

# แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต

## Lifestyle Assessment

ชื่อ.....สกุล.....HN.....วันที่.....

การวินิจฉัย.....

### แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์กฉบับภาษาไทย

#### คำแนะนำในการตอบแบบสอบถาม

คำถามต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรนอนของท่านในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

คำตอบของท่านควรบ่งบอกสิ่งที่ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด และเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวท่านเป็นส่วนใหญ่ทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน โปรดตอบทุกคำถาม

1. ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ท่านมักเข้านอนเวลากี่โมง

เวลาเข้านอน \_\_\_\_\_

2. ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ท่านต้องใช้เวลานานเท่าไร(นาทิจึงจะนอนหลับ

จำนวนนาทิจึงจะนอนหลับ \_\_\_\_\_

3. ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ท่านตื่นนอนตอนเช้าเวลากี่โมง

เวลาที่ตื่นนอนตอนเช้า \_\_\_\_\_

4. ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านนอนหลับได้จริงเป็นเวลาที่ชั่วโมงต่อคืน (คำตอบอาจแตกต่างจากระยะเวลาทั้งหมดตั้งแต่เริ่มเข้านอนจนถึงตื่นนอน)

จำนวนชั่วโมงที่หลับได้จริงต่อคืน \_\_\_\_\_

โปรดตอบคำถามข้างล่างต่อไปนี้ทุกข้อ โดยแต่ละข้อให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ

5. ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาการนอนหลับเนื่องจากเหตุผลต่อไปนี้ บ่อยเพียงใด

5.1 นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที

\_\_\_\_\_ ไม่เคยเลยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

\_\_\_\_\_ น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์

\_\_\_\_\_ 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์

\_\_\_\_\_ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป

5.2 รู้สึกตัวตื่นขึ้นระหว่างนอนหลับกลางดึก หรือตื่นเชากว่าเวลาที่ตั้งใจไว้

\_\_\_\_\_ ไม่เคยเลยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

\_\_\_\_\_ น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์

\_\_\_\_\_ 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์

\_\_\_\_\_ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป

5.3 ตื่นเพื่อไปเข้าห้องน้ำ

\_\_\_\_\_ ไม่เคยเลยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

\_\_\_\_\_ น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์

\_\_\_\_\_ 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์

\_\_\_\_\_ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป

5.4 หายใจไม่สะดวก

- ไม่เคยเลยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา
- น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
- 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์
- 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป

5.5 ไอ หรือ กรน เสียงดัง

- ไม่เคยเลยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา
- น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
- 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์
- 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป

5.6 รู้สึกหนาวเกินไป

- ไม่เคยเลยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา
- น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
- 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์
- 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป

5.7 รู้สึกร้อนเกินไป

- ไม่เคยเลยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา
- น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
- 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์
- 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป

5.8 ผื่นร้าย

- ไม่เคยเลยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา
- น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
- 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์
- 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป

5.9 รู้สึกปวด

- ไม่เคยเลยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา
- น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
- 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์
- 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป

5.10 เหตุผลอื่น ถ้ามี กรุณาระบุ \_\_\_\_\_

จากเหตุผลในข้อ 5.10 ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา เกิดบ่อยเพียงใด

\_\_\_\_\_ ไม่เคยเลยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

\_\_\_\_\_ น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์

\_\_\_\_\_ 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์

\_\_\_\_\_ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป

6. ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านคิดว่าคุณภาพการนอนหลับโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร

\_\_\_\_\_ ดีมาก

\_\_\_\_\_ ค่อนข้างดี

\_\_\_\_\_ ค่อนข้างแย่

\_\_\_\_\_ แย่มาก

7. ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้ยาเพื่อช่วยในการนอนหลับ บ่อยเพียงใด (ไม่ว่าจะตามใบสั่งแพทย์ หรือ หาซื้อมาเอง)

\_\_\_\_\_ ไม่เคยเลยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

\_\_\_\_\_ น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์

\_\_\_\_\_ 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์

\_\_\_\_\_ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป

8. ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาง่วงนอนหรือเพลอหลับ ขณะขับขียานพาหนะ, ขณะรับประทานอาหาร หรือขณะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ บ่อยเพียงใด

\_\_\_\_\_ ไม่เคยเลยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

\_\_\_\_\_ น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์

\_\_\_\_\_ 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์

\_\_\_\_\_ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป

9. ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จมากน้อยเพียงใด

\_\_\_\_\_ ไม่มีปัญหาเลยแม้แต่น้อย

\_\_\_\_\_ มีปัญหาเพียงเล็กน้อย

\_\_\_\_\_ ค่อนข้างที่จะเป็นปัญหา

\_\_\_\_\_ เป็นปัญหาอย่างมาก

10. ท่านมีคู่นอน, เพื่อนร่วมห้องหรือผู้อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกันหรือไม่

\_\_\_\_\_ ไม่มีเลย

\_\_\_\_\_ มี แต่นอนคนละห้อง

\_\_\_\_\_ มี และนอนในห้องเดียวกัน แต่คนละเตียง

\_\_\_\_\_ มี และนอนเตียงเดียวกัน

หากท่านตอบว่ามี กรุณาสอบถามจากบุคคลข้างต้นว่า ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้เคยมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่

10.1 กรนเสียงดัง

- ไม่เคยเลยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา
- น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
- 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์
- 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป

10.2 มีช่วงหยุดหายใจเป็นระยะเวลานาน ขณะหลับ

- ไม่เคยเลยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา
- น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
- 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์
- 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป

10.3 ขากรระตุก ขณะหลับ

- ไม่เคยเลยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา
- น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
- 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์
- 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป

10.4 สับสนเป็นช่วงๆ ขณะหลับ

- ไม่เคยเลยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา
- น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
- 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์
- 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป

10.5 อาการกระสับกระส่ายอื่นๆที่พบขณะหลับ ถ้ามี กรุณาระบุ \_\_\_\_\_

จากอาการในข้อ 10.5 ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มีอาการบ่อยเพียงใด

- ไม่เคยเลยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา
- น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
- 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์
- 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป

# ศูนย์นิทราเวช (Excellence Center for Sleep Disorder)

## โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

### คลินิกโรคความผิดปกติจากการหลับ

ทุกวันจันทร์ – อังคาร เวลา 13.00 – 16.00 น. ณ ศูนย์นิทราเวช ชั้น 5 อาคารคลินิกพิเศษ 14 ชั้น

### คลินิกเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (PAP Clinic)

สถานที่ติดต่อและดาวน์โหลด : ศูนย์นิทราเวช ชั้น 21 โซน C อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์

ในวันและเวลาราชการ จันทร์ – ศุกร์ 08.30-15.00 น.

### ห้องปฏิบัติการตรวจการนอนหลับ (polysomnography or sleep test)

ทุกวัน เวลา 20.00 – 07.00 น. ณ ศูนย์นิทราเวช ชั้น 5 อาคารคลินิกพิเศษ 14 ชั้น และ อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ ชั้น 21 โซน C

### คลินิกบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับโรคนอนไม่หลับ (CBT-I Clinic)

วันจันทร์ เวลา 9:00-12:00, วันพฤหัสบดี 9:00-12:00 และ 13:00-16:00, ณ ศูนย์นิทราเวช ชั้น 5 อาคารคลินิกพิเศษ 14 ชั้น

(\*ช่วงสถานการณ์โควิด 19 ให้บริการ ณ ศูนย์นิทราเวช ชั้น 21 โซน C ตึกอาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์)

**ช่องทางติดต่อ สอบถาม**

ทำนัด / เลื่อนนัด / ยกเลิกนัด ในคลินิก (OPD)  
ทำนัด / ยืนยันนัด ตรวจการนอนหลับ (Polysomnography Test)  
ทำนัด คลินิกเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (PAP Clinic)

☎ 02-649-4037



Line Official : ศูนย์นิทราเวช  
Line ID: @392mkjr

ในวันและเวลาราชการ : จันทร์ - ศุกร์ 09.00 - 15.30 น.

ศูนย์นิทราเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  

Line Official Account  
**Chula Sleep Report**

สอบถามผลตรวจการนอนหลับ  
@694lypsg

แจ้งถึงผลใน 5 วันขอไม่ทำ แจ้งผลเฉพาะ  
แก่ผู้ส่งหาไป หรือบนแอปพลิเคชัน



ศูนย์นิทราเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 

**ช่องทางติดต่อ สอบถาม**

คลินิกเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก  
(PAP Clinic)

☎ 064-505-1794




Line Official : Chula PAP Clinic  
Line ID: @413zjprh

ในวันและเวลาราชการ : จันทร์ - ศุกร์ 08.30 - 16.00 น.

ศูนย์นิทราเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 

**ช่องทางติดต่อ สอบถาม**

คลินิกบำบัดความคิดและพฤติกรรม  
สำหรับโรคนอนไม่หลับ  
(CBT-I Clinic)

 E-mail: cbtssleepcu@gmail.com

ศูนย์นิทราเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 