

ذہنی کمزوری والے افراد درد کا اظہار مختلف طریقوں سے کرتے ہیں۔ ان لوگوں میں روئے اور حلیہ کی تبدیلی درد کی علامت ہوسکتی ہے اور بعض اوقات ایسے افراد میں درد کا اظہار عجیب طریقوں سے سامنے آتا ہے [8]۔ درد کے نتیجے میں ہونے والے ردعمل [motivational-affective, cognitive-evaluative and autonomic] کا انحصار اس بات پر ہوسکتا ہے کہ دماغی کمزوری کی وجوہات کیا ہیں اور اس میں دماغ کے کون سے حصے ملوث ہیں [4]۔ ذہنی کمزوری والے افراد کے بارے میں یہ غلط فہمی پائی جاتی ہے کہ اس طرح کے سب لوگوں میں درد کو محسوس کرنے والی جس کمزوری ہوتی ہے جس کی وجہ سے انہیں درد کا احساس کم ہوتا ہے [1]۔

ذہنی طور پر کمزور افراد میں درد کی پہچان کرنا

ذہنی کمزوری کے حامل افراد درد کا اظہار بہت مختلف طریقوں سے کرتے ہیں اور روئیوں کی انفرادیت کی وجہ سے ان کے درد کو پہچاننا مشکل ہوجاتا ہے۔ ایسے افراد میں درد کی شدت کا اندازہ ان کی مخصوص اور منفرد عادات کی پہچان کے ساتھ ساتھ ان کی جسمانی حالت اور روئیوں میں تبدیلی سے لگایا جاتا ہے [13]۔ تاہم ہر مریض کی ذہنی اور زبانی قابلیت جداگانہ ہونے کی وجہ سے درد کی پیمائش کے آلوں کا استعمال مشکل ہوجاتا ہے [31]۔ اس وجہ سے درد کی پیمائش کے مختلف طریقوں کی ضرورت پڑتی ہے تاکہ ہر مریض کی ذہنی قابلیت کے حساب سے مناسب اسکور کارڈ کا استعمال کیا جاسکے۔ کسی بھی شخص کے سالانہ طبی معائنے کے وقت اس کے درد کی کیفیت کا تعین کرنا اور اسے فائل میں نوٹ کرنا ضروری ہے تاکہ دوسرے طبی ماہرین بعد میں مریض کی کیفیت کا موازنہ کرسکیں [14]۔ درد کا معائنہ کرنے وقت مختلف لیکن آسان اور جانے پہچانے طریقوں کا استعمال کرنا چاہیے، جیسا کہ مریض کی اپنی وضاحت، اس کے روئیوں کا مشاہدہ، اس کی جسمانی حالت میں ردوبدل پر غور وغیرہ۔ اس کے علاوہ درد کے نتیجے میں غیر متوقع ردعمل کا دھیان رکھنا بھی ضروری ہے، جیسا کہ ہنسنا، حلق سے آوازیں نکالنا وغیرہ [22]۔ دماغی کمزوری والے بچوں میں درد کا تعین کرنے کے لیے جو اسکور کارڈ موجود ہیں ان کی کچھ مثالیں مندرجہ ذیل ہیں۔

Individualized Numeric Rating Scale INRS [27], Revised Face, Legs, Activity, Cry, Consolability-r-FLACC [32]

Paediatric Pain Profile-PPP [15] دماغی کمزوری والے بڑی عمر کے افراد میں درد کی پیمائش کے اسکور کارڈ کی چند مثالیں

مندرجہ ذیل ہیں۔

Non-Communicating Adult Pain Checklist – NCAPC [19], Pain and Discomfort Scale – PADS [2], Checklist of Nonverbal Pain Indicators – CNPI [7] and the Disability Distress Assessment Tool - Dis-Dat [26]

ان اسکور کارڈ کی پختگی کو تحقیق کے ذریعے جانچا جا چکا ہے [15,20,28]۔ درد کی پیمائش کے دوران ان اسکور کارڈ کے علاوہ اس بات کو بھی جانچا جانا چاہیے کہ روزمرہ کے معمولات میں مریض کی کیا کیفیت ہوتی ہے۔ ان معلومات کو حاصل کرنے کے لیے ان لوگوں سے رجوع کرنا بہتر ہے جو مریض کو روزمرہ کے معمولات میں اور درد کی حالت میں دیکھتے رہے ہوں تاکہ درد کی تشخیص صحیح طور پر ہوسکے [25]۔

ذہنی طور پر کمزور افراد میں درد کا علاج

درد کے مؤثر علاج کے لیے درد کی مناسب جانچ اور اس کی وجہ کا تعین کرنا نہایت اہم ہے۔ عارضی درد کی عمومی وجوہات کو جانچیں، جیسا کہ ہڈی ٹوٹنے کا درد، دانت کا درد وغیرہ [10]۔ خوراک کے حلق میں آنے (gastro esophageal reflux) کی تکلیف درد کی ایک وجہ ہو سکتی ہے [9] اور اس کی وجہ سے دانتوں کی تکلیف، الٹیاں اور نمونیا وغیرہ بھی درد کا باعث ہو سکتے ہیں [5] ان علامات کو جانچنے کے لیے آزمودہ طریقے موجود ہیں [3] اور ان کو جلد پہچان لینے اور فوری علاج سے درد سے بچاؤ ہو سکتا ہے۔ اس کے علاوہ ان افراد میں عصابی درد بھی پایا جاتا ہے۔

عصابی درد، دائمی یا باربار ہونے والے درد کی ایک قسم ہے۔ اس کی علامات میں بجلی کی سی سنسنی یا جلن کا احساس شامل ہے اور یہ درد تکلیف دہ محرک کی غیر موجودگی میں بھی محسوس کیا جاتا ہے۔ عصابی درد کا علاج مشکل ثابت ہو سکتا ہے۔ اس درد کے علاج میں gabapentinoids اور antidepressants فائدہ مند ثابت ہوتے ہیں [11,12]۔ دماغی کمزوری والے افراد بعض اوقات درد کا اظہار عجیب طریقوں سے کرتے ہیں، جیسا کہ سر کو دیوار پر مارنا یا خود کو کاٹ لینا۔ عصابی درد خود کو تکلیف دینے والے رویے کا باعث ہو سکتا ہے [24,29]۔ Autism کے شکار 50 فیصد بچوں میں خود کو تکلیف دینے کا رویہ دیکھا گیا ہے لیکن ان میں سے کچھ ہی بچوں میں درد کی وجہ کا تعین ہو پاتا ہے [23]۔

درد کو پہچاننے اور جانچنے کے بعد اگلا مرحلہ اس کے لیے مناسب دواؤں کا صحیح مقدار میں تجویز کرنا ہے۔ درد کے علاج کے لیے عالمی ادارہ صحت کے جاری کردہ analgesic pain ladder سے مدد لی جا سکتی ہے [33]۔ ان افراد میں درد کا علاج اکثر مشکل ہوتا ہے۔ درد کی شدت کو بار بار جانچنا اور اس حساب سے دواؤں کی مقدار کو زیادہ یا کم کرتے رہنا اطمینان بخش علاج کے لیے بہت ضروری ہے [30]۔ عمومی طور پر دماغی کمزوری والے افراد میں درد کے علاج کو کم اہمیت دی جاتی ہے اور تحقیق سے پتہ چلا ہے کہ دماغی کمزوری رکھنے والے بچوں میں صحت مند بچوں کے مقابلے میں دواؤں کی مقدار کم دی جاتی ہے [17, 18] اور تحقیق سے دیکھا گیا ہے کہ ڈاکٹر ذہنی کمزوری کے حامل بچوں میں درد کی دوائیں بھی بہت کم مقدار میں دیتے ہیں [21]۔

ذہنی کمزوری کے مریضوں میں مرگی کا مرض اکثر پایا جاتا ہے اور ایسے افراد کو مرگی کی دوائیں عمر بھر کھانی پڑتی ہیں۔ یہ دوائیں جگر کے P450 enzymes کی مقدار بڑھا کر کچھ دوسری دواؤں کے اثرات پر اثر انداز (Phenytoin, phenobarbital carbamazepine) ہو سکتی ہیں۔ درد کے مؤثر علاج کے لیے ضروری ہے کہ یہ علاج جامع اور مربوط ہو اور اس میں تمام متعلقہ افراد کی کوششیں شامل ہوں۔ مختلف دواؤں اور علاج کے دوسرے طریقوں کا باہمی استعمال درد کے علاج کے لیے بہت اہم ہے۔ مزید برآں علاج کے دوران دواؤں کے علاوہ جسمانی، سماجی، نفسیاتی اور روحانی معاملات کو مدنظر رکھنا بھی ضروری ہے تاکہ درد کا علاج سالماتی، فعلی، عملیاتی، حساسیاتی اور جذباتی سطح پر ہو سکے [6]۔ تاہم درد کے علاج میں استعمال ہونے والے طریقوں کا انحصار درد کی وجوہات، مریض کی ترجیحات اور علاج کے بارے میں شائع کی گئی ہدایات پر ہوتا ہے۔ اس پورے طریقہ کار کے دوران درد کی مناسب پیمائش اور مریض کی فائل میں علاج کی تحریری شہادت فراہم کرنا لازمی ہے۔

ذہنی کمزوری والے مریضوں میں درد کے علاج کے ساتھ ان کے معیار زندگی کو بہتر بنانے کی طرف توجہ دینا بھی نہایت اہم ہے اور اس ضمن میں مریض کے گھر کے افراد اور خود مریض کو درد کی جانچ اور اس کے علاج میں شامل رکھنا چاہیے [6]۔

اہم نقطے

1. ذہنی کمزوری رکھنے والے افراد میں درد کے علاج کے دوران بہت سی باتوں کو مدنظر رکھنا ضروری ہے جیسا کہ مریض کا دوسری بیماریوں میں مبتلا ہونا، درد کو جانچنے میں مشکل وغیرہ۔
2. درد کی صحیح پیمائش درد کے علاج کا سب سے اہم نقطہ ہے۔ درد کو جانچنے کے آلات مریض کی ذہنی قابلیت کے مطابق استعمال کریں۔
3. درد کی دوائیں تجویز کرتے وقت اس بات سے آگاہ رہیں کہ مریض روزمرہ کون کون سی دوائیں استعمال کر رہے ہیں اور ان دواؤں کے باہمی اثرات کیا ہو سکتے ہیں۔

REFERENCES

- [1] Beacroft M. and Dodd K. (2010) I feel pain - audit of communication skills and understanding of pain and health needs with people with learning disabilities. British Journal of Learning Disabilities. 39: 139–147.
- [2] Bodfish J., Harper V., Deacon J. and Symonds F. (2001) Identifying and measuring pain in persons with developmental disabilities: A manual for the Pain and Discomfort Scale (PADS). Available from Western Carolina Center Research Reports, 300 Enola Rd. Morganton NC 28655.

- [3] Deal L., Gold B.D., Gremse D.A., Winter H.S., Peters S.B., Fraga P.D., Mack M.E., Gaylord S.M., Tolia V. and Fitzgerald J.F. (2005) Age-specific questionnaires distinguish GERD symptom frequency and severity in infants and young children: development and initial validation. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 41(2):178–185.
- [4] de Knecht N. and Scherder E. (2011) Pain in adults with intellectual disabilities. *Pain*. 152 (5):971–4.
- [5] de Veer A.J., Bos J.T., Niezen-de Boer R.C., Bohmer C.J. and Francke A.L. (2008) Symptoms of gastroesophageal reflux disease in severely mentally retarded people: a systematic review. *BMC Gastroenterol*. 8:23.
- [6] Doody O. and Bailey M.E. (2017) Interventions in pain management for persons with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, <https://doi.org/10.1177/1744629517708679>
- [7] Feldt K S. (2000) the checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain Management Nursing*. 1(1): 13-21.
- [8] Findlay L., Williams A.C.D.C., Baum S. and Scior K. (2015) Caregiver experiences of supporting adults with intellectual disabilities in pain. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability* 28: 111–120.
- [9] Gossler A., Schalamon J., Huber-Zeyringer A. and Hollwarth M.E. (2007) Gastroesophageal reflux and behavior in neurologically impaired children. *Journal of Pediatric Surgery*. 42(9):1486–1490.
- [10] Hauer J. and Houtrow A.J. (2017) Pain assessment and treatment in children with significant impairment of the Central Nervous System. *Pediatrics*. 139(6): e20171002.
- [11] Hauer J.M. and Solodiuk J.C. (2015) Gabapentin for management of recurrent pain in 22 nonverbal children with severe neurological impairment: a retrospective analysis. *Journal of Palliative Medicine*. 18(5): 453-456.
- [12] Hauer J.M., Wical B.S. and Charnas L. (2007) Gabapentin successfully manages chronic unexplained irritability in children with severe neurologic impairment. *Pediatrics*, 119(2): e519-e522.
- [13] Herr K., Coyne P.J., McCaffery M., Manworren R. and Merkel S. (2011) Pain assessment in the patient unable to self-report, position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing* 12: 230–250.
- [14] Hoghton M., Martin G. and Chauhan U. (2012) Annual health checks for people with intellectual disabilities. *British Medical Journal*. 345, e7589.
- [15] Hunt A., Goldman A., Seers K., Crichton N., Mastroyannopoulou K., Moffat V., Oulton K. and Brady M. (2004) Clinical validation of the paediatric pain profile. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 46(1):9-18.
- [17] Koh J.L., Fanurik D., Harrison R.D., Schmitz M.L. and Norvell D. (2004) Analgesia following surgery in children with and without cognitive impairment. *Pain* 111: 239–244.
- [18] Long L.S., Ved S. and Koh J.L. (2009) Intraoperative opioid dosing in children with and without cerebral palsy. *Paediatric Anaesthesia*. 19: 513–20.
- [19] Lotan M., Ljunggren A.E., Johnsen T.B., Defrin R., Pick C.G. and Strand L.I. (2009) A modified version of the Non-Communicating Children Pain Checklist-Revised (NCCPC-R), adapted to adults with intellectual and developmental disabilities. Sensitivity to pain and internal consistency. *Journal of Pain*. 10(4): 398-407.
- [20] Malviya S., Voepel-Lewis T., Burke C., Merkel S. and Tait A.R. (2006) The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. *Paediatric Anaesthesia*. 16(3):258-65.
- [21] Malviya S., Voepel-Lewis T., Merkel S. and Tait A. (2005) Difficult pain assessment and lack of clinician knowledge are ongoing barriers to effective pain management in children with cognitive impairment. *Acute Pain*. 1(7):27–32.
- [22] Masterson M. (2011) Understanding pain in patients with intellectual disabilities. *American Nurse Today*. 6: 1–6.
- [23] Minshawi N.F., Hurwitz S., Morriss D. and McDougale C.J. (2015) Multidisciplinary assessment and treatment of self-injurious behavior in autism spectrum disorder and intellectual disability: integration of psychological and biological theory and approach. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 45(6):1541–68.
- [24] Peebles K.A. and Price T.J. (2012) Self-injurious behaviour in intellectual disability syndromes: evidence for aberrant pain signalling as a contributing factor. *Journal of Intellectual Disability Research*. 56(5): 441-452.
- [25] Rattaz C., Dubois A., Michelin C., Viellard M., Poinso F. and Baghdadli A. (2013) How do children with autism spectrum disorders express pain? A comparison with developmentally delayed and typically developing children. *Pain*, 154, 2007–2013.
- [26] Regnard, C., Reynolds, J., Watson, B., Matthews, D., Gibson, L., & Clarke, C. (2007). Understanding distress in people with severe communication difficulties, Developing and assessing the disability distress assessment tool (DisDAT). *Journal of Intellectual Disability Research*. 51(4): 277-292.
- [27] Solodiuk J. and Curley M.A.Q. (2003) Evidence based practice, Pain assessment in nonverbal children with severe cognitive impairments - The Individualized Numeric Rating Scale (INRS). *Journal of Pediatric Nursing*. 18:(4), 295-299.
- [28] Solodiuk J.C., Scott-Sutherland J., Meyers M., Myette B., Shusterman C., Karian V.E., Harris S.K. and Curley M.A. (2010) Validation of the Individualized Numeric Rating Scale (INRS): a pain assessment tool for nonverbal children with intellectual disability. *Pain*. 150(2):231-6.
- [29] Symons F.J. (2011) Self-injurious behavior in neurodevelopmental disorders: relevance of nociceptive and immune mechanisms. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2011; 35(5):1266-1274.
- [30] Taverner T. (2014) Neuropathic pain: an overview. *British Journal of Neuroscience Nursing*. 10: 116–123.
- [31] Temple B., Dube´ C., McMillan D., Secco L., Kepron E., Dittberner K., Ediger J. and Vipond G. (2012) Pain in people with developmental disabilities: a scoping review. *Journal of Developmental Disabilities* 18: 73–86.
- [32] Voepel-Lewis T., Malviya S. and Tait A.R. (2005) Validity of parent ratings as proxy measures of pain in children with cognitive impairment. *Pain Management Nursing*. 6(4): 168–174.
- [33] World Health Organization (1996) *Treatment of Cancer Pain*. Geneva: World Health Organization.

AUTHORS

Owen Doody, PhD, MSc, BSc, RNID
Department of Nursing and Midwifery
University of Limerick,
Limerick, Ireland

Abraham J. Valkenburg, MD, PhD
Department of Anesthesiology
Erasmus University Medical Center
Rotterdam, the Netherlands

International Association For The Study Of Pain

IASP درد سے متعلق سائنس، علاج اور تعلیم کی رہنمائی کے لیے ایک معروف فورم ہے۔ درد کی تحقیق اور اس کی جانچ اور علاج کرنے والے تمام پیشہ ورانہ افراد IASP کے ممبرین سکتے ہیں۔ دنیا کے 133 ممالک میں IASP کے 7000 سے زائد ممبرز ہیں۔ اسکے علاوہ اس کے 20 special interest groups ہیں اور 90 ممالک میں قومی IASP chapter ہیں۔

IASP سرجری کے بعد درد کے خلاف Fact sheets کی ایک سیریز پیش کر رہا ہے، جس میں سرجری کے بعد درد سے متعلق مخصوص عنوانات شامل ہیں۔ ان دستاویزات کا متعدد زبانوں میں ترجمہ بھی کیا گیا ہے اور مفت ڈاؤن لوڈ کے لیے بھی دستیاب ہیں۔ مزید معلومات کے لیے ویب سائٹ www.iasp-pain.org/globalyear ملاحظہ کریں

Translators

Dr. Aliya Ahmed, Professor
Dr. Gauhar Afshan, Professor
Department of Anaesthesiology ,
Aga Khan University
Karachi, Pakistan



© حق اشاعت 2019 انٹرنیشنل ایسوسی ایشن برائے مطالعہ درد۔ جملہ حقوق محفوظ ہیں۔

IASP سائنس دانوں، طبی ماہرین، صحت کی دیکھ بھال کرنے والوں اور پالیسی سازوں کو اکٹھا کرتا ہے، تاکہ درد سے متعلق مطالعے کی حوصلہ افزائی اور مدد کی جاسکے۔ یہ علم دنیا بھر میں درد کے علاج کو مزید بہتر بنانے میں مددگار ثابت ہوگا۔