สารบัญ

เรื่อง	หน้า
1. วัตถุประสงค์	2
2. ขอบข่าย	2
3. คำจัดกัดความ	2
4. อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้	2
5. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	3
6. ข้อควรระวัง	7
7. เอกสารอ้างอิง	7
8. เอกสารแนบท้าย	7

ประวัติการแก้ไขเอกสาร			
ฉบับที่	**แก้ไขครั้งที่**	**วันที่บังคับใช้**	**รายละเอียดการแก้ไข**
A	00		

1. วัตถุประสงค์ (Purpose)

1.1 ผู้ป่วยในทุกรายได้รับการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม

1.2 ผู้ป่วยในที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มได้รับการป้องกันพลัดตกหกล้มทุกราย

1.3 กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มอย่างเป็นระบบ

2. ขอบข่าย (Scope)

ระเบียบปฏิบัตินี้ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ

3. คำจำกัดความ (Definition)

3.1 ความเสี่ยง หมายถึง การเผชิญกับโอกาสที่จะเกิดการบาดเจ็บ ป่วย พิการ และได้รับอันตรายหรือการสูญเสียซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์

3.2 การพลัดตกหกล้ม หมายถึง การเปลี่ยนตำแหน่งของร่างกายจากการลื่น ถลำ หรือตกไปสู่พื้นหรือพื้นผิวที่ต่ำกว่าร่างกาย ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจและไม่สามารถควบคุมได้ อาจส่งผลให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บ หรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ตาม

3.3 การป้องกันพลัดตกหกล้ม หมายถึง วิธีการต่างๆ ที่ได้การดำเนินการที่จะช่วยให้ผู้ใช้บริการปลอดภัยจากความเจ็บป่วย พิการ และสูญเสีย เนื่องจากการพลัดตกหกล้ม

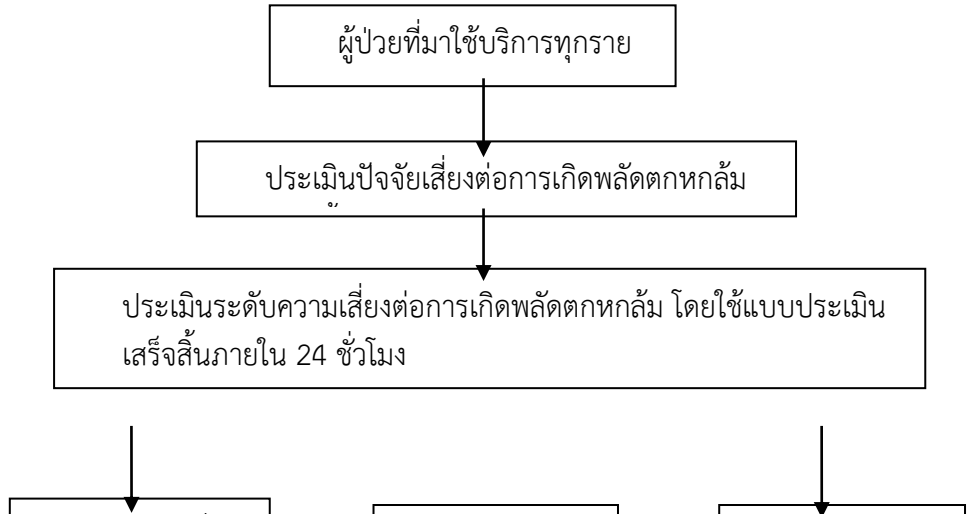
4. เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ (Equipment)

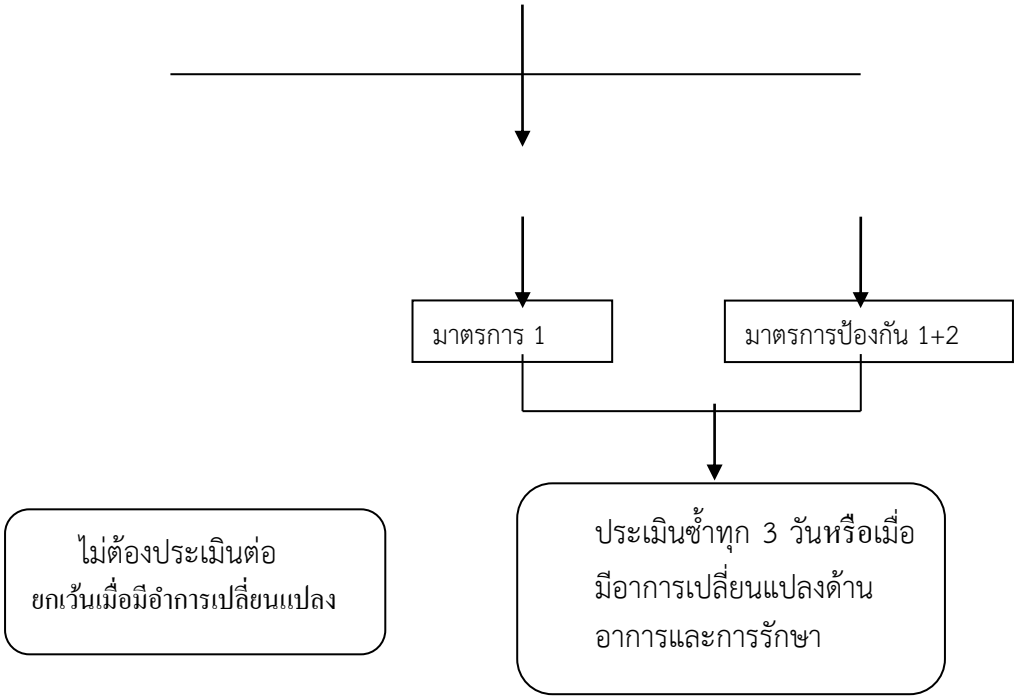
1. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ Morse fall scale, fall risk assessment Morse Fall Scale และแบบประเมินความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

2. แนวปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

5. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Procedure)

แผนผังการปฏิบัติงาน การบริหารจัดการการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม กรณีใช้แบบประเมิน fall risk assessment , Morse fall scale:





แนวปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ตามแบบประเมิน fall risk assessment, Morse fall scale

มาตรการป้องกัน 1 แนวทางปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

การสื่อสาร

1. ติดเครื่องหมายที่เตียงหรือประตูห้อง และในรายงานผู้ป่วย เพื่อระบุว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยง

2. ประเมินความต้องการเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูง สื่อสารกับทีมในการร่วมดูแลและเฝ้าระวังป้องกัน

3. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล ในเรื่อง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยรายนั้นๆ วิธีการระวังป้องกันร่วมกัน สิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วย การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่

การให้ความรู้

1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยรายนั้น ๆ วิธีการที่ทำให้ปลอดภัย การระวังป้องกันร่วมกัน

2. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับบริเวณเตียงนอน สิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก และการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่

3. สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการเปลี่ยนท่าทางช้ำ ๆ การสังเกตอำการวิงเวียนขณะเปลี่ยนท่า

การช่วยเหลือในการขับถ่าย

1. ประเมินความต้องการการช่วยเหลือในการขับถ่ายปัสสาวะและ/หรืออุจจาระ
2. จัดให้ผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่อยู่ใกล้ห้องน้ำ
3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยขับถ่ายให้เป็นเวลา
4. ติดตาม สอบถามผู้ป่วยที่ได้รับยาระบายและยาขับปัสสาวะอย่างสม่ำเสมอ
5. แนะนำให้ผู้ป่วยที่มีอาการเวียนศีรษะปัสสาวะในท่านั่ง หรือใช้หม้อนอนหรือกระบอกปัสสาวะรองขับถ่ายที่เตียง

การใช้ยา

ทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วยบ่อย ๆ และประเมินอาการของผู้ป่วยโดยเฉพาะกรณีที่ใช้ยาหลายอย่างร่วมกัน เช่น ยาแก้ปวด ยานอนหลับ ยากันชัก ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันโลหิต เป็นต้น

การจัดสิ่งแวดล้อม

ด้านสิ่งแวดล้อม

1. ลดปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์ ได้แก่ ความรกรุงรัง
2. จัดให้มีแสงสว่างเพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณเตียงและห้องน้ำ
3. ดูแลพื้นให้สะอาด และแห้งตลอดเวลา
4. มีราวจับบริเวณห้องน้ำและทางเดินไปห้องน้ำ
5. ปรับเตียงที่ผู้ป่วยนอนให้อยู่ในระดับต่ำสุด ยกราวกั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ด้าน ล็อคล้อเตียงไว้เสมอ
6. จัดโต๊ะข้างเตียงและอุปกรณ์ที่จำเป็นให้อยู่ใกล้ผู้ป่วย

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

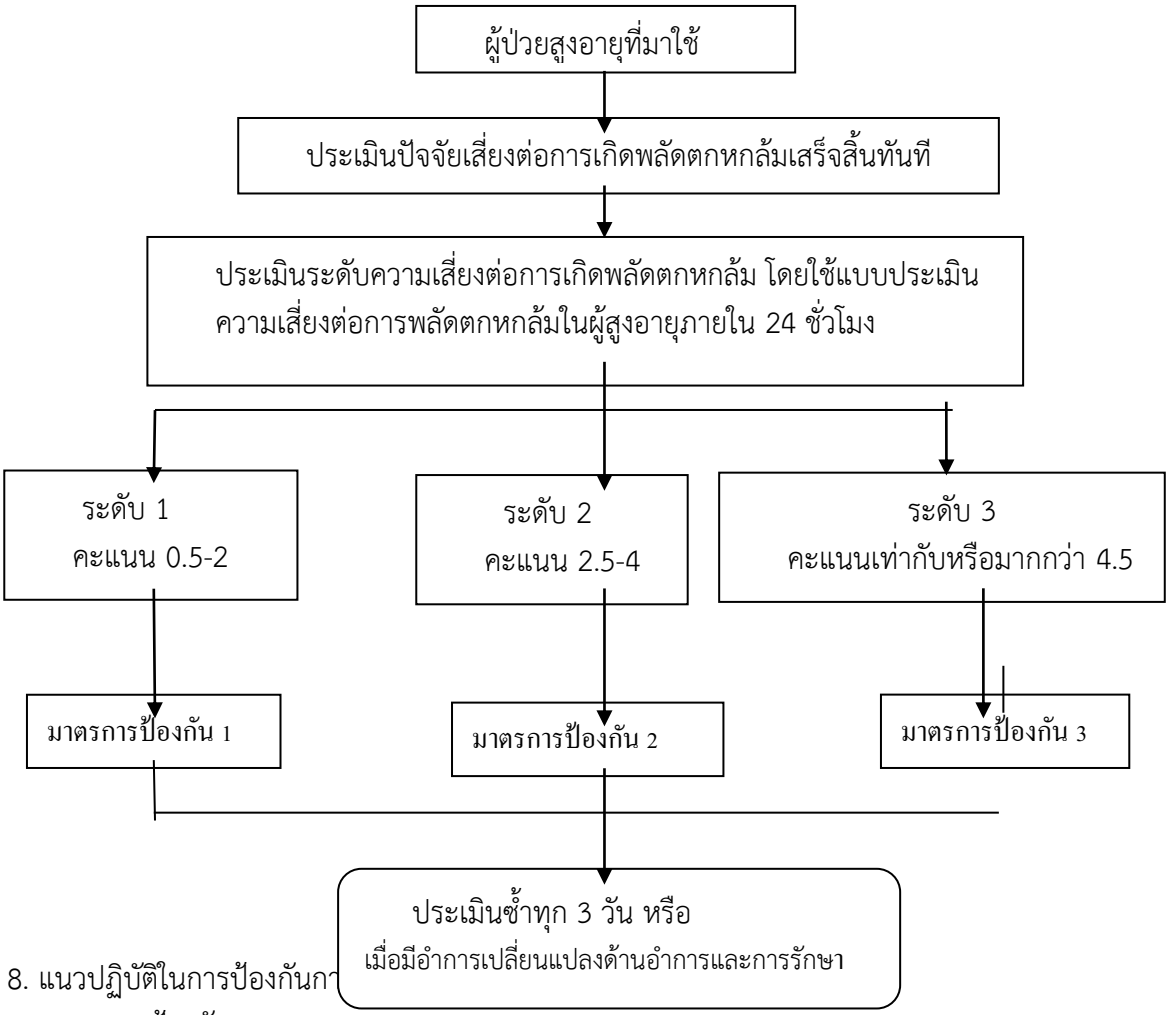
1. แนะนำให้ผู้ป่วยลุกช้า ๆ และเดินอย่างระมัดระวัง สวมรองเท้าที่ไม่ลื่น
2. ให้การช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายในรายที่กำรทรงตัวไม่มั่นคง ได้แก่ ช่วยเคลื่อนย้ายลงรถเข็นช่วยพยุงเดิน
3. จัดอุปกรณ์ที่เหมาะสมในการช่วยเดิน และมีผู้ช่วยเฝ้าระวัง โดยตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ก่อนใช้ในการเคลื่อนย้าย

มาตรการป้องกัน 2 แนวทางปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม

ปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน 1 และปฏิบัติเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะสับสนหรือมีความเสี่ยงสูงดังนี้

1. แจ้ง วัน เวลา สถานที่ บุคคล ให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งที่เข้าไปให้การพยาบาล
2. ย้ายผู้ป่วยไปไว้ใกล้ Nurse's station หรือบริเวณที่พยาบาลสามารถดูแลได้อย่างใกล้ชิด
3. จัดให้มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด และพิจารณาความจำเป็นในการผูกยึดโดยปฏิบัติตามมาตรฐานของการผูกยึด หากไม่อยู่กับผู้ป่วยให้แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบทุกครั้ง
4. มอบหมายให้เจ้าหน้าที่เยี่ยมตรวจผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง

7. แผนผังการปฏิบัติงาน การบริหารจัดการการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ



8. แนวปฏิบัติในการป้องกันกา

มาตรการป้องกัน 1

1. แขวนป้ายสัญลักษณ์ “ข้อควรคำนึงและการเฝ้าระวังความเสี่ยงในการดูแลผู้สูงอายุ”

2. แนะนำให้ผู้สูงอายุคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมตั้งแต่แรกรับ ทั้งบริเวณเตียงและสิ่งอำนวยความสะดวก

3. ประเมินการมองเห็น การได้ยิน ระดับการคิดรู้หรือสภาพสมอง (Cognitive function)

4. แนะนำและสาธิตการใช้อุปกรณ์ และกริ่งเรียกขอความช่วยเหลือ

5. จัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้สะอาด สะดวก และปลอดภัย โดยจัด อุปกรณ์ต่างๆ ให้เป็นระเบียบ ไม่เกะกะ มีความมั่นคงแข็งแรง สิ่งของที่จำเป็นวางไว้ให้สะดวกต่อการหยิบใช้ ยกราวกั้นเตียงทั้งสองข้างและล็อคล้อเตียงไว้ตลอดเวลา

6. ให้คำแนะนำผู้สูงอายุและญาติเรื่องการเคลื่อนไหว ลุกนั่ง และเคลื่อนไหวช้าๆ

7. รักษาพื้นให้สะอาด ไม่เปียก และใช้รองเท้าที่ไม่ลื่น

8. เฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยทุก 3 วัน หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง

มาตรการป้องกัน 2 ดูแลเหมือนมาตรการป้องกัน 1 และเพิ่มกิจกรรม ดังต่อไปนี้

1. จัดที่นอนให้ผู้สูงอำยุอยู่ใกล้ nurse station

2. เฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ

3. ประเมินผลของยาที่ได้รับ เพราะยาอาจทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

4. ประเมินความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ และจัดการกับปัญหาเหล่านี้เพื่อลดปัจจัยความเสี่ยง

5. พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลเจ้าของทีมเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันอันตรายต่อกำรพลัดตกหกล้ม

6. เดินตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง

มาตรการป้องกัน 3 ดูแลเหมือนมาตรการป้องกัน 1-2 และเพิ่มกิจกรรม ดังต่อไปนี้

1. ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยวันละ 3 ครั้ง

2. เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลได้ตลอด 24 ชั่วโมง กรณีที่ญาติไม่อยู่ให้แจ้งพยาบาลเจ้าของทีมทุกครั้ง

3. ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมทุกชนิด

4. จัดให้มีเจ้าหน้าที่อยู่บริเวณเตียงผู้ป่วย หรือเดินตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง

5. ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพในการฝึกการทรงตัว การเดิน การใช้อุปกรณ์ให้มีความมั่นคงและปลอดภัยมากขึ้น

9. รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน

9.1 เมื่อมีการรับใหม่หรือรับย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วย พยาบาลใช้แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มทุกรายดังนี้

9.1.1 ผู้ป่วยทั่วไป พิจารณาใช้แบบประเมิน “Hendrich II fall risk assessment” หรือ“Morse fall scale” ตามความเหมาะสมกับลักษณะผู้ป่วย

9.1.2 ผู้ป่วยที่มีอำยุ 60 ปีขึ้นไป ใช้ “แบบประเมินความเสี่ยงในกำรพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ”

9.1.3 ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ใช้ “Edmonson psychiatric fall risk assessment”

9.2 พยาบาลบันทึกค่าคะแนนความเสี่ยงที่ประเมินได้ในแบบประเมินผู้ป่วย (Initial assessment form) ตั้งแต่แรกรับ

9.3 พยาบาลสื่อสารกับทีมสุขภาพ จัดให้มีการเฝ้าระวังและป้องกันพลัดตกหกล้มตามระดับความเสี่ยงในผู้ป่วยแต่ละราย

9.4 ทีมสุขภาพช่วยเฝ้าระวังและป้องกันพลัดตกหกล้มตามแนวปฏิบัติที่กำหนด

9.5 พยาบาลประเมินระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มซ้ำในรายที่มีความเสี่ยงทุก 3 วัน หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงด้านอาการหรือการรักษาและบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาล (nurse, s note)

9.6 พยาบาลติดตามผลการดำเนินการในการเฝ้าระวังและป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทุกรายจนกระทั่งจาหน่ายผู้ป่วย

6. ข้อควรระวัง (Precaution)

-

7. เอกสารอ้างอิง (Reference Document)

http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_8.pdf December 1, 2012

https://www.memorialmedical.com/Documents/BehavioralHealth/Edmonson-Psychiatric-Fall-Risk-Assessment.pdf December 1, 2012

http://www.networkofcare.org/library/Morse%20Fall%20Scale.pdf December 1, 2012

http://www.nurse.cmu.ac.th/jbicmu/vol2-2-1998.pdf December 1, 2012

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2549). การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่และผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล. ขอนแก่น: คลังนำนำวิทยา.

8. เอกสารแนบท้าย (Appendix)

เอกสารแนบท้ายที่ 1

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ Morse fall scale, fall risk assessment Morse Fall Scale และแบบประเมินความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

เอกสารแนบท้ายที่ 2

แนวปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

fall risk assessment

	เกณฑ์ให้คะแนน			
คะแนน	0	1	2	4
วันนอนนับจากแรกรับ	วันแรก	เจ็ดวันแรก	8-14วัน	มากกว่า14 วัน
อายุ	0-19ปี	20-59ปี	60-70ปี	มากกว่า 70 ปี
ประวัติหกล้ม	ไม่หกล้มในปีก่อน	หกล้มใน 6เดือนก่อน	หกล้มใน 3เดือนก่อน	หกล้มใน เดือนก่อน
การทรงตัว	ยืนและหมุนตัวได้ด้วยการช่วยเหลือจากผู้อื่น	เดินโดยใช้อุปกรณ์หรือคนช่วย 2 คน	เดินโดยใช้อุปกรณ์หรือคนช่วย 1 คน	เดินโดยใช้อุปกรณ์หรือไม่ต้องการคนช่วย
การรับรู้	รู้เวลา สถานที่ บุคคล	รู้สถานที่และบุคคล	รู้บุคคล	ไม่รับรู้ การตัดสินใจบางเรื่อง
สภาพร่างกายทั่วไป	อาหารเพียงพอ การนอนหลับปกติ	ไม่เจริญอาหาร การนอนหลับผิดปกติ	การนอนหลับผิดปกติมาก	ขาดอาหาร น้ำหนักลด
การมองเห็น	ปกติ	ใช้แว่นตา	การมองเห็นไม่ชัดเจนตาต้อ	การมองเห็นผิดปกติมากถึงกึ่งตาบอด
การพูด	ปกติ	มีปัญหาการพูดแต่เข้าใจภาษาดี	พูดไม่ชัด มีปัญหาการสื่อสาร	การสื่อสารบกพร่อง
การใช้ยา	ไม่มียาที่มีผล	มียาระบบหัวใจและหลอดเลือดที่มีผล B – block ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันเลือด	มียาระบบประสาทที่มีผล เช่น ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ ยากลุ่ม Psychotice	มีทั้งยาระบบหัวใจและหลอดเลือดและระบบประสาทที่มีผล
ภาวะโรคเรื้อรัง	ไม่มี	มีโรคเรื้อรัง 1 โรค	มีโรคเรื้อรัง >1 โรค	มีโรคเรื้อรังหลายโรค
ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย	ไม่มีปัญหา	ปัสสาวะบ่อย	ปัสสาวะกลางคืน ปัสสาวะราด	ปัสสาวะกลางคืน ปัสสาวะราด คาสาย สวนปัสสาวะ
คะแนนรวม 0-10 = มีความเสี่ยงต่ำ 11-20 = มีความเสี่ยงปานกลาง 21-33 =มีความเสี่ยงสูง				

ดัชนีชี้วัด

13.1 ผู้ป่วยในทุกรายได้รับการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มภายใน 8 ชั่วโมงหลังเข้าอยู่รักษา

13.2 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทุกรายได้รับการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มซ้ำทุก 3 วัน หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงด้านอาการและการรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มได้รับการป้องกันพลัดตกหกล้มทุกรายตั้งแต่รับใหม่ถึงจำหน่าย

ชื่อ-สกลผู้ป่วย.....
อายุ.....
HN .....หอผู้ป่วย.....

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
(Fall risk assessment tool in elderly)

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 การทรงตัวและการเดินที่ผิดปกติ	1					
7. มีอาการอ่อนเพลียโดยทั่วไป	1					
8. การขับถ่ายปัสสาวะเปลี่ยนแปลง เช่น ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่ได้ มีการให้ Lasix ทางหลอดเลือดดำ	1					
9. ได้รับยาต่อไปนี้ใน 24 ชม.ที่ผ่านมา ได้แก่ ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ ยาสลบ	1					
10. ไม่สามารถเคลื่อนย้าย/เคลื่อนที่ได้	-5					
รวมคะแนน						

เกณฑ์การตัดสินความเสี่ยง

ค่าคะแนน	ระดับความเสี่ยง
0.5-2	ระดับ 1
2.5-4	ระดับ 2
มากกว่าหรือเท่ากับ 4.5	ระดับ 3

ที่มา: ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2549). การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่และผู้สูงอายุสาหรับพยาบาล. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
[โดยดัดแปลงจาก Stolley JQ. , Lewis A. Moore L. & Harvey P. 2001. Chapter 3 Risk for injury : Fall. In Maas, M.L., etal. Nursing care of older adult : Diagnoses, outcomes, & interventions. St. Louis : Mosby. P.30.]

แนวปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาบมหาสารคาม

มาตรการป้องกัน 1

1. แขวนป้ายสัญลักษณ์ “ข้อควรคำนึงและการเฝ้าระวังความเสี่ยงในการดูแลผู้สูงอายุ”
2. แนะนำให้ผู้สูงอายุคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมตั้งแต่แรกรับ ทั้งบริเวณเตียงและสิ่งอำนวยความสะดวก
3. ประเมินการมองเห็น การได้ยิน ระดับการคิดรู้หรือสภาพสมอง (Cognitive function)
4. แนะนำและสาธิตการใช้อุปกรณ์ และกริ่งเรียกขอความช่วยเหลือ

5. จัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้สะอาด สะดวก และปลอดภัย โดยจัด อุปกรณ์ต่างๆ ให้เป็นระเบียบ ไม่เกะกะ มีความมั่นคงแข็งแรง สิ่งของที่จำเป็นวางไว้ให้สะดวกต่อการหยิบใช้ ยกราวกั้นเตียงทั้งสองข้างและล็อคล้อเตียงไว้ตลอดเวลา

6. ให้คำแนะนำผู้สูงอายุและญาติเรื่องการเคลื่อนไหว ลุกนั่ง และเคลื่อนไหวช้าๆ

7. รักษาพื้นให้สะอาด ไม่เปียก และใช้รองเท้าที่ไม่ลื่น

8. เฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยทุก 3 วัน หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง

มาตรการป้องกัน 2 ดูแลเหมือนมาตรการป้องกัน 1 และเพิ่มกิจกรรม ดังต่อไปนี้

1. จัดที่นอนให้ผู้สูงอายุอยู่ใกล้ nurse station

2. เฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ

3. ประเมินผลของยาที่ได้รับ เพราะยาอาจทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

4. ประเมินความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ และจัดการกับปัญหาเหล่านี้เพื่อลดปัจจัยความเสี่ยง

5. พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลเจ้าของทีมเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันอันตรายต่อการพลัดตกหกล้ม

6. เดินตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง

มาตรการป้องกัน 3 ดูแลเหมือนมาตรการป้องกัน 1-2 และเพิ่มกิจกรรม ดังต่อไปนี้

1. ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยวันละ 3 ครั้ง

2. เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลได้ตลอด 24 ชั่วโมง กรณีที่ญาติไม่อยู่ให้แจ้งพยาบาลเจ้าของทีมทุกครั้ง

3. ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมทุกชนิด

4. จัดให้มีเจ้าหน้าที่อยู่บริเวณเตียงผู้ป่วย หรือเดินตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง

5. ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพในการฝึกการทรงตัว การเดิน การใช้อุปกรณ์ให้มีความมั่นคงและปลอดภัยมากขึ้น

: http://www.nurse.cmu.ac.th/jbicmu/vol2-2-1998.pdf December 1, 2012

ชื่อ-สกลผู้ป่วย.....
อายุ.....
HN .....หอผู้ป่วย.....

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม Morse
(Fall risk assessment tool: Morse)

รายการ	เกณฑ์การให้คะแนน	วันที่ประเมิน				
1. ประวัติการพลัดตกหกล้ม: มีการพลัดตกหกล้มระหว่างอยู่รักษาหรือพลัดตกหกล้มภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา (History of falling; immediate or within 3 months)	ไม่ใช่ 0 คะแนน ใช่ 25 คะแนน					
2. มีการวินิจฉัยโรคมากกว่า 1 รายการ (Secondary	ไม่ใช่ 0 คะแนน					

รายการ	เกณฑ์การให้คะแนน	วันที่ประเมิน				
diagnosis)	ใช่ 15 คะแนน					
3. การช่วยในการเคลื่อนย้าย (Ambulatory aid) o เดินได้เองโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย / ใช้รถเข็นนั่ง / นอนพักบนเตียงโดยไม่ให้ลุกจากเตียง (Bed rest) / บุคลากรช่วย (Nurse assist) o ไม้ค้ายัน (Crutches)/ ไม้เท้า (Cane) /walker frame o เดินโดยการยึดเกาะไปตามเตียง โต๊ะ เก้าอี (Furniture)	0 คะแนน 15 คะแนน 30 คะแนน					
4. ให้สารละลายทางหลอดเลือด (IV) / คา Heparin lock ไว้	ไม่ใช่ 0 คะแนน ใช่ 20 คะแนน					
5. การเดิน (Gate) / การเคลื่อนย้าย (Transferring) o ปกติ (Normal)/ นอนพักบนเตียงโดยไม่ให้ลุกจากเตียง (Bed rest) / ไม่เคลื่อนไหว (Immobile) o อ่อนแรงเล็กน้อยหรืออ่อนเพลีย (Weak) / เดินก้มตัวแต่ศีรษะตั้งตรงได้ ขณะก้าลังเดินโดยไม่เสียการทรงตัว / เดินก้าวสั้นและลากเท้า o มีความพร่อง (Impaired) เช่น ลุกจากเก้าอี้ ด้วยความล้าบาก พยายามจะลุกจากเก้าอี้ ด้วยการใช้มือและแขนยันตัวหรือลุกด้วยความพยายามอยู่หลายครั้ง เดินก้มศีรษะและตามองที่พื้น เดินโดยต้องมีคนช่วยพยุงหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ไม่สามารถเดินได้โดยปราศจากการช่วยเหลือ	0 คะแนน 10 คะแนน 20 คะแนน					
6. สภาพจิตใจ o รับรู้บุคคล กาลเวลา และสถานที่ได้ด้วยตนเอง (Oriented to own ability) o ตอบสนองไม่ตรงกับความเป็นจริง ประเมินความสามารถของตนเองเกินกว่าที่ทำได้และลืมคิดถึงข้อจ้ำกัดที่มีอยู่ (Forgets limitations)	0 คะแนน 15 คะแนน					
รวมคะแนน						

ระดับความเสี่ยง คะแนน 0 – 24 หมายถึง ไม่มีความเสี่ยงต่อการลื่น/ตก/หกล้ม
คะแนน 25 – 50 หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการลื่น/ตก/หกล้ม
คะแนน ≥ 51 หมายถึง มีความเสี่ยงสูงต่อการลื่น/ตก/หกล้ม
ที่มา : http://www.networkofcare.org/library/Morse%20Fall%20Scale.pdf

แนวปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาสารคาม

มาตรการป้องกัน 1 แนวทางปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

การสื่อสาร

1. ติดเครื่องหมายที่เตียงหรือประตูห้อง และในรายงานผู้ป่วย เพื่อระบุว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยง
2. ประเมินความต้องการเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูง สื่อสารกับทีมในการร่วมดูแลและเฝ้าระวังป้องกัน

3. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล ในเรื่อง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยรายนั้นๆ วิธีการระวังป้องกันร่วมกัน สิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วย การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่

การให้ความรู้

1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยรายนั้น ๆ วิธีการที่ทำให้ปลอดภัย การระวังป้องกันร่วมกัน

2. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับบริเวณเตียงนอน สิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก และการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่

3. สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการเปลี่ยนท่าทางช้า ๆ การสังเกตอาการวิงเวียนขณะเปลี่ยนท่า

การช่วยเหลือในการขับถ่าย

1. ประเมินความต้องการการช่วยเหลือในการขับถ่ายปัสสาวะและ/หรืออุจจาระ

2. จัดให้ผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่อยู่ใกล้ห้องน้ำ

3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยขับถ่ายให้เป็นเวลา

4. ติดตาม สอบถามผู้ป่วยที่ได้รับยาระบายและยาขับปัสสาวะอย่างสม่ำเสมอ

5. แนะนำให้ผู้ป่วยที่มีอาการเวียนศีรษะปัสสาวะในท่านั่ง หรือใช้หม้อนอนหรือกระบอกปัสสาวะรองขับถ่ายที่เตียง

การใช้ยา

ทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วยบ่อย ๆ และประเมินอาการของผู้ป่วยโดยเฉพาะกรณีที่ใช้ยาหลายอย่างร่วมกัน เช่น ยาแก้ปวด ยานอนหลับ ยากันชัก ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันโลหิต เป็นต้น

การจัดสิ่งแวดล้อม

1. ลดปัจจัยที่ท้าให้เกิดอุบัติการณ์ ได้แก่ ความรกรุงรัง

2. จัดให้มีแสงสว่างเพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณเตียงและห้องน้า

3. ดูแลพื้นให้สะอาด และแห้งตลอดเวลา

4. มีราวจับบริเวณห้องน้าและทางเดินไปห้องน้ำ

5. ปรับเตียงที่ผู้ป่วยนอนให้อยู่ในระดับต่ำสุด ยกราวกั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ด้าน ล็อคล้อเตียงไว้เสมอ

6. จัดโต๊ะข้างเตียงและอุปกรณ์ที่จำเป็นให้อยู่ใกล้ผู้ป่วย

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

1. แนะนำให้ผู้ป่วยลุกช้า ๆ และเดินอย่างระมัดระวัง สวมรองเท้าที่ไม่ลื่น

2. ให้การช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายในรายที่การทรงตัวไม่มั่นคง ได้แก่ ช่วยเคลื่อนย้ายลงรถเข็นช่วยพยุงเดิน

3. จัดอุปกรณ์ที่เหมาะสมในการช่วยเดิน และมีผู้ช่วยเฝ้าระวัง โดยตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ก่อนใช้ในการเคลื่อนย้าย

มาตรการป้องกัน 2 แนวทางปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม

ปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน 1 และปฏิบัติเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะสับสนหรือมีความเสี่ยงสูง ดังนี้

1. แจ้ง วัน เวลา สถานที่ บุคคล ให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งที่เข้าไปให้การพยาบาล
2. ย้ายผู้ป่วยไปไว้ใกล้ Nurse, s station หรือบริเวณที่พยาบาลสามารถดูแลได้อย่างใกล้ชิด
3. จัดให้มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด และพิจารณาความจำเป็นในการผูกยึดโดยปฏิบัติตามมาตรฐานของการผูกยึด หากไม่อยู่กับผู้ป่วยให้แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบทุกครั้ง
4. มอบหมายให้เจ้าหน้าที่เยี่ยมตรวจผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง

ที่มา : http://www.nurse.cmu.ac.th/jbicmu/vol2-2-1998.pdf December **1, 2012**