

## غلبه بر موانع مشارکت پژوهشگران درد و متخصصان مراقبت سلامت کشورهای با درآمد پایین و متوسط در جوامع جهانی درد

نویسندگان: دکتر ماریا لورینا اویاندل<sup>۱</sup>، دکتر دلیا رویز رودریگز<sup>۲</sup>، توری مادن<sup>۳</sup>، مالوگتا بیسا چالا<sup>۴</sup>  
مترجم: علی اصغری

### زمینه و مقدمه

جوامع جهانی درد، شبکه‌هایی متشکل از افراد و سازمان‌هایی هستند که هدف آنها ترویج رویکردی جامع به پدیده درد است؛ این رویکرد جامع شامل آموزش، درمان، پژوهش و حمایت از سیاست‌گذاری‌ها در حوزه درد است<sup>[۱]</sup>. جوامع جهانی درد متعدّدند که از میان آنها می‌توان به گروه‌های تحت رهبری بیماران (مانند ائتلاف اروپایی حمایت از بیماران مبتلا به درد<sup>۵</sup>)، بنیادها (مانند بنیاد درد آمریکا<sup>۶</sup>)، سازمان‌های غیردولتی (مانند ائتلاف جهانی برای دسترسی بیماران به خدمات درمانی<sup>۷</sup>)، سازمان‌های علمی (مانند انجمن بین‌المللی مطالعه درد<sup>۸</sup>) و شبکه‌های اجتماعی (مانند درد مُزمن در شبکه اجتماعی X<sup>۹</sup>) اشاره کرد.

جوامع فوق نه تنها به انتقال دانش کمک می‌کنند<sup>[۲]</sup>، بلکه از راهبردهای قانون‌گذاری برای حمایت از رفاه بیماران حمایت می‌کنند، دسترسی به منابع مالی برای پژوهش و درمان را تسهیل می‌کنند و بیماران را از سراسر جهان گرد هم می‌آورند تا رویکردی انسانی به کنترل درد ایجاد شود. در نهایت، این جوامع فضاهایی را برای همکاری فراهم می‌آورند تا درد مُزمن به مثابه یک مسئله جهانی مورد توجه قرار گیرد و راحل‌هایی فراتر از آنچه امکانات و ویژگی‌های منطقه‌ای اجازه می‌دهد، برای کنترل درد فراهم آورند. با این حال، پژوهشگران درد و متخصصان سلامت ساکن کشورهای با درآمد کم و متوسط، در جوامع جهانی درد حضوری کمرنگ دارند.

### چرا وضعیت چنین است:

موانع چندی برای مشارکت پژوهشگران درد و عرضه‌کنندگان مراقبت سلامت ساکن کشورهای با درآمد کم و متوسط در جوامع جهانی درد وجود دارند که از میان آنها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- کمبود آگاهی: بسیاری از متخصصان از وجود این جوامع بی‌اطلاعند یا نمی‌دانند چگونه باید به آن‌ها دسترسی پیدا کنند.

<sup>1</sup>. Dr. María Lorena Oyanadel, Physiatrist, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile

<sup>2</sup>. Dr. Delia Ruiz Rodríguez, Physiatrist, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile

<sup>3</sup>. Tory Madden, PhD, University of Cape Town, Cape Town, South Africa

<sup>4</sup>. Mulugeta Bayisa Chala, PhD, Lawson Research Institute, Ontario, Canada

<sup>5</sup>. Pain Alliance Europe

<sup>6</sup>. US Pain Foundation

<sup>7</sup>. Global Alliance for Patient Access.

<sup>8</sup>. International Association for the Study of Pain (IASP)

<sup>9</sup>. Chronic Pain on X

- **موانع مالی برای شرکت در کنفرانس‌های بین‌المللی:** شرکت در کنفرانس‌های بین‌المللی معمولاً مستلزم پرداخت هزینه‌های قابل‌توجهی است که ممکن است پرداخت آن برای متخصصانی که در کشورهای با درآمد پایین و متوسط زندگی می‌کنند، امکان‌پذیر نباشد [۳-۵]. علاوه بر این، پژوهشگران و متخصصان سلامت ساکن کشورهای با درآمد کم و متوسط اغلب برای حضور در کنفرانس‌هایی که در کشورهای با درآمد بالا برگزار می‌شوند، با محدودیت‌های ویزا و سفر مواجه‌اند [۳-۵].
- **عدم توازن منطقه‌ای:** جوامع جهانی درد عمدتاً در اروپا و ایالات متحده آمریکا مستقرند، امری که به نوبه خود، مشارکت متخصصان از سایر مناطق جهان را دشوار می‌سازد. این تمرکز جغرافیایی باعث چالش‌هایی نظیر تفاوت‌های زمانی، ناهمخوانی‌های فرهنگی و اولویت‌های بالینی یا زمینه‌ای می‌شود که برخی از آنها ممکن است با چالش‌هایی که در سایر مناطق جهان مطرح‌اند، هم‌راستا نباشند؛ چنین عواملی ممکن است مشارکت دیدگاه‌های متنوع را کاهش دهند و روند همکاری جهانی را محدود کنند.
- **موانع زبانی:** زبان انگلیسی به مثابه زبان غالب ارتباطی در جوامع جهانی درد شناخته می‌شود. انتشارات علمی این جوامع و زبان اصلی در کنفرانس‌ها، زبان انگلیسی است. این امر، به نوبه خود، ممکن است مشارکت پژوهشگران، درمانگران و گروه‌های متشکل از بیماران با تجربه زیسته درد اما غیرانگلیسی‌زبان را در جوامع بین‌المللی درد محدود کند [۱ و ۶].
- **بارکاری بالینی و کمبود زمان:** متخصصان سلامت اغلب با حجم کار قابل‌توجهی مواجه‌اند [۷ و ۸] و ارزیابی از فعالیت‌های آن‌ها عمدتاً بر اساس بهره‌وری بالینی صورت می‌گیرد. معمولاً در کشورهای با درآمد پایین و متوسط که با کمبود چشمگیر متخصصان مواجه‌اند، بارکاری بالینی شدیدتر است. این افراد اغلب ساعات طولانی‌تری کار می‌کنند و در نتیجه، زمان و انرژی کمی برای مشارکت فعال در جوامع جهانی مرتبط با درد برای‌شان باقی می‌ماند.
- **کمبود مشوق‌ها و عدم شناسایی رسمی:** نظام‌های سلامت در کشورهای با درآمد پایین و متوسط به‌ندرت امکان مرخصی یا حمایت مالی را برای پژوهشگران حوزه درد و عرضه‌کنندگان خدمات درمانی فراهم می‌کنند تا بتوانند با خاطری آسوده در جوامع جهانی درد شرکت کنند [۱].
- **موانع سیاسی، فرهنگی و زمینه‌ای:** مقررات مرتبط با کنترل درد مانند دسترسی به داروهای خاص یا برداشت‌های فرهنگی از برخی درمان‌ها [۱] در کشورهای مختلف متفاوت است و ممکن است همکاری بین‌رشته‌ای را میان زمینه‌های گوناگون، محدود کند [۹ و ۳].
- **تعامل محدود با گروه‌های بیماران:** مشارکت اندک و نبود ارتباط مؤثر میان متخصصان سلامت و سازمان‌هایی که به‌وسیله بیماران هدایت می‌شوند، مانعی در مسیر توسعه رویکردهای مشارکتی و منطبق با فرهنگ محسوب می‌شوند. از میان عوامل مؤثر در این زمینه می‌توان به استفاده از زبان فنی در نوشتارها و گفتگوها، به رسمیت نشناختن نهادها، تفاوت‌های فرهنگی و فقدان آگاهی یا درک نقش و ارزش سازمان‌های تحت رهبری بیماران، اشاره کرد.

- **شکاف دیجیتالی:** همه متخصصان یا پژوهشگران درد به پلتفرم‌های دیجیتالی مورد استفاده جوامع جهانی درد دسترسی ندارند<sup>[۱۲]</sup>. همچنین، برخی گروه‌ها ممکن است از دانش دیجیتالی لازم و حتی دانش عمومی در این زمینه، برخوردار نباشند.
- **باور به خودکارآمدی بومی:** برخی از درمانگران ممکن است به شدت درگیر پاسخ‌گویی به نیازهای فوری بومی (مانند مراقبت از بیماران) باشند و احساس کنند از دانش کافی برای اجرای فعالیت‌های بالینی روزمره برخوردارند. چنین باورهایی باعث از دست رفتن فرصت‌های مشارکت در شبکه‌های بین‌المللی گسترده‌تر می‌شود.
- شناسایی این موانع، نخستین گام در غلبه بر آنها و تقویت میزان مشارکت در مجامع درد جهانی است. در ادامه، راهبردهایی برای تشویق مشارکت متخصصان سلامت و پژوهشگران درد کشورهای کم‌درآمد و دارای درآمد متوسط در مجامع جهانی درد، پیشنهاد می‌شوند.
- **افزایش آگاهی در باره این جوامع:** توضیح در باره چستی این سازمان‌ها و جوامع، چگونگی فعالیت و اهداف آنها و منافع ناشی از عضویت در آنها.
- **بهبود دسترسی به فناوری‌های دیجیتال:** یکی از راهبردهای کلیدی برای ارتقاء تبادل دانش و غلبه بر موانع مشارکت، بهبود دسترسی به فناوری‌های دیجیتال است<sup>[۱۲]</sup>. فناوری قادر است ضمن کاهش شکاف‌های جغرافیایی، اقتصادی و سازمانی، زمینه تبادل منصفانه‌تری را میان مناطق جغرافیایی و رشته‌های مختلف فراهم آورد. ابزارهای دیجیتال مانند پلتفرم‌های برخط (آنلاین)، نشریات با دسترسی آزاد و کنفرانس‌های مجازی توانسته‌اند دسترسی به محتوای با کیفیت را گسترش دهند. وبینارها، پادکست‌ها و محتوای چندزبانه، تعامل میان تخصص‌های گوناگون را تسهیل کرده‌اند. در محیط‌هایی با منابع و امکانات محدود، اپلیکیشن‌های موبایل و پلتفرم‌های پزشکی از راه دور، توانسته‌اند در تبدیل دانش نظری به عمل بالینی، کمک کنند. استفاده از ابزارهای خودسنجی در ارزیابی درد توسط بیماران توانسته‌اند ضمن تقویت ارتباط، داده‌های ارزشمندی را برای پژوهش‌های بالینی فراهم آورند.
- **به رسمیت شناختن مشارکت در مجامع بین‌المللی درد از نظر علمی<sup>[۱۵]</sup>:** نهادها و سازمان‌ها تشویق شوند تا از چنین مشارکتی حمایت کنند و برای چنین مشارکتی، مزایا و امتیازاتی قائل شوند.
- **کاهش هزینه‌های مشارکت در مجامع بین‌المللی درد:** حمایت از تأمین مالی طرح‌های پژوهشی و فراهم‌آوردن امکان دسترسی به انجمن‌های علمی، کنفرانس‌ها و پلتفرم‌های پژوهشی در کشورهای با منابع محدود از طریق کاهش هزینه‌های مشارکت و ارائه کمک‌های مالی.
- **تمرکززدایی از فعالیت‌های جوامع جهانی درد:** گسترش حضور این جوامع به فراتر از شهرهای بزرگ، برگزاری رویدادهای علمی در سایر مناطق جهان و برگزاری نشست‌های مجازی، همگی میزان مشارکت را افزایش می‌دهند و دسترسی مناطق دورافتاده را به جوامع جهانی درد تسهیل خواهد کرد.

- **تشویق تنوع زبانی در انتشار مطالب علمی<sup>[۱۱]</sup>**. ترجمه همزمان مطالب علمی به زبان‌های دیگر، ترجمه مطالبی که قبلاً به زبان انگلیسی انتشار یافته‌اند به زبان‌های دیگر، و استفاده از ابزارهای ترجمه مبتنی بر هوش مصنوعی از جمله راه‌هایی برای تسهیل افزایش مشارکت به‌شمار می‌آیند.
  - **ایجاد فضاهایی که خلاقیت و تلاش‌های بومی برای تبادل ایده‌ها را ارج می‌نهند:** این فضاها در ابتدا می‌توانند به صورت نشست‌های کوچک میان افرادی با پیش‌زمینه‌های مشابه شکل گیرند؛ در مرحله بعد، این گروه‌های کوچک ممکن است با یکدیگر ارتباط برقرار کنند و موضوع‌های متنوع را برای یادگیری متقابل به اشتراک گذارند.
  - **اهمیت دادن به فعالیت‌های اجتماعی و پژوهشی هنگام ارزیابی بهره‌وری<sup>[۱۲]</sup>:** باید اطمینان حاصل کرد که بهره‌وری، صرفاً بر اساس حجم کار بالینی سنجیده نمی‌شود.
  - **به‌کار بستن نتایج پژوهش‌های بنیادی در فعالیت‌های بالینی:** یکی از راهکارها برای افزایش مشارکت متخصصان سلامت و پژوهشگران درد در مجامع جهانی، تشویق و ترویج تلاش‌ها در جهت کاربردی کردن یافته‌های پژوهشی بنیادی در زندگی روزمره است<sup>[۱۳]</sup>.
  - **تشویق درمانگران و پژوهشگران به شرکت در جوامعی که توسط بیماران هدایت می‌شوند:** همکاری با افرادی که تجربه‌های زیسته متنوعی از درد دارند ضمن افزایش ارتباط و کاربردی کردن پژوهش‌ها<sup>[۱۴]</sup>، ایجاد و تقویت گفت‌وگوهای دوسویه و معنادار را به‌دنبال خواهد داشت. در این صورت است که متخصصان و پژوهشگران از حوزه کاری خود درک عمیق‌تری پیدا خواهند کرد، ارتباط خود را با جامعه مستحکم‌تر خواهند کرد و مفهوم همکاری در تولید پژوهش، تشویق و ترویج خواهد شد<sup>[۱۵]</sup>.
- جوامع جهانی درد، برای بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به درد و حمایت از توسعه حرفه‌ای درمانگران و پژوهشگران فرصت‌های ارزشمندی را فراهم می‌آورند. مشارکت فعال در این شبکه‌ها، تبادل دانش، تجربه‌ها و منابع و امکانات را تسهیل می‌کند و بر پژوهش، آموزش و کنترل بالینی درد تأثیر ملموسی برجا می‌گذارد.
- با این همه، غلبه بر موانع دسترسی به مجامع جهانی درد و مشارکت در آنها به‌ویژه در کشورهای با درآمد پایین و متوسط همچنان هنوز به مثابه یک چالش اساسی، مطرح است. با تعهد مشترک نهادهای دانشگاهی، نظام‌های سلامت، متخصصان درد و سازمان‌هایی که توسط بیماران هدایت می‌شوند، فرصتی برای حرکت به‌سوی مدلی فراگیرتر و مشارکتی‌تر که فرد – محور باشد، فراهم می‌شود.
- آینده کنترل درد به توانایی ما در ایجاد پل‌های ارتباطی، کاهش نابرابری‌ها و تقویت شبکه‌های بین‌المللی بستگی دارد. راهبردهای پیشنهادی در این نوشتار، با هدف تسریع این روند مطرح شدند و در نهایت، قصد دارند تا موانع مشارکت پژوهشگران حوزه درد و متخصصان سلامت کشورهای با درآمد پایین و متوسط را در جوامع جهانی درد، برطرف کنند.

١. Haun JN, Nakase-Richardson R, Cotner BA, Agtarap SD, Martin AM, Tweed A, et al. Stakeholder engagement to identify implementation strategies to overcome barriers to delivering chronic pain treatments: A NIDILRR and VA TBI model systems collaborative project. *J Head Trauma Rehabil.* 2024;39(1):E29-E40. doi: [10.1097/HTR.0000000000000920](https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000920)
٢. Fernández-López JA. PROMIS®: A platform to evaluate health status and the results of interventions. *Semergen.* 2014;40(7):355-356. doi: [10.1016/j.semerg.2014.06.015](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2014.06.015)
٣. Lakha SF, Ballantyne P, Badr H, Agboatwala M, Mailis A, Pennefather P. Perspective of pain clinicians in three global cities on local barriers to providing care for chronic noncancer pain patients. *Pain Res Manag.* 2019;2019:3091309. doi: [10.1155/2019/3091309](https://doi.org/10.1155/2019/3091309)
٤. Ng W, Slater H, Starcevic C, Wright A, Mitchell T, Beales D. Barriers and enablers influencing healthcare professionals' adoption of a biopsychosocial approach to musculoskeletal pain: a systematic review and qualitative evidence synthesis. *Pain.* 2021;162(8):2154-85. doi: [10.1097/j.pain.0000000000002217](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002217)
٥. Breivik H, Eisenberg E, O'Brien T. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: The case for strategic prioritization and action. *BMC Public Health.* 2013;13:1229. doi: [10.1186/1471-2458-13-1229](https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1229)
٦. Darnycka Bélizaire MR, Ineza L, Fall IS, Ondo M, Boum Y II. From barrier to enabler: Transforming language for global health collaboration. *PLOS Glob Public Health.* 2024;4(6):e0003237. doi: [10.1371/journal.pgph.0003237](https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003237)
٧. Shipton EA, Bate F, Garrick R, Steketee C, Visser EJ. Pain medicine content, teaching and assessment in medical school curricula in Australia and New Zealand. *BMC Med Educ.* 2018;18(1):110. doi: [10.1186/s12909-018-1204-4](https://doi.org/10.1186/s12909-018-1204-4)
٨. Sam S, Sharma R, Corp N, Igwesi-Chidobe C, Babatunde OO. Shared decision making in musculoskeletal pain consultations in low- and middle-income countries: a systematic review. *Int Health.* 2020;12(5):455-71. doi: [10.1093/inthealth/ihz077](https://doi.org/10.1093/inthealth/ihz077)
٩. Neira-Fernández KD, Gaitán-Lee L, Gómez-Ramírez OJ. Barreras y facilitadores para la investigación en ciencias de la salud durante la crisis del COVID-19: una revisión de alcance. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2021;72(4):377-95. doi: [10.18597/rcog.3788](https://doi.org/10.18597/rcog.3788)
١٠. Hansford K. Understanding barriers and facilitators to non-pharmaceutical chronic pain research engagement among people living with chronic pain in the UK: a two-phase mixed-methods approach. *BMJ Open.* 2024;14:e089676. doi: [10.1136/bmjopen-2024-089676](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-089676)
١١. Harrison D, Belton J, Birnie K. Partnering with people with lived experience in pain research. 17 January 2022. Available at: <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/partnering-with-people-with-lived-experience-in-pain-research/>.
١٢. Eccleston C, Fisher E, Craig L, Duggan GB, Rosser BA, Keogh E. Psychological therapies (Internet-delivered) for the management of chronic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;2020(6):CD010152. doi: [10.1002/14651858.cd010152.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.cd010152.pub2)

١٣. Morais C, Moyano J, Belton J, Moyo N. Global inequities in pain treatment: how future research can address this better. 18 January 2022. Available at: <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/global-inequities-in-pain-treatment-how-future-research-can-address-this-better/>.

١٤. Brett J. A systematic review of the impact of patient and public involvement on service users, researchers and communities. Patient. 2014;7(4):387-95. doi: [10.1007/s40271-014-0065-0](https://doi.org/10.1007/s40271-014-0065-0)

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