



ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Work Procedure)
เตรียมความพร้อมและตอบโต้สาธารณภัย
ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

รหัส : จำนวน.....หน้า
ฉบับที่ : 01 แก้ไขครั้งที่ : 0
วันที่บังคับใช้ :

ทีมสุขภาพจิต
(Mental Health
Team) หรือ MCATT

ผู้จัดทำ : ส่วนปฏิบัติการ
ผู้ตรวจสอบ :

ผู้อนุมัติ :

ทีมสุขภาพจิต (Mental Health Team)

หรือในระดับอำเภอคือทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team: MCATT) คือทีมสหวิชาชีพที่ให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต ได้แก่ แพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการสาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้อง

1. บทบาทหน้าที่

1. ปฏิบัติงานร่วมกับทีมให้การช่วยเหลือทางกาย เพื่อประเมินสถานการณ์
2. ประเมินคัดกรองและให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤตในพื้นที่
3. ประสานและให้การสนับสนุนทีมสุขภาพจิต ในพื้นที่
4. จัดเตรียมให้ทีมสุขภาพจิต รพ.สต./อำเภอ มีความพร้อมในการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภัย
5. ประสานกับหน่วยงานต่าง ๆ
6. รายงานผลการปฏิบัติงานกับผู้บังคับบัญชาเหตุการณ์ตามขั้นตอน

2. ผู้บังคับบัญชา : Operation Section Chief

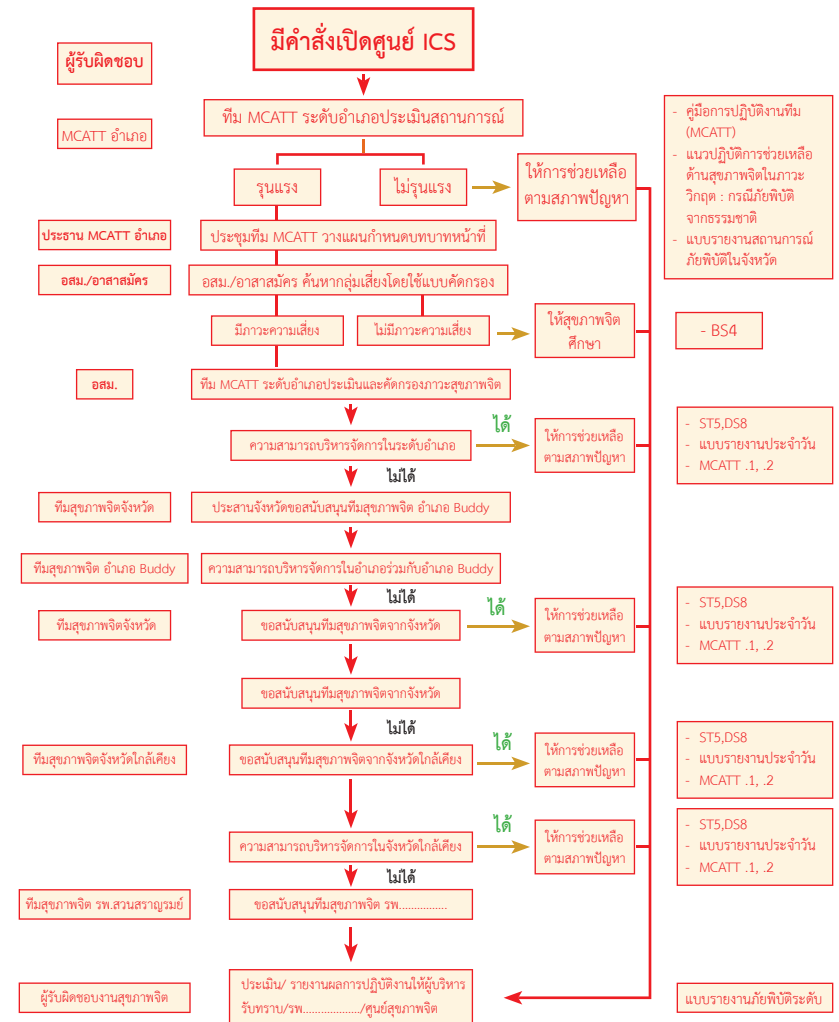
3. ผู้ใต้บังคับบัญชา : ทีมสุขภาพจิตในพื้นที่

4. วิธีการปฏิบัติ : ปฏิบัติตาม

- 4.1 ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Work Procedure) เตรียมความพร้อมและตอบโต้สาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข
- 4.2 FM-OS-11: แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม (Checklist)



**ขั้นตอนปฏิบัติการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต
สำหรับทีมสุขภาพจิต จังหวัด.....**



5. การรายงาน

ผู้รับรายงาน	หัวหน้าส่วนปฏิบัติการ (Operation Chief/ MCATT จังหวัด)
ข้อมูลที่ต้องรายงาน	สถานการณ์ด้านสุขภาพจิต ภาวะสุขภาพจิตของผู้ประสบภาวะวิกฤต การดูแลช่วยเหลือ ผลการปฏิบัติงาน
วิธีการรายงาน	แฟกซ์ อีเมล โทรศัพท์ การประชุม ฯลฯ
แบบฟอร์ม	FM-OS-11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 WI-OS-20
ความถี่ในการรายงาน	ตามรอบของการจัดประชุม และตามที่หน่วยงานร้องขอ

6. แผนสื่อสาร ประสานงาน

6.1 ประสานงานผ่านช่องทางของวิทยุสื่อสาร โทรศัพท์เคลื่อนที่ โทรสาร อินเทอร์เน็ต โดยมีกำหนดช่องทางสื่อสารที่ชัดเจน เข้าใจตรงกัน (ตาม ICS 205)

6.2 ทำเนียบรายชื่อทีมสุขภาพจิตทุกอำเภอ รายชื่อหน่วยงานหรือทีมที่ต้องติดต่อ กำหนดช่องทางการสื่อสาร

7. แผนระดมทรัพยากร

7.1 กำหนดทรัพยากรที่ต้องการสนับสนุนในการปฏิบัติงานของทีม

7.2 กำหนดแนวทางการร้องขอสนับสนุน เช่น ทีม อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ยานพาหนะ

8. ข้อตกลง / กติกา

ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับหัวหน้าส่วนปฏิบัติการ/ทีมสุขภาพจิตอื่นๆ



FM-OS-20 : แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม (Checklist) ของ ทีมสุขภาพจิต (Mental Health Team)

เหตุการณ์ สถานที่

วันที่ เวลา น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ

หัวข้อต่อไปนี้เป็นกิจกรรมประเมินกิจกรรมสำคัญขั้นต่ำของตำแหน่ง บางหัวข้ออาจทำครั้งเดียว แต่บางข้อต้องทำต่อเนื่อง หรือทำซ้ำหลายครั้ง บางกิจกรรมอาจมอบหมายให้หัวหน้าหน่วยปฏิบัติย่อยได้

ภารกิจ/กิจกรรม

- มีความพร้อมที่จะปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบตามสถานการณ์ฉุกเฉิน (Common Responsibilities)
- รายงานตัวแก่ผู้บัญชาการเหตุการณ์ ณ สถานที่ที่กำหนด เพื่อรับมอบหมายงาน
- ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ หรืออื่นๆตามที่กำหนด เพื่อแสดงตน
- วางแผนช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบทางจิตใจตามแนวทางช่วยเหลือเป็นการเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต
- บริหารจัดการการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤตในระดับจังหวัด
- ประเมินสถานการณ์ด้านสุขภาพจิต กำหนดพื้นที่/ทีมที่จะลงช่วยเหลือ
- เตรียมเอกสาร แบบประเมิน/รายงานต่างๆ

ระยะวิกฤต (72 ชั่วโมงแรกหลังเกิดเหตุ)

- ปฏิบัติงานร่วมกับทีมให้การช่วยเหลือทางกาย เพื่อประเมินสถานการณ์
- ให้การปฐมพยาบาลด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภาวะวิกฤต

ระยะฉุกเฉิน (72 ชั่วโมง -2 สัปดาห์หลังเกิดเหตุ)

- ประเมินสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตและกำหนดพื้นที่ที่จะลงไปช่วยเหลือ
- ให้ อสม./อาสาสมัครในพื้นที่ค้นหากลุ่มเสี่ยง โดยใช้แบบประเมิน BS4 กรณีพบกลุ่มเสี่ยงให้ส่งต่อ MCATT รพ.สต. เพื่อให้การช่วยเหลือและติดตามดูแลต่อเนื่อง

ระยะหลังได้รับผลกระทบ (2 สัปดาห์ – 3 เดือน)

- ทีม MCATT อำเภอลำปาง เพื่อรับทราบข้อมูลของผู้ประสบภาวะวิกฤตที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจากทีมที่ลงประเมินสถานการณ์/ MCATT รพ.สต. เพื่อดำเนินการช่วยเหลือต่อเนื่อง
- ค้นหาและคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของผู้ประสบภาวะวิกฤต ในกลุ่มเสี่ยง ผู้ใหญ่ ใช้แบบประเมินความเครียด (ST 5) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (DS 8) เด็กใช้แบบสอบถามจาก เหตุการณ์ภัยพิบัติสำหรับเด็ก (CRIES-13) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) แบบคัดกรองภาวะ ซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D)
- กรณีพบว่าผู้ประสบภาวะวิกฤตมีปัญหาด้านสุขภาพจิตระดับไม่รุนแรง ให้การปฐมพยาบาลด้านจิตใจและประคับประคองจิตใจ
- กรณีพบว่าผู้ประสบภาวะวิกฤตมีปัญหาด้านสุขภาพจิตในระดับรุนแรง ทีม MCATT ส่งต่อ รพ.ที่มีจิตแพทย์หน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิต เพื่อให้การบำบัดรักษาดูแลต่อเนื่อง
- ติดตามดูแลต่อเนื่อง ในกรณีพบว่าผู้ประสบภาวะวิกฤตมีปัญหาสุขภาพจิตในระดับรุนแรง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือแพทย์/ทีมพิจารณาให้ดูแลต่อเนื่อง

ระยะฟื้นฟู (หลังเกิดเหตุการณ์ 3 เดือนขึ้นไป)

- ทีมสุขภาพจิตเข้าพื้นที่ เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตกลุ่มเสี่ยงตามทะเบียนติดตามผู้ประสบภาวะวิกฤตต่อเนื่องกรณีมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือแพทย์ให้พิจารณาติดตามต่อเนื่อง (MCATT.2) และค้นหาผู้ประสบภาวะวิกฤตรายใหม่ ที่อาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตภายหลัง
- ประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ประสบภาวะวิกฤตในพื้นที่เสี่ยงภัยซ้ำ
- ให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหา
- ส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรณีอาการดีขึ้น ส่งต่อเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือต่อเนื่องและเฝ้าระวังปัญหาที่อาจเกิดขึ้น กรณีอาการไม่ดีขึ้น ส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ เพื่อการดูแลบำบัดรักษาที่เหมาะสม
- ติดตามดูแลต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ หลังการส่งต่อ
- สรุปและประเมินผลการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพจิต ในการช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ประสบภาวะวิกฤต
- ส่งข้อมูล/รายงานผลการปฏิบัติงานต่อหัวหน้าส่วนปฏิบัติการ/ ทีมสุขภาพจิตจังหวัดตามขั้นตอน (MCATT.1, MCATT.2, MCATT.3, Peer Review)



FM-OS-12: รายการเวชภัณฑ์ยาทางจิตเวช สำหรับผู้ประสบภาวะวิกฤต ทีมสุขภาพจิตจังหวัด (Mental Health Team) จังหวัด.....

ลำดับ	ราคา	รายการยา		จำนวนคงคลัง (ตัวอย่าง)
1	1	Alprazolam 0.5 mg	<input type="checkbox"/>	26x100
2	0.5	Diazepam 2 mg	<input type="checkbox"/>	7x1000
3	0.5	Diazepam 5 mg	<input type="checkbox"/>	3x1000
4	0.6	Lorazepam 1 mg	<input type="checkbox"/>	6x1000
5	1.3	Fluoxetine 20 mg	<input type="checkbox"/>	51x500
6	0.5	Amitriptyline 10 mg	<input type="checkbox"/>	49x500
7	0.5	Amitriptyline 25 mg	<input type="checkbox"/>	27x500
8	0.5	Perphenazine 4 mg	<input type="checkbox"/>	6x1000
9	0.5	CPZ 50 mg	<input type="checkbox"/>	12x1000
10	0.5	Propanolol 10 mg	<input type="checkbox"/>	30x500
11	12	Haloperidol 5 mg inj.	<input type="checkbox"/>	140 amp
12	5	Diazepam 10 mg inj.	<input type="checkbox"/>	150-200 amp *ห้องยา
13	0.5	Benzhexol 2 mg	<input type="checkbox"/>	33x1000



FM-OS-20 : แบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรม (Checklist)
ของ ทีมสุขภาพจิต

เหตุการณ์ สถานที่

วันที่ เวลา น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ

ลำดับ	รายการ	มี	หมายเหตุ	ลำดับ	รายการ	มี	หมายเหตุ
1	ป้ายชื่อ			6	แบบประเมิน/คัดกรอง		
	- ป้ายผ้าแสดงชื่อหน่วยงาน Ex				- เวชระเบียน		
	- ป้ายแสดงคลองคอคณะทำงาน				- ใบสั่งยา		
2	ป้ายแจ้งการให้บริการ				- แบบประเมิน ST5		
	- บริการปรึกษา/รับยา/ตรวจรักษา				- แบบประเมิน DS8		
	- เอกสารแจกฟรี				- แบบประเมินอื่นๆ BS4		
3	คอมพิวเตอร์				- แบบประเมินสำหรับเด็ก		
	- Handdy Drive				- แบบประเมิน MCATT.1		
	- กล้องถ่ายรูป/วิดีโอ				- แบบประเมิน MCATT.2		
4	กระเป๋าเวชภัณฑ์ฉุกเฉิน				- แบบประเมิน MCATT.3		
	- ยาและเวชภัณฑ์			7	อุปกรณ์		
	- เครื่องวัดความดัน/หูฟัง				- เสื้อชูชีพ (สีสะท้อนแสง)		
	- แก้วยา				- ร่ม/เสื้อกันฝน/หมวก		
	- ชุดทำแผล/สำลี/แอลกอฮอล์				- ครีมกันแดด/ยาทากันยุง		
	- ของขียนิตต่างๆ /ถุงใส่ยา				- เสื้อทีม/เสื้อสำรอง		
	- ถุงมือขนาดต่างๆ				- รองเท้าบูท/รองเท้าแตะ		
	- หน้ากาก/น้ำยาล้างมือ				- นกหวีด		
5	อุปกรณ์สำนักงาน				- ผ้าปูโต๊ะ/ผ้าคลุมสัมภาระ		
	- ดินสอ/ปากกา/ยางลบ			8	เครื่องขยายเสียงเคลื่อนที่		
	- ที่เย็บกระดาษ / ลวดเย็บ/คลิป			9	อาหาร/น้ำ		
	- ไม้บรรทัด/กรรไกร/ที่ชั่ง				- กระติกน้ำ/แก้วน้ำ		
	- สมุดบันทึก/กระดาษ				- งาน/ขนม/ช้อน		
	- ไฟฉาย/ถ่านไฟฉาย			10	โทรศัพท์มือถือ		
	- ถุงใส่ขยะ			11	วิทยุสื่อสาร		
	- ดุงยาว 10 เมตร			12	อื่นๆ		
	- แฟ้มใส่เอกสาร						



WI-OS-20: ทำเนียบรายชื่อ ทีมสุขภาพจิต
จังหวัด.....



ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	โทรศัพท์	Email.com
1.		นวก.สาธารณสุข	สสจ.....		
2.		พยาบาลวิชาชีพ	สสอ.....		
3.			รพ.....		
4.			สสอ.....		
5.			รพ.....		
6.			สสอ.....		
7.			รพ.....		
8.			สสอ.....		
9.			รพ.....		
10.			สสอ.....		
11.			รพ.....		
12.			สสอ.....		
13.			รพ.....		
14.			สสอ.....		
15.			รพ.....		
16.			สสอ.....		
17.			รพ.....		



**FM-OS-14 : แบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงภาวะสุขภาพจิต
สำหรับเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุข**

เหตุการณ์ สถานที่
วันที่ เวลา น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ

ข้อมูลค้นหากลุ่มเสี่ยง 4 ข้อ (BS 4)
(สำหรับเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัคร)

ชื่อ-นามสกุล อายุ ปี วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน / /
เบอร์โทร / บุคคลที่ติดต่อได้

กลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการประเมินคัดกรอง BS 4 มีดังนี้

กลุ่มเสี่ยง	มี	ไม่มี
1.1 มีประวัติการรักษาทางจิตเวชมาก่อนหรือใช้ยาทางจิตเวช เช่น ยาคลายเครียด ยานอนหลับ		
1.2 เคยใช้สารเสพติด เช่น สุรา, กัญชา, ยาบ้า ฯลฯ ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
1.3 มีโรคเรื้อรังที่ต้องกินยาทุกวัน หรือความพิการที่ต้องการดูแลพิเศษหรือไม่		
1.4 ท่านรู้สึกเครียด กังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง จนรบกวนการดำเนินชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์นี้		

*** เมื่อพบข้อใดข้อหนึ่ง ให้ส่ง ทีมสุขภาพจิต / พยาบาล / เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพจิต ด้วยแบบประเมิน ST5 และ DS8



**FM-OS-15 : แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก
Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย**



เหตุการณ์ สถานที่
วันที่ เวลา น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ
ชื่อ นามสกุล อายุ ปี

เลือกประโยคที่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดของท่านมากที่สุดในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยกา ✓ ลงใน

- ก. ฉันรู้สึกเศร้าบ่อยๆ ครั้ง ข. ฉันรู้สึกเศร้าบ่อยครั้ง
 ค. ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลา
- ก. อะไรๆ ก็มีอุปสรรคไปเสียหมด ข. ฉันไม่แน่ใจว่าสิ่งต่างๆ จะเป็นด้วยดี
 ค. สิ่งต่างๆ จะเป็นไปด้วยดีสำหรับฉัน
- ก. ฉันทำอะไรๆ ได้ค่อนข้างดี ข. ฉันทำผิดพลาดหลายอย่าง
 ค. ฉันทำอะไรผิดพลาดไปหมด
- ก. ฉันรู้สึกสนุกกับหลายสิ่งหลายอย่าง ข. ฉันรู้สึกสนุกเฉพาะกับบางสิ่งบางอย่าง
 ค. ไม่มีอะไรสนุกสนานเลยสำหรับฉัน
- ก. ฉันทำตัวไม่ตีเสมอ ข. ฉันทำตัวไม่ดีบ่อยครั้ง
 ค. ฉันทำตัวไม่ดีนานๆ ที
- ก. นานๆ ครั้งฉันจะคิดถึงสิ่งไม่ดีที่อาจเกิดขึ้นกับฉัน
 ข. ฉันวิตกว่าจะมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้นกับฉัน ค. จะต้องมียุติเลวร้ายเกิดขึ้นกับฉันแน่ๆ
- ก. ฉันเกลียดตัวเอง ข. ฉันไม่ชอบตัวเอง
 ค. ฉันชอบตัวเอง
- ก. สิ่งเลวร้ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของฉัน
 ข. สิ่งเลวร้ายหลายสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของฉัน
 ค. สิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นมักไม่ใช่ความผิดของฉัน
- ก. ฉันไม่คิดจะฆ่าตัวตาย
 ข. ฉันคิดถึงเรื่องการฆ่าตัวตาย แต่ฉันจะไม่ทำเช่นนั้น
 ค. ฉันต้องการฆ่าตัวตาย

10. ก. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้ทุกวัน ข. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยครั้ง
 ค. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้นานๆ ครั้ง
11. ก. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจตลอดเวลา ข. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจบ่อยครั้ง
 ค. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจนานๆ ที่
12. ก. ฉันชอบอยู่กับคนอื่น ข. ฉันไม่ค่อยชอบอยู่กับคนอื่น
 ค. ฉันไม่ต้องการอยู่กับใครเลย
13. ก. ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรต่างๆ ด้วยตนเอง
 ข. ฉันตัดสินใจเรื่องต่างๆ ได้ลำบาก ค. ฉันตัดสินใจเรื่องต่างๆ ได้ง่าย
14. ก. ฉันเป็นคนหน้าตาดี ข. ฉันเป็นคนหน้าตาไม่ค่อยดี
 ค. ฉันเป็นคนหน้าตาน่าเกลียด
15. ก. ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างหนักทุกครั้งที่ทำกรบ้าน
 ข. ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างหนักบ่อยครั้งเวลาทำกรบ้าน
 ค. การทำกรบ้านไม่ใช่ปัญหาใหญ่สำหรับฉัน
16. ก. ฉันนอนไม่หลับทุกคืน ข. ฉันนอนไม่หลับหลายคืน
 ค. ฉันนอนหลับสบาย
17. ก. ฉันรู้สึกเหนื่อยนานๆ ครั้ง ข. ฉันรู้สึกเหนื่อยบ่อยครั้ง
 ค. ฉันรู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
18. ก. มีหลายวันที่ฉัน รู้สึกไม่อยากกินอาหาร
 ข. มีบางวันที่ฉัน รู้สึกไม่อยากกินอาหาร ค. ฉันกินอาหารได้ดี
19. ก. ฉันไม่กังวลกับการเจ็บป่วย ข. ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง
 ค. ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยตลอดเวลา
20. ก. ฉันไม่รู้สึกรำคาญ ข. ฉันรู้สึกรำคาญบ่อยครั้ง
 ค. ฉันรู้สึกรำคาญตลอดเวลา
21. ก. ฉันรู้สึกไม่สนุกเลย เวลาที่อยู่โรงเรียน
 ข. ฉันรู้สึกสนุกนานๆ ครั้ง เวลาที่อยู่โรงเรียน
 ค. ฉันรู้สึกสนุกบ่อยครั้ง เวลาที่อยู่โรงเรียน
22. ก. ฉันมีเพื่อนมาก
 ข. ฉันมีเพื่อนไม่กี่คน และอยากมีมากกว่านี้ ค. ฉันไม่มีเพื่อนเลย
23. ก. การเรียนของฉันอยู่ในขั้นใช้ได้ดี ข. การเรียนของฉันไม่ค่อยดีเหมือนเมื่อก่อน
 ค. การเรียนของฉันแย่มาก



24. ก. ฉันทำอะไรไม่ได้ดีเท่าคนอื่น ข. ฉันทำอะไรได้ดีเท่าคนอื่น ถ้าฉันพยายาม
 ค. ฉันทำได้ดีพอๆ กับคนอื่นอยู่แล้ว ในขณะที่
25. ก. ไม่มีใครรักฉันจริง ข. ฉันไม่แน่ใจว่ามีใครรักฉันหรือเปล่า
 ค. ฉันรู้สึกว่ามีคนรักฉัน
26. ก. ฉันทำตามคำสั่งที่ได้รับเสมอ ข. ฉันไม่ทำตามคำสั่งบ่อยครั้ง
 ค. ฉันไม่เคยทำตามคำสั่ง
27. ก. ฉันเข้ากับคนอื่นได้ดี ข. ฉันทะเลาะกับคนอื่นบ่อยครั้ง
 ค. ฉันทะเลาะกับคนอื่นตลอดเวลา

การให้คะแนนและการแปลผล แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก

Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย

การให้คะแนน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ข้อ

1	3	4	6	9	12	14	17	19	20	22	23	26	27
---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

แต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้

- ก. ให้ 0 คะแนน
 ข. ให้ 1 คะแนน
 ค. ให้ 2 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อ

2	5	7	8	10	11	13	15	16	18	21	24	25
---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

แต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้

- ก. ให้ 2 คะแนน
 ข. ให้ 1 คะแนน
 ค. ให้ 0 คะแนน

ทั้งนี้แต่ละข้อคำถามจะให้คะแนนตามความรุนแรงของอาการ ในแต่ละข้อ ดังนี้

- คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการเศร้าเลย
 คะแนน 1 หมายถึง มีอาการน้อย
 คะแนน 2 หมายถึง มีอาการตลอดเวลา

การแปลผล

เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ปกติ แล้วพบว่า **คะแนนรวมสูงกว่า 15 ขึ้นไป** จากการคัดกรองถือว่ามีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก



FM-OS-16 : แบบสอบถามผลกระทบจากเหตุการณ์ภัยพิบัติ
Revised Child Impact of Events Scale (CRIES)

เหตุการณ์ สถานที่
วันที่ เวลา น. ชื่อผู้ปฏิบัติการ

อาการต่อไปนี้รวบรวมจากสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ประสบเหตุการณ์รุนแรงหรือความไม่สงบที่เกิดขึ้น โปรดอ่านและเลือกว่าอาการในแต่ละข้อนั้นตรงกับตัว ในช่วง 7 วันนี้ ขนาดไหน ถ้าไม่ได้มีอาการเหล่านั้น ในช่วง 7 วันนี้ ให้เลือกช่อง “ไม่เลย”

	ไม่เลย 0	นานๆ ครั้ง 1	บางครั้ง 3	บ่อยๆ 5
1. นึกถึงเหตุการณ์รุนแรงขึ้นมาโดยไม่ได้ตั้งใจ				
2. พยายามลืมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น				
3. ไม่มีสมาธิในการเรียน				
4. ยังรู้สึกหวาดเหตุการณ์รุนแรง				
5. สะดุ้งตกใจง่ายกว่าเดิมหลังเหตุการณ์รุนแรง				
6. พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์รุนแรง				
7. พยายามไม่พูดถึงเหตุการณ์รุนแรง				
8. มีภาพเหตุการณ์รุนแรง/ภัยพิบัติผุดขึ้นในใจ				
9. มีสิ่งที่ยังคิดถึงถึงเหตุการณ์รุนแรง				
10. พยายามที่จะไม่คิดถึงเหตุการณ์รุนแรง				
11. รู้สึกหงุดหงิดง่าย				
12. ตื่นตัวและระแวงตัวเกินเหตุ				
13. มีปัญหาการนอน (เช่น นอนไม่หลับ ตื่นบ่อย)				

การให้คะแนนแบบสอบถาม CRIES

คำชี้แจง

CRIES - 8 ประกอบด้วย ข้อ 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10

การให้คะแนน 0 = ไม่เลย, 1 = นาน ๆ ครั้ง, 3 = บางครั้ง 5 = บ่อย ๆ

CRIES - 8

คะแนนสูงสุด = 40

คะแนนต่ำสุด = 0

ค่าคะแนนจุดตัด ≥ 40

มีค่า sensitivity 0.75 specificity 0.54 และ NPV 0.917

CRIES - 13

คะแนนสูงสุด = 65

คะแนนต่ำสุด = 0

ค่าคะแนนจุดตัด = 25

มีค่า sensitivity 0.65 specificity 0.6 และ NPV 0.897



FM-OS-17: แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D)
ฉบับภาษาไทย



ชื่อ HN NO

ท่านมีความรู้สึกดังต่อไปนี้บ่อยเพียงใดใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กรุณา \checkmark ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย (< 1 วัน)	นานๆ ครั้ง (1-2 วัน)	บางครั้ง (3-4 วัน)	บ่อยๆ (5-7 วัน)
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร				
3. ฉันไม่สามารถจัดความเศร้าออกจากใจได้ แม้จะมีคนคอยช่วยเหลือก็ตาม				
4. ฉันรู้สึกว่าตนเองตีพอก กับคนอื่น				
5. ฉันไม่มีสมาธิ				
6. ฉันรู้สึกหดหู				
7. ทุกๆ สิ่งที่ยังนึกจะทำต้องฝืนใจ				
8. ฉันมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต				
9. ฉันรู้สึกว่าชีวิตมีแต่สิ่งล้มเหลว				
10. ฉันรู้สึกหวาดกลัว				
11. ฉันนอนไม่เคยหลับ				
12. ฉันมีความสุข				
13. ฉันไม่ค่อยอยากคุยกับใคร				
14. ฉันรู้สึกเหงา				
15. ผู้คนทั่วไปไม่ค่อยเป็นมิตรกับฉัน				
16. ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน				
17. ฉันร้องไห้				
18. ฉันรู้สึกเศร้า				
19. ผู้คนรอบข้างไม่ชอบฉัน				
20. ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต				
รวมคะแนน				

การให้คะแนนและการแปลผล แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ฉบับภาษาไทย

การให้คะแนนจะไปตามความรุนแรง หรือความถี่ของอาการซึมเศร้า มี 4 ระดับ คือ

ไม่เลย (< 1 วัน)	ให้	0	คะแนน
นานๆ ครั้ง (1-2 วัน)	ให้	1	คะแนน
บ่อยๆ (3-4 วัน)	ให้	2	คะแนน
ตลอดเวลา (5-7 วัน)	ให้	3	คะแนน

การแปลผล คะแนนรวมสูงกว่า 22 ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้า สมควรได้รับการตรวจวินิจฉัย เพื่อช่วยเหลือต่อไป



FM-OS-18 : แบบประเมินความเครียดกรมสุขภาพจิต (ใหม่)
(ST-5)

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ขอให้ท่านลองประเมินตนเองโดยให้คะแนน 0-3 ที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

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

ข้อที่	ในระยะ 2-4 สัปดาห์	คะแนน			
		0	1	2	3
1.	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
2.	มีสมาธิน้อยลง				
3.	หงุดหงิด/กระวนกระวายใจ/ว้าวุ่นใจ				
4.	รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5.	ไม่อยากพอสู่คน				

คะแนนรวม

การแปลผล

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



FM-OS-19 : แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
(DS8)

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเลือกว่าตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกจริง
ของท่านมากที่สุด โปรดตอบให้ครบทุกข้อ

ในช่วงที่ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการและความรู้สึกนึกคิดต่อไปนี้หรือไม่	มี	ไม่มี
1. รู้สึกจิตใจหม่นหมองหรือเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้ (เกือบตลอดทั้งวัน)		
2. รู้สึกหมดอาลัยตายอยาก		
3. รู้สึกไม่มีความสุข หมดสนุก กับสิ่งที่ชอบและเคยทำ		
4. คิดอะไรได้ช้ากว่าปกติ		
5. รู้สึกอ่อนเพลียง่ายเหมือนไม่มีแรง		
6. นอนหลับๆ ตื่นๆ หลับไม่สนิท		
7. รู้สึกสิ้นหวัง เป็นทุกข์จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป		
8. กำลังคิดฆ่าตัวตาย		

การแปลผล

- ถ้าตอบคำถามว่า มี เท่ากับ 1 คะแนน
ไม่มี เท่ากับ 0 คะแนน
- คำถามข้อ 1-6 เป็นคำถามของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ถ้าตอบว่า “มี” ตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป หรือ 3 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการปรึกษาหรือพบแพทย์เพื่อการบำบัดรักษา
- คำถามข้อ 7-8 เป็นคำถามของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ถ้าตอบว่า “มี” ตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป หรือ 1 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรได้รับการปรึกษาหรือ พบแพทย์เพื่อ การบำบัดรักษา