



IASP 2025

GLOBAL YEAR

Pain Management, Research and Education
in Low- and Middle-Income Settings

FACT SHEET

अल्प आणि मध्यम उत्पन्न असलेल्या भागांमध्ये वेदना व्यवस्थापन सेवांची स्थापना करणे

लेखक:

- मेरी सुमा कार्डोसा, एमडी, हॉस्पिटल कॅन्सेलर तुआंकू मुहरिझ यूकेएम, मलेशिया
- फिओना ब्लाइट, एमडी, सिडनी विद्यापीठ, ऑस्ट्रेलिया
- मुलुगेटा बायिसा चाला, पीएचडी, लॉसन रिसर्च इन्स्टिट्यूट सेंट जोसेफ्स हेल्थ केअर लंडन, कॅनडा
- क्वेन व्हॅन थान, एमडी, पेन क्लिनिक, हॉस्पिटल १९९, ऍनेस्थेसियोलॉजी विभाग, व्हिएतनाम

पार्श्वभूमी

अल्प आणि मध्यम-उत्पन्न असलेल्या देशांमध्ये वेदना व्यवस्थापन सेवांची गरज:

'ग्लोबल बर्डन ऑफ डिजीज'च्या आकडेवारीनुसार कंबरदुखी आणि वेदनांशी संबंधित इतर आजारांमुळे जीवघेण्या नसलेल्या आजारांचा भार जास्त असल्याचे दिसून आले असले^{१२} तरीही, जागतिक स्तरावर तीव्र, दीर्घकालीन आणि कर्करोगामुळे होणाऱ्या वेदनांवर अपुरे उपचार केले जातात^९. अल्प आणि मध्यम-उत्पन्न असलेल्या देशांमध्ये, हा भार उच्च-उत्पन्न असलेल्या देशांसारखाच आहे; काही ठिकाणी, लोकसंख्येच्या वाढत्या वयोमानामुळे वेदनांचा भार वाढण्याची शक्यता आहे. याव्यतिरिक्त, काही अल्प आणि मध्यम-उत्पन्न असलेल्या देशांमध्ये वेदनांचे गरजेपेक्षा जास्त निदान आणि कमी दर्जाच्या उपचारांनी व्यवस्थापन केले जाते, ज्यामुळे वेदनांनी ग्रस्त असलेल्या लोकांना अधिक त्रास होतो आणि



वेदना व्यवस्थापनात व्यत्यय निर्माण होतो.^{१३,१५} अल्प आणि मध्यम-उत्पन्न असलेल्या देशांमध्ये वेदना व्यवस्थापन सेवा अत्यंत कमी प्रमाणात उपलब्ध असल्याने, या देशांमध्ये किफायतशीर आणि सहज उपलब्ध होणाऱ्या वेदना व्यवस्थापन सेवांची तातडीची गरज आहे.

वेदना व्यवस्थापन सेवांचे प्रकार:

- १. तीव्र वेदना सेवा:** ही सेवा सामान्यतः भूलतज्जांद्वारे दिली जाते आणि मुख्यत्वे शस्त्रक्रियेनंतरच्या तीव्र वेदनांसाठी असते. पण, ही सेवा भूलतज्जांच्या देखरेखीखाली परिचारिकांद्वारे देखील दिली जाऊ शकते.
- २. कर्करोग वेदना व्यवस्थापन:** हा वेदना व्यवस्थापनातील एक महत्त्वाचा भाग आहे, हे वेदना व्यवस्थापन वेदना निवारण तज्ज्ञ, भूलतज्ज्ञ, कर्करोगतज्ज्ञ, चिकित्सक किंवा शल्यचिकित्सक यांच्याद्वारे दिले जाऊ शकते.
- ३. वेदना क्लिनिक:** येथे मुख्यत्वे कर्करोगाव्यतिरिक्त इतर कारणांमुळे होणाऱ्या दीर्घकालीन वेदना असलेले रुग्ण येतात, परंतु यात कर्करोगाच्या वेदना असलेले बाह्यरुग्ण देखील समाविष्ट असू शकतात; हे क्लिनिक वेदना व्यवस्थापन तज्ज्ञ किंवा वेदना व्यवस्थापनात रुची आणि योग्य प्रशिक्षण असलेल्या कोणत्याही आरोग्यसेवा व्यावसायिकाद्वारे चालवले जाते.



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

FACT SHEET

सगळ्या वेदना व्यवस्थापन सेवा आंतरशाखीय असाव्यात, म्हणजेच, “एका सामायिक जैवमनोसामाजिक मॉडेल आणि उद्दिष्टांचा वापर करून मूल्यांकन आणि उपचारांमध्ये सहयोग करणाऱ्या बहुशाखीय संघाने प्रदान केलेला बहुविध उपचार.” (“बहुविध” आणि “बहुशाखीय” यांच्या व्याख्यांसाठी IASP परिभाषा पहा [IASP Terminology](#)).

आंतरशाखीय संघात विविध शाखांचे डॉक्टर (उदा., भूलशास्त्र, वेदना औषधशास्त्र, मज्जाशास्त्र, मज्जाशस्त्रक्रिया, संधिवातशास्त्र, पुनर्वसन औषधशास्त्र, अस्थिरोगशास्त्र, इत्यादी), क्लिनिकल मानसशास्त्रज्ञ किंवा मानसोपचारतज्ज्ञ, फिजिओथेरेपिस्ट, ऑक्युपेशनल थेरेपिस्ट, परिचारिका, फार्मासिस्ट आणि इतर संबंधित आरोग्यसेवा व्यावसायिकांचा समावेश असावा.¹⁰ तरीही, प्रत्यक्षात, वरीलपैकी अनेक आरोग्यसेवा व्यावसायिकांचे गट उपलब्धही नसतात, एकाच आंतरशाखीय संघात काम करणे तर दूरच. ही समस्या अनेक अल्प आणि मध्यम-उत्पन्न असलेल्या देशांमध्ये, तसेच उच्च-उत्पन्न असलेल्या देशांमधील काही ठिकाणी, जसे की ग्रामीण आणि दुर्गम आदिवासी लोकसंख्येमध्ये आढळते.

आव्हाने

आरोग्य प्रणाली आणि धोरण:



वेदना व्यवस्थापन हे बहुतेक शासकीय यंत्रणांचे प्राधान्य नसते, आणि वेदना निवारण सेवांना आधार देण्यासाठी फारच कमी संसाधने वितरीत केली जातात किंवा काही वेळा वेदना व्यवस्थापनासाठी कोणतीही संसाधने वितरित केली जात नाहीत.² याव्यतिरिक्त, ओपिओइड्स आणि त्यांच्या दुष्परिणामांची भीती, तसेच वेदना आणि तिच्या व्यवस्थापनाबद्दलच्या सांस्कृतिक समजूती आणि दृष्टिकोन यांमुळे ओपिओइड्ससह वेदनाशामक औषधांची उपलब्धता मर्यादित असू शकते किंवा अजिबात नसू शकते.⁶

अल्प आणि मध्यम उत्पन्न असलेल्या देशांमध्ये वेदना व्यवस्थापनासंदर्भात राष्ट्रीय धोरणे किंवा कार्यनीती जवळजवळ अस्तित्वातच नाहीत. मर्यादित संसाधने असलेल्या ठिकाणी वेदना निवारण सेवा अनेकदा विशिष्ट प्रकारच्या वेदना किंवा उपचारांपुरत्या मर्यादित असतात आणि त्या एकाच डॉक्टरांकडून चालवल्या जातात, उदा. शस्त्रक्रियेनंतरच्या तीव्र वेदनांपासून आराम, उपशामक सेवांद्वारे कर्करोगाच्या वेदनांचे व्यवस्थापन, नर्व्ह ब्लॉक्स आणि इतर उपचारपद्धती.⁴

मर्यादित संसाधने:

अल्प आणि मध्यम उत्पन्न असलेल्या भागांमध्ये आर्थिक, जागा आणि कर्मचारी यांसारख्या संसाधनांची एकूणच कमतरता असते, आणि अनेक आरोग्यसेवा व्यावसायिक एकापेक्षा जास्त भूमिका पार पाडतात; त्यामुळे, वेदना निवारण सेवा सुरू करणे हे त्यांच्या "मुख्य" कर्तव्यांव्यतिरिक्त करावे लागते. याशिवाय, आंतरविद्याशाखीय संघातील विशिष्ट सदस्य, उदा. क्लिनिकल मानसशास्त्रज्ञ, विशेषतः ज्यांना वेदना



व्यवस्थापनामध्ये योग्य प्रशिक्षण आणि अनुभव आहे, ते अनेक कमी आणि मध्यम उत्पन्न असलेल्या भागांमध्ये उपलब्ध नसतात किंवा पूर्णपणे अनुपस्थित असू शकतात.⁵

वेदना व्यवस्थापनासाठी बायोमेडिकल मॉडेलचा सातत्याने वापर:

याचे कारण म्हणजे वेदनेच्या बायोसायकोसोशल (जैविक-मानसिक-सामाजिक) समजाविषयी ज्ञानाचा अभाव आणि व्यापक आंतरविद्याशाखीय कौशल्यांची गरज, विशेषतः दीर्घकालीन कर्करोग-व्यतिरिक्त वेदनांसाठी. याव्यतिरिक्त, आरोग्यसेवा व्यावसायिकांकडे वेदना व्यवस्थापनाचे हे कमी-परिचित मॉडेल लागू करण्यासाठी योग्य कौशल्यांची कमतरता असू शकते. त्यामुळे, उपचार पद्धती वेदना कमी करण्याच्या उद्देशाने निष्क्रिय फिजिओथेरेपी, औषधे आणि वेदना निवारक उपायांवर (उदा. नर्व्ह ब्लॉक्स, एपिड्युरल स्टिरॉइड्स, इत्यादी) केंद्रित असतात. जरी हे तीव्र वेदना आणि काही प्रकारच्या कर्करोगाच्या वेदनांसाठी योग्य असले तरी, ते दीर्घकालीन कर्करोग-व्यतिरिक्त वेदनांसाठी अप्रभावी आणि हानिकारक देखील असू शकते; शिवाय, यामुळे अनेक लोक निरर्थक उपचारांवर आर्थिक शक्ती वाया घालवतात.¹ दुसरीकडे, अनेक अभ्यासांनी आंतरविद्याशाखीय टीमद्वारे दिल्या जाणाऱ्या बायोसायकोसोशल दृष्टिकोनाची परिणामकारकता दर्शविली आहे.⁷

उपाय



लॉबिंग आणि पाठपुरावा:

ग्लोबल बर्डन ऑफ डिजीज (Global Burden of Disease) मधील डेटा वापरून वेदना-संबंधित आजारांमुळे होणाऱ्या प्राणघातक नसलेल्या आजारांचा उच्च भार सादर करून, वेदना सेवांसाठी संसाधनांच्या वाटपासाठी लॉबिंगला पाठिंबा दिला जाऊ शकतो. याव्यतिरिक्त, स्थानिक पातळीवर चांगल्या वेदना व्यवस्थापनाचा प्रभाव दाखवणे (उदा. चांगल्या तीव्र वेदना व्यवस्थापनामुळे शस्त्रक्रियेनंतरच्या गुंतागुंतीत घट, दीर्घकालीन वेदना असलेल्या रुग्णांचे लवकर कामावर परतणे) देखील महत्वाचे आहे, आणि रुग्णांचा आवाज (प्रत्यक्ष अनुभव असलेले लोक) खूप प्रभावी ठरू शकतो. आरोग्य धोरणात बदल घडवून आणण्यासाठी शासकीय स्तरावर लॉबिंग करणे देखील फायदेशीर आहे, उदा. कमी आणि मध्यम-उत्पन्न असलेल्या देशांसाठी अनुकूल केलेल्या इतर देशांमधील अशा धोरणांची उदाहरणे ^{3,11} वापरून वेदना व्यवस्थापनावर राष्ट्रीय धोरण स्थापन करण्याची मागणी करणे. आरोग्यसेवा प्रशासकांना देखील शिक्षित करणे आवश्यक आहे जेणेकरून उपलब्ध निधी प्रभावी हस्तक्षेपांकडे (उच्च-मूल्य सेवा) निर्देशित केला जाईल आणि मर्यादित परिणाम (कमी-मूल्य सेवा) असलेल्या हस्तक्षेपांवर वाया जाणार नाही.¹³

प्रशिक्षण आणि शिक्षण:



अल्प आणि मध्यम उत्पन्न असलेल्या भागांमध्ये वेदना निवारण सेवा यशस्वीपणे सुरु करणारे अग्रणी चिकित्सक हे उत्साही, चिकाटीचे आणि नाविन्यपूर्ण “चॅम्पियन्स”⁵ राहिले आहेत, जे आपले अनुभव इतरांना सांगण्यास तयार असतात; सहकारी आणि इतर विशेषज्ञांमधील आरोग्यसेवा व्यावसायिकांकडून मिळणारा पाठिंबा देखील उपयुक्त ठरतो. जेव्हा संसाधने मर्यादित असतात आणि वेदना व्यवस्थापन हे कामाचा एक महत्त्वाचा घटक असते, तेव्हा अशा क्लिनिकल सेवांमध्ये काम करणाऱ्या आरोग्यसेवा प्रदात्यांसाठी संबंधित प्रशिक्षण आणि शिक्षणाच्या संधी निर्माण करणे अत्यंत महत्त्वाचे ठरते, जिथे वेदना व्यवस्थापन हा कामाचा एक महत्त्वाचा घटक आहे. यामध्ये वेदनेच्या बायोसायकोसोशल मॉडेलचे ज्ञान आणि आकलन, तसेच विविध प्रकारच्या वेदनांसाठी पुरावा-आधारित उपचार लागू करण्याची क्षमता यांचा समावेश आहे. औषधोपचार, हालचाल आणि कार्यक्षमतेवर लक्ष केंद्रित करणाऱ्या थेरपी, आणि वेदनेच्या सक्रिय स्व-व्यवस्थापनाचे दृष्टिकोन हे सर्व या संदर्भांमध्ये काम करणाऱ्यांच्या प्रशिक्षणाचे महत्त्वाचे घटक आहेत. यामध्ये वेदना क्लिनिकमध्ये सहभागी असलेल्या सर्व आरोग्यसेवा प्रदात्यांच्या बहु-कौशल्याचा समावेश आहे (उदा. दीर्घकालीन वेदना व्यवस्थापनासाठी मानसशास्त्रीय दृष्टिकोनांवर रुग्णांना शिक्षण देणारे गैर-मानसशास्त्रज्ञ).⁴

समुदाय-आधारित वेदना व्यवस्थापन:

अल्प आणि मध्यम उत्पन्न असलेल्या भागांमध्ये वेदना सेवांच्या उपलब्धतेतील वाढती विषमता दूर करण्यासाठीच्या एकात्मिक योजनेचा एक भाग म्हणून समुदाय-आधारित वेदना व्यवस्थापन अत्यंत



महत्वाचे आहे. संस्था-आधारित वेदना व्यवस्थापन सेवा महाग असतात आणि संसाधनांची कमतरता असलेल्या भागांतील वेदनाग्रस्त व्यक्तींसाठी त्या दुर्गम असतात.^{४,१४} समुदाय-आधारित वेदना व्यवस्थापन किफायतशीर आहे, लवकर हस्तक्षेप करण्यास प्रोत्साहन देते, उपचारांची सातत्यता वाढवण्याची संधी देते आणि वेदनेचा प्रत्यक्ष अनुभव असलेल्या लोकांना व त्यांच्या समुदायांना सक्षम करते, कारण ते लोकांना त्यांच्या राहण्याच्या ठिकाणाजवळच वेदना व्यवस्थापनाचे पर्याय उपलब्ध करून देते. म्हणूनच, संसाधनांची कमतरता असलेल्या आरोग्य प्रणालींमध्ये वेदना व्यवस्थापन सेवांचे विकेंद्रीकरण करणे आणि त्यांना समुदाय व प्राथमिक आरोग्य सेवांमध्ये एकत्रित करणे याला प्राधान्य दिले पाहिजे. हा दृष्टिकोन वंचित लोकसंख्येला (उदा., ग्रामीण आणि दुर्गम समुदाय) सेवा देण्यासाठी विद्यमान स्थानिक संसाधने आणि आरोग्यसेवा संरचनांचा उपयोग करतो. त्यामुळे, कमी आणि मध्यम उत्पन्न असलेल्या भागांतील आरोग्य प्रणालींनी, तपासणी आणि संदर्भ सेवा यांसारख्या अत्यावश्यक वेदना व्यवस्थापनासाठी, समुदाय आरोग्य कार्यकर्ते यांसारख्या विद्यमान मनुष्यबळाचा उपयोग करण्याकरिता नाविन्यपूर्ण धोरणे आखली पाहिजेत. समुदाय-आधारित वेदना व्यवस्थापन पद्धतींमधील गुंतवणूक, कमी आणि मध्यम उत्पन्न असलेल्या भागांमध्ये वेदनांच्या वाढत्या समस्येला सामोरे जाण्यासाठी पर्यायी उपाय उपलब्ध करून देते. समुदाय-आधारित वेदना व्यवस्थापन पद्धत ही सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षण आणि आरोग्यसेवांमध्ये समान प्रवेशाला प्रोत्साहन देण्याच्या जागतिक प्रयत्नांशी देखील सुसंगत आहे.^४



व्यावहारिक सूचना

अल्प आणि मध्यम उत्पन्न असलेल्या भागांमध्ये यशस्वीरित्या स्थापन केलेल्या आंतरशाखीय वेदना सेवांची उदाहरणे आयएसपी (IASP) मल्टीडिसिप्लिनरी पेन सेंटर मॅन्युअलच्या अध्याय ५ मध्ये उपलब्ध आहेत.^{१०}

कमी संसाधने असलेल्या भागांमध्ये वेदना सेवा स्थापन करू इच्छिणाऱ्यांसाठी काही व्यावहारिक

सूचना:

- १. प्रशिक्षण आवश्यक आहे:** ज्यांना वेदना सेवा सुरु करायच्या आहेत, त्यांनी बायोसायकोसोशल मॉडेलवर आधारित काही पायाभूत प्रशिक्षण घेतले पाहिजे, जेणेकरून त्यांना टीममधील विविध तज्ञांच्या भूमिकेचे महत्त्व पटेल आणि वेदना व्यवस्थापनाच्या सर्वसमावेशक दृष्टिकोनावर भर देता येईल.
- २. चिकाटी आणि दृढनिश्चय महत्त्वाचे आहेत:** अनेक कमी आणि मध्यम उत्पन्न असलेल्या भागांमध्ये, वेदना व्यवस्थापन पारंपरिकरित्या एकाच प्रकारच्या उपचार पद्धतीवर अवलंबून राहिले आहे. बहुशाखीय दृष्टिकोन स्वीकारणे हा एक सांस्कृतिक बदल असू शकतो, आणि ही प्रक्रिया यशस्वी होण्यासाठी बराच वेळ आणि प्रयत्नांची आवश्यकता असते.



IASP 2025

GLOBAL YEAR

Pain Management, Research and Education
in Low- and Middle-Income Settings

FACT SHEET

३. **एक संघ असणे अत्यंत महत्वाचे आहे:** दीर्घकालीन वेदनेच्या बहुआयामी स्वरूपामुळे, तिच्या व्यवस्थापनासाठी विविध आरोग्य व्यवसायिकांच्या योगदानाची आवश्यकता असते. तसेच, एक बहुशाखीय वेदना सेवा उभारण्यासाठी खूप वेळ आणि मेहनत लागते, जे एक व्यक्ती करू शकत नाही. तुम्ही काय करत आहात हे सहकाऱ्यांसोबत सामायिक करून संघ तयार करण्यास सुरुवात करा, आणि त्यांना काय अपेक्षा करावी व ते कसे योगदान देऊ शकतात याची चांगली समज घेऊन तुमच्याकडे येऊ द्या.

४. **मार्गदर्शन आणि पाठिंब्याची गरज आहे:** अनेक अल्प आणि मध्यम उत्पन्न असलेल्या भागांमध्ये, वेदना व्यवस्थापनाला अजूनही एक विशेष वैद्यकीय क्षेत्र म्हणून मान्यता मिळालेली नाही, आंतरशाखीय सेवा म्हणून मान्यता मिळणे तर दूरच. अशी सेवा लागू करण्यासाठी धोरणात्मक बदलांची आवश्यकता असू शकते. त्यामुळे, आपल्या ध्येयाचा पुरस्कार करण्यासाठी आणि आपल्या प्रयत्नांना अधिक प्रभावी बनवण्यासाठी स्थानिक आणि आंतरराष्ट्रीय स्तरावर प्रभाव असलेल्या व्यक्तीपर्यंत पोहोचणे अत्यंत महत्वाचे आहे.



संदर्भ References

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/](https://www.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 RJE, 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)



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

FACT SHEET

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

तथ्यपत्रक पुनरावलोकनकर्ते:

- लेस्टर जोन्स, एमएससीमेड(पीएम), सिंगापूर इन्स्टिट्यूट ऑफ टेक्नॉलॉजी, सिंगापूर
- मार्गारीटा कॅल्व्हो, पीएचडी, पॉटिफिशिया युनिव्हर्सिडाड कॅटोलिका दे चिले, चिले
- सौरभ शर्मा, पीएचडी, रॉयल नॉर्थ शोर हॉस्पिटल, ऑस्ट्रेलिया

Translated from English by:

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

भाषांतर:

वैभवी वाळिंबे (पीटी, पीएचडी स्कॉलर, मस्कुलोस्केलेटल फिजिओथेरेपी विभाग, एमजीएम स्कूल ऑफ फिजिओथेरेपी छत्रपती संभाजीनगर, महाराष्ट्र, भारत)