



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รองศาสตราจารย์ ดร. เรมवल นันทสุภวัฒน์ อาจารย์ประจำสำนักพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ประหยัด สายวิเชียร อาจารย์พิเศษสาขาวิชาโภชนาศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฤตินันท์ สมุทรทัย อาจารย์ประจำคณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อาจารย์ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี อาจารย์ประจำสำนักพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นายแพทย์คณัยย์ ประดิษฐ์สุวรรณ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญประจำคลินิกเอกชน
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความในช่องว่างและขีดเครื่องหมาย / ลงในช่อง () ให้ตรงกับความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. สถานภาพสมรสของท่าน
 - () โสด
 - () สมรส () อยู่ด้วยกัน () แยกกันอยู่กับสามี
 - () หม้าย
 - () หย่า
3. จำนวนสมาชิกในครอบครัวของท่านมี.....คน
4. อาชีพหลักของท่าน.....อาชีพเสริมของท่าน.....
5. ในงานอาชีพของท่าน ส่วนใหญ่ท่านปฏิบัติอย่างไร
 - () ยืน () เดิน () นั่ง () ใช้แรงงาน
6. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
 - () ไม่ได้รับการศึกษา () ปวช./ปวส.
 - () ประถมศึกษา () อนุปริญญา
 - () มัธยมศึกษาตอนต้น () ปริญญาตรี
 - () มัธยมศึกษาตอนปลาย () สูงกว่าปริญญาตรี
7. รายได้ของท่านที่ได้รับ.....ต่อเดือน
8. รายได้รวมทั้งครอบครัวของท่าน.....ต่อเดือน

9. น้ำหนักตัวของท่าน.....กิโลกรัม
10. ส่วนสูงของท่าน.....เซนติเมตร
11. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
 () ไม่มี () มี โปรดระบุ.....
12. ปัจจุบันท่านมีการใช้ยาประเภทใดบ้าง
 () ไม่มี () มี โปรดระบุ.....
13. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่
 () ไม่สูบ () สูบ จำนวนที่สูบ.....มวนต่อวัน
 ระยะเวลาที่สูบนาน.....ปี.....เดือน
 สาเหตุที่สูบ.....
14. ท่านทราบได้อย่างไรว่าท่านมีน้ำหนักตัวเกิน
 () รู้สึกอึดอัด ไม่คล่องแคล่ว
 () มีอาการปวดขาหรือข้อเท้า
 () มีไขมันสะสมบริเวณส่วนต่างๆ เช่น หน้าท้อง แขน ขา
 () อื่นๆ โปรดระบุ.....
15. ท่านคิดว่าที่ท่านมีน้ำหนักตัวเกิน มีสาเหตุจากอะไร
 () รับประทานอาหารมากเกินไป
 () ออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายน้อย
 () การรับประทานยาบางชนิด
 () อื่นๆ โปรดระบุ.....
16. ท่านคิดว่าปัญหาที่เกิดจากการมีน้ำหนักตัวเกิน คืออะไร

17. ใครเป็นบุคคลที่แนะนำให้ท่านควบคุมน้ำหนัก

18. ใครเป็นบุคคลสำคัญที่สนับสนุนและให้กำลังใจแก่ท่านในการควบคุมน้ำหนัก คือ

19. ท่านกำลังใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารใดบ้างในการควบคุมน้ำหนัก

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() ยาลดน้ำหนัก หรือยาลดความอยากอาหาร () ยาระบาย

() ยาช่วยย่อยและดูดซึมไขมัน () ยาขับปัสสาวะ

() ยาเพิ่มการเผาผลาญพลังงาน () กาแฟลดน้ำหนัก

() ชาเขียว () โยอาหาร

() ผงบุก () ส้มแขก

() อื่นๆ โปรดระบุ.....

20. งานอดิเรกใดที่ท่านปฏิบัติเป็นประจำ

() อ่านหนังสือ () ดูทีวี

() ดูหนัง () ฟังเพลง

() นอน () ปลูกต้นไม้

() รดน้ำต้นไม้ () ล้างรถ

() ทำครัว () อื่นๆ โปรดระบุ.....

21. ท่านออกกำลังกายโดยวิธีใดมากที่สุด

() การเดิน () การวิ่ง

() การแอโรบิค () การปั่นจักรยาน

() การกระโดดเชือก () ว่ายน้ำ

() เล่นแบดมินตัน () เทนนิส

() เล่นโยคะ () รำมวยจีนหรือไทเก๊ก

() อื่นๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนัก

คำชี้แจง กรุณาขีดเครื่องหมาย / ลงในช่อง () ให้ตรงกับความเป็นจริง

ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกวัน	ปฏิบัติ 5- 6 ครั้งต่อ สัปดาห์	ปฏิบัติ 3- 4 ครั้งต่อ สัปดาห์	ปฏิบัติ 1- 2 ครั้งต่อ สัปดาห์	ไม่ ปฏิบัติ เลย
1. ก่อนและหลังการออกกำลังกาย ท่านยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 5-10 นาที					
2. ท่านออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที					
3. ท่านออกกำลังกายครั้งละ 60-90 นาที					
4. ท่านทำงานบ้านเอง เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างจาน ซักผ้า					
5. ท่านใช้เครื่องผ่อนแรง เช่น เครื่องซักผ้า เครื่องล้างจาน รีโมท					
6. ท่านเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์					
7. ปกติท่านทำงานอดิเรกของท่าน					
8. ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ต่อวัน					
9. ท่านรับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อ ต่อวัน					
10. ท่านรับประทานอาหารเสร็จก็เข้านอน ทันที					
11. ท่านรับประทานอาหารก่อนเข้านอน มากกว่า 4 ชั่วโมง					
12. ท่านรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อ เช่น เบเกอรี่ ขนมปัง ขนมหวาน					
13. ท่านรับประทานอาหารปริมาณมากใน มื้อเช้า					

ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกวัน	ปฏิบัติ 5- 6 ครั้งต่อ สัปดาห์	ปฏิบัติ 3- 4 ครั้งต่อ สัปดาห์	ปฏิบัติ 1- 2 ครั้งต่อ สัปดาห์	ไม่ปฏิบัติ เลย
14.ท่านรับประทานอาหารปริมาณมากใน มือกลางวัน					
15.ท่านรับประทานอาหารปริมาณมากใน มือเย็น					
16.ท่านงดอาหารมือเช้า					
17.ท่านงดอาหารมือเย็น					
18.ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่					
19.ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน และ หนังสัตว์					
20.ท่านรับประทานเนื้อปลา					
21.ท่านจำกัดปริมาณข้าว แป้ง หรือ ถั่วเขียวที่รับประทานต่อมื้อ					
22.ท่านรับประทานข้าวกล้อง					
23.ท่านรับประทานข้าวเหนียว					
24.ท่านรับประทานอาหารต้ม นึ่ง ลวก หรืออบ					
25.ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วย น้ำมันจากพืช					
26.ท่านรับประทานอาหารทะเลที่มี โคเลสเตอรอลสูง เช่น กุ้ง ปลาหมึก หอยนางรม					
27.ท่านรับประทานผลไม้แปรรูป เช่น ผลไม้ดอง หรือเชื่อม					
28.ท่านรับประทานผักและผลไม้สด					
29.ท่านรับประทานผักทุกมื้อ					
30.ท่านรับประทานไข่					

ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกวัน	ปฏิบัติ 5- 6 ครั้งต่อ สัปดาห์	ปฏิบัติ 3- 4 ครั้งต่อ สัปดาห์	ปฏิบัติ 1- 2 ครั้งต่อ สัปดาห์	ไม่ปฏิบัติ เลย
31.ท่านจำกัดปริมาณผลไม้ที่มีรสหวาน มาก					
32.ท่านรับประทานของหวานหรือ อาหารที่มีแป้งและน้ำตาลสูง					
33.ท่านดื่มนม วันละ 1-2 แก้ว					
34.ท่านดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว					
35.ท่านรับประทานอาหารประเภทผัก ที่ใส่น้ำมันน้อย					
36.ท่านรับประทานอาหารประเภททอด					
37.ท่านรับประทานอาหารที่มีส่วนผสม ของไขมันสูง เช่น กะทิ เนย ครีม					
38.ท่านรับประทานอาหารรสจัดที่ไม่ใส่ เครื่องปรุงรสใด ๆ เพิ่มเติม					
39.ท่านดื่มน้ำอัดลมหรือน้ำหวานไม่เกิน 1 แก้ว					
40.ท่านดื่มชาหรือกาแฟสำเร็จรูปไม่เกิน 1 แก้ว					
41.ท่านดื่มน้ำนมถั่วเหลือง หรือน้ำเต้าหู้					
42.ท่านรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น พิซซ่า เฟรนช์ฟรายด์					
43.ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เบียร์ ไวน์					
44.ท่านรับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป					
45.ท่านรับประทานขนมขบเคี้ยว					
46.ท่านรับประทานขนมขบเคี้ยว ร่วมกับน้ำอัดลมหรือน้ำหวาน					

ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกวัน	ปฏิบัติ 5- 6 ครั้งต่อ สัปดาห์	ปฏิบัติ 3- 4 ครั้งต่อ สัปดาห์	ปฏิบัติ 1- 2 ครั้งต่อ สัปดาห์	ไม่ปฏิบัติ เลย
47.ท่านรับประทานอาหารพร้อมบริโภคน้ำแข็ง					
48.ท่านรับประทานอาหารที่ใส่ผงชูรส					
49.ท่านใช้น้ำตาลเทียมทดแทนความหวาน					
50.ท่านรับประทานจุบจิบ					
51.ท่านเคี้ยวอาหารช้าๆทุกมื้อ					
52.ท่านรับประทานอาหารหลากหลายชนิด ไม่ซ้ำกัน					
53.ท่านซื้ออาหารปรุงสำเร็จจากนอกบ้านรับประทาน					
54.ท่านจำกัดปริมาณอาหารและเครื่องดื่มเมื่อมีงานเลี้ยงสังสรรค์					
55.ท่านจำกัดปริมาณอาหารและเครื่องดื่มเมื่อมีการรับประทานอาหารนอกบ้าน					
56.ท่านรับประทานอาหารจนหมดในมือนั้นๆ					
57.ท่านจัดการกับอาหารที่เหลือโดยการทิ้งไปหรือเก็บไว้รับประทานในมื้อถัดไป					
58.ท่านมีอารมณ์ดี ไม่เครียด					
59.ท่านรู้สึกเบื่อหน่าย หงุดหงิด เครียด					
60.ท่านจัดการกับความเครียดโดยการนอน					
61.ท่านจัดการกับความเครียดโดยการพักผ่อนหย่อนใจด้วยการเดินเล่น ดูหนัง ฟังเพลง หรือซื้อของ					

ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกวัน	ปฏิบัติ 5- 6 ครั้งต่อ สัปดาห์	ปฏิบัติ 3- 4 ครั้งต่อ สัปดาห์	ปฏิบัติ 1- 2 ครั้งต่อ สัปดาห์	ไม่ปฏิบัติ เลย
62.ท่านจัดการกับความเครียดโดยการออกกำลังกาย					
63.ท่านจัดการกับความเครียดโดยการรับประทานอาหารมากขึ้น					
64.ท่านจัดการกับความเครียดโดยการดื่มแอลกอฮอล์					
65.ท่านจัดการกับความเครียดโดยระบายความรู้สึกกับบุคคลอื่น หรือ เขียนระบายความรู้สึก					
66.ท่านจัดการกับความเครียดโดยการฟังธรรมะ หรือนั่งสมาธิ					
67.ท่านจัดการกับความเครียดโดยการรับประทานอาหารหวานจัด เช่น ช็อกโกแลต ไอศกรีม ขนมหวาน					
68.ท่านนอนหลับสนิทในเวลากลางคืน					
69.ท่านนอนหลับไม่น้อยกว่า 6 ชม.					
70.ท่านนอนเวลากลางวัน					
71.ท่านนอนไม่เป็นเวลา					
72.ท่านนอนไม่หลับ					

ภาคผนวก ก

หนังสือยินยอม

เรื่อง ขอความร่วมมือ

เรียน

ข้าพเจ้า นางสาวกมลรัตน์ ประดิษฐ์สุวรรณ เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชา
โภชศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กำลังทำการค้นคว้าแบบอิสระ
เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีที่มีภาวะโภชนาการเกิน

ท่านเป็นผู้มีคุณสมบัติในการตอบแบบสอบถามชุดนี้ ดังนั้นจึงใคร่ขอความร่วมมือ
จากท่านในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ โดยกรุณาตอบให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริงที่สุด
ซึ่งข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับ ผู้ศึกษาจะเก็บเป็นความลับและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น
คำตอบของท่านจะมีค่าอย่างยิ่งต่อการนำไปเป็นแนวทางและข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก
ให้แก่ผู้ที่สนใจ ซึ่งท่านสามารถจะถอนตัวออกจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลเสียใดๆ
เกิดขึ้นกับตัวท่าน

เมื่อท่านทราบและยินดีให้ความร่วมมือ กรุณาลงนามการให้ความร่วมมือของการศึกษา
ครั้งนี้ไว้ด้วย

ขอขอบพระคุณสำหรับความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้

ลายมือชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการ

()

ลายมือชื่อ.....พยาน

()

ลายมือชื่อ.....ผู้ศึกษา

(นางสาวกมลรัตน์ ประดิษฐ์สุวรรณ)

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวกมลรัตน์ ประดิษฐ์สุวรรณ
วัน เดือน ปี เกิด	10 ตุลาคม 2520
ประวัติการศึกษา	2535 ระดับมัธยมปลาย โรงเรียนยุพราชวิทยาลัย เชียงใหม่ 2538 ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยพายัพ เชียงใหม่
ทุนการศึกษา	2543 โครงการนวัตกรรมเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์เพื่อแก้ปัญหา Y2K
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2543-2545 ตำแหน่งพนักงานบัญชีและระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร (Management Information System) บริษัท ไชยเมค्रीเทค จำกัด พ.ศ. 2545-2548 ตำแหน่งพนักงานบัญชีและการเงิน ศิริวัฒนา โพลีคลินิก พ.ศ. 2548-2549 ตำแหน่งผู้วางระบบงานเพื่อการบริหารและผู้จัดการทั่วไป บริษัท ขอนแก่นเคเบิลเน็ตเวิร์ก จำกัด พ.ศ. 2549 – ปัจจุบัน ตำแหน่งผู้จัดการและบริหาร ศิริวัฒนาคลินิกเวชกรรม และตำแหน่งผู้จัดการทั่วไป มาริษาคคลินิกเวชกรรมความงาม