

แบบสอบถามสำหรับผู้ที่ต้องการปรึกษาเรื่องการนอน เพื่อพัฒนาคุณภาพการนอน หรือเพื่อประเมินคุณภาพหรือปัญหาการหลับ

เลือกอาการดังต่อไปนี้ที่มีในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา

เวลาก่อนนอน หรือเริ่มเข้านอน	ใช่	ไม่ใช่
1. ใช้เวลานานกว่าจะหลับ (นานกว่าครึ่งชั่วโมงหรือเกือบครึ่งชั่วโมง)		
2. รู้สึกไม่สุขสบายที่ขาหรือตามร่างกาย และต้องคอยขยับตัว แขนขา เพื่อให้รู้สึกสบายขึ้น		
3. รู้สึกมีอาการหลอนขณะเคลิ้มจะหลับ		
อาการขณะหลับ (ที่รู้สึกเอง หรือมีคนสังเกตได้)		
4. กรน		
5. มีผู้สังเกตว่าหยุดหายใจขณะหลับ		
6. มีอาการ ไอหรือสำลักอากาศขณะหลับ		
7. นอนกัดฟัน		
8. หลับๆ ตื่นๆ		
9. ลูกเข้าห้องน้ำมากกว่า 1 ครั้งต่อคืน		
10. ผื่นออกตามร่างกาย เช่น ชกต้อย เตาะ หรือตะไคร้น้ำ		
11. ขยับขาไปมาบ่อยขณะหลับ		
อาการหลังตื่นนอน		
12. ตื่นปากแห้ง หรือคอแห้ง หรือชาลิ้นชาปาก		
13. ตื่นเข้านมากกว่าปกติ		
14. ไม่สามารถขยับตัวได้หลังตื่นนอน แม้จะรู้ตัวตื่นแล้ว		
15. ปวดศีรษะเวลาเช้าหลังตื่นนอน		
16. มีอาการง่วงและเพลียกลางวัน		
17. ง่วงหลับขณะขับรถ		
18. รู้สึกไม่มีสมาธิกลางวันหรือมีปัญหาลืมง่าย		
19. ไม่มีแรงเฉียบพลันขณะหัวเราะหรือเวลาดีใจมากๆ		

อาการดังกล่าวข้อใดข้อหนึ่ง อาจแสดงถึงความผิดปกติบางอย่างของร่างกาย เช่น

1. ภาวะนอนไม่หลับ: ข้อ 1, 8, 13
2. ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ: ข้อ 4, 5, 6, 7, 9, 12, 15, 16, 17, 18
3. ภาวะขาไม่อยู่สุข หรือภาวะขาขยับผิดปกติขณะหลับ: ข้อ 2, 11
4. ภาวะลมหลับ: ข้อ 3+14+19
5. ภาวะพฤติกรรมผิดปกติขณะหลับ: ข้อ 10

แนะนำให้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องการนอนหลับ (Sleep specialist) หากคุณมีอาการข้างต้น