

درد در جوامع بومی ساکن کشورهای استعمارزده

نویسندگان:

بروک کانلی^۱، ایوان لین^۲، جین لنتون^۳، شریل دیویس^۴، ایوا مورنگا^۵، دبی بین^۶، انجلا اپدیل^۷، لیویا گاسپار فرناندز^۸، هماکومار دیون^۹، الی وایت^{۱۰}، بلاین ارنولد^{۱۱}، جنی سچل^{۱۲}، بن دارلو^{۱۳}، آلیسون جونز^{۱۴}، کاترینا پوتیکی برایانت^{۱۵}.

متن حاضر حاصل تلاش جمعی درمانگران و پژوهشگران بومی و غیربومی استرالیایی، آنتاروا نیوزیلندی^{۱۶} و کانادایی است؛ همچنین، نویسندگان مجموعه "حرکت رو به جلو با هم"^{۱۷}، که نخستین مجموعه سرمقاله‌های آنها درباره دردهای اسکلتی - عضلانی مردمان بومی است و قرار است سال ۲۰۲۵ در مجله "ورزش و فیزیوتراپی"، منتشر شود، در نوشتن متن حاضر مشارکت داشته‌اند.

زمینه:

سال ۲۰۲۵ از سوی انجمن بین‌المللی مطالعه درد^{۱۸} به‌عنوان سال جهانی کنترل درد، پژوهش و آموزش در محیط‌هایی با درآمد پایین و متوسط و نیز در جمعیت‌هایی که در کشورهای با درآمد بالا زندگی می‌کنند، اما به‌طور نامتناسبی تحت تأثیر درد قرار گرفته‌اند، نامیده شده است. نوشته حاضر، مراقبت‌های مرتبط با درد را در مردم بومی کشورهای استعمارزده و پردرآمدی چون استرالیا، کانادا و آنتاروا نیوزیلند، مورد بررسی قرار خواهد داد. این کشورها دارای پیشینه‌های مشترکی از استعمار بریتانیا هستند؛ هرچند این مردم از مزایای اجتماعی و بهداشتی کشورهای پردرآمد از جمله نظام سلامت همگانی برخوردارند، اما

1. Brooke Conley: The University of Melbourne, Physiotherapy Department, Melbourne, Vic, Australia
2. Ivan Lin: Western Australian Centre for Rural Health, University of Western Australia, Geraldton, WA, Australia and Geraldton Regional Aboriginal Medical Service, Geraldton, WA, Australia
3. Jane Linton: University Centre for Rural Health, School of Health Sciences, The University of Sydney, Sydney, NSW, Australia.
4. Cheryl Davies: Tū Kotahi Māori Asthma and Research Trust, Wellington, New Zealand
5. Eva Morunga: Te Toka Tumai, Te Whatu Ora, Auckland and Department of Psychological Medicine, University of Auckland, Auckland, New Zealand.
6. Debbie Bean: Centre for Person Centred Research, Auckland University of Technology, Auckland, New Zealand.
7. Angela Upsdell: Department of Medicine, Ōtākou Whakaihū Waka ki Pōneke | University of Otago Wellington, New Zealand.
8. Livia Gaspar Fernandes: Rehabilitation Teaching and Research Unit (RTRU), Department of Medicine, Ōtākou Whakaihū Waka ki Pōneke | University of Otago Wellington, New Zealand.
9. Hemakumar Devan: Rehabilitation Teaching and Research Unit (RTRU), Department of Medicine, Ōtākou Whakaihū Waka ki Pōneke | University of Otago Wellington, New Zealand.
10. Ellie White: Department of Physiotherapy | The University of Melbourne, Victoria, Australia.
11. Blayne Arnold: School of Health Sciences and Social Work, Griffith University, Queensland, Australia.
12. Jenny Setchell: School of Health and Rehabilitation Sciences, The University of Queensland, Australia .
13. Ben Darlow: Department of Primary Health Care and General Practice, Ōtākou Whakaihū Waka ki Pōneke | University of Otago Wellington, New Zealand.
14. Allyson Jones: Department of Physical Therapy, University of Alberta, Edmonton, Canada.
15. Katrina Pōtiki Bryant: Ōtākou Whakaihū Waka/ University of Otago School of Physiotherapy, New Zealand.
16. Aotearoa New Zealand
17. Moving Forward Together
18. International Association for the Study of Pain (IASP)

همه مردم بومی در این کشورها از این مزایا بهره‌مند نیستند و نابرابری‌هایی در عرضه خدمات مراقبت از درد در بین آنها وجود دارد.

استعمار و آثار آن

مردم بومی و غیربومی از لحاظ شیوع و بار درد با یکدیگر متفاوتند^[۹]؛ این تفاوت‌ها که ریشه در استعمار دارد، همچنان ادامه دارد. استعمار یعنی نسل‌کشی، برده‌داری، غصب زمین‌ها، گسترش بیماری‌ها، آوارگی، سرکوب، همسان‌سازی، جداسازی کودکان و تلاش‌های عمدی برای نابودی زبان، آداب اجتماعی، فرهنگی و معنوی بومیان کشورهای استعمار شده؛ این پدیده هنوز هم ادامه دارد؛ در کنار همه اینها، آسیب به نظام‌های زیست‌محیطی و سرزمینی نیز در زمره آثار استعمار به‌شمار می‌آیند^[۱۲]. پیامدهای استعمار شامل آسیب‌های تاریخی، جمعی و بین‌نسلی، تبعیض نژادی و به حاشیه راندن جوامع بومی است^[۱۳]. این عوامل می‌توانند بر تجربه درد، تأثیر عمیقی داشته باشند؛ به‌گونه‌ای که درد هم به‌صورت فردی و هم در بستر روابط گسترده‌تری با خانواده، سرزمین، معنویت و جامعه نیز تجربه شود^[۶].

بهرغم استعمار، بسیاری از مردم بومی، تاب آورده و همچنان در حال شکوفایی‌اند. هزاران سال است که جوامع بومی با بهره‌گیری از روش‌هایی همچون داروهای سنتی، تمرین‌های حرکتی، مناسک، آیین‌ها و شیوه‌های زندگی، به مراقبت و درمان درد و پیامدهای آن، می‌پردازند. درک جامع و کل‌نگر بومیان از تندرستی و درد، پیش از شکل‌گیری مدل زیستی-روانی اجتماعی درد، وجود داشته است. برخی از ارزش‌های راهبردی در رویکردهای بومی به درد و درمان آن در این متن شرح داده خواهند شد؛ این نمونه‌ها از کشور آنتاروا نیوزیلند گرفته شده و در فهرست واژگان^۱ انتهای این نوشته، ذکر شده‌اند.

- تبارشناسی و پیوندهای خویشاوندی^۲: درد و درمان آن در چارچوب پیوستگی میان خانواده^۳، نیاکان و نسل‌های آینده مفهوم‌سازی شده است. در بسیاری از سنت‌های مردم بومی، خویشاوندی از دنیای انسان‌ها فراتر رفته و گیاهان، حیوان‌ها، نیاکان و ارواح را نیز شامل می‌شود.
- الگوهای جامع سلامت شامل معنویت^۴ هم می‌شود. این امر غالباً در الگوهای غربی نادیده گرفته می‌شود. به‌زیستی معنوی^۵ بخش مرکزی سلامت است. روش‌هایی مانند دعا^۶، یادگیری جمعی^۷، مناسک، آواز^۸ و ارتباط با ارواح^۹ از جمله عناصر کلیدی برای حمایت از فرآیند درمان به‌شمار می‌آیند.

1. glossary

2. Whakapapa (genealogy/kinship and connection)

3. whānau (family)

4. Wairuatanga (spirituality)

5. spiritual wellbeing

6. Karakia (prayer)

7. Wānanga (collective learning)

8. Waiata (song)

9. Wairua (spirit)

- پرورش روابط متقابل به شیوهٔ محترمانه^۱: ایجاد و حفظ روابط عمیق و محترمانه برای حمایت از روند درمان و تصمیم‌گیری مشترک بسیار حیاتی است. گوش‌سپاری عمیق، اعتماد، درک مشترک و تعامل دوجانبه از عناصر اساسی در زمینه‌های بالینی و اجتماعی به‌شمار می‌آیند.
- خودمختاری و حاکمیت^۲: افراد بومی باید رهبری مسیر درمانی خود را بر عهده داشته و از استقلال کامل در طراحی و عرضهٔ خدمات مراقبتی برخوردار باشند. مدیریت و رهبری نظام سلامت باید تضمین کند که خدمات سلامت به‌گونه‌ای طراحی و عرضه شوند که اولویت‌ها، ارزش‌ها و دانش بومی را بازتاب دهند.
- حاکمیت دانش بومی^۳: در کنار دانش بالینی، ارزش‌گذاری و احترام به نظام‌های دانش بومی حائز اهمیت است؛ شیوه‌های درمانی ممکن است شامل استفاده از داروهای سنتی، درمان‌های فیزیکی^۴، رویکرد غیررسمی در گفتگو و روایت‌گری^۵ و سایر سنت‌های شفاهی باشند.

طی یکی دو قرن گذشته، خدماتی که به‌منظور کنترل و مراقبت از درد و ارتقاء سلامت افراد معرفی شده‌اند، عمدتاً برای پاسخ‌گویی به نیازهای افراد غیربومی طراحی شده‌اند؛ متأسفانه در فرایند طراحی این خدمات، به فلسفه‌ها و رویکردهای دیرینه بومی در زمینهٔ مراقبت از درد و ارتقاء سلامت، توجه نشده است. این خدمات اغلب از سوی جوامع بومی غیرقابل دسترس و از نظر فرهنگی نالایم ارزیابی می‌شوند؛ امری که به نوبهٔ خود موجب تشدید نابرابری‌ها در نظام سلامت می‌شود.

با بهره‌گیری از ارزش‌های جمعی و ظرفیت تاب‌آوری جوامع بومی، و نیز با اتخاذ رویکردهایی که بر شناسایی توانمندی‌ها، تقویت و بهره‌برداری از منابع درونی، دانش بومی، ظرفیت‌های فرهنگی و تاب‌آوری ذاتی جوامع بومی استوارند، فرصت‌های متعددی برای کنشگران حوزهٔ درد، پژوهشگران، مربیان و متخصصان بالینی فراهم است؛ این افراد می‌توانند با استفاده از این فرصت‌ها، در جهت ارتقاء رفاه و سلامت جوامع بومی اقدام کنند. هدف نهایی این تلاش‌ها، دستیابی به نتایجی منصفانه و عادلانه در زمینهٔ کنترل درد و بهبود سلامت است.

سطح اجتماعی

متخصصان درد و سیاست‌گذاران حوزهٔ سلامت باید در مورد عوامل ریشه‌ای مؤثر بر سلامت جوامع بومی که به‌شکلی جدی بر تجربه درد اثر می‌گذارند، آگاه باشند. یکی از عوامل تعیین‌کننده در این میان، نوع رابطهٔ میان مردمان جوامع بومی و غیربومی است. در این رابطه، باید ملاحظات زیر را مورد توجه قرار داد:

- آیا توافق‌نامه‌های رسمی میان جوامع بومی و غیربومی وجود دارد؟ یکی از نمونه‌های قابل ذکر در این مورد، معاهدهٔ وایتنگی^۶ در کشور آئوتاروا نیوزیلند است^[۱۰].

^۱. Whanaungatanga (fostering mutually respectful relationships).

^۲. Rangatiratanga (self-determination and sovereignty)

^۳. Mātauranga (knowledge sovereignty)

^۴. Mirimiri (physical therapies)

^۵. Yarning (storytelling)

^۶. Treaty of Waitangi (Te Tiriti o Waitangi)

- در زمینه بیان صادقانه و رسمی حقایق تاریخی مربوط به ظلم‌ها و تبعیض‌های اعمال شده نسبت به بومیان^۱ و نیز در مورد به رسمیت شناختن، احترام گذاشتن و جبران آسیب‌های وارد شده به جوامع بومی^۲ چه اقداماتی انجام شده‌اند (برای نمونه،^[۱۶]) و آیا این اقدامات به‌طوری مؤثر و با موفقیت اجرا شده‌اند؟

- چه اشکال و ساختارهایی از خودمختاری و رهبری بومی در زمینه‌های اجتماعی، سیاسی و سلامت وجود دارد؟ (برای نمونه می‌توان به سازمان‌های مراقبت از سلامت که تحت کنترل جوامع بومی هستند یا سایر مواردی که در منبع^[۱۱] آمده‌اند، اشاره کرد).

- آیا برای انجام دادن پژوهش‌های درد که دست‌آوردشان نوآوری و بهبود خدمات سلامت است و رهبری و اجرای آنها بر عهده جوامع بومی است، بودجه کافی اختصاص یافته است؟

انجمن‌ها و سازمان‌های مرتبط با درد باید از تلاش‌هایی که با هدف ارتقاء خودمختاری جوامع بومی انجام می‌شوند، حمایت کنند. این حمایت شامل فراهم‌سازی منابع برای مراقبت و پژوهش در زمینه درد به رهبری جوامع بومی است. برای دستیابی به عدالت در عرضه و دریافت خدمات مرتبط با درد، تقویت روابط میان افراد، جوامع و سازمان‌های بومی و غیربومی که در مسیر همپیمانی^۳ گام برمی‌دارند، ضروری است.

نظام‌های سلامت و خدمت‌رسانی

نظام‌های سلامت و کنترل درد با انجام دادن اقدامات زیر می‌توانند از عرضه مراقبت‌های درد به جوامع بومی حمایت کنند:

- حمایت و یادگیری از الگوهای مراقبت از درد که بر پایه توانمندی‌های جوامع بومی و به رهبری بومیان طراحی شده و مفاهیم بومی تندرستی و فرهنگ را در شیوه ارائه روزمره خدمات ادغام کرده‌اند. این موارد می‌توانند شامل استفاده از داروهای سنتی، تمرین‌های حرکتی، آیین‌ها و مناسک، سبک‌های زندگی، تنفس، مراقبه، تمرین‌های معنوی و فلسفه‌های بومی برای کنترل درد باشند. نمونه‌هایی از این رویکرد عبارتند از: برنامه کنترل درد که توسط مردم مائوری^۴ هدایت می‌شود و در آن از یک درمان سنتی مائوری به نام رونگوا مائوری^۵ در کشور آنتاروا نیوزیلند^۶ استفاده می‌شود^[۴]؛ خدماتی برای درمان آرتريت (التهاب مفاصل)^۷ که توسط یک مرکز مراقبت‌های اولیه سلامت شهری ویژه بومیان در کلگری^۸ کانادا^۹ ارائه می‌شوند^[۱]؛ و منابع اطلاعاتی مناسب از نظر فرهنگی درباره آرتريت که با مشارکت جوامع بومی توسعه یافته‌اند و

¹. truth-telling

². reconciliation

³. allyship

⁴. Māori

⁵. Rongoā Māori

⁶. Aotearoa New Zealand

⁷. arthritis

⁸. Calgary

⁹. Canada

توصیه‌ها و دستورالعمل‌های بالینی را با نیازها و خواسته‌های افراد بومی مبتلا به آرتریت تلفیق کرده‌اند.^[۳]

- توسعه خدمات مدیریت درد در چارچوب سازمان‌های مراقبت سلامت که تحت کنترل جوامع بومی فعالیت می‌کنند. در محیط‌هایی که مراقبت‌های سلامت تحت کنترل غیر بومیان است (مانند بسیاری از مراکزی که خدمات رایج و عمومی را عرضه می‌کنند)، لازم است ذی‌نفعان بومی در فرآیند طراحی و نظارت بر خدمات کنترل درد مشارکت داده شوند.
- به‌کارگیری کارکنان بومی در سطوح مختلف مدیریتی، بالینی، پشتیبانی و اداری. اغلب تخصص‌های مرتبط با کنترل درد از نظر قومی و فرهنگی نماینده جمعیت‌هایی که به آن‌ها خدمت عرضه می‌کنند، نیستند و تعداد متخصصان بومی در این حوزه کافی نیست. مؤسسه‌های آموزشی، نیازمند تدوین سیاست‌ها و برنامه‌هایی برای جذب و حمایت از افراد بومی در رشته‌های مرتبط با سلامت و کنترل درد هستند تا بتوانند در سایه این‌گونه اقدامات نیروی کار بومی در این حوزه را با ترکیب جمعیتی و نیازهای سلامت جامعه‌ای که به آن خدمت عرضه می‌کنند، متناسب کنند. برای نمونه، مراجعه شود به Te Kauae Parāoa: سیاست پذیرش دانشکده علوم سلامت در دانشگاه اوتاگو^[۴].
- رسیدگی (یا مقابله) با موانع موجود در نظام سلامت و خدمت‌رسانی به مردم بومی از طریق اتخاذ رویکردهایی در عرضه خدمات مراقبت از درد که از نظر فرهنگی ایمن، مبتنی بر روابط انسانی و ضدنژادپرستی باشند. نکات کلیدی شامل موارد زیر هستند: تضمین وجود نیروی کار بومی در حوزه سلامت و حمایت کافی از آنها (همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد)، بهبود ارتباطات، تقویت روابط میان عرضه‌کنندگان خدمات سلامت و جوامع بومی، ایجاد نظام‌های سلامت که ضمن ارج نهادن به فرهنگ، باورها و ارزش‌های مردم بومی، توان پاسخ‌گویی به آن‌ها را داشته باشند، شناسایی نژادپرستی به مثابه یکی از عوامل تعیین‌کننده سلامت و آموزش‌های مبتنی بر مهارت در زمینه تعامل بین‌فرهنگی و مقابله با نژادپرستی^[۵].
- شناسایی محدودیت‌های ابزارهای رایج سنجش درد مردمان بومی^[۶].

متخصصان بالینی

متخصصان بومی و غیربومی می‌توانند با توسعه دانش، مهارت‌ها و شیوه‌های کاری خود، نتایج درمانی بهتری را برای افراد بومی مبتلا به درد فراهم کنند. ملاحظات مهم در این مورد عبارت‌اند از:

- توسعه مهارت‌هایی با محوریت فرد، خانواده و جامعه در مراقبت از درد، از جمله مهارت‌های ارتباط بالینی مانند گوش‌سپاری عمیق، روایت‌گری و توضیح درد با بهره‌گیری از روش‌های متناسب با فرهنگ. نمونه‌هایی از این رویکردها شامل استفاده از روش قصه‌گویی و گفتگوی غیررسمی^۲ از استرالیا^[۸] و فرآیند "Hui" از کشور آنتاروا نیوزیلند^[۹] هستند.

¹. Otago

². Clinical Yarning

- برای درمانگران غیربومی، گذراندن آموزش‌هایی در زمینه مسئولیت‌پذیری فرهنگی، ایمنی، امنیت یا مفاهیم مرتبط، توصیه می‌شود. این آموزش‌ها باید با تأمل انتقادی در خود و شناخت دیدگاه فرهنگی و سوگیری‌های درونی فرد آغاز شوند و با درک شیوه‌های بومی محلی در دانستن، بودن و عمل کردن، ادامه یابند. دانش فرهنگی بومی باید در عمل بالینی گنجانده شود؛ برای مثال، تصمیم‌گیری مناسب که ممکن است شامل اعضای خانواده باشد، یا استفاده از واژه‌ها و اصطلاحات محلی در صورت تناسب.
- ارزش قائل شدن برای ایجاد و حفظ روابط مستحکم و مبتنی بر اعتماد با مردم و جوامع بومی.
- ایجاد روابط مبتنی بر اعتماد میان بیماران و درمانگران باید یکی از اهداف اصلی در عمل بالینی باشد.
- درمانگران درد غیربومی باید در جهت همپیمانی و حمایت‌گری تلاش کنند، این درمانگران باید بدانند که همپیمان بودن فرآیند و تمرینی مادام‌العمر است، نه صرفاً یک برآیند یا نتیجه. این رویکرد مستلزم همکاری مشترک میان افراد بومی و غیربومی برای بهبود پیامدهای مرتبط با درد است. بخشی از این تلاش شامل شناسایی و مقابله با نژادپرستی در محیط کار و فراتر از آن است.
- ایجاد روابط مبتنی بر حمایت متقابل میان همکاران بومی و غیربومی که در آنها احتمال بار مضاعف فرهنگی و استعماری بر کارکنان بومی به رسمیت شناخته شده است، بسیار حیاتی است.

نتیجه‌گیری

راهم‌هایی که با هدایت جوامع بومی در سطح جامعه، نظام سلامت و عرضه خدمات طراحی می‌شوند، می‌توانند زمینه‌ساز به‌دست آمدن نتایج منصفانه و عادلانه برای افراد بومی مبتلا به درد باشند و کیفیت مراقبت از درد را برای همه این افراد بهبود بخشند.

منابع

۱. Barnabe C, Lockerbie S, Erasmus E, Crowshoe L. Facilitated access to an integrated model of care for arthritis in an urban Aboriginal population. *Can Fam Physician* 2017;63(9):699. <https://www.cfp.ca/content/63/9/699.long>
۲. Chakanyuka C, Bacsu J-DR, DesRoches A, Dame J, Carrier L, Symenuk P, O'Connell ME, Crowshoe L, Walker J, Bourque Bearskin L. Indigenous-specific cultural safety within health and dementia care: A scoping review of reviews. *Soc Sci Med* 2022;293:114658. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114658>
۳. Conley B, Linton J, Bullen J, Lin I, Toovey R, Persaud J, O'Brien P, Prehn R, Bromley J, Gregory N, Pickett T, Papertalk L, Green C, Flanagan W, Bunzli S. Integrating evidence from lived experience of Aboriginal people and clinical practice guidelines to develop arthritis educational resources: a mixed-methods study. *Lancet Rheumatol* 2025;7(2):e94- e107. [https://doi.org/10.1016/s2665-9913\(24\)00233-9](https://doi.org/10.1016/s2665-9913(24)00233-9)
۴. Davies C, Devan H, Reid S, Haribhai-Thompson J, Hempel D, Te Aho-White IJ, Te Morenga L. "When you're in pain you do go into your shell" A community-based pain management programme co-

- designed with Māori whānau to address inequities to pain management—A qualitative case study. *J Pain* 2024;104760. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2024.104760>
۵. De Zilva S, Walker T, Palermo C, Brimblecombe J. Culturally safe health care practice for Indigenous Peoples in Australia: A systematic meta-ethnographic review. *J Health Serv Res Policy* 2022;27(1):74-84. <https://doi.org/10.1177/13558196211041835>
 ۶. Fernandes LG, Davies C, Jaye C, Hay-Smith J, Devan H. “We do not stop being Indigenous when we are in pain”: An integrative review of the lived experiences of chronic pain among Indigenous peoples. *Soc Sci Med* 2025;117991. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.117991>
 ۷. Hoeta TJ, Baxter GD, Bryant KAP, Mani R. Māori pain experiences and culturally valid pain assessment tools for Māori: a systematic narrative review. *NZ J Phys* 2020;48(1):37-50. <https://doi.org/10.15619/NZJP/48.1.05>
 ۸. Lin I, Green C, Bessarab D. ‘Yarn with me’: applying clinical yarning to improve clinician–patient communication in Aboriginal health care. *Aust J Prim Health* 2016;22(5):377-382. <https://doi.org/10.1071/py16051>
 ۹. Lin IB, Bunzli S, Mak DB, Green C, Goucke R, Coffin J, O’Sullivan PB. Unmet Needs of Aboriginal Australians With Musculoskeletal Pain: A Mixed-Method Systematic Review. *Arthritis Care Res* 2018;70(9):1335-1347. <https://doi.org/10.1002/acr.23493>
 ۱۰. Manatu Hauora – Ministry of Health. Te Tiriti o Waitangi framework. In: TKoA-NZ Government editor. Wellington, Aotearoa New Zealand, 2024.
 ۱۱. NACCHO. National Aboriginal Community Controlled Health Organisation, Vol. 2009. Canberra: National Aboriginal Community Controlled Health Organisation, 2008.
 ۱۲. National centre for truth and reconciliation. Truth and reconciliation commission, Vol. 2019. Winnipeg: University of Manitoba, 2019.
 ۱۳. Paradies Y. Colonisation, racism and indigenous health. *J. Popul. Res.* 2016;33(1):83-96. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12546-016-9159-y>
 ۱۴. University of Otago: Otakou Whakaihu Waka. Te Kauae Parāoa: Division of Health Sciences Policy on Admissions. Available at: <https://www.otago.ac.nz/oms/education/te-kauae-paraoa>. Accessed 8 August 2025.
 ۱۵. Lacey C, Huria T, Beckert L, Gilles M, Pitama S. The Hui Process: a framework to enhance the doctor-patient relationship with Maori. *NZ Med J* 2011;124:1347.

فهرست واژگان

اگرچه ترجمه واژگان مورد استفاده در زبان‌ها و گویش‌های بومی به زبان انگلیسی، فهم مفاهیم و ارزش‌های خاص جوامع بومی را تسهیل می‌کند، باید اذعان داشت که فرآیند معناسازی، از جهان‌بینی‌ها متأثر است؛ جهان‌بینی‌ها، هم مفاهیم نظری و هم شیوه‌های عملی را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

اصطلاحات و مفاهیم مانوری:

Karakia: دعا

Mātauranga: نظام‌های دانشی

Mirimiri: روشی سنتی در درمان مائوری که اغلب به صورت ماساژ یا کار بر روی بدن توصیف می شود

Rangatiratanga: خودمختاری و تعیین سرنوشت

Waiata: آوازه ها و اجراهای هنری

Wairua: روح

Wairuatanga: معنویت

Wairuata: فضای یادگیری، یادگیری جمعی

Whakapapa: تبارشناسی و پیوندهای خویشاوندی

Whānau: خانواده گسترده و شبکه خانوادگی

Whanaungatanga: ارتباطها و روابط انسانی

اصطلاحات و مفاهیم بومیان استرالیا و جزایر توریس استریت¹:

Yarning: رویکرد غیررسمی در گفتگو و روایتگری

Country: سرزمین نیاکانی؛ جایی که فرد به آن تعلق دارد و هویت، فرهنگ و معنویت او با آن در هم تنیده است

Community: اشاره به پیوندهای خانوادگی، احساس تعلق، تجربه های مشترک به عنوان افراد بومی استرالیا و جزایر توریس استریت، و همچنین روابط با سرزمین و خویشاوندان. افراد می توانند به بیش از یک جامعه تعلق داشته باشند؛ برای نمونه، جامعه ای که از آن آمده اند، جامعه ای در یک مکان خاص، یا جامعه محل کارشان.

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

:

¹. Aboriginal and Torres Strait Islander terms/concepts