

ការបង្ការការធ្លាក់

Fall Prevention



បង្ហាញដោយ៖ លោក យឹម សុវណ្ណារ៉ា MHA

BScN

ថ្ងៃទី០៤ ខែឧសភា ឆ្នាំ២០២៤

គោលបំណង

នៅចុងបញ្ចប់នៃមេរៀននេះនិស្សិតនឹងអាច៖

- យល់ពីនិយមន័យនៃការដួល
- រៀបរាប់ពីទស្សនៈទូទៅនៃការការពារការដួល
- វាយតម្លៃពីកត្តាហានិភ័យប្រឈមនឹងការដួល
- ដឹងពីរបៀបថែទាំ (Nursing Process) ការការពារការដួល

និយមន័យ

ការដួល (Fall)

- ជាការផ្លាស់ប្តូរទីតាំងដោយអចេតនាណាមួយនៅក្នុងទីតាំងដែលអ្នកកំពុងនៅ ដោយបញ្ចប់ទៅលើដី តដួ ឬក៏អ្វីៗផ្សេងទៀតដែលមានកម្រិតទាបជាង
- ដោយមានអ្នកឃើញ និងមិនបានឃើញ
- អាចធ្លាក់ទៅលើពួកដែលនៅលើតដួ
- អាចមានរបួស ឬអត់របួស

ទស្សនៈទូទៅ

- ការដួលគឺជាមូលហេតុចម្បងដែលបណ្តាលស្លាប់ចំពោះមនុស្សដែលមានអាយុលើសពី៦៥ឆ្នាំ ឡើង (បើតាមមជ្ឈមណ្ឌលគ្រប់គ្រង និងបង្ការជំងឺ (CDC))
- ការដួលជាមូលហេតុទី២ដែលបណ្តាឱ្យស្លាប់នៅទូទាំងសកល
- តាមការប៉ាន់ស្មានការស្លាប់បណ្តាលមកពីការដួលអាចកើនឡើង៣០%ពីឆ្នាំ២០០៧ដល់ឆ្នាំ ២០១៦នៅសហរដ្ឋអាមេរិក
- ប្រសិនបើបញ្ហានេះនៅតែបន្ត នឹងមានអ្នកស្លាប់ដោយសារការដួលជារៀងរាល់ម៉ោងនៅត្រីមឆ្នាំ ២០៣០
- ក្នុងឆ្នាំ២០១៥ចំណាយថវិកាសរុបអស់៥០៣ន់លានដូល្លាសម្រាប់ការដួល
- គិលានុបដ្ឋាក/ឆ្មបមានតួនាទីយ៉ាងសំខាន់ក្នុងការកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការដួលនេះ

កត្តាហានិភ័យ

- មនុស្សវ័យចាស់ ដែលមានអាយុលើសពី ៦៥ ឆ្នាំឡើង
- អ្នកដែលមានពិការភាពប្រើជើងសិប្បនិម្មិត
- អ្នកដែលប្រើឈើច្រត់
- ក្មេងដែលមានអាយុតិចជាង ២ ឆ្នាំ
- អ្នកមានស្ថានភាពទន់អវៈយវៈផ្នែកខាងក្រោម
- អ្នកដែលមានកង្វះវីតាមីន D
- អ្នកដែលប្រើប្រាស់ថ្នាំមួយចំនួនដូចជា ថ្នាំងងុយដេក លើសឈាម ទឹកនោមផ្អែម
- អ្នកដែលមានវិបត្តិគំហើញ
- កត្តាគ្រោះថ្នាក់ បរិស្ថាន (Environmental hazard)

ការធ្វើត្រួតពិនិត្យ Nursing Assessment

- អាយុរបស់អ្នកជំងឺ
- កម្រិតស្មារតី
- ពិការភាព
- ប្រវត្តិជំងឺ ដូចជាធ្លាប់មាន stroke ឬ បាក់ភ្លើង
- សួរពីប្រវត្តិដែលធ្លាប់ជួល
 - សញ្ញាពេលជួល
 - កន្លែងដែលជួល
 - សកម្មភាពពេលជួល
 - រយៈពេលជួល
 - មានការប៉ះទង្គិចអ្វីដែរ ឬទេ

ការថ្នាក់ប្រមាណ Nursing Assessment

- ពិនិត្យមើលពីប្រវត្តិនៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំ
- ប៉ាន់ប្រមាណពីភាពភ័យខ្លាចនៃការដួល
- ប៉ាន់ប្រមាណទៅលើលក្ខណៈសម្ភារដែលគាត់ប្រើ
- បន្ទាប់ពីធ្វើការប៉ាន់ប្រមាណហើយ ពាក់ខ្សែដៃកំណត់ពណ៌ដើម្បីចំណាំ

ការប្រើប្រាស់តារាងមធ្យមកំណត់ Morse Fall Scale

Morse Fall Scale

Item	Item Score	Patient Score
1. History of falling (immediate or previous)	No 0 Yes 25	_____
2. Secondary diagnosis (≥ 2 medical diagnoses in chart)	No 0 Yes 15	_____
3. Ambulatory aid None/bedrest/nurse assist Crutches/cane/walker Furniture	0 15 30	_____
4. Intravenous therapy/heparin lock	No 0 Yes 20	_____
5. Gait Normal/bedrest/wheelchair Weak* Impaired†	0 10 20	_____
6. Mental status Oriented to own ability Overestimates/forgets limitations	0 15	_____
Total Score‡: Tally the patient score and record. <25: Low risk 25-45: Moderate risk >45: High risk		_____

អនុវត្តការធ្លាក់ប្រហុលសាមខ្យល់កណ្តាល

Morse Fall Scale

បែងចែកក្រុម៖

- ស្ត្រីម្នាក់អាយុ ៧៥ ឆ្នាំ ត្រូវបានក្រុមគ្រូសារយកមកសម្រាកពេទ្យដោយសារគាត់វិលមុខ អស់កម្លាំង។ អ្នកជំងឺសម្រាកនៅលើគ្រែដោយមានដៃជាប់សេរ៉ូម ហើយអាចឆ្លើបតបនឹងសំណួរពេទ្យបាន។
- ប្រវត្តិជំងឺ៖ គាត់ធ្លាប់មានជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងលើសឈាមជាង ១០ ឆ្នាំហើយ ធ្លាប់ដួលក្នុងបន្ទប់ទឹក ២ ដង
- រោគវិនិច្ឆ័យគ្រូពេទ្យក្នុងឯកសារជំងឺ៖ លើសឈាម ទឹកនោមផ្អែម

រោគវិនិច្ឆ័យថែទាំ Nursing Diagnosis

NURSING DIAGNOSES

- Activity intolerance
- Deficient knowledge
- Impaired memory
- Impaired physical mobility
- Impaired transfer ability
- Impaired urinary elimination
- Impaired walking
- Risk for falls
- Risk for injury

Related factors are individualized based on patient's condition or needs.

සෞඛ්‍ය සැලැස්ම Planning

PLANNING	RATIONALE
<p>1 Expected outcomes following completion of procedure:</p> <ul style="list-style-type: none">• Patient's environment is free of hazards.• Patient and/or family member is able to identify safety risks..• Patient and/or family member verbalizes understanding of fall prevention interventions.• Patient does not suffer a fall or injury.	<ul style="list-style-type: none">• Environmental hazards predispose patient to potential injury• Patient awareness of risks promotes cooperation and understanding of treatment plan• Makes patient and family partners in prevention strategies.• Fall precautions are successful in preventing a fall

អន្តរាគមន៍ថែទាំ Intervention

Implementation/Intervention	RATIONALE
<ul style="list-style-type: none">• Introduce yourself to patient, including both name and title or role.• Explain plan of care. Specifically discuss reasons that patient is at risk for falling.• Gather equipment and perform hand hygiene.• Provide privacy. Assign patient to bed that allows an exit toward his or her stronger side.• Adjust bed to low position with wheels locked• Encourage patient to wear properly fitted skid-proof footwear. Option: Place nonslip padded floor mat on exit side of bed.• Orient patient to surroundings and call light/bed control system:	<ul style="list-style-type: none">• Reduces patient uncertainty.• Promotes patient cooperation. Younger patients are very independent and often believe they are not likely to fall.• Maintains patient's self-esteem. Enhances patient's ability to move in bed and transfer out of bed.• Allows for proper body mechanics. Height of bed allows ambulatory patient to get in and out of bed easily and safely.• Prevents falls from slipping on floor• Enables patient to remain alert to conditions in environment.• Knowledge of location and use of call light is essential to patient safety

အာရုံကြောစနစ် Evaluation

EVALUATION	RATIONALE
<ul style="list-style-type: none">• 1 Conduct hourly rounds..• 2 Observe patient's immediate environment for presence of hazards..• 3 Evaluate patient's ability to use assistive devices.• 4 Ask patient or family member to identify safety risks..• 5 Evaluate motor, sensory, and cognitive status and review if any falls or injuries have occurred.	<ul style="list-style-type: none">• Monitors patient for ongoing risks of falling• Ensures that there are no obstacles or barriers to patient's freedom of movement• . Determines if instruction or clarification is needed• Determines extent of learning• Determines how effective nursing interventions are in reducing actual or potential threats to patient's safety

ផែនការដេញ

- https://www.google.com/search?q=prevention+fall+procedure+for+nurse+video&bih=821&biw=1440&hl=en&tbm=vid&sxsrf=APwXEdcYh36zB1RqJsljZ0vYM901QzwWyg%3A1682606275065&ei=w4hKZPnSA-SI4-EP5vukiAg&ved=0ahUKEwi5wMnqpMr-AhVkxDgGHeY9CYEQ4dUDCA0&uact=5&oq=prevention+fall+procedure+for+nurse+video&gs_lcp=Cg1nd3Mtd2l6LXZpZGVvEAMyCAghEKABEMMEOgUIABCiBDoKCEQoAEQwwQQCIAAWIIfYLMlaABwAHgAgAGxAYgBzwaSAQMwLjaYAQCgAQHAAQE&sclient=gws-wiz-video#fpstate=ive&vld=cid:ddd4e633,vid:JcVI5OBseP8
- <https://www.google.com/search?q=Assist+patient+to+prevention+fall+procedure+for+nurse+video&hl=en&tbm=vid&sxsrf=APwXEdcvCNT2-jPsHm393Ix6LYd4w-waKw:1682607812177&ei=xI5KZN-nCt6y4-EP3feb6Ag&start=20&sa=N&ved=2ahUKEwjfmcPHqsr-AhVe2TgGHd37Bo04KBDy0wN6BAgUEAg&biw=1440&bih=821&dpr=1#fpstate=ive&vld=cid:2683b0d7,vid:pnY87IcRKuY>

सुप्रसन्नम्!