

# ความรู้ เจตคติ และอุปสรรคต่อการจัดการอาการปวดจากมะเร็งด้วยยากลุ่มโอปิออยด์ของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์เพิ่มพูนทักษะในโรงพยาบาลชลบุรี

ธีรภัทร์ ธีรราชดิ พ.บ.\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และอุปสรรคต่อการจัดการอาการปวดจากมะเร็งด้วยยากลุ่มโอปิออยด์ และปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีความรู้เพียงพอ (คะแนนความรู้มากกว่าร้อยละ 60) และการมีเจตคติเชิงบวก (คะแนนเจตคติเฉลี่ยมากกว่า 3 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) โดยทำการศึกษาในแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์เพิ่มพูนทักษะสังกัดโรงพยาบาลชลบุรี ระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงธันวาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 125 ราย โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพียงพอร้อยละ 38.4 และมีเจตคติเชิงบวกร้อยละ 48 โดยระดับการฝึกอบรมประสบการณ์การใช้หลักการดูแลอาการปวดตามขั้นตอนใดขององค์การอนามัยโลก และประสบการณ์การอบรมการจัดการอาการปวดส่งผลต่อการมีความรู้เพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และสาขาเฉพาะทางฝึกอบรมส่งผลต่อการมีเจตคติเชิงบวกต่อการจัดการอาการปวดจากมะเร็งด้วยยากลุ่มโอปิออยด์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) สำหรับอุปสรรคที่สำคัญที่สุด คือ การขาดการอบรมการจัดการอาการปวด การมีความรู้ไม่เพียงพอ และการประเมินอาการปวดที่ไม่เพียงพอ ดังนั้น การศึกษาอย่างต่อเนื่องเรื่องการจัดการอาการปวดเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อพัฒนาความรู้ และเจตคติของแพทย์ นำไปสู่การจัดการอาการปวดที่เพียงพอในผู้ป่วยมะเร็ง

**คำสำคัญ :** ความรู้, เจตคติ, อุปสรรค, การจัดการอาการปวดจากมะเร็ง, ยาโอปิออยด์

## Knowledge, Attitude and Barriers toward Cancer Pain Management with Opioids among Resident and Intern Physicians in Chonburi Hospital

Theerapat Thearachote M.D.\*

The objective of this descriptive study was to assess resident and intern physicians' knowledge, attitudes and barriers toward cancer pain management with opioids and affecting factors of adequate knowledge (knowledge score  $> 60$  percent) and positive attitude (average attitude score  $> 3$  out of 5). The study was conducted among 125 interns and resident physicians in Chonburi hospital between November and December 2019. Data were collected using online questionnaires

\* นายแพทย์ปฏิบัติการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี

\* Medical Physician, Practitioner Level, Social Medicine, Chonburi Hospital

Of the physician, 38.4% had adequate knowledge and 48% had positive attitudes. Residency training, experience of WHO's three-step ladder for pain control and experience of education for pain management statistically affected adequate knowledge toward cancer pain management with opioids ( $p < 0.05$ ). Medical specialty training also significantly affected positive attitudes toward cancer pain management with opioids ( $p < 0.01$ ). The most important barriers were a lack of cancer pain management education, inadequate knowledge and inadequate pain assessment. From this study, continuing education is needed to improve physicians' knowledge and attitudes, which would provide adequate cancer pain management to the patients.

**Keywords :** knowledge, attitude, barrier, cancer pain management, opioids

**บทนำ**

อาการปวดเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งและส่งผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งการจัดการอาการปวดที่เพียงพอจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>1</sup> ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกได้แนะนำแนวทางการจัดการอาการปวดแบบบันไดสามขั้น โดยเริ่มใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์เมื่อมีอาการปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง<sup>2</sup> ซึ่งคาดว่าจะสามารถระงับปวดได้ถึงร้อยละ 90 ของผู้ป่วย แต่จากหลายการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50-75 ยังจัดการอาการปวดได้ไม่เพียงพอ<sup>3</sup> โดยปริมาณการใช้มอร์ฟีนเป็นหนึ่งในการประเมินการจัดการอาการปวดเนื่องจากเป็นยาตัวแรกที่ควรเลือกใช้ในการรักษาอาการปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง ดังนั้นการใช้มอร์ฟีนที่เพิ่มขึ้นหมายถึงการจัดการอาการปวดที่ดีขึ้น จากสถิติของประเทศไทยพบว่ามีการใช้ยามอร์ฟีนเพิ่มขึ้นจาก 1.41 มิลลิกรัมต่อคนในปี พ.ศ. 2557 เป็น 2.21 มิลลิกรัมต่อคนในปี พ.ศ. 2561 แต่ยังคงน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของทั่วโลกที่ 5.83 มิลลิกรัมต่อคนในปี พ.ศ. 2561<sup>4</sup> สะท้อนถึงผู้ป่วยโรคมะเร็งอีกมากที่ยังได้รับการดูแลอาการปวดไม่เพียงพอ โดยอุปสรรคต่อการจัดการอาการปวดประกอบด้วย อุปสรรคด้านบุคลากรทางการแพทย์ ด้านผู้ป่วย และด้านระบบสาธารณสุข สำหรับอุปสรรคด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่สำคัญ คือ การขาดความรู้ เจตคติเชิงลบต่อการจัดการอาการปวด และการประเมินอาการปวดที่ไม่เพียงพอ<sup>5</sup> โดยจากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าแพทย์จำนวนไม่น้อยยังมีความรู้ไม่เพียงพอและมีเจตคติเชิงลบ<sup>6-11</sup>

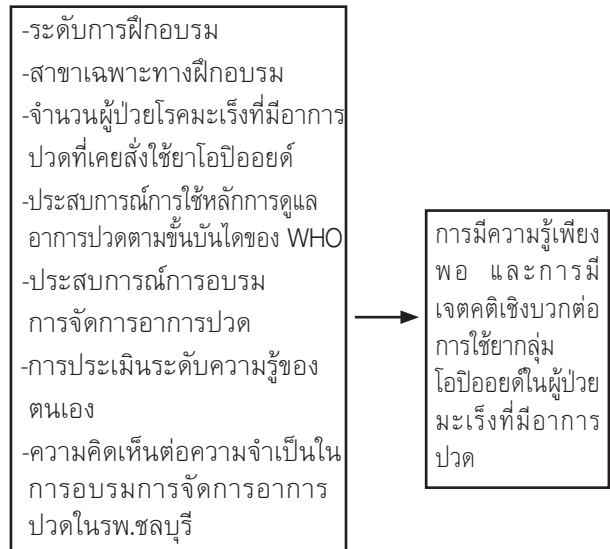
โรงพยาบาลชลบุรีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีการรักษาผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมาก และมีแพทย์ประจำบ้านและแพทย์เพิ่มพูนทักษะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างใกล้ชิด ซึ่งจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งอีกจำนวนมากในอนาคตเมื่อเสร็จสิ้นการฝึกอบรม ดังนั้นความรู้และเจตคติของแพทย์กลุ่มนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวด การวิจัยนี้จึงมีขึ้นเพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ อุปสรรค และปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีความรู้เพียงพอและเจตคติเชิงบวกต่อการจัดการ

อาการปวดจากมะเร็งด้วยยากกลุ่มโอปิออยด์ในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์เพิ่มพูนทักษะในโรงพยาบาลชลบุรี

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และอุปสรรคต่อการจัดการอาการปวดจากมะเร็งด้วยยากกลุ่มโอปิออยด์ของแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์เพิ่มพูนทักษะในโรงพยาบาลชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีความรู้เพียงพอและการมีเจตคติเชิงบวกต่อการจัดการอาการปวดจากมะเร็งด้วยยา กลุ่มโอปิออยด์ของแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์เพิ่มพูนทักษะในโรงพยาบาลชลบุรี

**กรอบแนวคิด**



**วัสดุและวิธีการ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง โดยมีประชากรคือแพทย์ประจำบ้านและแพทย์เพิ่มพูนทักษะสังกัดโรงพยาบาลชลบุรีระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงธันวาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 168 คน

โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรนี้ด้วยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (convenience sampling) และคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Thorndike<sup>12</sup> คือ  $n = 10k+50$  ( $n$  = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และ  $k$  = จำนวนตัวแปรอิสระที่ศึกษา) โดยมีตัวแปรอิสระ 7 ตัว ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 120 คน โดยใช้การเกณฑ์คัดเข้าคือเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะและแพทย์ประจำบ้านสังกัดโรงพยาบาลชลบุรีที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชลบุรี ณ ช่วงเวลาเก็บข้อมูล และเกณฑ์คัดออกคือ ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

### เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบบสอบถามออนไลน์ประกอบด้วยแบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล 10 ข้อ แบบสอบถามความรู้ 14 ข้อ โดยเลือกตอบ ถูก ผิด หรือ ไม่แน่ใจ แบบสอบถามเจตคติด้วยมาตราวัดลิเคิร์ท 5 ระดับ 10 ข้อ และแบบสอบถามอุปสรรคด้วยมาตราวัดลิเคิร์ท 5 ระดับ 14 ข้อ โดยสร้างขึ้นจากทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง<sup>7-10,13</sup>

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญสามท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67 ถึง 1.00 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามทดลองใช้กับแพทย์เพิ่มพูนทักษะและแพทย์ประจำบ้านที่ไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาลชลบุรีจำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.882 สำหรับแบบสอบถามด้านความรู้ 0.856 สำหรับแบบสอบถามด้านเจตคติ และ 0.873 สำหรับแบบสอบถามด้านอุปสรรค

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยส่งที่อยู่เว็บไซต์ผ่านคิวอาร์โค้ด (QR Code) ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยผ่านแอปพลิเคชันสมาร์ตโฟน (Line) และตอบแบบสอบถามผ่านอุปกรณ์สมาร์ตโฟนส่วนบุคคล จากนั้นนำข้อมูลออกจากระบบเข้าเครื่องคอมพิวเตอร์เพื่อเตรียมพร้อมวิเคราะห์ข้อมูล

### จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลชลบุรี รหัสวิจัย 92/62/R/q โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับเอกสารแสดงความยินยอมอาสาสมัครวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าว ไม่ถูกเปิดเผยชื่อ และไม่สามารถระบุตัวตนจากข้อมูลได้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ โดยถือว่ามีความรู้เพียงพอหากมีคะแนนความรู้มากกว่าร้อยละ 60 และมี

เจตคติเชิงบวกหากมีคะแนนเจตคติเฉลี่ยมากกว่า 3 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5 คะแนนโดยอ้างอิงเกณฑ์จากการวิจัยก่อนหน้า<sup>9</sup> และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (multiple logistic regression analysis) โดยแสดงสถิติเชิงอนุมานคือ Odd ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval; 95% CI) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

### ผลการวิจัย

จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยตอบแบบสอบถาม 125 คน ร้อยละ 59.2 เป็นเพศหญิง และกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 27.48 ปี โดยมีจำนวนแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1, 2 และ 3 จำนวนใกล้เคียงกัน รองลงมาคือแพทย์เพิ่มพูนทักษะ สำหรับสาขาเฉพาะทางฝึกอบรมพบว่าสาขาศัลยศาสตร์มีจำนวนมากที่สุดคือร้อยละ 15.2 ส่วนจำนวนผู้ป่วยโรคกระเพาะที่มีอาการปวดที่เคยสั่งใช้ยาโอปิออยด์เฉลี่ยต่อ 1 เดือนใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 87.2 มีจำนวน 1-10 คน และร้อยละ 47.2 รู้จักและเคยใช้หลักการดูแลอาการปวดตามขั้นบันไดขององค์การอนามัยโลก และร้อยละ 53.6 ไม่เคยมีประสบการณ์การอบรมการจัดการอาการโดยร้อยละ 64.0 ประเมินระดับความรู้ของตนเองเท่ากับผู้อื่น และร้อยละ 92.8 เห็นว่ามีความจำเป็นในการอบรมการจัดการอาการปวดในรพ.ชลบุรี (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ	$\bar{X} \pm 2SD$
<b>เพศ</b>			
หญิง	74	59.2	
<b>อายุ(ปี)</b>			27.48 $\pm$ 2.50
<b>ระดับการฝึกอบรม</b>			
แพทย์เพิ่มพูนทักษะ	21	16.8	
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1	31	24.8	
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2	36	28.8	
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3	33	26.4	
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 4	4	3.2	
<b>สาขาเฉพาะทางฝึกอบรม</b>			
ศัลยศาสตร์	19	15.2	
อายุรศาสตร์	17	13.6	
กุมารเวชศาสตร์	17	13.6	
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	17	13.6	
เวชศาสตร์ครอบครัว	15	12.0	
สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา	12	9.6	
ออร์โธปิดิกส์	5	4.0	
อาชีวเวชศาสตร์	2	1.6	

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ	$\bar{X} \pm 2SD$
จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวดที่เคยสั่งใช้ยาโอปิออยด์เฉลี่ยต่อ 1 เดือนใน 1 ปีที่ผ่านมา			
1-10 คน	109	87.2	
11-30 คน	14	11.2	
มากกว่า 30 คน	2	1.6	
<b>ประสบการณ์การใช้หลัก</b>			
<b>การดูแลอาการปวดตาม</b>			
<b>ขั้นบันไดขององค์การ</b>			
<b>อนามัยโลก</b>			
รู้จักและเคยใช้	59	47.2	
รู้จักแต่ไม่เคยใช้	26	20.8	
ไม่รู้จัก	40	32.0	
<b>ประสบการณ์การอบรม</b>			
<b>การจัดการอาการปวด</b>			
เคย	58	46.4	
ไม่เคย	67	53.6	
<b>การประเมินระดับความ</b>			
<b>รู้ของตนเอง</b>			
ต่ำกว่าผู้อื่น	39	31.2	
เท่ากับผู้อื่น	80	64.0	
มากกว่าผู้อื่น	6	4.8	
<b>ความคิดเห็นต่อความ</b>			
<b>จำเป็นในการอบรม</b>			
<b>การจัดการอาการปวด</b>			
<b>ในรพ.ชลบุรี</b>			
จำเป็น	116	92.8	
ไม่จำเป็น	9	7.2	

จากผลการวิจัยในด้านความรู้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพียงพอร้อยละ 38.4 และมีคะแนนความรู้เฉลี่ยร้อยละ 52.75 ของคะแนนเต็ม โดยร้อยละ 58.7 ตอบถูกต้องในคำถามว่าการให้ยามอร์ฟีนทางเส้นเลือดมีประสิทธิภาพมากกว่าการรับประทานในผู้ป่วยที่ระบบทางเดินอาหารทำงานปกติ และมีเพียงร้อยละ 56.9 ตอบถูกต้องในคำถามว่า pethidine ก่อให้เกิดผลเสีย เช่น การดื้อยา การติดยา หรือผลข้างเคียงอื่น ๆ ได้น้อยในระยะยาว และร้อยละ 56.9 ตอบถูกต้องในคำถามว่าควรใช้ยา pethidine เป็นลำดับแรกเมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวดเรื้อรังมี pain score เท่ากับ 8 และร้อยละ 36.7 ตอบถูกต้องในคำถามว่า Morphine ชนิดเม็ด 10 mg มีฤทธิ์เท่ากับ tramadol ชนิดแคปซูล 50 mg (ตารางที่ 2 และ 4)

ตารางที่ 2 ความรู้ต่อการจัดการอาการปวดจากมะเร็งด้วยยากลุ่มโอปิออยด์ (ร้อยละ)

ข้อคำถาม	ตอบคำถาม ถูกต้อง
1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวดเรื้อรังไม่ควรใช้ยาโอปิออยด์แบบตามเวลา (around the clock) <sup>1</sup>	71.6
2. การให้ยาระงับปวดแบบเมื่อต้องการเท่านั้น (PRN) จะช่วยลดผลข้างเคียง การติดยา และการดื้อยา <sup>1</sup>	37.6
3. การให้ยามอร์ฟีนทางเส้นเลือดมีประสิทธิภาพมากกว่าการรับประทานในผู้ป่วยที่ระบบทางเดินอาหารทำงานปกติ <sup>1</sup>	58.7
4. ขนาดยามอร์ฟีนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยคือขนาดสูงสุดที่สามารถควบคุมอาการปวดได้เนื่องจากยามอร์ฟีนไม่มี ceiling effect <sup>2</sup>	57.8
5. ควรใช้ morphine มากกว่า fentanyl ในผู้ป่วยที่การทำงานของไตบกพร่อง <sup>1</sup>	36.7
6. pethidine ก่อให้เกิดผลเสีย เช่น การดื้อยา การติดยา หรือผลข้างเคียงอื่น ๆ ได้น้อยในระยะยาว <sup>1</sup>	56.9
7. ควรใช้ยา pethidine เป็นลำดับแรกเมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวดเรื้อรังมี pain score เท่ากับ 8 <sup>1</sup>	56.9
8. ควรใช้ยา morphine immediate release ชนิดเม็ด ทุก 12 ชม เป็นยา around the clock <sup>1</sup>	36.7
9. ควรใช้ morphine sustained release ชนิดเม็ดสำหรับ breakthrough pain <sup>1</sup>	66.1
10. สามารถหยุด morphine ได้ทันทีหลังเริ่มใช้ fentanyl ชนิดแผ่นแปะผิวหนัง ได้ทันทีเนื่องจากยา fentanyl ชนิดแผ่นแปะผิวหนังออกฤทธิ์เร็ว <sup>1</sup>	66.1
11. Morphine ชนิดเม็ด 10 mg มีฤทธิ์เท่ากับ tramadol ชนิดแคปซูล 50 mg <sup>2</sup>	36.7
12. Morphine ชนิดฉีดทางเส้นเลือดดำ 10 mg มีฤทธิ์เท่ากับ morphine ชนิดเม็ดรับประทาน 50 mg <sup>1</sup>	37.6
13. การกดการหายใจจากยาโอปิออยด์เป็นสิ่งที่อันตรายแต่พบได้ยากถ้าใช้ในขนาดที่เหมาะสม <sup>2</sup>	85.3
14. การใช้ยาระงับปวดโอปิออยด์ เช่น morphine หรือ tramadol มีความเสี่ยงสูงต่อการติดยา <sup>1</sup>	33.9

<sup>1</sup> เป็นข้อความที่ผิด <sup>2</sup> เป็นข้อความที่ถูกต้อง

จากผลการวิจัยในด้านเจตคติพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเชิงบวกร้อยละ 48 และมีคะแนนเจตคติเฉลี่ย 3.02 คะแนนจาก 5 คะแนนเต็ม โดยร้อยละ 40.2 เห็นด้วยว่าแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากโรคมะเร็งควรเป็นแพทย์เฉพาะทางด้านจัดการอาการปวด และร้อยละ 20.2 เห็นด้วยกับการแนะนำยามอร์ฟินเป็นยาที่ไม่ดีและควรอดทนต่ออาการปวด และร้อยละ 27.5 เห็นด้วยว่าไม่ชอบสั่งยาโอปิออยด์

เนื่องจากการกวดการหายใจเป็นผลข้างเคียงที่อันตราย และร้อยละ 50.5 เห็นด้วยว่าจะระวังมากในการควบคุมขนาดและความถี่ของการสั่งใช้ยาโอปิออยด์เพื่อป้องกันการติดยาและการติ้อยาโดยร้อยละ 29.4 เห็นด้วยว่าผู้ป่วยควรได้รับยาน้อยกว่าที่ต้องการสำหรับระดับอาการปวดเพื่อป้องกันการติ้อยาและติดยา (ตารางที่ 3 และ 4)

**ตารางที่ 3** เจตคติต่อการจัดการอาการปวดจากมะเร็งด้วยยากกลุ่มโอปิออยด์ (ร้อยละ)

ข้อมูลทั่วไป	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วย	เห็นเป็นกลาง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมาก	$\bar{X}$ (S.D.)
1. ฉันคิดว่าแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากโรคมะเร็งควรเป็นแพทย์เฉพาะทางด้านจัดการอาการปวด	12.8	40.4	24.8	22.0	0	2.56 (0.97)
2. ฉันจะแนะนำผู้ป่วยและญาติว่ายา กลุ่มโอปิออยด์เป็นยาที่ไม่ดีและควรจะอดทนต่ออาการปวดเท่าที่ไหวเมื่อจะเริ่มสั่งยาโอปิออยด์	4.6	20.2	21.2	31.2	22.8	3.48 (1.18)
3. ฉันจะสนับสนุนผู้ป่วยให้อดทนต่ออาการปวดต่อไป ถ้าผู้ป่วยจะอดทนต่ออาการปวดระดับรุนแรงและปฏิเสธยานัดมอร์ฟิน	2.8	14.7	16.5	40.4	25.6	3.72 (1.08)
4. ฉันคิดว่าควรสงวนยาโอปิออยด์ไว้สำหรับอาการปวดที่รุนแรงและควบคุมได้ยาก	16.5	45.9	11.0	17.4	9.2	2.57 (1.22)
5. ฉันคิดว่าการอดทนต่ออาการปวดดีกว่าการเพิ่มขนาดยาแล้วมีผลข้างเคียงจากยาระงับปวด	1.8	16.5	25.7	37.6	18.4	3.54 (1.03)
6. ฉันไม่ชอบสั่งยากกลุ่มโอปิออยด์เนื่องจากการกวดการหายใจเป็นผลข้างเคียงที่อันตราย	0	27.5	35.8	22.0	14.7	3.24 (1.01)
7. ฉันจะลดความถี่หรือลดขนาดของยามอร์ฟินลงเมื่อผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหรือท้องผูก	5.5	44.0	23.9	20.2	6.4	2.78 (1.04)
8. ฉันจะระวังมากในการควบคุมขนาดและความถี่ของการสั่งใช้ยาโอปิออยด์เพื่อป้องกันการติดยาและการติ้อยา	22.0	50.5	15.6	11.0	0.9	2.18 (0.93)
9. ฉันคิดว่าผู้ป่วยควรได้รับยาโอปิออยด์ในขนาดที่น้อยกว่าที่ต้องการสำหรับระดับอาการปวดนั้นเพื่อป้องกันการติ้อยาและการติดยา	3.7	29.4	18.3	33.9	14.7	3.27 (1.11)
10. ฉันคิดว่าต้องส่งผู้ป่วยที่ขอยาระงับปวดบ่อยไปปรึกษาจิตแพทย์เพื่อดูอาการติดยา	11.9	27.5	22.9	30.3	7.4	2.94 (1.16)

\* เจตคติในข้อที่ 1-10 เป็นเจตคติเชิงลบ

**ตารางที่ 4** ความรู้และเจตคติของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	S.D.	คะแนน สูงสุด	คะแนน ต่ำสุด
ความรู้		100	52.75	20.89	100	7.14
เพียงพอ	48/125 (38.4)					
เจตคติ		5	3.02	0.63	4.80	1.80
เชิงบวก	60/125 (48)					

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีความรู้เพียงพอ และการมีเจตคติเชิงบวกต่อการจัดการอาการปวดจากมะเร็ง ด้วยากลุ่มโอปิออยด์ พบว่าระดับการฝึกอบรม ประสบการณ์ การใช้หลักการดูแลอาการปวดตามขั้นบันไดขององค์การอนามัยโลก และประสบการณ์การอบรมการจัดการอาการปวด ส่งผลต่อการมีความรู้เพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยพบว่าระดับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 4 มีโอกาสมีความรู้เพียงพอเพิ่มขึ้น 45.97 เท่าเมื่อเทียบกับแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ( $OR = 45.97, p < 0.01$ ) การรู้จักและเคยใช้ หลักการดูแลอาการปวดตามขั้นบันไดขององค์การอนามัยโลก มีโอกาสมีความรู้เพียงพอเพิ่มขึ้น 9.67 เท่าเมื่อเทียบกับการไม่รู้จักหลักการนี้ ( $OR = 9.67, p < 0.01$ ) และการมีประสบการณ์

การอบรมการจัดการอาการปวดมีโอกาสมีความรู้เพียงพอเพิ่มขึ้น 2.91 เท่าเมื่อเทียบกับไม่มีประสบการณ์ ( $OR = 2.91, p = 0.03$ ) (ตารางที่ 5) และพบว่าสาขาเฉพาะทางฝึกอบรมส่งผลต่อการมีเจตคติเชิงบวกต่อการจัดการอาการปวดจากมะเร็ง ด้วยากลุ่มโอปิออยด์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) โดยพบว่าสาขาเฉพาะทางฝึกอบรมสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา มีโอกาสมีเจตคติเชิงบวกเพิ่มขึ้น 8.96 เท่าเมื่อเทียบกับแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ( $OR = 22.40, p < 0.01$ ) (ตารางที่ 6) ส่วนอุปสรรคที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือการขาดการอบรม การจัดการอาการปวด แพทย์มีความรู้ไม่เพียงพอ และ การประเมินอาการปวดได้ไม่ดีพอ ส่วนอุปสรรคด้านผู้ป่วยนั้นมี คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดในอุปสรรคทุกด้าน (ตารางที่ 7)

**ตารางที่ 5** ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีความรู้เพียงพอต่อการจัดการอาการปวดจากมะเร็งด้วยากลุ่มโอปิออยด์โดยแสดงเฉพาะ ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $n = 125$ )

ปัจจัย	การมีความรู้เพียงพอ			
	B	Odds ratio	95%CI	P
<b>ระดับการฝึกอบรม</b>				
แพทย์เพิ่มพูนทักษะ	-	1 (reference)	-	-
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2	1.88	6.51	1.12 - 37.62	0.03
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3	2.78	16.18	2.70 - 96.84	< 0.01
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 4	3.82	45.97	2.89 - 731.09	< 0.01
<b>ประสบการณ์การใช้หลักการดูแลอาการปวดตามขั้นบันไดขององค์การอนามัยโลก</b>				
รู้จัก และเคยใช้	2.27	9.67	2.81 - 33.24	< 0.01
ไม่รู้จัก	-	1 (reference)	-	-
<b>ประสบการณ์การอบรมการจัดการอาการปวด</b>				
เคย	1.07	2.91	1.20-7.72	0.03
ไม่เคย	-	1 (reference)	-	-

**ตารางที่ 6** ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีเจตคติเชิงบวกต่อการจัดการอาการปวดจากมะเร็งด้วยยากลุ่มโอปิออยด์โดยแสดงเฉพาะปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (n = 125)

ปัจจัย	การมีความรู้เพียงพอ			
	B	Odds ratio	95%CI	P
<b>สาขาเฉพาะทางฝึกอบรม</b>				
แพทย์เพิ่มพูนทักษะ	-	1 (reference)	-	-
เวชศาสตร์ครอบครัว	2.19	8.96	2.14 - 37.52	< 0.01
สูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา	3.11	22.40	2.19 - 228.73	< 0.01

Model  $\chi^2 = 21.58$ ,  $p < 0.05$ , Nagelkerke  $R^2 = 0.24$

**ตารางที่ 7** อุปสรรคต่อการจัดการอาการปวดจากมะเร็งด้วยยากลุ่มโอปิออยด์ (ร้อยละ)

ข้อมูลทั่วไป	เห็นด้วย					$\bar{X}$ (S.D.)
	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วย	เห็นเป็นกลาง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมาก	
1. ขาดการอบรมการจัดการอาการปวดจากโรคมะเร็งสำหรับแพทย์	19.3	67.0	11.9	1.8	0	4.04 (0.62)
2. แพทย์มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการปวดจากโรคมะเร็งไม่เพียงพอ	15.6	69.7	11.0	3.7	0	3.97 (0.65)
3. การประเมินอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งยังประเมินได้ไม่ดีพอ	18.3	60.6	15.6	5.5	0	3.92 (0.75)
4. ไม่มีการจัดให้มีคลินิกเฉพาะสำหรับการจัดการอาการปวด และช่องทางฉุกเฉินสำหรับอาการปวดรุนแรง	22.9	50.6	18.2	8.3	0	3.84 (0.89)
5. แพทย์กังวลเกี่ยวกับการติดยา การติดยา และการนำยาไปใช้ในทางที่ผิดของยาโอปิออยด์	13.8	59.6	17.4	8.3	0.9	3.77 (0.82)
6. แพทย์กังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาโอปิออยด์	13.8	57.8	20.2	7.3	0.9	3.76 (0.81)
7. ไม่มีนโยบายที่สนับสนุนการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง	12.8	49.5	23.9	9.2	4.6	3.57 (0.99)
8. การจ่ายยาโอปิออยด์มีความเข้มงวดและจำกัดในการจ่ายยาให้ผู้ป่วย	9.2	45.6	29.6	11.9	3.7	3.45 (0.95)
9. ขนาดและชนิดของยาโอปิออยด์ที่มีไม่พอต่อความต้องการในการใช้ยา	11.0	37.6	31.2	15.6	4.6	3.35 (1.02)
10. สถานพยาบาลของท่านมียากลุ่มโอปิออยด์จัดเก็บไว้ไม่เพียงพอต่อการใช้	11.0	30.3	25.7	26.6	6.4	3.13 (1.12)
11. แพทย์กังวลเกี่ยวกับความผิดพลาดทางกฎหมายจากการสั่งใช้ยาโอปิออยด์	10.1	27.5	28.4	23.9	10.1	3.04 (1.15)
12. ผู้ป่วยกลัวว่าหากใช้ยาแก้ปวดตอนนี้แล้วจะไม่มียาใช้หากมีอาการปวดมากขึ้น	6.4	31.2	26.6	27.5	8.3	3.00 (1.09)
13. ผู้ป่วยกลัวผลข้างเคียงจากยา การติดยา และการติดยาโอปิออยด์	5.5	25.7	36.7	24.8	7.3	2.97 (1.01)
14. ผู้ป่วยไม่กล้าบอกอาการปวดของตนเองต่อแพทย์และพยาบาล	7.3	26.6	27.5	32.1	6.5	2.96 (1.07)

## วิจารณ์

จากผลการวิจัยในด้านความรู้พบว่าร้อยละ 58.7 ตอบถูกต้องในคำถามว่าการให้ยามอร์ฟีนทางเส้นเลือดมีประสิทธิภาพมากกว่าการรับประทานในผู้ป่วยที่ระบบทางเดินอาหารทำงานปกติ ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น<sup>10,13,14</sup> ทั้งนี้การให้ยาทางเส้นเลือดต่างจากทางการรับประทานที่ระยะเวลาเริ่มออกฤทธิ์ แต่มีประสิทธิภาพเท่ากัน และที่สำคัญคือเพียงร้อยละ 56.9 ตอบถูกต้องในคำถามว่า pethidine ก่อให้เกิดผลเสีย เช่น การดี้อยา การติดยา หรือผลข้างเคียงอื่น ๆ ได้น้อยในระยะยาว ทั้งนี้ยา pethidine นั้นไม่ควรใช้ในระยะยาวเนื่องจาก metabolite ของยาคือ norpethidine อาจทำให้เกิดอาการกระสับกระส่าย สั่น และชักได้ โดยที่ naloxone (opioid antagonist) ไม่สามารถแก้ฤทธิ์ได้ และผลจากการกดการหายใจนั้นไม่ต่างจากมอร์ฟีน สำหรับความรู้ด้านการบริหารยา และการปรับเปลี่ยนชนิดและรูปแบบยาตอบถูกเพียงร้อยละ 36.7 ซึ่งส่งผลให้รักษาอาการปวดได้ไม่เพียงพอ และการวิจัยนี้พบว่าผู้มีความรู้เพียงพอร้อยละ 38.4 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้า<sup>9,10</sup> ทั้งนี้การขาดความรู้จะเป็นผลจากการขาดประสบการณ์ในการดูแลอาการปวดเนื่องจากในโรงพยาบาลชลบุรีมีผู้เชี่ยวชาญด้านอาการปวดให้คำปรึกษาการดูแลอาการปวดในผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

สำหรับในด้านเจตคติพบว่าร้อยละ 53.2 เห็นว่าแพทย์ที่ดูแลอาการปวดจากโรคมะเร็งควรเป็นแพทย์เฉพาะทางด้านการจัดการอาการปวดใกล้เคียงกับการศึกษาของ Yimyaem และคณะ<sup>6</sup> แต่ต่างจากการศึกษาของ Srisawang และคณะ<sup>10</sup> ที่ร้อยละ 92.2 ไม่เห็นด้วย อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมักไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านอาการปวด ส่วนการศึกษาของ Gallagher และคณะ<sup>11</sup> พบว่าร้อยละ 97.6 เห็นว่าแพทย์ทุกคนมีหน้าที่ดูแลอาการปวดจากโรคมะเร็ง อาจเป็นเพราะกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งมักเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง และจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าร้อยละ 14.7 เห็นด้วยมาก และร้อยละ 22.0 เห็นด้วยว่าฉันไม่ชอบสั่งยากลุ่มโอปิออยด์เนื่องจากการกดการหายใจเป็นผลข้างเคียงที่อันตราย ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนไม่น้อย ทั้งนี้การกดการหายใจนั้นพบได้น้อยกว่าร้อยละ 1 และมีการกดการหายใจระดับรุนแรงเพียงร้อยละ 0.09<sup>15</sup> นอกจากนี้ร้อยละ 33.9 เห็นด้วยว่าผู้ป่วยควรได้รับยาโอปิออยด์ในขนาดที่น้อยกว่าที่ต้องการสำหรับระดับอาการปวดนั้นเพื่อป้องกันการดี้อยาและการติดยา ถึงแม้จากการศึกษาจะพบว่าการติดยาในผู้ป่วยมะเร็งเพียงร้อยละ 0 - 7.7 เท่านั้น<sup>16</sup> และพบว่าผู้มีความรู้เจตคติเชิงบวกน้อยกว่าศึกษาก่อนหน้า<sup>9,10</sup>

จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าสาขาเฉพาะทางเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อเจตคติและความรู้<sup>9,10,14,17</sup> โดยการศึกษาวิจัยนี้พบว่าระดับการฝึกอบรม ประสบการณ์การใช้หลักการดูแลอาการปวดตามขั้นตอนใดขององค์การอนามัยโลก และประสบการณ์การอบรมการจัดการอาการปวดส่งผลต่อการมีความรู้เพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า<sup>7,18</sup> และยังพบว่าแพทย์ประจำบ้านในชั้นปีที่สูงกว่ามีโอกาสมีความรู้เพียงพอมากกว่าชั้นปีที่ต่ำกว่า ซึ่งอาจเป็นเพราะชั้นปีที่สูงกว่ามีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มากกว่าชั้นปีที่ต่ำกว่า นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าทำให้ความรู้ด้วยการบรรยายและการใช้กรณีศึกษาสามารถช่วยเพิ่มเจตคติและความรู้ได้<sup>19,20</sup> ดังนั้นประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มากขึ้นและการอบรมจะช่วยให้มีความรู้มากขึ้นได้ และการวิจัยนี้ยังพบว่าสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวมีโอกาสมีเจตคติเชิงบวกมากกว่าแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ซึ่งเป็นผลจากการมีการเรียนด้านการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นระบบในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ส่วนปัจจัยอื่น ๆ พบว่าไม่ส่งผลต่อการมีความรู้เพียงพอหรือการมีเจตคติเชิงบวก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก สำหรับอุปสรรคที่สำคัญคือการขาดการอบรม และแพทย์มีความรู้ไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้และก่อนหน้า<sup>9,9,13,17</sup> อย่างไรก็ตามอุปสรรคด้านผู้ป่วยได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ซึ่งปัจจัยด้านผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน เนื่องจากหากผู้ป่วยมีความเข้าใจผิด และกลัวการใช้ยาโอปิออยด์จะทำให้ไม่กล้าใช้ยา ส่งผลให้ควบคุมอาการปวดได้ไม่เพียงพอเช่นกัน<sup>21</sup>

จุดแข็งของการศึกษานี้คือเป็นหนึ่งในการศึกษาแรก ๆ ในประเทศไทยที่ทำการศึกษาในแพทย์ประจำบ้านหลายสาขา และมีการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีความรู้เพียงพอและการมีเจตคติเชิงบวก ส่วนข้อจำกัดของการศึกษานี้คือการเลือกตัวอย่างโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็นและการศึกษานี้ทำในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีการเรียนระดับหลังปริญญา ดังนั้นจึงอาจไม่เป็นตัวแทนของแพทย์ส่วนใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ทั่วประเทศได้

## สรุปผล และข้อเสนอแนะ

แพทย์เพิ่มพูนทักษะและแพทย์ประจำบ้านมีความรู้เพียงพอร้อยละ 38.4 และมีเจตคติเชิงบวกร้อยละ 48 และการขาดการอบรมและการมีความรู้ไม่เพียงพอเป็นอุปสรรคที่สำคัญ โดยนำไปสู่การดูแลอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้ไม่เพียงพอส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้นการศึกษาเรื่องการจัดการอาการปวดเป็นสิ่งจำเป็นทั้งในระดับนักศึกษาแพทย์และระดับหลังปริญญาเพื่อให้มี



ความรู้เพียงพอและมีเจตคติเชิงบวกนำไปสู่การจัดการอาการปวดที่ดีขึ้นในผู้ป่วยมะเร็ง สำหรับวิธีในการให้ความรู้ยังมีประสิทธิภาพและการวัดผลการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยยังต้องอาศัยการศึกษาในอนาคตต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์หญิงสุชมาล คีตสวณ แพทย์หญิงปรียาพรศ พรประเสริฐ และแพทย์หญิงเพชรรัตน์ แซ่ว่อง อาจารย์วิสัญญีแพทย์ นายแพทย์ศราวุธ ธรรมธนวนิทย์ และพยาบาลวิชาชีพทัศนีย์ เชื่อมทอง และพยาบาลวิชาชีพมารยาท สุจริตวรกุล ที่ได้ให้ความกรุณาสละเวลาให้คำปรึกษาการวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะเยสุดท้าย. กรุงเทพฯ; 2557.
2. World Health Organization. Cancer pain relief: with a guide to opioid availability [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1996 [cited 2018 Jan 22]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37896>
3. Jeon YS, Kim HK, Cleeland CS, Wang XS. Clinicians' practice and attitudes toward cancer pain management in Korea. *Support Care Cancer* 2007;15:463-9.
4. International narcotics control board. Narcotic drugs 2019. United nations; 2020.
5. Oldenmenger W, Smitt P, Van DS, Stoter G, Van DRC. A systematic review on barriers hindering adequate cancer pain management and interventions to reduce them: a critical appraisal. *Eur J Cancer* 2009;45:1370-80.
6. Yimyaem PR, Tassakhon T, Sriraj W, Wongswadawat M, Pongjanyakul S, Sankhot R, et al. Internship doctors' knowledge and attitudes toward pain management in cancer patients at general hospitals in northeast thailand. *Srinagarind Med J* 2012;27:279-87.
7. Kim M, Park H, Park EC, Park K. Attitude and knowledge of physicians about cancer pain management: young doctors of south korea in their early career. *Jpn J Clin Oncol* 2011;41: 783-91.
8. Jho HJ, Kim Y, Kong KA, Kim DH, Choi JY, Nam EJ, et al. Knowledge, practices, and perceived barriers regarding cancer pain management among physicians and nurses in Korea: a nationwide multicenter survey. *Plos One* 2014;9:e105900.
9. 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.
10. Srisawang P, Rashid HO, Hirosawa T, Sakamoto J. Knowledge, attitudes and barriers of physicians, policy makers/regulators regarding use of opioids for cancer pain management in Thailand. *Nagoya J Med Sci* 2013;75: 201-12.
11. 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.
12. Thorndike RM. Correlation procedures for research. *Biom J* 1978;21:183-4.
13. Nimmaanrat S, Prechawai C, Phunggrassami T. Cancer pain and its management: a survey on interns' knowledge, attitudes and barriers. *Palliat Care Res Treat* [Internet]. 2010 [cited 2019 Feb 2];4. Available from: <https://doi.org/10.1177/117822421000400001>
14. 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.
15. Dahan A, Aarts L, Smith TW. Incidence, reversal, and prevention of opioid-induced respiratory depression. *Anesthesiol J Am Soc Anesthesiol* 2010;112:226-38.
16. Højsted J, Sjøgren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: a literature review. *Eur J Pain Lond Engl* 2007;11:490-518.

17. Von RJH, Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Pandya KJ. Physician attitudes and practice in cancer pain management: a survey from the eastern cooperative oncology group. *Ann Intern Med* 1993;119:121–6.
  18. Malhotra C, Chan N, Zhou J, Dalager HB, Finkelshtein E. Variation in physician recommendations, knowledge and perceived roles regarding provision of end-of-life care. *BMC Palliat Care* 2015;14:52.
  19. Nimmaanrat S, Oofuvong M. Attitudes of Medical Students Regarding Cancer Pain Management: comparison between pre- and post-lecture test findings. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015;16:7453–6.
  20. Wilkes G, Lasch KE, Lee JC, Greenhill A, Chiri G. Evaluation of a cancer pain education module. *Oncol Nurs Forum* 2003;30:1037–43.
  21. Gunnarsdottir S, Serlin RC, Ward S. Patient-related barriers to pain management: the Icelandic barriers questionnaire II. *J Pain Symptom Manage* 2005;29:273–85.
-