

جایگاه پرستار مشاور در آگاهی دادن به بیمار مبتلا به کاتاراکت و افزایش درک بیمار از عمل جراحی و مراقبتهای مربوط به این بیماری

منصوره علی اصغرپور^{*}

□ چکیده:

کاتاراکت یکی از بیماریهای شایع چشم می باشد که ممکن است به علل متفاوت (مادرزادی، حاصل از ضربه، ناشی از مصرف دارو یا اشعه، دیابت و پیری) در سنین مختلف ایجاد شود که البته کاتاراکت نوع پیری، شایعترین آن می باشد. از آنجائیکه عدم مراجعه و درمان به موقع موجب کاهش بینایی و حتی نابینایی می گردد، آگاهی دادن به افراد در معرض خطر کاتاراکت می تواند موجب ترغیب آنان جهت پیگیری و درمان گردد. این امر خطیر بعهدہ پرستاران مشاور می باشد. پرستاران مشاور می توانند قبل از عمل جراحی آموزشهای لازم را به بیماران داده و به سؤالات آنها در این زمینه پاسخ گویند و بسیاری از اطلاعات نادرستی را که افراد ممکن است در رابطه با این بیماری و نحوه مراقبت از آن داشته باشند را تصحیح نمایند. همچنین پرستار مشاور باید پس از عمل موارد لازم را به بیمار آموزش داده و علائمی را که نیاز به مراجعه فوری به پزشک دارد را برای او توضیح دهد.

□ کلید واژه‌ها: پرستار مشاور، آموزش، مراقبت، بیماری کاتاراکت

* - کارشناس ارشد پرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامانی دانشگاه علوم پزشکی تهران

□ مقدمه :

کاتاراکت بیماری شایعی است که انسانهای زیادی از ابتلاء به آن رنج می‌برند و نیاز به درمان و مراقبت مناسب دارد. بطور کلی کاتاراکت موجب کدورت عدسی و کاهش بینایی فرد می‌شود. انواع کاتاراکت عبارتند از: نوع مادرزادی، حاصل از ضربه (trauma)، ناشی از مصرف دارو، دیابت، در معرض اشعه قرار گرفتن و کاتاراکت پیری.

کاتاراکت پیری بیشترین گروه را شامل می‌شود. در اثر فرآیند پیری عدسی شفافیت خود را از دست داده و تیره می‌شود. عدسی طبیعی محدب الطرفین و کاملاً شفاف است ولی بعلت کهولت و فرایند پیری این شفافیت از بین رفته و هسته عدسی، رنگ قهوه‌ای مایل به زرد پیدا می‌کند. از اینرو افراد مبتلا به کاتاراکت عنوان می‌کنند که دید آنها شبیه نگاه کردن از داخل مه است.

افرادی که دچار کاتاراکت می‌شوند از موارد زیر شکایت دارند:

- ۱- محو یا تار شدن دید (که در اثر کاهش نوری است که به شبکیه می‌رسد)
- ۲- کاهش تدریجی حدت بینایی
- ۳- روشنایی زننده یا خیره کننده (کاتاراکت در نور درخشان اشعه نور را پراکنده می‌کند)
- ۴- دوبینی

اولین علامت معمولاً اشکال در دید مسافت و فاصله است و این مشکل تا آنجا پیشرفت می‌کند که فرد قادر به ادامه زندگی طبیعی نیست و کارهایی از قبیل تشخیص شماره اتوبوس و مقصد به سختی انجام می‌پذیرد، انجام فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی برای بیمار مشکل می‌شود و

قادر به مطالعه یا تماشای تلویزیون نمی‌باشد. در رابطه با رانندگی نیز چنانچه حدت بینایی آنان توسط چارت اسنلن (Snellen Chart) $\frac{6}{12}$ گزارش شود باید رانندگی را کنار بگذارند (۱).

متأسفانه آگاهی از بیماری‌های رایج چشم که کاتاراکت نیز یکی از آنها می‌باشد در بعضی از کشورها بسیار پائین است. تحقیقی در مورد میزان آگاهی مردم استرالیا از بیماری‌های رایج چشم انجام پذیرفت و نتیجه این بررسی نشان داد که آگاهی افراد مورد تحقیق از بیماری‌های رایج چشم (کاتاراکت، گلوکوم و دژنراسیون ماکولا) کم می‌باشد. بنابراین اطلاع رسانی در مورد علائم شروع بیماری و درمان صحیح بسیار کمک کننده است (۲).

□ مشاوره پرستار و آموزشهار لازم (مرحله قبل و بعد از عمل):

بیماران مبتلا به کاتاراکت اغلب مجبورند که ماهها در فاصله بین بوجود آمدن اولین علائم اختطار دهنده و معاینه توسط جراح چشم و جراحی روی آنها منتظر بمانند. این مدت می‌تواند برای بیمار ناراحت کننده باشد. بسیاری از بیماران ممکن است تصور روشنی از اینکه کاتاراکت چیست و چه اثراتی دارد و اینکه آیا بینایی آنها برمی‌گردد، نداشته باشند. در اینجاست که نقش پرستار به خوبی آشکار می‌شود. در این فاصله بهتر است پرستار مشاور جلسه‌ای تشکیل و تاریخچه‌ای از بیمار یا نزدیکان وی در مورد مشکلات چشمی و دیگر سوابق پزشکی تهیه نماید و سعی کند به سؤالات بیمار با

همچنین در جلسه مشاوره شرکت دادن بیمارانی که قبلاً چنین عمل جراحی داشته‌اند موجب نتایج ثمربخش‌تر خواهد بود. ضمناً بهتر است کتابچه‌ای در مورد مزایای جراحی کاتاراکت با جاگذاری لنز داخل چشمی و همچنین شماره تلفن تماس جهت کسب اطلاعات و گرفتن جواب سؤالات در اختیار این افراد قرار داده شود (۳).

نتایج تحقیقی در سال ۱۹۹۸ نشان داد که ۵۰ درصد اعمال جراحی کاتاراکت که در سال ۱۹۹۵ انجام گرفته از نوع خارج کپسولی همراه با گذاردن لنز داخل چشمی بوده است که با حضور پرستاران مشاور و آموزش آنها به بیماران در رابطه با نوع عمل جراحی این رقم در سال ۱۹۹۶ به ۷۸ درصد و در سال ۱۹۹۷ به ۹۰ درصد رسید. این مسئله نشانگر تأثیرات مطلوب مشاوره خوب قبل از عمل جراحی می‌باشد (۴).

بخشی از سؤالات متداولی که بیماران پرسیده و جوابهایی که توسط پرستاران مشاور به آنان داده می‌شود بدین ترتیب است:

۱- آیا بعثت پیری می‌توانم از عمل جراحی اجتناب کنم؟

توضیح دهید که عمل کاتاراکت معمولاً با بی‌حسی موضعی انجام می‌شود و نیازی به بیهوشی عمومی نیست

۲- آیا کاتاراکت با دارو درمان می‌شود؟

مطمئناً جراحی بهترین درمان این بیماری است

۳- آیا بعد از عمل دید واضح خواهم داشت؟

باید حتماً پرستار پس از معاینه کامل چشم به این سؤال پاسخ دهد و توضیح دهد که علاوه بر عدسی، انحنای قرنیه و مردمک نیز در دید واضح دخالت دارند.

آرامش خاطر پاسخ دهد. در برخی از کشورهای در حال توسعه بیماران معمولاً جراحی مرسوم کاتاراکت و استفاده از عینکهای +۱۰ دیوپتر (یا ته استکانی) را که هزینه آن کمتر از خارج کردن عدسی کاتاراکت به روش خارج کپسولی *extra capsular cataract extraction (ECCE)* همراه کاشت لنز داخل چشمی *intra ocular lens* است ترجیح می‌دهند. پرستاران می‌توانند با نشان دادن سنگینی و ظاهر ناپسند عینکهای +۱۰ دیوپتر عقیده آنان را تغییر دهند و در مورد مزایای جاگذاری لنز داخل چشمی توضیح دهند. پرستاران باید درباره حداقل عوارض ناشی از این عمل به بیماران توضیح داده ضمناً به آنها گوشزد کنند که ممکن است بعد از عمل غشاهای ثانویه (بصورت یک پرده) تشکیل شود ولی به راحتی توسط لیزر برطرف خواهد شد.

اگر بیمار اصرار دارد که عمل جراحی به تعویق بیفتد، پرستار ابتدا باید علت آن را سؤال نموده سپس بعد از معاینه کامل به وی راجع به ضرورت انجام سریعتر یا عدم انجام عمل جراحی توضیح دهد بطور مثال برخی از اهالی شمال و جنوب در ناحیه‌ای از کشور هندوستان ترجیح می‌دهند که جراحی چشم در زمستان انجام گیرد و به غلط بر این باورند که نتایج جراحی در آن زمان بهتر است به همین دلیل در تابستان بخش‌های چشم کاملاً خلوت و برعکس در زمستان بسیار شلوغ است. بنابراین پرستار می‌تواند اطلاعات نادرستی را که افراد ممکن است در رابطه با این بیماری و نحوه مراقبت آن داشته باشند را تصحیح نماید. بهتر است یکی از نزدیکان بیمار که مراقبت وی را عهده‌دار است نیز در این مشاوره شرکت نماید،

شود که عمل معمولاً نیم ساعت طول می‌کشد و اکثراً از روش بیحسی موضعی استفاده می‌شود و بیمار باید در این نیمساعت بیحرکت بماند در ضمن ۲-۴ ساعت قبل از عمل باید ناشتا باشد. همچنین به او آموزش داده شود که قبل از عمل قطره‌هایی در داخل چشم او چکانده خواهد شد که جهت گشاد شدن مردمک لازم می‌باشد تا در آن موقع همکاری لازم را داشته باشد.

بیماران به علت عدم آشنایی به محیط ممکن است بعد از عمل دچار استرس و اضطراب شوند. بنابراین لازم است که هماهنگی قبلی صورت گیرد و بیمار کاملاً با محیط بخش و پرسنل که بعد از عمل با آنان روبرو خواهد شد آشنا گردد (۱).

همانطور که قبلاً اشاره شد عمل جراحی کاتاراکت به دو روش صورت می‌گیرد، یک روش بیرون آوردن عدسی به طریقه داخل کپسولی *Intra capsular cataract extraction (ICCE)* است که در این روش هسته، کورتکس و کپسول عدسی را یکجا از چشم خارج می‌کنند. در نوع دوم که خارج کپسولی است با ایجاد برش کوچکی روی سطح کپسول و با استفاده از اولتراسوند و ارتعاش و اسپیراسیون، هسته، کورتکس و فقط کپسول قدامی را از چشم خارج می‌کنند و کپسول خلفی باقی میماند و مزیت روش دوم این است که شکاف کوچکی در این روش لازم است و از نظر حدت بینایی بهبودی سریعتر صورت می‌گیرد و خطرات کمتری نیز بعد از عمل در این افراد گزارش شده است (۳). بطوریکه حتی بعد از ویتروکتومی (*Vitreotomy*) نیز می‌توان از این روش استفاده کرد. تحقیقی در سال ۱۹۹۸ جهت تعیین عوارض حین و بعد از عمل و پیش آگهی قدرت بینایی بیماران

۴- در نوع قراردادن (کاشت) عدسی داخل چشمی تا چه زمانی باید در چشم من باقی بماند؟
در تمام طول عمر

۵- آیا لازم است مجدداً کاشت عدسی صورت گیرد؟
خیر

۶- آیا کارهای بدنی زیاد موجب جابجا شدن عدسی داخل چشمی می‌شود؟

به هیچ وجه باید از صدمات چشمی اجتناب شود.
۷- آیا وجود این عدسی موجب اشتباه در دید چشم من می‌شود؟

به هیچ وجه، بلکه موجب تصحیح آن می‌شود
۸- آیا با وجود گذاردن عدسی نیاز به عینک نیز دارم؟

ممکن است برای مطالعه نیاز به عینک داشته باشید ولی آنها ضخیم و سنگین نیستند (۳).
بطور کلی علاوه بر مشاوره‌ای که پرستار انجام می‌دهد لازم است اقدامات زیر نیز توسط وی پیگیری و انجام شود:

۱- بررسی حدت بینایی توسط چارت اسنلن
۲- بررسی وضعیت عمومی بیمار و سابقه بیماری وی

۳- کراتومتری (روشی غیر تهاجمی جهت اندازه‌گیری انحنای قرنیه)، بیومتری (روش اولتراسوندی برای اندازه‌گیری طول محوری چشم) و تونومتری (روش تهاجمی برای اندازه‌گیری فشار داخل چشم) کراتومتری و بیومتری برای محاسبه و تعیین عدسی مصنوعی که جایگزین عدسی معیوب بیمار خواهد شد، مورد استفاده قرار می‌گیرد.

علاوه بر اینها لازم است به بیمار توضیح داده

ولرم شده از داخل به خارج چشمها را با ملایمت و با گازاستریل بشویند. مطمئناً اینکار خطر ابتلاء به عفونت را کاهش خواهد داد و در مورد قطره‌های چشمی پس از عمل نیز که معمولاً آنتی بیوتیک و قطره‌های استروئیدی می‌باشند به وی آموزش کافی داده شود. برای چکاندن قطره چشمی، بیمار یا همراه وی پلک تحتانی را بطرف پائین کشیده و قطره را در کیسه ملتحمه بچکاند، ضمناً شستن دستها قبل از ریختن دارو الزامی است.

همچنین به بیمار آموزش می‌دهیم که پس از جراحی و پس از ترخیص در صورت استحمام و شستن موها یا شستن صورت مراقب باشد که شامپو یا صابون به داخل چشم نریزد و هیچگونه فشاری به چشم وارد نشود همینطور از شنا کردن و ورزشهای برخوردی اجتناب نماید (۱).

□ عوارض جراحی کاتاراکت

جراحی از نوع خارج کپسولی یک جراحی بی‌خطر و موفقیت‌آمیز می‌باشد ولی ممکن است تعداد کمی از افراد عوارضی چون کاهش بینایی را تجربه کنند که البته مراجعه به موقع آنها به پزشک می‌تواند اثرات این عوارض را کاهش دهد. شایعترین عارضه خطرناک، عفونت می‌باشد که اگر به موقع درمان نشود می‌تواند موجب التهاب درون چشم و حتی کوری گردد. البته در چند روز اول پس از جراحی اشک ریزش، قرمزی چشم و ترس از نور در این بیماران طبیعی است و اما باید نکاتی را به بیمار آموزش داد تا در صورت مشاهده هر یک از علائم زیر سریعاً به پزشک مراجعه نماید:

بدتر شدن قدرت دید، دردهای تیز و برنده در

تحت فاکوامولسیفیکاسیون (Phacoemulsification) و جاگذاری لنز داخل چشمی بعد از ویتراکتومی انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که فاکوامولسیفیکاسیون و جاگذاری لنز داخل چشمی به راحتی و با سلامتی بعد از ویتراکتومی می‌تواند انجام شود و عوارض شایعی در حین و بعد از عمل وجود ندارد (۵).

در جراحی خارج کپسولی پس از خارج کردن عدسی کدر شده لنز مصنوعی از طریق همان برش ایجاد شده وارد و در جای عدسی قبلی قرار می‌گیرد و به کپسول خلفی تکیه داده می‌شود در این روش احتمال عفونت نیز بدلیل وجود همین کپسول خلفی کاهش می‌یابد (۳).

□ مداخلات پرستاری پس از عمل

بعد از عمل جراحی بیماران باید از نظر خونریزی و ترشح ناحیه عمل کنترل شوند، لازم است بیماران بعد از عمل مدت چند ساعت چیزی نخورند، ممکن است دو ساعت بعد از عمل بیماران مرخص شوند که در این فاصله پرستار باید آموزشهای لازم را یادآوری کند از جمله اینکه دید آنها ممکن است تا چند ساعت تار باشد و تصاویر را واضح نبینند. محافظی را که روی چشم قرار می‌دهند باید تا ۲۴ ساعت در محل باقی بماند و توصیه شود که شبها حداقل به مدت یک هفته از این محافظ استفاده نمایند. ضمناً بیمار و همراهان وی در صورتیکه محافظ را بعد از ۲۴ ساعت می‌خواهند بردارند، نحوه برداشتن آن آموزش داده شود همچنین تذکر داده شود که اگر چشم نیاز به شستشو داشت حتماً قبلاً دستها را بشویند و با نرمال سالین یا آب جوشیده

REFERENCES:

- 1- Rose- Karen, *Caring for patients with Cataract , Elderly care*, 1998, 9(6), 727-30.
- 2- Attebo. K; Mitchell.P. *Knowledge and beliefs about common eyedisease, Aust-N-Z-Y-Ophthalmol*, 1997, 25(4), 23-7
- 3- Ninn.Pedersen.K, Baver-B. *capsulotomies in relation to preoperative and surgical conditions. Acta-optalmol-scand*, 1997, Oct, 75(5), 551-7.
- 4- Asim KumarsilDo. DNB. *Role of patient counsellors in increasing the update of cataract surgeries and intraocular lens (IOL)*, *Community Eye Health*, 1998, 11(25), 8-9.
- 5- Grusha. Yo, Masket.S, *Phacoemolification and Lens implantation after parsplana vitrectomy. Ophthalmology*, 1998, Feb. 105(2), 287-97.

چشم ، سردردهای شدید ، عدم تسکین درد در صورت استفاده از مسکن های معمولی ، التهاب ، ترشح از چشم ها ، کدورت قرنيه ، افزایش عفونت ، احساس پرده ای در میدان بینایی ، ریزش نقاط تاریک از بالا به پائین در میدان بینایی ، دوبینی (که معمولاً بعلت بخیه های محکم می باشد) (۱).

در ده درصد افراد احتمال دارد یک لایه سلولهای فوقانی در کپسول رشد نموده (غشاهای ثانویه) و قدرت دید را بدتر نماید که معمولاً چندین ماه بعد از جراحی ظاهر می شود که البته با استفاده از لیزر درمان موفقیت آمیزی را برای بیماران به همراه دارد. در همین زمینه مطالعه ای بر روی بیماران دچار عارضه غشاهای ثانویه بعد از عمل جراحی خارج کپسولی کاتاراکت که تحت درمان با لیزر قرار گرفته بودند انجام شد و به این نتیجه رسیدند که در این میان افرادی که در سنین جوانی عمل شده اند ، زنان و کسانی که دیرتر از زمان مشخص شده برای عمل جراحی مراجعه نموده اند بیشتر مستعد این عارضه بوده اند (۵).

نتیجه آنکه کاتاراکت بیماری شایعی است و پرستاران بعنوان مراقب و مشاور نقش بسیار مهمی را در آگاهی دادن به بیماران به عهده دارند، لذا با افزایش آگاهی پرستاران در این زمینه و ایجاد جایگاهی به نام پرستار مشاور موفقیت ها در اعمال چشم دو چندان خواهد شد .