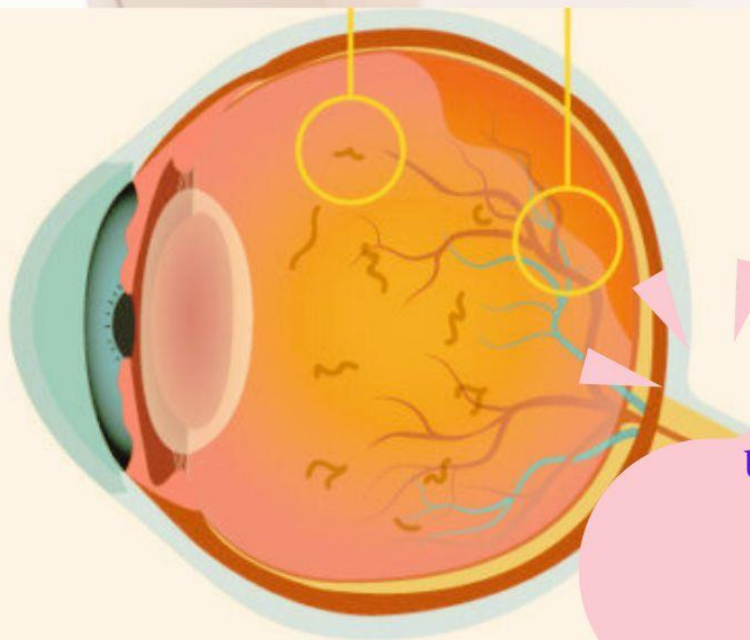




การพยาบาล

ผู้ป่วยผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา
ใส่เลนส์แก้วตาเทียมด้วยวิธี
เย็บติดกับตาขาว
โดยใช้เทคนิคการพยาบาล
ของโอเร็ม



นางสาวณัฐนิชา พุดจันทิก
กลุ่มการพยาบาล
สถาบันราชประชาสมาสัย
พ.ศ.2567

คำนำ

กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา ใส่เลนส์แก้วตาเทียมด้วยวิธีเย็บติดกับตาขาว โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการนำมโนทัศน์และกรอบแนวความคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย โดยนำขั้นตอนกระบวนการพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดหลักในการรวบรวมข้อมูล รวมทั้งปัจจัยต่างๆ สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวนำมาประเมินปัญหา ความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เพื่อให้ได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ถูกต้องและครอบคลุม นำมาวางแผนและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบองค์รวม ช่วยให้ผู้ป่วยหลุดจากอาการเจ็บป่วยและฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่ากรณีศึกษาในครั้งนี้ จะเป็นแนวทางแก่พยาบาลและผู้ที่สนใจการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา ใส่เลนส์แก้วตาเทียมด้วยวิธีเย็บติดกับตาขาว โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลได้นำทฤษฎีการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งส่งเสริมให้พยาบาลมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีเป้าหมาย สามารถติดตามประเมินผลการพยาบาลได้อย่างชัดเจนและต่อเนื่อง

นางสาวณัฐนิชา พุฒจันทร์ทิพย์

มีนาคม 2567

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	๗
สารบัญตาราง	ค
สารบัญรูปภาพ	ง
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	1
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	1
บทที่ 2 ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องในการทำกรณีศึกษา	2
ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระจก	2
การรักษาด้วยการผ่าตัดน้ำวุ้นตา (Pars plana vitrectomy)	7
การผ่าตัดใส่เลนส์แบบ Sclera Fixation	9
บทที่ 3 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม	12
บทที่ 4 การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตาใส่เลนส์แก้วตาเทียมด้วยวิธีเย็บติดกับตาขาว โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม	26
สรุปกรณีศึกษา	43
บทวิจารณ์	44
ข้อเสนอแนะ	44
บรรณานุกรม	45

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	แสดงแผนการรักษาของแพทย์	33
ตารางที่ 2	แสดงการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	35

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 การมองเห็นของคนที่เป็นต้อกระจก แสงผ่านเข้าจอรับภาพน้อย	2
ภาพที่ 2 เลนส์ตาชุ่น	3
ภาพที่ 3 การผ่าตัดน้ำวุ้นตา	8
ภาพที่ 4 โครงสร้างความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ต่างๆ ในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม	15

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคต้อกระจกเป็นปัญหาทางสายตาที่มีผลต่อประชาคมโลก จากการประเมินขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าทั่วโลกมีประชากรตาบอด 39 ล้านคน ร้อยละ 80 เป็นโรคตาบอดซึ่งสามารถป้องกันได้ สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจสภาวะตาบอดของสมาคมจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ.2563 พบว่าประเทศไทยมีความชุกของตาบอดร้อยละ 0.59 สาเหตุสำคัญของสภาวะตาบอด เกิดจากโรคต้อกระจก ร้อยละ 50 โดยจะเพิ่มขึ้นตามอายุของประชากรที่เพิ่มขึ้น จุดมุ่งหมายขององค์การอนามัยโลก คือ ตั้งเป้าลดอัตราชุกของประชากรตาบอดให้ต่ำกว่าร้อยละ 0.50 ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (อมรรัตน์ ฤทธิ์ทอง, 2564) โดยปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคต้อกระจกเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 40,000 ราย และประมาณ 120,000 ราย ที่รอการผ่าตัด รวมทั้งอัตราการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทยมากขึ้น คาดการณ์ว่าประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2567-2570 ซึ่งประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น มีโอกาสเกิดสภาวะตาบอด และสายตาเลือนรางที่สูงขึ้น

จากสถิติของสถาบันราชประชาสมาสัย มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ผ่าตัดสลายต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - พ.ศ. 2567 จำนวนทั้งสิ้น 3,546 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจก ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต้อกระจก เกิดขึ้นได้ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เช่น การฉีกขาดของถุงเลนส์ (Posterior Capsule Rupture) การสูญเสียวุ้นตา (Vitreous Loss) การติดเชื้อ (Endophthalmitis) เลือดออก (Hyphema) เป็นต้น จากกรณีศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา ใส่เลนส์แก้วตาเทียมด้วยวิธีเย็บติดกับตาขาว โดยใช้เทคนิคการพยาบาล ของโอเร็ม ได้รับการผ่าตัด พบว่ามีถุงหุ้มเลนส์ ไม่แข็งแรงทำให้การผ่าตัดสลายต้อกระจกครั้งแรก ไม่สามารถใส่เลนส์แก้วตาเทียมได้ แพทย์จึงนัดผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมด้วยวิธีเย็บแขวนไว้กับตาขาว ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีบทบาทการดูแลผู้ป่วยหรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง รวมไปถึงครอบครัวในการมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองได้ที่บ้านและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประยุกต์ใช้เทคนิคการพยาบาลของโอเร็มในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา ใส่เลนส์แก้วตาเทียมด้วยวิธีเย็บติดกับตาขาว
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา ใส่เลนส์แก้วตาเทียมด้วยวิธีเย็บติดกับตาขาว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

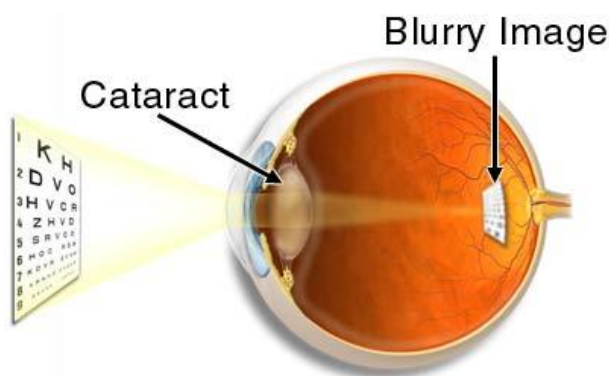
เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา ใส่เลนส์แก้วตาเทียมด้วยวิธีเย็บติดกับตาขาว เพื่อใช้เพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคนิคการพยาบาลของโอเร็ม

บทที่ 2

ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องในการทำกรณีศึกษา

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจก

ต้อกระจก (Cataract) คือ ภาวะที่เลนส์แก้วตาภายในลูกตาขุ่น ส่งผลให้เกิดอาการตามัว มองเห็นไม่ปกติ เช่น มองเห็นภาพเบลอ สีเพี้ยน หรือคล้ายกับหมอกบังตาตลอดเวลา โดยต้อกระจกนั้น มักพบในผู้ที่มีอายุ 40-50 ปีขึ้นไป อาจเกิดได้กับตาทั้ง 2 ข้าง หรือข้างเดียว



ภาพที่ 1 การมองเห็นของคนที่เป็นต้อกระจก แสงผ่านเข้าจอร์ับภาพน้อย

ที่มา : https://www.siamhealth.net/public_html/Disease/eye_ent/cataract/cataract.htm

ชนิดของต้อกระจก

ชนิดของต้อกระจกนั้นสามารถใช้เกณฑ์ในการแบ่งได้หลากหลาย ใช้เกณฑ์ในการแบ่งชนิดของต้อกระจกด้วยช่วงอายุ ดังนี้

ต้อกระจกโดยกำเนิด (Congenital Cataract)

ต้อกระจกโดยกำเนิด (Congenital Cataract) คือ ชนิดของต้อกระจกที่เกิดจากความผิดปกติของพันธุกรรม หรือความผิดปกติขณะตั้งครรภ์ เช่น มารดาได้รับรังสีขณะตั้งครรภ์ มารดารับประทานยาบางชนิดขณะตั้งครรภ์ หรือมารดามีภาวะขาดสารอาหารขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น สามารถพบได้ในทารกแรกเกิด โดยในบางรายจะมีแก้วตาขุ่นเล็กน้อย ไม่ส่งผลกระทบต่ออาการมองเห็น บางรายอาจมีแก้วตาขุ่นมากจนส่งผลกระทบต่ออาการมองเห็นและทำให้เกิดภาวะตาขี้เกียจได้

ต้อกระจกในวัยเด็ก และวัยรุ่น (Juvenile Cataract)

ต้อกระจกในวัยเด็กและวัยรุ่น (Juvenile Cataract) คือ ชนิดของต้อกระจกที่พบได้ในทารกจนถึงวัยรุ่น โดยอาการและสาเหตุของต้อกระจกในวัยเด็กและวัยรุ่นนั้นเกิดจาก

1. ความผิดปกติในพันธุกรรม (Genetic Disorders)
2. โรคพันธุกรรมเมตาบอลิก (Metabolic Disorders)
3. อุบัติเหตุทางตา (Trauma)
4. ภาวะม่านตาอักเสบ (Uveitis)

ต้อกระจกในวัยชรา (Senile Cataract)

ต้อกระจกในวัยชรา (Senile Cataract) พบได้ในผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป พบมากที่สุด มักเป็นทั้งสองตาแต่ความขุ่นของเลนส์แก้วตาอาจไม่เท่ากัน โดยมีสาเหตุหลักมาจากการเสื่อมสภาพของเลนส์แก้วตาตามช่วงวัย



ภาพที่ 2 เลนส์ตาขุ่น

ที่มา : https://www.siamhealth.net/public_html/Disease/eye_ent/cataract/cataract.htm

ชนิดของต้อกระจก แบ่งตามตำแหน่งที่เลนส์ตาเกิดความขุ่นมัวและสาเหตุที่เกิดขึ้นได้ ดังนี้

ต้อกระจกชนิดนิวเคลียร์ (Nuclear Cataract)

เกิดขึ้นบริเวณตรงกลางของเลนส์แก้วตา มักเกิดจากอายุที่มากขึ้นและมักทำให้เกิดอาการสายตาสั้นก่อนจะเริ่มมองเห็นพรมัว มักทำให้มองเห็นสีเหลืองหรือสีซีดลง

ต้อกระจกชนิดคอร์เท็กซ์ (Cortical Cataract)

เกิดขึ้นบริเวณขอบด้านนอกของเลนส์แก้วตา เรียกว่า Cortex และแพร่กระจายเข้าสู่ตรงกลาง ทำให้เห็นแสงจ้าหรือเกิดแสงสะท้อนในตอนกลางคืน ลักษณะการมองเห็นอาจมีเส้นหรือวงขาวคล้ายวงแหวนที่เข้ามาบดบัง

ต้อกระจกชนิดใต้ถุงหุ้มเลนส์ส่วนหลัง (Posterior Subcapsular Cataract)

เกิดที่ด้านหลังของเลนส์แก้วตา มักส่งผลกระทบต่ออาการมองเห็นในที่สว่าง หรือทำให้มองเห็นแสงจ้าหรือแสงสะท้อนชัดเจนมากขึ้น เป็นชนิดที่สามารถพัฒนาต่อเนื่องรวดเร็วภายในไม่กี่เดือนและมักพบในผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ที่ใช้สเตียรอยด์ในระยะยาว

ต้อกระจกที่เกิดจากสาเหตุอื่น (Secondary Cataract)

เกิดจากโรคหรือการบาดเจ็บ เช่น เบาหวาน การใช้ยาสเตียรอยด์หรือการผ่าตัด อาจพัฒนาหลังจากการผ่าตัดต้อกระจกครั้งแรก เรียกว่า ต้อกระจกหลัง

ต้อกระจกที่เกิดจากการบาดเจ็บ (Traumatic Cataract)

เกิดจากอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บที่ตา อาจเกิดขึ้นทันทีหลังการบาดเจ็บหรือพัฒนาในระยะเวลาอันยาวนานหลังจากนั้น

ต้อกระจกที่เกิดจากรังสี (Radiation Cataract)

เกิดจากการได้รับรังสีในปริมาณสูง เช่น รังสีรักษาในการรักษามะเร็ง โดยแต่ละชนิดของต้อกระจกอาจมีการพัฒนาช้าหรือเร็วต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงและสุขภาพของแต่ละคน

สาเหตุการเกิดต้อกระจก

ถึงแม้ว่าโรคต้อกระจกนั้นมักจะพบในผู้สูงอายุ เพราะเกิดจากการเสื่อมสภาพของเลนส์แก้วตาตามช่วงวัย แต่ว่าต้อกระจกนั้นก็สามารถเกิดได้จากสาเหตุอื่น ๆ ได้เช่นกัน โดยสาเหตุของการเกิดต้อกระจกมีดังนี้

1. แสง UV

แสง UV หรือรังสีอัลตราไวโอเล็ต เป็นสาเหตุของการเกิดต้อกระจกที่หลายๆ คนอาจจะไม่รู้ และมองข้ามไป โดยแสง UV นั้นแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ UVA และ UVB ถ้าหากแก้วตาได้รับ UVA ในปริมาณที่มากเกินไป อาจทำให้เกิดต้อกระจกได้ และถ้าหากกระจกตา หรือเยื่อตาได้รับ UVB ในปริมาณที่มากเกินไป อาจทำให้เกิดต้อกระจก ต้อเนื้อ หรือต้อลมได้เช่นกัน

2. สูบบุหรี่หรือยาสูบ

การสูบบุหรี่หรือสูบยาสูบ เป็นสาเหตุของการเกิดต้อกระจก โดยเกิดจากสารพิษในควันบุหรี่ที่เข้าร่างกายทางเส้นเลือดที่มาเลี้ยงลูกตา ดังนั้นการรับสารพิษจากควันบุหรี่เป็นประจำในระยะเวลาอันยาวนาน จะส่งผลให้ความสามารถในการมองเห็นลดลง แถมยังเพิ่มความเสี่ยงของโรคต้อกระจก โรคจอประสาทตาเสื่อม และอาการตาแห้งได้อีกด้วย

3. อุบัติเหตุที่ดวงตาหรือดวงตาได้รับการกระทบกระเทือน

ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุที่ดวงตา หรือว่าดวงตาได้รับการกระทบกระเทือน จะมีโอกาสเสี่ยงในการเป็นต้อกระจกมากกว่าปกติ เพราะว่าดวงตาที่ได้รับอุบัติเหตุ หรือได้กระทบกระเทือน อาจมีการชอกช้ำ หรือฉีกขาดของเนื้อเยื่อภายในลูกตา เช่น จอประสาทตาฉีกขาด จอประสาทตาฉีกขาด หรือเลนส์ตาเคลื่อน จึงทำให้ลูกตานั้นมีความสามารถในการมองเห็นลดลง และเพิ่มความเสี่ยงการเป็นต้อกระจกได้ง่ายมากขึ้น

4. การรักษาด้วยยาบางชนิด

การรักษาทางการแพทย์เป็นอีกสาเหตุที่ทำให้เกิดต้อกระจก โดยเกิดได้จากการรับประทานยาเป็นประจำ หรือได้รับยากลุ่มสเตียรอยด์เป็นเวลานาน รวมถึงการได้รับการฉายรังสีบริเวณส่วนบนของร่างกาย หรือส่วนศีรษะอยู่บ่อยครั้ง ซึ่งการรักษาทางการแพทย์เหล่านี้อาจเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดต้อกระจกได้มากขึ้น

โรคทางกายที่สัมพันธ์กับภาวะต้อกระจก

นอกจากสาเหตุต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดต้อกระจกได้แล้ว ยังมีโรคทางกายที่สัมพันธ์กับภาวะต้อกระจก หรือเรียกว่าโรคประจำตัวที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดต้อกระจกได้มากขึ้น โดยโรคทางกายดังกล่าวมีทั้งหมด ดังนี้

1. โรคเบาหวาน เป็นโรคที่เกิดจากความบกพร่องของฮอร์โมนอินซูลินที่ผลิตจากตับอ่อน โดยผลจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงส่งผลต่อเลนส์แก้วตา ทำให้เลนส์แก้วตาขุ่นมัวเร็วกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะเกิดต้อกระจกได้มากกว่าคนทั่วไป เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดีสามารถทำให้เลนส์แก้วตาบวมและเปลี่ยนความยืดหยุ่นได้ง่าย ส่งผลให้เกิดความขุ่นมัวของเลนส์แก้วตาเร็วขึ้น

2. โรคกาแล็กโทซีเมีย เป็นโรคที่เกิดจากร่างกายขาดเอนไซม์ที่เร่งปฏิกิริยาการเปลี่ยนน้ำตาล กาแล็กโทสเป็นน้ำตาลกลูโคส ทำให้น้ำตาลกาแล็กโทสในเลือดสูงกว่าปกติ ภาวะนี้สามารถนำไปสู่

การสะสมของกาแลคโทสในร่างกายและก่อให้เกิดความผิดปกติในหลายอวัยวะรวมถึงเลนส์แก้วตา ซึ่งทำให้เลนส์แก้วตาเกิดการขุ่นมัวและนำไปสู่การเกิดต้อกระจก

3. โรควิลสัน เป็นโรคที่เกิดจากระบบทำงานของตับไม่สามารถกำจัดแร่ธาตุทองแดงส่วนเกินออกไปได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่ออวัยวะต่างๆ รวมถึงตา โรควิลสันเป็นโรคทางพันธุกรรมที่ทำให้ร่างกาย ไม่สามารถกำจัดทองแดงส่วนเกินได้ ส่งผลให้ทองแดงสะสมในตับ สมองและตา ซึ่งอาจทำให้เกิดต้อกระจกชนิดพิเศษที่เรียกว่า ต้อกระจกพระจันทร์เสี้ยว (Sunflower Cataract)

โรคทางตาที่สัมพันธ์กับภาวะต้อกระจก

โรคทางตาที่สัมพันธ์กับภาวะต้อกระจก เป็นโรคที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนร่วมกับโรคภายในระบบตาอื่นๆ อย่างเช่น โรคมาลาตาอิกเสบ ลูกตาดิดเขี้ยว หรือเคยผ่าตัดดวงตามาก่อน เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ล้วนแต่เป็นโรคและอาการทางสายตาที่ส่งผลให้เกิดภาวะต้อกระจกได้ง่ายขึ้นทั้งสิ้น

อาการต้อกระจก

อาการของต้อกระจกระยะแรก อาจไม่มีอาการแสดงใดๆ แต่หากเลนส์แก้วตาที่มีความขุ่นมัวมากขึ้น อาจพบอาการตามัว มองเห็นไม่ชัดเจน การมองเห็นในตอนกลางคืนแย่งลง ต้องใช้แสงสว่างมากขึ้นในการอ่านหนังสือหรือทำกิจกรรมอื่นๆ ที่ต้องเพ่งสายตา มองเห็นแสงไฟกระจาย สายตาไวต่อแสง ระดับค่าสายตาเปลี่ยนบ่อย สายตาสั้นมากขึ้น มองเห็นสีผิดเพี้ยนไปจากเดิม ภาพที่เห็นมีสีซีดจางหรือมีสีเหลือง มองเห็นภาพซ้อน

ระยะของต้อกระจก

ระยะของต้อกระจกสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะ Incipient เป็นระยะแรกเริ่มที่สายตาเริ่มมีความขุ่นมัวขึ้น โดยแบ่งลักษณะการเกิดความขุ่นของเลนส์แก้วตาในระยะนี้ได้ 2 แบบ ได้แก่ 1) รอบเลนส์แก้วตาเกิดความขุ่น แต่กลางเลนส์แก้วต่ายังใสเป็นปกติ 2) รอบเลนส์แก้วตาใสเป็นปกติ แต่กลางเลนส์แก้วตาขุ่น ซึ่งผู้ป่วยในระยะนี้อาจจะรู้สึกได้ว่าสายตามีความขุ่นมัว หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงจนกว่าต้อกระจกจะมีความขุ่นเพิ่มมากขึ้น และทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าสายตาของตนเองนั้นมัวลงอย่างเห็นได้ชัด

ระยะ Intumescent เป็นระยะที่เลนส์แก้วตาเริ่มมีอาการบวม เพราะดูดซึมน้ำเข้าไป จึงทำให้เลนส์แก้วตาโค้งเพิ่มมากขึ้น และอาจดันม่านตาไปข้างหน้าส่งผลให้ช่องม่านตาตันขึ้น

ระยะ Mature เป็นระยะที่เลนส์แก้วตาเกิดความขุ่นขึ้นที่เส้นใยของเลนส์แก้วตาทุกเส้น ทำให้มองเห็นเลนส์แก้วตาเป็นสีขาวขุ่นทั้งอัน ซึ่งในระยะ Mature นั้นจักษุแพทย์ หรือผู้ตรวจจะไม่สามารถมองเห็นแสงสะท้อนจากจอประสาทตา (Red Reflex) ได้ เพราะว่าแสงไม่สามารถผ่านความขุ่นที่เกิดขึ้นทุกเส้นใยของเลนส์แก้วตาได้

ระยะ Hypermature เป็นระยะที่ต้อกระจกสุกมากจนเส้นใยเลนส์แก้วตาที่เคยมีความขุ่น นั้นสลายและกลายเป็นของเหลว ถ้าหากเส้นใยนั้นสลายเพิ่มมากขึ้นก็จะทำให้นิวเคลียสของเลนส์แก้วตาเคลื่อนที่ไปมาภายในแคปซูลของเลนส์แก้วตาได้

การวินิจฉัย

1. การซักประวัติ สอบถามอาการสำคัญ ได้แก่ ตามัว ตาแดง อาการปวดตา และอาการร่วม เช่น คันตา เคืองตาน้ำตาไหล ตาแห้ง ตาสู้แสงไม่ได้ เห็นภาพซ้อน เห็นสีรุ้งรอบดวงไฟ เป็นต้น ซักประวัติปัจจุบัน อายุ อาชีพ ประวัติในอดีต ประวัติเจ็บป่วยจากโรคตา หรืออุบัติเหตุที่เคยเกิดกับตา ประวัติโรคตาในครอบครัว ประวัติโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตาโปน ประวัติการใช้ยา เป็นต้น

2. การตรวจร่างกายและตรวจตา

2.1 การวัดสายตา (Visual acuity) VA เป็นการวัดความสามารถในการมองเห็น ตรวจการทำงานของตา ตามหลักสากลใช้แผ่นป้าย Snellen อ่านตัวเลขโดยให้ผู้ป่วยยืนห่างจากแผ่นป้าย 6 เมตร ปิดตาทีละข้างแล้วอ่านตัวเลข ถ้าอ่านแถวล่างสุดได้ถือว่าสายตาปกติ ถ้าอ่านไม่ได้ก็แสดงว่ามีสายตาผิดปกติ ผู้ป่วยต่อกระจกส่วนใหญ่ VA มักพบมากกว่า 20/70

2.2 การตรวจภายนอกลูกตา ใช้ไฟฉายส่องตรวจดูที่รูม่านตา ถ้าพบลักษณะขุ่นขาวหรือมีสีน้ำตาลทึบแสดงว่าเป็นต่อกระจก

2.3 การวัดความดันลูกตา ค่าปกติเท่ากับ 12-20 mmHg โดยทั่วไปถ้าสูงเกิน 21 mmHg ให้ถือว่าผิดปกติ ผู้ป่วยอาจมีอาการต้อหินได้ ในผู้ป่วยต่อกระจกมักพบความดันลูกตาอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2.4 การตรวจลานสายตา เป็นการตรวจ Peripheral Vision ด้วยวิธี Confrontation testing ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจเป็นพื้นฐาน เนื่องจากบางครั้งความผิดปกติของลานสายตาอาจซ่อนเร้นอยู่ ไม่แสดงออกมาให้เห็นชัดเจนแบบความผิดปกติของระดับการมองเห็น โรคที่อาจตรวจพบลานสายตาผิดปกติ ได้แก่ โรคทางระบบประสาท โรคของเส้นประสาทตา โรคต้อหินหรือโรคจอประสาทตาหลุดลอก เป็นต้น

3. การตรวจพิเศษโดยใช้เครื่องส่องตา (Ophthalmoscope) จะไม่พบปฏิกิริยาสะท้อนสีแดง (Red Reflex) เลนส์ตาปกติจะมีลักษณะใสอยู่หลังม่านตาและรูม่านตา เมื่อส่องไฟผ่านรูม่านตาจะเห็น Red Reflex สะท้อนออกมาจากจอประสาทตาด้านล่าง ถ้าเลนส์ตาขุ่นจะเห็นเป็น Gray Reflex แทน และจะเห็นเลนส์ตา มีสีขาวขุ่นบริเวณหลังรูม่านตาได้ โรคที่พบบ่อยที่ทำให้เลนส์ตามีลักษณะขาวขุ่นคือต่อกระจก

การรักษา

ต่อกระจกนั้นรักษาได้ด้วยวิธีการรักษาแบบไม่ผ่าตัดและแบบผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยต่อกระจกจะเข้ารับการรักษาแบบไหนนั้นขึ้นอยู่กับกรณีการวินิจฉัยและดุลยพินิจของจักษุแพทย์ โดยวิธีการรักษาทั้ง 2 แบบนั้นมีรายละเอียดและความแตกต่างกัน ดังนี้

การรักษาแบบไม่ผ่าตัด

การรักษาต่อกระจกโดยไม่ต้องผ่าตัด เป็นวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อกระจกในระยะแรกเท่านั้น ซึ่งเป็นการรักษาด้วยการตัดแว่นสายตาใหม่ หรือสวมใส่แว่นกันแดดเพื่อป้องกันแสงสะท้อน โดยวิธีเหล่านี้ช่วยชะลออาการได้ชั่วคราวเท่านั้น อีกทั้งผู้ป่วยควรปรึกษาจักษุแพทย์ก่อนเลือกใช้อาหารยี่ห้อตาเพื่อความปลอดภัยของตัวผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

การรักษาแบบผ่าตัด

การผ่าตัดต่อกระจก หรือ Cataract Surgery คือวิธีการรักษาต่อกระจกแบบผ่าตัดด้วยการผ่าตัด นำเลนส์แก้วตาที่มีความขุ่นออก และนำเลนส์แก้วตาเทียมใส่เข้าไปแทนที่ เรียกว่า Intraocular Lens (IOL) ซึ่งจะช่วยให้การมองเห็นกลับมาชัดเจนขึ้น

ประเภทของการผ่าตัด

ประเภทของการผ่าตัดต่อกระจกในปัจจุบันนี้มีหลายประเภทขึ้นอยู่กับเทคนิคและเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด ปัจจุบันมีเทคนิคที่นิยมใช้อยู่หลักๆ 3 วิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้

1. การผ่าตัดด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Phacoemulsification)

การสลายต่อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เป็นเทคนิคที่ใช้กันอย่างแพร่หลายที่สุดในการผ่าตัดต่อกระจกปัจจุบัน แพทย์จะเปิดแผลเล็กๆ ที่กระจกตา จากนั้นใช้คลื่นเสียงความถี่สูง

(Ultrasound) เพื่อสลายเลนส์แก้วตาที่ขุ่นมัวและดูดออกมา แล้วจึงนำเลนส์แก้วตาเทียมใส่เข้าไปแทนที่ โดยการผ่าตัดด้วยวิธีนี้ส่งผลให้แผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก โอกาสสายตาสั้นหลังจากผ่าตัดมีน้อยและใช้เวลาพักฟื้นเร็วขึ้น แต่การผ่าตัดนี้ต้องดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความชำนาญสูง

ข้อดี : แผลมีขนาดเล็ก (ประมาณ 2-3 มิลลิเมตร) การฟื้นตัวเร็ว ใช้เวลาผ่าตัดสั้นและผู้ป่วยมักไม่ต้องเย็บแผล

ข้อเสีย : ต้องอาศัยเครื่องมือและทักษะทางเทคนิคสูง แต่ถือว่าเป็นวิธีที่มีความเสี่ยงต่ำ

2. การผ่าตัดต้อกระจกแผลใหญ่ (ECCE: Extracapsular Extraction)

การผ่าตัดประเภทนี้จะนำเลนส์แก้วตาที่ขุ่นมัวออกทั้งชิ้นแทนที่จะสลาย ออกเป็นชิ้นเล็กๆ เหมือน Phacoemulsification แพทย์จะทำแผลขนาดใหญ่กว่าปกติที่กระจกตาประมาณ 10 - 12 มิลลิเมตร เพื่อให้สามารถเอาเลนส์แก้วตาออกทั้งชิ้น แล้วใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปแทน

ข้อดี : เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่เลนส์แก้วตาแข็งมากหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้วิธี Phacoemulsification ได้ เช่น ในกรณีที่มึนภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย

ข้อเสีย : ต้องเย็บแผล ผู้ป่วยฟื้นตัวช้ากว่าและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อนสูงกว่า Phacoemulsification

3. การผ่าตัดลอกต้อกระจก (ICCE: Intracapsular Cataract Extraction)

เป็นวิธีการผ่าตัดที่เก่าและไม่ค่อยใช้แล้วในปัจจุบัน การผ่าตัดลอกต้อกระจกเป็นวิธีการผ่าตัดนำเลนส์แก้วตาและถุงหุ้มเลนส์ออกทั้งหมดพร้อมกับลอกเลนส์แก้วตาทั้งแคปซูล และเนื้อในเลนส์แก้วตาออกด้วยการใช้ Freezing Probe แพทย์จะทำแผลขนาดใหญ่ที่กระจกตาเพื่อนำเลนส์ออก

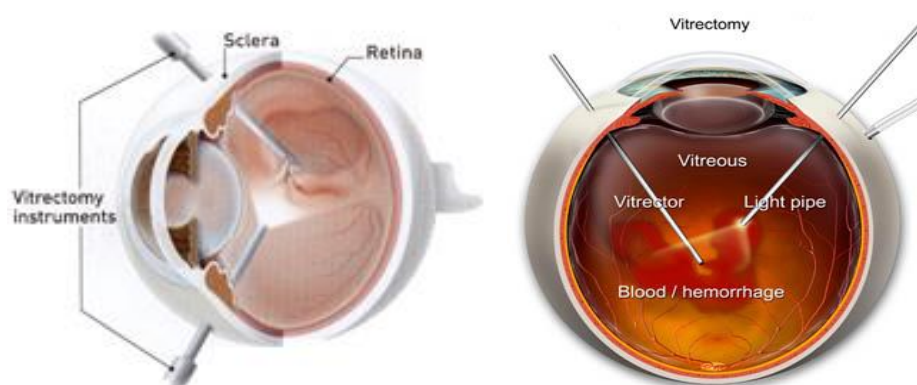
ข้อดี : เหมาะสำหรับกรณีที่เลนส์แก้วตาหลุดออกจากตำแหน่งหรือมีการฉีกขาดของแคปซูลเลนส์

ข้อเสีย : มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ และการฟื้นตัวใช้เวลานาน

การรักษาด้วยการผ่าตัดน้ำวุ้นตา (Pars Plana Vitrectomy)

การผ่าตัดน้ำวุ้นตา (Pars Plana Vitrectomy) โดยใช้เครื่องผ่าตัดน้ำวุ้นตา (Vitrektomy machine) จะทำผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในน้ำวุ้นตา เลนส์ตกไปในลูกตาส่วนหลัง และจอประสาทตาหลุดลอกที่มีน้ำวุ้นตาหรือพังผืดรั้งจอประสาทตา เพื่อลดแรงดึงรั้งที่เกิดกับจอประสาทตา มักทำร่วมกับการจี้ความเย็น การจี้ด้วยแสงเลเซอร์หรือการผ่าตัดหนูนตาขาวจะช่วยให้เกิดการยึดติดแน่นระหว่างจอประสาทตากับ RPE หรือร่วมกับการฉีดยา หรือน้ำมันซิลิโคน เพื่อให้ก๊าซหรือน้ำมันซิลิโคนลอยไปกดจอประสาทตาที่หลุดลอกให้กลับเข้าไปแนบติดใหม่

การฉีดยาน้ำมันซิลิโคนมีความถ่วงจำเพาะเบากว่าน้ำ จึงใช้ในการปิดรูฉีกขาดของจอประสาทตาด้านบน ร่วมกับการผ่าตัดจอประสาทตาวิธีอื่น เช่น Vitrectomy, Scleral buckling จะทำในผู้ป่วยที่ต้องการกดจอประสาทตาให้ราบติดเป็นระยะเวลานานในรายที่มีปัญหาในการจัดทำศีรษะหลังผ่าตัด หรือผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในน้ำวุ้นตา หรือผู้ป่วยที่ผ่าตัดน้ำวุ้นตาแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกในน้ำวุ้นตาล้างผ่าตัด ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แสดงการผ่าตัดน้ำวุ้นตา

ที่มา: www.retinaassociatesfla.com/rdbrochure.htm

การฉีดยาชา Local anesthesia (LA)

1. Retrobulbar block

การเตรียมยา ผสม 2% Lidocaine 1 cc และ 0.5% Bupivacaine 1 cc ใน Syringe 5 cc
ใช้ Disposable needle No.25 ความยาว 1 นิ้วครึ่ง

วิธีทำ

1) ให้คนไข้มองขึ้นในทิศตรงกันข้ามกับตาที่จะฉีดยาแทงเข็มตั้งฉากกับผิวหนังที่ตำแหน่ง 1/3 จาก Lateral to medial canthus เหนือต่อ Inferior orbital septum และเฉียงบริเวณ Equator ของลูกตาแล้วสอดเข็มต่อทาง Superonasal ทำมุมประมาณ 30 องศาเข้า Muscle cone หลังลูกตา

2) ขยับเข็มเบาๆ เพื่อทดสอบว่าลูกตา (Globe) ไม่ขยับตาม แล้วให้ดึง Syringe ทดสอบว่าปลายเข็มไม่เข้า Blood vessel เริ่มฉีดยาชาช้าๆ ประมาณ 2 cc ถอนเข็มและใช้มือกดลูกตาเบาๆ ป้องกันการเกิด Hemorrhage และช่วยให้ยากระจายไปทั่วๆ (ควรคลายการกดตาทุกๆ 30 วินาที เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิด Retinal vascular compromise)

ข้อควรระวัง

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ เลือดออกในลูกตา ศูนย์กลางเส้นเลือดจมนจอประสาทตา ศูนย์กลางเส้นเลือดจมนจอประสาทตาอุดตัน เส้นเลือดอุดตันจากการฉีดยาชาที่ตา เส้นประสาทตาอักเสบ การไหลเวียนของเส้นเลือดอุดตัน

2. Peribulbar block

การเตรียมยา ผสม 2% Lidocaine 1 cc และ 0.5% Bupivacaine 1 cc ใน Syringe 5 cc
ใช้ Disposable needle No.25 ความยาว 1 นิ้ว

1) แทงเข็มตั้งฉากกับผิวหนังที่ตำแหน่ง 1/3 จาก Lateral to medial canthus เหนือต่อ Inferior orbital rim เล็กน้อย สอดเข็มลงตรงไปขนานกับ Orbital floor ลึกลงไปจนกระทั่งหัวเข็มอยู่ในแนวม่านตา

2) ขยับเข็มเบาๆ เพื่อทดสอบว่าลูกตา (Globe) ไม่ขยับตาม แล้วให้ดึง Syringe ทดสอบว่าปลายเข็มไม่เข้า Blood vessel เริ่มฉีดยาชาช้าๆ ประมาณ 2 cc ถอนเข็มและใช้มือกดลูกตาเบาๆ ป้องกันการเกิด Hemorrhage และช่วยให้ยากระจายไปทั่วๆ (ควรคลายการกดตาทุกๆ 30 วินาที

เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิด Retinal vascular compromise)

ข้อควรระวัง

1. การทำ Peribulbar block มีความเสี่ยงต่อการเกิด Optic nerve injury และมีความเสี่ยงต่อการฉีดเข้า intradural space น้อยกว่าการทำ Retrobulbar block แต่ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิด Perforation ของลูกตา นอกจากนั้นยังได้ประสิทธิผลน้อยกว่า และเวลาในการออกฤทธิ์ช้ากว่าการทำ Retrobulbar block

2. ทำการเจาะ Sclerotomy ด้วย Microvitrectomy blade (MVR) ทั้งหมด 3 รู คือ Infusion port, Illumination port และ Cutting port หัว port มี 3 ขนาด คือ 20, 23 และ 25 ซึ่งเรียงจากใหญ่ไปหาเล็ก หัว port ขนาด 20 ต้องเย็บปิดรูด้วย Vicryl 5-0 ขนาด 23 และ 25 ไม่ต้องเย็บเย็บุดา ตำแหน่งที่เจาะหัว port ห่างจากขอบประมาณ 3.50-4.00 mm เนื่องจาก Pars plana ไม่มี vessels และไม่มี retina

3. เย็บ corneal ring ติดกับ limbus เพื่อใช้ในการวางเลนส์ ในการผ่าตัดด้วย Vicryl 8 – 0 ชนิดของ เลนส์ มี 2 แบบ คือ แบบสัมผัส และไม่สัมผัส

4. การผ่าตัด Vitrectomy เพื่อตัดน้ำวุ้นลูกตาออก วัตถุประสงค์เพื่อทำความสะอาดลูกตา (Clear ocular media) จากภาวะเลือดออกในน้ำวุ้นลูกตา เนื่องจากน้ำวุ้นลูกตามีลักษณะใสเหมือนวุ้นและติดแน่นกับจอประสาทตา ได้แก่ ที่ขั้วประสาทตา Ora Serrata และตำแหน่งจุดรับภาพ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำผ่าตัด อาจมีจอประสาทตาหลุดลอก (Retinal detachment)

5. วางเลนส์ด้วย Indirect ophthalmoscope เพื่อดูผลการผ่าตัด และวางแผนการรักษา ถ้ามีเส้นเลือดงอกใหม่ ต้องยิงเลเซอร์จี้ด้วยความเย็นระหว่างการผ่าตัด

ข้อบ่งชี้

- จี้ห้ามเลือด
- จี้ปิดรูฉีกขาดของจอตา
- จี้ทำลายเส้นเลือดงอกใหม่

การผ่าตัดใส่เลนส์แบบ Scleral Fixation

Scleral fixation of intraocular lens เป็นการผ่าตัดใส่เลนส์แบบ Scleral fixation จะใส่ในกรณีผู้ป่วยไม่มีเลนส์ตา (Aphakia) เกิดจากสาเหตุ เช่น จากการผ่าตัดต้อกระจกและมีภาวะแทรกซ้อนถุงหุ้มเลนส์แตกจากอุบัติเหตุร่วมกับมีเลนส์แก้วตาเคลื่อน การฝังเลนส์แก้วตาเทียมในผู้ป่วย Aphakia ที่ไม่มีถุงหุ้มเลนส์ (Capsular bag) อาจใช้เลนส์แก้วตาเทียมชนิดวางไว้หน้าม่านตาหนีบไว้กับม่านตา (Iris fixation) หรือฝังไว้หลังม่านตา โดยเย็บเลนส์แขวนไว้กับ Sclera (Scleral fixation of intraocular lens)

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและยิงเลเซอร์ในขณะผ่าตัด

1. จุดรับภาพไหม้ (Foveal burn)
2. จอประสาทตาบวม (Macular edema)
3. จากยิงผ่านจุดรับภาพ (Foveal traction)
4. การเกิดการฉีกขาด Serous and / or choroidal detachment
5. ต้อหินเฉียบพลัน และต้อหินมุมปิด (Acute angle – closure glaucoma)
6. กระจกตา (Corneal), ม่านตา (Iris), เลนส์ ไหม้ (Lens burn)
7. จอประสาทตาแตก (Retinal break) และจอประสาทตาหลุดลอก (Rhegmatogenous)

retinal detachment)

อาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด Scleral Fixation

1. ความดันลูกตาสูง (Increase intraocular pressure) เกิดจากผลของกิจกรรมบางอย่าง ทำให้ความดันลูกตาสูงขึ้นทันทีทันใด เช่น การไอ การจาม การอาเจียน การก้มหน้าต่ำกว่าระดับเอว การยกของหนัก การบีบตา การเบ่งถ่ายอุจจาระ ความดันจะสูงกว่า 20 มม.ปรอท
2. การดึงรั้งของแผลเย็บ (Stress on the suture Line) เมื่อความดันลูกตาสูงทำให้แผลเย็บถูกดึงรั้งเกิดเลือดออกในช่องหน้าม่านตาได้ผู้ป่วยปวดตาหรือไม่ปวดก็ได้ขึ้นกับจำนวนเลือดในช่องหน้าม่านตา
3. เลือดออกในช่องหน้าม่านตา (Hyphema) เกิดจากการฉีกขาดฉีกขาดของเส้นเลือดม่านตา และซีเลียรีบอดี สาเหตุจากภยันตรายชนิดไม่มีคม (Blunt trauma) เกิดขึ้นเอง และจากผู้ป่วยปฏิบัติตนหลังผ่าตัดไม่ถูกต้อง
4. การติดเชื้อ (Infection) การอักเสบติดเชื้อภายในลูกตา (Endophthalmitis) เช่น ตาแดง ปวดตา เยื่อตาขาวบวม การมองเห็นลดลง
5. จอตาลอก (Retina Detachment)
6. เลือดออกในชั้นคอโรยด์ (Choroidal Hemorrhage)
7. กระจุกตาขุ่นมัว (Permanent Corneal Clouding)

การพยาบาลก่อนผ่าตัด

1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการฟื้นตัว อธิบายกระบวนการผ่าตัด ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและขั้นตอนการดูแลหลังผ่าตัดเพื่อลดความกังวลของผู้ป่วย
2. ตรวจสอบประวัติการแพ้ยา การใช้ยาประจำและปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน
3. ตัดขนตา ล้างหน้าก่อนนอนและเช้าวันผ่าตัด จัดเตียงหน้า จัดท่าเบี่ยง
4. ดูแลความสะอาดทั่วไป เช่น สระผม โกนหนวด ตัดเล็บ เช็ดล้างสีเล็บ อาบน้ำ ทำความสะอาดปากและฟัน
5. ให้อาหารยอตาขยายรูม่านตาตามแผนการรักษา
6. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อน หลังผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ระบายความรู้สึก

การพยาบาลหลังผ่าตัด

1. ตรวจสอบสัญญาณชีพและสภาพทั่วไปของผู้ป่วย เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ การอักเสบ ความดันลูกตาสูง หรือเลือดออกในตา
2. ให้การพยาบาลป้องกันการติดเชื้อ หยอดยาปฏิชีวนะและยาต้านการอักเสบตามแผนการรักษา เช็ดทำความสะอาดดวงตาและใบหน้า ไม่ให้ผู้ป่วยขยี้ตา
3. ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังการเช็ดตา การหยอดตา
4. แนะนำผู้ป่วยไม่ให้นอนตะแคงทับข้างผ่าตัดเป็นเวลา 24 ชั่วโมงแรก หลังการผ่าตัด
5. แนะนำผู้ป่วยให้เลี่ยงการออกแรงไอ จาม เบ่งถ่าย การก้มหน้าต่ำกว่าเอว การสั่งหน้าแรง ขณะแปรงฟัน เลี่ยงการเคี้ยวอาหารเหนียว แข็ง
6. ให้อาหารแก้ปวดตามแผนการรักษา ประเมินอาการหลังให้ยา หากอาการปวดไม่ทุเลา รายงานแพทย์

การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เมื่อกลับบ้าน

1. แนะนำให้หลีกเลี่ยงการสัมผัสตา การถูตา หรือการกระทบกระเทือนตา ควรป้องกันไม่ให้ น้ำหรือฝุ่นเข้าไปในตา 1 เดือน
2. แนะนำเวลาแปร่งฟัน ค่อยๆ แปร่ง ไม่สั่นศีรษะไปมา
3. สามารถรับประทานอาหารได้ทุกอย่าง หลีกเลี่ยงอาหารแข็ง เหนียว ที่ต้องออกแรงเคี้ยวมากๆ
4. ไม่ควรให้ท้องผูก ดังนั้นพยายามรับประทานอาหารผัก ผลไม้ เป็นประจำ
5. หลีกเลี่ยงการไอ จาม แรงๆ
6. แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการยกของหนัก การก้มศีรษะ หรือการออกกำลังกายหนักๆ เช่น การออกกำลังกายประเภทกระโดด เล่นโยคะ เป็นเวลาอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์หลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการเพิ่มความดันในลูกตา
7. สระผมได้โดยให้ผู้อื่นสระให้ ไม่ให้เกาแรงและระมัดระวังไม่ให้ น้ำกระเด็นเข้าตาข้างที่ผ่าตัด
8. หลังผ่าตัดประมาณ 1-2 สัปดาห์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสามารถกลับไปทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ แต่อาจยังต้องใช้แว่นตาในบางกิจกรรม เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ หากมีอาการเมื่อยตาก็ให้หยุดพัก
9. ระยะเวลา 2 สัปดาห์ – 1 เดือน หลังผ่าตัดให้ครอบ eye shield ทุกครั้งเวลานอนหลับ ป้องกันการกระแทกบริเวณตา การสวมแว่นตากันแดดเพื่อลดความไม่สบายตาจากแสงแดด
10. สอนผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการเช็ดตา หยอดตา ป้ายตา ให้ถูกต้องตามเทคนิคปลอดเชื้อ
11. แนะนำเรื่องการรับประทานยา การหยอดยา ปฏิชีวนะและยาลดการอักเสบอย่างเคร่งครัด และสอนเทคนิคการหยอดยาที่ถูกต้องตามแผนการรักษา
12. อธิบายการมาตรวจตามนัด เพื่อติดตามการฟื้นตัวและตรวจสอบการมองเห็นว่ามีความผิดปกติหรือไม่ แนะนำให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด ได้แก่ ตาแดงตามัว ปวดตามากผิดปกติ ถึงแม้รับประทานยาแก้ปวดก็ไม่ทุเลา
13. ให้คำแนะนำและสร้างความมั่นใจว่าการผ่าตัดเป็นไปได้อย่างดี และอธิบายว่าการฟื้นตัวของสายตาจะค่อยเป็นค่อยไป
14. ให้คำแนะนำป้องกันการเกิดต่อกระจกในตาอีกข้าง เช่น การหลีกเลี่ยงแสงแดดจ้า การใช้แว่นกันแดดและการดูแลสุขภาพโดยรวม เช่น การควบคุมโรคประจำตัวอย่างเบาหวาน

บทที่ 3

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มสร้างโดยโดโรธีอีโอเร็ม (Dorothea E Orem) สำเร็จการศึกษาพยาบาลขั้นพื้นฐานจากโรงเรียนพยาบาลพรวิเด็นซ์ มลรัฐวอชิงตันประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 1930 สำเร็จปริญญาตรี และปริญญาโททางการพยาบาลในปี ค.ศ. 1934 และ ค.ศ. 1945 ตามลำดับจากมหาวิทยาลัยแคทอลิก ได้รับปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์จากมหาวิทยาลัยจอร์ทาวน์ ในปี ค.ศ. 1976 จากประสบการณ์การทำงานทั้งในฐานะผู้ปฏิบัติ นักการศึกษา และผู้บริหารการพยาบาล จะพบเสมอว่าพยาบาลไม่สามารถบอกความหมาย และวัตถุประสงค์ของการพยาบาลได้ชัดเจน และมักจะอธิบายการพยาบาลในลักษณะของกิจกรรมที่พยาบาล กระทำการปฏิบัติ การพยาบาล ซึ่งจะยึดเป็นงานหลักโดยไม่สามารถอธิบายเหตุผลของการกระทำได้ ทำให้ขอบเขตเนื้อหาการปฏิบัติการพยาบาลไม่ชัดเจน การจัดหลักสูตรมีความยากลำบากในการจัดขอบเขตเนื้อหา ด้วยเหตุนี้ท่านจึงมุ่งมั่นที่จะค้นหาคำตอบว่าในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาลควรทำอะไร ทำไมจึงกระทำในสิ่งนั้นและผลลัพธ์ที่พยาบาลคาดหวังจากการกระทำคืออะไร จากคำถามนี้ท่านได้คำตอบจากการสังเกต และการวิเคราะห์การปฏิบัติพบว่าพยาบาลได้ให้การช่วยเหลือแก่บุคคล มีข้อจำกัดในการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองหรือพัฒนาความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

จุดเน้นของการพยาบาล

บุคคลและเฉพาะเจาะจงไปก็คือความสามารถของบุคคลที่จะดูแลตนเอง พยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือเมื่อบุคคลมีความบกพร่องในการดูแลตนเองหรือมีความบกพร่องในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ

เป้าหมายประสงค์ของการพยาบาล

เพื่อช่วยเหลือบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองทั้งหมดให้ถึงระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง และช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ การฟื้นจากความเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บ และการเผชิญกับผลที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จะเห็นว่าทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมีเป้าหมายและจุดเน้นที่ชัดเจน ซึ่งช่วยวางขอบเขตความรับผิดชอบของการพยาบาลได้ดีขึ้น

โมโนทัศน์หลัก 4 ประการ (Meta parading)

1. บุคคล (Person)

บุคคลจะรวมทั้งผู้รับบริการและตัวพยาบาลเอง โอเร็มมีความเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้มีศักยภาพที่มีความสามารถในการกระทำอย่างตั้งใจ (Capacity for Deliberate Action) มีความสามารถในการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและสามารถวางแผนจัดระเบียบปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองได้ คนมีลักษณะเป็นองค์รวมและทำหน้าที่ได้ทั้งด้านชีวภาพด้านสังคมด้านการแปลและให้ความหมายต่อสัญลักษณ์ต่างๆ และคนยังเป็นระบบเปิดและเป็นพลวัต

นอกจากนั้นโอเร็มยังได้กำหนดข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับคน (Human Beings) ไว้อย่างละเอียดดังต่อไปนี้

1. บุคคลต้องการสิ่งกระตุ้นที่มีระบบระเบียบและจงใจ (Deliberate Inputs) ให้กับตนเองและสิ่งแวดล้อมของตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อการมีชีวิตอยู่รอดและทำหน้าที่ได้ตามความสามารถของแต่ละบุคคล

2. ความสามารถของบุคคล (Human Agency) ซึ่งเป็นความสามารถในการกระทำอย่างจงใจโดยมีระเบียบแบบแผนและมีขั้นตอนจะกระทำในรูปแบบของการดูแลตนเองและบุคคลอื่น

3. บุคคลมีโอกาที่จะประสบกับข้อจำกัดในการดูแลตนเองและการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ

4. บุคคลใช้ความสามารถในการค้นหา การพัฒนาและถ่ายทอดวิธีการสนองตอบต่อความต้องการของตนเองและของบุคคลอื่น

5. บุคคลที่อยู่ร่วมกันและมีสัมพันธภาพต่อกันอย่างมีโครงสร้าง และมีระบบจะแบ่งงานกันรับผิดชอบเพื่อที่จะดูแลสมาชิกในกลุ่ม

โอเร็มมีความเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้มีเหตุผล มีความสามารถที่จะเรียนรู้วางแผนการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ มีความต้องการขั้นพื้นฐาน มีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลาและมีความต้องการดูแลเพื่อปรับหน้าที่หรือป้องกันความผิดปกติที่จะมีผลต่อหน้าที่ และพัฒนาการของตนซึ่งทักษะในการมองคนเช่นนี้สอดคล้องกับนักสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ โอเร็มได้สังเกตเห็นว่าในบางสภาวะการณ์หรือบางโอกาสบุคคลมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง หรือดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบซึ่งในสภาวะ เช่นนี้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ โดยเฉพาะพยาบาลนอกจากนั้นบุคคลยังมีสิทธิที่จะรับรู้ถึงสภาพของตนเอง

2. สิ่งแวดล้อม (Environment)

โอเร็ม ได้กล่าวถึงสิ่งแวดล้อมในแง่ของพัฒนาการคือสิ่งแวดล้อมที่มีจะช่วยจูงใจบุคคลให้ตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรม เพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะมีส่วนช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐานเป็นสิ่งแวดล้อมที่กำหนดความสามารถและความต้องการดูแลตนเอง นอกจากนั้นโอเร็มยังมองว่าคนกับสิ่งแวดล้อมไม่สามารถแยกออกจากกันได้

3. สุขภาพ (Health)

เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพคือคนที่มีทั้งโครงสร้างที่สมบูรณ์ และสามารถทำหน้าที่ของตนได้ การดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคลนอกจากนั้นโอเร็มยังกล่าวถึงความผาสุก (Well-Being) ว่าต่างจากสุขภาพแม้จะมีความสัมพันธ์กัน ความผาสุกเป็นการรับรู้ถึงภาวะที่ปรากฏอยู่ของตนเองซึ่งแสดงออกโดยความพึงพอใจความยินดีและการมีความสุข คนที่เจ็บป่วยอาจจะรับรู้ถึงความผาสุกได้ งานวิจัยต่างๆ พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความผาสุกของบุคคลมีความสัมพันธ์กัน

4. การพยาบาล (Nursing)

การพยาบาลเป็นบริการทางด้านสุขภาพที่เฉพาะอย่างหนึ่งและแตกต่างจากบริการอื่นๆ คือการพยาบาลมีจุดเน้นที่ความสามารถ และความต้องการดูแลตนเองของบุคคล การช่วยปฏิบัติการกรรมการดูแลแทนบุคคล และช่วยบุคคลให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ สวัสดิภาพ ตลอดจนการทำหน้าที่ได้ตามศักยภาพ

แนวคิดของโอเร็มการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action และ Goal Oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ จะเห็นว่าบุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้น

ก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้นๆ ว่าเหมาะสมหรือไม่ จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำ จะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบมองเห็น ความสัมพันธ์ของความหมาย ของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพินิจพิจารณาตัดสินใจ กระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเองเพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรม ที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตาม ผลงานของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองนั้น บุคคลจะตั้งคำถามว่าตนจะดำเนินการอย่างไร เพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ตามที่ได้เลือกจะกระทำอย่างไรบ้างต้องการแหล่งประโยชน์ อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่และจะต้อง กระทำ นานเท่าใด การที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไร ว่ากระทำถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือ มีใครจะช่วยได้บ้าง

แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้น จะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึง เป้าประสงค์ของการกระทำ การที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อดำรงการรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติ ได้บุคคลจะกระทำได้ โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

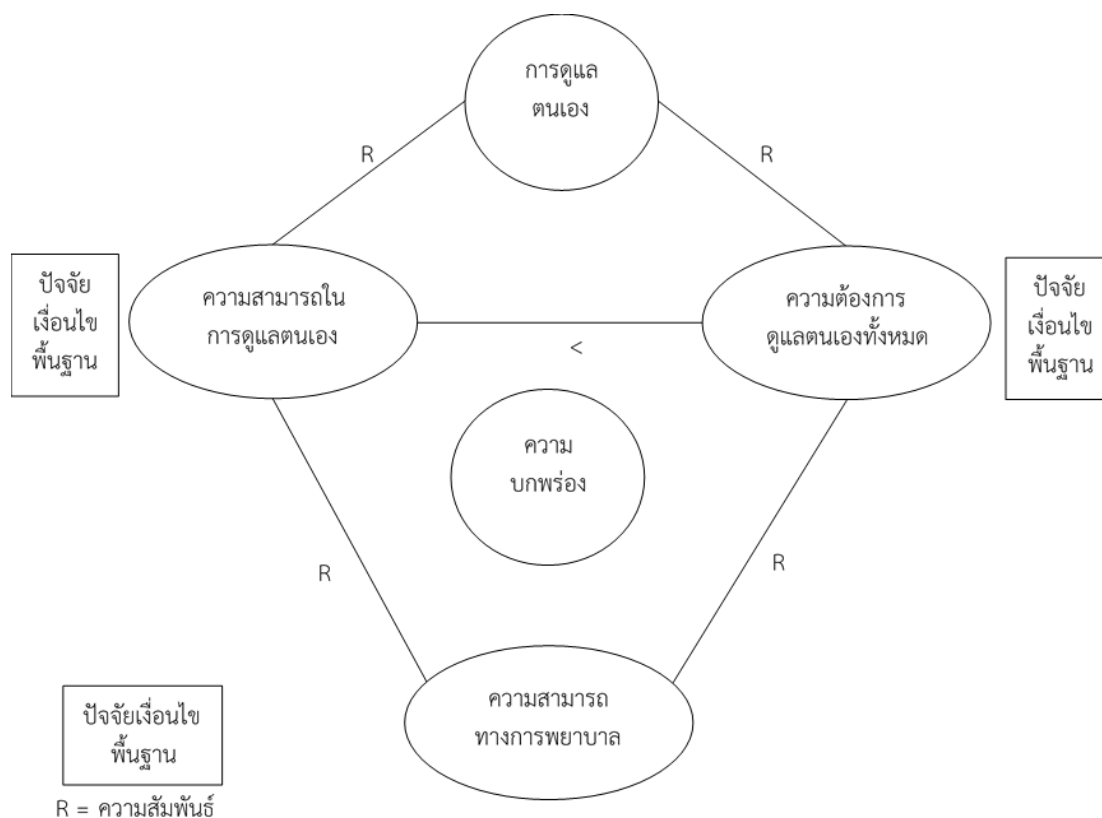
การที่พยาบาลมีความเข้าใจในแนวคิดของการดูแลตนเอง ว่าเป็นการกระทำของบุคคล ที่จริงจังและมีเป้าหมาย (Deliberate Action และ Goal Oriented) จะช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคล ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง พยาบาลจะต้องช่วยให้บุคคล มีความรู้ความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ ต้องแน่ใจ ว่าผู้รับบริการพยาบาลได้รับข้อมูล ที่เพียงพอและเหมาะสมที่จะช่วยให้เขาได้พิจารณาตัดสินใจ ที่จะกระทำการดูแลตนเองตามที่ต้องการทราบวัตถุประสงค์ของการกระทำ ตลอดจนการสังเกตและ ประเมินผลถึงประสิทธิภาพของการกระทำการดูแลตนเองตามที่ได้เลือกนั้น

จะเห็นว่าแนวคิดเรื่องการดูแลตนเองของโอเร็มนั้น สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎี ทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์กล่าวคือ การดูแลตนเองหรือการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาเป็นกิจกรรม ที่บุคคลกระทำตามการรับรู้และการให้ความหมายของการกระทำนั้นต่อตนเองหรือต่อบุคคลที่ต้องการ การพึ่งพาอย่างใดก็ตาม ได้ให้ข้อคิดว่าแม้เป้าหมายของการดูแลตนเองของบุคคลที่ต้องการ การพึ่งพาบางอย่าง อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพได้ซึ่งโอเร็มเรียกการดูแลตนเองนั้นว่าเป็น “Nontherapeutic” ดังนั้น การดูแลตนเอง จะเป็น “Therapeutic” (Therapeutic Self-Care) ต่อเมื่อเกิดผลแก่บุคคลดังต่อไปนี้

1. รักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และการทำหน้าที่เป็นไปตามปกติ
2. ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการและการบรรลุนิติภาวะของบุคคลตามศักยภาพ
3. ป้องกัน ควบคุม และรักษากระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ
4. ป้องกันหรือปรับลดความเสี่ยงภาวะไร้สมรรถภาพ
5. ส่งเสริมสวัสดิภาพและความผาสุกของบุคคล

มโนทัศน์หลักของทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ประกอบด้วย 6 มโนทัศน์หลัก ซึ่งเป็นแก่นของทฤษฎี คือ การดูแลตนเอง (Self-Care) ความต้องการการดูแลทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Agency) ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Deficit) และความสามารถทางการพยาบาล (Nursing Agency) และมโนทัศน์ประกอบ คือ ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic Condition Factors) ซึ่งมีมโนทัศน์ทั้งหมดประกอบกันเป็นทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 แสดงโครงสร้างความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ต่างๆ ในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ที่มา : Orem , 1991 : 64

ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม

ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กันคือ

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care)
2. ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care Deficit)
3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing System)

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care)

การดูแลตนเอง หมายถึงการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสุดกิจกรรมการดูแลตนเอง รวมทั้งการมุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหาซึ่งเกี่ยวข้อง

กับปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ และการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของคนแต่ละกลุ่ม ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีความพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากทารกและเด็กอยู่ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง เมื่อความสามารถทางด้านร่างกายและสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัยทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมด ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ (Health State) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคล ได้มีส่วนส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตรอดอยู่มีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี ส่วนการดูแลบุคคลอื่นนั้นหมายถึงการที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่มีส่วนในการส่งเสริมความอยู่รอดสุขภาพและสวัสดิภาพของสมาชิกที่ต้องการการพึ่งพา (dependent member)

1.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites)

เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

- 1) บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติและคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลง
- 2) รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง
- 3) ความปลอดภัยจากการหายใจ การดื่ม การรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

- 1) จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติทั้งการจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม
- 2) จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย
- 3) ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
- 4) ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.1.3 รักษาความสะอาดระหว่างมามีกิจกรรมและการพักผ่อน

- 1) เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม
- 2) รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง
- 3) ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

- 1) คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนา เพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง และสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น
- 2) ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรักความผูกพันกับบุคคลรอบข้างเพื่อจะได้

พึ่งพาซึ่งกันและกัน

3) ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ

- 1) สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น
- 2) จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย
- 3) หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ
- 4) ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of Normalcy)

- 1) พัฒนาและรักษาไว้ซึ่ง อัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง
- 2) ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง
- 3) ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และหน้าที่ของบุคคล

(Health Promotion & Preventions)

4) ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early Detection)

1.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites)

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ ได้แก่ การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต บิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

1.2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอดในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

1.2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาอารมณ์เครียดต่อผลที่เกิดจาก

- 1) การขาดการศึกษา
- 2) ปัญหาการปรับตัวทางสังคม
- 3) การสูญเสียญาติมิตร
- 4) ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และความพิการ
- 5) การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต
- 6) ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เป็นเรื่องที่สำคัญมาก ในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคมและเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับเด็กวัยรุ่นเพื่อป้องกันสิ่งเสพติดทั้งหลายหรือการถูกนำไปใช้ประโยชน์ทางเพศซึ่งจะมีผลเสียต่อพัฒนาการของตนเอง หรือการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ท่ามกลางลักษณะของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

1.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites)

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิดโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติได้แก่ เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็น มีดังนี้

- 1.3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย เป็นต้น
- 1.3.2 รับรู้สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อการพัฒนาการของตนเอง
- 1.3.3 ปฏิบัติตามแผนรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- 1.3.4 รับรู้และสนใจดู ป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค
- 1.3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

1.3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่รู้จักเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเอง ในประเด็นนี้บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกันเพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาผลที่เกิดจากพยาธิสภาพการวินิจฉัยและการรักษาต่อการพัฒนาการของตนเอง

การที่พยาบาลจะเข้าใจและตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพได้นั้นจะต้องมีพื้นฐานของความรู้ทางด้านการแพทย์และพยาธิสรีรภาพต่างๆ รวมทั้งทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ การตอบสนองของบุคคลต่อความเครียด ตลอดจนเทคโนโลยีต่างๆ เป็นอย่างดีและจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้รับผิชอบผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยเพื่อเขาจะได้พึ่งพาตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

จะเห็นว่าความสามารถของพยาบาลในการพิจารณาตัดสินความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นสิ่งจำเป็นเพราะความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดเป็นเกณฑ์ในการประเมินว่า ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมใดได้ด้วยตนเอง

กิจกรรมใดที่ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล ได้แก่ การเตรียมของใช้ เช่น ขวดหรือแก้วตวงสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลอาจไม่สามารถกระทำได้ พยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลควรจะเป็นผู้กระทำทดแทน การพิจารณาถึงกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งหมดรวมกับความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่จะกระทำกิจกรรมนั้นๆ แม้ว่าจะดูเหมือนมีรายละเอียดมากแต่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติ เพราะจะช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอย่างเฉพาะเจาะจง และช่วยให้พยาบาลสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างจริงจังในกิจกรรมที่เขาสามารถจะกระทำได้ และแก้ความเข้าใจผิดที่ว่า การดูแลตนเองเป็นการผลักภาระให้ผู้ป่วยหรือญาติดูแลตนเอง ดูแลกันเองหรือช่วยเหลือตนเอง แต่เป็นการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและญาติให้สามารถดูแลและพึ่งพาตนเองได้ตามศักยภาพ โดยพยาบาลจะต้องใช้สัมพันธภาพกับผู้รับบริการ

2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit)

ความพร้อมในการดูแลตนเองเกิดขึ้นเมื่อความสามารถไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้นหรือทำนายได้ว่าจะไม่เพียงพอในอนาคต หรือความสามารถของผู้รับผิดชอบที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล ผู้ต้องการการพึ่งพาไม่เพียงพอ ดังนั้นบุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล แนวคิดในเรื่องทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง จึงมีความสำคัญกับพยาบาลเป็นอย่างมาก เนื่องจากพยาบาลต้องปฏิบัติงานอยู่กับบุคคลที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต และการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอันเกิดจากความเจ็บป่วย เด็ก หรือผู้สูงอายุ ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีข้อจำกัดหรือมีความพร้อมในการดูแลตนเอง พยาบาลจะต้องกระทำกิจกรรมการดูแลแทนผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในขณะนั้น และในขณะเดียวกันจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองหรือช่วยให้ญาติได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ถ้าหากว่าเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด การที่จะเข้าใจแนวคิดของความพร้อมในการดูแลตนเองได้นั้น จำเป็นต้องเข้าใจแนวคิดของความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency)

3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing System)

ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing Agency)

เป็นความสามารถที่ได้มาจากการศึกษาฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล เป็นความสามารถที่จะช่วยให้พยาบาลได้วินิจฉัยความต้องการการดูแลและจัดระบบการดูแลในผู้ป่วยที่มีความพร้อม หรือมีโอกาสจะเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง แนวคิดทางการพยาบาลเปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่จะต่างกันตรงที่ความสามารถทางการพยาบาลจะมุ่งให้การดูแลบุคคลอื่นที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาล

คือระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาลเพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการ ระบบการพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการการดูแล และลงมือกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลรวมทั้งปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการดูแลตนเอง หรือการปรับปรุงการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้รับผิดชอบในการสนองต่อความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องการพึ่งพาระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

ตามแนวคิดของโอเร็มนั้นการปฏิบัติการพยาบาลต้องอาศัยระบบย่อย 3 ระบบ คือ ระบบทางสังคม (Social System) ระบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal System) และระบบวิชาชีพและการปฏิบัติทางเทคนิค (Professional Technological System) ระบบทางสังคมจะเป็นตัวกำหนดให้พยาบาลกับผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมาพบกัน โดยที่ผู้รับบริการมีภาวะความพร้อมในการดูแลตนเอง และระบบทางสังคมจะกำหนดให้มีวิชาชีพการพยาบาลต่างๆ การใช้กระบวนการพยาบาล รวมทั้งการมีศีลธรรมและจริยธรรมของวิชาชีพ ส่วนระบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะช่วยให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นไปได้ เพื่อการสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ และปรับการใช้หรือพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโอเร็มได้ชี้ให้เห็นว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลเกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ภายใต้ระบบทางสังคม

การแบ่งชนิดของระบบการพยาบาลสามารถแบ่งตามหน่วยที่พยาบาลให้บริการ (Unit of Service) หรือตามชนิดของการดูแล ดังนี้

1. การแบ่งตามหน่วยที่พยาบาลให้บริการ (Unit of Service) ได้แก่

- 1.1 บุคคลแต่ละคน (Individual)
- 1.2 กลุ่มบุคคล (Multiperson Unit) ได้แก่ ชุมชนหรือกลุ่มที่ทำงานอยู่ด้วยกัน
- 1.3 ครอบครัวหรือบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกัน (Family) หรือกลุ่มที่ทำงานอยู่ด้วยกัน

2. การแบ่งตามชนิดของการดูแล

อาศัยเกณฑ์ของความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ (Control of Movement and Manipulation) ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบ คือ

2.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory Nursing System) จะใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่ต้องอาศัยตนเองเป็นผู้ชี้แนะหรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวได้ ระบบพยาบาลชนิดนี้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหรือบุคคลประเภทต่อไปนี้

2.1.1 ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่กระทำอย่างจงใจ (Deliberate Action) ไม่ว่ารูปแบบใดๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยที่หมดสติหรือผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือท่าทางของตนเองได้

2.1.2 ผู้ที่รับรู้และอาจจะสามารถสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล แต่ไม่ควรจะเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใดๆ ทั้งสิ้น

2.1.3 ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเองไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง แม้ว่าบุคคลนั้นจะสามารถเคลื่อนไหวไปไหนมาไหนได้ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตอย่างรุนแรง

ในระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด พยาบาลมีบทบาทดังต่อไปนี้คือ

1. สนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย
2. ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง
3. ช่วยประคับประคองและปกป้องผู้ป่วย

2.2 ระบบทดแทนบางส่วน (Party Compensatory Nursing System) ในระบบนี้ผู้ป่วยกับพยาบาลร่วมกันรับผิดชอบในการตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย การช่วยเหลือขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย พยาบาลอาจตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วย อาจจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) ส่วนพยาบาลอาจจะช่วยผู้ป่วยสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นซึ่งเกิดจากปัญหาสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites)

สำหรับลักษณะของผู้ป่วยที่ควรจะได้รับ การดูแลในระบบทดแทนบางส่วน มีดังนี้

1. ต้องกำจัดการเคลื่อนไหวจากโรคหรือการรักษาของแพทย์
2. ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น
3. ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง

กิจกรรมของพยาบาลในระบบนี้ได้แก่

1. ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง

2. ชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยที่จะดูแลตนเอง

3. ช่วยผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยต้องการ

ส่วนกิจกรรมของผู้ป่วยมีดังนี้

1. ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง
2. ปรับความสามารถในการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้น
3. ยอมรับความช่วยเหลือจากพยาบาล

3. ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System)

ในระบบนี้ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและการกระทำการดูแลตนเองผู้ป่วยจะได้รับการสอนแนะนำและสนับสนุนจากพยาบาล การสอนจะต้องรวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยด้วย ส่วนพยาบาลนอกจากจะสอนและแนะนำแล้วยังต้องคอยกระตุ้นและให้กำลังใจให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง

วิธีการให้ความช่วยเหลือ

วิธีการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลโดยทั่วไปซึ่งอาจจะใช้ได้สำหรับทุกวิชาชีพ เช่น ครู ผู้นำชุมชน เป็นต้น ไม่ได้เฉพาะเจาะจงสำหรับพยาบาล แต่พยาบาลให้ความช่วยเหลือในส่วนที่บุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ วิธีการให้ความช่วยเหลือมี 5 วิธี คือ

1. การกระทำให้หรือกระทำแทน (Acting for or Doing for)
2. การชี้แนะ (Guiding Another)
3. การสนับสนุน (Supporting Another)
4. การสอน (Teaching)
5. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคล ได้พัฒนาความสามารถที่จะสนอง

ต่อความต้องการดูแลตนเอง

1. การกระทำให้หรือกระทำแทน (Acting for or Doing for)

เป็นวิธีการช่วยเหลือที่พยาบาลสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยซึ่งถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวจะต้องบอกให้ผู้ป่วยทราบและต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยด้วย พยาบาลจะต้องช่วยผู้ป่วยในการหาข้อมูลตัดสินใจและวางแผนการกระทำและบอกผู้ป่วยว่าจะต้องทำอะไรบ้าง ผลที่คาดหวังคืออะไร และผู้ป่วยต้องรายงานอะไรบ้างแก่พยาบาล ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวและไม่สามารถที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจได้ พยาบาลต้องคอยปกป้องสิทธิของผู้ป่วยด้วยการกระทำให้หรือกระทำแทน อาจจะไม่เหมาะสมที่จะใช้ในการปรับพฤติกรรมบางอย่างของผู้ป่วย เช่น การงดสูบบุหรี่หรือการผ่อนคลายความเครียด แต่อาจจะเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหนักหรืออยู่ในภาวะวิกฤตหรือผู้ป่วยสูญเสียความสามารถทั้งทางด้านร่างกายและความรู้สึก นึกคิด หรือวิธีการดูแลตนเองนั้นยุ่งยากซับซ้อนต้องใช้เทคโนโลยีและเทคนิคเฉพาะ วิธีการกระทำให้หรือกระทำแทนนี้ยังมีความจำเป็นในทารกหรือเด็กเล็กแต่ควรจะใช้วิธีอื่นทดแทนเมื่อเด็กหรือผู้ป่วยพร้อมที่จะดูแลตนเองได้

2. การชี้แนะ (Guiding Another)

การชี้แนะเป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสม ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถตัดสินใจเลือกได้ เช่น สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำและการตรวจตรา พยาบาลและผู้รับการช่วยเหลือจะต้องติดต่อซึ่งกัน และกัน พยาบาลมักจะใช้วิธีการชี้แนะร่วมกับวิธีการสนับสนุน

3. การสนับสนุน (Supporting Another)

เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียดมีความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานจากโรคหรือเหตุการณ์ที่ประสบสามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตรอดอยู่โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการของตนเองหรือเป็นอุปสรรคน้อยที่สุด เช่น พยาบาลอยู่กับผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยเพิ่งหัดเดินเป็นครั้งแรกหลังจากป่วยหนักมาเป็นเวลานาน การที่พยาบาลอยู่ด้วยและพูดให้กำลังใจมีความสำคัญไม่น้อยกว่าการช่วยให้ผู้ป่วยลุกเดิน การสนับสนุนอาจเป็นคำพูดหรือกิริยาท่าทางของพยาบาล เช่น วิธีการมอง การสัมผัส หรือการช่วยทางด้านร่างกาย พยาบาลต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล ผู้ป่วยบางคนอาจต้องการการสนับสนุนทางร่างกายเช่น การช่วยเหลือในการลุกเดินและคำพูดที่กระตุ้นให้กำลังใจ การสนับสนุนทั้งร่างกายและอารมณ์จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วย มีกำลังใจและแรงจูงใจที่จะริเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง บิดา มารดา ครู นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลมักจะใช้วิธีนี้บ่อยและใช้กันมากในการดูแลเด็กที่อยู่ระหว่างเปลี่ยนวัย การสนับสนุนยังรวมถึงการให้วัตถุสิ่งของซึ่งแม้จะไม่ใช่วินิจฉัยของพยาบาลโดยตรง แต่พยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในสิ่งเหล่านี้จากนักสังคมสงเคราะห์ในสถาบันหรือมูลนิธิต่างๆ ถ้ามีความจำเป็นการสนับสนุนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถที่จะดูแลตนเองได้

4. การสอน (Teaching)

วิธีนี้เหมาะสมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการและเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การสอนผู้ป่วยหรือผู้รับบริการให้ได้ผลนั้นต้องอาศัยความเข้าใจในธรรมชาติและลักษณะของบุคคล การสอนโดยถือว่าหลักกว่าพยาบาลหรือแพทย์เป็นผู้มีอำนาจเปรียบประดุจ บิดา มารดา หรือครูของผู้ป่วยจะเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง เพราะเป็นการสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาแพทย์ พยาบาลและผู้ป่วยอาจรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนเองในผู้ป่วยผู้ใหญ่อาจสูญเสียความนับถือจากสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นการสอนผู้ป่วยจึงต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรีและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนในการรู้จักควบคุมตนเองในบางครั้งปัญหาจะเกิดขึ้น ถ้าทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วยแตกต่างไปจากพยาบาล แต่พยาบาลต้องระลึกไว้เสมอว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่จะต้องตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้าน ผู้ป่วยหรือญาติอาจจะเลือกกระทำตามความรู้ความเข้าใจและการให้ความหมายต่อปัญหาและความเจ็บป่วยของเขา พยาบาลจะต้องประเมินในสิ่งเหล่านี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสอนและให้คำปรึกษา

หลักในการสอนผู้ป่วยมีดังนี้

- 1) สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ บุคคลโดยเฉพาะผู้ใหญ่มักจะเรียนรู้การดูแลตนเองในบางอย่างมาแล้ว และรู้จักวิถีชีวิตของตนเองดีพอ พยาบาลอาจต้องการให้ผู้ผู้ป่วยเรียนรู้ความต้องการการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากโรคหรือการรักษาที่ได้รับ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับบ้าน การสอนจึงอาจเริ่มด้วยสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ หรือผู้ป่วยบางคนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อการผ่าตัดหรือรักษาทางยา พยาบาลต้องถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายพยาบาลสนใจในทุกข์สุขของตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและนับถือในตัวพยาบาล ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น

- 2) เนื้อหาที่สอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม การเรียนรู้เป็นกิจกรรมที่ต้องการดัดแปลง

หรือเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและการกระทำ เพราะฉะนั้นประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมาย และวางแผนดำเนินการสอนเพื่อเสริมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้มากขึ้น

3) ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้ ถ้าผู้ป่วยอ่อนเพลียจากการได้รับยากล่อมประสาท มีไข้สูง เสียความสมดุลของอิเล็กโตรลัยท์ ภาวะเครียดที่มากเกินไป มีความวิตกกังวลสูง ซึมเศร้า หรือสูญเสียความหวัง ย่อมมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ ถ้าจำเป็นต้องสอนผู้ป่วยในขณะนี้จะต้องสอนให้ชัดเจนอย่างเฉพาะเจาะจงและใช้เวลาเพียงสั้นๆ และจะต้องจัดประสบการณ์กิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาเพียงพอที่จะเรียนรู้ พยาบาลควรสอน แนะนำ และเอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยได้เผชิญกับปัญหาและจัดการกับอารมณ์ของตนเองในทางที่ถูกต้อง

ในบางสถานการณ์ผู้ป่วยอาการหนักจนเกินกว่าที่จะเรียนรู้ ได้แก่ ผู้ป่วยหมดสติ ช็อค หรือภาวะการหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลันซึ่งได้รับการพยาบาลในระบบทดแทนทั้งหมด พยาบาลจะเป็นผู้ตัดสินใจให้ผู้ป่วยในเรื่องการสนองตอบต่อความต้องการการดูแล แต่เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นอยู่ในระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน ผู้ป่วยและพยาบาลจะต้องตัดสินใจร่วมกันในการเรียนรู้ การดูแลตนเอง และพยาบาลควรนำญาติเข้ามามีส่วนในการเรียนรู้เสมอ โดยเฉพาะเมื่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่สามารถพัฒนาให้ถึงระดับที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

4) การเรียนรู้จะเพิ่มมากขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ การให้ผู้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนการสอนซึ่งกระทำได้โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล หรือระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสสัมผัสฝึกหัดการกระทำต่างๆ ในการดูแลตนเองและควรให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้รับผิดชอบได้ริเริ่มและมีส่วนร่วมเมื่อพยาบาลกระทำกิจกรรมนั้นๆ ให้กับผู้ป่วย เช่น การฉีดยาอินซูลิน การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น

ในกระบวนการเรียนการสอนผู้ป่วยนั้นต้องรวมกิจกรรมการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องกระทำเมื่อออกจากโรงพยาบาล พยาบาลไม่เพียงแต่สอนหลักการให้ผู้ผู้ป่วยแต่จะต้องให้ผู้ผู้ป่วยทราบว่าต้องทำอะไร ให้โอกาสผู้ป่วยได้ฝึกและเรียนรู้จากความผิดพลาดว่าผิดตรงไหน เพราะเหตุใดการลองผิดลองถูกในสิ่งที่ไม่เกิดอันตรายจะเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเรียนรู้และจำได้แม่นยำมากขึ้น

5) การประเมินโดยการถามผู้ป่วยจะช่วยผู้ป่วยในการเรียนรู้ และปรับตัวพฤติกรรม พยาบาลต้องประเมินถึงความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายของการเรียนรู้ ให้คำชมและให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้และกระทำการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะกระทำกิจกรรมนั้นๆ ได้ดีขึ้น

ในกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำไม่ได้ถูกต้อง พยาบาลจะต้องชี้แจงและแก้ไขแต่พยายามหลีกเลี่ยงไม่ตำหนิหรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นคำสั่งหรือถูกทำโทษ การเรียนการสอนต้องการความไว้วางใจและความเป็นมิตรซึ่งจะเพิ่มขึ้นได้จากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และพยาบาลที่เข้าใจและเอาใจใส่ผู้ป่วย มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะไว้วางใจอยู่แล้ว การรู้จักดีเพื่อก่อ ชมเชยเมื่อผู้ป่วยกระทำสำเร็จจะช่วยเพิ่มการเรียนรู้อย่างมาก

6) เนื้อหาและวิธีการสอนจะต้องปรับความเข้าใจกับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งแตกต่างกัน ระดับการศึกษาของผู้ป่วยไม่ใช่เป็นปัจจัยเดียวที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเรียนรู้ พยาบาลต้องคอยสังเกตและถุกคิด ถ้าผู้ป่วยไม่เคยตั้งคำถามไม่ว่าพยาบาลจะสอน แนะนำ

หรือทำอะไรให้ ผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจอะไรเลยหรือไม่ยอมรับก็ได้ จึงต้องประเมินความเข้าใจและการยอมรับของผู้ป่วย

7) การมีสิ่งรบกวนในหอผู้ป่วยหรือคลินิกตรวจผู้ป่วยจะขัดขวางต่อกระบวนการเรียนรู้พยาบาลต้องจัดการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้ส่งเสริมการเรียนรู้ ต้องมีห้องหรือกั้นม่านให้เป็นสัดส่วนเมื่อทำการสอนผู้ป่วย

8) สัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน ดังได้กล่าวมาแล้วว่าความไว้วางใจในตัวพยาบาลและความเป็นมิตรจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการเรียนรู้ของผู้ป่วย การเกิดความไว้วางใจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสารด้วยเหตุนี้บุคคลที่จะสอนผู้ป่วยได้ดีที่สุดคือ บุคคลที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ทุกวันหรือดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่วนผู้ที่ไม่เคยรู้จักกับผู้ป่วยมาก่อน เช่น ผู้ตรวจการหรืออาจารย์พยาบาลอาจต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยไว้วางใจจึงจะสอนผู้ป่วยได้ดี

แม้ว่าการใช้สื่อการสอน เช่น สไลด์ เทป หรือวีดิทัศน์ (Video Tape) จะช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้แต่การใช้มากเกินไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความเครียดสูงจากโรคและปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย มีความวิตกกังวลหรือซึมเศร้ามากต้องการสัมพันธภาพที่อบอุ่นจากพยาบาลในการเรียนรู้ซึ่งจะหาไม่ได้จากการใช้สื่อการสอน

9) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้ถึงคุณค่าของตนเอง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ ปัญหาการสอนผู้ป่วยที่มักจะพบอยู่เสมอ คือผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจที่จะเรียนรู้เหมือนกับพยาบาลที่ตั้งใจสอนวิธีการที่จะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย คือการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของเขาเอง พยาบาลกับผู้ป่วยมีการติดต่อวางแผนเป้าหมายและเลือกวิธีการดูแลร่วมกัน

ดังจะเห็นได้ว่าที่ผู้ป่วยได้รับการสอน ในลักษณะที่พยาบาลให้เกียรติและยอมรับผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคลซึ่งอาจมีทัศนคติและความเชื่อแตกต่างไปจากพยาบาล การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการดูแลตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และในโรคเรื้อรังจะช่วยลดจำนวนครั้งที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งจะมีผลต่อทั้งเศรษฐกิจของผู้ป่วยและของประเทศชาติ และช่วยให้ผู้รับบริการ มีเจตคติที่ดีต่อสถาบันและระบบบริการสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างระบบการพยาบาลกับวิธีการช่วยเหลือ

ผู้ป่วยที่ต้องการระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมดหรือทดแทนบางส่วนอาจต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในทั้ง 5 วิธี ส่วนในระบบการให้ความรู้และสนับสนุน วิธีการช่วยเหลือของพยาบาลมักจะเป็นการสอน การชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อม มักจะไม่ใช้วิธีการช่วยเหลือชนิดกระทำให้หรือกระทำทดแทน

สำหรับสัมพันธภาพของการช่วยเหลือระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลนั้นเป็นการช่วยเหลือทางเดียว คือ พยาบาลช่วยผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (Unilateral) มีระบบระเบียบและจำกัดด้วยเวลาโดยพยาบาลใช้ความสามารถเพื่อปรับระบบการพยาบาลในการวิจัย กำหนดออกแบบ จัดกระทำและกำกับเพื่อช่วยเหลือบุคคลผู้ซึ่งมีความพร้อมในการดูแลตนเองให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการดูแลตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้

ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors)

ปัจจัยพื้นฐานนับเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการ การดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุผล (Causal Relationship) แต่เป็นการอธิบายว่าการพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจะต้องคำนึงถึง

ปัจจัยพื้นฐาน ดังนี้

1. อายุ เพศ และระยะพัฒนาการ การประเมินปัจจัยทั้งสามอย่างนี้จะช่วยให้พยาบาลได้ทราบถึง ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการ

2. ระยะการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น เด็กเล็กๆ อาจจะยังไม่พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง หรือผู้สูงอายุความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง เป็นต้น ศักยภาพในการริเริ่มหรือกระทำอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

3. สภาพที่อยู่อาศัย ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพที่อยู่อาศัยจะช่วยให้พยาบาลรู้จักปรับวิธีการที่สนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยเบาหวานต้องฉีดอินซูลินให้ตนเองที่อาศัยอยู่ในแหล่งชุมชนแออัดควรจะปรับวิธีการฉีดยาตนเองอย่างไรให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อและโรคแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งวิธีการอาจแตกต่างไปจากผู้ป่วยที่มีฐานะดีอาศัยอยู่ในบ้านที่มีเครื่องอำนวยความสะดวกในการฉีดยาในตนเอง

4. ระบบครอบครัว สังคม ประเพณี และแบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้ในการประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง หรือความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวและจะช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย นอกจากนั้นอาจใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจแหล่งประโยชน์ทั้งเงินและเวลาในการจัดระบบการดูแลตนเองและเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการเลือกวิธีการช่วยเหลือและจัดระบบการพยาบาล

กล่าวโดยสรุปทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเร็ม ได้เน้นการปฏิบัติการพยาบาลในโลกของความเป็นจริงทางการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย 3 ทฤษฎีการพยาบาล จุดเด่นของทฤษฎีก็คือการให้ขอบเขตและเป้าหมายของวิชาชีพการพยาบาลที่ชัดเจน คือพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองโดยการพัฒนาความสามารถของบุคคลหรือครอบครัวในการดูแลและพึ่งพาตนเองตามศักยภาพที่ผู้ป่วยและญาติจะสามารถกระทำได้ และกระทำการดูแลทดแทนทั้งหมดในขณะที่ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถกระทำได้

บทที่ 4

กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนำวุ้นลูกตา ใส่เลนส์แก้วตาเทียมด้วยวิธีเย็บติดกับตาขาวโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

การรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 88 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สถานภาพคู่ อาศัยอยู่กับสามี มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร สารเคมี มารับการรักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัย วันที่ 23 มกราคม 2566 ที่หน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุเพื่อเตรียมผ่าตัด Pars Plana Vitrectomy +Scleral Fixation with Intra Ocular Lens LE วันที่ 24 มกราคม 2566 จึงรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 23 มกราคม 2566 ที่หอผู้ป่วยโรคทั่วไปและพิเศษ การวินิจฉัยโรค Aphakia LE

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง

2.1 ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors)

2.1.1 ข้อมูลระบบครอบครัว

ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดสมุทรปราการ อาศัยอยู่กับสามีเป็นโรคสมองเสื่อม มีบุตรทั้งหมด 2 คน บุตรชายและบุตรสาวมีครอบครัวแยกอาศัยอยู่คนละบ้าน ความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี

2.1.2 แหล่งประโยชน์ของครอบครัว

บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อยามเจ็บป่วยคือบุตรชายและสะใภ้ ผู้ป่วยมีสิทธิหลักประกันสุขภาพโรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ

2.1.3 ฐานะทางเศรษฐกิจรวมกับแหล่งประโยชน์

ผู้ป่วยได้รับการสงเคราะห์เป็นเงินผู้สูงอายุจำนวน 800 บาทต่อเดือน ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย มีบุตรให้เงินช่วยเหลือเพิ่มเติม

2.1.4 สังคม วัฒนธรรม

ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ในบ้านกับสามี และเป็นผู้ดูแลสามีที่มีโรคสมองเสื่อมสิ่งที่ยึดเหนี่ยวขณะเจ็บป่วยคือ การสวดมนต์ ทำบุญใส่บาตร มีความเชื่อเกี่ยวกับบุญกรรมและเชื่อว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกี่ยวกับกรรม

2.1.5 ประสบการณ์สำคัญในชีวิต และประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว

ไม่เคยมีประวัติเจ็บป่วยร้ายแรง ครอบครัวไม่เจ็บป่วยร้ายแรง

2.1.6 แบบแผนการดำเนินชีวิต

กิจวัตรประจำวันตื่นนอนเวลา 05.00 น. รับประทานอาหารเช้าประมาณ 07.00 น. โดยเป็นผู้ประกอบอาหารแต่ละมื้อ รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ชอบรับประทานอาหารรสหวาน ดูแลสามีที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม ผู้ป่วยทำความสะอาดบ้านเอง ปลูกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้ และจะเข้านอนเวลาประมาณ 20.00 น. เวลานอนจะนอนหลับๆ ตื่นๆ ไม่ใช้ยานอนหลับ ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่

2.1.7 ภาวะสุขภาพ

ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลโดยการซักประวัติจากผู้ป่วยและแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ดังนี้

อาการสำคัญ

ตาซ้ายมองไม่เห็น 4 เดือน นัดผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมข้างซ้าย วันที่ 24 มกราคม 2566

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 ปีก่อน ตามัว 2 ข้าง ทำผ่าตัด Phacoemulsification Anterior Vitrectomy with leave aphakia LE วันที่ 29 กันยายน 2565 มาตรวจตามนัดต่อเนื่อง ตาซ้ายมองไม่เห็น 4 เดือน นัดทำ Pars Plana Vitrectomy + Scleral Fixation with Intra Ocular Lens LE วันที่ 24 มกราคม 2566

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง เป็นมา 10 ปี รักษาที่โรงพยาบาลบางจาก รับประทานยาสม่ำเสมอ

ประวัติการแพ้ยา/แพ้อาหาร/สารเคมี

ปฏิเสธการแพ้ยา/อาหารและสารเคมี

ประวัติครอบครัว

ผู้ป่วยมีญาติพี่น้อง แต่เสียชีวิตจากโรคซหามาหมดทุกคน ปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัว ด้วยโรคติดต่อเรื้อรังหรือโรคทางพันธุกรรม บิดา มารดาเสียชีวิตแล้ว มีบุตรทั้งหมด 2 คน ได้แก่ บุตรชาย และบุตรสาวอาศัยอยู่คนละบ้าน ปัจจุบันอาศัยอยู่กับสามี ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านราบรื่นดี

แบบแผนการดำเนินชีวิต

การรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ : รับประทานอาหารอ่อน ชอบอาหารรสหวาน
ครบ 3 มื้อ ดื่มน้ำวันละประมาณ 1,000 มิลลิลิตร/วัน

การขับถ่ายอุจจาระ : วันละ 1 ครั้ง

การขับถ่ายปัสสาวะ : สีเหลืองใส ไม่มีแสบขัด ปัสสาวะได้ปกติ

การทำความสะอาดร่างกาย : อาบน้ำด้วยตนเองวันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็น

การพักผ่อน : นอนหลับกลางคืนวันละ 8-9 ชั่วโมง ไม่มีนอนกลางวัน

การออกกำลังกาย : ไม่ได้ออกกำลังกาย

การดูแลตนเองเมื่ออยู่บ้าน : เวลาอยู่ที่บ้านสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง
เช่น ทำอาหาร รับประทานอาหาร ชักเสื้อผ้า
ทำงานบ้าน

การดูแลเมื่อเจ็บป่วย : รับการรักษาที่โรงพยาบาลบางจาก

การติดสิ่งเสพติด บุหรี่ : ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่ติดสารเสพติดใดๆ

การประเมินด้านจิตใจ

มีมนุษยสัมพันธ์ดี พุดจาไพเราะ มีจิตใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

การรับรู้ต่อภาวะเจ็บป่วย

มีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามถึงโรคที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยบอกว่ากลัวมองไม่เห็นเพราะต้องดูแลสามี ที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม

ลักษณะที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อม

บ้านพักอาศัยอยู่ในเขตชุมชน เป็นบ้านปูนชั้นเดียว มีพื้นที่ มีต้นไม้รอบบ้าน แสงแดด ถ่ายเทอากาศดี

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

สภาพร่างกายทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 88 ปี สถานภาพคู่ รูปร่างสมส่วน ผิวขาว ผมสั้นสีดำสลับผมสีขาว เชื้อชาติไทย พุดจาไพบราละ รูปร่างท้วมเล็กน้อย ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาศัยอยู่กับสามี มีอาการตามัว 2 ข้าง 1 ปีที่แล้วเคยได้รับการผ่าตัดต้อกระจกตาขวาที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ มีความวิตกกังวล พุดถึงโรคที่เป็นอยู่ กล้ามองไม่เห็น สัญญาณชีพแรกเริ่ม ความดันโลหิต 144/85 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 61 ครั้งต่อนาที การหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อุนหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยสูง 150 เซนติเมตร น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ช่วยเหลือตนเองได้

การซักประวัติและการตรวจร่างกายตามระบบ

การตรวจร่างกายระบบต่างๆ	ข้อมูลผลการตรวจ
ทางชีวภาพ	อุนหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 61 ครั้งต่อนาที ฟังได้ชัด เต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ ความดันโลหิต 144/85 มิลลิเมตรปรอท ส่วนสูง 150 เซนติเมตร น้ำหนัก 55 กิโลกรัม BMI = 24.4
สภาพร่างกาย	รูปร่างท้วมเล็กน้อย ผิวขาว มีสีหน้าวิตกกังวลเล็กน้อย ช่วยเหลือตัวเองได้ดี
ศีรษะและใบหน้า	รูปร่างศีรษะและใบหน้าสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุ บริเวณศีรษะ ผมดำสลับผมหงอก ตัดผมสั้น ไม่มีแผล
ตา	ตาทั้ง 2 ข้างมัว มองไม่ชัด มองเห็นเป็นหมอก ค่าระดับสายตาสายตาข้างขวา 20/100 PH NI ข้างซ้าย 20/400 PH 20/160 ค่าความดันลูกตาข้างขวา 12 มิลลิเมตรปรอท ข้างซ้าย 9 มิลลิเมตรปรอท ตาไม่แดง ไม่มีอาการเคืองตาหรือน้ำตาไหล
หู	มีอาการหูตึง ใบหูสองข้างมีลักษณะปกติ สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง
คอ	คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต ไม่มีอาการคอแข็ง เสียงไม่แหบ ไม่มีอาการกลืนลำบาก ไม่มีก้อนที่คอ
ริมฝีปาก	ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย ไม่ซีด
ฟัน	ใส่ฟันปลอมทั้งปาก ไม่มีเหงือกบวม อักเสบ
จิตใจและอารมณ์	มีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น กล้ามองไม่เห็น ไม่มีผู้ดูแล
ผิวหนัง	ผิวหนังไม่มีผื่นคัน หรือลักษณะรอยโรคทางผิวหนัง ผิวแห้ง ความตึงผิวน้อย มีรอยตกกระ ตามวัย
เล็บ	เล็บมือและเท้า ตัดสั้น สะอาด
ระบบทางเดินหายใจส่วนบน	ไม่พบเยื่อจมูกบวมแดง จมูกไม่ยุบ ไม่บิดเบี้ยว ไม่มีน้ำมูก หายใจทรวงอกขยายเท่ากันทั้ง 2 ข้าง
ระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง	ไม่มีเสียงแหบ กล้องเสียงและหลอดลมไม่มีอาการผิดปกติ ฟังปอดเท่ากันทั้งสองข้าง และไม่มีเสียงผิดปกติ

การซักประวัติและการตรวจร่างกายตามระบบ (ต่อ)

การตรวจร่างกายระบบต่างๆ	ข้อมูลผลการตรวจ
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	ไม่มีอาการเหนื่อยหอบหรือเจ็บแน่นหน้าอก อัตราการเต้นของหัวใจ 61 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ ความดันโลหิต 144/85 มิลลิเมตรปรอท ตรวจไม่พบหลอดเลือดดำบริเวณคอโป่งพอง
ระบบทางเดินอาหารและหน้าท้อง	รับประทานอาหารได้เองตามปกติ เคี้ยวอาหารได้ หน้าท้องอ่อนนุ่ม กดไม่เจ็บ คลำไม่พบก้อน ตับและม้ามไม่โต Bowel Sound = 20 ครั้งต่อนาที
ระดับความรู้สึกตัว	รับรู้เวลา สถานที่ สิ่งของ บุคคล ได้ถูกต้องตามความเป็นจริง
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	แขน ขา ทั้ง 2 ข้าง เคลื่อนไหวได้ปกติ กำลังกล้ามเนื้อ ระดับ 5
การรับรู้ความรู้สึก	ไม่มีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า ทั้ง 2 ข้าง
ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์	ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีแสบขัด ไม่มีตะกอน ไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ ไม่มีผื่นและบาดแผลบริเวณอวัยวะเพศ
จิตใจและอารมณ์	มีความกังวลเกี่ยวกับการมองเห็น

2.2 ความสามารถในการใช้พลังส่วนบุคคลเพื่อการดูแลตนเอง (Power Components of Self-Care Agency)

2.2.1 การเอาใจใส่ดูแลตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข

ในระยะแรกที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่อกระจก ผู้ป่วยวิตกกังวลและขาดความรู้ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เมื่อเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นมากขึ้น

2.2.2 การควบคุมและใช้พลังงานของร่างกาย

ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุม และใช้พลังงานของร่างกายที่เหมาะสมกับสถานะของโรคได้

2.2.3 การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย

ผู้ป่วยเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายได้ดี เดินได้ปกติ ไม่มีอาการเดินเซ

2.2.4 การใช้เหตุผล

ผู้ป่วยสามารถบอกเหตุผลในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น การหลีกเลี่ยงน้ำเข้าตา 1 เดือนหลังผ่าตัด

2.2.5 แรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

แรงจูงใจในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ คือ ผู้ป่วยอยากมองเห็น เนื่องจากต้องดูแลสามีที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม

2.2.6 การตัดสินใจ

ผู้ป่วยมีการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม คือ เมื่อมีอาการตามัว มองไม่ชัด ไปพบแพทย์เพื่อทำการรักษาและเมื่อแพทย์ให้ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่ปฏิเสธการรักษา

2.2.7 การเสาะแสวงหา และนำความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยอยากมองเห็นชัดขึ้น ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล ให้ความร่วมมือในการรักษา

2.2.8 การใช้ทักษะในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม และเป็นผู้ดูแลสามีที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม

2.2.9 การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีระบบและต่อเนื่อง

สามารถรับยาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง จากโรงพยาบาล บางจาก อย่างต่อเนื่อง ออกกำลังกายเท่าที่ทำได้ ปลูกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้ ทำงานบ้าน

2.2.10 การจัดลำดับกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังของกิจกรรมที่ควรปฏิบัติได้ โดยผู้ป่วย จะทำกิจวัตรประจำวัน อาบน้ำ ล้างหน้าเสร็จก่อนเวลา 6.30 น. เพื่อเตรียมผ่าตัดตา ให้พยาบาลหยอดยา 0.5% Tetracaine ed LE 1 หยดก่อนขยายม่านตา และ 1% Mydriacyl ed LE q 10 นาที x 3 ครั้ง

2.3 ความสามารถในการดูแลตนเองพื้นฐาน (Foundation capability and disposition)

2.3.1 การรับรู้ (Perception)

ผู้ป่วยตามัว 2 ข้าง ข้างซ้ายมัวมากกว่า ค่าระดับสายตาข้างขวา 20/100 PH NI ข้างซ้าย 20/400 PH 20/160 ค่าความดันลูกตาข้างขวา 12 มิลลิเมตรปรอท ข้างซ้าย 9 มิลลิเมตรปรอท มีอาการหูตึงสามารถตอบคำถามได้โดยไม่ต้องใช้เสียงดัง การได้กลิ่นและการรับรสปกติ สามารถดมกลิ่นอาหารและรับรสอาหารได้ ผู้ป่วยรับรู้สภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ว่าและทราบว่าตนเองเป็นต้อกระจก

2.3.2 ความจำ (Memory)

ผู้ป่วยสามารถจำเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบันได้ เช่น เหตุการณ์ ก่อนมาโรงพยาบาลว่าตนเองมีอาการอย่างไร และสามารถเล่าเรื่องในอดีตได้ทั้งระยะสั้น และระยะยาว

2.3.3 ความสามารถในการเรียนรู้ (Learning Capability)

ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมตัวผ่าตัดตา

2.3.4 ความรู้ความเข้าใจ (Cognition)

ผู้ป่วยสามารถบอกวัน เวลา สถานที่ได้ ทราบว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตและโรคไขมันในเลือดสูง 10 ปี ต้องรับประทานยาสม่ำเสมอ และทราบว่าเป็นต้อกระจกที่ผ่าตัดเอาเลนส์ออกแล้วยังไม่ได้ใส่เลนส์แก้วตาเทียม ต้องเข้ารับการผ่าตัด

2.3.5 ความตั้งใจ และความสนใจ (Attention and Interest)

ผู้ป่วยมีความตั้งใจฟังและสนใจทุกครั้งที่มีการสนทนาทั้งในด้านสุขภาพ และการให้คำแนะนำต่างๆ ตลอดจนมีการโต้ตอบในหัวข้อที่สนทนาตรงประเด็น ชักถามเกี่ยวกับสิ่งที่ข้องใจ โดยเฉพาะข้อมูลทางด้านสุขภาพ

2.3.6 ความตระหนักในสภาวะของตนเอง (Self Awareness)

ผู้ป่วยตระหนักในสภาวะของตนเอง โดยตระหนักว่าเป็นต้อกระจก หากไม่ได้รับการผ่าตัด จะทำให้ตามองไม่เห็น

2.3.7 การยอมรับตนเอง (Self Acceptance)

ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองเป็นต้อกระจกที่ผ่าตัดเอาเลนส์ออกแล้วยังไม่ได้ใส่เลนส์แก้วตาเทียมร่วมกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง

2.3.8 ความเอาใจใส่ต่อตนเอง (Self Concern)

ผู้ป่วยเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองลดลงเนื่องจากสูงอายุ และต้องดูแลสามีที่เป็นโรคสมองเสื่อม

2.3.9 อุปนิสัยส่วนตัว (Habits)

ผู้ป่วยยิ้มแย้มแจ่มใส ชอบพูดคุย

3. ความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self – Care Demand : TSCD)

3.1 ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self – Care Requisite)

3.1.1 อากาศ : การดำรงซึ่งอากาศที่พอเพียง

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีลักษณะหายใจสอเบา อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 61 ครั้งต่อนาที ระดับความอิ่มตัวออกซิเจนในร่างกายเท่ากับ 96 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ฟังเสียงปอดปกติ

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร่องของความต้องการอากาศ มีอากาศที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

3.1.2 อาหารและน้ำ : การดำรงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ

ข้อมูล : ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ปกติวันละ 3 มื้อ ทานอาหารได้ประมาณ 1 จานต่อมื้อ ชอบรับประทานอาหารรสหวาน ไม่ดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่ ปริมาณน้ำที่ดื่มได้ 500-1,000 มิลลิลิตร ต่อวัน ผู้ป่วยมีน้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร

$$\begin{aligned}\text{Ideal Body Weight} &= \text{ส่วนสูง(เซนติเมตร)} - 100 \\ &= 150 - 100 \\ &= 50 \text{ กิโลกรัม}\end{aligned}$$

น้ำหนักของผู้ป่วย 55 กิโลกรัม ซึ่งเกินเกณฑ์ปกติ

สรุป : ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานอาหารและน้ำเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

3.1.3 การขับถ่ายและการระบายของเสีย : คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายของเสีย

ข้อมูล : ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง และปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีแสบขัด ปริมาณ 1,000 – 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน ไม่มีตะกอน ไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร่องในการคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายของเสีย

3.1.4 ความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน : เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด กลัวมองไม่เห็น ทำให้นอนไม่หลับ ส่งผลให้พักผ่อนน้อย

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร่องในการพักผ่อน

3.1.5 ความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น : คงไว้ซึ่งการรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ข้อมูล : ผู้ป่วยเป็นคนร่าเริง ชอบพูดคุย มีน้ำใจกับเพื่อนบ้าน ผู้ป่วยสามารถใช้เวลาอยู่คนเดียวได้และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดี

สรุป : ผู้ป่วยมีความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3.1.6 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต : การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่

และความเป็นอยู่ที่ดี

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีความสนใจที่จะป้องกันอุบัติเหตุในการดำเนินชีวิต เช่น ช่วงกลางคืนจะใส่กางเกงผ้าอ้อมนอน เนื่องจากตามัวมองไม่ชัด กลัวเดินจะหกล้ม

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการป้องกันอันตรายต่อชีวิต

3.2 ความต้องการการดูแลตนเองตามพัฒนาการ

3.2.1 ความต้องการตามพัฒนาการ

ข้อมูล : ในวัยเด็กผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบิดามารดาอย่างดี เรียนหนังสือ จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพคู่ อาศัยอยู่กับสามี ไม่มีปัญหาหนี้สิน

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในความต้องการตามพัฒนาการ

3.2.2 ความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต

ข้อมูล : ในช่วงวัยเด็ก บิดามารดาเลี้ยงดูเหมาะสมตามวัย มีพัฒนาการและการเจริญเติบโตตามปกติ เมื่อตรวจพบโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง พบแพทย์ที่โรงพยาบาลบางจาก รับประทานน้ำตาลสม่ำเสมอและควบคุมอาหารโดยรับประทานอาหารรสจืด

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต

3.3 ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisite)

3.3.1 การแสวงหาบริการสุขภาพ

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีสิทธิหลักประกันสุขภาพที่โรงพยาบาลบางจาก เมื่อเจ็บป่วยจะไปรักษา

สรุป : ผู้ป่วยมีการแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสม ในการดูแลภาวะสุขภาพของตนเอง

3.3.2 การรับรู้ สนใจต่อโรคและผลกระทบของโรคต่อตนเอง

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ตนเองเป็นต่อกระจกที่ผ่าตัดเอาเลนส์ออกแล้ว ยังไม่ได้ใส่เลนส์แก้วตาเทียม ยังไม่ทราบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้น

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในเรื่องการรับรู้และสนใจต่อโรคและผลกระทบของโรคต่อตนเอง

3.3.3 การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูและป้องกันโรค

ข้อมูล : ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ถูกต้อง สนใจในการซักถามข้อสงสัย จากแพทย์และพยาบาล

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษาการฟื้นฟูและป้องกันโรค

3.3.4 การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค

ข้อมูล : ผู้ป่วยทราบว่าตนเป็นต่อกระจกที่ผ่าตัดเอาเลนส์ออกแล้ว ยังไม่ได้ใส่เลนส์แก้วตาเทียม และต้องเข้ารับการผ่าตัด และทราบว่าต้องนอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 2 วัน

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในเรื่องการเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค

3.3.5 การปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์

ข้อมูล : ผู้ป่วยยอมรับในการเจ็บป่วยเพราะคิดว่าเป็นเคราะห์กรรม และคิดว่าเป็นเพราะสูงอายุ ภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำ ทำให้รับเชื้อโรคต่างๆ ได้ง่าย

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์

3.3.6 การยอมรับภาวะสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น

ข้อมูล : ผู้ป่วยทราบว่าป็นต้อกระจกที่ผ่าตัดเอาเลนส์ออกแล้วยังไม่ได้ใส่เลนส์แก้วตาเทียม ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล เนื่องจากกังวลว่าจะมองไม่เห็น

สรุป : ผู้ป่วยมีการยอมรับภาวะสุขภาพและเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น

4. แผนการรักษาของแพทย์

ตารางที่ 1 แสดงแผนการรักษาของแพทย์

วัน เดือน ปี	ORDER FOR ONE DAY	วัน เดือน ปี	ORDER FOR CONTINUOUS
23 ม.ค. 66 14.00 น.	DX. Aphakia LE Admit GW Pre-op PPV+SF-IOL LE 24 ม.ค.66 <u>1. วันก่อนผ่าตัด</u> -ฟอกหน้า ,สระผม Diazepam 5 mg sign 1 tab oral hs #1 <u>2. เข้าวันผ่าตัด</u> -ฟอกหน้าเข้าวันผ่าตัด -ส่ง OR เวลา 10.30 น. Case ที่ 1	23 ม.ค. 66 14.00 น.	Low salt with Diabetic diet Record V/S as usual ถ้า BP $\geq$ 180/100 mmHg รายงานแพทย์ NSS เช็ดตา 120 ml x 3 ขวด Paracetamol 500 mg 2 tab oral prn เวลาปวด #20 <u>Med</u> Glipizide (5) 1x1 oral ac เข้า Atenolol (50) 1x1 oral pc เข้า Losartan (50) 1x1 oral pc เข้า
23 ม.ค. 66 14.00 น. (ต่อ) 23 ม.ค. 66 17.55 น.	-0.5% Tetracaine ed 1 หยด ก่อนขยายม่านตา Stat 10.00 น. -1% Mydriacyl ed LE ทุก 5 นาที จนถึง full dilate (หรือ 5-6 cycles) -Poly -oph ed to LE ทุก 2 hr -hs		
24 ม.ค. 66 12.00 น.	<u>Post-op order</u> -วัด Tension air puff ก่อนพบแพทย์	24 ม.ค. 66 12.00 น.	-Regular diet -Bed rest, record V/S as usual -เช็ดตา, ครอบ Shield OD -Position ปกติ <u>Medications</u> -Vigamox ed LE qid -Inf-oph ed LE qid -Augmentin (1) 1x2 #14

วัน เดือน ปี	ORDER FOR ONE DAY	วัน เดือน ปี	ORDER FOR CONTINUOUS
			-Diazepam (5) 1 tab x hs prn for insomnia -Paracetamol (500) 2 tab x prn #20 -NSS 120 ml #2 -ASA (81) 1x1 oral pc เข้า
25 ม.ค. 66 09.00 น. 25 ม.ค. 66 09.00 น. (ต่อ)	<u>Discharge order</u> -D/C ได้ -F/U OPD Eye วันที่ 31 ม.ค.66 <u>Home Medications</u> -Vigamox ed LE qid #1 -Inf-oph ed LE qid #1 -Augmentin (1) 1x2 #14 -Paracetamol (500) 2 tab x prn #20 -สำลีเช็ดตา #4 ซอง -NSS 120 ml #2 -Micropore ½ นิ้ว #1 ม้วน		

ตารางที่ 2 แสดงการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วัน เดือน ปี	ส่งตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ	การแปลผล
14 ธ.ค. 65	Complete Blood Count			
	White Blood Cell	4,000-10,000 cell/cm ³ 11.0-15.0 %	9,600 cell/cm ³	ปกติ
	Hemoglobin	37.0-47.0 gm%	12 %	ปกติ
	Hematocrit	140,000-400,000	38 %	ปกติ
	Platelets	cell/cm ³ 70-115 mg/dl	350,100 cell/cm ³	ปกติ
	Glucose			ปกติ
	Urine Analysis	Yellow	110 mg/dl	
	Color	Clear		ปกติ
	Appearance	6.0-7.5	Yellow	ปกติ
	pH	1.003-1.030	Clear	ปกติ
	Sp.gr.	Negative	6.5	ปกติ
	Urine Sugar	Negative	1.020	ปกติ
	Urine Protein	Negative	Negative	ปกติ
	Ketone	Negative	Negative	ปกติ
	Bilirubin	Negative	Negative	ปกติ
	Urobilinogen	Negative	Negative	ปกติ
	Leukocyte esterase	Negative	Negative	ผิดปกติ
	Nitrite	Negative	Trace	ปกติ
	Blood	0-3 cells/HPF	Negative	ปกติ
	RBC	0-8 cells/HPF	Negative	ปกติ
	WBC	1-2 cells/HPF	1-2 cells/HPF	ปกติ
	Urine Epithelial cell	Numerous	3-5 cells/HPF	ปกติ
	Bacteria		0-5 cells/HPF Not found	ปกติ

5. การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจากทฤษฎีกับผู้ป่วย

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจากทฤษฎีกับผู้ป่วยผ่าตัดนำวุ้นลูกตา ใส่เลนส์แก้วตาเทียมด้วยวิธีเย็บติดกับตาขาว

รายการเปรียบเทียบ	จากทฤษฎี	จากผู้ป่วย
พยาธิสภาพ	ต้อกระจกเป็น ภาวะที่เลนส์ภายในลูกตาขุ่น ส่งผลให้เกิดอาการตามัว และมีการมองเห็นไม่ปกติ เช่น มองเห็นภาพเบลอ สีเพี้ยน หรือคล้ายกับหมอกบังตา ตลอดเวลา โดยต้อกระจกนั้นมักพบในผู้ที่มีอายุ 40 - 50 ปีขึ้นไป อาจเกิดได้กับตาทั้ง 2 ข้าง หรือข้างเดียว	- ผู้ป่วยสูงอายุ มีตาขุ่นมัว มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูง
อาการและอาการแสดง	อาการของต้อกระจกระยะแรก อาจไม่มีอาการแสดงใดๆ แต่หากเลนส์แก้วตามีความขุ่นมัวมากขึ้น อาจพบอาการตามัว มองเห็นไม่ชัดเจน การมองเห็นในตอนกลางคืนแย่งลง ต้องใช้แสงสว่างมากขึ้นในการอ่านหนังสือหรือทำกิจกรรมอื่นๆ ที่ต้องเพ่งสายตา มองเห็นแสงไฟกระจาย สายตาไวต่อแสง ระดับค่าสายตาเปลี่ยนบ่อย สายตาสั้นมากขึ้น มองเห็นสีผิดเพี้ยน ไปจากเดิม ภาพที่เห็นมีสีซีดจางหรือมีสีเหลือง มองเห็นภาพซ้อน	-ตาขุ่นมัว เหมือนมีหมอกบัง -VA LE : CF 2' PH 20/100 ⁻¹
การรักษา	วิธีการรักษาต้อกระจกแบบผ่าตัดด้วยการผ่าตัดนำเลนส์แก้วตาที่มีความขุ่นออก ปัจจุบันมีเทคนิคที่นิยมใช้อยู่หลักๆ 3 วิธี ดังนี้ 1. การผ่าตัดด้วยคลื่นความถี่สูง (Phacoemulsification) เป็นเทคนิคที่ใช้กันอย่างแพร่หลายที่สุดในการผ่าตัดต้อกระจกปัจจุบัน แพทย์จะเปิดแผลเล็กๆ ที่กระจกตา จากนั้นใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) เพื่อสลายเลนส์แก้วตาที่ขุ่นมัวและดูดออกมา แล้วจึงนำเลนส์แก้วตาเทียมใส่เข้าไปแทนที่ 2. การผ่าตัดต้อกระจกแผลใหญ่ (ECCE: Extracapsular Extraction) การผ่าตัดประเภทนี้จะนำเลนส์แก้วตาที่ขุ่นมัวออกทั้งชิ้นแทนที่จะสลายออกเป็นชิ้นเล็กๆ เหมือน Phacoemulsification แพทย์ จะทำแผลขนาดใหญ่กว่าปกติที่กระจกตาประมาณ 10-12 มิลลิเมตร 3. การผ่าตัดลอกต้อกระจก (ICCE: Intracapsular Cataract Extraction) เป็นวิธีการผ่าตัดที่เก่าและไม่ค่อยใช้แล้วในปัจจุบัน	-วันที่ 26 กันยายน 2565 DX. Mature Cataract LE ทำผ่าตัด Phacoemulsification with Intraocular Lens LE เกิดภาวะแทรกซ้อน พบถุงหุ้มเลนส์ไม่แข็งแรง ยังไม่สามารถใส่เลนส์แก้วตาเทียมได้ - วันที่ 24 มกราคม 2566 ผ่าตัด Pars Plana Vitrectomy + Scleral Fixation with Intraocular Lens LE เพื่อแก้ไขด้วยการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมด้วยวิธีเย็บติดกับตาขาว

6. ปัญหาและการวางแผนการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนำน้ำไขสันหลังออกใส่เลนส์แก้วตาเทียมด้วยวิธีเย็บติดกับตาขาว โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม จากกรณีศึกษารวบรวมเป็นปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและได้วางแผนการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ได้แก่ ระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน (Party Compensatory Nursing System) ซึ่งมีปัญหาทางการพยาบาลจำนวน 6 หัวข้อ ดังนี้

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดนำน้ำไขสันหลังออกใส่เลนส์แก้วตาเทียมด้วยวิธีเย็บติดกับตาขาว

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยเตรียมผ่าตัดนำน้ำไขสันหลังออกใส่เลนส์แก้วตาเทียมด้วยวิธีเย็บติดกับตาขาว

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะไม่สุขสบายจากอาการปวด

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุ

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self-Care Demand : TSCD)

เยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 23 มกราคม 2566 เวลา 16.00 น.

ประเมินสภาพผู้ป่วยนอนพักบนเตียง รู้สึกตัวดี รูปร่างสมส่วน ช่วยเหลือตนเองได้ดี สัญญาณชีพ แรก รับ ความดันโลหิต 144/85 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 61 ครั้งต่อนาที การหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส วัดค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด เท่ากับ 96 เปอร์เซ็นต์

TSCD 1 คงไว้ซึ่งการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมของผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

1. สิ้นน้ำวิตกกังวล
2. ซักถามเกี่ยวกับการรักษา และการมองเห็นหลังผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดนำน้ำไขสันหลังออกใส่เลนส์แก้วตาเทียมด้วยวิธีเย็บติดกับตาขาว

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความวิตกกังวล เกี่ยวกับการมองเห็นหลังผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม

เกณฑ์การประเมิน

1. สิ้นน้ำอึดอัด แสบใส
2. พักผ่อนได้ ไม่มีความเครียด
3. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และแผนการรักษาของแพทย์

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ
2. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดคุยและระบายความรู้สึกและรับฟังอย่างเต็มที่กับปัญหาความวิตกกังวล และความเครียด
3. เป็นผู้รับฟังที่ดีให้ความสนใจอยู่กับผู้ป่วย สัมผัสผู้ป่วยด้วยความนิ่มนวล ให้ความสนใจกับผู้ป่วย เข้าใจปัญหาพร้อมที่จะช่วยเหลือ

4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว เห็นความสำคัญของการพูดคุย แสดงความคิดเห็นร่วมกัน
5. เอาใจใส่ผู้ป่วย เยี่ยมผู้ป่วยสม่ำเสมอ ซื่อสัตย์ไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของผู้ป่วย
6. ให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่อาจมีโอกาสดำเนินการติดเชื้อ
7. ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การรักษา การป้องกัน การปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อลดความกลัวจากความไม่รู้
8. ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุของความกังวล และเห็นแนวทางของการควบคุมแก้ไข
9. อธิบายการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด ได้แก่ การฝึกนอนคลุ่มโปง 30 นาที สระผมคืนก่อนวันผ่าตัด เข้าวันผ่าตัดให้พอกหน้าด้วย Hibiscrub งดทาครีม ทาแป้ง เครื่องสำอาง ถอดโลหะทุกชนิด ของมีค่าออกจากร่างกาย สวมผ้าอ้อมสำเร็จรูปก่อนเข้าห้องผ่าตัด
10. ให้รับประทานยา D 5 1 tab oral hs ตามแผนการรักษา

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเข้าใจอาการของโรคที่เป็นอยู่มากขึ้น
2. ผู้ป่วยพักผ่อนได้ ไม่มีความเครียด

เยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 24 มกราคม 2566 เวลา 06.00 น.

ประเมินสภาพผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง ใส่หมวกคลุมผม Mark Site ด้วย Micropore LE ได้รับการหยอดตาด้วย 0.5% Tetracaine ed LE 1 หยด ก่อนขยายม่านตา และ 1% Mydriacyl ed LE ทุก 10 นาที x 3 ครั้ง รับประทานอาหารเช้าและยาโรคประจำตัว ช่วยเหลือตนเองได้ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 139/81 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 65 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส

ปัญหาและการวางแผนการพยาบาล

ปัญหาที่ 1 ได้รับการแก้ไข ปัญหาหมดไป

TSCD 2 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยก่อนผ่าตัดนำวุ้นลูกตาใส่เลนส์แก้วตาเทียมด้วยวิธีเย็บติดกับตาขาว

ข้อมูลสนับสนุน

เตรียมผ่าตัด Pars Plana Vitrectomy + Scleral Fixation with Intraocular Lens LE

การวินิจฉัยทางการแพทย์ (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยเตรียมผ่าตัดนำวุ้นลูกตาใส่เลนส์แก้วตาเทียมด้วยวิธีเย็บติดกับตาขาว

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ประเมินความผิดปกติของตาข้างที่จะทำผ่าตัด
2. อธิบายการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ให้ฝึกนอนคลุ่มโปง 30 นาที
3. ให้สระผมคืนก่อนวันผ่าตัด
4. เข้าวันผ่าตัดให้พอกหน้าด้วย Hibiscrub งดทาครีม ทาแป้ง เครื่องสำอาง
5. รับประทานยาก่อนนอน D 5 1 tab hs ตามแผนการรักษาของแพทย์

เยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 24 มกราคม 2566 เวลา 13.30 น.

ประเมินสภาพผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง ตาซ้ายปิด Eye pad with eye shield สีหน้าอ่อนเพลีย

ปวด 2 คะแนน ไม่มีเวียนศีรษะ ไม่คลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารได้ ช่วยเหลือตนเองได้ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 159/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส

ปัญหาและการวางแผนการพยาบาล

ปัญหาที่ 1 ได้รับการแก้ไข ปัญหาหมดไป

ปัญหาที่ 2 ได้รับการแก้ไข ปัญหาหมดไป

TSCD 3 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

หลังผ่าตัด Pars Plana Vitrectomy + Scleral Fixation with Intraocular Lens LE ปิด eye pad ครอบ eye shield

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์

เพื่อไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. ระดับความเจ็บปวด ≤ 4 คะแนน
2. ไม่มีภาวะเลือดออกจากตา
3. ไม่มีภาวะ Ocular hypertension Intraocular Pressure ≤ 21 มิลลิเมตรปรอท

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินระดับคะแนนความปวด เฝ้าระวังภาวะเลือดออก
2. อธิบายไม่ให้นอนตะแคงทับข้างซ้าย 24 ชั่วโมง
3. หลีกเลี่ยงน้ำเข้าตา 1 เดือน ให้ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดหน้าแทนการล้างหน้า
4. งดก้มหน้าต่ำกว่าเอว ออกแรงไอ จาม และเบ่งถ่ายอุจจาระ
5. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารชนิดเหนียว แข็ง
6. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งรบกวนเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน
7. วัดค่าระดับสายตาและค่าความดันลูกตา ตามแผนการรักษาของแพทย์
8. เปิดตา เช็ดตาด้วย 0.9% NSS หยอดยาด้วย Vigamox ed LE qid และ Inf oph ed

LE qid ตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล

1. ระดับความเจ็บปวด = 2 คะแนน
2. ไม่มีภาวะเลือดออกจากตา
3. ไม่มีภาวะ Ocular hypertension Intraocular Pressure = 6 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีไข้ ตาแดงเล็กน้อย

TSCD 4 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยจากอาการปวด

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยปวดตาระดับความเจ็บปวด = 2 คะแนน ไม่มีอาการปวดศีรษะร้าวไปท้ายทอย และไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยมีภาวะไม่สุขสบายจากอาการปวด

วัตถุประสงค์

เพื่อบรรเทาอาการปวด

เกณฑ์การประเมิน

1. ระดับความเจ็บปวด ≤ 4 คะแนน ผู้ป่วยมีสีหน้าสุขสบาย
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าสุขสบาย

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนทั้งหมด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความเจ็บปวดโดยใช้ Numerical rating scale ทุก 4 ชั่วโมง
2. แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอ
3. ให้อาหารปวด Paracetamol (500) 1 tab ทุก 4-6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์
4. แนะนำการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การฟังเพลง

ทำสมาธิ การพูดคุยให้กำลังใจ เป็นต้น

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสุขสบาย ไม่มีอาการปวดศีรษะร้าวไปท้ายทอย
2. ผู้ป่วยมีระดับความเจ็บปวด = 1 คะแนน

TSCD 5 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสูงอายุ อายุ 88 ปี
2. ตาข้างซ้ายปิด Eye pad with Eye shield

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุ

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มทุกวัน
2. ประเมินทักษะการดูแลตนเอง เช่น การรับรู้ การฟังพาด เป็นต้น
3. ติดป้ายเฝ้าระวังความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้มบริเวณหัวเตียงผู้ป่วย
4. ดูแลยกที่ก้นเตียงขึ้น 2 ข้าง
5. แนะนำให้ผู้ป่วยยกดอออกเมื่อต้องการความช่วยเหลือ
6. เวลาเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยรถเข็นนั่ง ให้ใช้สายรัดเพื่อป้องกันการเลื่อนตกจากรถเข็น

7. จัดอุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัวไว้ใกล้ตัว

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม

เยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 25 มกราคม 2566 เวลา 08.30 น.

ประเมินสภาพผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง ตาซ้ายปิด Eye shield ค่าระดับสายตาข้างซ้าย (VA LE) : CF 3' ค่าความดันลูกตาข้างซ้าย (VA LE) : 6 มิลลิเมตรปรอท สีหน้าสดชื่น ไม่ปวด ไม่มีเวียนศีรษะ ไม่คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้ ช่วยเหลือตนเองได้ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 159/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 66 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส

ปัญหาและการวางแผนการพยาบาล

ปัญหาที่ 1 ได้รับการแก้ไข ปัญหาหมดไป

ปัญหาที่ 2 ได้รับการแก้ไข ปัญหาหมดไป

ปัญหาที่ 3 ได้รับการแก้ไข ปัญหาหมดไป

ปัญหาที่ 4 ได้รับการแก้ไข ปัญหาหมดไป

ปัญหาที่ 5 ได้รับการแก้ไข ปัญหาหมดไป

TSCD 6 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแลและการปฏิบัติตัวหลังกลับบ้าน

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมก่อนกลับบ้าน เช่น ความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล
2. อธิบายการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน เลี่ยงน้ำเข้าตา 1 เดือน ให้ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดหน้า แทนการล้างหน้า งดก้มหน้าต่ำกว่าเอง งดออกแรงไอ จาม เบ่งถ่าย กลางวันใส่แว่นกันแดดได้ กลางคืนให้ครอบ Eye shield นอนทุกคืน
3. สอนวิธีเช็ดตา หยอดตาโดยใช้วิดีโอเป็นสื่อการสอนให้ญาติสาธิตย้อนกลับโดยใช้โมเดลตุ๊กตา
4. อธิบายการมาตรวจตามนัด อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น ตาแดง ตามัว ปวดตามากขึ้น
5. แนะนำรับประทานอาหารย่อยง่าย อาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้ งดชา กาแฟ เป็นต้น

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติรับทราบคำแนะนำเมื่อสอบถามย้อนกลับ สามารถอธิบายวิธีใช้ติดต่อกับ
โมเดลตุ๊กตาได้ถูกต้อง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิง อายุ 88 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สถานภาพคู่ อาศัยอยู่กับสามี มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารเคมี มาตรวจที่สถาบันราชประชาสมาสัย ได้รับการวินิจฉัย Aphakia LE โดยให้ประวัติว่า 5 ปีก่อน เป็นต้อกระจก 2 ข้าง รับการผ่าตัดต้อกระจกตาขวา ที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ

1 ปีก่อน ตา 2 ข้างมองไม่ชัด ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัย เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2565 แพทย์วินิจฉัย Mature Cataract LE ทำผ่าตัด Phacoemulsification with Intraocular Lens LE มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดพบว่า กระจกเลนส์ไม่แข็งแรงและมีความขุ่นมาก ของชั้นเลนส์ที่อยู่รอบนอก ติดกับเยื่อหุ้มเลนส์ด้านหลัง จึงทำผ่าตัด Phacoemulsification Anterior Vitrectomy with leave aphakia LE ผู้ป่วยรักษาต่อเนื่องที่สถาบันฯ วันที่ 24 มกราคม 2566 เข้ารับการรักษากำหนด Pars Plana Vitrectomy and Scleral Fixation with Intraocular Lens LE เพื่อใส่เลนส์แก้วตาเทียมด้วยวิธี เย็บติดกับตาขาว วัดสัญญาณชีพความดันโลหิต 144/85 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 61 ครั้ง ต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ระดับความอิ่มตัวของ ออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 96 เปอร์เซ็นต์ หลังผ่าตัดแพทย์ให้ยากลับบ้าน Paracetamol (500) 1 tab ทุก 4-6 ชั่วโมง D 5 1 tab prn hs Vigamox ed LE qid Inf-oph ed LE qid และ Augmentin (1) 1x2 po pc

จากการดูแลผู้ป่วยรายนี้พบว่า ผู้ป่วยเตรียมเข้ารับการผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตาใส่เลนส์แก้วตาเทียม ด้วยวิธีเย็บติดกับตาขาว มีความวิตกกังวลกับโรคที่เป็น ผู้ศึกษาได้ให้กำลังใจและพูดคุยให้ผู้ป่วย คลายความวิตกกังวล หลังเข้ารับการผ่าตัดผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวด ผู้ศึกษาได้ให้การพยาบาล เพื่อบรรเทาความปวด ให้ยาลดปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ อธิบายการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง อาการปวดลดลง พักผ่อนได้ หลังจากได้รับการรักษาจากแพทย์และได้รับการดูแลจากพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล มีการ เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงอย่างต่อเนื่อง จนผู้ป่วยอยู่ในภาวะปกติและได้วางแผนจำหน่าย โดยเน้นย้ำเรื่องการปฏิบัติตัว การรับประทานยาและการหยอดตาตามแผนการรักษา รวมไปถึงการสังเกต อาการผิดปกติของตนเองที่ต้องมาพบแพทย์ทันที จนแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน รวมวันนอนพักรักษา ในโรงพยาบาลจำนวน 2 วัน พยาบาลได้ให้การดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยได้นำทฤษฎี การพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อเกิดภาวะของโรค สามารถสรุป เป็นปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ ดังนี้

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตาใส่เลนส์แก้วตาเทียม ด้วยวิธีเย็บติดกับตาขาว

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยเตรียมเข้ารับการผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา ใส่เลนส์แก้วตาเทียมด้วยวิธี เย็บติดกับตาขาว

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะไม่สุขสบายจากอาการปวด

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยมีกาสเกิดอุบัติเหตุ

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

บทวิจารณ์

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตาใส่เลนส์แก้วตาเทียมด้วยวิธีเย็บติดกับตาขาว โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม พยาบาล ได้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางทั้งร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน การบรรเทาอาการปวด รวมทั้งให้การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและคลายวิตกกังวลของผู้ป่วยลง โดยการประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน ร่วมกับกระบวนการพยาบาลมาใช้ดูแลผู้ป่วยรายนี้ช่วยให้เป้าหมายทางการพยาบาลประสบผลสำเร็จได้ด้วยดีซึ่งเป็นการให้การดูแลแบบองค์รวม จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ปกติสุขต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา ใส่เลนส์แก้วตาเทียมด้วยวิธีเย็บติดกับตาขาว หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งนำไปสู่การสูญเสียการมองเห็น ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินอาการผู้ป่วยได้ถูกต้องทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันที่ซึ่งจะสามารถลดความรุนแรงของโรคลงได้

บรรณานุกรม

- ชไมพร ผ่องแผ้ว. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมด้วยวิธี *Scleral Fixation*. สืบค้นจาก ScleralFixation.pdf.
- เปรมจิต เสงี่ยมานนท์. (2565). *จักษุจุฬาว* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร:พิมพ์ดี
- เปี่ยม ศรีคำทวิ. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยต้อกระจก.
<http://hospital.moph.go.th/bangsay/CATARACT.html>
- โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล. (2567). *การผ่าตัดนำวุ้นภายในลูกตา*. สืบค้นจาก
<https://www.bumrungrad.com/th/treatments/pars-plana-vitreectomy-ppv>
- ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์. (2564). *จักษุวิทยาสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร:พิมพ์ดี
- วินัย สวัสดิ์วร. (2563). *ลดภาวะตาบอดโรคต้อกระจก* : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
- สถาบันจอตตาและม่านตาอักเสบ โรงพยาบาลสินแพทย์ ศรีนครินทร์. (2565). *โรคต้อกระจก*. สืบค้นจาก
<https://www.synphaet.co.th/symptoms-of-cataract-and-cataract-surgery/>
- อเนก เพทวนิช. (2565). *จักษุวิทยาในเวชปฏิบัติทั่วไป* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร:คณะ
 แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- ISOPTIK. (2567). *ต้อกระจกและการรักษา*. สืบค้นจาก
<https://www.isoptik.com/th/article/eyecare/463>
- World Health Organization : WHO, (2011). Causes of blindness and visual impairment., from
<http://www.guideline.gov/summary>
- World Health Organization (WHO). (2020). Global Initiative for the elimination of avoidable blindness. Vision 2020, the right to sight. WHO/PBL/1997(97.61 Rev.2)