

บทบาทพยาบาล: การป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในผู้ป่วยจิตเวช

เนตดา วงศ์ทองมานะ, พย.ม*

บทคัดย่อ

การพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล พบว่ามีอุบัติการณ์ในหอผู้ป่วยจิตเวช สูงกว่าหอผู้ป่วยวิกฤตทั่วไป การพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชเกิดจากหลายปัจจัย ประกอบด้วยพยาธิสภาพของโรค ผลข้างเคียงของยาทางจิตเวช การรักษาด้วยไฟฟ้า และกิจกรรมบำบัดที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมตลอดทั้งวัน จากการทบทวนวรรณกรรมการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชพบว่าอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม มากกว่าครึ่งหนึ่งสามารถป้องกันได้ หากพยาบาลประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างถูกต้อง และให้การดูแลป้องกันความเสี่ยงที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทที่แท้จริงของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งการสร้างวัฒนธรรมองค์กรแห่งความปลอดภัยเพื่อให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญและมีส่วนร่วมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวช บทความนี้จะนำเสนอ ความหมายและประเภทของการพลัดตกหกล้ม ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชและบทบาทของพยาบาลในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวช

คำสำคัญ: พลัดตกหกล้ม ผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยเสี่ยง การป้องกันพลัดตกหกล้ม

*อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

E-mail: netda.wong@gmail.com

Nurse's role: fall prevention among psychiatric patients

Netda Wongthongmana, M.N.S.*

Abstract

Incidences of falls among psychiatric patients found in psychiatric units tends to be higher than that of general acute care hospital units. The high incidence of falls is attributed to many factors such as psychiatric symptoms, side effects of psychiatric medication, electroconvulsive therapy (ECT) and activity therapy. From a review literature about the falls of psychiatric patients it was found that the incidence of falls can be prevented if the nurse can do a risk assessment of inpatients, provide appropriate supervision and risk prevention appropriate to the actual context of the psychiatric inpatient. As well as the development of patient safety culture aiming to increase the concerns of patient safety among health care providers, this article presents the risk factors associated with falls in psychiatric inpatients and nurse's roles in fall prevention in psychiatric inpatients.

Keywords: falls, psychiatric patients, risk factor, fall precaution

*Instructor, Department of Community Health and Psychiatric Nursing, The Thai Red Cross College of Nursing. E-mail: netda.wong@gmail.com

บทนำ

การพลัดตกหกล้มถือว่าเป็นหนึ่งในเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ที่มีได้มุ่งหวังให้เกิดขึ้นระหว่างการดูแลรักษาผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมากกว่า 1 ใน 3 ของการพลัดตกหกล้มทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ และพบว่า การพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 4-6 เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บที่รุนแรง⁽¹⁾ ส่งผลให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น บางเหตุการณ์เกิดการสูญเสียความสามารถถาวร และรุนแรงถึงขั้นทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้⁽²⁻⁴⁾ และจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า แต่ละปีทั่วโลกจะมีผู้ที่เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มประมาณ 424,00 ราย ซึ่งร้อยละ 80 จะพบมากในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง⁽⁵⁾ นอกจากนี้อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มที่เกิดขึ้นยังส่งผลให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกิดความเครียด รู้สึกผิดกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และบางเหตุการณ์อาจรุนแรงถึงขั้นถูกฟ้องร้องได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะให้ความสนใจการพลัดตกหกล้มที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตทั่วไป ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ผู้ป่วยในชุมชน และมีเพียงเล็กน้อยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช⁽¹⁾ จากการศึกษาอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพบว่าอัตราการเกิดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วยจิตเวช สูงกว่าหอผู้ป่วยวิกฤตทั่วไป คือ อัตราการพลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วยจิตเวชพบ 13.1-25 ครั้ง/1000 วันนอน เมื่อเปรียบเทียบกับหอผู้ป่วยวิกฤตทั่วไปซึ่งพบเพียง 3-5 ครั้ง/1000 วันนอนเท่านั้น⁽⁶⁾

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างจากผู้ป่วยวิกฤตทั่วไป

กล่าวคือ 1) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรค เช่น ผู้ป่วยจิตเวชจะมีพฤติกรรมวุ่นวาย ควบคุมตนเองได้น้อย ความบกพร่องด้านการคิดรู้ เป็นต้น 2) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรักษา เช่น ผลจากยาที่ใช้ในการรักษาที่มีทำให้ผู้ป่วยซึมลง การเคลื่อนไหวร่างกายไม่ประสาน เสียการทรงตัว และตอบสนองช้า สับสน ความดันต่ำและกล้ามเนื้อเกร็ง ผลจากการรักษาด้วยไฟฟ้าทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสับสนหลังการรักษา^(1, 7-10) และรูปแบบของกิจกรรมบำบัดที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเวชต้องมีการเคลื่อนไหวตลอดเวลาทั้งวันไม่ได้นอนติดเตียงเหมือนผู้ป่วยวิกฤตทั่วไป เป็นต้น⁽⁶⁾ จากปัจจัยดังกล่าวสัมพันธ์กับการเกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชทั้งสิ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชยังพบว่าอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มมากกว่าครึ่งหนึ่งสามารถป้องกันได้ หากพยาบาลสามารถประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวชแต่ละรายได้อย่างถูกต้อง ซึ่งถือเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม^(10, 11) เมื่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้รับการประเมินความเสี่ยงที่ถูกต้องก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลป้องกันความเสี่ยงที่เหมาะสมด้วยเช่นกัน นอกจากนี้การพัฒนาแนวทางในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชก็มีความสำคัญเช่นกันเพราะแนวทางการดูแลจะต้องสอดคล้องกับบริบทที่แท้จริงของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช การมีเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงและแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงจะไม่มีประโยชน์ถ้าผู้ปฏิบัติไม่นำสิ่งเหล่านี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้นการสร้างวัฒนธรรมองค์กรแห่ง

ความปลอดภัยเพื่อให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญและมีส่วนร่วมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชจึงมีความสำคัญควบคู่ไปด้วยเช่นกัน

วัตถุประสงค์ของบทความนี้จะนำเสนอเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชและบทบาทของพยาบาลในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งครอบคลุมใน 3 ประเด็น คือ การประเมินความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม แนวทางในการป้องกัน และสร้างวัฒนธรรมองค์การ

ความหมายของการพลัดตกหกล้ม

การพลัดตกหกล้ม คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ส่งผลให้บุคคลเคลื่อน หรือเปลี่ยนตำแหน่งลงมาสู่พื้นหรือระดับที่ต่ำกว่าตำแหน่งเดิมอย่างไม่ตั้งใจ ได้แก่ การลื่น การสะดุด การพลัดตก การสูญเสียการทรงตัว และล้มลงสู่พื้น เป็นต้น ซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ตาม^(1, 5, 12)

ประเภทของการพลัดตกหกล้ม

การศึกษาของมอร์ริส⁽¹³⁾ ที่ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของผู้ป่วยที่พลัดตกหกล้มและไม่พลัดตกหกล้มในช่วงเวลาเดียวกัน โดยการสุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน พบว่าการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลแบ่งได้ 3 ประเภท คือ

1. การพลัดตกหกล้มที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุ (accidental falls) พบร้อยละ 14 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นลื่น พื้นต่างระดับ และแสงสว่างไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดการสะดุด ลื่นไถล หรือเหตุอื่นที่ทำให้เกิด

อุบัติเหตุ การพลัดตกหกล้มที่เกิดจากอุบัติเหตุนี้ไม่สามารถใช้การทำนายจากการประเมินได้ เนื่องจากไม่ได้เกิดจากปัจจัยทางร่างกาย แต่เกิดจากสิ่งแวดล้อมหรือการคาดการณ์ผิดพลาด ส่งผลทำให้เกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มเกิดขึ้น

2. การพลัดตกหกล้มจากสภาพร่างกายที่คาดการณ์ได้ (anticipated physiological falls) พบร้อยละ 78 เป็นการพลัดตกหกล้มที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกประเมินว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม จากการใช้แบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม ซึ่งการพลัดตกหกล้มชนิดนี้มีความแตกต่างจากการพลัดตกหกล้มที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุเพราะสามารถทำนายและป้องกันได้

3. การพลัดตกหกล้มจากสภาพร่างกายที่คาดการณ์ไม่ได้ (unanticipated physiological falls) พบร้อยละ 8 เป็นการพลัดตกหกล้มที่สาเหตุเกิดจากสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล ซึ่งการเกิดเหตุการณ์ครั้งแรกจะไม่สามารถทำนายได้ แต่เมื่อเกิดเหตุการณ์ในลักษณะนี้ขึ้นกับผู้ป่วยแล้วจะมีแนวโน้มเกิดการพลัดตกหกล้มขึ้นได้อีก เช่น จากโรคที่เกิดขึ้นกะทันหัน หมดสติ ซึ่งการพลัดตกหกล้มประเภทนี้สามารถป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุในครั้งต่อไปได้

ปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวช

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับแล้วว่า การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยบางสถานการณ์สามารถทำนายได้และป้องกันได้⁽¹³⁾ ถ้าพยาบาลสามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย

ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการผลิตตกหล่นของผู้ป่วยจิตเวชขณะอยู่ในโรงพยาบาล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ปัจจัยภายใน (intrinsic factors) เป็นปัจจัยที่มีสาเหตุจากตัวผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับการผลิตตกหล่นของผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

1.1 พยาธิสภาพของโรคการเกิดอุบัติการณ์การผลิตตกหล่นในผู้ป่วยจิตเวชพบว่าพยาธิสภาพของโรคทางจิตเวชหลายโรคที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดการผลิตตกหล่นมากขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง และผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น ซึ่งอาการและอาการแสดงของพยาธิสภาพของโรคที่สัมพันธ์กับการผลิตตกหล่นของผู้ป่วยจิตเวช คือ การเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัวและการรับรู้ มีภาวะสับสน ความบกพร่องด้านการรับรู้วันเวลา สถานที่ ความทรงจำ ความคิดไม่เป็นระบบความสามารถในการประเมินสถานการณ์ต่างๆ และความสามารถในการตัดสินใจเลือกกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ลดลง^(1, 10, 14) ผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน ส่งผลให้ความสามารถในการแยกแยะระหว่างความเป็นจริงลดลง มีการตอบสนองต่อความผิดปกติจนส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการผลิตตกหล่นได้เช่นกัน

จากการศึกษาพบว่าความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติการณ์การผลิตตกหล่นในผู้ป่วยจิตเวชจะพบได้สูงในสัปดาห์แรกของผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

ตัวในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 53⁽¹⁰⁾ เนื่องจากสัปดาห์แรกของการรักษาตัว ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่จะมีการค่อนข้างรุนแรง วุ่นวาย สับสน ควบคุมพฤติกรรมความคิดของตนเองได้น้อย จึงพบอุบัติการณ์การผลิตตกหล่นได้สูง และถ้าผู้ป่วยที่มีประวัติการผลิตตกหล่นในโรงพยาบาลภายใน 6 เดือน มากกว่า 1 ครั้ง ก็จะมีโอกาสเกิดอุบัติการณ์ดังกล่าวซ้ำได้เช่นกัน^(10, 14)

1.2 ผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุเฉลี่ย 56 ปี จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดการผลิตตกหล่นได้สูง เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสมองเสื่อม (dementia) ที่ทำให้เกิดอาการสับสน และบกพร่องด้านการคิด⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้อายุที่เพิ่มขึ้นยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระร่วมด้วย ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท เช่น ความบกพร่องในการมองเห็น การสูญเสียการได้ยิน และอาการเวียนศีรษะ 2) ความบกพร่องในการเคลื่อนไหว สูญเสียการทรงตัว ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง และกล้ามเนื้ออ่อนแรง 3) มีปัญหาเรื่องการขับถ่าย เช่น ปัสสาวะบ่อย และกะปริดกะปรอย 4) การเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ เช่น การรับรู้วันเวลา สถานที่ บุคคลที่ผิดปกติ 5) การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสรีระดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดการผลิตตกหล่นเพิ่มขึ้นทั้งสิ้น^(3, 10, 14)

1.3 การได้รับยาทางจิตเวช การได้รับยาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการผลิตตกหล่น จากการศึกษาการเกิดการผลิตตกหล่นในผู้ป่วยจิตเวชพบว่ายาที่ส่งผลให้ความเสี่ยงของการเกิดผลิต

ตกหล่มสูงได้แก่ ยาต้านภาวะซึมเศร้า (antidepressants) ยาต้านโรคจิต (antipsychotic) ยาต้านอาการชัก (anticonvulsant) และยาคลายกังวล (antianxiety) ซึ่งยาทางจิตเวชจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวช มีความบกพร่องของการเคลื่อนไหว การเสียสมดุลของการทรงตัว การสูญเสียความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวทางกายภาพของตน มีภาวะเดินเซ การทำงานประสานของกล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพลดลง การเคลื่อนไหวช้า กำลังของกล้ามเนื้อแขนขาลดลง ทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวและการเดินที่ลำบาก มีอาการเดินตัวแข็งๆ จากกล้ามเนื้อแข็ง ก้าวเดินสั้นๆ ผู้ป่วยบางรายจะรู้สึกกระสับกระส่าย กระวนกระวาย นั่งเฉยๆ ไม่ได้ ต้องขยับขาไปมา หรือต้องลุกเดินไปมา เกิดความดันเลือดลดต่ำลงอย่างฉับพลันในขณะที่ยืนหรือเดิน ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอจึงเกิดอาการหน้ามืด อาการเหล่านี้จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้สูง^(6, 8, 10)

1.4 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) จากการศึกษาการเกิดพลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วยจิตเวช พบว่าผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการรักษาด้วยไฟฟ้าที่มีการปล่อยกระแสไฟฟ้ากระแสสลับ ขนาด 70-130 โวลท์ ผ่านสมองประมาณ 0.1-0.5 เพื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการชักทั้งตัวแบบเกร็งและกระตุก หลังจากฟื้นผู้ป่วยจะมีภาวะสับสนหรือไม่คอยรู้สึกตัวอยู่ชั่วระยะหนึ่ง ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้สูง จึงต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดจนกว่าผู้ป่วยจะรู้ตัว⁽¹⁰⁾

2. ปัจจัยภายนอก (extrinsic factors)

นอกจากปัจจัยภายในของผู้ป่วยจิตเวชที่ส่งผลให้มีความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มแล้ว ปัจจัยภายนอกก็มีความสำคัญมากเช่นกันที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชมีโอกาสพลัดตกหกล้มได้มากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ไม่ได้นอนติดเตียงเหมือนผู้ป่วยวิกฤตทั่วไป และรูปแบบการดูแลรักษาของผู้ป่วยจิตเวชจะมีกิจกรรมตลอดทั้งวัน สิ่งแวดล้อมจึงเป็นสาเหตุที่สัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล สภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคทำให้การเคลื่อนไหวไม่สะดวก ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม เช่น พื้นผิวทางเดินไม่เรียบ พื้นลื่น พื้นต่างระดับ ทางลาดชัน ระดับความสูงของเตียง และแสงสว่างไม่เพียงพอ จากปัจจัยดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้เช่นกัน

บทบาทพยาบาลในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวช

ปัจจุบันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลถือว่าเป็นตัวชี้วัดคุณภาพเชิงผลลัพธ์ทางการพยาบาล แต่ละหน่วยงานจึงได้ให้ความสำคัญและค้นหาแนวทางในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพซึ่งสำคัญในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวช เริ่มตั้งแต่มีการประเมินปัจจัยเสี่ยงโดยใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงที่มีมาตรฐาน การพัฒนาแนวทางในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งมีส่วนร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรสร้างวัฒนธรรมแห่งความปลอดภัย โดยการส่งเสริมให้บุคลากรเห็น

ควมสำคัของกำรป้องกันกำรพลัดตกหกล้มและตระหนักถึงควมสำคัของกำรเข้มามีส่วนร่วมในกำรป้องกันและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงของกำรพลัดตกหกล้ม เป้หมยเพื่อให้อผู้ป่วยได้รับควมปลอดภัยสูงสุดขณะที่เข้รับกำรรักษในโรงพยบวบว⁽¹⁶⁾ บทบพทของพยบวบวในกำรป้องกันกำรพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชที่สำคัมีดังนี้

1. กำรประเมินควมเสี่ยงในกำรพลัดตกหกล้ม จกกำรทบทวนวรรณกรรมพบว่มกกว่ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเวชที่พักรักษตัวในโรงพยบวบวเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดกำรพลัดตกหกล้ม และผู้ป่วยที่พลัดตกหกล้มจะส่งผลให้ต้องนอนพักรักษตัวในโรงพยบวบวณมกขึ้น ถ้พยบวบวสมารถระบุได้ว่ผู้ป่วยรายใดที่มีความเสี่ยงต่อกำรพลัดตกหกล้มและมีการวางแผนกำรดูแลเพื่อป้องกันกำรพลัดตกหกล้มที่มีประสิทธิภพ จะสมารถช่วยให้อำนวนอุบัติการณ์เกิดพลัดตกหกล้มลดลงได้ ซึ่งปัจจุบันเป็นที่ยอมรับแล้วว่ กำรพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยบางสถณกรณ์สมารถทำนายได้และป้องกันได้⁽¹³⁾ กำรประเมินปัจจัยเสี่ยงจึงถือว่เป็นขั้นตอนแรกและสำคัที่สุดของแนวทงกำรป้องกันกำรพลัดตกหกล้มที่พยบวบวต้องให้ควมสำคั^(10, 11) โดยผู้ป่วยจิตเวชทุกคนที่รับไว้รักษในโรงพยบวบวควรได้รับกำรประเมินและได้รับกำรวินิจฉัยควมเสี่ยงต่อกำรพลัดตกหกล้มเพื่อให้อทราบถึงระดับควมเสี่ยงในผู้ป่วยแต่ละราย⁽¹⁶⁾ กำรประเมินจะต้องประเมินให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงของกำรพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยจิตเวช

กำรใช้เครื่องมือในกำรประเมินควมเสี่ยงเป็นวิธีกำรป้องกันควมเสี่ยงลำดับแรก ที่จะช่วยในกำรค้นหผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเพื่อนำ

ข้อมูลที่ได้มำใช้ในการวางแผนกำรดูแลที่เหมาะสมสำหรับกำรดูแลป้องกันกำรเกิดอุบัติเหตุในผู้ป่วยแต่ละราย เครื่องมือที่ใช้ในกำรประเมินควมเสี่ยงมีมกมยที่ถูกนำใช้ในการกำหนดระดับควมเสี่ยงของกำรพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยทั้งในโรงพยบวบว หรือชุมชน แต่เครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินควมเสี่ยงในผู้ป่วยทั่วไป อจไม่สมารถนำมาใช้ในการประเมินควมเสี่ยงได้ ครอบคลุมปัจจัยที่เป็นสเหตุของกำรพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้นจึงควรมีกำรพัฒนเครื่องมือที่ใช้ในกำรประเมินควมเสี่ยงที่มีความเฉพาะเจาะจงที่สอดคล้องกับบริบทที่สำคัของลุ่มผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะ ซึ่งองค์ประกอบของเครื่องมือที่ใช้ในกำรประเมินควมเสี่ยงของกำรพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวช จะต้องมีการประเมินควมเสี่ยงที่ครอบคลุมปัจจัยภยในของลุ่มผู้ป่วยจิตเวช

จกกำรศึกษงำนวิจัยที่ผ่นมพบว่ำนกวิจัยส่วนใหญ่จะให้อควมสนใจศึกษกำรพลัดตกหกล้มที่เกิดขึ้นในลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านและผู้ป่วยในชุมชน มีเพียงเล็กน้อยที่ศึกษาในลุ่มผู้ป่วยจิตเวช⁽¹⁾ ดังนั้นแบบประเมินควมเสี่ยงที่สร้งขึ้นจึงได้มำจกงำนวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดกำรพลัดตกหกล้มจกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีอยู่อย่างจำกั⁽¹⁷⁾ ส่งผลให้อควมไว (sensitivity) และควมเฉพาะ (specificity) ในกำรประเมินควมเสี่ยงในผู้ป่วยจิตเวชยังไม่ค่อยมีความแตกต่างจกแบบประเมินควมเสี่ยงในกำรพลัดตกหกล้มในลุ่มผู้ป่วยทั่วไป ตัวอย่างเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินควมเสี่ยงในต่อกำรพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวช เช่น

The Wilson Sims Fall Risk Assessment

Tool (WSFRAT) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชซึ่งประกอบด้วย 9 ปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงที่ใช้ในการประเมิน คือ อายุ สภาวะทางจิต สภาวะทางร่างกาย การขับถ่าย ความบกพร่องด้านประสาทรับความรู้สึก ท่าทางการเดินและการทรงตัว ประวัติการเกิดอุบัติเหตุที่ผ่านมาใน 6 เดือน ยาที่ได้รับ (ยาควบคุมอารมณ์ ยาต้านโรคจิต ยาคลายเครียด ยานอนหลับ) และข้อกำหนดของ การล้างพิษ detoxification protocol⁽¹⁸⁾ เกณฑ์การพิจารณาระดับความเสี่ยง ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-6 ถือว่ามีความเสี่ยงระดับต่ำ และมีคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนน ขึ้นไป ถือว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง จากการประเมินคุณภาพของเครื่องมือเปรียบเทียบกับเครื่องมือประเมินความเสี่ยงของ The Hendrich II Fall Risk Model ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยทั่วไป พบว่า WSFRAT และ The Hendrich II Fall Risk Model การประเมินปัจจัยเสี่ยงมีความไว (sensitivity) ร้อยละ 100 สำหรับความเฉพาะ พบว่า WSFRAT มีความเฉพาะ (specificity) ร้อยละ 63.1 และ The Hendrich II Fall Risk Model มีความเฉพาะ (specificity) ร้อยละ 67.8 ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบความไว (sensitivity) และความเฉพาะ (specificity) ของทั้ง 2 เครื่องมือ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน⁽¹⁷⁾

The Edmonson Psychiatric Fall Risk Assessment Tool (EPFRAT) เป็นเครื่องมือที่ประกอบด้วยความเสี่ยง 9 ด้าน ประกอบด้วย อายุ สภาวะทางจิต การขับถ่าย ยาที่ได้รับ การวินิจฉัยโรค การเคลื่อนไหวหรือการทรงตัว และ

โภชนาการ (nutrition) ปัญหาการนอนหลับ และประวัติการพลัดตกหกล้ม⁽¹⁷⁾ เกณฑ์การพิจารณา ระดับความเสี่ยง ถ้าคะแนน 90 คะแนนหรือมากกว่า ถือว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม จากการประเมินคุณภาพของเครื่องมือเปรียบเทียบกับเครื่องมือประเมินความเสี่ยงของ Morse Fall Scale ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยทั่วไป พบว่า EPFRAT ประเมินปัจจัยเสี่ยงมีความไว (sensitivity) ร้อยละ 63 ความเฉพาะ (specificity) ร้อยละ 86 สำหรับ Morse Fall Scale ประเมินปัจจัยเสี่ยงมีความไว (sensitivity) ร้อยละ 49 ความเฉพาะ (specificity) ร้อยละ 85 เมื่อเปรียบเทียบพบว่า EPFRAT มีความไว (sensitivity) กว่า Morse Fall Scale แต่ความเฉพาะ (specificity) ไม่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 เครื่องมือ⁽¹⁵⁾

จากการเปรียบเทียบคุณภาพเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวช พบว่ายังขาดความเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งอาจเนื่องมาจากแบบประเมินการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชถูกสร้างขึ้นมาจากงานวิจัยที่มีอยู่อย่างจำกัด การศึกษาอาจยังไม่ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลคือ การพัฒนาเครื่องมือที่มีความไวและความเฉพาะในการใช้ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้การระบุความเสี่ยงมีความเที่ยงตรงทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละรายมากขึ้น

แบบประเมินความเสี่ยงส่วนใหญ่จะเน้นการประเมินความเสี่ยงที่ครอบคลุมปัจจัยภายใน

ของผู้ป่วยจิตเวช สำหรับปัจจัยภายนอกก็มีความสำคัญเช่นกัน สำหรับการประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยจิตเวชไม่มีความแตกต่างกับผู้ป่วยทั่วไป เพราะสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงจะส่งเสริมให้โอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชสูงขึ้นตามมาด้วย การประเมินสภาพแวดล้อมในห้องผู้ป่วยครอบคลุม 360 องศา จะช่วยให้พยาบาลเกิดความมั่นใจมากขึ้น ว่าสภาพแวดล้อมที่ดูแลมีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ซึ่งการประเมินสภาพแวดล้อมจะต้องประเมินทุกครั้งที่เข้าและออกจากห้องผู้ป่วย พร้อมทั้งเปิดโอกาสผู้ป่วยได้พูด ได้บอกความต้องการ เพื่อพยาบาลจะได้ปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ส่งเสริมความปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น การประเมินประวัติผู้ป่วยที่มีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละราย เช่น คุณเข้าห้องน้ำปัสสาวะบ่อยแค่ไหน มีอะไรขวางทางเดินเข้าห้องน้ำหรือไม่ และจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ขจัดความเสี่ยงของสภาพแวดล้อม เช่น ของที่วางอยู่ระเกะระกะ แสงสว่างที่ไม่เหมาะสม พื้นที่เป็นปัญหา การปรับเตียงให้อยู่ระดับต่ำ การลือคล้อเตียง และการปรับไม้กั้นเตียงขึ้นหรือลงขึ้นอยู่กับความยืดหยุ่นตามนโยบายของหน่วยงาน เพราะเมื่อปรับไม้กั้นเตียงสูงขึ้นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความบกพร่องในการตัดสินใจ บางรายพยายามที่จะปีนเหล็กกั้นเตียงลงมา ทำให้การพลัดตกจากเตียงรุนแรงมากขึ้น การจัดเตรียมสิ่งของให้อื้อความสับสนในการหยิบใช้สำหรับผู้ป่วย เช่น แวนตา เครื่องช่วยฟัง และเสื้อกางเกง และรองเท้าที่สวมใส่ควรมีขนาดพอดีกับผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยในการสวมใส่ สิ่งแวดล้อมในห้องน้ำต้องปลอดภัย

เหล็กจับควรมีความแข็งแรง เหมาะสมกับผู้ป่วย บทบาทพยาบาลในการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยจะทำให้พยาบาลเกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยจิตเวชจะได้รับการดูแลที่ปลอดภัยเพิ่มขึ้น เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มลดลง

2. การพัฒนาแนวทางในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชบนพื้นฐานหลักฐานเชิงประจักษ์

การใช้เครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มที่เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยจิตเวชจะช่วยให้พยาบาลสามารถระบุความเสี่ยงที่ถูกต้องมากขึ้น และทราบว่าผู้ป่วยจิตเวชแต่ละรายมีความเสี่ยงมากน้อยเพียงใดซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญเป็นอันดับแรก แต่เมื่อประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงระดับใดแล้ว การดูแลป้องกันความเสี่ยงที่เหมาะสมก็สำคัญเช่นกัน แนวทางที่ใช้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลแบบเดิมประกอบด้วย การให้ความรู้บุคคลกรในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติให้ทราบวิธีป้องกันความเสี่ยง และการเรียกขอความช่วยเหลือก่อนที่จะลุกจากเตียง การยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้ง หลังให้การพยาบาลเสร็จเพื่อป้องกันผู้ป่วยลุกออกมาจากเตียง การทำสัญลักษณ์ดาวแดงที่เตียงหรือที่ห้องผู้ป่วยเพื่อใช้ในการสื่อสารระหว่างทีมการพยาบาลให้ทราบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยง ต้องการการดูแลที่ป้องกันการพลัดตกหกล้ม การเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ล้วนเป็นสิ่งสำคัญ แต่สำหรับผู้ป่วยจิตเวชแนวทางการป้องกันความเสี่ยงเหล่านี้อาจยังไม่เพียงพอ เนื่องด้วยบริบทของผู้ป่วยจิตเวชมีความแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป กล่าวคือ ผู้ป่วยจิตเวชจะถูกกระตุ้นให้มีกิจกรรม

ตลอดเวลา เช่น เวลารับประทานอาหารผู้ป่วย จิตเวชจะต้องถูกกระตุ้นให้ออกมารับประทานอาหาร ที่ห้องอาหารร่วมกับผู้ป่วยอื่นๆ ไม่ได้รับประทาน ที่เตียงนอน ถูกกระตุ้นให้ออกมาร่วมทำกลุ่ม กิจกรรมบำบัดต่างๆ ตามตารางกิจกรรมบำบัดใน หอผู้ป่วย การติดตามดูแลที่เตียงหรือที่ห้องผู้ป่วย จึงอาจไม่มีประโยชน์เท่าที่ควร ดังนั้นบทบาท ของพยาบาลจิตเวชในการสร้างแนวทางการ ป้องกันการพลัดตกหกล้มและนวัตกรรมใหม่บน พื้นฐานหลักฐานเชิงประจักษ์จึงเป็นสิ่งสำคัญ สำหรับผู้ป่วยจิตเวชเหมือนกัน เช่น การนำการ เต้นตามจังหวะดนตรีมาสร้างเป็นโปรแกรมเพื่อ ช่วยลดอุบัติเหตุของการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วย จิตเวชวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงในการพลัด ตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชส่วนหนึ่งมาจากผลข้าง เคียงที่เกิดขึ้นจากการบำบัดรักษาด้วยยาทาง จิตเวชที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อแข็ง เกร็ง และการทรงตัว ดังนั้นการฝึกการ เคลื่อนไหวร่างกายด้วยโปรแกรมการเต้นตาม จังหวะจะช่วยให้การยืดขยายของกล้ามเนื้อดีขึ้น⁽¹⁸⁾ เป็นต้น ดังนั้นการพัฒนาแนวทางโดยนำนวัตกรรม ใหม่ๆ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชปลอดภัย จากการพลัดตกหกล้มจึงเป็นบทบาทที่สำคัญอีก ประการหนึ่งของพยาบาลจิตเวช

3. การสร้างวัฒนธรรมองค์กรแห่งความ ปลอดภัย

การสร้างเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยง และพัฒนาแนวทางการป้องกันความเสี่ยงในการ ดูแลป้องกันการพลัดตกหกล้มที่มีความเฉพาะ เจาะจงกับผู้ป่วยจิตเวช จะไม่เกิดประโยชน์ใดๆ ทั้งสิ้น ถ้าบุคลากรในหน่วยงานไม่ได้ตระหนัก ถึงความสำคัญของการดูแลเพื่อป้องกันการพลัด

ตกหกล้ม เปรียบเสมือนการมีเครื่องมือต่างๆ มากมาย แต่ถ้าเก็บไว้โดยไม่นำออกมาใช้ก็คง ไม่มีประโยชน์อันใด ดังนั้นการสร้างวัฒนธรรม องค์กรแห่งความปลอดภัยจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง หลายหน่วยงานที่บุคลากรในทีมสุขภาพมีความ รู้สึกว่าการรายงานอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ถือเป็นความผิด อาจได้รับการตำหนิจากเพื่อน ร่วมงาน ความเชื่อเหล่านี้ส่งผลให้การรายงาน อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในหน่วยงานไม่เป็น ไปตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชขาด โอกาสที่จะได้รับการดูแลที่เหมาะสมในการ ป้องกันการพลัดตกหกล้ม หรือบุคลากรบางท่าน อาจมีอคติกับผู้ป่วยจิตเวช โดยอาจมีความเชื่อที่ ว่าผู้ป่วยจิตเวชไม่ใส่ใจ ไม่ให้ความร่วมมือในการ ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันความเสี่ยงที่ได้สอน หรือแนะนำไว้⁽¹⁹⁾ การสร้างวัฒนธรรมแห่งความ ปลอดภัยจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก สนับสนุนให้ บุคลากรทุกระดับเกิดความตระหนักถึงการ ป้องกันความเสี่ยงและให้ความร่วมมือด้วยความ เต็มใจและรู้สึกว่าเป็นบทบาทหน้าที่ความรับ ผิดชอบที่สำคัญ

ขั้นตอนในการสร้างวัฒนธรรมแห่งความ ปลอดภัยและการสร้างให้บุคลากรเห็นความ สำคัญของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีดังนี้

3.1 ขั้นตอนแรก อาจต้องมีการบรรจุเข้าไป ในพันธะสัญญาขององค์กร โดยกำหนดให้การลด อุบัติการณ์ การพลัดตกหกล้มเป็นเป้าหมายหลักที่ ถือว่าเป็นปัญหาและต้นตอในการแก้ปัญหาาร่วมกัน และให้ความสำคัญตั้งแต่เริ่มร่วมกันเก็บรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดอุบัติการณ์ ชนิดความรุนแรง และผลกระทบที่เกิดขึ้นจาก การพลัดตกหกล้มที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยจิตเวช

3.2 ขั้นตอนที่ 2 การเพิ่มขีดความสามารถของโครงสร้างการทำงาน โดยมีการจัดตั้งเป็นกลุ่มบุคลากรเพื่อการลดการพลัดตกหกล้ม การจัดตั้งกลุ่มจะต้องประกอบด้วยพยาบาลทุกระดับ ผู้ช่วยพยาบาล เสมียน และตัวแทนจากหน่วยบริการอื่นๆ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยาพยาบาล กายภาพบำบัด นักโภชนาการ แม่บ้านทำความสะอาด เวิร์กเพล มีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงร่วมกัน

3.3 ขั้นตอนที่ 3 การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการทำงาน โดยนำความรู้ที่ได้จากงานวิจัยมาสร้างเป็นองค์ความรู้ใหม่ๆ มาพัฒนาเป็นแนวทางในการป้องกันหรือการออกแบบโปรแกรมการพลัดตกหกล้มที่มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเวช

3.4 ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์เชิงประจักษ์และปรับปรุงพัฒนาระบบการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มให้มีความเข้มแข็งเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ การส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการสร้างวัฒนธรรมแห่งความปลอดภัยมีความรู้สึกรับผิดชอบร่วมตั้งแต่แรก ปราศจากความรูสึกว่าถูกบังคับให้ปฏิบัติตามสิ่งที่หน่วยงานกำหนด แต่มีความรู้สึกว่าแนวปฏิบัติต่างๆ ตนเองมีส่วนร่วมในการสร้าง จนเกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กรแห่งความปลอดภัยที่บุคลากรทุกระดับรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากการพลัดตก

หกล้มเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรทุกระดับ และทุกสาขาวิชาชีพที่ต้องทำร่วมกัน

สรุป

การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญมากเพราะถือว่าเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่สำคัญ ซึ่งปัจจุบันเชื่อว่าอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชมากกว่าครึ่งหนึ่งสามารถป้องกันได้ ถ้าบุคลากรสามารถประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละรายว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม การประเมินความเสี่ยงที่ครอบคลุมปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชซึ่งมีความเฉพาะในกลุ่มของผู้ป่วยจิตเวช และนำปัจจัยต่างๆ ไปสู่การวางแผนพยาบาลที่เหมาะสมตามบริบทที่แท้จริงของผู้ป่วยจิตเวชแต่ละราย และการสร้างวัฒนธรรมแห่งความปลอดภัย การสร้างให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการป้องกันการพลัดตกหกล้มถือว่ามีความสำคัญมากเช่นกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นบทบาทท้าทายสำหรับพยาบาลจิตเวชที่จะพัฒนาตนเองและองค์ความรู้ของวิชาชีพการพยาบาลให้มีศักยภาพ เป็นที่ยอมรับจากสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นสากล และที่สำคัญที่สุด ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยขณะอยู่โรงพยาบาลและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Chan CH, Gau SS, Chan HY, Tsai YJ, Chiu CC, Wang SM, et al. Risk factors for falling in psychiatric inpatients: a prospective, matched case-control study. *J Psychiatr Res* 2013;47(8):1088-94.
2. Tzeng HM, Yin CY. Adding additional grab bars as a possible strategy for safer hospital stays. *Appl Nurs Res* 2010;23(1):45-51.
3. Yates KM, Creech Tart R. Acute care patient falls: evaluation of a revised fall prevention program following comparative analysis of psychiatric and medical patient falls. *Appl Nurs Res* 2012;25(2):68-74.
4. Fischer ID, Krauss MJ, Dunagan WC, Birge S, Hitcho E, Johnson S, et al. Patterns and predictors of inpatient falls and fall-related injuries in a large academic hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2005;26(10):822-7.
5. World Health Organization. Falls [Internet]. 2012 [cited 2015 May 15]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>.
6. Blair E. Falls in an inpatient geriatric psychiatric population. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2005;11(6):351-4.
7. Lavsa SM, Fabian TJ, Saul MI, Corman SL, Coley KC. Influence of medications and diagnoses on fall risk in psychiatric inpatients. *Am J Health Syst Pharm* 2010;67(15):1274-80.
8. Chen YC, Chien SF, Chen LK. Risk factors associated with falls among Chinese hospital inpatients in Taiwan. *Arch Gerontol Geriatr* 2009;48(2):132-6.
9. Estrin I, Goetz R, Hellerstein DJ, Bennett-Staub A, Seirmarco G. Predicting falls among psychiatric inpatients: a case-control study at a state psychiatric facility. *Psychiatr Serv* 2009;60(9):1245-50.
10. Tsai YF, Witte N, Radunzel M, Keller ML. Falls in a psychiatric unit. *Appl Nurs Res* 1998;11(3):115-21.
11. Evans D, Hodgkinson B, Lambert L, Wood J. Fall prevention systematic review. *Clin Effect Nurs* 1999;3:106-11
12. Feder G, Cryer C, Donovan S, Carter Y. Guidelines for the prevention of falls in people over 65. *BMJ* 2000;321(7267):1007-1011.
13. Morse JM. Preventing patient falls. 2nd ed. New York: Springer Publishing; 2009.

14. The Joanna Briggs Institute. Fall in Hospital. Best Practice: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals 1998;2(2):1-6.
15. Edmonson D, Robinson S, Hughes L. Development of the edmonson psychiatric fall risk assessment tool. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2011;49(2):29-36.
16. ทิพนันตร งามกาละ, ประคอง อินทรสมบัติ, สุปรีดา มั่นคง. การสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการจัดการการหกล้มในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2554; 17(1):108-25.
17. Van Dyke D, Singley B, Speroni KG, Daniel MG. Evaluation of fall risk assessment tools for psychiatric patient fall prevention: a comparative study. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2014;52(12):30-5.
18. Emory SL, Silva SG, Christopher EJ, Edwards PB, Wahl LE. Stepping to stability and fall prevention in adult psychiatric patients. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2011;49(12): 30-6.
19. Pryson C, Currier A, Streelmon M. Focusing on staff awareness and accountability in reducing falls [Internet]. 2011 [cited 2015 Sep 1]. Available from: www.americannursetoday.com.