

İşkence Sonucu Olarak Kronik ağrı: Değerlendirme

Uluslararası Ağrı Çalışmaları Birliği



İşkence sonrası hayatta kalanlarda, nöropatik ağrı dahil olmak üzere kronik ağrı sıklığı yüksektir ve spontan iyileşme çok azdır [9]. Sıklığın belirlenmesi zor olsa da, tahminler %80 civarındadır [6,9]. Ağrı, doku patolojisi veya incelemelerde bulgu olmadan da var olabildiğinden, yeterli değerlendirme için ağrı biliminin direkt temellendirilmesi ve aşağıdakilere dikkat edilmesi gereklidir:

- İşkence, ağrı fizyolojisini ve bireysel deneyimi etkileyen sinir hasarına, immun ve endokrin sistem bozukluklarına neden olabilir [2, 6, 8].
- Santral duyarlanma ağrıya ve diğer somatik semptomlara, hipersensitiviteye yol açar. İnci ağrı modülasyonu durumsal değişkenlere, özellikle tehdide göre ağrı sinyalinin önceliğini değiştirir. İşkence, sıklıkla uzun süren tehdit hissine yol açar (travma sonrası stres); bu ağrı sinyalizasyonunu artırır ve ağrı inhibisyonunu azaltır [2,5]. Dolayısıyla ağrı, stres spesifik olmayan semptom veya kendi başına bir psikosomatik sorun olarak değerlendirilmemelidir. Fiziksel ve psikolojik sekel birbirini kötüleştirir.
- Fiziksel işkenceden kaynaklanan tip hasarla yine, alıkonma koşullarına bağlı kötü hijyen, gıda ve su yoksunluğu, uykusuzluk, uç sıcaklıklar ve ciddi uzamış korkuyla ilgili hemen hemen hiç literatür yoktur [3].
- Değerlendirme, yukarıdaki noktalar göz önüne alınarak yapılmalıdır; yüz yüze ya da telefonla yorumlama gerektirebilir: mutlaka her zaman sağlanmalıdır. Direkt işkence ya da şiddetle ilgili soru sormak önemlidir; çoğunlukla bunlar tıbbi konsültasyonlarda açığa çıkmamış olabilir [4]. İşkence sonrası hayatta kalanlarda güvenmenin ne kadar zor olduğunun farkında olarak dostane bir ilişki sağlanmalıdır.

Değerlendirme şunları içermelidir:

O Ağrıyı daha iyi anlamanın neden gerekli olduğu anlatılarak işkence ve diğer kötü davranışlarla ilgili detaylı sorular sorulmalıdır. Ancak hastanın her sağlık çalışanına bu bilgiyi tekrarlaması istenmemeli; bunun yerine bilgi bu kişilerle tam olarak paylaşılmalıdır.

- Negatif ve pozitif semptom ve bulgular için kas iskelet sisteminin muayenesi, nörolojik muayenesiyle esaslı ağrı değerlendirilmesi gereklidir. Buna ek bulguların duyarlı geri bildiriyle ve kronik ağrının açıklanmasıyla aranan bilgiler açıklanır.
- Belirli bölgelerdeki ağrının işkence yöntemine bağlı olabileceğinin farkında olunmalıdır; örneğin ayak ağrısı falakadan (ayak tabanlarına vurulması), kollardan asılı tutulmaya bağlı omuzlarda ağrı, cinsel işkenceden sonra genital ağrı ve/veya yaygın kas iskelet sistemi ağrısı olarak genellenebilir. Baş ağrısı ve bel ağrısı sık görülür [6].



Dokunulmak ya da kısmen ya da tam soyunmuş olmak hastaya çok tiksindirici geliyorsa fiziksel değerlendirmenin birkaç seansa yayılması, hatta ertelenmesi gerekebilir. Hastaya muayenenin her aşamasında devam etmek isteyip istemediğinin sorulması önemlidir.

- Hastaya direkt neyin yanlış olduğu konusunda inançları ve sağlık ekibince açıklanan ele alınan inançlar sorulmalıdır. Çoğu hasta çok yönlü ağrı modeline aşına olmayabilir; dolayısıyla ağrının psikolojik ve sosyal yönleriyle ilgili soruların anlam ifade etmesi için bu konuda hastayla bilgi paylaşılmalıdır.
- Hastaya her zaman şimdiki durumu ve devam eden sağlık riskleri sorulmalıdır: kötü barınma koşulları, evsizlik, uyku bozukluğu, yetersiz beslenme, gıda için parasızlık, izolasyon, belirsiz göç ve sivil durum ve diğer devam eden sorunlar.
- Çoğu standart değerlendirme ölçeği yeterince dilde yoktur; fakat ağrı basit yüz ölçekleri, ağrının fonksiyona etkisi ölçekleriyle veya yaşam kalitesi envanterleriyle değerlendirilebilir; üzüntünün değerlendirilmesi daha zordur ve ek klinik deneyim gerektirebilir.
- Çocuklarda ağrı değerlendirilirken göz önünde tutulacak birkaç konu: Çocuklarda işkence deneyiminin en sık sonucu ağrıdır. Çocuğun ağrısının fark edilmemesi ve tedavi edilmemesi siktir; ancak erişkin hayatta fiziksel ve psikolojik sekellere ve tedavi etkinliğinin azalmasına yol açabilir.
- Çocuklarda direkt işkenceye veya yakınlarının şiddetine (ebeveyn, kardeş, arkadaş, diğer aile üyeleri ve toplum) maruz kalma sıklığı ve ağrıyla ilgili az bilgi vardır.
- Düzgün ağrı tedavisi için ağrının değerlendirilmesi şarttır; fakat karmaşık ve zor olabilir. Çocuklardaki ağrı için standart değerlendirme araçları kullanılmalıdır [çocuklarda ağrının değerlendirilmesi yazısına bkz]. Klinik öykü alma, ağrı deneyiminin işkenceyle veya diğer faktörlerle ilişkili olduğunu belirleyebilir [1]. Fizyolojik veriler (kalp hızı, kan basıncı) ya da davranış, ağrı değerlendirilmesine katkıda bulursa da, çocuğun kendi ağrı deneyiminin yerine kullanılamaz.

KAYNAKLAR

- [1] Alayarian A. Handbook of working with children, trauma, and resilience: an intercultural psychoanalytic view. London, United Kingdom: Karnac Books, 2015. E-book <https://www.karnacbooks.com/author.asp?AID=128>
- [2] Amris K, Williams A. Chronic pain in survivors of torture. Pain: Clin Updates 2007;XV(7):1-4. <http://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsletterIssue.aspx?ItemNumber=2108>
- [3] Burnett A, Peel M. The health of survivors of torture and organised violence. Brit Med J 2001;322:606-9. <http://www.bmj.com/content/322/7286/606>
- [4] Crosby SS, Norredam M, Paasche-Orlow M-K, Piwowarczyk L, Heeren T, Grodin MA. Prevalence of torture survivors among foreign-born patients presenting to an urban ambulatory care practice. J Gen Intern Med 2006;21:768–84. DOI: 10.1111/j.1525- 1497.2006.00488.x
- [5] Jensen MP, Turk DC. Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: why It matters to ALL psychologists. Amer Psychol 2014;69(2):105–18. DOI: 10.1037/a0035641
- [6] Olsen D, Montgomery E, Bjoholm S, Foldspang S. Prevalent musculoskeletal pain as a correlate of previous exposure to torture. Scand J Public Health 2006;34:496–503. DOI: 10.1080/14034940600554677



[7] Prip K, Persson AL, Sjolund BH. Sensory functions in the foot soles in victims of generalized torture, in victims also beaten under the feet (falanga) and in healthy controls – a blinded study using Quantitative Sensory Testing. BMC Internat Health Human Rights 2012;12:179. doi:10.1186/1472-698X-12-39.

[8] Rasmussen OV. Medical aspects of torture.” Danish Med Bull 1990;37:1–88.

[9] Williams ACdeC, Peña CR, Rice ASC. Persistent pain in survivors of torture: a cohort study. J Pain Symptom Manage 2010;40:715-22. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20678891>

YAZARLAR

Amanda C de C Williams PhD CPsychol
Associate Professor in Clinical Health Psychology
Research Department of Clinical, Educational & Health Psychology
University College London
London, United Kingdom

Aida S Alayarian PhD, CPsychol, FUKCP
Refugee Therapy Centre,
London United Kingdom
Representing the IRCT www.irct.org

