



• FACT SHEET No. 7

เพิ่มพูนทักษะการเรียนรู้วิธีระงับปวดเรื้อรังด้วยตนเอง

การจัดการความปวดด้วยตนเองถือเป็นบันไดขั้นแรกในการรักษา ตามด้วยการรักษาโดยแพทย์ทั่วไป แพทย์เฉพาะทางและศูนย์ระงับปวด ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีอาการปวดซับซ้อน (4, 7, 17) ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังแต่ละรายจะใช้ชีวิตส่วนใหญ่ที่บ้านกับครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยก็จะมี การจัดการกับความปวดในชีวิตประจำวันทุกวัน (2) จากการศึกษาของ Lorig และคณะ (8) การระงับปวดเรื้อรังได้อย่างประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยควรมี การเรียนรู้ข้อสำคัญต่าง ๆ ดังนี้:

- มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับทีมแพทย์ผู้รักษา
- ใช้สติ ความนึกคิดและการปรับพฤติกรรม เพื่อเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและลดอาการปวดและอาการอื่น ๆ
- สามารถจัดการกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ ได้ แม้มีอาการปวดเรื้อรังร่วมด้วย
- สามารถเสริมสร้างหรือคงไว้ซึ่งการใช้ชีวิตแบบมีสุขภาพดี โดยจัดการกับภาวะเครียด ออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีการนอนหลับที่เพียงพอ
- มีความรู้และการตัดสินใจที่เหมาะสมต่อการรักษาต่าง ๆ เช่น การใช้ยา การทำหัตถการระงับปวด การผ่าตัดและการรักษาอื่น ๆ

ผู้ป่วยที่มีอาการปวดรายหนึ่งเคยกล่าวไว้ว่า " เราต้องเรียนรู้ว่าควรใช้ชีวิตอยู่อย่างไร" (4)

ขั้นตอนการเรียนรู้ในการระงับปวดด้วยตนเองให้ได้ผลสำเร็จประกอบด้วยทฤษฎีทางสังคม ความนึกคิด พฤติกรรม เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวันได้สูงสุด โดยยอมรับข้อจำกัดและมีความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมเชิงบวก (11) ตัวอย่างเช่น การนำทฤษฎีเพิ่มศักยภาพของตนเองไปใช้ เป็นสิ่งที่ได้ทำมานานแล้ว นอกจากจะให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การเพิ่มศักยภาพด้วยตนเอง เพื่อพัฒนาความสามารถและทักษะทางด้านความนึกคิด สังคมและพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละรายที่จะจัดการกับอาการเรื้อรังต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้

ในการฝึกเพื่อเพิ่มศักยภาพของตนเอง การจัดการความปวดด้วยตนเองจะเพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ป่วยที่จะทำให้มีสุขภาพที่ดี โดยให้โอกาสในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- มีกฝนทกษะ การจัดการความปวดด้วยตนเองในสิ่งแวดล้อมที่เกือถู
- เรียนรู้แบบอย่างการใช้ชีวิตเชิงบวกจากผู้ประสานงานและเพื่อน
- ประเมินอาการซ้ำ ดูว่ามีความเชื่อเกี่ยวกับโรคใด ๆ ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การจำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อหลีกเลี่ยงอาการปวดที่ต่อเนื่อง
- การเหนี่ยวนำทางสังคม โดยการสนับสนุนและให้กำลังใจจากผู้ที่มีความคิดคล้ายกัน (11)

การจัดการกับอาการปวดเรื้อรังด้วยตนเองคืออะไร

ถ้าผู้ป่วยต้องจัดการความปวดด้วยตนเองโดยไม่มีข้อมูล การสนับสนุนหรือองค์ความรู้ ผู้ป่วยจะเสียเวลานานและสับสนกับการลองผิดลองถูก จุดประสงค์ของการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดด้วยตนเอง คือ เพื่อลดระยะเวลาลองผิดลองถูก โดยแนะนำข้อมูลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์และที่สำคัญที่สุดคือต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนให้เกิดการเรียนรู้ เช่น ส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหา การตัดสินใจ การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม และการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง (1, 9)

ในขณะที่มีความหลากหลายของข้อมูลระบบการจัดการความปวดด้วยตนเอง การศึกษาทบทวนวรรณกรรม เรื่องการจัดการความปวดเรื้อรังด้วยตนเอง ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี (10) 2007 พบว่าสามารถจำแนกหัตถการส่วนใหญ่ ได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้:

1. โมเดลสแตนฟอร์ด (Stanford) มีรูปแบบมาตรฐานที่มุ่งสร้างความรู้และทักษะสำหรับจัดการความปวดและผลกระทบทางกาย สังคมและอารมณ์ (7, 12, 16)
2. การยอมรับและตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกกระตุ้นเมื่อมีความเจ็บปวดเป็นพฤติกรรมที่สามารถจะทำงานที่สำคัญได้แม้ยังคงมีอาการปวด (5,19)
3. การรักษาทางด้านความนึกคิดและปรับพฤติกรรม โดยใช้หลักการชี้แนะความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมเชิงบวกในการจัดการความปวดด้วยตนเอง (3, 14, 18)

ในขณะที่มีข้อมูลการศึกษาจำนวนมากที่พบว่าการจัดการความปวดด้วยตนเองมีบทบาทสำคัญในการลดภาระทางร่างกายและจิตใจต่ออาการปวดเรื้อรัง แต่ก็พบหลักฐานที่ไม่สนับสนุนซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการขาดทักษะของผู้สอน ความหลากหลายในสาเหตุของอาการปวดในการศึกษา และขั้นตอนต่าง ๆ ขณะที่วิจัย (10, 13) ปัจจัยหลักที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความปวดด้วยตนเองได้สำเร็จคือการเสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและการเพิ่มศักยภาพของตนเองในการจัดการกับอาการปวดและผลต่อการดำรงชีวิต(6, 10)

แหล่งข้อมูลและกลยุทธ์

สิ่งต่าง ๆ ที่แนะนำสำหรับผู้ให้ความรู้ควรคำนึงถึงและส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดเรื้อรัง ได้แก่:

- ส่งเสริมความรู้ให้กับทีมผู้รักษาและผู้ป่วยเรื่องหลักการจัดการความปวดด้วยตนเองและทักษะในการสื่อสาร (2, 4, 10, 20)
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการความปวดเรื้อรังด้วยตนเอง
- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าถึงโปรแกรมได้โดยไม่คำนึงถึงรายได้หรือที่อยู่อาศัย

วิธีนี้จะกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารในรูปแบบใหม่ เช่น การใช้สื่อสังคม การพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการในชุมชนและแพทย์ทั่วไปให้ดีขึ้น เพื่อการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสมทันเวลา และช่วยคงงบประมาณของหน่วยบริการในชุมชนและแพทย์ทั่วไปให้เพียงพอ(1, 4, 15) นอกจากนี้ที่กล่าวมาแล้ว สิ่งที่เราควรทำร่วมด้วย คือ:



© Copyright 2018 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP brings together scientists, clinicians, health-care providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.

- ปรับเปลี่ยนข้อมูลความรู้และโปรแกรมให้มีความเหมาะสมกับช่วงอายุ ประเภทอาการปวดและคุณภาพ วัฒนธรรมและระดับการอ่านออกเขียนได้ของผู้ป่วย (1, 4, 10)
- ตรวจสอบกลยุทธ์การจัดการความปวดด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมกระบวนการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วย
- จัดทำวิจัยในผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมการจัดการความปวดด้วยตนเองและการรักษาอื่น ๆ เช่น การใช้ยาต้านเศร้า การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม เป็นต้น (10)

ข้อความแหล่งข้อมูล

ภาษาอังกฤษ: LeFort SM, Webster L, Lorig K, Holman H, Sobel D, Laurent D, Gonzalez V, Minor M. Living a healthy life with chronic pain. Boulder, CO: Bull Publishing; 2015. <http://www.bullpub.com/>

อ้างอิง

1. Aloha Kohut SA, Stinson JN, Ruskin D, Forgeron P, Harris L, van Wyk M, Luca S, Campbell F. iPeer2Peer program: a pilot feasibility study in adolescents with chronic pain. *Pain* 2016; 157: 1146-1155.
2. Blyth FM, March LM, Nicholas MK, Cousins MJ. Self-management of chronic pain: a population-based study. *Pain* 2005; 113: 285-292.
3. Guidelines for Pain Management Programmes for Adults. British Pain Society 2013. https://www.britishpainsociety.org/static/uploads/resources/files/pmp2013_main_FINAL_v6.pdf.
4. Institute of Medicine of the National Academies (IOM). Committee on Advancing Pain Research and Education. *Relieving pain in America: a blueprint for transforming prevention, care, education and research*. Washington, D.C.: National Academies Press; 2011.
5. Johnston M, Foster M, Shennan J, Starkey N, Johnson A. The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *Clinical Journal of Pain* 2010; 26: 393-402. Insert references here (Font: Calibri, 9 point)
6. Keefe FJ, Somers TJ, Maitre, LM. Psychologic interventions and lifestyle modifications for arthritis pain management. *Rheumatic Disease Clinics of North America* 2008; 34(2): 351-368.
7. LeFort SM, Webster L, Lorig K, Holman H, Sobel D, Laurent D, Gonzalez V, Minor M. *Living a healthy life with chronic pain*. Boulder, CO: Bull Publishing; 2015.
8. Lorig KR, Bodenheimer T, Holman H et al. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002; 288: 2469-2475.
9. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003; 26: 1-7.
10. Mann EG, LeFort SM, van Den Kerkhof EG. Self-management interventions for chronic pain. *Pain Manage* 2013; 3: 211-222.
11. McGillion M, LeFort S, Stinson J. *Chronic Pain Self-Management*. In: Rashid S, Schopflocher D, Taenzer P (Eds). *Chronic pain: a health policy perspective* (pp. 167-176). Wiley-VCH Verlag. Weinheim Germany. 2008.
12. McGillion M, Watt-Watson J, Stevens B, LeFort S, Coyte P, Graham A. Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. *JPSM* 2008; 36:126-140.
13. Mehlsen M, Hegaard L, Ornbol E, Jensen JS, Fink P, Frosthholm L. The effect of a lay-led, group-based self-management program for patients with chronic pain: a randomized controlled trial of the Danish version of the chronic Pain Self-Management Programme. *Pain* 2017;158: 1437-1445.
14. Newton-John T, Geddes J. The non-specific effects of group-based cognitive-behavioural treatment of chronic pain. *Chronic Illness* 2008;4:199-208.
15. Ory MG, Lee Smith M, Patton Kulinski K, Lorig K, Zenker W. Self-management at the tipping point: reaching 100,000 Americans with evidence-based programs. *Journal of the American Geriatric Society* 2013; 61: 821-823.
16. Osborne RH, Wilson T, Lorig KR, McColl GJ. Does self-management lead to sustainable health benefits in people with arthritis? A 2-year transition study of 452 Australians. *J Rheumatology* 2007; 35: 1112-1117.
17. Smith BH, Elliott AM. Active self-management of chronic pain in the community 2005; 113: 249-250.



© Copyright 2018 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP brings together scientists, clinicians, health-care providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.

18. Thorn BE, Day MA, Burns J et al. Randomized controlled trial of group cognitive behavioural therapy compared with a pain education control for low-literacy rural people with chronic pain. *Pain* 2011;152: 2710-2720.
19. Volwes, KE, McCracken L, O'Brien JZ. M. Acceptance and value-based action in chronic pain: a three-year follow-up analysis of treatment effectiveness and process. *Behav. Res. Ther* 2011;49:748-755.
20. Yank V, Laurent D, Plant K, Lorig K. Web-based self-management support training for health professionals. *Patient Education and Counseling* 2013; 90: 29-37.

ข้อความหลังข้อมูล

1. Bair MJ, Matthias MS, Nyland KA et al. Barriers and facilitators to chronic pain self-management: a qualitative study of primary care patients with comorbid musculoskeletal pain and depression. *Pain Med* 2009; 10: 1280-1290.
2. Dear BF, Gandy M, Karin E, Ricciardi T, Fogliati VJ, McDonald S, Staples LG, Nicholson Perry K, Sharpe L, Nicholas MK, Titov N. The pain course: an RCT comparing a remote-delivered chronic pain management program when provided online and workbook formats. *PAIN* 2017;158(7):1289-1301.
3. Forman J. A nation in pain. Healing our biggest health problem. New York, N. Y.: Oxford University Press; 2014.
4. Hadjistavropoulos T, Hadjistavropoulos HD. (Eds.). Pain management for older adults. A self-help guide. Seattle, WA: IASP Press; 2008. (Note: new edition in press)
5. Institute of Medicine of the National Academies (IOM). Committee on Advancing Pain Research and Education. Relieving pain in America: a blueprint for transforming prevention, care, education and research. Washington, D.C.: National Academies Press; 2011. (Note: Especially Chapter 4).
6. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003; 26: 1-7. (Note: Provides a comprehensive overview of self-management).
7. Mann EG, LeFort SM, van Den Kerkhof EG. Self-management interventions for chronic pain. *Pain Manage* 2013; 3: 211-222. (Note: Provides a recent overview of studies on self-management published since 2007).
8. McGillion M, Watt-Watson J, Stevens B, LeFort S, Coyte P, Graham A. Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. *J PSM* 2008; 36():126-140.
9. Palermo TM, Wilson AC, Peters M, Lewandowski A, Somhegyi H. Randomized controlled trial of an internet-delivered family cognitive-behavioural therapy intervention for children and adolescents with chronic pain. *Pain* 2009; 146 (1-2): 205-213. (Note: Highlights a new approach to addressing self-management in pediatric groups involving the family unit).
10. Thorn BE, Day MA, Burns J et al. Randomized controlled trial of group cognitive behavioural therapy compared with a pain education control for low-literacy rural people with chronic pain. *Pain* 2011; 152; 2710 2720. (Note: Describes how self-management interventions can be tailored to meet the needs of unique groups).

ผู้นิพนธ์

Sandra LeFort, MN, PhD
 Professor Emeritus, School of Nursing
 Memorial University of Newfoundland St. John's, Newfoundland and Labrador, Canada

Michael McGillion, RN, PhD
 Associate Professor and Assistant Dean, Research
 Heart and Stroke Foundation/Michael G. DeGrootte Endowed Chair in Cardiovascular Nursing Research
 Scientist, Population Health Research Institute
 International Visiting Professor of Cardiovascular Nursing
 Faculty of Health and Life Sciences, Coventry University
 School of Nursing, Faculty of Health Sciences
 McMaster University
 Hamilton, Ontario, Canada



© Copyright 2018 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP brings together scientists, clinicians, health-care providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.

ผู้บทวน

Gill Furze, RN, PhD
Professor Emeritus
Faculty of Health and Life Sciences
Coventry University
Coventry, UK

Sigrídur Zoëga, RN, PhD
Assistant Professor and Clinical Nurse Specialist
University of Iceland and Landspítali – University Hospital
Reykjavík, Iceland

ผู้แปล

นายแพทย์ปราโมทย์ เชื้อโสภณ
ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

ผู้ตรวจทาน

แพทย์หญิงลักขมี ชาญเวชช์
เลขาธิการสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย

เกี่ยวกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดนานาชาติ

(International Association for the Study of Pain®)

IASP เป็นแหล่งชั้นนำที่มีบุคคลหลายอาชีพเพื่อเสนองานวิชาการวิทยาศาสตร์ การปฏิบัติ และการเรียนการสอนด้านความปวด [เปิดรับสมาชิกสำหรับทุกอาชีพ](#) ที่เกี่ยวข้องในการวิจัย การวินิจฉัย หรือการรักษาความปวด IASP มีสมาชิกมากกว่า 7,000 คนใน 133 ประเทศ 90 สมาคมแห่งประเทศไทย และ 20 กลุ่มที่สนใจเรื่องเฉพาะด้านของความปวด

วางแผนการเข้าร่วมเพื่อนร่วมอาชีพของท่านในงานประชุมความปวดโลก ([17th World Congress on Pain](#)), 12-16 กันยายน, 2018 บอสตัน รัฐแมสซาชูเซตส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา

ในฐานะของปีแห่งการรณรงค์เพื่อความเป็นเลิศด้านการเรียนการสอนเรื่องความปวด IASP มีชุดของเอกสารข้อเท็จจริง (Fact Sheets) ครอบคลุมหัวข้อที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการเรียนการสอนเรื่องปวด เอกสารเหล่านี้ได้รับการแปลเป็นภาษาต่างๆ และสามารถดาวน์โหลดได้ฟรี เชิญชม www.iasp-pain.org/globalyear สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม



© Copyright 2018 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP brings together scientists, clinicians, health-care providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.