

# ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งช่องปาก ณ หอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

อมรรัตน์ โสติดิฤทธิ์  
นารี ปานทอง

**บทคัดย่อ** การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งช่องปากในหอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ช่วงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2554 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 จำนวน 64 ราย สุ่มตัวอย่างด้วยการจับสลากเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 ราย กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนตามคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดในช่องปาก ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลการเตรียมตัวผ่าตัดตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกข้อมูลความเจ็บป่วย 3) แบบประเมินความปวด และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดในช่องปาก ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.94 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติในการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดยใช้ไคสแควร์ ค่าที่อิสระที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วยที่ใกล้เคียงกัน ทั้ง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประวัติการผ่าตัด ความปวดและการจัดการความปวดก่อนผ่าตัด ชนิดของมะเร็งช่องปาก วิธีการผ่าตัดและระยะเวลาผ่าตัด ( $P>0.05$ ) กลุ่มทดลองมีความปวดหลังผ่าตัดเฉลี่ยในขณะเคลื่อนไหวและขณะพักเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P<0.001$ ) และกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P<0.001$ ) ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้คือควรนำรูปแบบการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับการจัดการความปวดไปใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ ทางหู คอ จมูก กลุ่มอื่น ๆ ด้วย (วารสารโรคมะเร็ง 2557;34:160-171) คำสำคัญ: การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มะเร็งช่องปาก ความปวดหลังผ่าตัด ความพึงพอใจ

หอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## Effect of Patterned Information Program on Post-operative Pain Intensity and Satisfaction among Patients with Oral-cavity Cancer, ENT Ward, Songklanagarind Hospital

by Amornrat Sottirit, Naree Pantong

ENT Ward, Songklanagarind Hospital, Faculty of Medicine,

Prince of Songkla University, Songkhla

**Abstract** The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of a patterned information program on pain intensity and satisfaction among post-operative patients with oral cavity cancer in the ENT ward of Songklanagarind Hospital. The study sample comprised 64 patients with oral-cavity cancer, who were enrolled during the period March 2011-February 2012. The samples were divided equally by lottery sampling into an experimental and a control group, with 32 persons per group. The experimental group was administered the pre-operative patterned information program and pain management, while the control group received routine information. The research instruments consisted of patient's general characteristics and medical history; postoperative pain was measured by a Numerical Rating Scale and patient satisfaction form. Content validity was examined by 5 experts. The Cronbach's alpha coefficient for patient satisfaction was 0.94. The study data were analyzed by percentage, mean, and standard deviation. The Chi-square test and independent t-test were used to compare groups; significance was set at  $P < 0.05$ . The results showed that the subjects in both groups had similar characteristics, including gender, age, marital status, education, history of surgery, pain and pain management, type of cancer, surgery and surgery time ( $P > 0.05$ ). The experimental group had significantly less post-operative pain during ambulation and at rest at 24, 48, and 72 hours post-surgery than the control group ( $P < 0.001$ ). After 72 hours, the experimental group had greater satisfaction with pain management than the control group ( $P < 0.001$ ). The results of this study suggest that a patterned information program for pain management should be used with other ENT patients undergoing major surgery. (*Thai Cancer J 2014;34:160-171*)

**Keywords:** patterned information, patient satisfaction, post-operative pain, pain intensity, oral-cavity cancer

## บทนำ

มะเร็งช่องปากได้แก่โรคมะเร็งของริมฝีปาก ลิ้น กระพุ้งแก้ม เหงือก ฟันปาก และเพดานแข็ง พบประมาณร้อยละ 5 ของโรคมะเร็งทั้งหมด และพบเป็นร้อยละ 30 ของมะเร็งศีรษะและคอ โดยพบในเพศชายมากกว่าหญิง 2 เท่า<sup>1,2</sup> สำหรับอุบัติการณ์ของโรคนี้นั้นในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในช่วงปี พ.ศ. 2552 ถึง 2553 มีจำนวน 226 คน และ 214 คน ตามลำดับ<sup>3</sup> การรักษาโรคนี้นั้นส่วนใหญ่ใช้วิธีการผ่าตัด การฉายรังสีและการให้ยาเคมีบำบัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ

ความรุนแรงของโรค<sup>2</sup> สำหรับการรักษาดังกล่าวด้วย การผ่าตัด ในปี พ.ศ. 2552 และ 2553 พบว่ามีจำนวน 63 ราย และ 69 รายตามลำดับ<sup>3</sup> ปัญหาความปวดเป็นสิ่งสำคัญที่พบ หลังการผ่าตัดมะเร็งช่องปากเนื่องจากการผ่าตัดใหญ่ ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บและการบวมของเนื้อเยื่อในบริเวณที่ทำการผ่าตัด ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ปวด และตึงแผลผ่าตัด<sup>4,5</sup> ความปวดยังส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่างๆของร่างกายและจิตใจ เช่น ทำให้การเต้นของหัวใจเร็วขึ้น กระตุ้นระบบประสาท และต่อมไร้ท่อ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

จากการสลายไขมันเพิ่มขึ้น เป็นผลให้แผลหายช้าลงได้ และยังส่งผลทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ในทางลบ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ก้าว เกิดความเครียด ทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย ด้านอื่นตามมา เช่น นอนไม่หลับ เป็นต้น<sup>6</sup>

กลไกการเกิดความปวดตามทฤษฎีควบคุม ประตูละเอียดของเมลแซคค์และวอลล์อธิบายได้ว่า ความปวดเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อการที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย ประกอบด้วยความรู้สึกและอารมณ์ร่วมกัน ความปวดเกิดจากการปรับเปลี่ยนกระแสประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดซึ่งนำเข้ามาจาก ส่วนต่างๆของร่างกายก่อนนำขึ้นไปทำให้เกิดการรับรู้ ความปวดที่ระดับสมอง โดยอาศัยการทำงานของ ระบบควบคุมประตูละเอียด เมื่อกระแสประสาทขนาดใหญ่ถูก กระตุ้นจะช่วยยับยั้งการทำงานของเซลล์ที่ (Transmission T cell) ทำให้กระแสประสาทขนาดเล็กซึ่งนำ ความเจ็บปวดทำงานไม่ได้ จึงปิดประตูละเอียด และขณะเดียวกันหากมีการกระตุ้นกระแสประสาท ขนาดเล็กอย่างรุนแรงหรือการทำลายกระแสประสาท ขนาดใหญ่เป็นการเปิดประตูละเอียดทำให้เกิดความปวด<sup>7</sup> วิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพมีความสำคัญในการช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และทำให้ฟื้นตัวจากการผ่าตัดได้เร็วขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วย ฟื้นความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ส่งผลให้ระดับ ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพต้องใช้หลาย วิธีร่วมกันทั้งแบบใช้ยาและแบบไม่ใช้ยา โดยพยาบาล ต้องมีความรู้เรื่องการจัดการความปวดและนำความรู้ มาสอน ตลอดจนให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตามหลักการ

ดูแลแบบองค์รวมภายใต้หลักการของกระบวนการ พยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพ<sup>8-10</sup> การใช้ยาระงับปวดหลัง ผ่าตัดมีหลายชนิด แต่ยามอร์ฟินเป็นยาที่นิยมใช้และ ะงับปวดได้ดี โดยออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ปวดน้อยลงหรือไม่ปวด<sup>11</sup> ส่วนวิธีการจัดการ ความปวดแบบไม่ใช้ยาได้แก่ การจัดทำทาง การลด ความสนใจจากความปวดด้วยการทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น การฟังเพลง การอ่านหนังสือ เป็นต้น และยังมี การใช้ความร้อนและความเย็นประคบเป็นวิธีที่ช่วย เพิ่มประสิทธิภาพในการลดความปวดร่วมกับการใช้ยา<sup>12</sup> นอกจากนี้ยังพบว่า การให้ข้อมูลเป็นสิ่งกระตุ้นกระแส ประสาทรับความรู้สึกแล้วส่งต่อไปยังระบบควบคุม ส่วนกลางในสมองทำให้เกิดการรับรู้ความปวดที่ต้อง และยังเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวด<sup>13</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบรายงาน การศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด ควบคู่กับการศึกษาถึงความพึงพอใจต่อการจัดการ ความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งช่องปาก แต่พบรายงาน การศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดทอนซิล เช่น การใช้ผ้าเย็น ประคบที่คอร่วมกับการให้ยาเพทิดีน (pethidine) ฉีดทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันอาการปวด 2 ครั้ง หลังผ่าตัดโดยไม่ต้องรอให้ผู้ป่วยปวดก่อน และการ ให้ดื่มอาหารเหลวแช่เย็นและยาพาราเซตามอล ชนิดน้ำแช่เย็นช่วยลดความปวดหลังผ่าตัดได้<sup>14</sup> และ ยังมีการศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดทอนซิลกลุ่มอื่นพบว่า กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำก่อนผ่าตัดรวมถึงการประเมิน ความปวดและได้รับยาบรรเทาปวดตามโปรแกรม การจัดการความปวดมีคะแนนความปวดหลังผ่าตัด ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ<sup>15</sup>

นอกจากนี้แล้วยังมีรายงานการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยาและได้รับคู่มือการจัดการความปวดมีระดับความปวดหลังผ่าตัดใน 1-3 วันแรกต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ และมีระดับความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ<sup>16,17</sup> และยังมีการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องช่วยลดความวิตกกังวลและลดความปวดได้<sup>18</sup>

การปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งช่องปากในหอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่ามีการประเมินและบันทึกความปวด และให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาเมื่อผู้ป่วยต้องการรวมถึงมีการบันทึกผลของการใช้ยาบรรเทาปวดตามแนวปฏิบัติการบันทึกความปวดของฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ แต่ยังไม่มีความรู้หรือเอกสารประกอบการสอน และไม่เคยมีการประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดจากการทบทวนวรรณกรรมและรายงานการวิจัยดังกล่าวข้างต้นพบว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนโดยการแนะนำวิธีการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยาร่วมกันช่วยบรรเทาความปวดได้ดี และยังทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงผลของการสอนอย่างมีแบบแผนโดยใช้คู่มือประกอบการสอนเกี่ยวกับผลกระทบของความปวดต่อร่างกายและจิตใจ การประเมินความปวด วิธีการระงับความปวดหลังผ่าตัดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา

โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการจัดการความปวด และมีการประเมินความปวดและความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดที่ผู้ป่วยได้รับจากพยาบาล เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการพยาบาล และดูแลด้านการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดและระดับความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งช่องปากระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนและกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

## วัสดุและวิธีการ

### กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดในหอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 จำนวน 64 ราย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Power Analysis Method โดยกำหนดค่า Estimated Effect 0.8 Power ที่ 0.8 และระดับนัยสำคัญที่ 0.05<sup>19</sup> ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 ราย ใช้วิธีการจับสลากเข้ากลุ่มตามลำดับของการเข้านอนในโรงพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างต้องได้รับการผ่าตัดมะเร็งช่องปาก และได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และยินยอมเข้าร่วมวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งช่องปาก ซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม<sup>5,8-12</sup> มีเนื้อหาเกี่ยวกับผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัดต่อร่างกายและจิตใจ โดยด้านร่างกายทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น หายใจตื้น เพราะไม่กล้าหายใจเต็มที่ ทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ นอกจากนี้ยังทำให้การขับตัวของร่างกายลดน้อยลง ซึ่งอาจส่งผลให้มีอาการท้องอืด คลื่นไส้ ท้องผูก และในกรณีที่ไม่ขับตัวนานๆก่อให้เกิดแผลกดทับได้ ด้านจิตใจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ในทางลบ เช่น เครียด หงุดหงิด วิตกกังวล อาจทำให้อนอนหลับได้น้อย ส่งผลให้ร่างกายได้พักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นต้น ในคู่มือนี้มีรายละเอียดของการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ โดยการพักผ่อนอย่างเพียงพอ มีความมั่นใจในแนวทางการรักษาพยาบาล อธิบายให้ทราบถึงการดูแลและห้วงอยู่ในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ไม่รู้สึกปวดขณะผ่าตัด และจะมีทีมแพทย์ผ่าตัด วิชาญญีแพทย์และทีมพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา เมื่อผ่าตัดเสร็จจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในห้องพักฟื้นประมาณ 2 ชั่วโมงจนกระทั่งรู้สึกตัวดีและปลอดภัยจึงย้ายกลับมาดูแลต่อที่หอผู้ป่วย หลังผ่าตัดอาจมีอาการปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อบริเวณที่แพทย์ทำการผ่าตัด มีอาการบวมของแผลผ่าตัด ซึ่งอาการปวดและอาการบวมจะค่อยๆลดลงในวันต่อมา และหายปวดเมื่อแผลหายเป็นปกติ ดังนั้นในระยะ 1-2 วันแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจจะปวดแผลมาก หากได้รับยาแก้ปวดแล้วยังรู้สึกปวด

ในระดับที่ไม่สามารถพักผ่อนได้สามารถดอดหรือแจ้งพยาบาลได้ตลอดเวลาเพื่อประสานงานกับแพทย์ในการดูแลด้านความปวดร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปวดลดลง และหากมีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาแก้ปวด ได้แก่ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ท้องผูก ให้แจ้งพยาบาลได้ โดยพยาบาลจะใช้วิธีการบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์โดยการให้ยาแก้ปวดตามเวลา และใช้วิธีการบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยาาร่วมด้วย ได้แก่ การช่วยเหลือในการจัดทำทางที่สุขสบาย ไม่นอนทับแผลผ่าตัด จัดสายระบายต่างๆ ไม่ให้ดึงรั้งหรือเลื่อนหลุดเพื่อไม่ให้แผลผ่าตัดตึงหรือแยก และช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัวหรือขับตัวหลังผ่าตัดตามความพร้อมของผู้ป่วยแต่ละคน นอกจากนี้อาจใช้ผ้าเย็นประคบบริเวณศีรษะ ในกรณีปวดศีรษะหลังผ่าตัด และฝึกการหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยขจัดเสมหะที่ คั่งค้างในปอดและหลอดลมออกมา รวมถึงการเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดตามความชอบส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น การทำสมาธิ การเปิดเพลงเบาๆ และอ่านหนังสือที่ทางหอผู้ป่วยมีไว้บริการ จะมีการประเมินความปวดเป็นระยะๆ ทั้งก่อนและหลังให้ยาบรรเทาความปวด ขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยแจ้งคะแนนความปวดตามเป็นจริงในขณะที่ประเมิน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนความปวดด้วยการบอกเป็นตัวเลข 0-10 โดย 0 หมายถึงไม่ปวดแผลผ่าตัด 1-10 หมายถึงปวดมากขึ้นตามลำดับ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และมีภาพสีประกอบในคู่มือ

2. แบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเอง ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ

เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ

2.2 แบบบันทึกข้อมูลความเจ็บป่วย ประกอบด้วยประวัติเคยผ่าตัดมาก่อนหรือไม่ ข้อมูลความปวดก่อนผ่าตัด หากมีความปวดก่อนผ่าตัดใช้วิธีการจัดการความปวดก่อนผ่าตัดโดยใช้ยาหรือไม่ใช้ยา บรรเทาปวด ชนิดของมะเร็งช่องปาก วิธีการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ประเภทของยาบรรเทาปวดที่ได้รับหลังผ่าตัด

2.3 แบบประเมินความรุนแรงของความปวด โดยประเมินความปวดหลังผ่าตัดในขณะเคลื่อนไหว และขณะพักใน 24 ชั่วโมงแรก 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดตามลำดับ โดยใช้เครื่องมือวัดความปวดแบบ numeric rating scale ซึ่งมีค่าคะแนน 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่รู้สึกปวด 1-10 หมายถึง ปวดมากขึ้นตามลำดับ โดยมีคะแนนเต็มความปวดเท่ากับ 10 คะแนน ใช้เกณฑ์การแปลความหมาย ความปวดของ Serlin RC และคณะ<sup>20</sup> โดย 0 หมายถึง ไม่ปวด 1-4 หมายถึง ปวดเล็กน้อย 5-6 หมายถึง ปวดปานกลาง 7-10 หมายถึง ปวดมาก ในกรณีที่ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดมีค่าเป็นทศนิยมต่ำกว่า 0.5 บัดทิ้ง หากเกิน 0.5 บัดเป็นจำนวนเต็ม

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดที่ได้รับจากพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในด้านการสอบถามและให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด การบรรเทาปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของสมทรง วิเชียรศรี<sup>21</sup> โดยมีค่าคะแนนความพึงพอใจ 5 ระดับ ได้แก่ 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 4 หมายถึง พึงพอใจมากและ

5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด โดยผู้วิจัยเลือกใช้เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนความพึงพอใจเป็น 3 ระดับ คือ 1.00-2.33 หมายถึง พึงพอใจน้อย 2.34-3.67 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง และ 3.68-5.00 หมายถึง พึงพอใจมาก ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในส่วนของคู่มือปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดในช่องปาก และแบบสัมภาษณ์ด้านความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์จาก ภาควิชาโสต ศอ นาสิก 1 ท่าน อาจารย์วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านความปวด 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการพิเศษที่เชี่ยวชาญด้านความปวด อีก 2 ท่าน และปรับแก้เนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 10 ราย และหาความเที่ยงของแบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด โดยใช้สูตรแอลฟาครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (EC 54-123-15-7-3) ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการเก็บข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยมีสิทธิเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่ส่งผลใดๆต่อการรักษาพยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลและแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่าจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม โดยทีมผู้วิจัยได้สอนผู้ป่วยในกลุ่มทดลองก่อนผ่าตัด 1 วัน ตามแผนการสอนที่ได้เตรียมไว้โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ใช้คู่มือการปฏิบัติตัว

เพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดในช่องปากซึ่งมีภาพสีประกอบการสอน มีเนื้อหาเกี่ยวกับผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดในช่องปาก แนวทางในการลดความปวดหลังผ่าตัดโดยการใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยา โดยการสอนครั้งเดียวใช้เวลาประมาณ 30 นาที เปิดโอกาสให้สอบถามได้ และมีการประเมินผลการสอนย้อนกลับว่าผู้ป่วยเข้าใจหรือไม่ พร้อมทั้งแจกคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดในช่องปากไว้ให้ผู้ป่วยอ่านทบทวนส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติก่อนผ่าตัด 1 วันโดยพยาบาลประจำการ เกี่ยวกับการเตรียมตัวผ่าตัด การประเมินความปวดและวิธีการระงับความปวดตามความถนัดของพยาบาลแต่ละคน ไม่มีคู่มือประกอบการสอน แล้วเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลความเจ็บป่วย ประเมินความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมงตามลำดับ และประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงโดยให้ผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจด้วยตนเองหรือใช้การสัมภาษณ์กรณีผู้ป่วยไม่สามารถตอบเองได้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและความเจ็บป่วย หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ระยะเวลาในการผ่าตัด คะแนนความปวดและคะแนนความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและ

ความเจ็บป่วยโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ไลค์ลิฮูด (Likelihood ratio test) ฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) และใช้ค่าทีอิสระ (Independent t-test) ในกรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง รวมทั้งทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรุนแรงของความปวดและความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าทีอิสระ

### ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดมะเร็งช่องปากที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับการจัดการความปวด (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลการจัดการความปวดตามปกติ (กลุ่มควบคุม) มีลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับประถมศึกษา เป็นมะเร็งที่ลิ้น และผ่าตัดเอาเนื้อออกเป็นบริเวณกว้าง ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนของความปวดหลังผ่าตัดในขณะเคลื่อนไหวและขณะพักใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงแรกน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 นอกจากนี้ยังพบว่าความพึงพอใจโดยรวมในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (mean=4.61 และ 3.62, SD=0.32 และ 0.51 ตามลำดับ;  $P < 0.001$ ) รายละเอียดตามตารางที่ 3

### วิจารณ์และสรุป

การศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีระดับความปวดหลังผ่าตัดใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอน

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะส่วนบุคคลและ ความเจ็บป่วย	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	P
	n = 32	n = 32	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
<b>เพศ</b>			0.442
ชาย	21 (65.6)	18 (56.3)	
หญิง	11 (34.4)	14 (43.7)	
<b>อายุ (ปี) Mean (SD)</b>	60.31 (13.6)	63.94 (13.7)	0.293
<b>สถานภาพสมรส</b>			0.414
คู่	22 (68.7)	24 (75.0)	
โสด	2 (6.3)	2 (6.3)	
หย่า	2 (6.3)	0 (0)	
<b>การศึกษา</b>			0.498
ไม่ได้ศึกษา	3 (9.4)	3 (9.4)	
ประถมศึกษา	20 (62.5)	23 (71.9)	
มัธยมศึกษา	6 (18.7)	6 (18.7)	
อนุปริญญา	1 (3.1)	0 (0)	
ปริญญาตรี	2 (6.3)	0 (0)	
<b>ประวัติการผ่าตัด</b>			0.317
เคยผ่าตัด	14 (43.8)	18 (56.2)	
ไม่เคยผ่าตัด	18 (56.2)	14 (43.8)	
<b>ประวัติการมีความปวดและการใช้ยาบรรเทาปวด</b>			0.758
ไม่ปวด	14 (43.8)	14 (43.8)	
ปวดแต่ไม่ใช้ยาแก้ปวด	6 (18.7)	4 (12.4)	
ปวดและใช้ยาแก้ปวด	12 (37.5)	14 (43.8)	
<b>ประวัติการจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา</b>			0.496
ไม่เคยใช้	30 (93.8)	31 (96.9)	
ทำสมาธิ	1 (3.1)	0 (0)	
ใช้ความร้อน/เย็นประคบ	1 (3.1)	1 (3.1)	
<b>ชนิดของมะเร็งในช่องปาก</b>			0.719
มะเร็งริมฝีปาก	1 (3.1)	4 (12.5)	
มะเร็งลิ้น	13 (40.7)	10 (31.2)	
มะเร็งกระพุ้งแก้ม	3 (9.4)	4 (12.5)	



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคลและ ความเจ็บป่วย	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	P
	n = 32 จำนวน (ร้อยละ)	n = 32 จำนวน (ร้อยละ)	
<b>ชนิดของมะเร็งในช่องปาก (ต่อ)</b>			
มะเร็งบริเวณกราม	4 (12.5)	2 (6.3)	
มะเร็งเพดานแข็ง	1 (3.1)	2 (6.3)	
มะเร็งเหงือก	4 (12.5)	5 (15.6)	
มะเร็งพื้นปาก	6 (18.7)	5 (15.6)	
<b>ชนิดการผ่าตัด</b>			0.387
Wide excision	3 (9.4)	9 (28.1)	
Wide excision + mandibulectomy	2 (6.3)	2 (6.3)	
Wide excision + neck dissection	12 (37.5)	7 (21.9)	
Mandibulectomy	2 (6.2)	5 (15.6)	
Mandibulectomy + neck dissection	8 (25.0)	5 (15.6)	
ผ่าตัดอื่นๆ ในช่องปาก	5 (15.6)	4 (12.5)	
<b>ระยะเวลาผ่าตัด (นาที) Mean (SD)</b>	260 (132.7)	294 (154.0)	0.346
<b>ชนิดของยาบรรเทาปวดที่ใช้</b>			0.641
Opioid	3 (9.4)	2 (6.3)	
Opioid + non-opioid	29 (90.6)	30 (93.7)	

SD = standard deviation

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความปวดและระดับความปวดหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง

หลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มควบคุม (n = 32)		P
	ความปวด		ความปวด		
	คะแนนเฉลี่ย (SD)	ระดับ	คะแนนเฉลี่ย (SD)	ระดับ	
ขณะเคลื่อนไหวใน 24 ชั่วโมง	4.31 (1.12)	เล็กน้อย	6.63 (1.24)	มาก	<0.001
ขณะพักใน 24 ชั่วโมง	3.16 (1.05)	เล็กน้อย	5.22 (1.10)	ปานกลาง	<0.001
ขณะเคลื่อนไหวใน 48 ชั่วโมง	3.44 (0.95)	เล็กน้อย	5.66 (1.07)	ปานกลาง	<0.001
ขณะพักใน 48 ชั่วโมง	2.25 (0.76)	เล็กน้อย	4.16 (1.08)	เล็กน้อย	<0.001
ขณะเคลื่อนไหวใน 72 ชั่วโมง	3.03 (1.03)	เล็กน้อย	5.31 (1.12)	ปานกลาง	<0.001
ขณะพักใน 72 ชั่วโมง	1.84 (0.88)	เล็กน้อย	4.03 (1.00)	เล็กน้อย	<0.001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนและระดับความพึงพอใจหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงของกลุ่มตัวอย่าง

การจัดการความปวด	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มควบคุม (n = 32)		P
	ความพึงพอใจ		ความพึงพอใจ		
	คะแนนเฉลี่ย (SD)	ระดับ	คะแนนเฉลี่ย (SD)	ระดับ	
โดยรวม	4.61 (0.32)	มาก	3.62 (0.51)	ปานกลาง	<0.001
ด้านการสอบถามและให้ข้อมูล	4.57 (0.37)	มาก	3.56 (0.54)	ปานกลาง	<0.001
การใช้ยาบรรเทาปวด	4.64 (0.36)	มาก	3.73 (0.67)	มาก	<0.001
การไม่ใช้ยาบรรเทาปวด	4.61 (0.34)	มาก	3.57 (0.56)	ปานกลาง	<0.001

ตามปกติ อธิบายได้ว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดด้วยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาตามคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดในช่องปากในกลุ่มทดลอง และมีการแจกคู่มือไว้ให้ผู้ป่วยทบทวนหลังสอน ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด ช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มความมั่นใจในการเผชิญความปวดและการที่กลุ่มควบคุมมีความปวดสูงกว่ากลุ่มทดลอง อาจเนื่องจากการให้ข้อมูลในกลุ่มควบคุมเนื้อหาส่วนใหญ่เน้นการเตรียมตัวผ่าตัด ไม่ได้เน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวด มีการบอกด้วยคำพูด ไม่มีภาพและคู่มือประกอบการสอน อาจทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดน้อยกว่าในกลุ่มทดลอง จึงทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความปวดน้อยกว่า ส่งผลให้มีความปวดสูงกว่าหรืออาจกล่าวตามทฤษฎีการควบคุมความปวดได้ว่า การได้รับข้อมูลในการเตรียมความพร้อมสำหรับการเผชิญความปวดที่ถูกต้องอย่างเพียงพอช่วยลดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นการลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ ทำให้มีการยับยั้งการนำกระแสประสาทรับรู้ความปวดในสมอง ทำให้ความปวดลดลงได้<sup>7</sup> ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้อง

กับการศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดทอนซิล ซึ่งพบว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำก่อนผ่าตัดรวมถึงการประเมินความปวดและได้รับยาบรรเทาปวดตามโปรแกรมการจัดการความปวดและทำการประเมินความปวดหลังผ่าตัดในวันที่ 4 และวันที่ 7 พบว่ากลุ่มที่ใช้โปรแกรมการจัดการความปวดมีคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ ( $P=0.002$  และ  $0.005$  ตามลำดับ)<sup>15</sup> รวมถึงสอดคล้องกับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งพบว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนความปวดเมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P<0.001$ )<sup>18</sup> และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาด้วยการสอนตามโปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องพร้อมทั้งแจกคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อจัดการความปวดหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลอง พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P<0.001$ )<sup>17</sup>

สำหรับความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด โดยรวมและในแต่ละด้าน ซึ่งประกอบด้วยด้านการสอบถามและให้ข้อมูล ด้านการใช้ยาบรรเทาปวดและ

การจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากเมื่อมีการจัดการความปวดที่ดีส่งผลให้ความปวดลดลง จึงส่งผลทำให้เกิดความพึงพอใจในระดับที่สูงกว่าสอดคล้องกับการศึกษาในการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งพบว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนการจัดการความปวดและได้รับคู่มือการจัดการความปวดไว้ทบทวนหลังสอนมีความพึงพอใจในการจัดการความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ )<sup>16,17</sup> และระดับความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดที่อยู่ในระดับสูงอาจเนื่องจากเมื่อมีการประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าพยาบาลให้ความสนใจในปัญหาความปวด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมโดยการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดอย่างเพียงพอ การเอาใจใส่ การให้กำลังใจ สอบถามและรับฟังปัญหาของผู้ป่วยจากแพทย์และพยาบาลยังส่งผลให้ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง<sup>22</sup>

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแม้ปัญหาความปวดหลังผ่าตัดมะเร็งช่องปากเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวดอย่างเพียงพอในรูปแบบของการอธิบายเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาความปวดโดยใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยาบรรเทาความปวดโดยมีคู่มือประกอบการสอนตลอดจนการเอาใจใส่สอบถามถึงปัญหาความปวดที่ผู้ป่วยได้รับจากพยาบาลมีผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดที่ดีและช่วยเพิ่มความพึงพอใจต่อการให้การพยาบาลในการดูแลด้านความปวด ดังนั้นจึงควรนำรูปแบบการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับ

การจัดการความปวดไปใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ทางหูคอ จมูก กลุ่มอื่นๆด้วย

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.ดร.โฆมพัทตร์ มณีวัต ที่ปรึกษาวิจัย ศ.นพ.วิฑูรย์ ลีลามานิตย์ ผศ.พญ.นลินี โกวีทรวางษ์ ผศ.ดร. วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร คุณกาญจน์ ชาติชาคร และคุณอาภรณ์ พงษ์หา ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน คุณอวยพร ภัทรภักดีกุล ที่ช่วยตรวจสอบผลงานวิจัย คุณสมทรง วิเชียรศรี ที่ให้ความอนุเคราะห์แบบวัดความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด คุณบุญมาศ จันศิริมงคล ที่ช่วยเหลือในการทำวิจัย คุณธิดารัตน์ ผอมแก้ว ที่ให้คำแนะนำการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งขอบคุณเจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้ป่วย ผ่าตัดมะเร็งช่องปากที่เข้ารับการผ่าตัดในหอผู้ป่วย หู คอ จมูก ทุกคน ที่อนุญาตและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และขอบคุณคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ให้ทุนวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก เข้าถึงได้จาก: <http://www.nci.go.th/knowledge/pak.htm>. เข้าถึงเมื่อ 20 มี.ค. 2553.
2. สุรศักดิ์ พุทธานภาพ. มะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ. ใน: กรีกษา ม่วงทอง, ประสิทธิ์ มหากิจ, ปริยนันท์ จารุจินดา, ภาณุวิชญ์ พุ่มหิรัญ, บรรณารักษ์. ตำราโรค หู คอ จมูก. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์; 2548. หน้า 266-72.
3. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. งานทะเบียนมะเร็ง. ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง ปี พ.ศ. 2552-2553. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์; 2553.
4. ศศิกานต์ นิมนานรัชต์. แนวคิดความปวด: องค์ความรู้ใหม่ทศวรรษที่ 21. ใน: รายงานประกอบการอบรมวิชาการเรื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน "การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ"; วันที่ 26-28 พฤษภาคม 2547. สงขลา: 2547.

5. ศรีสุนทรา เจริญทรัพย์พัฒนา. การพยาบาล หู คอ จมูก (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2555. หน้า 151-60.
6. Karen A, Sikorski, Donna MB. Clients with Pain (ผู้ป่วยที่มีปัญหาความเจ็บปวด). ใน: ผ่องศรี ศรีมรกต, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 1. กรุงเทพฯ: โอกรูป เพรส; 2551. หน้า 260-320.
7. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. Science 1965;150:971-9.
8. สมบูรณ์ เทียนทอง. การจัดการความปวดหลังผ่าตัด: สิ่งที่คุณควรรู้. ใน: ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, ชัชชัย ปรีชาไว, บรรณาธิการ. ความปวดและการระงับปวด Pain & Pain Management 2. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2552. หน้า 71-86.
9. อนงค์ ประสาทนันทิกิจ. บทบาทพยาบาลในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด. ใน: ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, ชัชชัย ปรีชาไว, บรรณาธิการ. ความปวดและการระงับปวด Pain & Pain Management. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2549. หน้า 87-98.
10. อนงค์ ประสาทนันทิกิจ. บทบาทของพยาบาลในการประเมินความปวด. ใน: ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, ชัชชัย ปรีชาไว, บรรณาธิการ. ความปวดและการระงับปวด Pain & Pain Management 2. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2552. หน้า 57-70.
11. ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. ยาระงับปวดชนิด opioid. ใน: ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, บรรณาธิการ. ตำราความปวดและการระงับปวดในเวชปฏิบัติ. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2553. หน้า 21-40.
12. McCaffery M. What is the role of nondrug methods in the nursing care of patients with acute pain?. Pain Manag Nurs 2002;3:77-80.
13. Wilkie DJ. Nursing management pain. In: Lewis SM, Heitkemper MM, Dirken SR, editors. Medical-surgical nursing assessment and management of clinical problems. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 2000. p. 124-54.
14. เฉลิมพงษ์ สุขคนธผล. Clinical tracer เรื่องการผ่าตัดทอนซิล เข้าถึงได้จาก: <http://gotoknow.org/blog/Chalermpong/5459>. เข้าถึงเมื่อ 25 ม.ค. 2553.
15. Magdalena ML, Caragol L, SoléA, Suárez V, Cillero JA, Rodrigo JP. Protocol for post-tonsillectomy pain control in outpatients adults. Acta Otorrinolaringol Esp 2013;64:211-6.
16. ปรีดา บุญญสุวรรณ. ผลของการสอนการจัดการความปวดก่อนผ่าตัดต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.
17. จิราภรณ์ สิงห์เสนี, อภรณ์ ดีนาน, วัลภา คุณทรงเกียรติ, เขมรดี มาสิงบุญ. ผลของโปรแกรมการจัดการกับความปวดต่อระดับความปวดและความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยาลัยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2549;14:15-26.
18. วรนุช ฤทธิธรรม, สมพร ชินโนรส. ผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ 2555; 75-87.
19. Polit DF and Hunger BP. Nursing Research Principles and Methods. Philadelphia: Lippincott; 1999.
20. Serlin RC, Mendoza TR, Nakamura Y, Edwards KR, Cleland CS. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. Pain 1995;61:277-84.
21. สมทรง วิเชียรศรี, นิยม สีสวรรณ, พัชนี อุปรัตน์, พัชรี บ้านไร่, ณภัชชา วงษ์บุญเพ็ง, สายสมร มลิहन. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดหูดผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลสระบุรี. วิทยาลัยพยาบาล โรงพยาบาลสระบุรี 2550;32:98-107.
22. อรพรรณ ไชยชาติ. ความรุนแรงของความปวด ปัจจัยส่วนบุคคล ความคาดหวัง และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องของที่มีสุขภาพ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2548.