

ภาวะปวดหลอน : ปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม

Phantom Syndrome: Overlooked Problem

บทความวิชาการ

เบญจวรรณ วงศ์ปราชญ์*

Benjawan Wongprach R.N., M.Sc.*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยที่สูญเสียอวัยวะมักมีอาการที่เรียกว่าปวดหลอน ซึ่งไม่ใช่โรคแต่เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นได้ภายหลังถูกตัดแขนหรือขา แต่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย อาการปวดหลอนหากปรากฏอยู่เป็นเวลานานนอกจากจะส่งผลกระทบต่อการรักษาแล้วยังส่งผลต่อสภาพจิตใจ เกิดความเครียด วิตกกังวล ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต การจัดการกลุ่มอาการปวดหลอนมีหลายวิธี วิธีที่ดีที่สุดคือการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโดยเร็ว รวมทั้งวิธีจัดการภาวะปวดหลอนด้วยตนเอง แม้ว่าการจัดการความปวดเป็นบทบาทหน้าที่โดยตรงของแพทย์ผู้รักษา แต่การจัดการภาวะปวดหลอนที่มีประสิทธิภาพควรเกิดจากความร่วมมือของทีมสุขภาพที่จะช่วยเหลือสนับสนุน อำนวยความสะดวก เพื่อร่วมดูแลช่วยเหลือและป้องกันผลกระทบทุกด้าน นับเป็นความท้าทายของทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลผู้ดูแลที่จะสามารถจัดการกับปัญหาเพื่อลดความถี่และความรุนแรงจากภาวะปวดหลอนให้มากที่สุด ที่สำคัญอย่างยิ่งคือการศึกษาด้านแนวทางป้องกันเชิงรุกเพื่อผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด สามารถปรับตัวได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : ภาวะปวดหลอน, ผู้ถูกตัดแขน-ขา, ปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม

Abstract

Phantom syndrome is experienced individual differences by almost everyone who undergone limb amputate, but it is rarely a clinical problem that impact to functional, stress, anxiety and quality of life. A large number of different treatments have been suggested. Even if treatment of phantom syndrome can be classified as medical and surgical treatment. In general, treatment should be based on non invasive techniques especially independent role of nurse by challenging for effectively not only active prevention by own amputee but also helping patient cope with phantom syndrome for best quality of life.

Keywords : Phantom syndrome, Amputee, Overlooked Problem

บทนำ

การสูญเสียอวัยวะจนกลายเป็นคนพิการนั้นเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่ต้องการ แต่บางครั้งก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ การสูญเสียอวัยวะเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ เช่น การเจ็บป่วยจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ภัยธรรมชาติ ศักดิ์สงคราม อุบัติเหตุจลาจล หรืออุบัติเหตุเนื่องจากการทำงาน ความพิการเนื่องมาจากการ

ตัดขาดส่งผลกระทบตามมามากมายทั้งในด้านร่างกายจิตใจและสังคม ผลกระทบด้านร่างกายที่เห็นได้ชัดเจนที่สุดคือการสูญเสียการทำหน้าที่หรือการควบคุมของร่างกายไม่สามารถเดินได้เหมือนคนปกติส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวันความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงและต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (ธวัชรัตน์ อินทราวุธ, ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช และ

Corresponding Author: *พ.ต.หญิง, อาจารย์พยาบาลภาควิชาความรู้พื้นฐาน กองการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

E-mail: bens1974@live.com

ขนาด วรรณศิริ, 2554) ผลกระทบทางจิตใจได้แก่ความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากความพิการ ความรู้สึกผิดหวังปัญหาการสูญเสียภาพลักษณ์ (body image) สูญเสียอัตมโนทัศน์ (self-concept) ทำให้คนพิการเสียความมั่นใจในตนเองรู้สึกตนเองไร้ค่าหรือขาดความสามารถต้องพยายามปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงและการยอมรับความพิการที่เกิดขึ้นจนอาจมีผลกระทบต่อการตอบสนองการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาได้ จากข้อมูลการศึกษาของ Zegler-Graham และคณะได้คาดการณ์การตัดขาของคนอเมริกันระหว่าง ปี ค.ศ. 2005 - 2050 ว่า ในปี ค.ศ. 2010 มีสูงถึง 1.6 ล้านคน เพิ่มสูงขึ้นเป็น 3.6 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2015 สำหรับประเทศไทยโดยข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อปี พ.ศ. 2550 พบว่าจำนวนคนพิการในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นถึง 46,000 ราย และแต่ละปีมีผู้พิการรายใหม่เพิ่มขึ้น 3,500 ราย/ปี คิดเป็นร้อยละ 2.0 ซึ่งหมายความว่าในประชากร 100 คน จะมีคนพิการ 2 คน

กลุ่มอาการหลงผิดว่าอวัยวะที่ถูกตัดยังคงอยู่ (Phantom Syndrome) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะ ร้อยละ 70-84 ของผู้ป่วยหลังถูกตัดขาจะมีอาการหลงผิดคิดว่าอวัยวะที่ถูกตัดยังคงอยู่ กลุ่มอาการดังกล่าวหายไปเองได้ และอาการจะคงอยู่เป็นเวลานาน 6 เดือนถึงร้อยละ 67-90 (Tamar Makin, 2013) ผู้ป่วยจะรู้สึกอวัยวะที่ขาดหายไปหรือถูกตัดไปนั้นยังคงติดอยู่กับร่างกายและเคลื่อนไหวสอดคล้องกับอวัยวะอื่น ๆ ยังมีความรู้สึกของอวัยวะที่ถูกตัดไปอยู่ ความรู้สึกนี้ส่วนใหญ่เป็นความรู้สึกเจ็บปวดแสบ-ชาที่ถูกตัดไปมักรู้สึกว่่าสั้นลงกว่าปกติ อยู่ในท่าทางที่ผิดปกติและเจ็บปวด ส่วนใหญ่อาการเจ็บปวดนั้นมักเป็นมากขึ้นเมื่อมีความเครียด ความกังวล หรืออากาศเปลี่ยนแปลง อาการเจ็บปวดมักเป็น ๆ หาย ๆ มีความถี่และความรุนแรงลดลงเมื่อเวลาผ่านไป อาการเจ็บปวดในส่วนแขน-ขาที่ถูกตัดไป (Phantom pain) หาสาเหตุไม่ได้มีหลายลักษณะเช่น เป็นตะคริว (cramping), บีบรัด (crushing), ปวดแสบปวดร้อน (burning) หรือปวดแปลบคล้ายเข็มแทง (shooting pain) อาจปวดตลอดเวลาหรือเป็นระยะ ๆ หรือเฉพาะเมื่อไปกระตุ้นถูกจุด (trigger point) ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย อาจมีอาการขณะถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ หรือแม้ขณะร่วมเพศ มักพบในผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดในแขนขาอื่น ๆ ก่อนการผ่าตัดสาเหตุยังไม่ทราบแน่นอน โดยสรุปกลุ่มอาการหลงผิดว่าแขนขายังคงอยู่แบ่งเป็น 3 กลุ่ม (พงษ์การดี เจาตะเกษตริน และคณะ, 2547)

คือ 1) อวัยวะหลอน (kinesthetic sensation) เป็นลักษณะความหลอนที่เกี่ยวกับตำแหน่งความยาวและปริมาตรของอวัยวะที่ถูกตัด 2) อิริยาบถหลอน (kinetic sensation) เป็นความรู้สึกเคลื่อนไหวของอวัยวะที่ถูกตัดเคลื่อนไหวไปมาในทิศทางต่าง ๆ ซึ่งมักไม่ใช่ปกติ 3) ความรู้สึกหลอน (exteroceptive หรือ cutaneous sensation) เป็นการหลอนที่พบบ่อยที่สุด คือ รู้สึกราวกับมีอวัยวะอาจเป็นความรู้สึกพิเศษชนิดใดที่ผิวหนังก็ได้ เช่น คัน ร้อน ชา เย็น กดทับ ความรู้สึกนี้อาจกระจายไปทั่วหรืออาจเป็นเฉพาะบางตำแหน่งก็ได้

แพทย์จะวินิจฉัยกลุ่มอาการหลงผิดว่าแขนขายังคงอยู่ (Phantom Syndrome) โดยรวบรวมข้อมูลจากซักประวัติอาการที่ผู้ป่วยเล่าทั้งความรู้สึกว่าอวัยวะที่หายไปยังคงอยู่หรือปวดแสบ-ชาที่ถูกตัดไปแล้วร่วมกับประวัติการสูญเสียอวัยวะโดยมิต้องมีการตรวจพิเศษหรือตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นแต่อย่างใด นอกจากนี้ยังต้องประเมินลักษณะอาการปวดหลอน ความถี่ ความรุนแรงและระยะเวลา อย่างไรก็ตามมีผู้ตั้งทฤษฎีของ Phantom Syndrome ไว้ 3 กลุ่มคือ 1) ทฤษฎีเหตุประสาทส่วนปลาย (Peripheral theory) หมายถึงการไม่พึงพอใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นหรือสถานการณ์ที่ไม่พอใจ 2) ทฤษฎีเชื่อมโยงระบบประสาทส่วนกลางของสมองและไขสันหลัง (Central theory) หมายถึงการจดจำของระบบประสาทก่อนการถูกตัด และ 3) ทฤษฎีทางจิต (Psychogenic theory) หมายถึงความรู้สึกที่พยายามต่อสู้กับความจริงที่จะรักษาภาพลักษณ์ของกายจึงปฏิเสธการสูญเสียที่เกิดขึ้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลอน

สาเหตุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลอนมี 3 ปัจจัย (ณหทัย กองธนะ, 2550 : 69-72) ได้แก่ 1) การเผชิญความปวด (pain coping) เป็นความพยายามในการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อจัดการกับความต้องการที่บุคคลประเมินแล้วว่าต้องใช้แหล่งทรัพยากรทั้งบุคคลภายใน และภายนอกตัวบุคคล การเผชิญปัญหานั้นเป็นความพยายามในการคิด และแสดงพฤติกรรมของบุคคลในการจัดการ ทำปัญหาให้เล็กลง ควบคุมหรืออดทนต่อความต้องการภายในและภายนอกตัวบุคคล ที่เกิดจากการปฏิเสธสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลประเมินแล้วว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม ทำให้ต้องใช้ทรัพยากรของแต่ละบุคคลในการเผชิญปัญหานั้น 2) ภาพลักษณ์ (body image) บุคคลแต่ละคนจะมีภาพลักษณ์ของตนเอง ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

ภาพลักษณ์นั้นจะเกี่ยวข้องกับภาวะรู้สติ ภาวะไร้สติความรู้สึกนึกคิด และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ภาพลักษณ์เป็นพลวัต และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามประสบการณ์ ซึ่งลักษณะของภาพลักษณ์จะขึ้นอยู่กับร่างกายภายในของแต่ละบุคคล และปฏิกิริยาจากบุคคลสำคัญ ภาพลักษณ์พัฒนามาจากการสังเกตตนเองและขึ้นอยู่กับปฏิกิริยาตอบสนองกับบุคคลอื่นรอบข้าง จากข้อสังเกตนี้จะเห็นได้ว่าการชมเชย หรือการวิพากษ์วิจารณ์จากบุคคลอื่น จึงมีส่วนสำคัญในการที่บุคคลจะสร้างและจินตนาการว่า บุคคลมองภาพตนเองว่าเป็นอย่างไร และ 3) ความวิตกกังวล (anxiety) เป็นภาวะเครียดที่เกิดจากความมั่นคงปลอดภัยของบุคคลถูกคุกคาม ซึ่งสิ่งที่คุกคามนั้นมีจริงหรืออาจเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้า ทำให้บุคคลรู้สึกหวาดหวั่น กลัว และตระหนกตกใจ ความวิตกกังวลนั้นเป็นอารมณ์ที่สำคัญที่นำไปสู่ภาวะสุขภาพ หรือพยาธิสภาพ เป็นอารมณ์ที่เฉพาะเจาะจง รู้สึกคลุมเครือ ไม่แน่ใจ เป็นสภาพจิตใจที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถให้ความหมาย รู้สึกว่าให้ความหมายกับเหตุการณ์ที่ประสบได้ยาก ให้ความหมายว่าเป็นสถานการณ์ที่อันตรายหรือคุกคามต่อเอกลักษณ์ของบุคคล ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบทางจิตใจ และสรีระต่อสถานการณ์ความเครียด เป็นความรู้สึกตื่นตัวและความใส่ใจที่เกิดขึ้นกับบุคคล เพื่อเตรียมตัวในการแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยความวิตกกังวลในระดับปกติ (ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง) ที่เกิดขึ้นในระยะเวลายาว ๆ จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลมีความหวังและการเติบโต กล่าวโดยสรุป ความวิตกกังวลในผู้ที่ได้รับการตัดแขน-ขา หมายถึงภาวะที่ผู้ได้รับการตัดแขน-ขา รู้สึก ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กระวนกระวายใจ หวาดหวั่น หรือรู้สึกกดดัน เป็นความรู้สึกที่เกิดจากความรับรู้หรือคาดการณ์ถึงอันตราย หรือความไม่แน่นอนต่อการได้รับการตัดแขน-ขา ซึ่งคุกคามต่อการดำรงชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณฤทัย กองธนะ, 2550 พบว่าภาพลักษณ์มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับอาการปวดหลอน การเผชิญความปวดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะปวดหลอน แต่ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับอาการปวด จากผลการศึกษาดังกล่าวผู้เขียนจึงเห็นความสำคัญของปัญหาความวิตกกังวลซึ่งพยาบาลสามารถดูแลและจัดการได้ด้วยบทบาทอิสระ ได้แก่ การรับฟังปัญหา การให้ความรู้และการสอน การให้คำปรึกษา เพื่อลดความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองตามสภาพความจริง สามารถเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง

ผลกระทบ ภาวะปวดหลอนเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความรุนแรงจะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับประสบการณ์ทางความรู้สึกและการปรับตัวของแต่ละบุคคลที่ผู้อื่นไม่อาจล่วงรู้ได้ (Casale R, Alaa L, Mallick M, and Ring H, 2009:559-566) ผู้ป่วยจะบรรยายความรู้สึกที่แตกต่างกันผลกระทบดังกล่าวแบ่งได้ดังนี้ 1) ผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Zidarov D, Swaine B, Gauthier-Gagnon C, 2009:635-645) 2) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากพลัดตกเตียง 3) ผลกระทบต่อการปรับตัวและยอมรับการสูญเสีย หากอาการดำเนินต่อไปเรื่อยๆอย่างต่อเนื่อง ไม่ได้รับการช่วยเหลือ อาจมีภาวะเครียดเป็นผลให้อาการที่เป็นอยู่มีความรุนแรงมากขึ้น (พัทธ์ปียา สิริสาพร และ เอกสิทธิ์ ภูศิริภิญโญ, 2552 : 4-9)

การรักษา การรักษาภาวะปวดหลอนมีความท้าทายต่อทีมสุขภาพเนื่องจากกลุ่มอาการดังกล่าวมีความถี่ ความรุนแรง และระยะเวลาแตกต่างกัน บางคนเป็นมาก เป็นน้อย เป็นนานจนกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน การรักษาแบ่งเป็น 2 วิธี ใหญ่ ๆ ได้แก่ การรักษาด้วยยา (Medications for Phantom Limb Pain) และวิธีไม่ใช้ยา (Non-Medication Treatments for Phantom Limb Pain)

1. การรักษาด้วยยา ประกอบด้วยยาลดปวดทั้งหมด 6 กลุ่ม (Ziegler-Graham K, et al, 2008 ; Pasquina PF, Bryant PR, Huang ME, Roberts TL, Nelson VS, Flood KM, 2006) ได้แก่ 1) ยาแก้ปวดกลุ่มไม่มีสเตียรอยด์ : non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) และ Acetaminophen 2) Opioids (narcotic pain medications) 3) ยาด้านการซึมเศร้า : Antidepressants เช่น carbamazepine 400 - 600 มิลลิกรัม/วัน หรือ amitriptyline 50 -150 มิลลิกรัม/วัน ควรเริ่มจากขนาดยาต่ำๆ ก่อน อาจเริ่มโดยให้ amitriptyline 10 มิลลิกรัม ก่อนนอนแล้วค่อย ๆ ปรับขนาดยาเพิ่มขึ้น และควรให้นานอย่างน้อย 6 สัปดาห์ 4) กลุ่มยากันชัก : Anticonvulsants รักษาอาการปวดที่มีลักษณะถูกเข็มแทงได้ผลดี 5) กลุ่มยาลายกล้ามเนื้อ : Muscle relaxants 6) กลุ่มเบต้าบล็อกเกอร์ : Beta-blockers โดยยาแต่ละกลุ่มอาจบริหารยาาร่วมกันเพื่อเสริมฤทธิ์ของยา เช่น ยากลุ่มต้านการซึมเศร้าต้องรับประทานก่อนนอนและรับประทานเวลาเดียวกันของทุกวันจึงจะได้ผลดี (ยงยุทธ ศิริปการ, 2553)

2. การรักษาด้วยวิธีไม่ใช่ยา ปัจจุบันมีหลากหลายทางเลือกการบำบัดภาวะปวดหลอนดังนี้ (Amy Di Leo and Cecile Evans , 2013; วรณิ สัตยวิวัฒน์, 2554 : 302)

2.1 การฝังเข็ม (Acupuncture) โดยฉีดยาบริเวณจุดกระตุ้นที่กล้ามเนื้อหรือเนื้อเยื่อที่มีความอ่อนไหว (trigger)

2.2 การใช้วิธีทางกายภาพบำบัด โดยการนวดตอขาเบา ๆ ด้วยมือของตนเองหรือให้ผู้อื่นนวดให้ (Massage of the residual limb)

2.3 การใช้ความร้อน โดยประคบบริเวณตอขาด้วยน้ำอุ่นจะช่วยให้การไหลเวียนโลหิตดี (Hot modality)

2.4 การสัมผัส ภู บริเวณตอแขน - ตอขา (Repositioning of the residual limb by propping on a pillow or cushion) ด้วยวัตถุที่มีพื้นผิวแตกต่างกัน จากผิวสัมผัสอ่อนนุ่มแล้วปรับเปลี่ยนเป็นวัตถุที่มีพื้นผิวสัมผัสหยาบและแข็งมากขึ้นตามลำดับ เช่น ก้อนสำลี (cotton) ฟองน้ำฉูตัว (sponge) ยางลบดินสอ (rubber) แปรงขนนุ่ม (brush) แผ่นตีนตุ๊กแกตัวเมีย (velcro loop) แผ่นตีนตุ๊กแกตัวผู้ (velcro hook)

2.5 การบำบัดพื้นฟูด้วยกระจกเงาสะท้อน (Mirror box therapy) โดยคิดว่าขยับ phantom limb พร้อม ๆ กับขาด้านปกติ ส่งเสริมการเรียนรู้การเคลื่อนไหวและเบี่ยงเบนความสนใจไม่ให้กังวลกับมือข้างอ่อนแรง เพื่อให้มือข้างอ่อนแรงฟื้นฟูกลับมาใช้ทักษะและเคลื่อนไหวได้อีกครั้ง

2.6 การผ่อนคลายและการควบคุมอารมณ์ด้วยการฝึกสมาธิ (Relaxation and Biofeedback)

2.7 การใช้เครื่องกระตุ้นปลายประสาทผ่านผิวหนัง (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation: TENS)

2.8 การเคาะเบา ๆ ที่ตอขาเมื่อแผลผ่าตัดติดดีแล้ว (Desensitization techniques)

2.9 การผ่อนคลายจิตใจ การสร้างจินตนาการการสะกดจิต (Imagery)

2.10 ดนตรีบำบัด (Music therapy)

อย่างไรก็ดีการรักษาภาวะปวดหลอนที่ดีที่สุด คือ การป้องกันทั้งก่อนและหลังผ่าตัด (เจ็กล อโนธามณ์, 2549) ควรอธิบายให้ทราบถึงภาวะปวดหลอน (phantom syndrome) ที่จะเกิดได้ว่าเป็นสิ่งปกติเพื่อลดความกลัว และรักษาอาการปวดที่มีก่อนผ่าตัดส่วนหลังผ่าตัดควรดูแลและพันตอแขนตอขาให้

ถูกต้องเมื่อแผลติดดีเริ่มทำและออกกำลังกาย ฝึกขยับตอขาพร้อม ๆ กับขาด้านปกติการพันผ้ายืดที่ตอขาให้ถูกต้องได้รูปรวมทั้งพยายามใส่กายอุปกรณ์เทียมให้เร็วที่สุด

บทบาทพยาบาลต่อการจัดการภาวะปวดหลอน

สมรรถนะของพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยหลายบทบาทขึ้นอยู่กับผู้ป่วยและสถานการณ์ (ยุวดี ฤาชา และคณะ, 2549, เจ็กล อโนธามณ์, 2549 : 4-13) พยาบาลผู้ดูแลเป็นผู้ใกล้ชิดต้องประเมิน วางแผน และปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ สามารถจัดการกับอาการปวดหลอนและปรับตัวได้อย่างเหมาะสมโดยเร็ว บทบาทพยาบาลต่อการจัดการความปวดหลอนมีดังต่อไปนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล (Caregiver) โดยใช้กระบวนการพยาบาลและประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นอยู่กับสถานการณ์ เช่น ทฤษฎีการปรับตัวของรอย ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ทฤษฎีการตัดสินใจและกำหนดเป้าหมายร่วมกันของคิง ตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วยโดยการสอบถามอาการ ความรู้สึก ให้ผู้ป่วยเล่าอธิบาย การดูแลสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การป้องกันพลัดตกหกล้มเนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้สึกมีขาอยู่จะก้าวลงจากเตียงโดยเฉพาะกลางคืนอาจตกเตียงได้

2. ด้านการให้ความรู้และการสอน (Educator) สอนการออกกำลังกายเพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและให้ออกกำลัง phantom limb พร้อมขาปกติด้วย ฝึกหัดเดินฝึกให้ผู้ป่วยลงน้ำหนัก (weight bearing) ผ่านตอแขน - ตอขา โดยปลายของตอแขน - ตอขาสัมผัสกับวัตถุที่มีพื้นผิวหลากหลายเริ่มจากพื้นผิวอ่อนนุ่มแล้วปรับเปลี่ยนเป็นพื้นผิวหยาบและแข็งมากขึ้นตามลำดับ โดยระยะเวลาในการลงน้ำหนักเริ่มจาก 5 วินาที แล้วเพิ่มเวลาในการสัมผัสขึ้นทีละน้อยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความทนทานในการสัมผัส สอนพันตอขาด้วยผ้ายืดให้ถูกวิธี กล่าวโดยสรุปคือพยาบาลต้องอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุอาการและอาการแสดง ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยเร็วที่สุดรวมทั้งทางเลือกกิจกรรมที่บำบัดภาวะปวดหลอนเพื่อให้ผู้ป่วยจัดการอาการปวดหลอนอย่างเหมาะสมด้วยตนเอง

3. ด้านการให้คำปรึกษา (Counselor) โดยใช้ของแนวคิดของการให้คำปรึกษา เป้าหมายคือ ช่วยให้ผู้ป่วยรับคำปรึกษาเป็นตัวของตัวเอง รู้จักและเข้าใจตนเองตามสภาพความจริง มีความรับผิดชอบตัวเอง มีความคิดอย่างมีเหตุผลตัดสินใจเปลี่ยนแปลงตนเอง แก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง พัฒนาตนเอง

เต็มความสามารถที่มีอยู่ พยาบาลควรรับฟังปัญหา ดูแลด้านจิตใจ ให้กำลังใจให้ผ่อนคลายและช่วยเสริมแรงใจให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและจัดการภาวะปวดหลอนได้

4. ด้านการประสานงาน (Coordinator) การทำงานเป็นทีมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เช่น สนับสนุนการจัดกระบวนการกลุ่ม ประสานงานแผนกกายอุปกรณ์ร่วมประเมินความพร้อมการใส่อวัยวะเทียมให้เร็วที่สุด

5. ด้านการวิจัยและการพัฒนา (Researcher) ส่งเสริมนักวิจัยทางการแพทย์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะปวดหลอนแบบเชิงรุกซึ่งจะมีความสำคัญและคุณค่าต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะปวดหลอนได้ หากมีการศึกษาหรือวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดภาวะปวดหลอน เช่น ความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ การเรียนรู้ ประสบการณ์ที่หลากหลาย ปัญหาการปรับตัว เป็นต้น เพื่อได้ข้อมูลที่เป็นความจริงและเป็นปัจจุบันทำให้สามารถเข้าใจและนำผลการวิจัยไปใช้ได้ทั้งด้านการปฏิบัติพยาบาลการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะปวดหลอนและการศึกษาวิจัยในอนาคต

สรุป

ภาวะปวดหลอน ปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม เนื่องจากก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแม้ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าการปวดไม่ใช่อวัยวะที่บาดเจ็บแต่ชีวิตและหายได้ แต่กลุ่มอาการดังกล่าวส่งผลต่อความรู้สึกวิตกกังวล กลัว จนทำให้ไม่กล้าเคลื่อนไหว ผู้ป่วยจะหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมทุกอย่าง พฤติกรรมนี้ไม่ได้สัมพันธ์กับความปวดแต่เรียกว่าพฤติกรรมหลีกเลี่ยงซึ่งไม่เป็นผลดีต่อการรักษา การบำบัดภาวะปวดหลอนมีหลากหลายวิธีทั้งการใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยาซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล เป้าหมายการดูแลไม่เพียงแต่การบรรเทาอาการปวดให้ลดลงน้อยที่สุดแต่ยังส่งเสริมให้มีความมั่นใจต่อการเผชิญโรคและสามารถปรับตัวได้ พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพควรประเมินกลุ่มอาการปวดหลอน การยอมรับการสูญเสียและการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ที่ได้รับการตัดแขน-ขาเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ที่ได้รับการตัดแขน-ขา ซึ่งจะส่งผลให้ลดการเกิดภาวะปวดหลอนและเพื่อให้ผู้ที่ได้รับการตัดแขน-ขาสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นกิจกรรมการพยาบาลจึงท้าทายและสำคัญมากในการจัดการภาวะปวดหลอนโดยปฏิบัติอย่างเป็นระบบมีแบบแผนชัดเจนเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ดังนี้ 1) กำหนดแนวทางการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ หมายถึงการให้

ข้อมูลอาการที่อาจเกิดขึ้นและวิธีการจัดการภาวะปวดหลอนโดยเร็วที่สุดตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดใหม่ ๆ เพื่อขึ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ความจริง ลดความวิตกกังวล 2) พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณี (Case manager) เพื่อจัดการปัญหาร่วมกันเป็นทีมระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัวผู้ป่วยเนื่องจากภาวะปวดหลอนเป็นประสบการณ์ความรู้สึกร่วมกันของแต่ละบุคคล ดังนั้นความสามารถในการจัดการภาวะปวดหลอนนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละบุคคลรวมทั้งการเยียวยาสภาพจิตใจส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถกลับไปดำรงชีวิตกับครอบครัวอย่างปกติสุข 3) ส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นโดยจัดกลุ่มสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ป่วยที่ตัดแขน-ขาด้วยกันเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการปัญหาภาวะปวดหลอนและมองเห็นว่าผู้ป่วยอื่นก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน มุ่งเน้นเพื่อลดผลกระทบทางจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้และยอมรับตนเองได้ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- เจือกุล อโนธรมณ์. (2549). บทบาทของพยาบาลในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลอน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 24(1) : 4-13.
- ธวัชรัตน์ อินทราวุธ, ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช และชนนาถ วรรณพรศิริ. (2554). ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่สูญเสียขา. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*. 5(2) : 4-11.
- ณฤทัย กองธนะ. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องและอาการปวดหลอนในผู้ที่ได้รับการตัดขา*. บัณฑิตวิทยาลัย การพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____. (2550). *อาการปวดหลอนในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดขา*. *วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย*. 12(2) : 65-72.
- พงษ์การดี เจาพะเกษตริณ และคณะ. (2547). *ความปวด pain*. กรุงเทพฯ : บริษัทเมดิมีเดีย.
- พัทธ์ปียา สิริสาพร และเอกสิทธิ์ ภูศิริภิญโญ. (2552). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับขาเทียมระดับเหนือเข่าและใต้เข่า*. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสุขภาพ*. 20(1) : 4-9.
- ยงยุทธ ศิริปการ. (2553). *ความรู้พื้นฐานทางคลินิก การรักษาผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์*. กรุงเทพฯ : บริษัท ไอ กรุปเพรส.

- ยุวดี ฤาชา และคณะ. (2549). *สมรรถนะของพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี.
- รังสิณี พูลเพิ่ม, อุบลรัตน์ ระวังโค และขวัญเรือน ด่วนดี. (2556). ผลของการใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นประคบหน้าท้องต่อการลดความเจ็บปวดและการลดระยะเวลาของระยะปากมดลูกเปิดเร็วในมารดาครรภ์แรก. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 14(3) : 67-76.
- วรรณิ สัตยวิวัฒน์. (2554). *การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดเอ็นพีเพรส.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *รายงานฉบับสมบูรณ์สถานการณ์คนพิการในสังคมไทย : การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจความพิการและสุขภาพของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2545 และ 2550*. นนทบุรี : บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการแพทย์ฝ่ายกาย*. กรุงเทพฯ : ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- Amy Di Leo and Cecile Evans. (2013). Ten Techniques to Treat Phantom Limb Pain. *J. in Motion*. 23(4) : 24-27.
- Casale R, Alaa L, Mallick M, and Ring H. (2009). Phantom limb related phenomena and their rehabilitation after lower limb amputation. *Eur J PhysRehabil Med*. 45(4), 559-566.
- Pasquina PF, Bryant PR, Huang ME, Roberts TL, Nelson VS, Flood KM. (2006). Advances in amputee care. *Arch Phys Med Rehabil*. 87(3), 34-43.
- Tamar R. Makin, Jan Scholz, Nicola Filippini, David Henderson Slater, Irene Tracey and Heidi Johansen-Berg. (2013). Phantom pain is associated with preserved structure and function in the former hand area. *Nature Communications*. 4 (1570).
- Zidarov D, Swaine B, Gauthier-Gagnon C. (2009). Quality of life of persons with lower-limb amputation during rehabilitation and at 3-month follow-up. *Arch Phys Med Rehabil*. 90(4) : 634-645.
- Ziegler-Graham K, et al. (2008). Estimating the prevalence of limb loss in the United States: 2005-2050. *Arch Phys Med Rehabil*. 89(3) : 422-9.