

โครงการ : เพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวช (Psychiatry Free Fall)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเวช, การพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวช, การป้องกันการพลัดตกหกล้ม, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สรุปผลงานโดยย่อ : ในผู้ป่วยจิตเวชมีปัจจัยหลายอย่างส่งเสริมให้เกิดอุบัติเหตุจากการหกล้มเช่นปัจจัยจากตัวผู้ป่วย วัยสูงอายุ ผู้ป่วยได้รับยาทางจิตเวช ภาวะสับสนจากการขาดสุรา ผลจากการรักษาด้วยไฟฟ้าและที่ผ่านมาพบผู้ป่วยหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มสูงขึ้น เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการที่ดี จึงได้จัดทำโครงการพัฒนางานการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วยจิตเวช ตั้งแต่ปี 2561 จนถึงปัจจุบัน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ เพิ่มความตระหนักและการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยการจัดทำสื่อการสอน การให้ความรู้ สอนผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติตัว ทำความเข้าใจผลดีผลเสียของการเกิดการพลัดตกหกล้ม และปรับแก้ไขชุดผู้ป่วยให้เป็นกางเกง 5 ส่วน ขยายผลไปยัง 3 หอผู้ป่วยในแผนกพยาบาลจิตเวชฯ จากการพัฒนาหาแนวทางป้องกันดังกล่าวอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 3 ปี พบว่าอัตราการเกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มในแผนกพยาบาลมีแนวโน้มลดลง ระดับความรุนแรงลดลง

หน่วยงาน : แผนกพยาบาลจิตเวชและประสาทวิทยา

ชื่อ-นามสกุล ของสมาชิกในทีม : พ.ท.หญิง วรัญญา โลสุยะ หน.พยาบาลแผนกพยาบาลจิตเวชฯ

พ.ต.หญิง ศรินยา ปิ่นตัน หน. OPD จิตเวชฯ

พ.ต.หญิง กรรณิการ์ เหว้น หน.หอผู้ป่วย จิตเวชหญิง 15/1

พ.ต.หญิง ประภัสสร ช่วยเกิด หน.หอผู้ป่วยตึก 8 ชั้น ชั้น 1

พ.ต.หญิง อุบลรัตน์ เฉียวยี่ หน.หอผู้ป่วย จิตเวชชาย 15/2

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ:

การพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จากสถิติตั้งแต่ 2561- 2564 พบว่า อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม ระดับ E ขึ้นไป พบในปี 61= 2 ครั้งปี 63 = 1 ครั้ง จากการวิเคราะห์สาเหตุเกิดจากหลายปัจจัยประกอบด้วย ผู้ป่วยสูงอายุ พยาธิสภาพของโรค ผลข้างเคียงของยาทางจิตเวช การรักษาด้วยไฟฟ้า และกิจกรรมบำบัดที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมตลอดทั้งวัน จากการทบทวนวรรณกรรมการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชพบว่าอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม มากกว่าครึ่งหนึ่งสามารถป้องกันได้ หากพยาบาลประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างถูกต้อง และทีมการพยาบาลให้การดูแลป้องกันความเสี่ยงที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทที่แท้จริงของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งการสร้างวัฒนธรรมองค์กรแห่งความปลอดภัยเพื่อให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญและมีส่วนร่วมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วยจิตเวช โดยเน้นย้ำการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ให้กับผู้ป่วยและญาติ โดยวิเคราะห์จากสถิติที่พบ เฝ้าระวังป้องกัน ออกแบบการให้ความรู้ การใช้สื่อการสอน การแต่งกาย การตรวจสอบสิ่งแวดล้อม การปฏิบัติตัว การให้รางวัลที่เหมาะสมกับบริบทหอผู้ป่วยจิตเวช

เป้าหมาย/วัตถุประสงค์: 1. เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวช

จำนวนอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มอยู่ในเกณฑ์ ดังนี้

1.1 ระดับ C - I ≤ 0.25 ครั้ง/1,000 วันนอน

1.2 ระดับ D - I ≤ 0.20 ครั้ง/1,000 วันนอน

2. ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม \geq ร้อยละ 80

กิจกรรมการพัฒนา:

1.การดำเนินการ

- สํารวจอุบัติการณ์จากการหกล้มของผู้ป่วยจิตเวช
- ประชุมทีมบุคลากรเพื่อชี้แจงโครงการ วัตถุประสงค์ และแผนการดำเนินงาน
- จัดทำแผนการดำเนินงาน แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย

- ด้านบุคลากร

: สร้างความตระหนักในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในบุคลากร “fall are inevitable ”to“ fall are preventable”Ellen W.Blair.(2013)

: ทบทวนความรู้เรื่องยาที่ออกฤทธิ์ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น ยารักษาโรคทางจิตเวช Olanzapine , Quetiapine , Risperidone เป็นต้น

: ระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยดูจาก Fall risk score , การวินิจฉัยโรค เน้น ผู้ป่วย กลุ่ม Alcohol dependence , Amphetamine dependence , Bipolar disorder , ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง , ช่วงเวลา และกิจกรรมที่มักเกิดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม ในการรับ-ส่งเวรทุกครั้ง

: ติดสัญลักษณ์ ★ ในผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังบนกระดานรายชื่อเพื่อให้บุคลากรสังเกตเห็นได้ง่าย

: จัดทำตารางตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมงตามแนวทาง 4P (Position , Patient Need ,

Pain, Placement)

: บันทึก fall monitoring records

: จัดให้มี Fall awareness award สำหรับเจ้าหน้าที่ทุกเดือน

: นิเทศและตรวจสอบการปฏิบัติของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

- ด้านผู้ป่วย

: จัดทำบอร์ด/สื่อการสอนแนะนำการปฏิบัติตัว เรื่อง ลดเสี่ยง เลี่ยงFall

: ตรวจสอบเครื่องแต่งกาย(การพับขากางเกงในชุดผู้ป่วยเดิม) ทุกวันในกลุ่มประชุมเช้า และกลุ่มสวดมนต์

: เสริมแรงทางบวกในการปฏิบัติตามคำแนะนำ เรื่อง ลดเสี่ยง เลี่ยงFall ด้วย Star chart

: ปรับเปลี่ยนชุดผู้ป่วยใหม่ให้เป็นกางเกง 5 ส่วน (เริ่ม ส.ค.64)

- สถานที่สิ่งแวดล้อม

: จัดให้มีกริ่งโมบายประจำเตียงผู้ป่วย ในรายที่มีความเสี่ยงสูง

: จัดวางแผ่นยางกันลื่นหน้าห้องอาบน้ำทุกห้อง

: ติดแผ่นเรืองแสงจุดที่มีความเสี่ยง เช่น ทางเข้าห้องน้ำ จุดที่มีพื้นต่างระดับ

- บันทึกข้อมูลและประเมินผลทุกเดือน
- สรุปผลการดำเนินกิจกรรม

2. แนวคิดการออกแบบกิจกรรมการพัฒนา

1. สร้างความตระหนักในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในบุคลากร การเกิดการพลัดตกหกล้ม ไม่ใช่เรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ เป็นเรื่องที่เราช่วยกันป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ “fall are inevitable ” to “ fall are preventable” (Ellen W.Blair.(2013))

2. การลดปัจจัยที่อาจทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม ทั้งปัจจัยภายใน เช่น การรับรู้บกพร่อง การเคลื่อนไหว การมองเห็น ยา ฯ , ปัจจัยภายนอก เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รวกันเตียง ออกดกดขอความช่วยเหลือ สัญลักษณ์ ร่องเท้า แสงสว่าง ฯ ,และปัจจัยด้านสถานการณ์ เช่น ผู้ป่วยทำหลายอย่างพร้อมๆกัน สิ่งเหล่านี้ต้องอาศัยความร่วมมือกัน ทั้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและญาติ ในการช่วยลดปัจจัยที่อาจทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มดังกล่าว (Malik, Angela MSN, RN; Patterson, Norma MSN, RN)

3. ระยะเวลาการดำเนินการ : ก.ค. 2561 - มิ.ย. 2564

การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์:

ตัวชี้วัด 1. อัตราการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย ระดับ C - I ≤ 0.25 ครั้ง/1,000 วันนอน

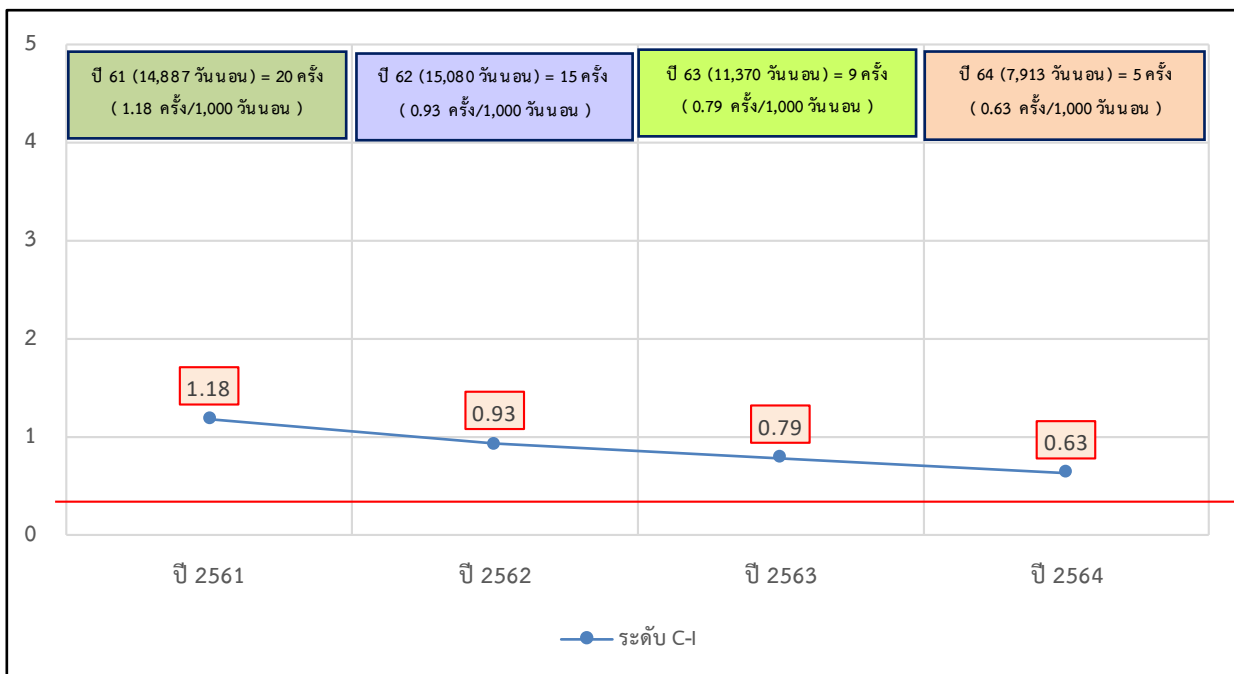
ระดับ D - I ≤ 0.20 ครั้ง/1,000 วันนอน

2. ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม \geq ร้อยละ 80

อัตราการเกิดผู้ป่วยพลัดตกหกล้มในแผนกพยาบาลจิตเวชฯ
ปี 2561 – 2564 (31ต.ค.64) ระดับ C - I

(ครั้ง/1,000 วันนอน)

Target ≤ 0.25 ครั้ง / 1,000 วันนอน

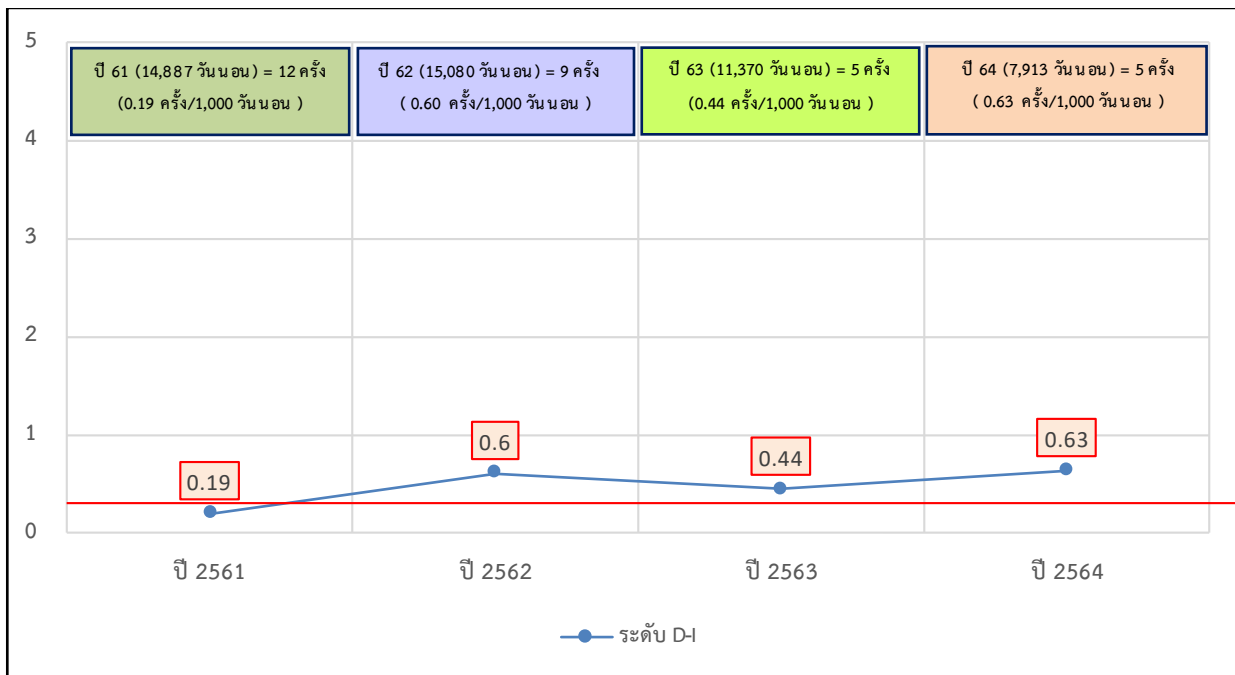


อัตราการเกิดผู้ป่วยพลัดตกหกล้มในแผนกพยาบาลจิตเวชฯ

ปี 2561 – 2564 (31ต.ค.64) ระดับ D - I

(ครั้ง/1,000 วันนอน)

Target ≤ 0.20 ครั้ง / 1,000 วันนอน



สรุปผลลัพธ์

จากการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในระหว่าง ปี 2561 – 2564 อัตราการเกิดผู้ป่วยพลัดตกหกล้มในแผนกพยาบาลจิตเวชฯ ระดับ C – I มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่วน ระดับ D – I แม้ว่าจะยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน แต่ระดับความรุนแรงส่วนใหญ่ อยู่ในระดับ D มี ระดับ E ใน ปี 61 = 2 ครั้ง ปี 63 = 1 ครั้ง ซึ่งเมื่อเทียบกับ รพ.เครือข่าย ซึ่งเป็น ร.พ.ฝ่ายกาย ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย แต่เมื่อเปรียบเทียบกับสถาบันที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของต่างประเทศ ประเทศสหรัฐอเมริกา (U.S. Psychiatric care) อัตราการเกิดผู้ป่วยพลัดตกหกล้มที่มีอาการบาดเจ็บ = 1.97 ครั้ง/1000 วันนอน

บทเรียนที่ได้รับ:

- ปัญหาหรือความท้าทายที่เกิดขึ้นในระหว่างดำเนินการโครงการ และวิธีการจัดการ
 - การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวช, ผู้ป่วยติดสุรา/สารเสพติด เป็นเรื่องยาก จึงมีการนำ Star chart มาใช้ เพื่อเสริมแรงทางบวกเมื่อสามารถทำตามพฤติกรรมเป้าหมายได้
- ข้อแนะนำในสิ่งที่ควรปฏิบัติในลักษณะที่เป็นรูปธรรม และเหตุผลซึ่งชี้ให้เห็นความสำคัญของเรื่องนั้น
 - ควรเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมและเพียงพอต่อการใช้ เช่น แผ่นยางกันลื่นควรมี 2 ชุดสำหรับการเปลี่ยนทำความสะอาด
 - แผ่นแปะเรืองแสงใช้ไม่ได้ผลเนื่องจากการติดฟิล์มกรองแสงทั้งหอผู้ป่วยทำให้แผ่นเรืองแสงไม่สามารถเรืองแสงได้ในเวลากลางคืน อาจหาอุปกรณ์ให้แสงสว่างอื่นทดแทนตามบริบท เช่น ไฟอัจฉริยะ เปิด-ปิด ได้เองเมื่อมีการเดินผ่าน เป็นต้น

(3) สิ่งที่จะทำแตกต่างไปจากเดิมในคราวนี้

- ปรึกษาเรื่องการออกแบบที่นึ่งอาบน้ำแบบยี่ดวารในห้องน้ำผู้ป่วยสำหรับผู้สูงอายุ

สรุปผลลัพธ์บรรลุตามวัตถุประสงค์ สิ่งที่ได้ดีคือ มีการนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง มีการวางระบบให้เกิดการปฏิบัติตามแนวทาง การหาความรู้เพิ่มเติม ส่วนสิ่งที่ควรปรับปรุง พัฒนาเพิ่มเติม คือ การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงหกล้มเฉพาะโรค เพื่อให้เฉพาะเจาะจงและมีความไวมากขึ้น

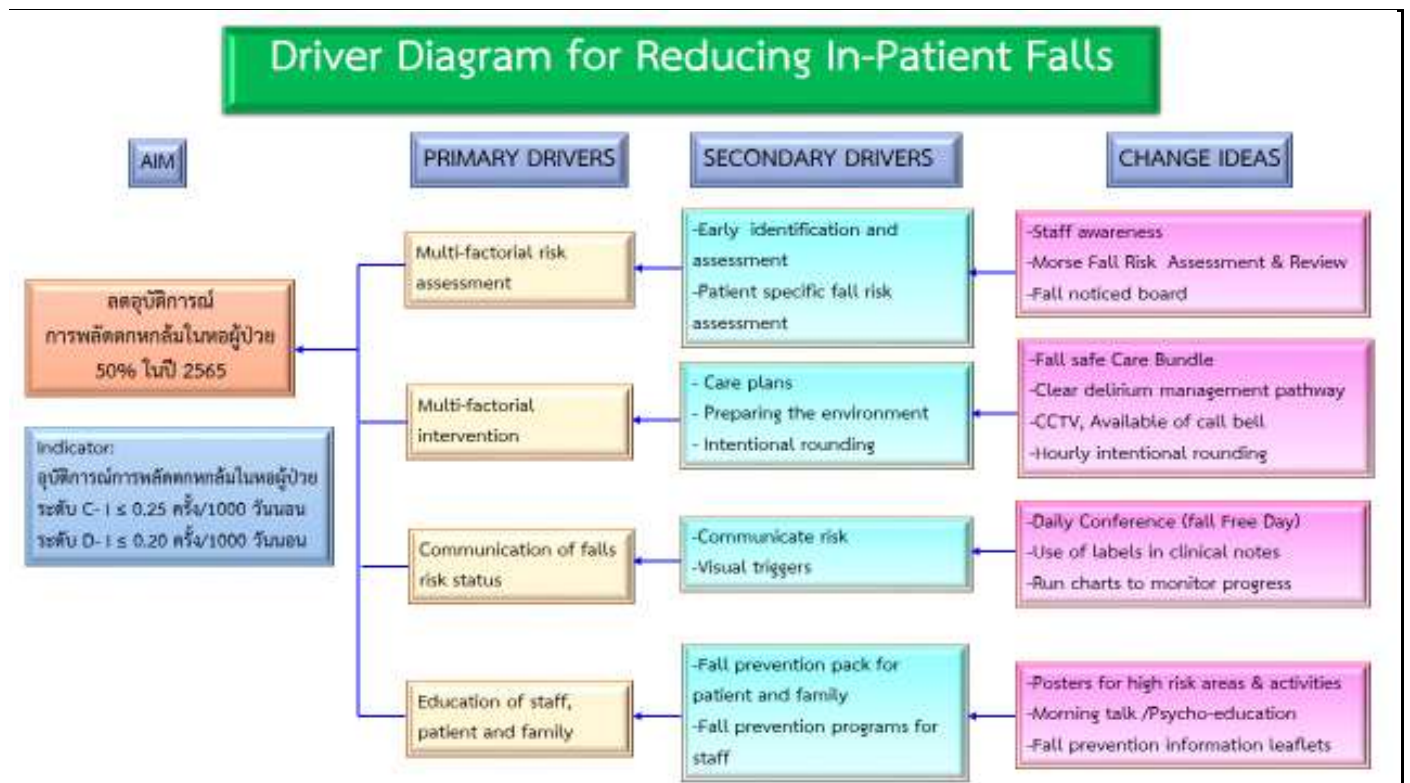
การติดต่อกับทีมงาน: พ.ท.หญิง วรัญญา โลสุยะ หน.พยาบาลแผนกพยาบาลจิตเวช เบอร์โทรศัพท์ 93226,
089-1170209 E-mail address. Losuya.wl@gmail.com

กิจกรรมการพัฒนาการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ในผู้ป่วยจิตเวช ปี 2561

โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันการผลิตภัณฑ์ในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยา Antipsychotic drugs โดยใช้สัญลักษณ์สี และ QR CODE (หอผู้ป่วยจิตเวชหญิง 15/1 ก.ค.61)

Purpose	Process	Performance	Suggestion
<p>1. เพื่อป้องกันอุบัติการณ์การเกิดผลิตภัณฑ์ในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับ Antipsychotic drugs</p> <p>2. บุคลากรนำนวัตกรรมสัญลักษณ์สี และ QR Code มาใช้เพื่อป้องกันการผลิตภัณฑ์ในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยา Antipsychotic drugs</p>	<p>1. ประชุมบุคลากรเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และแผนการดำเนินงานโครงการ</p> <p>2. ทบทวนความรู้เรื่องผลข้างเคียงของ Antipsychotic drugs ที่มีผลต่อการผลิตภัณฑ์ โดยการนำผลจากการวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหาการผลิตภัณฑ์ที่เคยเกิดขึ้นมาทบทวน</p> <p>3. จัดทำนวัตกรรมสัญลักษณ์สี และ QR Code เพื่อใช้สื่อสารเรื่องความเสี่ยงต่อการเกิดผลิตภัณฑ์ และชี้แจงให้บุคลากรทราบวิธีการใช้งาน โดยมีนวัตกรรม ดังนี้</p> <p>3.1 แผ่นโปสเตอร์ให้ความรู้เรื่องแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการผลิตภัณฑ์</p> <p>3.2 ป้ายสัญลักษณ์สีสำหรับติดบริเวณเตียงผู้ป่วย</p> <p>3.3 ป้ายข้อ่มือแถบสีแสดงระดับความเสี่ยงต่อการผลิตภัณฑ์</p> <p>3.4 แผ่นป้ายระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการผลิตภัณฑ์</p> <p>3.5 แผ่นป้ายแจ้งเตือนกรณีผู้ป่วยได้รับยา Antipsychotic drugs เพื่อเพิ่มการเฝ้าระวัง</p> <p>4. ดำเนินกิจกรรมตามแนวทางปฏิบัติของคะแนนความเสี่ยงที่ประเมินได้</p> <p>5. ติดตามผลการดำเนินงาน และเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัด</p> <p>6. สรุปและประเมินผลการดำเนินงานโครงการ</p>	<p>1. อุบัติการณ์การเกิดผลิตภัณฑ์ในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับ Antipsychotic drugs</p> <p>-ระดับD-I < 0.20 ครั้ง/1000 วันนอน</p> <p>-ระดับC-I < 0.25 ครั้ง /1000วันนอน</p> <p>2. ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับ Antipsychotic drugs ที่มีคะแนนการประเมินความเสี่ยงต่อการผลิตภัณฑ์ในระดับเสี่ยงสูง (คะแนน ≥ 45) มีการติดสัญลักษณ์เพื่อเฝ้าระวังทุกราย</p> <p><u>ผลการดำเนินโครงการ</u></p> <p>1. บุคลากรได้รับการ Empowerment เชื่อว่าทุกคนมีส่วนช่วยป้องกันการผลิตภัณฑ์ในผู้ป่วยได้ มีการดูแลผู้ป่วยอย่างระมัดระวังถูกต้องตามมาตรฐาน</p> <p>2. หอผู้ป่วยมีนวัตกรรมเพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการผลิตภัณฑ์ และบุคลากรได้นำนวัตกรรมเหล่านี้มาใช้ในการปฏิบัติงานจริง</p> <p>3. อุบัติการณ์การเกิดผลิตภัณฑ์ในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยา Antipsychotic drugs ระดับ D - I = 0 ครั้ง/1000 วันนอน และระดับ C - I < 0.25 ครั้ง/1000 วันนอน ซึ่งสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้</p> <p>4. ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยา Antipsychotic drugs ที่มีคะแนนการประเมินความเสี่ยงต่อการผลิตภัณฑ์ในระดับเสี่ยงสูง (คะแนน > 45 คะแนน) มีการติดสัญลักษณ์เพื่อเฝ้าระวังทุกราย</p>	<p>1. มีการจัดการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการผลิตภัณฑ์เป็นประจำทุกปี และนำความรู้ใหม่ๆที่ได้ศึกษามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน</p> <p>2. การให้ข้อมูล / คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยจิตเวช ต้องทำซ้ำๆ หากพบวันแรกผู้ป่วยยังมีการรับรู้ที่บกพร่องอาจต้องให้ข้อมูลซ้ำเมื่อประเมินได้ว่าผู้ป่วยพร้อมจะรับข้อมูล</p> <p>3. กำหนดวันตรวจสอบ / เปลี่ยนป้ายข้อ่มือให้ใหม่เมื่อพบว่ามีการหลุด ขาด ข้อมูลจากหาย โดยตรวจสอบอาทิตย์ละ 2 ครั้ง ทุกวันอังคาร และเสาร์</p> <p>4. หากไม่สามารถติด QR CODE ไว้คู่กับคำแนะนำได้ เปลี่ยนเป็นการแจกนามบัตร QR CODE แก่ผู้สนใจข้อมูลแทน</p>

กิจกรรมการพัฒนาการเฝ้าระวังพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวช ปี 2563



การให้ความรู้และเพิ่มแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



ด้านสิ่งแวดล้อม



กิจกรรมการพัฒนาการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ปี 2564



ปรับเปลี่ยนชุดผู้ป่วยเป็นกางเกง 5 ส่วน เริ่มใช้ ส.ค. 64

