



Globális egyenlőtlenségek a fájdalomterápiában: A jövőbeni kutatások hogyan tehetik ezt jobban kezelhetővé?

A fájdalom egyenlőtlen kezelése világméretű probléma⁽⁶⁾. Egyaránt előfordul a magas, az alacsony és a közepes jövedelmű országok között, valamint az országokon belül faji, nemi, nemi identitás, etnikai hovatartozás, társadalmi-gazdasági státusz és életkori tényezők alapján^(5, 20, 25, 32). A fájdalom kezelés terén kialakult egyenlőtlenségek szembetűnőbbek az alacsony jövedelmű országokban, a fájdalomterápiához való aránytalan hozzáférés, azok alkalmazása, és a fájdalommal kapcsolatos oktatás hiánya miatt^(7, 11). A fájdalomterápia ezen nehézségei összetettebbé válnak, ha mérlegeljük azt, hogyan befolyásolják a fájdalom élményt a társadalmi-gazdasági és a szociokulturális tényezők^(2, 18, 30, 32, 35, 36), és ezek hogyan járulnak hozzá a fájdalom által erősen érintett populációkban a fájdalomban jelentkező egyéni különbségekhez.

A közelmúltig a fájdalmat és a fájdalom terápiát kutató legtöbb klinikai, preklinikai és alaptudományos vizsgálat a férfiakat és az állatokat tanulmányozta^(24, 28), de ma már tudjuk, hogy a fájdalommal kapcsolatban jelentős nemi („sex and gender”) különbségek vannak⁽¹⁴⁾. Mindezek kihívást jelentettek egyrészt a kutatási eredmények gyakorlatba való átültetésébe, különösen az alul reprezentált és történelmileg kirekesztett populációkban⁽¹⁵⁾, másrészt a többnyire magas jövedelmű országokban végzett kutatási eredményeknek az alacsony jövedelmű országok gyakorlatába való átültetésébe^(17, 34).

Példák az egyenlőtlenségekre:

- Nemi („sex and gender”) különbségek a fájdalom megélésében, tapasztalásában, kezelésében és a kezelésre adott válaszokban: pl. a gyógyszeres kezelésre adott válaszokban a nők hátrányos helyzetben vannak⁽⁵⁾
- Különbségek a fájdalom érzékelésében, tapasztalásában és kezelésében a betegek faji, etnikai és/vagy életkora alapján^(1, 2, 21)
- A fájdalom alul kezelése gyakoribb a faji és a kisebbségbe szorult embereknél, mint a nem spanyol ajkú fehérekénél^(1, 29).

- Egyenlőtlenségek a magasszintű krónikus fájdalommal kapcsolatos szolgáltatásokhoz való hozzáférésben, a részvételben és az eredményességben^(22, 31)
- Az alapverő fájdalomcsillapítókhoz, különösen az opioidokhoz való hozzáférés hiánya a világ népességének 85 %-t kitevő alacsony és közepes jövedelmű országokban⁽⁸⁾. Ez magába foglalja az onkológiai fájdalmakat, a nem daganatos, terminális állapotban szenvedő betegeket, az életvégi ellátást és a császármetszés utáni fájdalomcsillapítást^(19, 23, 25).
- A néhány magasabb jövedelmű országban rendelkezésre álló opioid felesleg negatívan befolyásolja az alacsony- és közepes jövedelmű országokban az opioidokhoz való hozzáférést, különösen ott, ahol ezek széles körben nem hozzáférhetőek⁽²³⁾.
- A közepes- és alacsony jövedelmű országokban magasabb a betegségteher, és kisebb a hatékony kezelés valószínűsége (ez elérheti a teljes népesség akár 34 %-t, nőknél pedig 62 %-t)⁽¹⁴⁾.

Milyen tényezők járulnak hozzá a fájdalomterápia egyenlőtlenségeihez?

- A diszkrimináció és a rasszizmus befolyásolja a fájdalom terápiához való hozzáférést, annak minőségét, valamint eredményességét⁽²⁶⁾.
- Téves hiedelmek terjedése az orvos-gyakornokok és orvostanhallgatók között (pl. fekete bőrű emberek bőre vastagabb, kevesebb idegvégződéssel rendelkeznek, így a fájdalmat is kisebbnek élik meg. Ezekkel indokolták a rabszolgaság (USA) alatti és utáni fájdalommal járó bántalmazásokat)⁽¹³⁾.
- A betegek sokféle szükségleteit tiszteletben tartó, kultúrájuknak megfelelő fájdalomkezelés hiánya⁽⁹⁾.
- Megbélyegzés, stigmatizáció. A betegeket gyakran megbélyegzik az egészségügyi szakemberek, családtagok vagy a lakosság, amikor nem tudjuk fájdalmukat objektív leletekkel alátámasztani, igazolni, vagy fájdalmuk a kezeléseik ellenére is fennáll⁽³³⁾.

- A kormányzati politika (vagy annak hiánya) és az egészségügyi ellátórendszer befolyásolja a fájdalomterápia elérhetőségét és hozzáférhetőségét ⁽²⁰⁾.
- Az orvosi és azzal kapcsolatban levő egészségügyi szakterületek képviselőinek elégtelen oktatása és képzése a fájdalommal kapcsolatos ismeretek vonatkozásában, ami még kifejezettebb a közepes- és alacsony jövedelmű országok vonatkozásában ⁽⁷⁾. Ez minden szinten hozzájárul az elégtelen fájdalom szolgáltatáshoz.
- Az alacsony-, és közepes jövedelmű országokban az elégtelen képzés, a korlátozott anyagi források és finanszírozás miatt kevesebb kutatást végeznek (pl. Clinicaltrials.gov adatbázisban a 22461 regisztrált „complete” „pain” vizsgálatból csak 39-t regisztráltak Kolumbiában, 73-at Mexikóban, 619-et Braziliában) (Data Catalog, worldbank.org)

Mi a teendő a fájdalomkutatás és kezelés méltányosságának növelése érdekében?

Megfontolandó teendők a továbblépéshez

A fájdalomterápia egyenlőtlenségének globális problémájának megoldásához, és az egyenlőség növelésének érdekében el kell gondolkodnunk azon, hogy a hatalom, a rasszista hiedelmek, a kisebbségi vagy rasszizált csoportok tagjaival szembeni elnyomás, hogyan járul hozzá a fájdalom megtapasztalásának (megélésének) és kezelésének egyenlőtlenségéhez világszerte. A jövőbeli kutatásoknak meg kell fontolniuk vagy meg kell vizsgálniuk, hogy a kasztrendszer, a klasszicizmus, a kolorizmus, a rasszizmus, az életkor szerinti megkülönböztetés, a szexizmus, a megbélyegzés, a faji, etnikai hovatartozás, a bőrszín, az élekor, a nem, a szexuális identitás, a vallás, a jövedelem, földrajzi elhelyezkedés, fogyatékoság alapján történő megkülönböztetés és/vagy elfogultság, hogyan járul hozzá a fájdalomkutatás és fájdalom kezelés egyenlőtlenségéhez. Az is fontos, hogy megvizsgáljuk és leküzdjük az alacsony- és közepes jövedelmű országokban végzett kutatásokkal kapcsolatos elfogultságokat és egyenlőtlenségeket ⁽¹²⁾.

Teendőink:

- Ismerje fel az egyenlőtlenségeket! Ha a fájdalomterápiában etnikai vagy faji különbségeket észlel, foglalkozzon velük az egészségügyi egyenlőség elérése érdekében!
- Tegye befogadóbbá a fájdalomkutatásokat azáltal, hogy olyan vizsgálatokat végez, amelyekben alul ellátott, változatos populációk vesznek részt, hogy segítsenek általánosítani (általánosabbá tenni) a vizsgálati eredményeket ⁽⁹⁾.

- Legyen partner a fájdalom kutatásban, képzésben, kezelésben résztvevő fájdalommal élő emberekkel. Beleértve a történelmileg, társadalmilag vagy gazdaságilag kirekesztett populációkból, mint például kisebbségi, rasszista közösségekből származó betegpartnereket (lásd: Partnering with People with Lived Experience in Pain Research Global Year fact sheet) ^(4, 16).
- Kulturálisan megfelelő/érzékeny fájdalomértékelések és kezelések kidolgozása a betegekkel és a gyakorló orvosokkal együttműködve, hozzájárulva ezzel a legújabb bizonyítékokon alapuló gyakorlatok („evidence based practice”) sikeres transzlációjához és megvalósításához ^(9, 15, 37)
- Fejlessze vagy alkalmazza a meglévő technológiát, különösen a távoli területeken, ahol ez alkalmas és megvalósítható a fájdalomkezeléshez való hozzáférés javítása érdekében ⁽⁹⁾. A fejlesztésbe és a megvalósításba vonjon be közösségi vezetőket, egészségügyi és technológiai szakértőket ⁽⁹⁾.
- Működjön együtt a helyi közösségekkel a szükségleteiknek megfelelő kutatás, oktatás, terápia és támogatás megtalálása (azonosítása) és rangsorolása érdekében ⁽⁹⁾.
- Használjon rasszizmus ellenes, interszekcionális és méltányosság orientált kereteket a fájdalom kutatáshoz ⁽³⁾.
- Kutatási kapacitás kiépítése az alacsony és közepes jövedelmű országokban.
- Mozdítsa elő és támogassa a magas-, az alacsony és a közepes jövedelmű országok kutatócsoportjai közötti globális együttműködést.
- Mozdítsa elő és támogassa a professzorok rövid egyetemi látogatásainak cseréjét a magas- és az alacsony jövedelmű országok között.
- Az alacsony- és közepes jövedelmű országokból származó orvostanhallgatók klinikai rotációjának megkönnyítése a magas jövedelmű országok egyetemi központjaiba.
- Megkönnyíteni és segíteni a magas jövedelmű országok betegcsoportjai és az alacsony jövedelmű országok hasonló betegcsoportjai közötti a kapcsolattartást és az együttműködést, például az IASP Global Alliance of Partners for Pain Advocacy (GAPPA) révén.
- Ismerje fel és tanulmányozza a gyarmatosítás és gyarmati gyógyítás hatásait, amelyek ma is jelen vannak az orvostudomány és a kutatás hiedelmeiben, attitűdjeiben, politikájában és gyakorlatában.

Fordította: dr. Budai Erika

Referenciák

- [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, Bamba 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, Frco D, Frce 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 (Self-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, Chaudakshettri 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.
- [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 low- and 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, Olulofabi 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 Calónego 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 States. *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.
- [37] Tuck NL, Khuvtsgaagan B, Rashid U, Aamir T, Goucke R, Regjii B, Dorjbal EA, Lundeg G, Bean DJ. The Adaptation of Pain Assessment Tools from High-Income to Low- and Middle-Income Countries: Psychometric Properties of a Set of Chronic Pain Questionnaires in Mongolian and New Zealand Patient Samples. *Pain medicine (Malden, Mass)* 2021;22:948–960.