



Setting up Pain Management Services in Low- and Middle-Income Settings

การจัดตั้งบริการการจัดการความเจ็บปวดในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง

ผู้เขียน

- Mary Suma Cardosa, MD, Hospital Canselor Tuanku Muhriz UKM, Malaysia
- Fiona Blyth, MD, University of Sydney, Australia
- Mulugeta Bayisa Chala, PhD, Lawson Research Institute St. Joseph's Health Care London, Canada
- Quyen Van Than, MD, Pain Clinic, Hospital 199, Department of Anesthesiology, Vietnam

แปลและเรียบเรียงโดย: แพทย์หญิงฉันทนา หมอกเจริญพงศ์

ข้อมูลพื้นฐาน

ความต้องการบริการการจัดการความเจ็บปวดในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง:

ทุกประเภทของความเจ็บปวด – ความเจ็บปวดเฉียบพลัน, ความเจ็บปวดเรื้อรัง, และความเจ็บปวดจากมะเร็ง – ทั่วโลกยังได้รับการรักษาไม่เพียงพอ [9], แม้ว่าข้อมูลจาก Global Burden of Disease ชี้ให้เห็นถึงผลกระทบอย่างมากของโรคที่ไม่ติดต่อ เช่น ความเจ็บปวดที่หลังส่วนล่างและภาวะเจ็บปวดอื่น ๆ [12] ส่วนในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ผลกระทบนี้ก็คล้ายคลึงกับในประเทศที่มีรายได้สูง; ในบางประเทศ, คาดว่าอัตราของความเจ็บปวดจะเพิ่มขึ้นพร้อมกับประชากรที่สูงวัย นอกจากนี้, บางประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ยังต่อสู้กับการวินิจฉัยที่มากเกินไป และการจัดการที่การดูแลคุณภาพต่ำ, ยิ่งไปกว่านั้นทำอันตรายต่อผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด และสร้างความสูญเสียในระบบสุขภาพ [13,15] ในขณะที่บริการการจัดการความเจ็บปวดมีจำนวนน้อยในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง, จึงมีความจำเป็นที่เร่งด่วนในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ สามารถเข้าถึงได้ในประเทศเหล่านี้

ประเภทของบริการการจัดการความเจ็บปวด:

1. **บริการการจัดการความเจ็บปวดเฉียบพลัน:** บริการนี้มักดำเนินการโดยวิสัญญีแพทย์ และใช้สำหรับการจัดการความเจ็บปวดแบบเฉียบพลันหลังการผ่าตัด อย่างไรก็ตามอาจมีพยาบาลเป็นผู้นำ และมีการควบคุมด้วยวิสัญญีแพทย์
2. **การจัดการความเจ็บปวดมะเร็ง:** โดยปกติเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งอาจดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการระงับปวด วิสัญญีแพทย์ แพทย์โรคมะเร็ง แพทย์ทั่วไป หรือศัลยแพทย์



3. **คลินิกเจ็บปวด :** โดยปกติจะดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดเรื้อรังที่ไม่เกี่ยวกับมะเร็ง แต่ก็สามารถดูแลผู้ป่วยนอกที่มีความเจ็บปวดจากมะเร็งได้ บริการนี้จะดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญด้านความเจ็บปวด หรือนุรูลากรด้านสุขภาพที่สนใจในการจัดการความเจ็บปวดและการฝึกอบรมแล้ว

ในอุดมคติแล้ว บริการจัดการความเจ็บปวดทั้งหมดควรเป็นการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary) หมายถึง "การรักษาหลายรูปแบบที่ได้รับการจัดการโดยทีมผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาที่ทำงานร่วมกันในการประเมินและการรักษาโดยใช้รูปแบบ ทั้งด้านกายจิตสังคม และรวมเป็นเป้าหมายร่วมกัน" (คำศัพท์ของ IASP สำหรับคำจำกัดความของ "หลายรูปแบบ" และ "หลายสาขา")

ทีมสหสาขาวิชาชีพควรประกอบด้วยแพทย์จากหลากหลายสาขา (เช่น วิทยาศาสตร์ แพทย์ระงับความเจ็บปวด, อายุรกรรมประสาท, ศัลยกรรมประสาท, โรคข้อ กายภาพบำบัด ศัลยกรรมกระดูก เป็นต้น), จิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา, นักกายภาพบำบัด, นักกิจกรรมบำบัด, พยาบาล, เภสัชกร, และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริง ผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพที่กล่าวถึงอาจจะไม่ได้มีทั้งหมด และยังทำงานในเฉพาะสาขาค้นเอง ไม่ได้ทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ปัญหานี้พบได้ในหลายประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง รวมถึงบางพื้นที่ในประเทศที่มีรายได้สูง เช่น กลุ่มชนบทและในพื้นที่ห่างไกล

ความท้าทาย

ระบบสุขภาพและนโยบาย:

การจัดการกับความเจ็บปวดมักจะไม่ใช่ปัญหาที่รัฐบาลส่วนใหญ่จะจัดลำดับให้ความสำคัญที่สุด และทรัพยากรที่ถูกจัดสรรมีน้อยหรือไม่เลย [2] นอกจากนี้ การเข้าถึงยาแก้ปวดอาจมีอย่างจำกัดหรือไม่เลย รวมถึงยาโอปิออยด์ ซึ่งสถานการณ์นี้จะซับซ้อนมากขึ้น จากความกลัวต่อการใช้ยาโอปิออยด์และผลข้างเคียงของยา รวมทั้งความเชื่อทางวัฒนธรรมและทัศนคติต่อความเจ็บปวดและการจัดการความเจ็บปวด [6]

นโยบายหรือกลยุทธ์ระดับชาติในการจัดการกับความเจ็บปวดแทบไม่มีอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ดังนั้นบริการจัดการกับความเจ็บปวด ในประเทศที่มีทรัพยากรจำกัด การบริการมักจะจำกัดเฉพาะความเจ็บปวดบางประเภท และดำเนินการภายใต้คลินิกเดียว เช่น การบรรเทาความเจ็บปวดแบบเฉียบพลันจากการผ่าตัด การจัดการกับความเจ็บปวดมะเร็งผ่านการดูแลแบบประคับประคอง หรือการบล็อกเส้นประสาท และการทำหัตถการอื่นๆ [4]

ทรัพยากรจำกัด:

ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง มีการขาดแคลนทรัพยากรโดยรวม ทั้งด้านการเงิน พื้นที่ และบุคลากร และหลายๆ วิชาชีพทางการแพทย์ต้องทำงานหลายบทบาท ดังนั้นการจัดตั้งบริการจัดการความเจ็บปวด จึงต้องดำเนินการควบคู่ไป



กับงานหลักของบุคลากรเหล่านี้ นอกจากนี้ยังมีทีมสหสาขาวิชา เช่น นักจิตวิทยาคลินิก โดยเฉพาะผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมและมีประสบการณ์ในการจัดการความเจ็บปวด อาจขาดแคลนหรือไม่มีในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง [5]

การใช้รูปแบบชีวิตการแพทย์ในการจัดการความเจ็บปวดต่อเนื่อง:

สาเหตุหลักมาจากการขาดความรู้เกี่ยวกับการเข้าใจความเจ็บปวดในมุมมองชีว-จิต-สังคม และความจำเป็นในการมีทักษะของสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะสำหรับความเจ็บปวดเรื้อรังที่ไม่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์อาจขาดทักษะที่เหมาะสม จึงไม่คุ้นเคยในการนำไปใช้ในทางคลินิกทั่วไป ดังนั้นวิธีการรักษามักมุ่งเน้นไปที่การบำบัดทางกายภาพ การใช้ยา และการทำหัตถการเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด (เช่น การบล็อกเส้นประสาท สเตียรอยด์เข้าไขสันหลัง ฯลฯ) ซึ่งมุ่งหวังที่จะบรรเทาความเจ็บปวด ในขณะที่วิธีเหล่านี้อาจเหมาะสมสำหรับความเจ็บปวดเฉียบพลัน และความเจ็บปวดบางประเภทจากมะเร็ง แต่กลับไม่มีประสิทธิภาพ และอาจเป็นอันตรายในกรณีความเจ็บปวดเรื้อรังที่ไม่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง นอกจากนี้ยังทำให้ทรัพยากรที่มีค่าไม่เสียไปกับการรักษาที่ไร้ประโยชน์สำหรับผู้ป่วยจำนวนมากที่มีอาการเจ็บปวด [1] ในทางตรงข้ามหลายการศึกษาได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแนวทางชีว-จิต-สังคมที่ให้บริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ [7]

วิธีแก้ไข

การรณรงค์:

การรณรงค์เพื่อจัดสรรทรัพยากรสำหรับบริการเรื่องความเจ็บปวดสามารถได้รับการสนับสนุนได้โดยการนำเสนอส่วนสำคัญของโรคที่เกิดจากความเจ็บปวด โดยใช้ข้อมูลจาก Global Burden of Disease นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นถึงผลกระทบของการจัดการความเจ็บปวดที่ดีในระดับท้องถิ่น (เช่น การลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดด้วยการจัดการความปวดแบบเฉียบพลันที่ดี การกลับไปทำงานเร็วขึ้นของผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดเรื้อรัง) ล้วนเป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน และเสียงของผู้ป่วย(จากผู้ที่มีประสบการณ์ตรง) มีอิทธิพลอย่างมาก การรณรงค์ในรัฐบาล เพื่อขอการเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านสุขภาพ เช่น การรณรงค์เพื่อจัดตั้งนโยบายระดับชาติในการจัดการความเจ็บปวด โดยใช้ตัวอย่างนโยบายจากประเทศอื่น ๆ [3,11] ซึ่งนำมาปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ผู้บริหารด้านสุขภาพต้องได้รับข้อมูลเพื่อให้มั่นใจว่าเงินทุนที่มีอยู่นั้นถูกนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ (รวมถึงการบริการที่มีคุณค่า) และไม่สูญเปล่าไปกับการจัดการที่ให้ผลลัพธ์จำกัด (การดูแลที่มีคุณภาพต่ำ) [13]

การฝึกอบรมและการศึกษา:

แพทย์ผู้บุกเบิกที่ประสบความสำเร็จในการจัดตั้งบริการจัดการความเจ็บปวดในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง มักจะมีความหลงใหล ชื่นชอบ และสร้างสรรค์ เรียกว่า “แซมปี” [5] เป็นผู้ที่เต็มใจที่แบ่งปันประสบการณ์ของตน และได้รับการ



สนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจากสาขาอื่น ๆ เมื่อทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดและการจัดการความเจ็บปวดเป็นส่วนสำคัญของงาน การสร้างการฝึกอบรมและการศึกษาสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ให้บริการด้านสุขภาพที่ทำงานในบริการที่คลินิกจัดการความเจ็บปวดเป็นส่วนสำคัญของงาน รวมไปถึงความรู้และความเข้าใจในรูปแบบชีวภาพ จิตวิทยาสังคมของความเจ็บปวด และการรักษาโดยนำหลักฐานทางการแพทย์มาปรับใช้กับความเจ็บปวดประเภทต่าง ๆ การรักษาด้วยยา การบำบัดที่มุ่งเน้นการเคลื่อนไหว และการทำหน้าที่ แนวทางการจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเอง เป็นส่วนสำคัญของการฝึกอบรมสำหรับผู้ทำงานในคลินิกต่างๆ รวมถึงการฝึกฝนทักษะหลายด้านสำหรับผู้ให้บริการด้านสุขภาพทุกคนที่เกี่ยวข้องในคลินิกระงับปวด (เช่น ผู้ที่ไม่ใช่จิตแพทย์มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถึงแนวทางจิตวิทยาในการจัดการความเจ็บปวดเรื้อรัง) [4]

การจัดการความเจ็บปวดในชุมชน:

การจัดการความเจ็บปวดในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากเป็นส่วนหนึ่งของแผนการบูรณาการ เพื่อจัดการกับความไม่เท่าเทียมที่มีมากขึ้น และการเข้าถึงบริการจัดการความเจ็บปวดในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง การจัดการบริการในสถานพยาบาล มีค่าใช้จ่ายสูงและมักไม่สามารถเข้าถึงได้ โดยเฉพาะบุคคลที่มีความเจ็บปวดที่อยู่ในพื้นที่ที่ขาดแคลนทรัพยากร [4,14] การจัดการความเจ็บปวดในชุมชนมีความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ ส่งเสริมการจัดการที่รวดเร็ว อีกทั้งยังช่วยเสริมสร้างความต่อเนื่องในการดูแล และเปิดโอกาสเป็นการเสริมสร้างพลังให้กับผู้ที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับความเจ็บปวด ในชุมชนนั้น เนื่องจากช่วยให้สามารถจัดการกับความเจ็บปวดในสถานที่ที่ใกล้กับที่พักอาศัยของพวกเขา ดังนั้นการกระจายบริการจัดการความเจ็บปวดควรรวมเข้ากับชุมชน และในเบื้องต้นควรจัดลำดับความสำคัญในระบบสุขภาพที่ขาดแคลนทรัพยากร แนวทางนี้ใช้ประโยชน์จากทรัพยากรท้องถิ่นและโครงสร้างระบบการดูแลสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อขยายการดูแลไปยังประชากรที่ไม่ได้รับการดูแล (เช่น ในชุมชนพื้นที่ห่างไกลและในชนบท) ดังนั้นระบบสุขภาพในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางควรคิดค้นกลยุทธ์เพื่อใช้ประโยชน์จากกำลังคนที่มีอยู่ เช่น บุคลากรด้านสุขภาพชุมชนในการจัดการปัญหาความเจ็บปวดที่สำคัญ รวมถึงการคัดกรองและการส่งต่อ การลงทุนในแนวทางการจัดการความเจ็บปวดในชุมชน จะช่วยเสนอทางเลือกในการจัดการกับปัญหาของความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง แนวทางนี้ยังสอดคล้องกับความพยายามระดับโลกในการส่งเสริมการเข้าถึงสุขภาพถ้วนหน้า และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกัน [8]

เคล็ดลับที่ปฏิบัติได้จริงสำหรับความสำเร็จ

ตัวอย่างของบริการจัดการความเจ็บปวดแบบสหสาขาวิชาที่ประสบความสำเร็จของการจัดตั้งในสถานที่ที่มีทรัพยากรน้อย สามารถพบได้ในบทที่ 5 ของคู่มือศูนย์การจัดการความเจ็บปวดแบบสหสาขาวิชาของ IASP [10]

เคล็ดลับที่ปฏิบัติได้จริงสำหรับผู้ที่ต้องการตั้งบริการจัดการความเจ็บปวดในสถานที่ที่มีทรัพยากรจำกัด ได้แก่:



1. **การฝึกอบรมเป็นสิ่งสำคัญ:** ผู้ที่ต้องการจัดตั้งบริการจัดการความเจ็บปวดควรได้รับการฝึกอบรมพื้นฐานที่มุ่งเน้นตามรูปแบบชีวภาพจิตวิทยาสังคม เพื่อให้สามารถเข้าใจบทบาทของแต่ละสาขาวิชาในทีม และเน้นการจัดการความเจ็บปวดแบบครบวงจร
2. **ความพยายามและความมุ่งมั่นเป็นกุญแจสำคัญ:** ในหลายพื้นที่ที่มีรายได้น้อยและปานกลาง การจัดการความเจ็บปวดมักจะพึ่งพาการรักษาด้วยวิธีการเดียว การเปลี่ยนไปใช้แนวทางสหสาขาวิชานั้นอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม และกระบวนการนี้ต้องใช้เวลา และความพยายามอย่างมากถึงจะประสบความสำเร็จ
3. **การมีทีมงานเป็นสิ่งสำคัญ:** เนื่องจากความเจ็บปวดเรื้อรังมีลักษณะหลายมิติ การจัดการต้องการการมีส่วนร่วมจากหลายสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้การตั้งบริการจัดการความเจ็บปวดแบบสหสาขาวิชาชีพ ต้องใช้เวลาและความพยายามอย่างมาก ซึ่งไม่สามารถทำได้โดยบุคคลเดียว โดยเริ่มต้นสร้างทีม เริ่มจากการแบ่งปันสิ่งที่คุณกำลังทำให้กับเพื่อนร่วมงานและให้สมาชิกทีมเข้ามาหาด้วยความเข้าใจที่ดี เกี่ยวกับสิ่งที่คาดหวังและทีมสามารถสนับสนุนได้
4. **การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนเป็นสิ่งจำเป็น:** ในหลายพื้นที่ที่มีรายได้น้อยและปานกลาง การจัดการความเจ็บปวดยังไม่ได้ได้รับการยอมรับว่าเป็นสาขาเฉพาะทางการแพทย์ ถึงแม้จะเป็นบริการที่มีสหสาขาวิชาชีพ สิ่งเหล่านี้ต้องการการเปลี่ยนแปลงนโยบาย ดังนั้นการติดต่อกับบุคคลที่มีอิทธิพลทั้งในระดับท้องถิ่นและนานาชาติเป็นสิ่งสำคัญในการสนับสนุนและขยายความพยายาม

เอกสารอ้างอิง

1. Anderson DB, Shaheed CA. Medications for Treating Low Back Pain in Adults. Evidence for the Use of Paracetamol, Opioids, Nonsteroidal Anti-inflammatories, Muscle Relaxants, Antibiotics, and Antidepressants: An Overview for Musculoskeletal Clinicians. Orthop Sports Phys Ther 2022;52(7):425-431. doi: 10.2519/jospt.2022.10788
2. Briggs AM, Jordan JE, Sharma S, Young JJ, Chua J, Foster HE, Haq SA, Huckel Schneider C, Jain A, Joshipura M, Kalla AA. Context and priorities for health systems strengthening for pain and disability in low-and middle-income countries: a secondary qualitative study and content analysis of health policies. Health policy and planning. 2023 Mar 1;38(2):129-49.
3. Canadian Pain Task Force: An Action Plan for Pain in Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2021-rapport/report-rapport-2021-eng.pdf>. Accessed 30 Jan 2025.

4. Cardoso MS. Promoting multidisciplinary pain management in low- and middle-income countries-challenges and achievements. *Pain*. 2024 Nov 1;165(11S):S39-S49. doi: 10.1097/j.pain.0000000000003369. PMID: 39560414.
5. Chaudakshetrin P, Cardoso MS, Goh CR, Javier FO, Musba T, Prateepavanich P, Que JC, Tanra H, Vijayan R, Yeo SN. Establishment of multidisciplinary pain management clinics and training programs in the developing world: experiences from Southeast Asia. *PAIN* 2020;161:S87–94
6. International Association for the Study of Pain. Guide to pain management in a low resource setting, Nilesh BP, Andreas K, editors, 2009. Available at: <https://www.iasp-pain.org/publications/free-ebooks/guide-to-pain-management-in-low-resource-settings/>. Accessed 30 Jan 2025.
7. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJE, Ostelo RWJG, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2015;350: h444. doi: 10.1136/bmj.h444
8. Knaul, F. M., Bhadelia, A., Ornelas, H. A., de Lima, L., & Madrigal, M. D. R. S. (2015). Closing the pain divide: the quest for effective universal health coverage. *The Lancet Global Health*, 3, S35. doi: 10.1016/S2214-109X(15)70154-3
9. Morriss WW, Roques CJ. Pain management in low- and middle-income countries. *BJA Educ*. 2018 Sep;18(9):265-270. doi: 10.1016/j.bjae.2018.05.006. Epub 2018 Jul 14. PMID: 33456843; PMCID: PMC7807826.
10. Multidisciplinary Pain Center Toolkit. Available at: <https://www.iasp-pain.org/resources/toolkits/pain-management-center/>. Accessed 30 Jan 2025.
11. Pain Australia National Strategic Action Plan for Pain Management <https://www.painaustralia.org.au/static/uploads/files/national-pain-strategy-2011-wfvjawttsanq.pdf>. Accessed 30 Jan 2025.
12. Rice ASC, Smith BH, Blyth FM. Pain and the global burden of disease. *Pain*. 2016 Apr;157(4):791-796. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000454. PMID: 26670465.
13. Sharma S, Pathak A, Parker R, Costa LO, Ghai B, Igwesi-Chidobe C, Janwantanakul P, de Jesus-Moraleida FR, Chala MB, Pourahmadi M, Briggs AM. How Low Back Pain is Managed—A Mixed-Methods Study in 32 Countries. Part 2 of Low Back Pain in Low-and Middle-Income Countries Series. *journal of orthopaedic & sports physical therapy*. 2024 Aug;54(8):560-72. doi: 10.2519/jospt.2024.12406
14. Walters, JL, Jackson T, Byrne D, McQueen K. (2016). Postsurgical pain in low-and middle-income countries. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 116(2), 153-155. doi: 10.1093/bja/aev449



15. Albarqouni L, Arab-Zozani M, Abukmail E, et al. Overdiagnosis and overuse of diagnostic and screening tests in low-income and middleincome countries: a scoping review. *BMJ Global Health* 2022;7:e008696. doi:10.1136/ bmjgh-2022-008696

ผู้ตรวจสอบ

1. Lester Jones, MScMed(PM), สถาบันเทคโนโลยีสิงคโปร์, สิงคโปร์
2. Margarita Calvo, PhD, มหาวิทยาลัยคาทอลิกแห่งซาลิ, ซาลิ
3. Saurab Sharma, PhD, โรงพยาบาล Royal North Shore, ออสเตรเลีย