

บรรณานุกรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, บัณฑิตวิทยาลัย. คู่มือการพิมพ์วิทยานิพนธ์. กรุงเทพมหานคร, 2520.

จ้อย นันทิวชิรินทร์, ม.ล. แบบบรรณานุกรมและเชิงอรรถ. พระนคร: ไทยวัฒนาพานิช, 2514.

เจดีย์ว เลขยานนท์ และ นิตยา ชัยศิริวัฒนา. การพยาบาลทางอายุรกรรมและศัลยกรรม. พระนคร: แสงทองการพิมพ์, 2511.

เจดีย์ วัชรพุกต์. "วิวัฒนาการการรักษาโรคrickleคางทวาร." ใน บทคัดย่อรายงานกิจการ เอกสารวิชาการ การประชุมประจำปี 2519. หน้า 81. วิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สมพงษ์, 2519.

ประคอง กรวรรณสุต. สถิติศาสตร์ประยุกต์สำหรับครู. พระนคร: ไทยวัฒนาพานิช, 2513.

ปราณี บุรณะจารุ. "การสำรวจโรคทางศัลยกรรมของผู้ป่วยที่มารักษา ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พ.ศ. 2514-2516." วิทยานิพนธ์ปริญญาตรี คณะศัลยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2513. (พิมพ์คัด)

พิเชษฐ์ อินทุสร. "โรคrickleคางทวารหนัก" ใน เอกสารประกอบการบรรยายวิชาการพยาบาลผู้ป่วยระบบทางเดินอาหาร ณ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์, 2520.

พิเชษฐ์ อินทุสร และสุพล จินคাত্রพย์. "การทำผ่าตัดrickleคางทวารในวาริชพยาบาล." วาริชสาร 16 (กันยายน 2519). 187-192.

ยอด สุขนรมาน. "ปุจฉาวิสัชนา." จุฬาลงกรณ์เวชสาร 4 (ตุลาคม 2516):
383.

สุรธรรม วรธรรม, ม.ร.ว. นายแพทย์ 6 วชิรพยาบาล. สัมภาษณ์, 20 มกราคม
2520.

สัมพันธ์ วิทยิระพันธ์. "การเปลี่ยนแปลงการศึกษา." ใน ประมวลการประชุม
พยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 4. หน้า 175. กรุงเทพมหานคร: แสงทอง
การพิมพ์, 2515.

อุคม สิริรัตน์. คู่มือแพทย์ฝึกหัด. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สวนทองดิน, 2520.

BIBLIOGRAPHY

Bacon, H.E., Proctology. Philadelphia: J.B.Lippincott
Company., 1965.

Best, G.H., and Taylor, F.N. The Physiologic Basic of Medical
Practice. London: Baihire Tindalls Company, 1954.

Bouie, L.A. Practical Proctology. Philadelphia: W.B.Saunders
Company, 1937.

Domonkos, Anthony N. Disease of the Skin. Philadelphia: W.B.
Saunders Company, 1971.

Gant, S.G. Disease of the Anus, Rectum and Colon. 3 vols.
Philadelphia: W.B.Saunders Company, 1963.

- Gross, R.E. The Surgery of Infancy and Childhood. Philadelphia:
W.B.Saunders Company, 1963.
- Mentzer, C.M. "Anorectal Disease." The Pediatric Clinical of
North America. 2 (February, 1960): 113 - 115.
- Murray, F.H. Discussion of Pediatric Proctology. Philadelphia:
South N.J. Company, 1969.
- Nesselrod, J.P. Clinical Proctology. Philadelphia: W.B.
Saunders Company, 1964.
- Owen, A.J. Modern Concept of Hospital Administration.
Philadelphia: W.B.Saunders Company, 1962.
- Schapiro, S.R. "Proctologic Disorders in Infancy and Children."
A Journal of Gastroenterology 15 (August 1956): 84.
- Taylor, F.N. and Egbert, H.L. "Portal Tension." A Surgery in
Gynaecology and Obstretic. London: Baihire Tindalls
Company, 1951.
- Walpole, Ronald E. Introduction to Statistic. 4d ed.
New York: The Macmillan Company, 1972.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก.

แบบประเมินผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ประเภทผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโรคแผลผาติค

..... สุนดางควยนำยาคางทับติม (กลุ่มทดลอง)

..... นังแซควยนำยาคางทับติม (กลุ่มควบคุม)

1.2 อายุ

..... 20 - 35 ปี

..... 36 - 50 ปี

..... 51 - 65 ปี

1.3 เพศ

..... ชาย

..... หญิง

1.4 อาชีพ

..... ค้าขาย

..... ทำงานบ้าน

..... ทำนา

..... รับจ้าง

..... รับราชการ

..... นักศึกษาและภิกษุ

..... อื่น ๆ

1.5 ระยะเวลาที่เป็นโรคโรคสีดวงทวารก่อนทำการผ่าตัด

..... 1 - 5 ปี

..... 6 - 10 ปี

- 11 - 15 ปี
- 16 - 20 ปี
- 21 - 25 ปี
- อื่น ๆ

1.6 ประวัติอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

- อาการเลือดออก เวลาถ่ายอุจจาระ
- มีก้อนโผล่ออกมาจากภายนอกทวารหนัก
- มีอาการปวดเจ็บรอบบริเวณทวารหนัก
- มีน้ำเหลืองไหล
- มีอาการคันบริเวณทวารหนัก
- อื่น ๆ

1.7 ประวัติการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ที่ผู้ป่วยได้รับก่อนที่จะมาทำการผ่าตัด

- ไม่เคยรักษามาก่อนเลย
- การใช้ยาละลาย หรือยาถ่าย
- การใช้ยาเหน็บสอดภายในทวารหนัก
- การผูกหัวโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
- การใช้ยาฉีดที่หัวโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
- อื่น ๆ

1.8 ผลการตรวจระดับฮีโมโกลบินในเลือดก่อนผ่าตัดเท่ากับ.....
กรัมเปอร์เซ็นต์

1.9 ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนผ่าตัดเท่ากับ.....

2. เกณฑ์การประเมินการหายของบาดแผล

2.1 การวัดระดับความเจ็บปวด

ในการวัดระดับความเจ็บปวดนี้ ได้กำหนดไว้ 5 ระดับ ดังนี้คือ

- ระดับ 1 หมายความว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกเจ็บปวดแสบมาก รู้สึกทนไม่ไหว ร้องขอช่วย
 ครางตลอดเวลา ได้รับยาแก้ปวดพาราเซตามอลแล้วไม่ทุเลา ต้องใช้ยา
 แก้ปวดมอร์ฟีน ขนาด 1/6 ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ อาการปวดจึงจะทุเลา
- ระดับ 2 หมายความว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกเจ็บปวดแสบมาก ได้รับยาแก้ปวดพาราเซตามอล
 ตามอด ครั้งละ 2 เม็ดทุก 4 ชั่วโมง อาการปวดทุเลา พอทนได้
- ระดับ 3 หมายความว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกเจ็บปวดแสบ แต่พอทนได้ บางครั้งต้องใช้ยา
 แก้ปวดพาราเซตามอล แต่ไม่เกินวันละ 2 - 4 เม็ด
- ระดับ 4 หมายความว่า ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดแสบเล็กน้อย แต่พอทนได้โดยไม่ต้องใช้ยา
 แก้ปวดเลย
- ระดับ 5 หมายความว่า ผู้ป่วยไม่รู้สึกเจ็บปวดแสบเลย

วันหลังผ่าตัด	ระดับความเจ็บปวด				
	1	2	3	4	5
วันที่ 3					
วันที่ 5					

2.2 เกณฑ์การวัดลักษณะการบวมของบาดแผลผ่าตัดรอบทวารหนัก

ในการวัดลักษณะการบวมของบาดแผลผ่าตัดรอบทวารหนักนี้ได้กำหนดไว้ 5 ระดับ
 คือ

- ระดับ 1 หมายความว่า ผู้ป่วยมีอาการบวมรอบ ๆ บริเวณบาดแผลผ่าตัด ขนาดความ
 กว้างของการบวมมีรัศมีเกิน 3 ซม. ขึ้นไป
- ระดับ 2 หมายความว่า ผู้ป่วยมีอาการบวมรอบ ๆ บริเวณบาดแผลผ่าตัด ขนาด
 ความกว้างของการบวมมีรัศมีประมาณ 2.1 - 3 ซม.

- ระดับ 3 หมายความว่า ผู้ป่วยมีอาการบวมรอบ ๆ บริเวณบาดแผลผ่าตัด ขนาดของความกว้างของการบวมมีรัศมีประมาณ 1.1 - 2 ซม.
- ระดับ 4 หมายความว่า ผู้ป่วยมีอาการบวมรอบ ๆ บริเวณบาดแผลผ่าตัด ขนาดความกว้างของการบวมมีรัศมีไม่เกิน 1 ซม.
- ระดับ 5 หมายความว่า ผู้ป่วยไม่มีการบวมบริเวณบาดแผลผ่าตัดเลย

วันหลังผ่าตัด	ระดับการบวมของบาดแผลผ่าตัด				
	1	2	3	4	5
วันที่ 3					
วันที่ 5					

2.3 เกณฑ์การวัดระดับอุณหภูมิของร่างกายหลังผ่าตัด

การวัดระดับอุณหภูมิของร่างกายหลังผ่าตัด ได้กำหนดไว้ 5 ระดับดังนี้คือ

ระดับ 1 หมายความว่าถึงภาวะที่ผู้ป่วยมีระดับอุณหภูมิของร่างกายตั้งแต่ 38.6°C ขึ้นไป

ระดับ 2 หมายความว่าถึงภาวะที่ผู้ป่วยมีระดับอุณหภูมิของร่างกายระหว่าง 38.1°C ถึง 38.5°C

ระดับ 3 หมายความว่าถึงภาวะที่ผู้ป่วยมีระดับอุณหภูมิของร่างกายระหว่าง 37.6°C ถึง 38°C

ระดับ 4 หมายความว่าถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีระดับอุณหภูมิของร่างกายระหว่าง 37.1°C ถึง 37.5°C

ระดับ 5 หมายความว่าถึงภาวะที่ผู้ป่วยมีระดับอุณหภูมิของร่างกายไม่เกิน 37°C

วันหลังผ่าตัด	ระดับอนุหุมิของร่างกายหลังผ่าตัด				
	1	2	3	4	5
วันที่ 3					
วันที่ 5					

2.4 เกณฑ์การวัดระดับเลือดออกจากบาดแผลผ่าตัด

ในการวัดระดับเลือดออกจากบาดแผลผ่าตัด ได้กำหนดไว้ 5 ระดับโดยประมาณ จำนวนเลือดที่ออกจากบาดแผลและซับด้วยผ้ากอสที่มีขนาดความกว้าง 6 ซม. ความยาว 8 ซม. ดังนี้คือ

ระดับ 1 หมายความว่า มีเลือดออกจากบาดแผลผ่าตัด ต้องซับด้วยผ้ากอส ตั้งแต่ 3 ชิ้นขึ้นไป

ระดับ 2 หมายความว่า มีเลือดออกจากบาดแผลผ่าตัด ต้องซับด้วยผ้ากอสตั้งแต่ 2 ชิ้นขึ้นไป แต่ไม่เกิน 3 ชิ้น

ระดับ 3 หมายความว่า มีเลือดออกจากบาดแผลผ่าตัด ต้องซับด้วยผ้ากอสตั้งแต่ 1 ชิ้นขึ้นไป แต่ไม่เกิน 2 ชิ้น

ระดับ 4 หมายความว่า มีเลือดออกจากบาดแผลผ่าตัดซับด้วยผ้ากอสไม่เกิน 1 ชิ้น

ระดับ 5 หมายความว่า ไม่มีเลือดออกจากบาดแผลผ่าตัดเลย

วันหลังผ่าตัด	ระดับเลือดที่ออกจากบาดแผลผ่าตัด				
	1	2	3	4	5
วันที่ 3					
วันที่ 5					

2.5 เกณฑ์การวัดระดับการถ่ายอุจจาระหลังผ่าตัด

ในการวัดระดับการถ่ายอุจจาระหลังผ่าตัด ได้กำหนดไว้ 5 ระดับ ดังนี้คือ

ระดับ 1 หมายความว่า ผู้ป่วยไม่สามารถถ่ายอุจจาระได้หลังจากได้รับยาระบาย

อี แอล พี โค (E.L.P.CO.) ขนาด 15 ซี ซี วันละ 3 เวลาหลัง

อาหาร ยาถ่ายมิสอัลบา (Mist Alba) ขนาด 30 ซี ซี ตอนเช้า

และก่อนนอน และยาเหน็บสวนทวารหนัก จำนวน 1 แท่ง เวลาเช้าหลัง

อาหาร ท้องสวนควายน้ำสบู่

ระดับ 2 หมายความว่า ผู้ป่วยสามารถถ่ายอุจจาระได้หลังจากได้รับยาระบาย

อี แอล พี โค ขนาด 15 ซี ซี วันละ 3 เวลาหลังอาหาร ยาถ่ายมิสอัลบา

ขนาด 30 ซี ซี/ตอนเช้าและก่อนนอน และยาเหน็บสวนทวารหนักจำนวน

1 แท่ง เวลาเช้าหลังอาหาร

ระดับ 3 หมายความว่า ผู้ป่วยสามารถถ่ายอุจจาระได้หลังจากได้รับยาระบาย อี แอล

พี โค ขนาด 15 ซี ซี วันละ 3 เวลาหลังอาหาร และยาถ่ายมิสอัลบา

ขนาด 30 ซี ซี เวลาเช้าหลังอาหารและก่อนนอน

ระดับ 4 หมายความว่า ผู้ป่วยสามารถถ่ายอุจจาระได้ หลังจากได้รับยาระบาย

อี แอล พี โค ขนาด 15 ซี ซี วันละ 3 เวลาหลังอาหาร และยาถ่ายมิสอัลบา

ขนาด 30 ซี ซี เวลาเช้าหลังอาหาร

ระดับ 5 หมายความว่า ผู้ป่วยสามารถถ่ายอุจจาระได้ หลังจากได้รับยาระบาย อี แอล

พี โค ขนาด 15 ซี ซี วันละ 3 เวลาหลังอาหาร

วันหลังผ่าตัด	ระดับการถ่ายอุจจาระหลังผ่าตัด				
	1	2	3	4	5
วันที่ 3					
วันที่ 5					

ภาคผนวก 1 ข.

ข้อมูลเกี่ยวกับการเปรียบเทียบการหายของบาดแผลระหว่างการดูแลบาดแผล
 ผ่าตัดโรคไส้ติ่งทวารโดยวิธีการให้ผู้ป่วยนั่งให้ส่วนบริเวณบาดแผลผ่าตัดอยู่ในน้ำยาอ่าง
 ทับทิม และวิธีส่วนล่างบาดแผลผ่าตัดด้วยน้ำยาอ่างทับทิม

ตารางที่ 1 กลุ่มควบคุม คะแนนของกลุ่มควบคุมทั้งเพศหญิงและเพศชาย
 พิจารณาตามเกณฑ์การหายของบาดแผล หลังผ่าตัดวันที่ 3

ลำดับที่	คะแนนการหายของบาดแผล					รวม
	เจ็บปวด	บวม	อุณหภูมิ	เลือด	อุจจาระ	
1	2	4	4	4	4	18
2	2	3	4	4	4	17
3	1	2	3	1	4	11
4	4	4	4	4	4	20
5	1	2	4	2	4	13
6	1	3	3	3	4	14
7	4	5	4	4	4	21
8	2	3	4	4	4	17
9	2	3	4	4	4	17
10	4	4	4	4	4	20
11	1	1	4	1	4	11
12	1	3	3	3	4	14
13	1	3	5	3	4	16
14	2	1	2	1	3	9
15	1	1	4	3	2	11
16	2	2	4	1	3	12
17	1	1	3	1	2	8
18	1	1	3	3	1	9
รวม	33	46	66	50	63	258
\bar{x}	1.833	2.556	3.667	2.778	3.50	14.333

ตารางที่ 2 กลุ่มทดลอง คะแนนของกลุ่มทดลองทั้งเพศหญิงและเพศชาย
พิจารณาตามเกณฑ์การหายของบาดแผล หลังผ่าตัดวันที่ 3

ลำดับที่	คะแนนการหายของบาดแผล					รวม
	เจ็บปวด	บวม	อุณหภูมิ	เลือด	อุจจาระ	
1	4	5	4	5	4	22
2	3	3	4	3	3	16
3	3	4	4	5	4	17
4	2	4	3	4	4	17
5	2	4	5	4	5	20
6	3	4	5	4	3	19
7	4	3	4	3	4	18
8	2	3	3	3	3	14
9	3	4	4	4	4	19
10	2	3	5	4	4	18
11	1	2	3	3	4	13
12	3	4	3	4	4	18
13	3	5	5	3	3	19
14	1	4	3	3	4	15
15	3	4	5	4	4	20
16	3	5	4	4	4	20
17	1	3	5	3	4	16
18	4	2	5	3	3	17
รวม	47	66	74	66	68	321
\bar{x}	2.611	3.667	4.111	3.667	3.778	17.833



ตารางที่ 3 กลุ่มควบคุม คะแนนของกลุ่มควบคุมพิจารณาตามเกณฑ์การหายของ
 บาดแผลหลังผ่าตัด วันที่ 5

ลำดับที่	คะแนนการหายของบาดแผล					รวม
	เจ็บปวด	บวม	อุณหภูมิ	เลือด	อุจจาระ	
1	5	5	4	4	4	22
2	3	2	4	4	4	17
3	2	4	4	4	4	18
4	3	3	5	4	4	19
5	3	3	4	4	4	18
6	1	1	4	4	1	11
7	4	3	5	3	4	19
8	2	1	3	2	3	11
9	1	2	4	3	2	12
10	4	5	5	5	5	24
11	2	4	3	3	3	15
12	2	3	2	2	4	13
13	4	5	5	5	5	24
14	2	2	5	3	5	17
15	2	3	4	5	5	19
16	5	5	5	4	4	23
17	4	4	5	5	4	22
18	3	4	5	4	4	20
รวม	52	59	76	68	69	324
\bar{x}	2.889	3.278	4.222	3.778	3.833	18.00

ตารางที่ 4 กลุ่มทดลอง คะแนนของกลุ่มทดลองพิจารณาตามเกณฑ์การหาย
ของบาดแผลหลังผ่าตัด วันที่ 5

ลำดับที่	คะแนนการหายของบาดแผล					รวม
	เจ็บปวด	บวม	อุณหภูมิ	เลือด	อุจจาระ	
1	4	5	5	5	5	24
2	3	3	3	3	3	15
3	3	4	5	5	4	21
4	5	5	5	5	4	24
5	3	5	4	3	4	19
6	4	5	5	5	4	23
7	4	5	4	4	4	21
8	3	4	5	4	5	21
9	5	4	5	5	4	23
10	4	5	5	5	4	23
11	4	5	5	5	4	23
12	5	5	5	5	5	25
13	4	5	4	4	4	21
14	5	5	4	5	5	24
15	5	5	5	5	4	24
16	5	4	4	4	4	21
17	4	5	5	5	4	23
18	4	5	5	5	4	23
รวม	74	84	83	82	75	398
\bar{x}	4.111	4.667	4.611	4.556	4.167	22.111

ตารางที่ 5 กลุ่มควบคุม คะแนนการหายของบาดแผลภายหลังผ่าตัดวันที่ 3

ลำดับที่	คะแนนรวมการหายของบาดแผล	
	เพศชาย	เพศหญิง
1	20	18
2	11	17
3	14	11
4	16	20
5	9	13
6	11	14
7	12	21
8	8	17
9	9	17
รวม	110	148
\bar{x}	12.22	16.44
S.D.	3.64	3.06

ตารางที่ 6 กลุ่มทดลอง คะแนนการทายของบาคแมสภายหลังเข้าศึกษาวันที่ 3

ลำดับที่	คะแนนรวมการทายของบาคแมส	
	เพศชาย	เพศหญิง
1	18	22
2	13	16
3	18	20
4	19	17
5	15	20
6	20	19
7	20	18
8	16	14
9	17	19
รวม	156	165
\bar{x}	17.33	18.33
S.D.	2.21	2.26

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 กลุ่มควบคุม คะแนนการทายของবাদแผลภายหลังจากวันที่ 5

ลำดับที่	คะแนนรวมการทายของบาดแผล	
	เพศชาย	เพศหญิง
1	22	24
2	17	15
3	18	13
4	19	24
5	18	17
6	11	19
7	19	23
8	12	22
9	12	20
รวม	148	177
\bar{x}	16.44	19.67
S.D.	3.62	3.77

ศูนย์วิทยุพัชรากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 กดมทคดอง คะแนนการหายของบาดแผลภายหลังผ่าตัด วันที่ 5

ลำดับที่	คะแนนรวมการหายของบาดแผล	
	เพศชาย	เพศหญิง
1	24	23
2	15	23
3	21	25
4	24	21
5	19	24
6	23	24
7	21	21
8	21	23
9	23	23
รวม	191	204
\bar{x}	21.22	23
S.D.	2.70	1.25

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 กลุ่มควบคุม คะแนนรวมการหายของบาดแผลภายหลังผ่าตัด
วันที่ 3 เปรียบเทียบระหว่างอายุของกลุ่มตัวอย่างประชากร

ลำดับที่	คะแนนของกลุ่มตัวอย่างประชากร จำแนกตามอายุ		
	20 - 35 ปี	35 - 50 ปี	52 - 65 ปี
1	18	20	21
2	17	13	17
3	11	14	17
4	20	16	12
5	11	9	8
6	14	11	9
รวม	91	83	84
\bar{X}	15.17	13.83	14
S.D.	3.44	3.53	4.69

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 กลุ่มทดลอง คะแนนรวมการหายใจของภาคแผลภายหลังผ่าตัด
วันที่ 3 เปรียบเทียบระหว่างอายุของกลุ่มตัวอย่างประชากร

ลำดับที่	คะแนนของกลุ่มตัวอย่างประชากร จำแนกตามอายุ		
	20 - 35 ปี	35 - 50 ปี	52 - 65 ปี
1	22	17	18
2	16	20	14
3	20	19	19
4	18	19	20
5	13	15	16
6	18	20	17
รวม	107	110	104
\bar{X}	14.83	18.33	17.33
S.D.	2.85	1.80	1.97

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 กลุ่มควบคุม คะแนนรวมของการหายของบาดแผลหลังผ่าตัด
วันที่ 5 เปรียบเทียบระหว่างอายุของกลุ่มตัวอย่างประชากร

ลำดับที่	คะแนนของกลุ่มตัวอย่างประชากร จำแนกตามอายุ		
	20 - 35 ปี	36 - 50 ปี	51 - 65 ปี
1	22	19	19
2	17	18	12
3	18	11	12
4	24	24	23
5	15	17	22
6	13	19	20
รวม	109	108	108
\bar{X}	18.17	18	18
S.D.	3.80	3.83	4.43

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 กลุ่มทดลอง คะแนนรวมการหายใจของบาดแผลภายหลังผ่าตัด
วันที่ 5 เปรียบเทียบระหว่างอายุของกลุ่มตัวอย่างประชากร

ลำดับที่	คะแนนของกลุ่มตัวอย่างประชากร จำแนกตามอายุ		
	20 - 35 ปี	30 - 50 ปี	51 - 65 ปี
1	24	24	21
2	15	19	21
3	21	23	23
4	23	21	21
5	23	24	23
6	25	24	23
รวม	131	135	132
\bar{X}	21.83	22.5	22
S.D.	3.29	1.89	1

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก 2 ข.

การคำนวณค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
และอัตราส่วนวิกฤตรายข้อ

ตารางแจกแจงความถี่จากระดับความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองหลังผ่าตัดวันที่ 3 :
คะแนนสูงสุดเท่ากับ 4 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1

คะแนน (X)	จำนวนกลุ่มทดลอง	fX	fX ²
5	-	-	-
4	3	12	48
3	8	24	72
2	4	8	16
1	3	3	3
$N = \sum f = 18$		$\sum fX = 47$	$\sum fX^2 = 139$

1. หาค่า \bar{X} จากสูตร $\bar{X} = \frac{\sum fX}{N}$ ¹

เมื่อ \bar{X} = ค่าคะแนนเฉลี่ย
 $\sum fX$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
 N = จำนวนผู้ทดลองทั้งหมด

¹ ประคอง กรรณสูต, สถิติศาสตร์ประยุกต์สำหรับครู (พิมพ์ครั้งที่ 3 ; พระนคร :
 ไทยวัฒนาพานิช, 2515), หน้า 40.

แทนค่าจากสูตร

$$\bar{x} = \frac{47}{18}$$

$$\bar{x} = 2.6111$$

ค่าคะแนนเฉลี่ยในข้อ 1 ของกลุ่มทดลองวัดระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดวันที่ 3 คือ 2.6111 (ดูตารางที่ 2)

2. หาค่า S.D. จากสูตร
$$S.D. = \sqrt{\frac{\sum fX^2}{N} - \left(\frac{\sum fX}{N}\right)^2}$$
 ¹

เมื่อ S.D. = ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum fX$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

$\sum fX^2$ = ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

N = จำนวนผู้ทดลองทั้งหมด

แทนค่าจากสูตร

$$\begin{aligned} S.D. &= \sqrt{\frac{139}{18} - \left(\frac{47}{18}\right)^2} \\ &= \sqrt{7.72 - 6.818} \\ &= \sqrt{0.90} \\ &= 0.95 \end{aligned}$$

ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความเจ็บปวดของกลุ่มทดลอง หลังผ่าตัดวันที่ 3 คือ 0.95 (ดูตารางที่ 19)

¹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 51.

3. การคำนวณอัตราส่วนวิกฤต (t - test) เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างค่า
คะแนนเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดวันที่ 3 ของทั้ง 2 กลุ่ม โดย : -

3.1 ตั้งสมมุติฐาน $H_0 : \mu_1 = \mu_2$

ดังนั้น $\mu_1 - \mu_2 = 0$

3.2 คำนวณส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างของค่าเฉลี่ยจากสูตร

$$s_p = \sqrt{\frac{(n_1 - 1) s_1^2 + (n_2 - 1) s_2^2}{n_1 + n_2 - 2}} \quad 1$$

3.3 คำนวณอัตราส่วนวิกฤต จากสูตร

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{s_p \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}} \quad 2$$

ในเมื่อ t = อัตราส่วนวิกฤต

\bar{X}_1 = ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

\bar{X}_2 = ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

s_p = pool Standard deviation หรือส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐานของผลต่างของค่าเฉลี่ย

¹Ronald E. Walpole, Introduction to statistics, (4th printing;
New York : The Macmillan Co., 1972), p. 161.

²Loc.cit.

- n_1 = จำนวนประชากรกลุ่มควบคุม
 n_2 = จำนวนประชากรกลุ่มทดลอง
 s_1 = ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม
 s_2 = ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

แทนค่า จากสูตร

$$\begin{aligned}
 s_p &= \sqrt{\frac{(18 - 1)(1.07)^2 + (18 - 1)(0.95)^2}{18 + 18 - 2}} \\
 &= \sqrt{\frac{19.46 + 15.34}{34}} \\
 &= \sqrt{\frac{34.8}{34}} \\
 &= \sqrt{1.02} \\
 &= 1.01
 \end{aligned}$$

แทนค่า t จากสูตร

$$\begin{aligned}
 t &= \frac{7.833 - 2.611}{1.01 \sqrt{\frac{1}{18} + \frac{1}{18}}} \\
 &= \frac{0.778}{1.01 \sqrt{.11}} \\
 &= \frac{0.778}{1.01 \times 0.33} \\
 &= \frac{0.778}{1.01 \times 0.33} \\
 &= \frac{0.778}{0.33} \\
 &= 2.36
 \end{aligned}$$

แต่ที่ระดับความมีนัยสำคัญ .05 t จากตารางมีค่าเท่ากับ ± 2.03 แต่ t ที่ได้จากการคำนวณมีค่า 2.36 (ดูตารางที่ 20)

ดังนั้นผลการคำนวณไม่สนองสมมุติฐานที่ว่า $M_1 = M_2$

จึงสรุปได้ว่า ผลต่างระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด วันที่ 3 ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค.

วิวัฒนาการการรักษาโรคริดสีดวงทวาร.

(คัดลอกจากเอกสารวิชาการการประชุมประจำปี 2519 วิทยาลัยสัณยแพทย์แห่งประเทศไทยของ นายแพทย์ เฉลี่ย วัชรพุกต์ เรื่อง "วิวัฒนาการการรักษาโรคริดสีดวงทวาร").

ก่อนคริสตศักราช 400 ปี ฮิปโปครีเตส (Hippocrates) เป็นแพทย์คนแรกที่ได้ค้นพบโรคริดสีดวงทวารและทำการรักษาโดยวิธีการผูกหัวริดสีดวงทวารหนัก (Ligation) ตลอดจนวิธีการผ่าตัดเพื่อเอาหัวริดสีดวงทวารออก (Excision)

ค.ศ. 25 เซลซุส (Celsus) ได้ศึกษาวิธีการผ่าตัดโรคริดสีดวงทวารโดยวิธีการผูกหัวริดสีดวงทวารรวมกับการผ่าตัดเพื่อเอาหัวริดสีดวงทวารออก (Ligation and Excision)

ค.ศ. 131 กาลีน (Galen) ได้พยายามคิดค้นวิธีการรักษาโรคริดสีดวงทวารโดยผูกหัวริดสีดวงทวารไว้ชั่วคราว (Intermittent Ligation)

ค.ศ. 1206 แลนแฟค (Lanfrak) ได้ศึกษาวิธีการรักษาโรคริดสีดวงทวารโดยการผูกหัวริดสีดวงทวารรวมกับการประคบด้วยความร้อนจากเหล็กที่เผาไฟแล้ว (Ligation and Hot Iron)

ค.ศ. 1774 พิทิต (Pitit) ได้ศึกษาวิธีการรักษาโรคริดสีดวงทวารโดยการผ่าตัดเลาะเยื่อบุภายในบริเวณหัวริดสีดวงทวารและผูกไว้ (Submucosal Ligation)

ค.ศ. 1809 คูเปอร์ (Cooper) ได้ศึกษาวิธีการรักษาโรคริดสีดวงทวารโดยวิธีของพิทิต และทำการผ่าตัดในลักษณะเดียวกัน (Submucosal Ligation)

ค.ศ. 1810 โคปแลนด์ (Copeland) ได้ศึกษาวิธีการรักษาโรคริดสีดวงทวารหนัก (Dilatation) ที่บริเวณทวารหนักส่วนล่าง (Lower Rectal Canal) โดยการใช้เครื่องมือเรียกว่า บูกี้ (Bouginate)

ค.ศ. 1846 กูส์ค (Cusak) ได้ทำการศึกษาวិธีการรักษาโดยการรัดหัว
ริดสีดวงทวารและจี้หัวริดสีดวงทวารที่รัดไว้ด้วยไฟฟ้า (Clamp Cautery)

ค.ศ. 1869 มอร์แกน เป็นคนแรกที่พยายามศึกษาวิธีการรักษาโรคริดสีดวงทวาร
โดยการใช้น้ำยาฉีดเข้าไปภายในหัวริดสีดวงทวาร เพื่อให้หัวริดสีดวงทวารเน่าและหลุดออกมา
โดยการใช้น้ำยา Iron Persulphate

ค.ศ. 1871 มิทเชลล์ (Mitchell) ได้ปรับปรุงวิธีการรักษาของมอร์แกนโดย
การใช้น้ำยา 5 % Phenal in Olive Oil ฉีดเข้าไปในหัวริดสีดวงทวาร

และในปีเดียวกัน เทอร์เรลล์ (Terrell) ได้พยายามศึกษาวิธีการรักษา
โดยการใช้น้ำยาอีกเช่นกัน น้ำยาที่ใช้คือ 5 % Urea Quinine

ค.ศ. 1880 พอลลอค (Pallock) ได้ทำการศึกษาวิธีการรักษาริดสีดวง
ทวารโดยการใช้น้ำยาเหน็บด้วยเครื่องมือที่ทำให้หัวริดสีดวงทวารแตก (Crusing)

ค.ศ. 1882 ไวท์เฮด (Whitehead) ได้ศึกษาวิธีการรักษาโดยการ
ผ่าตัดเอาเนื้อเยื่อรอบ ๆ หัวริดสีดวงทวารเป็นวงกลม และตัดหัวริดสีดวงทวารออกมา
(Circular Excission)

ค.ศ. 1884 เคลซี (Kelsey) ได้ศึกษาวิธีการรักษาโดยการใช้น้ำยาฉีดเข้าไป
ในหัวริดสีดวงทวารหนัก น้ำยาที่ใช้คือ 5 - 7.5 % Phenal in Glycerine Water

ค.ศ. 1888 เอคเวิลด์ (Edward) ได้ศึกษาวิธีการรักษาโดยการใช้น้ำยา
เช่นกัน น้ำยาที่ใช้คือ 10 - 20 % Phenal in Glycerine Water

และในปีเดียวกัน แซลมอน อลิ่งแฮม (Salmon Allingham) ได้ศึกษาวิธี
การรักษาโดยการผูกหัวริดสีดวงทวารในระยะที่รุนแรงรวมทั้งการผ่าตัดเอาหัวริดสีดวงทวารออก

ค.ศ. 1903 มิทเชลล์ (Mitchell) ได้คิดค้นวิธีการรักษาโดยการรัดหัวริดสีดวงทวารและเย็บรอบ ๆ หัวริดสีดวงทวารเหนือขึ้นไป (Champ and Overseuen)

ค.ศ. 1911 เออร์ลี่ (Earle) ได้พยายามปรับปรุงวิธีการรักษาของมิทเชลล์ โดยทำการรักษาวิธีเดียวกัน

ค.ศ. 1919 ไมล์ (Miles) ได้คิดวิธีการรักษาโดยการทำผ่าตัดริดสีดวงทวารเป็นรูปตัววี (V) และผูกหัวริดสีดวงทวารที่อยู่ในระยะต่ำ ๆ (Low Ligation)

ค.ศ. 1922 บอส (Boas) ได้ทำการรักษาโดยการใช้น้ำยาแอลกอฮอล์ 70 % ฉีดเข้าไปในหัวริดสีดวงทวาร

ค.ศ. 1924 ซิกมันน์ (Sigmond) ได้ทำการรักษาโดยวิธีการใช้ไฟฟ้าจี้ที่บริเวณหัวของริดสีดวงทวาร

ค.ศ. 1926 ไบร์แมน (Bireman) ได้ทำการปรับปรุงวิธีการรักษาของซิกมันน์

ค.ศ. 1928 บลานชาร์ด (Blanchard) ได้คิดวิธีการรักษาโดยการใช้น้ำยา 5 % Phenal in Almond Oil ฉีดเข้าไปในหัวของริดสีดวงทวาร

ค.ศ. 1931 ฟรานส์เลอร์ (Fransler) ได้คิดวิธีการรักษาโดยการผ่าตัดและเย็บปิด (Closed Hemorrhoidectomy)

ค.ศ. 1934 เคลกเนอร์ (Kleckner) ได้ทำการรักษาโรคริดสีดวงทวารโดยการใช้ไฟฟ้าจี้ (Electro - Desiccation)

ค.ศ. 1937 มิลลิแกน และมอร์แกน (Milligan, Morgan) ได้ปรับปรุงวิธีการรักษาโดยการผ่าตัดของไมล์ เรียกว่า Ligation Pedicle to Longitudinal Mucosal Ligation)

ค.ศ. 1941 เบคอน (Bacon) ได้ปรับปรุงวิธีการผ่าตัดของไมล์ โดยการ
ทำ High Ligation และผูกบริเวณหัวริดสีดวงทวารให้กว้างขึ้น เย็บเฉพาะคานบน
ส่วนคานล่างเปิดทิ้งไว้

ค.ศ. 1954 เบลด์เซลล์ (Blaisdell) ได้คิดวิธีการรักษาโดยการผูกบริเวณ
หัวริดสีดวงทวารด้วยไหม

ค.ศ. 1956 ปาร์ค (Park) ได้ปรับปรุงวิธีการรักษาของพิตท และคูเปอร์
โดยการผ่าตัด Submucosal Hemorrhoidectomy และทำ High Ligation
บริเวณที่ผ่าตัดคานบน จะเย็บประมาณ 2 - 3 เข็ม ส่วนคานล่างจะเปิดทิ้งไว้เฉย ๆ

ค.ศ. 1959 เฟอร์กุสัน และเฮยตัน (Ferguson, Heaton) ได้ปรับปรุงวิธี
การผ่าตัดของฟรานเดอร์ โดยวิธี Closed Hemorrhoidectomy

ค.ศ. 1960 เฉลี่ยช วัชรพุกต์ ได้ทำการศึกษาวิธีการรักษาโดยใช้ 5 %
Phenol in Olive Oil ฉีดเข้าไปบริเวณหัวริดสีดวงทวารในผู้ป่วยคนไทย

และในปีเดียวกัน เฉลี่ยช วัชรพุกต์ ได้นำวิธีการผ่าตัดของ ปาร์ค มาปรับปรุง
โดยการทำ Submucous Hemorrhoidectomy ร่วมกับ High Ligation และ
เย็บบริเวณที่ผ่าตัดตลอด

ค.ศ. 1963 บาร์รอน (Barron) ได้คิดค้นวิธีการรักษาโดยการผูกหัวริดสี
ดวงทวารด้วยยาง เรียกว่า Ligation of Piles with Rubber Band

ค.ศ. 1968 ลอร์ด (Lord) ได้ทำการศึกษาด้วยวิธีการฉายยบริเวณ
ทวารหนักส่วนล่างให้กว้างออก

ค.ศ. 1969 ลีนิส (Lenis) ได้ศึกษาวิธีการรักษาโดยใช้ความเย็นจัด
เรียกว่า Cryo - Surgery ด้วยน้ำยาไนโตรเจนเหลว ที่อุณหภูมิ 196° ซ.

ค.ศ. 1972 เรย์โนลด์ (Reynold) ได้ทำการรักษาโดยวิธีการทำผ่าตัด
เปิดแผลทิ้งไว้ โดยไม่มีการเย็บเลย เรียกว่า Sutureless Excission

ในปีเดียวกัน เจลีย์ช วัชรพุกต์ ได้ทำการศึกษาวិธีการรักษาโดยการทำ High
Ligation ในรายที่เป็นริดสีดวงทวารภายในโดยการใช้คัทกัท (Cat Gut) ส่วน
หัวริดสีดวงทวารนอกจะทำผ่าตัดและเย็บขอบทวารหนักออกและเย็บแผลโดยวิธี
Subcutaneous

ค.ศ. 1973 บาร์รอน (Barron) ได้นำวิธีการรักษาของลีนิส ร่วมกับการ
ผูกหัวริดสีดวงทวาร เรียกว่า Cryo - Surgery with Ligation

ค.ศ. 1974 จางกูด โฮ (Changyul Oh) ได้ปรับปรุงวิธีการรักษา
ชนิด Cryo-Surgery ด้วยไนโตรออกไซด์ที่ระดับอุณหภูมิ - 89° ซ

จากการศึกษาถึงวิวัฒนาการการรักษาโรคริดสีดวงทวารหนักดังกล่าวมาแล้วจะ
เห็นได้ว่าโรคริดสีดวงทวารหนักเป็นโรคที่มีการค้นพบกันมานานแล้ว และแพทย์ได้พยายาม
ที่จะปรับปรุงวิธีการรักษาผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา จนกระทั่งถึงในปัจจุบันนี้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้
รับผลดีที่สุด และเจ็บปวดน้อยที่สุด

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติการศึกษา

ชื่อ นาง เดชา สมชื่น

วุฒิการศึกษา ครุศาสตรบัณฑิต (พยาบาล)

สถานศึกษา แผนกวิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีที่สำเร็จ พ.ศ. 2516

ตำแหน่ง วิทยากร

สถานที่ทำงาน วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ (วชิรพยาบาล) สำนักงานแพทย์
กรุงเทพมหานคร



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย