



โรงพยาบาลบ้านคา
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล
เอกสารเลขที่ WI-NUR-NIP-๐๐๗

หน้า.....๑.....
ฉบับที่.....๒..... แก้ไขครั้งที่.....๑.....
วันที่เริ่มใช้ วันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๖.....

เรื่อง การประเมินความเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ผู้ทบทวน :
(นางสาวจรรยาพร แซ่เต๋มา)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้จัดทำ :
(นางสาวชญดา ลอยแก้ว)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ผู้อนุมัติ
(นายธนัฐกรณ์ โกคินกรณพงศ์)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ที่มาของเอกสาร ความเสี่ยงสูง (High Risk) ค่าใช้จ่ายสูง(High Cost) พบบ่อย (High Frequency)
 หลากหลายวิธี(High Variation) กำหนดเป็นโรคฉุกเฉิน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.....

วัตถุประสงค์

- ๑.๑ ผู้ป่วยในทุกรายได้รับการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม
- ๑.๒ ผู้ป่วยในรายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มได้รับการป้องกันการพลัดตกหกล้มทุกราย

เป้าหมาย

ป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยทุกราย

คำจำกัดความ

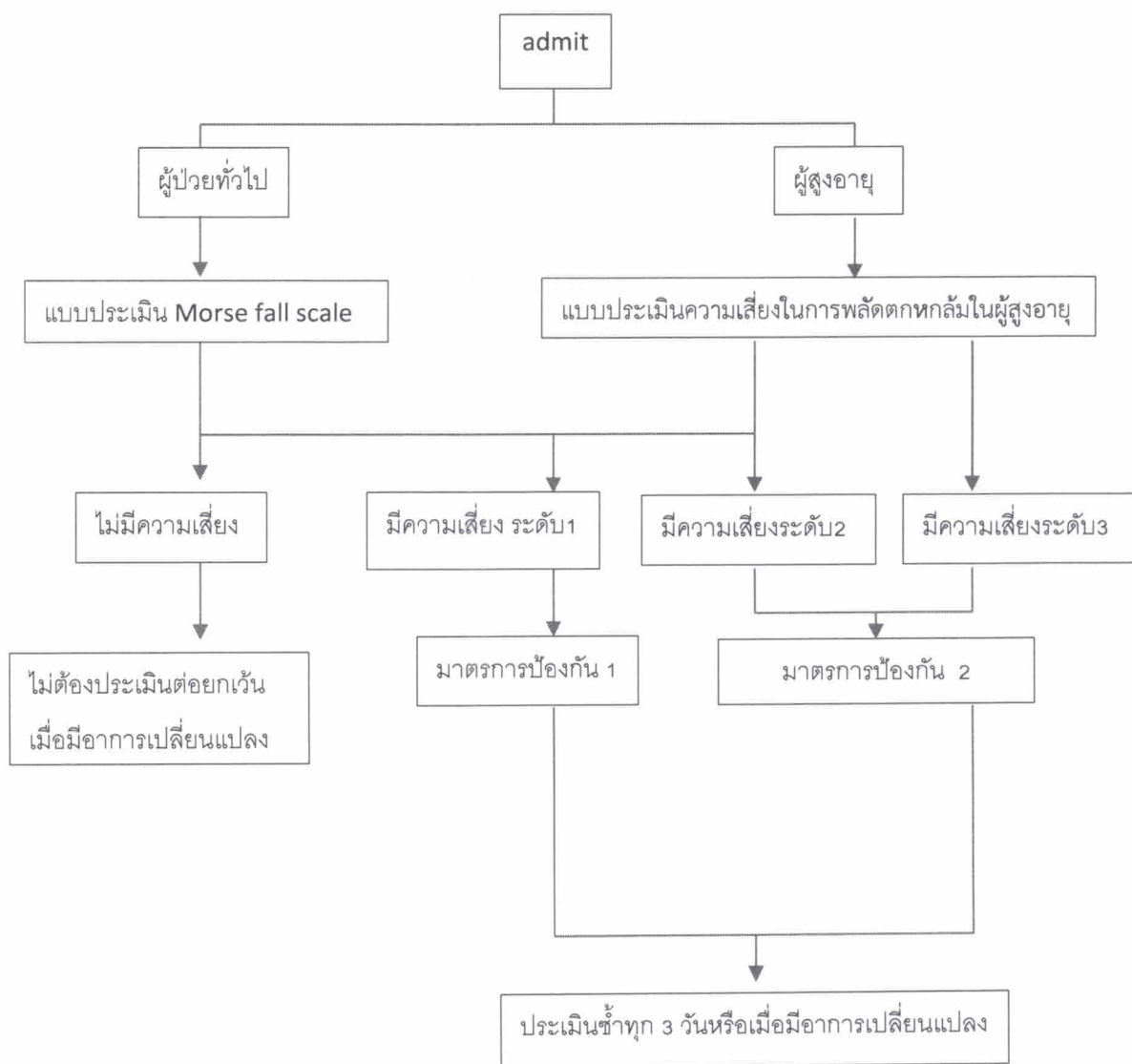
- ๓.๑ ความเสี่ยง หมายถึงการเผชิญกับโอกาสที่จะเกิดการบาดเจ็บ ป่วย พิการ และได้รับอันตรายหรือการสูญเสียซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์
- ๓.๒ การพลัดตกหกล้ม หมายถึง การเปลี่ยนตำแหน่งของร่างกายจากการลื่น ถลาง หรือตกไปสู่อพื้นหรือ พื้นผิวที่ต่ำกว่าร่างกาย ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจและไม่สามารถควบคุมได้ อาจส่งผล ให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บ หรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ตาม
- ๓.๓ การป้องกันการพลัดตกหกล้ม หมายถึง วิธีการต่างๆ ที่ได้ดำเนินการที่จะช่วยให้ผู้รับบริการ ปลอดภัยจากความเจ็บป่วย พิการ และสูญเสียเนื่องจากการพลัดตกหกล้ม

วิธีปฏิบัติ

- ๑ เมื่อมีการรับใหม่หรือรับย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วย พยาบาลใช้แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มทุกรายดังนี้
 - ๑.๑ ผู้ป่วยทั่วไป ใช้แบบประเมิน Morse fall scale ตามความเหมาะสมกับลักษณะผู้ป่วย
 - ๑.๒ ผู้ป่วยที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ใช้แบบประเมินความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
- ๒ พยาบาลบันทึกค่าคะแนนความเสี่ยงที่ประเมินได้ในแบบประเมินผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับ
- ๓ พยาบาลสื่อสารภายในทีม จัดให้มีการเฝ้าระวังและป้องกันการพลัดตกหกล้มตามระดับความเสี่ยงในผู้ป่วยแต่ละราย
- ๔ พยาบาลประเมินระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มซ้ำในรายที่มีความเสี่ยงทุก ๓ วัน หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงด้านอาการและบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาล (nurse note) จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย



ผู้ป่วยทั่วไปและผู้สูงอายุ





โรงพยาบาลบ้านคา
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล
เอกสารเลขที่ WI-NUR-NIP-๐๐๗

หน้า.....๓.....
ฉบับที่.....๒..... แก้ไขครั้งที่.....๑.....
วันที่เริ่มใช้ วันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๖.....

แนวปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ตามแบบประเมิน Morse fall scale และแบบประเมินความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

มาตรการป้องกัน ๑ แนวทางปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การสื่อสาร

๑. ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ที่เตียงหรือประตูห้อง เพื่อระบุว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยง
๒. สื่อสารกับทีมในการร่วมดูแล และเฝ้าระวังป้องกัน
๓. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล ในเรื่อง ความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยรายนั้นๆ

การให้ความรู้

๑. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยรายนั้น ๆ วิธีการที่ทำให้ปลอดภัย การระวังป้องกันร่วมกัน
๒. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น รถนั่ง และการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่
๓. สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการเปลี่ยนท่าทางช้า ๆ การสังเกตอาการเวียนขณะเปลี่ยนท่า

การช่วยเหลือในการขับถ่าย

๑. ประเมินความต้องการการช่วยเหลือในการขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ
๒. จัดให้ผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ อยู่ใกล้ห้องน้ำ
๕. แนะนำให้ผู้ป่วยที่มีอาการเวียนศีรษะปัสสาวะโดยใช้หมอนนอนหรือกระบอกปัสสาวะ

การจัดสิ่งแวดล้อม

๑. ลดปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ ความเป็นระเบียบ
๒. จัดให้มีแสงสว่างเพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณเตียงและห้องน้ำ
๓. ดูแลพื้นให้สะอาด และแห้งตลอดเวลา
๔. มีราวจับบริเวณห้องน้ำ
๕. ปรับเตียงนอนผู้ป่วยให้อยู่ในระดับต่ำสุด ยกравกันเตียงขึ้นทั้ง ๒ ด้าน ล็อคล้อเตียงไว้เสมอ
๖. จัดโต๊ะข้างเตียงและอุปกรณ์ที่จำเป็นให้อยู่ใกล้ผู้ป่วย

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

๑. แนะนำให้ผู้ป่วยลุกช้า ๆ และเดินอย่างระมัดระวัง สวมรองเท้าที่ไม่ลื่น
๒. ให้การช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายในรายที่ทรงตัวไม่มั่นคง ได้แก่ ช่วยเคลื่อนย้ายลงรถเข็น ช่วยพยุงเดิน
๓. จัดอุปกรณ์ที่เหมาะสมในการช่วยเดิน และมีผู้ช่วยเฝ้าระวัง โดยตรวจสอบความพร้อมของ อุปกรณ์ก่อนใช้ในการเคลื่อนย้าย

มาตรการป้องกัน ๒ แนวทางปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม ปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ๑ และปฏิบัติเพิ่มเติมในกรณีผู้ป่วยมีภาวะสับสนหรือมีความเสี่ยงสูงดังนี้

๑. แจ้ง วัน เวลา สถานที่ บุคคล ให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งที่เข้าไปให้การพยาบาล
๒. ย้ายผู้ป่วยไปไว้ใกล้ Nurse station หรือบริเวณที่พยาบาลสามารถดูแลได้อย่างใกล้ชิด
๓. แนะนำให้ญาติดูแลอย่างใกล้ชิด และพิจารณาตามความจำเป็นในการผูกยึดโดยปฏิบัติตามมาตรฐานของการผูกยึด หากญาติไม่อยู่กับผู้ป่วยให้แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบทุกครั้ง



ชื่อ-สกุล.....
อายุ.....
HN.....

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 60ปีขึ้นไป

ปัจจัยเสี่ยง	ค่าคะแนน	วันที่ประเมิน					
1. อายุ 65- -79 ปี	0.5						
2. อายุ 80 ปี	1						
3. มีภาวะสับสน (ไม่อยู่บนเตียงตามคำแนะนำ)	2						
4. พยายามจะลงจากเตียง / ไม่สงบ	5						
5. มีประวัติการหกล้ม	1						
6. มีการเคลื่อนไหว การทรงตัว การเดินผิดปกติ	1						
7. มีอาการอ่อนเพลีย	1						
8. การขับถ่ายปัสสาวะเปลี่ยนแปลง เช่น ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่ได้ มีการให้ Lasix	1						
9. ได้รับยากล่อมประสาท ยานอนหลับ ยาสงบ ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	1						
10. ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้	-5						
รวมคะแนน							

ระดับความเสี่ยง

คะแนน < 0.5 หมายถึง ไม่มีความเสี่ยง (ไม่ต้องประเมินซ้ำหรือประเมินซ้ำเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง)

คะแนน 0.5 -2 หมายถึง มีความเสี่ยงระดับ 1 (มาตรการ1 + ประเมินซ้ำทุก 3 วัน)

คะแนน 2.5 - 4 หมายถึง มีความเสี่ยงระดับ 2 (มาตรการ2 + ประเมินซ้ำทุก 3 วัน)

คะแนน \geq 4.5 หมายถึง มีความเสี่ยงระดับ 3 (มาตรการ2 + ประเมินซ้ำทุก 3 วัน)



ชื่อ-สกุล.....
 อายุ.....
 HN.....

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มผู้ป่วยทั่วไป
 Morse (Fall risk assessment tool: Morse)

รายการ	เกณฑ์การให้คะแนน	วันที่ประเมิน					
1. ประวัติการพลัดตกหกล้ม: มีการพลัดตกหกล้มระหว่างอยู่รักษาหรือพลัดตกหกล้มภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา	ไม่ใช่ 0 คะแนน ใช่ 25 คะแนน						
2. มีการวินิจฉัยโรคมากกว่า 1 รายการ (Secondary diagnosis)	ไม่ใช่ 0 คะแนน ใช่ 15 คะแนน						
3. การช่วยในการเคลื่อนย้าย (Ambulatory aid) - เดินได้เองโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย / ใช้รถเข็นนั่ง / นอนพักบนเตียงโดยไม่ให้ลุกจากเตียง (Bed rest) / บุคลากรช่วย (Nurse assist) - ไม้ค้ำยัน / ไม้เท้า / walker frame - เดินโดยการยึดเกาะไปตามเตียง โต๊ะ เก้าอี้ (Furniture)	0 คะแนน 15 คะแนน 30 คะแนน						
4. ให้สารละลายทางหลอดเลือด (IV) / on Heparin lock ไว้	ไม่ใช่ 0 คะแนน ใช่ 20 คะแนน						
5. การเดิน (Gate) / การเคลื่อนย้าย (Transferring) - ปกติ / นอนพักบนเตียงโดยไม่ให้ลุกจากเตียง (Bed rest) - อ่อนแรงเล็กน้อยหรืออ่อนเพลีย (Weak) / เดินก้มตัวแต่ศีรษะตั้งตรงได้ ขณะกำลังเดินโดยไม่เสียทรงตัว / เดินก้าวสั้นและลากเท้า - มีความพร่อง (Impaired) เช่น ลุกจากเก้าอี้ ด้วยความลำบาก พยายามจะลุกจากเก้าอี้ ด้วยการใช้มือและแขนยันตัว หรือลุกด้วยความพยายามอยู่หลายครั้ง เดินก้มศีรษะและตามองที่พื้นเดิน โดยต้องมีคนช่วยพยุงหรือ ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ไม่สามารถเดินได้โดยปราศจากการช่วยเหลือ	0 คะแนน 10 คะแนน 20 คะแนน						
6. สภาพจิตใจ - รับรู้บุคคล กาลเวลา และสถานที่ได้ด้วยตนเอง - ตอบสนองไม่ตรงกับความเป็นจริง สับสน	0 คะแนน 15 คะแนน						
รวมคะแนน							

ระดับความเสี่ยง

คะแนน 0 – 24 หมายถึง ไม่มีความเสี่ยง (ไม่ต้องประเมินซ้ำหรือประเมินซ้ำเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง)

คะแนน 25 – 50 หมายถึง มีความเสี่ยง (มาตรการ 1 + ประเมินซ้ำทุก 3 วัน)

คะแนน ≥ 51 หมายถึง มีความเสี่ยงสูง (มาตรการ 2 + ประเมินซ้ำทุก 3 วัน)