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

FACT SHEET

उच्च आय भएका देशहरूमा सांस्कृतिक रूपमा विविध जनसंख्याको लागि दुखाइ हेरचाह सुधार गर्दै

- **Chinonso Igwesi-Chidobe, PhD:** School of Allied Health Professions and Midwifery, Faculty of Health Studies, University of Bradford, Bradford, United Kingdom; Global Population Health (GPH) Research Group, University of Nigeria, Nsukka, Nigeria
- **Saurab Sharma, PhD:** Pain Management and Research Centre, Royal North Shore Hospital, Northern Sydney Local Health District; Pain Management Research Institute, Kolling Institute, Faculty of Medicine and Health, The University of Sydney and Northern Sydney Local Health District; School of Health Sciences, Faculty of Medicine and Health, University of New South Wales; Centre for Pain IMPACT, Neuroscience Research Australia, Sydney, Australia
- **Ursula Wesselmann, MD, PhD, DTM&H (Lond.):** Department of Anesthesiology and Perioperative Medicine, Division of Pain Medicine, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, USA

यस तथ्यपत्रको सन्दर्भमा, सांस्कृतिक रूपमा विविध जनसंख्याले आदिवासी र आदिवासी मानिसहरू, आप्रवासी समुदायहरू, शरणार्थीहरू र धार्मिक समुदायहरूलाई जनाउँछ। विश्वव्यापी रूपमा, १५ करोड भन्दा बढी अन्तर्राष्ट्रिय आप्रवासी कामदारहरू छन् जसको प्रमुख गन्तव्य उत्तर अमेरिका, उत्तरी, दक्षिणी र पश्चिमी युरोप र मध्य पूर्वका उच्च आय भएका देशहरू हुन्। [1,2] यस जनसंख्या भित्र १ करोड १५ लाख घरेलु कामदारहरू छन्, जसमध्ये अधिकांश महिलाहरू छन्।[३] एसिया प्रशान्त क्षेत्रमा, सबै बसाइँसराइको दुई तिहाइ क्षेत्रीय रूपमा हुन्छ र २० औं शताब्दीको अन्त्यदेखि निरन्तर बढ्दै गएको छ, २०१९ मा ६ करोड ५० लाख पुगेको छ। [4,5]

सांस्कृतिक रूपमा विविध जनसंख्याको हेरचाह, विशेष गरी उच्च आय भएका देशहरूमा, महत्त्वपूर्ण छ किनभने तिनीहरूमा रोगको उच्च बोझ छ र सबैभन्दा ठूलो स्वास्थ्य असमानताहरू अनुभव गर्छन्, जसमा उपचारको पहुँच नहुनु, असमान, सांस्कृतिक रूपमा अनुपयुक्त, वा अप्रभावी उपचार, र कमजोर क्लिनिकल परिणामहरू समावेश छन्।[6–11] । आप्रवासी कामदार जनसंख्याको स्वास्थ्य सेवा आवश्यकता र कल्याण उपेक्षित सार्वजनिक स्वास्थ्य चिन्ताको विषय बनेको छ, र यस समूहमा दीर्घकालीन पीडाको बारेमा थोरै तथ्याङ्कहरू अवस्थित छन्। [5,12] "राम्रो स्वास्थ्य र कल्याण सबैका लागि " मा दिगो विकास लक्ष्य ३ प्राप्त गर्न सांस्कृतिक रूपमा विविध जनसंख्याको हेरचाह विशेष रूपमा योजनाबद्ध र कार्यान्वयन गरिनुपर्छ। उच्च आय भएका देशहरूमा सांस्कृतिक रूपमा विविध जनसंख्याको लागि दीर्घकालीन दुखाइको बोझ र दीर्घकालीन दुखाइ व्यवस्थापनमा असमानताहरू महत्त्वपूर्ण छन् र विशेष गरी असमान छन्। उदाहरणका लागि, संयुक्त अधिराज्य (युके) मा, व्यापकता, गम्भीरता र कार्यात्मक सीमितताहरूको हिसाबले काला मानिसहरूमा दीर्घकालीन दुखाइको सबैभन्दा ठूलो बोझ छ। [13] बेलायत र संयुक्त राज्य अमेरिका (संयुक्त राज्य अमेरिका) मा, काला बिरामीहरूले सञ्चार-सम्बन्धित अवरोधहरू, सब-इष्टतम उपचार सिफारिसहरू, र सांस्कृतिक रूपमा असंवेदनशील उपकरणहरू/हस्तक्षेपहरूको प्रयोगको कारणले गर्दा खराब उपचार अनुभवहरू रिपोर्ट गर्ने सम्भावना सबैभन्दा बढी हुन्छ।[14-17] उदाहरणका लागि, काला बिरामीहरूलाई कम पीडा राहत चाहिन्छ भन्ने धारणाले उच्च आय भएका देशहरूमा काला बिरामीहरूको लागि पीडा व्यवस्थापनमा असमानतामा विशेष योगदान पुर्‍याएको छ।[18-21] गैर-आदिवासी मानिसहरूको तुलनामा, विश्वभरका आदिवासीहरूमा अपाङ्गता हुने पीडा अवस्थाहरू (जस्तै, कम ढाड दुख्ने) को प्रचलन बढी छ, जसले कल्याण र सांस्कृतिक पहिचानलाई असर गर्छ, र आइट्रोजेनिक हुन सक्छ। [22,23]यसको बावजुद, उनीहरूले सांस्कृतिक असुरक्षा, सेवाहरूको उपलब्धताको बारेमा जागरूकताको अभाव, जातिवाद र भेदभाव, आदिका कारण पश्चिमी स्वास्थ्य सेवाहरू पहुँच गर्न अवरोधहरूको सामना गर्छन्। परिणाम स्वास्थ्य सेवा

प्रदायकहरूसँग विश्वासको अभाव र गलत सञ्चार हो, जसले खराब क्लिनिकल परिणामहरूमा योगदान पुऱ्याउँछ। [23]

उच्च आय भएका देशहरूमा सांस्कृतिक रूपमा विविध जनसंख्याको हेरचाहमा वर्तमान चुनौतीहरूको अन्वेषण गरिएको छ र सम्भावित समाधानहरू तल प्रस्तुत गरिएका छन्।

वर्तमान चुनौतीहरू

सञ्चार र सांस्कृतिक अवरोधहरू

संचार अवरोधहरूले सांस्कृतिक रूपमा विविध व्यक्तिहरूको हेरचाहलाई असर गर्छ किनकि सांस्कृतिक रूपमा विविध बिरामीहरू र स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरू बीच प्रायः भाषा भिन्नताहरू हुन्छन्। यी बिरामीहरूको पीडा अनुभवहरू पूर्ण रूपमा बुझ्न स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूको असमर्थताले कम-अनुकूल र कम-मूल्यको हेरचाह निम्त्याउँछ।[24]

बिरामीहरूको लागि महत्त्वपूर्ण सांस्कृतिक रूपमा विशिष्ट पीडा अभिव्यक्तिहरू खारेज हुन सक्छन्, जसले गर्दा हेरचाहमा असन्तुष्टि हुन्छ। नाइजेरियाको इग्बो संस्कृतिमा, डिप्रेसनको लागि कुनै प्रत्यक्ष शब्द छैन, र पुरानो ढाड दुखाइ भएका व्यक्तिहरूले प्रायः आफ्नो डिप्रेसनको व्याख्या गर्न "थकान" शब्द प्रयोग गर्छन्, जसले सामना गर्ने रणनीतिहरूलाई प्रभाव पार्न सक्छ।[25-30] कोरियाली संस्कृतिमा, भावनात्मक अवस्थाहरू व्याख्या गर्न सोमाटिक शब्दहरूको प्रयोगले भावनात्मक शब्दहरू प्रयोग गर्नुको तुलनामा बढी सहानुभूति जगाउँछ, जसले सोमाटाइजेसनको केही सांस्कृतिक प्रभावलाई सुझाव दिन्छ।[31,32]

सांस्कृतिक रूपमा विविध बिरामीहरूको लागि धेरै मूल्याङ्कन उपकरणहरूको असंबद्धताले हेरचाहलाई असर गर्न सक्छ। उदाहरणका लागि, नेपाली भाषी मानिसहरूमा संख्यात्मक दुखाइ मूल्याङ्कन स्केलको उपयोगिताको कमी छ, जसमध्ये मौखिक र अनुहार मूल्याङ्कन विकल्पहरूको रूपमा प्राथमिकता दिइन्छ।[33] त्यसैगरी, पुरानो ढाड दुखाइ भएका ग्रामीण नाइजेरियाली बिरामीहरूमा दृश्य एनालग स्केलको

सीमित क्लिनिकल उपयोगिता छ।[25,34] धार्मिक, आध्यात्मिक, परम्परागत र सांस्कृतिक उपचार अभ्यासहरू पश्चिमी चिकित्सा दृष्टिकोणहरूसँग बाधा पुर्‍याउन सक्छन् ।[35] धेरै गैर-पश्चिमी संस्कृतिहरूमा क्लिनिकल निर्णय लिने कार्यमा पारिवारिक संलग्नता सामान्य छ, जसले आधुनिक चिकित्सा व्यवस्थापन र अन्ततः उपचार पालना र आत्म-व्यवस्थापनमा बाधा पुर्‍याउन सक्छ।

संरचनात्मक समस्याहरू

स्वास्थ्य सेवा पेशेवरहरूको सीमित सांस्कृतिक योग्यताले सांस्कृतिक रूपमा विविध जनसंख्याको लागि पीडा व्यवस्थापन सेवाहरूको सान्दर्भिकता र गुणस्तरलाई नकारात्मक रूपमा असर गर्छ।[36,37] धेरै उच्च आय भएका देशहरूमा सांस्कृतिक रूपमा विविध पृष्ठभूमिका चिकित्सकहरू प्रायः धेरै कम हुन्छन् जसले सांस्कृतिक रूपमा विविध समुदायहरूको सांस्कृतिक सन्दर्भहरू बुझ्छन्। अर्को प्रमुख समस्या भनेको उच्च आय भएका देशहरूमा क्लिनिकल अनुसन्धान र परीक्षणहरूमा सांस्कृतिक रूपमा विविध जनसंख्याको समावेशीकरणको अभाव हो; त्यसैले, हालका प्रमाणहरू यी व्यक्तिहरूमा लागू हुँदैनन्।[38] यसले चिकित्सकहरूलाई यस जनसंख्यामा हस्तक्षेप उपयुक्तता, स्वीकार्यता, प्रभावकारिता र सुरक्षाको सीमित बुझाइ दिन्छ, जसले गर्दा उप-अनुकूल उपचार र नयाँ हस्तक्षेपहरूमा पहुँच कम वा ढिलाइ हुन्छ।

आगामी बाटो

अनिवार्य सांस्कृतिक क्षमता प्रशिक्षण

सांस्कृतिक रूपमा विविध जनसंख्याको प्रभावकारी मूल्याङ्कन र व्यवस्थापनमा सबै दुखाइ चिकित्सकहरूको लागि अनिवार्य सांस्कृतिक दक्षता आवश्यक छ।[39]न्यूजील्याण्ड र अष्ट्रेलिया जस्ता केही देशहरूले स्वास्थ्य व्यावसायिक इजाजतपत्र प्राप्त गर्न र कायम राख्नको लागि आवश्यकताको रूपमा सांस्कृतिक दक्षता प्रशिक्षण आवश्यक पर्दछ। तालिममा अन्तर-सांस्कृतिक सञ्चार सीपहरू विकास गर्न,

क्लिनिकल परामर्शमा चिकित्सा दोभाषेहरूको प्रभावकारी एकीकरण, र संस्कृतिहरू भित्र व्यक्तिगत भिन्नताहरूलाई स्वीकार गर्दै, सांस्कृतिक रूपमा विविध जनसंख्या बीच दुखाइ अभिव्यक्ति र सामना गर्ने संयन्त्रहरूमा सांस्कृतिक भिन्नताहरूको बुझाइ आवश्यक छ। यसले सुधारिएको सञ्चार, विश्वास, उपचार पालना, र क्लिनिकल परिणामहरू निम्त्याउन सक्छ। हामी सांस्कृतिक योग्यता प्रशिक्षणको व्यवस्थित, व्यावहारिक र अनुभवात्मक मूल्याङ्कन सुझाव दिन्छौं, जसको प्रभाव सम्भावित अध्ययनहरूमा अनुसन्धान गर्न सकिन्छ, टिक-बक्स अभ्यासको सट्टा जहाँ चिकित्सकहरू, उदाहरणका लागि, इजाजतपत्र प्राप्त गर्न बहु-विकल्प प्रश्नहरू पूरा गर्छन्।

सांस्कृतिक रूपमा विविध चिकित्सकहरूलाई तालिम दिएर कार्यबल विकास

आफ्ना बिरामीहरूको भाषा बोल्ने र उनीहरूको सांस्कृतिक सन्दर्भ बुझ्ने सांस्कृतिक रूपमा विविध चिकित्सकहरूको संख्या बढाउनाले सांस्कृतिक रूपमा विविध जनसंख्याको लागि चिकित्सीय गठबन्धन र उपचार परिणामहरू सुधार गर्न सक्छ [39]। बिरामीहरू र दुखाइ चिकित्सकहरू बीचको जातीय र जातीय मेलमिलापले सञ्चार र स्वास्थ्य परिणामहरूमा सुधार गर्छ।

सांस्कृतिक रूपमा विविध व्यक्तिहरूको हेरचाहको उपयुक्तता सुनिश्चित गर्न सामुदायिक संलग्नता

चिकित्सक र अनुसन्धानकर्ताहरूले क्लिनिकल अभ्यासमा सांस्कृतिक रूपमा उपयुक्त, भरपर्दो, र वैध परिणाम उपायहरू प्रयोग गर्न आवश्यक छ।[40,41] अनुहार मूल्याङ्कन स्केल र मौखिक मूल्याङ्कन स्केलहरू प्राथमिकता दिइन्छ र केही गैर-पश्चिमी संस्कृतिहरूमा, विशेष गरी वृद्ध वयस्कहरू र सीमित शिक्षा भएकाहरूमा संख्यात्मक मूल्याङ्कन स्केल र दृश्य एनालग स्केलहरू भन्दा कम त्रुटिहरूसँग सम्बन्धित छन्।[25,33] शिक्षा स्वीकार्य र प्रभावकारी हुन सक्छ जब सांस्कृतिक रूपमा विविध

समुदायहरूसँग सह-विकास गरिन्छ, किनकि सन्देशहरू सान्दर्भिक र सम्बन्धित हुनेछन् ।[42] सांस्कृतिक संवेदनशीलता बढाउन प्रभावकारी र सुरक्षित परम्परागत चिकित्सीय अभ्यासहरूलाई पीडा व्यवस्थापन सेवाहरूमा समावेश गर्न सकिन्छ।[27,28]

नीति विवेचना

सांस्कृतिक रूपमा विविध समुदायहरूको हेरचाह सुधार गर्न राष्ट्रिय र संस्थागत स्तरमा समान, उच्च-मूल्यवान, सांस्कृतिक रूपमा संवेदनशील क्लिनिकल हेरचाहलाई समर्थन गर्नु र गैर-प्रमाण-आधारित, कम-मूल्यवान हेरचाहलाई निरुत्साहित गर्नु महत्त्वपूर्ण छ। सांस्कृतिक रूपमा विविध समुदायहरू बीच दुखाइ र आत्म-व्यवस्थापनको गहिरो बुझाइलाई बढावा दिन धेरै भाषाहरूमा दुखाइ शैक्षिक स्रोतहरूको सह-विकासले उनीहरूलाई सशक्त बनाउन सक्छ र दुखाइ आत्म-व्यवस्थापन सुधार गर्न मद्दत गर्न सक्छ। यी जनसंख्याहरूको हेरचाह सुधार गर्न कोष योजनाहरूमा सांस्कृतिक रूपमा विविध जनसंख्यामा अनुसन्धान एजेन्डाहरू समावेश गर्नु प्राथमिकता हुनुपर्छ। महत्वपूर्ण अनुसन्धान प्रश्नहरू बिरामी-रिपोर्ट गरिएको परिणाम उपायहरूको सांस्कृतिक अनुकूलन, प्रमाण, सिद्धान्त र सन्दर्भलाई स्वीकार गर्ने सांस्कृतिक रूपमा उपयुक्त पीडा हस्तक्षेपहरूको सह-डिजाइन र परीक्षण हुन सक्छ।[43,44]

निष्कर्ष

उच्च आय भएका देशहरूमा सांस्कृतिक रूपमा विविध जनसंख्याको हेरचाह सुधार गर्न नीति निर्माताहरू, स्वास्थ्य पेशेवरहरू, अनुसन्धानकर्ताहरू, स्वास्थ्य सेवा प्रणालीहरू र समुदायहरूलाई समावेश गर्ने व्यापक, प्रमाण-आधारित, बहुआयामिक र बहुस्तरीय दृष्टिकोणहरू आवश्यक छन्। यो एक दिशाहीन दृष्टिकोण होइन, तर विभिन्न संस्कृतिहरूले पीडा अनुभव गर्ने, व्यक्त गर्ने र व्यवस्थापन गर्ने विविध तरिकाहरूलाई पहिचान गरेर र सम्मान गरेर एकअर्काबाट सिक्नको लागि तार्किक र आवश्यक मार्ग हो।

References

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. 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. 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 Surgery–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

Translated by:

Dr. Sunil Shrestha, Department of Research and Academics, Kathmandu Cancer Center, Bhaktapur, Province Bagmati, Nepal. Email ID: sunilcresta@gmail.com

Mr. Ajaya Acharya, Department of Pharmacy, Kathmandu University, Dhulikhel, Kavre, Nepal