

แบบคัดกรอง / แบบประเมิน โรคซึมเศร้า
แบบประเมินการฆ่าตัวตาย แบบประเมินความเครียด

ชื่อร้าน.....จังหวัด..... วันที่ให้บริการ...../...../.....
 ชื่อ-สกุล เกษชกรผู้ให้บริการ.....รวมระยะเวลา.....นาที

คำยินยอม
คำยินยอม

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดของแผนงานฯและสมัครใจเข้ารับบริการ โดยยินยอมให้เกษชกรผู้ให้บริการตามแผนงานฯนี้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าและอนุญาตให้ผู้ควบคุมข้อมูลของแผนงานฯ เก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าไว้จนสิ้นสุดระยะเวลาของโครงการฯ เพื่อวัตถุประสงค์ในการสร้างเสริมสุขภาพของข้าพเจ้าเองและเพื่อประโยชน์ส่วนรวมของการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพ และเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาวิชาชีพเกษชกรชุมชน โดยจะต้องเก็บข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นความลับและอนุญาตให้เปิดเผยหรือใช้ข้อมูลของข้าพเจ้าในรูปแบบที่ไม่ระบุตัวตนของข้าพเจ้าฯ เท่านั้น

ลงชื่อ.....ผู้รับบริการ+ผู้ให้คำยินยอม
 ว/ค/ป ที่ให้คำยินยอม.....

ชื่อ-สกุล.....เพศ ชาย หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../.....อายุ.....ปี
 เลขที่บัตรประชาชน - - - -
 ที่อยู่ปัจจุบัน ที่อยู่ตามบัตรประชาชน บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....
 อำเภอ.....จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....
 สิทธิการรักษาพยาบาล ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม เบิกคืนสังกัด ทรานสิทินแต่ประสงค์จ่ายเงินเอง

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2 Q)

คำถาม	มี	ไม่มี	การแปลผล - ถ้าคำตอบ : ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า - ถ้าคำตอบ : มี ข้อใดข้อหนึ่ง หรือ ทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2 หมายถึง “ เป็นผู้มีความเสี่ยง ” หรือ “ มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ” ให้ประเมินด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9Q
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่			
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน หรือไม่			


แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9 Q)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย >7วัน	เป็นทุกวัน
1 เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2 ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3 หลับยาก หรือหลับๆตื่นๆหรือหลับมากไป	0	1	2	3
4 เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5 เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6 รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครัวยึดหัว	0	1	2	3
7 สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8 พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้	0	1	2	3
9 คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3

คะแนนรวมทั้งหมด

การแปลผล

คะแนนรวม	การแปลผล
< 7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7 - 12	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13 - 18	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง


 คะแนน 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 ให้ประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตายด้วย 8Q

> หรือ = 19 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

แบบประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8 Q

ลำดับคำถาม	ระยะเวลา	คำถาม	ไม่มี	มี
1	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา วันนี้	คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า		
2		อยากทำร้ายตัวเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ		
3		คิดเกี่ยวกับ การฆ่าตัวตาย		
4		(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ)...ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือบอกได้ไหมว่าจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้		
5		มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย		
6		ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตายโดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ		
7		ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต		
8		ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง / ตั้งใจที่จะให้ตาย		
8	ตลอดชีวิตที่ผ่านมา	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย		

คะแนนรวมทั้งหมด

คะแนนรวม	การแปลผล
0	ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน
1-8	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย
9-16	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง
> หรือ = 17	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับรุนแรง

↓

คะแนน 8Q มากกว่าหรือเท่ากับ 17
ส่งต่อ โรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์

ด่วน

แบบประเมินความเครียด (ST5)

คะแนน 0 แทบไม่มี
 คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง
 คะแนน 2 หมายถึง บ่อยครั้ง
 คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ

ข้อที่	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2-4 สัปดาห์	คะแนน			
		1	2	3	4
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
2	มีสมาธิน้อยลง				
3	หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ				
4	รู้สึกเบื่อ/เซ็ง				
5	ไม่อยากพบปะผู้คน				
คะแนนรวม		คะแนน			

การแปลผลคะแนน

คะแนน 0-4 เครียดน้อย
 คะแนน 5-7 เครียดปานกลาง
 คะแนน 8-9 เครียดมาก
 คะแนน 10-15 เครียดมากที่สุด



สสส.

กรมควบคุมโรค

แผนงานเครือข่ายร้านยาพาลูกบูทรีและสร้างเสริมสุขภาพ