



กรมควบคุมโรค
DEPARTMENT OF DISEASE CONTROL

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกชนิดแผลเล็ก

(Manual Small Incision Cataract Surgery: MSICS)

โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของไอริม



นางสาววิลาสินี ไกลถิ่น

กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกชนิดแผลเล็ก
(Manual Small Incision Cataract Surgery: MSICS)
โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

กรณีศึกษา
นางสาววิลาสินี ไกลถิ่น

กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2567

คำนำ

โรคต้อกระจกเป็นโรคที่เกิดจากเลนส์แก้วตาเสื่อมสภาพจนมีความขุ่นมัวเกิดขึ้นของเลนส์ในดวงตาซึ่งนำไปสู่การลดลงของการมองเห็น อาจส่งผลต่อดวงตาข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง มีอาการสายตาวัวมัวเหมือนมองกระจกฝ้า มองเห็นได้ยากในเวลากลางคืน และสายตาเปลี่ยนแปลงทำให้ต้องเปลี่ยนแว่นบ่อย ต้อกระจกมักเกิดจากอายุมากขึ้น แต่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากปัจจัยทางพันธุกรรม การบาดเจ็บ การฉายรังสีหรือการได้รับยาบางชนิด หากไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาและถึงขั้นสูญเสียการมองเห็นได้ การรักษาเกี่ยวข้องกับผ่าตัดเพื่อเอาเลนส์แก้วตาที่ขุ่นออกและแทนที่ด้วยเลนส์แก้วตาเทียม ซึ่งจะช่วยให้การมองเห็นและเพิ่มคุณภาพชีวิต

ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่ากรณีศึกษาในครั้งนี้ จะเป็นแนวทางแก่พยาบาลและผู้ที่สนใจการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกด้วยวิธีการผ่าตัดต้อกระจกชนิดแผลเล็ก (MSICS) เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลได้นำทฤษฎีการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อมุ่งหวังให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาพยาบาลตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้พยาบาลมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถติดตามประเมินผลการพยาบาลได้อย่างชัดเจนและอย่างต่อเนื่อง

นางสาววิลาสินี ไกลถิ่น

มกราคม 2567

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ง
สารบัญรูปภาพ	จ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2
บทที่ 2 ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องในการทำกรณีศึกษา	
ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระฉก	3
การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระฉกชนิดแผลเล็ก (MSICS)	
- การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด (Pre-operative)	19
- การพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัด (Intra-operative)	26
- การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด (Post-operative)	31
บทที่ 3 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม	34
ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care)	38
ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit)	42
ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing System)	43
บทที่ 4 กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระฉกชนิดแผลเล็ก (MSICS)	
การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย	52
ความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self – Care Demand : TSCD)	56
แผนการรักษาของแพทย์ (การตรวจทางห้องปฏิบัติการ)	59
การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจากทฤษฎีกับผู้ป่วย	62
ปัญหาและการวางแผนการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม	66
สรุปกรณีศึกษา	78
บทวิจารณ์	80
ข้อเสนอแนะ	81
บรรณานุกรม	82

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ขั้นตอนการส่งเครื่องมือผ่าตัด MSICS และใส่เลนส์แก้วตาเทียม	29
ตารางที่ 2 การซักประวัติและการตรวจร่างกายตามระบบ	53
ตารางที่ 3 แผนการรักษาของแพทย์ (การตรวจทางห้องปฏิบัติการ)	59
ตารางที่ 4 แผนการรักษาของแพทย์ (แสดงแผนการรักษาของแพทย์)	60
ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจากทฤษฎีผู้ป่วยที่เป็นโรคต่อกระจก	62

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แสดงกายวิภาคของดวงตา	3
ภาพที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบแก้วตาปกติและแก้วตาที่เป็นต้อกระจก	6
ภาพที่ 3 แสดงเปรียบเทียบการมองเห็นของผู้ที่มีสายตาสั้นและผู้ที่เป็นต้อกระจก	11
ภาพที่ 4 แสดงแผ่นป้ายสเนลเลน (Snellen chart : SC)	11
ภาพที่ 5 แสดงโครงสร้างความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ต่างๆ ในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม	38

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคต้อกระจกเป็นโรคที่เกิดจากเลนส์แก้วตาเสื่อมสภาพจนมีความขุ่นมัวเกิดขึ้น โดยปกติแล้วเลนส์ตาจะมีลักษณะใส เราจึงมองเห็นได้อย่างชัดเจน แต่หากเลนส์ตาเสื่อมสภาพจนมีความขุ่นมัวเกิดขึ้นทำให้บดบังแสงที่จะเข้าผ่านไปในตา แสงจึงส่งผ่านไปยังจอประสาทตาไม่เต็มที่ทำให้การมองเห็นไม่ชัดเจน ผู้ที่เป็นโรคนี้จะทำให้การมองเห็นผิดปกติ มีสายตาวุ่นมัวเหมือนมองกระจกฝ้า อาจมองเห็นภาพซ้อน บางรายอาจมีสายตาเปลี่ยนแปลงทำให้ต้องเปลี่ยนแว่นบ่อยๆ ยิ่งเลนส์ตาขุ่นมากขึ้น การมองเห็นจะลดน้อยลงตามลำดับ มีผลต่อการมองเห็นและการใช้ชีวิตประจำวัน ภาวะต้อกระจกเป็นภาวะซึ่งเกิดจากความเสื่อมตามวัยเป็นสาเหตุหลัก จึงพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ หรือเกิดจากสาเหตุอื่นๆ มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ต่อมไทรอยด์ผิดปกติ อุบัติเหตุที่ดวงตาได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง โดนของมีคม สารเคมีหรือสารรังสี มีการใช้ยากกลุ่มสเตียรอยด์เป็นระยะเวลานาน อีกสาเหตุหนึ่งที่สามารถพบได้ คือ การเป็นต้อกระจกแต่กำเนิด (Congenital Cataract) อาจเกิดจากการเจริญผิดปกติในครรภ์ โรคทางกรรมพันธุ์หรือเกิดจากการติดเชื้อบางอย่าง เช่น หัดเยอรมัน หรือไวรัสเริม เป็นต้น

โรคต้อกระจกหากละเลยทิ้งไว้จนต้อกระจกสุกเกินไป ไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น โรคต้อหิน จากเลนส์ที่บวมหรือโปรตีนรั่วไปอุดตันทางระบายน้ำในลูกตา การอักเสบภายในตา ซึ่งทำให้เกิดอาการปวดตา ตาแดง และอาจถึงขั้นสูญเสียการมองเห็นได้ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคม เศรษฐกิจ ครอบครัว และญาติที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย ปัจจุบันยังไม่มียาที่รักษาต้อกระจกได้ วิธีการรักษาคือการผ่าตัดเท่านั้น ด้วยการผ่าตัดนำเลนส์แก้วตาที่ขุ่นออกแล้วใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปแทนที่ โดยมีวิธีการผ่าตัดหลายวิธี วิธีการผ่าตัดต้อกระจกที่นิยม ได้แก่ วิธีที่หนึ่งคือการผ่าตัดสลายต้อกระจกโดยใช้คลื่นอัลตราซาวด์ (PE : Phacoemulsification) ซึ่งแผลผ่าตัดมีขนาดเล็กทำให้ไม่ต้องเย็บแผล แต่มีค่าใช้จ่ายสูงและความร้อนที่เกิดจากคลื่นอัลตราซาวด์อาจทำให้กระจกตาบอบช้ำได้ วิธีที่สองคือการผ่าตัดแผลใหญ่ (ECCE : Extracapsular Cataract Extraction) กรณีที่ต้อกระจกเป็นมากทำให้ไม่สามารถผ่าตัดลอกต้อกระจกด้วยเครื่องสลายต้อกระจกได้ ซึ่งแผลจะมีขนาดใหญ่ทำให้ต้องมีการเย็บแผล ผู้ป่วยพักฟื้นนาน และอาจเกิดค่าสายตาเอียงได้ และวิธีที่สามคือการผ่าตัดต้อกระจกชนิดแผลเล็กโดยไม่ใช้เครื่องสลายต้อกระจก (MSICS : Manual Small Incision Cataract Surgery) เป็นเทคนิคการผ่าตัดที่เอาต้อกระจกทั้งก้อนออกจากแผลขนาดเล็กบริเวณตาขาวที่ปิดเองโดยไม่ต้องเย็บแผล กระจกตาบอบช้ำน้อยกว่า ทำให้ลดเวลาพักฟื้น เกิดค่าสายตาเอียงได้น้อยกว่าและค่าใช้จ่ายถูก

จากสถิติผ่าตัดของสถาบันราชประชาสมาสัย มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต้อกระจกเป็นอันดับหนึ่ง ในปี 2566 มีการผ่าตัดด้วยวิธี MSICS จำนวน 5 ราย เนื่องจากมีแพทย์จักษุเข้ามาใหม่และมีการนำวิธีการผ่าตัดต้อกระจกชนิดแผลเล็ก (MSICS) เพิ่มเข้ามาเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการรักษา จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดมีน้อยราย จึงทำให้พยาบาลช่วยผ่าตัดพร้อมความรู้และความชำนาญในการเตรียมเครื่องมือและช่วยแพทย์ทำผ่าตัด อีกทั้งการผ่าตัดมีความยุ่งยากซับซ้อน ดังนั้นผู้จัดทำจึงทำเป็นกรณีศึกษาเพื่อให้พยาบาลผ่าตัดใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยวิธี MSICS เพื่อเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพและประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกด้วยวิธีการผ่าตัดต้อกระจกชนิดแผลเล็ก (Manual Small Incision Cataract Surgery: MSICS)
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกด้วยวิธีการผ่าตัดต้อกระจกชนิดแผลเล็ก (Manual Small Incision Cataract Surgery: MSICS)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

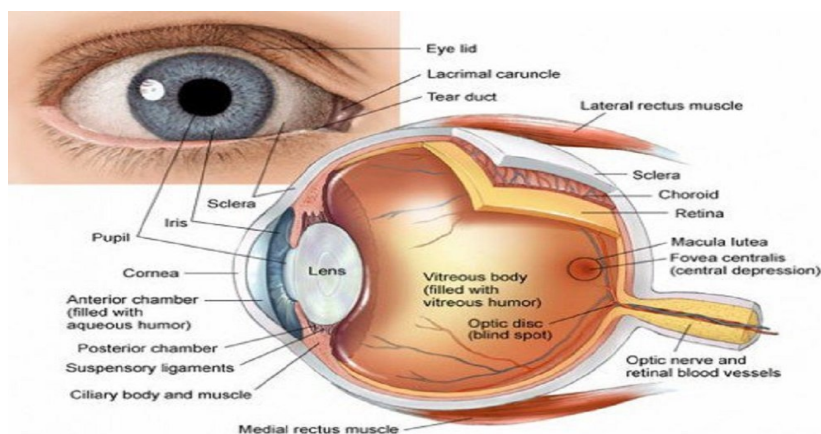
หน่วยงานมีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกด้วยวิธีการผ่าตัดต้อกระจกชนิดแผลเล็ก (Manual Small Incision Cataract Surgery: MSICS)

บทที่ 2

ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจก

สรีรวิทยาของตา (Anatomy of the eye)

ภาพที่ 1 แสดงกายวิภาคของดวงตา



ที่มา : <https://www.biologynotes.site/human-eye-anatomy-parts-and-structure>

1. อวัยวะภายนอกลูกตา (external eye segment) ประกอบด้วย

1.1 คิ้ว (eyebrows) มีหน้าที่ป้องกันเหงื่อหรือสิ่งสกปรกเข้าตา

1.2 ขนตา (eyelashes or cilia) มีหน้าที่คอยกั้นไม่ให้สิ่งแปลกปลอมเข้าตา ที่บริเวณโคนขนตามีเส้นประสาทรับความรู้สึกและมีต่อมขับสารช่วยหล่อลื่นตา ถ้าต่อมนี้อุดตันอาจเกิดตาอักเสบได้

1.3 เปลือกตาหรือหนังตา (eyelid) ประกอบด้วยด้านบนและด้านล่าง เป็นผิวหนังที่ละเอียดอ่อนและบางที่สุดในร่างกาย ไม่มีไขมัน

1.4 เบ้าตา (orbit) ประกอบด้วยกระดูกหลายชิ้น เป็นเกราะกำบังที่แข็งแรงที่สุดของลูกตาเป็นช่องติดต่อกับอวัยวะภายในสมองและเป็นทางเดินของเส้นประสาทจากตาไปสมอง

1.5 เยื่อบุตา (conjunctiva) มีลักษณะเป็นเยื่อบางๆ มีเส้นเลือดเลี้ยงไปทั่ว ทำหน้าที่คล้ายผนังภายในอาคารบุเปลือกตาด้านในและส่วนนอกของตาขาว และยังมีต่อมขับเมือกและน้ำตาทำหน้าที่หล่อลื่น และทำให้กระจกตามีผิวเรียบช่วยในการมองเห็นและนำอาหารมาสู่กระจกตาด้วย นอกจากนี้มีหน้าที่ในการจับกินของแปลกปลอม หรือเชื้อโรคต่างๆ ได้ แบ่งได้ 3 ส่วนคือ

1.5.1 เยื่อบุหลังเปลือกตา (Tarsal or palpebral conjunctiva) คลุมด้านในของเปลือกตาด้านบนและล่าง

1.5.2 เยื่อบุตาส่วนหน้า (Ocular or bulbar conjunctiva) คลุมด้านหน้าของตาทั้งหมด

1.5.3 เยื่อบุตาส่วนพินิกซ์ (Conjunctiva of fornix) เป็นส่วนตาระหว่างเยื่อบุตาหลังกับเยื่อบุตาหน้า มีเส้นเลือดอยู่เป็นจำนวนมาก

2. อวัยวะภายในลูกตา (anterior eye segment) ประกอบด้วย

2.1 กระจกตา (cornea) หรือที่เรียกว่าตาดำ มีลักษณะใส โค้งสม่ำเสมอมีการเรียงตัวอย่างเป็นระเบียบจากด้านหน้าไปหลัง กระจกตาได้รับสารอาหารจากของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา (Aqueous) และน้ำตา ผิวของกระจกตาได้รับออกซิเจนจากบรรยากาศ หน้าที่ของกระจกตาเป็นตัวหักเหของแสง คล้ายเลนส์นูนรวมกับแก้วตาให้แสงตกลงบนจอประสาทตาทำให้มองเห็น ประกอบด้วย 5 ชั้นคือ

2.1.1 ชั้น Epithelium นอกสุด เซลล์เรียงตัวกัน 5-6 ชั้น ปกติจะมีการสร้างทดแทนใน 7 วัน

2.1.2 ชั้น Bowman's layer ติดกับชั้น Stroma และชั้น Epithelium ชั้นนี้เมื่อมีการทำลายจะไม่มีการสร้างใหม่เกิดเป็นแผลขึ้นมา

2.1.3 ชั้น Stroma เป็นชั้นที่มีความหนา 90% ของความหนากระจกตา เซลล์หลักของชั้นนี้คือ Keratocyte

2.1.4 ชั้น Descemet's membrane ชั้นนี้สามารถซ่อมแซมใหม่ได้หลังเกิดอุบัติเหตุ

2.1.5 ชั้น Endothelium อยู่ติดกับ Aqueous ได้รับออกซิเจนและกลูโคสจาก Aqueous

2.2 ตาขาว (Sclera) เป็นส่วนที่เป็นผนังหุ้มลูกตาไว้ทั้งหมด ยกเว้นกระจกตา คล้ายกระจกตา แต่การเรียงตัวของเซลล์และเนื้อเยื่อต่างๆ ไม่เป็นระเบียบ ชั้นนอกของตาขาวจะเป็นเนื้อเยื่อที่มีความยืดหยุ่นประกอบด้วยเส้นเลือดจำนวนมาก ด้านหลังตาขาวจะติดกับส่วนที่หุ้มเส้นประสาทตาซึ่งเชื่อมกับเยื่อหุ้มสมอง

2.3 น้ำหล่อเลี้ยงลูกตา (Aqueous humor) เป็นน้ำใสๆ สร้างมาจากเส้นเลือดฝอยบริเวณ ซีเลียรี บอดี้ (Ciliary body) น้ำที่สร้างขึ้นจะเข้าสู่ช่องหลังม่านตาก่อน แล้วจึงเข้าสู่ช่องหน้าม่านตาทางรูม่านตา มีหน้าที่ช่วยให้ความดันลูกตาคงที่

2.4 ม่านตา (Iris) เป็นส่วนที่อยู่หน้าต่อเลนส์แก้วตา แบ่งช่องว่างด้านหน้าลูกตาเป็น 2 ช่องคือ ช่องหน้าม่านตา (Anterior chamber) และช่องหลังม่านตา (Posterior chamber) ตรงกลางของม่านตาเป็นรู เรียกว่ารูม่านตา (Pupil) สามารถขยายและหดได้ มีหน้าที่ควบคุมปริมาณแสงให้เข้าสู่จอประสาทตาได้อย่างเหมาะสม

2.5 แก้วตา (lens) ลักษณะเป็นเลนส์นูนมีความโค้งด้านหน้าและด้านหลังไม่เท่ากัน ตรงขอบจะมีเส้นเอ็น ยึดไปยึดติดกับซีเลียรี บอดี้ (Ciliary body) เรียกว่า เอ็นยึดแก้วตา (Suspensory ligament) แก้วตาจะมีการเกิดขึ้นใหม่ผลัดของเก่าไปเรื่อยๆ โดยผลึกของเก่าแน่นเข้าไปตรงกลาง ทำให้เมื่อมีอายุมากแก้วตาจะถูกอัดแน่นให้แข็งตัวขึ้นเรื่อยๆ ความยืดหยุ่นลดลงเกิดเป็น สายตาคอนที่มีอายุ (Presbyopia) กระจกตาเป็นเสมือนฝาปิดคล้ายๆ แผ่นพลาสติกหรือกระจกหน้าปัดนาฬิกา มีลักษณะเป็นรูปโคม คล้ายกระทะ มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 11.5 มิลลิเมตร แนวตั้งสั้นกว่าแนวนอนเล็กน้อย มีความหนาตรงกลางประมาณ 0.5 - 0.6 มิลลิเมตร ส่วนข้างๆ หนาประมาณ 0.6 - 0.8 มิลลิเมตร บริเวณตรงกลางด้านหน้ามีรัศมีความโค้งประมาณ 7.8 มิลลิเมตร ตรงกลางด้านหลัง

รัศมีความโค้งประมาณ 6.5 มิลลิเมตร กระจกตามีกำลังหักเหของแสงถึงประมาณ +43 ไดออปเตอร์ (Diopter) ส่วนแก้วตามีกำลังหักเหประมาณ +17 ไดออปเตอร์ (Diopter) รวมแล้วเป็นกำลังหักเหแสง +60D โดยประมาณ หากพิจารณาส่วนประกอบต่างๆ แก้วตาจะประกอบด้วย

2.5.1 กระจก (Capsule) เป็นเยื่อบางหุ้มแก้วตา เชื่อว่าสร้างมาจากเนื้อเยื่อบุผิวแก้วตา (Lens epithelium) โดยส่วนหน้าจะหนากว่าส่วนหลังและค่อนข้างยืดหยุ่น (ส่วนหน้าหนาประมาณ 14 ไมครอน ส่วนหลังประมาณ 4 ไมครอน)

2.5.2 เนื้อเยื่อโยงแก้วตา (Lens zonule) เป็นเนื้อเยื่อโยงแก้วตาให้ติดกับเนื้อเยื่อซีเลียลโบดี (Ciliary body) ถ้าเนื้อเยื่อนี้ขาดจะทำให้แก้วตาเคลื่อนไปจากที่เดิม (Lens dislocation) ได้

2.5.3 เนื้อเยื่อบุผิวแก้วตา (Lens epithelium) เป็นเซลล์ชั้นเดียวอยู่เฉพาะผิวหน้าของแก้วตา เป็นเซลล์ที่มีการเจริญเติบโตแบ่งตัวให้มากขึ้นได้เพื่อสร้างเป็นเนื้อเลนส์ (Lens fiber) มากขึ้นตามอายุ เป็นเหตุให้ขนาดของแก้วตาใหญ่ขึ้นเมื่อคนเราอายุมากขึ้น

2.5.4 ส่วนกลางของแก้วตา (Nucleus and Cortex) เป็นใจกลางของแก้วตาที่จะถูกบีบให้อัดแน่นขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้แก้วตาที่เดิมไม่มีสี จะออกสีเหลืองเป็นต้อกระจก (แก้วตาขุ่น) เมื่ออายุมากขึ้น

3. อวัยวะภายในลูกตาส่วนหลัง (Posterior eye segment) ประกอบด้วย

3.1 น้ำวุ้นลูกตา (Vitreous) เป็นน้ำทำหน้าที่คล้ายฟองนุ่มๆ ช่วยให้ตามีรูปร่างทรงตัวอยู่ได้ ด้านหน้าชิดกับแก้วตา ที่เหลือชิดกับจอประสาทตาและเส้นประสาทตา ถ้าน้ำวุ้นตาเสื่อมจะจับตัวเป็นก้อน จะมองเห็นเป็นจุดดำ (Floater) ต่อมาน้ำวุ้นตาเปลี่ยนเป็นสายใยคล้ายพังผืดหดตัวทำให้จอประสาทตาฉีกขาดได้

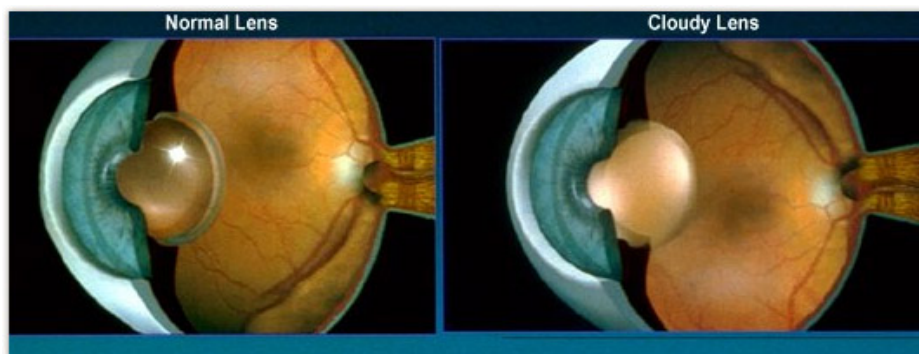
3.2 จอประสาทตา (Retina) จะอยู่ภายในลูกตาเกือบทั้งหมด ประกอบด้วยเยื่อบางมีลักษณะใส มีการรับสัญญาณต่อกันไปและไปรวมกันที่เส้นประสาทตา แล้วส่งสัญญาณเข้าสู่สมอง ทำให้เกิดการมองเห็น ส่วนตรงกลางของจอประสาทตา บริเวณตรงกลางคือส่วนที่อยู่ลึกที่สุด มีจุดรับภาพ (Macula) เป็นบริเวณที่มีเซลล์รับภาพหนาแน่นที่สุด

3.3 เส้นประสาทตา (Optic nerve) กล้ามเนื้อลูกตา (Extraocular muscles) มีทั้งหมด 6 มัด ควบคุมโดยเส้นประสาทที่มาจากสมอง สามารถทำให้ตาเคลื่อนไหวได้เกือบทุกทิศทาง

โรคต้อกระจก

ต้อกระจก (Cataract) เป็นภาวะที่แก้วตาภายในลูกตาเสื่อมลงจนมีลักษณะขุ่นขาวจากปกติที่มีลักษณะโปร่งใสเหมือนกระจก เมื่อแก้วตาขุ่นขาวก็จะมีลักษณะทึบแสง ทำให้บดบังแสงที่จะผ่านเข้าไปในตา แสงจึงส่งผ่านเข้าสู่ลูกตาไปรวมตัวที่จอประสาทตาหรือเรตินาได้ไม่เต็มที่ ทำให้เกิดอาการสายตาสายตาฝ้าฟางหรือสายตามัวคล้ายหมอกบัง

ภาพที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบแก้วตาปกติและแก้วตาที่เป็นต้อกระจก



ที่มา : Website: http://theworldmedicalcenter.com/th/new_site/health_article/detail/โรคต้อกระจก

การแบ่งชนิดของโรคต้อกระจก

โรคต้อกระจกสามารถเกิดได้กับทุกเพศทุกวัยซึ่งมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายประการโดยสามารถแบ่งชนิดของโรคต้อกระจกจากสาเหตุต่างๆได้ดังนี้

1. โรคต้อกระจกจากวัยชรา (Senile Cataract) โรคต้อกระจกจากวัยชรา มีสาเหตุหลักมาจากการเสื่อมของแก้วตาตามสภาพของอายุ หรือการเสื่อมตามวัยนั่นเอง ถือเป็นโรคต้อกระจกที่พบบ่อยที่สุดในจำนวนสูงถึงร้อยละ 95 ของผู้ป่วยโรคต้อกระจกทั้งหมด โดยมักพบในวัยอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป และมีอาการขุ่นของแก้วตาทั้งสองข้าง แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่มีอาการขุ่นของแก้วตาสองลักษณะ คือ ส่วนของรอบๆ แก้วตาเกิดความขุ่น ขณะที่ตรงกลางยังใสเป็นปกติ และบริเวณรอบๆ แก้วตาใส ขณะที่ตรงกลางแก้วตาขุ่น

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ต้อกระจกยังไม่ขุ่นมาก แต่จะค่อยๆขุ่นมากขึ้นทีละน้อย และกระจายออกในบริเวณโดยรอบ แก้วตามีอาการบวม และอาจเกิดภาวะเป็นต้อหินได้ หากฉายแสงผ่านม่านตาจะพบเงาม่านตามองเห็นเป็นเงาดำๆรูปพระจันทร์เสี้ยวหลัง ม่านตา

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่มีความขุ่นมากหรือระยะที่เรียกว่า ระยะต้อกระจกสุก (Mature Cataract) ซึ่งจะมองเห็นแก้วตามีลักษณะขุ่น และที่บวมจนทั่วแก้วตา หากฉายแสงจะไม่พบเงาม่านตา ผู้ป่วยจะมองเห็นเพียงเงาเคลื่อนไหวหรือเป็นแสงไฟเท่านั้น

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่ต้อกระจกสุกมาก (Hyper mature Cataract) เป็นระยะสุดท้ายของโรคต้อกระจกที่มีการเปลี่ยนแปลงด้วยการละลายของเนื้อแก้วตา โดยแก้วตาที่มีความขุ่นขาวมากคล้ำยน้ำมันทั่วบริเวณแก้วตา การมองเห็นของผู้ป่วยในระยะนี้มีลักษณะคล้ายระยะที่ 3 แต่จะมีอาการมากกว่า หากใช้ไฟส่องยังสามารถบอกได้ว่าเป็นแสงไฟ แต่จะบอกทิศทางของแสงไม่ได้ หากไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้ตาบอดได้

2. โรคต้อกระจกโดยกำเนิด (Congenital Cataract) เป็นโรคต้อกระจกที่พบในเด็กแรกเกิดหรือภายหลังคลอดในช่วง 3 เดือน อันเกิดจากความผิดปกติขณะตั้งครรภ์ และความผิดปกติจาก

พันธุกรรม ในรายที่มีแก้วตาขุ่นเล็กน้อยจะไม่กระทบต่อการมองเห็นมากนัก แต่บางรายที่แก้วตาขุ่นมากจะพบปัญหาการมองเห็นไม่ชัดเจน โรคต้อกระจกชนิดนี้เกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่

2.1 การได้รับรังสีขณะตั้งครรภ์ เช่น รังสีจากการเอกซเรย์ขณะตั้งครรภ์

2.2 การรับประทานยาบางชนิดขณะตั้งครรภ์ เช่น ยาในกลุ่มของคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid) และยาปฏิชีวนะในกลุ่มซัลโฟนาไมด์ (Sulfonamide)

2.3 โรคความผิดปกติของการเผาผลาญสารอาหาร (Metabolic Disease) ที่เกิดกับแม่ขณะตั้งครรภ์ เช่น โรคเบาหวาน เป็นต้น

2.4 การติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการติดเชื้อบริเวณมดลูก และโรคอื่นๆ เช่น โรคหัดเยอรมัน คางทูม ไซนัสหลังอักเสบ เป็นต้น

2.5 สภาวะการขาดสารอาหารของแม่ขณะตั้งครรภ์

3. โรคต้อกระจกในวัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ (Juvenile and Presenile Cataract)

เป็นโรคต้อกระจกที่เกิดขึ้นหลังจากคลอดมากกว่า 3 เดือนไปแล้วจนถึงวัยผู้ใหญ่ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

3.1 ต้อกระจกที่เกิดในระยะหลังคลอดมากกว่า 3 เดือน จนถึงวัยรุ่น เรียกว่า Juvenile Cataract พบมีสาเหตุ และอาการของโรคคล้ายกับโรคต้อกระจกโดยกำเนิด

3.2 ต้อกระจกที่เกิดในระยะวัยรุ่นจนถึงวัยผู้ใหญ่ เรียกว่า Presenile Cataract พบมีสาเหตุ และอาการของโรคคล้ายกับโรคต้อกระจกวัยชรา

4. โรคต้อกระจกจากภาวะแทรกซ้อน (Complicated Cataract) เป็นโรคต้อกระจกที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนร่วมกับโรคภายในระบบตาอื่นๆ เช่น เนื้องอกในลูกตา โรคยูเวียอักเสบ สายตาสั้น โรคต้อหิน โรคจอประสาทตา เป็นต้น

5. โรคต้อกระจกจากภาวะโรคในระบบอื่นๆ (Cataract Associated with Systemic Disease) เป็นโรคต้อกระจกที่เกิดร่วมกับโรคในระบบอื่นๆ ได้แก่ โรคผิวหนัง Atopic Dermatitis เป็นต้น

6. โรคต้อกระจกจากสารพิษและอาหาร (Toxic and Cataract) สารพิษที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคต้อกระจกได้แก่ ยาชนิดต่างๆ อาทิ ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ และยาहरुมานตา ที่ใช้สำหรับรักษาโรคต้อหิน ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคต้อกระจกตามมาสารพิษชนิดอื่นที่มีผลทำให้เกิดโรคได้แก่ ยาฆ่าแมลง และกำจัดศัตรูพืช

7. โรคต้อกระจกที่เกิดร่วมกับความผิดปกติของการเผาผลาญสารอาหารในวัยผู้ใหญ่ (Cataract Associated with Metabolic Disease in Adult) โรคต้อกระจกชนิดนี้มักเกิดร่วมกับโรคของความผิดปกติของการเผาผลาญสารอาหาร ได้แก่ โรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังพบร่วมกับภาวะการขาดแคลเซียมหรือมีแคลเซียมในเลือดต่ำ

8. โรคต้อกระจกจากภาวะอันตราย (Traumatic Cataract) เป็นโรคต้อกระจกที่เกิดจากสาเหตุหลายประการภาวะอันตรายที่เกี่ยวข้องกับบริเวณ ลูกตา พบมากในวัยหนุ่มสาว และมักพบเป็นที่ข้างใดข้างหนึ่ง โดยสาเหตุมาจาก

8.1 การเปลี่ยนแปลงให้สารบางอย่างผ่านเข้าออก และไม่ยอมให้สารบางอย่างผ่านเข้าออกของแก้วตา ทำให้เกิดความสมดุลของของเหลวในแก้วตาหรือมีการสะสมสารบางอย่างมากเกินไป จนทำให้เกิดการตกตะกอนภายในแก้วตา

8.2 ความร้อน ความเย็น ที่กระทบลูกตา โดยเฉพาะเมื่อความร้อน และความเย็น สามารถสัมผัสถึงแก้วตาอาจทำให้แก้วตาชุ่นอย่างถาวร

8.3 กระแสไฟฟ้าและแสง หากลูกตาสัมผัสกับกระแสไฟฟ้าในปริมาณสูงหรือสัมผัสกับแสงที่มีความเข้มข้นสูง เช่น ฟลูออเรสเซนต์ แสงจากการเชื่อมโลหะ สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้โปรตีนบริเวณแก้วตาเกิดการจับตัวกันจนเกิดแก้วตา ชุ่นได้

8.4 การฉายรังสี ที่พบได้ในระยะหลังคลอดก่อน 3 เดือน จากสาเหตุการได้รับรังสีของแม่ขณะตั้งครรภ์

8.5 การกระทบกระแทกหรือแผลทะลุ โดยเฉพาะการได้รับแรงกระทบอย่างแรงบริเวณลูกตาจนทำให้แก้วตาอักเสบ แก้วตาบวมซ้ำ รวมไปถึงแก้วตาได้รับของแหลมคมแทงหรือถูกระทบจนเป็นผลจนเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคต้อกระจกตามมา

8.6 สิ่งแปลกปลอมเข้าตา อันเกิดจากการทำงานหรือสัมผัสกับสิ่งแวดล้อม เช่น เศษแก้ว ฝุ่น ใยโลหะ เป็นต้น รวมถึงการผ่าตัดแก้วตาจากการรักษาโรคต่างๆ ที่ทำให้มีเศษของแก้วตาตกค้าง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ อาจมีการสะสมบริเวณแก้วตา และเกิดอาการเป็นพิษทำให้เกิดโรคต้อกระจกตามมา

พยาธิสรีรวิทยา

ในภาวะปกติแก้วตาจะใส แสงผ่านได้ดี แก้วตาจะมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีเกิดการชุ่นที่เล็กน้อย ทำให้ลำแสงผ่านจอตาไม่สะดวก การมองเห็นภาพหรือสายตาวาวลงเนื่องจากในเลนส์จะมีการเปลี่ยนแปลงคือ โปรตีนในเลนส์เปลี่ยนแปลง มีปริมาณของน้ำเพิ่มขึ้น บวม มีการแตกสลายและเสื่อมตัวของเลนส์ไฟเบอร์ที่อยู่ในเลนส์ การเสื่อมของเลนส์ยังไม่ทราบสาเหตุแน่นอน การเกิดต้อกระจกจะเกิดทั้ง 2 ข้าง แต่อาจจะไม่พร้อมกัน ความชุ่นของเลนส์เกิดได้ต่างๆ กัน ตำแหน่งตรงกลางเลนส์ซึ่งเรียกว่า “นิวเคลียส” (Nucleus) นิวเคลียสจะแข็งและเนื้อแน่นกว่ารอบนอกซึ่งเรียกว่า “คอร์เท็กซ์” (Cortex) และเมื่อเกิดเลนส์ไฟเบอร์ใหม่รอบนอก จะทำให้มีการดันเลนส์ไฟเบอร์เก่าสู่ใจกลางเลนส์ ดังนั้นตรงกลางจะมีเลนส์ไฟเบอร์อัดแน่น นิวเคลียสใหญ่ขึ้นเป็นเลนส์ชุ่น

เลนส์หุ้มด้วยแคปซูลเป็น Semipermeable membrane คือ เป็นแผ่นเยื่อบางๆ ที่สามารถให้สารบางอย่างซึมผ่านได้ด้วยวิธีการออสโมซิส ปกติสารที่มีความเข้มข้นมากกว่าจะซึมผ่าน

ไปยังสารที่มีความเข้มข้นน้อยกว่า จะด้วยสาเหตุใดก็ตามถ้าไม่มีการซึมผ่านของสารจากแคปซูลไปยังเลนส์ ก็จะมีการคั่งของสารและเนื่องจากบริเวณเลนส์ตรงกลางนูน ทำให้แสงผ่านไปแคปซูลด้านหลังไม่ได้ ทำให้เกิดการขุ่นที่บริเวณนี้มาก ตามัวอย่างรวดเร็ว ส่วนบริเวณรอบนอกของแคปซูลแสงผ่านเข้าไปน้อยหรืออาจมีการซึมผ่านของสารได้บ้าง จึงทำให้ตามัวช้ากว่าหรือไม่ค่อยมัว

การขุ่นของเลนส์ซึ่งเกิดขึ้นอย่างช้าๆ มีหลายรูปแบบ อาการเริ่มต้นอาจจะเป็นภาพมีเงาสะท้อน โดยเฉพาะกลางคืน เพราะส่วนที่ขุ่นของเลนส์ให้แสงผ่านเข้าตาไม่สม่ำเสมอ บางทีการขุ่นของเลนส์จะแบ่งแสงที่เข้ามาเป็น 2 ลำแสง อาจเห็นภาพซ้อนแสงในตาเดียวกันได้ แต่อาการ เหล่านี้จะหายหมดเมื่อเลนส์ขุ่นมากขึ้น บางคนจะมองเห็นขีดเวลากลางคืนเพราะม่านตาขยาย แสงผ่านเข้าตาได้มากขึ้นในระยะที่แก้วตาทึบแสง แต่แสงยังคงผ่านได้ และผู้ป่วยยังมองเห็นได้บ้างเรียกว่า ระยะต้อยังไม่สุก ถ้าแก้วตาทึบแสงจนแสงผ่านไปได้ เรียกว่า ระยะต้อสุกแล้ว ซึ่งระยะนี้แก้วตาจะมีลักษณะขุ่นขาว การรวมแสงให้ไปตกที่เรตินาจะสูญเสียไป

อาการของต้อกระจก

ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ตามัว ค่อยๆ มัวลงเรื่อยๆ อย่างช้าๆ โดยไม่มีอาการเจ็บปวดหรือตาแดงแต่อย่างใด ในระยะเริ่มแรกจะรู้สึกว่ามีอาการตามัวเหมือนมีหมอกบัง มองเห็นในที่มืดชัดกว่าที่สว่าง หรือถูกแสงสว่างจะรู้สึกว่ตามัวว่ สู้แสงไม่ได้ หรือเห็นภาพซ้อน เพราะแก้วตามักจะขุ่นขาวเฉพาะบริเวณตรงกลาง เมื่อมองในที่มืดรูม่านตาจะขยายและเปิดทางให้แสงผ่านเข้าแก้วตาส่วนรอบนอกที่ยังใสอยู่ได้เป็นปกติ จึงทำให้เห็นภาพได้ชัดในที่มืด แต่ถ้ามองในที่สว่างรูม่านตาจะหดแคบลง จึงทำให้แสงสว่างผ่านเฉพาะแก้วตาบริเวณตรงกลางที่ขุ่นขาว จึงทำให้พร่ามัว

ผู้ป่วยบางรายอาจสังเกตว่าการมองเห็นของตนเองนั้นผิดไปจากเดิม เช่น มองเห็นจุดอยู่หน้าตา มองเห็นแสงไฟเป็นแสงกระจาย อาจมองเห็นภาพเป็นสีเหลือง มองเห็นแสงไฟเป็น 2 ดวงซ้อนกัน หรือมองเห็นพระจันทร์สองดวงหรือหลายดวง แม้จะดูด้วยตาข้างเดียวแต่ก็ยังเห็นภาพซ้อนกัน ทั้งนี้เป็นเพราะแก้วตาที่ขุ่นมัวจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการหักเหของแสงไม่เท่ากัน การหักเหของแสงไปที่ประสาทตาจึงไม่รวมเป็นจุดเดียว เปลี่ยนแวนตาบ่อ เพราะการมองเห็นในระยะใกล้ดีขึ้นหรือไม่ต้องใส่แว่นตาเพื่ออ่านหนังสือ เมื่อเป็นมากๆ อาจมีอาการปวดตาหรือปวดศีรษะร่วมด้วย อาการตามัวจะเริ่มเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ กินเวลาเป็นแรมเดือนแรมปี จนในที่สุดเมื่อแก้วตาขุ่นขาวจนหมดหรือที่เรียกว่า "ต้อสุก" ก็จะมองไม่เห็น (เห็นเป็นฝ้าขาวบริเวณกลางรูม่านตา) สำหรับในผู้สูงอายุมักจะเป็นต้อกระจกที่ตาทั้ง 2 ข้าง แต่จะสุกไม่พร้อมกัน

ระยะของโรคต้อกระจก

ระยะของโรคต้อกระจกสามารถแบ่งได้ดังนี้

1.แบ่งตามอาการของโรค ซึ่งได้เป็น 4 ระยะคือ

ระยะที่ 1 จะพบมีอาการมองเห็นเป็นจุดๆ เดียวหรือหลายจุด และการมองเห็นจะค่อยๆ มัวลงทีละน้อยเหมือนกับมีหมอกหรือกระจกฝ้ามาบัง นอกจากนั้น ผู้ป่วยบางรายที่เกิดความขุ่นบริเวณตรงกลางของแก้วตาจะมีอาการสายตามัวมากในเวลากลางวัน โดยเฉพาะวันที่มีแสงจ้า ส่วนวันที่มีแสงน้อยหรือเวลากลางคืนจะสามารถมองเห็นได้ชัดเจนกว่า

ระยะที่ 2 มักพบมีอาการมองเห็นเป็นภาพซ้อน 2 ภาพหรือมากกว่า เนื่องจากความเรียบ และความขุ่นของกระจกตาไม่เท่ากันจนทำให้เกิดการหักเหของแสงไม่ตกผ่านจุดโฟกัสเดียวกัน นอกจากนั้น ผู้ป่วยบางรายอาจมองเห็นแสงสีรุ้งกระจายรอบดวงไฟได้ด้วย

ระยะที่ 3 เป็นอาการในระยะที่มีการบวมของแก้วตา ช่องน้ำม่านตาตื้นกว่าปกติจากการบวมดันของแก้วตา ทำให้เกิดสายตาสั้นชั่วคราว ในระยะนี้จำเป็นต้องใช้แว่นสายตาสั้นชั่วคราวสำหรับการมองเห็น นอกจากนั้นในระยะนี้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้เสี่ยงต่อการเกิดต้อหินได้

ระยะที่ 4 เรียกระยะนี้ว่า ระยะต้อกระจกสุก มักพบมีอาการเพิ่มมากขึ้นจนแก้วตาขุ่นทึบ ผู้ป่วยจะมองเห็นเป็นเพียงลักษณะเงาเคลื่อนไหวหรือมองเห็นเป็นเพียงแสงไฟเท่านั้น อาการของโรคต้อกระจกมักไม่พบอาการอักเสบของแก้วตา เมื่อส่องด้วยไฟฉายจะพบแก้วตาขุ่นเป็นสีเทาหรือสีขาว ตรงกลางรูม่านตา หากดูด้วยออปธัลโมสโคป (Ophthalmoscope) จะพบเป็นเงาสีดำใน Fundus reflex

2. แบ่งตามพยาธิสภาพของเลนส์แก้วตา ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

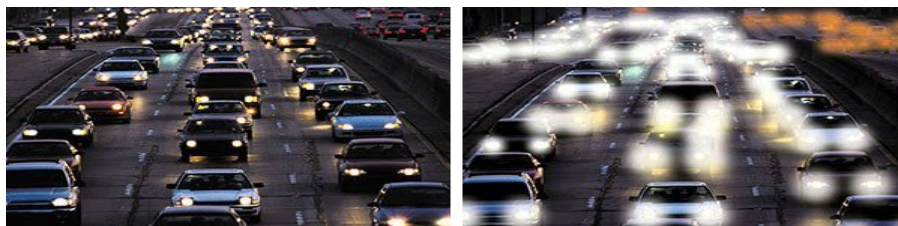
2.1 ระยะ Incipient เป็นระยะที่เกิดความขุ่นของแก้วตา โดยจะเกิดความขุ่นในลักษณะเป็นเส้นพุ่งจากบริเวณรอบแก้วตาเข้าหาจุดศูนย์กลางของแก้วตาลายกับซีลล์ออร์กักรยาน ระยะนี้อาจไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก และยังเป็นระยะที่ใช้เวลานาน

2.2 ระยะ Intumescent เป็นระยะที่แก้วตามีอาการบวมจากภาวะการดูดซึมน้ำเข้าตา ทำให้แก้วตามีความโค้งมาก และดันม่านตาไปด้านหลัง ช่องน้ำม่านตาตื้น

2.3 ระยะ Mature เป็นระยะที่เกิดความขุ่นเต็มแก้วตา แก้วตาเริ่มมีขนาดเล็กลงจากการขับน้ำออกมา ระยะนี้จะพบการขุ่นของแก้วตาอย่างชัดเจน บางรายอาจเห็นเป็นจุดสีน้ำตาลแก่ เรียกว่า black cataract

2.4 ระยะ Hyper mature ระยะนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงของเหลวในแก้วตาจะถูกขับออกทำให้แก้วตาเหี่ยว น้ำม่านตาสีกว่าปกติ เลนส์แก้วตาเสื่อม มองเห็นเป็นสีขาวขุ่น ต่อมาอาจพบมีคอเลสเตอริน (Cholesterin) หรือ ลิเมซ็อล (Lime salt) มาเกาะที่แก้วตา และอาจพบเป็นลักษณะแห้วของแก้วตา และม่านตา ในบางรายแก้วตาอาจมีการเคลื่อนหรือหลุดออกจากตำแหน่งเดิม

ภาพที่ 3 แสดงเปรียบเทียบการมองเห็นของผู้ที่มีสายตาสั้นและผู้ที่เป็นต้อกระจก



ที่มา : Website: https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report8_13.pdf

การวินิจฉัยต้อกระจก

สามารถวินิจฉัยได้จากสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

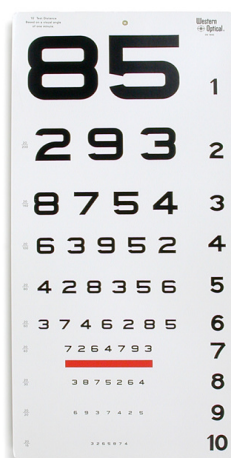
1. การซักประวัติ จากการซักประวัติมักจะพบว่า ผู้ป่วยมีอาการตามัวโดยไม่เจ็บปวด อาการเหล่านี้ค่อยเป็นค่อยไปที่ละน้อย
2. การตรวจดูตา ด้วยวิธีต่างๆ ดังนี้

2.1 การวัดและบันทึกสายตาทั้งสองข้างอย่างละเอียด (Measurement of visual acuity)

2.1.1 การตรวจวัดความชัดของการมองเห็นหรือระดับสายตา (Visual Acuity:

VA) เป็นการวัดระดับความชัดของสายตาเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของความผิดปกติ และประเมินผลการรักษาโรคตาที่สำคัญเช่น ต้อหิน ต้อกระจก ดังนั้นควรมีการวัด VA ทุกครั้งในการตรวจร่างกายทางตา การทดสอบสามารถทำได้หลายวิธี แต่วิธีที่เป็นมาตรฐานคือ สแนลเลนวิสซวลแอกคิวอิที (Snellen visual acuity) โดยมีอุปกรณ์คือแผ่นป้ายสแนลเลน (Snellen chart : SC) ดังภาพที่ 4

ภาพที่ 4 แสดงแผ่นป้ายสแนลเลน (Snellen chart : SC)



แถวที่	ฟุต	เมตร
1	20/200	6/60
2	20/100	6/36
3	20/70	6/24
4	20/50	6/18
5	20/40	6/12
6	20/30	6/9
7	20/20	6/6

ที่มา <https://www.west-op.com/numbereyechart1.html>

หลักการในการวัดการตรวจวัดความชัดของการมองเห็นหรือระดับสายตาคือ ให้วัดที่ละตา เริ่มจากใช้ตาเปล่ามองก่อน(VA without correction) จากนั้นวัดในขณะที่สวมแว่นสายตาหรือ Contact lens ในผู้ที่มีแว่นสายตาหรือคอนแทคเลนส์ (Contact lens) จากนั้นให้มองผ่านรูเล็กๆ (VA with pinhole) หากพบว่าสามารถมองเห็นด้วยตาเปล่าผิดปกติ เพราะการมองผ่านรูจะช่วยให้การมองเห็นดีขึ้น

วิธีวัดการตรวจวัดความชัดของการมองเห็นหรือระดับสายตา (Visual Acuity : VA) จะมีการวัดโดยยึดหลักการข้างต้นดังนี้

1) วัดตาเปล่า (VA without correction โดยใช้ Snellen chart ใช้ตัวย่อคือ SC) โดยให้ผู้ป่วยนั่งบนเก้าอี้ที่วางไว้ข้างหน้าแผ่นป้ายให้นั่งตัวตรงห้ามโน้มตัวไปข้างหน้าขณะอ่านเครื่องหมายเพราะระยะทางจะคลาดเคลื่อนได้ แล้วเริ่มวัดตาข้างขวาก่อน โดยให้ผู้ป่วยใช้มือปิดตาข้างซ้ายไว้ให้มิดชิด จากนั้นอ่านตัวเลขบนแผ่นป้ายตั้งแต่แถวที่ 1 อ่านลงไปเรื่อยๆ ถ้าสายตาปกติจะอ่านได้ถึงแถวที่ 7 ให้บันทึกว่า SC 20/20 หรือ 6/6 ถ้าผู้ป่วยมีสายตาผิดปกติและอ่านตัวเลขในแถวเดียวกันได้ไม่ครบทุกตัว ให้ผู้ป่วยอ่านต่อไปเรื่อยๆ จนกระทั่งถึงแถวใดที่อ่านตัวถูกได้น้อยกว่าตัวผิดหรืออ่านไม่ได้ เลยให้บันทึกดังนี้ ถ้าอ่านแถวที่ 5 ได้ 6 ตัว ผิด 2 ตัว และอ่านแถวที่ 6 ไม่ได้ ให้ บันทึกว่า SC 20/40⁻² ในกรณีที่ถ้าอ่านแถวที่ 5 ได้หมด แต่อ่านแถวที่ 6 ได้ 2 ตัว ให้บันทึกว่า SC 20/40⁺²

2) วัดโดยให้ผู้ป่วยมองลอดรูเข็ม (With pin hole ใช้ตัวย่อคือ PH) ซึ่งเมื่อวัดตาเปล่าแล้วผู้ป่วยยังอ่านไม่ได้ถึงแถวที่ 7 ให้ผู้ป่วยมองลอดรูเข็ม และทำการวัดสายตาทีละข้างอ่านแผ่นป้ายซ้ำอีกเช่นเดียวกับวิธีวัดด้วยตาเปล่า ในรายที่มีสายตาผิดปกติแต่เพียงอย่างเดียวไม่มีโรคอื่น ร่วมด้วยจะอ่านได้ดีขึ้น การบันทึกผลให้เขียน PH ลงไปข้างหน้าเลขกำกับแถวด้วย เช่น PH 20/40

3) วัดขณะสวมแว่นตาหรือใส่เลนส์สัมผัส (Contact lens ใช้ตัวย่อคือ C) โดยหากผู้ป่วยที่มีแว่นสายตามาก่อน ให้วัดขณะที่สวมแว่นโดยปฏิบัติเช่นเดียวกับวิธีวัดด้วยตาเปล่าและให้ลงบันทึก C 20/20 แต่ถ้าอ่านไม่ได้ถึงแถวที่ 7 ให้ใช้ที่ปิดตาชนิดเจาะรูวางทาบข้างหน้ากระบอกแว่นตา และวัดซ้ำอีกครั้งหนึ่ง ส่วนผู้ป่วยใส่เลนส์สัมผัส (Contact lens) ให้วัดทั้งที่ใส่เลนส์สัมผัสก่อนวัดด้วยตาเปล่าวิธีวัดทำเดียวกับการวัดขณะสวมแว่นตา

4) การเลื่อนระยะทาง โดยถ้าผู้ป่วยมีสายตาผิดปกติจนกระทั่งไม่สามารถอ่านตัวเลขแถวที่ 1 ซึ่งมีขนาดใหญ่ที่สุดคือระยะทาง 20/200 ได้ให้เลื่อนระยะทางเข้าไปใกล้ผู้ป่วยครั้งละ 5 ฟุต โดยให้ผู้ป่วยเดินเข้าหาแผ่นป้าย ถ้าผู้ป่วยอ่านตัวเลขหรือบอกได้ถูกต้องให้บันทึกที่ระยะทางนั้นไว้ เช่น เมื่อเลื่อนเข้าไป 5 ฟุต ผู้ป่วยสามารถอ่านตัวเลขได้ให้บันทึกว่า 15/200 เป็นต้น

5) การใช้มือ ถ้าเลื่อนระยะทางเข้าไป 15 ฟุต แล้วผู้ป่วยยังไม่สามารถอ่านตัวเลขได้ ให้ผู้วัดชูมือขึ้นในระดับตาของผู้ป่วยห่างจากผู้ป่วย 3 ฟุต บอกให้ผู้ป่วยนับนิ้วมือครั้งละ 2 นิ้วหรือครั้งละ 3 นิ้ว สลับกันหลายๆ ครั้ง ถ้านับได้ถูกต้องให้บันทึกว่า Finger count 3 ฟุต หรือใช้ตัวย่อคือ

FC 3' ถ้านับไม่ได้ให้ เลื่อนระยะเข้าไปเป็น 2 ฟุต และ 1 ฟุต ตามลำดับ ให้บันทึกว่า FC 2' หรือ FC 1' แล้วแต่ว่าผู้ป่วยจะนับได้ที่ระยะใด แต่ในกรณีที่นับนิ้วมือไม่ได้ให้เปลี่ยนเป็นโบกมือ โดยให้โบกผ่านดวงตาผู้ป่วยซ้ำๆ ทำซ้ำหลายๆ ครั้ง ถ้าบอกได้ถูกต้องว่ามีมือผ่านไปมาให้บันทึกว่า Hand motion หรือใช้ตัวย่อว่า HM

6) การใช้ไฟฉาย ถ้าผู้ป่วยมองไม่เห็นมือให้ใช้ไฟฉาย ต้องระวังปิดตาข้างที่ไม่ได้วัดให้สนิท ครั้งแรกเปิดไฟแต่ยังไม่ส่องเข้าตาผู้ป่วย ถามว่าเห็นแสงหรือไม่ ผู้ป่วยจะสายตามองหาแสงจึงให้ส่องไฟเข้าตา ถ้าเห็นแสงจะชะงักจ้องไฟ แต่ถ้าไม่เห็นแสงจะสายตาต่อไป จากนั้นเปลี่ยนทิศทางที่ฉายไฟ โดยฉายตรงๆ หรือเฉียง ๆ จากหัวตาหรือจากหางตาบ้าง ด้านเหนือคิ้วหรือด้านใต้ตาบ้าง บอกให้ผู้ป่วยชี้ทิศทางของแสงไฟ ถ้าชี้ได้ถูกต้องให้บันทึก Pj (ย่อมาจาก Projection of light) ถ้าบอกทิศทางของแสงไฟไม่ได้ให้บันทึก Perception of light หรือใช้ตัวย่อ PL ถ้ามองไม่เห็นแสงไฟเลย ให้บันทึก No Perception of light หรือใช้ตัวย่อ NO PL

2.1.2 การตรวจวัดความดันลูกตา (Tonometry) โดยใช้ Schiotz tonometer

ความดันลูกตา คือ อัตราการสร้างของเหลวที่สมดุลพอดีกับอัตราการไหลออก ทำให้ระดับความดันภายในลูกตาคงที่ มีหน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท โดยค่าปกติจะอยู่ที่ 12-21 มิลลิเมตรปรอท การวัดความดันลูกตามีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการแยกสาเหตุที่ทำให้ความดันภายในลูกตาเปลี่ยนแปลงและติดตามประเมินผลการรักษาโรคตาที่สำคัญคือ ต้อหิน

วิธีวัดความดันลูกตานี้เจ้าหน้าที่จัดให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนหลังจากนั้นจะหยอดยาชาให้ 1 หยด เพื่อจะได้ไม่เจ็บ หรือระคายตาเมื่อเจ้าหน้าที่วางเครื่องมือวัดความดันลูกตา Schiotz tonometer บนกระจกตา ห้ามกลอกตา พยายามมองจ้องนิ่งๆ ไปยังจุดที่พยาบาลบอกโดยไม่สนใจเครื่องมือ ถ้าผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีจะวัดเสร็จภายในเวลาประมาณ 1-2 นาที ค่าที่วัดได้จะต้องแม่นยำด้วย แต่ถ้าผู้ป่วยกลอกตา อาจจะทำให้กระจกตาถลอก เมื่อวัดเสร็จแล้วห้ามขยาดตาประมาณ 30 นาที รอให้ยาชาหมดฤทธิ์

2.1.3 การตรวจอวัยวะต่างๆ ของตา เมื่อผู้ป่วยได้รับการวัดความชัดของการเห็น และวัดความดันของลูกตาเรียบร้อยแล้ว แพทย์จะเริ่มตรวจอวัยวะต่างๆ ของลูกตาอย่างละเอียดตั้งแต่อวัยวะภายนอกลูกตาเช่น ขนตา เปลือกตา เยื่อบุตา กล้ามเนื้อตา เป็นต้น อวัยวะภายในลูกตา เช่น กระจกตา ช่องน้ำ ม่านตา มุมระบายน้ำเลี้ยงตา ม่านตา แก้วตา เป็นต้น โดยใช้ไฟฉายส่อง ซึ่งในกรณีต่อกระจกสุกจะสามารถมองเห็นแก้วตาขุ่นขาวได้อย่างชัดเจน แต่ถ้าต่อกระจกยังไม่สุกหรือเป็นน้อย การตรวจด้วยไฟฉายจะบอกได้ไม่แน่นอน แพทย์จะตรวจซ้ำด้วยเครื่องมือพิเศษที่เรียกว่า เครื่องสลิตแลมป์ (Slit lamp) ซึ่งประกอบด้วยเลนส์ขยาย ทำให้เห็นส่วนต่างๆ ได้อย่างชัดเจน และบอกระยะการเปลี่ยนแปลงของต่อกระจกได้ ผลการตรวจเป็นข้อมูลสำคัญในการตัดสินใจให้การรักษาต่อไป ใน การตรวจด้วยเครื่องมือนี้ เจ้าหน้าที่จะจัดให้ผู้ป่วยนั่งในท่าที่สบาย หลังตรง วางคางบนแท่น

ที่ เครื่อง หน้าผากชิดแถบพียง ตามองตรงนิ่งๆ ตามทิศทางที่แพทย์แนะนำ แพทย์จะสามารถตรวจ ได้ สะดวก รวดเร็ว แต่ถ้าผู้ป่วยกลอกตาไปมาหรือวางศีรษะไม่นิ่ง แพทย์จะต้องเปลี่ยนการปรับ กล้อง ขยายบ่อยครั้ง ทำให้การตรวจเวลานานมีผลทำให้ผู้ป่วยแสบตามาก เนื่องจากแสงไฟจาก เครื่องที่ส่อง เข้าตาอยู่ตลอดเวลา

2.1.4 การตรวจจอประสาทตา การตรวจในขั้นตอนนี้เป็นสิ่งสำคัญ จะทำให้ทราบว่า ขั้วประสาทตา หลอดเลือดที่มาเลี้ยงจอประสาทตา และลักษณะทั่วไปของจอประสาทตาวามีผิดปกติ หรือไม่ ถ้าสภาพของจอประสาทตাপกติและไม่มีโรคแทรกซ้อนใดๆ ในขณะผ่าตัดหรือหลังผ่าตัด การ เห็นของผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะดีเหมือนก่อนเป็นต้อกระจก ซึ่งการตรวจจอประสาทตานี้มีขั้นตอนดังนี้

- 1) เจ้าหน้าที่หยอดยารูม่านตาทั้ง 2 ข้าง เพื่อให้รูม่านตาขยายเต็มที่สักระยะหนึ่ง แพทย์จึงจะสามารถตรวจประสาทตาได้
- 2) เมื่อรูม่านตาขยาย แพทย์จะใช้เลนส์ขยายตรวจ อาศัยแสงไฟจากเครื่องบน ศีรษะของแพทย์ แสงไฟจากการตรวจจะทำให้ผู้ป่วยแสบและเคืองตามาก แต่จะไม่อันตราย ควรให้ ความร่วมมือกับแพทย์โดยการมองตามทิศทางที่แพทย์บอกจะทำให้สามารถตรวจได้อย่างละเอียด รวดเร็ว

3) การตรวจจอประสาทตาโดยวิธีนี้ จะใช้ได้กับผู้ป่วยที่เป็นต้อกระจกน้อยๆ เท่านั้น ในรายที่เป็นมากแล้วต้อกระจกปิดกั้นแสงไม่ให้ผ่านเข้าตาได้ แพทย์จึงไม่สามารถตรวจได้ จำเป็น ต้องตรวจด้วยคลื่นไฟฟ้าแทน

3. การตรวจร่างกายโดยละเอียด

เพื่อวินิจฉัยแยกโรคที่มีอาการของโรคต้อกระจก (Differential diagnosis of Senile Cataract) โรคที่ทำให้เกิดอาการสายตามืดที่เล็กน้อย ในคนอายุ 40 ปีขึ้นไปมีหลายโรค ดังนั้น ก่อนที่จะวินิจฉัยผู้ป่วยรายใดว่าเป็นต้อกระจก จึงควรนึกถึงโรคอื่นไว้ด้วย มิฉะนั้นอาจให้คำแนะนำผู้ป่วยผิด ไป ซึ่งพบได้เสมอ จึงควรแนะนำให้ไปหาจักษุแพทย์ เพื่อจะได้รับการตรวจและรักษาที่ถูก ต้องต่อไป ดังนั้นจึงได้แยกโรคตาอื่นๆ ที่มีอาการคล้ายต้อกระจกและควรนึกถึงเสมอ คือ

3.1 Chronic หรือ Open angle glaucoma (ต้อหินเรื้อรังชนิดมุมเปิด) เป็นโรคที่พบบ่อย ในผู้ป่วยวัยกลางคน และมีอาการคล้ายต้อกระจกมาก ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเสียแต่แรกแล้ว มักจะตาบอดทุกราย หลักง่ายๆ ที่จะใช้แยกโรคที่เกิดจากต้อกระจกคือ

- 3.1.1 รูม่านตาส่วนมากมักขยายไม่มากนักน้อย และมีปฏิกิริยาต่อแสงน้อยกว่า ปกติ ส่วนในต้อกระจกจะพบว่ารูม่านตามีขนาดปกติและมีปฏิกิริยาต่อแสงเสมอ
- 3.1.2 ความดันในลูกตาส่งกว่าปกติ
- 3.1.3 ตรวจด้วยออฟทาโมสโคป (Ophthalmoscope) ดูขั้วของประสาทตา
- 3.1.4 เลนส์ตาไม่ขุ่น (แต่ในบางรายอาจมีต้อกระจกร่วมด้วยก็ได้)

3.1.5 ลานสายตาโดยรอบแคบเข้าซึ่งตรวจได้ด้วยเพอริมิเตอร์ (Perimeter) หรือ สโคโตเมเตอร์ (Scotometer) แต่ถ้าไม่มีเครื่องมือดังกล่าวก็อาจวัดคร่าวๆ ได้ด้วยการเปรียบเทียบลานสายตาของผู้ตรวจด้วยวิธี เรียกว่าคอนฟรอนเทชันเทส (Confrontation Test)

3.1.6 Prorocative Test โดยการทำให้ Water Drinking test วิธีทำคือ ให้ผู้ป่วยงดอาหารและเครื่องดื่มก่อนนอน ตอนเช้าวัดความดันลูกตา (Central intraocular pressure) ไว้ก่อนแล้วให้ดื่มน้ำ 1 ลิตรภายใน 4-5 นาที แล้ววัดความดันภายในลูกตา 1/2 ชั่วโมง ถ้าความดันขึ้นสูงกว่า Central เกิน 6-8 mmHg ถือว่าเป็น Positive Test

3.2 Hypertensive หรือ Diabetes retinopathy อาจพบได้ในผู้ป่วยวัยกลางคน เช่นกัน โดยผู้ป่วยไม่รู้ตัวมาก่อนว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือเบาหวานมาก่อน ดังนั้นการ ตรวจด้วยออปทาลโมสโคป (Ophthalmoscope) ร่วมกับการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ จึงเป็นสิ่งควรทำ

3.3 ประสาทตาฝ่อ จากสาเหตุใดๆ ก็ตาม เช่น ซีฟาลิส Post-optic neuritis หรือข้อประสาทตาบวมจากสารพิษต่าง ๆ หรือจากโรคทางระบบประสาทใดๆ เราแยกจากต้อกระจกได้โดยการตรวจด้วยออปทาลโมสโคป

3.4 กระจกตาเสื่อมจากพันธุกรรม (Corneal dystrophy) อาจพบได้ในวัยกลางคนเช่นกัน โดยมากไม่ทราบสาเหตุ และไม่มีอาการอักเสบ ตรวจได้ด้วยการตรวจด้วยแสงไฟ และ Slit Lamp Biomicroscope

3.5 ยูเรียส่วนหลังอักเสบ โดยมากมีอาการตามัวช้า ๆ และไม่มีอาการอักเสบ ตรวจได้ด้วยออปทาลโมสโคป (Ophthalmoscope)

3.6 ต้อเนื้อที่เป็นมากๆ มีผู้ป่วยบางรายที่ปล่อยทิ้งไว้ จนตัวเนื้องอกเข้าไปถึงบริเวณรูม่านตา และทำให้สายตามัวไป โรคที่วินิจฉัยได้ไม่ยากโดยใช้การตรวจด้วยไฟฉายธรรมดาที่เห็นได้

3.7 น้ำวุ้นตา (Vitreous) ขุ่น อาจเกิดจากการอักเสบ เช่น ยูเวียทิส (Uveitis) หรือเกิดจากเลือดออกในลูกตา เช่น เรตินอพาที (Retinopathy) หรืออาจเกิดจากการเสื่อม เช่น ในสายตาสั้นมากๆ ตรวจได้ด้วย ออปทาลโมสโคป (Ophthalmoscope) และไบโอไมโครสโคป (Biomicroscope)

3.8 สายตาสั้นมาก (Progressive myopia) ผู้ป่วยบางรายที่สายตาสั้นมากขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุ เมื่อถึงวัยกลางคนสายตาอาจสั้นจนอ่านหนังสือไม่เห็นเลยก็ได้ และพวกนี้อาจมีต้อกระจกชนิดแทรกซ้อน หรือมีภาวะวุ้นตาเสื่อม (Vitreous degeneration) ร่วมด้วย

3.9 จอรับภาพหลุดออกRetinal (Retinal detachment) อาจเกิดขึ้นได้ที่ละน้อยในคนสูงอายุ และอาจเป็นโรคแทรกของ Progressive myopia ตรวจได้ด้วยออปทาลโมสโคป (Ophthalmoscope) และไบโอไมโครสโคป (Biomicroscope)

3.10 Senile macular degeneration เป็นโรคที่พบได้ในคนสูงอายุ และมีอาการ เช่นเดียวกับต้อกระจก ตรวจได้ด้วยออปทาลโมสโคป (Ophthalmoscope)

3.11 Retinitis หรือ Chorioretinitis เป็นโรคที่มีอาการตามัวที่เล็กน้อย และไม่มี อาการอักเสบภายนอกให้เห็น ตรวจได้ด้วยออปทาลโมสโคป (Ophthalmoscope)

3.12 เนื้องอกในลูกตา เช่น melanoma ของ คลอรอยด์ ในระยะแรก อาจมี อาการเหมือน ต้อกระจก ตรวจได้ด้วย ออปทาลโมสโคป (Ophthalmoscope)

3.13 โรคในกะโหลกศีรษะ Intra-cranial diseases หรือเนื้องอก (Tumor) ซึ่งไป กระทบกระเทือนต่อทางเดิน ของประสาทตา (Optic pathway) ส่วนใด ๆ ก็ตาม เช่น เนื้องอกต่อม ใต้สมอง (Pituitary Tumor) ที่ไปกดส่วนไขว้ประสาทตา optic chiasm (Optic chiasm) ตรวจได้ ทางระบบประสาท (neurological examination) ร่วมกับอาการทางตาต่าง ๆ

การรักษาโรคต้อกระจก

1.การรักษาด้วยยา

ปัจจุบันจักษุแพทย์บางท่านอาจใช้ยาหยอดตา เพื่อชะลอความรุนแรงของต้อกระจก แต่ไม่มียา ชนิดใดสามารถลดหรือหยุดต้อกระจกได้ เมื่อสายตาคงจนไม่สะดวกในการใช้ชีวิตประจำวัน ควร ทำการผ่าตัด หรือสลายต้อกระจก และใส่เลนส์สังเคราะห์ หรือเลนส์แก้วตาเทียมให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ มองเห็นในระยะไกลได้เป็นปกติ

2.การรักษาด้วยการผ่าตัด

การผ่าตัด หรือการลอกต้อกระจก มีหลักง่ายๆ คือ เอาเลนส์ที่ขุ่นออกทิ้งไป และอาจใส่เลนส์ เทียมเข้าไปแทนที่ จากอดีตจนถึงปัจจุบันการผ่าตัดต้อกระจกมีหลายวิธี ซึ่งบางวิธีมีการทำน้อยลง เนื่องจากมีวิธีที่ทันสมัยกว่า เช่น

2.1 Couching: การลอกต้อกระจกโดยใช้เข็มเขี่ย การเคาะเลนส์ เป็นการ ผ่าตัดต้อ กระจกในยุคแรก ทำโดยการใช้เข็มแทงผ่านเยื่อตา (Conjunctiva) และตาขาว (Sclera) ห่างจาก ขอบของกระจกตา (Limbus) 4 มิลลิเมตร ให้เข็มผ่านทางด้านหลังม่านตา (Iris) ไปสู่เลนส์ (lens) แล้วจึงเขี่ยให้ต้อกระจกตกไปทางด้านหลังเข้าไปในน้ำวุ้นตา (vitreous) ปัจจุบันวิธีนี้ได้เลิกทำไปแล้ว เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนสูง

2.2 Intracapsular cataract (ICCE) คือการทำผ่าตัดเอาต้อกระจกและถุงหุ้มเลนส์ (lens capsule) ออกทั้งหมด โดยจะเปิดแผลบริเวณขอบของกระจกตา (Limbus) ขนาดกว้างพอที่จะ นำต้อกระจกออกมาได้ นำเลนส์ที่เป็นต้อกระจกและถุงหุ้มเลนส์ (Capsule) ออกทั้งหมด โดยใช้หัวจี้ ความเย็น หรือคีมคีบ (Forceps) ปัจจุบันวิธีนี้ทำน้อยลง เนื่องจากไม่สามารถใส่เลนส์แก้วตาเทียมได้ และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากเช่น จอประสาทตาหลุดลอก (Retinal detachment) จอตาบวม

(Cystoid macular edema) เป็นต้น แต่ยังเป็นภาวะที่ผ่าตัดที่ใช้อยู่ในบางกรณี เช่น เกิดการเคลื่อนเลนส์ออกจากตำแหน่งเดิม (Lens subluxation) เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถผ่าตัดด้วยวิธีอื่นได้

2.3 Extracapsular cataract extraction (ECCE) คือการผ่าตัดโดยการเอาต่อกระจกออกเหลือเฉพาะถุงหุ้มเลนส์ (Lens capsule) ไว้ เปิดแผลบริเวณ Limbus กว้าง 8-10 มิลลิเมตร แล้วใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปในถุงหุ้มเลนส์ จากนั้นจะเย็บปิดแผล เป็นวิธีผ่าตัดที่ยังใช้อยู่ในปัจจุบันโดยเฉพาะต่อกระจกที่เป็นมากหรือต่อกระจกสุก ซึ่งยากต่อการผ่าตัดแบบใช้เครื่องสลายต่อกระจก (Phacoemulsification)

2.4 Manual Small incision Cataract Surgery (MSICS) เป็นการผ่าตัดแบบแผลเล็กคล้ายวิธี ECCE ต่างกันที่ตำแหน่งแผล ซึ่งปัจจุบันได้รับความนิยมมากขึ้น การรักษาด้วยการผ่าตัดดังกล่าวข้างต้นนั้นเป็นเทคนิคการผ่าตัดที่เอาต่อกระจกทั้งก้อนออกทางแผลขนาดเล็กบริเวณตาขาวที่ปิดเองได้โดยไม่ต้องเย็บ และยังมีถุงหุ้มเลนส์อยู่ แผลผ่าตัดโดยวิธีนี้มีขนาดเล็กกว่าวิธี ECCE แต่ใหญ่กว่าวิธี PE ใช้เวลาในการผ่าตัดสั้นกว่า นอกจากนี้การไม่เย็บปิดแผลยังช่วยลดปัญหาการเกิดภาวะสายตาสั้น การฟื้นตัวเร็วกว่า

2.5 Phacoemulsification (PE) คือการทำผ่าตัดที่มีหลักการคล้ายกับหลักการของ ECCE คือการนำต่อกระจกออกโดยเหลือถุงหุ้มเลนส์ (Lens capsule) ไว้ โดยจะมีแผลขนาดเล็กกว่าการผ่าตัดแบบ ECCE โดยมีขนาดแผลประมาณ 3-5 มิลลิเมตร การสลายต่อกระจกด้วยคลื่นอัลตราซาวด์แล้วใส่ เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปแทนที่ วิธีนี้ดีกว่าแบบ ECCE ในแง่ขนาดแผลเล็ก การหายของแผลเร็วกว่า การฟื้นฟูสายตาทันทีเร็วกว่า แต่ก็มีข้อจำกัดในบางกรณี เช่น ต่อกระจกที่แข็งหรือสุกอาจไม่สามารถผ่าตัดด้วยวิธี Phacoemulsification ได้ เป็นต้น ซึ่งในการผ่าตัดด้วยวิธีนี้ นอกจากจะต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแล้ว ต้องอาศัยเครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษคือ

2.5.1 แก้วตาเทียมหรือเลนส์ตาเทียม (Intraocular Lens) เป็นวัสดุที่ทำจากพลาสติกที่ได้รับความนิยมมากที่สุด สามารถทำให้การมองเห็นภาพเหมือนแก้วตาปกติ และขนาดภาพเท่าของจริง วัสดุที่ฝังเข้าไปในลูกตาแทนที่เลนส์ธรรมชาติที่ขุ่นเพื่อให้การมองเห็นเป็นปกติ มีลักษณะเป็นพลาสติกใส เส้นผ่าศูนย์กลาง 5-6 มิลลิเมตร ซึ่งจะถูกนำไปใส่ไว้ในดวงตาหลังการผ่าตัดต่อกระจก และจะคงอยู่ในดวงตาอย่างถาวร โดยจะมีขายึด 2 ข้างไว้สำหรับป้องกันการเคลื่อนที่ของเลนส์ภายในดวงตา

1) ส่วนประกอบของเลนส์ตาเทียม ประกอบด้วย 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ

- 1.1) ส่วนที่เป็นเลนส์ตาเทียม (Optical portion) ส่วนนี้ทำหน้าที่หักเหแสงให้ตกบนจอประสาทตา เพื่อให้เห็นภาพชัดเจน
- 1.2) ส่วนที่เป็นขาเลนส์ตาเทียม (Haptic portion) ทำหน้าที่ยึด

หรือ พยายามให้เลนส์ตาเทียมอยู่ในตำแหน่งที่ต้องการไม่ให้เคลื่อนหรือเลื่อนหลุดไปมีทั้งที่เป็นขาแข็งและที่ยึดหยุ่นได้แบบสปริง

2) ชนิดและคุณสมบัติของเลนส์แก้วตาเทียม

2.1) เลนส์แข็งทำจากวัสดุ PMMA (Polymethyl Methacrylate)

เป็นเลนส์แก้วตาเทียมชนิดแรก เลนส์ชนิดแข็งสามารถใส่ผ่านแผลที่มีขนาดใหญ่ประมาณ 10-12 มิลลิเมตร และอาจต้องใช้ไหมเย็บปิดแผลจึงเหมาะ สำหรับการผ่าตัดต่อกระจกแบบดั้งเดิมหรือถ้าจะ ใช้ในการผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยอัลตราซาวด์ ควรเลือกใช้เลนส์ที่มีขนาดเล็กคือ 5.0-5.25 มิลลิเมตร ปัจจุบันพบว่าเลนส์ PMMA มีอัตราการเกิดเยื่อหุ้มเลนส์ส่วนหลังขุ่น (Posterior Capsular Opacification) ค่อนข้างสูงประมาณ 27-33%

2.2) เลนส์แก้วตาเทียมชนิดใส ลักษณะของเลนส์เป็นสีใสสามารถ กรองแสงอัลตราไวโอเล็ตได้ ช่วยให้ผู้ป่วย กลับมามองเห็นได้ตามปกติ โดยจะมองเห็นระยะไกลได้ดี

2.3) เลนส์ชนิดนิ่มพับได้ (Foldable Lens) ทำจากวัสดุอะคริลิก (Acrylic) ที่มีความเข้ากับมนุษย์ได้ดี เลนส์สามารถพับครึ่งได้จึงสามารถใส่เลนส์ผ่านแผลขนาดเล็ก ประมาณ 3 มิลลิเมตร จึงเหมาะสำหรับการผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยอัลตราซาวด์ (Phacoemulsification) ไม่จำเป็นต้องใช้ไหมเย็บแผล จึงลดโอกาสเกิดสายตาเอียงหลังผ่าตัดได้ เนื่องจากสามารถทำการผ่าตัดผ่านแผลขนาดเล็กมาก ทำให้ระยะการพักฟื้นและการสมานของแผลใช้ เวลาร่น้อย ผู้ป่วยสามารถใช้สายตาทายหลังการผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว มีให้เลือกใช้ตามความเหมาะสม กับคนไข้แต่ละท่าน

2.4) เลนส์แก้วตาเทียมชนิดเพิ่มความคมชัดและกรองแสงสีฟ้าพัฒนา จากเลนส์แก้วตาเทียมชนิดมาตรฐาน โดยใช้เทคโนโลยี Wavefront ในการวิเคราะห์และออกแบบ มี Optic Surface เป็น Aspheric Optic ทำให้ภาพตกลงบนจอประสาทตาที่จุดเดียวกัน ช่วย ให้การมองเห็นคมชัดขึ้นตัวเลนส์มีสีเหลืองใสใกล้เคียงธรรมชาติสามารถกรองแสงสีฟ้า ลดผลกระทบใน ระยะยาวจากได้รับแสงสีฟ้า (ซึ่งมีอันตรายต่อจอประสาทตา) ที่เข้าสู่จอประสาทตา

2.5) เลนส์แก้วตาเทียมชนิดที่โฟกัสได้หลายระยะ พัฒนาขึ้นมาเพื่อ แก้ปัญหาสายตาของผู้มีภาวะสายตาวาย สูงอายุ ใช้เทคโนโลยี Apodized diffractive ช่วยสร้าง ความสมดุลของการโฟกัสภาพใกล้และภาพไกล ตามกิจกรรมที่ทำและตามสภาวะของแสง จึงสามารถ มองเห็นได้ทุกระยะใกล้ไปจนถึงไกล

2.6) เลนส์แก้วตาเทียมสำหรับผู้มีสายตาเอียง เลนส์แก้วตาเทียม ชนิด Toric ขึ้นมาเพื่อแก้ไขสายตาเอียง ที่เกิดจากกระจกตา โดยออกแบบให้มีความโค้งทางด้านหลัง เลนส์ไม่เท่ากันในแนวตั้งและแนวนอน เพื่อ ขจัดความโค้งของกระจกตาที่ไม่เท่ากัน ทำให้มองเห็น ระยะไกลได้ชัดเจนขึ้นและช่วยลดการพึ่งพาแว่นตาในการมองเห็น

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกชนิดแผลเล็ก (Manual Small Incision Cataract Surgery: MSICS)

การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด (Pre-operative)

การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดเป็นการเตรียมตัวผู้ป่วยให้พร้อมก่อนผ่าตัดต้อกระจก ซึ่งมีความสำคัญเพราะเป็นการเตรียมสภาพของผู้ป่วยให้พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดดังนี้

1. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถเผชิญกับความเจ็บปวด หรือ ผลกระทบที่จะเกิดหลังผ่าตัดต้อกระจก รวมทั้งช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดได้

2. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัดต้อกระจก

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกระยะก่อนผ่าตัดมีแนวทางดังนี้

1. การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต้อกระจก เพื่อให้ทราบถึงสภาพของผู้ป่วย ปัญหา และหาแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยร่วมกับทีมผ่าตัด โดยใช้แนวทางในการประเมินดังนี้

1.1 แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ สามารถประเมินได้จาก

1.1.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพในอดีตและปัจจุบัน ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และสารเสพติด ยาที่รับประทานเป็นประจำ ประวัติการแพ้ยาและสารอาหาร โรคประจำตัว การรับรู้และการดูแลสุขภาพของตนเอง

1.1.2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยปัจจุบัน ดังนี้คือ การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย การผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะได้รับ รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับตำแหน่งที่จะต้องผ่าตัด ชนิดและกำลังของเลนส์แก้วตาเทียมที่ใช้ แผนการรักษาของแพทย์หลังจากการรับการรักษาโดยการผ่าตัด

1.2 แบบแผนอาหารและการเผาผลาญ ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินสภาพให้ครอบคลุมโดยการเก็บข้อมูลทางโภชนาการที่ผ่านมาในอดีต ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง อาหารที่รับประทาน อาการผิดปกติในการรับประทานอาหาร ภาวะขาดน้ำ หรือไม่สมดุลเกลือแร่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

1.3 แบบแผนการขับถ่าย ข้อมูลที่สำคัญ คือ ลักษณะปริมาณ ความถี่ในการขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะที่เปลี่ยนแปลงไป ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมนั้น ควรขับถ่ายสม่ำเสมอ ไม่เบ่งอุจจาระหรือปัสสาวะแรงๆ

1.4 แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย ข้อมูลพื้นฐานได้แก่ สัญญาณชีพ อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก การเต้นของหัวใจ อาการบวม ชีต เขียว ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระดับเม็ดเลือดของผู้ป่วย การเคลื่อนไหวและข้อจำกัดของผู้ป่วย และการตรวจสมรรถภาพปอด

1.5 แบบแผนการปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด ข้อมูลที่ควรประเมินดังนี้

1.5.1 ความรู้สึกของผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความยินยอมที่จะเข้ารับการรักษา

1.5.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวต่อโรคและการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม และเจตคติของผู้ป่วยเองที่มีต่อโรคต่อกระจก

1.5.3 ความกลัวความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดต่อกระจกและผลกระทบหลังผ่าตัด

1.5.4 ความรู้สึกของญาติและครอบครัวต่อภาวะโรคต่อกระจก และการรักษาด้วยการผ่าตัดลอกต่อกระจกของผู้ป่วย

2. การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดลอกต่อกระจก

การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดลอกต่อกระจกมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ไม่มีอันตรายและภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการผ่าตัด ซึ่งพยาบาลจะต้องตระหนักถึงปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมผู้ป่วยเป็นอย่างดี กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมี ดังนี้

2.1 การเตรียมทางด้านจิตใจ

ในการเตรียมทางด้านจิตเจ้านั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ได้ และให้ความร่วมมือในการผ่าตัด ปัญหาทางด้านจิตใจที่มักเกิดกับผู้ป่วยมี ดังนี้

2.1.1 ความกลัว ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุ เช่น ความไม่รู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด กลัวการให้ยาชาเฉพาะที่ กลัวการเสียชีวิต กลัวตาบอด การถูกแยกจากคนที่ใกล้ชิด เป็นต้น

2.1.2 ความวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การทำงาน ครอบครัว เศรษฐกิจ ความกลัว

และความวิตกกังวลต่างๆ อาจเชื่อมโยงไปถึงการเตรียมตรวจ การเตรียมผู้ป่วยในด้านร่างกายก่อนผ่าตัด และสภาพร่างกายหลังผ่าตัด ดังนั้นการเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมด้านจิตใจ พยาบาลควรอธิบายดังนี้

- 1) ให้กำลังใจ และให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย
- 2) สอบถามถึงสิ่งที่ผู้ป่วยกลัวหรือมีความวิตกกังวล พร้อมทั้งอธิบายและให้คำแนะนำทุกอย่างเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยกลัวและรู้สึกกังวล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม
- 3) อธิบายเกี่ยวกับการเตรียมทางร่างกายก่อนผ่าตัด เช่น การทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะทำการผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยเป็นผู้หญิงไม่ควรแต่งหน้าและควรล้างหน้าให้สะอาด เป็นต้น
- 4) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นการเซ็นชื่อในใบยินยอมผ่าตัด เพื่อเป็นการรับทราบการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และยินยอมให้แพทย์ทำการผ่าตัด

2.2 การเตรียมตรวจทางด้านร่างกาย

ในการเตรียมผู้ป่วยด้านร่างกายมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ลอกต่อกระดูก ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นขณะและหลังผ่าตัด ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทางด้านร่างกายก่อนผ่าตัดพยาบาลควรปฏิบัติดังนี้

2.2.1 เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย รวมทั้งประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการรักษา ประวัติการผ่าตัด การแพ้ยา การแพ้อาหาร การงดยาละลายลิ่มเลือด ประวัติฟันผุ การอักเสบของผิวหนังบริเวณต่างๆ รวมทั้งตรวจประเมินความผิดปกติบริเวณตา เช่น มีตาแดง เคืองตา มีตุ่มที่เปลือกตา ขี้ตามาก เป็นต้น

2.2.2 สังเกต บันทึก และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ที่สำคัญดังนี้

1) การตรวจเลือด (Blood examination) เช่น การนับจำนวนเม็ดเลือด (CBC) ระดับฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริต เพื่อดูว่าผู้ป่วยมีภาวะซีด การติดเชื้อ และในบางรายอาจจำเป็นต้องตรวจหาระยะเวลาในการแข็งตัวของเลือด หรือสอบถามเกี่ยวกับปัญหาในการแข็งตัวของเลือดซึ่งอาจมีผลแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัดด้วย

2) การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) ในผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดเพื่อตรวจดูว่ามีปัญหาหรือติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจอยู่หรือไม่

3) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) เป็นการตรวจที่จำเป็นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการผ่าตัดที่เป็นอันตราย เช่น การผ่าตัดใหญ่ หรือการผ่าตัดที่มีการเสียเลือดมาก หรือในผู้สูงอายุ

4) การตรวจวัดสัญญาณชีพ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเปรียบเทียบกับก่อนและหลังผ่าตัด ในบางรายที่มีไข้สูง พยาบาลต้องหาสาเหตุและรักษาการติดเชื้อนั้นเสียก่อน ซึ่งอาจต้องเลื่อนการผ่าตัดนั้นออกไป

2.3 การตรวจสอบและแก้ไขภาวะโภชนาการ ในการเตรียมผู้ป่วยด้านร่างกายจำเป็นต้องคำนึงถึงภาวะโภชนาการ กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีคุณค่าและพลังงานที่เพียงพอ ได้แก่ อาหารโปรตีนเพื่อช่วยในการส่งเสริมภูมิคุ้มกัน ซ่อมแซมส่วนที่สึกหลอ และช่วยในการหายของแผล นอกจากนี้อาหารประเภทวิตามิน เช่น วิตามินซีช่วยให้บาดแผลหายเร็ว วิตามินเคช่วยในการแข็งตัวของเลือด ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวานหรือความดันโลหิตสูงควรรับประทานยาและยาให้เรียบร้อยก่อนไปห้องผ่าตัด เป็นต้น

2.4 การสอนและให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนผ่าตัดลอกต่อกระดูก เป็นสิ่งสำคัญของการเตรียมผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด เพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือและปฏิบัติตามหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง นอกจากนี้ยังเป็นการลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาพยาบาล และลดระยะในการอยู่โรงพยาบาลด้วย ข้อมูลที่ควรสอนผู้ป่วยมีดังนี้

2.4.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจก สาเหตุของการเจ็บป่วยและการผ่าตัดต้อกระจก ชนิดแผลเล็ก (Manual Small Incision Cataract Surgery: MSICS) อย่างคร่าวๆ

2.4.2 อธิบายเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัดและวิธีให้ยาระงับความรู้สึกให้ผู้ป่วยทราบ โดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะที่ (Local Anesthesia) จะชาทั้งตาและบริเวณรอบๆ ดวงตา จะไม่ทำให้รู้สึกเจ็บขณะผ่าตัด

2.4.3 แนะนำและอธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นของการฝึกนอนคลุมโปง โดยให้ได้ อย่างน้อย 30 นาที เพราะขณะผ่าตัดจะมีผ้าที่ปราศจากเชื้อคลุมปิดส่วนต่างๆ ของร่างกายเหลือ เพียงแต่ตาข้างที่จะทำผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยบางรายที่ไม่ได้ฝึกมาก่อนอาจจะเกิดความเครียดและอึดอัดจน ไม่สามารถผ่าตัดได้

2.4.4 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงบรรยากาศในห้องผ่าตัด เช่น มีเครื่องมืออุปกรณ์บาง ชนิดที่อาจมีเสียงดัง เครื่องวัดความดันโลหิตที่ตรวจวัดอัตโนมัติอยู่ตลอดเวลา เป็นต้น และเมื่อผู้ป่วย เข้าไปจะพบกับเจ้าหน้าที่สวมชุดสีเขียวทั้งหมด มีผ้าปิดปากและจมูกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของ เชื้อโรค เมื่อผู้ป่วยนอนบนเตียงผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว จะได้รับการผูกข้อมือทั้งสองข้างป้องกันการตก เตียง ห้ามพยักหน้าหรือส่ายหน้าขณะที่แพทย์ทำการผ่าตัด

2.4.5 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาพของผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัด โดยจะได้รับการ ปิดตาด้วยแผ่นปิดตา และฝากรอบตา ผู้ป่วยต้องนอนในท่าที่แพทย์กำหนด เช่น ห้ามนอนตะแคงทับ ข้างที่ทำผ่าตัดหนึ่งคืน นอนตะแคงซ้ายหรือขวา ห้ามล้างหน้า ระวังไม่ให้น้ำเข้าตา 1 เดือน ให้เช็ดหน้า แทนการล้างหน้า เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจสภาพของตนเองภายหลังผ่าตัด

2.4.6 พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้จักกับผู้ป่วยโรคเดียวกัน (ถ้ามี) หรือเคยเข้ารับการผ่าตัดเช่นเดียวกับผู้ป่วย เพื่อให้ได้มีโอกาสสอบถามข้อมูลดังกล่าวได้ ผู้ป่วยจะรู้สึก ว่าอย่างน้อยยังมีผู้ป่วยอื่นที่มีความเจ็บป่วยหรือมีปัญหาและความต้องการใกล้เคียงกับตนเองหรือยังมี คนเข้าใจความรู้สึกของตน และมีเพื่อนที่พึ่งพาได้

2.4.7 เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยว่ามีความกลัว วิตกกังวล เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยด้วยความเห็นอกเห็นใจ และเป็นกันเอง ทำให้ผู้ป่วยคลายความกังวลลงได้

2.4.8 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหา อธิบายและตอบปัญหาของผู้ป่วย โดย หลีกเลี่ยงการใช้คำพูดที่จะทำให้กลัวและกังวลได้

2.4.9 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสถานที่รอคอยระหว่างผ่าตัดระยะเวลาการ ผ่าตัดโดยประมาณ

2.4.10 การควบคุมและลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ผู้ป่วยอาจจะได้รับยาระงับ ความเจ็บปวด อย่างไรก็ตามพยาบาลควรสอนวิธีการอื่นๆ ที่ช่วยในการระงับความเจ็บปวดควบคู่กันไป

2.4.11 การปฏิบัติตนอื่น ๆ ได้แก่ การดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วไป เช่น การ

อาบน้ำสระผม ตัดเล็บ และแนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง สดชื่น ไม่อ่อนเพลีย

2.5 การเตรียมผู้ป่วยในคืนก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมร่างกายดังนี้

2.5.1 การเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยแนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำ สระผม โกนหนวดในคืนก่อนผ่าตัด เพื่อลดจำนวนแบคทีเรียที่อาศัยอยู่บนผิวหนัง โดยการทำให้ผิวหนังบริเวณที่จะทำการผ่าตัดสะอาดที่สุด โดยมีหลักการคือใช้สบู่ฆ่าเชื้อฟอกทำความสะอาดบริเวณใบหน้าให้กว้างมากที่สุด และควรประเมินสังเกตสภาพผิวหนังก่อนผ่าตัด อาการแสดงของภาวะติดเชื้อให้ละเอียด

2.5.2 การดูแลให้ยากล่อมประสาทในคืนก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลนอนไม่หลับตื่นเต้นต่อการผ่าตัดที่จะได้เผชิญในวันรุ่งขึ้นอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอและอ่อนเพลียได้ ดังนั้นพยาบาลจึงควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยากล่อมประสาท เช่น Diazepam รับประทานก่อนนอนตามแผนการรักษา

2.6 การเตรียมผู้ป่วยในวันที่ผ่าตัด

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์ในเช้าวันผ่าตัด จะต้องตรวจสอบ และดูแลสิ่งต่อไปนี้พร้อมทั้งบันทึกในรายงานการเตรียมผ่าตัดและใบอนุญาตผ่าตัดของโรงพยาบาลให้เรียบร้อย

2.6.1 ความสะอาดของร่างกายทั่วไป แนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกายโดยการอาบน้ำ แปรงฟัน บ้วนปาก เปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่ให้เรียบร้อย

2.6.2 ตรวจสอบผิวหนังบริเวณดวงตาข้างที่จะผ่าตัดว่ามีอาการผิดปกติหรือไม่ เช่น ตาแดง เคืองตา มีตุ่มที่ตาหรือขึ้นตามาก ผิวหนังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายปกติ ไม่มีการอักเสบ หากพบอาการเหล่านี้ควรรายงานแพทย์ให้ทราบทันที และที่สำคัญควรตรวจดูม่านตาว่ามีความพร้อมในการผ่าตัดหรือยัง (ม่านตาต้องขยาย 7-10 มิลลิเมตร)

2.6.3 ตรวจสอบเครื่องประดับของมีค่าต่างๆ ต้องถอดออกให้หมดและเก็บไว้ให้เรียบร้อย ทั้งนี้เพื่อลดการเกิดไฟฟ้าดูดหรือไหม้ขณะใช้เครื่องจี้เวลาผ่าตัด ส่วนอวัยวะปลอมที่ถอดไม่ได้ ต้องแจ้งให้ทราบ

2.6.4 ตรวจสอบและบันทึกอาการสำคัญ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ หากผู้ป่วยมีไข้สูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากหรือต่ำมาก หรือมีอาการหน้ามืดเป็นลมโดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานควรรายงานแพทย์

2.6.5 สำนวญใบอนุญาตผ่าตัด เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยหรือญาติได้เซ็นยินยอมผ่าตัดแล้ว

2.6.6 ตรวจสอบเครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัดที่ติดตัวมากับผู้ป่วยที่ส่งมายังห้องผ่าตัด เช่น แพ้มประวัติผู้ป่วย ยาหยุดตา เป็นต้น

2.6.7 ให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด และควรให้ผู้ป่วยสวมผ้าอ้อมให้เรียบร้อยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการลุกเดินไปเข้าห้องน้ำ เพราะเมื่อมีการหยุดตาขยายม่านตาหรือฉีดยาชาเฉพาะที่แล้วจะทำให้ตามัวชั่วขณะ ผู้ป่วยควรนอนนิ่งๆ ห้ามลุกเดิน หากปวดปัสสาวะสามารถปัสสาวะใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ได้เลย

2.6.8 บันทึกสัญญาณชีพ ความดันโลหิต เพื่อตรวจดูความพร้อมของร่างกายผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและเพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดตลอดจนประเมินสภาพของผู้ป่วย

2.6.9 ตรวจสอบการได้รับยาก่อนไปห้องผ่าตัด (Pre-medication) สำหรับผู้ป่วยที่จะผ่าตัดลอกต้อกระจกนั้นจะมีการได้รับการหยุดตาขยายม่านตามตามแผนการรักษาของแพทย์

3. การเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกชนิดแผลเล็ก (MSICS)

3.1 เครื่องผ้า ประกอบด้วย

- 3.1.1 เสื้อคลุมผ่าตัด (Gown) จำนวน 2 ตัว
- 3.1.2 ผ้าคลุมผ่าตัด (Sheet) เป็นผ้าสีเหลี่ยมใช้สำหรับคลุมตัวผู้ป่วย 1 ผืน
- 3.1.3 ผ้าคลุมเมโย (Mayo stand cover) 1 ผืน
- 3.1.4 ผ้า 4 เหลี่ยมกลาง เล็ก (Drape sheet) 2 ผืน
- 3.1.5 ผ้าเช็ดมือ (Hand towels) 2 ผืน

3.2 เครื่องมือผ่าตัด (Surgical instrument) แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

3.2.1 เครื่องมือผ่าตัดพื้นฐาน (Basic surgical instruments)

1) เครื่องมือใช้ตัดหรือเลาะ (Cutting or dissecting)

- 1.1) มีด Crescent knife จำนวน 1 อัน
- 1.2) มีด Slit Knife จำนวน 1 อัน
- 1.3) กรรไกรตัดเนื้อขนาดเล็ก (Westcott scissors)
- 1.4) กรรไกรตัดไหม (Suture scissors)

2) เครื่องมือใช้จับหรือยึดถือ (Grasping or Holding)

- 2.1) ปากคีบชนิดมีเขี้ยวขนาดเล็ก (Corneal Forceps)
- 2.2) ปากคีบชนิดไม่มีเขี้ยวขนาดเล็ก (Mc Pherson Forceps)
- 2.3) คีมจับผ้า (Towel clip)
- 2.4) คีมจับผ้าก๊อช (Sponge holding forceps)
- 2.5) คอเนียลฟิกเซชั่น (Corneal fixation)

3.2.2 เครื่องมือใช้ถ่างเปลือกตา (Eye Retractor)

3.2.3 เครื่องมือใช้ร่วมในการผ่าตัด (Accessory)

- 1) ขามรูปไต
- 2) ถ้วยยาสแตนเลส
- 3) ลูกสูบยางแดง
- 4) อายเดรอป (Eye Drape)
- 5) ก๊อชสวีอป (Gauze Swab)
- 6) ผ้าก๊อชขนาด 4"x 4" จำนวน 10 ผืน
- 7) ไม้พันสำลี (Cotton bud)
- 8) น้ำเกลือปราศจากเชื้อ (Normal saline solution)
- 9) น้ำเกลือสมดุลลูกตา (Balanced Saline Solution)
- 10) Adrenaline 0.5 ml
- 11) ที่ครอบตา (Eye shield)
- 12) แผ่นปิดตา (Eye pad)
- 13) กระบอกฉีดยา 3 มิลลิตร
- 14) กระบอกฉีดยา 1 มิลลิตร (Syring insulin)
- 15) เข็มเบอร์ 26
- 16) สารหนืด (viscoelastic)
- 17) กระบอกฉีดยา 5 มิลลิตร
- 18) Simcoe cannula
- 19) จี้ Bipolar
- 20) ที่หมุนเลนส์ (Sinsky Hook)
- 21) สายให้สารน้ำ (Set IV)
- 22) Silicone Bulb + เข็มสำหรับหยดน้ำ No.19
- 23) เข็ม Cannula

3.3 เครื่องมือผ่าตัดพิเศษ (Special surgical instruments)

3.3.1 กล้องผ่าตัดตา ต้องตรวจสอบว่าเมื่อเสียบปลั๊กและเปิดเครื่องแล้ว ไฟต้องติด และสามารถปรับโหมดให้เหมาะสมกับแพทย์แต่ละท่านได้

3.3.2 เลนส์แก้วตาเทียมต้องถูกต้องกับผู้ป่วย โดยทางห้องผ่าตัดจะมีการจัดเตรียม เลนส์แก้วตาเทียมกับผู้ป่วยให้ถูกต้องตามกำลังเลนส์ที่แพทย์ได้แจ้งไว้ในประวัติผู้ป่วย และถูกชนิดของ เลนส์ ถูกบริษัท

3.3.3 เครื่องจี้ Bipolar ตรวจสอบว่าเมื่อเสียบปลั๊กและเปิดเครื่องแล้วไฟต้องติดและ ปรับกำลังความแรงได้เหมาะสม

การพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัด (Intra-operative)

มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัย
2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลในฐานะบุคคลแบบองค์รวม
3. ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด
4. ผู้ป่วยปลอดภัยระหว่างการผ่าตัด

โดยพยาบาลห้องผ่าตัดได้มีการแบ่งการปฏิบัติหน้าที่ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละ กระบวนการดังนี้

1. พยาบาลผู้ช่วยรอบนอก (Circulating Nurse) ปฏิบัติดังนี้

1.1 ทำการ Sign in ร่วมกันระหว่างพยาบาลผ่าตัดและวิสัญญี โดยสอบถามชื่อ-สกุล ชนิด หัตถการ ตำแหน่ง/ข้างที่ผ่าตัด วิธีให้ยาระงับความรู้สึกตรวจสอบความถูกต้องของตัวผู้ป่วย แฟ้ม ประวัติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีและอื่นๆ

1.2 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการผ่าตัด ไม่สัมผัสบริเวณผ่าตัด ผ้าที่คลุม และเครื่องมือที่สะอาดปราศจากเชื้อแล้ว กรณีผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบ Local anesthesia

1.3 แนะนำการปฏิบัติตัวและวิธีการสื่อสารด้วยคำพูดกับทีมผ่าตัด ในระหว่างการผ่าตัดกรณี ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบ Local anesthesia

1.4 จัดท่าผู้ป่วยเมื่อวิสัญญีให้ยาระงับความรู้สึกเสร็จแล้ว โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ (Supine position) ผูกยึดแขนของผู้ป่วยกับเตียงผ่าตัด พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลของการผูกยึดเพื่อป้องกันการตกจากเตียงผ่าตัด หากให้ยาระงับความรู้สึกแบบดมยาสลบ จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ (Supine position) เพื่อเตรียมการก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ผูกยึดแขนขาของผู้ป่วยกับเตียงผ่าตัด พร้อมทั้ง อธิบายเหตุผลของการผูกยึดเพื่อป้องกันการตกจากเตียงผ่าตัดก่อนดมยาสลบ การจัดท่าผู้ป่วยทำได้ดังนี้

1.4.1 จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย ให้ระดับกระดูกสันหลัง ท่อนคอ ออก เอว อยู่ในแนว เดียวกัน ไม่หมุนหมอน จัดให้ศีรษะอยู่ในร่องสำหรับวางศีรษะให้พอดี หนีผู้ป่วยไม่ก้มและไม่เงย

1.4.2 แขน 2 ข้างวางแนบลำตัว ใช้ผ้าผูกข้อมือทั้ง 2 ข้างของผู้ป่วยไว้กับเตียงผ่าตัด เพื่อป้องกันการตกเตียง

1.4.3 จัดขาทั้งสองข้างวางแยกกันเล็กน้อย ระวังอย่าให้ขาทั้งสองข้างเกยกัน

1.4.4 ใช้สายรัด/ผ้ายาวๆ รัดบริเวณเหนือเข่าประมาณ 2 นิ้ว

1.5 ตรวจสอบกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อครบถ้วนจากแถบวัดมาตรฐานภายนอก วันเดือนปีที่ผลิตและหมดอายุ เปิดเครื่องมือ ชุดเครื่องมือ และเครื่องมือด้วยวิธี Sterile Technique ตรวจสอบกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อภายใน

1.6 เปิดชุดเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจก (Set Cataract) เทียน้ำยาฆ่าเชื้อ (Betadine solution) น้ำเกลือสมดุลกลูตา (Balanced Salt Solution หรือ BSS) ใส่ถ้วยน้ำเล็ก และอุปกรณ์ต่างๆ ที่เตรียมไว้ข้างต้นให้ครบถ้วน

1.7 เมื่อทีมพร้อมทำการ Time out ก่อนแพทย์ลงมีดผ่าตัดร่วมกันระหว่างจักษุแพทย์ วิสัญญี พยาบาลผ่าตัด โดยสอบถามชื่อ-สกุล ชนิดหัตถการ ตำแหน่ง/ข้างที่ผ่าตัด วิธีให้ยาระงับความรู้สึก ชนิดของเลนส์แก้วตาเทียม กำลังเลนส์ แพทย์ผู้ผ่าตัด ถูกต้อง

1.8 ช่วยแพทย์ทำความสะอาดผิวหนังเฉพาะที่ก่อนเริ่มการผ่าตัด โดยแพทย์จะทาน้ำยาฆ่าเชื้อ (Betadine solution) ที่เปลือกตาและผิวหนังรอบๆ ดวงตา กว้าง 6-8 นิ้ว แล้วใช้ไม้พันสำลีชุบ Betadine solution เช็ดขอบตาบนและขอบตาล่าง จากนั้นช่วยแพทย์ล้างตาผู้ป่วยด้วย Betadine solution ผสม Normal saline 1:1 พยาบาลผู้ช่วยรอบนอกรับชามรูปไตจากแพทย์มารองน้ำจากการล้างตาที่ทางตาข้างที่ทำผ่าตัดด้วยวิธี Sterile Technique จากนั้นแพทย์จะโพกศีรษะและคลุมตัวผู้ป่วยด้วยผ้าปราศจากเชื้อเพื่อรักษาสภาวะปราศจากเชื้อไว้ตลอดระยะเวลาผ่าตัด แพทย์ซับน้ำยา Betadine solution ให้แห้งด้วยผ้าปราศจากเชื้อก่อนทำการ Drape ตาผู้ป่วย

1.9 สังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด คาดการณ์และเตรียมเครื่องมือเพิ่มเติมเช่น gauze cotton bud BSS Holder สีย้อม ไหม เป็นต้น

1.10 เปิดเลนส์แก้วตาเทียมด้วยวิธี Sterile Technique โดยขานชื่อ-สกุลผู้ป่วย ข้างที่ทำผ่าตัด แพทย์ผู้ผ่าตัด ชนิดของเลนส์แก้วตาเทียม และกำลังเลนส์ ให้ถูกต้อง

1.11 ทำ Sign out ร่วมกันโดยจักษุแพทย์ วิสัญญี และพยาบาลผ่าตัด บอกปัญหา/ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด (ถ้ามี) การรักษาพยาบาลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ บันทึกการพยาบาลผ่าตัด และส่งต่อข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญ ความเสี่ยงที่ตรวจพบกับการผ่าตัด เพื่อประสานงานกับวิสัญญี พยาบาล พยาบาลหอผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

1.12 หลังผ่าตัดเสร็จสิ้นหยุดยา ป้ายยาตามแผนการรักษาของแพทย์

1.13 ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ก่อนย้ายผู้ป่วยไปยังเปลนอนเพื่อเตรียมส่งไปยังหอผู้ป่วย

2. พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (Scrub Nurse) ปฏิบัติดังนี้

2.1 เมื่อล้างมือแบบ Surgical hand washing แล้วปฏิบัติดังนี้ หยิบผ้าเช็ดมือจากโต๊ะเครื่องมือ เช็ดมือให้แห้ง โดยเริ่มจากคลี่ผ้าเช็ดมือให้ห่างตัวใช้ชายผ้าด้านหน้าเช็ดก่อนจากมือถึงศอก เหยียดแขนพร้อมกับโน้มตัวไปข้างหน้าเพื่อไม่ให้ถูกเสื้อผ้า ใช้มือข้างที่แห้งแล้ว ซ้อนชายผ้าด้านล่างขึ้นมาด้านบน และเช็ดมืออีกข้างจากมือถึงศอก เสร็จแล้วทิ้งลงในภาชนะรองรับ

2.2 หยิบเสื้อคลุมผ่าตัด จับคอเสื้อ ปลดปล่อยชายเสื้อลง แยกแขนเสื้อออก ให้ด้านในเสื้ออยู่ใกล้ตัว สอดแขนทั้ง 2 ข้างยกแขนสูงระดับไหล่ ผู้ช่วยรอบนอกช่วยผูกเสื้อให้จากด้านหลัง

2.3 สวมถุงมือแบบปิด (Close Method) ถุงมือข้างซ้ายใช้มือขวาหยิบ แล้วคว่ำลงบนมือซ้าย กำขอบถุงมือตลบกลับดึงขอบถุงมือให้เข้าที่ และถุงมือข้างขวาทำเช่นเดียวกัน (กรณีที่ใส่ถุงมือชนิดมีแบ่งให้ล้างแบ่งแล้วเช็ดให้แห้งด้วยผ้าเช็ดมือเสมอ) จากนั้นผูกเชือกที่เอวโดยยื่นปลายเชือกด้านขวาส่งให้ผู้ช่วยจับปลายไว้ (จับแบบ Sterile Technique) หมุนตัวแล้วจับเชือกส่วนที่ใกล้ตัว ผูกเชือกที่เอวให้เรียบร้อย

2.4 จัดโต๊ะผ่าตัด ตรวจสอบความพร้อม ความครบถ้วนของเครื่องมือเครื่องใช้ เมื่อพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดแต่งตัวเรียบร้อยแล้ว ปฏิบัติดังนี้

2.4.1 จัดวางเครื่องมือเรียงให้เป็นระเบียบตามลำดับการใช้ก่อน-หลังบนโต๊ะเครื่องมือ เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการส่งเครื่องมือ

2.4.2 เตรียมอุปกรณ์สำหรับ Paint ตา และล้างทำความสะอาดตาให้แพทย์ โดยเตรียม Spong holding พร้อม Gauze 4"x 4" จำนวน 2 ชิ้นชุบน้ำยา Betadine solution ทาบริเวณผ่าตัด

2.4.3 ช่วยแพทย์ห่อศีรษะผู้ป่วยและคลุมผ้าปราศจากเชื้อบนตัวผู้ป่วยผ่าน Mayo

2.4.4 นำจุกยางครอบกล้อง สวมปั๊มปรับกล้องให้ครบทุกปั๊ม

2.4.5 ส่งสายเครื่องจี้ให้พยาบาลผู้ช่วยรอบนอกเพื่อเสียบกับเครื่องจี้ พร้อมทั้งทดสอบความพร้อมใช้งาน และส่งสายน้ำเกลือสวมกระเปาะให้พยาบาลผู้ช่วยรอบนอกเพื่อต่อกับน้ำเกลือสมดุลกลูตาตา (BSS) สวมปลายของสายน้ำเกลือต่อกับ Simcoe cannula

2.4.6 ส่งเครื่องมือถูกต้องตามขั้นตอนการผ่าตัดและตามหลักการ Standard Precaution และใช้ Sterile Technique ระวังการปนเปื้อน (Contaminate) ตลอดการทำผ่าตัด

2.4.7 สังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด คาดการณ์และเตรียมเครื่องมือเพิ่ม เพื่อให้พร้อมใช้งานและส่งเครื่องมือให้แพทย์ทำผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว

2.5 ขั้นตอนการส่งเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกชนิดแผลเล็ก (MSICS) และใส่เลนส์แก้วตาเทียม
 ตารางที่ 1 ขั้นตอนการส่งเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกชนิดแผลเล็ก (MSICS) และใส่เลนส์แก้วตาเทียม

การผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล	ข้อควรระวัง
1. เปิดเยื่อぶตา Conjunctiva dissection	1.1. พยาบาลส่งเครื่องมือส่ง Westcott scissors + .12 Forcep ให้แพทย์ผู้ทำผ่าตัดเลาะเปิด Conjunctiva 1.2. จากนั้นส่ง จี้ Bipolar เพื่อห้าม เลือดบริเวณ Bare sclera ที่จะทำ Sclera incision	- ส่งเครื่องมือด้วยความ ระมัดระวังเรื่องของมีคม - ปรับความแรงของจี้ Bipolar ให้เหมาะสม ป้องกัน เนื้อเยื่อบาดเจ็บ
2. ทำ Scleral tunnel	2.1. ส่ง 2.75 knife + .12 Forcep ให้แพทย์ผู้ทำผ่าตัดทำ Curvilinear partial-thickness scleral incision ห่างจาก Limbus 2 mm ความยาว แผล 6.5-8.5 mm ขึ้นกับขนาด Nucleus ของเลนส์ตา 2.2. ส่ง Crescent knife + .12 Forcep ให้แพทย์ผู้ทำผ่าตัดทำ Scleral tunnel 2.3. จากนั้นส่ง 2.75 knife + .12 Forcep ทำ Paracentesis และส่ง Viscoelastic	- ส่งเครื่องมือด้วยความ ระมัดระวังเรื่องของมีคม
3. เปิดถุงหุ้มเลนส์เป็น วงกลม Capsulorhexis +Hydrodissection lens	3.1. ส่ง Needle Holder ให้แพทย์ตัด เข็ม No.26 ให้ปลายงอประมาณ 45° เพื่อเปิดถุงหุ้มเลนส์ด้านหน้า (Anterior Capsule) ของเลนส์เป็น วงกลมโดยเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 5 มิลลิเมตร	ระวังการฉีกขาดของถุงหุ้ม เลนส์ส่วนหน้า Radial tear ของ Anterior capsule

ขั้นตอนการส่งเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกชนิดแผลเล็ก (MSICS) และใส่เลนส์แก้วตาเทียม (ต่อ)

การผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล	ข้อควรระวัง
3. เปิดถุงหุ้มเลนส์เป็นวงกลม Capsulorhexis +Hydrodissection lens (ต่อ)	3.2. นำ Syring 3 มิลลิลิตร บรรจุน้ำ BSS ต่อกับเข็มปลายตัดและยึดให้แน่นแล้วส่งให้แพทย์ทำการฉีดย้ำเข้าไปเพื่อแยกเลนส์ออกจากถุงหุ้มเลนส์เพื่อให้ระหว่างผ่าตัดสามารถขยับเลนส์ออกมาง่ายขึ้น	
4. คลอดเลนส์	4.1. ส่ง Viscoelastic ให้แพทย์ผู้ทำผ่าตัดทำการฉาบหน้าเลนส์เพื่อปกป้อง Corneal endothelium ระหว่างทำการคลอดเลนส์ 4.2. จากนั้นส่ง Simcoe cannula + Bulb น้ำ เปิด BSS ให้สุดเพื่อทำการดันเลนส์ออกมา จากนั้นดูด Epinucleus และ Cortex ออก และปรับการไหลของ BSS ให้เหมาะสม	- ระวังเรื่องความแรงของ BSS ที่ต่อกับ Simcoe cannula ปิด-เปิดอย่างระมัดระวัง - ระวังการฉีกขาดของถุงหุ้มเลนส์ส่วนหลัง (Posterior capsule rupture) และการสูญเสียน้ำวุ้นตา (Vitreous loss)
5. ใส่เลนส์แก้วตาเทียม (IOL)	5.1 ส่ง Viscoelastic เพื่อให้ถุงหุ้มเลนส์กางออกและพร้อมใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปในถุงหุ้มเลนส์ 5.2 ส่ง Sinsky Hook ให้แพทย์จัดเลนส์แก้วตาเทียมเข้าอยู่ในถุงหุ้มเลนส์ 5.3 ส่ง Simcoe cannula ให้แพทย์เพื่อดูดเอา Viscoelastic และดูดเศษ Cortex ที่เหลือออกจนหมด	- ระวังต้อกระจกต้องจัดให้เลนส์อยู่ในถุงหุ้มเลนส์อย่างเรียบร้อยเข้าที่
6. ปิดแผล	6.1 ส่ง Cotton bud ให้แพทย์เพื่อเช็ค Scleral opening ของ Scleral tunnel ว่า Self sealing ดีหรือไม่ 6.2 ส่งจี้ Bipolar เพื่อปิดแผลเย็บตา ขาวกลับสู่ตำแหน่งเดิม	- สังเกต Scleral tunnel ว่ามีน้ำไหลออกมาจากแผลหรือไม่ - เช็คเย็บตาขาวให้คลุม Scleral tunnel wound

ขั้นตอนการส่งเครื่องมือผ่าตัดต่อกระจกชนิดแผลเล็ก (MSICS) และใส่เลนส์แก้วตาเทียม (ต่อ)

การผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล	ข้อควรระวัง
6. ปิดแผล (ต่อ)	6.3 หยอดยาฆ่าเชื้อและป้ายตาตามแผนการรักษา 6.4 ปิดตาด้วย Eye pad และใส่ที่ครอบตา (Eye shield)	

การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด (Postoperative)

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดลอกต่อกระจก หมายถึง การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ปิดตาจนกระทั่งย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย และมีการติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดควรปฏิบัติตามแนวทางดังนี้

1.การเตรียมผู้ป่วยหลังผ่าตัด

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญในการเตรียมผู้ป่วยหลังผ่าตัดมี ดังนี้

1.1 ด้านจิตใจ ปัญหาทางด้านจิตใจที่มักเกิดกับผู้ป่วย คือ ความวิตกกังวลว่าหลัง ผ่าตัดแล้วผลจะเป็นอย่างไร การมองเห็นจะดีขึ้นหรือไม่ สภาพร่างกายหลังผ่าตัดเป็นอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยมีความกังวลว่าจะสามารถทำได้หรือไม่ พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้

1.1.1 ให้กำลังใจและให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย

1.1.2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สอบถามและระบายความวิตกกังวลหลังผ่าตัด

1.1.3 แนะนำการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านดังนี้

1) หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการปิดตาข้างที่ทำผ่าตัด ห้ามแกะที่ครอบตาออก

2) ห้ามไอ จามแรงๆ เพราะจะทำให้ความดันในลูกตาสูงและอาจทำให้เลือดออก

ในลูกตาหรือเกิดการแยกของแผลได้

3) ถ้ามีอาการปวดแผลสามารถแจ้งพยาบาลขอยาแก้ปวดได้

4) ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความระมัดระวังไม่ให้กระทบกระเทือนที่ดวงตาข้างที่ทำผ่าตัด ห้ามนอนตะแคงทับข้างที่ทำผ่าตัด ห้ามขยี้ตา ห้ามส่ายหน้าหรือพยักหน้าแรงๆ เป็นต้น

5) ระวังไม่ให้น้ำเข้าตา โดยใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดหน้าแทนการล้างหน้านาน 1 เดือน

ขณะสระผมต้องนอนหงายให้คนอื่นสระผมให้

6) หลีกเลี่ยงการขยี้ตาโดยให้ใส่ที่ครอบตาตลอดเวลา หรือสวมแว่นตาเวลากลางวัน และใส่ที่ครอบตาเวลากลางคืน

7) หลีกเลี่ยงการทำกิจวัตรประจำวันที่มีผลต่อการกระทบกระเทือนต่อดวงตา เช่น การทำงานหนัก การทำอาหาร การไอหรือจามอย่างแรง การแปรงฟันแรงๆ การเบ่งถ่าย ไม่ควรไปในที่มีฝุ่นหรือควัน เป็นต้น

8) แนะนำเรื่องการรับประทานยา การใช้ยาหยอดตาให้ได้ครบและถูกต้องตามแผนการรักษา

9) แนะนำการมาตรวจตามนัดของแพทย์เพื่อดูอาการหลังผ่าตัด

10) หากมีอาการผิดปกติ เช่น มีขี้ตามาก ปวดตามาก เปลือกตาบวมแดง มีตุ่มที่เปลือกตา มีสารคัดหลั่งออกจากตา ตามัวมากกว่าเดิม ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัดตรวจ

1.2 ด้านร่างกาย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นหลังผ่าตัด พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้

1.2.1 ประเมินอาการของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด โดยประเมินอาการผิดปกติต่างๆ ทันทีหลังการผ่าตัด เช่น การเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพชีพจรและความดันโลหิตไม่ควรมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าหรือน้อยกว่า 20% ของค่าปกติหรือจากเดิมก่อนผ่าตัด ชีพจรที่เต้นเร็วผิดปกติหรือไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตลดลง เป็นต้น

1.2.2 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่เหมาะสมกับโรคและการผ่าตัด โดยให้นอนหงายหรือนอนตะแคงด้านตรงข้ามกับข้างที่ทำผ่าตัด 1 คืนหลังผ่าตัด จากนั้นคืนถัดไปสามารถนอนได้ปกติ

1.2.3 บันทึกทะเบียนการผ่าตัด ตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้เรียบร้อย

1.2.4 เคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากเตียงผ่าตัด ด้วยความระมัดระวัง

1.2.5 ส่งอาการที่สำคัญของผู้ป่วยให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2. กิจกรรมการพยาบาลหลังผ่าตัด

2.1 ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ถ้าพบสัญญาณชีพผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที

2.2 แนะนำเรื่องการรับประทานยา การใช้ยาหยอดตาให้ได้ครบและถูกต้องตามแผนการรักษา

2.3 ควรให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ปรับแสงไฟให้พอดีไม่จ้าเกินไปเพื่อให้เหมาะกับการพักผ่อน

2.4 ปรับเตียงผู้ป่วยให้เตี้ยและล้อคล้อให้เรียบร้อย และยกที่ก้นเตียงทั้งสองข้างขึ้นให้เรียบร้อยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม

2.5 ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา เพื่อบรรเทาอาการ ปวดถ้าอาการปวดไม่ทุเลาให้รายงานแพทย์ทันที เนื่องจากอาจเกิดภาวะความดันลูกตาสูงได้

2.6 ประเมินความรู้หลังให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ โดยฝึกปฏิบัติหลังการสอนเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ทบทวนก่อนกลับบ้านตามความเหมาะสม

2.7 แนะนำล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนและหลังสัมผัสหน้า

ข้อควรระวังในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดลอกต่อกระจก

1. ช่วยผ่าตัดโดยระมัดระวังการบาดเจ็บของดวงตาและเนื้อเยื่อรอบๆ ดวงตาดูแลให้คงสภาพปราศจากเชื้อบริเวณผ่าตัดตลอดเวลา
2. บุคลากรทุกคนในทีมผ่าตัดต้องปฏิบัติตามระเบียบของห้องผ่าตัดและเทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic technique) อย่างเคร่งครัดและเชื้อสตัยต่อเทคนิคปลอดเชื้อตลอดเวลาปฏิบัติงาน
3. พยาบาลส่งเครื่องมือจะต้องแยกเครื่องมือเครื่องใช้ที่มีการปนเปื้อนออกมานอกโตะผ่าตัดหรือมีภาชนะรองรับ เพื่อป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อที่แผลผ่าตัดในขณะผ่าตัด
4. เช็มที่ใช้แล้วต้องเก็บไว้ในถ้ำยหรือภาชนะที่ซีมหรือของมีคมไม่สามารถแทงทะลุออกมา ทีมบุคลากรของทีมผ่าตัดได้ เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัดนับจำนวนเครื่องมือครบถูกต้อง ก่อนนำออกจากห้องผ่าตัดก่อนทำความสะอาดห้อง และก่อนนำผู้ป่วยรายต่อไปเข้าห้องผ่าตัด
5. ดูแลความอบอุ่นของร่างกายผู้ป่วย เช็ดทำความสะอาดผิวหนัง คราบเลือด สารคัดหลั่ง คราบน้ำยาหลังปิดตา ก่อนนำผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด
6. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง ไม่ให้เกิดความกระทบกระเทือน

บทที่ 3

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มสร้างโดยโดโรธีอีโอเร็ม (Dorothea E Orem) สำเร็จการศึกษาพยาบาลชั้นพื้นฐานจากโรงเรียนพยาบาล โพรวิเดนซ์ มลรัฐวอชิงตันประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ ปี ค.ศ.1930 สำเร็จปริญญาตรี และปริญญาโททางการพยาบาลใน ปี ค.ศ.1934 และ ค.ศ.1945 ตามลำดับจากมหาวิทยาลัยแคทอลิก ได้รับปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ จากมหาวิทยาลัยจอร์จทาวน์ ในปี ค.ศ.1976 จากประสบการณ์การทำงานทั้งในฐานะผู้ปฏิบัติทางการศึกษาและผู้บริหารการพยาบาล จะพบเสมอว่าพยาบาลไม่สามารถบอกความหมายและวัตถุประสงค์ของการพยาบาลได้ชัดเจน และมักจะอธิบายการพยาบาลในลักษณะของกิจกรรมที่พยาบาลกระทำการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะยึดเป็นงานหลักโดยไม่สามารถอธิบายเหตุผลของการกระทำได้ทำให้ขอบเขตเนื้อหาการปฏิบัติการพยาบาลไม่ชัดเจนการจัดหลักสูตรมีความยากลำบากในการจัดขอบเขตเนื้อหาด้วยเหตุนี้ท่านจึงมุ่งมั่นที่จะค้นหาคำตอบว่าในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาล ทำอะไรและควรทำอะไร ทำไมจึงกระทำในสิ่งนั้นและผลลัพธ์ที่พยาบาลคาดหวังจากการกระทำคืออะไรจากคำถามนี้ท่านได้คำตอบจากการสังเกต และการวิเคราะห์การปฏิบัติพบว่าพยาบาลได้ให้การช่วยเหลือแก่บุคคล มีข้อจำกัดในการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองหรือพัฒนาความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

จุดเน้นของการพยาบาล

บุคคลและเฉพาะเจาะจงไปก็คือความสามารถของบุคคลที่จะดูแลตนเอง พยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือเมื่อบุคคลมีความบกพร่องในการดูแลตนเองหรือมีความบกพร่องในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ

เป้าหมายประสงค์ของการพยาบาล

เพื่อช่วยเหลือบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองทั้งหมดให้ถึงระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องและช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ การฟื้นจากความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ และการเผชิญกับผลที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จะเห็นว่าทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม มีเป้าหมายและจุดเน้นที่ชัดเจน ซึ่งช่วยวางขอบเขตความรับผิดชอบของการพยาบาลได้ดีขึ้น

มโนทัศน์หลัก 4 ประการ (Meta parading)

1. บุคคล (Person)

บุคคลจะรวมทั้งผู้รับบริการและตัวพยาบาลเอง โอเร็มมีความเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้มีศักยภาพที่มีความสามารถในการกระทำอย่างตั้งใจ (Capacity for Deliberate Action) มีความสามารถในการ

เรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและสามารถวางแผนจัดระเบียบปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองได้คนมีลักษณะเป็นองค์กรรวมและทำหน้าที่ได้ทั้งด้านชีวภาพด้านสังคมด้านการแปลและให้ความหมายต่อสัญลักษณ์ต่างๆ และคนยังเป็นระบบเปิดและเป็นพลวัต

นอกจากนั้นโอเริ่มยังได้กำหนดข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับคน (Human Beings) ไว้อย่างละเอียดดังต่อไปนี้

1. บุคคลต้องการสิ่งกระตุ้นที่มีระบบระเบียบและจงใจ (Deliberate Inputs) ให้กับตนเองและสิ่งแวดล้อมของตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อการมีชีวิตอยู่รอดและทำหน้าที่ได้ตามความสามารถของแต่ละบุคคล
2. ความสามารถของบุคคล (Human Agency) ซึ่งเป็นความสามารถในการกระทำอย่างจงใจโดยมีระบบแบบแผนและมีขั้นตอนจะกระทำในรูปแบบของการดูแลตนเองและบุคคลอื่น
3. บุคคลมีโอกาที่จะประสบกับข้อจำกัดในการดูแลตนเองและการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ
4. บุคคลใช้ความสามารถในการค้นหา การพัฒนาและถ่ายทอดวิธีการสนองตอบต่อความต้องการของตนเองและของบุคคลอื่น
5. บุคคลที่อยู่ร่วมกันและมีสัมพันธ์ภาพต่อกันอย่างมีโครงสร้าง และมีระบบจะแบ่งงานกันรับผิดชอบเพื่อที่จะดูแลสมาชิกในกลุ่ม

โอเริ่มมีความเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้มีเหตุผล มีความสามารถที่จะเรียนรู้วางแผนการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ มีความต้องการขั้นพื้นฐาน มีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลาและมีความต้องการดูแลเพื่อปรับหน้าที่หรือป้องกันความผิดปกติที่จะมีผลต่อหน้าที่ และพัฒนาการของตนซึ่งทัศนะในการมองคนเช่นนี้สอดคล้องกับนักสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ โอเริ่มได้เล็งเห็นว่าในบางสถานการณ์หรือบางโอกาสบุคคลมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง หรือดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบซึ่งในสถานะเช่นนี้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือ จากบุคคลอื่นๆ โดยเฉพาะพยาบาล นอกจากนี้บุคคลยังเป็นเจ้าของตนเอง จึงมีสิทธิที่จะรับรู้ถึงสภาพของตนเอง

2. สิ่งแวดล้อม (Environment)

โอเริ่ม ได้กล่าวถึงสิ่งแวดล้อมในแง่ของพัฒนาการคือสิ่งแวดล้อมที่มีจะช่วยจูงใจบุคคลให้ตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรม เพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะมีส่วนช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐานเป็นสิ่งแวดล้อมที่กำหนดความสามารถและความต้องการดูแลตนเอง นอกจากนี้โอเริ่มยังมองว่าคนกับสิ่งแวดล้อมไม่สามารถแยกออกจากกันได้

3. สุขภาพ (Health)

เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพคือคนที่ทั้งโครงสร้างที่สมบูรณ์และสามารถทำหน้าที่ของตนได้ การดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคลนอกนั้นโอเร็มยังกล่าวถึงความผาสุก (Well-Being) ว่าต่างจากสุขภาพแม้จะมีความสัมพันธ์กัน ความผาสุกเป็นการรับรู้ถึงภาวะที่ปรากฏอยู่ของตนเองซึ่งแสดงออกโดยความพึงพอใจความยินดีและการมีความสุข คนที่เจ็บป่วยอาจจะรับรู้ถึงความผาสุกได้ งานวิจัยต่างๆ พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความผาสุกของบุคคลมีความสัมพันธ์กัน

4. การพยาบาล (Nursing)

การพยาบาล เป็นบริการทางด้านสุขภาพที่เฉพาะอย่างหนึ่งและแตกต่างจากบริการอื่นๆ คือการพยาบาลมีจุดเน้นที่ความสามารถ และความต้องการดูแลตนเองของบุคคล การช่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลแทนบุคคล และช่วยบุคคลให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ สวัสดิภาพ ตลอดจนการทำหน้าที่ได้ตามศักยภาพ

แนวคิดของโอเร็มการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรม ที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action และ Goal Oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ จะเห็นว่าบุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะทำนั้น เหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้นๆ ว่าเหมาะสมหรือไม่ จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมาย ของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเองเพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรม ที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลงานของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองนั้น บุคคลจะตั้งคำถามว่า ตนจะดำเนินการอย่างไรเพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ตามที่ได้เลือกจะกระทำอย่างไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆในชีวิตหรือไม่จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใครจะช่วยได้บ้าง

แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่จิตใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึงเป้าประสงค์ของการกระทำที่จะปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อดำรงการรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมาย และสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้บุคคลจะกระทำได้ โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

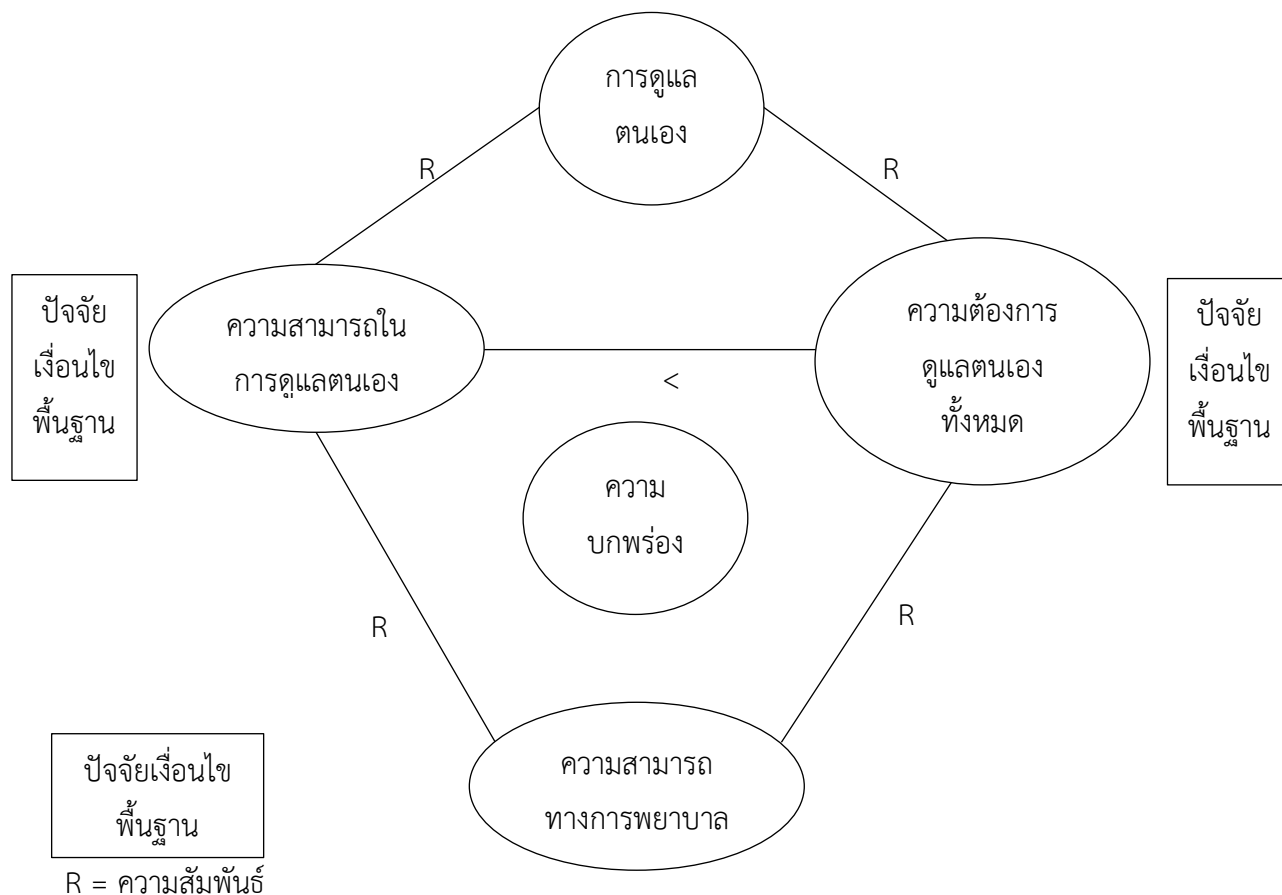
การที่พยาบาลมีความเข้าใจในแนวคิดของการดูแลตนเอง ว่าเป็นการกระทำของบุคคลที่จิตใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action และ Goal Oriented) จะช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง พยาบาลจะต้องช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ ต้องแน่ใจว่าผู้รับบริการพยาบาลได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสมที่จะช่วยให้เขาได้พิจารณาตัดสินใจที่จะทำการดูแลตนเองตามที่ต้องการ ทราบวัตถุประสงค์ของการกระทำ ตลอดจนการสังเกตและประเมินผลถึงประสิทธิภาพของการทำการดูแลตนเองตามที่ได้เลือกนั้น

จะเห็นได้ว่าแนวคิดเรื่องการดูแลตนเองของโอเร็มนั้น สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์กล่าวคือ การดูแลตนเองหรือการดูแลบุคคลที่ต้องการ การพึ่งพาเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามการรับรู้และการให้ความหมายของการกระทำนั้นต่อตนเอง หรือต่อบุคคลที่ต้องการ การพึ่งพาอย่างไรก็ตาม ได้ให้ข้อคิดว่าแม้เป้าหมายของการดูแลตนเองของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาบางอย่างอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพได้ซึ่งโอเร็ม เรียกการดูแลตนเองนั้นว่าเป็น “Nontherapeutic” ดังนั้นการดูแลตนเองจะเป็น “Therapeutic” (Therapeutic Self-Care) ต่อเมื่อเกิดผลแก่บุคคลดังต่อไปนี้

1. รักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และการทำหน้าที่ ที่เป็นไปตามปกติ
2. ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการและการบรรลุนิติภาวะของบุคคลตามศักยภาพ
3. ป้องกัน ควบคุม และรักษากระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ
4. ป้องกันหรือปรับลดพยาธิสภาพไร้สมรรถภาพ
5. ส่งเสริมสวัสดิภาพและความผาสุกของบุคคล

มโนทัศน์หลักของทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ประกอบด้วย 6 มโนทัศน์หลัก ซึ่งเป็นแก่นของทฤษฎี คือ การดูแลตนเอง (Self-Care) ความต้องการการดูแลทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Agency) ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) และความสามารถทางการพยาบาล (Nursing Agency) และมโนทัศน์ประกอบคือ ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic Condition Factors) ซึ่งมีมโนทัศน์ทั้งหมดประกอบกันเป็นทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 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 หมายถึงการ ปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสุดกิจกรรมการดูแลตนเอง รวมทั้งการมุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหาซึ่ง

เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ และการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของคน แต่ละกลุ่ม ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีความพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากทารกและเด็กอยู่ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง เมื่อความสามารถทางด้านร่างกายและสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัยทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมดขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ (Health State) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่ ได้มีส่วนส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตรอดอยู่ มีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี ส่วนการดูแลบุคคลอื่นนั้นหมายถึงการที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่มีส่วนในการส่งเสริมความอยู่รอดสุขภาพและสวัสดิภาพของสมาชิกที่ต้องการการพึ่งพา (dependent member) การประเมินการดูแลตนเองจะต้องใช้ทฤษฎีที่มีการดูแลตนเองตามพัฒนาการ เพื่อส่งเสริมและการรักษาการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับบุคคลทุกคน

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites)

เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.1.1 บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติและคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลง

1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.1.3 หาคความเพลิดเพลีนจากการหายใจ การดื่ม การรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1 จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติทั้งการจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการ ในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย

1.2.3 ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3. รักษาความสะอาดระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

- 1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม
- 1.3.2 รับรู้และสนใจถึงความต้องการ การพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง
- 1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง
- 1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
 - 1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนา เพื่อเป็นที่พึ่งของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น
 - 1.4.2 ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้างเพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน
 - 1.4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม
- 1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ
 - 1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น
 - 1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย
 - 1.5.3 หลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ
 - 1.5.4 ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ
- 1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนากิจการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of Normalcy)
 - 1.6.1 พัฒนาและรักษาไว้ซึ่ง อัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง
 - 1.6.2 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง
 - 1.6.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และหน้าที่ของบุคคล (Health Promotion & Preventions)
 - 1.6.4 ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early Detection)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites)

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจาก กระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ ได้แก่ การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต บิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็น

โดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง กับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการ ของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอดในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก

- การขาดการศึกษา
- ปัญหาการปรับตัวทางสังคม
- การสูญเสียญาติมิตร
- ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และความพิการ
- การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต
- ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ กลายเป็นเรื่องที่สำคัญมากในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคม และเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับเด็กวัยรุ่นเพื่อป้องกันสิ่งเสพติดทั้งหลายหรือการถูกนำไปใช้ประโยชน์ทางเพศซึ่งจะมีผลเสียต่อพัฒนาการของตนเอง หรือการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ท่ามกลางลักษณะของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites)

เป็นการดูแลตนเอง ที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติได้แก่ เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย จากการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นมีดังนี้

- 3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย เป็นต้น
- 3.2 รับรู้สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง
- 3.3 ปฏิบัติตามแผนรักษา การวินิจฉัยการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.4 รับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค
- 3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสม ในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษา ในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเอง ในประเด็นนี้บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกันเพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมด ที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาผลที่เกิดจากพยาธิสภาพการวินิจฉัยและการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

การที่พยาบาลจะเข้าใจและตอบสนองต่อความต้องการ การดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพได้นั้นจะต้องมีพื้นฐานของความรู้ทางด้านการแพทย์ และพยาธิสรีรภาพต่างๆ รวมทั้งทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ การตอบสนองของบุคคลต่อความเครียด ตลอดจนเทคโนโลยีต่างๆ เป็นอย่างดีและจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยเพื่อเขาจะได้พึ่งพาตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

จะเห็นว่าความสามารถของพยาบาลในการพิจารณาตัดสินความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นสิ่งจำเป็นเพราะความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดเป็นเกณฑ์ในการประเมินว่า ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมใดได้ด้วยตนเอง

กิจกรรมใดที่ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล ได้แก่ การเตรียมของใช้ เช่น ขวดหรือแก้วตวง สำหรับผู้ป่วย ที่อยู่ในโรงพยาบาลอาจไม่สามารถกระทำได้ พยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลควรจะเป็นผู้กระทำทดแทน การพิจารณาถึงกิจกรรมการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งหมด รวมกับความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ที่จะกระทำกิจกรรมนั้นๆ แม้ว่าจะดูเหมือนมีรายละเอียดมากแต่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติ เพราะจะช่วยทำให้พยาบาลสามารถตัดสิน ความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้เฉพาะเจาะจง และช่วยให้พยาบาลสามารถ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างจริงจัง ในกิจกรรมที่เขาสามารถจะกระทำได้ และแก้ความเข้าใจผิดที่ว่า การดูแลตนเองเป็นการผลักภาระให้ผู้ป่วยหรือญาติดูแลตนเอง หรือดูแลกันเองหรือช่วยเหลือตนเอง แต่เป็นการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและญาติให้สามารถดูแลและพึ่งพาตนเองได้ตามศักยภาพ โดยพยาบาลจะต้องใช้สัมพันธภาพกับผู้รับบริการ

2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit)

ความพร้อมในการดูแลตนเองเกิดขึ้น เมื่อความสามารถไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้นหรือทำนายได้ว่าจะไม่เพียงพอในอนาคต หรือความสามารถของผู้รับผิดชอบที่จะสนองตอบต่อความต้องการ การดูแลตนเองของบุคคล ผู้ต้องการการพึ่งพาไม่เพียงพอ ดังนั้นบุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล แนวคิดในเรื่องทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง จึงมีความสำคัญกับพยาบาลเป็นอย่างมาก เนื่องจากพยาบาลต้องปฏิบัติงาน

อยู่กับบุคคลที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต และการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอันเกิดจากความเจ็บป่วย เด็ก หรือผู้สูงอายุ ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีข้อจำกัดหรือมีความพร่องในการดูแลตนเอง พยาบาลจะต้องกระทำ กิจกรรมการดูแลแทนผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในขณะนั้น และในขณะเดียวกันจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้ พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้วย หรือช่วยให้ญาติได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนอง ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ถ้าหากว่าเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด การที่จะเข้าใจแนวคิด ของความพร่องในการดูแลตนเองได้นั้น จำเป็นต้องเข้าใจแนวคิดของความต้องการในการดูแลตนเอง ทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency)

3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing System)

ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing Agency)

เป็นความสามารถที่ได้มาจากการศึกษา ฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล เป็นความสามารถที่จะช่วยให้พยาบาล ได้วินิจฉัยความต้องการ การดูแล และจัดระบบการดูแลใน ผู้ป่วยที่มีความพร่องหรือมีโอกาสจะเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง แนวคิดของความสามารถ ทางพยาบาลเปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่จะต่างกันตรงที่ความสามารถ ทางพยาบาลจะมุ่งให้การดูแลบุคคลอื่นที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาล

คือระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาล เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่าง ความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการ ระบบการ พยาบาล จะเกิดขึ้น เมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเพื่อค้นหาปัญหา และความ ต้องการการดูแล และลงมือกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแล รวมทั้งปรับการใช้และ พัฒนาความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการดูแลตนเอง หรือการปรับปรุงการใช้และพัฒนา ความสามารถ ของผู้รับผิดชอบในการสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถ และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

ตามแนวคิดของโอเร็มนั้น การปฏิบัติการพยาบาลต้องอาศัยระบบย่อย 3 ระบบ คือ ระบบ ทางสังคม (Social System) ระบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal System) และระบบ วิชาชีพและการปฏิบัติทางเทคนิค (Professional Technological System) ระบบทางสังคมจะเป็น ตัวกำหนดให้พยาบาลกับผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมาพบกัน โดยที่ผู้รับบริการมีภาวะความพร่องในการ ดูแลตนเอง และระบบทางสังคมจะกำหนดให้มีวิชาชีพการพยาบาลต่างๆ การใช้กระบวนการพยาบาล รวมทั้งการมีศีลธรรมและจริยธรรมของวิชาชีพ ส่วนระบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะช่วยให้

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นไปได้ เพื่อการสนองต่อความต้องการการดูแล ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ และปรับการใช้หรือพัฒนาความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโอเริ่ม ได้ชี้ให้เห็นว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ภายใต้ระบบทางสังคม

การแบ่งชนิดของระบบการพยาบาล สามารถแบ่งตามหน่วยที่พยาบาลให้บริการ (Unit of Service) หรือตามชนิดของการดูแล ดังนี้

1. การแบ่งตามหน่วยที่พยาบาลให้บริการ (Unit of Service) ได้แก่

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

2. การแบ่งตามชนิดของการดูแล

อาศัยเกณฑ์ของความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ (Control of Movement and Manipulation) ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบคือ

2.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory Nursing System) จะใช้ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่ต้องอาศัยตนเองเป็นผู้ชี้แนะ หรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวได้ ระบบพยาบาลชนิดนี้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหรือบุคคลประเภทต่อไปนี้

2.1.1 ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่กระทำอย่างจงใจ (Deliberate Action) ไม่ว่ารูปแบบใดๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยที่หมดสติหรือผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหว หรือท่าทางของตนเองได้

2.1.2 ผู้ที่รับรู้และอาจจะสามารถสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลแต่ไม่ควรจะเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใดๆ ทั้งสิ้น

2.1.3 ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเองไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง แม้ว่าบุคคลนั้นจะสามารถเคลื่อนไหวไปไหนมาไหนได้ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตอย่างรุนแรง

ในระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด พยาบาลมีบทบาทดังต่อไปนี้คือ

1. สนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย
2. ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง
3. ช่วยประคับประคองและปกป้องผู้ป่วย

2.2 ระบบทดแทนบางส่วน (Party Compensatory Nursing System) ใน ระบบนี้กับผู้ป่วยกับพยาบาลร่วมกันรับผิดชอบ ในการตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย การช่วยเหลือขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย พยาบาลอาจตั้งเป้าหมาย

ร่วมกันกับผู้ป่วย อาจจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ที่เกี่ยวข้องกับการสนองต่อความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) ส่วนพยาบาลอาจจะช่วยผู้ป่วยสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากปัญหาสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites)

สำหรับลักษณะของผู้ป่วยที่ควรจะได้รับดูแลในระบบทดแทนบางส่วนมีดังนี้คือ

1. ต้องกำจัดการเคลื่อนไหวจากโรคหรือการรักษาของแพทย์
2. ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น
3. ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง

กิจกรรมของพยาบาลในระบบนี้ได้แก่

1. ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง
2. ชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยที่จะดูแลตนเอง
3. ช่วยผู้ป่วยตามที่คุณป่วยต้องการ

ส่วนกิจกรรมของผู้ป่วยมีดังนี้

1. ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง
2. ปรับความสามารถในการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้น
3. ยอมรับความช่วยเหลือจากพยาบาล

3. ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System)

ในระบบนี้ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมดและการกระทำการดูแลตนเองผู้ป่วยจะได้รับการสอนแนะนำ และสนับสนุนจากพยาบาล การสอนจะต้องรวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยด้วย ส่วนพยาบาลนอกจากจะสอนและแนะนำแล้ว ยังต้องคอยกระตุ้นและให้กำลังใจให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง

วิธีการให้ความช่วยเหลือ

วิธีการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลโดยทั่วไปซึ่งอาจจะใช้ได้สำหรับทุกวิชาชีพ เช่น ครู ผู้นำชุมชน เป็นต้น ไม่ได้เฉพาะเจาะจงสำหรับพยาบาล แต่พยาบาลให้ความช่วยเหลือในส่วนที่บุคคลมีความพร่องในการดูแลตนเอง ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ วิธีการให้ความช่วยเหลือมี 5 วิธีคือ

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

ความสามารถที่จะสนองต่อความต้องการดูแลตนเอง

1. การกระทำให้หรือกระทำทดแทน (Acting for or Doing for)

เป็นวิธีการช่วยเหลือที่พยาบาลสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยซึ่งถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวจะต้องบอกให้ผู้ป่วยทราบและต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยด้วย พยาบาลจะต้องช่วยผู้ป่วยในการหาข้อมูล ตัดสินใจและวางแผน การกระทำและบอกผู้ป่วยว่าจะต้องทำอะไรบ้าง ผลที่คาดหวังคืออะไร และผู้ป่วยต้องรายงานอะไรบ้างแก่พยาบาล ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวและไม่สามารถที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจได้ พยาบาลต้องคอยปกป้องสิทธิของผู้ป่วยด้วยการกระทำให้ หรือกระทำทดแทนอาจจะไม่เหมาะสม ที่จะใช้ในการปรับพฤติกรรมบางอย่างของผู้ป่วย เช่น การงดสูบบุหรี่หรือการผ่อนคลายความเครียด แต่อาจจะเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหนักหรืออยู่ในภาวะวิกฤตหรือผู้ป่วยสูญเสียความสามารถทั้งทางด้านร่างกายและความรู้สึกนึกคิด หรือวิธีการดูแลตนเองนั้นยุ่งยากซับซ้อน ต้องใช้เทคโนโลยีและเทคนิคเฉพาะวิธีการกระทำให้หรือกระทำทดแทนนี้ยังมีความจำเป็นในทารกหรือเด็กเล็ก แต่ควรจะใช้วิธีอื่นทดแทน เมื่อเด็กหรือผู้ป่วยพร้อมที่จะดูแลตนเองได้

2. การชี้แนะ (Guiding Another)

การชี้แนะเป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถตัดสินใจเลือกได้ เช่น สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำ และการตรวจตรา พยาบาลและผู้รับบริการช่วยเหลือจะต้องติดต่อซึ่งกันและกัน พยาบาลมักจะใช้วิธีการชี้แนะร่วมกับวิธีการสนับสนุน

3. การสนับสนุน (Supporting Another)

เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานจากโรคหรือเหตุการณ์ที่ประสบสามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการของตนเอง หรือเป็นอุปสรรคน้อยที่สุด เช่น พยาบาลอยู่กับผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยเพิ่งหัดเดินเป็นครั้งแรก หลังจากป่วยหนักมาเป็นเวลานาน การที่พยาบาลอยู่ด้วยและพูดให้กำลังใจ มีความสำคัญไม่น้อยกว่าการช่วยให้ผู้ป่วยลุกเดิน การสนับสนุนอาจเป็นคำพูด หรือกิริยาท่าทางของพยาบาล เช่น วิธีการมอง การสัมผัส หรือ การช่วยทางด้านร่างกาย พยาบาลต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล ผู้ป่วยบางคนอาจต้องการการสนับสนุนทางร่างกายเช่น การช่วยเหลือในการลุกเดิน และคำพูดที่กระตุ้นให้กำลังใจ การสนับสนุนทั้งร่างกายและอารมณ์ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและแรงจูงใจที่จะริเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง บิดา มารดา ครู นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาล มักจะใช้วิธีนี้บ่อย และใช้กันมากในการดูแลเด็กที่อยู่ระหว่างเปลี่ยนวัย การสนับสนุนยังรวมถึงการให้วัตถุสิ่งของซึ่งแม้จะไม่ใช่น้ำที่ของพยาบาลโดยตรง แต่พยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในสิ่งเหล่านี้จากนักสังคมสงเคราะห์ในสถาบันหรือมูลนิธิต่างๆ ถ้ามีความจำเป็นการสนับสนุนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถที่จะดูแลตนเองได้

4. การสอน (Teaching)

วิธีนี้เหมาะสมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการและเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่ง ในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การสอนผู้ป่วยหรือผู้รับบริการให้ได้ผลนั้นต้องอาศัยความเข้าใจในธรรมชาติและลักษณะของบุคคล การสอนโดยถือว่าหลักว่าพยาบาลหรือแพทย์ เป็นผู้มีอำนาจเปรียบประดุจ บิดา มารดา หรือครูของผู้ป่วยจะเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง เพราะเป็นการสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาแพทย์ พยาบาลและผู้ป่วยอาจรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่า และศักดิ์ศรีของตนเอง ในผู้ป่วยผู้ใหญ่อาจสูญเสียความนับถือจากสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นการสอนผู้ป่วยจึงต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรีและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการรู้จักควบคุมตนเองในบางครั้งปัญหาจะเกิดขึ้น ถ้าทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วยแตกต่างไปจากพยาบาล แต่พยาบาลต้องระลึกไว้เสมอว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่จะต้องตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่างๆในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้าน ผู้ป่วยหรือญาติอาจจะเลือกกระทำตามความรู้ความเข้าใจและการให้ความหมายต่อปัญหาและความเจ็บป่วยของเขา พยาบาลจะต้องประเมินในสิ่งเหล่านี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสอนและให้คำปรึกษา หลักในการสอนผู้ป่วยมีดังนี้

1) สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ บุคคลโดยเฉพาะผู้ใหญ่มักจะเรียนรู้การดูแลตนเองในบางอย่างมาแล้ว และรู้จักวิถีชีวิตของตนเองดีพอ พยาบาลอาจต้องการให้ผู้ป่วยเรียนรู้ความต้องการ การดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากโรคหรือ การรักษาที่ได้รับ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน การสอนจึงอาจเริ่มด้วยสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ หรือผู้ป่วยบางคนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อการผ่าตัดหรือรักษาทางยา พยาบาลต้องถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าพยาบาลสนใจในทุกข์สุขของตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและนับถือในตัวพยาบาล ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น

2) เนื้อหาที่สอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม การเรียนรู้เป็นกิจกรรมที่ต้องการดัดแปลงหรือเสริมสร้างความรู้สึนึกคิดและการกระทำ เพราะฉะนั้นประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมาย และวางแผนดำเนินการสอนเพื่อเสริมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้มากขึ้น

3) ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้ ถ้าผู้ป่วยอ่อนเพลียจากการได้รับยาแก้ปวดประสาท มีไข้สูง เสียความสมดุลของอิเล็กโตรลัยท์ ภาวะเครียดที่มากเกินไป มีความวิตกกังวลสูง ซึมเศร้า หรือสูญเสียความหวัง ย่อมมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ ถ้าจำเป็นต้องสอนผู้ป่วยในขณะนี้จะต้องสอนให้ชัดเจนอย่างเฉพาะเจาะจงและใช้เวลาเพียงสั้นๆ และจะต้องจัดประสานกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาเพียงพอที่จะเรียนรู้ พยาบาลควรสอน แนะนำ และเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยได้เผชิญกับปัญหาและจัดการกับอารมณ์ของตนเองในทางที่ถูกต้อง

ในบางสถานการณ์ผู้ป่วย อาการหนักจนเกินกว่าที่จะเรียนรู้ได้แก่ ผู้ป่วยหมดสติ ช็อค หรือภาวะการหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน ซึ่งได้รับการพยาบาลในระบบทดแทนทั้งหมด พยาบาลจะเป็นผู้ตัดสินใจให้ผู้ป่วยในเรื่องการสนองตอบต่อความต้องการการดูแล แต่เมื่อผู้ป่วย อาการดีขึ้นอยู่ในระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน ผู้ป่วยและพยาบาลจะต้องตัดสินใจร่วมกัน ในการเรียนรู้การดูแลตนเอง และพยาบาลควรนำญาติเข้ามามีส่วนในการเรียนรู้เสมอ โดยเฉพาะเมื่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่สามารถพัฒนาให้ถึงระดับที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

4) การเรียนรู้จะเพิ่มมากขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนการสอน ซึ่งกระทำได้โดยการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล หรือระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสสัมผัส ฝึกหัดการกระทำต่างๆ ในดูแลตนเอง และควรให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้รับผิดชอบ ได้ริเริ่มและมีส่วนร่วมเมื่อพยาบาล กระทำกิจกรรมนั้นๆ ให้กับผู้ป่วย เช่น การฉีดยาอินซูลิน การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น

ในกระบวนการเรียนการสอนผู้ป่วยนั้นต้องรวมกิจกรรมการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องกระทำเมื่อออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว พยาบาลไม่เพียงแต่สอนหลักการให้ผู้ป่วย แต่จะต้องให้ผู้ป่วย ทราบว่าจะต้องทำอะไร ให้โอกาสผู้ป่วยได้ฝึกและเรียนรู้จากความผิดพลาดว่า ผิดตรงไหนเพราะ เหตุใดการลองผิดลองถูกในสิ่งที่ไม่เกิดอันตราย จะเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเรียนรู้และจำได้ แม่นยำมากขึ้น

5) การประเมินโดยการถามผู้ป่วยจะช่วยผู้ป่วยในการเรียนรู้ และปรับตัวพฤติกรรม พยาบาลต้องประเมินถึงความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายของการเรียนรู้ ให้คำชมและให้กำลังใจใน สิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้และกระทำการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะกระทำการกิจกรรม นั้นๆ ได้ดีขึ้น

ในกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำไม่ได้ถูกต้อง พยาบาลจะต้องชี้แจง และแก้ไขแต่พยายาม หลีกเลี่ยงไม่ตำหนิหรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นคำสั่งหรือถูกทำโทษ การเรียนการสอนต้องการความ ไว้วางใจและความเป็นมิตร ซึ่งจะเพิ่มขึ้นได้จากสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและ พยาบาลที่เข้าใจและเอาใจใส่ผู้ป่วย มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะไว้วางใจอยู่แล้ว การรู้จักดีเพื่อก่อ ชมเชยเมื่อ ผู้ป่วยกระทำได้ดีสำเร็จจะช่วยเพิ่มการเรียนรู้อย่างมาก

6) เนื้อหาและวิธีการสอนจะต้องปรับความเข้าใจกับความสามารถในการเรียนรู้ของ ผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งแตกต่างกัน ระดับการศึกษาของผู้ป่วยไม่ใช่เป็นปัจจัยเดียว ที่บ่งบอกถึง ความสามารถในการเรียนรู้ พยาบาลต้องคอยสังเกตและลุ่มคิด ถ้าผู้ป่วยไม่เคยตั้งคำถามไม่ว่าพยาบาล จะสอน แนะนำ หรือทำอะไรให้ ผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจอะไรเลยหรือไม่ยอมรับก็ได้ จึงต้องประเมิน ความเข้าใจและการยอมรับของผู้ป่วยด้วย

7) การมีสิ่งรบกวนในหอผู้ป่วยหรือคลินิกตรวจผู้ป่วย จะขัดขวางต่อกระบวนการเรียนรู้ พยาบาลต้องจัดการควบคุมสิ่งแวดล้อม ให้ส่งเสริมการเรียนรู้ ต้องมีห้องหรือกันม่านให้เป็นสัดส่วน เมื่อทำการสอนผู้ป่วย

8) สัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอนดังได้กล่าวมาแล้วว่าความไว้วางใจในตัวพยาบาลและความเป็นมิตรจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการเรียนรู้ของผู้ป่วย การเกิดความไว้วางใจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสาร ด้วยเหตุนี้เองบุคคลที่จะสอนผู้ป่วยได้ดีที่สุดคือ บุคคลที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ทุกวันหรือดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่วนผู้ที่ไม่เคยรู้จักกับผู้ป่วยมาก่อนเช่น ผู้ตรวจการหรืออาจารย์พยาบาล อาจต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยไว้วางใจก่อน จึงจะสอนผู้ป่วยได้ดี

แม้ว่าการใช้สื่อการสอน เช่น สไลด์ เทป หรือวีดิทัศน์ (Video Tape) จะช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ แต่การใช้มากเกินไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความเครียดสูงจากโรคและปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย มีความวิตกกังวลหรือซึมเศร้ามากต้องการสัมพันธภาพที่อบอุ่น จากพยาบาลในการเรียนรู้ซึ่งจะหาไม่ได้จากการใช้สื่อการสอน

9) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้ถึงคุณค่าของตนเอง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ปัญหาการสอนผู้ป่วยที่มีกะพอบอยู่เสมอ คือผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจที่จะเรียนรู้เหมือนกับพยาบาลที่ตั้งใจสอนวิธีการที่จะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย คือการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของเขาเอง พยาบาลกับผู้ป่วยมีการติดต่อวางแผนเป้าหมายและเลือกวิธีการดูแลร่วมกัน

ดังจะเห็นได้ว่าที่ผู้ป่วยได้รับการสอน ในลักษณะที่พยาบาลให้เกียรติและยอมรับผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคลซึ่งอาจมีทัศนคติ และความเชื่อแตกต่างไปจากพยาบาล การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการดูแลตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และในโรคเรื้อรังจะช่วยลดจำนวนครั้ง ที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะมีผลต่อทั้งเศรษฐกิจของผู้ป่วยและของประเทศชาติ และช่วยให้ผู้รับบริการมีเจตคติที่ดีต่อสถาบัน และระบบบริการสุขภาพ

5. การสร้างสิ่งแวดล้อม (Providing Environment)

เป็นวิธีการช่วยเหลือโดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้พัฒนาความสามารถในการกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเอง และปรับพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น สิ่งแวดล้อมที่ผู้รับบริการต้องการอาจเป็นสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ หรือจิตสังคม โดยต้องเป็นสิ่งแวดล้อม ไม่ใช่แบ่งแยกเป็นส่วนๆ ทั้งนี้ การสร้างสิ่งแวดล้อมจะต้องเอื้อต่อการดูแล เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้มีเวลาเป็นส่วนตัวและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างสมดุ มีความเหมาะสมกับความสนใจ ความเชื่อ ค่านิยม และบริบทของผู้รับบริการ

ความสัมพันธ์ระหว่างระบบการพยาบาลกับวิธีการเหลือ

ผู้ป่วยที่ต้องการระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด หรือทดแทนบางส่วนอาจต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในทั้ง 5 วิธี ส่วนในระบบการให้ความรู้และสนับสนุน วิธีการช่วยเหลือของพยาบาลมักจะเป็นการสอน การชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อม มักจะไม่ใช้วิธีการช่วยเหลือชนิดกระทำให้ หรือกระทำทดแทน

สำหรับสัมพันธภาพของการช่วยเหลือระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลนั้น เป็นการช่วยเหลือทางเดียวคือ พยาบาลช่วยผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (Unilateral) มีระบบ ระเบียบและจำกัดด้วยเวลาโดยพยาบาลใช้ความสามารถเพื่อปรับระบบการพยาบาลในการวิจัย กำหนดออกแบบ จัดกระทำและกำกับเพื่อช่วยเหลือบุคคลผู้ซึ่งมีความพร้อมในการดูแลตนเองให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการดูแลตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้

ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors)

ปัจจัยพื้นฐานนับเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน กับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุผล (Causal Relationship) แต่เป็นการอธิบายว่าการพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน ดังนี้

1. อายุ เพศ และระยะพัฒนาการ การประเมินปัจจัยทั้งสามอย่างนี้จะช่วยให้พยาบาลได้ทราบถึง ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการ
2. ระยะการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น เด็กเล็กๆ อาจจะยังไม่พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง หรือผู้สูงอายุความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลงเป็นต้น ศักยภาพในการริเริ่มหรือกระทำอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง
3. สภาพที่อยู่อาศัย ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพที่อยู่อาศัยจะช่วยให้พยาบาลรู้จักปรับวิธีการที่สนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองเช่น ผู้ป่วยเบาหวานต้องฉีดอินซูลินให้ตนเองที่อาศัยอยู่ในแหล่งชุมชนแออัดควรจะปรับวิธีการฉีดยาตนเองอย่างไรให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อและโรคแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งวิธีการอาจแตกต่างไปจากผู้ป่วยที่มีฐานะดี อาศัยอยู่ในบ้านที่มีเครื่องอำนวยความสะดวกในการฉีดยาในตนเองอย่างพร้อมมูล
4. ระบบครอบครัว สังคม ประเพณี และแบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้ในการประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง หรือความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว และจะช่วยบ่งชี้ ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย นอกจากนั้นอาจใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจ แหล่งประโยชน์ทั้งเงินและเวลาใน

การจัดระบบการดูแลตนเองและเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการเลือกวิธีการช่วยเหลือและจัดระบบการพยาบาล

กล่าวโดยสรุปทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเร็ม ได้เน้นการปฏิบัติการพยาบาลในโลกของความเป็นจริงทางการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย 3 ทฤษฎีการพยาบาล จุดเด่นของทฤษฎีก็คือ การให้ขอบเขตและเป้าหมายของวิชาชีพการพยาบาลที่ชัดเจน คือ พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยการพัฒนาความสามารถของบุคคลหรือครอบครัวในการดูแลและพึ่งพาตนเองตามศักยภาพที่ผู้ป่วยและญาติจะสามารถกระทำได้ และกระทำการดูแลทดแทนทั้งหมดในขณะที่ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถกระทำได้

บทที่ 4

กรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกชนิดแผลเล็ก

(Manual Small Incision Cataract Surgery: MSICS) โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน

1.1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 67 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษามัธยมศึกษา
สถานภาพสมรส ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปพักอาศัยอยู่กับครอบครัวที่จังหวัดสมุทรปราการ วันที่
รับเข้าไว้ในการรักษา วันที่ 18 ตุลาคม 2566 หอผู้ป่วยโรคทั่วไปและพิเศษ

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง

2.1 ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors)

2.1.1 ข้อมูลระบบครอบครัว ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดสมุทรปราการ สถานภาพ
สมรส อาศัยอยู่กับครอบครัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวรักใคร่กันดี

2.1.2 แหล่งประโยชน์ของครอบครัว บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อยามเจ็บป่วยคือ
ลูกสาว

2.1.3 ฐานะทางเศรษฐกิจรวมกับแหล่งประโยชน์ ฐานะอยู่ในระดับปานกลาง พอ
กินพอใช้ มีสิทธิรักษา UC ในจังหวัดสมุทรปราการ

2.1.4 สังคม วัฒนธรรม ลักษณะที่พักอาศัยตึกปูน 3 ชั้น มีอาศัยที่ดีกับเพื่อนบ้าน
สิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจคือการสวดมนต์ เข้าวัด ทำบุญใส่บาตร

2.1.5 ประสบการณ์สำคัญในชีวิต และประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว ไม่เคยมี
ประวัติเจ็บป่วยร้ายแรง บิดาของผู้ป่วย มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปัจจุบันเสียชีวิต
แล้ว ส่วนมารดาของผู้ป่วยไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวใดๆ ปัจจุบันยังมีชีวิตอยู่

2.1.6 แบบแผนการดำเนินชีวิต กิจกรรมประจำวันตื่นนอนเวลา 06.00 น.
รับประทานอาหารเช้าประมาณ 07.00 น. ประกอบอาหารเอง รับประทานอาหารเช้าเวลา 12.00 น.
รับประทานอาหารเช้าเวลา 17.00 น. ผู้ป่วยทำงานบ้านกวาดบ้านเพียงเล็กน้อย พอได้ออกกำลังกาย
บ้าง รับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ ชอบรับประทานอาหารรสจัด เข้านอนเวลาประมาณ 21.00 น.
ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา

2.1.7 ภาวะสุขภาพ ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลโดยการซักประวัติจากผู้ป่วยและแฟ้ม
ประวัติของผู้ป่วยดังนี้

อาการสำคัญ

แพทย์นัดทำผ่าตัด MSICS + IOL LE วันที่ 18 ตุลาคม 2566

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 ปีก่อน มีอาการตามัวทั้งสองข้าง มองไกลไม่ชัด ไม่ได้ไปรักษาที่ไหน

3 เดือนก่อน มีอาการตามัวทั้งสองข้าง เห็นฝ้าขาวมาก ตรวจรักษาที่ รพ. เอกชนแห่งหนึ่ง วินิจฉัยเป็นต้อกระจก มีใบส่งตัวเพื่อมารักษาต่อ จึงมารักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัย

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

20 ปีก่อนเป็นความดันโลหิตสูง รักษาและรับยาต่อเนื่องที่ รพ. เอกชนแห่งหนึ่ง

ประวัติการแพ้ยา/แพ้อาหาร/สารเคมี

ปฏิเสธการแพ้ยาอาหาร และสารเคมี

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

บิดาของผู้ป่วย มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปัจจุบันเสียชีวิตแล้ว ส่วนมารดาของผู้ป่วยไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวใดๆ ปัจจุบันยังมีชีวิตอยู่

การซักประวัติและตรวจร่างกาย

สภาพร่างกายทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 67 ปี รู้ตัวดี แข็งแรง รูปร่างผอม ส่วนสูง 135 เซนติเมตร น้ำหนักตัว 35.4 กิโลกรัม ผิวขาว ผมสีดำปนขาวยาว ช่วยเหลือตัวเองได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้งต่อนาที การหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท

ตารางที่ 2 การซักประวัติและการตรวจร่างกายตามระบบ

การตรวจร่างกายระบบต่าง ๆ	ข้อมูลผลการตรวจ
ทางชีวภาพ	อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท
สภาพร่างกาย	รูปร่างผอม ผิวขาว รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่องดี ท่าทาง สุภาพ
ศีรษะและใบหน้า	รูปร่างศีรษะและใบหน้าสมมาตรกันทั้งสองข้าง ไม่พบรอยแผลที่ศีรษะหรือใบหน้า

การซักประวัติและการตรวจร่างกายตามระบบ (ต่อ)

การตรวจร่างกายระบบต่าง ๆ	ข้อมูลผลการตรวจ
ตา	Blinding Cataract LE, VA ตาขวา (OD) = 20/200-1 PH = 20/160-1, VA ตาซ้าย (OS) = CF1' Tn ตาขวา = 14mm Tn ตาซ้าย = 15mm, Clear BE, D/Q BE, NS3+/3.5+ PSC BE, Attached BE
หู	ใบหูลักษณะปกติ สมมาตรกันทั้งด้านซ้ายและด้านขวา ได้ยินเสียงปกติ
คอ	คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต ไม่มีอาการคอแข็ง ไม่มีก้อนที่คอ กลืนอาหารได้ปกติ
ริมฝีปาก	ริมฝีปากชุ่มชื้น สีคล้ำเล็กน้อย
ระบบทางเดินหายใจส่วนบน	ตรวจช่องจมูกปกติ ไม่พบเยื่อจมูกบวม แดง ไม่มีน้ำมูก
ผิวหนัง	ผิวหนังแห้งเล็กน้อย ความตึงผิวน้อย ไม่พบแผลตามผิวหนังส่วนต่างๆ
เล็บ	สีเหลืองเล็กน้อย ตัดสั้น สะอาด
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีหลอดเลือดดำที่คอโป่ง
ระบบทางเดินอาหารและหน้าท้อง	เคี้ยวอาหารและรับประทานอาหารเองได้ปกติ หน้าท้องอ่อนนุ่ม กดไม่เจ็บ คลำไม่พบตับและม้ามโต ไม่มีก้อนที่ท้อง ไม่มีอาการตัวเหลืองและตาเหลือง
ระดับการรู้สึกตัว	ระดับการรู้สึกตัวปกติ รับรู้เวลา สถานที่ สิ่งของและบุคคล ได้ถูกต้องตามความเป็นจริง
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	แนวกระดูกสันหลังปกติ ไม่โก่งงอ ไม่มีข้อบวมหรือกดเจ็บ การเคลื่อนไหวปกติ
ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์	อวัยวะเพศปกติ ขับถ่ายปัสสาวะปกติ
จิตใจและอารมณ์	ผู้ป่วยเป็นคนสุภาพอารมณ์ดี จิตใจดี

2.2 ความสามารถในการดูแลตนเองพื้นฐาน (Foundation capability and disposition)

2.2.1 การรับรู้ (Perception) ผู้ป่วยตามัวทั้งสองข้าง สามารถมองเห็นข้างขวาได้มากกว่าข้างซ้าย การได้ยินปกติสามารถตอบคำถามได้โดยไม่ต้องใช้เสียงดัง การไต่กลิ่นและการรับรสปกติ สามารถดมกลิ่นอาหารและรับรสอาหารได้ การรับรู้ต่อภาวะการเจ็บป่วยผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคต่อกระดูก

2.2.2 ความจำ (Memory) ผู้ป่วยสามารถจำเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบันได้ เช่น เหตุการณ์ก่อนมาโรงพยาบาลว่าตนเองมีอาการอย่างไรและสามารถเล่าเรื่องในอดีตได้ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

2.2.3 ความสามารถในการเรียนรู้ (Learning Capability) ผู้ป่วยเข้าใจในคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็นสามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมด ทั้งการการแต่งตัว การเข้าห้องน้ำและการรับประทานอาหาร

2.2.4 ความรู้ความเข้าใจ (Cogmition) ผู้ป่วยสามารถบอกวัน เวลา สถานที่ได้ ทราบว่าเป็นโรคต่อกระดูกทั้งสองข้างสามารถรักษาโดยการผ่าตัด โดยผ่าตัดข้างซ้ายก่อนเนื่องจากเป็นมากกว่า

2.2.5 ความตั้งใจ และความสนใจ (Attentoin and Interest) ผู้ป่วยมีความตั้งใจฟัง และสนใจทุกครั้งที่มีการสนทนาแต่ก็กลัวจะหลงลืมการปฏิบัติตัวต่างๆ จึงคอยให้บุตรสาวที่มาด้วยคอยช่วยจำ

2.2.6 ความตระหนักในสภาวะของตนเอง (Self Awareness) ผู้ป่วยตระหนักในสภาวะของตนเองโดยตระหนักว่าเป็นโรคต่อกระดูกทั้งสองข้าง หากไม่รักษาตาอาจบอดได้ จนได้มารักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัย แพทย์วางแผนการผ่าตัดผู้ป่วยจึงมีความหวังว่าจะหาย

2.2.7 การยอมรับตนเอง (Self Acceptance) ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองเป็นโรคต่อกระดูก

2.2.8 ความเอาใจใส่ต่อตนเอง (Self Concern) ผู้ป่วยมีความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตัวเอง สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีความหวังว่าหลังผ่าตัดจะมองเห็นได้ชัด

2.2.9 อุปนิสัยส่วนตัว (Habits) ยิ้มแย้ม แจ่มใส

2.3 ความสามารถด้านการใช้พลังส่วนบุคคลเพื่อการดูแลตนเอง (Power Components of Self - Care Agency)

2.3.1 การเอาใจใส่ดูแลตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข ในระยะแรกที่เจ็บป่วยยังไม่ค่อยตระหนัก เมื่อเริ่มมองไม่ชัดมากขึ้นจึงมีความวิตกกังวลว่าจะตาบอด ขาดความรู้การปฏิบัติตัวเนื่องจากเป็นการผ่าตัดตาครั้งแรก เมื่อเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นมากขึ้น

2.3.2 การควบคุมและใช้พลังงานของร่างกาย ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมและใช้พลังงานของร่างกายได้ตามปกติ

2.3.3 การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ผู้ป่วยเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ดี

2.3.4 การใช้เหตุผล ผู้ป่วยสามารถให้เหตุผลในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น หลังผ่าตัดไม่นานจนกระทั่งข้างซ้าย 24 ชั่วโมง สามารถนอนตะแคงข้างขวาและนอนหงายได้ เลี่ยงการไอ จาม แรงๆ

2.3.5 แรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี แรงจูงใจในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ คือ ผู้ป่วยอยากกลับไปอยู่กับลูกและหลานตามปกติที่ปราจีนบุรี เพราะช่วงไม่สบายก็จะมารักษาตัวที่สมุทรปราการบ่อยๆ กลับๆ

2.3.6 การตัดสินใจ ผู้ป่วยมีการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม คือ เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นต่อกระเจกทั้งสองข้าง วางแผนผ่าตัด ผู้ป่วยก็ตัดสินใจยอมรับแผนการรักษาของแพทย์เพื่อรักษาตัวเองให้หายเป็นปกติ

2.3.7 การเสาะแสวงหา และนำความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยขาดการเสาะแสวงหาความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง เนื่องจากไม่เข้าใจ และไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ตัวเองเป็น การใช้เทคโนโลยีในการค้นหาความรู้ก็ใช้ไม่เป็น

2.3.8 การใช้ทักษะในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติสามารถดูแลตัวเองได้

2.3.9 การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีระบบและต่อเนื่อง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ ไม่มีการออกกำลังกายเพียงแต่เดินยืดเส้นยืดสายเพียงเล็กน้อย เท่านั้น

2.3.10 การจัดลำดับกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังของกิจกรรมที่ควรปฏิบัติได้ โดยหลังจากที่ผู้ป่วยทานข้าวเมื่อเย็นเสร็จก็จะนั่งเล่นประมาณ 5 นาที แล้วค่อยเดินยืดเส้นยืดสายเล็กน้อย เพราะเชื่อว่าเป็นการออกกำลังกาย

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

3.1 ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self - Care Requisite)

3.1.1 อากาศ : การดำรงซึ่งอากาศที่พอเพียง

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีลักษณะหายใจปกติ อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที จังหวะสม่ำเสมอ ชีพจร 68 ครั้งต่อนาที ไม่มีภาวะซีด

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร่องในการดำรงไว้ซึ่งความต้องการอากาศที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

3.1.2 อาหารและน้ำ : การดำรงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ

ข้อมูล : ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง รับประทานอาหารได้หมดทุกมื้อ มีทานขนมขบเคี้ยวบ้างเป็นบางมื้อ ดื่มน้ำประมาณ 2000 มิลลิลิตรต่อวัน

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการดำรงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ

3.1.3 การขับถ่ายและการระบายของเสีย : คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายของเสีย

ข้อมูล : ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระวันละครั้ง และปัสสาวะเองได้วันละ 3 - 4 ครั้ง สีเหลืองใส ไม่มีปัสสาวะแสบขัด

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการคงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายของเสีย

3.1.4 ความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน: เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน

ข้อมูล : ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ในช่วงเวลากลางวัน อ่านหนังสือ ออกกำลังกายโดยการเดิน นอนหลับพักผ่อนได้ดี เข้านอนเวลาประมาณ 21.00 น. ตื่นประมาณ 06.00 น. พักผ่อนเพียงพอ

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน

3.1.5 ความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น : คงไว้ซึ่งการรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ข้อมูล : ผู้ป่วยเป็นคนร่าเริง ชอบคุยกับเพื่อนบ้าน โอบอ้อมอารี ชอบแบ่งปันสิ่งของกับเพื่อนบ้าน มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดี ผู้ป่วยสามารถใช้เวลาอยู่คนเดียวได้

สรุป : ผู้ป่วยมีความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3.1.6 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต : การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีความสนใจที่จะป้องกันอุบัติเหตุในการดำเนินชีวิต เช่น การเคลื่อนตัวช้าๆอย่างระมัดระวัง ไม่เร่งรีบจนเกินไป การเปลี่ยนท่าจะค่อยๆเปลี่ยน

สรุป : ผู้ป่วยมีการป้องกันอันตรายต่อชีวิตสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เหมาะสม

3.2 ความต้องการการดูแลตนเองตามพัฒนาการ

3.2.1 ความต้องการตามพัฒนาการ

ข้อมูล : ในวัยเด็กผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบิดามารดาอย่างดี เรียนหนังสือจบ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพสมรส อาศัยอยู่กับครอบครัว ไม่มีปัญหาหนี้สิน

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในความต้องการตามพัฒนาการ

3.2.2 ความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต

ข้อมูล : เป็นต้อกระจก ตาทั้งสองข้างมองไม่ชัด แต่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีความระมัดระวังมากขึ้น

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต

3.3 ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self - Care Requisite)

3.3.1 การแสวงหาบริการสุขภาพ

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่โรงพยาบาลเซ็นทรัลปาร์ค เมื่อเกิดความเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ จะไปรักษาที่คลินิกอนามัยใกล้บ้าน

สรุป : ผู้ป่วยมีการแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมในการดูแลภาวะสุขภาพของตนเอง

3.3.2 การรับรู้ สนใจต่อโรคและผลกระทบของโรคต่อตนเอง

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าคุณค่าตนเองเป็นต่อกระจกทั้งสองข้าง แต่ยังไม่ทราบเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในเรื่องการรับรู้และสนใจต่อโรค และผลกระทบของโรคต่อตนเอง

3.3.3 การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูและป้องกันโรค

ข้อมูล : ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ถูกต้อง เช่น ขณะทำผ่าตัดไม่ขยับศีรษะ สามารถนอนหงายคลุมโปงได้ หลังผ่าตัดไม่นานนอนตะแคงข้างซ้ายที่ทำผ่าตัด 24 ชั่วโมง

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูและป้องกันโรค

3.3.4 การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค

ข้อมูล : ผู้ป่วยทราบว่าตนเองมีตาพร่ามัวทั้งสองข้าง แต่ที่ผ่านมายังไม่ทราบแนวทางการดูแลรักษาโรค ไม่ได้ไปรักษาที่ไหน จนเริ่มเป็นมากขึ้นจึงค่อยไปโรงพยาบาล

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในเรื่องการรับรู้โรค และแนวทางการรักษาโรคที่ถูกต้องเหมาะสม

3.3.5 การปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์

ข้อมูล : ผู้ป่วยยอมรับในการเจ็บป่วยเพราะคิดว่าเป็นเคราะห์กรรม และคิดว่าเป็นเพราะสูงอายุ

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์

3.3.6 การยอมรับภาวะสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น

ข้อมูล : ผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคต่อกระจก ต้องรับการรักษาโดยการผ่าตัดลอกต่อกระจกเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม ซึ่งการผ่าตัดต้องจัดท่านอนหงายและคลุมโปงตลอดเวลาของการผ่าตัด หลังการผ่าตัดจะกลับมามองเห็นได้ชัดมากขึ้น

สรุป : ผู้ป่วยมีการยอมรับภาวะสุขภาพและเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น

4. แผนการรักษาของแพทย์

ตารางที่ 3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ตรวจ	การตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
10 ตุลาคม 2566	CBC			
	WBC	6,340 Cell /mm ²	5,000 – 10,000 Cell / mm ²	ปกติ
	Hct	37 %	35 – 40 %	ปกติ
	Hb	15.5 mg / dl	14 – 18 mg / dl	ปกติ
	MCV	88 fi	80 – 90 fi	ปกติ
	MCH	29.6 pg	27 - 31 pg	ปกติ
	MCHC	33.9 gm/ dl	32 – 36 gm/ dl	ปกติ
	RDW	16.9 %	16 – 20 %	ปกติ
	Plt.count	151,000 cell /cu.mm.	140,000 – 400,000 cell /cu.mm.	ปกติ
	Lymphocyte	30.4 %	20 – 45 %	ปกติ
	Eosinophil	1.7 %	0 – 3 %	ปกติ
	Neutrophil	63.3 %	45 – 75 %	ปกติ
10 ตุลาคม 2566	Electrolyte			
	Na	145 mEq/L	135 – 150 mEq/L	ปกติ
	K	4.5 mEq/L	3.5 – 5 mEq/L	ปกติ
	Cl	98 mEq/L	95 – 110 mEq/L	ปกติ
	Co2	28 mEq/L	22 – 32 mEq/L	ปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

วันที่ตรวจ	การตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
10 ตุลาคม 2566	ผลการตรวจเลือด			
	Sugar	98 mg / dl	76 – 110 mg / dl	ปกติ
	BUN	19.7 mg / dl	7 – 21 mg / dl	ปกติ
	Creatinine	0.9 mg / dl	0 .6 – 1.5 mg / dl	ปกติ

- EKG แปลผล ปกติ
- CXR แปลผล ปกติ

ตารางที่ 4 แผนการรักษาของแพทย์

วันที่	Order for one day	Order for continuation
18 ตุลาคม 2566	Admit GW หลังทำผ่าตัด Set OR for MSICS+IOL LE LA (18/10/66) - Poly oph ed. LE ทุก 5 นาที x 3 ครั้ง - 0.5% Tetracaine ed. LE 1 หยด ก่อนขยายม่านตา - 1% Mydrimac ed. LE หยอดตา ทุก 5 นาที x 3 ครั้ง	- Low Salt Diet - Losartan (50) 1x2 oral pc
18 ตุลาคม 2566	Post-operation Rx. Post-op MSICS+IOL LE - VA	- Low Salt Diet - Record V/S as usual - Bed rest - Position ปกติ <u>Medications</u> - Vigamox ed. LE qid - Inf-oph ed. LE qid - Diazepam (5) 1 tap prn for insomnia - NSS 120 ml. #3 - Paracetamol (500) 2 tab prn

แผนการรักษาของแพทย์ (ต่อ)

วันที่	Order for one day	Order for continuation
19 ตุลาคม 2566	Discharge Order - Discharge ได้ - F/U OPD Eye 1 week <u>Home Medications</u> - Vigamox ed. LE qid - Inf-oph ed. LE qid - Paracetamol (500) 2 tab prn - NSS 120 ml. #3 ขวด - สำลีเช็ดตา #3 ซอง - Micropore ½ นิ้ว 1 ม้วน	

5. การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจากทฤษฎีกับผู้ป่วย

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจากทฤษฎีผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อกระจก

รายการ เปรียบเทียบ	จากทฤษฎี	จากผู้ป่วย
พยาธิสภาพ	ในภาวะปกติแก้วตาจะใส แสงผ่านได้ดี แก้วตาจะมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีเกิดขึ้นทีละน้อย ทำให้ลำแสงผ่านจอตาไม่สะดวก การมองเห็นภาพหรือสายตาดึงเลวลง เนื่องจากในเลนส์จะมีการเปลี่ยนแปลงคือ โปรตีนในเลนส์เปลี่ยนแปลงมีปริมาณของน้ำเพิ่มขึ้น บวม มีการแตกสลายและเสื่อมตัวของเลนส์โฟเบอร์ สาเหตุของโรคต้อกระจก 1. จากวัยชรา (Senile Cataract) 2. โดยกำเนิด (Congenital Cataract) 3. ในวัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ (Juvenile and Presenile Cataract) 4. จากภาวะแทรกซ้อน (Complicated Cataract) 5. จากภาวะโรคในระบบอื่นๆ (Cataract Associated with Systemic Disease) 6. จากสารพิษและอาหาร (Toxic and Cataract) 7. ที่เกิดร่วมกับความผิดปกติของการเผาผลาญสารอาหารในวัยผู้ใหญ่ (Cataract Associated with Metabolic Disease in Adult) 8. จากภาวะอันตราย (Traumatic Cataract)	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 68 ปี มีโรคประจำตัวเป็น HT ตรวจพบ Blinding Cataract LE วัดระดับการมองเห็น VA ตาขวา (OD) = 20/200-1 with PH = 20/160-1, VA ตาซ้าย (OS) = CF1' แพทย์วินิจฉัยเป็น Blinding Cataract LE and Senile Cataract BE

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจากทฤษฎีผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อกระจก (ต่อ)

รายการ เปรียบเทียบ	จากทฤษฎี	จากผู้ป่วย
อาการและ อาการแสดง	ผู้ป่วยจะมีอาการตามัวลงทีละน้อย โดยสามารถแบ่งอาการได้เป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 จะพบมีอาการมองเห็นเป็นจุดๆเดียวหรือหลายจุด และการมองเห็นจะค่อยๆมัวลงทีละน้อยเหมือนกับมีหมอกหรือกระจกฝ้ามาบัง นอกจากนั้น ผู้ป่วยบางรายที่เกิดความขุ่นบริเวณตรงกลางของแก้วตาจะมีอาการสายตามัวมากในเวลากลางวัน โดยเฉพาะวันที่มีแสงจ้า ส่วนวันที่มีแสงน้อยหรือเวลากลางคืนจะสามารถมองเห็นได้ชัดเจนกว่า ระยะที่ 2 มักพบมีอาการมองเห็นเป็นภาพซ้อน 2 ภาพหรือมากกว่า เนื่องจากไม่เท่ากัน จนทำให้เกิดการหักเหของแสงไม่ตกผ่านจุดโฟกัสเดียวกัน นอกจากนั้นผู้ป่วยบางรายอาจมองเห็นแสงสีรุ้งกระจายรอบดวงไฟได้ด้วย ระยะที่ 3 เป็นอาการในระยะที่มีการบวมของแก้วตา ช่องน้ำม่านตาตื้นกว่าปกติจากการบวมดันของแก้วตา ทำให้เกิดสายตาสั้นชั่วคราว จำเป็นต้องใช้แว่นสายตาสั้นเข้าช่วยสำหรับการมองเห็น ในระยะนี้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้เสี่ยงต่อการเกิดต้อหินได้ ระยะที่ 4 ระยะต้อกระจกสุก มักพบมีอาการเพิ่มมากขึ้นจนแก้วตาขุ่นทึบ ผู้ป่วยจะมองเห็นเป็นเพียงลักษณะเงาเคลื่อนไหวหรือมองเห็นเป็นเพียงแสงไฟเท่านั้นอาการของโรคต้อกระจกมักไม่พบอาการอักเสบของแก้วตา เมื่อส่องด้วยไฟฉายจะพบแก้วตาขุ่นเป็นสีเทาหรือสี	1 ปีก่อน มีอาการตามัวทั้งสองข้าง มองไกลไม่ชัด ยังไม่เคยได้รับการรักษา 3 เดือนก่อน มีอาการตามัวทั้งสองข้าง มองเป็นฝ้าขาวมาก ตาซ้ายเป็นมากกว่า วันมาพบแพทย์ ตรวจวัดระดับการมองเห็นตาซ้ายไม่สามารถอ่านเลขบน Snellen Chart ได้ VA ตาซ้าย (OS) = CF1' แก้วตามีสีขาวขุ่นทึบ เป็นระยะที่ 4 ระยะต้อกระจกสุก Mature Cataract

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจากทฤษฎีผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อกระจก (ต่อ)

รายการ เปรียบเทียบ	จากทฤษฎี	จากผู้ป่วย
อาการและ อาการแสดง (ต่อ)	ชาวตรงกลางรูม่านตา หากดูด้วยออปติคัลโมสโคปจะพบเป็นเงาสีดำใน Fundus reflex ชาวตรงกลางรูม่านตา หากดูด้วยออปติคัลโมสโคปจะพบเป็นเงาสีดำใน Fundus reflex	
การรักษา	1. การรักษาด้วยยา ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานแน่ชัดว่าจะช่วยชะลอหรือบรรเทาโรคต้อกระจกได้ 2. การรักษาด้วยการผ่าตัด หรือการลอกต้อกระจก มีหลักง่ายๆ คือ เอาเลนส์ที่ขุ่นออกทิ้งไป และใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปแทนที่ 2.1 Couching: การลอกต้อกระจกโดยใช้เข็มเย็บ การเคาะเลนส์ เป็นการ ผ่าตัดต้อกระจกในยุคแรก ทำโดยการใช้เข็มแทงผ่านเยื่อぶตา (Conjunctiva) และตาขาว (Sclera) ห่างจากขอบของกระจกตา (Limbus) 4 มิลลิเมตร ให้เข็มผ่านทางด้านหลังม่านตา (Iris) ไปสู่เลนส์ (lens) แล้วจึงเย็บให้ต้อกระจกตกไปทางด้านหลังเข้าไปในน้ำวุ้นตา (vitreous) ปัจจุบันวิธีนี้ได้เลิกทำไปแล้วเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนสูง 2.2 Intracapsular cataract extraction (ICCE) การผ่าตัดเอาต้อกระจกและถุงหุ้มเลนส์ (lens capsule) ออกทั้งหมด โดยจะเปิดแผลบริเวณขอบของกระจกตา (Limbus) ขนาดกว้างพอที่จะนำต้อกระจกออกมาได้ นำเลนส์ที่เป็นต้อกระจกและถุงหุ้มเลนส์ (Capsule) ออกทั้งหมด โดยใช้หัวจี้ความเย็น หรือคีมคีบ (Forceps) ปัจจุบันวิธีนี้ทำน้อยลง เนื่องจากไม่สามารถใส่เลนส์แก้วตาเทียมได้ และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมาก เช่น	

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจากทฤษฎีผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อกระจก (ต่อ)

รายการ เปรียบเทียบ	จากทฤษฎี	จากผู้ป่วย
การรักษา (ต่อ)	จอประสาทตาหลุดลอก (Retinal detachment) จอตาบวม (Cystoid macular edema) เป็นต้น แต่ยังเป็นการผ่าตัดที่ใช้อยู่ในบางกรณีเช่น เกิดการเคลื่อนเลนส์ออกจากตำแหน่งเดิม (Lens subluxation) เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถผ่าตัดด้วยวิธีอื่นได้ 2.3 Extracapsular cataract extraction (ECCE) คือการผ่าตัดโดยการเอาต้อกระจกออกเหลือเฉพาะถุงหุ้มเลนส์ (Lens capsule) ไว้เปิดแผลบริเวณ Limbus กว้าง 8-10 มิลลิเมตร แล้วใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปในถุงหุ้มเลนส์ จากนั้นจะเย็บปิดแผล เป็นวิธีผ่าตัดที่ยังใช้อยู่ในปัจจุบันโดยเฉพาะต้อกระจกที่เป็นมากหรือต้อกระจกสุก ซึ่งยากต่อการผ่าตัดแบบใช้เครื่องมือสลายต้อกระจก (Phacoemulsification) 2.4 Manual Small incision Cataract Surgery (MSCIS) เป็นการผ่าตัดแบบแผลเล็กคล้ายวิธี ECCE ต่างกันที่ตำแหน่งแผล ซึ่งปัจจุบันได้รับความนิยมมากขึ้น การรักษาด้วยการผ่าตัดดังกล่าวข้างต้นนั้นเป็นเทคนิคการผ่าตัดที่เอาต้อกระจกทั้งก้อนออกทางแผลขนาดเล็กบริเวณตาขาวที่ปิดเองได้โดยไม่ต้องเย็บ และยังมีถุงหุ้มเลนส์อยู่ แผลผ่าตัดโดยวิธีนี้มีขนาดเล็กกว่าวิธี ECCE แต่ใหญ่กว่าวิธี PE ใช้เวลาในการผ่าตัดสั้นกว่า นอกจากนี้การไม่เย็บปิดแผลยังช่วยลดปัญหาการเกิดภาวะสายตาสั้น การฟื้นตัวก็เร็วกว่า	แพทย์วินิจฉัยเป็น Blinding Cataract LE Set ทำผ่าตัด MISIC + IOL LE วันที่ 18 ตุลาคม 2566

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจากทฤษฎีผู้ป่วยที่เป็นโรคต่อกระจก (ต่อ)

รายการ เปรียบเทียบ	จากทฤษฎี	จากผู้ป่วย
การรักษา (ต่อ)	2.5 Phacoemulsification (PE) คือการทำผ่าตัดที่มีหลักการคล้ายกับหลักการของ ECCE คือการนำต่อกระจกออกโดยเหลือถุงหุ้มเลนส์ (Lens capsule) ไว้ โดยจะมีแผลขนาดเล็กกว่าการผ่าตัดแบบ ECCE มีขนาดของแผลประมาณ 3-5 มิลลิเมตร การสลายต่อกระจกด้วยคลื่นอัลตราซาวด์แล้วใส่ เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปแทนที่ วิธีนี้ดีกว่าแบบ ECCE ในแง่ขนาดแผลเล็ก การหายของแผลเร็วกว่าการฟื้นฟูสายตาหลังผ่าตัดเร็วกว่า แต่ก็มีข้อจำกัดในบางกรณี เช่น ต่อกระจกที่แข็งหรือสุกอาจจะไม่สามารถผ่าตัดด้วยวิธี (Phacoemulsification) ได้ เป็นต้น ซึ่งในการผ่าตัดด้วยวิธีนี้นอกจากจะต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแล้ว ต้องอาศัยเครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษ	

6. ปัญหาและการวางแผนการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติผู้ป่วย และศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย นำมาวิเคราะห์ ประเมินสภาพทำให้ได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถสรุปเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ได้แก่

1. ระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน (Party Compensatory Nursing System)
2. ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory Nursing System)

ซึ่งมีปัญหาทางการพยาบาลจำนวน 8 หัวข้อ แบ่งออกได้ 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative care) มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังนี้

- ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด
- ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากตามองไม่ชัดและไม่คุ้นชินกับสิ่งแวดล้อม
- ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากคลุ้มโป่งไม่ได้

2. ระยะผ่าตัด (Intraoperative care) มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังนี้

ปัญหาที่ 4 เสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดเลนส์แก้วตาเทียม

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บจากเครื่องมือผ่าตัด

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างผ่าตัด

3. ระยะหลังผ่าตัด (Postoperative care) มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังนี้

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัด

ปัญหาที่ 9 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแผลฉีกขาด ความดันในลูกตาสูง เลือดออกในช่องหน้าม่านตา จากการได้รับความกระทบกระเทือนหลังผ่าตัด

ปัญหาที่ 10 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

ความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self-Care Demand : TSCD)

1. ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative care)

เยี่ยมประเมินอาการครั้งที่ 1 วันที่ 18 ตุลาคม 2566 เวลา 08.10 น. ที่หน้าห้องผ่าตัด (เนื่องจากผู้ป่วย Admit หลังผ่าตัด) ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 67 ปี รูปร่างผอม รู้สึกตัวดี อุนหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้งต่อนาที การหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 155/78 มิลลิเมตรปรอท ตามัวทั้ง 2 ข้าง ข้างซ้ายเป็นมากกว่า ระดับความสามารถในการมองเห็น (Visual acuity) VA ตาขวา (OD) = 20/200-1 with PH = 20/160-1, VA ตาซ้าย (OS) = CF1' สีหน้าวิตกกังวลแจ้งว่าไม่เคยนอนคลุมโปง และสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

TSCD 1 คงไว้ซึ่งความรู้ก่อนผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยไม่เคยผ่าตัดมาก่อน สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

วัตถุประสงค์

1. ลดความวิตกกังวล
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส
2. สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดได้ถูกต้อง

ปฏิบัติการกิจกรรมพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ความสามารถในการรับรู้การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด พร้อมให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและตอบข้อซักถาม เช่น ขณะทำผ่าตัด ให้ผู้ป่วยนอนนิ่งๆ ไม่ขยับไบนานๆ หากมีอาการผิดปกติให้ส่งเสียงบอกแพทย์หรือพยาบาล หลีกเลี่ยงการไอ จามแรงๆ ขณะทำผ่าตัด ถ้าจะไอหรือจามให้แฉ่งก่อน เป็นต้น

2. อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบต่อการเตรียมร่างกาย ดังนี้

- 2.1. ความสะอาดร่างกายทั่วๆไป เช่น การตัดเล็บ การล้างสีเล็บ
- 2.2. ขับถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อยก่อนเข้าห้องผ่าตัด
- 2.3. ถอดฟันปลอมและของมีค่าฝากญาติไว้ก่อนเข้าห้องผ่าตัด
- 2.4. แนะนำให้ฟอกหน้าด้วยน้ำยา Antiseptic ก่อนเข้ารับการผ่าตัด
- 2.5. ตรวจสอบ/บันทึกผลการตรวจต่างๆ การแพ้ยา การงดยาละลายลิ้มเลือด
- 2.6. ตรวจสอบดวงตา เปลือกตา ว่ามีอาการผิดปกติ เช่น ตาแดง ตุ่มอักเสบที่เปลือกตา
- 2.7. ตรวจสอบว่ามีบาดแผลหรือการอักเสบติดเชื้อตามร่างกายหรือไม่ หากพบต้อง

รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาเลื่อนผ่าตัดไปก่อน เพราะอาจจะทำให้แผลผ่าตัดติดเชื้อ

3. เตรียมความพร้อมด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ

3.1. ตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ที่ทำให้ไม่สบายใจหรือกังวลใจด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เช่น บางคนกังวลเรื่องค่ารักษา บางคนกังวลเรื่องต้องการญาติดูแล บางคนกังวลเรื่องไม่มีญาติดูแล บางคนกังวลเรื่องทำงาน เป็นต้น

3.2. แนะนำวิธีเผชิญความเครียด เช่น การฝึกหายใจอย่างมีประสิทธิภาพขณะที่มีผ้าคลุมหน้าระหว่างผ่าตัด การทำสมาธิ การพูดคุยกับคนที่ไว้วางใจ การฟังเพลงบรรเลงเบาๆ เป็นต้น

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าแจ่มใสคลายความวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้องและครบถ้วน

TSCD 2 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ระดับการมองเห็น VA ตาขวา (OD) = 20/200-1 with PH = 20/160-1, VA ตาซ้าย (OS) = CF1'
2. ผู้ป่วยสูงอายุ มีตามัวทั้ง 2 ข้าง ข้างซ้ายเป็นมากกว่า
3. Morse Fall Scale = 45 คะแนน

การวินิจฉัยทางการแพทย์ (Self care deficit : SCD)

เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากตามองไม่ชัดและไม่คุ้นชินกับสิ่งแวดล้อม

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนทั้งหมด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างความคุ้นเคยให้ผู้ป่วยโดยการแนะนำสถานที่ ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าผู้ป่วย ห้องสุขา การใช้ข้อเพื่อขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่
2. แนะนำให้ผู้ป่วยขับปัสสาวะให้เรียบร้อยก่อนเข้าห้องผ่าตัดเพื่อหลีกเลี่ยงการเข้าห้องน้ำหลังฉีดยาชาที่ตา ซึ่งอาจเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มได้ อีกอย่างหากผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะไว้อาจทำให้ความดันลูกตาสูงหรือความดันโลหิตสูงตามมา
3. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะดวก ปลอดภัย หลีกเลี่ยงการวางส่งของตามทางเดิน จัดให้มีแสงสว่างที่เพียงพอโดยเฉพาะบริเวณเตียงและห้องน้ำ มีราวจับบริเวณห้องน้ำและทางเดินไปห้องน้ำ
4. จัดให้ผู้ป่วยนอนเตียงที่มีราวกันเตียงและสามารถล็อกได้ พร้อมทั้งยกราวกันเตียงขึ้นทั้งสองข้างไว้เสมอขณะผู้ป่วยนอนรอทำการผ่าตัด
5. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยย้ายลงนอนเตียงผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยถัดตัวไม่ลุกนั่งบนรถเข็น หลังผ่าตัดเสร็จก็เคลื่อนย้ายด้วยวิธีเดิม
6. เมื่อย้ายผู้ป่วยลงเตียงผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว ดูแลผูกรัดแขนแนบลำตัวและใช้ผ้ารัดส่วนขาป้องกันอุบัติเหตุ

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

TSCD 3 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยเสี่ยงต่อการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากคลุมโปงไม่ได้

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยแจ้งว่ายังไม่เคยนอนคลุมโปง

การวินิจฉัยทางการแพทย์ (Self care deficit : SCD)

เสี่ยงต่อการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากคลุมโปงไม่ได้

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนอนคลุมโปงขณะผ่าตัดได้

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยสามารถนอนคลุ่มโปงอย่างน้อย 30 นาที

ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน

กิจกรรมการพยาบาล

1. เยี่ยมประเมิน และประเมินความสามารถในการนอนคลุ่มโปง
2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นในการนอนคลุ่มโปงว่าขณะผ่าตัดจะมีผ้าสะอาดคลุมปิดส่วนต่างๆ ของร่างกายเหลือเพียงแต่ตาข้างที่จะทำผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยบางรายที่ไม่ได้ฝึกมาก่อนอาจจะเกิดความเครียดและอึดอัดจนไม่สามารถผ่าตัดได้
3. แนะนำวิธีการฝึกนอนคลุ่มโปงและให้ผู้ป่วยปฏิบัติจริงช่วงขณะเตรียมตัวก่อนเข้าห้องผ่าตัด
4. สังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ขณะฝึกคลุ่มโปงเช่น อาการเหงื่อออก ใจสั่น มือเย็น และเท้าเย็น เป็นต้น
5. ประเมินความสามารถในการนอนคลุ่มโปงหลังจากฝึกแล้ว
6. ตรวจวัดสัญญาณชีพ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเปรียบเทียบก่อนและหลังผ่าตัด โดยเฉพาะค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดต้องอยู่ในเกณฑ์ 95-100 เปอร์เซ็นต์

ประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถนอนคลุ่มโปงได้ 40 นาที

2. ระยะผ่าตัด (Intraoperative care)

TSCD 4 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยเสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดเลนส์แก้วตาเทียม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยผ่าตัดมีหลายราย
2. ตาเป็นอวัยวะที่มี 2 ข้าง ผู้ป่วยผ่าตัดตาข้างซ้าย
3. ผู้ป่วยใช้เลนส์แก้วตาเทียมของบริษัท Indochina รุ่น ISP60H กำลังเลนส์คือ +21.5 D

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

เสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดเลนส์แก้วตาเทียม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้การผ่าตัดถูกคน ถูกข้าง ถูกตำแหน่ง ถูกเลนส์แก้วตาเทียม

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกคน ถูกหัตถการ ถูกข้าง ถูกตำแหน่ง(ตาข้างซ้าย) ถูกเลนส์แก้วตาเทียม

ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนทั้งหมด

กิจกรรมการพยาบาล

1. รับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด ถูกคนโดยสอบถามชื่อผู้ป่วย ตรวจสอบชื่อจากแฟ้มประวัติ ป้าย IOT ป้ายข้อมือ ให้ตรงกัน ถูกตำแหน่งโดยตรวจสอบคำสั่งแพทย์เกี่ยวกับชนิดการผ่าตัด ตำแหน่ง/ข้าง ให้ตรงกับผู้ป่วยบอกและใบ Set ผ่าตัดเพื่อทวนสอบความถูกต้องก่อนเข้าห้องผ่าตัด
2. ตรวจสอบใบยินยอมการผ่าตัดให้ตรงกับชื่อผู้ป่วย หัตถการ ตำแหน่ง ก่อนเข้าห้องผ่าตัด
3. ร่วมกับแพทย์ Mark site วิสัญญีพยาบาล ทำเครื่องหมายแสดงตำแหน่งที่จะทำผ่าตัดตาข้างซ้าย โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมเพื่อทวนสอบความถูกต้องและระบุตำแหน่งผ่าตัดก่อนที่จะเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก
4. ขอเวลานอก (Time out) ก่อนที่จะเริ่มลงมือทำหัตถการ โดยการขานชื่อผู้ป่วย หัตถการ ตำแหน่ง และเลนส์แก้วตาเทียม (ผู้ป่วยใช้ของบริษัท Indochina รุ่น ISP60H กำลังเลนส์คือ +21.5 D) ถ้าทีมผ่าตัดมีข้อขัดแย้งให้ทบทวนใหม่ทั้งหมดจนเข้าใจตรงกันเพื่อยืนยันความถูกต้องอีกครั้งก่อนทำผ่าตัด

การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกคน ถูกหัตถการ ถูกข้าง ถูกตำแหน่งคือตาข้างซ้าย ถูกเลนส์แก้วตาเทียมคือผู้ป่วยใช้ของบริษัท Indochina รุ่น ISP60H กำลังเลนส์คือ +21.5 D

TSCD 5 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บจากเครื่องมือผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. พยาธิสรีระวิทยาของตาในผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน (ผู้ป่วยตาเล็กและแคบ)
2. มีการสอดใส่เครื่องมือชิ้นเล็กๆ เข้าไปในตาผู้ป่วย

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บจากเครื่องมือผ่าตัด

วัตถุประสงค์

เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากเครื่องมือผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. การเลือกใช้เครื่องมือถ่างตา (Eye retractor) เหมาะสมกับขนาดตาของผู้ป่วย
2. ขณะผ่าตัดผู้ป่วยไม่ได้รับบาดเจ็บจากเครื่องมือผ่าตัด

ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนทั้งหมด

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจว่าขณะผ่าตัดให้นอนนิ่งๆ ไม่ขยับศีรษะ ลำตัวไปมา ถ้าไอหรือจามให้แจ้งแพทย์ก่อนทุกครั้งโดยสื่อสารผ่านคำพูด
2. เลือกขนาด เครื่องมือถ่างตา (Eye retractor) ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยคือที่ถ่างตานขนาดเล็ก

3. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบทุกครั้งเมื่อมีการสอดใส่เครื่องมือผ่าตัดหรือเมื่อมีการเอาเครื่องมือผ่าตัดออกจากตา

4. เลือกใช้เครื่องมือที่ใหม่และมีความคมได้แก่ มีดผ่าตัด (Knife) กรรไกรต่างๆ (Scissor)

5. ช่วยแพทย์ผ่าตัดด้วยความระมัดระวัง นุ่มนวล โดยเฉพาะเครื่องมือผ่าตัดที่มีความแหลมคม

การประเมินผล

ขณะผ่าตัดมีการเลือกใช้เครื่องมืออย่างเหมาะสม และไม่ได้รับบาดเจ็บจากเครื่องมือผ่าตัด

TSCD 6 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ต้อกระจกเป็นระยะที่ 4 ระยะต้อกระจกสุกมาก Mature Cataract

การวินิจฉัยทางการแพทย์ (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างผ่าตัด

วัตถุประสงค์

เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างผ่าตัดต้อกระจก

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน PC Rupture หรือ Len Drop
2. เครื่องมือและอุปกรณ์พร้อมใช้เมื่อมี Operation เพิ่มเติม

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนทั้งหมด

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมชุดเครื่องมือ Posterior Capsule Rupture และชุดฉุกเฉิน Len drop ให้พร้อมใช้
2. เตรียมอุปกรณ์เวชภัณฑ์เพิ่มเติม เช่น Trypen Blue Viscoat TA เป็นต้น
2. พูดคุยกับทีมวางแผนการผ่าตัด ทำผ่าตัดด้วยความระมัดระวัง นุ่มนวล ไม่เร่งรีบ
3. อธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจในขณะผ่าตัดไม่ให้บิบัติหรือกลอกตาไปมาขณะที่ทำการผ่าตัด
4. อธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจว่าขณะผ่าตัดถ้าไอหรือจามให้แจ้งก่อนทุกครั้งโดยการสื่อสารผ่าน

คำพูด

5. จัดท่านอนขณะผ่าตัดให้ผู้ป่วยสุขสบาย

การประเมินผล

1. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
2. มีใช้ Trypen Blue เครื่องมืออุปกรณ์พร้อมใช้ ไม่มี Operation เพิ่ม

3. ระยะหลังผ่าตัด (Postoperative care)

เยี่ยมประเมินอาการครั้งที่ 2 ที่หอผู้ป่วยทั่วไปและพิเศษ วันที่ 18 ตุลาคม 2566 เวลา 15.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้งต่อนาที การหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 144/85 มิลลิเมตรปรอท ตาข้างซ้ายครอบด้วย Eye shield ไม่มีเลือดซึม หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการปวดตาข้างซ้าย Pain score = 6 แสดงสีหน้าคิ้วขมวด วิตกกังวลและสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

TSCD 7 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าคิ้วขมวดและขอยาแก้ปวด
2. มีอาการปวดตา Pain score = 6 คะแนน

การวินิจฉัยทางการแพทย์ (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

วัตถุประสงค์

เพื่อบรรเทาอาการปวดตาและสามารถหลับพักได้

เกณฑ์การประเมิน

1. ปวดแผลผ่าตัดลดลง (Pain score ต่ำกว่า 4 คะแนน)
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลายขึ้น

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนทั้งหมด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอบถามและประเมินเกี่ยวกับอาการปวดตาของผู้ป่วย โดยใช้ Pain Score และการสังเกตสีหน้าท่าทาง
2. ประเมินสัญญาณชีพของผู้ป่วยว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่
3. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการนอนหลับพักผ่อนไม่รบกวนผู้ป่วยมากเกินไปเช่น ไม่ส่งเสียงดัง ปรับแสงสว่างและปรับอุณหภูมิให้เหมาะสม เป็นต้น เพื่อเป็นการพักสายตาและลูกตาดูเฉพาะเท่าที่จำเป็น
4. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงขวา ตาข้างซ้ายขึ้น โดยไม่ทับข้างที่ทำผ่าตัดเป็นเวลา 24 ชั่วโมง หากเมื่อสามารถนอนหงายได้
5. ส่งต่ออาการปวดตาของผู้ป่วยให้พยาบาลประจำเวรเฝ้าระวังรับทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยา Paracetamol (500 มิลลิกรัม) ตามแผนการรักษาของแพทย์ และประเมินอาการปวดตาซ้ำหลังให้ยา 30 นาที

6. หากผู้ป่วยมีอาการปวดตามากผิดปกติหลังจากรับประทานยาแก้ปวดแล้วไม่ทุเลาอาการปวดลง ให้แจ้งพยาบาลเวรเวอร์ดทราบทันทีเพื่อรายงานแพทย์ต่อไป

การประเมินผล

1. หลังได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ อาการปวดลดลง Pain score = 2 คะแนน
2. ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สิ้นน้ำแฉะใน

TSCD 8 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีการผ่าตัดต่อกระจกข้างซ้ายชนิดแผลเล็ก
2. ผู้ป่วยผ่าตัดตาข้างซ้ายเป็นข้างแรก
3. ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

เสี่ยงต่อการติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดไม่ให้ติดเชื้อที่ลูกตาหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่เกิดการติดเชื้อ ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อ
2. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง

ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการติดเชื้อภายในลูกตา เช่น ตาแดง มีขี้ตาสีเหลืองหรือเขียว เปลือกตาบวม ปวดตามากทานยาแก้ปวดไม่ดีขึ้น
2. พูดคุยเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหา อธิบายและตอบปัญหาของผู้ป่วย โดยหลีกเลี่ยงการใช้คำพูดที่จะทำให้กลัวและกังวลได้
4. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ดังนี้
 - 4.1 ระวังไม่ให้น้ำเข้าตา ให้เช็ดหน้าแทนการล้างหน้านาน 1 เดือน
 - 4.2 สระผมโดยให้ผู้อื่นสระให้ สระในท่านอนหงาย ระวังไม่ให้น้ำเข้าตา
 - 4.3 ห้ามขยี้ตา ให้ใส่ที่ครอบตาตลอดเวลา หรือสวมแว่นตาเวลากลางวันและใส่ที่ครอบตาเวลากลางคืน

4.4 แนะนำเรื่องการรับประทานยา การใช้ยาหยอดตา ให้ได้ครบและถูกต้องตามแผนการรักษา

4.5 หากมีอาการผิดปกติ เช่น มีขี้ตามาก ปวดตามาก เปลือกตาบวมแดง มีตุ่มที่เปลือกตา ขี้ตามากมีสารคัดหลั่งออกจากตา ตามัวมากกว่าเดิม ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัดตรวจ

4.6 หลีกเลี่ยงการทำงานหนัก การทำอาหาร การไอหรือจามอย่างแรง การเบ่งถ่าย การใช้สายตามากๆ หรือการกระพือหน้า

4.7 แนะนำล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนและหลังสัมผัสหน้า

4.8 เน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อที่ตา ตาไม่แดง ไม่มีขี้ตา ไม่ปวดตา

ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถตอบคำถามปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้องทุกข้อ

TSCD 9 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. หลังผ่าตัดผู้ป่วยไอเป็นพักๆ
2. ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวศีรษะไปมา

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแผลฉีกขาด ความดันในลูกตาสูง เลือดออกในช่องหน้าม่านตา จากการได้รับความกระทบกระเทือนหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแผลฉีกขาด ความดันในลูกตาสูง เลือดออกในช่องหน้าม่านตา หลังการทำผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. ความดันในลูกตาอยู่ในเกณฑ์ปกติคือ 6-21 มิลลิเมตรปรอท
2. จากการตรวจของแพทย์หลังผ่าตัดไม่พบแผลฉีกขาดหรือเลือดออกในช่องหน้าม่านตา

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำให้ผู้ป่วยควรรอนหลับพักผ่อนให้มากๆ เปลี่ยนอิริยาบถด้วยความระมัดระวัง
2. ใน 24 ชั่วโมงแรกห้ามนอนตะแคงทับตาข้างซ้าย ให้นอนหงายหรือตะแคงข้างขวา หากเป็นไปได้ควรปัสสาวะหรืออุจจาระบนเตียง
3. ไม่ควรไอหรือจามแรงๆ หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนักๆ ไม่เคลื่อนไหวศีรษะอย่างรวดเร็ว หรือก้มต่ำกว่าระดับเอว

4. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ต้องออกแรงเคี้ยว และไม่ควรแปรงฟันแรงๆ เพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนที่ตา
5. ห้ามแกะฝากรอบตาเพื่อป้องกันผู้ป่วยขยี้ตา
6. หากมีอาการผิดปกติเช่น ปวดตามากับรับประทานยาแก้ปวดแล้วไม่ดีขึ้น มีน้ำไหลออกจากตา ให้แจ้งพยาบาลเพื่อรายงานแพทย์รับทราบ

ประเมินผล

1. ความดันในลูกตาข้างซ้ายอยู่ในเกณฑ์ปกติ เท่ากับ 12 มิลลิเมตรปรอท
2. จากการตรวจของแพทย์หลังผ่าตัดไม่พบแผลฉีกขาดหรือเลือดออกในช่องหน้าม่านตา

TSCD 10 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเช่น อาบน้ำสระผมได้ตามปกติหรือไม่
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน

กิจกรรมการพยาบาล

1. พูดคุยเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหา อธิบายและตอบปัญหาของผู้ป่วย โดยหลีกเลี่ยงการใช้

คำพูดที่จะทำให้กลัวและกังวลได้

3. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ดังนี้
 - 3.1 ระวังไม่ให้น้ำเข้าตา ให้เช็ดหน้าแทนการล้างหน้านาน 1 เดือน
 - 3.2 สระผมโดยให้ผู้อื่นสระให้ สระในท่านอนหงาย ระวังไม่ให้น้ำเข้าตา
 - 3.3 ห้ามขยี้ตา ให้ใส่ที่ครอบตาตลอดเวลา หรือสวมแว่นตากลางวันและใส่ที่ครอบ

ตาเวลากลางคืน

- 3.4 แนะนำเรื่องการรับประทานยา การใช้ยาหยอดตา ให้ได้ครบและถูกต้องตาม

แผนการรักษา

3.5 หากมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ตามาก ปวดตามาก เปลือกตาบวมแดง มีตุ่มที่เปลือกตา ขี้ตามากมีสารคัดหลั่งออกจากตา ตามัวมากกว่าเดิม ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัดตรวจ

3.6 หลีกเลี่ยงการทำงานหนัก การทำอาหาร การไอหรือจามอย่างแรง การเบ่งถ่าย การใช้สายตามากๆ หรือการกระพือตาบ่อยๆ

3.7 แนะนำล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนและหลังสัมผัสหน้า

3.8 เน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถตอบคำถามปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้องทุกข้อ
2. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ผ่อนคลาย

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย 67 ปี เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษามัธยมศึกษา สถานภาพสมรส ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปพักอาศัยอยู่กับครอบครัวที่จังหวัดสมุทรปราการ มาพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ สถาบันราชประชาสมาสัยเมื่อวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ.2566 ด้วยอาการ 1 ปีก่อน มีอาการตามัวทั้งสองข้าง มองไกลไม่ชัด ไม่ได้ไปรักษาที่ไหน 3 เดือนก่อน มีอาการตามัวทั้งสองข้าง เห็นฝ้าขาวมาก ตรวจรักษาที่ รพ. เอกชนแห่งหนึ่ง วินิจฉัยเป็นต้อกระจก มีใบส่งตัวเพื่อมารักษาต่อ จึงมารักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัย มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงเป็นมา 20 ปี ตรวจวัดความสามารถในการมองเห็น (visual acuity : VA) VA ตาขวา 20/200-1 with Pinhole (PH) 20/160-1 VA ตาซ้าย CF'1 ตรวจวัดความดันในลูกตา (Tonometry : Tn) Tn ตาขวา 14 มิลลิเมตรปรอท และ Tn ตาซ้าย 15 มิลลิเมตรปรอท (ค่าปกติ 6-21 มิลลิเมตรปรอท) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อกระจกทั้งสองข้าง (Senile cataract BE & Blinding Cataract LE) แต่ตาข้างซ้ายเป็นมากกว่าข้างขวา แนะนำให้เข้ารับการรักษาดำเนินการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม ผู้ป่วยและญาติตกลงผ่าตัดพร้อมเซ็นใบยินยอมผ่าตัด วัดเลนส์แก้วตาเทียมได้ Power +21.5D Set ผ่าตัด MSICS with IOL LE Under LA วันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ.2566 เวลา 08.30 น. เยี่ยมประเมินอาการครั้งที่ 1 ที่หน้าห้องผ่าตัด (เนื่องจากผู้ป่วย Admit หลังผ่าตัด) รับผู้ป่วยจาก OPD จักษุ ถึง OR เวลา 08.10 น. ขณะเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้ากังวลเล็กน้อย มีอาการตาซ้ายมัว ไม่มีอาการปวด สัญญาณชีพปกติ ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ให้ข้อมูลการผ่าตัดและแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด แจ้งให้ทราบเกี่ยวกับความจำเป็นในการฝึกนอนคลุมโปง ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมด้วยวิธีการผ่าตัดลอกต้อกระจกชนิดแผลเล็ก (Manual Small incision Cataract Surgery: MSCIS) ในการละลายต้อกระจก โดยใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ มีการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดให้พร้อมใช้งาน ส่งเครื่องมือผ่าตัดด้วยความนิ่มนวลรวดเร็วโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและปลอดภัย ในระหว่างผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกต้อง ถูกข้าง ถูกตำแหน่ง ถูกเลนส์แก้วตาเทียม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สัญญาณชีพปกติ พยาบาลให้การพยาบาลทั้งด้านร่างกายและทางจิตใจตามมาตรฐาน เยี่ยมประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัด วันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ.2566 ที่หอผู้ป่วยโรคทั่วไป เวลา 15.00 น. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ปิดตาข้างซ้ายด้วยผ้าครอบ ไม่มีเลือดซึมหรือน้ำไหลออกจากดวงตา สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ รับประทานอาหารได้เอง มีอาการปวดแผลผ่าตัดระดับ 6 หลังจากได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์แล้วอาการทุเลาลง สัญญาณชีพปกติ ประเมินความรู้เรื่องการดูแลแผลและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ได้้นำการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยวิธีการผ่าตัดต้อกระจกชนิดแผลเล็ก (Manual Small incision Cataract Surgery: MSCIS) มาใช้ดูแลผู้ป่วย โดยสรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative care)

- ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด
- ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากตามองไม่ชัดและไม่คุ้นชินกับสิ่งแวดล้อม
- ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากคลุ้มโป่งไม่ได้

ระยะผ่าตัด (Intraoperative care)

- ปัญหาที่ 4 เสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดเลนส์แก้วตาเทียม
- ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บจากเครื่องมือผ่าตัด
- ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างผ่าตัด

ระยะหลังผ่าตัด (Postoperative care)

- ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด
 - ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัด
 - ปัญหาที่ 9 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแผลฉีกขาด ความดันในลูกตาสูง เลือดออกในช่องหน้าม่านตา
- จากการได้รับความกระทบกระเทือนหลังผ่าตัด
- ปัญหาที่ 10 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

บทวิจารณ์

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการผ่าตัดต้อกระจกชนิดแผลเล็ก (Manual Small incision Cataract Surgery: MSCIS) สามารถผ่าตัดได้ในทุกระดับความแข็งของเลนส์ เป็นวิธีการผ่าตัดที่จะเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย คือ กระจกตาได้รับความบอบช้ำน้อยกว่า ไม่ต้องเย็บแผล ซึ่งจะทำให้การระคายเคืองตาหลังผ่าตัดน้อย เกิดค่าสายตาเอียงได้น้อยกว่า ใช้ระยะในการผ่าตัดสั้น ทำให้ลดระยะเวลาพักฟื้นลง และค่าใช้จ่ายถูกกว่าเนื่องจากไม่ต้องใช้เครื่องมือสลایต้อกระจก เป็นอีกทางเลือกที่ดีสำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาที่มีเครื่องมือทางการแพทย์ไม่มากนัก นอกจากการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทั้งก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด ให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลแล้วนั้น ดังนั้น พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องศึกษาหาความรู้ในเรื่องของวิธีการผ่าตัดต้อกระจกที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และสามารถวางแผนเกี่ยวกับการผ่าตัดต้อกระจกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้การผ่าตัดเป็นไปด้วยความราบรื่น คุ่มค่า คุ่มทุน ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย มีคุณภาพของการมองเห็นและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยต้องมีสัมพันธภาพที่ดี มีท่าทางเป็นมิตร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจและยอมรับในการให้การดูแล การให้คำแนะนำต่างๆ ในการดูแลตนเอง
2. การอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ขั้นตอนการรักษาการพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด การพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตัดสินใจในการวางแผนการรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษา สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง และการใช้กระบวนการพยาบาลได้ตรงกับความต้องการทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยซึ่งจะส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการ ดูแลรักษาผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น
3. การพยาบาลผู้ป่วยโรคต่อกระຈกที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการผ่าตัดต่อกระຈกชนิดแผลเล็ก พยาบาลผู้ดูแลควรมีการศึกษาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีการพยาบาลที่นำมาใช้อย่างถ่องแท้ จะทำให้สามารถเชื่อมโยงทฤษฎีการพยาบาลกับกระบวนการพยาบาลได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งจะช่วยให้วัตถุประสงค์ของการพยาบาลสำเร็จได้

บรรณานุกรม

- วิศนี ต้นติเสวีและคณะ. (2561). ตำราจักษุวิทยา : สำหรับนิสิตแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศักดิ์ชัย วงศ์กิตติรักษ์และโกศล คำพิทักษ์. (2551). ตำราจักษุวิทยา. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ศักดิ์ชัย วงศ์กิตติรักษ์. (2561). ตำราจักษุวิชาการ เล่ม2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาชัยธรรมศาสตร์.
- ศักดิ์ชัย วงศ์กิตติรักษ์. (2551). ตำราพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- อัมพร จงเสรีจิตต์. (2550) การพยาบาลต้อกระจกแผลเล็ก. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พลัสลิซซิ่ง จำกัด.
- อติพร ตวงทอง, วณิชา ชื่นกองแก้วและอภิชาติ สิงคาลวนิช. (2558). ความรู้พื้นฐานทางจักษุ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช
- ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์และคณะ. (2014). โรคตา Eye Disease (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 16 มกราคม 2567. จาก;
https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report8_13.pdf
- ศิริพจน์ มะโนดี. (1997) การพยาบาลผู้ป่วยต้อกระจก (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 26 มกราคม 2567. จาก; <http://hospital.moph.go.th/bangsay/CATARACT.html>
- โรงพยาบาลเมตาประชารักษ์. (2555). วิวัฒนาการการรักษาต้อกระจก (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2567. จาก; <http://www.metta.go.th/knowledge/knoweye/e-book>
- เปรมชัย ธัญผลิน (2018). ผลการรักษาภาวะตาบอดจากต้อกระจกด้วยการผ่าตัดต้อกระจกแผลเล็ก โดยไม่ใช้เครื่องสลายต้อกระจก. ชัยภูมิ: Chaiyaphum medical journal.