

แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยนอนกรนและใบยินยอมให้นำข้อมูลไปใช้เพื่อการวิจัย

โรงพยาบาล _____

HN= _____ / _____

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการตรวจวินิจฉัย การรักษา และการวิจัยเพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาโรคนอนกรน ข้อมูลดังกล่าวจะนำมาใช้ประเมินเพื่อการรักษา และนำไปใช้ในการวิจัยทางการแพทย์ โดยข้อมูลทั้งหมด แพทย์จะถือว่าเป็นความลับส่วนตัวของท่านเท่านั้น

แพทย์ผู้รับผิดชอบ: รศ.นพ.ประกอบเกียรติ หิรัญวิวัฒน์กุล โทรศัพท์ 0-2252-7787, 0-2256-4103

ชื่อผู้ป่วย (นาย, นาง, นางสาว) _____ นามสกุล _____

ลายเซ็นผู้ป่วย _____ วันที่ _____

(ในกรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ชื่อผู้ปกครอง (นาย, นาง, นางสาว) _____ นามสกุล _____

ลายเซ็นผู้ปกครอง _____ วันที่ _____

กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในกรอบคำตอบที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง เชื้อชาติ _____

วันเดือนปีเกิด ____/____/____ ปัจจุบันอายุ _____ ปี

2. อาชีพ รับราชการ ค้าขาย
 แม่บ้าน รับจ้างทั่วไป
 พนักงานบริษัท พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 ประกอบธุรกิจส่วนตัว อื่นๆ (ระบุ) _____

3. รายได้ต่อเดือน (บาท)

ต่ำกว่า 10,000 10,000 – 30,000
 30,000 – 50,000 50,000 – 100,000
 มากกว่า 100,000

4. ระดับการศึกษา

ต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

5. ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้

6. โทรศัพท์ที่บ้าน _____ โทรศัพท์ที่ทำงาน _____

วิทยุติดตามตัว _____ โทรศัพท์มือถือ _____

ชื่อผู้ใกล้ชิดที่สามารถติดต่อท่านได้ _____ โทรศัพท์ _____

7. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือสูบบุหรี่ หรือดื่มกาแฟ เป็นประจำ หรือไม่

- ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่
 ดื่มกาแฟ หรือน้ำชา ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือชา กาแฟ และ ไม่สูบบุหรี่

8. ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือ มีโรคประจำตัว หรือไม่

<input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> เบาหวาน	<input type="checkbox"/> ไชมันน์ในเลือดสูง	<input type="checkbox"/> โรคธัยรอยด์	<input type="checkbox"/> โรคภูมิแพ้
<input type="checkbox"/> ไชนัสอักเสบ	<input type="checkbox"/> ผื่นงักันจุมูกคด	<input type="checkbox"/> โรคอื่นๆ.....			
<input type="checkbox"/> ไม่เคยผ่าตัด			<input type="checkbox"/> เคยผ่าตัด(ระบุชื่อการผ่าตัด).....		<input type="checkbox"/> ตมยาสลบ <input type="checkbox"/> ยาชา

9. ท่านรับประทานยาอะไรเป็นประจำหรือไม่

- ไม่ได้ใช้ยาใดๆ ประจำ มี (ระบุ) _____

10. ท่านมีประวัติแพ้ยาอะไร หรือไม่

- ไม่แพ้ยาใดๆ
 มี (ระบุ) _____ อาการแพ้ยา (ระบุ) _____

11. น้ำหนัก _____ กิโลกรัม ส่วนสูง _____ เซ็นติเมตร

12. อาการสำคัญที่เป็นปัญหามากที่สุด (เลือกเพียงข้อเดียว) เป็นมานานประมาณ _____ ปี

- นอนกรน
 ง่วงนอนมาก
 เกรงว่าเป็นโรคหยุดหายใจขณะหลับ
 อื่นๆ (ระบุ) _____

13. ให้ท่านประเมินความรุนแรงของการนอนกรนที่คนใกล้ชิดท่านบอก (ทำเครื่องหมายวงกลมล้อมรอบตัวเลข)

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

14. ท่านเคยต้องแยกห้องนอนกับสามีหรือภรรยาหรือเพื่อนร่วมห้องเพราะเหตุที่ท่านกรน หรือไม่

- ใช่ ไม่ใช่

15. เวลาท่านไปพักที่โรงแรม ท่านมักจะต้องนอนคนเดียว เพราะเกรงว่าเพื่อนร่วมห้องจะรำคาญ

- ใช่ ไม่ใช่

16. ท่านกรน เวลาท่านนอนในท่าต่อไปนี้

- นอนหงาย นอนคว่ำ นอนตะแคง

17. ในสถานการณ์ต่อไปนี้ ท่านมักจะเพลอหลับหรืองีบหลับไป มีมากน้อยแค่ไหน (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"/>
- หลับในรถขณะรถติดช่วงไม่กี่นาที	<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"/>
- นั่งเฝ้ายาม หลังอาหารเที่ยง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- นั่งเอนหลังเพื่อพักในช่วงบ่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. ท่านมีอาการต่อไปนี้หรือไม่ (กา X ในข้อที่ท่านมีอาการ ไม่ต้องกาในข้อที่ท่านไม่มีอาการ)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> หลังจากเข้านอนไปแล้ว ชอบตื่นกลางดึก | <input type="checkbox"/> นอนหลับ ๆ ตื่น ๆ อยู่เสมอ |
| <input type="checkbox"/> สะดุ้งตื่นกลางดึก รู้สึกเหมือนขาดอากาศ | <input type="checkbox"/> มีอาการคล้ายล้มลุกขณะนอนหลับ |
| <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"/> ซ้ำลืม ไม่ค่อยมีสมาธิในการทำงาน |
| <input type="checkbox"/> ตื่นขึ้นมาด้วยอาการอ่อนล้า ไม่สดชื่น ต้องการนอนต่ออีก | <input type="checkbox"/> ตื่นเช้าพร้อมกับอาการปวดศีรษะ |
| <input type="checkbox"/> จุกแน่นคอเหมือนมีอะไรติดคอ | <input type="checkbox"/> รู้สึกแสบเปรี้ยวในคอหอย |
| <input type="checkbox"/> คนอื่นบอกว่า ท่านชอบเปิดทีวีหรือวิทยุเสียงดังมาก | <input type="checkbox"/> หูอื้อ ได้ยินเสียงลดลง |
| <input type="checkbox"/> หงุดหงิดง่าย ซ้ำโมโห | <input type="checkbox"/> คนข้างเคียง ไม่ว่าจะเป็นที่บ้านหรือที่ทำงานบ่นว่า คุณอารมณ์เสียบ่อย ๆ |
| <input type="checkbox"/> รู้สึกมีความต้องการทางเพศลดลงกว่าเดิม | <input type="checkbox"/> รู้สึกมีความพึงพอใจทางเพศน้อยกว่าเดิม |
| <input type="checkbox"/> ง่วงมาก หรือเคยหลับในขณะที่ขับรถยนต์ | <input type="checkbox"/> ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์บ่อยกว่าปกติ |
| <input type="checkbox"/> แน่นหรือหายใจทางจมูกไม่สะดวก | <input type="checkbox"/> นอนอ้าปาก หรือรู้สึกปากแห้งเวลาตื่นนอน |

19. ท่านทราบว่ามีอาการนอนกรนรักษาได้จากสื่อใด (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> โปสเตอร์ | <input type="checkbox"/> หนังสือพิมพ์ | <input type="checkbox"/> นิตยสาร |
| <input type="checkbox"/> โทรทัศน์ | <input type="checkbox"/> วิทยุ | <input type="checkbox"/> บุคคลอื่น |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) _____ | | |

20. ท่านทราบมาก่อนหรือไม่ว่า นอนกรนสามารถรักษาให้หายได้

- ไม่ทราบมาก่อน ทราบมาจากที่อื่น (ระบุ) _____

21. หากท่านเป็นผู้หนึ่งที่นอนกรนเสียงดัง ท่านต้องการจะรักษาหรือไม่ ด้วยเหตุใด?

- ไม่ต้องการรักษา เพราะท่านไม่รู้สึกว่า เป็นปัญหาที่ทำให้ท่านเดือดร้อน
- ไม่ต้องการรักษา เพราะไม่มีเวลา ถ้ามีเวลา อยากจะมารักษาในภายหลัง
- ต้องการรักษา และกำลังพิจารณาว่าจะรักษาโดยวิธีใด
- ต้องการรักษา แต่ไม่ใช่ตอนนี้ เพราะคิดว่าในอนาคตอาจมีวิธีการรักษาใหม่ๆ ที่ได้ผลดีกว่า

22. ท่านเคยได้รับการตรวจการนอนหลับมาก่อนหรือไม่ ไม่เคย เคย

23. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหยุดหายใจขณะหลับ ไม่เคย เคย

กรณีที่ท่านทราบว่าเป็นโรคหยุดหายใจขณะหลับ

24. ท่านเคยใช้วิธีการรักษาแบบใด

- ปรับพฤติกรรม ใช้เครื่อง CPAP
 วิธีผ่าตัดรักษา (ตอบข้อ28) อื่นๆ (ระบุ) _____

หมายเหตุ การปรับพฤติกรรม เช่น การลดน้ำหนัก นอนตะแคง หลีกเลียงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ยานอนหลับ

25. ความพึงพอใจของการรักษาที่ผ่านมา มาก ปานกลาง น้อย
 26. ปัญหาของการรักษาที่ผ่านมา ไม่มี มี (ระบุ) _____
 27. หลังจากท่านทราบเรื่องการรักษา ท่านจะเลือกวิธีการรักษาแบบใด
 ปรับพฤติกรรม ใช้เครื่อง CPAP
 วิธีผ่าตัดรักษา อื่นๆ (ระบุ) _____

กรณีที่ท่านเลือกวิธีผ่าตัด

28. ในการรักษาโดยวิธีผ่าตัด ท่านยังมีความกลัวในเรื่อง (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
 กลัวเจ็บ กลัวเสียเงิน กลัวการผ่าตัด
 กลัวผลข้างเคียงจากการผ่าตัด กลัวเสียงจะเปลี่ยนไป กลัวต้องอยู่โรงพยาบาลนาน
 29. เหตุผลในการตัดสินใจเลือกการรักษาโดยวิธีผ่าตัด
 ต้องการรักษาให้หายขาด โดยใช้เวลานั้นที่สุด
 เชื่อว่าการผ่าตัดมีความปลอดภัย ไม่มีผลข้างเคียงที่อันตราย
 ท่านเคยรักษาโดยวิธีอื่น (ระบุ) _____ แต่ไม่ได้ผล
 30. หลังการผ่าตัด ท่านตรวจการนอนหลับซ้ำอีกครั้ง เพื่อประเมินผลการรักษาหรือไม่
 ต้องการตรวจ ไม่ต้องการตรวจ เพราะ _____
 31. กรณีที่ท่านเลือกการผ่าตัด ท่านจะเลือกการผ่าตัดแบบใด
 การผ่าตัดโดยใช้เลเซอร์ การผ่าตัดโดยใช้มีด การรักษาโดยใช้คลื่นวิทยุ

กรณีที่ท่านใช้เครื่อง CPAP

32. จนถึงปัจจุบัน ท่านใช้เครื่อง CPAP มานานประมาณ
 น้อยกว่า 6 เดือน 6 เดือน – 1 ปี 1-2 ปี
 2 – 5 ปี มากกว่า 5 ปี
 33. ความบ่อยที่ท่านใช้เครื่อง CPAP
 ทุกคืน 1 – 3 คืนต่อสัปดาห์ 4 – 6 คืนต่อสัปดาห์
 34. การใช้เฉลี่ยต่อคืน
 น้อยกว่า 4 ชั่วโมง 4 – 6 ชั่วโมง 6 – 8 ชั่วโมง
 35. เหตุผลสำคัญที่สุดที่ยังคงใช้เครื่องอยู่ในปัจจุบัน
 ใช้แล้วอาการต่างๆ ดีขึ้นมาก เชื่อและทำตามแพทย์บอก
 เพราะรู้ว่าลดการเกิดโรคแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิตในระยะยาว
 เพื่อลดการรบกวนคนข้างเคียง อื่นๆ (ระบุ) _____
 36. กรณีที่เคยใช้เครื่องแต่เลิกใช้ไปแล้ว สาเหตุเพราะ
 รู้สึกรำคาญ ยุ่งยาก รู้สึกอึดอัด หายใจไม่สะดวก
 ใช้แล้วไม่รู้สึกดีขึ้นเท่าที่ควร อื่นๆ (ระบุ) _____