

Krzysztof Buczkowski¹, Małgorzata Krajnik², Jacek Budzyński³, Sławomir Chlabicz⁴¹Katedra i Zakład Lekarza Rodzinnego, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy²Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy³Katedra i Klinika Gastroenterologii, Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy⁴Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Akademia Medyczna w Białymstoku

Znajomość zasad leczenia opioidami bólu nowotworowego wśród lekarzy rodzinnych województwa kujawsko-pomorskiego i podlaskiego

Family physicians' knowledge about opioid therapy in province of Kujawy-Pomorze and Podlasie

Streszczenie

Mimo dużego zaangażowania Światowej Organizacji Zdrowia i krajowych towarzystw naukowych we wdrażanie zasad leczenia objawowego wiedza lekarzy z zakresu kontroli bólu nowotworowego nadal jest niewystarczająca. Lekarze rodzeni z racji sprawowania opieki skoncentrowanej na całościowym rozwiązywaniu problemów chorego powinni znać zasady leczenia przeciwbólowego. Celem pracy było uzyskanie informacji od lekarzy rodzinnych o sposobie stosowania przez nich leków opioidowych na podstawie rozwiązywania typowych problemów klinicznych dotyczących pacjentów z bólem nowotworowym. Badaniem objęto wszystkich lekarzy rodzinnych ($n = 384$) z terenu województwa kujawsko-pomorskiego i podlaskiego. Odesłano 195 (51%) wysłanych ankiet. Średnia prawidłowych odpowiedzi na 5 pytań dotyczących stosowania opioidów w całej grupie respondentów wynosiła $2,2 \pm 1,4$ pkt, przy czym lekarze z województwa kujawsko-pomorskiego uzyskali istotnie więcej punktów (prawidłowych odpowiedzi) niż lekarze z województwa podlaskiego. Wyższa punktacja wiązała się z młodszym wiekiem, krótszym stażem pracy od momentu zdobycia specjalizacji, lepszym dostępem do ośrodka opieki paliatywnej i umiejętnością leczenia bólu przebijającego. Na podstawie przeprowadzonej ankiety poddano też analizie wybór sposobu postępowania w przypadku nieskuteczności tramadolu w dawce 600 mg/d. Włączenie preparatu morfiny o szybkim uwalnianiu w takiej sytuacji znamiennej częściej proponowali lekarze z województwa kujawsko-pomorskiego. Taki wybór korelował też z wyższym poziomem wiedzy na temat opioidów. Stwierdzono, że najsilniejszym predyktorem uzyskania ponadprzeciętnej liczby prawidłowych odpowiedzi w ankiecie była umiejętność leczenia bólu przebijającego. Uzyskane wyniki wskazują na niski poziom wiedzy respondentów na temat stosowania opioidów u pacjentów z bólem nowotworowym i konieczność ciągłej edukacji obejmującej wszystkich, a szczególnie starszych stażem lekarzy rodzinnych.

Słowa kluczowe: opioidy, ból nowotworowy, lekarz rodzinny, wiedza

Abstract

The World Health Organization and many national professional associations are engaged in implementation of principals of symptom control but the cancer pain control is still insufficient. Family physicians who offer

Adres do korespondencji: dr med. Krzysztof Buczkowski
Katedra i Zakład Lekarza Rodzinnego UMK w Toruniu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy
e-mail: buczkowskik@amb.bydgoszcz.pl



Polska Medycyna Paliatywna 2004, 3, 4, 335–342
Copyright © 2004 Via Medica, ISSN 1644–115X

continuous and holistic care should know principles of pain management. The purpose of this study was to assess the knowledge of family physicians about using opioids in cancer pain. A postal questionnaire surveyed a sample of 384 family physicians from kujawsko-pomorski (kpp) and podlaski province (pp). The response rate was 51% (n = 195). The questionnaire consisted of clinical cases connected with pain control. The average number of correct answers for five questions was 2.2 ± 1.4 . Physicians from kpp obtained significantly more points (correct answers) than from pp. The higher score was related to younger responders, with shorter time from specialization exam, better access to palliative care and competence for treating of breakthrough pain. The way of treatment of pain when 600 mg of tramadol was ineffective was also analyzed. The immediate release opioids were significantly more often chosen, in this situation, by physicians from kpp and this choice correlated with better knowledge on opioids. The strongest predictor of higher than average knowledge was competence for treating of breakthrough pain. The results show that family physicians' knowledge about pain control is insufficient and demands continuous education for all, especially for longer working doctors.

Key words: opioids, cancer pain, family physician, knowledge

Wstęp

Mimo dużego zaangażowania Światowej Organizacji Zdrowia i krajowych towarzystw naukowych we wdrażanie zasad leczenia objawowego kontrola bólu nowotworowego w większości państw jest nadal niewystarczająca [1–4]. Wprowadzenie medycyny paliatywnej jako specjalizacji w Polsce spowodowało poprawę jakości leczenia bólu nowotworowego oraz rozwój edukacji w tym zakresie. Jednak większość chorych cierpiących z powodu bólu nowotworowego pozostaje pod opieką przede wszystkim lekarzy rodzinnych i onkologów. Lekarze rodzinni dzięki bliskim kontaktom z pacjentem i jego rodziną oraz kompleksowej opiece mają możliwość zarówno prowadzenia leczenia objawowego, jak i koordynowania współpracy z innymi specjalistami [5]. Jak wynika z badań brytyjskich, jakość opieki paliatywnej sprawowanej przez tamtejszych lekarzy rodzinnych stale się poprawia [6]. Wydaje się, że optymalna opieka nad osobami terminalnie chorymi wymaga współpracy kompetentnego lekarza rodzinnego z zespołem opieki paliatywnej [7]. Umożliwia to pacjentowi pozostanie w domu, wśród bliskich, co w większości przypadków jest pragnieniem chorego i jego rodziny [8, 9].

W Polsce utrzymuje się tendencja poprawy jakości opieki nad terminalnie chorymi i leczenia bólu nowotworowego. W sposób pośredni świadczy o tym chociażby wzrost zużycia opioidów w kolejnych latach (raport Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego w Ministerstwie Zdrowia za lata 2002 i 2003).

Celem pracy było uzyskanie informacji od lekarzy rodzinnych o sposobie stosowania leków opioidowych, a w szczególności rodzaju preparatów, drogi ich podawania i znajomości działań niepożądanych, na podstawie wybieranych przez nich sposobów radzenia sobie w symulowanych sytuacjach klinicznych, dotyczących pacjentów z bólem nowotworowym.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono na terenie województw kujawsko-pomorskiego i podlaskiego, które łącznie zamieszkuje 3,27 mln osób, co stanowi 8,6% ludności Polski (dane Głównego Urzędu Statystycznego w Warszawie na dzień 31.12.2003 r.). Wybór województw wynikał z kilku przesłanek. Po pierwsze, w jednym i drugim pracowali lekarze posiadający specjalizację z medycyny rodzinnej. Po drugie, w obu województwach coraz większą część lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej stanowią lekarze ze specjalizacją z medycyny rodzinnej, którzy pracują zarówno we własnych praktykach, jak i w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. Po trzecie, w obu województwach znajdują się ośrodki kształcące lekarzy rodzinnych zarówno w ramach specjalizacji, jak i prowadzące ciągłą edukację medyczną. W województwie kujawsko-pomorskim istnieje ośrodek opieki paliatywnej zajmujący się edukacją lekarzy w zakresie opieki nad terminalnie chorymi, w tym leczenia bólu nowotworowego, podczas gdy w województwie podlaskim takiego ośrodka nie ma (tab. 1).

W badaniu uczestniczyli wszyscy lekarze ze specjalizacją z medycyny rodzinnej, pracujący w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (n = 384). Z województwa kujawsko-pomorskiego pochodziło 135 badanych, a z województwa podlaskiego — 249. Odesłano łącznie 195 (51%) wysłanych ankiet, z tego 123 (49%) kwestionariusze z województwa podlaskiego i 72 (53%) z kujawsko-pomorskiego. Odsetek odesłanych zwrotnie ankiet z obu województw nie różnił się istotnie (p = 0,71). Obie grupy lekarzy rodzinnych były podobne pod względem ocenianych danych demograficznych. Lekarze z województwa kujawsko-pomorskiego byli nieco młodszy niż lekarze z województwa podlaskiego (tab. 1). Lekarze z województwa kujawsko-pomorskiego istot-

Tabela 1. Dane demograficzne badanych lekarzy rodzinnych podzielonych na dwie grupy w zależności od województwa, w którym pracują**Table 1. Characteristics of family physicians who participated in the study depending on the province**

Parametr	Województwo podlaskie n = 123	Województwo kujawsko-pomorskie n = 72	p
Płeć (kobiety/mężczyźni), n (%)	92 (75%)/31 (25%)	51 (71%)/21 (29%)	0,480
Odsetek osób w poszczególnych przedziałach wiekowych < 36/36–50/>50, n (%)	14 (11%)/72 (59%)/37 (30%)	11 (15%)/50 (70%)/11 (15%)	0,065
Staż pracy po uzyskaniu specjalizacji z medycyny rodzinnej w przedziałach lat 0–5 lat/> 5 lat, n (%)	64 (52%)/59 (48%)	39 (55%)/33 (45%)	0,74
Tryb uzyskania specjalizacji z medycyny rodzinnej rezydentki/pozarezydentki, n (%)	24 (20%)/99 (80%)	21 (28%)/51 (72%)	0,22
Miejsce pracy: własna praktyka/NZOZ/SPZOZ, n (%)	29 (23,5%)/65 (53%)/ /29 (23,5%)	19 (26%)/34 (48%)/ /19 (26%)	0,77
Dostęp do opieki paliatywnej — ogólnie, n (%)	63 (51%)	54 (75%)	0,001

nie częściej mieli możliwość przekazania opieki nad pacjentami specjalistom medycyny paliatywnej ($p = 0,001$). Populacja lekarzy, którzy nie odpowiedzieli na pytania kwestionariusza, nie różniła się od respondentów pod względem płci i województwa, w którym pracuje.

W badaniu wykorzystano kwestionariusz opisujący symulowane sytuacje kliniczne związane z diagnostyką i leczeniem bólu nowotworowego. Oceniano potencjalne decyzje respondentów na podstawie deklarowanych przez nich działań w przedstawionych przypadkach. Opisane sytuacje odnosiły się do kompetencji lekarza rodzinnego i zostały opracowane na podstawie „Wytycznych postępowania w bólu prze-

wlekłym” zalecanych m.in. przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej [1] oraz wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) [2] i *European Association for Palliative Care* (EAPC) [10]. Treść pytań przedstawiono w tabelach 2 i 3.

Po wstępnym przygotowaniu kwestionariusza poddano go ocenie 7 lekarzy rodzinnych i 2 specjalistów medycyny paliatywnej (osoby te nie brały udziału w dalszej części badania). Po uwzględnieniu ich uwag opracowano ostateczną wersję ankiet, a następnie ponownie omówiono ją z tymi lekarzami.

Dla potrzeb niniejszego artykułu wykorzystano 5 pytań związanych ze stosowaniem opioidów (jed-

Tabela 2. Pytania kwestionariusza z jedną prawidłową odpowiedzią spośród czterech możliwych**Table 2. Questions of questionnaire with one correct answer**

Pytanie	Prawidłowa odpowiedź
Do leczenia bólu przebijającego u chorego przyjmującego morfinę o kontrolowanym uwalnianiu (np. MST Continus 2 × 60 mg) wybierzesz:	Podanie morfiny w roztworze wodnym w dawce 20 mg
Pacjent z zaawansowaną chorobą nowotworową zaczyna umierać i traci przytomność. Z tego powodu przestaje przyjmować stosowane doustnie leki, w tym m.in. podawany przeciwbólowo roztwór morfiny. Twoim dalszym postępowaniem będzie:	Założenie „motyłka” i rozpoczęcie podawania morfiny podskórnie
Rozpoczynając leczenie chorego morfiną z powodu bólu, przewidujesz zaparcia, dlatego zalecisz mu:	Codziennie dokusan sodowy (Laxopol) oraz herbatę z senesu
Po włączeniu roztworu morfiny w postaci doustnej u pacjenta występują uporczywe nudności. Twoim postępowaniem będzie:	Dołączenie do morfiny w postaci doustnej metoklopramidu
U pacjenta leczonego morfiną o kontrolowanym uwalnianiu (MST Continus, 2 × 60 mg) od kilku dni występują silne wymioty i powrócił ból. Twoim postępowaniem będzie:	Odstawienie morfiny doustnej i rozpoczęcie podawania morfiny podskórnie w dawce 10 mg co 4 h

Tabela 3. Pytanie sprawdzające preferencje wyboru leku przeciwbólowego
Table 3. Question about the preferred choice of opioid

Chory otrzymujący 600 mg tramadolu na dobę nadal zgłasza ból. Twoim dalszym postępowaniem będzie:

Zwiększenie dawki tramadolu do 900 mg/d.

Odstawienie tramadolu i włączenie TTS fentanylu 25 μ g/h

Odstawienie tramadolu i włączenie morfiny o kontrolowanym uwalnianiu, np. MST Continus 2 \times 30 mg

Odstawienie tramadolu i włączenie roztworu morfiny o szybkim uwalnianiu w dawce 10 mg co 4 h

na odpowiedź prawidłowa na cztery podane). Poziom wiedzy lekarzy określano na podstawie liczby prawidłowych odpowiedzi i wyrażono w punktach. Pytania dotyczyły: leczenia bólu przebijającego u chorego przyjmującego stabilne dawki silnego opioidu, zmiany sposobu podawania morfiny doustnej u chorego nieprzytomnego i pacjenta wymiotującego, zapobiegania zaparciom i leczenia nudności wywołanych przez morfinę. Analizie poddano także dodatkowe pytanie dotyczące preferencji wyboru leku przeciwbólowego u pacjenta, u którego występuje ból mimo stosowania tramadolu w dawce 600 mg/d.

Ankiety przeprowadzono zgodnie z ustalonym schematem. Kwestionariusze wraz z listem przewodnim dodatkowo wyjaśniającym cele badania i załączoną kopertą zwrotną rozesłano do wszystkich badanych. Po 6 tygodniach telefonicznie kontaktowano się z wszystkimi lekarzami, prosząc o odesłanie wypełnionego kwestionariusza. Jeśli badany zgubił kwestionariusz, wysyłano go ponownie. Po kolejnych 2 miesiącach wszyscy respondenci otrzymywali list z podziękowaniem za udział w badaniu z załączonym kwestionariuszem dla osób, które dotychczas go nie odesłały. Po kolejnych 6 tygodniach telefonicznie kontaktowano się z osobami, które podczas pierwszej rozmowy nie zadeklarowały chęci odesłania kwestionariusza.

Normalność rozkładu zmiennych sprawdzono za pomocą testu Kołmogorowa-Smirnowa i w zależności od przyjęcia lub odrzucenia hipotezy zerowej o normalności rozkładu analizowanych zmiennych oraz liczebności podgrup do oceny istotności różnicy wartości między grupami wykorzystywano parametryczne lub nieparametryczne testy χ^2 , dokładny test Fishera, ANOVA oraz sprawdzono korelacje rank Spearmana. W celu oceny znaczenia wpływu interakcji czynników demograficznych na liczbę prawidłowych odpowiedzi udzielonych na poszczególne pytania (powyżej lub poniżej przeciętnej równej 2,2 pkt) zastosowano analizę log-liniową. Analizy statystycznej dokonano z wykorzystaniem programu statystycznego STATISTICA 5,0 PL dla systemu operacyjnego Windows.

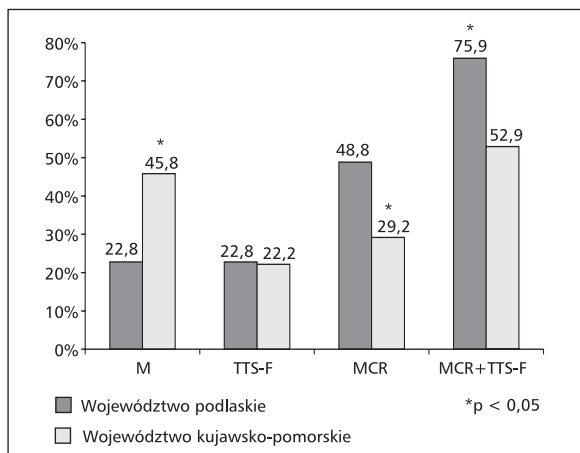
Wyniki

Średnia prawidłowych odpowiedzi na 5 pytań dotyczących stosowania opioidów u pacjentów z bólem nowotworowym w całej grupie respondentów wynosiła $2,2 \pm 1,4$ pkt, przy czym lekarze z województwa kujawsko-pomorskiego uzyskali średnio istotnie więcej punktów (prawidłowych odpowiedzi) niż lekarze z województwa podlaskiego ($2,6 \pm 1,3$ vs. $1,9 \pm 1,3$ pkt; $p = 0,0002$).

Wyższą punktację uzyskali lekarze młodszy ($R = -0,20$; $p = 0,005$), z krótszym stażem pracy od momentu zdobycia specjalizacji ($R = -0,16$; $p = 0,023$) i lepszym dostępem do ośrodka opieki paliatywnej ($R = 0,19$; $p = 0,007$).

W przeprowadzonej ankiecie analizowano także wybór sposobu postępowania w przypadku nieskuteczności tramadolu w dawce 600 mg/d. w terapii bólu nowotworowego. Lekarze z województwa kujawsko-pomorskiego znacznie częściej (ANOVA, efekt główny, $p = 0,006$) wybierali odpowiedź sugerującą odstawienie tramadolu i włączenie preparatu morfiny o szybkim uwalnianiu w dawce 10 mg co 4 godziny (46% vs. 23%; $p = 0,001$) niż lekarze z województwa podlaskiego, a znacznie rzadziej decydowali się na odstawienie tramadolu i włączenie morfiny o kontrolowanym uwalnianiu (29% vs. 49%; $p = 0,0004$). Natomiast nie stwierdzono różnic w wyborze TTS fentanylu w dawce 25 μ g/h (22% vs. 23%) (ryc. 1). Żaden z lekarzy nie wybrał opcji wskazującej na zwiększenie dawki tramadolu.

Ogólnie, w przypadku nieskuteczności maksymalnej dawki tramadolu miareczkowanie za pomocą preparatu szybko uwalnianej morfiny wybrało tylko 61 respondentów (31,3%), natomiast pozostali ($n = 134$; 68,7%) preferowali w tym przypadku zastosowanie od razu preparatu silnego opioidu o kontrolowanym uwalnianiu (MST Continus 2 \times 30 mg lub TTS fentanyl 25 μ g/h). Szczegółowa analiza wykazała, że wybór miareczkowania silnego opioidu istotnie wiązał się z regionem (województwem) pracy respondentów i ze stanem ogólnej wiedzy na temat stosowania opioidów w terapii bólu nowotworowego (ryc. 2). Osoby, które odpowiedziały prawidłowo



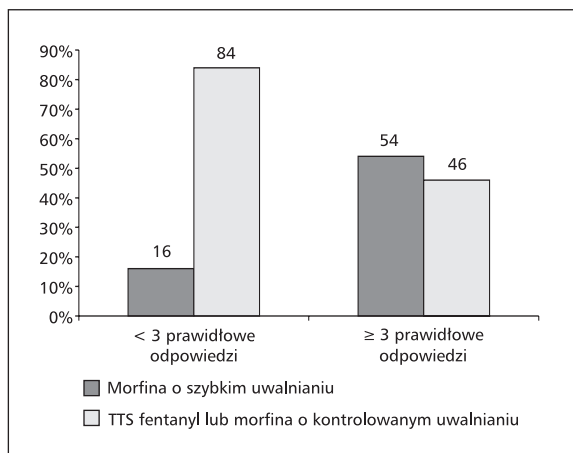
Rycina 1. Zależność udzielonej odpowiedzi dotyczącej postępowania w przypadku nieskuteczności tramadolu w dawce 600 mg/d. od miejsca (województwa) pracy lekarza rodzinnego. M — morfina o szybkim uwalnianiu; TTS-F — fentanyl w plastrach; MCR — morfina o kontrolowanym uwalnianiu; MCR+TTS-F — preferencja preparatów długodziałających w przypadku nieskuteczności maksymalnej dawki tramadolu

Figure 1. Correlation between the province and the answer to the question on the choice of the opioid when 600 mg of tramadol was ineffective. M — immediate release morphine; TTS-F — fentanyl patch; MCR — controlled release morphine; MCR+TTS-F — choice of sustained release preparation of opioids (controlled release morphine or fentanyl patch)

na przynajmniej 3 spośród 5 pytań dotyczących opioidów, w przypadku nieskuteczności tramadolu w dawce 600 mg wybierały szybko uwalnianą morfinę podobnie często jak jej preparat o kontrolowanym uwalnianiu (54% vs. 46%, NS). Natomiast wśród osób, których wiedza na temat opioidów była mniejsza (mniej niż 3 odpowiedzi prawidłowe), częstość wyboru miareczkowania za pomocą szybko uwalnianej morfiny była znamiennej mniejsza niż preparatów o kontrolowanym uwalnianiu (15,7% vs. 84,3%; $p = 0,001$). Proporcje te były podobne, gdy za punkt odniesienia przyjęto udzielenie prawidłowej odpowiedzi na pytanie dotyczące bólu przebijającego (ryc. 3).

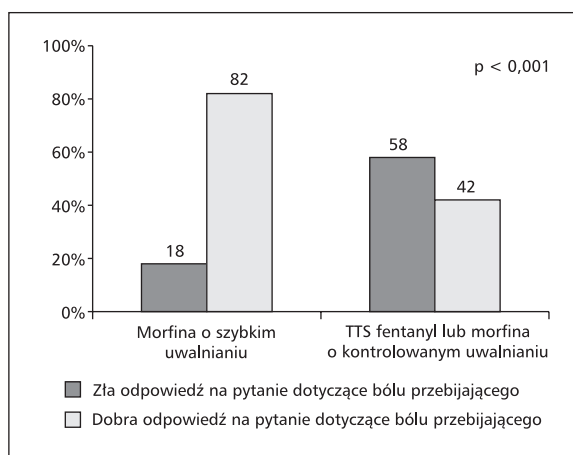
Miareczkowanie opioidów jako sposób postępowania w przypadku nieskuteczności maksymalnej dawki tramadolu wybierali częściej lekarze młodszy, którzy nie ukończyli 35 lat (56% vs. 44%; $p = 0,065$). Spośród osób preferujących ten sposób leczenia większość pracowała krócej niż 5 lat po uzyskaniu specjalizacji z medycyny rodzinnej (65% vs. 35%; $p = 0,029$).

W dalszej części analizy podjęto próbę oceny czynników wpływających na stan wiedzy respondentów. Badanych podzielono na podgrupy w zależności od



Rycina 2. Zależność wyboru miareczkowania silnego opioidu za pomocą preparatu szybko uwalnianej morfiny w przypadku nieskuteczności tramadolu od ogólnego stanu wiedzy (przynajmniej 3 prawidłowe odpowiedzi na 5 pytań dotyczących stosowania opioidów w terapii bólu nowotworowego)

Figure 2. Correlation between the choice of strong opioid titration when 600 mg of tramadol was ineffective and the level of knowledge on opioids (at least 3 of 5 correct answers)



Rycina 3. Zależność między wyborem miareczkowania silnego opioidu za pomocą preparatu szybko uwalnianej morfiny w przypadku nieskuteczności tramadolu a prawidłowością terapii bólu przebijającego

Figure 3. Correlation between the choice of strong opioid titration when 600 mg of tramadol was ineffective and the competence for treating of breakthrough pain

liczby udzielonych prawidłowych odpowiedzi w stosunku do wartości średniej, czyli 2,2 pkt. W analizie jednoczynnikowej wykazano, że lekarze, którzy odpowiedzieli prawidłowo przynajmniej na 3 spośród 5 pytań dotyczących zasad stosowania opioidów w bólu nowotworowym, w porównaniu z liczniejszą grupą

lekarzy, którzy w tym zakresie wykazali się wiedzą poniżej przeciętnej [(n = 80 (41%) vs. n = 115 (59%)], istotnie rzadziej wybierali TTS fentanyl w przypadku nieskuteczności tramadolu w dawce 600 mg/d. (15,4% vs. 29,6%; p = 0,023), przeważnie pracowali krócej niż 5 lat po uzyskaniu specjalizacji z medycyny rodzinnej (65% vs. 35%; p = 0,01) oraz zamiennie częściej mieli możliwość skierowania swoich pacjentów do ośrodków opieki paliatywnej (69% vs. 53%; p = 0,029).

Podobne wnioski wynikały z analizy log-liniowej opisującej wielowymiarowe zależności między zmiennymi jakościowymi, za pomocą której (χ^2 najwyższej wiarygodności = 21,2; p = 0,38) wykazano, że prawdopodobieństwo uzyskania ponadprzeciętnej liczby punktów wzrastało u osób, które:

- w przypadku bólu przebijającego u chorego przyjmującego 2 × 60 mg morfiny o kontrolowanym uwalnianiu podałyby 20 mg morfiny w roztworze wodnym (9,6 ×);
- w razie nieskuteczności maksymalnej dawki tramadolu zastosowałyby szybko uwalnianą morfinę w dawce 10 mg co 4 godziny (miareczkowanie) (5,1 ×);
- prowadziły praktykę w województwie kujawsko-pomorskim (2,3 ×);
- miały możliwość skierowania pacjenta do lekarza specjalisty z zakresu medycyny paliatywnej (1,8 ×, NS).

Wynika z tego, że umiejętność leczenia bólu przebijającego była najsilniejszym predyktorem uzyskania ponadprzeciętnej liczby prawidłowych odpowiedzi w ankiecie.

Dyskusja

Wykorzystaną w badaniu metodę, polegającą na przedstawieniu symulowanych sytuacji klinicznych, można wykorzystać do badania kompetencji lekarzy [11, 12]. Pozwala ona na zaprezentowanie tych samych sytuacji klinicznych jednocześnie wielu respondentom, co umożliwia porównanie uzyskanych odpowiedzi. Metoda ta wiąże się z pewnymi ograniczeniami — za jej pomocą można określić jedynie potencjalne decyzje, a nie rzeczywiste działania lekarzy. Dane z piśmiennictwa wskazują jednak na duży związek pomiędzy intencjami i rzeczywistymi zachowaniami, chociaż respondenci, odpowiadając na pytania ankiety, starają się być bardziej poprawni niż w rzeczywistości [13]. Wydaje się, że bardziej wiarygodne dane uzyskuje się, gdy opisy pacjentów oparte są na wytycznych upowszechnianych od wielu lat, które nie ulegały istotnym zmianom. Z taką sytuacją mamy do czynienia w przypadku zaleceń dotyczących postępowania w bólu nowotworowym [1, 4].

Inne ograniczenie przeprowadzonego badania wynikało z odsetka odesłanych ankiet i faktu, że badanie przeprowadzono tylko wśród lekarzy rodzinnych, a nie wszystkich lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Odsetek odesłanych ankiet wynosił 51%, był on mniejszy niż w podobnych badaniach amerykańskich (64%) [14], włoskich (65%) [15] czy brytyjskich (73%) [16]. Jednak rozpatrując różne badania ankietowe przeprowadzone wśród lekarzy rodzinnych, okazuje się, że odsetek ten nie należał do najmniejszych. Przykładem tego może być duże badanie dotyczące wizyt domowych przeprowadzone w 18 krajach Europy, w którym odsetek odesłanych odpowiedzi wynosił 28–65%, w zależności od kraju [17]. Przeprowadzenie ankiety wśród lekarzy ze specjalizacją z medycyny rodzinnej z jednej strony może być rozpatrywane jako pewne ograniczenie, gdyż lekarze rodzinni stanowią około 1/3 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce, jednak z drugiej strony może być to zaleta, ponieważ możliwe stało się zbadanie dość jednorodnej grupy, która w czasie ostatnich 10 lat zdawała egzamin specjalizacyjny i powinna mieć wiedzę na temat leczenia opioidami. W przyszłości to właśnie lekarze rodzinni będą zajmować się podstawową opieką zdrowotną. Wszyscy respondenci działali w ramach tego samego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia i wszyscy opiekowali się terminalnie chorymi. Lekarze z województwa podlaskiego zdecydowanie częściej wskazywali na mały dostęp do specjalistycznej opieki paliatywnej (tab. 1).

W całej grupie lekarzy wykazano niski poziom wiedzy na temat leczenia opioidami bólu nowotworowego. Grupa lekarzy z województwa kujawsko-pomorskiego, a szczególnie osoby, które zdały egzamin z medycyny rodzinnej nie dawniej niż 5 lat przed wypełnieniem ankiety i deklarujące możliwość dostępu do specjalistycznej opieki paliatywnej, wykazała się lepszą wiedzą na temat opioidów. W całej grupie badanych zaledwie 80 osób (41%) wybrało więcej niż 60% (przynajmniej 3) prawidłowych odpowiedzi, w tym 55% z województwa kujawsko-pomorskiego i 33% z województwa podlaskiego (p = 0,002).

W badaniach amerykańskich sprawdzających wiedzę lekarzy rodzinnych na temat leczenia opioidami uzyskiwano 67–90% prawidłowych odpowiedzi w zależności od poruszanego zagadnienia [14].

Najsilniejszym predyktorem uzyskania ponadprzeciętnej liczby punktów, ważniejszym od stażu pracy, miejsca zamieszkania i możliwości przekazania opieki nad chorym specjalistom w zakresie medycyny paliatywnej, była umiejętność leczenia bólu przebijającego. Wiąże się to zapewne z faktem, że prawidłowe postępowanie w przypadku tego rodzaju bólu wy-

maga ugruntowanej wiedzy na temat diagnostyki, różnicowania rodzajów bólu i stosowania różnych leków analgetycznych. W prezentowanym badaniu poprawną metodę leczenia bólu przebijającego wybrało 54% lekarzy. Z badań brytyjskich wynika, że poprawną odpowiedź dotyczącą leczenia bólu przebijającego wskazywało 77,9% lekarzy rodzinnych [16]. Oznacza to konieczność (tak, jak zrobiono to w Wielkiej Brytanii) intensyfikacji szkolenia lekarzy rodzinnych i bliższej współpracy pomiędzy lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistami medycyny paliatywnej w zakresie leczenia przeciwbólowego pacjentów z chorobą nowotworową.

Natomiast decyzję o rozpoczęciu terapii silnymi opioidami w przypadku nieskuteczności maksymalnej dawki tramadolu od razu za pomocą preparatów o kontrolowanym uwalnianiu, z pominięciem etapu miareczkowania szybko uwalnianą morfiną, częściej podejmowali lekarze z niskim poziomem wiedzy na temat stosowania opioidów (ryc. 2) oraz postępowania w bólu przebijającym (ryc. 3). Wielu specjalistów zaleca, aby w warunkach praktyki lekarza rodzinnego, ze względu na bezpieczeństwo i mniejsze doświadczenie w terapii opioidami, leki te włączać, rozpoczynając od miareczkowania preparatu szybko uwalnianej morfiny [10]. Niechęć badanych lekarzy do stosowania takich preparatów wynikała prawdopodobnie z braku wiedzy na ten temat lub poddania się sugestiom przedstawicieli firm farmaceutycznych.

Osobno należy omówić wpływ stażu pracy na liczbę uzyskanych prawidłowych odpowiedzi. Z przeprowadzonego badania, z pewnymi ograniczeniami związanymi z odsetkiem odesłanych ankiet, wynika, że lekarze ze stażem dłuższym niż 5 lat od momentu zdobycia specjalizacji uzyskiwali istotnie mniej punktów (50% vs. 31%; $p = 0,01$). Wskazuje to na konieczność ciągłej edukacji medycznej, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy z dłuższym stażem pracy. Wnioski te potwierdzają także dane z innych polskich badań, w których wykazano, że wraz z długością stażu pracy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wzrastała samoocena z zakresu własnej wiedzy z opieki paliatywnej [18]. Jednak w kontekście obserwacji autorów wspomnianej pracy wyniki własne wskazują na istniejący u lekarzy z ponad 5-letnim stażem pracy duży rozdźwięk między faktyczną wiedzą a przekonaniem o posiadaniu aktualnej wiedzy, z jednoczesnym brakiem poczucia konieczności dokończenia się.

Wnioski

1. Wiedza respondentów na temat stosowania opioidów u pacjentów z bólem nowotworowym jest

nadal niezadowalająca, a odsetek poprawnych odpowiedzi niższy niż w podobnych badaniach przeprowadzonych w innych krajach.

2. Stan wiedzy badanych lekarzy rodzinnych zależał m.in. od możliwości współpracy ze specjalistą medycyny paliatywnej, co może tłumaczyć gorsze rezultaty uzyskiwane przez lekarzy rodzinnych z województwa podlaskiego, którzy wskazywali na istotnie mniejszą dostępność do ośrodków opieki paliatywnej niż w województwie kujawsko-pomorskim.
3. Wyniki ankiety wskazują nie tylko na małą skuteczność dotychczasowego systemu szkolenia w zakresie stosowania opioidów w leczeniu bólu nowotworowego, ale także na konieczność ciągłej edukacji obejmującej wszystkich lekarzy rodzinnych, a szczególnie tych z dłuższym stażem.

Piśmiennictwo

1. Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Wytyczne postępowania w bólu przewlekłym. Aktis, Łódź 2001.
2. Barclay S., Wyatt P., Shore S., Finlay I., Grande G., Todd C. Caring for the dying: how well prepared are general practitioners? A questionnaire study in Wales. *Palliat. Med.* 2003; 17: 27–39.
3. WHO Expert Committee. Cancer pain and palliative care. Technical report 804. World Health Organization, Geneva 1990.
4. Stjernsward J. WHO cancer pain relief programme. *Cancer Surv.* 1988; 7: 195–208.
5. Dla dobra publicznego. Dokument programowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Aktis, Łódź 2002.
6. Millar D.G., Carroll D., Grimshaw J., Watt B. Palliative care at home: an audit of cancer deaths in Grampian region. *Br. J. Gen. Pract.* 1998; 48: 1299–1302.
7. Pugsley R., Pardoe J. The specialist contribution to the care of the terminally ill patient: support or substitution? *J. Royal Coll. Gen. Pract.* 1986: 347–348.
8. Townsend J., Frank A., Fermont D., Dyer S., Karan O., Walgrove A. i wsp. Terminal cancer care and patients' preference for place of death: a prospective study. *Br. Med. J.* 1990; 301: 415–417.
9. Addington-Hall J.M., MacDonald L.D., Anderson H.R., Freling P. Dying from cancer: the views of bereaved family and friends about that experiences of terminally ill patients. *Palliat. Med.* 1991; 5: 207–214.
10. Hanks G.W., Conno F., Cherny N. i wsp. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. *Br. J. Cancer* 2001; 84: 587–593.
11. Jacobs H.M., Kuyvenhoven M.M., Touw-Otten F.W.M.M., Van Es J.C. Written simulation of patient-doctor encounters. Assessment of the performance of general practitioners. *Fam. Prac.* 1984; 1: 20–24.
12. Stillman P.L., Swanson D.B., Smees S., Stillman A.E., Ebert T.H., Emmel V.S. i wsp. Assessing clinical skills of residents with standardized patients. *Ann. Intern. Med.* 1986; 105: 762–771.
13. Langley G.R., Trichter D.L., Llewellyn-Thomas H.A., Till J.E. Use of written cases to study factors associated with regional variations in referral rates. *J. Clin. Epidem.* 1991; 44: 391–402.
14. Levin M.L., Berry J.I., Leiter J. Management of pain in terminally ill patients: physician reports of knowledge,

- attitudes, and behavior. *J. Pain Symptom Management* 1998; 15: 27–40.
15. Visentin M., Trentin L., Marco R., Zanolin E. Knowledge and attitudes of Italian medical staff towards the approach and treatment of patients in pain. *J. Pain Symptom Management* 2001; 22: 925–930.
 16. Barclay S., Todd C., Grande G., Lipscombe J. Controlling cancer pain in primary care: the prescribing habits and knowledge base of general practitioners. *J. Pain and Symptom Management* 2002; 23: 383–392.
 17. Boerma W.G.W., Groenewegen P.P. GP home visiting in 18 European countries. *Eur. J. Gen. Pract.* 2001; 7: 132–137.
 18. Skowron J., Konieczna J., Kurzok-Najbar J. Współpraca podstawowej opieki zdrowotnej z zakładami opieki paliatywnej/hospicyjnej w zakresie opieki nad chorym w terminalnym okresie choroby — stan aktualny. *Problemy Medycyny Rodzinnej* 2003; 2: 19–28.