



குறைந்த மற்றும் நடுத்தர வருமான அமைப்புகளில் வலி மேலாண்மை சேவைகளை அமைத்தல்.

எழுத்தாளர்கள்:

- Mary Suma Cardosa, MD, Hospital Canselor Tuanku Muhriz UKM, Malaysia
- Fiona Blyth, MD, University of Sydney, Australia
- Mulugeta Bayisa Chala, PhD, Lawson Research Institute St. Joseph's Health Care London, Canada
- Quyen Van Than, MD, Pain Clinic, Hospital 199, Department of Anesthesiology, Vietnam

பின்னணி

குறைந்த மற்றும் நடுத்தர வருமான அமைப்புகளில் வலி மேலாண்மை சேவைகளின் தேவை:

அனைத்து வகையான வலிகளும் - குறைந்தகால, நாள்பட்ட மற்றும் புற்றுநோய் வலி - உலகளவில் குறைவாகவே சிகிச்சையளிக்கப்படுகின்றன.⁹ உலகளாவிய நோய் சுமை (Global Burden of Disease) தரவுகள் கீழ் முதுகு வலி மற்றும் பிற வலி தொடர்புடைய நிலைகளில் உயர் உயிரிழப்பில்லா நோய் சுமை உள்ளதைக் காட்டுகின்றன.¹² குறைந்த மற்றும் நடுத்தர வருமான நாடுகளில் இந்த சுமை உயர் வருமான நாடுகளின் நிலைக்கு ஒத்ததாக உள்ளது; சில சூழல்களில், மக்கள் வயதானதால் வலி சுமை எதிர்காலத்தில் அதிகரிக்கும் என எதிர்பார்க்கப்படுகிறது. மேலும், சில குறைந்த மற்றும் நடுத்தர வருமான நாடுகளில் வலியின் அதிகரித்த நோயறிதல் மற்றும் குறைந்த விளைவுள்ள சிகிச்சைகள் போன்ற பிரச்சினைகள் இருக்கின்றன, இது வலியுடன் வாழும் மக்களுக்கு மேலதிக தீங்கு விளைவித்து, சுகாதார வளங்களை வீணாக்குகிறது.^{13,15} குறைந்த மற்றும் நடுத்தர வருமான நாடுகளில் வலி சேவைகள் மிகவும் குறைவாக கிடைப்பதால், இந்த சூழல்களில் செலவு குறைந்த, எளிய அணுகல் வாய்ந்த வலி சேவைகளை உருவாக்க அவசரத் தேவை உள்ளது.

வலி மேலாண்மை சேவைகளின் வகைகள்:

1. திடீர் வலி சேவை :இந்த சேவை பொதுவாக மருந்து மயக்க வல்லுநர்களால் (அனஸ்தீசியாலஜிஸ்ட்) இயக்கப்படுகிறது மற்றும் பெரும்பாலும் அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகு ஏற்படும் திடீர் வலிக்கு ஒதுக்கப்பட்டதாகும். இருப்பினும், சில நேரங்களில் இது செவிலியர் தலைமையில் செயல்பட்டு, மருந்து மயக்க வல்லுநர்களால் மேற்பார்வையிடப்படலாம்.
2. புற்றுநோய் வலி மேலாண்மை: பொதுவாக ஒரு வலி நிவாரண பராமரிப்பு சேவையின் ஒரு பகுதியாகும், இது ஒரு வலி நிபுணர், மயக்க மருந்து நிபுணர், புற்றுநோயியல் நிபுணர், மருத்துவர் அல்லது அறுவை சிகிச்சை நிபுணரால் நடத்தப்படலாம்.
3. வலி மருத்துவமனை: பொதுவாக நாள்பட்ட புற்றுநோய் அல்லாத வலி உள்ள நோயாளிகளைப் பார்க்கிறது, ஆனால் புற்றுநோய் வலி உள்ள வெளிநோயாளிகளையும் இதில் சேர்க்கலாம்; வலி மேலாண்மை மற்றும் பொருத்தமான பயிற்சியில் ஆர்வமுள்ள வலி நிபுணர் அல்லது எந்தவொரு சுகாதார நிபுணரால் நடத்தப்படுகிறது.

சிறந்த முறையில், அனைத்து வலி மேலாண்மை சேவைகளும் பலதுறை நிபுணர்கள் அடங்கிய அணியால் வழங்கப்படும் இடைதுறை சேவையாக இருக்க வேண்டும்.

அதாவது, “முகாமைத்துவம் மற்றும் சிகிச்சையில் இணைந்து செயல்படும் பலதுறை நிபுணர்கள் கொண்ட ஒரு குழுவால், உடல்-மன-சமூகக் கோட்பாடு மற்றும் பகிர்ந்த இலக்குகளைக் கொண்டு வழங்கப்படும் பலமுக அணுகுமுறையைக் கொண்ட சிகிச்சை” என்பதே குறிக்கோளாக இருக்க வேண்டும்.

குறிப்பு: IASP சொற்பொருள் விளக்கத்தில் ([IASP Terminology](#)) " பலமுக அணுகுமுறை" மற்றும் "பலதுறை நிபுணர்கள்" என்பதற்கான வரையறைகளை காணலாம்.

பல்துறை குழு அமைப்பு:

பல்துறை குழு பல துறைகளில் இருந்து மருத்துவர்களை (உதாரணமாக: அனஸ்தீசியாலஜி, வலி மருத்துவம், நியூராலஜி, நியூரோசர்ஜரி, ரியூமடாலஜி, மீட்பு மருத்துவம், அர்த்தோபீடிக்ஸ் போன்றவை), மருத்துவ மனவியலாளர்கள் அல்லது

மனவியல் நிபுணர்கள், உடற்கூறு சிகிச்சை நிபுணர்கள் (பிசியோதெரபிஸ்டுகள்), தொழில்முறை சிகிச்சை நிபுணர்கள் (ஒச்சபஷனல் தெரபிஸ்ட்ஸ்கல்), செவிலியர்கள், மருந்தாளர், மற்றும் பிற தொடர்புடைய சுகாதார வல்லுநர்கள் கொண்டிருக்க வேண்டும்.¹⁰ இருப்பினும், உண்மையில், மேற்கண்ட பல சுகாதார நிபுணர்கள் குழுக்கள் ஒரே துறைகளுக்கு இடையேயான குழுவில் பணிபுரிவது ஒருபுறம் இருக்க, கிடைக்காமல் போகலாம். இந்த பிரச்சினை பல குறைந்த மற்றும் நடுத்தர வருமான நாடுகளிலும், மற்றும் சில உயர் வருமான நாடுகளில், குறிப்பாக கிராமப்புற மற்றும் தொலைதூர பழங்குடி மக்களுடனான சூழல்களிலும் காணப்படுகிறது.

சவால்கள்

சுகாதார அமைப்புகள் மற்றும் கொள்கை:

வலி மேலாண்மை அரசாங்கங்களுக்கு முன்னுரிமை அல்ல பல அரசுகளின் நடவடிக்கைகளில் வலி மேலாண்மை முக்கியத்துவம் பெறவில்லை, மேலும் வலி பராமரிப்பு சேவைகளை ஆதரிக்கும் வளங்கள் குறைவாகவோ அல்லது இல்லாமலோ உள்ளன.² கூடுதலாக, ஓபியாய்டுகள் உள்ளிட்ட வலி மருந்துகளுக்கான அணுகல் குறைவாகவோ அல்லது இல்லாமலோ இருக்கலாம்., இந்த நிலைமை பெரும்பாலும் ஓபியாய்டு பக்க விளைவுகள் குறித்த அச்சங்களாலும், வலியை எவ்வாறு உணரப்படுகிறது மற்றும் நிர்வகிக்கப்படுகிறது என்பதைப் பாதிக்கும் கலாச்சார நம்பிக்கைகள் மற்றும் அணுகுமுறைகளாலும் அதிகரிக்கிறது.⁶

குறைந்த மற்றும் நடுத்தர வருமானம் கொண்ட நாடுகளில் வலி மேலாண்மைக்கு தேசிய கொள்கைகள் அல்லது நடவடிக்கைகள் பெரும்பாலும் இல்லை. வரையறுக்கப்பட்ட வள அமைப்புகளில் வலி சேவைகள் பெரும்பாலும் குறிப்பிட்ட வகையான வலி அல்லது தலையீடுகளுக்கு மட்டுப்படுத்தப்படுகின்றன மற்றும் ஒற்றை மருத்துவர்களால் நடத்தப்படுகின்றன, எ.கா., கடுமையான அறுவை சிகிச்சைக்குப் பின் வலிக்கான வலி நிவாரணம், நோய்த்தடுப்பு பராமரிப்பு சேவைகள் மூலம் புற்றுநோய் வலி மேலாண்மை, நரம்புத் தொகுதிகள் மற்றும் பிற தலையீடுகள்.⁴

வரையறுக்கப்பட்ட வளங்கள்:

குறைந்த மற்றும் நடுத்தர வருமான நாடுகளில் நிதி, இடம், மற்றும் பணியாளர் வளங்கள் பொதுவாக குறைவு; மேலும், பல சுகாதார வல்லுநர்கள் பல்வேறு பங்களிப்புகளை மேற்கொள்கின்றனர். எனவே, வலி சேவையை அமைப்பது அவர்களது “முக்கிய” பணிகளுக்கு மேலாக செய்ய வேண்டியதாக இருக்கும்.

மேலும், அடிப்படை மாறுபட்ட துறைகள் கொண்ட குழுவின் குறிப்பிட்ட உறுப்பினர்கள், உதாரணமாக மருத்துவ மனவியலாளர்கள், குறிப்பாக வலி மேலாண்மையில் உரிய பயிற்சி மற்றும் அனுபவம் கொண்டவர்கள், பல குறைந்த மற்றும் நடுத்தர வருமான நாடுகளில் இல்லாமலும் அல்லது குறைவாக இருக்கலாம்.⁵

வலி மேலாண்மையில் உயிரணு-மனவியல்-சமூக மாதிரியின் குறைவான பயன்பாடு:

இதன் காரணம், வலியின் உயிரணுக்கான, மனவியல் மற்றும் சமூக புரிதல் பற்றிய அறிவின்மையும், குறிப்பாக நீண்டகால, புற்றுநோய் சாரா வலிக்கு தேவையான பரப்பளவு துறைகளுக்கான திறன்களின் பற்றிய குறைவுமாகும். மேலும், சுகாதார வல்லுநர்கள் இந்த குறைவான அறிமுகமான பராமரிப்பு மாதிரியை வழக்கமான மருத்துவ சூழல்களில் நடைமுறைப்படுத்த தேவையான திறன்களைப் பெறாமல் இருக்கலாம். எனவே, சிகிச்சை முறைகள் நிர்வகிக்கப்பட்ட உடற்கூறுகளுக்கான பயிற்சி, மருந்துகள், மற்றும் வலி குறைப்புத் தொடர்களில் (உதாரணமாக நர்வ் பிளாக், எபிட்யூரல் ஸ்டிராய்டுகள்) கவனம் செலுத்துகின்றன. இவை திடீர் வலி மற்றும் சில வகையான புற்றுநோய் வலிக்கு பொருத்தமாக இருக்கக்கூடும், ஆனால் நீண்டகால புற்றுநோய் சாரா வலிக்கு பயனற்றவையாக, கெடு விளைவுகளை ஏற்படுத்தக்கூடும்; மேலும், பல வலியுடன் கூடிய நோயாளிகளுக்கு மிகுந்த வளங்களை வீணாக்கும் சிகிச்சைகளாக மாறும்.¹ மாறாக, பல ஆய்வுகள் துறைகள் மாறுபட்ட குழுவினால் வழங்கப்படும் உயிரணு-மனவியல்-சமூக அணுகுமுறை மிகுந்த பயனுள்ளதென காட்டியுள்ளது.⁷

தீர்வுகள்

பரப்புரை மற்றும் ஆதரவு:

வலியின் தொடர்புடைய நிலைமைகளிலிருந்து வரும் அதிக மரணமற்ற நோய் சுமையை, உலகளாவிய நோய் சுமையிலிருந்து ([Global Burden of Disease](#)) தரவைப் பயன்படுத்தி முன்வைப்பதன் மூலம் வலி சேவைகளுக்கான வள ஒதுக்கீட்டிற்கான

பரப்புரையை ஆதரிக்க முடியும். கூடுதலாக, உள்ளூர் மட்டத்தில் நல்ல வலி நிர்வாகத்தின் தாக்கத்தை நிரூபிப்பது (எ.கா., நல்ல கடுமையான வலி மேலாண்மையுடன் அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிந்தைய சிக்கல்களைக் குறைத்தல், நாள்பட்ட வலி உள்ள நோயாளிகள் வேலைக்கு விரைவாகத் திரும்புதல்) முக்கியமானது, மேலும் நோயாளிகளின் (வாழ்க்கை அனுபவமுள்ளவர்கள்) குரல்கள் மிகவும் சக்திவாய்ந்ததாக இருக்கும். சுகாதாரக் கொள்கையில் மாற்றங்களுக்காக அரசாங்க மட்டங்களில் பரப்புரை செய்வதும் மதிப்புக்குரியது, எ.கா., வலி மேலாண்மை குறித்த தேசியக் கொள்கையை நிறுவுவதற்கு வாதிடுவது, பிற நாடுகளின் அத்தகைய கொள்கைகளின் எடுத்துக்காட்டுகளைப் பயன்படுத்தி^{3,11} குறைந்த மற்றும் நடுத்தர வருமான அமைப்புகளுக்கு ஏற்றவாறு. கிடைக்கக்கூடிய நிதி பயனுள்ள தலையீடுகளை (அதிக மதிப்புள்ள பராமரிப்பு) நோக்கி இயக்கப்படுவதையும், வரையறுக்கப்பட்ட விளைவுகளைக் கொண்ட தலையீடுகளில் (குறைந்த மதிப்புள்ள பராமரிப்பு) வீணாக்கப்படுவதையும் உறுதிசெய்ய சுகாதார நிர்வாகிகளுக்கும் கல்வி கற்பிக்கப்பட வேண்டும்.¹³

பயிற்சி மற்றும் கல்வி:

குறைந்த மற்றும் நடுத்தர வருமான நாடுகளில் வலி சேவைகளை வெற்றிகரமாக அமைத்த முன்னோடி மருத்துவர்கள், தங்கள் அனுபவங்களை பகிர்வதில் ஆர்வமுள்ள, நிலைத்திருக்கும் மற்றும் புதுமைசாலி “முன்னோடிகள்” ஆகியவர்கள்.⁵ மற்ற துறைகளில் உள்ள சகமருத்துவர்கள் மற்றும் சுகாதார வல்லுநர்களிடமிருந்து ஆதரவு பெறுவதும் பயனுள்ளதாக இருக்கிறது. வளங்கள் குறைவாக உள்ளபோது, மற்றும் வலி மேலாண்மை பணியின் முக்கிய கூறாக இருக்கும் போது, அந்த சூழலில் பணிபுரியும் சுகாதாரப் பணியாளர்களுக்கான தொடர்புடைய பயிற்சி மற்றும் கல்வி வாய்ப்புகளை உருவாக்குவது அவசியமாகும். இதில் வலியின் உயிரணுக்கான, மனவியல் மற்றும் சமூக மாதிரி பற்றிய அறிவும், வலியின் வேறு வகைகளுக்கான ஆதாரபூர்வ சிகிச்சைகளை நடைமுறைப்படுத்தும் திறனும் அடங்கும். மருந்துகள், இயக்கம் மற்றும் செயல்திறனை நோக்கித்தேக்கி உருவாக்கப்பட்ட சிகிச்சைகள், மற்றும் செயல்பாட்டுக் கையாளும் வலி மேலாண்மை முறைகள் ஆகியவை இந்த சூழலில் பணிபுரியும் அனைவரின் பயிற்சியில் முக்கிய கூறுகள் ஆகும். இதில் வலி மருத்துவ நிலையங்களில் பணிபுரியும் அனைத்து சுகாதாரப் பணியாளர்களின் பல்திறன் வளர்ச்சி அடங்கும்; உதாரணமாக, மனவியலாளர்கள் அல்லாதோர்

மூளை சார்ந்த அணுகுமுறைகள் பற்றிய கல்வியை நோயாளிகளுக்கு வழங்குதல் போன்றவை.⁴

சமூக அடிப்படையிலான வலி மேலாண்மை:

குறைந்த மற்றும் நடுத்தர வருமான அமைப்புகளில் வலி சேவைகளை அணுகுவதில் அதிகரித்து வரும் ஏற்றத்தாழ்வுகளை நிவர்த்தி செய்வதற்கான ஒருங்கிணைந்த திட்டத்தின் ஒரு பகுதியாக சமூக அடிப்படையிலான வலி மேலாண்மை மிக முக்கியமானது. அமைப்புகளில் வழங்கப்படும் வலி மேலாண்மை சேவைகள் விலை உயர்தவையாக இருக்கின்றன, மேலும் வளக் குறைந்த சூழல்களில் பலருக்கும் அணுக முடியாதவையாக இருக்கின்றன^{4,14} சமூக அடிப்படையிலான வலி மேலாண்மை செலவு குறைந்ததாகும், ஆரம்பகால தலையீட்டை வளர்க்கிறது, பராமரிப்பின் தொடர்ச்சியை மேம்படுத்துவதற்கான வாய்ப்புகளை வழங்குகிறது, மேலும் மக்கள் வாழும் இடத்திற்கு அருகிலுள்ள அமைப்புகளில் வலி மேலாண்மை விருப்பங்களை அனுமதிப்பதால், வலி மற்றும் அவர்களின் சமூகங்களின் வாழ்க்கை அனுபவத்தை அவர்களுக்கு வழங்குகிறது. எனவே, வலி மேலாண்மை சேவைகளை பரவலாக்குவதும், அவற்றை சமூகம் மற்றும் முதன்மை பராமரிப்பு அமைப்புகளில் ஒருங்கிணைப்பதும், வளங்கள் குறைவாக உள்ள சுகாதார அமைப்புகளில் முன்னுரிமை அளிக்கப்பட வேண்டும். இந்த அணுகுமுறை, குறைந்த சேவை பெறும் மக்களுக்கு (எ.கா., கிராமப்புற மற்றும் தொலைதூர சமூகங்கள்) பராமரிப்பை விரிவுபடுத்துவதற்கு, தற்போதுள்ள உள்ளூர் வளங்கள் மற்றும் சுகாதார கட்டமைப்புகளைப் பயன்படுத்துகிறது. எனவே, குறைந்த மற்றும் நடுத்தர வருமான அமைப்புகளில் உள்ள சுகாதார அமைப்புகள், சமூக சுகாதார ஊழியர்கள் போன்ற தற்போதுள்ள பணியாளர்களை வலி மதிப்பீடு மற்றும் பரிந்துரைகள் உள்ளிட்ட அத்தியாவசிய வலி மேலாண்மையில் பயன்படுத்த உத்திகளை புதுமைப்படுத்த வேண்டும். சமூக அடிப்படையிலான வலி மேலாண்மை அணுகுமுறைகளில் முதலீடு, குறைந்த மற்றும் நடுத்தர வருமான அமைப்புகளில் அதிகரித்து வரும் வலி நிலைமைகளின் சுமையை நிவர்த்தி செய்வதற்கான மாற்று தீர்வுகளை வழங்குகிறது. சமூக அடிப்படையிலான வலி மேலாண்மை அணுகுமுறை, உலகளாவிய சுகாதார பாதுகாப்பு மற்றும் சுகாதார சேவைகளுக்கான சமமான அணுகலை ஊக்குவிப்பதற்கான உலகளாவிய முயற்சிகளுடன் ஒத்துப்போகிறது.⁸

வெற்றிக்கான நடைமுறை குறிப்புகள்:

குறைந்த மற்றும் நடுத்தர வருமான அமைப்புகளில் அமைக்கப்பட்ட வெற்றிகரமான இடைநிலை வலி சேவைகளின் எடுத்துக்காட்டுகள் IASP பல்துறை வலி மைய கையேட்டின் அத்தியாயம் 5 இல் கிடைக்கின்றன.¹⁰

குறைந்த வள அமைப்புகளில் வலி நிவாரண சேவைகளை அமைக்க விரும்புவோருக்கு சில நடைமுறை குறிப்புகள்:

1. **பயிற்சி அவசியம்:** வலி சேவைகளை அமைக்க விரும்புவோர், குழுவில் உள்ள பல்வேறு சிறப்பு நிபுணர்களின் பங்கைப் பாராட்டவும், வலி மேலாண்மைக்கான விரிவான அணுகுமுறையை வலியுறுத்தவும் உயிரியல்-உளவியல் சமூக மாதிரியின் அடிப்படையில் சில அடிப்படைப் பயிற்சியைப் பெற வேண்டும்.
2. **விடாமுயற்சியும் உறுதியும் முக்கியம்:** பல குறைந்த மற்றும் நடுத்தர வருமான அமைப்புகளில், வலி மேலாண்மை பாரம்பரியமாக ஒற்றை-முறை சிகிச்சைகளை நம்பியுள்ளது. பலதரப்பட்ட அணுகுமுறைக்கு மாறுவது ஒரு கலாச்சார மாற்றமாக இருக்கலாம், மேலும் இந்த செயல்முறை வெற்றிபெற குறிப்பிடத்தக்க நேரமும் முயற்சியும் தேவைப்படுகிறது.
3. **ஒரு குழு இருப்பது மிக முக்கியம்:** நாள்பட்ட வலியின் பன்முகத்தன்மை காரணமாக, அதன் மேலாண்மைக்கு பல்வேறு சிறப்பு நிபுணர்களின் பங்களிப்புகள் தேவை. மேலும், பல்துறை வலி நிவாரண சேவையை அமைப்பதற்கு அதிக நேரமும் முயற்சியும் தேவைப்படுகிறது, இது ஒரு தனி நபரால் செய்ய முடியாது. நீங்கள் என்ன செய்கிறீர்கள் என்பதை சக ஊழியர்களுடன் பகிர்ந்து கொள்வதன் மூலம் குழுவை உருவாக்கத் தொடங்குங்கள், மேலும் அவர்கள் என்ன எதிர்பார்க்கலாம், எவ்வாறு பங்களிக்க முடியும் என்பது பற்றிய நல்ல புரிதலுடன் உங்களிடம் வரட்டும்.
4. **வழிகாட்டுதலும் ஆதரவும் தேவை:** பல குறைந்த மற்றும் நடுத்தர வருமான அமைப்புகளில், வலி மேலாண்மை இன்னும் ஒரு சிறப்பு மருத்துவத் துறையாக அங்கீகரிக்கப்படவில்லை, இடைதுறை சேவையாக இருப்பது பற்றிய எண்ணமே இல்லாத நிலை உள்ளது. அத்தகைய சேவையை செயல்படுத்துவதற்கு கொள்கை மாற்றங்கள் தேவைப்படலாம். எனவே, உள்ளூர் மற்றும் சர்வதேச செல்வாக்குள்ள நபர்களை அணுகுவது உங்கள் நோக்கத்திற்காக வாதிடுவதற்கும் உங்கள் முயற்சிகளைப் பெருக்குவதற்கும் மிக முக்கியமானது.

குறிப்புகள்

1. Anderson DB, Shaheed CA. Medications for Treating Low Back Pain in Adults. Evidence for the Use of Paracetamol, Opioids, Nonsteroidal Anti-inflammatories, Muscle Relaxants, Antibiotics, and Antidepressants: An Overview for Musculoskeletal Clinicians. *Orthop Sports Phys Ther* 2022;52(7):425-431. doi: [10.2519/jospt.2022.10788](https://doi.org/10.2519/jospt.2022.10788)
2. Briggs AM, Jordan JE, Sharma S, Young JJ, Chua J, Foster HE, Haq SA, Huckel Schneider C, Jain A, Joshipura M, Kalla AA. Context and priorities for health systems strengthening for pain and disability in low-and middle-income countries: a secondary qualitative study and content analysis of health policies. *Health policy and planning*. 2023 Mar 1;38(2):129-49.
3. Canadian Pain Task Force: An Action Plan for Pain in Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2021-rapport/report-rapport-2021-eng.pdf>. Accessed 30 Jan 2025.
4. Cardoso MS. Promoting multidisciplinary pain management in low- and middle-income countries- challenges and achievements. *Pain*. 2024 Nov 1;165(11S):S39-S49. doi: [10.1097/j.pain.0000000000003369](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003369). PMID: 39560414.
5. Chaudakshetrin P, Cardoso MS, Goh CR, Javier FO, Musba T, Prateepavanich P, Que JC, Tanra H, Vijayan R, Yeo SN. Establishment of multidisciplinary pain management clinics and training programs in the developing world: experiences from Southeast Asia. *PAIN* 2020;161:S87–94
6. International Association for the Study of Pain. Guide to pain management in a low resource setting, Nilesh BP, Andreas K, editors, 2009. Available at: <https://www.iasp-pain.org/publications/free-ebooks/guide-to-pain-management-in-low-resource-settings/>. Accessed 30 Jan 2025.
7. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJEM, Ostelo RWJG, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2015;350: h444. doi: [10.1136/bmj.h444](https://doi.org/10.1136/bmj.h444)
8. Knaul, F. M., Bhadelia, A., Ornelas, H. A., de Lima, L., & Madrigal, M. D. R. S. (2015). Closing the pain divide: the quest for effective universal health coverage. *The Lancet Global Health*, 3, S35. doi: [10.1016/S2214-109X\(15\)70154-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70154-3)
9. Morriss WW, Roques CJ. Pain management in low- and middle-income countries. *BJA Educ*. 2018 Sep;18(9):265-270. doi: [10.1016/j.bjae.2018.05.006](https://doi.org/10.1016/j.bjae.2018.05.006). Epub 2018 Jul 14. PMID: 33456843; PMCID: PMC7807826.
10. Multidisciplinary Pain Center Toolkit. Available at: <https://www.iasp-pain.org/resources/toolkits/pain-management-center/>. Accessed 30 Jan 2025.

11. Pain Australia National Strategic Action Plan for Pain Management
<https://www.painaustralia.org.au/static/uploads/files/national-pain-strategy-2011-wfvjawttsanq.pdf>.
Accessed 30 Jan2025.
12. Rice ASC, Smith BH, Blyth FM. Pain and the global burden of disease. *Pain*. 2016 Apr;157(4):791-796. doi: [10.1097/j.pain.0000000000000454](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000454). PMID: 26670465.
13. Sharma S, Pathak A, Parker R, Costa LO, Ghai B, Igwesi-Chidobe C, Janwantanakul P, de Jesus-Moraleida FR, Chala MB, Pourahmadi M, Briggs AM. 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. *journal of orthopaedic & sports physical therapy*. 2024 Aug;54(8):560-72. doi: [10.2519/jospt.2024.12406](https://doi.org/10.2519/jospt.2024.12406)
14. Walters, JL, Jackson T, Byrne D, McQueen K. (2016). Postsurgical pain in low-and middle-income countries. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 116(2), 153-155. doi: [10.1093/bja/aev449](https://doi.org/10.1093/bja/aev449)
15. Albarqouni L, Arab-Zozani M, Abukmail E, et al. Overdiagnosis and overuse of diagnostic and screening tests in low-income and middleincome countries: a scoping review. *BMJ Global Health* 2022;7:e008696. doi:10.1136/bmjgh-2022-008696

This factsheet has been translated into Tamil by Ms. Sriveni P T, former Master of Physiotherapy student, Manipal College of Health Professions, MAHE, Manipal, India.