



چالش‌های درمان درد در مناطق کم‌درآمد و راهبردهایی برای غلبه بر آنها

نویسندگان:

اندرو اماتا^۱، مارسیا چاوسر^۲، چنانسو ن ایگوسی-چی‌دوبی^۳، مایکل نیکولاس^۴، سونیتا لاون^۵، جوردی میرو^۶، اولیوافمی آجایی^۷

مترجم: علی اصغری

مقدمه

درد یک مشکل بهداشت جهانی و عاملی مهم در ایجاد ناتوانی و بار بیماری در سراسر جهان است^[۱]. به‌رغم پیشرفت‌هایی که در علم پزشکی صورت گرفته است، کنترل درد، به‌ویژه در محیط‌هایی با منابع و امکانات محدود، همچنان ناکافی است. درد در لایه‌های فرودست اجتماعی – اقتصادی، در مقایسه با افراد متعلق به طبقات اقتصادی و اجتماعی فراست، نه تنها از شیوع بالاتری برخوردار است بلکه افراد گروه نخست در مقایسه با افراد گروه دوم، درد شدیدتر و ناتوانی بیشتری را تجربه می‌کنند^[۲].

دستورعمل‌های مبتنی بر شواهد توصیه می‌کنند که در کنترل و درمان درد از رویکرد چندوجهی و بین‌رشته‌ای که دربرگیرنده استفاده از روش‌های دارویی، روان‌شناختی و جسمی در چارچوب الگوی زیستی‌روانی اجتماعی است، استفاده شود^[۳، ۴]. این نوشته، به چالش‌های عمده کنترل درد در محیط‌های کم‌درآمد می‌پردازد و برای رفع آنها راه‌حل‌هایی عرضه می‌کند.

چالش‌های عمده در کنترل درد

عوامل مرتبط با بیماران

- **موانع مالی:** در بسیاری از مناطق کم‌درآمد، خدمات رفاه اجتماعی و بیمه‌های درمانی اغلب در دسترس نیستند؛ از این رو، هزینه مراقبت‌های بهداشتی عمدتاً توسط خود بیماران، پرداخت می‌شود. کنترل درد مژمن اغلب مستلزم مراجعه‌های مکرر به درمانگاه‌ها و استفاده بلندمدت از داروهاست

¹. Andrew Amata, MBBS, FMCA. CURE Children's Hospital, Niger

². Marucia Chacur, PhD. University of Sao Paulo, Brazil

³. Chinonso N Igwesi-Chidobe, PhD. University of Bradford, UK and University of Nigeria

⁴. Michael Nicholas, PhD. Sydney Medical School-Northern & Royal North Shore Hospital.

⁵. Professor Sunita Lawange, MD, FIPM, FIAPM, Hrad and in-charge Department of Pain Medicine, Datta Meghe Medical College and Research Centre, Nagpur, India

⁶. Jordi Miró, PhD. Universitat Rovira i Virgili, Spain

⁷. Oluwafemi Ajayi. Doctoral Candidate, University of South Africa

که پرداخت هزینه‌های آن از توان مالی بسیاری از افراد خارج است. هزینه‌های بالا ممکن است منجر به خوددرمانی یا استفاده نکردن از خدمات بهداشتی شود.

- **آگاهی محدود و باورهای فرهنگی:** بسیاری از افراد از امکانات موجود در زمینه کنترل درد آگاهی ندارند. در برخی از فرهنگ‌ها، مانند مناطق روستایی جنوب‌شرقی نیجریه، درد ممکن است به علل ماوراءطبیعی نسبت داده شود^[۵]؛ این امر به‌نوبه خود، ممکن است به تأخیر در اقدام برای یافتن مراقبت‌های بهداشتی منجر شود. در چنین محیط‌هایی، درمانگران سنتی که بیشتر در دسترس هستند و از نظر فرهنگی بیشتر مورد پذیرش قرار می‌گیرند، اغلب نخستین مرجع برای مراجعه محسوب می‌شوند^[۵].

- **محدودیت‌های شغلی:** در محیط‌هایی با منابع و امکانات محدود، بسیاری از کارگران، به‌رغم دردهای مستمر، مجبورند کار کنند؛ این امر به‌نوبه خود، باعث می‌شود تا توسل به راه‌حل‌های فوری برای رهایی از درد، مانند مصرف دارو یا مداخله‌های جراحی در میان بیماران، رواج بیشتری داشته باشد.

عوامل مرتبط با فراهم‌آوردندگان مراقبت‌های بهداشتی

- **آموزش ناکافی:** کنترل درد مستلزم اتخاذ رویکردی چندرشته‌ای است؛ با وجود این، در محیط‌های کم‌درآمد، دست‌اندرکاران مراقبت‌های بهداشتی اغلب آموزش کافی در این مورد دریافت نمی‌کنند. پزشک‌ها، پرستارها، روان‌شناس‌ها، فیزیوتراپیست‌ها و سایر متخصص‌های مرتبط ممکن است از آموزش جامع در زمینه کنترل درد برخوردار نباشند.
- **کمبود نیروی کار:** کمبود نیروی متخصص در قلمرو کنترل درد، در حد بحرانی است. نسبت بالای بیمار به پزشک، نظام ارجاع ضعیف و محدودیت منابع باعث پی‌گیری ناکافی کنترل درد و اتکای بیش از حد به درمان‌های قدیمی یا ناکارآمد می‌شود.

عوامل مرتبط با نظام مراقبت بهداشت

- **نارسایی‌ها در زیرساخت‌ها:** بسیاری از مراکز درمانی به تجهیزات ضروری و داروهای مؤثر در کنترل درد دسترسی ندارند. نبود ابزارهای تشخیصی، مراکز توان‌بخشی و درمانگاه‌های تخصصی، روند درمان و کنترل درد را با محدودیت مواجه می‌کنند. علاوه بر این، ضعف‌های موجود در چارچوب‌های نظام سلامت و نبود دستورعمل‌های یکسان، موجب تشدید چالش‌های موجود می‌شود.
- **دسترسی محدود به خدمات بهداشت روانی:** معمولاً خدمات ضروری سلامت روان به‌شکلی مستقل از مراقبت‌های اولیه و کنترل درد ارائه می‌شوند؛ این امر باعث می‌شود تا بیماران نتوانند تحت درمان‌های یکپارچه زیستی-روانی-اجتماعی قرار گیرند. علاوه بر این، سیاست‌های نظام سلامت ممکن است درمان‌های روان‌شناختی مرتبط با درد را جزء خدمات ضروری سلامت، تلقی نکنند.
- **داروهای غیراستاندارد:** وجود داروهای تقلبی یا فاقد استاندارد لازم در بازار، مسئله شایعی است که از ضعف نظام‌های نظارتی، پیچیدگی فرایندهای تأمین دارو، و کنترل کیفیت ناکارآمد، ناشی

می‌شود. این داروها در تسکین درد مؤثر نیستند، در عوض، باعث افزایش بیماری، مرگومیر و کاهش اعتماد به نظام سلامت می‌شوند.

راهبردهایی برای غلبه بر چالش‌های کنترل درد

چالش‌های مربوط به موانع مرتبط با بیماران

- **حمایت مالی:** دولت‌ها باید برنامه‌های رفاه اجتماعی از جمله پوشش بیمه‌ای و پرداخت یارانه برای استفاده از مراقبت‌های بهداشتی را به مرحله اجرا درآورند. علاوه بر این، دولت‌ها باید تأمین وسایل حمل و نقل قابل اعتماد را در اولویت قرار دهند.
- **آموزش عمومی:** فعالیت‌های آگاهی‌رسانی باید بر آموزش جوامع در باره گزینه‌های کنترل درد تمرکز کنند. مشارکت رهبران محلی می‌تواند به رفع باورهای نادرست و رواج بیشتر درمان‌های مبتنی بر شواهد کمک کند.
- **عرضه خدمات از راه دور در حوزه‌های سلامت و خودکنترلی درد:**^۱ عرضه خدمات مبتنی بر فن‌آوری‌های تلفن هوشمند و نرم‌افزارهای کاربردی^۲ در زمینه‌هایی چون برنامه‌های ورزشی و روش‌های خودکنترلی درد می‌توانند درمان‌های روان‌شناختی، فیزیوتراپی و آموزش را به مناطق دورافتاده گسترش دهند؛ نتیجه این امر، کاهش هزینه‌ها و بهبود دسترسی به این خدمات است^۳.

ارتقاء خدمات و آموزش درست‌اندرکاران مراقبت‌های بهداشتی

- **نوآوری‌های آموزشی:** ادغام آموزش کنترل درد در برنامه‌های درسی دست‌اندرکاران مراقبت‌های بهداشتی، برگزاری کارگاه‌ها، دادن بورس‌های تحصیلی و توسعه برنامه‌های هدایت و راهنمایی، همگی می‌توانند توان و شایستگی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی را افزایش دهند.
- **ترویج رویکرد زیستی‌روانی اجتماعی:** ترویج این رویکرد و تأکید بر استفاده از رویکرد بین‌رشته‌ای مبتنی بر شواهد در کنترل درد، ضروری است^۳. استفاده از الگوی زیستی‌روانی اجتماعی که مداخله‌های زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی را شامل می‌شود بر به‌کارگیری مدل‌های زیست‌پزشکی و زیست‌مکانیکی^۴ که در بسیاری از مناطق کم‌درآمد رایج است، برتری دارد^۴.
- **تغییر وظایف:** آموزش کارکنان بهداشت جامعه برای عرضه مداخله‌های پایه‌ای کنترل درد که تحت نظارت متخصصان صورت می‌گیرد، می‌تواند دسترسی به این خدمات را در مناطق پیرامونی^۴ گسترش دهد.

¹. Telehealth and Self-Management services

². applications

³. biomedical and biomechanical models

⁴. peripheral regions

تقویت نظام‌های بهداشتی

- **سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌ها:** ایجاد درمانگاه‌های کنترل درد پایه در مراکز بهداشت اولیه، تجهیز این درمانگاه‌ها با امکانات و ابزارهای تشخیصی مقرون به‌صرفه و ارتقا خدمات پزشکی از راه دور، همگی ممکن است به‌طور قابل‌توجهی، دسترسی به مراقبت‌ها را بهبود بخشند.
- **افزایش آگاهی:** افزایش آگاهی باید بر پایه نتایج فعالیت‌های "فهرمانان محلی" استوار گردد که با تصمیم‌گیرندگان نظام‌های بهداشتی در زمینه آگاهی‌بخشی در مورد درد مزمن، مشکلات مربوط به آن و راه‌حل‌های عملی مورد پذیرش آن جامعه، همکاری کرده‌اند.
- **بهبود دسترسی به درمان‌های بین‌رشته‌ای:** دولت‌ها باید با اقداماتی چون ساده‌کردن فرایندهای نظارتی، کاهش مالیات بر واردات و همکاری با سازمان‌های غیردولتی^۱، به تأمین پایدار داروها، کمک کنند. علاوه بر این، دولت‌ها باید سیاست‌هایی اتخاذ کنند که بر مبنای آن خدمات روان‌شناختی و فیزیوتراپی در دستورعمل‌های فعلی درمان و کنترل درد ادغام شوند.
- **نوآوری‌های کم‌هزینه:** استفاده از تولیدات بومی مانند نوارهای لاستیکی و وزنه‌ها در تمرین‌های فیزیوتراپی ممکن است به اندازه استفاده از تجهیزات تجاری مؤثر باشد و در نتیجه، هزینه‌ها را کاهش دهند. افزایش توان بیماران برای به‌کارگیری راهبردهای خودکنترلی درد یک روش کم‌هزینه و مؤثر است.
- **مشارکت بخش‌های عمومی و خصوصی:** تشریک مساعی بین دولت‌ها و سازمان‌های غیردولتی می‌تواند ضمن حمایت از خدمات بهداشتی پایدار باعث کاهش هزینه‌ها و بهبود دسترسی به این خدمات شود.

نتیجه‌گیری‌ها:

در محیط‌هایی با منابع و امکانات محدود، کنترل درد با چالش‌های قابل‌توجهی مواجه است. با این همه، انجام دادن مداخله‌های هدفمند مانند بهبود زیرساخت‌های بهداشتی، افزایش فرصت‌های آموزشی برای عرضه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی، تأکید بر استفاده از الگوی زیستی-روانی اجتماعی مراقبت و اطمینان از دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی قادرند به‌طور قابل‌توجهی کنترل درد را بهبود بخشند و بار ناشی از دردهای درمان نشده را در این مناطق، کاهش دهند.

منابع:

۱. Ferreira ML, Luca K, Haile LM, Steinmetz JD, Culbreth GT, Cross M, et al. Global, Regional, and National Burden of Low Back Pain, 1990–2020, its Attributable Risk Factors, and Projections to 2050: A Systematic Analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol* (2023) 5(6):e316-29. [https://doi.org/10.1016/s2665-9913\(23\)00098-x](https://doi.org/10.1016/s2665-9913(23)00098-x)
۲. Janevic MR, McLaughlin SJ, Heapy AA, Thacker C, Piette JD. Racial and socioeconomic disparities in disabling chronic pain: findings from the Health and Retirement Study. *J Pain*, 18 (2017), pp. 1459-14. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.07.005>

^۱. non-governmental organizations (NGOs)

۳. World Health Organization. Guidelines on the management of chronic pain in children. 22 December 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017870>. Accessed 19 May 2025.
۴. Lin I, Wiles L, Waller R, et al. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br J Sports Med*. 2020;54(2):79-86. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099878>
۵. Igwesi-Chidobe CN, Sorinola IO, Kitchen S, Godfrey EL. Unconventional Practitioners' Causal Beliefs and Treatment Strategies for Chronic Low Back Pain in Rural Nigeria. *Heal Serv Insights*. 2018;11. doi:10.1177/1178632918808783
۶. Igwesi-Chidobe CN, Kitchen S, Sorinola IO, Godfrey EL. Evidence, theory and context: Using intervention mapping in the development of a community-based self-management program for chronic low back pain in a rural African primary care setting-the good back program. *BMC Public Health*. 2020;20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8392-7>

This fact sheet has been translated by Ali Asghari, PhD, Pain Management and Research Center, Royal North Shore Hospital, Sydney, Australia.