

การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับ
ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

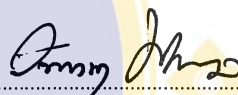
วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับ
ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย



นางสาวพิมลรัตน์ อินแสน
ผู้วิจัย

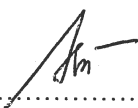


ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล
D.N.Sc.
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ ดร.อรสา พันธักดิ์
พย.ค.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์ Ph.D.
รักษาราชการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย



รองศาสตราจารย์ ดร.อรสา พันธักดิ์
พย.ค.
ประธานคณะกรรมการหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับ
ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน

วันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2551

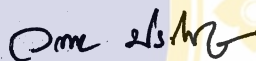


นางสาวพิมลรัตน์ อินแสน

ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ ดร.อรสา พันธุ์ภักดี
พย.ด.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



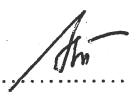
อาจารย์ ดร.วรรณภา ประไพพานิช
Ph.D.(Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



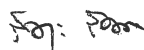
รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์
ส.ด.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล
D.N.Sc.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์ Ph.D.
รักษาราชการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์ นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน
M.D., F.A.C.E.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิจกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.อรสา พันธุ์ภักดี กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบวิทยานิพนธ์และให้คำแนะนำในการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี จนทำให้วิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์ได้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.วรรณภา ประไพพานิช ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากที่สุด

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัย เจ้าหน้าที่ห้องสมุดและศูนย์เอกสารของสถาบันต่างๆ ที่ได้กรุณาอนุเคราะห์ และให้ความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงสามัคคี หัวหน้าฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา รวมทั้งผู้ที่เป็นที่รักทุกคน ตลอดจนเพื่อนนักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน ที่ได้ให้ความรัก กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือสนับสนุนต่อผู้วิจัยทั้งในเรื่องสุขภาพ และการทำวิจัยครั้งนี้เสมอมา

พิมลรัตน์ อินแสน

การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย
(A SURVEY OF NON-EXPERIMENTAL NURSING RESEARCH ABOUT DIABETIC PATIENTS IN THAILAND)

พิมพ์ครั้งที่ ๑ อินแดน 4736739 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลอนามัยชุมชน)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, D.N.Sc., อรสา พันธุ์ภักดี, พย.ด.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 จนถึงปี พ.ศ. 2548 ทั้งที่เป็นวิทยานิพนธ์ และงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่มีการตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ และสาธารณสุขในประเทศไทย โดยค้นคว้าเรื่องวิจัยจากฐานข้อมูลของมหาวิทยาลัย ฐานข้อมูลสถาบันพระบรมราชชนก และฐานข้อมูล Thai Index Medicus

ผลการสำรวจ ลักษณะทางกายภาพของงานวิจัย พบว่ามีงานวิจัยจำนวน 230 ชื่อเรื่อง ส่วนใหญ่ผลิตในช่วงปี พ.ศ. 2539-2548 เป็นประเภทวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท ที่ผลิตจากมหาวิทยาลัยมหิดล ใช้วิธีการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง ตัวแปรหลักที่ใช้ในการศึกษาคือ ตัวแปรด้านภาวะการควบคุมโรค และตัวแปรด้านพฤติกรรมสุขภาพ งานวิจัยส่วนใหญ่มีการแสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย โดยเฉพาะที่เป็นวิทยานิพนธ์ เครื่องมือที่ใช้วิจัยส่วนใหญ่เป็นแบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยสร้างเครื่องมือเอง การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้การแจกแจงความถี่ การหาค่าร้อยละ และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผลการวิจัยพบว่า มีข้อค้นพบจากการทดสอบสมมติฐาน ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 2 หมวด ดังนี้ 1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรค 2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีผลการวิจัยที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพจากงานวิจัยจำนวน 15 ชื่อเรื่อง ซึ่งสรุปไว้ในหมวดที่ 3 การสรุปผลการวิจัยทั้งหมดนี้ทำให้เข้าใจพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน และปัจจัยด้านต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเหล่านั้น และยังพบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรค การสำรวจวิจัยครั้งนี้ได้องค์ความรู้จากงานวิจัยจำนวน 230 ชื่อเรื่อง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลและนักวิจัยพยาบาลในการนำไปพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ควบคุมภาวะโรคเบาหวานได้ดีต่อไป

คำสำคัญ: การสำรวจงานวิจัย/ ผู้ป่วยเบาหวาน/ วิจัยทางการแพทย์

313 หน้า

SURVEY OF NON-EXPERIMENTAL NURSING RESEARCH ABOUT DIABETIC PATIENTS IN THAILAND.

PIMOLRAT INSAEN 4736739 RACN/M

M.N.S.(COMMUNITY HEALTH NURSING)

THESIS ADVISOR : WANTANA MANEESRIWONGUL, D.N.Sc., ORASA PANPAKDEE, D.N.S.

ABSTRACT

This study was a survey of existing non-experimental nursing research related to diabetic patients in Thailand from 1980 until 2005. There were two sources of research: theses, and research articles published in nursing, medical, and public health related journals in Thailand. Research titles were retrieved through the library database system of the universities and Praboromarajchanok Library, and through to Thai Index Medicus database.

It was revealed that there were 230 research titles. Most of the studies were theses produced to fulfill the requirement for a Master's degree at Mahidol University from 1996 to 2005. Descriptive methodology was mostly used to analyze the correlations of study variables among diabetic patients who had received medical services at diabetes clinics. Most of the samples were recruited by using purposive sampling. The main variables found in these research titles included diabetic control variables and health behavior variables. Most of the Master's theses presented conceptual frameworks. The majority of instruments used were interviewing forms constructed by the researchers. Most of the data were analyzed by quantitative analysis using frequency, percentage, and correlation coefficients.

Results of the hypothesis testings reported in these 230 research titles could be classified into 2 categories: 1. factors related to diabetic control and 2. factors related to health behaviors. In addition to these, results of qualitative data reported in 15 research titles could be summarized into a third category. The summary in these 3 categories has led to the understanding of health behaviors of diabetic patients and other factors related to such behaviors. The findings of this survey also were that patients' health behaviors are related to their diabetic control. The findings from this survey provide knowledge derived from 230 research titles. Nurses and nurse researchers can use these findings to develop effective interventions to modify patients' health behaviors aimed at good diabetic control.

KEY WORDS : A SURVEY OF RESEARCH / PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS / NURSING RESEARCH

313 pp.

สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ณ
บทที่	
1 บทนำ	1
2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	11
- โรคเบาหวาน.....	11
- การวิจัยโรคเบาหวานในประเทศไทย.....	29
- บทบาทของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน.....	33
- การรวบรวมงานวิจัยทางการพยาบาล.....	34
3 วิธีดำเนินการวิจัย	45
4 ผลการวิจัย	58
- ลักษณะทางกายภาพของงานวิจัย.....	59
- ผลการวิจัยของงานวิจัย.....	96
5 การอภิปรายผล	182
6 สรุปผลการวิจัย	193
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย.....	197
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ.....	214
เอกสารอ้างอิง	234
ภาคผนวก	246
ประวัติผู้วิจัย	313

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนงานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิตและดุษฎีบัณฑิต	47
2 จำนวนงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา	53
3 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามประเภทงานวิจัย	59
4 จำนวนและร้อยละของหลักสูตรที่ศึกษาจำแนกตามประเภทวิทยานิพนธ์.....	59
5 จำนวนและร้อยละของสาขาวิชาที่ศึกษาจำแนกตามประเภทวิทยานิพนธ์.....	60
6 จำนวนและร้อยละของปี พ.ศ. ที่ผลิตงานวิจัยจำแนกตามประเภทงานวิจัย.....	62
7 จำนวนและร้อยละของสถาบันผลิตงานวิจัยจำแนกตามประเภทงานวิจัย	64
8 จำนวนและร้อยละของมหาวิทยาลัยจำแนกตามประเภทงานวิจัย	64
9 จำนวนและร้อยละของคณะ/ภาควิชาที่ศึกษาจำแนกตามประเภทงานวิจัย	66
10 จำนวนและร้อยละของหน่วยงานต้นสังกัดจำแนกตามประเภทงานวิจัย	67
11 จำนวนและร้อยละของชื่อวารสารงานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา	69
12 จำนวนและร้อยละของแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยจำแนกตามประเภทงานวิจัย ...	71
13 จำนวนและร้อยละของแหล่งทุนภายในประเทศจำแนกตามประเภทงานวิจัย	71
14 จำนวนและร้อยละของแหล่งทุนต่างประเทศจำแนกตามประเภทงานวิจัย	72
15 จำนวนและร้อยละของแบบแผนการวิจัยจำแนกตามประเภทงานวิจัย	73
16 จำนวนและร้อยละของการวิจัยแบบไม่ทดลองจำแนกตามประเภทงานวิจัย.....	74
17 จำนวนและร้อยละของการวิจัยเชิงคุณภาพจำแนกตามประเภทงานวิจัย.....	75
18 จำนวนและร้อยละของกรอบแนวคิดการวิจัยจำแนกตามประเภทงานวิจัย.....	76
19 จำนวนและร้อยละของประเภทแนวคิด/ทฤษฎีการวิจัย	76
20 จำนวนและร้อยละของลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทงานวิจัย	80
21 จำนวนและร้อยละของวิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างจำแนกตามประเภทงานวิจัย	82
22 จำนวนและร้อยละของขนาดตัวอย่างจำแนกตามประเภทงานวิจัย	84
23 จำนวนและร้อยละของการได้มาของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทงานวิจัย.....	84
24 จำนวนและร้อยละของประเภทการได้กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทงานวิจัย ..	85
25 จำนวนและร้อยละของเครื่องมือที่ใช้วิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย.....	87

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
26 จำนวนและร้อยละของชนิดเครื่องมือที่ใช้วิจัยจำแนกตามประเภทงานวิจัย	87
27 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเครื่องมือที่ใช้วิจัย.....	88
28 จำนวนและร้อยละของวิธีการสร้างเครื่องมือจำแนกตามประเภทงานวิจัย	89
29 จำนวนและร้อยละของการตรวจสอบเครื่องมือจำแนกตามประเภทงานวิจัย.....	89
30 จำนวนและร้อยละของวิธีการตรวจสอบเครื่องมือจำแนกตามประเภทงานวิจัย.....	90
31 จำนวนและร้อยละของชนิดวิธีการตรวจสอบจำแนกตามประเภทงานวิจัย.....	90
32 จำนวนและร้อยละของผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจำแนกตามประเภทงานวิจัย	92
33 จำนวนและร้อยละของการเตรียมเก็บข้อมูลจำแนกตามประเภทงานวิจัย	92
34 จำนวนและร้อยละของวิธีการวิเคราะห์จำแนกตามประเภทงานวิจัย.....	93
35 จำนวนและร้อยละของวิธีการวิเคราะห์เชิงปริมาณจำแนกตามประเภทงานวิจัย.....	94
36 จำนวนและร้อยละของวิธีการวิเคราะห์เชิงคุณภาพจำแนกตามประเภทงานวิจัย.....	96
37 จำนวนสมมติฐานทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะควบคุมโรค..	97
38 จำนวนสมมติฐานทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมสุขภาพ..	116
39 จำนวนและร้อยละตัวแปรอิสระจำแนกตามประเภทงานวิจัย.....	289
40 จำนวนและร้อยละตัวแปรตามจำแนกตามประเภทงานวิจัย.....	298
41 จำนวนและร้อยละตัวแปรอื่นๆที่ปรากฏจำแนกตามประเภทงานวิจัย.....	301

สารบัญแผนภูมิ

แผนที่

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....

หน้า

10



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การวิจัยเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่มีการดำเนินการอย่างแพร่หลาย ในทุกสาขาวิชา และหน่วยงานที่ต้องการพัฒนาหน่วยงานของตนอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง สำหรับวิชาการพยาบาลการวิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติที่มีคุณภาพ (MO-In Kim, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้รับบริการและสังคมโดยรวมได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ รวมทั้งได้รับการบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้สังคมยอมรับ เห็นคุณค่า และให้ความเชื่อถือในวิชาชีพพยาบาลมากขึ้น ดังนั้นการวิจัยจึงมีความสำคัญและเป็นวิธีสำคัญในการปรับปรุงการให้บริการของพยาบาล เพื่อจุดมุ่งหมายสูงสุดคือ การปรับปรุงการปฏิบัติของสมาชิกในวิชาชีพให้สามารถให้บริการที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ (Parse, 1995; Polit & Hungler, 1991 อ้างใน ประคิน สุจฉายา, 2539)

วิวัฒนาการทางการวิจัยของประเทศไทย ได้เริ่มจริงจังตั้งแต่เมื่อมีการจัดตั้งสภาวิจัยแห่งชาติในปี พ.ศ. 2502 โดยมีสำนักคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติเป็นหน่วยงานราชการที่ตั้งขึ้นมาให้ทำหน้าที่ในการบริหารการวิจัย ส่งเสริมสนับสนุนการวิจัยของประเทศไทยในทุกด้าน รวมทั้งการจัดทำนโยบายและแผนการวิจัยของชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 จนถึงปัจจุบันรวมทั้งหมด 6 ฉบับ และรัฐบาลยังกำหนดแนวทางส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 5 จนถึงฉบับที่ 10 ที่ใช้ในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยด้านต่างๆในประเทศไทยที่สำคัญ คือ สำนักพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ สำนักกองทุนสนับสนุนการวิจัย และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จากวิวัฒนาการทางการวิจัยของประเทศตั้งแต่อดีต จนถึงปัจจุบัน การวิจัยของประเทศไทยถูกผลักดันให้เกิดความต้องการในการพัฒนา เพื่อรองรับกระแสความเปลี่ยนแปลงแห่งยุคโลกาภิวัตน์อย่างรวดเร็วโดยมีเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นเครื่องขับเคลื่อนที่สำคัญ เพื่อการพัฒนาประเทศไทยในทุกๆ ด้านต่อไปในอนาคตข้างหน้า ทำให้การวิจัยส่วนใหญ่เป็นผลงานวิจัยที่มีการศึกษาในปัญหาที่แตกต่างกัน ตามความสนใจของผู้ศึกษาหรือตามนโยบายของสถาบันการศึกษาหรือหน่วยงานนั้นๆ และมีรายงาน

วิจัยการจัดกระจายตามห้องสมุดหรือศูนย์เอกสารของสถาบันการศึกษาต่างๆ และหน่วยงานสนับสนุนงานวิจัยต่างๆในประเทศไทย

สำหรับการวิจัยทางการแพทย์ในประเทศไทยมีรายงานวิจัยเรื่องแรกในปี พ.ศ. 2512 เกี่ยวกับปัญหาการขาดแคลนพยาบาล โดยคณะกรรมการโครงการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลของสำนักสภาการศึกษาแห่งชาติ (นพรัตน์ ผลาพิบูลย์, 2526 : 3) ส่วนผลงานวิจัยทางการแพทย์ของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาในสถาบันที่ผลิตพยาบาลระดับบัณฑิตศึกษาในประเทศไทย เริ่มมีการตีพิมพ์เป็นรูปเล่มวิทยานิพนธ์ครั้งแรกในปีการศึกษา 2518 ของภาควิชาพยาบาลศึกษา คณะครูศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่เปิดสอนสาขาบริหารการพยาบาล (ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี และคณะ, 2540 : 43) เนื่องจากการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตในปี พ.ศ. 2516 (นพรัตน์ ผลาพิบูลย์, 2526 : 36) และต่อมา มีการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิตในปี พ.ศ. 2533

ต่อมาในปี พ.ศ. 2534 สภาการพยาบาลได้แต่งตั้งคณะกรรมการวิจัยทางการแพทย์แห่งชาติ เพื่อเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาการวิจัยทางการแพทย์ และกำหนดนโยบาย แนวทางและแผนการวิจัยทางการแพทย์ให้สอดคล้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน จากการศึกษาสถานการณ์การวิจัยทางการแพทย์ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2537 โดยคณะกรรมการวิจัยทางการแพทย์แห่งชาติ (2537) พบว่า มีปริมาณงานวิจัยไม่มาก และงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยของทบวงมหาวิทยาลัย นอกจากนี้การเผยแพร่ตลอดจนการนำผลการวิจัยไปใช้ยังมีอยู่น้อย และปัญหาการวิจัยยังไม่ตอบสนองปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยอย่างแท้จริง ผลการวิจัยยังอยู่ในลักษณะจัดกระจาย ซ้ำซ้อน และขาดการร่วมประสานงานในหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ไม่สามารถสรุปหลักเกณฑ์ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริงที่จะสะท้อนองค์ความรู้ทางการแพทย์ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น สภาการพยาบาลโดยคณะกรรมการวิจัยทางการแพทย์แห่งชาติ (2537) ได้มีการประชุมเพื่อระบุนโยบายการวิจัยที่สอดคล้องกับนโยบายการสาธารณสุขของประเทศไทยไว้ดังนี้ คือ ส่งเสริมการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคสำคัญดังนี้ คือ โรคหรือภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศ จากรายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยในของสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าสาเหตุป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น โดยมีอัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คนของทั้งประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพฯ) ดังนี้ 257.59, 277.707, 340.96, 380.75, 435.20 ในปี พ.ศ. 2543, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2545, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2549) และพบว่าอัตราตายด้วยโรคเบาหวานของประชากรไทยในระหว่าง พ.ศ. 2543-2547 สูงขึ้น จากการรวบรวมข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบอัตราตายด้วย

โรคเบาหวานเท่ากับ 12.2, 13.2, 11.8, 10.6, 12.3 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กลุ่มระบาดวิทยา โรคไม่ติดต่อ สำนักระบาดวิทยา, 2549) โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต จอตาเสื่อม และการสูญเสีย เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้ แต่อันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน สามารถป้องกันได้โดยการควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดใกล้เคียงปกติหรืออยู่ในเกณฑ์ปกติอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ซึ่งจะทำให้เพิ่มภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นพยาบาลควรต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อแสวงหาความรู้เพื่อพัฒนาองค์ความรู้สู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

จากการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยโดย สุคนธ์ มีเนตรทิพย์ (2540) เพื่อศึกษาลักษณะทางกายภาพและความรู้ที่ได้จากผลการวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 ถึงปี พ.ศ. 2539 พบว่า มีจำนวนทั้งหมด 81 ชื่อเรื่อง ในจำนวนนี้มีงานวิจัยแบบไม่ทดลอง 32 ชื่อเรื่องเป็นงานวิจัยประเภทวิทยานิพนธ์ที่เริ่มมีปรากฏปี พ.ศ. 2520 จนถึงปี พ.ศ. 2539 มีจำนวน 52 ชื่อเรื่อง และในจำนวนนั้นมี 1 ชื่อเรื่องที่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต ส่วนงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ที่มีการตีพิมพ์ลงในวารสารทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไทย มีปรากฏเป็นรูปเล่มเมื่อปี พ.ศ. 2526 จนถึงปี พ.ศ. 2539 มีจำนวน 29 ชื่อเรื่อง ส่วนใหญ่ผลงานวิจัยผลิตในช่วงปี พ.ศ. 2535 - 2539 เป็นงานวิจัยประเภทวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท ที่ผลิตจากมหาวิทยาลัยมหิดล

แต่เนื่องจากการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยนี้ผ่านมานานเป็นเวลาประมาณ 10 ปี และในปัจจุบัน คาดว่ามีการวิจัยจะเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและคุณภาพ ซึ่งเป็นผลจากการกำหนดนโยบายและแนวทางการวิจัยทางการแพทย์ เพื่อแก้ปัญหการวิจัยทางการแพทย์ ของคณะกรรมการวิจัยทางการแพทย์แห่งชาติ (2537) และนโยบายการสาธารณสุขของประเทศ เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ตลอดจนการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตใหม่ในหลายสถาบัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย โดยครอบคลุมทุกงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีหลักฐานปรากฏตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงปีปัจจุบัน จากการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลในระบบเครือข่ายสารสนเทศของมหาวิทยาลัยต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสถาบันหรือหน่วยงานที่สนับสนุนงานวิจัยของไทยต่างๆ โดยครอบคลุมงานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา และงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารของประเทศไทย เพื่อบรรยายสรุปเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยและ

ผลการวิจัยของงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย การรวบรวมความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทย ที่สามารถนำไปใช้เป็นแหล่งในการศึกษาค้นคว้า อ้างอิงที่เป็นปัจจุบัน สำหรับผู้ที่สนใจศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน และจะเป็นประโยชน์แก่นักวิจัยที่จะทำการวิจัยซ้ำในปัญหาที่ยังมีคำตอบไม่ชัดเจน หรือทำการวิจัยเพิ่มเติมในปัญหาใหม่ที่ยังไม่มีการทำวิจัยต่อไป และเพื่อเป็นแหล่งข้อมูลช่วยให้พยาบาลสะดวกในการศึกษาค้นคว้า และนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ถึงแม้ว่าจะมีงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานก้าวหน้าไปถึง Interventional study แล้วก็ตาม แต่การดูแลให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก็ยังไม่ประสบความสำเร็จ จึงจำเป็นต้องมีการรวบรวมและทบทวนงานวิจัยแบบไม่ทดลอง เพื่อค้นหาปัจจัยสำคัญต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมภาวะโรคได้

ปัญหาในการวิจัย

1. ลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยเป็นอย่างไร?
2. ผลการวิจัยของงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยเป็นอย่างไร?

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อบรรยายสรุปเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย โดยจำแนกตามประเภทของงานวิจัย ปี พ.ศ. ที่ผลิตงานวิจัย สถาบันผลิตงานวิจัย การเผยแพร่งานวิจัย แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย ปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย สมมติฐานการวิจัยกรอบแนวคิดของการวิจัย รูปแบบของการวิจัย ประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย ลักษณะและการได้มาของประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวแปรที่ปรากฏ เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล
2. เพื่อบรรยายสรุปเกี่ยวกับผลการวิจัยของงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ที่ตอบคำถามปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ หรือสมมติฐานของการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการรวบรวมงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ที่มีหลักฐานปรากฏตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปี พ.ศ. 2548 โดยงานวิจัยนี้ประกอบด้วย

1. วิทยานิพนธ์ ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับมหาบัณฑิต และดุขุภักุบัณฑิตในประเทศไทย ที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลในระบบเครือข่ายสารสนเทศของห้องสมุดหรือศูนย์เอกสารของสถาบันการศึกษาซึ่งจัดการศึกษาในระดับมหาบัณฑิต และดุขุภักุบัณฑิต ดังต่อไปนี้คือ มหาวิทยาลัยมหิดล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช มหาวิทยาลัยรามคำแหง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ และมหาวิทยาลัยเอกชนต่างๆ ได้แก่ มหาวิทยาลัยรังสิต มหาวิทยาลัยพายัพ มหาวิทยาลัยสยาม มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ มหาวิทยาลัยคริสเตียน และมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

2. งานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา (ไม่ใช่วิทยานิพนธ์) ที่มีการตีพิมพ์ลงวารสารในประเทศไทย และที่มีปรากฏรูปเล่มอยู่ในห้องสมุดหรือศูนย์เอกสารของสถาบันต่างๆ ที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูล Thai Index Medicus และสถาบันพระบรมราชชนก

3. วิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่สืบค้นในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม ปี พ.ศ. 2548

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ประกอบด้วยประเภทของงานวิจัย ปี พ.ศ. ที่ผลิตงานวิจัย สถาบันผลิตงานวิจัย การเผยแพร่งานวิจัย แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย ปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย สมมติฐานการวิจัย กรอบแนวคิดของการวิจัย รูปแบบของการวิจัย ประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย ลักษณะและการได้มาของประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวแปรที่ปรากฏ เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

2. ผลการวิจัยของงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย

นิยามตัวแปร

การสำรวจงานวิจัย หมายถึง การรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย

งานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง งานวิจัยที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานทั้งโดยตรงและอ้อม ได้แก่ (1) การวิจัยในด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการวิจัยที่มุ่งนำผลการวิจัยที่ได้มาใช้ประโยชน์ในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวาน (2) การวิจัยในด้านการบริหารการพยาบาลและระบบบริการ เป็นการวิจัยเกี่ยวกับระบบการบริหารการพยาบาลและระบบบริการที่เกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การวางแผน การจัดองค์กร การบริหารงานบุคคล การอำนวยการ การติดต่อสื่อสาร การบริหารพัสดุและ/หรืองบประมาณ รวมถึงการประเมินผลการบริหารการพยาบาลและระบบบริการ เพื่อให้บริการกับผู้ป่วยเบาหวาน (3) การวิจัยในด้านระบาดวิทยาคลินิก เป็นการวิจัยเกี่ยวกับการกระจายของโรคหรือปัญหาสุขภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และ (4) การวิจัยในด้านการศึกษาพยาบาล เป็นการวิจัยเกี่ยวกับหลักสูตรการศึกษาหรือรูปแบบการเรียนการสอน สิ่งแวดล้อมในการเรียนการสอน กระบวนการเรียนการสอนที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วยงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคือวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต และดุษฎีบัณฑิต และงานวิจัยที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาซึ่งตีพิมพ์ลงวารสารในประเทศไทย

งานวิจัยแบบไม่ทดลอง หมายถึง งานวิจัยที่ทำการศึกษาเพื่อหาคำตอบของปัญหาวิจัยด้วยวิธีใดๆ ที่ตามที่ผู้วิจัยไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลง หรือสร้างสภาพการณ์ใหม่ อาศัยการเก็บข้อมูลจากสิ่งที่เป็นอยู่ที่เกิดขึ้นอยู่แล้วตามธรรมชาติ เพื่อทราบถึงลักษณะ คุณสมบัติของกลุ่มประชากร เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหรือเพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่สนใจ ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ในอดีต หรือสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต

ผู้วิจัย หมายถึง นักศึกษาผู้ทำวิทยานิพนธ์ หรือนักศึกษา/กลุ่มบุคคลซึ่งมีรายชื่อระบุในส่วนของผู้ร่วมกันทำการวิจัย

ชื่อเรื่องวิจัย หมายถึง ชื่องานวิจัยที่แสดงถึงความเกี่ยวข้องกับงานวิจัยผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีชื่อเรื่องไม่ซ้ำกันกับงานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา และงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ลักษณะทางกายภาพของงานวิจัย หมายถึง ประเภทของงานวิจัย ปี พ.ศ. ที่ผลิตงานวิจัย สถาบันผลิตงานวิจัย การเผยแพร่งานวิจัย แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย ปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย สมมติฐานการวิจัย กรอบแนวคิดของการวิจัย รูปแบบของการวิจัย ประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย ลักษณะและการได้มาของประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวแปรที่ปรากฏ เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ประเภทของงานวิจัย หมายถึง ประเภทของผลงานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย แบ่งเป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิตและดุษฎีบัณฑิต และงานวิจัยที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา (ไม่ใช่วิทยานิพนธ์)

ปี พ.ศ. ที่ผลิตงานวิจัย หมายถึง ปีพุทธศักราชที่วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตหรือดุษฎีบัณฑิตที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานเสร็จสมบูรณ์ และผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ หรือปีพุทธศักราชที่ระบุไว้ในวารสารทางด้านสุขภาพ ซึ่งมีผลงานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยตีพิมพ์อยู่

สถาบันผลิตงานวิจัย หมายถึง สถาบันที่อนุมัติหรือรับรองวิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตหรือดุษฎีบัณฑิตที่ศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานในประเทศไทย หรือหน่วยงานต้นสังกัดที่หัวหน้าโครงการสังกัดอยู่ในขณะนั้นทำการวิจัยและระบุไว้ในวารสารนั้น

การเผยแพร่งานวิจัย หมายถึง การเผยแพร่งานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย โดยการตีพิมพ์ลงวารสารในประเทศไทย ที่ปรากฏรูปเล่มในห้องสมุดหรือศูนย์เอกสารของสถาบันการศึกษาที่จัดการศึกษาระดับมหาบัณฑิตและดุษฎีบัณฑิตในประเทศไทย รวมทั้งห้องสมุดของกระทรวงสาธารณสุข หอสมุดแห่งชาติ และห้องสมุดสถาบันหรือหน่วยงานสนับสนุนการวิจัย

แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย หมายถึง หน่วยงานที่สนับสนุนให้ทุนทั้งหมด หรือทุนบางส่วนในการทำวิจัยเรื่องนั้น แบ่งเป็นแหล่งทุนวิจัยภายในประเทศ แบ่งเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน และทุนวิจัยต่างประเทศ

ปัญหาการวิจัย หมายถึง ประเด็นที่ยังไม่กระจ่าง มีความสงสัย ต้องการรู้คำตอบ

วัตถุประสงค์การวิจัย หมายถึง เป้าหมายคำตอบของคำถามวิจัยหรือปัญหาวิจัย

สมมติฐานการวิจัย หมายถึง การคาดคะเนคำตอบหรือผลการวิจัยในประเด็นปัญหาวิจัยที่ศึกษาว่า ผลที่ได้จากการศึกษาโดยใช้กระบวนการวิจัยนั้นควรได้ผลเป็นเช่นใด

กรอบแนวคิดของการวิจัย หมายถึง แนวคิดที่ผู้วิจัยในแต่ละเรื่องสร้างขึ้น เพื่อนำมาเป็นกรอบในการดำเนินการวิจัยเรื่องนั้นๆ แบ่งเป็นกรอบแนวคิดที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และที่สร้างจากแนวคิดและ/หรือทฤษฎี

รูปแบบของการวิจัย หมายถึง วิธีที่ใช้ในการศึกษา โดยแบ่งตามลักษณะข้อมูลเป็นวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการวิจัยเชิงปริมาณเลือกเฉพาะการวิจัยแบบไม่ทดลอง

แบ่งเป็น 1) การวิจัยเชิงบรรยาย เป็นการวิจัยที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรยายปรากฏการณ์ที่ศึกษาที่เกิดขึ้นแล้วในสภาวะการณ์ธรรมชาติว่าปรากฏการณ์นั้นๆ คืออะไร 2) การวิจัยแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นการศึกษาถึงความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปรอย่างน้อย 2 ตัว จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอยู่แล้วตามธรรมชาติ 3) การวิจัยแบบเปรียบเทียบ เป็นการวิจัยที่ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มหรือมากกว่าที่มีลักษณะของตัวแปรอิสระที่แตกต่างกัน แล้ววัดค่าของตัวแปรตามที่น่าสนใจ จากกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม นำค่าที่ได้มาเปรียบเทียบกับกัน 4) การวิจัยเชิงพัฒนาการ เมื่อตัวแปรที่ศึกษามีการเปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากเวลาที่ผ่านไป เช่น การศึกษาในระยะยาว เป็นการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว เพื่อให้ได้ข้อมูลในช่วงเวลาที่ต้องการ วิธีการอาจทำได้โดยการศึกษาติดตามไปข้างหน้าหรือการศึกษาย้อนหลัง และการศึกษาภาคตัดขวาง และ 5) การวิจัยสำรวจ เป็นวิธีการศึกษาถึงข้อเท็จจริงของสภาพการณ์หรือลักษณะของชุมชนใดชุมชนหนึ่ง โดยรวบรวมข้อมูลของสภาพที่เป็นจริงจากแหล่งข้อมูลนั้นโดยตรง

ตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวแปรที่ปรากฏ หมายถึง ตัวแปรหรือลักษณะทางประชากรหรือสิ่งที่ผู้วิจัยศึกษา ที่ปรากฏอยู่ในวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

ประชากร หมายถึง หน่วยของข้อมูลทั้งหมดที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ซึ่งระบุไว้ในงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง บางหน่วยของประชากรที่ถูกสุ่มมาศึกษาแทนประชากรทั้งหมด

วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง หมายถึง วิธีการหรือสูตรที่ใช้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ระบุไว้ในงานวิจัย เช่น สูตรยามานที่ใช้ในงานวิจัยแบบไม่ทดลอง หรือการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) เป็นต้น

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง หมายถึง จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยใช้ศึกษา

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง หมายถึง วิธีการสุ่มหรือเลือกบางหน่วยของประชากรมาศึกษา โดยใช้เป็นตัวแทนของประชากรที่สนใจศึกษา แบ่งเป็น

- การสุ่มแบบอาศัยความน่าจะเป็น ได้แก่ การสุ่มอย่างง่าย การสุ่มอย่างมีระบบ การสุ่มแบบแบ่งชั้น การสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม และการสุ่มอย่างหลายขั้นตอน

- การเลือกแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น ได้แก่ การเลือกแบบบังเอิญ การเลือกแบบโควต้า การเลือกแบบเจาะจง และการเลือกแบบตามความสะดวก

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย หมายถึง สิ่งที่ช่วยให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่ต้องการจากประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยในเรื่องนั้นๆ ได้แก่

- เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น แบบสอบถาม แบบสังเกต แบบสัมภาษณ์ แบบทดสอบ และแบบบันทึก

- เครื่องมือวัดทางวิทยาศาสตร์ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจน้ำตาลใน

เลือด เครื่องชั่งน้ำหนัก เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล หมายถึง การประเมินว่าเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลนั้นมีประสิทธิภาพหรือไม่ โดยพิจารณาจากความเที่ยงและความตรง ความยาก และอำนาจจำแนกหรือวิธีอื่นๆ ซึ่งจะปรากฏอยู่ในวิธีการดำเนินการวิจัยเรื่องนั้นๆ

ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มคน ที่เป็นผู้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยนั้น

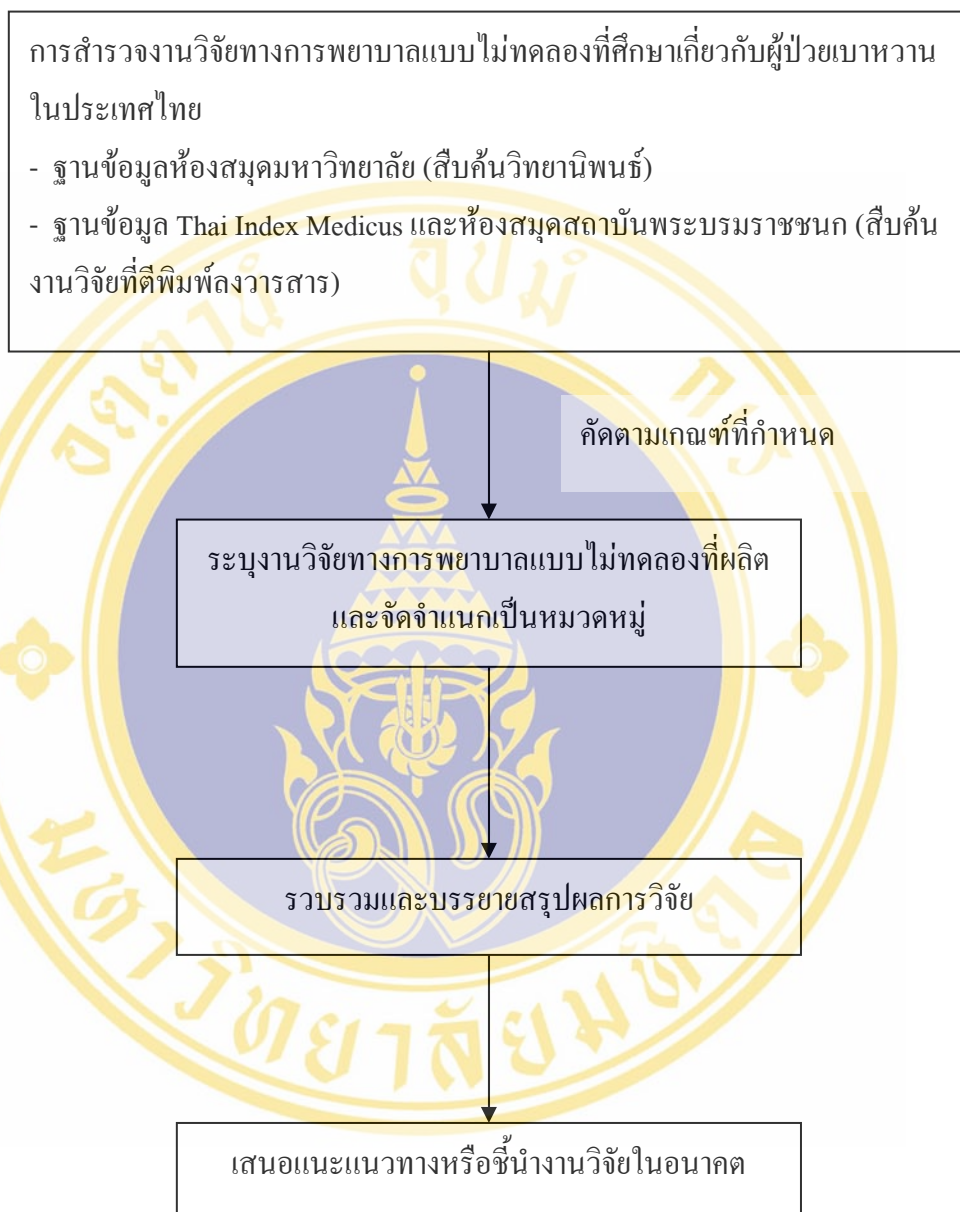
การวิเคราะห์ข้อมูล หมายถึง วิธีที่ใช้ในการจัดกระทำข้อมูล เพื่อสรุปข้อมูลให้อยู่ในรูปแบบที่สามารถตีความ และแปลความหมายได้ แบ่งเป็น

- การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยสถิติบรรยาย และสถิติอ้างอิง
- การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย หมายถึง ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ และที่ตอบคำถามการวิจัย หรือสมมติฐานของการวิจัย

กรอบแนวคิด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าปริมาณงานวิจัยในประเทศไทยมีเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับเทคโนโลยีสารสนเทศที่ก้าวหน้า ทำให้สามารถสืบค้นได้สะดวกครอบคลุมมากขึ้น การรวบรวมงานวิจัยที่ผ่านมาเพื่อสรุปผลการวิจัยจะช่วยให้นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และตอบสนองนโยบายสาธารณสุขของประเทศไทย พร้อมทั้งหาแนวทางป้องกันปัญหาในอนาคตได้ จึงมีความจำเป็นต้องมีการทบทวนงานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อนำความรู้ที่มีอยู่นั้นมาสรุปผลให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ชัดเจนขึ้น เพื่อนำไปเสนอแนะแนวทางในการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และช่วยบอกทิศทางการทำวิจัยใหม่ที่จะมีส่วนสร้างเสริมองค์ความรู้ที่มีอยู่เดิมได้ ชี้แนะหรือแนะนำให้มีการวิจัยเพิ่มเติมในปัญหาการวิจัยที่ยังมีคำตอบไม่ชัดเจน หรือยังไม่มีการศึกษา หรือการทำวิจัยใหม่ในประเด็นที่ยังไม่ได้ไม่มีการทำวิจัยต่อไปในอนาคต ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นสามารถนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดของการสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยครั้งนี้ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
ในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. โรคเบาหวาน
 - สถานการณ์และผลกระทบของโรคเบาหวาน
 - พยาธิวิทยาของโรคเบาหวาน
 - สาเหตุที่ทำให้ควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้
 - ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคเบาหวาน
 - การประเมินภาวะควบคุมโรคเบาหวาน
2. การวิจัยโรคเบาหวานในประเทศไทย
 - การวิจัยของประเทศไทย
 - การวิจัยทางการพยาบาลในประเทศไทย
3. บทบาทของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
4. การรวบรวมงานวิจัยทางการพยาบาล

1. โรคเบาหวาน

สถานการณ์และผลกระทบของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก จากการประเมินสถานการณ์โดยองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ.2539 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 103 ล้านคน อยู่ในประเทศพัฒนาแล้วร้อยละ 24.6 และประเทศกำลังพัฒนาร้อยละ 75.4 ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการสำรวจพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 16 ล้านคน (Joe & Bryan, 1999 อ้างใน ภาวนา กิริติยวงศ์, 2544) ส่วนในประเทศไทยพบผู้ป่วยเบาหวานประมาณร้อยละ 2.5 – 6.0 ของประชากร (วิทยา ศรีดามา และพันธ์ศักดิ์ กังสวิวัฒน์, 2541) จากรายงานการเฝ้าระวังโรคในรอบ 10 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2524 – 2536 ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้น (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539)

และจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยในที่เป็นโรคเบาหวานแบ่งตามสาเหตุการป่วยจากสถานบริการสาธารณสุขต่อประชากร 100,000 คนเท่ากับ 275.59, 277.707, 340.96, 380.75, และ 435.20 ในปี พ.ศ. 2543, 2544, 2545, 2546, และ 2547 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2549) แสดงให้เห็นว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งอาจเป็นเพราะในสภาพสังคมปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม และเศรษฐกิจอย่างมาก มีผลทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปคือ มีอุปนิสัยการบริโภคในลักษณะที่ส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น เช่น น้ำหนักเกิน ออกกำลังกายน้อยลง และมีความเครียดในชีวิตประจำวันมากขึ้น อัตราความชุกของโรคเบาหวานในประชากรกลุ่มอายุ 30 - 60 ปี อยู่ที่ประมาณร้อยละ 4 - 7 (สาริต วรรณแสง, 2530) ในขณะที่อัตราความชุกของโรคเบาหวานกลุ่มผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้นสูงถึงร้อยละ 10 - 15 ส่งผลให้โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 10 ของประเทศไทยในปัจจุบัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ในผู้ป่วยที่ละเลยการดูแลตนเองและปล่อยให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบตัน และโรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง นอกจากนี้ยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา เกิดปัญหาการขาดสายตา มือปลายเท้า การรับรู้สึกผิดปกติ ปวดแสบปวดร้อน เป็นแผลเรื้อรัง คิดเชื่อง่าย และเนื้อเน่าตาย ในด้านภาพลักษณ์และควมมีคุณค่าในตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน จากการศึกษาของลัดแมน (Ludman, Asplund & Norberg, 1990) ที่ได้ศึกษาการรับรู้คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกว่ตนเองขาดอิสระ ขาดความมั่นใจ และความภาคภูมิใจในตนเอง เนื่องจากภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ทำงานไม่ได้ บางรายต้องออกจากงานเพื่อดูแลตนเองและการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานยังต้องเสียค่าใช้จ่ายต่างๆไปตลอดชีวิต จากการศึกษาของสุวรรณ จันทรประเสริฐ (2542) เรื่องการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กรณีโรคไม่ติดต่อ โดยศึกษาในกลุ่มผู้รับบริการผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 74 ปีที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล และรับบริการที่บ้านในแถบภาคตะวันออก จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเฉพาะโรคเฉลี่ยต่อปี ผู้ป่วยโรคไตวายมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ โรคไขมันในหลอดเลือดสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ตามลำดับ โดยค่าใช้จ่ายในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในช่วง 1,500 - 13,320 บาทต่อคนต่อปี ค่าเฉลี่ย 5,605 บาทต่อคนต่อปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5,322.08 บาทต่อคนต่อปี โดยเป็นการคิดค่าใช้จ่ายเรื่องค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายใน

การเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พัก และค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่นค่าสูญเสียโอกาสในการทำงานของผู้ป่วย และญาติ

พยาธิวิทยาของโรคเบาหวาน

สหพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา และองค์การอนามัยโลก ได้สรุปการวินิจฉัย จำแนกประเภทโรคเบาหวาน (The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetic Mellitus, 2000) โดยแบ่งตามสาเหตุและพยาธิวิทยาในการเกิดโรคเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. โรคเบาหวานประเภทที่ 1 ซึ่งเกิดจากการทำลายเบต้าเซลล์ของตับอ่อน ทำให้ตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้
2. โรคเบาหวานประเภทที่ 2 ซึ่งเกิดจากภาวะที่ร่างกายดื้อต่ออินซูลิน ร่วมกับความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินของตับอ่อน โดยจะมีการหลั่งอินซูลินลดลงไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
3. โรคเบาหวานประเภทที่เกิดจากสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ ความผิดปกติทางพันธุกรรมของเบต้าเซลล์ ความผิดปกติทางพันธุกรรมจากการออกฤทธิ์ของอินซูลิน โรคของตับอ่อน โรคทางต่อมไร้ท่อ ยาหรือสารเคมีบางอย่าง โรคทางพันธุกรรมที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวาน จากการติดเชื้อโรคเบาหวานที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันที่พบไม่บ่อย
4. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

1. กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน
2. ความอ้วน
3. อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี
4. มีประวัติความผิดปกติของความทนต่อกลูโคส หรือมีความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ค่าระดับน้ำตาลในพลาสมามากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรถึงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
5. เป็นโรคความดันโลหิตสูง
6. ระดับโคเลสเตอรอล HDL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ/หรือระดับไตรกลีเซอไรด์ มากกว่าหรือเท่ากับ 125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
7. มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือคลอดบุตรที่มีน้ำหนักมากกว่า 4 กิโลกรัม

อาการและอาการแสดง

ถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก ดื่มน้ำมาก รับประทานอาหาร น้ำหนักลด อาการแสดงอื่นๆ ในรายที่เป็นโรคเบาหวานมานานแต่ผู้ป่วยไม่ทราบมาก่อน อาจมาด้วยอาการแทรกซ้อน เช่น ตาพร่า

มัว เป็นแผลเรื้อรัง เป็นฝีบ่อย มีผื่นคันหรือเชื้อราตามซอกอับของร่างกาย คันบริเวณช่องคลอด
ขาหรือปวดแสบปวดร้อนบริเวณปลายมือ ปลายเท้า เป็นต้น

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานตาม ADA (2004) มีดังนี้

1. ค่าระดับน้ำตาลในพลาสมามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
2. การตรวจความทนต่อกลูโคส มีระดับน้ำตาลในชั่วโมงที่ 2 ในการตรวจความทนต่อ
กลูโคส มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

การรักษาโรคเบาหวาน

1. การใช้ยา ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยเบาหวานมีทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีด ดังมีรายละเอียด
ดังนี้

การรักษาด้วยยาชนิดรับประทาน

1. ยาที่มีฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งอินซูลิน (insulin secretagogue) ได้แก่
 - 1.1. Sulfonylurea เช่น Chlorpropamide, Glibenclamine, Glipizide, Gliclazide, Gliquidone, Glimepiride, Gliclazide MR
 - 1.2. Glinide เช่น Repaglinide, Nateglinide
2. ยาที่มีฤทธิ์เพิ่มความไวของเนื้อเยื่อต่ออินซูลิน (insulin sensitizer) ได้แก่
 - 2.1. Biquanide เช่น Metformin
 - 2.2. Thiazolidinedione (TZD) เช่น Rosiglitazone, Pioglitazone
3. ยาที่มีฤทธิ์ลดการดูดซึมของกลูโคสที่ทางเดินอาหาร ได้แก่ α -glucosidase inhibitor เช่น Acarbose, Voglibose

การรักษาด้วยอินซูลินชนิดฉีด แบ่งตามระยะเวลาการออกฤทธิ์เป็น 3 ชนิด

1. อินซูลินชนิดออกฤทธิ์สั้น (short-acting insulin) หรือที่นิยมเรียกว่า reglar insulin (RI) ออกฤทธิ์หลังฉีด 15 – 60 นาที ออกฤทธิ์สูงสุด 2 – 4 ชั่วโมงและมีฤทธิ์อยู่นาน 5 – 8 ชั่วโมง ได้แก่ Humulin R, Actrapid
2. อินซูลินชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง (Intermediate-acting insulin) หรือที่นิยมเรียกว่า NPH ออกฤทธิ์หลังฉีด 1 - 4 ชั่วโมง ออกฤทธิ์สูงสุด 6 – 12 ชั่วโมงและมีฤทธิ์อยู่นาน 18 – 24 ชั่วโมง ได้แก่ Humulin N, Monotard, Insulatard
3. อินซูลินผสมสำเร็จ (Premixed insulin) เป็นอินซูลินที่เตรียมขึ้นโดยการผสมอินซูลินชนิด RI กับ NPH ในสัดส่วนต่าง ๆ กัน ซึ่งทำให้อินซูลินชนิดนี้ออกฤทธิ์ได้เร็ว และมีฤทธิ์อยู่นาน ได้แก่ Humulin 70/30, Mixtard HM เป็นต้น

4. อินซูลินอนุพันธ์ชนิดออกฤทธิ์เร็ว (rapid acting insulin analog) เป็นอนุพันธ์ของอินซูลินมนุษย์สังเคราะห์ ซึ่งได้รับการปรับโครงสร้างเพื่อให้มีการออกฤทธิ์เร็วขึ้นกว่าอินซูลินออกฤทธิ์สั้น ได้แก่ อินซูลิน Lispro, อินซูลิน Aspart

5. อินซูลินอนุพันธ์ชนิดออกฤทธิ์นานคงที่ (long acting insulin analog) ซึ่งเมื่อถูกฉีดเข้าใต้ผิวหนังแล้ว จะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดอย่างช้าๆ เป็นผลให้ระดับอินซูลินในเลือดคงที่ โดยไม่มีจุดออกฤทธิ์สูงสุดคล้ายกับการหลังอินซูลินพื้นฐานจากตับอ่อน ได้แก่ อินซูลิน Glargine, อินซูลิน Fatty acid acylated insulin

2. การควบคุมอาหาร

การควบคุมอาหารมีความสำคัญในการรักษาโรคเบาหวานมาก การควบคุมอาหารอย่างถูกต้องและเหมาะสม จะช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูง และช่วยลดอาการแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากโรคเบาหวาน การรักษาโรคเบาหวานให้ได้ผลนั้นจำเป็นต้องควบคุมอาหารอย่างสม่ำเสมอ แม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยการกินยาหรือฉีดอินซูลินแล้วก็ตาม ก็จำเป็นต้องควบคุมอาหารร่วมกัน การควบคุมอาหารเป็นการรักษาที่สำคัญที่สุด และการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องควบคุมอาหารก็เพื่อ 1). ให้ผู้ป่วยสามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงระดับปกติ 2). ควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควรเป็น 3). ป้องกันอาการหมดสติ เนื่องจากภาวะเป็นกรดในเลือดสูงเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง 4). ป้องกันอาการหมดสติ อันเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ 5). ลดอาการแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เกิดจากโรคเบาหวาน 6). ให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เป็นประโยชน์ตามที่ร่างกายต้องการ และ 7). ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง สามารถดำรงชีวิตและทำงานต่างๆ ได้เป็นคนปกติ

การควบคุมอาหารเบาหวานที่ถูกต้องนั้น ต้องควบคุมพลังงานในอาหารผู้ป่วยให้เหมาะสมกับแรงงานที่ผู้ป่วยใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆ มิใช่จำกัด หรือควบคุมเฉพาะข้าวและน้ำตาลเท่านั้น ถ้ารับประทานเนื้อสัตว์และไขมันมาก ระดับน้ำตาลก็สูงได้เพราะอาหารทุกอย่างให้พลังงานเมื่อได้รับมากๆ พลังงานที่ได้รับจะมากกว่าที่ร่างกายต้องการ ระดับน้ำตาลในเลือดจะสูง

ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรรับประทานข้าวหรือแป้งอื่นๆ เนื้อสัตว์ ไขมัน ผักผลไม้ในปริมาณที่กำหนด เพื่อให้ได้พลังงานเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย และผู้ป่วยควรควบคุมน้ำตาลและอาหารที่มีน้ำตาลทุกชนิดเพราะทำให้น้ำตาลในเลือดสูงเร็ว

3. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นวิธีการหนึ่งในการรักษาโรคเบาหวาน เพราะการออกกำลังกายสามารถช่วยให้กล้ามเนื้อมีการใช้น้ำตาลเพิ่มมากขึ้น เพิ่มตัวรับอินซูลินลดภาวะการต่อต้านอินซูลิน และช่วยเพิ่มความไวของเนื้อเยื่อในการตอบสนองต่ออินซูลิน นอกจากนี้ยังช่วยลดน้ำหนัก ลด

ไขมันที่เกาะตามร่างกาย ลดความดันโลหิต ป้องกันโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น แต่การออกกำลังกายต้องจัดให้เหมาะสมกับภาวะของร่างกาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุควรให้แพทย์ทำการตรวจร่างกายก่อน

สาเหตุที่ทำให้ควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้

เกษตร นิมพลี (2547) กล่าวว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไปสู่เป้าหมายตามที่สมาคมวิชาชีพทางเบาหวานกำหนดไว้ไม่ได้ เช่น American Diabetes Association ได้แนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร 90-130 มก./ดล. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 2 ชั่วโมงไม่เกิน 180 มก./ดล. ระดับ HbA_{1c} ไม่เกินร้อยละ 7 ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ

1. สาเหตุจากธรรมชาติของโรคเองที่เมื่อเวลาผ่านไปจะเกิดการลดลงของการทำงานของจำนวนของเบต้าเซลล์ของตับอ่อนลงเรื่อยๆ มีการศึกษาเพื่อประเมินอัตราการลดลงของการทำงานของเบต้าเซลล์ โดยใช้วิธี Homeostasis Model Assessment (HOMA) พบว่าเมื่อเริ่มต้นวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยจะมีการลดลงของการทำงานของเบต้าเซลล์เหลือเพียงร้อยละ 50 ของคนปกติ และเมื่อติดตามผู้ป่วยต่อไปอีก 5 ปี การทำงานของเบต้าเซลล์จะเหลือเพียงร้อยละ 25 ของคนปกติ นั่นคือ ผู้ป่วยจะเริ่มมีภาวะขาดอินซูลินมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเวลาผ่านไป โดย American Diabetes Association ได้กล่าวถึงลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการขาดอินซูลิน ได้แก่ เบาหวานชนิดที่ 1, มีประวัติโรคของตับอ่อน หรือเคยผ่าตัดตับอ่อน, มีการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดโดยมีการแกว่งขึ้นลงมาก, มีประวัติเป็น Diabetes Ketoacidosis, มีประวัติเป็นเบาหวานมานานเกิน 10 ปี และต้องรักษาด้วยอินซูลินมานานเกิน 5 ปี

2. เกิดจากการรักษาอย่างไม่เหมาะสม โดยทั่วไปหลักการรักษาจะประกอบด้วยองค์ประกอบ ได้แก่ Diabetes education, Life style modification (exercise and diet control), Oral hypoglycemic agents และ Insulin therapy ความบกพร่องที่ทำให้เกิดการรักษาที่ไม่เหมาะสมอาจเกิดจากความบกพร่องในองค์ประกอบของการรักษาข้อใดข้อหนึ่งหรือหลายข้อร่วมกันในการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2

3. อุปสรรคต่างๆ ที่เป็นส่วนเสริมทำให้การควบคุมเบาหวานไม่ได้ผล

- 3.1. อุปสรรคจากตัวผู้ป่วยเอง เช่น ผู้ป่วยผู้สูงอายุ หรือมีโรคเรื้อรังหลายอย่างทำให้ต้องรับประทานยาหลายขนาน ทำให้ไม่ยอมรับรับประทานยาเพิ่มมากขึ้น หรือหลงลืม หรือไม่มีผู้ดูแลอาจทำให้ลำบากในการฉีดอินซูลินด้วยตนเอง หรือผู้ป่วยมีทัศนคติไม่ดีต่อการรักษา รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ

- 3.2. อุปสรรคจากทีมผู้ให้การรักษา การให้ความรู้กับผู้ป่วยไม่เพียงพอไม่เป็นระบบ มี

ระบบการบริหารจัดการคลินิกเบาหวานที่ไม่ดีพอ เช่น มีจำนวนผู้ป่วยมากเกินไป ทำให้แพทย์มีเวลาตรวจผู้ป่วยน้อย

3.3. อุปสรรคจากระบบการให้บริการทางสาธารณสุข ในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลอำเภอ ขาดระดับน้ำตาลมีจำนวนไม่กี่ยกนานให้แพทย์เลือก ทำให้การควบคุมโรคเบาหวานด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลแบบ combination therapy ทำได้ไม่เต็มที่

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคเบาหวาน

1. น้ำหนักตัว ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมากโดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีความโน้มเอียงที่จะมีภาวะดื้ออินซูลิน ทำให้ยากต่อการรักษาควบคุมน้ำตาลให้ปกติ ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวน้อยบ่งชี้ถึงการขาดสารอาหารที่สำคัญคือโปรตีนซึ่งอาจสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี นอกจากนี้การติดตามน้ำหนักตัวผู้ป่วยทุกครั้งที่มารับการตรวจจะบ่งชี้พฤติกรรมและการควบคุมเบาหวานได้ เช่นผู้ป่วยที่น้ำหนักลดลง โดยที่ระดับน้ำตาลในเลือดยังคงสูงมากกว่า 200 มก./ดล. บ่งชี้ว่าเบาหวานควบคุมไม่ได้ ทำให้มีการสลายและสูญเสียส่วนของไขมันและโปรตีนของร่างกายน้ำหนักจึงลดลง ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยน้ำหนักตัวคงที่หรือเพิ่มขึ้นและระดับน้ำตาลยังสูงน่าจะเกิดจากผู้ป่วยไม่ควบคุมอาหาร (พรวิไล วรรณสัมพัศ, 2547:14)

2. ความดันโลหิต ความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวและการดื้ออินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ต้องให้ยาลดความดันโลหิต ยาอาจมีผลต่อเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตหรือไขมัน นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงถ้าหากไม่ได้รับการควบคุมจะมีผลต่อการเกิดและการดำเนินของโรคแทรกซ้อนเรื้อรังหลายอย่าง เช่น retinopathy, nephropathy, ischemic heart disease และ cerebrovascular disease (พรวิไล วรรณสัมพัศ, 2547:15)

3. ระดับการควบคุมไขมัน โดยทั่วไประดับน้ำตาลจะมีผลต่อระดับไขมันในผู้ป่วยเบาหวานแต่ในทางกลับกันพบว่าระดับไขมันมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานได้ ระดับกรดไขมันอิสระสูงจะทำให้ระดับน้ำตาลสูงขึ้นเนื่องจากการกดขบวนการเผาผลาญน้ำตาลกลูโคสในเซลล์ และทำให้การสร้างและปลดปล่อยกลูโคสจากตับมีมากขึ้น การที่เซลล์เผาผลาญกลูโคสได้น้อยลงเนื่องจากเมื่อกรดไขมันอิสระเข้าเซลล์จะถูกย่อยสลาย ซึ่งเซลล์สามารถใช้เป็นพลังงานได้เลย จึงไปยับยั้งขบวนการย่อยสลายกลูโคสในเซลล์ กลูโคสที่เข้าเซลล์จึงไม่ถูกเผาผลาญ และถูกผลักดันออกนอกเซลล์ (บุปผา อาศรัยราช, 2541:23)

4. ความรู้ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการส่งเสริมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานจำเป็นต้องได้รับความรู้ในเรื่องโรค, การดูแลตนเอง เนื่องจากต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องมีการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค การปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อควบคุมโรคที่เป็นอยู่ และมีความเข้าใจถึงระยะการ

ดำเนินของโรค การได้รับความรู้และคำแนะนำจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการควบคุมโรคได้ดีขึ้น ซึ่งโจเซฟ กล่าวว่า ความรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค โดยทั่วไปก่อนที่จะปฏิบัติสิ่งใดก็ตาม บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆเสียก่อน จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะดูแลสุขภาพของตนให้ดีและนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีที่สุด (ปะราลี โอภาสนันท์, 2542:26-27)

5. เพศ ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ จะมีความสามารถในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน โดยพบว่า เพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าเพศชาย รวมทั้งมีทัศนคติต่อความเจ็บป่วยแตกต่างกัน ทำให้มีผลต่อความต้องการการดูแลตนเอง (Orem, 1991 อ้างใน ปะราลี โอภาสนันท์, 2542)

6. อายุ ช่วงอายุที่แตกต่างกัน จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุในช่วงอายุ 60-69 ปี (yong – old) โดยทั่วไปบุคคลในวัยนี้ยังเป็นคนที่แข็งแรงยังเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมทั้งในครอบครัว และนอกครอบครัวได้สามารถเรียนรู้การดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองได้ ผู้สูงอายุในช่วงอายุ 70-79 ปี (middle – age old) เป็นช่วงที่คนเริ่มเจ็บป่วย มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ความสามารถดูแลตนเองลดลง ผู้สูงอายุในช่วงอายุ 80-89 ปี (old – old) เป็นวัยที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าในวัยที่ผ่านมา ผู้สูงอายุในช่วงอายุ 90-99 ปี (very old – old) เป็นช่วงที่มีปัญหาสุขภาพมากขึ้นและมีความต้องการพึ่งพามากขึ้น (ปะราลี โอภาสนันท์, 2542:27)

7. ระดับการศึกษา ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง จะมีการใช้เหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาได้ดี มีทักษะในการแสวงหาข้อมูลและประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ชักถามปัญหาและขอความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆได้มากขึ้น มีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย มีความเข้าใจในแผนการรักษา มีความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (ปะราลี โอภาสนันท์, 2542:27)

8. ระยะเวลาการเป็นโรค เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานจึงมีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เมื่อระยะเวลาของการเป็นโรคนานขึ้นผู้ป่วยจะสามารถเรียนรู้การดูแลตนเองในเรื่องต่างๆได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่และบุคคลอื่นได้มากขึ้น (ปะราลี โอภาสนันท์, 2542:28)

การประเมินภาวะควบคุมโรคเบาหวาน

การประเมินผลการควบคุมโรคเบาหวานสามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยควบคุมโรคเบาหวานได้ดีหรือไม่ ต้องอาศัยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ตรวจหาค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยซึ่งมีดังต่อไปนี้

1. การตรวจวัดระดับกลูโคสในเลือด (ศิริรัตน์ พลอยบุตร, อภิรดี ศรีวิจิตรกมล และสุทิน ศรี อัญญาพร, 2548:83-92)

ชนิดตัวอย่างเลือดสำหรับตรวจวัดระดับกลูโคส สามารถวัดได้จากตัวอย่างเลือดดำ (venous blood) ซึ่งได้จากการดูดเลือดจากหลอดเลือดดำ และตัวอย่างเลือดแคปิลลารี (capillary blood) ซึ่งได้จากการดูดเลือดจากปลายนิ้ว (ซึ่งเป็นที่ยอมรับที่สุด) และผิวหนังบริเวณอื่นๆ ได้แก่ แขนส่วนปลาย, ต้นขา และฝ่ามือ สำหรับตัวอย่างเลือดดำสามารถนำมาตรวจวัดระดับกลูโคสในเลือดดำรวม, ซีรัม หรือพลาสมา โดยที่ระดับกลูโคสในพลาสมา (plasma glucose) จะสูงกว่าระดับกลูโคสในเลือดดำรวม (whole) ร้อยละ 11, จะต่ำกว่าระดับกลูโคสในซีรัม (serum glucose) ร้อยละ 5, จะต่ำกว่าระดับกลูโคสในแคปิลลารีร้อยละ 10-13 เมื่อตรวจหลังอดอาหาร และ ณ เวลาใดๆ และจะสูงกว่าระดับกลูโคสในแคปิลลารีร้อยละ 5 เมื่อตรวจหลังการทดสอบ 2-h-OGTT ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน แนะนำให้ใช้การตรวจวัดระดับพลาสมากลูโคส ส่วนการติดตามการรักษาโรคเบาหวานแนะนำให้ใช้การตรวจวัดระดับพลาสมากลูโคสหรือแคปิลลารีกลูโคสตามความเหมาะสม อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยโรคเบาหวานโดยใช้ระดับกลูโคสในเลือดแคปิลลารีก็สามารถใช้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก

วิธีการตรวจวัดระดับกลูโคสในเลือด

1. การตรวจโดยวิธี Glucose oxidase มีหลักการ คือ glucose oxidase ในการทำปฏิกิริยาออกซิเดชันระหว่างกลูโคสและออกซิเจนซึ่งจะได้ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์เป็นผลผลิต ดังนั้นการตรวจวัดปริมาณไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ที่เกิดขึ้นจึงสามารถบ่งชี้ถึงปริมาณกลูโคสได้ การตรวจวัดปริมาณไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ทำได้โดยใช้ polarographic oxygen electrode ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้ในการตรวจวัดระดับกลูโคสด้วยเครื่อง glucose analyzer มาตรฐาน หรือโดยการทำปฏิกิริยากับ peroxidase dye indicator เพื่อให้มีสีเกิดขึ้นซึ่งเป็นวิธีการตรวจวัดระดับกลูโคสโดยใช้แถบวัดกลูโคส (glucostrip) และเครื่องกลูโคมิเตอร์

2. การตรวจโดยวิธี Hexokinase อาศัยเอนไซม์ hexokinase เปลี่ยนน้ำตาลกลูโคสให้เป็น glucose-6-phosphate (G-6-P) และ adenosine diphosphate (ADP) ซึ่ง G-6-P จะถูกเปลี่ยนต่อไปโดยเอนไซม์ glucose-6-phosphate dehydrogenase (G-6-PDH) เป็น 6-phosphogluconate และ

NADPH ดังนั้นการตรวจวัดปริมาณ NADPH ที่เกิดขึ้นจะบ่งชี้ถึงปริมาณกลูโคสในเลือดที่ทำปฏิกิริยาได้

การเตรียมตัวอย่างเลือดเพื่อตรวจวัดระดับพลาสมากลูโคส มีความสำคัญอย่างมากต่อความถูกต้องของผลการตรวจวัดระดับพลาสมากลูโคส เนื่องจากมีปัจจัยหลายประการที่ทำให้ผลการตรวจวัดได้ค่าพลาสมากลูโคสต่ำกว่าความเป็นจริง ได้แก่ ปริมาณไฟบรินในพลาสมา, ระดับไตรกลีเซอไรด์และจำนวนเม็ดเลือดในตัวอย่างเลือด และอุณหภูมิของตัวอย่างเลือด ตัวอย่างพลาสมาที่มีไฟบรินตกค้างอยู่มากไฟบรินอาจไปอุดตันระบบท่อนำตัวอย่างพลาสมาในเครื่อง automated glucose analyzer และทำให้อ่านผลผิดพลาดต่ำกว่าความเป็นจริงได้ ตัวอย่างเลือดที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงจะทำให้ระดับพลาสมากลูโคสที่วัดได้ต่ำกว่าความเป็นจริงถ้าไม่ทำการแยกเอาไตรกลีเซอไรด์ออกก่อนทำการตรวจวัด เนื่องจากไตรกลีเซอไรด์ที่ค้างอยู่จะมีผลต่อปริมาตรของตัวอย่างพลาสมาที่จะทำการวัด ตัวอย่างเลือดดำที่มีเม็ดเลือดอยู่เป็นจำนวนมากและถูกเก็บไว้นานโดยไม่ทำการแยกเอาพลาสมาออกก่อนทำการตรวจวัดจะทำให้ผลการตรวจวัดระดับพลาสมากลูโคสต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากเซลล์เม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาวที่อยู่ในตัวอย่างเลือดจะมีการใช้กลูโคสโดยกระบวนการกลัยโคลISIS โดยระดับกลูโคสในเลือดที่ตรวจวัดได้จะลดลงไปตามเวลาที่ตัวอย่างเลือดค้างถูกตั้งทิ้งไว้ในอัตราประมาณชั่วโมงละ 10 มก./ดล. หรือชั่วโมงละร้อยละ 5-7 ของระดับกลูโคสตั้งต้นเมื่อแรกดูดเลือดจากผู้ป่วย อัตราการลดลงของระดับกลูโคสในเลือดนี้จะขึ้นกับอุณหภูมิของตัวอย่างเลือดและจำนวนเม็ดเลือดในตัวอย่างเลือด โดยอุณหภูมิที่สูงขึ้นจะกระตุ้นกระบวนการกลัยโคลISISให้เพิ่มขึ้น ดังนั้นการเตรียมและเก็บตัวอย่างเลือดอย่างถูกวิธีจะสามารถป้องกันหรือลดความผิดพลาดของผลการตรวจวัดระดับกลูโคสในเลือดจากกระบวนการกลัยโคลISISได้

การตรวจวัดระดับกลูโคสในเลือดโดยใช้เครื่องกลูโคมิเตอร์ ต้องอาศัยอุปกรณ์ คือ เครื่องกลูโคมิเตอร์ และแถบตรวจกลูโคส มีหลักการวัด คือการนำเอนไซม์ glucose oxidase หรือ hexokinase มาผนึกบน solid phase ของแถบตรวจกลูโคส เมื่อเจาะเลือดจากปลายนิ้วและหยดลงบน solid phase ของแถบตรวจกลูโคส เลือดจะทำปฏิกิริยากับเอนไซม์ดังกล่าว และมีผลผลิตเกิดขึ้นซึ่งจะมีปฏิกิริยาต่อเนื่องให้เกิดสารมีสี หรืออิเล็กตรอนซึ่งสามารถตรวจวัดปริมาณได้โดยใช้ photometer reflectance (reflectance meter) หรือ biosensor (bioamperometer) ซึ่งอยู่ในเครื่องกลูโคมิเตอร์ที่ใช้เทคนิคการตรวจวัดสีที่เกิดขึ้นในปฏิกิริยา ได้แก่ Reflolux, Glucometer, Surestep และ HaemoCueB ส่วนเครื่องกลูโคมิเตอร์ที่ใช้เทคนิคการวัดอิเล็กตรอนที่เกิดขึ้นในปฏิกิริยา ได้แก่ Advantage, Medisense และ Precision QID เครื่องกลูโคมิเตอร์รุ่นแรกๆจะแสดงผลเป็นค่าระดับกลูโคสในเลือดรวม (whole blood glucose) ส่วนเครื่องกลูโคมิเตอร์รุ่นใหม่จะแสดงผลเป็นค่า

ระดับกลูโคสในพลาสมาเนื่องจากแถบตรวจวัดระดับกลูโคสมีแผ่นกรองแยกเม็ดเลือดแดงออก ก่อนที่พลาสมาจะเข้าทำปฏิกิริยาหรือมีการแปลงค่าระดับกลูโคสออกมาเป็นระดับกลูโคสในพลาสมาแม้ว่าจะใช้เลือดรวมในการทำปฏิกิริยา

ความถูกต้องและน่าเชื่อถือของผลการตรวจวัดระดับกลูโคสในเลือดด้วยเครื่องกลูโคมิเตอร์ ขึ้นกับปัจจัยหลายประการได้แก่ มาตรฐานของเครื่องกลูโคมิเตอร์, เทคนิคและวิธีการเจาะเลือดเพื่อทำปฏิกิริยาบนแถบตรวจ, การใช้เครื่องกลูโคมิเตอร์ และปัจจัยอื่นๆ

The National Committee for Clinical Laboratory Standard ได้กำหนดมาตรฐานของเครื่องกลูโคมิเตอร์ คือ ที่ระดับพลาสมากลูโคสสูงกว่า 75 มก./ดล. ค่าที่ตรวจได้จากเครื่องกลูโคมิเตอร์ต้องไม่แตกต่างจากค่าที่ตรวจวัดด้วยเครื่องมือมาตรฐานเกินกว่าร้อยละ 20 และที่ระดับพลาสมากลูโคสต่ำกว่า 75 มก./ดล. ค่าที่ตรวจได้จากเครื่องกลูโคมิเตอร์ต้องไม่แตกต่างจากค่าที่ตรวจวัดด้วยเครื่องมือมาตรฐานเกินกว่า 15 มก./ดล.

เทคนิคการเจาะเลือดแคปิลลารีจากปลายนิ้วมือเพื่อทำปฏิกิริยาบนแถบตรวจสามารถทำได้ดังนี้ ก่อนทำการเจาะเลือดให้ผู้ป่วยล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยห้อยแขนลงเป็นเวลา 10-15 วินาที เช็ดปลายนิ้วที่จะเจาะเลือดด้วย 70% แอลกอฮอล์ แล้วรอให้แห้ง ใช้อุปกรณ์สำหรับเจาะเลือดปลายนิ้วเจาะที่บริเวณด้านข้างของปลายนิ้วใดก็ได้ ซึ่งจะช่วยให้มีความเจ็บจากการเจาะเลือดน้อยกว่าการเจาะที่บริเวณส่วนกลางของปลายนิ้ว เพราะมีเส้นประสาทมาเลี้ยงส่วนกลางปลายนิ้วมาก และควรเปลี่ยนตำแหน่งเจาะเลือดทุกครั้งที่จะเจาะเลือดครั้งต่อไป ในเชิงปฏิบัติที่ต้องคำนึงถึงในการเจาะเลือดปลายนิ้วคือประการแรก ต้องเช็ดและรอให้แอลกอฮอล์ที่เช็ดทำความสะอาดผิวหนังแห้งสนิทก่อนทำการเจาะเลือด การปล่อยให้แอลกอฮอล์เปียกชุ่มปลายนิ้วขณะเจาะเลือดจะทำให้เลือดที่ไหลออกมาถูกเจือจางด้วยแอลกอฮอล์ซึ่งทำให้ผลตรวจผิดพลาดได้ ประการที่สอง เมื่อทำการเจาะเลือดแล้วเลือดไม่ออกมาเป็นหยดและต้องทำการเค้นเลือดหรือพยายามป้ายเลือดเท่าที่จะได้ลงบนแถบตรวจซึ่งทำให้มีเลือดจำนวนไม่พอต่อการทำปฏิกิริยา ประการที่สาม สักรวณแถบตรวจก่อนใช้ว่ามีการเสื่อมจากการเก็บไม่ถูกต้องหรือหมดอายุ และประการที่สี่ การเลือกใช้เครื่องกลูโคมิเตอร์รุ่นใหม่ที่ใช้ปัจจุบันมีการพัฒนาเพื่อลดความผิดพลาดโดยใช้เลือดในปริมาณที่น้อยมาก และใช้เวลาในการทำปฏิกิริยาจนถึงแสดงผลสั้นมากภายในเวลา 30 วินาที

การดูแลรักษาเครื่องกลูโคมิเตอร์ ซึ่งควรเก็บไว้ในที่อุณหภูมิ 18-30 องศาเซลเซียส ซึ่งมีค่าความชื้นพอเหมาะ สำหรับเครื่องกลูโคมิเตอร์ที่อ่านผลโดยใช้ photometer ซึ่งต้องสอดแถบตรวจส่วนที่ทำปฏิกิริยากับเลือดเข้าสู่ช่องอ่านผล ควรทำความสะอาดช่องอ่านผลเพื่อมิให้คราบเลือดบดบังการอ่านผล

ปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อการตรวจวัดระดับแคปิลลารีกลูโคส ได้แก่ ระดับฮีมาโตคริต, ระดับความดันเลือด, ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด, ระดับไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือดและระดับกลูโคสในเลือด ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จะทำให้ได้ค่าระดับกลูโคสต่ำกว่าความเป็นจริง

ประโยชน์ของการใช้เครื่องกลูโคมิเตอร์ การใช้เครื่องกลูโคมิเตอร์ช่วยให้การตรวจวัดระดับกลูโคสในเลือดทำได้สะดวกและได้ผลรวดเร็วในทุกสถานที่ ซึ่งมีประโยชน์หลายกรณี ได้แก่

1. ช่วยให้สามารถทำการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคเบาหวานในขั้นต้นโดยเฉพาะในสถานที่และเวลาที่ไม่สามารถทำการตรวจวัดระดับพลาสมากลูโคสโดยใช้เครื่องตรวจมาตรฐานได้
2. ช่วยในการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษาฉุกเฉินในผู้ป่วยเบาหวาน จะช่วยให้ผู้รักษาสภาพการณ์การรักษารักษาและปรับการรักษาที่เหมาะสมได้อย่างรวดเร็วและทันการ
3. ช่วยในการติดตามผลการรักษาโรคเบาหวานต่อเนื่อง โดยเฉพาะในการให้ผู้ป่วยทำการตรวจวัดระดับกลูโคสด้วยตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษามากขึ้นและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติตัวและการบริหารยา

การตรวจวัดระดับกลูโคสในเลือดที่เวลาต่างๆ เพื่อการวินิจฉัยและติดตามการรักษาโรคเบาหวาน ได้แก่ การตรวจวัดระดับกลูโคสในเลือดหลังจากอดอาหารข้ามคืนเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (fasting blood glucose) เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานจะมีระดับกลูโคสในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ดล. (ค่าปกติไม่เกิน 110 มก./ดล.) เกณฑ์แสดงผลการรักษามีระดับกลูโคสในเลือด 90-130 มก./ดล. , การตรวจวัดระดับกลูโคสในเลือดที่เวลาใดก็ได้โดยไม่คำนึงถึงเวลาอาหาร (random หรือ casual blood glucose) เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานจะมีระดับกลูโคสในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. (ค่าปกติไม่เกิน 140 มก./ดล.) เกณฑ์แสดงผลการรักษามีระดับกลูโคสในเลือดไม่เกิน 180 มก./ดล. , การตรวจวัดระดับกลูโคสในเลือดหลังรับประทานอาหาร (postprandial blood glucose) จะทำที่เวลา 2 ชั่วโมงหลังจากเริ่มรับประทานอาหาร (2-h-PPG) เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานจะมีระดับกลูโคสในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. (ค่าปกติไม่เกิน 140 มก./ดล.) เกณฑ์แสดงผลการรักษามีระดับกลูโคสในเลือดไม่เกิน 180 มก./ดล.

การตรวจวัดระดับกลูโคสในเลือดด้วยตนเอง (Self monitoring of blood glucose, SMBG) (อภิชาติ วิษณุรัตน์, 2548 : 74-78) โดยการเจาะเลือดจากปลายนิ้วหนึ่งหยดลงบนแถบทดสอบ (strip) ซึ่งมีน้ำยาชนิดแห้งเคลือบอยู่ที่ส่วนปลาย เลือดจะทำปฏิกิริยากับน้ำยาทำให้เกิดสารที่มีสีภายในเวลาหนึ่งนาที หลังจากซับเลือดให้แห้งแล้ว นำแถบทดสอบไปวัดความเข้มของสีที่เกิดขึ้นด้วยเครื่อง reflectometer ซึ่งจะอ่านค่าเป็นระดับกลูโคสในเลือดแคปิลลารี (capillary blood glucose) ซึ่งถือว่าใกล้เคียงกับผลการตรวจกลูโคสในเลือดจากหลอดเลือดดำ (venous blood glucose) มีการทดสอบแล้วว่า ถ้าเทคนิคในการตรวจวัดระดับกลูโคสในเลือดแคปิลลารีถูกต้องโดย

ผู้ที่ทำการเจาะตรวจบ่อยๆจะให้ผลใกล้เคียงกับผลที่ได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่ากลูโคสในเลือดแคปิลลารีส่วนใหญ่จะต่ำกว่ากลูโคสในเลือดจากหลอดเลือดดำเล็กน้อย

ประโยชน์การตรวจวัดระดับกลูโคสในเลือดด้วยตนเอง

1. ช่วยให้สามารถควบคุมระดับกลูโคสในเลือดได้ดีขึ้นจนใกล้เคียงกับเกณฑ์ที่ต้องการ ซึ่งจะมีประโยชน์ในการชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนของเบาหวาน

2. ช่วยให้สามารถวินิจฉัยและป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดได้ดี ตลอดจนช่วยให้สามารถรักษาภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดได้อย่างทันท่วงที

3. ช่วยให้สามารถปรับอาหารและปริมาณอินซูลินที่จะบริหารได้อย่างเหมาะสม

การทำ SMBG เหมาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการควบคุมเบาหวานแบบเข้มงวดเพื่อให้ได้โอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนน้อยที่สุด หรือผู้ป่วยที่มีระดับกลูโคสในเลือดซึ่งควบคุมได้ยาก

ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (สุภาวดี ลิขิตมาศกุล, ชนิกา ผู้จินดา, และคัทรี ชัยชาญวัฒนากุล, 2542:49-50)

1. ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการควบคุมน้ำตาลของร่างกาย
2. เศรษฐฐานะ เครื่องตรวจน้ำตาลมีราคาสูง ผู้มีรายได้น้อยจะไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่าย
3. ความเจ็บปวดจากการเจาะเลือด
4. บุคลากรหรือทีมงานให้คำปรึกษาขาดความมั่นใจ ขาดประสบการณ์

การตรวจระดับ HbA_{1c} ในเลือด

กลไกการเกิด HbA_{1c} Glycated Hemoglobin (GHb) เป็นผลผลิตที่เกิดจากการจับกันระหว่างกลูโคสกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดโดยไม่ต้องอาศัยเอนไซม์ เรียกกระบวนการนี้ว่า non-enzymatic glycosylation โดยกลูโคสในเลือดจะซึมผ่านเนื้อเยื่อหุ้มเซลล์เม็ดเลือดแดงเข้าไปในเซลล์ได้อย่างอิสระและมีการจับฮีโมโกลบิน ทำให้ระดับ GHb ในเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆในแต่ละเซลล์เป็นสัดส่วนกับปริมาณกลูโคสที่จับกับฮีโมโกลบินจนกว่าจะหมดอายุไปเฉลี่ย 120 วัน

การตรวจวัดระดับ HbA_{1c} ในเลือดควรได้รับการตรวจในผู้ป่วยเบาหวานทุกรายตั้งแต่วินิจฉัยโรคก่อนการรักษาเพื่อประเมินความรุนแรงของเบาหวาน หลังจากนั้นควรตรวจติดตามเพื่อประเมินผลการรักษาเป็นระยะๆ เนื่องจากระดับ HbA_{1c} บ่งบอกถึงผลการควบคุมเบาหวานในช่วงระยะเวลา 2-3 เดือนที่ผ่านมา ดังนั้นจึงควรตรวจวัดระดับ HbA_{1c} ทุก 3 เดือน ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับการควบคุมระดับ HbA_{1c} ในเลือดให้ต่ำกว่า 7 % (ค่าปกติ 4-6 %)

วิธีการตรวจวัดระดับ HbA_{1c}

1. High pressure liquid chromatography (HPLC) ปัจจุบันถือว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุด
2. Column chromatography เป็นวิธีแรกที่ใช้วัด มีปัจจัยที่รบกวนผลการวัดได้ง่าย
3. Immunoassay เป็นวิธีที่มีการพัฒนาให้ดีขึ้นเรื่อยๆ ปัจจุบันถือว่าเชื่อถือดีเท่ากับวิธี

HPLC

4. Electrophoresis เป็นวิธีแรกๆที่ใช้ตรวจ ปัจจุบันใช้น้อยลงเนื่องจากไม่ค่อยสะดวก
5. Affinity chromatography เป็นวิธีที่ค่อนข้างดีแต่ไม่ค่อยได้รับความนิยมเพราะไม่สามารถ

ตรวจวัดโดยเครื่องอัตโนมัติ

ประโยชน์ของการตรวจระดับ HbA_{1c} ในเลือด คือ ใช้เป็นดัชนีบ่งชี้ถึงผลรวมของการควบคุมระดับกลูโคสในเลือดช่วงระยะเวลา 2-3 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งมีข้อมูลที่ชัดเจนจากการศึกษาวิจัยว่าช่วยให้สามารถทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวานในอนาคตได้แม่นยำกว่าการใช้ระดับ FPG หรือ PPG เป็นตัวทำนาย

ข้อจำกัดของการตรวจระดับ HbA_{1c} ในเลือด

1. ไม่สามารถใช้ในกรณีที่เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นกว่าปกติ เช่น Hemolytic anemia ทุกชนิด เนื่องจากจะทำให้ค่า HbA_{1c} มีค่าน้อยกว่าปกติ
2. การตรวจบางวิธีใช้ไม่ได้ในภาวะต่างๆ เพราะค่าจะเปลี่ยนไป
3. เป็นการตรวจที่บ่งถึงระดับเฉลี่ยของกลูโคสในเลือดระยะเวลา 2-3 เดือนที่ผ่านมา ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดบ่อยๆร่วมกับการควบคุมที่ไม่ค่อยดีอาจตรวจได้ค่าที่ค่อนข้างต่ำมาก ทั้งๆที่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในเลือดบ่อยๆเป็นสิ่งไม่ดี
4. ไม่สามารถใช้ตัดสินการเปลี่ยนแปลงการรักษา ถ้าไม่มีผลกลูโคสในเลือดมาประกอบด้วย เนื่องจากการบ่งถึงระดับการควบคุมเบาหวานในช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา ไม่เหมือนกับระดับ FPG หรือ PPG ซึ่งบ่งถึงระดับการควบคุมในขณะนั้น
5. ในขณะนี้ยังไม่สามารถใช้ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน เนื่องจากมีความไวต่ำ เช่น ในผู้ป่วยบางรายที่โรคไม่รุนแรงหรือเพิ่งเป็น ระดับ HbA_{1c} ในเลือดอาจยังปกติอยู่ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีค่าสูงชัดเจนมักแสดงว่าเป็นเบาหวานแน่นอน

การตรวจวัดระดับซีรัม fructosamine

เนื่องจากกลูโคสในเลือดสามารถจับกับโปรตีนชนิดอื่นที่ไม่ใช่ฮีโมโกลบินได้ด้วยเช่นกัน เช่น แอลบูมิน หรือโปรตีนชนิดอื่นๆในเลือด ผลผลิตที่ได้เรียกว่า glycated serum albumin หรือ glycated serum protein (GSP) ซึ่งค่าที่วัดได้จะมีความหมายคล้ายกับ GHb แต่จะสัมพันธ์กับระดับกลูโคสในช่วงระยะเวลาที่สั้นกว่า คือ 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับครึ่งชีวิต (half life) ของ

โปรตีนที่จับกับกลูโคส ดังนั้นการวัดระดับ GSP ในเลือดจึงมีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มี Hemolytic anemia ซึ่งใช้การตรวจ GHb ไม่ได้

การตรวจวัดระดับ GSP เชื่อว่ามีประโยชน์ในผู้ป่วยเบาหวานที่ดื้อต่อการรักษา เพราะสามารถตรวจพบการเปลี่ยนแปลงได้เร็วกว่า GHb จึงทำให้สามารถทราบผลการควบคุมเบาหวานในช่วงเวลาที่ผ่านมานั้นกว่า

2. การทดสอบความทนต่อกลูโคส (ศิริรัตน์ พลอยบุตร, อภิรดี ศรีวิจิตรกมล, และสุทิน ศรีอำพร, 2548:92-93.)

เป็นวิธีการวินิจฉัยโรคเบาหวานมาตรฐานที่ดีที่สุดซึ่งมีความไวและความจำเพาะสูง นอกจากนี้ยังสามารถวินิจฉัยภาวะความทนต่อกลูโคสบกพร่อง (impaired glucose tolerance) ความผิดปกติในเมตาบอลิซึมของกลูโคสซึ่งมีความสำคัญทางคลินิก โดยผู้ที่มีภาวะความทนต่อกลูโคสบกพร่องจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตสูง แม้ว่า OGTT จะมีประโยชน์อย่างมากในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน แต่เนื่องจากวิธีการทดสอบค่อนข้างยุ่งยาก จึงไม่ใช่วิธีการนี้เป็นวิธีแรกในการวินิจฉัยโรคเบาหวานในบุคคลทั่วไป ยกเว้นในสตรีตั้งครรภ์

วิธีการทดสอบ วิธีการทำ OGTT สามารถทำเป็นขั้นตอนได้ดังนี้

1. ให้ผู้รับการทดสอบรับประทานอาหารอย่างปกติโดยไม่จำกัดอาหารคาร์โบไฮเดรตเป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 3 วัน ก่อนวันทำการทดสอบ
2. ผู้รับการทดสอบอดอาหารอย่างน้อย 8-14 ชั่วโมงก่อนเข้ารับการทดสอบ
3. เข้าวันทำการทดสอบ เจาะเลือดเพื่อตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหาร
4. ให้ผู้รับการทดสอบดื่มสารละลายกลูโคส 75 กรัมในน้ำ 250-300 มล. หมดภายในเวลา 5 นาที และเจาะเลือดเพื่อตรวจวัดระดับพลาสมากลูโคสหลังดื่มสารละลายกลูโคส 2 ชั่วโมง ในกรณีที่ต้องการรายละเอียดเพิ่มเติมสามารถทำการเจาะเลือดเพิ่มเติมที่เวลา 30, 60 และ 90 นาที หลังดื่มสารละลาย

5. สำหรับสตรีตั้งครรภ์ ให้ผู้รับการทดสอบดื่มสารละลายกลูโคส 100 กรัม และเจาะเลือดตรวจพลาสมากลูโคสทุก 1 ชั่วโมงหลังดื่มสารละลายกลูโคสเป็นเวลา 3 ชั่วโมง

การแปลผล สำหรับบุคคลทั่วไปถ้าระดับพลาสมากลูโคสที่เวลา 2 ชั่วโมงมากกว่า 200 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ถ้าระดับพลาสมากลูโคสที่เวลา 2 ชั่วโมงน้อยกว่า 140 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่าปกติ และถ้าระดับพลาสมากลูโคสที่เวลา 2 ชั่วโมงมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มก./ดล. แต่ไม่เกิน 200 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่ามีความทนต่อกลูโคสบกพร่อง สำหรับสตรีที่ตั้งครรภ์ ถ้าระดับพลาสมากลูโคสที่เวลา 0, 1, 2 และ 3 ชั่วโมง สูงกว่าหรือเท่ากับ 95, 180, 155 และ 140

มก./คต. ตั้งแต่ 2 จุดขึ้นไป ให้การวินิจฉัยว่าโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus)

3. การตรวจกลูโคสในปัสสาวะ (อภิชาติ วิชาญรัตน์, 2548 : 78-79)

เนื่องจากโดยทั่วไประดับกลูโคสในเลือดที่สูงกว่า 140 มก./คต. จึงจะเริ่มตรวจพบกลูโคสในปัสสาวะได้ และปริมาณกลูโคสที่ออกมาในปัสสาวะจะเป็นสัดส่วนกับความรุนแรงของภาวะน้ำตาลสูงในเลือด ดังนั้นการตรวจหากลูโคสในปัสสาวะจึงสามารถประเมินระดับการควบคุมเบาหวานได้อย่างคร่าวๆ น้ำยาหรือสารที่ใช้ตรวจกลูโคสในปัสสาวะจะถูกเตรียมในรูปเม็ดหรือแถบทดสอบซึ่งทำให้มีความสะดวกในการใช้ ปัจจุบันการตรวจวิธีนี้ใช้น้อยลงเนื่องจากมีข้อจำกัดของการตรวจ ได้แก่

1. ไม่สามารถให้การวินิจฉัยภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดได้ ข้อจำกัดนี้มีความสำคัญมากในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน
 2. มีประโยชน์น้อยในรายที่ได้มีการทำงานเสื่อมลงซึ่งอาจทำให้ตรวจไม่พบกลูโคสในปัสสาวะทั้งๆที่ระดับกลูโคสในเลือดสูง
 3. อาจให้ผลบวกเท็จจากการใช้ยาบางชนิด
 4. บางครั้งไม่มีปัสสาวะให้ตรวจ ทำให้ต้องสวนปัสสาวะ ซึ่งไม่คุ้มกับผลที่ได้
 5. ผลการตรวจปัสสาวะที่ถ่ายออกมาอาจเป็นปัสสาวะที่ค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะอยู่ 2-3 ชั่วโมง ซึ่งไม่สอดคล้องกับระดับกลูโคสในเลือดในขณะที่ต้องการประเมิน
- วิธีการตรวจกลูโคสในปัสสาวะ (ศิริรัตน์ พลอยบุตร, อภิรดี ศรีวิจิตรกมล, และสุทิน ศรีอัญญาพร, 2548:94-95.)

ในอดีตการตรวจกลูโคสในปัสสาวะใช้วิธี ซึ่งอาศัยธาตุทองแดงในการปฏิกิริยารีดักชันกับน้ำตาลกลูโคสในสารละลายที่เป็นด่าง ในการนี้จะได้สาร เป็นตะกอนสี ซึ่งนำมาอ่านผลแบบกึ่งปริมาณ (semiquantitative) ของกลูโคสในปัสสาวะได้ แต่วิธีนี้ให้ผลไม่จำเพาะ เนื่องจากน้ำตาลชนิดอื่นๆ (เช่น แลคโตส, ฟรุคโตส, กาแลคโตส, มอสโตส และเพ็นโตส) รวมทั้งสารที่มีคุณสมบัติเป็น reducing agent อื่นๆ (เช่น วิตามินซี, probenecid, ยาต้านจุลชีพ cephalosporin และ piperacillin ในขนาดสูง) ก็สามารถทำปฏิกิริยาให้ผลบวกลงได้ จึงทำให้ใช้ลดลง ซึ่งในปัจจุบันจะใช้แถบตรวจกลูโคสที่ทำปฏิกิริยากับ ซึ่งมีความจำเพาะกว่าเช่นเดียวกับการตรวจระดับกลูโคสในเลือด

ข้อดีของการตรวจกลูโคสในปัสสาวะ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่เจ็บตัว, เสียค่าใช้จ่ายน้อย และเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย จึงเป็นที่นิยมใช้ในการติดตามการควบคุมโรคเบาหวานที่บ้านในอดีต แต่เนื่องจากการตรวจกลูโคสในปัสสาวะมีข้อจำกัดหลายประการและการตรวจวัดระดับกลูโคสใน

เลือดด้วยเครื่องกลูโคมิเตอร์ซึ่งให้ผลการตรวจถูกต้องและรวดเร็วสามารถทำได้อย่างแพร่หลายมากขึ้น ทำให้การตรวจกลูโคสในปัสสาวะมีที่ใช้น้อยลงอย่างมากในปัจจุบัน

วิธีการเก็บตัวอย่างปัสสาวะเพื่อตรวจกลูโคสในปัสสาวะ ที่ถูกต้องเพื่อให้ได้ผลการตรวจที่สามารถบ่งชี้ถึงระดับกลูโคสในเลือดในขณะนั้น ทำได้โดยให้ผู้รับการตรวจปัสสาวะทิ้งก่อน, ดื่มน้ำเปล่า 1-2 แก้ว, รอ 30 นาที แล้วจึงปัสสาวะอีกครั้ง และเก็บตัวอย่างปัสสาวะครั้งที่ 2 (second-void urine) มาทำการตรวจกลูโคส

4. การตรวจคีโตนในเลือดและปัสสาวะ (อภิชาติ วิษณุวรรณ์, 2548 : 79)

การตรวจคีโตนในปัสสาวะ มีความจำเป็นมากในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ควบคุมระดับกลูโคสในเลือดได้ไม่ดี การตรวจคีโตนในปัสสาวะเป็นดัชนีบ่งชี้ว่าผู้ป่วยเบาหวานมีหรือกำลังจะมีภาวะคีโตนอะซิโดซิสเกิดขึ้น การตรวจคีโตนในปัสสาวะควรทำในกรณีต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือมีภาวะเครียด เช่น ไข้สูง ท้องเสีย ได้รับอุบัติเหตุ ผ่าตัด เป็นต้น
2. ผู้ป่วยมีอาการคล้ายคีโตนอะซิโดซิส เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดท้อง ร่วมกับอาการปัสสาวะมาก
3. ผู้ป่วยระหว่างตั้งครรภ์ควรตรวจบ่อยๆ
4. ผู้ป่วยที่มีระดับกลูโคสในเลือดสูงกว่า 300 มก./ดล. โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1

ผู้ป่วยที่ตรวจพบว่ามียคีโตนในปัสสาวะ ควรได้รับการตรวจคีโตนในเลือดต่อไปเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะคีโตนอะซิโดซิสเกิดขึ้นหรือไม่ ในปัจจุบันการตรวจคีโตนในเลือดทำได้ง่ายขึ้นโดยใช้แถบทดสอบซึ่งสามารถตรวจหาระดับ β -hydroxybutyrate ได้โดยใช้เลือดเพียงหยดเดียวในเวลาไม่ถึงหนึ่งนาที แต่แถบทดสอบราคาค่อนข้างสูง

วิธีการตรวจหาสารคีโตน (ศิริรัตน์ พลอยบุตร, อภิรดี ศรีวิจิตรกมล, และสุทิน ศรีอัญญาพร, 2548:95-96.)

สามารถตรวจได้ทั้งในเลือดและในปัสสาวะโดยวิธีการตรวจที่ใช้ ได้แก่

1. วิธีทดสอบไนโตรปริสไซด์ (nitroprusside test) หลักการคือเมื่อสารคีโตนทำปฏิกิริยากับ sodium nitroferricyanide จะทำให้เกิดสารสีม่วง วิธีนี้นิยมใช้ในเวชปฏิบัติเนื่องจากทำได้ง่ายโดยใช้น้ำยาในรูปเม็ดหรือเคลือบแถบทดสอบวัด (ketostix) ซึ่งสามารถแสดงผลเชิงกึ่งปริมาณได้ ข้อจำกัดของการตรวจหาคีโตนโดยวิธีนี้คือสามารถตรวจได้เฉพาะ AcAc และ acetone แต่ไม่สามารถตรวจวัด BHBA ได้ ซึ่งเป็นสารคีโตนที่พบเป็นส่วนใหญ่ในภาวะที่มีคีโตนอะซิโดซิส
2. การตรวจวัดระดับ β -hydroxybutyrate หลักการคือในภาวะที่เป็นด่าง เอนไซม์ β -

hydroxybutyrate dehydrogenase จะทำให้ BHBA ทำปฏิกิริยากับ NAD^+ ได้เป็นสาร acetoacetate และ NADH ซึ่งสามารถตรวจวัดปริมาณของ NADH ได้โดยการทำปฏิกิริยากับ peroxidase reagent เกิดเป็นสารที่มีสีขึ้น

การแปลผล การตรวจพบสารคีโตนในปัสสาวะโดยวิธีทดสอบไนโตรปรัสไซด์เป็นการตรวจขั้นต้นที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีคีโตนคั่งในร่างกาย และมีโอกาสเกิดภาวะคีโตะซีโดสิส การตรวจวิธีนี้อาจให้ผลบวกปลอมและผลลบปลอมได้ ภาวะที่ตรวจให้ผลบวกปลอม ได้แก่ ปัสสาวะสีเข้ม หรือผู้ป่วยได้รับยากดภูมิ (เช่น angiotensin converting enzyme inhibitor) ภาวะที่ตรวจให้ผลลบปลอม ได้แก่ แถบตรวจคีโตนเสื่อมคุณภาพ หรือปัสสาวะมีภาวะเป็นกรด (เช่น การได้รับวิตามินซีมาก)

5. การตรวจวัดปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ (ศิริรัตน์ พลอยบุตร, อภิรดี ศรีวิจิตรกมล, และ สุทิน ศรีอัยภาพร, 2548:101-104.)

หลักการการตรวจวัดปริมาณโปรตีนหรือแอลบูมินในปัสสาวะเป็นองค์ประกอบหนึ่งของมาตรฐานในการตรวจติดตามการรักษาโรคเบาหวาน เนื่องจากการตรวจพบโปรตีนหรือแอลบูมินในปัสสาวะในปริมาณที่มากกว่าปกติเป็นดัชนีที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่ไต (diabetic nephropathy) เกิดขึ้น และมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ตามอัตราที่โปรตีนถูกขับออกมาในปัสสาวะ (urinary albumin excretion rate) ได้แก่ normoalbuminuria หมายถึง การมีแอลบูมินถูกขับในปัสสาวะในปริมาณปกติในอัตราน้อยกว่า 20 ไมโครกรัม/นาที หรือน้อยกว่า 30 มก./วัน, microalbuminuria หมายถึง การมีแอลบูมินถูกขับในปัสสาวะในปริมาณที่มากกว่าปกติในอัตรา 20-200 ไมโครกรัม/นาที หรือ 30-299 มก./วัน และ macroalbuminuria หมายถึง การมีแอลบูมินถูกขับในปัสสาวะในอัตรามากกว่า 200 ไมโครกรัม/นาที หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 300 มก./วัน ในปัจจุบัน ADA แนะนำให้ตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะโดยใช้แถบตรวจโปรตีน dipstick ก่อน (ซึ่งถ้าตรวจพบแสดงว่ามีโปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 300 มก./วัน) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ทุกรายที่เป็นเบาหวานมานานกว่า 5 ปี และในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกคนตั้งแต่เริ่มให้การวินิจฉัย ถ้าตรวจไม่พบโปรตีนในปัสสาวะโดยวิธีใช้แถบตรวจ dipstick ควรทำการตรวจหาภาวะ microalbuminuria เพิ่มเติม และถ้าตรวจไม่พบภาวะ microalbuminuria ควรตรวจซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้สามารถวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่ไตได้ตั้งแต่ในระยะแรก จะช่วยให้สามารถให้การรักษาและป้องกันภาวะไตวายระยะสุดท้าย

วิธีการตรวจภาวะ microalbuminuria สามารถทำได้ดังนี้

1. การตรวจเชิงกึ่งปริมาณ เพื่คัดกรองว่าผู้ป่วยมีภาวะ microalbuminuria หรือไม่โดยใช้แถบตรวจ เช่น และ ซึ่งอาศัยหลักการที่แอลบูมินในปัสสาวะจับกับ ที่เคลือบบนแถบตรวจจะได้

ซึ่งมีสีแดงและสามารถอ่านค่าได้โดยการเทียบสีข้างกล่องบรรจุแถบตรวจซึ่งสามารถรายงานผลเป็นช่วงปริมาณแอมโมเนียในปัสสาวะตั้งแต่ และ มก./ลิตร การตรวจวิธีนี้สะดวก ง่าย และรวดเร็ว แต่มีข้อจำกัดคือต้องอาศัยประสบการณ์ในการตรวจจึงจะสามารถทำให้การตรวจมีความไวสูง

2. การตรวจเชิงปริมาณ การเก็บตัวอย่างปัสสาวะสามารถทำได้ 3 วิธี คือ การเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง (24-h urine collection), การเก็บปัสสาวะในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (timed urine collection) เช่น 4 หรือ 12 ชั่วโมง และการเก็บปัสสาวะที่ได้จากการปัสสาวะ 1 ครั้ง ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (spot urine collection) ที่นิยมเนื่องจากมีความสะดวก คือ ปัสสาวะเมื่อตื่นนอนเช้า (first morning void) การตรวจวัดปริมาณโปรตีนจากตัวอย่างปัสสาวะที่เก็บตลอด 24 ชั่วโมง และเป็นช่วงเวลา

การแปลผล การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมี microalbuminuria จะต้องทำการตรวจในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีภาวะที่ส่งผลให้มีโปรตีนรั่วออกมาในปัสสาวะเพิ่มขึ้น ได้แก่ ระดับกลูโคสในเลือดสูงมาก, ออกกำลังกายอย่างหนัก, ภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ, ความดันในเลือดสูงมาก และภาวะหัวใจวายหรือการเจ็บป่วยใดๆ เป็นต้น ต้องมีการตรวจซ้ำอย่างน้อย 3 ครั้งห่างกัน 3-6 เดือน การได้ผลบวก 2 ใน 3 ครั้ง จึงจะให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะ microalbuminuria ในปัสสาวะได้

2. การวิจัยโรคเบาหวานในประเทศไทย

การวิจัยในประเทศไทย

งานวิจัยได้มาเริ่มจริงจังในสมัยพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 4) พระบิดาแห่งวิทยาศาสตร์ ที่ทรงทำนุบำรุงการเกิดสุริยุปราคาไว้ล่วงหน้าถึง 2 ปี หลังจากมีการเลิกทาสของไทยสมัยรัชกาลที่ 5 การพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีได้ก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว มีกิจการรถไฟ โทรเลข ไปรษณีย์ การแพทย์ สถาปัตยกรรม รวมทั้งงานด้านสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และวรรณคดีที่รุ่งเรืองในระบอบนี้ ในสมัยรัชกาลที่ 6 งานด้านวรรณคดี กฎหมาย และลูกเสือได้รับการส่งเสริมเต็มที่ ในสมัยรัชกาลที่ 7 เป็นสมัยเปลี่ยนระบอบการปกครองเป็นประชาธิปไตย ได้มีการตั้งสภาแยกชาตขึ้นเป็นครั้งแรกและเปลี่ยนมาเป็นกรมวิทยาศาสตร์เมื่อปี พ.ศ. 2476 เมื่อถึงรัชกาลที่ 8 ได้มีการตีพิมพ์เอกสารงานวิจัย แต่เน้นในเรื่องปรัชญา การเมืองและประวัติศาสตร์ จนกระทั่งในรัชสมัยของรัชกาลปัจจุบัน ซึ่งเป็นที่ประจักษ์ว่างานวิจัยในยุคนี้มีความรุ่งเรืองมากกว่าทุกสมัย โดยเฉพาะเมื่อเริ่มมีการจัดตั้งสภาวิจัยแห่งชาติในปี พ.ศ. 2502 เมื่อมีการจัดตั้งองค์กรในการวิจัยขึ้นมาแล้ว ก็มีการฝึกอบรมบุคลากรให้สามารถทำวิจัยได้ การฝึกอบรมในระยะแรกนั้นมหาวิทยาลัยต่างๆ ซึ่งได้จัดตั้งขึ้นมาเป็นผู้รับผิดชอบ เช่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในสมัยนั้น (ปัจจุบันคือมหาวิทยาลัยมหิดล) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยเหล่านี้เป็นผู้ผลิตนักวิจัย จะเห็นว่าหลักสูตรการศึกษา

ในมหาวิทยาลัยต่างๆ ในระยะนั้นกำหนดไว้ 5 ปี โดยปีสุดท้ายเป็นการฝึกฝนการทำงานวิจัยเป็นส่วนใหญ่ และได้มายกเลิกหลักสูตร 5 ปีเป็น 4 ปีเมื่อปี พ.ศ. 2507 เรื่องที่ทำวิจัยในระยะเริ่มแรกเป็นลักษณะการวิจัยไปในทิศทางตามความชำนาญ หรือความสนใจของนักวิจัยแต่ละคนที่ได้ศึกษา มา และการมองปัญหามักเป็นการมองปัญหาเล็กๆ ที่อยู่ใกล้ตัวมากกว่าจะมองปัญหาโดยกว้างขวาง และไกลตัวออกไป

ในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมาประเทศไทยได้มีความพยายามผลักดันให้ทุกฝ่ายได้เห็นความสำคัญของการวิจัย และใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนา ดังจะเห็นได้จากในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยจำนวน 6 ฉบับ ที่ได้กำหนดไว้ในแนวนโยบายแห่งรัฐที่รัฐจะให้การส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัย แต่เนื่องจากรัฐธรรมนูญของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย การดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามแนวนโยบายแห่งรัฐจึงทำได้ยาก จึงได้มีความพยายามกำหนดแนวทางส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยของชาติไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5, ฉบับที่ 6, ฉบับที่ 7, ฉบับที่ 8 และฉบับที่ 9 รวมทั้งได้มีการจัดทำนโยบายและแผนการวิจัยของชาติ โดยสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ สภาวิจัยแห่งชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 จนถึงปัจจุบันรวมทั้งหมด 6 ฉบับ ดังนั้นวิวัฒนาการของนโยบายเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนาในระยะเวลาประมาณ 40 กว่าปี นับตั้งแต่การสถาปนาสภาวิจัยแห่งชาติ อาจแบ่งออกได้เป็น 5 ช่วงดังนี้

ช่วงที่ 1 นับตั้งแต่การก่อตั้งสภาวิจัยแห่งชาติเป็นเวลาประมาณ 20 ปี รัฐมีนโยบายที่จะดำเนินการวิจัยและพัฒนาในหลายสาขาวิชาตามที่สภาวิจัยกำหนด เพื่อหาความรู้ใหม่ให้แก่หน่วยงานของรัฐ

ช่วงที่ 2 นับตั้งแต่การจัดตั้งกระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อมเมื่อปี พ.ศ. 2522 นโยบายของรัฐบาลได้เน้นการวิจัยและพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีให้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือในการพัฒนาประเทศ

ช่วงที่ 3 นับตั้งแต่การจัดตั้งศูนย์แห่งชาติ 3 แห่งเมื่อปี พ.ศ. 2526 เป็นต้นมา นโยบายการวิจัยและพัฒนาของรัฐ มีความจำเพาะมากขึ้น เน้นหนักใน 3 สาขาเทคโนโลยียุทธศาสตร์ อันได้แก่ เทคโนโลยีชีวภาพ เทคโนโลยีวัสดุ และเทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์ทั้ง 3 สาขาเทคโนโลยีนับว่าสำคัญต่อการพัฒนาอุตสาหกรรม การเกษตร การสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม

ช่วงที่ 4 นับตั้งแต่เริ่มแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535 นโยบายของรัฐเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนาได้มีการปรับเปลี่ยนอีกครั้ง โดยรัฐส่งเสริมให้ภาคเอกชนทำการวิจัยและพัฒนา นอกจากเทคโนโลยีที่ซื้อมาเพื่อสร้างรากฐานเทคโนโลยีของภาคเอกชน ซึ่งจะพัฒนาเป็นเทคโนโลยีใหม่ของภาคเอกชนไทยต่อไป รัฐได้เปลี่ยนบทบาทจาก

ผู้ทำวิจัยเป็นผู้ผลิตนักวิจัยและผู้สนับสนุนการวิจัยและพัฒนา โดยใช้สิ่งจูงใจและสิทธิประโยชน์แก่ภาคเอกชน (มนตรี จุฬารัตน, 2537 : 46-48)

ช่วงที่ 5 นับตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) และนโยบายและแนวทางการวิจัยแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2545-2549) เป็นช่วงแห่งการปฏิรูประบบราชการตามแนวความคิดการบริหารจัดการแบบใหม่ และแนวเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน จึงมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบบริหารงานในหน่วยงานต่างๆ มากมาย ตามมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติจึงจัดทำยุทธศาสตร์และแผนงานวิจัยแบบบูรณาการระยะปานกลาง (พ.ศ. 2548-2550) เพื่อใช้เป็นแนวทางสนับสนุนการวิจัยของประเทศตามยุทธศาสตร์ชาติต่อไป

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) เป็นหน่วยงานกลางทางการวิจัยของประเทศ มีหน้าที่ในการจัดทำนโยบายและแนวทางการวิจัยแห่งชาติ การสนับสนุนการวิจัย และประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานฯ และหน่วยงานสนับสนุนการวิจัยที่สำคัญๆ อีก เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินงานบริหารการวิจัยของประเทศไทย ได้แก่

1. สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี พ.ศ. 2534 ซึ่งมีผลบังคับใช้วันที่ 30 ธันวาคม 2534 จึงอาจกล่าวได้ว่าได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2535 เป็นต้นมา นับเป็นก้าวสำคัญของประเทศไทยมีการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอย่างจริงจังและเป็นระบบ มีหน้าที่ในการเสริมสร้างความสามารถทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีของประเทศในสาขาที่มีความสำคัญยิ่งยวดต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ แต่การดำเนินงานอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ และยังคงพึ่งงบประมาณแผ่นดินเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน จึงทำให้ สวทช. ไม่อาจบริหารงานอย่างอิสระจากระบบราชการโดยแท้จริงได้ (ธนศ ต่วนชะเอม และคณะ, 2546 อ้างใน จินตนาภา โสภณ, 2547 : 60)

2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) จัดตั้งตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการวิจัย พ.ศ. 2535 จัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย เป็นหน่วยงานในกำกับของสำนักนายกรัฐมนตรี มีระบบการบริหารงานที่แตกต่างจากระบบราชการเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติการกิจสนับสนุนการวิจัย การทำงานของ สกว. อยู่ภายใต้การดำเนินการกำกับดูแลของคณะกรรมการ 2 ชุด ที่แต่งตั้งโดยคณะรัฐมนตรี คือ คณะกรรมการนโยบายกองทุนสนับสนุนการวิจัย มีหน้าที่กำหนดนโยบายและระเบียบต่างๆ และคณะกรรมการติดตามและประเมินผลการสนับสนุนการวิจัย ทำหน้าที่ติดตามตรวจสอบและประเมินผลงานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุน (ธนศ ต่วนชะเอม และคณะ, 2546 อ้างใน จินตนาภา โสภณ, 2547 : 64)

3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จัดตั้งตามพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 มีฐานะนิติบุคคลทำหน้าที่ศึกษา ค้นคว้า และวิจัยองค์ความรู้สำหรับการพัฒนา และปรับเปลี่ยนสุขภาพของชาตอย่างมีระบบ และสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ (ชเนศ ต่วนชะเอม และคณะ, 2546 อ้างใน จินตนาภา โสภณ, 2547 : 66)

การวิจัยทางการแพทย์ในประเทศไทย

สำหรับการวิจัยทางการแพทย์ในประเทศไทยนั้นเริ่มต้นครั้งแรกที่คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในปี พ.ศ. 2510 ในการเปิดหลักสูตรปริญญาตรี ครุศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ เป็นหลักสูตรต่อเนื่อง 2 ปี เพื่อผลิตครูพยาบาลให้กับสถาบันการศึกษาพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน เพราะมีปัญหาการขาดแคลนพยาบาล เนื่องจากพยาบาลไทยเดินทางไปทำงานต่างประเทศจำนวนมาก (นพรัตน์ ผลาพิบูลย์ อ้างใน ยวดี ภาษา, 2531) ในหลักสูตรนี้กำหนดให้นักศึกษาทำการวิจัยทางการแพทย์จำนวน 5 หน่วยกิต แต่ผลงานวิจัยของนักศึกษาไม่มีปรากฏหลักฐานการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดๆ สำหรับงานวิจัยทางการแพทย์ชิ้นแรกของประเทศไทยที่มีรายงาน คือ การวิจัยเกี่ยวกับปัญหาการขาดแคลนพยาบาล โดยสภาการศึกษาแห่งชาติในปี พ.ศ. 2511 และรวบรวมรายงานในปี พ.ศ. 2513 เรื่อง “การสำรวจสถานะการศึกษาพยาบาล” (สำนักนายกรัฐมนตรี สภาการศึกษาแห่งชาติ, 2513 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2538)

การศึกษาพยาบาลในระดับอุดมศึกษาและหลังปริญญา เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดผลผลิตทางการวิจัย เนื่องจากก่อนปี พ.ศ. 2512 ไม่ได้มีการบรรจุวิชาวิจัยไว้ในหลักสูตรปริญญาตรีทางการแพทย์พยาบาลขั้นพื้นฐาน ยกเว้นหลักสูตรครุศาสตรบัณฑิตที่เป็นหลักสูตรต่อเนื่องดังที่กล่าวมาแล้ว ในปี พ.ศ. 2512 ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลได้เปิดหลักสูตรปริญญาตรีและได้บรรจุวิชาวิจัยและสถิติไว้ในการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 3 เพื่อให้นักศึกษารู้จักการอ่านและแปลผลงานวิจัยรวมทั้งทำการวิจัยเป็นกลุ่มตามเรื่องที่อาจารย์กำหนดให้ จนกระทั่งปี พ.ศ. 2516 เป็นต้นมาได้มีการบรรจุวิชาการวิจัยไว้ในหลักสูตรปริญญาตรีทางการแพทย์พยาบาลทุกหลักสูตร (กรรณิกา เจริญชัย, 2528 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2538 : 24) อย่างไรก็ตามผลงานวิจัยที่ผลิตโดยพยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมีน้อยมาก ทั้งนี้เพราะวัตถุประสงค์ของหลักสูตรเพื่อให้นักศึกษาได้เรียนรู้วิธีการวิจัยและใช้ผลการวิจัยมากกว่า

การเปิดหลักสูตรมหาบัณฑิตทางการแพทย์พยาบาล นับเป็นก้าวสำคัญต่อการพัฒนางานวิจัยทางการแพทย์พยาบาล เพราะทุกหลักสูตรกำหนดให้นักศึกษาต้องทำวิทยานิพนธ์ โดยเริ่มที่ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่เปิดสอนหลักสูตรบริหารการพยาบาลในปี พ.ศ. 2516 ต่อมาปี พ.ศ. 2520 มหาวิทยาลัยมหิดลได้เปิดหลักสูตรในระดับปริญญาโททางการแพทย์พยาบาล 3 แห่งคือ คณะพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

ราชบัณฑิต และภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ และในปี พ.ศ. 2529 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ได้เปิดหลักสูตรการพยาบาลในระดับปริญญาโท ในปี พ.ศ. 2530 มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี พ.ศ. 2533 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปี พ.ศ. 2538 มหาวิทยาลัยบูรพา ปี พ.ศ. 2541 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2542 มหาวิทยาลัยนเรศวร ปี พ.ศ. 2544 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ปี พ.ศ. 2548 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้เปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตตามลำดับ ทำให้มีการวิจัยทางการพยาบาลมากขึ้น ส่วนการเปิดหลักสูตรมหาบัณฑิตทางการพยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชน เริ่มในปี พ.ศ. 2528 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และต่อมาในปี พ.ศ. 2540 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ปี พ.ศ. 2541 มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปี พ.ศ. 2545 มหาวิทยาลัยรังสิต ตามลำดับ

การเปิดหลักสูตรคหุฎิบัณฑิตทางการพยาบาล เริ่มในปี พ.ศ. 2528 ของภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้เปิดหลักสูตรวิทยาศาสตรคหุฎิบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข และต่อมาในปี พ.ศ. 2533 มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้เปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรคหุฎิบัณฑิต ได้เปิดสอนร่วมกัน นับเป็นก้าวที่มีความสำคัญอย่างมากในการพัฒนาศาสตร์หรือองค์ความรู้ทางการพยาบาล เพราะงานวิจัยเพื่อสร้างความรู้ใหม่เป็นจุดเน้นของคหุฎิบัณฑิต สรุปได้ว่าการพัฒนาการศึกษาพยาบาลได้วางรากฐานที่สำคัญยิ่งต่อการพัฒนาองค์ความรู้ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของศาสตร์แห่งวิชาชีพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2538 : 24) ซึ่งปัจจุบันทั้ง 4 สถาบันมีหลักสูตรคหุฎิบัณฑิตทางการพยาบาลเปิดสอนอิสระจากกัน และยังมีหลักสูตรคหุฎิบัณฑิตเปิดสอนที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยบูรพาอีกด้วย ส่วนการเปิดหลักสูตรคหุฎิบัณฑิตทางการพยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชน เริ่มในปี พ.ศ. 2547 มหาวิทยาลัยคริสเตียน

3. บทบาทของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

เนื่องจากเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ชีวิตของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเรียนรู้เรื่องที่จะดูแลตนเองเพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้ดี การสอนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว เป็นสิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง บุคลากรระดับวิชาชีพทุกคนในทีมสุขภาพมีส่วนในการสอนผู้ป่วยพยาบาลเป็นบุคคลที่เหมาะสมที่สุดผู้หนึ่งที่จะสอนผู้ป่วย เพราะเป็นผู้ที่รู้ถึงการวินิจฉัย การรักษาพยาบาล เป็นบุคคลที่เหมาะสมที่สุดผู้หนึ่งที่จะสอนผู้ป่วย เพราะเป็นผู้ที่รู้ถึงการวินิจฉัย การรักษาการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลสามารถพูดให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย สำหรับผู้ป่วยเบาหวานนั้นพยาบาลควรสอนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงลักษณะและอันตรายของโรค วิธีการควบคุมรักษาโรค การปฏิบัติตัวในเรื่องการควบคุมอาหาร การใช้ยาการออกกำลังกาย การ

รักษาสุขอนามัย ตลอดจนการประเมินการควบคุมโรคด้วยตนเองในการสอนผู้ป่วยและครอบครัว เนื้อหาที่ใช้สอนควรเป็นมาตรฐานเดียวกันในแต่ละสถาบัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ที่ครอบคลุม สม่่าเสมอและไม่สับสน วิธีการสอนอาจสอนผู้ป่วยเป็นกลุ่มหรือรายบุคคล และใช้อุปกรณ์การสอน ประกอบเพื่อดึงดูดความสนใจ และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาได้ง่าย การสอนผู้ป่วยควรจะมีการทำงานให้มีพยาบาลรับผิดชอบเช่นเดียวกับงานในหน้าที่อื่น ๆ และมีการบันทึกไว้เพื่อสื่อสารให้ผู้อื่น ได้ทราบ ควรมีการประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยทุกครั้งที่ทำการสอนด้วย (วัลลา ดันตโยทัย, 2540:265)

ชูศรี เมฆหมอก และคณะ (2543: 85-86) กล่าวว่า พยาบาลมีบทบาทหลายบทบาทในการ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเบาหวานแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ เป็นที่ปรึกษา บทบาทผู้ชำนาญการทางคลินิก บทบาทผู้นำการเปลี่ยนแปลง และบทบาทร่วมในการ ประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ มีการให้ข้อมูลทางสุขภาพที่ทันสมัย ถูกต้องและชัดเจน เพียงพอ ตรงตามความคาดหวังความต้องการของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงการ รับรู้ ทักษะคิด เกิดการตัดสินใจที่ถูกต้องเหมาะสม มีประสิทธิภาพในการชักจูงให้มีพฤติกรรมที่ เหมาะสมด้วยการให้แรงเสริมทางบวก กล่าวคำชมเชยเมื่อผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลสุขภาพถูกต้องได้ผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติ พฤติกรรม และช่วยสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างถาวรได้

4. การรวบรวมงานวิจัยทางการแพทย์

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการรวบรวมงานวิจัยในประเทศไทยที่มีหลักฐานปรากฏ แบ่งเป็น 2 ลักษณะดังนี้

1. งานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา มีผู้ทำการสำรวจและรวบรวมไว้ดังนี้

1.1. กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และคณะ (2530) ได้ทำการสำรวจผลงานวิจัย

ทางการแพทย์ในประเทศไทยที่มีปรากฏเป็นหลักฐานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2512 ถึงปี พ.ศ. 2530 ผลการ สืบค้นพบว่า มีจำนวน 254 ชื่อเรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นการวิจัยเชิงบรรยายร้อยละ 79.92 ประเภทของงานวิจัยเป็นงานวิจัยการพยาบาลทางคลินิกมากที่สุดร้อยละ 36.22 ลักษณะ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้ป่วย/ผู้รับบริการมากที่สุดร้อยละ 32.28 วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็น การศึกษาจากประชากรมากที่สุดร้อยละ 29.92 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยมีขนาด มากกว่า 120 คน มากที่สุดร้อยละ 61.81 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามมากที่สุดร้อยละ 51.97 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ร้อยละ/สัดส่วนมากที่สุดร้อยละ 75.20 แหล่งเงินทุนเป็นทุนการวิจัยจากภายในประเทศมากที่สุดร้อยละ 40.94 การเผยแพร่งานวิจัยปีที่มี ปรากฏมากที่สุด คือ ปี พ.ศ. 2530 ร้อยละ 24.41 ข้อเสนอแนะควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพทำ

การวิจัยมากขึ้นในเรื่องเกี่ยวกับปัญหาการปฏิบัติการพยาบาล และควรมีการวิเคราะห์เนื้อหาของงานวิจัยทางการพยาบาลเพื่อนำไปสู่ความรู้ใหม่ และการทำนายแนวโน้มของการวิจัยในอนาคต

1.2. ไช่มุกข์ วิเชษฐเจริญ และคณะ (2535) ได้ทำการสำรวจผลงานวิจัยทางการพยาบาลในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 - 2532 ผลการสำรวจพบว่า มีจำนวน 156 ชื่อเรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นการวิจัยเชิงบรรยายร้อยละ 80.76 ประเภทของงานวิจัยเป็นงานวิจัยการพยาบาลทางคลินิกมากที่สุดร้อยละ 52.56 ลักษณะประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้ป่วย/ผู้รับบริการมากที่สุดร้อยละ 56.41 วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงมากที่สุดร้อยละ 33.33 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยมีขนาดมากกว่า 120 คน มากที่สุดร้อยละ 57.69 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามมากที่สุดร้อยละ 36.54 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ร้อยละ/สัดส่วนมากที่สุดร้อยละ 72.44 แหล่งเงินทุนเป็นทุนส่วนตัวมากที่สุดร้อยละ 25.64 การเผยแพร่งานวิจัยปีที่มีปรากฏมากที่สุด คือ ปี พ.ศ. 2530 ร้อยละ 39.74 ข้อเสนอแนะควรมีการสำรวจผลงานวิจัยทางการพยาบาลในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง และควรมีการรวบรวมผลงานวิจัยทางการพยาบาลทั่วประเทศ เพื่อใช้เป็นแหล่งข้อมูลค้นคว้าได้อย่างกว้างขวาง

1.3. นาริรัตน์ จิตรมนตรี และคณะ (2538) ได้ทำการสำรวจผลงานวิจัยทางการพยาบาลในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2533 - 2537 ผลการสำรวจพบว่า มีจำนวน 329 ชื่อเรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นการวิจัยเชิงบรรยายร้อยละ 68.99 ประเภทของงานวิจัยเป็นงานวิจัยการพยาบาลทางคลินิกมากที่สุดร้อยละ 44.08 ลักษณะประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้ป่วย/ผู้รับบริการมากที่สุดร้อยละ 40.73 วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงมากที่สุดร้อยละ 37.08 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยมีขนาดมากกว่า 120 คน มากที่สุดร้อยละ 54.10 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามมากที่สุดร้อยละ 41.64 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ร้อยละ/สัดส่วนมากที่สุดร้อยละ 82.98 แหล่งเงินทุนได้รับเงินทุนจากหน่วยงานต้นสังกัดมากที่สุดร้อยละ 25.60 การเผยแพร่งานวิจัยปีที่มีปรากฏมากที่สุด คือ ปี พ.ศ. 2537 ร้อยละ 34.95 ข้อเสนอแนะควรมีหน่วยงานรับผิดชอบในการรวบรวมผลงานวิจัยทางการพยาบาลในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง และจัดเป็นศูนย์บริการข้อมูลเพื่อการค้นคว้าวิจัยทางการพยาบาลต่อไป และควรส่งเสริมให้มีการทำวิจัยเป็นทีมและร่วมมือกับต่างสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการทำวิจัยเรื่องนั้นๆ

1.4. กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และคณะ (2530) ได้ทำการสำรวจผลงานวิจัยทางการพยาบาลของคณาจารย์ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2519 ถึง พ.ศ. 2530 ผลการสำรวจพบว่า มีจำนวน 64 ชื่อเรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นการวิจัยเชิงบรรยายร้อยละ 73.44 ประเภทของงานวิจัยเป็นงานวิจัยการพยาบาลทางคลินิกมากที่สุดร้อยละ 37.50 ลักษณะประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้ป่วย/ผู้รับบริการมากที่สุดร้อยละ 40.63 วิธีเลือกกลุ่ม

ตัวอย่างแบบเจาะจงมากที่สุดร้อยละ 29.69 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยมีขนาดมากกว่า 120 คน มากที่สุดร้อยละ 64.06 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามมากที่สุดร้อยละ 51.56 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ร้อยละ/สัดส่วนมากที่สุดร้อยละ 67.19 แหล่งเงินทุนได้รับเงินทุนอุดหนุนจากไชน่า เมดิคัล บอร์ด (ซี.เอ็ม.บี.) ของคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยมหิดลมากที่สุดร้อยละ 48.44 การเผยแพร่งานวิจัยปีที่มีปรากฏมากที่สุด คือ ปี พ.ศ. 2528 ร้อยละ 15.63 ข้อเสนอแนะควรมีการสำรวจผลงานวิจัยของอาจารย์ในคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยมหิดลอย่างต่อเนื่อง และสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลภายนอกคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยมหิดล และรวบรวมผลงานวิจัยทางการพยาบาลทั่วประเทศ เพื่อใช้เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับการศึกษาค้นคว้าได้อย่างกว้างขวางต่อไป

2. งานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหรือวิทยานิพนธ์ มีผู้ทำการศึกษาไว้ดังนี้

2.1. นววรรณ โพธิ์ศรี และคณะ (2531) ได้ทำการสำรวจผลงานวิจัยทางการพยาบาลของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2518 – 2531 ผลการสำรวจพบว่า มีจำนวน 462 ชื่อเรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นการวิจัยเชิงบรรยายร้อยละ 64.3 ประเภทของงานวิจัยเป็นงานวิจัยการพยาบาลทางคลินิกมากที่สุดร้อยละ 58.7 ลักษณะประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้ป่วย/ผู้รับบริการมากที่สุดร้อยละ 63.2 วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงมากที่สุดร้อยละ 47.4 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยมีขนาดมากกว่า 120 คน มากที่สุดร้อยละ 43.9 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามมากที่สุดร้อยละ 38.5 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางมากที่สุดร้อยละ 83.9 แหล่งเงินทุนใช้ทุนส่วนตัวมากที่สุดร้อยละ 65.2 การเผยแพร่งานวิจัยปีที่มีปรากฏมากที่สุด คือ ปี พ.ศ. 2527 ร้อยละ 14.5 ข้อเสนอแนะควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปจัดทำนิตยสาร ชื่อเรื่อง ชื่อผู้วิจัย และปีที่ผลิตงานวิจัย และควรสำรวจผลงานวิจัยของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลให้มีความทันสมัย สามารถนำมาใช้ค้นคว้าอ้างอิงได้

2.2. ปราณี ทุไพบระ และคณะ (2536) ได้ทำการสำรวจผลงานวิจัยทางการพยาบาลของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2532 – 2535 ผลการสำรวจพบว่า มีจำนวน 363 ชื่อเรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นการวิจัยเชิงบรรยายร้อยละ 65.56 ประเภทของงานวิจัยเป็นงานวิจัยการพยาบาลทางคลินิกมากที่สุดร้อยละ 76.86 ลักษณะประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้ป่วย/ผู้รับบริการมากที่สุดร้อยละ 57.30 วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงมากที่สุดร้อยละ 69.15 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยมีขนาดมากกว่า 120 คน มากที่สุดร้อยละ 36.09 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามมากที่สุดร้อยละ 30.30 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบมากที่สุดร้อยละ 99.45 แหล่งเงินทุนใช้

ทุนส่วนตัวมากที่สุดร้อยละ 46.28 การเผยแพร่งานวิจัยปีที่มีปรากฏมากที่สุด คือ ปี พ.ศ. 2535 ร้อยละ 28.10 ข้อเสนอแนะควรนำทฤษฎีการพยาบาลมาใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ เพื่อให้มีสาระเฉพาะของวิชาชีพพยาบาลเอง ควรเพิ่มงานวิจัยในลักษณะการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานนำไปใช้ได้ และควรนำงานวิจัยทางการพยาบาลในประเทศไทยทั้งหมดมาทำนิตยสาร มีการบันทึกรายงานย่อ และผลการวิเคราะห์ของงานวิจัยลงในคอมพิวเตอร์

นอกจากนี้ยังมีการรวบรวมงานวิจัยทางการพยาบาลที่เป็นการสรุปลักษณะทางกายภาพและสรุปผลการวิจัยทางการพยาบาลโดยเฉพาะกลุ่ม/โรคไว้ดังนี้

1. ไพรินทร์ สมบัติ (2540) ได้ทำการสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย ผลการสำรวจพบว่า ประเภทวิทยานิพนธ์ที่มีหลักฐานปรากฏเมื่อปี พ.ศ. 2523 จนถึงปี พ.ศ. 2539 มีจำนวน 118 ชื่อเรื่อง ส่วนงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ที่มีหลักฐานปรากฏเมื่อปี พ.ศ. 2527 จนถึงปี พ.ศ. 2539 มีจำนวน 30 ชื่อเรื่อง รวมทั้งสิ้นจำนวน 148 ชื่อเรื่อง ปีที่พิมพ์งานวิจัยมากที่สุด คือ ปี พ.ศ. 2539 ร้อยละ 16.89 แหล่งที่ผลิตงานวิจัย คือ มหาวิทยาลัยมหิดลร้อยละ 44.06 มีการเผยแพร่ร้อยละ 20.34 โดยการเผยแพร่ทางวารสารทางการพยาบาลร้อยละ 74.55 งานวิจัยไม่มีการระบุแหล่งทุนวิจัยร้อยละ 67.56 แบบวิธีวิจัยเป็นการวิจัยไม่ทดลองร้อยละ 83.10 มีการระบุกรอบแนวคิดร้อยละ 78.39 แนวคิดและ/หรือทฤษฎีที่ใช้คือด้านการพยาบาลร้อยละ 57.78 ลักษณะประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปร้อยละ 68.92 การได้มาของกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงร้อยละ 37.84 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ร้อยละ 61.49 การสร้างเครื่องมือในการวิจัยผู้วิจัยสร้างเองร้อยละ 42.5 และมีการตรวจสอบด้วยการหาความตรงร้อยละ 77.86 วิธีวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติภาคบรรยายคือ ร้อยละ และแจกแจงเป็นร้อยละ 100.00 ส่วนรายละเอียดของผลงานวิจัย พบว่า ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุได้แก่ ปัญหาเรื่องฟัน การปวดกระดูกหัวเข่า และปัญหาด้านการมองเห็น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี มีการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี ในด้านการพยาบาล พบว่า การให้การพยาบาลโดยใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้/การส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดทฤษฎีโอเร็ม สามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และฟื้นฟูสภาพจิตของผู้สูงอายุได้ ผลการวิจัยในด้านความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่สำคัญคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง/อัตมโนทัศน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพต่างกัน มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน และพบว่าการสนับสนุนทางสังคม/สัมพันธ์ภายในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้สูงอายุ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เป็นลักษณะประชากร กับตัวแปรหลัก

ดังกล่าว พบว่า เมื่อศึกษาในกลุ่มประชากรแตกต่างกัน ให้ผลการวิจัยที่แตกต่างกัน ข้อเสนอแนะควรมีการศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ พฤติกรรมการใช้ยา และการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

2. วราภรณ์ รุ่งช้าง (2544) ได้ทำการสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ผลการสำรวจพบว่า ประเภทวิทยานิพนธ์ที่มีหลักฐานปรากฏตั้งแต่เมื่อปี พ.ศ. 2524 จนถึงปี พ.ศ. 2541 มีจำนวน 60 ชื่อเรื่อง ส่วนงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ที่มีหลักฐานปรากฏเมื่อปี พ.ศ. 2534 จนถึงปี พ.ศ. 2541 มีจำนวน 6 ชื่อเรื่อง รวมทั้งสิ้นจำนวน 66 ชื่อเรื่อง ปีที่พิมพ์งานวิจัยมากที่สุด คือ ปี พ.ศ. 2538 และ พ.ศ. 2541 ร้อยละ 13.63 แหล่งที่ผลิตงานวิจัย คือ มหาวิทยาลัยมหิดลร้อยละ 83.33 มีการเผยแพร่ร้อยละ 13.63 โดยการเผยแพร่ทางวารสารทางการแพทย์และสาธารณสุขร้อยละ 22.22 งานวิจัยไม่มีการระบุแหล่งทุนวิจัยร้อยละ 59.09 แบบวิธีวิจัยเป็นการวิจัยไม่ทดลองและการทดลองร้อยละ 44.66 มีการระบุกรอบแนวคิดร้อยละ 73.33 แนวคิดและ/หรือทฤษฎีที่ใช้คือด้านการพยาบาลร้อยละ 40.49 ลักษณะประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร้อยละ 62.12 การได้มาของกลุ่มตัวอย่างใช้หลักการของความน่าจะเป็น คือ การเลือกแบบเจาะจงร้อยละ 39.18 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ร้อยละ 27.06 การสร้างเครื่องมือในการวิจัยใช้ผู้วิจัยสร้างเองร้อยละ 42.42 และมีการตรวจสอบด้วยการหาความเที่ยงร้อยละ 42.73 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติภาคบรรยายและสถิติอ้างอิงใช้ร้อยละคิดเป็นร้อยละ 53.06 และการทดสอบค่าที่ ร้อยละ 26.71 ตามลำดับ ส่วนรายละเอียดของผลงานวิจัย พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้ความร่วมมือและมีความต่อเนื่องในการรักษามากขึ้นภายหลังการได้รับความรู้และคำปรึกษาแนะนำ ทำให้การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงดีขึ้น ข้อเสนอแนะควรศึกษาวิจัยเพื่อการป้องกันความดันโลหิตสูงและค้นหาวิธีการให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

3. วิภาพร เอกศิริวรานนท์ (2541) ได้ทำการสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย ผลการสำรวจพบว่า ประเภทวิทยานิพนธ์ที่มีหลักฐานปรากฏตั้งแต่เมื่อปี พ.ศ. 2527 จนถึงปี พ.ศ. 2539 มีจำนวน 36 ชื่อเรื่อง ส่วนงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ที่มีหลักฐานปรากฏเมื่อปี พ.ศ. 2534 จนถึงปี พ.ศ. 2539 มีจำนวน 4 ชื่อเรื่อง รวมทั้งสิ้นจำนวน 40 ชื่อเรื่อง ปีที่พิมพ์งานวิจัยมากที่สุด คือ ปี พ.ศ. 2535 ร้อยละ 22.5 แหล่งที่ผลิตงานวิจัย คือ มหาวิทยาลัยมหิดลร้อยละ 67.5 มีการเผยแพร่ร้อยละ 15.0 โดยการเผยแพร่ทางวารสารทางการแพทย์ร้อยละ 10.0 งานวิจัยไม่มีการระบุแหล่งทุนวิจัยร้อยละ 75.0 แบบวิธีวิจัยเป็นการวิจัยไม่ทดลองร้อยละ 42.5 มีการระบุกรอบแนวคิดร้อยละ 90.0 แนวคิดและ/หรือทฤษฎีที่ใช้คือด้านสังคมวิทยาในการแพทย์ร้อยละ 37.7 ลักษณะประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วย

ร้อยละ 62.5 การได้มาของกลุ่มตัวอย่างใช้หลักการของความน่าจะเป็น คือ การเลือกแบบเจาะจง ร้อยละ 62.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ร้อยละ 24.7 การสร้างเครื่องมือในการวิจัยใช้ผู้วิจัยสร้างเองร้อยละ 50.0 และมีการตรวจสอบด้วยการหาความเที่ยงร้อยละ 85.0 วิธีวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติภาคบรรยายการแจกแจงร้อยละ 97.5 ส่วนรายละเอียดของผลงานวิจัย พบว่า สตรีไทยใช้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกค่อนข้างน้อย ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกัน ส่วนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาปรับตัวได้เหมาะสม โดยระยะสิ้นสุดรังสีรักษาปรับตัวได้ดีกว่าระยะต้นรังสีรักษา การพยาบาลสนับสนุนผู้ป่วยดูแลตนเองและให้ความรู้ มีผลให้คุณภาพสูงกว่า และรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ภาวะอารมณ์ทุกข์โศก และความพร้อมในการดูแลตนเองน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ข้อเสนอแนะควรมุ่งเน้นสนับสนุนการป้องกันโรคและใช้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มอื่นๆ เช่น คู่สมรส และหญิงอาชีพพิเศษ

4. ชัดติยาพร คนเที่ยง (2548) ได้ทำการสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับความปวดในประเทศไทย ที่มีหลักฐานปรากฏเมื่อปี พ.ศ. 2522 จนถึงปี พ.ศ. 2544 ผลการสำรวจพบว่า ลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยประเภทวิทยานิพนธ์ มีจำนวน 122 ชื่อเรื่อง ส่วนงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา มีจำนวน 69 ชื่อเรื่อง รวมทั้งสิ้นจำนวน 191 ชื่อเรื่อง ปีที่พิมพ์งานวิจัยมากที่สุด คือ ปี พ.ศ. 2540 ถึง พ.ศ. 2544 ร้อยละ 51.3 แหล่งที่ผลิตงานวิจัย คือ สถาบันการศึกษาร้อยละ 84.4 มีการเผยแพร่ร้อยละ 52.9 โดยการเผยแพร่ทางวารสารทางการแพทย์ร้อยละ 28.8 งานวิจัยไม่มีการระบุแหล่งทุนวิจัยร้อยละ 74.3 แบบวิธีวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลองร้อยละ 73.3 มีการระบุกรอบแนวคิดร้อยละ 55.5 แนวคิดและ/หรือทฤษฎีที่ใช้คือแนวคิดและ/หรือทฤษฎีอื่นๆร้อยละ 47.5 ลักษณะประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยร้อยละ 88.3 การได้มาของกลุ่มตัวอย่างไม่ใช้หลักการของความน่าจะเป็นร้อยละ 81.2 การสร้างเครื่องมือในการวิจัยใช้หรือดัดแปลงจากเครื่องมือที่ผู้อื่นสร้างร้อยละ 48.7 และมีการตรวจสอบด้วยการหาความตรงร่วมกับความเที่ยงร้อยละ 46.1 วิธีวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติภาคบรรยายและสถิติอ้างอิงร้อยละ 85.9 ส่วนรายละเอียดของผลงานวิจัย พบว่า มีการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับความปวดร้อยละ 90.1 มีการศึกษาการประเมินความปวดด้านตำแหน่งของความปวดร้อยละ 74.9 และความรุนแรงของความปวดร้อยละ 73.8 มีการศึกษาวิธีการจัดการกับความปวดร้อยละ 84.3 โดยวิธีไม่ใช้ยาร้อยละ 57.6 และวิธีที่อาศัยกระบวนการคิดและการกระทำร้อยละ 38.7 ซึ่งวิธีที่ใช้คือการให้ข้อมูลและฝึกปฏิบัติตัวร้อยละ 17.3 ส่วนวิธีที่มีการกระทำโดยตรงต่อร่างกายคือ การนวดร้อยละ 5.8 ขณะเดียวกันมีการศึกษานุคลิกที่ช่วยเหลือจัดการกับความปวดโดยเป็นพยาบาลร้อยละ 59.5 และส่วนใหญ่ไม่มีการศึกษาผลกระทบของความปวด ข้อเสนอแนะควรมีการศึกษาผลกระทบของความปวด

5. สุคนธ์ มีเนตรทิพย์ (2540) ได้ทำการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ผลการสำรวจพบว่า ประเภทวิทยานิพนธ์ที่มีหลักฐานปรากฏตั้งแต่เมื่อปี พ.ศ. 2520 จนถึงปี พ.ศ. 2539 มีจำนวน 52 ชื่อเรื่อง ส่วนงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ที่มีหลักฐานปรากฏเมื่อปี พ.ศ. 2526 จนถึงปี พ.ศ. 2539 มีจำนวน 29 ชื่อเรื่อง รวมทั้งสิ้นจำนวน 81 ชื่อเรื่อง ปีที่พิมพ์งานวิจัยมากที่สุด คือ ปี พ.ศ. 2536 ร้อยละ 17.28 แหล่งที่ผลิตงานวิจัย คือ มหาวิทยาลัยมหิดลร้อยละ 67.31 มีการเผยแพร่ร้อยละ 44.44 โดยการเผยแพร่ทางวารสารทางการแพทย์และสาธารณสุขร้อยละ 58.33 งานวิจัยไม่มีการระบุแหล่งทุนวิจัยร้อยละ 68.96 แบบวิธีวิจัยเป็นการวิจัยไม่ทดลองร้อยละ 43.24 มีการระบุกรอบแนวคิดร้อยละ 60.49 แนวคิดและ/หรือทฤษฎีที่ใช้คือทางการแพทย์ร้อยละ 55.11 ลักษณะประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกเฉพาะโรคเบาหวานร้อยละ 72.50 การได้มาของกลุ่มตัวอย่างใช้หลักการของความน่าจะเป็น คือ การเลือกแบบเจาะจงร้อยละ 59.25 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ร้อยละ 56.79 การสร้างเครื่องมือในการวิจัยใช้ผู้วิจัยสร้างเองร้อยละ 40.74 และมีการตรวจสอบด้วยการหาความตรงร้อยละ 61.73 วิธีวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติภาคบรรยายค่าเฉลี่ยเลขคณิตร้อยละ 82.72 ส่วนรายละเอียดของผลงานวิจัย พบว่า การให้การพยาบาลหรือการจัดกิจกรรมการพยาบาลให้กับผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นลักษณะของการจัดโปรแกรมสุขภาพ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ การสอนหรือการให้สุขศึกษาอย่างมีแบบแผน และผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคดีขึ้น ในตัวแปรด้านพฤติกรรมสุขภาพพบว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ กับปัจจัยด้านลักษณะประชากร โดยมีความสัมพันธ์แตกต่างกันไปตามกลุ่มประชากรที่ศึกษา ส่วนภาวะการควบคุมโรค/การควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ส่วนใหญ่ควบคุมโรคได้ไม่ดีถึงระดับต่ำ และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะควบคุมโรคกับตัวแปรด้านประชากรในผู้ป่วยเบาหวานมีความแตกต่างกันไปตามกลุ่มประชากรที่ศึกษา ข้อเสนอแนะควรมีการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน หรือทำการศึกษาในกลุ่มประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ อาจรวมถึงการศึกษาแนวโน้มของอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการรวบรวมงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการสำรวจงานวิจัยศึกษาเฉพาะรายละเอียดทางกายภาพ ทำให้เห็นลักษณะทางกายภาพการวิจัยและทำให้ทราบผลการวิจัยที่ได้จากการวิเคราะห์สรุปเกี่ยวกับผลการวิจัยที่ได้ชัดเจนมากขึ้น

ในปี พ.ศ. 2533 กองงานวิทยาลัยพยาบาลได้สำรวจข้อมูลสภาพการวิจัยทางการแพทย์ในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2528-2533 การสำรวจครั้งนี้ส่งแบบสอบถามไปตามสถาบันต่างๆ และได้

แบบสอบถามคืนมาร้อยละ 78 โดยได้รับแบบสอบถามจากคณะพยาบาลศาสตร์ สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยคืนทั้งหมด คือ ร้อยละ 100 ผลการสำรวจครั้งนี้ไม่รวมวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา พบว่ามีงานวิจัยทั้งหมด 309 ชื่อเรื่อง ร้อยละ 62 ของงานวิจัยกระทำโดยอาจารย์พยาบาลในคณะพยาบาลศาสตร์/ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ที่สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ร้อยละ 12 กระทำในกองงานวิทยาลัยพยาบาล ในเรื่องการตีพิมพ์เผยแพร่พบว่า แม้ว่าจำนวนการตีพิมพ์เผยแพร่จะมีจำนวนมากขึ้นในปี พ.ศ. 2532 ก็ร้อยละ 89 แต่เฉลี่ยทั้ง 4 ปี มีการตีพิมพ์เผยแพร่เพียงร้อยละ 56 (กองงานวิทยาลัยพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2533) จากข้อมูลดังกล่าวและจากการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาแผนการวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติ เพื่อส่งเสริมการสาธารณสุขระหว่างวันที่ 9 - 11 เมษายน 2533 ได้ข้อสรุปว่างานวิจัยทางการพยาบาลมีจำนวนน้อย การเผยแพร่และนำผลการวิจัยไปใช้ยังมีน้อยมาก ปัญหาการวิจัยยังไม่ตอบสนองปัญหาสาธารณสุขของประเทศอย่างแท้จริง ผลงานวิจัยอยู่ในลักษณะกระจัดกระจายและขาดการประสานร่วมกัน มีสาเหตุ คือ พยาบาลขาดความรู้เกี่ยวกับการวิจัย ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงาน ขาดแหล่งทุน ขาดนโยบายและทิศทางการวิจัยทั้งในระดับหน่วยงานและระดับชาติ คณะกรรมการสภาการพยาบาล จึงมีมติให้แต่งตั้งคณะกรรมการวิจัยการพยาบาลแห่งชาติวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2534 เพื่อเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาการวิจัยทางการพยาบาล และกำหนดนโยบาย แนวทาง และแผนการวิจัยทางการพยาบาลให้สอดคล้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน คณะกรรมการวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติ สภาการพยาบาล จึงได้ทำการสำรวจลำดับความสำคัญและประเด็นการวิจัยทางการพยาบาลในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2535 - 2545) โดยใช้เทคนิคเดลฟาย และจัดสัมมนาทิศทางการวิจัยทางการพยาบาลในทศวรรษหน้า เมื่อวันที่ 16 - 17 กันยายน พ.ศ. 2536 ได้สรุปนโยบายและแนวทางการวิจัยทางการพยาบาลไว้ดังนี้ (คณะกรรมการวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติ สภาการพยาบาล, 2537)

1. เร่งรัดให้มีการพัฒนาสมรรถภาพและประสิทธิภาพขององค์กร บุคลากร และระบบประสานงานวิจัย รวมทั้งส่งเสริมการสนับสนุนให้ทุกหน่วยงานและสถาบันการศึกษาพยาบาลทำการวิจัย ตามนโยบายและแนวทางการวิจัยของสภาการพยาบาล โดยให้สอดคล้องกับนโยบายและแนวทางการวิจัยและแผนพัฒนาของชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2535 - 2539)
2. ส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานและสถาบันการศึกษาดำเนินการวิจัยและประยุกต์ใช้ผลงานวิจัยที่จัดทำขึ้นและเผยแพร่ผลการวิจัยให้แพร่หลาย
3. เร่งรัดให้มีการวิจัยเพื่อนำไปสู่การป้องกัน การดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพจากโรคที่เป็นภัยต่อคุณภาพชีวิตและภัยต่อสังคมอย่างรุนแรง

4. ส่งเสริมการวิจัยเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง และพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย
5. ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยเพื่อการป้องกัน การดูแล และการฟื้นฟูสมรรถภาพจากโรคหรือการบาดเจ็บที่เป็นผลจากการพัฒนาประเทศทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม
6. ส่งเสริมการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ที่อ่อนแอและด้อยโอกาสในสังคมได้แก่ สตรี ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก และเด็กก่อนวัยเรียน ผู้ยากจนไร้ที่อยู่อาศัยและย้ายถิ่นฐาน
7. ส่งเสริมการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มที่เกิดโรคหรือเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
8. ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยเพื่อการพัฒนาและการใช้เทคโนโลยีต่างๆ ทางด้านการแพทย์และการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยและเหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว
9. ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการได้รับบริการพยาบาลของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ
10. ส่งเสริมการวิจัยเพื่อพัฒนาและประยุกต์ศาสตร์ทางการพยาบาล
11. เร่งรัดให้มีการวิจัยเพื่อนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของการพยาบาล และแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลและลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
12. เร่งรัดให้มีการวิจัยเพื่อนำไปสู่การจัดการศึกษาพยาบาลทุกระดับให้สอดคล้องกับปัญหาสังคม เศรษฐกิจและการสาธารณสุขของประเทศ

การวิจัยทางการพยาบาลในประเทศไทยได้พัฒนามาแล้วถึง 38 ปี นับตั้งแต่การริเริ่มในหลักสูตรครุศาสตรบัณฑิตสาขาการพยาบาล และได้เจริญก้าวหน้ามาเป็นลำดับ มีการวิจัยทางการพยาบาลจะเพิ่มทั้งปริมาณและคุณภาพ เนื่องจากมีปัจจัยต่างๆ ที่เอื้ออำนวยต่อการวิจัย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2538 : 68) ได้แก่ จำนวนพยาบาลที่จบการศึกษาในระดับปริญญาโทและเอกเพิ่มจำนวนมากขึ้น ทุนวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่มีจำนวนเพียงพอ ความก้าวหน้าทางด้านวิชาการของอาจารย์ในมหาวิทยาลัย การเข้าสู่ตำแหน่งผู้ชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้เชี่ยวชาญพิเศษของสายบริการพยาบาล การพัฒนาวิธีการวิจัยให้ปรากฏชัดเจนขึ้น ความเป็นโลกาภิวัตน์ ช่วยให้พยาบาลได้รับข้อมูลและมีการติดต่อสื่อสารกับนักวิชาการทั้งในและนอกสาขามากขึ้น นโยบายการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศมุ่งสู่การวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์/ภาควิชาพยาบาลศาสตร์สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยจะมีการแข่งขันในแง่ของความเป็นเลิศทางวิชาการมากขึ้น และการสนับสนุนจากสถาบันและองค์กรวิชาชีพ เพื่อกระตุ้นและเอื้ออำนวยความสะดวกในแง่การวิจัยของอาจารย์และพยาบาล

สำหรับวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานซึ่งมีความสำคัญมากขึ้น แม้ว่าจะมีการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานโดยสุคนธ์ มีเนตรทิพย์ในช่วงพ.ศ. 2520 ถึง 2539 แต่ในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมาคาดว่างานวิจัยจะเพิ่มทั้งปริมาณและคุณภาพ เนื่องจากมีปัจจัยต่างๆ ที่เอื้ออำนวยต่อการทำวิจัยดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย เพื่อศึกษาลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยและสรุปผลการวิจัยที่ผ่านมา

สรุป

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6, ฉบับที่ 8 และฉบับที่ 9 รวมทั้งได้มีการจัดทำนโยบายและแผนการวิจัยของชาติ โดยสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ สภาวิจัยแห่งชาติฉบับที่ 5 และฉบับที่ 6 เป็นช่วงแห่งการปฏิรูประบบราชการตามแนวความคิดการบริหารจัดการแบบใหม่ และแนวเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน จึงมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบบริหารงานในหน่วยงานต่างๆ มากมาย จากนโยบายและแนวทางการวิจัยทางการแพทย์ เพื่อแก้ปัญหาการวิจัยทางการแพทย์ ของคณะกรรมการวิจัยทางการแพทย์แห่งชาติ (2537) และนโยบายการสาธารณสุขของประเทศ เพื่อแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ทำให้เกิดการสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยทางการแพทย์เพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและคุณภาพ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง ในด้านการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในระดับต้นๆ ของประเทศ ได้มีการศึกษาสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยโดยสุคนธ์ มีเนตรทิพย์ ในปี พ.ศ. 2540 ศึกษาด้านลักษณะทางกายภาพและความรู้ที่ได้จากผลการวิจัย ทั้งที่เป็นวิทยานิพนธ์ และงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาและตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ การแพทย์ และสาธารณสุขในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 ถึงปี พ.ศ. 2539 แต่ยังไม่มีการสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยต่อจากปี พ.ศ. 2539 จนถึงปัจจุบัน ในระยะเวลาที่ผ่านมา 10 ปีนี้เป็นช่วงเวลาที่มีการทำวิจัยทางการแพทย์เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย โดยจะครอบคลุมทุกงานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีหลักฐานปรากฏในประเทศตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงปี พ.ศ. 2548 จากการสืบค้นจากฐานข้อมูลในระบบเครือข่ายสารสนเทศของมหาวิทยาลัยต่างๆ ทั้งของภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสถาบันหรือหน่วยงานที่สนับสนุนงานวิจัยของไทยต่างๆ ประกอบด้วยงานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิต และงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่มีการตีพิมพ์ลงวารสารทางวิชาการของประเทศไทย เพื่อรวบรวมลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยและผลการวิจัยของงานวิจัยทางการแพทย์

พยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยให้ครบถ้วนมากที่สุด เพื่อเป็นแหล่งรวมข้อมูลในการศึกษาค้นคว้า อ้างอิงที่ทันสมัย สำหรับผู้ที่สนใจศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวาน และจะเป็นประโยชน์แก่นักวิจัยที่จะทำการวิจัยซ้ำในปัญหาที่ยังมีคำตอบไม่ชัดเจน หรือทำการวิจัยเพิ่มเติมในปัญหาที่สนใจต่อไป



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การรวบรวมงานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยครั้งนี้เป็นการวิจัยสำรวจ (Survey Research) มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะประชากรที่ใช้ในการสำรวจครั้งนี้ เป็นงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยงานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิตและดุษฎีบัณฑิต ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาของมหาวิทยาลัยในประเทศไทย และงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่มีการตีพิมพ์ในวารสารประเทศไทยและปรากฏรูปเล่มอยู่ในห้องสมุดหรือศูนย์เอกสารของสถาบัน ที่ออกแบบการวิจัยเป็นลักษณะการวิจัยแบบไม่ทดลอง (non-experimental research design) ที่มีหลักฐานปรากฏตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 จนถึงปี พ.ศ. 2548 ในประเทศไทย ดังต่อไปนี้

1. วิทยานิพนธ์ ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับมหาบัณฑิต และดุษฎีบัณฑิตในประเทศไทย ที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลในระบบเครือข่ายสารสนเทศของห้องสมุดหรือศูนย์เอกสารของสถาบันการศึกษาซึ่งจัดการศึกษาในระดับมหาบัณฑิต และดุษฎีบัณฑิต ดังต่อไปนี้ คือ มหาวิทยาลัยมหิดล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช มหาวิทยาลัยรามคำแหง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ และมหาวิทยาลัยเอกชนต่างๆ ได้แก่ มหาวิทยาลัยรังสิต มหาวิทยาลัยพายัพ มหาวิทยาลัยสยาม มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ มหาวิทยาลัยคริสเตียน และมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

2. งานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่มีการตีพิมพ์ลงวารสารในประเทศไทย และที่มีปรากฏรูปเล่มอยู่ในห้องสมุดหรือศูนย์เอกสารของสถาบันต่างๆ ที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูล Thai Index Medicus และสถาบันพระบรมราชชนก

ซึ่งวิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษานี้สืบค้นในช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนกรกฎาคม ปี พ.ศ. 2548

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกตัวอย่างจากประชากรที่มีลักษณะดังนี้

ลักษณะที่จัดเข้าไว้เป็นตัวอย่าง (inclusion criteria)

ก งานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต และวิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต ที่ออกแบบการวิจัยแบบไม่ทดลอง, ที่เป็นของประเทศไทยและศึกษาในประชากรไทย, ที่ได้มาจากการสืบค้นจากฐานข้อมูลในระบบเครือข่ายสารสนเทศของมหาวิทยาลัยทั้งภาครัฐและเอกชน และสถาบันหรือหน่วยงานที่สนับสนุนงานวิจัยของประเทศไทย ด้วยคำสำคัญที่เหมือนกัน คือคำว่า “เบาหวาน”, “diabetic” และ “diabetes” และมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวาน

ข งานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ที่มีการตีพิมพ์ในวารสารของประเทศไทย, ที่ออกแบบการวิจัยแบบไม่ทดลอง, ที่เป็นของประเทศไทยและศึกษาในประชากรไทย, ที่ได้มาจากการสืบค้นจากฐานข้อมูล Thai Index Medicus และสถาบันพระบรมราชชนก ด้วยคำสำคัญที่เหมือนกัน คือคำว่า “เบาหวาน”, “diabetic” และ “diabetes” และมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวาน

ลักษณะที่คัดออกจากการเป็นตัวอย่าง (exclusion criteria)

ก วิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่สืบค้นจากฐานข้อมูลในระบบเครือข่ายสารสนเทศของมหาวิทยาลัยทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสถาบันหรือหน่วยงานที่สนับสนุนงานวิจัยของประเทศไทย หากมีชื่อเรื่องซ้ำกันคัดออก

ข วิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพ วิทยาศาสตร์พื้นฐาน (ปฏิบัติการในห้องทดลองทั้งในมนุษย์และสัตว์)

ค วิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับฤทธิ์ยาและสมุนไพร

ง วิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับโภชนศาสตร์ ที่ทำการศึกษาถึงฤทธิ์หรือปฏิกิริยาทางเคมีของสารอาหาร

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังต่อไปนี้

สืบค้นวิทยานิพนธ์จากฐานข้อมูลในระบบเครือข่ายสารสนเทศของมหาวิทยาลัยทั้งภาครัฐและเอกชน และสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูล Thai Index Medicus และสถาบันพระบรมราชชนก ด้วยคำสำคัญที่เหมือนกัน คือคำว่า “เบาหวาน”, “diabetic” และ “diabetes” ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวาน นำมาคัดตามเกณฑ์ที่กำหนดดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เป็นวิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่ผ่านเกณฑ์ลักษณะที่คัดออกจากการเป็นตัวอย่าง นำมาสรุปเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ จำนวน 230 ชื่อเรื่อง แบ่งเป็น

1. งานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต และวิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต ที่ได้มาจากการสืบค้นฐานข้อมูลในระบบเครือข่ายสารสนเทศของมหาวิทยาลัยทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสถาบันหรือหน่วยงานที่สนับสนุนงานวิจัยของประเทศไทย ตามที่แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนงานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต และวิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต ที่ได้มาจากการสืบค้นฐานข้อมูลในระบบเครือข่ายสารสนเทศของมหาวิทยาลัย สถาบันหรือหน่วยงานสนับสนุนงานวิจัยไทย

สถาบัน/เว็บไซต์	วัน/เดือน/ปี/ เวลา	คำสำคัญ	จำนวน ชื่อเรื่องที่ ปรากฏ	จำนวน ชื่อเรื่อง ที่ได้	จำนวนชื่อ เรื่องใช้ ศึกษา
ห้องสมุดและศูนย์เครือข่าย สารสนเทศ มหาวิทยาลัยมหิดล http://www.li.mahidol.ac.th	วันเสาร์ที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2548 เวลา 11.17 น.	เบาหวาน	87	160	62
		diabetic	107		
		diabetes	102		
สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย http://www.car.chula.ac.th	วันเสาร์ที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2548 เวลา 16.38 น.	เบาหวาน	86	70	14
		diabetic	63		
		diabetes	36		

ตารางที่ 1 จำนวนงานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต และวิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต ที่ได้มาจากการสืบค้นฐานข้อมูลในระบบเครือข่ายสารสนเทศของมหาวิทยาลัย สถาบันหรือหน่วยงานสนับสนุนงานวิจัยไทย (ต่อ)

สถาบัน/เว็บไซต์	วัน/เดือน/ปี/ เวลา	คำสำคัญ	จำนวน ชื่อเรื่อง ที่ปรากฏ	จำนวน ชื่อ เรื่องที่ ได้	จำนวนชื่อ เรื่องใช้ ศึกษา
สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ http://search.lib.cmu.ac.th/search/	วันศุกร์ที่ 28	เบาหวาน	188	31	6
	เมษายน พ.ศ.	diabetic	77		
	2549	diabetes	146		
	เวลา 14.12 น.				
สำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น http://kkulib.kku.ac.th/search *tha/w	วันศุกร์ที่ 28	เบาหวาน	87	40	20
	เมษายน พ.ศ.	diabetic	23		
	2549	diabetes	27		
	เวลา 16.45 น.				
หอสมุดคุณหญิงหลง อรรถ กวีสุนทร มหาวิทยาลัยสงขล นครินทร์ http://opac1.clib.psu.ac.th/BasicSearch.aspx?action=search	วันศุกร์ที่ 28	เบาหวาน	107	8	5
	เมษายน พ.ศ.	diabetic	1		
	2549	diabetes	16		
	เวลา 18.30 น.				
สำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม http://202.28.32.94/search*tha/a?a	วันเสาร์ที่ 29	เบาหวาน	17	13	1
	เมษายน พ.ศ.	diabetic	29		
	2549	diabetes	45		
	เวลา 01.00 น.				

ตารางที่ 1 จำนวนงานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต และวิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต
ที่ได้มาจากการสืบค้นฐานข้อมูลในระบบเครือข่ายสารสนเทศของมหาวิทยาลัย สถาบันหรือ
หน่วยงานสนับสนุนงานวิจัยไทย (ต่อ)

สถาบัน/เว็บไซต์	วัน/เดือน/ปี/ เวลา	คำสำคัญ	จำนวน ชื่อเรื่อง ที่ปรากฏ	จำนวน ชื่อเรื่อง ที่ได้	จำนวนชื่อ เรื่องใช้ ศึกษา
สำนักหอสมุดมหาวิทยาลัย บูรพา http://cholinet.lib.buu.ac.th/online/index.html	วันเสาร์ที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2549 เวลา 11.26 น.	เบาหวาน	242	17	5
		diabetic	28		
		diabetes	56		
สำนักหอสมุดมหาวิทยาลัย รามคำแหง http://library.lib.ru.ac.th/search*tha/w	วันเสาร์ที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2549 เวลา 13.11 น.	เบาหวาน	6	5	2
		diabetic	0		
		diabetes	0		
สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ http://search.library.tu.ac.th/ipac20/ipac.jsp?	วันเสาร์ที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2549 เวลา 17.10 น.	เบาหวาน	102	2	3
		diabetic	73		
		diabetes	41		
สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิ โรฒ ประสานมิตร http://okipac.swu.ac.th/ipac20/ipac.jsp?session=1P46R0688K140.246&menu=search&aspect=advanced&npp=30&ipp=20&profile=swuo&ri=1&source=10.2.17.4@%21swuo&index=.SW&term=	วันเสาร์ที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2549 เวลา 18.10 น.	เบาหวาน	143	15	7
		diabetic	9		
		diabetes	49		

ตารางที่ 1 จำนวนงานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต และวิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต
ที่ได้มาจากการสืบค้นฐานข้อมูลในระบบเครือข่ายสารสนเทศของมหาวิทยาลัย สถาบันหรือ
หน่วยงานสนับสนุนงานวิจัยไทย (ต่อ)

สถาบัน/เว็บไซต์	วัน/เดือน/ปี/ เวลา	คำสำคัญ	จำนวนชื่อ เรื่องที่ ปรากฏ	จำนวน ชื่อเรื่อง ที่ได้	จำนวนชื่อ เรื่องใช้ ศึกษา
สำนักบรรณสารสนเทศ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิ ราช http://202.14.117.14/cgi-bin/gw4111/chameleon?sessionid=01541411194959&skin=portal&summittheform=Search&usersrch=1&beginsrch=1&function=INITREQ&search=SCAN&Ing=en&pos=1&conf	วันเสาร์ที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2549 เวลา 18.40 น.	เบาหวาน	36	2	1
		diabetic	2		
		diabetes	15		
สำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี http://202.28.50.230/cgi-bin/gw-41-11/chameleon	วันอาทิตย์ที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2549 เวลา 17.04 น.	เบาหวาน	20	9	1
		diabetic	1		
		diabetes	8		
สำนักหอสมุดมหาวิทยาลัย นเรศวร http://library.nu.ac.th/search*thx/w	วันเสาร์ที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2549 เวลา 08.32 น.	เบาหวาน	11	1	0
		diabetic	2		
		diabetes	5		

ตารางที่ 1 จำนวนงานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต และวิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต
ที่ได้มาจากการสืบค้นฐานข้อมูลในระบบเครือข่ายสารสนเทศของมหาวิทยาลัย สถาบันหรือ
หน่วยงานสนับสนุนงานวิจัยไทย (ต่อ)

สถาบัน/เว็บไซต์	วัน/เดือน/ปี/ เวลา	คำสำคัญ	จำนวนชื่อ เรื่องที่ ปรากฏ	จำนวน ชื่อเรื่อง ที่ได้	จำนวนชื่อ เรื่องใช้ ศึกษา
สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยศิลปากร http://www.opac.lib.su.ac.th/search/	วันเสาร์ที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2549 เวลา 15.34 น.	เบาหวาน	37	4	1
		diabetic	0		
		diabetes	12		
สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ http://intanin.lib.ku.ac.th/search/a?asp	วันเสาร์ที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2549 เวลา 17.40 น.	เบาหวาน	56	12	2
		diabetic	8		
		diabetes	22		
สำนักบรรณสารการพัฒนา สถาบันบัณฑิตพัฒนา บริหารศาสตร์ http://libseach.nida.ac.th/ipac20/ipac.jsp?	วันเสาร์ที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2549 เวลา 19.00 น.	เบาหวาน	25	12	0
		diabetic	0		
		diabetes	6		
ศูนย์บรรณสารและ สื่อการศึกษามหาวิทยาลัย วลัยลักษณ์ http://wulib.wu.ac.th/cgi-bin/vtls.web.gateway?searchtype=keyword&searcharg =	วันเสาร์ที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2549 เวลา 14.00 น.	เบาหวาน	37	5	0
		diabetic	8		
		diabetes	17		

ตารางที่ 1 จำนวนงานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต และวิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต
ที่ได้มาจากการสืบค้นฐานข้อมูลในระบบเครือข่ายสารสนเทศของมหาวิทยาลัย สถาบันหรือ
หน่วยงานสนับสนุนงานวิจัยไทย (ต่อ)

ศูนย์วิทยบริการ มหาวิทยาลัยคริสเตียน http://service.christain.ac.th/library/opac/search	วันอาทิตย์ที่ 10	เบหาหวาน	5	10	0
	กรกฎาคม พ.ศ.	diabetic	6		
	2548	diabetes	11		
	เวลา 10.14 น.				
สำนักหอสมุดมหาวิทยาลัย รังสิต http://library.rsu.ac.th/webpac	วันอาทิตย์ที่ 10	เบหาหวาน	43	15	0
	กรกฎาคม พ.ศ.	diabetic	0		
	2548	diabetes	15		
	เวลา 11.41 น.				
ห้องสมุด มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ http://library.au.ac.th	วันอาทิตย์ที่ 10	เบหาหวาน	8	0	0
	กรกฎาคม พ.ศ.	diabetic	2		
	2548	diabetes	5		
	เวลา 12.48 น.				
ศูนย์บรรณสารสนเทศ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิม พระเกียรติ http://library.hcu.ac.th	วันอาทิตย์ที่ 10	เบหาหวาน	91	11	0
	กรกฎาคม พ.ศ.	diabetic	12		
	2548	diabetes	37		
	เวลา 13.47 น.				
สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยสยาม http://library.siamu.ac.th	วันอาทิตย์ที่ 10	เบหาหวาน	8	0	0
	กรกฎาคม พ.ศ.	diabetic	0		
	2548	diabetes	1		
	เวลา 15.00 น.				
รวม	-	-	-	387	130

2. งานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ที่ได้มาจากการสืบค้นฐานข้อมูลในระบบเครือข่ายสารสนเทศของมหาวิทยาลัยทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสถาบันหรือหน่วยงานที่สนับสนุนงานวิจัยของประเทศไทย ตามที่ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 จำนวนงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ที่ได้มาจากการสืบค้นฐานข้อมูลในระบบเครือข่ายสารสนเทศของมหาวิทยาลัย สถาบันหรือหน่วยงานสนับสนุนงานวิจัยไทย

สถาบัน/เว็บไซต์	วัน/เดือน/ปี/ เวลา	คำสำคัญ	จำนวน ชื่อเรื่องที่ ปรากฏ	จำนวน ชื่อเรื่อง ที่ได้	จำนวนชื่อ เรื่องใช้ ศึกษา
ห้องสมุดวิทยาลัยในสังกัด สถาบันพระบรมราชชนก http://library.wasusin/index.php?option=com-wrapper&Itemid=	วันเสาร์ที่ 6	เบาหวาน	16	19	5
	พฤษภาคม	diabetic	11		
	พ.ศ. 2549 เวลา 21.19 น.	diabetes	14		
Thai Index Medicus [TIDEX] ของห้องสมุด คณะแพทยจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย http://library.md.chula.ac.th	วันเสาร์ที่ 9	เบาหวาน	6	364	95
	กรกฎาคม พ.ศ.	diabetic	346		
	2548 เวลา 11.41 น.	diabetes	849		
รวม	-	-	-	411	100

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ใช้แบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัย (สามารถดูรายละเอียดของเครื่องมือได้ที่ภาคผนวก ก) ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากเครื่องมือของสุคนธ์ มีเนตรทิพย์ (2540) โดยเพิ่มคำถามเกี่ยวกับรายละเอียดของงานวิจัยที่ใช้ศึกษา

การสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพื่อให้ได้แนวคิดของการวิจัย รวมทั้งรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการวิจัยทางการแพทย์
2. ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยเกี่ยวกับการสำรวจและการวิเคราะห์งานวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัย
3. ปรับแบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย เพื่อบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพและผลการวิจัยของงานวิจัยที่จำเป็นต่อการวิจัยประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย

1. ชื่อ – สกุลผู้วิจัย
2. ชื่อเรื่องงานวิจัย
3. ประเภทของงานวิจัย
4. ปี พ.ศ. ที่ผลิตงานวิจัย
5. สถาบันผลิตงานวิจัย
6. แหล่งทุนสนับสนุนงานวิจัย

ส่วนที่ 2 รายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย

1. ปัญหาการวิจัย
2. วัตถุประสงค์การวิจัย
3. สมมติฐานการวิจัย
4. กรอบแนวคิด
5. ตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวแปรที่ปรากฏ
6. รูปแบบของการวิจัยแบบไม่ทดลอง
7. ประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง
 - 7.1. ประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา
 - 7.2. ลักษณะของประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง
 - 7.3. การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง
 - 7.4. วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 - 7.5. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

8. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

8.1. ชนิดของเครื่องมือ

8.2. วิธีการสร้างเครื่องมือ

8.3. วิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

9. ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

9.1. ข้อมูลผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

9.2. การเตรียมและตรวจสอบคุณภาพการเก็บรวบรวมข้อมูล

10. การวิเคราะห์ข้อมูล

10.1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

10.2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

11. ผลการวิจัย

ลักษณะข้อความในแบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัย ประกอบด้วย แบบเลือกตอบ และแบบเติมข้อความ พร้อมทั้งมีคู่มือการใช้แบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัย (ดูรายละเอียดได้ที่ภาคผนวก ข)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัยที่ปรับจากแบบบันทึกของสุคนธ์ มีเนตรทิพย์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นนักการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในลักษณะของการสอน การเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ/หรือเป็นผู้ที่มีผลงานด้านการวิจัย เช่น เขียนตำรา หรือทำการวิจัยมาก่อน รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้รวบรวมไว้ในภาคผนวก ค โดยถือเกณฑ์ตัดสินตรงกันไม่น้อยกว่า 2 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ทดลองเก็บข้อมูล

2. นำแบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัยไปทดลองเก็บข้อมูลกับวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 5 เรื่อง โดยเก็บข้อมูลจากวิทยานิพนธ์ที่เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ แบบไม่ทดลองในมนุษย์ จำนวน 5 ชื่อเรื่อง และงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่ดีพิมพ์ในวารสารของประเทศไทย จำนวน 5 ชื่อเรื่อง เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลเครื่องมือ ที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงต่อไป

3. ทำการทดสอบ Inter-rater reliability เป็นการวัดค่าความเที่ยงโดยการประมาณความเท่าเทียมกันของผู้วัด 2 คนขึ้นไป เมื่อใช้เครื่องมือขึ้นเดียวกันสังเกตพฤติกรรมใดๆ ไปพร้อมๆ กัน

ซึ่งโพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1983) ได้เสนอให้ใช้วิธีที่ง่ายในการปฏิบัติ โดยนำคะแนนจากผู้สังเกต 2 คนมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ หรืออีกวิธีหนึ่งให้ใช้สูตรดังนี้

$$\text{ความเที่ยงจากการสังเกต} = \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนการสังเกตที่ต่างกัน}}$$

ดังนั้น เมื่อผู้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 4 คน ทำการเก็บข้อมูลจากเครื่องมือชุดเดียวไปพร้อมๆกัน แยกกันประเมิน จะได้ข้อมูลที่เหมือนกันและข้อมูลที่ต่างกัน นำไปใช้สูตรดังกล่าวข้างต้น จะต้องได้ค่าความเที่ยงจากการสังเกต 0.80 ขึ้นไป จึงจะถือว่าผู้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 4 คนมีความเท่าเทียมกัน

ในการหาค่าความเที่ยงของการสังเกต กลุ่มตัวอย่างที่ถูกสังเกตจะต้องมีขนาดไม่น้อยกว่า 10 ตัวอย่าง (Washington and Moss, 1988)

4. ทำการทดสอบ Intra-rater reliability เป็นการวัดค่าความเที่ยงโดยการแสดงถึงความคงที่ของเครื่องมือ ในกรณีที่ผู้วิจัยใช้แบบสังเกตเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งการสังเกตโดยผู้วิจัยเพียงคนเดียวอาจมีความผิดพลาดจากอคติของผู้วิจัยได้ จึงจำเป็นต้องหาความเที่ยงเช่นกัน โดยผู้วิจัยใช้เครื่องมือชุดเดียวกันทำการเก็บข้อมูล 2 ครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ จะได้ข้อมูลที่เหมือนกันและข้อมูลที่ต่างกัน นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ค่าความเที่ยงสูงสามารถนำไปใช้ได้

Polit & Hungler (1978) ได้เสนอไว้ว่าในกรณีที่ในกลุ่มเครื่องมือควรจะมีค่าความเที่ยงตั้งแต่ 0.90 ขึ้นไปจึงจะนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการตรวจสอบความเที่ยงของแบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัย พบว่ามีค่า Intra-rater reliability เท่ากับ 0.89 และค่า Inter-rater reliability เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การสำรวจและการรวบรวมงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลรายละเอียดงานวิจัยด้วยตนเอง และผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน ซึ่งเป็นนักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มาทำการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกัน ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทั้ง 3 คน เข้าไปเก็บข้อมูลตามห้องสมุด และสถาบันต่างๆ ตามที่ได้สืบค้นข้อมูลงานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ลงในแบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัย ที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น
2. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัยทุกฉบับที่เก็บข้อมูลมา ถ้าไม่สมบูรณ์จะกลับไปเก็บซ้ำใหม่อีกครั้ง
3. สร้างคู่มือลงรหัส
4. นำแบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัยมาลงรหัสตามคู่มือ
5. ลงรหัสข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS/PC (Statistical Package for the Social Science)
2. ใช้สถิติบรรยาย (Descriptive statistics) เพื่อบรรยายให้ทราบลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยแบบไม่ทดลองเกี่ยวกับโรคเบาหวานในประเทศไทย โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency distribution) ร้อยละ (Percentage) ของข้อมูลแต่ละรายการ
3. บรรยายสรุปผลการวิจัยที่ปรากฏในงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยที่ตอบคำถามปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ หรือสมมติฐานของการวิจัย โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและการนับคะแนนเสี่ยง

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ที่มีหลักฐานปรากฏตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 จนถึงปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างเอง ประกอบด้วยวิทยานิพนธ์ ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับมหาบัณฑิตและดุษฎีบัณฑิตในประเทศไทย และงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่มีการตีพิมพ์ลงวารสารในประเทศไทย มีปรากฏรูปเล่มอยู่ในห้องสมุดหรือศูนย์เอกสารของสถาบันต่างๆ ซึ่งสืบค้นได้จากฐานข้อมูลในระบบเครือข่ายสารสนเทศของห้องสมุดหรือศูนย์เอกสารของสถาบันการศึกษาซึ่งจัดการศึกษาในระดับมหาบัณฑิต และดุษฎีบัณฑิตและสถาบันสนับสนุนงานวิจัยต่างๆในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้ คือ

1. เพื่อบรรยายสรุปเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย โดยจำแนกตามประเภทของงานวิจัย ปี พ.ศ. ที่ผลิตงานวิจัย สถาบันผลิตงานวิจัย การเผยแพร่งานวิจัย แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย ปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย สมมติฐานการวิจัยกรอบแนวคิดของการวิจัย รูปแบบของการวิจัย ประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย ลักษณะและการได้มาของประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวแปรที่ปรากฏ เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. เพื่อบรรยายสรุปเกี่ยวกับผลการวิจัยของงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยตามกลุ่มเรื่องที่มีการทำวิจัย โดยใช้วิธีการนับคะแนนเสียงและการวิเคราะห์เนื้อหา

ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ นำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยของงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย

1. ประเภทของงานวิจัย

1.1. งานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ตั้งแต่ที่มีปรากฏจนถึงปี พ.ศ. 2548 มีจำนวนทั้งสิ้น 230 ชื่อเรื่อง จำแนกออกเป็นวิทยานิพนธ์ มีจำนวนทั้งสิ้น 130 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 56.5 และงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 100 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 43.5 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามประเภทของงานวิจัย

ประเภทของงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
วิทยานิพนธ์	130	56.5
งานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา	100	43.5
รวม	230	100.0

1.2. งานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย จำแนกตามประเภทวิทยานิพนธ์ พบว่า เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิตเพียงอย่างเดียว มีจำนวนทั้งหมด 130 ชื่อเรื่อง เป็นของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตที่สุด 48 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 36.9 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4 และเป็นสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่มากที่สุด 26 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 20.0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของหลักสูตร จำแนกตามประเภทวิทยานิพนธ์

หลักสูตร	วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต	ร้อยละ
หลักสูตรพยาบาลศาสตร	48	36.9
หลักสูตรวิทยาศาสตร	37	28.5
หลักสูตรศึกษาศาสตร	13	10.0
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร	11	8.5
หลักสูตรเภสัชศาสตร	6	4.6

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของหลักสูตร จำแนกตามประเภทวิทยานิพนธ์ (ต่อ)

หลักสูตร	วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต	ร้อยละ
หลักสูตรศิลปศาสตร์	5	3.8
หลักสูตรครุศาสตร์	2	1.5
หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตร์	2	1.5
รวม	130	100.0

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของสาขาวิชา จำแนกตามประเภทวิทยานิพนธ์

สาขาวิชา	วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต	ร้อยละ
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่	26	20.0
สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน	12	9.2
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์	12	9.2
สาขาวิชาสุขภาพศึกษา	8	6.2
สาขาวิชาวิทยาการระบาด	7	5.4
สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข	6	4.6
สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข	5	3.8
สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข	5	3.8
สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ	4	3.1
สาขาวิชาพยาบาลศึกษา	3	2.3
สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน	3	2.3
สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก	3	2.3
สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก	2	1.5
สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์และศึกษาศาสตร์	2	1.5
สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ	2	1.5
สาขาวิชาชีวสถิติ	2	1.5
สาขาวิชาเทคโนโลยีทางการศึกษา	2	1.5
สาขาวิชาเภสัชกรรม	2	1.5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของสาขาวิชา จำแนกตามประเภทวิทยานิพนธ์ (ต่อ)

สาขาวิชา	วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต	ร้อยละ
สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์	2	1.5
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล	1	0.8
สาขาวิชาการบริหารบริการสุขภาพ	1	0.8
สาขาวิชาการพัฒนาสังคม	1	0.8
สาขาวิชาการวัดผลการศึกษา	1	0.8
สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข	1	0.8
สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน	1	0.8
สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา	1	0.8
สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก	1	0.8
สาขาวิชาจิตวิทยาและแนะแนว	1	0.8
สาขาวิชามานุษยวิทยาประยุกต์	1	0.8
สาขาวิชาโรคติดเชื้อ	1	0.8
สาขาวิชาโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาด	1	0.8
สาขาวิชาวัฒนธรรมศึกษา	1	0.8
สาขาวิชาวิจัยประชากรและสังคม	1	0.8
สาขาวิชาการจัดการสาธารณสุขมูลฐาน	1	0.8
สาขาวิชาการจัดและประเมินผลการศึกษา	1	0.8
สาขาวิชาศิลปศาสตร์	1	0.8
สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก	1	0.8
สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข	1	0.8
สาขาวิชาสุขภาพจิต	1	0.8
สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์	1	0.8
สาขาวิชาอนามัยครอบครัว	1	0.8
รวม	130	100.0

2. ปี พ.ศ. ที่ผลิตงานวิจัย

2.1. จากการสำรวจงานวิจัยในครั้งนี้ พบว่า งานวิจัยประเภทวิทยานิพนธ์เริ่มมีปรากฏเมื่อปี พ.ศ. 2523 และมีการผลิตมากที่สุดในปี พ.ศ. 2540 มีจำนวนทั้งสิ้น 15 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 6.5 และงานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษาเริ่มมีปรากฏเมื่อปี พ.ศ. 2530 และมีการผลิตงานวิจัยมากที่สุดในปี พ.ศ. 2541 มีจำนวนทั้งสิ้น 13 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 5.7 ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

2.2. เมื่อพิจารณางานวิจัยทั้งที่เป็นวิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษารวมกัน พบว่า ปีที่มีการผลิตงานวิจัยมากที่สุด คือ ปี พ.ศ. 2540 มีจำนวนทั้งสิ้น 25 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 10.9 รองลงมา คือ ปี พ.ศ. 2546 มีจำนวนทั้งสิ้น 23 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 10.0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของปี พ.ศ. ที่ผลิตงานวิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย

ปี พ.ศ. ที่ผลิตงานวิจัย	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
2523	1	0	1 (0.4)
2524	1	0	1 (0.4)
2525	1	0	1 (0.4)
2526	1	0	1 (0.4)
2527	2	0	2 (0.9)
2528	1	0	1 (0.4)
2529	0	0	0 (0.0)
2530	0	1	1 (0.4)
2531	1	1	2 (0.9)
2532	1	1	2 (0.9)
2533	2	0	2 (0.9)
2534	2	2	4 (1.7)
2535	4	0	4 (1.7)
2536	4	4	8 (3.5)
2537	4	1	5 (2.2)
2538	3	5	8 (3.5)
2539	3	9	12 (5.2)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของปี พ.ศ. ที่ผลิตงานวิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย (ต่อ)

ปี พ.ศ. ที่ผลิตงานวิจัย	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
2540	15	10	25 (10.9)
2541	8	13	21 (9.1)
2542	8	8	16 (7.0)
2543	12	9	21 (9.1)
2544	12	4	16 (7.0)
2545	10	7	17 (9.1)
2546	13	10	23 (10.0)
2547	12	7	19 (8.3)
2548	9	8	17 (7.4)
รวม	130	100	230 (100.0)

3. สถาบันผลิตงานวิจัยและการเผยแพร่งานวิจัย

3.1. จากการสำรวจงานวิจัยในครั้งนี้ พบว่า สถาบันผลิตงานวิจัยและการเผยแพร่งานวิจัยของมหาวิทยาลัยทั้งหมดจำนวน 130 ชื่อเรื่อง โดยมาจากมหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 62 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 39.7 รองลงมาคือมหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 20 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 12.8 นอกจากนี้ยังพบว่าผลิตโดยคณะพยาบาลศาสตร์มากที่สุด จำนวน 38 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 27.5 รองลงมาคือ คณะสาธารณสุขศาสตร์และคณะศึกษาศาสตร์ มีจำนวน 16 ชื่อเรื่องเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 11.5 ดังรายละเอียดในตารางที่ 7, 8 และ 9

3.2. งานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ประเภทงานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีสถาบันผลิตงานวิจัยและการเผยแพร่งานวิจัยของหน่วยงานต้นสังกัด จำนวน 66 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 28.7 เป็นโรงพยาบาล ชลบุรีและวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส จำนวน 3 ชื่อเรื่องเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 4.5 และมีการตีพิมพ์ลงในวารสารกรมการแพทย์มากที่สุด จำนวน 7 ชื่อเรื่องเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 7.0 รองลงมาคือ วารสารพุทธชินราชเวชสารมีจำนวน 6 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 6.0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 7, 10 และ 11

3.3. เมื่อพิจารณางานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยทั้งประเภทวิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษารวมกัน พบว่า มีแหล่งผลิตงานวิจัยและการเผยแพร่งานวิจัยของมหาวิทยาลัยมากที่สุด จำนวน 156 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 67.8 รองลงมาคือหน่วยงานต้นสังกัด จำนวน 66 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 28.7 ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของสถาบันผลิตงานวิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย

สถาบันผลิตงานวิจัย	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
มหาวิทยาลัย	130	26	156 (67.8)
หน่วยงานต้นสังกัด	0	66	65 (28.7)
ไม่ระบุ	0	8	8 (3.5)
รวม	130	100	230 (100.0)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของสถาบันผลิตงานวิจัยโดยมหาวิทยาลัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย

สถาบันผลิตงานวิจัยโดย	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
มหาวิทยาลัยมหิดล	62	13	75 (48.1)
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	20	4	24 (15.4)
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	14	2	16 (10.3)
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	7	0	7 (4.5)
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	6	2	8 (5.1)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	5	1	6 (3.8)
มหาวิทยาลัยบูรพา	5	0	5 (3.2)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของสถาบันผลิตงานวิจัยโดยมหาวิทยาลัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย (ต่อ)

สถาบันผลิตงานวิจัยโดย มหาวิทยาลัย	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
มหาวิทยาลัยรามคำแหง	2	0	2 (1.3)
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	2	0	2 (1.3)
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	2	0	2 (1.3)
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	2	0	2 (1.3)
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	1	0	1 (0.6)
มหาวิทยาลัยศิลปากร	1	0	1 (0.6)
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	1	0	1 (0.6)
มหาวิทยาลัยรังสิต	0	2	2 (1.3)
มหาวิทยาลัยคริสเตียน	0	1	1 (0.6)
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์	0	1	1 (0.6)
รวม	130	26	156 (100.0)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของสถาบันผลิตงานวิจัยโดยคณะ/ภาควิชาที่ศึกษา จำแนกตามประเภทงานวิจัย

สถาบันผลิตงานวิจัยโดยคณะ/ภาควิชาที่ศึกษา	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม (ร้อยละ)
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของ การศึกษา	
คณะพยาบาลศาสตร์	38	6	44 (31.9)
คณะสาธารณสุขศาสตร์	16	4	20 (14.5)
คณะศึกษาศาสตร์	16	0	16 (11.6)
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รพ.รามาธิบดี	14	4	18 (13.0)
คณะเภสัชศาสตร์	7	2	9 (6.5)
คณะสังคมศาสตร์	6	0	6 (4.3)
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช	4	3	7 (5.1)
คณะศิลปศาสตร์	4	0	4 (2.9)
คณะแพทยศาสตร์	3	4	7 (5.1)
คณะครุศาสตร์	2	0	2 (1.4)
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์	2	0	2 (1.4)
คณะเวชศาสตร์ชุมชน	1	0	1 (0.7)
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	0	1	1 (0.7)
ศูนย์วิจัยและพัฒนา	0	1	1 (0.7)
รวม	113	25	138 (100.0)

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของสถาบันผลิตงานวิจัยโดยหน่วยงานต้นสังกัด จำแนกตามประเภทงานวิจัย

สถาบันผลิตงานวิจัยโดยหน่วยงานต้นสังกัด	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของ	ร้อยละ
	การศึกษา	
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี	3	4.5
โรงพยาบาลชลบุรี	3	4.5
โรงพยาบาลสุรินทร์	2	3.0
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	2	3.0
ศูนย์บริการสาธารณสุขสุสานักอนามัย	2	3.0
โรงพยาบาลมหาสารคาม	2	3.0
โรงพยาบาลนครนายก	2	3.0
โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์	2	3.0
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	2	3.0
โรงพยาบาลลำพูน	2	3.0
โรงพยาบาลเลิศจิน	2	3.0
โรงพยาบาลพุทธชินราช	2	3.0
โรงพยาบาลสระบุรี	2	3.0
โรงพยาบาลสุโขทัย	2	3.0
โรงพยาบาลนครพนม	2	3.0
โรงพยาบาลอุดรธานี	2	3.0
โรงพยาบาลหล่มสัก	1	1.5
โรงพยาบาลพระปกเกล้า	1	1.5
โรงพยาบาลอุดรดิษฐ์	1	1.5
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	1	1.5
โรงพยาบาลลำปาง	1	1.5
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	1	1.5
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	1	1.5
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	1	1.5
โรงพยาบาลภูเวียง	1	1.5

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของสถาบันผลิตงานวิจัยโดยหน่วยงานต้นสังกัด จำแนกตามประเภทงานวิจัย (ต่อ)

สถาบันผลิตงานวิจัยโดยหน่วยงานต้นสังกัด	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของ	ร้อยละ
	การศึกษา	
โรงพยาบาลท่าม่วง	1	1.5
โรงพยาบาลศรีนครินทร์	1	1.5
โรงพยาบาลนครปฐม	1	1.5
โรงพยาบาลบ้านแพ้ว	1	1.5
โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์	1	1.5
โรงพยาบาลพะเยา	1	1.5
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	1	1.5
โรงพยาบาลตรัง	1	1.5
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย	1	1.5
โรงพยาบาลขอนแก่น	1	1.5
โรงพยาบาลเขาวง	1	1.5
โรงพยาบาลบางระก้า	1	1.5
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	1	1.5
โรงพยาบาลเสนา	1	1.5
โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร	1	1.5
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	1	1.5
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	1	1.5
สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์	1	1.5
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	1	1.5
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระบุรี	1	1.5
โรงพยาบาลแพร่	1	1.5
โรงพยาบาลบ้านลาด	1	1.5
โรงพยาบาลยะลา	1	1.5
รวม	66	100.0

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของชื่อวารสารงานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา

ชื่อวารสารงานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
วารสารกรมการแพทย์	7	7.0
พุทธชินราชเวชสาร	6	6.0
วารสารการแพทย์กลุ่มเครือข่าย 6/2	5	5.0
วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ, สุรินทร์, บุรีรัมย์	4	4.0
วารสารวิชาการสาธารณสุข	4	4.0
วชิรเวชสาร	3	3.0
วารสารโรงพยาบาลอุดรดิตถ์	3	3.0
ลำปางเวชสาร	3	3.0
ศรีนครินทร์เวชสาร	3	3.0
จดหมายเหตุทางแพทย์	3	3.0
จักษุเวชสาร	3	3.0
วารสารวิชาการแพทย์เขต 12	3	3.0
รามาชิปดีเวชสาร	3	3.0
วารสารโรงพยาบาลชลบุรี	3	3.0
สรรพสิทธิเวชสาร	3	3.0
วารสารวิจัยทางการแพทย์	3	3.0
วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี	3	3.0
สงขลานครินทร์เวชสาร	2	2.0
แพทยสารทหารอากาศ	2	2.0
วารสารวิชาการแพทย์เขต 11	2	2.0
วารสารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด, กาฬสินธุ์, มหาสารคาม	2	2.0
วารสารโรงพยาบาลสระบุรี	2	2.0
วารสารแพทย์เขต 7	2	2.0
เวชสารแพทย์ทหารบก	2	2.0
สารศิริราช	2	2.0
ขอนแก่นเวชสาร	2	2.0
ไทยเภสัชสาร	2	2.0

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของชื่อวารสารงานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา (ต่อ)

ชื่อวารสารงานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
วารสารวิชาการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เขต 1	2	2.0
วารสารพยาบาลสาธารณสุข	2	2.0
วารสารองค์การเภสัชกรรม	1	1.0
วารสารวิชาการแพทย์เขต 8	1	1.0
วารสารสาธารณสุขขอนแก่น	1	1.0
นิตยสารโรงพยาบาลกลาง	1	1.0
วารสารสาธารณสุขพิษณุโลก	1	1.0
วารสารแพทย์เขต 6-7	1	1.0
วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคอีสาน	1	1.0
อายุรศาสตร์	1	1.0
วารสารคณะพยาบาลศาสตร์	1	1.0
วารสารสาธารณสุขศาสตร์	1	1.0
จุฬาลงกรณ์เวชสาร	1	1.0
วารสารวิทยาลัยคริสเตียน	1	1.0
วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน	1	1.0
พยาบาลสาร	1	1.0
รวม	100	100.0

4. แหล่งทุนวิจัย

4.1. งานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย พบว่า ไม่ระบุทุนวิจัยที่ได้รับมากที่สุด จำนวน 204 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 88.7 รองลงมาเป็น ทุนวิจัยภายในประเทศ จำนวน 23 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 10.0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 12

4.2. ทุนวิจัยภายในประเทศ พบว่าเป็นทุนสำนักคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติมากที่สุด จำนวน 3 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 13.0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 13

4.3. ทุนวิจัยต่างประเทศ พบว่าเป็นทุน China Medical Board of New York, Inc. มากที่สุด จำนวน 2 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 66.7 ดังรายละเอียดในตารางที่ 14

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของแหล่งทุนสนับสนุนงานวิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย

แหล่งทุนสนับสนุน งานวิจัย	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่ง ของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
ในประเทศไทย	11	12	23 (10.0)
ต่างประเทศ	3	0	3 (1.3)
ไม่ระบุ	116	88	204 (88.7)
รวม	130	100	230 (100.0)

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของแหล่งทุนสนับสนุนงานวิจัยภายในประเทศไทย จำแนกตามประเภทงานวิจัย

แหล่งทุนสนับสนุนงานวิจัยภายในประเทศไทย	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของ การศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
ทุนมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงบุญจิราธร(จุมพล) จุฑาธุช	2	0	2 (8.7)
ทุนอุดหนุนการวิจัยจากรายได้คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	2	0	2 (8.7)
ทุนสำนักคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ	1	2	3 (13.0)
ทุนสถาบันการแพทย์แผนไทย	1	0	1 (4.3)
ทุนมหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ	1	0	1 (4.3)
ทุนบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	1	0	1 (4.3)
ทุนบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น	2	0	2 (8.7)
ทุนบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	1	0	1 (4.3)
ทุนมหาวิทยาลัยรังสิต	0	2	2 (8.7)

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของแหล่งทุนสนับสนุนงานวิจัยภายในประเทศไทย จำแนกตามประเภทงานวิจัย (ต่อ)

แหล่งทุนสนับสนุนงานวิจัยภายในประเทศไทย	งานวิจัยแต่ละประเภท		รวม
	(จำนวน)		
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของ การศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
ทุนสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	0	2	2 (8.7)
ทุนสำนักพัฒนาวิชาการแพทย์	0	2	2 (8.7)
ทุนคณะกรรมการระบาควิทยาแห่งชาติ	0	1	1 (4.3)
ทุนคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	0	1	1 (4.3)
ทุนโครงการวิจัยมูลนิธิ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	0	1	1 (4.3)
ทุนโรงพยาบาลสระบุรี	0	1	1 (4.3)
รวม	11	12	23 (100.0)

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของแหล่งทุนสนับสนุนงานวิจัยต่างประเทศ จำแนกตามประเภทงานวิจัย

แหล่งทุนสนับสนุนงานวิจัยต่างประเทศ	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	
			จำนวน (ร้อยละ)
IPSR HEWLETT FOUNDATION	1	0	1 (33.3)
China Medical Board of New York, Inc.	2	0	2 (66.7)
รวม	3	0	3 (100.0)

5. แบบแผนการวิจัย

5.1. งานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบไม่ทดลอง จำนวน 215 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 93.5 และเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 15 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 6.5 ดังรายละเอียดในตารางที่ 15

5.2. รูปแบบงานวิจัยเชิงปริมาณแบบไม่ทดลองที่ศึกษา พบว่า เป็นการวิจัยเชิงบรรยายมากที่สุด จำนวน 69 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 32.1 รองลงมาเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง จำนวน 50 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 23.3 งานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ เป็นการวิจัยเชิงบรรยายมากที่สุด จำนวน 50 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 23.3 รองลงมาเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง จำนวน 27 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 12.6 ส่วนงานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา เป็นการศึกษาภาคตัดขวางมากที่สุด จำนวน 23 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 10.7 รองลงมาไม่ระบุ จำนวน 22 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 10.2 ดังรายละเอียดในตารางที่ 16

5.3. รูปแบบงานวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า เป็นการวิจัยแบบกรณีศึกษามากที่สุด จำนวน 7 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 46.7 รองลงมาไม่ระบุ จำนวน 5 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 33.3 ถ้าจำแนกตามประเภทงานวิจัย พบว่า วิทยานิพนธ์มีรูปแบบงานวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการวิจัยแบบกรณีศึกษามากที่สุด จำนวน 7 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 46.7 ส่วนงานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษามีรูปแบบงานวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานมากที่สุด จำนวน 1 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 6.7 ดังรายละเอียดในตารางที่ 17

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของแบบแผนการวิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย

แบบแผนการวิจัย	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน	จำนวน
	บัณฑิตศึกษา	หนึ่งของการศึกษา	(ร้อยละ)
การวิจัยเชิงปริมาณแบบไม่ทดลอง	117	98	215 (93.5)
การวิจัยเชิงคุณภาพ	13	2	15 (6.5)
รวม	130	100	230 (100.0)

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของรูปแบบการวิจัยแบบไม่ทดลอง จำแนกตามประเภทงานวิจัย

รูปแบบการวิจัยแบบไม่ทดลอง	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
การวิจัยเชิงบรรยาย	50	19	69 (32.1)
การศึกษาภาคตัดขวาง	27	23	50 (23.3)
การวิจัยสำรวจ	20	11	31 (14.4)
การศึกษาย้อนหลัง	3	16	19 (8.8)
การวิจัยสหสัมพันธ์	6	2	8 (3.7)
Hospital-based case control study	3	1	4 (1.9)
การศึกษาติดตามไปข้างหน้า	0	3	3 (1.4)
การวิจัยเปรียบเทียบ	2	1	3 (1.4)
Analytical study	1	0	1 (0.5)
ไม่ระบุ	5	22	27 (12.6)
รวม	117	98	215 (100.0)

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ จำแนกตามประเภทงานวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม (ร้อยละ)
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	
การวิจัยแบบกรณีศึกษา	7	0	7 (46.7)
การวิจัยแบบปรากฏการณ์นิยม	1	0	1 (6.7)
การวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณา	1	0	1 (6.7)
การวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน	0	1	1 (6.7)
ไม่ระบุ	4	1	5 (33.3)
รวม	13	2	15 (100.0)

6. กรอบแนวคิดของการวิจัย

6.1. งานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ประเภทวิทยานิพนธ์ พบว่า กรอบแนวคิดของการวิจัยมาจากแนวคิด และ/หรือทฤษฎีมากที่สุด จำนวน 65 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 28.3 รองลงมาคือ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 62 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 27.0 ส่วนประเภทงานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา พบว่า กรอบแนวคิดของการวิจัยส่วนใหญ่ไม่มีกรอบแนวคิด จำนวน 73 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 31.7 ดังรายละเอียดในตารางที่ 18

6.2. แนวคิด และ/หรือทฤษฎีงานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย พบว่า เป็นการใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล การดูแลตนเองของโอเร็มมากที่สุด จำนวน 28 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 28.9 รองลงมาเป็นทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเฟ็นเดอร์และความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ จำนวน 12 ชื่อเรื่องเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 12.4 ดังรายละเอียดในตารางที่ 19

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกรอบแนวคิดของการวิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัย	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
จากแนวคิด และ/หรือทฤษฎี	65	14	79 (34.3)
จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	62	13	75 (32.6)
ไม่มีกรอบแนวคิด	3	73	76 (33.0)
รวม	130	100	230 (100.0)

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของประเภทแนวคิดและ/หรือทฤษฎีของการวิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย

ประเภทแนวคิดและ/หรือทฤษฎี ของการวิจัย	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
Self Care Theory by Orem	25	3	28 (28.9)
Health belief Model of Becker	10	2	12 (12.4)
Health Promotion Theory by Pender	10	2	12 (12.4)
PRECEDE Framework of Green	3	2	5 (5.2)
คุณภาพชีวิต ของ Padilla	1	2	3 (3.1)
แนวคิดคุณภาพชีวิต ของ Zhan	3	0	3 (3.1)
Dever's Epidemiologic Model	2	1	3 (3.1)
Health Locus of Control by Rotter	2	0	2 (2.1)
Stress Theory by Lazarus	2	0	2 (2.1)
Adaption Theory by Roy	2	0	2 (2.1)
ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ของ Bandura	2	0	2 (2.1)

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของประเภทแนวคิดและ/หรือทฤษฎีของการวิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย (ต่อ)

ประเภทแนวคิดและ/หรือทฤษฎี ของการวิจัย	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
The Health Care Choice Marking	2	0	2 (2.1)
Model of Young			
CIPP Model	2	0	2 (2.1)
แนวคิดระบบการดูแลสุขภาพ ของ	2	0	2 (2.1)
Kleinman			
ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย	1	0	1 (1.0)
Self Control Schedele of	1	0	1 (1.0)
Rosenbaum			
แบบจำลองกิจกรรมที่มี	1	0	1 (1.0)
จุดมุ่งหมายของมนุษย์ โดย			
Kielhofner			
The Transtheoretical Model	1	0	1 (1.0)
ทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจใน	1	0	1 (1.0)
การรับบริการ ของ Aday &			
Anderson Theory			
ทฤษฎีความผาสุกในชีวิต ของ	1	0	1 (1.0)
Antonovsky Theory			
Antecedents of Uncertainty	1	0	1 (1.0)
Model of Mishel			
แนวคิดปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้อง	1	0	1 (1.0)
กับการใช้บริการสุขภาพ ของ			
Kroeger			
Concept of Fawcelt & Down	1	0	1 (1.0)
Newman's System Model	1	0	1 (1.0)

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของประเภทแนวคิดและ/หรือทฤษฎีของการวิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย (ต่อ)

ประเภทแนวคิดและ/หรือทฤษฎี ของการวิจัย	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
Health Behavior Model	1	0	1 (1.0)
แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ Brant & Weinert	1	0	1 (1.0)
แนวคิดคุณภาพระบบการ ให้บริการของวิโรจน์ ตั้งเจริญ เสถียรและคณะ	1	0	1 (1.0)
ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอก ตนเกี่ยวกับสุขภาพ ของ Wolston	1	0	1 (1.0)
การสนับสนุนทางสังคม ของ Cobb	1	0	1 (1.0)
แนวความคิดแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ของ Rosenstock	0	1	1 (1.0)
กรอบแนวคิดปัจจัยสนับสนุนทาง ครอบครัว ของ Israel	0	1	1 (1.0)
รวม	83	14	97 (100.0)

7. ตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวแปรที่ปรากฏ

งานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยพบว่า ตัวแปรอิสระที่ใช้มากที่สุด คือ ตัวแปรด้านส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพและภาวะโรค จิตสังคม พฤติกรรมสุขภาพ/การปฏิบัติตัว การบริการสุขภาพ ภาวะการควบคุมโรค และลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ตามลำดับ

ส่วนตัวแปรตามที่ใช้ศึกษามากที่สุด คือ ตัวแปรด้านพฤติกรรม/การปฏิบัติตัว ภาวะการควบคุมโรค จิตสังคม ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง/ปัญหา และการรักษาและบริการ ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังพบว่ามีความแปรปรวนที่ปรากฏในงานวิจัยที่สำรวจพบ คือ ตัวแปรด้านส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพและภาวะโรค จิตสังคม พฤติกรรมสุขภาพ/การปฏิบัติตัว การรักษาและบริการ ภาวะการควบคุมโรค และการประเมินงาน ตามลำดับ ดังรายละเอียดที่แสดงในภาคผนวก ก

8. ประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง

8.1. งานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย พบว่า มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 230 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 100.0

8.2. ลักษณะประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย พบว่า เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานมากที่สุด จำนวน 108 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 47.0 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป จำนวน 64 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 27.8 โดยประภทวิทยานิพนธ์ พบว่า ลักษณะประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมากที่สุด จำนวน 40 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 17.4 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน จำนวน 36 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 15.7 ส่วนงานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา พบว่า เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานมากที่สุด จำนวน 44 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 19.1 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 24 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 10.4 ดังรายละเอียดในตารางที่ 20

8.3. วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ประภทวิทยานิพนธ์ พบว่า ไม่ระบุวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จำนวน 57 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 24.8 รองลงมาคือการใช้สูตรยามานะ จำนวน 18 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 7.8 ส่วนงานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา พบว่า ไม่ระบุวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จำนวน 90 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 39.1 รองลงมาคือการใช้สูตรยามานะ จำนวน 4 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 1.7 ดังรายละเอียดในตารางที่ 21

8.4. ขนาดกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ประภทวิทยานิพนธ์ พบว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 101-200 มากที่สุด จำนวน 75 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 32.6 รองลงมาคือขนาดกลุ่มตัวอย่างต่ำกว่า 100 จำนวน 52 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 22.6 ส่วนงานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา พบว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 101-200 มากที่สุดจำนวน 31 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 13.5 รองลงมาคือขนาดกลุ่มตัวอย่างต่ำกว่า 100 จำนวน 16 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 7.0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 22

8.5. การได้มาของกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ประภทวิทยานิพนธ์ พบว่า มีการเลือกแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น

เป็น มากที่สุด จำนวน 79 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 34.3 รองลงมาคือการส่วมอาศัยความน่าจะเป็น จำนวน 42 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 18.3 ส่วนงานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา พบว่า มีการเลือกแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นมากที่สุด จำนวน 49 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 21.3 รองลงมาคือ ไม่ระบุการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 13.9 ดังรายละเอียดในตารางที่ 23

8.6. ประเภทการได้มาของกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย การเลือกแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นประเภทวิทยานิพนธ์ พบว่า มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงมากที่สุด จำนวน 64 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 31.8 รองลงมาคือการส่วมอย่างง่าย จำนวน 17 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 8.5 ส่วนงานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา พบว่า มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงมากที่สุด จำนวน 35 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 17.4 รองลงมาคือการส่วมอย่างง่าย จำนวน 8 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 4.0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 24

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของลักษณะของประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย

ลักษณะของประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
ผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน	53	55	108 (47.0)
ผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ทั่วไป	40	24	64 (27.8)
ผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	9	3	12 (5.2)
ผู้ป่วยมารับบริการที่หน่วยศูนย์สุขภาพ ชุมชน	4	2	6 (3.3)
ผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน	4	1	5 (2.2)

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของลักษณะของประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย (ต่อ)

ลักษณะของประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม จำนวน (ร้อยละ)
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ ส่วนหนึ่งของ การศึกษา	
ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน	3	1	4 (1.7)
ผู้ป่วยเบาหวาน,ญาติผู้ป่วย,เพื่อนบ้าน, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อสม., ผู้นำชุมชน, ประชาชนทั่วไป	4	0	4 (1.7)
ผู้ป่วยเบาหวานที่มีรับบริการที่สถานีนามัย	1	1	2 (0.9)
ผู้ป่วยที่บ้าน	1	1	2 (0.9)
ผู้ป่วยเบาหวานชมรมผู้สูงอายุ	1	1	2 (0.9)
ประชาชนทั่วไป	2	0	2 (0.9)
ญาติผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	1	1	2 (0.9)
ผู้ป่วยเบาหวานและประชาชนทั่วไปใน ชุมชน	1	0	1 (0.4)
พยาบาล	1	0	1 (0.4)
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1	0	1 (0.4)
แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว	0	1	1 (0.4)
เวชทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน	2	5	7 (3.0)
รวม	130	100	230 (100.0)

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของวิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทงานวิจัย

วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม (ร้อยละ)
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	
สูตรยามานะ	18	4	22 (9.6)
Power analysis	4	1	5 (2.2)
Thorndike, 1987	5	0	5 (2.2)
สูตรของประคอง กรรณสูตรและในเพชร น้อย สิ่งข้างซ้าย และคณะ	4	0	4 (1.7)
สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเมื่อทราบ สัดส่วนความชุกของโรค	3	1	4 (1.7)
Biddle & Malin, 1987	3	0	3 (1.3)
Rakpao, 1996	3	0	3 (1.3)
สูตรเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยประชากรเมื่อ ทราบขนาดประชากร	3	0	3 (1.3)
Pilot study of Lachin, 1981	2	0	2 (0.9)
กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นร้อยละ 25	1	1	2 (0.9)
ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan	2	0	2 (0.9)
สูตรประมาณตัวอย่างเมื่อทราบจำนวน ประชากร	1	1	2 (0.9)
ตารางสำเร็จรูปของ Cohen, 1988	2	0	2 (0.9)
สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างการศึกษา เชิงพรรณนา	2	0	2 (0.9)
Amir, et al. , 1997	2	0	2 (0.9)
Cochran's formula	1	0	1 (0.4)
สูตรความชุกของโรคของ Jaeger	1	0	1 (0.4)
Colton, 1974	1	0	1 (0.4)

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของวิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทงานวิจัย (ต่อ)

วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม (ร้อยละ)
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	
สูตรการประมาณขนาดตัวอย่างแบบง่าย	1	0	1 (0.4)
Kusolwisitkul, 1986	1	0	1 (0.4)
Lemeshow's formula, 1990	1	0	1 (0.4)
Twenty time the member of all variable	1	0	1 (0.4)
ตารางสำเร็จรูปของ Crezy & Morgan	1	0	1 (0.4)
ตารางสำเร็จรูปของ Herbert Arkin & Raymond R. Colton	1	0	1 (0.4)
สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่ม ที่อิสระต่อกัน	1	0	1 (0.4)
Parei, et al.'s formula, 1973	1	0	1 (0.4)
Lwanga & Lemeshow's formula, 1991	1	0	1 (0.4)
Pendhazur's formula, 1982	1	0	1 (0.4)
อื่นๆ	5	2	7 (3.0)
ไม่ระบุ	57	90	147 (63.9)
รวม	130	100	230 (100.0)

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทงานวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
ต่ำกว่า 100	36	16	52 (22.6)
101-200	44	31	75 (32.6)
201-300	25	13	38 (16.5)
301-400	14	12	26 (11.3)
401-500	5	9	14 (6.1)
501-600	3	5	8 (3.5)
มากกว่า 601	3	14	17 (7.4)
รวม	130	100	230 (100.0)

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทงานวิจัย

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
การเลือกแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น	79	49	128 (55.7)
การสุ่มแบบอาศัยความน่าจะเป็น	42	19	61 (26.5)
การสุ่มแบบอาศัยความน่าจะเป็นและ การเลือกแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น	6	0	6 (2.6)
ไม่ระบุ	3	32	35 (15.2)
รวม	130	100	230 (100.0)

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของประเภทการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทงานวิจัย

ประเภทการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
การสุ่มแบบอาศัยความน่าจะเป็น			
การสุ่มอย่างง่าย	17	8	25 (12.4)
การสุ่มอย่างมีระบบ	14	5	19 (9.5)
การสุ่มอย่างหลายขั้นตอน	10	3	13 (6.5)
การสุ่มแบบแบ่งชั้น	6	0	6 (3.0)
การสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม	1	3	4 (2.0)
การเลือกแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น			
การเลือกแบบเจาะจง	64	35	99 (49.3)
การเลือกแบบตามความสะดวก	7	6	13 (6.5)
การเลือกแบบบังเอิญ	10	2	12 (6.0)
การเลือกโดยอาสาสมัคร	1	5	6 (3.0)
การเลือกแบบโควต้า	1	1	2 (1.0)
การเลือกตามขนาด	1	0	1 (0.5)
การเลือกแบบต่อเนื่อง	1	0	1 (0.5)
รวม	133	68	201 (100.0)

9. เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

9.1. งานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย มีการระบุชื่อเครื่องมือที่ใช้วิจัย จำนวน 204 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 88.7 และไม่ระบุเครื่องมือที่ใช้วิจัย จำนวน 26 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 11.3 ดังรายละเอียดในตารางที่ 25

9.2. ชนิดเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย พบว่า เป็นแบบสัมภาษณ์มากที่สุด จำนวน 141 เครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 35.3 รองลงมาเป็นแบบสอบถาม จำนวน 106 เครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 26.5 ถ้าจำแนกเป็นประเภทวิทยานิพนธ์ พบว่า เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์มากที่สุด จำนวน 97 เครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 24.3 รองลงมาเป็นแบบสอบถาม จำนวน 89 เครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 22.3 ส่วน

งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา พบว่า เป็นแบบสัมภาษณ์มากที่สุด จำนวน 44 เครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 11.0 รองลงมาเป็นเครื่องมือวัดทางวิทยาศาสตร์ จำนวน 25 เครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 6.3 ดังรายละเอียดในตารางที่ 26

9.3. กลุ่มเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย พบว่า เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดในกลุ่มพฤติกรรม/การปฏิบัติตัวมากที่สุด จำนวน 94 เครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 27.2 รองลงมาก็คือกลุ่มจิตสังคม จำนวน 43 เครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 12.5 ดังรายละเอียดในตารางที่ 27

9.4. วิธีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ประเภทวิทยานิพนธ์ พบว่า ผู้วิจัยสร้างเองมากที่สุด จำนวน 179 เครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 44.8 รองลงมาก็คือผู้วิจัยดัดแปลงเครื่องมือจากผู้อื่น จำนวน 44 เครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 11.0 ส่วนงานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา พบว่า ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือเองมากที่สุด จำนวน 46 เครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 11.5 รองลงมาก็คือผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดมาตรฐาน จำนวน 26 เครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 6.5 ดังรายละเอียดในตารางที่ 28

9.5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย พบว่า มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน 312 เครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 78.0 และไม่มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน 88 เครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 22.0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 29

9.6. วิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ประเภทวิทยานิพนธ์ พบว่า มีวิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาความตรงมากที่สุด จำนวน 237 เครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 43.6 รองลงมาก็คือการหาความเที่ยง จำนวน 194 เครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 35.7 ส่วนงานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา พบมีวิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาความเที่ยงมากที่สุด จำนวน 50 เครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 9.2 รองลงมาก็คือการหาความตรง จำนวน 26 เครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 4.8 ดังรายละเอียดในตารางที่ 30

9.7. ชนิดวิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ประเภทวิทยานิพนธ์ พบว่า มีวิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาความตรงเนื้อหามากที่สุด จำนวน 203 เครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 37.3 รองลงมาก็คือการหาความเที่ยงวิธีcronbachแอลฟา จำนวน 168 เครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 30.9 ส่วนงานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา พบมีวิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาความ

เกี่ยวข้องกับรอนปากแอลฟามากที่สุด จำนวน 47 เครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 8.6 รองลงมาคือการศึกษาความตรงเนื้อหา จำนวน 23 เครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 4.2 ดังรายละเอียดในตารางที่ 31

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล จำแนกตามประเภทงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
มีเครื่องมือที่ใช้วิจัย	130	74	204 (88.7)
ไม่ระบุ	0	26	26 (11.3)
รวม	130	100	230 (100.0)

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละของชนิดของเครื่องมือที่ใช้วิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย

ชนิดของเครื่องมือที่ใช้วิจัย	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล			
แบบสัมภาษณ์	97	44	141 (35.3)
แบบสอบถาม	89	17	106 (26.5)
แบบวัด	29	15	44 (11.0)
แบบประเมิน	22	1	23 (5.8)
แบบบันทึก	16	3	19 (4.8)
แบบทดสอบ	10	1	11 (2.8)
แบบสังเกต	1	0	1 (0.3)
เครื่องมือวัดทางวิทยาศาสตร์	20	25	45 (11.3)
เครื่องมืออื่นๆ	7	3	10 (2.5)
รวม	291	109	400 (100.0)

ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละจำแนกตามกลุ่มเครื่องมือที่ใช้วิจัย

กลุ่มเครื่องมือที่ใช้วิจัย	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรม/การปฏิบัติตัว	93	27.2
จิตสังคม	43	12.5
ความรู้	33	9.6
ความเชื่อ/ทัศนคติ/เจตคติ/ค่านิยม	26	7.5
การรับรู้	25	7.2
จิตใจ/ความเครียด	16	4.6
การบริการ	15	4.3
คุณภาพชีวิต	13	3.8
สรีรวิทยา/พยาธิสภาพ	10	2.9
ปัจจัย	11	3.2
ภาวะควบคุมโรค	9	2.6
ภาวะสุขภาพ	8	2.3
ความพึงพอใจ	8	2.3
สมรรถนะ/ความสามารถ/ศักยภาพ	5	1.4
ปัญหา/อุปสรรค/ความต้องการ	3	0.9
ค่าใช้จ่าย	1	0.3
ไม่ระบุ	25	7.2
รวม	345	100.0

ตารางที่ 28 จำนวนและร้อยละของวิธีการสร้างเครื่องมือ จำแนกตามประเภทงานวิจัย

วิธีการสร้างเครื่องมือแบ่งตาม วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
ผู้วิจัยสร้างเอง	179	46	225 (56.3)
ผู้วิจัยดัดแปลงจากผู้อื่น	44	10	54 (13.5)
ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดมาตรฐาน	27	26	53 (13.3)
ผู้วิจัยดัดแปลงจากต้นฉบับ	18	0	18 (4.5)
ผู้วิจัยแปลมาจากต้นฉบับ	10	3	13 (3.3)
ผู้อื่นดัดแปลง	8	0	8 (2.0)
ไม่ระบุ	5	24	29 (7.3)
รวม	291	109	400 (100.0)

ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละของการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำแนกตามประเภทงานวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือ	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
มีการตรวจสอบ	253	59	312 (78.0)
ไม่ระบุ	38	50	88 (22.0)
รวม	291	109	400 (100.0)

ตารางที่ 30 จำนวนและร้อยละของวิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำแนกตามประเภทงานวิจัย

วิธีการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือ	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน	จำนวน
	บัณฑิตศึกษา	หนึ่งของการศึกษา	(ร้อยละ)
ความตรง	237	26	263 (48.3)
ความเที่ยง	194	50	244 (44.9)
อำนาจจำแนก	20	0	20 (3.7)
ความยาก	10	0	10 (1.8)
ความเป็นปรนัย	7	0	7 (1.3)
รวม	468	76	544 (100.0)

ตารางที่ 31 จำนวนและร้อยละของชนิดวิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำแนกตามประเภทงานวิจัย

วิธีการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือ	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน	จำนวน
	บัณฑิตศึกษา	หนึ่งของการศึกษา	(ร้อยละ)
ความตรง			
- content validity	203	23	226 (41.5)
- face validity	25	1	26 (4.8)
- construct validity	6	2	8 (1.5)
- Inter test method	1	0	1 (0.2)
- ไม่ระบุชนิดความตรง	2	0	2 (0.4)
ความเที่ยง			
- conbranch's alpha coefficient	168	47	215 (39.5)
- KR 20	17	3	20 (3.7)
- test-retest method	3	0	3 (0.6)
- inter-rater reliability	2	0	2 (0.4)
- Lovett method	1	0	1 (0.2)

ตารางที่ 31 จำนวนและร้อยละของชนิดวิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำแนกตามประเภทงานวิจัย (ต่อ)

วิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
ความเที่ยง			
- Phi coefficient	1	0	1 (0.2)
- ไม่ระบุชนิดความเที่ยง	2	0	2 (0.4)
อำนาจจำแนก	20	0	20 (3.7)
ความยาก	10	0	10 (1.8)
ความเป็นปรนัย	7	0	7 (1.3)
รวม	468	76	544 (100.0)

10. การเก็บรวบรวมข้อมูล

10.1. ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล งานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ประเภทวิทยานิพนธ์ พบว่า ผู้วิจัยเก็บด้วยตนเองมากที่สุด จำนวน 85 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 37.0 รองลงมาคือผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 42 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 18.3 ส่วนงานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา พบว่า ไม่ระบุผู้เก็บรวบรวมข้อมูลมากที่สุด จำนวน 42 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 18.2 รองลงมาคือผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จำนวน 28 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 12.2 ดังรายละเอียดในตารางที่ 32

10.2. การเตรียมผู้เก็บรวบรวมข้อมูล งานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย พบว่า ไม่ระบุมากที่สุด จำนวน 193 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 83.9 รองลงมาคือมีการฝึกเก็บข้อมูล จำนวน 37 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 16.1 ดังรายละเอียดในตารางที่ 33

10.3. การตรวจสอบคุณภาพการเก็บรวบรวมข้อมูล งานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ไม่พบว่ามีงานการวิจัยเรื่องใดรายงานการทดสอบค่า Intra-rater reliability และค่า Inter-rater reliability เลย

ตารางที่ 32 จำนวนและร้อยละของผู้เก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย จำแนกตามประเภทงานวิจัย

ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
ผู้วิจัยเก็บด้วยตนเอง	85	25	110 (48.3)
ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย	42	28	70 (30.4)
ผู้วิจัยและบุคคลอื่น	1	3	4 (1.7)
บุคคลอื่นช่วยเก็บ	0	1	1 (0.4)
ไม่ระบุ	2	42	44 (19.1)
รวม	130	100	230 (100.0)

ตารางที่ 33 จำนวนและร้อยละของการเตรียมผู้เก็บรวบรวมข้อมูล จำแนกตามประเภทงานวิจัย

การเตรียมผู้เก็บรวบรวมข้อมูล	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มีการฝึกเก็บข้อมูล	0	0	0 (0.0)
มีการฝึกเก็บข้อมูล	31	6	37 (16.1)
ไม่ระบุ	99	94	193 (83.9)
รวม	130	100	230(100.0)

11. การวิเคราะห์ข้อมูล

11.1. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล งานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย พบว่า วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณมากที่สุด จำนวน 203 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 88.3 รองลงมาคือวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ จำนวน 18 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 7.8 ดังรายละเอียดในตารางที่ 34

11.2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติบรรยาย งานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย พบว่า ใช้ร้อยละในการวิเคราะห์ข้อมูลมาก

ที่สุด จำนวน 214 คิดเป็นร้อยละ 17.5 รองลงมาคือใช้ความถี่ในการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 209 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 17.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติอ้างอิง พบว่า ใช้ Pearson product moment correlation มากที่สุด จำนวน 75 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 6.1 รองลงมาใช้ Chi-square test จำนวน 67 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 5.5 ดังรายละเอียดในตารางที่ 35

11.3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ งานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย พบว่า การวิเคราะห์เนื้อหามากที่สุด จำนวน 20 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 81.5 รองลงมาคือ Induction analysis จำนวน 5 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 18.5 ดังรายละเอียดในตารางที่ 36

ตารางที่ 34 จำนวนและร้อยละของวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกตามประเภทงานวิจัย

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ	105	98	203 (88.3)
การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	9	0	9 (3.9)
การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและ คุณภาพ	16	2	18 (7.8)
รวม	130	100	230 (100.0)

ตารางที่ 35 จำนวนและร้อยละของวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ จำแนกตามประเภทงานวิจัย

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
สถิติบรรยาย			
การแจกแจง	111	98	209 (17.1)
การจัดลำดับ	1	0	1 (0.1)
ร้อยละ	114	100	214 (17.5)
สัดส่วน	1	1	2 (0.2)
อัตราส่วน	3	1	4 (0.3)
การวัดแนวโน้มเข้าสู่ศูนย์กลาง			
- ค่าเฉลี่ย	107	91	198 (16.2)
- มัชฌิม	12	4	16 (1.3)
- ฐานนิยม	2	2	4 (0.3)
การวัดการกระจาย			
- พิสัย	21	7	28 (2.3)
- ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์	1	1	2 (0.2)
- ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	104	87	191 (15.6)
- สัมประสิทธิ์การกระจาย	1	0	1 (0.1)
คะแนนมาตรฐาน	0	0	0 (0.0)
สถิติอ้างอิง			
Z-test	0	2	2 (0.2)
t-test	43	21	64 (5.2)
Chi-square test	30	37	67 (5.5)
Simple correlation coefficient	0	3	3 (0.2)
Mutiple correlation coefficient	11	0	11 (0.9)
Simple regression coefficient	1	0	1 (0.1)
Multiple regression	31	11	42 (3.4)

ตารางที่ 35 จำนวนและร้อยละของวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ จำแนกตามประเภทงานวิจัย (ต่อ)

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
Analysis of variance	17	10	27 (2.2)
Analysis of covariance	0	1	1 (0.1)
Pearson product moment	55	20	75 (6.1)
correlation			
Spearman Rank correlation	2	0	2
Point Biserial correlation	2	0	2 (0.2)
Mutiple comparison	6	1	7 (0.6)
Mutiple classification analysis	1	0	1 (0.1)
Mutiple liner regression analysis	1	1	2 (0.2)
Multiple logistic regression	10	8	18 (1.5)
analysis			
Odds Ratio	4	5	9 (0.7)
Discrimination analysis	1	1	2 (10.3)
Non parametric statistics			
Mann Whitney U test	6	5	11 (0.9)
Fisher test	2	2	4 (0.3)
รวม	701	520	1,221 (100.0)

ตารางที่ 36 จำนวนและร้อยละของวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำแนกตามประเภทงานวิจัย

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
	วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
Content analysis	20	2	22 (81.5)
Induction analysis	5	0	5 (18.5)
รวม	5	2	27 (100.0)

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยของงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย

งานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย เริ่มมีปรากฏในปี พ.ศ. 2523 จนถึงปี พ.ศ. 2548 มีจำนวนทั้งสิ้น 230 ชื่อเรื่อง ในการสำรวจครั้งนี้ได้ทำการสรุปผลการวิจัย โดยวิธีการนับคะแนนเสียงและการวิเคราะห์เนื้อหาของผลวิจัยที่สรุปการทดสอบสมมติฐานว่ามีนัยสำคัญ หรือไม่มีนัยสำคัญเป็นเกณฑ์พิจารณาจัดกลุ่มผลการวิจัยที่ทดสอบสมมติฐานคู่ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเดียวกัน ได้จัดจำแนกผลการวิจัยออกเป็น 3 หมวด ดังนี้ 1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรคเบาหวาน 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) ผลการวิจัยเชิงคุณภาพจากการรวบรวมงานวิจัย ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยของงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ที่สำรวจพบดังรายละเอียดในตารางที่ 37 และ ตารางที่ 38

หมวด 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรค

การสำรวจงานวิจัยครั้งนี้ พบว่างานวิจัยจำนวนมากที่ทดสอบสมมติฐานหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะการควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งมีการใช้ผลการตรวจ FBS, FPG, HbA_{1c}, และ Fructosamine ในการประเมินภาวะการควบคุมโรคเบาหวาน จำนวนสมมติฐานที่ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะการควบคุมโรค ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 37

ตารางที่ 37 จำนวนสมมติฐานที่ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะการควบคุมโรค

ปัจจัย	ตัวชี้วัดภาวะการควบคุมโรค			
	FBS	FPG	HbA _{1c}	Fructosamine
ปัจจัยส่วนบุคคล				
- เพศ	6 (2)	6 (2)	4 (1)	
- อายุ	8 (1)	5 (0)	4 (0)	
- ศาสนา		1 (0)		
- สถานภาพสมรส	4 (1)	5 (0)	4 (1)	
- ระดับการศึกษา	8 (2)	4 (0)	4 (1)	
- อาชีพ	5 (0)	3 (0)	4 (1)	
- รายได้	7 (2)	4 (1)	4 (0)	
- จำนวนสมาชิกในครอบครัว			1 (0)	
- ภูมิลำเนา/สถานที่อยู่อาศัย	1 (0)			
- ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน	1 (0)		1 (1)	
ปัจจัยด้านจิตสังคม				
- การรับรู้ด้านสุขภาพ		2 (0)		
- การรับรู้บทบาท				1 (1)
- ความเชื่อด้านสุขภาพ			1 (1)	
- ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	1 (1)	1 (1)	3 (0)	
- การยอมรับตนเอง/ความเข้มแข็งในการมองโลก	1 (0)		1 (0)	
- ความสามารถในการดูแลตนเอง	1 (1)		1 (0)	
- แหล่งทักษะภายในตน		1 (1)		
- ความคาดหวังผลดีของการปฏิบัติตัว		1 (0)		
- สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน			1 (0)	
- ความเบื่อน่ายในการรักษา		1 (1)		
- อารมณ์เสียหงุดหงิด	1 (1)			
- ความเครียด/การมีเรื่องไม่สบายใจ	1 (0)	2 (1)	2 (0)	
- การสนับสนุนทางสังคม/ครอบครัว/ผู้ใกล้ชิด	4 (0)	2 (1)	4 (0)	
- บุคคลคอยดูแลผู้ป่วย			1 (1)	
- การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว	1 (0)			
- การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว		1 (1)		
- ความสัมพันธ์ในครอบครัว	1 (0)			
- คุณภาพชีวิต	4 (0)	1 (1)		

หมายเหตุ ตัวเลขที่อยู่ใน () คือ จำนวนผลการทดสอบสมมติฐานที่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 37 จำนวนสมมติฐานที่ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะการควบคุมโรค
(ต่อ)

ปัจจัย	ตัวชี้วัดภาวะการควบคุมโรค			
	FBS	FPG	HbA _{1c}	Fructosamine
ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและภาวะโรค				
- อาการของโรค		1 (0)		
- การมีโรคเรื้อรังอื่นๆร่วม	1 (0)			
- ความรุนแรงของโรค	1 (1)			
- ระยะเวลาที่เป็นโรค	6 (1)	4 (1)	3 (1)	
- ดัชนีมวลกาย/น้ำหนักตัว	8 (1)	3 (0)	3 (0)	
- ระดับไขมันในเลือด	1 (1)	1 (0)	1 (1)	
- ระดับน้ำตาลในเลือด		1 (1)		
- ภาวะแทรกซ้อน	9 (4)	6 (1)	4 (4)	
- ภาวะสุขภาพ		1 (0)		
- สภาวะสุขภาพในช่องปาก	1 (1)			
ปัจจัยด้านการรักษาและการบริการ				
- ชนิดการรักษา			2 (2)	
- ระยะเวลาของการรักษา	1 (0)			
- การได้รับขาดความดันโลหิตสูง HCTZ	1 (0)			
- การได้รับขาดระดับน้ำตาลในเลือด	1 (0)			
- สถานที่ให้บริการ			1 (1)	
- การได้รับบริการสุขภาพศึกษา/ความรู้	2 (1)			
- การเข้ากลุ่มเบาหวาน	1 (0)			
- สิทธิค่ารักษา	2 (0)			
- การเข้าถึงบริการสาธารณสุข			1 (0)	
- ความพึงพอใจต่อบริการ	1 (0)	1 (0)	1 (0)	
ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ				
- พฤติกรรมสุขภาพ		1 (1)		
- การปฏิบัติตัว	1 (1)	1 (1)	1 (1)	
- วิถีชีวิต/การปรับวิถีชีวิต/การดำเนินชีวิตประจำวัน	2 (1)		1 (0)	
- พฤติกรรมการดูแลตนเอง	5 (1)		1 (0)	

หมายเหตุ ตัวเลขที่อยู่ใน () คือ จำนวนผลการทดสอบสมมติฐานที่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 37 จำนวนสมมติฐานที่ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะการควบคุมโรค
(ต่อ)

ปัจจัย	ตัวชี้วัดภาวะการควบคุมโรค			
	FBS	FPG	HbA _{1c}	Fructosamine
ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ				
- พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา	1 (1)	2 (1)	3 (1)	
- พฤติกรรมการบริโภคอาหาร/การควบคุมอาหาร	8 (7)	1 (1)	1 (1)	
- พฤติกรรมการออกกำลังกาย	7 (3)	1 (0)	1 (0)	
- พฤติกรรมการใช้ยา	7 (5)	1 (0)	1 (0)	
- พฤติกรรมการมาตรวจตามแพทย์นัด	5 (3)			
- พฤติกรรมการดูแลเท้า		1 (0)		
- พฤติกรรมของผู้ดูแล			1 (1)	

หมายเหตุ ตัวเลขที่อยู่ใน () คือ จำนวนผลการทดสอบสมมติฐานที่พบว่ามีความสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 37 ผลการวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรค พบว่า

1. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรค ดังต่อไปนี้

- เพศ มีการทดสอบสมมติฐาน 16 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค 5 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

เพศต่างกันในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีสัดส่วนเพศหญิงกับเพศชาย เท่ากับ 1.29:1 และในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีสัดส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 3.23:1 ซึ่งสัดส่วนเพศในทั้ง 2 กลุ่มนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ (พัชรภรณ์ กิ่งแก้ว, 2544) และพบว่าเพศต่างกันในกลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลในระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยเพศหญิงมากกว่าเพศชายในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยเพศหญิงมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วิศิษฐ์ ฦวิพจน์ กัจจกร, 2545)

เพศชายควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า/มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ภาสกร ไชยเศรษฐ และ โชติ เขมฤกษ์อำพล, 2541; และ Pintony, 2005)

เพศหญิงสามารถอธิบายความแปรปรวนของระดับน้ำตาลในเลือดได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรพิศ ชีวะคำณวน , 2535)

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จารุกา ลิขิตวัฒนกุล, 2540; นริรัตน์ วิทยากุล, 2540; ผกามาศ นามประดิษฐ์กุล, 2536; ปิยนุช ปัญญาธิระ, 2541; วรรณ

สามารถ, 2545; สุชาติ ศุภปีติพร, 2548; Keawkerd, 2002; Pusang, 2000; Ritichu, 2002; Tansakul, 2000; และ Tin, 1997)

- **อายุ** มีการทดสอบสมมติฐาน 17 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรคเพียง 1 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

อายุมาก (40-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป) ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า/มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าอายุน้อย (20-39 ปี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ภาสกร ไชยเศรษฐ และโชติ เชมฤกษ์อำพล, 2541)

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นริรัตน์ วิทยาคุณ, 2546; ผกามาศ นามประดิษฐ์กุล, 2536; พัทธราภรณ์ กิ่งแก้ว, 2544; วิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร, 2545; วีรศักดิ์ แพพานิช, 2539; วรรณ สามารถ, 2545; สมพนธ์ นวรัตน์, 2541; สุชาติ ศุภปีติพร, 2548; ศราวุธ สายศิลป์, 2540; Keawkerd, 2002; Masong, 2001; Pintong, 2005; Pusang, 2000; Ritichu, 2002; Tansakul, 2000; และ Tin, 1997)

- **สถานภาพสมรส** มีการทดสอบสมมติฐาน 13 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค 2 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีสถานภาพสมรสต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสถานภาพสมรสกลุ่มมากกว่าสถานภาพสมรสโสด (วิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร, 2545)

สถานภาพสมรสกับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่แต่งงานมีภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มากกว่าผู้ที่เป็นโสด (Pumsang, 2000)

สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นริรัตน์ วิทยาคุณ, 2546; ผกามาศ นามประดิษฐ์กุล, 2536; ปิยนุช ปัญญาธีระ, 2541; วรรณ สามารถ, 2545; สมพนธ์ นวรัตน์, 2541; สุชาติ ศุภปีติพร, 2548; Keawkerd, 2002; Masong, 2001; Pintong, 2005; Ritichu, 2002; Tansakul, 2000; และ Than Tin, 1997)

- **ระดับการศึกษา** มีการทดสอบสมมติฐาน 16 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค 3 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

การศึกษาระดับประถมศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แสดงว่าผู้ป่วยจบการศึกษาระดับประถมศึกษาสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศรียา วัฒนาพาน, 2543)

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือและที่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา มีการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาดังแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (สมพนธ์ นวรัตน์, 2541)

การศึกษามีผลต่อการควบคุมเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา (วีระศักดิ์ แพพานิช, 2539)

การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นริรัตน์ วิทยาคูณ, 2546 ; ปิยะนุช ปัญญาธิระ, 2541; ผกามาศ นามประดิษฐ์กุล, 2536; พัทธราภรณ์ กิ่งแก้ว, 2544; วิศิษฐ์ ฦวิพจน์กำจร, 2545; วรรณา สามารถ, 2545; Keawkerd, 2002 ; Masong, 2001; Pintong, 2005; Pumsang, 2000; Seekhaow, 2001; Tansakul, 2000; และ Tin, 1997)

- **อาชีพ** มีการทดสอบสมมติฐาน 12 สมมติฐาน แต่พบที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค 1 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

อาชีพแม่บ้าน พ่อบ้าน หรือว่างงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มอาชีพนี้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้น้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศรียา วัฒนาพาหุ, 2543)

อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จารุภา ลิขิตวัฒนกุล, 2540; นริรัตน์ วิทยาคูณ, 2546; ผกามาศ นามประดิษฐ์กุล, 2536; พัทธราภรณ์ กิ่งแก้ว, 2544; วิศิษฐ์ ฦวิพจน์กำจร, 2545; Keawkerd, 2002; Pintong, 2005; Pumsang, 2000; Seekhow, 2001; และ Tin, 1997)

- **รายได้** มีการทดสอบสมมติฐาน 15 สมมติฐาน แต่พบที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค 3 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

รายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาท มีอัตราเสี่ยงต่อการต่อการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เป็น 1.61 เท่า ของกลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท และเมื่อคำนวณหาอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ในเรื่องความเพียงพอของรายได้ พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้พอใช้มีอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์เป็น 1.63 เท่า ของผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่พอใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผกามาศ นามประดิษฐ์กุล, 2536)

รายได้มีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ (รายได้เฉลี่ย) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4,166 บาท ระดับน้ำตาลในเลือดจะลดลงมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 4,166 บาท (สมพนธ์ นวรัตน์, 2541)

กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีรายได้ครอบครัวต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยรายได้เฉลี่ยรายครัวเรือน 7,850 บาท มากกว่ารายได้เฉลี่ยรายครัวเรือน 11,269 บาท (วิศิษฐ์ จิวพจน์กำจร, 2545)

รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นริรัตน์ วิทยาคูณ, 2546; ปิยะนุช ปัญญาธิระ, 2541; พัทธกรณ กิ่งแก้ว, 2544; วีระศักดิ์ แพพานิช, 2539; วรรณสาสามารถ, 2545; Masong, 2001; Pumsang, 2000; Pintong, 2005; Rittichu, 2002; Seekhaow, 2001; Tansakul, 2000 ; และ Tin, 1997)

- ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน มีการทดสอบสมมติฐาน 3 สมมติฐาน แต่พบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค 1 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้ ประวัติการเป็นเบาหวานในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศรียา วัฒนาพาหุ และสนม สาระนพ, 2543)

ประวัติการเป็นเบาหวานในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นริรัตน์ วิทยาคูณ, 2546; และ Seekhow, 2001)

2. ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรค ดังต่อไปนี้

- การรับรู้บทบาท มีการทดสอบสมมติฐาน 1 สมมติฐาน และพบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค สามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้บทบาท มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้บทบาทดี จะมีผลลัพธ์ของการแสดงบทบาทตามการรับรู้ที่ดีด้วยคือระดับน้ำตาลที่เกาะโปรตีนในเม็ดเลือด จะมีแนวโน้มเข้าใกล้เกณฑ์ปกติหรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ (หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์, 2540)

- ความเชื่อด้านสุขภาพ มีการทดสอบสมมติฐาน 1 สมมติฐาน และพบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความเชื่อที่ถูกต้องทำให้ปฏิบัติดูแลตนเองถูกต้อง ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่อผิดๆและปฏิบัติดูแลตนเองผิดๆ (ศรียา วัฒนาพาหุ, 2543)

- ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีการทดสอบสมมติฐาน 5 สมมติฐาน แต่พบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค 2 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือผู้ป่วยที่ศึกษายังมีความรู้ไม่มากพอที่จะควบคุมตนเองให้ปฏิบัติต่อการควบคุมระดับน้ำตาลอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอทุกพฤติกรรม (ศรียา วัฒนาพาหุ, 2543)

ความรู้เรื่องโรคเบาหวานต่างกันในการป้องกัน และคะแนนรวมในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ และในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (วิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร, 2545)

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (ผกามาศ นามประดิษฐ์กุล, 2536; รัชตะ รัชตะนาวิน, 2531; และ Pintony, 2005)

- **ความสามารถในการดูแลตนเอง** มีการทดสอบสมมติฐาน 2 สมมติฐาน แต่พบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค 1 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการใช้ยา มีภาวะการควบคุมโรคเบาหวานดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ (อัมพิกา ขุนคำ, 2542)

ความสามารถในการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Tantiwarasakool, 2003)

- **แหล่งทักษะภายในตน** มีการทดสอบสมมติฐาน 1 สมมติฐาน และพบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค สามารถอธิบายได้ดังนี้

แหล่งทักษะภายในตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือด และสามารถทำนายระดับน้ำตาลในเลือดได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแหล่งทักษะภายในตนสูงสนับสนุนให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแหล่งทักษะภายในตนต่ำสนับสนุนให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (Pairour, 2003)

- **ความเบื่อหน่ายในการรักษา** มีการทดสอบสมมติฐาน 1 สมมติฐาน และพบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความเบื่อหน่ายในการรักษามีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีความเบื่อหน่ายในการปฏิบัติตัว เสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็น 1.69 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีความเบื่อหน่าย (ผกามาศ นามประดิษฐ์กุล, 2536)

- **อารมณ์เสียหูดหงิด** มีการทดสอบสมมติฐาน 1 สมมติฐาน และพบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค สามารถอธิบายได้ดังนี้

อาการเสียหูดหงุดหงิดบ่น, โมโหโกรธง่ายและอารมณ์ตึงเครียดบ่นมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีอาการเสียหูดหงุดหงิดบ่น, โมโหโกรธง่ายและอารมณ์ตึงเครียดบ่นมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (นิรั่มรานี สัจเดว์, 2523)

- **ความเครียด/การมีเรื่องไม่สบายใจ** มีการทดสอบสมมติฐาน 5 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค 1 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้ การมีเรื่องไม่สบายใจมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่ไม่มีเรื่องไม่สบายใจมากหรือปานกลาง เสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เป็น 1.65 เท่าของผู้ที่มีเรื่องไม่สบายใจน้อยหรือไม่มีเรื่องไม่สบายใจ (ผกามาศ นามประดิษฐ์กุล, 2536)

ความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรพิศ ชีวะคำนวน, 2535; ศรียา วัฒนาพานุ, 2543; Pintony, 2005; และ Seekhaow, 2001)

- **การสนับสนุนทางสังคม/ครอบครัว/ผู้ใกล้ชิด** มีการทดสอบสมมติฐาน 10 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค 1 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (พรพิศ ชีวะคำนวน, 2535)

การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผกามาศ นามประดิษฐ์กุล, 2536; บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ กอบชัย พัววิไล และ วัลลา ดันตโยทัย, 2535; ปิยะนุช ปัญญาธิระ, 2541; วิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร, 2545; สมพร สาดแสงธรรม, 2548 ; อนันต์ สอนพวง, 2541; Keawkerd, 2002 ; Pintong, 2005; และ Rittichu, 2002)

- **บุคคลคอยดูแลผู้ป่วย** มีการทดสอบสมมติฐาน 1 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค สามารถอธิบายได้ดังนี้

การมีสมาชิกในครอบครัวคอยดูแล และบุคลากรทางการแพทย์คอยดูแลมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีสมาชิกในครอบครัวคอยดูแล มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเป็น 4.17 เท่าของผู้ที่ไม่มีบุคคลคอยดูแล และผู้ป่วยที่มีบุคลากรทางการแพทย์คอยดูแลมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเป็น 14.21 เท่าของผู้ที่ไม่มีบุคคลคอยดูแล (Rittichu, 2002)

- **การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว** มีการทดสอบสมมติฐาน 1 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค สามารถอธิบายได้ดังนี้

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวโดยรวม และรายด้านการเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ และด้านการปฏิบัติหน้าที่ทั่วไปมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การปฏิบัติหน้าที่ของการครอบครัวด้านการแก้ไขปัญหา และด้านการตอบสนองทางอารมณ์ สามารถทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุชาติ ศุภปีดิพร, 2548)

- **คุณภาพชีวิต** มีการทดสอบสมมติฐาน 5 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค 1 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

คุณภาพชีวิตต่างกัน มีระดับน้ำตาลในเลือดต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตสูงจะมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (วรรณา สามารถ, 2545) ดังนี้

- กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่ม 1(70-120 มก./ดล.) กลุ่ม 2 (121-160 มก./ดล.) และกลุ่ม 3 (161-200 มก./ดล.) มีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพส่วนบุคคลสูงกว่ากลุ่ม 4 (มากกว่า 200 มก./ดล.)

- กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่ม 1(70-120 มก./ดล.) กลุ่ม 2 (121-160 มก./ดล.) และกลุ่ม 3 (161-200 มก./ดล.) มีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความสะดวกในการเดินทางสูงกว่ากลุ่ม 4 (มากกว่า 200 มก./ดล.)

- กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่ม 1(70-120 มก./ดล.) กลุ่ม 2 (121-160 มก./ดล.) และกลุ่ม 3 (161-200 มก./ดล.) มีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความรู้ทางลบที่มีต่อตนเองสูงกว่ากลุ่ม 4 (มากกว่า 200 มก./ดล.)

คุณภาพชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (รุจิรา พูลเพิ่มทรัพย์, 2537; อำภพร พัววิไล, 2543; อำภพร พัววิไล, 2544; และ Hanrunchrotom, 2001)

3. ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและภาวะโรคที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรค ดังต่อไปนี้

- **ความรุนแรงของโรค** มีการทดสอบสมมติฐาน 1 สมมติฐาน และพบว่ามีสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความรุนแรงของโรคมีผลต่อการควบคุมเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มิภาวะแทรกซ้อนรุนแรงควบคุมเบาหวานได้ยากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการหรืออาการน้อย (วีระศักดิ์ แพพานิช, 2539)

- **ระยะเวลาที่เป็นโรค** มีการทดสอบสมมติฐาน 13 สมมติฐาน แต่พบว่ามีสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค 3 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

ระยะเวลาที่เป็นโรคมีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปี มีอัตราเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เป็น 1.52 เท่า ของกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผกาภาส นามประดิษฐ์กุล, 2536)

ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานระหว่าง 1-5 ปีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานระหว่าง 1-5 ปีควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานนานเกิน 10 ปี (ศรียา วัฒนาพาหุ, 2543)

ระยะเวลาที่เป็นโรค พบว่า ระยะเวลาในการเป็นเบาหวาน 5-10 ปีมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานระหว่าง 5-10 ปี มีอัตราเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เป็น 2.7 เท่า ของกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Tansakul, 2000)

ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นริรัตน์ วิทยาคณ, 2546; ปิยนุช ปัญญาธิระ, 2541; พิชราภรณ์ กิ่งแก้ว, 2544; สมพนธ์ นวรัตน์, 2541; สุชาติ สุขปิติพร, 2548; Keawkerd, 2002; Masong, 2001; Pintony, 2005; Rittichu, 2002; และ Seekhaow, 2001;)

- **น้ำหนักตัว/ดัชนีมวลกาย** มีการทดสอบสมมติฐาน 14 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค 1 สมมติฐานสามารถอธิบายได้ดังนี้

น้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักตัวตามเกณฑ์ปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดจะลดลงมากกว่ากลุ่มที่มีน้ำหนักตัวมากกว่าเกณฑ์ปกติ (สมพนธ์ นวรัตน์, 2541)

ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คมขำ ชินพันธุ์, 2545; จุฑาลักษณ์ เทพสาร, 2545; นริรัตน์ วิทยาคณ, 2546; ผกาภาส นามประดิษฐ์กุล, 2536; ภัทร ภัทรกุลและคณะ, 2539; วลัยลักษณ์ อัสวกุล, 2538; สมคิด สีหสิทธิ์, 2546; สืบพงษ์ ลีนาราช, 2541; ศรีวราวุฒิ สายศิลป์, 2540; Keawkerd, 2002; Pintony, 2005; Seekhaow, 2001; และ Tansakul, 2000)

- **ระดับไขมันในเลือด** มีการทดสอบสมมติฐาน 3 สมมติฐาน แต่พบว่ามีสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค 2 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

Total Cholesterol มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีระดับโคเลสเตอรอลต่ำกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (วลัยลักษณ์ อัสวกุล, 2539)

Triglyceride มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีระดับ Triglyceride ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (วลัยลักษณ์ อัสวกุล, 2539)

LDL-C มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีระดับ LDL-C ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (วลัยลักษณ์ อัสวกุล, 2539)

ภาวะไขมันในเลือดชนิดโคเลสเตอรอล มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีระดับโคเลสเตอรอลสูงมากกว่ากลุ่มที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ถึง 1.80 เท่า (ภัทร ภัทรกุล และคณะ, 2539)

ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีระดับโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และแอลดีแอลโคเลสเตอรอลต่ำกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วลัยลักษณ์ อัสวกุล, 2538)

- **ระดับน้ำตาลในเลือด** มีการทดสอบสมมติฐาน 1 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค สามารถอธิบายได้ดังนี้

HbA_{1c} มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จุฬาลักษณ์ เทพสาร, 2545)

- **ภาวะแทรกซ้อน** มีการทดสอบสมมติฐาน 19 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค 9 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางตา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อัจฉรา นิธิอภิญาสกุล และ ณัฐชัย นิธิอภิญาสกุล, 2542; วรวิทย์ ตันติศิริวัฒน์, 2546; พิชัย ศิริเวชฎารักษ์, 2539; พิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ, 2548; และ พิทยา ภมรเวชวรรณ และ อุบลรัตน์ ปทานนท์, 2547; ทรงพล ต่อณี, ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, ธวัชชัย วรพงษ์สร, และ ชูเกียรติ วิวัฒนวงศ์เกษม, 2543; นิธิพัฒน์ ศิริพันธ์, 2548; กฤตพร ชินสว่างวัฒนกุล, 2548)

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วรวิทย์ ตันติศิริวัฒน์, 2546)

ภาวะแทรกซ้อนเบาหวานเข้าจอประสาทตาไม่มีความสัมพันธ์ระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปิ่นอกัย บุญศรีโรจน์, 2547; อภิชาติ อภิวัฒนพร, 2539; สิริมา ทิพย์รัตน์, นราภรณ์ สุมาลกันต์ และวนิดา บุญกิจ, 2546; และ สมศักดิ์ รัศมีทัต, เขมรศักดิ์ ขุนศึกเม้งราย, และ ชัยยศ วารัญญวงศ์, 2541; และ Chaikaew, 2004)

ภาวะแทรกซ้อนทางไตมีความสัมพันธ์ระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นุญ ประยูรวงษ์, 2543; และ พิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ, 2548)

ภาวะแทรกซ้อนทางไตไม่มีความสัมพันธ์ระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สม สงวน อัญญคุณ และ จิตร จิรรัตน์สถิต, 2534)

โรคห่อนสมรรถภาพทางเพศไม่มีความสัมพันธ์ระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ภคพร ไชยพันธุ์ และ อัมพา สุทธิจำรูญ, 2543)

ภาวะแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (สุมนทนา เสรีรัตน์ และคณะ, 2536; Rittichu, 2002; และ Seekhaow, 2001)

- **สถานะสุขภาพในช่องปาก** มีการทดสอบสมมติฐาน 1 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค สามารถอธิบายได้ดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ จะมีค่าดัชนีอนามัยในช่องปากดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าน้ำตาลในเลือดสูง และกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ได้ ก็จะมีค่าเฉลี่ยดัชนีในช่องปากดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (ศราวุธ สายศิลป์, 2540)

4. ปัจจัยด้านการรักษาและการบริการที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรค ดังต่อไปนี้

- **ชนิดการรักษา** มีการทดสอบสมมติฐาน 2 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค สามารถอธิบายได้ดังนี้

ชนิดการรักษาต่างก็มีผลต่อภาวะการควบคุมโรค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่รับประทานยามีระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ป่วยที่ฉีดอินซูลิน (รัชตะ รัชตะนาวิน, 2530)

การใช้ยารักษา มีผลต่อความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการใช้ยารักษาโรคเบาหวานชนิดรับประทานในขนาดคงเดิมที่เหมาะสมตามหลักการใช้ยา มีผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลได้มากกว่าการใช้ยาเพิ่มขึ้น (ศรียา วัฒนาพานุ, 2543)

- **สถานที่ให้บริการ** มีการทดสอบสมมติฐาน 1 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค สามารถอธิบายได้ดังนี้

คลินิกต่างก็มีผลต่อภาวะควบคุมโรค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิกเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดโดยเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิกอายุรศาสตร์ (รัชตะ รัชตะนาวิน, 2531)

- **การได้รับบริการสุขภาพ/ความรู้** มีการทดสอบสมมติฐาน 2 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค 1 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

การได้รับสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือผู้ป่วยที่เคยได้รับสุขภาพจะมีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับสุขภาพ (กรกฎ จุฑาสมิต, 2527)

การได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นริรัตน์ วิทยาคุณ, 2546)

5. ปัจจัยด้านพฤติกรรม/การปฏิบัติตัวที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรค ดังต่อไปนี้

- **พฤติกรรมสุขภาพ** มีการทดสอบสมมติฐาน 1 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค สามารถอธิบายได้ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในระดับดีทำให้ผู้ป่วยมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (ปิยนุช ปัญญาธิระ, 2541)

- **การปฏิบัติตัว** มีการทดสอบสมมติฐาน 3 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค สามารถอธิบายได้ดังนี้

การปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติตัวในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาดีจะมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (สมพนธ์ นวรัตน์, 2541)

การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันด้านการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับประทานยาในขนาดที่เหมาะสม ตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ (สมคิด สีหสิทธิ์, 2546)

การปฏิบัติตนในการควบคุมเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการปฏิบัติตัวในการควบคุมเบาหวานดีทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดดี แต่ถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการปฏิบัติตนในการควบคุมเบาหวานไม่ดี ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี (Pairour, 2003)

- **วิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ/การดำเนินชีวิตประจำวัน/การปรับวิถีชีวิต** มีการทดสอบ

สมมติฐาน 3 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค

1 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

วิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพระดับสูงทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (Masong, 2001)

การดำเนินชีวิตประจำวัน/การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Keawkerd, 2002; และ Pumsang, 2000)

- **พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา** มีการทดสอบสมมติฐาน 6 สมมติฐาน แต่พบว่ามี
ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค 3 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความสม่ำเสมอในการรักษามีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มารักษาสม่ำเสมอจะมีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ดีมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มารักษาสม่ำเสมอ (กรกฎ จุฑาสมิต, 2527)

การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนในเรื่องการควบคุมอาหาร, การออกกำลังกาย และการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผกามาศ นามประดิษฐ์กุล, 2536) ได้แก่

- กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีการปฏิบัติตัวมากกว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แสดงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการปฏิบัติตัวในเรื่องการควบคุมอาหารไม่ดี เสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็น 1.84 เท่าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการปฏิบัติตัวในเรื่องการควบคุมอาหารดี

- การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่ไม่ออกกำลังกายเสี่ยงที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็น 1.47 เท่าของผู้ป่วยที่ออกกำลังกาย

- กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีการปฏิบัติตัวมากกว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แสดงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานยาไม่ดี เสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็น 1.53 เท่าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานยาดี

ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิต การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Rittichu, 2002) ได้แก่

- ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือดีในด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
- ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือดีในด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
- ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือดีในด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดวงกมล อัครอนุสรณ์, 2527; ปองทิพย์ โพธิวาระ, 2529; และ รัชตะ รัชตะนาวัน, 2531)

- พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีการทดสอบสมมติฐาน 6 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค 1 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดีมีผลทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้ดีมากกว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับไม่ดี (สมพร สาตแสงธรรม, 2548)

พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คมขำ ชินพันธุ์, 2545; ดวงกมล จันทน์มิตร, 2542; วิศิษฐ์ ญิวพจน์กำจร, 2545; ศรียา วัฒนาพานุ, 2543; และ Mahmud, 2001)

- พฤติกรรมการควบคุมอาหาร/การบริโภคอาหาร มีการทดสอบสมมติฐาน 10 สมมติฐาน แต่พบว่ามีสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค 9 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

พฤติกรรมการควบคุมอาหารในกลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเรื่อง การงดดื่มเครื่องดื่มรสหวาน และการงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คมขำ ชินพันธุ์, 2545)

กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารดีกว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีพฤติกรรมในด้านการควบคุมปริมาณอาหาร การควบคุมอาหารพวกแป้ง ไขมัน การรับประทานอาหารตรงเวลา การปฏิบัติตัวเวลาหิว การควบคุมการรับประทานจุลจิก การงดดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ขนมหวาน ผลไม้หวาน มีการรับประทานผัก การงดใส่น้ำตาลในอาหาร ดีกว่ากลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (สุนทรา หิรัญวรรณ, 2538)

การควบคุมอาหารมีผลต่อการควบคุมเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่ไม่ควบคุมอาหาร มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ น้อยกว่าผู้ที่ควบคุมอาหาร (วีระศักดิ์ เพาพนิช, 2539)

วิธีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับอาหารเรื่องการรับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นริรัตน์ วิทยาคุณ, 2546)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พัชรารัตน์ กิ่งแก้ว, 2544) ได้แก่

- ปริมาณสารอาหารที่ได้รับประจำวันในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ได้รับพลังงานและโปรตีนน้อยกว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- ความถี่ในการรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ติดมันใน 1 สัปดาห์ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีความถี่ต่ำกว่าในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- ความถี่ในการรับประทานผักใบเขียวต่างๆ ใน 1 สัปดาห์ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีความถี่สูงกว่าในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- การรับประทานข้าวเป็นอาหารหลักที่รับประทานประจำในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- การรับประทานขนมหวานตามใจชอบเป็นบางครั้งหรือไม่รับประทานเลยในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- ความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับชนิดของเครื่องดื่มน้ำที่สามารถดื่มได้ไม่จำกัดปริมาณในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรับประทานอาหารระดับไม่ดีในกลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (สมพร สาดแสงธรรม, 2548)

การประกอบอาหารรับประทานเองมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการประกอบอาหารรับประทานเองมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีเท่าคนอื่นทำให้รับประทาน (Seekhaow, 2001)

นิสัยการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีนิสัยการรับประทานอาหารไม่ดีมีความเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีนิสัยการรับประทานอาหารดี (Pintony, 2005)

การรับประทานกล้วยมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับประทานกล้วยมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีมากกว่าไม่ได้รับประทานกล้วย (Seekhaow, 2001)

การดูแลตนเองด้านอาหารไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร, 2545)

- พฤติกรรมการออกกำลังกาย มีการทดสอบสมมติฐาน 9 สมมติฐาน แต่พบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค 3 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ ดังนี้

กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีพฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดไม่ได้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมี พฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (สุนทรา หิรัญวรรณ, 2538)

พฤติกรรมการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่แตกต่างกันมีผล ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างกัน แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีพฤติกรรมการ ออกกำลังกายระดับดีในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมากกว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้ (สมพร สาดแสงธรรม, 2548)

พฤติกรรมการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายสม่ำเสมอสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการไม่ออกกำลังกาย (ศราวุฒิ สายศิลป์, 2540)

พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (คมจำ ชินพันธุ์, 2545; พัทธราภรณ์ กิ่งแก้ว, 2544; วิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร, 2545; Keawkerd, 2002; Pintong, 2005; และ Seekhaow, 2001)

- พฤติกรรมการใช้ยา มีการทดสอบสมมติฐาน 9 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค 5 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาในกลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเรื่อง การรู้จักชนิดของยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คมขำ ชินพันธุ์, 2545)

กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีพฤติกรรมการรับประทานยาดีกว่ากลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีพฤติกรรมในด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา และรับประทานยาครบ ดีกว่ากลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (สุนทรา หิรัญวรรณ, 2538)

การรับประทานยาควบคุมระดับน้ำตาลมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นริรัตน์ วิทยาคูณ, 2546) ได้แก่

- การรับประทานยาในเรื่องการลดหรือหยุดยาเองเมื่ออาการดีขึ้น โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลดหรือหยุดยาเองเมื่อมีอาการดีขึ้นมีความเสี่ยงที่ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เพิ่มขึ้น 2.46 เท่า

- การรับประทานยาเพิ่มเป็นสองเท่าเมื่อนึกได้ว่าลืมกินยาควบคุมระดับน้ำตาลมีความสัมพันธ์กับการคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่รับประทานยาเพิ่มเป็นสองเท่าเมื่อนึกได้ว่าลืมกินยาทำให้เสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เพิ่มขึ้น 2.47 เท่า

- การรับประทานยาสมุนไพรมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่รับประทานยาสมุนไพรมีความเสี่ยงในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เพิ่มขึ้น 1.96 เท่าของกลุ่มที่ไม่ได้รับประทานยาสมุนไพร

ความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการใช้น้ำน้อยมีความเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้สูงกว่ากลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยามาก (Pintony, 2005)

การไม่เพิ่มหรือลดยาเองมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่เพิ่มหรือลดยาเองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็น 2.91 เท่าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เพิ่มหรือลดยาเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Keawkerd, 2002)

พฤติกรรมการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร, 2545; สมพร สาดแสงธรรม, 2548; Seekhaow, 2001; และ พัชราภรณ์ กิ่งแก้ว, 2544)

- **พฤติกรรมกรรมการตรวจตามแพทย์นัด** มีการทดสอบสมมติฐาน 5 สมมติฐาน แต่พบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค 3 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีพฤติกรรมกรรมการตรวจตามนัดดีกว่ากลุ่มควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดไม่ได้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการไม่มาตรวจ ตามนัดทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (สุนทรา หิรัญวรรณ, 2538; และ Tansakul, 2000)

การตรวจตามนัดมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้งสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เป็น 3.67 เท่าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่ได้มาตรวจตามแพทย์นัด (Keawkerd, 2002)

การมาพบแพทย์ตามนัดไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (คมขำ ชินพันธุ์, 2545; และ ภาสกร ไชยเศรษฐ และ โชติ เขมฤกษ์อำพล, 2541)

- **พฤติกรรมของผู้ดูแล** มีการทดสอบสมมติฐาน 1 สมมติฐาน และพบว่ามี ความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการควบคุมโรค สามารถอธิบายได้ดังนี้

ด้านความรู้โดยรวม และรายด้านเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และการใช้ยาลดน้ำตาลของกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านทัศนคติ พบว่า ทัศนคติ ในการควบคุม อาหารของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย เบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการปฏิบัติตัว พบว่า การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการออกกำลังกายของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้ดีสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมยศ ศรีจารนัย, 2545)

หมวด 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

การสำรวจงานวิจัยครั้งนี้ พบว่างานวิจัยจำนวนมากที่ทดสอบสมมติฐานหาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล จิตสังคม ภาวะสุขภาพและภาวะ โรค การรักษา และการบริการ จำนวนสมมติฐานที่ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับ พฤติกรรมสุขภาพ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 38

ตารางที่ 38 จำนวนสมมติฐานที่ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัย	พฤติกรรมสุขภาพ												
	วิถีชีวิต	การส่งเสริมสุขภาพ	สุขภาพ	ร่วมมือในการรักษา	การดูแลตนเอง	การควบคุมอาหาร	การออกกำลังกาย	การใช้ยา	การมาตรวจตามนัด	สุขภาพช่องปาก	การดูแลเท้า	การป้องกันโรค	ความเสี่ยงเบาหวาน
ปัจจัยส่วนบุคคล													
เพศ	2 (1)	4 (2)	4 (1)	2 (0)	20 (5)	2 (1)	3 (0)	2 (0)				2 (1)	
อายุ	2 (2)	5 (2)	3 (2)	4 (2)	24 (6)	3 (2)		1 (1)				2 (1)	1 (1)
สถานภาพสมรส	1 (0)	3 (1)	2 (0)	2 (2)	13 (1)	4 (0)							
การศึกษา	2 (1)	5 (4)	7 (5)	4 (2)	23 (10)	4 (1)	3 (2)	1 (1)				2 (1)	
อาชีพ		1 (1)	4 (2)	2 (1)	14 (3)	3 (1)			1 (1)		1 (1)		
รายได้	1 (1)	4 (2)	6 (6)	4 (3)	23 (13)	4 (0)	3 (2)		1 (1)			3 (2)	1 (1)
จำนวนสมาชิกในครอบครัว					3 (1)	1 (0)							
จำนวนบทบาท			3 (1)										
สภาพที่อยู่อาศัย			1 (1)					1 (1)	1 (1)				
ประวัติญาติพี่น้องเป็นโรคเบาหวาน			1 (1)		2 (0)								

หมายเหตุ ตัวเลขที่อยู่ใน () คือ จำนวนผลการทดสอบสมมติฐานที่พบว่ามีความสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 38 จำนวนสมมติฐานที่ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมสุขภาพ (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมสุขภาพ													
	วิถีชีวิต	การส่งเสริมสุขภาพ	สุขภาพ	ร่วมมือในการรักษา	การดูแลตนเอง	การควบคุมอาหาร	การออกกำลังกาย	การใช้ยา	การมาตรวจตามนัด	สุขภาพช่องปาก	การดูแลเท้า	การป้องกันโรค	ความเสี่ยงเบาหวาน	เผชิญความเครียด
ปัจจัยส่วนบุคคล														
ประวัติการสูบบุหรี่/การดื่มสุรา			1 (1)											
ปัจจัยด้านจิตสังคม														
การรับรู้ด้านสุขภาพ			2 (1)	1 (1)	2 (0)									
การรับรู้ภาวะสุขภาพ			6 (6)		2 (2)									
การรับรู้ความรุนแรงของโรค			1 (1)		8 (2)						1 (0)	2 (2)		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง			1 (1)		6 (2)						1 (0)	2 (2)		
การรับรู้ประโยชน์		4 (4)	3 (3)		4 (3)	1 (1)	2 (2)				1 (1)	1 (1)		
การรับรู้อุปสรรค		1 (1)	2 (2)		3 (1)	1 (1)					1 (0)	1 (1)		
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคการปฏิบัติตน												1 (1)		

หมายเหตุ ตัวเลขที่อยู่ใน () คือ จำนวนผลการทดสอบสมมติฐานที่พบว่ามีความสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 38 จำนวนสมมติฐานที่ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมสุขภาพ (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมสุขภาพ													
	วิถีชีวิต	การส่งเสริมสุขภาพ	สุขภาพ	ร่วมมือในการรักษา	การดูแลตนเอง	การควบคุมอาหาร	การออกกำลังกาย	การใช้ยา	การมาตรวจตามนัด	สุขภาพช่องปาก	การดูแลเท้า	การป้องกันโรค	ความเสี่ยงเบาหวาน	เผชิญความเครียด
ปัจจัยด้านจิตสังคม														
การรับรู้ความสามารถตนเอง		1 (1)	2 (2)											
ความเชื่อด้านสุขภาพ				1 (1)	4 (4)			1 (1)				1 (1)		
ทัศนคติ/เจตคติ			1 (1)		4 (2)	2 (0)		1 (1)					1 (1)	
ค่านิยมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม										1 (1)			1 (1)	
ความรู้โรคเบาหวาน			1 (0)	2 (1)	8 (4)									
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง/การยอมรับตนเอง		1 (1)			3 (2)									1 (1)
อุปสรรคในการดูแลตนเอง				1 (1)	1 (1)									
ความสามารถในการดูแลตนเอง					2 (2)									

หมายเหตุ ตัวเลขที่อยู่ใน () คือ จำนวนผลการทดสอบสมมติฐานที่พบว่ามีความสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 38 จำนวนสมมติฐานที่ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมสุขภาพ (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมสุขภาพ													
	วิถีชีวิต	การส่งเสริมสุขภาพ	สุขภาพ	ร่วมมือในการรักษา	การดูแลตนเอง	การควบคุมอาหาร	การออกกำลังกาย	การใช้ยา	การมาตรวจตามนัด	สุขภาพช่องปาก	การดูแลเท้า	การป้องกันโรค	ความเสี่ยงเบาหวาน	เผชิญความเครียด
ปัจจัยด้านจิตสังคม														
การมีทักษะในการดูแลตนเอง			1 (0)		1 (1)									
ความคาดหวังผลดี					2 (0)									
ความรู้สึกลึกลับเนื่องกับการปฏิบัติกิจกรรม			2 (1)											
อิทธิพลด้านสถานการณ์			2 (2)				2 (2)							
อิทธิพลระหว่างบุคคล		1 (1)	2 (2)											
การสนับสนุนทางสังคม/คนใกล้ชิด/บุคลากรทางการแพทย์		1 (1)	2 (2)	1 (1)	19 (17)									1 (1)
แหล่งทักษะภายในตน				1 (1)										
การได้รับการดูแลจากครอบครัว			1 (1)											

หมายเหตุ ตัวเลขที่อยู่ใน () คือ จำนวนผลการทดสอบสมมติฐานที่พบว่ามีความสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 38 จำนวนสมมติฐานที่ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมสุขภาพ (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมสุขภาพ													
	วิถีชีวิต	การส่งเสริมสุขภาพ	สุขภาพ	ร่วมมือในการรักษา	การดูแลตนเอง	การควบคุมอาหาร	การออกกำลังกาย	การใช้ยา	การมาตรวจตามนัด	สุขภาพช่องปาก	การดูแลเท้า	การป้องกันโรค	ความเสี่ยงเบาหวาน	เผชิญความเครียด
ปัจจัยด้านจิตสังคม														
ความสัมพันธ์ในครอบครัว						1 (1)								1 (1)
ผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย					1 (1)				1 (1)					
บทบาทของครอบครัวจัดการด้านอาหารที่เหมาะสมกับโรค						1 (1)								
แรงจูงใจด้านสุขภาพ											1 (1)	1 (1)		
แบบแผนการดำเนินชีวิต						1 (1)								
ประสบการณ์การเกิดแผล											2 (1)			
พฤติกรรมเกี่ยวข้องกับที่เคยมีมาก่อน			2 (2)											
ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและโรค														
ชนิดของโรคเบาหวาน					1 (0)									

หมายเหตุ ตัวเลขที่อยู่ใน () คือ จำนวนผลการทดสอบสมมติฐานที่พบว่ามีความสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 38 จำนวนสมมติฐานที่ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมสุขภาพ (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมสุขภาพ													
	วิถีชีวิต	การส่งเสริมสุขภาพ	สุขภาพ	ร่วมมือในการรักษา	การดูแลตนเอง	การควบคุมอาหาร	การออกกำลังกาย	การใช้ยา	การมาตรวจตามนัด	สุขภาพช่องปาก	การดูแลเท้า	การป้องกันโรค	ความเสี่ยงเบาหวาน	เผชิญความเครียด
ปัจจัยด้าน ภาวะสุขภาพ และโรค														
ภาวะแทรก ซ้อน				2 (0)	2 (0)		2 (1)		1 (1)					
ระยะเวลาที่ เป็นโรค	1 (0)	5 (0)	6 (2)	3 (0)	18 (1)	3 (0)	2 (0)	2 (1)	1 (1)		2 (0)			
ดัชนีมวลกาย			1 (1)		1 (0)									
อายุครรภ์		1 (0)												
ลำดับที่การ ตั้งครรภ์		1 (0)												
ความผิดปกติ ของเท้า											1 (0)			
สภาวะเท้า											3 (1)			
แผลที่เท้า											1 (1)			
ปัจจัยด้าน การรักษา														
วิธีการรักษา			1 (1)	1 (0)										
ระยะเวลาที่ รักษา					1 (1)				1 (1)					
จำนวนที่รับ ยา									2 (1)					
ประสิทธิ ภาพของยา								1 (1)						
ความรู้สึกล่อ ล้อนที่ได้รับ									1 (1)					

หมายเหตุ ตัวเลขที่อยู่ใน () คือ จำนวนผลการทดสอบสมมติฐานที่พบว่ามีความสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 38 จำนวนสมมติฐานที่ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมสุขภาพ (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมสุขภาพ													
	วิถีชีวิต	การส่งเสริมสุขภาพ	สุขภาพ	ร่วมมือในการรักษา	การดูแลตนเอง	การควบคุมอาหาร	การออกกำลังกาย	การใช้ยา	การมาตรวจตามนัด	สุขภาพช่องปาก	การดูแลเท้า	การป้องกันโรค	ความเสี่ยงเบาหวาน	เผชิญความเครียด
ปัจจัยด้าน การรักษา														
ความถี่ของ การนัด									1 (1)					
ผลการรักษา								1 (0)						
การใช้ สมุนไพร					1 (1)									
การเข้าพัก รักษาตัวใน โรงพยาบาล		1 (1)		1 (0)										
ปัจจัยด้าน การบริการ														
สถานที่ รักษา/บริการ				1 (1)	2 (1)									
การตรวจ รักษา					1 (1)									
การให้ คำปรึกษา					1 (1)									
การเยี่ยมบ้าน					3 (2)									
ค่าใช้จ่าย					1 (0)									
สิทธิการ รักษา			1 (1)		2 (0)									
การเข้าถึง แหล่งบริการ			1 (0)		1 (0)									
ระยะทาง									1 (1)					

หมายเหตุ ตัวเลขที่อยู่ใน () คือ จำนวนผลการทดสอบสมมติฐานที่พบว่ามีความสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 38 จำนวนสมมติฐานที่ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมสุขภาพ (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมสุขภาพ												
	วิถีชีวิต	การส่งเสริมสุขภาพ	สุขภาพ	ร่วมมือในการรักษา	การดูแลตนเอง	การควบคุมอาหาร	การออกกำลังกาย	การใช้ยา	การมาตรวจตามนัด	สุขภาพช่องปาก	การดูแลเท้า	การป้องกันโรค	ความเสี่ยงเบาหวาน
ปัจจัยด้าน การบริการ													
ความ สะดวกใน การเดินทาง					1 (0)								
ความพึง พอใจ บริการ		1 (1)		1 (0)	3 (1)				1 (1)				
การได้รับ ข้อมูล ข่าวสาร/สุข ศึกษา			1 (1)		1 (0)	1 (0)			1 (1)				1 (1)
จำนวนการ ได้รับ กิจกรรม ดูแลตนเอง		1 (1)		1 (1)									
จำนวน แหล่งข้อมูล ข่าวสาร		1 (1)			2 (2)								
จำนวน สถานที่ ค้นคว้าดูแล สุขภาพ		1 (1)		1 (0)									

หมายเหตุ ตัวเลขที่อยู่ใน () คือ จำนวนผลการทดสอบสมมติฐานที่พบว่ามีความสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 38 ผลการวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า

1. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

- เพศ มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 41 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 11 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

จากการศึกษาของสุนทรา หิรัญวรรณ (2538) และ คลฤดี ทับทิม (2547) พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าเพศชาย แต่จากการศึกษาของอินทราพร พรหมปรการ (2541) พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาของจตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า เพศมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และจากการศึกษาของพรวศรี เทียนทอง (2540) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือเพศหญิงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองโดยปฏิบัติตนได้ถูกต้องมากกว่าเพศชาย

เพศแตกต่างกัน จะส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุมาลี หงษ์วาศ, 2546)

เพศแตกต่างกัน จะส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงรับประทานไขมันสูงด้านการทอดน้ำมันมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Santativongchai, 2001)

เพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมจิต แซ่จิ่ง, 2547)

เพศหญิงมีพฤติกรรมบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันต่ำกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mongkonsi, 2002)

เพศมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นงนุช โพธิ์สุข, 2545)

เพศต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าเพศชาย (สุกาญดา หนูรักษ์, 2546)

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กาญจนา ประสานปราน, 2535; กมลชา ชินพันธุ์, 2545; จิรยา อินทนา, 2543; จันทิมา โคชะนันท์, 2543; เตือนใจ เสือดี และสุวรรณี ศรีประสิทธิ์, 2545; ทวีวรรณ กิ่งโคกรวด, 2540; น้อมจิตต์ สกุลพันธุ์, 2535; ปิยะพรรณ เทียนทอง, 2546; พชรินทร์ พันจรรยา, 2543; มนต์ธีรา ไชยแขวง, 2545; เรมวณันท์ศุภวัฒน์, 2524; สุชาดา ดวงอุปมา, 2548; ศศิธร เป็รอด, 2543; Mahmud, 2001 ; และ Oo.,1999)

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กาญจนา เกษกาญจน์, 2541; และ Anan, 2002)

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ/การปฏิบัติด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปิยนุช ปัญญาธิระ, 2541; เขาวเรศ สมทรัพย์, 2543; และ สมศักดิ์ คำชัยมงคล, 2541)

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Awang, 2001; และ Santativongchai, 2001)

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Tin, 1997)

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วราภรณ์ โตเต็มศักดิ์ และสุวิมล กิมปี, 2543; Tin, 1997; และ Totemsuck, 2000)

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วิวัฒน์ ลีลาสำราญ, 2536; และ อารยา ศรีไพโรจน์, 2542)

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Masong, 2001)

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พัฒน์วรรณ กังแฮ, 2540)

- อายุ มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 45 สมมติฐาน แต่พบที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 19 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

จากการศึกษาของสุนทรา หิรัญวรรณ (2538) และคมขำ ชินพันธุ์ (2545) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

จากการศึกษาของมลิวัลย์ โมพี (2545) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้

จากการศึกษาของปิยะพรรณ เทียนทอง และคณะ (2546) พบว่า อายุสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการดูแลตนเองได้

นอกจากนี้ยังพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการมาตรวจตามนัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรวาศรี เทียนทอง, 2540) และอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พัชรินทร์ พันจรรยา, 2543)

อายุแตกต่างกัน จะส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ได้แก่ วิสกี้ เบียร์ เหล้า/สุรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Santativongchai, 2001)

อายุสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Anan, 2002)

อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ และสามารถทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เขาวเรศ สมทรัพย์, 2543)

การศึกษาของ สมจิต แซ่จี้ (2547) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพพรายด้านในเรื่องด้านบริโภค ด้านการออกกำลังกายและพักผ่อน ด้านอารมณ์และสังคม ด้านการรักษา และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาเกี่ยวกับตรวจสอบตนเองเรื่องแผล เรื่องภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และเรื่องภาวะน้ำตาลในเลือดสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Santativongchai, 2001)

อายุมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Awang, 2001)

อายุมีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นงนุช โพธิ์สุข, 2545)

อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงน้ำตาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Tim, 1997)

อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วิวัฒน์ สีสำราญ, 2536)

อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Masonng, 2001)

อายุต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี (สุภาญดา หนูรักษ์, 2546)

อายุต่างกันมีพฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ประชาชนที่อายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่ากลุ่มอายุ 35-44 และ 45-54 ปี (ญาณวาท ปัญญาใส, 2548)

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กาญจนา ประสานปราน, 2535; เกศินี ไช้เนิล, 2536; จตุรงค์ ประดิษฐ์, 2540; จิรียา อินทนา, 2543; จันทิมา โคชะนันท์, 2543; ชระเณม นองบุญนา, 2540; ดวงกมล จันทน์นิมิตร, 2542; คลฤดี ทับทิม, 2547; เตือนใจ เสือดี และสุวรรณ ศรีประสิทธิ์, 2545; ทวีวรรณ กิ่งโคกกรวด, 2540; น้อมจิตต์ สกุลพันธุ์, 2535; อินทราพร พรหมปรการ, 2541; มนต์ธิดา ไชยแขวง, 2545; เรมวาล นันท์สุภวัฒน์, 2524; สุชาดา ดวงอุปมา, 2548; ศศิธร เป็รอด, 2543; Mahmud, 2001; และ Oo., 1999)

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปองทิพย์ โพธิ์วาระ, 2529; และ รัชตะ รัชตะนาวิน, 2531)

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กาญจนา เกษกาญจน์, 2541; ธนพร วงษ์จันทร์, 2543; และ สุมาลี หงษ์วาศ, 2546)

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ/การปฏิบัติด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมศักดิ์ คำชัยมงคล, 2541)

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mongkonsi, 2002)

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พัฒน์วรรณ กังแฮ, 2540)

- **สถานภาพสมรส** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 25 สมมติฐาน แต่พบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 4 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ ดังนี้

สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือผู้ป่วยที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยกันจะดูแลตนเองได้ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่โดยไม่มีคู่ (เดือนใจ เสือดี และสุวรรณี ศรีประสิทธิ์, 2545)

สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สถานภาพสมรสแตกต่างกัน จะส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยง รับประทานน้ำตาล และการพยายามลดความเครียดโดยการการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Santativongchai, 2001)

สถานภาพสมรสต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาเกี่ยวกับตรวจสอบ ตนเองเรื่องแผล และเรื่องบวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Santativongchai, 2001)

สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Awang, 2001)

สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กาญจนา ประสารปราน, 2535; คมขำ ชินพันธุ์, 2545; จันทิมา โคษะนันท์, 2543; ดวงกมล จันทร นิมิตร, 2542; ปิยะพรรณ เทียนทอง, 2546; พรสวรรค์ เทียนทอง, 2540; พชรินทร์ พันจรรยา, 2543; มนต์ธีรา ไชยแขวง, 2548; สุชาดา ดวงอุปมา, 2548; สุนทรา หิรัญวรรณ, 2538; อินทราพร พรหม ปราการ, 2541; และ Mahmud, 2001)

สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กาญจนา เกษกาญจน์, 2541; และ สุมาลี หงสาวงค์, 2546)

สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปิยะนุช ปัญญาธีระ, 2541; และ สมศักดิ์ คำชัยมงคล, 2541)

สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นงนุช โพธิ์สุข, 2545; Mongkonsi, 2002; Sanpaung, 2000; และ Tin, 1997)

สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Masonng, 2001)

- **ระดับการศึกษา** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 51 สมมติฐาน แต่พบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 28 สมมติฐาน สามารถอธิบาย ได้ดังนี้

ระดับการศึกษาต่างกันมีการดูแลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระดับอุดมศึกษา มี คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงสุด รองลงมาได้แก่ ระดับประถมศึกษา, มัธยมศึกษา, และต่ำกว่า ประถมศึกษา ตามลำดับ ซึ่งทุกระดับมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี (จันทิมา โคษะนันท์, 2543)

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี (เกศินี ไช้ณิล, 2536; จตุรงค์ ประดิษฐ์, 2540; จิรียา อินทนาและนิตยา พันธุเวชย์, 2543; เรมवल นันทสุภวัฒน์, 2524; และ อินทรา พร พรหมปรการ, 2541)

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อยจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี (น้อมจิตต์ สกุลพันธุ์, 2535)

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ทวิวรรณ กิ่งโคกรวด, 2540; และ Oo., 1999)

ระดับการศึกษาสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ (น้อมจิตต์ สกุลพันธุ์, 2535; และ อินทราพร พรหมปรการ, 2541)

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (พรวิภา ศรี เทียนทอง, 2540)

ระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มลวิทย์ โมพี , 2545) และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ (เกศินี ไช้ณิล, 2536)

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และสามารถทำนาย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กาญจนา เกษกาญจน์, 2541; และ Anan , 2002)

ระดับการศึกษาแตกต่างกัน จะส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมปริมาณอาหารด้านจำนวนมื้ออาหาร, การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ด้วยสิ่งที่ไม่ดี, การพยายามลดความเครียดโดยการตั้งใจให้ผ่อนคลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Santativongchai, 2001)

ระดับการศึกษาแตกต่างกัน จะส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุมาลี หงษ์วาท, 2546)

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้านในเรื่องด้านการออกกำลังกายและพักผ่อน ด้านอารมณ์และสังคม และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จันทร์หา บริสุทธิ์, 2540)

การศึกษาของ เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์ (2540) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้านในเรื่องด้านอารมณ์และสังคม และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของ มาลี จำนวนผล (2540) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้านในเรื่องด้านการออกกำลังกายและพักผ่อน และด้านการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของ สมจิต แซ่จิ่ง (2547) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้านในเรื่องด้านบริโภคนิสัย ด้านการออกกำลังกายและพักผ่อน ด้านอารมณ์และสังคม และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของ ปิยนุช ปัญญาธีระ (2541) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านความรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับการศึกษาต่างกันมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีคะแนนให้ความร่วมมือในการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปองทิพย์ โพธิ์วาระ, 2529; และรัชตะ รัชตะนาวัน, 2531)

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sanpaung, 2000)

ระดับการศึกษาสามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วรารณ โตเต็มศักดิ์ และสุวิมล กิมปี, 2543 และ Totemsuck, 2000)

ระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้ป่วยมีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงกว่า (สุกาญดา หนูรักษ์, 2546)

การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กาญจนา ประสารปราน, 2535; กฤติกาพร ไยโนนตาด, 2542; คมจำ ชินพันธุ์, 2545; ดวงมล จันทน์มิตร, 2542; เตือนใจ เสือดี และสุวรรณ ศรีประสิทธิ์, 2545; ปิยะพรรณ เทียนทอง, 2546; พชรินทร์ พัน จรรยา, 2543; มนต์ธิดา ไชยแขวง, 2548; เขาวเรศ สมทรัพย์, 2543; สุชาดา ดวงอุปมา, 2548; สุนีย์ ละ กำป็น, 2542; ศศิธร เป็รอด, 2543; และ Mahmud, 2001)

การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ธนพร วงษ์จันทร์, 2543)

การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ/การปฏิบัติด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมศักดิ์ คำชัยมงคล, 2541)

การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Awang, 2001; และ Santativongchai, 2001)

การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นงนุช โพธิ์สุข, 2545; Mongkonsi, 2002; และ Tin, 1997)

การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Tin, 1997)

ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Masonng, 2001)

การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พัฒน์วิวรรณ กังแฮ, 2540)

- อาชีพ มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 25 สมมติฐาน แต่พบที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 10 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

อาชีพต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงสุด รองลงมาได้แก่ แม่บ้าน/พ่อบ้าน/นักเรียน/นักศึกษา, ค้าขายหรือธุรกิจ, และเกษตรกรกรรม ตามลำดับ ซึ่งทุกกลุ่มอาชีพมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี (จันทิมา โคษะนันท์, 2543)

อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ทวิวรรณ กังโลกกรวด, 2540)

อาชีพเกษตรกรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ยังพบว่า อาชีพรับราชการ, หรือรับบำนาญ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (มลิวัลย์ โมพี, 2545)

อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คืออาชีพแตกต่างกัน จะส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการออกกำลังกาย 3 วันต่อสัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Santativongchai, 2001)

อาชีพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และรายด้านในเรื่องด้านบริโภค และด้านการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จันทร์ภา บริสุทธิ์, 2540)

การศึกษาของ สมจิต แซ่จิ่ง (2547) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้านในเรื่องด้านบริโภค ด้านการออกกำลังกายและพักผ่อน และด้านอารมณ์และสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อาชีพต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาเกี่ยวกับตรวจสอบตนเองเรื่องแผล และการปฏิบัติตัวเรื่องการใช้ยาเบาหวานโดยการกินยาเอง และการลืมกินยา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Santativongchai, 2001)

อาชีพในกลุ่มที่ไม่มีงานทำมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันน้อยกว่าอาชีพค้าขาย และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mongkonsi, 2002)

อาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเท้า และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลเท้าได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นงลักษณ์ นฤวัตร, 2533)

อาชีพต่างกันมีผลต่อการมารับการรักษาแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำงานมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อนันต์ สอนพวง, 2541)

อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กาญจนา ประสารปราน, 2535; ดวงกมล จันทน์มิตร, 2542; เตือนใจ เสือดี และสุวรรณี ศรีประสิทธิ์, 2545; พชรินทร์ พันจรรยา, 2543; มนต์ธีรา ไชยแขวง, 2548; สุชาดา ดวงอุปมา, 2548; สุนีย์ ละกำป็น, 2542; ศศิธร เป็รอด, 2543; Mahmud, 2001; และ Oo.,1999)

อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์, 2540; และมาลี จำนงผล, 2540)

อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Awang, 2001)

อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นงนุช โพธิ์สุข, 2545; และ Tin, 1997)

- รายได้ มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 50 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 31 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

ผู้ป่วยที่มีรายได้พอใช้จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มไม่พอใช้ (คมขำ ชินพันธุ์, 2546)
ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยกว่า 5,001 บาท/เดือนจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ 5,001-10,000 บาท/เดือน และ 20,001 บาท/เดือน (ดลฤดี ทับทิม, 2545)

รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายความว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ (อินทราพร พรหมปรากฏ, 2541; จตุรงค์ ประดิษฐ์, 2540)

รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการมาตรวจตามนัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พราวศรี เทียนทอง, 2540) และรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พัชรินทร์ พันจรรยา, 2543) รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พราวศรี เทียนทอง, 2540) และรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พัชรินทร์ พันจรรยา, 2543) รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พราวศรี เทียนทอง, 2540; และ พัทธินันท์ พันจรรยา, 2543)

รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายความว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้ครอบครัวสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี (เกศินี ไช้เนิล, 2536; จิรยา อินทนาและนิตยา พันธุเวท, 2543; เรมवल นันทสุภวัฒน์, 2524; และ สุชาดา ดวงอุปมา, 2548) แต่การศึกษาของกฤติยาพร ไชโนนตาล (2542) และ สุนีย์ สะก่าปิ่น (2542) พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ครอบครัวเพียงพอจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีหรือถูกต้อง ซึ่งสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการดูแลตนเองได้

รายได้ครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ (เรมवल นันทสุภวัฒน์, 2524)

รายได้ระหว่าง 3,001-6,000 บาท/เดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ยังพบว่า รายได้มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป/เดือน มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (มลิวัลย์ โมฬี, 2545)

ความเพียงพอของรายได้แตกต่างกัน จะส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมปริมาณอาหารด้านควบคุมอาหารสม่ำเสมอ เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงรับประทานไขมันสูงด้านการทอดน้ำมันมาก และด้านอาหารไขมันมากเกินไป เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ได้แก่ วิสกี้ เบียร์ เหล้า/สุรา เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารเส้นใยด้านการรับประทานผัก เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ด้วยการเลิกสูบบุหรี่ และด้วยสิ่งที่ชัดเจนเกี่ยวกับ

การหลีกเลี่ยงการบริโภคที่มีคาเฟอีน ได้แก่ โคล่า ยาบำรุง/ยาเสริมกำลัง เกี่ยวกับการพยายามลดความเครียดโดยการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Santativongchai, 2001)

รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Anan, 2002)

รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และรายด้านในเรื่องด้านบริโภค ด้านอารมณ์และสังคม ด้านการรักษา และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จันทร์หา บรสุทธิ์, 2540)

การศึกษาของ เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์ (2540) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้านในเรื่องด้านการออกกำลังกายและพักผ่อน ด้านอารมณ์และสังคม และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของ มาลี จ้างผล (2540) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้านในเรื่องด้านอารมณ์และสังคม ด้านการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของ เขียวเรศ สมทรัพย์ (2543) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของ สมจิต แซ่จิ่ง (2547) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้านในเรื่องด้านบริโภค ด้านการออกกำลังกายและพักผ่อน ด้านอารมณ์และสังคม และด้านการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของ ปิยนุช ปัญญธิระ (2541) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีรายได้ครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจของรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความพึงพอใจของรายได้ต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติตามแผนการรักษาเกี่ยวกับตรวจสอบตนเองเรื่องแผล เรื่องภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เรื่องภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เรื่องชา/ไม่มีความรู้สึก เรื่องบวม เรื่องการติดเชื้อ และเรื่องปัญหาทางตา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Santativongchai, 2001)

รายได้ของครอบครัวต่างกัน มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่ามีคะแนนให้ความร่วมมือในการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปองทิพย์ โพธิวาระ, 2529; และ รัชตะ รัชตะนาวัน, 2531)

รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วราภรณ์ โตเต็มศักดิ์ และสุวิมล กิมปี, 2543; และ Totemsuck, 2000)

รายได้ต่างกันมีผลต่อการมารับการรักษาแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยกว่า 4,000 บาท ต่อเดือนมารับการรักษามากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อนันต์ สอนพวง, 2541)

รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Masonng, 2001)

รายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้ป่วยที่มีรายได้ 13,001 บาทขึ้นไปมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงกว่า (สุกาญดา หนูรักษ์, 2546)

รายได้สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ณัฐกานจน์ วิสุทธีมรรค, 2543)

รายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ฐิติมา สุริยาพันธ์, 2534)

รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กาญจนา ประสานปราน, 2535; จันทิมา โคชะนันท์, 2543; ชระเฒ นองบุญนาถ, 2540; ดวงกมล จันทร์นิมิตร, 2542; น้อมจิตต์ สกุลพันธุ์, 2535; ปิยะพรหม เทียนทอง, 2546; มนต์ธีรา ไชยแขวง, 2548; สุนทรา หิรัญวรรณ, 2538; Mahmud, 2001 ; และ Oo., 1999)

รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กาญจนา เกษกาญจน์, 2541; และ สุมาลี หงษ์ยาวงค์, 2546)

รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Awang, 2001)

รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นงนุช โพธิ์สุข, 2545; Mongkonsi, 2002; Sanpaung, 2000; และ Tin, 1997)

รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Tim, 1997)

รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พัฒน์วรรณ กังแฮ, 2540)

- จำนวนสมาชิกในครอบครัว มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 4 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 1 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พราวศรี เทียนทอง, 2540)

จำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พระอม นองบุญนาถ, 2540; และ ปิยะพรรณ เทียนทอง, 2546)

จำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมกรหลีกเลี่ยงน้ำตาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Tin, 1997)

- **จำนวนบทบาท** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 3 สมมติฐาน แต่พบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 1 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ ดังนี้

จากการศึกษาของ มาลี จ้างผล (2540) พบว่า จำนวนบทบาทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้านในเรื่องด้านการออกกำลังกายและพักผ่อน อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

จำนวนบทบาทไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ/การปฏิบัติด้านสุขภาพ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (จันทร์หา บริสุทธิ์, 2540; และเพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์, 2540)

- **สภาพที่อยู่อาศัย** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 3 สมมติฐาน แต่พบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 3 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ ดังนี้

สภาพที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และรายด้านในเรื่อง ด้านการรักษา และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมจิต แซ่จิ่ง, 2547)

เขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (วิวัฒน์ ลีลาสำราญ, 2536)

สถานที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการมาตรวจรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ธงชัย ตริวิบูลย์ วณิชย์, 2541)

- **ประวัติญาติพี่น้องเป็นโรคเบาหวาน** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 3 สมมติฐาน แต่ พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 1 สมมติฐาน สามารถ อธิบายได้ดังนี้

ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็น โรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างไม่ มีนัยสำคัญทางสถิติ (จันทิมา โคษะนันท์, 2543; และ ดลฤดี ทับทิม, 2547)

ประวัติโรคเบาหวานของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้านในเรื่องด้านการบริโภค และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมจิต แซ่จิ่ง, 2547)

- **ประวัติการเสพลิงเสพติด** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 1 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ประวัติการเสพลิงเสพติดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้านในเรื่องด้านการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมจิต แซ่จิ่ง, 2547)

2. ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

- **การรับรู้ด้านสุขภาพ** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 5 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 2 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Awang, 2001)

การรับรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมศักดิ์ คำธัญญมงคล, 2541)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุชาดา ดวงอุปมา, 2548)

การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมศักดิ์ คำธัญญมงคล, 2541)

การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศศิธร เป็รอดและคณะ, 2543)

- **การรับรู้ภาวะสุขภาพ** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 8 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพต่ำ (อินทราพร พรหมปราการ, 2541; และ สุรรัตน์ พรวัฒนกุลและสุกัญญา นิยม่วง, 2546)

การรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อินทราพร พรหมปราการ, 2541)

การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคตสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุรรัตน์ พรวัฒนกุลและสุกัญญา นิยม่วง, 2546)

การรับรู้ภาวะเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และรายด้านในเรื่องด้านการบริโภค ด้านการออกกำลังกายและพักผ่อน ด้านอารมณ์และสังคม และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จันทร์ภา บริสุทธิ์, 2540)

การรับรู้ภาวะเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้านในเรื่องด้านอารมณ์และสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์, 2540)

การรับรู้ภาวะเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้านในเรื่องด้านการออกกำลังกายและพักผ่อน และด้านอารมณ์และสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มาลี จำนงผล, 2540)

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เขาวเรศ สมทรัพย์, 2543)

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วรรณิ จันทรสว่าง, 2545)

การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพรายด้านในเรื่องด้านการบริโภค ด้านการออกกำลังกายและพักผ่อน และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมจิต แซ่จิ่ง, 2547)

- การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 12 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 5 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จตุรงค์ ประดิษฐ์, 2540)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุชาดา ดวงอุปมา, 2548)

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดแผลที่เท้าจากโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเท้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สายฝน ม่วงคุ้ม, 2547)

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุภาณดา หนูรักษ์, 2546)

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ณัฐกาญจน์ วิสุทธิมรรค, 2543)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พัชรินทร์ พันจรรยา, 2543; มนต์ธีรา ไชยแขวง, 2548; สุนทรา หิรัญวรรณ, 2538; และ ศศิธร เป็รอด, 2543)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมศักดิ์ คำชัยบุญมงคล, 2541)

- **การรับรู้โอกาสเสี่ยง** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 10 สมมติฐาน แต่พบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 5 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จตุรงค์ ประดิษฐ์, 2540)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุชาดา ดวงอุปมา, 2548)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และสามารถทำนายพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมศักดิ์ คำชัยบุญมงคล, 2541)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุกาญดา หนูรักษ์, 2546)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ณัฐกาญจน์ วิสุทธีมรรค, 2543)

การรับรู้โอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (พัชรินทร์ พันจรรยา, 2543; มนต์ธีรา ไชยแขวง, 2548; สุนทรา หิรัญวรรณ, 2538; และ ศศิธร เป็รอด, 2543)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าจากโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ดูแลเท้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สายฝน ม่วงคุ้ม, 2547)

- **การรับรู้ประโยชน์** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 16 สมมติฐาน แต่พบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 15 สมมติฐาน สามารถอธิบาย ได้ดังนี้

การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (จตุรงค์ ประดิษฐ์, 2540)

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนต่ำ (สุนทรา หิรัญวรรณ, 2538)

การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี (มนต์ธีรา ไชยแขวง, 2548)

การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กาญจนา เกษกาญจน์, 2541; ธนพร วงษ์จันทร์, 2543; และ Anan, 2002)

การรับรู้ประโยชน์ภายนอกของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุมาลี หงษ์วงศ์, 2546)

การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เขาวเรศ สมทรัพย์, 2543; และวรรณิ จันทรวงศ์, 2545)

การรับรู้ประโยชน์การรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และรายด้านในเรื่องด้านอารมณ์และสังคม ด้านการรักษา และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมจิต แซ่จึ้ง, 2547)

การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมบริโภคอาหาร และสามารถทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sanpaung, 2000)

การรับรู้ประโยชน์การดูแลเท้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเท้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สายฝน ม่วงคุ้ม, 2547)

การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกาย และสามารถทำนายพฤติกรรมออกกำลังกายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วราภรณ์ โตเต็มศักดิ์ และสุวิมล กิมปี, 2543; และ Totemsuck, 2000)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุกาญดา หนูรักษ์, 2546)

การรับรู้ประโยชน์การดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุชาดา ดวงอุปมา, 2548)

- **การรับรู้อุปสรรค** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 9 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 6 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จตุรงค์ ประดิษฐ์, 2540)

การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Anan, 2002)

การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ และสามารถทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เขาวเรศ สมทรัพย์, 2543)

การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วรรณิ จันทรสว่าง, 2545)

การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Sanpaung, 2000)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุกาญดา หนูรักษ, 2546)

การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มนต์ธิดา ไชยแขวง, 2548; และสุชาดา ดวงอุปมา, 2548)

การรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลเท้าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเท้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สายฝน ม่วงคุ้ม, 2547)

- **การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคการปฏิบัติตน** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 1 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ณัฐกาญจน์ วิสุทธีมรรค, 2543)

- **การรับรู้ความสามารถตนเอง** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 3 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี (มนต์ธิดา ไชยแขวง, 2548)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Anan, 2002)

การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ และสามารถทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เขาวเรศ สมทรัพย์, 2543)

การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วรรณิ จันทรสว่าง, 2545)

- **ความเชื่อ** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 7 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้องตามความเป็นจริง จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองถูกต้องเหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จตุรงค์ ประดิษฐ์, 2540)

ความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เกศินี ไชน์นิล, 2536)

ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความเชื่ออำนาจนอกตนด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความเชื่ออำนาจนอกตนด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กุลนทีกร น้อยโนนทอง, 2538)

ความเชื่อเกี่ยวกับสมุนไพรที่ใช้รักษาโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้ (ดวงกมล จันทรนิมิตร, 2542)

ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่องความสม่ำเสมอของการมาพบแพทย์ตามนัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความเชื่อด้านสุขภาพด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่องการใช้ยาเบาหวานสม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พวงพยอม การภิญโญ, 2526)

ความเชื่อในวิธีการรักษาอื่นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วิวัฒน์ ลีลาสำราญ, 2536)

ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุกาญดา หนูรักษ์, 2546)

- **ทัศนคติ/เจตคติ** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 9 สมมติฐาน แต่พบว่ามี
ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 5 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้
ดังนี้

เจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีเจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานดี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่
ดีด้วย (สุชาดา ดวงอุปมา, 2548)

ทัศนคติต่อโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีทัศนคติต่อโรคเบาหวานดี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี (พระเอม
นงบุญมาก, 2540)

เจตคติที่มีต่อโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้านใน
เรื่องด้านการบริโภค ด้านการออกกำลังกายและพักผ่อน ด้านการรักษา และด้านการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมจิต แซ่จิ่ง, 2547)

ทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรรักษาโรคทั่วไปมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร
ร่วมกับยาแผนปัจจุบัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วิวัฒน์ ถีลาสำราญ, 2536)
การสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลางและมากจะมี
พฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย
(จิตติมา สุริยาพันธ์, 2534)

เจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวาน อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ (ญาณวุฑฒ ปัญญาไส, 2548)

ทัศนคติต่อโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ (Mahmud, 2001; และ Oo., 1999)

ทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงน้ำตาล
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mongkonsi, 2002; และ Tin, 1997)

- **ค่านิยมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 2 สมมติฐาน
และพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ค่านิยมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยง
โรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ญาณวุฑฒ ปัญญาไส, 2548)

ความชอบอาหารขนมหวานต่างๆใน 1 สัปดาห์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศราวดี สายศิลป์, 2540)

- **ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 11 สมมติฐาน แต่พบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 5 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คลฤดี ทับทิม, 2547)

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสัมพันธ์การดูแลตนเองรายด้าน ด้านการออกกำลังกาย ด้าน การรับประทานยา ด้านการประเมินและแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และด้านการดูแลเท้า อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (ทวิวรรณ กิ่งโคกกรวด, 2540)

ความรู้เรื่องโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้สูงจะมีการดูแลตนเองดี และสามารถทำนายการดูแลตนเองได้ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (เรมวล นันทสุภวัฒน์ 2524)

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสามารถ ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดวงกมล จันทน์มิตร, 2542)

ความรู้เรื่องโรคเบาหวานต่างกันมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ หมายความว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ระดับความรู้มากกว่ามีคะแนนความร่วมมือในการรักษาสูง กว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีคะแนนความร่วมมือในการรักษาต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Awang, 2001)

ความรู้เรื่องโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (พระอม นองบุญนาถ, 2540; เตือนใจ เสือดี และสุวรรณี ศรีประสิทธิ์, 2545; มนต์ธรา ไชย แหวง, 2548; และ ศศิธร เป็รอด, 2543)

ความรู้เรื่องโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมศักดิ์ คำชัยบุญมงคล, 2541)

ความรู้เรื่องโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (รัชตะ รัชตะนาวิน, 2531)

- **ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง/การยอมรับตนเอง** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 5 สมมติฐาน แต่พบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 4 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี (กฤติกาพร ไยโนนตาด, 2542; และ สุนีย์ ละกำป็น, กฤติกาพร ไยโนนตาด, จรรยา เสี่ยงเสนาะ และ อรรวรรณ คีรีวัฒน์, 2542)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี (ชนพร วงษ์จันทร์, 2543)

การยอมรับตนเองต่างกันมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีการยอมรับตนเองอยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีการยอมรับตนเองอยู่ในระดับต่ำ (ฐิติมา สุริยาพันธ์, 2534)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มลิวัลย์ โมพี, 2545)

- **อุปสรรคในการดูแลตนเอง** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 2 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

อุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า กลุ่มที่มีอุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเองน้อย มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่มีอุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเองมาก (สุนทรา หิรัญวรรณ, 2538)

การศึกษาของดวงกมล อัครนุสรณ์ (2527) พบว่าอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

- **ความสามารถในการดูแลตนเอง** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 2 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ไม่ระบุทิศทาง (Oo., 1999)

ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร, ด้านการรู้จักตนเอง, ด้านการพิจารณาและตัดสินใจ, และด้านความตั้งใจและการควบคุมตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กาญจนา ประสารปราน, 2535)

- **การมีทักษะในการดูแลตนเอง** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 2 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 1 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

การมีทักษะในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ไม่ระบุทิศทาง กับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศศิธร เป็รอด, 2543)

การมีทักษะในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมศักดิ์ คำชัยมงคล, 2541)

- **ความรู้สึกลบเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรม** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 2 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 1 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

จากการศึกษาของ วรณี จันทรสว่าง (2545) พบว่า ความรู้สึกลบเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ และสามารถทำนายพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรู้สึกลบเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมไม่สามารถทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เขาวเรศ สมทรัพย์, 2543)

- **อิทธิพลด้านสถานการณ์** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 4 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

อิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เขาวเรศ สมทรัพย์, 2543; และ วรณี จันทรสว่าง, 2545)

อิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการออกกำลังกาย และสามารถทำนายพฤติกรรมในการออกกำลังกายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วราภรณ์ โตเต็มศักดิ์ และสุวิมล กิมปี, 2543; และ Totemsuck, 2000)

- **อิทธิพลระหว่างบุคคล** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 3 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพด้านความเชื่อถือในบุคคลอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อริมุติ แสนศิริพันธ์, 2541)

อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ และสามารถทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เขาวเรศ สมทรัพย์, 2543)

- การสนับสนุนทางสังคม มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 25 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 22 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับมากมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงสุด รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง, ระดับน้อย ซึ่งผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมทุกระดับการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี แสดงว่าผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก มีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และระดับน้อย (จันทิมา โคษะนันท์, 2543; และ คลฤดี ทับทิม, 2547)

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีหรือเหมาะสม (กฤติกาพร ไยโนนตาด, 2542; จิรียา อินทนาและนิตยา พันธุเวช, 2543; น้อมจิตต์ สกฤตพันธุ์, 2535; มลิวัดย์ โมพี, 2545; สุชาดา ดวงอุปมา, 2548; สุรรัตน์ พรวัฒนกุลและสุกัญญา ฉิมม่วง, 2546; สุนีย์ ละกะปิ่น, กฤติกาพร ไยโนนตาด, จรรยา เสี่ยงเสนาะ และ อรวรรณ คีรีวัฒน์, 2542; และ อินทราพร พรหมปราการ, 2541)

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Oo., 1999)

การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กฤติกาพร ไยโนนตาด, 2542; น้อมจิตต์ สกฤตพันธุ์, 2535; มลิวัดย์ โมพี, 2545; สุนีย์ ละกะปิ่น, กฤติกาพร ไยโนนตาด, จรรยา เสี่ยงเสนาะ และ อรวรรณ คีรีวัฒน์, 2542; และอินทราพร พรหมปราการ, 2541)

การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กฤติกาพร ไยโนนตาด, 2542; คมขำ ชินพันธุ์, 2545; และ สุชาดา ดวงอุปมา, 2548; สุนีย์ ละกะปิ่นและคณะ, 2542)

การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สารทิ ดาราวรรณ, 2541)

การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุรรัตน์ พรวัฒนกุลและสุกัญญา ฉิมม่วง, 2546)

การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กฤติกาพร ไยโนนตาด, 2542; คมขำ ชินพันธุ์ 2545; สุชาดา ดวงอุปมา, 2548; และ สุนีย์ ละกำปิ่นและคณะ, 2542)

การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สารทิ คาราวรรณ, 2541)

การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กฤติกาพร ไยโนนตาด, 2542; และ สุนีย์ ละกำปิ่นและคณะ, 2542)

การสนับสนุนทางสังคมด้านประเมินเปรียบเทียบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กฤติกาพร ไยโนนตาด, 2542; และ สุนีย์ ละกำปิ่นและคณะ, 2542)

การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คมขำ ชินพันธุ์, 2545; และ สุชาดา ดวงอุปมา, 2548)

การสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คมขำ ชินพันธุ์, 2545)

การสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน/สิ่งของ/แรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คมขำ ชินพันธุ์ 2545; สารทิ คาราวรรณ, 2541; และ สุชาดา ดวงอุปมา, 2548)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสาธารณสุข จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี (มนต์ธีรา ไชยแขวง, 2548)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี (มนต์ธีรา ไชยแขวง, 2548)

การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรวิศรี เทียนทอง, 2540)

การสนับสนุนทางครอบครัวด้านการรับฟังปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปิยะพรรณ เทียนทอง, 2540)

การสนับสนุนทางครอบครัวด้านการให้กำลังใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปิยะพรรณ เทียนทอง, 2540)

การสนับสนุนทางครอบครัวด้านการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น เงิน สิ่งของ เป็นต้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปิยะพรรณ เทียนทอง, 2540)

การสนับสนุนทางครอบครัวด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปิยะพรรณ เทียนทอง, 2540)

การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการออกกำลังกาย, การรับประทานยา, การประเมินและแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ, และการดูแลเท้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ทวิวรรณ กิ่งโคกรวด, 2540)

การสนับสนุนจากทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สารภี ดาราวรรณ, 2541)

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี (เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, 2541)

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Awang, 2001)

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเผชิญความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, 2541)

การได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส บิดา มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และสามารถทำนายพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมศักดิ์ คำชัยมงคล, 2541)

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ให้การสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปิยนุช ปัญญาธิระ, 2541)

การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พัชรินทร์ พันจรรยา, 2543; และ Mahmud, 2001)

- แหล่งทักษะภายในตน มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 1 สมมติฐาน และพบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

แหล่งทักษะภายในคนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pairour, 2003)

- **การได้รับการดูแลจากครอบครัว** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 1 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

การได้รับการดูแลจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพรายด้านในเรื่องด้านการออกกำลังกายและพักผ่อน และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมจิต แซ่จิ่ง, 2547)

- **ความสัมพันธ์ในครอบครัว** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 2 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความสัมพันธ์ในครอบครัวระดับปานกลางมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันเข้มแข็งกว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวระดับน้อยและสามารถทำนายมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mongkonsi, 2002)

ความสัมพันธ์ในครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวอยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (จิตติมา สุริยาพันธ์, 2534)

- **ผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 2 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

บุตร บิดามารดาเป็นผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า สามี ภรรยาเป็นผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มลิวัลย์ โมพี, 2545)

ผู้ดูแลต่างกันมีผลต่อการมารับการรักษาแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีคนในครอบครัวผู้ดูแลหรือส่งเสียเลี้ยงดูจะมีการมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อนันต์ สอนพวง, 2541)

- **บทบาทของครอบครัวจัดการด้านอาหารที่เหมาะสมกับโรค** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 1 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

บทบาทของครอบครัวจัดการด้านอาหารที่เหมาะสมกับโรคในกลุ่มที่จัดสรรไว้สูงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันเข้มแข็งกว่าบทบาทของครอบครัวจัดการด้านอาหารที่เหมาะสมกับโรคในกลุ่มที่จัดสรรไว้ต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mongkonsi, 2002)

- **แรงจูงใจด้านสุขภาพ** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 2 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเท้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สายฝน ม่วงคุ้ม, 2547)

แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ณัฐกาญจน์ วิสุทธิมรรค, 2543)

- **แบบแผนการดำเนินชีวิต** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 1 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

แบบแผนการดำเนินชีวิตรายด้านเกี่ยวกับด้านบริโภคนิสัย ด้านการใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นแบบแผนการดำเนินชีวิตรายด้านเกี่ยวกับด้านระดับความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับการควบคุมอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นงนุช โพธิ์สุข, 2545)

- **ประสบการณ์การเกิดแผล** มีการทดสอบจำนวนทั้งหมด 2 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 1 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

ประสบการณ์การเกิดแผลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเท้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สายฝน ม่วงคุ้ม, 2547)

ประสบการณ์การเกิดแผลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเท้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นงลักษณ์ นฤวัตร, 2533)

- **พฤติกรรมเกี่ยวข้องที่เคยมีมาก่อน** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 2 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

พฤติกรรมเกี่ยวข้องที่เคยมีมาก่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ และสามารถทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เขาวเรศ สมทรัพย์, 2543)

พฤติกรรมเกี่ยวข้องที่เคยมีมาก่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วรรณิ์ จันทร์สว่าง, 2545)

3. ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและภาวะโรคที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

- **ภาวะแทรกซ้อน** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 7 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 2 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

พฤติกรรมการออกกำลังกายมีผลต่อเบาหวานเข้าจอประสาทตา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมศักดิ์ รัศมิทัต, 2541)

การมาตรวจรักษาไม่สม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในกระแสเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ธงชัย ศรีวิบูลย์วัฒน์, 2541)

การศึกษาของพิชัย ศิริเวชฐารักษ์ (2539) พบว่า การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คลฤดี ทับทิม, 2547; และ สุชาดา ดวงอุปมา, 2548)

พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษามีผลต่อเบาหวานเข้าจอประสาทตา แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ปองทิพย์ โพธิวาระ, 2529; และ รัชตะ รัชตะนาวิน, 2531)

- ระยะเวลาที่เป็นโรค มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 43 สมมติฐาน แต่พบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 5 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศศิธร เป็รอด, 2543)

ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมศักดิ์ คำชัยบุญมงคล, 2541)

ระยะเวลาที่เป็นโรคต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมตามแผนการรักษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตรวจสอบตนเองเรื่องแผล เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเรื่องการใช้ยาเบาหวาน และเรื่องความสม่ำเสมอของการมาพบแพทย์ตามนัด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Santativongchai, 2001)

ระยะเวลาที่เป็นโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วิวัฒน์ ลีลาสำราญ, 2536)

ระยะเวลาการเป็นโรคต่างกันมีผลต่อการมารับการรักษาแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นโรคมกกว่า 10 ปี มีการมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อนันต์ สอนพวง, 2541)

ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กาญจนา ประสานปราง, 2535; คมขำ ชินพันธุ์, 2545; จตุรงค์ ประดิษฐ์, 2540; จิรียา อินทนาและคณะ, 2543; จันทิมา โคษะนันท์, 2543; ชระเอน นองบุญนาถ, 2540; ดวงกมล จันทน์มิตร, 2542; คลฤดี ทับทิม, 2547; เตือนใจ เสือดี และสุวรรณ ศรีประสิทธิ์, 2545; ทวีวรรณ กิ่งโคกรวด, 2540; น้อมจิตต์ สกุลพันธุ์, 2535; พัทรินทร์ พันจรรยา, 2543; มนต์ธีรา ไชยแขวง, 2548; สุชาดา ดวงอุปมา, 2548; สุนทรา หิรัญวรรณ, 2538; อินทราพร พรหมปราการ, 2541; และ Oo., 1999)

ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กาญจนา เกษกาญจน์, 2541; ธนพร วงษ์จันทร์, 2543; สุมาลี หงษาวงศ์, 2546; Anan 2002, และ Santativongchai, 2001)

ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพพราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์, 2540; และมาลี จำนงผล, 2540)

ระยะเวลาที่เป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพพรายด้านในเรื่องด้านการบริโภค ด้านการออกกำลังกายและพักผ่อน ด้านอารมณ์และสังคม ด้านการรักษา และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมจิต แซ่จิ่ง, 2547)

ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ/การปฏิบัติด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จันทร์ภา บริสุทธิ์, 2540; และปิยนุช ปัญญาธิระ, 2541)

ระยะเวลาที่เป็นโรคต่างกันมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปองทิพย์ โพธิวาระ, 2529; และ รัชตะ รัชตะนาวิน, 2531)

ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นงนุช โพธิ์สุข, 2545; Mongkonsi, 2002; และ Sanpaung, 2000)

ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเท้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นงลักษณ์ นฤวัตร, 2533; และ สายฝน ม่วงคุ้ม, 2547)

ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วราภรณ์ โตเต็มศักดิ์ และสุวิมล กิมปี, 2543; และ Totemsuck, 2000)

ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อารยา ศรีไพโรจน์, 2542)

ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Masonng, 2001)

- **ดัชนีมวลกาย** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 2 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 1 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พระเอม นองบุญมาก, 2540)

ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เขาวเรศ สมทรัพย์, 2543)

- **สถานะเท้า** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 3 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 1 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

สภาวะเท้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเท้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (บุบผา ลาภเทวี, 2547)

สภาวะเท้าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเท้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นงลักษณ์ นฤวัตร, 2533; และ สายฝน ม่วงคุ้ม, 2547)

- **แผลที่เท้า** มีการทดสอบจำนวนทั้งหมด 1 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

แผลที่เท้าต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่มีแผลที่เท้ามีคะแนนการดูแลเท้าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีแผลที่เท้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (บุบผา ลาภเทวี, 2547)

4. ปัจจัยด้านการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

- **วิธีการรักษา** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 2 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 1 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

วิธีการรักษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้านในเรื่องด้านการบริโภค และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมจิต แซ่จิ่ง, 2547)

ชนิดการรักษาโดยยาเกินและยาผิดไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (รัชตะ รัชตะนาวิน, 2531)

- **ระยะเวลาที่รักษา** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 2 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ระยะเวลาที่รักษาต่างกันมีผลต่อการมารับการรักษาแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่รักษา มากกว่า 10 ปี มีการมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อนันต์ สอนพวง, 2541)

ระยะเวลาของการรักษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เรมวอล นันทศุภวัฒน์, 2524)

- **จำนวนที่รับยา** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 2 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 1 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

จำนวนที่รับยาต่างกันมีผลต่อการมารับการรักษาแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่ได้รับยา 1 ชนิดมีการมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่า จำนวนที่รับยามีความสัมพันธ์ทางลบกับจำนวนครั้งที่ขาดยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อนันต์ สอนพวง, 2541)

จากการศึกษาของวิวัฒน์ ลีลาสำราญ (2536) พบว่าจำนวนชนิดยาที่ผู้ป่วยได้รับมีความสัมพันธ์กับการใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีการใช้สมุนไพร

และไม่ใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันไม่แตกต่างกัน แม้ว่าจำนวนชนิดยาแผนปัจจุบันจะได้รับแตกต่างกันก็ตาม

- **ประสิทธิภาพของยา** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 1 สมมติฐาน และพบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ประสิทธิภาพของยาที่ผู้ป่วยประเมินมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยา แผนปัจจุบัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วิวัฒน์ ลีลาสำราญ, 2536)

- **ความรู้ถึงต่อยาที่ได้รับ** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 1 สมมติฐาน และพบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความรู้ถึงต่อยาที่ได้รับต่างกันมีผลต่อการมารับการรักษาแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยมีความรู้ถึงต่อ ยาที่ได้รับว่าพอดีมีการมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อนันต์ สอนพวง , 2541)

- **ความถี่ของการนัด** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 1 สมมติฐาน และพบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความถี่ของการนัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับจำนวนครั้งที่ขาดการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (อนันต์ สอนพวง, 2541)

- **การใช้สมุนไพร** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 1 สมมติฐาน และพบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

การใช้สมุนไพรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดวง กมล จันทร์นิมิตร, สิรินาถ มีเจริญ, เบญจวรรณ จงมหาศาลชัย, จารุวรรณ ไอสถนากร และณฤมิตร ดิษบรรจง, 2542)

- **การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 2 สมมติฐาน แต่ พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 1 สมมติฐาน สามารถ อธิบายได้ดังนี้

การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายความว่า การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแตกต่างกัน จะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงรับประทานไขมันสูงด้านอาหารไขมันมากเกินไป เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยง รับประทานไขมันสูงด้านอาหารไขมันมากเกินไป เกี่ยวกับการพยายามลดความเครียดโดยการนอน หลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Santativongchai , 2001)

การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมตามแผนการรักษาเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตรวจสอบตนเองเรื่องแผล เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเรื่องการใช้ยาเบาหวาน และเรื่องความ

สม่ำเสมอของการมาพบแพทย์ตามนัด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Santativongchai, 2001)

5. ปัจจัยด้านการบริการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

- **สถานที่รักษา/สถานบริการ** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 3 สมมติฐาน แต่พบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 2 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ ดังนี้

การบริการสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุชาดา ดวงอุปมา, 2548)

คลินิกที่ให้บริการต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (รัชตะ รัชตะนาวิน, 2531)

สถานที่รักษาโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mahmud, 2001)

- **การตรวจรักษา** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 1 สมมติฐาน และพบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

การตรวจรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการสุขภาพด้านการตรวจรักษาสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ป่วยมี พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองดี (สุกัลกษณ์ จันทาญ, 2546)

- **การให้คำปรึกษา** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 1 สมมติฐาน และพบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

การให้คำปรึกษา/สุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการสุขภาพด้านการให้คำปรึกษา/สุขภาพ สม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองดี (สุกัลกษณ์ จันทาญ, 2546)

- **การเยี่ยมบ้าน** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 3 สมมติฐาน แต่พบว่ามี ความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 2 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

การติดตามเยี่ยมบ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านมีการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมดีกว่าผู้ป่วย เบาหวานที่ไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน และมีการดูแลสุขภาพตนเองรายด้าน ด้านการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน ด้านการควบคุมอาหาร และด้านการดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไปและเท้า ดีกว่าผู้ป่วย เบาหวานที่ไม่ได้รับการติดตามเยี่ยม (จิตรกร วิเศษปัสสา, 2548)

การศึกษาของยศยันต์ ภูเมฆ (2547) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการเยี่ยมบ้านไม่แตกต่างกับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นในด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในด้านติดตามการรักษา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยา พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านดังกล่าว ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีความแตกต่างกับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเยี่ยมบ้านไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศุกลักษณ์ จันทาญ, 2546)

- **สิทธิการรักษา** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 3 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 1 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

สิทธิการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพรายด้านในเรื่องด้านอารมณ์และสังคม และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมจิต แซ่จิ่ง, 2547)

สิทธิการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เดือนใจ เสือดี และสุวรรณี ศรีประสิทธิ์, 2545; และ ศศิธร เป็รอด, 2543)

- **ระยะทาง** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 1 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ระยะทางต่างกันมีผลต่อการมารับการรักษาแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีเขตที่อยู่อาศัยที่มีระยะทางห่างจากโรงพยาบาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 กิโลเมตรมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อนันต์ สอนพวง, 2541)

- **ความพึงพอใจต่อการบริการ** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 6 สมมติฐาน แต่พบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 3 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความพึงพอใจต่อการบริการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความพึงพอใจต่อการให้บริการต่างกัน มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองต่างกัน (ชลฤดี ทับทิม, 2547)

ความพึงพอใจต่อการบริการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยดัชนีมวลร่างกายเหมาะสม และควบคุมปริมาณอาหารและจำนวนมื้ออาหาร (Santativongchai , 2001)

ความพึงพอใจการบริการต่างกันมีผลต่อการมารับการรักษาแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยความพึงพอใจการบริการสูงมีการมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อนันต์ สอนพวง, 2541)

ความพึงพอใจต่อการบริการไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุนทรา หิรัญวรรณ, 2538; และคมขำ ชินพันธุ์, 2545)

ความพึงพอใจต่อการบริการต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาเกี่ยวกับตรวจสอบตนเองเรื่องแผล เรื่องการใส่ยาเบาหวาน และเรื่องความสม่ำเสมอของการมาพบแพทย์ตามนัด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Santativongchai, 2001)

- การได้รับข้อมูลข่าวสาร/สุขภาพ มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 5 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 3 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมศักดิ์ คำชัยนวมงคล, 2541)

การได้รับบริการสุขภาพต่างกันมีผลต่อการมารับการรักษาแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยการได้รับบริการสุขภาพแบบรายบุคคลและรายกลุ่มมีการมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อนันต์ สอนพวง, 2541)

การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขต่างกันมีพฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวาน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ประชาชนที่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขเป็นบางครั้งมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มที่ได้รับเป็นประจำ (ญาณวุฑฒ ปัญญาใส, 2548)

การเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศศิธร เป็รอด, 2543)

การแนะนำของแพทย์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงน้ำตาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Tin, 1997)

- จำนวนการได้รับกิจกรรมดูแลตนเอง มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 2 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

จำนวนการได้รับกิจกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า จำนวนการได้รับกิจกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกัน จะมีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมปริมาณอาหารด้านการควบคุมอาหารสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงรับประทานน้ำตาลด้านมือ

อาหารหวาน การหลีกเลี่ยงรับประทานไขมันสูงด้านการทอดน้ำมันมาก, และอาหารไขมันมากเกินไป เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเส้นใยสูงด้านการรับประทานผัก, ผลไม้, และข้าวทั้งหมด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Santativongchai, 2001)

จำนวนการได้รับกิจกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมตามแผนการรักษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเรื่องการใช้ยาเบาหวานโดยการปรับยาเอง และโดยการลืมนินยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Santativongchai, 2001)

- **จำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสาร/ความรู้** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 3 สมมติฐาน และพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

จำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายความว่า จำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกัน จะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงรับประทานน้ำตาลด้านน้ำตาลผลไม้รสหวาน ผลไม้รสหวาน การใช้น้ำตาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Santativongchai, 2001)

แหล่งความรู้จากแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดวงกมล จันทร์นิมิตร, 2542)

แหล่งความรู้จากแพทย์ และแหล่งความรู้จากพยาบาลสามารถทำนายกับพฤติกรรมดูแลตนเองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดวงกมล จันทร์นิมิตร, 2542)

- **จำนวนสถานที่ค้นคว้าดูแลสุขภาพ** มีการทดสอบสมมติฐานจำนวนทั้งหมด 2 สมมติฐาน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 1 สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

จำนวนสถานที่ค้นคว้าดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า จำนวนสถานที่ค้นคว้าดูแลสุขภาพแตกต่างกัน จะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ด้วยการเลิกบุหรี่ เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ได้แก่ วิสกี้, เบียร์, และเหล้า/สุรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Santativongchai, 2001)

สถานที่ค้นคว้าดูแลสุขภาพต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมตามแผนการรักษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตรวจสอบตนเองเรื่องแผล เรื่องการใช้ยาเบาหวาน และเรื่องความสม่ำเสมอของการมาพบแพทย์ ตามนัด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Santativongchai, 2001)

หมวด 3 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

นอกจากงานวิจัยเชิงปริมาณที่ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะการควบคุมโรคและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ยังพบว่า มีงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 15 ชื่อเรื่อง เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค ความรุนแรงของโรค และภาวะแทรกซ้อนของโรค พฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติตัวในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด การดูแลสุขภาพทั่วไปและเท้า การใช้วิธีบำบัดทางเลือกอื่น การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น การจัดการความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และครอบครัว รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวาน ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

สาเหตุของโรคเบาหวาน

ในการศึกษาเพื่อให้ได้ซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานรับรู้สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน มีดังนี้ 1. เกิดจากกรรมพันธุ์ 2. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร 3. ความบกพร่องของตับอ่อน (นพวรรณ อัสวรัตน์, 2536; บุศรา เกิดพึงบุญประชา, 2534; และชารินา ไชยนา, 2548) 4. การพักผ่อนน้อย/ความเครียด (นพวรรณ อัสวรัตน์, 2536; และบุศรา เกิดพึงบุญประชา, 2534) 5. ความเจ็บป่วยที่มีอยู่เดิม (เช่น ความดันโลหิตสูง, โลหิตจาง, ตกเลือด, ไทรอยด์) (บุศรา เกิดพึงบุญประชา, 2534; และชารินา ไชยนา, 2548) 6. การใช้ยาต่างๆ (เช่น ยาหัวใจ, ยาแก้ปวด, ยาคุมกำเนิด) (นพวรรณ อัสวรัตน์, 2536; และชารินา ไชยนา, 2548) 7. ความอ้วนและไม่ออกกำลังกาย (นพวรรณ อัสวรัตน์, 2536)

“การเป็นเบาหวานไม่เกี่ยวกับการกิน ขึ้นกับกรรมพันธุ์มากกว่า”

“พ่อ แม่ ญาติพี่น้องไม่มีใครเป็นเบาหวาน นอกจากตนคนเดียว และตนก็ชอบกินหวาน เกิดมาชอบหวานเลย ของหวานกินไม่รู้จักอึด”

“แม่บ่มักกินหวาน ก็ยังเป็นเบาหวาน หรือเป็นย้อนกรรมพันธุ์ น้ำสาวของแม่ก็เป็น”

อาการของโรคเบาหวาน

จากการศึกษาของ นพวรรณ อัสวรัตน์ (2536) พบว่า เมื่อเริ่มเป็นโรคเบาหวานมักไม่รู้ว่าตนเองมีอาการของโรคเบาหวาน แต่ตรวจพบโรคเบาหวานจากการไปตรวจโรคชนิดอื่น หรือตรวจร่างกาย และตรวจมะเร็งประจำปี แต่การศึกษาของบุศรา เกิดพึงบุญประชา (2534) พบว่า ผู้ป่วยเชื่อว่าอาการปัสสาวะบ่อย เพราะจะเป็นอาการที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยในระยะแรกของการเจ็บป่วย และยังเชื่อว่าอาการเหนื่อยเพลียและไม่มีแรง เป็นอาการของโรคเบาหวาน สำหรับอาการอื่นๆ ที่พบเป็นรายๆ คือ อาการกระหายน้ำ กินจุ น้ำหนักลด เวียนศีรษะ คันตามผิวหนังบริเวณขาหนีบ ตามัว เป็นแผลหายช้า ขาปลายมือหรือปลายเท้า

การศึกษาของชาрина ไชยนา (2548) พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการและอาการแสดงภาวะโรคเบาหวานตามประสบการณ์การรับรู้ของแต่ละคน ได้แก่ คั้นในช่องคลอด เหนื่อยง่ายหรือเร็วกว่าปกติ กินมากแต่ไม่อ้วน ปัสสาวะบ่อย เป็นแผลแล้วหายยาก กระหายน้ำบ่อย ปัสสาวะมีมดคอม

“หิวน้ำ คอแห้ง กินน้ำลงไปก็เขียวออกมา เอน้ำราจะหอมเหมือนน้ำตาลไหม้”

“มันเขียวๆ เขียวเป็นฟอง ไม่แห้งชุ่มตลอด 2-3 วัน ก็ไม่แห้ง มีมดมาตอมเขี้ยว”

“มีอาการคันในช่องคลอด ไปหาหมอที่คลินิกในบ้านแทน ได้ยามาเหน็บที่หายคัน ก็เลยไปตรวจที่โรงพยาบาล หมอเพิ่นบอกว่าเป็นเบาหวาน”

จากการศึกษาของอัจฉรา ลำไย (2543) พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นเบาหวานเมื่อมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปัสสาวะบ่อย และมีอาการคันบริเวณอวัยวะเพศ

“ตั้งแต่บ่ยามาตั้ง 10 กว่าครั้ง นอนกลางคืนต้องนอนแช่ร่องเลยนี่เป็นบ่อเปียกเลย ไปตรวจเค้าว่าเป็นเบาหวาน”

“มีอาการวิงเวียนและคันตรงนั้น แล้วจึงไปตรวจปัสสาวะและเจาะเลือด”

ความรู้แรงของโรคเบาหวาน

จากการศึกษาของ นพวรรณ อัครรัตน์ (2536) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าจะเวลารักษายาวนาน ไม่มีโอกาสหายขาดจากโรคเบาหวาน ซึ่งผู้ป่วยรับรู้มาจากแพทย์ ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยตนเอง และพบเห็นจากคนอื่นเสมอส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ถูกต้องกว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีโอกาสหายขาดจากโรค

จากการศึกษาของบุศรา เกิดพืงบุญประชา (2534) พบว่า ผู้ป่วยเชื่อว่าโรคนี้เป็นโรคที่มีความรุนแรงไม่มาก เพราะแม้ว่าจะรักษาไม่หาย แต่ก็สามารถป้องกันไม่ให้มีอาการเพิ่มขึ้นด้วยวิธีการควบคุมอาหาร การใช้ยาเป็นประจำ และการออกกำลังกาย ประสบการณ์ที่เคยพบเห็นคนที่ป่วยโรคเบาหวาน ไม่ว่าจะเป็นกับตนเองหรือคนในครอบครัวของผู้ป่วย/ญาติเคยประสบทำให้ผู้ป่วยรับรู้และเชื่อว่าโรคนี้มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเชื่อว่าโรคเบาหวานจะมีความรุนแรงมากขึ้น หากมีอาการแทรกซ้อนตามมา “ถ้าเป็นโรคแทรกขึ้นมา แล้วมันก็จะผสมกันเป็น 2 แรงทำให้เป็นหนัก”

จากการศึกษาของรัชณี กลิ่นศรีสุข (2540) พบว่า หญิงตั้งครรภ์รับรู้โรคเบาหวานมีความรุนแรงโดยการใช้อินซูลินเป็นเกณฑ์ตัดสิน ซึ่งเชื่อว่าถ้าอาการของโรคเบาหวานไม่รุนแรงก็ใช้การควบคุมอาหารอย่างเดียวก็พอ แต่ถ้าคุมอาหารอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ แพทย์จะใช้อินซูลินในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดร่วมด้วย กล่าวคือ ผู้ที่ควบคุมอาหารอย่างเดียวจะมีความรุนแรงของโรคน้อยกว่าผู้ที่ต้องใช้อินซูลินในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนกลุ่มที่ต้องใช้อินซูลินในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีความเชื่อว่า

ตนเองมีอาการรุนแรงกว่าผู้ที่ไม่ต้องใช้ยาอินซูลิน แต่ก็มีอาการไม่รุนแรงและถึงอันตราย เพราะตนเองนินทาในปริมาณน้อยและไม่มีอาการผิดปกติอะไร

“สงสัยเราคงเป็นมากกว่าคนอื่น บางคนคุมอาหารอย่างเดียวก็เพียงพอแต่เราก็นินทาด้วยแต่ก็ เป็นไม่มากเท่าไร เพราะนินทาน้อย อาการผิดปกติก็ไม่มีอะไร ลูกก็ดีนินทานิดเดียวก็คุมน้ำตาลได้ ดี”

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

จากการศึกษาของ นพวรรณ อัสวรัตน์ (2536) พบว่า ผู้ป่วยรับรู้การแทรกซ้อนและรู้สึกลัว ต่อความรุนแรง คือกลัวเสียชีวิตหรือพิการ และกลัวแผลหายยาก ส่วนการรับรู้โรคแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคต่อกระดูก จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกลัวและหาทาง ป้องกันด้วยการควบคุมอาหารและควบคุมระดับน้ำตาล

“ผมยังไม่เป็นนะโรคความดัน โรคหัวใจ ผมคุมได้และออกกำลังกายด้วย ก็คงไม่เป็นไร เคย เห็นคนเป็นแผล คิดว่าเป็นเพราะเขาไม่ยอมทานยาตามหมอสั่ง”

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุศรา เกิดพืงบุญประชา (2534) พบว่า ผู้ป่วยรับรู้โรคแทรก หรืออาการที่ผู้ป่วยคาดว่าจะปรากฏในช่วงท้ายของความเจ็บป่วย คือ โรคไต โรคหัวใจ โรคความดัน โลหิตสูง โรคตับ โรคมะเร็งที่ทรวงอก โรคปอด หรือมีอาการตาพร่ามัว เป็นแผลหายช้ากว่าปกติ อาการชาปลายมือปลายเท้า ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนพบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าสามารถป้องกันได้ โดยการควบคุมอาหาร จำเป็นต้องใช้ยาเป็นประจำ และการออกกำลังกาย

จากการศึกษาของชาลินา ไชยนา (2548) พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนเมื่อเกิด อาการแล้ว โดยแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลเป็นผู้บอกให้ทราบ เช่น การเกิดโรคความดันโลหิต สูง การเกิดโรคหลอดเลือดฝอยในสมองตีบ เป็นต้น “หมอบอกว่า แม่เริ่มมีเป็นโรคความดันโลหิต สูงและเป็นโรคหลอดเลือดฝอยในสมองตีบ จากการเป็นเบาหวานมานาน” “บางคนที่ป่วยปฏิบัติ ตนตามหมอบอก ก็เฮ็ดให้ป่วยจนต้องเข้าโรงพยาบาลมีโรคแทรกซ้อน จนเป็นอัมพาต ช่วยเหลือ ตนเองไม่ได้ จนเฮ็ดให้ต้องล้มหมอนนอนเสื่ออยู่กับบ้านเหมือนกับนางพ. นั้นแหละ ก็เฮ็ดให้ผู้อยู่ นานยุ่งยากแน่”

พฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติตัว

1. การบริโภคอาหาร

จากการศึกษาของ นพวรรณ อัสวรัตน์ (2536) พบว่า การดูแลตนเองในการเลือกประเภทและ ปริมาณของอาหาร ผู้ป่วยจะรับประทานข้าวในปริมาณปกติ ชอบของหวานหรือผลไม้หวานจัด แต่ พยายามจำกัดปริมาณให้น้อยลง รับประทานอาหารเพียง 3 มื้อ หลีกเลี่ยงอาหารแสลง จำกัดอาหาร ไขมัน/ทอด

“เดิมผมเป็นคนชอบหวาน บางครั้งนมข้นหวานดักทานจิ้มกับขนมปัง เคี้ยวนี้ทานนิดหน่อย และชอบขนมเค้กก็ ตอนนี้อย่างทานอยู่บ้าง แต่เรารู้ทีลัดอาหารหวานให้น้อยลง แต่ไม่ใช่คงเคย เคยกินขนม 2 ถ้วยก็เหลือถ้วยเดียว”

“ของแสดงเน้นของที่หมอห้ามไม่ให้กิน ไม่ให้กินข้าวเยอะ ไม่ให้กินทุเรียน น้อยหน้า เราก็ไม่กล้ากิน ถ้าเราไปกินน้ำตาลก็ไม่ลด ถ้ามากไปถึง 200 ไม่ดี เราก็พยายามลดของเรา อย่างครั้งที่แล้ว 200 กว่าไม่ดีและอ้วนขึ้น”

“จากก่อนป่วยเคยกินมื่อละหลายจาน จะพยายามไม่ให้เกินมื่อละ 1 จาน”

“ถ้าหากวันใดต้องออกไปร่วมงานหรือไปกินอาหารนอกบ้านกับเพื่อน ถ้าอาหารมื่อนั้นหาพักไม่ได้ ก็จะใช้วิธีการดื่มน้ำมากๆ เพื่อจะได้รู้สึกอิ่มท้อง หรือถ้ายังหิวก็จะกลับมาหาอาหารกินที่บ้าน” (บุศรา เกิดพึงบุญประชา, 2534)

แต่กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เคร่งครัดในการควบคุมอาหาร บริโภคอาหาร 4-5 มื่อในแต่ละวัน หรือตามใจปากตนเองในบางมื่อ จะมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่เข้มงวดขึ้นในช่วงก่อนจะมาตรวจ/เจาะเลือด 1-2 วัน “เมื่อก่อนน้องชายพี่มาชวนไปกินเหล้า พอได้แ้วบ้านมีงาน เขาถามว่ากินข้าวหรือยัง พี่ก็บอกว่ากินแล้ว ทั้งๆที่ยังไม่ได้กิน แต่กลัวเค้าจะชวนไป แ้วอดไม่ได้ต้องกินเหล้า นี่เมื่อกินก็ไม่ได้กินข้าว กินถั่วและ 2 ถ้ากลัวน้ำตาลขึ้น แ้วหมอจะว่าเอา นึกว่าวันนี้ตรวจเสร็จแล้วจะไปงานยัง ใจวันนี้คงต้องไปกินเหล้ากับเค้า น้องชายสุดส่าห้มาจากกรุงเทพฯ” (บุศรา เกิดพึงบุญประชา, 2534)

จากการศึกษาของชารินา ไชยนา (2548) พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารลักษณะจำกัดหรือควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัด ปฏิบัติบ้างไม่ปฏิบัติบ้าง และไม่จำกัดหรือหรือควบคุมหรือไม่เปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหาร แต่ผู้ป่วยเบาหวานจะกลับมาเข้มงวดในการจำกัดอาหารเมื่อรับรู้วาระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

“มันอดไม่ได้ดออก มันอยากกินหมากไม้หวาน ก็กินบ้างแต่กินบ่หลาย กินหมากม่วงสุกมื่อละหน่วยสองหน่วย”

“จะลดปริมาณการกิน ไม่กินน้ำอัดลม ลดหวาน ลดข้าว จากกินข้าว 2-3 จานลดเหลือ 1 จาน ผลไม้หวาน เช่น มะม่วงกิน 1 ลูก ลดลงเหลือครึ่งลูก ของหวานกินได้ยอกินเยอะ”

“คุมไม่ได้ พุดถึงเรื่องกินมันคุมไม่ได้ ต้องกินบ้าง กินยาเบาหวานอยู่แล้ว ยอกุมมันหลาย (เบาหวาน)เดียวจะเหนื่อย นอกจากเป็นมากๆจึงคุม”

ในการควบคุมอาหาร ผู้ป่วยลดขนมหวานเท่านั้น ส่วนชนิดและปริมาณของอาหารและข้าวรับประทานตามปกติไม่มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยบางคนลดการรับประทานอาหารอย่างเคร่งครัด เนื่องจากผู้ป่วยเชื่อว่าโรคมีความรุนแรงอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ ส่วนผู้ป่วยที่เชื่อว่าโรคไม่มี

ความรุนแรง แพทย์สามารถรักษาให้อาการผิดปกติต่างๆ บรรเทาอาการลงหรือหายไป จึงไม่เคร่งครัดในการลดรับประทานอาหารของหวาน (ปทุมพรรณ มโนกุลอนันต์, 2535) ผู้ป่วยรับรู้การควบคุมหรือรับประทานอาหารชนิดต่างๆ ในปริมาณที่จำกัดตามคำแนะนำว่าควรลด พยายามลดอาหารจำพวกข้าว แป้งลงให้มากที่สุด และคำแนะนำว่าควรเพิ่มหรือรับประทานได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพแทน (จิตตินันท์ พงสุวรรณ, 2541) โดยมีวิธีการปรับเปลี่ยนนิสัยการรับประทานอาหาร ได้แก่

1. ลดปริมาณอาหารในแต่ละวัน เช่น รับประทานพ้ออ้ม รับประทานผักบุ้ง ข้าวต้ม หรือดื่มน้ำแทน

“เขาก็เคยบอกเหมือนกันนะ กำหนดให้กินเท่านั้นๆ แต่ว่าผมก็ไม่เอาตามนั้นของเขา พุดง่าย ๆ ว่าเราพ้ออ้มนะ พยายามกินข้าววันละจาน เราค่อยทำมาทีละนิดๆ จนกระทั่งเราปฏิบัติตัวเราได้เอง ข้าวราดแกงจานเดียวจะผมกินไม่เคยเต็มเลย”

2. งดหรือลดอาหารที่เคยชอบ ซึ่งมักจะเป็นอาหารหรือผลไม้รสหวานจัด และอาหารมัน ที่รับรู้ว่าเป็นอาหารแสดงโรคที่ไม่ควรรับประทาน

“แต่ทุกวันนี้ผมหยุดปาต่องโก๋ มากินขนมปังอะไรพวกนี้แทน เพราะเขาไม่กินข้าว นี่พ้ออยู่ได้ พวกแกจะอะไรนี้ หมดสิทธิ์ ผมไม่ค่อยกิน กินเหมือนกันแต่ไม่มาก ผมชอบแห้งๆ จืดๆ ของทอดไม่ค่อยชอบ เมียผมชอบซื้อขนมขึ้น วุ้นหน้ากะทิ ผมกินเพราะมันไม่หวานจัด เหมือนทองหยิบทองหยอดนั้นผมสละสิทธิ์ไปเลย ไม่เอาแล้วมันเข้มข้นอยากแรง พวกนั้น”

3. แลกเปลี่ยนปริมาณอาหาร

“บางทีผมกินข้าวน้อยกว่าหมอสั่งก็มี หมอสั่งกิน 3 ทักพี ผมก็ไม่กินถึง 3 ก็มี ผมไปเพิ่มทางโน้น แล้วผมก็ไปลดทางนี้ มันแล้วแต่อารมณ์บางจังหวะนะ พิจารณาตัวเองวิจัยตัวเองว่าเรากินไอนั้นมากแล้วเราต้องลดไอนี้ เดียวไปลดอันอื่นก็ได้ กินข้าวโพดมันๆ เดียวไปลดข้าวก็ได้”

4. กินอาหารที่เชื่อว่าควรกิน

“คนเป็นเบาหวานนี้ให้กินน้ำร้อน น้ำร้อนดี มันไล่เหงื่อออก ขับเหงื่อออก เบาหวานมันได้ ออกไปกับเหงื่อครับ มันขับ เบาหวานมันก็ได้ขับออกไปกับเหงื่อตามนั้น ตามรูชน”

จากการศึกษาของอัจฉรา ลำไย (2543) พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมี 3 ลักษณะ คือ

1. รับประทานข้าวมากและจะรับประทานอาหารหวานเล็กน้อย เนื่องจากเชื่อว่าเป็นเบาหวานต้องรับประทานของหวานบ้างเมื่อมีอาการวูบๆ วาบๆ คือ อาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แล้วตัวเองจะไม่รู้สึกตัว อาจถึงแก่ชีวิตได้ ส่วนน้ำตาลในเลือดสูง ยังสามารถลดให้ปกติหรือต่ำได้ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นผู้ป่วยที่เริ่มเป็นโรคเบาหวาน 1-3 ปี

2. การกินข้าวน้อยและงดหวานโดยเด็ดขาด แต่ดื่มสุรา เป็นผู้ป่วยมีระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน 10 ปีขึ้นไปไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ประสบผลสำเร็จจากการควบคุมอาหารและงดหวานโดยเด็ดขาด เพราะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดปกติและทำตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด

3. ไม่ควบคุมอาหารเลย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี และมีอาการแทรกซ้อนเป็นครั้งคราว คือ แผลเรื้อรัง และต้อกระจก เพราะผู้ป่วยเป็นนานมีความชำนาญในการที่จะสามารถรู้อาการของตนเองว่าระดับน้ำตาลสูงหรือต่ำเป็นอย่างไร สามารถที่จะปรับการรับประทานอาหารของตนเองได้ การที่เป็นนานจนรู้สึกท้อแท้ที่จะควบคุมอาหาร จึงรับประทานอาหารโดยไม่ได้อะไร

จากการศึกษาของรัชณี กลิ่นศรีสุข (2540) พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีการควบคุมอาหารโดยการลดปริมาณอาหารจำพวกข้าว แป้ง น้ำตาลและเครื่องดื่มที่มีรสหวานลง หรือรับประทานอาหารประเภทข้าวแป้ง เท่าเดิมแต่ลดปริมาณขนมหวานและผลไม้รสหวานลง

“ของหวานผลไม้รสหวานจัด หมอห้ามกินไม่ให้กินข้าวเยอะ ไม่ให้กินพวกเงาะ ลำไย เราต้องควบคุมตัวเรา ขนาดคราวก่อนมาเจาะเลือดกินแค่สลัดอย่างเดียวยังขึ้นมา 158 ก็ลดของหวานๆ กินน้อยหน่อย แต่ถ้าอยากมากก็กินนิดๆ หน่อยๆ ก็ยังกินอยู่บ้าง แต่ก่อนกินทุกมื้อหลังอาหารกลางวัน ตอนนี้กินบ้าง ไม่กินบ้าง ถ้ากินก็น้อยกินไม่หมดถ้วยหรอก”

2. การออกกำลังกาย

ผู้ป่วยเชื่อว่าการทำงานในชีวิตประจำวันเป็นการออกกำลังกาย เช่น ทำนา ทำสวน ค้าขาย ทำงานบ้าน รดน้ำต้นไม้ ทำมิด การเข็นรถขายไถ่อย่าง จึงไม่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เป็นกิจกรรมที่ชัดเจนเกิดขึ้น (บุศรา เกิดพึงบุญประชา, 2534) ผู้ป่วยเข้าใจว่าการออกกำลังกายและการทำงานมีความคล้ายคลึงกัน จึงไม่มีผู้ป่วยคนใดที่มีกิจกรรมที่เป็นการทำงานโดยเฉพาะ (ปทุมพรรณ มโนกุลอนันต์, 2535) “แค่เดินก็หลายรอบ เดินขึ้น เดินลง มันก็เหมือนได้ออกกำลังกายบ้าง ก็ยังดิ้นะ ฉะนั้นออกกำลังกายตลอดเวลาละค่ะ ไปตัดชะอม ถางสวน ถางป่า หาของขายจนเหงื่อท่วม” (นพวรรณ อัสวรัตน์, 2536)

ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำให้ออกกำลังกาย และทราบว่ามีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ มีความเข้าใจว่าการทำงานเป็นการออกกำลังกาย ประกอบกับไม่มีเวลา สุขภาพไม่ดีเหนื่อยง่าย

“การออกกำลังกายกับการทำงานเป็นสิ่งเดียวกัน เพราะการทำงานบ้านต้องก้มๆ เงยๆ เก็บกวาดบ้านทุกวันเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง ไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายและเป็นเรื่องที่ย่างยาก อยู่บ้านจะออกกำลังกาย เก็บกวาดบ้าน ซักผ้า เวลาทำเหงื่อออก มีแรง เนื้อตัวเปียกหมด ก็ออกกำลังกาย

เหมือนกัน ถึงแม้ว่า हमจะให้คำแนะนำเรื่องการออกกำลังกาย คนก็ไม่มีเวลาปฏิบัติตามเพราะต้องดูแลหลาน” (ชาрина ไชยนา, 2548)

จากการศึกษาของจิตตินันท์ พงสุวรรณ (2541) พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการออกกำลังกาย 3 ลักษณะ คือ

1. ออกกำลังกายเมื่อมีโอกาส

“เมื่อก่อนไม่ได้ออกกำลังกาย ไม่ได้ออกกำลังกาย พอเป็นเบาหวาน हमว่า ออกกำลังกายบ้างนะฮะ ! ไปเดินสักพักอีกแหละ อาทิตย์หนึ่งสัก 2-3 ครั้งนะ การออกกำลังกายมันก็เป็นส่วนหนึ่งนะ แต่เราไม่ค่อยได้ไปออกนอ มาจากโรงเรียน เอ้า ! เลิกมาถึงทำกับข้าว ทำกินกันค่าเสียแล้ว ไม่ค่อยได้ไปออก บางวันนานๆ ไปออกสักที”

2. พยายามทำงานจนได้เหงื่อ

“คนเบาหวานต้องให้เหงื่อออก ต้องทำอะไรให้เหงื่อออก วันไหนเหงื่อไม่ออกหรือโซ้ (ไม่สบายตัว) มันคล้ายๆ โสงเสง (มีนศิริระ) อยากจะนอน อยากพักผ่อนให้มาก ถึงผมชุดตรงนั้น (บริเวณใกล้ๆ บ้าน) ครัว ชุด ถาก ปลุกผัก พอร้อนผมเข้านั่งเช็ดเหงื่อ ถึงถากอีก รู้สึกว่าร่างกายมันบวม นี่ผมทำเรื่อย พรรคพวกให้นายว่าผมนั่น พงศ์ช็อกแซ็ก (อยู่ไม่เนิ่นต้องทำงานอยู่เรื่อย)”

3. พยายามออกกำลังกายทุกวัน

“พยายาม ออกกำลังกาย ออกสัปดาห์ตั้งแต่ 5 ไปเดินตั้งชั่วโมง คิดดูนะ อายุตั้ง 60 แล้ว เมื่อก่อนนั้น ก็เดิน แต่ยังมีเดินบ้างไม่เดินบ้าง แต่ตามคำหมอนี้เดิน บางครั้งนะเดินเช้า เดินเย็น เข้าชั่วโมง เย็นชั่วโมง ตอนนี้ เย็นนั้นเปลี่ย บางทีเราอายุมากก็เลยเอาแค่รอบเดียว ตอนเช้า เดินประมาณ 4 รอบ หลากโลนะ เดินเร็วพอประมาณ วันละประมาณ 1 ชั่วโมง ทุกวัน”

จากการศึกษาของรัชณี กลิ่นศรีสุข (2540) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เชื่อว่าการทำงานในชีวิตประจำวัน เช่น การออกกำลังกายในการทำงานหลายๆ ประเภทเป็นการออกกำลังกาย เช่น การทำสวน และทุกรายไม่ทราบว่าออกกำลังกายมีผลต่อโรคเบาหวานอย่างไร แต่เชื่อว่าการออกกำลังกายจะทำให้บุตรในครรภ์แข็งแรง คลอดง่าย

“วันไหนหยุดก็ทำงานบ้าน ซักผ้า ถูบ้านกวาดบ้าน ก็ได้เดินขึ้นลงบันไดอยู่แล้ว แก่นี่น่าจะพอเพราะมันก็ได้ออกกำลังกายไปด้วย ทำงานบ้านก็ได้เหงื่อก็เป็นการออกกำลังกายไปในตัว แต่ไม่เคยรู้ว่ามันมีผลต่อเบาหวาน รู้แต่ว่าช่วยให้ลูกแข็งแรง คลอดง่าย”

3. การรับประทานยา

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัญหาเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การลืมรับประทานยา/ขาดยา การปรับยาหรือหยุดยาเอง และการใช้สมุนไพรเสริม ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

การลืมนับประทานยา/ขาดยา

ผู้ป่วยมักลืมนับยาหลังอาหารเช้าย่อยที่สุด และวิธีแก้ไขการลืมนับยาของตนเอง คือ รับประทานที่เมื่อนึกขึ้นได้ หรือข้ามยาในมือนั้นไป และส่วนมากไม่เพิ่มยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ (นพวรรณ อัสวรัตน์, 2536) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุศรา เกิดพึงบุญประชา (2534) ที่พบว่าผู้ป่วยลืมนับยาหรือผิดยา ทำให้ผู้ป่วยขาดยามื้อนั้นๆ หรือวันนั้นไป เพราะไม่แน่ใจว่ากินหรือผิดยาแล้วหรือไม่ ก็จะใช้วิธีการปรับเปลี่ยนการกินยา โดยเก็บยานั้นไว้กินพร้อมกับมื้อถัดไป หรือกินทันทีที่นึกได้ ซึ่งสาเหตุการขาดยา คือ ความกังวลใจที่ต้องกินยาทุกวันๆวันทีลดลง หรือความรัดตัวในเรื่องของงาน

“ตื่นเช้ามาจะรับประทานยาเลย เตียวแม่จะลืมน กลับมาจากวัดจึงได้กินข้าว แต่ยานลืมนหลายก็เลยต้องฟ้าวกิน” (ชาрина ไชยนา, 2548)

“บางครั้งลืมนับยาเบาหวานหลังอาหาร ซึ่งเป็นยาลดน้ำตาล แต่ถ้านึกได้ครั้งใดก็กินทันที บางครั้งก็กินแบบดับเบิ้ล (กินควบ) คือ ลืมกินยาหลังอาหารเช้า ก็กิน 3 เม็ดพร้อมกันทันทีในช่วงเย็น” (ชาрина ไชยนา, 2548)

“ลืมนับยาค่อนข้างบ่อย (1 เดือนลืมนับยา ประมาณ 3 ครั้ง) ยาก็เหลือ 10 เม็ดต่อเดือน วันไหนกินข้างเสร็จแล้วลืมนับ ก็จะไม่กินเลย เพราะหมอบอกว่า ให้กินก่อนอาหาร ตนก็จะกินวันรุ่งขึ้นเลยและคิดว่าถ้ากินหลังอาหารจะไม่เห็นผล ถึงแม้ว่าจะลืมนับยา ก็ไม่มีอาการผิดปกติ และสังเกตตนเองว่าถ้ากินยามากทำให้ยิ่งเหนื่อย กินเมื่ครั้งบางครั้งทำให้เหนื่อย กินเม็ดหนึ่งไม่เหนื่อยก็ทำให้ตนลดขนาดยาเองในบางครั้ง” (ชาрина ไชยนา, 2548)

การปรับยาหรือหยุดยาเอง

การปรับขนาดยา มีสาเหตุมาจากการพบอาการผิดปกติของตนเอง “กินยาตัวนี้ที่ไรต้องคลื่นไส้ อาเจียนและรู้สึกเบื่ออาหาร พี่บอกหมอขอเปลี่ยนเป็นยาตัวอื่น ก็ไม่ยอมเปลี่ยนให้เลยต้องหยุดยาเอง” หรือ “วันนี้กินยาไปเข้าไประยะแล้วก็พอหลังกินไซ้ใหม่ก็รู้สึกมีน้ำหนัลดลงเลยสงสัยน้ำตาลมันขึ้นก็เลยกินยาเพิ่มไปครึ่งเม็ด” (บุศรา เกิดพึงบุญประชา, 2534) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชาрина ไชยนา (2548) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความเบื่อหน่ายในการรักษาจากการป่วยระยะเวลานานทำให้มีการปรับขนาดยา โดยการเพิ่มยาและลดขนาดยาเอง นอกจากนี้ผู้ป่วยรับประทานยาก่อนอาหารไม่ตรงเวลา ไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร รับประทานยาตามความเข้าใจและความสะดวกของตนเอง โดยการรับประทานยาทันทีจนถึงนานกว่า 1 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังเชื่อว่าฤทธิ์ของยาเบาหวานสามารถคุมน้ำตาลได้มีผลทำให้น้ำตาลในเลือดลดลง ทำให้ไม่ควบคุมการรับประทานอาหาร

“บางครั้งก็ลดยากินเอง เพราะปวดท้องจากการเป็นโรคกระเพาะ และหมอเคยบอกว่า กินยาหลายๆ มีผลต่อกระเพาะทำให้เสบท้องได้ เลยลดยาเอง ยาก่อนอาหารลดเองครึ่งละครึ่ง เช่น หมอสั่งให้กิน 2 เม็ด ก็ลดเป็นเม็ดครึ่ง หลังอาหารก็ลดเองแบบเดียวกัน”

แต่การศึกษาของรัชณี กลิ่นศรีสุข (2540) พบว่า หญิงตั้งครรภ์เชื่อว่ายาของโรงพยาบาลจะได้ผลดีที่สุด และไม่กล้าปรับเปลี่ยนขนาดยาหรือรับประทานยาอื่นนอกเหนือจากยาที่แพทย์สั่ง เพราะกลัวจะมีผลต่อบุตรในครรภ์ และการฉีดอินซูลินก่อนรับประทานอาหารเร็วหรือช้าเกินไปมีผลต่อการออกฤทธิ์ของยา ซึ่งจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้และจำเป็นต่อการรักษาควบคุมโรคเบาหวาน

“ต้องฉีดยาเมื่อถึงเวลาฉีดยา เพราะเราต้องกินข้าวไม่จั้นเดียวถึงเวลากินข้าวแล้วยังไม่ได้ฉีดยาไว้ก่อน กว่ายาจะออกฤทธิ์พอดีน้ำตาลสูงเกินไปอีก ถ้าฉีดยาแล้วยังไม่กินข้าวก็จะน้ำตาลต่ำอีก เราก็ต้องฉีดตอนได้เวลาฉีด กินตอนได้เวลากิน จะได้ไม่ลืม”

“ฉีดยาตามที่หมอบอก ฉีดแค่ 15 ยูนิต ก็คุมมา 15 ชีดพอดิ กระบอกยาแบ่งเป็นชีดเล็กอยู่แล้วดูดยาไม่ยากหรอกไม่มีปัญหาฉีดได้ตามที่หมอบอก”

การใช้สมุนไพรเสริม

จากการศึกษาของอัจฉรา ลำไย (2543) พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยาแผนปัจจุบันอย่างเดียว เป็นผู้ป่วยที่เคยใช้สมุนไพรมาก่อน แต่เลิกใช้เนื่องจากความยุ่งยากในการสมุนไพร การเตรียมรสชาติขม

“กินแต่ยาหลวงถือว่ากินอย่างนี้ถูกแล้วไม่กินยาหม้อเพราะขี้เกียจดื่มทุกวัน”

4. การมาตรวจตามแพทย์นัด

จากการศึกษาของบุศรา เกิดพึงบุญประชา (2534) พบว่า ผู้ป่วยจะไม่ตรงวันที่แพทย์นัดแบ่งเป็นมาก่อนนัด เพราะยาหมดก่อนกำหนด เนื่องจากปรับยาเองหรือมีอาการเจ็บป่วยที่เชื่อว่ามี ความรุนแรงของโรคเกิดขึ้น เช่น ใจสั่น อ่อนเพลีย ซา หรือตาพร่ามัว ส่วนสาเหตุที่มาหลังนัด 1- 2 สัปดาห์ เพราะการจ่ายของโรงพยาบาล ซึ่งเดิมมีระบบการจ่ายยาครั้งละ 30 วัน ขณะที่การนัดเป็น 28 วัน หรือ 4 สัปดาห์ต่อครั้ง มีผลทำให้ยาเหลือทบมาเรื่อยๆ พอที่จะมีช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสามารถมาพบแพทย์ช้ากว่านัด 1 – 2 สัปดาห์ได้ หรืออาจมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยติดธุระสำคัญ เช่น การไปร่วมงาน เผาศพญาติต่างจังหวัด การเฝ้าบ้านหรือร้านค้า เพราะไม่คนดูแลบ้าน

“ที่ต้องเลือกเอาระหว่างการที่จะต้องขาดยา 1-2 อาทิตย์กับเงินที่จะได้ในช่วงที่ดันเดือนขนมที่ร้านขายได้ดี หนี้ที่มีเยอะ ถ้าหยุดบ่อยๆคงไม่ไหว นอกจากเดือนไหนรู้สึกตัวเองอาการไม่ดี ตามัว ก็ต้องหยุดรีบมาตามนัด” (บุศรา เกิดพึงบุญประชา, 2534)

จากการศึกษาของชาрина ไชยนา (2548) พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากไปพบแพทย์ตามนัด แต่มีบางรายที่ไม่ได้ปฏิบัติตาม เนื่องจากเสียเวลาและไม่มีเวลา คิดว่าไม่มีอาการผิดปกติ ไม่ได้สนใจนำผลการตรวจรักษาและผลระดับน้ำตาลในเลือดมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงพัฒนาดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้น แต่หวังพึ่งยา ทำให้ไม่ควบคุมอาหารและไม่ดูแลตนเอง

“ไปหาหมอตามนัด ก็เพื่อว่าจะได้ยามา ถ้ากินหลายน้ำตาลขึ้น หมอก็จัดยาเพิ่มให้กิน มันก็ดีขึ้น”

“ตนก็ไม่ได้ไปรับยาตามนัดมา 3-4 ครั้งติดต่อกัน ต้องไปเฝ้างานที่ชัยภูมิ ฝากน้องสาวไปเอามาให้ กระบี่มีอาการวิงเวียนหรือผิดปกติอีก”

“มาโรงพยาบาลเองกับเพื่อนบ้านที่เป็นเบาหวาน ถึงวันนัดช่วยเดือนไม่เคยขาดยาไปเอาตลอด”

จากการศึกษาของปทุมพรรณ มโนกุลอนันต์ (2535) พบว่า ผู้ป่วยเชื่อว่าโรคนี้รักษาให้หายขาดไม่ได้จะต้องรับการรักษาไปตลอดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาโรคเบาหวานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องแม้จะไม่มีอาการผิดปกติ ส่วนผู้ป่วยที่เชื่อว่าโรคนี้รักษาหายขาดได้ ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาโรคเบาหวานไม่ต่อเนื่อง ถ้าอาการผิดปกติต่างๆเลวลงจะหยุดยาเอง แต่ถ้าอาการผิดปกติกลับมาก็ไปขอรับการรักษาใหม่

5. การใช้วิธีบำบัดทางเลือกอื่น

จากการศึกษาของ นพวรรณ อัสวรัตน์ (2536) พบว่า ผู้ป่วยใช้ยาสมุนไพรหรือยาอื่นๆควบคู่ไปกับยาโรงพยาบาล โดยใช้ยาสมุนไพรสม่ำเสมอหรือใช้เป็นครั้งคราว เพราะผู้ป่วยเชื่อว่ายาแผนโบราณรักษาได้ผล ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ยาสมุนไพรที่ผู้ป่วยเชื่อ ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร ต้นบอระเพ็ด เป็นต้น แต่ก็กินยาของโรงพยาบาล เพราะเชื่อว่าเป็นหลักในการรักษาของโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุศรา เกิดพึ้งบุญประชา (2534) พบว่า ผู้ป่วยที่เคยใช้ยาสมุนไพรในอดีตและปัจจุบันยังใช้อยู่ควบคู่กับยาโรงพยาบาล มีความเชื่อว่ายาสมุนไพรแม้ว่าจะไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่คุมไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดขึ้นสูงมากผิดปกติเมื่อใช้ร่วมกับยาของโรงพยาบาล ซึ่งสมุนไพรที่นิยมใช้ เช่น อินทนิลน้ำ รางจืด บอระเพ็ด ใบสัก ลูกใต้ใบ ม่านพระอินทร์

“มั่นใจว่ากินยาหมอหลง อยู่ในธรรมะจะหายขาด” (นพวรรณ อัสวรัตน์, 2536)

“มันกำกึ่ง บางครั้งใช้แล้วมันก็ดีขึ้น บางครั้งใช้แล้วเฉย ๆ เพราะเราไม่ได้กินตลอด” (นพวรรณ อัสวรัตน์, 2536)

“ที่ไปลองยาสมุนไพรเพราะคนข้างบ้านแนะนำมา แล้วถ้าใช้ได้ผลจะได้ใช้ไม่ต้องมาโรงพยาบาล ก็เกียจจะเลือดเจ็บตัว พอจะเลือดที่ไหนได้น้ำตาลขึ้นเอาขึ้นเอา แต่ตอนนี้ใช้ทั้ง 2

อย่าง คิดว่ามันช่วยกันได้ เพราะใช้ทั้งยาฉีดแล้วก็กินพวกวางจิตไปด้วย ก็กินๆหยุดๆไม่ได้กิน ติดต่อกันหรอกนะ ตอนไหนรู้สึกไม่ค่อยดีก็กินไปช่วยกัน” (บุศรา เกิดพึงบุญประชา, 2534)

จากการศึกษาของชาрина ไชยนา (2548) พบว่า ผู้ป่วยเชื่อว่าสมุนไพรมีประโยชน์ไม่มีโทษ ช่วยเสริมและบรรเทาอาการเบาหวานทุเลาลง โดยเฉพาะสมุนไพรที่มีรสขม ถึงแม้ทราบว่าไม่มียาชนิดไหนที่รักษาเบาหวานให้หายขาดนอกจากรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานนิยมใช้สมุนไพรควบคู่กับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน

“นอกจากกินยาหมอ สาเหตุที่ตนคุมน้ำตาลได้ เพราะน้ำร้อนจากยาต้มสมุนไพร รากยาหัวหนอน ตายซาก ยาหัวข้อ ต้นกันจ้ำ ใบมอญ นำมาต้มรวมกันกินครั้งละ 1 ถ้วยก่อนกินข้าว”

“ยาสมุนไพรสู้ยาหมอไม่ได้กินสมุนไพรแล้วไม่เห็นมีใครน้ำตาลลดลงหรือหายขาดจากการเป็นเบาหวานทำให้ตนไม่เคยซื้อยาสมุนไพรกิน”

“การกินสมุนไพรไม่ดีเท่ากับกินยาหมอ ตนต้มกินหมดทุกอย่างน้ำตาลก็เหมือนเดิมสมุนไพรรักษาเบาหวานไม่หายเพียงแค่อาจช่วยทุเลาลงได้บ้างนิดหน่อย ต้มสมุนไพรกินจนหม้อชอด เบาหวานก็บ่เซา”

จากการศึกษาของจิตตินันท์ พงสุวรรณ (2541) พบว่า เมื่อรับรู้ว่ายาแผนปัจจุบันไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาด จะพยายามแสวงหาวิธีการรักษาแบบพื้นบ้านที่คาดหวังว่าจะรักษาเบาหวานได้ คือ การใช้สมุนไพร พืชสมุนไพรที่ใช้ทดลองรักษาเบาหวานส่วนใหญ่จะมีรสขม เช่น ฟ้าทะลายโจร บอระเพ็ด มะระจีนก ใบสัก

“แต่สมุนไพรขม ส่วนมากอย่างแรงเลย ขมเขาทำให้ไปกลบเกลื่อนเลือดที่มันหวาน น้ำตาลในร่างกายมันไปหักลบกัน”

แต่เมื่อประเมินผลพบว่า วิธีการเหล่านั้น ไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ก็อาจหยุดทดลองวิธีการนั้น โดยอาจพยายามทดลองวิธีอื่นๆอีก จนช่วงเวลาหนึ่งเรียนรู้ว่าไม่มีวิธีการใดรักษาโรคหายขาดได้ ก็จะยึดการรักษาแผนปัจจุบันเป็นหลัก แต่อาจยังใช้สมุนไพรหรือวิธีการรักษาแบบพื้นบ้านอื่นๆที่เคยทดลองต่อหรือใช้บ้างเป็นครั้งคราว

“ผมหายาหลวงทันทีพอเห็นว่ามันไม่หาย ไม่อยู่แล้ว กินสมุนไพรขมๆผมเลิกยาหม้อเลยไปหายาหลวงทันที หลังจากนั้นใครว่าไอ้โน่น ไอ้โน้นดี ผมว่าเลิก ขกเลิก เบื่อมีจิงเสีย ไอ้ยาโรคเบาหวานนี้ เปลือกไม้ต่างๆ เปลือกลูกตอกก็ใช้ได้ กินสมุนไพรแหละที่น้ำตาลสูงไปหมด”

“นี่ก็ต้มบ้าง ไม่กินบ้าง ก็จะบอกว่ามันค่อยดีขึ้นกับยาไหนก็ไม่ทราบ เพราะว่าเรากินยาหมอหลวงอยู่กันนั่นแหละ บอกไม่ถูก นี่ก็กินบ้างไม่กินบ้าง ถ้าเรากินมันทั้ง 2 อย่างมันก็ดีแหละ แม่ว่านะดีในความรู้สึกของเรา ในความรู้สึกนี้นะ น่าวาบาย ดินนั้น ความสบายใจของเรานั้นนะ ในความรู้สึกว่าไอ้โน่นเขาก็ว่าดีไซ้มัย แต่เราจะทิ้งเสียก็ไม่ดีอีกนะ ”

จากการศึกษาของอัจฉรา ลำไย (2543) พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยาแผนปัจจุบันร่วมกับสมุนไพร ซึ่งส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่ระดับน้ำตาลเคยขึ้นมากกว่า 200 มม./ดล. และเป็นเบาหวานนาน 5 ปี สมุนไพรที่ใช้ จากเพื่อนหรือญาติ ฟื่น้องและการได้รับข่าวสารจากวิทยุ โทรทัศน์ สูตรยาที่ใช้กัน คือ ดันครอบจักรวาล ใบสัก ลูกใต้ใบ ฟ้าทะลายโจร นำมาต้มผสมกันแล้วใช้ดื่ม หากมีเพียงชนิดเดียวก็ใช้ดื่มได้ หรือ น้ำมะนาว 1 ส่วน เหล้า 1 ส่วน น้ำผึ้ง 1 ส่วน ใช้จิบตอนเช้าทุกวัน หรือ ผัก สะตอและใบฝรั่ง 9 ใบจากยอดฝรั่ง 3 ยอด

“ยาหลวงต้องดีกว่า ต้องกินยาหลวงทุกวัน กินยาสมุนไพร ใต้ไม่มีปัญหา ถ้ากินแต่ยาหลวง 50 - 50 ก็ตายเนื่องจากปีศาจจะจัด เราเป็นมานานยาที่จะไปสะสมที่ไต กินยาสมุนไพรเพื่อล้างไต ระบบหนึ่งจะได้เบากับการขับถ่าย ยาหลวงเน้นลดน้ำตาล เราไม่เชื่อสมุนไพรช่วยเราได้ เราต้องวิจัยของหลวงแต่คนเราไม่ประมาทกินยาหลวงเป็นประจำ”

“กินยาสมุนไพรทำให้ชุ่มชื้นใจ แล้วดีขึ้น อยู่ได้นาน”

6. การดูแลสุขภาพทั่วไป

จากการศึกษาของ นพวรรณ อัครรัตน์ (2536) พบว่า ผู้ป่วยมีการดูแลแผลแตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยโรยแผลด้วยผงชูชีพและซื้อยารับประทานเอง หรือปล่อยให้แผลหายเองแต่รับประทานยาแก้ อักเสบ หรือใช้ไฮโดรเจนเพอร์ออกไซด์แต่ไม่ปิดแผล หรือใช้วานหางจระเข้ทาแผล หรือไปพบแพทย์

จากการศึกษาของชาрина ไชยนา (2548) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เอาใจใส่เรื่องการทำ ความสะอาดทั่วไปของร่างกาย โดยอาบน้ำชำระร่างกายวันละ 2 ครั้ง ส่วนในรายที่ช่วยเหลือตนเองไม่ สะดวก จะมีบุตรหลานญาติเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ

“พอเป็นเบาหวาน สิมี่เหงื่อออกหลายกว่าเก่า มีคราบสกปรกหลายกว่าตอนบ่เป็นเวลาเข้า ห้องน้ำ ต้องล้างทำความสะอาดทุกที่ที่ถ้ำล้างสัคัน”

“มือหนึ่งต้องอาบน้ำอย่างน้อย 2 เพื่อ เพราะว่าชี้อ่อนเหงื่อออกแล้วอยู่ยาก พออาบน้ำแล้วสบายตัว”

ส่วนการศึกษาของปทุมพรรณ มโนกุลอนันต์ (2535) พบว่า ผู้ป่วยรักษาความสะอาดร่างกาย ตามกิจวัตรประจำวันที่เคยปฏิบัติมา โดยไม่คำนึงว่าการปฏิบัตินั้นเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โรคเบาหวาน

7. การดูแลเท้า

จากการศึกษาของ นพวรรณ อัครรัตน์ (2536) พบว่า การดูแลสุขภาพเท้า จะเป็นการรักษาความ สะอาดโดยทั่วไป ไม่ได้สนใจต่อการดูแลเท้า เช่น ผู้ป่วยจะทำความสะอาดเท้าเมื่อเวลาขึ้นบ้าน ถูราด น้ำแล้วเช็ดผ้าแห้งหรือเวลาที่ผู้ป่วยอาบน้ำ ก่อนเข้านอน โดยใช้มือขัดถูบริเวณเท้า ด้วยสบู่หรือ ผงซักฟอก แต่ไม่ได้ตรวจดูตามซอกนิ้วเท้า หลังทำความสะอาดก็เช็ดพอให้แห้ง ไม่มีการเช็ดบริเวณ

ชอกนิ้วเท้าที่อับชื้น แต่ผู้ป่วยทุกรายใส่รองเท้าเสมอ เมื่อต้องออกไปนอกบ้านและไม่มีปัญหาเรื่องรองเท้ากัด ยกเว้นทำนาที่จำเป็นต้องถอดรองเท้า

จากการศึกษาของชาрина ไชยนา (2548) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบวิธีการดูแลเท้าที่ถูกต้อง นอกจากการใส่รองเท้าเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแผล “ก็จะใส่รองเท้าและเวลาออกจากบ้าน บังให้เหยียบแก้ว เหยียบเศษไม้แค่นั้น”

“ก็เบี่ยงดูแลเท้าอยู่ โดยการใส่รองเท้า อย่าเดินเท้าเปล่า เดี่ยวจะเป็นแผลได้”

“ไปหาหมอยาได้เพิ่มบ่อยๆถึงการรักษาเท้าเลย มีแต่ว่าถึงให้ควบคุมอาหาร อย่าลืมนินยา ออกกำลังกายนำ ก็เลยมีแต่ใส่รองเท้าไปให้เหยียบแก้ว”

จากการศึกษาของนุชร ดันติวัฒนไพศาล (2545) พบว่า ผู้ป่วยมีการเรียนรู้วิธีการดูแลเท้าภายหลังจากที่ผู้ให้ข้อมูล ได้รับข่าวต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลเท้าแล้ว เห็นว่าวิธีการดูแลเท้าสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้ จึงนำวิธีการดูแลเท้ามาปฏิบัติ และรับรู้ว่าการปฏิบัติเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ทำให้อาการผิดปกติที่เท้าลดลง และทำให้สุขสบายขึ้น ซึ่งวิธีการดูแลเท้าที่ผู้ให้ข้อมูลนำมาปฏิบัติได้แก่

1. การนวดเท้า

“ครั้งแรกที่ห้วงเท้า เพราะเริ่มเป็นตะคริวนี้ก็เริ่มนวด ไปนวดแผนโบราณ นวดเท้านี้คือทำให้เลือดไปหล่อเลี้ยงเท้า เขาเรียกว่าปิดประตูลม ก็โดยการกดลงไปทีปลายเท้าแล้วนับ 1-20 พอเขาปล่อยมือปั๊บเลือดก็จะวิ่งมาปลายเท้าชူးเลย เราจะได้รู้สึก และเราก็นวดตัวเองด้วย เริ่มที่ปลายเท้าก่อน แล้วก็ข้อเท้าเลยตามมาหน่อย ทำหลังจากไปนวดที่กรุงเทพฯ เพราะเคยเรียนการนวดที่สมาคม YMCA เรียนกับนักกายภาพบำบัด ท่านบอกว่าการนวดเองได้ โดยการหยิกกล้ามเนื้อ ด้วยวิธีหยิก ยกโยก ปล่อย นวดแล้วมันสบายนะ รู้สึกว่าหายเมื่อยอาการเป็นตะคริวที่เท้ามันน้อยลงไปมาก”

2. การออกกำลังกายและบริหารเท้า

“หมอบอกว่าให้เดินวันละ 15 นาที ข้อควรปฏิบัติตรงนี้เราต้องทำ ถ้าวิ่งไม่ได้เราอยู่แต่ในบ้าน เดินขึ้นลงบันได แล้วก็ใช้เครื่องบริหารเท้า โดยวางปลายขาบนเครื่อง 15 นาที กดสวิช ขา มันจะส่าย ทำอยู่ประจำ เมื่อก่อนมันนอนไม่หลับ เพราะจะปวดเท้าอยู่เรื่อย ปวดร้าว พอเราเริ่มทำจากตรงนี้แล้ว เราเริ่มนอนหลับ หลับสบาย ปวดน้อยลง”

3. การใส่ถุงเท้า

“พอเรามาเป็นเบาหวาน หมอบอกว่าเลือดหนืด เท้าจะมีปัญหา เราก็เลยมาใส่ถุงเท้าใส่ตลอดทั้งเวลามาทำงาน บางทีดิฉันแต่งตัวสวยๆ บางคนสงสัยว่าทำไมต้องใส่ถุงเท้า คือเรารู้ตัวว่าเรามีปัญหาที่เท้า เราใส่ถุงเท้าแล้วเรารู้สึกว่าส้นเท้าเราไม่แห้งแตก ใส่แล้วส้นเท้าเราจะนิ่ม ปลายเท้าเราก็สะอาด อีกร่างใส่ถุงเท้าแล้วอุ่น ทำให้ไม่เป็นตะคริว อาการชาที่ลดลง เลยใส่ใจมัน”

4. การเลือกใช้รองเท้า

“กลายเป็นแผล ก็เลยมาใส่รองเท้าหุ้มส้น หุ้มหัวเท้า เพราะกลัวนิ้วไปเตะถูกอะไรเป็นแผลอีก และใส่รองเท้านี้มาเรื่อยๆ ถ้าวางเท้าแรงๆ ใส่แล้วเจ็บเท้ากลายเป็นแผล และรองเท้าก็จะใช้สับซึก แล้วตากแดด มีสลับกัน 2 คู่ไว้เปลี่ยน และตอนกลางคืนถอดรองเท้าแล้วจะคว้าไว้ เพราะกลัวแมลงสาบ หนู ไรรองเท้า กลัวติดเชื้อโรค กลัวงู แมงป่องอยู่ในรองเท้า มันจะค่อยเป็นแผลที่เท้ารักษายาก”

5. การดูแลความสะอาดเท้า และการตรวจเท้า

“พอขาชา ก็ดูเรื่องความสะอาดมากขึ้น ก็คอยดูไว้ว่าตอนนี้ขาชานะ มันจะแดงหรือเปลา มันจะช้ำหรือเปลา คอยตรวจดูขามากกว่าเดิมว่าวันนี้ไปเตะอะไรมาหรือเปลา คอยดูตลอดเวลา เพราะหมอบอกว่าตนเป็นเบาหวาน แผลจะติดเชื้อง่าย ก็กลัวไปเหยียบอะไรมาแล้วเป็นแผล เราไม่รู้สึกลึ้ยแผลอักเสบ กลัวจะถูกตัดนิ้วอีก ต้องคอยดูไว้ตลอดกลางคืน เหย็น เหย้า ว่างเวลาไหนก็คอยพลิกดูพยายามดูค่ะ”

6. การแช่เท้า

“เอาน้ำใส่ไปก่อน แล้วเอาน้ำร้อนที่ต้มไว้เติมลงไปผสมพออุ่น แล้วเอามือจุ่มดูก่อน ถ้าเท้าจุ่มแล้วไม่รู้สึกลึ้ยเพราะเท้าชา แต่ก่อนแช่ก็เอาสบู่ล้างเท้าก่อน แล้วค่อยแช่ ระหว่างแช่ก็บีบนิ้วไป ทำนาน 20 นาที พอเอานิ้วก็เอานิ้วมาเช็ดเช็ดเช็ดให้แห้ง ก็ไม่ได้ลำบากอะไร ถ้ากลัวลำบาก ก็กลัวเกิดแผลถูกตัดนิ้วอีก พอแช่น้ำอุ่นแล้วอาการชาลดลง ดีขึ้น อย่างอากาศหนาว ก็แช่ให้เลือดเดินสะดวก ใจคิดแบบนั้น”

7. การดูแลแผลที่เท้า

“อย่างแผลผ่าตัดที่เท้านี้ หมอบอกหนังที่เอามาปะะ มันจะไม่แข็งแรงเหมือนผิวหนังปกติ มันจะบางกว่า ที่นี้เวลาเราทำความสะอาดเท้า ถ้าเป็นแอลกอฮอล์ก็เช็ดรอบๆ แผล แต่ตรงหนังที่ปะะก็ใช้น้ำอุ่นเช็ดเอา มันจะได้ไม่อักเสบ”

นอกจากนี้การศึกษาของนุชพร ต้นดีวัฒนไพศาล (2545) ยังพบว่า ปัจจัยส่งเสริมการดูแลเท้าได้แก่

1. มีเวลาการดำเนินการ

“ก็ชาถึงเริ่มแช่เท้า เขาบอกว่าทำแล้วดี คือเราว่างเราก็อ่า แต่ต้องใช้เวลาช่วงเย็น ช่วงเช้าไม่ค่อยว่าง”

2. แรงกระตุ้นจากบุคคลใกล้ชิด

“ก็ลูกนี่สำคัญ เขาก็คอยบอกอยู่ตลอด ให้แม่ดูแลตัวเอง จะได้อยู่กันนานๆ ถ้าเราไม่ดูแลตัวเอง เป็นอะไรไป หรือถูกตัดขา ก็เป็นภาระกับลูก ถ้าเราหาย เราก็อไปเองได้ เดินได้ ไม่เป็นภาระกับลูก ลูกก็ไม่เหนื่อย ก็กลัวว่าถ้าตัดขาไป หรือมีโรคอื่นแทรก กลัวตาย ลูกก็กลัวหัวใจ อะไรก็ไม่รักเท่า

ลูก สิ่งนี้ก็เป็นแรงบันดาลใจให้เราอยู่เพื่อเขา เขาอยู่เพื่อเรา เลยต้องดูแลตัวเองให้อยู่กับลูกนานๆเลย ทำให้พยายามอยู่ตลอด”

3. มีเป้าหมายในการกระทำ

“กลัวโรคอื่นแทรกซ้อน เดี่ยวโดนตัดเท้าขึ้นมาแล้วจะยุ่ง ตัวเองไม่ใช่คนท้องที่ ถ้าผมสิ้นบุญก่อนเขาจะยุ่ง แฟนผมไม่ใช่คนท้องที่ จะไปเรียกร้องใครมาละ กลัวเขาขาดที่พึ่ง เขาก็ไม่มีทางที่จะไปเลย ยังบอกเขาเรื่อย ถ้าฉันสิ้นบุญเมื่อไหร่ละก็ แหกหมดเลยไม่มีทาง แก่ไม่รู้เรื่องอะไร เขาขาดที่พึ่งแน่ เลยต้องดูแลความสะอาดเท้าและออกกำลังกายไม่ให้เท้าเป็นแผล กลัวถูกตัดเท้า”

4. ผลลัพธ์การปฏิบัติ

“ไม่เคยเลิกเลยอะ ทำต่อเนื่องมาตลอด เพราะทำแล้วได้ผล ทำให้เท้าไม่ชา ตามฝ่าตีนมันไม่เจ็บเวลาเดิน พอทำแล้วก็เป็นกิจวัตรประจำวัน ทั้งเรื่องความสะอาดเท้า การออกกำลังที่ขา เป็นความเคยชิน ทำทุกวัน ”

5. เป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ

“ที่ลูกมาเดินตอนเช้า ก็ไม่เชิงบังคับมันเหมือนเป็นหน้าที่ เพราะมันถึงเวลาเราก็ต้องตื่น ถ้าเรานอนไปมันก็ไม่หลับ มันก็ไม่มีประโยชน์อะไร เราต้องลุกขึ้นทุกวันเป็นประจำอยู่แล้ว ดี 5 ตื่นมาถ้าไม่เดิน ร่างกายเราเองก็ไม่ดี ถ้าไปเดินแล้วก็ดี เราก็ถือเป็นที่ว่าต้องทำอย่างนี้ประจำ เราต้องลุกละ ถ้าเราไม่คิดว่าเป็นหน้าที่ เราก็ไม่อยากลุก แหมขี้เกียจ แต่เราก็ไม่คิดอย่างนั้น ขี้เกียจเราก็ไป ก็เหมือนเป็นหน้าที่ที่ต้องทำ เขาก็ต้องลุกละ เขาก็ต้องลุกละ เหมือนเด็กต้องไปเรียนหนังสือ”

6. ได้รับการยอมรับ หรือรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

“ธรรมดาแล้วลูกเป็นรองประธานชมรมผู้สูงอายุของอนามัยที่เข้าไปเพื่อที่ว่าคนอื่นจะได้เอาไปทำเป็นแบบอย่าง พวกที่อนามัยจะมีคนในหมู่บ้าน แล้วจะมีการรวมกลุ่มคุยกัน แล้วเขาก็จะให้ลูกไปแสดงการบริหารเท้าให้ผู้ป่วยเบาหวานคนอื่น และบอกวิธีการดูแลความสะอาดเท้าให้เขาทำ ทีนี้พอเราเป็นตัวอย่างให้คนอื่นดูแล้ว เราก็ต้องดูแลเท้าเราเองให้ดีทั้งออกกำลัง วิ่งเดิน แกว่งเท้า แล้วก็เรื่องความสะอาดของเท้า พอทำแล้วเท้าก็ไม่ชา ตามฝ่าตีนมันไม่เจ็บเวลาเดิน”

นอกจากนี้การศึกษาของนุชพร ดันติวัฒน์ไพศาล (2545) ยังพบว่า ปัญหาอุปสรรคในการดูแลเท้า ได้แก่

1. ความไม่ถนัดที่จะทำเอง

“ตัดเล็บเองทำไม่ค่อยถนัด ตัดแล้วแฉะไม่สะอาด หน้า 2 ข้างเล็บมันยังอยู่ หนึ่งมันหนา เราก็เอาตะไบจดหนังที่อุดอยู่ในเล็บ หนึ่งมันเยอะ พอจดเองหนังฉีก พอฉีกแล้วมันจะเป็นน้ำเหลือง เลยไม่กล้าทำเอง”

2. การเปลี่ยนแปลงทางสรีระ

“คนแก่กะ ตามองไม่เห็น จะคว่ำเท้าเป็นแผลไหม จะตัดเล็บ ทำความสะอาดเล็บก็ก้มไปไม่เห็น”

3. ขั้นตอนในการดูแลเท้ายุ่งยาก

“แช่เท้าบางครั้งนานๆที ขี้เกียจ บางมีมันหยุ่มหยุ่มนะ มันต้องเตรียมน้ำต้ม เตรียมกะละมัง แล้วก็เตรียมน้ำเย็นใส่ เติมน้ำร้อนให้มันอุ่นพอดี มันหลายขั้นตอน แล้วเราต้องทำเองทุกอย่าง เสร็จแล้วก็มานั่งแช่ แช่เสร็จจอกจากน้ำ ก็ต้องหาผ้ามาวางเช็ดเท้า แล้วก็ยกน้ำเดินไปทิ้งเอง อย่างนี้เราต้องทำเองทุกอย่าง ลำบากก็เลยไม่ทำ”

4. ผลลัพธ์การปฏิบัติไม่เป็นไปตามคาดหวัง

“แช่เท้าอยู่ 2 ปี ทำแล้วก็ไม่เห็นมันหายขาด ตอนนั้นมันก็ดีขึ้นหน่อย แต่ก็ไม่ได้ดีทีเดียวก็เลยขี้เกียจ เปลืองแก๊ส แล้วก็เบื่อ แช่ทุกวันมันก็เบื่อ ขี้เกียจ ก็เลยปล่อย บางคนที่ถาม แช่มาตั้งนานละ มันไม่หายชา จะแช่ไปทำไม เราก็โอย ขี้เกียจ แล้วก็ไม่ได้ขึ้นด้วย ถ้าดีเราก็คงทำ”

5. ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม

“ตอนแรกๆแช่เท้าวันละหน อยู่ไปที่ห่าง ก็ไม่มีสถานที่ต้มน้ำ อยู่โน้นไปอาศัยอยู่บ้านพี่ชาย เตาแก๊สก็ไม่มี ลูกหลานเขาเอาไปหมด ก็เลยไม่ได้ต้มน้ำ ตอนแรกก็มีเตาแก๊ส ต้มน้ำเอง ที่นี้พอผมกลับบ้านหลายวัน พวกลูกๆเขาเลยเอาไป มันไม่มีเตาแก๊ส ไม่มีที่ต้ม ถ้ามี เราก็คงต้มน้ำแช่เท้าได้ทุกวัน”

การจัดการความเครียด

จากการศึกษาของชาрина ไชยนา (2548) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ถึงความเครียดส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากตนเองและจากคำบอกเล่าของแพทย์สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด มาจากภาวะการเจ็บป่วย การทำงาน หนี้สิน ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานแต่ละรายจะมีวิธีการจัดการความเครียดแตกต่างกัน เช่น การใช้หลักธรรมะ หรือการพูดคุยกับคนในครอบครัว ดูทีวี เลี้ยงหลาน เพื่อให้เกิดความสบายใจ

“ความเครียดยังทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ซึ่งก่อนนี้ตนจะคิดมากเรื่องน้องชายสามีไปยืมเงินคนในหมู่บ้านแล้วไม่ใช่ ต้องเอาที่นาไปมัดจำ 2 ไร่ ทำให้ตนคิดมากที่จะต้องหาเงินมาใช้หนี้ให้จนได้กินยานอนหลับ ช่วงนั้นน้ำตาลขึ้นตลอดไม่เคยลง ตนจึงรู้ว่าความเครียดคิดมากมีผลต่อโรคเบาหวาน จึงใช้วิธีการปลงและทำใจ ปรัชญาหมอ”

“ความเครียดมีผลทำให้เบาหวานขึ้นได้ ถ้าทำให้อารมณ์หงุดหงิด โมโห โดยที่จะบอกลูกไม่ให้พูดเรื่องไม่สบายใจ และก็ค่อยๆพูดกับลูก ไม่ชอบพูดว่า ถ้าจะทำให้เกิดความเครียดนอนไม่ได้ ซึ่งลูกสาวก็จะคอยดูแล และมีปัญหาอะไรก็จะพูดคุย ดูทีวี เลี้ยงหลาน ทำให้สบายใจและน้ำตาลก็ไม่

เพิ่มขึ้น หรือการทำบุญที่วัด รู้สึกสัมผัสได้กับความสบายใจ ถือว่าเป็นยาอย่างหนึ่งที่ช่วยในการจัดการคลายเครียดได้”

จากการศึกษาของจิตตินันท์ พงสุวรรณ (2541) พบว่า ผู้ป่วยเมื่อทราบว่าความเครียดเป็นสาเหตุที่ทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นได้ จึงพยายามหาวิธีผ่อนคลายความเครียดและทำจิตใจให้สบายขึ้น เช่น พยายามที่จะนอนให้หลับ ไม่พยายามวิตกกังวลกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ พยายามข่มอารมณ์ไม่ให้โกรธหรือหงุดหงิดเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงพอใจ

“อย่ากินของแสลงเข้าไป ถึงออกกำลังกาย กินอาหารให้ถูกส่วน ถึงก็อย่าเที่ยวโกรธ อยู่ให้สนุก ให้เพลินไม่เครียด อย่าเที่ยวหงุดหงิดอะไรแบบนั้นแหละ อย่าเที่ยวเครียดมากนัก ส่วนมากน้ำไม่คอยเครียดนั้น ไม่คิดอะไร ไปถึงตั่งหลัง(เข้านอน) เสร็จถึงก็ไม่ต้องคิดอะไร หลับไปเลย”

การจัดการเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลง

การจัดการในภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

จากการศึกษาของชาрина ไชยนา (2548) พบว่า ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการเมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงตามประสบการณ์ตนเองและคำแนะนำของแพทย์ หรือการสอบถามจากเพื่อนบ้าน และจากการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ได้แก่ ตาพร่ามัว เหนื่อย คอแห้ง การหายน้ำมาก ปัสสาวะบ่อยและเป็นฟอง ปวดศีรษะ วิงเวียนเหมือนบ้านหมุน ลืมตาไม่ได้ หนักตัว หวานนอน หงุดหงิดง่าย หายใจไม่อิ่ม หากอาการไม่รุนแรงจะไม่ทำอะไรปล่อยให้หายเอง เมื่อไม่สามารถแก้ไขอาการที่เกิดขึ้นได้ได้จึงไปโรงพยาบาล

“เวลาน้ำตาลขึ้นจะมีอาการเวียนศีรษะ ปวดหัว ตาลาย เหมือนท้องอืดเป็นลม ดูแลตนเองโดยนอนพักผ่อน พอก่อนยังชั่วก็ลุกทำโน่นทำนี่ เคยเวลาออกไปข้างนอกเก็บพริก ก็นั่งพักประมาณ 20 นาทีก็หาย”

“ถ้าน้ำตาลขึ้นจะสังเกตดูเขียว เขียวจะขุน ไหลซำๆ ลักษณะเหนียวเหมือนน้ำเชื่อม เมื่อไปตรวจน้ำตาลขึ้นทันที ดูแลโดยการกินยาจะลดการกินหวานลง ควบคุมอาหาร ทำให้ปัสสาวะเริ่มใส ไหลเร็วขึ้น”

“ก่อนหน้านี้ไม่รู้ว่าน้ำตาลสูงเป็นจึงได้จนกรรยามีอาการปวดศีรษะ วิงเวียนและบอกว่าบ้านหมุนก็พาไปหาหมอที่โรงพยาบาล ก็เลยรู้ว่าน้ำตาลสูง แต่ถ้าเป็นอีกทีอื่ ก็จะพาไปหาหมอคือเก่า บ่สู้จะช่วยจ้งได้”

จากการศึกษาของจิตตินันท์ พงสุวรรณ (2541) พบว่า เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณอยู่ในภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก การควบคุมอาหารก็จะเคร่งครัดมาก และออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

“พอกินของหวานจัด (จำนวนมาก) เข้าไป เป็นขึ้นมา รู้สึกเขี้ยววันละ 3-4 หน ผิดปกติแล้ว ผมก็หยุดไปอีกของหวาน จนเขี้ยวกลับมาปกติอีก ผมก็เริ่มกินหน้อยๆเข้าไปอีก กินแบบนั้น นี่สังเกตเอาแบบนั้น อาศัยชิมเขี้ยวเรื่อย”

“เป็นมากแล้ว แบบว่าเบาหวานมันขึ้นนั่นนะ ถึงก็มันรู้สึกมันหนักตัวแล้ว เราลดอาหาร ถ้ารู้สึกวหนักตัว ถึงเราออกกำลังกาย”

การจัดการในภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

จากการศึกษาของชาрина ไชยนา (2548) พบว่า ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยการสังเกตอาการเกิดขึ้น ได้แก่ เหงื่อ วิงเวียน เป็นลม อ่อนเพลีย หน้ามืด ตาลาย ใจสั่นหวิวๆ หิวมาก จะแก้ไขโดยอมลูกอมที่มีรสหวานหรือดื่มน้ำหวาน ผลไม้รสหวาน และรับประทานยา จากประสบการณ์ตนเอง การบอกเล่าของแพทย์ หรือผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน

“ถ้าเป็นลม ต้องเอาน้ำหวานหรือซอลล์มาให้กิน ต้องกินหวานให้ทัน ถ้ากินไม่ทันก็จะไม่ฟื้น”

“ถ้าเหนื่อยจากเบาหวานจะเหนื่อยมากจนทำให้สวิตสวอย (เป็นลม) ตาลาย วิงเวียน ต้องกินข้าวให้ทัน มีอะไรก็ต้องยัดใส่ กินข้าวเฉยๆก็แซบ ไปนาเกิดอาการเหนื่อยไม่มีลูกอม จะใช้น้ำเปล่าผสมน้ำตาล 2-3 ช้อนแกงและบีบมะนาว 1 กลีบ กินครั้งละ 2 แก้วทำให้มีแรงขึ้นมาทำงานต่อได้ ถ้าอยู่บ้านก็จะใช้น้ำผสมน้ำหวานเสลดลูปอยกิน”

นอกจากนี้ยังมีวิธีการป้องกันการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยการรับประทานอาหารให้ตรงเวลา การพักและรับประทานลูกอมร่วมด้วย

“ช่วงนั้นผมพกทอฟฟีนะ อยู่ยามก็เอาไป เคยเป็นผมเคยอมทอฟฟี่กลางคืน แต่ช่วงนี้ไม่ อมที่ 4-5 เม็ด อาการหิวมันฟุบลง ผมเข้าใจว่ามันขาดน้ำตาลมากกว่านะ เพราะเรากินเข้าไปแล้วมันค่อยยังชั่ว เดียวนี้ไม่ได้พก มันไม่เป็นแล้ว”

การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว

จากการศึกษาของ นพวรรณ อัครรัตน์ (2536) พบว่า แรงสนับสนุนที่ได้รับจากสังคมหรือครอบครัวเรื่องการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายน้อยมาก เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวไม่ได้รับรู้เกี่ยวกับการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวไม่มีเวลาดูแลใส่ใจผู้ป่วย แต่ได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมหรือครอบครัวเรื่องการรักษาด้วยยาและจัดหายาให้มาก เพราะผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในเรื่องการรักษาด้วยยาและจัดหายาให้ จากครอบครัวและญาติ

จากการศึกษาของปทุมพรรณ มโนกุลอนันต์ (2535) พบว่า ญาติของผู้ป่วยที่รู้ว่าผู้ป่วยจะต้องมีการปฏิบัติตนในการดูแลเพื่อควบคุมโรคจะให้ความร่วมมือสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อการปฏิบัติ

คนอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เนื่องจากญาติผู้ป่วยไม่รู้ว่าผู้ป่วยยังไม่หายขาดจากโรค และไม่รู้ว่าผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคอย่างไร เพราะผู้ป่วยไม่ต้องการให้ญาติรับรู้เกรงว่าจะเป็นการเพิ่มภาระให้ครอบครัว

จากการศึกษาของรัชณี กลิ่นศรีสุข (2540) พบว่า การที่หญิงตั้งครรภ์มีสมาชิกในครอบครัวในการเอาใจใส่และสนับสนุนแก่หญิงตั้งครรภ์ให้ปฏิบัติตัวถูกต้อง เป็นแรงกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์มีการดูแลตนเองได้ถูกต้องมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุน

“แฟนกับพ่อก็คอยเตือนตลอดกลางวันไปอยู่บ้านพ่อ พ่อก็คอยเตือนเพราะเรากินขนมเก่ง พอตอนเย็นกลับบ้านแฟนก็อีก บางทีเราก็ต้องแอบกินบ้างแต่ต้องไม่ให้แฟนรู้ เพราะแฟนจะไม่ให้กินขนมหวานๆเลย เคยซื้อขนมมาให้ก็เลิกซื้อถ้าน้ำตาลเราไม่ลด”

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จากการศึกษาของจิตตินันท์ พงสุวรรณ (2541) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่

1. แรงจูงใจ เกิดจากการมีเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการตระหนักถึงความสามารถของตนเองในการบรรลุเป้าหมายที่ปรารถนา

“แรกเป็นใหม่ๆผมยังดีอ่ะ ผมกินอย่างแรง ทุเรียนอะไร กินยาก็กิน ของแสลงก็กิน ของหวานทุเรียนนี่มันเสียหลายอย่าง เกี่ยวกับไขมันในเส้นเลือด ทำให้เส้นโลหิตตีบบ้าง ทำให้หัวใจตีบบ้าง มันมีมันมาก โคลเลสเตอรอลก็มาก ผมเพิ่งมาหยุดเอาตอนนี้ ตอนเป็นหัวใจขึ้นมา หยุดทุเรียน หยุดขาดเลย”

2. บุคลิกส่วนตัวที่อดทนและเข้มแข็ง เพื่อเอาชนะความรู้สึกลอยลางกินอาหารที่ชอบ

“ไม่มีอะไรบังคับ นอกจากบังคับตนเอง มันจำเป็นต้องบังคับตัวเอง ตัวเราเองไม่สบาย แล้วใครก็ช่วยเราไม่ได้ นอกจากตัวเราตัดสินใจตนเอง”

3. ประสบการณ์การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและการรับรู้ว่ามีอันตรายถ้ารักษาได้โดยการผ่าตัด

“ถ้าน้ำตาลมาก ก็มันตายเข้าแล้ว เพราะมันรักษาไม่ลดแล้ว ถ้าขึ้นไปมากๆแล้วลำบากแล้ว น้ำตาล เห็นบางคนเป็นหลายๆกินน้ำขวดนั้นกินสักวันขวด เขาไม่ให้กินก็กลัวกิน มันไม่ลง ถ้าเป็นมากลำบาก นั้น(ชี้)ไปทางบ้านของผู้ป่วยเบาหวานรายอื่นที่อยู่ใกล้กัน) เป็นแล้วตัดหมด 2 ขา กินยาไม่ ไม่ลง เป็นแผลไหม้ไม่หายแล้ว ถ้าเป็นมาก ถ้า 200 300 ขึ้นไปโน้น 200 ยังชั่วอีก ไป 300 400 โน้น ใคร (หมายถึงผู้ป่วยเบาหวานรายอื่น) ลง ถ้าขึ้นไป 300 400 รักษายาก รู้ๆไรตายแล้ว เราก็กลัวมันแทรกซ้อนแบบนั้น แบบนี้กลัวเหมือนกัน เรากินยาประจำ แล้วถึงน้ำตาลไม่ขึ้น ก็มันโรคแทรกซ้อนไม่ค่อยมาก มันเข้ามาไม่ได้ แต่ถ้าไม่คุม (อาหาร) ไม่กิน(ยา) ไม่แน่”

4. แรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง

“เรียน (ทุเรียน) เมียไม่กล้าซื้อมา ถ้าซื้อมาผมกินนั่นแหละ ผมเห็นเข้าผมกินอีก ไม่ซื้อมาก็ดี ไม่อยากเสีย ผมไม่ได้ไปหาซื้อเอง ของก็มีอยู่ในบ้าน แต่ก่อนบางทีลูกเอาเรียนมาที่ครึ่งรถ ตอนนี้นั่นไม่เอามาให้ แม่เขาว่าพ่อกินแล้วอันตราย”

5. การดำเนินชีวิตที่มสุขภาพ

“มันก็ต้องคุมให้อยู่ในระดับนี้ละ วันไหนถ้าได้คุมไป รู้สึกมันดี หมอก็ดี จับมือ จับไหล่ แหมอย่างนั้นอย่างนี้ วันไหนความหวานเพิ่ม โอ้ ลุง ไม่ระวังตัวเองบ้าง ปล่อยอย่างนี้ รู้สึกอายหมอ อายุ 60 70 แล้ว มาจี๋ไข่มากก็อายหมอ หมอว่า ระวังตัวบ้างสิ ความหวานขึ้นเดี๋ยวลุงลำบากนะ”

ปัจจัยที่ขัดขวางพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จากการศึกษาของจิตตินันท์ พงสุวรรณ (2541) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่

1. การขาดแรงจูงใจ

“ผมไม่เคยนึกกลัวอะไร ไม่เพื่อนเขาว่ากลัวๆ ผมไม่ ผมกินทั้งวัน ผมไม่เกียจ เพราะอะไร ขึ้น 400 กว่า เคยขึ้น 400 กว่า เบาหวาน ไม่ ผมไม่ตกใจเลย ไม่ว่าเป็นอะไร ผมไม่เคยตกใจ ธรรมดา ผมถือว่าคนเราต้องมีสักอย่างไม่รู้อะไร เพราะว่ามันต้องตายอยู่แล้ว มันยังงี้ก็มันธรรมดา บางคนกลัวแบบนั้นแบบนี้ ไม่ผม”

2. บุคลิกส่วนตัวที่ไม่อดทน ไม่เข้มแข็ง

“เพราะเรากินเข้าไปมาก คล้ายๆ ถ้าเรากิน ถ้าพอหายอยากก็มันไม่ขึ้น (หมายถึงน้ำตาลในเลือด) มันธรรมดา นี่กินเกิน กินหลายyum (หมายถึงทุเรียน) นั่นแหละ กินเป็นพูนั่นแหละ เห็นมันน่ากินเลยกินเข้าไป พักเดียว น้ำตาลขึ้น ถ้ากินที่yum สองyum ไม่ขึ้น กินเป็นพูนั่นแหละ ถึงเรียนอรร่อยๆ นั่นอีก โอ้วพวกหมอนทอง อะไรนั่น น่ากินไม่เห็นรี กินเป็นพูเลย”

3. บริบทการดำเนินชีวิตที่ไม่เอื้อต่อการควบคุม

“ให้ออกกำลังกายนั่นแหละ ทำไม่ได้ คือว่าเราไม่มีเวลาได้ทำ ให้ออกกำลังกาย เขาว่าเข้าๆ ให้วิ่ง สักครึ่งชั่วโมง หมอว่า หรือว่าสัก 15 นาที หรือว่าเดินเวียนรอบบ้าน ก็เดินนั้น เราเดินอยู่แล้ว ธรรมดาเราเดินวันไม่รู้กี่หนอยู่แล้ว แต่เราไม่ทำเข้าๆ หรอกแล้ว เดินนี้ภูบ้าน กวาดบ้าน เดินเวียนรอบบ้านเรื่อย นี่ชนเข้าชนออกที่นอนไหร เราก็ทำอยู่แล้ว เปื่อเหงื่อแตกเหมือนกัน งานที่บ้านทั้งวัน แต่หมอก็ยังว่าถึงทำงานบ้านก็ให้ไปเดินแก(หมอ)ว่าไหรไม่ไหรสัก 20 นาที หรือครึ่งชั่วโมง ก็เราทำไม่ได้แบบนั้น เวลาไหนไปทำอยู่ละ”

4. การยอมรับภาวะสุขภาพผู้ป่วยของทีมสุขภาพ

“มันใจว่าคุมได้ ขึ้นๆลงๆ อย่างนี้ แล้วหมอก็ไม่เห็นเค็ดรื้อน ไปก็ไม่เห็นว่าเลย โอเคแค่นี้ดีแล้ว ปกติที่นี้ตามหมอ ถ้าปกติก็คือ 90-120 ไขมัน ที่นี้พอมากกว่านั้นนะ ก็เวลาไปตั้งแต่หมอ แล้วนะ หรือหมอ 2-3 หมอนี้ พอเขาอ่าน พอตรวจเช็คน้ำตาลปุ๊บหมอบอก โอเค 150 อืม! ใช้ได้ ได้แล้ว โอเค เพราะว่าอายุมากแล้ว เขาก็พูดอย่างนี้นะ โอเค 155 เออ! ใช้ได้ อาการอื่นมีอีกไหม ไม่มี อืม! โอเค ใช้ได้ อาจารย์ ก็ โอเค ถ้าบอกโอเค แล้วเราจะไม่โอเคได้ไง ถ้าเกิดของเราแค่นี้”

5. การสนับสนุนให้รับประทานอาหารตามปกติของบุคคลในครอบครัว

“เขา(ภรรยา)ซื้อขนมหวานมาเต็มที่บ้าน ผมว่าแล้วซื้อมาทำไม เขาเที่ยวซื้อตั้งไว้แล้วถึงไอ้ผม ผมกินจุจิกอยู่แล้ว กินเล่นไปนั่น ถึงเขา เขาชอบซื้อมาตั้งไว้ให้ลูกใครกิน ถึงเขาก็กินกินไม่หยุดเหมือนกัน ผมกินก็กิน เขาก็ไม่เคยพูด”

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวาน

จากการศึกษาของนันทพร ศรีสุทระ (2544) พบว่า ปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน คือ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ฐานะทางเศรษฐกิจ อาชีพ ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน โดยที่สภาพแวดล้อมมีผลต่อการปรับเปลี่ยนอาชีพ ซึ่งแต่เดิมเป็นผลผลิตทางเกษตรแต่สภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย ให้ผลผลิตเพิ่มขึ้น ส่งผลให้รายได้ไม่เพียงพอในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เปลี่ยนอาชีพ จึงทำให้มีรายได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าสภาวะแวดล้อมทางกายภาพที่เปลี่ยนไป สภาพถนนดีขึ้น การคมนาคมสะดวกขึ้น การติดต่อสื่อสารมีมากขึ้น เกิดการรับวัฒนธรรมจากชุมชนเมืองมากขึ้น เช่น การบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง บริโภคอาหารที่มีเส้นใยน้อยลง บริโภคอาหารที่ปริมาณของโปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรตมากขึ้น มีการรับประทานอาหารที่ปรุงสำเร็จ ประเภทฟาส์ฟู้ด อาหารประเภทขนมปัง เบเกอรี่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่แอลกอฮอล์มากขึ้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากขึ้น

“บ่เดี๋ยวนี้อ่านไปหนายมาหนาย่างย รรรมิตลอคไปนเมืองเข้าบักชี ก็ได้ของที่ต้องการกลับมาบ้านทุกอย่าง”

“แต่ก่อนกับข้าวมีอย่างเดียว เป็นน้ำพริก หรือแกงเมือง เดี๋ยวนี้อีกหลานไปทำงานเมืองนอก ทำงานกรุงเทพฯส่งเงินมาซื้อทำกับข้าวก็ทำหลายอย่างนั้จิ้น แกงทีหนึ่งเป็นหม้อ กิ้นจิ้น กิ้นไข่เกือบตังวัน”

“เดี๋ยวนี้อ่านไปไหน ก็มีรถเครื่องจอดตั้งแต่บ้านไคบ้าน ดินแทบจะไม่ได้เตะดิน ไปต่งไปนามิรถส่งถึงคั่นนา”

นอกจากนี้ ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การมีชื่อเสียง โดยมองที่ฐานะ ทำให้เกิดการแข่งขันเพื่อให้เท่าเทียมกับผู้อื่นในสังคมก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้เกิดพฤติกรรม

ที่ไม่ถูกต้อง ขาดการดูแลตนเอง ขาดการออกกำลังกาย เกิดภาวะเครียด ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวาน

“ไปไหนมาไหนใช้วิธีการเดินคนอื่นก็จะว่าลูกหลานไม่ดูแล กลัวคนอื่นดูถูกดูแคลนว่าไม่มีเงิน หรือมีปัญหาชีวิต”

วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปของชุมชนกับการบริโภคอาหาร กับข้าวก็เป็นอาหารประเภทเนื้อสัตว์มากขึ้น อาหารที่แสนใย เช่น พืช ผัก ลดลง ใช้เครื่องปรุงอาหาร เช่น ผงชูรส น้ำตาล ลักษณะการประกอบอาหารเป็นประเภทผัด ทอด ต้ม มากขึ้น ชอบรับประทานอาหารจานด่วนและขนมปังต่างๆ ขนมถุง มากขึ้น ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวาน

“สมัยก่อนกินแกง กินน้ำพริกกัน จิ้นแทบจะไม่ได้กิน อาหารประเภทผัด ทอด หรือแกงกะทิ ก็ไม่ค่อยจะได้กินกันเหมือนสมัยนี้”

“บ้านจัวเดี๋ยวนี้นคนอายุ 30 กว่าก็เป็นเบาหวาน และมีคนเป็นมากขึ้น จากแต่เดิมพบเฉพาะในคนวัยสูงอายุ”

จากการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่แอลกอฮอล์ พบว่า เกิดจากการเลียนแบบพ่อแม่ หรือคนในชุมชน และมีการถ่ายทอดพฤติกรรมจนกลายเป็นวิถีชีวิตสืบต่อกันมา

“สมัยก่อนสูบบุหรี่กันทั้งผู้หญิงผู้ชาย เวลานั่งคุยกัน มีงานอะไรก็เอาบุหรี่มาให้กันสูบ”

“บ่กินเหล้าก็บ่ค่อยมีเพื่อน”

“เมื่อมีประเพณีทุกบ้านจะดื่มเหล้าเดือนและจะดื่มกินกันเกือบทั้งหมู่บ้าน”

วิถีชีวิตของชุมชนกับการออกกำลังกาย พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงจากอดีตที่มีกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ต้องอาศัยการเคลื่อนไหวการออกแรงกาย การเปลี่ยนแปลงอาชีพจากการทำนาเป็นการรับจ้างทำงานต่างประเทศของคนในวัยทำงาน ส่วนที่เหลืออยู่บ้านเฉยๆ ส่วนการทำนาก็มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวก เช่น รถไถนา รถอีแต๋น การว่าจ้างแรงงานผู้อื่นมาทำนา ทำให้กิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกายน้อยลง ประกอบกับคนในชุมชนไม่เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย ตลอดจนสภาพแวดล้อมทางกายภาพของชุมชนที่ไม่มีสถานที่ออกกำลังกาย ไม่มีกลุ่มนำออกกำลังกาย ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวาน

“เยี่ยะก้าน เยี่ยะงานบ้าน งานสวน ก็มีเหงื่อออกก็เป็นการออกกำลังกาย”

“คนสมัยนี้ไม่ได้ทำงานหนัก น้ำก็ไม่ได้ดื่กข้าวก็ไม่ได้ดำ จะเดิน ไปไหนไกลๆก็ไม่ได้เดิน มีรถไปส่ง จะไปไหนมาไหนแม้กระทั่งทุ่งนาก็ใช้รถจักรยานยนต์”

วิถีชีวิตของชุมชนกับการจัดการความเครียด พบว่า ลักษณะอาชีพของคนในชุมชน คนในวัยแรงงานที่ต้องจากบ้านไปทำงานไกลบ้าน สิ่งแวดล้อมไม่เหมือนเดิม บุคคลในครอบครัวเหลือเพียงผู้สูงอายุกับเด็ก ทำให้เกิดความเครียดของคนทำงานที่ต้องเป็นห่วง คิดถึงบ้าน ผู้สูงอายุขาดคนดูแล

และคิดถึงเป็นห่วงคนที่ไปทำงานทำให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวล นอกจากนี้ค่านิยมที่มีการแข่งขันสูง ความมีเกียรติ ชื่อเสียงทำให้เกิดความเครียดในการพยายามทำให้ตนเองและครอบครัวเท่าเทียมกับผู้อื่น

“ในบ้านอยู่กันสองคนตายาย ลูกหลานอยู่กรุงเทพฯ และไปทำงานเมืองนอก ดังนั้น คิดนึกเครียดนอนไม่หลับ คิดถึงลูกหลาน บางครั้งคนที่อยู่ใกล้ชิด ก็ทำสื่อเครียดเมื่อใดนอนไม่หลับ หมอนัดไปตรวจน้ำตาลก็ขึ้น”

“เด็กสมัยนี้เลี้ยงยากไปโรงเรียนก็กลัวคบเพื่อนไม่ดี กลัวคิดยาเสพติด พ่อแม่ก็ไม่อยู่”

ปัจจัยอื่นๆ

การศึกษาของเสาวนีย์ สีสองสม (2541) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เกิดจากเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้ผลักดันและสนับสนุนให้มีการดำเนินโครงการต่างๆด้านสุขภาพในชุมชน และความต้องการด้านสุขภาพของตัวประชาชนเอง และคนในครอบครัว ที่ต้องการมีสุขภาพที่ดี สามารถที่จะควบคุมไม่ให้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเรื้อรังหรือกำเริบขึ้นได้

การศึกษาของวิไล วิวัฒน์ชาญกิจ (2539) พบว่า พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค 8 ประการกับธาตุเจ้าเรือนและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการกินอาหารถูกธาตุ การออกกำลังกาย อิริยาบถในชีวิตประจำวัน การนอน การทำงาน ทางอารมณ์ การขับถ่าย และการสัมผัสความร้อนหรือความเย็นของร่างกาย ซึ่งพฤติกรรม 8 ประการ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเหมาะสม มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 140 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หมายความว่าพฤติกรรมทั้ง 8 ประการไม่มีผลต่อค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด

การศึกษาของจิราภา เวคะวนิชย์ (2533) เกี่ยวกับจิตลักษณะความสามารถทางสติปัญญา และความสามารถในการรับรู้ที่อาศัยการประสานกันระหว่างกล้ามเนื้อและสายตาของผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวาน และการศึกษาของสิทธิชัย พัฒนสุวรรณ (2547) พบว่า แพทย์ที่มีลักษณะกระบวนการของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้ที่แพทย์ใช้ในการบริการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นแบบโมเดลลักษณะที่ยืดหยุ่นมีการต่อรองได้ (Negotiation Model) มักเป็นที่พึงพอใจสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่าแพทย์ที่มีกระบวนการของการให้บริการในเชิงลักษณะโมเดลของการที่แพทย์เป็นใหญ่ไม่มีความยืดหยุ่น (Crisis Model)

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ที่มีหลักฐานปรากฏตั้งแต่ปีพ.ศ. 2523 จนถึงปี พ.ศ. 2548 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายผล ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย

ประเภทของงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ส่วนใหญ่พบว่าเป็นวิทยานิพนธ์ในระดับปริญญาโท ที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า งานวิจัยทางการแพทย์ในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาระดับปริญญาโท (กรรณิกา เจริญเทียนชัย, 2529 ; ยุวดี ภาษา, 2527; เอื้อมพร ทองกระจาย และเพชรไสว เลียงจินดา, 2537) สถาบันการศึกษาได้กำหนดให้นักศึกษาต้องทำวิทยานิพนธ์เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา มีการเปิดหลักสูตรบัณฑิตศึกษาเพิ่มมากขึ้น จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้งานวิจัยทางการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ปี พ.ศ. ที่ผลิตงานวิจัย พบว่ามีจำนวนมากขึ้นทั้งประเภทวิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดังแต่ปี พ.ศ. 2536 อาจเป็นผลมาจากนโยบายการวิจัยทางการแพทย์ในทศวรรษหน้า (2535-2545) ของคณะกรรมการการวิจัยทางการแพทย์แห่งชาติ สภาการพยาบาล (2537) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติตามนโยบายแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 7, 8, และ 9 การเปิดหลักสูตรบัณฑิตศึกษาเพิ่มมากขึ้น และการกำหนดการเข้าสู่ตำแหน่งผู้ชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้บริหารทางการแพทย์ในฝ่ายบริการพยาบาล และตำแหน่งวิชาการของฝ่ายการศึกษา ต้องสร้างผลงานวิจัยทางการแพทย์ตามเกณฑ์การพิจารณา (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2531)

สถาบันผลิตงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ประเภทวิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มาจากมหาวิทยาลัยมหิดล นั่นอาจเป็นเพราะว่ามหาวิทยาลัยมหิดลมีคณะ/ภาควิชาที่เปิดสอนในระดับ

บัณฑิตศึกษาที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพและพยาบาลหลายหลักสูตรทั้งที่คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นต้น จึงทำให้เกิดผลงานวิจัยทางการพยาบาลมากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2538)

แหล่งทุนวิจัย พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีการระดมทุนวิจัยที่ได้รับ ซึ่งอาจเนื่องมาจากส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา การจัดสรรทุนสำหรับการทำวิจัยให้นักศึกษาบางสถาบัน อาจมีความจำกัดเรื่องงบประมาณ และช่วงเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้รับการจัดสรรทุน นอกจากนี้แหล่งทุนสนับสนุนบางแหล่งต้องมีหลักฐานการอนุมัติโครงร่างการวิจัย จากคณะกรรมการควบคุมการวิจัย ภายในกำหนดเวลา ซึ่งนักศึกษบางส่วนยังสอกรอบการวิจัยไม่ผ่าน จึงเป็นผลทำให้ละเลยการดำเนินการขอทุนสนับสนุนการทำวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัดติยาพร คนเที่ยง (2548), ไพรินทร์ สมบัติ (2540), วราภรณ์ รุ่งช้าง (2544), วิภาพร เอกศิริวรานนท์ (2541), และสุคนธ์ มีเนตรทิพย์ (2540)

สำหรับงานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ที่ระบุแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยไว้ ส่วนใหญ่เป็นแหล่งทุนวิจัยภายในประเทศ ได้แก่ ทุนอุดหนุนการวิจัยจากรายได้คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และทุนบัณฑิตวิทยาลัย สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยต่างๆ ที่สนับสนุนการวิจัยบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ สำหรับนักศึกษบัณฑิตวิทยาลัย อาจเพราะนักศึกษาเข้าถึงแหล่งทุนเหล่านี้ โดยการประชาสัมพันธ์ของบัณฑิตวิทยาลัย ในมหาวิทยาลัยแต่ละแห่ง ส่วนทุนวิจัยต่างประเทศ พบว่าเป็นทุน China Medical Board of New York, Inc.(C.M.B.) และ IPSR HEWLETT FOUNDATION ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และคณะ (2530) ที่พบว่าแหล่งเงินทุนได้รับเงินทุนอุดหนุนจาก China Medical Board of New York, Inc.(C.M.B.) ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลมากที่สุด ร้อยละ 48.44

แบบแผนการวิจัย พบว่าส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบไม่ทดลอง ศึกษาตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยไม่มีการจัดกระทำขึ้น หรือควบคุมทำให้เกิดขึ้นในกลุ่มต่างๆ และพบว่าแบบการวิจัยที่ใช้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายมากที่สุด อาจเนื่องมาจากเหตุผลนักศึกษาต้องการรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงหรือพิสูจน์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ซึ่งการวิจัยเชิงบรรยายเป็นการศึกษาเพื่อบอกถึงส่วนประกอบและรายละเอียดของลักษณะต่างๆ ของประชากรว่าประกอบด้วยลักษณะใดบ้าง จำนวนมากน้อยเพียงใด มีอะไรเกิดขึ้นกับบรรยายไปตามข้อเท็จจริง (ยุวดี ภาษา และคณะ, 2540)

ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นวิธีการวิจัยเชิงอุปมาอย่างเป็นระบบในการค้นหาความหมายและอธิบายประสบการณ์ตามมุมมองของตัวอย่างวิจัย เป็นการเพิ่มความเข้าใจในปรากฏการณ์หนึ่งๆ อย่างลึกซึ้งและเป็นองค์รวม เป็นการวิจัยที่ผู้วิจัยต้องเข้าไปสัมผัสกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา

เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นโดยตรง เป็นการศึกษาที่ต้องอาศัยทั้งเวลาและทักษะในการให้ได้มาซึ่งข้อมูลเชิงลึก โดยที่นักวิจัยต้องพยายามหลีกเลี่ยงอคติหรือพยายามที่จะแยกเก็บทัศนคติของตน หรือประสบการณ์ของตน ตลอดจนแนวคิดทฤษฎีใดๆ ที่ได้เรียนรู้ไม่ให้ปะปน จำกัด หรือแทรกแซงในสิ่งที่กำลังศึกษา หรือในช่วงที่กำลังรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ปรากฏการณ์ที่ศึกษานั้นๆ เป็นประจักษ์ตามบริบทของปรากฏการณ์นั้นเองตามธรรมชาติ ดังนั้นการวิจัยเชิงคุณภาพถือได้ว่าเป็นงานวิจัยที่ยาก จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มีจำนวนวิจัยเชิงคุณภาพปรากฏอยู่น้อย (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545)

กรอบแนวคิดของการวิจัย พบว่าส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยประเภทวิทยานิพนธ์ จะมีการแสดงกรอบแนวคิดของการวิจัยมากกว่างานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ซึ่งได้มาจากการที่ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและจากกรอบแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ทั้งนี้เนื่องจากงานวิจัยประเภทวิทยานิพนธ์เป็นงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่ผู้ทำการศึกษา คือ นักศึกษาปริญญาโทและเอกต้องนำเสนอวิทยานิพนธ์ตามขั้นตอนของการวิจัย และข้อกำหนดวิทยานิพนธ์ของบัณฑิตวิทยาลัยของแต่ละสถาบัน ที่มีการกำหนดให้ระบุกรอบแนวคิดของการวิจัยไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนิกรณ์ วิชากร (2530) ที่พบว่า วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลในประเทศไทยตั้งแต่ปีการศึกษา 2517 ถึง 2527 ส่วนใหญ่มีการแสดงแนวความคิดและ/หรือทฤษฎีที่ศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากการวิจัยเชิงปริมาณ มุ่งพัฒนาทฤษฎีและองค์ความรู้ด้วยการทดสอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยเรื่องนั้นๆ

ตัวแปรที่ศึกษา พบว่า ตัวแปรอิสระ และตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวแปรที่ปรากฏ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตัวแปรด้านส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา รายได้ เป็นต้น อาจเนื่องจากการทำวิจัยโดยทั่วไป ผู้วิจัยต้องการทราบการเปลี่ยนแปลงค่าของตัวแปรตาม เมื่อกำหนดค่าหรือแปลค่าของตัวแปรอิสระให้เป็นไปตามที่ผู้วิจัยต้องการ ซึ่งปัจจัยด้านประชากรเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมในการวิจัยและเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพหรือการควบคุมโรคได้ดีและไม่ได้ อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มีผู้สนใจที่จะศึกษา จึงมีการศึกษาวิจัยในตัวแปรด้านนี้ค่อนข้างมาก ส่วนตัวแปรตาม พบว่า มีการศึกษาในกลุ่มพฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะตัวแปรเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากเป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน คือ การทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ซึ่งนักวิจัยทางการแพทย์บางส่วนใหญ่นำแนวคิดนี้มาพิสูจน์ด้วยระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ ว่าเป็นความจริงหรือไม่ เท่ากับเป็นการนำทฤษฎีมาพิสูจน์ซ้ำแล้วซ้ำอีกด้วยการวิจัย (ยุวดี ภาชา และคณะ, 2540)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าการศึกษาจากประชากรทั้งหมด เพราะถ้าต้องศึกษาจากประชากรทุกคน ทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณ เวลา และกำลังคน การศึกษาทำได้ยาก ลักษณะของประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก เพราะในปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงน้อยลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงไม่จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมและมารับการตรวจโรคตามการนัดหมายได้ และโรงพยาบาลต่างๆ ก็มีการจัดตั้งคลินิกโรคเบาหวานหรือเปิดให้บริการในช่วงวัน-เวลาเฉพาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมาตรวจตามนัดได้ ดังนั้นคลินิกโรคเบาหวานและ/แผนกผู้ป่วยนอกที่เปิดบริการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน จึงเป็นแหล่งประชากรที่สำคัญที่ผู้วิจัยสามารถจะทำการศึกษาวิจัยในปัญหาด้านต่างๆ ได้มากมาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทร มีเนตรทิพย์ (2540)

วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ระบุวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง อาจเนื่องมาจากการพิจารณาขนาดตัวอย่างที่จะศึกษานั้น จะต้องพิจารณาถึงลักษณะข้อมูลและองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากขนาดตัวอย่างเป็นเพียงหน่วยบางหน่วยที่เลือกมาเป็นตัวแทนของประชากรเท่านั้น ดังนั้นขอสรุป ค่าเฉลี่ย หรือสัดส่วนที่หาได้จากข้อมูลหน่วยที่เลือกมาเป็นตัวอย่างจึงเป็นเพียงค่าประมาณ ค่าประมาณเหล่านี้จะใกล้เคียงกับค่าจริงที่หาได้จากทุกๆ หน่วยของประชากรมากน้อยเพียงใด จึงขึ้นอยู่กับแบบการเลือกตัวอย่างหรือวัตถุประสงค์ในการศึกษาและชนิดของการออกแบบวิจัยนั้นๆ ด้วย (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ, 2535) ส่วนงานวิจัยที่แสดงวิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างนั้น พบว่า ส่วนใหญ่ใช้ตารางของ Taro Yamane ซึ่งเป็นตารางสำเร็จรูปที่ช่วยให้สะดวกในการเลือกคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่ทราบค่าของกรอบประชากร จึงอาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้วิจัยนิยมนำไปใช้คำนวณขนาดตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ขนาดตัวอย่างอยู่ระหว่าง 101 - 200 คน ซึ่งอาจจะไม่เหมาะสมกับการวิจัยแบบไม่ทดลอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ยิ่งเกิดความคลาดเคลื่อนเนื่องจากการเลือกตัวอย่างได้สูง แต่อย่างไรก็ตาม ตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่เกินไป จะทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนสูงได้เช่นกัน เพราะตัวอย่างขนาดใหญ่จะทำให้เกิดความผิดพลาดในการวัดได้ง่าย และการใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ก็จะเป็นตัวแทนได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก เนื่องจากความคลาดเคลื่อนของตัวอย่างจากประชากรจะลดลง (ยุวดี ภาวษา และคณะ, 2540) จึงควรมีการใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับแบบการวิจัย ค่าถามวิจัย ละสถิติที่จะใช้ในการทดสอบสมมติฐาน เพื่อให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม และเกิดความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด

การได้มาของประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ขึ้นอยู่กับระเบียบวิธีที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งการสำรวจครั้งนี้ พบว่า มีการใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงมากที่สุด โดยผู้วิจัย กำหนดคุณสมบัติให้เหมาะสมกับการวิจัย มีการระบุลักษณะที่จัดเข้าไว้เป็นตัวอย่าง และลักษณะที่คัดออกจากการเป็นตัวอย่าง การเลือกวิธีนี้ง่ายในการปฏิบัติ จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และคณะ (2530), ไช้มุก วิเชียรเจริญ และคณะ (2535), ชัดติยาพร คนเที่ยง (2548), นวีวรรณ โพธิ์ศรี และคณะ (2531), ปราณี ฐิไพบระ และคณะ (2536), ไพรินทร์ สมบัติ (2540), วราภรณ์ รุ่งช้าง (2544), วิภาพร เอกศิริวรานนท์ (2541), และสุคนธ์ มีเนตรทิพย์ (2540)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการวิจัยส่วนใหญ่มักจะเป็นแบบสัมภาษณ์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากแบบสัมภาษณ์ช่วยให้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์ในด้านบุคลิกภาพ เช่น ท่าทาง เจตคติ อุปนิสัย ปฏิภาณ ไหวพริบ เป็นต้น และการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนใหญ่ ได้จากผู้ป่วยที่มารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพต่างๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีความประสงค์ที่จะได้รับการตรวจรักษาโดยไม่เสียเวลาในการรอคอย เพราะอาจต้องรีบไปทำภารกิจอื่นๆ ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ลงบันทึกข้อมูลให้ผู้ป่วยเองจะทำให้เกิดความรวดเร็ว และความครบถ้วนของการเก็บข้อมูล ทำให้ได้ความรู้และความจริงตามต้องการมีมากกว่าการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง และใช้ได้กว้างขวางแม้กับผู้ป่วยที่ไม่รู้หนังสือหรือมีปัญหาด้านมองไม่เห็น ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจในครั้งนี้ ที่พบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ที่ใช้วัด พฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติตนมากที่สุด ซึ่งเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับการเก็บข้อมูลที่สลับซับซ้อน โดยเฉพาะการวิจัยที่แสวงหาความจริงทางด้านพฤติกรรมของมนุษย์เกี่ยวกับความรู้สึนึกคิด ทศนคติ ความเชื่อ ประสบการณ์ การเรียนรู้ เป็นต้น (ยุวดี ภาชา และคณะ, 2540)

วิธีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือเอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความสอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มประชากรและวัตถุประสงค์ในการวิจัย ซึ่งการใช้เครื่องมือวิจัยที่พัฒนาขึ้นใหม่แทนการใช้เครื่องมือวิจัยเดิมนั้น ทำให้ขาดการพัฒนาเครื่องมือวิจัยที่มีคุณภาพ หรือมีมาตรฐาน นอกจากนี้ยังทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบผลการวิจัยระหว่างงานวิจัยแต่ละชิ้นงานได้โดยตรงอีกด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่จะมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความตรงและความเที่ยง เพราะเครื่องมือที่จะนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย ต้องเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพและเชื่อถือได้ในการวัด การตรวจสอบเครื่องมือโดยการหาความตรง ซึ่งเป็นคุณสมบัติของเครื่องมือในการวัดสิ่งที่ต้องการวัดว่ามีความถูกต้องตรงกับความเป็นจริงมากน้อยเพียงใด ส่วนการหาความเที่ยง ก็เป็นคุณสมบัติ

ของเครื่องมือในการวัดสิ่งที่ต้องการวัดว่ามีความคงที่มากน้อยเพียงใด (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ, 2535) ซึ่งวิธีการดังกล่าวเป็นวิธีการที่จำเป็นในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า ส่วนใหญ่ผู้วิจัยเก็บด้วยตนเอง อาจเนื่องมาจากเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลส่วนใหญ่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเอง ดังนั้นผู้วิจัยต้องเป็นผู้ที่รู้จักคุ้นเคยกับเครื่องมือที่จะนำมาใช้วัด เพื่อผลการวัดจะได้เป็นค่าที่ถูกต้อง ส่วนการเตรียมผู้เก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุ อาจเนื่องจากผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพียงคนเดียว แต่อย่างไรก็ตาม กรณีที่มีผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ควรจะมีการฝึกเก็บข้อมูล เพื่อฝึกหัดให้ผู้วัดทุกคนสามารถใช้เครื่องมือได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าเทียมกัน การฝึกควรครอบคลุมเรื่องการให้คำแนะนำ การดำเนินการวัด และการอ่านผลที่ได้จากการวัด (ยุวดี ภาษา และคณะ, 2540)

การวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าวิธีวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นการวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจง การหาค่าร้อยละ การหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต การหาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากสถิติบรรยายมีระเบียบวิธีทางสถิติไม่ยุ่งยาก คำนวณง่าย การใช้ประโยชน์มีมาก เพราะนอกจากจะใช้เพื่อเป็นการสรุปข้อมูลที่รวบรวมได้ และตอบวัตถุประสงค์ของงานวิจัยแล้ว สถิติบรรยายยังเป็นค่าพื้นฐานที่นำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติอ้างอิงต่อไปอีกด้วย ส่วนสถิติอ้างอิง พบว่า ส่วนใหญ่ใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลสองชุดหรือข้อมูลจากสองตัวแปรที่เป็นอิสระต่อกัน โดยไม่มีตัวแปรใดถูกกำหนดค่าล่วงหน้า (ยุวดี ภาษา และคณะ, 2540) ซึ่งก็สอดคล้องกับผลการสำรวจในครั้งนี้ที่พบว่า การวิจัยแบบไม่ทดลองส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ดังนั้นการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จึงเหมาะสมกับประเภทของการวิจัยดังกล่าว ส่วนการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา แต่พบว่ามีงานวิจัยเชิงคุณภาพจำนวนน้อยมากเพียงร้อยละ 3.9 อาจเป็นเพราะมีระเบียบวิจัยซับซ้อน และต้องใช้เวลาทั้งในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลค่อนข้างมาก แต่อย่างไรก็ตามยังมีงานวิจัยเชิงปริมาณอีกร้อยละ 7.8 ที่มีการวิเคราะห์เนื้อหาในส่วนของข้อมูลเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย

การสำรวจงานวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีผลการวิจัยจำนวนมากที่ทดสอบสมมติฐานหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะการควบคุมโรคเบาหวานและพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีผลการวิจัยเชิงคุณภาพด้วย

ผลการวิจัยที่ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะการควบคุมโรคเบาหวานนั้น มีการใช้ผลการตรวจ FBS, FPG, HbA_{1c}, และ Fructosamine ในการประเมินภาวะการควบคุม

โรคเบาหวาน ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีดังนี้ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้บทบาท ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความสามารถในการดูแลตนเอง แหล่งทักษะภายในตน ความเบื่อหน่ายในการรักษา อารมณ์เสียหงุดหงิด การมีเรื่องไม่สบายใจ การสนับสนุนทางสังคม บุคคลคอยดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว คุณภาพชีวิต ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค น้ำหนักตัว ระดับไขมันในเลือด ภาวะแทรกซ้อน สภาวะสุขภาพในช่องปาก พฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตัว วิถีชีวิต/การดำเนินชีวิตประจำวัน พฤติกรรม การดูแลตนเอง พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา พฤติกรรมการบริโภคอาหาร/การควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการมาตรวจตามแพทย์นัด และ พฤติกรรมของผู้ดูแล

ผลการวิจัยที่ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมสุขภาพนั้น มีการประเมิน พฤติกรรมในด้านต่างๆ เช่น พฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตัว วิถีชีวิต/การดำเนินชีวิตประจำวัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา พฤติกรรม การดูแลตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร/การควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการมาตรวจตามแพทย์นัด พฤติกรรม การดูแลเท้า พฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวาน พฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีดังนี้ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สภาพที่อยู่อาศัย/เขตที่อยู่อาศัย ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ประวัติ การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์/อุปสรรคการปฏิบัติตน การรับรู้ ความสามารถ ความเชื่อ ทศนคติ/เจตคติ ค่านิยม ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเอง/การยอมรับตนเอง อุปสรรคในการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง การมีทักษะ ในการดูแลตนเอง ความรู้สึกที่สืบเนื่องกับการปฏิบัติกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้าน สถานการณ์ การสนับสนุนทางสังคม/ครอบครัว แหล่งทักษะภายในตน การได้รับการดูแลจาก ครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย บทบาทของครอบครัวจัดการด้านอาหาร ที่เหมาะสม แรงจูงใจด้านสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต ประสบการณ์การเกิดแผล พฤติกรรม เกี่ยวข้องที่เคยมีมาก่อน ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาที่เป็นโรค ดัชนีมวลกาย สภาวะเท้า แผลที่เท้า วิธีการรักษา ระยะเวลาที่รักษา จำนวนที่รับยา ประสิทธิภาพของยาที่ผู้ป่วยประเมิน ความรู้สึกต่อยา ที่ได้รับ ความถี่ของการนัด การใช้สมุนไพร การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล สถานที่ให้บริการ การตรวจรักษา การติดตามเยี่ยมบ้าน การได้รับการให้คำปรึกษา/คำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข

การได้รับข่าวสาร/สุขภาพ มีแหล่งความรู้/ข้อมูลข่าวสาร สิทธิการรักษา ความพึงพอใจต่อบริการ และระยะทาง

ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ สภาพที่อยู่อาศัย/เขตที่อยู่อาศัย ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ แต่สามารถให้การติดตามและเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่มีลักษณะส่วนบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการจัดลำดับความสำคัญในการให้การพยาบาลหรือการจัดกระทำนั้นให้มากขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่มีหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำ

แม้ว่าการสำรวจงานวิจัยครั้งนี้จะพบว่ายังมีความขัดแย้งกันเองของผลการวิจัยที่ทดสอบสมมติฐานเดียวกันหรือคล้ายๆกัน ทำให้เป็นการยากที่จะรวบรวมสรุปผลการวิจัยที่ชัดเจนลงไปได้ แต่ก็พอที่จะสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรคและพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ/เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ (การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์/อุปสรรคการปฏิบัติตน และการรับรู้ความสามารถ) และการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงได้ โดยการให้การพยาบาลหรือกิจกรรมการพยาบาลในรูปแบบโปรแกรมสุขภาพ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ การสอนหรือการให้สุขภาพหรือการให้คำปรึกษาทางสุขภาพอย่างมีแบบแผน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคดีขึ้น (สุภาพร พลขระหาร, 2551) แต่ยังมีการศึกษาวิจัยความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้กับระดับน้ำตาลในเลือดน้อย เช่น การสนับสนุนทางสังคมมีการทดสอบสมมติฐานหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ 24 ครั้ง พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ 22 ครั้ง แต่มีการทดสอบสมมติฐานหาความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด 10 ครั้ง และพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติเพียง 1 ครั้ง (พรพิศ ชีวะคำณวน, 2535) เช่นเดียวกันกับตัวแปรในกลุ่มการรับรู้ด้านสุขภาพ มีการทดสอบสมมติฐานหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ 61 ครั้ง พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ 52 ครั้ง แต่กลับมีการทดสอบสมมติฐานหาความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด 4 ครั้ง และพบมีนัยสำคัญทางสถิติเพียง 2 ครั้ง (ศรียา วัฒนาพาหุ, 2543 และหนึ่งฤทัย แก่นจันทร์, 2540) จึงยังไม่สามารถสรุปว่าปัจจัยเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ในการสำรวจงานวิจัยครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่มีการศึกษาในงานวิจัยที่ผ่านมา ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตน วิธีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ/การปรับวิถีชีวิต/การดำเนินชีวิตประจำวัน พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา พฤติกรรมดูแลตนเอง พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมรับประทานยา และพฤติกรรมมาพบแพทย์ตามนัด

ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ถูกศึกษาทั้งในแง่การมีพฤติกรรมที่ดี และการมีพฤติกรรมที่ไม่ดีที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดีสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมไม่ดีก็จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Pairour (2003) พบว่าการปฏิบัติตนในการควบคุมเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการปฏิบัติตนในการควบคุมเบาหวานดีทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดดี แต่ถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการปฏิบัติตนในการควบคุมเบาหวานไม่ดี ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี และการศึกษาของ ผกามาศ นามประดิษฐ์กุล (2536), และ Rittichu (2002) พบว่าการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีการปฏิบัติตัวมากกว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แสดงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการปฏิบัติตนในเรื่องการควบคุมอาหารไม่ดี การไม่ออกกำลังกาย และการรับประทานยาไม่ดี มีความเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มากกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการปฏิบัติตนในเรื่องการควบคุมอาหารดี มีการออกกำลังกาย และการรับประทานยาดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนทรา หิรัญวรรณ (2538) พบว่ากลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารด้านการควบคุมปริมาณอาหาร การควบคุมอาหารพวกแป้ง ไขมัน การรับประทานอาหารตรงเวลา การปฏิบัติตัวเวลาหิว การควบคุมการรับประทานจุจิก การงดดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ขนมหวาน ผลไม้หวาน มีการรับประทานผัก การงดใส่น้ำตาลในอาหาร ดีกว่ากลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพที่สัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรค พบว่ามีการศึกษาวิจัยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร/การควบคุมอาหารมากที่สุด เนื่องจากการควบคุมอาหารมีความสำคัญโดยตรงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา เพราะเป้าหมายในการรักษาโดยใช้หลักโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน คือการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานปรับปรุงและควบคุมการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับกิจกรรมในแต่ละวัน เพราะนอกจากจะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติแล้ว ยังช่วยลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติด้วย ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ/การปฏิบัติตน วิธีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ/การปรับวิถีชีวิต/การดำเนินชีวิตประจำวัน พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการมาพบแพทย์ตามนัด นั้นยังมีการศึกษาวิจัยจำนวนน้อย ควรมีการสนับสนุนให้มีการวิจัยประเด็นนี้มากขึ้น

ส่วนผลการวิจัยเชิงคุณภาพ 15 ชื่อเรื่อง ที่พบในการสำรวจครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานในด้านสาเหตุ อาการ และความรุนแรงของโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนของโรค ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีการดำเนินชีวิตในบริบททางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัว เช่นในด้านการดูแลสุขภาพโดยรวม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาและใช้ยาต่างๆ ซึ่งผลการวิจัยเชิงคุณภาพนี้ช่วยให้พยาบาลเข้าใจ การรับรู้ ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีการดำเนินชีวิตในบริบททางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมตามสภาพจริงของผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับวิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545 ที่กล่าวไว้ว่าผลงานวิจัยเชิงคุณภาพ สามารถนำมาซึ่งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ วิถีชีวิต ความเชื่อทางสุขภาพ และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการมุมมองหรือภาษา และภายใต้บริบทของผู้มารับบริการเอง ซึ่งนับว่าเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญ และเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการให้การดูแลรักษาพยาบาลได้อย่างตรงประเด็นและมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น การสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับภาวะการควบคุมโรคและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรค และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ยังเข้าใจ การรับรู้ ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีการดำเนินชีวิตในบริบททางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมตามสภาพจริงของผู้ป่วย ดังนั้นควรมีการนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยเหล่านี้มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

จากการรวบรวมงานวิจัยในครั้งนี้ทำให้ได้ข้อค้นพบเพิ่มเติมจากการศึกษาของสุคนธ์ มีเนตรทิพย์ (2540) ซึ่งครอบคลุมงานวิจัยแบบไม่ทดลองเพียง 32 ชื่อเรื่อง (ระหว่างปี พ.ศ. 2520 ถึงปี พ.ศ. 2539) แต่การสำรวจครั้งนี้พบงานวิจัยแบบไม่ทดลอง 230 ชื่อเรื่อง (ระหว่างปี พ.ศ. 2523 ถึงปี พ.ศ. 2548) และข้อค้นพบในผลการวิจัยในด้านพฤติกรรมสุขภาพในการสำรวจครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุคนธ์ มีเนตรทิพย์ (2540) คือพบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ กับปัจจัยด้านลักษณะประชากร โดยมีความสัมพันธ์แตกต่างกันไปตามกลุ่มประชากรที่ศึกษา ส่วนภาวะการควบคุมโรค/การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ส่วนใหญ่ควบคุมโรคได้ไม่ดีถึงระดับต่ำ และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะควบคุมโรคกับตัวแปรด้านประชากรในผู้ป่วยเบาหวานมีความแตกต่างกันไปตามกลุ่มประชากรที่ศึกษา

นอกจากนี้ ข้อค้นพบที่สำคัญจากการจัดหมวดหมู่ของสมมติฐานที่พบในรายงานผลการวิจัยทั้งหมดในการสำรวจงานวิจัยครั้งนี้ทำให้พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานกับภาวะการควบคุมโรค โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภค

อาหาร/การควบคุมอาหาร พฤติกรรมการใช้ยา และพฤติกรรมการพบแพทย์ตามนัด โดยพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านนี้มีความสำคัญต่อภาวะการควบคุมโรค นอกเหนือจากปัจจัยส่วนบุคคล จิตสังคม ภาวะสุขภาพ ภาวะโรค การรักษาและการบริการ ข้อค้นพบนี้เป็นข้อมูลที่สำคัญและมีความเฉพาะเจาะจงซึ่งช่วยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติสามารถนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานไปปรับใช้ในการบริการ เพื่อป้องกันและควบคุมภาวะเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อน และให้ความรู้กับผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพมากขึ้น และจะเป็นประโยชน์ต่อนักวิจัยทางการพยาบาลในการพัฒนางานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลองทดสอบการ จัดกระทำ (intervention) วิธีต่างๆให้มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือส่งเสริมพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานให้เหมาะสม นำไปสู่ภาวะการควบคุมโรคเบาหวานและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ต่อไป นอกจากนี้ยังสำรวจพบว่าม้งงานวิจัยในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานอยู่น้อยมาก จึงควรสนับสนุนให้มีการศึกษามากขึ้น เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงซึ่งมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคเบาหวานสูงกว่าคนทั่วไป

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ เพื่อรวบรวมการวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ที่มีหลักฐานปรากฏปี พ.ศ. 2523 จนถึงปี พ.ศ. 2548 ประกอบด้วยงานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ และงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ที่มีการตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ การแพทย์สาธารณสุข จำนวน 230 ชื่อเรื่อง โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อบรรยายสรุปเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย
2. เพื่อบรรยายสรุปเกี่ยวกับผลการวิจัยของงานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ที่ตอบคำถามปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ หรือสมมติฐานของการวิจัย

ผลการวิจัย มีดังนี้

1. ลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 จนถึงปี พ.ศ. 2548 พบว่ามีจำนวนทั้งหมด 230 ชื่อเรื่อง ส่วนใหญ่ผลิตในช่วงปี พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2548 เป็นงานวิจัยประเภทวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท ที่ผลิตจากมหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่มากที่สุด โดยใช้ระเบียบวิธีเชิงปริมาณ และรูปแบบการวิจัยเชิงบรรยาย ส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเฉพาะโรคเบาหวานของโรงพยาบาลต่างๆ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกเฉพาะแบบเจาะจงมากที่สุด ตัวแปรหลักที่ศึกษา ได้แก่ ตัวแปรด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ตัวแปรด้านภาวะการควบคุมโรคเบาหวาน และตัวแปรด้านจิตสังคม งานวิจัยส่วนใหญ่มีการแสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย โดยที่วิทยานิพนธ์มีการแสดงกรอบแนวคิดของการวิจัยมากกว่างานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ส่วนใหญ่ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม เครื่องมือวิจัยส่วนใหญ่สร้างขึ้นเองโดยผู้วิจัย โดยที่เครื่องมือที่พบมากได้แก่ แบบสัมภาษณ์และ

แบบสอบถาม ส่วนใหญ่มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยหาความตรงเชิงเนื้อหา และความเที่ยงโดยใช้วิธีครอนบาคแอลฟา การเก็บรวบรวมข้อมูลทำโดยผู้วิจัยเองมากที่สุด การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยสถิติเชิงบรรยาย ใช้การแจกแจงความถี่ การหาค่าร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติสรุปอ้างอิง ใช้ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ การทดสอบไคสแคว์ และการทดสอบค่าที

2. ผลการวิจัยของงานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีดังนี้ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้บทบาท ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความสามารถในการดูแลตนเอง แหล่งทักษะภายในตน ความเปราะบางในการรักษา อารมณ์เสียหงุดหงิด การมีเรื่องไม่สบายใจ การสนับสนุนทางสังคม บุคคลคอยดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว คุณภาพชีวิต ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค น้ำหนักตัว ระดับไขมันในเลือด ภาวะแทรกซ้อน สถานะสุขภาพในช่องปาก พฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตัว วิถีชีวิต/การดำเนินชีวิตประจำวัน พฤติกรรม การดูแลตนเอง พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา พฤติกรรมการบริโภคอาหาร/การควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการมาตรวจตามแพทย์นัด และ พฤติกรรมของผู้ดูแล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีดังนี้ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สภาพที่อยู่อาศัย/เขตที่อยู่อาศัย ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์/อุปสรรค การปฏิบัติตน การรับรู้ความสามารถ ความเชื่อ พหุสคคิ/เจตคติ ค่านิยม ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง/การยอมรับตนเอง อุปสรรคในการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง การมีทักษะในการดูแลตนเอง ความรู้สึกที่สืบเนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ การสนับสนุนทางสังคม/ครอบครัว แหล่งทักษะภายในตน การได้รับการดูแลจากครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย บทบาทของครอบครัว จัดการด้านอาหารที่เหมาะสม แรงจูงใจด้านสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต ประสบการณ์การเกิดแผล พฤติกรรมเกี่ยวข้องที่เคยมีมาก่อน ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาที่เป็นโรค คชนิมวลกย สถานะเท้า แผลที่เท้า วิธีการรักษา ระยะเวลาที่รักษา จำนวนที่รับยา ประสิทธิภาพของยาที่ผู้ป่วยประเมิน ความรู้สึกต่อยาที่ได้รับ ความถี่ของการนัด การใช้สมุนไพร การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล สถานที่ให้บริการ การตรวจรักษา การติดตามเยี่ยมบ้าน การได้รับการให้คำปรึกษา/คำแนะนำจาก

บุคลากรสาธารณสุข การได้รับข่าวสาร/สุศึกษา มีแหล่งความรู้/ข้อมูลข่าวสาร สิทธิการรักษา ความพึงพอใจต่อบริการ และระยะทาง

ส่วนผลการวิจัยเชิงคุณภาพ สะท้อนให้ทราบถึงการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานในด้านสาเหตุ อาการ และความรุนแรงของโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนของโรค ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีการดำเนินชีวิตในบริบททางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ในด้านการดูแลสุขภาพโดยรวม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาและใช้ยาต่างๆ ซึ่งผลการวิจัยเชิงคุณภาพนี้ช่วยให้พยาบาลเข้าใจ การรับรู้ ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีการดำเนินชีวิตในบริบททางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมตามสภาพจริงของผู้ป่วยมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. จากการสำรวจงานวิจัยในครั้งนี้พบว่า งานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ซึ่งให้เห็นว่าผู้ทำการวิจัยส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาระดับปริญญาโท ในขณะที่พยาบาลที่เป็นผู้ปฏิบัติซึ่งเป็นกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพที่มีโอกาสสัมผัสกับปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานโดยตรง กลับมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานค่อนข้างน้อย ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลที่เป็นผู้ปฏิบัติได้ทำการวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มากขึ้น ทั้งนี้ต้องมีการเตรียมความพร้อมของตัวผู้วิจัย ในด้านความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน และความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิจัยทางการพยาบาลให้มากขึ้น

2. จากการสำรวจงานวิจัยในครั้งนี้พบว่า งานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ในส่วนที่เป็นวิทยานิพนธ์ ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ในจำนวนน้อย ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้งานวิจัยประเภทวิทยานิพนธ์ได้มีการตีพิมพ์เผยแพร่ให้มากขึ้น โดยอาจกำหนดเป็นระเบียบปฏิบัติสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ไว้ให้ชัดเจนว่าต้องมีการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทางการพยาบาลอย่างน้อย 1 ฉบับ

3. จากผลการวิจัยจากการสำรวจงานวิจัยในครั้งนี้ พบว่ามีการศึกษาในด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานไว้พอสมควรแต่ยังค่อนข้างน้อย ส่วนการวิจัยในประเด็นอื่นๆ ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะการควบคุมโรค มีการศึกษาน้อย ดังนั้นน่าจะได้มีการส่งเสริมให้มีการวิจัยในประเด็นเหล่านี้ให้มากขึ้น นอกจากนี้ในกลุ่มประชากรทั่วไปก็น่าจะมีการศึกษาในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ หรืออุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานในครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น

4. จากการสำรวจงานวิจัยในครั้งนี้นี้พบว่า การวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ดังนั้นจึงทำให้มีความรู้ทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในลักษณะของภาพรวมมากกว่าการศึกษาปัญหา และวิธีการแก้ปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยเบาหวานในเชิงลึก โดยเฉพาะด้านการรับรู้ ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีการดำเนินชีวิตในบริบททางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมตามสภาพจริงของผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้นน่าจะได้มีการส่งเสริมให้มีการวิจัยในเชิงคุณภาพให้มากขึ้น ทั้งนี้อาจต้องเริ่มจากการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยเน้นความรู้เกี่ยวกับวิธีวิจัยเชิงคุณภาพให้มากขึ้นในระบบการศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา

5. จากการสำรวจงานวิจัยในครั้งนี้นี้พบว่า มีการใช้เครื่องมือวิจัยที่สร้างขึ้นใหม่หรือปรับปรุงโดยผู้วิจัยเป็นจำนวนมาก ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบผลการวิจัยโดยตรงได้ ดังนั้นควรส่งเสริมให้มีการใช้เครื่องมือซ้ำในการวิจัยเพื่อการสนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือวิจัยให้มีคุณภาพมากขึ้น เพื่อนำไปสู่การสร้างเครื่องมือที่มีมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยต่อไป

6. ควรส่งเสริมให้มีการสำรวจและรวบรวมงานวิจัยทางการแพทย์ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ต่อไปเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เห็นพัฒนาการของความรู้ทางการแพทย์ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. เนื่องจากรูปแบบการตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารทางการแพทย์ การแพทย์ และสาธารณสุขศาสตร์ แต่ละเล่มมีความแตกต่างกัน จึงทำให้ข้อมูลบางประเด็นที่จำเป็นต้องรวบรวมในการวิจัยครั้งนี้ขาดหายไป เช่น แหล่งสนับสนุนงานวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย เป็นต้น ทำให้การสำรวจงานวิจัยในครั้งนี้นี้ขาดความครอบคลุมข้อมูลบางประเด็น

2. การบรรยายสรุปผลในการสำรวจครั้งนี้ มีบางประเด็นไม่สามารถแปลผลได้ชัดเจน เนื่องจากขึ้นอยู่กับความครบถ้วนของรายละเอียดที่ได้จากรายงานผลการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์นั้นๆ

3. ยังมีงานวิจัยอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้ถูกรวบรวมในการสำรวจงานวิจัยครั้งนี้ แม้จะมีรูปเล่มปรากฏอยู่ในสถาบันการศึกษาหรือศูนย์การศึกษา หรือปรากฏอยู่ในแหล่งที่ผลิตงานวิจัย เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานในวารสารทางการแพทย์ การแพทย์ และสาธารณสุข

การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย

พิมพ์ครั้งที่ 2 อินแดน 4736739 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลอนามัยชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, D.N.Sc., อรสา พันธุ์ศักดิ์, พย.ด.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์สาธารณสุขของประเทศไทย จากรายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยในของสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าสาเหตุผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น โดยมีอัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คนของทั้งประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพฯ) ดังนี้ 257.59, 277.707, 340.96, 380.75, 435.20 ในปี พ.ศ. 2543, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2545, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547 ตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2549) และพบว่าอัตราตายด้วยโรคเบาหวานของประชากรไทยในระหว่าง พ.ศ. 2543-2547 สูงขึ้น จากการรวบรวมข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบอัตราตายด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 12.2, 13.2, 11.8, 10.6, 12.3 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2549) โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต จอตาเสื่อม และการสูญเสียขา เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานหรือเสียชีวิตได้ แต่อันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน สามารถป้องกันได้โดยการควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดใกล้เคียงปกติหรืออยู่ในเกณฑ์ปกติอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ซึ่งจะทำให้เพิ่มภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นพยาบาลควรต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อแสวงหาความรู้เพื่อพัฒนาองค์ความรู้สู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

จากการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยโดย สุคนธ์ มีเนตรทิพย์ (2540) เพื่อศึกษาลักษณะทางกายภาพและความรู้ที่ได้จากผลการวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520

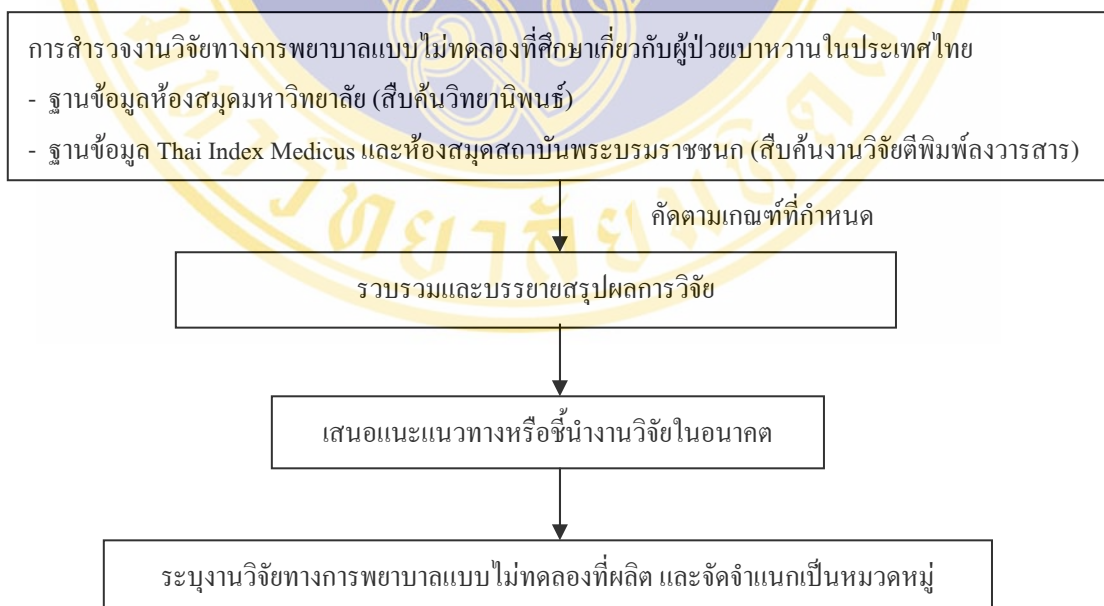
ถึง ปี พ.ศ. 2539 ที่ผ่านมานานเป็นเวลาประมาณ 10 ปี และในปัจจุบัน คาดว่ามีการวิจัยจะเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและคุณภาพ ซึ่งเป็นผลจากการกำหนดนโยบายและแนวทางการวิจัยทางการแพทย์เพื่อแก้ปัญหาการวิจัยทางการแพทย์ ของคณะกรรมการวิจัยทางการแพทย์แห่งชาติ (2537) และนโยบายการสาธารณสุขของประเทศ เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ตลอดจนการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตใหม่ในหลายสถาบัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย โดยครอบคลุมทุกงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีหลักฐานปรากฏตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงปัจจุบัน จากการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลในระบบเครือข่ายสารสนเทศของมหาวิทยาลัยต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสถาบันหรือหน่วยงานที่สนับสนุนงานวิจัยของไทยต่างๆ โดยครอบคลุมงานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา และงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารของประเทศไทย เพื่อบรรยายสรุปเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยและผลการวิจัยของงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย การรวบรวมความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทย ที่สามารถนำไปใช้เป็นแหล่งในการศึกษาค้นคว้า อ้างอิงที่เป็นปัจจุบัน สำหรับผู้ที่สนใจศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน และจะเป็นประโยชน์แก่นักวิจัยที่จะทำการวิจัยซ้ำในปัญหาที่ยังมีคำตอบไม่ชัดเจน หรือทำการวิจัยเพิ่มเติมในปัญหาใหม่ที่ยังไม่มีการทำวิจัยต่อไป และเพื่อเป็นแหล่งข้อมูลช่วยให้พยาบาลสะดวกในการศึกษาค้นคว้า และนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ถึงแม้ว่าจะมีงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานก้าวหน้าไปถึง Interventional study แล้วก็ตาม แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จที่จะทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จึงต้องมีการทบทวนงานวิจัยแบบไม่ทดลองใหม่ เพื่อค้นหาปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่จะทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อบรรยายสรุปเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย
2. เพื่อบรรยายสรุปเกี่ยวกับผลการวิจัยของงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ตามวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการทำวิจัยหรือที่ตอบคำถามปัญหาการวิจัย

กรอบแนวคิด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าปริมาณงานวิจัยในประเทศไทยมีเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับเทคโนโลยีสารสนเทศที่ก้าวหน้า ทำให้สามารถสืบค้นได้สะดวกครอบคลุมมากขึ้น การรวบรวมงานวิจัยที่ผ่านมา เพื่อบรรยายสรุปผลจะช่วยให้นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และตอบสนองนโยบายสาธารณสุขของประเทศไทย พร้อมทั้งหาแนวทางป้องกันปัญหาในอนาคตได้ จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการทบทวนงานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อนำความรู้ที่มีอยู่นั้นมาบรรยายสรุปให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ชัดเจนขึ้น เพื่อนำไปเสนอแนะแนวทางในการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และช่วยบอกทิศทางการทำวิจัยใหม่ที่จะมีส่วนสร้างเสริมองค์ความรู้ที่มีอยู่เดิมได้ ชี้แนะหรือแนะนำให้มีการวิจัยเพิ่มเติมในปัญหาการวิจัยที่ยังมีคำตอบไม่ชัดเจน หรือยังไม่มีการศึกษา หรือการทำวิจัยใหม่ในประเด็นที่ยังไม่ได้ไม่มีการทำวิจัยต่อไปในอนาคต ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นสามารถนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดของการสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยครั้งนี้ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การรวบรวมงานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยครั้งนี้เป็นการวิจัยสำรวจ (Survey Research) มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยงานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต และวิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาของมหาวิทยาลัยในประเทศไทย และงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่มีการตีพิมพ์ในวารสารประเทศไทย และปรากฏรูปเล่มอยู่ในห้องสมุดหรือศูนย์เอกสารของสถาบัน ที่ออกแบบการวิจัยเป็นลักษณะการวิจัยแบบไม่ทดลอง (non-experimental research design) ที่มีหลักฐานปรากฏตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 จนถึงปี พ.ศ. 2548 ในประเทศไทย ที่ได้มาจากการสืบค้นฐานข้อมูลในระบบเครือข่ายสารสนเทศของมหาวิทยาลัยต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสถาบันหรือหน่วยงานสนับสนุนการวิจัยต่างๆ ในประเทศไทย ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2548

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกตัวอย่างจากประชากรที่มีลักษณะดังนี้

ลักษณะที่จัดเข้าไว้เป็นตัวอย่าง (inclusion criteria)

ก งานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต และวิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต ที่ออกแบบการวิจัยแบบไม่ทดลอง, ที่เป็นของประเทศไทยและศึกษาในประชากรไทย, ที่ได้มาจากการสืบค้นจากฐานข้อมูลในระบบเครือข่ายสารสนเทศของมหาวิทยาลัยทั้งภาครัฐและเอกชน และสถาบันหรือหน่วยงานที่สนับสนุนงานวิจัยของประเทศไทย ด้วยคำสำคัญที่เหมือนกัน คือคำว่า “เบาหวาน”, “diabetic” และ “diabetes” และมีการศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน

ข งานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา (ไม่ใช่วิทยานิพนธ์) ที่มีการตีพิมพ์ในวารสารของประเทศไทย, ที่ออกแบบการวิจัยแบบไม่ทดลอง, ที่เป็นของประเทศไทยและศึกษาในประชากรไทย, ที่ได้มาจากการสืบค้นจากฐานข้อมูลในระบบเครือข่ายสารสนเทศของมหาวิทยาลัยทั้งภาครัฐและเอกชน และสถาบันหรือหน่วยงานที่สนับสนุนงานวิจัยของประเทศไทย ด้วยคำสำคัญที่เหมือนกัน คือคำว่า “เบาหวาน”, “diabetic” และ “diabetes” และมีการศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน

ลักษณะที่คัดออกจากการเป็นตัวอย่าง (exclusion criteria)

ก. วิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่สืบค้นจากฐานข้อมูลในระบบเครือข่ายสารสนเทศของมหาวิทยาลัยทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสถาบันหรือหน่วยงานที่สนับสนุนงานวิจัยของประเทศไทย หากมีชื่อเรื่องซ้ำกันคัดออก

ข. วิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพ วิทยาศาสตร์พื้นฐาน (ปฏิบัติการในห้องทดลองทั้งในมนุษย์และสัตว์)

ค. วิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับฤทธิ์ยาและสมุนไพร

ง. วิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับโภชนศาสตร์ ที่ทำการศึกษาถึงฤทธิ์หรือปฏิกิริยาทางเคมีของสารอาหาร

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัย ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากเครื่องมือของสุคนธ์ มีเนตรทิพย์ (2540) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดของงานวิจัยที่ใช้ศึกษา ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย และ ส่วนที่ 2 รายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย

การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพื่อให้ได้แนวคิดของการวิจัย รวมทั้งรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการวิจัยทางการแพทย์
2. ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยเกี่ยวกับการสำรวจและการวิเคราะห์งานวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัย
3. สร้างแบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย เพื่อบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพและผลการวิจัยของงานวิจัยที่จำเป็นต่อการวิจัยในครั้งนี้
4. นำแบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัยไปทดลองเก็บข้อมูลกับวิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิตเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 5 เรื่อง โดยเก็บข้อมูลจากวิทยานิพนธ์ที่เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ แบบไม่ทดลองในมนุษย์ จำนวน 5 ชื่อเรื่อง และงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่ตีพิมพ์ในวารสารของประเทศไทย จำนวน 5 ชื่อเรื่อง เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลเครื่องมือ ที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ใช้วิธีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นนักการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในลักษณะของการสอน การเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ/หรือเป็นผู้ที่มีผลงานด้านการวิจัย เช่น เขียนตำรา หรือทำการวิจัยมาก่อน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การสำรวจและการรวบรวมงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลรายละเอียดงานวิจัยด้วยตนเอง และผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน ซึ่งเป็นนักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มาทำการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกัน ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ฝึกการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมกันทั้งผู้วิจัยเองและผู้ช่วยวิจัย 3 คน
2. ทำการทดสอบ Inter-rater reliability และ Intra-rater reliability ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 และ 0.89 ตามลำดับ
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 3 คน เข้าไปเก็บข้อมูลตามห้องสมุด และสถาบันต่างๆ ตามที่ได้สืบค้นข้อมูลงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยลงในแบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัยที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น
4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัยทุกฉบับที่เก็บข้อมูลมา ถ้าไม่สมบูรณ์จะกลับไปเก็บซ้ำใหม่อีกครั้ง
5. สร้างคู่มือลงรหัส และนำแบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัยมาลงรหัสตามคู่มือ
6. ลงรหัสข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS/PC (Statistical Package for the Social Science)
2. ใช้สถิติบรรยาย (Descriptive statistics) เพื่อบรรยายให้ทราบลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยแบบไม่ทดลองเกี่ยวกับโรคเบาหวานในประเทศไทย โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency distribution) ร้อยละ (Percentage) ของข้อมูลแต่ละรายการ
3. บรรยายสรุปผลการวิจัยที่ปรากฏในงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ที่ตอบคำถามปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ หรือสมมติฐานของการวิจัย โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและการนับคะแนนเสี่ยง

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วน 1 ลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศ ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยของงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ตามวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัย และที่ตอบคำถามปัญหาการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 จนถึงปี พ.ศ. 2548 พบว่ามีจำนวนทั้งหมด 230 ชื่อเรื่อง ส่วนใหญ่ผลิตในช่วงปี พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2548 เป็นงานวิจัยประเภทวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท ที่ผลิตจากมหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรพยาบาลศาสตร สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่มากที่สุด โดยใช้ระเบียบวิจัยเชิงบรรยาย ส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเฉพาะโรคเบาหวานของโรงพยาบาลต่างๆ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกเฉพาะแบบเจาะจงมากที่สุด ตัวแปรหลักที่ศึกษา ได้แก่ ตัวแปรด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ตัวแปรด้านภาวะการควบคุมโรคเบาหวาน และตัวแปรด้านจิตสังคม งานวิจัยส่วนใหญ่มีการแสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย โดยที่วิทยานิพนธ์มีการแสดงกรอบแนวคิดของการวิจัยมากกว่างานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ส่วนใหญ่ใช้ทฤษฎีทางการแพทย์ของโอเร็ม เครื่องมือวิจัยส่วนใหญ่สร้างขึ้นเองโดยผู้วิจัย โดยที่เครื่องมือที่พบมากที่สุดได้แก่ แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ส่วนใหญ่มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยหาความตรงเชิงเนื้อหา และความเที่ยงโดยใช้วิธี cronbach alpha การเก็บรวบรวมข้อมูลทำโดยผู้วิจัยเองมากที่สุด การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยสถิติเชิงบรรยาย ใช้การแจกแจงความถี่ การหาค่าร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติสรุปอ้างอิง ใช้ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ การทดสอบไคสแคว์ และการทดสอบค่าที

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยทางการแพทย์ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย จากการสรุปผลการวิจัยโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาและการนับคะแนนเสี่ยง สามารถจำแนกออกเป็น 3 หมวด ดังนี้ หมวด 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรคเบาหวาน หมวด 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และ หมวด 3 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

หมวด 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรค

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีดังนี้ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน การ

รับรู้บทบาท ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความสามารถในการดูแลตนเอง แหล่งทักษะภายในตน ความเปราะบางในการรักษา อารมณ์เสียหงุดหงิด การมีเรื่องไม่สบายใจ การสนับสนุนทางสังคม บุคคลคอยดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว คุณภาพชีวิต ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค น้ำหนักตัว ระดับไขมันในเลือด ภาวะแทรกซ้อน สภาวะสุขภาพในช่องปาก พฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตัว วิถีชีวิต/การดำเนินชีวิตประจำวัน พฤติกรรม การดูแลตนเอง พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา พฤติกรรมการบริโภคอาหาร/การควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการมาตรวจตามแพทย์นัด และ พฤติกรรมของผู้ดูแล

หมวด 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีดังนี้ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สภาพที่อยู่อาศัย/เขตที่อยู่อาศัย ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์/อุปสรรคการปฏิบัติตน การรับรู้ความสามารถ ความเชื่อ ทศนคติ/เจตคติ ค่านิยม ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง/การยอมรับตนเอง อุปสรรคในการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง การมีทักษะในการดูแลตนเอง ความรู้สึกที่สืบเนื่องกับการปฏิบัติกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ การสนับสนุนทางสังคม/ครอบครัว แหล่งทักษะภายในตน การได้รับการดูแลจากครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย บทบาทของครอบครัวจัดการด้านอาหารที่เหมาะสม แรงจูงใจด้านสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต ประสบการณ์การเกิดแผล พฤติกรรมเกี่ยวข้องที่เคยมีมาก่อน ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาที่เป็นโรค ดัชนีมวลกาย สภาวะเท้า แผลที่เท้า วิธีการรักษา ระยะเวลาที่รักษา จำนวนที่รับยา ประสิทธิภาพของยาที่ผู้ป่วยประเมิน ความรู้สึกลดน้อยที่ได้รับ ความถี่ของการนัด การใช้สมุนไพร การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล สถานที่ให้บริการ การตรวจรักษา การติดตามเยี่ยมบ้าน การได้รับการให้คำปรึกษา/คำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข การได้รับข่าวสาร/สุขภาพ มีแหล่งความรู้/ข้อมูลข่าวสาร สิทธิการรักษา ความพึงพอใจต่อบริการ และระยะทาง

หมวด 3 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

จากการรวบรวมผลงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 15 ชื่อเรื่อง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานให้ความหมายสาเหตุของโรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากกรรมพันธุ์ พฤติกรรมและวิถีชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหาร ความอ้วน ความเครียด และไม่ออกกำลังกาย และได้อธิบายอาการของโรคว่า ปัสสาวะบ่อย อ่อนเพลียไม่มีแรง คลื่นไส้อาเจียน ตาพร่า

แม้ว่าชาวปลายมือปลายเท้า และถ้าอาการรุนแรงจะทำให้ไม่รู้สีกตัวและเสียชีวิตได้ ส่วนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานด้านการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย และการใช้ยา ผู้ป่วยบางกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ก็จะมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่ผู้ป่วยบางกลุ่มที่มีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีการดำเนินชีวิตของครอบครัว และชุมชน จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่วนวิธีการรักษาพบว่าผู้ป่วยให้ความสนใจในการมาพบแพทย์ตามนัด และรับประทานยาตามแผนการรักษา มีบางรายรับประทานยาไม่ครบเนื่องจากอาการข้างเคียงของยา และลืมรับประทานยา บางรายใช้การรักษาแผนปัจจุบันควบคู่กับการรักษาแผนทางเลือก และการใช้สมุนไพรร่วมด้วย เนื่องจากหวังว่าจะทำให้อาการดีขึ้น

การอภิปรายผล

การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ที่มีหลักฐานปรากฏตั้งแต่พ.ศ. 2523 ถึง พ.ศ. 2548 จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางกายภาพของงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย

ประเภทของงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ส่วนใหญ่พบว่าเป็นวิทยานิพนธ์ในระดับปริญญาโท ที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า งานวิจัยทางการแพทย์ในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาระดับปริญญาโท (กรรณิกา เจริญชัย, 2529 ; ยุวดี ภาษา, 2527; เอี่ยมพร ทองกระจ่าง และเพชรไสว เลียงจินดา, 2537) นั่นอาจเป็นเพราะสถาบันการศึกษาได้กำหนดให้นักศึกษาต้องทำวิทยานิพนธ์เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา มีการเปิดหลักสูตรบัณฑิตศึกษาเพิ่มมากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2538) ส่วนปี พ.ศ. ที่ผลิตงานวิจัย พบว่ามีจำนวนมากขึ้นทั้งประเภทวิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดังแต่ปี พ.ศ. 2536 อาจเป็นผลมาจากนโยบายการวิจัยทางการแพทย์ในทศวรรษหน้า (2535-2545) ของคณะกรรมการการวิจัยทางการแพทย์แห่งชาติ สภาการพยาบาล (2537) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติตามนโยบายแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 7, 8, และ 9 การเปิดหลักสูตรบัณฑิตศึกษาเพิ่มมากขึ้น และการกำหนดการเข้าสู่ตำแหน่งผู้ชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้บริหารทางการแพทย์ในฝ่ายบริการพยาบาล และตำแหน่งวิชาการของฝ่ายการศึกษา ต้องสร้างผลงานวิจัยทางการแพทย์ตามเกณฑ์การพิจารณา (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2531)

สถาบันผลิตงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ประเภทวิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มาจากมหาวิทยาลัยมหิดล นั่นอาจเป็นเพราะว่ามหาวิทยาลัยมหิดลมีคณะ/ภาควิชาที่เปิดสอนในระดับบัณฑิตศึกษาที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพและพยาบาลหลายหลักสูตรทั้งที่คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นต้น จึงทำให้เกิดผลงานวิจัยทางการแพทย์มากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2538)

แหล่งทุนวิจัย พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีการระดมทุนวิจัยที่ได้รับ ซึ่งอาจเนื่องมาจากส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา การจัดสรรทุนสำหรับการทำวิจัยให้นักศึกษาบางสถาบัน อาจมีความจำกัดเรื่องงบประมาณ และช่วงเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้รับการจัดสรรทุน นอกจากนี้แหล่งทุนสนับสนุนบางแหล่งต้องมีหลักฐานการอนุมัติโครงการวิจัย จากคณะกรรมการควบคุมการวิจัย ภายในกำหนดเวลา ซึ่งนักศึกษบางส่วนยังสอบโครงการวิจัยไม่ผ่าน จึงเป็นผลทำให้ละเลยการดำเนินการขอทุนสนับสนุนการทำวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัดติยาพร คนเที่ยง (2548), ไพรินทร์ สมบัติ (2540), วราภรณ์ รุ่งช้าง (2544), วิภาพร เอกศิริวรานนท์ (2541), และสุคนธ์ มีเนตรทิพย์ (2540)

แบบแผนการวิจัย พบว่าส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณแบบไม่ทดลอง อาจเนื่องมาจากความรู้พื้นฐานเรื่องระเบียบวิธีวิจัยที่พยาบาลจบการศึกษาปริญญาโท ส่วนใหญ่มีการทำวิจัยในเชิงปริมาณมากกว่าเชิงคุณภาพ ซึ่งพบร้อยละ 93.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัดติยาพร คนเที่ยง (2548), ไพรินทร์ สมบัติ (2540), วราภรณ์ รุ่งช้าง (2544), วิภาพร เอกศิริวรานนท์ (2541), และสุคนธ์ มีเนตรทิพย์ (2540) และการวิจัยเชิงปริมาณแบบไม่ทดลองที่พบจากการศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย อาจเนื่องมาจากนักศึกษาต้องการรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงหรือพิสูจน์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ซึ่งการวิจัยเชิงบรรยายเป็นการศึกษา เพื่ออธิบายและบรรยายไปตามข้อเท็จจริง (ยุวดี ภาวษา และคณะ, 2540) ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นพบเป็นส่วนน้อย อาจเนื่องจากการศึกษาที่ต้องอาศัยทั้งเวลาและทักษะในการให้ได้มาซึ่งข้อมูลเชิงลึก ซึ่งถือได้ว่าเป็นงานวิจัยที่ยากและซับซ้อน ดังนั้นจึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มีจำนวนวิจัยเชิงคุณภาพปรากฏอยู่น้อย (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ, 2535)

กรอบแนวคิดของการวิจัย พบว่าส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยประเภทวิทยานิพนธ์ จะมีการแสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย ซึ่งได้มาจากการที่ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและจากกรอบแนวคิดทฤษฎีต่างๆ เช่น ทฤษฎีทางการแพทย์ของโอเร็ม ซึ่งนำมาใช้ในการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า อาจเนื่องมาจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นส่วนใหญ่ทฤษฎีที่นำมาใช้กับผู้ป่วยเบาหวานจึงเป็นการดูแลตนเอง นอกจากนี้งานวิจัยประเภทวิทยานิพนธ์เป็นงานวิจัยที่เป็นส่วน

หนึ่งของการศึกษาที่ผู้ทำการศึกษา คือ นักศึกษาปริญญาโทและเอกมีความรู้ในเรื่องระเบียบวิธีการวิจัย และข้อกำหนดวิทยานิพนธ์ของบัณฑิตวิทยาลัยของแต่ละสถาบัน ที่มีการกำหนดให้ระบุกรอบแนวคิดของการวิจัยไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนิกรณ์ วิชาการ (2530) ที่พบว่า วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลในประเทศไทยตั้งแต่ปีการศึกษา 2517 ถึง 2527 ส่วนใหญ่มีการแสดงแนวความคิดและ/หรือทฤษฎีที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา พบว่า ตัวแปรอิสระ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตัวแปรด้านส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา รายได้ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยด้านประชากรเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมในการวิจัย และเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคได้ อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มีผู้สนใจที่จะศึกษา จึงมีการศึกษาวิจัยในตัวแปรด้านนี้ค่อนข้างมาก ส่วนตัวแปรตาม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มพฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง เนื่องจากการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และสามารถควบคุมโรคได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ มีเนตรทิพย์ (2540) ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์พฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ และปัจจัยด้านลักษณะประชากร โดยมีความสัมพันธ์แตกต่างกันไปตามกลุ่มประชากรที่ศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าการศึกษาจากประชากรทั้งหมด เพราะทำได้ง่ายและประหยัดงบประมาณ ลักษณะของประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก นั่นอาจเป็นเพราะคลินิกโรคเบาหวานเป็นแหล่งที่มีโอกาสพบผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากหรือผู้ป่วยรายใหม่ และในปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงน้อยลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงไม่จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมและมารับการตรวจโรคตามการนัดหมายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ มีเนตรทิพย์ (2540)

การได้มาของประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ขึ้นอยู่กับระเบียบวิธีที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งการสำรวจครั้งนี้ พบว่า มีการใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงมากที่สุด โดยผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติให้เหมาะสมกับการวิจัย มีการระบุลักษณะที่จัดเข้าไว้เป็นตัวอย่าง และลักษณะที่คัดออกจากการเป็นตัวอย่าง การเลือกวิธีนี้ง่ายในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และคณะ (2530), ไช้มุก วิเชียรเจริญ และคณะ (2535), ชัดติยาพร คนเที่ยง (2548), จีวีวรรณ โพธิ์ศรี และคณะ (2531), ปราณี ทุ์ไพเราะ และคณะ (2536), ไพรินทร์ สมบัติ (2540), วราภรณ์ รุ่งช้าง (2544), วิภาพร เอกศิริวรานนท์ (2541), และสุนันท์ มีเนตรทิพย์ (2540)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการวิจัยส่วนใหญ่มักจะเป็นแบบสัมภาษณ์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนใหญ่ ได้จากผู้ป่วยที่มารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพต่างๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีความประสงค์ที่จะได้รับการตรวจรักษาโดยไม่เสียเวลาในการรอคอย เพราะอาจต้องรีบไปทำภารกิจอื่นๆ ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ลงบันทึกข้อมูลให้ผู้ป่วยเองจะทำให้เกิดความรวดเร็วและความครบถ้วนของการเก็บข้อมูล ซึ่งแบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับการเก็บข้อมูลที่สลับซับซ้อน โดยเฉพาะการวิจัยที่แสวงหาความจริงทางด้านพฤติกรรมของมนุษย์เกี่ยวกับความรู้สึนึกคิด ทศนคติ ความเชื่อ ประสบการณ์ การเรียนรู้ เป็นต้น (ยุวดี ภาษา และคณะ, 2540) นอกจากนี้ยังมีการใช้เครื่องมือวัดอื่นๆ เช่น เครื่องตรวจระดับน้ำตาล เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก และเครื่องวัดส่วนสูง

วิธีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือเอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความสอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มประชากรและวัตถุประสงค์ในการวิจัย ซึ่งการใช้เครื่องมือวิจัยที่พัฒนาขึ้นใหม่แทนการใช้เครื่องมือวิจัยเดิมนั้น ทำให้ขาดการพัฒนาเครื่องมือวิจัยที่มีคุณภาพ หรือมีมาตรฐาน นอกจากนี้ยังทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบผลการวิจัยระหว่างงานวิจัยแต่ละชิ้นงานได้โดยตรงอีกด้วย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พบว่าส่วนใหญ่จะมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความตรงและความเที่ยง ทั้งนี้เพราะเครื่องมือส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างเอง เพราะเครื่องมือที่จะนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย ต้องเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพและเชื่อถือได้ในการวัด จึงต้องนำมาทดสอบหาความตรงและความเที่ยงก่อนนำไปใช้จริง (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545)

การเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า ส่วนใหญ่ผู้วิจัยเก็บด้วยตนเอง อาจเนื่องมาจากเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลส่วนใหญ่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเอง เพราะการวิจัยส่วนใหญ่เป็นระดับมหานิเทศที่ผู้วิจัยต้องทำวิจัยเองเพื่อความสะดวก (วารวรณ์ รุ่งช้าง, 2544) ส่วนการเตรียมผู้เก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุ อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพียงคนเดียว แต่อย่างไรก็ตามกรณีที่ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ควรจะมีการฝึกเก็บข้อมูล เพื่อฝึกหัดให้ผู้วัดทุกคนสามารถใช้เครื่องมือได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าเทียมกัน (ยุวดี ภาษา และคณะ, 2540)

การวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าวิธีวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นการวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจง การหาค่าร้อยละ การหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต การหาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากสถิติบรรยายมีระเบียบวิธีทางสถิติไม่ยุ่งยาก คำนวณง่าย การใช้ประโยชน์มีมาก และสถิติบรรยายยังเป็นค่าพื้นฐานที่นำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติอ้างอิงต่อไปอีกด้วย ส่วนสถิติอ้างอิง พบว่า ส่วนใหญ่ใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลสองชุดหรือข้อมูลจากสองตัวแปรที่เป็นอิสระต่อกัน (ยูดี ภา
ชา และคณะ, 2540) แต่อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยต้องเลือกใช้สถิติที่เหมาะสม เพื่อให้
ได้ผลการวิจัยตรงตามปัญหาหรือสามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัยได้ชัดเจนและครบถ้วน โดย
พิจารณาความสอดคล้องและเหมาะสมกับประเภทงานวิจัย (พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ และคณะ,
2538) ส่วนการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา แต่พบว่ามีงานวิจัยเชิง
คุณภาพจำนวนน้อยมากเพียงร้อยละ 3.9 อาจเป็นเพราะมีระเบียบวิจัยซับซ้อน และต้องใช้เวลาทั้งใน
การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลค่อนข้างมาก แต่อย่างไรก็ตามยังมีงานวิจัยเชิงปริมาณอีกร้อยละ 7.8
ที่มีการวิเคราะห์เนื้อหาในส่วนของคุณภาพเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย

การสำรวจงานวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีผลการวิจัยจำนวนมากที่ทดสอบสมมติฐานหาความสัมพันธ์
ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะการควบคุมโรคเบาหวานและพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ยังมี
ผลการวิจัยเชิงคุณภาพด้วย

ผลการวิจัยที่ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะการควบคุมโรคเบาหวานนั้น มี
การใช้ผลการตรวจ FBS, FPG, HbA_{1c} และ Fructosamine ในการประเมินภาวะการควบคุม
โรคเบาหวาน ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี
ดังนี้ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน
การรับรู้บทบาท ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความสามารถในการดูแลตนเอง
แหล่งทักษะภายในตน ความเบื่อหน่ายในการรักษา อารมณ์เสียหงุดหงิด การมีเรื่องไม่สบายใจ การ
สนับสนุนทางสังคม บุคคลคอยดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว คุณภาพชีวิต ความ
รุนแรงของโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค น้ำหนักตัว ระดับไขมันในเลือด ภาวะแทรกซ้อน สภาวะ
สุขภาพในช่องปาก พฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตัว วิถีชีวิต/การดำเนินชีวิตประจำวัน พฤติกรรม
การดูแลตนเอง พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา พฤติกรรมการบริโภคอาหาร/การควบคุม
อาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการมาตรวจตามแพทย์นัด และ
พฤติกรรมของผู้ดูแล

ผลการวิจัยที่ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมสุขภาพนั้น มีการประเมิน
พฤติกรรมในด้านต่างๆ เช่น พฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตัว วิถีชีวิต/การดำเนินชีวิตประจำวัน
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา พฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร/การควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการใช้ยา
พฤติกรรมการมาตรวจตามแพทย์นัด พฤติกรรมการดูแลเท้า พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน
พฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้ย่อมมีนัยสำคัญทางสถิติ มีดังนี้ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สภาพที่อยู่อาศัย/เขตที่อยู่อาศัย ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์/อุปสรรคการปฏิบัติตน การรับรู้ความสามารถ ความเชื่อ ทักษะ/เจตคติ ค่านิยม ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง/การยอมรับตนเอง อุปสรรคในการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง การมีทักษะในการดูแลตนเอง ความรู้สึกที่สืบเนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ การสนับสนุนทางสังคม/ครอบครัว แหล่งทักษะภายในตน การได้รับการดูแลจากครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย บทบาทของครอบครัวจัดการด้านอาหารที่เหมาะสม แรงจูงใจด้านสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต ประสบการณ์การเกิดแผล พฤติกรรมเกี่ยวข้องกับที่เคยมีมาก่อน ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาที่เป็นโรค ดัชนีมวลกาย สภาวะเท้า แผลที่เท้า วิธีการรักษา ระยะเวลาที่รักษา จำนวนที่รับยา ประสิทธิภาพของยาที่ผู้ป่วยประเมิน ความรู้สึกต่อยาที่ได้รับ ความถี่ของการนัด การใช้สมุนไพร การเข้าพ่กรักษาตัวในโรงพยาบาล สถานที่ให้บริการ การตรวจรักษา การติดตามเยี่ยมบ้าน การได้รับการให้คำปรึกษา/คำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข การได้รับข่าวสาร/สุศึกษา มีแหล่งความรู้/ข้อมูลข่าวสาร สิทธิการรักษา ความพึงพอใจต่อบริการและระยะทาง

ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ สภาพที่อยู่อาศัย/เขตที่อยู่อาศัย ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ แต่สามารถให้การติดตามและเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่มีลักษณะส่วนบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการจัดลำดับความสำคัญในการให้การพยาบาลหรือการจัดกระทำนั้นให้มากขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่มีหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำ

แม้ว่าการสำรวจงานวิจัยครั้งนี้จะพบว่ายังมีความขัดแย้งกันเองของผลการวิจัยที่ทดสอบสมมติฐานเดียวกันหรือคล้ายๆกัน ทำให้เป็นการยากที่จะรวบรวมสรุปผลการวิจัยที่ชัดเจนลงไปได้ แต่ก็พอที่จะสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรคและพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ/เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ (การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์/อุปสรรคการปฏิบัติตน และการรับรู้ความสามารถ) และการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงได้ โดยการให้การพยาบาลหรือกิจกรรมการพยาบาลในรูปแบบโปรแกรมสุขภาพ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ การสอนหรือการให้สุศึกษาหรือการให้คำปรึกษา

ทางสุขภาพอย่างมีแบบแผน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคดีขึ้น (สุคนธ์ มีเนตรทิพย์, 2540) แต่ยังมีการศึกษาวิจัยความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านั้นกับระดับน้ำตาลในเลือดน้อย เช่น การสนับสนุนทางสังคมมีการทดสอบสมมติฐานหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ 24 ครั้ง พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ 22 ครั้ง แต่มีการทดสอบสมมติฐานหาความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด 10 ครั้ง และพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติเพียง 1 ครั้ง (พรพิศ ชีวะคำนวน, 2535) เช่นเดียวกันกับตัวแปรในกลุ่มการรับรู้ด้านสุขภาพ มีการทดสอบสมมติฐานหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ 61 ครั้ง พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ 52 ครั้ง แต่กลับมีการทดสอบสมมติฐานหาความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด 4 ครั้ง และพบมีนัยสำคัญทางสถิติเพียง 2 ครั้ง (ศรียา วัฒนาพานุ, 2543 และหนึ่งฤทัย แก่นจันทร์, 2540) จึงยังไม่สามารถสรุปว่าปัจจัยเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ในการสำรวจงานวิจัยครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่มีการศึกษาในงานวิจัยที่ผ่านมา ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตน วิธีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ/การปรับวิถีชีวิต/การดำเนินชีวิตประจำวัน พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมมาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ถูกศึกษาทั้งในแง่การมีพฤติกรรมที่ดี และการมีพฤติกรรมที่ไม่ดีที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดีสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมไม่ดีก็จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Pairour (2003) พบว่าการปฏิบัติตนในการควบคุมเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการปฏิบัติตัวในการควบคุมเบาหวานดีทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดดี แต่ถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการปฏิบัติตนในการควบคุมเบาหวานไม่ดี ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี และการศึกษาของ ผกามาศ นามประดิษฐ์กุล (2536), และ Rittichu (2002) พบว่าการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีการปฏิบัติตัวมากกว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แสดงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการปฏิบัติตัวในเรื่องการควบคุมอาหารไม่ดี การไม่ออกกำลังกาย และการรับประทานยาไม่ดี มีความเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มากกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการปฏิบัติตัวในเรื่องการควบคุมอาหารดี มีการออกกำลังกาย และการรับประทานยาดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนทรา หิรัญวรรณ (2538) พบว่ากลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีพฤติกรรมควบคุมอาหารด้านการควบคุมปริมาณอาหาร การควบคุมอาหารพวกแป้ง ไขมัน การรับประทานอาหารตรง

เวลา การปฏิบัติตัวเวลาหิว การควบคุมการรับประทานอาหารจุกจิก การงดดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ขนมหวาน ผลไม้หวาน มีการรับประทานอาหารผัก การงดใส่น้ำตาลในอาหาร ดีกว่ากลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพที่สัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรค พบว่ามีการศึกษาวิจัย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร/การควบคุมอาหารมากที่สุด เนื่องจากการควบคุมอาหารมีความสำคัญ โดยตรงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา เพราะเป้าหมายในการรักษาโดยใช้หลักโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน คือการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานปรับปรุงและควบคุมการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับกิจกรรมในแต่ละวัน เพราะนอกจากจะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติแล้ว ยังช่วยลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติด้วย ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ/การปฏิบัติตน วิธีชีวิตส่งเสริมสุขภาพ/การปรับวิถีชีวิต/การดำเนินชีวิตประจำวัน พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการมาพบแพทย์ตามนัด นั้นยังมีการศึกษาวิจัยจำนวนน้อย ควรมีการสนับสนุนให้มีการวิจัยประเด็นนี้มากขึ้น

ส่วนผลการวิจัยเชิงคุณภาพ 15 ชื่อเรื่อง ที่พบในการสำรวจครั้งนี้สะท้อนให้ทราบถึงการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานในด้านสาเหตุ อาการ และความรุนแรงของโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนของโรค ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีการดำเนินชีวิตในบริบททางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัว เช่นในด้านการดูแลสุขภาพโดยรวม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาและใช้ยาต่างๆ ซึ่งผลการวิจัยเชิงคุณภาพนี้ช่วยให้พยาบาลเข้าใจ การรับรู้ ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีการดำเนินชีวิตในบริบททางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมตามสภาพจริงของผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับวิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545 ที่กล่าวไว้ว่าผลงานวิจัยเชิงคุณภาพ สามารถนำมาซึ่งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ วิถีชีวิต ความเชื่อทางสุขภาพ และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสุขภาพของผู้รับบริการมุมมองหรือภาษา และภายใต้บริบทของผู้มารับบริการเอง ซึ่งนับว่าเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญ และเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการให้การดูแลรักษาพยาบาลได้อย่างตรงประเด็นและมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น การสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับภาวะการควบคุมโรคและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรค และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ยังเข้าใจ การรับรู้ ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีการดำเนินชีวิตในบริบททางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมตามสภาพจริงของผู้ป่วย ดังนั้นควรมีการนำ

ความรู้ที่ได้จากการวิจัยเหล่านี้มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

จากการรวบรวมงานวิจัยในครั้งนี้ทำให้ได้ข้อค้นพบเพิ่มเติมจากการศึกษาของสุคน มีเนตรทิพย์ (2540) ซึ่งครอบคลุมงานวิจัยแบบไม่ทดลองเพียง 32 ชื่อเรื่อง (ระหว่างปี พ.ศ. 2520 ถึงปี พ.ศ. 2539) แต่การสำรวจครั้งนี้พบงานวิจัยแบบไม่ทดลอง 230 ชื่อเรื่อง (ระหว่างปี พ.ศ. 2523 ถึงปี พ.ศ. 2548) และข้อค้นพบในผลการวิจัยในด้านพฤติกรรมสุขภาพในการสำรวจครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุคนธ์ มีเนตรทิพย์ (2540) คือพบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ กับปัจจัยด้านลักษณะประชากร โดยมีความสัมพันธ์แตกต่างกันไปตามกลุ่มประชากรที่ศึกษา ส่วนภาวะการควบคุมโรค/การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ส่วนใหญ่ควบคุมโรคได้ไม่ดีถึงระดับต่ำ และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะควบคุมโรคกับตัวแปรด้านประชากรในผู้ป่วยเบาหวานมีความแตกต่างกันไปตามกลุ่มประชากรที่ศึกษา

นอกจากนี้ ข้อค้นพบที่สำคัญจากการจัดหมวดหมู่ของสมมติฐานที่พบในรายงานผลการวิจัยทั้งหมดในการสำรวจงานวิจัยครั้งนี้ทำให้พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานกับภาวะการควบคุมโรค โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหาร/การควบคุมอาหาร พฤติกรรมการใช้ยา และพฤติกรรมการพบแพทย์ตามนัด โดยพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านนี้มีความสำคัญต่อภาวะการควบคุมโรค นอกเหนือจากปัจจัยส่วนบุคคล จิตสังคม ภาวะสุขภาพ ภาวะโรค การศึกษาและการบริการ ข้อค้นพบนี้เป็นข้อมูลที่สำคัญและมีความเฉพาะเจาะจงซึ่งช่วยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติสามารถนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานไปปรับใช้ในการบริการ เพื่อป้องกันและควบคุมภาวะเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อน และให้ความรู้กับผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพมากขึ้น และจะเป็นประโยชน์ต่อนักวิจัยทางการพยาบาลในการพัฒนางานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลองให้มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือส่งเสริมพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานให้เหมาะสมนำไปสู่ภาวะการควบคุมโรคเบาหวานและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ต่อไป นอกจากนี้ยังสำรวจพบว่าม้งงานวิจัยในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวานอยู่น้อยมาก จึงควรสนับสนุนให้มีการศึกษามากขึ้น เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงซึ่งมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคเบาหวานสูงกว่าคนทั่วไป

A SURVEY OF NON-EXPERIMENTAL NURSING RESEARCH ABOUT
DIABETIC PATIENTS IN THAILAND

PIMOLRAT INSAEN 4736739 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WANTANA MANEESRIWONGKON,
D.N.SC., ORASA PANPAKDEE, D.N.S

EXTENDED SUMMARY

**A SURVEY OF NON-EXPERIMENTAL NURSING RESEARCH
ABOUT DIABETIC PATIENTS IN THAILAND**

Background and Rationale of the Study

Diabetes Mellitus is chronic disease that is important problem of health policy in Thailand. The statistics report record amount of admit patients in hospital of Ministry of Public Health. The find out sick cause by diabetes mellitus the highest trend, the sick rate per 100,000 population in 2000, 2001, 2002, 2003, and 2004 were 257.59, 277.707, 340.96, 380.75, and 435.20 consecutively. (Military science and policy institute, 2006) The dead rate by diabetes mellitus of Thai people between in 2000 – 2004 were 12.2, 13.2, 11.8, 10.6, and 12.3 per 100,000 population consecutively and the number is increasing. (Non-infection disease of spread philosophy group, Office of Spread Philosophy, 2006) Diabetes Mellitus is important risk factor about complication such as coronary vascular disease, blood vessel brain disease, kidney disease, retinopathy and lose leg. The complication of high blood sugar had result occur disabled or dead to patients, increase expense in self care, and lower quality of life patients. Diabetes Mellitus can prevent by control blood sugar level nearly normal and continuous for prevention condition complications in future with un-control

disease patients. Thus, nurse need to develop knowledge by research to promote effective care in pilot study of the research.

From a survey of nursing research related diabetic patients in Thailand of Sukon Menetthip (1997) for the characteristics of research study and knowledge development from the research since 1977 to 1996. That passed to 10 years. In present, the research expected that it is increasing all quantity and quality. Which were result to assign policy and nursing method for solved nursing research problem of committee of the National Nursing Research (1994) and public health policy in Thailand for solved public health and most Academic institution opened new nursing science curriculum, also. Researcher was attention to survey of non-experimental nursing research among persons with diabetes mellitus in Thailand. The purpose of this study was to review and analyze nursing documentary research on diabetes mellitus in Thailand from its beginning up to present. The sources of material were Master's theses, doctoral dissertations and other research published in health journals. The documentary researches were searching from data base in information retrieval network system of various University, institution or office that support research of Thai. In order to relate the characteristics and knowledge development of non-experimental nursing research about diabetic patients in Thailand. The collection of such knowledge that is required for the development of effective nursing care for diabetic patients. The sources were study and references in present for persons were attention to study with nursing care for diabetic patients. The benefit for researcher that is repeat research for answer problem wasn't clear and increase research for answer problem have not research for research further. Though, in present nursing research with diabetic patients in Thailand is interventional study but diabetic control among these patients was poor. The research is reviewed non-experimental research or descriptive research that is search factor related fasting blood sugar control.

Research objective

1. To summarize the physical characteristics of non - experimental nursing research about diabetic patients in Thailand.

2. To summarize the research results of non - experimental nursing research about diabetic patients in Thailand, as per the objectives and research hypothesis, and to answer research questions.

Conceptual framework

From the literature review about nursing care for diabetic patients that find the number of research increasing and information technology progress caused the search convenient and quick. Survey research summarize results that required for the development of effective nursing care for diabetic patients that may be used as guideline for conducting research any further study. Researcher may be reviewed of non-experimental nursing research among persons with diabetes mellitus in Thailand. The existing knowledge brought synthesized knowledge about nursing care for diabetic patients that clearly increase. The result from this review study of non-experimental nursing research among persons with diabetes mellitus in Thailand will be able used for information resources, references, and concepts to broaden the view of research about nursing care for diabetic patients and will be beneficial as an information resource for nursing related personnel to put the knowledge into practice. This study will in other research topics with research problem wasn't clearly answers, it wasn't study, and the issue hadn't research. It will also be guideline for other researcher in conducting any further study. This would develop even more knowledge to provide better health care services for diabetic patients in Thailand as show in figure 1.

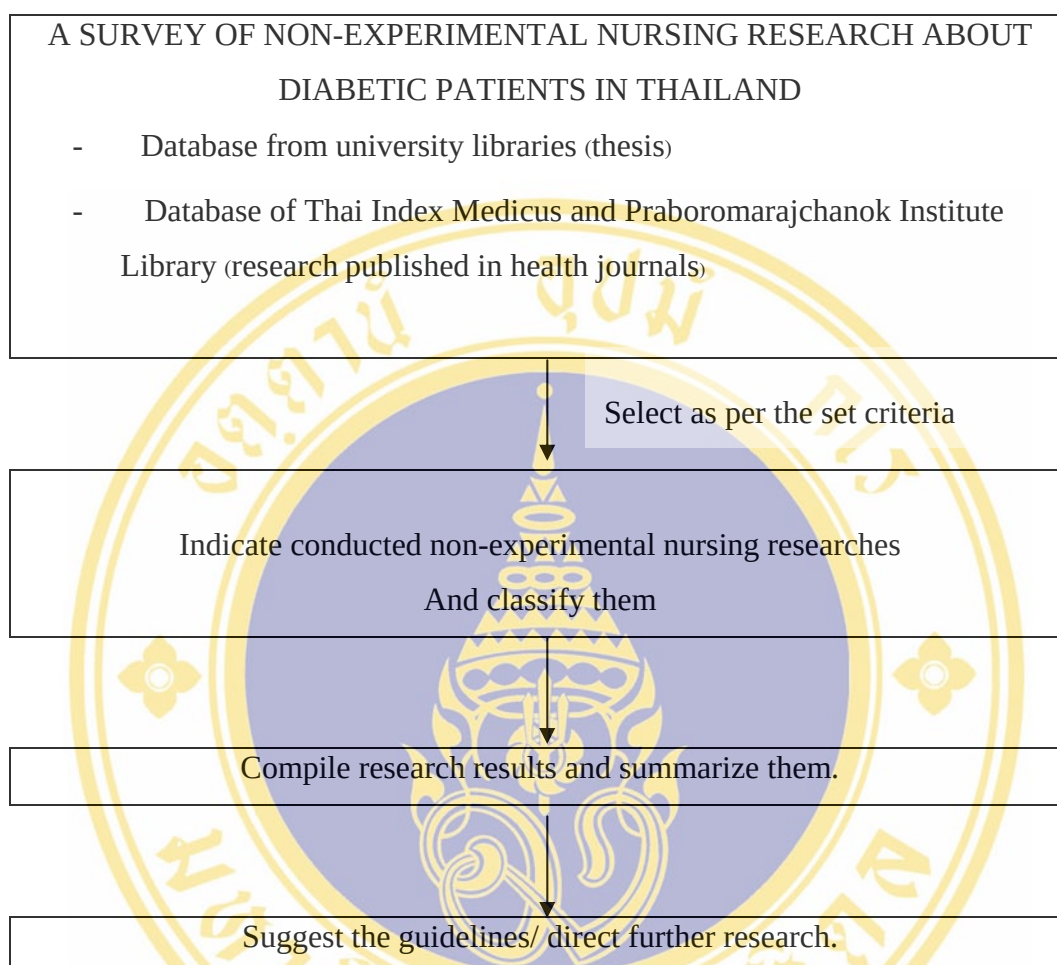


Figure 1 Conceptual Framework of the Study

Methodology

To compile research of non-experimental nursing research about diabetic patients in Thailand was performed as the Survey research, has the research methodology as follows:

Population and sample

The population of this study was nursing research about diabetic patients in Thailand found from its inception year 1980 to year 2005. Which has “เบาหวาน, diabetes, and diabetic” as either major or minor variables in its titles and/or keywords.

The population and sample of this study were included:

- The target of sample were selected by purposive sampling through the following inclusion criteria:

- The exclusion criteria were:

1. Thesis and research that had same title
2. Thesis and research that study about pathology-physiology, basic science, and Laboratory
3. Thesis and research that study effect drug, and herbs
4. Thesis and research that study chemical reaction of food

Instrumentation

The instrument used in this survey study is the record form that was constructed which was revised from the instrument of Sukhon Meenatethip (1997). The researcher, following the manual for collection of research details, in order to collect the details of the studied researches that consisted of 2 parts as follows:

Part 1: Basic information of the research: name of researcher, research title, research types, year of publication, source of the research, and source of funding.

Part 2: Content of the research : problem research or research objective or research hypothesis, conceptual framework, variables, research designs, conceptual framework, population and sample group, research instrument, data collection personnel, data analysis, and research results.

Two part of question form multiple choices and fill in were used to collect the required details non-experimental nursing research about diabetic patients in Thailand before being processed by data classification.

Construction of the research instruments

In order to create a record form that can be used to collect all the required information from the studies non-experimental nursing research about diabetic patients in Thailand according to the objectives of the research, the researcher used the procedures as follows:

1. Review the related documents, textbooks, and researches in various aspects of nursing research in order to obtain the concepts in nursing research, including the details in nursing research methodology.
2. Review the documents, textbooks, and existing researches related to the survey in order to classify data and pick out the guidelines for construction of the effective record form.
3. Construct the record form and its recording manual to collect the required data that is necessary for data analysis according to the research objectives.
4. Test the constructed record form with 10 theses in Master's degree level that were related to nursing study and diabetic patients. Among those, eight theses were non-experimental research designs included: two theses were research with correlation analysis, two theses were a survey study, two theses were comparative research, and two theses were cross-sectional study, while the last two were qualitative

research, respectively. Furthermore, it also was tested with 5 research related to nursing study and diabetic patients in Thailand that were publish in journals in order to assess its reliability in data collection before being used in the survey. The entire samples used in the test were also included as a part of the studied population of the survey.

Verification of the research instruments

The verification of the research instruments was done through content validation analysis by three experts whose works in nursing research are related to teaching, being a research committee, and/or connected to nursing research related diabetic patients such as formerly worked as a researcher in nursing research related diabetic patients. After the content validation analysis, the researcher gathered the accepted criteria from each expert and performed face validity to assess the validation of the instruments before being used in the survey.

Data collection procedure

The processes of data collection in this survey of non-experimental nursing research about diabetic patients in Thailand by researcher and three assistant researchers were performed as follows:

1. Researcher and three assistant research train of data collection.
2. The test of inter-rater reliability by researcher and three assistant researchers who tested the inter-rater reliability among 10 nursing research studies about diabetes mellitus. The value of the reliability was 0.86
3. Intra-rater reliability, reliability testing was tests 1 month later by researcher. The value of the reliability was 0.89
4. Collect and record the basic information and content of the research into the record form constructed by the researcher and assistant the research who want to collected in academic libraries and document centers of research institutes.
5. The check perfected data into the record form. If it wasn't perfected data, return new collecting.
6. The make handbook of code and record data in computer.

Data analysis

The all data was analyzed by using SPSS/PC (Statistical Package for the Social Science) for windows.

1. Physical characteristics and study topics of the research were reported by using frequency distribution and percentage of each category.

2. To summarize research results of non-experimental nursing research about diabetic patients in Thailand, as per the objective and answering the research question or hypothesis was reported by using content analysis and vote counting.

Results

The results were separated into 2 parts : Part 1 – physical characteristic of non-experimental nursing research about diabetic patients in Thailand and Part 2 – study results as per the objective and answering the research question or assumptions.

Part 1 : Physical characterisit of non-experimental nursing research about diabetic patients in Thailand from research since 1980 to 2005 – it was found that were total 230 research papers on this matter; most were conducted during Year 1996 to 2005 and most of them were researches conducted for the master degree disserations of nursing (adult nursing), Mahidol university. The descriptive methodology was used to analyze the correlation in the sample groups who received the medical services at the diabetic clinic of government hospitals. Most sample groups were purposive sampling. The main variables in this study included the variable on health behavior, the variable on diabetic control and the variable on psycho-sociological. For the dissertation researches, they usually presented more conceptual framework than those that were not part of education courses. The majority of conceptual framework used Orem theory. Most instruments were the interview and questionnaire forms constructed by the researchers. Most of verification of the research instruments was content validation analysis and conbranch's alpha coefficient. Most of data collection procedure by research. Most data was analyzed by the quantitative means and descriptive statistics such as frequency distribution,

percent, mean, Standard deviation, or referential statistics such as Correlation Coefficient, chisquare test, and t-test.

Part 2 : The study results of non-experimental nursing research about diabetic patients in Thailand by content analysis and vote counting were classified in 3 sections as per the research assumptions : **Section 1** – factors relating to the control of diabetic, **Section 2**– factors relating to health behavior, **Section 3** – quantitative results about diabetic patients. The result details in each section were described below.

Section 1 Factors relating to the control of diabetic

The factors were significantly associated with the control of diabetic : gender, age, marriage status, level of education, occupation, income, family history of diabetic, perceived of role, health belief, knowledge of diabetic, ability in self care, learned resourcefulness, boring of diabetic control, anxiety, stress, social support, personal caring, the family functioning, quality of life, severity of disease, duration of having diabetes, body mass index, lipid level, blood glucose level, complication, oral health status, health behavior/practice, life style/life style daily, self care behavior, compliance behavior, nutrition behavior/diet control behavior, exercise behavior, drug utilization behavior, appointment with the doctor behavior, and care takers behavior.

Section 2 Factors relating to health behavior

The factors were significantly associated with health behavior/ practice : gender, age, marriage status, level of education, occupation, income, dwelling place/province, family history of diabetic, history of smoking and alcohol consumption, perceived of health, health perceived, perceived of severity disease, perceived of risk of disease, perceived of action benefits, perceived of action barrier, perceived of self efficacy, health belief, attitude/impression upon a thing, moral value, knowledge of diabetic, self esteem/self acknowledge, barrier in self care, ability in self care, activity related affect, interpersonal influences, situational influences, social support/family support, learned resourcefulness, receive to take care from family, family relationships, person/person (s) caring when falling sick, role of family, motivation, life style, experience of having wound, prior related behavior, complication, duration of having diabetes, body mass index, foot conditions, foot ulcer, type of therapy, duration of

treatment, number of medicine taking per day, efficiency of medicine, feeling of medicine taking, frequency of follow up, herbs utilization, hospitality, health service, treatment, home health care, received to consult/advised from personal of public health, received health information/health education, number of activity related self care and number of information, valid of treatment, satisfaction of service and distance.

Section 3 Quantitative results about diabetic patients

The compilation results of qualitative researchs had 15 titles, it was found that the diabetic patients defined and stated about the cause of diabetic as the disease resulted by heredity, behavior and life style such as food taking, obesity, tension and no physical exercises. They explained about the diabetic symptom such as frequently of urine, fatigue, nausea-vomiting, dim eyes and numbed at hands and feet. If the symptom became serious, they might be unconcious or die. In part of diabetic patients' behavior regarding general health care, food taking, weight control, doing exercise and drug. Some patients who were advised by health personnel would have the right behavior and control their blood glucose level. However, some patients who still had wrong behavior since they lacked knowledge and understanding while they were transferred for belief, moral value or life style from their family and community; as a result, they were unable to control the blood glucose level. Regarding the appointment with the physician and medicine taking as per the caring plan, some patients did not take the full dose of medicine due to the side effect of the medicine and forgot to take medicine. Some patients received the modern medical treatment along with the alternative medical treatment and herbs since they believed that their symptoms would be recovered.

Discussion

The compilation of non-experimental nursing research about diabetic patients in Thailand as presented from Year 1980 to 2005, the discussion could be divided into 2 parts:

Part 1 : Physical characteristics of non-experimental nursing research about diabetic patients in Thailand

The type of non-experimental nursing research about diabetic patients in Thailand, it was found that most studies were dissertations of master's degree prepared as part of education courses. This result was consistent with previous studies finding that most nursing researchs in Thailand were dissertations of master's degree students (Kanika Jaemtheanchai, 1986; Yuwadee Luecha et al., 1984; Aeuamporn Tongkrajay and Phetsawai Laengjinda, 1994). This was because in the education institute, the students must conduct a thesis. It was most master and docteral course had been opened (Somchit Hanuchareankul, 1995). Years of publication shown that the researches were increased year 1993. This was results of policy and nursing research issue in season decade (1992-2002) of committee of the National Nursing Research Board, Nursing Council (1994). The National Social and Economic Development plan issue 7, 8 and 9. It was most master and docteral course and assignation of expert, specialist or administrator nurse in serving nursing group and academic matter of education group. They were conducting nursing researchs about rule. (Poungrat Bunyanurak, 1988)

The sources of conducting non-experimental nursing research about diabetic patients in Thailand in types of dissertation and researches, which were not part of education courses, discovered that most of them were conducted from Mahidol University. The reason might be that Mahidol Uneversity consisted of faculties/departments Launching the master-degree curricula in fields of nursing and many other realated fields, namely, the Faculty of Nursing, the Faculty of Public Health, Department of Nursing, The Faculty of Medical, Ramatibodee Hospital, etc. As a result, many nurses have studied nursing courses and conducted nursing researches (Somchit Hanuchareankul, 1995).

The major findings of research funding did not indicate their research funding since they were prepared as part of education. However, the research funding might obstruct some research students due to the limited budget and the period of time

conducting thesis. Thus, the most of students did not funding. Moreover, to conduct a reearch, the student had to do searching and cooperate with many parties, but applying for a research fund needed. The approval of research proposal by the thesis committee and that research should be finalized in the specific timeframe. However, some students have not yet been approved for their thesis proposal; so they ignored the application for research funding. This finding echoed the study by Kattiyaporn Konthieng, 2001; Pairin Sombat, 1997; Waraporn Rungchang, 2001; Wipaporn Aeksiriwaranon, 1998; Sukon Menetthip, 1997.

The major findings of research form were non-experimental quantitative researchs due to the basic knowledge about methodology, most nurses completing their master-degree did quantitative research more than qualitative one, showed that 93.5 percent. This finding echoed the study by Kattiyaporn Konthieng, 2001; Pairin Sombat, 1997; Waraporn Rungchang, 2001; Wipaporn Aeksiriwaranon, 1998; Sukon Menetthip, 1997. The most type of non-experimental quantitative researchs found in this survey were the descriptive research since the researcher had to know about facts or prove the significance of variables that descriptive design was exploration and description of phenomena (Yuwadee Luecha et al., 1997). Few qualitative researches were found since such kind of research needed possibly, time and in-depth research skills, which seemed too complicated and difficult for beginning researchers. Therefore, few qualitative researches were found among the master-degree students (Phetnoiy Singchangchai et al., 1992).

Research conceptual framework in this survey, most non-experimental nursing research about diabetic patients in Thailand were theses in which most conceptual frameworks were presented which were constructed by the researcher's literature review. Under various nursing theories, those of Orem and Pender were most used for the nursing of diabetic patients since diabetic was a chronic disease; hence, the theories used for patients had to focus on self-care and health promotion. In addition, the theses were researches conducted by the master-degree students who had some knowledge about research methodology; so they indicated their conceptual framework. This was congruent with Ratchaneekorn Wichakarn (1987) that most of the theses in

postgraduate nursing study in Thailand between the year 1974 and 1984 stated the concepts and/or theories used in the research.

Variables studied in non-experimental nursing research about diabetic patients in Thailand, it was found that most independent variables studied were personal group such as age, gender, education, income, etc., which were personal data of diabetic patients who participated in research. The characteristic of personal that diabetic patients had good health behavior made the patients diabetic control. This was caused that researcher did attention to studied. In part of dependent variables studied were health behavior such as self-care behavior. The reason might be that the appropriate self-care and good health promotion behavior made the patients have better quality of life and good disease control. The same results were found in the study by Sukon Menetthip (1997), that health behavior revealed that there was a correlation between health behavior and demographic variables, which would be different in population groups.

Populations and sample group, most non-experimental nursing research about diabetic patients in Thailand dealt with the sample groups instead of studying the whole populations since selecting the sample groups representing the entire populations was easier and saved more budgets. In respect with types of sample groups, most were diabetic patients receiving the medical services at the diabetic clinics. The reason might be that the diabetic clinics were a place most possibly finding hypertension patients or new ones. At present, there are some specific and efficient clinics for diabetic treatment. Most of patients were lowered severity complication. Thus, patients needed not to be hospitalized but they just stayed at home and periodically went to have physical check-up and disease follow-up as per appointments. This same result was also in the study by Sukon Menetthip (1997).

Receiving the sample group and research populations depend on the methodology. Most non-experimental nursing research about diabetic in Thailand used the purposive sampling, which was consistent to the research objective. Researchers assigned suitable to qualities of research, which were selected inclusion criteria and exclusion criteria. This method was easier selected to practice. Those same results

were also in the study by Kobkul Punchaenworakul (1987), Khaimuk Wichaeanchaen et al. (1992), Kattiyaporn Konthieng (2001), Chaweewan Pohsri et al. (1988), Pranee Tupairoh et al. (1993), Pairin Sombat (1997), Waraporn Rungchang (2001), Wipaporn Aeksiriwaranon (1998) and Sukon Menetthip (1997).

Instrument of non-experimental nursing research about diabetic patients in Thailand, it was found that the instrument types could be classified as per the data collection methods. Most instruments were the interviews. But, since most data was collected when the patients were receiving medical services, they might be hurried to do other businesses. Thus, researcher using the interviews, each patient had to fill out by himself in a short period and complete data. The researcher just questioned and explained the method and details about that the interviews. The interviews were instruments suitable to the data collection, which complicated such the research in search of fact of human behavior relating to thing-feeling, belief, attitude, experience, learning, etc (Yuwadee Luecha et al., 1997). Other instruments might also be used in the research such as sugar checking device, blood pressure parameter, scale and height scale.

Regarding the methods of constructing instruments, most instruments were constructed by the researchers based on their literature review. Since the instrument used for a particular research had to be relevant to the objective and suitable to the sample group. Since most researches used the newly developed instruments, the research instruments have not seriously and continuously developed; this obstructed the development of quality instruments. The verification of the research instruments, it was found that most testing of validity and reliability because most instruments were constructed by the researchers themselves. This was because instruments collected data of research that needed to be had quality and trust in variables measurement. To enhance the reliability of each instrument, its accuracy and validity had to be tested before being used in real situations. The quality Instrument had to contain both validity and reliability (Vijit Srisupan, 2002).

The data of most non-experimental nursing research about diabetic patients in Thailand was collected by researchers themselves. The reason might be that most

researches were the master-degree for which the searches were solely responsible and they had to collect the data by themselves for most convenience (Waraporn Rungchang, 2001). In part of preparing and testing the quality of data collection, no preparation on data collection or quality appeared. Since the data of most research was collected by the researcher themselves. However, it needed assistant researchers might be prepared to data collection for train with all the researchers used instruments that had equally efficient (Yuwadee Luecha et al., 1997).

Most data analysis was the quantitative analysis based on descriptive statistics: namely, frequency, percentage, mean and standard deviation. Since descriptive statistics were not difficult method of statistic, easier calculating those used very benefit. These statistics were fundamental to mean or interpret the data before analyzing the data by referential statistics in further. The most referential statistics were usually used for the data analysis such as pearson product moment correlation for found the correlation between both data that were both variables had to be independent. However, in analyzing the data, the researchers had to use the suitable statistics to have the results relevant to questions or to respond research objectives clearly and completely, which would be consistent and suitable to the research type (Pimwan Silsuwan et al., 1995). Regarding the qualitative analysis showed that 3.9 percent, it was found slightly since this was complicated and needed much experience and time. However, in the quantitative analysis data, the researchers had to use the content analysis showed that 7.8 percent.

Part 2 : Results of non-experimental nursing research about diabetic patients in Thailand

It was found in this survey that there were various results from the assumption testing, which associated between various factors with the control of diabetic and health behavior. In addition, it had qualitative results about diabetic patients also.

Research results from the assumption testing, which associated between various factors with the control of diabetic. The estimation the control of diabetic was fasting blood sugar, fasting plasma glucose, glycosylated hemoglobin and fructosamine. It was found that factors had statistically significant associated with the control of diabetic such as gender, age, marriage status, level of education, occupation, income,

family history of diabetic, perceived of role, health belief, knowledge of diabetic, ability in self care, learned resourcefulness, boring of diabetic control, anxiety, stress, social support, personal caring, the family functioning, quality of life, severity of disease, duration of having diabetes, body mass index, lipid level, blood glucose level, complication, oral health status, health behavior/practice, life style/life style daily, self care behavior, compliance behavior, nutrition behavior/diet control behavior, exercise behavior, drug utilization behavior, appointment with the doctor behavior, and care takers behavior.

Research results from the assumption testing, which associated between various factors with the control of diabetic. The estimation was various behavior such as health behavior, practice, life style/life style daily, self care behavior, compliance behavior, nutrition behavior/diet control behavior, exercise behavior, drug utilization behavior, appointment with the doctor behavior, and care takers behavior. It was found that factors had statistically significant associated with health behavior such as: gender, age, marriage status, level of education, occupation, income, dwelling place/province, family history of diabetic, history of smoking and alcohol consumption, perceived of health, health perceived, perceived of severity disease, perceived of risk of disease, perceived of action benefits, perceived of action barrier, perceived of self efficacy, health belief, attitude/impression upon a thing, moral value, knowledge of diabetic, self esteem/self acknowledge, barrier in self care, ability in self care, activity related affect, interpersonal influences, situational influences, social support/family support, learned resourcefulness, receive to take care from family, family relationships, person/person (s) caring when falling sick, role of family, motivation, life style, experience of having wound, prior related behavior, complication, duration of having diabetes, body mass index, foot conditions, foot ulcer, type of therapy, duration of treatment, number of medicine taking per day, efficiency of medicine, feeling of medicine taking, frequency of follow up, herbs utilization, hospitality, health service, treatment, home health care, received to consult/advised from personal of public health, received health information/health education, number of activity related self care and number of information, valid of treatment, satisfaction of service and distance.

Factors of personal such as gender, age, marriage status, level of education, occupation, income, dwelling place/province, history of smoking and alcohol consumption, family history of diabetic, severity disease, duration of having diabetes. This was factors that could not changed for diabetic patients but it could follow and take care of patients. The characteristic of personal was risk disease or complication. The priority of important gave nursing intervention with the diabetic patients or the diabetic patients received more intervention with population groups had high risk disease or high complication.

Though this survey found that results from the assumption testing, which seemed too but it gave contradictory results. The summarize research results were clearly difficult but it could summarize. Factors had associated with the control of diabetic and health behavior such as knowledge, attitude, belief, moral value, perceived (perceived of health, perceived of severity disease, perceived of risk of disease, perceived of action benefits, perceived of action barrier, perceived of self efficacy), social support and family support. This was factors that could changed for diabetic patients by the nursing intervention was health education program, health promotion program, learner and teaching system for diabetic patients were more educated in take care of themselves (Sukon Menetthip, 1997). It had research studies the correlated between those factors and blood sugar level was still few such as : the assumption testing correlated between social support and variou health behavior showed 24. The found that social support was significantly statistic correlated with variou health behavior showed 22. But the assumption testing correlated between social support and blood sugar level showed 10. The found that social support was significantly statistic correlated with blood sugar level showed 1 (Pornpit Chivakamnuan, 1992). The same as the assumption testing correlated between perceived of health and variou health behavior showed 61. The found that perceived of health was significantly statistic correlated with variou health behavior showed 52. But the assumption testing correlated between perceived of health and blood sugar level showed 4. The found that perceived of health was significantly statistic correlated with blood sugar level showed

2 (Shriya Vatanapahu, 2000 and Hungruthai Kanjun, 1997). Thus, it could not summarize those factors help patients be able to control their diabetic.

In this survey found that research studied examining health behavior in past such as health behavior, practice, life style of health promotion/life style/life style daily, compliance behavior, self-care behavior, diet control behavior, exercise behavior, drug utilization behavior and appointment with the doctor behavior. Those behavior studies both good behavior and bad behavior that had effecting the glycemic control. The found that patients had good behavior which could good glycemic control and patients had bad behavior which could not bad glycemic control.

For examples : the studied by Radjai Pairour (2003), the findings showed that fasting plasma glucose was significantly negatively correlated with diabetic controlled behavior, namely the diabetic patients had good practice level of diabetic controlled behaviors so, the diabetic patients are be able to good control the fasting plasma glucose and the diabetic patients had bad practice level of diabetic controlled behaviors so, the diabetic patients are be able to bad control the fasting plasma glucose. The studied by Phakamad Nampadid (1993) and Chudee Rittichu (2002) , the findings showed that patient adherence in diet, adherence in exercise, and adherence in medications taking to diabetes regimens showing a statistically significant association with glycemic control. Patients with good overall adherence were more likely to perform good glycemic control than those with need for improvement. It was possible that the patients could control diet, regular exercise, and medications taking so they can control blood sugar. This finding corresponded to the study of Suntara Hirunyawon (1995), the findings showed statistically significant that Patients with good glycemic control were more likely to perform good diet control behavior aspect : the amount of food, carbohydrate control, fat control, eating punctual, practice to hungry, control of eating frequently, stop sweet refreshment, stop sweetmeats, stop sweet fruit, eating vegetable, and stop add sugar food than those.

In part, the associated between health behavior and the control of diabetic was found that most nutrition behavior/diet control behavior. Since diet control had direct effect on control the fasting plasma glucose of diabetic patients that was treatment to estimate. The purpose of treatment used basis nutrition for diabetic patients. The

diabetic patient was chance of consuming food and diet control that gave suitable to exercise in daily. This is because diet control can reduce blood sugar and reduced body weight. Therefore, few researches were found health behavior/practice, life style of health promotion/life style/life style daily, self-care behavior, compliance behavior, exercise behavior, drug utilization behavior, and appointment with the doctor behavior. Thus, these issues should be supported increaser.

Qualitative results were found in this survey that there were 15 titles. It was rebound to known about diabetic patients were perceived in aspect cause, symptom, severity disease and complication disease, belief, moral value, and life style. It was related to social, culture, and environment of patients and family such as general health care, consumption food, exercise, treatment, and medications taking. These results allowed us to know the perceived, belief, moral value, and life style. It was related to social, culture, and environment actual conditions of diabetic patient. This was agreement with Wijit Sisupan (2002), qualitative results bring about knowledge and understanding regarding health style, way of life, health belief, and other factors related to health status condition of the serve receiver or language and under moral of their the serve receiver. Which was information has importance and benefit towards nursing care that was obtained relevant and efficiency.

Thus, the survey of non-experimental nursing research about diabetic patients in Thailand, these results allowed us to know the diabetic of control and health behavior of diabetic patients and know about factors relating to the diabetic of control and health behavior. In addition, these results allowed us to know the perceived, belief, moral value, and life style. It was related to social, culture, and environment actual conditions of diabetic patient. Thus, we should be conducted knowledge from those research that path would develop nursed form for diabetic patients provide to control the fasting plasma glucose.

From collection the research in this survey that it made obtained the results was increaser from studied by Sukon Menetthip (1997) was found non-experimental research designs showed 23 titles (between the year 1977 and 1997) but in this survey that it was found non-experimental research designs showed 230 titles (between the year 1980 and 2005) and the research results from the study were health behavior in

this survey that was agreement with Sukon Menetthip (1997). Health behavior revealed that there were a correlation between health behavior and demographic variables, which would be different in population groups. Diabetic control variable revealed that diabetic control among these patients was poor. The relationship between diabetic control and demographic variables were different as population group, also.

The research results was the important from the hypothesis, which cloud be classified in all report research results in this survey. The study found health behavior was significantly negatively correlated with the control including nutrition behavior/ diet control behavior, drug utilization behavior and appointment with the doctor behavior. These three behaviors had the important with the control of diabetic moreover the personal factor, psycho-social factor, health status factor, disease status factor, treatment factor, and service factor. These results allowed us to know the health behavior of diabetic patients relating to the control of diabetic, which was the empirical information that made the practice nurses take such knowledge obtained by the research to their services, prevent and control risks or complication leading to diabetic, and provide more appropriate and quality knowledge to diabetic patients. Those results also benefited the research nurses in developing their experimental and quasi-experimental researches in order to adjust the patients' behavior or health provide more appropriate promotion diabetic patients that there were bringing be able to control their diabetic and various prevent complication in further. This except survey found that the studies examining factors affecting the relatives of diabetic patient was still few, therefore, these issues should be supported for further studies. Since the relatives of diabetic patient was risk group who had more trending occur diabetic than person all over.

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรณีกา เจิมเทียนชัย.(2529). *แนวโน้มของการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลในปี 2539*. วิทยานิพนธ์
ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษามหาบัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- กระทรวงสาธารณสุข.(2544). *สถิติสาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร : ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข
สำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข.
- กองงานวิทยาลัยพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.(2533). *รายงาน
การสำรวจสภาพการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลในประเทศไทย*.
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และคณะ.(2530). *รายงานการวิจัยการสำรวจผลงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาล
ในประเทศไทย*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัญญาบุตร ศรีรินทร์.(2540). *ปัจจัยที่มีผลต่อการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบา
หวานที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องโรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี*. การค้นคว้าแบบ
อิสระปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกษร นิมพลี. (2547). Ambulatory management of uncontrolled diabetes mellitus. ใน สิริ
เชียวชาญ, ชัยยุทธ เจริญธรรม, และเกษร นิมพลี(บรรณาธิการ). *อายุรศาสตร์ เล่ม 2* (หน้า
159-172). เชียงใหม่ : หจก.เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ขวัญใจ ดันดีวัฒนเสถียร.(2536). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของ : ผู้สูงอายุโรคเบา
หวาน ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี*. ม.ป.ท.
- ไข่มุก วิเชียรเจริญ และคณะ.(2535). *รายงานการวิจัยเรื่องการสำรวจผลงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาล
ในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2530-2532*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข.(2534). *เบาหวาน*. กรุงเทพมหานคร :
บริษัท ด่านสุทธาการพิมพ์ จำกัด.
- คณะกรรมการวิจัยทางการแพทย์แห่งชาติ สภาการพยาบาล.(2537). *การวิจัยทางการแพทย์พยาบาลใน
ทศวรรษหน้า : นโยบายและแนวทาง*. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ.พรินติ้ง.
- คณะกรรมการส่งเสริมและเผยแพร่การวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์. (2522). *รายงานการประชุมเชิง
ปฏิบัติการเรื่องการวิจัยทางการแพทย์พยาบาล*. มหาวิทยาลัยมหิดล.

คณะกรรมการส่งเสริมและเผยแพร่การวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์. (2537). รายงานการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช. มหาวิทยาลัยมหิดล.

คณะกรรมการสภาวิจัยแห่งชาติ สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2547). แผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพ ทบพวนและปรับเปลี่ยนครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : บริษัท พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข.(2539). แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.(2544). การสัมมนาพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 3 การพัฒนาการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อตอบสนองการปฏิรูประบบสุขภาพไทย. กรุงเทพมหานคร : บริษัท งานเจริญเปเปอร์แอนด์พรินท์ จำกัด.

จารุพันธ์ สมณะ.(2541). การสอนอย่างมีแบบแผนและการเยี่ยมบ้านที่มีผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลแม่อนิจจัง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาขารัฐศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จินตนาภา ไสภณ.(2547). การวิจัยไทย : วรรณกรรมสู่นาคด. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี และคณะ.(2540). การสำรวจผลงานวิจัยทางการพยาบาลของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาในประเทศไทย ปีการศึกษา 2518-2531. วารสารพยาบาล, 46(1), 43-50.

ช่อลดา พันธุเสนา. (2540). 25 ปีการศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. กรุงเทพมหานคร : ลิมบราเดอร์ส การพิมพ์.

ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และพิสมัย จารุชวลิต.(2542). สุขศึกษากับโรคเบาหวาน การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และรูปแบบการให้บริการสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

ชาญชัย เรืองขจร. (2540). การวิจัยสาธารณสุข. สงขลา : เลิศวิถิการพิมพ์.

ชูศรี เมฆหมอก และคณะ.(2543). ผลของการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารสภาการพยาบาล, 15(3), 78-87.

ธวัชชัย วรพงษ์.(2540). หลักการวิจัยทางสาขารัฐศาสตร.กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นงลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล ว่องวานิช.(2542). รายงานการวิจัยเรื่องการสังเคราะห์งานวิจัยทางการศึกษาด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณและการวิเคราะห์เนื้อหา.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). การวิเคราะห์ห่อภิมาณ. กรุงเทพมหานคร : นิชนเอดเวอร์ไทซิงกรุ๊ป.
- นพรัตน์ ผลาพิบูลย์. (2526). การวิจัยในการพยาบาล. สารกอนการพยาบาล, 10(2), 36.
- นาริรัตน์ จิตรมนตรี และคณะ.(2538). รายงานการวิจัยเรื่องการสำรวจผลงานวิจัยทางการพยาบาลในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2533-2537. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิโลบล นิ่มกิ่งรัตน์. (2543). การวิจัยการศึกษา. สำนักบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เนาวรัตน์ พลายน้อย, ชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์ และจุฑามาศ ไชยรบ.(2543). พรหมแดนความรู้ด้านการวิจัยและสถิติ รวบรวมบทความทางวิชาการของดร.นงลักษณ์ วิรัชชัย. ชลบุรี : บริษัท เอ็มเอ็มคอมพิวออฟเซท จำกัด.
- บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. (2547). ข้อกำหนดวิทยานิพนธ์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2544). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2546). คู่มือการวิจัยการเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์. กรุงเทพมหานคร : จามจุรีโปรดักท์.
- บุปผา อาศรัยราช.(2541). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ.(2542). แนวทางการผสมผสานการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อระดับจังหวัด เรื่อง วิวัฒนาการและโครงสร้างการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ประคิน สุจนายา.(2539). องค์ความรู้ทางการพยาบาล. ในเอกสารการประชุมเรื่องการวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 1. ม.ป.ท. : สภาการพยาบาล. หน้า 8 – 19.
- ปราณี ทัพไพเราะ และคณะ.(2539). การสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาในประเทศไทย พ.ศ. 2532-2535. วารสารพยาบาลศาสตร์, 14(4), 49-57.
- ปะราลี โอภาสนันท์.(2542). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อภาวะสุขภาพและการควบคุมโรคในผู้ป่วยสูงอายุเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ปิยะนัทร น้าชื่น.(2547). การวิเคราะห์หัตถิงานงานวิจัยป้จจัยที่เกี่ยวข้กับความพึงพอใจในงานของพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2538). หนึ่งศตวรรษแห่งการพัฒนาการพยาบาลในประเทศไทย. *สารสาการพยาบาล*, 10(1), 13-21.
- พรวิไล วรรณสัมผัส.(2547). ผลการเยี่ยมบ้านต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน สถานีอนามัยสิงห์ จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พรารศรี เทียนทอง.(2540). ป้จจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ. *วารสารแพทยเขต* 7, 16(3), 315-322.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์.(2531). ทิศทางการวิจัยทางการพยาบาลในทศวรรษหน้า. *สารสาการพยาบาล*, 3(กันยายน), 10-12.
- พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, ชูเกียรติ วิวัฒนังศ์เกษม และวสันต์ ศิลปสุวรรณ.(2538). วิธีวิจัยในงานสาธาณสุข. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปรณ์พงษ์.(2536). เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. สงขลา : บริษัท อัลลายด์เพรส จำกัด.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริชัย ชัมภลิจิต และทักษิณ นะแส.(2539). วิจัยทางการพยาบาล : หลักการและกระบวนการ. สงขลา : เหมการพิมพ์.
- ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล.(2539). แนวทางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ไพรินทร์ สมบัติ. (2540). การสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฟองคำ ดิลกสกุลชัย และคณะ.(2543). ฐานข้อมูลงานวิจัยทางการพยาบาลในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2531 – 2542. (CD). กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาวนา กิริติยุดวงศ์.(2544). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน : มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล. ชลบุรี : บริษัท พี.เพรส จำกัด.
- ภาวนา กิริติยุดวงศ์.(2537). การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- มนตรี จุฬาวัดทนทล.(2537). *ระบบการวิจัยและพัฒนาประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ยูวดี ภาษา และคณะ.(2540). *วิจัยทางการแพทย์*. กรุงเทพมหานคร : บริษัท สยามศิลป์การพิมพ์ จำกัด.
- ยูวดี ภาษา.(2531). สถานการณ์การวิจัยทางการแพทย์ในประเทศไทย. *สารสภากาพยาบาล*, 3 (3), 5-9.
- รัชนิกรณ์ วิชาการ.(2530). *การวิเคราะห์วิทยานิพนธ์มหบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลในประเทศไทยตั้งแต่ปีการศึกษา 2517-2527*. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุจา ภูไพบูลย์.(2539). วิธีการได้มาซึ่งความรู้ทางการแพทย์. ใน *เอกสารการประชุมเรื่องการวิจัยทางการแพทย์แห่งชาติครั้งที่ 1*. ม.ป.ท. : สภากาพยาบาล. หน้า 20 – 35.
- วรรณ นิธิยานันท์.(2535). Dislipidemia and diabetes. ใน *วรรณ นิธิยานันท์ (บรรณาธิการ), การรักษาโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน* (หน้า 129-147). กทม.: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- วัลลา ตันตโยทัย, และอิดิสัย สงดี.(2534). การพยาบาลในผู้ป่วยเบาหวาน. ใน *สมจิตร หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4* (หน้า 241-268). กรุงเทพมหานคร: หจก. วี.เจ. พรินต์ติ้ง จำกัด.
- วัลลา ตันตโยทัย.(2540). *รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. (2545). *การวิจัยทางการแพทย์:หลักการและแนวปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร : โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิชัย พิภพลงาม และคณะ.(2539). ผลการให้สุศึกษาและการปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนา*, 6(2), 38-51.
- วิทยา ศรีดามา และพันธ์ศักดิ์ กังสวิวัฒน์.(2541). *โรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม สำหรับเวชปฏิบัติ* 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูนิตีส์ จำกัด.
- วิทยา ศรีดามา, วชิรา ธนาประทุม, และประศาสน์ ลักขณะพุก. (2541). โรคแทรกซ้อนของตาในผู้ป่วยเบาหวาน. ใน *วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน(พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูนิตีส์ จำกัด.

- วินธนา คูศิริสิน.(2546). การดูแลตนเองด้าน โภชนาการและสุขภาพกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาทรณศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาทรณศาสตร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิภาพร เอกศิริวานนท์. (2541). การสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิลาวัล ผลิตผลอย.(2538). การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข และอภิชาติ สุนทรทรัพย์.(2546). *อายุรศาสตร์ประยุกต์ เล่ม 1*. เชียงใหม่ : โอเอมออกเคโนเซอร์แอนด์แอ็ดเวอร์ไทซิง.
- ศิริรัตน์ พลอยบุตร, อภิรดี ศรีวิจิตร, และสุทิน ศรีอัยฎาพร.(2548). การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยและติดตามการรักษาโรคเบาหวาน. ใน สุทิน ศรีอัยฎาพร และคณะ (บรรณาธิการ), *โรคเบาหวาน* (หน้า 81-106). กทม.: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- ศิริอร ลินธุ และเรณู พุกบุญมี.(2541). รายงานการวิจัยเรื่องการรับรู้อุปสรรคและสิ่งเอื้ออำนวยต่อการนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ.
- ศุภวดี ลิ้มพานนท์.(2537). *ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาเอกพยาบาลสาทรณสุข), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สภาการพยาบาล.(2539).*การประชุมวิชาการเรื่องงานวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 1 ประจำปี 2539*. ม.ป.ท.
- สมคิด สีหสิทธิ์.(2546). ความสัมพันธ์ระหว่าง คำนีวมวลกาย การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล.(2538). *หนึ่งศตวรรษแห่งการพัฒนาการพยาบาลในประเทศไทย.สารสภาการพยาบาล, 10(1), 22-26.*
- สมจิต หนูเจริญกุล.(2540). *วิวัฒนาการการวิจัยทางการพยาบาลในประเทศไทย ใน 25 ปีการจัดการศึกษาพยาบาลศาสตร.กรุงเทพมหานคร : ลิมบราเดอร์ส การพิมพ์.*

สมยศ ศรีจารนัย และคณะ.(2542). พฤติกรรมของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวาน
สูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. ม.ป.ท.

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
สภาการพยาบาล. การประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 9 เรื่อง การพยาบาลในทศวรรษหน้า.
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช.(2533). การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 5 เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการ
พยาบาล. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช.(2539). การประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯ ครั้งที่
10 เรื่อง ไอทีทางสายใหม่ของการพยาบาล. ม.ป.ท.

สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย. (2548). ทำเนียบสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชน
แห่งประเทศไทย 2546 – 2548 . กรุงเทพมหานคร : จามจุรีโปรดักท์.

สาธิต วรรณแสง.(2530). Epidemiology of diabetes mellitus in Thailand. ใน วรรณ นิธิยานนท์
และคณะ (บรรณาธิการ), *Diabetes in practice*. กรุงเทพมหานคร: มหานครออฟเซตเพอร์
จำกัด.

สายพิน เกษมกิจวัฒนา.(2538). การวิจัยชี้ว่าการพยาบาลมีคุณค่าน้อยจริงหรือไม่?. *วารสารพยาบาล
ศาสตร์*, 13(2), 2-4.

สายพิน เกษมกิจวัฒนา.(2538).การวิจัยกับการพัฒนาศาสตร์การพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*,
13(4), 2-4.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติข้อมูลจำนวนผู้ป่วยในตามสาเหตุป่วย
ทั้งประเทศ ยกเว้น กทม.รายภาค กับอัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คนการเจ็บป่วยตั้งแต่
ปี พ.ศ. 2543-2547. สืบค้นวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2548 จากเว็บไซต์
<http://203.157.19.191/ill-in42-48.htm>

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติข้อมูลจำนวนผู้ป่วยนอกตามสาเหตุป่วย
ทั้งประเทศ ยกเว้น กทม.รายภาค กับอัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คนการเจ็บป่วยตั้งแต่
ปี พ.ศ. 2543-2547. สืบค้นวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2548 จากเว็บไซต์
<http://203.157.19.191/ill-out42-48.htm>

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. อัตราตายต่อประชากร 100,000 คนตั้งแต่
ปี พ.ศ. 2543-2547. สืบค้นวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2548 จากเว็บไซต์
<http://203.157.19.191/dead42-48.htm>

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติข้อมูลสาธารณสุข. สืบค้นวันที่ 1

เมษายน พ.ศ. 2548 จากเว็บไซต์ <http://203.157.10.4/E.Book/statistic/2539-2542/image/6.pdf>

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติการเจ็บป่วย. สืบค้นวันที่ 1

เมษายน พ.ศ. 2548 จากเว็บไซต์ <http://203.157.10.4/E.Book/illness/2539-2542/image/3.pdf>

ศิริ เชี่ยวชาญวิทย์, ชัยยุทธ เจริญธรรม และเกษร นิมพลี. (2547). *อายุรศาสตร์ประยุกต์ เล่ม 2*.
เชียงใหม่ : หจก. เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.

สุคนธ์ มีเนตรทิพย์.(2540). *การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่),
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุทิน ศรีอัญญาพร.(2548). *วิธีการวินิจฉัยและเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน*. ใน สุทิน ศรีอัญญาพร
และคณะ (บรรณาธิการ), *โรคเบาหวาน* (หน้า 21-51). กทม.:โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

สุธีระ ประเสริฐสรรพ.(2546). *สนุกกับงานวิจัย*. กรุงเทพมหานคร :บริษัท พิมพ์เนศ พรินติ้ง เซ็น
เตอร์ จำกัด.

สุนิตรา เวฬุวนารักษ์, วิชาดา คุณาวิฑิตกุล และชรินทร์ พุทธปวน.(2539). *การนำผลการวิจัยทาง
การพยาบาลไปใช้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์*. *พยาบาลสาร*, 23(4), 48-59.

สุภัทรา ดวงจันทร์.(2547). *ศักยภาพของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ณ
สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุภาวดี ลิขิตมาศกุล, ชนิกา ตูจินดา, และคัทรี ชัยชาญวัฒนากุล.(2542). *โรคเบาหวานในเด็กและ
วัยรุ่น*. กทม.:โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ.(2542).*การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการให้บริการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุกรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*.กรุงเทพมหานคร:สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

สุวรรณ เจริญพิชิตนันท์.(2532). *การศึกษาความไม่สามารถเข้าใจตามสั่งของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ใน
โรงพยาบาลเลิดสิน : การสืบหา และกลวิธีในการแก้ปัญหา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเกศาส
ตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อภิชาติ วัชฎาณรัตน์,กอบชัย พัววิไล,วรรณ นิธิยานันท์ และสาธิต วรรณแสง.(2546). *ตำราโรค
เบาหวาน*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

- อภิชาติ วิษณุวรรณ์.(2548). หลักการรักษาและการติดตามผู้ป่วยเบาหวาน. ใน สุทิน ศรีอัญญาพร และคณะ (บรรณาธิการ), โรคเบาหวาน (หน้า 61-80). กทม. : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- อภิชาติ วิษณุวรรณ์.(2546). ตำราโรคเบาหวาน. กทม. : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- อจณราพร บุญยืน.(2541). ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุทุมพร จามรมาน.(2527).การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน.(2531). การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ เน้นวิธีวิเคราะห์เมตต้า. กรุงเทพมหานคร :ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟินนี่พับบลิชซิ่ง.
- อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน.(2531). การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณลักษณะ. กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพมหานคร :ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟินนี่พับบลิชซิ่ง.
- อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน.(2537). การทำวิจัยเชิงสำรวจ. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟินนี่พับบลิชซิ่ง.
- อุไรวรรณ โพธิ์พนม.(2545).ผลของการร่วมวัยขึ้นซึ่งต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

- American Diabetes Association. (2004). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 27(suppl1), S5-10.
- American Diabetes Association. (2004). Standard of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 27(suppl1), S15-35.
- American Diabetes Association. (2000). Type 2 diabetes in children and adolescents (consensus statement). *Diabetes Care*, 27(suppl1), 5-10.
- American Diabetes Association. (1997). Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 20(8), 1187-1197.
- Bayles,M.P., Wing, R.R., & Robertson, R.J.(1988). Effect of lifestyle activity of varying duration on glycemic control in type II diabetes women. *Diabetes care*, 12(1), 34-36.

- Beare, P.G., & Myers, J.L.(1990). *Principle and practices of adult health nursing*. St. Louis : The C.V. Mosby.
- Beare, P.G., & Myers, J.L.(1994). *Principle and practices of adult health nursing*. U.S.A. : Mosby Year Book.
- Burns, N. and Groves, S.K. (2001). *Understanding nursing research*. Philadelphia : W.B.Saunders.
- David, C. & Kendrick, D. (2004). Differences in the process of diabetic care between south Asian and white patients in inner-city practices in Nottingham, UK. *Health and Social Care in the Community*, 12(3), 186-193.
- Eisenbarth, G.s.(1986).Type I diabetes mellitus : A chronic autoimmune disease. *The New England Journal of Medicine*, 314(21), 1360-1368.
- Fowler, P.D. & Jones, N.S. (1999). Diabetes and hearing loss. *Clinical Otolaryngology*, 24(1), 3-8.
- Green, L. & Kruter, M. W.(1999). *Health Promotion Planning : An Education and Environmental Approach*. Torontto: Mayfied Publishing Company.
- Hassler-Hurst, J., Wadham, C. and Rayman, G. (2004). A double study comparing 0.5% and 1% tropicamide for annual retinal screen in diabetic adolescents. *Diabetic Medicine*, 21(1), 434-439.
- Kattiyaporn, K. (2005). (ชาติยาพร คนเที่ยง, 2548). *A survey of nursing research related to pain in Thailand*. M.A. Thesis in Nursing (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Linda, F., Debra, R., Susan, L. & Jessica, B. (2002). Patient adherence to HIV medication regimens : a review of published and abstract reports. *Patient Education and Counseling*, 46(1), 93-108.
- Ludman, B., Asplund,K. & Norberg, A.(1990). *Living with diabete s : perception of well-being*. *Research in Nursing & Health*, 13(4), 255-262.
- Munro, B.H.(1997). *Statistic method for health care research*. New York : Lippincott.
- Munro, B.H.(2001). *Statistic method for health care research*. New York : Lippincott.

- O'Conner,P.J., Fragneto, R., & Crabtree, B.F.(1987). Metabolic control in Non-Dependent Diabetes Mellitus : Factora Associated with patient outcomes. *Diabetes care*, 10(6), 697-701.
- O'Conner,P.J., Whiterbird, R.R., Asche, S.E.,Solberg, L.I., Crain, A.L., Spert-Hillen, J.M., et al.(2004). Is patient readiness to change a predictor of improve glycemic control. *Diabetes care*, 27(10), 2325-2329.
- Orem, D.E.(1980). *Nursing : concepts of practices*. New York : McGraw Hill Book Company.
- Orem, D.E.(1985). *Nursing : concepts of practices*. New York : McGraw Hill Book Company.
- Orem, D.E.(1995). *Nursing : concepts of practices*. St. Louis : Mosby.
- Orem, D.E.(2001). *Nursing : concepts of practices*. St. Louis : Mosby.
- Pender, N. J.(1987). *Health promotion in nursing practice*. East Norwalk, Connecticut : Appleton & Lange.
- Pender, N. J.(1996). *Health promotion in nursing practice*. Stamford, Connecticut : Appleton & Lange.
- Polit, D.F. and Hungler, B.P. (1999). *Nursing Research : Principles and Method*. Philadelphia : J.B.Lippincott Co.
- Robin, M.D. (2004). Variations in Patients' Adherence to Medical Recommendations. *Medical Care*, 42(3), 200-208.
- Sineenart, L. (2000). *Meta- analysis of educative-supportive intervention research for diabetic patient in Thailand*. M.A. Thesis in Nursing (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Stephen, R.B., Regina, F., Athena, P.T. & Ming, J. (2004). Predicators of glycemic control among patients with Type 2 diabetes : A longitudinal study. *BMC Public Health*, 5, 36.
- The Expert committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus.(2000). Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 23(1), S4-S19.
- The Expert committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus.(2001). Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 21(1), S5-S9.

Waraporn, R. (2001). (วราภรณ์ รุ่งช้าง, 2544). *A survey of nursing research about hypertension in Thailand*. M.A. Thesis in Nursing (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

WHO.(1998). World health report, life in the 21st century : A vision for all. Geneva. Retrieved April 26, 2006, from <http://www.who.int/nut/obs.htm>.

WHO.(1998). World health report, life in the 21st century : A vision for all. Geneva. Retrieved April 30, 2006, from <http://www.who.int/nut/obs.htm>





**แบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัยทางการแพทย์แบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับ
ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

1. ชื่อ – สกุลผู้วิจัย
2. ชื่องานวิจัย
3. ประเภทของงานวิจัย
 - ☐ วิทยานิพนธ์
 - ☐ มหาบัณฑิต ระบุหลักสูตร.....
สาขาวิชา.....
 - ☐ ดุษฎีบัณฑิต ระบุหลักสูตร.....
สาขาวิชา
 - ☐ งานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา (ระบุชื่อวารสาร ฉบับที่ ปีที่ หน้าที่ และ พ.ศ. ที่พิมพ์)
4. ปี พ.ศ. ที่ผลิตงานวิจัย
5. สถาบันผลิตงานวิจัย
 - ☐ มหาวิทยาลัย ระบุชื่อ
 - ☐ สถาบัน ระบุชื่อ
 - ☐ หน่วยงานต้นสังกัด ระบุชื่อ
 - ☐ อื่นๆ ระบุชื่อ
6. แหล่งทุนสนับสนุนงานวิจัย
 - ☐ ภาครัฐ ระบุชื่อ.....
 - ☐ ภาคเอกชน ระบุชื่อ.....
 - ☐ ต่างประเทศ ระบุชื่อ.....
 - ☐ ไม่ระบุ

ส่วนที่ 2 รายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย

1. ปัญหาการวิจัย

.....

.....

.....

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

.....

.....

.....

3. สมมติฐานการวิจัย

.....

.....

.....

4. กรอบแนวคิด

- ☐ ไม่มีการแสดงกรอบแนวคิดรูปแบบของการวิจัย
- ☐ กรอบแนวคิดที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
- ☐ กรอบแนวคิดที่สร้างจากแนวคิด และ/หรือทฤษฎี ระบุ.....

5. ตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวแปรที่ปรากฏ

ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรตาม	ตัวแปรที่ปรากฏ

6. รูปแบบของการวิจัยแบบไม่ทดลอง

- ☐ การวิจัยเชิงบรรยาย
- ☐ การวิจัยสำรวจ
- ☐ การวิจัยแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์
- ☐ การวิจัยแบบเปรียบเทียบ
- ☐ การวิจัยเชิงพัฒนาการ
 - ☐ การศึกษาภาคตัดขวาง
 - ☐ การศึกษาย้อนหลัง
 - ☐ การศึกษาติดตามไปข้างหน้า
- ☐ การศึกษาเฉพาะกรณี
- ☐ อื่นๆ ระบุ
- ☐ ไม่ระบุ

7. ประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง

7.1. ประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

- ☐ การศึกษาจากประชากร
- ☐ การศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง

7.2. ลักษณะของประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง

- ☐ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน(ระบุ เพศ อายุ ชนิดโรคเบาหวาน และสถานที่มารับบริการ)
.....
- ☐ ประชาชนทั่วไป (ระบุ เพศ อายุ)
- ☐ ญาติผู้ป่วย (ระบุ เพศ อายุ)
- ☐ อื่นๆ ระบุ

7.3. การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

7.3.1. การสุ่มแบบอาศัยความน่าจะเป็น

- ☐ การสุ่มอย่างง่าย
- ☐ การสุ่มอย่างมีระบบ
- ☐ การสุ่มแบบแบ่งชั้น
- ☐ การสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม
- ☐ การสุ่มอย่างหลายขั้นตอน
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

7.3.2. การเลือกแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น

- ☐ การเลือกแบบบังเอิญ
- ☐ การเลือกแบบโควต้า
- ☐ การเลือกแบบเจาะจง
- ☐ การเลือกแบบตามความสะดวก
- ☐ การเลือกตัวอย่างโดยวิธีบอกต่อ
- ☐ อื่นๆ ระบุ

7.4. วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

- ☐ สูตรยามานะ
- ☐ Power analysis
- ☐ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูป.....
- ☐ อื่นๆ ระบุ
- ☐ ไม่ระบุ

7.5. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ระบุ

8. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

8.1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ชุด	ชื่อเครื่องมือ	1=ผู้สร้างต้นฉบับ (ระบุ คำคุณภาพเครื่องมือ) 2=ผู้วิจัยสร้าง	วิธีใช้/การแปล 1=ไม่ระบุ 2=แปลโดยผู้วิจัย 3=Back translation 4=อื่นๆ ระบุ.....	ดัดแปลง		ไม่ระบุ วิธีการสร้าง เครื่องมือ	วิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ					
				ผู้อื่น	ผู้สร้าง ต้นฉบับ		ไม่มี	ความ ตรง	ความเที่ยง (บอกค่าความ เชื่อมั่น)	ความ ยาก	อำนาจ จำแนก	อื่นๆ ระบุ ...

8.1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

ชุด	ชื่อเครื่องมือ	1=ผู้สร้างต้นฉบับ (ระบุ คำคุณภาพเครื่องมือ) 2=ผู้วิจัยสร้าง	วิธีใช้การแปล 1=ไม่ระบุ 2=แปลโดยผู้วิจัย 3=Back translation 4=อื่นๆ ระบุ.....	ดัดแปลง		ไม่ระบุ วิธีการสร้าง เครื่องมือ	วิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ					
				ผู้อื่น	ผู้สร้าง ต้นฉบับ		ไม่มี	ความ ตรง	ความเที่ยง (บอกค่าความ เชื่อมั่น)	ความ ยาก	อำนาจ จำแนก	อื่นๆ ระบุ ...

8.2. เครื่องมือวัดทางวิทยาศาสตร์ ระบุชื่อ.....

8.3. เครื่องมืออื่นๆ ระบุชื่อ.....

9. ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

9.1. ข้อมูลผู้เก็บข้อมูล

- ☐ ผู้วิจัยเก็บเอง
- ☐ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ระบุ
- ☐ ผู้วิจัยและบุคคลอื่น ระบุ
- ☐ บุคคลอื่นช่วยเก็บ ระบุ
- ☐ อื่นๆ ระบุ
- ☐ ไม่ระบุ

9.2. การเตรียมและการตรวจสอบคุณภาพการเก็บรวบรวมข้อมูล

- ☐ ฝึกการเก็บข้อมูล
- ☐ ทดสอบ Inter-rater reliability ค่า
- ☐ ทดสอบ Intra-rater reliability ค่า
- ☐ อื่นๆ ระบุ
- ☐ ไม่ระบุ

10. การวิเคราะห์ข้อมูล (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

10.1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

10.1.1. สถิติบรรยาย

- ☐ การแจกแจง
- ☐ การจัดลำดับ
- ☐ ร้อยละ
- ☐ สัดส่วน
- ☐ อัตราส่วน
- ☐ การวัดแนวโน้มเข้าสู่ศูนย์กลาง
 - ☐ ค่าเฉลี่ยหรือมัธยฐานเลขคณิต
 - ☐ มัธยฐาน
 - ☐ ฐานนิยม
- ☐ การวัดการกระจาย
 - ☐ พิสัย
 - ☐ ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์
 - ☐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



คู่มือใช้แบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

1. ชื่อ – สกุลผู้วิจัย

ชื่อ-สกุลผู้วิจัย หมายถึง ชื่อ-สกุลของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ทำการวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ที่มีหลักฐานปรากฏตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปี พ.ศ. 2548

2. ชื่องานวิจัย

ชื่องานวิจัย หมายถึง ชื่องานวิจัยที่แสดงถึงความเกี่ยวข้องกับการวิจัยทางการแพทย์ผู้ป่วยเบาหวาน

3. ประเภทของงานวิจัย

ประเภทของงานวิจัย หมายถึง ประเภทของผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเบาหวานในประเทศไทย แบ่งเป็น

3.1. วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต และวิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต หมายถึง งานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวาน ที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา

3.2. งานวิจัยที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หมายถึง งานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวาน ที่ไม่ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา และมีการตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการของประเทศไทย

4. ปี พ.ศ. ที่ผลิตงานวิจัย

ปี พ.ศ. ที่ผลิตงานวิจัย หมายถึง ปีพุทธศักราชที่วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตหรือดุษฎีบัณฑิตที่ศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานเสร็จสมบูรณ์ และผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ หรือปีพุทธศักราชที่ระบุไว้ในวารสาร ซึ่งมีผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยตีพิมพ์อยู่

5. สถาบันผลิตงานวิจัย

สถาบันผลิตงานวิจัย หมายถึง สถาบันที่อนุมัติหรือรับรองวิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตหรือดุษฎีบัณฑิตที่ศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย หรือหน่วยงานต้นสังกัดที่หัวหน้าโครงการสังกัดอยู่ในขณะนั้นทำการวิจัยและระบุไว้ในวารสารนั้น

6. แหล่งทุนสนับสนุนงานวิจัย

แหล่งทุนสนับสนุนงานวิจัย หมายถึง หน่วยงานที่สนับสนุนให้ทุนทั้งหมด หรือทุนบางส่วนในการทำวิจัยเรื่องนั้น

ส่วนที่ 2 รายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย

1. ปัญหาการวิจัย

ปัญหาการวิจัย หมายถึง ประเด็นที่ยังไม่กระจ่าง มีความสงสัย ต้องการรู้คำตอบ

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย คือ เป้าหมายคำตอบของคำถามวิจัยหรือปัญหาในการวิจัย

3. สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย เป็นการคาดคะเนคำตอบหรือผลการวิจัยในประเด็นปัญหาวิจัยที่ศึกษาว่าผลที่ได้จากการศึกษาโดยใช้กระบวนการวิจัยนั้นควรได้ผลเป็นเช่นใด

4. กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดของการวิจัย หมายถึง แนวคิดที่ผู้วิจัยในแต่ละเรื่องสร้างขึ้น เพื่อนำมาเป็นกรอบในการดำเนินการวิจัยเรื่องนั้นๆ แบ่งเป็น

- กรอบแนวคิดที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง หมายถึง การสร้างกรอบแนวคิดของการวิจัยที่ผู้ทำวิจัยไม่ได้ระบุอย่างชัดเจนว่านำมาจากแนวคิด ทฤษฎีใด
- กรอบแนวคิดที่สร้างจากแนวคิดและ/หรือทฤษฎี หมายถึง การสร้างกรอบแนวคิดของการวิจัยโดยผู้วิจัยระบุแนวคิด และ/หรือทฤษฎีที่นำมาใช้ไว้อย่างชัดเจน
- ไม่มีการแสดงกรอบแนวคิด หมายถึง ผู้วิจัยไม่ได้สร้างกรอบแนวคิดไว้ในรูปเล่มของงานวิจัย หรือในวารสารอย่างชัดเจน

5. ตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวแปรที่ปรากฏ

ตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวแปรที่ปรากฏ หมายถึง ตัวแปรหรือลักษณะทางประชากรหรือสิ่งที่ผู้วิจัยศึกษา ที่ปรากฏอยู่ในวัตถุประสงค์ของงานวิจัย เช่น การวิจัยแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์ การศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรใดกับตัวแปรใด การวิจัยเชิงสำรวจมีการศึกษาในตัวแปรอะไร หรือแนวคิดในการวิจัยเชิงคุณภาพว่ามียังไง เป็นต้น

6. รูปแบบของการวิจัย หมายถึง วิธีที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจการวิจัยแบบไม่ทดลอง (Non-experimental research design) เป็นการศึกษาเพื่อหาคำตอบของปัญหาวิจัยด้วยวิธีใดๆ ก็ตามที่ผู้วิจัยไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลง หรือสร้างสภาพการณ์ใหม่ อาศัยการเก็บข้อมูลจากสิ่งที่เป็นอยู่ที่เกิดขึ้นอยู่แล้วตามธรรมชาติ เพื่อทราบถึงลักษณะ คุณสมบัติของกลุ่มประชากร เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหรือเพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่สนใจ ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ในอดีต หรือสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต แบ่งเป็น

- การวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เป็นการศึกษาที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรยายปรากฏการณ์ที่ศึกษาที่เกิดขึ้นแล้วในสภาวะการณ์ธรรมชาติว่าปรากฏการณ์นั้นๆ คืออะไร

□ การวิจัยสำรวจ (Survey research) เป็นวิธีการศึกษาถึงข้อเท็จจริงของสภาพการณ์ หรือลักษณะของชุมชนใดชุมชนหนึ่ง โดยรวบรวมข้อมูลจากสภาพที่เป็นจริงจากแหล่งข้อมูลนั้น โดยตรง อาจศึกษาจากทุกหน่วยของประชากร

□ การวิจัยแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlational research) เป็นการศึกษาถึงความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันของตัวแปรอย่างน้อย 2 ตัว จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอยู่แล้วตามธรรมชาติ ผลจากการวิจัยบอกได้ว่า ตัวแปรที่สนใจมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ และอาจบอกได้ว่ามีความสัมพันธ์กันมากน้อยเพียงใด เป็นไปในทางบวกหรือลบ เป็นการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว หรือหลายกลุ่มเปรียบเทียบ วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลทำได้ไม่จำกัด ขึ้นอยู่กับลักษณะตัวแปรที่สนใจ แล้ววิเคราะห์หาความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันของตัวแปร หรือหาความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

□ การวิจัยแบบเปรียบเทียบ (Comparative research) เป็นการศึกษาที่ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม หรือมากกว่าที่มีลักษณะของตัวแปรอิสระที่แตกต่างกัน แล้ววัดค่าของตัวแปรตามที่สนใจ จากกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม นำค่าที่ได้มาเปรียบเทียบกัน

□ การวิจัยเชิงพัฒนาการ (Developmental research) เป็นการศึกษาเมื่อตัวแปรที่ศึกษามีการเปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากเวลาที่ผ่านไป ได้แก่ การศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) คือ การศึกษาจากตัวอย่างหลายๆ กลุ่มที่มีความแตกต่างกันในแง่ของพัฒนาการ เก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกันจะได้ข้อมูลจากตัวอย่างแต่ละกลุ่มย่อย รวบรวมเป็นผลสรุปของกลุ่มที่ต้องการ การศึกษาระยะยาว (longitudinal study) เป็นการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว เพื่อให้ได้ข้อมูลในช่วงเวลาที่ต้องการ วิธีการอาจทำได้โดยการศึกษาดูตามไปข้างหน้า (prospective study or cohort study) เป็นการศึกษาจากตัวอย่างกลุ่มหนึ่งแล้วติดตามดูการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) เป็นวิธีการศึกษาจากตัวอย่างกลุ่มหนึ่ง ศึกษาย้อนหลังโดยการถามหรือจากบันทึก รายงาน

□ การศึกษาเฉพาะกรณี (Case study) เป็นการศึกษาอย่างละเอียดลึกซึ้งเป็นรายบุคคล กลุ่มบุคคลหรือสังคมที่สนใจ เพื่อจะวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาที่มีความสำคัญเพียงพอน่าสนใจ พร้อมทั้งหาวิธีการแก้ปัญหาเหล่านั้น โดยจะต้องอาศัยข้อมูลทั้งพฤติกรรม คำพูด ทำทางการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยใช้ข้อมูลย้อนหลังประกอบกับข้อมูลปัจจุบันและติดตามต่อไปด้วย

□ อื่นๆ หมายถึง รูปแบบของการวิจัยนอกเหนือจากที่กล่าวมา และให้ระบุรูปแบบของการวิจัยนั้นด้วย

๑ ไม่ระบุ หมายถึง การที่ผู้วิจัยไม่ระบุรูปแบบของการวิจัยไว้ในรูปเล่มของงานวิจัย หรือในวารสารอย่างชัดเจน

7. ประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง

7.1. ประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น

- การศึกษาจากประชากร หมายถึง การศึกษาจากหน่วยทุกหน่วยที่ต้องการศึกษาโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

- การศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง หมายถึง การศึกษาจากตัวแทนที่ได้มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างประชากรที่ต้องการศึกษา

7.2. ลักษณะของประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา แบ่งเป็น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่คลินิกโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ประชาชนทั่วไปญาติผู้ป่วย และอื่นๆ นอกจากที่กล่าวมา

7.3. การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง หมายถึง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สนใจศึกษา โดยมีวิธีการดังนี้

- การสุ่มแบบอาศัยความน่าจะเป็น (Probability sampling) แบ่งเป็น

➤ การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) หมายถึง การสุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด โดยให้แต่ละหน่วยมีโอกาสที่จะถูกเลือกเท่ากันหมดทุกหน่วย วิธีการดำเนินการอาจใช้วิธีจับฉลากหรือใช้ตารางเลขสุ่ม

➤ การสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic sampling) หมายถึง การสุ่มตัวอย่างเป็นช่วงโดยประชากรที่ทำการสุ่มต้องมีการเรียงลำดับหน่วยตัวอย่างไว้อย่างมีระบบและต้องทราบขนาดที่แน่นอน วิธีการสุ่มขั้นต้น ผู้วิจัยจะคำนวณช่วงที่ใช้ในการสุ่มตัวอย่าง แล้วทำการสุ่มหาตัวเลขตั้งต้น หลังจากนั้นจากตัวเลขตั้งต้นจะนับไปตามช่วงที่ใช้ในการสุ่มตัวอย่าง

➤ การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) หมายถึง การสุ่มโดยมีการแบ่งหน่วยต่างๆ ในประชากรออกเป็นพวกๆ ตามลักษณะบางอย่าง เช่น แบ่งตามประเภทหรือขนาดโดยแต่ละกลุ่มของประชากรที่แบ่งออกไปนั้น เรียกว่า ชั้นภูมิ การสุ่มตัวอย่างโดยวิธีนี้จะพยายามแบ่งให้แต่ละชั้นภูมิประกอบด้วย หน่วยที่มีความคล้ายคลึงกันในกลุ่มมากที่สุด แต่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มมากที่สุด เมื่อผู้วิจัยแบ่งประชากรออกเป็นพวกแล้ว ก็จะทำการสุ่มตัวอย่างจากแต่ละพวกมาทำการศึกษา

➤ การสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster sampling) หมายถึง การสุ่มตัวอย่างโดยมีการจัดกลุ่มซึ่งมีลักษณะคล้ายกับการจัดเป็นชั้นภูมิ แต่การสุ่มแบบแบ่งกลุ่มนี้และการสุ่มแบบแบ่งชั้นมีความแตกต่างกันที่วิธีการเลือก คือ การเลือกแบบแบ่งชั้นจะเลือกตัวอย่างจากทุกชั้น แต่

การเลือกแบบแบ่งกลุ่มจะเลือกกลุ่มขึ้นมาเป็นตัวอย่างเพียงบางส่วน แล้วจึงทำการตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจากแต่ละกลุ่มที่เลือกไว้

➤ การสุ่มอย่างหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) หมายถึง การสุ่มตัวอย่างโดยแบ่งประชากรออกเป็นลำดับขั้นจากหน่วยใหญ่เป็นหน่วยย่อยๆ เช่น ภาค จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน แล้วทำการสุ่มจากหน่วยใหญ่ลงมาเรื่อยๆ ทีละขั้นจนถึงกลุ่มตัวอย่างขั้นที่ต้องการ

➤ อื่นๆ หมายถึง การสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีอื่นนอกเหนือจากที่กล่าวมา และให้ระบุวิธีนั้นด้วย

- การเลือกแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น (Non-probability sampling) แบ่งเป็น

➤ การเลือกแบบบังเอิญ (Accidental sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยไม่กฎเกณฑ์ จะเป็นใครก็ได้ที่สามารถให้ข้อมูลที่เรากำลังต้องการ

➤ การเลือกแบบโควตา (Quota sampling) เป็นการเลือกตัวอย่างที่ผู้วิจัยกำหนดสัดส่วนและจำนวนตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่ต้องการไว้ล่วงหน้า โดยใช้ระบบโควตาเป็นเกณฑ์ในการเลือก

➤ การเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เป็นการเลือกตัวอย่างโดยเลือกตัวอย่างจากประชากรที่เจาะจงกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งมาศึกษาตามวัตถุประสงค์หรือตามเหตุผลของผู้วิจัยเอง โดยคาดคะเนว่าตัวอย่างที่เลือกมานั้นสามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดได้

➤ การเลือกแบบตามความสะดวก (Convenience sampling) เป็นการเลือกตัวอย่างซึ่งคำนึงถึงความสะดวกหรือง่ายต่อการศึกษาของผู้วิจัย

➤ การเลือกตัวอย่างโดยวิธีบอกต่อ (Snowballing sampling or Network sampling) เป็นวิธีการที่เหมาะสมกับการนำไปใช้กับประชากรของงานวิจัยที่หายากหรือพบได้น้อยมาก รวมทั้งผู้วิจัยไม่อาจทราบจำนวนที่แน่นอนได้ อาจเนื่องมาจากประชากรทำการปกปิดหรือไม่ต้องการเปิดเผยให้สังคมทราบ

➤ อื่นๆ หมายถึง การสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีอื่นนอกเหนือจากที่กล่าวมา และให้ระบุวิธีนั้นด้วย

7.4. วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง หมายถึง วิธีการหรือสูตรที่ใช้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ระบุไว้ในงานวิจัย เช่น สูตรยามาน ที่ใช้ในงานวิจัยแบบไม่ทดลอง หรือการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) เป็นต้น

7.5. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง หมายถึง จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยใช้ศึกษาในงานวิจัยนั้น

8. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย หมายถึง สิ่งที่ช่วยให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลในการศึกษาปัญหาต่างๆ ที่สนใจ

8.1. ชนิดของเครื่องมือ แบ่งเป็น

- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งตามวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น

- แบบสอบถาม หมายถึง รายการคำถามที่มีการสร้างขึ้นอย่างประณีตและมีแบบแผน ข้อคำถามเหล่านี้เตรียมไว้เพื่อถามเรื่องใดเรื่องหนึ่งจากผู้ให้ทราบข้อมูลตามที่ผู้วิจัยต้องการทราบ ซึ่งอาจถามเกี่ยวกับข้อเท็จจริง ความคิดเห็น หรือเจตคติโดยผู้ตอบจะเขียนคำตอบลงในแบบสอบถามด้วยตนเอง

- แบบสังเกต หมายถึง แบบฟอร์มที่ใช้บันทึกข้อมูลหรือพฤติกรรมต่างๆ ที่ได้จากการเฝ้าดูเหตุการณ์ต่างๆ ตามที่เกิดขึ้นจริงในสภาพการณ์นั้นๆ โดยตรง

- แบบสัมภาษณ์ หมายถึง แบบที่ใช้บันทึกข้อมูลจากการสนทนาพูดคุยหรือจากแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยมีจุดมุ่งหมายตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

- แบบทดสอบ หมายถึง ชุดของคำถามหรือปัญหาที่สร้างขึ้นเพื่อเร้าให้ผู้ตอบแสดงพฤติกรรมตอบสนองออกมาให้สังเกตและวัดได้

- แบบบันทึก หมายถึง แบบฟอร์มที่ใช้บันทึกข้อมูลจากเอกสารต่างๆ เช่น ทะเบียนประวัติ หนังสือ วารสาร เป็นต้น

- อื่นๆ หมายถึง เครื่องมือที่ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลนอกเหนือจากที่กล่าวมา และให้ระบุวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย

- เครื่องมือวัดทางวิทยาศาสตร์ เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดข้อมูลทางด้านสรีรวิทยาและด้านชีววิทยา เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด เป็นต้น เมื่อวัดแล้วอาจบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึก หรือแบบสอบถามก็ได้ขึ้นอยู่กับวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

- เครื่องมืออื่นๆ หมายถึง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้ว

8.2. วิธีการสร้างเครื่องมือ เพื่อนำมาใช้ในการวิจัยซึ่งแบ่งตามการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- ♦ ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือเอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แนวคิดและ/หรือ ทฤษฎี รวมถึงประสบการณ์ของผู้วิจัยเอง

- ♦ ผู้วิจัยทำการดัดแปลงเครื่องมือของผู้อื่น หมายถึง การที่ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่เคยมีผู้อื่นสร้างไว้แล้วนำมาปรับปรุง ดัดแปลงใหม่ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวัด ในกลุ่มประชากรที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ได้ดัดแปลงแล้วอีกครั้ง

- ♦ ผู้วิจัยนำเครื่องมือของผู้อื่นมาใช้ หมายถึง การที่ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผู้อื่นสร้างไว้มาใช้ ซึ่งมักเป็นเครื่องมือที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวัด ในกลุ่มประชากรที่ผู้วิจัยต้องการ

ศึกษาอยู่แล้ว รวมทั้งส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือที่มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือไว้แล้ว หรือ อาจนำมาตรวจสอบคุณภาพใหม่อีกครั้งก็ได้

♦ ไม่ระบุวิธีการสร้างเครื่องมือ หมายถึง การที่ผู้วิจัยไม่มีการระบุวิธีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ไว้ในรูปแบบของงานวิจัย หรือในวารสารอย่างชัดเจน

8.3. วิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเพื่อตรวจสอบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นมีประสิทธิภาพหรือไม่ โดยพิจารณาจาก

❖ ความตรง หมายถึง ความสามารถของเครื่องมือที่จะใช้วัดในสิ่งที่จะวัดได้ตรง สอดคล้องตามวัตถุประสงค์

❖ ความเที่ยง หมายถึง ความคงที่ของคะแนนที่ได้จากการวัดคนกลุ่มเดียวกัน ถ้าแบบสอบถามมีความเที่ยงสูง ก็แสดงว่าคะแนนที่ได้จากการสอบถามเป็นที่เชื่อถือได้

❖ ความยาก หมายถึง สัดส่วนหรือร้อยละของจำนวนคนที่ตอบข้อสอบข้อนั้นถูก

❖ อำนาจจำแนก หมายถึง ประสิทธิภาพของข้อคำถามที่จำแนกหรือแยกให้เห็นความแตกต่างระหว่างผู้มีผลสัมฤทธิ์ต่างกัน

❖ ไม่ระบุว่ามีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ หมายถึง การที่ผู้วิจัยไม่มีการระบุการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ไว้ในรูปแบบของงานวิจัย หรือในวารสารอย่างชัดเจน

❖ อื่นๆ หมายถึง การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยวิธีการอื่นนอกเหนือจากที่กล่าวมา และให้ระบุวิธีการที่ใช้

9. ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มคน ที่เป็นผู้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัย นั้น ประกอบด้วย

9.1. ข้อมูลผู้เก็บรวบรวมข้อมูล หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มคนเป็นผู้เก็บผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

9.2. การเตรียมและการตรวจสอบคุณภาพการเก็บรวบรวมข้อมูล หมายถึง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่จะทำให้เกิดความคงที่ของตัวแปรที่ศึกษา โดยการทดสอบใช้เครื่องมือก่อนการนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง และการฝึกหัดให้ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลทุกคนใช้เครื่องมือได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าเทียมกัน การทดสอบ Inter-rater reliability และ Intra-rater reliability รวมความถึงการให้คำแนะนำ การดำเนินการวัด ตลอดจนการอ่านผลที่ได้จากการวัด เพื่อให้เกิดความชำนาญในการใช้เครื่องมือ นั้น ทำให้เกิดผลการวัดจะได้เป็นค่าที่ถูกต้อง

10. การวิเคราะห์ข้อมูล หมายถึง วิธีการที่ใช้ในการจัดกระทำข้อมูล เพื่อสรุปข้อมูลให้อยู่ในรูปแบบที่สามารถตีความ และแปลความหมายได้ ประกอบด้วย

10.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งลักษณะข้อมูลอยู่ในรูปตัวเลข จึงต้องใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

10.1.1. สถิติภาคบรรยาย หมายถึง สถิติที่ใช้ในการคำนวณต่างๆดังต่อไปนี้

- การแจกนับ หมายถึง การแสดงความถี่ของข้อมูล
- การจัดลำดับ หมายถึง การเรียงลำดับข้อมูล
- ร้อยละ หมายถึง ค่าของสัดส่วนที่มีฐานเป็นร้อย
- สัดส่วน หมายถึง การนำค่าความถี่ หรือจำนวนนับของกลุ่มที่มีลักษณะที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง จากลักษณะที่สนใจศึกษา ซึ่งจำแนกออกได้เพียงสองประเภท เทียบกับจำนวนรวมทั้งหมดใช้กับข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่มีการวัดระดับมาตรานามบัญญัติที่มีการแจกแจงแบบทวินาม
- อัตราส่วน หมายถึง การนำค่าความถี่ หรือจำนวนนับของข้อมูลประเภทหนึ่ง มาเทียบกับฐาน ซึ่งเป็นค่าความถี่หรือจำนวนนับของข้อมูลประเภทเดียวกัน หรือคนละประเภทก็ได้ โดยที่เศษและส่วนเป็นอิสระต่อกัน
- การวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง หมายถึง ค่าซึ่งเป็นตัวแทนของข้อมูลแต่ละชุด มีวิธีการวัดดังนี้
 - 1) ค่าเฉลี่ยหรือมัชฌิมเลขคณิต (mean) หมายถึง ค่าที่คำนวณได้จากการนำผลรวมของข้อมูลทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อมูลทั้งหมด
 - 2) มัชฌิม (median) หมายถึง ข้อมูลที่อยู่ตรงกลางของข้อมูลทั้งหมด เมื่อได้จัดเรียงลำดับข้อมูลเหล่านั้นแล้ว
 - 3) ฐานนิยม (mode) หมายถึง คะแนนที่มีความถี่มากที่สุด
- การวัดการกระจาย มีวิธีการวัดดังนี้
 - 1) พิสัย (range) หมายถึง ค่าความแตกต่างของค่าสูงสุดกับค่าต่ำสุดของข้อมูล
 - 2) ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (quartile deviation) หมายถึง ค่าที่คำนวณได้จากครึ่งหนึ่งของระยะระหว่างควอไทล์ที่ 3 และควอไทล์ที่ 1
 - 3) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนเบี่ยงเบนระหว่างคะแนนในข้อมูลชุดหนึ่งกับมัชฌิมเลขคณิตของคะแนนในข้อมูลชุดเดียวกัน
- คะแนนมาตรฐาน หมายถึง ค่าที่ทำให้ทราบถึงความแตกต่างระหว่างคะแนนแต่ละตัวกับค่าเฉลี่ยของข้อมูลชุดนั้นเป็นกี่เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

10.1.2. สถิติภาคสรุปอ้างอิง หมายถึง สถิติที่ใช้ในการคำนวณต่างๆดังต่อไปนี้

□ การทดสอบค่าซี (Z - test) หมายถึง การทดสอบเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของข้อมูล 2 ชุด เมื่อทราบความแปรปรวนของประชากร หรือไม่ทราบความแปรปรวนของประชากร แต่กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่

□ การทดสอบค่าที (t - test) หมายถึง การทดสอบเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของข้อมูล 2 ชุด เมื่อไม่ทราบความแปรปรวนของประชากร และกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก แบ่งเป็น การทดสอบค่า t เมื่อทราบว่าประชากรมีความแปรปรวนเท่ากัน และการทดสอบค่า t' เมื่อทราบว่าประชากรมีความแปรปรวนต่างกัน

□ การทดสอบค่าไคสแควร์ (Chi-square test) หมายถึง สถิติที่ใช้ทดสอบลักษณะข้อมูลที่อยู่ในรูปของความถี่หรือข้อมูลที่จัดประเภทออกเป็นกลุ่มๆ ไคสแควร์สามารถนำมาใช้ทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับการทดสอบไคสแควร์สำหรับกลุ่มตัวอย่างเดียว การทดสอบความเป็นอิสระ การทดสอบความแปรปรวนเดียว และการทดสอบสารรูปสนธิ

□ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient, r) หมายถึง การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล 2 ชุด หรือข้อมูลจาก 2 ตัวแปรที่เป็นอิสระต่อกันว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่ แบ่งเป็น 2 วิธีที่ใช้กันมากในงานวิจัย คือ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน (Spearman rank order correlation coefficient)

□ การวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance, ANOVA) หมายถึง การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป ของประชากรต่างๆ เหล่านั้นแตกต่างกันหรือไม่ ถ้าภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนพบว่ามีความสำคัญ จะต้องทำการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย ว่ามีค่าเฉลี่ยคู่ใดบ้างที่แตกต่างกัน แบ่งเป็น การวิเคราะห์ความแปรปรวนของข้อมูลที่มีตัวแปรอิสระ 1 ตัว หรือข้อมูลจำแนกทางเดียว (one-way analysis of variance or one-way classification) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนของข้อมูลที่มีตัวแปรอิสระ 2 ตัว หรือข้อมูลจำแนกสองทาง (two-way analysis of variance or two-way classification)

□ การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance) หมายถึง การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมตัวแปรได้โดยตรง ดังนั้นจึงใช้วิธีควบคุมตัวแปรทางอ้อม โดยมีการปรับคะแนนที่ได้จากการวัดให้เป็นคะแนนที่วัดได้จากกลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถเบื้องต้นเท่ากัน

□ การทดสอบค่าสถิติที่ไม่ใช้พารามิเตอร์ (Non-parametric test) หมายถึง การทดสอบที่ไม่จำเป็นต้องกำหนดข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับลักษณะการกระจายของข้อมูลว่าต้องมีการแจกแจงแบบปกติ เช่น การทดสอบมัธยฐาน (Median test) การทดสอบทวินาม (Binomial test)

การทดสอบของโคลมโมโกรอฟ-สมิรโนฟ (Komogorov-Smirnov) การทดสอบของครัสคาล-วอลลิส (Kruskal-Wallis test) เป็นต้น

10.2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีวิธีการวิเคราะห์ ดังนี้

- การวิเคราะห์จำแนกข้อมูล ซึ่งอาจใช้กรอบทฤษฎีหรือไม่ใช้ แต่จำแนกตามลักษณะความเหมาะสมของข้อมูล เช่น ข้อมูลตามชนิดเหตุการณ์ ระยะเวลาที่เกิด บุคคลที่เกี่ยวข้อง สภาพแวดล้อม แล้วพิจารณาความสัมพันธ์ เป็นต้น
- การวิเคราะห์แบบอุปมาน วิธีตีความสร้างข้อสรุปข้อมูลจากรูปธรรม หรือปรากฏการณ์ที่มองเห็น สร้างสมมติฐานชั่วคราว เมื่อได้รับการยืนยันจากข้อมูลถือว่าเป็นข้อสรุป
- การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูลตลอดเวลา เป็นวิธีวิเคราะห์เพื่อสร้างทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน การวิเคราะห์ข้อมูลนี้ ผู้วิจัยต้องนำข้อมูลทุกชิ้นส่วนมาเปรียบเทียบกันตลอดเวลา

10.3. การวิเคราะห์เนื้อหา หมายถึง วิเคราะห์ข้อมูลที่บรรยาย หรือระบุลักษณะเฉพาะของข้อมูลอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นได้ทั้งวิธีการวิเคราะห์เชิงปริมาณ ร่วมกับวิธีการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

11. ผลการวิจัย

ผลการวิจัย หมายถึง ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ และที่ตอบคำถามปัญหาการวิจัย หรือสมมติฐานของการวิจัย



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ
ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบบันทึกรายละเอียดงานวิจัย

1. รศ. ดร. อรสา พันธุ์รักดี

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ผศ. ดร. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

3. อ. ดร.พิศมัย อรุณทัย

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล



รายชื่อวิทยานิพนธ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

- กฤติกาพร ไยโนนตาด.(2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกรู้สีกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีโรคเบาหวานในภาวะหมดประจำเดือน จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กาญจนา เกษกาญจน์.(2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กาญจนา ประสารปราน.(2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กุลนทีกร น้อยโนนทอง.(2538). ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เกศินี ไช้บัณ.(2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จตุรงค์ ประดิษฐ์.(2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทร์ศิริ ดาวเรือง.(2539). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จันทร์รา บริสุทธิ์.(2540). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคเหนือตอนล่าง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทิมา โดษะนันท์.(2543). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- จิตตินันท์ พงสุวรรณ.(2541). *ประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิตรกร วิเศษปัสสา.(2548). *การติดตามเยี่ยมบ้านกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา อยู่สมบูรณ์.(2544). *การประเมินโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลบางพลี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเทคโนโลยีทางการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จิรพรรณ ซ่อประพันธ์.(2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนกับความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิราพร กันบุญ.(2547). *อุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราภา เวคะวนิชย์.(2533). *จิตลักษณะของผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรนุช สมโชค.(2540). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรวาท พูนวุฒิกุล.(2547). *การศึกษาความวิตกกังวลและแนวทางในการเผชิญความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ฉวีวรรณ หมอยา.(2532). *การประเมินระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชาрина ไชยนา.(2548). *การประเมินปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบ้านมอญ อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ชุดิธนา วีระวันชัย.(2545). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วยในซึ่งเป็นโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ญาณวฑูต ปัญญาโส.(2548). พฤติกรรมเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวานของประชาชน ตำบลชุมพล อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ญาณันธร กราบทิพย์.(2547). การแสวงหาการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิตติมา สุริยาพันธ์.(2534). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ณัฐฉิณี จารุชัยนิวัฒน์.(2546). การพัฒนาแบบประเมินภาวะเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ณัฐกาญจน์ วิสุทธีมรรค.(2543). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิด ไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชลฤดี ทับทิม.(2547). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาการวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ดวงกมล อัครอนุสรณ์.(2527). การศึกษาภาวะควบคุมโรค ความร่วมมือในการรักษา ความเชื่อสุขภาพและความเชื่ออำนาจในตน-นอกตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการจากแผนกผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทวีวรรณ กิ่งโลกกรวด.(2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน กับการดูแลของผู้ป่วย โรคเบาหวาน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ทิพวรรณ สาริรัตน์.(2547). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยในงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ในจังหวัดสกลนคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชนพร วงษ์จันทร์.(2543). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นงนุช โพธิ์สุข.(2545). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตกับการควบคุมอาหาร ของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- นงนุช เสือภูมิ.(2548). การดำเนินงานควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระดับตำบล อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นงลักษณ์ นฤวัตร.(2533). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเท้าและสภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นงลักษณ์ บรรณจิรกุล. (2546). การศึกษาการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพวรรณ อัสวรัตน์.(2536). แบบแผนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นริสา ศรีลาชัย.(2540). การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- น้อมจิตต์ สกุลพันธุ์.(2535). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นันทพร ศรีสุทระ.(2544). *วิถีชีวิตชุมชนกับการเกิดโรคเบาหวาน กรณีศึกษาชุมชนบ้านจั่ว ตำบลสมัย อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิรมาริ สัจเดว.(2523). *ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเบาหวาน ศึกษาที่โรงพยาบาลศิริราช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นุชพร ดันดิวัฒน์ไพศาล.(2545). *ประสบการณ์การเรียนรู้การดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเทคโนโลยีทางการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นุสร นิ่มน้อย.(2542). *พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุบผา ลาภทวี.(2547). *ปัจจัยทำนายสภาวะเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุศรา เกิดพึ่งบุญประชา.(2534). *แนวคิดการอธิบายโรคและสถานการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุศรา กาญจนบัตร. (2525). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานกับอายุ และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุรุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจวรรณ เอกะสิงห์.(2541). *ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปทุมพรรณ มโนกุลอนันต์.(2535). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน : การศึกษาเชิงมนุษยวิทยาในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ปองทิพย์ โพธิวาระ.(2529). *ภาวะควบคุมโรคและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยนุช ปัญญาธิระ.(2541). *พฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ปิยะพรรณ เทียนทอง.(2540). *ปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิจัยประชากรและสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผกามาศ นามประดิษฐ์กุล.(2536). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน : ศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรนภา ทรัพย์นุก.(2540). *ความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรพิศ ชีวะคำณวน.(2535). *สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงพยอม การภิญโญ.(2526). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์), สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรารัตน์ กิ่งแก้ว.(2544). *การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- พัชรินทร์ พันจรรยา.(2543). การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พัฒน์วรรณ กังแฮ.(2540). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานและการให้การสนับสนุนผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมารับบริการที่ คลินิกเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พิเชษฐ เรืองสุขสุด.(2544). สิ่งเร้าและการปรับตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาโดยการใช้อินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์.(2540). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภรณ์ เหล่าอิทธิ. (2546). คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังออกนอกกระบวนการของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัทรา สาลวโนทยาน.(2546). การใช้ยาแอสไพรินในผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลกลาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภาณุพันธุ์ พุฒสุข.(2542). ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาการระบาด, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มนต์ธีรา ไชยแขวง.(2548). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- มลวัลย์ โมพี. (2545). ความรู้สึกรู้สึกในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- มาลี จำนงพล.(2540). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันออก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยศยันต์ ภูเมฆ.(2547). ผลการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ยุริ ชื่นสมจิตต์.(2528). ศึกษาการใช้ยาลดระดับน้ำตาลชนิดรับประทานในผู้ป่วยเบาหวานคนไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เยาวเรศ สมทรัพย์.(2543). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รักษนก เจนวิริยะกุล.(2543). พฤติกรรมการเลือกแหล่งรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัชณี กลิ่นศรีสุข.(2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนารณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร.(2536). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการและการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนาวดี จุละยานนท์.(2545). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครชัยศรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- รุจิรา พูลเพิ่มทรัพย์.(2537). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- เรมวอล นันท์สุภวัฒน์. (2524). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วชิรวรรณ สุวรรณไตรย์.(2543). ความเข้มแข็งในการมองโลกและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณลักษณ์ ดุลยากุล. (2542). คุณภาพบริการงานคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลรัฐ ในจังหวัดสระบุรี ตามการรับรู้ของผู้รับบริการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาแพทยศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณ ชัยชนะรุ่งเรือง.(2546). ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการและผลจากอาการตามการรับรู้การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรรณ สามารณ.(2542). คุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาการระบาด, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วลัยลักษณ์ อัสวกุล.(2538). รูปแบบการใช้ดัชนีชี้วัดความอ้วนทำนายระดับไขมันในเลือดในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาชีวสถิติ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิลาสินี แก้วชนะ. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่อ อำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวาน กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิไล วิวัฒน์ชาญกิจ.(2539). โรคเบาหวานในเชิงทฤษฎีการแพทย์แผนไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวัฒนธรรมศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิวัฒน์ ลีลาสำราญ. (2536). การสำรวจการใช้สมุนไพรรักษาตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ศุภรัตน์ ไพศาลตันติวงศ์.(2540). การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวาน ในภาคตะวันตก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภลักษณ์ จันทาญ.(2546). การบริหารสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายของโรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมคิด สีสัทธี.(2546). ความสัมพันธ์ระหว่าง ดัชนีมวลกาย การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมคิด ตันวิจิตร.(2548). การสร้างการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมจิต แซ่จิ่ง.(2547). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษาศัลยกรรมโรคเบาหวานในโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวัดและประเมินผลการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สมพร สาดแสงธรรม.(2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สายฝน ม่วงคุ้ม.(2547). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลเท้าและสภาวะเท้าของผู้ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สิทธิชัย ไชยช่วย.(2540). การประเมินโครงการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวัดผลการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- สุกาญดา หนูรักษ์.(2546). พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษา ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุชาดา ดวงอุปมา.(2548). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุดาพร ว่องไววิทย์.(2539). ความต้องการมีส่วนร่วมและการได้มีส่วนร่วมในการดูแล ตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนทรา หิรัญวรรณ.(2538). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน : ศึกษาเฉพาะใน โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาการระบาด, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภัตรา ไกรโสภา.(2538). อิทธิพลของการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพต่อการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุภัตรา ดวงจันทร์.(2547). ศักยภาพของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ณ สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุภาภรณ์ ชนะเกียรติวารี.(2531). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานชนิด NIDDM : ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาชีวสถิติ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุมาลี หงษ์วาศ.(2546). ปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ประโยชน์ภายในและภายนอกที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในอำเภอ โนนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารบริการสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- เสาวนีย์ สีทองสม.(2541). การมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงบ้านกิ้วพร้าว อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษา ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์.(2540). การรับรู้บทบาทกับภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อริมุดิ แสนศิริพันธ์.(2541). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อนันต์ สอนพวง. (2541). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัด กาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาแพทยศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรอุษา ปัดจันทรัด.(2538). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อัจฉรา ลำไย.(2542). การให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่สถานีอนามัยสองห้อง อำเภอบ้านแพรง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อชฎา เหมะจันทร์.(2546). ความต้องการสารสนเทศเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาศิลปศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อินทราพร พรหมปรการ.(2541). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร), สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Anan, S.(2002). *Factors affecting health-promoting behaviors of diabetic patients seeking care at Trat Hospital, Trat province*. M.A.Thesis in Nursing Science (Community Health Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Awang, R. N.(2001). *Factors affecting the compliance of diabetes mellitus patients attending at diabetic clinic Yala Provincial Hospital, Thailand*. M.A.Thesis in Public Health (Primary Health Care Management), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Chaikaew, S.(2004). *Factors associated with diabetic retinopathy in type 2 diabetes*. M.A.Thesis in Science (Public Health), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

- Hanrungchrotorn, U.(2001). *Factors related to the quality of life of clients with type 2 diabetes*. M.A. Thesis in Nursing Science(Community Health Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Intarasan, T.(2001). *Preventive behaviors for foot ulcer in diabetic patients*. M.A.Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Janesilanukul, Y.(2002). *Role of pharmacist in ambulatory care clinic for diabetic patients at Makarak Hospital*. M.A.Thesis in Science (Clinical Pharmacy), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Keawkerd, O.(2002). *Factor affecting blood glucose level in diabetes mellitus patients : A case study at Sappasithiprasong Hospital, Ubonratchathani*. M.A. Thesis in Nursing Science (Community Health Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Lawang, W.(1999). *Problems and health care needs of diabetic patients staying at home in the Bangkok metropolitan area*. M.A.Thesis in Nursing Science (Community Health Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Mahmud, M. S.(2001). *Self-care practice among diabetic patients at diabetic clinic, health centers, Bangkok Metropolitan, Thailand*. M.A.Thesis in Public Health (Health Promotion), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Masong, W.(2001). *Personal factors, health - promoting life styles, and health outcome in community - dwelling diabetes*. M.A. Thesis in Nursing Science(Community Health Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Mongkonsi, N.(2002). *Food consumption behavior of diabetic patients in the family context*. M.A.Thesis in Arts (Medical and Health Social Science), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Oo, N. N.(1999). *Self-care practice among diabetic patients at diabetic clinic in Rajvithi hospital Bangkok, Thailand*. M.A.Thesis in Public Health (Primary Health Care), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Pairour, R.(2003). *The influence of learned resourcefulness on fasting plasma glucose level by mediating effect of diabetic controlled behaviors of diabetic type 2 persons*. M.A.Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

- Pattanasuwan, S.(2004). *Effects of doctor-patient relationships on diabetic care study at Sampran District Hospital, Nakhonpathom province*. Ph.D.Thesis in Science (Medical and Health Social Sciences), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Pintony, V.(2005). *Factors associated with glycemic control in type 2 diabetes mellitus patients in Pattananikom Hospital*. M.A. Thesis in Science (Epidemiology), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Pumsang, P.(2000). *Modification of health related life-style and glucoregulation of type 2 diabetes clients*. M.A. Thesis in Nursing Science (Community Health Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Rittichu, C.(2002). *Patient adherence to regimens and glycemic control in type 2 diabetes*. M.A.Thesis in Science (Public Health), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Sangeam, S.(2000). *Diabetic control of adolescents and young adults with type 1 diabetes*. M.A.Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Sanpaung, S.(2000). *Perceived benefits, perceived barriers, and nutritional behaviors of the elderly with diabetes mellitus*. M.A. Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Santativongchai, S.(2001). *The influential factors on health promoting and compliance behaviors among type 2 diabetic patients attending Ban Pong hospital*. M.A.Thesis in Science (Public Health), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Seekhaow, W. (2001). *Non-medical factors determining blood sugar level in NIDDM patients*. M.A. Thesis in Science (Epidemiology), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Tansakul, P.(2000). *Health behaviour affecting plasma glucose control in type 2 diabetes patients*. M.A. Thesis in Science (Epidemiology), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Tantiwarasakool, R.(2003). *Self-care agency and diabetic control in type 2 diabetic patients*. M.A.Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Tin, T.(1997). *Dietary and weight control practices among non insulin dependent diabetes mellitus (NIDDM) patients in Rajvithi Hospital Bangkok, Thailand*. M.A.Thesis in Public Health, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Totemsuck, V.(2000). *The study of perceived benefits and situational influences to exercise behavior in the elderly with diabetes mellitus*. M.A. Thesis in Nursing Science(Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.





รายชื่องานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

รายชื่องานวิจัยที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

- กรกฎ จุฑาสมิต.(2538). การประเมินผลคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคเหนือ พ.ศ. 2537. *วารสารกรมการแพทย์*, 20(9), 329-334.
- กฤตพร ชินสว่างวัฒนกุล.(2548). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงในการเกิดเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว. *แพทยสารทหารอากาศ*, 51(3), 12-19.
- กวี บุรินทร์กุล.(2536). ความชุกและระดับความรุนแรงของโรคเบาหวานในคนไข้ที่ได้รับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนหล่มสักในช่วง 4 เดือนแรก ของปี พ.ศ. 2536. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาล ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 8(2), 141-151.
- กาญจนา จันทร์สูง.(2546). การใช้ยาเบาหวานเพื่อการรักษาโรคเบาหวาน : กรณีศึกษาคุณภาพการให้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 2(4), 530-540.
- กิตติไกร คมกฤต ไกรแก้ว.(2547). ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช. *สารศิริราช*, 56(2), 73-81.
- คมจำ ชินพันธุ์.(2545). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน : ศึกษาเฉพาะในศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 16(3), 6-15.
- จักรกฤษณ์ พิญญาพงษ์.(2544). รูปแบบความสามารถในการ ดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดอุดรธานี. *วารสาร โรงพยาบาลอุดรธานี*, 16(1), 34-41.
- จารุภา ลิขิตวัฒนกุล.(2540). การศึกษาการใช้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. *วารสารองค์การเภสัชกรรม*, 23(2), 29-44.
- จิรยา อินทนา.(2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษบุรี*, 12(1), 7-12.
- จุฑาลักษณ์ เทพสาร.(2545). พฤติกรรมสุขภาพและความพึงพอใจในการมาใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยเบาหวานที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 32. *เวชเวชสาร*, 46(1), 35-42.
- ฉวีวรรณ สารจันทร์.(2539). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารการแพทย์กลุ่มเครือข่าย 6/2*, 4(1), 7-19.

- ชนิกา ผู้จินดา.(2532). พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเด็กโรคเบาหวานและครอบครัว. *แพทยสภา*, 18(6), 55-64.
- ชระเอม นองบุญนาท.(2540). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ และ การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาล ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 12(2), 123-133.
- ดวงกมล จันทน์นิมิตร.(2542). Factors affected self-care behavior of diabetes mellitus patients attending diabetes mellitus clinic Uttaradit Hospital. *วารสารโรงพยาบาลอุดรดิตถ์*, 14(2), 79-88.
- คาราวรรณ สิริพนคุณ.(2548). อุบัติการณ์เบาหวานขึ้นจอประสาทตาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลปัตตานี. *วารสารวิชาการเขต 12*, 16(2), 75-81.
- เดือนใจ เกื้อดี และสุวรรณี ศรีประสิทธิ์.(2545). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตอำเภอเมืองนครสวรรค์ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 8*, 10(1-2), 11-28.
- ทรงพล ต่อณี และคณะ.(2543). การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 9(2), 214-220.
- ธงชัย ตรีวิบูลย์วัฒน์.(2541). การศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาล ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 13(3), 200-218.
- นพพล เตมียะประดิษฐ์.(2536). ภาวะซึมเศร้าในคลินิกผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสงขลา. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 11(3), 169-175.
- นริรัตน์ วิทยาคุณ.(2546). ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่ได้รับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ในอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. *ลำปางเวชสาร*, 24(3), 147-156.
- นวกรณ์ ออรุ่งโรจน์.(2540). อุบัติการณ์ของโรคเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ในสตรีกลุ่มที่มีและไม่มีปัจจัยเสี่ยงซึ่งกำหนดขึ้นใช้ในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.บมอ. *แพทยสารทหารอากาศ*, 43(1), 1-10.
- นิธิพัฒน์ ศิริพันธ์.(2548). ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสุโขทัย. *วารสารโรงพยาบาลอุดรดิตถ์*, 20(2), 18-28.

- นุคุณ ประยูรวงษ์.(2543). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. *วารสารกรมการแพทย์*, 25(10), 422-428.
- เนาวรัตน์ วาริวัณนิช.(2541). คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 12(3), 61-64.
- บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์, กอบชัย พัววิไล, และวัลลา ตันตโยทัย.(2535). ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความผาสุกในชีวิต และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าและไม่เข้าโครงการให้ความรู้. *วารสารเบาหวาน*, 24(2), 14-34.
- บุญเรียม จุติวิโรจน์.(2544). ประสิทธิภาพของโครงการส่งเสริมการบริหารตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 19(2), 89-94.
- ประคองลักษณ์ จำกลาง.(2545). ความรู้ ทักษะและการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเพื่อการควบคุมโรคของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อำเภอกูเวียง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสาธารณสุขขอนแก่น*, 14(166), 27-29, 34.
- ปัญญา หาญพานิชย์พันธุ์.(2539). ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินในรพ.มหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม*, 4(2), 18-23.
- ปิ่นอภัย บุญศรีโรจน์.(2547). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา การศึกษาผู้ป่วยเบาหวาน 500 รายที่จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารแพทย์เขต 6-7*, 23(2), 123-128.
- ปิยะพรรณ เทียนทอง.(2546). ปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 9(2), 119-128.
- พนมไพร สิริวงษา.(2542). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจอประสาทตาระยะเริ่มแรก. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 14(1), 9-13.
- พนา พรพัฒน์กุล.(2540). ความรู้และปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนย่อยที่ 4 และ 8 เทศบาลเมือง จังหวัดนครนายก. *วารสารโรงพยาบาลสระบุรี*, 22(2), 65-72.
- พราวศรี เทียนทอง.(2540). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ. *วารสารแพทย์เขต 7*, 16(3), 315-322.
- พฤษ หันต์ประภาพ.(2547). ความชุกของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีที่ถูกตรวจคัดกรองด้วยวิธี glucose challenge test ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *จดหมายเหตุทางแพทย์*, 87(10), 1141-1146.

- พลวรรต ทองสุข.(2542). ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. *คำปวงเวชสาร*, 20(3), 124-136.
- พิชัย ศิริเวชฎารักษ์.(2539).ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใน
โรงพยาบาลบ้านแพ้ว. *วารสารกรมการแพทย์*, 21(11), 377-385.
- พิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ.(2548). การศึกษาผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน
โรงพยาบาลนครนายก. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 30(1), 35-42.
- พิทยา ภมรเวชวรรณ.(2547). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงในการเกิดเบาหวานขึ้นจอประสาทตาใน
โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. *จักษุเวชสาร*, 18(1), 77-85.
- พิพัฒน์ จิรนัยราดูล.(2538). การศึกษาปัญหาการวินิจฉัยของผู้ป่วยในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาล
พะเยา. *วารสารกรมการแพทย์*, 20(4), 125-129.
- เพชร รอดอารีย์.(2541). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วย
เบาหวาน. *เวชสาร*, 42(2), 121-126.
- เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา.(2541). การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วย
เบาหวาน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส*, 10(2), 1-10.
- เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา.(2541). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารวิทยาลัยคริสเตียน*, 4(1), 32-42.
- ภคพร ไชยพันธุ์.(2543). การศึกษาโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิก
เบาหวาน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 53(1), 27-34.
- ภัทร ภัทรกุล และคณะ.(2539). ระดับน้ำตาลและโคเลสเตอรอลในผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกโรคเบา
หวาน อำเภอนา จังหัดอำนาจเจริญ. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคอีสาน*, 11(11), 11-
17.
- ภาสกร ไชยเศรษฐ และโชติ เขมฤกษ์อำพล.(2541). การรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่สถานีอนามัยจังหวัด
ขอนแก่น. *ขอนแก่นเวชสาร*, 22(3), 1-11.
- ยงยุทธ กัมพูพงศ์.(2538). การศึกษาผู้ป่วยเบาหวาน ในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลลำพูน. *พุทธ
ชินราชเวชสาร*, 12(1), 12-18.
- ไวยวรรณ ชนะมัย.(2538). การควบคุมเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนในคลินิกโรคเบาหวาน
โรงพยาบาลเลิดสิน. *วารสารกรมการแพทย์*, 20(4), 147-154.
- ไวยวรรณ ชนะมัย.(2538). การสำรวจความเชื่อเรื่องโรคเบาหวานในประชากรชาวไทย 4 ภาค.
วารสารกรมการแพทย์, 20(4), 147-154.

- รวีวรรณ อธิกุลวงศ์.(2548). อัตราชุกของเบาหวานเข้าจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับ
บริการตรวจตาในโรงพยาบาลศูนย์ยะลา. *วารสารวิชาการเขต*, 12, 16(3), 65-73.
- รัชดา จำปา และสุวดี ชูสุวรรณ.(2541). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน.
วารสารวิชาการเขต 12, 9(1), 1-5.
- รัชตะ รัชตะนาวิน.(2530). ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลรามาชิดิ : ข้อมูลทาง
คลินิกและผลการรักษาเปรียบเทียบระหว่างคลินิกอายุรศาสตร์ และคลินิกเฉพาะ
โรคเบาหวาน. *รามาชิดิเวชสาร*, 10(4), 183-189.
- รัชตะ รัชตะนาวิน.(2531). ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลรามาชิดิ : ข้อมูลทาง
คลินิกและผลการรักษา. *รามาชิดิเวชสาร*, 11(1), 5-12.
- รัชนี โชติมงคล.(2542). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. *ศรี
นครินทร์เวชสาร*, 14(1), 3-8.
- รัตน ศรีปณิธาน.(2548). ความสัมพันธ์ระหว่างระดับกลูโคสในพลาสมาก่อนอาหารและ
ฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลแพร่.
พุทธชินราชเวชสาร, 22(2), 194-199.
- รุ่งกานต์ พรรณารุโณทัย.(2543). การประเมินความรู้เรื่องการใช้ยาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของ
ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ ณ คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก.
พุทธชินราชเวชสาร, 17(3),132-138.
- รุ่งกานต์ พรรณารุโณทัย.(2546). Drug-related problems in diabetic patients at Buddhachinaraj
Phitsanuloke Hospital. *พุทธชินราชเวชสาร*, 20(3), 201-207.
- วรรณภา ศรีชัยรัตน์.(2540). กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน:a grounded theory
study. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 1(1), 71-91.
- วรรณา สามารถ.(2545). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินกับระดับน้ำตาลใน
เลือด. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 32(3), 190-203.
- วรรณิ จันทร์สว่าง.(2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานใน อ.นา
หม่อม จังหวัดสงขลา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 11(4), 510-517.
- วรรณิ นิธิยานันท์ และคณะ.(2537). การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยเบาหวานไม่พึ่งอินซูลินในสี่ภาค
ของประเทศไทย. *อายุรศาสตร์*, 10(2), 27-33.
- รววิทย์ ดันติศิริวัฒน์.(2546). อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันในผู้ป่วย
โรคเบาหวานในโรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 28(2), 73-83.

- วรารักษ์ โตเต็มศักดิ์ และสุวิมล กิมปี.(2543). การศึกษาการรับรู้ประโยชน์และอิทธิพลด้าน
สถานการณ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. *วารสารวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี*, 12(2), 1-11.
- วลัยลักษณ์ อัสกุล.(2539). ความชุกของโรคอ้วนในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
ในคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 49(1), 17-
24.
- วสันต์ ศรีสุรินทร์.(2544). ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของคลินิก
โรคเบาหวานโรงพยาบาลสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาล ศรีสะเกษ สุรินทร์
บุรีรัมย์*, 16(3), 163-190.
- วัฒนา ตันตโยทัย และคณะ.(2534). การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานซึ่ง
เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล. *รามาริบัติเวชสาร*, 14(3), 188-190.
- วิกรม สุธีเวสารัช.(2547). การควบคุมเบาหวาน การตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะและเบาหวานเข้าจอ
ประสาทตา ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 19(4), 226-
232.
- วิโรจน์ หมั่นคิธรรม.(2531). การศึกษาตัดขวางของอัตราความชุกชุมและปัจจัยเสี่ยงโรคของภาวะ
ความดันเลือดสูงในประชากรไทยที่เป็นเบาหวาน. *สารศิริราช*, 40(5), 367-371.
- วิวัฒน์ เขวงชัยยง.(2539). ภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคเบาหวาน กรณีศึกษาในโรงพยาบาล
ลำพูน. *พุทธชินราชเวชสาร*, 13(2), 93-100.
- วิศิษฐ์ ญีวพันธ์กำจร.(2545). การควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน.
วชิรเวชสาร, 46(2), 125-133.
- วีระศักดิ์ แพพานิช.(2539). ปัจจัยที่มีผลต่อน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารการแพทย์กลุ่ม
เครือข่าย 6/2*, 4(1), 49-58.
- ศราวุฒิ สายศิลป์.(2540). การศึกษาสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการใน
โรงพยาบาลนครพนม. *นิตยสาร โรงพยาบาลกลาง*, 34(2), 83-98.
- ศรียา วัฒนาพาหุ.(2543). ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิด
ไม่พึ่งอินซูลิน (NIDDM) โรงพยาบาลสระบุรี. *วารสาร โรงพยาบาลสระบุรี*, 25(1-3), 21-36.
- ศศิธร เป็รอด.(2543). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลนครไทย
อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารสาธารณสุขพิษณุโลก*, 1(4), 19-24.
- ศิริกร โพธิ์ศรี.(2540). การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลขอนแก่น : สันทนากลุ่ม. *ขอนแก่นเวชสาร*, 21(1), 27-35.

- ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนกิจ.(2546). การประเมินความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจต่องานบริการของ
ผู้ป่วยนอก โรคเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *ไทยเภสัชสาร*,
27(3-4), 149-166.
- ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนกิจ.(2547). ปัจจัยทำนายความรู้ทั่วไปและทัศนคติของผู้ป่วยเบาหวานคนไทย.
ไทยเภสัชสาร, 28(3-4), 157-172.
- สมพนธ์ นวรัตน์.(2541). ปัจจัยที่มีผลต่อการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิด
ไม่พึ่งอินซูลินที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี. *วารสาร
แพทย์เขต 7*, 17(1), 121-131.
- สมโภชน์ จำรัสพันธุ์.(2546). The correlation between glucometer capillary blood sugar and
standard laboratory method for gestational diabetes mellitus screening. *วารสาร
โรงพยาบาลชลบุรี*, 28(3), 143-149.
- สมยศ ศรีจรรย์.(2545). พฤติกรรมของผู้ดูแลกับการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ
ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 11(3), 328-
338.
- สมศักดิ์ คำธัญญมงคล.(2541). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. *พุทธชินราชเวชสาร*,
15(3), 189-196.
- สมศักดิ์ ไพบูลย์.(2538). การศึกษาความชุกและระดับความรุนแรงของโรคเบาหวาน ในผู้ป่วย
เบาหวานที่ได้รับการตรวจรักษา ในโรงพยาบาลสุโขทัยในช่วงเดือนกันยายน-เดือน
ธันวาคมของปี พ.ศ. 2537. *พุทธชินราชเวชสาร*, 12(2), 109-117.
- สมศักดิ์ รัศมีทัต.(2541). ปัจจัยเสี่ยงของเบาหวานที่จอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่ง
อินซูลิน. *จดหมายเหตุทางแพทย์*, 81(3), 169-174.
- สมสงวน อัญญคุณ.(2534). ความชุกของ diabetic retinopathy ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาโดยไม่
ใช้อินซูลิน. *จักษุเวชสาร*, 5(2), 133-138.
- สว่าง ทวีกุล.(2540). รายงานการวิจัย เรื่อง ศึกษาการใช้การรักษาเบาหวานของผู้ป่วย โรงพยาบาล
นครพนม. *วารสารการแพทย์กลุ่มเครือข่าย 6/2*, 4(3), 76-91.
- สารทิ ดารารรรณ.(2541). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของ
ผู้สูงอายุโรคเบาหวานในโรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม*, 6(2), 9-17.

- สำเร็จ สีแก้ว.(2548). การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเชิงรายนประชาชน
เคราะห์. *ลำปางเวชสาร*, 26(1), 68-81.
- สิริมา ทิพย์รัตน์.(2546). การศึกษาความชุกของภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน
โรงพยาบาลลาดบัวหลวงและหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบ. *วารสารวิชาการ
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เขต 1*, 5(1), 28-35.
- สืบพงศ์ สีนาราช.(2542). การควบคุมโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลพินุลมังสา
หาร. *สรรพสิทธิเวชสาร*, 19(2), 131-137.
- สุจิตรา ลิมอานวยลาภ, อำภพร พัววิไล, และวลัยพร นันท์สุภวัฒน์.(2536). รายงานการวิจัยเรื่อง
ปัญหา ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการการตรวจรักษาที่
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์*, 16(1), 20-
25.
- สุชาติ ศุภปิติพร.(2548). การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว กับการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย
เบาหวานประเภทไม่พึ่งอินซูลิน. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 49(5), 269-280.
- สุทิน ศรีอัยฎาพร.(2541). พฤติกรรมการดูแลเท้าและแผลที่เท้าด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาไม่พึ่งอินสุ
ลิน. *จดหมายเหตุทางแพทย์*, 81(1), 29-36.
- สุนีย์ ละกำป็น.(2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกีดสรร ความรู้สึกลึกซึ้งคุณค่าในตนเอง การ
สนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรี โรคเบาหวานในภาวะหมด
ประจำเดือน จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 13(3), 30-42.
- สุนทนา เสรีรัตน์.(2536). โรคแทรกซ้อนเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในภาคกลาง
ของประเทศไทย. *วารสารกรมการแพทย์*, 18(8), 401-406.
- สุริรัตน์ พรวัฒนกุล.(2546). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีแผลเรื้อรังที่มารับการ
รักษาในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิชาการ โรงพยาบาลศูนย์/
โรงพยาบาลทั่วไป เขต 1*, 5(1), 1-7.
- อภิชาติ อภิวัฒน์พร.(2539). การศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของโรคจอประสาทตาในผู้ป่วย
เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. *วารสารการแพทย์กลุ่มเครือข่าย 6/2*, 4(1), 78-93.
- อัจฉรา นิธิอธิษฐานกุล.(2542). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาในผู้ป่วยเบาหวาน.
จักษุเวชสาร, 13(1), 23-33.
- อัมพิกา ขุนคำ.(2542). ความสามารถในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยนอกคลินิกโรคเบาหวาน
โรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารการแพทย์กลุ่มเครือข่าย 6/2*, 7(2), 429-439.

อารยา ศรีไพโรจน์.(2542). พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในแผนกผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 13(4), 86-90.

อำภพร พัววิไล.(2543). คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่เป็น

เบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยทางการแพทย์, 4(2), 218-238.

อำภพร พัววิไล.(2544). คุณภาพชีวิตกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีผู้สูงอายุที่

เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยทางการแพทย์, 5(3), 255-269.





รายละเอียดตัวแปรที่พบในการสำรวจงานวิจัยครั้งนี้

ตารางที่ 39 จำนวนและร้อยละของตัวแปรอิสระ จำแนกตามประเภทงานวิจัย

กลุ่มตัวแปรอิสระ	ชื่อตัวแปรอิสระ	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม จำนวน (ร้อยละ)
		วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	
ตัวแปรด้านส่วนบุคคล	เพศ	58	45	103 (7.3)
	อายุ	57	53	110 (7.8)
	สถานภาพสมรส	37	15	52 (3.7)
	ศาสนา	1	2	3 (0.2)
	ระดับการศึกษา	62	31	93 (6.6)
	อาชีพ	36	19	55 (3.9)
	รายได้	66	26	92 (6.6)
	ภูมิลำเนา/ถิ่นที่อยู่อาศัย/ที่อยู่	8	5	13 (0.9)
	สภาพแวดล้อมที่บ้าน	2	0	2 (0.1)
	สถานภาพในครอบครัว	2	0	2 (0.1)
	จำนวนสมาชิกในครอบครัว	4	2	6 (0.4)
	จำนวนบทบาท	3	0	3 (0.3)
	เวลาที่อยู่กับผู้ป่วยในแต่ละวัน	0	1	1 (0.1)
	จำนวนปีที่ดูแลผู้ป่วย	0	1	1 (0.1)
	อายุที่เริ่มป่วย	1	2	3 (0.1)
	ประวัติการเจ็บป่วย	0	1	1 (0.1)
	ประวัติการเข้ารับการรักษ	0	2	2 (0.1)
	ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน	5	10	15 (1.1)
	ประวัติการสูบบุหรี่	1	2	3 (0.1)
	ประวัติความดันโลหิตสูง	0	1	1 (0.1)
	ประวัติการใช้สมุนไพรเพื่อรักษา	0	1	1 (0.1)
	เบาหวาน			
รวม		343	219	562 (40.0)

ตารางที่ 39 จำนวนและร้อยละของตัวแปรอิสระ จำแนกตามประเภทงานวิจัย (ต่อ)

กลุ่มตัวแปรอิสระ	ชื่อตัวแปรอิสระ	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
		วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
ตัวแปรด้านจิตสังคม	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	6	2	8 (0.6)
	การรับรู้บทบาท	1	0	1 (0.1)
	การรับรู้การและความรุนแรงการ หมดประจำเดือน	1	3	4 (0.3)
	การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค/ ภาวะแทรกซ้อน	9	5	14 (1.0)
	การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อน	7	5	12 (0.9)
	การรับรู้ประโยชน์/การรักษา/การดูแล ตนเอง	12	4	16 (1.1)
	การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัว/ การดูแลตนเอง	6	2	8 (0.6)
	การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรค ของการรักษา	2	0	2 (0.1)
	การรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของ ครอบครัว	1	1	2 (0.1)
	การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตน	1	1	2 (0.1)
	การรับรู้ความสามารถของตนเอง	3	1	4 (0.3)
	การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	1	1	2 (0.1)
	การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตาม คำแนะนำ	0	2	2 (0.1)
	การรับรู้ผลกระทบของเบาหวาน	0	2	2 (0.1)
	การรับรู้คุณภาพการบริการ	1	0	1 (0.1)
	โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำ	1	0	1 (0.1)
	โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของ โรคเบาหวาน	1	0	1 (0.1)
	อุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเอง	1	1	2 (0.1)
	ความคิดเห็นต่อความรุนแรงของโรค	1	0	1 (0.1)

ตารางที่ 39 จำนวนและร้อยละของตัวแปรอิสระ จำแนกตามประเภทงานวิจัย (ต่อ)

กลุ่มตัวแปรอิสระ	ชื่อตัวแปรอิสระ	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
		วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
ตัวแปรด้านจิตสังคม	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	3	1	4 (0.3)
	ความเบื่อหน่ายในการรักษา	2	0	2 (0.1)
	ความเครียด/การมีเรื่องไม่สบายใจ	6	2	8 (0.6)
	การเผชิญความเครียด	4	0	4 (0.3)
	การปรับตัว	2	0	2 (0.1)
	สิ่งเร้า	1	0	1 (0.1)
	การรับฟังปัญหา	1	1	2 (0.1)
	การให้กำลังใจ	1	1	2 (0.1)
	ความเข้มแข็งในการมองโลก	1	0	1 (0.1)
	การยอมรับตนเอง	2	0	2 (0.1)
	ความคาดหวังการดูแลตนเอง	1	0	1 (0.1)
	ความเชื่อด้านสุขภาพ	18	2	20 (1.4)
	ค่านิยมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่ เหมาะสม	1	0	1 (0.1)
	ทัศนคติต่อโรคเบาหวาน	4	2	6 (0.4)
	เจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	3	0	3 (0.2)
	ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	17	8	25 (1.8)
	ความสามารถในการดูแลตนเอง	8	5	13 (0.9)
	การมีทักษะของผู้ป่วยในการควบคุม โรคเบาหวาน	0	2	2 (0.1)
	การจัดการเกี่ยวกับสุขภาพเมื่อเป็น เบาหวาน	0	3	3 (0.2)
	ประสบการณ์การศึกษาทางการ พยาบาล	1	0	1 (0.1)
	ประสบการณ์เป็นพยาบาล	1	0	1 (0.1)
	ประสบการณ์การทำงาน	1	0	1 (0.1)
	ประสบการณ์การอบรม	1	0	1 (0.1)

ตารางที่ 39 จำนวนและร้อยละของตัวแปรอิสระ จำแนกตามประเภทงานวิจัย (ต่อ)

กลุ่มตัวแปรอิสระ	ชื่อตัวแปรอิสระ	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
		วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
ตัวแปรด้านจิตสังคม	ความรู้สึกที่สับสนเนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรม	1	1	2 (0.1)
	สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน	0	1	1 (0.1)
	การมีความยึดหยุ่นสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน	1	0	1 (0.1)
	อิทธิพลด้านสถานการณ์	2	2	4 (0.3)
	อิทธิพลระหว่างบุคคล	5	1	6 (0.4)
	การสนับสนุนทางสังคม	25	17	42 (3.0)
	การสนับสนุนทางครอบครัว	4	4	8 (0.6)
	บทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการจัดการด้านอาหาร	1	0	1 (0.1)
	การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว	0	8	8 (0.6)
	ลักษณะครอบครัว	2	0	2 (0.1)
	บทบาทในครอบครัว	0	2	2 (0.1)
	การเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัว	0	1	1 (0.1)
	ความสัมพันธ์ในครอบครัว/บุคคลากร	7	2	9 (0.6)
	สาธารณสุข			
	ผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย	1	0	1 (0.1)
	แหล่งทักษะภายในตน	1	0	1 (0.1)
	แรงจูงใจด้านสุขภาพ	4	2	6 (0.4)
	พฤติกรรมเกี่ยวข้องที่มีมาก่อน	1	1	2 (0.1)
รวม		189	99	288 (20.5)
ตัวแปรด้านภาวะสุขภาพและภาวะโรค	ชนิดของโรค	1	4	5 (0.4)
	อาการของโรค	1	3	4 (0.3)
	วิธีการรักษาโรค/ชนิดการรักษา	6	8	14 (1.0)
	ระยะเวลาที่รักษา	2	1	3 (0.2)

ตารางที่ 39 จำนวนและร้อยละของตัวแปรอิสระ จำแนกตามประเภทงานวิจัย (ต่อ)

กลุ่มตัวแปรอิสระ	ชื่อตัวแปรอิสระ	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
		วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
ตัวแปรด้านภาวะ สุขภาพและภาวะโรค	ระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนอยู่ใน โรงพยาบาล	3	0	3 (0.2)
	ระยะเวลาที่ผิคนัด	0	1	1 (0.1)
	ระยะเวลาที่เป็นโรค	53	44	97 (6.9)
	ความรุนแรงของโรค	2	1	3 (0.2)
	ภาวะแทรกซ้อน	15	11	26 (1.9)
	ความพิการ/อัมพาต	2	1	3 (0.2)
	ภาวะโภชนาการ	1	0	1 (0.1)
	ภาวะอ้วน	1	1	2 (0.1)
	การมีโรคประจำตัว/โรคร่วม	0	11	11 (0.8)
	การเสื่อมของระบบประสาท	1	0	1 (0.1)
	การเสื่อมของหลอดเลือดแดงส่วน ปลาย	1	0	1 (0.1)
	ดัชนีการบ่งชี้อาหาร DI-S	0	1	1 (0.1)
	ดัชนีความหนาแน่นร่างกาย/ดัชนี ความอ้วน/น้ำหนักตัว	11	30	41 (2.9)
	ดัชนีหิมน้ำลาย CI-S	0	1	1 (0.1)
	ดัชนีอนามัยในช่องปาก OHI-S	0	1	1 (0.1)
	ความดันโลหิต	2	14	16 (1.1)
	สภาพเท้าโดยทั่วไป	1	0	1 (0.1)
	การเกิดแผลที่เท้า	1	0	1 (0.1)
	ความผิดปกติที่เท้าที่เกิดจาก โรคเบาหวาน	2	0	2 (0.1)
	ประสบการณ์การเกิดแผลที่เท้า	4	0	4 (0.3)
	การใช้อาหารเสริม	0	1	1 (0.1)
	จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	1	0	1 (0.1)
	ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์	0	1	1 (0.1)

ตารางที่ 39 จำนวนและร้อยละของตัวแปรอิสระ จำแนกตามประเภทงานวิจัย (ต่อ)

กลุ่มตัวแปรอิสระ	ชื่อตัวแปรอิสระ	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
		วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
ตัวแปรด้านภาวะ สุขภาพและภาวะโรค	ลำดับที่ของการตั้งครรภ์	1	0	1 (0.1)
	อายุครรภ์	1	0	1 (0.1)
	การได้รับอาหารทางสายยาง	1	0	1 (0.1)
	การใช้ยาลดความดันโลหิตสูง	0	2	2 (0.1)
	การได้รับยาแอสไพริน	5	0	5 (0.4)
	ยาแผนโบราณ	0	1	1 (0.1)
	ยาลดน้ำตาลในเลือด	0	1	1 (0.1)
	การรักษาทางเลือก	1	0	1 (0.1)
	ความถี่ของการเกิดอาการเบาหวาน	1	0	1 (0.1)
	จำนวนขนานยาที่แพทย์สั่งใช้	0	1	1 (0.1)
	จำนวนชนิดยา	2	1	3 (0.2)
	ชนิดของยาที่ใช้	1	2	3 (0.2)
	จำนวนครั้งที่ให้ยาต่อวัน	4	2	6 (0.4)
	การเปลี่ยนชนิดยาหรือวิธีการใช้ยา	2	0	2 (0.1)
	จำนวนผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการ ใช้ยา	1	0	1 (0.1)
	จำนวนที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ของยา	5	0	5 (0.4)
	ประสิทธิภาพของยาที่ผู้ป่วยประเมิน	1	0	1 (0.1)
	มูลค่ายา	0	1	1 (0.1)
	รูปแบบยา	0	1	1 (0.1)
	เหตุผลของการขาดยา	0	1	1 (0.1)
	ระดับสายตา	0	1	1 (0.1)
	ลักษณะจอประสาทตา/จุดรับภาพ	0	2	2 (0.1)
	การพักผ่อนนอนหลับ	1	0	1 (0.1)
	ภาวะสุขภาพ	1	0	1 (0.1)
	ระดับการใช้แรงงานของร่างกาย	2	1	3 (0.2)

ตารางที่ 39 จำนวนและร้อยละของตัวแปรอิสระ จำแนกตามประเภทงานวิจัย (ต่อ)

กลุ่มตัวแปรอิสระ	ชื่อตัวแปรอิสระ	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
		วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
ตัวแปรด้านภาวะ สุขภาพและภาวะโรค	ระดับไขมันในเลือด	1	12	13 (0.9)
	ระดับน้ำตาลแรกเข้าโรงพยาบาล	1	0	1 (0.1)
	BUN	1	2	3 (0.2)
	creatinine	0	2	2 (0.1)
	uric acid	0	1	1 (0.1)
	สาเหตุการตาย	0	1	1 (0.1)
	สาเหตุการผิคนัด	0	1	1 (0.1)
	การดื่มสุรา	4	7	11 (0.8)
	การสูบบุหรี่	1	7	8 (0.6)
	รวม	149	185	334 (23.8)
ตัวแปรด้านการปฏิบัติ	วิถีชีวิต/แบบแผนการดำเนินชีวิต	9	2	11 (0.8)
ตัว/พฤติกรรมสุขภาพ	การส่งเสริมการดูแลตนเอง	1	0	1 (0.1)
	พฤติกรรมสุขภาพ	0	1	1 (0.1)
	การปฏิบัติตัว	10	9	19 (1.4)
	ความร่วมมือในการปฏิบัติตน	6	1	7 (0.5)
	พฤติกรรมดูแลตนเอง	7	1	8 (0.6)
	พฤติกรรมดูแลเท้า	7	0	7 (0.5)
	การควบคุมอาหาร	9	2	11 (0.8)
	การออกกำลังกาย	5	2	7 (0.5)
	การใช้ยา	5	4	9 (0.6)
	การมาตรวจตามนัด	2	2	4 (0.3)
	การตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง	0	2	2 (0.1)
	รวม	61	26	87 (6.2)

ตารางที่ 39 จำนวนและร้อยละของตัวแปรอิสระ จำแนกตามประเภทงานวิจัย (ต่อ)

กลุ่มตัวแปรอิสระ	ชื่อตัวแปรอิสระ	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
		วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
ตัวแปรด้านภาวะการ ควบคุมโรค	การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (FBG)	1	0	1 (0.1)
	ระดับน้ำตาลในเลือด : FBS	7	16	23 (1.6)
	ระดับน้ำตาลในเลือด : FPG	0	8	8 (0.6)
	ระดับ HbA1c เฉลี่ย	1	9	10 (0.7)
	การควบคุมระดับน้ำตาล (HbA1c)	2	2	4 (0.3)
รวม		11	35	46 (3.3)
ตัวแปรด้านบริการ สุขภาพ	กระบวนการบริหารจัดการ	1	0	1 (0.1)
	การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ	3	1	4 (0.3)
	การตรวจรักษา	1	0	1 (0.1)
	การบริการสุขภาพ	4	0	4 (0.3)
	การเยี่ยมบ้าน	3	0	3 (0.2)
	เวลาที่ผู้ป่วยรอ	2	0	2 (0.1)
	การให้คำปรึกษา/สุขภาพศึกษา	1	0	1 (0.1)
	ความปลอดภัยของบริการที่ได้รับ	1	0	1 (0.1)
	ความรวดเร็วในขั้นตอนการให้บริการ	1	0	1 (0.1)
	ความสม่ำเสมอต่อเนื่องของบริการ	1	0	1 (0.1)
	ความสะดวกทางกายภาพ	1	1	2 (0.1)
	ความสะดวกในการให้บริการ	1	0	1 (0.1)
	ทรัพยากรการบริหารจัดการ	1	0	1 (0.1)
	สิทธิเกี่ยวกับคำรักษาพยาบาล	7	8	15 (1.1)
	อุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์	1	0	1 (0.1)
	การได้รับความรู้/ข่าวสาร	2	7	9 (0.6)
	การได้รับสุขภาพศึกษา/คำแนะนำ	3	3	6 (0.4)
	การเข้ากลุ่มเบาหวาน	0	1	1 (0.1)
	การให้บริการของเจ้าหน้าที่	2	0	2 (0.1)

ตารางที่ 39 จำนวนและร้อยละของตัวแปรอิสระ จำแนกตามประเภทงานวิจัย (ต่อ)

กลุ่มตัวแปรอิสระ	ชื่อตัวแปรอิสระ	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
		วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
ตัวแปรด้านบริการ สุขภาพ	ความพึงพอใจในการมาใช้บริการ	7	2	9 (0.6)
	จำนวนการได้รับกิจกรรมการดูแล	1	0	1 (0.1)
	ตนเอง			
	จำนวนแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ	1	0	1 (0.1)
	โรคเบาหวาน			
	จำนวนสถานที่รับการรักษา	1	0	1 (0.1)
	แหล่งของสารสนเทศเกี่ยวกับยา	1	0	1 (0.1)
	แหล่งอาหารและการมีอาหาร	1	0	1 (0.1)
	ระบบส่งต่อผู้ป่วย	1	0	1 (0.1)
	สถานที่รักษาโรค	2	0	2 (0.1)
	การติดตามการรักษา	1	0	1 (0.1)
	การนัดมาตรวจของเจ้าหน้าที่	0	1	1 (0.1)
	จำนวนครั้งของการเข้าพักรักษาตัวใน	2	0	2 (0.1)
	โรงพยาบาล			
	จำนวนครั้งที่มารับบริการ	1	0	1 (0.1)
	จำนวนความเจ็บป่วยเรื้อรัง	1	0	1 (0.1)
	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัว	1	0	1 (0.1)
	ผลการรักษา	0	1	1 (0.1)
รวม		57	25	82 (5.8)
ตัวแปรด้านลักษณะของ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	ความเอาใจใส่ในงาน	1	0	1 (0.1)
	ความเสมอภาคในการให้บริการ	1	0	1 (0.1)
	บุคลิก อารมณ์ของผู้ให้บริการ	1	0	1 (0.1)
	ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน	1	0	1 (0.1)
	การฝึกอบรม	1	0	1 (0.1)
รวม		5	0	5 (0.4)
จำนวนตัวแปรอิสระทั้งหมด		815	589	1404 (100.0)

ตารางที่ 40 จำนวนและร้อยละของตัวแปรตาม จำแนกตามประเภทงานวิจัย

กลุ่มตัวแปรตาม	ชื่อตัวแปรตาม	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม จำนวน (ร้อยละ)
		วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	
ตัวแปรด้านพฤติกรรม สุขภาพ/การปฏิบัติตัว	พฤติกรรมสุขภาพ	6	0	6 (3.0)
	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	6	1	7 (3.5)
	การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ	8	1	9 (4.5)
	ความร่วมมือในการรักษา	3	2	5 (2.5)
	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	20	11	31 (15.3)
	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	4	0	4 (2.0)
	พฤติกรรมการออกกำลังกาย	1	1	2 (1.0)
	พฤติกรรมการใช้ยา	2	1	3 (1.5)
	พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	0	1	1 (0.5)
	พฤติกรรมการดูแลเท้า	2	1	3 (1.5)
	พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	2	0	2 (1.0)
	พฤติกรรมการเผชิญความเครียด	1	1	2 (1.0)
	พฤติกรรมการปรับตัว	1	0	1 (0.5)
	พฤติกรรมเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวาน	1	0	1 (0.5)
รวม		57	20	77 (38.1)
ตัวแปรด้านภาวะการควบคุมโรค	ภาวะการควบคุมโรค	1	1	2 (1.0)
	ภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	4	0	4 (2.0)
	<FPG>			
	การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	6	4	10 (5.0)
	<HbA1c>			
	การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	3	9	12 (5.9)
	<FBS>			
	ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Plasma Glucose)	1	0	1 (0.5)
	ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar level)	1	4	5 (2.5)

ตารางที่ 40 จำนวนและร้อยละของตัวแปรตาม จำแนกตามประเภทงานวิจัย (ต่อ)

กลุ่มตัวแปรตาม	ชื่อตัวแปรตาม	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
		วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
ตัวแปรด้านภาวะการควบคุมโรค	ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c)	1	4	5 (2.5)
	การเกิดโรคเบาหวาน	1	1	2 (1.0)
	การเกิดภาวะแทรกซ้อน	0	1	1 (0.5)
	การเกิดเบาหวานขึ้นจอประสาทตา	0	4	4 (2.0)
	diabetic retinopathy	1	6	7 (3.5)
	ภาวะการติดเชื้อในกระแสโลหิต	0	1	1 (0.5)
	โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีตัน	0	1	1 (0.5)
	รวม	19	36	55 (27.2)
ตัวแปรด้านจิตสังคม	คุณภาพชีวิต (Quality Of Life)	10	5	15 (7.4)
	ความเครียด	2	0	2 (1.0)
	ความพึงพอใจ	1	1	2 (1.0)
	ค่าใช้จ่าย	1	0	1 (0.5)
	การให้การสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวาน	1	0	1 (0.5)
	การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง	1	0	1 (0.5)
	ระดับการรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับยา	1	0	1 (0.5)
	การรับรู้คุณภาพบริการ	1	0	1 (0.5)
	การรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	1	0	1 (0.5)
	ความรู้การป้องกันโรคเบาหวาน	2	5	7 (3.5)
	เจตคติการป้องกันโรคเบาหวาน	2	0	2 (1.0)
	ทัศนคติ	0	2	2 (1.0)
	ศักยภาพของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ	3	0	3 (1.5)
	ความสามารถในการใช้ยาตามสั่ง	0	1	1 (0.5)
	การส่งเสริมการดูแลตนเอง	0	1	1 (0.5)
	รวม	26	15	41 (20.3)

ตารางที่ 40 จำนวนและร้อยละของตัวแปรตาม จำแนกตามประเภทงานวิจัย (ต่อ)

กลุ่มตัวแปรตาม	ชื่อตัวแปรตาม	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
		วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
ตัวแปรด้านภาวะ สุขภาพ	ภาวะสุขภาพ	1	1	2 (1.0)
	สภาพเท้า/สภาวะเท้า	3	0	3 (1.5)
	ภาวะ/โรคแทรกซ้อนเรื้อรัง	0	3	3 (1.5)
	การเกิดโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศ	0	1	1 (0.5)
	ภาวะโรคอ้วน	0	1	1 (0.5)
	ระดับไขมันในเลือด	1	3	4 (2.0)
	ภาวะความดันเลือดสูง/โลหิตสูง	0	2	2 (1.0)
	ภาวะสุขภาพในช่องปาก	0	1	1 (0.5)
รวม		5	12	17 (8.4)
ตัวแปรด้านการรักษา และบริการ	แหล่งรักษา	1	0	1 (0.5)
	คุณภาพการดูแลรักษาโรคเบาหวาน	1	0	1 (0.5)
	ผลลัพธ์การรักษา	1	0	1 (0.5)
	ผลการปฏิบัติงานในงานป้องกันและ ควบคุมโรค	1	0	1 (0.5)
	ระดับความต้องการสารสนเทศเพิ่มเติม เกี่ยวกับยา	1	0	1 (0.5)
	รวม	5	0	5 (2.5)
ตัวแปรด้านปัจจัยเสี่ยง/ ปัญหา	ปัญหาในการดูแลสุขภาพที่บ้าน	1	0	1 (0.5)
	ปัญหาทางด้านจิตใจ	1	0	1 (0.5)
	ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบ	1	0	1 (0.5)
	ภาวะเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า	1	0	1 (0.5)
	ปัจจัยเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน	0	1	1 (0.5)
	ปัจจัยเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูง	0	1	1 (0.5)
	ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานขณะ ตั้งครรภ์	0	1	1 (0.5)
	รวม	4	3	7 (3.5)
จำนวนตัวแปรตามทั้งหมด		116	86	202 (100.0)

ตารางที่ 41 จำนวนและร้อยละของตัวแปรอื่นๆที่ปรากฏ จำแนกตามประเภทงานวิจัย

กลุ่มตัวแปรอื่นๆ ที่ปรากฏ	ชื่อตัวแปรอื่นๆ ที่ปรากฏ	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม จำนวน (ร้อยละ)
		วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	
ตัวแปรด้านพฤติกรรม สุขภาพ	การปฏิบัติตัว	2	0	2 (0.6)
	ความร่วมมือในการรักษา	3	2	5 (1.6)
	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	3	5	8 (2.5)
	พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	1	1	2 (0.6)
	พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลตนเอง	1	0	1 (0.3)
	การควบคุมอาหาร/การบริโภคอาหาร	5	0	5 (1.6)
	การออกกำลังกาย	3	0	3 (0.9)
	พฤติกรรมการใช้ยา	5	4	9 (2.8)
	การมาตรวจตามแพทย์นัด	1	0	1 (0.3)
	การดูแลเท้า	6	0	6 (1.9)
	พฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลเบาหวาน	1	0	1 (0.3)
	การตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง	1	1	2 (0.6)
รวม		32	13	45 (14.2)
ตัวแปรด้านจิตสังคม	การรับรู้โรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือด	2	0	2 (0.6)
	การรับรู้การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด	1	0	1 (0.3)
	การรับรู้การผิดปกติ	4	0	4 (1.3)
	การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	1	0	1 (0.3)
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วย	1	0	1 (0.3)
	การรับรู้และให้ความผิดปกติของความผิดปกติที่เท้า	1	0	1 (0.3)
	การรับรู้การรักษาและคำแนะนำ	1	0	1 (0.3)

ตารางที่ 41 จำนวนและร้อยละของตัวแปรอื่นๆที่ปรากฏ จำแนกตามประเภทงานวิจัย (ต่อ)

กลุ่มตัวแปรอื่นๆ ที่ปรากฏ	ชื่อตัวแปรอื่นๆ ที่ปรากฏ	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
		วิทยานิพนธ์บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
	การรับรู้พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	1	0	1 (0.3)
	ความรุนแรงของโรค	1	1	2 (0.6)
	อุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	1	0	1 (0.3)
	ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	1	0	1 (0.3)
	ความสามารถในการรับรู้	1	0	1 (0.3)
	ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติตน	2	4	6 (1.9)
	ความเชื่อด้านสุขภาพ	4	1	5 (1.6)
	ทัศนคติ	0	2	2 (0.6)
	สถานการณ์ชีวิตของผู้ป่วย	1	0	1 (0.3)
	ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และคนไข้	2	0	2 (0.6)
	สภาพแวดล้อมทางสังคม	1	0	1 (0.3)
	สภาพแวดล้อมทางกายภาพ	1	0	1 (0.3)
	การมีส่วนร่วมของชุมชน	9	0	9 (2.8)
	แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)	1	0	1 (0.3)
	วิถีชีวิตชุมชน/ชีวิตความเป็นอยู่	1	1	2 (0.6)
	การปรับตัว	1	0	1 (0.3)
	ความต้องการด้านสุขภาพ	2	0	2 (0.6)
	ความวิตกกังวล/ภาวะซึมเศร้า	1	1	2 (0.6)
	วิธีการเผชิญความเครียด	2	0	2 (0.6)
	สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน (Daily Hassles)	1	0	1 (0.3)
รวม		45	10	55 (17.3)

ตารางที่ 41 จำนวนและร้อยละของตัวแปรอื่นๆที่ปรากฏ จำแนกตามประเภทงานวิจัย (ต่อ)

กลุ่มตัวแปรอื่นๆ ที่ปรากฏ	ชื่อตัวแปรอื่นๆ ที่ปรากฏ	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
		วิทยานิพนธ์บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
ตัวแปรด้านภาวะการควบคุมโรค	ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)	0	1	1 (0.3)
	ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG)	3	2	5 (1.6)
	ระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c	0	1	1 (0.3)
	การควบคุมน้ำตาลในเลือด/เบาหวาน	5	6	11 (3.5)
	ภาวะควบคุมโรค ;HbA1c	2	2	4 (1.3)
	การเกิดโรคเบาหวาน	1	0	1 (0.3)
	ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา	0	3	3 (0.9)
	การเกิดเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์	0	1	1 (0.3)
รวม		11	16	27 (8.5)
ตัวแปรด้านส่วนบุคคล	เพศ	5	4	9 (2.8)
	อายุ	8	5	13 (4.1)
	สถานภาพสมรส	4	1	5 (1.6)
	ระดับการศึกษา	6	1	7 (2.2)
	อาชีพ	5	2	7 (2.2)
	รายได้	8	2	10 (3.1)
	ศาสนา	2	0	2 (0.6)
	ภูมิลำเนา/ที่อยู่อาศัย	2	3	5 (1.6)
	ระดับสติปัญญา	1	0	1 (0.3)
	จิตลักษณะทั่วไป	1	0	1 (0.3)
	ภาวะหมดประจำเดือน	3	0	3 (0.9)
	จำนวนบุตร	1	0	1 (0.3)
	ประวัติส่วนตัว	1	0	1 (0.3)
	ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน	2	0	2 (0.6)
	ประวัติการสูบบุหรี่	0	1	1 (0.3)

ตารางที่ 41 จำนวนและร้อยละของตัวแปรอื่นๆที่ปรากฏ จำแนกตามประเภทงานวิจัย (ต่อ)

กลุ่มตัวแปรอื่นๆ ที่ปรากฏ	ชื่อตัวแปรอื่นๆ ที่ปรากฏ	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม จำนวน (ร้อยละ)
		วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	
ตัวแปรด้านส่วนบุคคล	ประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	1	0	1 (0.3)
	ประสบการณ์การมีอาการ	1	0	1 (0.3)
รวม		51	19	70 (22.0)
ตัวแปรด้านการรักษาและการบริการ	สิทธิบัตรการรักษา	0	1	1 (0.3)
	สถานที่ผู้ป่วยไปรับบริการ/หน่วยบริการ	0	1	1 (0.3)
	กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพ	3	0	3 (0.9)
	เหตุผลของการเข้ารับบริการ	2	0	2 (0.6)
	ระยะเวลาในการเข้ารับบริการ	2	0	2 (0.6)
	ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ	9	1	10 (3.1)
	การเดินทางเข้ารับบริการ	2	0	2 (0.6)
	ผลของการเข้ารับบริการ	2	1	3 (0.9)
	เหตุผลในการเปลี่ยนแหล่งบริการ	2	0	2 (0.6)
	ความพึงพอใจ	2	0	2 (0.6)
	การใช้ระบบการดูแลสุขภาพ	3	0	3 (0.9)
	การให้บริการ	5	2	7 (2.2)
	การแพทย์แผนไทย	1	0	1 (0.3)
	การแพทย์พื้นบ้าน	1	0	1 (0.3)
	หมอชาวบ้าน	1	0	1 (0.3)
	การได้รับคำแนะนำ	0	1	1 (0.3)
รวม		35	7	42 (13.2)

ตารางที่ 41 จำนวนและร้อยละของตัวแปรอื่นๆที่ปรากฏ จำแนกตามประเภทงานวิจัย (ต่อ)

กลุ่มตัวแปรอื่นๆ ที่ปรากฏ	ชื่อตัวแปรอื่นๆ ที่ปรากฏ	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม
		วิทยานิพนธ์บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
ตัวแปรด้านภาวะสุขภาพและภาวะโรค	ภาวะสุขภาพ (Health Status)	1	0	1 (0.3)
	วิธีการรักษา	1	1	2 (0.6)
	ชนิดโรคเบาหวาน	2	0	2 (0.6)
	ระยะเวลาการเป็นโรค	6	4	10 (3.1)
	อาการก่อนที่จะตรวจพบโรคเบาหวาน	0	1	1 (0.3)
	ภาวะแทรกซ้อน	3	5	8 (2.5)
	ความดันโลหิต	0	1	1 (0.3)
	ดัชนีมวลกาย (BMI)	1	3	4 (1.3)
	โปรตีนในปัสสาวะ	0	1	1 (0.3)
	ระดับไขมันในเลือด	0	2	2 (0.6)
	ระดับฮีมาโกลบิน	1	0	1 (0.3)
	ยาที่ใช้ในการควบคุมเบาหวาน/ชนิดของ	0	2	2 (0.6)
	การรักษาโรคเบาหวาน			
	ราคา	0	1	1 (0.3)
	อาการข้างเคียงของยา	1	0	1 (0.3)
	การจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น	2	0	2 (0.6)
	จำนวนการตั้งครรภ์	1	1	2 (0.6)
	อายุครรภ์	1	1	2 (0.6)
	จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล	3	3	6 (1.9)
	ระยะเวลาในการรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล	1	0	1 (0.3)
	การจัดการกับความเครียด	1	0	1 (0.3)
	การจัดการเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	2	1	3 (0.9)
	การฉีดอินซูลินที่ถูกต้อง	1	0	1 (0.3)
	การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด	1	0	1 (0.3)
รวม		29	27	56 (17.6)

ตารางที่ 41 จำนวนและร้อยละของตัวแปรอื่นๆที่ปรากฏ จำแนกตามประเภทงานวิจัย (ต่อ)

กลุ่มตัวแปรอื่นๆ ที่ปรากฏ	ชื่อตัวแปรอื่นๆ ที่ปรากฏ	งานวิจัยแต่ละประเภท (จำนวน)		รวม จำนวน (ร้อยละ)
		วิทยานิพนธ์ บัณฑิตศึกษา	งานวิจัยที่ไม่ใช่ส่วน หนึ่งของการศึกษา	
ตัวแปรด้านการ ประเมิน	การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค	3	0	3 (0.9)
	การประเมินกิจกรรมในโครงการ	1	0	1 (0.3)
	การประเมินโครงการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน	2	0	2 (0.6)
	การประเมินด้านกระบวนการ	1	0	1 (0.3)
	การประเมินด้านบริบท	1	0	1 (0.3)
	การประเมินด้านปัจจัยเบื้องต้น	1	0	1 (0.3)
	การประเมินด้านผลผลิต	1	0	1 (0.3)
	การประเมินผล	1	0	1 (0.3)
	ประเมินการแสดงผลของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง	1	0	1 (0.3)
	ประเมินความเหมาะสมของการดำเนินงาน	1	0	1 (0.3)
	ประเมินความเหมาะสมของเวลา	1	0	1 (0.3)
	ประเมินคุณภาพบริการ	1	1	2 (0.6)
	ประเมินงบประมาณ	1	0	1 (0.3)
	ประเมินจุดประสงค์ของโครงการ	1	0	1 (0.3)
	ประเมินเนื้อหา	1	0	1 (0.3)
	ประเมินประโยชน์ที่ได้รับ	1	0	1 (0.3)
	ประเมินประสิทธิภาพของผู้ผ่านโครงการ	1	0	1 (0.3)
	ประเมินสถานที่และอุปกรณ์	1	0	1 (0.3)
	รูปแบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน	1	0	1 (0.3)
รวม		22	1	23 (7.2)
จำนวนตัวแปรอื่นๆที่ปรากฏทั้งหมด		225	93	318 (100.0)

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวพิมลรัตน์ อินแสน
วัน เดือน ปีเกิด	16 กรกฎาคม 2520
สถานที่เกิด	จังหวัดสุโขทัย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์, พ.ศ. 2538 - 2543 : พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2547 - 2550 : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลอนามัย ชุมชน)
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2543 - ปัจจุบัน โรงพยาบาลบึงสามัคคี 200 ม. 7 ต. ระหาน อ. บึงสามัคคี จ. กำแพงเพชร ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ