



راه اندازی خدمات کنترل درد در محیط‌هایی با درآمد کم و متوسط^۱

نویسندگان:

مری سوما کوردوسا^۲، فیونا بلایت^۳، مالوگتا بیسا چالا^۴، کوین ون تان^۵

مترجم: علی اصغری

زمینه

نیاز به خدمات کنترل درد در محیط‌های کم‌درآمد و دارای درآمد متوسط:

با وجود آنکه اطلاعات "بار جهانی بیماری" حاکی از بالا بودن بار بیماری‌های غیرکشنده مانند کمردرد و سایر دردها است^[۱۲]، تمام دردها - دردهای حاد، مزمن و سرطانی - در سراسر جهان به‌خوبی درمان نمی‌شوند^[۹]. در کشورهای کم‌درآمد و دارای درآمد متوسط، این بار مشابه کشورهای پردرآمد است؛ البته در برخی از محیط‌ها، انتظار می‌رود با افزایش سن جمعیت، بار درد افزایش یابد. علاوه بر این، برخی از محیط‌های کم‌درآمد و دارای درآمد متوسط با تشخیص بیش از حد درد و کنترل یا مراقبت ناکافی درد، دست و پنجه نرم می‌کنند؛ امری که به‌نوبه خود باعث آسیب بیشتر به بیماران و هدر رفتن منابع و امکانات می‌شود^[۱۳-۱۵]. با توجه به دسترسی کمتر به خدمات درد در محیط‌هایی با درآمد کم و متوسط، نیاز فوری به خدمات درد مقرون به صرفه در چنین محیط‌هایی به شدت احساس می‌شود.

انواع خدمات کنترل درد:

- ۱- **خدمات درد حاد:** این خدمات معمولاً توسط متخصصان بیهوشی و عمدتاً برای کنترل دردهای حاد پس از عمل جراحی، ارائه می‌شوند؛ با این حال، ممکن است پرستاران هم تحت نظارت متخصصان بیهوشی، این خدمات را ارائه دهند.
- ۲- **کنترل درد سرطانی:** معمولاً بخشی از خدمات مراقبت تسکینی است که ممکن است توسط متخصص درد، متخصص بیهوشی، متخصص سرطان، پزشک یا جراح ارائه شود.
- ۳- **درمانگاه (کلینیک) درد:** در درمانگاه درد معمولاً بیماران مبتلا به دردهای مزمن غیرسرطانی دیده می‌شوند اما ممکن است این درمانگاه‌ها به بیماران مبتلا به دردهای سرطانی نیز خدماتی ارائه

¹. Setting up Pain Management Services in Low- and Middle-Income Settings

². Mary Suma Cardosa, MD, Hospital Canselor Tuanku Muhriz UKM, Malaysia

³. Fiona Blyth, MD, University of Sydney, Australia

⁴. Mulugeta Bayisa Chala, PhD, Lawson Research Institute St. Joseph's Health Care London, Canada

⁵. Quyen Van Than, MD, Pain Clinic, Hospital 199, Department of Anesthesiology, Vietnam

دهند. این درمانگاه‌ها معمولاً توسط متخصص درد یا هر یک از متخصصان بخش بهداشت و درمان که به کنترل درد علاقمند هستند و در این مورد آموزش‌های لازم را دیده‌اند، اداره می‌شوند.

به‌طور ایده‌آل، همه خدمات درد باید بین‌رشته‌ای باشند؛ یعنی درمان چندوجهی که توسط یک گروه چندرشته‌ای ارائه می‌شود؛ این گروه، در ارزیابی و درمانی که مبتنی بر الگو و اهداف زیستی-روانی-اجتماعی درد است، با یکدیگر همکاری می‌کنند. (برای واریسی بیشتر تعریف‌های "چندوجهی" و "چندرشته‌ای" به اصطلاحات¹ IASP مراجعه کنید).

گروه بین‌رشته‌ای باید شامل پزشکانی با تخصص‌های مختلف (مانند بیهوشی، متخصص درد، داخلی مغز و اعصاب، جراح مغز و اعصاب، روماتولوژی، طب توانبخشی، ارتوپدی،...)، روان‌شناسان بالینی یا روان‌پزشکان، فیزیوتراپیست‌ها، کاردرمانگران، پرستاران، داروسازان و سایر متخصصان بهداشتی باشد که به‌نحوی با موضوع درد مرتبط هستند^[1]. با این حال، در عمل، بسیاری از متخصصان فوق ممکن است در دسترس نباشند چه برسد به اینکه در یک گروه بین‌رشته‌ای کار کنند. این مشکل در بسیاری از کشورهای دارای درآمد کم و متوسط و همچنین در برخی از محیط‌های کشورهای با درآمد بالا، مانند جمعیت‌های بومی و مناطق دورافتاده، یافت می‌شود.

چالش‌ها

نظام‌های بهداشت و سیاست‌گذاری:

در بین اولویت‌های بیشتر دولت‌ها، کنترل درد جایگاهی ندارد؛ لذا، برای حمایت از خدمات مراقبت از درد، منابع اندکی اختصاص می‌یابد و در مواردی هم منبعی برای این کار اختصاص نمی‌یابد. علاوه بر این، ممکن است دسترسی به داروهای ضد درد از جمله اپیوئیدها، محدود و حتی در مواردی، ناممکن باشد. این موضوع در کنار ترس از اپیوئیدها و عوارض جانبی آن‌ها و نیز باورها و نگرش‌های فرهنگی به درد و کنترل آن، بر شدت مشکلات می‌افزاید^[6].

در کشورهایی با درآمد کم و متوسط، سیاست‌ها یا راهبردهای ملی مدیریت درد تقریباً وجود ندارد. در چنین محیط‌هایی، خدمات درد تنها به انواع خاصی از دردها یا مداخله‌ها که توسط یک پزشک ارائه می‌شود، محدود است که از میان آنها می‌توان به کنترل دردهای حاد پس از اعمال جراحی، کنترل دردهای سرطانی با استفاده از خدمات مراقبت‌های تسکینی، ایجاد وقفه در مسیرهای عصبی² و مانند اینها اشاره کرد^[4].

محدودیت منابع

به‌طور کلی، محیط‌هایی با درآمد کم و متوسط، با کمبود منابع و امکانات در همه زمینه‌ها - مالی، فضا و نیروی انسانی - مواجه‌اند؛ در این محیط‌ها، بسیاری از متخصصان بهداشت نقش‌های متعددی ایفا می‌کنند و به همین علت، راه‌اندازی خدمات درد مسئولیتی است که باید علاوه بر مسئولیت‌ها و وظایف روزمره خود انجام دهند. علاوه بر این، ممکن است در چنین محیط‌هایی، اعضای خاصی از تیم بین‌رشته‌ای مانند

¹. terminology

². nerve blocks

روان‌شناسان بالینی آموزش دیده و برخوردار از تجربه مناسب در کنترل درد کم شمار باشند یا اصلاً وجود نداشته باشند^[۵].

استمرار استفاده از الگوی زیست - طبی^۱ درد برای کنترل درد

علت استفاده مستمر از این الگو توسط متخصصان بهداشت، کمبود دانش آنها در زمینه فهم درد مبتنی بر الگوی زیستی-روانی اجتماعی و نیاز آنها به داشتن مهارت‌های بین‌رشته‌ای گسترده‌تر، به‌ویژه در مورد دردهای مزمن غیرسرطانی است. علاوه بر این، ممکن است متخصصان بهداشت، در خصوص الگوی زیستی-روانی اجتماعی درد اطلاعات مناسبی داشته باشند اما از مهارت‌های لازم برای به‌کارگیری این الگو در فعالیت‌های روزمره بالینی برخوردار نباشند. از این رو، رویکردهای درمانی مورد استفاده، بیشتر بر روش‌های فیزیوتراپی غیرفعال^۲، داروها و مداخله‌هایی (مانند ایجاد وقفه در مسیرهای عصبی، تزریق استروئید به فضای اپیدورال^۳ و مانند اینها) متمرکزند که هدف آنها تسکین درد است. در حالی که استفاده از این روش‌ها ممکن است در کنترل دردهای حاد و برخی از دردهای سرطانی مؤثر باشند، استفاده از آنها در کنترل دردهای مزمن غیرسرطانی بی‌اثر و حتی در مواردی، مضر باشند. علاوه بر این، استفاده از این روش‌ها، منابع ارزشمند را به سمت درمان‌های بی‌حاصل در مورد بسیاری از مبتلایان به درد مزمن، منحرف می‌کنند. در نقطه مقابل، نتایج بسیاری از مطالعه‌ها نشان داده‌اند که رویکرد زیستی-روانی اجتماعی که توسط یک گروه بین‌رشته‌ای ارائه می‌شود، مؤثر است^[۷].

راه‌حل‌ها:

اِعمالِ نظر (لابی‌گری) و حمایت^۴

یکی از روش‌های اِعمالِ نظر برای تخصیص منابع به خدمات کنترل درد، اعلام اطلاعاتی در مورد بار بالای بیماری‌های غیرکشنده همراه با درد بر مبنای داده‌های "بار جهانی بیماری" است. گذشته از این، نشان دادن تأثیر مثبت کنترل درد در سطح ملی (مانند کاهش عوارض پس از عمل جراحی به‌دنبال کنترل مناسب دردهای حاد، بازگشت زودهنگام به‌کار در بیماران مبتلا به دردهای مزمن) و نیز بیان تجربه زیسته افرادی است که درد مزمن داشته یا دارند؛ این موارد همگی می‌توانند در تخصیص منابع، نقش به‌سزایی ایفا کنند. علاوه بر این، اِعمالِ نظر در سطح دولتی با هدف ایجاد تغییر در سیاست‌هایی که در زمینه سلامت اتخاذ می‌شوند، ارزشمند است؛ در این تلاش، استفاده از نمونه‌هایی از سیاست‌هایی موفق که در سایر کشورها اجراء شده^[۱۳-۱۵] و با شرایط کشورهای کم‌درآمد و دارای درآمد متوسط تطبیق داده شده‌اند، ممکن است مؤثر باشد. مسئولین مراقبت‌های بهداشتی باید آموزش ببینند تا مطمئن شوند که منابع مالی موجود به سمت مداخله‌های مؤثر (مراقبت با ارزش بالا) هدایت می‌شوند و نه به سمت مداخله‌هایی که نتایج محدودی (مراقبت با ارزش پایین) در بر دارند^[۱۳].

آموزش و تربیت:

متخصصان بالینی پیشگامی که موفق شده‌اند خدمات درد را در محیط‌هایی با درآمد کم و متوسط راه‌اندازی کنند، افرادی هستند مشتاق، دارای پشتکار و نوآور که می‌توان از آنها با عنوان "قهرمانان" یاد کرد؛ این

1. Biomedical Model

2. passive physiotherapy

3. epidural steroids

4. Lobbying and Advocacy

افراد مایلند تا ضمن به اشتراک گذاشتن تجربه‌های خود با دیگران، مورد حمایت همکاران و متخصصان بهداشت در سایر حوزه‌ها، قرار گیرند. در شرایطی که منابع و امکانات محدودند و راه‌اندازی خدمات کنترل درد برای متخصصان بالینی وظیفه مهمی به‌شمار می‌آید، ایجاد فرصت‌های آموزشی و تربیتی برای آن گروه از ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت که کنترل درد بخشی از کار آنهاست، بسیار حیاتی است؛ چنین فرصت‌هایی شامل انتقال دانش و درک الگوی زیستی-روانی اجتماعی درد و توانمندسازی متخصصان در به‌کار بستن درمان‌های مبتنی بر شواهد در انواع مختلف درد است. دارودرمانی، درمان‌هایی که هدفشان بهبود حرکت و عملکرد است و رویکردهای فعال کنترل درد از مؤلفه‌های اصلی آموزش کسانی است که در زمینه کنترل درد، کار می‌کنند. همه افرادی که در درمانگاه‌های درد کار می‌کنند باید به افرادی تبدیل شوند که دارای چند مهارت هستند (برای نمونه، افراد غیر روان‌شناسی که به بیماران در مورد رویکردهای روان‌شناختی کنترل درد آموزش می‌دهند)^[۴].

کنترل درد جامعه‌محور^۱

کنترل درد جامعه‌محور بخش حیاتی یک برنامه یکپارچه برای مقابله با نابرابری‌های فزاینده در دسترسی به خدمات درد در کشورهای با درآمد کم و متوسط است. هزینه‌های خدمات کنترل درد که در مراکز درمانی ارائه می‌شوند، بالاست. به این علت، این خدمات برای بسیاری از بیمارانی که در محیط‌هایی با منابع و امکانات محدود زندگی می‌کنند، قابل دسترس نیستند^[۴-۱۴]. کنترل درد جامعه‌محور امکان کنترل درد را در محیط‌هایی نزدیک به محل زندگی بیماران فراهم می‌آورد و به همین علت، روشی است مقرون به‌صرفه که ضمن تسهیل مداخله زودهنگام، فرصت‌هایی را برای تداوم مراقبت فراهم می‌آورد و افراد دارای تجربه زیسته درد و جوامع آنها را توانمند می‌کند. از این رو، تمرکززدایی خدمات کنترل درد و ادغام آن در برنامه‌های مراقبت‌های اولیه و جامعه باید در اولویت نظام‌های بهداشتی کشورهایی که با منابع محدود مواجه‌اند، قرار گیرد. این رویکرد از منابع محلی و ساختارهای موجود مراقبت‌های بهداشتی استفاده می‌کند تا مراقبت را به جمعیت‌های محروم، مانند جوامع روستایی و دورافتاده، گسترش دهد. از اینرو، نظام بهداشتی کشورهایی با درآمد کم و متوسط باید راهبردهای نوآورانه‌ای را در استفاده از نیروی کار موجود (مانند کارکنان بخش سلامت) و کنترل درد پایه (مانند غربالگری و نظام ارجاع) ایجاد کند. سرمایه‌گذاری در رویکردهای کنترل درد جامعه‌محور راهکارهای جایگزینی را برای مقابله با بار فزاینده درد در مناطق کم‌درآمد و دارای درآمد متوسط، ارائه می‌دهد. همچنین، رویکرد کنترل درد جامعه‌محور با تلاش‌های جهانی برای ارتقاء پوشش همگانی سلامت و دسترسی برابر به خدمات بهداشتی همسو است^[۸].

راهنمای عملی برای موفقیت

نمونه‌هایی از خدمات بین‌رشته‌ای موفق برای کنترل درد در کشورهای با درآمد کم و متوسط در فصل پنجم راهنمای مرکز چندرشته‌ای درد که توسط IASP منتشر شده^۲، ذکر شده است^[۱۰].

در زیر برخی از نکات عملی برای افرادی که قصد راه‌اندازی خدمات کنترل درد در محیط‌هایی با منابع و امکانات محدود دارند، ارائه شده است:

^۱. Community-based pain management

^۲. The IASP Multidisciplinary Pain Centre Manual

۱- آموزش ضروری است: افرادی که قصد دارند تا برنامه خدمات کنترل درد را راه اندازی کنند باید دوره آموزش پایه مبتنی بر الگوی زیستی-روانی-اجتماعی درد را طی کنند. در این دوره آموزشی، ضمن بیان نقش تخصص‌های مختلف در گروه چندتخصصی، بر استفاده از رویکرد جامع کنترل درد، تاکید می‌شود.

۲- پایداری و عزم راسخ دو عامل مهم هستند: در بسیاری از محیط‌هایی با درآمد کم و متوسط، کنترل درد به‌طور سنتی بر درمان‌های تک‌بعدی^۱ متکی است. لذا، تغییر آن به رویکردی چندرشته‌ای ممکن است مستلزم تغییر فرهنگ باشد؛ برای موفقیت این فرایند به زمان و تلاش قابل‌توجهی نیاز است.

۳- داشتن یک تیم چندتخصصی حیاتی است: درد مزمن دارای ماهیتی پیچیده است؛ لذا، کنترل آن به مشارکت تخصص‌های مختلف وابسته است. علاوه بر این، راه‌اندازی خدمات درد چندرشته‌ای مستلزم تلاش زیادی است که انجام دادن آن از عهده یک فرد به تنهایی خارج است. لذا توصیه می‌شود ایجاد یک تیم بین‌رشته‌ای را با به اشتراک‌گذاری فعالیت‌های خود با همکاران شروع کنید و اجازه دهید آنها با درکی مطلوب از انتظارات و نقش خود، به شما بپیوندند.

۴- هدایت و حمایت لازم است: در بسیاری از محیط‌های کم‌درآمد و دارای درآمد متوسط، هنوز مدیریت درد به‌عنوان یک حوزه پزشکی به رسمیت شناخته نشده است، چه برسد به خدمات بین‌رشته‌ای. لذا، ایجاد چنین خدماتی ممکن است مشروط به ایجاد تغییراتی در سیاست‌گذاری‌ها باشد. بنا بر این، ارتباط با افراد صاحب نفوذ در سطح ملی و بین‌المللی برای حمایت از اهداف افرادی که قصد دارند این‌گونه خدمات را در محیط‌های کم‌درآمد و دارای درآمد متوسط عرضه کنند و نیز تقویت تلاش‌های آنها، امری حیاتی است.

منابع:

۱. Aderson DB, Shaheed CA. Medications for Treating Low Back Pain in Adults. Evidence for the Use of Paracetamol, Opioids, Nonsteroidal Anti-inflammatories, Muscle Relaxants, Antibiotics, and Antidepressants: An Overview for Musculoskeletal Clinicians. *Orthop Sports Phys Ther* 2022;52(7):425-431. doi: [10.2519/jospt.2022.10788](https://doi.org/10.2519/jospt.2022.10788)
۲. Briggs AM, Jordan JE, Sharma S, Young JJ, Chua J, Foster HE, Haq SA, Huckel Schneider C, Jain A, Joshipura M, Kalla AA. Context and priorities for health systems strengthening for pain and disability in low-and middle-income countries: a secondary qualitative study and content analysis of health policies. *Health policy and planning*. 2023 Mar 1;38(2):129-49.
۳. Canadian Pain Task Force: An Action Plan for Pain in Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2021-rapport/report-rapport-2021-eng.pdf>. Accessed 30 Jan 2025.
۴. Cardoso MS. Promoting multidisciplinary pain management in low- and middle-income countries- challenges and achievements. *Pain*. 2024 Nov 1;165(11S):S39-S49. doi: [10.1097/j.pain.0000000000003369](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003369). PMID: 39560414.
۵. Chaudakshetrin P, Cardoso MS, Goh CR, Javier FO, Musba T, Prateepavanich P, Que JC, Tanra H, Vijayan R, Yeo SN. Establishment of multidisciplinary pain management clinics and training programs in the developing world: experiences from Southeast Asia. *PAIN* 2020;161:S87-94

^۱. unidimensional

٦. International Association for the Study of Pain. Guide to pain management in a low resource setting, Nilesch BP, Andreas K, editors, 2009. Available at: <https://www.iasp-pain.org/publications/free-ebooks/guide-to-pain-management-in-low-resource-settings/>. Accessed 30 Jan 2025.
٧. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJE, Ostelo RWJG, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ 2015;350: h444. doi: [10.1136/bmj.h444](https://doi.org/10.1136/bmj.h444)
٨. Knaul, F. M., Bhadelia, A., Ornelas, H. A., de Lima, L., & Madrigal, M. D. R. S. (2015). Closing the pain divide: the quest for effective universal health coverage. The Lancet Global Health, 3, S35. doi: [10.1016/S2214-109X\(15\)70154-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70154-3)
٩. Morriss WW, Roques CJ. Pain management in low- and middle-income countries. BJA Educ. 2018 Sep;18(9):265-270. doi: [10.1016/j.bjae.2018.05.006](https://doi.org/10.1016/j.bjae.2018.05.006). Epub 2018 Jul 14. PMID: 33456843; PMCID: PMC7807826.
١٠. Multidisciplinary Pain Center Toolkit. Available at: <https://www.iasp-pain.org/resources/toolkits/pain-management-center/>. Accessed 30 Jan 2025.
١١. Pain Australia National Strategic Action Plan for Pain management <https://www.painaustralia.org.au/static/uploads/files/national-pain-strategy-2011-wfvjawttsanq.pdf>. Accessed 30 Jan 2025.
١٢. Rice ASC, Smith BH, Blyth FM. Pain and the global burden of disease. Pain. 2016 Apr;157(4):791-796. doi: [10.1097/j.pain.0000000000000454](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000454). PMID: 26670465.
١٣. Sharma S, Pathak A, Parker R, Costa LO, Ghai B, Igwesi-Chidobe C, Janwantanakul P, de Jesus-Moraleida FR, Chala MB, Pourahmadi M, Briggs AM. How Low Back Pain is Managed—A Mixed-Methods Study in 32 Countries. Part 2 of Low Back Pain in Low-and Middle-Income Countries Series. journal of orthopaedic & sports physical therapy. 2024 Aug;54(8):560-72. doi: [10.2519/jospt.2024.12406](https://doi.org/10.2519/jospt.2024.12406)
١٤. Walters, JL, Jackson T, Byrne D, McQueen K. (2016). Postsurgical pain in low-and middle-income countries. BJA: British Journal of Anaesthesia, 116(2), 153-155. doi: [10.1093/bja/aev449](https://doi.org/10.1093/bja/aev449)
١٥. Albarqouni L, Arab-Zozani M, Abukmail E, et al. Overdiagnosis and overuse of diagnostic and screening tests in low-income and middleincome countries: a scoping review. BMJ Global Health 2022;7:e008696. doi:[10.1136/ bmjgh-2022-008696](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008696)

این برگه اطلاعات به وسیله این افراد بررسی شده است: لستر جونز^۱، مارگاریتا کالو^۲ و سوراب شرما^۳.

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

¹. Lester Jones, MScMed(PM), Singapore Institute of Technology, Singapore

². Margarita Calvo, PhD, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

³. Saurab Sharma, PhD, Royal North Shore Hospital, Australia