

พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักแบบไร้รอยต่อ ในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดยโสธร

เกื้อกูล พิทักษ์ราษฎร์ พ.บ.*, ประเสริฐ ประสมรักษ์ ป.ด.**, กนกฉัตร สมชัย สบ.***

*กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลยโสธร ตำบลตาดทอง อำเภอเมือง
จังหวัดยโสธร 35000

**มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ ตำบลโนนหนามแท่ง อำเภอเมือง
จังหวัดอำนาจเจริญ 37000

***คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

The Development of Seamless Service System Model for Elderly with Hip Fracture in Yasothon Health Service Network, Yasothon Province

Kuakool Phitakrat, M.D.*, Prasert Prasomruk, Ph.D**, Kanokchat Somchai, B.P.H.***

*Department of Orthopedics, Yasothon Hospital, Tat Thong, Mueang,
Yasothon, 35000, Thailand

**Mahidol University Amnat Chareon Campus, Non Nam Thaeng, Mueang,
Amnat Chareon, 37000, Thailand

***Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Siriraj, Bangkok Noi, Bangkok,
10700, Thailand

Corresponding Author: Prasert Prasomruk (E-mail: Prasert.pra@mahidol.edu)

Abstract

Background: As hip fractures among the elderly continue to rise, it is essential to develop an effective treatment system to support these patients in recovering their autonomy. **Objective:** To develop and study the effectiveness of a seamless care model for elderly patients with hip fractures in the Yasothon Province healthcare network. **Methods:** This is a research and development study involving 1) 20 healthcare providers who developed the care model, and 2) elderly patients who underwent hip fracture surgery between September and December 2024. Data were collected using a data recording form and a questionnaire with a reliability coefficient of 0.93. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics with paired sample t-test. **Results:** The seamless care model for elderly hip fracture patients consisted of 3 components: **Pre-hospital care**–Prevention and quality referral systems to reduce the risk of hip fractures. **In-hospital care**–Timely surgical intervention through the hip fast track surgery system with clinical examinations and online medication management for treatment planning. **Post-hospital care**–home visits and telemedicine follow-ups for six months after discharge. After receiving care through the system, the majority of patients (63.60%) had a hospital stay of 5-9 days. Post-surgery pain levels decreased continuously, with no complications (88.60%), and there were statistically significant improvements in daily living activities (p-value = .026), overall quality of life (p-value < .001), and physical and mental health (p-value < .001, p-value = .015). **Conclusion:** The seamless care system for elderly hip fracture patients with hip

fractures helps timely surgical treatment, reduces postoperative complications, shortens the length of hospital stay, enables patients to perform daily activities independently, and improves their quality of life.

Keywords: Elderly, Hip Fracture, Seamless

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: ปัญหาผู้สูงอายุอุบัติเหตุกระดูกสะโพกหักเพิ่มขึ้น จึงต้องพัฒนาระบบการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้ **วัตถุประสงค์:** เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก แบบไร้รอยต่อ ในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดยโสธร **วิธีการ:** เป็นการวิจัยและพัฒนา ในกลุ่ม 1) ผู้พัฒนารูปแบบการดูแล 20 คน 2) ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดในช่วงเดือนกันยายน-ธันวาคม 2567 รวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูล และแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานด้วย paired sample t-test **ผล:** รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ประกอบด้วย 1) การดูแลก่อนเข้ารับการรักษา โดยการส่งเสริมป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหัก และปรับระบบการส่งต่อคุณภาพ 2) การดูแลระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล นำเข้าสู่การผ่าตัดตามระยะเวลา ผ่านระบบ hip fast track surgery โดยการตรวจทางคลินิกและส่งรายการยาเดิมทางออนไลน์เพื่อวางแผนรักษา และ 3) การดูแลต่อเนื่องที่บ้านหลังจำหน่าย โดยการติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามผ่าน telemedicine ในระยะ 6 เดือนแรก ภายหลังได้รับการดูแลตามระบบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.60) มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ระหว่าง 5-9 วัน ระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดลดลงอย่างต่อเนื่อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 88.60) และมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (p-value = .026) คุณภาพชีวิตโดยรวม (p-value < .001) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต (p-value < .001, p-value = .015) **สรุป:** ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ส่งผลให้เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดทันเวลา ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ทำให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, กระดูกสะโพกหัก, บริการไร้รอยต่อ

บทนำ

กระดูกสะโพกหักเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก เป็นสาเหตุสำคัญของการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพ การสูญเสียความสามารถในการทำงาน คุณภาพชีวิต และการเสียชีวิตโดยเฉพาะในกลุ่มของผู้สูงอายุ¹ ร้อยละ 40 เมื่อกระดูกสะโพกหักจะมีผลกระทบตามมาหลายอย่างโดยเฉพาะอัตราการตายภายหลังกระดูกสะโพกหักภายใน 1 เดือน 4 เดือน และ 1 ปี พบร้อยละ 10, 20, 30 ตามลำดับ² คาดการณ์ว่าในปี 2025 จำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 1.66 ล้านคน เป็น 2.6 ล้านคน และเพิ่มเป็น 4.5 ล้านคน ในปี 2050³ โดยมีค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจะเพิ่มเป็น 131.5 พันล้านดอลลาร์ ซึ่งกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก⁴

การรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักด้วยการผ่าตัดเป็นปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย⁵ ซึ่งระยะเวลาที่เข้าถึงการผ่าตัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรักษาโดยมีการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมงในการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหัก ช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดการหักซ้ำของกระดูกข้อสะโพก⁶ ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน⁷ และลดอัตราการตายได้⁸ จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ⁹ พบว่า การผ่าตัดกระดูกสะโพกหักภายใน 24-72 ชั่วโมง ภายหลังรับไว้ในโรงพยาบาลสามารถลดภาวะแทรกซ้อนในระยะ 1 ปี ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การผ่าตัดภาวะกระดูกสะโพกหักไม่เกิน 48 ชั่วโมงเป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด¹⁰ การได้รับการผ่าตัดล่าช้า มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ต้องรอผ่าตัดนาน¹¹

จังหวัดยโสธร เป็นจังหวัดหนึ่งที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 พบจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นร้อยละ 17.79, 18.43 และ 18.49 ตามลำดับ และยังพบผู้สูงอายุเข้ารับบริการด้วยภาวะกระดูกสะโพกหัก ในปี พ.ศ. 2563-2566 จำนวน 56, 57, 72 และ 81 คน ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง และวัยปลาย ทั้งนี้ที่ผ่านมาการให้บริการผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักยังเป็นระบบบริการแบบตั้งรับ โดยมีทั้งผู้ป่วยที่รับส่งต่อจากเครือข่ายบริการสุขภาพ และผู้ป่วยที่เดินทางมาเอง ซึ่งส่วนใหญ่มักมีระยะเวลารอคอยเป็นเวลานานหลายวัน จึงได้รับการ

ส่งต่อ เมื่อมารับบริการยังต้องเข้าระบบบริการผู้ป่วยนอก ทำให้ระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดมีระยะเวลามากกว่า 48 ชั่วโมงหรือ 72 ชั่วโมง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีวันนอนเฉลี่ยในปี พ.ศ. 2563-2566 เท่ากับ 14 วัน, 15 วัน, 16 วัน และ 20 วัน ตามลำดับ อัตราการพบภาวะแทรกซ้อนเท่ากับ 2.2, 3.2 และ 4.2 ตามลำดับ โดยภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ แผลกดทับ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และพบรายงานผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วย

จากแนวโน้มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มเกิดอุบัติเหตุกระดูกสะโพกหักเพิ่มขึ้น ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพด้วยการผ่าตัดในระยะเวลาที่เหมาะสม รวมถึงการดูแลต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสุขภาพโดยทีมสหวิชาชีพ จะทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมา ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกายจิตใจ สังคม รวมถึงการเสียชีวิตได้ในที่สุด ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักให้ได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็วตามกรอบเวลา โดยเริ่มตั้งแต่ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักถึงหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนและการดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย และส่งต่อการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอย เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development)

ประชากรศึกษา ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้พัฒนาระบบ คือเจ้าหน้าที่กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์งาน service plan งานดูแลต่อเนื่อง คลินิกหออภิบาลผู้ป่วย ในโรงพยาบาลโยธธรรวม 67 คน 2) กลุ่มผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหักที่ได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาผ่าตัดกระดูกสะโพกตามขั้นตอน ในโรงพยาบาลโยธธรรวม

กลุ่มตัวอย่าง 1) กลุ่มผู้พัฒนาระบบ เป็นบุคลากรในกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ 3 คน งาน service plan 5 คน คลินิกหออภิบาลผู้ป่วย 6 คน และงานดูแลต่อเนื่อง 3 คน ซึ่งเป็นหัวหน้า รองหัวหน้ากลุ่มงาน และตัวแทนผู้ปฏิบัติงานที่มีบทบาทในการออกแบบระบบบริการรวม 17 คน 2) กลุ่มผู้รับบริการ เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโยธธรรวม กำหนดขนาดตัวอย่างตามกรอบเวลาระหว่างเดือน กันยายน 2567 -ธันวาคม 2567 เป็นระยะเวลา 4 เดือน **เกณฑ์คัดเข้า** เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูก

สะโพกหัก ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย หรือหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัด 3) ผู้ป่วยและหรือญาติยินยอมรับการรักษาด้วยการผ่าตัดกระดูกสะโพก **เกณฑ์การคัดออก** ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการให้ข้อมูล และผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการได้รับผ่าตัดในระยะเวลาภายใน 72 ชั่วโมง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับ รูปแบบการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักโดยการผ่าตัดที่ใช้อยู่ และปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน ที่นำไปสู่ระยะเวลา รอคอยนาน สาเหตุของค่าเฉลี่ยวันนอนที่สูง สาเหตุของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

2. เครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินมาตรฐาน ร่วมกับแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าเท่ากับ 0.93 ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก

ส่วนที่ 2 การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) จำนวน 10 ข้อ 20 คะแนน (แปลผลเป็น 3 ระดับคือ กลุ่มติดสังคม (ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป) กลุ่มติดบ้าน (5-11 คะแนน) และ 3) กลุ่มติดเตียง (0-4 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ระดับความเจ็บปวด (pain score) จำนวน 1 ข้อ โดยระดับความเจ็บปวด วัดเป็น rating scale ตั้งแต่ 0-10 แปลผลเป็น 5 กลุ่ม คือ 0 คะแนน ไม่ปวดเลย, 1-3 คะแนน ปวดน้อย, 4-6 คะแนน ปวดปานกลาง, 7-9 คะแนน ปวดมาก และ 10 คะแนน ปวดมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ใช้แบบประเมินวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Quality of Life Brief-Thai, WHO-QOL-BREF-THAI)¹² จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม โดยเป็นคำถามเชิงบวก 23 ข้อ และคำถามเชิงลบ 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณ 5 ระดับ คะแนนรวมตั้งแต่ 26-130 คะแนน แปลผลภาพรวมและรายด้าน ดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
ด้านสุขภาพกาย	7-16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกผลลัพธ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย จำนวนวันนอน ภาวะแทรกซ้อน การเสียชีวิต

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ โครงการวิจัยต่อผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาต ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ รับสมัครผู้ช่วยนักวิจัย อบรมทำความเข้าใจ ในการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม และทดลองใช้ เครื่องมือก่อนไปเก็บข้อมูลจริง ภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโยธธ เลขที่ YST 2024-26 ลงวันที่ 20 สิงหาคม 2567 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วน นำเข้าระบบคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการ สทนากลุ่ม ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ด้วยสถิติ paired sample t-test

ผล

1. ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้สูงอายุกระดูก สะโพกหัก แบบไร้รอยต่อ ในเครือข่ายบริการสุขภาพ

1) การดูแลและระยะก่อนเข้ารับบริการ (pre-hospital care) เป็นการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุกระดูก สะโพกหักในผู้สูงอายุและการคัดกรองความเสี่ยง โดยกำหนด แนวปฏิบัติและชี้แจงแก่ผู้ปฏิบัติผ่านคณะกรรมการ service plan ประกอบด้วย 2 กระบวนการ ได้แก่ 1) ปรับบริการแบบ เชิงรุก โดยการส่งเสริม ป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักใน ผู้สูงอายุ มีการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปและให้การ ส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันกระดูกหัก ด้วยการออกกำลังกาย การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในบ้านที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเฉพาะ บุคคล และคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักด้วย

เครื่องมือ FREX โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต้องมีค่า FREX Scale $\geq 3\%$ ซึ่งจะได้รับการตรวจความหนาแน่นของ กระดูก (BMD) เพื่อเข้าสู่การรักษาภาวะกระดูกพรุน มีการเยี่ยม บ้านกลุ่มเสี่ยงทุก 3 เดือน ส่วนกลุ่มปกติจะได้รับการติดตาม ทุก 6 เดือน และได้รับการกระตุ้นการออกกำลังกาย ประเมิน ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเดือนละ 1 ครั้ง 2) ปรับกระบวนการ ส่งต่อ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. และ อสม. ได้รับการอบรมความรู้ในการประเมินลักษณะผู้ป่วยเมื่อมี กระดูกสะโพกหัก เมื่อเกิดเหตุ ผู้ดูแลหรือ อสม. แจ้งเหตุผ่าน ช่องทางแพทย์ฉุกเฉิน 1669 พร้อมแจ้งอาการที่เข้าข่ายกระดูก สะโพกหัก เพื่อให้หน่วยแพทย์ฉุกเฉินพร้อมรับการเคลื่อนย้าย อย่างเหมาะสม และเข้ารับบริการโดยไม่ต้องผ่านแผนก ผู้ป่วยนอก เข้าสู่กระบวนการประเมินอาการ เตรียมผู้ป่วยและ เข้าสู่กระบวนการผ่าตัดภายในระยะเวลา

2) การดูแลและระยะการรักษาในโรงพยาบาล (in-hospital care) เมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งตัวมายัง โรงพยาบาลจะได้รับการผ่าตัดให้ทันตามกรอบเวลาตาม แนวทางของกระทรวงสาธารณสุข โดยนับจากเกิดเหตุให้อยู่ ภายในระยะเวลา 48-72 ชั่วโมง ผู้ป่วยในเขตเมืองนำส่งห้อง ฉุกเฉินเข้าสู่ระบบ hip fast track surgery ส่วนผู้ป่วยใน ต่างอำเภอนำส่งโรงพยาบาลโยธธ แล้วนำเข้าสู่ระบบ hip fast track surgery โดยไม่ผ่านห้องฉุกเฉินพร้อมผลทางห้อง ปฏิบัติการ ผลส่งตรวจ X-ray คลื่นไฟฟ้าหัวใจ และข้อมูลยาเดิม ของผู้ป่วยส่งทางระบบ online และภายหลังได้รับการผ่าตัด แล้วผู้ป่วยจะได้รับการดูแลโดยทีมแพทย์ พยาบาล และทีม สหวิชาชีพในการฟื้นฟูการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

3) การดูแลและระยะหลังการจำหน่าย (post-hospital care) ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดรักษากระดูก สะโพกหักสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดย ผ่านการดูแลอย่างต่อเนื่องด้วยการ telemedicine หรือแบบ

นัดหมายมาที่โรงพยาบาล โดยศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์จนกว่ากระดูกติด และการติดตามผู้ป่วยหลังการจำหน่าย 14 วัน โดยงานเวชกรรมสังคมและส่งข้อมูลไปยังหน่วยบริการสุขภาพในเครือข่าย เพื่อนัดหมายเยี่ยมบ้าน มีนักกายภาพบำบัดลงพื้นฟูสุขภาพ หากมีข้อบ่งชี้ว่าอาการแย่ลง ทีมดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาล ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. และ อสม. หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ จะเป็นการดูแลพื้นฟูสุขภาพในช่วงระยะ 6 เดือนแรก โดยทีมกายภาพบำบัดและมีการส่งเสริมให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อเป็นการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยยังคงได้รับการรักษาโรคกระดูกพรุนด้วยยาอย่างต่อเนื่องและจะได้รับการเยี่ยมบ้านโดย อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. ทุก ๆ 3 เดือน โดยข้อมูลจะถูกบันทึกในฐานข้อมูลผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการเฝ้าระวังและติดตามการดูแลในระยะยาว ซึ่งจะมีแพทย์เป็นผู้กำกับผลการรักษาผ่านระบบฐานข้อมูล

2. ประสิทธิภาพของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก แบบไร้รอยต่อ ในเครือข่ายบริการสุขภาพ จากการให้บริการผู้ป่วย 44 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ อายุระหว่าง 70-75 ปี ได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 40.90 ภายหลังได้รับการตามระบบการดูแลรักษาที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มจาก 13.05 ± 6.74 ในระยะก่อนการเข้ารับการรักษา เพิ่มเป็น 11.07 ± 3.58 และ 14.82 ± 4.23

ในระยะก่อนจำหน่าย และหลังจำหน่ายตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยความปวดลดลงจาก วันที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับน้อยทั้งสามวันก่อนจำหน่าย ระยะหลังการจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 97.34 ± 5.72 อยู่ในระดับดี ซึ่งเพิ่มขึ้นจากระยะก่อนเข้ารับการรักษาที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 93.52 ± 8.26 ซึ่งอยู่ระดับปานกลาง และระยะก่อนการจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 91.95 ± 7.52 ซึ่งอยู่ที่ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงจากระดับปานกลางในระยะก่อนเข้ารับการรักษา (22.86 ± 2.11) และก่อนการจำหน่าย (22.68 ± 1.96) เพิ่มขึ้นเป็นระดับดีในระยะหลังการจำหน่าย (23.50 ± 1.56) ภายหลังผ่าตัดมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ระหว่าง 5-9 ร้อยละ 63.60 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายหลังได้รับการผ่าตัด ร้อยละ 88.60 ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปอดบวม ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ไตวายเฉียบพลัน ถอนพิษสุรา ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วม และไม่มีการเสียชีวิต ร้อยละ 97.70

เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักแบบไร้รอยต่อในเครือข่ายบริการสุขภาพ ภายหลังได้รับการดูแลตามระบบที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .026$) ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) รวมถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ($p\text{-value} < .001$) และด้านจิตใจ ($p\text{-value} = .015$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดสะโพก รายด้านและภาพรวม ($n = 44$)

ตัวแปร	Mean (SD)		t	p-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	13.05 (6.74)	14.82 (4.23)	2.29	.026*
คุณภาพชีวิตโดยรวม	90.52 (7.44)	97.34 (5.72)	9.52	<.001*
ด้านสุขภาพกาย	23.54 (3.02)	25.25 (2.25)	5.07	<.001*
ด้านจิตใจ	22.86 (2.11)	23.50 (1.56)	2.52	.015*
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	10.97 (1.28)	11.00 (1.21)	0.20	.838
ด้านสิ่งแวดล้อม	29.13 (2.72)	29.36 (2.22)	1.03	.308

* significant < .05

วิจารณ์

1) ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักแบบไร้รอยต่อ ในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดยโสธร

จากผลการพัฒนาระบบการดูแลรักษาฯ ที่พัฒนาขึ้นนั้น ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุและการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในบ้าน การพัฒนาศักยภาพในการประเมินผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ มีการพัฒนาเครือข่ายในการส่งตัวผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อจากจุดเกิดเหตุส่งตรงถึงโรงพยาบาลยโสธรและเข้ารับการรักษาด้วยช่องทาง hip fast track surgery และการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องให้การเยี่ยมบ้านโดยทีมแพทย์และสหวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี มีหาญพงษ์ และคณะ¹³ ที่ชี้ให้เห็นว่า ระบบดูแลรักษาผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกที่มีประสิทธิภาพ ต้องเป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมวางแผนในการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี มีหาญพงษ์ และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ทำผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียมโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แนวปฏิบัติในการดูแล ประกอบด้วย 1) ระยะก่อนการผ่าตัด มีการประเมินและเตรียมความพร้อมด้านจิตใจอารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ร่างกาย ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการผ่าตัดแบบเร่งด่วน และประเมินให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนผ่าตัด 2) ระยะหลังการผ่าตัด มีการให้ออกซิเจน การจัดการความปวด ประเมินและเฝ้าระวังการเสียเลือดหลังผ่าตัด ดูแลการให้ยา antibiotic prophylaxis ทุกรายก่อนการลงมีดผ่าตัด 30-60 นาที ประเมินและป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน 3) ระยะฟื้นฟูสภาพ มีการร่วมวางแผนกับทีมสหวิชาชีพในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายกลับบ้าน การป้องกันข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ 4) การดูแลอย่างต่อเนื่อง นัดหมายหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ 6 เดือน และควรติดตามอย่างต่อเนื่องถึง 12 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของอุทัย นิปัจการสมุทร และกัญญารัตน์ กันยะกาญจน์¹⁵ ที่ศึกษาการประเมินการดำเนินงานการพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพ

อย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานี มีการจัดระบบสุขภาพชุมชนโดยให้ชุมชนเป็นฐานจัดการตนเอง ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ช่วงไม่มีผู้ป่วย ให้การส่งเสริมป้องกันและควบคุมความเสี่ยงและโรค 2) ช่วงมีผู้ป่วยแสดงอาการ เป็นการจัดการและร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุ ในการดูแลเบื้องต้นและขอความช่วยเหลือเพื่อนำส่งผู้ป่วยการจัดการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน 3) เมื่อผู้สูงอายุกลับมาพักฟื้นที่บ้าน ได้แก่ การดูแลหลังกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน เฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพ มีการจัดการข้อมูลร่วมกับ รพ.สต. และการจัดการรายการหนี้ และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

2) ผลการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักแบบไร้รอยต่อ ในเครือข่ายบริการสุขภาพ

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักระยะก่อนเข้ารับการรักษา มีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานเท่ากับ 13.05 ± 6.74 ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านมีการเพิ่มขึ้นของค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.82 ± 4.23 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = .026$ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาไม่เกิน 48 ชั่วโมง ที่มีส่วนช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายในผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของชินวัณน์ บำยเที่ยง¹⁶ พบว่า กลุ่มการดูแลผ่าตัดไม่เกิน 48 ชั่วโมงแรก มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดีกว่ากลุ่มการดูแลผ่าตัดแบบนานกว่า 48 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Sameer K. Khan และคณะ¹⁷ พบว่าการได้รับผ่าตัดเร็วภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากการหักสะโพกช่วยลดระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และอาจช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตได้ ทั้งนี้ เนื่องจากระบบการดูแลฯ พัฒนาขึ้นในช่วงระยะของการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในช่วงระยะหลังการจำหน่ายมีการให้ดูแลอย่างต่อเนื่องโดยแพทย์มีการติดตามผลการรักษาจนกระดูกติด ตลอดจนทีมกายภาพบำบัดพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. ให้การดูแลตลอดระยะเวลา 6 เดือน หลังการจำหน่ายกลับบ้าน และการให้สุขศึกษาแก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้านในการป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย และได้รับ

การเยี่ยมบ้านทุก ๆ 3 เดือนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงช่วยเสริมแรงให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและฝึกการทำกิจวัตรประจำวันร่วมกับการช่วยเหลือของผู้ดูแลจนสามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ฉนวนวัฒน์ และคณะ¹⁸ ที่การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน มีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดดีขึ้น มีการประเมินภาวะสุขภาพ ความต้องการของผู้ป่วยให้การดูแล และให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่วันรับเข้าใหม่ จนกระทั่งจำหน่าย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ สรุปได้ว่าการดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกเพิ่มขึ้น

ระดับความเจ็บปวด ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าภายหลังได้รับการรักษากระดูกสะโพกหักด้วยการผ่าตัดได้มีการประเมินเจ็บปวดของผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 3 วัน ค่าเฉลี่ยความปวดลดลงตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของธนาวรรณ แสนปัญญา และคณะ¹⁹ พบว่า คะแนนความปวดหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองหลังผ่าตัดวันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรก) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 (SD = 0.90) หลังผ่าตัดวันที่ 2 (48 ชั่วโมงแรก) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 (SD = 0.50) และหลังผ่าตัดวันที่ 3 (72 ชั่วโมงแรก) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.60 (SD = 0.60) การที่ผู้ป่วยมีระดับของความเจ็บปวดในระดับน้อยอาจเป็นผลเนื่องมาจากในช่วงการดูแลและระยะรับรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการระงับปวดแบบ multimodal analgesia ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังการผ่าตัด ซึ่งจะได้รับการประเมินโดยทีมวิสัญญีแพทย์ในการเลือกใช้วิธีการระงับความรู้สึกที่เหมาะสม พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยเมื่อมีการปวดเกิดขึ้น ซึ่งการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม มีส่วนในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่นเมื่อมารักษาต่อที่บ้าน²⁰

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าคุณภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดรักษากระดูกสะโพกหักโดยรวม ภายหลังการจำหน่ายอยู่ที่ระดับดี (97.34 ± 5.72) เพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้ารับการรักษาอยู่ที่ระดับปานกลาง (93.52 ± 0.26) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่หลังการจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยคุณภาพเพิ่ม

ขึ้นกว่าก่อนเข้ารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย และด้านจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ มีประเสริฐ²¹ พบว่า ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักมีคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังผ่าตัดดีขึ้นอย่างชัดเจนที่ค่า $p\text{-value} < .001$ จากการศึกษาของ Bassem I Haddad และคณะ²² พบว่า ภายหลังการผ่าตัดกระดูกสะโพกในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการดูแลตนเอง และการทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ กล่าวคือ การที่ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านร่างกาย และด้านจิตใจที่ดีขึ้นนั้น อาจเนื่องจากระบบที่ได้พัฒนาขึ้นตลอดช่วงระยะเวลาภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาไปจนถึงช่วงหลังการจำหน่ายผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. และ อสม.

ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการรักษานในโรงพยาบาล จากการศึกษา พบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการผ่าตัดอยู่ที่ภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 40.90 ซึ่งไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ร้อยละ 88.60 จากระบบที่ได้มีการออกแบบให้มีการส่งต่อแบบไร้รอยต่อทำให้สามารถเข้ารับการผ่าตัดได้ทันกรอบเวลาในระยะ 48-72 ชั่วโมง เพื่อให้เป็นการลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลระหว่าง 5-9 วัน ร้อยละ 63.60 สอดคล้องกับการศึกษาของ ชินวัฒน์ บ่ายเที่ยง¹⁶ พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลผ่าตัดไม่เกิน 48 ชั่วโมง มีจำนวนของผู้ป่วยเสียชีวิตและจำนวนเวลานอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลผ่าตัดแบบนานกว่า 48 ชั่วโมง การศึกษาของ Nicole Simunovic และคณะ²³ พบว่า การผ่าตัดที่เร็วกว่าในเวลาที่กำหนด (24, 48 หรือ 72 ชั่วโมง) มีความสัมพันธ์กับการลดอัตราการตาย และช่วยลดอัตราการเกิดปอดบวมในโรงพยาบาล และแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Thomas Klestil และคณะ²⁴ พบว่า การผ่าตัดกระดูกสะโพกในช่วง 48 ชั่วโมงแรกมีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงการเสียชีวิตที่ต่ำลงและเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดที่น้อยลง อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ พบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 5 คน โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเป็นผลจากโรคร่วม ได้แก่ ปอดบวม ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ไตวายเฉียบพลัน ถอนพิษสุรา และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปราณี มีหาญพงษ์ และคณะ²⁵ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่ทำการผ่าตัดกระดูกสะโพกในโรงพยาบาลสิงห์บุรี พบว่า ผู้ป่วยที่มี

โรคร่วมมากกว่า 4 โรค มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็น 8.47 เท่า (OR 8.47, 95%CI: 1.57, 45.60) ของผู้สูงอายุ ที่มีโรคร่วมน้อยกว่า 4 โรค

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก แบบไร้รอยต่อไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในระดับเขตสุขภาพที่ 10 โดยการเชื่อมโยงโรงพยาบาลแม่ข่ายกับเครือข่ายปฐมภูมิผ่านการพัฒนาศักยภาพที่มีความเป็นเอกภาพของระบบสุขภาพ

2. ควรมีการศึกษาพัฒนาระบบการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกสะโพกหักและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมในรูปแบบแอปพลิเคชันออนไลน์

สรุป

การดูแลรักษาผู้ป่วยผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักแบบไร้รอยต่อในเครือข่ายบริการสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดได้ทันเวลา ลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล สามารถกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโสธร กลุ่มตัวอย่าง ที่ทำให้การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดยโสธร ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญที่ได้ให้คำแนะนำจนบรรลุตามวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Roberts KC, Brox WT, Jevsevar DS, Sevarino K. Management of hip fractures in the elderly. J Am Acad Orthop Surg 2015;23(2):131-7.
2. Parker M, Johansen A. Hip fracture. BMJ 2006;333(7557):27-30.
3. Gullberg B, Johnell O, Kanis JA. World-wide projections for hip fracture. Osteoporos Int 1997;7(5):407-13.
4. Harty JA, McKenna P, Moloney D, D'Souza L, Masterson E. Anti-platelet agents and surgical delay in elderly patients with hip fractures. J Orthop Surg (Hong Kong) 2007;15(3):270-2.
5. Abeygunasekara T, Lekamwasam S, Lenora J, Alwis G. Quality of life and functional independence of hip fracture patients: data from a single center follow-up study in Sri Lanka. Ann Geriatr Med Res 2021;25(2):98-104.
6. Yusuwan K. A comparison of the success rate of surgery in the first 48 hours and other complications between the traditional care and the fast-track surgery in patients with hip fracture, Chaophraya Yommarat Hospital. Singburi Hosp J 2021;30(2):39-52.
7. Klestil T, Röder C, Stotter C, Winkler B, Nehrer S, Lutz M, et al. Impact of timing of surgery in elderly hip fracture patients: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep 2018;8(1):13933.
8. Yaron N, Kuniavsky M, Alexander K, Olga B, Nethanel G, Shuli H, et al. Performing hip fracture repair within 48 hours from admission may decrease mortality, the Israeli National Program for quality indicators experience. J Geriatr Med Gerontol 2021;7(2):1-4.
9. Simunovic N, Devereaux PJ, Sprague S, Guyatt GH, Schemitsch E, DeBeer J, et al. Effect of early surgery after hip fracture on mortality and complications: systematic review and meta-analysis. CMAJ 2010;182(15):1609-16.
10. Seong YJ, Shin WC, Moon NH, Suh KT. Timing of hip-fracture surgery in elderly patients: literature review and recommendations. Hip Pelvis 2020;32(1):11-6.

เอกสารอ้างอิง (References)

11. Poh KS, Lingaraj K. Complications and their risk factors following hip fracture surgery. J Orthop Surg (Hong Kong) 2013;21(2):154-7.
12. Mahatnirunkul S, Tuntipivatanakul W, Pumpisanchai W, Wongsuwan K, Ponmanajirangkul R. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). Chiangmai: Suanprung Hospital Chiangmai; 1998.
13. Meehanpong P, Boonsin S, Baiteang C. Development of an early surgery nursing service system for the older patients with hip fracture in Sing Buri Hospital. NJPH 2023;33(1):147-60.
14. Meehanpong P, Boonsin S, Baiteang C. Development of clinical nursing practice guideline for elderly patients with undergoing total hip arthroplasty by evidence-Based practice in Sing Buri Hospital. JND 2023;50(2):1-15.
15. Nipudjakarnsoonthorn U, Kanyakan K. Evaluation of the implementation of further development to expand the community health system model to a seamless health service system for the elderly, Ubon Ratchathani Province. J pub health innov phcsuphan 2024;4(3):1-15.
16. Baitiang C. A comparison of Activities of Daily Living (ADL) in patients with fragility hip fractures undergoing surgery within 48 hours versus after 48 hours. Singburi Hosp J 2023;32(1):B113-24.
17. Khan SK, Kalra S, Khanna A, Thiruvengada MM, Parker MJ. Timing of surgery for hip fractures: a systematic review of 52 published studies involving 291,413 patients. Injury 2009;40(7):692-7.
18. Chalanuwat C, Samrit K, Thongtanunam Y, Samartkit N. Development of a clinical nursing practice guideline for hip fracture patients undergoing internal fixation surgery at Buddhasothorn Hospital, Chachoengsao. JFONUBUU 2021;29(4):34-46.
19. Sanpunya T, Intayos H, Jarkthong S. Effects of an empowerment program on caregivers of older adults undergoing hip fracture surgery, Phare Hospital. J Nurs Public Health Res 2023;3(1):33-48.
20. Voshaar RC, Banerjee S, Horan M, Baldwin R, Pendleton N, Proctor R, et al. Fear of falling more important than pain and depression for functional recovery after surgery for hip fracture in older people. Psychol Med 2006;36(11):1635-45.
21. Meeprasert T. Quality of life at preoperative and postoperative period of hip surgery in older patients with hip fracture. [Thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2007.
22. Haddad BI, Abu Ali M, Alashkar O, Jamos D, Alnaser I, Qambar O, et al. Quality of life after hip fracture surgery in the elderly: a cross-sectional study. Cureus 2024;16(1):e52631.
23. Simunovic N, Devereaux PJ, Sprague S, Guyatt GH, Schemitsch E, DeBeer J, et al. Effect of early surgery after hip fracture on mortality and complications: systematic review and meta-analysis. CMAJ 2010;182(15):1609-16.
24. Klestil T, Röder C, Stotter C, Winkler B, Nehrer S, Lutz M, et al. Impact of timing of surgery in elderly hip fracture patients: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep 2018;8(1):13933.
25. Meehanpong P, Boonsin S, Roojanavech S, Chatdokmaiprai K. Factors affecting complication in the older patients after hip surgery in Singburi Hospital. MKHJ 2022;19(2):77-87.