**แบบประเมินสุขภาพจิตด้วยตนเอง Mental Health Check In**

**1. ข้อมูลทั่วไป**

 1) หมายเลขบัตรประชาชน .

 2) ประเภทผู้ประเมิน

🌕 ประชาชน 🌕 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 🌕 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

🌕 เจ้าหน้าที่หน่วยงานสังกัดอื่น 🌕 บุคลากรทางการศึกษา

 3) ชื่อ นามสกุล เพศ อายุ ปี

 4) ที่อยู่ปัจจุบัน

 บ้านเลขที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด .

 เบอร์โทรศัพท์ .

 🞏 ทำแบบประเมินผ่าน Google Forms (กรอกเฉพาะข้อมูลทั่วไป) 🞏 ทำแบบประเมินผ่าน Paper

**2. ท่านเคยอยู่ในข้อเหล่านี้หรือไม่? (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)**

 **🌕** 1) ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ Covid-19

 🌕 2) ผู้ที่กักตัวที่บ้าน (Home Quarantine)

 🌕 3) สมาชิกในครอบครัวมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 (COVID-19)/ผู้กักตัว/ผู้เปราะบาง

 🌕 4) ว่างงาน/ถูกเลิกจ้าง/ตกงาน

 🌕 5) ธุรกิจประสบปัญหาสภาพคล่อง/ล้มเหลว

 🌕 6) รายได้น้อย/มีหนี้สิน

 🌕 7) ผู้ป่วยเรื้อรังต้องรับยาต่อเนื่อง (ระบุโรค) .

 🌕 8) ผู้พิการทางกาย

 🌕 9) ผู้ป่วยจิตเวช/พิการทางจิต

 🌕 10) ครอบครัวมีผู้สูงอายุ/เด็กแรกเกิด

 🌕 11) ครอบครัวมีผู้พิการทางกาย/ทางจิต

 🌕 12) ครอบครัวมีผู้ป่วยติดเตียง

 🌕 13) ไม่อยู่ในกลุ่มที่ระบุข้างต้น

**3. แบบประเมินพลังใจ**

 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความเชื่อมั่นในประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้เพียงใด ถ้า 1 หมายถึง น้อยสุด และ 10 หมายถึง มากสุด

 1) ฉันเอาชนะสิ่งต่างๆ ในชีวิตได้

 ⑩ ⑨ ⑧ ⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ①

 2) ฉันมีกำลังใจและได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้าง

⑩ ⑨ ⑧ ⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ①

 3) ฉันจัดการกับปัญหาและความเครียดของตนเองได้

⑩ ⑨ ⑧ ⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ①

**หมายเหตุ : กากบาทในคะแนน 1 – 10 โดย 1 คือ คะแนนน้อยสุด และ 10 คือ คะแนนมากสุด**

**4. แบบประเมินภาวะเหนื่อยล้า หมดไฟ (Burnout)**

 ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ รู้สึกหมดพลัง หมดหวัง สูญเสียพลังงานทางจิตใจหรือไม่

 🌕 แทบไม่มี 🌕 เป็นบางคราว 🌕 บ่อยครั้ง 🌕 เป็นประจำ

**5. แบบประเมินความเครียด ST - 5**

1) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ “มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก”

 🌕 แทบไม่มี 🌕 เป็นบางคราว 🌕 บ่อยครั้ง 🌕 เป็นประจำ

2) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ “มีสมาธิน้อยลง”

 🌕 แทบไม่มี 🌕 เป็นบางคราว 🌕 บ่อยครั้ง 🌕 เป็นประจำ

3) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ “หงุดหงิด/กระวนกระวาน/ว้าวุ่นใจ”

 🌕 แทบไม่มี 🌕 เป็นบางคราว 🌕 บ่อยครั้ง 🌕 เป็นประจำ

4) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา “รู้สึกเบื่อเซ็ง”

 🌕 แทบไม่มี 🌕 เป็นบางคราว 🌕 บ่อยครั้ง 🌕 เป็นประจำ

5) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ “ไม่อยากพบปะผู้คน”

 🌕 แทบไม่มี 🌕 เป็นบางคราว 🌕 บ่อยครั้ง 🌕 เป็นประจำ

**6. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าเบื้องต้น**

 1) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่

 🌕 แทบไม่มี 🌕 เป็นบางคราว 🌕 บ่อยครั้ง 🌕 เป็นประจำ

 2) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรไม่เพลิดเพลินหรือไม่

 🌕 แทบไม่มี 🌕 เป็นบางคราว 🌕 บ่อยครั้ง 🌕 เป็นประจำ

 3) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ ท่านคิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี

 🌕 ไม่ใช่ 🌕 ใช่

****

แบบประเมินสุขภาพจิตด้วยตนเอง Mental Health Check In