

Ocena wyników badania ankietowego przeprowadzonego wśród osób cierpiących z powodu bólu przewlekłego

Evaluation of the results of a survey conducted among persons suffering from chronic pain

Magdalena Kocot-Kępska¹, Jan Dobrogowski¹, Krystyna Zdziechowska^{2,3}, Izabela Czyżak³

¹Zakład Badania i Leczenia Bólu, Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii Collegium Medicum UJ;

²Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego;

³portal www.TacyJakJa.pl

STRESZCZENIE: Z badań epidemiologicznych wynika, iż ból przewlekły dotyczy około 27 % dorosłej populacji społeczeństwa polskiego [1]. Ostatnie powszechne badanie opinii pacjentów na temat bólu przewlekłego i jego leczenia miało miejsce w Polsce i Europie ponad 10 lat temu [1, 2], dlatego też autorzy niniejszej publikacji postanowili wykorzystać narzędzie w postaci anonimowej internetowej ankiety *on-line* w celu zbadania opinii osób cierpiących z powodu bólu przewlekłego na temat leczenia dolegliwości bólowych, w tym w szczególności postrzegania leków opioidowych. W badaniu wzięło udział 618 dorosłych osób z bólem przewlekłym różnej etiologii. Połowa z tych osób cierpi na ból przewlekły od ponad 5 lat, a jedna trzecia od ponad 10 lat. Aż 28% chorych nie leczy bólu przewlekłego u lekarza lub leczy go samemu, a zasięgający pomocy lekarza najczęściej zwracają się z problemem leczenia bólu do lekarza pierwszego kontaktu (38%). Tylko 26% ankietowanych stosuje leki opioidowe, zarówno silne, jak i słabe. Z relacji chorych wynika, że leki opioidowe przepisują w zasadzie tylko anestezjodolodzy w poradniach leczenia bólu i specjaliści opieki paliatywnej. W przypadku leków opioidowych pierwszym źródłem informacji o leku jest lekarz, podczas gdy w przypadku innych leków przeciwbólowych źródłem takim jest Internet. Około połowa ankietowanych nie jest zadowolona z leczenia przeciwbólowego, ale na tym tle aż 29% osób stosujących silne opioidy deklaruje zadowolenie ze skuteczności leczenia. Leki opioidowe wzbudzają o wiele więcej obaw niż niesteroidowe leki przeciwzapalne, jednak nasilenie tych obaw nie jest większe niż w przypadku leków przeciwdepresyjnych i przeciwpadaczkowych. Wyniki badania obserwacyjnego wskazują na niskie wykorzystanie leków opioidowych w terapii bólu przewlekłego, mimo umiarkowanych obaw i relatywnie wysokiego zadowolenia ze skuteczności leczenia u chorych. Wydaje się zatem, że celowe jest wprowadzenie szerszej edukacji studentów medycyny i lekarzy różnych specjalności dotyczącej zasad leczenia bólu przewlekłego w celu umożliwienia pacjentom leczenia m.in. silnymi lekami opioidowymi zgodnie z międzynarodowymi zaleceniami ekspertów.

SŁOWA KLUCZE: ból przewlekły • leki opioidowe • niesteroidowe leki przeciwzapalne • leki przeciwdepresyjne • leki przeciwpadaczkowe

ABSTRACT: Epidemiological studies suggest that chronic pain affects approximately 27% of the adult Polish population [1]. Recent patients' survey on chronic pain and its treatment took place in Poland and in Europe more than 10 years ago [1,2], therefore authors of this publication decided to use an anonymous online survey to investigate the chronic pain sufferers' opinions on pain treatment, in particular the perception of opioids use. The study involved 618 adults with chronic pain of various etiologies. Half of these people suffer from chronic pain for more than 5

years, and one-third for more than 10 years. As many as 28% of chronic pain patients are not treated by physicians or treat the pain by themselves, and patient looking for a doctors' advice usually come to the GPs (38%). Only 26% of respondents have used opioids, both strong and weak. According to patients' reports opioids are usually prescribed by anesthesiologists in pain clinics and by palliative care specialist. Primary source of information about the drug is a doctor in case of opioids, while in the case of other analgesics such source is the Internet. Approximately half of the respondents are not satisfied with pain treatment, but up to 29% people taking strong opioids are satisfied with treatment effectiveness. Opioids cause much more concerns than non-steroidal anti-inflammatory drugs, but intensity of these concerns is not greater than on antidepressants and antiepileptics. The results of the observational study indicate a low utilization of opioids in chronic pain treatment, despite moderate concerns and relatively high satisfaction with treatment effectiveness. It seems, that it is appropriate to introduce a broader education of medical students and different medical specialists on the chronic pain management in order to provide patients with strong opioids treatment according to international experts recommendations.

KEY WORDS: chronic pain • opioids • non-steroidal anti-inflammatory drugs • antidepressants • antiepileptics

WSTĘP

Polska jest krajem z jednym z najwyższych odsetków dorosłej populacji z bólem przewlekłym w Europie, albowiem ból przewlekły dotyczy około 27 % społeczeństwa polskiego, podczas gdy średnia europejska to około 19% [1, 2]. Świadomość potrzeby leczenia bólu przewlekłego jako choroby powoli, ale systematycznie rośnie, zarówno wśród chorych, lekarzy, jak i decydentów w systemie ochrony zdrowia. W związku z międzynarodowymi kampaniami edukacyjnymi i społecznymi w Parlamencie Europejskim [3], a także polskimi zobowiązaniami wobec unijnych wymagań, temat prawidłowego i bezpiecznego leczenia bólu przewlekłego jest często poruszany na łamach prasy fachowej i publicznej. W Polsce zużycie morfiny w przeliczeniu na jednego mieszkańca jest bardzo niskie w porównaniu z innymi krajami UE [4]. Pomimo dostępności tych leków nie są one stosowane w sposób wystarczający. Klinicyści nie zawsze uznają, że uśmierzenie bólu jest również podstawową zasadą medycyny i prawem pacjenta. Niedostateczna jest wiedza dotycząca klinicznej oceny i leczenia bólu. Występuje również lęk przed uzależnieniem, objawami niepożądanymi (opiofobia), istnieją również przypadki niechęci organizatorów systemów opieki zdrowotnej do refundowania pomocy cierpiącym z powodu bólu. Bariera, która najbardziej ogranicza stosowanie opioidów, szczególnie u pacjentów z bólem przewlekłym, jest niedostateczna wiedza wśród personelu medycznego, a przede wszystkim lekarzy [5].

CEL BADANIA

Autorzy badania postawili sobie za cel poznanie opinii osób cierpiących z powodu bólu przewlekłego na temat leczenia bólu przewlekłego ze szczególnym uwzględnieniem terapii opioidami. Jednym z najpotężniejszych źródeł edukacji, także tej zdrowotnej, stał się w ostatnich latach Internet, dlatego badanie oparto na anonimowej ankiecie *on-line* zamieszczonej na portalu TacyJakJa.pl. Jest to portal o tematyce zdrowotnej, prowadzony od 6 lat przez lekarzy dla osób przewlekle chorych [6]. Internetowe badanie opinii daje możliwość

szybkiego dostępu do relatywnie dużej grupy respondentów przy stosunkowo niskich kosztach. Zachowując zasadę anonimowości i dobrowolności, a także oszczędzając respondentowi kłopotliwy kontakt z ankieterem, badanie internetowe zwiększa szansę - zwłaszcza w tematyce związanej ze zdrowiem i leczeniem - na szczere odpowiedzi. Do badania internetowego ankietowani przystępują dobrowolnie, a zatem uzyskujemy odpowiedzi od osób zainteresowanych tematem, aktywnych, poszukujących informacji, czyli tzw. „innovatorów”, którzy mogą stanowić grupę osób opiniotwórczych.

MATERIAŁ I METODY

Przeglądowe anonimowe badanie internetowe zostało przeprowadzone *on-line* między 15 kwietnia a 30 czerwca 2014 w społecznościowym portalu www.TacyJakJa.pl przeznaczonym dla osób dorosłych. Zaproszenie kierujące do wypełnienia kwestionariusza zamieszczono na głównych stronach portalu, umożliwiając dostęp do ankiety także osobom niezarejestrowanym. Około 20 000 osób odczytało zaproszenie do wypełnienia ankiety, a ankietę wypełniły 852 osoby. Spośród nich 72,5% z nich określiło swój ból jako przewlekły, utrzymujący się od ponad 3 miesięcy i ankiety tych właśnie osób (n=618) stanowią materiał badawczy niniejszej publikacji.

W ankiecie zadano szereg pytań o rodzaj i przyczynę dolegliwości bólowych, nasilenie bólu w skali od 0 do 10, czas trwania bólu, wpływ bólu na elementy funkcjonowania socjalnego i emocjonalnego. Zadano również szereg pytań dotyczących leczenia bólu przewlekłego, w tym lekarza, który zajmuje się leczeniem, komunikacji z lekarzem, stosowanej terapii i stopnia zadowolenia z leczenia. W ostatniej części ankiety zapytano o obawy związane z farmakoterapią bólu przewlekłego i o dostęp pacjentów do informacji dotyczących działań niepożądanych stosowanej terapii przeciwbólowej.

Wyniki zostały podsumowane korzystając ze standardowych metod statystyki opisowej, istotność związków pomiędzy analizowanymi zmiennymi sprawdzono za pomocą testów

niezależności zmiennych - chi-kwadrat. Przy małych liczebnościach zastosowano test Fishera. Podano 95% przedziały ufności dla ilorazu szans. Za statystycznie istotną przyjęto wartość $p < 0,05$.

Uzyskane wyniki odniesiono w niektórych aspektach do wyników opartych o badanie przeglądowe prowadzone m.in. w populacji Polski przez firmę Mundipharma w 2002r, a które zostały opublikowane w 2004 r. Szczegółowe pytania dotyczące epidemiologii bólu przewlekłego zostało wówczas przeprowadzone na wybranej grupie 300 osób z bólem przewlekłym o nasileniu wyższym lub równym 5 w skali NRS [1, 2].

WYNIKI I OMÓWIENIE

Dane demograficzne

Zdecydowaną większość grupy badanej stanowią kobiety (n=502, co stanowi 81% ankietowanych). Zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn największą grupę stanowią osoby w wieku od 40 do 59 lat (odpowiednio 44,5% kobiet i 46,6% mężczyzn), a najmniej liczną osoby najmłodsze, poniżej 20 roku życia (2,8% kobiet i 2,6% mężczyzn).

Tylko 100 osób (16%) to mieszkańcy wsi, pozostali ankietowani mieszkają w miastach, w tym 42% w miastach poniżej 100 tys. mieszkańców. Tylko 5% ankietowanych deklaruje wykształcenie podstawowe, pozostali - średnie bądź wyższe. Połowa respondentów jest aktywna zawodowo, pozostali nie pracują bądź uczą się.

23% respondentów deklaruje, że powodem przerwania pracy zawodowej była choroba przewlekła.

W obecnym badaniu zdecydowanie wyższy odsetek osób z bólem przewlekłym stanowią kobiety, natomiast w badaniu przeglądowym prowadzonym przez firmę Mundipharma w 2002r kobiety stanowiły znacznie niższy odsetek, bo tylko 55%. Być może różnica ta wynika z faktu, że - jak wskazują liczne doniesienia - wśród internautów, poszukujących informacji o zdrowiu w sieci przeważają zdecydowanie kobiety [7, 8].

Rozkład wiekowy badanej grupy osób odpowiada wynikom uzyskanym w badaniu z 2002r, gdzie najwyższy odsetek (42%) chorych z bólem przewlekłym stanowiły osoby w wieku 41-60 lat. Osoby wieku powyżej 61 r.ż. stanowiły w badaniu z 2002r wyższy odsetek niż w obecnym badaniu - 22% vs 14%, co może wynikać ze sposobu zbierania danych i większej popularności Internetu wśród osób młodszych. Rozkład wiekowy badanej grupy oraz stopień wykształcenia może wynikać w dużej mierze również z większej popularności Internetu wśród osób lepiej wykształconych. Odsetek pacjentów deklarujących, iż z powodu choroby przerwali pracę zarobkową jest podobny w obydwu badaniach przeglądowych, obecnie 23%, a w 2002r było to około 20% ankietowanych i podobny odsetek dotyczył wówczas całej Europy [1, 2]. Uzyskane dane demograficzne wskazują zgodnie, iż na ból przewlekły

narażone są głównie kobiety, osoby w wieku produkcyjnym, a ból przewlekły w znaczący sposób wpływa na pracę zawodową. Dane ekonomiczne z innych krajów Europy wskazują, że koszty społeczne jedynie przewlekłych bólów grzbietu wynoszą rocznie 12,3 mld GBP w Wielkiej Brytanii [9] oraz 48,96 mld € w Niemczech [10], co odpowiada odpowiednio 1,5% i 2,2% PKB tych krajów. Dane dotyczące ogólnospołecznych kosztów nieprawidłowo rozpoznawanego i nieprawidłowo leczonego bólu przewlekłego zostały również opracowane przez ekspertów EFIC [11].

Wydaje się więc, że właściwe i wielokierunkowe leczenie bólu przewlekłego, a także jego profilaktyka, mogłaby wpłynąć korzystnie na produktywność i zmniejszyć koszty społeczne związane z niepełnosprawnością i utratą pracy zawodowej [11].

Charakterystyka bólu przewlekłego

Najczęstszą **przyczyną** bólu przewlekłego w badanej grupie były schorzenia narządu ruchu (81,5%) oraz bóle głowy (32%), a trzecie w kolejności funkcjonalne zespoły bólowe (20%), co zostało przedstawione w tabeli nr 1. U jednego pacjenta mogą występować 2 lub więcej przyczyn powstawania bólu.

Tabela 1. Przyczyny bólu przewlekłego

Rodzaj	liczba	Procent n=618
Ból obecny przy chorobach zwyrodnieniowych stawów (biodro, kolano, kręgosłup, reumatoidalne zapalenie stawów)	504	81,5%
Bóle głowy, migrena, napięciowe bóle głowy	200	32%
Funkcjonalne zespoły bólowe (fibromialgia, jelito drażliwe, przewlekłe bóle krzyża)	124	20%
Bóle związane ze spastycznością mięśni (w stwardnieniu rozsianym, w porażeniu kończyn)	79	13%
Ból neuropatyczny niespowodowany chorobą nowotworową (np. po półpaścu, neuralgia trójdzielna, neuropatia cukrzycowa)	46	7,5%
Przetrwały ból pooperacyjny (utrzymujący się po zagojeniu rany po zabiegu operacyjnym)	21	3%
Ból neuropatyczny spowodowany chorobą nowotworową:	11	2%
- ból spowodowany nowotworem	10	2%
- ból spowodowany chemioterapią	5	1%
- ból spowodowany radioterapią	5	1%
Bóle fantomowe (po amputacji kończyny)	4	1%
Inne (np. bóle zw. z miażdżycą, owrzodzeniem podudzi)	44	7%

Badanie przeprowadzone w 2002r zawiera inaczej sformułowane pytania dotyczące etiologii bólu, stąd też nie można ich dokładnie porównać z pytaniami aktualnej ankiety, która zawiera bardziej szczegółowe pytania. W badaniu z 2002r najczęstszą etiologią bólu przewlekłego stanowiły schorzenia narządu ruchu (osteoartroza - 34% ankietowanych, choroby krążka międzykręgowego -16%, reumatoidalne zapalenie stawów - 8%), na drugim miejscu uplasowały się bóle głowy (28% badanych). Dane te pokrywają się z wynikami otrzymanymi w obecnym badaniu przeglądowym i jasno wskazują na schorzenia narządu ruchu jako główną przyczynę bólu przewlekłego. Istotnym problemem są także bóle głowy różnej etiologii. Istniejące różnice w wynikach badań mogą wynikać z inaczej postawionych pytań w ankietach, a także z różnej liczby grup badanych - w 2002r - 300 badanych, obecnie - 618 badanych [1, 2].

Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę uwzględnienia specyfiki schorzeń narządu ruchu i bólów głowy w programie edukacji zarówno przed- jak i podyplomowej dla specjalistów ochrony zdrowia, a także powinny być uwzględniane w systemie ochrony zdrowia w postaci konieczności wprowadzenia programów wielokierunkowego leczenia tych schorzeń [12, 13].

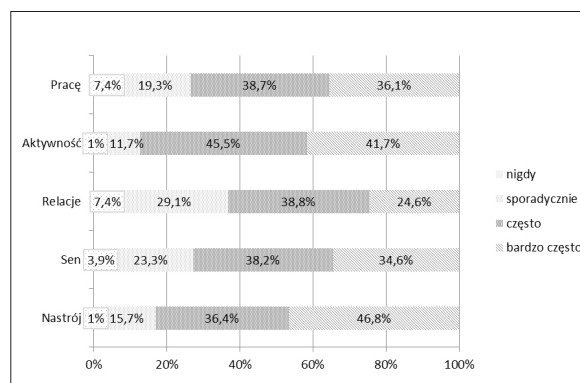
Czas trwania bólu

Respondenci potwierdzają, że cierpią na ból przewlekły od długiego czasu: połowa z nich od co najmniej 5 lat, a aż jedna trzecia od co najmniej 10 lat. W badaniu z 2002r około 66% ankietowanych odczuwało ból przewlekły, od co najmniej 5 lat, natomiast aż 46 % od co najmniej 10 lat, a średni czas odczuwania bólu przewlekłego wynosił wówczas 5,9 roku [1]. Zaobserwowane różnice czasu trwania bólu przewlekłego pomiędzy badaniami nie zmieniają faktu, że tak długi czas trwania dolegliwości bólowych może skutkować zmianami neuroanatomicznymi w obrębie OUN [14] i wraz z czasem trwania bólu trudniejsze staje się jego leczenie i odwrócenie trwałych zmian w OUN. Wczesna identyfikacja czynników ryzyka chronifikacji bólu mogłaby więc pomóc w bardziej skutecznym zapobieganiu i leczeniu bólu [12].

Ankietowani oceniali **nasilenie bólu** z zastosowaniem numerycznej skali oceny bólu (NRS), **przesuwając wskaźnik suwaka na ekranie po poziomej linii od znacznika 0 do 10**. Porównano natężenie bólu aktualne, średnie nasilenie w ostatnim tygodniu i najsilniejszy ból w ostatnim półroczu, oddzielnie w każdym deklarowanym rodzaju bólu przewlekłego. Aktualne nasilenie bólu było oceniane średnio na 4,3; w ostatnim tygodniu - 5, natomiast najsilniejszy ból w ciągu półroczu oceniany był na 7,7. Nie stwierdzono znamienych różnic w nasileniu bólu w poszczególnych punktach czasowych porównując grupę kobiet i mężczyzn. Wartości NRS nie różniły się także znamienie w zależności od etiologii bólu, choć pacjenci najwyższe nasilenie odnotowali w przypadku bólu neuropatycznego - odpowiednio aktualne nasilenie bólu było oceniane na 5,2; nasilenie w ciągu tygodnia - 5,5; a najsilniejszy ból oceniany był na 8,3.

W badaniu z 2002r około 68% ankietowanych określało nasilenie bólu na 6 i więcej, ale pamiętać należy, że wówczas do dokładnej ankiety włączono 300 osób z nasileniem bólu ocenianym w skali NRS na więcej lub równo 5 [1, 2], stąd też porównanie uzyskanych wyników nie jest możliwe. Zwraca natomiast uwagę wyższe, choć nieznamienne, nasilenie dolegliwości u osób z bólem neuropatycznym, co może świadczyć o niedostatecznym leczeniu tego rodzaju bólu. W aktualnym badaniu średnie aktualne nasilenie bólu było oceniane stosunkowo nisko, ale wydaje się, że wpływa na ten element sposób zbierania danych w postaci ankiety *on-line*. Pacjent z bólem o wyższym nasileniu nie będzie w stanie skupić się na wypełnianiu ankiety, a raczej będzie poszukiwać możliwości uśmierzania bólu.

Ankietowanych zapytano, w jakim stopniu odczuwanie przewlekłego bólu **wpływa na różnorodne aspekty jakości życia** - w tym nastrój, codzienną aktywność, aktywność zawodową i relacje z ludźmi. Na pytanie odpowiadano w skali od 0 do 3 - gdzie 0 oznacza nigdy, 1 - sporadycznie; 2 - często, a 3 - bardzo często. Wyniki przedstawiono na Ryc. 1. Nie zauważono znamienych różnic pomiędzy wynikami w grupie mężczyzn i kobiet w poszczególnych aspektach jakości życia.



Rycina 1. Wpływ bólu na elementy jakości życia

Ból przewlekły wpływa negatywnie właściwie na wszystkie elementy jakości życia. W badaniu z 2002r wykazano, że ból wpływał negatywnie przede wszystkim na funkcjonowanie fizyczne jak np. dźwiganie i ćwiczenia fizyczne - odpowiednio tylko u około 12 i 28% badanych nie było zmian w zakresie wykonywania tych czynności. Zaburzenia snu zgłaszało wówczas 59% ankietowanych. U około połowy pacjentów ból negatywnie wpływał na wykonywanie prac domowych, pracy poza domem, chodzeniu i prowadzeniu samochodu. Dolegliwości bólowe w mniejszym stopniu wpływały na aktywność społeczną, utrzymywanie relacji seksualnych, spotkania z przyjaciółmi i rodziną, także na ogólnie pojętą samodzielność, choć nadal ograniczenia takie dotyczyły około 30% badanych [1,2].

Podobne wyniki uzyskano w aktualnym badaniu, choć opracowanie statystyczne danych różniło się pomiędzy omawianymi badaniami. Obecnie pytano raczej o stopień nasilenia negatywnego wpływu na elementy jakości życia. Niemniej

jednak wykazano, że ogólnie pojęta aktywność jest zaburzana przez ból często lub bardzo często u 87% badanych. Ból przewlekły wpływa negatywnie w nieco tylko mniejszym stopniu na nastrój, sen, a w najmniejszym, choć nadal w znacznym, stopniu na pracę i relacje z rodziną i znajomymi. Wyniki uzyskane w omawianych badaniach jasno pokazują znaczny negatywny wpływ bólu przewlekłego na większość aspektów funkcjonowania pacjentów, zarówno w aspekcie fizycznym, ale także społecznym i psychicznym. Znajduje to odzwierciedlenie w idei traktowania bólu przewlekłego jako choroby samej w sobie i uznania konieczności leczenia bólu tak samo jak każdej innej choroby przewlekłej [12, 13].

Leczenie bólu

Wyniki aktualnego badania pokazują, iż 28% ankietowanych leczy dolegliwości bólowe na własną rękę lub w ogóle nie leczy. Lekarzem, z którym badani najczęściej rozmawiają o bólu jest lekarz pierwszego kontaktu (39%), a w kolejności reumatolog (30%) i neurolog (29%). Wśród innych lekarzy, z którymi chorzy rozmawiają o bólu najczęściej wymieniany jest lekarz ortopeda. Wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Specjalista leczący ból przewlekły - możliwe zaznaczenie kilku odpowiedzi jednocześnie

	liczba	Procent
Lekarz POZ (internista, lekarz rodzinny)	239	39%
Reumatolog	183	30%
Neurolog	181	29%
Leczę się sam dostępnymi lekami	120	19%
Ortopeda	71	11,5%
Nikt	54	9%
Inny specjalista (jaki?)	37	6%
Poradnia Leczenia Bólu	36	6%
Ktoś inny - kto?	19	3%
Neurochirurg	17	3%
Onkolog	12	2%
Anestezjolog	8	1%
Lekarz medycyny paliatywnej	7	1%

Badanie epidemiologiczne z 2002r wskazywało, iż ból przewlekły u pacjentów jest leczony głównie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub rodzinnych (61 % ankietowanych), choć często wybierany był także neurolog i neurochirurg (22% ankietowanych), mimo że główną przyczyną bólu była osteoartroza. Tylko 1% osób z bólem przewlekłym było leczonych przez specjalistę leczenia bólu, chociaż nawet 15% było konsultowanych przez takiego specjalistę [1].

W aktualnym badaniu wskazano, iż ból przewlekły jest głównie leczony przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,

reumatologów i neurologów, ale jednocześnie zwiększył się odsetek chorych leczonych przez specjalistę leczenia bólu, bowiem odsetek ten sięga 6% ankietowanych, co może świadczyć o zwiększeniu dostępności tego rodzaju leczenia, a także rosnącej świadomości i wiedzy pacjentów.

Uzyskane wyniki wskazują, iż wszelkie kampanie edukacyjne związane z nowoczesnym leczeniem bólu powinny być kierowane przede wszystkim do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, reumatologów i neurologów, a jednocześnie ogólnie pojęta medycyna bólu powinna być uwzględniana w programach specjalizacyjnych, również jako odrębna specjalizacja lub umiejętność [15].

Komunikacja z lekarzem

Większość pacjentów o swoim bólu rozmawia na każdej wizycie lub wystarczająco często. Około 76% ankietowanych rozmawia o swoim bólu podczas wizyty lekarskiej z własnej inicjatywy, a tylko 7% nie mówi o tym lekarzowi, jeśli lekarz nie zapyta. Lekarz nigdy nie pytał o ból około 18% ankietowanych.

Najczęściej ankietowani opisują swoje dolegliwości bólowe własnymi słowami (72,5%). Z 11 stopniowej skali numerycznej oceny nasilenia bólu korzysta 11,5% lekarzy, ze skali opisowej - 10,5%, a ze skali wizualnej czy kwestionariuszy korzysta niecałe 2% lekarzy.

W badaniu z 2002r. około 12% ankietowanych nigdy nie było pytanych o ból przez swojego lekarza, jedynie u 5% lekarz zastosował skalę w celu oceny bólu. Większość pacjentów miała wrażenie, że lekarz przywiązuje większą wagę do leczenia choroby podstawowej niż leczenia samego bólu, co wpływało na niską satysfakcję z leczenia, bo jedynie 20% pacjentów było zadowolonych lub bardzo zadowolonych z lekarza [1].

Jak widać pomimo zwiększenia dostępności do specjalistycznego leczenia bólu niewielkie tylko zmiany zaszły w podejściu lekarzy do pacjentów z bólem przewlekłym, choć należy zwrócić uwagę na częstsze niż 10 lat temu stosowanie skal w celu oceny bólu. Jednakże nadal ból nie jest prawidłowo badany i oceniany przez lekarzy u prawie 1/5 pacjentów, co może skutkować nieodpowiednim i nieskutecznym leczeniem bólu [16]. Część pacjentów skarżyła się na brak zrozumienia przez lekarzy, zarówno na brak czasu i możliwości rozmowy, jak i na niedocenicenie skali cierpienia i lekceważenie dolegliwości bólowych.

Stosowane leki przeciwbólowe

Wyniki aktualnej ankiety pokazują, że 65,7% (N=406) respondentów w momencie wypełniania ankiety leczonych było preparatami przeciwbólowymi, natomiast 55,5% (tj. 343 ankietowanych) wskazało preparaty przeciwbólowe, które stosowali w momencie wypełniania ankiety. Spośród badanych 47% wielokrotnie zmieniał leki przeciwbólowe, 20% - tylko raz, a 33% badanych stosuje wciąż ten sam preparat przeciwbólowy. Większość pacjentów (64%) stosuje więcej niż

Tabela 3. Grupy preparatów przeciwbólowych, stosowanych przez respondentów (N=343)

Grupa preparatów	liczba pacjentów	Procent pacjentów	liczba preparatów	Procent preparatów
Nieopioიდowe leki przeciwbólowe	303	88%	639	77,5%
Leki przeciwpadaczkowe	42	12%	47	6%
Leki przeciwdepresyjne	9	3%	10	1%
Opioidy	90	26%	129	15,5%

Tabela 4. Grupy preparatów słabych i silnych opioidów

Opioidy	liczba	procent
SŁABE	105	81,4%
Preparaty tramadolu i paracetamolu	38	29,5%
Preparaty kodeiny i paracetamolu	4	3,1%
Preparaty kodeiny	0	0%
Preparaty tramadolu	63	48,8%
SILNE	24	18,6%
Preparaty morfiny	6	4,7%
Preparaty fentanylu	1	0,8%
Preparaty oksykodonu	8	6,2%
Preparaty buprenorfiny	5	3,9%
Metadon	3	2,3%
Preparaty petydyny	1	0,8%
Suma	129	100%

jeden lek przeciwbólowy równocześnie.

Spośród wszystkich przyjmowanych przez respondentów preparatów nieopioიდowe leki przeciwbólowe stanowią aż 77,5% przyjmowanych ogółem preparatów, zażywa je 88% respondentów. Rodzaje stosowanych analgetyków zostały przedstawione w tabeli 3 i 4.

W badaniu z 2002r 33% ankietowanych stosowało leki przeciwbólowe wypisywane na receptę (Rp) w momencie przeprowadzania ankiety, natomiast 27% z nich nigdy nie stosowało analgetyków Rp pomimo bólu. Prawie 80% stosowało jednocześnie dwa lub więcej analgetyki Rp (średnio 2 analgetyki), a najczęściej stosowanymi preparatami były leki z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) - stosowało je około 71% osób przyjmujących leki przeciwbólowe. Na drugim miejscu znajdowały się słabe opioidy - 28% badanych, a następnie paracetamol - 8% badanych. Z silnych opioidów korzystało jedynie 4% pacjentów stosujących leki przeciwbólowe. Odsetek pacjentów w Polsce stosujących NLPZ był prawie dwukrotnie wyższy niż w pozostałych krajach Europy, natomiast odsetek stosujących opioidy był podobny [1, 2].

Według wyników ankiety z 2002 r około 2/3 badanych stosowało leki przeciwbólowe bez recepty (*over-the-counter*, OTC),

co w połączeniu z najczęściej przepisywanymi przez lekarzy preparatami NLPZ mogło sugerować, iż pacjenci stosują więcej niż jeden preparat NLPZ jednocześnie. Postępowanie takie w oczywisty sposób prowadzi do zwiększenia ryzyka powikłań polekowych [1].

W obecnym badaniu zwraca uwagę nadal utrzymujący się wysoki odsetek pacjentów stosujących nieopioიდowe leki przeciwbólowe, nie uległ również znacznej zmianie odsetek pacjentów stosujących opioidy. Preparaty opioidów stanowią 15,5% przepisywanych preparatów i stosuje je 26% osób przyjmujących jakiegokolwiek leki przeciwbólowe. Znaczną większość stanowią preparaty słabych opioidów (tramadol, kodeina) - stanowią aż 81,4% preparatów opioidowych, jedynie 18,6% (N=24) to preparaty silnych opioidów, a stosuje je 19 ankietowanych, co stanowi 3,1% wszystkich ankietowanych i jednocześnie 5,5% stosujących preparaty leków przeciwbólowych.

Zwraca także uwagę wysoki odsetek pacjentów stosujących tramadol, także w połączeniu z paracetamolem, bowiem łącznie preparaty tramadolu są stosowane przez ponad 78% osób przyjmujących opioidy.

Uzyskane obecnie dane pokazują nadal utrzymujące się wysokie zużycie tramadolu wśród pacjentów z bólem przewlekłym, jednocześnie nadal niewielkie zastosowanie silnych leków opioidowych. Wyniki ankiety sugerują, iż nie każdy pacjent z bólem przewlekłym o dużym nasileniu otrzymuje właściwe leczenie silnym opioidem, na co ma wpływ nie tylko niedostateczna edukacja pracowników ochrony zdrowia, ale także opioidofobia wśród pacjentów i ich rodzin [5]. Tendencja taka może wskazywać na konieczność wdrożenia edukacji wśród pracowników ochrony zdrowia w zakresie stosowania silnych opioidów u pacjentów z bólem przewlekłym, a także być może, kampanii społecznej.

Leki adjuwantowe, choć zalecane przez ekspertów w leczeniu bólu przewlekłego, są stosowane jedynie przez mniej niż 15% ankietowanych, co może wynikać z niedostatecznej wiedzy dotyczącej zaleceń, a także obaw przed stosowaniem leków przeciwpadaczkowych i przeciwdepresyjnych [17, 18, 19, 20]. Postępowanie takie może skutkować niedostatecznym leczeniem bólu przewlekłego neuropatycznego, a także zbyt powszechnym stosowaniem leków, które nie są skuteczne w tej grupie schorzeń [21, 22].

Leki opioidowe

Zaobserwowano, że mężczyźni częściej zażywają leki z grupy opioidów - opioidy stanowią 26% stosowanych przez mężczyzn leków przeciwbólowych, a u kobiet zaledwie 14%. Kobiety częściej stosują leki nieopiodowe (79% stosowanych leków) w porównaniu do mężczyzn - 68%. Różnice te są istotne statystycznie ($p=0,0079$).

Opioidy są najczęściej przepisywane przez lekarzy anesteziologów i specjalistów opieki paliatywnej, stanowiąc 40% przepisywanych przez nich preparatów przeciwbólowych, natomiast najrzadziej opioidy przepisują reumatolodzy. Wyniki przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Jaki procent przepisywanych leków stanowią opioidy?

Lekarz specjalista	Procent przepisywanych preparatów
Lekarz medycyny paliatywnej	42%
Anestezjolog	40%
Onkolog	31%
Poradnia Leczenia Bólu	31%
Ortopeda	23%
Lekarz POZ (internista, lekarz rodzinny)	18%
Neurolog	16%
Neurochirurg	14%
Inny specjalista (jaki?)	14%
Reumatolog	11%
Leczę się sam dostępnymi lekami	10%

Uzyskane wyniki wskazują, iż częstość przepisywania silnych opioidów wzrasta wśród lekarzy o specjalnościach ściśle związanych z medycyną bólu. Należy także pamiętać, iż w programach specjalizacyjnych z zakresu anestezjologii i medycyny paliatywnej znacznie więcej czasu poświęca się tematyce bólu i jego prawidłowego leczenia, i tym samym wskazuje na zmniejszenie obaw związanych z opioidami wraz z rosnącą wiedzą lekarzy na ich temat. Teza ta znajduje potwierdzenie w badaniach przeprowadzonych przez Graczyka i Krajnik [5], gdzie ponad 40% ankietowanych lekarzy wskazywało na niedostateczną wiedzę i nieumiejętność stosowania opioidów jako główną przyczynę własnych obaw. Dane te jasno pokazują, iż jednym z ważniejszych czynników zmniejszających lęk przed stosowaniem opioidów będzie odpowiednia edukacja personelu medycznego.

Odmienne wyniki badań epidemiologicznych przedstawiono w amerykańskich zaleceniach dotyczących stosowania silnych opioidów u pacjentów z bólem przewlekłym nienowotworowym. W USA silne opioidy są przede wszystkim przepisywane przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej

(42% z opioidów w formie o natychmiastowym uwalnianiu, *immediate release*, IR, 44% z opioidów w formie o powolnym uwalnianiu, *slow release*, SR), natomiast tylko 6% opioidów IR i 23% opioidów SR jest przepisywanych przez lekarzy identyfikowanych z medycyną bólu, czyli anesteziologów i lekarzy medycyny fizykalnej rehabilitacji [23]. Odmienności te wynikają zapewne z uwarunkowań krajowych.

Z aktualnego badania wynika, iż opioidy najczęściej przepisywane są w bólach neuropatycznych towarzyszących chorobie nowotworowej, natomiast najrzadziej w bólach głowy, co przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6. Jaki procent przepisywanych leków stanowią opioidy?

Rodzaj bólu	Procent przepisanych leków
Ból neuropatyczny spowodowany chorobą nowotworową	33%
Przetrwwały ból pooperacyjny (utrzymujący się po zagojeniu rany po zabiegu operacyjnym)	26%
bóle fantomowe (po amputacji kończyny)	25%
Ból neuropatyczny niespowodowany chorobą nowotworową (np. po półpaścu, neuralgia trójdzielna, neuropatia cukrzycowa)	21%
Inne (np. bóle związane z miażdżycą, owrzodzeniem podudzi)	18%
Bóle związane ze spastycznością mięśni (w stwardnieniu rozsianym, w porażeniu kończyn)	18%
Ból obecny przy chorobach zwyrodnieniowych stawów (biodro, kolano, kręgosłup)	17%
Funkcjonalne zespoły bólowe (fibromialgia, jelito drażliwe, przewlekłe bóle krzyża)	17%
Ból towarzyszący reumatoidalnemu zapaleniu stawów	13,5%
Bóle głowy, migrena, napięciowe bóle głowy	13%

Uzyskane wyniki wskazują, iż lekarze przepisujący opioidy kierują się także rodzajem bólu, na który cierpi pacjent. Znacznie łatwiej jest lekarzowi przepisać opioidy u pacjenta z bólem w przebiegu choroby nowotworowej niż w przypadku chorób nienowotworowych, którym również towarzyszy ból, co wynika zapewne z obaw i niedostatecznej wiedzy lekarzy.

Satysfakcja z leczenia

W ankiecie pytano pacjentów o poziom zadowolenia z leczenia bólu, w 5-stopniowej skali od „niezadowolony” do „bardzo zadowolony”. Uzyskane wyniki wskazują, iż pacjenci nie są zadowoleni ze skuteczności leczenia ich do-

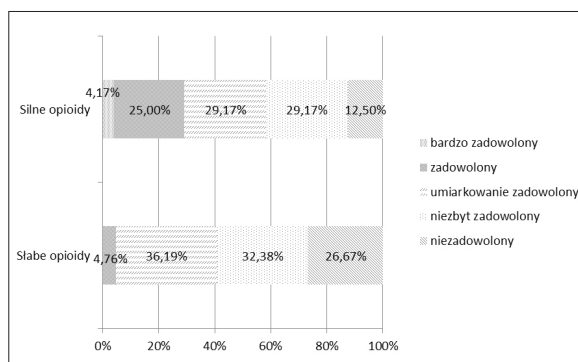
legliwości bólowych. Ponad połowa z nich jest niezadowolona (25%) albo niezbyt zadowolona ze skuteczności leczenia bólu (27%), 34% jest umiarkowanie zadowolonych, a tylko 14% ankietowanych było zadowolonych i bardzo zadowolonych.

W badaniu z 2002 r odsetek osób niezbyt i w ogóle niezadowolonych z leczenia był znacznie niższy niż w obecnym badaniu i wynosił odpowiednio 13% i 4%. Podobny był odsetek osób bardzo lub skrajnie zadowolonych z leczenia - 19% ankietowanych, natomiast znacznie więcej było osób umiarkowanie zadowolonych z leczenia - około 64%. Ogólna ocena satysfakcji wynosiła 3 w skali 5-cio stopniowej. Niski poziom satysfakcji pacjentów ze skuteczności leczenia bólu wykazany w badaniu z 2002 r wynikał z braku efektu po zastosowaniu leków przeciwbólowych, a także niekompetencji, braku dostatecznego zaangażowania lekarza i niewiary lekarza w zgłaszane dolegliwości. Wyniki wówczas odbiegały znacząco od średniej europejskiej, gdzie aż 62% ankietowanych było bardzo zadowolonych z leczenia [1, 2].

Wyniki uzyskane w aktualnym badaniu nie odbiegają znacząco od 2002 r w odniesieniu do osób zadowolonych z leczenia przeciwbólowego, ale zauważyć można obecnie znacznie niższy odsetek osób umiarkowanie zadowolonych i jednocześnie wyższy odsetek niezadowolonych z leczenia, co zapewne może być spowodowane podobnymi czynnikami jak wówczas.

Skuteczność leczenia bólu przewlekłego zależy od wielu czynników, leżących zarówno po stronie zespołu leczącego, jak i samego pacjenta. Jednym z nich jest także stosowanie skutecznych leków o udowodnionej efektywności w danym rodzaju bólu. Według danych epidemiologicznych [24] około 22% osób z bólem przewlekłym ocenia swoje dolegliwości jako silne, a około 60% jako umiarkowane. Jak wynika z aktualnej ankiety oraz badań z 2002 r około 3-4% osób z bólem przewlekłym stosuje silne opioidy [1, 2], które według zaleceń powinny być stosowane w bólu o nasileniu od umiarkowanego do silnego [25, 26, 27]. Przyjmując, że odsetek osób tylko z silnym bólem stanowi około 22% pacjentów z bólem przewlekłym wynika, że pozostaje nadal 18-19% osób z bólem przewlekłym o dużym nasileniu, które nie otrzymują właściwego leczenia przeciwbólowego. Trudno więc oczekiwać, że pacjenci tacy będą zadowoleni ze skuteczności niewłaściwego leczenia przeciwbólowego.

Analizując oddzielnie silne i słabe opioidy pod kątem oceny ich skuteczności przez pacjenta, widać istotne statystycznie różnice (test Fishera ze względu na małe liczebności $p=0,0078$) na korzyść silnych opioidów. Aż 29% pacjentów stosujących silne opioidy jest zadowolona z leczenia przeciwbólowego; w przypadku słabych opioidów niecałe 5%, co przedstawiono na Ryc. 2. Należy zaznaczyć, że w badaniu tylko 19 osób stosowało silne opioidy.

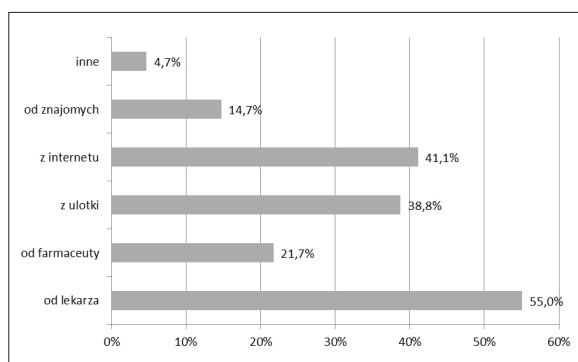


Rycina 2. Ocena zadowolenia pacjentów z leczenia silnymi lub słabymi opioidami

Uzyskane wyniki pokazują, że zastosowanie skutecznych leków przeciwbólowych zwiększa znacząco satysfakcję pacjenta z leczenia, nawet pomimo faktu, iż z pewnością silne leki opioidowe powodowały objawy niepożądane o różnym nasileniu. Ograniczeniem oczywiście jest liczebność grupy badanej stosującej silne opioidy.

Wiedza pacjentów o lekach przeciwbólowych

Pacjenci coraz częściej czerpią wiedzę o dostępnych lekach przeciwbólowych z internetu - aż 46% ankietowanych podało internet jako najważniejsze źródło informacji, a dopiero w drugiej kolejności źródłem takich informacji był lekarz (37,5%). Jednakże w przypadku pacjentów stosujących opioidy podstawowym źródłem informacji na temat leków jest przede wszystkim lekarz (55%), a dopiero w następnej kolejności internet. Wyniki przedstawiono na Ryc. 3.



Rycina 3. Źródła informacji o lekach opioidowych

Wyniki badania prowadzonego w 2002 r wskazywały, iż wówczas podstawowym źródłem informacji o nowych metodach leczenia bólu była telewizja (55% ankietowanych) oraz prasa (47% ankietowanych), natomiast najrzadziej internet - tylko przez 1% badanych [1, 2]. Obserwuje się więc obecnie znacznie szersze korzystanie w internecie jako źródła wiedzy o metodach leczenia, nie tylko bólu, ale również i innych schorzeń przewlekłych.

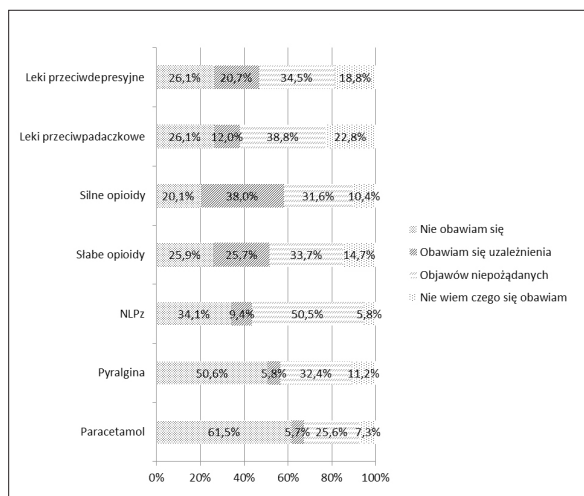
Obawy pacjentów związane z farmakoterapią bólu

Zdecydowana większość ankietowanych (67,6%) ogranicza ilość przyjmowanych leków z powodu obaw związanych z działaniami niepożądanymi czy uzależnieniem. Za najbezpieczniejsze preparaty uważane są paracetamol, pyralgina, następnie NLPZ, a najwięcej obaw wzbudzają opioidy.

Zwraca uwagę wysoki odsetek pacjentów obawiających się objawów niepożądanych po zastosowaniu NLPZ, i jest on wyższy niż dla każdej z pozostałych grup leków.

Leki adjuwantowe (przeciwdepresyjne, przeciwpadaczkowe) wzbudzają mniej więcej tyle samo obaw, co słabe opioidy. W przypadku słabych opioidów największe obawy pacjentów związane są z objawami niepożądanymi (34% odpowiedzi), w drugiej kolejności pacjenci obawiają się uzależnienia (26%). Podobny odsetek (26%) osób nie zgłasza żadnych obaw.

Silne opioidy budzą większe obawy pacjentów. Tylko 20% ankietowanych nie ma żadnych obaw, co do stosowania silnych opioidów, natomiast 38% ankietowanych obawia się uzależnienia, a 31,5% objawów niepożądanych. Wyniki przedstawiono na Ryc. 4.



Rycina 4. Obawy przed przyjmowaniem poszczególnych leków

Aktualne badanie ankietowe jest właściwie jednym z pierwszych w Polsce, w którym oceniano obawy pacjentów z bólem nienowotworowym związane ze stosowaniem leków opioidowych, innych analgetyków i adjuwantów. Uzyskane wyniki są jednak zbliżone do wyników badań prowadzonych u pacjentów z bólem pochodzenia nowotworowego. W przypadku pacjentów z bólem w przebiegu choroby nowotworowej i stosujących silne opioidy najwięcej obaw jest związanych z uzależnieniem, lękiem przed bliskością umierania oraz objawami niepożądanymi [5]. Zgodnie z rekomendacjami oraz w oparciu o wyniki badań ankietowych lekarz zanim przepisze lek opioidowy powinien poświęcić pacjentowi od-

powiednią ilość czasu na rozmowę i rozwianie ewentualnych obaw związanych z proponowanym leczeniem. Należy w takiej rozmowie podkreślić istotę i znaczenie obaw pacjenta związanych z lekiem, co może zwiększyć szanse na prawidłowe stosowanie leku i stosowanie się pacjenta do zaleceń lekarza [28], a odnosi się to nie tylko do pacjentów z bólem nowotworowym, ale także z bólem nienowotworowym [25, 26, 27]. Identyfikacja obaw pacjenta jako jednego z czynników, który potencjalnie może pogarszać jakość leczenia przeciwbólowego i satysfakcję pacjenta, wskazuje także na potrzebę uwzględnienia tego problemu w edukacji pracowników ochrony zdrowia, w szczególności lekarzy medycyny bólu.

Wśród innych obaw pacjentów związanych z przyjmowaniem leków przeciwbólowych najczęściej pojawia się obawa przed uszkodzeniem wątroby, wrzodami żołądka i chorobami układu pokarmowego, uczuleniem na leki bądź uodpornieniem na ich działanie. Chorzy boją się również interakcji między lekami przeciwbólowymi a innymi (np. na nadciśnienie, astmę, choroby neurologiczne) - i brakuje im informacji na temat prawidłowego łączenia leków.

Prawie połowa lekarzy (45,6%) informowała pacjentów o działaniach niepożądanych leków przeciwbólowych i sposobach zapobiegania, jednak pacjenci twierdzą, że najwięcej informacji czerpią z ulotki leku oraz z internetu. Aż 76% pacjentów deklaruje, że ma pewną wiedzę o działaniach niepożądanych leków przeciwbólowych, 30% wie zdecydowanie dużo, 46% - co nieco; 18% wie niewiele, a 6% badanych nie wie nic.

Uzyskane wyniki pokazują na ogromną rolę lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia, w tym pielęgniarek i farmaceutów, w dostarczaniu odpowiedniej i zrozumiałej dla pacjenta informacji dotyczącej farmakoterapii bólu, uwzględniając także możliwe interakcje lekowe. Temat ten nie jest niestety szeroko podejmowany, zarówno w edukacji przed- jak i podyplomowej.

W trakcie prowadzenia aktualnej ankiety pacjenci mieli także możliwość zadawania „trudnych” pytań - takich, których boją się zadać lekarzowi wprost. Poniżej wyszczególniono najczęstsze tematy pytań:

- Jak długo mogę, albo będę musiał przyjmować leki?
- Czy przy lekach przeciwbólowych można pić alkohol?
- Czy mogę się obyć bez leków przeciwbólowych, jak mocno będę cierpiał?
- Czy długotrwałe przyjmowanie leków przeciwbólowych może mieć wpływ na psychikę?
- Jakie są skutki uboczne, interakcje z innymi lekami, uzależnienie.
- Jakie są inne możliwości leczenia bólu, akupunktura, zioła, homeopatia.

Tematy poruszane w ww. pytaniach powinny zostać uwzględnione w programach edukacyjnych dla pracow-

ników ochrony zdrowia dotyczących medycyny bólu, ale jednocześnie mogą stanowić materiał dla opracowania broszury lub ulotki dla pacjentów, co z pewnością ułatwi rozmowę i kontakt z pacjentem, a także może potencjalnie poprawić skuteczność leczenia bólu i satysfakcję pacjenta.

PODSUMOWANIE

W podsumowaniu należy podkreślić, iż Polska jest krajem o jednym z najwyższych odsetków osób cierpiących z powodu bólu przewlekłego o różnej etiologii i jednocześnie krajem o jednym z najniższych w Europie zużyciu silnych leków opioidowych. Najczęstszą przyczyną przewlekłych dolegliwości są zdecydowanie schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego. Wyniki badań epidemiologicznych wskazują, iż w farmakoterapii najczęściej stosowanymi analgetykami są leki nieopiodowe i słabe opioidy. Silne opioidy nadal są rzadko stosowane w terapii bólu przewlekłego pochodzenia nienowotworowego i budzą najwięcej obaw wśród pacjentów. Pacjenci obawiają się uzależnienia i objawów niepożą-

danych, choć jednocześnie stosujący silne leki opioidowe są zadowoleni z takiego leczenia w większym stopniu niż stosujący słabe leki opioidowe. Wyniki badania ankietowego wskazują, iż nie każdy pacjent z silnym bólem przewlekłym pochodzenia nienowotworowego otrzymuje właściwe leczenie przeciwbólowe. Decyzja o włączeniu do terapii silnego opioidu jest zawsze trudną i odpowiedzialną decyzją podejmowaną wspólnie przez lekarza i pacjenta. Decyzja taka opiera się na opublikowanych zaleceniach krajowych i międzynarodowych ekspertów medycyny bólu. Przestrzeżenie zasad stosowania silnych opioidów w leczeniu bólu nienowotworowego, odpowiednia edukacja pacjentów, studentów medycyny i lekarzy pozwoli na minimalizację ryzyka niewłaściwego stosowania silnych opioidów i tym samym poprawi jakość i satysfakcję pacjentów z leczenia.

Podziękowania

Autorzy dziękują Firmie Mundipharma Polska Sp. z o.o. za wsparcie w organizacji i przeprowadzeniu badania.

Piśmiennictwo

- [1] Kocot-Kępska M., Dobrogowski J. Ocena badań epidemiologicznych dotyczących bólu przewlekłego nienowotworowego prowadzonych w Europie w 2002 roku przez Mundipharma. *Ból* 2004; 3:18-24.
- [2] Breivik H, Collett B, Ventfridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10:287-333.
- [3] Societal Impact of Pain, <http://www.efic.org/index.asp?sub=qbgDK4229BPHXL>
- [4] The International Narcotics Control Board/Pain and policy Studies Group, University of Wisconsin. www.incb.org
- [5] Graczyk M, Krajnik M. Opioidofobia lekarzy i chorych jako przeszkoda w skutecznym leczeniu bólu u chorego na nowotwór. W: Chory na nowotwór - kompendium leczenia bólu. Red. M. Malec-Milewska, M. Krajnik, J. Wordliczek. Medical Education Sp. z o.o., 2013.
- [6] <http://www.tacyjakja.pl/>
- [7] Warner D, Procaccino JD. Women seeking health information: distinguishing the Web user. *J Health Commun.* 2007 Dec;12(8):787-814.
- [8] Women More Likely to Seek Healthcare Advice Online. Feb 21. 2013 www.emarketer.com
- [9] Maniadas N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. *Pain* 2000; 84:95-103
- [10] Wenig CM, Schmidt CO, Kohlmann T, Schweikert B. Costs of back pain in Germany. *Eur J Pain* 2009;13(3):280-6
- [11] Costs of Chronic Pain. <http://www.efic.org/index.asp?sub=B47GFCF5J4H43>.
- [12] Pergolizzi J, Ahlbeck K, Aldington D, Alon E, Collett B, Coluzzi F, Huygen F, Jaksch W, Kocot-Kępska M, Cristina Mangas A, Margarit C, Mavrocordatos P, Morlion B, Müller-Schwefe G, Nicolaou A, Pérez Hernández C, Sichere P, Varrassi G. The chronic pain conundrum: should we CHANGE from relying on past history to assessing prognostic factors? *Curr Med Res Opin.* 2012; 2: 249-256.
- [13] EFIC's Declaration on Pain: Pain is as a major health problem, a disease in its own right. <http://www.efic.org/index.asp?sub=724B97A2EjBu1C>.
- [14] Rodriguez-Raecke R, Niemeier A, Ihle K, Ruether W, May AJ. Brain gray matter decrease in chronic pain is the consequence and not the cause of pain. *Neurosci.* 2009 Nov 4;29(44):13746-50. doi: 10.1523/JNEUROSCI.3687-09.2009.
- [15] EFIC's call for Specialization and Certification in Pain Medicine. <http://www.efic.org/index.asp?sub=1602e13G5R0a22>
- [16] Gerhard Müller-Schwefe, Giustino Varrassi, Wolfgang Jaksch, Bart Morlion, Eija Kalso, Michael Schäfer, Flaminia Coluzzi, Frank Huygen, Magdalena Kocot-Kępska, Ana Cristina Mangas, Cesar Margarit, Karsten Ahlbeck, Philippe Mavrocordatos, Eli Alon, Beverly Collett, Dominic Aldington, Andrew Nicolaou, Joseph Pergolizzi. Make a CHANGE - optimizing communication and pain management decisions. *Current Medical Research & Opinion* 2011, vol. 27, no. 2:481-488.
- [17] Attal N, Cruccu G, Haanpaa M, Hansson P, Jensen TS, Nurmikko T. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain: 2009 revision. *Eur J Neurol* 2010; 13: 1153-1169.
- [18] Dworkin RH, O'Connor AB, Audette J, Baron R, Gourlay G i wsp. Recommendations for the pharmacological management of neuropathic pain: an overview and literature update. *Mayo Clin Proc* 2010; 85 (3) (suppl): 3-14.
- [19] Finnerup NB, Sindrup SH, Jensen TS. The evidence for pharmacological treatment of neuropathic pain. *Pain* 2010; 150: 573-581.
- [20] Szczudlik A, Dobrogowski J, Wordliczek J, Stepień A, Krajnik M, Leppert W, Woron J, Przeklasa-Muszyńska A, Kocot-Kępska M, Zajączkowska R, Janecki M, Adamczyk A, Malec-Milewska M. Rozpoznanie i leczenie bólu neuropatycznego: przegląd piśmiennictwa i zalecenia Polskiego Towarzystwa Badania Bólu i Towarzystwa Neurologicznego - część pierwsza. *Ból*, 2014;2:8-18.
- [21] O'Connor AB, Dworkin RH. Treatment of Neuropathic Pain: An Overview of Recent Guidelines *The American Journal of Medicine* (2009) 122, S22-S32
- [22] Attal N, Lanteri-Minet M, Laurent B, Fermanian J, Bouhassira D. The specific disease burden of neuropathic pain: results of a French nationwide survey. *Pain.* 2011 Dec;152(12):2836-43. doi: 10.1016/j.pain.2011.09.014. Epub 2011 Oct 20.
- [23] Manchikanti L, Abdi S, Atluri S i wsp. American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) Guidelines for Responsible Opioid Prescribing in Chronic Non-Cancer Pain: Part I - Evidence Assessment. *Pain Physician* 2012; 15:S1-S66
- [24] Langley PC. The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union. *Curr Med Res Opin.* 2011 Feb;27(2):463-80.

doi: 10.1185/03007995.2010.542136. Epub 2011 Jan 11.

- [25] Dobrogowski J, Wordliczek J, Hilgier M. Zasady stosowania silnych opioidów w leczeniu bólu nienowotworowego. *Ból* 2004;3:12-18
- [26] Dobrogowski J., Wordliczek J. Zastosowanie silnie działających opioidów u pacjentów z bólem nienowotworowym (zalecenia). W: *Leczenie bólu*. Red. J. Wordliczek, J. Dobrogowski, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
- [27] Malec-Milewska M, Zajączkowska R. Zasady stosowania opioidów w przewlekłym bólu nienowotworowym. W: *Kompendium leczenia bólu*, Malec-Milewska M., Woron J. (red.). Medical Education Sp. z o.o., Warszawa 2012.
- [28] NICE guidelines [CG140]. Opioids in palliative care: safe and effective prescribing of strong opioids for pain in palliative care of adults. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg140>. May 2012

Adres do korespondencji/Address for correspondence

Magdalena Kocot-Kępska
Zakład Badania i Leczenia Bólu
Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński
ul. Śniadeckich 10, 31-831 Kraków, Polska
e-mail: mkocotkepska@gmail.com

Tables: 6

Figures: 4

References: 28

otrzymano/received: 22-01-2015

otrzymano po recenzji/revised: 26-03-2015

zaakceptowano/accepted: 27-03-2015