

## APŽVALGINIAI STRAIPSNIAI

### Onkologinių ligų sukkelto skausmo malšinimo kliūtys Empirinių tyrimų apžvalga

Ramunė Jacobsen, Zita Liubarskienė<sup>1</sup>, Claus Møldrup, Lona Christrup,  
Per Sjøgren<sup>2</sup>, Jurgita Samsanavičienė<sup>3</sup>

Kopenhagos universiteto Farmacijos mokslų fakulteto Farmakologijos ir farmakoterapijos katedra, Danija,

<sup>1</sup>Kauno medicinos universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto Filosofijos ir socialinių mokslų katedra, Lietuva,

<sup>2</sup>Danijos Nacionalinės liginės Multidisciplininis skausmo centras, Danija,

<sup>3</sup>Kauno medicinos universiteto Slaugos fakultetas, Lietuva

**Raktažodžiai:** onkologinių ligų sukeltas skausmas, malšinimo kliūtys, pacientai, gydytojai, medicinos etika.

**Santrauka.** Su pacientais, gydytojais ir sveikatos priežiūros sistema susijusios onkologinėmis ligomis sergančiųjų skausmo malšinimo kliūtys yra aktuali ir pasaulinėje mokslinėje literatūroje plačiai tyrinėjama problema.

Šios apžvalgos tikslas – apibendrinti svarbiausius minėtų kliūčių empirinių tyrimų duomenis. Literatūros analizė parodė, kad svarbiausios nuo paties paciento priklausomos kliūtys yra paciento nenoras pranešti apie skausmą bei netikslus skausmą malšinamųjų vaistų vartojimo rekomendacijų laikymasis. Be to, naudojant tiek kiekybinius, tiek kokybinius socialinių mokslų tyrimo metodus, buvo tiriami individualūs pacientų psichologiniai ir kognityviniai, emociniai ir fiziologiniai veiksniai, nepalankiai įtakojantys onkologinių ligų sukkelto skausmo valdymo eigą. „Kliūčių klausimynas“ bei jo sutrumpintos ir modifikuotos versijos – dažniausiai taikoma tyrimo priemonė nuo pacientų priklausomų skausmo malšinimo kliūčių tyrimo kontekste. Šis klausimynas skirtas psichologinių ir kognityvinių nuo paciento priklausomų onkologinių ligų sukkelto skausmo kontrolės kliūčių tyrimams. Pagrindinės nuo gydytojo priklausomos kliūtys yra nepakankamos gydytojų žinios apie onkologinių ligų sukkelto skausmo malšinimo principus, nepakankamas skausmo įvertinimas bei Pasaulinės sveikatos organizacijos onkologinių ligų sukkelto skausmo valdymo rekomendacijų neatitinkantis opioidų skyrimas. Daugelio nuo gydytojo priklausomų kliūčių studijų metodika, deja, buvo nepakankamai validi. Nepaisant to, nustatyta, jog tiek gydytojų skausmo malšinimo principų žinios, tiek skausmo vertinimo bei opioidų skyrimo kokybė akivaizdžiai buvo geresnės atskirose Vakarų šalyse. Nuo sveikatos apsaugos sistemos priklausomos kliūtys aktualios tik tose šalyse, kuriose galioja opioidų skyrimą ribojantys įstatymai. Todėl tikėtina, jog kultūrinių, socialinių ir ekonominių veiksnių įtakos onkologinių ligų sukkelto skausmo malšinimo kokybei tyrimai galėtų padėti geriau suvokti onkologinių ligų sukkelto skausmo masto priežastis.

#### Įvadas

Tiek ūminis, tiek lėtinis skausmas būdingas sergančioms onkologinėmis ligomis: apie 30 proc. ligonių kenčia vidutinio stiprumo ir stiprius skausmus; šis skaičius padidėja iki 50–70 proc. intensyvaus malšinimo stadijos metu ir pasiekia 90 proc. galutinių vėžio stadijų metu (1). Galutinių ligos stadijų metu pacientų patiriamas skausmas yra aktuali tiek sveikatos priežiūros, tiek medicinos etikos problema – skausmas yra viena svarbiausių aktyviosios eutanazijos prašymo

priežasčių (2). Jei būtų laikomasi sergančiųjų onkologinėmis ligomis skausmo malšinimo rekomendacijų, didžiosios dalies (iki 90 proc.) skausmo neliktų (3). Taigi, sergančiųjų onkologinėmis ligomis skausmą didžia dalimi lemia neracionalus skausmą malšinamųjų vaistų, t. y. opioidinio tipo analgetikų vartojimas bei skausmui įtakos turintys ar su skausmu susiję veiksniai, vadinamieji onkologinėmis ligomis sergančiųjų skausmo malšinimo kliūtėmis. Literatūroje akcentuojamos nuo paciento ir medicinos personalo

priklausomos bei sveikatos priežiūros sistemos sukuriamos onkologinių ligų sukkelto skausmo malšinimo kliūtys (4).

#### **Nuo paciento priklausomos onkologinių ligų sukkelto skausmo malšinimo kliūtys**

Reikšmingiausios nuo paciento priklausomos onkologinių ligų sukkelto skausmo malšinimo kliūtys: 1) ligonio nenoras pranešti apie skausmą, kad gydytojas neskirtų narkotikų; 2) vaistų vartojimo rekomendacijų nesilaikymas. Be to, individualūs pacientų psichologiniai, emociniai bei fiziologiniai veiksniai, nepalankiai veikiantys sergančiųjų vėžiu skausmo malšinimą, taip pat priskiriami prie onkologinių ligų sukkelto skausmo malšinimo kliūčių, priklausomų nuo paciento (5).

Skausmas visada yra individuali patirtis, todėl gydytojas vertina skausmo intensyvumą bei skiria atitinkamą priežiūrą, remdamasis tik iš ligonio gauta informacija. Pakankamas ir kokybiškas paciento ir gydytojo bendravimas skausmo klausimais yra vienas svarbiausių sėkmingo skausmo malšinimo elementų. Viena vertus, gydytojas neturėtų skubėti, elgtis atžariai, būti nekantrus, arba kaip nors kitaip „užgesinti“ paciento norą atsiskleisti ir išsakyti (6). Kita vertus, pacientas atvirai bei nuoširdžiai turėtų išsakyti gydytojui savo skausmą bei su skausmo malšinimu susijusius rūpesčius. Tad nepakankamas gydytojo ir paciento bendravimas skausmo klausimais gali būti interpretuojamas ir nuo paciento, ir nuo gydytojo priklausoma skausmo malšinimo kliūtimi, taip pat kaip medicinos etikos problema.

Ligonių, sergančių onkologinėmis ligomis, bendravimas su gydytoju skausmo klausimais buvo tirtas tiek kokybiniais, tiek kiekybiniais socialinių mokslų tyrimo metodais (7–12). Kimberlin ir kt. (11), kalbėdami su onkologinėmis ligomis sergančiais pacientais bei jų šeimos nariais, nustatė, jog bendravimo skausmo klausimais kokybė buvo prasta. Pasak tyrėjų, pacientai vizito metu norėtų aktyviau išreikšti savo poreikius. Be to, jie norėtų, kad gydytojai bendrautų sklandžiau, pirmieji pradėtų kalbą apie pacientų baimę, susijusią su onkologinės ligos keliamu skausmu. Berry ir kt. (8) analizavo pokalbių apie skausmą tarp sergančiųjų onkologinėmis ligomis ir onkologų garso įrašus ir priėjo išvados, jog gydytojai daugiausia kalbėjo apie fiziologinius skausmo aspektus, pamiršdami pacientams rūpimus psichologinius aspektus. Tyrimai, kurių metu taikyti kiekybiniai metodai, buvo orientuoti į bendravimo skausmo klausimais apimtį (7, 9, 12, 13). Šių tyrimų duomenys priklausė nuo anketose pateiktų

klausimų, pvz., 93–100 proc. sergančiųjų apie savo skausmą kalbėjo su gydytoju (7); 63 proc. tokių ligonių su gydytoju aptarė visus simptomus, įskaitant skausmą (13); 7 proc. apie skausmą ir skausmą malšinamuosius vaistus su niekuo nekalbėjo (12) ir laukė, kada skausmas sumažės savaime (9).

Analgetikų vartojimo rekomendacijų laikymosi sunkumai tarp ligonių, sergančių onkologinėmis ligomis, tirti mažiau nei bendravimas. Coward ir kt. kokybinio tyrimu nagrinėjo 20 ligonių, kuriems rasta išplitusių metastazių kauluose (ypač skausminga onkologinės ligos išplitimo fazė) skausmo ir kovos su juo patirtį ir nustatė, jog daugiau nei pusė ligonių nevartojo medikamentų nuo skausmo taip, kaip rekomendavo gydytojas (10). Miaskowski ir kt. atliko prospektyvųjį atsitiktinės atrankos tyrimą, į kurį buvo įtraukti 65 ligoniai, sergantys onkologinėmis ligomis. Tyrėjai nustatė, kad opioidinių analgetikų, skirtų vartoti skausmo protrūkių atvejais, vartojimo rekomendacijų laikymasis buvo daug prastesnis, lyginant su analgetikų, skirtų vartoti įprastu paros režimu rekomendacijų laikymusi. Minėtame tyrime tik 22–27 proc. ligonių tiksliai laikėsi analgetikų vartojimo rekomendacijų, skirtų vartoti skausmo protrūkių atvejais. Tuo tarpu tiksliai pagal rekomendacijas vartojančių nurodytu kiekvienam pacientui individualiai paros režimu skirtus analgetikus ligonių proporcija siekė 85–91 proc. (14).

Nuo pacientų priklausomų onkologinių ligų sukkelto skausmo malšinimo kliūčių empirinio tyrimo kontekste didžiausią dalį sudarė pacientų psichologinių ir pažinimo funkcijų veiksnių tyrimai, t. y. buvo domimasi paciento įsitikinimu apie skausmo malšinimą, skausmą malšinamųjų vaistų vartojimą bei šių vaistų poveikį. Metodiškas sergančiųjų įsitikinimų, nepalankiai įtakančių skausmo malšinimo eigą, tyrinėjimas prasižėjo „Kliūčių klausimyno“ sudarymu. Originalų klausimyną sudarė 27 klausimai, atsakymai į kuriuos apibūdino aštuonis įsitikinimus: a) baimę priprasti prie narkotinio opioidų poveikio; b) baimę dėl galimos analgetinio poveikio tolerancijos (t. y. kuo ilgiau vaistą vartoji, tuo daugiau jo reikia tam, kad pasireikštų skausmą malšinamasis efektas); c) nerimą, kad nepageidaujami analgetikų poveikiai (t. y. mieguistumas, pykinimas, vidurių užkietėjimas, sumišimas) yra neišvengiami ir jų negalima nuslopinti; d) įsitikinimą ir baimę, kad sustiprėjęs skausmas rodo ligos (t. y. vėžio) progresavimą; e) injekcijų baimę; f) fatalistinius įsitikinimus vėžio keliamo skausmo atžvilgiu (t. y. įsitikinimą, kad skausmas yra neišvengiama onkologinės ligos komponentė); g) įsitikinimą, kad „padorus“ li-

gonis neturėtų skųstis skausmu; h) įsitikinimą, kad sveikatos priežiūros specialistus erzina kalbos apie skausmą, kad tokios kalbos atitraukia juos nuo vėžio gydymo (15). Minėtas klausimynas tiek originalia, tiek modifikuota, tiek sutrumpintomis formomis kartu su kitais, mažiau populiariais klausimynais bei kokybiniais tyrimo metodais, buvo plačiai naudojamas nuo pacientų priklausomų psichologinių ir kognityvinių onkologinėmis ligomis sukulto skausmo malšinimo kliūčių tyrimams įvairiose šalyse (16–20). Atlikus visų šių studijų analizę, išskirti trys su pacientu susiję psichologinių ir onkologinių ligų sukulto skausmo malšinimo kliūčių tipai: 1) pacientų įsitikinimai apie žalingą fiziologinių opioidinių analgetikų poveikį (t. y. priklausomybės, tolerancijos atsiradimą, nepageidaujamas poveikius); 2) skausmo malšinimui nepalankūs pacientų įsitikinimai apie bendravimą skausmo klausimais (t. y. noras būti „padoriu“ ligoniui, tikėjimas, kad gydytojas turėtų gydyti vėžį, o ne rūpintis skausmo malšinimu); 3) pacientų fatalizmas dėl vėžio keliamo skausmo (t. y. tikėjimas, kad skausmas yra neatšiejamas nuo onkologinės ligos). Kitokio pobūdžio psichologinės ir kognityvinės nuo pacientų priklausomos skausmo malšinimo kliūtys buvo identifikuotos kokybinių onkologinėmis ligomis sergančių pacientų tyrimų metu. Iš jų paminėtinas nerimas dėl šeimos reakcijos į artimojo skausmą; baimė, jog slaugantysis asmuo įtars dėl skausmu nepagrįsto narkotikų vartojimo (20); pasitikėjimo sveikatos priežiūros sistema ir gydymo plano trūkumas (16). Kokybinis nuo pacientų priklausomų kognityvinių ir psichologinių onkologinių ligų sukulto skausmo malšinimo kliūčių tyrimas atliktas ir Lietuvoje. Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedros mokslininkai pusiau struktūruota forma apklausė Skausmo klinikos pacientus, tarp kurių 26 sirgo onkologinėmis ligomis, ir aprašė analogiškas „Kliūčių klausimyną“ tiriamas psichologines ir kognityvines skausmo malšinimo kliūtis. Pasak tyrėjų, tik 30 proc. pacientų, kęsdami skausmą, pirmiausia galvojo apie galimus skausmo sumažinimo būdus (21).

Sergančiųjų onkologinėmis ligomis nuotaikas, emocines būsenas ar būkles, nepalankiai įtakojančias skausmo malšinimą, vadiname nuo pacientų priklausomomis psichologinėmis ir emocinėmis skausmo malšinimo kliūtimis. Nors nuotaikos sutrikimai tarp onkologinėmis ligomis sergančiųjų yra dažnas reiškinys (22), skausmo malšinimo kliūčių tyrimo kontekste psichologiniai ir emociniai veiksniai nebuvo tiriami taip plačiai, kaip, pavyzdžiui, psichologinės ir kognityvinės kliūtys. Atliktos tik kelios apklausos,

kuriose įvertinta emocijų veiksnių (15, 23–25), tokių kaip nerimas (24), depresija (23), nuotaikos svyravimai (15), stresas (24, 25) įtaka onkologinių ligų sukulto skausmo malšinimo kokybei. Visų šių tyrimų metu pastebėtas ryšys tarp psichologinių ir emocijų bei kognityvinių skausmo malšinimui aktualių veiksnių. Depresija, niūri nuotaika ir stresas buvo susiję su pesimistiškais įsitikinimais apie skausmo sumažinimo galimybę bei nepalankia nuomone apie opioidų vartojimą. Remiantis šiais duomenimis, galima manyti, jog psichologiniai ir kognityviniai bei emociniai veiksniai yra glaudžiai susiję. Be to, mažas studijų nagrinėjančių pacientų emocines būsenas skausmo malšinimo kontekste, skaičius rodo tokio pobūdžio tyrimų stoka, o tai svarbu medicinos etikos problemoms nagrinėjantiems mokslininkams – psichologiniai nuotaikos sutrikimai yra papildomi veiksniai, didinantys ligonių, sergančių onkologinėmis ligomis, savižudybės riziką, ypač tų, kurių liga yra vėlyvųjų stadijų (2).

Vienas svarbiausių skausmo malšinimo opioidais tikslų yra pacientui priimtina analgezijos ir nepageidaujamo opioidų poveikio pusiausvyra. Opioidų nepageidaujami poveikiai, verčiantys pacientus nutraukti vaistų vartojimą, vadinami fiziologinėmis nuo paciento priklausomomis skausmo malšinimo kliūtimis. Nustatyta, jog nuo 20 iki 75 proc. opioidais gydomų ligonių skundžiasi analgetikų sukeliama nepageidaujama reakcija (7). Studijos, kuriose buvo tiriamas skausmą malšinamųjų vaistų vartojimo rekomendacijų laikymosi ryšys su šių vaistų nepageidajamu poveikiu, vienareikšmiškai įrodė, jog nepageidajamų poveikių patirtis, ypač jei jie buvo labai intensyvūs ar nemalonūs, paskatino pacientus atsisakyti analgetikų vartojimo netgi jaučiant stiprų skausmą (26). Šie duomenys patvirtina nuomonę, jog pacientai nevienodai vertina skirtingus klinikinius simptomus, o skausmo malšinimo rezultatai būna geresni, jei atsižvelgiama į paciento individualius simptomus (27).

#### **Nuo gydytojo priklausomos onkologinių ligų sukulto skausmo malšinimo kliūtys**

Nuo gydytojo priklausomos onkologinių ligų sukulto skausmo malšinimo kliūtys buvo analizuojamos naudojant klausimynus, kuriuos užpildė ir gydytojai, ir vaistų skyrimo auditas. Dauguma pirmojo tipo studijų naudota metodologija nebuvo itin patikima: tik mažos dalies klausimynų validumas buvo tinkamai įvertintas; daugelio studijų buvo domimasi ne gydytojo žiniomis, bet teirautasi jų nuomonės apie tai, kokios, jų nuomone, yra skausmo malšinimo kliūtys. Nepaisant minėtų trūkumų, atliktų tyrimų duomenys

čia bus analizuojami aptariant opioidinių vaistų skyrimo tinkamumą, gydytojų naudotus skausmo įvertinimo būdus, bendras jų žinias apie onkologinių ligų sukeltą skausmo malšinimo principus (28).

Pagal Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) standartus, pirmojo pasirinkimo vaistai vidutiniam ir intensyviai onkologinių ligų sukeltam skausmui malšinti turėtų būti stiprūs ilgo veikimo geriamieji opioidai, vartojami visą parą. Kartu turėtų būti išrašoma ir skausmo proveržiams skirtų bei dažniausius nepageidaujamus poveikius (pavyzdžiui, vidurių užkietėjimą, pykinimą, centrinės nervų sistemos slopinimą) neutralizuojamųjų vaistų. Opioidų dozė turėtų būti nuolat koreguojama, atsižvelgiant į individualią paciento reakciją – skausmo malšinimo veiksmingumą bei nepageidaujamų poveikių sunkumą (29).

Daugumos apklausų duomenimis, kurių metu tirtas opioidų kaip analgetikų skyrimo onkologinių ligų sukeltam skausmui malšinti tinkamumas, iki 50 proc. gydytojų teigė, kad opioidus skiria esant vidutiniam arba stipriam onkologinių ligų sukeltam skausmui (30–33). Žymiai mažesnė dalis apklausų parodė, kad daugiau nei 80 proc. gydytojų pirmumą teikė stipriems opioidams (34, 35). Rečiausiai stiprius opioidus vidutiniam ir stipriam onkologinių ligų sukeltam skausmui malšinti skyrė Italijos (36), o dažniausiai – Danijos gydytojai (37). Daugumos respondentų teigimu, pirmojo pasirinkimo vaistas buvo morfinas (30, 33, 35). Dažniausiai rekomenduota vartoti geriamuosius opioidus (38), išskyrus Vakarų Afriką, kurioje geriamieji opioidai yra neprieinami (39). Italijoje respondentų, teikiančių pirmumą geriamųjų opioidų vartojimui, procentinis dydis (48 proc.) buvo beveik lygus teikiančių pirmumą į raumenis leidžiamiems opioidams (46 proc.) (36). Nuo 80 iki 90 proc. Vakarų gydytojų buvo susipažinę su ilgo veikimo vaistų formulotėmis, daugiau kaip 90 proc. šių gydytojų pirmumą teikė vaistų skyrimui paros režimu (40). Respondentų, tinkamai skiriančių vaistus skausmo proveržiams, procentinis dydis buvo žymiai mažesnis (vidutiniškai apie 55 proc.) (35, 41). Duomenys apie opioidų sukeliama nepageidaujama poveikio gydymą buvo dar blogesni. Tik 30 proc. ir mažiau gydytojų teigė įprastai skiriančius vidurių laisvinamųjų ir antiemetinių vaistų (35). Bendras gydytojų rekomendacijų onkologinių ligų sukeltą skausmą gydyti tinkamumas gana plačiai variavo: nuo 17 iki 95 proc. respondentų rinkosi teisingus atsakymus (30, 32, 34, 37, 42, 43). Geriausias buvo JAV, Kanados ir Danijos, prasčiausias – Korėjos gydytojų rekomendacijos. Dažniausios klaidos buvo daromos rekomenduojant vaistus neuropatiniam

skausmui malšinti ir pasirenkant veiksmingas opioidų dozes (31, 44).

20–80 proc. respondentų manė, kad netinkamas skausmo įvertinimas yra viena pagrindinių onkologinių ligų sukeltą skausmą malšinimo kliūčių, dauguma jų patys nenaudojo lengvai prieinamų ir patikimų priemonių skausmo intensyvumui nustatyti bei nevertino skausmo tipų (32, 42, 44). Tarp naudojančiųjų skausmo įvertinimo priemonės populiariausios buvo skausmo intensyvumo skalės, nusakančios skausmą pagal vizualinę analogiją (VAS) ir žodinių apibūdinimą (VRS). Pastarosios priemonės buvo naudojamos 70–80 proc. atvejų. Išsamesnės skausmo vertinimo priemonės, apimančios psichologinius ir su sveikata susijusius gyvenimo kokybės elementus (pavyzdžiui, McGill skausmo klausimynas, Trumpas skausmo klausimynas), buvo naudojamos tik pavieniais atvejais (39, 45).

Apibendrinus galima teigti, kad gydytojų žinios apie onkologinių ligų sukeltą skausmą malšinimo principus buvo pakankamas: nuo 25–30 proc. (46) iki 100 proc. (41) apklaustųjų tvirtino esą susipažinę su PSO patvirtintomis onkologinių ligų sukeltą skausmą malšinimo rekomendacijomis. Tačiau gydytojai nepakankamai suprato analgetinio bei nepageidaujamo opioidų poveikio tolerancijos ir pripratimo prie opioidų mechanizmus (40, 47). Galimų opioidų valdymo būdų išmanymas Vakarų šalių gydytojų buvo pakankamas, tačiau esminė šios srities žinių stoka pastebėta tarp Taivano gydytojų (48). Žinių apie opioidų dozavimą, įskaitant ekvivalentinio poveikio konversijos lenteles ir dozes skausmo proveržiams, stokojo ir Vakarų šalių gydytojai (49). Pagrindinės gydytojų minimos skausmo malšinimo problemos buvo neveiksmingas skausmo malšinimas, nesuvaldomi šalutiniai opioidų poveikiai, opioidų dozavimas, vyresnio amžiaus ligonių skausmo įvertinimas, pacientų sveikatos būklės stebėseną, skausmo proveržių valdymas ir psichologinė parama sergantiesiems onkologinėmis ligomis (36, 37, 50).

#### **Nuo sveikatos priežiūros sistemos priklausomos onkologinių ligų sukeltą skausmą malšinimo kliūtys**

Nuo sveikatos priežiūros sistemos priklausomos onkologinių ligų sukeltą skausmą malšinimo kliūtys laikytini sudėtingi biurokratiniai opioidų tiekimo, skyrimo ir vartojimo tvarkos nuostatai, taip pat sveikatos priežiūros nuoseklumo problemos, kai pacientas lankosi pas daugybę skirtingų gydytojų daugybėje skirtingų sveikatos priežiūros įstaigų, ir niekas negali arba nenori prisiimti atsakomybės už skausmą malšinimą (51). Šios onkologinių ligų sukeltą skausmą mal-



šinimo kliūtys nepalankiai veikia skausmo malšinimą tik atskirose šalyse, prie kurių priskirtina ir Lietuva (52). Empiriniai tyrimai rodo, kad nuo opioidų skyrimo priklausomi teisinių reikalavimų pakeitimai darė mažiau įtakos skausmo malšinimo rezultatams nei nuo pacientų ar gydytojų priklausomos kliūtys (53).

### Išvados

Nepalankiausiai onkologinių ligų sukulto skausmo malšinimą veikia nuo paciento ir nuo gydytojo priklausomos skausmo slopinimo kliūtys. Iš skausmo malšinimo kliūčių, priklausomų nuo paciento, paminėtinas netikslus vaistų vartojimo rekomendacijų laikymasis, nepankamas bendravimas su gydytoju skausmo klausimais ir klaidingi įsitikinimai apie galimą skausmo kontrolę bei skausmą malšinamųjų vaistų poveikį. Pastaroji kliūtis (t. y. įsitikinimai) yra susijusi tiek su kitomis kliūtėmis (t. y. bendravimu skausmo klausimais ir skausmą malšinamųjų vaistų vartojimu), tiek su atsako į skausmą malšinamųjų vaistų neveiksmingumą. Tyrimų metodikos požiūriu pastebėtas

bendravimo skausmo klausimais ir skausmą malšinamųjų vaistų rekomendacijų laikymosi vieningo conceptualaus supratimo ir bendrų tyrimo priemonių nebuvimas. Tą patį galima pasakyti ir apie onkologinių ligų sukulto skausmo malšinimo kliūčių, priklausomų nuo gydytojo, tyrimo metodus. Nepaisant metodologinių trūkumų, pastebėta, jog kai kuriose šalyse tiek gydytojų žinios, tiek jų taikomi skausmo vertinimo būdai, tiek opioidų skyrimas akivaizdžiai geriau atitiko PSO rekomenduojamus skausmo gydymo standartus. Todėl galima manyti, jog kultūrinių, socialinių ir ekonominių veiksnių įtakos skausmo malšinimo kokybei tyrimai padėtų geriau suprasti onkologinių ligų sukulto skausmo paplitimo priežastis bei sukurti efektyvesnes intervencines ir edukacines onkologinių ligų sukulto skausmo kontrolės programas.

### Padėka

Už vertingą pagalbą rengiant šį straipsnį autoriai dėkoja KMUK Skausmo klinikos vadovui doc. dr. Arūnui Ščiupokui.

## Barriers to cancer pain management: a review of empirical research

Ramunė Jacobsen, Zita Liubarskienė<sup>1</sup>, Claus Møldrup, Lona Christrup,  
Per Sjøgren<sup>2</sup>, Jurgita Samsanavičienė<sup>3</sup>

*Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, University of Copenhagen, Denmark,<sup>1</sup>Department of Philosophy and Social Sciences, Faculty of Public Health, Kaunas University of Medicine, Lithuania,<sup>2</sup>The Multidisciplinary Pain Center, The Danish National Hospital (Rigshospitalet), Denmark,<sup>3</sup>Faculty of Nursing, Kaunas University of Medicine, Lithuania*

**Key words:** cancer pain management; barriers; patients; physicians; medical ethics.

**Summary.** Patient-, physician-, and health care system-related barriers of cancer pain management in patients with malignant diseases are a recognized and widely investigated issue. The purpose of this review is to summarize the main findings of empirical research on these barriers in the literature. The most significant patient-related barriers were patient reluctance to report pain and adhere to treatment recommendations. Besides that, cognitive, affective, and sensory patient-related barriers to cancer pain management with opioid analgesics have been studied using quantitative and qualitative research methods. The Barriers Questionnaire and its shortened and modified versions were the most commonly used instruments in the context of research on patient-related barriers to cancer pain management. The most prominent physician-related barriers were insufficient physicians' knowledge about cancer pain management, inadequate patterns of pain assessment, and inadequate opioid prescription. The methodologies used to conduct the majority of the studies on physician-related barriers were weak. Nevertheless, physician knowledge of pain management guidelines, the quality of pain assessment and opioid prescription have been shown to be obviously better in a few Western countries. Institutional and health care system-related barriers were relevant only in countries with restrictive opioid prescription regulations. The evaluation of the influence of cultural-social-economical background on cancer pain management could probably help to obtain better insight into the problems of unrelieved cancer pain.

Correspondence to Z. Liubarskienė, Department of Philosophy and Social Sciences, Kaunas University of Medicine, A. Mickevičiaus 9, 44307 Kaunas, Lithuania. E-mail: zitaliu@gmail.com

### Literatūra

- Cherny NI. The assessment of cancer pain. In: McMillan SC, Koltzenburg M, editors. *Wall and Melzack's Textbook of Pain*. 5th ed. Churchill Livingstone: Elsevier; 2006. p. 1099-125.
- Foley KM. The relationship of pain and symptom management to patient requests for physician-assisted suicide. *J Pain Symptom Manage* 1991;6:289-97.
- Grond S, Radbruch L, Meuser T, Sabatowski R, Loick G, Lehmann KA. Assessment and treatment of neuropathic cancer pain following WHO guidelines. *Pain* 1999;79:15-20.
- Schug SA, Gandham N. Opioids: clinical use. In: McMillan SC, Koltzenburg M, editors. *Wall and Melzack's Textbook of Pain*. 5th ed. Churchill Livingstone: Elsevier; 2006. p. 443-57.
- Jacobsen R, Møldrup C, Christrup L, Sjøgren P. Patient-related barriers to cancer pain management: a systematic exploratory review. *Sc J Caring Sci* 2009;23(1):190-208.
- Smith MY, Winkel G, Egert J, Diaz-Wionczek M, DuHamel KN. Patient-physician communication in the context of persistent pain: validation of a modified version of the patients' Perceived Involvement in Care Scale. *J Pain Symptom Manage* 2006;32:71-81.
- Anderson KO, Richman SP, Hurley J, Palos G, Valero V, Mendoza TR, et al. Cancer pain management among underserved minority outpatients – perceived needs and barriers to optimal control. *Cancer* 2002;94:2295-304.
- Berry DL, Wilkie DJ, Thomas CR, Fortner P. Clinicians communicating with patients experiencing cancer pain. *Cancer Invest* 2003;21:374-81.
- Cascinu S, Giordani P, Agostinelli R, Gasparini G, Barni S, Beretta GD, et al. Pain and its treatment in hospitalized patients with metastatic cancer. *Support Care Cancer* 2003;11:587-92.
- Coward DD, Wilkie DJ. Metastatic bone pain. Meanings associated with self-report and self-management decision making. *Cancer Nurs* 2000;23:101-8.
- Kimberlin C, Brushwood D, Allen W, Radson E, Wilson D. Cancer patient and caregiver experiences: communication and pain management issues. *J Pain Symptom Manage* 2004;28:566-78.
- Yates PM, Edwards HE, Nash RE, Walsh AM, Fentiman BJ, Skerman HM, et al. Barriers to effective cancer pain management: a survey of hospitalized cancer patients in Australia. *J Pain Symptom Manage* 2002;23:393-405.
- Donovan HS, Hartenbach EM, Method MW. Patient-provider communication and perceived control for women experiencing multiple symptoms associated with ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2005;99:404-11.
- Miaskowski C, Dodd MJ, West C, Paul SM, Tripathy D, Koo P, et al. Lack of adherence with the analgesic regimen: a significant barrier to effective cancer pain management. *J Clin Oncol* 2001;19:4275-9.
- Gunnarsdottir S, Donovan HS, Serlin RC, Voge C, Ward S. Patient-related barriers to pain management: the Barriers Questionnaire II (BQ-II). *Pain* 2002;99:385-96.
- Bostrom B, Sandh M, Lundberg D, Fridlund B. A comparison of pain and health-related quality of life between two groups of cancer patients with differing average levels of pain. *J Clin Nurs* 2003;12:726-35.
- Cohen MZ, Musgrave CF, McGuire DB, Strumpf NE, Munsell MF, Mendoza TR, et al. The cancer pain experience of Israeli adults 65 years and older: the influence of pain interference, symptom severity, and knowledge and attitudes on pain and pain control. *Support Care Cancer* 2005;13:708-14.
- Coyle N. In their own words: seven advanced cancer patients describe their experience with pain and the use of opioid drugs. *J Pain Symptom Manage* 2004;27:300-9.
- Lai YH, Dalton JA, Belyea M, Chen ML, Tsai LY, Chen SC. Development and testing of the pain opioid analgesics beliefs scale in Taiwanese cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2003;25:376-85.
- Randall-David E, Wright J, Porterfield DS, Lesser G. Barriers to cancer pain management: home-health and hospice nurses and patients. *Support Care Cancer* 2003;11:660-5.
- Birbilaitė S, Sargautytė R. Onkologinio skausmo gydymo psichologiniai trukdžiai. (Psychological barriers to cancer pain management.) *Skausmo medicina* 2005;4:15-23.
- Wool MS, Mor V. A multidimensional model for understanding cancer pain. *Cancer Invest* 2005;23:727-34.
- Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, Lee PJ, Dwight-Johnson M, Lagomasino I, et al. Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer. *J Clin Oncol* 2005;23:3052-60.
- Thomas M, Elliott J, Douglas M, Gold J. Exploring the relationships between cancer pain, attitudinal barriers, and PTSD: a descriptive study. *Oncol Nurs Forum* 2005;32:429.
- Vallerand AH, Hasenau S, Templin T, Collins-Bohler D. Disparities between black and white patients with cancer pain: the effect of perception of control over pain. *Pain Med* 2005;6:242-50.
- Schumacher KL, West C, Dodd M, Paul SM, Tripathy D, Koo P, et al. Pain management autobiographies and reluctance to use opioids for cancer pain management. *Cancer Nurs* 2002;25:125-33.
- Stromgren AS, Sjøgren P, Goldschmidt D, Petersen MA, Pedersen L, Groenvold M. Symptom priority and course of symptomatology in specialized palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2006;31:199-206.
- Jacobsen R, Sjøgren P, Møldrup C, Christrup L. Physician-related barriers to cancer pain management with opioid analgesics: a systematic review. *J Opioid Manage* 2007;3:207-14.
- WHO's pain ladder. Available: at URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/index.html>.
- Ben Diane MK, Peretti-Watel P, Galinier A, Favre R, Obadia Y. Morphine prescription to terminal cancer patients suffering from severe pain: results of a French survey. *Bull Cancer (Paris)* 2005;92:733-40.
- Ger LP, Lee MC, Wong CS, Chao SS, Wang JJ, Ho ST. The effect of education and clinical practice on knowledge enlightenment to and attitudes toward the use of analgesics for cancer pain among physicians and medical students. *Acta Anaesthesiol Sin* 2003;41:105-14.
- MacDonald N, Ayoub J, Farley J, Foucault C, Lesage P, Mayo N. A Quebec survey of issues in cancer pain management. *J Pain Symptom Manage* 2002;23:39-47.
- Morley-Forster PK, Clark AJ, Speechley M, Moulin DE. Attitudes toward opioid use for chronic pain: a Canadian physician survey. *Pain Res Manag* 2003;8:189-94.
- Anderson KO, Mendoza TR, Valero V, Richman SP, Russell C, Hurley J, et al. Minority cancer patients and their providers: pain management attitudes and practice. *Cancer* 2000;88:1929-38.
- Barclay S, Todd C, Grande G, Lipscombe J. Controlling cancer pain in primary care: the prescribing habits and knowledge base of general practitioners. *J Pain Symptom Manage* 2002;23:383-92.
- Mercadante S, Salvaggio L. Cancer pain knowledge in

- Southern Italy: data from a postgraduate refresher course. *J Pain Symptom Manage* 1996;11:108-15.
37. Sjogren P, Banning AM, Jensen NH, Jensen M, Klee M, Vainio A. Management of cancer pain in Denmark: a nationwide questionnaire survey. *Pain* 1996;64:519-25.
  38. Troller J. Cancer inpatients morphine usage: a new England area survey. *Aust J Rural Health* 2003;11:163-8.
  39. Soyannwo A, Amanor-Boadu SD. Management of cancer pain – a survey of current practice in West Africa. *Niger Postgrad Med J* 2001;8:175-8.
  40. Greenwald BD, Narcessian EJ, Pomeranz BA. Assessment of physiatrists' knowledge and perspectives on the use of opioids: review of basic concepts for managing chronic pain. *Am J Phys Med Rehabil* 1999;78:408-15.
  41. Sabatowski R, Arens ER, Waap I, Radbruch L. Cancer pain management in Germany – results and analysis of a questionnaire. *Schmerz* 2001;15:241-7.
  42. Cleeland CS, Janjan NA, Scott CB, Seiferheld WF, Curran WJ. Cancer pain management by radiotherapists: a survey of radiation therapy oncology group physicians. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000;47:203-8.
  43. Yun YH, Park SM, Lee K, Chang YJ, Heo DS, Kim SY, et al. Predictors of prescription of morphine for severe cancer pain by physicians in Korea. *Ann Oncol* 2005;16:966-71.
  44. Ger LP, Ho ST, Wang JJ. Physicians' knowledge and attitudes toward the use of analgesics for cancer pain management: a survey of two medical centers in Taiwan. *J Pain Symptom Manage* 2000;20:335-44.
  45. Porzio G, Valenti M, Aielli F, Verna L, Ricevuto E, Rispoli AI, et al. Assessment and treatment of symptoms among Italian medical oncologists. *Support Care Cancer* 2005;13:865-9.
  46. Ensink FB, Bautz MT, Voss MC, Gorlitz A, Hanekop GG. Indicators of structural quality in palliative care for cancer pain patients in Lower-Saxony. *Schmerz* 2002;16:255-62.
  47. Elliott TE, Murray DM, Elliott BA, Braun B, Oken MM, Johnson KM, et al. Physician knowledge and attitudes about cancer pain management: a survey from the Minnesota cancer pain project. *J Pain Symptom Manage* 1995;10:494-504.
  48. Wu HB, Lee MC, Lai KH, Ho ST, Sun WZ, Wong JO, et al. Physicians' knowledge about pharmacological management of cancer pain – with special reference on their prescribing responses to simulated patients with cancer pain. *Acta Anaesthesiol Taiwan* 2006;44:61-71.
  49. Gallagher R, Hawley P, Yeomans W. A survey of cancer pain management knowledge and attitudes of British Columbian physicians. *Pain Res Manag* 2004;9:188-94.
  50. Ponte CD, Johnson-Tribino J. Attitudes and knowledge about pain: an assessment of West Virginia family physicians. *Fam Med* 2005;37:477-80.
  51. Redmond K. Organizational barriers in opioid use. *Support Care Cancer* 1997;5:451-6.
  52. Skorupskienė D. Onkologinių ligų sukkelto skausmo konservatyvus gydymo gairės. (Conservative ways to treat cancer pain.) *Medicina (Kaunas)* 2004;40:917-23.
  53. Mercadante S. Opioid prescription in Italy: new law, no effect. *Lancet* 2002;360:1254-5.

*Straipsnis gautas 2008 10 16, priimtas 2009 06 04  
Received 16 October 2008, accepted 4 June 2009*