

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Chiang Mai University

**ภาคผนวก**

## ภาคผนวก ก

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รองศาสตราจารย์ละออ ต้นตีสิริรินทร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์รัตน์ มณีเลิศ

อาจารย์ ดร.ศักดิ์ดา พริ้งถำญ

หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อาจารย์พิเศษสาขาวิชา โภชนศาสตร์ศึกษา

บัณฑิตศึกษาสถาน

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## ภาคผนวก ข

## แบบสัมภาษณ์

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของผู้สูงอายุ  
ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ใน  หรือเติมคำตอบลงใน.....

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

2. อายุ

1. 60-69 ปี

2. 70-79 ปี

3. 80-89 ปี

4. 90 ปี ขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

1. ต่ำกว่าประถมศึกษา

2. ประถมศึกษา

3. มัธยมศึกษา

4. อนุปริญญา

5. ปริญญาตรี

6. สูงกว่าปริญญาตรี

4. อาชีพหลักสุดท้าย

1. ข้าราชการ

2. ค้าขาย

3. รับจ้าง

4. พนักงานบริษัท

5. พนักงานรัฐวิสาหกิจ

6. เกษตรกร

7. อื่น ๆ.....

5. ท่านมีรายได้ต่อเดือนเท่าใด

1. ต่ำกว่า 5,000 บาท

2. 5,000-10,000 บาท

3. 10,001-15,000 บาท

4. 15,001-20,000 บาท

5. สูงกว่า 20,000 บาท

6. ค่าใช้จ่ายในการซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารต่อเดือน

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ต่ำกว่า 1,000 บาท | <input type="checkbox"/> 2. 1,001-2,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 3. 2,001-3,000 บาท   | <input type="checkbox"/> 4. 3,001-5,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 5. สูงกว่า 5,000 บาท |   |

7. ท่านคิดว่าราคาของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเป็นอย่างไร

- |                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. แพง | <input type="checkbox"/> 2. ไม่แพง |
|---------------------------------|------------------------------------|

8. ภาวะสุขภาพ

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1. แข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว |
| <input type="checkbox"/> 2. มีโรคประจำตัว คือ       |

โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตต่ำ

โรคหัวใจ

โรคเบาหวาน

โรคกระดูกผุ

อื่น ๆ .....

9. สภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว (เลือก 1 ข้อ)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. อยู่ลำพังโดยไม่มีคู่สมรส     | <input type="checkbox"/> 2. อยู่ลำพังกับคู่สมรส |
| <input type="checkbox"/> 3. อยู่กับลูก ๆ หลาน ๆ หรือญาติ | <input type="checkbox"/> 4. อาศัยผู้อื่น        |
| <input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ .....                 |   |

10. ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. บ้านส่วนตัวอยู่ในเมือง | <input type="checkbox"/> 2. บ้านส่วนตัวอยู่นอกเมือง |
| <input type="checkbox"/> 3. บ้านเช่า               | <input type="checkbox"/> 4. สถานสงเคราะห์หรือวัด    |
| <input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ .....           |   |

## ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของผู้สูงอายุ

1. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ท่านรับประทาน คือ

- |                          |                       |                          |                           |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. โยอาหารสกัดจากบุก  | <input type="checkbox"/> | 7. นมผง                   |
| <input type="checkbox"/> | 2. สารสกัดจากแคลเซียม | <input type="checkbox"/> | 8. สารสกัดจากธัญพืช       |
| <input type="checkbox"/> | 3. สารสกัดจากส้มแขก   | <input type="checkbox"/> | 9. น้ำมันกระเทียม         |
| <input type="checkbox"/> | 4. ชุปไก่สกัด         | <input type="checkbox"/> | 10. น้ำมันปลา             |
| <input type="checkbox"/> | 5. สาหร่ายเกลียวทอง   | <input type="checkbox"/> | 11. สารสกัดจากเห็ดหลินจือ |
| <input type="checkbox"/> | 6. รังนก              | <input type="checkbox"/> | 12. อื่นๆ .....           |

2. ปริมาณที่บริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารตามข้อ 1 ต่อครั้ง

- |                          |                        |                          |                            |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. ตามที่ระบุในฉลาก    | <input type="checkbox"/> | 2. ตามคำบอกเล่าของผู้แนะนำ |
| <input type="checkbox"/> | 3. ตามความพอใจของตนเอง | <input type="checkbox"/> | 4. อื่น ๆ .....            |

3. โดยปกติแล้ว ท่านรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอย่างไร (เลือกตอบ 1 ข้อ)

- |                          |                                       |                          |                              |
|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. เป็นประจำ                          | <input type="checkbox"/> | 2. เมื่อเจ็บป่วยหรือพักฟื้น  |
| <input type="checkbox"/> | 3. ช่วงที่เครียด                      | <input type="checkbox"/> | 4. ช่วงทำงานหนักหรือเล่นกีฬา |
| <input type="checkbox"/> | 5. ช่วงที่รับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ | <input type="checkbox"/> | 6. ช่วงที่อ่อนเพลีย          |
| <input type="checkbox"/> | 7. อื่น ๆ .....                       |                          |                              |

4. ท่านรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมานานเท่าใด

- |                          |                     |                          |                 |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. น้อยกว่า 1 เดือน | <input type="checkbox"/> | 2. 1-6 เดือน    |
| <input type="checkbox"/> | 3. 7 เดือน - 1 ปี   | <input type="checkbox"/> | 4. นานกว่า 1 ปี |

5. ผลการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเป็นอย่างไร

- |                          |                             |                          |                                  |
|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. ได้ผลอย่างเป็นที่น่าพอใจ | <input type="checkbox"/> | 2. เหมือนเดิมไม่มีการเปลี่ยนแปลง |
| <input type="checkbox"/> | 3. แย่กว่าเดิม              | <input type="checkbox"/> | 4. อื่น ๆ .....                  |

6. ท่านจะบริโภคต่อไปอีกหรือไม่

- |                          |              |                          |             |                          |                 |
|--------------------------|--------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. บริโภคต่อ | <input type="checkbox"/> | 2. ไม่แน่ใจ | <input type="checkbox"/> | 3. จะหยุดบริโภค |
|--------------------------|--------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-----------------|

### ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของผู้สูงอายุ

#### 3.1 ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

1. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสามารถรับประทานแทนอาหารได้  ถูก  ผิด  ไม่ทราบ
2. การตัดสินใจบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารควรปรึกษาแพทย์  ถูก  ผิด  ไม่ทราบ
3. ถ้ากินอาหารให้ครบ 5 หมู่ ท่านคิดว่าสิ่งที่ได้จาก  
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจะมีอยู่ครบแล้ว  ถูก  ผิด  ไม่ทราบ
4. ท่านเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารชนิดที่จำเป็น  
ต่อความต้องการของร่างกายในขณะนั้น  ถูก  ผิด  ไม่ทราบ

#### 3.2 ปัจจัยนำด้านความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

1. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารใช้รับประทานแทนอาหารได้  เชื่อ  ไม่เชื่อ  ไม่แน่ใจ
2. ถ้าเรามีสุขภาพดีและใส่ใจในการรับประทานอาหาร  
ก็ไม่จำเป็นต้องรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร  เชื่อ  ไม่เชื่อ  ไม่แน่ใจ
3. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้สุขภาพดีขึ้น  เชื่อ  ไม่เชื่อ  ไม่แน่ใจ

#### 3.3 ปัจจัยนำด้านแรงจูงใจในการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

ข้อใดเป็นแรงจูงใจให้ท่านบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากที่สุด (เลือกตอบ 1 ข้อ)

1. ด้านสุขภาพ
2. โฆษณาชวนเชื่อ
3. รูปแบบผลิตภัณฑ์สวยงาม/ใช้ง่าย
4. ได้รับความปลอดภัย
5. ชื่อเสียงของสินค้า/บริษัทผู้ผลิต
6. อื่น ๆ.....

### 3.4 ปัจจัยเอื้อด้านความสะดวกในการซื้อ

1. ท่านสะดวกที่จะซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากแหล่งใด

1. ร้านขายยา

2. ห้างสรรพสินค้า

3. ศูนย์จำหน่ายตรง

4. จากตัวแทนขายตรง

5. ตั้งซื้อทางไปรษณีย์

6. คลินิก/โรงพยาบาล

7. อื่น ๆ.....

### 3.5 ปัจจัยเอื้อด้านทักษะการซื้อ

1. ตรวจสอบเครื่องหมายอนุญาตจาก ออย.  ทุกครั้ง  บางครั้ง  ไม่เคยทำ
2. ตรวจสอบ วัน เดือน ปี ที่หมดอายุ  ทุกครั้ง  บางครั้ง  ไม่เคยทำ
3. ตรวจสอบข้อมูลบนฉลากที่บอกสารอาหาร  
ที่เป็นส่วนประกอบ  ทุกครั้ง  บางครั้ง  ไม่เคยทำ
4. พิจารณาคุณค่าทางโภชนาการของสารอาหารที่ระบุไว้  ทุกครั้ง  บางครั้ง  ไม่เคยทำ
5. อ่านคำเตือน คำแนะนำหรือวิธีรับประทานที่ระบุไว้  ทุกครั้ง  บางครั้ง  ไม่เคยทำ

### 3.6 ปัจจัยเสริมด้านการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร

1. ท่านเคยได้รับรู้ข่าวสาร ความรู้ เรื่องผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากแหล่งใด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. วิทยู  2. โทรทัศน์
3. หนังสือพิมพ์/นิตยสาร/วารสารทั่วไป  4. วารสารเกี่ยวกับสุขภาพ
5. เอกสารโฆษณาของผู้ผลิต  6. บุคลากรทางการแพทย์
7. คนขาย  8. อื่น ๆ.....

### 3.7 ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับอิทธิพลจากกลุ่มอ้างอิง

1. บุคคลในข้อใดที่มีส่วนช่วยทำให้ท่านตัดสินใจบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ญาติพี่น้อง

2. ลูกหลาน

3. เพื่อนในชมรม

4. เพื่อนนอกชมรม

5. บุคลากรทางสาธารณสุข (หมอ, พยาบาล, เภสัช ฯลฯ)

6. คนขาย

7. ตัดสินใจเอง

8. อื่น ๆ .....

2. ท่านเคยได้รับคำชมเชยที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพหลังจากที่ท่านบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือไม่

1. เคย

2. ไม่เคย

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Chiang Mai University

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางลัดดาวัลย์ เปรมานนท์
วัน เดือน ปีเกิด	8 กุมภาพันธ์ 2493
ประวัติการศึกษา	
2510	มัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนดาราวิทยาลัย
2513	ปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต (เกษตรศาสตร์) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ประสบการณ์การทำงาน	
2514-2522	ผู้จัดการฝ่ายประชาสัมพันธ์ โรงแรมเชียงใหม่ เชียงใหม่
2522-2532	ผู้จัดการประจำเขต บริษัทเอวอนคอสเมติกส์ จำกัด
2532-2538	ผู้จัดการขายส่วนอาวุโส บริษัทเบตเตอร์เวย์ จำกัด
2538-ปัจจุบัน	ผู้จัดการฝ่ายขาย บริษัทดีทีเอสเอ็ม จำกัด