

預防跌倒標準作業

制訂日期：105年07月01日

課程大綱

- 目的
- 課程目標
- 準備用物
- 操作步驟
- 注意事項
- 異常處理

目的

- 一、早期評估病人之跌倒高危險因子，提供適當預防措施，以降低跌倒事件發生。
- 二、確保病人住院期間之活動安全，以提升照護品質。

課程目標

- 一、能瞭解預防病人跌倒的重要性。
- 二、能瞭解預防病人跌倒的目的。
- 三、能說出預防病人跌倒的方式及注意事項。
- 四、能正確預防病人跌倒。
- 五、能瞭解病人跌倒之預防與處理。

準備用物-1

一、設備類

(一)電腦1台

(二)預防跌倒警示標示牌1個

二、不計價類

(一)藍色手圈1個

三、表單類

(一)預防病人跌倒衛教資料1份

準備用物-2



預防跌倒警示
標示牌



注意活動安全
標示牌



藍色手圈

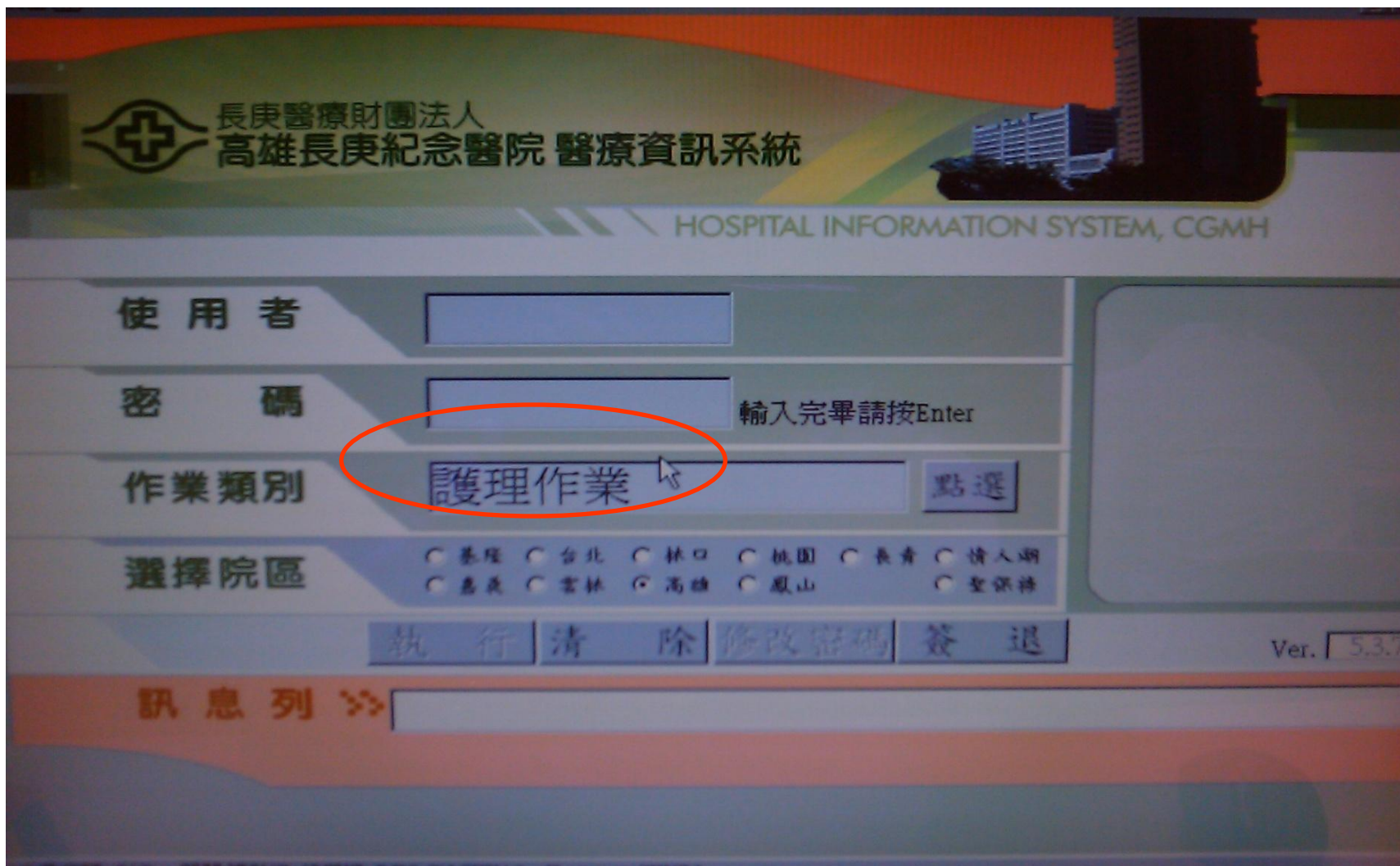


預防跌倒
衛教資料

操作步驟- 1

- 一、依洗手法標準作業規範（N11035）執行洗手。
- 二、依病人辨識標準作業規範(N11071)執行病人辨識。
- 三、進行跌倒高危險因子評估及電腦輸入建檔。
 - (一)「跌倒高危險因子評估」輸入建檔：由HIS→護理作業系統→病患基本資料→入出院護理記錄→高危險篩選→高危險評估作業→點選篩選表名稱→跌倒高危險因子評估（兒科跌倒高危險因子評估），完成各項評估內容。

操作步驟-2



操作步驟-3

長庚紀念醫院 護理作業系統 - [2014/09/02 使用者: [redacted] 程式版本: 2014/07/25]

入出院護理記錄 | 護理計劃 | 一般查詢 | 統計 | 護理行政 | 視窗(W)

操作人員: CID	交班記要	其他作業	報表查詢	電子病歷	品質監控	護理行政	離開
陳保佑	入出院護理	每日評估	常規檢視	健康問題	處置照護	護理指導	簽章 列印

每日評估

- 生命徵象
- 身體評估
- 疼痛評估
- 出院準備
- 營養評估
- 跌倒評估
- 壓瘡評估
- ADL評估
- 週評估
- 身體徑圍
- 專科評估
- 導管每日照護評估

已出院
 出院開檔
 保密
 防護

訊息列 預設時間

記錄: 6/17 <OSC> <DBG>

操作步驟-4

Form1

成人跌倒高危險因子評估

紀錄時間: 2014 年 09 月 02 日 17 時 54 分

年齡	0分 <input type="radio"/> <65歲者 1分 <input type="radio"/> ≥65歲
意識	0分 <input type="radio"/> 清醒 1分 <input type="radio"/> 意識障礙(如：飲酒、用藥、疾病等引起之意識障礙)
呼吸	0分 <input type="radio"/> 正常 1分 <input type="radio"/> 使用氧氣
活動力	0分 <input type="radio"/> 正常 1分 <input type="radio"/> 肢體障礙/步態平衡/使用輔具等狀況
用藥情形	0分 <input type="radio"/> 無服用跌倒風險藥物 1分 <input type="radio"/> 使用跌倒風險藥物
跌倒經驗	0分 <input type="radio"/> 1年內無跌倒經驗 1分 <input type="radio"/> 1年內有跌倒經驗
身體狀況	0分 <input type="radio"/> 無頭昏或虛弱感 1分 <input type="radio"/> 有頭昏或虛弱感

總分：

儲存&離開 離開

操作步驟-5

(二)評估內容說明：

成人：1. 項目名稱：

2. 評分：將結果依內容名稱進行點選，電腦自動計分。

3. 總分 ≥ 1 分者，即屬於跌倒高危險病人。

4. 總分 ≥ 3 分者，應建立『危險性跌倒』健康問題。

項目名稱	評分	內容名稱
年齡	0	< 65 歲
	1	≥ 65 歲
意識	0	清醒
	1	意識障礙(如：飲酒、用藥、疾病等引起之意識障礙)
呼吸	0	正常
	1	使用氧氣
活動力	0	正常
	1	肢體障礙/步態不平衡/使用輔具等狀況
用藥情形	0	無服用跌倒風險藥物
	1	使用跌倒風險藥物
跌倒經驗	0	1 年內無跌倒經驗
	1	1 年內有跌倒經驗
身體狀況	0	無頭昏或虛弱感
	1	有頭昏或虛弱感

操作步驟-6

兒童：1. 項目名稱：

項目名稱	評分	內容名稱
年齡	0	> 3 歲
	1	≤ 3 歲
性別	0	女生
	1	男生
體能狀況	0	無虛弱感
	1	有虛弱感(如脫水、貧血、暈眩等)
活動力	0	可自行走路不需協助
	1	嬰兒期翻身~幼兒期學步/肢體障礙/使用輔具/躁動(含步態平衡相關狀況)
用藥情形	0	無服用跌倒風險藥物
	1	服用影響意識藥物/UD 藥單有"跌"字
跌倒經驗	0	1 年內無跌倒經驗
	1	1 年內有跌倒經驗

2. 評分：將結果依內容名稱進行點選，電腦自動計分。

3. 總分 ≥ 1 分者，即屬於跌倒高危險病人。

4. 總分 ≥ 3 分者，應建立『危險性跌倒』健康問題。

注意事項-1

一、「跌倒」定義：

因個人或環境因素於站立或行進間身體重心失去平衡，又分為滑倒（行進間腳底暫時失去抓地力而跌倒）、絆倒（行進間碰撞異物，因慣性導致重心失衡）及踩傷（行進間足部踩踏異物而造成跌倒或其他傷害）

注意事項-2

跌倒相關因素

1. 年齡
2. 疾病
3. 意識狀態
4. 身體功能
5. 藥物
6. 環境
7. 缺乏協助及用品設備使用不當

* 學者認為跌倒的發生絕非單一因子

注意事項-3

一、跌倒危險因子-人

➤ 病人方面(高危險群病人)

- * 年齡大於65歲
- * 曾有跌倒病史
- * 貧血或姿勢性低血壓
- * 服用影響意識或活動之藥物
- * 營養不足、虛弱、頭暈
- * 意識障礙(失去定向感、造動混亂)
- * 肢體功能障礙
- * 乏人照顧之個案
- * 步態不穩
- * 睡眠障礙

➤ 照顧者方面

- * 工作疏失
- * 新進人員或器材

注意事項-4

二、跌倒危險因子-時

* 時間

大夜班是跌倒的高峰

* 當時的活動

- 盥洗時
- 起床時
- 多半在病人位移時

三、跌倒危險因子-環境

* 床未固定

* 床欄未拉起

* 床太高或太低、無扶手

* 地板濕滑

* 床邊物品堆積

* 室內燈光不足

* 衛浴設備或馬桶及座椅太低等

跌倒危險情境



1. 服用安眠藥或頭暈不適時，下床應先坐在床緣，再由家屬扶您下床。



2. 當您需要任何協助且無家人在旁時，請按護士鈴通知護理人員協助。



3. 地面弄濕請通知護理人員，以免不慎跌倒。



4. 提醒您！睡前用藥，請先如廁。



5. 床欄拉起時，若須下床應先將床欄放下，切勿直接翻越。



6. 病人躁動不安或是意識不清時，請將床欄拉起。



7. 若您的衣褲太大時，請更換合適的衣褲穿著。



8. 應穿防滑鞋，切勿打赤腳防止跌倒。



9. 物品請儘量收於櫃內，以保持走道寬敞。



10. 病房請儘量保持燈光明亮。

注意事項-5

一、「跌倒高危險因子」評估時機：

1. 病人入院或轉入後8小時內，由負責護師執行，完成高危險篩選。
2. 若病人病情改變、有新增使用跌倒風險藥物、接受麻醉、術後或產後8小時內、施行檢查或治療時、跌倒事件發生後，當班需再次執行評估篩選。

注意事項-6

- 二、經執行跌倒高危險因子評估之病人其總分為 ≥ 1 分者，需配戴藍色手圈並依個別需求提供衛教指導； ≥ 3 分者，除配戴藍色手圈外需進入護理作業系統之護理計劃，依據跌倒危險因子及病人個別性完成健康問題輸入，並依計劃執行各項護理措施，以預防病人住院期間發生跌倒。
- 三、提供病人及家屬「預防病人跌倒衛教資料」，並針對病人危險因子，給予合適護理指導。

注意事項-7

- 四、病人床頭診斷牌或床頭壓克力板旁懸掛預防跌倒警示標示牌，並向病人及家屬說明懸掛標示牌之目的，以取得病人及家屬之配合。
- 五、跌倒高危險病人，應列入交班。
- 六、給藥記錄單上之類別欄位註明「跌」字時，表示病人使用跌倒風險之藥物，於給藥時應加強衛教，注意活動安全及預防病人跌倒。

注意事項-8

- 七、依「預防病人跌倒衛教資料」加強安全護理指導，並記錄於入院護理評估及護理記錄。
- 八、每班依評值標準進行評值，並依評值結果修改照護措施，以確保病人住院期間之安全。
- 九、病人送檢時，應於「檢查病人接送輸入螢幕」之危險病人特性處點選危險性跌倒，提醒轉送中心人員及檢查單位。
- 十、病人轉床時需於轉出護理摘要記錄，以達連續性護理，並提醒轉送人員注意轉送安全。

注意事項-9

- 十一、17歲以下(含)病童，使用「兒科跌倒高危險因子評估」輸入。
- 十二、若篩選結果有異動時應修訂護理計劃及措施。
- 十三、依病人實際情況於衛教本之重點處劃線，提醒病人及家屬注意事項。
- 十四、加護單位病人皆為高危險群，應依病人個別性需求提供防護。

注意事項-10

依病人實際情況於衛教本（衛教單）之重點處劃線，提醒病人、家屬及照顧者相關注意事項，並給予下列指導：

1. 成人病床的高度調降至病人坐起時，腳可觸及地面之高度，且四個輪子維持在固定狀態，以方便病人下床。
2. 新生兒使用保溫箱期間，應保持門窗關妥及床輪固定之狀況。
3. 新生兒使用病床期間，應隨時注意床欄及床輪固定妥當。
4. 將病人常用物品放置於病人方便拿取的位置，病房內物品應放置妥當，避免病人絆倒。
5. 病人意識不清楚、臥床休息、睡眠時應圍上床欄保護安全。
6. 教導病人穿合適的衣服，褲子長度勿超過鞋跟，穿著防滑鞋子，以降低滑倒之風險。

注意事項-11

7. 教導主要照顧者執行移位或上下床技巧，以協助病人安全的下床活動或移位。
8. 行動不方便的病人下床活動時，需有主要照顧者陪伴在側，並教導使用合適的輔助工具來協助行動。
9. 教導主要照顧者在病人於洗澡或上廁所前，應先備齊所需用物後，才協助病人進入盥洗室，以免陪伴者離開時病人跌倒。
10. 病人轉送時，與工作人員共同維護病人行進中之安全。
11. 兒童病床使用時，需衛教主要照顧者務必將雙側床欄拉至最高，且視線不可離開病童，以免病童翻落。
12. 教導病童主要照顧者使用輪椅、娃娃車之方法，包含上下車、安全帶之使用。

異常處理-1

一、病人跌倒

(一)環境、設備因素：光線不良、支撐物不牢靠、地板濕滑、通道有障礙物、床高度太高。

1. 立即測量生命徵象、意識、肌力及關節動度情形。
2. 評估受傷情形後，將病人扶回病床或安全處。
3. 檢查有無撞傷及撞傷部位嚴重程度，並評估有無骨折或頭部受撞擊情形。
4. 通知醫師並告知生命徵象、意識及受傷情形。
5. 當受傷需立即協助處理外傷或緊急處置，例如：依醫囑安排照射X-Ray、C-T等。

異常處理-2

6. 無照顧者需即時通知家屬，告知病人發生跌倒之處置經過及健康狀況。
7. 受傷後24小時內，密切觀察生命徵象。若有頭部撞擊或明顯外傷時，48小時內應密切觀察意識狀況、活動力及生命徵象。
8. 教導照顧者，發現病人有下列情形時，需立即通知醫護人員(若已返家需儘速就醫)：頭痛厲害、大量嘔吐、呼吸困難、手腳或嘴角抽筋、一側手腳較軟弱或漸乏力、整天嗜睡、不易叫醒、反應遲鈍及答非所問等。

異常處理-3

9. 當病人意外跌落至地面或其他平面，不論有無受傷，護理人員應當班內完成線上提報（進入電腦HIS系統→護理作業→護理品質監控→跌倒提報完成各項資料之輸入），通知單位護理長及醫師，並於事後由主治醫師評估病人是否為健康因素造成。
10. 當跌倒導致病人有潛在醫療糾紛（不論有無受傷），需立即通主管。

異常處理-4

11. 列入三班交班。
12. 指導病人及照顧者床欄使用時機及方法。
13. 當跌倒原因為燈光昏暗、支撐物不牢靠時，應立即請修，如因地板溼滑造成跌倒則應立即通知清潔人員處理，以保持地板乾燥；若通道有障礙物，應立即移除。

異常處理-5

(二)藥物、治療或麻醉的反應

1. 列入三班交班。
2. 指導病人下床時，採漸進式方式下床以減少跌倒之意外。
3. 向病人及照顧者說明藥物的作用及副作用，提供相關預防跌倒的指導及措施。
4. 指導術後病人及照顧者勿讓病人獨處或自行下床，將護師呼叫鈴置於病人容易取得之處，加強指導護師呼叫鈴使用方法。

異常處理-6

(三)病人健康因素：病人意識混亂或肢體活動障礙
、疾病因素導致貧血。

1. 列入三班交班。
2. 向家屬或照顧者說明預防跌倒之重要性，請照顧者在離開或休息時通知護理師，依醫囑執行保護性約束。

異常處理-7

(四)其他因素：遵從性低、病人自行下床如廁未尋求家屬或護理人員協助、未正確使用床欄、未正確使用輪椅、娃娃車。

1. 列入三班交班。
2. 指導病人及照顧者瞭解目前的活動能力及限制，將床欄拉上及固定，並將護師呼叫鈴置於病人容易取得之處，加強指導護師呼叫鈴使用方法。
3. 定時主動協助病人如廁活動。
4. 指導病人及照顧者使用輪椅、娃娃車的正確方法，並確實使用安全固定帶。

異常處理-8

5. 確實檢視輪椅煞車及安全固定帶功能，確保輪椅功能正常。
6. 針對遵從性低之病人，列入三班交班外，護理人員須定時巡視病人並提醒，且儘可能要有照顧者陪伴。