

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการล้างจมูก
****หากท่านเคยตอบแบบสอบถามนี้แล้ว ไม่ต้องทำซ้ำ กรุณาส่งคืน****

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ 1.ชาย 2.หญิง
 2. อายุ ปี
 3. สูบบุหรี่ 0.ไม่สูบ 1.สูบ

อุปกรณ์ล้างจมูกที่เคยใช้ (เลือกได้มากกว่า 1 อย่าง)

1. หลอดฉีดยา
 กรุณาตอบคำถามที่หน้า 2



2. หลอดฉีดยามีจุก
 กรุณาตอบคำถามที่หน้า 4



3. ขวดล้างจมูกแบบบีบ
 กรุณาตอบคำถามที่หน้า 6



4. ขวดล้างจมูกแบบเท บีบไม่ได้
 กรุณาตอบคำถามที่หน้า 8



5. ลูกยางล้างจมูก
 กรุณาตอบคำถามที่หน้า 10



6. สเปรย์ล้างจมูก
 กรุณาตอบคำถามที่หน้า 12



7. ที่หยดล้างจมูก
 กรุณาตอบคำถามที่หน้า 14



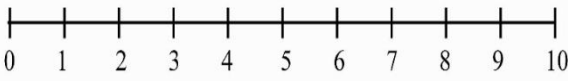
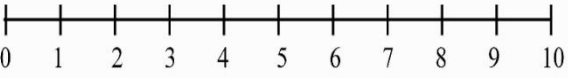
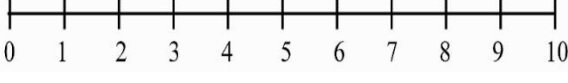
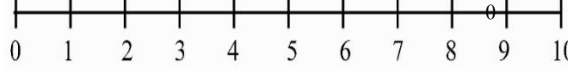
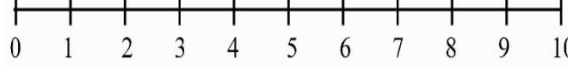
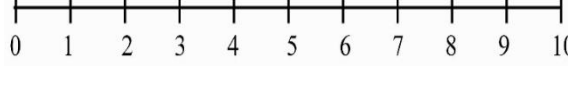
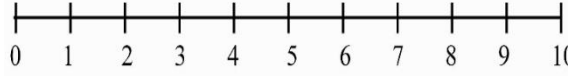
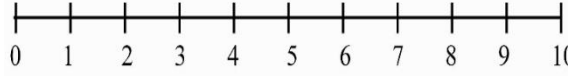
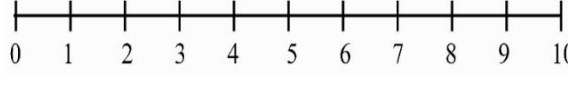
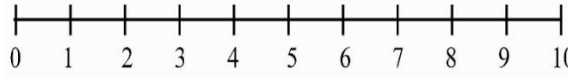
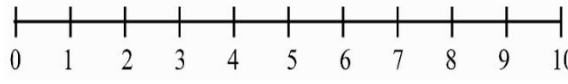
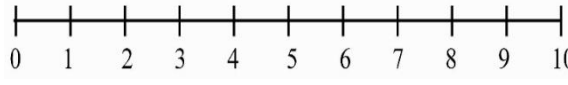
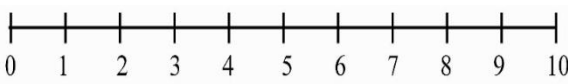
แบบสอบถามที่ 1 หลอดฉีดยา

1. คุณเคยใช้อุปกรณ์นี้ในการรักษาโรคใด
 1. จมูกอักเสบจากภูมิแพ้ 2. ไซนัสอักเสบเฉียบพลัน 3. ไซนัสอักเสบเรื้อรัง
 4. หลังผ่าตัด 5. ไข้หวัด 6. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
2. คุณใช้อุปกรณ์นี้มานาน ปี เดือน
3. ความถี่ในการใช้ล้างจมูกโดยประมาณ ครั้ง/วัน หรือ ครั้ง/สัปดาห์
4. คุณล้างจมูกบ่อยแค่ไหน (โดยประมาณ) 1. ล้างทุกวัน 2. ล้างเมื่อมีอาการ 3. อื่น ๆ
5. ใครเป็นผู้สอนคุณล้างจมูก 1. แพทย์ 2. พยาบาล 3. เภสัชกร 4. ผู้ปกครอง 5. เรียนรู้เอง
6. ปัญหาของการใช้อุปกรณ์นี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 0. ไม่มี 1. เจ็บจมูก 2. น้ำเกลือค้างในจมูก 3. เลือดกำเดาไหล 4. ปวดศีรษะ
 5. สำลัก 6. หูอื้อ 7. เค็มคอ 8. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
7. ท่าที่ใช้ในการล้างจมูก 1. ก้มหน้า 2. เงยหน้า 3. อื่น ๆ.....
8. ระหว่างล้างน้ำเกลือ (น้ำเกลือเข้าจมูก) คุณหายใจหรือไม่
 1. หายใจทางจมูก 2. กลั้นหายใจ 3. หายใจทางปาก 4. อื่น ๆ
9. ยี่ห้ออุปกรณ์ที่คุณเคยใช้
10. ใช้อุปกรณ์นี้ไปได้นานเท่าไร อุปกรณ์จึงเสีย ปี เดือน
11. คุณทำความสะอาดอุปกรณ์นี้อย่างไร ล้างน้ำสบู่ ล้างน้ำเกลือ ล้างน้ำอุ่น ต้ม อื่น ๆ.....
12. คุณได้อุปกรณ์นี้มาจากที่ใด โรงพยาบาล ร้านขายยา คลินิก

คำชี้แจง

วงกลม ล้อมรอบตัวเลข ในช่องด้านขวามือที่ท่านพิจารณาว่าเป็นข้อความที่ตรงกับความรู้สึกในขณะนี้

ความมีประโยชน์ทางคลินิกของอุปกรณ์ล้างจมูก	ไม่เห็นด้วยที่สุด 0	เห็นด้วยที่สุด 10
1. คุณรู้สึกว่าการใช้อุปกรณ์นี้ช่วยให้อาการทางจมูกโดยรวมของคุณลดลง	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2. คุณรู้สึกว่าการใช้อุปกรณ์นี้ช่วยให้การคัดจมูกของคุณลดลง	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการคัดจมูกมาก่อน
3. คุณรู้สึกว่าการใช้อุปกรณ์นี้ช่วยให้อาการน้ำมูกไหลของคุณลดลง	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการน้ำมูกไหลมาก่อน
4. คุณรู้สึกว่าการใช้อุปกรณ์นี้ช่วยให้คุณสั่งน้ำมูกลดลง	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> ไม่ต้องสั่งน้ำมูกมาก่อน
5. คุณรู้สึกว่าการใช้อุปกรณ์นี้ช่วยทำให้น้ำมูกข้นน้อยลง	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> ไม่มีน้ำมูกข้นมาก่อน

6.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้อาการปวดบริเวณ ใบหน้าน้อยลง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีปวดใบหน้ามาก่อน
7.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้หน้ามูกไหลลงคอ ลดลง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีน้ำมูกไหลลงคอมาก่อน
8.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้การได้กลิ่นและการ รับรสดีขึ้น	 <input type="checkbox"/> ไม่มีการได้กลิ่นและรับรส ที่ผิดปกติมาก่อน
9.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้อาการจามลดลง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการจามมาก่อน
10.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้อาการไอลดลง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการไอมาก่อน
11.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้เข้าไปชะล้างน้ำมูกได้ ทั่วถึง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีน้ำมูกมาก่อน
12.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้การนอนโดยรวม ของคุณดีขึ้น	 <input type="checkbox"/> ไม่มีการนอนที่ผิดปกติมาก่อน
ความสะดวกในการใช้งาน	
13.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ใช้งานง่าย	
14.คุณสามารถใช้งานอุปกรณ์ล้างจมูกนี้ได้โดยที่ ไม่ต้องมีคำแนะนำวิธีใช้เขียนกำกับไว้	
การเรียนรู้วิธีใช้	
15.คุณสามารถเรียนรู้วิธีการใช้อุปกรณ์ล้างจมูกนี้ ได้อย่างรวดเร็ว	
16.คุณสามารถจำวิธีการใช้อุปกรณ์ล้างจมูกได้	
ความพึงพอใจ	
17.คุณมีความพึงพอใจในการใช้อุปกรณ์ล้างจมูก ชนิดนี้	
18.คุณจะแนะนำอุปกรณ์ล้างจมูกที่คุณใช้อยู่นี้ ให้แก่เพื่อนของคุณ	

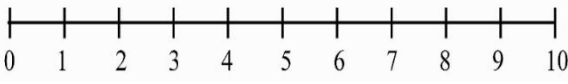
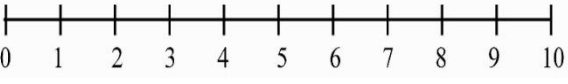
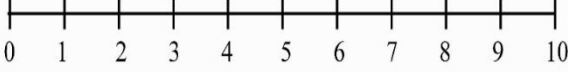
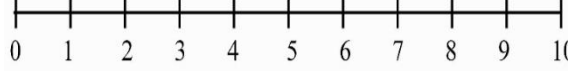
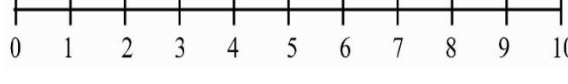
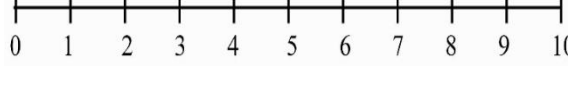
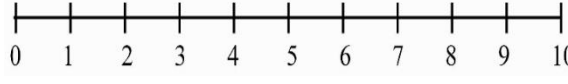
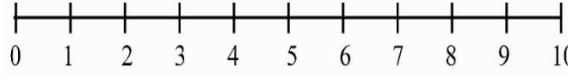
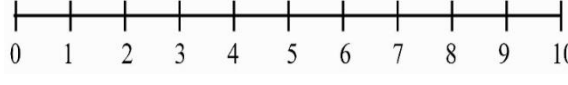
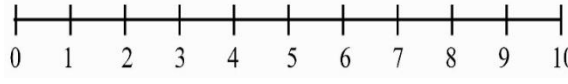
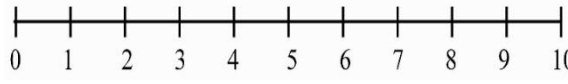
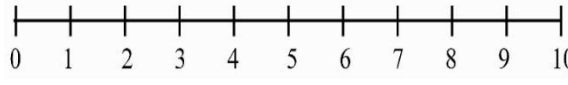
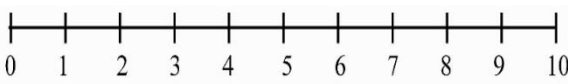
แบบสอบถามที่ 2 หลอดฉีดยามีจุก

1. คุณเคยใช้อุปกรณ์นี้ในการรักษาโรคใด
 1. จมูกอักเสบจากภูมิแพ้ 2. ไซนัสอักเสบเฉียบพลัน 3. ไซนัสอักเสบเรื้อรัง
 4. หลังผ่าตัด 5. ใช้หวัด 6. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
2. คุณใช้อุปกรณ์นี้มานาน ปี เดือน
3. ความถี่ในการใช้ล้างจมูกโดยประมาณ ครั้ง/วัน หรือ ครั้ง/สัปดาห์
4. คุณล้างจมูกบ่อยแค่ไหน (โดยประมาณ) 1. ล้างทุกวัน 2. ล้างเมื่อมีอาการ 3. อื่น ๆ
5. ใครเป็นผู้สอนคุณล้างจมูก 1. แพทย์ 2. พยาบาล 3. เภสัชกร 4. ผู้ปกครอง 5. เรียนรู้เอง
6. ปัญหาของการใช้อุปกรณ์นี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 0. ไม่มี 1. เจ็บจมูก 2. น้ำเกลือค้างในจมูก 3. เลือดกำเดาไหล 4. ปวดศีรษะ
 5. สำลัก 6. หูอื้อ 7. เค็มคอ 8. จุกขาด อื่น ๆ โปรดระบุ.....
7. ท่าที่ใช้ในการล้างจมูก 1. ก้มหน้า 2. เงยหน้า 3. อื่น ๆ.....
8. ระหว่างล้างน้ำเกลือ (น้ำเกลือเข้าจมูก) คุณหายใจหรือไม่
 1. หายใจทางจมูก 2. กลั้นหายใจ 3. หายใจทางปาก 4. อื่น ๆ
9. ยี่ห้ออุปกรณ์ที่คุณเคยใช้
10. ใช้อุปกรณ์นี้ไปได้นานเท่าไร อุปกรณ์จึงเสีย ปี เดือน
11. คุณทำความสะอาดอุปกรณ์นี้อย่างไร ล้างน้ำสบู่ ล้างน้ำเกลือ ล้างน้ำอุ่น ต้ม อื่น ๆ.....
12. คุณได้อุปกรณ์นี้มาจากที่ใด โรงพยาบาล ร้านขายยา คลินิก

คำชี้แจง

วงกลม ล้อมรอบตัวเลข ในช่องด้านขวามือที่ท่านพิจารณาว่าเป็นข้อความที่ตรงกับความรู้สึกในขณะนี้

ความมีประโยชน์ทางคลินิกของอุปกรณ์ล้างจมูก	ไม่เห็นด้วยที่สุด 0	เห็นด้วยที่สุด 10
1. คุณรู้สึกว่าคุณรู้สึกว่าการให้อาหารทางจมูกโดยรวมของคุณลดลง	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2. คุณรู้สึกว่าคุณรู้สึกว่าการคัดจมูกของคุณลดลง	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการคัดจมูกมาก่อน
3. คุณรู้สึกว่าคุณรู้สึกว่าการน้ำมูกไหลของคุณลดลง	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการน้ำมูกไหลมาก่อน
4. คุณรู้สึกว่าคุณรู้สึกว่าคุณสังน้ำมูกลดลง	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> ไม่ต้องสังน้ำมูกมาก่อน
5. คุณรู้สึกว่าคุณรู้สึกว่าคุณทำให้น้ำมูกขึ้นน้อยลง	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> ไม่มีน้ำมูกขึ้นมาก่อน

6.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้การปวดบริเวณ ใบหน้าน้อยลง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีปวดใบหน้ามาก่อน
7.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้หน้ามูกไหลลงคอ ลดลง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีน้ำมูกไหลลงคอมาก่อน
8.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้การได้กลิ่นและการ รับรสดีขึ้น	 <input type="checkbox"/> ไม่มีการได้กลิ่นและรับรส ที่ผิดปกติมาก่อน
9.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้อาการจามลดลง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการจามมาก่อน
10.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้อาการไอลดลง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการไอมาก่อน
11.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้เข้าไปชะล้างน้ำมูกได้ ทั่วถึง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีน้ำมูกมาก่อน
12.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้การนอนโดยรวม ของคุณดีขึ้น	 <input type="checkbox"/> ไม่มีการนอนที่ผิดปกติมาก่อน
ความสะดวกในการใช้งาน	
13.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ใช้งานง่าย	
14.คุณสามารถใช้งานอุปกรณ์ล้างจมูกนี้ได้โดยที่ ไม่ต้องมีคำแนะนำวิธีใช้เขียนกำกับไว้	
การเรียนรู้วิธีใช้	
15.คุณสามารถเรียนรู้วิธีการใช้อุปกรณ์ล้างจมูกนี้ ได้อย่างรวดเร็ว	
16.คุณสามารถจำวิธีการใช้อุปกรณ์ล้างจมูกได้	
ความพึงพอใจ	
17.คุณมีความพึงพอใจในการใช้อุปกรณ์ล้างจมูก ชนิดนี้	
18.คุณจะแนะนำอุปกรณ์ล้างจมูกที่คุณใช้อยู่นี้ ให้แก่เพื่อนของคุณ	

แบบสอบถามที่ 3 ขวดล้างจมูกแบบบีบ

1. คุณเคยใช้อุปกรณ์นี้ในการรักษาโรคใด

1. จมูกอักเสบจากภูมิแพ้ 2. ไซนัสอักเสบเฉียบพลัน 3. ไซนัสอักเสบเรื้อรัง
 4. หลังผ่าตัด 5. ไข้หวัด 6. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

2. คุณใช้อุปกรณ์นี้มานาน ปี เดือน

3. ความถี่ในการใช้ล้างจมูกโดยประมาณ ครั้ง/วัน หรือ ครั้ง/สัปดาห์

4. คุณล้างจมูกบ่อยแค่ไหน (โดยประมาณ) 1. ล้างทุกวัน 2. ล้างเมื่อมีอาการ 3. อื่น ๆ

5. ใครเป็นผู้สอนคุณล้างจมูก 1. แพทย์ 2. พยาบาล 3. เภสัชกร 4. ผู้ปกครอง 5. เรียนรู้เอง

6. ปัญหาของการใช้อุปกรณ์นี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

0. ไม่มี 1. เจ็บจมูก 2. น้ำเกลือค้างในจมูก 3. เลือดกำเดาไหล 4. ปวดศีรษะ
 5. สำลัก 6. หูอื้อ 7. เค็มคอ 8. ขวดแตก 9. บีบยาก
 อื่น ๆ โปรดระบุ.....

7. ทำที่ใช้ในการล้างจมูก 1. กัมหน้า 2. เหยหน้า 3. อื่น ๆ

8. ระหว่างล้างน้ำเกลือ (น้ำเกลือเข้าจมูก) คุณหายใจหรือไม่

1. หายใจทางจมูก 2. กลืนหายใจ 3. หายใจทางปาก 4. อื่น ๆ

9. ยี่ห้ออุปกรณ์ที่คุณเคยใช้

10. ใช้อุปกรณ์นี้ไปได้นานเท่าไร อุปกรณ์จึงเสีย ปี เดือน

11. คุณทำความสะอาดอุปกรณ์นี้อย่างไร ล้างน้ำสบู่ ล้างน้ำเกลือ ล้างน้ำอุ่น ต้ม อื่น ๆ

12. คุณได้อุปกรณ์นี้มาจากที่ใด โรงพยาบาล ร้านขายยา คลินิก

คำชี้แจง

วงกลม ล้อมรอบตัวเลข ในช่องด้านขวามือที่ท่านพิจารณาว่าเป็นข้อความที่ตรงกับความรู้สึกในขณะนี้

ความมีประโยชน์ทางคลินิกของอุปกรณ์ล้างจมูก	ไม่เห็นด้วยที่สุด	เห็นด้วยที่สุด
	0	10
1. คุณรู้สึกว่าคุณอุปกรณ์นี้ช่วยให้อาการทางจมูกโดยรวมของคุณลดลง		
2. คุณรู้สึกว่าคุณอุปกรณ์นี้ช่วยให้อาการคัดจมูกของคุณลดลง	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการคัดจมูกมาก่อน	
3. คุณรู้สึกว่าคุณอุปกรณ์นี้ช่วยให้อาการน้ำมูกไหลของคุณลดลง	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการน้ำมูกไหลมาก่อน	
4. คุณรู้สึกว่าคุณอุปกรณ์นี้ช่วยให้คุณล้างน้ำมูกลดลง	<input type="checkbox"/> ไม่ต้องล้างน้ำมูกมาก่อน	
5. คุณรู้สึกว่าคุณอุปกรณ์นี้ช่วยทำให้น้ำมูกข้นน้อยลง	<input type="checkbox"/> ไม่มีน้ำมูกข้นมาก่อน	

6.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้การปวดบริเวณ ไบหน้าน้อยลง	<input type="checkbox"/> ไม่มีปวดไบหน้านมาก่อน
7.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้น้ำมูกไหลลงคอ ลดลง	<input type="checkbox"/> ไม่มีน้ำมูกไหลลงคอมาก่อน
8.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้การไต่กลิ่นและการ รับรสดีขึ้น	<input type="checkbox"/> ไม่มีการไต่กลิ่นและรับรส ที่ผิดปกติมาก่อน
9.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้อาการจามลดลง	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการจามมาก่อน
10.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้อาการไอลดลง	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการไอมาก่อน
11.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้เข้าไปชะล้างน้ำมูกได้ ทั่วถึง	<input type="checkbox"/> ไม่มีน้ำมูกมาก่อน
12.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้การนอนโดยรวม ของคุณดีขึ้น	<input type="checkbox"/> ไม่มีการนอนที่ผิดปกติมาก่อน
ความสะดวกในการใช้งาน	
13.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ใช้งานง่าย	
14.คุณสามารถใช้งานอุปกรณ์ล้างจมูกนี้ได้โดยที่ ไม่ต้องมีคำแนะนำวิธีใช้เขียนกำกับไว้	
การเรียนรู้วิธีใช้	
15.คุณสามารถเรียนรู้วิธีการใช้อุปกรณ์ล้างจมูกนี้ ได้อย่างรวดเร็ว	
16.คุณสามารถจำวิธีการใช้อุปกรณ์ล้างจมูกได้	
ความพึงพอใจ	
17.คุณมีความพึงพอใจในการใช้อุปกรณ์ล้างจมูก ชนิดนี้	
18.คุณจะแนะนำอุปกรณ์ล้างจมูกที่คุณใช้อยู่ ให้แก่เพื่อนของคุณ	

แบบสอบถามที่ 4 ขวดล้างจุ่มแบบเท บีบไม่ได้

1. คุณเคยใช้อุปกรณ์นี้ในการรักษาโรคใด

1. จมูกอักเสบจากภูมิแพ้ 2. ไซนัสอักเสบเฉียบพลัน 3. ไซนัสอักเสบเรื้อรัง
 4. หลังผ่าตัด 5. ไข้หวัด 6. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

2. คุณใช้อุปกรณ์นี้มานาน ปี เดือน

3. ความถี่ในการใช้ล้างจุ่มโดยประมาณ ครั้ง/วัน หรือ ครั้ง/สัปดาห์

4. คุณล้างจุ่มบ่อยแค่ไหน (โดยประมาณ) 1. ล้างทุกวัน 2. ล้างเมื่อมีอาการ 3. อื่น ๆ

5. ใครเป็นผู้สอนคุณล้างจุ่ม 1. แพทย์ 2. พยาบาล 3. เภสัชกร 4. ผู้ปกครอง 5. เรียนรู้เอง

6. ปัญหาของการใช้อุปกรณ์นี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

0. ไม่มี 1. เจ็บจมูก 2. น้ำเกลือค้างในจมูก 3. เลือดกำเดาไหล 4. ปวดศีรษะ
 5. สำลัก 6. หูอื้อ 7. เค็มคอ 8. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

7. ท่าที่ใช้ในการล้างจุ่ม 1. ก้มหน้า 2. เงยหน้า 3. อื่น ๆ

8. ระหว่างล้างน้ำเกลือ (น้ำเกลือเข้าจมูก) คุณหายใจหรือไม่

1. หายใจทางจมูก 2. กลั้นหายใจ 3. หายใจทางปาก 4. อื่น ๆ

9. ยี่ห้ออุปกรณ์ที่คุณเคยใช้

10. ใช้อุปกรณ์นี้ไปได้นานเท่าไร อุปกรณ์จึงเสีย ปี เดือน

11. คุณทำความสะอาดอุปกรณ์นี้อย่างไร ล้างน้ำสบู่ ล้างน้ำเกลือ ล้างน้ำอุ่น ต้ม อื่น ๆ

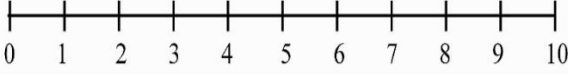
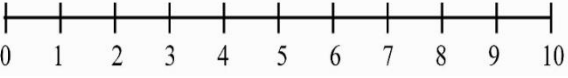
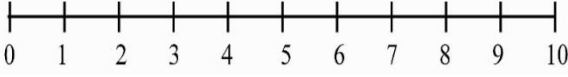
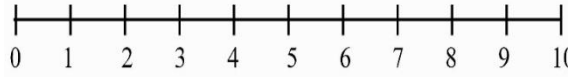
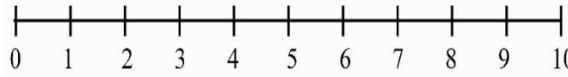
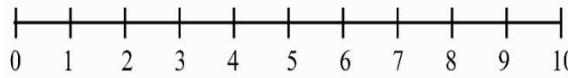
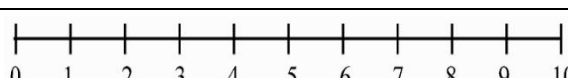
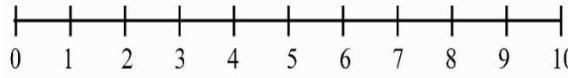
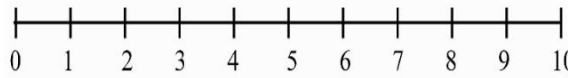
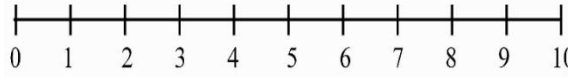
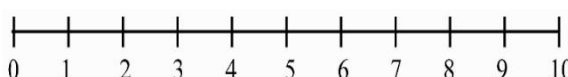
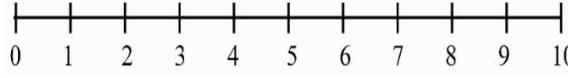
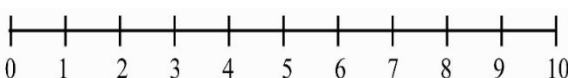
12. คุณได้อุปกรณ์นี้มาจากที่ใด โรงพยาบาล ร้านขายยา คลินิก

คำชี้แจง

วงกลม ล้อมรอบตัวเลข ในช่องด้านขวามือที่ท่านพิจารณาว่าเป็นข้อความที่ตรงกับความรู้สึกในขณะนี้

ความมีประโยชน์ทางคลินิกของอุปกรณ์ล้างจุ่ม	ไม่เห็นด้วยที่สุด 0	เห็นด้วยที่สุด 10
1. คุณรู้สึกว่าคุณอุปกรณ์นี้ช่วยให้อาการทางจมูกโดยรวมของคุณลดลง	0	10
2. คุณรู้สึกว่าคุณอุปกรณ์นี้ช่วยให้อาการคัดจมูกของคุณลดลง	0	10
3. คุณรู้สึกว่าคุณอุปกรณ์นี้ช่วยให้อาการน้ำมูกไหลของคุณลดลง	0	10
4. คุณรู้สึกว่าคุณอุปกรณ์นี้ช่วยให้คุณสั่งน้ำมูกลดลง	0	10
5. คุณรู้สึกว่าคุณอุปกรณ์นี้ช่วยทำให้ น้ำมูกข้นน้อยลง	0	10

- ไม่มีอาการคัดจมูกมาก่อน
 ไม่มีอาการน้ำมูกไหลมาก่อน
 ไม่ต้องสั่งน้ำมูกมาก่อน
 ไม่มีน้ำมูกข้นมาก่อน

6.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้การปวดบริเวณ ใบหน้าน้อยลง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีปวดใบหน้ามาก่อน
7.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้น้ำมูกไหลลงคอ ลดลง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีน้ำมูกไหลลงคอมาก่อน
8.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้การได้กลิ่นและการ รับรสดีขึ้น	 <input type="checkbox"/> ไม่มีการได้กลิ่นและรับรส ที่ผิดปกติมาก่อน
9.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้อาการจามลดลง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการจามมาก่อน
10.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้อาการไอลดลง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการไอมาก่อน
11.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้เข้าไปชะล้างน้ำมูกได้ ทั่วถึง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีน้ำมูกมาก่อน
12.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้การนอนโดยรวม ของคุณดีขึ้น	 <input type="checkbox"/> ไม่มีการนอนที่ผิดปกติมาก่อน
ความสะดวกในการใช้งาน	
13.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ใช้งานง่าย	
14.คุณสามารถใช้งานอุปกรณ์ล้างจมูกนี้ได้โดยที่ ไม่ต้องมีคำแนะนำวิธีใช้เขียนกำกับไว้	
การเรียนรู้วิธีใช้	
15.คุณสามารถเรียนรู้วิธีการใช้อุปกรณ์ล้างจมูกนี้ ได้อย่างรวดเร็ว	
16.คุณสามารถจำวิธีการใช้อุปกรณ์ล้างจมูกได้	
ความพึงพอใจ	
17.คุณมีความพึงพอใจในการใช้อุปกรณ์ล้างจมูก ชนิดนี้	
18.คุณจะแนะนำอุปกรณ์ล้างจมูกที่คุณใช้อยู่นี้ ให้แก่เพื่อนของคุณ	

แบบสอบถามที่ 5 ลูกยางล้างจมูก

1. คุณเคยใช้อุปกรณ์นี้ในการรักษาโรคใด

1. จมูกอักเสบจากภูมิแพ้ 2. ไซนัสอักเสบเฉียบพลัน 3. ไซนัสอักเสบเรื้อรัง
 4. หลังผ่าตัด 5. ไข้หวัด 6. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

2. คุณใช้อุปกรณ์นี้มานาน ปี เดือน

3. ความถี่ในการใช้ล้างจมูกโดยประมาณ ครั้ง/วัน หรือ ครั้ง/สัปดาห์

4. คุณล้างจมูกบ่อยแค่ไหน (โดยประมาณ) 1. ล้างทุกวัน 2. ล้างเมื่อมีอาการ 3. อื่น ๆ

5. ใครเป็นผู้สอนคุณล้างจมูก 1. แพทย์ 2. พยาบาล 3. เภสัชกร 4. ผู้ปกครอง 5. เรียนรู้เอง

6. ปัญหาของการใช้อุปกรณ์นี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

0. ไม่มี 1. เจ็บจมูก 2. น้ำเกลือค้างในจมูก 3. เลือดกำเดาไหล 4. ปวดศีรษะ
 5. สำลัก 6. หูอื้อ 7. เค็มคอ 8. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

7. ท่าที่ใช้ในการล้างจมูก 1. ก้มหน้า 2. เงยหน้า 3. อื่น ๆ.....

8. ระหว่างล้างน้ำเกลือ (น้ำเกลือเข้าจมูก) คุณหายใจหรือไม่

1. หายใจทางจมูก 2. กลั้นหายใจ 3. หายใจทางปาก 4. อื่น ๆ

9. ยี่ห้ออุปกรณ์ที่คุณเคยใช้

10. ใช้อุปกรณ์นี้ไปได้นานเท่าไร อุปกรณ์จึงเสีย ปี เดือน

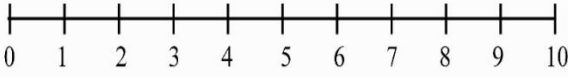
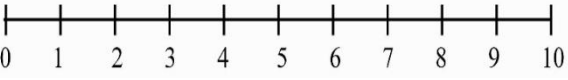
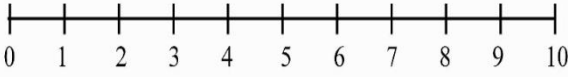
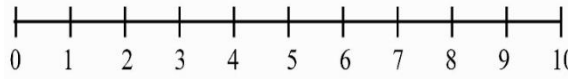
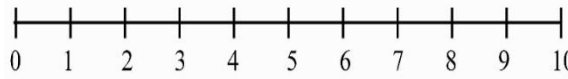
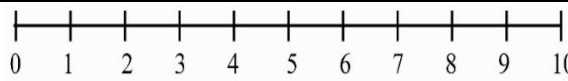
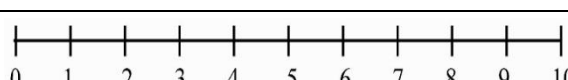
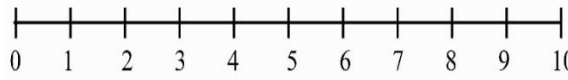
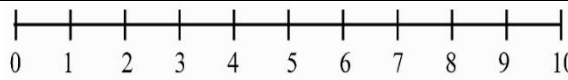
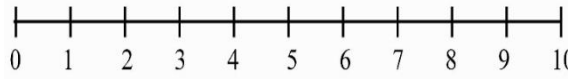
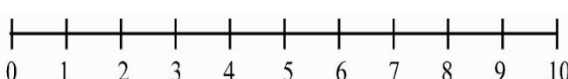
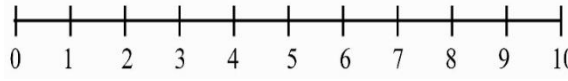
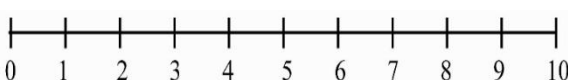
11. คุณทำความสะอาดอุปกรณ์นี้อย่างไร ล้างน้ำสบู่ ล้างน้ำเกลือ ล้างน้ำอุ่น ต้ม อื่น ๆ.....

12. คุณได้อุปกรณ์นี้มาจากที่ใด โรงพยาบาล ร้านขายยา คลินิก

คำชี้แจง

วงกลม ล้อมรอบตัวเลข ในช่องด้านขวามือที่ท่านพิจารณาว่าเป็นข้อความที่ตรงกับความรู้สึกในขณะนี้

ความมีประโยชน์ทางคลินิกของอุปกรณ์ล้างจมูก	ไม่เห็นด้วยที่สุด 0	เห็นด้วยที่สุด 10
1. คุณรู้สึกว่าคุณรู้สึกว่าการช่วยให้อาการทางจมูกโดยรวมของคุณลดลง	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2. คุณรู้สึกว่าคุณรู้สึกว่าการช่วยให้อาการคัดจมูกของคุณลดลง	----- <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการคัดจมูกมาก่อน 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
3. คุณรู้สึกว่าคุณรู้สึกว่าการช่วยให้อาการน้ำมูกไหลของคุณลดลง	----- <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการน้ำมูกไหลมาก่อน 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
4. คุณรู้สึกว่าคุณรู้สึกว่าการช่วยให้น้ำมูกของคุณลดลง	----- <input type="checkbox"/> ไม่ต้องล้างน้ำมูกมาก่อน 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
5. คุณรู้สึกว่าคุณรู้สึกว่าการช่วยทำให้น้ำมูกข้นน้อยลง	----- <input type="checkbox"/> ไม่มีน้ำมูกข้นมาก่อน 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

6.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้การปวดบริเวณ ใบหน้าน้อยลง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีปวดใบหน้ามาก่อน
7.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้น้ำมูกไหลลงคอ ลดลง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีน้ำมูกไหลลงคอมาก่อน
8.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้การได้กลิ่นและการ รับรสดีขึ้น	 <input type="checkbox"/> ไม่มีการได้กลิ่นและรับรส ที่ผิดปกติมาก่อน
9.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้อาการจามลดลง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการจามมาก่อน
10.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้อาการไอลดลง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการไอมาก่อน
11.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้เข้าไปชะล้างน้ำมูกได้ ทั่วถึง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีน้ำมูกมาก่อน
12.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้การนอนโดยรวม ของคุณดีขึ้น	 <input type="checkbox"/> ไม่มีการนอนที่ผิดปกติมาก่อน
ความสะดวกในการใช้งาน	
13.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ใช้งานง่าย	
14.คุณสามารถใช้งานอุปกรณ์ล้างจมูกนี้ได้โดยที่ ไม่ต้องมีคำแนะนำวิธีใช้เขียนกำกับไว้	
การเรียนรู้วิธีใช้	
15.คุณสามารถเรียนรู้วิธีการใช้อุปกรณ์ล้างจมูกนี้ ได้อย่างรวดเร็ว	
16.คุณสามารถจำวิธีการใช้อุปกรณ์ล้างจมูกได้	
ความพึงพอใจ	
17.คุณมีความพึงพอใจในการใช้อุปกรณ์ล้างจมูก ชนิดนี้	
18.คุณจะแนะนำอุปกรณ์ล้างจมูกที่คุณใช้อยู่นี้ ให้แก่เพื่อนของคุณ	

แบบสอบถามที่ 6 สเปรย์ล้างจมูก

1. คุณเคยใช้อุปกรณ์นี้ในการรักษาโรคใด

1. จมูกอักเสบจากภูมิแพ้ 2. ไซนัสอักเสบเฉียบพลัน 3. ไซนัสอักเสบเรื้อรัง
 4. หลังผ่าตัด 5. ไข้หวัด 6. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

2. คุณใช้อุปกรณ์นี้มานาน ปี เดือน

3. ความถี่ในการใช้ล้างจมูกโดยประมาณ ครั้ง/วัน หรือ ครั้ง/สัปดาห์

4. คุณล้างจมูกบ่อยแค่ไหน (โดยประมาณ) 1. ล้างทุกวัน 2. ล้างเมื่อมีอาการ 3. อื่น ๆ

5. ใครเป็นผู้สอนคุณล้างจมูก 1. แพทย์ 2. พยาบาล 3. เภสัชกร 4. ผู้ปกครอง 5. เรียนรู้เอง

6. ปัญหาของการใช้อุปกรณ์นี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

0. ไม่มี 1. เจ็บจมูก 2. น้ำเกลือค้างในจมูก 3. เลือดกำเดาไหล 4. ปวดศีรษะ
 5. สำลัก 6. หูอื้อ 7. เค็มคอ 8. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

7. ท่าที่ใช้ในการล้างจมูก 1. ก้มหน้า 2. เงยหน้า 3. อื่น ๆ

8. ระหว่างล้างน้ำเกลือ (น้ำเกลือเข้าจมูก) คุณหายใจหรือไม่

1. หายใจทางจมูก 2. กลั้นหายใจ 3. หายใจทางปาก 4. อื่น ๆ ..

9. ยี่ห้ออุปกรณ์ที่คุณเคยใช้

10. ใช้อุปกรณ์นี้ไปได้นานเท่าไร อุปกรณ์จึงเสีย ปี เดือน

11. คุณทำความสะอาดอุปกรณ์นี้อย่างไร ล้างน้ำสบู่ ล้างน้ำเกลือ ล้างน้ำอุ่น ต้ม อื่น ๆ

12. คุณได้อุปกรณ์นี้มาจากที่ใด โรงพยาบาล ร้านขายยา คลินิก

คำชี้แจง

วงกลม ล้อมรอบตัวเลข ในช่องด้านขวามือที่ท่านพิจารณาว่าเป็นข้อความที่ตรงกับความรู้สึกในขณะนี้

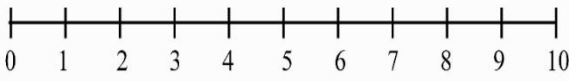
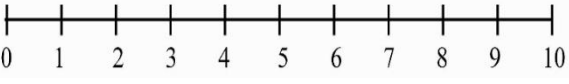
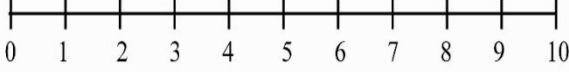
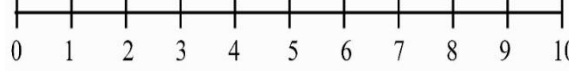
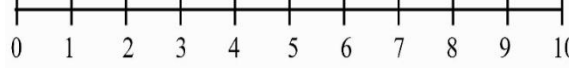
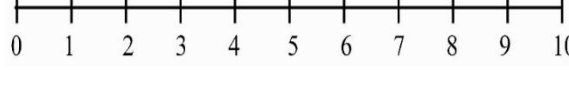
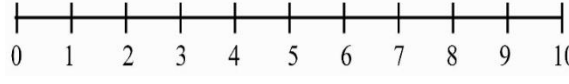
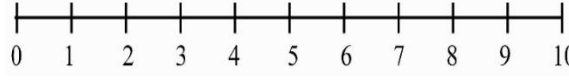
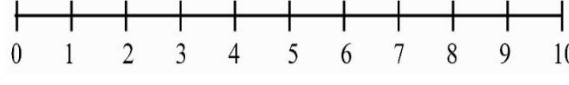
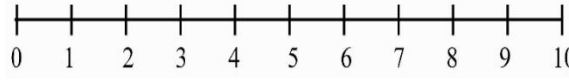
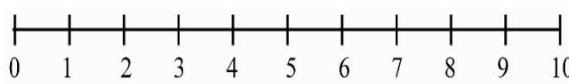
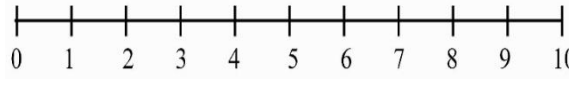
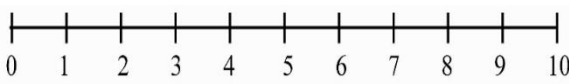
ความมีประโยชน์ทางคลินิกของอุปกรณ์ล้างจมูก	ไม่เห็นด้วยที่สุด 0	เห็นด้วยที่สุด 10
1. คุณรู้สึกว่าคุณรู้สึกว่าการช่วยให้อาการทางจมูกโดยรวมของคุณลดลง		
2. คุณรู้สึกว่าคุณรู้สึกว่าการช่วยให้อาการคัดจมูกของคุณลดลง		
3. คุณรู้สึกว่าคุณรู้สึกว่าการช่วยให้อาการน้ำมูกไหลของคุณลดลง		
4. คุณรู้สึกว่าคุณรู้สึกว่าการช่วยให้น้ำมูกของคุณลดลง		
5. คุณรู้สึกว่าคุณรู้สึกว่าการช่วยทำให้น้ำมูกข้นน้อยลง		

ไม่มีอาการคัดจมูกมาก่อน

ไม่มีอาการน้ำมูกไหลมาก่อน

ไม่ต้องสั่งน้ำมูกมาก่อน

ไม่มีน้ำมูกข้นมาก่อน

6.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้อาการปวดบริเวณ ใบหน้าน้อยลง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีปวดใบหน้ามาก่อน
7.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้น้ำมูกไหลลงคอ ลดลง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีน้ำมูกไหลลงคอมาก่อน
8.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้การได้กลิ่นและการ รับรสดีขึ้น	 <input type="checkbox"/> ไม่มีการได้กลิ่นและรับรส ที่ผิดปกติมาก่อน
9.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้อาการจามลดลง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการจามมาก่อน
10.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้อาการไอลดลง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการไอมาก่อน
11.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้เข้าไปชะล้างน้ำมูกได้ ทั่วถึง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีน้ำมูกมาก่อน
12.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้การนอนโดยรวม ของคุณดีขึ้น	 <input type="checkbox"/> ไม่มีการนอนที่ผิดปกติมาก่อน
ความสะดวกในการใช้งาน	
13.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ใช้งานง่าย	
14.คุณสามารถใช้งานอุปกรณ์ล้างจมูกนี้ได้โดยที่ ไม่ต้องมีคำแนะนำวิธีใช้เขียนกำกับไว้	
การเรียนรู้วิธีใช้	
15.คุณสามารถเรียนรู้วิธีการใช้อุปกรณ์ล้างจมูกนี้ ได้อย่างรวดเร็ว	
16.คุณสามารถจำวิธีการใช้อุปกรณ์ล้างจมูกได้	
ความพึงพอใจ	
17.คุณมีความพึงพอใจในการใช้อุปกรณ์ล้างจมูก ชนิดนี้	
18.คุณจะแนะนำอุปกรณ์ล้างจมูกที่คุณใช้อยู่นี้ ให้แก่เพื่อนของคุณ	

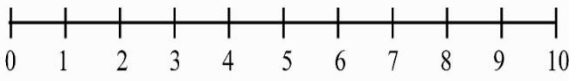
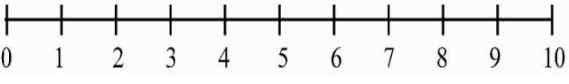
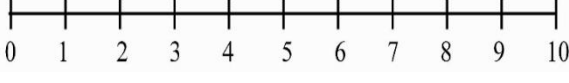
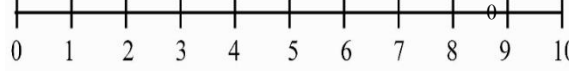
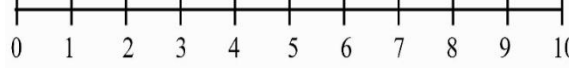
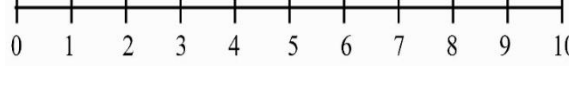
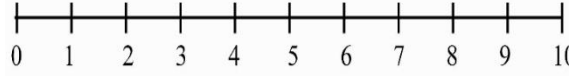
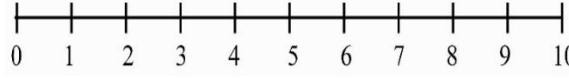
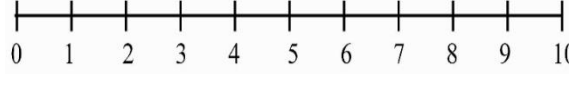
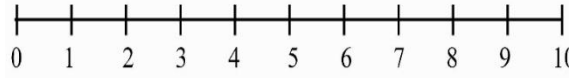
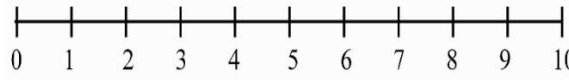
แบบสอบถามที่ 7 ที่หยดล้างจมูก

1. คุณเคยใช้อุปกรณ์นี้ในการรักษาโรคใด
 - 1. จมูกอักเสบจากภูมิแพ้ 2. ไซนัสอักเสบเฉียบพลัน 3. ไซนัสอักเสบเรื้อรัง
 - 4. หลังผ่าตัด 5. ไข้หวัด 6. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
2. คุณใช้อุปกรณ์นี้มานาน ปี เดือน
3. ความถี่ในการใช้ล้างจมูกโดยประมาณ ครั้ง/วัน หรือ ครั้ง/สัปดาห์
4. คุณล้างจมูกบ่อยแค่ไหน (โดยประมาณ) 1. ล้างทุกวัน 2. ล้างเมื่อมีอาการ 3. อื่น ๆ
5. ใครเป็นผู้สอนคุณล้างจมูก 1. แพทย์ 2. พยาบาล 3. เภสัชกร 4. ผู้ปกครอง 5. เรียนรู้เอง
6. ปัญหาของการใช้อุปกรณ์นี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 0. ไม่มี 1. เจ็บจมูก 2. น้ำเกลือค้างในจมูก 3. เลือดกำเดาไหล 4. ปวดศีรษะ
 - 5. สำลัก 6. หูอื้อ 7. เค็มคอ 8. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
7. ท่าที่ใช้ในการล้างจมูก 1. ก้มหน้า 2. เงยหน้า 3. อื่น ๆ.....
8. ระหว่างล้างน้ำเกลือ (น้ำเกลือเข้าจมูก) คุณหายใจหรือไม่
 - 1. หายใจทางจมูก 2. กลั้นหายใจ 3. หายใจทางปาก 4. อื่น ๆ
9. ยี่ห้ออุปกรณ์ที่คุณเคยใช้
10. ใช้อุปกรณ์นี้ไปได้นานเท่าไร อุปกรณ์จึงเสีย ปี เดือน
11. คุณทำความสะอาดอุปกรณ์นี้อย่างไร ล้างน้ำสบู่ ล้างน้ำเกลือ ล้างน้ำอุ่น ต้ม อื่น ๆ.....
12. คุณได้อุปกรณ์นี้มาจากที่ใด โรงพยาบาล ร้านขายยา คลินิก

คำชี้แจง

วงกลม ล้อมรอบตัวเลข ในช่องด้านขวามือที่ท่านพิจารณาว่าเป็นข้อความที่ตรงกับความรู้สึกในขณะนี้

ความมีประโยชน์ทางคลินิกของอุปกรณ์ล้างจมูก	ไม่เห็นด้วยที่สุด 0	เห็นด้วยที่สุด 10
1. คุณรู้สึกว่าคุณรู้สึกว่าการช่วยให้อาการทางจมูกโดยรวมของคุณลดลง	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2. คุณรู้สึกว่าคุณรู้สึกว่าการช่วยให้อาการคัดจมูกของคุณลดลง	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการคัดจมูกมาก่อน
3. คุณรู้สึกว่าคุณรู้สึกว่าการช่วยให้อาการน้ำมูกไหลของคุณลดลง	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการน้ำมูกไหลมาก่อน
4. คุณรู้สึกว่าคุณรู้สึกว่าการช่วยให้น้ำมูกของคุณลดลง	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> ไม่ต้องสั่งน้ำมูกมาก่อน
5. คุณรู้สึกว่าคุณรู้สึกว่าการช่วยทำให้น้ำมูกขึ้นน้อยลง	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> ไม่มีน้ำมูกขึ้นมาก่อน

6.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้การปวดบริเวณ ใบหน้าน้อยลง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีปวดใบหน้ามาก่อน
7.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้น้ำมูกไหลลงคอ ลดลง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีน้ำมูกไหลลงคอมาก่อน
8.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้การได้กลิ่นและการ รับรสดีขึ้น	 <input type="checkbox"/> ไม่มีการได้กลิ่นและรับรส ที่ผิดปกติมาก่อน
9.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้อาการจามลดลง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการจามมาก่อน
10.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้อาการไอลดลง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการไอมาก่อน
11.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้เข้าไปชะล้างน้ำมูกได้ ทั่วถึง	 <input type="checkbox"/> ไม่มีน้ำมูกมาก่อน
12.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ช่วยให้การนอนโดยรวม ของคุณดีขึ้น	 <input type="checkbox"/> ไม่มีการนอนที่ผิดปกติมาก่อน
ความสะดวกในการใช้งาน	
13.คุณรู้สึกว่าคุณปรกรณ์นี้ใช้งานง่าย	
14.คุณสามารถใช้งานอุปกรณ์ล้างจมูกนี้ได้โดยที่ ไม่ต้องมีคำแนะนำวิธีใช้เขียนกำกับไว้	
การเรียนรู้วิธีใช้	
15.คุณสามารถเรียนรู้วิธีการใช้อุปกรณ์ล้างจมูกนี้ ได้อย่างรวดเร็ว	
16.คุณสามารถจำวิธีการใช้อุปกรณ์ล้างจมูกได้	
ความพึงพอใจ	
17.คุณมีความพึงพอใจในการใช้อุปกรณ์ล้างจมูก ชนิดนี้	
18.คุณจะแนะนำอุปกรณ์ล้างจมูกที่คุณใช้อยู่นี้ ให้แก่เพื่อนของคุณ	