



กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านนา

CNPG : แนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันพลัดตกหกล้มและตกเตียง

รหัส : CNPG -NUR -002

วันที่มีผลบังคับใช้/วันที่ออกเอกสารครั้งแรก : วันที่ 29/มกราคม/2567

ผู้จัดทำ

กนกพร กิ่งแก้ว พันนัย

(นางกนกพร กิ่งแก้ว พันนัย)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

29 มกราคม 2567

ผู้อนุมัติ

อ.อ.

(นางสาวพรลภัส เชื้อชาญานิธิกิจ)

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

29 มกราคม 2567

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินความเสี่ยงและลดการเกิดพลัดตกหกล้มในหน่วยงาน
2. พยาบาลสามารถให้การพยาบาลเพื่อป้องกัน และดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดการพลัดตกหกล้ม
3. ผู้ป่วยและญาติ ได้รับคำแนะนำการป้องกันพลัดตกหกล้ม

คำนิยาม (Definition)

การพลัดตกหกล้ม หมายถึง การเปลี่ยนตำแหน่งของร่างกายจากการลื่นไถลหรือตกไปสู่พื้นผิวที่ต่ำกว่าร่างกายซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจและไม่สามารถควบคุมได้อาจส่งผลให้ร่างกายผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ตาม

ผลกระทบจากการ ลื่น พลัดตก หกล้ม หมายถึง การทำให้เกิดความเสียหายต่อร่างกายและทรัพย์สิน ซึ่งอาจเกิดจากธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือจากมนุษย์ ส่งผลเสียที่เกิดขึ้นต่อร่างกาย จิตใจ องค์กร เป็นผลเสียที่ไม่ควรเกิด

ผู้รับผิดชอบ

พยาบาล

1. ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม
2. จัดการป้องกัน การพลัดตกหกล้ม
3. บันทึกการประเมินและการจัดการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย

บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ

1. ช่วยประเมินระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย
2. ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ตามการมอบหมายและกำกับดูแลของพยาบาล

เครื่องมือประเมินความเสี่ยง

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

RISK FOR FALL	คะแนน
1.อายุ > 60 ปี และ/หรือมีประวัติล้มภายใน 6 เดือน ที่ผ่านมา / เด็กอายุ<5 ปี	2
2.สับสน/ไม่รู้วันเวลาสถานที่ / ความจำเสื่อม (Dementia) /Delirium	4
3.ซึมเศร้า/ สติปัญญาบกพร่อง	2
4.ปัสสาวะบ่อย เล็ดราด /การขับถ่ายอุจจาระผิดปกติ	1
5.วิงเวียน / บ้านหมุน	1
6.ได้รับยาที่มีผลข้างเคียง ทำให้มีอาการเวียนศีรษะ ทรงตัวไม่ดี	1
7.ได้รับยา Sedative / ยาจิตเวช/ยา Benzo diazepam หรือมีประวัติดื่มเหล้าจัด	2
8.ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ	
8.1 ต้องใช้แรงมากในการพยุงตัวเองขึ้น	1
8.2 ต้องพยายามหลายครั้ง จึงยืนได้สำเร็จ	2
8.3 ไม่สามารถลุกขึ้นได้เอง หากไม่มีคนช่วย	3
9. มีปัญหาการมองเห็น	1
10. มีอุปสรรคในการเคลื่อนย้าย เนื่องจากมีอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์	1
11. ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง เช่น ไม้เท้า /walker/แขนขาเทียม	1

คะแนนรวม.....

การแปลผล N = None คะแนน 0

L = Low risk for FALL คะแนน 1 – 4

H = High risk for FALL คะแนน ≥ 5

การปฏิบัติเมื่อพบภาวะเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม

ความเสี่ยงต่ำ(Low) การปฏิบัติตาม Standard Fall Precaution

1. ปรับระดับความสูงของเตียงให้อยู่ในระดับต่ำสุด ให้ผู้ป่วยหย่อนขาถึง
2. จัดระยะระหว่างเตียงกับตู้ข้างเตียงให้อยู่ในระยะที่ผู้ป่วยเอื้อมถึงรวมทั้งจัดวางOver bed ไม้ไถ่มีผู้ป่วย
3. แนะนำการใช้ข้อดัดสัญญาณขอความช่วยเหลือและจัดวางไว้ในที่ผู้ป่วยใช้ได้สะดวก
4. กำจัดสิ่งกีดขวางทางเดินบนพื้นห้องและในห้องน้ำ
5. ดูแลพื้นห้องและพื้นห้องน้ำให้แห้งอยู่เสมอ
6. ให้คำแนะนำให้กดออกเรียกเจ้าหน้าที่ทุกครั้งเมื่อต้องการความช่วยเหลือ และผู้ป่วยห้องพิเศษต้องมี

ญาติดูแลตลอด 24 ชม

7. กรณีต้องให้นอนหลับหรือยาที่มีผลทำให้ง่วงนอน ต้องสอบถามความต้องการเข้าห้องน้ำและผู้ป่วยเข้าห้องน้ำให้เรียบร้อยก่อนรับประทานยา

ความเสี่ยงสูง (High) ปฏิบัติตาม Strict Fall Precaution ให้ปฏิบัติเหมือน Standard Fall Precaution และปฏิบัติเพิ่มเติม ดังนี้

1. ให้คำแนะนำ ให้เรียกเจ้าหน้าที่หรือญาติทุกครั้ง เมื่อต้องการลุกจากเตียง ห้ามลุกเองเพราะอาจหกล้มได้
2. ติดป้ายเตือน “กรุณาเรียกเจ้าหน้าที่หรือญาติทุกครั้ง เมื่อต้องการลุกจากเตียง” ไว้ในห้อง/เตียงผู้ป่วย
3. แนะนำให้ญาติเฝ้าตลอดเวลาอย่างน้อย 1 คน
4. ติดสัญลักษณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการล้มที่หน้าแฟ้มและติดป้ายเตือนไว้ที่ห้อง/เตียงผู้ป่วย
5. หมั่นสอบถามความต้องการเข้าห้องน้ำของผู้ป่วยโดยเฉพาะเวลา 22.00 น. 02.00 น. และ 06.00 น.
6. ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้างทุกครั้ง หลังให้การพยาบาลผู้ป่วย
7. ดูแลและแนะนำญาติช่วยเหลือผู้ป่วยในการลุกจากเตียงเข้าห้องน้ำ และรอพาผู้ป่วยกลับเตียงทุกครั้ง
8. จัดให้ผู้ป่วยพักห้องที่อยู่ใกล้เคาน์เตอร์มากที่สุดถ้ามีห้อง/เตียงว่าง
9. พยาบาลประเมินผู้ป่วยซ้ำตามความเหมาะสมหรืออย่างน้อยระยะเวลา 2 ครั้ง , บันทึก Score และการเฝ้าระวังทุกเวรใน Nurse Note

การประเมินความเสี่ยงต่อการ พลัดตกหกล้ม

1. พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยเมื่อ แรกรับ / รับย้ายทุกราย และเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และ/ หรือ ได้รับยา Sedate และบันทึกตามแบบประเมินความเสี่ยง
2. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ / ปานกลาง ประเมินและบันทึกอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
3. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ประเมินและบันทึกอย่างน้อยเผลละ 1 ครั้ง

เมื่อเกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม (Fall Management)

1. ประเมินอาการเบื้องต้นจุดสำคัญที่ต้องตรวจสอบคือ ร่องรอยบาดเจ็บที่ศีรษะ แขนขา กระดูกสันหลัง และให้ความช่วยเหลือตามอาการกรณีมีการบาดเจ็บที่ศีรษะหรือกระดูกสันหลัง ให้ระมัดระวังการเคลื่อนย้ายโดยเคลื่อนย้ายเมื่ออุปกรณ์ช่วย Support / แผ่นสไลด์บอร์ดมาถึงและเคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธี
2. แจ้งแพทย์เจ้าของไข้ตรวจรักษาทันที
3. รายงานหัวหน้าเวร
4. ติดตามประเมินอาการผู้ป่วย และบันทึกใน Nurse note
5. รายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาล และระบบ HRMS

ตัวชี้วัด : จำนวนครั้งของอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม ตกเตียง < 2 ครั้ง / ปี