

بهبود مراقبت از درد برای جمعیت‌های فرهنگی متنوع در کشورهای با درآمد بالا

نویسندگان:

چنانسو ایگوسی-چی‌دوبی^۱، سوراب شرما^۲، اورسلا وسلمن^۳

ترجمه: علی اصغری

مقدمه

در این نوشته، مراد از جمعیت‌های فرهنگی متنوع، مردمان بومی جوامع مختلف^۴، مهاجران، پناهندگان و جوامع مذهبی‌اند. در جهان، بیش از یکصد و پنجاه میلیون کارگر مهاجر وجود دارد که مقصد نهایی آنها کشورهای دارای درآمد بالا در آمریکای شمالی، اروپای شمالی، جنوبی و غربی و خاورمیانه است^[۱-۶]. یازده و نیم میلیون از این جمعیت را کارگران خانگی تشکیل می‌دهند که اکثر آنها زن هستند^[۳]. در منطقه آسیا و اقیانوسیه، دو سوم کل مهاجرت‌ها به شکل درون منطقه‌ای انجام می‌شود؛ از اواخر قرن بیستم به بعد، تعداد این مهاجران، پیوسته افزایش یافته و در سال ۲۰۱۹ به رقم شصت و پنج میلیون نفر رسیده است^[۴-۵].

مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ارائه شده به جمعیت‌های فرهنگی متنوع، به‌ویژه در کشورهای دارای درآمد بالا، حائز اهمیت است زیرا این جمعیت‌ها، ضمن داشتن بار بیماری بالا، بیشترین میزان نابرابری‌های بهداشتی از جمله فقدان دسترسی به درمان را تجربه می‌کنند. در مواردی هم که این بیماران تحت درمان قرار می‌گیرند، درمان‌ها، در بیشتر موارد، نابرابر، غیرمؤثر یا کم‌اثر و از نظر فرهنگی نامناسب هستند که به نتایج بالینی ضعیف منجر می‌شوند^[۶-۱۱]. نیازهای بهداشتی و رفاهی جمعیت‌های کارگری مهاجر، همچنان یکی از نگرانی‌های نادیده گرفته شده بهداشت عمومی است و داده‌های محدودی در مورد درد مزمن در این جمعیت‌ها وجود دارد^[۵-۱۲]. مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از جمعیت‌های فرهنگی متنوع، باید به‌شکلی خاص، برنامه‌ریزی و اجرا شوند تا به هدف سوم توسعه پایدار یعنی "سلامت و رفاه برای همه" دست یابند.

در مورد بار درد مزمن و کنترل آن، نابرابری‌های قابل‌توجهی وجود دارد؛ این نابرابری‌ها، در جمعیت‌های فرهنگی متنوعی که در کشورهایی با درآمد بالا زندگی می‌کنند، چشمگیرتر است. برای نمونه، در بریتانیا (UK)، افراد سیاه‌پوست دارای بیشترین بار درد مزمن از نظر شیوع، شدت و محدودیت‌های عملکردی هستند^[۱۳]. در بریتانیا و ایالات متحده آمریکا (USA)، بیماران سیاه‌پوست به احتمال بیشتر نتایج درمانی ضعیفی را گزارش می‌کنند؛ عمده‌ترین دلایل این امر، موانع برقراری ارتباط مؤثر بین بیماران و متخصصان، توصیه‌های درمانی نامناسب و به‌کارگیری ابزارها یا اجرای مداخلاتی است که حساسیت‌های فرهنگی لازم را ندارند^[۱۴-۱۷]. برای نمونه، این باور

¹. Chinonso Igwesi-Chidobe

². Saurab Sharma

³. Ursula Wesselmann

⁴. indigenous and aboriginal peoples

نادرست که بیماران سیامپوست کمتر به تسکین درد نیاز دارند، در نابرابری‌های موجود در کنترل درد افراد سیامپوستی که در کشورهایی با درآمد بالا زندگی می‌کنند، نقش ویژه‌ای دارد^[۱۸-۲۱]. در سراسر جهان، افراد بومی، در مقایسه با افراد غیربومی، شیوع بالاتری از دردهای ناتوان‌کننده (مانند درد ناحیه پایین کمر) را گزارش کرده‌اند. این دردها که بر سطح بهزیستی و هویت فرهنگی افراد تأثیر می‌گذارند را در واقع باید به عنوان پدیده‌ای حاصل درمان^۱ تلقی کرد^[۲۲-۲۳]. به‌رغم همه اینها، این گروه از افراد، با موانع عمده‌ای در دسترسی به خدمات بهداشت غربی مواجه‌اند که حاصل احساس ناامنی فرهنگی، ناآگاهی از دسترسی به خدمات مراقبتی و درمانی، نژادپرستی، تبعیض و مانند اینهاست. نتیجه این عوامل، فقدان اعتماد و ارتباط نامناسب با عرضه‌کنندگان خدمات بهداشتی است که به نتایج بالینی ضعیف کمک می‌کند^[۲۳].

در زیر چالش‌های کنونی در مراقبت از جمعیت‌های فرهنگی متنوع در کشورهای با درآمد بالا مورد بررسی قرار می‌گیرند و راحل‌های احتمالی عرضه می‌شوند.

چالش‌های موجود

موانع ارتباطی و فرهنگی

موانع ارتباطی بر مراقبت از جمعیت‌های فرهنگی متنوع اثر می‌گذارد زیرا اغلب بین بیماران و عرضه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی تفاوت‌های زبانی وجود دارد. ناتوانی متخصصان خدمات بهداشتی در درک کامل درد و تجربه‌های همراه با آن در بیماران جمعیت‌های فرهنگی متنوع به عرضه مراقبت‌های نامناسب و کم‌ارزش منجر می‌شود^[۲۴].

درد احتمال دارد به شیوه مصطلح در فرهنگی که بیمار به آن تعلق دارد، بیان شود اما ممکن است این نحوه بیان، توسط متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، نادیده انگاشته شود؛ این امر، به‌نوبه خود می‌تواند به نارضایتی از مراقبت منجر شود. در فرهنگ ایگبوی نیجریه^۲، معادلی برای افسردگی وجود ندارد و افراد مبتلا به درد مزمن در ناحیه پایین کمر اغلب از کلمه "خستگی" برای بیان افسردگی خود استفاده می‌کنند؛ این امر، خود می‌تواند بر انتخاب استراتژی‌های مقابله اثر گذارد^[۲۵-۳۰]. در فرهنگ کره‌ای^۳، توصیف حالت‌های احساسی و هیجانی با استفاده از واژه‌های جسمی بیشتر حس هم‌دردی را در مخاطب برمی‌آنگیزد تا استفاده از واژه‌های احساسی برای توصیف روحی و احساسی؛ این امر نشانه‌ای است از تأثیری که فرهنگ بر بیان حالت‌های احساسی و هیجانی اعمال می‌کند و افراد را به سمت جسمی‌سازی^۴ مشکلات روان‌شناختی، سوق می‌دهد^[۳۱-۳۲].

نامتناسب بودن بسیاری از ابزارهای ارزیابی برای بیمارانی که از فرهنگ‌های متفاوت می‌آیند، ممکن است بر مراقبت از آنان تأثیر گذارد. به‌عنوان مثال، در بیماران نپالی‌زبان^۵ مبتلا به درد، مقیاس‌های عددی ارزیابی درد^۶ کاربردی ندارد؛ در عوض، در میان این بیماران، مقیاس‌های کلامی و تصویری ترجیح داده می‌شوند^[۳۳]. بر همین

¹. iatrogenic

². Igbo culture of Nigeria

³. Korean culture

⁴. somatisation

⁵. Nepali-speaking people

⁶. numerical pain rating scales

سیاق، در بیماران روستایی نیجریه‌ای مبتلا به درد در ناحیه پایین کمر، مقیاس‌های پیوسته بینایی^۱ کاربرد محدودی دارند[۲۰-۳۴]. روش‌های مراقبت و درمان مذهبی، معنوی، سنتی و فرهنگی ممکن است با رویکردهای پزشکی غربی در تعارض باشند[۳۵]. مشارکت اعضای خانواده در تصمیم‌گیری‌های بالینی در بسیاری از فرهنگ‌های غیرغربی رایج است؛ این پدیده ممکن است در اجرای روش‌های مدیریت پزشکی مدرن و در نهایت در میزان پایبندی به درمان و استفاده از روش‌های خودکنترلی، اختلال ایجاد کند.

مشکلات ساختاری

محدودیت‌های موجود در صلاحیت (شایستگی) فرهنگی^۲ متخصصان بهداشت و درمان بر ارتباط آنها با جمعیت‌های فرهنگی متنوع و نیز بر کیفیت خدمات کنترل دردی که به این جمعیت‌ها ارائه می‌شوند، دارای اثر منفی است[۳۶ و ۳۷]. در کشورهای دارای درآمد بالا، اغلب، تعداد محدودی از متخصصان بالینی دارای پیشینه فرهنگی متنوع وجود دارند که قادرند ویژگی‌های فرهنگی جوامع فرهنگی متنوع را درک کنند. مشکل دیگر، حضور تعداد ناکافی از جمعیت‌های فرهنگی متنوع در آزمایش‌ها و پژوهش‌های بالینی است که در کشورهای با درآمد بالا انجام شده‌اند؛ از این رو، یافته‌های به‌دست آمده از این مطالعه‌ها و پژوهش‌ها به سختی به جمعیت‌های فرهنگی متنوع، قابل تعمیم است[۳۸]. این امر باعث می‌شود که متخصصان بالینی از میزان تناسب، پذیرش، اثربخشی و ایمنی مداخله‌هایی که در این جمعیت‌ها انجام شده است، درک محدودی داشته باشند. این عوامل، منجر به درمان نامطلوب، کاهش دسترسی یا تأخیر در دسترسی به مداخله‌های جدید می‌شوند.

راهی به‌سوی آینده

آموزش اجباری صلاحیت فرهنگی

برگزاری آموزش اجباری صلاحیت فرهنگی برای همه متخصصانی که در ارزیابی و کنترل درد جمعیت‌های فرهنگی متنوع نقش دارند؛ ضروری است[۳۹]. در برخی از کشورها مانند زلاندنو^۳ و استرالیا^۴، آموزش صلاحیت فرهنگی شرطی الزامی برای دریافت مجوز اشتغال به فعالیت‌های بهداشتی و درمانی و تمدید آن است. آموزش باید ضمن تلاش برای توسعه مهارت‌های ارتباطی بین‌فرهنگی، ضرورت استفاده از مترجمان مسلط به اصطلاحات پزشکی را در مشاوره‌های بالینی، مورد تأکید قرار دهد؛ درک درستی از تفاوت‌های فرهنگی موجود در بیان درد و مکانیسم‌های مقابله‌ای را که در جمعیت‌های فرهنگی متنوع رایج است، به شرکت‌کنندگان، بیاموزد و به آنها آموزش دهد تا تفاوت‌های فردی درون‌فرهنگی را به رسمیت بشناسند. مجموعه این آموزش‌ها می‌تواند به بهبود ارتباط، اعتماد، پایبندی به درمان و در نتیجه، بهبود نتایج بالینی منجر شود. پیشنهاد شده است تا ارزیابی‌های منظمی از آموزش صلاحیت فرهنگی، به شکلی عملی و تجربی انجام شود؛ این شیوه ارزیابی بر روش‌های فعلی که در آن متقاضیان دریافت پروانه فعالیت در آزمونی که در آن به تعدادی سؤال چندگزینه‌ای پاسخ می‌دهند، برتری دارد. تأثیر این روش آموزش و گرفتن آزمون را می‌توان در مطالعه‌های آینده مورد واریسی دقیق قرار داد.

1. visual analogue scale

2. cultural competency

3. New Zealand

4. Australia

توسعه نیروی کار با استفاده از متخصصان بالینی دارای پیشینه فرهنگی متنوع

یکی از راه‌های تقویت اتحاد درمانی و افزایش برآوردهای درمان در جمعیت‌های فرهنگی متنوع، افزایش تعداد متخصصانی است که دارای پیشینه فرهنگی متنوع هستند و می‌توانند به زبان خود بیماران، با آنها صحبت کنند^[۳۹]. هماهنگی نژادی و قومی بیماران با متخصصان درد، سطح ارتباط بین بیماران و متخصصان و نتایج بالینی مداخله‌ها را ارتقاء خواهد داد.

برای اطمینان از مناسب بودن مراقبت‌هایی که به جمعیت‌های فرهنگی متنوع عرضه می‌شود، نظر آحاد جامعه را جویا شوید

متخصصان بالینی و پژوهشگران باید در فعالیت‌های بالینی از شاخص‌هایی برای بررسی نتایج درمان استفاده کنند که از نظر فرهنگی، مناسب، قابل اطمینان و معتبر باشند^[۴۰]. در برخی فرهنگ‌های غیر غربی، به‌ویژه در میان سالمندان و افراد دارای تحصیلات پایین، استفاده از "مقیاس‌های چهره‌ای" و "مقیاس‌های کلامی" در ارزیابی درد بر استفاده از بقیه مقیاس‌ها، ترجیح داده می‌شوند؛ در این موارد، استفاده از "مقیاس‌های چهره‌ای" و "مقیاس‌های کلامی" نسبت به استفاده از "مقیاس‌های عددی" و "مقیاس‌های پیوسته بینایی"، با خطاهای کمتری همراهند^[۲۵ و ۳۳]. اثربخشی و پذیرش آموزش هنگامی بیشتر است که با همکاری جوامع فرهنگی متنوع طراحی شود، زیرا پیام‌ها برای مخاطب آشنا و قابل درک هستند^[۴۱]. همچنین، ادغام روش‌های درمان سنتی مؤثر و ایمن در خدمات کنترل درد باعث افزایش حساسیت فرهنگی این‌گونه خدمات می‌شود^[۲۷ و ۲۸].

ملاحظات سیاست‌گذاری

در سیاست‌گذاری‌ها، حمایت از مراقبت‌های بالینی عادلانه دارای کیفیت بالا و برخوردار از حساسیت لازم به تفاوت‌های فرهنگی، چه در سطح ملی و چه در مقیاس سازمانی، باید مدنظر قرار گیرند؛ همچنین، برای بهبود عرضه خدمات به جوامع چندفرهنگی، جلوگیری از انجام گرفتن مراقبت‌های فاقد ارزش یا دارای ارزش پایین و بدون پشتوانه علمی، امری بسیار حیاتی است. تدوین منابع آموزشی در مورد درد به زبان‌های گوناگون، به‌منظور ارتقاء درک عمیق‌تر از درد و خودکنترلی آن در میان جوامع چندفرهنگی، می‌تواند به توانمندسازی این گروه‌ها و بهبود کنترل درد کمک کند. علاوه بر اینها، به‌منظور ارتقاء کیفیت مراقبت از جمعیت‌های فرهنگی متنوع، توجه به موضوع‌های پژوهشی مرتبط با این جمعیت‌ها و تأمین بودجه لازم برای انجام دادن این پژوهش‌ها، باید در اولویت قرار گیرد. عناوین پژوهشی عمده ممکن است شامل بومی‌سازی فرهنگی ابزارهای ارزیابی گزارش برآوردهای درمان توسط بیماران و طراحی مشترک مداخله‌های مرتبط با درد با مشارکت جمعیت‌های فرهنگی متنوع باشد، علاوه بر این، دخالت دادن این گروه‌ها در ارزیابی نتایج مداخله‌ها، استفاده از رویکردهای فرهنگی مناسب و مبتنی بر شواهد و نظریه‌های علمی با در نظر داشتن بافتی که خدمات کنترل درد باید در آن عرضه شوند، جملگی قادرند به بهبود کمیت و کیفیت عرضه خدمات کنترل درد کمک کنند^[۴۳ و ۴۴].

نتیجه‌گیری:

به‌کارگیری رویکردهایی جامع، مبتنی بر شواهد، چندبعدی و در سطوح مختلف که سیاست‌گذاران، متخصصان سلامت، پژوهشگران، نظام‌های مراقبت سلامت و جوامع را دربر گیرد، برای بهبود خدمات درمانی به جمعیت‌های فرهنگی متنوع که در کشورهای با درآمد بالا زندگی می‌کنند، ضروری است. این رویکرد یکسویه نیست، بلکه

مسیری منطقی و الزامی است تا فرهنگ‌های مختلف با به رسمیت شناختن و احترام به شیوه‌های متنوعی که در تجربه، بیان و کنترل درد وجود دارد، از یکدیگر بیاموزند.

منابع:

۱. Hargreaves S, Rustage K, Nellums LB, et al. Occupational health outcomes among international migrant workers: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Heal*. 2019;7(7):e872-e882.
۲. International Labour Organisation. *ILO Global Estimates on Migrant Workers*.; 2015. Available at: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms_436343.pdf. Accessed 6 June 2025.
۳. World Health Organisation. *Women on the Move: Migration, Care Work and Health*.; 2017. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513142>. Accessed 6 June 2025.
۴. Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. *Asia-Pacific Migration Report 2020: Assessing Implementation of the Global Compact for Migration*.; 2020. Available at: <https://www.unescap.org/resources/asia-pacific-migration-report-2020>. Accessed 6 June 2025.
۵. Chan J, Dominguez G, Hua A, Garabiles M, Latkin CA, Hall BJ. The social determinants of migrant domestic worker (MDW) health and well-being in the Western Pacific Region: A Scoping Review. *PLOS Glob Public Heal*. 2024;4(3):e0002628. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002628>
۶. MacKinnon NJ, Emery V, Waller J, et al. Mapping health disparities in 11 high-income nations. *JAMA Netw open*. 2023;6(7):e2322310-e2322310. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.22310>
۷. Marcus K, Balasubramanian M, Short S, Sohn W. Culturally and linguistically diverse (CALD): terminology and standards in reducing healthcare inequalities. *Aust N Z J Public Health*. 2022;46(1):7-9. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.13190>
۸. Khatri RB, Assefa Y. Access to health services among culturally and linguistically diverse populations in the Australian universal health care system: issues and challenges. *BMC Public Health*. 2022;22(1):880. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13256-z>
۹. Hernández A, Ruano AL, Marchal B, San Sebastián M, Flores W. Engaging with complexity to improve the health of indigenous people: a call for the use of systems thinking to tackle health inequity. *Int J Equity Health*. 2017;16:1-5. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0521-2>
۱۰. Macgregor C, Walumbe J, Tulle E, Seenan C, Blane DN. Intersectionality as a theoretical framework for researching health inequities in chronic pain. *Br J Pain*. 2023;17(5):479-490. <https://doi.org/10.1177/20494637231188583>
۱۱. Eikemo TA, Bambra C, Huijts T, Fitzgerald R. The first pan-European sociological health inequalities survey of the general population: the European Social Survey rotating module on the social determinants of health. *Eur Sociol Rev*. 2017;33(1):137-153. <https://doi.org/10.1093/esr/jcw019>
۱۲. Urrego-Parra HN, Rodriguez-Guerrero LA, Pastells-Peiro R, et al. The health of migrant agricultural Workers in Europe: a scoping review. *J Immigr Minor Heal*. 2022;24(6):1580-1589. <https://doi.org/10.1007/s10903-022-01330-y>
۱۳. England PH. Chronic Pain in Adults 2017: Health Survey for England. Published online 2020. Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/940858/Chronic_Pain_Report.pdf. Accessed 6 June 2025.
۱۴. Meints SM, Cortes A, Morais CA, Edwards RR. Racial and ethnic differences in the experience and treatment of noncancer pain. *Pain Manag*. 2019;9(3):317-334. <https://doi.org/10.2217/pmt-2018-0030>
۱۵. Bazargan M, Loeza M, Ekwegh T, et al. Multi-Dimensional Impact of Chronic Low Back Pain among Underserved African American and Latino Older Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(14):7246. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147246>

16. Burton AE, Shaw RL. Pain management programmes for non-English-speaking black and minority ethnic groups with long-term or chronic pain. *Musculoskeletal Care*. 2015;13(4):187-203. <https://doi.org/10.1002/msc.1099>
17. Robinson-Lane SG, Booker SQ. Culturally responsive pain management for Black older adults. *J Gerontol Nurs*. 2017;43(8):33-41. <https://doi.org/10.3928/00989134-20170224-03>
18. 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. *Proc Natl Acad Sci*. 2016;113(16):4296-4301. <https://doi.org/10.1073/pnas.1516047113>
19. Schoenthaler A, Williams N. Looking Beneath the Surface: Racial Bias in the Treatment and Management of Pain. *JAMA Netw Open*. 2022;5(6):e2216281-e2216281. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.16281>
20. Akinlade O. Taking black pain seriously. *N Engl J Med*. 2020;383(10):e68. <https://doi.org/10.1056/nejmpv2024759>
21. Strand NH, Mariano ER, Goree JH, et al. Racism in pain medicine: we can and should do more. In: *Mayo Clinic Proceedings*. Vol 96. Elsevier; 2021:1394-1400. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.02.030>
22. Lin IB, O'Sullivan PB, Coffin JA, Mak DB, Toussaint S, Straker LM. Disabling chronic low back pain as an iatrogenic disorder: a qualitative study in Aboriginal Australians. *BMJ Open*. 2013;3(4):e002654. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002654>
23. Struyf N, Vanwing T, Jacquet W, Ho-A-Tham N, Dankaerts W. What do we know about Indigenous Peoples with low back pain around the world? A topical review. *Scand J Pain*. 2024;24(1):20230114. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2023-0114>
24. Okolo CA, Babawarun O, Olorunsogo TO. Cross-cultural perspectives on pain: a comprehensive review of anthropological research. *Int J Appl Res Soc Sci*. 2024;6(3):303-315. <https://doi.org/10.51594/ijarss.v6i3.888>
25. Igwesi-Chidobe CN, Kitchen S, Sorinola IO, Godfrey EL. "A life of living death": the experiences of people living with chronic low back pain in rural Nigeria. *Disabil Rehabil*. 2017;39(8). <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1161844>
26. Igwesi-Chidobe CN, Sorinola IO, Kitchen S, Godfrey EL. Unconventional Practitioners' Causal Beliefs and Treatment Strategies for Chronic Low Back Pain in Rural Nigeria. *Heal Serv Insights*. 2018;11. <https://doi.org/10.1177/1178632918808783>
27. Igwesi-Chidobe CN, Nkhata LA, Ozumba B. The coping strategies employed by individuals with chronic low back pain: secondary qualitative analysis of data from diverse adult populations in two sub-Saharan African countries. *Front Rehabil Sci*. 2024;5:1442789. <https://doi.org/10.3389/fresc.2024.1442789>
28. Igwesi-Chidobe CN, Nkhata LA. Adaptive coping strategies for rehabilitation of people with non-specific chronic lower back pain or non-specific chronic neck pain. *Front Rehabil Sci*. 2025;6:1551777. <https://doi.org/10.3389/fresc.2025.1551777>
29. Igwesi-Chidobe CN, Sorinola IO, Godfrey EL. Only two subscales of the Coping Strategies Questionnaire are culturally relevant for people with chronic low back pain in Nigerian Igbo populations: a cross-cultural adaptation and validation study. *J Patient-Reported Outcomes*. 2021;5:1-16. <https://doi.org/10.1186/s41687-021-00367-1>
30. Igwesi-Chidobe CN, Muomah RC, Sorinola IO, Godfrey EL. Detecting anxiety and depression among people with limited literacy living with chronic low back pain in Nigeria: adaptation and validation of the hospital anxiety and depression scale. *Arch Public Heal*. 2021;79(1):72. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00586-4>
31. Choi E, Chentsova-Dutton Y, Parrott WG. The effectiveness of somatization in communicating distress in Korean and American cultural contexts. *Front Psychol*. 2016;7:383. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00383>
32. Ma-Kellams C. Cross-cultural differences in somatic awareness and interoceptive accuracy: a review of the literature and directions for future research. *Front Psychol*. 2014;5:1379. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01379>

۳۳. Pathak A, Sharma S, Jensen MP. The utility and validity of pain intensity rating scales for use in developing countries. *Pain reports*. 2018;3(5). <https://doi.org/10.1097/pr9.0000000000000672>
۳۴. Igwesi-Chidobe CN, Coker B, Onwasigwe CN, Sorinola IO, Godfrey EL. Biopsychosocial factors associated with chronic low back pain disability in rural Nigeria: A population-based cross-sectional study. *BMJ Glob Heal*. 2017;2(3). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000284>
۳۵. Sharma S, Pathak A, Parker R, et al. How low back pain is managed—a mixed-methods study in 32 countries. Part 2 of low back pain in low-and middle-income countries series. *J Orthop Sport Phys Ther*. 2024;54(8):560-572. <https://doi.org/10.2519/jospt.2024.12406>
۳۶. Shepherd SM, Willis-Esqueda C, Newton D, Sivasubramaniam D, Paradies Y. The challenge of cultural competence in the workplace: perspectives of healthcare providers. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3959-7>
۳۷. Flynn PM, Betancourt H, Emerson ND, Nunez EI, Nance CM. Health professional cultural competence reduces the psychological and behavioral impact of negative healthcare encounters. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2020;26(3):271. <https://doi.org/10.1037/cdp0000295>
۳۸. Henley P, Martins T, Zamani R. Assessing ethnic minority representation in fibromyalgia clinical trials: a systematic review of recruitment demographics. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(24):7185. <https://doi.org/10.3390/ijerph20247185>
۳۹. Nair L, Adetayo OA. Cultural competence and ethnic diversity in healthcare. *Plast Reconstr Surgery—Global Open*. 2019;7(5):e2219. <https://doi.org/10.1097/gox.0000000000002219>
۴۰. Lor M, Hammes AM, Arcia A. Development of a culturally appropriate faces pain intensity scale for Hmong patients. *Pain Med*. 2024;25(1):89-92. <https://doi.org/10.1093/pm/pnad109>
۴۱. Igwesi-Chidobe CN, Kitchen S, Sorinola IO, Godfrey EL. World Health Organisation Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0): development and validation of the Nigerian Igbo version in patients with chronic low back pain. *BMC Musculoskelet Disord*. 2020 Nov 17;21(1):755. <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03763-8>
۴۲. Sharma S, Jensen MP, Moseley GL, Abbott JH. Results of a feasibility randomised clinical trial on pain education for low back pain in Nepal: the Pain Education in Nepal-Low Back Pain (PEN-LBP) feasibility trial. *BMJ Open*. 2019;9(3):e026874. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026874>
۴۳. Igwesi-Chidobe CN, Sorinola IO, Godfrey EL. Igbo Brief Illness Perceptions Questionnaire: A Cross-cultural adaptation and validation study in Nigerian Populations with Chronic Low Back Pain. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2021;34(3):399-411. <https://doi.org/10.3233/bmr-191687>
۴۴. Igwesi-Chidobe CN, Kitchen S, Sorinola IO, Godfrey EL. Evidence, theory and context: Using intervention mapping in the development of a community-based self-management program for chronic low back pain in a rural African primary care setting-the good back program. *BMC Public Health*. 2020;20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8392-7>

وابستگی نویسندگان:

Chinonso Igwesi-Chidobe: School of Allied Health Professions and Midwifery, Faculty of Health Studies, University of Bradford, Bradford, United Kingdom and Global Population Health (GPH) Research Group, University of Nigeria, Nsukka, Nigeria.

Saurab Sharma: Pain Management and Research Centre, Royal North Shore Hospital, Northern Sydney Local Health District, Sydney, NSW 2065, Australia; Pain Management Research Institute, Kolling Institute, Faculty of Medicine and Health, The University of Sydney and Northern Sydney Local Health District, Sydney, NSW, Australia; School of Health Sciences, Faculty of Medicine and Health, University of New South Wales, Sydney, Australia and Centre for Pain IMPACT, Neuroscience Research Australia, Sydney, Australia.

Ursula Wesselmann: Department of Anesthesiology and Perioperative Medicine, Division of Pain Medicine, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, Alabama, USA.

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

