

แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยโรคนอนกรนที่มาติดตามการรักษา
(แบบสอบถาม มี 2 หน้า กรุณากรอกแบบสอบถามต่อไปนี้อย่างครบถ้วน)

วันที่ _____ / _____ / _____

HN _____ / _____

ชื่อ (นาย, นาง, น.ส.) _____

นามสกุล _____

1. ในปัจจุบัน น้ำหนัก _____ กิโลกรัม ความดัน _____ / _____
2. ให้ท่านประเมินความรุนแรงของการนอนกรนที่คนใกล้ชิดท่านบอก (ทำเครื่องหมาย X ทับตัวเลข)

0	ไม่นอนกรน
1	นอนกรนไม่ดังและกรนบางวัน – ไม่รบกวนคนใกล้ชิด (เกือบไม่กรนเลย)
2	นอนกรนไม่ดังและกรนบางวัน – ไม่รบกวนคนใกล้ชิด (กรนน้อยมาก)
3	นอนกรนไม่ดังและกรนบางวัน – ไม่รบกวนคนใกล้ชิด (กรนน้อย)
4	นอนกรนดังเป็นประจำ – รบกวนคนใกล้ชิด (น้อยถึงปานกลาง)
5	นอนกรนดังเป็นประจำ – รบกวนคนใกล้ชิด (ปานกลาง)
6	นอนกรนดังเป็นประจำ – รบกวนคนใกล้ชิด (ปานกลางถึงมาก)
7	นอนกรนดังเป็นประจำ – ทำความรำคาญให้คนใกล้ชิดมาก (ค่อนข้างมาก)
8	นอนกรนดังเป็นประจำ – ทำความรำคาญให้คนใกล้ชิดมาก (มาก)
9	นอนกรนดังเป็นประจำ – ทำความรำคาญให้คนใกล้ชิดมาก (มากจนเกือบทนไม่ได้)
10	นอนกรนดังมากตลอด – จนคนใกล้ชิดทนไม่ได้

3. ในปัจจุบัน ท่านต้องแยกห้องนอนกับคู่สมรสหรือเพื่อนร่วมห้อง เพราะเหตุที่ท่านกรนหรือไม่
- ใช่ ไม่ใช่

4. ในปัจจุบัน เวลาท่านพักที่โรงแรม ท่านต้องนอนคนเดียว เพราะเกรงใจเพื่อนร่วมห้องหรือไม่
- ใช่ ไม่ใช่

5. ในปัจจุบัน ท่านกรนหรือไม่ เวลาท่านนอนในท่าต่อไปนี้

นอนหงาย ใช่ ไม่ใช่

นอนคว่ำ ใช่ ไม่ใช่

นอนตะแคง ใช่ ไม่ใช่

6. ในปัจจุบัน ท่านมักจะเพลอหลับหรืองีบหลับไป มากน้อยแค่ไหน (ตอบทุกข้อ)

	ไม่เคย	น้อย	ปานกลาง	มาก
- ขณะดูโทรทัศน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ขณะนั่งอ่านหนังสือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- นั่งเฉยๆ นอกบ้านในที่สาธารณะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- นั่งพูดคุยกับคนอื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- หลับในรถขณะรถติดช่วงไม่กี่ปาที่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- นั่งเป็นผู้โดยสารนานเป็นชั่วโมง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- นั่งเสียบๆ หลังอาหารเที่ยง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- นั่งเอนหลังเพื่อพักในช่วงพัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ในปัจจุบัน ท่านมีอาการต่อไปนี้หรือไม่ (กา X ในข้อที่ท่านมีอาการ)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> หลังจากเข้านอนไปแล้ว ชอบตื่นมากกลางดึก | <input type="checkbox"/> นอนหลับ ๆ ตื่น ๆ อยู่เสมอ |
| <input type="checkbox"/> สะดุ้งตื่นกลางดึก รู้สึกเหมือนขาดอากาศ | <input type="checkbox"/> มีอาการคล้ายล้าล่ำลนขณะนอนหลับ |
| <input type="checkbox"/> มีความรู้สึกเมื่อยๆ ตึงๆ ขา ต้องคอยสะบัดขาเป็นประจำ | <input type="checkbox"/> ชอบนอนเปลี่ยนท่าบ่อย ๆ ทั้งคืน |
| <input type="checkbox"/> ต้องลุกไปถ่ายปัสสาวะตอนกลางดึก | <input type="checkbox"/> มีปัสสาวะราดรดที่นอน |
| <input type="checkbox"/> รู้สึกสมองตื้อ คิดอะไรไม่ออกในขณะที่ทำงาน เพราะง่วงนอน | <input type="checkbox"/> ซี้ดลึ้ม ไม่ค่อยมีสมาธิในการทำงาน |
| <input type="checkbox"/> ตื่นขึ้นมาด้วยอาการอ่อนล้า ไม่สดชื่น ต้องการนอนต่ออีก | <input type="checkbox"/> ตื่นเข้าพร้อมกับอาการปวดศีรษะ |
| <input type="checkbox"/> จุกแน่นคอเหมือนมีอะไรติดคอ | <input type="checkbox"/> รู้สึกแสบเปรี้ยวในคอหอย |
| <input type="checkbox"/> คนอื่นบอกว่า ท่านชอบเปิดทีวีหรือวิทยุเสียงดังมาก | <input type="checkbox"/> หูอื้อ ได้ยินเสียงลดลง |
| <input type="checkbox"/> หงุดหงิดง่าย ซี้โมโห | <input type="checkbox"/> คนข้างเคียง ไม่ว่าจะเป็นที่บ้านหรือที่ทำงานบ่นว่า คุณอารมณ์เสียบ่อย ๆ |
| <input type="checkbox"/> รู้สึกมีความต้องการทางเพศลดลงกว่าเดิม | <input type="checkbox"/> รู้สึกมีความพึงพอใจทางเพศน้อยกว่าเดิม |
| <input type="checkbox"/> ง่วงมาก หรือเคยหลับในขณะขับรถยนต์ | <input type="checkbox"/> ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์บ่อยกว่าปกติ |
| <input type="checkbox"/> แน่นหรือหายใจทางจมูกไม่สะดวก | <input type="checkbox"/> นอนอ้าปาก หรือรู้สึกปากแห้งเวลาตื่นนอน |

8. ในปัจจุบัน ท่านมีอาการเจ็บคอ มากน้อยแค่ไหน

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีเลย | <input type="checkbox"/> เจ็บคอเล็กน้อย | <input type="checkbox"/> เจ็บคอปานกลาง |
| <input type="checkbox"/> เจ็บคอก่อนข้างมาก | <input type="checkbox"/> เจ็บคอมากที่สุด | |

9. ในปัจจุบัน เวลาตื่นน้ำและรับประทานอาหารเช้า ท่านมีน้ำขื่นจมูก มากน้อยแค่ไหน

- | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีเลย | <input type="checkbox"/> มีเล็กน้อย | <input type="checkbox"/> มีปานกลาง |
| <input type="checkbox"/> มีค่อนข้างมาก | <input type="checkbox"/> มีมากที่สุด | |

10. ในปัจจุบัน ท่านรู้สึกรสชาติของอาหารเปลี่ยนไป มากน้อยแค่ไหน

- | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีเลย | <input type="checkbox"/> มีเล็กน้อย | <input type="checkbox"/> มีปานกลาง |
| <input type="checkbox"/> มีค่อนข้างมาก | <input type="checkbox"/> มีมากที่สุด | |

11. ในปัจจุบัน ท่านรู้สึกเหมือนมีอะไรติดคอ มากน้อยแค่ไหน

- | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีเลย | <input type="checkbox"/> มีเล็กน้อย | <input type="checkbox"/> มีปานกลาง |
| <input type="checkbox"/> มีค่อนข้างมาก | <input type="checkbox"/> มีมากที่สุด | |

12. ในปัจจุบัน เวลาพูดคุย รู้สึกว่าเสียงเปลี่ยนไป มากน้อยแค่ไหน

- | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีเลย | <input type="checkbox"/> มีเล็กน้อย | <input type="checkbox"/> มีปานกลาง |
| <input type="checkbox"/> มีค่อนข้างมาก | <input type="checkbox"/> มีมากที่สุด | |

13. ในปัจจุบัน ท่านมีอาการแน่นจมูก มากน้อยแค่ไหน

- | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีเลย | <input type="checkbox"/> มีเล็กน้อย | <input type="checkbox"/> มีปานกลาง |
| <input type="checkbox"/> มีค่อนข้างมาก | <input type="checkbox"/> มีมากที่สุด | |

14. ในปัจจุบัน ท่านมีอาการอ้าปาก ในขณะที่เวลานอนหลับ มากน้อยแค่ไหน

- | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีเลย | <input type="checkbox"/> มีเล็กน้อย | <input type="checkbox"/> มีปานกลาง |
| <input type="checkbox"/> มีค่อนข้างมาก | <input type="checkbox"/> มีมากที่สุด | |

15. ในปัจจุบัน ท่านมีอาการน้ำมูกไหล มากน้อยแค่ไหน

- | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีเลย | <input type="checkbox"/> มีเล็กน้อย | <input type="checkbox"/> มีปานกลาง |
| <input type="checkbox"/> มีค่อนข้างมาก | <input type="checkbox"/> มีมากที่สุด | |