



Nierówności związane z bólem pleców

1. Pojęcia nierówności i równości w zdrowiu

Nierówność w zdrowiu definiuje się jako „szczególny rodzaj różnicy związanej ze zdrowiem, który jest ściśle powiązany z niekorzystną sytuacją ekonomiczną, społeczną lub środowiskową” [40]. Równość w zdrowiu to zatem analogicznie “brak niesprawiedliwych i możliwych do wyrównania lub uniknięcia nierówności w zakresie zdrowia pomiędzy grupami ludzi w ujęciu społecznym, ekonomicznym, demograficznym lub geograficznym” [38]. Dysproporcje w rezultatach leczenia zostały udokumentowane zarówno na poziomach wewnątrz krajowych, jak i pomiędzy poszczególnymi państwami [14, 15] i nierówności te w większym stopniu niż jakość i dostęp do opieki medycznej wpływają na efekty leczenia [5].

2. Nierówności związane z bólem pleców zostały udokumentowane na całym świecie

Niedawno opublikowany przegląd systematyczny, analizujący społeczne uwarunkowania stanu zdrowia u pacjentów z bólem dolnej części pleców w 17 krajach, wykazał istotne związki pomiędzy: płcią, rasą, pochodzeniem etnicznym, wykształceniem, wykonywanym zawodem i statusem socjoekonomicznym, a ważnymi aspektami bólu dolnej części pleców (tj. współczynnikami chorobowości, nasileniem bólu oraz stopniem niepełnosprawności) [14]. Różnice w stanie zdrowia ze względu na miejsce zamieszkania, rasę lub płeć wiążą się z poważnymi kosztami społecznymi i ekonomicznymi.

3. Rasa i pochodzenie etniczne nie są tożsamymi pojęciami

Rasa jest określana jako “fizyczne różnice, postrzegane jako społecznie istotne przez grupy ludzi oraz różne kultury”, podczas gdy pochodzenie etniczne odnosi się do “wspólnych cech kulturowych, takich jak język, pochodzenie, tradycje i wierzenia” [1]. Zamienne używanie pojęć rasy i pochodzenia etnicznego nie pozwala na rozróżnienie, że dana osoba może przykładowo reprezentować pewną rasę, ale jednocześnie mieć pochodzenie wieloetniczne ze względu na język, kulturę lub religię. W świetle nierównych stosunków rasowych w społeczeństwie, niezwykle trudno jest w jasny sposób oddzielić pochodzenie etniczne od rasy; w takich przypadkach określenia rasa/pochodzenie etniczne są używane łącznie [17].

4. Różnice rasowe i etniczne są przyczyną niedostatecznego leczenia bólu pleców

Rasowe i etniczne różnice w opiece zdrowotnej [36] utrzymują się nawet po skorygowaniu danych o czynniki związane z dostępem do opieki medycznej, jak również o potrzeby, preferencje czy adekwatność podjętej interwencji. Na oddziałach ratunkowych i w placówkach ambulatoryjnych udokumentowano specyficzne dla bólu pleców różnice w przepisywaniu leków opioidowych ze względu na rasę i pochodzenie etniczne [16, 23, 26, 27]. Mimo że osoby należące do mniejszości rasowych/etnicznych zgłaszały silny ból pleców i wysoki poziom utraty sprawności, pracownicy



służby zdrowia mieli tendencję do przypisywania im mniejszych dolegliwości, rzadziej kierowali tych pacjentów na badania obrazowe [4] oraz częściej zalecali terapię nieopiodową [23].

5. Istnienie różnic rasowych i etnicznych podważa nasze zdolności oceny i rozumienia dolegliwości bólowych w różnych populacjach

Jeśli nie stworzymy kulturowo dostosowanych konstruktów w zakresie bólu, odpowiednich narzędzi pomiarowych i wytycznych interpretacji, różnice rasowe i etniczne związane z bólem pleców będą się utrzymywać. Przykładowo, w Australii wdrożenie środków niedostosowanych do użytku przez społeczności rdzenne uniemożliwiło kompleksowe zbadanie doświadczeń bólowych tych osób i w efekcie wpłynęło na ich ocenę bólu i leczenie. Jest to tym bardziej istotne, że w niektórych społecznościach – na przykład w kanadyjskiej społeczności Mi'kmaq – nie ma słowa bezpośrednio oznaczającego „ból”, a jedynie wyrażenie „zranić” [19]. W tym kontekście wykorzystanie numerycznych skal bólu lub skal opartych na ekspresji twarzy uznano więc za pozbawione sensu [19]. Podjęto zatem starania, aby stworzyć skale nasilenia bólu dostosowane kulturowo. Przykładowo, w systematycznym przeglądzie międzykulturowych adaptacji wskaźnika niepełnosprawności funkcjonalnej dla bólu pleców – Oswestry Disability Index – zidentyfikowano 27 różnych adaptacji kwestionariusza [43]. Mimo że są to działania podjęte w dobrym kierunku, potrzeba jeszcze znacznie więcej pracy w tej dziedzinie.

6. Kobiety częściej niż mężczyźni doświadczają bólu pleców

Różnice w społecznych konstruktach dotyczących sposobów bycia i zachowania postrzeganych jako męskie i kobiece (płeć kulturowa) [7] oraz w zakresie cech uwarunkowanych biologicznie (płeć biologiczna) wiążą się obecnie z różnymi aspektami doświadczenia bólu pleców [42]. Częstotliwość występowania bólu dolnej części pleców jest większa u kobiet w porównaniu do mężczyzn (stosunek 1.27), przy czym różnica ta pogłębia się dodatkowo, gdy kobiety wchodzi w wiek pomenopauzalny [9, 41]. Dotychczas zaproponowano wiele czynników związanych z płcią biologiczną (np. hormonalnych, związanych z różnicami w budowie endogennego układu opiodowego) [9, 21] oraz czynników związanych z płcią kulturową (np. cech, oczekiwań względem roli społecznej, postaw, stereotypów, norm, dysproporcji statusu/władzy, ideologii), działających zarówno na poziomie indywidualnym, sytuacyjnym, wynikającym z pozycji, jak i ideologicznym [2]. Niestety, w dalszym ciągu nie posiadamy wystarczających dowodów naukowych do pełnego zrozumienia problemu bólu pleców w grupach mniejszościowych (w tym w grupie LGBTQ!) [21].

7. W obrębie płci biologicznej i kulturowej istnieją różnice w dostępie do opieki zdrowotnej i dostępie do leczenia bólu dolnej części pleców

Kobiety w większym stopniu i częściej w porównaniu do mężczyzn zgłaszają się po pomoc medyczną z powodu bólu dolnej części pleców [8, 15]. Może to odzwierciedlać ogólnie wyższy poziom zachowań zdrowotnych obserwowany wśród kobiet. W pewnym stopniu można to

również wyjaśnić zgłaszaniem przez kobiety większego nasilenia i ciężkości bólu, co prowadzi do częstszych kontaktów z opieką zdrowotną i na przykład częstszego przepisywania leków przeciwbólowych [21]. Wyniki opartej na teorii, jakościowej analizy uprzedzeń płciowych w bólu przewlekłym sugerują, że poza normami płciowymi dla bólu i radzenia sobie z bólem, w terapii bólu przewlekłego występują uprzedzenia płciowe, których nie da się wytłumaczyć wyłącznie różnicami w potrzebach medycznych [35].

8. Status socjoekonomiczny wiąże się z gorszym rokowaniem w bólu pleców

Badanie przeprowadzone niedawno w Europie dowiodło, że nierówności socjoekonomiczne mogą być bardziej uwydatnione w bólu pleców niż odnotowujemy to w przypadku innych schorzeń (np. ból dłoni/ręki); w badaniu tym istniały jednak duże różnice pomiędzy obserwowanymi regionami [39]. Wykazano też, że – poza wpływem na częstotliwość występowania bólu pleców – status socjoekonomiczny, rozumiany np. jako poziom wykształcenia, może wiązać się z ryzykiem nawrotów bólu pleców oraz niepełnosprawnością, w większym stopniu niż jest on związany z ryzykiem wystąpienia nowego epizodu bólu [6]. Podłoże tych nierówności jest wieloczynnikowe i obejmuje zmienność w zakresie behawioralnych i środowiskowych czynników ryzyka, status zawodowy oraz przeszkody w możliwościach dostępu do opieki zdrowotnej i korzystania z jej zasobów [6]. Istnieją również dowody na to, że status socjoekonomiczny w okresie dzieciństwa może stanowić czynnik ryzyka wystąpienia bólu pleców w dorosłości [18, 29]. Skala tego problemu stale rośnie, szczególnie w grupie mężczyzn [12], a nierówności mają tendencję do utrzymywania się w okresie dorosłości [13].

9. Status socjoekonomiczny pacjenta wpływa na ocenę i leczenie bólu

W przeciwieństwie do cech związanych z rasą/pochodzeniem etnicznym oraz płcią biologiczną/kulturową, rola dyskryminacji klasowej lub kategoryzacji jednostki na podstawie przynależności do klasy społecznej pozostaje na razie słabo zbadana w kontekście oceny i leczenia bólu pleców [11, 13]. Ostatnie badania nad dyskryminacją klasową w bólu przewlekłym dostarczyły więcej dowodów na to, że osoby o niskim statusie socjoekonomicznym są oceniane przez personel medyczny jako doświadczające bólu o mniejszym nasileniu oraz mniej wiarygodne w swoich skargach, a ich ból jest postrzegany jako w większym stopniu uwarunkowany przez czynniki psychologiczne, w porównaniu do osób o wyższym statusie socjoekonomicznym [3].

10. Mamy powód, by mieć nadzieję na lepszą przyszłość

Opracowano dotychczas rozmaite inicjatywy międzynarodowe, których celem jest osiągnięcie równości w ochronie zdrowia i minimalizowanie dysproporcji zdrowotnych, np. amerykański projekt Healthy People 2020 [33], dostosowany kulturowo program edukacyjny „My Back on Track, My Future” [22], skierowany do rdzennych społeczności australijskich. Ponadto Pain Revolution (Australia) [31], Pain BC (Kanada) [30] oraz Flippin’ Pain (Wielka Brytania) [10] to

przykłady kampanii będących wynikiem ostatnich starań na rzecz przyjmowania bardziej sprawiedliwego podejścia do społecznej wiedzy na temat bólu oraz wzmocnienia pozycji pacjentów. Choć powyższe inicjatywy nie są skoncentrowane wyłącznie na problemie bólu pleców, ułatwiają one zdobywanie wiedzy oraz informacji na temat obowiązujących wytycznych. Podobne działania można z łatwością wdrożyć w innych grupach mniejszościowych w celu przezwyciężenia nierówności zdrowotnych i osiągnięcia równowagi w zakresie leczenia bólu pleców.

PIŚMIENNICTWO

- [1] American Psychological Association. Bias-Free Language. Publication manual of the American Psychological Association. Washington DC: American Psychological Association, 2019.
- [2] Bernardes SF, Keogh E, Lima ML. Bridging the gap between pain and gender research: a selective literature review. *Eur J Pain* 2008;12(4):427-440.
- [3] Brandao T, Campos L, de Ruddere L, Goubert L, Bernardes SF. Classism in Pain Care: The Role of Patient Socioeconomic Status on Nurses' Pain Assessment and Management Practices. *Pain medicine* 2019;20(11):2094-2105.
- [4] Carey TS, Garrett JM. The relation of race to outcomes and the use of health care services for acute low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2003;28(4):390-394.
- [5] Daniel H, Bornstein SS, Kane GC, Health, Public Policy Committee of the American College of P. Addressing Social Determinants to Improve Patient Care and Promote Health Equity: An American College of Physicians Position Paper. *Ann Intern Med* 2018;168(8):577-578.
- [6] Dionne CE, Von Korff M, Koepsell TD, Deyo RA, Barlow WE, Checkoway H. Formal education and back pain: a review. *J Epidemiol Community Health* 2001;55(7):455-468.
- [7] Dorlin E. L'historicité du sexe. Sexe, genre et sexualités: Presses universitaires de France, 2008. pp. 33-54.
- [8] Elsamadicy AA, Reddy GB, Nayar G, Sergesketter A, Zakare-Fagbamila R, Karikari IO, Gottfried ON. Impact of Gender Disparities on Short-Term and Long-Term Patient Reported Outcomes and Satisfaction Measures After Elective Lumbar Spine Surgery: A Single Institutional Study of 384 Patients. *World Neurosurg* 2017;107:952-958.
- [9] Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley JL, 3rd. Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *J Pain* 2009;10(5):447-485.
- [10] Flippin' Pain. <https://www.flippinpain.co.uk/>.
- [11] Gebauer S, Salas J, Scherrer JF. Neighborhood Socioeconomic Status and Receipt of Opioid Medication for New Back Pain Diagnosis. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM* 2017;30(6):775-783.
- [12] Grossschadl F, Stolz E, Mayerl H, Rasky E, Freidl W, Stronegger W. Educational inequality as a predictor of rising back pain prevalence in Austria-sex differences. *Eur J Public Health* 2016;26(2):248-253.
- [13] Ikeda T, Sugiyama K, Aida J, Tsuboya T, Watabiki N, Kondo K, Osaka K. Socioeconomic inequalities in low back pain among older people: the JAGES cross-sectional study. *Int J Equity Health* 2019;18(1):15.
- [14] Karran EL, Grant AR, Moseley GL. Low back pain and the social determinants of health: a systematic review and narrative synthesis. *Pain* 2020;161(11):2476-2493.
- [15] Kent PM, Keating JL. The epidemiology of low back pain in primary care. *Chiropractic & osteopathy* 2005;13:13.
- [16] King C, Liu X. Racial and Ethnic Disparities in Opioid Use Among US Adults With Back Pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2020;45(15):1062-1066.
- [17] Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2001;55(10):693-700.
- [18] Lallukka T, Viikari-Juntura E, Raitakari OT, Kahonen M, Lehtimäki T, Viikari J, Solovieva S. Childhood and adult socioeconomic position and social mobility as determinants of low back pain outcomes. *Eur J Pain* 2014;18(1):128-138.
- [19] Latimer M, Finley GA, Rudderham S, Inglis S, Francis J, Young S, Hutt-MacLeod D. Expression of pain among Mi'kmaq children in one Atlantic Canadian community: a qualitative study. *CMAJ Open* 2014;2(3):E133-138.
- [20] LaVeist TA, Gaskin D, Richard P. Estimating the economic burden of racial health inequalities in the United States. *Int J Health Serv* 2011;41(2):231-238.
- [21] Leresche L. Defining gender disparities in pain management. *Clin Orthop Relat Res* 2011;469(7):1871-1877.

©Prawa autorskie 2021 Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu. Wszystkie prawa zastrzeżone. IASP zrzesza naukowców, klinicystów, personel medyczny oraz organy ustawodawcze, aby stymulować i wspierać badania nad bólem oraz wdrażać zdobytą wiedzę w celu poprawy skuteczności leczenia bólu na świecie.



- [22] Lin IB, Ryder K, Coffin J, Green C, Dalgety E, Scott B, Straker LM, Smith AJ, O'Sullivan PB. Addressing Disparities in Low Back Pain Care by Developing Culturally Appropriate Information for Aboriginal Australians: "My Back on Track, My Future". *Pain medicine* 2017;18(11):2070-2080.
- [23] Ly DP. Racial and Ethnic Disparities in the Evaluation and Management of Pain in the Outpatient Setting, 2006-2015. *Pain medicine* 2019;20(2):223-232.
- [24] Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. Economic costs of health inequalities in the European Union. *J Epidemiol Community Health* 2011;65(5):412-419.
- [25] Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Commission on Social Determinants of H. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008;372(9650):1661-1669.
- [26] Meghani SH, Byun E, Gallagher RM. Time to take stock: a meta-analysis and systematic review of analgesic treatment disparities for pain in the United States. *Pain medicine* 2012;13(2):150-174.
- [27] Mills AM, Shofer FS, Boulis AK, Holena DN, Abbuhl SB. Racial disparity in analgesic treatment for ED patients with abdominal or back pain. *Am J Emerg Med* 2011;29(7):752-756.
- [28] Mittinty MM, McNeil DW, Jamieson LM. Limited evidence to measure the impact of chronic pain on health outcomes of Indigenous people. *J Psychosom Res* 2018;107:53-54.
- [29] Muthuri SG, Kuh D, Cooper R. Longitudinal profiles of back pain across adulthood and their relationship with childhood factors: evidence from the 1946 British birth cohort. *Pain* 2018;159(4):764-774.
- [30] Pain BC. <https://www.painbc.ca/>.
- [31] Pain Revolution. <https://www.painrevolution.org/>.
- [32] Politzer E, Shmueli A, Avni S. The economic burden of health disparities related to socioeconomic status in Israel. *Isr J Health Policy Res* 2019;8(1):46.
- [33] Promotion OoDPaH. *Healthy People 2020, Vol. 2020, 2020*.
- [34] Romero DE, Muzy J, Maia L, Marques AP, Souza Junior PRB, Castanheira D. Chronic low back pain treatment in Brazil: inequalities and associated factors. *Cien Saude Colet* 2019;24(11):4211-4226.
- [35] Samulowitz A, Gremyr I, Eriksson E, Hensing G. "Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Res Manag* 2018;2018:6358624.
- [36] Smedley BD, Stith AY, Nelson AR. *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, DC: Institute of Medicine, 2003.
- [37] Social D, Science Integration Directorate PHAoC. Report summary - The Direct Economic Burden of Socioeconomic Health Inequalities in Canada: An Analysis of Health Care Costs by Income Level. *Health Promot Chronic Dis Prev Can* 2016;36(6):118-119.
- [38] Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: World Health Organization, 2010. p. 79.
- [39] Todd A, McNamara CL, Balaj M, Huijts T, Akhter N, Thomson K, Kasim A, Eikemo TA, Bambra C. The European epidemic: Pain prevalence and socioeconomic inequalities in pain across 19 European countries. *Eur J Pain* 2019;23(8):1425-1436.
- [40] U.S. Department of Health and Human Services. The Secretary's Advisory Committee on National Health Promotion and Disease Prevention Objectives for 2020. Phase I report: Recommendations for the framework and format of Healthy People 2020 [Internet]. Section IV: Advisory Committee findings and recommendations, 2010.
- [41] Wang YX, Wang JQ, Kaplar Z. Increased low back pain prevalence in females than in males after menopause age: evidences based on synthetic literature review. *Quant Imaging Med Surg* 2016;6(2):199-206.
- [42] Wu A, March L, Zheng X, Huang J, Wang X, Zhao J, Blyth FM, Smith E, Buchbinder R, Hoy D. Global low back pain prevalence and years lived with disability from 1990 to 2017: estimates from the Global Burden of Disease Study 2017. *Ann Transl Med* 2020;8(6):299.
- [43] Yao M, Wang Q, Li Z, Yang L, Huang PX, Sun YL, Wang J, Wang YJ, Cui XJ. A Systematic Review of Cross-cultural Adaptation of the Oswestry Disability Index. *Spine (Phila Pa 1976)* 2016;41(24):E1470-E1478.

AUTORZY

©Prawa autorskie 2021 Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu. Wszystkie prawa zastrzeżone. IASP zrzesza naukowców, klinicystów, personel medyczny oraz organy ustawodawcze, aby stymulować i wspierać badania nad bólem oraz wdrażać zdobytą wiedzę w celu poprawy skuteczności leczenia bólu na świecie.



dr hab. n. med. **M. Gabrielle Pagé***, Adiunkt oraz pracownik naukowy, Zakład Anestezjologii i Leczenia Bólu, Wydział Lekarski z Katedrą Fizjologii, Wydział Nauk Humanistycznych i Ścisłych, Uniwersytet Montrealski, Montreal, QC, Kanada; gabrielle.page@umontreal.ca

dr n. med. **Manasi Murthy Mittinty** (Medycyna), Współprzewodnicząca Grupy Wsparcia Płci Biologicznej, Płci Kulturowej i Rasy w Międzynarodowym Stowarzyszeniu na rzecz Badania Bólu; Wykładowca, Instytut Badania Bólu, Uniwersytet w Sydney, Australia

Kobina Gyakye deGraft-Johnson, Licencjat w dziedzinie Medycyny, Członek Szkoły Chirurgów w Ghanie (Anestezjologia), Studia podyplomowe w dziedzinie interdyscyplinarnego leczenia bólu, Konsultant ds. anestezjologii i leczenia bólu, Szpital Kliniczny Korle Bu, Accra, Ghana;

UZNANIE

MG Pagé otrzymała pierwszą nagrodę jako młodszy pracownik naukowy od Fonds de recherche du Québec en santé.

RECENZENCI

Lorimer Moseley, Oficer Orderu Australii
Przewodniczący Fizjoterapii
UniSA Stowarzyszenie Zdrowia i Sprawności Człowieka
Uniwersytet Południowej Australii
Australia

Sónia F. Bernardes
Adiunkt i doktor z habilitacją
Katedra Psychologii Społecznej i Organizacji
ISCTE-IUL
Lizbona, Portugalia

©Prawa autorskie 2021 Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu. Wszystkie prawa zastrzeżone. IASP zrzesza naukowców, klinicystów, personel medyczny oraz organy ustawodawcze, aby stymulować i wspierać badania nad bólem oraz wdrażać zdobytą wiedzę w celu poprawy skuteczności leczenia bólu na świecie.

