

Maria Wysocka<sup>1,2</sup>, Jerzy Jarosz<sup>1</sup>, Anna Klimkiewicz<sup>3</sup>, Tomasz Pasiński<sup>2</sup>,  
Martyna Hordowicz<sup>1</sup>, Jakub Klimkiewicz<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Fundacja Hospicjum Onkologiczne św. Krzysztofa w Warszawie

<sup>2</sup>Zakład Etyki Lekarskiej i Medycyny Paliatywnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>3</sup>Klinika Psychiatrii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>4</sup>Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

# Pacjenci onkologiczni oraz ich opiekunowie wobec opioidowego leczenia przeciwbólowego — szanse i zagrożenia dla procesu leczenia

Cancer patients and their caregivers in the face of opioid analgesic treatment — opportunities and threats to the treatment process

Artykuł jest tłumaczeniem pracy:

Wysocka M, Jarosz J, Klimkiewicz A. Cancer patients and their caregivers in the face of opioid analgesic treatment — opportunities and threats to the treatment process *Oncol Clin Pract.* 2021; 17. DOI: 10.5603/OCP.2021.0015.

Należy cytować wersję pierwotną.

Adres do korespondencji:

Mgr Maria Wysocka  
Zakład Etyki Lekarskiej  
i Medycyny Paliatywnej WUM  
ul. Litewska 14a, 00-581 Warszawa  
e-mail: maria.wysocka@fho.org.pl

## STRESZCZENIE

Nieprowadzenie w leczeniu bólu może być przyczyną pogorszenia funkcjonowania psychicznego, nasilenia objawów depresji czy klinicznego syndromu demoralizacji (w ICD-10, kategoria R45.3 Demoralizacja i apatia) uniemożliwiających utrzymanie się w rygorze leczenia i funkcjonowania, które może prowadzić do ryzyka pragnienia eutanazji. Według przeglądu badań z 2016 roku częstość występowania bólu w grupie pacjentów w zaawansowanej lub terminalnej chorobie wyniosła 66,4% (wobec 64% w 2007 roku), podczas leczenia przeciwnowotworowego 55% (wobec 59% w 2007 roku), a w grupie chorych po przebytych leczeniu 39,3% (wobec 33% w 2007 roku). Proces starzenia się społeczeństw oraz wydłużający się okres przeżycia w chorobach nowotworowych zmieniają dynamikę i długość procesów leczenia. W pracy omówiono specyficzne bariery skutecznego opioidowego leczenia przeciwbólowego u pacjentów i ich opiekunów: obawy przed rozpraszeniem skupienia lekarza na leczeniu choroby nowotworowej, przed otrzymaniem opinii trudnego czy skarżącego się pacjenta, przekonanie, że ból jest ważną informacją o przebiegu choroby niezbędną do jej leczenia, czy fatalistyczne nastawienie do możliwości uśmierzania bólu. Brak aktualnej wiedzy, fałszywe przekonania, negatywne nastawienie dotyczące opioidowego leczenia przeciwbólowego są w wielu badaniach wskazywane jako wspólne dla pacjentów, opiekunów i lekarzy. Najczęstsze w tych grupach przekonania to obawa przed uzależnieniem, rozwijanie tolerancji i skutki uboczne. Praca wskazuje wyróżniane czynniki decydujące o powodzeniu leczenia, takie jak umiejętność budowania, korygowania i utrzymania relacji współpracy lekarza z pacjentem w kilku lub kilkudziesięcioletnim procesie leczenia. Zawiera odniesienia do wytycznych i zaleceń będących szczegółowym źródłem wiedzy dotyczącej opioidowego leczenia bólu.

**Słowa kluczowe:** leki przeciwbólowe, leczenie bólu, opioidy, zaawansowana choroba nowotworowa, opieka paliatywna

## ABSTRACT

Failure to alleviate cancer pain may deteriorate mental functioning, increase depression symptoms, result in the clinical diagnosis of demoralization syndrome nonadherence of treatment, functioning discipline, which together, may precipitate desire for euthanasia. Increased incidence of pain in patients with advanced or terminal disease has been reported to range from 39% to 66.4% depending on the stage of the cancer being experienced. Further, the progressive aging of societies and increased life expectancy in cancer patients has changed the dynamics of modern treatment processes. Despite their efficacy, the use of opioids as an analgesic treatment

during terminal disease has been affected by the quality, availability, and negative reputation of these scheduled drugs. This review aims to describe the specific factors and limitations of opioid pain management from the perspective of patients and their caregivers. Further, we aim to identify and discuss the key factors which determine the success or failure of opioid use for the treatment of pain with links to internationally recognized recommendations and current research.

Copyright © 2021 Via Medica

ISSN 2450-1646

e-ISSN 2450-6567

**Key words:** analgesics, pain management, opioid, advanced cancer, palliative care

Onkol Prakt Klin Edu 2021; 7, 2: 72-79

## Wprowadzenie

W opublikowanym w 2007 roku obszernym przeglądzie badań dotyczących częstości występowania bólu stwierdzono, że mimo jasnych rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), ból w chorobach nowotworowych jest nadal nierozwiązanym problemem dużej grupy pacjentów [1]. Rok od października 2008 do październik 2009 został ogłoszony przez *The International Association for the Study of Pain* (IASP) rokiem Globalnej Walki z Bólem Nowotworowym [2]. Wprowadzono wiele inicjatyw skierowanych do środowisk medycznych i opinii publicznej. Uwolnienie od bólu jest uznawane za jedno z praw człowieka, a brak dostępu do skutecznej jego terapii został określony jako naruszenie zakazu tortur i niehumanitarnego lub poniżającego traktowania, w raporcie opublikowanym przez Organizację Narodów Zjednoczonych w 2013 roku [3]. Od chwili ogłoszenia w 1986 roku przez WHO zasad tak zwanej drabiny analgetycznej, ukazały się rekomendacje i zalecenia dotyczące leczenia bólu nowotworowego, autorstwa uznanych, zarówno międzynarodowych jak i krajowych organizacji [4].

Globalne zużycie opioidów wzrosło z 28 mg w 2005 roku do 42 mg ekwiwalentu morfiny per capita w 2012 roku, a dostępność leków opioidowych zwiększyła się w 67 krajach między 2006 a 2010 rokiem [wzrost indeksu *Adequacy of Consumption Measure* (ACM)] [5]. Znacząco rozwinęło się także rozumienie mechanizmów powstawania bólu w chorobach nowotworowych, poprawiły się metody jego oceny i leczenia, a także znacznie wzrosła liczba publikacji poświęconych tej tematyce. Mimo wszystkich podjętych działań, ból jest nadal najpowszechniejszym i jednym z najcięższych objawów towarzyszącym chorobie i leczeniu onkologicznemu. Według przeglądu badań [6] z 2016 roku (4117 badań z lat 2005–2014) częstość występowania bólu w grupie pacjentów w zaawansowanej lub terminalnej chorobie wyniosła 66,4% (wobec 64% w 2007 roku) [7], podczas leczenia przeciwnowotworowego 55% (wobec 59% w 2007 roku), a w grupie chorych po przebyciu leczenia 39,3% (wobec 33% w 2007 roku).

## Z perspektywy pacjentów i opiekunów

Różnice w sposobach szacowania częstości występowania bólu [8] czy indeksu adekwatności konsumpcji leków opioidowych [9] (różne listy uwzględnianych w porównaniach preparatów stosowanych w poszczególnych krajach [10]) nie ułatwiają analizy skuteczności podejmowanych przez ostatnie dekady wysiłków, a czasami mogą być wręcz mylące. Nie wyjaśniają również rozbieżności między rozwojem medycyny, wzrostem dostępności leczenia a brakiem spodziewanej poprawy w leczeniu bólu wywołanego zarówno chorobą, jak i jej leczeniem.

Znaczenie globalnych ocen jakości i dostępności opioidowego leczenia przeciwbólowego w chorobach nowotworowych dodatkowo podważa fakt współwystępowania w ostatnich latach skrajnych zjawisk — z jednej strony opioidofobii [11], na przykład w Polsce [12], a z drugiej kryzysu opioidowego, na przykład w Stanach Zjednoczonych [13, 14]. Podczas gdy w większości krajów dostęp do opioidów jest niewielki lub nie ma go wcale, w niektórych krajach niewłaściwe stosowanie leków kontrolowanych stanowi poważny problem zdrowia publicznego.

Zarówno dla praktyki klinicznej, jak i od strony badawczej wciąż pilnym zadaniem jest określenie warunków determinujących skuteczne terapie przeciwbólowe i zbadanie pozostałych zmiennych modelujących procesy leczenia konkretnych pacjentów. Szacuje się, że do 2030 roku można się spodziewać na całym świecie około 21,4 miliona nowych zachorowań na choroby nowotworowe [15].

Rola pacjentów w niepowodzeniach leczenia bólu została rozpoznana i określona jako kluczowa w zaleceniach *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHCPR) z 1994 roku [16], wskazujących na takie bariery, jak na przykład opór przed informowaniem o bólu powodowany obawą przed skutkami ubocznymi leczenia, niewiarą w jego skuteczność, lęk przed osłabieniem leczenia przeciwnowotworowego czy ograniczeniem informacji o postępach choroby, jakie w ich przekonaniu daje ból [17]. Udział nastawienia pacjentów i rodzin w niepowodzeniu leczenia przeciwbólowego zmieniał się wraz z przemianami społecznymi i kulturowymi ostat-

nich dekad [18, 19] i wymaga ciągłego monitorowania, podobnie jak pozostałe czynniki powodzenia procesu leczenia [20].

### Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia

Postępujący proces starzenia się społeczeństw oraz wydłużający się czas przeżycia w chorobach nowotworowych zmieniają dynamikę interwencji medycznych. Doprowadziły one do przejścia od „społeczeństwa ryzyka”, w którym choroba była traktowana jako stan przejściowy między zdrowiem utraconym a odzyskanym, do „społeczeństwa remisji” [21], w którym długotrwałe i wieloetapowe leczenie umożliwia życie z chorobą przewlekłą zagrażającą życiu kosztem zaakceptowania wpływu i reżimu leczenia. Leczenie długotrwałe wymaga odbudowania (lub zbudowania na nowo), załamanej przez diagnozę, linii życia, w oparciu o wartości i relacje niezbędne do jego utrzymania [22]; wymaga wytrwałości w adaptacji do ograniczeń i zaleceń lekarza lub lekarzy w przypadku wielochorobowości, umiejętności radzenia sobie w kontaktach z systemem opieki zdrowotnej. Takie leczenie również zmusza do odnoszenia proponowanych linii terapii (w tym przeciwbólowej) do wszystkich cennionych wymiarów życia, nie tylko somatycznego, ale również funkcjonalnego czy psychospołecznego [23].

Wysoką ceną, jaką płacą pacjenci za niepowodzenia w leczeniu bólu (i innych obciążających objawów somatycznych), może być pogorszenie funkcjonowania psychicznego, nasilenie objawów depresji [24] czy klinicznego syndromu demoralizacji [w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10, *International Classification of Diseases*) kategoria R45.3 Demoralizacja i apatia] [25], uniemożliwiających utrzymanie się w rygorze leczenia i funkcjonowania, które może prowadzić do ryzyka pragnienia eutanazji [26]. Związane z objawami demoralizacji poczucie beznadziejności sytuacji, bezradności i utraty celu i sensu życia mogą prowadzić do zniechęcenia uniemożliwiającego przestrzeganie zaleceń w perspektywie dłuższego leczenia [27]. Z drugiej jednak strony, zależności ujawnione w badaniach nad tym zjawiskiem wskazują na istotne znaczenie utrzymania przez pacjentów relacji społecznych, poczucia bycia uznanym w swojej podmiotowej roli także w relacji z lekarzem.

### Wiedza i nastawienie kształtujące oczekiwania

Wyniki badania Garzóna z 2018 roku [28] wspierają hipotezę o związku demoralizacji z niską jakością relacji z zespołem leczącym, a badania Robinson i wsp. [29] opisują wpływ komunikacji skupionej na pacjencie na

obniżenie poziomu poczucia beznadziei i zwiększenie satysfakcji z opieki. Wskazuje się, na pozainformacyjne aspekty komunikacji — takie jak poczucie utrzymania kontroli nad swoim leczeniem, bycia zaangażowanym w decyzje podejmowane w jego przebiegu, bycie postrzeganym jako osoba oraz możliwość osobistego kontaktu z lekarzem w sytuacji wątpliwości i pytań.

Nastawienie i oczekiwania pacjentów dotyczące uczestniczenia w procesie leczenia choroby nowotworowej, trwającym miesiące lub lata, są kształtowane dynamicznie przez stereotypy, informacje ogólnodostępne oraz wiedzę, jaką uzyskują w trakcie leczenia od lekarzy i członków zespołów leczących.

Badania Jarosza i wsp. z 2017 roku [30] wskazały na istnienie niedostatków w informowaniu pacjentów co do istoty leczenia opioidami. Pacjenci wykazywali najmniejszą wiedzę o opioidach spośród badanych grup: lekarzy, pielęgniarek, studentów, a nawet niższą niż ogół populacji.

Negatywny efekt konsultacji lekarskich wskazano w badaniu Graczyk i wsp. z 2017 roku [31], gdzie stwierdzono, że uruchamianie lub wzmacnianie lęku przed przeciwbólowym leczeniem opioidowym u pacjentów miało miejsce w kontaktach z lekarzami, których obawy przed stosowaniem tego leczenia wpływały na ich praktykę kliniczną. Niewątpliwie proces informowania pacjentów o opcjach leczenia zawiera poza przekazem informacyjnym także prezentację nastawienia lekarzy i wzmacnia lub osłabia mechanizmy obronne, postawy i oczekiwania pacjentów. Również nieadekwatne do zasobów pacjenta, zbyt szybkie tempo przekazywania wiadomości o schematach leczenia i chorobie może uruchamiać mechanizmy wyparcia utrudniające dalszą współpracę w procesie leczenia.

### Wczesne wdrożenie leczenia objawowego — szansa na przestrzeganie zaleceń (*compliance*)

Istnieje coraz więcej dowodów na to, że czas przeżycia chorych na nowotwory zależy również od dobrej kontroli objawów choroby, a skuteczne leczenie bólu przyczynia się istotnie do poprawy jakości życia. Terapia przeciwbólowa jest już definiowana jako istotna część leczenia onkologicznego [32]. Opieka wspierająca *Supportive care* [33] stała się częścią zaproponowanego przez *European Society for Medical Oncology* (ESMO) w 2018 roku pojęcia opieki skoncentrowanej na pacjencie — *patient-centred care* [34], które ma obejmować zarówno leczenie wspierające, jak i paliatywne, tym bardziej że „jak wykazały wyniki badań, określenie „paliatywna” może mieć dla lekarzy, pacjentów i ich opiekunów negatywne konotacje i powodować opóźnienie w kierowaniu do leczenia objawowego lub w przyjmowaniu

interwencji, także tych dotyczących leczenia bólu [35]. W tym samym dokumencie wskazuje się na konieczność objęcia opieką od momentu diagnozy choroby onkologicznej i świadczenie jej w sposób umożliwiający śledzenie zmian potrzeb pacjentów oraz prowadzenie holistycznej oceny poziomu ich zaspokajania — w czasie każdej konsultacji.

Również w rekomendacjach *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) z 2016 roku wskazuje się na konieczność zintegrowania leczenia i opieki paliatywnej, które powinny zawierać obok leczenia objawów, w tym bólu, budowanie relacji z pacjentem i jego opiekunami, poznanie ich stanu wiedzy o chorobie i jej prognozach oraz ich edukację w tym zakresie, a także ustalanie celów leczenia i wspieranie decyzji dotyczących jego przebiegu [36].

Zgodnie z przywołanymi wyżej zaleceniami, od momentu przekazania diagnozy przez cały proces leczenia jest miejsce na budowanie sojuszu terapeutycznego między lekarzem/zespołem leczącym a pacjentem, prowadzącego do przestrzegania zaleceń dotyczących leczenia bólu, a także do współpracy (*concordance*) w wyborze terapii i współodpowiedzialności za podejmowanie i realizowanie decyzji (*self-management*) [37, 38].

### Interakcje pacjentów i opiekunów kształtujące wiedzę i nastawienie

W zaleceniach *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), dotyczących leczenia bólu lekami opioidowymi, wskazuje się na pierwszym miejscu na konieczność odbycia rozmowy zawierającej elementy edukacji pacjentów i opiekunów. Jeszcze przed przepisaniem leków opioidowych rekomendowana jest tu rozmowa lekarza z pacjentem dotycząca wątpliwości, a rozpoczynająca się od pytania o przekonania i obawy związane z potencjalnym uzależnieniem, tolerancją, efektami ubocznymi, zaawansowaniem choroby, na które może wskazywać stosowanie silnych opioidów. W drugim kroku zaleca wprowadzenie słownej i pisemnej informacji o leczeniu lekami tej grupy, między innymi o tym, kiedy i dlaczego są stosowane, jaka jest ich spodziewana efektywność, jakie mogą być efekty uboczne i objawy toksyczności itp. [39]. Ważnym elementem edukacji (i to zarówno w krajach, w których występuje zjawisko opioidofobii, jak i w tych, w których występuje epidemia opioidowa) jest spójność informacji przekazywanych pacjentom na wszystkich etapach leczenia: począwszy od lekarzy rodzinnych [40, 41], przez onkologów, specjalistów medycyny paliatywnej [42], leczenia bólu czy farmaceutów, których rola nie sprowadza się jedynie do oceny czy recepta na opioidowe leki przeciwbólowe jest poprawnie wystawiona [43].

Słaba odpowiedź na leczenie przeciwbólowe może być spowodowana czynnikami poznawczymi, psychicznymi, społecznymi, kulturowymi lub dowolną ich kombinacją [do tego faktu odnosi się standard 4 standardów leczenia bólu chorych na nowotwory Europejskiej Federacji Leczenia Bólu 2019 (EFIC, *European Pain Federation*)] [44].

W każdym z tych przypadków zjawisko niskiej adhezencji lub całkowitego jej braku zaburza przebieg terapii i ogranicza bądź niweczy skuteczność zastosowanego schematu leczenia [45].

Stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych w przyjmowaniu leków opioidowych jest szacowany w niektórych analizach na poziomie około 51–70%, choć w niektórych badaniach sięga nawet 90% [46]. Wysoka adhezencja jest tu przypisywana wysokiemu poziomowi motywacji pacjentów oraz ich wiedzy wynikającej z częstości i jakości relacji z zespołem interdyscyplinarnym w przebiegu leczenia, dotyczącej stosowania prewencji objawów ubocznych (jak zaparcia czy nudności). W przywoływanym badaniu 8 z 198 pacjentów przekroczyło w nieznaczny sposób zalecane dawki, co przypisywano zwiększeniu tolerancji na przyjmowane leki. Brak negatywnego wpływu na współpracę w leczeniu, barier związanych z przekonaniami pacjentów, wyjaśnia się właśnie odpowiednią edukacją, rozpoczętą wcześniej, podczas leczenia wspierającego terapię przeciwnowotworową.

### Barierzy wobec leczenia przeciwbólowego wynikające z wiedzy i nastawienia

Przegląd badań z lat 1986–2007, śledzący związek między barierami wynikającymi z przesłanek poznawczych pacjentów [wiedza, przekonania, nastawienie mierzone *Barriers Questionnaire* (BQ)] [47] a adekwatnością stosowanego schematu leczenia do stopnia bólu (PMI, *pain management index* [48]) wykazuje, że pacjenci z negatywnym PMI, który określa nieoptymalne (*suboptimal*) zastosowanie analgetyków, mieli znacząco wyższy wynik BQ niż ci, którzy byli leczeni adekwatnie. Również ci pacjenci, którzy niechętnie informowali lekarza o odczuwanym bólu oraz niechętnie przyjmowali leki przeciwbólowe prezentowali wyższy poziom barier poznawczych niż ci, którzy nie wykazywali wahania [49]. Deandrea i wsp. [50], analizując badania wykorzystujące współczynnik PMI (26 prac z lat 1987–2007) wskazała, że 43% pacjentów jest leczonych nieadekwatnymi schematami (PMI zdefiniowany jako *an index that subtracts the patient's rating of pain from the rating of the strongest analgesic agent*).

Na nieadekwatność lub nieskuteczność adekwatnego leczenia pacjenci mogą wpływać intencjonalnie lub nieintencjonalnie [51], między innymi poprzez to,

czy informują o występującym bólu, jak adekwatnie opisują ból, czy rozmawiają o swoich obawach, wątpliwościach związanych z dawkowaniem przyjmowaniem leków i w końcu jak stosują się do zaleceń w dłuższej perspektywie (samodzielne pomijanie dawek przy niższych doznaniach bólowych, zwiększanie przy wyższych).

Brak aktualnej wiedzy, fałszywe przekonania, negatywne nastawienie dotyczące opioidowego leczenia przeciwbólowego są w wielu badaniach wskazywane jako wspólne dla pacjentów, opiekunów i lekarzy. Najczęściej dzielone w tych grupach przekonania to obawa przed uzależnieniem, rozwijanie tolerancji i skutki uboczne [52].

Specyficzne dla pacjentów są:

- obawy przed rozpraszaniem skupienia lekarza na leczeniu choroby nowotworowej;
- obawy o otrzymanie opinii trudnego — skarżącego się pacjenta;
- przekonanie, że ból jest ważną informacją o przebiegu choroby niezbędną do jej leczenia;
- fatalistyczne nastawienie do możliwości uśmierzenia bólu.

Przekonania dzielone przez pacjentów i opiekunów, wpływające na postawę wobec opioidowego leczenia przeciwbólowego:

- opioidy są stosowane jedynie w ostatnich dniach choroby;
- powodują osłabienie lub ograniczenie zdolności poznawczych (albo nawet do eutanazji);
- ich stosowanie spotka się z negatywną reakcją rodziny na informacje o przyjmowaniu leków narkotycznych.

Ponadto, słabiej werbalizowane i trudne do ujawnienia i badania są przekonania oparte na stereotypach społecznych i przekonaniach religijnych, jak np. wartość przypisywana doświadczeniu cierpienia [53–58].

### **Szanse na adekwatniejsze stosowanie opioidowego leczenia przeciwbólowego wynikające z wiedzy i nastawienia — komunikacja i edukacja**

Modyfikowanie poziomu wiedzy i jej właściwego rozumienia jest możliwe dzięki dostarczaniu pacjentom i opiekunom użytecznej, zrozumiałej i opartej na najnowszych doniesieniach informacji. Temu poświęcone są programy edukacyjne i zalecenia.

Interwencje mające na celu edukację pacjentów w zakresie schematów leczenia bólu w chorobie nowotworowej doczekały się już analiz na podstawie systematycznego przeglądu (!) systematycznych przeglądów [59], które wyróżniły ich następujące kluczowe czynniki dla pacjentów: informacje o naturze i mechanizmach bólu; rady jak komunikować i opisywać ból, oraz dla lekarzy: jak pogłębiać ocenę bólu w czasie konsultacji; jak radzić

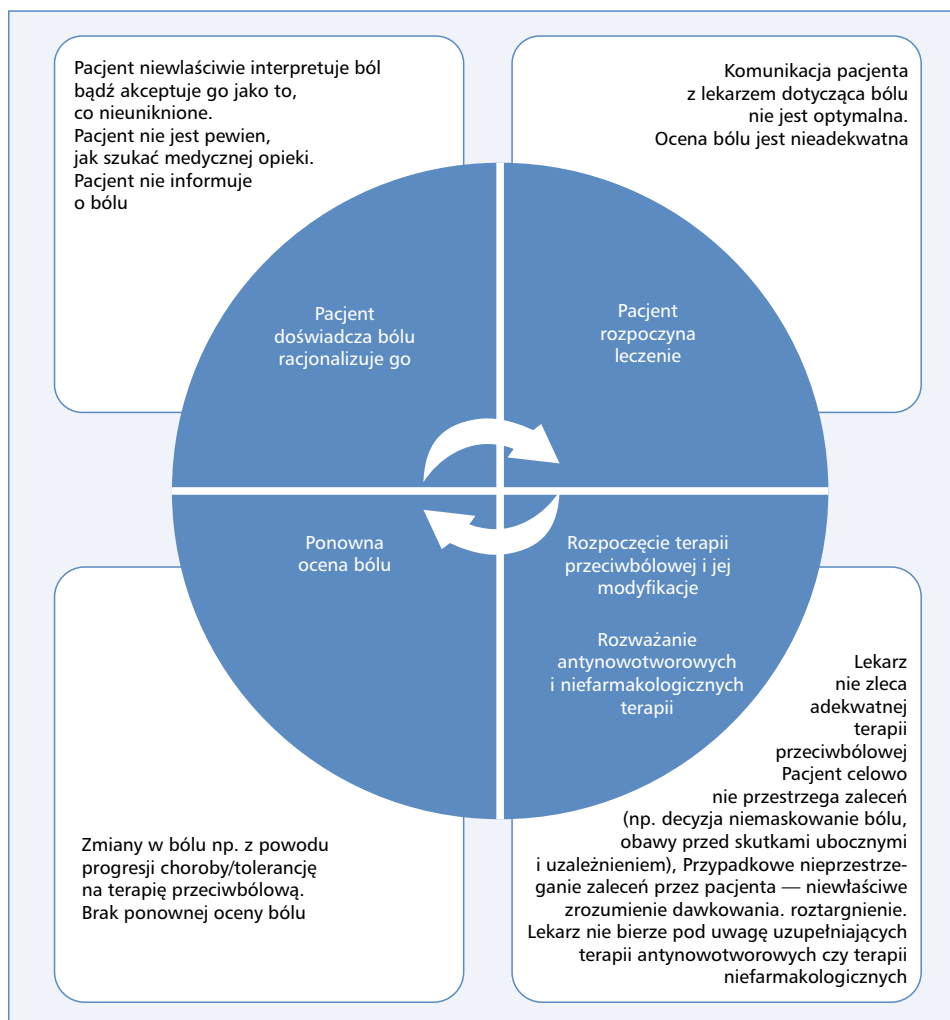
sobie z barierami adherencji; jak podtrzymywać regularność oceny bólu. Te oraz inne czynniki zostały opisane jako elementy wieloetapowego i rozłożonego w czasie procesu edukacji: „Niezbędne kroki do optymalnego leczenia bólu nowotworowego. Wykres kołowy w centrum wskazuje proces konieczny do optymalnego leczenia bólu nowotworowego. Zewnętrzne ramki ilustrują bariery, które mogą utrudniać skuteczne leczenie bólu nowotworowego. Edukacyjne interwencje zazwyczaj pozwalały uporać się z jedną czy kilkoma z tych rozpoznanych barier” (ryc. 1) [59].

Wpływanie na przekonania i postawy pacjentów oraz ich opiekunów, wymaga dodatkowego czynnika, jakim jest relacja zaufania do źródeł oraz osoby przekazującej informacje [60]. Ważne jest stworzenie trwałej i aktywnie podtrzymywanej komunikacji skoncentrowanej na pacjencie i odnoszącej się do jego wartości i celów. W poszukiwaniu zasad optymalnej edukacji pacjentów i opiekunów Luckett i wsp. [61], na podstawie systematycznego przeglądu (353 publikacje) i metaanalizy 15 badań wyróżniła jako wyjątkowo efektywne, interwencje skupione na wzmocnieniu poczucia własnej skuteczności pacjentów. Autorka wskazała, że nie tylko przekazywanie wiedzy, ale również nauka nowych umiejętności jest kluczowa w radzeniu sobie z bólem [61].

### **Podsumowanie**

Zapewnienie chorym cierpiącym z powodu bólu dostępu [62] do leczenia przeciwbólowego, w tym opartego na lekach opioidowych, przygotowanie ich do udziału w procesie leczenia i umożliwienie im życia z chorobą w najwyższej możliwej jakości, a z drugiej strony przeciwdziałanie niekorzystnym skutkom zdrowotnym samych substancji, stanowią dwie strony jednego zagadnienia, jakim jest wykorzystywanie leków opartych na substancjach kontrolowanych. Wyniki przeanalizowanych badań wskazują na jedno z istotnych źródeł nieadekwatnego stosowania opioidów w leczeniu przeciwbólowym pacjentów z chorobami onkologicznymi. Nieadekwatnie niskie lub wysokie wykorzystanie leków narkotycznych — może być skutkiem niespójnego i niedostatecznie wspieranego procesu edukacji w zakresie wiedzy i umiejętności zarówno środowiska medycznego, jak i pacjentów oraz ich opiekunów na poszczególnych etapach leczenia. Badania dotyczące wiedzy i nastawienia do schematów opioidowego leczenia przeciwbólowego, regularnie opisujące efekty tej edukacji oraz czynniki ją zakłócające, jak mody, trendy społeczne itp., mogą się przyczynić do wczesnego ujawniania niekorzystnych czy szkodliwych tendencji. Nie wpłyną jednak same przez się na zmianę nastawienia i motywacji lekarzy oraz innych członków zespołów leczących do korzystania z dostępnej aktualnej wiedzy, wykorzystywania jej w praktyce





**Rycina 1.** Schemat wieloetapowego i rozłożonego w czasie procesu edukacji [tłumaczenie za: Adam R, Bond C, Murchie P. Educational interventions for cancer pain. A systematic review of systematic reviews with nested narrative review of randomized controlled trials. Patient Educ Couns. 2015]

klinicznej i przekazywania pacjentom i opiekunom. To zadanie pozostaje w rękach lekarzy, podobnie jak doskonalenie i wykorzystywanie wiedzy o procesach, jakim podlegają pacjenci żyjący z przewlekłymi chorobami skracającymi życie.

Opisywane badania i zalecenia wskazują na czynnik, który wraz z rozwojem coraz nowocześniejszych linii leczenia, decyduje o powodzeniu lub porażce pracy lekarzy – umiejętności utrzymania pacjenta w kilkuletnim a czasami kilkudziesięcioletnim procesie leczenia. Umiejętności zbudowania, korygowania i utrzymania relacji współpracy z leczonym pacjentem i jego opiekunami.

Specyfika leczenia opioidami jako substancjami kontrolowanymi wymaga szczególnego podejścia i otwartości wobec pacjentów. Jako że leki te budzą niejednokrotnie obawy wśród pacjentów i bliskich, a nierzadko nawet samego personelu medycznego, ich stosowanie musi się wiązać z przekonaniem o słuszności takiego postępowania. Pacjenci od początku leczenia powinni

być informowani o celu, formie i ograniczeniach terapii przeciwbólowej i, co nie mniej istotne, mieć wpływ na podejmowane decyzje terapeutyczne w tym zakresie. Z jednej strony, jak wynika z powyżej wymienionych publikacji, skuteczność leczenia przeciwbólowego w dużym stopniu zależy od poziomu współpracy pacjentów, a ten jest z kolei pochodną wiedzy, oczekiwań i przekonania na temat stosowanej terapii. Z drugiej strony brak wystarczającej wiedzy wśród lekarzy i pozostałego personelu medycznego może prowadzić do stosowania nieadekwatnych schematów leczenia oraz powstawania wątpliwości co do słuszności postępowania wśród pacjentów i ich bliskich. Dostępność licznych wytycznych i zaleceń w tym zakresie pozwala jednak sięgnąć po wiarygodne, przejrzyste i szczegółowe źródła wiedzy, co w dalszym rozrachunku może znacznie poprawić wyniki leczenia oraz ograniczyć zjawisko zarówno opioidofobii, jak i epidemii opioidowej. Wybrane opracowania zostały przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1. Wybrane wytyczne i zalecenia

|   |           |
|---|-----------|
| 1. Krajnik M., Sobański P., 2019 [63]   | Po polsku |
| 2. Leppert W. i wsp., 2018 [64]   |           |
| 3. Wordliczek J. i wsp., 2017 [65]  |           |
| 4. Ciałkowska-Rysz A., Dzierżanowski T., 2014 [66]  |           |
| 5. Krajnik M. i wsp., 2013 [67]   |           |
| 6. Jarosz J. i wsp., 2013 [68]  |           |
| 7. Fallon M. i wsp., 2018 [69]  | Po        |
| 8. <a href="https://www.who.int/publications/i/item/who-guidelines-for-the-pharmacological-and-radiotherapeutic-management-of-cancer-pain-in-adults-and-adolescents">https://www.who.int/publications/i/item/who-guidelines-for-the-pharmacological-and-radiotherapeutic-management-of-cancer-pain-in-adults-and-adolescents</a> [70] | angielsku |
| 9. NICE clinical guideline 140, 2012 [71]   |           |
| 10. Bennett M.I. i wsp., 2019 [72]  |           |

## Konflikt interesów

Autorzy zadeklarowali brak potencjalnego konfliktu interesów w zakresie badań, autorstwa i publikacji tego artykułu.

## 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.
- IASP 2008-2009 Global Year Against Cancer Pain (2008). <https://www.iasp-pain.org/GlobalYear/CancerPain> (15.12.2020).
- [https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53\\_English.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf).
- Dzierżanowski T, Ciałkowska-Rysz A. Accessibility of opioid analgesics and barriers to optimal chronic pain treatment in Poland in 2000-2015. *Support Care Cancer.* 2017; 25(3): 775–781, doi: [10.1007/s00520-016-3460-3](https://doi.org/10.1007/s00520-016-3460-3), indexed in Pubmed: 27771783.
- Duthey B, Scholten W. Adequacy of opioid analgesic consumption at country, global, and regional levels in 2010, its relationship with development level, and changes compared with 2006. *J Pain Symptom Manage.* 2014; 47(2): 283–297, doi: [10.1016/j.jpainsymman.2013.03.015](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.03.015), indexed in Pubmed: 23870413.
- van den Beuken-van Everdingen MHJ, Hochstenbach LMJ, Joosten EAJ, et al. Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage.* 2016; 51(6): 1070–1090.e9, doi: [10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340), indexed in Pubmed: 27112310.
- 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.
- 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.
- Scholten WK, Christensen AE, Olesen AE, et al. Quantifying the Adequacy of Opioid Analgesic Consumption Globally: An Updated Method and Early Findings. *Am J Public Health.* 2019; 109(1): 52–57, doi: [10.2105/AJPH.2018.304753](https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304753), indexed in Pubmed: 30496006.
- Dzierżanowski T, Ciałkowska-Rysz A. Accessibility of opioid analgesics and barriers to optimal chronic pain treatment in Poland in 2000-2015. *Support Care Cancer.* 2017; 25(3): 775–781, doi: [10.1007/s00520-016-3460-3](https://doi.org/10.1007/s00520-016-3460-3), indexed in Pubmed: 27771783.
- Cleary JF, Maurer MA. Pain and Policy Studies Group: Two Decades of Working to Address Regulatory Barriers to Improve Opioid Availability and Accessibility Around the World. *J Pain Symptom Manage.* 2018; 55(2S): S121–S134, doi: [10.1016/j.jpainsymman.2017.03.029](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.029), indexed in Pubmed: 28801005.
- Graczyk M, Borkowska A, Krajnik M. Why patients are afraid of opioid analgesics: a study on opioid perception in patients with chronic pain. *Pol Arch Intern Med.* 2018; 128(2): 89–97.
- Skolnick P. The Opioid Epidemic: Crisis and Solutions. *Annu Rev Pharmacol Toxicol.* 2018; 58: 143–159, doi: [10.1146/annurev-pharmtox-010617-052534](https://doi.org/10.1146/annurev-pharmtox-010617-052534), indexed in Pubmed: 28968188.
- Coussens NP, Sittampalam GS, Jonson SG, et al. The Opioid Crisis and the Future of Addiction and Pain Therapeutics. *J Pharmacol Exp Ther.* 2019; 371(2): 396–408, doi: [10.1124/jpet.119.259408](https://doi.org/10.1124/jpet.119.259408), indexed in Pubmed: 31481516.
- Ferlay J, Shin HR, Bray F, et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer.* 2010; 127(12): 2893–2917, doi: [10.1002/ijc.25516](https://doi.org/10.1002/ijc.25516), indexed in Pubmed: 21351269.
- Agency for Health Care Policy and Research. Clinical Practice Guideline for Cancer Pain Management. Department of Health and Human Services, Rockville 1994.
- Paice JA, Ferrell B. The management of cancer pain. *CA Cancer J Clin.* 2011; 61(3): 157–182, doi: [10.3322/caac.20112](https://doi.org/10.3322/caac.20112), indexed in Pubmed: 21543825.
- Gunnarsdottir S, Sigurdardottir V, Kloke M, et al. A multicenter study of attitudinal barriers to cancer pain management. *Support Care Cancer.* 2017; 25(11): 3595–3602, doi: [10.1007/s00520-017-3791-8](https://doi.org/10.1007/s00520-017-3791-8), indexed in Pubmed: 28653107.
- Coulter A, Jenkinson C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *Eur J Public Health.* 2005; 15(4): 355–360, doi: [10.1093/eurpub/cki004](https://doi.org/10.1093/eurpub/cki004), indexed in Pubmed: 15975955.
- Makhlouf SM, Pini S, Ahmed S, et al. Managing Pain in People with Cancer—a Systematic Review of the Attitudes and Knowledge of Professionals, Patients, Caregivers and Public. *J Cancer Educ.* 2020; 35(2): 214–240, doi: [10.1007/s13187-019-01548-9](https://doi.org/10.1007/s13187-019-01548-9), indexed in Pubmed: 31119708.
- Frank A. *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics.* University of Chicago Press, Chicago 1995.
- Frank AW. Asking the right question about pain: narrative and phronesis. *Lit Med.* 2004; 23(2): 209–225, doi: [10.1353/lm.2005.0003](https://doi.org/10.1353/lm.2005.0003), indexed in Pubmed: 15690839.
- Radbruch L, Jaspers B. Quality of Life. *Textbook of Palliative Care.* 2018: 1–12, doi: [10.1007/978-3-319-31738-0\\_8-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-31738-0_8-1).
- Kroenke K, Theobald D, Wu J, et al. The Association of Depression and Pain with Health-Related Quality of Life, Disability, and Health Care Use in Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage.* 2010; 40(3): 327–341, doi: [10.1016/j.jpainsymman.2009.12.023](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.12.023).
- Robinson S, Kissane DW, Brooker J, et al. A systematic review of the demoralization syndrome in individuals with progressive disease and cancer: a decade of research. *J Pain Symptom Manage.* 2015; 49(3): 595–610, doi: [10.1016/j.jpainsymman.2014.07.008](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.07.008), indexed in Pubmed: 25131888.
- Kissane D. The Contribution of Demoralization to End of Life Decision-making. *Hastings Cent Rep.* 2004; 34(4): 21, doi: [10.2307/3528690](https://doi.org/10.2307/3528690).
- Kotlińska-Lemieszek A. Pain in a patient with cancer can be relieved effectively in the majority of cases, but not always. Why do we encounter difficulties? *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine.* 2009; 1(1): 11–21.
- Quintero Garzón L, Koranyi S, Engelmann D, et al. Perceived doctor-patient relationship and its association with demoralization in patients with advanced cancer. *Psychooncology.* 2018; 27(11): 2587–2593, doi: [10.1002/pon.4823](https://doi.org/10.1002/pon.4823), indexed in Pubmed: 29952046.
- Robinson JD, Hoover DR, Venetis MK, et al. Consultations between patients with breast cancer and surgeons: a pathway from patient-centered communication to reduced hopelessness. *J Clin Oncol.* 2013; 31(3): 351–358, doi: [10.1200/JCO.2012.44.2699](https://doi.org/10.1200/JCO.2012.44.2699), indexed in Pubmed: 23233706.
- Jarosz J, Kieszowska-Grudny A, Jasińska D. 2015 Właściwe leczenie przeciwbólowe, a poziom lęku i rodzaje obaw przed stosowaniem przeciwbólowych leków opioidowych u chorych na nowotwory na przykładzie pacjentów leczonych w oddziałach hospicyjnych i lekarzy hospicjum oraz lekarzy rodzinnych. Materiał własny. Dostępny u autora oraz w raporcie badania w zasobach PAN.
- Graczyk M, Borkowska A, Krajnik M. Why patients are afraid of opioid analgesics - study on opioid perception in patients treated for chronic pain. *Pol Arch Intern Med.* 2017, doi: [10.20452/pamw.4167](https://doi.org/10.20452/pamw.4167).
- Smith TJ, Temin S, Alesi ER, et al. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol.* 2012; 30(8): 880–887, doi: [10.1200/JCO.2011.38.5161](https://doi.org/10.1200/JCO.2011.38.5161), indexed in Pubmed: 22312101.
- Cherny NI, Catane R, Kosmidis P, et al. ESMO Taskforce on Supportive and Palliative Care. ESMO takes a stand on supportive and palliative care. *Ann Oncol.* 2003; 14(9): 1335–1337, doi: [10.1093/annonc/mdg379](https://doi.org/10.1093/annonc/mdg379), indexed in Pubmed: 12954570.

34. Jordan K, Aapro M, Kaasa S, et al. European Society for Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care. *Ann Oncol.* 2018; 29(1): 36–43, doi: [10.1093/annonc/mdx757](https://doi.org/10.1093/annonc/mdx757), indexed in Pubmed: [29253069](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29253069/).
35. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, et al. Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. *CMAJ.* 2016; 188(10): E217–E227, doi: [10.1503/cmaj.151171](https://doi.org/10.1503/cmaj.151171), indexed in Pubmed: [27091801](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27091801/).
36. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol.* 2017; 35(1): 96–112, doi: [10.1200/JCO.2016.70.1474](https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.1474), indexed in Pubmed: [28034065](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28034065/).
37. Bennett MI, Eisenberg E, Ahmedzai SH, et al. Standards for the management of cancer-related pain across Europe-A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain. *Eur J Pain.* 2019; 23(4): 660–668, doi: [10.1002/ejp.1346](https://doi.org/10.1002/ejp.1346), indexed in Pubmed: [30480345](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30480345/).
38. Luckett T, Davidson PM, Green A, et al. Development of a cancer pain self-management resource to address patient, provider, and health system barriers to care. *Palliat Support Care.* 2019; 17(4): 472–478, doi: [10.1017/S1478951518000792](https://doi.org/10.1017/S1478951518000792), indexed in Pubmed: [31010454](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31010454/).
39. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg140/chapter/1-Recommendations#communication>.
40. Desveaux L, Saragosa M, Kithulegoda N, et al. Understanding the behavioural determinants of opioid prescribing among family physicians: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2019; 20(1): 59, doi: [10.1186/s12875-019-0947-2](https://doi.org/10.1186/s12875-019-0947-2), indexed in Pubmed: [31077137](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31077137/).
41. Desveaux L, Saragosa M, Kithulegoda N, et al. Family Physician Perceptions of Their Role in Managing the Opioid Crisis. *Ann Fam Med.* 2019; 17(4): 345–351, doi: [10.1370/afm.2413](https://doi.org/10.1370/afm.2413), indexed in Pubmed: [31285212](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31285212/).
42. Boström B, Sandh M, Lundberg D, et al. Cancer patients' experiences of care related to pain management before and after palliative care referral. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2004; 13(3): 238–245, doi: [10.1111/j.1365-2354.2004.00465.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2004.00465.x), indexed in Pubmed: [15196227](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15196227/).
43. Yamada M, Matsumura C, Jimaru Y, et al. Effect of Continuous Pharmacist Interventions on Pain Control and Side Effect Management in Outpatients with Cancer Receiving Opioid Treatments. *Biol Pharm Bull.* 2018; 41(6): 858–863, doi: [10.1248/bpb.b17-00749](https://doi.org/10.1248/bpb.b17-00749), indexed in Pubmed: [29863074](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29863074/).
44. Bennett MI, Eisenberg E, Ahmedzai SH, et al. Standards for the management of cancer-related pain across Europe-A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain. *Eur J Pain.* 2019; 23(4): 660–668, doi: [10.1002/ejp.1346](https://doi.org/10.1002/ejp.1346), indexed in Pubmed: [30480345](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30480345/).
45. Miaszkowski C, Dodd MJ, West C, et al. Lack of adherence with the analgesic regimen: a significant barrier to effective cancer pain management. *J Clin Oncol.* 2001; 19(23): 4275–4279, doi: [10.1200/JCO.2001.19.23.4275](https://doi.org/10.1200/JCO.2001.19.23.4275), indexed in Pubmed: [11731509](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11731509/).
46. Nguyen LMT, Rhondali W, De la Cruz M, et al. Frequency and predictors of patient deviation from prescribed opioids and barriers to opioid pain management in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2013; 45(3): 506–516, doi: [10.1016/j.jpainsymman.2012.02.023](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.02.023), indexed in Pubmed: [22940562](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22940562/).
47. Ward SE, Goldberg N, Miller-McCauley V, et al. Patient-related barriers to management of cancer pain. *Pain.* 1993; 52(3): 319–324, doi: [10.1016/0304-3959\(93\)90165-L](https://doi.org/10.1016/0304-3959(93)90165-L), indexed in Pubmed: [7681557](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7681557/).
48. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med.* 1994; 330(9): 592–596, doi: [10.1056/NEJM199403033300902](https://doi.org/10.1056/NEJM199403033300902), indexed in Pubmed: [7508092](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7508092/).
49. Oldenmenger WH, Sillevits Smitt PAE, van Dooren S, et al. A systematic review on barriers hindering adequate cancer pain management and interventions to reduce them: a critical appraisal. *Eur J Cancer.* 2009; 45(8): 1370–1380, doi: [10.1016/j.ejca.2009.01.007](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2009.01.007), indexed in Pubmed: [19201599](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19201599/).
50. 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/).
51. Meghani SH, Bruner DW. A pilot study to identify correlates of intentional versus unintentional nonadherence to analgesic treatment for cancer pain. *Pain Manag Nurs.* 2013; 14(2): e22–e30, doi: [10.1016/j.pmn.2011.03.003](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2011.03.003), indexed in Pubmed: [23688368](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23688368/).
52. Makhlouf SM, Pini S, Ahmed S, et al. Managing Pain in People with Cancer-a Systematic Review of the Attitudes and Knowledge of Professionals, Patients, Caregivers and Public. *J Cancer Educ.* 2020; 35(2): 214–240, doi: [10.1007/s13187-019-01548-9](https://doi.org/10.1007/s13187-019-01548-9), indexed in Pubmed: [31119708](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31119708/).
53. Elliott BA, Elliott TE, Murray DM, et al. Patients and family members: the role of knowledge and attitudes in cancer pain. *J Pain Symptom Manage.* 1996; 12(4): 209–220, doi: [10.1016/0885-3924\(96\)00124-8](https://doi.org/10.1016/0885-3924(96)00124-8), indexed in Pubmed: [8898504](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8898504/).
54. Jacobsen R, Møldrup C, Christrup L, et al. Patient-related barriers to cancer pain management: a systematic exploratory review. *Scand J Caring Sci.* 2009; 23(1): 190–208, doi: [10.1111/j.1471-6712.2008.00601.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00601.x), indexed in Pubmed: [18785917](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18785917/).
55. Valeberg BT, Miaszkowski C, Paul SM, et al. Comparison of Oncology Patients' and Their Family Caregivers' Attitudes and Concerns Toward Pain and Pain Management. *Cancer Nurs.* 2016; 39(4): 328–334, doi: [10.1097/NCC.0000000000000319](https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000319), indexed in Pubmed: [26632879](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26632879/).
56. Yates PM, Edwards HE, Nash RE, et al. Barriers to effective cancer pain management: a survey of hospitalized cancer patients in Australia. *J Pain Symptom Manage.* 2002; 23(5): 393–405, doi: [10.1016/s0885-3924\(02\)00387-1](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00387-1), indexed in Pubmed: [12007757](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12007757/).
57. Aranda S, Yates P, Edwards H, et al. Barriers to effective cancer pain management: a survey of Australian family caregivers. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2004; 13(4): 336–343, doi: [10.1111/j.1365-2354.2004.00483.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2004.00483.x), indexed in Pubmed: [15305901](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15305901/).
58. Ho JF, Yaakup H, Low GS, et al. Morphine use for cancer pain: A strong analgesic used only at the end of life? A qualitative study on attitudes and perceptions of morphine in patients with advanced cancer and their caregivers. *Palliat Med.* 2020; 34(5): 619–629, doi: [10.1177/0269216320904905](https://doi.org/10.1177/0269216320904905), indexed in Pubmed: [32103707](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32103707/).
59. Adam R, Bond C, Murchie P. Educational interventions for cancer pain. A systematic review of systematic reviews with nested narrative review of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns.* 2015; 98(3): 269–282, doi: [10.1016/j.pec.2014.11.003](https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.11.003), indexed in Pubmed: [25483575](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25483575/).
60. 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/).
61. Marie N, Luckett T, Davidson PM, et al. Optimal patient education for cancer pain: a systematic review and theory-based meta-analysis. *Support Care Cancer.* 2013; 21(12): 3529–3537, doi: [10.1007/s00520-013-1995-0](https://doi.org/10.1007/s00520-013-1995-0), indexed in Pubmed: [24085650](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24085650/).
62. Leppert W, Pyszowska J, Stachowiak A, et al. Access to the treatment with opioid analgesics in Poland – on the basis of a Conference "ATOME: Polish National Symposium on Access to Opioid Medication". *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine.* 2015; 7(1): 84–89.
63. Krajnik M, Sobański P. Leczenie farmakologiczne i radioterapia bólu nowotworowego u dorosłych i młodzieży. Omówienie wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia 2018 w kontekście problemów ze stosowaniem opioidów. *Med Prakt.* 2019; 10: 75–87.
64. Leppert W, Wordliczek J, et al. Recommendations for assessment and management of pain in cancer patients. *Oncol Clin Pract.* 2018; 14: 1–14.
65. Wordliczek J, Kotlińska-Lemieszek A, Leppert W, et al. Farmakoterapia bólu u chorych na nowotwory – zalecenia Polskiego Towarzystwa Badań Bólu, Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii. *Ból.* 2017; 18(3): 11–53.
66. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. Artykuły poglądowe i wytyczne Podstawowe zasady farmakoterapii bólu u chorych na nowotwory i inne przewlekłe, postępujące, zagrażające życiu choroby. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine.* 2014; 6(1): 1–6.
67. Krajnik M, Malec-Milewska M, Wordliczek J. Cancer patient-compendium of Pain Management. *Medical Education.* 2013.
68. Jarosz J, Kaczmarek Z, Kowalski DM. Postępowanie w bólach nowotworowych. In: Krzakowski M, Warzocha K. ed. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. *Via Medica, Gdańsk* 2013.
69. Fallon M, Giusti R, Aielli F, et al. ESMO Guidelines Committee. Electronic address: [clinicalguidelines@esmo.org](mailto:clinicalguidelines@esmo.org), ESMO Guidelines Committee. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol.* 2018; 29(Suppl 4): iv166–iv191, doi: [10.1093/annonc/mdy152](https://doi.org/10.1093/annonc/mdy152), indexed in Pubmed: [30052758](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30052758/).
70. <https://www.who.int/publications/i/item/who-guidelines-for-the-pharmacological-and-radiotherapeutic-management-of-cancer-pain-in-adults-and-adolescents>.
71. NICE clinical guideline 140. 2012. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13745/59285/59285.pdf>.
72. Bennett MI, Eisenberg E, Ahmedzai SH, et al. Standards for the management of cancer-related pain across Europe-A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain. *Eur J Pain.* 2019; 23(4): 660–668, doi: [10.1002/ejp.1346](https://doi.org/10.1002/ejp.1346), indexed in Pubmed: [30480345](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30480345/).