



IASP 2025
GLOBAL YEAR
Pain Management, Research and Education
in Low- and Middle-Income Settings

FACT SHEET

ಸ್ಥಳೀಯ ಸಂದರ್ಭಗಳಿಗೆ ಜಾಗತಿಕ ನೋವಿನ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು: ಕಡಿಮೆ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಮ-ಆದಾಯದ ದೇಶಗಳಿಗೆ ತಂತ್ರಗಳು.

ಲೇಖಕರು:

- **Robyna Irshad Khan, MBBS, FCPS, MHSc:** Associate Professor Anesthesiology, Associate Dean Allied Health, Aga Khan University, Karachi, Pakistan
- **Usman Bashir, MBBS, FRCA, FFPMRCA:** King Faisal Specialist Hospital & Research Centre, Kingdom of Saudi Arabia
- **Gauhar Afshan, MBBS, FCPS:** Endowed Professor Anesthesiology & Pain Medicine, Aga Khan University, Karachi, Pakistan

ನೋವು ನಿರ್ವಹಣಾ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳು ಜಾಗತಿಕ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ನಿರ್ಣಾಯಕ ಸಾಧನಗಳಾಗಿವೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು, ಅಸಮಾನತೆಗಳನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಮತ್ತು ರೋಗಿಯ ಘನತೆಯನ್ನು ಕಾಪಾಡಲು ವಿನ್ಯಾಸಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಹೊಂದಿರುವ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಲಾದ ಈ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳು ಬಲವಾದ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಪುರಾವೆಗಳು ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಣತಿಯನ್ನು ಆಧರಿಸಿವೆ. ಆದಾಗ್ಯೂ, ಕಡಿಮೆ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯಮ-ಆದಾಯದ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ (LMIC ಗಳು), ಅಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು ವಿಶೇಷ ಸೇವೆಗಳು, ಅಗತ್ಯ ಔಷಧಿಗಳು ಅಥವಾ ತರಬೇತಿ ಪಡೆದ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರಬಹುದು, ಈ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಲು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಚಿಂತನಶೀಲ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ಅಗತ್ಯವಿರುತ್ತದೆ [4]. ಜಾಗತಿಕ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ LMIC ಗಳು ಪುರಾವೆ ಆಧಾರಿತ ಮಾನದಂಡಗಳು ಮತ್ತು ವಾಸ್ತವಗಳ ನಡುವಿನ ಅಂತರವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಅನುವು ಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತದೆ. ಈ ವಿಧಾನವು ಸ್ಥಳೀಯ ಮೌಲ್ಯಗಳನ್ನು ಗೌರವಿಸುತ್ತದೆ, ಸೀಮಿತ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಅತ್ಯುತ್ತಮವಾಗಿಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಮಗ್ರತೆಗೆ ಧಕ್ಕೆಯಾಗದಂತೆ ನೈತಿಕ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುತ್ತದೆ. ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಲಭ್ಯತೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಪಡೆಯ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಅಭ್ಯಾಸಗಳು ಮತ್ತು ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಶಾಸ್ತ್ರೀಯ ಆದ್ಯತೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮಾಡಲು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಶಿಫಾರಸುಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವ ಮೂಲಕ, ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯು ಕಾರ್ಯಸಾಧ್ಯ ಮತ್ತು ಅಗತ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ [2].

ಸ್ಥಳೀಯ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಏಕೆ ಮುಖ್ಯ?

ಅನೇಕ ಜಾಗತಿಕ ನೋವು ನಿರ್ವಹಣಾ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳು ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ, ಬಹುಶಿಸ್ತೀಯ ತಂಡಗಳು ಮತ್ತು ವ್ಯಾಪಕ ಶ್ರೇಣಿಯ ಔಷಧಿಗಳ ಲಭ್ಯತೆಯನ್ನು ಉಹಿಸುತ್ತವೆ. ಆದಾಗ್ಯೂ, ಈ ಉಹಗಳು ಪ್ರಪಂಚದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ನಿಜವಲ್ಲ [3, 9]. ಅನೇಕ LMIC ಗಳಲ್ಲಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ವಿತರಣೆಯನ್ನು ವಿಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ, ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳು ಸೀಮಿತವಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ನೋವು ನಿವಾರಕಕ್ಕೆ ಪ್ರವೇಶವು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಸೀಮಿತವಾಗಿದೆ. ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ, ನೋವಿನ ಅನುಭವ ಮತ್ತು ಅಭಿವ್ಯಕ್ತಿ ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಮೌಲ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯದ ನಂಬಿಕೆಗಳಿಂದ ರೂಪುಗೊಂಡಿದೆ. ನೋವು ನಿವಾರಕ ಔಷಧಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ, ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಒಪಿಯಾಯ್ಡ್‌ಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಪ್ಪು ಕಲ್ಪನೆಗಳು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿವೆ, ಇವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ವ್ಯಸನ ಅಥವಾ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಳಂಕದ ಭಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿವೆ [7]. ಆದ್ದರಿಂದ, ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಕೇವಲ ಪ್ರಾಯೋಗಿಕ ಕಾಳಜಿಯಲ್ಲ ಆದರೆ ನೈತಿಕವೂ ಆಗಿದೆ. ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯಿಲ್ಲದೆ, ಪ್ರಮಾಣೀಕೃತ ಆರೈಕೆಯು ಹೆಚ್ಚು ಅಗತ್ಯವಿರುವವರನ್ನು ತಲುಪಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ.

LMIC ಗಳಲ್ಲಿ ಜಾಗತಿಕ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿನ ಸವಾಲುಗಳು

ನೀತಿ, ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಡೆತಡೆಗಳ ಸಂಯೋಜನೆಯಿಂದ ಅನುಷ್ಠಾನವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಅಡ್ಡಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾದ ನಿಯಂತ್ರಕ ಚೌಕಟ್ಟುಗಳು ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಾಗದ ವಿತರಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳಿಂದಾಗಿ ಒಪಿಯಾಯ್ಡ್‌ಗಳ ಪ್ರವೇಶವು ನಿರ್ಬಂಧಿತವಾಗಿದೆ [10]. ಅಂತಹ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಅನುಮೋದಿಸಲಾಗಿದ್ದರೂ ಸಹ, ಸ್ಥಳೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ, ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ಪಟ್ಟಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಪೂರೈಕೆ ಸರಪಳಿಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಒಡೆಯುತ್ತವೆ. ನೋವು ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಪರಿಣತಿ ಹೊಂದಿರುವ ತರಬೇತಿ ಪಡೆದ ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಪರರ ಕೊರತೆ ತೀವ್ರವಾಗಿದೆ [11]. ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸೇವೆಗಳು ದೊಡ್ಡ ನಗರ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗಿವೆ, ಅವು ವಿಶಾಲ ಜನಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಪ್ರವೇಶಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ [12]. ನೋವು ಮತ್ತು ನೋವು ನಿವಾರಕಗಳ ಬಳಕೆ ಎರಡಕ್ಕೂ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಕಳಂಕವು ರೋಗಿಗಳು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುವುದನ್ನು ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸುವುದನ್ನು ಮತ್ತಷ್ಟು ನಿರುತ್ಸಾಹಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಒಟ್ಟಿಗೆ, ಈ ಅಂಶಗಳು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡದ ನೋವು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗುವ ವಾತಾವರಣವನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿಸುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ನೋವು ಅದೃಶ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ [7].

ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಗಾಗಿ ತಂತ್ರಗಳು

- ಸ್ಥಳೀಯ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಶಾಸ್ತ್ರೀಯ ಅಗತ್ಯಗಳಿಗೆ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡುವುದರೊಂದಿಗೆ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುತ್ತದೆ. ದೇಶಗಳು ಯಾವ ನೋವು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಚಲಿತ ಮತ್ತು ಅಂಗವಿಕಲವಾಗಿವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಬೇಕು, ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡದ ಗಾಯಗಳು, ಕೊನೆಯ ಹಂತದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳು ಅಥವಾ ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಮಸ್ಕುಲೋಸ್ಕೆಲಿಟಲ್ ನೋವು, ಮತ್ತು ಈ ವಾಸ್ತವಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸುವ ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆಗಳ ಮೇಲೆ ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಬೇಕು [4].
- ಇದರ ಜೊತೆಗೆ, ವಿವರವಾದ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಅತ್ಯಗತ್ಯ. ಯಾವ ಔಷಧಿಗಳು, ಉಪಕರಣಗಳು ಮತ್ತು ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳು ಲಭ್ಯವಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ, ಹೊಂದಿಕೊಂಡ ಪ್ರೋಟೋಕಾಲ್‌ಗಳು ಕೇವಲ ಮಹತ್ವಾಕಾಂಕ್ಷೆಯಲ್ಲ, ಸಾಧಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ ಎಂದು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ.

- ಸಾಮಾಜಿಕ-ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ, ಭಾಷಾ ಮತ್ತು ರಾಜಕೀಯ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಆರಂಭದಲ್ಲಿಯೇ ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕು. ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಸ್ಥಳೀಯ ಭಾಷೆಗಳಿಗೆ ಅನುವಾದಿಸಬೇಕು ಮತ್ತು ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಸ್ವೀಕಾರಾರ್ಹತೆಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಹೊಂದಿಸಬೇಕು. ಯೋಗ, ಕಪ್ಪಿಂಗ್ ಅಥವಾ ಗಿಡಮೂಲಿಕೆಗಳ ಅನ್ವಯಿಕೆಗಳಂತಹ ಸುರಕ್ಷಿತ ಮತ್ತು ಪರಿಚಿತ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಅಭ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಸೇರಿಸುವುದರಿಂದ ರೋಗಿಯ ನಂಬಿಕೆ ಮತ್ತು ಅನುಸರಣೆ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. [2]. ಬಯೋಮೆಡಿಕಲ್ ಮಾದರಿಯ ಬದಲಿಗೆ ಬಯೋಸೈಕೋಸಾಮಾಜಿಕ ವಿಧಾನವನ್ನು ಸೇರಿಸಬೇಕು. ಸುರಕ್ಷತೆ ಮತ್ತು ದಕ್ಷತೆಯು ರಾಜಿಯಾಗದಿರುವವರೆಗೆ, ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳು ಸ್ಥಳೀಯ ಮೌಲ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ನಂಬಿಕೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಹೊಂದಿಕೆಯಾಗಬೇಕು [2] .
- ಕಾರ್ಯಪಡೆಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತೊಂದು ನಿರ್ಣಾಯಕ ಕ್ಷೇತ್ರವಾಗಿದೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ LMIC ಗಳು ನೋವು ತಜ್ಞರ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ, ತರಬೇತಿಯು ಸಾಮಾನ್ಯ ವೈದ್ಯರು, ದಾದಿಯರು ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರನ್ನು ಗುರಿಯಾಗಿರಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು [5]. ಪ್ರಾಯೋಗಿಕ ಪರಿಕರಗಳು ಮತ್ತು ನಿರ್ಧಾರ ಸಾಧನಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿದರೆ ಈ ವೃತ್ತಿಪರರು ಮುಂಚೂಣಿಯ ನೋವು ನಿರ್ವಹಣೆಯನ್ನು ನೀಡಬಹುದು. ಸರಳೀಕೃತ ಪ್ರೋಟೋಕಾಲ್‌ಗಳು, ಚಿತ್ರಾತ್ಮಕ ಮೌಲ್ಯೀಕರಿಸಿದ ನೋವು ಮಾಪಕಗಳು ಮತ್ತು ಕಡಿಮೆ ಸಾಕ್ಷರತೆ ಹೊಂದಿರುವ ಬಳಕೆದಾರರಿಗಾಗಿ ವಿನ್ಯಾಸಗೊಳಿಸಲಾದ ಮೊಬೈಲ್ ಅಪ್ಲಿಕೇಶನ್‌ಗಳು ಈ ಆರೈಕೆಯ ವಿಕೇಂದ್ರೀಕರಣವನ್ನು ಬೆಂಬಲಿಸಬಹುದು.
- ಔಷಧಿ ಶಿಫಾರಸುಗಳು ಪುರಾವೆ ಆಧಾರಿತ ಮತ್ತು ವಾಸ್ತವಿಕವಾಗಿರಬೇಕು. ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದ ಅಥವಾ ಮಾರಾಟ ಮಾಡಲಾಗದ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸುವ ಬದಲು, ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಪ್ರವೇಶಿಸಬಹುದಾದ ಔಷಧಿಗಳಾದ ಪ್ರಾಸಿಟಮಾಲ್, ಐಬುಪ್ರೋಫೆನ್ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಅನುಮೋದಿತ ಒಪಿಯಾಯ್ಡ್‌ಗಳ ಮೇಲೆ ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಬೇಕು. ಸೂಚಿಸಿದಾಗ [4, 10]. ದೀರ್ಘಾವಧಿಯ ಅನುಷ್ಠಾನವನ್ನು ಉಳಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಕ್ರಮಬದ್ಧತೆ ಮತ್ತು ಪೂರೈಕೆ ಸರಪಳಿ ಸ್ಥಿರತೆ ನಿರ್ಣಾಯಕವಾಗಿದೆ.
- ಒಪಿಯಾಯ್ಡ್ ಬಳಕೆ ಸೂಕ್ತವಾದಲ್ಲಿ, ದೇಶಗಳು ಹಳೆಯ ಔಷಧ ಕಾನೂನುಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಬೇಕು ಮತ್ತು ಮರು-ರೂಪಿಸಬೇಕು, ಅವುಗಳನ್ನು WHO ಶಿಫಾರಸುಗಳು ಮತ್ತು ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನವ ಹಕ್ಕುಗಳ ಚೌಕಟ್ಟುಗಳೊಂದಿಗೆ ಜೋಡಿಸಬೇಕು. ದುರುಪಯೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿಗಳೊಂದಿಗೆ ನೋವು ನಿವಾರಣೆಯ ಕಾನೂನುಬದ್ಧ ಅಗತ್ಯವನ್ನು ಸಮತೋಲನಗೊಳಿಸಲು ಪಾರದರ್ಶಕ ನೀತಿಗಳು, ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯ ಅಗತ್ಯವಿದೆ, ನಿಷೇಧವಲ್ಲ.

ಯಶಸ್ವಿ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ಪ್ರಕರಣ ಉದಾಹರಣೆಗಳು

1. ಪಾಕಿಸ್ತಾನದಲ್ಲಿ, ಆಗಾ ಖಾನ್ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯವು ಸ್ಥಳೀಯ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯ ಮತ್ತು ಕ್ಲಿನಿಕಲ್ ಕಾರ್ಯಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ತೀವ್ರವಾದ ನೋವು ನಿರ್ವಹಣಾ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಯನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಿದೆ [1]. ಈ ಉಪಕ್ರಮವು ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಜಾಗತಿಕ ಪುರಾವೆಗಳು ಮತ್ತು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ವಾಸ್ತವಗಳ ನಡುವಿನ ಅಂತರವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಹೇಗೆ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸಬಹುದು ಎಂಬುದನ್ನು ಪ್ರದರ್ಶಿಸಿತು.

2. ಉಗಾಂಡಾದಲ್ಲಿ, ನರ್ಸ್ ನೇತೃತ್ವದ ಉಪಶಾಮಕ ಆರೈಕೆ ಸೇವೆಗಳು, ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ, ಮೌಖಿಕ ಮಾರ್ಫಿನ್‌ಗೆ ಪ್ರವೇಶವನ್ನು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಸುಧಾರಿಸಿವೆ. ಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ತರಬೇತಿ ಮತ್ತು ನಿಯಂತ್ರಕ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಪಡೆದ ನಂತರ, ನರ್ಸ್‌ಗಳು ನೋವು ನಿವಾರಕದ ಪ್ರಮುಖ ಪೂರೈಕೆದಾರರಾದರು,

ಕಾರ್ಯ-ಬದಲಾವಣೆ ತಂತ್ರಗಳ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಪ್ರತಿಬಿಂಬಿಸಿದರು [6].

3. ಅಷ್ಟರಲ್ಲಿ ಭಾರತದ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗ್ರಿಡ್ ಸಂಪನ್ಮೂಲ-ಶ್ರೇಣೀಕೃತ ಉಪಶಾಮಕ ಆರೈಕೆ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ನು ತಯಾರಿಸಿದೆ, ಇದು ವಿವಿಧ ಹಂತದ ಆರೈಕೆಯಲ್ಲಿರುವ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ತಮ್ಮ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದೊಳಗೆ ಉತ್ತಮ ಪದ್ಧತಿಗಳನ್ನು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸಲು ಅನುವು ಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತದೆ [8]. ಈ ಉದಾಹರಣೆಗಳು ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಸಾಧ್ಯ ಮತ್ತು ಪರಿವರ್ತನಾತ್ಮಕವಾಗಿದೆ ಎಂದು ತೋರಿಸುತ್ತವೆ.

ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಪಾಲುದಾರರ ಪಾತ್ರಗಳು

ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯು ಅಂತರ್ಗತವಾಗಿ ಸಹಯೋಗದಿಂದ ಕೂಡಿದೆ.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪೂರೈಕೆದಾರರು ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಆಡಳಿತಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಮುಂಚೂಣಿಯಲ್ಲಿರಬೇಕು. ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾನೂನುಗಳು ಮತ್ತು ನಿರ್ವಹಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು ಸಮಾನ ನೋವು ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಅಡ್ಡಿಪಡಿಸುವ ಬದಲು ಬೆಂಬಲಿಸುತ್ತವೆ ಎಂದು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ನೀತಿ ನಿರೂಪಕರು ಮತ್ತು ನಿಯಂತ್ರಕರು ನಿರ್ಣಾಯಕರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಹೊಂದಾಣಿಕೆಗಳ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿತ್ವವನ್ನು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡುವ ಮತ್ತು ಸಂದರ್ಭ-ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪುರಾವೆಗಳನ್ನು ರಚಿಸುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಸಂಶೋಧಕರು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ. ರೋಗಿಯ ವಕಾಲತ್ತು ಗುಂಪುಗಳು ಮತ್ತು ಲಾಭರಹಿತ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನಾಗರಿಕ ಸಮಾಜ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಉತ್ತಮ ನೋವು ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬೇಡಿಕೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಬಹುದು, ಅಸಮಾನತೆಗಳನ್ನು ಎತ್ತಿ ತೋರಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವವರನ್ನು ಹೊಣೆಗಾರರನ್ನಾಗಿ ಮಾಡಬಹುದು. ಅಂತಿಮವಾಗಿ, ಜಾಗತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮತ್ತು ದಾನಿಗಳು ಕಠಿಣ, ಒಂದೇ ಗಾತ್ರದ ಮಾದರಿಗಳನ್ನು ಹೇರದೆ ತಾಂತ್ರಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕು [3, 4].

ನೈತಿಕ ಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಕರೆ

ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯದ ನೋವನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ವಿಫಲವಾದರೆ ಅದು ಕೇವಲ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿನ ಅಂತರವಲ್ಲ - ಅದು ನೈತಿಕ ಅನ್ಯಾಯ. ಸುರಕ್ಷಿತ ಮತ್ತು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಪರಿಹಾರಗಳು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವಾಗ [7] ಯಾವುದೇ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಸಹನೆಯನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಲು ಅನುಮತಿಸಿದರೆ ಅದು ಸಮಾನ ಅಥವಾ ಸಹಾನುಭೂತಿಯುಳ್ಳದ್ದಾಗಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯು ರಾಜಿಯಲ್ಲ, ಆದರೆ ನ್ಯಾಯದ ಹಾದಿಯಾಗಿದೆ. LMIC ಗಳು ಕಾರ್ಯಪಡೆಯ ತರಬೇತಿಯಲ್ಲಿ ಹೂಡಿಕೆ ಮಾಡಬೇಕು, ನಿಯಂತ್ರಕ ಅಡೆತಡೆಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಬೇಕು, ಅಗತ್ಯ ಔಷಧಿಗಳ ಪ್ರವೇಶವನ್ನು ಸರಳಗೊಳಿಸಬೇಕು ಮತ್ತು ನೋವು ನಿವಾರಣಾ ಮಾದರಿಗಳನ್ನು ತಮ್ಮ ಸ್ಥಳೀಯ ಸಂದರ್ಭಗಳೊಂದಿಗೆ ಹೊಂದಿಸಬೇಕು. ಹಾಗೆ ಮಾಡುವಾಗ, ಅವರು ಪುರಾವೆ ಆಧಾರಿತ ಔಷಧದ ವಿಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಮಾನವ ಘನತೆಯ ನೀತಿಶಾಸ್ತ್ರ ಎರಡನ್ನೂ ಎತ್ತಿಹಿಡಿಯುತ್ತಾರೆ.

ಉಲ್ಲೇಖಗಳು

1. Aga Khan University. Acute Pain Management Guideline. https://guidelines.aku.edu/guideline_view.php?pdf=uploads/Acute%20Pain%20.pdf&id=174
2. Human Rights Watch. Global State of Pain Treatment: Access to Medicines and Palliative Care [Internet]. 2011. Accessed 18 July 2025. Available from: <https://www.hrw.org/report/2011/06/02/global-state-pain-treatment/access-medicines-and-palliative-care>.
3. International Narcotics Control Board. Report of the International Narcotics Control Board for 2022 [Internet]. Accessed 18 July 2025. Available from: <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2022.html>.
4. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Kwete XJ, Arreola-Ornelas H, Gómez-Dantés H, Rodriguez NM, Alleyne G, Connor SR, Hunter DJ, Lohman D, Radbruch L, Rajagopal MR, del Rocío Sáenz Madrigal M, Sheinbaum Pardo C, Stringer K, Torres C, Vargas-Peláez CM, Pastrana T. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief. *Lancet*. 2018;391(10128):1391–1454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)
5. MacRae MC, Fazal O, O'Donovan J. Community health workers in palliative care provision in low-income and middle-income countries: a systematic scoping review of the literature. *BMJ Glob Health*. 2020;5:e002368. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002368>
6. Merriman A, Mwebesa E, Zirimanya L. Improving access to palliative care for patients with cancer in Africa: 25 years of Hospice Africa. *Ecancermedicalscience*. 2019;13:946. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2019.946>
7. Morriss WW, Roques CJ. Pain management in low- and middle-income countries. *BJA Educ*. 2018;18(9):265–270. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2018.05.006>
8. National Cancer Grid. NCG Guidelines Manual 2021 [Internet]. Accessed 18 July 2025. Available from: <https://www.ncgindia.org/assets/ncg-guidelines-2021/ncg-guidelines-manual-2021.pdf>.
9. Powell RA, Schwartz L, Nouvet E, Sutton B, Petrova M, Marston J, Radbruch L, Harding R. Palliative care in humanitarian crises: always something to offer. *Lancet*. 2017;389(10078):1498–1499. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30978-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30978-9)
10. Seya MJ, Gelders SFAM, Achara OU, Milani B, Scholten WK. A first comparison between the consumption of and the need for opioid analgesics at country, regional, and global levels. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2011;25(1):6-18. <https://doi.org/10.3109/15360288.2010.536307>
11. Sharma S, Blyth FM, Mishra SR, Briggs AM. Health system strengthening is needed to respond to the burden of pain in low- and middle-income countries and to support healthy ageing. *J Glob Health*. 2019 Dec;9(2):020317. <https://doi.org/10.7189/jogh.09.020317>
12. Tapsfield J, Bates MJ. Hospital based palliative care in sub-Saharan Africa; a six month review from Malawi. *BMC Palliat Care*. 2011;10:12. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-10-12>

ಫ್ಯಾಕ್ಟ್ ಶೀಟ್ ಅನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿದವರು:

Anupama Prabhu B, Assistant Professor, Department of physiotherapy, Manipal Academy of Higher education, Manipal.

ಫ್ಯಾಕ್ಟ್ ಶೀಟ್ ಅನುವಾದಿಸಿದವರು:

Bhoomika G, Bachelor of physiotherapy, Manipal Academy of Higher education, Manipal.