนาวรรณ แสนปัญญา มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 59 เรื่อง วิเคราะห์ สังเคราะห์ และทบทวนโดยทีม

สหสาขาวิชาชีพ ได้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูก สะโพก เนื้อหาสาระครอบคลุมตามมาตรฐานการจัดการอาการปวดของคณะกรรมการรับรอง มาตรฐานขององค์กรด้านการดูแลสุขภาพ (JCAHO, 2001) ประกอบด้วยข้อปฏิบัติ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิ์ผู้สูงอายุและจริยธรรม 2) การประเมินอาการปวด 3) การดูแลควบคุมอาการปวด 4) การให้ความรู้เรื่องการจัดการอาการปวด 5) การดูแลอย่างต่อเนื่อง และ 6) การพัฒนาคุณภาพบริการ ซึ่งแนวปฏิบัตินี้มีความเป็นไปได้ โดยผู้พัฒนาได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คนและผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก จำนวน 60 คนในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหุ้ม โรงพยาบาลแพร่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลมีความสามารถในการบรรเทาอาการปวดหลัง ผ่าตัด และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก สามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน มีการนอนหลับที่มีคุณภาพ สามารถฟื้นสภาพจากการผ่าตัด และมีความพึงพอใจต่อการ ดูแลอาการปวดหลังผ่าตัดโดยภาพรวม นอกจากนี้ยังพบว่าระดับความรุนแรงของอาการปวดหลัง ผ่าตัดในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และพยาบาลผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติในทุกด้านระดับมาก (ธนาวรรณ แสณปัญญา, ประทุมทิพย์ ดอกแก้ว และยอดปิติ ตั้งตรงจิต, 2554) ทั้งนี้ก่อนการนำไปใช้ ธนาวรรณ แสณปัญญา ผู้พัฒนาได้นำแนวปฏิบัตินี้ไปประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติด้วยเครื่องมือ ประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (The Appraisal of Guideline for Research & Evaluation) พบว่าในแต่ละขอบเขตคะแนนที่คำนวณได้มากกว่าร้อยละ 60 ที่แสดงว่าแนวปฏิบัติมีคุณภาพมาก สามารถนำไปปฏิบัติได้โดยไม่ต้องมีคำแนะนำหรือไม่ต้องดัดแปลงเพิ่มเติม (AGREE, 2001) ด้วย หลักฐานทั้งหมดแสดงให้เห็นว่าการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้สามารถจัดการอาการปวดใน ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกได้

ด้วยข้อมูลสนับสนุนดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาในบทบาทของพยาบาลด้านผู้สูงอายุเห็น ความสำคัญของการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกในผู้สูงอายุ จึงมีความสนใจในการนำ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกของ ธนาวรรณ แสณปัญญา มาใช้สำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกใน หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 1 หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 และหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อช่วยให้พยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจน ได้มาตรฐานในการจัดการ อาการปวดและตรงกับกลุ่มเป้าหมาย โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจะใช้แนวคิดการนำแนวปฏิบัติทาง คลินิกไปใช้และการประเมินผลของสมาคมพยาบาลออนตาริโอ (Registered Nurse Association of Ontario [RNAO], 2002) ที่มี 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การระบุ

วิเคราะห์และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) การประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อม
หน่วยงาน บุคลากร 4) การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ใช้ 5) การประเมินผลความสำเร็จ และ 6) การ
จัดทำงบประมาณหรือแหล่งประโยชน์ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เนื่องจากแต่ละขั้นตอนมี
ความง่ายและชัดเจน สามารถนำไปสู่การปฏิบัติให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่อง โดยจากการศึกษาที่ได้
จะสามารถนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกให้สามารถจัดการ
อาการปวด ลดภาวะแทรกซ้อน ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวและฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น และช่วยให้การ
ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดใน
ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก ณ หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 1, หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 และ
หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จากการ

1. เปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกที่มีระดับความรุนแรง
ของอาการปวดระดับต่างๆ ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด ในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกกลุ่มที่
ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูก
สะโพกกับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เปรียบเทียบจำนวนครั้งของยาระงับปวดทั้งชนิดฉีดและชนิดรับประทานที่ได้รับในวันที่
1, 2 และ 3 หลังผ่าตัดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทาง
คลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกกับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูก
สะโพกที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกที่ได้รับการดูแลโดยใช้
แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกกับผู้สูงอายุ
หลังผ่าตัดกระดูกสะโพกกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
4. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการ
อาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก

คำถามการศึกษา

1. สัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกที่มีระดับความรุนแรงของอาการปวด
ระดับต่างๆ ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด ในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกกลุ่มที่ได้รับการดูแล

โดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกกับ
ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติเป็นอย่างไร

2. จำนวนครั้งของยาระงับปวดทั้งชนิดฉีดและชนิดรับประทานที่ได้รับในวันที่ 1, 2 และ 3
หลังผ่าตัดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
สำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกกับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูก
สะโพกที่ได้รับการดูแลตามปกติเป็นอย่างไร

3. ความพึงพอใจของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติ
ทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกกับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด
กระดูกสะโพกที่ได้รับการดูแลตามปกติเป็นอย่างไร

4. ความพึงพอใจของพยาบาลจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการ
ปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกเป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (operational study) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการ
ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก หอผู้ป่วย
ออร์โธปิดิกส์ชาย 1, หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 และหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง 1 โรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2557 โดยการศึกษานี้
ได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกที่พัฒนา
โดย ธนาวรรณ แสนปัญญา (2552) มาใช้ โดยยึดกรอบแนวคิดการนำแนวปฏิบัติทางคลินิก การ
นำไปใช้และการประเมินผลของสมาคมพยาบาลอนาโรรีโอ ประเทศแคนาดา (RNAO, 2002)

นิยามศัพท์

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก
หมายถึง ข้อความที่เป็นแนวทางขั้นตอนการปฏิบัติสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลัง
ผ่าตัดกระดูกสะโพกที่ผู้ศึกษาใช้ ตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวด
ในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลแพร์ ของ ธนาวรรณ
แสนปัญญา (2552) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวทางของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศ
ออสเตรเลีย (The National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1998) ร่วมกับแนวทาง
การจัดการอาการปวดของคณะกรรมการรับรองมาตรฐานขององค์การด้านการดูแลสุขภาพ (The Joint
Commission on Accreditation of Health Organization [JCAHO], 2001) มีทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ 1)

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้สูงอายุและจริยธรรม 2) การประเมินอาการปวด 3) การดูแลควบคุมอาการปวด 4) การให้ความรู้เรื่องการจัดการอาการปวด 5) การดูแลอย่างต่อเนื่อง และ 6) การพัฒนาคุณภาพบริการ

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก ประกอบด้วย

1. สัดส่วนของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกที่มีระดับความรุนแรงของอาการปวด โดยใช้มาตรวัดอาการปวดชนิดที่เป็นตัวเลข ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังการผ่าตัดในผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดกระดูกสะโพกที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกกับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. จำนวนครั้งของยาระงับปวดทั้งชนิดฉีดและรับประทานที่ได้รับหลังผ่าตัด วันที่ 1, 2 และ 3 โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนในใบบันทึกการให้ยาของพยาบาล
3. ความพึงพอใจของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกต่อการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก ประเมินจากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการจัดการอาการปวดที่ได้รับหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก
4. ความพึงพอใจของพยาบาลจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก ประเมินจากแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก

ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แพทย์ให้การวินิจฉัยว่ากระดูกสะโพกหักและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 1, หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 และหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่บุคลากรในหอผู้ป่วยใช้ปฏิบัติเป็นประจำในการดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกทุกราย