



**แนวปฏิบัติการดูแลและป้องกัน  
การพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังสูงอายุ**

**ทีมการพยาบาลหญิง 6  
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์**



## แนวปฏิบัติการดูแลและป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังสูงอายุ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ส่งผลให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ ทั้งนี้ผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะทุกส่วนในทางเสื่อมลงทุกระบบ เช่น ตามองเห็นลดลง หูตึง ผิวหนังบางลง โดยเฉพาะกระดูกและกล้ามเนื้อที่หย่อนประสิทธิภาพ จำนวนและขนาดของเส้นใยกล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อพังผืดเข้าแทนที่มากขึ้น มวลของกล้ามเนื้อลดลง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง การเคลื่อนไหวในลักษณะต่างๆลดลง กระดูกมีน้ำหนักรวมลดลง แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้นทำให้กระดูกเปราะและหักง่ายอีกทั้งจากภาวะเสื่อมตามธรรมชาติ ทำให้การทรงตัวไม่ดี เคลื่อนไหวลำบากจึงทำให้เกิดการตกหรือหกล้มได้ง่าย อุบัติเหตุเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาทั้งในสถานพยาบาลและที่บ้าน กรณีในสถานพยาบาลส่วนใหญ่เกิดขึ้นขณะดูแลผู้ป่วย เช่น เปลี่ยนเสื้อผ้า ย้ายลงเก้าอี้ หรือขณะดูแลการอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำห้องส้วม อุบัติเหตุส่วนใหญ่ทำให้เกิดการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย แต่บางครั้งอาจทำให้กระดูกหัก หรือมีเลือดออกในสมองจนเสียชีวิต เรื่องที่ลึมนึกถึง คือ ผลระยะยาว เช่น สุขภาพโดยรวมทรุดโทรมลง จากการนอนพักบนเตียงนาน ๆ สูญเสียความมั่นใจในการเดินและหยุดทำกิจกรรมต่างๆ การล้มแต่ละครั้งย่อมมีสาเหตุเสมอ อาจเป็นเพราะโรค สิ่งแวดล้อม และหากเป็นผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวช / ที่บ้าน ผลข้างเคียงของยาทางจิตเวช / อาการไม่พึงประสงค์ของยาทางจิตเวช ก็อาจเป็นปัจจัยเสริมที่อาจทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ จากการรวบรวมสถิติข้อมูลในหอผู้ป่วยหญิง 6 ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังสูงอายุ จำนวนประมาณ 16 –20 คน พบว่า ในปีงบประมาณ 2551 มีผู้ป่วยเซঁล้นล้มบริเวณห้องน้ำ ขณะดูแลการอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า จำนวน 2 คน ความรุนแรงระดับ E ทีมการพยาบาลหญิง 6 เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงมีการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เรื่องดูแลอย่างไรไม่ให้ผู้ป่วยหกล้ม มีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลแต่ยังพบว่า มีผู้ป่วยหกล้ม จึงได้ประยุกต์การจัดการความรู้ (KM) ในปีงบประมาณ 2551 และ 2552 รวบรวมร้อยเรียงเป็นคลังความรู้ ออกมาเป็นแนวปฏิบัติใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

### วัตถุประสงค์

1. ป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังสูงอายุ
2. ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังสูงอายุ มีความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### 1. การดำเนินงานก่อนทำแนวปฏิบัติ

- 1.1 ประชุมปรึกษาทีมการพยาบาล
- 1.2 ติดตามรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน
- 1.3 ให้ความหมายของการพลัดตกหกล้ม



1.4 ศึกษาความรู้ของการคัดคกกลม/ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยเพื่อประยุกต์สู่  
การพัฒนา คุณภาพการดูแล

1.5 ศึกษากระบวนการดูแลเพื่อพัฒนาการบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังสูงอายุ

1.6 สร้างเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังสูงอายุ

1.7 ประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

1.8 ประชุมชี้แจงบุคลากรทีมการพยาบาล

1.9 ปรึกษาหาแนวทางปฏิบัติ

1.10 จัดทำแนวทางปฏิบัติ

1.11 ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ

1.12 ทดลองใช้แนวปฏิบัติ

1.13 ประเมินผล และพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องด้วยวงล้อ PDCA

1.14 ติดตามประเมินผลทั้งระยะสั้น / ระยะยาว ทุก 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี โดย  
พยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำเวรเช้า (KM MAN) เพื่อเป็นการประเมินผลการใช้ข้อ  
ปฏิบัติดังกล่าวด้วยวงล้อ PDCA และติดตามนิเทศโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย (มีแบบติดตามผลลัพธ์โดยใช้  
ดัชนีชี้วัด)

2. ขั้นตอนการทำแนวปฏิบัติ

2.1 การประเมินผู้ป่วยแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ กลุ่มที่  
ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง และกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้

2.2 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจัดให้มีความเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม ดังกล่าว  
ข้างต้น

3. ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติไปใช้

4. ขั้นตอนการประเมินผล



## แนวปฏิบัติการดูแลและป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังสูงอายุ

### ขั้นตอนการปฏิบัติการดูแล มีดังนี้

1. สอนในคลินิกเรื่องการพลัดตกหกล้ม สาเหตุของการพลัดตกหกล้ม สัญญาณบอกเหตุ ปลายร้าย การป้องกันการพลัดตกหกล้ม ค้นคว้ารวบรวมผลงานวิชาการ งานวิจัยใหม่ๆ เรื่องการออกกำลังกายเพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การฝึกเดิน ฝึกทรงตัว เพื่อปรับท่าทาง รวมทั้งข้อพิจารณาต่างๆ

2. มอบหมายผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุกลุ่มเสี่ยง ให้บุคลากรในทีมรับผิดชอบเป็นรายบุคคลให้ดูแลใกล้ชิดอย่างครอบคลุม หลังจากประเมินความเสี่ยงจากอาการ พฤติกรรม ประวัติการรับส่งเวร และการติดตามด้วยมาตรการ **SAFE** เพื่อดูแลความเสี่ยงความปลอดภัยของผู้ป่วยเหล่านี้ทุกชั่วโมง

### 3. แบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม

3.1 กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จัดกิจกรรม ออกกายบริหาร/บริหารบำบัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อและการทรงตัว/การเคลื่อนไหว ออกกำลังกายโดยการทำให้ (Passive Exercise) ตามคู่มือแนวปฏิบัติการออกกำลังกายในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (สิริพร และศิริพันธุ์, 2546) อ้างอิงจากวารสารสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม —ประเทศไทย ฉบับเดือนมกราคม —มิถุนายน 2546

3.2 กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง มีการฝึกเดินฝึกทรงตัว ในเวรเช้าเวลา 8.30 —9.30 น. เป็นเวลา 30 นาที —1 ชั่วโมง ทุกวัน โดยดูแลให้หัดเดินในราวเกาะจับที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นกายอุปกรณ์เพิ่มประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อกระดูกและการเคลื่อนไหวที่ดี

3.3 กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ให้ฝึกการบริหารการหายใจด้วยการประยุกต์ เพลงดัง ดอกไม้บาน เพื่อให้ลดอาการข้อไหล่ติด บริเวณข้อนิ้ว ช่วยเสริมการเกาะจับเวลาเคลื่อนไหวให้มั่นคงขึ้นและฝึกการบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย เพิ่มการเคลื่อนไหวให้มีประสิทธิภาพทุกวัน ตั้งแต่เวลา 8.30 —9.30 น. ในเวรเช้า

\* หมายเหตุ 3.2 และ 3.3 บริหารบำบัดด้วยวงมือสร้างเสริมสุขภาพด้วย

4. ดูแลสิ่งแวดล้อม/โครงสร้าง/มลภาวะต่างๆ เช่น ดูแลพื้นไม่ให้ลื่น ให้แห้งตลอดเวลา ดูแลให้มีแสงสว่างเพียงพอ ไม่ให้มีสิ่งกีดขวาง

5. ดูแลเป็นพิเศษในกรณีผู้ป่วยมีอาการทางจิต ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมไม่ได้ สับสน ไม่มีสมาธิ การทรงตัวไม่ดีจากอาการ ไม่พึงประสงค์/อาการข้างเคียง จากการรับประทานยาทางจิตและผู้ป่วยพิการทางกาย

6. ประยุกต์ธรรมชาติในการดูแล ให้เวลา ให้โอกาส ให้กำลังใจ อ่อนโยน ดูแลใกล้ชิด ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยด้วย



7. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ที่อาจเชื่อมโยงสู่การปลัดตกหกล้มในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

8. จัดให้มี **Buddy** เพื่อนช่วยเพื่อนคอยช่วยเหลือเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันได้ทันต่อเหตุการณ์

9. กรณีหากมีการปลัดตกหกล้มเกิดขึ้นแล้วต้องประเมินความรุนแรง เช่น ความเจ็บปวดว่าอยู่ในระดับใด มีแผนการรักษาหรือไม่ อย่างไร ดูแลความสะอาดผิวหนัง เสื้อผ้าบริเวณบาดเจ็บ เพื่อป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อน สอนให้ผู้ช่วยเหลือประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การรายงานหัวหน้าทีมการพยาบาลเพื่อประเมินซ้ำและพิจารณารายงานแพทย์และให้การพยาบาลที่ซับซ้อนได้

ทั้งนี้ต้องมีการสอนทักษะในคลินิกในการดูแล เมื่อมีการบาดเจ็บปลัดตกหกล้มให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องอยู่เสมอ

10. ประสานทีมสหวิชาชีพในเรื่องต่างๆ ดังนี้

10.1 ภาวะโภชนาการ

10.2 ผลข้างเคียง / อาการไม่พึงประสงค์จากยาทางจิต

10.3 การติดตามการตรวจวินิจฉัย การ **Investigation** การรักษา

10.4 การติดตามผล **lab** อิเล็กโทรไลต์ ต่างๆ

10.5 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย

11. ติดตามประเมินผล ทั้งระยะสั้น/ระยะยาว ทุก 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี โดยพยาบาลผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการเวรเช้า (KM MAN) เพื่อเป็นการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าว ด้วยวงล้อคุณภาพ **PDSA** และนิเทศติดตามโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย

#### ผลการดำเนินงาน

- ปี พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังสูงอายุปลัดตกหกล้มจำนวน 2 ราย จากผู้ป่วยจำนวน 16 ราย และในปี พ.ศ. 2552 (ตุลาคม 2551 – มีนาคม 2552) หลังจากใช้แนวปฏิบัติไม่พบการปลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังสูงอายุ 100% (มี 2 ราย ลื่นล้มแต่ความรุนแรงไม่ถึงระดับ E เพียงแต่ฟกช้ำเล็กน้อย)
- บุคลากรพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ 100%



## ทีมการพยาบาลหญิง 6

ทีมคณะทำงาน	1. นางกรรณิกา	คุษฎี	พยาบาลวิชาชีพ 8	ประธานและที่ปรึกษา
	2. นางสาวภา	ปานเพชร	พยาบาลวิชาชีพ 7	รองประธานและที่ปรึกษา
	3. นางพูนสิน	คำชะอม	พยาบาลวิชาชีพ 7	
	4. นางสาวประไพพร	เพชรประดับสุข	พยาบาลวิชาชีพ 7	
	5. นางวัชรา	สนแดง	พยาบาลวิชาชีพ 7	
	6. นางวราพร	กรดแก้ว	พยาบาลวิชาชีพ 7	
	7. นางสาวนิภาพร	แสนสระดี	พยาบาลวิชาชีพ 5	
	8. นางอพัฒนชิน	บุญญาธิการ	พยาบาลวิชาชีพ 7	
	9. นางรัตนา	จันทร์เจริญ	พยาบาลวิชาชีพ 6	
	10. นางนิตยา	ศรีภิรมย์มิตร	พยาบาลวิชาชีพ 6	

ผู้ทรงคุณวุฒิ	1. แพทย์หญิงสรสพร	จวงษ์	จิตแพทย์	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
	2. นางโสภา	มุสิก	พยาบาลวิชาชีพ 7	
	3. นางสาวปลดา	เหม โลหะ	พยาบาลวิชาชีพ 7	

