

แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย-9 (PHQ-9)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านถูกรบกวนด้วยปัญหาต่อไปนี้บ่อยเพียงใด

(กรุณาทำเครื่องหมาย "✓" เพื่อเลือกคำตอบของท่าน)

	ไม่เคย เลย	หลายวัน	มากกว่า ครึ่งหนึ่ง ของวัน ทั้งหมด	เกือบ ทุกวัน
1. ไม่ค่อยอยากทำ หรือไม่รู้สึกรู้สึกที่จะทำอะไร	0	1	2	3
2. รู้สึกเศร้า หดหู่ หรือสิ้นหวัง	0	1	2	3
3. มีปัญหานอนไม่หลับหรือนอนหลับไม่สนิทตลอดคืน หรือนอนมากเกินไป	0	1	2	3
4. รู้สึกเหนื่อยหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. ไม่ค่อยอยากกินอะไร หรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกแย่กับตนเอง — หรือรู้สึกว่าตนเองเป็นคนล้มเหลวหรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. ไม่ค่อยมีสมาธิกับสิ่งต่าง ๆ เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์หรือดูโทรทัศน์	0	1	2	3
8. เคลื่อนไหวช้า หรือพูดช้าจนคนอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ หรือในทางตรงข้ามคือ- อยู่ไม่นิ่งกระสับกระส่าย จนเคลื่อนไหวบ่อยกว่าปกติมาก	0	1	2	3
9. มีความคิดว่า คงจะดีกว่าหากตายไปเสียได้หรือคิดทำร้ายตนเองด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

หากท่านตอบว่าถูกรบกวนด้วยปัญหาข้อใด ๆ ข้างต้น ปัญหาเหล่านี้ก่อให้เกิดความยุ่งยากแก่ท่านมากน้อยเพียงใดในการทำงาน การดูแลเรื่องต่าง ๆ ที่บ้าน หรือการมีสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น

ไม่ยุ่งยากเลย

ยุ่งยากเล็กน้อย

ยุ่งยากมาก

ยุ่งยากมากที่สุด