



IASP 2025  
**GLOBAL YEAR**  
Pain Management, Research and Education  
in Low- and Middle-Income Settings

# FACT SHEET

## Cải thiện chăm sóc đau cho nhóm dân cư đa dạng về văn hóa tại các quốc gia thu nhập cao

### Tác giả:

- **Chinonso Igwesi-Chidobe, PhD:** Trường Các ngành Sức khỏe Đồng minh và Hộ sinh, Khoa Nghiên cứu Sức khỏe, Đại học Bradford, Bradford, Vương quốc Anh; Nhóm Nghiên cứu Sức khỏe Dân số Toàn cầu (GPH), Đại học Nigeria, Nsukka, Nigeria.
- **Saurab Sharma, PhD:** Trung tâm Nghiên cứu và Quản lý Đau, Bệnh viện Royal North Shore, Khu Y tế Địa phương Northern Sydney; Viện Nghiên cứu Quản lý Đau, Viện Kolling, Khoa Y học và Sức khỏe, Đại học Sydney và Khu Y tế Địa phương Northern Sydney; Trường Khoa học Sức khỏe, Khoa Y học và Sức khỏe, Đại học New South Wales; Trung tâm Pain IMPACT, Viện Nghiên cứu Thần kinh học Úc (Neuroscience Research Australia), Sydney, Úc.
- **Ursula Wesselmann, MD, PhD, DTM&H (Lond.):** Bộ môn Gây mê và Y học chu phẫu, Phân ngành Y học Đau, Đại học Alabama tại Birmingham, Birmingham, Hoa Kỳ

### Giới thiệu

Trong khuôn khổ tờ thông tin này, “các nhóm dân cư đa dạng về văn hóa” đề cập tới người bản địa, cộng đồng nhập cư, người tị nạn và các cộng đồng tôn giáo. Trên toàn cầu có hơn 150 triệu lao động di cư quốc tế, điểm đến chủ yếu là các quốc gia thu nhập cao ở Bắc Mỹ, Bắc/Nam/Tây Âu và Trung Đông<sup>1,2</sup>. Trong số này có 11,5 triệu lao động giúp việc gia đình, đa số là phụ nữ<sup>3</sup>. Ở khu vực Châu Á – Thái Bình Dương, hai phần ba dòng di cư diễn ra trong nội vùng và tăng đều đặn từ cuối thế kỷ 20, đạt 65 triệu người vào năm 2019<sup>4,5</sup>.

Việc chăm sóc cho các nhóm dân cư đa dạng về văn hóa, đặc biệt tại các quốc gia thu nhập cao, là rất quan trọng vì họ có gánh nặng bệnh tật cao và chịu bất bình đẳng y tế lớn nhất, bao gồm khó tiếp cận điều trị, điều trị không bình đẳng, không phù hợp về văn hóa, không hiệu quả, và kết cục lâm sàng kém<sup>6–11</sup>. Nhu cầu chăm sóc sức khỏe và phúc lợi của nhóm lao động di cư vẫn là mối quan tâm y tế công cộng bị lãng quên; dữ liệu về đau mạn tính ở nhóm này còn rất ít<sup>5,12</sup>. Chăm sóc cho các nhóm dân cư đa dạng về văn hóa cần được hoạch định và triển khai cụ thể để đạt được Mục tiêu Phát triển Bền vững số 3: “Sức khỏe và hạnh phúc cho mọi người”.

Bất bình đẳng về gánh nặng đau mạn tính và quản lý đau mạn tính là đáng kể và đặc biệt bất lợi cho các nhóm dân cư đa dạng về văn hóa ở các quốc gia thu nhập cao. Ví dụ, tại Vương quốc Anh, người da đen có gánh nặng đau mạn tính cao nhất xét về hiện mắc, mức độ nặng và hạn chế chức năng<sup>13</sup>. Ở Anh và Hoa Kỳ, bệnh nhân da đen có khả năng cao nhất trải nghiệm điều trị kém do rào

cản giao tiếp, khuyến nghị điều trị kém tối ưu và sử dụng công cụ, can thiệp thiếu nhạy cảm văn hóa<sup>14–17</sup>. Chẳng hạn, quan niệm rằng bệnh nhân da đen cần ít giảm đau hơn đã góp phần vào bất bình đẳng trong quản lý đau cho bệnh nhân da đen tại các quốc gia thu nhập cao<sup>18–21</sup>. So với người không bản địa, người bản địa trên toàn cầu có tỷ lệ mắc các tình trạng đau gây tàn phế cao hơn (ví dụ đau thắt lưng), ảnh hưởng đến hạnh phúc và bản sắc văn hóa, và có thể do sự cố ý khoa<sup>22, 23</sup>. Tuy vậy, họ gặp rào cản khi tiếp cận dịch vụ y tế phương Tây do bất an văn hóa, thiếu nhận biết về sự sẵn có của dịch vụ, phân biệt chủng tộc và kỳ thị, dẫn đến thiếu niềm tin và giao tiếp kém với nhân viên y tế, làm kết cục xấu đi<sup>23</sup>.

Các thách thức hiện nay trong chăm sóc cho nhóm dân cư đa dạng văn hóa ở các quốc gia thu nhập cao sẽ được trình bày, cùng với các giải pháp gợi ý, dưới đây.

## **Thách thức hiện tại**

### *Rào cản giao tiếp và văn hóa*

Rào cản giao tiếp ảnh hưởng đến chăm sóc cho nhóm người đa dạng văn hóa do khác biệt ngôn ngữ giữa bệnh nhân và nhân viên y tế. Việc nhân viên y tế không thể hiểu đầy đủ trải nghiệm đau của bệnh nhân dẫn tới chăm sóc kém tối ưu và giá trị thấp<sup>24</sup>.

Những cách biểu đạt đau mang tính đặc thù văn hóa, vốn quan trọng với bệnh nhân, có thể bị gạt bỏ, gây bất mãn với chăm sóc. Ở văn hóa Igbo (Nigeria), không có từ tương đương trực tiếp cho “trầm cảm”, và người bị đau lưng mạn tính thường dùng từ “mệt mỏi” để diễn đạt trầm cảm, điều này có thể ảnh hưởng đến chiến lược đối phó<sup>25–30</sup>. Ở văn hóa Hàn Quốc, việc dùng các từ ngữ thân thể (somatic) để diễn tả trạng thái cảm xúc tạo ra sự đồng cảm nhiều hơn so với dùng từ ngữ cảm xúc, gợi ý ảnh hưởng văn hóa đối với xu hướng soma hóa<sup>31, 32</sup>.

Tính không phù hợp của nhiều công cụ đánh giá đối với bệnh nhân đa dạng văn hóa có thể ảnh hưởng đến chăm sóc. Ví dụ, thang điểm số cường độ đau (NRS) kém hữu dụng ở người nói tiếng Nepal, trong đó dạng thang lời nói (verbal) và thang khuôn mặt (faces) được ưa thích hơn<sup>33</sup>. Tương tự, thang VAS có giá trị lâm sàng hạn chế ở bệnh nhân nông thôn Nigeria bị đau lưng mạn tính<sup>25, 34</sup>. Các thực hành chữa trị mang tính tôn giáo, tâm linh, truyền thống và văn hóa có thể xung đột với cách tiếp cận y học phương Tây<sup>35</sup>. Sự tham gia của gia đình vào quyết định lâm sàng là phổ biến ở nhiều nền văn hóa ngoài phương Tây, điều này có thể cản trở quản lý y học hiện đại và cuối cùng ảnh hưởng tới tuân thủ điều trị và tự quản lý.

### *Vấn đề cấu trúc*

Năng lực văn hóa hạn chế của nhân viên y tế tác động tiêu cực đến tính phù hợp và chất lượng dịch vụ quản lý đau cho các nhóm dân cư đa dạng về văn hóa<sup>36, 37</sup>. Ở nhiều quốc gia thu nhập cao, số lượng bác sĩ có nền tảng đa dạng văn hóa (hiểu bối cảnh văn hóa của cộng đồng họ phục vụ) còn quá ít. Một vấn đề lớn khác là thiếu sự tham gia của các nhóm dân cư đa dạng về văn hóa trong nghiên cứu lâm sàng và thử nghiệm ở các quốc gia thu nhập cao; vì vậy bằng chứng hiện có hầu như không áp dụng được cho các nhóm này<sup>38</sup>. Điều này khiến bác sĩ lâm sàng hiểu biết hạn

chế về mức độ phù hợp, chấp nhận, hiệu quả và an toàn của can thiệp đối với nhóm dân số này, dẫn đến điều trị kém tối ưu và giảm hoặc chậm tiếp cận các can thiệp mới.

## **Hướng đi tiếp theo**

### *Đào tạo bắt buộc về năng lực văn hóa*

Đào tạo năng lực văn hóa bắt buộc cho tất cả bác sĩ chuyên ngành đau về đánh giá và quản lý hiệu quả bệnh nhân đa dạng văn hóa là cần thiết<sup>39</sup>. Một số quốc gia như New Zealand và Australia yêu cầu đào tạo năng lực văn hóa như điều kiện cấp và duy trì giấy phép hành nghề. Đào tạo cần phát triển kỹ năng giao tiếp liên văn hóa, tích hợp hiệu quả thông dịch viên y tế trong tư vấn lâm sàng, và hiểu biết về khác biệt văn hóa trong biểu đạt đau và cơ chế đối phó, đồng thời ghi nhận khác biệt cá nhân trong từng nền văn hóa. Điều này có thể cải thiện giao tiếp, niềm tin, tuân thủ điều trị và kết cục lâm sàng. Chúng tôi đề xuất đánh giá đào tạo năng lực văn hóa theo cách hệ thống, thực hành và trải nghiệm. Tác động của những tiêu chí này có thể đánh giá thông qua nghiên cứu tiền cứu, thay vì biến nó thành “bài thi tích điểm” nơi bác sĩ chỉ cần hoàn tất một vài câu hỏi trắc nghiệm để được cấp phép.

### *Phát triển lực lượng lao động bằng cách đào tạo bác sĩ đa dạng văn hóa*

Tăng số lượng bác sĩ đa dạng văn hóa, những người nói ngôn ngữ của bệnh nhân và hiểu bối cảnh văn hóa của họ, có thể cải thiện liên minh trị liệu và kết quả điều trị cho các nhóm dân cư này<sup>39</sup>. Sự “đồng dạng” về chủng tộc và sắc tộc giữa bệnh nhân và bác sĩ chuyên ngành đau giúp cải thiện giao tiếp và kết cục sức khỏe.

### *Gắn kết cộng đồng để đảm bảo tính phù hợp của chăm sóc cho người đa dạng văn hóa*

Nhân viên y tế và nhà nghiên cứu cần sử dụng các thước đo kết quả phù hợp văn hóa, có độ tin cậy và giá trị trong thực hành lâm sàng<sup>40, 41</sup>. Ở một số nền văn hóa ngoài phương Tây, đặc biệt ở người cao tuổi và người có trình độ học vấn hạn chế, thang khuôn mặt (Faces Rating Scales) và thang lời nói (Verbal Rating Scales) thường được ưa chuộng và ít sai sót hơn so với thang điểm số (Numerical Rating Scales) và thang VAS<sup>25, 33</sup>. Các chương trình giáo dục có thể dễ được chấp nhận và hiệu quả hơn khi có cộng đồng đa dạng văn hóa cùng xây dựng, vì thông điệp sẽ phù hợp và dễ liên hệ<sup>42</sup>. Có thể tích hợp các thực hành trị liệu truyền thống an toàn và hiệu quả vào dịch vụ quản lý đau để tăng tính nhạy cảm văn hóa<sup>27, 28</sup>.

## **Các cân nhắc về chính sách**

Việc hỗ trợ chăm sóc lâm sàng công bằng, giá trị cao và nhạy cảm văn hóa ở cấp quốc gia và cơ sở y tế, đồng thời hạn chế các chăm sóc kém bằng chứng và giá trị thấp, là tối quan trọng để cải thiện chăm sóc cho cộng đồng đa dạng văn hóa. Đồng kiến tạo tài liệu giáo dục về đau bằng nhiều ngôn ngữ nhằm thúc đẩy hiểu biết sâu hơn về đau và tự quản lý trong cộng đồng đa dạng văn hóa có thể trao quyền cho họ và giúp cải thiện tự quản lý đau. Các chương trình tài trợ nên ưu tiên đưa các chủ đề nghiên cứu về nhóm dân cư đa dạng văn hóa vào nghị trình nhằm cải thiện chăm sóc cho các nhóm này. Các câu hỏi nghiên cứu quan trọng có thể là sự thích ứng về mặt văn hóa của

các thước đo đánh giá kết quả do bệnh nhân báo cáo, thiết kế chung và thử nghiệm các biện pháp can thiệp giảm đau phù hợp với văn hóa, thừa nhận bằng chứng, lý thuyết và bối cảnh.<sup>43, 44</sup>.

## Kết luận

Các cách tiếp cận toàn diện, dựa trên bằng chứng, đa thành tố và đa tầng, với sự tham gia của nhà hoạch định chính sách, chuyên gia y tế, nhà nghiên cứu, hệ thống y tế và cộng đồng, là cần thiết để cải thiện chăm sóc cho nhóm dân cư đa dạng văn hóa ở các quốc gia thu nhập cao. Đây không phải cách tiếp cận một chiều, mà là con đường hợp lý và cần thiết để các nền văn hóa học hỏi lẫn nhau bằng cách ghi nhận và tôn trọng những cách thức đa dạng trong trải nghiệm, biểu đạt và quản lý đau

## Tài liệu tham khảo

1. 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.
2. 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](https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms_436343.pdf). Accessed 6 June 2025.
3. 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.
4. 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.
5. 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>
6. 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>
7. 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>

8. 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>
9. 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>
10. 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>
11. 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>
12. 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>
13. 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](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/940858/Chronic_Pain_Report.pdf). Accessed 6 June 2025.
14. 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>
15. 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>
33. 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>
34. 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>
35. 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>
36. 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>
37. 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>
38. 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>



39. Nair L, Adetayo OA. Cultural competence and ethnic diversity in healthcare. *Plast Reconstr Surg–Global Open*. 2019;7(5):e2219. <https://doi.org/10.1097/gox.0000000000002219>
40. 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>
41. 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>
42. 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>
43. 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>
44. 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>

#### **Dịch bởi**

- Thân Văn Quyền, Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện 199, Đà Nẵng, Việt Nam