บทความวิชาการ

การดูแลแบบองค์รวมในบทบาทพยาบาลผู้ป่วยนอกต่อเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ต้องเข้ารับการตรวจหรือทำหัตถการรักษาทางสายสวนหัวใจ

The Roles of Outpatient Nurses in Holistic Nursing Care for Children with Congenital Heart Disease Undergoing Cardiac Catheterization or Transcatheter Intervention

พชรกร โอห์แลนด์*

Patcharakorn Oland

*คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10700

*Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, 10700 Thailand

Corresponding author: Patcharakorn Oland; E-mail: patcharakornns@gmail.com

Received: February 22, 2026; Revised: May 11, 2026; Accepted: June 11, 2026

บทคัดย่อ

พยาบาลผู้ป่วยนอกมีบทบาทสำคัญในฐานะด่านแรกของการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ต้องเข้ารับการตรวจหรือทำหัตถการรักษาทางสายสวนหัวใจ ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการวินิจฉัยและรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะก่อนเข้ารับการรักษามีผลต่อความปลอดภัย ความร่วมมือของผู้ป่วย และประสิทธิผลของการรักษา บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายบทบาทของพยาบาลผู้ป่วยนอก ให้มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจ ข้อบ่งชี้ ข้อควรระวัง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนสามารถประเมินสภาพผู้ป่วย ได้แก่ การซักประวัติ และการตรวจร่างกายได้อย่างครอบคลุม

การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่ต้องเข้ารับการตรวจหรือทำหัตถการรักษาทางสายสวนหัวใจควรยึดแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบทั้งทางร่างกาย และจิตใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กสามารถเข้ารับการตรวจหรือทำหัตถการรักษาทางสายสวนหัวใจได้อย่างปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี อันสะท้อนถึงบทบาทสำคัญของพยาบาลผู้ป่วยนอกในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจอย่างมีคุณภาพ และครบมิติองค์รวม

คำสำคัญ: โรคหัวใจแต่กำเนิด การตรวจสวนหัวใจ หัตถการรักษาโดยสายสวนหัวใจ การดูแลแบบองค์รวม บทบาทพยาบาลผู้ป่วยนอก

Abstract

Outpatient nurses play a crucial role as the first point of care for pediatric patients with congenital heart disease, who are scheduled to undergo cardiac catheterization, a key procedure for both diagnosis and treatment. Appropriate pre-procedural preparation significantly influences patient safety, cooperation, and the overall effectiveness of treatment. This article aims to describe the roles of outpatient nurses in providing fundamental knowledge regarding procedural steps, indications, precautions, and potential complications, as well as in conducting comprehensive patient assessments, including history taking and physical examination.

The care of pediatric patients with congenital heart disease undergoing cardiac catheterization should be guided by a holistic nursing care approach, encompassing physical, psychological and emotional, social, and spiritual dimensions. Systematic preparation addressing both physical and psychological aspects enables pediatric patients to safely undergo procedures, reduces the risk of complications, and promotes favorable health outcomes. This reflects the essential role of outpatient nurses in delivering high-quality, comprehensive, and holistic nursing care.

Keywords: Congenital heart disease, Cardiac catheterization, Transcatheter intervention, Holistic nursing care, The roles of outpatient nurses

บทนำ

โรคหัวใจแต่กำเนิด (congenital heart disease) เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือด อันมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของกระบวนการเจริญพัฒนาของหัวใจในระยะตัวอ่อนขณะอยู่ในครรภ์มารดา[1] ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของการไหลเวียนโลหิต และการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคดังกล่าวสามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะทารกแรกเกิดหรืออาจแสดงอาการในระยะต่อมา ซึ่งพบอุบัติการณ์ประมาณ 8 รายต่อทารกเกิดมีชีพ 1,000 ราย และพบในเพศหญิง มากกว่าเพศชาย[2]

อาการแสดงของโรคหัวใจแต่กำเนิด มีความหลากหลายขึ้นอยู่กับชนิด และความรุนแรงของความผิดปกติ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่แสดงอาการผิดปกติ ในขณะที่บางรายอาจมีอาการเหนื่อยหอบจากภาระงานของหัวใจที่เพิ่มขึ้นหรือมีภาวะเขียวจากภาวะพร่องออกซิเจน (cyanosis)[3] ในผู้ป่วยบางกลุ่ม อาการอาจทุเลาลงได้เอง และตามการรักษาด้วยยาสามารถช่วยบรรเทาอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือด เช่น ภาวะรูรั่วของผนังกั้นห้องหัวใจหรือหลอดเลือด รวมถึงภาวะลิ้นหัวใจตีบ ยังคงดำรงอยู่[4] ดังนั้น แนวทางการรักษาที่สำคัญจึงมุ่งเน้นไปที่การแก้ไขความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจที่เป็นสาเหตุของโรคโดยตรง

การรักษาจำเพาะของโรคหัวใจแต่กำเนิดในปัจจุบัน นอกจากการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติแล้ว ยังมีการรักษาโดยการตรวจสวนหัวใจ (cardiac catheterization) และหัตถการรักษาผ่านสายสวนหัวใจ (transcatheter intervention) ซึ่งสามารถใช้รักษาโรคบางชนิดแทนการผ่าตัดได้ เช่น การปิดรูรั่วของผนังกั้นหัวใจ การขยายลิ้นหัวใจตีบหรือหลอดเลือดตีบด้วยบอลลูน (balloon valvuloplasty/angioplasty) การใส่ขดลวด (stent) เพื่อขยายหลอดเลือดหรือการใส่อุปกรณ์ปิด patent ductus arteriosus[5]

ในบริบทของประเทศไทย พบว่า การตรวจและรักษาโรคหัวใจแต่กำเนิดด้วยการสวนหัวใจมีแนวโน้ม

เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลตติยภูมิ เนื่องจากเป็นวิธีที่สามารถใช้ได้ทั้งเพื่อการวินิจฉัย และการรักษาแทนการผ่าตัดในผู้ป่วยบางกลุ่ม อย่างไรก็ตาม หัตถการดังกล่าวยังคงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยมีรายงานการศึกษาในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อ พ.ศ. 2566 พบว่า อุบัติการณ์ภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างการทำ cardiac catheterization ในเด็กอยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 1.90 และมีอัตราการรอดชีวิตจนจำหน่ายเพียง ร้อยละ 57.10[6]

นอกจากนี้ การศึกษาในประเทศไทยยังรายงานว่าหัตถการสวนหัวใจในเด็ก โดยเฉพาะในกลุ่มทารก และผู้ป่วยวิกฤต มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูง เช่น ภาวะเลือดออก การสูญเสียชีพจร หลอดเลือดบาดเจ็บ หรือการเกิดภาวะเลือดคั่งใต้ผิวหนัง (hematoma) ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยด้านน้ำหนักตัว ชนิดของหัตถการ และขนาดอุปกรณ์ที่ใช้[7] ในด้านผลกระทบต่อผู้ป่วย และครอบครัว พบว่า เด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ต้องเข้ารับหัตถการมีความเสี่ยงต่อภาวะเครียด วิตกกังวล และภาวะแทรกซ้อนหลังหัตถการ ขณะที่ครอบครัวต้องเผชิญกับภาระด้านค่าใช้จ่าย และความไม่มั่นใจในการดูแลบุตรหลังจำหน่าย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อม และการให้ข้อมูลอย่างเหมาะสม[7]

จากการดำเนินงานในหน่วยบริการผู้ป่วยนอกของประเทศไทย พบว่า ยังมีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่เข้ารับการตรวจหรือทำหัตถการผ่านสายสวนหัวใจ เช่น การเตรียมความพร้อมก่อนทำหัตถการที่ยังไม่ครอบคลุม การให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครองที่ไม่เพียงพอ และการติดตามอาการหลังทำหัตถการที่ยังไม่ต่อเนื่อง รวมถึงการดูแลที่มุ่งเน้นด้านร่างกายเป็นหลัก โดยยังขาดการดูแลในมิติด้านจิตใจ และครอบครัว ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะในกลุ่มทารกซึ่งมีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น[8]

ดังนั้น บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายบทบาทของพยาบาลผู้ป่วยนอก ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมิน เตรียมความพร้อม ให้ความรู้ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยจำเป็นต้องนำแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (holistic nursing care)[9] มาประยุกต์ใช้ในบทบาทพยาบาล เพื่อให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และครอบครัว อันจะช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน เพิ่มความร่วมมือในการรักษา และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด และครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การตรวจสวนหัวใจ (cardiac catheterization)

การตรวจสวนหัวใจเป็นวิธีการรักษาโรคหัวใจโดยการใส่สายสวนผ่านทางหลอดเลือด ซึ่งโดยทั่วไปนิยมใช้หลอดเลือดบริเวณขาหนีบที่มีขนาดใหญ่[6] จากนั้น แพทย์จะดำเนินการนำสายสวนผ่านไปตามเส้นเลือดจนถึงหัวใจ เพื่อทำการวัดความดัน รวมถึงเก็บตัวอย่างเลือดตำแหน่งที่ต้องการของหัวใจเพื่อนำไปตรวจวิเคราะห์ นอกจากนี้ ยังมีการถ่ายภาพเอกซเรย์ (X-ray) ร่วมกับการฉีดสารทึบรังสี เพื่อแสดงลักษณะ และความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือด[5] ลักษณะสำคัญของการตรวจสวนหัวใจ คือ เป็นหัตถการที่มุ่งเน้นการวินิจฉัยเป็นหลัก ใช้ระยะเวลาสั้น ความซับซ้อนของหัตถการน้อยกว่า และมีการใช้อุปกรณ์ภายในหลอดเลือดในระดับจำกัด

การรักษาทางสายสวนหัวใจ (transcatheter intervention)

แพทย์สามารถใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์สอดสายสวนหัวใจในระหว่างการตรวจสวนหัวใจ เพื่อดำเนินการแก้ไขความผิดปกติของหัวใจได้ โดยไม่จำเป็นต้องทำการผ่าตัด แบ่งเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ การปิดรูรั่วหัวใจ และการรักษาโดยบอลลูนผ่านสายสวนหัวใจ[3] หัตถการชนิดนี้มีความซับซ้อนมากกว่าการตรวจสวนหัวใจ ใช้ระยะเวลานานกว่า มีการใช้อุปกรณ์ และเทคนิคเฉพาะทาง รวมถึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่า

การดูแลแบบองค์รวมของพยาบาลผู้ป่วยนอกต่อผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่เข้ารับการตรวจหรือทำหัตถการรักษาทางสวนหัวใจ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นภาวะเรื้อรังที่ต้องได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง การตรวจหรือทำหัตถการรักษาทางสวนหัวใจเป็นหัตถการสำคัญที่ใช้ทั้งในการวินิจฉัย และการรักษา ซึ่งอาจก่อให้เกิดความวิตกกังวล และความเครียดต่อผู้ป่วยเด็ก และครอบครัว การดูแลแบบองค์รวมในคลินิกผู้ป่วยนอกจึงมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อม ลดความเสี่ยง และส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี โดยพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นบุคลากรหลักที่มีบทบาทในการดูแลอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และอารมณ์ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การดูแลด้านร่างกาย (physical care)

ประเด็นสำคัญที่พยาบาลผู้ป่วยนอกต้องประเมินผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดก่อนการตรวจหรือทำหัตถการผ่านสายสวนหัวใจ ควรมุ่งเน้นประเด็นสำคัญดังนี้

1.1 อาการแสดงของภาวะหัวใจทำงานผิดปกติ เช่น มีอาการเหนื่อยง่าย หายใจเร็ว หายใจลำบาก เหงื่อออกมากขณะดูดนมหรือออกแรง อาการเขียว และอาการบวม[10]

1.2 ประวัติการติดเชื้อ และภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะการติดเชื้อทางเดินหายใจ ซึ่งอาจส่งผลต่อความพร้อมในการทำหัตถการ[11]

1.3 ภาวะโภชนาการ และการเจริญเติบโต เช่น น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ดูดนมได้น้อยหรือพัฒนาการล่าช้า ซึ่งสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคหัวใจ[12]

1.4 การประเมินสัญญาณชีพที่สำคัญ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ (tachycardia เป็น early sign ของ heart failure) อัตราการหายใจ (tachypnea/retraction บ่งชี้ภาวะหายใจลำบาก) ความดันโลหิต (hypotension และ pulse pressure แคบในระยะรุนแรง) ระดับออกซิเจนในเลือด (SpO_2 ต่ำ โดยเฉพาะในกลุ่ม cyanotic heart disease) อุณหภูมิร่างกาย (เพื่อคัดกรองการติดเชื้อ)[4,13-14]

การอภิปราย (critical discussion) จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจในหน่วยผู้ป่วยนอก พบว่า แม้จะมีการประเมินด้านร่างกายตามแนวทางมาตรฐาน แต่การปฏิบัติงานจริงยังมีข้อจำกัดหลายประการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การประเมินขาดการวิเคราะห์เชิงคลินิก พยาบาลอาจบันทึกสัญญาณชีพครบถ้วนแต่ไม่ได้ตีความร่วมกับสัญญาณชีพ ซึ่งอาจบ่งชี้ภาวะหัวใจวายระยะเริ่มต้น

2. การประเมินไม่ต่อเนื่อง และขาดการติดตามแนวโน้ม (trend) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มาติดตามหลายครั้ง ทำให้พลาดการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยที่อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน

3. ข้อจำกัดด้านเวลา และภาระงาน ส่งผลให้การประเมินบางส่วน เช่น ภาวะโภชนาการหรือพัฒนาการอาจไม่ได้รับการประเมินอย่างละเอียด

4. การสื่อสารข้อมูลกับผู้ปกครองยังไม่เพียงพอ ผู้ปกครองบางรายไม่สามารถสังเกตอาการผิดปกติ เช่น การสังเกตอาการเบื้องต้นของภาวะหัวใจวาย

แนวทางการพัฒนาเพื่อแก้ไขข้อจำกัดดังกล่าว เห็นว่าควรมีการพัฒนาแนวทางการพยาบาล ดังนี้

1. พัฒนาแนวทางการประเมินแบบ focused assessment ที่เน้นการสังเกตอาการเบื้องต้นของภาวะหัวใจวาย และภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการเก็บข้อมูลทั่วไป

2. ใช้ระบบติดตามแนวโน้ม (trend monitoring) เช่น การเปรียบเทียบสัญญาณชีพ น้ำหนัก และ SpO_2 ในแต่ละครั้ง เพื่อช่วยในการตัดสินใจเชิงคลินิก

3. เพิ่มบทบาทการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง ให้คำแนะนำผู้ปกครองให้เฝ้าสังเกตอาการ และแจ้งแพทย์หรือพยาบาล เมื่อวันที่ต้องเข้ารับการตรวจหรือทำหัตถการรักษาทางสายสวนหัวใจ ได้แก่

- ไข้สูงเมื่อถึงวันนัดแล้วมีอาการไข้สูง ให้แจ้งเนื่องจากอาจจะต้องเลื่อนนัด[5]

- อาการหายใจลำบาก เจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งเป็นสัญญาณผิดปกติของหัวใจ[3]

- มีภาวะเลือดออกง่าย หรือแผลติดเชื้อในบริเวณที่ต้องการจะทำสายสวนหัวใจ[5]

- แพ้ยาหรือแพ้อาหารทะเล เนื่องจากไอโอดีนเป็นสารประกอบของสารทึบรังสี โดยแพทย์จะถ่ายภาพรังสีเพื่อดูโครงการของหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงติดตามตำแหน่งของสายสวนได้แม่นยำมากขึ้น ในบางกรณีที่แพทย์ต้องการเก็บตัวอย่างเลือดหรือวัดความดันอาจไม่ใช้หรือใช้สารทึบรังสีปริมาณน้อยขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์[9]

4. บูรณาการการดูแลแบบองค์รวมโดยเชื่อมโยงข้อมูลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านครอบครัว เพื่อให้การดูแลมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

การอธิบายรายละเอียดถึงการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการตรวจหรือทำหัตถการรักษาทางสายสวนหัวใจแก่ผู้ปกครองก่อนเข้ารับการตรวจ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. แพทย์จะนัดให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนวันตรวจ 1 วัน เพื่อทำการตรวจเลือด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เอกซเรย์ทรวงอก และเตรียมความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจ[3]

2. ผู้ป่วยต้องงดอาหาร และน้ำเป็นระยะเวลาประมาณ 6 ชั่วโมงก่อนการตรวจ[4]

3. โดยทั่วไปแพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาที่ได้รับการสั่งรักษาเป็นประจำตามปกติ ยกเว้นผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด เช่น แอสไพริน (Aspirin) ซึ่งแพทย์จะพิจารณาแนะนำให้หยุดยาดังกล่าวล่วงหน้าประมาณ 1 สัปดาห์ก่อนการตรวจ[15]

กลุ่มยาที่ต้องระวังก่อนการตรวจหรือทำหัตถการรักษาทางสายสวนหัวใจ ได้แก่

1. ยาต้านการแข็งตัวของเลือด และยาต้านเกล็ดเลือดบางชนิด เช่น Warfarin, Heparin, Aspirin หรือ Clopidogrel อาจพิจารณาให้งดก่อนการทำสายสวนหัวใจ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ ทั้งนี้ ระยะเวลาการงดยาขึ้นอยู่กับชนิดของยา และดุลยพินิจของแพทย์[3]

2. ยาที่มีผลต่อการทำงานของไต ในกรณีที่ต้องใช้สารทึบรังสี แพทย์อาจพิจารณางดยาบางชนิดที่ส่งผลต่อการทำงานของไต เช่น ยาขับปัสสาวะบางชนิด หรือยาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมจากสารทึบรังสี เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย[3]

3. ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดบางชนิด โดยเฉพาะในกลุ่ม Metformin แพทย์อาจพิจารณางดยาลดระดับน้ำตาลในเลือดบางชนิดก่อนการตรวจ เนื่องจากการงดน้ำ และอาหาร มีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือมีผลต่อการทำงานของไตจากสารทึบรังสี[8]

4. ยาสมุนไพร และอาหารเสริมบางชนิด เช่น ยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก จึงควรแจ้งแพทย์ และพยาบาลทุกครั้ง รวมถึงพิจารณางดก่อนการทำสายสวนหัวใจ[10]

2. การดูแลด้านจิตใจ และอารมณ์ (mental/emotional care)

ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ต้องเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ มักเผชิญกับความกลัว ความวิตกกังวล และความไม่มั่นคงทางอารมณ์ อันเนื่องมาจากความไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมทางการแพทย์ ความกังวลต่อความเจ็บปวดหรือการแยกจากผู้ปกครอง[15] ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลด้านจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยเด็ก เพื่อช่วยลดความเครียด พร้อมทั้งส่งเสริมความร่วมมือในการเข้ารับการตรวจรักษา[13]

พยาบาลควรเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดี และความไว้วางใจกับผู้ป่วยเด็ก และผู้ปกครอง โดยใช้ท่าทีที่อ่อนโยน เป็นมิตร และให้ความใส่ใจต่อความรู้สึกของเด็ก เปิดโอกาสให้เด็ก และผู้ปกครองได้ซักถามหรือแสดงความกังวล[13] เพื่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย และมั่นใจในการดูแลรักษา นอกจากนี้ พยาบาลมีบทบาทในการอธิบายขั้นตอนการตรวจสวนหัวใจ โดยใช้ภาษาที่เหมาะสมกับวัย และอยู่ในระดับความเข้าใจของผู้ป่วยเด็ก เช่น การใช้คำอธิบายที่เรียบง่าย การเปรียบเทียบกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเด็กคุ้นเคย

และหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อน[13] โดยมีตัวอย่างการดำเนินการ ดังนี้

1. ในบางกรณีอาจจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยได้รับการดมยาสลบ (general anesthesia) ระหว่างการตรวจ เช่น ผู้ป่วยเด็กเล็กในรายที่ไม่ให้ความร่วมมือ หรือผู้ป่วยที่เข้ารับการทำหัตถการรักษาทางสายสวนหัวใจแบบซับซ้อน เช่น การปิดรูรั่วของผนังกั้นหัวใจ[14]

2. แพทย์ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณขาหนีบ อาจจะต้องโกนขนบริเวณที่จะทำการตรวจด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ จะมีการทำความสะอาดผิวหนังบริเวณตำแหน่งที่จะทำการตรวจ (บริเวณขาหนีบ) และให้ยาระงับความรู้สึก จากนั้นส่งเข้าห้องตรวจประมาณ 30 นาที[12]

3. ในบางกรณี ผู้ป่วยจะได้รับการฉีดยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ (IV sedation) โดยเฉพาะเด็กโตหรือเด็กหายใจได้เอง เช่น Midazolam, Fentanyl หรือ Propofol ยากลุ่มนี้ช่วยให้เด็กง่วง หลับ ไม่รู้สึกเจ็บ และลดความรู้สึกกลัว แต่ยังสามารถหายใจเองได้ ส่วนมากจะใช้ร่วมกับยาชาเฉพาะที่ (local anesthesia) เช่น Lidocaine ที่ชั้นใต้ผิวหนังบริเวณที่จะใส่สายสวน เพื่อลดความเจ็บปวดขณะแทงเข็ม และการใส่ปลอกหุ้มสายสวน (sheath) เข้าไปในหลอดเลือด[13]

4. แพทย์จะใช้เข็มเจาะหลอดเลือดบริเวณขาหนีบ เพื่อใส่สายสวนหัวใจ และนำสายสวนผ่านเข้าไปยังตำแหน่งต่าง ๆ ภายในหัวใจ[12]

5. เมื่อสิ้นสุดการตรวจ แพทย์จะดึงสายสวนออก และกดบริเวณที่ทำการเจาะหลอดเลือด จนกระทั่งเลือดหยุดไหล ผู้ป่วยเด็กจะมีแผลขนาดเล็ก ประมาณ 2 - 3 มิลลิเมตรบริเวณขาหนีบ[12]

ทั้งนี้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเด็กเข้าใจขั้นตอนการตรวจ ลดความกลัวจากความไม่รู้ และเตรียมความพร้อมทางจิตใจอย่างเหมาะสม รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแล และอยู่เคียงข้างเด็กตลอดกระบวนการเตรียมตัวก่อนการตรวจ มีส่วนช่วยเสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กในการเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ พยาบาลควรแนะนำผู้ปกครองให้สนับสนุนด้านอารมณ์แก่เด็ก โดยการอธิบายขั้นตอนด้วยภาษาที่เหมาะสมกับวัย อยู่ใกล้ชิดให้กำลังใจ ใช้คำพูดเชิงบวก และช่วยให้เด็กผ่อนคลาย เช่น การหายใจลึกหรือเบี่ยงเบนความสนใจด้วยของเล่นที่ชอบ เป็นต้น รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการตรวจ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล และส่งเสริมความร่วมมือของเด็กในการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

3. การดูแลด้านสังคม (social care)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่ต้องเข้ารับการตรวจหรือทำหัตถการรักษาทางสายสวนหัวใจมีปัญหาด้านสังคม ร้อยละ 50.00[10] โดยแบ่งปัญหาออกเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. ด้านความสัมพันธ์ (relation)[10] ผู้ป่วยเด็กรู้สึกแตกต่างกับเด็กคนอื่น เพราะต้องแยกตัวจากเพื่อน และการทำกิจกรรมทางสังคม รวมถึงมีปัญหาในการปรับตัวด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนที่โรงเรียน

2. ด้านการเรียน (education)[10] เนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง และกระบวนการรักษาต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเด็กขาดเรียน เรียนไม่ทันเพื่อนร่วมชั้น รวมถึงความกังวลในการกลับไปเรียนหนังสือ อาจส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว การเรียน และการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเด็ก และผู้ปกครอง ดังนั้น พยาบาลจึงควรประเมินความเสี่ยงปัญหาด้านสังคมในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจต้องเข้ารับการตรวจหรือทำหัตถการรักษาทางสายสวนหัวใจที่มีปัญหาด้านสังคม และสามารถประสานงานสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ หน่วยจิตเวชเด็ก ให้ร่วมประเมิน และหาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน

3. ด้านครอบครัว (family) จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ปกครองที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่ต้องเข้ารับการตรวจหรือทำหัตถการรักษาทางสายสวนหัวใจมีปัญหาด้านสังคม ได้แก่ การวิตกกังวลเรื่องแนวทางการรักษา ความเครียดในการดูแล การปฏิเสธในการดูแล ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา[11] และมีความวิตกกังวลในช่วงที่ต้องส่งเด็กโรคหัวใจที่ต้องเข้ารับการตรวจหรือทำหัตถการรักษาทางสายสวนหัวใจสูงกว่าค่าเฉลี่ย

ในรายที่ไม่เคยตรวจหรือรักษาทางสายสวนหัวใจมาก่อน ดังนั้น การให้ความรู้ความเข้าใจในการทำหัตถการจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ[16] พยาบาลควรตรวจสอบสิทธิการรักษาก่อนวันที่เข้ารับการตรวจหรือทำหัตถการรักษาทางสายสวน พร้อมทั้งอธิบายการใช้สิทธิการรักษาหรือประสานงานหน่วยสังคมสงเคราะห์ในรายที่มีปัญหาเรื่องสิทธิการรักษา รวมถึงประสานงานกับกองทุนสนับสนุนค่าเดินทางเพื่อเข้ารับการตรวจหรือทำหัตถการโรคหัวใจเด็ก เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่าย อีกทั้งพยาบาลยังควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็ก โดยสนับสนุนให้ผู้ปกครองเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองในการดูแลเด็ก ทั้งในช่วงก่อนและหลังการตรวจสวนหัวใจ รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษา

4. การดูแลด้านจิตวิญญาณ (spiritual care)

ผู้ป่วยเด็กที่ต้องเข้ารับการตรวจ และทำหัตถการสายสวนหัวใจ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความวิตกกังวล และความกลัว[17] การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณจึงช่วยเสริมพลังใจ ความหวัง และความสามารถในการเผชิญกับกระบวนการรักษาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งนอกจากผู้ป่วยเด็ก ผู้ปกครองก็ต้องการการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณเช่นเดียวกัน[18] พยาบาลผู้ป่วยนอกจึงมีบทบาทในการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงความเชื่อ ศาสนา ค่านิยม และวัฒนธรรมของแต่ละครอบครัว พร้อมให้การรับฟังอย่างตั้งใจ เปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก และให้กำลังใจเพื่อลดความตึงเครียด[7] จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ และผู้ปกครองจะมีความวิตกกังวลในการตรวจหรือรักษาโดยการสวนหัวใจ โดยเฉพาะในการทำหัตถการครั้งแรก[10] ซึ่งหนึ่งในวิธีการคลายเครียด คือ การหันหน้าพึ่งจิตวิญญาณ ตามความเชื่อทางศาสนาของแต่ละครอบครัว (turn to spirituality) นอกจากนี้ควรสนับสนุนกิจกรรมทางจิตวิญญาณที่เหมาะสมและปลอดภัย คือ การเผชิญกับปัญหาทางศาสนาแบบเชิงบวก (positive religious coping)[19] ได้แก่ การทำบุญเพื่อหวังว่าการรักษาจะผ่านไปด้วยดี การสวดมนต์ การรักษา คือ บททดสอบของพระเจ้า หรือไว้วางใจในการรักษากับพระเจ้า เป็นต้น[19] ซึ่งจิตวิญญาณคือ หัวใจหลักของผู้ป่วยเด็ก และครอบครัวในการก้าวผ่านการทำหัตถการไปได้ด้วยสุขภาพจิตที่ดี

เมื่อพบความทุกข์ทางจิตใจที่รุนแรง ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองจะเผชิญกับปัญหาทางศาสนาแบบเชิงลบ (negative religious coping) คือ ความรู้สึกโกรธ สิ้นหวังต่อศาสนาที่นับถือ รู้สึกถูกพระเจ้าลงโทษ ทอดทิ้ง ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด และซึมเศร้า ดังนั้น พยาบาลควรมีบทบาทในการดูแล ดังนี้

1. การประเมินอย่างเป็นระบบ โดยใช้คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความเชื่อ ความหมายของการเจ็บป่วย และความรู้สึกต่อศาสนา

2. การเฝ้าระวังสัญญาณเสี่ยง เช่น การแสดงความโกรธต่อศาสนา ความสิ้นหวัง หรือการปฏิเสธการรักษา

3. การส่งเสริมการเผชิญปัญหาเชิงบวก (positive religious coping) เช่น การสร้างความหวัง การมองความหมายเชิงบวกหรือการใช้ศาสนาเป็นแหล่งยึดเหนี่ยว

4. การประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ นักจิตแพทย์ นักจิตวิทยา หรือผู้นำทางศาสนา เพื่อให้การดูแลด้านสังคม และจิตวิญญาณอย่างเหมาะสม พยาบาลจึงควรประเมิน และประสานทีมสหสาขาวิชาชีพหน่วยจิตเวชเด็ก หรือจิตเวชผู้ใหญ่สำหรับผู้ปกครอง[18] เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต และความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

บทสรุป

บทบาทของพยาบาลผู้ป่วยนอกในการดูแลแบบองค์รวมผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดที่เข้ารับการตรวจหรือทำหัตถการสวนหัวใจ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม การเตรียมความพร้อมก่อนทำหัตถการ การให้ข้อมูล และคำแนะนำที่เหมาะสมกับวัย การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่เด็ก และผู้ปกครอง การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา การประสาน

ทีมสหสาขาวิชาชีพ และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องหลังการทำหัตถการ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความวิตกกังวล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก และครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Yamagishi H. Clinical developmental cardiology for understanding etiology of congenital heart disease. Journal of Clinical Medicine 2022;11(9):2381. doi: 10.3390/jcm11092381.
2. Hoffman JIE, Kaplan S. The incidence of congenital heart disease. Journal of the American College of Cardiology 2002;39(12):1890-900. doi: 10.1016/s0735-1097(02)01886-7.
3. Allen HD, Shaddy RE, Penny DJ, Feltes TF, Cetta F. Moss and Adams' heart disease in infants, children, and adolescents, including the fetus and young adult. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016.
4. Kliegman RM, St. Geme III JW, Blum NJ, Tasker RC, Wilson KM, Schuh AM, et al. Nelson textbook of pediatrics. 21st ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.
5. Julian BM. Cardiac catheterization. In: Perpetua EM, Keegan PA, editors. Cardiac nursing: the red reference book for cardiac nurses. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021. p. 428-60.
6. Sawasdiwipachai P, Phothong B. Cardiac arrest in pediatric patients with congenital heart diseases undergoing cardiac catheterization: a retrospective study. Journal of the Medical Association of Thailand 2018;101 Suppl 9:S67-73.
7. Boonchom E. The role of health education for pediatric patients with congenital heart disease type atrial septal defect, by transcatheter intervention to replace surgery. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2024;25(3):32-9.
8. Kasemsook C, Wongchan W, Saprungruang A. Nursing care for newborn infants with critical congenital heart disease undergoing therapeutic cardiac catheterization: a case study. Nursing Journal CMU 2024;51(2):268-87.
9. Dossey BM, Keegan L. Holistic nursing : a handbook for practice. 7th ed. Burlington: Jones and Bartlett Learning; 2016.
10. Levert EM, Helbing WA, Dulfer K, van Domburg RT, Utens EMWJ. Psychosocial needs of children undergoing an invasive procedure for a CHD and their parents. Cardiology in the Young 2017;27(2):243-54. doi: 10.1017/S1047951116000391.
11. Feltes TF, Bacha E, Beekman III RH, Cheatham JP, Feinstein JA, Gomes AS, et al. Indications for cardiac catheterization and intervention in pediatric cardiac disease: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation 2011;123(22):2607-52. doi: 10.1161/CIR.0b013e31821b1f10.

12. Anderson JB, Beekman III RH, Border WL, Kalkwarf HJ, Khoury PR, Uzark K, et al. Lower weight-for-age z score adversely affects hospital length of stay after the bidirectional Glenn procedure in 100 infants with a single ventricle. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery 2009;138(2):397-404.e1. doi: 10.1016/j.jtcvs.2009.02.033.
13. Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC. Wong's nursing care of infants and children. 12th ed. St. Louis: Elsevier; 2024.
14. American Heart Association. Cardiac catheterization [Internet]. 2023 [cited 2026 Jan 31]. Available from: https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/diagnosing-a-heart-attack/cardiac-catheterization
15. Ball JW, Bindler RC, Cowen KJ, Shaw MR. Child health nursing: partnering with children and families. 3rd ed. London: Pearson; 2014.
16. Smith MC. Nursing theories and nursing practice. 5th ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2020.
17. Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM. Fundamentals of nursing. 10th ed. St. Louis: Elsevier; 2021.
18. Kaakinen JR, Coehlo DP, Steele R, Robinson M. Family health care nursing: theory, practice, and research. 6th ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2018.
19. Liu JF, Xie WP, Lin WH, Cao H, Chen Q. The association of positive or negative religious coping methods with psychological distress and quality of life among parents of infants with congenital heart disease. Frontiers in Pediatrics 2021;9:753032. doi: 10.3389/fped.2021.753032.