

แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

- ชื่อ - สกุล.....
 - ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....
 - เคยฆ่าตัวตายหรือไม่ เคย ไม่เคย
 - เคยพยายามฆ่าตัวตายในอดีต.....ครั้ง
 - ประวัติพยายามฆ่าตัวตาย
ถ้ามี มีวิธีการอย่างไร
- ครั้งที่ 1 วิธีการ.....สาเหตุ.....
เวลา.....สถานที่.....
- ครั้งที่ 2 วิธีการ.....สาเหตุ.....
เวลา.....สถานที่.....
- ครั้งที่ 3 วิธีการ.....สาเหตุ.....
เวลา.....สถานที่.....
- ครั้งที่ 4 วิธีการ.....สาเหตุ.....
เวลา.....สถานที่.....



แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สามารถประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยสอบถามว่า 2 สัปดาห์นี้มีเหตุการณ์ อาการหรือความคิด ความรู้สึก ดังต่อไปนี้หรือไม่

รายการประเมิน	มี	ไม่มี
1. มีสีหน้าเป็นทุกข์ หม่นหมอง เศร้าซึม ร้องไห้ (ผู้สัมภาษณ์สังเกตพบขณะสัมภาษณ์)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. เป็นโรคร้ายแรงหรือเรื้อรัง และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุฆ่าตัวตายหรือเคยทำมาก่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. สูญเสียอวัยวะที่สำคัญอย่างไม่คาดคิด (ระบุอวัยวะที่สูญเสีย.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. มีการสูญเสียของรัก (คนรัก เงินทอง หรือบุคคลอันเป็นที่รัก หน้าที่การงาน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ทำนดืมเครื่องดืมประเภทแอลกอฮอล์บ่อยครั้ง ดืมหนัก ดืมจนเมา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. มีเรื่องกดดัน หรือคับข้องใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีค่าที่จะอยู่ต่อไป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. เป็นทุกข์ จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. กำลังคิดฆ่าตัวตาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

การแปลผล

ตอบ (มี) ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรได้รับการปรึกษาหรือพบแพทย์และใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าควบคู่กันด้วย