



# 預防病患跌倒 人人有責

文／護理部 督導 張鳳媛

## 跌倒的定義

凡是發生在任何場所、任何情境下，不論有無造成身體傷害，「非預期性」的跌落至地面或其他平面。

## 造成跌倒的原因

- **健康因素**：病患因健康問題，如暈眩、中風、站立不穩或極度虛弱而跌倒。
- **對藥物治療或麻醉的反應**：直接因內科或外科的醫療處置所引起。
- **環境傷害**：因環境不當所致，如濕滑的地板或在病患活動線上放置不當的物品。
- **其他因素**：例如對儀器、設備不熟悉或照顧者的疏失。

**病**人安全是世界衛生組織及先進國家近年來所重視的議題，行政院衛生署致力於醫療品質的提升，醫策會將病人安全列入醫院評鑑的重點，並將病人跌倒事件作為臺灣醫療指標計畫之一。

病人跌倒事件占醫院意外事件的比率最高，因此建立有效的預防跌倒措施，降低住院病人跌倒事件的發生率，提供安全的住院環境，減少不必要的人力、財力支出，是臨床照護非常重要的項目。

跌倒危險因數評估量表

項目	得分 0	1	項目	得分 0	1
年齡	<65	≥65	症狀	無	有頭痛、頭暈、姿勢性低血壓
跌倒病史	不曾跌倒	住院前或住院期間曾跌倒	行動能力	步態平穩	步態不穩者或使用輔助助行器
意識狀態	清醒	對人、時、地任一方面不清楚（含混亂、嗜睡、呆滯）	排泄情況	可自行處理	可自行處理但須頻繁下床（有尿失禁、頻尿、腹瀉），或須他人協助下床
視力情形	清晰（含矯正視力）	模糊或失明，住院後視力或視野改變	藥物使用	未使用右列藥劑	使用鎮靜安眠、止痛麻醉、降壓、利尿、抗組織胺、降血糖、散瞳劑

1. **首次評估：**成人入院或轉入時（含ICU與一般病房），須於當班完成首次評估，並記錄於入院護理評估單。
2. **持續評估：**高危險群（指跌倒危險因數評估量表總分≥3分者，腫瘤科病人總分≥2分者），首次評估後持續每天評估一次，記載於護理紀錄單。
3. **停止評估：**a. 評估總分<3分或住院期間未發生跌倒事件者，暫不須持續評估，並於護理紀錄中註明原因。b. 發生跌倒事件時，應重新評估，建立病人健康問題「潛在危險性創傷／跌倒」，並提報跌倒指標。

### 預防跌倒的措施

- 跌倒危險因數評估量表總分≥3分者，應建立病人健康問題「危險性創傷／跌倒」，列入三班交班。在病人床頭掛上「預防跌倒」告示牌，並於病人手圈貼上「防跌」紅色貼紙，給予預防跌倒衛教單張及護理指導。每天評估病人跌倒危險因數，落實執行預防措施，於護理紀錄中持續記錄。



預防跌倒告示牌



於病人手圈貼上防跌貼紙

- 針對有跌倒高危險的病人，加強指導病人及家屬對預防跌倒的認知。
- 護理人員每日評估病人及家屬對預防跌倒重要性的認知，及預防措施的執行情形。
- 病人若使用鎮靜安眠、止痛麻醉藥，易因藥物作用導致頭暈、肢體無力而發生跌倒，應提醒病人及家屬在用藥前先如廁，用藥後臥床休息1小時，並且減少用藥後下床如廁的次數，避免跌倒。
- 病人臥床休息時應拉起床欄，避免不慎跌落。指導家屬於床欄掛鈴，提醒照顧者注

意病人下床時的安全，以免病人直接由床欄縫隙中下床而跌倒。地板潮濕時應立即請清潔人員擦拭，保持地面乾燥。

- 檢視病室環境，病人下床的活動範圍應保持暢通。
- 保持病室適當照明，夜間應使用夜燈。
- 使用輪椅時應繫上安全帶。
- 加強病人於院區活動的安全，手圈貼上紅色「防跌」貼紙者為跌倒高危險病人，所有醫護工作人員應特別注意他們的活動安全。

### 合力防範病人跌倒

病人入院時若經評估為跌倒的高危險群，護理人員應依預防病人跌倒作業標準，採取預防措施，並告知病人及家屬發生跌倒的危險性。

病人常認為自己應該不會跌倒，或是不忍心叫醒陪伴的家屬而獨自下床以致跌倒，或在起身時因突然的姿勢改變造成低血壓或眩暈而跌倒，這類的跌倒事件除了經常發生在未注意的瞬間，病人本身疾病、生理狀況或藥物的使用，也可能導致跌倒。

由此可見，造成病人跌倒的相關因素甚多，絕非單一因素所導致，但臨床大多認為預防病人跌倒是護理人員的責任，以致影響預防跌倒措施的執行

成效。為提升病人住院安全，建議對跌倒高危險病人的預防措施，應由醫師、藥師、復健師等醫療團隊共同介

入，醫師針對病人生理狀況與用藥做適當調整，減少病人因生理狀況不佳，或藥物副作用而發生

跌倒的機率；藥師依其專業評估病人用藥的適當性，與醫師討論選擇副作用較低的藥物；復

健師協助肢體無力病人加強肌力訓練，以降低跌倒事件的發生。唯有多管齊下，不斷灌輸

醫護人員、病人、家屬對跌倒的危機意識，互相配合，才能為病人打造安全的住院環

境。🌐

