# ชื่อ:

วันที่ **:**

กรุณากรอกแบบสอบถามชุดนี้ก่อนการนัดหมายของท่าน จงตอบคำถามให้ได้มากที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ เพื่อใช้เวลานัดหมายของท่านให้ได้ประโยชน์สูงสุด โดยไม่ต้องใช้เวลาขณะนัดหมายตอบคำถามเหล่านี้ กรุณาเก็บรักษาและนำแบบฟอร์มนี้มาพร้อมกับการนัดหมายครั้งต่อไป หากเป็นการนัดหมายทางโทรศัพท์ กรุณาจัดวางชุดคำถามนี้ไว้ใกล้ตัว เพราะเราอาจจะต้องขอข้อมูลเหล่านี้ขณะพูดคุยทางโทรศัพท์

แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย **(Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านถูกรบกวนด้วยปัญหาเหล่านี้บ่อยครั้งเพียงใด? | | | ไม่เคยเลย | หลายวัน | เกินครึ่งของช่วงเวลา | เกือบทุกวัน |  |
| 1 | มีความสนใจหรือความสุขในการทำกิจกรรมต่างๆ เพียงเล็กน้อย | | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| 2 | รู้สึกแย่ลง หดหู่ หรือสิ้นหวัง | | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| 3 | นอนไม่หลับ หลับได้ไม่นาน หรือหลับนานเกินไป | | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| 4 | รู้สึกเหน็ดเหนื่อย หรือมีพลังงานน้อย | | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| 5 | เบื่ออาหาร หรือเจริญอาหารมากกว่าปกติ |  | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| 6 | รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง ดูว่าตัวเองล้มเหลว หรือเป็นคนทำให้ตัวเอง หรือครอบครัวผิดหวัง | | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| 7 | มีปัญหาในการจดจ่อหรือมีสมาธิกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่นการอ่านหนังสือพิมพ์ หรือดูโทรทัศน์ | | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| 8 | พูดหรือทำอะไรช้าจนคนอื่นสังเกตุเห็นหรือในทางตรงกันข้ามอยู่  ไม่สุขหรือกระสับกระส่ายโดยคุณทำการเคลื่อนไหวมากกว่าปรกติ | | 0 | 1 | 2 | 3 | **รวม**  รวม |
| 9 | คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตาย ๆ ไปเสียคงจะดี | | 0 | 1 | 2 | 3 |  |

แบบวัดความวิตกกังวล **(General Anxiety Disorder-7: GAD-7)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านถูกรบกวนด้วยปัญหาเหล่านี้บ่อยครั้งเพียงใด? | | | ไม่เคยเลย | หลายวัน | เกินครึ่งของช่วงเวลา | เกือบทุกวัน |  |
| 1 | รู้สึกประหม่า วิตกกังวล หรือ หงุดหงิดและเครียด | | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| 2 | ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมความกังวลได้ | | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| 3 | กังวลมากเกินไปในเรื่องต่างๆ | | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| 4 | ทำตัวให้ผ่อนคลายได้ยาก |  | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| 5 | รู้สึกกระสับกระส่ายจนไม่สามารถนั่งนิ่งๆ ได้ | | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| 6 | กลายเป็นคนขี้รำคาญ หรือ หงุดหงิดง่าย | | 0 | 1 | 2 | 3 | รวม |
| 7 | รู้สึกกลัวเหมือนว่าจะมีอะไรร้ายๆ เกิดขึ้น | | 0 | 1 | 2 | 3 |  |

ดัชนีความหวาดกลัว

|  |  |
| --- | --- |
| กรุณาให้คะแนนในช่องด้านขวาเพื่อแสดงว่าท่านต้องการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่างๆ เหล่านี้มากน้อยเพียงใด ด้วยเหตุผลจำเพาะที่ให้มา (อธิบายโดยตัวเอียง) โดยให้คะแนนระหว่าง 0-8 คะแนน | |
| **0 1 2 3 4 5 6 7 8**  ไม่หลีกเลี่ยง หลีกเลี่ยง หลีกเลี่ยง หลีกเลี่ยง หลีกเลี่ยง เพียงเล็กน้อย อย่างแน่นอน อย่างเห็นได้ชัดเจน ตลอดเวลา | |
| สถานการณ์ทางสังคม*เนื่องจากความหวาดกลัวต่อความอับอายหรือกลายเป็นคนโง่ในสายตาผู้อื่น* |  |
| สถานการณ์เฉพาะบางอย่าง *เพราะความหวาดกลัวที่จะเกิดอาการตื่นตกใจหรือการแสดงของอาการที่น่าวิตกอิ่นๆ* (เช่นปัสสาวะราด อาเจียน หรือวิงเวียนศรีษะ) |  |
| สถานการณ์เฉพาะบางอย่าง *เพราะความหวาดกลัวที่ต่อสิ่งของหรือกิจกรรมบางประเภท* (เช่น สัตว์ ความสูง การมองเห็นเลือด การอยู่ในที่ปิดแคบ การขับรถ หรือการนั่งเครื่องบิน) |  |

การปรับตัวด้านการทำงานและสังคม

ในบางครั้ง ปัญหาของท่านอาจมีผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันจำเพาะบางอย่าง กรุณาให้คะแนนลงในช่องด้านขวา เพื่อแสดงว่าปัญหาของท่านนำไปสู่ความบกพร่องของความสามารถในการประกอบกิจกรรมแต่ละอย่างที่ระบุไว้มากน้อยเพียงใด โดยให้คะแนนระหว่าง 0-8 คะแนน ดังนี้:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **คะแนน:** | **0 1 2 3 4 5 6 7 8**  ไม่บกพร่อง บกพร่อง บกพร่อง บกพร่อง บกพร่อง  เล็กน้อย ปานกลาง อย่างชัดเจน อย่างหนักมาก | | **รวม** |
| ปัญหาของฉัน ทำให้**งาน**ของฉันบกพร่อง (หากปัจจุบันไม่ได้ทำงาน กรุณาเขียน N/A) | |  |
| ปัญหาของฉัน ทำให้**การจัดการงานบ้าน**ของฉันบกพร่อง (การทำความสะอาด การจัดเก็บสิ่งของในบ้าน การซื้อของ การปรุงอาหาร การดูแลบ้าน/ครอบครัว การจ่ายบิล และอื่นๆ ) | |  |
| ปัญหาของฉัน ทำให้**ชีวิตทางสังคม**ของฉันบกพร่อง (กิจกรรมร่วมกับผู้อื่น เช่นงานเลี้ยง การออกไปท่องเที่ยว ความบันเทิง และอื่นๆ) | |  |
| ปัญหาของฉัน ทำให้**กิจกรรมผ่อนคลายส่วนตัว**ของฉันบกพร่อง (กิจกรรมที่ทำด้วยตนเอง เช่น งานอดิเรก อ่านหนังสือ และอื่นๆ) | |  |
| ปัญหาของฉัน ทำให้**ครอบครัวและความส้มพันธ์**ของฉันบกพร่อง (การสร้างและรักษาความสัมพันธ์อันใกล้ชิดกับผู้อื่น รวมไปถึงบุคคลที่ท่านร่วมอยู่อาศัย) | |  |  |

**ปัจจุบันท่านรับประทานยาเพื่อแก้ปัญหาทางจิตเวชอยู่หรือไม่?**

ชื่อและปริมาณยาที่ได้รับ (หากทราบ)

แพทย์สั่งและรับประทาน

แพทย์สั่งแต่ไม่ได้รับประทาน

แพทย์ไม่ได้สั่ง

ไม่ตอบ (ปฏิเสธที่จะตอบ)

ไม่ทราบ (ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ)

…………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กรุณาทำเครื่องหมายหลังข้อที่อธิบายสภาพการจ้างงานในปัจจุบันของท่านได้เหมาะสมที่สุด** | | | | |  |  |  |
| ถูกจ้างงาน |  |  |  | ดูแลบ้านหรือเป็นผู้ดูแล ไม่ได้ทำงานหรือไม่ได้กำลังมองหางาน |  |  |  |
| ว่างงานและกำลังหางานทำ |  |  |  | ป่วยเรื้อรังหรือพิการเรื้อรังได้รับ Incapacity หรือ ESA |  |  |  |
| นักเรียนที่ไม่ได้ทำงานหรือกำลังมองหางาน |  |  |  | ไม่ได้รับสวัสดิการใดๆ ไม่ได้ทำงานหรือไม่ได้กำลังมองหางาน |  |  |  |
| เกษียณ |  |  |  | งานอาสาสมัคร ไม่ได้ทำงานหรือไม่ได้กำลังมองหางาน |  |  |  |
| ไม่ต้องการเปิดเผย |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ปัจจุบันท่านได้รับสวัสดิการต่างๆ เหล่านี้หรือไม่: | | | | |  |  |  |
| สวัสดิการลาป่วย (Statutory Sick Pay) |  |  |  | สวัสดิการรวม (Universal Credit) |  |  |  |
| สวัสดิการผู้หางานทำ(Jobseeker’s Allowance) |  |  |  | เงินช่วยเหลือต่อบุคคลที่ป่วย (Personal Independent payment) |  |  |  |
| สวัสดิการผู้ป่วยจากรัฐ (Employment and Support Allowance) |  |  |  | สวัสดิการอื่นๆ ที่ไม่ได้กล่าวถึง |  |  |  |
| ไม่ต้องการเปิดเผย |  |  |  |  |  |  |  |

ประเมินความเสี่ยง

เรามีความรับผิดชอบที่ต้องจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อตัวท่านเองหรือต่อผู้อื่น คำถามข้างล่างนี้จะช่วยให้เราจัดการเรื่องนี้ได้ เราทราบว่าคำถามเหล่านี้ไม่ได้เกี่ยวพันกับทุกท่าน ขอขอบคุณที่ท่านตอบคำถาม เพื่อให้เราสามารถช่วยเหลือบางท่านที่ต้องการความช่วยเหลือเช่นนี้ได้ต่อไป

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ท่านเคยคิดทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นหรือไม่? หากใช่ กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ | ใช่ | ไม่ใช่ |
| ท่านยังมีความคิดเช่นนั้นหรือไม่ในปัจจุบัน? | ใช่ | ไม่ใช่ |
| ท่านเคยตั้งใจทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นหรือไม่? | ใช่ | ไม่ใช่ |
| ท่านเคยรู้สึกย่ำแย่จนเคยคิดฆ๋าตัวตายหรือไม่? | ใช่ | ไม่ใช่ |
| ท่านเคยวางแผนฆ่าตัวตายหรือไม่? | ใช่ | ไม่ใช่ |
| ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่? | ใช่ | ไม่ใช่ |
| ในช่วงคะแนน 0-10, โดย 10 หมายถึง อย่างแน่นอน มีความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใดที่ท่านจะลงมือกระทำตามความคิดและแผนการในอนาคต? (กรุณาวงกลมรอบตัวเลขที่เหมาะสม) **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** | | |
| อะไรที่จะสามารถหยุดท่านจากการทำร้ายตนเองหรือจากการพยายามฆ่าตัวตาย? | | |
| ปัจจุบันท่านมีความเสี่ยงที่จะถูกผู้อื่นทำร้ายหรือไม่? | ใช่ | ไม่ใช่ |

**ท่านสามารถขอแบบสอบถามนี้ในรูปแบบสิ่งพิมพ์ขนาดใหญ่ได้**