

3

がん疼痛マネジメントにおける患者教育

*：がん疼痛マネジメント適切で効果的な疼痛緩和を行うために、患者の体験に焦点をあてた包括的評価、痛みの治療とケア（薬物療法、その他の治療、非薬物療法、ケア）および継続的な評価を含めた多職種で行う過程を指す。

● がん疼痛マネジメント*を受けている患者に、疼痛マネジメントについて教育を行うことは有効か？

関連する臨床疑問

- ▶ 40 がん疼痛マネジメントについて患者に教育を行うことで、痛みは緩和するか？
- ▶ 41 がん疼痛マネジメントについての教育は、どのように行うべきか？

推奨

- ▶ 40 がん疼痛マネジメントについて患者に教育を行う。
1A (強い推奨, 高いエビデンスレベル)
- ▶ 41-1 がん疼痛マネジメントについての教育は、その患者が実際に心配していることを明らかにし、患者個別に応じた教育を行う。
- ▶ 41-2 がん疼痛マネジメントについての患者教育は、継続して行う。
- ▶ 41-3 がん疼痛マネジメントについての患者教育の内容には、痛みとオピオイドに関する正しい知識、痛みの治療計画と具体的な鎮痛薬の使用方法、医療従事者への痛みの伝え方、非薬物療法と生活の工夫、セルフコントロールなどを含める。
1B (強い推奨, 低いエビデンスレベル)

▶ 臨床疑問 40

がん疼痛マネジメントについて患者に教育を行うことで、痛みは緩和するか？

推奨

がん疼痛マネジメントについて患者に教育を行うことで、痛みは緩和する。

がん疼痛マネジメントについて患者に教育を行う。

1A (強い推奨, 高いエビデンスレベル)

解説

本臨床疑問に関連した臨床研究は、複数の系統的レビューと無作為化比較試験がある。Allard ら¹⁾による系統的レビューでは、がん疼痛のある患者を対象として、

患者個々に応じた教育とフォローアップを行う（オピオイドについての認識を把握し誤解を修正する，オピオイドの内服方法をコーチングするなど）ことにより，痛みやオピオイドについての正しい知識の習得のみならず，痛みの改善にも効果的であることが示唆されている。また，Goldbergら²⁾による入院中のがん患者への患者教育についての系統的レビューでは，患者に対してカウンセリングなどを用いた教育的な介入は，痛みを改善し，痛みやオピオイドについての正しい知識を習得したと結論された。また，Devineら³⁾の成人がん患者への心理教育的介入についての系統的レビューでは，リラクセーション，鎮痛薬使用についての患者教育，カウンセリングには，患者の痛みを緩和する効果があることが示されている。

がん患者を対象として，がん疼痛マネジメントについての患者教育が痛みに及ぼす効果を評価した無作為化比較試験は9件ある（表1）。このすべてにおいて痛みの強さが軽減されており，教育プログラムとして，冊子やスライドを用いた説明やビデオ，録音テープ，痛み日記，継続したフォローアップなどさまざまな方法が組み合わせて実施されていた。

＊ ＊

以上より，がん疼痛マネジメントについて患者に教育を行うことで，痛みは緩和すると考えられる。

したがって，本ガイドラインでは，がん疼痛マネジメントを受ける患者には，がん疼痛マネジメントについて教育を行うことを推奨する。

表1 がん患者を対象とした痛みが緩和された教育プログラム（1）

de Witらのプログラム（1997） ⁴⁾	
対象	がん専門病院の患者313例（オランダ）
方法	介入群では，①痛みやがん疼痛マネジメントに関する情報提供や教育，②痛み日記を用いた痛みの記録方法の説明，③痛みについて医療従事者とのようにコミュニケーションをとるかなどに関する説明を行った。説明を録音したテープと，冊子を用いて，個々の患者のニーズにあわせたプログラムを入院中に行った。 介入群は，プログラムを受けた後，退院3日目，7日目に看護師が電話によるフォローアップを行った。退院後は介入群，対照群ともに訪問看護師が関わった群と関わらなかった群に振り分けられ，①訪問看護なしの対照群（103例），②訪問看護なしの介入群（106例），③訪問看護ありの対照群（51例），④訪問看護ありの介入群（53例）の4群を比較した。データ収集は，ベースライン，退院2，4，8週後に行った。
結果	退院後75%の患者が冊子を全部読み，62%がテープをすべて聴き，86%が痛み日記を記録していた。訪問看護なしの群での比較では，5以上の痛みを訴える割合が低下した（2週間目：16% vs 29%， $p < 0.05$ ；4週間目：15% vs 32%， $p < 0.01$ ）。訪問看護ありの群での有意差はなかった。
Laiらのプログラム（2004） ⁵⁾	
対象	腫瘍病棟に入院している患者30例（台湾）
方法	10～15分の教育セッションを5日間，痛みについて訓練を受けた腫瘍看護師が16ページの冊子を用いて行った。最後の2日間では，患者の個別の疑問に応じて，これまで学習してきたことの振り返りや，今後に向けた話し合いを行った。 冊子の内容は，①痛みの日々の生活への影響，②痛みの緩和方法や処方薬剤，③オピオイドの誤解，④副作用への対処，⑤痛みが長引くことの弊害，⑥非薬物療法，⑦痛みの強さを観察することの重要性，⑧NRS*を用いて医療従事者に痛みを伝える方法，⑨医療従事者に痛みを訴える権利，⑩患者自身が行うこと，⑪がんの痛みは緩和できることであった。

*：NRS

(numerical rating scale)

痛みを0から10の11段階に分け，痛みが全くないのを0，考えられるなかで最悪の痛みを10として，痛みの点数を問うもの。P32参照。

（つづく）

表1 がん患者を対象とした痛みが緩和された教育プログラム (2)

結果	介入前後の比較で、介入群では対照群と比べ平均的な痛みの強さが低下していた (5.0→2.8 vs 4.3→3.7, $p<0.05$)。また、オピオイドへの正確な知識が増え、「痛みはコントロールできる」という認識が増えていた。
Rimer らのプログラム (1987)⁶⁾	
対象	外来通院中のがん患者 230 例 (米国)
方法	介入群の患者は、訓練を受けた腫瘍看護師とのセッションを受けた。セッションでは、①看護師が作成した重要事項記載カード (薬剤名と起こりうる副作用などが記載されている) と、②「No More Pain」の冊子 (個別の鎮痛薬の服薬計画や説明が記載されている) をもとに 15 分間のカウンセリングを行った。冊子には、その患者に使用される鎮痛薬の種類や方法が記載され、看護師はこの冊子を枠組みとしてカウンセリングを行った。
結果	介入群では対照群と比較して、介入後 1 カ月後の痛みについて「痛みがない、あるいは、軽い痛み」と回答した患者が多かった (44% vs 24%, $p=0.07$)。また、介入群の患者は、対照群の患者と比べて、正確なスケジュールで、正確な薬剤量を服薬する傾向にあった。介入群では医療用麻薬に対する心配をもっている患者の割合が減少した：精神依存 (addiction) に関する心配 (95% vs 82%, $p=0.02$)、耐性に関する心配 (95% vs 75%, $p=0.0002$)。
Miaskowski らのプログラム (PRO-SELF) (2004)⁷⁾	
対象	骨転移のあるがん患者 174 例 (米国)
方法	トレーニングを受けた看護師が、第 1 週に訪問し、①冊子を用いた鎮痛薬の誤解の相談、②ピルボックスを使用した経口剤の整理、③痛み日記を利用した疼痛評価の方法、④痛みが緩和しない時の医師とのコミュニケーション方法などについて、患者の個性にあわせた面接を行った。その後、フォローアップとして、2, 4, 5 週目に電話で痛みの強さと鎮痛薬の使用方法を確認し、3, 6 週目に患者の自宅を訪問した。
結果	介入群では対照群と比較して、6 週目までの痛みの NRS が有意に減少した (グラフで示されており数値の記載はない、 $p<0.0001$)。また、介入群では、定期使用薬と頓用薬の合計使用量がより増加していた。
Oliver らのプログラム (2001)⁸⁾	
対象	痛みのある外来通院中の患者 64 例 (米国)
方法	痛みに関する知識や自己管理、疼痛コントロールについて、個別教育とコーチングセッション (約 20 分) を行った。セッションには、①患者の痛みやオピオイドについての認識を確認、②誤解に対する教育、③WHO の疼痛コントロールガイドラインに関する説明、④治療目標を確認、⑤目標に到達するための方法を具体的にすることが含まれている。
結果	介入群では、対照群と比較して 2 週間後の痛みの平均の強さが改善した (グラフで示されており数値の記載はない、 $p=0.014$)。痛みによる障害、痛みの頻度、痛みの知識に関しては、群間差はみられなかった。
Syrjala らのプログラム (2008)⁹⁾	
対象	がんに関連した痛みのある外来通院中のがん患者 93 例 (米国)
方法	介入群は、基本的な痛みの伝え方に関する 15 分間のビデオを視聴し、個々の患者が疑問に思っていることに焦点をあて、ハンドブックをもとに看護師とともに約 20 分間の振り返りを行った。 ハンドブックは 4 つのセクションから構成され、①あなた (患者) が知りたいこと：痛みの緩和のバリアや利用可能な治療の選択肢、医師とのコミュニケーションの重要な要素について、②副作用：痛みの治療を妨げる可能性のある副作用とその対処方法について、③医師に伝えること：在宅での状態に焦点をあてた症状のチェックリスト 1 枚、④治療：26 の一般的な薬剤や他の痛みの治療に関する取り外し可能なカードが含まれている。 上記セッション 72 時間後に看護師が電話によるフォローアップを 10 分間行い、痛みとその他の症状の評価、およびハンドブックの使用の有無の確認を行い、患者の質問に応じた。介入の評価は開始時 (基準値)、1, 3, 6 カ月後に行った。

(つづく)

表1 がん患者を対象とした痛みが緩和された教育プログラム (3)

結果	介入群では、対照群と比較して、痛みの緩和のバリアが軽減し（介入群の平均値－対照群の平均値＝－0.3, $p<0.001$ ）、普段の痛みの平均値も軽減した（介入群の平均値－対照群の平均値＝－0.8, $p=0.03$ ）。また、オピオイドの1日の平均使用量も増加した（介入群の平均値－対照群の平均値＝0.3, $p<0.001$ ）。
Thomas らのプログラム (2012) ¹⁰⁾	
対象	がんに関連した痛みがある外来通院中のがん患者 318 例（米国）
方法	コーチングの群（105 例）、標準的な教育を受ける群（103 例）、通常ケアの群（109 例）の 3 群に振り分け、標準的な教育の群は、がん疼痛マネジメントのビデオ（バリアを克服することに焦点をあてたもの）を視聴し、がん疼痛マネジメントに関する冊子を受け取った。コーチングの群は、標準的な教育に加えて、がん疼痛マネジメントにおけるバリアが減少するための、動機づけのインタビュー技法の訓練を受けた専門看護師より 30 分間の電話のセッションを 4 回受け（6 週間の間に約 1 週おきに実施）、がん疼痛マネジメントにおける態度のバリア、鎮痛薬の使用、非薬物療法、がん疼痛マネジメントに関するコミュニケーションについて検討した。また、標準的な教育の群と通常ケアの群は、リサーチアシスタントによる電話を 4 回受けた（6 週間の間に約 1 週おきに実施）。
結果	コーチングの群では、標準的な教育の群と通常ケアの群と比較して、6 週間後の痛みによる機能障害に関するスコアが軽減した（グラフで示されており数値の記載はない、 $p=0.03, 0.02$ ）。痛みの強度や痛みのスコアは、コーチングの群が最も改善したが、3 群において統計学的な有意差はみられなかった。また、がん疼痛マネジメントのバリアのスコアも群間差はみられなかった。
Yildirim らのプログラム (2009) ¹¹⁾	
対象	痛みがある入院中のがん患者 40 例（トルコ）
方法	介入群は、研究者が作成した冊子やスライドを用いて、痛みの定義や痛みの原因、痛みの薬物療法（鎮痛薬の名前、量、使用目的、使用方法）、副作用（鎮静、便秘、耐性など）、がん疼痛マネジメントに関する誤った信仰・誤解（依存、耐性など）、非薬物療法（冷罨法、温罨法、リラクゼーション、マッサージなど）、痛みのアセスメント（NRS を使用）に関する患者教育プログラムを受け、医療者に冊子の内容について自由に質問した。1 回目のセッションは 30～40 分間で、患者の病室で行った。そして、3、7 日後に 5～15 分の同様のセッションが実施された。
結果	介入群では、対照群と比較して、介入 2、4、8 週間後の現存する痛みのスコア（3.1→1.1→1.2→1.2, $p<0.05$ ）と最も弱い痛みのスコア（1.3→0.7→0.8→0.7, $p<0.05$ ）が軽減した。また、痛みの治療に対する満足度のスコアも同様に改善した（7.3→8.0→8.3→8.3, $p<0.05$ ）。また、介入後 2 週間後のがん疼痛マネジメントのバリアのスコア（2.1→1.3, $p<0.01$ ）も低下した。
van der Peet らのプログラム (2009) ¹²⁾	
対象	痛みがある外来通院中のがん患者 120 例（オランダ）
方法	介入群では、1、3、6 週目に看護師が患者の自宅を訪問した。1 回の訪問時間は、1～1 時間半で、1 週目の訪問では、患者にあわせた教育をするために初期データを取り、痛みの冊子を渡し、がん疼痛マネジメントに関する質問を受け、可能であれば家族もいるところで教育した。そして、1 日 2 回、NRS を使用して痛みの強度を痛み日記に記録する方法について説明し、痛みや他の症状が生じた際に医療従事者へ連絡するよう促した。1 回目の訪問後、看護師は主治医に報告書を提出し、必要があれば、すべてのケースに関してがんの痛みの治療の専門家に鎮痛薬についてコンサルテーションが受けられた。3、6 週目の訪問では、痛み日記を振り返り、痛みの強度を確認し、患者が十分理解していない冊子の内容について話し合ったり繰り返し情報を伝えたりした。
結果	介入群では、対照群と比較して、介入 4 週間後で痛みが軽減し（4.7→3.8 vs 4.4→3.8, $p=0.02$ ）、介入 8 週間後は軽減しなかった。介入 8 週間後では、介入群では、対照群と比較して、痛みの知識が向上した（53→63 vs 60→57, $p<0.001$ ）が、痛みの知識の向上と痛みの強度の軽減には関連がみられなかった。

▶ 臨床疑問 41

がん疼痛マネジメントについての教育は、どのように行うべきか？

推奨

- ▶ 41-1 がん疼痛マネジメントについての教育は、その患者が実際に心配していることを明らかにし、患者個別に応じた教育を行う。
- ▶ 41-2 がん疼痛マネジメントについての患者教育は、継続して行う。
- ▶ 41-3 がん疼痛マネジメントについての患者教育の内容には、痛みとオピオイドに関する正しい知識、痛みの治療計画と具体的な鎮痛薬の使用法、医療従事者への痛みの伝え方、非薬物療法と生活の工夫、セルフコントロールなどを含める。

1B (強い推奨, 低いエビデンスレベル)

解説

がん疼痛マネジメントについての患者教育をどのように行うべきかについての具体的な方法と方法を比較した質の高い臨床試験はない。

したがって、どの方法が他の方法と比較して効果があるかは明らかではない。

本ガイドラインでは、専門家の合意として、がん疼痛マネジメントの教育は実際には複数の方法が組み合わせて行われるため、表1に挙げた無作為化比較試験で実施されていた介入プログラムに共通していた内容や方法を整理し、推奨する。

また、がん患者の家族は、患者のがん疼痛マネジメントへの不安をもっており (Ferrell ら)、患者が痛みを経験していても、家族が鎮痛薬の服薬にためらいや不安をもち、患者に鎮痛薬を服用させたくないという考えをもつことがある (Lin)。したがって、がん疼痛マネジメントについての患者教育においては、可能な限り、家族も含め行うことが望ましい。

41-1 患者個別に応じた教育を行う

有効性が実証された教育プログラムでは、痛みに対する「全般的な情報」よりも「その患者が実際に心配していることを明らかにし対応すること」が要素として含まれている (de Wit ら⁴, Lai ら⁵, Rimer ら⁶, Oliver ら⁸, Syrjala ら⁹, Thomas ら¹⁰, Yildirim ら¹¹, van der Peet ら¹²)。

例えば、「一般的にオピオイドでは麻薬中毒にはならない」と指導するだけでなく、「どういう心配をしていますか」など、オピオイドを使用するうえで心配している内容やその理由を患者から具体的に聞いたうえで、その患者の有している誤解を解消する。そして患者がレスキュー薬の使用法がわからないのであれば、その方法を一緒に確認するといったように、コーチングなどの技法も用い、冊子や要点を記載したカード、定期的な服用が確認できるビルボックスなどを活用しながら患者個別に応じた教育を行うことが重要である。

41-2 継続して教育を行う

有効性が実証された教育プログラムでは、1回だけではなく、時間の経過に伴ってフォローアップを電話や訪問で行ったり、初回の説明内容の録音や視聴覚教材を使用したり、痛み日記を確認したりして繰り返し教育を行っている（de Witら⁴⁾、Miaskowskiら⁷⁾、Syrjalaら⁹⁾、Thomasら¹⁰⁾、Yildirimら¹¹⁾、van der Peetら¹²⁾）。つまり、患者の痛みや鎮痛薬についての理解は一度で得られるものでなく、また、レスキュー薬の使用などは痛みのタイミングにあわせ、継続した教育が必要であることが示唆される。

41-3 教育内容として、痛みとオピオイドに関する正しい知識、痛みの治療計画と具体的な鎮痛薬の使用法、医療従事者への痛みの伝え方、非薬物療法と生活の工夫、セルフコントロールを含める

有効性が実証された教育プログラムに含まれていた教育内容を整理し表2に示した（de Witら⁴⁾、Laiら⁵⁾、Rimerら⁶⁾、Moiaaskowskiら⁷⁾、Oliverら⁸⁾、Wardら¹³⁾、Clotfelterら¹⁴⁾、Yatesら¹⁵⁾）。

(1) 痛みとオピオイドに対する正しい知識

患者の痛みやオピオイドに関する認識を確認し、痛みを緩和することの意義や痛みを我慢することの悪影響を伝え、また、疼痛緩和の障害となっている誤解に関する正しい知識を説明する。特に、オピオイドについての誤った認識（「麻薬中毒になる」、「寿命が縮まる」、「徐々に鎮痛効果がなくなる」など）がしばしばみられることがあり、その認識に至った患者個々の背景などを十分に把握したうえで、がん疼痛やオピオイドについての情報を提供していく必要がある（P92、II-6-2オピオイドの誤解についての医学的真實の項参照）。

(2) 痛みの治療計画と具体的な鎮痛薬の使用法

患者の痛みを緩和するための治療計画、すなわち患者の痛みの原因、疼痛治療の目標、痛みの治療計画、具体的な鎮痛薬の使用法、特に、定期的な鎮痛薬の服用方法、レスキュー薬の使用法、副作用の対策について説明する。

(3) 医療従事者への痛みの伝え方

痛みを医療従事者に伝えることの意義を伝え、痛みの評価、痛み日記など、患者が痛みを医療従事者に伝える方法を習得することを勧める。がん疼痛マネジメントがうまくいかなかった時の連絡方法についてもここに含まれる。具体的な痛みの強さを伝える方法としては、NRSが一般的に推奨される（P31、II-2-2痛みの評価の項参照）。

(4) 非薬物療法と生活の工夫

患者や家族が行っている有効な薬物以外の疼痛緩和方法を確認し、疼痛緩和につながる薬物療法以外の方法をみつけて行うように促す。例えば、「どのようにすれば痛みが和らぎますか、痛みが強くなりますか」などと評価し、生活のうえで痛みが悪化する要因や軽快する要因（温める、移動の仕方の工夫など）を観察し、生活に取り入れるように促す。

(5) セルフコントロール

がん疼痛マネジメントを行うために患者が自分で痛みを観察するように促す。例えば、痛み日記やフローシートを用い、患者自身がコントロールしている実感をも

表2 がん疼痛マネジメントについての患者教育に含まれるべき教育内容

痛みとオピオイドに対する正しい知識	以下の誤った認識がないかを確認する ①精神依存になる ②徐々に効果がなくなる ③副作用が強い ④痛みは病気の進行を示す ⑤注射がこわい ⑥痛みの治療をしても緩和することができない ⑦痛みを訴えない患者は「良い患者」であり、良い患者でいたい ⑧医療従事者は痛みのお話をすることを好まない
痛みの治療計画と鎮痛薬の具体的な使用方法	①患者の痛みの原因 ②痛み治療の目標 ③痛みの治療計画（化学療法、薬物療法、神経ブロック*など） ④鎮痛薬の具体的な使用方法 ・定期的な鎮痛薬の服薬方法 ・レスキュー薬の使用 ・副作用の出現と対策（悪心・嘔吐、便秘、眠気、精神症状）
医療従事者との痛みに関するコミュニケーション	①痛みを医療従事者に伝えることの意義 ②痛みを医療従事者に伝える方法（NRS、痛み日記など） ③がん疼痛マネジメントがうまくいかなかった時の連絡先
非薬物療法と生活の工夫	①患者や家族が行っている薬物以外の有効な疼痛緩和方法の確認 ②疼痛緩和につながる薬物療法以外の方法をみつけて行うように促す（温める、移動の仕方の工夫など）
セルフコントロール	①自分で痛みを観察し、コントロールするように促す

*：神経ブロック

局所麻酔薬や神経破壊薬、熱などにより神経の伝達機能を一時的・永久的に遮断することによって、または、オピオイドなど鎮痛薬の硬膜外腔・クモ膜下腔への投与によって鎮痛効果を得る手段。

（注釈）狭義の神経ブロックは一般的に前者をさし、後者とあわせたものを麻酔科的鎮痛（anesthesiological procedure）と呼ぶことがあるが、本ガイドラインでは、簡便に、両方をあわせて「神経ブロック」と呼ぶ。

てるように、一緒に患者が遂行しやすい方法を選択する。

既存のガイドラインとの整合性

NCCNのガイドライン（2012）では、がん疼痛マネジメントにおける患者教育について、痛みを緩和することの重要性、疼痛緩和に用いられる医療用麻薬では精神依存は問題にならないこと、患者と家族に痛みの程度や副作用、痛み以外の苦痛症状を緩和することで痛みのコントロールが促進されることの可能性、および、がん疼痛マネジメントに関する疑問について医療従事者に伝えることが重要であることを教育することが推奨されている。また、鎮痛薬の種類と使用方法、副作用対策、医療従事者に連絡すべき症状と連絡先の一覧を書面で情報提供すること、継続的にフォローアップすることが推奨されている。

（梅田 恵，細矢美紀，新幡智子，風間郁子，林あり子，廣岡佳代）

【文 献】

- 1) Allard P, Maunsell E, Labbé J, et al. Educational interventions to improve cancer pain control : a systematic review. J Palliat Med 2001 ; 4 : 191-203
- 2) Goldberg GR, Morrison RS. Pain management in hospitalized cancer patients : a systematic review. J Clin Oncol 2007 ; 25 : 1792-801
- 3) Devine EC. Meta-analysis of the effect of psychoeducational interventions on pain in adults with cancer. Oncol Nurs Forum 2003 ; 30 : 75-89
- 4) de Wit R, van Dam F, Zandbelt L, et al. A pain education program for chronic cancer pain patients : follow-up results from a randomized controlled trial. Pain 1997 ; 73 : 55-69

- 5) Lai YH, Guo SL, Keefe FJ, et al. Effects of brief pain education on hospitalized cancer patients with moderate to severe pain. *Support Care Cancer* 2004 ; 12 : 645-52
- 6) Rimer B, Levy MH, Keintz MK, et al. Enhancing cancer pain control regimens through patient education. *Patient Educ Couns* 1987 ; 10 : 267-77
- 7) Miaskowski C, Dodd M, West C, et al. Randomized clinical trial of the effectiveness of a self-care intervention to improve cancer pain management. *J Clin Oncol* 2004 ; 22 : 1713-20
- 8) Oliver JW, Kravitz RL, Kaplan SH, et al. Individualized patient education and coaching to improve pain control among cancer outpatients. *J Clin Oncol* 2001 ; 19 : 2206-12
- 9) Syrjala KL, Abrams JR, Polissar NL, et al. Patient training in cancer pain management using integrated print and video materials : a multisite randomized controlled trial. *Pain* 2008 ; 135 : 175-86
- 10) Thomas ML, Elliott JE, Rao SM, et al. A randomized, clinical trial of education or motivational-interviewing-based coaching compared to usual care to improve cancer pain management. *Oncol Nurs Forum* 2012 ; 39 : 39-49
- 11) Yildirim YK, Cicek F, Uyar M. Effects of pain education program on pain intensity, pain treatment satisfaction, and barriers in Turkish cancer patients. *Pain Manag Nurs* 2009 ; 10 : 220-8
- 12) van der Peet EH, van den Beuken-van Everdingen MH, Patijn J, et al. Randomized clinical trial of an intensive nursing-based pain education program for cancer outpatients suffering from pain. *Support Care Cancer* 2009 ; 17 : 1089-99
- 13) Ward S, Donovan HS, Owen B, et al. An individualized intervention to overcome patient-related barriers to pain management in women with gynecologic cancers. *Res Nurs Health* 2000 ; 23 : 393-405
- 14) Clotfelter CE. The effect of an educational intervention on decreasing pain intensity in elderly people with cancer. *Oncol Nurs Forum* 1999 ; 26 : 27-33
- 15) Yates P, Edwards H, Nash R, et al. A randomized controlled trial of a nurse-administered educational intervention for improving cancer pain management in ambulatory settings. *Patient Educ Couns* 2004 ; 53 : 227-37

【参考文献】

- 16) Ferrell BR, Grant M, Chan J, et al. The impact of cancer pain education on family caregivers of elderly patients. *Oncol Nurs Forum* 1995 ; 22 : 1211-8
- 17) Lin CC. Barriers to the analgesic management of cancer pain : a comparison of attitudes of Taiwanese patients and their family caregivers. *Pain* 2000 ; 88 : 7-14