

Perbezaan pada Sakit Belakang

1. Perbezaan Kesihatan dan Ekuiti Kesihatan

Kelainan pada kesihatan ditakrifkan sebagai “sejenis perbezaan kesihatan tertentu yang berkait rapat dengan kelemahan ekonomi, sosial, atau persekitaran” [40]. Ekuiti kesihatan adalah disebabkan oleh “ketiadaan dalam membezakan kesihatan yang tidak adil dan dapat dielakkan atau diperbaiki dalam kalangan kumpulan penduduk yang ditentukan secara sosial, ekonomi dan geografi” [38]. Perbezaan pada hasil kesihatan yang telah dikomunitasikan di dalam dan di antara Negara [14; 25] dan adalah penentu hasil kesihatan yang lebih kukuh daripada kualiti dan ketersediaan rawatan perubatan [5].

2. Perbezaan pada sakit belakang telah didokumentasikan di seluruh dunia.

Kajian sistematis baru-baru ini tentang penentu kesihatan sosial pada sakit pinggang belakang di 17 negara menunjukkan hubungan penting antara jantina, bangsa, etnik, pendidikan, pekerjaan dan status sosioekonomi dan aspek penting pada sakit pinggang belakang (cth, kelaziman, intensiti dan tahap ketidakupayaan) [14]. Perbezaan kesihatan bergantung pada lokasi tempat tinggal atau bangsa atau jantina anda dan mempunyai kos sosial dan ekonomi yang penting.

3. Bangsa dan etnik bukan sinonim.

Bangsa bermaksud “perbezaan fizikal yang dianggap signifikan oleh kumpulan dan budaya secara sosial” manakala Etnik merujuk kepada “perkongsian ciri budaya seperti bahasa, keturunan, amalan dan kepercayaan” [1]. Sekiranya bangsa dan etnik digunakan secara bergantian, kegagalan untuk menangkap perbezaan seseorang dari satu bangsa atau berbilang etnik melalui bahasa, budaya, dan agama dapat dilihat. Dengan adanya ketidakadilan hubungan kaum dalam masyarakat, ia akan menjadi sangat sukar untuk mengasingkan entik dari bangsa dengan cara yang bermakna; dalam kes seperti itu istilah bangsa/ etnik digunakan bersama [17].

4. Perbezaan perkauman dan etnik menjurus kepada rawatan sakit belakang.

Perbezaan perkauman dan etnik dalam penjagaan kesihatan [36] diteruskan walaupun selepas menyerasikan dengan perbezaan faktor berkaitan akses, keperluan, pilihan, dan kesesuaian intervensi. Khusus kepada sakit belakang, perbezaan perkauman dan etnik dalam pengambilan opioid telah didokumentasikan secara meluas di jabatan kecemasan dan penetapan pesakit luar [16; 23; 26; 27]. Walaupun kaum/ etnik minoriti melaporkan tahap sakit belakang dan ketidakupayaan yang teruk, penyedia penjagaan kesihatan akan lebih cenderung mengaitkan pesakit dengan tahap kesakitan yang kurang teruk malah mereka akan kurang cenderung untuk merujuk pesakit untuk pengimejan [4] dan lebih cenderung untuk mengesyorkan terapi tanpa opioid [23].

5. Perbezaan perkauman dan etnik melemahkan pengukuran dan pemahaman tentang pengalaman terhadap kesakitan dalam pelbagai populasi.

Tanpa konstruk berkaitan dengan kesakitan yang diadaptasi dengan budaya, pengukuran, dan interpretasi sebuah struktur, perbezaan perkauman dan etnik dalam sakit belakang akan berterusan. Sebagai contoh, penerapan langkah-langkah yang tidak bersesuaian untuk penggunaan Orang Asli di Australia telah dicegah sepenuhnya untuk mendapat pengalaman kesakitan mereka [28] dan

seterusnya akan memberi kesan kepada penilaian dan rawatan kesakitan mereka. Perkara ini penting memandangkan di beberapa komuniti misalnya, seperti komuniti Canadian Mi'kmaq, mereka tidak mempunyai perkataan untuk 'sakit', hanya ekspresi untuk 'sakit' [19]. Dalam konteks ini, penggunaan skala kesakitan berangka dan muka sebagai penerangan kesakitan dianggap kurang bermakna. Usaha telah dibuat untuk mencipta skala yang bersesuaian dengan budaya. Sebagai contoh, tinjauan sistematik dengan adaptasi silang budaya daripada indeks fungsi ketidakupayaan, the Oswestry Disability Index, telah menjumpai 27 penyesuaian soal selidik yang berbeza [43]. Usaha sedemikian menjurus ke arah yang betul tetapi masih banyak yang perlu dilakukan dalam domain ini.

6. Wanita lebih cenderung untuk mendapat sakit pinggang belakang berbanding lelaki.

Perbezaan cara bersikap dan bertindak berkaitan dengan maskuliniti dan kewanitaan (jantina) [7] dan ciri-ciri yang ditentukan secara biologi (seks) telah dikaitkan dengan pelbagai aspek pengalaman sakit belakang [42]. Prevalensi sakit pinggang belakang lebih tinggi di kalangan wanita berbanding dengan lelaki (nisbah sekitar 1.27), dan perbezaan ini lebih ketara apabila wanita mencapai tahap pascamenopaus [9; 41]. Berbagai perkara berkaitan dengan seks (cth, hormon, perbezaan dalam sistem opioid endogen) [9; 21] dan perkara berkaitan dengan jantina (cth, sifat, prospek peranan, sikap, stereotaip, norma, asimetri status/ kuasa, ideologi) factor pada intra-individu, keadaan, kedudukan dan tahap ideologi telah dikemukakan untuk menjelaskan perbezaan ini [2], namun begitu, pemahaman yang mendalam tentang sakit belakang dalam kumpulan minoriti (termasuk LGBTQI), kurang didokumentasikan [21].

7. Perbezaan seks dan jantina dalam akses penjagaan kesihatan dan rawatan untuk sakit pinggang belakang.

Wanita lebih kerap mendapatkan rawatan kesihatan untuk sakit pinggang belakang berbanding lelaki [8; 15]. Ini mungkin menggambarkan sikap pencarian kesihatan lebih tinggi di kalangan wanita secara umumnya. Akan tetapi, sebahagian daripada perkara ini mungkin hanya dijelaskan oleh tahap intensiti dan keparahan kesakitan yang lebih tinggi, menjurus kepada penerimaan rawatan kesihatan yang lebih kerap dan preskripsi analgesik sebagai contoh [21]. Kajian kualitatif berpandukan teori pada sakit kronik mengenai bias jantina mencadangkan bahawa kesakitan luar norma dan cara mengatasi kesakitan membuktikan bahawa terdapat layanan berat sebelah dalam rawatan berdasarkan jantina seseorang dan perkara ini tidak dapat dijelaskan oleh keperluan perubatan yang berbeza [35].

8. Kedudukan sosioekonomi dikaitkan dengan prognosis sakit belakang yang lemah.

Terdapat satu kajian semasa dari Eropah menunjukkan ketidaksamaan sosioekonomi dalam prevalensi sakit belakang yang kurang ketara berbanding dengan keadaan kesihatan yang lain (cth, sakit tangan/ lengan); namun, terdapat heterogenitas wilayah yang bagus [39]. Selain dari kelaziman kesakitan, kedudukan sosioekonomik, misalnya peringkat pendidikan, telah terbukti dengan perulangan sakit pinggang belakang dan ketidakupayaan, lebih-lebih lagi daripada sakit belakang yang baru [6]. Sebab-sebab ketidaksamaan ini adalah daripada pelbagai fungsi dan merangkumi perbezaan tingkah laku dan faktor risiko persekitaran, status pekerjaan, dan halangan untuk mengakses dan menggunakan sumber penjagaan kesihatan [6]. Terdapat juga bukti menyatakan bahawa kedudukan sosioekonomi kanak-kanak adalah faktor risiko untuk sakit belakang pada masa

dewasa [18; 29]. Namun besarnya ketaksamaan ini semakin meningkat dan terutamanya berlaku bagi lelaki [12] dan berterusan sehingga dewasa [13].

9. Kedudukan sosioekonomi pesakit mempengaruhi penilaian kesakitan dan rawatan.

Tidak seperti ciri-ciri bangsa/etnik atau seks/jantina, peranan klasisme, atau pengkategorian individu berdasarkan kelas sosial mereka, kurang dipelajari dalam konteks penilaian dan rawatan sakit belakang [11; 34]. Kajian terbaru mengenai klasisme dalam kesakitan kronik secara lebih luas menunjukkan bahawa individu yang mempunyai sosioekonomi yang rendah akan dinilai mengalami kesakitan dengan intensiti yang rendah oleh penyedia perkhidmatan kesihatan, kurang dipercayai, dan kerana kesakitan mereka lebih dipengaruhi dengan faktor psikologi berbanding individu yang mempunyai status sosioekonomi yang lebih tinggi [3].

10. Terdapat sebab untuk mengharapkan masa depan yang lebih cerah.

Terdapat beberapa perkembangan inisiatif global yang memberi tumpuan untuk mencapai ekuiti kesihatan dan mengurangkan perbezaan kesihatan, sebagai cth. inisiatif US-based Healthy People 2020 [33], projek program pendidikan yang sesuai dengan budaya ‘My Back on Track, My Future’ [22] untuk komuniti Orang Asli Australia. Sebagai tambahan, kempen Pain Revolution (Australia) [31], Pain BC (Canada) [30], dan Flippin’ Pain (UK) [10] juga merupakan usaha terbaru untuk menggunakan pendekatan yang lebih adil untuk literasi kesakitan dan pemerkasaan pengguna. Walaupun tidak khusus untuk sakit belakang, jenis-jenis inisiatif ini membantu untuk mengumpulkan pengetahuan dan memaklumkan dasar. Usaha seperti ini dapat diterima dengan mudah oleh kumpulan minoriti yang lain untuk mengatasi masalah perbezaan kesihatan dan mencapai keseimbangan kesihatan pada sakit belakang.

RUJUKAN

- [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] Karan 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, Lehtimaki T, Viikari J, Solovieva S. Childhood and adult socio-economic 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.
- [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, Meierding 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.

PENULIS

M. Gabrielle Pagé*, PhD, Assistant professor and research scholar, Department of Anesthesiology and Pain Medicine, Faculty of Medicine, & Department of Psychology, Faculty of Arts and Science, University of Montreal, Montreal, QC, Canada; gabrielle.page@umontreal.ca

Manasi Murthy Mittinty, MD (Medicine), PhD, Co-chair of the Sex, Gender and Race Special Interest Group of the International Association for the Study of Pain; Lecturer, Pain Management Research institute, University of Sydney, Australia

Kobina Gyakye deGraft-Johnson, MBChB, FGCS (Anaesthesia), PGDip Interdisc Pain Mgt, Consultant Anaesthetist and Pain Specialist, Korle Bu Teaching Hospital, Accra, Ghana

PENGHARGAAN

MG Pagé is a Junior 1 research scholar from the Fonds de recherche du Québec en santé.

PENGULAS

Lorimer Moseley AO
Chair in Physiotherapy
UniSA Allied Health & Human Performance
University of South Australia
Australia

Sónia F. Bernardes
Associate Professor with Habilitation
Department of Social and Organizational Psychology
ISCTE-IUL
Lisbon, Portugal

PENTERJEMAH

Aiman Nabila binti Safuan, Master of Clinical Psychology, Malaysia