

APPENDIX F
PHYSICIAN QUESTIONNAIRE (THAI)

ID.....

แบบสอบถามแพทย์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความเห็นเรื่องการบริหารจัดการความปลอดภัยจากมะเร็งในหน่วยงานของท่าน

ส่วนที่ 3 ความรู้และทัศนคติการใช้ยาระงับปวดกลุ่มยาเสพติด บริหารจัดการความปลอดภัยจากมะเร็ง

ส่วนที่ 4 ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาความปลอดภัยจากมะเร็งในหน่วยงานของท่าน

ID.....

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง [] หน้าข้อความที่ท่านเลือกเพียงข้อเดียว หรือเติมข้อความในช่องว่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ []₁ ชาย []₂ หญิง
2. อายุ.....ปี (เศษไม่เต็มปี ให้ปัดทิ้ง)
3. สถานะปัจจุบัน
 ₁ แพทย์ในโรงเรียนแพทย์ โดยเป็น
 ₁ อาจารย์แพทย์ []₂ Fellow []₃ Resident []₄ Intern []₅ Extern
 ₂ แพทย์เวชปฏิบัติในโรงพยาบาล
4. สาขาที่เกี่ยวข้อง
 ₁ Anesthesiology []₂ Pain therapist []₃ Oncology
 ₄ Internal medicine []₅ Surgery []₆ Radiology
 ₇ อื่น ๆ (ระบุ).....
5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งประมาณ.....ราย
6. ท่านทำงานเป็นแพทย์ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง นานประมาณเดือน.....ปี
7. ท่านให้การบำบัดอาการปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็งด้วยยาระงับปวด ไซหรือไม
 ₀ ไม่ใช่ []₁ ใช่ Guideline ที่ท่านใช้ คือ
8. ท่านเคยเข้าร่วมประชุมวิชาการเกี่ยวกับการรักษาความปวดที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งหรือไม่
 ₀ ไม่เคย []₁ เคย
9. ท่านมีประสบการณ์ให้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ต่อไปนี้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งหรือไม่
 - Morphine tablet/capsule []₀ ไม่เคย []₁ เคย
 - Morphine syrup []₀ ไม่เคย []₁ เคย
 - Fentanyl ชนิดแปะผิวหนัง []₀ ไม่เคย []₁ เคย