



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

# FACT SHEET

## स्थानीय सन्दर्भहरूमा विश्वव्यापी दुखाई दिशानिर्देशहरू अनुकूलन गर्दै: कम र मध्यम आय भएका देशहरूका लागि रणनीतिहरू

- **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

दुखाई व्यवस्थापन दिशानिर्देशहरू विश्वव्यापी स्वास्थ्यमा महत्वपूर्ण उपकरणहरू हुन्, जुन उपचार सुधार गर्न, असमानताहरू कम गर्न र बिरामीको मर्यादा जोगाउन डिजाइन गरिएको हो। सामान्यतया उच्च स्रोत भएका देशहरूमा विकसित, यी दिशानिर्देशहरू बलियो वैज्ञानिक प्रमाण र नैदानिक विशेषज्ञतामा आधारित हुन्छन्। यद्यपि, कम र मध्यम आय भएका देशहरू (LMICs) मा, जहाँ स्वास्थ्य सेवा प्रणालीहरूमा विशेष सेवाहरू, आवश्यक औषधिहरू, वा प्रशिक्षित कर्मचारीहरूको अभाव हुन सक्छ, यी दिशानिर्देशहरूलाई प्रभावकारी हुन प्रायः विचारशील अनुकूलन आवश्यक पर्दछ <sup>[4]</sup>। विश्वव्यापी दिशानिर्देशहरू अनुकूलन गर्नाले LMICs लाई प्रमाण-आधारित मापदण्डहरू र जमीनी वास्तविकताहरू बीचको खाडललाई कम गर्न अनुमति दिन्छ। यो दृष्टिकोणले स्थानीय मूल्यहरूलाई सम्मान गर्दछ, सीमित स्रोतहरूलाई अनुकूलन गर्दछ, र नैदानिक अखण्डतामा सम्झौता नगरी नैतिक हेरचाहलाई प्रवर्द्धन गर्दछ। स्रोत उपलब्धता, स्वास्थ्य कार्यबल क्षमता, सांस्कृतिक अभ्यासहरू, र महामारी विज्ञान प्राथमिकताहरूसँग पङ्क्तिबद्ध गर्न अवस्थित सिफारिसहरूलाई अनुकूलन गरेर, अनुकूलन सम्भव र आवश्यक हुन्छ <sup>[2]</sup>।

**स्थानीय अनुकूलन किन महत्वपूर्ण छ**

धेरै विश्वव्यापी दुखाइ व्यवस्थापन दिशानिर्देशहरूले निदान पूर्वाधार, बहु-अनुशासनात्मक टोलीहरू, र औषधिहरूको विस्तृत दायराको उपलब्धतालाई मान्दछन्। यद्यपि, यी धारणाहरू विश्वको धेरैजसो भागमा सत्य हुँदैनन्<sup>[3, 9]</sup>। धेरै LMIC मा, स्वास्थ्य सेवा वितरण विकेन्द्रीकृत छ, स्रोतहरू सीमित छन्, र दुखाइ राहतमा पहुँच गम्भीर रूपमा सीमित छ। थप रूपमा, दुखाइको अनुभव र अभिव्यक्ति सांस्कृतिक मूल्यमान्यताहरू र सामुदायिक विश्वासहरूद्वारा आकारित हुन्छन्। दुखाइ औषधिहरू, विशेष गरी ओपिओइडहरू, बारे गलत धारणाहरू व्यापक छन्, प्रायः तत् वा सामाजिक कलंकको डरसँग जोडिएका छन्<sup>[7]</sup>। त्यसकारण, दिशानिर्देशहरू अनुकूलन गर्नु केवल व्यावहारिक चिन्ता मात्र होइन तर नैतिक चिन्ता हो। अनुकूलन बिना, मानकीकृत हेरचाह सबैभन्दा बढी आवश्यक पर्नेहरूसम्म पुग्न सक्दैन।

### LMICs मा विश्वव्यापी दिशानिर्देशहरू कार्यान्वयनमा चुनौतीहरू

नीति, पूर्वाधार र सामाजिक अवरोधहरूको संयोजनले कार्यान्वयनमा प्रायः बाधा पुऱ्याउँछ। कडा नियामक ढाँचा र अविकसित वितरण प्रणालीहरूको कारण ओपिओइडहरूमा पहुँच सीमित रहन्छ<sup>[10]</sup>। त्यस्ता औषधिहरू स्वीकृत भए पनि, स्थानीय स्तरमा आपूर्ति शृङ्खलाहरू प्रायः भत्किन्छन्, विशेष गरी ग्रामीण र अर्ध-शहरी क्षेत्रहरूमा। दुखाइ व्यवस्थापनमा विशेषज्ञता भएका प्रशिक्षित स्वास्थ्य पेशेवरहरूको गम्भीर अभाव छ<sup>[11]</sup>। धेरैजसो अवस्थित सेवाहरू ठूला शहरी अस्पतालहरूमा केन्द्रीकृत छन्, जसले गर्दा तिनीहरू व्यापक जनसंख्याको लागि पहुँचयोग्य छैनन्<sup>[12]</sup>। दुखाइ र एनाल्जेसिक्सको प्रयोग दुवैसँग सम्बन्धित सांस्कृतिक कलंकले बिरामीहरूलाई उपचार खोज्न वा जारी राख्नुबाट थप निरुत्साहित गर्छ। सँगै, यी कारकहरूले एक वातावरण सिर्जना गर्छन् जसमा उपचार नगरिएको दुखाइ सामान्य हुन्छ, र दुखाइ अदृश्य हुन्छ<sup>[7]</sup>।

### प्रभावकारी अनुकूलनका लागि रणनीतिहरू

- अनुकूलन दिशानिर्देशहरू स्थानीय महामारी विज्ञान आवश्यकताहरूलाई प्राथमिकता दिएर सुरु हुन्छन्। देशहरूले पहिले कुन दुखाइ अवस्थाहरू सबैभन्दा प्रचलित र अशक्त छन् भनेर पहिचान गर्नुपर्छ, जस्तै उपचार नगरिएका चोटपटक, दिलो चरणको क्यान्सर, वा पुरानो हड्डी-मांसपेशी संबंधी दुखाइ, र यी वास्तविकताहरूलाई सम्बोधन गर्ने हस्तक्षेपहरूमा ध्यान केन्द्रित गर्नुपर्छ<sup>[4]</sup>।

- यसका साथै, विस्तृत स्रोत मूल्याङ्कन आवश्यक छ। कुन औषधि, उपकरण र मानव स्रोतहरू उपलब्ध छन् भनेर जान्नुले अनुकूलित प्रोटोकलहरू प्राप्त गर्न सकिन्छ भनेर सुनिश्चित गर्न मद्दत गर्दछ, केवल आकांक्षी मात्र होइन।

- सामाजिक-सांस्कृतिक, भाषिक र राजनीतिक कारकहरूलाई सुरुमै विचार गर्नुपर्छ। दिशानिर्देशहरूलाई स्थानीय भाषाहरूमा अनुवाद गरिनुपर्छ र सांस्कृतिक स्वीकार्यताको लागि समायोजन गरिनुपर्छ। योग, कपिड, वा हर्बल अनुप्रयोगहरू जस्ता सुरक्षित र परिचित परम्परागत अभ्यासहरू समावेश गर्नाले बिरामीको विश्वास र पालना बढाउन सक्छ <sup>[2]</sup>। जैविकचिकित्सा नमुनाको सट्टा जैविक मनोसामाजिक दृष्टिकोण समावेश गरिनुपर्छ। अनुकूलित दिशानिर्देशहरू स्थानीय मूल्य र विश्वासहरूसँग मेल खान्छ, जबसम्म सुरक्षा र प्रभावकारितामा सम्झौता हुँदैन <sup>[2]</sup>।

कार्यबल विकास अर्को महत्वपूर्ण क्षेत्र हो। धेरैजसो LMIC हरूले दुखाइ विशेषज्ञहरूको अभावको सामना गर्ने भएकोले, तालिमले सामान्य चिकित्सकहरू, नर्सहरू र सामुदायिक स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई लक्षित गर्नुपर्छ <sup>[5]</sup>। यदि व्यावहारिक उपकरणहरू र निर्णय सहायताहरू प्रदान गरियो भने यी पेशेवरहरूले अग्रपंक्तिमा दुखाइ व्यवस्थापन प्रदान गर्न सक्छन्। सरलीकृत प्रोटोकलहरू, चित्रात्मक मान्य दुखाइ स्केलहरू, र कम साक्षरता भएका प्रयोगकर्ताहरूको लागि डिजाइन गरिएका मोबाइल अनुप्रयोगहरूले हेरचाहको यो विकेन्द्रीकरणलाई समर्थन गर्न सक्छन्।

- औषधि सिफारिसहरू प्रमाण-आधारित र यथार्थपरक हुनुपर्छ। अनुपलब्ध वा किफायती औषधिहरूमा भर पर्नुको सट्टा, अनुकूलित दिशानिर्देशहरू व्यापक रूपमा पहुँचयोग्य प्यारासिटामोल, आइबुप्रोफेन, र स्थानीय रूपमा अनुमोदित ओपिओइडहरूमा केन्द्रित हुनुपर्छ जब संकेत गरिन्छ <sup>[4, 10]</sup>। दीर्घकालीन कार्यान्वयनलाई दिगो बनाउन किफायतीता र आपूर्ति श्रृंखला स्थिरता महत्वपूर्ण छ।

- जहाँ ओपिओइड प्रयोग उपयुक्त छ, देशहरूले पुरानो औषधि कानूनहरूको समीक्षा र सुधार गर्नुपर्छ, तिनीहरूलाई WHO सिफारिसहरू र अन्तर्राष्ट्रिय मानव अधिकार ढाँचाहरूसँग पङ्क्तिबद्ध गर्नुपर्छ। दुरुपयोगको बारेमा चिन्ताहरूसँग दुखाइ राहतको वैध आवश्यकतालाई सन्तुलनमा राख्न पारदर्शी नीतिहरू, क्षमता निर्माण र जवाफदेहिता आवश्यक छ, निषेध होइन।

**सफल अनुकूलनका उदाहरणहरू**

१. पाकिस्तानमा, आगा खान विश्वविद्यालयले स्थानीय पूर्वाधार र नैदानिक कार्यप्रवाहहरू<sup>[१]</sup> अनुरूप तीव्र दुखाइ व्यवस्थापन निर्देशिका विकास गर्‍यो। यो पहिले विश्वव्यापी प्रमाण र राष्ट्रिय स्वास्थ्य सेवा वास्तविकताहरू बीचको खाडललाई कम गर्ने शैक्षिक संस्थाहरूले कसरी महत्वपूर्ण भूमिका खेल्न सक्छन् भनेर देखाएको छ।

२. युगान्डामा, नर्स-नेतृत्वको उपशामक हेरचाह सेवाहरूले मौखिक मोर्फिनमा पहुँचमा उल्लेखनीय सुधार गरेका छन्, विशेष गरी ग्रामीण जिल्लाहरूमा। केन्द्रित प्रशिक्षण र नियामक समर्थन प्राप्त गरेपछि, नर्सहरू दुखाइ राहतको प्रमुख प्रदायक बने, जसले कार्य-परिवर्तन रणनीतिहरूको सम्भावनालाई प्रतिबिम्बित गर्दछ<sup>[६]</sup>।

३. यसैबीच, भारतको राष्ट्रिय क्यान्सर ग्रिडले स्रोत-स्तरीकृत उपशामक हेरचाह निर्देशिकाहरू उत्पादन गरेको छ जसले हेरचाहको विभिन्न स्तरका संस्थाहरूलाई उनीहरूको साधन भित्र उत्कृष्ट अभ्यासहरू लागू गर्न अनुमति दिन्छ<sup>[८]</sup>। यी उदाहरणहरूले अनुकूलन सम्भव र परिवर्तनकारी छ भनेर देखाउँछन्।

### **अनुकूलनमा सरोकारवालाहरूको भूमिका**

निर्देशनहरू अनुकूलन गर्ने प्रक्रिया स्वाभाविक रूपमा सहयोगी हुन्छ। स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरू र अस्पताल प्रशासकहरूले नैदानिक कार्यान्वयनमा नेतृत्व लिनुपर्छ। राष्ट्रिय कानून र वित्तपोषण प्रणालीहरूले समान दुखाइ हेरचाहलाई बाधा पुऱ्याउनुको सट्टा समर्थन गर्छन् भनी सुनिश्चित गर्ने नीति निर्माताहरू र नियामकहरू महत्वपूर्ण छन्। अनुकूलनको प्रभावकारिता मूल्याङ्कन गर्ने र सन्दर्भ-विशिष्ट प्रमाण उत्पन्न गर्ने जिम्मेवारी अनुसन्धानकर्ताहरूको छ। बिरामी वकालत समूहहरू र गैर-नाफामुखी संस्थाहरू सहित नागरिक समाज संस्थाहरूले राम्रो दुखाइ सेवाहरूको माग बढाउन, असमानताहरूलाई हाइलाइट गर्ने र निर्णयकर्ताहरूलाई जवाफदेही बनाउन सक्छन्। अन्तमा, विश्वव्यापी स्वास्थ्य एजेन्सीहरू र दाताहरूले कठोर, एक-आकार-फिट-सबै नमुनाहरू<sup>[३,४]</sup> थोपरेर प्राविधिक र वित्तीय सहयोग प्रदान गर्नुपर्छ।

### **नैतिक कार्यको लागि आह्वान**

उपचार नगरिएको दुखाइलाई सम्बोधन गर्ने असफल हुनु केवल सेवा वितरणमा अन्तर मात्र होइन - यो नैतिक अन्याय हो। सुरक्षित र प्रभावकारी उपचारहरू अवस्थित हुँदा पनि दुखाइलाई निरन्तरता दिन अनुमति दिने कुनै पनि स्वास्थ्य प्रणालीले न्यायपूर्ण वा दयालु भएको दाबी गर्न सक्दैन<sup>[७]</sup>। अनुकूलन सम्झौता होइन, तर न्यायको बाटो हो। LMIC हरूले कार्यबल प्रशिक्षणमा लगानी गर्नुपर्छ, नियामक अवरोधहरूको समीक्षा गर्नुपर्छ, आवश्यक

औषधिहरूमा पहुँच सरल बनाउनुपर्छ, र दुखाई हेरचाह नमुनाहरूलाई तिनीहरूको स्थानीय सन्दर्भहरूसँग मिलाउनुपर्छ। यसो गर्दा, तिनीहरूले प्रमाण-आधारित औषधिको विज्ञान र मानव मर्यादाको नैतिकता दुवैलाई समर्थन गर्दछन्।

## References

1. Aga Khan University. Acute Pain Management Guideline. [https://guidelines.aku.edu/guideline\\_view.php?pdf=uploads/Acute%20Pain%20.pdf&id=174](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, Zirimenya 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>

**Translated by:**

Dr. Sunil Shrestha, Department of Research and Academics, Kathmandu Cancer Center, Bhaktapur, Province Bagmati, Nepal. Email ID: [sunilcresta@gmail.com](mailto:sunilcresta@gmail.com)

Mr. Ajaya Acharya, Department of Pharmacy, Kathmandu University, Dhulikhel, Kavre, Nepal