

درد و فرهنگ^۱

یکی از شماره‌های اخیر مجله^۲ درد: تازه‌های بالینی به بررسی سؤالاتی در مورد ارتباط درد و فرهنگ پرداخته است. در این شماره اهمیت و تفاوت‌های بین نژاد درد و فرهنگ^۳، فرهنگ و نسل^۴ را بررسی و مطالعه نموده و به بازنگری تحقیقاتی پرداخته است که به بررسی تأثیرات این فاکتورها روی ماهیت تجربه و یا درمان و کنترل درد پرداخته است. اهمیت آنالیزهای نقل قولی^۵ و نیز تحقیقات کیفیتی بطور عام مورد تأکید قرار گرفته است.

درد به عنوان یک پدیده بیولوژیکی - روانشناختی - اجتماعی^۶

درد و تجربه آن به اندازه تاریخ مدون قدمت دارند. با این وجود، روش‌های مختلفی که انسانها درد را به تصویر درآورده‌اند با توجه به زمان و مکان متفاوت بوده است. Roselyn Ray که یک تاریخ‌شناس است عقیده دارد که درک درد در واقع منعکس‌کننده آناتومی و فیزیولوژی است در حالیکه مسایل و فاکتورهای فرهنگی و اجتماعی پایه‌های روش‌های ابزار و یا حتی درمان درد می‌باشند. تصور گسترده اجتماعی - سیاسی‌های که از درد وجود دارد در طی دهه گذشته دچار تفسیر شده است. وزارت خانه‌های کشورهای متعدد، سازمان

۱- Culture and pain

Pain Clinical Updates Volume X, No.۵, December ۲۰۰۲

۲- Ethnicity

۳- Race

۴- Narrative analysis

بهداشت جهانی، انجمن بین‌المللی مطالعه درد، و اخیراً مؤسسات، گروه‌های حمایتی، و دفتر بازرسی مراکز خدمات بهداشتی ایالات متحده نیز همگی از یک رویکرد مبتکرانه و مؤثر در رابطه با مسأله درد حمایت و پشتیبانی کرده‌اند. آنها همگی معتقدند که درد یک پدیده بیولوژیکی - روانشناختی - اجتماعی است که اکثراً احتیاج به بررسی‌ها و حمایت‌های چند ریشه‌ای دارد. تحقیقات در زمینه‌های بیولوژی و نوروبیولوژی درد راه‌های جدیدی را در مورد مسأله درد و کنترل و درمان آن پیش‌روی ما گذاشته است که به موازات پژوهش‌های مختلف در زمینه‌های فرهنگی، روان‌شناختی و اجتماعی مربوط به درد، ابراز آن، پاسخ‌های رفتاری، رفتارهای درمان‌طلب، و نیز پذیرا بودن آن دخالت‌ها و تداوم روش‌های درمانی انجام می‌شوند.

یک دورنمای شخصی

در سالهای ۱۹۹۲ تا ۱۹۹۵ انجمن ملی سرطان ایالت متحده برنامه‌ای به نام برنامه آموزش‌های درد سرطانی بوستون اجرا می‌کرد. این برنامه که توسط گروه‌های از پرستاران متخصص انکولوژی، یک انکولوژیست، مترجم، دستیاران تحقیق و یک جامعه‌شناس تشکیل می‌شد با مشخص کردن عدم درمانی کافی بیماران سرطانی متعلق به فرهنگ‌های مختلف در منطقه بوستون به نقش حمایتی بیمارستانها، مؤسسات خدمات بهداشتی و آسایشگاهها در این رابطه

می پرداخت. این برنامه در طی اجرا ۵۰۰ نفر پرستار خانگی، بیمارستانی و یا مشغول به کار در آزمایشگاه تربیت نمود. همچنین با همکاری نماینده‌هایی از عامه مردم بروشورهای اطلاعاتی مفیدی جهت تعالیم مربوط به دوره‌های سرطانی برای ۱۱ گروه با زمینه‌های فرهنگی قضاوت به ۱۱ زبان مختلف تهیه شده است.

شاخهٔ ماساچوست انجمن سرطان آمریکا و BCPEP^۱ تعداد بی‌شماری از این دفترچه‌های راهنما را که در سواد چهارم ابتدایی نوشته شده در بین مردم توزیع کردند. این بروشورها همچنین حاوی یک درجه‌بندی برای درد، قسمت ثبت روزانهٔ درد، و نیز توصیه‌هایی جهت استفاده از درمان‌های دارویی و یا غیر دارویی درد نیز بوده‌اند. استقبال زیاد از این بروشورها باعث شد که انجمن سرطان آمریکا در سال ۲۰۰۲ اطلاعات این بروشورها را به روز نماید. همچنین اطلاعات مربوطه روی اینترنت در دسترس پرسنل خدمات بهداشتی برای افراد مبتلا به سرطان با سطح سواد پائین از گروه‌های قوی ملیتی زیر قرار دارد: آفریقایی آمریکایی، لاتین، هائیتی، چین، پرتقال، ایتالیا، روس، ویتنام، لائوس، کامبوج. نسخه‌های مشابه این چینی به زبان‌های چینی، ژاپنی و ایتالیایی نیز در دسترس می‌باشند.

^۱- Boston Cancer Pain Education Program

انستیتوی ملی سرطان آمریکا در طی سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۱ با تأمین بودجه یک برنامه آموزشی برای کنترل درد سرطان حمایت‌های خود ادامه داد. گروه تشکیلی مختصراً گسترش یافت و شامل یک متخصص درد، یک متخصص یادگیری و آموزش وابسته به مشکل^۷، و نیز افراد و رؤسای به خاطر تقویم برنامه فوق که به بررسی تنوع فرهنگی و تأثیر آن در کنترل درد پرداخته است. نگارنده در رابطه با مسایل مربوط به سرطان و درد در بیماران و غیره کسب کرد.

در سال ۲۰۰۱، یک گروه مطالعه آمریکایی - ژاپنی تشکیل داده و دفترچه راهنمایی جهت اطلاع‌رسانی به بیماران آمریکایی - ژاپنی و خانواده‌های آنها چاپ و در اختیار آنها قرار دادیم. بخاطر تجربه کاری من با ۱۴ گروه مختلف قوی فرهنگی، بطور معمول هفته‌ای یکبار جهت ارائه سخنرانی در زمینه فاکتورهای فرهنگی مربوط به درد و درمان‌های تسکینی برای متخصصین خدمات بهداشتی از من دعوت می‌شود. این در واقع منعکس کننده نیاز واقعی به افزایش خدمات‌رسانی به مهاجرینی است که اکثراً زبان انگلیسی را به خوبی صحبت نمی‌نمایند و بیشتر با فرهنگ و تمدن کشور مبدأ خود آشنایی و هم‌خوانی دارند.

چالش‌های بالینی

مقوله کنترل درد در تداخلات تک بعدی^۸ بین پزشکان و بیماران می‌تواند به خاطر تفاوت موجود بین دیدگاه طب مدرن غربی و باورهای عامه مردم بسیار مشکل و سخت باشد. طراحی و اجرای روش‌های مؤثر ارائه خدمات بهداشتی به جمعیتی متشکل از افرادی و با فرهنگ‌های مختلف، چه ساکنین قدیمی باشند چه مهاجرین جدید، بسیار مشکل‌تر و پیچیده‌تر می‌باشد. بطور افزاینده‌ای مهاجرین بیشتری از مناطقی مثل آسیای جنوب شرقی و آمریکای لاتین به ایالات متحده وارد می‌شود که حتی از اقوام و پیشینیان اروپایی خود هتروژنیسیته بیشتری دارند. حتی در درون یک گروه فرهنگی خاصی نیز مردم از سطوح مختلفی برخوردارند و تفاوت‌های زیادی در مسایلی مثل تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، وابستگی و ارتباط با کشور مبدأ و زمینه‌های جغرافیایی دارند. تمام این فاکتورها روی هویت فرهنگی و پاسخ‌ها و واکنش‌های آنان به سلامتی و بیماری تأثیر می‌گذارند. درک بهتر بیماران و کنترل درد آنها در یک سیستم خدمات بهداشتی که در عین حال کارآمد و باصرفه نیز باشد، خصوصاً درد وضعیتی که جمعیتی دائم در حال تغییر هستند، کار دشواری است.

مراجعه پزشکان به مطالعات و پژوهش‌های منتشر شده در زمینه راه‌های تأثیر فرهنگ و یا اصابت در نحوه تجربه درد، نحوه ابزار آن، رفتارهای مربوط به

^۸- Monocultural interactions

تجربه درد، و یا رفتارهای سازگارانه نیز اکثراً نشان دهنده وجود بسیاری متغیرهای رضونی، رویکردهای فرضی متنوعی که اکثراً روشن نشده اند، یافته‌های متناقض و ضعف‌های روش تحقیق می‌باشد. با این حال با بررسی و مطالعه دقیق تر مشاهده می‌شود که رشته‌ها و روش‌های مختلف در حال نزدیک تر شدن به یکدیگر بوده و دست یابی به مدلی بیولوژیک و اجتماعی برای درد قابل دسترسی می‌نماید.

افتراق نژاد، اصالت و فرهنگ

کلمات نژاد، اصالت و فرهنگ معمولاً به جای یکدیگر و با یک کاربرد استفاده می‌شوند در حالی که معنای آنها کاملاً با همدیگر متفاوت است. تا قبل از اوایل دهه ۸۰ میلادی اکثر تعاریف موجود از نژاد که در علوم اجتماعی استفاده می‌شد در واقع بر پایه‌ای بیولوژیک استوار بوده و ارتباط به صحت معنای اصلی آن نداشته اند. از اواسط دهه ۸۰ میلادی «نژاد» بطور فزاینده‌ای کلمه و واژه‌ای غیر علمی شناخته شد چون محققان هیچ‌گونه چهارچوب بیولوژیکی جهان شمولی که بر اساس آن بتوان افراد را به گروه‌های نژاد خاصی تقسیم‌بندی کرد نیافتند. با وجودی که جامعه علمی بطور پیش رونده‌ای قبول دارد که «نژاد» یک واژه اجتماعی است، تعاریف نژاد در منابع علمی و خدمات

بهداشتی همچنان آنرا با هم‌خوانی ژنتیکی^۹ یکی می‌دانند، هستند افرادی که از چنین کاربردی برای «نژاد» انتقاد می‌کنند.

بعضی دیگر همچنان بر استفاده از طبقه بندی‌های «نژادی» برای بررسی و مطالعه انسیدانس و شیوع و میزان مرگ و میر و شرایط مختلف و بیماری‌ها و نیز میزان مصرف و استفاده از خدمات بهداشتی پافشاری و اصرار می‌نمایند. چنین کاربردهایی نشان دهندهٔ عدم تناسب بین وضعیت بهداشت و سلامتی در میان گروه‌های مختلف اجتماع، تبعیض نژادی، اختلاف طبقاتی جامعه و آرایه خدمات بهداشتی است.

اصالت، که از ریشه‌ای یونانی به معنای قبیله آمده است حکایت از گروهی از مردم دارد که در درون یک جامعه بزرگتر زندگی کرده، اصل و نسب و زمینهٔ اجتماعی واحد، فرهنگ و رسم و رسوم یکسانی داشته و آنها را حفظ کرده و به آنها هویت شخصیتی می‌دهد. بعلاوه، اعضاء یک گروه اصیل معمولاً زبان و اعتقادات دینی مذهبی واحدی نیز دارند. اصالت می‌تواند در طی زمان و یا بر اقتضای مکان تغییر نماید.

فرهنگ^{۱۰} معمولاً به نرمال‌های رفتاری و خصوصیتی و طرز فکر و تحلیل اطلاق می‌گردد. فرهنگ، باورها و رفتارهای مربوط به بیماری، فعالیت‌های خدمات

۹- Genetic homogeneity

۱۰- Culture

بهداشتی، رفتارهای کب کمک، و میزان انعطاف در مقابل تداخلات درمانی را شکل می‌دهد. پزشکان تربیت شده با طب مدرن غربی ممکن است سیستم خدمات بهداشتی را از نظر تکنولوژی بسیار پیچیده و پیشرفته و لزوماً کمک کننده در امر درمان ارزیابی کنند. در حالی که برای بیمارانی، بیمارستان ممکن است محلی برای مرگ باشد یا حتی به یک خونگیری ساده نیز اعتماد نکنند چون معتقدند که تمامی خون برای کفایت و تمامیت بدن لازم است. بیماران ممکن است آزمایشگاههای متعدد را جایگزینی برای توجه پزشک به خودشان تلقی کنند. یا اینکه اقدامات درمانی را بی‌فایده شمارند چون معتقدند که ریشه و علت اصلی درد مورد توجه قرار نگرفته است. فاکتورهای فرهنگی مربوط به پدیده تجربه درد عبارتند از: ابزار درد، زبان درد، درمان‌های عامیانه و متداول برای درد، نقش اجتماعی و انتظارات و توقعات و نیز درک و تصور از سیستم خدمات بهداشتی.

نژاد، اصالت و درمان درد

نژاد یکی از مسایل مهم در نحوه تجربه و نیز درمان درد در تاریخ ایالات متحده آمریکا بوده است. روایت‌های الغاگران^۱ در مورد درد و بی‌رحمی‌ای که به برده‌ها تحمیل شده نقش مهمی در گسترش درک عمومی از حقوق فردی‌ای داشته است که نهایتاً منجر به حق سلامتی و حق برخورداری از خدمات

بهداشتی و اخیراً حمایت از درد شده است. در قرن نوزدهم افکار عمومی بر این باورند که گروه‌های نژادی مختلف پاسخ‌های فیزیولوژیک متفاوتی به درد دارند. بر این اساس زن‌ها، سفیدپوستان و ثروتمندان نسبت به درد حساس‌تر هستند تا آمریکایی آفریقایی‌ها، مجرمین و بومی‌های آمریکا که به نظر می‌رسید بطور مجازی نسبت به آسیب فیزیکی مقاومند. در این مورد حتی واژه‌ای پزشکی نیز مصطلح شده بود، Dysasthesia یا درک و حس ابلهانه از بدن. هدف از این کلمه در واقع توصیف مقاومت ژنتیکی در مقابل دردی بوده که به افرادی با اصل و نسب آفریقایی نسبت داده می‌شد.

گزارشات متعددی نمایانگر این مسأله هستند که گروه‌های اقلیت در خطر کنترل ناکافی درد می‌باشند. بعنوان مثال بیماران آمریکایی آفریقایی با شکستگی اندام‌ها به نسبت کمتری در مقایسه با بیماران سفیدپوست داروهای ضد درد در اورژانس دریافت کردند. این مسأله حتی افراد به نسبت روز و سایر فاکتورهای کنترل درد مشابهی داشته اند. بیمارانی که در مراکز ویزیت شده بودند که مراجعین از گروه اقلیتی بیشتری داشتند. به نسبت بیشتری (۳ برابر) درمان‌های ناکافی دریافت کرده بودند. مشابهاً در تحقیقی دیگر بیماران آسیایی در ۲۴ درصد موارد مقدار کمتری داروی ضد درد دریافت کرده و میانگین مصرف پتدین پائین تری داشته‌اند تا بیماران اروپایی. با این وجود وقتی که

روش‌های کنترل درد شخصی^{۱۲} مقایسه شده است بیماران آسیایی و یا سفید هر دو مقدار یکسانی دارو جهت کنترل درد بعد از عمل به خودشان تزریق می‌کرده اند. یک مطالعه در کلمبیا نشان داده است که بومی‌های محلی نسبت به اثر سرکوب کننده تنفس مورفین حساس‌تر از سفید پوستان می‌باشند. تحقیقی روی ۲۵۰ بیمار کاندید جاندازی و ترمیم بازنشستگی‌های اندام نیز نمایانگر اختلافات فاحش در میزان تجویز داروهای ضد درد بوده است. در این تحقیق سفیدپوستان معادل ۲۲ میلی‌گرم مورفین در روز اسپانیایی تبار^{۱۳} ۱۳ میلی‌گرم در روز، و سیاه پوستان ۶ میلی‌گرم در روز دارو دریافت کرده اند. در حالی که چنین مسائلی بسیار جالب توجه و مستحق تحقیق بیشتر می‌باشند، اکثریت این مطالعات معمولاً بررسی‌های گذشته‌نگر چارت‌ها هستند که محدودیت‌های خودشان را داشته، از نمونه‌های کوچکی استفاده کرده و تعاریف متفاوتی از نژاد ارایه کرده اند.

در بررسی و تفسیر اطلاعات چنین تحقیقاتی این که یافته‌های آنها در واقع تغییرات موجود در درک درد یا رفتار درد هستند یا تغییرات نحوه درک پرسنل از درد بیمار و روش‌های مختلف درمانی، گاهاً مشکل می‌باشد. شواهد اخیر نشان می‌دهند که مهم‌ترین فاکتور دخیل در مسأله درمان ناکافی درد در گروه

۱۲- Patient controlled Analgesia

۱۳- Hispanics

اقلیت در واقع به خاطر تفاوت در درک و تصور پرسنل از شدت درد بیماران است که می‌تواند به علت افسانه، عدم قاطعیت، ننگ و ابا، و یا تبعیض‌های طبقاتی باشد. حتی درمان و کنترل درد می‌تواند تحت تأثیر نژاد پزشک معالج باشد.

بعنوان مثال هرلیسون و همکارانش در طی تحقیقی به این نتیجه رسیدند که در یک نمونه ۵۰ نفری از بیماران بستری در بیمارستان آنهایی که با پرستاران عرب زبان و یا غیر عرب زبان برخورد داشته‌اند، فقط آنهایی که زبان مشترکی با بیمار داشته‌اند اندازه‌گیری دردی مشابه آنچه بیماران ذکر می‌کردند بیان کرده‌اند.

تفاوت‌های قومی در درک تجربه درد و پاسخ به درد در سطح خدمات بهداشتی، درمانی و همچنین در منابع مربوط به درد، «قومیت» در واقع یک عضویت گروهی را مشخص می‌کند. مطالعات کلاسیک در رابطه با درد و عضویت گروهی نشان داده‌اند که چگونه نرمال‌های قومی برای رفتار درست مربوط به درد روی درک درد، تفسیر این درک و پاسخ‌های مربوطه تأثیرگذارند. مطالعات آزمایشگاهی نتوانسته‌اند نتایج محکمی در مورد رابطه بین قومیت و درد را ثابت کنند. اگر آنتوری که بعضی مطالعات نیز پیشنهاد کرده‌اند، آستانه درد فیزیولوژیک در قومیت‌های مختلف تغییر آنچنانی‌ای

نکنند، این که چرا داروهای ضد درد به مقادیر مختلفی تجویز می‌شوند بسیار بحث‌برانگیز خواهد شد.

مطالعات بالینی وجود تفاوت‌های قومی در رابطه با درک، تجربه درد و پاسخ‌های آن را تأیید می‌کنند. به عنوان مثال، carragee و همکارانش مقایسه‌ای بین بیمارانی که کاندید عمل جراحی شکستگی محور بوده‌اند در یک هفته بین دو بیمارستان در ایالات متحده و سه بیمارستان شهری در ویتنام انجام داده‌اند. در طی دوره‌ای ۱۵ روزه بیماران بستری در ویتنام بطور متوسط ۰/۹ میلی گرم معادل مورفین دریافت کرده‌اند در حالی که این مقدار در ایالات متحده ۳۰/۲ میلی گرم بوده است. جالب این که فقط ۸ درصد بیماران ویتنامی از عدم کفایت کنترل دردشان شکایت داشته‌اند در حالی که در ایالات متحده ۸۰ درصد بیماران از کنترل درد خود رضایت نداشته‌اند. بعلاوه بیماران ویتنامی به نسبت بیشتری قبل از عمل جراحی خود تصور درستی از میزان و شدت درد بعد از عمل داشته‌اند تا بیماران آمریکایی (۷۶ درصد در مقابل ۴ درصد).

Chatuverdi به‌مراه همکارانش به این نتیجه رسید که هرگاه یک سناریوی خاص به گروه‌های اتفاقی از مردم ارایه شود هیچ تفاوتی بین اروپایی‌ها، هندوها و یا سیکها در مورد تشخیص منشأ قلبی برای درد و یا درک احتیاج به

اقدامات درمانی وجود ندارد. با این وجود، آسیای جنوبی‌ها معمولاً نسبت به درد هیجان بیشتری نشان می‌دهند تا اروپایی‌ها. Faucett و همکارانش همچنین به این نتیجه رسیدند که اروپایی‌ها معمولاً از درد بعد از عمل خفیف‌تری شکایت می‌کنند تا بیماران آمریکایی و یا لاتین.

Jordan در طی تحقیقی به‌مراه همکارانش هیچگونه تفاوت مهم و معناداری بین شدت درد و خلق منفی در مقایسه زنان آمریکایی آفریقایی و سفیدپوست دچار آرتريت مشاهده نکرد. با این حال بیماران آمریکایی آفریقایی در این مطالعه به نسبت از فعالیت کمتری برخوردار بوده‌اند. بیماران آمریکایی آفریقایی مبتلا به آرتريت روماتوئید بیشتر از تکنیک‌های وفق دهنده استفاده می‌کردند در حالی که سفیدپوستان بیشتر از روش‌هایی استفاده می‌کردند که شامل نادیده گرفتن درد نیز می‌شده است.

مدیاتورهای تغییرات قومی در درد

تفاوت‌های متعدد نه تنها در بین گروه‌های قومی مختلف، بلکه در درون این گروه‌ها نیز مشاهده می‌شوند. فاکتورهای متعددی روی این مسأله مؤثرند که چطور شخص با گروه قومی و یا فرهنگی خود ارتباط برقرار می‌نماید. اینها شامل جنس، سن، نسل، سطح فرهنگ‌زدایی، وضعیت اجتماعی اقتصادی (درآمد، شغل، تحصیلات)، سطح وابستگی‌ها به کشور مبدأ، زبان مادری اولیه،

میزان ایزولاسیون بیمار، و نیز سکونت در محله‌هایی که افرادی از همان گروه قومی آن ساکنند می‌شوند. این عوامل می‌توانند رابطه بین زمینه‌های قومی و مسأله درد را برقرار کنند. بعنوان مثال فقط بیماران سرپایی زن آمریکایی ایتالیایی مسن‌تر از ۶۰ سال درد بیشتری از بیماران آمریکایی انگلیسی گزارش کرده اند. مشابهاً Neumann و Buskila در دو گروه از زنان اسرائیلی مبتلا به فیبرومیالژی (۷۰ نفر سفارویک^{۱۴} و ۳۰ اشکنازی^{۱۵}) به این نتیجه رسیدند که در بیماران مسن درک بسیار متفاوتی از درد دیده می‌شود. Lipton و Marbach با استفاده از اندازه‌گیری ۳۵ درجه‌ای برای درد، هیچ تفاوت قابل توجهی بین سیاهان، ایرلندی‌ها، ایتالیایی‌ها، یهودی‌ها و اهاپلورتوریکو در درد صورت^{۱۶} پیدا نکردند. با این حال آنها متوجه تفاوت‌هایی در زمان هیجان (خویشترنداری در مقابل نحوه بیان) مربوط به پاسخ به درد و نیز تداخل درد با فعالیت‌های روزانه در بین اقوام مختلف پیدا کردند. بعلاوه آنها یافته‌اند که شدت فرهنگ‌زدایی پزشکی^{۱۷} برای بیماران سیاه‌پوست، درجه و میزان هم‌گونی و همسانی برای بیماران ایرلندی، مدت زمان درد برای بیماران ایتالیایی، و

۱۴- Sephardic

۱۵- Ashkenazic

۱۶- Facial pain

۱۷- Medical acculturation

سطح و شدت استرس‌های روان‌شناختی برای بیماران یهودی و یا پورتوریکویی واسطه‌گر پاسخ‌های درد در این افراد می‌باشند.

تفاوت‌های قومی در رابطه با پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه‌ها

محققان متعددی به این موضوع پرداخته‌اند که آیا مسأله قومیت و فرهنگ روی نحوه بیان کلامی درد و واژه‌های مصرفی جهت توصیف آن تأثیر می‌گذارند یا خیر. هنگامی که پرسش‌نامه درد McGill (MPQ) اسپانیایی تبارها، بومی‌های آمریکایی، سیاه‌پوستان و سفیدپوستان ارایه شد همگی بین واژه‌های درد^{۱۸}،

«ناراحتی»^{۱۹} و «تألم»^{۲۰} افتراق گذاشته و «درد» را بعنوان شدیدترین حالت معرفی کردند. در مطالعه‌ای جهت اعتباربخشی به فهرست کوتاه درد^{۲۱} (BPI)،

نسخه تایوانی BPI فقط در مورد بیماران بزرگسال با سطح تحصیلات بالا و یا بیماران در مراحل اولیه بیماری صدق می‌کرده است. BPI همچنین در بیماران هندو زبان مبتلا به سرطان نیز از کارایی بالایی جهت تشخیص و اندازه‌گیری

درد برخوردار بوده است. نویسندگان مطالعه فوق تأکید زیادی بر تهیه BPI

برای سایر زبانهای رایج در هند کرده‌اند. مطالعه دیگری روی بیماران تحت

درمان برای دردهای سرطانی با استفاده از یک مقیاس گرافیکی درد و MPQ

۱۸- pain

۱۹- ache

۲۰- hurt

۲۱- Brief pain Inventory

هیچ اختلاف فاحشی بین میزان اندازه‌گیری شده درد پیدا نکردند، ولی در زیر مجموعه‌های رفتاری و خلقی^{۲۲} مربوط به MPQ تفاوت‌هایی مشاهده نمودند. اکثر این بیماران در این مطالعه بطور قابل توجهی تمدن‌زدایی شده و در محیط و جامعه آمریکایی جریان اصلی^{۲۳} وارد شده و مراحل مشابهی از سرطان داشته اند.

داستان‌سرایی^{۲۴}، فرهنگ و مفهوم درد

فرهنگ یک مفهوم بسیار گسترده بوده و مطالعات و مقالات مربوط به ارتباط بین فرهنگ و مفهوم درد در واقع بر دو دسته هستند: فرهنگ درد و فرهنگ در درد. نوع اول در واقع بیان‌کننده راه‌هایی است که جامعه توسط آنها معنی و مفهوم و نیز درمان درد را تعریف کرده و شکل می‌دهد. نوع دوم راه‌هایی را نشان می‌دهد که فرهنگ نحوه درک و ابزار درد و نیز پاسخ‌های سازگاران، رفتارها و معانی تعاریف آنان از درد را شکل می‌دهند. مطالعات روی قومیت، نژاد یا گروه‌های فرهنگی و ارتباط آنها با درد، در بهترین حالت می‌توانند فقط به عنوان مطالعات نشانگر در نظر گرفته شوند. تعلق به یک گروه قومی خاصی باعث می‌شود که فرد پاسخ متفاوتی به درد داشته، یا درمان‌های متفاوتی دریافت کند، اما علت چنین امری همچنان ناشناخته است. افزایش اخیر در

۲۲- Affective

۲۳- Mainstream

۲۴- Narrative

بودجه مربوط به بررسی فاکتورهای اجتماعی فرهنگی مربوط به مسایل پزشکی بطور عام و مسأله درد بطور خاصی ممکن است این اجازه را به محققان بدهد که بعضی از محدودیت‌های مربوط به روش تحقیق مطالعات اولیه را از پیش‌رو بردارند. با همه اینها همچنان ممکن است در وضعیتی قرار بگیریم که علت دقیق بدست آوردن یافته‌های مختلف را پیدا نکنیم. این درست جایی است که ما باید از روش‌های کیفیتی بررسی راههای ارتباط فرهنگ با مسأله درد استفاده نمائیم.

محققین بسیاری روی کیفیت حکایات مربوط به درد مطالعه کرده‌اند. اهمیت «حرف^۲» به عنوان اولین وسیله‌ای که توسط آن ارتباطات اجتماعی صورت می‌گیرد روز بروز افزایش می‌یابد. بعنوان مثال دهه‌های بررسی و مطالعه روی روابط پزشکان و بیماران همگی از حرف به عنوان منبع اطلاعاتی اولیه استفاده کرده‌اند. تعجب‌آور نخواهد بود که محققین بسیاری روبه مطالعه راههای مختلفی که افراد به حکایات درد خود می‌پردازند آورده‌اند. در حال حاضر، استفاده از حرف و صحت بطور داستان‌ها تقریب به دسته‌های زیر تقسیم می‌شود: حکایات به عنوان درمان، به عنوان سازنده‌های قاطعیت و اراده، به عنوان منبع تعلق و از خود گذشتگی، و نهایتاً به عنوان دریچه‌هایی به معنا و مفهومی که افراد برای پدیده درد قائلند.

در موردی دیگر، Kelley و Park که از رویکردهای نقل قولی^{۲۶} در گروه‌های مددکاری برای بررسی مبتلایان فیبرومیالژی استفاده کرده و به این نتیجه رسیده‌اند که چنین رویکردهایی باعث کمک به بیماران در انطباق با بیماری و نیز قائل شدن شخصیتی غیر از یک بیمار مبتلا به درد مزمن شده است. Ramphel قدرت نقل قول و روایت را به عنوان یک وسیله حمایتی^{۲۷} در استان خود به خوبی شرح می‌دهد. بیوه آفریقایی جنوبی‌ای که برای توضیح و شرح و بسط درد خود از خانواده سیاسی (گروه سیاسی‌ای که شوهرش به آن تعلق داشته است) جهت الهام‌گیری استفاده می‌کند. ما بسیاری از نمونه‌های آشناتر این داستان را در اختیار داریم که از چنین برخورد روایتی‌ای برای کنترل بهتر درد استفاده می‌کنند.

از بعد مفهومی، Kelley با بررسی نسخه‌های جلسات گروهی بیماران مبتلا به فیبرومیالژی و نیز ژورنال‌های شخصی به این نتیجه رسیده است که از دست دادن کل هویت شخصی به جز هویت مربوط به بیماری یک تم متداول می‌باشد. فضای فرهنگی احاطه کننده تجربه درد - حکایت و داستان‌هایی که به ما این امکان را می‌دهند که مفاهیم درد، بیماری، زندگی و مرگ را درک کنیم. اطلاعات بسیار مهمی در مورد اینکه بیماران در حال تجربه چه دردی هستند و چگونه

۲۵- Talk

۲۶- Narrative approaches

۲۷- a tool for advocacy

می‌توان به آنها کمک نمود به ما می‌دهند. نقل قول همچنین باعث روشن شدن درک و ایجاد تصویری درست از ساختار خدمات بهداشتی و نیز نقش جنسی، سنی و فامیلی افراد با فرهنگهای مختلف که به طور همزمان وجود دارند می‌شود.

تحقیقات همه جانبه و کیفیتی روی راههای مختلفی که فرهنگ مفهوم درد، به معنای طب مدرن و غربی آن را شکل می‌دهند در دست نمی‌باشند. مطالعات کمیته روی روابط بین قومیت، فرهنگ، نژاد و مفهوم درد مانند آنچه به آن اشاره شد به مقدار بیشتری در دسترس می‌باشند. اما چنین مطالعاتی به همان میزانی که به سؤالات جدید نیز خواهند شد. این موقعیت بسیار مناسبی برای پزشکان و محققانی است که با بیمارانی کار می‌کنند که دارای فرهنگهایی غیر از فرهنگ ایشان می‌باشند.