

แบบสอบถามนี้มีไว้สำหรับผู้ที่ได้รับการปรึกษาครั้งแรก ขอให้คุณตอบ เพื่อประโยชน์ในการทำความเข้าใจ และวางแผนการรักษา
แบบสอบถามมีหลายส่วน มีเวลาจำกัด สามารถเลือกตอบส่วนที่คุณคิดว่าเกี่ยวข้อง // ขอบพระคุณครับ/ค่ะ

ชื่อ-นามสกุล _____ วันที่: _____

ข้อมูลส่วนตัวของคุณ

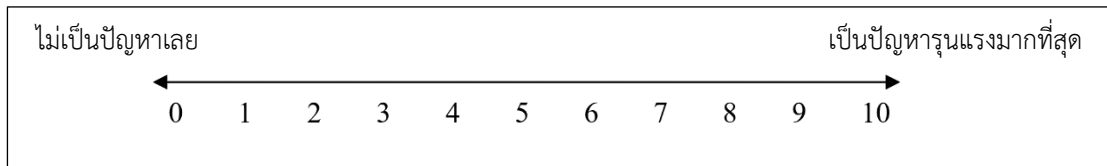
อายุ _____ ภูมิลำเนา _____

อาชีพ _____ ระดับการศึกษา _____

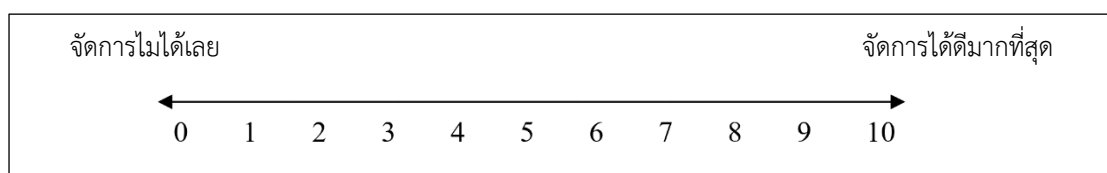
สมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยร่วมกันในบ้าน

กรุณาอธิบายปัญหาหลัก/อาการ ที่คุณกำลังเผชิญอยู่ พร้อมระบุระยะเวลาที่เกิดปัญหาหรืออาการดังกล่าว

คุณคิดว่าปัญหา/อาการดังกล่าวรุนแรงมากแค่ไหน



คุณและครอบครัวของคุณจัดการมันได้ดีแค่ไหน



ความคาดหวังจากการรักษา/สิ่งที่ยอยากให้เกิดขึ้นเมื่อการรักษาสำเร็จ

1. _____

2. _____

3. _____

คุณเคยรับบริการทางสุขภาพจิตใช่หรือไม่ ☐ ใช่ (เมื่อ.....) ☐ ไม่ใช่

คุณเคยได้รับวินิจฉัยภาวะทางสุขภาพจิตใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

หากใช่ กรุณาระบุภาวะดังกล่าว.....

และการรักษาที่ท่านเคยได้รับ ☐ ยา (ระบุ.....)

☐ จิตบำบัด/การให้คำปรึกษา ☐ การรักษาด้วยการช็อตไฟฟ้า (ECT) ☐ การรักษาแบบผู้ป่วยใน

แบบสอบถามภาวะวิตกกังวล

ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีอาการเหล่านี้บ่อยเพียงใด	ไม่เคย	บางวัน	มากกว่า ครึ่งหนึ่ง	เกือบ ทุกวัน
รู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล หรือ กระวนกระวาย	0	1	2	3
ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมความกังวลได้	0	1	2	3
กังวลมากเกินไปในเรื่องต่างๆ	0	1	2	3
ผ่อนคลายได้ยาก	0	1	2	3
รู้สึกกระสับกระส่ายจนไม่สามารถนั่งนิ่งๆ ได้	0	1	2	3
กลายเป็นคนขี้รำคาญ หรือ หงุดหงิดง่าย	0	1	2	3
รู้สึกกลัวเหมือนว่าจะมีอะไรร้ายๆ เกิดขึ้น	0	1	2	3

0-9 คะแนน = มีความวิตกกังวลในระดับเฉลี่ย

10-14 คะแนน = มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง

15-21 คะแนน = มีความวิตกกังวลในระดับสูง

แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

ในช่วง **2 สัปดาห์** ที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน

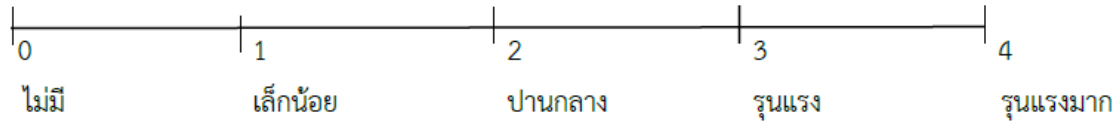
(ทำเครื่องหมาย “✓” ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่าน)

	ไม่เคย	มีบางวัน ไม่บ่อย	มีค่อนข้าง บ่อย	มีเกือบทุก วัน
1. เบื่อทำอะไรๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน				
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้				
3. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป				
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง				
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป				
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง – คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือเป็นคนทำให้ ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงาน ที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8. พุดหรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น หรือกระสับกระส่าย จนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย				
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายๆ ไปเสียคงจะดี				

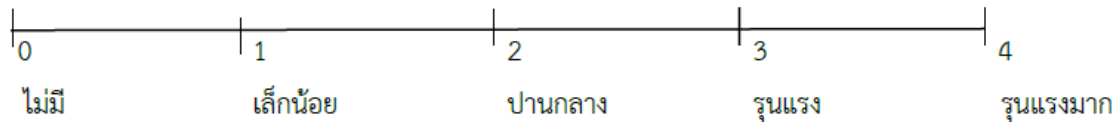
แบบสอบถามปัญหาการนอน

แบบสอบถามนี้เกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของท่านในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึก 0 ถึง 4 คะแนนขอให้ท่านทำเครื่องหมาย (X) ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

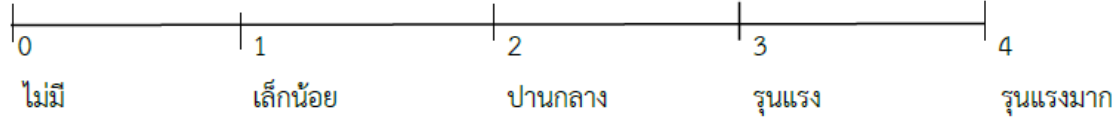
1. ในช่วง 1 คืนที่ผ่านมา ท่านพยายามนอนแต่ไม่ค่อยหลับ



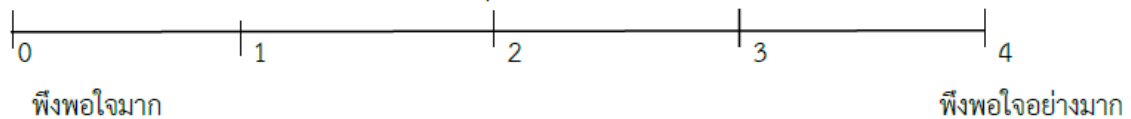
2. ในช่วง 1 คืนที่ผ่านมา เมื่อท่านตื่นขึ้นมากลางดึกแล้ว พยายามนอนต่อแต่กลับไม่หลับ



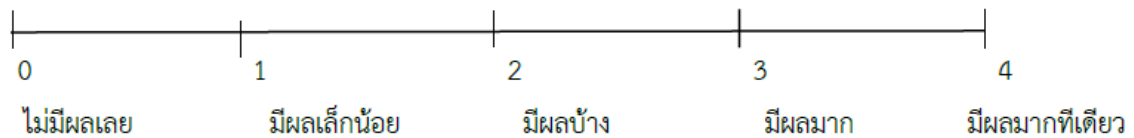
3. ในช่วง 1 คืนที่ผ่านมา ท่านตื่นเร็วเกินไป



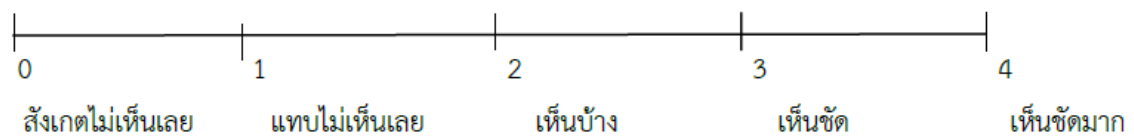
4. ความพึงพอใจ/กับสภาพการนอนของท่านในปัจจุบัน



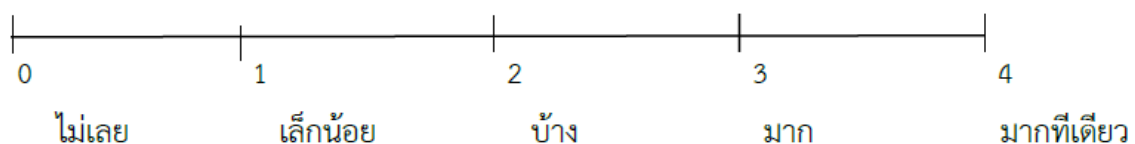
5. ท่านคิดว่าปัญหาการนอนไม่หลับของท่านมีผลต่อท่านในระดับไหน



6. การนอนไม่หลับของท่านส่งผลต่อท่าน จนคนอื่นสังเกตเห็นได้



7. ท่านรู้สึกกังวลหรือหวั่นไหวเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ



0-7 = no clinically significant insomnia

8-14 = subthreshold insomnia

15-21 = clinically insomnia (moderate severity)

22-28 = clinically insomnia (severe)

แบบสอบถามการใช้สารเสพติด

ยาและสารเสพติดที่ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ยาบ้า ☐ ไอซ์ ☐ ยาอี ☐ กัญชา ☐ กระท่อม ☐ สารระเหย
☐ เฮโรอีน ☐ ผีน ☐ กระท่อม ☐ ยาแก้ไอ/แก้ปวด ☐ ยานอนหลับ
☐ อื่นๆ ระบุ.....

ยาหรือสารเสพติดหลักที่ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมาคือ.....

ยาหรือสารเสพติดที่ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมา และคัดกรองในตารางนี้คือ.....	ไม่เคย	เพียง 1- 2 ครั้ง	เดือนละ 1-3 ครั้ง	สัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง	เกือบ ทุกวัน
คุณใช้.....บ่อยเพียงใด	0	2	3	4	6
คุณมีความต้องการหรือมีความรู้สึกรักอยากใช้.....จน ทนไม่ได้บ่อยเพียงใด	0	1	2	3	6
การใช้.....ทำให้คุณเกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครัว สังคม กฎหมาย หรือการเงินบ่อยเพียงใด	0	1	2	3	7
การใช้.....ทำให้คุณไม่สามารถรับผิดชอบหรือทำ กิจกรรมที่คุณเคยทำได้ปกติบ่อยเพียงใด	0	1	2	3	8

ในช่วงเวลาที่ผ่านมา	ไม่เคย	เคย แต่ก่อน 3 เดือน ที่ผ่านมา	เคย ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา
ญาติ เพื่อน หรือคนรู้จัก เคยกล่าวตักเตือน วิจารณ์ จับผิด หรือแสดงท่าทีสงสัยว่าคุณเกี่ยวข้องกับสาร.....หรือไม่	0	3	6
คุณเคยลด หรือหยุดใช้.....แต่ไม่ประสบผลสำเร็จหรือไม่	0	3	6

(2-3 mild; 5-26 moderate; 27 severe)

- คุณเคยใช้สารเสพติดชนิดผิดหรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย
 คุณดื่มเหล้าเป็นประจำเกือบทุกวันใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 คุณสูบบุหรี่เป็นประจำเกือบทุกวันใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

แบบสอบถามอาการทางสุขภาพจิต

คุณเคยมีอาการเหล่านี้ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่	ไม่เคย	เคยบางครั้ง	เคยบ่อยๆ
ระแวงว่ามีคนมามุ่งร้าย/หวาดระแวง	0	2	3
หูแว่ว หรือเห็นภาพหลอน	0	1	2

แบบประเมินภาวะหยุดหายใจขณะหลับ STOP-Bang ฉบับภาษาไทย⁶

ส่วนสูง _____ ซม., น้ำหนัก _____ กก.

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

เส้นรอบวงคอ _____ ซม.

1. Snoring

คุณนอนกรนดังหรือไม่? (ดังกว่าเสียงพุดคุย หรือ ดังพอที่จะได้ยินออกไปนอนห้อง) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2. Tired

คุณมักจะรู้สึกอ่อนเพลีย ล้า หรือ ง่วงนอนในระหว่างกลางวันบ่อย ๆ หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

3. Observed

มีคนเคยสังเกตเห็นว่าคุณหยุดหายใจขณะที่คุณหลับอยู่หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

4. Blood pressure

คุณมีความดันโลหิตสูง หรือกำลังรักษาโรคความดันโลหิตสูงอยู่หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

5. BMI

ดัชนีมวลกายมากกว่า 35 หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

6. Age

อายุมากกว่า 50 ปี หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

7. Neck circumference

เส้นรอบวงคอมากกว่า 40 ซม. หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

8. Gender

เป็นเพศชายหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

High risk of OSA: answering yes to three or more items

Low risk of OSA: answering yes to less than three items

แบบทดสอบระดับความง่วงนอนเอปเวิร์ธฉบับภาษาไทย⁵

(The Epworth Sleepiness Scale: Thai version)

มีความเป็นไปได้แค่ไหนที่คุณจะง่วงจนงีบหรือเผลอหลับ ในสถานการณ์ต่าง ๆ ต่อไปนี้ โดยที่ไม่ใช่เพียงแค่รู้สึกอ่อนเพลีย ทั้งนี้หมายถึงการดำเนินชีวิตปกติของคุณในช่วงที่ผ่านมาไม่นาน และแม้ว่าคุณจะไม่ได้ทำสิ่งต่าง ๆ ที่ว่าในช่วงไม่นานนี้ให้ลองนึกว่า สถานการณ์ข้างล่างนี้ จะมีผลต่อคุณอย่างไร กรุณาใช้เกณฑ์การให้คะแนนข้างล่าง เพื่อเลือกคะแนนที่เหมาะสมที่สุดสำหรับแต่ละสถานการณ์

- 0 หมายถึง ไม่มีความเป็นไปได้ที่จะงีบหรือเผลอหลับ
- 1 หมายถึง มีความเป็นไปได้ที่จะงีบหรือเผลอหลับ เล็กน้อย (นาน ๆ ครั้ง)
- 2 หมายถึง มีความเป็นไปได้ที่จะงีบหรือเผลอหลับ ปานกลาง
- 3 หมายถึง มีความเป็นไปได้ที่จะงีบหรือเผลอหลับ สูง (เป็นประจำ)

เนื่องจากคำตอบแต่ละข้อมีความสำคัญ จึงขอความร่วมมือให้ตอบอย่างดีที่สุดเท่าที่ทำได้

สถานการณ์	ความเป็นไปได้ที่ง่วงจนงีบหรือเผลอหลับ
ขณะกำลังนั่งและอ่านหนังสือ	
ขณะกำลังดูโทรทัศน์	
ขณะกำลังนั่งเฉย ๆ ในที่สาธารณะ เช่น ในโรงภาพยนตร์ หรือที่ประชุมสัมมนา	
ขณะกำลังนั่งเป็นผู้โดยสารในรถ นานกว่า 1 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่อง	
ขณะกำลังได้นอนเอนหลังเพื่อพักผ่อนในตอนบ่ายถ้ามีโอกาส	
ขณะกำลังนั่งและพูดคุยกับผู้อื่น	
ขณะกำลังนั่งเงียบ ๆ หลังอาหารกลางวันโดยที่ไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์	
ขณะกำลังขับรถแต่หยุดรถเพื่อรอสัญญาณจราจรนาน 2-3 นาที	

คะแนนรวมกันทุกข้อ

ขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนครบถ้วน

การแปลผล

- คะแนน < 10 แสดงว่าไม่มีปัญหาง่วงนอน
- คะแนน 10-14 แสดงว่าง่วงนอนเล็กน้อย
- คะแนน 15-18 แสดงว่าง่วงนอนปานกลาง
- คะแนน > 18 แสดงว่าง่วงนอนมาก