



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved

## APPENDIX A

## The Demographic Data Recording Form

**Instructions:** Please identify information related to yourself by placing a ✓ or by filling in the blank.

1. Gender

Male

Female

2. Age

.....years

3. Religion

Buddhism

Christianity

Islam

Others.....

....

....

9. Current health problems (such as hypertension, heart disease, cancer, joint pain, headache)

No

Yes, please identify.....

10. Current medicine used at least once a week (modern medicine or traditional medicine)

None

Yes, please identify name or types of drugs (such as antihypertensive drug, anticonvulsant, herbal preparations) .....

.....

## แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวของท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หรือเติม  
คำตอบในช่องว่าง

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ

.....ปี

3. ศาสนา

พุทธ

คริสต์

อิสลาม

อื่นๆระบุ.....

....

....

9. ขณะนี้มีโรคประจำตัว (เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ มะเร็ง ปวดข้อ ปวดศีรษะ เป็นต้น)

ไม่มี

มีโปรดระบุ.....

10. ขณะนี้ท่านรับประทานยา (ยาแผนปัจจุบัน หรือ ยาสมุนไพร) อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์

ไม่มี

มี โปรดระบุชื่อ หรือ ชนิดของยา (เช่น ยารักษาโรคความดันสูง ยาแก้ปวด ยาสมุนไพรฟ้าทะลายโจร เป็นต้น).....

.....

## APPENDIX B

### The Insomnia and Risk Factors Questionnaire

#### 1. Characteristics of sleep problems

**Instructions:** The following questions are related to your sleep patterns that occurred during the last month. Please identify answers that relate to your actual situations.

1. In the past month, whether or not you have had any sleep disturbances at night.

Please identify the characteristics and duration of your sleep disturbances by placing a ✓ in the box or filling in the blank following these criteria.

<b>None (0)</b>	Do not have problems in the last month
<b>Mild (1)</b>	Having problems at least 1-3 nights per month not every week
<b>Moderate (2)</b>	Having problems 1-2 nights per week every week
<b>Severe (3)</b>	Having problems at least 3 nights per week every week

Characteristics of sleep problems	Frequency				Duration of problems (in months or years)
	None	Mild (1-3 nights per month)	Moderate (1-2 nights per week )	Severe (at least 3 nights per week)	
	(0)	(1)	(2)	(3)	
1. Sleep difficulty; taking long time to fall asleep					
.....					
5. Waking with unrefreshed feeling or non-restorative sleep					

In case you have sleep disturbances from mild to severe, please answers question 2 page 5.

2. In the past month, did you have any daytime impairment that was a result from sleep disturbances at night. If so, how long did they occur. Please place a ✓ appropriately.

Daytime symptoms	Yes	No	Duration (in months or years)
1. Fatigue			
2. Feeling unrefreshed			
.....			
6. Impair working or academic performance			
7. Others, please identify..... .....			

## 2. Factor related to sleep disturbances

### 2.1 Sleep habits

**Instruction:** The following items are related to your sleep habits in the past month. How frequently do these habits occur. Please place a ✓ into the blank following these criteria.

<b>None</b>	Do not have these behaviors
<b>Rarely</b>	Having these behaviors but not every week
<b>Sometimes</b>	Having these behaviors every week at least 1-4 nights (times) per week
<b>Always</b>	Having these behaviors every week at least 5 nights (times) per week

Sleep habits	None (0)	Rarely (1)	Sometimes (2)	Always (3)
1. Regularly bedtime	0	1	2	3
2. Regularly waking time	0	1	2	3
.....	0	1	2	3
10. Daytime napping If you take daytime naps, 10.1 What time do you nap?..... 10.2 How long does it take?.....hours.....minutes	0	1	2	3

## 2.2 Sleep Environments

**Instruction:** The following items are related to your sleep environments in the past month. Please place a ✓ or filling in the blank with your actual information.

### 1. Sleep surfaces

- sleep on the floor without mattresses (please go to item 3)
- sleep on the floor with mattresses (please go to item 2)
- sleep in bed (please go to item 2)

....

....

### 10. Disturbing odor such as musty smell, the smell from slush, garbage or animal excretion

- None
- Yes, but it does not disturb
- Yes, and disturb sometimes
- Yes, and disturb all times

11. Besides the sleep environments mentioned above, whether or not you have any environments disrupt your sleep, please identify

1. ....
2. ....
3. ....

### แบบสอบถามปัญหาการนอนไม่หลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ลักษณะปัญหาการนอนหลับ

คำชี้แจง : คำถามต่อไปนี้ต้องการทราบถึงลักษณะปัญหาการนอนหลับของท่านในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับตอนกลางคืนหรือไม่ ถ้ามี ปัญหานั้นเป็นแบบใด และเป็นมานานเท่าใด กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ และ เติมคำลงในช่องว่าง โดยมีเกณฑ์การเลือกดังต่อไปนี้

ไม่มี (0)	หมายถึง	ไม่มีปัญหาเลยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา
มีน้อย (1)	หมายถึง	มีปัญหาเพียง 1-3 คืนต่อเดือน ไม่เป็นทุกสัปดาห์
มีปานกลาง (2)	หมายถึง	มีปัญหา 1-2 คืนต่อสัปดาห์ ทุกๆสัปดาห์
มีมาก (3)	หมายถึง	มีปัญหาตั้งแต่ 3 คืนขึ้นไปต่อสัปดาห์ ทุกๆสัปดาห์

ลักษณะปัญหาการนอนหลับ	ความถี่ของการเกิดปัญหา				ระยะเวลาของการมีปัญหา (กรุณาระบุเป็นเดือนหรือปี)
	ไม่มี (0)	มีน้อย (1-3 คืนต่อเดือน) (1)	มีปานกลาง (1-2 คืนต่อสัปดาห์) (2)	มีมาก (ตั้งแต่ 3 คืนต่อสัปดาห์) (3)	
1. นอนหลับยาก ใช้เวลานานกว่าจะหลับได้					
....					
5. ตื่นนอนด้วยความรู้สึกไม่สดชื่น หรือ รู้สึกนอนไม่เต็มอิ่ม					



กรณีที่ท่านมีปัญหาการนอนหลับตั้งแต่ น้อย ถึง มาก กรุณาตอบคำถามข้อ 2. หน้า 5

1. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับของท่านตามข้อ 1. ทำให้เกิดอาการต่างๆ ดังต่อไปนี้แก่ท่านในช่วงเวลากลางวันหรือไม่ และเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดมานานเท่าใด กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ และเติมคำลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

อาการในช่วงเวลากลางวัน	ไม่เกิด	เกิด	เกิดอาการมานาน (กรุณาระบุเป็น เดือน หรือ ปี)
1. รู้สึกอ่อนเพลีย			
2. รู้สึกไม่สดชื่น			
....			
6. ทำงานได้ไม่ดีเท่าที่ควร หรือ เรียนหนังสือไม่รู้เรื่อง			
7. อื่นๆระบุ .....			
.....			

## 2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนหลับ

### 2.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ

คำชี้แจง : คำถามต่อไปนี้ต้องการทราบถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับของท่านในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีพฤติกรรมดังต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีหมายเลขกำกับอยู่ ซึ่งมีเกณฑ์การเลือกดังต่อไปนี้

ไม่เคยเลย (0)	หมายถึง	ไม่มีพฤติกรรมนั้นเลยใน 1 สัปดาห์
นานๆ ครั้ง (1)	หมายถึง	มีพฤติกรรมนั้นบ้าง แต่ไม่เป็นทุกสัปดาห์
เป็นบางครั้ง (2)	หมายถึง	มีพฤติกรรมนั้นทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1-4 คืน(ครั้ง)
เป็นประจำ (3)	หมายถึง	มีพฤติกรรมนั้นทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 คืน(ครั้ง)ขึ้นไป

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ	ไม่เคยเลย (0)	นานๆ ครั้ง (1)	เป็นบางครั้ง (2)	เป็นประจำ (3)
1. เข้านอนในเวลาเดิมทุกคืน	0	1	2	3
2. ตื่นนอนในเวลาเดิมทุกเช้า	0	1	2	3
....	0	1	2	3
10. จีบหลับเวลากลางวัน กรณีที่ท่านจีบหลับเวลากลางวัน	0	1	2	3
10.1 ท่านมักจะจีบหลับเวลา.....น.				
10.2 ท่านจีบหลับครั้งละ.....ชั่วโมง.....นาที				

## 2.2 สิ่งแวดล้อมของการนอนหลับ

คำชี้แจง : คำถามต่อไปนี้ต้องการทราบถึงสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับของท่านในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ○ หน้าข้อความหรือเติมคำลงในช่องว่างในแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

### 1. ลักษณะที่นอน

- นอนบนพื้น ไม่มีฟูก (กรุณาข้ามไปตอบคำถามข้อ 3)
- นอนบนพื้นมีฟูก (กรุณาตอบคำถามข้อ 2)
- นอนบนเตียงนอน (กรุณาตอบคำถามข้อ 2)

....

....

### 10. กลิ่นรบกวน เช่น กลิ่นอับ หรือ กลิ่นเหม็นในห้อง กลิ่นจากน้ำคร่ำ กลิ่นขยะ กลิ่นมูลสัตว์

- ไม่มีกลิ่นเหม็นรบกวน
- มีกลิ่นเหม็น แต่ไม่รบกวนการนอน
- มีกลิ่นเหม็น และรบกวนการนอนเป็นบางครั้ง
- มีกลิ่นเหม็น และรบกวนการนอนเกือบตลอดเวลา

11. นอกเหนือจากสภาพต่างๆ ในห้องนอนดังกล่าวในข้อ 1. ถึง ข้อ 10. ยังมีสิ่งอื่นที่รบกวนการนอนของท่านในตอนกลางคืนหรือไม่ โปรดระบุ

1. ....

2. ....

3. ....

## APPENDIX C

## The Hospital Anxiety and Depression Scale

**Instruction:** Please read the following questions below and check the items that represent your state of mood in the last month compared with the previous time.

1. I feel tense or 'wound up'

- Most of the time
- A lot of the time
- From time to time, occasionally
- Not at all

2. I still enjoy the things I used to enjoy

- Definitely as much
- Not quite so much
- Only a little
- Hardly at all

....

13. I get sudden feelings of panic

- Very often indeed
- Quite often
- Not very often
- Not at all

14. I can enjoy a good book or radio or TV program

- Often
- Sometimes
- Not often
- Very seldom

### แบบสอบถามสภาวะอารมณ์

คำชี้แจง : กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ○ หน้าข้อความที่แสดงถึงอารมณ์ ความรู้สึก ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ของท่านว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรเมื่อเปรียบเทียบกับแต่ก่อนมา

1. ฉันรู้สึกตึงเครียด

- เกือบตลอดเวลา
- บ่อยครั้ง
- เป็นบางครั้ง
- ไม่เป็นเลย

2. ฉันยังรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆที่ฉันเคยชอบได้

- เพลิดเพลินใจได้เท่าเดิม
- เพลิดเพลินใจแต่ไม่มากเท่าเดิม
- เพลิดเพลินใจเพียงเล็กน้อย
- เกือบไม่มีความเพลิดเพลินใจเลย

....

13. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกระทันหัน

- บ่อยมาก
- ค่อยข้างบ่อย
- เป็นบางครั้ง
- ไม่มีเลย

14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เคยเพลิดเพลินได้

- เพลิดเพลินใจได้เท่าเดิม
- เพลิดเพลินใจแต่ไม่มากเท่าเดิม
- เพลิดเพลินใจเพียงเล็กน้อย
- เกือบไม่มีความเพลิดเพลินใจเลย

## APPENDIX D

### The Stressful Life Events Checklists

#### For students

**Instruction:** Please indicate the events, which you have experienced in the last six months by ticking the appropriate box following the criteria.

<b>No (0)</b>	This event does not occur in the last six months
<b>Yes and negative impact (1)</b>	This event occurs and has negative impact
<b>Yes and has no impact (2)</b>	This events occurs but has no impact
<b>Yes and positive impact (3)</b>	This event occurs and has positive impact

Events in the last six months	No (0)	Yes and has negative impact (1)	Yes and has no impact (2)	Yes and has positive impact (3)
1. Death of close family members (such as father, mother, sister or brother, grandfather, or grandmother)	0	1	2	3
....	0	1	2	3
5. Breaking up with boyfriend/girlfriend	0	1	2	3
....	0	1	2	3
7. Begining a new school experience at higher academic level	0	1	2	3
12. Failing midterm or final exam or some subjects	0	1	2	3
....	0	1	2	3
14. Others, please identify.....	0	1	2	3

**For elderly (age  $\geq$  60 years)**

**Instruction:** Please indicate the events, which you have experienced in the last six months by ticking the appropriate box following the criteria.

<b>No (0)</b>	This event does not occur in the last six months
<b>Yes and negative impact (1)</b>	This event occurs and has negative impact
<b>Yes and has no impact (2)</b>	This events occurs but has no impact
<b>Yes and positive impact (3)</b>	This event occurs and has positive impact

<b>Events in the last six months</b>	<b>No (0)</b>	<b>Yes and has negative impact (1)</b>	<b>Yes and has no impact (2)</b>	<b>Yes and has positive impact (3)</b>
1. Serious illness or injury of spouse or children	0	1	2	3
....	0	1	2	3
3. Major personal illness or injury	0	1	2	3
....	0	1	2	3
10. Retirement from work	0	1	2	3
11. Death of close friend	0	1	2	3
12. Trouble with in-laws	0	1	2	3
14. Decrease of income	0	1	2	3
....	0	1	2	3
16. Others, please identify.....	0	1	2	3

**For those who are not students and age not more than 60 years**

**Instruction:** Please indicate the events, which you have experienced in the last six months by ticking the appropriate box following the criteria.

<b>No (0)</b>	This event does not occur in the last six months
<b>Yes and negative impact (1)</b>	This event occurs and has negative impact
<b>Yes and has no impact (2)</b>	This events occurs but has no impact
<b>Yes and positive impact (3)</b>	This event occurs and has positive impact

Events in the last six months	No (0)	Yes and has negative impact (1)	Yes and has no impact (2)	Yes and has positive impact (3)
1. Death of close family members (such as father, mother, sister or brother, grandfather, or grandmother)	0	1	2	3
....	0	1	2	3
3. Major personal illness or injury	0	1	2	3
....	0	1	2	3
6. Engagement	0	1	2	3
....	0	1	2	3
10. New job	0	1	2	3
....	0	1	2	3
13. Trouble with employer (in danger of losing job, being suspended, demote, etc.)	0	1	2	3
14. Decrease of income	0	1	2	3
....	0	1	2	3
26. Male: Wife/girlfriend having abortion	0	1	2	3
27. Female: having abortion	0	1	2	3



## เหตุการณ์ในชีวิต

สำหรับท่านที่เป็นนักเรียน นักศึกษา

คำชี้แจง : กรุณาระบุเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับท่านในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีหมายเลขกำกับตรงกับความเป็นจริงของท่าน โดยมีเกณฑ์การเลือกดังต่อไปนี้

ไม่เกิด (0)	หมายถึง	ไม่เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา
เกิดและส่งผลไม่ดี (1)	หมายถึง	เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวและส่งผลไม่ดีต่อท่าน
เกิดแต่ไม่ส่งผล (2)	หมายถึง	เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวแต่ไม่มีผลใดๆต่อท่าน
เกิดและส่งผลดี (3)	หมายถึง	เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวและส่งผลทางดีต่อท่าน

เหตุการณ์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เกิด (0)	เกิดและ ส่งผลไม่ดี (1)	เกิดแต่ ไม่ส่งผล (2)	เกิดและ ส่งผลดี (3)
1. บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว (เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย) เสียชีวิต	0	1	2	3
....	0	1	2	3
5. เลิกคบกับแฟน	0	1	2	3
....	0	1	2	3
7. เข้าเรียนต่อในที่เรียนใหม่ระดับที่สูงขึ้น	0	1	2	3
....	0	1	2	3
12. สอบไม่ผ่านการสอบกลางเทอม หรือ ปลายภาค หรือสอบตกบางวิชา	0	1	2	3
....	0	1	2	3
14. อื่นๆ โปรดระบุ.....	0	1	2	3

สำหรับผู้สูงอายุ (ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป)

คำชี้แจง : กรุณาระบุเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับท่านในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีหมายเลขกำกับตรงกับความเป็นจริงของท่าน โดยมีเกณฑ์การเลือกดังต่อไปนี้

ไม่เกิด (0)	หมายถึง	ไม่เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา
เกิดและส่งผลไม่ดี (1)	หมายถึง	เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวและส่งผลไม่ดีต่อท่าน
เกิดแต่ไม่ส่งผล (2)	หมายถึง	เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวแต่ไม่มีผลใดๆต่อท่าน
เกิดและส่งผลดี (3)	หมายถึง	เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวและส่งผลทางดีต่อท่าน

เหตุการณ์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เกิด (0)	เกิดและ ส่งผลไม่ดี (1)	เกิดแต่ ไม่ส่งผล (2)	เกิดและ ส่งผลดี (3)
1. บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว (เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย) เสียชีวิต	0	1	2	3
....	0	1	2	3
3. ตัวท่านเองมีปัญหาสุขภาพ หรือเจ็บป่วยต่างๆ	0	1	2	3
....	0	1	2	3
10. เกษียณอายุจากการทำงาน	0	1	2	3
11. เพื่อนสนิทเสียชีวิต	0	1	2	3
12. มีปัญหาในทางกฎหมาย เช่น ถูกฟ้องร้องต้อง ขึ้นศาล	0	1	2	3
....	0	1	2	3
14. รายได้ลดลงจากเดิม	0	1	2	3
....				
16. อื่นๆ โปรดระบุ.....	0	1	2	3

สำหรับท่านที่ไม่ได้เป็น นักเรียน นักศึกษา และ อายุไม่เกิน 60 ปี

คำชี้แจง : กรุณาระบุเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับท่านในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีหมายเลขกำกับตรงกับความเป็นจริงของท่าน โดยมีเกณฑ์การเลือกดังต่อไปนี้

ไม่เกิด (0)	หมายถึง	ไม่เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา
เกิดและส่งผลไม่ดี (1)	หมายถึง	เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวและส่งผลไม่ดีต่อท่าน
เกิดแต่ไม่ส่งผล (2)	หมายถึง	เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวแต่ไม่มีผลใดๆต่อท่าน
เกิดและส่งผลดี (3)	หมายถึง	เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวและส่งผลทางดีต่อท่าน

เหตุการณ์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เกิด (0)	เกิดและ ส่งผลไม่ดี (1)	เกิดแต่ ไม่ส่งผล (2)	เกิดและ ส่งผลดี (3)
1. บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว (เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย) เสียชีวิต	0	1	2	3
....	0	1	2	3
3. ตัวท่านเองมีปัญหาสุขภาพ หรือ เจ็บป่วยต่างๆ	0	1	2	3
....	0	1	2	3
6. หนี้	0	1	2	3
....	0	1	2	3
10. ได้งานใหม่	0	1	2	3
13. ขัดแย้งกับหัวหน้างาน (ซึ่งอาจจะทำให้ต้องออกจากงาน หรือ ไม่ได้เลื่อนขั้น)	0	1	2	3
14. รายได้ลดลงจากเดิม	0	1	2	3
....	0	1	2	3
26. สำหรับผู้ตอบที่เป็นผู้ชาย:ภรรยาหรือแฟน แท้งลูก	0	1	2	3
27. สำหรับผู้ตอบที่เป็นผู้หญิง: แท้งลูก	0	1	2	3

## APPENDIX E

## The Dysfunction Beliefs and Attitudes about Sleep Scale –10 version

**Instruction:** The following items of events are related to beliefs and attitudes about sleep. You may or may not experience these events. Please mark / on the horizontal line how much you agree on these items. The closer number 10 the stronger you agree. The closer number 0, the stronger you disagree. If you are neither nor disagree, please mark around number 5.

<b>Example</b>										
I can manage insomnia by myself.										
Strongly disagree					Neither agree nor disagree					Strongly agree
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1. I need 8 hours of sleep to feel refreshed and function well during the day.

Strongly disagree					Neither agree nor disagree					Strongly agree
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. When I don't get the proper amount of sleep on a given night, I need to catch up on the next day by napping or on the next night by sleeping longer.

Strongly disagree					Neither agree nor disagree					Strongly agree
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

.....

10. I get overwhelmed by my thoughts at night and often feel I have no control over this racing mind.

Strongly disagree					Neither agree nor disagree					Strongly agree
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับ

คำชี้แจง : ข้อความดังต่อไปนี้ต้องการทราบถึงความเชื่อและทัศนคติของท่านเกี่ยวกับการนอนหลับ ซึ่งเหตุการณ์ตามข้อความดังกล่าว ท่านอาจจะเคยมี หรือ ไม่มีประสบการณ์มาก่อน กรุณาทำเครื่องหมาย / ทับเส้นคำตอบว่าท่านเห็นด้วยมากน้อยเพียงใดกับข้อความดังกล่าว ถ้าท่านเห็นด้วย ให้ทำเครื่องหมายทับเส้นไปทางเลข 10 ยิ่งใกล้เลข 10 ยิ่งเห็นด้วยมาก หากท่านไม่เห็นด้วย ให้ทำเครื่องหมายทับเส้นไปทางเลข 0 ยิ่งใกล้เลข 0 ยิ่งไม่เห็นด้วย หากท่านรู้สึกเฉยๆ ให้ทำเครื่องหมายทับเส้นบริเวณเลข 5

ตัวอย่าง										
ฉันสามารถจัดการกับปัญหาการนอนไม่หลับด้วยตัวของตัวเอง										
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง										เห็นด้วยอย่างยิ่ง
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1. ฉันต้องการนอนหลับให้ได้ 8 ชั่วโมงจึงจะสดชื่น และทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ ได้ดีในช่วงกลางวัน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง										เห็นด้วยอย่างยิ่ง
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. เมื่อฉันไม่สามารถนอนหลับได้อย่างที่ควรจะเป็น ฉันจะซดเซยโดยนอนหลับเวลากลางวัน หรือนอนหลับให้นานขึ้นในคืนต่อไป

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง										เห็นด้วยอย่างยิ่ง
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

.....  
10. ฉันมักจะคิดถึงเรื่องต่างๆ มากมายในเวลากลางคืน และหลายครั้งที่รู้สึกว้าวน้ำนอนไม่สามารถควบคุมให้จิตใจสงบลงได้


ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง										เห็นด้วยอย่างยิ่ง
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## APPENDIX F

## The Insomnia Representations Questionnaire

**Part I: Opinion about identity, time line, consequences, and control of insomnia.**

**Instruction:** Please place a ✓ on “yes” or “no” answers whether or not you experience these symptoms following the presence of insomnia. If so, please identify whether or not you think that these symptoms are related to your insomnia by placing a ✓ on “yes” or “no” answer in the box.

Symptoms	I have experienced this symptom since my insomnia		 If “yes” please identify in the next box whether or not this symptom is related to your insomnia	This symptom is relate to my insomnia	
	yes	no		yes	no
1. Fatigue	yes	no		yes	no
2. Headaches	yes	no		yes	no
....	yes	no		yes	no
....	yes	no		yes	no
8. Sluggishness	yes	no		yes	no
9. Mood disturbances	yes	no		yes	no

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
 Copyright © by Chiang Mai University  
 All rights reserved

**Instruction:** The following items relate to your own personal view of how you perceive your insomnia. Please indicate how much you agree or disagree with the following statements.

1	Strongly disagree
2	Disagree
3	Neither agree nor disagree
4	Agree
5	Strongly agree

Views about your insomnia	Strongly disagree	Disagree	Neither agree nor disagree	Agree	Strongly agree
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. My insomnia will last a short time	1	2	3	4	5
2. My insomnia is likely to be permanent rather than temporary	1	2	3	4	5
....	1	2	3	4	5
5. My insomnia is a serious condition	1	2	3	4	5
6. My insomnia causes my physical health weakness	1	2	3	4	5

Views about your insomnia	Strongly disagree	Disagree	Neither agree nor disagree	Agree	Strongly agree
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. There is a lot which I can do to control my insomnia	1	2	3	4	5
16. What I can do can determine whether my insomnia gets better or worse	1	2	3	4	5
....	1	2	3	4	5
21. My treatment (such as taking prescribed hypnotics) will be effective in curing my insomnia	1	2	3	4	5
22. My treatment (such as taking prescribed hypnotics) can control my insomnia	1	2	3	4	5
...	1	2	3	4	5
25. My insomnia changes a great deal from day to day	1	2	3	4	5
26. My insomnia comes and goes in cycle	1	2	3	4	5
....	1	2	3	4	5
29. I get depressed when I think about my insomnia	1	2	3	4	5
30. My insomnia makes me feel angry	1	2	3	4	5
33. ...	1	2	3	4	5



## Part II: Views about causes of insomnia

**Instruction:** The following items relate to what may have caused your insomnia. There is no correct answer for this question. Please indicate how much you agree or disagree with these following items by ticking the appropriate box.

Possible causes	Strongly disagree (1)	Disagree (2)	Neither agree nor disagree (3)	Agree (4)	Strongly agree (5)
1. Stress or worry such as worry about problems with family or study	1	2	3	4	5
2. Environments such as light noise too hot or too cold	1	2	3	4	5
....					
....	1	2	3	4	5
9. Smoking	1	2	3	4	5
10. Maladaptive sleep habits such as irregular sleep schedules	1	2	3	4	5

Apart from the lists of causes above, please indicate other causes that you believe to cause your insomnia

1. ....
2. ....
3. ....

### แบบสอบถามภาพสะท้อนความคิดของปัญหาการนอนไม่หลับ

ส่วนที่ 1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับ ลักษณะและอาการที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลาการดำเนินของปัญหา ผลกระทบ และการรักษา หรือการควบคุมปัญหาการนอนไม่หลับ

คำชี้แจง: อาการต่างๆ ต่อไปนี้ ท่านอาจจะมี หรือ ไม่มี ตั้งแต่ท่านมีปัญหานอนไม่หลับ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ทับ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ตรงกับความเป็นจริงของท่าน ถ้าท่านมีอาการดังกล่าว ท่านคิดว่าอาการนั้นเกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนไม่หลับของท่านหรือไม่ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ทับ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ในช่องถัดไป

อาการ	ฉันมีอาการนี้ตั้งแต่ มีปัญหานอน ไม่หลับ		 หากท่านตอบว่า	อาการดังกล่าว เกี่ยวข้องกับปัญหาการ นอนไม่หลับของฉัน	
	ใช่	ไม่ใช่		ใช่	ไม่ใช่
1. อ่อนเพลีย	ใช่	ไม่ใช่	ใช่ ท่านคิดว่า อาการดังกล่าว เกี่ยวข้องกับ ปัญหาการนอน ไม่หลับของท่าน หรือไม่ กรุณา ตอบในช่องถัด ไป	ใช่	ไม่ใช่
2. ปวดศีรษะ	ใช่	ไม่ใช่		ใช่	ไม่ใช่
....	ใช่	ไม่ใช่		ใช่	ไม่ใช่
....	ใช่	ไม่ใช่		ใช่	ไม่ใช่
8. รู้สึกเฉื่อยชา	ใช่	ไม่ใช่		ใช่	ไม่ใช่
9. หงุดหงิด อารมณ์เสีย	ใช่	ไม่ใช่		ใช่	ไม่ใช่

คำชี้แจง: ข้อความต่างๆ ต่อไปนี้ เกี่ยวข้องกับความคิดเห็นของท่านในด้านต่างๆ ต่อปัญหาการนอนไม่หลับของท่านเอง กรุณาระบุว่าท่านเห็นด้วยมากน้อยเพียงใดกับข้อความแต่ละข้อดังกล่าว โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องซึ่งมีหมายเลขกำกับ โดยมีเกณฑ์การเลือกดังต่อไปนี้

หมายเลข 1	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
หมายเลข 2	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
หมายเลข 3	หมายถึง	เฉยๆ
หมายเลข 4	หมายถึง	เห็นด้วย
หมายเลข 5	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาการนอนไม่หลับของท่าน	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	เฉยๆ (3)	เห็นด้วย (4)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)
1. ปัญหาการนอนไม่หลับของฉันทันจะเป็นเพียงระยะเวลาสั้นๆ	1	2	3	4	5
2. ปัญหาการนอนไม่หลับของฉันทันน่าจะเป็นเรื้อรังมากกว่าชั่วคราว	1	2	3	4	5
....	1	2	3	4	5
5. ปัญหาการนอนไม่หลับของฉันทันเป็นปัญหาที่รุนแรง	1	2	3	4	5
6. ปัญหาการนอนไม่หลับทำให้สุขภาพของฉันทันอ่อนแอลง	1	2	3	4	5

ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา การนอนไม่หลับของท่าน	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	เฉยๆ (3)	เห็น ด้วย (4)	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (5)
15. ฉันมีวิธีการต่างๆมากมายที่ฉันสามารถทำ ได้เพื่อควบคุมอาการนอนไม่หลับ	1	2	3	4	5
16. การดูแลตัวเองของฉันสามารถกำหนดว่า ปัญหาการนอนไม่หลับของฉันจะดีขึ้นหรือแย่ ลง	1	2	3	4	5
....	1	2	3	4	5
21. การรักษาต่างๆ (เช่น การรับประทานนอน หลับตามแพทย์สั่ง) สามารถรักษาปัญหาการ นอนไม่หลับของฉันได้	1	2	3	4	5
22. การรักษาต่างๆ (เช่น การรับประทานยา นอนหลับตามแพทย์สั่ง) สามารถควบคุม ปัญหาการนอนไม่หลับของฉันได้	1	2	3	4	5
....	1	2	3	4	5
25. ปัญหาการนอนไม่หลับของฉันเป็นไม่เท่า กันในแต่ละวัน	1	2	3	4	5
26. ปัญหาการนอนไม่หลับของฉันเป็นๆหายๆ	1	2	3	4	5
....	1	2	3	4	5
29. ฉันรู้สึกเศร้าใจเมื่อฉันนึกถึงปัญหาการ นอนไม่หลับของฉัน	1	2	3	4	5
30. ปัญหาการนอนไม่หลับทำให้ฉันรู้สึกโกรธ	1	2	3	4	5
33.....	1	2	3	4	5

## ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาการนอนไม่หลับ

คำชี้แจง : ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับสิ่งที่จะเป็นสาเหตุของปัญหาการนอนไม่หลับของท่าน ไม่มีคำตอบที่ผิดหรือถูก แต่แต่ความคิดเห็นของท่าน กรุณาระบุว่าท่านเห็นด้วยมากน้อยเพียงใด เกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาการนอนไม่หลับดังกล่าวต่อไปนี้ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องซึ่งมีหมายเลขกำกับ

สิ่งที่จะเป็นสาเหตุ การนอนไม่หลับ	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	เฉยๆ (3)	เห็น ด้วย (4)	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (5)
1. ความเครียดเรื่องต่างๆ เช่น ปัญหาครอบครัว การทำงานหรือการเรียน	1	2	3	4	5
2. สิ่งแวดล้อม เช่น แสง เสียง อากาศร้อน หรือ เย็นเกินไป	1	2	3	4	5
....	1	2	3	4	5
....	1	2	3	4	5
9. การสูบบุหรี่	1	2	3	4	5
10. พฤติกรรมการนอนที่ไม่เหมาะสม เช่น เข้านอน ตื่นนอนไม่เป็นเวลา	1	2	3	4	5

นอกเหนือจากสาเหตุดังกล่าวข้างต้น ยังมีสาเหตุอื่นๆ ที่อาจจะทำให้ท่านนอนไม่หลับ โปรดระบุ

1. ....
2. ....
3. ....

## APPENDIX G

### The Coping Procedures of Insomnia Questionnaire

**Instruction:** The following items relate to the coping procedures used to relieve symptoms of insomnia. Please place a ✓ in the box “yes” if you use these procedures to cope. Please place a ✓ in the box “no” if you do not use these methods to cope although these methods you have done regularly but not aim to manage your insomnia.

Coping procedures	Yes	No
1. Exercise such as walking, running or Tai Chi		
2. Avoiding caffeinated beverages or other stimulants such as tea, coffee, pepsi, coke, tea leaves prepared for chewing, and stimulating drinks after mid day		
3. Consuming alcoholic beverages such as alcohol, beer, wine before bedtime to facilitate sleep		
4. Smoking before bedtime		
....		
....		
....		
....		
29. Sleep in a dark room		
30. Changing places for sleep		
31. Others, please identify..... ..... .....		

### แบบสอบถามวิธีการจัดการกับปัญหาการนอนไม่หลับ

คำชี้แจง : ข้อความดังกล่าวต่อไปนี้ต้องการทราบถึงวิธีการจัดการกับปัญหาการนอนไม่หลับ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ทำ” ถ้าท่านใช้วิธีการนั้นเพื่อจัดการกับปัญหาการนอนไม่หลับของท่าน ถ้าหากท่านไม่ได้ใช้วิธีเหล่านี้เพื่อจัดการกับปัญหาการนอนไม่หลับ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ไม่ทำ” ถึงแม้ว่าอาจจะเป็นวิธีที่ท่านทำเป็นประจำ แต่ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อการจัดการกับปัญหาการนอนไม่หลับ

วิธีการจัดการกับปัญหาการนอนไม่หลับ	ไม่ทำ	ทำ
1. ออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง รำมวยจีน		
2. หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มหรือสิ่งที่มีส่วนประกอบของคาเฟอีน หรือสารกระตุ้นต่างๆ เช่น ชา กาแฟ เป๊ปซี่ โค้ก เมี่ยง เครื่องดื่มชูกำลัง หลังเที่ยงวันไปแล้ว		
3. ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ ก่อนนอน เพื่อให้หลับง่ายขึ้น		
4. สูบบุหรี่ก่อนเวลาเข้านอน		
....		
....		
....		
....		
29. นอนในห้องที่มีคสนิท ไม่มีแสงรบกวน		
30. เปลี่ยนสถานที่นอน		
31. อื่นๆ ระบุ.....		
.....		
.....		

## APPENDIX H

### Consent form for the participants

#### Part I Instruction

My name is Sudarat Chaiarj. I am studying in the doctoral degree at Faculty of Nursing, Chiang Mai University. I am conducting my research on the title “Insomnia Among Thai People in the Northern Region”. You are asked to answer the questionnaires related to yourself, characteristics of sleep problems, sleep habits, sleep environments, personal health problems, state of mood, beliefs and attitudes about sleep, and life events. If you have insomnia symptoms, you are asked to answer the questionnaires related to the view of insomnia and coping procedures of insomnia and these statements neither incorrect nor correct depending on your opinions. This survey will take approximately 30-45 minutes to complete the questionnaires. If you cannot read or have visual problems or prefer not to answer, I will read all questions and let you to choose the answers by yourself. This research will be valuable for prevention of insomnia and serve as basic data to develop intervention to promote healthy sleep.

Participation in this study is completely voluntary. You can withdraw any time without any effect to you or your family. All data will be kept confidential. No identity would be revealed in research reports or publications. Only group data will be reported. Please provide information that relates to your actual situation and thank you very much for your consider and collaboration.

---

#### Part II For participants

I was informed the information of the study mentioned above. I understand and willing to participate in this study.

Signature.....(participants)

Signature.....(witness)

Date.....Month.....Year.....



**แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง**  
**การอธิบายและการยินยอมเข้าร่วมวิจัย**

**ส่วนที่ 1 คำชี้แจง**

ดิฉัน นางสาว สุภารัตน์ ชัยอาจ เป็นอาจารย์พยาบาล ขณะนี้กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาเอก ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และกำลังทำวิจัยเรื่อง ปัญหาการนอนไม่หลับของคนไทยเขตภาคเหนือ โดยขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะของปัญหาการนอนหลับ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ สิ่งแวดล้อมของการนอนหลับ ความเจ็บป่วย ด้านร่างกาย สภาวะอารมณ์ ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับ เหตุการณ์ในชีวิต และในกรณีที่ท่านมีปัญหาการนอนไม่หลับ ท่านจะถูกถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับปัญหาการนอนไม่หลับ และวิธีที่ท่านใช้ในการจัดการกับปัญหาการนอนไม่หลับของท่าน ข้อคำถามดังกล่าวไม่มีถูกหรือผิด ขึ้นอยู่กับความคิดเห็นและประสบการณ์ของท่านเอง ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที หากท่านไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ หรือมีปัญหาด้านสายตา หรือไม่ยอมอ่านเอง ดิฉันจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามและคำตอบให้ท่านฟัง และให้ท่านเป็นผู้ตัดสินใจเลือกคำตอบเอง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ต่อการป้องกันผลกระทบของปัญหาการนอนไม่หลับ และ เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาวิธีการเพื่อการส่งเสริมการนอนหลับที่ดีต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจของท่าน ท่านมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆเกิดขึ้นกับท่าน และครอบครัวของท่าน และข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ จะไม่มีชื่อของท่านปรากฏอยู่ในรายงานการเผยแพร่ใดๆ จะมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านให้มากที่สุด และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่าน

**ส่วนที่ 2 สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย**

ข้าพเจ้าได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยดังที่ได้กล่าวข้างต้น มีความเข้าใจ และยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมวิจัย)

ลงชื่อ.....(พยาน)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

**APPENDIX I****List of the translators**

List of translators from Thai to English language for the Stressful Life Event Checklists, the Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep, and the Insomnia Representations Questionnaire.

1. Assistant Professor. Panit Boonyavatana  
English Department, Faculty of Humanities  
Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand.
2. Mr. Peter Anusarnsunthorn

## APPENDIX J

### Lists of the validators of the instruments

List of instruments' validators (Insomnia and Risk Factors Questionnaire, Stressful Life Event Checklists, Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep, Insomnia Representations Questionnaire, and Coping Procedures of Insomnia Questionnaire).

1. Associate Professor Waran Tanchaisawat  
Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University.
2. Assistant Professor Chakrit Sukying  
Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital,  
Mahidol University.
3. Associate Professor Dr. Somporn Triamchaisri  
Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health,  
Mahidol University.
4. Assistant Professor Dr. Wararat Nilaward  
Department of Pharmaceutical Care, Faculty of Pharmacy,  
Chiang Mai University.
5. Associate Professor Patsamon Khumtaveeporn  
Department of Fundamental Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University
6. Associate Professor Manit Srisurapanont  
Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chiang Mai University.

## APPENDIX K

**Calculation of content validity index and interrater agreement of  
the Insomnia and Risk Factors Questionnaire**

Content validity index (CVI)	=	Interrater agreement	=
Expert 1& 2	= 0.89		= 0.89
Expert 1& 3	= 0.78		= 0.84
Expert 1& 4	= 0.78		= 0.81
Expert 1& 5	= 0.89		= 0.89
Expert 2& 3	= 0.84		= 0.84
Expert 2& 4	= 0.87		= 0.87
Expert 2& 5	= 1.00		= 1.00
Expert 3& 4	= 0.76		= 0.81
Expert 3& 5	= 0.84		= 0.84
Expert 4& 5	= 0.84		= 0.87

The average CVI =  $0.89+0.78+0.78+0.89+0.89+0.87+1.00+0.76+0.84+0.87 = 8.52/10$   
 = 0.85

The average interrater agreement =  $0.89+0.84+0.81+0.89+0.84+0.87+1.00+0.81+0.84$   
 $+0.87 = 8.66/10$   
 = 0.87

## APPENDIX L

**Calculation of content validity index and interrater agreement of  
the Stressful Life Events Checklists**

<b>Content validity index (CVI)</b>		<b>Interrater agreement</b>
Expert 1& 2	= 0.97	= 0.97
Expert 1& 3	= 0.97	= 0.97
Expert 1& 4	= 0.97	= 0.97
Expert 1& 5	= 0.97	= 0.97
Expert 2& 3	= 1.00	= 1.00
Expert 2& 4	= 1.00	= 1.00
Expert 2& 5	= 1.00	= 1.00
Expert 3& 4	= 1.00	= 1.00
Expert 3& 5	= 1.00	= 1.00
Expert 4& 5	= 1.00	= 1.00

The average CVI =  $0.97+0.97+0.97+0.97+1.00+1.00+1.00+1.00+1.00+1.00 = 9.88/10$   
 = 0.99

The interrater agreement =  $0.97+0.97+0.97+0.97+1.00+1.00+1.00+1.00+1.00+1.00$   
 =  $9.88/10$   
 = 0.99

### APPENDIX M

#### Calculation of content validity index and interrater agreement of the Insomnia Representations Questionnaire

Content validity index (CVI)		Interrater agreement
Expert 1& 2	= 0.98	= 0.98
Expert 1& 3	= 0.89	= 0.89
Expert 1& 4	= 1.00	= 1.00
Expert 1& 5	= 0.91	= 0.91
Expert 2& 3	= 0.87	= 0.87
Expert 2& 4	= 0.98	= 0.98
Expert 2& 5	= 0.89	= 0.89
Expert 3& 4	= 0.89	= 0.89
Expert 3& 5	= 0.81	= 0.83
Expert 4& 5	= 0.91	= 0.91

The average CVI =  $0.98+0.89+1.00+0.91+0.87+0.98+0.89+0.89+0.81+0.91=9.15/10$   
 = 0.92

The interrater agreement =  $0.98+0.89+1.00+0.91+0.87+0.98+0.89+0.89+0.83+0.91$   
 =  $9.17/10$   
 = 0.92

## APPENDIX N

**Calculation of content validity index and interrater agreement of  
the Coping Procedures of Insomnia Questionnaire**

Content validity index (CVI)		Interrater agreement
Expert 1& 2	= 1.00	= 1.00
Expert 1& 3	= 1.00	= 1.00
Expert 1& 4	= 1.00	= 1.00
Expert 1& 5	= 1.00	= 1.00
Expert 2& 3	= 1.00	= 1.00
Expert 2& 4	= 1.00	= 1.00
Expert 2& 5	= 1.00	= 1.00
Expert 3& 4	= 1.00	= 1.00
Expert 3& 5	= 1.00	= 1.00
Expert 4& 5	= 1.00	= 1.00

The average CVI =  $1.00+1.00+1.00+1.00+1.00+1.00+1.00+1.00+1.00+1.00 = 10/10$

= 1.00

The interrater agreement =  $1.00+1.00+1.00+1.00+1.00+1.00+1.00+1.00+1.00+1.00$

= 10/10

= 1.00

## APPENDIX O

## Permission document for using or modifying the instruments

## 1. The Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale-10 Version

Date: Mon, 13 Jan 2003 08:58:43 -0500  
To: "sudarat chaiarj" <daratchai@yahoo.com>  
From: "Charles M.Morin" <cmorin@psy.ulaval.ca>  
Subject: Re: asking permission to use DBAS

Hi,  
You have my permission to use the DBAS scale.

Charles Morin

At 00:52 03-01-13 -0800, you wrote:

>Dear Dr. Morin,  
>My name is Sudarat Chaiarj. I am a doctoral  
>student in Nursing, Chiang Mai University,  
>Thailand. I plan to conduct my dissertation on  
>prevalence, risk factors and management of  
>insomnia in thai people. I did mail you asking  
>about insomnia few months ago.

>  
>Now I am in the process of instrument development and  
>validating. one of risk factors is beliefs and attitude >about  
>sleep. I found that Dysfunctional Beliefs and  
>Attitudes >about sleep Scale developed by you is very  
>useful for my >study. I found the article by Colin Espie >using  
DBAS-10 version.

>  
>It is a brief version of your scale.  
>Since you are originally developed the scale, I  
>would like to ask permission from you to use  
>this scale (brief version, 10 items)in my study.

>Sincerely yours,  
>sudarat Chaiarj



## 2. The Illness Perception Questionnaire-Revised

Date: Mon, 13 Jan 2003 08:30:56 +1300  
 To: "sudarat chaiarj" <daratchai@yahoo.com>  
 From: "Rona Moss-Morris" <r.moss-morris@auckland.ac.nz>  
 Subject: Re: asking permission for using IPQ-R

Hi Sudarat

You are most welcome to use the IPQ-R in your research and to adapt it for your population

best wishes

Rona

At 03:31 12/01/2003 -0800, you wrote:

>Dear Dr. Moss- Morris,

>

>My name is Sudarat Chaiarj. I am a doctoral student in  
 >nursing, Chiang Mai university, Thailand.

>I am in the process of doing my doctorate

>dissertation. I plan to conduct my research on the

>topic of prevalence, risk factors, representations and

>coping of insomnia among Thai people. I use Common

>sense model of illness representation as a framework.

>

>I found that your scale, IPQ revised version is very

>useful to measure representations of insomnia, in my

>case. Therefore, I would like to ask permission from

>you to use the IPQ-R.

>

>Another thing, I plan to study the subjective impacts

>of insomnia from view points of insomniacs themselves.

>I understand that it might be included in the

>attribute of consequence. I would like to ask your

>opinion whether or not I can add some items to measure

>impact of insomnia in this attribute.

>I am looking forward to hearing from you.

>Sincerely your,

>Sudarat Chaiarj

All rights reserved

### 3. The Life Experiences Survey

Date: Thu, 16 Jan 2003 10:01:32 -0800 (PST)  
 From: "Irwin Sarason" <isarason@u.washington.edu> To: "sudaratchaiarj" <daratchai@yahoo.com>  
 Subject: Re: asking permission to use Life experience survey

You have my permission to use the LES.  
 Good luck in your work!  
 Irwin Sarason

Irwin Sarason  
 Department of Psychology  
 Box 351525  
 University of Washington  
 Seattle, Washington 98195  
 Phone:206 543-6542  
 FAX:206 685-3157

On Thu, 16 Jan 2003, sudarat chaiarj wrote:

> Dear Dr. Sarason,  
 >  
 > My name is Sudarat Chaiarj. I am a doctoral student  
 > in Nursing, Chiang Mai University, Thailand.  
 >  
 > Presently, I am conducting my doctorate dissertation  
 > on the topic of prevalence, risk factors,  
 > representations and coping of insomnia among Thai  
 > people.  
 >  
 > One of the risk factors is stressful life events. I  
 > found that LES is very useful to measure life events.  
 > Therefore, I would like to ask permission to use to  
 > use LES in my study.  
 >  
 > I am looking forward to hearing from you.  
 > Sincerely yours,  
 > Sudarat Chaiarj

#### 4. The Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale

๒๓ เมษายน ๒๕๕๖

เรื่อง อนุญาตให้นำแบบคัดกรองสุขภาพจิต(GHQ) ไปใช้

เรียน คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ลงวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๕๖

ตามหนังสือที่อ้างถึง แจ้งว่า นางสาวสุดารัตน์ ชัยอาจ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติและร่วมสถาบันต่างประเทศ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีความประสงค์ขออนุญาตนำแบบคัดกรองสุขภาพจิต The Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยไปใช้ เพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัญหาการนอนไม่หลับของคนไทยเขตภาคเหนือ” ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น ผมยินดีอนุญาตให้นำแบบคัดกรองสุขภาพจิต The Hospital Anxiety and Depression Scale ไปใช้ และโปรดแจ้งผลการใช้ด้วยพร้อมนี้ได้แนววิธีการใช้และการคิดคะแนน

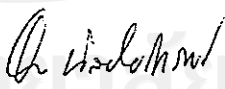
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

๒๓ เมษายน ๒๕๕๖

๒

๒๓ เมษายน ๒๕๕๖

ขอแสดงความนับถือ

  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธนา นิลชัยโกวิท)  
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved

## APPENDIX P

## IRB approval



เอกสารเลขที่ 004/2546

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอรับรองว่า  
โครงการวิจัยเรื่อง : ปัญหาการนอนไม่หลับของคนไทยเขตภาคเหนือ  
(Insomnia Among Thai People in Northern Region)

ของ : นางสาวสุภารัตน์ ชัยอาจ

สังกัด : ภาควิชาการพยาบาลอายุรเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ได้ผ่านการพิจารณาแล้ว เห็นว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ ทรัพย์สิน และไม่ก่อให้เกิด  
ภัยอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัย

จึงเรียนสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ ตั้งแต่วันที่ออก  
หนังสือรับรองฉบับนี้จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2546

หนังสือออกวันที่ ๑ มิถุนายน 2546

ลงนาม.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ลงนาม.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิภาดา คุณาวิกติกุล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## APPENDIX Q

Exploring of linearity for continuous variables: age, DBAS and stressful life events

Variable	Group	
	Adults Odds ratios	The elderly Odds ratios
<b>Age</b>		
Age (1)	1.107	.732
Age (2)	1.226	.384
<b>DBAS</b>		
DBAS (1)	1.000	3.337
DBAS (2)	3.990	8.055
<b>Stressful life events</b>		
Life events (1)	2.176	2.171
Life events (2)	3.609	4.644

## APPENDIX R

## Exploring effect modifier of age

Variables	Adults			The elderly		
	B	Sig	OR (95%CI)	B	Sig	OR (95%CI)
Anxiety	1.774	.000	5.893 (3.355-10.351)	3.526	.002	34 (3.714-311.297)
Depression	1.710	.000	5.529 (2.706-11.297)	2.823	.001	16.833 (2.993-94.684)
DBAS	.053	.000	1.055 (1.033-1.077)	.047	.008	1.048 (1.012-1.086)
Stressful life events	.080	.003	1.083 (1.028-1.142)	0.167	.014	1.182 (1.034-1.351)
Noise	.726	.009	2.067 (1.20-3.561)	1.002	.063	2.724 (.948-8.044)
Planning in bed	.775	.012	2.171 (1.188-3.971)	1.001	.070	2.722 (.921-8.044)
Bed surfaces	.883	.045	2.419 (1.022-5.725)	1.474	.068	4.368 (.897-21.267)
Physical health problems	.933	.000	2.543 (1.512-4.276)	.435	.435	1.544 (.519-4.598)
Perception of income adequacy	.314	.220	1.369 (.829-2.263)	1.261	.017	3.528 (1.254-9.928)
Occupation	.465	.175	1.592 (.813-3.116)	.337	.493	1.401 (.535-3.666)
Marital status						
Single	-2.94	.554	.746 (.282-1.970)	-6.698	.804	.001 (.000-1.24E+20)
Widowed	.176	.786	1.193 (.335-4.254)	-.170	.750	.844 (.296-2.403)
Divorced	1.652	.002	5.219 (1.820-14.960)	-6.698	.848	.001 (.000-6.17E+26)

APPENDIX S

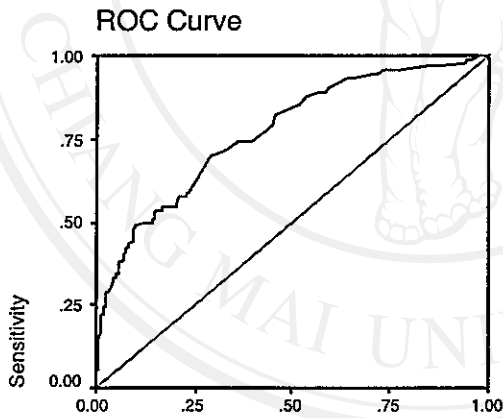
Receiving operating characteristics curve (ROC curve)

Case Processing Summary

insomnia cases <sup>b</sup>	Valid N (listwise)
Positive <sup>a</sup>	90
Negative	509
Missing	3

Larger values of the test result variable(s) indicate stronger evidence for a positive actual state.

- a. The positive actual state is insomnia case.
- b. The test result variable(s): Predicted Value has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group.



1 - Specificity

Diagonal segments are produced by ties.

Area Under the Curve

Test Result Variable(s): Predicted Value

Area	Std. Error <sup>a</sup>	Asymptotic Sig. <sup>b</sup>	Asymptotic 95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
.773	.028	.000	.718	.827

The test result variable(s): Predicted Value has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group. Statistics may be biased.

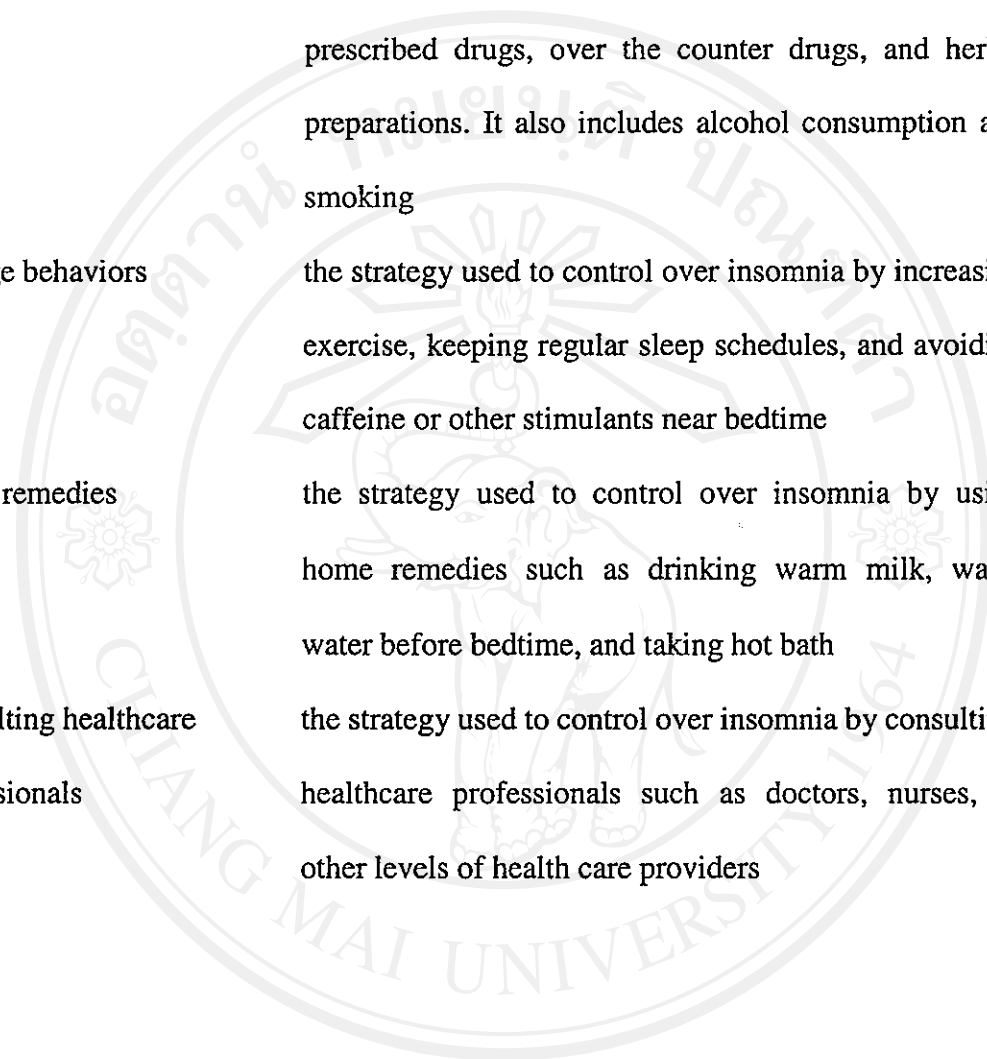
- a. Under the nonparametric assumption
- b. Null hypothesis: true area = 0.5

## APPENDIX T

### Category of coping procedures

Try hard	the strategy used to control over insomnia by forcing the eyes and try to sleep in bed without doing other things
Relaxation	the strategy used to control over insomnia by one or more of these procedures, trying to make the mind free of worries before sleeping, praying, meditation, reading books, listening to the radio or relaxation tape cassette, watching television, and massage before bedtime
Physical management	the strategy used to control over insomnia by changing a sleep position, getting out of bed and returning to bed again when sleepy or taking a nap during the day
Environment management	the strategy used to control over insomnia by setting an appropriate sleep environments such as opening the windows, turning on the fan or air conditioning, turning off the light or closing the curtain while sleeping, cleaning bed more often, changing room for sleeping, using earplug to prevent unwanted noise





Drug and substance use	the strategy used to control over insomnia by using prescribed drugs, over the counter drugs, and herbal preparations. It also includes alcohol consumption and smoking
Change behaviors	the strategy used to control over insomnia by increasing exercise, keeping regular sleep schedules, and avoiding caffeine or other stimulants near bedtime
Home remedies	the strategy used to control over insomnia by using home remedies such as drinking warm milk, warm water before bedtime, and taking hot bath
Consulting healthcare professionals	the strategy used to control over insomnia by consulting healthcare professionals such as doctors, nurses, or other levels of health care providers

**CURRICULUM VITAE**

<b>Name</b>	Miss. Sudarat Chaiarj
<b>Date of birth</b>	29 January 1972
<b>Place of birth</b>	Chiang Mai, Thailand
<b>Education</b>	1991-1994: Bachelor of Nursing Science Chiang Mai University, Thailand
<b>Experiences</b>	1994-present: Lecturer, Department of Medical Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
 Copyright© by Chiang Mai University  
 All rights reserved