



Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği

Zihinsel engelli bireyler ağrıyı genellikle alışılmadık şekillerde gösterir. Davranış ve görünümdeki ufak değişiklikler ağrı belirtileri olabilir, çünkü ağrı ifadeleri değişken ve kendine has olabilir [8]. Zihinsel yetersizliğin nedenine ve beynin etkilenen çeşitli alanlarına bağlı olarak ağrıya verilen motivasyonel-duygusal, bilişsel-değerlendirici ve otonomik tepkiler etkilenebilir [4]. Bu, zihinsel engelli kişilerin ağrıya daha az duyarlı ve daha yüksek bir ağrı eşiğine sahip homojen bir grup olduğu konusunda yanlış bir algı yaratır [1].

Bilişsel bozuklukta ağrıyı tanıma

Zihinsel engelli olan insanlar ağrıyı farklı şekilde ifade edebilirler; ağrı davranışlarının incelik veya bireyselliği göz önüne alındığında kolayca tanınamayan sözel olmayan göstergeler nedeniyle tanınmasını oldukça sübjektif hale getirirler. Ağrı oldukça kişiselleştirilmiş ve öznel bir fenomen olduğundan, potansiyel ağrı göstergeleri, bireyin tipik becerilerinin anlaşılması ile birlikte fiziksel ve / veya davranışsal işaretlerdeki değişiklikleri içerir [13]. Bununla birlikte, sözel ve bilişsel becerilere bağlı olarak değişen yanıtlar, ağrı değerlendirme araçlarının pratikte uygulanabilirliğini sınırlamıştır [31]. Bu nedenle, değerlendirilen kişinin becerileri ile uyumlu çeşitli yöntem ve ağrı ölçütlerine ihtiyaç vardır. Bu süreçte, başlangıç kayıtları, diğer sağlık uzmanlarının yararı için, ağrı yanıtlarının belgelenip gözden geçirilebildiği her bireyin yıllık sağlık değerlendirmesinin bir parçası olmalıdır [14]. Göz önünde bulundurulması gereken, ağrının, aşığıdakileri içeren çeşitli yöntemleri kullanarak bilinen ve uygun bir ağrı ölçęi kullanılarak değerlendirilmesi gerektiğidir: kişisel bildirim, davranışsal gözlem ve kişiye ve iletişim yeteneklerine bağlı olarak fizyolojik ölçütler. Ayrıca, ağrıya verilen gülmek veya heyecan, mutluluk ve ağrıda aynı sesleri çıkarmak gibi atipik yanıtlar göz önünde bulundurulmalıdır [22]. Zihinsel engelli çocuklar için onaylanmış mevcut ağrı değerlendirme araçlarına örnekler şunlardır: Nispeten basit ve kullanımı kolay Bireyselleştirilmiş Sayısal Değerlendirme Ölçeği - INRS [27], Gözden Geçirilmiş Yüz, Bacaklar, Aktivite, Ağlama, Teskin edilebilme - r-FLACC [32] ve daha karmaşık Pediatrik Ağrı Profili - PPP [15].

Zihinsel engelli olan yetişkinler için, onaylanmış ağrı değerlendirme araçları şunlardır: İletişim Kurmayan Yetişkin Ağrı Kontrol Listesi - NCAPC [19], Ağrı ve Rahatsızlık Ölçeği - PADS [2], Sözel Olmayan Ağrı Göstergelerinin Kontrol Listesi - CNPI [7] ve Engellilik Endişe Değerlendirme Aracı - Dis-Dat [26]. Ağrı değerlendirme araçlarının çoğunun değerlendiriciler arası güvenilirliği yeterlidir ve yeni bir ölçęin sonuçları ile mevcut bir ölçęin sonuçları arasında ilişki kurularak tahmin edilen geçerlik yeterlidir [15, 20, 28]. Bununla birlikte, çok sayıda ağrı değerlendirme aracı mevcut olsa da, esas olan, zihinsel engelli kişiyi aracın tüm yönleriyle değerlendirme kabiliyeti ışığında bir değerlendirme yapılması ve temel gözlemlerin kaydedilmesidir. Bu yöntem ideal olarak, kişiyi başlangıçta ve ağrılı iken görenlerden bilgiler içerir. Bireyselleştirilmiş fiziksel, fizyolojik, davranışsal ve atipik reaksiyonların / gözlemlerin belirlenmesi, eğer ağrı tanınacak ve tedavi uygulanacaksa esastır [25].

Bilişsel bozuklukta ağrı yönetimi

Ağrı yönetiminde etkili bir ağrı değerlendirmesi ve ağrı kaynaklarının değerlendirilmesi gerekir. Nosiseptif (akut) ağrıya neden olan kırık ve diş problemleri gibi durumlar değerlendirilmelidir [10]. Gastroözofageal reflü hastalığı zihinsel engellilikte ağrının ana nedenidir ve kusma, pnömoni ve diş problemleri gibi hepsi potansiyel ağrılı durumlara [5] ilişkilendirilebilir. Gastroözofageal reflünün semptom, sıklık ve şiddetini ölçmek için onaylanmış araçlar mevcuttur ve erken saptanması ve erken tedavisi ağrıyı ve diğer semptomları önlemenin anahtarıdır. Nosiseptif ağrının yanı sıra nöropatik ağrı da bir neden olarak akılda tutulmalıdır.



Nöropatik ağrı somatosensoriyel sinir sistemindeki bir lezyonun neden olduğu kronik veya tekrarlayan ağrının klinik tanımlamasıdır.

Semptomlar ağrısız bir uyarandan kaynaklanan ağrıyı içerebilir ve ağrı yanma ve elektriklenme hissi olarak tanımlanır. Nöropatik ağrının tedavisi çok daha zor olabilir ve gabapentinoidler ve trisiklik antidepresanlar gibi diğer analjeziklere daha iyi yanıt verebilir [11,12]. Zihinsel engelli bazı bireyler kafasını vurma, kendini ısırma gibi kendi kendine zarar verme davranışları gösterebilirler ve burada ağrı nedenler bir faktör olabilir (ağrıyı ifade etmenin bir yolu). Otizmlilik çocuklarda kendine zarar verme davranışının görülme sıklığı %50'ye çıkabilmektedir fakat sadece küçük bir yüzdesinde ağrı kaynağı nosiseptif ağrıdır [23]. Fakat, nöropatik ağrının kendine zarar verme davranışı için tetikleyici olduğu belirtilmiştir [24,29].

Ağrı değerlendirmesi ve tanınmasından sonra bir sonraki adım da uygun analjezik ajanların uygun dozlarda kullanılmasıdır. Dünya Sağlık Örgütüne göre ağrı yönetiminde analjezik basamağı takip edilebilir. Ağrının tedavisi sıklıkla güçtür ve tatmin edici ve başarı elde edilmeden önce devamlı tedaviler, izlem ve ilaç titrasyonu ve/veya denemelerini gerektirir [30]. Genel olarak zihinsel engelli olan insanlarda ağrı azalma daha az olur ve yapılan iki retrospektif çalışmada [17,18] zihinsel engelli çocukların kontrollerle karşılaştırıldığında daha az intraoperatif opioid aldığı bildirilmiştir. Malviya ve ark. [21] hekimlerin %89'unun zihinsel engelli çocuklarda analjeziklerin subterapötik dozlarının reçete etme eğiliminde olduğunu bildirmektedir.

Epilepsi, zihinsel engellikte çok sık görülen bir komorbidedir ve zihinsel engelli birçok kişi antiepileptik ilaçlarla (ör. Fenitoin, fenobarbital, karbamazepin) yaşam boyu tedavi gerektirmektedir, bunlar da çoklu sitokrom p450 enzim indükleyicileri olduklarından ilaç-ilaç etkileşimlerine neden olabilmektedir. Bir ağrı yönetim rejimi kapsamlı, bütünlükçü olmalı ve tüm ilgili kişileri dahil etmelidir. Farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavileri içerecek şekilde multimodal girişimlere dikkat edilmelidir. Bu tür girişimler ağrı yönetiminde moleküler, fonksiyonel, kognitif ve afektif seviyelerde başarılı olmak için farmakolojik, fiziksel, sosyal, psikolojik ve ruhsal yaklaşımları içerebilir [6]. Böylece ağrı yönetimi müdahaleleri ağrı etyolojisine, hasta özelliklerine ve tercihlerine göre çeşitlilik gösterir ve en iyi kılavuzlara uyarak yapılmalıdır. Ağrının etkin bir şekilde değerlendirilmesini, kaynağın ve ağrının türünün tanımlanmasını ve doğru belgelendirilmesini içeren yapısal bir yaklaşım esastır.

Zihinsel engelli popülasyonda ağrının karmaşıklığı göz önüne alındığında, etkili ağrı yönetimi sadece ağrıyı azaltmak için değil, yaşam kalitesini arttırmaya yönelik uyarılara odaklanmayı sağlamak için çok yönlü bir yaklaşım ve sürekli yeniden değerlendirmeyi gerektirir. Ayrıca aile/bakım verenler, zihinsel engelli bireyin kendisi de değerlendirme ve yönetime dahil edilmelidir [6]. Etkili ağrı yönetiminin önündeki en büyük engeller olarak kabul edilen eğitim eksikliği ve zihinsel yetersizliğe dikkat edilmesi gerekmektedir.

Anahtar noktalar:

- 1) Zihinsel engelli kişilerde ağrının yönetimi ağrı değerlendirme gücü, komorbidite insidansı ve birlikte ilaç kullanımı konusunda birçok dikkat edilmesi gereken şeyi içerir.
- 2) Yeterli ağrı değerlendirmesi ağrı yönetiminin temel taşıdır ve zihinsel engelli kişilerde ağrı, kişinin beceri seviyesine uygun doğrulanmış ağrı değerlendirme araçlarının kullanılmasından yararlanır.
- 3) Reçete yazanlar zihinsel engelli bireylerde antiepileptik ilaçlarla ilaç-ilaç etkileşimi gibi analjeziklerin farmakodinamik ve farmakokinetiklerindeki potansiyel değişikliklerin farkında olmalıdır.

KAYNAKLAR

- [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., Mastroiannopoulou 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 NonCommunicating 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 McDougle 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., Michelon 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 FJ. (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.

YAZARLAR

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

Working together for pain relief

© Copyright 2019 International Association for the Study of Pain. All rights reserved. **IASP bilim adamlarını, klinisyenleri, sağlık çalışanlarını ve yasa koyucuları biraraya getirerek ağrı çalışmalarını arttırır ve bilgiyi tüm dünyada daha iyi ağrı tedavisini yaymak için aktarır.**