

## Artykuł oryginalny

Monika Rucińska<sup>1</sup>, Anna Kieszowska-Grudny<sup>2</sup>, Anna Sugajska<sup>1</sup>, Karolina Osowiecka<sup>3</sup>,  
Anna Siwy-Hudowska<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Katedra Onkologii, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie; Centrum Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Olsztynie, Polska

<sup>2</sup>Minds of Hope, Warszawa, Polska

<sup>3</sup>Katedra Zdrowia Publicznego, Epidemiologii i Mikrobiologii, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie; Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie, Polska

<sup>4</sup>SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Warszawa, Polska

## Wiedza studentów na temat stosowania opioidów w leczeniu przewlekłego bólu występującego u chorych na nowotwory

What do students know about the use of opioids in the treatment of chronic cancer-related pain

### Streszczenie

**Wstęp.** Ból występuje u większości chorych na nowotwory, przy czym około 75% pacjentów wymaga podawania analgetyków opioidowych. Celem pracy była ocena postrzegania analgetyków opioidowych i wiedzy studentów na temat ich stosowania w leczeniu bólu u chorych na nowotwory.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 167 studentów różnych kierunków akademickich. Posłużono się kwestionariuszem sporządzonym na potrzeby niniejszego badania.

**Wyniki.** Dwie trzecie studentów zgadza się ze stwierdzeniem, że w przypadku przewlekłego bólu podawanie analgetyków opioidowych w regularnych odstępach czasu jest lepsze niż podawanie ich, gdy chory zgłasza ból. Jedna czwarta respondentów uważa, że zanim zostanie podana kolejna dawka leku przeciwbólowego, chory powinien odczuwać ból. Studenci kierunku lekarskiego częściej niż studenci pozostałych kierunków udzielali poprawnej odpowiedzi na pytania o drogę podania i konieczność stosowania opioidowych leków przeciwbólowych w regularnych odstępach czasu, bez konieczności oczekiwania na wystąpienie bólu. Ponad połowa studentów uważa, że wzrost zapotrzebowania na leki przeciwbólowe może oznaczać, że chory uzależnia się od opioidowego leku przeciwbólowego. Na pytanie, czy często użyteczne może być podanie placebo choremu z bólem w celu oceny, czy rzeczywiście odczuwa ból, 62% studentów odpowiedziało twierdząco. W obu przypadkach nie zaobserwowano różnicy pomiędzy studentami kierunku lekarskiego i pozostałymi. W przypadku studentów kierunku lekarskiego wykazano, że istnieje znamienna różnica w udzielanych odpowiedziach na korzyść studentów starszych lat.

**Wnioski.** Wiedza na temat leczenia bólu, w tym stosowania opioidów, wśród studentów jest niewystarczająca. Studenci kierunku lekarskiego ze starszych lat studiów posiadają większą wiedzę odnośnie stosowania opioidów w leczeniu bólu u chorych na nowotwory, w porównaniu ze studentami niższych lat i innych kierunków.

*Palliat Med Pract 2018; 12, 2: 106–117*

**Słowa kluczowe:** ból u chorych na nowotwory, opioidy, opioidofobia

**Adres do korespondencji:** Monika Rucińska  
Katedra Onkologii, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie  
al. Wojska Polskiego 37, 10–228 Olsztyn  
tel./faks: +48 89 539 83 10  
e-mail: [m\\_rucinska@poczta.onet.pl](mailto:m_rucinska@poczta.onet.pl)



Palliative Medicine in Practice 2018; 12, 2, 106–117  
Copyright © Via Medica, ISSN 2545–0425

## Abstract

**Background.** Pain occurs in the majority of patients with cancer. Approximately 75% of patients requires administration of opioids. The aim of the study was to evaluate the students' knowledge about the use of opioids in the treatment of cancer pain.

**Material and methods.** The study included 167 students in different divisions. The questionnaire prepared for this study was used.

**Results.** 2/3 of students agreed with the statement that, in the case of chronic pain, opioids used at regular intervals are better than feeding them when pain occurs. 1/4 of respondents thought that before you give another dose of a painkiller, a patient should feel the pain. Students of the medical division more often than students of other divisions gave correct answers to questions about the route of administration and the need to use opioids at regular intervals, without having to wait for pain. More than half of all students believed that increasing doses of painkillers may mean that the patient becomes addicted to opioids. On the question whether it may be useful to provide the placebo for patients with pain in order to assess whether the actually has painful 62% of students sad yes. In both cases, there was no difference between the medical students and the other. In the case of medical students there is a significant difference in the responses provided for the benefit of students of older years.

**Conclusions.** The knowledge about the treatment of pain, including the use of opioids among young people is insufficient. Medical students of the older years turn out to be better versed on the use of opioids in cancer pain than students of the lower years and other students.

*Palliat Med Pract 2018; 12, 2: 106–117*

**Key words:** pain in cancer patients, opioids, opiophobia

## Wstęp

Jednym z najczęstszych objawów towarzyszących chorobie nowotworowej jest ból. Ból występuje u co drugiego chorego na nowotwór w okresie diagnostyki i leczenia i prawie u wszystkich pacjentów z chorobą w stadium zaawansowanym. Szacuje się, że u co trzeciego pacjenta występuje ból o od umiarkowanego do silnego natężenia — powyżej 4 według numerycznej skali natężenia bólu (NRS, *numerical rating scale*) [1]. Ból u chorych na nowotwory może wynikać z rozwoju choroby, może być też związany z diagnostyką i leczeniem. Ból znacznie pogarsza jakość życia chorych na nowotwory, a prawidłowe stosowanie leczenia przeciwbólowego skutkuje poprawą jakości życia pacjentów oraz pomaga w zachowaniu zdolności samoobsługi i niezależności. Zmniejszenie nasilenia bólu do poziomu tolerowanego przyczynia się do tego, że pacjenci lepiej funkcjonują w codziennym życiu, lepiej śpią, odpoczywają, jedzą [2].

Okolo 75% chorych na nowotwory odczuwa ból, którego natężenie wymaga podawania analgetyków opioidowych [1]. W 1986 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) zaproponowała prosty schemat stosowania leków przeciwbólowych – drabinę analgetyczną, która została powszechnie zaakceptowana i wprowadzona do praktyki klinicznej [3]. W ramach drabiny analgetycznej stosowane są opioidowe leki przeciwbólowe. Aktualne dane z bazy Cochrane'a z 2016 roku potwierdzają, że morfina jest skutecznym i zalecanym lekiem w terapii bólu u chorych

na nowotwory [4]. Aktualnie analgetyki opioidowe są zalecane w leczeniu umiarkowanego i silnego bólu związanego z chorobą nowotworową [5]. Znaczące zmniejszenie nasilenia bólu lub całkowite ustąpienie bólu obserwowane jest u 95% chorych prawidłowo leczonych opioidami. U większości pacjentów pojawiają się też działania niepożądane leczenia opioidami — najczęściej występujące to zaparcia, nudności i wymioty oraz senność. W znaczącej większości przypadków działania niepożądane opioidów pozostają na akceptowalnym przez pacjenta poziomie, jednak około 10–20% chorych leczonych opioidami uznaje działania niepożądane tych leków za uciążliwe, co może być związane z brakiem stosowania skutecznego farmakologicznego przeciwdziałania efektom niepożądanym leków opioidowych, ale też z uprzedzeniami oraz z brakiem dostatecznej informacji i wsparcia [6]. Według opracowania Cochrane'a z 2016 roku główne działania niepożądane opioidów, takie jak wymioty i zaparcia, rzadko są wystarczająco nasilone, aby zaburzyć proces leczenia [4].

## Cel pracy

Celem pracy była ocena postrzegania analgetyków opioidowych i wiedzy na temat stosowania ich w leczeniu bólu towarzyszącego chorobie nowotworowej przez studentów różnych kierunków akademickich.

## Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w grupie losowo wybranych studentów różnych kierunków akademickich.

Posłużono się kwestionariuszem sporządzonym na potrzeby niniejszego badania (z 5 odpowiedziami: całkowicie się nie zgadzam, nie zgadzam się, nie mam zdania/nie wiem, zgadzam się, całkowicie się zgadzam, które pogrupowano na 3 kategorie: tak, nie, nie wiem). Kwestionariusz składał się z 20 pytań skierowanych do wszystkich studentów i 91 pytań skierowanych wyłącznie do studentów medycyny. Dodatkowo zebrano dane demograficzne respondentów. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy.

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą testów nieparametrycznych ze względu na brak zbliżonego rozkładu do normalnego, co zbadano za pomocą testu Shapiro-Wilka. Różnice w proporcji podgrup zbadano za pomocą testu  $\chi^2$ . Do analizy porównawczej zmiennej wieku zastosowano test U Manna-Whitneya. Za poziom istotności statystycznej przyjęto wartości  $p < 0,05$ . Analizy statystyczne przeprowadzono za pomocą programu STATISTICA (wersja 12.5) (StatSoft, Poland).

## Wyniki

W badaniu wzięło udział 167 studentów, w tym 83 studentów kierunku lekarskiego (50% ogółu badanych). Mediana wieku badanych wyniosła 24 lata. W badanej grupie 73,7% stanowiły kobiety, 27,7% mężczyźni (płeć jednego respondenta pozostała nieznana). Prawie połowa studentów była na 1–3 roku studiów (46,1%), pozostali na 4–6 roku studiów (53,9%). Zdecydowana większość studentów jako stałe miejsce zamieszkania podała miasto (87,4%). Prawie trzy czwarte respondentów deklarowało, że w rodzinie lub wśród ich bliskich jest osoba, która chorowała lub obecnie choruje na nowotwór (72,5%). Niespełna połowa ankietowanych podała, że w rodzinie lub wśród ich bliskich jest osoba, która cierpi z powodu jakiegokolwiek przewlekłego bólu (43,1%) (tab. 1).

Wśród studentów kierunku lekarskiego było więcej mężczyzn niż wśród studentów pozostałych kierun-

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy studentów

Charakterystyka	N	%
Ogółem	167	100
Wiek (lata)	Średnia = $25,7 \pm 5,5$ ; mediana = 24	
	165	99,0
Płeć	Brak danych	2, 1,0
	Kobiety	123, 73,7
	Mężczyźni	43, 25,7
Kierunek studiów	Brak danych	1, 0,6
	Medycyna	83, 49,7
	Nauki medyczne	18, 10,8
	Psychologia	33, 19,7
	Nauki humanistyczne i społeczne	19, 11,4
	Nauki ścisłe	9, 5,4
Rok studiów	Brak danych	5, 3,0
	$\leq 3$	77, 46,1
Miejsce zamieszkania	3	90, 53,9
	Miasto	146, 87,4
Stan cywilny	Wieś	21, 12,6
	Wolny	110, 65,9
W rodzinie/wśród bliskich jest osoba, która chorowała/choruje na nowotwór	Zajęty	57, 34,1
	Tak	121, 72,5
	Nie/nie wiem	45, 26,9
W rodzinie/wśród bliskich jest osoba, która cierpi z powodu jakiegokolwiek przewlekłego bólu	Brak danych	1, 0,6
	Tak	72, 43,1
	Nie/nie wiem	95, 56,9

Tabela 2. Różnice pomiędzy cechami demograficznymi studentów kierunku lekarskiego i pozostałych kierunków

		Kierunek lekarski		Pozostałe kierunki		Test $\chi^2$
		N	%	N	%	
Ogółem		83	100	79	100	
Wiek (lata)		Średnia = 24,4 ± 2,0; mediana = 24		Średnia = 27,2 ± 7,4; mediana = 25		P = 0,14 (test Manna-Whitneya)
Płeć	Kobiety	48	58	71	90	p < 0,05
	Mężczyźni	34	41	8	10	
	Brak danych	1	1			
Rok studiów	≤ 3	24	29	50	63	p < 0,05
	> 3	59	71	29	37	
Miejsce zamieszkania	Miasto	72	87	69	87	p = 0,91
	Wieś	11	13	10	13	
Stan cywilny	Wolny	58	70	49	62	p = 0,29
	Zajęty	25	30	30	38	
W rodzinie/wśród bliskich jest osoba, która chorowała/choruje na nowotwór	Tak	59	71	59	75	p = 0,70
	Nie/nie wiem	23	28	20	25	
	Brak danych	1	1			
W rodzinie/wśród bliskich jest osoba, która cierpi z powodu jakiegokolwiek przewlekłego bólu	Tak	31	37	40	51	p = 0,09
	Nie/nie wiem	52	63	39	49	

ków. Studenci wydziałów lekarskich częściej byli na starszych latach studiów. Pozostałe czynniki demograficzne nie różniły się (tab. 2).

Dla celów niniejszego opracowania przeanalizowano odpowiedzi na 7 wybranych pytań spośród 20 pytań skierowanych do wszystkich studentów różnych kierunków akademickich.

Prawie dwie trzecie wszystkich studentów (67,4%) zgadza się ze stwierdzeniem, że „w przypadku przewlekłego bólu, podawanie leków opioidowych w regularnych odstępach czasu jest lepsze niż podawanie ich tylko wtedy, gdy chory zgłasza ból – »w razie bólu«. Jedna czwarta respondentów (26,3%) uważa, że „zanim podana zostanie kolejna dawka leku przeciwbólowego, chory powinien odczuwać ból lub przynajmniej dyskomfort” i podobny odsetek badanych (28,7%) sądzi, że „rekomendowaną drogą podawania opioidowych leków przeciwbólowych u pacjentów z bólem jest postać iniekcji” (tab. 3).

W analizie jednoczynnikowej miejsce zamieszkania i stan cywilny nie miały wpływu na udzielane odpowiedzi. Studenci pierwszych trzech lat studiów rzadziej niż studenci starszych lat uważali, że „w przypadku przewlekłego bólu, podawanie leków opioidowych w regularnych odstępach czasu jest lepsze niż podawanie ich tylko wtedy, gdy chory zgłasza ból – »w razie

bólu«, częściej uważali, że „zanim podana zostanie kolejna dawka leku przeciwbólowego, chory powinien odczuwać ból lub przynajmniej dyskomfort oraz częściej, że rekomendowaną drogą podawania opioidowych leków przeciwbólowych u pacjentów z bólem jest podanie w iniekcji” (p < 0,05). Jeżeli w rodzinie lub wśród bliskich była osoba, która choruje obecnie lub chorowała na nowotwór, studenci częściej sądzili, że „zanim podana zostanie kolejna dawka leku przeciwbólowego, chory powinien odczuwać ból lub przynajmniej dyskomfort” (p < 0,05). Znajomość osoby, która choruje obecnie lub chorowała na nowotwór nie wpływała na odpowiedzi na pozostałe pytania. Podobnie, obecność w rodzinie lub wśród bliskich osoby, która cierpi z powodu jakiegokolwiek przewlekłego bólu nie wpływała na udzielane odpowiedzi (tab. 3).

Studenci kierunku lekarskiego zdecydowanie częściej niż studenci pozostałych kierunków studiów udzielali poprawnej odpowiedzi na pytania o drogę podania i konieczność stosowania opioidowych leków przeciwbólowych w regularnych odstępach czasu, bez konieczności oczekiwania na pojawienie się bólu.

Niespełna połowa ankietowanych studentów (45,5%) na pytanie, „czy depresja oddechowa stanowi problem w przypadku stosowania analgetyków opioidowych” odpowiedziała przecząco, a 37,1%

Tabela 3. Wpływ badanych czynników na poziom wiedzy studentów na temat stosowania leków opioidowych

		Zwiększające się zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe może oznaczać, że chory uzależnia się od leku opioidowego						Test chi <sup>2</sup>
		Tak		Nie		Nie wiem		
		N	%	N	%	N	%	
	Ogółem	90	53,9	38	22,8	39	23,4	
Płeć	Kobiety	66	53,7	26	21,1	31	25,2	p = 0,73
	Mężczyźni	24	55,8	11	25,6	8	18,6	
Kierunek studiów	Medycyna	45	54,2	21	25,3	17	20,5	p = 0,81
	Pozostałe	40	50,6	17	21,5	22	27,8	
Rok studiów	≤ 3	45	58,4	15	19,5	17	22,1	p = 0,28
	> 3	45	50,0	23	25,6	22	24,4	
Miejsce zamieszkania	Miasto	83	56,8	32	21,9	31	21,2	p = 0,17
	Wieś	7	33,3	6	28,6	8	38,1	
Stan cywilny	Wolny	59	53,6	22	20,0	29	26,4	p = 0,41
	Zajęty	31	54,4	16	28,1	10	17,5	
W rodzinie/wśród bliskich jest osoba, która chorowała/choruje na nowotwór	Tak	63	52,1	27	22,3	31	25,6	p = 0,98
	Nie/nie wiem	26	57,8	11	24,4	8	17,8	
W rodzinie/wśród bliskich jest osoba, która cierpi z powodu jakiegokolwiek bólu przewlekłego	Tak	41	56,9	15	20,8	16	22,2	p = 0,53
	Nie/nie wiem	49	51,6	23	24,2	23	24,2	
		Często użyteczne może być podanie placebo choremu z bólem w celu oceny, czy rzeczywiście ma dolegliwości bólowe						Test chi <sup>2</sup>
		Tak		Nie		Nie wiem		
		N	%	N	%	N	%	
	Ogółem	104	62,3	35	21,0	28	16,8	
Płeć	Kobiety	81	65,9	22	17,9	20	16,3	p = 0,08
	Mężczyźni	23	53,5	13	30,2	7	16,3	
Kierunek studiów	Medycyna	50	60,2	19	22,9	14	16,9	p = 0,63
	Pozostałe	51	64,6	16	20,3	12	15,2	
Rok studiów	≤ 3	54	70,1	12	15,6	11	14,3	p = 0,07
	> 3	50	55,6	23	25,6	17	18,9	
Miejsce zamieszkania	Miasto	92	63,0	30	20,5	24	16,4	p = 0,67
	Wieś	12	57,1	5	23,8	4	19,0	
Stan cywilny	Wolny	72	65,5	18	16,4	20	18,2	p = 0,06
	Zajęty	32	56,1	17	29,8	8	14,0	
W rodzinie/wśród bliskich jest osoba, która chorowała/choruje na nowotwór	Tak	76	62,8	24	19,8	21	17,4	p = 0,55
	Nie/nie wiem	27	60,0	11	24,4	7	15,6	
W rodzinie/wśród bliskich jest osoba, która cierpi z powodu jakiegokolwiek bólu przewlekłego	Tak	50	69,4	12	16,7	10	13,9	p = 0,16
	Nie/nie wiem	54	56,8	23	24,2	18	18,9	

wszystkich studentów nie wiedziało, czy prawdą jest, że analgetyki opioidowe powodują depresję oddechową. Dwie trzecie studentów medycyny (67,5%) potwierdziło, że depresja oddechowa nie jest problemem

w leczeniu bólu silnymi opioidami. Natomiast 40,7% badanych studentów sądzi, że „istnieje dawka morfiny, której nie można przekroczyć”. Na pytanie, „czy często użyteczne może być podanie placebo choremu

Tabela 3 (cd.). Wpływ badanych czynników na poziom wiedzy studentów na temat stosowania leków opioidowych

		Rekomendowaną drogą podawania opioidowych leków przeciwbólowych u pacjentów z bólem jest podanie ich w postaci iniekcji						Test chi <sup>2</sup>
		Tak		Nie		Nie wiem		
		N	%	N	%	N	%	
Ogółem		48	28,7	63	37,7	56	33,5	
Płeć	Kobiety	36	29,3	38	30,9	49	39,8	p = 0,07
	Mężczyźni	11	25,6	25	58,1	7	16,3	
Kierunek studiów	Medycyna	18	21,7	51	61,4	14	16,9	p < 0,001
	Pozostałe	27	34,2	10	12,7	42	53,2	
Rok studiów	≤ 3	28	36,4	16	20,8	33	42,9	p < 0,001
	> 3	20	22,2	47	52,2	23	25,6	
Miejsce zamieszkania	Miasto	46	31,5	55	37,7	45	30,8	p = 0,12
	Wieś	2	9,5	8	38,1	11	52,4	
Stan cywilny	Wolny	27	24,5	47	42,7	36	32,7	p = 0,04
	Zajęty	21	36,8	16	28,1	20	35,1	
W rodzinie/wśród bliskich jest osoba, która chorowała/choruje na nowotwór	Tak	34	28,1	42	34,7	45	37,2	p = 0,52
	Nie/nie wiem	13	28,9	21	46,7	11	24,4	
W rodzinie/wśród bliskich jest osoba, która cierpi z powodu jakiegokolwiek bólu przewlekłego	Tak	19	26,4	27	37,5	26	36,1	p = 0,73
	Nie/nie wiem	29	30,5	36	37,9	30	31,6	
		Zanim poda się kolejną dawkę leku przeciwbólowego, chory powinien czuć ból lub chociaż odczuwać dyskomfort						Test chi <sup>2</sup>
		Tak		Nie		Nie wiem		
		N	%	N	%	N	%	
Ogółem		44	26,3	111	66,5	12	7,2	
Płeć	Kobiety	36	29,3	78	63,4	9	7,3	p = 0,16
	Mężczyźni	8	18,6	32	74,4	3	7,0	
Kierunek studiów	Medycyna	10	11,9	72	85,7	2	2,4	p < 0,001
	Pozostałe	32	40,5	37	46,8	10	12,7	
Rok studiów	≤ 3	28	36,4	43	55,8	6	7,8	p = 0,005
	> 3	16	17,8	68	75,6	6	6,7	
Miejsce zamieszkania	Miasto	39	26,7	97	66,4	10	6,8	p = 0,83
	Wieś	5	23,8	14	66,7	2	9,5	
Stan cywilny	Wolny	29	26,4	76	69,1	5	4,5	p = 0,76
	Zajęty	15	26,3	35	61,4	7	12,3	
W rodzinie/wśród bliskich jest osoba, która chorowała/choruje na nowotwór	Tak	34	28,1	75	62,0	12	9,9	p = 0,26
	Nie/nie wiem	10	22,2	35	77,8	0	0,0	
W rodzinie/wśród bliskich jest osoba, która cierpi z powodu jakiegokolwiek bólu przewlekłego	Tak	24	33,3	42	58,3	6	8,3	p = 0,06
	Nie/nie wiem	20	21,1	69	72,6	6	6,3	

z bólem w celu oceny, czy rzeczywiście występują dolegliwości bólowe”, 62% studentów odpowiedziało twierdząco (17% studentów odpowiedziało „nie wiem”), nie stwierdzono różnicy statystycznej pomiędzy

studentami kierunku lekarskiego i pozostałymi. Ponad połowa wszystkich studentów (54%) uważa, że „wzrost zapotrzebowania na leki przeciwbólowe może oznaczać, że chory uzależnia się od opioidowego leku

**Tabela 3 (cd.). Wpływ badanych czynników na poziom wiedzy studentów na temat stosowania leków opioidowych**

		W przypadku przewlekłego bólu, podawanie leków opioidowych w regularnych odstępach czasu jest lepsze niż podawanie ich tylko wtedy, gdy chory zgłasza ból – „w razie bólu”						Test chi <sup>2</sup>
		Tak		Nie		Nie wiem		
		N	%	N	%	N	%	
Ogółem		108	64,7	25	15,0	34	20,4	
Płeć	Kobiety	75	61,0	17	13,8	31	25,2	p = 0,84
	Mężczyźni	32	74,4	8	18,6	3	7,0	
Kierunek studiów	Medycyna	69	83,1	10	12,0	4	4,8	p = 0,05
	Pozostałe	37	46,8	13	16,5	29	36,7	
Rok studiów	≤ 3	41	53,2	15	19,5	21	27,3	p = 0,04
	> 3	67	74,4	10	11,1	13	14,4	
Miejsce zamieszkania	Miasto	93	63,7	24	16,4	29	19,9	p = 0,17
	Wieś	15	71,4	1	4,8	5	23,8	
Stan cywilny	Wolny	71	64,5	18	16,4	21	19,1	p = 0,55
	Zajęty	37	64,9	7	12,3	13	22,8	
W rodzinie/wśród bliskich jest osoba, która chorowała/choruje na nowotwór	Tak	78	64,5	16	13,2	27	22,3	p = 0,38
	Nie/nie wiem	29	64,4	9	20,0	7	15,6	
W rodzinie/wśród bliskich jest osoba, która cierpi z powodu jakiegokolwiek bólu przewlekłego	Tak	45	62,5	11	15,3	16	22,2	p = 0,83
	Nie/nie wiem	63	66,3	14	14,7	18	18,9	
		Czy prawdą jest, że depresja oddechowa stanowi problem w przypadku stosowania leków opioidowych?						Test chi <sup>2</sup>
		Tak		Nie		Nie wiem		
		N	%	N	%	N	%	
Ogółem		29	17,4	76	45,5	62	37,1	
Płeć	Kobiety	23	18,7	48	39,0	52	42,3	p = 0,13
	Mężczyźni	6	14,0	27	62,8	10	23,3	
Kierunek studiów	Medycyna	14	16,9	56	67,5	13	15,7	p = 0,01
	Pozostałe	14	17,7	18	22,8	47	59,5	
Rok studiów	≤ 3	18	23,4	25	32,5	34	44,2	p = 0,007
	> 3	11	12,2	51	56,7	28	31,1	
Miejsce zamieszkania	Miasto	25	17,1	64	43,8	57	39,0	p = 0,80
	Wieś	4	19,0	12	57,1	5	23,8	
Stan cywilny	Wolny	18	16,4	51	46,4	41	37,3	p = 0,63
	Zajęty	11	19,3	25	43,9	21	36,8	
W rodzinie/wśród bliskich jest osoba, która chorowała/choruje na nowotwór	Tak	19	15,7	54	44,6	48	39,7	p = 0,58
	Nie/nie wiem	10	22,2	22	48,9	13	28,9	
W rodzinie/wśród bliskich jest osoba, która cierpi z powodu jakiegokolwiek bólu przewlekłego	Tak	17	23,6	29	40,3	26	36,1	p = 0,06
	Nie/nie wiem	12	12,6	47	49,5	36	37,9	

przeciwbólowego” (23% studentów odpowiedziało „nie wiem”) — nie zaobserwowano różnicy statystycznej pomiędzy studentami kierunku lekarskiego i pozostałymi (tab. 3).

Biorąc pod uwagę rok studiów (1–3 vs. 4–6) wśród studentów kierunku lekarskiego wykazano, że istnieje znamienne statystycznie różnica w udzielanych odpowiedziach na pięć, spośród siedmiu analizowanych

Tabela 3 (cd.). Wpływ badanych czynników na poziom wiedzy studentów na temat stosowania leków opioidowych

		Czy prawdą jest, że nie istnieje maksymalna dawka morfiny, której nie można przekroczyć?						Test chi <sup>2</sup>
		Tak		Nie		Nie wiem		
		N	%	N	%	N	%	
	Ogółem	71	42,5	68	40,7	28	16,8	
Płeć	Kobiety	50	40,7	50	40,7	23	18,7	p = 0,78
	Mężczyźni	20	46,5	18	41,9	5	11,6	
Kierunek studiów	Medycyna	39	47,0	40	48,2	4	4,8	p = 0,78
	Pozostałe	29	36,7	27	34,2	23	29,1	
Rok studiów	≤ 3	29	37,7	34	44,2	14	18,2	p = 0,28
	> 3	42	46,7	34	37,8	14	15,6	
Miejsce zamieszkania	Miasto	64	43,8	56	38,4	26	17,8	p = 0,18
	Wieś	7	33,3	12	57,1	2	9,5	
Stan cywilny	Wolny	43	39,1	48	43,6	19	17,3	p = 0,21
	Zajęty	28	49,1	20	35,1	9	15,8	
W rodzinie/wśród bliskich jest osoba, która chorowała/choruje na nowotwór	Tak	52	43,0	47	38,8	22	18,2	p = 0,69
	Nie/nie wiem	19	42,2	20	44,4	6	13,3	
W rodzinie/wśród bliskich jest osoba, która cierpi z powodu jakiegokolwiek bólu przewlekłego	Tak	32	44,4	26	36,1	14	19,4	p = 0,41
	Nie/nie wiem	39	41,1	42	44,2	14	14,7	

pytań, na korzyść studentów starszych lat ( $p < 0,05$ ). Zdanie na temat ewentualnego uzależnienia od leku opioidowego i istnienie maksymalnej dopuszczalnej dawki opioidów nie różni się między grupami (tab. 4).

## Dyskusja

W praktyce klinicznej nierzadko zdarzają się chorzy i/lub ich bliscy, którzy obawiają się leków opioidowych, a niekiedy odmawiają ich zastosowania, co prawdopodobnie jest związane z „mitami” dotyczącymi opioidów i powszechnego nazywania tej grupy leków narkotykami. Pacjenci i ich bliscy zgłaszają obawy dotyczące skuteczności działania przeciwbólowego, możliwego uzależnienia i działań niepożądanych opioidów. Prawdopodobnie wiedza na temat leczenia przeciwbólowego przeciętnego pacjenta i opiekunów jest niewystarczająca i obarczona wieloma uprzedzeniami i złymi doświadczeniami. Około 25% ogółu populacji badanej przez Turnera i wsp. przyznaje, że nie posiada jakiegokolwiek wiedzy odnośnie przewlekłego bólu. Okazuje się, że osoby deklarujące wiedzę na temat bólu nie rozumieją roli i korzyści wynikających ze stosowania złożonego leczenia przeciwbólowego, w tym stosowania opioidów [7]. Wiele osób obawia się stosowania analgetyków opioidowych, a część lekarzy pogłębia te obawy, dzieląc się z pacjentami niepotwierdzonymi naukowo uprzedzeniami. Niektórzy

lekarze w ogóle nie stosują opioidów bądź zalecają zbyt małe dawki lub niewłaściwy sposób dawkowania opioidów, co często powoduje nieskuteczną analgezję u chorych na nowotwory cierpiących z powodu przewlekłego bólu [8, 9]. Dzieje się tak prawdopodobnie dlatego, że część lekarzy nie posiada dostatecznej wiedzy na temat leczenia bólu opioidami i wyolbrzymia ryzyko wystąpienia działań niepożądanych, w tym także uzależnienia. Ten nieuzasadniony lęk przed lekami opioidowymi nazywany jest opiofobią [10].

Najbardziej popularny „silny” opioid — morfina — znajduje szerokie zastosowanie w medycynie od ponad 200 lat [11]. Pacjenci i ich bliscy często uznają jednak morfinę za bardzo silny lek, zarezerwowany tylko do szczególnych, bardzo poważnych sytuacji i niejednokrotnie kojarzą stosowanie morfiny ze złym rokowaniem i ze zbliżającą się śmiercią. Morfina może i powinna być stosowana znacznie wcześniej niż w okresie umierania. Opioidy są skuteczne w leczeniu bólu o natężeniu umiarkowanym do silnego i bardzo silnego ostrego lub przewlekłego, który nie ustępuje po zastosowaniu leków pierwszego stopnia drabiny analgetycznej WHO (analgetyki nieopioioidowe). Warto podkreślić, że wielkość dawki morfiny nie wpływa na czas przeżycia chorych [12, 13].

Kolejne z niewłaściwych przekonań dotyczy ryzyka wystąpienia depresji oddechowej wywołanej działaniem morfiny na ośrodek oddechowy. Podczas stosowania



Tabela 4. Porównanie poziomu wiedzy na temat podawania leków opioidowych wśród studentów kierunku lekarskiego młodszych i starszych lat studiów

Zwiększające się zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe może oznaczać, że chory uzależnia się od leku opioidowego		Tak		Nie		Nie wiem		Test chi <sup>2</sup>
		N	%	N	%	N	%	
Studenci medycyny ogółem		45	54,2	21	25,3	17	20,5	
Rok studiów	≤ 3	15	62,5	5	20,8	4	16,7	p = 0,57
	> 3	30	50,8	16	27,1	13	22,0	
Często użyteczne może być Często użyteczne może być podanie placebo choremu z bólem w celu oceny, czy rzeczywiście ma dolegliwości		Tak		Nie		Nie wiem		Test chi <sup>2</sup>
		N	%	N	%	N	%	
Studenci medycyny ogółem		50	60,2	19	22,9	14	16,9	
Rok studiów	≤ 3	20	83,3	2	8,3	2	8,3	p = 0,02
	> 3	30	50,8	17	28,8	12	20,3	
Rekomendowaną drogą podawania opioidowych leków przeciwbólowych u pacjentów z bólem jest podanie ich w postaci iniekcji		Tak		Nie		Nie wiem		Test chi <sup>2</sup>
		N	%	N	%	N	%	
Studenci medycyny ogółem		18	21,7	51	61,4	14	16,9	
Rok studiów	≤ 3	9	37,5	8	33,3	7	29,2	p = 0,009
	> 3	9	15,3	43	72,9	7	11,9	
Zanim poda się kolejną dawkę leku przeciwbólowego, chory powinien czuć ból lub chociaż odczuwać dyskomfort		Tak		Nie		Nie wiem		Test chi <sup>2</sup>
		N	%	N	%	N	%	
Studenci medycyny ogółem		10	12,0	71	85,5	2	2,4	
Rok studiów	≤ 3	7	29,2	17	70,8	0	0,0	p = 0,006
	> 3	3	5,1	54	91,5	2	3,4	
W przypadku przewlekłego bólu, podawanie leków opioidowych w regularnych odstępach czasu jest lepsze niż podawanie ich tylko		Tak		Nie		Nie wiem		Test chi <sup>2</sup>
		N	%	N	%	N	%	
Studenci medycyny ogółem		69	83,1	10	12,0	4	4,8	
Rok studiów	≤ 3	16	66,7	6	25,0	2	8,3	p = 0,02
	> 3	53	89,8	4	6,8	2	3,4	
Czy prawdą jest, że depresja oddechowa stanowi problem w przypadku stosowania leków		Tak		Nie		Nie wiem		Test chi <sup>2</sup>
		N	%	N	%	N	%	
Studenci medycyny ogółem		14	16,9	56	67,5	13	15,7	
Rok studiów	≤ 3	9	37,5	13	54,2	2	8,3	p = 0,003
	> 3	5	8,5	43	72,9	11	18,6	
Czy prawdą jest, że nie istnieje maksymalna dawka morfiny, której nie można przekroczyć?		Tak		Nie		Nie wiem		Test chi <sup>2</sup>
		N	%	N	%	N	%	
Studenci medycyny ogółem		39	47,0	40	48,2	4	4,8	
Rok studiów	≤ 3	8	33,3	15	62,5	1	4,2	p = 0,10
	> 3	31	52,5	25	42,4	3	5,1	

leku zgodnie z zaleceniami jest to niezwykle rzadko pojawiające się działanie niepożądane, które może wystąpić przy znacznym przedawkowaniu leku [14]. Zaburzenie funkcji układu oddechowego jest możliwym działaniem niepożądanym stosowania wszystkich opioidów, jednak istotne zmniejszenie częstości oddechów występuje niezwykle rzadko u pacjentów, u których

dawki opioidów były prawidłowo dobierane i stopniowo zwiększane. Odpowiednie miareczkowanie morfiny umożliwia zachowanie równowagi pomiędzy kontrolą bólu a występowaniem działań niepożądanych. Należy podkreślić, że zatrzymanie oddychania u chorych leczonych morfiną i innymi opioidami nie występuje podczas prawidłowo prowadzonego leczenia przeciwbólowego.

Analiza odpowiedzi w niniejszym badaniu na pytanie o to, czy depresja oddechowa stanowi istotny problem leczenia bólu przy użyciu silnych opioidów wskazuje, że jedynie 17% studentów tak uważa, przy czym ponad jedna trzecia, nie znając odpowiedzi na to pytanie. Wśród studentów medycyny dwie trzecie respondentów odpowiedziało prawidłowo, że depresja oddechowa nie stanowi istotnego problemu.

Niektórzy chorzy obawiają się, że szybko „przyzwyczają się” do morfiny i przestanie ona wywierać spodziewane działanie przeciwbólowe. W sytuacji, gdy morfina jest stosowana w leczeniu bólu u chorych na nowotwory, tolerancja na efekt przeciwbólowy rzadko rozwija się nagle. Zwiększenie zapotrzebowania na morfinę zazwyczaj jest powolne i często stanowi konsekwencję postępu choroby i zwiększenia nasilenia bólu. Długotrwałe przyjmowanie opioidów prowadzi do rozwoju uzależnienia fizycznego, a nagle przerwanie długotrwałego leczenia opioidami może spowodować wystąpienie objawów odstawienia opioidów i nasilenia/powrotu bólu [15]. Uzależnienie fizyczne stanowi mechanizm adaptacyjny występujący podczas długotrwałego leczenia opioidami, przy czym objawy odstawienia występują podczas nagłego zmniejszenia dawki lub przerwania leczenia. Objawy te mogą być łagodne lub ciężkie (w zależności od leku, dawki i czasu leczenia oraz cech indywidualnych chorych), jeżeli istnieje możliwość odstąpienia od stosowania opioidów, należy stopniowo zmniejszać dawkę opioidu, a także rozważyć stosowanie innych leków przeciwbólowych i ewentualnie leczenia substytucyjnego [16].

Podobnie obawy przed uzależnieniem psychicznym są zazwyczaj nadmierne, jeśli chodzi o stosowanie morfiny w leczeniu bólu o silnym natężeniu. Nadużywanie leku jest rzadko spotykane wśród chorych na nowotwory z bólem o znacznym nasileniu. Oceniono, że częstość występowania uzależnienia w populacji chorych na nowotwory jest znacznie mniejsza, w porównaniu z pacjentami leczonymi opioidami z powodu bólu wywołanego innymi schorzeniami. Ryzyko wystąpienia uzależnienia od opioidów pacjentów leczonych z powodu bólu wynosi mniej niż 1 na 20 000 chorych [17, 18]. Leczenie opioidami jest relatywnie bezpieczne, wystąpienie uzależnienia jest rzadko spotykane w sytuacji, gdy zadbano o zachowanie należytej staranności w doborze leków i ich dawek, a proces leczenia podlega odpowiedniej kontroli [19]. Niniejsza analiza pokazała jednak, że większość studentów jest innego zdania. Konieczność zwiększania dawki leku opioidowego dla ponad połowy studentów (54%) wiąże się z uzależnieniem chorego od leku. Jedynie niespełna jedna czwarta studentów (23%) nie uważa, że zwiększanie dawki opioidu jest

konsekwencją uzależnienia chorego od przyjmowanego leku. Nie wykazano w tym zakresie różnicy pomiędzy studentami medycyny i innych wydziałów ani wpływu znajomości chorych na nowotwory i cierpiących z powodu przewlekłego bólu.

Chorzy i ich bliscy często zgłaszają lęk przed koniecznością zwiększania dawki opioidów. Morfina nie wykazuje efektu pułapkowego, w miarę nasilania bólu zazwyczaj stopniowo są zwiększane dawki morfiny [20]. Nie ustalono maksymalnej dawki leku, jednak rzadko przekraczana jest dawka morfiny 200 mg na dobę lub równoważna dawka innego opioidu. Około 40% studentów sądzi, że istnieje dawka morfiny, której nie można przekroczyć, a tym samym, że nie zawsze można zastosować dawkę skutecznie łagodzącą ból. Dawkowanie leków opioidowych należy dostosować do odczuwanego natężenia bólu, niejednokrotnie uzupełniając terapię lekami przeciwbólowymi z innych grup. Większość badanych studentów (62%) uważa, że można pacjenta „oszukać” i podać placebo, sprawdzając, czy rzeczywiście odczuwa ból, co należy jednak uznać za postępowanie niewłaściwe, które może niepotrzebnie zwiększyć cierpienie chorych.

Kolejna obawa przed przyjmowaniem leków opioidowych dotyczy ryzyka wystąpienia patologicznej senności, a nawet utraty kontaktu. Morfina przepisana i przyjmowana we właściwych dawkach nie powinna prowadzić do wystąpienia nadmiernej senności ani psychicznego spowolnienia. Na początku stosowania morfiny może pojawić się nadmierna senność, zazwyczaj jest to przejściowy problem, który może wymagać zmniejszenia dawki leku. Pacjenci obawiają się także trudnych do opanowania zapań, będących działaniem niepożądanym stosowania morfiny. Zaparcia występują często pomimo prawidłowego dawkowania leku, z powodu braku rozwoju tolerancji na ten efekt opioidów, konieczne jest stosowanie profilaktyki od początku leczenia opioidami.

Bardzo istotne jest, aby leki opioidowe stosowane były w sposób właściwy. Jeżeli lekarz nie przekazał pacjentowi zaleceń w jasny sposób, istnieje prawdopodobieństwo, że leki opioidowe nie będą zażywane w sposób prawidłowy, a tym samym nie przyniosą spodziewanego efektu przeciwbólowego. Z przeprowadzonego badania wynika, że 35% studentów nie wie, że w leczeniu przewlekłego bólu opioidy powinny być stosowane w regularnych odstępach czasu. Jedna czwarta studentów uważa, że zanim podana zostanie kolejna dawka leku przeciwbólowego, chory powinien poczuć ból lub przynajmniej dyskomfort. Według połowy badanych studentów najlepszą drogą podawania opioidowych leków przeciwbólowych jest droga parenteralna, a według zaleceń — doustna.

## Wnioski

Jak można oczekiwać, studenci kierunku lekarskiego posiadają większą wiedzę na temat stosowania opioidów w leczeniu bólu, w porównaniu ze studentami innych kierunków. Studenci kierunku lekarskiego ze starszych lat studiów okazują się być lepiej zorientowani w porównaniu ze studentami niższych lat, co prawdopodobnie wynika z nabywanej w trakcie studiów wiedzy. Niepokojące jest jednak to, że w Polsce nadal brak w programie studiów niektórych uczelni medycznych obowiązkowych zajęć w zakresie medycyny paliatywnej, a temat leczenia przewlekłego bólu u chorych na nowotwory podejmowany jest w trakcie zajęć z innych przedmiotów, prawdopodobnie w niewystarczającym wymiarze. Warto zastanowienia jest przekazanie podstawowej wiedzy na temat leczenia bólu, w tym stosowania analgetyków opioidowych, studentom innych kierunków studiów, być może w mniejszym zakresie, uczniom szkół średnich. Każdy człowiek sam doświadcza bólu, a często spotyka innych chorych cierpiących z powodu bólu. Większa wiedza dotycząca leczenia bólu zarówno wśród lekarzy, jak i ogółu społeczeństwa może zmniejszyć obawy dotyczące leków opioidowych, a poprzez prawidłowe ich stosowanie zwiększyć skuteczność leczenia bólu i poprawić jakość życia chorych na nowotwory i z bólem przewlekłym innego pochodzenia.

## Piśmiennictwo

- van den Beuken-van Everdingen MHJ, de Rijke JM, Kessels AG, et al. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol.* 2007; 18(9): 1437–1449, doi: [10.1093/annonc/mdm056](https://doi.org/10.1093/annonc/mdm056), indexed in Pubmed: [17355955](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17355955/).
- Sun VCY, Borneman T, Ferrell B, et al. Overcoming barriers to cancer pain management: an institutional change model. *J Pain Symptom Manage.* 2007; 34(4): 359–369, doi: [10.1016/j.jpainsymman.2006.12.011](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.12.011), indexed in Pubmed: [17616336](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17616336/).
- Cancer Pain Relief. World Health Organization. Geneva, Switzerland, 1996.
- Wiffen PJ, Derry S, Moore RA, et al. Oral morphine for cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 4(7): CD003868, doi: [10.1002/14651858.CD003868.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003868.pub3), indexed in Pubmed: [23881654](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23881654/).
- Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, et al. ESMO Guidelines Working Group. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol.* 2012; 23 Suppl 7: vii139–vii154, doi: [10.1093/annonc/mds233](https://doi.org/10.1093/annonc/mds233), indexed in Pubmed: [22997447](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22997447/).
- Wiffen PJ, Wee B, Derry S, et al. Opioids for cancer pain — an overview of Cochrane reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 7: CD012592, doi: [10.1002/14651858.CD012592.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012592.pub2), indexed in Pubmed: [28683172](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28683172/).
- Turner BJ, Liang Y, Rodriguez N, et al. Gaps in the Public's Knowledge About Chronic Pain: Representative Sample of Hispanic Residents From 5 States. *J Pain.* 2017; 18(6): 628–636, doi: [10.1016/j.jpain.2016.12.019](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.12.019), indexed in Pubmed: [28088505](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28088505/).
- Deandrea S, Montanari M, Moja L, et al. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Ann Oncol.* 2008; 19(12): 1985–1991, doi: [10.1093/annonc/mdn419](https://doi.org/10.1093/annonc/mdn419), indexed in Pubmed: [18632721](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18632721/).
- Apolone G, Corli O, Caraceni A, et al. Cancer Pain Outcome Research Study Group (CPOR SG) Investigators. Pattern and quality of care of cancer pain management. Results from the Cancer Pain Outcome Research Study Group. *Br J Cancer.* 2009; 100(10): 1566–1574, doi: [10.1038/sj.bjc.6605053](https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6605053), indexed in Pubmed: [19401688](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19401688/).
- Goldberg DS. On the erroneous conflation of opiophobia and the undertreatment of pain. *Am J Bioeth.* 2010; 10(11): 20–22, doi: [10.1080/15265161.2010.519427](https://doi.org/10.1080/15265161.2010.519427), indexed in Pubmed: [21104550](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21104550/).
- Reid CM, Gooberman-Hill R, Hanks GW. Opioid analgesics for cancer pain: symptom control for the living or comfort for the dying? A qualitative study to investigate the factors influencing the decision to accept morphine for pain caused by cancer. *Ann Oncol.* 2008; 19(1): 44–48, doi: [10.1093/annonc/mdm462](https://doi.org/10.1093/annonc/mdm462), indexed in Pubmed: [18073222](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18073222/).
- Christakis NA, Escarce JJ. Survival of Medicare patients after enrollment in hospice programs. *N Engl J Med.* 1996; 335(3): 172–178, doi: [10.1056/NEJM199607183350306](https://doi.org/10.1056/NEJM199607183350306), indexed in Pubmed: [8657216](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8657216/).
- Bercovitch M, Adunsky A. Patterns of high-dose morphine use in a home-care hospice service: should we be afraid of it? *Cancer.* 2004; 101(6): 1473–1477, doi: [10.1002/cncr.20485](https://doi.org/10.1002/cncr.20485), indexed in Pubmed: [15368335](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15368335/).
- Fohr SA. The double effect of pain medication: separating myth from reality. *J Palliat Med.* 1998; 1(4): 315–328, doi: [10.1089/jpm.1998.1.315](https://doi.org/10.1089/jpm.1998.1.315), indexed in Pubmed: [15859849](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15859849/).
- Jage J. Opioid tolerance and dependence — do they matter? *Eur J Pain.* 2005; 9(2): 157–162, doi: [10.1016/j.ejpain.2004.11.009](https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2004.11.009), indexed in Pubmed: [15737807](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15737807/).
- Ling W, Mooney L, Hillhouse M. Prescription opioid abuse, pain and addiction: clinical issues and implications. *Drug Alcohol Rev.* 2011; 30(3): 300–305, doi: [10.1111/j.1465-3362.2010.00271.x](https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00271.x), indexed in Pubmed: [21545561](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21545561/).
- Højsted J, Sjøgren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: a literature review. *Eur J Pain.* 2007; 11(5): 490–518, doi: [10.1016/j.ejpain.2006.08.004](https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2006.08.004), indexed in Pubmed: [17070082](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17070082/).
- Lema MJA. A compassionate approach to pain management in the terminally ill patient. *Hospital Medicine.* 1998; 34: 11–21.
- Bennett DS, Carr DB. Opiophobia as a barrier to the treatment of pain. *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 2002; 16(1): 105–109, doi: [10.1080/j354v16n01\\_09](https://doi.org/10.1080/j354v16n01_09), indexed in Pubmed: [14650454](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14650454/).
- Sykes N, Thorns A. The use of opioids and sedatives at the end of life. *The Lancet Oncology.* 2003; 4(5): 312–318, doi: [10.1016/s1470-2045\(03\)01079-9](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(03)01079-9).

## Załącznik

### Pytania ankietowe

**Odpowiedzi:** całkowicie się nie zgadzam, nie zgadzam się, nie mam zdania/nie wiem, zgadzam się, całkowicie się zgadzam

1. Personel medyczny zawsze jest w stanie zidentyfikować sygnały/objawy bólu występującego u pacjenta.
2. Lekarz (lub pielęgniarka) zawsze jest w stanie adekwatnie ocenić natężenie bólu.
3. Natężenie bólu najlepiej ocenia sam chory.
4. Często użyteczne może być podanie placebo choremu z bólem w celu oceny, czy rzeczywiście ma dolegliwości bólowe.
5. Brak ekspresji bólu przez chorego nie oznacza braku bólu.
6. Odwrócenie uwagi, na przykład przez zastosowanie muzyki lub relaksacji, może zmniejszyć nasilenie odczuwania bólu.
7. Każdy ból można całkowicie uśmierzyć, stosując leki przeciwbólowe.
8. Zanim poda się kolejną dawkę leku przeciwbólowego, chory powinien czuć ból lub chociaż odczuwać dyskomfort.
9. Chorzy z przewlekłym bólem potrzebują większych dawek leków przeciwbólowych niż chorzy z bólem ostrym.
10. W przypadku przewlekłego bólu, podawanie leków opioidowych w regularnych odstępach czasu jest lepsze niż podawanie ich tylko wtedy, gdy chory zgłasza ból — „w razie bólu”.
11. Rekomendowaną drogą podawania opioidowych leków przeciwbólowych u pacjentów z bólem jest podanie ich w postaci iniekcji.
12. Zwiększające się zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe może oznaczać, że chory uzależnia się od leku opioidowego.
13. Gdy chory prosi o zwiększenie ilości środków przeciwbólowych, to zwykle oznacza, że jest psychicznie uzależniony od leku.
14. Jeśli chory (i/lub członek rodziny) informuje, że lek opioidowy powoduje euforię, należy zmniejszyć dawkę.
15. 25% chorych przyjmujących na stałe leki opioidowe, jest od nich uzależnionych.
16. Czy prawdą jest, że depresja oddechowa stanowi problem w przypadku stosowania leków opioidowych?
17. Czy prawdą jest, że nie istnieje maksymalna dawka morfiny, której nie można przekroczyć?
18. Dzieciom powinno się podawać jak najmniej leków przeciwbólowych, a raczej zajmować zabawą i aktywnością.
19. Nie można stosować leków opioidowych u dzieci.
20. Do skutecznego leczenia bólu nowotworowego konieczna jest ciągła ocena natężenia bólu i skuteczności terapii.