

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจอประสาทตาลอก Role of Nurse for Caring Retinal Detachment Patients

บทความวิชาการ (Academic article)

Corresponding author E-mail: panisara@pckpb.ac.th

(Received: February 11, 2020; Revised: June 5, 2020;

Accepted: October 26, 2020

ปานิสรา ส่งวัฒนายุทธ (Panisara Songwatthananyuth)¹

บทคัดย่อ

โรคจอประสาทตาลอกเป็นปัญหาทางจักษุวิทยา เกิดจากการหลุดลอกของชั้นจอตาด้านในซึ่งเป็นส่วนของเซลล์รับภาพกับเนื้อเยื่อการรับรู้การมองเห็นชั้นนอกของลูกตา เมื่อน้ำจากภายในลูกตาแทรกเข้าไปมาก ๆ จะทำให้เกิดการแยกหลุดของจอรับภาพ ทำให้การมองเห็นลดลงจนกระทั่งทำให้ตาบอด อาการและอาการแสดง ได้แก่ เห็นจุดดำคล้ายหยากไย่ มีแสงไฟแลบในตา เห็นภาพบิดเบี้ยว การรักษาที่นิยมในปัจจุบัน ได้แก่ การฉีดแก๊สเข้าไปในน้ำวุ้นตา บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจอประสาทตาลอก การพยาบาลก่อนผ่าตัดจะช่วยเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการปรับตัวจากการรักษาเนื่องจากหลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องอยู่ในท่าก้มหน้าอย่างน้อย 16 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและสังคมกับผู้ป่วยอย่างมาก ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจอประสาทตาลอกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ได้แก่ ต้อกระจก ความดันลูกตาสูง และจอประสาทตาลอกซ้ำต่อไป ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล, จอประสาทตาลอก

ABSTRACT

Retinal detachment is problem of ophthalmology. It related by the retraction of neurosensory retina and the retinal pigment epithelium. The water from the inside of the eyeball is inserted into it will cause the separation of the retina lead to the patient's impairment vision and blind. Symptoms composed of floaters, lighting flashes. Current popular treatments include pneumatic retinopexy that insert gas in the vitreous cavity. This article aims to present role of nurse for caring retinal detachment patients. Preoperative nursing will help prepare patients for adjustment from treatment. After surgery, the patient must be the face down position at least 16 hours per day. That affects mentally and socially

1 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
RN., Senior Professional Level, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi province

อีเมล: panisara@pckpb.ac.th
E-mail: panisara@pckpb.ac.th

with patients very much. Therefore, nurses play an important role in the care of retinal patients to prevent complications, such as cataract, increase ocular pressure, and secondary retinal detachment lead to good quality of life.

Keywords: Role of nurse, Retinal detachment

บทนำ

โรคจอประสาทตาลอก (retinal detachment) เป็นโรคที่เกิดจากการลอกหลุดของชั้นจอตาภายใน ซึ่งโรคนี้เป็นปัญหาทางจักษุวิทยาที่พบบ่อยได้เมื่อบุคคลดูแลสุขภาพของดวงตาไม่สม่ำเสมอ โรคเกิดขึ้นจัดเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องพบแพทย์เพราะถ้ารักษาไม่ทันอาจส่งผลให้ตาบอดถาวรได้ (Kraiphibun, 2013) โรคจอประสาทตาลอกส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้เกิดความทุกข์จากความบกพร่องจากการมองเห็น เช่น การทำงานที่ละเอียดได้ลดลง การอ่านหนังสือและการดูโทรทัศน์เห็นไม่ชัดเจน การดำเนินกิจกรรมประจำวันไม่สะดวกเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และคุณภาพชีวิตลดลง (Zou, Zhang, Xu, & Liu, 2008) โรคนี้มักเกิดในวัยผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป โอกาสเกิดขึ้นใกล้เคียงกันทั้งผู้ชายและผู้หญิง ส่วนใหญ่มักเกิดกับลูกตาเพียงข้างเดียวแต่ก็อาจเกิดขึ้นได้ทั้งสองข้าง (Kraiphibun, 2013) ถ้ามีอาการเป็นระยะเวลานานจะทำให้ลูกตาฝ่อและมองไม่เห็น อาการและอาการแสดง มักมาด้วยอาการเงาลอย (floater) หรือเห็นแสงฟ้าแลบ (photopsia) หลังจากนั้นเป็นระยะเวลาเป็นวันจนถึงหลายสัปดาห์จะเริ่มมีอาการของจอประสาทตาลอกโดยเริ่มจากเห็นภาพดำหรือสีเทาบังทั่วๆตา คล้ายมีม่านปิด (Department of Ophthalmology

Faculty of Medicine Chulalongkorn University, 2013) ปัจจัยที่อาจส่งเสริมให้เกิดจอประสาทตาลอก ได้แก่ สายตาสั้น (myopia) ภาวะที่ผ่าตดเปลี่ยนเลนส์เทียม ทั้งชนิดที่ใส่เลนส์เทียม (pseudophakia) และมาใส่เลนส์ (aphakia) โรคทาง systemic disease เช่น toxemia of pregnancy, severe hypertension เป็นต้น และภาวะความดันในตาต่ำ (hypotony) เป็นต้น จอประสาทตาลอกจะส่งผลกระทบต่อการมองเห็นจากการลอกของจอประสาทตาชั้นในของลูกตา (sensory layer of retina) ออกจากเนื้อเยื่อการรับรู้การมองเห็นชั้นนอกของลูกตา (retinal pigment epithelium, RPE) ทำให้เกิดการมองเห็นภาพที่มีความผิดปกติไป ซึ่งมีความจำเป็นในการรักษาเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการลอกของจอประสาทตาได้แก่ จะมีการเคลื่อนที่ของเซลล์ของจอตา มี retina pigment epithelium cell, glial cell มาตามพื้นผิวของจอตาที่ลอกออกทำให้เกิดเป็นพังผืดเกิดขึ้น เรียกว่า proliferative vitreoretinopathy (PVR) ทำให้ดึงรั้งจอตาที่หลุดลอกให้จับเข้าหากัน และผิวของจอตาดึงรั้งมากขึ้น ซึ่งพังผืดดังกล่าวส่งเสริมให้เกิดจอประสาทตาลอกซ้ำ การรักษาหลายวิธี ซึ่งในปัจจุบันในการรักษาจะเน้นการยิงแสงเลเซอร์บริเวณรอยฉีกขาดภายหลังการฉีดแก๊สเข้าไปในลูกตา (Tantisevi, Jariyakosol, Pruksakorn,

Aphinyawareesuk, & Chantharinthorn, 2018) และการดูแลที่สำคัญ คือ การประเมินสภาพผู้ป่วยให้ทัน่วงทีเพื่อให้การรักษาที่ท่วงทีและป้องกันตาอีกข้างหนึ่งให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ สำหรับวัตถุประสงค์ในการเขียนบทความนี้เพื่อนำเสนอบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจอประสาทตาลอกเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

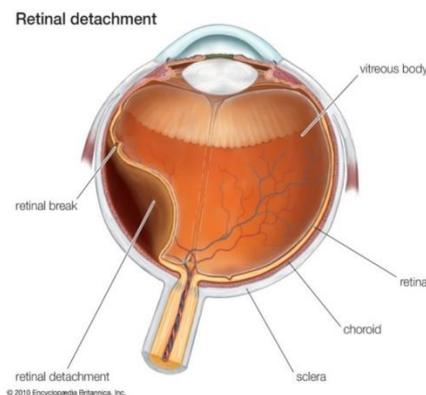
จอประสาทตาลอก (Retinal detachment)

จอประสาทตาลอก เป็นการหลุดลอกของจอตาที่เกิดจากการลอกตัวของชั้นจอตาชั้นในซึ่งเป็นส่วนของเซลล์รับภาพ (neurosensory retina) กับเนื้อเยื่อการรับรู้การมองเห็นชั้นนอกของลูกตา (retinal pigment epithelium, RPE) ถ้าน้ำจากภายในลูกตาแทรกเข้าไปมาก ๆ ก็จะทำให้เกิดการแยกหลุดของจอรับภาพ (Department of ophthalmology, faculty of Medicine, Chulalongkorn university, 2013)

พยาธิสภาพของการเกิดจอประสาทตาลอก

จอประสาทตาลอกมักเกิดจากมีรอยฉีกขาดของจอตาระหว่างชั้นของเซลล์รับภาพ (neurosensory retina) กับเนื้อเยื่อการรับรู้การมองเห็นชั้นนอกของ

ลูกตา (retinal pigment epithelium, RPE) จะพบมีช่องเหลวที่อุดมไปด้วยโปรตีนซึ่งอยู่ระหว่างชั้น เรียกว่า subretinal fluid หากจอตาลอกเป็นระยะเวลานาน อาจเห็นเป็นช่องว่างรูปร่างเหมือนเข็มที่เกิดจากผลึกของคอเลสเตอรอล (cholesterol clefts) ส่วนจอตาที่ลอกจนหมดอาจยื่นอยู่เข้าหากันจนมาชิดติดกัน ซึ่งจอตาเป็นส่วนสำคัญของตา ทำหน้าที่รับภาพและส่งสัญญาณการมองเห็นไปยังเส้นประสาทตา (optic nerve) และสมองส่วนเปลือกท้ายทอย (occipital cortex) เพื่อให้มองเห็นภาพ จอตาจะมีการรับภาพกลับกันบนล่างซ้ายขวา เมื่อจอตาเกิดการหลุดลอกจะทำให้การมองเห็นภาพลดลง เช่น จอตาชั้นบนหลุดลอกจะเห็นภาพด้านล่างลดลง และเมื่อจอตาส่วนขมับของจอประสาทตา (macula) หลุดลอกจะทำให้เห็นภาพด้านล่างลดลงจนเกิดรอยฉีกขาดของจอประสาทตา (retinal break) ซึ่งเกิดจากจอตาบางลงกลายเป็นรู (atrophic retinal hole) หรือเกิดการดึงรั้งของน้ำวุ้นตา (vitreous traction) เกิดเป็นรอยฉีกขาดรูปเกือกม้า (horse tear) (Leksakul, 2018) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 จอประสาทตาลอก

ที่มา: Encyclopaedia Britannica (2020)

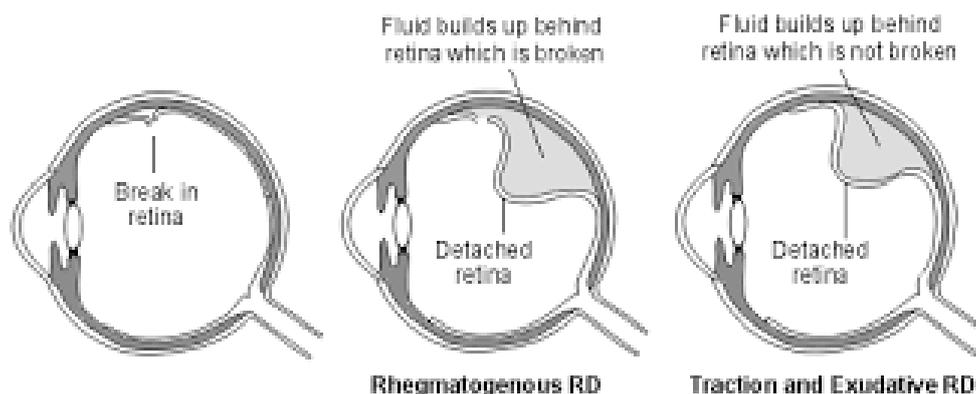
จอประสาทตาสามารถแบ่งได้เป็น 3 ชนิด (Leksakul, 2018) ดังนี้

1. จอประสาทตาที่เกิดจากรูหรือรอยฉีกขาด (rhegmatogenous retinal detachment, RRD) จอตาลอกชนิดนี้พบบ่อยที่สุดมีสาเหตุจากมีการเสื่อมของน้ำวุ้นตา (vitreous degeneration) ตามมาด้วยการเกิดการดึงรั้งของน้ำวุ้นตาที่จอตา เกิดเป็นรอยฉีกขาด (retinal break) ทำให้เกิดรอยแยกชั้นระหว่างเซลล์รับภาพกับ RPE ตำแหน่งของรูฉีกขาดมักเกิดที่จอตาส่วนริม (peripheral retina) แล้วค่อยลามมาถึงจอตาส่วนกลาง (central retina) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเห็นเงาดำ ดังแสดงภาพที่ 2

2. จอประสาทตาลอกที่เกิดจากการดึงรั้ง (Tractional retinal detachment, TRD) จอตาลอกชนิดนี้พบบ่อยเป็นอันดับสอง สาเหตุเกิดจาก

เบาหวาน การเกิดอุบัติเหตุที่ตา (penetrating eye injury) จอตาผิดปกติในทารกแรกคลอดก่อนกำหนด (retinopathy of prematurity, ROP) มีแรงดึงจากวุ้นตา (vitreous traction) ซึ่งอาจเป็นแผ่นเยื่อพังผืดดึงรั้งบนจอตาจนทำให้ sensory retina แยกออกจากชั้น RPE โดยไม่มี retinal break เกิดขึ้น ดังแสดงภาพที่ 2

3. จอประสาทตาที่ไม่มีรูขาดที่จอประสาทตา (exudative retinal detachment, ERD) จอตาลอกหลุดลอกที่เกิดจากความผิดปกติของจอตาและคลอรอยด์ ทำให้เกิดการรั่วของสะสมของเหลวจากเส้นเลือดเข้าไปในช่องว่างของจอประสาทตา (subretinal space) จอประสาทตาลอกจะไม่พบมีรอยแตกหรือแรงดึงจากพังผืดในวุ้นตา ดังแสดงภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ชนิดของจอประสาทตา

ที่มา: Eye Health (2020)

สาเหตุ

สาเหตุของจอประสาทตาลอกมีหลายสาเหตุ ได้แก่ มีการเสื่อมของจอประสาทตาหรือน้ำวุ้นตาการผ่าตัดเอาเลนส์ออก การได้รับอุบัติเหตุถูกกระแทกกระเทือนของตา โรคเบาหวาน Retinopathy of prematurity (ROP ; หรือ retrolental fibroplasia ในระยะท้าย ๆ การอักเสบของคอรอยด์ (choroid) และจอประสาทตา (retina) เกิดพังผืดและโรคทางกรรมพันธุ์ เช่น ไม่มีน้ำวุ้นตา (Department of ophthalmology, faculty of Medicine, Chulalongkorn university, 2013; Tantisevi et al., 2018)

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของจอประสาทตาลอกอาจเป็นทันทีทันใดหรืออย่างช้า ๆ อาการในระยะเริ่มแรกคืออาจจะมีจุดดำ ๆ หรือเส้นหยิก ๆ ลอยไปลอยมา (floater) เนื่องจากมีน้ำวุ้นตาจับเป็นก้อน จอประสาทตาหลุดเป็นแผ่นหรือมีเลือดออกจากจอประสาทตาเข้าไปในน้ำวุ้นตา (vitreous) หรือมองเห็นแสงวูบวาบในตาค่ายฟ้าแลบ (flashing) ภาพบิดเบี้ยว (metamorphopsia) หรือเป็นม่านดำมาบังสายตา (scotoma) (Steel, 2014) ถ้ามีการลอกหลุดถึงจุดรับภาพ (macula) สายตาก็จะเลวลงอย่างมาก เมื่อตรวจด้วย ophthalmoscope จะพบจอประสาทตา (retina) ซึ่งปกติมีลักษณะใส ๆ แต่เมื่อเกิดจอประสาทตาลอกจะเปลี่ยนเป็นสีเทาเนื่องจากขาดเลือดมาหล่อเลี้ยง ถ้ายังคงปล่อยทิ้งไว้ไม่ได้รับการรักษารูกลามของโรคจะมีมากขึ้น

การตรวจร่างกาย

ลักษณะตาภายนอกมักปกติ ความดันลูกตามักจะปกติหรือต่ำลงเนื่องจากการระบายน้ำ

ออกจากลูกตาจากการลอกตา ตรวจม่านตาอาจพบ relative afferent pupillary defect ในกรณีที่จอตาลอกบริเวณกว้าง red reflex อาจเห็นเป็นสีขาว สีเทาในบริเวณที่มีจอตาลอก การตรวจจอตาลอกจะมีสีเทาและยกลอยตัวขึ้น อาจมีรอยฉีกขาดของเนื้อเยื่อ ถ้ามีการลอกของจอตาบางส่วนจะพบว่าจอตาบางลง และอาจพบเส้นเม็ดสีของเซลล์ของจอตาต้านนอก (retinal pigment epithelial cell) (Tantisevi et al., 2018)

การวินิจฉัยโรคจอประสาทตาลอก

แพทย์อาจตรวจลักษณะดวงตาภายนอกและอาจใช้วิธีการอื่น ๆ เพื่อประกอบการวินิจฉัยเพิ่มเติม (Tantisevi, Jariyakosol, Pruksakorn, Aphinyawareesuk & Chantharinthom, 2018) ดังนี้

การตรวจจอประสาทตา โดยแพทย์จะใช้เครื่องมือ Ophthalmoscope ซึ่งเป็นการใช้แสงไฟและเลนส์พิเศษที่มีความละเอียดสูงตรวจด้านหลังของดวงตาและจอประสาทตา วิธีนี้จะทำให้แพทย์เห็นรอยฉีกและรูที่จอประสาทตาหรือวุ้นในตา

การอัลตราซาวด์ มักจะใช้เมื่อผู้ป่วยมีเลือดไหลในดวงตาเพราะแพทย์มองเห็นจอประสาทตาได้ยาก จึงต้องใช้การอัลตราซาวด์เพื่อช่วยให้วินิจฉัยได้ง่ายขึ้น ทั้งนี้แพทย์มักตรวจดูดวงตาทั้ง 2 ข้าง ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีอาการที่ดวงตาเพียงข้างเดียวก็ตาม ซึ่งหากตรวจแล้วไม่พบการฉีกขาดที่จอประสาทตา แพทย์อาจให้ผู้ป่วยกลับมาตรวจอีกครั้งหนึ่งเพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ หรือหากผู้ป่วยมีอาการอื่น ๆ เกิดขึ้นในภายหลัง ควรรีบกลับไปพบแพทย์ทันที

การรักษา

ปัจจุบันการรักษาจอประสาทตาลอกมีดังนี้

1. การยิงเรเซอร์ล้อมบริเวณรอยฉีกขาด ภายหลังการฉีดแก๊สเข้าในลูกตา (Pneumatic retinopexy: PR) หมายถึง การผ่าตัดที่มีการฉีดแก๊สที่ขยายตัวได้เข้าไปในน้ำวุ้นตาและจัดตำแหน่งของตาให้พองแก๊สลอยขึ้นไปอุดรูขาดเพื่อให้เกิดการซีมกลับของ subretinal fluid และทำให้มีการติดกลับเข้าที่ของจอประสาทตา แล้วทำให้มีการเชื่อมติดกันระหว่างจอประสาทตากับคอร์อยด์ด้วย laser retinopexy วิธีการรักษานี้เป็นที่นิยมมากขึ้นเนื่องจากทำได้ง่าย รวดเร็ว เสียค่าใช้จ่ายน้อย และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับวิธี scleral buckling และ Par plana vitrectomy (Patthanathumrongkasem & Akrapipatkul, 2011)

2. การผ่าตัดใส่ยางรัดลูกตา (Scleral buckling) เป็นการผ่าตัดซึ่งมีวัตถุประสงค์ทำให้เกิดการหดตัวของตาเพื่อให้ตามีขนาดเล็กลง คอร์อยด์ก็จะถูกดึงเข้าหาจอประสาทตาที่หลุดลอกออกมาและติดกันดังเดิม โดยการผ่าตัดด้วยการวาง buckle (explant) บนตาขาว (sclera) ตรงตำแหน่งที่มีรูขาดหรือรูรั่วแต่ในกรณีที่มีรูขาดใหญ่มากหรือค่อนข้างมาทางด้านหลังด้านข้างมาก ก็จะใช้ผ่าตัดโดยรัดด้วย encircling band ทับบน buckle อีกทีหนึ่ง อาจทำร่วมกับการเจาะ drain subretinal fluid คือการเจาะเอาน้ำที่อยู่ใต้ชั้นของจอประสาทตาออกโดยเจาะทะลุผ่านตาขาว ทำให้จอประสาทตาราบลงมาติดกับคอร์อยด์ให้กลับไปติดกับชั้นของจอประสาทตาที่ลอกหลุดด้วยสารสังเคราะห์ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับ vitreous gel เช่น liquid silicone, อากาศ gas SF₆ (sulfur hexafluoride - 6) การทำให้เชื่อมติดระหว่างจอ

ประสาทตากับคอร์อยด์อาจทำได้โดยใช้ diathermy, cryotherapy หรือ laser

3. การผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา (Par Plana Vitrectomy: PPV) เป็นการผ่าตัดภายในลูกตาโดยใช้เครื่องมือพิเศษผ่านเข้าไปในตาตรงตำแหน่งบริเวณที่เรียกว่า pars plana เพื่อตัดเอาวุ้นตาและเยื่อพังผืดที่อยู่ภายในตาออก เพื่อให้ตาราบไปติดตำแหน่งเดิม ช่วยในการมองเห็นได้ดีจากการเอาวุ้นตาที่ขุ่นออกไป ตัดผังผืดออกไป ตัดการลอกแผ่นเนื้อเยื่อที่คลุมจอประสาทตาบิดเบี้ยวไป ทำให้มีช่องว่างใน vitreous cavity เพื่อสะดวกในการทำ scleral buckling หรือเพื่อฉีด expanding gas หรือ silicone oil เข้าไปกดจอตาราบลง

การป้องกันการเกิดจอประสาทตาลอก

จอประสาทตาลอกนั้นการป้องกันได้ค่อนข้างยาก แต่ก็สามารถลดความเสี่ยงได้หากปฏิบัติตามแนวทางดังต่อไปนี้ (Kraiphibun, 2013)

1. ไปพบจักษุแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น เช่น มองเห็นเป็นแสงจ้า การมองเห็นเปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น
2. เข้ารับการตรวจสายตาเป็นประจำทุกปี โดยเฉพาะผู้ที่มีสายตาสั้นอย่างมาก
3. สวมใส่แว่นสำหรับป้องกันดวงตาขณะทำกิจกรรมใด ๆ ที่เสี่ยงก่อให้เกิดอันตรายต่อดวงตา เช่น การเล่นกีฬา การใช้เครื่องมือต่างๆ การใช้เครื่องจักร หรือขณะใช้สารเคมี เป็นต้น
4. ดูแลความสะอาดดวงตาไม่ให้ติดเชื้อ
5. ดูแลน้ำหนักไม่ให้น้ำหนักเกิน อ้วน หรือการเกิดโรคเรื้อรัง

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจอประสาทตา ลอก

พยาบาลมีบทบาทหลายบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจอประสาทตาลอกเพื่อไม่ให้เกิดการลอกซ้ำอีก ส่งผลให้เป็นตาบอดในอนาคต ดังนั้นถ้าพยาบาลได้แสดงบทบาทที่เหมาะสมจะทำให้การดูแลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาล ซึ่งบทความนี้ได้ใช้กรอบแนวคิดบทบาทของพยาบาลวิชาชีพทั้ง 9 ด้านของ Janice & Carolina (2002) และสภาการพยาบาล (Nursing Council, 2015) สู่บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจอประสาทตาลอก ดังนี้

1. บทบาทด้านการพัฒนาจัดการและการกำกับดูแลระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค (Care management) ซึ่งได้ประยุกต์จากแนวคิดการจัดการการดูแลผู้ป่วยของ โพลเวล (Powell, 1996) เป็นการพัฒนาจัดการและกำกับดูแลให้ผู้ป่วยโรคจอประสาทตาลอกให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตาของตนเอง มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนก่อน หลังผ่าตัด และก่อนกลับบ้าน โดยมีการคัดกรองผู้ป่วยและเลือกศึกษาผู้ป่วยโรคจอประสาทตาลอกมาไว้ใน การดูแลซึ่งผ่านการวินิจฉัยของจักษุแพทย์ มีการประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว สภาพร่างกาย จิตใจ สภาวะทางอารมณ์ ความสามารถในการคิด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และก่อนกลับบ้าน ตลอดจนสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยตลอดจนระบบการสนับสนุนต่างๆ นำมาวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด ซึ่งพยาบาลประสานกับแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขา มีการตรวจสอบความถูกต้องของการปฏิบัติตามแผนการดูแล การ

เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยและประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับเป้าหมายผลลัพธ์ทางคลินิกในแต่ละวันจนครั้งสุดท้ายก่อนจำหน่าย รวมทั้งพยาบาลเป็นผู้เสนอความคิดเห็นแก่ทีมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดทั้งให้คำปรึกษาและความช่วยเหลือทีมการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อน เป็นผู้ริเริ่มวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและประสานงานกับหน่วยงานที่จะดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ

2. บทบาทด้านการดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะโรคที่มีปัญหาซับซ้อน (Direct care) พยาบาลวิชาชีพให้แนวทางการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพดวงตา การปฏิบัติตนก่อน หลัง ผ่าตัด และก่อนกลับบ้าน เนื่องจากผู้ป่วยจอประสาทตาลอกเสี่ยงต่อการจอประสาทตาลอกซ้ำ

3. บทบาทด้านการประสานงาน (Collaboration) พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ มีความสามารถในการเป็นผู้ฟังที่ดี ให้เกียรติเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยจอประสาทตาลอกและครอบครัวเพื่อลดอุปสรรคของการติดต่อสื่อสาร เพื่อส่งเสริมการมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตาของตนเองและการป้องกันการเกิดจอประสาทตาลอกซ้ำ

4. บทบาทด้านการสอนและการฝึกทักษะ (Education, Empowerment and Coaching) พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้ที่สอน ถ่ายทอดความรู้ เสริมแรงจูงใจ กำลังใจกับผู้ป่วยและครอบครัว และมีการสอนแนะให้แก่ผู้ป่วยจอประสาทตาลอกและครอบครัว การป้องกันการเกิด

จอประสาทตาลอกซ้ำ โดยการประยุกต์ขั้นตอนการสอนแนะของ Eaton & Johnson (2000) โดยพยาบาลผู้สอนแนะมีการวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อยของการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคจอประสาทตาเพื่อค้นหาทางเลือก ร่วมกันค้นหาสิ่งที่เป็นแหล่งสนับสนุนหรือสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรม พยาบาลผู้สอนแนะกับผู้ป่วยร่วมกันค้นหาทางเลือกในการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ พยาบาลผู้สอนแนะวางแผนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยการให้ความรู้และทบทวนการปฏิบัติตนและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการป้องกันการเกิดจอประสาทตาลอกซ้ำและตาบอดในระยะยาวต่อไป

5. บทบาทด้านให้คำปรึกษา (Consultant) พยาบาลวิชาชีพเป็นแหล่งประโยชน์กับผู้ป่วยจอประสาทตาลอก เพื่อให้เมื่อเกิดปัญหาที่สงสัยหรือเมื่อเกิดปัญหาในการปฏิบัติดูแลสุขภาพของตนเองและการป้องกันการเกิดจอประสาทตาลอกซ้ำ ตลอดจนดูแลสุขภาพจิต ความวิตกกังวล ความเครียดกับโรคที่เป็นอยู่ของผู้ป่วย รวมทั้งให้คำปรึกษาทางสุขภาพกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ด้วย เช่น เจ้าพนักงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น ในการดูแลผู้ป่วย

6. บทบาทด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) พยาบาลวิชาชีพกระตุ้นให้ผู้ป่วยจอประสาทตาลอกมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองและการป้องกันการเกิดจอประสาทตาลอกซ้ำไปในทิศทางที่เหมาะสม

7. บทบาทด้านการให้เหตุผลและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and Decision-making) พยาบาลวิชาชีพให้คำแนะนำ

ในการปฏิบัติโดยให้การดูแลสุขภาพตาของตนเองและการป้องกันการเกิดจอประสาทตาลอกซ้ำ การให้เหตุผลในการตัดสินใจนั้น ยึดหลักการคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยจอประสาทตาลอกเป็นหลัก รวมทั้งจรรยาบรรณวิชาชีพ มาตรฐานต่าง ๆ ในการให้การพยาบาล

8. บทบาทด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) พยาบาลวิชาชีพศึกษารวบรวมตำรา เอกสารทางวิชาการ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแนวทางการสอนผู้ป่วยจอประสาทตาลอกในการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัด และการป้องกันการเกิดจอประสาทตาลอกซ้ำ

9. บทบาทด้านการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and Evaluation) พยาบาลวิชาชีพประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการใช้แนวทางในการดูแลก่อนและหลังผ่าตัด และคำแนะนำก่อนกลับบ้านเพื่อป้องกันการเกิดจอประสาทตาลอกซ้ำแก่ผู้ป่วยจอประสาทตาลอก โดยประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลก่อนและหลังผ่าตัดและการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้านเพื่อป้องกันการเกิดจอประสาทตาลอกซ้ำ

กรณีศึกษาผู้ป่วยจอประสาทตาลอกและการพยาบาล

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 54 ปี สถานภาพคู่นับถือศาสนาพุทธ อาชีพแม่บ้าน มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล คือ ตาขวามัวลง มองเห็นจุดดำ ๆ ลอยไปลอยมา เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น จอประสาทตาลอกชนิดมีรู (rhegmatogenous retinal detachment) ต้องรักษาโดยผ่าตัดนำวุ้นตาและการใช้แสงเรเซอร์ยิง

ปิดรูขาดบนจอประสาทตา และฉีดซิลิโคนเพื่อให้มีการติดกลับเข้าที่ของจอประสาทตา (Par plana vitrectomy with laser retinopexy) สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราเต้นของชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/86 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลตนเองไม่ให้เป็นโรคอีก

วินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน

การพยาบาลก่อนผ่าตัด

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด โดยมีการประเมินความรู้ ความสามารถในการรับรู้การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดพร้อมให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพื่อคลายความวิตกกังวลในการผ่าตัด แนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตนในการก้มหน้าซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยที่รับ การฉีดแก๊สเข้าไปในวุ้นลูกตาซึ่งจะช่วยในการปิดรูรั่วได้ดี (Gupta, 2009; Tatham, & Banerjee, 2010; Xu, Xie, Ding, Zheng, Yuan, & Liu, 2016) และดูแลให้ผู้ป่วยเช็ดมือบ่อยๆ ก่อนทำการผ่าตัด โดยการให้ผู้ป่วยเตรียมตัวและเตรียมใจในการเผชิญกับความไม่สุขสบายต่างๆที่อาจเกิดขึ้นขณะที่ก้มหน้าท่ามากที่สุดระยะเวลาอย่างน้อย 16 ชั่วโมงต่อวัน เป็นเวลา 1 เดือน หรือจนกว่าแพทย์จะตรวจพบว่าแก๊สหายหมดแล้ว (Krohn, 2005) หลักการคว่ำหน้าที่ถูกต้อง คือ ก้มหน้าแล้วให้ใบหน้าขนานเสมอหรือระนาบเดียวกับพื้น ซึ่งสามารถทำได้หลายอิริยาบถ ได้แก่ การเดิน หรือยืนก้มหน้า การนั่งก้มหน้า การก้มหน้าโดยใช้หมอนวางบนโต๊ะ การนั่งก้มหน้าโดยใช้แขนวางบน

โต๊ะ การนอนคว่ำหน้า ให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกในท่าก้มหน้าเป็นเวลานานเหมือนเวลาที่ต้องปฏิบัติจริง อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย อุปกรณ์ที่ใช้เป็นหมอนสำหรับหนุนหน้าผาก ผู้ป่วยเวลาก้มหน้า ลักษณะโค้งและมีช่องตรงกลางสำหรับระบายอากาศให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้สะดวก ความสูงและความแข็งของหมอนมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เตียงนอนลักษณะตรงแข็งไม่อ่อนตรงกลาง นอนคว่ำแล้วไม่ก่อให้เกิดอาการปวดหลังมากขึ้น มีความสูงต่ำเหมาะสมในการขึ้นลงจากเตียงง่าย เตรียมอุปกรณ์สำหรับรับประทานอาหาร ได้แก่ หลอดดูดน้ำแทนการดื่ม น้ำจากแก้วเพื่อหลีกเลี่ยงการเงยหน้า (Noyudom, 2018) และฝึกให้นอนราบ คลุมโปง หายใจทางปาก ไม่หนุนหมอนเพื่อให้เกิดความเคยชิน ขณะทำการผ่าตัดจะได้ไม่อึดอัดมากและไม่รบกวนการทำหัตถการของแพทย์

2. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย อธิบายให้ผู้ป่วยทราบต่อการเตรียมร่างกาย ดังนี้ โดยดูแลทำความสะอาดร่างกายทุกๆ ไป เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ดูแลสระผม ฟอกหน้าด้วย Lid Scrub ก่อนนอน อาบน้ำเช้าวันทำการผ่าตัด โดยตักน้ำอาบตั้งแต่ช่วงหัวไหล่งลงไป ระวังไม่ให้น้ำเข้าตาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ หลังรับประทานอาหาร เข้าดูแลให้แปรงฟันบ้วนปากให้สะอาด

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาหยอดตามแผนการรักษา

- 1% Mydracil eye drop (Tropicamide) ทุก 10 นาที until fully dilate

- Vigamox eye drop ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ก่อนหยอดยา dilate ตา

- 1% Atropine eye drop เวลา 19.00 น. วันก่อนผ่าตัดและเวลา 7.00 น. วันผ่าตัด

4. ดูแลให้ยาก่อนไป OR

- Paracetamol (500 mg) 1 tab ๑
ก่อนไปห้องผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการปวดขณะทำ
การผ่าตัด

- Lorazepam (0.5 mg) 1 tab ๑
ก่อนไปห้องผ่าตัดเพื่อคลายความวิตกกังวลและ
นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอก่อนเข้ารับการผ่าตัด

5. แนะนำการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ดังนี้
ผู้ป่วยจะได้รับการฉีดยาชาและหยอดยาชาข้างที่
จะผ่าตัด ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกเจ็บขณะทำการผ่าตัด
และรู้ตัวตลอดเวลา ขณะผ่าตัดจะมีผ้าคลุมหน้า
อาจรู้สึกอึดอัดต้องอดทน และให้ความร่วมมือโดย
การนอนนิ่งๆ ไม่พูด ไม่สะบัดหน้า ไม่เกร็งตัว
ปล่อยตัวตามสบาย หายใจเข้าออกลึกๆช้าๆ ห้าม
ไอ จาม ถ้าจำเป็นจริงๆให้แจ้งแพทย์เพื่อหยุดการ
ผ่าตัดชั่วคราว ระหว่างทำจะมีเสียงดังเป็นระยะๆ
จากเครื่องมือผู้ป่วยไม่ต้องตกใจ ใช้เวลาในการ
ผ่าตัด 30-45 นาที เมื่อผ่าตัดเสร็จจะปิด eye pad
ที่ตาและครอบด้วย eye shield

6. แนะนำสถานที่บนหอผู้ป่วย เช่น
ห้องน้ำ ห้องส้วมและสภาพแวดล้อมต่าง ๆ เพื่อให้
ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยเวลาเข้าห้องน้ำจะได้ไม่
ประสพอุบัติเหตุ

7. ประเมินสัญญาณชีพ ดูแลให้ผู้ป่วยถอด
ฟันปลอมและเก็บของมีค่าฝากญาติก่อนไปผ่าตัด
และดูแลให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด

การพยาบาลหลังผ่าตัด

1. ดูแลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงจากเตียงอย่าง
นุ่มนวล ช่วยประคองศีรษะผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้าย
ผู้ป่วยและค่อยๆ เลื่อนตัวผู้ป่วยมาที่เตียงเพื่อ
ป้องกันการกระแทกกระเทือนตา

2. ดูแลจัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนคว่ำ
สามารถหนุนหมอน 16-20 ชั่วโมง เพื่อใช้แรงโน้ม

ถ่วงของโลกดันให้จอภาพลงไปติดกับส่วนที่หลุด
ออกมา ส่วนแขนขาเคลื่อนไหวได้ เวลาเดินไป
ห้องน้ำให้เดินก้มหน้า

3. ประเมินสัญญาณชีพหลังจากกลับจาก
ห้องผ่าตัดเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
และประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ pain score
หากผู้ป่วยมีอาการปวดไม่สามารถทนได้ ดูแลให้ยา
paracetamol (500 mg) 1 tab ๑ prn q 4-6 hr.
เพื่อลดปวดและประเมินความเจ็บปวดซ้ำหลังให้ยา
ถ้าอาการไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์ทราบ

4. ห้ามสัมผัส หรือขยี้ดวงตาเพื่อป้องกัน
การติดเชื้อและแนะนำผู้ป่วยห้ามเปิดผ้าปิดตา
หรือฝาครอบเอง

5. แนะนำให้ก้มหน้ารับประทานอาหาร
อ่อน หลีกเลี่ยงอาหารเหนียวแข็งที่ต้องเคี้ยวนาน ๆ

6. แนะนำญาติและผู้ป่วยว่าห้ามล้างหน้า
ให้ใช้ผ้าชุบน้ำหมาดๆเช็ดหน้า ป้องกันน้ำเข้าตา
แปร่งพินได้เบา ๆ ห้ามสายตาไปมา

7. แนะนำให้ไม่ให้น้ำเข้าตา ถ้าต้องการ
สระผม ให้นอนให้ผู้อื่นสระให้ป้องกันน้ำเข้าตา

8. เปิดเข็ดตา sterile OD เข้า และปิด eye
pad นอนคว่ำหน้าไม่ครอบ eye shield

9. ดูแลให้ยา 1% Atropine eye drop
bid, Tobradex eye drop hs, Dex oph eye drop
qidและรับประทานยา ciprofloxacin (250 mg) 2
tabs ๑ bid pc ตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันการ
ติดเชื้อ และลดการอักเสบ

10. ดูแลให้ยา Lorazepam (0.5 mg) 1
tab ๑ prn for insomnia เพื่อให้ผู้ป่วยได้นอน
หลับพักผ่อนคลายกังวล

11. ดูแลจัดสภาพแวดล้อมให้ไม่มี
สิ่งรบกวน เช่น แสง เสียง อุณหภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วย
ได้พักผ่อน

12. ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลด้วยวิธีปลอดเชื้อ

13. หลังผ่าตัด 2-3 วันแรกพยาบาลควรให้กำลังใจผู้ป่วยให้ปฏิบัติตนให้ถูกต้อง บางทีผู้ป่วยอาจมีอาการเบื่อหน่ายกับการกัมหน้า แนะนำให้ญาติหาวิทยุหรือเปิดเพลงให้ผู้ป่วย

คำแนะนำก่อนกลับบ้าน

1. แนะนำญาติและผู้ป่วยว่าระมัดระวังไม่ให้ น้ำเข้าตา ห้ามล้างหน้าให้ใช้ผ้าชุบน้ำหมาดๆ เช็ดหน้า ป้องกันน้ำเข้าตา ถ้าต้องการสระผมให้นอนให้ผู้อื่นสระให้

2. แนะนำการจัดทำนอนให้อ่อนกว่า หรือนอนตะแคงได้ถ้ามีอาการเมื่อย โดยไม่ตะแคงข้างที่ผ่าตัดหรือนอนคว่ำเพื่อใช้แรงโน้มถ่วงของโลกดันให้จอภาพลงไปติดกับส่วนที่หลุดออกมา

3. แนะนำไม่ให้ใช้มีดโกน ขี้น้ำ สัมผัสดวงตา หรือใช้ผ้าเช็ดตา ป้องกันการติดเชื้อ

4. แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อนเคี้ยวง่าย หลีกเลี่ยงอาหารเหนียวแข็งที่ต้องเคี้ยวนาน ๆ และระวังอาการท้องผูกโดยรับประทานผัก ผลไม้ และดื่มน้ำมากๆ หากมีอาการท้องผูกมากๆ ให้ปรึกษาแพทย์เพื่อขอยาระบายมารับประทาน

5. แนะนำไม่ให้ใช้สายตาดูหนังสือ หรือโทรทัศน์ควรงดเว้นไปเป็นเวลา 2-3 สัปดาห์

6. แนะนำวิธีการเช็ดตาโดยล้างมือให้สะอาด เปิดที่ครอบตาออกเทน้ำยาเช็ดตาลงบนสำลี 3 ก้อน ก้อนที่ 1 เช็ดเปลือกตาบน ก้อนที่ 2 เช็ดเปลือกตาล่าง ก้อนที่ 3 เช็ดระหว่างสันจมูก และแนะนำวิธีการหยอดตาโดยล้างมือให้สะอาด เขย่าขวดก่อนหยอดตา นอนเงยหน้าขึ้นเล็กน้อย ดึงหนังตาล่างลง เหลือบตาขึ้นด้านบนและหยอดยาลงในกระพุ้งตา 1 หยด โดยระวังอย่าให้ปลาย

หลอดสัมผัสตา ยาบางชนิดอาจทำให้ขมคอ ควรกอดที่หัวตาเบาๆ เพื่อไม่ให้ยาตกลงคอ ถ้ามียา 2 ชนิดให้หยอดห่างกัน 5-10 นาที แนะนำให้ครอบตาเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุโดยเฉพาะเวลากลางคืน กลางวันสามารถใส่แว่นกันแดดได้ และทำความสะอาดที่ครอบตาโดยล้างน้ำสบู่ให้สะอาด และผึ่งให้แห้ง

7. แนะนำให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้หน้าผ่น หรือคว้นเข้าตา

8. ควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น ความสะอาดในการเดินไปห้องน้ำ การนั่งรับประทานอาหาร เป็นต้น

9. ไม่ออกกำลังกายหรือยกของหนักเกิน 1-2 กิโลกรัม จนกว่าแพทย์อนุญาต

10. ไม่ควรเดินทางด้วยเครื่องบินหรือขึ้นภูเขาสูงหลังผ่าตัดจนกว่าแพทย์จะอนุญาต เพราะการขึ้นที่สูงจะให้แก่ขยายตัวทำให้ตามัว ปวดตามากขึ้นได้

11. ให้ผู้ป่วยสังเกตดูตาของตนเอง ถ้าเห็นเงาดำลอยไปมาหรือเห็นแสงวูบวาบ อาจแสดงว่าเกิดมีการแยกหลุดของจอรับภาพอีกให้มาพบแพทย์ก่อนนัด

12. ญาติที่ดูแลอยู่ที่บ้านต้องมีความเข้าใจคอยอยู่ด้วยใกล้ๆ รับฟังความรู้สึก การได้ระบายความรู้สึกก็จะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลได้ และมีกำลังใจสู้ต่อสามารถกัมต่อได้ตามแผนการรักษา

13. การเดินทางไปนอกบ้าน เช่น ไปโรงพยาบาลต้องมีคนไปด้วย ไม่สามารถไปเองได้โดยลำพัง ควรหาญาติใกล้ชิดช่วยดูแล

14. เนื่องจากผู้ป่วยต้องกัมหน้า ฉะนั้นเวลาที่มีญาติมาเยี่ยมทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ได้ว่าใครมาเยี่ยม และทำให้มีการสื่อสารไม่สะดวก

วิธีที่ช่วยให้การสื่อสารได้ดีขึ้น คือ การใช้กระจก
พับที่มีกระจกทั้งสองด้าน เพื่อให้สามารถมองเห็น
หน้าผู้ที่มาเยี่ยมได้หรือสามารถจะดูโทรทัศน์ได้
(Noyudom, 2018)

สรุป

โรคจอประสาทตาลอกเป็นภาวะที่พบ
ไม่บ่อยนักแต่มีความสำคัญ เนื่องจากภาวะนี้เป็น

สาเหตุทำให้ตาบอด มักมีการสูญเสียการมองเห็น
พยาบาลจึงเป็นวิชาชีพและเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ
ในการจัดการระบบการดูแลให้มีประสิทธิภาพเพื่อ
ลดการลุกลามที่เกิดขึ้นต่อไป ตลอดจนช่วยให้การ
พยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อป้องกันการ
สูญเสียการมองเห็นที่อาจเกิดขึ้นซึ่งจะส่งผล
กระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมต่อไป

References

- Department of Ophthalmology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. (2013). *Ophthalmic texts science for medical students and general practitioners*. Bangkok: Pimpee Company Limited. (in Thai).
- Eaton, J., & Johnson, R. (2000). *Coaching successfully*. United States: Dorling Kidderley Publishing.
- Encyclopaedia Britannica. (2020). *Retinal detachment*. Retrieved (2020, February 24) from <https://www.britannica.com/science/rhegmatogenous-retinal-detachment>.(in Thai).
- Eye Health. (2020). *Retinal detachment*. Retrieved (2020, February 24) from <http://eyehealthbyod.blogspot.com/p/retinal-detachment-50-1.html>. (in Thai).
- Gupta, D. (2009). *Face-down posturing after macular hole surgery: a review*. *Retina*, 24, 430-433.
- Janice, A. M., & Carolina, G. H. (2002). *Health promotion in nursing*. United State of America.
- Kraiphibun, P. (2013). *Eye disease*. Bangkok: Amarin Printing and Publishing. (in Thai).
- Krohn, J. (2005). Duration of face-down posturing after macular hole surgery: a comparison between 1 week and 3 days. *Acta Ophthalmol Scand*, 83, 289-292.
- Leksakul, A. (2018). *Ophthalmology Ramathibodi*. Bangkok: Thammasarn Company. (in Thai).
- Noyudom, A. (2018). Care of patients with face-down position after inserting gas in the vitreous cavity. *Ramathibodi Nursing Journal*, 24(3), 239-248. (in Thai).
- Nursing Council. (2015). Scope of advanced nursing practices and competencies of advanced nurses of nursing council. Retrieved (2019, December 24) from <http://www.tnc.or.th/diploma/page-3.html>. (in Thai).

- Patthanathumrongkasem, T., & Akrapipatkul, K. (2011). Treatment outcome of retinal detachment by pneumatic retinopexy at Thammasat University Hospital. *Thammasat Ophthalmology Journal*, 6(1), 9-16. (in Thai).
- Powell, S. K. (1996). *Nursing case management: A practical guide to success in managed care*. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Steel, D. (2014). Retinal detachment. *BMJ Clinical Evidence*, 2014, 1-32.
- Tantisevi, W., Jariyakosol, S., Pruksakorn, W., Aphinyawareesuk, W., & Chantharinthorn, P. (2018). *Ophthalmology textbook*. Bangkok: Pim Dee. (in Thai).
- Tatham, A., & Banerjee, S. (2010). Face-down posturing after macular hole surgery: a meta-analysis. *British Journal of Ophthalmology*, 94, 626-631.
- Xu, Z, Xie, P., Ding, Y, Zheng, X., Yuan, D., & Liu Q. (2016). Face-down or no face-down posturing following macular hole surgery: a meta-analysis. *Acta Ophthalmologica*, 94(4), 326-333.
- Zou, H., Zhang, X., Xu, Xun., & Liu, H. (2008). Quality of life in subjects with rhegmatogenous retinal detachment. *Ophthalmic Epidemiology*, 15, 212-217.