

# แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

## ข้อมูลทั่วไป

- ชื่อ - สกุล.....
- ที่อยู่.....  
โทรศัพท์.....
- เพศ ( ) 1.ชาย ( ) 2.หญิง 4. อายุ.....ปี
- การศึกษา ( ) 1.ไม่ได้เรียน ( ) 2.ประถมศึกษา ( ) 3.มัธยมศึกษา  
( ) 4.ต่ำกว่าปริญญาตรี ( ) 5.ปริญญาตรี ( ) 6.อื่น ๆ ระบุ.....
- อาชีพ (ตอบได้มากกว่า 1 อาชีพ)  
( ) 1.เกษตรกร ( ) 2.รับจ้าง ( ) 3.ค้าขาย  
( ) 4.รับราชการ ( ) 5.ว่างงาน ( ) 6.อื่น ๆ ระบุ.....
- สถานภาพสมรส ( ) 1.โสด ( ) 2.อยู่ด้วย ( ) 3.อยู่แยกกันอยู่ ( ) 4.หม้าย ( ) 5.หย่าร้าง
- ในช่วง 1 เดือนนี้หรือก่อนหน้านี้อ ท่านมีปัญหาสุขภาพในเรื่องใดบ้าง (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค)  
( ) 1.ไม่มี ( ) 2.มี (ถ้ามีถามข้อ 9 ด้วย)
- โรคที่ท่านมีปัญหาตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ( ) 1.ความดันโลหิตสูง ( ) 2.โรคปอดหรือหลอดลม  
( ) 3.โรคหัวใจ ( ) 4.โรคกระดูกและข้อ ( ) 5.เนื้องอก ( ) 6.เบาหวาน  
( ) 7.อัมพาต ( ) 8.โรคทางจิตเวช ( ) 9.โรคกระเพาะ ( ) 10.อื่น ๆ ระบุ.....
- ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า.....



## แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

สอบถามผู้รับบริการว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีความรู้สึกดังต่อไปนี้ โดยให้ตอบคำถามในแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าให้ครบทุกข้อ

รายการประเมิน	มี	ไม่มี
1. รู้สึกจิตใจหม่นหมองหรือไม่ (เกือบตลอดทั้งวัน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. รู้สึกเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. รู้สึกหมดกำลังใจอยาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. รู้สึกไม่มีความสุข หมดสนุก กับสิ่งที่เคยชอบและเคยทำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. รู้สึกผิดหวังในตนเอง และโทษตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. รู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. รู้สึกอยากอยู่คนเดียว ไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับใคร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. คิดอะไรไม่ออก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. หลงลืมง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. คิดอะไรได้ช้ากว่าปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ทำอะไรผิดพลาด เชื่องช้ากว่าปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. รู้สึกอ่อนเพลียง่ายเหมือนไม่มีแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. รู้สึกเบื่ออาหาร กินได้น้อยกว่าเดิม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. นอนหลับ ๆ ตื่น ๆ หลับไม่สนิท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## การแปลผล

ตอบ (มี) ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการบริการปรึกษา หรือส่งพบแพทย์และคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายควบคู่กันด้วย