



درد در جمعیت‌های پناهنده و آواره^۱

نویسندگان:

آماندا سی دی ویلیامز^۲، لستر ای جونز^۳، جوردی میرو^۴

مترجم: علی اصغری

درد در گروه‌های آسیب‌پذیر، از جمله پناهندگان و آوارگان، غالباً نادیده انگاشته شده و درمان نمی‌شود. بیشتر آوارگان و پناهندگان، به کشورهای همسایه که دارای درآمد پایین یا متوسط هستند، پناه می‌برند؛ حتی آنهایی که به کشورهای با درآمد بالا و برخوردار از نظام‌های بهداشتی قوی پناهنده می‌شوند، در ارزیابی و درمان درد، با موانع قابل‌توجهی روبه‌رو می‌شوند.

موقعیت مردم آواره و پناهنده

آوارگان به‌علت جنگ و درگیری، اذیت و آزار یا بلایای طبیعی از خانه خود فرار می‌کنند و ممکن است اعضای خانواده، خانه، معیشت و موقعیت قانونی خود را از دست بدهند. این تجربه‌های آسیب‌زا، با زندگی در شرایط نامطمئن و پرمخاطره مانند اردوگاه‌های پناهندگان که حتی نیازهای اساسی مانند مسکن و غذا در آنجا اغلب ناکافی است، تشدید می‌شوند. آن گروه از افرادی که به کشورهای با درآمد بالا پناهنده می‌شوند ممکن است با دشواری‌هایی مانند وضعیت قانونی و مالی نامطمئن، مسکن موقت، محدودیت‌های شغلی و در مواردی، بازداشت، مواجه شوند. یافتن مسیر درست در درون نظام‌های پرپیچ و خم بهداشتی این کشورها، به چالش‌های پیش‌گفته، اضافه می‌شود.

بخش قابل‌توجهی از آوارگان، در واقع، جان‌بدربرگان از نقض شدید حقوق بشر، مانند شکنجه هستند. با این حال، غالباً شکنجه، به‌علت عوامل گوناگون از جمله بی‌اعتمادی، موانع زبانی، احساس شرم، فشارهای (استرس‌های) آسیب‌زا و علل شخصی یا فرهنگی دیگر، فاش نمی‌شوند. بازماندگان از شکنجه، معمولاً مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌ها از جمله اختلال استرس پس از ضربه^۵، افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند. این علائم ضمن تعامل با درد، در مجموع، وضعیت مزمن پیچیده و ناتوان‌کننده‌ای را به‌وجود می‌آورند^[۱]. انزوای اجتماعی و فقدان حمایت خانوادگی ممکن است تجربه درد پناهندگان و آوارگان را تشدید کند.

¹. Pain in Refugee and Displaced Populations

². Amanda C de C Williams, PhD, University College London, UK

³. Lester E Jones, PhD, Singapore Institute of Technology, Singapore

⁴. Jordi Miró, PhD, University Rovira i Virgili, Spain

⁵. post-traumatic stress disorder

درد در پناهندگان اغلب پیچیده است و تاریخیه آسیب‌دیدگی یا بیماری (های) زمینه‌ای فرد به‌خوبی نمی‌تواند آن را تبیین کند. انجام دادن یک ارزیابی کامل و دقیق از درد پناهجو، ضروری است زیرا احتمال وجود دردهای درمان نشده‌ای که قابل درمان هستند در این افراد بیشتر است. باورهای بیمار در مورد علت (علل) درد ممکن است با باورهای متخصص خدمات بهداشتی بسیار متفاوت باشد. هرچند ممکن است بیمار یا متخصص بهداشت، به‌شکلی آشکار و مشخص، متوجه نقش مؤلفه روان‌شناختی درد بیمار نشوند، ولی ممکن است در برخی از الگوهای فرهنگی درد و بیماری، اشاراتی ضمنی به زبان غیرروان‌شناختی در مورد سلامت و درد وجود داشته باشند^[۱].

مراقبت از درد برای آوارگان

دست‌رسی به خدمات تخصصی درد در کشورهای پذیرنده آوارگان و پناهجویان بسیار متفاوت است؛ بسیاری از کشورهای میزبان فاقد هرگونه خدمت و مراقبتی در خصوص درد هستند. در اردوگاه‌های پناهندگان، مراقبت‌های پزشکی عمدتاً بر ارائه خدمات پزشکی اورژانس متمرکزند که ممکن است خدمات روان‌پزشکی و روان‌شناسی را نیز در بر گیرد. این واحدها معمولاً برای درمان دردهایی که دارای آسیب‌شناسی واضحی هستند، طراح و تجهیز شده‌اند؛ اما به‌ندرت دارای تخصص، منابع یا زیرساخت‌های لازم برای کنترل دردهای پیچیده‌تر هستند. علاوه بر این، خدمات روان‌پزشکی و روان‌شناختی که توسط سازمان‌های کمک‌رسان کشورهای پر درآمد ارائه می‌شوند ممکن است بر اختلال استرس پس از ضربه تأکید کنند و سایر نگرانی‌های بهداشتی را نادیده گیرند؛ همچنین، ممکن است درد بیمار، اختلالی روان‌تنی^۱ انگاشته شود، چنین تشخیصی به نوبه‌خود، مانع از بررسی یا درمان مناسب درد می‌شود.

شواهد مربوط به درمان مؤثر درد در پناهندگان، به‌ویژه در میان کودکان و نوجوانان، محدود است^[۶]. در نبود داده‌های قوی، باید بهترین روش‌ها برای ارزیابی و درمان درد، با رعایت ملاحظات زیر، دنبال شود: ارائه توضیحات روشن در مورد درد با رعایت حساسیت‌های فرهنگی؛ اطمینان از رضایت آگاهانه کامل بیمار (زیرا ممکن است فن‌آوری و روش‌هایی که قرار است مورد استفاده قرار گیرند، ناآشنا یا ترسناک باشند) و به رسمیت شناختن احتمال وجود بیماری‌هایی که در کشورهای با درآمد کم و متوسط، شایع و در کشور میزبان، نادر هستند^[۵].

متخصص بالینی باید در مورد درد سؤال کند و منتظر نماند تا بیمار آن را بیان کند^[۷]؛ در این مورد، استفاده از نمودار شماره ۱ می‌تواند کمک کننده باشد. در این فرایند ممکن است به وجود مترجمان، کمک‌های بصری مانند استفاده از نمودارهای بدن برای تسهیل ارتباط و به اختصاص دادن وقت بیشتر برای اطمینان از درک دقیق بیمار و مشکل او، نیاز باشد. متخصص بالینی همچنین باید اطلاعاتی در باره تجربه‌های بیمار از جمله آنچه در فرایند آوارگی بر آنها گذشته است مانند از دست دادن عزیزان، خانه و کاشانه، اموال و داشته‌ها و سفر که اغلب با دشواری‌های جانکاه، خشونت و آسیب‌دیدگی همراه است، فراهم آورد^[۷]. درد غالباً دارای معانی پیچیده و فرهنگی خاصی است؛ از این رو، لازم است اهداف درمان با حساسیت و با در نظر گرفتن باورهای شخصی، فرهنگی، معنوی و بهداشتی، طراح و اجرا شوند. پناهندگان و آوارگان باید در برنامه‌ریزی مراقبت‌های بهداشتی خود مشارکت داشته باشند تا از تداوم اعمال رویه‌های استعماری در تشخیص نیازها و ارائه راه‌حل‌ها، جلوگیری شود.

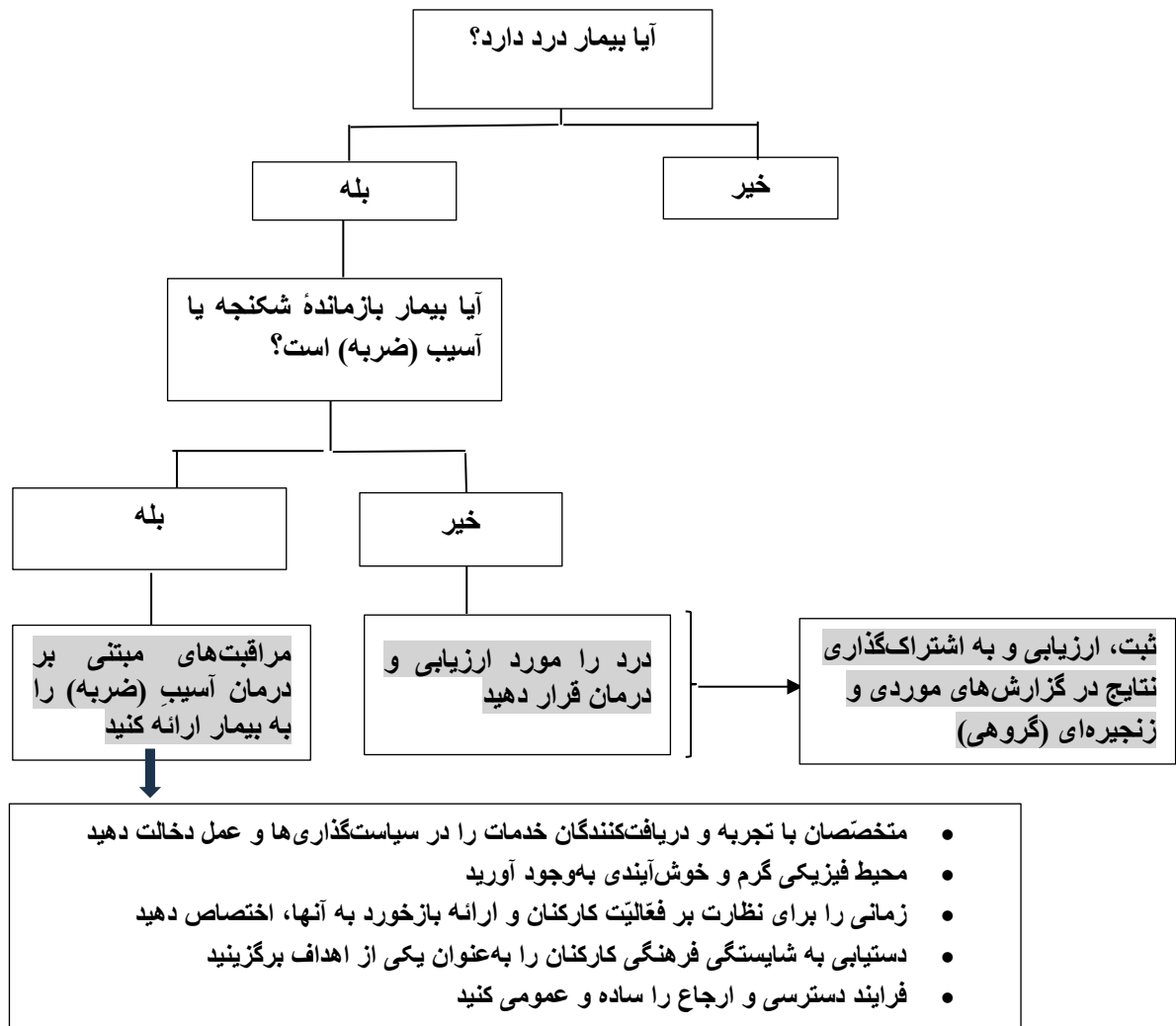
^۱. psychosomatic

در مواردی که احتمال شکنجه شدن مطرح است، متخصص بالینی باید با حساسیت موضوع را واریسی کند و هدف او ایجاد اعتماد بین وی و بیمار باشد. شکنجه باعث از بین رفتن اعتماد می‌شود؛ این امر به‌ویژه هنگامی بیشتر صادق است که کادر بهداشت و درمان در شکنجه قربانی نقش داشته‌اند^[۴ و ۳]. اعتمادسازی مستلزم وضوح و محرمانه ماندن اطلاعات جمع‌آوری شده است؛ در مواردی این امر بیشتر اهمیت پیدا می‌کند که متخصص بالینی ملزم است تا اطلاعات جمع‌آوری شده در مورد بیمار را هنگام تصمیم‌گیری در مورد وضعیت شهروندی یا حق دسترسی وی به خدمات بهداشتی و درمانی، با مسئولین اداره مهاجرت، درمیان گذارد.

فیزیوتراپی در بیشتر فرهنگ‌ها به‌عنوان پذیرفته‌ترین روش درمان درد تلقی می‌شود. استفاده عملی از فیزیوتراپی می‌تواند به بازسازی اعتماد و تقویت مشارکت بیمار کمک کند؛ استفاده از این روش درمانی هنگامی مؤثرتر است که مبتنی بر اصول روان‌شناختی یا اصول درمان آسیب^۱ انجام شود^[۵ و ۲]. پزشکان، روان‌پزشکان، روان‌شناسان و پرستاران شاغل در اردوگاه‌های پناهندگان باید دوره‌های آموزشی لازم را در ارزیابی و کنترل درد، طی کنند تا بتوانند حمایت‌های مبتنی بر شواهد را برای افراد آسیب‌پذیر در این جمعیت‌ها، ارائه دهند.

نیاز فوری به پژوهش‌ها، از جمله مطالعات موردی، برای درک بهتر کنترل درد و همچنین سازگاری و توانبخشی بلندمدت با درد، خواه با درمان یا بدون آن، وجود دارد.

^۱. psychologically-informed or trauma-informed principles



نمودار شماره ۱: این نمودار برای بیماران پناهنده یا آواره، طراحی شده است.

References

۱. Amris K, Jones LE, Williams ACdeC. Pain from torture: assessment and management. Pain Reports 2019;4(6):e794. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6903341/>
۲. Dee JM, Gell N, van Eeghen C, Littenberg B. Physical therapy for survivors of torture: a scoping review. Torture Journal 2024;34(1):113-27. <https://tidsskrift.dk/torture-journal/article/view/138985/188965>
۳. Haoussou K. When your patient is a survivor of torture. Br Med J 2016;355:i5019. <https://doi.org/10.1136/bmj.i5019>
۴. Kaur G. Chronic pain in refugee torture survivors. J Global Health 2017;7(2):010303. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5804708/>
۵. McGowan E, Beamish N, Stokes E, Lowe R. Core competencies for physiotherapists working with refugees: a scoping review. Physiotherapy. 2020 Sep 1;108:10-21. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2020.04.004>
۶. Roman-Juan J, Sánchez-Rodríguez E, Solé E, Castarlenas E, Jensen MP, Miró J. Immigration background as a risk factor of chronic pain and high-impact chronic pain in children and adolescents: differences as a function of age. Pain 2024;165(6):1372-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38189183/>

٧. Williams AD, Hughes J. Improving the assessment and treatment of pain in torture survivors. BJA Education 2020;20(4):133-8. [https://www.bjaed.org/article/S2058-5349\(20\)30003-2/fulltext](https://www.bjaed.org/article/S2058-5349(20)30003-2/fulltext).

Translated from English by: Ali Asghari, PhD, Pain Management and Research Center, Royal North Shore Hospital, Sydney, Australia.