



ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....
 อายุ.. **ดิศตติกาภรณ์**
 HN หอผู้ป่วย.....

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเอดมอนสันในผู้ป่วยจิตเวช
 (Edmonson psychiatric fall risk assessment)

รายการประเมิน	ค่าคะแนน	วันที่ประเมิน				
อายุ <input type="radio"/> น้อยกว่า 50 ปี <input type="radio"/> 50 – 79 ปี <input type="radio"/> 80 ปีขึ้นไป	8 10 26					
สภาพจิตใจ <input type="radio"/> ปกติ/รับรู้บุคคล เวลา สถานที่ตลอดเวลา (Fully alert/Oriented at all times) <input type="radio"/> กระวนกระวายใจ / กังวลใจ (Agitation/Anxiety) <input type="radio"/> สับสนเป็นพักๆ (intermittently confused) <input type="radio"/> มีภาวะสับสน/ไม่รับรู้บุคคล เวลา สถานที่ตลอดเวลา (Confusion/Disorientation)	- 4 12 13 14					
การขับถ่าย <input type="radio"/> ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้ด้วยตนเอง (Independent with control of bowel/bladder) <input type="radio"/> คาสายสวนปัสสาวะ (Catheter) / ระบายปัสสาวะหรืออุจจาระที่เปิดออกทางหน้าท้อง (Ostomy) <input type="radio"/> ต้องให้การช่วยเหลือเมื่อขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ (Elimination with assist) <input type="radio"/> การขับถ่ายปัสสาวะและ/หรืออุจจาระเปลี่ยนแปลง (กลั้นไม่อยู่ ปัสสาวะเล็ดรดกลางคืน ถ่ายปัสสาวะและ/หรืออุจจาระบ่อย) (Altered elimination : incontinence, nocturia, frequency) <input type="radio"/> ลุกเดินไปห้องน้ำได้เองแต่กลั้นปัสสาวะและ/หรืออุจจาระไม่อยู่ (Incontinent but ambulates independently)	8 12 10 12 12					
การได้รับยา <input type="radio"/> ไม่ได้รับยา (No medications) <input type="radio"/> ได้รับยาที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของหัวใจ (Cardiac medications) <input type="radio"/> ได้รับยารักษาทางจิตเวช รวมถึงกลุ่มยา benzodiazepines และยาต้านเศร้า (Psychotropic medications Including benzodiazepines and antidepressants) <input type="radio"/> ได้รับยารักษาทางจิตเวชเพิ่มและ/หรือได้รับเพิ่มเป็นครั้งคราวใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Increase in these medications and/or PRN medication received in last 24 hours)	10 10 8 12					

รายการประเมิน	ค่า คะแนน	วันที่ประเมิน				
การวินิจฉัยโรค ○ Bipolar/ Schizoaffective disorder ○ Substance abuse/ Alcohol abuse ○ Major depressive disorder ○ Dementia / Delirium	10 8 10 12					
การเดิน /การทรงตัว ○ เดินทรงตัวได้เอง (Independent) / เดินได้มั่นคง (Steady gait)/ เคลื่อนไหวไม่ได้ (Immobile) ○ ใช้เครื่องช่วยอย่างเหมาะสม ได้แก่ cane, walker frame, รถเข็นนั่ง (Proper use of Assistive devices) ○ มีอาการเวียนศีรษะ (Vertigo) / เป็นลมขณะเปลี่ยนท่า (Orthostatic hypotension) / อ่อนเพลีย (Weakness) ○ เดินไม่มั่นคง (Unsteady) / ต้องการการช่วยเหลือและเฝ้าระวัง (Requires assist and aware of abilities) ○ เดินไม่มั่นคงแต่ลืมถึงข้อจำกัดของตนเอง (Unsteady but forgets limitations)	7 8 10 8 15					
ภาวะโภชนาการ ○ รับประทานอาหารและน้ำได้น้อยใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Has had very little food or fluids in the past 24 hours) ○ ไม่มีความผิดปกติในการรับประทานอาหารหรืออยากอาหารชัดเจน (No apparent abnormalities with appetite)	12 0					
การนอนหลับ ○ ไม่มีความผิดปกติในการนอนหลับ (No sleep disturbance) ○ มีรายงานความผิดปกติในการนอนหลับ โดยผู้ป่วยหรือครอบครัวหรือเจ้าหน้าที่ (Report of Sleep disturbance by patient, family or staff)	8 12					
ประวัติการพลัดตกหกล้ม ○ ไม่มีประวัติการพลัดตกหกล้ม (No history of falls) ○ มีประวัติพลัดตกหกล้มใน 3 เดือนที่ผ่านมา(History of falls in the last 3 months)	8 14					
รวมคะแนนทั้งหมด						

เกณฑ์การตัดสินความเสี่ยง คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 90 ขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

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

2012

แนวปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มาตรการป้องกัน 1 แนวทางปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

การสื่อสาร

1. ติดเครื่องหมายที่เตียงหรือประตูห้อง และในรายงานผู้ป่วย เพื่อระบุว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยง
2. ประเมินความต้องการเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูง สื่อสารกับทีมในการร่วมดูแลและเฝ้าระวังป้องกัน
3. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล ในเรื่อง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยรายนั้นๆ วิธีการระวังป้องกันร่วมกัน สิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วย การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่

การให้ความรู้

1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยรายนั้นๆ วิธีการที่ทำให้ปลอดภัย การระวังป้องกันร่วมกัน
2. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับบริเวณเตียงนอน สิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก และการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่
3. สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการเปลี่ยนท่าทางช้าๆ การสังเกตอาการวิงเวียนขณะเปลี่ยนท่า

การช่วยเหลือในการจับถ่าย

1. ประเมินความต้องการการช่วยเหลือในการจับถ่ายปัสสาวะและ/หรืออุจจาระ
2. จัดให้ผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่อยู่ใกล้ห้องน้ำ
3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยจับถ่ายให้เป็นเวลา
4. ติดตาม สอบถามผู้ป่วยที่ได้รับขาระบายและยาขับปัสสาวะอย่างสม่ำเสมอ
5. แนะนำให้ผู้ป่วยที่มีอาการเวียนศีรษะปัสสาวะในท่านั่ง หรือใช้หมอนนอนหรือกระบอikipัสสาวะรองจับถ่ายที่เตียง

การใช้จ่าย

ทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วยบ่อยๆ และประเมินอาการของผู้ป่วยโดยเฉพาะกรณีที่ใช้จ่ายหลายอย่างร่วมกัน เช่น ยาแก้ปวด ยานอนหลับ ยาแก้ซึมเศร้า ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันโลหิต เป็นต้น

การจัดสิ่งแวดล้อม

1. ลดปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้แก่ ความมึนงง
2. จัดให้มีแสงสว่างเพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณเตียงและห้องน้ำ
3. ดูแลพื้นให้สะอาด และแห้งตลอดเวลา
4. มีราวจับบริเวณห้องน้ำและทางเดินไปห้องน้ำ
5. ปรับเตียงที่ผู้ป่วยนอนให้อยู่ในระดับต่ำสุด ยกขาขึ้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ด้าน ล็อคล้อเตียงไว้เสมอ
6. จัดโต๊ะข้างเตียงและอุปกรณ์ที่จำเป็นให้อยู่ใกล้ผู้ป่วย

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

1. แนะนำให้ผู้ป่วยลุกช้าๆ และเดินอย่างระมัดระวัง สวมรองเท้าที่ไม่ลื่น
2. ให้การช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายในรายที่ทรงตัวไม่มั่นคง ได้แก่ ช่วยเคลื่อนย้ายลงรถเข็นช่วยพยุงเดิน
3. จัดอุปกรณ์ที่เหมาะสมในการช่วยเดิน และมีผู้ช่วยเฝ้าระวัง โดยตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ก่อนใช้ในการเคลื่อนย้าย

มาตรการป้องกัน 2 แนวทางปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม

ปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน 1 และปฏิบัติเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะสับสนหรือมีความเสี่ยงสูงดังนี้

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