



उच्च-उत्पन्न असलेल्या देशांमध्ये सांस्कृतिकदृष्ट्या वैविध्यपूर्ण लोकसंख्येसाठी वेदना व्यवस्थापन सुधारणे

- चिनाँन्सो इग्वेसी-चिडोबे, पीएच.डी.: स्कूल ऑफ अलाइड हेल्थ प्रोफेशनल्स अँड मिडवायफरी, फॅकल्टी ऑफ हेल्थ स्टडीज, युनिव्हर्सिटी ऑफ ब्रॅडफर्ड, ब्रॅडफर्ड, युनायटेड किंगडम; ग्लोबल पॉप्युलेशन हेल्थ (जीपीएच) रिसर्च ग्रुप, युनिव्हर्सिटी ऑफ नायजेरिया, न्सुक्का, नायजेरिया
- सौरभ शर्मा, पीएच.डी.: पेन मॅनेजमेंट अँड रिसर्च सेंटर, रॉयल नॉर्थ शोर हॉस्पिटल, नॉर्दर्न सिडनी लोकल हेल्थ डिस्ट्रिक्ट; पेन मॅनेजमेंट रिसर्च इन्स्टिट्यूट, कॉलिंग इन्स्टिट्यूट, फॅकल्टी ऑफ मेडिसिन अँड हेल्थ, युनिव्हर्सिटी ऑफ सिडनी आणि नॉर्दर्न सिडनी लोकल हेल्थ डिस्ट्रिक्ट; स्कूल ऑफ हेल्थ सायन्सेस, फॅकल्टी ऑफ मेडिसिन अँड हेल्थ, युनिव्हर्सिटी ऑफ न्यू साउथ वेल्स; सेंटर फॉर पेन इम्पॅक्ट, न्युरोसायन्स रिसर्च ऑस्ट्रेलिया, सिडनी, ऑस्ट्रेलिया
- उर्सुला वेस्सेलमन, एम.डी., पीएच.डी., डीटीएम अँड एच (लंडन): डिपार्टमेंट ऑफ अँनेस्थेसियोलॉजी अँड पेरिऑपरेटिव्ह मेडिसिन, डिव्हिजन ऑफ पेन मेडिसिन, युनिव्हर्सिटी ऑफ अलाबामा अँट बर्मिंघम, बर्मिंघम, यूएसए

या माहितीपत्रकाच्या संदर्भात, सांस्कृतिकदृष्ट्या वैविध्यपूर्ण लोकसंख्या म्हणजे स्थानिक आणि आदिवासी लोक, स्थलांतरित समुदाय, निर्वासित आणि धार्मिक समुदाय. जागतिक स्तरावर, १५० दशलक्षाहून अधिक आंतरराष्ट्रीय स्थलांतरित कामगार आहेत ज्यांचे प्रमुख गंतव्यस्थान उत्तर अमेरिका, उत्तर, दक्षिण आणि पश्चिम युरोप आणि मध्य पूर्वेतील उच्च उत्पन्न असलेले देश आहेत. [१,२] या लोकसंख्येमध्ये ११.५ दशलक्ष घरगुती कामगार आहेत, ज्यापैकी बहुतेक महिला आहेत. [३] आशिया



पॅसिफिक प्रदेशात, सर्व स्थलांतरांपैकी दोन तृतीयांश स्थलांतरण प्रादेशिक क्षेत्रात होते आणि २० व्या शतकाच्या उत्तरार्धापासून सातत्याने वाढत आहे, २०१९ मध्ये ते ६५ दशलक्षांपर्यंत पोहोचले आहे. [४,५]

विशेषतः उच्च उत्पन्न असलेल्या देशांमध्ये, सांस्कृतिकदृष्ट्या वैविध्यपूर्ण लोकसंख्येची काळजी घेणे अत्यंत महत्वाचे आहे कारण त्यांच्यात आजारांचे प्रमाण जास्त आहे आणि त्यांना आरोग्य सेवेतील असमानता जास्त अनुभवायला मिळते. यामध्ये उपचारांची उपलब्धता नसणे, असमान, सांस्कृतिकदृष्ट्या अयोग्य किंवा अप्रभावी उपचार आणि खराब क्लिनिकल परिणाम यांचा समावेश आहे. [६-११] स्थलांतरित कामगारांच्या आरोग्य गरजा आणि त्यांचे कल्याण ही एक दुर्लक्षित सामाजिक आरोग्य समस्या आहे आणि या गटातील दीर्घकालीन वेदनांबद्दल फार कमी माहिती उपलब्ध आहे. [५,१२] "सगळ्यांसाठी चांगले आरोग्य आणि कल्याण" या विषयावरील शाश्वत विकासाचे ध्येय साध्य करण्यासाठी सांस्कृतिकदृष्ट्या वैविध्यपूर्ण लोकसंख्येच्या काळजीच्या धोरणांचं नियोजन करायला हवं, आणि ही धोरणं अंमलात आणायला हवीत.

उच्च उत्पन्न असलेल्या देशांमध्ये सांस्कृतिकदृष्ट्या वैविध्यपूर्ण लोकसंख्येवरील दीर्घकालीन वेदनांचे ओझे आणि दीर्घकालीन वेदना व्यवस्थापनातील असमानता लक्षणीय आहे. उदाहरणार्थ, युनायटेड किंग्डम (यूके) मध्ये, कृष्णवर्णीय लोकांमध्ये दीर्घकालीन वेदनेची तीव्रता, प्रमाण सर्वाधिक असते आणि त्यामुळे त्यांना अनेक क्रिया करण्यासाठी मर्यादा येतात.[१३] यूके आणि युनायटेड स्टेट्स ऑफ अमेरिका (यूएसए) मध्ये, संवाद साधताना येणाऱ्या मर्यादा, कमी दर्जाच्या उपचार पद्धती आणि सांस्कृतिकदृष्ट्या असंवेदनशील उपचार किंवा साधने यांचा वापर यामुळे कृष्णवर्णीय रुग्णांना कमी दर्जाचे उपचार मिळण्याची शक्यता असते.[१४-१७] उदाहरणार्थ, कृष्णवर्णीय रुग्णांना वेदनेवरील उपचाराची आवश्यकता नसते ही धारणा उच्च उत्पन्न असलेल्या देशांमध्ये कृष्णवर्णीय रुग्णांसाठी वेदना व्यवस्थापनातील असमानतेला कारणीभूत ठरली आहे.[१८-२१] गैर-आदिवासी लोकांच्या तुलनेत, जगभरातील आदिवासी लोकांमध्ये



अकार्यक्षम करणाऱ्या वेदनांचे प्रमाण जास्त आहे (उदा., कंबरदुखी), यामुळे सांस्कृतिक ओळखीवर परिणाम करते आणि ते आयट्रोजेनिक असू शकते. [२२,२३] सांस्कृतिक असुरक्षितता, सेवांच्या उपलब्धतेबद्दल जागरूकता नसणे, वंशवाद आणि भेदभाव इत्यादींमुळे या लोकसंख्येला पाश्चात्य आरोग्य सेवांमध्ये प्रवेश करण्यासाठी अडचणी येतात. याचा परिणाम म्हणजे या लोकसंख्येचा आरोग्य व्यावसायिकांवर विश्वास बसत नाही आणि आरोग्य व्यवसायिकांशी त्यांचा सुसंवाद होत नाही. यामुळे उपचारांमधून हवे तसे परिणाम मिळत नाहीत. [२३]

उच्च उत्पन्न असलेल्या देशांमध्ये सांस्कृतिकदृष्ट्या वैविध्यपूर्ण लोकसंख्येच्या काळजीतील सध्याच्या आव्हानांचा विचार केला आहे आणि संभाव्य उपाय खाली दिले आहेत.

सध्याची आव्हाने

संवाद आणि सांस्कृतिक अडथळे

संवादातील अडथळे सांस्कृतिकदृष्ट्या वैविध्यपूर्ण लोकांच्या उपचारांवर परिणाम करतात कारण सांस्कृतिकदृष्ट्या वैविध्यपूर्ण रुग्ण आणि आरोग्य व्यावसायिकांमध्ये भाषेतील फरक अनेकदा आढळतो. आरोग्य व्यावसायिक या रुग्णांच्या वेदनेचं पूर्णपणे आकलन करण्यात असमर्थ ठरतात, त्यामुळे या रुग्णांना कमी दर्जाचे आणि अप्रभावी उपचार मिळतात. [२४]

रुग्णांच्या दृष्टीने महत्वाची असलेली वेदनेची सांस्कृतिक अभिव्यक्ती नाकारली जाऊ शकते, म्हणून रुग्णांना त्यांच्या उपचारांबद्दल समाधान मिळत नाही. नायजेरियाच्या इग्बो संस्कृतीत, नैराश्यासाठी विशिष्ट शब्द नाही आणि दीर्घकालीन पाठदुखी असलेले लोक त्यांच्या नैराश्याचे स्पष्टीकरण देण्यासाठी



"थकवा" हा शब्द वापरतात, या गोष्टी वेदनेशी जुळवून घेण्याच्या पद्धतींना प्रभावित करतात. [२५-३०] कोरियन संस्कृतीमध्ये, भावनिक स्थिती स्पष्ट करण्यासाठी शारीरिक (शरीराशी संबंधित) शब्दांचा वापर केल्यास, भावनिक शब्दांच्या वापरापेक्षा अधिक सहानुभूती निर्माण होते. यावरून "सोमॅटायझेशन" वर संस्कृतीचा प्रभाव असल्याचे दिसते. [३१,३२]

वेदना मूल्यांकनाच्या अनेक पद्धती सांस्कृतिकदृष्ट्या वैविध्यपूर्ण रुग्णांसाठी अपुऱ्या पडतात आणि त्याचा परिणाम वेदना व्यवस्थापनावर होतो. उदाहरणार्थ, नेपाळी भाषिक लोकांमध्ये संख्यात्मक वेदना रेटिंग स्केलची उपयुक्तता कमी असते, ते वेदनेची तीव्रता व्यक्त करण्यासाठी मौखिक आणि चेहरे रेटिंग पर्यायांना अधिक प्राधान्य देतात. [३३] त्याचप्रमाणे दीर्घकालीन पाठदुखी असलेल्या ग्रामीण नायजेरियन रुग्णांमध्ये विझ्युअल एंनॅलॉग स्केल ची उपयुक्तता मर्यादित आहे. [२५,३४] धार्मिक, आध्यात्मिक, पारंपारिक आणि सांस्कृतिक उपचार पद्धती आणि पाश्चात्य वैद्यकीय दृष्टिकोन यांच्यात भिन्नता असू शकते. [३५] अनेक गैर-पाश्चात्य संस्कृतींमध्ये क्लिनिकल निर्णय घेण्यामध्ये कुटुंबाचा सहभाग सामान्य आहे, जो आधुनिक वैद्यकीय व्यवस्थापन, उपचारांना धरून राहण्याची क्षमता आणि स्व-व्यवस्थापनात अडथळा आणू शकतो.



संरचनात्मक समस्या

आरोग्य सेवा व्यावसायिकांची मर्यादित सांस्कृतिक क्षमता सांस्कृतिकदृष्ट्या वैविध्यपूर्ण लोकसंख्येच्या वेदना व्यवस्थापनाच्या प्रासंगिकतेवर आणि गुणवत्तेवर नकारात्मक परिणाम करते.[३६,३७] अनेक उच्च-उत्पन्न असलेल्या देशांमध्ये सांस्कृतिकदृष्ट्या वैविध्यपूर्ण समुदायांचे सांस्कृतिक संदर्भ समजून घेणारे वैद्यकीय चिकित्सक बहुतेकदा खूप कमी असतात. आणखी एक मोठी समस्या म्हणजे उच्च उत्पन्न असलेल्या देशांमध्ये संशोधन आणि चाचण्यांमध्ये सांस्कृतिकदृष्ट्या वैविध्यपूर्ण लोकसंख्येचा समावेश नसणे; म्हणून, सध्याचे पुरावे या व्यक्तींना फारसे लागू होत नाहीत.[३८] यामुळे वैद्यकीय चिकित्सकांना या लोकसंख्येसाठी कोणते उपचार योग्य ठरतील, कोणते उपचार स्वीकारले जातील, त्यांची परिणामकारकता आणि सुरक्षितता किती असेल हे समजणं अवघड होतं. यामुळे नवीन उपचारांची उपलब्धता कमी किंवा विलंबित होते.



पुढे जाण्याचा मार्ग

अनिवार्य सांस्कृतिक क्षमता प्रशिक्षण

सांस्कृतिकदृष्ट्या वैविध्यपूर्ण लोकसंख्येचे प्रभावी मूल्यांकन आणि व्यवस्थापन करण्यासाठी सगळ्या वेदना व्यवस्थापन तज्ञांना सांस्कृतिक पैलूंचे पूर्ण आकलन असणे अनिवार्य आहे.[३९] न्यूझीलंड आणि ऑस्ट्रेलियासारख्या काही देशांमध्ये आरोग्य व्यवसायिकांना परवाना मिळविण्यासाठी आणि टिकवण्यासाठी सांस्कृतिक क्षमता प्रशिक्षण आवश्यक आहे. प्रशिक्षणात आंतर-सांस्कृतिक संवाद कौशल्ये विकसित करणे, चर्चासत्रांमध्ये वैद्यकीय दुभाष्यांचे प्रभावी एकीकरण करणे आणि संस्कृतीमधील वैयक्तिक फरक ओळखून वेदना अभिव्यक्ती आणि वेदनेशी जुळवून घेण्याच्या यंत्रणेतील सांस्कृतिक फरकांची समज विकसित करणे आवश्यक आहे. यामुळे संवाद, विश्वास, उपचारांचे पालन आणि उपचारांचे परिणाम सुधारू शकतात. आम्ही सांस्कृतिक क्षमता प्रशिक्षणाचे एक पद्धतशीर, व्यावहारिक आणि अनुभवात्मक मूल्यांकन सुचवतो, ज्यामध्ये चिकित्सक परवाना मिळविण्यासाठी बहु-निवड प्रश्न पूर्ण करतात, ज्याचा परिणाम संभाव्य अभ्यासांमध्ये तपासला जाऊ शकतो.



सांस्कृतिकदृष्ट्या वैविध्यपूर्ण चिकित्सकांचे प्रशिक्षण

सांस्कृतिकदृष्ट्या वैविध्यपूर्ण चिकित्सकांची संख्या वाढवणे, जेणेकरून ते रुग्णांशी त्यांच्या भाषेत बोलू शकतील. हे चिकित्सक सांस्कृतिकदृष्ट्या वैविध्यपूर्ण लोकसंख्येची उपचारांना धरून राहण्याची क्षमता आणि उपचारांची गुणवत्ता वाढवतील. [३९] रुग्ण आणि वेदना चिकित्सकांमधील सांस्कृतिक सुसंगतता संवाद आणि आरोग्य परिणाम सुधारते.

सांस्कृतिकदृष्ट्या वैविध्यपूर्ण लोकांसाठी उपचारांची योग्यता सुनिश्चित करण्यासाठी समुदाय सहभाग

वैद्यकीय व्यवसायात योग्य, विश्वासार्ह उपायांचा वापर करणे आवश्यक आहे. [४०,४१] काही गैर-पाश्चात्य संस्कृतींमध्ये, विशेषतः प्रौढ व्यक्ती, वृद्धांमध्ये आणि कमी शिक्षित लोकांमध्ये, वेदना व्यक्त करण्यासाठी फेस रेटिंग स्केल आणि मौखिक रेटिंग स्केलला प्राधान्य दिले जाते या स्केल्स मध्ये संख्यात्मक रेटिंग स्केल आणि व्हिज्युअल अ‍ॅनालॉग स्केलपेक्षा कमी त्रुटी आहेत. [२५,३३] सांस्कृतिकदृष्ट्या वैविध्यपूर्ण समुदायांसह सह-विकसित केलेले वेदना शिक्षण स्वीकार्य आणि प्रभावी असू शकते. [४२] सांस्कृतिक संवेदनशीलता वाढविण्यासाठी वेदना व्यवस्थापनात प्रभावी आणि सुरक्षित पारंपारिक उपचारात्मक पद्धतींचा समावेश केला जाऊ शकतो. [२७,२८]



धोरणात्मक विचार

सांस्कृतिकदृष्ट्या वैविध्यपूर्ण समुदायांसाठी वेदना व्यवस्थापन सुधारण्यासाठी राष्ट्रीय आणि संस्थात्मक पातळीवर न्याय्य, उच्च-दर्जाच्या, सांस्कृतिकदृष्ट्या संवेदनशील उपचारांचे समर्थन करणे आणि, कमी-दर्जाच्या उपचारांना थांबवणे अत्यंत महत्वाचे आहे. सांस्कृतिकदृष्ट्या वैविध्यपूर्ण समुदायांमध्ये वेदना स्व-व्यवस्थापनाची समज वाढविण्यासाठी अनेक भाषांमध्ये वेदना शिक्षण साधने तयार करणे आवश्यक आहे. या लोकसंख्येसाठी वेदना व्यवस्थापन सुधारण्यासाठी सांस्कृतिकदृष्ट्या वैविध्यपूर्ण लोकसंख्येवरील संशोधनासाठी निधीचा वापर करणे हे प्राधान्य असले पाहिजे. संशोधन प्रकल्पातून रुग्ण-अहवालित उपायांचे सांस्कृतिक रूपांतरण करणे, सांस्कृतिकदृष्ट्या योग्य वेदना उपचारांचे मूल्यांकन करणे अशा महत्वाच्या पैलूंवर लक्ष देता येऊ शकते. [४३,४४]

निष्कर्ष

उच्च-उत्पन्न असलेल्या देशांमध्ये सांस्कृतिकदृष्ट्या वैविध्यपूर्ण लोकसंख्येची काळजी सुधारण्यासाठी धोरणकर्ते, आरोग्य व्यावसायिक, संशोधक, आरोग्य सेवा प्रणाली आणि समुदायांचा समावेश असलेले व्यापक, पुराव्यावर आधारित, बहुआयामी आणि बहुस्तरीय दृष्टिकोन आवश्यक आहेत. हा एक दिशाहीन दृष्टिकोन नाही, तर वेदना अनुभवण्याच्या, व्यक्त करण्याच्या आणि व्यवस्थापित करण्याच्या विविध मार्गांना ओळखून आणि त्यांचा आदर करून वेगवेगळ्या संस्कृतींना एकमेकांकडून शिकण्याचा तार्किक आणि आवश्यक मार्ग आहे.



(संदर्भ)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 from English by:

Vaibhavi Walimbe (PT, PhD Scholar, Department of Musculoskeletal Physiotherapy, MGM School of Physiotherapy, Chhatrapati Sambhajnagar, Maharashtra, India)

भाषांतर:

वैभव वळिंबे (पीटी, पीएचडी स्कॉलर, मस्क्युलोस्केलेटल फिजिओथेरेपी विभाग, एमजीएम स्कूल ऑफ फिजिओथेरेपी छत्रपती संभाजीनगर, महाराष्ट्र, भारत)