



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

FACT SHEET

அதிக வருமானம் கொண்ட நாடுகளில் கலாச்சார ரீதியாக மாறுபட்ட மக்கள்தொகைக்கான வலி பராமரிப்பை மேம்படுத்துதல்

- **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

கலாச்சார ரீதியாக மாறுபட்ட மக்கள்தொகை, இந்த உண்மைத் தாளின் பின்னணியில், பழங்குடி மற்றும் பழங்குடி மக்கள், புலம்பெயர்ந்த சமூகங்கள், அகதிகள் மற்றும் மத சமூகங்களைக் குறிக்கிறது. உலகளவில், 150 மில்லியனுக்கும் அதிகமான சர்வதேச புலம்பெயர்ந்த தொழிலாளர்கள் உள்ளனர், அவர்களின் முக்கிய இடங்கள் வட அமெரிக்கா, வடக்கு, தெற்கு மற்றும் மேற்கு ஐரோப்பா மற்றும் மத்திய கிழக்கில் அதிக வருமானம் கொண்ட நாடுகளாகும்.^[1,2] இந்த மக்கள்தொகையில் 11.5 மில்லியன் வீட்டுப் பணியாளர்கள் உள்ளனர், அவர்களில் பெரும்பான்மையானவர்கள் பெண்கள்.^[3] ஆசிய பசிபிக் பிராந்தியத்தில், அனைத்து இடப்பெயர்வுகளில் மூன்றில் இரண்டு பங்கு பிராந்தியங்களுக்கிடையேயான அளவில் நிகழ்கிறது மற்றும் 20 ஆம்

நூற்றாண்டின் பிற்பகுதியில் இருந்து சீராக அதிகரித்து வருகிறது, இது 2019 இல் 65 மில்லியனை எட்டியது.^[4,5]

கலாச்சார ரீதியாக மாறுபட்ட மக்கள்தொகைக்கான கவனிப்பு, குறிப்பாக அதிக வருமானம் கொண்ட நாடுகளில், அவர்கள் நோயின் அதிக சுமையைக் கொண்டுள்ளனர் மற்றும் சிகிச்சைக்கு அணுக முடியாதது, சமமற்றது, கலாச்சார ரீதியாக பொருத்தமற்ற அல்லது பயனற்ற சிகிச்சைகள் மற்றும் மோசமான மருத்துவ விளைவுகள் உள்ளிட்ட மிகப்பெரிய சுகாதார ஏற்றத்தாழ்வுகளை அனுபவிக்கின்றனர்.^[6-11] புலம்பெயர்ந்த தொழிலாளர் மக்களின் சுகாதாரத் தேவைகள் மற்றும் நல்வாழ்வு புறக்கணிக்கப்பட்ட பொது சுகாதார கவலையாக உள்ளது, மேலும் இந்த குழுவில் நாள்பட்ட வலி குறித்து சில தரவுகள் உள்ளன.^[5,12] கலாச்சார ரீதியாக மாறுபட்ட மக்களுக்கான கவனிப்பு "அனைவருக்கும் நல்ல ஆரோக்கியம் மற்றும் நல்வாழ்வு" என்ற நிலையான வளர்ச்சி இலக்கு 3 ஐ அடைய குறிப்பாக திட்டமிடப்பட்டு செயல்படுத்தப்பட வேண்டும்.

நாள்பட்ட வலி சுமை மற்றும் நாள்பட்ட வலி மேலாண்மை ஆகியவற்றில் உள்ள ஏற்றத்தாழ்வுகள் குறிப்பிடத்தக்கவை மற்றும் அதிக வருமானம் கொண்ட நாடுகளில் கலாச்சார ரீதியாக மாறுபட்ட மக்களுக்கு குறிப்பாக விகிதாசாரமற்றவை. உதாரணமாக, யுனெடெட் கிங்டமில் (இங்கிலாந்து), கறுப்பின மக்கள் பரவல், தீவிரம் மற்றும் செயல்பாட்டு வரம்புகள் ஆகியவற்றின் அடிப்படையில் நாள்பட்ட வலியின் மிகப்பெரிய சுமையைக் கொண்டுள்ளனர்.^[13] இங்கிலாந்து மற்றும் அமெரிக்காவில், தகவல் தொடர்பு தொடர்பான தடைகள், உகந்த சிகிச்சை பரிந்துரைகள் மற்றும் கலாச்சார ரீதியாக உணர்ச்சியற்ற கருவிகள் / தலையீடுகளின் பயன்பாடு காரணமாக கறுப்பின நோயாளிகள் மோசமான சிகிச்சை அனுபவங்களைப் புகாரளிக்க அதிக வாய்ப்புள்ளது.^[14-17] எடுத்துக்காட்டாக, கறுப்பின நோயாளிகளுக்கு குறைந்த வலி நிவாரணம் தேவை என்ற கருத்து குறிப்பாக அதிக வருமானம் கொண்ட நாடுகளில் உள்ள கறுப்பின நோயாளிகளுக்கு வலி மேலாண்மையில் சமத்துவமின்மைக்கு பங்களித்துள்ளது.^[18-21] பழங்குடி அல்லாத மக்களுடன் ஒப்பிடுகையில்,

உலகெங்கிலும் உள்ள பழங்குடி மக்கள் வலி நிலைமைகளை முடக்குவதற்கான அதிக பாதிப்பைக் கொண்டுள்ளனர் (எ.கா., குறைந்த முதுகுவலி), இது நல்வாழ்வு மற்றும் கலாச்சார அடையாளத்தை பாதிக்கிறது, மேலும் இது அயட்ரோஜெனிக் ஆக இருக்கலாம்.^[22,23] இருப்பினும் , கலாச்சார பாதுகாப்பின்மை, சேவைகள் கிடைப்பது குறித்த விழிப்புணர்வின்மை, இனவெறி மற்றும் பாகுபாடு போன்றவற்றின் காரணமாக அவர்கள் மேற்கத்திய சுகாதார சேவைகளை அணுகுவதில் தடைகளை எதிர்கொள்கின்றனர். இதன் விளைவாக சுகாதார வழங்குநர்களுடனான நம்பிக்கையின்மை மற்றும் தவறான தகவல்தொடர்பு ஆகியவை மோசமான மருத்துவ விளைவுகளுக்கு பங்களிக்கின்றன.^[23]

அதிக வருமானம் கொண்ட நாடுகளில் கலாச்சார ரீதியாக மாறுபட்ட மக்கள்தொகையின் பராமரிப்பில் தற்போதைய சவால்கள் ஆராயப்படுகின்றன மற்றும் சாத்தியமான தீர்வுகள் கீழே வழங்கப்படுகின்றன.

தற்போதைய சவால்கள்

தொடர்பாடல் மற்றும் கலாச்சார தடைகள்

கலாச்சார ரீதியாக மாறுபட்ட நோயாளிகள் மற்றும் சுகாதார வழங்குநர்களிடையே மொழி வேறுபாடுகள் பெரும்பாலும் இருப்பதால் தகவல்தொடர்பு தடைகள் கலாச்சார ரீதியாக மாறுபட்ட மக்களின் கவனிப்பை பாதிக்கின்றன. இந்த நோயாளிகளின் வலி அனுபவங்களை முழுமையாகப் புரிந்துகொள்ள சுகாதார வழங்குநர்களின் இயலாமை உகந்த மற்றும் குறைந்த மதிப்பு பராமரிப்புக்கு வழிவகுக்கிறது.^[24]

நோயாளிகளுக்கு முக்கியமான கலாச்சார ரீதியாக குறிப்பிட்ட வலி வெளிப்பாடுகள் நிராகரிக்கப்படலாம், இது கவனிப்பில் அதிருப்திக்கு வழிவகுக்கும். நைஜீரியாவின் இக்போ கலாச்சாரத்தில், மனச்சோர்வுக்கு நேரடி வார்த்தை எதுவும் இல்லை, மேலும் நாள்பட்ட குறைந்த முதுகுவலி உள்ளவர்கள் பெரும்பாலும் தங்கள் மனச்சோர்வை விளக்க "சோர்வு" என்ற வார்த்தையைப் பயன்படுத்துகிறார்கள், இது சமாளிக்கும் உத்திகளை பாதிக்கலாம்.^[25-30] கொரிய

கலாச்சாரத்தில், உணர்ச்சி நிலைகளை விளக்க உடல்ரீதியான சொற்களைப் பயன்படுத்துவது உணர்ச்சிச் சொற்களைப் பயன்படுத்துவதுடன் ஒப்பிடும்போது அதிக அனுதாபத்தைத் தூண்டுகிறது, இது சோமாட்டிசேஷனின் சில கலாச்சார செல்வாக்கைக் குறிக்கிறது.^[31,32]

கலாச்சார ரீதியாக மாறுபட்ட நோயாளிகளுக்கான பல மதிப்பீட்டு கருவிகளின் பொருத்தமின்மை சிகிச்சையை பாதிக்கலாம். உதாரணமாக, நேபாளி மொழி பேசும் மக்களிடையே எண் வலி மதிப்பீட்டு அளவுகோல்கள் பயன்பாடு இல்லை, அவர்களில் வாய்மொழி மற்றும் முகங்கள் மதிப்பீட்டு விருப்பங்களாக விரும்பப்படுகின்றன.^[33] இதேபோல், விஷுவல் அனலாக் அளவுகோல் நாள்பட்ட குறைந்த முதுகுவலி உள்ள கிராமப்புற நைஜீரிய நோயாளிகளிடையே மட்டுப்படுத்தப்பட்ட மருத்துவ பயன்பாட்டைக் கொண்டுள்ளது.^[25,34] மத, ஆன்மீக, பாரம்பரிய மற்றும் கலாச்சார குணப்படுத்தும் நடைமுறைகள் மேற்கத்திய மருத்துவ அணுகுமுறைகளுடன் முரண்படலாம்.^[35] மருத்துவ முடிவெடுப்பதில் குடும்பத்தின் ஈடுபாடு பல மேற்கத்திய அல்லாத கலாச்சாரங்களில் பொதுவானது, இது நவீன மருத்துவ மேலாண்மை மற்றும் இறுதியில் சிகிச்சை கடைப்பிடிப்பு மற்றும் சுய மேலாண்மைக்கு இடையூறாக இருக்கலாம்.

கட்டமைப்பு சிக்கல்கள்

சுகாதாரப் பராமரிப்பு நிபுணர்களின் வரையறுக்கப்பட்ட கலாச்சார திறன் கலாச்சார ரீதியாக மாறுபட்ட மக்களுக்கான வலி மேலாண்மை சேவைகளின் பொருத்தம் மற்றும் தரத்தை எதிர்மறையாக பாதிக்கிறது.^[36,37] பல உயர் வருமானம் கொண்ட நாடுகளில் கலாச்சார ரீதியாக மாறுபட்ட பின்னணியில் இருந்து கலாச்சார ரீதியாக மாறுபட்ட சமூகங்களின் கலாச்சார சூழல்களைப் புரிந்துகொள்ளும் மருத்துவர்கள் பெரும்பாலும் மிகக் குறைவு. மற்றொரு முக்கிய சிக்கல் என்னவென்றால், அதிக வருமானம் கொண்ட நாடுகளில் மருத்துவ ஆராய்ச்சி மற்றும் சோதனைகளில் கலாச்சார ரீதியாக மாறுபட்ட மக்கள்தொகையை சேர்க்காதது; எனவே, தற்போதைய சான்றுகள் இந்த நபர்களுக்கு அரிதாகவே பொருந்தும்.^[38] இது இந்த மக்கள்தொகையில்

தலையீட்டு பொருத்தம், ஏற்றுக்கொள்ளக்கூடியது, செயல்திறன் மற்றும் பாதுகாப்பு பற்றிய மட்டுப்படுத்தப்பட்ட புரிதலை மருத்துவர்களுக்கு விட்டுச் செல்கிறது, இது உகந்த சிகிச்சைக்கு வழிவகுக்கிறது மற்றும் புதிய தலையீடுகளுக்கான அணுகலைக் குறைக்கிறது அல்லது தாமதப்படுத்துகிறது.

முன்னோக்கி செல்லும் வழி

கட்டாய கலாச்சார தகுதி பயிற்சி

கலாச்சார ரீதியாக மாறுபட்ட மக்கள்தொகையின் பயனுள்ள மதிப்பீடு மற்றும் மேலாண்மையில் அனைத்து வலி மருத்துவர்களுக்கும் கட்டாய கலாச்சார திறன் அவசியம்.^[39] நியூசிலாந்து மற்றும் ஆஸ்திரேலியா போன்ற சில நாடுகளுக்கு சுகாதார தொழில்முறை உரிமத்தைப் பெறுவதற்கும் பராமரிப்பதற்கும் கலாச்சார திறன் பயிற்சி தேவைப்படுகிறது. பயிற்சி குறுக்கு-கலாச்சார தொடர்பு திறன்களை வளர்க்க வேண்டும், மருத்துவ ஆலோசனைகளில் மருத்துவ மொழிபெயர்ப்பாளர்களின் திறம்பட ஒருங்கிணைப்பு, மற்றும் கலாச்சார ரீதியாக மாறுபட்ட மக்களிடையே வலி வெளிப்பாடு மற்றும் சமாளிக்கும் வழிமுறைகளில் கலாச்சார மாறுபாடுகளைப் புரிந்துகொள்வது, அதே நேரத்தில் கலாச்சாரங்களுக்குள் தனிப்பட்ட வேறுபாடுகளை ஒப்புக்கொள்கிறது. இது மேம்பட்ட தகவல்தொடர்பு, நம்பிக்கை, சிகிச்சை பின்பற்றுதல் மற்றும் மருத்துவ விளைவுகளுக்கு வழிவகுக்கும். கலாச்சார திறன் பயிற்சியின் முறையான, நடைமுறை மற்றும் அனுபவ மதிப்பீட்டை நாங்கள் பரிந்துரைக்கிறோம், இதன் தாக்கத்தை வருங்கால ஆய்வுகளில் விசாரிக்க முடியும், உதாரணமாக, மருத்துவர்கள், உரிமம் பெறுவதற்காக பல தேர்வு கேள்விகளை முடிக்கும் ஒரு டிக்-பாக்ஸ் பயிற்சியை விட.

கலாச்சார ரீதியாக மாறுபட்ட மருத்துவர்களுக்கு பயிற்சி அளிப்பதன் மூலம் பணியாளர்களை வளர்த்தல்

தங்கள் நோயாளிகளின் மொழியைப் பேசும் மற்றும் அவர்களின் கலாச்சார சூழல்களைப் புரிந்துகொள்ளும் கலாச்சார ரீதியாக மாறுபட்ட மருத்துவர்களின்

எண்ணிக்கையை அதிகரிப்பது கலாச்சார ரீதியாக மாறுபட்ட மக்களுக்கான சிகிச்சை கூட்டணி மற்றும் சிகிச்சை விளைவுகளை மேம்படுத்த முடியும்.^[39] நோயாளிகளுக்கும் வலி மருத்துவர்களுக்கும் இடையிலான இன மற்றும் இன ஒத்திசைவு தகவல் தொடர்பு மற்றும் சுகாதார விளைவுகளை மேம்படுத்துகிறது.

கலாச்சார ரீதியாக பன்முகத்தன்மை கொண்ட மக்களுக்கு பொருத்தமான சிகிச்சையை உறுதி செய்ய சமூக ஈடுபாடு

மருத்துவர்கள் மற்றும் ஆராய்ச்சியாளர்கள் மருத்துவ நடைமுறையில் கலாச்சார ரீதியாக பொருத்தமான, நம்பகமான மற்றும் செல்லுபடியாகும் விளைவு நடவடிக்கைகளைப் பயன்படுத்த வேண்டும்.^[40,41] சில மேற்கத்திய அல்லாத கலாச்சாரங்களில், குறிப்பாக வயதானவர்கள் மற்றும் குறைந்த கல்வியைக் கொண்டவர்களில், எண் மதிப்பீட்டு அளவுகோல்கள் மற்றும் காட்சி அனலாக் அளவுகோல்களை விட முகங்கள் மதிப்பீட்டு அளவுகோல்கள் மற்றும் வாய்மொழி மதிப்பீட்டு அளவுகோல்கள் ஆகியவை விரும்பப்படுகின்றன மற்றும் குறைவான பிழைகளுடன் தொடர்புடையவை.^[25,33] கலாச்சார ரீதியாக மாறுபட்ட சமூகங்களுடன் இணைந்து வளர்ந்தால் கல்வி ஏற்றுக்கொள்ளக்கூடியதாகவும் பயனுள்ளதாகவும் இருக்கும், ஏனெனில் செய்திகள் பொருத்தமானதாகவும் தொடர்புடையதாகவும் இருக்கும்.⁴² கலாச்சார உணர்திறனை மேம்படுத்த வலி மேலாண்மை சேவைகளில் பயனுள்ள மற்றும் பாதுகாப்பான பாரம்பரிய சிகிச்சை முறைகளை இணைக்கலாம்.^[27,28]

கொள்கை பரிசீலனைகள்

தேசிய மற்றும் நிறுவன மட்டங்களில் சமமான, உயர் மதிப்பு, கலாச்சார உணர்திறன் மருத்துவ சிகிச்சையை ஆதரிப்பது மற்றும் சான்றுகள் அடிப்படையிலான, குறைந்த மதிப்பு சிகிச்சையை ஊக்கப்படுத்துவது கலாச்சார ரீதியாக மாறுபட்ட சமூகங்களுக்கான சிகிச்சையை மேம்படுத்த முக்கியமானது. கலாச்சார ரீதியாக மாறுபட்ட சமூகங்களிடையே வலி மற்றும் சுய மேலாண்மை பற்றிய ஆழமான புரிதலை ஊக்குவிக்க பல மொழிகளில் வலி கல்வி வளங்களை இணை உருவாக்குவது அவர்களுக்கு அதிகாரம் அளிக்கும்

மற்றும் வலி சுய நிர்வாகத்தை மேம்படுத்த உதவும். நிதித் திட்டங்களில் கலாச்சார ரீதியாக மாறுபட்ட மக்கள்தொகை குறித்த ஆராய்ச்சி நிகழ்ச்சி நிரல்களைச் சேர்ப்பது இந்த மக்களுக்கான சிகிச்சையை மேம்படுத்துவதற்கு முன்னுரிமையாக இருக்க வேண்டும். முக்கியமான ஆராய்ச்சி கேள்விகள் நோயாளி-அறிக்கையிடப்பட்ட விளைவு நடவடிக்கைகளின் கலாச்சார தழுவல், ஆதாரங்கள், கோட்பாடு மற்றும் சூழலை ஒப்புக்கொள்ளும் கலாச்சார ரீதியாக பொருத்தமான வலி தலையீடுகளின் இணை வடிவமைப்பு மற்றும் சோதனை ஆகியவற்றாக இருக்கலாம்.^[43,44]

முடிவு

அதிக வருமானம் கொண்ட நாடுகளில் கலாச்சார ரீதியாக மாறுபட்ட மக்களுக்கான சிகிச்சையை மேம்படுத்த கொள்கை வகுப்பாளர்கள், சுகாதார வல்லுநர்கள், ஆராய்ச்சியாளர்கள், சுகாதார அமைப்புகள் மற்றும் சமூகங்களை உள்ளடக்கிய விரிவான, சான்று அடிப்படையிலான, பன்முக அணுகுமுறைகள் தேவைப்படுகின்றன. இது ஒரு ஒருதிசை அணுகுமுறை அல்ல, ஆனால் வலியை அனுபவிப்பது, வெளிப்படுத்துவது மற்றும் நிர்வகிப்பது ஆகியவற்றின் பல்வேறு வழிகளை அங்கீகரித்து மதிப்பதன் மூலம் வெவ்வேறு கலாச்சாரங்கள் ஒருவருக்கொருவர் கற்றுக்கொள்ள ஒரு தர்க்கரீதியான மற்றும் தேவையான பாதை.

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>

This factsheet has been translated into Tamil by Mr. Vivekanandan G, former Master of Physiotherapy student, Manipal Academy of Higher Education, Manipal, India.