



انطباق دستورالعمل‌های جهانی درد با شرایط بومی: راهکارهایی برای کشورهای با درآمد پایین و متوسط

نویسندگان:

رابینا ارشاد خان^۱، عثمان بشیر^۲، گوهر افشان^۳

مترجم: علی اصغری

زمینه:

دستورالعمل‌های جهانی درد^۴ که با هدف بهبود درمان، کاهش نابرابری‌ها و حفظ کرامت بیماران طراحی شده‌اند، بر سلامت افراد در سراسر جهان، نقشی حیاتی ایفا می‌کنند. این دستورالعمل‌ها که بر پایه شواهد علمی معتبر و تخصص بالینی استوارند، معمولاً در کشورهایی تدوین شده‌اند که از درآمد بالا و منابع و امکانات قابل‌توجهی برخوردارند؛ لذا، به‌کار بستن آنها در کشورهایی با درآمد کم و متوسط که معمولاً نظام سلامت آنها فاقد خدمات تخصصی لازم، داروهای ضروری یا نیروی انسانی آموزش‌دیده است هنگامی اثربخش است که دستورالعمل‌های مذکور با شرایط حاکم بر آن کشورها به شکلی سنجیده، انطباق یافته باشند^[۴].

انطباق دستورالعمل‌های جهانی با شرایط کشورهای کم‌درآمد و دارای درآمد متوسط این امکان را فراهم می‌آورد تا از شکاف میان معیارهای مبتنی بر شواهد و واقعیت‌های موجود کاسته شود. این رویکرد ضمن ارج نهادن به ارزش‌های بومی، منابع محدود موجود را بهینه می‌سازد و مراقبتی اخلاق‌مدار را بدون آنکه خدشه‌ای به یکپارچگی بالینی وارد شود، ترویج می‌کند. با تطبیق توصیه‌های موجود بر اساس میزان دسترسی به منابع، ظرفیت نیروی انسانی، باورهای فرهنگی و اولویت‌های همه‌گیرشناسی^۵، فرایند انطباق امری امکان‌پذیر بلکه ضروری است^[۴].

چرا انطباق بومی اهمیت دارد؟

بسیاری از دستورالعمل‌های جهانی درد، بر پایه فرض‌هایی از جمله دسترسی به زیرساخت‌های تشخیصی لازم، تیم‌های چندرشته‌ای و طیف گسترده‌ای از داروها استوارند؛ بدیهی است چنین امکاناتی در بخش بزرگی از جهان وجود ندارد یا در صورت وجود، به پای همین امکانات در کشورهایی با درآمد بالا نمی‌رسد^[۳،۹]. در بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط، ارائه خدمات سلامت به‌صورت غیرمتمرکز

¹. Robyna Irshad Khan MBBS, FCPS, MHSc, Associate Professor Anesthesiology, Associate Dean Allied Health, Aga Khan University, Karachi, Pakistan.

². Usman Bashir, MBBS, FRCA, FFPMRCA, King Faisal Specialist Hospital & Research Centre, Kingdom of Saudi Arabia

³. Gauhar Afshan, MBBS, FCPS, Endowed Professor Anesthesiology & Pain Medicine, Aga Khan University, Karachi, Pakistan

⁴. Global Pain Guidelines

⁵. epidemiological

انجام می‌شود، منابع محدودند و دستیابی به تسکین درد با موانع شدید متعددی مواجه است. افزون بر این، تجربه درد و بیان آن تحت تأثیر ارزش‌های فرهنگی و باورهای اجتماعی قرار می‌گیرد. باورهای نادرست درباره داروهای ضد درد، به‌ویژه داروهای مخدر (اپیوئیدها)، بسیار رایج‌اند و اغلب با ترس از اعتیاد یا انگ اجتماعی گره خورده‌اند^[۷]. از این رو، انطباق دستورالعمل‌ها با شرایط حاکم بر کشورهای کم‌درآمد و دارای درآمد متوسط، صرفاً یک دغدغه عملی نیست بلکه مسئولیتی اخلاقی نیز به‌شمار می‌آید. مراقبت استاندارد- بدون انطباق- نمی‌تواند در دسترس کسانی قرار گیرد که بیش از همه به آن نیازمندند.

چالش‌های اجرای دستورالعمل‌های جهانی درد در کشورهای با درآمد کم و متوسط

اجرای این دستورالعمل‌ها اغلب با ترکیبی از موانع ناشی از سیاست‌گذاری و عوامل زیرساختی و اجتماعی مواجه است. دسترسی به داروهای مخدر همچنان به‌دلیل چارچوب‌های نظارتی سخت‌گیرانه و سیستم‌های توزیع توسعه‌نیافته، محدود باقی مانده است^[۱۰]. حتی در مواردی که این داروها تأیید شده‌اند، زنجیره‌های تأمین اغلب در سطح محلی، به‌ویژه در حاشیه شهرها و مناطق روستایی، دچار اختلال می‌شوند. کمبود شدید متخصصان آموزش‌دیده در زمینه کنترل درد نیز وجود دارد^[۱۱]. بیشتر خدمات موجود، در بیمارستان‌های بزرگ که عمدتاً در مناطق شهری هستند، عرضه می‌شوند؛ لذا، بخش وسیعی از جمعیتی که در مناطق روستایی و دورافتاده زندگی می‌کنند به این خدمات دسترسی ندارند^[۱۲]. انگ فرهنگی مرتبط با درد و استفاده از داروهای ضد درد نیز بیماران را از جست‌وجوی درمان یا ادامه آن، باز می‌دارد. مجموع این عوامل محیطی را ایجاد می‌کنند که در آن دردهای درمان‌نشده، عادی تلقی شده و رنج افراد نادیده گرفته می‌شود^[۷].

راهنمایی برای انطباق کارآمد

- فرایند انطباق دستورالعمل‌ها در هر کشور با اولویت‌بندی نیازهای همه‌گیرشناسی بومی آغاز می‌شود؛ ابتدا باید مشخص کرد که کدام دردها در کشور، ضمن شیوع بیشتر، ناتوان‌کننده‌ترند (آسیب‌های جسمی درمان‌نشده، دردهای مرتبط با سرطان در مراحل پیشرفته، دردهای مزمن اسکلتی - عضلانی،...). در مرحله بعد، باید توجه را بر مداخله‌هایی متمرکز کرد که کنترل و درمان این نوع دردها و آسیب‌ها را هدف قرار می‌دهند^[۴].
- گام بعدی، ارزیابی دقیق منابع موجود است. آگاهی از امکانات موجود و در دسترس (مانند داروها، تجهیزات و منابع انسانی)، کمک می‌کند تا اطمینان حاصل کرد آیا دستورالعمل‌های تطبیق‌یافته قابل اجرا هستند یا صرفاً اموری آرمان‌گرایانه به‌شمار می‌آیند.
- در فرایند انطباق دستورالعمل‌ها، عوامل اجتماعی - فرهنگی، زبانی و سیاسی باید از همان ابتدا مورد توجه قرار گیرند؛ دستورالعمل‌ها باید به زبان‌های محلی ترجمه شوند و از نظر فرهنگی، قابل‌پذیرش باشند. گنجاندن روش‌های درمانی سنتی ایمن و آشنا، مانند یوگا، حجامت یا استفاده از گیاهان دارویی، می‌تواند اعتماد و پای‌بندی بیماران را به درمان، افزایش دهد^[۲]. رویکرد زیستی‌روانی اجتماعی باید جایگزین مدل زیست‌پزشکی شود. دستورالعمل‌های تطبیق‌یافته باید مشروط بر آنکه ایمنی و اثربخشی آنها خدشه‌دار نشود، با ارزش‌ها و باورهای محلی هماهنگ باشند^[۲].

- توسعه نیروی کار یکی دیگر از حوزه‌های حیاتی است. از آنجا که بیشتر کشورهای با درآمد کم و متوسط با کمبود متخصصان درد مواجه‌اند، آموزش باید بر پزشکان عمومی، پرستاران و سایر کارکنان سلامت جامعه متمرکز شود^[۵]. این افراد در صورت دسترسی به ابزارهای عملی و دستورالعمل‌های لازم برای تصمیم‌گیری، می‌توانند مراقبت‌های اولیه در کنترل درد را به جامعه عرضه کنند. استفاده از دستورالعمل‌های ساده‌شده، مقیاس‌های تصویری معتبر برای سنجش درد و نرم‌افزارهای طراحی‌شده برای کاربرانی با سطح سواد پایین، می‌توانند از تمرکززدایی در ارائه خدمات، پشتیبانی کنند.
- توصیه‌های دارویی باید به‌شکلی واقع‌گرایانه و مبتنی بر شواهد پژوهشی، بیان شوند. به جای اتکا بر داروهایی که در دسترس یا از نظر مالی مقرون‌به‌صرفه نیستند، دستورالعمل‌های تطبیق‌یافته باید بر داروهای قابل‌دسترسی مانند پاراستامول^۱، ایبوپروفن^۲، و داروهای مخدر مورد تأیید محلی (در صورتی که دلیلی برای تجویز آنها وجود داشته باشد) تمرکز داشته باشند^[۴،۱۰]. مقرون‌به‌صرفه بودن و پایداری زنجیره تأمین داروها برای اجرای بلندمدت دستورالعمل‌ها، حیاتی‌اند.
- در مواردی که استفاده از داروهای مخدر کاربرد دارد، کشورها باید قوانین قدیمی مربوط به این داروها را بازنگری و اصلاح کنند و آن‌ها را با توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت و چارچوب‌های بین‌المللی حقوق بشر هماهنگ کنند. ایجاد تعادل میان نیاز مشروع به تسکین درد و نگرانی‌ها درباره سوءمصرف داروهای مخدر، نیازمند اتخاذ سیاست‌های شفاف، ارتقاء ظرفیت‌ها و پاسخ‌گویی است، نه ایجاد ممنوعیت برای تولید و مصرف آنها.

نمونه‌هایی از انطباق موفق

- ۱- در پاکستان، دانشگاه آقاخان راهنمای کنترل درد حاد را با توجه به زیرساخت‌های محلی و فرآیندهای کار بالینی تدوین کرده است^[۱]. این ابتکار نشان داد که چگونه مؤسسات دانشگاهی می‌توانند در پرکردن شکاف بین شواهد جهانی و واقعیت‌های نظام سلامت ملی، نقشی کلیدی ایفا کنند.
- ۲- در اوگاندا^۳، خدمات مراقبت‌های تسکینی که با هدایت پرستارها عرضه می‌شود توانسته است دسترسی به مورفین خوراکی را به‌خصوص در مناطق روستایی بهبود بخشد. در این کشور، پرستارها، پس از طی دوره‌های آموزش تخصصی فشرده و موضوع - محور و دریافت حمایت‌های قانونی، به ارائه‌دهندگان اصلی خدمات تسکین درد تبدیل شده‌اند. این موفقیت به نوبه خود، نشان‌دهنده توانمندی اتخاذ راهبردهای انتقال وظایف است^[۶].
- ۳- شبکه ملی سرطان هند^۴، بر اساس منابع و امکانات موجود، دستورالعمل‌هایی را برای مراقبت‌های تسکینی تهیه کرده است که به مؤسسات در سطوح مختلف مراقبت اجازه می‌دهد تا بهترین شیوه‌ها را در چارچوب امکانات خود اجرا کنند^[۸]. این نمونه‌ها نشان می‌دهند که انطباق‌پذیری امری ممکن و تحول‌آفرین است.

^۱. paracetamol

^۲. ibuprofen

^۳. Uganda

^۴. India's National Cancer Grid

نقش دینفعان در انطباق دستورالعمل‌ها

فرآیند تطبیق دستورالعمل‌ها ذاتاً فرآیندی مشارکتی است. ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و مدیران بیمارستان‌ها باید رهبری اجرای بالینی دستورالعمل‌ها را بر عهده گیرند. سیاست‌گذاران و نهادهای نظارتی در تضمین حمایت قوانین ملی و سامانه‌های مالی از مراقبت عادلانه از درد بدون وجود هرگونه مانعی در مقابل آن، نقشی اساسی دارند. پژوهشگران مسئولیت دارند تا اثربخشی این تطبیق‌ها را ارزیابی کنند و شواهد پژوهشی متناسب را در این باره فراهم آورند. نهادها و سازمان‌های جامعه مدنی، از جمله گروه‌های حمایت از بیماران و سازمان‌های غیرانتفاعی، می‌توانند تقاضا برای دریافت خدمات بهتر در زمینه درد را تقویت کنند، نابرابری‌ها را برجسته کنند و تصمیم‌گیرندگان را پاسخگو کنند. در نهایت، آژانس‌های سلامت جهانی و حامیان مالی باید بدون آنکه تلاش کنند تا مدل‌های سخت‌گیرانه و یکسانی را بر همه تحمیل کنند، فرایندهای انطباق دستورالعمل‌ها را مورد حمایت فنی و مالی قرار دهند^[۳،۴].

فراخوانی برای اقدام اخلاقی

فقدان رسیدگی به دردهای درمان‌نشده صرفاً نقضی در عرضه خدمات نیست بلکه یک بی‌عدالتی اخلاقی است. هیچ نظام سلامتی نمی‌تواند ادعای عادلانه بودن یا شفقت‌ورزی با بیماران داشته باشد در حالی که اجازه می‌دهد به‌رغم وجود درمان‌های ایمن و مؤثر، درد و رنج بیماران ادامه یابد^[۷]. انطباق، در واقع یک مصالحه^۱ نیست بلکه راهی است به سوی اجرای عدالت. کشورهای با درآمد کم و متوسط باید در آموزش نیروی انسانی سرمایه‌گذاری کنند، موانع قانونی را مورد بازنگری قرار دهند، دسترسی به داروهای ضروری را تسهیل کنند و الگوهای مراقبت از درد را با شرایط و امکانات محلی خود هماهنگ کنند. با اجرای این اقدامات، این کشورها، ضمن پاس‌داشت علم پزشکی مبتنی بر شواهد، اخلاق مبتنی بر کرامت انسان را نیز ارج خواهند نهاد.

منابع

۱. Aga Khan University. Acute Pain Management Guideline. https://guidelines.aku.edu/guideline_view.php?pdf=uploads/Acute%20Pain%20.pdf&id=174
۲. 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>.
۳. 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>.
۴. 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 Rocio 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)

¹. compromise

- ⦿. 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>
- ⦿. 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>
- ⦿. 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>
- ⦿. 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>.
- ⦿. 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)
- ⦿. 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>
- ⦿. 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>
- ⦿. 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>

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