



GLOBÁLNE NEROVNOSTI V LIEČBE BOLESTI A AKO TO VÝSKUM V BUDÚCNOSTI MÔŽE VYRIEŠIŤ K LEPŠIEMU

Preložil: MUDr. Miroslav Ferenčík

Nerovnosti v liečbe bolesti sa vyskytujú celosvetovo [6]. Nerovnosti a rozdiely v problematike bolesti existujú medzi krajinami s vysokými príjmami a krajinami s nízkymi a strednými príjmami, ako aj v rámci krajín na základe faktorov, ako sú rasa, pohlavie, pohlavie, etnická príslušnosť, socioekonomický status a vek [5,20,25,32].

Nerovnosti v liečbe bolesti sú výraznejšie v krajinách s nižšími príjmami v dôsledku neprimeraného prístupu k zavedeným liekom proti bolesti a ich používania a nedostatočného vzdelávania o bolesti [7,11]. Tieto prekážky v liečbe bolesti sa stávajú zložitejšími, keď sa vezme do úvahy, ako sociálno-ekonomické faktory a sociokultúrny kontext ovplyvňujú prežívanie bolesti [2,18,30,32,35,36] a prispievajú k individuálnym rozdielom v bolesti medzi populáciami, ktoré sú záťažou veľmi postihnuté. bolesti.

Doteraz väčšina klinických, základných vedeckých a predklinických výskumov bolesti tiež študovala bolesť a liečbu bolesti u mužov a zvierat až do relatívne nedávnej doby [24,28], no teraz vieme, že existujú významné rozdiely medzi pohlaviami a pohlaviami v bolesti [14]. To všetko viedlo k problémom pri prevádzaní výskumu do praxe, najmä v prípade nedostatočne zastúpených a historicky vylúčených populácií [15], ako aj problémom pri prevádzaní výskumu realizovaného prevažne v krajinách s vysokými príjmami do praxe v krajinách s nízkym a stredným príjmom [17,34].



Príklady nerovností a rozdielov sú:

- Rodové rozdiely v prežívaní a liečbe bolesti a rozdiely v reakcii na liečbu, napríklad na lieky, kde sú ženy znevýhodnené [5].
- Rozdiely vo vnímaní bolesti, skúsenostiach, hodnotení a liečbe na základe rasy, etnickej príslušnosti a/alebo veku pacientov [1,2,21]
- Nedostatočná liečba bolesti u rasových a menšinových ľudí je bežnejšia ako u nehispanických bielych ľudí [1,29].
- Nerovnosti v prístupe, návštevnosti a výsledkoch terciárnych služieb chronickej bolesti [22,31]
- Nedostatočný prístup k základným analgetikám, najmä opioidom, v krajinách s nízkymi a strednými príjmami, ktoré tvoria 85 % svetovej populácie [8]. To zahŕňa pacientov s bolesťou pri rakovine alebo neonkologickým terminálnym ochorením, starostlivosť na konci života a analgéziu po cisárskom reze [19,23,25]
- Prebytok dostupných opiátov v niektorých krajinách s vyšším príjmom negatívne ovplyvnil prístup k opiátom v krajinách so strednými a nízkymi príjmami, najmä tam, kde opioidy nie sú široko dostupné[23].
- Závažnosť choroby je vyššia a pravdepodobnosť účinnej liečby nižšia v krajinách so strednými a nízkymi príjmami (až 34 % vo všeobecnej populácii a 62 % u žien)[14].

Čo prispieva k rozdielom v bolesti?

- Diskriminácia a rasizmus ovplyvňujú prístup a kvalitu starostlivosti o bolesť, ako aj výsledky [26].
- Falošné presvedčenia medzi praktikantmi medicíny, ako napríklad falošné presvedčenia medzi praktikantmi medicíny, že černosi majú hrubšiu kožu s menším počtom nervových



IASP 2022

GLOBAL YEAR

Translating Pain Knowledge to Practice

FACT SHEET



zakončení a pociťujú menšiu bolesť, čo sa opakuje v príbehoch používaných v histórii USA ako ospravedlnenie bolestivého zneužívania počas otroctva a po ňom [13].

- Nedostatok kultúrnej vhodnej starostlivosti o bolesť, ktorá rešpektuje rôznorodé potreby pacientov [9]
- Stigma. Pacienti sú často stigmatizovaní (zdravotníkmi, pracovníkmi, laickou verejnosťou alebo rodinnými príslušníkmi), keď chýba objektívny nález alebo ich bolesť napriek liečbe pretrváva [33]
- Vládne politiky (alebo ich nedostatok) a systémy zdravotnej starostlivosti ovplyvňujú dostupnosť a dostupnosť liečby bolesti[10].
- Nedostatočné vzdelávanie a odborná príprava v oblasti bolesti pre lekárske a príbuzné zdravotnícke povolania, čo je ešte výraznejšie v krajinách s nízkymi a stredným príjmom [7]. To prispieva k zlému poskytovaniu služieb bolesti na všetkých úrovniach
- V dôsledku nedostatočnej odbornej prípravy a obmedzených zdrojov a financovania v krajinách s nízkymi a strednými príjmami sa robí menej výskumu. Napríklad v databáze Clinicaltrials.gov bolo z 22 461 registrovaných „úplných“ štúdií „bolesti“ iba 39 zaregistrovaných v Kolumbii, 73 v Mexiku a 619 v Brazílii. Data Catalog, worldbank.org (Katalóg údajov, worldbank.org).

Čo robiť ďalej na zvýšenie rovnosti vo výskume bolesti a starostlivosti?

Čo treba zvážiť, aby sme sa posunuli vpred?

Aby sme riešili globálny problém nerovností bolesti a zvýšili spravodlivosť v starostlivosti o bolesť, musíme sa zamyslieť nad tým, ako moc, rasistické presvedčenia a útlak voči členom menšinových alebo rasových skupín prispeli k nerovnostiam v prežívaní a liečbe bolesti na celom svete.

Budúci výskum by mal zvážiť alebo preskúmať, ako kastové systémy, klasifikácia, kolorizmus, rasizmus, ageizmus, sexizmus, stigma a diskriminácia a/alebo predsudky na základe rasy, etnickej



príslušnosti, farby pleti, veku, pohlavia, sexuálnej identity, náboženstva, príjmu, geografického a zdravotný stav prispievajú k nerovnostiam vo výskume a liečbe bolesti. Je tiež dôležité preskúmať a prekonať predsudky a nerovnosti, ktoré existujú v súvislosti s výskumom vykonávaným v krajinách s nízkymi a strednými príjmami [12].

Kroky, ktoré môžeme podniknúť:

- Uvedomte si, že existujú nerovnosti. Keď sa zistia etnické a rasové rozdiely v liečbe bolesti, mali by sa riešiť, aby sa dosiahla rovnosť v oblasti zdravia.
- Urobte výskum bolesti inkluzívnejší vykonaním štúdií, ktoré zahŕňajú nedostatočne obsluhovanú rôznorodú populáciu ktoré pomôžu zovšeobecniť zistenia štúdie[9].
- Spojte sa s ľuďmi, ktorí žijú s bolesťou pri výskume bolesti, vzdelávaní a liečbe. Zahrňte pacientov z populácií, ktoré boli historicky, sociálne alebo ekonomicky vylúčené, ako sú napríklad menšinové a rasové komunity [4,16] (pozri informačný list o partnerstve s ľuďmi s prežitými skúsenosťami v celosvetovom roku výskumu bolesti).
- Vyvinúť kultúrne vhodné/citlivé hodnotenia bolesti a liečby v spolupráci s pacientmi a praktickými lekármi s cieľom prispieť k úspešnému prekladu a implementácii najnovších postupov založených na dôkazoch [9,15,37].
- Tam, kde je to vhodné a uskutočniteľné, vyvinúť alebo použiť existujúcu technológiu na zlepšenie prístupu k liečbe bolesti, najmä v odľahlých oblastiach. Do vývoja a implementácie zapojte komunitných lídrov, zdravotníckych expertov a technologických expertov[9].
- Spolupracujte s miestnymi komunitami na identifikácii a uprednostňovaní výskumu, vzdelávania, liečby a podpory, ktoré spĺňajú ich potreby[9].
- Na výskum bolesti používajte antirasistické, intersekčné a rovnoprávne orientované rámce[3].



IASP 2022
GLOBAL YEAR

Translating Pain Knowledge to Practice

FACT SHEET



- Vybudovať výskumné kapacity v krajinách s nízkymi a strednými príjmami.
- Propagovať a podporovať globálnu spoluprácu medzi výskumnými skupinami z krajín s vysokými, nízkymi a strednými príjmami.
- Propagovať a podporovať výmenu krátkych akademických návštev profesorov medzi krajinami s vysokými a nízkymi príjmami.
- Uľahčiť klinické rotácie študentov medicíny z krajín s nízkym a stredným príjmom do akademických centier v krajinách s vysokými príjmami.
- Uľahčiť kontakt a spoluprácu medzi skupinami pacientov v krajinách s vysokými príjmami a podobnými skupinami v krajinách s nízkymi a strednými príjmami, napríklad prostredníctvom globálnej aliancie partnerov IASP pre obhajobu bolesti (GAPPA)
- Uznať a študovať dopady kolonizácie a koloniálnej medicíny, ktoré sú stále prítomné vo viere, postojoch, politikách a praktikách medicíny a výskumu aj dnes.
- Napokon je vysokou prioritou, aby krajiny s vysokými príjmami podporovali krajiny s nízkymi a strednými príjmami pri dosahovaní týchto krokov vrátane prístupu k zdrojom, vzdelaniu a financovaniu.

Použitá literatúra:

[1] Anderson KO, Green CR, Payne R. Racial and Ethnic Disparities in Pain: Causes and Consequences of Unequal Care. *Journal of Pain* 2009;10:1187–1204.

[2] Arthur L, Rolan P. A systematic review of western medicine's understanding of pain experience, expression, assessment, and management for Australian Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples. *Pain Reports* 2019;4.

[3] Befus DR, Irby MB, Coeytaux RR, Penzien DB. A Critical Exploration of Migraine as a Health Disparity: the Imperative of an Equity-Oriented, Intersectional Approach. *Current Pain and Headache Reports* 2018;22.

[4] Belton J, Hoens A, Scott A, Ardern CL. Patients as partners in research: It's the right thing to do. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy* 2019;49:623–626.

[5] Bimpong K, Thomson K, Mcnamara CL, Balaj M, Akhter N, Bambra C, Todd A. The Gender Pain Gap: gender inequalities in pain across 19 European countries. *Scandinavian Journal of Public Health* 2021.



- [6] Blyth FM, Schneider CH. Global burden of pain and global pain policy-creating a purposeful body of evidence. *Pain* 2018;159:S43–S48.
- [7] Bond M, Frcs D, Frcs F, Kb F. Pain education issues in developing countries and responses to them by the International Association for the Study of Pain PROBLEMS ASSOCIATED WITH THE TREATMENT OF PAIN IN DEVELOPING COUNTRIES. n.d. Available: <http://palliumindia.org>.
- [8] Clark J, Gnanapragasam S, Greenley S, Pearce J, Johnson M. Perceptions and experiences of laws and regulations governing access to opioids in South, Southeast, East and Central Asia: A systematic review, critical interpretative synthesis and development of a conceptual framework. *Palliative Medicine* 2021;35:59–75.
- [9] Devan H, Perry MA, Yaghoubi M, Hale L. “A coalition of the willing”: experiences of co-designing an online pain management programme (iSelf-help) for people with persistent pain. *Research Involvement and Engagement* 2021;7.
- [10] Gilson AM, Maurer MA, LeBaron VT, Ryan KM, Cleary JF. Multivariate analysis of countries’ government and health-care system influences on opioid availability for cancer pain relief and palliative care: More than a function of human development. *Palliative Medicine* 2013;27:105–114.
- [11] Goucke CR, Chaudakshetrin P. Pain: A neglected problem in the low-resource setting. *Anesthesia and Analgesia* 2018;126:1283–1286.
- [12] Harris M, Macinko J, Jimenez G, Mullachery P. Measuring the bias against low-income country research: An Implicit Association Test. *Globalization and Health* 2017;13.
- [13] Hoffman KM, Trawalter S, Axt JR, Oliver MN. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 2016;113:4296–4301.
- [14] Jackson T, Thomas S, Stabile V, Shotwell M, Han X, McQueen K. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Global Burden of Chronic Pain Without Clear Etiology in Low- and Middle-Income Countries: Trends in Heterogeneous Data and a Proposal for New Assessment Methods. *Anesthesia and Analgesia*. Lippincott Williams and Wilkins, 2016, Vol. 123. pp. 739–748.
- [15] Janevic MR, Mathur VA, Booker SQ, Morais C, Meints SM, Yeager KA, Meghani SH. Making Pain Research More Inclusive: Why and How. *Journal of Pain* 2021.
- [16] Janevic MR, Mathur VA, Booker SQ, Morais C, Meints SM, Yeager KA, Meghani SH. Making Pain Research More Inclusive: Why and How. *Journal of Pain* 2021.



IASP 2022
GLOBAL YEAR

Translating Pain Knowledge to Practice

FACT SHEET



- [17] Kalbarczyk A, Rodriguez DC, Mahendradhata Y, Sarker M, Seme A, Majumdar P, Akinyemi OO, Kayembe P, Alonge OO. Barriers and facilitators to knowledge translation activities within academic institutions in lowAnd middle-income countries. *Health Policy and Planning* 2021;36:728–739.
- [18] Kawi J, Reyes AT, Arenas RA. Exploring Pain Management Among Asian Immigrants with Chronic Pain: Self-Management and Resilience. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2019;21:1123–1136.
- [19] Kintu A, Abdulla S, Lubikire A, Nabukenya MT, Igaga E, Bulamba F, Semakula D, Olufolabi AJ. Postoperative pain after cesarean section: Assessment and management in a tertiary hospital in a low-income country. *BMC Health Services Research* 2019;19.
- [20] Lee P, le Saux M, Siegel R, Goyal M, Chen C, Ma Y, Meltzer AC. Racial and ethnic disparities in the management of acute pain in US emergency departments: Meta-analysis and systematic review. *American Journal of Emergency Medicine* 2019;37:1770–1777.
- [21] Lewis GN, Borotkanics R, Upsdell A. Inequity in outcomes from New Zealand chronic pain services. 2021;134:1533. Available: www.nzma.org.nz/journal.
- [22] Lewis GN, Upsdell A. Ethnic disparities in attendance at New Zealand’s chronic pain services. *NZMJ* 2018;131:1472. Available: www.nzma.org.nz/journal.
- [23] Marchetti Calônego MA, Sikandar S, Ferris FD, Moreira de Barros GA. Spread the Word: There Are Two Opioid Crises! *Drugs* 2020;80:1147–1154.
- [24] Mazure CM, Jones DP. Twenty years and still counting: Including women as participants and studying sex and gender in biomedical research. *BMC Women’s Health* 2015;15.
- [25] Meghani SH, Byun E, Gallagher RM. Time to Take Stock: A Meta-Analysis and Systematic Review of Analgesic Treatment Disparities for Pain in the United Statesp me_1310 150..174. n.d. Available: <https://academic.oup.com/painmedicine/article/13/2/150/1935962>.
- [26] Meints SM, Cortes A, Morais CA, Edwards RR. Racial and ethnic differences in the experience and treatment of noncancer pain. *Pain management* 2019;9:317–334.
- [27] Mogil JS. Qualitative sex differences in pain processing: emerging evidence of a biased literature. *Nature Reviews Neuroscience* 2020;21:353–365.
- [28] Mogil JS, Chanda ML. The case for the inclusion of female subjects in basic science studies of pain. *Pain* 2005;117:1–5.
- [29] Morales ME, Yong RJ. Racial and Ethnic Disparities in the Treatment of Chronic Pain. *Pain medicine (Malden, Mass)* 2021;22:75–90.



- [30] Mustafa N, Einstein G, MacNeill M, Watt-Watson J. The lived experiences of chronic pain among immigrant Indian-Canadian women: A phenomenological analysis. *Canadian Journal of Pain* 2020;4:40–50.
- [31] Nguyen M, Ugarte C, Fuller I, Haas G, Portenoy RK. Access to care for chronic pain: Racial and ethnic differences. *Journal of Pain* 2005;6:301–314.
- [32] Quiton RL, Leibel DK, Boyd EL, Waldstein SR, Evans MK, Zonderman AB. Sociodemographic patterns of pain in an urban community sample: an examination of intersectional effects of sex, race, age, and poverty status. *Pain* 2020;161:1044–1051.
- [33] de Ruddere L, Craig KD. Understanding stigma and chronic pain: A-state-of-the-art review. *Pain* 2016;157:1607–1610.
- [34] Sharma S, Jensen MP, Pathak A, Sharma S, Pokharel M, Abbott JH. State of clinical pain research in Nepal: A systematic scoping review. *Pain Reports* 2019;4.
- [35] Thompson KA, Terry EL, Sibille KT, Gossett EW, Ross EN, Bartley EJ, Glover TL, Vaughn IA, Cardoso JS, Sotolongo A, Staud R, Hughes LB, Edberg JC, Redden DT, Bradley LA, Fillingim RB, Goodin BR. At the Intersection of Ethnicity/Race and Poverty: Knee Pain and Physical Function. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities* 2019;6:1131–1143.
- [36] Torres CA, Thorn BE, Kapoor S, DeMonte C. An examination of cultural values and pain management in foreign-born Spanish-speaking Hispanics seeking care at a federally qualified health center. *Pain Medicine (United States)* 2017;18:2058–2069.

AUTHORS

Calia Morais, PhD

Jairo Moyano, MD PhD

Joletta BeltonNomaqhawe Moyo, MD