Fall Prevention :
From Assesment to Action

วิไล เอ็นมาก

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ระบบบริหารและนโยบาย (GOVERNANCE & LEADERSHIP)





- ประกาศเป็นจุดเน้นเข็มมุ่งของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ปี 2569 ในด้านมุ่งเน้นปลอดภัย
- กำหนด KPI ในการกำกับติดตาม
- รณรงค์ให้บุคลากรรับทราบนโยบาย
- นำเสนอผลลัพธ์และร่วมกันวิเคราะห์ในการประชุมบริหารทุกเวที

WE CAN!

Team Care Vajira

จุดเน้น เข็มมุ่ง

1. มุ่งเน้นปลอดภัย
2. ประทับใจลูกค้า
3. เห็นคุณค่าเพื่อนร่วมงาน
4. บูรณาการสู่ชุมชน

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Zero event

Team Care

มุ่งเน้น ปลอดภัย







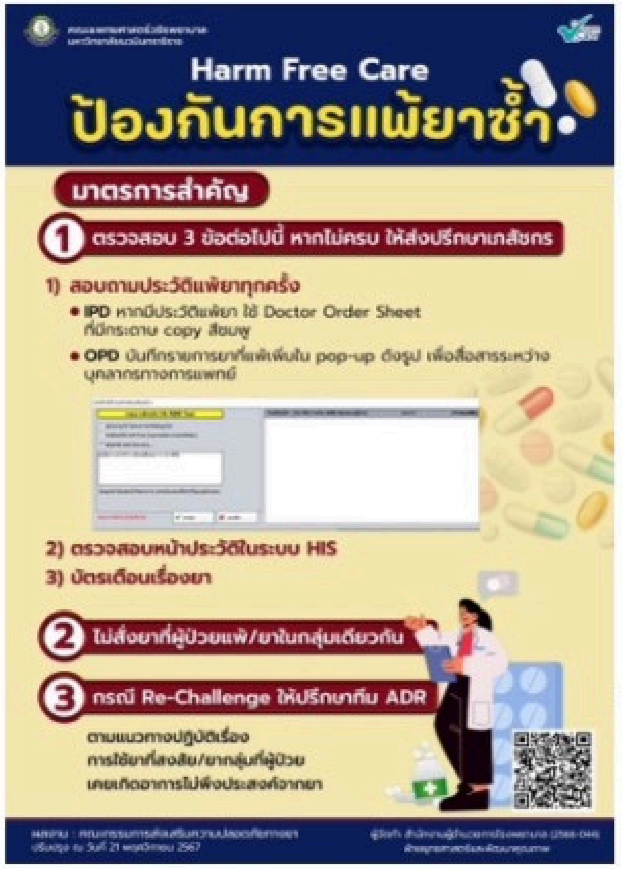


แนวทางอัพเดททั้งหมดดูจาก QR code ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2567 เป็นต้นไป

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Harm free care

มุ่งเน้น ปลอดภัย









แนวทางอัพเดททั้งหมดดูจาก QR code ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2567 เป็นต้นไป

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยบวมินทราธิราช

Harm free care
บาดเจ็บจากการพลัดตก หกล้ม
6 มาตรการ ป้องกัน



Team Care

1 การซักประวัติ

- การพลัดตก หกล้ม/ตกเตียง ภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา
- โรคประจำตัว
- ยาที่มีผลต่อการพลัดตก หกล้ม/ตกเตียง



2 การประเมิน

- อาการแสดงที่เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตก หกล้ม/ตกเตียง
- ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
- การมองเห็น



3 การสื่อสาร

- ส่งต่อข้อมูล
- ติดป้ายสัญลักษณ์
- ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ



4 การให้ข้อมูล

- ห้ามผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง
- ห้ามลงจากเตียงหรือรถเข็นโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ
- เรียกเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง เมื่อต้องการความช่วยเหลือ

5 การดูแลและเฝ้าระวัง

- ตรวจเยี่ยมอาการและประเมินความต้องการการช่วยเหลือ
- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยอุปกรณ์ที่เหมาะสม และตรวจสอบอุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย
- ผูกยึดในกรณีที่สับสน ไม่สามารถควบคุมตนเองได้



6 การจัดการสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์

- ตรวจสอบสภาพแวดล้อม มีป้ายเตือน พื้นลื่น พื้นขรุขระ พื้นต่างระดับที่ชัดเจน มีแสงสว่างเพียงพอ
- ความพร้อมใช้ของอุปกรณ์เคลื่อนย้ายและสิ่งอำนวยความสะดวก
- จัดให้ผู้ป่วยเสี่ยงสูงอยู่ในบริเวณที่เจ้าหน้าที่มองเห็น



ผลงาน : ฝ่ายการพยาบาล
ข้อมูล ณ วันที่ 19 ตุลาคม 2566

ผู้จัดทำ สำนักงานผู้อำนวยการโรงพยาบาล (2566-038)
ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ

แนวทางการป้องกันการพลัดตก หกล้ม

- ประเมินและระบุระดับความเสี่ยงตั้งแต่แรกรับ และระหว่างรักษา
- กำหนดมาตรการป้องกันเพื่อเฝ้าระวัง
- สื่อสารให้ทีมที่ดูแลรักษาทราบ
- สร้างความเข้าใจ ร่วมมือจากผู้ป่วย และญาติ

แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การป้องกันพลัดตกหกล้ม/ตกเตียง

1. วัตถุประสงค์
   1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียง
   1.2 เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียงในโรงพยาบาล

2. ขอบเขต/ กลุ่มเป้าหมาย
   2.1 ผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก และห้องตรวจเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
   2.2 ผู้ป่วยที่รับไว้ดูแลในโรงพยาบาล
   2.3 ผู้ป่วยที่ได้รับการเคลื่อนย้ายไปยังหน่วยงานอื่นภายในโรงพยาบาล

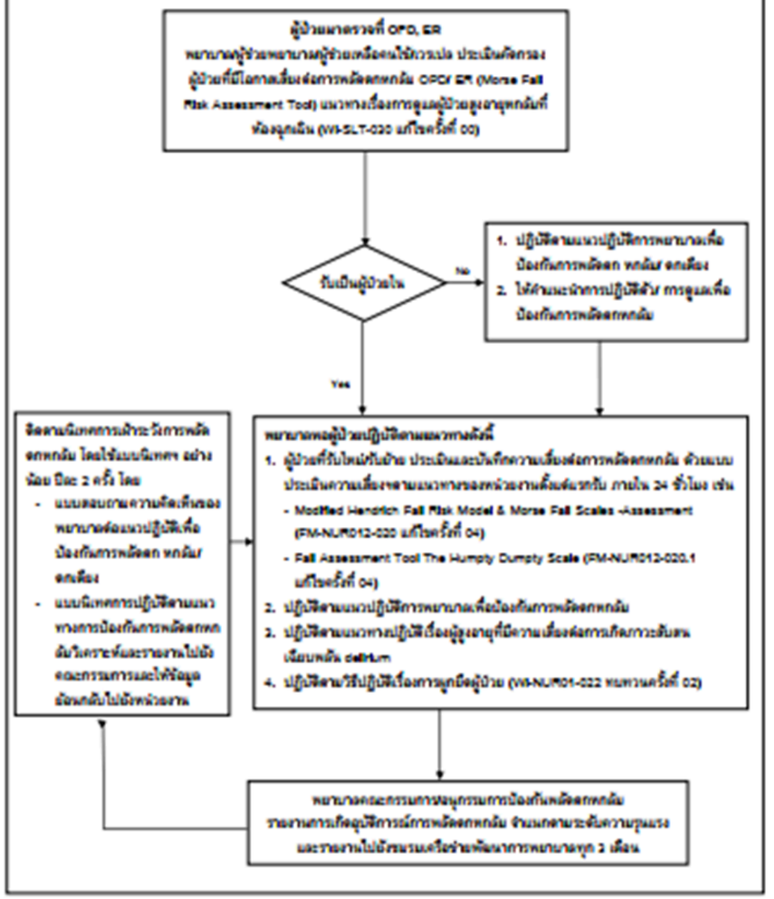
3. นิยามศัพท์
   การพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียง หมายถึง การเปลี่ยนแปลงตำแหน่งของร่างกายจากการยืน นั่ง นอน หรือตกไปสู่พื้น หรือพื้นที่ต่ำกว่าร่างกาย ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดหมาย และผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้ และอาจส่งผลให้ร่างกายของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ
   ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลถึงจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย
   ผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับการรักษาตั้งแต่ลงทะเบียนรักษา จนถึงจุดจำหน่ายของพยาบาล OPD/ER
   ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยอายุแรกเกิดถึงอายุ 15 ปี
   ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ แบ่งออกเป็น
   A = มีอุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียง
   B = มีอุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยมีการพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียง แต่สามารถช่วยไว้ได้ทัน
   C = ผู้ป่วยเกิดการพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียง แต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ
   D = ผู้ป่วยเกิดการพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียง และได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ไม่มีการรักษาเพิ่มเติม อาจมีการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม เช่น เอกซเรย์ ผลตรวจปกติ แต่ต้องเฝ้าระวังติดตามเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตราย
   E = ผู้ป่วยเกิดการพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียง และได้รับบาดเจ็บ มีการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม และให้การรักษาเบื้องต้น เช่น ให้ยาแก้ปวด มีแผลเปิด กล้ามเนื้อฉีกขาดเล็กน้อย ต้องทำแผล เป็นต้น
   F = ผู้ป่วยเกิดการพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียง และได้รับบาดเจ็บเป็นอันตรายชั่วคราว ต้องให้การรักษาเพิ่มเติม ทำให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น
   G = ผู้ป่วยเกิดการพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียง และได้รับบาดเจ็บรุนแรงมากจนเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร
   H = ผู้ป่วยเกิดการพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียง และเป็นอันตรายเกือบเสียชีวิต
   I = ผู้ป่วยเกิดการพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียง และเป็นอันตรายถึงเสียชีวิต

4. ผู้รับผิดชอบ
   คณะกรรมการ ENV : มอบหมายหน้าที่ให้มีการสำรวจสภาพแวดล้อมที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการพลัดตก หกล้ม เพื่อมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการปรับปรุง/ มอบหมายหน้าที่ประจำในพื้นที่เสี่ยง เช่น บันไดเลื่อน ลิฟท์
   แพทย์ : พึงใช้ผลการซักประวัติ และตรวจร่างกายผู้ป่วยเพื่อพิจารณาความเสี่ยงของผู้ป่วย เฉพาะในประเด็นการเกิดอันตรายจากการพลัดตก หกล้ม ตกเตียง ซึ่งรวมถึงโอกาสที่จะเกิดการพลัดตก หกล้ม ตกเตียง จากการรักษา เช่น การผ่าตัด การทำหัตถการ หรือจากยาที่แพทย์สั่งใช้ให้กับผู้ป่วยรายนั้น ซึ่งเมื่อแพทย์พบความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะพลัดตก/ หกล้ม ตกเตียง ควรแจ้งให้กับทีมพยาบาลที่ร่วมดูแลผู้ป่วยทราบ และร่วมกันกำหนดมาตรการป้องกันและเฝ้าระวังอย่างเหมาะสม
   เภสัชกร : แจ้งเตือนเมื่อมีการเบิกยาที่มีอาการข้างเคียงอาจทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียงได้
   พยาบาล : ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียงของผู้ป่วย ให้การพยาบาลตามระดับความเสี่ยงเพื่อป้องกันการพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียง และบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาล
   พยาบาลเทคนิค/ ผู้ช่วยพยาบาล/ ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย : ช่วยประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียงของผู้ป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียง
   กายภาพบำบัด : ประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หรือการทรงตัวของผู้ป่วย บันทึกในแบบบันทึกทางกายภาพบำบัด และส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงาน เพื่อป้องกันการพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียง
   เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้าย : ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายอย่างถูกต้อง และปลอดภัย

5. เครื่องมือ/ อุปกรณ์ที่ใช้
   5.1 แบบประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียง ในผู้ใหญ่ Modified Hendrich Fall Risk Model & Morse Fall Scales -Assessment (FM-NUR012-020 แก้ไขครั้งที่ 04)
   5.2 แบบประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียง ในทารกและเด็ก Fall Assessment Tool The Humpty Dumpty Scale (FM-NUR012-020.1 แก้ไขครั้งที่ 04)
   5.3 แบบประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียง ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน Morse Fall Risk Assessment Tool (FM-NUR012-020.2 แก้ไขครั้งที่ 00)
   5.4 แนวทางเรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุหกล้มที่ห้องฉุกเฉิน (WI-SLT-030 แก้ไขครั้งที่ 00)
   5.5 แนวทางปฏิบัติ เรื่อง ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน delirium (WI-SLT-014 แก้ไขครั้งที่ 00)
   5.6 วิธีปฏิบัติเรื่องการผูกมัดผู้ป่วย (WI-NUR01-022 ทบทวนครั้งที่ 02)
   5.7 ป้ายระวังพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียง

6. ขั้นตอนการดำเนินงาน/ แนวทางปฏิบัติ
   6.1 การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียง
      6.1.1 การประเมินผู้ป่วยที่รับไว้ดูแลในโรงพยาบาล
         1) คะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียง เท่ากับ 0 (ไม่มีความเสี่ยง) ประเมินซ้ำ ทุก 3 วัน เวรเช้า
         2) คะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียง 1 - 4 (ความเสี่ยงต่ำ) ประเมินซ้ำ ทุกวัน เวรเช้า
         3) คะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียง ≥ 5 (ความเสี่ยงสูง) ประเมินซ้ำ ทุกเวร

ขั้นตอนการป้องกันและดูแลผู้ป่วยพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียง (พยาบาล)



ขั้นตอนการป้องกันและดูแลผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม/ตกเตียง

ผู้ป่วยมาตรวจที่ OPD / ER

ทีมพยาบาลหรือเวรเปลคัดกรองความเสี่ยงด้วย Morse Fall Risk Assessment Tool และใช้แนวทางดูแลผู้สูงอายุหกล้มในห้องฉุกเฉิน

รับเป็นผู้ป่วยใน หรือไม่?

ไม่รับ → ดูแลที่ OPD / ER

- ปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม/ตกเตียง
- ให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตัวและการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

รับ → ดูแลที่หอผู้ป่วย

- ประเมินและบันทึกความเสี่ยงผู้ป่วยรับใหม่ทุกราย **ภายใน 24 ชั่วโมง** และประเมินซ้ำ**ทุกวัน**
- ผู้ใหญ่ ใช้ Modified Hendrich Fall Risk Model & Morse Fall Scales
- ทารกและเด็ก ใช้ The Humpty Dumpty Scale
- ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้ม แนวทางดูแลผู้สูงอายุเสี่ยงภาวะสับสนเฉียบพลัน และวิธีปฏิบัติเรื่องการผูกยึดผู้ป่วย

ทุก 2 เดือน

รายงานจำนวนอุบัติการณ์แยกตามระดับความรุนแรงต่อที่ประชุมเครือข่ายพัฒนาการพยาบาล

อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

ติดตามการเฝ้าระวังด้วยแบบสอบถามและแบบนิเทศ วิเคราะห์ผล รายงานคณะกรรมการ และแจ้งข้อมูลย้อนกลับแก่หน่วยงาน

MEDVJR

แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การป้องกันพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียง

เครื่องมือ/ อุปกรณ์ที่ใช้

แบบประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยง



ผู้ใหญ่

Modified Hendrich Fall Risk Model &
Morse Fall Scales -Assessment
FM-NUR012-020 แก้ไขครั้งที่ 04



ทารกและเด็ก

Fall Assessment Tool The Humpty Dumpty Scale
FM-NUR012-020.1 แก้ไขครั้งที่ 04



ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

Morse Fall Risk Assessment Tool
FM-NUR012-020.2 แก้ไขครั้งที่ 00

แนวทางปฏิบัติและป้ายระวัง



แนวทางเรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุหกล้มที่ห้องฉุกเฉิน

WI-SLT-030 แก้ไขครั้งที่ 00



แนวทางปฏิบัติ เรื่อง ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน delirium

WI-SLT-014 แก้ไขครั้งที่ 00



วิธีปฏิบัติเรื่องการผูกยึดผู้ป่วย

WI-NUR01-022 ทบทวนครั้งที่ 02



ป้ายระวังพลัดตก หกล้ม/ ตกเตียง

แบบประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม / ตกเตียง ในผู้ใหญ่ (Modified Hendrich Fall Risk Model & Morse Fall Scales -Assessment)

☐ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เองทั้งสองข้าง ไม่ต้องประเมินปัจจัยเสี่ยงภายใน จนกว่าผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง จึงประเมินตามเดิม

ชื่อ.....สกุล..... อายุ.....

HN.....AN.....

โรค ..... หอผู้ป่วย .....

ประเมินปัจจัยเสี่ยงภายใน	คะแนน	วันที่ประเมิน ..... พ.ศ.....																																									
		1			2			3			4			5			6			7			8			9			10			11			12			13			14			15		
		พ	ช	บ	พ	ช	บ	พ	ช	บ	พ	ช	บ	พ	ช	บ	พ	ช	บ	พ	ช	บ	พ	ช	บ	พ	ช	บ	พ	ช	บ	พ	ช	บ	พ	ช	บ	พ	ช	บ	พ	ช	บ
1. อาการสับสนไม่รู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล	4																																											
2. อาการซึมเศร้า	2																																											
3. การยับยั้งชั่งใจผิดปกติ	1																																											
4. อาการโรงโรม บ้านหมุน	1																																											
5. ได้รับยา 5.1 anticonvulsant	2																																											
5.2 benzodiazepines, sedatives, diuretics, antihypertensives,antiemetics, antipsychotics,narcotics, antidiabetic agent	1																																											
6. การมองเห็นบกพร่อง	2																																											
7. ความยืดเวงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการเดินและยืน 7.1 สามารถยืนได้เองทันทีโดยไม่ต้องใช้มือยัน	0																																											
7.2 ต้องใช้มือช่วยยันเพื่อลุกขึ้น 1 ครั้ง	1																																											
7.3 ต้องใช้มือช่วยยันเพื่อลุกขึ้น ≥ 2 ครั้ง	3																																											
7.4 ไม่สามารถลุกขึ้นยืนได้เองหากไม่มีคนช่วยเหลือ	4																																											
8. เคยมีประวัติการพลัดตกหกล้มหกเตียงในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	2																																											
9. On IV fluid/สาย Drain ต่างๆ	1																																											
รวมคะแนน																																											
ลงชื่อผู้ประเมิน																																											

การให้คะแนน ถ้าไม่มีปัจจัยเสี่ยงในแต่ละข้อให้ 0 คะแนน ถ้ามีปัจจัยเสี่ยงในแต่ละข้อให้คะแนนตามที่กำหนดแล้วรวมคะแนน

การประเมินระดับความเสี่ยง

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มหกเตียง **ประเมินซ้ำทุก 3 วัน**

คะแนน 1-4 หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มหกเตียง อยู่ในระดับต่ำ **ประเมินซ้ำทุกวัน เวรเช้า**

คะแนน ≥5 หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มหกเตียง อยู่ในระดับสูง **ประเมินซ้ำทุกเวร**

หมายเหตุ * ในกรณีดังต่อไปนี้ ให้ประเมินซ้ำทุกเวร**

- มีการเปลี่ยนแปลงอาการหรือการรักษา
- ภายหลังการผ่าตัดวันที่ 1-3 (กรณี Local Anesthesia)
- หลังผ่าตัด Amputation (แขน/ขา)
- ระยะหลังคลอด ภายใน 24 ชั่วโมง
- ผู้ป่วยที่มีประวัติพลัดตกหกล้ม

ชื่อผู้ป่วย ..... อายุ ..... HN .....

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม / ตกเตียง Morse (Fall Risk Assessment Tool) สีกระหลาดหรือดูกระเป๋า

รายการ	เกณฑ์การให้คะแนน	วันที่ / เวลา								
1. ประวัติการพลัดตกหกล้ม : มีการพลัดตกหกล้มระหว่างอยู่รักษาหรือพลัดตกหกล้มภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา (History of falling ; immediate or within 3 months)	ไม่ใช่ 0 ใช่ 25									
2. มีการวินิจฉัยโรคมากกว่า 1 รายการ (Secondary Diagnosis)	ไม่ใช่ 0 ใช่ 15									
3. การช่วยในการเคลื่อนย้าย (Ambulatory Aid) ○ เดินได้เองโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย / นอนพักบนเตียงโดยไม่ให้ลุกจากเตียง / ใช้รถเข็นนั่ง / บุคลากรช่วย ○ เดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน / ไม้เท้า / อุปกรณ์ช่วยเดิน ○ เดินโดยการยึดเกาะไปตามเตียง โต๊ะ เก้าอี้	0 15 30									
4. ให้สารละลายทางหลอดเลือด / คา Heparin lock ไว้ (IV / Heparin lock)	ไม่ใช่ 0 ใช่ 20									
5. การเดิน / การเคลื่อนย้าย (Gait / Transferring) ○ ปกติ / นอนพักบนเตียงโดยไม่ให้ลุกจากเตียง / ไม่เคลื่อนไหว ○ อ่อนแรงเล็กน้อยหรืออ่อนเพลีย / เดินด้วยตัวเองได้ศีรษะตั้งตรง ได้ขณะก้าวเดินโดยไม่เสียการทรงตัว / เดินก้าวสั้นและลากเท้า ○ มีความพร่อง เช่น ลุกจากก้าอี้ด้วยความลำบาก พยายามจะลุกจากก้าอี้ด้วยการใช้มือและแขนดันตัว หรือลุกด้วยความพยายามอยู่หลายครั้ง เดินก้มศีรษะและตามองที่พื้น เดินโดยต้องมีคนช่วยพยุงหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ไม่สามารถเดินได้โดยปราศจากการช่วยเหลือ	0 10 20									
6. สภาพจิตใจ (Mental Status) ○ รับรู้บุคคล กาลเวลา และสถานที่ได้ด้วยตนเอง ○ ลืมหรือไม่ตระหนักถึงความเป็นจริง ประเมินความสามารถของตนเองก้นกว่าที่ทำได้และลืมคิดถึงข้อจำกัดที่มีอยู่	0 15									
	คะแนนรวม									
	ผู้บันทึก									

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลางต่อการพลัดตก หกล้ม / ตกเตียง
○ อายุ ≥ 75 ปี ○ อายุ ≥ 65 ปี มีประวัติพลัดตก หกล้ม / ตกเตียง ภายใน 1 ปี
○ ได้รับยากลุ่มยากันชัก : Carbamazepine , Gabapentin , Phenobarbital , Phenytonin
○ ได้รับยากลุ่มยา Sedative / Hypnotic : Benzodiazepines : Alprazolam , Clonazepam , Diazepam , Flurazepam , Halazepam , Lorazepam , Midazolam , Morphine , Fentanyl , Pethidine
○ Orthostatic hypotension : Prazosin , Doxazosin B-blocker : Atenolol , Bisoprolol , Metoprolol , Propranolol , Esmolol , Carediol , Labeterol CCBs : Amlodipine , Nifedipine , Nicardipine , Diltiazem Diuretic : HCTZ , Furosemide

คะแนน 0 – 24	มีความเสี่ยง น้อย ต่อการพลัดตก หกล้ม / ตกเตียง
คะแนน 25 – 50	มีความเสี่ยง ปานกลาง ต่อการพลัดตก หกล้ม / ตกเตียง
คะแนน ≥ 51	มีความเสี่ยง มาก ต่อการพลัดตก หกล้ม / ตกเตียง

FM-NUR-012-020.2 บริษัทฯ 00 เมษายน 2564

แบบประเมินการพลัดตกหกล้ม / ตกเตียง ในผู้ป่วยทารกและเด็ก (Fall Assessment Tool the Humpty Dumpty Scale)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

หัวข้อ	คะแนน	ปัจจัยเสี่ยง	คะแนนที่ได้ วันที่ประเมิน/เวลา															
			วันที่			วันที่			วันที่			วันที่			วันที่			
			ค	ช	บ	ค	ช	บ	ค	ช	บ	ค	ช	บ	ค	ช	บ	
1.อายุ (age)	4	อายุ < 3 ปี (Less than 3 years old)																
	3	อายุ 3-7 ปี (3 to Less than 7 years old)																
	2	อายุ 7-13 ปี (7 to Less than 13 years old)																
	1	อายุ 13 ปี ขึ้นไป (13 years old and above)																
2.เพศ (Gender)	2	ชาย (Male)																
	1	หญิง (Female)																
3.การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)	4	ผู้ป่วยมีโรคทางระบบประสาทหรือมีปัญหาด้านการมองเห็น การรับฟัง และการเคลื่อนไหว (Neurological Diagnosis)																
	3	ผู้ป่วยพร่องออกซิเจนได้รับยาระงับ เช่น มีปัญหาระบบหายใจ การขาดน้ำและเกลือแร่ ซีด หมดสติ เป็นลม วิงเวียน (Alterations in Oxygenation, Respiratory Diagnosis, Dehydration, Syncope,																
	2	ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางจิตหรือมีความเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (Psycho/Behavioral Disorders)																
	1	โรคอื่น ๆ (Other Diagnosis)																
4.ระดับความสามารถในการรับรู้ (Cognitive Impairment) (ผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 7 ปี	3	การรับรู้บกพร่องหรือประเมินความสามารถของตนเองไม่เหมาะสมกับข้อจำกัด (Not Aware of Limitations)																
	2	รับรู้บ้างไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ (Forget Limitation)																
	1	รับรู้บ้างปฏิบัติตามคำแนะนำ (Oriented to own Ability)																

หัวข้อ	คะแนน	ปัจจัยเสี่ยง	คะแนนที่ได้ วันที่ประเมิน/เวลา															
			วันที่			วันที่			วันที่			วันที่			วันที่			
			ค	ช	บ	ค	ช	บ	ค	ช	บ	ค	ช	บ	ค	ช	บ	
5.ปัจจัยแวดล้อม (Environmental Factors)	4	ผู้ป่วยที่มีประวัติพลัดตก หรือทารก วัยหัดเดินที่ต้องนอนบนเตียง (History of Falls or Infant-Toddler Placed in Bed)																
	3	ผู้ป่วยที่ต้องใช้การอุปกรณ์ช่วยเดินหรือผู้ป่วยที่ต้องการพักรักษาตัวต่างๆ (Patient uses assistive devices or Infant Toddle in Crib or Furniture/Lighting (Triples Room)																
	2	ผู้ป่วยที่นอนในเตียง (Patien Placed in Bed)																
	1	ผู้ป่วยที่สามารถเดินไปมาได้ด้วยตนเอง (Outpatient Area)																
6.หลังผ่าตัด (Response to Surgery/Sedation/ Anesthesia)	3	ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ภายใน 24 ชั่วโมง (Within 24 hours)																
	2	ภายใน 48 ชั่วโมง (Within 48 hours)																
	1	มากกว่า 48 ชั่วโมง หรือไม่ได้รับการผ่าตัด (More than 48 hours/None)																
7.การได้รับยา และยาผสมยา (Medication Usage)	4	การได้รับยาที่มีผลต่อความดันโลหิต ระดับความรู้สึกตัวและนิยมห้ามให้ผ่อนยากับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักที่ได้รับการบ่มหรือผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวไม่ได้) (Multiple Usage of: Sedatives (excluding ICU patients sedated and paralyzed) Hypnotics, Barbiturates, Phenothiazines, Antidepressants Laxative/Diuretics, Narcotics)																
	3	ผู้ป่วยที่ได้รับยาทำพิษมากกว่า 1 ชนิด (Multiple Usage)																
	2	ผู้ป่วยที่ได้รับยาทำพิษ 1 ชนิด (One of the Meds listed above)																
	1	ผู้ป่วยที่ได้รับชนิดอื่นนอกเหนือจากยาทำพิษหรือไม่ได้รับยา (Other Medications/None)																

ความเสี่ยงต่ำ Low Risk Score (คะแนน 7-11) ประเมินทุก 2 ชั่วโมง เดินตรวจเยี่ยมอาการทุก 1 ชั่วโมง

ความเสี่ยงปานกลาง Moderate Risk Score (คะแนน 12-16) ประเมินทุก 1 ชั่วโมง เดินตรวจเยี่ยมอาการทุก 30 นาที

ความเสี่ยงสูง High Risk Score (คะแนน ≥ 17) ประเมินทุก 1 ชั่วโมง เดินตรวจเยี่ยมอาการทุก 15 นาที

MEDVJR

แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การป้องกันพลัดตก หกล้ม/ตกเตียง

หน้าที่รับผิดชอบของบุคลากร



คณะกรรมการ ENV

มอบหมายให้สำรวจสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ให้ผู้รับผิดชอบปรับปรุง และจัดเจ้าหน้าที่ประจำพื้นที่เสี่ยง เช่น บันไดเลื่อน ลิฟท์



แพทย์

ประเมินความเสี่ยงจากประวัติและการตรวจร่างกาย รวมถึงความเสี่ยงจากการผ่าตัด หัตถการ และยาที่สั่งใช้ เมื่อพบความเสี่ยง ให้แจ้งทีมพยาบาลและร่วมกำหนดมาตรการป้องกันและเฝ้าระวัง



เภสัชกร

แจ้งเตือนเมื่อมีการเบิกยาที่มีผลข้างเคียงซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม หรือตกเตียง



พยาบาล

ประเมินความเสี่ยง ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันเหตุตามระดับความเสี่ยง และบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาล



พยาบาลเทคนิค / ผู้ช่วยพยาบาล / ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย

ช่วยประเมินความเสี่ยงและดูแลผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง



กายภาพบำบัด

ประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหรือการทรงตัว บันทึกในแบบบันทึกทางกายภาพบำบัด และส่งต่อข้อมูลให้หน่วยงานเพื่อป้องกันเหตุ



เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้าย

ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายอย่างถูกต้องและปลอดภัย

บทบาทของผู้ป่วยและญาติ

1

ให้ข้อมูลประวัติเกี่ยวกับ
ความเสี่ยง
ที่จะพลัดตกหกล้ม

2

การทำความเข้าใจเกี่ยวกับ
การพลัดตกหกล้ม
ของผู้ป่วยและมาตรการ
ป้องกัน

3

การปฏิบัติตามมาตรการ
และร่วมมือ
กับแพทย์ พยาบาล
ในการป้องกัน เฝ้าระวัง

สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ



VISTUAL MANAGEMENT











การป้องกันการพลัดตกหกล้มจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

MEDVJR

ประเมินผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย



รถและอุปกรณ์

เลือกใช้รถและอุปกรณ์ที่เหมาะสม
มีอุปกรณ์ปกป้องผู้ป่วย

ผู้เคลื่อนย้าย

ผู้เคลื่อนย้ายต้องได้รับการฝึกทักษะ
และมีสำนึกในการเฝ้าระวัง

ระหว่างเคลื่อนย้าย

เคลื่อนย้ายด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะ
ขณะยกขึ้นหรือลง และเมื่อผ่านเส้นทางที่อาจไม่ปลอดภัย

การจัดการและเฝ้าระวังด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม







จุดเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง

พื้นลื่น พื้นเปียก หรือพื้นต่างระดับ อาจทำให้ลื่นหรือสะดุด
ทางเดินไม่มีที่ให้ผู้ป่วยยึดเกาะ

การจัดการและเฝ้าระวังภายในหอผู้ป่วย



ใช้กระดาน V-Care

เพื่อค้นหาสาเหตุและสื่อสารในทีมสหสาขา

- ประตูกระจกใส ไม่มีจุดสังเกต อาจทำให้ผู้ป่วยชน
- ทางเดินที่มืดหรือมีแสงสว่างไม่พอ วางของเกะกะ
- เตียงผู้ป่วยที่ไม่ได้ระดับ สูงหรือต่ำเกินไป
  ไม่มีที่กั้นเตียงหรือเตียงเด็กที่มีช่องให้ลอดผ่านได้
- รถเข็นนั่งที่ไม่มีสายรัดผู้ป่วย
- สะดุดขากางเกง
- เครื่องช่วยเดินชำรุด ไม่ได้ระดับ

การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา



ทีมที่มีส่วนร่วม

พยาบาล แพทย์ เภสัชกร นักถายภาพบำบัด
ทีม DSC ทีมดูแลผู้สูงอายุ และทีม ENV

การทบทวนเหตุการณ์

ทบทวนเหตุการณ์พลัดตกหกล้มร่วมกับทีม PCT

การส่งต่อข้อมูล

ส่งต่อข้อมูลความเสี่ยงต่อการหกล้มในการส่งเวร (handover)

Incident Analysis and Learning

- **Root Cause Analysis (RCA)**
- **Feedback**
- **Risk register**

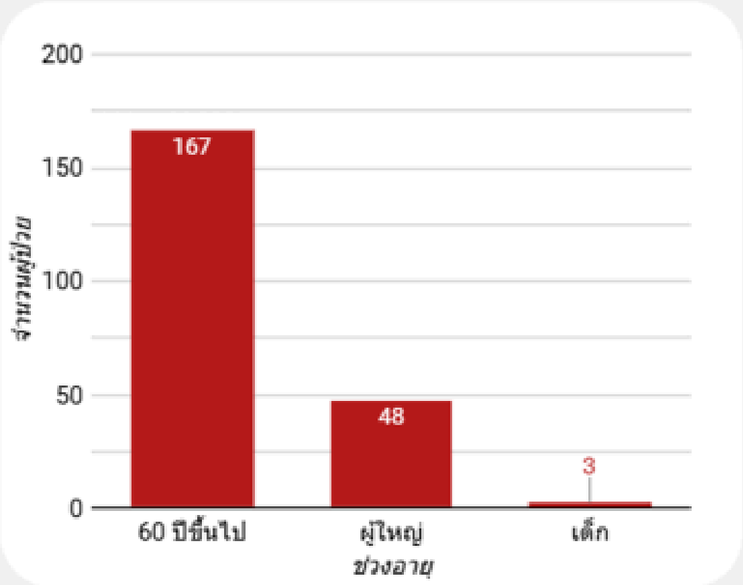


Dashboard แสดง อุบัติการณ์ fall แบบ real time

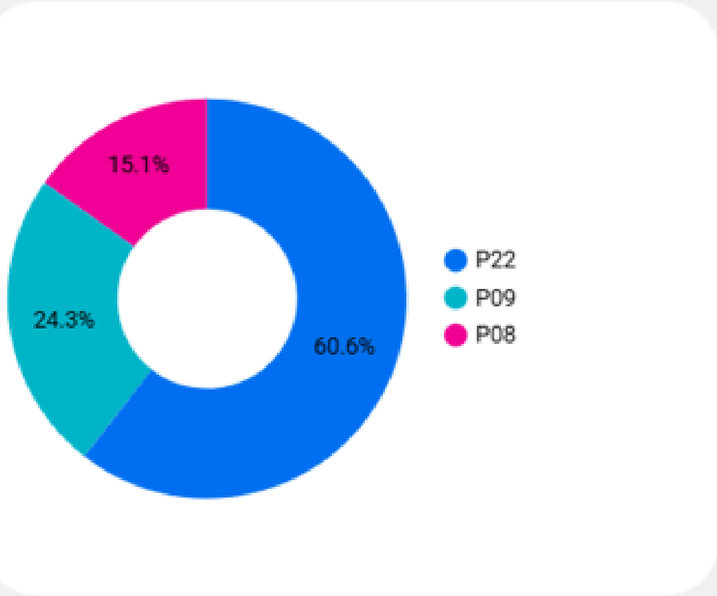
รายงานอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม

รหัสความเสี่ยง | หน่วยงาน | วันที่

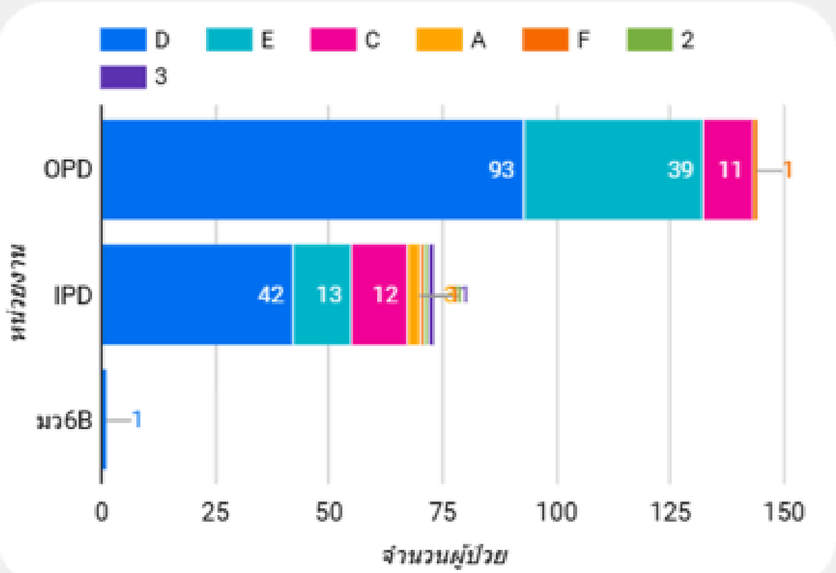
ช่วงอายุของผู้ป่วย



รหัสความเสี่ยง



ระดับผลกระทบตามหน่วยงาน



Technology and Innovation

1	ระยะสั้น	ป้าย falling
2	ห้องคลอด	ป้ายเฝ้าระวังทารกพลัดตกในห้องคลอด
3	หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 5 B	อุ่นใจใยรัก
4	หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6 B	เก้าอี้ปัสสาวะเคลื่อนที่
5	หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 7 A	ป้ายห้ามผู้ป่วยลงจากเตียง
6	หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4 C	ป้ายแถบสีแสดงระดับความเสี่ยง
7	หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10 A	2p free fall
8	หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12 A	Postit เตือน falling
9	หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12 B	No harm no falling
10	หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 14 A	Free from fall
11	หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 15 A	โครงการพัฒนาผ้าผูกยึด
12	หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 17 B	ป้ายอธิบายการกดกริ่ง
13	ห้องตรวจจักษุ	มีป้ายสัญลักษณ์ และตัวปั๊มยางในการสื่อสาร
14	ห้องตรวจมะเร็งวิทยา	ทำสัญลักษณ์ติดหน้าฟอร์มปรอทเพื่อสื่อสาร
15	ห้องตรวจศัลยกรรม	กระเป๋าใส่ป้ายป้องกันหกล้ม
16	OR1	สายรัดตัว

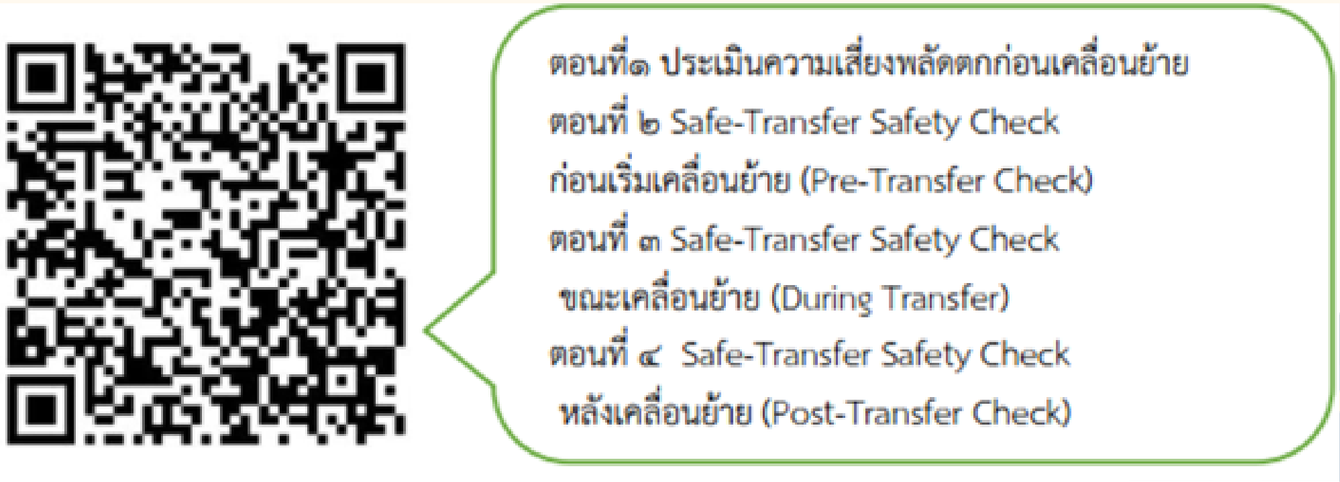
Technology and Innovation



โครงการ OR Safety – Transfer checklist







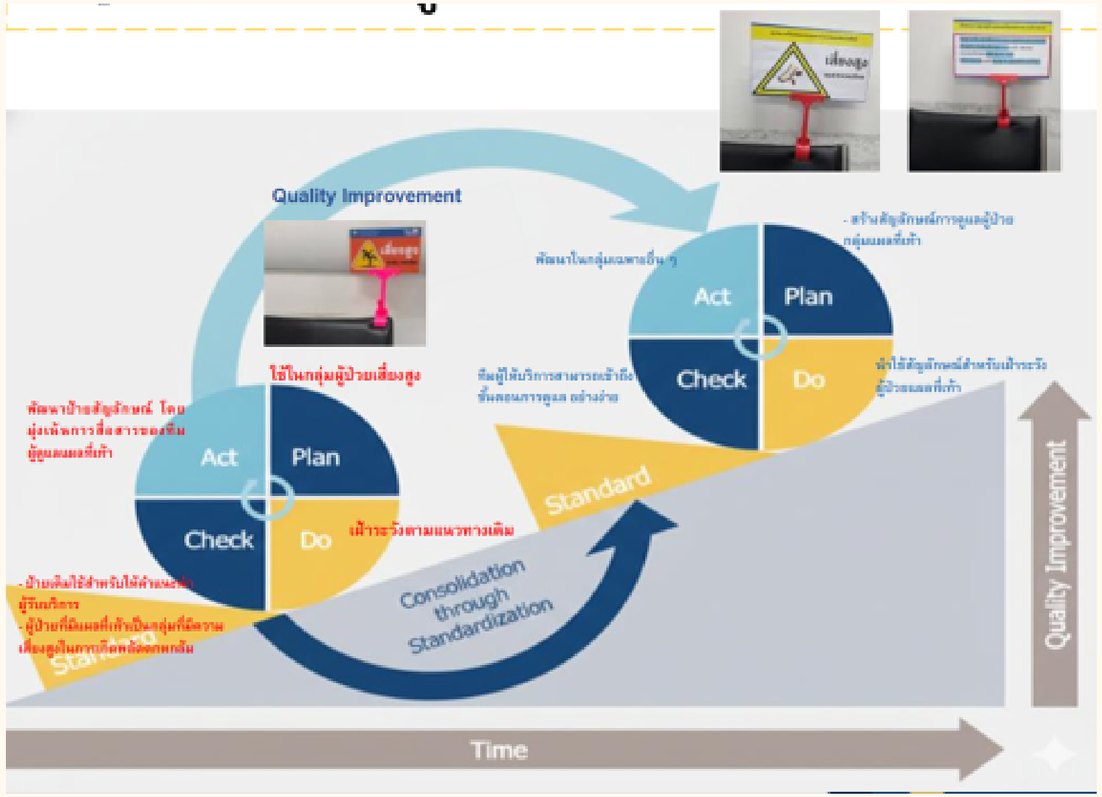
Technology and Innovation

Safety belt Safety bag
Safety falling





ยกระดับบริการ มุ่งสู่มาตรฐาน
การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยแผลที่เท้า



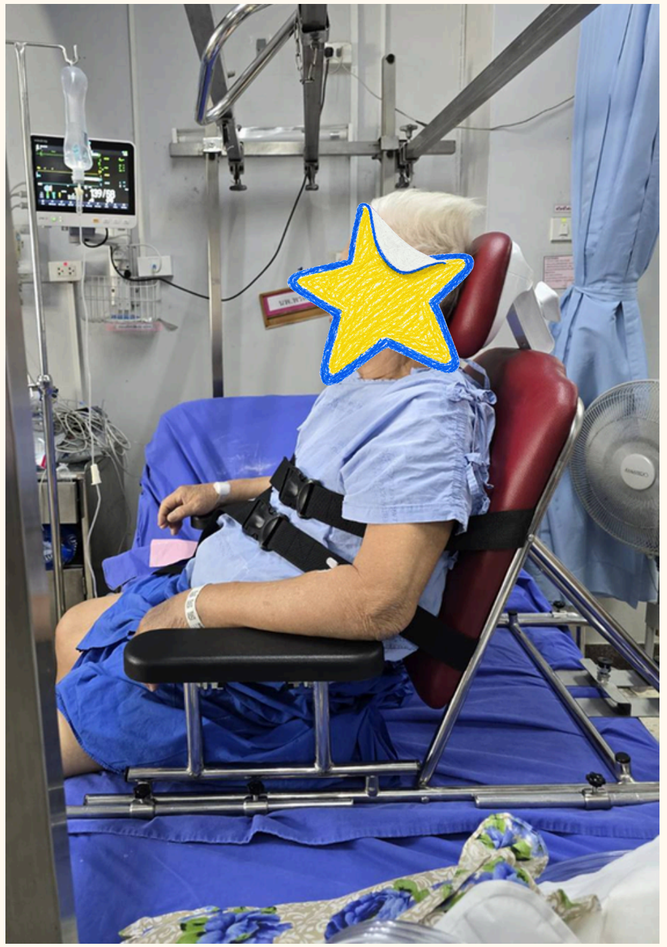
Technology and Innovation



Version 1

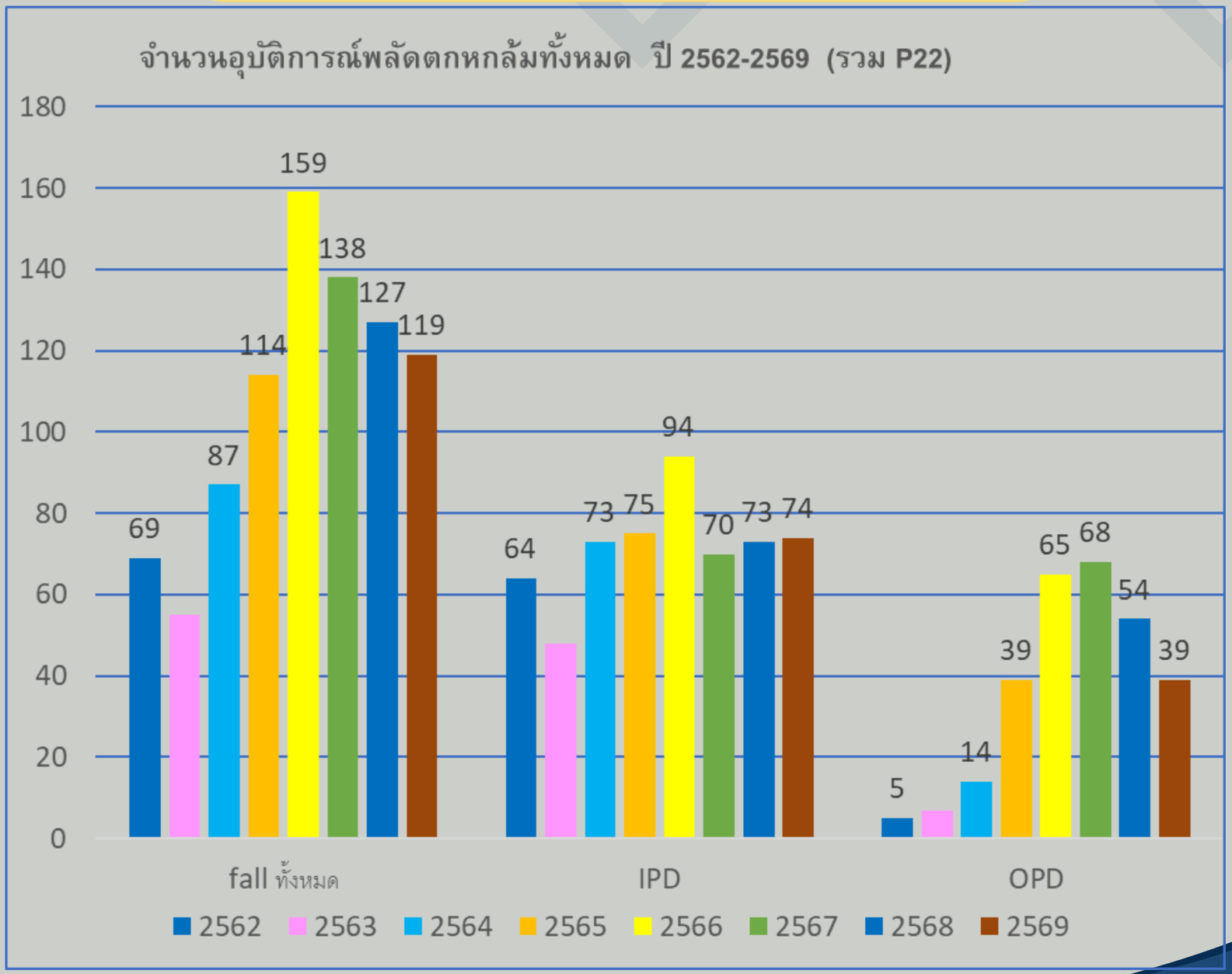


Version 2

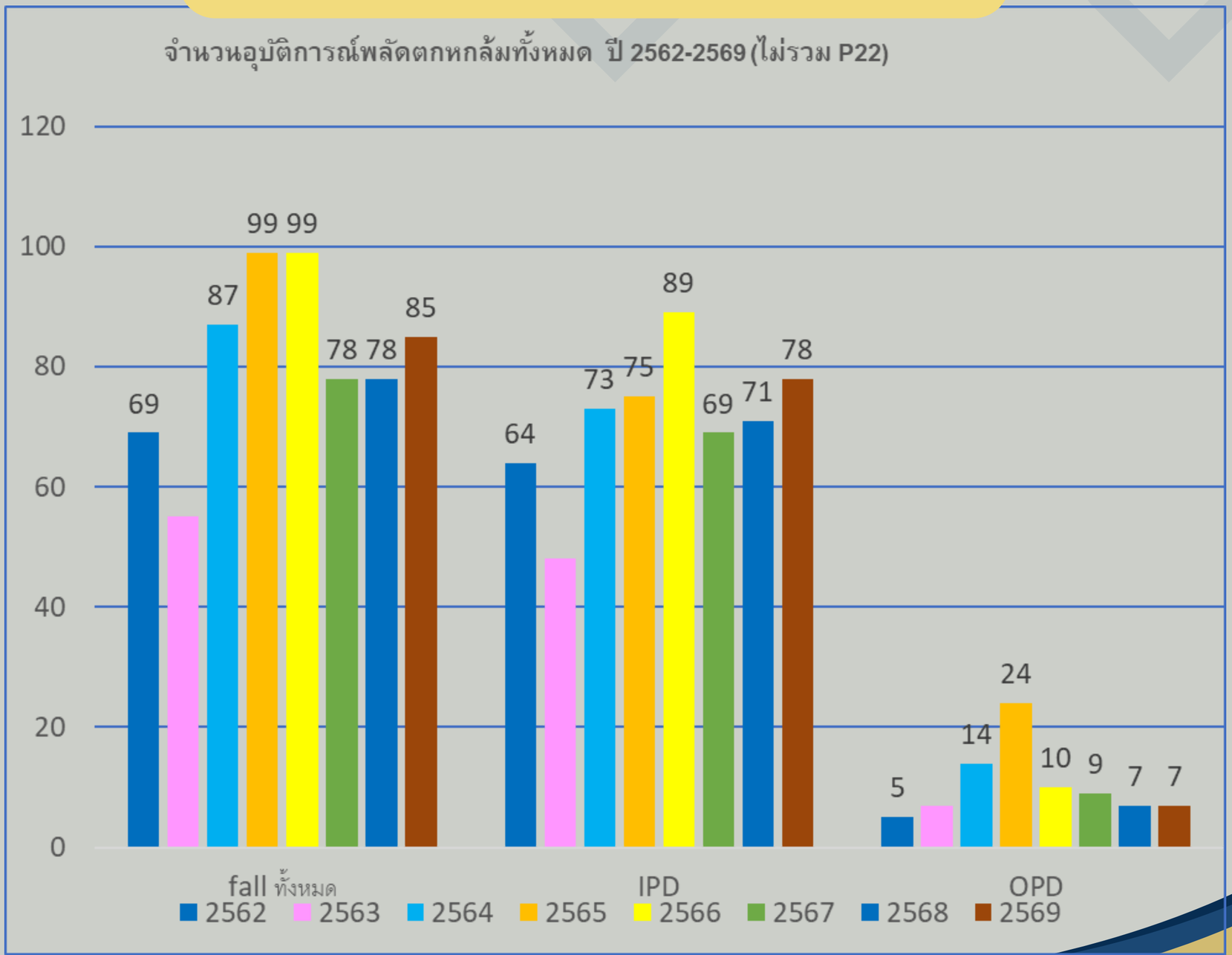


Version 3

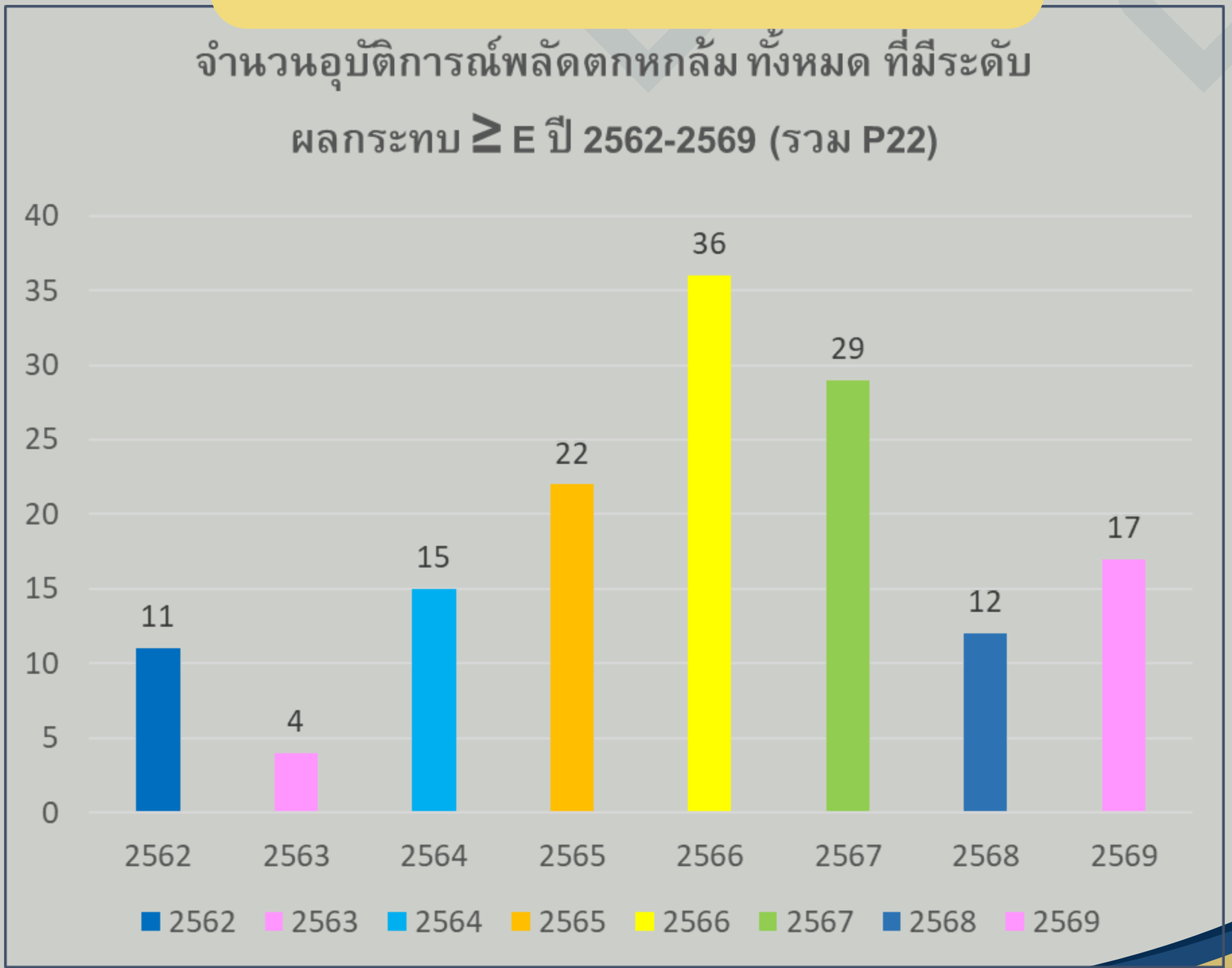
Outcome & Success



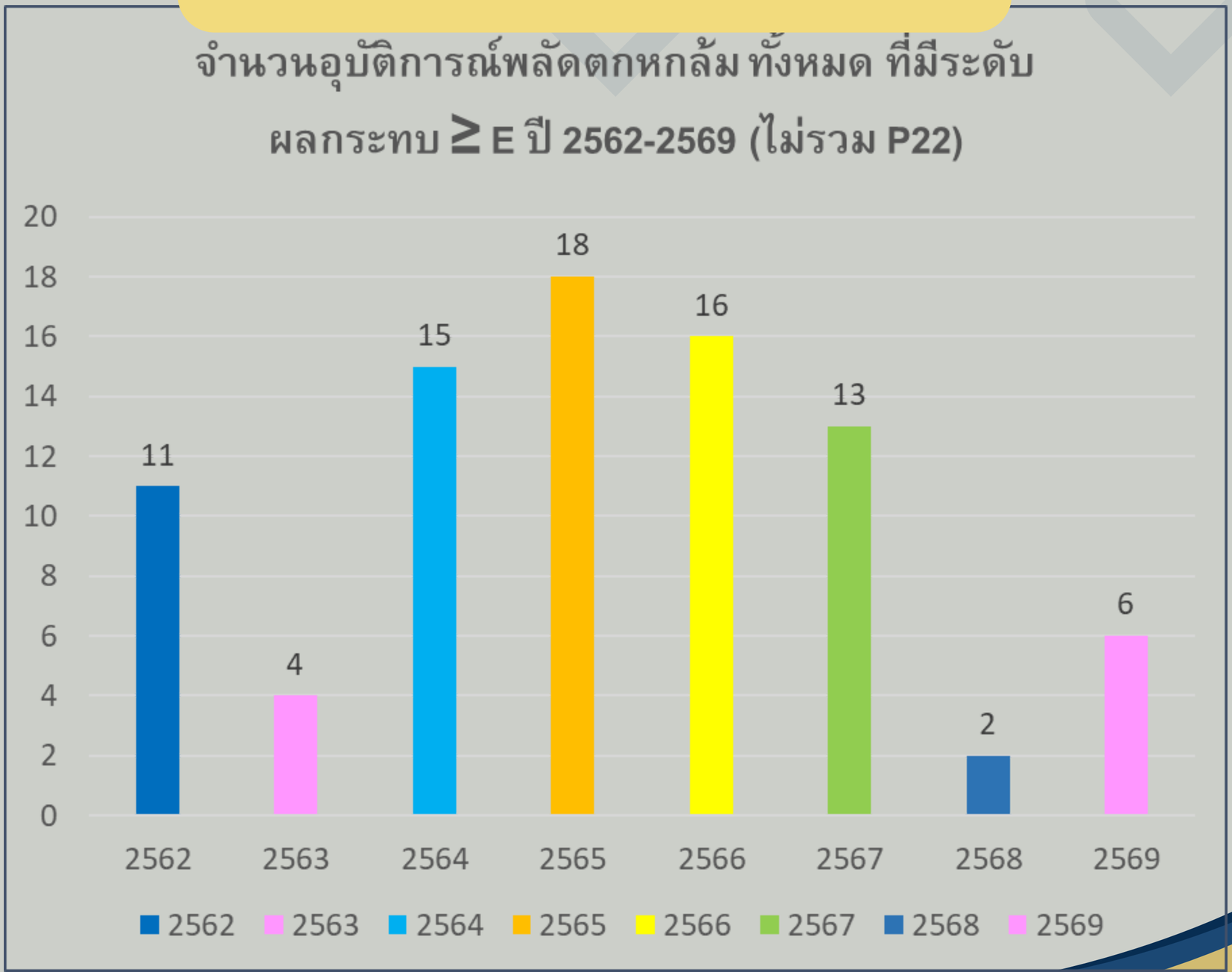
Outcome & Success



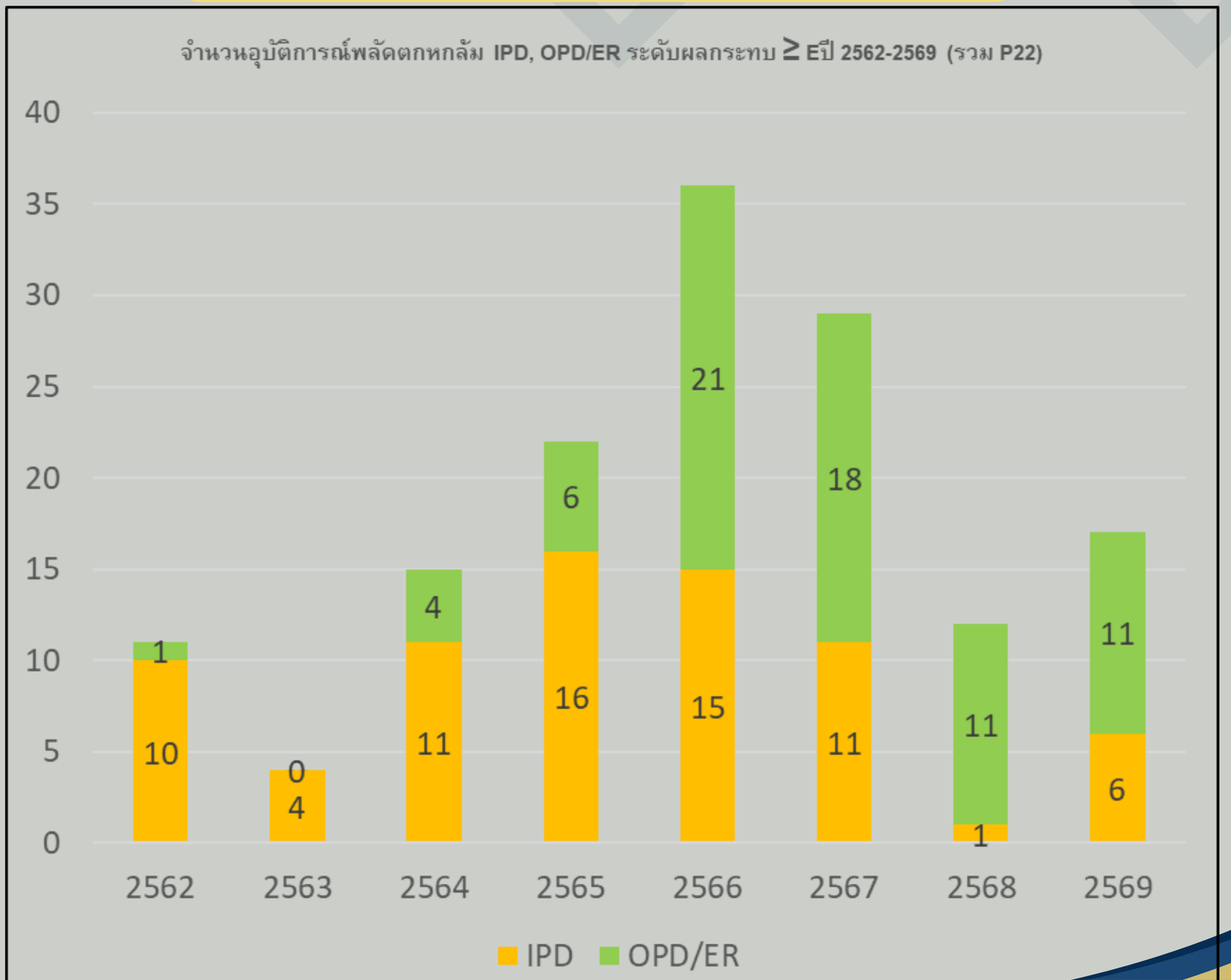
Outcome & Success



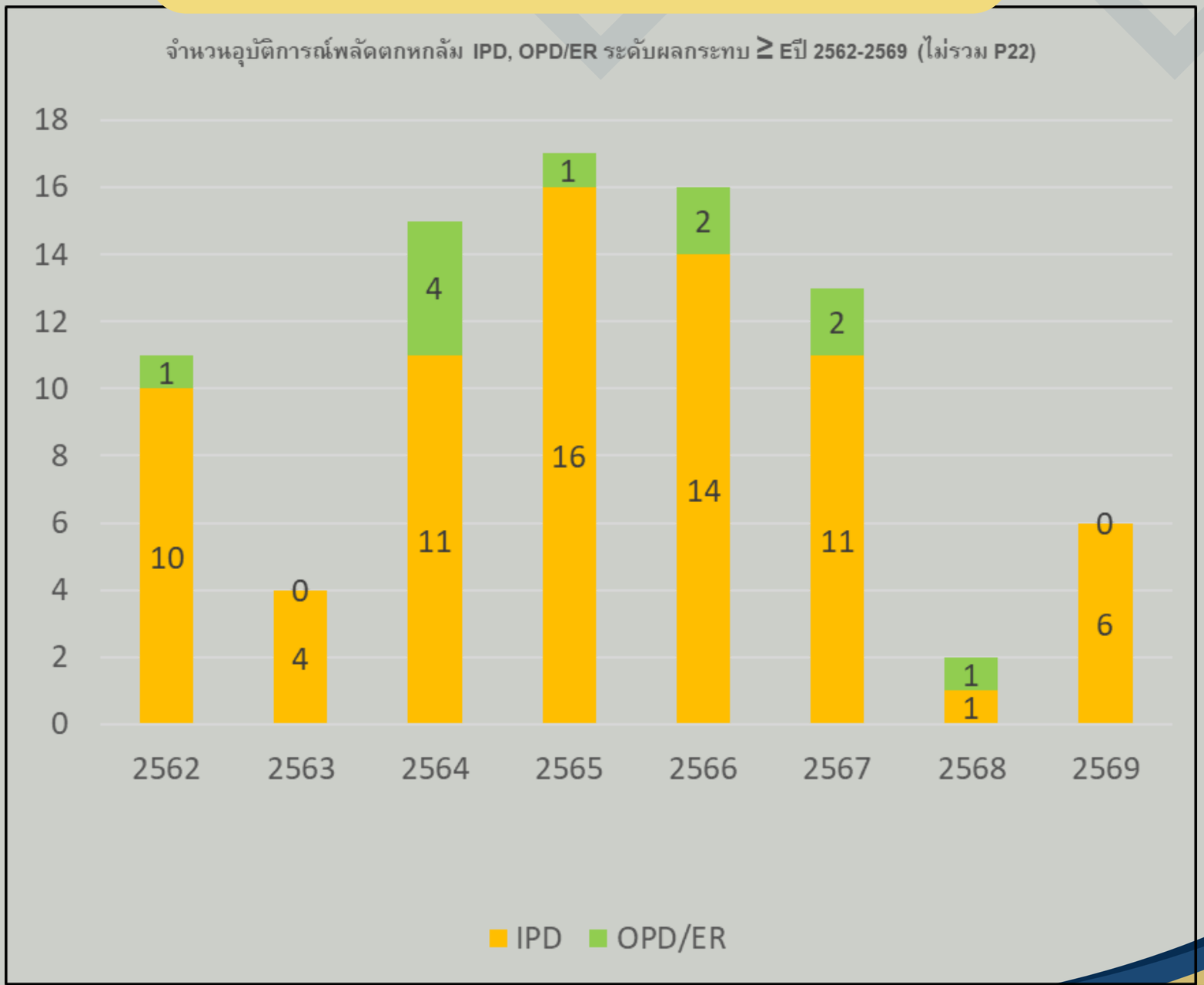
Outcome & Success



Outcome & Success



Outcome & Success



Competency development Initiatives

MEDVJR

ประชุมคณะกรรมการ อนุกรรมการ และผู้ที่สนใจ
โดยมีรูปแบบบรรยาย และ work shop

Rapid Assessment วัด Compliance
การปฏิบัติตามแนวทาง ปีละ 2 ครั้ง

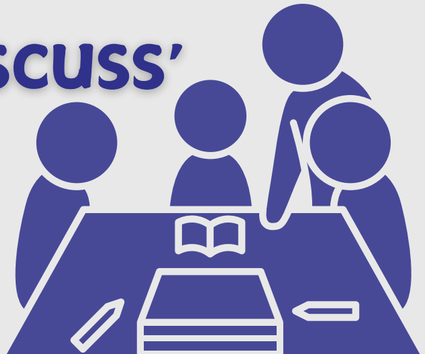
การทบทวนอุบัติการณ์ เพื่อนำไปสู่การปรับระบบ







'LET'S DISCUSS'



Next Step

01 การพัฒนาแบบประเมินตามบริบทขององค์กร

02 การทบทวนอุบัติการณ์ให้ถึงราก เพื่อการปรับระบบ ให้เกิดความยั่งยืน

03 การพัฒนานวัตกรรมโดยใช้เทคโนโลยี ให้เกิดเป็น best practice ขยายผลไปได้ทั่วองค์กร

04 การทำงานร่วมกันเป็นทีมเดียวกันทั้งองค์กร ไม่แยกส่วน เพื่อร่วมกันแก้ปัญหา

05 Hourly Round ที่เป็นระบบ

บทเรียนเพื่อการแบ่งปัน

01 

การพัฒนาในเรื่องที่เป็นปัญหาขององค์กร ต้องมองในภาพรวม
ร่วมกันแก้ปัญหาร่วมกันในทีมสหสาขา
จึงจะเกิดความสำเร็จในการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ

02 

ผู้บริหารมีส่วนช่วยในการสนับสนุนให้การพัฒนา
ประสบความสำเร็จอย่างมาก

03 

เชื่อมโยงปัญหากับมิติคุณภาพ และมาตรฐาน ตลอดจน
การใช้เครื่องมือคุณภาพในการพัฒนาได้



เราอาจไม่สามารถทำให้การหกล้มเป็นศูนย์ได้
แต่เรามีความพยายามที่จะให้การหกล้มระดับ E ขึ้นไป
เป็นศูนย์ให้ได้

วชิรพยาบาลเพื่อประโยชน์สาธารณะและสุขภาพประชาชน

สถาบันแพทยศาสตร์เพื่อสุขภาวะของคนเมือง
(Medical Institure for Urban Well-being)



THANK YOU

for your time and attention