



**แบบเก็บข้อมูลสำหรับโครงการวิจัยเรื่อง**  
**กลุ่มอาการเมตาบอลิกในผู้ที่ออกกำลังกายด้วยความหนักที่แตกต่างกัน**  
**คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ○ หรือกรอกข้อมูลในช่องว่าง**

แบบเก็บข้อมูลนี้ประกอบด้วย 7 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว โรคประจำตัวและยาที่ได้รับ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสี่ยง

ส่วนที่ 4 กิจกรรมทางกาย

ส่วนที่ 5 การตรวจวัด

ส่วนที่ 6 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตัวเอง

**การประเมินระดับความเหนื่อย**

เป็นการให้ระดับความหนักของการทำกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย เป็นค่าตัวเลข ตั้งแต่ 6-20 ตามระดับความเหนื่อย ดังตารางด้านล่าง

ระดับ	ความรู้สึกเหนื่อย	ระดับ	ความรู้สึกเหนื่อย
6	ไม่ออกแรงเลย	14-15	ออกแรงหนัก
7-8	แทบจะไม่ได้ออกแรง	16-17	ออกแรงหนักมาก
9	ออกแรงน้อยมาก	18-19	ออกแรงหนักมากๆ
10-11	ออกแรงเบา	20	ออกแรงหนักมากที่สุด
12-13	ออกแรงค่อนข้างหนัก		

รายละเอียด	
<b>ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป</b>	
วันที่เก็บข้อมูล.....เดือน.....พ.ศ.....	
1.1 รหัส.....	
1.2 อายุ.....ปี	
1.3 เชื้อชาติ.....	
1.4 เพศ ..... <input type="radio"/> 1. ชาย <input type="radio"/> 2. หญิง	
1.5 สถานภาพสมรส... <input type="radio"/> 1. โสด <input type="radio"/> 2. คู่ <input type="radio"/> 3. หม้าย <input type="radio"/> 4. หย่า/แยก	
1.6 การศึกษาระดับสูงสุด	
<input type="radio"/> 1. มัธยมหรือต่ำกว่า <input type="radio"/> 2. วิชาชีพ (ปวช. ปวส. อนุปริญญา)	
<input type="radio"/> 3.ปริญญาตรี <input type="radio"/> 4. ปริญญาโท <input type="radio"/> 5. ปริญญาเอก	
1.7 รายได้ (ต่อเดือน)	
<input type="radio"/> 1. น้อยกว่า 10,000 บาท <input type="radio"/> 2. 10,000-19,999 บาท	
<input type="radio"/> 3. 20,000 -39,999 บาท <input type="radio"/> 4. 40,000- 49,999 บาท	
<input type="radio"/> 5. มากกว่า 50,000 บาท	
1.8 ตำแหน่งงาน.....	
<b>ส่วนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว โรคประจำตัวและยาที่ได้รับ</b>	
2.1 ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว (ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ พี่ น้อง บุตร)	
2.1.1 คนในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือไม่ (การวินิจฉัยของแพทย์)	
<input type="radio"/> 1. ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ 2.2)	
<input type="radio"/> 2. ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ	
<input type="radio"/> 3. มี โรคระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
<input type="radio"/> 3.1 โรคความดันโลหิตสูง	
<input type="radio"/> 3.2 โรคเบาหวาน	
<input type="radio"/> 3.3 โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	
<input type="radio"/> 3.4 โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	
<input type="radio"/> 3.5 ภาวะไขมันในเลือดสูง	
<input type="radio"/> 3.6 โรคอ้วน	
<input type="radio"/> 3.7 อื่นๆ โปรดระบุ.....	

## รายละเอียด

## 2.2 โรคประจำตัวของท่าน

## 2.2.1 ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

1. ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ 2.2.3)
2. ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ
3. มี โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 3.1 โรคความดันโลหิตสูง
  - 3.2 โรคเบาหวาน
  - 3.3 โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต
  - 3.4 โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือหลอดเลือดหัวใจตีบ
  - 3.5 ภาวะไขมันในเลือดสูง
  - 3.6 โรคภูมิแพ้
  - 3.7 ภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ
  - 3.8 โรคเก๊าท์
  - 3.9 ไตวาย
  - 3.10 อื่นๆ โปรดระบุ.....

## 2.2.2 ปัจจุบันท่านได้รับการรักษาโรคประจำตัวของท่านหรือไม่

- ไม่ได้รับการรักษา
- ได้รับการรักษาแล้ว โดยได้รับยา....(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 1. ยาลดความดันโลหิตสูง
  - 2. ยาขับปัสสาวะ
  - 3. ยารักษาโรคเบาหวาน
  - 4. ยาละลายลิ่มเลือด
  - 5. ยาลดไขมันในเลือดสูง
  - 6. ยาขยายหลอดเลือด
  - 7. ยากลุ่มสเตียรอยด์
  - 8. ยารักษาโรคเก๊าท์
  - 9. อื่นๆ โปรดระบุ.....

## 2.2.3 ท่านได้รับยาคุมกำเนิดหรือฮอร์โมนเพศหรือไม่

- ไม่ได้รับ
- ได้รับ (โปรดระบุชื่อ.....)

## รายละเอียด

## 2.2.4 ท่านเคยเป็นอัมพาตหรืออัมพฤกษ์หรือไม่

- ไม่เคย
- แต่เคยมีอาการแขนขาชาา พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด ตาเห็นภาพซ้อน ตามองไม่เห็นทันทีทันใด และหายภายใน 1-2 วัน
- เคย เมื่อปี พ.ศ.....อาการคือ.....
- ปัจจุบันหายแล้ว
- ยังมีอาการ (โปรดระบุ.....)

## 2.2.5 ท่านเคยได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือด ส่วนปลายหรือไม่

- ไม่เคย
- เคย เมื่อปี พ.ศ.....ขณะนั้นมีอาการคือ.....

## 3.3 ประเภทของเครื่องดื่มและอาหารที่รับประทานใน 1 วัน

- 3.3.1 ท่านดื่มน้ำอัดลม/น้ำหวานเฉลี่ยวันละ.....กระป๋องหรือ.....แก้ว
- 3.3.2 ท่านดื่มกาแฟเฉลี่ยวันละ.....แก้ว ชาวันละ.....แก้ว
- 3.3.3 ท่านรับประทานอาหารหลักวันละ.....มื้อ อาหารว่าง.....ครั้งต่อวัน
- 3.3.4 อาหารที่ท่านรับประทานแต่ละวันหากเป็น 100 ส่วน โดยมากจะเป็นอาหารแต่ละประเภทที่ส่วน
- 3.3.4.1 ประเภทแป้ง ข้าว น้ำตาล ของหวาน.....
- 3.3.4.2 ประเภทเนื้อสัตว์ ไข่แดง นม ถั่วลิสง.....
- 3.3.4.3 ประเภทของทอด ใสกะทิ ของมัน หนังสัตว์ ไขมันสัตว์.....
- 3.3.4.4 ประเภทผัก ผลไม้.....

## ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสี่ยง

## 3.1 การสูบบุหรี่

- ไม่สูบ (ข้ามไปข้อ 3.2)
- ปัจจุบัน (พ.ศ. 2550) เลิกมาแล้วเป็นเวลานาน.....เดือน/ปี
- 3.1.1 ท่านเคยสูบบุหรี่มานาน.....ปี
- 3.1.2 จำนวนที่ท่านเคยสูบ.....มวนต่อวัน
- 3.1.3 ท่านเคยงดสูบบุหรี่ได้นาน.....เมื่อปี พ.ศ.....และกลับมาสูบ

## 3.2 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่นเหล้า เบียร์ ไวน์ ยาแดงเหล้า สาโท ยาสตรีเทียมภาค ยาสตรีเบนโล

- ไม่ดื่ม (ข้ามไปข้อ 3.3)
- ดื่ม
- 3.2.1 ชนิด.....และปริมาณต่อสัปดาห์.....แก้ว/กระป๋อง/ขวด
- 3.2.2 ความถี่ของการดื่ม.....วันต่อสัปดาห์
- 3.2.3 ท่านดื่มมานาน.....ปี

## รายละเอียด

## ส่วนที่ 4 กิจกรรมทางกาย (ระดับความเหนื่อยมีรายละเอียดในหน้าแรก)

## 4.1 กิจกรรมในบ้าน

- 4.1.1 ภูบ้าน.....ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ.....นาที ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- 4.1.2 ล้างห้องน้ำ.....ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ.....นาที ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- 4.1.3 ตู๊ดฝุ่น.....ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ.....นาที ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- 4.1.4 กวาดบ้าน.....ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ.....นาที ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- 4.1.5 ซักผ้าด้วยมือ.....ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ.....นาที ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- 4.1.6 รีดผ้า (ยีน).....ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ.....นาที ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- 4.1.7 ล้างรถ.....ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ.....นาที ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- 4.1.8 ทำอาหาร.....ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ.....นาที ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- 4.1.9 เลี้ยงลูก..... ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ.....นาที ระดับความเหนื่อย..... (6-20)
- 4.1.10 ตัดหญ้า.....ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ.....นาที ระดับความเหนื่อย..... (6-20)
- 4.1.11 รดน้ำต้นไม้.....ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ.....นาที ระดับความเหนื่อย..... (6-20)
- 4.1.12 ดูโทรทัศน์วิดีโอ.....ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ.....นาที ระดับความเหนื่อย..... (6-20)
- 4.1.13 อื่นๆ .....;.....ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ.....นาที ระดับความเหนื่อย..... (6-20)

## 4.2 กิจกรรมในที่ทำงาน

- 4.2.1 นั่งเขียน ครั้งละ.....นาที วันละ.....ครั้ง ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- 4.2.2 ตรวจเอกสาร ครั้งละ.....นาที วันละ.....ครั้ง ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- 4.2.3 ขับรถ ครั้งละ.....นาที วันละ.....ครั้ง ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- 4.2.4 พิมพ์งาน ครั้งละ.....นาที วันละ.....ครั้ง ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- 4.2.5 ใช้คอมพิวเตอร์ ครั้งละ.....นาที วันละ.....ครั้ง ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- 4.2.6 เดินขึ้น-ลงบันได ครั้งละ.....นาที วันละ.....ครั้ง ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- 4.2.7 ยกของหนัก ครั้งละ.....นาที วันละ.....ครั้ง ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- 4.2.8 เดินส่งเอกสาร ครั้งละ.....นาที วันละ.....ครั้ง ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- 4.2.9 อื่นๆ .....;..... ครั้งละ.....นาที วันละ.....ครั้ง ระดับความเหนื่อย.....(6-20)

## รายละเอียด

## 4.3 การออกกำลังกาย

## 4.3.1 ท่านออกกำลังกายหรือไม่

- ไม่ได้ออกกำลังกาย (ข้ามไปประเมินความเครียด)
- ออกกำลังกาย

## 4.3.2 ท่านออกกำลังกายด้วยกิจกรรมและความถี่ ดังนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- เดินช้าๆ ประมาณ.....เมตร ครั้งละ.....นาที สัปดาห์ละ.....วัน ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- เดินไปทำงาน ประมาณ.....เมตร ครั้งละ.....นาที สัปดาห์ละ.....วัน ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- เดินเร็วๆ ครั้งละ.....นาที สัปดาห์ละ.....วัน ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- วิ่งเหยาะๆ ครั้งละ.....นาที สัปดาห์ละ.....วัน ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- วิ่งเร็ว ครั้งละ.....นาที สัปดาห์ละ.....วัน ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- วิ่งบนเครื่องออกกำลังกาย ครั้งละ.....นาที สัปดาห์ละ.....วัน ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- โยคะ/ไทเก๊ก ครั้งละ.....นาที สัปดาห์ละ.....วัน ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- เล่นกอล์ฟ ครั้งละ.....นาที สัปดาห์ละ.....วัน ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- เต้นรำ ครั้งละ.....นาที สัปดาห์ละ.....วัน ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- กระโดดเชือก ครั้งละ.....นาที สัปดาห์ละ.....วัน ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- ว่ายน้ำ ครั้งละ.....นาที สัปดาห์ละ.....วัน ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- ฟุตบอล ครั้งละ.....นาที สัปดาห์ละ.....วัน ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- บาสเกตบอล ครั้งละ.....นาที สัปดาห์ละ.....วัน ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- เต้นแอโรบิค ครั้งละ.....นาที สัปดาห์ละ.....วัน ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- ปิงปอง ครั้งละ.....นาที สัปดาห์ละ.....วัน ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- เทนนิส ครั้งละ.....นาที สัปดาห์ละ.....วัน ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- เปตอง ครั้งละ.....นาที สัปดาห์ละ.....วัน ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- ฝึกจักรยาน ครั้งละ.....นาที สัปดาห์ละ.....วัน ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- ยกน้ำหนัก ครั้งละ.....นาที สัปดาห์ละ.....วัน ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- เครื่องออกกำลังกาย ชนิด..... ครั้งละ.....นาที สัปดาห์ละ.....วัน ระดับความเหนื่อย.....(6-20)
- อื่นๆ โปรดระบุ..... ครั้งละ.....นาที สัปดาห์ละ.....วัน ระดับความเหนื่อย.....(6-20)

## รายละเอียด

## ส่วนที่ 5 การตรวจวัด

## 5.1 การตรวจร่างกาย

5.1.1 น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม

5.1.2 ส่วนสูง.....เซนติเมตร

5.1.3 รอบเอว.....นิ้ว ระยะกึ่งกลางจากซี่โครงสุดท้ายกับปุ่มกระดูกสะโพก โดยวัดขณะหายใจออก

5.1.4 รอบสะโพก.....นิ้ว วัดส่วนที่กว้างที่สุด

5.1.5 ความดันโลหิต ครั้งที่ 1.....mmHg, ครั้งที่ 2.....mmHg

## 5.2 การตรวจเลือด

5.2.1 ระดับน้ำตาลในเลือด.....mg/dl

5.2.2 triglyceride.....mg/dl

5.2.3 LDL cholesterol.....mg/dl

5.2.4 HDL cholesterol..... mg/dl

5.2.5 total cholesterol.....mg/dl

5.2.6 creatinine.....mg/dl

5.2.7 BUN.....mg/dl

5.2.7 uric acid..... mg/dl

5.2.8 WBC: N.....L.....B.....

## 5.3 การตรวจปัสสาวะ

5.3.1 โปรตีน...

5.3.2 น้ำตาล...

5.3.3 อื่นๆ.....



## ส่วนที่ 6

## แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง

โปรดประเมินว่าในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันนี้ ท่านมีอาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึก ต่อไปนี้มาน้อยเพียงใด แล้วขีดเครื่องหมาย X ลงในช่องแสดงความถี่ของการเกิดอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่านเอง ตามตามความเป็นจริงมากที่สุด

ไม่เคยเลย หมายถึง ไม่มีอาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึกข้อนั้นเลย ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา

เป็นครั้งคราว หมายถึง มีอาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึกข้อนั้น 1-2 ครั้งต่อเดือน

เป็นบ่อยๆ หมายถึง มีอาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึกข้อนั้น 3-4 ครั้งต่อเดือน

เป็นประจำ หมายถึง มีอาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึกข้อนั้น มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์

อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	ความถี่ของการเกิดอาการ			
	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1. นอนไม่หลับ เพราะคิดมากหรือกังวลใจ				
2. รู้สึกหงุดหงิด ไร้คาญใจ				
3. ทำอะไรไม่ได้เลย เพราะประสาทตึงเครียด				
4. มีความวุ่นวายใจ				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				
6. ปวดหัวข้างเดียวหรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง				
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง				
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต				
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า				
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา				
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ				
12. รู้สึกเพลีย จนไม่มีแรงจะทำอะไร				
13. รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร				
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง				
15. เสี่ยงสั้น ปากสั้น หรือมือสั้นเวลาไม่พอใจ				
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่าง ๆ				
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลังหรือไหล่				
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย				
19. มีเหงงหรือเวียนศีรษะ				
20. ความรู้สึกทางเพศลดลง				

ที่มา: สมชาย จักรพันธ์ และคณะ. (2542). รายงานวิจัยการพัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทยด้วยคอมพิวเตอร์ (พิมพ์ครั้งที่ 2). สมุทรปราการ: ทีคอม.