

## แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A)

อายุ \_\_\_\_\_ ปี      เพศ:  ชาย  หญิง      วันที่ \_\_\_\_\_

**คำชี้แจง:** ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีอาการต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน?

โปรดกาเครื่องหมาย “/” ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด

		(0) ไม่มีเลย	(1) มีบางวัน	(2) มีมากกว่า 7 วัน	(3) มีแทบ ทุกวัน
1.	รู้สึกซึมเศร้า หงุดหงิด หรือสิ้นหวัง				
2.	เบื่อ ไม่ค่อยสนใจหรือไม่เพลิดเพลิน เวลาทำสิ่งต่างๆ				
3.	นอนหลับยาก รู้สึกง่วงทั้งวัน หรือนอนมากเกินไป				
4.	ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด หรือกินมากกว่าปกติ				
5.	รู้สึกเหนื่อยล้า หรือไม่ค่อยมีพลัง				
6.	รู้สึกแย่กับตัวเอง หรือรู้สึกว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7.	จดจ่อกับสิ่งต่างๆ ได้ยาก เช่น ทำการบ้าน อ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์				
8.	พูดหรือทำอะไรช้าลงมากจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือในทางตรงกันข้ามคือ กระสับกระส่ายหรือ กระวนกระวาย จนต้องเคลื่อนไหวไปมามากกว่าปกติ?				
9.	คิดว่าถ้าตายไปเสียจะดีกว่า หรือคิดจะทำร้ายตัวเอง ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง				
<b>รวมคะแนน</b>					
		รวม =			

คะแนนรวม	ระดับภาวะซึมเศร้า
0 – 4	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
5 – 9	มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
10 – 14	มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง
15 – 19	มีภาวะซึมเศร้ามาก
20 – 24	มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง