

แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย PHQ-9

ชื่อ วันที่

ในช่วง **2 สัปดาห์** ที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน
(ทำเครื่องหมาย “✓” ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่าน)

	ไม่เลย	มีบางวัน ไม่บ่อย	มีค่อนข้าง บ่อย	มีเกือบทุก วัน
1. เบื่อทำอะไรๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน				
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้				
3. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป				
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง				
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป				
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง - คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือเป็นคนทำให้ ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงาน ที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8. พุดหรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น หรือกระสับกระส่าย จนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย				
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายๆ ไปเสียคงจะดี				

ถ้าท่านตอบว่ามีอาการไม่ว่าในข้อใดก็ตาม อาการนั้นๆ ทำให้ท่านมีปัญหาในการทำงาน การดูแลสิ่งต่างๆ ในบ้าน หรือการเข้ากับผู้อื่น หรือไม่

ไม่มีปัญหาเลย	มีปัญหาบ้าง	มีปัญหามาก	มีปัญหามากที่สุด

แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย PHQ-9

วิธีการให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม

ในช่วง **2 สัปดาห์** ที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน
(ทำเครื่องหมาย “✓” ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่าน)

	ไม่เคย	มีบางวัน ไม่บ่อย	มีค่อนข้าง บ่อย	มีเกือบทุก วัน
1. เบื่อทำอะไรๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง - คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือเป็นคนทำให้ ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงาน ที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พุดหรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น หรือกระสับกระส่าย จนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายๆ ไปเสียคงจะดี	0	1	2	3

ถ้าท่านตอบว่ามีอาการไม่ว่าในข้อใดก็ตาม อาการนั้นๆ ทำให้ท่านมีปัญหาในการทำงาน การดูแลสิ่งต่างๆ ในบ้าน หรือการเข้ากับผู้อื่น หรือไม่

ไม่มีปัญหาเลย	มีปัญหาบ้าง	มีปัญหามาก	มีปัญหามากที่สุด