

บทความวิจัย

ภาวะปวดหลอน ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย
ที่ได้รับการตัดแขนหรือขา: การวิจัยแบบผสานวิธี*
Phantom Pain, Anxiety, and Depression of Patients with
Post-Limb Amputation: Mixed Method Study

มลธิรา อุดชุมพิสัย**

นันทยา แสงทรงฤทธิ์**

Monthira Udchumpisai

Nantiya Sangsongrit

พรนภา นาคโนนหัน**

สมทรง จิระวารานันท์**

Pornnapa Naknonehan

Somsong Jiravararanun

*โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนจาก สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

*This research project was supported by Srisavaridhira Thai Red Cross Institute of Nursing

**สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย กรุงเทพฯ 10330

**Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, 10330 Thailand

Corresponding author: Somsong Jiravararanun; E-mail: jsomsong16@stin.ac.th

Received: October 24, 2025; Revised: December 3, 2025; Accepted: December 3, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการและความสัมพันธ์ของอาการปวดหลอน ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดแขนหรือขา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแขนหรือขาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 38 ราย คัดเลือกตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน 2) แบบประเมินอาการปวดหลอน และ 3) แบบสอบถามความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า พบว่า แบบสอบถามความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .93 และ .86 และค่าความเที่ยง เท่ากับ .85 และ .82 ตามลำดับ ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 มีอาการปวดหลอน โดยมีระดับความปวดปานกลาง ร้อยละ 50.00 ความปวดมาก ร้อยละ 34.21 และความปวดเล็กน้อย ร้อยละ 15.79 ลักษณะอาการปวดหลอน คือ 1) ปวดเหมือนมีอะไรข่วนอยู่ และ 2) ปวดเหมือนมีอะไรมาทิ่มแทง กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีความวิตกกังวล ร้อยละ 100 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 21.05 อาการปวดหลอนมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .326$ และ $r = .403$, $p\text{-value} < .05$ ตามลำดับ) ผลการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปพัฒนาแนวทางการบำบัดแบบบูรณาการทั้งทางกาย และจิตใจ

คำสำคัญ: อาการปวดหลอน ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยที่ได้รับการตัดแขนหรือขา

Abstract

This mixed-methods study aimed to examine the symptoms and relationships among phantom limb pain, anxiety, and depression in patients who had undergone upper or lower limb amputation. The sample consisted of 38 patients who received surgical amputation of an upper or lower limb at a university hospital, selected according to inclusion criteria. Research instruments included: 1) a demographic data form, 2) a phantom limb pain assessment tool, and 3) the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The HADS demonstrated content validity of .93 for anxiety and .86 for depression, with reliability coefficients of .85 and .82, respectively. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed that 100% of the sample experienced phantom limb pain, with 50.00% reporting moderate pain, 34.21% severe pain, and 15.79% mild pain. The main characteristics of phantom limb pain were: 1) pain as if the amputated limb were still present, and 2) pain described as stabbing or pricking. All participants (100%) had anxiety symptoms, and 21.05% had depressive symptoms. Phantom limb pain was significantly correlated with both anxiety and depression ($r = .326$, and $r = .403$, $p\text{-value} < .05$, respectively). These findings can be used to develop integrated, holistic interventions addressing both physical and psychological aspects of care.

Keywords: Phantom pain, Anxiety and depression, Post amputation patient

บทนำ

การสูญเสียแขนหรือขาจากการได้รับบาดเจ็บรุนแรงหรือโรคเรื้อรัง เป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั่วโลก การวิเคราะห์ข้อมูลของ Global Burden of Disease (GBD) ในปี ค.ศ. 2021 พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตัดแขนหรือขาจากการบาดเจ็บ (traumatic amputations) ทั่วโลกประมาณ 445.20 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2565 ระบุว่า มีผู้พิการที่สูญเสียแขนหรือขาในปี พ.ศ. 2560 ประมาณ 3,694,379 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 4,192,291 คน ในปี พ.ศ. 2565 ส่วนใหญ่เป็นผู้พิการที่มีความลำบากในการเคลื่อนไหว² สาเหตุหลักของการสูญเสีย

อวัยวะมักเกิดจากอุบัติเหตุทางจราจร การบาดเจ็บจากการทำงานอย่างรุนแรง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันและเนื้อตาย และการติดเชื้อเรื้อรังหรือมะเร็งในบริเวณปลายแขนหรือขา โดยไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีอื่น³⁻⁴ ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มบาดเจ็บรุนแรง การตัดแขนหรือขามักเป็นวิธีการรักษาเร่งด่วนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต เช่น ภาวะช็อก หรือในกรณีที่แขนหรือขานั้นมีเนื้อเยื่อที่เสียหายรุนแรงจนไม่สามารถรักษาหรือฟื้นฟูได้ ส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การตัดแขนหรือขามักเป็นทางเลือกสุดท้ายเมื่อการรักษาทางการแพทย์ไม่สามารถควบคุมโรคหรือป้องกันการลุกลาม

ของภาวะเนื้อตายได้⁵ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้จำนวนของผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียแขนหรือขาเพื่อรักษาชีวิตมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น

การสูญเสียอวัยวะดังกล่าวข้างต้น นอกจากจะกระทบร่างกายทำให้ผู้ป่วยต้องเป็นผู้พิการแล้วยังทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะปวดหลอน (phantom limb pain: PLP) โดยผู้ที่ถูกตัดอวัยวะส่วนใหญ่จะมีอาการปวดหลอนในแขนหรือขาที่ถูกตัด และมีความรู้สึกว้าวแขนหรือขานั้นยังอยู่กับร่างกาย ยังมีการเคลื่อนไหว (phantom limb sensations: PLS) ลักษณะการปวดมีหลากหลาย เช่น รู้สึกเหมือนโดนแทง แสบร้อน ตึงหน่วง เกร็ง อาจรู้สึกเป็น ๆ หาย ๆ หรือปวดต่อเนื่อง⁶ และมักเริ่มปวดในไม่กี่วันหรืออาจถึงสัปดาห์หลังผ่าตัด ซึ่งอาจเกิดได้เร็วภายในชั่วโมงหรือเกิดช้าต่อมาหลายสัปดาห์ ผลการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า อุบัติการณ์ของ PLP สูงถึงร้อยละ 82.00 ในช่วง 1 ปีหลังการตัดอวัยวะ และอุบัติการณ์ของ PLP ตลอดชีวิตอยู่ระหว่าง ร้อยละ 76.00 - 87.00 ขณะที่อุบัติการณ์ PLS ที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตสูงถึง ร้อยละ 87.00⁷ โดยภาวะปวดหลอนเกิดจากสมองใหญ่ส่วนนอก (cerebral cortex) และสมองส่วนทาลามัส (thalamus) ได้จดจำ และบันทึกไว้แล้วว่า แขน ขา มือ และอวัยวะต่าง ๆ มีรูปลักษณะอย่างไร เคลื่อนไหวอย่างไร และทำกิจกรรมอะไรบ้าง เมื่อมีการสูญเสียอวัยวะนั้น ๆ ไป แต่สมองยังมีการบันทึกข้อมูลดังกล่าวไว้ จึงเกิดกลุ่มอาการปวดหลอนขึ้น นอกจากนี้ อาจเกิดจากต้นทางเส้นประสาทส่วนปลายของอวัยวะนั้น ๆ ที่ยังเหลือค้างอยู่ได้ส่งกระแสไฟฟ้าหรือส่งสัญญาณกลับไปที่สมอง ทำให้สมองส่วนนั้น ๆ เข้าใจว่ายังมีอวัยวะนั้นอยู่ และถ้าแปลความหมายผิด ก็อาจก่อให้เกิดอาการปวดอวัยวะนั้น ๆ ขึ้นได้ ทั้ง ๆ ที่ไม่มีอวัยวะนั้นอยู่แล้วหรือถูกตัดไปแล้ว^{6,8} ซึ่งความเจ็บปวดชนิดนี้ส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ส่งผลให้เกิดภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยตามมาได้

จากการศึกษาวิจัย พบว่า ภาวะปวดหลอนมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า⁹ ผู้ที่มีภาวะปวดหลอนจากการสูญเสียอวัยวะมีอัตรา

การเกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล โรคเครียดหลังเหตุการณ์ร้ายแรง และอาการคิดฆ่าตัวตาย สูงกว่าผู้ที่ไม่มียาภาวะนี้ อย่างมีนัยสำคัญ¹⁰ นอกจากนี้ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ยังเพิ่มความรุนแรงของอาการปวดหลอน โดยจะไปกระตุ้นการตอบสนองของระบบประสาทส่วนกลาง และความไวเกิน (hypersensitivity) อีกด้วย¹¹ รวมถึงยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และการปรับตัวของผู้ป่วยอีกด้วย¹² อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว และผู้ดูแล ทำให้เกิดความกังวล ความเครียด และความวิตกกังวลสูง เนื่องจากต้องปรับบทบาทการดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการใหม่ รวมถึงเพิ่มภาระทั้งทางร่างกาย และจิตใจของผู้ดูแล ส่วนในด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดแขนหรือขามักเป็นวัยทำงาน จึงกระทบต่อรายได้ ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ และการฟื้นฟูสภาพร่างกายมีราคาที่สูง ซึ่งสร้างภาระทางการเงินแก่ครอบครัว และระบบสาธารณสุข¹³⁻¹⁵ ดังนั้น ภาวะปวดหลอนควรได้รับการประเมิน และดูแลควบคู่กับภาวะสุขภาพจิต เพื่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้ป่วยหลังตัดอวัยวะ การมีปัญหสุขภาพจิต และปวดหลอนร่วมกันนี้ จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัย พร้อมทั้งการดูแลอย่างครบวงจร เพื่อเพิ่มโอกาสในการฟื้นฟู ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การศึกษาเกี่ยวกับภาวะปวดหลอน ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า มีความสำคัญ และจำเป็นสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ รวมถึงระบบสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า ข้อมูลยังมีจำกัด ส่วนใหญ่ศึกษาในต่างประเทศ โดยเป็นการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะปวดหลอน⁷ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด¹⁴ ผลกระทบทางร่างกาย และจิตใจของภาวะเหล่านี้^{6,8} รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดหลอนกับภาวะสุขภาพจิต ซึ่งส่งผลกระทบต่ออาการฟื้นฟู และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย^{9-10,13,15} สำหรับในประเทศไทยพบเพียง 1 งานวิจัย เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตัดขาที่มีภาวะปวดหลอน¹² ซึ่งยังขาดข้อมูลเชิงลึกที่ช่วยให้เข้าใจประสบการณ์ และปัจจัยที่ส่งผลต่อ

การจัดการภาวะปวดหลอน ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ดังนั้น การศึกษาภาวะปวดหลอน ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดแขนหรือขาด้วยการใช้วิธีประสานวิธี (mixed method study) จะเป็นแนวทางที่ได้ข้อมูลเชิงลึก ทั้งด้านสถิติและประสบการณ์ตรงของผู้ป่วย เพื่อพัฒนาการดูแลรวมถึงแผนการรักษาที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ผลการศึกษจะเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทุกมิติ และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายสาธารณสุขเพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างครบถ้วน และมีประสิทธิภาพมากขึ้น พร้อมทั้งส่งเสริมให้บุคลากรทางสุขภาพ เช่น พยาบาล และนักบำบัด สามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วย

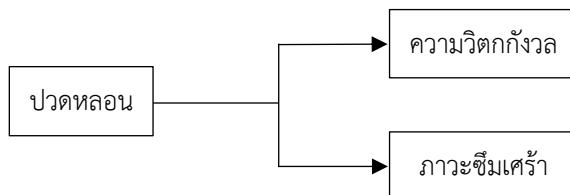
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับอาการปวดหลอน ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดแขนหรือขา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดหลอน ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดแขนหรือขา
3. เพื่อศึกษาลักษณะอาการปวดหลอน ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดแขนหรือขา และแนวทางการจัดการ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Model)¹⁶ ซึ่งกล่าวว่า บุคคลเป็นระบบหนึ่ง มีลักษณะเป็นหน่วยเดียว ไม่อาจแยกร่างกาย และจิตใจออกจากกันได้ บุคคลมีการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ที่เป็นผลมาจากการทำงานประสานกันของ 2 ระบบย่อย คือ ระบบการรู้คิด (cognator subsystem) และระบบควบคุมทางสรีระ (regulator subsystem) โดยระบบการรู้คิดเป็นกลไกการตอบสนองต่อสิ่งเร้าผ่านช่องทางกระบวนการรับรู้ และการให้ข้อมูลการเรียนรู้ การตัดสินใจ และอารมณ์ ส่วนระบบการควบคุมเป็นกลไกการควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายทางสรีรวิทยาการทำงานของระบบทั้งสองนี้ จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมปรับตัว 4 ด้าน คือ การปรับตัวด้านสรีระ การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านพึงพา โดยแสดงออกเป็นพฤติกรรมทั้งสี่ด้านหรือด้านใดด้านหนึ่ง และอาจเป็นพฤติกรรมปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ หรือพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ¹⁶

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มุ่งศึกษาการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดแขนหรือขา ซึ่งเป็นการปรับตัวเพื่อความมั่นคงทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับความคาดหวัง ค่านิยม อุดมคติ การให้คุณค่า ปณิธานที่ตนเองยึดถือ ซึ่งเมื่อมีการสูญเสียแขนหรือขาจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น โดยหากปรับตัวได้ดีผู้ป่วยจะมีความปวด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร่าลดลง รายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีชนิดคู่ขนานเข้าหากัน (convergent parallel mixed method study) เป็นการศึกษาที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพไปพร้อม ๆ กัน ในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน จากนั้นนำผลที่ได้มาพิจารณาความสอดคล้องในการตอบแบบสอบถามการวิจัย เพื่อให้ผลการวิจัยสมบูรณ์ขึ้น¹⁷ และเป็นการศึกษาเกี่ยวกับอาการปวดหลอนในช่วง 1 สัปดาห์แรกภายหลังได้รับการตัดแขนหรือขา ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดแขนหรือขา เป็นการศึกษาเชิงปริมาณที่ใช้แบบสอบถาม (questionnaire) ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ถึงความรู้สึกรู้สึกของอาการปวดหลอน ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น เพื่อตอบคำถามการวิจัยให้ชัดเจนขึ้น ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่ เดือนมิถุนายน 2563 ถึง เดือนมิถุนายน 2566 ซึ่งใช้ระยะเวลานาน เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะมีน้อย และสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลจำกัดการเข้าพื้นที่ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่ได้รับการตัดแขนหรือขา สาเหตุจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยด้วยโรค และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งมีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1. อายุมากกว่า 18 ปี
2. ไม่อยู่ในภาวะช็อก มีอาการทางคลินิกคงที่ไม่น้อยกว่า 72 ชั่วโมงหลังออกจากห้องผ่าตัด

ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป

3. รู้สึกตัวดี สื่อสารได้เข้าใจ Glasgow Coma Scale ในวันสัมภาษณ์ > 8 คะแนน

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลมีอาการทางคลินิกแย่งระหว่างการให้ข้อมูล และไม่ประสงค์จะให้ข้อมูลต่อภายหลังอาการดีขึ้นแล้ว

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ (correlation sample size) คือ $N = [(Z\alpha + Z\beta)/C]^2 + 3$ อ้างอิงจากจาก Hulley และคณะ¹⁸ โดย

The standard normal deviate for $\alpha = Z\alpha = 1.96$

The standard normal deviate for $\beta = Z\beta = .84$

$C = .50 * \ln([1+r]/[1-r]) = .47$ (อ้างอิงค่า $r = .44$)¹⁹

ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด $(N) = [(Z\alpha + Z\beta)/C]^2 + 3 = 38$

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว สาเหตุที่ทำให้สูญเสียอวัยวะ อวัยวะและระดับที่ถูกตัด และผู้ดูแลหลักเมื่อสูญเสียอวัยวะ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการปวดหลอน ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการปวด (pain scale) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ทั้งในงานวิจัย และการรักษาโรคทั่วไป

รวมถึงในประเทศไทย โดยจะใช้ตัวเลข 0 - 10 ในการระบุระดับความรุนแรงของอาการปวด โดย 0 หมายถึงไม่มีอาการปวดเลย และ 10 หมายถึงปวดมากที่สุดให้ผู้ป่วยบอกถึงตัวเลขที่แสดงถึงความปวดที่ผู้ป่วยมีขณะนั้น ๆ โดยแบ่งระดับความรุนแรงของอาการปวดคือ 0 คะแนน หมายถึงไม่ปวดเลย 1 - 3 คะแนน หมายถึงปวดระดับเล็กน้อย 4 - 6 คะแนน หมายถึงปวดระดับปานกลาง และ 7 - 10 คะแนน หมายถึงปวดระดับรุนแรง²⁰

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบสอบถามที่ใช้คัดกรองปัญหาความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง โดยธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ²¹ ได้พัฒนาขึ้นจากแบบสอบถามฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond and Snaith ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้แบบประเมินนี้ฉบับภาษาไทยโดยแบบสอบถามความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามีจำนวน 14 ข้อ ในกลุ่มอาการวิตกกังวล คิดคะแนนข้อที่ทั้งหมด (1, 3, 5, 7, 9, 11 และ 13) รวมกัน และกลุ่มอาการซึมเศร้า คิดคะแนนข้อคู่ทั้งหมด (2, 4, 6, 8, 10, 12 และ 14) การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วน (Likert scale) มีคะแนนข้อละ 0 - 3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า คะแนนรวมในกลุ่มอาการใดที่มากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนนจะบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีอาการในกลุ่มนั้น ๆ ซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน รวมถึงมีความน่าเชื่อถือโดยมีความไว (sensitivity) สำหรับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า สูงถึงร้อยละ 100 และ 85.71 ตามลำดับ มีความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 86.00 และ 91.30 ตามลำดับ การศึกษาในครั้งนี้ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .93 และ .86 ตามลำดับ และวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับกลุ่มอาการ

วิตกกังวล เท่ากับ .85 และ .82 สำหรับกลุ่มอาการซึมเศร้า²¹

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย IRB No. 269/62 ลงวันที่ 20 มิถุนายน 2562 และต่ออายุ 1 ปี 3 ครั้ง เนื่องจากโรงพยาบาลมีนโยบายงดเก็บข้อมูลทุกโครงการวิจัยเพื่อจำกัดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตั้งแต่ พ.ศ. 2562 - 2563 ทั้งนี้การเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยยึดหลัก Belmont report คือ ก่อนเริ่มการวิจัยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ และความเสี่ยงของการเข้าร่วมโครงการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเสียง และรับรองการเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการยืนยันว่าจะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัว เสี่ยงการสัมภาษณ์ในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์จะถูกเก็บในฮาร์ดไดรฟ์คอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยที่มีรหัสผ่านเข้าถึงได้เฉพาะทีมวิจัยเท่านั้น และข้อมูลทั้งหมดจะใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น โดยจะถูกทำลายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาล และหากขณะสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเครียด ทางผู้วิจัยจะหยุดพักจนกว่าจะพร้อมสัมภาษณ์ต่อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว ผู้วิจัยนำจดหมายจากหน่วยงานต้นสังกัดส่งถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา รวมทั้งขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการตอบรับผู้วิจัยประสานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล แพทย์ และ

หัวหน้าพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปของโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการศึกษา และกระบวนการในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่เก็บข้อมูลดังกล่าวในการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนด และพยาบาลเป็นผู้ขออนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบ เมื่อผู้ป่วยอนุญาต ผู้วิจัยจึงเข้าพบผู้ป่วยเพื่อแนะนำตัว อธิบายรายละเอียดของการวิจัย การตอบแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์จากแนวคำถามปลายเปิด พร้อมทั้งบันทึกเสียงการสัมภาษณ์

3. หากผู้ป่วยให้ความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผู้ป่วยออกมาจากห้องผ่าตัด และมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โดยข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถาม แบบประเมินอาการปวดหลอน และแบบสอบถามความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview guideline) ซึ่งเริ่มด้วยคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับอาการปวดหลอน ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย พร้อมทั้งบันทึกเสียงการสัมภาษณ์

5. ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (SPSS Version 27) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) เป็นกระบวนการที่รวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และ

เชิงคุณภาพเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เข้าใจข้อมูลได้อย่างลึกซึ้ง และครบถ้วนกว่าการใช้วิธีใดวิธีหนึ่งอย่างเดียว โดยมีหลักสำคัญ ดังนี้¹⁷

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ปวดหลอน ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความปวด กับคะแนนความวิตกกังวล และคะแนนอาการซึมเศร้า ซึ่งมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation)

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative analysis) ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อสรุปประเด็นสำคัญจากข้อมูลเชิงลึก เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต หรือเอกสารที่เกี่ยวข้อง

3. การผสมผสานข้อมูล (data integration) โดยการผสมผสานทั้งสองแหล่งข้อมูล อ้างอิงเนื้อหาของแต่ละข้อมูล และให้มุมมองที่ลึกซึ้งกว่าการใช้ข้อมูลแบบเดียว เพื่อเข้าใจบริบทได้ครบทั้งภาพรวมและรายละเอียด

ผลการวิจัย

ภาวะปวดหลอน ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดแขนหรือขา ผลการศึกษาแบ่งการนำเสนอออกเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 ค่าคะแนน ระดับ และลักษณะภาวะปวดหลอน ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดหลอน ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง และส่วนที่ 4 ลักษณะอาการปวดหลอน ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 38 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 24 ราย และเพศหญิง จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.16 และ 36.84 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุในช่วงวัยทำงาน

โดยมีอายุตั้งแต่ 20 - 60 ปี จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.05 และเป็นผู้สูงอายุ (มากกว่า 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.95 มีสถานภาพแต่งงานแล้ว คิดเป็นร้อยละ 57.90 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.58 รองลงมา คือ ระดับมัธยมต้น 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.95 ประกอบอาชีพรับจ้าง/ขับรถส่งของ/ขับรถบรรทุก จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.58 รองลงมา คือ ไม่ได้ทำงาน/เกษียณ จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.68 มีรายได้เฉลี่ย 10,000 - 20,000 บาท จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.58 รองลงมา คือ รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.31 และมีสิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.26

สาเหตุการสูญเสียอวัยวะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสาเหตุของการสูญเสียอวัยวะจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.84 อุบัติเหตุในโรงงาน จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.64 และเจ็บป่วยจากโรค เช่น มีเนื้องอก/มะเร็งหลอดเลือดอุดตัน จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.53 แผลเบาหวานติดเชื้อ/ติดเชื้อกระดูก จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.21 บริเวณที่ตัดขาในระดับต่ำกว่าเข่า (below knee amputation) จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.53 บริเวณขาในระดับเหนือเข่า (above knee amputation) จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.58 และบริเวณแขน จำนวน 3 ราย คิดเป็น

ร้อยละ 7.89 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้เกือบทั้งหมดมีผู้ดูแลประจำ คิดเป็นร้อยละ 94.74 โดยมีเพียง 2 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 5.26 ที่ไม่มีผู้ดูแลประจำ นอกจากนั้นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว จำนวน 36 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 94.74

ส่วนที่ 2 ค่าคะแนน ระดับอาการปวดหลอน

ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าทุกรายมีอาการปวดหลอน หรือคิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีระดับความปวดเล็กน้อย (0 - 3 คะแนน) จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.79 ระดับความปวดปานกลาง (4 - 6 คะแนน) จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.00 และระดับความปวดรุนแรง (7 - 10 คะแนน) จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.21 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการรักษาด้วยการให้ยาระงับอาการปวดภายหลังการผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์

ข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีความวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 100 (คะแนนตั้งแต่ 11 - 16, Mean = 12.29, SD = 1.31) สำหรับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 30 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 78.95 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ในขณะที่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 ราย มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 21.05 ซึ่งต้องได้รับการเฝ้าระวังติดตาม และส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ โดยมีระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ 6 - 13 คะแนน (Mean = 9.61, SD = 1.53) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับอาการปวดหลอน ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 38)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาการปวดหลอน (Min = 0, Max = 10, Mean = 5.82, SD = 2.59)	38	100
- ระดับความปวด 0 - 3 คะแนน (ปวดเล็กน้อย)	6	15.79
- ระดับความปวด 4 - 6 คะแนน (ปวดปานกลาง)	19	50.00
- ระดับความปวด 7 - 10 คะแนน (ปวดมาก)	13	34.21
คะแนนความวิตกกังวล (Min = 11, Max = 16, Mean = 12.29, SD = 1.31)		
- น้อยกว่า 11 คะแนน (ไม่มีความวิตกกังวล)	0	0
- ตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป (มีความวิตกกังวล)	38	100

ตารางที่ 1 ระดับอาการปวดหลอน ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 38) (ต่อ)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คะแนนภาวะซึมเศร้า (Min = 6, Max = 13, Mean = 9.61, SD = 1.53)		
- น้อยกว่า 11 คะแนน (ไม่มีภาวะซึมเศร้า)	30	78.95
- ตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป (มีภาวะซึมเศร้า)	8	21.05

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดหลอน ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า อาการปวดหลอน

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล ($r = .326$, $p\text{-value} < .05$) และภาวะซึมเศร้า ($r = .403$, $p\text{-value} < .05$) ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของอาการปวดหลอน ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 38)

ตัวแปร	1	2	3
1. ปวดหลอน	1.000		
2. ความวิตกกังวล	.326*	1.000	
3. ภาวะซึมเศร้า	.403*	.608**	1.000

* $p\text{-value} < .05$, ** $p\text{-value} < .01$

ส่วนที่ 4 ลักษณะอาการปวดหลอน ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดแขนหรือขา แนวทางการจัดการตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือ

ลักษณะอาการปวดหลอนภายหลังสูญเสียอวัยวะ

กลุ่มตัวอย่างอธิบายลักษณะอาการปวดหลอน คือ 1) ปวดเหมือนมีอวัยวะนั้นอยู่ รู้สึกว่าอวัยวะนั้นมีการกระตุกตลอดเวลาซึ่งจริง ๆ คือ ผ่าตัดไปแล้ว และ 2) ปวดเหมือนมีอะไรมาทิ่มแทง บางครั้งปวดตื้อ ๆ เหมือนโดนตอกตะปู ทำให้รู้สึกทรมานกับอาการปวดจนไม่สามารถนอนได้ ต้องตื่นขึ้นมาในช่วงกลางดึก

“...รู้สึกปวดบางครั้งเื่อยมือไปเกาแต่ลืมไปว่าไม่มีขาแล้ว บางครั้งรู้สึกตึง ๆ ถึงปลายเท้า รู้สึกเท้าชา ที่ไหนได้เราไม่มีขาแล้ว...” (P13)

“...มีอาการปวดตื้อ ๆ ตรงแผล ปวดมาก รู้สึกทรมานมากเหมือนยังมีขาอยู่เหมือนมัน (ปลายนิ้วเท้า) กระตุกตลอดเวลา...” (P26)

“...ปวดบ้างบางครั้ง ปวดจนนอนไม่ได้ เวลาปวดนั้นเหมือนอะไรแทงเข้าไปลึก ๆ ปวดตื้อ ๆ หนึบ ๆ ปวดลึก ๆ ไปลึก ๆ เหมือนตอกตะปู...” (P17)

กลุ่มตัวอย่างอธิบายสิ่งที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลอนว่ารู้สึกปวดมากขึ้น เมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น เวลาขยับ พลิกตะแคงตัวหรือการเปลี่ยนท่าจากท่านอนมาเป็นท่านั่ง ก็ปวดมากขึ้น โดยเฉพาะบริเวณตอแผล (stump)

“...ตอนขยับตัวจะปวดขา ปวดทุกส่วนที่มีตอนนอนอยู่เฉย ๆ ก็ปวดแต่น้อยกว่าตอนขยับ...” (P26)

“...นอนเฉย ๆ ก็ปวดแต่ไม่มาก ถ้าขยับตัวนอนตะแคงจะปวดมากโดยเฉพาะตรงตอแผล...” (P16)

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายบอกว่าอาการปวดบางครั้งไม่สัมพันธ์กับสิ่งใดเลย โดยอาการปวดจะเกิดขึ้นเองขณะนอนพักหรือรู้สึกปวดโดยไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายหรือทำกิจกรรมอย่างอื่น

“...นึกอยากจะเป็นก็เป็นไม่สัมพันธ์กับอะไร มันอยากจะปวดหรือรู้สึกเส้นกระดูกเมื่อไรก็ได้ มันเป็นขึ้นมาเอง...” (P3)

การจัดการตนเองเมื่อมีอาการปวดหลอน

เมื่อมีอาการปวดหลอน กลุ่มตัวอย่างพยายามบอกตนเองว่าไม่มีอาการนั้นแล้ว เพื่อจะได้ไม่รู้สึกปวดและขอยาแก้ปวดจากเจ้าหน้าที่ ทั้งยาฉีด และยารับประทานเพื่อให้อาการทุเลาลง นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างยังใช้วิธีการจัดการกับอาการปวดแบบอื่น ๆ เช่น การจัดทำที่สุขสบาย การเบี่ยงเบนความสนใจ รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจจากคนในครอบครัวจะทำให้มีกำลังใจดีขึ้น

“...เวลาปวดจะขอยาแก้ปวด ขอยาหมออย่างเดียว บอกพยาบาลได้เลย คอยดูแลตลอด พยายามไม่คิดถึงบอกกับตัวเองว่าไม่มีแล้ว...” (P8)

“...เวลาปวดจะคุยกับแม่ พี่สาวที่คอยให้กำลังใจ ทำให้ลืมอาการปวดนั้นไป ไม่คิดมาก คนอื่นเป็นยิ่งกว่าเรายังมี...” (P27)

ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างอธิบายลักษณะความวิตกกังวลภายหลังการสูญเสียอวัยวะว่า กลัวไม่มีใครต้องการ เพราะไม่มีประโยชน์ เหมือนเป็นคนไร้ความสามารถ กังวลเกี่ยวกับเรื่องของการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงานหารายได้ และการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่จากการเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องมาเป็นผู้พึ่งพา เพราะทำหน้าที่ได้ไม่เหมือนเดิม

“...กังวลเรื่องตกราง สักมบบางส่วนยอมรับ แต่ผมเอาไว้ทีหลัง ผมจะมองคนที่รักผม ยังรักผมก็จะไม่ใช่เรียส ครั้นนี้ที่ผมแขนด้วนสิ่งที่กังวลมาก คือ ไม่มีใครต้องการ ไม่เห็นว่าผมมีประโยชน์สำหรับชีวิตใคร...” (P22)

“...ใจอยากจะทำอะไรให้ทำมาหากินได้ แต่มันไม่ไหวมันอีกเสบจนต้องตัด เหมือนเป็นคนไร้ความสามารถไปเลย ทำงานหาเงินไม่ได้ เราต้องกลายเป็นคนขาดรายได้ เข้าห้องน้ำก็ลำบาก ลูกก็ยังเล็ก เมียก็ตัวเล็ก พ่อแม่ก็แก่ลงทุกวัน ใครจะมาทำหน้าที่แทน

เมื่อเราเดินไม่ได้ใครจะมาดูแลแทน ไปส่งลูกที่โรงเรียนก็ไม่ได้...” (P13)

อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างบางรายที่สูญเสียอวัยวะสามารถเผชิญกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ดี เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นผู้ดูแลหลัก นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังบอกว่าปัจจุบันวิวัฒนาการด้านการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่สูญเสียอวัยวะสามารถใส่กายอุปกรณ์ขาเทียมหรือแขนเทียมที่จะช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนปกติ จึงทำให้รู้สึกกังวลไม่มาก

“...ไม่ค่อยกังวลเท่าที่ควร ตอนนี้มีพร้อมทั้งด้านครอบครัว ลูกภรรยาคอยดูแล...” (P7)

“...ไม่ค่อยกังวลเท่าไร เพราะทุกวันนี้ก็มีขาเทียม แต่ก็ไม่รู้จะเดินถนัดเหมือนเดิมหรือเปล่า กังวลเรื่องแผลรักษายังไม่ถึงจะหายปกติ เพราะที่ผ่านมาแผลรักษาก็ค้อยแล้วค้อยแล้วก็ไม่ดีขึ้นต้องตัดอีก...” (P17)

การจัดการความวิตกกังวลเมื่อเผชิญกับการสูญเสียอวัยวะ

กลุ่มตัวอย่างจัดการกับความวิตกกังวลของตนเองโดยการปรับความคิดให้มองโลกในแง่บวก การทำใจให้ยอมรับกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นโดยใช้ธรรมะ และพยายามเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การพูดคุยระบายความรู้สึกกับบุคคลที่ไว้วางใจ และการหากิจกรรมหรืองานอดิเรกต่าง ๆ ทำ

“...พยายามมองโลกในแง่บวก ตั้งธรรมะเข้ามาในจิตใจ ปรับความคิดว่าเข้ามาแล้วก็ผ่านไป เอาธรรมะเข้ามา เช่น เมื่อคืนพี่สาวบอกให้สวดมนต์ก่อนนอน แต่เราไม่ทำเพราะเราไม่มีอารมณ์ แต่พอมีอาการปวดก็สวดมนต์ตามเดิมช่วยลดความกังวลลดอาการปวดได้ค่ะ...” (P8)

“...หาอะไรทำ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง เล่นเกมจะได้ไม่คิดมาก จะเล่าบอกแม่ บอกคนในครอบครัว โดยเฉพาะเรื่องที่จะไม่มีคนรับเข้าทำงานในอนาคต...” (P35)

ความต้องการการช่วยเหลือเมื่อเผชิญกับการสูญเสียอวัยวะ

กลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น ขาเทียม การทำกายภาพบำบัด การเงิน สิทธิลดค่าใช้จ่ายการรักษาสำหรับคนพิการ เพื่อให้ตนเองสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติให้มากที่สุด และอยากให้มีการสนับสนุนเพื่อช่วยในเรื่องของค่าครองชีพ

“...อยากให้มีการลงทุนสักกองหนึ่งเอาไว้ส่งลูกเรียน เพราะว่าเหตุที่เกิดเราไม่ผิด การทำบัตรคนพิการที่จะสามารถรักษาได้ฟรี อยากให้ลดค่าใช้จ่ายส่วนเกินเพราะตนเองก็สามารถหาเงินมาให้ครอบครัวได้แล้ว...” (P2)

“...อยากได้คำแนะนำเกี่ยวกับแขนเทียมว่าแบบไหนดีให้เหมาะสมกับการไปทำงาน เพราะที่บ้านข้าบเล็ก อยากให้มีแขนเทียมกลับไปใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม เพราะเป็นเสาหลักของที่บ้าน อยากใช้ชีวิตเหมือนเดิมหรือใกล้เคียงมากที่สุด...” (P23)

“...อยากได้ขาเทียมก่อนเลยอันดับแรก ถ้ามีขาเทียมก็น่าจะเดินได้อยู่ อยากได้แต่ขาเทียมอย่างเดียวจะได้ไปไหนมาไหนได้สะดวก...” (P16)

การอภิปรายผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาระดับอาการปวดหลอน ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดแขนหรือขา

กลุ่มตัวอย่างทุกรายในการศึกษาคั้งนี้พบว่า มีอาการปวดหลอน โดยส่วนใหญ่มีระดับความปวดปานกลาง (4 - 6 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมา คือ ระดับความปวดรุนแรง (7 - 10 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 34.21 กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการรักษาด้วยการให้ยาระงับอาการปวดภายหลังการผ่าตัดตามแผนการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80.00 ที่ผ่านการตัดแขนหรือขาจะมีภาวะปวดหลอน⁸ โดยอธิบายได้ว่า เกิดจากสมองบริเวณที่เคยรับรู้จากแขนหรือขาที่ถูกตัดจะถูกแทนที่ด้วยกิจกรรมจากบริเวณอื่น

ทำให้เกิดสัญญาณความเจ็บปวดผิดปกติ ลักษณะการปวดจะเป็นความรู้สึกเจ็บปวดหรือการรับรู้ความรู้สึกผิดปกติในอวัยวะที่ไม่มีจริง ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัว¹³ นอกจากนี้ อาการปวดหลอนยังส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การเดิน การนั่ง และการใช้ชีวิตโดยทั่วไป ทำให้ความสามารถในการดูแลตัวเองลดลง²² การจัดการภาวะนี้ จึงควรครอบคลุมทั้งการรักษาทางยา การฟื้นฟู และการสนับสนุนทางจิตใจ เช่น การใช้เทคนิคบำบัดทางประสาท เช่น mirror therapy หรือเทคนิคบำบัดทางจิตใจเพื่อบรรเทาอาการ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁸ การให้ข้อมูลที่เหมาะสม และทันเวลาเกี่ยวกับภาวะปวดหลอนเป็นสิ่งจำเป็น เพราะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจพร้อมทั้งเตรียมตัวรับมือกับอาการได้ดีขึ้น²² ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่า การดูแลผู้ป่วยหลังการตัดอวัยวะจึงต้องมีการเฝ้าระวัง และจัดการอาการปวดหลอนอย่างรอบคอบ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตในระยะยาว

กลุ่มตัวอย่างทุกรายในการศึกษาคั้งนี้มีความวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 100 และข้อมูลเชิงคุณภาพระบุว่า ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับความกังวลเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงานหารายได้ และการเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของการเป็นหัวหน้าครอบครัวที่เปลี่ยนมาเป็นผู้พึ่งพาเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุในช่วงวัยทำงาน โดยมีอายุเฉลี่ย ตั้งแต่ 20 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 71.05 และ จำนวน 1 ใน 3 ประกอบอาชีพรับจ้าง ซึ่งอาการวิตกกังวลเป็นอาการที่พบบ่อยทันทีหลังผ่าตัด และพบได้มากกว่า ร้อยละ 47.40¹⁵ นอกจากนั้น การศึกษาผลกระทบทางจิตใจของผู้ป่วยที่ผ่านการตัดอวัยวะ โดยใช้วิธีวิเคราะห์ปรากฏการณ์เชิงตีความ (interpretative phenomenological analysis) ระบุว่า ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต ความไม่แน่นอน และสูญเสียการควบคุม ซึ่งส่งผลให้นอนไม่หลับ และมีความโกรธต่อข้อจำกัดของตนเอง รวมถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ตลอดจนมีแนวโน้มที่จะแยกตัวออกจากสังคม¹³

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังติดตาม และส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.05 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวางในต่างประเทศที่ประเมินภาวะปวดหลอน ปัญหาสุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้าในผู้ที่ได้รับการตัดอวัยวะ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย จำนวน 60 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 61.70 มีปัญหาสุขภาพจิต โดยร้อยละ 58.30 มีอาการซึมเศร้า⁹ นอกจากนี้ การศึกษาระยะยาวในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดแขนหรือขาข้างขนาดใหญ่เพื่อประเมินอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าหลังการผ่าตัด พบว่า อาการวิตกกังวลและซึมเศร้าเป็นอาการที่พบบ่อยทันทีหลังผ่าตัด ซึ่งร้อยละ 47.40 ของผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวล และร้อยละ 79.20 มีอาการซึมเศร้าในช่วงแรก¹⁵ อธิบายได้ว่า เนื่องจากบริบทของสังคมไทย มีการสนับสนุนทางสังคม และครอบครัวที่เข้มแข็ง จะเห็นได้จากข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เกือบทั้งหมด หรือคิดเป็นร้อยละ 94.74 มีผู้ดูแลประจำ และเป็นบุคคลในครอบครัว ซึ่งการมีผู้ดูแลประจำจากครอบครัวช่วยลดภาวะโดดเดี่ยว รวมถึงภาระทางจิตใจ¹³ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เกิดภาวะซึมเศร้าจำนวนน้อย นอกจากนี้ ระบบสวัสดิการสุขภาพ และสิทธิการรักษาที่ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย โดยกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 55.26 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งช่วยลดความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้มีช่องทางเข้าถึงการรักษา และการดูแลสุขภาพจิตได้ดีกว่ากลุ่มประเทศที่มีข้อจำกัดด้านระบบสุขภาพ² อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเห็นว่า ในผู้ป่วยตัดแขนหรือขาที่มีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลเป็นปัญหาที่พบบ่อย และต้องมีการดูแลแบบบูรณาการร่วม ทั้งร่างกาย และจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟู และกลับสู่ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น นอกจากนี้ อารมณ์ และปัญหาด้านจิตสังคม เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึ

โดดเดี่ยว มีบทบาทสำคัญต่อการรับรู้ และจัดการภาวะปวดหลอน²²

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดหลอน ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดแขนหรือขา

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อาการปวดหลอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล ($r = .326$, $p\text{-value} < .05$) และภาวะซึมเศร้า ($r = .403$, $p\text{-value} < .05$) ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องตามกรอบแนวคิด Roy's Adaptation Model ที่อธิบายว่า อาการปวดเป็นสิ่งเร้าหลักในด้านร่างกายที่ทำให้การปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล (anxiety) และภาวะซึมเศร้า (depression) ในด้านจิตใจภาวะเหล่านี้ทำให้ความสามารถในการปรับตัว (adaptation) ลดลง ส่งผลให้อาการปวดรุนแรงขึ้น และทำให้ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าแย่ลงอย่างต่อเนื่อง¹⁶ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ทำการจำลองตัวตนในโลกเสมือน (embodiment) ของผู้ป่วยที่มีการตัดขามีผลเพิ่มระดับความวิตกกังวลเมื่อเทียบกับการรับรู้ร่างกายปกติ²³ และผู้ที่มีอาการปวดหลอนมักพบปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในอัตราที่สูงกว่า⁹⁻¹⁰ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า อาการปวดหลอนไม่ได้เกี่ยวข้องเพียงแต่ความรู้สึกทางร่างกายหรือกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อสถานะอารมณ์ และสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ป่วยอีกด้วย¹¹ ดังนั้น การจัดการอาการปวดหลอนในผู้ถูกตัดอวัยวะควรมีการประเมิน และดูแลปัจจัยทางจิตใจร่วมด้วย เช่น การใช้แนวทางการบำบัดทางจิตใจเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาลักษณะอาการปวดหลอน ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดแขนหรือขา และแนวทางการจัดการตนเอง

ลักษณะอาการปวดหลอนภายหลังสูญเสียอวัยวะ และการจัดการตนเองเมื่อมีอาการปวดหลอน

กลุ่มตัวอย่างอธิบายลักษณะอาการปวดหลอน คือ 1) ปวดเหมือนมีอวัยวะนั้นอยู่ รู้สึกว่าอวัยวะนั้นมีการกระตุกตลอดเวลาซึ่งจริง ๆ คือผ่าตัดไปแล้ว และ 2) ปวดเหมือนมีอะไรมาทิ่มแทง บางครั้งปวดตื้อ ๆ เหมือนโดนตะปู ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานกับอาการปวดจนไม่สามารถนอนได้ ต้องตื่นขึ้นมาในช่วงกลางดึก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ระบุว่า อาการปวดหลอนมีลักษณะเฉพาะ เช่น เจ็บปวดเหมือนถูกทิ่มแทง ร้อนหรือถูกเผา และอาการคัน ซึ่งมีความรุนแรงและระดับความถี่ที่แตกต่างกันไปตามบุคคล รวมถึงระยะเวลาหลังการตัดอวัยวะ²² แสดงให้เห็นว่า ลักษณะอาการปวดหลอนนั้นแตกต่างจากการปวดทั่วไป และมีลักษณะเฉพาะ ความเจ็บปวดชนิดนี้มีลักษณะเฉพาะ และต้องการวิธีการรักษาที่ตอบสนองทั้งทางระบบประสาท และจิตใจร่วมกัน¹¹

การจัดการตนเองเมื่อมีอาการปวดหลอน กลุ่มตัวอย่างพยายามบอกตนเองว่า ไม่มีอะไรแล้ว และขออย่าแก้ปวดจากเจ้าหน้าที่เพื่อให้อาการทุเลาลง นอกจากนี้ ยังใช้วิธีการจัดการกับอาการปวดแบบอื่น ๆ เช่น การจัดทำที่สุขสบาย การเบี่ยงเบนความสนใจ รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัว จะทำให้มีกำลังใจดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับมือด้านอารมณ์ และการสร้างสมดุลจิตใจเป็นกระบวนการที่สำคัญในการฟื้นฟูชีวิตหลังการตัดอวัยวะ¹³ ถ้าผู้ป่วยปรับตัวได้ดีจะสามารถจัดการความปวด ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่มากกระทบด้านจิตใจลดลง¹⁶ และทำให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น จึงจำเป็นในการประเมิน และจัดการสุขภาพจิตอย่างรวดเร็วหลังการตัดอวัยวะ เพื่อป้องกัน รวมถึงลดผลกระทบในระยะยาว¹⁵

ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างอธิบายลักษณะความวิตกกังวลภายหลังการสูญเสียอวัยวะว่า เหมือนเป็นคนไร้ความสามารถ กังวลเกี่ยวกับเรื่องของการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงานหารายได้ และการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของการเป็นหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้พึ่งพา

สอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่า ระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูงอย่างมีนัยสำคัญในช่วงระยะเวลาเริ่มต้นหลังการตัดอวัยวะ¹⁵ การสูญเสียอวัยวะมักส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของตนเอง และบทบาทหน้าที่ทางสังคม ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในระดับสูง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับความท้าทายในการปรับตัวเข้ากับภาพลักษณ์ร่างกายใหม่ รวมถึงความสามารถที่เปลี่ยนแปลงซึ่งส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า และอารมณ์ด้านลบอื่น ๆ ได้¹³

การจัดการความวิตกกังวลเมื่อเผชิญกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ดี กลุ่มตัวอย่างจัดการกับความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลของตนเอง โดยการปรับความคิดให้มองโลกในแง่บวก การทำใจให้ยอมรับกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นโดยใช้หลักการ และพยายามเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การพูดคุยระบายความรู้สึกกับบุคคลที่ไว้วางใจ การหากิจกรรม หรืองานอดิเรกต่าง ๆ ทำ เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นผู้ดูแลหลัก นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังบอกว่า ปัจจุบันมีวิวัฒนาการด้านการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่สูญเสียอวัยวะสามารถใส่กายอุปกรณ์ขาเทียมหรือแขนเทียมที่จะช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนปกติ จึงทำให้ลดความวิตกกังวลลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่า ผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการอาการหลายรูปแบบ โดยผู้ป่วยบางส่วนเลือกใช้วิธีการบำบัดที่ไม่ใช่ยา เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การนวด และการทำกิจกรรมที่สนุกสนานเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด นอกจากนี้ การได้รับข้อมูล และการศึกษาเกี่ยวกับอาการปวดหลอน (phantom limb pain) อย่างทันทั่วทั้งตั้งแต่ก่อนหรือหลังการผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยเตรียมตัว และตัดสินใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูได้ดีขึ้น²² ผู้วิจัยเรื่องดังกล่าวยังเสนอว่า การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยควรยึดหลัก patient-centered care โดยให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลที่เหมาะสม และรอบด้าน รวมทั้งสนับสนุนกลยุทธ์การบำบัดทั้งทางกาย และจิตใจ รวมถึงควรร่วมมือกับผู้ป่วยในการเลือก และฝึกใช้ข้ออวัยวะเทียมเพื่อเสริมสร้างการยอมรับ พร้อมทั้งสามารถใช้ประโยชน์

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่า ควรเน้นในเรื่องของการให้การสนับสนุนทางจิตใจควบคู่ไปกับการส่งเสริม และพัฒนากายอุปกรณ์ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล พร้อมทั้งส่งเสริมความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น รวมถึงการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม และครอบครัวที่เข้มแข็ง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต และความสุขโดยรวมของผู้ที่สูญเสียอวัยวะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังสูญเสียอวัยวะอย่างต่อเนื่อง ทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม โดยการจัดการความปวด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า รวมถึงการวางแผนดูแลเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน ตลอดจนการสนับสนุน

เกี่ยวกับกายอุปกรณ์ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการทั้งทางกาย และจิตใจ เช่น การใช้กายอุปกรณ์ร่วมกับการบำบัดทางจิตใจหรือจิตบำบัด และประเมินผลต่ออาการปวดหลอนและความวิตกกังวลของผู้ป่วย

2. ศึกษาระยะยาวเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการปวดหลอน และภาวะจิตใจในผู้ป่วยหลังการตัดอวัยวะ เพื่อประเมินวิธีการฟื้นฟู รวมถึงการจัดการอาการในแต่ละช่วงเวลา ตลอดจนเพิ่มพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ศึกษาต่อเนื่องระยะยาวในผู้ป่วยที่สูญเสียอวัยวะ เกี่ยวกับการปรับตัวหรือคุณภาพชีวิต ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Wei B, Zhang J, Cheng Y, Wu H. Global, regional and national burden of traumatic amputations from 1990 to 2021: a systematic analysis of the Global Burden of Disease study 2021. *Frontiers in Public Health* 2025;13:1583523. doi: 10.3389/fpubh.2025.1583523.
2. Statistical Forecasting Division, National Statistical Office. The 2022 disability survey. Bangkok: National Statistical Office; 2022. (in Thai)
3. Grudziak J, Mukuzunga C, Melhado C, Young S, Banza L, Cairns B, et al. Etiology of major limb amputations at a tertiary care centre in Malawi. *Malawi Medical Journal* 2019;31(4):244-8. doi: 10.4314/mmj.v31i4.5.
4. Alaseem A, Alanezi M, Alhuqbani MN, Aldosari ZA, Alkhunein F, Alyahya K, et al. Etiologies and trends in extremity amputations: a ten-year single-center experience. *Healthcare* 2025;13(18):2256. doi: 10.3390/healthcare13182256.
5. Qureshi MK, Ghaffar A, Tak S, Khaled A. Limb salvage versus amputation: a review of the current evidence. *Cureus* 2020;12(8):e10092. doi: 10.7759/cureus.10092.
6. Nieto-Salazar MA, Rondon FAA, Montecino RMB, Gonzalez JN, Dominguez de Ramirez MR, Ruiz IIS, et al. Phantom limb pain: current concepts and treatment strategies. *Open Access Journal of Neurology and Neurosurgery* 2023;18(2):1-9. doi: 10.19080/OAJNN.2023.18.555982.

7. Stankevicius A, Wallwork SB, Summers SJ, Hordacre B, Stanton TR. Prevalence and incidence of phantom limb pain, phantom limb sensations and telescoping in amputees: a systematic rapid review. *European Journal of Pain* 2021;25(1):23-38. doi: 10.1002/ejp.1657.
8. Culp CJ, Abdi S. Current understanding of phantom pain and its treatment. *Pain Physician* 2022;25(7):E941-57.
9. Taleb F, Altahari A, Mohammed M, Alemrany E, AL-a'ameri E, Qaidy AKA, et al. Phantom pain, mental health problems, and depression among Yemenis with amputated limbs: victims of the recent conflict. *Journal of Client-Centered Nursing Care* 2025;11(2):137-48. doi: 10.32598/JCCNC.11.2.731.1.
10. Hogan WB, Anderson G, Kovoov M, Alsoof D, McDonald CL, Zhang AS, et al. Phantom limb syndrome: assessment of psychiatric and medical comorbidities associated with phantom pain in 44,028 below knee amputees. *Injury* 2022;53(11):3697-701. doi: 10.1016/j.injury.2022.09.018.
11. Wu H, Saini C, Medina R, Hsieh SL, Meshkati A, Sung K. Pain without presence: a narrative review of the pathophysiological landscape of phantom limb pain. *Frontiers in Pain Research* 2025;6:1419762. doi: 10.3389/fpain.2025.1419762.
12. Pasutharnchat K, Juengsmarn A, Jarupongsa J. Quality of life among lower limb amputees with chronic phantom limb pain or stump pain at a tertiary institution's pain clinic. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2022;105(3):228-39. doi: 10.35755/jmedassochai.2022.03.13282.
13. Rosca AC, Baciuc CC, Burtăverde V, Mateizer A. Psychological consequences in patients with amputation of a limb. An interpretative-phenomenological analysis. *Frontiers in Psychology* 2021;12:537493. doi: 10.3389/fpsyg.2021.537493.
14. Leatherby R, Hicks O, Azhar B, Holt P, Roy I. 295 a contemporary systematic review and meta-analysis of stump related complication after major lower limb amputation for peripheral arterial disease or diabetes mellitus. *British Journal of Surgery* 2025;112 Suppl 10:znaf128.176. doi: 10.1093/bjs/znaf128.176.
15. Elaatmani M, Ahizoune A, El Maqrout A, Kharmaz M, Abouqal R, Abidi K. Anxiety and depressive symptoms in Moroccan patients following major lower limb amputation: a three-month follow-up. *Cureus* 2024;16(5):e60284. doi: 10.7759/cureus.60284.
16. Roy C, Andrews HA. The Roy adaptation model. 2nd ed. Stamford, (CT): Appleton and Lange; 1999.
17. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 3rd ed. London, (UK): Sage; 2018.
18. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Newman TB. Designing clinical research: an epidemiologic approach. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2013.
19. Raichle KA, Osborne TL, Jensen MP, Ehde DM, Smith DG, Robinson LR. Preoperative state anxiety, acute postoperative pain, and analgesic use in persons undergoing lower limb amputation. *The Clinical Journal of Pain* 2015;31(8):699-706. doi: 10.1097/AJP.000000000000150.

20. Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain* 1986;27(1):117-26. doi: 10.1016/0304-3959(86)90228-9.
21. Nilchaikovit T, Lortrakul M, Phisansuthideth U. Development of Thai version of hospital anxiety and depression scale in cancer patients. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand* 1996;41(1):18-30. (in Thai)
22. Alabdullah AAH, Alyazidi SS, Asiri IA, Ali HS, Almutlaqah SA, Alzahrani AS, et al. A systematic literature review to explore lived experiences with phantom limb phenomenon following a lower extremity amputation: a qualitative synthesis. *Frontiers in Rehabilitation Sciences* 2025;6:1667659. doi: 10.3389/fresc.2025.1667659.
23. Manzano-Torra A, Porras-Garcia B, Gutiérrez-Maldonado J. Evaluating psychological effects of amputation through virtual reality embodiment: a study on anxiety and body appreciation. *Journal of Clinical Medicine* 2024;13(23):7079. doi: 10.3390/jcm13237079.