



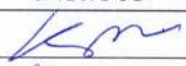
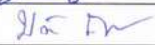
โรงพยาบาลหนองคาย

ระเบียบปฏิบัติ

เลขที่ NK-HP-NSO-๐๑๓

เรื่อง แนวทางการดูแลเพื่อป้องกัน
พลัดตกหกล้ม

เอกสารควบคุม

	ชื่อ-สกุล	ลายมือชื่อ	วัน เดือน ปี
จัดเตรียมโดย	นางคณิวรรณ ภูษา		๑๕ พ.ค. ๒๕๖๘
ทบทวนโดย	นางบงกชจันทร์ กลนานนธ์		๑๖ พ.ค. ๒๕๖๘
อนุมัติโดย	พญ.ฤดีมน สกุลคู	x 	๒๓ พ.ค. ๒๕๖๘

โรงพยาบาลหนองคาย	ฉบับ A	หน้าที่ ๓/๑๐
ระเบียบปฏิบัติเลขที่	วันที่บังคับใช้	๒๓ พ.ค. ๒๕๖๘
เรื่อง : แนวทางการการดูแลเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม		

๑. วัตถุประสงค์

- ๑.๑ เพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยให้ความปลอดภัยจากพลัดตกหกล้ม
- ๑.๒ เพื่อลดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม

๒. นโยบาย

บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลหนองคาย มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันพลัดตกหกล้มได้อย่างถูกต้อง

๓. ขอบเขต

ระเบียบปฏิบัตินี้ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ พนักงนเปล แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

๔. คำจำกัดความ

- ๔.๑ ผู้ป่วยทั่วไป หมายถึง ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
- ๔.๒ ผู้ป่วยเด็ก หมายถึง ผู้ป่วย แรกเกิด – ๑๕ ปี
- ๔.๓ Fall หมายถึง การเกิดอุบัติเหตุจากการ ลื่น พลัดตก หกล้ม
- ๔.๔ Fall score หมายถึง คะแนนการประเมินภาวะผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการลื่น พลัดตก หกล้ม
 - ๔.๔.๑ สำหรับผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย

๑) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม Fall risk assessment tool: Morse ใช้ในแผนกผู้ป่วยนอก การแปลผลระดับความเสี่ยง ดังนี้

ระดับคะแนน ๐-๒๔ คะแนน หมายถึง ไม่มีความเสี่ยงต่อพลัดตกหกล้ม

ระดับคะแนน ๒๕-๕๐ คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อพลัดตกหกล้มต่ำ (low risk)

ระดับคะแนน ≥ 51 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อพลัดตกหกล้มสูง (High risk)

๒) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม Fall risk assessment tool: Hendrich ใช้ในแผนกผู้ป่วยใน การแปลผลระดับความเสี่ยง ดังนี้

ระดับคะแนน ๐ คะแนน หมายถึง ไม่มีความเสี่ยงต่อพลัดตกหกล้ม

ระดับคะแนน ๑ – ๔ คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อพลัดตกหกล้มต่ำ (low risk)

ระดับคะแนน ≥ 5 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อพลัดตกหกล้มสูง (High risk)

๔.๔.๒ สำหรับผู้ป่วยเด็กที่เสี่ยงต่อการลื่น พลัดตก หกล้ม ในเด็ก: The Humpty Dumpty Scale

ระดับคะแนน ๗ - ๑๑ คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่ำ (low risk)

ระดับคะแนน ๑๒ – ๑๖ คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงปานกลาง (Moderate risk)

ระดับคะแนน ≥ 17 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงสูง (High risk)

โรงพยาบาลหนองคาย	ฉบับ A	หน้าที่ ๔/๑๐
ระเบียบปฏิบัติเลขที่	วันที่บังคับใช้	๒๓ พ.ค. ๒๕๖๘
เรื่อง : แนวทางการการดูแลเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม		

๔.๕ Assessment หมายถึง การประเมินสถานะผู้ป่วยเมื่อให้การรักษายาบาลครั้งแรก ทั้ง ร่างกาย จิตใจ และยาที่ผู้ป่วยได้รับ

๔.๖ Re- assessment หมายถึง การประเมินสถานะผู้ป่วยซ้ำทั้งร่างกาย จิตใจ ยาที่ผู้ป่วยได้รับหลังจากที่ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือเปลี่ยนแปลงการรักษาหรือมีอาการเปลี่ยนแปลงก่อน - หลังเคลื่อนย้าย และการประเมินซ้ำเป็นระยะๆ ตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในที่กำหนดให้ ต้องประเมินผู้ป่วยซ้ำอย่างน้อยทุก ๘ ชั่วโมง

๔.๗ Standard fall precaution หมายถึง แนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน เพื่อป้องกันการเกิด Fall แบ่งเป็น

๔.๗.๑ สำหรับผู้ป่วย OPD, IPD, ER

๑) Standard fall precaution for low risk หมายถึง แนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน เพื่อป้องกันการเกิด Fall ที่ประเมิน Fall Score มีความเสี่ยงระดับต่ำ โดยใช้ป้ายสื่อสารเชิงสัญลักษณ์ “สีเหลือง”

๒) Strict fall precaution for High risk หมายถึง แนวทางการปฏิบัติแบบควบคุมพิเศษ เพื่อป้องกัน Fall ที่ประเมิน Fall Score มีความเสี่ยงระดับปานกลางและสูง รวมถึงผู้ป่วยนอกที่มีประวัติการล้ม และมีปัญหาการทรงตัวบกพร่องหรือใช้เครื่องช่วยเดินรถเข็นนั่งหรือรถเข็นนอน โดยใช้ป้ายสื่อสารเชิงสัญลักษณ์ “สีแดง”

๔.๗.๒ สำหรับผู้ป่วยเด็กและทารก

๑) Standard Fall Precaution for Low risk หมายถึง แนวทางการปฏิบัติ สำหรับผู้ป่วย ที่ประเมิน Fall Score มีความเสี่ยงระดับต่ำ โดยใช้ป้ายสื่อสารเชิงสัญลักษณ์ “สีเขียว”

๒) Standard Fall Precaution for Moderate Risk แนวทางการปฏิบัติ สำหรับผู้ป่วย ที่ประเมิน Fall Score มีความเสี่ยงระดับปานกลาง ติดป้ายสื่อสารเชิงสัญลักษณ์ “สีเหลือง”

๓) Strict Fall Precaution high risk แนวทางการปฏิบัติ สำหรับผู้ป่วยเด็ก ที่ประเมิน Fall Score มีความเสี่ยงระดับสูง ใช้ป้ายสื่อสารเชิงสัญลักษณ์ “สีแดง”

๕. หน้าที่ความรับผิดชอบและแนวทางปฏิบัติ

๕.๑ แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยทั่วไป

เพื่อเป็นการป้องกันการเกิด Fall ของผู้ป่วยโรงพยาบาลได้กำหนดแนวทางการประเมิน การป้องกัน และการดูแลผู้ป่วยดังนี้

๕.๑.๑ แผนกผู้ป่วยนอก (OPD/ER)

๕.๑.๑.๑ การประเมินผู้ป่วยแรกรับเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล

๑) ทีมเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (ศุภญ์เปิ้ล) หรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานแรกที่ให้บริการ ประเมินผู้ป่วยตามตารางคะแนนความเสี่ยง โดยการซักถาม “๓ เดือนที่ผ่านมาเคยล้มหรือไม่” และสังเกต ขาไม่มีแรง ทรงตัวไม่ดี มีไม้เท้า มีน้ำเกลือ ลูกลำบากต้องมีคนพยุง เดินยึดเกาะ

- ผลรวม ๒๕-๕๐ คะแนน ใช้รถเข็นนั่ง เคลื่อนย้ายไปยังจุดตรวจต่างๆ

- ผลรวม ๕๑ คะแนน ขึ้นไป แขนงป้ายเชิงสัญลักษณ์ “สีแดง” ใช้รถเข็นนอนหรือนั่งที่เหมาะสมในการเคลื่อนย้ายไปยังจุดตรวจต่างๆ (ภาคผนวก ก)

โรงพยาบาลหนองคาย	ฉบับ A	หน้าที่ ๕/๑๐
ระเบียบปฏิบัติเลขที่	วันที่บังคับใช้	๒๓ พ.ค. ๒๕๖๘
เรื่อง :แนวทางการการดูแลเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม		

๒) จุดตรวจ OPD/ER ผู้ป่วยมาจุดตรวจโดยรถเข็นนั่ง และรถเข็นนอน ประเมินซ้ำตามตารางความเสี่ยง Fall จำ บันทึกระดับคะแนนใน OPD/ER Record

- ระดับคะแนน ๒๕ – ๕๐ คะแนน (low risk) ให้ปฏิบัติตาม Standard fall precaution (ภาคผนวก ก)

- ระดับคะแนน ๕๑ คะแนน ขึ้นไป (High risk) และผู้ป่วยหลังจากได้รับยาที่กดระบบประสาทส่วนกลาง เช่น morphine, pethidine, diazepam แขนป้ายสัญลักษณ์สีแดง ให้ปฏิบัติตาม strict fall precaution (ภาคผนวก ก)

- ส่งต่อข้อมูลกลุ่มผู้ป่วย high risk ให้แก่หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยต่อไป

๕.๑.๑.๒ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (High risk)

๑) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นรถเข็นนั่ง/รถเข็นนอน อย่างถูกวิธี คาด Safety Belt (กรณีไม่มี Safety Belt ให้ผูกยึดด้วยผ้าผูกยึด) พร้อมกราวเหล็กกันเตียงขึ้นทุกครั้ง และเคลื่อนย้ายด้วยความนุ่มนวล

๒) ระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยรถเข็นนั่ง/รถเข็นนอน ไม่เข็นผู้ป่วยเร็วเกินไป กรณีที่จะขึ้นผ่านจุดที่สะดุดหรือกระเทือน ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อน

๓) เมื่อพนักงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วยส่งผู้ป่วยถึงจุดตรวจตามแผนกต่างๆ ต้องส่งต่อผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ที่ดูแลประจำจุดนั้นๆ ให้ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

๔) กรณีเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขณะเข้าหรือออกจากรถ Ambulance โดยรถนอน ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า จะทำการเคลื่อนย้าย เพื่อระวังไม่ให้ยื่นแขนขาออกนอกรถเข็นโดยใช้วิธีให้ผู้ป่วยกอดอกไว้และคาด Safety Belt ทุกครั้ง ไม่ควรปฏิบัติโดยลำพัง ให้ขอความช่วยเหลือจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ยานพาหนะในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และระวังขาเปลวหลุดลงขณะเคลื่อนย้าย

๕.๑.๑.๓ การดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกัน Fall

๑) จัดแม่บ้านประจำจุดดูแลความสะอาดภายในอาคารและห้องน้ำ

๒) ทำความสะอาดพื้นทุกครั้งต้องตั้งป้าย “ระวังพื้นลื่น” กันแนวบริเวณที่ทำความสะอาด ทำความสะอาดห้องน้ำ วันละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ต้องการ โดยทำพื้น ห้องน้ำให้แห้งและสะอาดตลอดเวลา

๓) พนักงานเคลื่อนย้าย ตรวจสอบและบำรุงรักษาอุปกรณ์เคลื่อนย้าย ทุกวัน

๕.๑.๒ แผนกผู้ป่วยใน (IPD)

๕.๑.๒.๑ พยาบาลประเมินผู้ป่วยรับใหม่/รับย้าย โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Fall risk assessment tool: Hendrich) และ กรณีผู้ป่วยอายุ ๖๕ – ๗๔ ปี ให้ใช้แบบประเมิน Fall risk assessment tool in elderly (ภาคผนวก ก)

๕.๑.๒.๒ พยาบาล Re - assessment fall risk ซ้ำ อย่างน้อยทุก ๘ ชั่วโมง และบันทึกลงในแบบบันทึกทางการแพทย์ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง, หลังทำผ่าตัด/หัตถการ, แพทย์เปลี่ยนแปลงการรักษา/Transfer Level of Care, เมื่อผู้ป่วยได้รับยากลุ่มเสี่ยงต่อ Fall

โรงพยาบาลหนองคาย	ฉบับ A	หน้าที่ ๖/๑๐
ระเบียบปฏิบัติเลขที่	วันที่บังคับใช้	๒๓ พ.ค. ๒๕๖๔
เรื่อง :แนวทางการการดูแลเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม		

๕.๑.๒.๓ พยาบาลให้การดูแลและให้คำแนะนำผู้ป่วย ตาม Fall Score ดังนี้

- ๑) มีความเสี่ยงต่ำ (Low risk) ให้ปฏิบัติตาม Standard fall precaution
- ๒) มีความเสี่ยงสูง (High risk) แขนงป้ายสัญลักษณ์ “สีแดง” บริเวณปลายเตียง ปฏิบัติตาม Strict fall precaution
- ๓) กลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่จำเป็นต้องผูกยึด ปฏิบัติตามแนวทางการผูกยึด (NK-HP-Bhum-๐๐๑)

๕.๑.๒.๔ บันทึกปัญหาการพยาบาล คำแนะนำลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล และระดับคะแนน Fall Score

๕.๑.๒.๕ ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มเสี่ยง Fall (Fall Related Medication Side Effects)

ประเมินผู้ป่วยตามแบบประเมิน Hendrich ให้คะแนนตามกลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับ ตามตารางดังนี้ (ภาคผนวก ก)

กลุ่มยา	รายการยา	คะแนน
๑) ยากันชัก (Any administered antiepileptics) (anticonvulsants)	carbamazepine, divalproex sodium, ethosuximide, felbamate, fosphenytoin, gabapentin, lamotrigine, mephenytoin, methsuximide, phenobarbital, phenytoin, primidone, topiramate, trimethadione, valproic acid	๒
๒) กลุ่มยา benzodiazepines	alprazolam, buspirone, chlordiazepoxide, clonazepam, clorazepate dipotassium, diazepam, flurazepam, halazepam, lorazepam, midazolam, oxazepam, temazepam, trizolam	๑

๕.๑.๒.๖ การดูแลสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันการเกิด Fall ปฏิบัติตามข้อ ๕.๑.๑.๓ ข้อ ๑ - ๓

๕.๑.๒.๗ การดูแลเมื่อผู้รับบริการเกิด Fall (Fall Management) พยาบาลผู้ดูแลปฏิบัติดังนี้

- ๑) ประเมินอาการเบื้องต้นจุดสำคัญที่ต้องตรวจสอบหรือร่องรอยบาดเจ็บที่ศีรษะ แขนขา กระดูก สันหลัง และให้ความช่วยเหลือตามอาการ กรณีการบาดเจ็บที่ศีรษะ หรือ กระดูกสันหลัง ให้ระมัดระวังการเคลื่อนย้ายโดยเคลื่อนย้ายด้วยอุปกรณ์ช่วย Support เช่น แผ่นสไลด์บอร์ด อย่างถูกวิธี
- ๒) รายงานแพทย์ ให้การดูแลตามแผนการรักษา
- ๓) ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำตามประเภทผู้ป่วย
- ๔) บันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาล
- ๕) รายงานหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือเวรตรวจการพยาบาลหรือผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ และรายงานทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามระบบ

โรงพยาบาลหนองคาย	ฉบับ A	หน้าที่ ๗/๑๐
ระเบียบปฏิบัติเลขที่	วันที่บังคับใช้	๒๓ พ.ค. ๒๕๖๘
เรื่อง :แนวทางการการดูแลเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม		

๕.๒ แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยในเด็ก (แรกเกิด – ๑๕ ปี)

๕.๒.๑ ประเมินเสี่ยงต่อการลื่น พลัดตก หกล้ม ในผู้ป่วยเด็กทุกราย โดยใช้ The Humpty Dumpty Scale โดยแบ่งระดับความเสี่ยงและการติดตามประเมินดังตาราง

ระดับ	คะแนน	ป้ายแจ้งเตือน	การติดตามประเมิน
ความเสี่ยงต่ำต่อการพลัดตกหกล้ม (Low Risk score)	๗-๑๑	แขวนป้าย “สีเขียว”	ติดตามประเมินทุก ๔ ชั่วโมง ให้การดูแลตาม Standard fall precaution
ความเสี่ยงปานกลางต่อการพลัดตก หกล้ม (Moderate Risk score)	๑๒-๑๖	แขวนป้าย “สีเหลือง”	ติดตามประเมินทุก ๒ ชั่วโมง ให้การดูแลตาม Standard fall precaution
ความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม (High Risk score)	≥๑๗	แขวนป้าย “สีแดง”	ติดตามประเมินทุก ๑ ชั่วโมง ให้การดูแลตาม Strict fall precaution

๕.๒.๒ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงแนวปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

๕.๒.๓ ให้การดูแลตาม Standard Fall Precaution ดังนี้

๕.๒.๓.๑ Standard Fall Precaution for Low risk และ Moderate Risk

- ๑) จำกัดการเคลื่อนไหวด้วยการห่อตัวหรือผูกยึดผู้ป่วยเด็กขณะทำหัตถการ
- ๒) ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเด็กอย่างน้อยทุก ๒-๔ ชั่วโมง
- ๓) แจ้งให้ผู้ดูแลอยู่กับเด็กตลอด ๒๔ ชั่วโมง
- ๔) แขวนป้ายเตือน ให้ตั้งหลักข้างเตียงขึ้น ตรวจสอบความเหมาะสมของเตียง เพิ่มแผ่นกันในเด็กเล็ก ตั้งหลักข้างเตียงขึ้นและจัดโซนในการนอนให้กับเด็กตามความเหมาะสม

๕) ในการส่งตรวจหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ดูแลจัดรถนำส่งตามความเหมาะสมพร้อมให้มีผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่ติดตามตามความเหมาะสม

๖) จัดให้มีออกสัญญาณขอความช่วยเหลือที่เตียงและห้องน้ำผู้ป่วย (ห้องน้ำควรมีราวเกาะเดินที่มั่นคงและมีผู้ดูแลติดตามไปด้วยทุกครั้ง)

๗) ยกวางกันเตียงขึ้นตลอดเวลาเมื่อไม่ได้เข้าไปทำการพยาบาล

๕.๒.๓.๒ Strict Fall Precaution high risk ดังนี้

ผู้ป่วยเด็กที่ตึกสามัญ ห้องพิเศษ

๑. เมื่อพบผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะเสี่ยงสูง ให้ติดสัญลักษณ์สีแดงที่ปลายเตียงผู้ป่วยหรือ chart ผู้ป่วย

๒. จัดโซนให้นอนเตียงง่ายต่อการสังเกตและเข้าถึง

๓. ให้ความรู้ผู้ดูแลในเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อพลัดตกหกล้ม เช่น ผู้ป่วยเด็กที่มีการติดเชื้อทางสมอง ผู้ป่วยได้รับยานอนหลับ ยากลากชัก กันชักหรือผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นต้น

๔. จัดเสริมอุปกรณ์ป้องกันให้ครบถ้วน ให้ผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยตลอด

โรงพยาบาลหนองคาย	ฉบับ A	หน้าที่ ๘/๑๐
ระเบียบปฏิบัติเลขที่	วันที่บังคับใช้	๒๓ พ.ค. ๒๕๖๔
เรื่อง :แนวทางการการดูแลเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม		

๕. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเด็กอย่างน้อยทุก ๑ ชั่วโมง
 ๖. ผู้ป่วยเด็กที่ไม่ให้ความร่วมมือ สับสนอาจต้องมีการผูกยึด ป้องกันการตกเตียง
 ๗. ในการส่งตรวจหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เด็กเล็กให้ผู้ดูแลอุ้มกอดนั่งบนรถเข็น เด็กโตใช้รถนอนพร้อมผูกยึดและมีเจ้าหน้าที่ไปกับผู้ป่วยทุกครั้ง
 ๘. ยกราวกั้นเตียงขึ้นตลอดเวลาเมื่อไม่ได้เข้าไปทำการพยาบาล
- ผู้ป่วยเด็กที่ NICU

๑. เมื่อพบผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะเสี่ยงสูง ให้ติดสัญลักษณ์สีแดงที่ปลายเตียงผู้ป่วยหรือ chartผู้ป่วย
๒. จัดโซนให้นอนเตียงง่ายต่อการสังเกตและเข้าถึง
๓. จัดเสริมอุปกรณ์ป้องกันให้ครบถ้วน เด็กใน incubator มีการล็อกตู้ทุกครั้ง เด็กที่นอนใน Crib ต้องล็อกคล้อทุกครั้ง
๔. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเด็กอย่างน้อยทุก ๑ ชั่วโมง
๕. ผู้ป่วยเด็กที่ไม่ให้ความร่วมมือ สับสนอาจต้องมีการผูกยึด ป้องกันการตกเตียง
๖. หากมีการเคลื่อนย้ายทารกต้องใช้ Crib นอนหรือ ตู้ incubator ทุกครั้ง เด็กเล็กให้ผู้ดูแลอุ้มกอดนั่งบนรถเข็น เด็กโตใช้รถนอนพร้อมผูกยึดและมีเจ้าหน้าที่ไปกับผู้ป่วยทุกครั้ง
๘. เด็กโตการเคลื่อนย้ายระหว่างเปลกับเตียง ต้องล็อกขาเตียงก่อนเคลื่อนย้าย ใช้แผ่นสไลด์บอร์ด ช่วยในเคลื่อนขึ้นและลงเตียง
๙. ยกราวกั้นเตียงขึ้นตลอดเวลาเมื่อไม่ได้เข้าไปทำการพยาบาล

แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยเด็ก

๑. ผู้ป่วยเด็กที่ตึกสามัญ หองพิเศษ
 - ๑.๑ ผู้ป่วยเด็ก
 - ๑.๑.๑ ผู้ป่วยเด็กรับใหม่ทุกราย ต้องได้รับการประเมิน The Humpty Dumpty Scale และกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมพยาบาล
 - ๑.๑.๒ อนุญาตให้ญาติเฝ้าตามความเหมาะสมและให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทุกครั้งที่ไม่ได้อยู่กับผู้ป่วย
 - ๑.๑.๓ อธิบายให้ผู้ป่วย (เด็กโต) และญาติทราบถึงแนวปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้ม
 - ๑.๑.๔ ล็อกขาเตียงเสมอ พร้อมมีป้ายเตือนระวังในการตกเตียง
 - ๑.๑.๕ จัดเตียง ที่กั้นและโซนในการนอนให้กับเด็กตามความเหมาะสม
 - ๑.๑.๖ จำกัดการเคลื่อนไหวด้วยการห่อตัวหรือผูกยึดผู้ป่วยเด็กในขณะทำหัตถการ
 - ๑.๑.๗ ดูแลพื้นห้องและห้องน้ำ ให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ จัดให้มีแสงสว่างที่เพียงพอบริเวณเตียง ทางเดินและห้องน้ำ

โรงพยาบาลหนองคาย	ฉบับ A	หน้าที่ ๙/๑๐
ระเบียบปฏิบัติเลขที่	วันที่บังคับใช้	๒๓ พ.ค. ๒๕๖๘
เรื่อง :แนวทางการการดูแลเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม		

๑.๑.๘ จัดให้มีสัญญาณเตือน เช่น กดกริ่ง ขอความช่วยเหลือที่เตียงและห้องน้ำ

๑.๑.๙ ยกราวกั้นเตียงขึ้นตลอดเวลาหลังทำการพยาบาล

๑.๒ ทารกที่คลอดปกติ

๑.๒.๑ จัดให้ทารกนอนใน Crib แยกจากมารดา

๑.๒.๒ ขณะทำหัตถการให้ห่อ พันยึดทารกและดูแลอย่างใกล้ชิด

๑.๒.๓ ไม่ทิ้งทารกอยู่ตามลำพังบนโต๊ะอาบน้ำ หรืออ่างอาบน้ำ, ชั่งน้ำหนัก, ทำหัตถการ

๑.๒.๔ ผู้อาบน้ำต้องเช็ดมือและฟองสบู่บริเวณที่จะจับทารกออกก่อนนำลงแช่ในอ่างน้ำ เพื่อป้องกันการลื่น หลุดมือ

๑.๒.๕ การอุ้มทารก ให้ใช้มือประคองทารกขณะอุ้มไว้บนตักทุกครั้ง

๑.๒.๖ ไม่ใช้มือข้างเดียวอุ้มทารก

๑.๒.๗ ขณะส่งตรวจหรือส่งเข้าห้องผ่าตัดหรือเคลื่อนย้ายทารก ใช้ Crib ทุกครั้ง

๒. ผู้ป่วยเด็กตึก NICU

๒.๑ ผู้ป่วยเด็ก

๒.๑.๑ ผู้ป่วยเด็กรับใหม่ทุกราย ต้องได้รับการประเมิน The Humpty Dumpty Scale และกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมพยาบาล

๒.๑.๒ ล็อกขาเตียงเสมอ พร้อมมีป้ายเตือนระวังในการตกเตียง

๒.๑.๓ จัดเตียง ที่กั้นและโซนในการนอนให้กับเด็กตามความเหมาะสม

๒.๑.๔ จำกัดการเคลื่อนไหวด้วยการห่อตัวหรือผูกยึดผู้ป่วยเด็กในขณะทำหัตถการ

๒.๑.๕ ผู้ป่วยเด็กที่ไม่ให้ความร่วมมือ สับสนอาจต้องมีการผูกยึด ป้องกันการตกเตียง

๒.๒ ทารกที่ป่วย

๒.๒.๑ ล็อกฝาตู้อบทุกครั้งที่น่าทารกเข้าตู้อบ หรือยกกั้น radiant warmer ทั้ง ๔ ด้านขึ้นทุกครั้งที่น่าทารกเข้าตู้อบ

๒.๒.๒ ขณะทำหัตถการให้ห่อ พันยึดทารกและดูแลอย่างใกล้ชิด

๒.๒.๓ ไม่ทิ้งทารกอยู่ตามลำพังบนโต๊ะอาบน้ำ หรืออ่างอาบน้ำ, ชั่งน้ำหนัก, ทำหัตถการ

๒.๒.๔ ผู้อาบน้ำต้องเช็ดมือและฟองสบู่บริเวณที่จะจับผู้ป่วยทารกออกก่อนนำลงแช่ในอ่างน้ำ เพื่อป้องกันการลื่น หลุดมือ

๒.๒.๕ การอุ้มผู้ป่วยทารก ให้ใช้มือประคองผู้ป่วยทารกขณะอุ้มไว้บนตักทุกครั้ง

๒.๒.๖ ไม่ใช้มือข้างเดียวอุ้มผู้ป่วยทารก

๒.๒.๗ ขณะส่งตรวจหรือส่งเข้าห้องผ่าตัดหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทารก ใช้ Crib หรือ incubator ทุกครั้ง

โรงพยาบาลหนองคาย	ฉบับ A	หน้าที่ ๑๐/๑๐
ระเบียบปฏิบัติเลขที่	วันที่บังคับใช้	๒๓ พ.ค. ๒๕๖๘
เรื่อง :แนวทางการการดูแลเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม		

๖. เครื่องชี้วัดคุณภาพ

๖.๑ Fall Rate < ๐.๑๕ ครั้ง/๑,๐๐๐ วันนอน

๖.๒ อัตราการปฏิบัติตามแนวทางในแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง $\geq$ ๘๕%

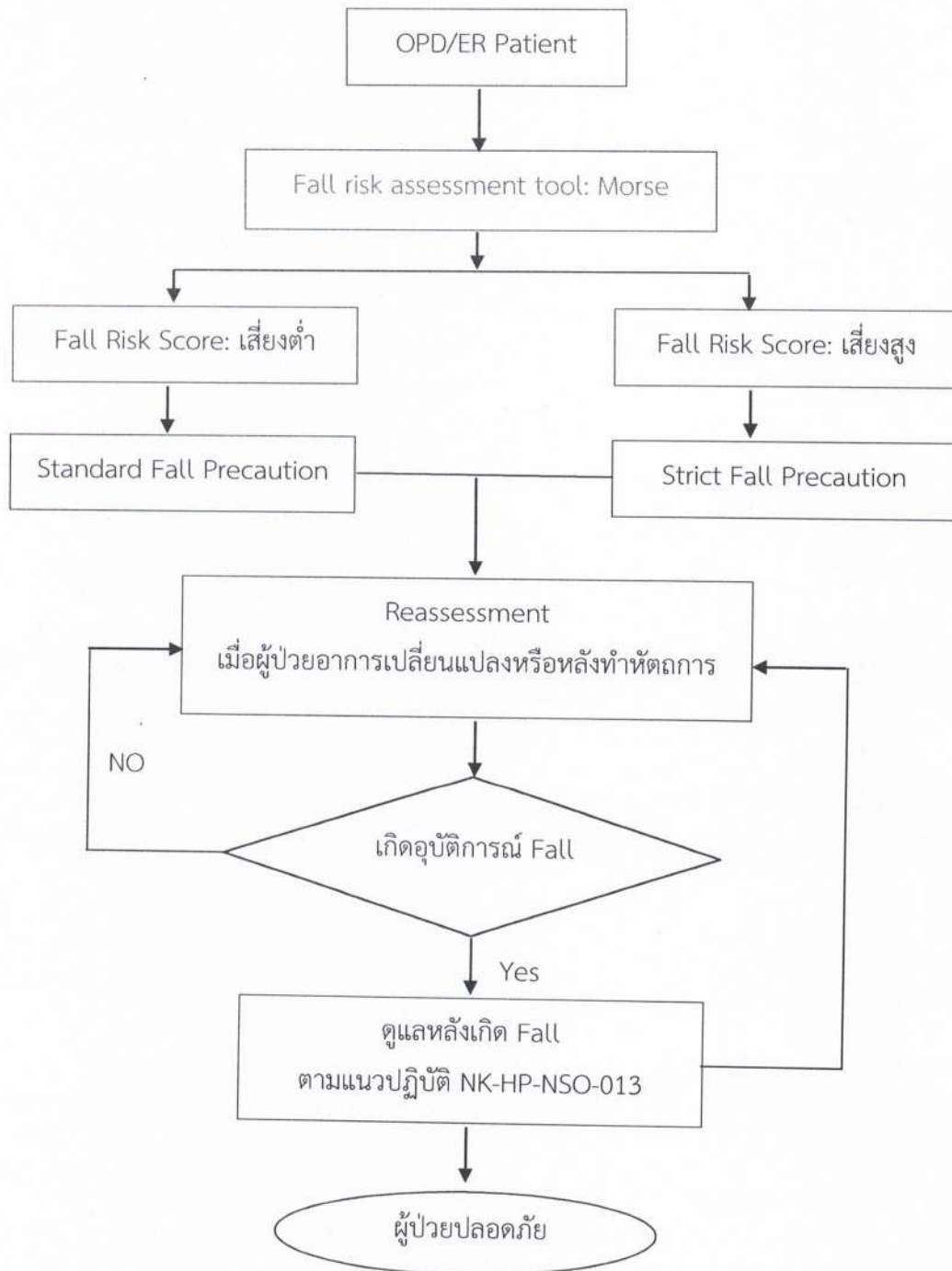
๗. เอกสารอ้างอิง

๑. คณะทำงานการเฝ้าระวังและป้องกันพลัดตกหกล้ม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (๒๕๕๖) . ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การประเมินความเสี่ยงและการป้องกันพลัดตกหกล้ม . สืบค้น ๑๐ เมษายน ๒๕๖๗ จาก <https://www.nurse.kku.ac.th/index.php/download/category/๑๐-๒๐๑๔-๑๒-๒๕-๐๖-๔๒-๒๐?download=๑๑๕:๒๐๑๔-๑๒-๒๕-๐๗-๕๖-๒๙>

๒. อุไรวรรณ พลจร . (๒๕๖๖) . การป้องกันความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม . สืบค้น ๑๐ เมษายน ๒๕๖๗ จาก https://medinfo.psu.ac.th/nurse/Docs/Self-learning/๖๖-new_RN_fall%๒๐_%๒๐slip%๒๐prevention.pdf

ภาคผนวก ก

Flow การจัดการเพื่อป้องกันการเกิด Fall แผนกผู้ป่วยนอก



ตารางคะแนนความเสี่ยงพลัดตก หกล้ม
สำหรับศูนย์เปล, OPD, ER

วิธีการประเมิน :

ซักถาม “3 เดือนที่ผ่านมาเคยล้มหรือไม่”

สังเกต : ขาไม่มีแรง ทรงตัวไม่ดี มีไม้เท้า มีน้ำเกลือ ลูกลำบากต้องมีคนพยุง เดินยืดเกาะ

ซักถาม	สังเกต			
	รอบ 3 เดือน เคยล้ม	ขาไม่มีแรง ทรงตัวไม่ดี	มีไม้เท้า	(1) มีน้ำเกลือ (2) ลูกลำบาก คนพยุง
-	-	-	-	-
คะแนน	25	10	15	20

(ปรับจาก Fall risk assessment tool: Morse)

51 คะแนน ขึ้นไป ป้ายเชิงสัญลักษณ์ “สีแดง”

แนวทางการดูแลผู้ป่วยนอก เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม
(Standard and Strict Fall Precaution OPD, ER)

1. Standard Fall Precaution

ความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม 25-50 คะแนน

Low risk

1. จัดสิ่งแวดล้อมภายในหน่วยงานให้ปลอดภัย ยกไม้กั้นเตียงขึ้น
2. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขึ้นและลงจากเตียงตรวจ โดยใช้บันไดสแตน ทุกครั้ง

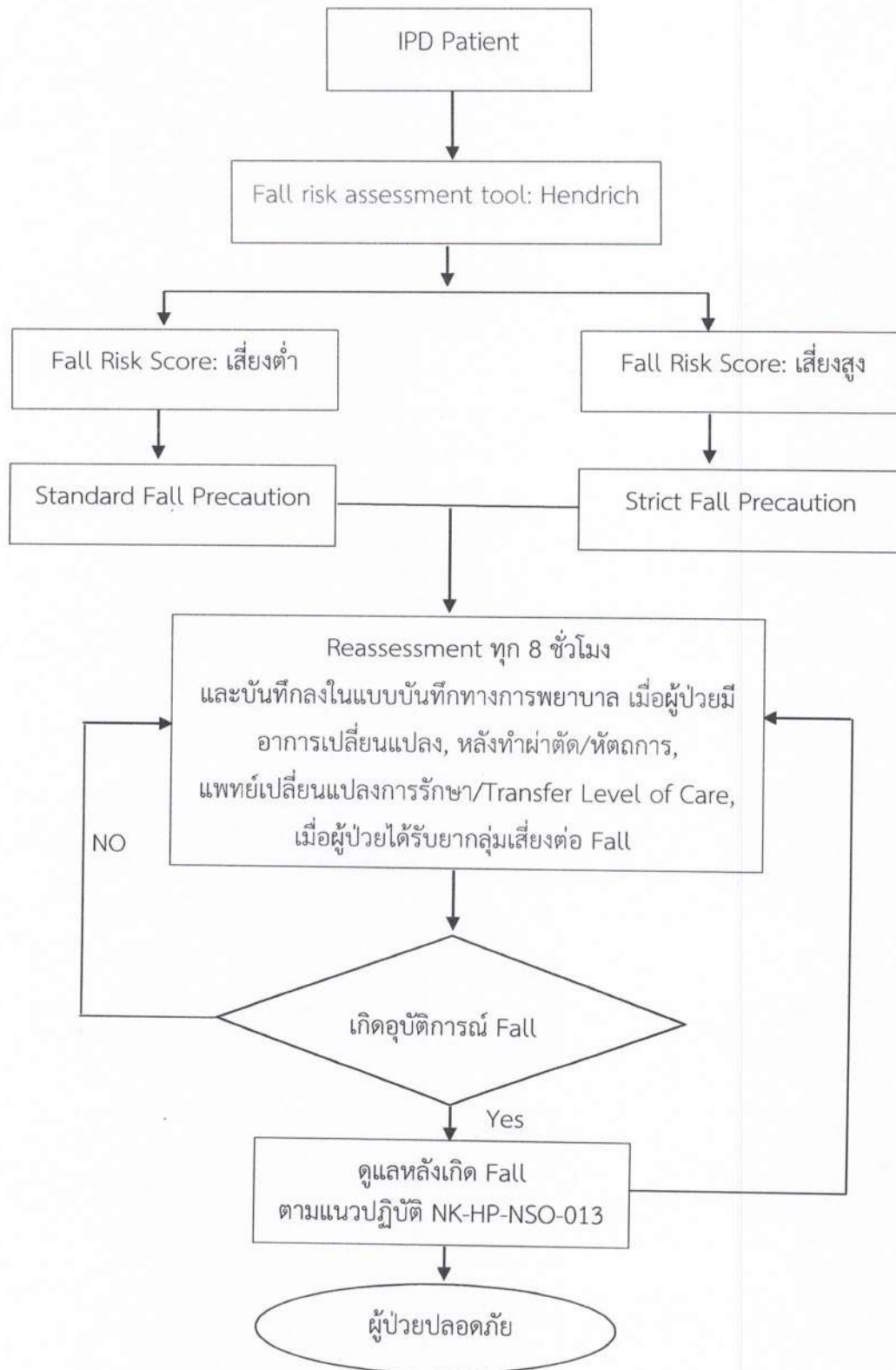
2. Strict Fall Precaution ติดป้ายสัญลักษณ์ “สีแดง”



ความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม 51 คะแนน ขึ้นไป

1. ติดป้ายสัญลักษณ์ความเสี่ยงสูงพลัดตกหกล้มที่เปลหรือเตียงนอนผู้ป่วย
2. ยกเหล็กกั้น ดูแลขึ้นลงโดยใช้ บันไดสแตน ทุกครั้ง
3. เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ให้ถือค้ำทุกครั้งขณะพักรอ ระมัดระวังขณะพาผู้ป่วยขึ้นเปล และออกจากเปล
4. แจ้งเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่ส่งต่อ “ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อ พลัดตก ลื่น หกล้ม”
5. ให้คำแนะนำผู้ป่วย/ผู้ดูแล “ห้ามเดิน ห้ามลง มีญาติดูแล”

Flow การจัดการเพื่อป้องกันการเกิด Fall แผนกผู้ป่วยใน



หมายเหตุ : ผู้ป่วยอายุ ๖๕ – ๗๙ ปี ให้ใช้แบบประเมิน Fall risk assessment tool in elderly

แนวทางการดูแลผู้ป่วยในเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม
(Standard and Strict Fall Precaution IPD)

1. Standard Fall Precaution

ความเสี่ยง 1 – 4 คะแนน

Low risk

1. ปรับเตียงให้อยู่ในระดับต่ำสุด และ ล็อคล้อเตียงทุกครั้ง
2. ยกราวกันเตียงขึ้นทุกด้าน และตรวจสอบความเข้าใจให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลทำให้ดูว่าทำได้จริง
3. ผู้ป่วยและญาติ ได้รับคำแนะนำการป้องกันการพลัดตกหกล้ม
4. ทวนสอบยาในกลุ่ม Secondary diagnosis ที่ผู้ป่วยได้รับ
5. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นรถเข็นนั่ง/รถเข็นนอน หรือ ขณะพักรอให้ล็อคทุกครั้ง
6. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นเปลและออกจากเปล โดยใช้แผ่นสไลด์บอร์ด ด้วยความนุ่มนวล

2. Strict Fall Precaution ติดป้ายสัญลักษณ์ “สีแดง”

ความเสี่ยง ≥ 5 คะแนน



1. แขนป้ายสัญลักษณ์สีแดง “ระวังพลัดตกหกล้ม” ที่หน้าห้อง เตียงผู้ป่วย
2. ปฏิบัติตาม Standard Fall Precaution
3. Reassessment ทุก 8 ชั่วโมง
4. บันทึกลงในแบบฟอร์ม Intervention nursing note
5. ให้คำแนะนำ กรณีญาติหรือผู้ดูแลต้องออกไปทำธุระชั่วคราว เช่น ไปรับประทานอาหาร ชื้อของใช้ กรุณาแจ้งพยาบาลรับทราบทุกครั้ง เพื่อจัดเจ้าหน้าที่เฝ้าดูแลอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
6. ให้คำแนะนำ “ห้ามผู้ป่วยเดิน ห้ามลงเตียง ให้มีญาติเฝ้า”
7. ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผูกยึด ปฏิบัติตามแนวทางการผูกยึด

ป้ายสัญลักษณ์ความเสี่ยงสูงพลัดตกหกล้ม



ระวัง



พลัดตก หกล้ม

OPD/ER

ห้ามเดิน

ห้ามลงเตียง

มีญาติดูแล

ตารางคะแนนความเสี่ยงพลัดตก หกล้ม
สำหรับศูนย์แปล, OPD, ER

วิธีการประเมิน :

ซักถาม "3 เดือนที่ผ่านมาเคยล้มหรือไม่"

สังเกต : ขาไม่มีแรง ทรงตัวไม่ดี มีเมื่อยเท้า มีน้ำลายไหล ลูกหลานบางคนมีศรัทธาสูง

เดินย่ำตะเภา

คำถาม	สังเกต			
รวม 3 เดือน เคยล้ม	ขาไม่มีแรง ทรงตัวไม่ดี	มีเมื่อยเท้า	(1) มีน้ำลายไหล	เดินย่ำตะเภา
	(2) ลูกหลานบางคนมีศรัทธาสูง			
25	10	15	20	30

51 คะแนน ขึ้นไป ปฏิบัติตาม ข้อ 1-5

1. ติดป้ายสัญลักษณ์ความเสี่ยงสูงพลัดตกหกล้มที่เปลหรือเตียงนอนผู้ป่วย
2. ยกเหล็กกั้น หรือเซ็นลงโดยใจ บำบัดดูแลจน ทุกครั้ง
3. เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ให้ถือคอกทุกครั้งที่ระมัดระวัง และระมัดระวังจะพาผู้ป่วยขึ้นเตียง และออกจากเปล
4. แจ้งเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่สังกัด "ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อ พลัดตก หกล้ม "
5. ให้คำแนะนำผู้ป่วย/ผู้ดูแล "ห้ามเดิน ห้ามลง มีญาติดูแล"



ระวัง



พลัดตก หกล้ม

IPD

ห้ามเดิน

ห้ามลงเตียง

มีญาติดูแล

ตารางคะแนนความเสี่ยงพลัดตก หกล้ม
สำหรับ IPD



SCAN ME

แบบประเมิน

Hendrich

และ

ผู้สูงอายุ ≥ 65 ปี

ประเมิน Hendric ≥ 5 คะแนน และ ผู้สูงอายุ ระดับ 2-3
หมายถึง ผู้ป่วยเสี่ยงสูงต่อพลัดตกหกล้ม

คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

1. ป้ายสัญลักษณ์ ที่เจ้าหน้าที่จะห้อยกำกับไว้ที่เปลหรือเตียงนอน หมายถึง ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงพลัดตกหกล้ม
2. คำแนะนำเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม "ห้ามเดิน ห้ามลง มีญาติดูแล"
3. ญาติหรือผู้ดูแลไม่อยู่ ให้แจ้งพยาบาลทุกครั้ง และ ยกเหล็กกั้นเตียงขึ้น ทุกครั้ง
4. ผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องได้รับการผูกยึดเพื่อความปลอดภัยจากพลัดตกหกล้ม และจะได้รับการดูแลและญาติความแนวทาง

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม Hendrich

(Fall risk assessment tool: Hendrich)

ปัจจัยเสี่ยง	ค่าคะแนน	วันที่ประเมิน				
1. อาการสับสน / ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล (Confusion / disorientation)	4					
2. อาการซึมเศร้า (Symptomatic depression)	2					
3. การจับถ่ายผิดปกติ (Altered)	1					
4. อาการวิงเวียน/บ้านหมุน (Dizziness / vertigo)	1					
5. ผู้ชาย (Male Gender)	1					
6. ได้รับยากลุ่มยากันชัก (Any administered antiepileptics) (anticonvulsants) (carbamazepine, divalproex sodium, ethosuximide, felbamate, fosphenytoin, gabapentin, lamotrigine, mephenytoin, methsuximide, phenobarbital, phenytoin, primidone, topiramate, trimethadione, valproic acid)	2					
7. ได้รับยากลุ่มยา benzodiazepines : (alprazolam, buspirone, chlordiazepoxide, clonazepam, clorazepate dipotassium, diazepam, flurazepam, halazepam, lorazepam, midazolam, oxazepam, temazepam, triazolam)	1					
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยเวลาขึ้นและเดิน (ทดสอบด้วยการลุกยืนจากเก้าอี้) (Get up & go test)						
1. สามารถขึ้นได้เองทันที โดยไม่ต้องใช้มือยัน (Able to rise in a single movement – no loss of balance with steps)	0					
2. ต้องใช้มือช่วยยันตัวขึ้น 1 ครั้ง ก็สามารถลุกยืนได้สำเร็จ (Pushes up, successful in one attempt)	1					
3. ต้องใช้มือช่วยยันตัวขึ้นหลายครั้ง จึงจะลุกยืนได้สำเร็จ (Multiple attempts, but successful)	3					
4. ไม่สามารถลุกยืนได้เองหากไม่มีคนช่วยในระหว่างทดสอบ (Unable to rise without assistance during test)	4					
คะแนนเต็ม 20 คะแนน						

การให้คะแนน กรณีไม่มีปัจจัยเสี่ยงในข้อนั้นๆ ให้ 0 คะแนน ถ้ามีปัจจัยเสี่ยงในแต่ละข้อให้คะแนนตามค่าคะแนนของข้อนั้นๆ

แล้วรวมคะแนน

คะแนน 0	หมายถึง	ไม่มีความเสี่ยงต่อการลื่น/ตก/หกล้ม
คะแนน 1-4	หมายถึง	มีความเสี่ยงต่อการลื่น/ตก/หกล้ม
คะแนน ≥ 5	หมายถึง	มีความเสี่ยงสูงต่อการลื่น/ตก/หกล้ม

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

Fall risk assessment tool: Morse

รายการ	เกณฑ์การให้คะแนน	วันที่ประเมิน				
1. ประวัติการพลัดตกหกล้ม: มีการพลัดตกหกล้มระหว่างอยู่รักษาหรือตกหกล้มภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา (History of falling; immediate or within 3 months)	ไม่ใช้ 0 คะแนน ใช้ 25 คะแนน					
2. มีการวินิจฉัยโรคมากกว่า 1 รายการ (Secondary diagnosis)	ไม่ใช้ 0 คะแนน ใช้ 15 คะแนน					
3. การช่วยในการเคลื่อนย้าย (Ambulatory aid) ○ เดินได้เองโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย / ใช้รถเข็นนั่ง / นอนพักบนเตียงโดยไม่ให้ลุกจากเตียง (Bed rest) / บุคลากรช่วย (Nurse assist) ○ ไม้ค้ำยัน (Crutches) / ไม้เท้า (Cane) / walker frame ○ เดินโดยการยึดเกาะไปตามเตียง โต๊ะ เก้าอี้ (Furniture)	0 คะแนน 15 คะแนน 30 คะแนน					
4. ให้สารละลายทางหลอดเลือด (IV) / คา Heparin lock ไว้	ไม่ใช้ 0 คะแนน ใช้ 20 คะแนน					
5. การเดิน (Gait) / การเคลื่อนย้าย (Transferring) ○ ปกติ (Normal) / นอนพักบนเตียงโดยไม่ให้ลุกจากเตียง (Bed rest) / ไม่เคลื่อนไหว (Immobile) ○ อ่อนแรงเล็กน้อยหรืออ่อนเพลีย (Weak) / เดินก้มตัวแต่ศีรษะตั้งตรงได้ขณะกำลังเดินโดยไม่ถือการทรงตัว / เดินก้าวสั้นและลากเท้า ○ มีความพร่อง (Impaired) เช่น ลุกจากเก้าอี้ด้วยความลำบาก พยายามจะลุกเก้าอี้ด้วยการใช้มือและแขนยันตัว หรือลุกด้วยความพยายามอยู่หลายครั้ง เดินก้มศีรษะและตามองที่พื้น เดินโดยต้องมีคนช่วยพยุงหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ไม่สามารถเดินได้โดยปราศจากการช่วยเหลือ	0 คะแนน 10 คะแนน 20 คะแนน					
6. สภาพจิตใจ ○ รับรู้บุคคล เวลาและสถานที่ ได้ด้วยตนเอง (Oriented to own ability) ○ ตอบสนองไม่ตรงกับความเป็นจริง ประเมินความสามารถของตนเองเกินกว่าที่ทำได้และลืมคิดถึงข้อจำกัดที่มีอยู่ (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

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 ยาหลับ	1					
10. ไม่สามารถเคลื่อนย้าย/เคลื่อนที่ได้	- 5					
รวมคะแนน						

เกณฑ์การตัดสินความเสี่ยง

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

หมายเหตุ - ระดับ 1 = ปฏิบัติตามแนวทางการเกิด fall ระดับเสี่ยงต่ำ

- ระดับ 2 และ 3 = ปฏิบัติตามแนวทางเฝ้าระวังการเกิด fall ระดับเสี่ยงสูง “สีแดง”

แบบประเมินการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยทารกและเด็ก
(Fall Assessment Tool the Humpty Dumpty Scale) โรงพยาบาลหนองคาย

รายการประเมิน	ปัจจัยเสี่ยง	Score (circle)	Score ที่ประเมินได้
1. อายุ	อายุต่ำกว่า 3 ปี	4	
	อายุ 3-7 ปี	3	
	อายุ >7-13 ปี	2	
	อายุ >13 ปี ขึ้นไป	1	
2. เพศ	ชาย	2	
	หญิง	1	
3. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)	ผู้ป่วยที่มีโรค/อาการทางระบบประสาทหรือมีปัญหาด้านการมองเห็น การรับฟังและการเคลื่อนไหว (Neurological Diagnosis)	4	
	ผู้ป่วยร่อนการได้รับออกซิเจน เช่น มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจ การขาดน้ำและเกลือแร่ ซีด นอนไม่หลับ เป็นลม มึนงง (Alteration in oxygenation, Respiratory Diagnosis, Dehydration, Anemia, Anorexia, Syncope, Dizziness etc.	3	
	ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางจิตหรือมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม(Psych/Behavioral Disorders)	2	
	โรคอื่นๆ(Other Diagnosis)	1	
4. ระดับความสามารถในการรับรู้ (Cognitive Impairments) *ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 7 ปีประเมินผู้ดูแล)	การรับรู้บกพร่องหรือประเมินความสามารถของตนเองไม่เหมาะสมรวมถึงทารก(Not Aware of Limitationa)	3	
	รับรู้แต่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ(Forget Limitationa)	2	
	รับรู้และปฏิบัติตามคำแนะนำ(Oriented to own Ability)	1	
5. ปัจจัยและสิ่งแวดล้อม (Environmental Factors)	ผู้ป่วยที่มีประวัติพลัดตกหกล้มหรือทารก ้วยหัดเดินที่ต้องนอนบนเตียง (history of Falls or Infant-Toddler Placed in Bed)	4	
	ผู้ป่วยที่ต้องใช้กายอุปกรณ์ช่วยเหลือหรือผู้ป่วยที่ต้องอาศัยทอระบายต่างๆ(Patient uses assistive devices or Infant Toddler in Crib or Furniture/Lighting(Tripd Room))	3	
	ผู้ป่วยที่นอนกับเตียง(Patient Placed Bed)	2	
	ผู้ป่วยที่สามารถเดินไปมาได้ด้วยตนเอง	1	
6. หลังผ่าตัด (Response to Surgery/Sedation/Anesthesia)	ผู้ป่วยหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง(Within 24 hr.)	3	
	ผู้ป่วยหลังผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง(Within 48 hr.)	2	
	ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมากกว่า 48 ชั่วโมงหรือไม่ได้รับการผ่าตัด (More than 48 hr./None)	1	
7. การได้รับยาและขนาดของยา (Medication Usage)	การได้รับยาที่มีผลต่อความดันโลหิต ระดับความรู้สึกตัวและมีผลทำให้ง่วงซึม(ยกเว้นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักที่ได้รับยานอนหลับและผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวไม่ได้)		
	ผู้ป่วยที่ได้รับยาข้างต้นมากกว่า 1 ชนิด(Multiple Usage)	3	
	ผู้ป่วยที่ได้รับยาข้างต้น 1 ชนิด(One of the Meds listed above)	2	
	ผู้ป่วยที่ได้รับยาชนิดอื่นนอกเหนือจากยาข้างต้นหรือไม่ได้รับยา(Other Meddications/None)	1	
	รวมคะแนน		

(ปรับอ้างอิงจากสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี)

ระดับ	คะแนน	ป้ายแจ้งเตือน	การติดตามประเมิน
ความเสี่ยงต่ำ(Low Risk score)	7-11	ติดป้ายแจ้งเตือนสีเขียว	ติดตามประเมินทุก 4 ชั่วโมง
ความเสี่ยงปานกลาง(Moderate Risk score)	12-16	ติดป้ายแจ้งเตือนสีเหลือง	ติดตามประเมินทุก 2 ชั่วโมง
ความเสี่ยงสูง(High Risk score)	≥17	ติดป้ายแจ้งเตือนสีแดง	ติดตามประเมินทุก 1 ชั่วโมง

ภาพนวัตกรรมการป้องกันเด็กลื่น พลัดตก หกล้ม ในเด็กและทารก

1. ที่กันสำหรับเด็กเล็ก



2. ป้ายเตือนในการยกเด็กข้างเตียงขึ้น



3. ป้ายประเมินระดับความเสี่ยงลื่น พลัดตก หกล้ม



ติดระดับความเสี่ยงที่ปลายเตียง



ติดระดับความเสี่ยงที่หน้า chart

นวัตกรรม การป้องกันเด็กลื่น พลัดตก หกล้ม ในเด็กและทารก



การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเด็ก



การยึดเตียงผู้ป่วยในการทำกิจกรรม



ทารกแรกเกิดใน incubator มีการปิดล็อกตู้



Clib สำหรับทารกแทนเตียง มีการปรับ
Clib ลงล็อกเพื่อใช้ในการเคลื่อนย้าย

ภาคผนวก ข

แบบประเมินสมรรถนะ เรื่อง : การดูแลเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม (IPD)

คำจำกัดความ : พยาบาลวิชาชีพแสดงออกซึ่งความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

วัน / เดือน / ปี ที่ประเมิน..... ประเมินครั้งที่.....

ผู้รับการประเมิน.....อายุ.....ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ O ปฏิบัติการ O ชำนาญการปี.....เดือน

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย.....ปี.....เดือน

คำชี้แจง

1. เพื่อ () ประเมินปฐมนิเทศ (Orientation)

() ประเมินประจำปี (Annual evaluation)

2. เกณฑ์การประเมิน

2.1 ปฏิบัติได้ครบทุกข้อ คิดเป็น 100 %

2.2 คะแนน 100 % ผ่านการประเมิน

3. การให้คะแนน

3.1 ปฏิบัติได้ครบให้ 1 คะแนน

3.2 ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน

4. วิธีประเมิน

() ประเมินตนเอง

() ผู้ร่วมงานประเมิน

() ผู้บังคับบัญชาประเมิน

แบบประเมินทักษะ การดูแลเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม (สำหรับ IPD)

รายละเอียดการปฏิบัติ	ปฏิบัติ (1)	ไม่ปฏิบัติ (0)
I : การประเมิน		
1. พยาบาลประเมินผู้ป่วยรับใหม่รับย้ายโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อพลัดตกหกล้ม Tool Henrich และ กรณีผู้สูงอายุ 65-79 ปี ใช้แบบประเมิน Tool in Elderly		
2. พยาบาลประเมินซ้ำ fall risk อย่างน้อยทุก 8 ชม. และบันทึกลงในบันทึกทางการพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง, หลังทำผ่าตัด/หัตถการ/แพทย์เปลี่ยนแปลงการรักษา/ Transfer level of care, เมื่อผู้ป่วยได้รับยากลุ่มเสี่ยงสูงต่อ fall		
II : การดูแลและให้คำแนะนำผู้ป่วยตาม Fall score		
3. ความเสี่ยงต่ำปฏิบัติตาม standard fall precaution		
4. ความเสี่ยงสูงชวนผู้ป่วยสัญญาณลักษณะ “สีแดง” บริเวณปลายเตียงและปฏิบัติตาม strict fall precaution		
5. กลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่ต้องผูกยึด ปฏิบัติตามแนวทางการผูกยึด (NK-HP-Bhum001)		
6. บันทึกปัญหาทางการพยาบาล คำแนะนำและระดับคะแนน Fall score ในแบบบันทึกทางการพยาบาล		
7. ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มเสี่ยงสูงต่อ Fall ปฏิบัติตาม standard fall precaution ตามระดับความเสี่ยง		
8. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาตามกลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ เช่น ยานอนหลับ ยาแก้แพ้ ยาแก้ปวด ยาแก้ชัก ยาคลายกล้ามเนื้อจะทำให้เกิดอาการง่วงซึม ไม่ควรขับขี่ยานพาหนะ หรือทำงานเกี่ยวกับจักรกล ระวังพลัดตกหกล้ม เป็นต้น		
9. ดูแลสภาพแวดล้อมในหน่วยงานให้สะอาด พื้นแห้งไม่ลื่น อย่างน้อยทำความสะอาดวันละ 2 ครั้ง และติดป้าย”ระวังลื่น”ขณะทำความสะอาด		
III. การดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิด Fall		
10. ประเมินอาการเบื้องต้น จุดสำคัญที่ต้องตรวจสอบหรือร่องรอยบาดเจ็บ ที่ศีรษะ แขนขา กระดูกสันหลัง และให้ความช่วยเหลือตามอาการ และระมัดระวังการเคลื่อนย้าย		
11. รายงานแพทย์และให้การดูแลตามแผนการรักษา /ประเมินซ้ำตามประเภทผู้ป่วย /บันทึกทางการพยาบาล		
12. รายงานหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน/เวรตรวจการพยาบาล/ผู้ที่เกี่ยวข้อง		
13. รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง HRMS		

สรุปผลการประเมิน

() ผ่าน

() ควรปรับปรุง

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ.....
.....
.....

แนวทางในการพัฒนา

() ทบทวนเอกสาร ตำรา

() จัดโปรแกรมการฝึกอบรมภายในหน่วยงาน

() สอนชี้แนะในระหว่างการปฏิบัติ

() จัดพยาบาลพี่เลี้ยงให้

() ฝึกปฏิบัติโดยการสาธิตให้ดู

() ส่งไปอบรมนอกสถานที่

() อื่นๆ.....

ลงชื่อผู้ประเมิน.....

ลงชื่อผู้รับการประเมิน.....

แบบประเมินสมรรถนะ เรื่อง : การดูแลเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม (OPD/ER)

คำจำกัดความ : พยาบาลวิชาชีพแสดงออกซึ่งความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

วัน / เดือน / ปี ที่ประเมิน..... ประเมินครั้งที่.....

ผู้รับการประเมิน.....อายุ.....ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ O ปฏิบัติการ O ชำนาญการปี.....เดือน

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย.....ปี.....เดือน

คำชี้แจง

1. เพื่อ () ประเมินปฐมนิเทศ (Orientation)

() ประเมินประจำปี (Annual evaluation)

2. เกณฑ์การประเมิน

2.1 ปฏิบัติได้ครบทุกข้อ คิดเป็น 100 %

2.2 คะแนน 100 % ผ่านการประเมิน

3. การให้คะแนน

3.1 ปฏิบัติได้ครบให้ 1 คะแนน

3.2 ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน

4. วิธีประเมิน

() ประเมินตนเอง

() ผู้ร่วมงานประเมิน

() ผู้บังคับบัญชาประเมิน

การประเมินทักษะแนวทางการดูแลพลัดตกหกล้ม (สำหรับ OPD/ER)

รายละเอียดการปฏิบัติ	ปฏิบัติ (1)	ไม่ปฏิบัติ (0)
I : การประเมิน		
1. ประเมิน fall risk Tool Morseเลือกใช้รถเข็นนั่งหรือเปลนอนให้เหมาะสมกับผู้รับบริการ		
2. บันทึกใน OPD/ER card		
II : การดูแลและให้คำแนะนำตาม Fall score		
3. Low risk ปฏิบัติตาม standard precaution		
4. High risk แขนง ป้ายสีแดง และปฏิบัติตาม Strict fall precaution		
III : การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง		
5. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นรถเข็นนั่ง/รถนอนอย่างถูกวิธีและนุ่มนวล ผูกยึดผู้ป่วยตามแนวทาง ยกравกันเปลี่ยนทุกครั้ง ล็อคล้อขณะพักคอยผ่านจุดที่สะดุดแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ		
6 มีการส่งต่อผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ดูแลประจำจุดนั้นๆไม่ปล่อยผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง		
7. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจาก Ambulance โดยรถนอน ควรแจ้งผู้ป่วยทราบว่าจะทำการเคลื่อนย้าย แนะนำผู้ป่วยกอดอกไม่ยื่นแขนขา ออกนอกรถเข็น		
8.ขอความช่วยเหลือจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามลำพัง ระวังขาเปลหลุดลงกระแทกพื้นขณะเคลื่อนย้าย		
VI : การดูแลอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม		
9. พนักงานเปลตรวจสอบและบำรุงรักษาอุปกรณ์เคลื่อนย้ายทุกวัน		
10. การดูแลทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม		
11. จัดแม่บ้านประจำจุดดูแลความสะอาดภายในอาคารและห้องน้ำ		
12. การทำความสะอาดพื้นทุกครั้งต้องตั้งป้าย”ระวังลื่น” กันแนวบริเวณทำความสะอาด และทำความสะอาดอย่างน้อยวันละ2ครั้ง		

สรุปผลการประเมิน

() ผ่าน

() ควรปรับปรุง

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

แนวทางในการพัฒนา

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| () ทบทวนเอกสาร ตำรา | () จัดโปรแกรมการฝึกอบรมภายในหน่วยงาน |
| () สอนชี้แนะในระหว่างการปฏิบัติ | () จัดพยาบาลพี่เลี้ยงให้ |
| () ฝึกปฏิบัติโดยการสาธิตให้ดู | () ส่งไปอบรมนอกสถานที่ |
| () อื่นๆ..... | |

ลงชื่อผู้ประเมิน.....

ลงชื่อผู้รับการประเมิน.....

แบบประเมินสมรรถนะ เรื่อง : การดูแลเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มในเด็ก

คำจำกัดความ : พยาบาลวิชาชีพแสดงออกซึ่งความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

วัน / เดือน / ปี ที่ประเมิน..... ประเมินครั้งที่.....

ผู้รับการประเมิน.....อายุ.....ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ O ปฏิบัติการ O ชำนาญการปี.....เดือน

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย.....ปี.....เดือน

คำชี้แจง

1. เพื่อ () ประเมินปฐมนิเทศ (Orientation)

() ประเมินประจำปี (Annual evaluation)

2. เกณฑ์การประเมิน

2.1 ปฏิบัติได้ครบทุกข้อ คิดเป็น 100 %

2.2 คะแนน 100 % ผ่านการประเมิน

3. การให้คะแนน

3.1 ปฏิบัติได้ครบให้ 1 คะแนน

3.2 ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน

4. วิธีประเมิน

() ประเมินตนเอง

() ผู้ร่วมงานประเมิน

() ผู้บังคับบัญชาประเมิน

การประเมินทักษะแนวทางการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยเด็ก

รายละเอียดการปฏิบัติ	ปฏิบัติ (1)	ไม่ปฏิบัติ (0)
ผู้ป่วยเด็กที่ตึกสามัญและห้องพิเศษ		
1.พยาบาลประเมินผู้ป่วยรับใหม่/รับย้ายโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อพลัดตกหกล้มTool The Humpty Dumpty Scale		
2.ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะเสี่ยงสูงติดสัญญาณลักษณะสีแดงที่ปลายเตียงหรือ chart ผู้ป่วย จัดให่นอนในโซนที่สังเกตและเข้าถึงได้ง่าย		
3.พยาบาลมีการให้คำแนะนำการปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วย(เด็กโต)/ผู้ดูแล แจ้งปัจจัยเสี่ยงต่อพลัดตกหกล้มเช่น ผู้ป่วยติดเตียงทางสมอง ได้อาคลายชัก, ผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นต้น และให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทุกครั้งที่ไม่ได้อยู่กับผู้ป่วย		
4. ตรวจเยี่ยมทุก1ชั่วโมงและผู้ดูแลป้องกันการตกเตียงในรายที่ไม่ให้ความร่วมมือหรือมีภาวะสับสน		
5. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเด็กเล็กให้ผู้ดูแลอุ้มกอดนั่งบนรถเข็น เด็กโตใช้รถนั่ง หรือรถนอนพร้อมให้ผู้ดูแลติดตามด้วยทุกครั้ง		
6. ยกราวกั้นเตียงขึ้นตลอดเวลาเมื่อไม่ได้เข้าไปทำการพยาบาล		
7.จัดให้มีสัญญาณเตือน เช่นกดกริ่ง ขอความช่วยเหลือที่เตียง และห้องน้ำผู้ป่วย		
8.ดูแลพื้นห้องน้ำและห้องน้ำให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ จัดให้มีแสงสว่างที่เพียงพอบริเวณเตียง ทางเดิน และห้องน้ำ		
ผู้ป่วยเด็กที่NICU		
1.ประเมินผู้ป่วยรับใหม่/รับย้ายโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อพลัดตกหกล้มTool The Humpty Dumpty Scale		
2.ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะเสี่ยงสูงติดสัญญาณสีแดงที่ป้ายเตียงผู้ป่วยหรือchart ผู้ป่วย		
3.จัดโซนให้นอนเตียงที่ง่ายต่อการสังเกต เข้าถึงง่าย		
4.ผู้ป่วยเด็กใน incubator มีการล็อกตู้ทุกครั้ง เด็กที่นอนใน crib ต้องล็อกตู้ทุกครั้ง และในผู้ป่วยเด็กที่ไม่ให้ความร่วมมือ สับสนต้องผูกยึดเพื่อป้องกันการตกเตียง, จำกัดการเคลื่อนไหวด้วยการห่อตัวผู้ป่วยเด็กในขณะทำหัตถการ		
5. การเคลื่อนย้ายทารกต้องใช้crib นอนหรือตู้ Incubatorทุกครั้ง		
6.การอุ้มผู้ป่วยทารก ต้องใช้มือประคองขณะอุ้มไว้บนตักทุกครั้งไม่ใช่มือข้างเดียวอุ้ม		
7. ไม่ทิ้งทารกอยู่ตามลำพังบนโต๊ะอาบน้ำ, ชั่งน้ำหนัก, ทำหัตถการ		
8. การเคลื่อนย้ายเด็กเล็กให้ผู้ดูแลติดตามและมีเจ้าหน้าที่นำส่งด้วยตลอด		
9. เด็กโตการเคลื่อนย้ายระหว่างเปลกับเตียง ต้องล็อกขาเตียงก่อนเคลื่อนย้ายและใช้แผ่นสไลด์ช่วยเคลื่อนย้าย		
10. ยกราวกั้นเตียงขึ้นตลอดเวลาเมื่อไม่ได้ทำหัตถการ		
ทารกที่คลอดปกติ		
1.จัดให้ทารกนอนในcribแยกจากมารดา.		
2.ขณะทำหัตถการห่อพันยึดทารกและดูแลใกล้ชิด		
3.ไม่ทิ้งทารกอยู่ตามลำพังบนโต๊ะอาบน้ำ, ชั่งน้ำหนัก, ทำหัตถการ		
4.ผู้อาบน้ำต้องเช็ดมือและฟองสบู่ออกก่อนนำทารกแชลงในอ่างน้ำเพื่อป้องกันการลื่นหลุดมือ		
5.ใช้มือประคองทารกขณะอุ้มไว้บนตักไม่ใช่มือข้างเดียวอุ้ม		
6.ขณะส่งตรวจหรือเคลื่อนย้ายทารกใช้crib ทุกครั้งและมีผู้ดูแลไปด้วยเสมอ		

สรุปผลการประเมิน

() ผ่าน

() ควรปรับปรุง

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

แนวทางในการพัฒนา

() ทบทวนเอกสาร ตำรา

() จัดโปรแกรมการฝึกอบรมภายในหน่วยงาน

() สอนชี้แนะในระหว่างการปฏิบัติ

() จัดพยาบาลพี่เลี้ยงให้

() ฝึกปฏิบัติโดยการสาธิตให้ดู

() ส่งไปอบรมนอกสถานที่

() อื่นๆ.....

ลงชื่อผู้ประเมิน.....

ลงชื่อผู้รับการประเมิน.....

แบบทดสอบความรู้แนวทางการป้องกันพลัดตก หกล้ม (COP Fall)

คำอธิบาย : กาเครื่องหมายถูก (v) ในหัวข้อที่ท่านเห็นว่าถูกต้อง, กาเครื่องหมายผิด (x) ในหัวข้อที่ท่านเห็นว่าผิด ในช่องคำตอบ

คำตอบ	ลำดับ	รายละเอียดคำถาม
I : แบบทดสอบในผู้ป่วยทั่วไป (ข้อ 1-11)		
	1	จุดประสงค์ของแนวทางการดูแลป้องกันพลัดตกหกล้มที่สำคัญคือความปลอดภัยจากอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม
	2	ใช้ประเมิน Tool Morse ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยในส่วน Tool Henrich ใช้ประเมินในผู้ป่วยนอก
	3	Re-Assessment หมายถึง การประเมินสภาพผู้ป่วยซ้ำทั้งทางร่างกาย จิตใจ ยาที่ผู้ป่วยได้รับ จากการที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงการรักษาหรืออาจเปลี่ยนแปลงก่อนหลังเคลื่อนย้าย
	4	การประเมินสภาพผู้ป่วยซ้ำควรประเมินอย่างน้อยทุก 8 ชม. ยกเว้นผู้ป่วยที่มีการพลัดตกหกล้ม เกิดอาการผิดปกติต้องประเมินตามอาการที่แสดงหรือตามแผนการรักษา
	5	Strict Fall precaution for high risk ต้องติดป้ายเชิงสัญลักษณ์ สีแดง
	6	การประเมินเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม ต้องประเมินตั้งแต่แรกรับ โดยการซักประวัติ สังเกตการณ์เคลื่อนไหว ประวัติการพลัดตกหกล้มภายใน 3 เดือน
	7	การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเคลื่อนย้ายโดยเปลนอนและให้ญาติหรือผู้ดูแลไปด้วยเพียงพอแล้ว
	8	เมื่อเปลส่งผู้ป่วยเสี่ยงสูงต่อพลัดตกหกล้ม ในผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวได้ไม่จำเป็นต้องดูแลช่วยเหลือหรือแจ้งหน่วยงานนั้นๆ เรื่องความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม
	9	หน่วยงานต้องมีป้ายบอก”ระวังลิ้น” ทุกครั้งกั้นบริเวณทำความสะอาด และทำความสะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งและเมื่อสกปรก
	10	ผู้ป่วยที่ได้รับยากล่อมประสาท ยานอนหลับ ยาแก้ปวด ยาจิตเวช ยาลดปวด ยาขยายม่านตา จะทำให้เกิดอาการง่วงซึม ต้องระวังการพลัดตกหกล้ม และให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล อาจต้องผูกยึดตามแนวทางถ้าจำเป็น
	11	บางหน่วยงานไม่จำเป็นต้องเรียนรู้การป้องกันพลัดตกหกล้มเพราะไม่ได้ดูแลคนไข้โดยตรง เช่น ห้องแลป ศูนย์สะอาด เป็นต้น
II : แบบทดสอบในผู้ป่วยเด็ก (ข้อ 12-20)		
	12	ผู้ป่วยทารกที่อยู่ในตู้อบไม่จำเป็นต้องล็อกฝาตู้อบและล็อกล้อเพราะผู้ป่วยตัวเล็กเปิดไม่ได้
	13	ไม่ควรทิ้งทารกอยู่ตามลำพังบนโต๊ะอาบน้ำหรืออ่างอาบน้ำขณะเตรียมอาบน้ำ
	14	ผู้ป่วยเด็กตัวเล็กๆสามารถอุ้มมือเดียวได้หากชำนาญในการอุ้ม
	15	การเคลื่อนย้ายเด็กเล็กโดยรถเข็นนั่งหรือเปลนอนควรให้ญาติหรือผู้ดูแลอุ้มนั่งบนรถเข็นหรือเปลนอนและต้องมีเจ้าหน้าที่ติดตามไปด้วยทุกครั้ง
	16	การประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในเด็กทารก -15 ปี ใช้The Humpty Dumpty Scale ซึ่งแบ่งความเสี่ยงเป็น 3 ระดับ

คำตอบ	ลำดับ	รายละเอียดคำถาม
	17	ผู้ป่วยเด็กที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม คະแนนมากกว่าเท่ากับ17 ต้องติดป้าย แจ้งเตือนสีแดง
	18	หากมีการเคลื่อนย้ายทารกต้องใช้ Crib หรือ Incubator ทุกครั้ง
	19	ผู้ป่วยเด็กที่ NICU เคสรับใหม่ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม เพราะตัวเล็กโอกาสเกิดน้อย
	20	ขณะทำหัตถการทารกป่วยให้ห่อพันยึดทารกและดูแลอย่างใกล้ชิดทุกครั้ง



ระวัง



พลัดตก หกล้ม

ห้ามเดิน
ห้ามลงเตียง
มีญาติดูแล



ระวัง



พลัดตก หกล้ม

ห้ามเดิน
ห้ามลงเตียง
มีญาติดูแล



ตารางคะแนนความเสี่ยงพลัดตก หกล้ม
สำหรับศูนย์เฝ้า, OPD, ER

วิธีการประเมิน

ซักถาม “3 เดือนที่ผ่านมาเคยล้มหรือไม่”

สังเกต : ขาไม่มีแรง ทรงตัวไม่ดี มีไม้เท้า มีน้ำเกลือ
ลูกลำบากต้องมีคนพยุง เดินยึดเกาะ

ชกถาม	สังเกต			
รอบ 3 เดือน เคยล้ม	ขาไม่มีแรง ทรงตัวไม่ดี	มีไม้เท้า	(1) มี น้ำเกลือ	เดินยึดเกาะ
-	-	-	(2) ลูกลำบาก คนพยุง	-
25	10	15	20	30

51 คะแนน ขึ้นไป ปฏิบัติตาม ข้อ 1-5

1. ติดป้ายสัญลักษณ์ความเสี่ยงสูงพลัดตกหกล้มที่เปลหรือเตียงนอนผู้ป่วย
2. ยกเหล็กกัน ดูแลชั้นลงโดยใช้ บันไดสแตน ทุกครั้ง
3. เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ให้ลือค้ล่กทุกครั้งที่ขณะพักรอ ระมัดระวังขณะพาผู้ป่วยขึ้นแปดและออกจากแปด
4. แจ้งเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่ส่งต่อ “ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อ พลัดตก ลื่น หกล้ม ”
5. ให้คำแนะนำผู้ป่วย/ผู้ดูแล “ห้ามเดิน ห้ามลง มีญาติดูแล”



ตารางคะแนนความเสี่ยงพลัดตก หกล้ม
สำหรับ IPD

SCAN ME

แบบประเมิน
Hendrich
และ
ผู้สูงอายุ ≥ 65 ปี

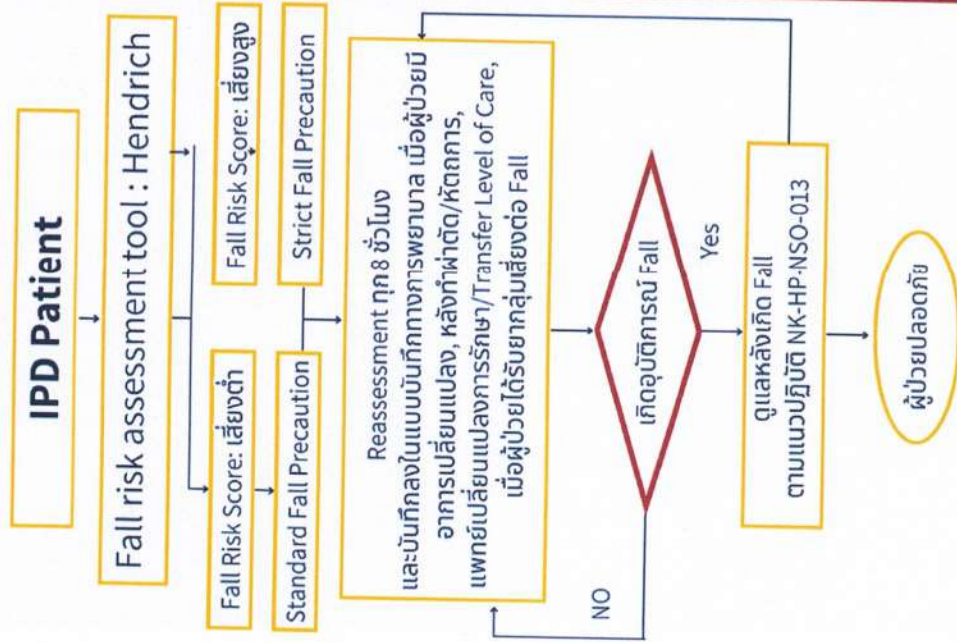


ประเมิน Hendrich ≥ 5 คะแนน และ ผู้สูงอายุ ระดับ 2-3
หมายถึง ผู้ป่วยเสี่ยงสูงต่อพลัดตกหกล้ม

คำแนะนำสำหรับผู้ดูแล

1. ป้ายสัญลักษณ์ ที่เจ้าหน้าที่จะห้อยกำกับไว้ที่เปลหรือเตียงนอน หมายถึง ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงพลัดตกหกล้ม
2. คำแนะนำเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม “ห้ามเดิน ห้ามลง มีญาติดูแล”
3. ญาติหรือผู้ดูแลไม่อยู่ ให้แจ้งพยาบาลทุกครั้ง และ ยกเหล็กกันเตียงขึ้นทุกครั้ง
4. ผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องได้รับการผูกยึดเพื่อความปลอดภัยจากพลัดตกหกล้ม และ จะได้รับการดูแลขณะผูกยึดตามแนวทาง

Flow การจัดการเพื่อป้องกันเกิดการเกิด Fall แผนกผู้ป่วยใน



หมายเหตุ : ผู้ป่วยอายุ 65 - 79 ปี ให้ใช้แบบประเมิน
Fall risk assessment tool in elderly

ข้อปฏิบัติเพื่อป้องกันพลัดตก หกล้ม สำหรับ IPD

1. ประเมิน Hendrich ≥ 5 คะแนน
และ ผู้สูงอายุ ระดับ 2 - 3
หมายถึง ผู้ป่วยเสี่ยงสูงต่อพลัดตก หกล้ม



2. ติดป้ายสัญลักษณ์
ความเสี่ยงสูงพลัดตก หกล้ม
ที่เปลหรือเตียงนอน



การประเมินผู้ป่วยในด้วยวิธีนี้

1. ผู้ป่วยที่มีอาการ 6 ข้อ หรือมากกว่านี้ ให้ใช้แบบประเมิน
2. ถ้าผู้ป่วยมีอาการ 6 ข้อ หรือมากกว่านี้ ให้ใช้แบบประเมิน
3. ผู้ป่วยที่มีอาการ 6 ข้อ หรือมากกว่านี้ ให้ใช้แบบประเมิน
4. ผู้ป่วยที่มีอาการ 6 ข้อ หรือมากกว่านี้ ให้ใช้แบบประเมิน

3. ปฏิบัติตาม Standard Fall Precaution และ Strict Fall Precaution

3.1 Standard Fall Precaution

ความเสี่ยง 1 - 4 คะแนน

1. ปรับเตียงให้อยู่ในระดับต่ำสุด และ ล็อคล้อเตียงทุกครั้ง
2. ยกราวกันเตียงขึ้นทุกด้าน และตรวจสอบความเข้าใจ
ให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลทำให้ดูว่าทำได้จริง
3. ผู้ป่วยและญาติ ได้รับคำแนะนำการป้องกันพลัดตกหกล้ม
4. กวนสอบยาในกลุ่ม Secondary diagnosis ที่ผู้ป่วยได้รับ
5. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นรถเข็นนั่ง/รถเข็นนอน หรือ
ขณะพักรอให้ลือคทุกครั้ง
6. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นแปและออกจากเปล
โดยใช้แผ่นสไลด์บอร์ด ด้วยความนุ่มนวล

Low risk

3.2 Strict Fall Precaution

ความเสี่ยง ≥ 5 คะแนน

1. แวนป้ายสัญลักษณ์สีแดง “ระวังพลัดตกหกล้ม”
ที่หน้าห้อง เตียงผู้ป่วย
2. ปฏิบัติตาม Standard Fall Precaution
3. Reassessment ทุก 8 ชั่วโมง
4. บันทึกลงในแบบฟอร์ม Intervention nursing note
5. ให้คำแนะนำ กรณีญาติหรือผู้ดูแลต้องออกไปทำธุระชั่วคราว เช่น
ไปรับประทานอาหาร ชื้อของใช้ กรุณาแจ้งพยาบาลรับทราบทุกครั้ง
เพื่อจัดเจ้าหน้าที่เฝ้าดูแลอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
6. ให้คำแนะนำ “ห้ามผู้ป่วยเดิน ห้ามลงเตียง ให้มีญาติเฝ้า”
7. ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผูกยึด ปฏิบัติตามแนวทางการผูกยึด

High risk