



แบบ Audit กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

หอผู้ป่วย..... แผนกการพยาบาล.....

กิจกรรม	ผลการ Audit	Case 1		Case 2		Case 3		Case 4	
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
มาตรการป้องกัน 1									
1	แขวนป้ายสัญลักษณ์ “ข้อควรคำนึงและการเฝ้าระวังความเสี่ยงในการดูแลผู้สูงอายุ”								
2	แนะนำให้ผู้สูงอายุคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมตั้งแต่แรกรับ ทั้งบริเวณเตียงและสิ่งอำนวยความสะดวก								
3	ประเมินการมองเห็น การได้ยิน ระดับการคิดรู้หรือสภาพสมอง								
4	แนะนำและสาธิตการใช้อุปกรณ์ และกริ่งเรียกขอความช่วยเหลือ								
5	จัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้สะอาด สะดวกและปลอดภัย โดยจัดอุปกรณ์ต่างๆ ให้เป็นระเบียบ ไม่กะอะ มีความมั่นคงแข็งแรง สิ่งของที่จำเป็นวางไว้ให้สะดวกต่อการหยิบใช้ ขนราวกันเตียงทั้งสองข้างและล็อกยึดเตียงไว้ตลอดเวลา								
6	ให้คำแนะนำผู้สูงอายุและญาติเรื่องการเคลื่อนไหวลูกนั่งและเคลื่อนไหวช้าๆ								
7	รักษาพื้นให้สะอาด ไม่เปียก และใช้รองเท้าที่ไม่ลื่น								
8	เฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยทุก 3 วัน หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง								
มาตรการป้องกัน 2 ดูแลเหมือนมาตรการป้องกัน 1 และเพิ่มกิจกรรม ดังต่อไปนี้									
9	จัดที่นอนให้ผู้สูงอายุอยู่ใกล้ nurse station								
10	เฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ								
11	ประเมินผลของยาที่ได้รับ เพราะยาอาจทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม								
12	ประเมินความสามารถในการจับถ้ายีสตားและอุจจาระ และจัดการกับปัญหาเหล่านี้ ลดปัจจัยความเสี่ยง								
13	พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลเจ้าของทีมเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันอันตรายต่อการพลัดตกหกล้ม								
14	เดินตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง								
มาตรการป้องกัน 3 ดูแลเหมือนมาตรการป้องกัน 1 และเพิ่มกิจกรรม ดังต่อไปนี้									
15	ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยวันละ 3 ครั้ง								
16	เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลได้ตลอด 24 ชั่วโมง กรณีที่ญาติไม่อยู่ให้แจ้งพยาบาลเจ้าของทีมทุกครั้ง								
17	ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมทุกชนิด								
18	จัดให้มีเจ้าหน้าที่อยู่บริเวณเตียงผู้ป่วยหรือเดินตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง								
19	ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพในการฝึกการทรงตัว การเดิน การใช้ อุปกรณ์ให้มีความมั่นคง และปลอดภัยมากขึ้น								
ผู้ป่วย/ญาติ รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ความร่วมมือ									
ลงชื่อ									
วันที่ Audit									

