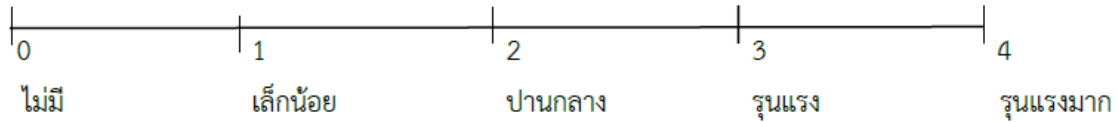


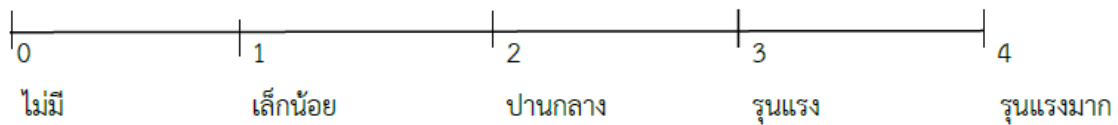
แบบสอบถามปัญหาการนอน

แบบสอบถามนี้เกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของท่านในช่วง 2 อาทิตย์ ที่ผ่านมา โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึก 0 ถึง 4 คะแนนขอให้ท่านทำเครื่องหมาย (X) ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

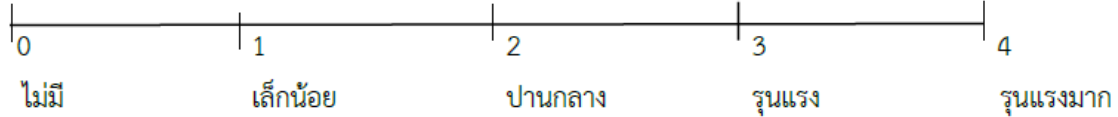
1. ในช่วง 1 คืนที่ผ่านมา ท่านพยายามนอนแต่ไม่ค่อยหลับ



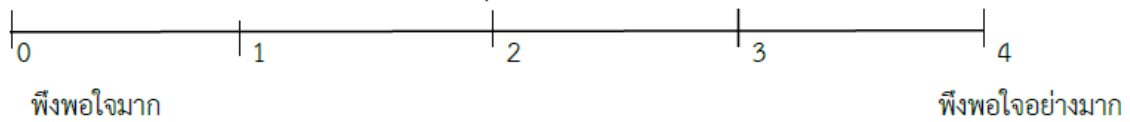
2. ในช่วง 1 คืนที่ผ่านมา เมื่อท่านตื่นขึ้นมากลางดึกแล้ว พยายามนอนต่อแต่กลับไม่หลับ



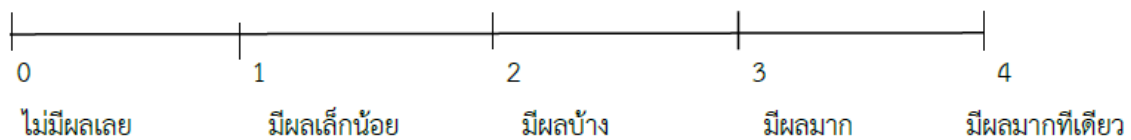
3. ในช่วง 1 คืนที่ผ่านมา ท่านตื่นเร็วเกินไป



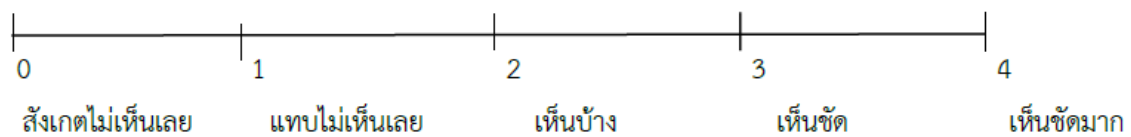
4. ความพึงพอใจ/กับสภาพการนอนของท่านในปัจจุบัน



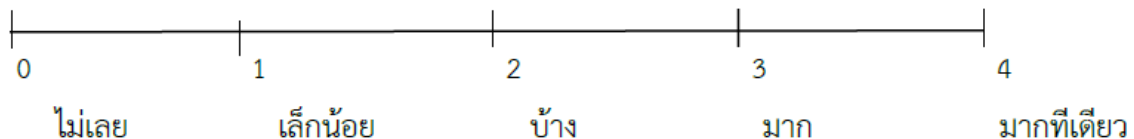
5. ท่านคิดว่าปัญหาการนอนไม่หลับของท่านมีผลต่อท่านในระดับไหน



6. การนอนไม่หลับของท่านส่งผลต่อท่าน จนคนอื่นๆสังเกตเห็นได้



7. ท่านรู้สึกกังวลหรือหุดหู่แค้นกับการนอนไม่หลับ



0-7 = no clinically significant insomnia

8-14 = subthreshold insomnia

15-21 = clinically insomnia (moderate severity)

22-28 = clinically insomnia (severe)