



NESERGANČIŲ DEMENCIJA, BET SU PAŽINIMO SUTRIKIMU SUSIJUSIŲ ASMENŲ, SKAUSMO VALDYMAS

Tarptautinė skausmo studijų asociacija

Asmenys, turintys protinę negalią, skausmą dažnai išreiškia neįprastais būdais. Skausmo išraiška gali būti įvairi ir savita, net ir elgesio bei išvaizdos pokyčiai gali būti patiriamo skausmo subtilūs rodikliai, [8]. Priklausomai nuo protinės negalios priežasties ir pakenktų smegenų sričių, motyvacinės, emocinės, pažinimo bei autonominės reakcijos į skausmą gali keistis [4]. Tai formuoja klaidingą nuomonę neva žmonės su protine negalia yra asmenų grupė, mažiau jautri skausmui bei turinti didesnę skausmo slenkstį [1].

Skausmo pažinimas kognityvinių sutrikimų turintiems asmenims

Žmonės, turintys intelekto sutrikimų, gali išreikšti skausmą kitaip, todėl skausmo pažinimas yra labai subjektyvus, pagrįstas nežodinių rodiklių vertinimu, kurie nėra lengvai atpažįstami dėl subtilios ir individualios skausmo elgsenos. Kadangi ir pats skausmas yra labai individualus bei subjektyvus reiškinys, potencialiais skausmo indikatoriais turi būti pripažįstami fiziniai ir (arba) elgesio pokyčiai kartu su supratimu apie asmens tipinius gebėjimus [13]. Kol kas dėl verbalinių atsakų ir pažinimo sutrikimų įvairovės skausmo vertinimo priemonių taikymą praktikoje išlieka ribotas [31]. Todėl tenka imtis įvairių skausmo metodų ir matavimų, kurie atitiktų vertinamo asmens gebėjimą. Kiekvieno tokio asmens kasmetinis sveikatos vertinimas turėtų apimti ir skausmo vertinimą, jį dokumentuojant taip, kad dokumentą peržiūrintis bet kuris sveikatos priežiūros specialistas galėtų skausmo rodikli pilnai suprasti. [14]. Reikia žinoti kaip skausmą galima įvertinti naudojant pripažintas ir tinkamas skausmo skales, naudojant įvairius kitus būdus, tokius kaip savarankišką pranešimą, elgesio stebėjimą ir fiziologines priemones, priklausančias nuo individo ir jo bendravimo gebėjimų. Be to, reikia galvoti apie galimas netipines skausmo reakcijas, kurias sukelia tie patys garsai, kaip kad jaudinantis, esant laimingam ar skausmo apimtam [22]. Galimų skausmo vertinimo priemonių, patvirtintų vaikams su intelekto sutrikimais, pavyzdžiai: santykinai paprasta naudojimui - individualizuota skaitmeninė reitingų skalė - INRS [27], patikslinta - veido, kojų, veiklos, verkimo patikimumo skale - r-FLACC [32] ir sudėtingesnė - pediatrinio skausmo profilio skale - PPP [15].

Suaugusiesiems, turintiems intelekto sutrikimų, pripažinti skausmo vertinimo instrumentai yra šie: „Nebendruojančio suaugusiojo skausmo kontrolinis testas - NCAPC [19], skausmo ir diskomforto skalė - PADS [2], nežodinių skausmo rodiklių kontrolinis testas - CNPI [7] ir neįgalumo kančios vertinimo priemonė - „Dis-Dat“ [26]. Daugumos skausmo vertinimo instrumentų tarpusavio patikimumas yra tinkamas, o jų galiojimas, apskaičiuotas lyginant naują skalę su esamos skalės rezultatais, yra pakankamas [15,20,28]. Nors egzistuoja nemažai skausmo vertinimo priemonių, svarbu, kad vertinimas būtų atliekamas atsižvelgiant į gebėjimą įvertinti asmenį, turintį intelekto negalią. Tam reikia panaudoti visas įrankių galimybes, o pagrindinius pastebėjimus gerai užfiksuoti. Geriausia, kad ši procesa atliktu tie, kurie pažįsta individą, kaip jis atrodo be skausmo ir kaip, kada jam skauda. Individualios fizinės, fiziologinės, elgsenos ir netipinės reakcijos /stebėjimai yra būtini, jei numatoma istirti skausmą ir jį gydyti [25].

Skausmo valdymas kognityvinių sutrikimų turintiems asmenims

Siekiant valdyti skausmą, būtina veiksmingai įvertinti skausmą ir įvertinti skausmo šaltinius. Turi būti įvertintos sąlygos, sukeliančios nociceptinį (ūminį) skausmą, pavyzdžiui, lūžiai ar dantų problemos [10]. Gastroezofaginio reflukso liga yra pagrindinė skausmo priežastis intelektiniu sutrikimu turintiems [9] ir gali būti susijusi su vėmimu, pneumonija ir dantų problemomis. Visa tai gali būti skausminga [5]. Yra patvirtintų priemonių, kaip būtų galima nustatyti gastroezofaginio reflukso simptomų dažnumą ir sunkumą [3], o ankstyvas gastroezofaginio reflukso nustatymas ir ankstyvas gydymas yra labai svarbus dalykas, siekiant išvengti skausmo ir kitų simptomų. Be nociceptinio skausmo, neuropatinis skausmas taip pat turėtų būti laikomas priežastimi.

Neuropatinis skausmas yra nusakomas kaip lėtinis ar pasikartojantis skausmas, kuris kyla somatosensorinėje nervų sistemoje. Simptomais gali būti skausmas, atsirandantis po neskausmingos stimuliacijos, kai skausmas apibūdinamas kaip deginantis ar panašus į elektrinį šoką. Neuropatinis skausmas yra sunkiau gydomas ir gali geriau reaguoti į adjuvantinius analgetikus, tokius kaip gabapentinoidai ir tricikliniai antidepresantai [11,12]. Kai kurie žmonės, turintys intelekto sutrikimų, linkę į save žalojanti elgesį, pvz., galvos trankymas arba savęs kramtymas, o skausmas gali būti to priežastis (kad atkreipti dėmesį). Savęs žalingo elgesio dažnis vaikams, sergantiems autizmu, gali būti net 50%, tačiau tik nedidele procentine dalimi buvo nustatyta, kad tokio skausmo šaltinis yra nociceptinis [23]. Tačiau buvo nurodyta, kad neuropatinis skausmas yra priežastis savęs žalojančiam elgesiui [24,29].

Po skausmo įvertinimo ir atpažinimo, kitas žingsnis yra adekvačiu analgetikų skyrimas atitinkamomis dozėmis. Valdant skausmą reikėtų vadovautis Pasaulio sveikatos organizacijos [33] analgetikų skyrimo pakopomis (kopečiomis). Skausmą dažnai sunku gydyti ir dažnai reikia nuolat jį vertinti, peržiūrėti ir titruoti ir (arba) bandyti kitus vaistus, kol bus pasiektas patenkinamas rezultatas [30]. Apskritai, protinę negalią turintiems žmonėms skausmas dažnai malšinamas nepakankamai. Tai parodė ir du retrospektyviniai tyrimai [17,18], kurie patvirtino, jog vaikai, turintys intelektinę negalią, gavo mažesnes opioidų dozes operacijoje metu ir po ju, lyginant su kontroline grupe. Malviya ir kt. pranešė, kad 89 proc. gydytojų linkę skirti mažesnes vaistų dozes negalią turintiems vaikams.

Epilepsija yra labai dažna lydinti liga, esant intelekto negaliai, todėl daugeliui intelekto sutrikimų turinčių žmonių reikės visą gyvenimą trunkančio gydymo vaistais nuo epilepsijos (pvz., Fenitoino, fenobarbitalio, karbamazepino). Tai gali sukelti neigiamą vaistų sąveiką, nes šie vaistai stipriai veikia daugumą citochromo P450 fermentų. Skausmo valdymo režimas turi būti išsamus, integruotas, o jo valdyma įtraukiant visus susijusius asmenis. Reikėtų atkreipti dėmesį į daugiadalykio pobūdžio intervencijas, įskaitant gydymą farmakologiniu ir ne farmakologiniu metodais. Tokios intervencijos gali apimti farmakologinius, fizinius, socialinius, psichologinius ir dvasinius metodus, paveikiant skausmo valdymą molekuliniam, funkciniam, elgesio, pažinimo ir emociniam lygiuose [6]. Tokiu būdu skausmo valdymo intervencijos skirsis priklausomai nuo skausmo etiologijos, paciento charakteristikų ir pageidavimų bei vadovaujantis geriausios praktikos gairėmis. Labai svarbu struktūrizuotą požiūrį taikyti ir skausmą vertinant, ir nustatant skausmo šaltinį, ir tiksliai skausmą dokumentuojant.

Atsižvelgiant į intelekto negalios gyventojų skausmo sudėtingumą, veiksmingam skausmo valdymui reikia daugialypio požiūrio ir nuolatinio persvarstymo, siekiant užtikrinti, kad pagrindinis dėmesys būtų skiriamas gyvenimo kokybės rodikliams, o ne tik skausmo mažinimui. Be to, į vertinimą, valdymą ir vertinimą turėtų būti įtraukti atitinkami asmenys, tokie kaip šeima / globėjai ir patys asmenys, turintys intelektinę negalią [6]. Reikia atsižvelgti į švietimo ir intelektinės negalios žinių trūkumą, kurie laikomi pagrindinėmis veiksmingos skausmo valdymo kliūtimis.

Pagrindiniai klausimai

- 1) Skausmo valdymas žmonėms su intelekto sutrikimais apima daugybę priežasčių, susijusių su skausmo įvertinimo sunkumais, dideliu susirgimų dažnumu ir bendrai vartojamų vaistų vartojimu.
- 2) Tinkamas skausmo vertinimas yra skausmo valdymo pagrindas, todėl skausmas žmonėms, turintiems intelekto negalią, turi būti vertinamas naudojant patvirtintus skausmo įvertinimo įrankius, atitinkančius asmens gebėjimų lygį.
- 3) Gydytojai turi žinoti apie galimus analgetikų farmakokinetikos ir farmakodinamikos pokyčius žmonėms, turintiems protinę negalią, pvz., vaistų tarpusavio sąveiką su vaistais nuo epilepsijos.

Literatūra

- [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 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.

AUTORIAI

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

Vertimas – Lietuvos skausmo draugija