



แบบประเมินนักเรียนด้านสุขภาพจิตของนักเรียนตามมาตรการสถานการณ์การแพร่ระบาดของ
ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)

1. แบบประเมินความเครียด (ST-5)

คำชี้แจง : ให้ประเมินอาการของตนเองในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (รวมทั้งวันนี้) โดยให้คะแนน 0 – 3
ที่ตรงกับ ความรู้สึกของท่าน

อาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา	(0) แทบไม่มี	(1) เป็น บางครั้ง	(2) บ่อยครั้ง	(3) เป็น ประจำ
1. มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ หรือนอนมาก				
2. มีสมาธิน้อยลง				
3. หงุดหงิด กระทบกระชวย ว้าวุ่นใจ				
4. รู้สึกเบื่อหน่าย เซ็ง				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				
รวมคะแนน				

การแปลผล

คะแนน	1 - 4	เครียดเล็กน้อย
คะแนน	5 - 7	เครียดปานกลาง
คะแนน	8 - 9	เครียดมาก
คะแนน	10 - 15	เครียดมากที่สุด

ระดับความเครียดมากขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยง

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai version of The Patient Health

Questionnaire for Adolescents: PHQ-A)

คำชี้แจง : ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา นักเรียนมีอาการต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของนักเรียนมากที่สุด

อาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	(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 หรือทานมากกว่าปกติ				
5. รู้สึกเหนื่อยล้า หรือไม่ค่อยมีพลัง				
6. รู้สึกแยกกับตัวเอง หรือรู้สึกว่าตัวเองลึ้มเหลว หรือทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7. จดจ่อกับสิ่งต่างๆ ได้ยาก เช่น ทำการบ้าน อ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์				
8. พุดหรือทำอะไรช้าลงมากจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือในทางตรงกันข้ามคือ กระสับกระส่ายหรือกระวนกระวายจนต้องเคลื่อนไหวไปมามากกว่าปกติ				
9. คิดว่าถ้าตายไปเสียจะดีกว่า หรือคิดจะทำร้ายตัวเองด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง				
รวมคะแนน				

<p>ใน <u>1 เดือน</u>ที่ผ่านมา มีช่วงไหนที่คุณมีความคิดอยากตาย หรือไม่อยากมีชีวิตอยู่อย่างจริงจังหรือไม่</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p>
<p><u>ตลอดชีวิต</u>ที่ผ่านมา คุณเคยพยายามที่จะทำให้ตัวเองตาย หรือลงมือฆ่าตัวตายหรือไม่</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p>

การแปลผล

คะแนน	0 - 4	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
คะแนน	5 - 9	มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
คะแนน	10 - 14	มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง
คะแนน	15 - 19	มีภาวะซึมเศร้ามาก
คะแนน	20 - 27	มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

หมายเหตุ: หากพบความเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตาย จากข้อ 9 หรือ 2 ข้อคำถามเพิ่ม ควรได้รับการประเมิน ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย แม้คะแนนรวมจะไม่ถึงเกณฑ์ก็ตาม

3. แบบคัดกรองความกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

คำชี้แจง : ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีความคิดและพฤติกรรมเหล่านี้อย่างไรบ้าง ขอให้เลือกตอบ
ในตัวเลือกที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

อาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา	(0) ไม่มีเลย	(1) มีบางวัน	(2) มีมากกว่า 7 วัน	(3) มีแทบ ทุกวัน
1. รู้สึกกังวล ไม่สบายใจกับการที่ต้องออกไปนอกบ้าน				
2. รู้สึกกังวลกับการเตรียมตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) เช่น กักตุนอาหาร, หน้ากาก เป็นต้น				
2. นอนไม่หลับ / หรือมีปัญหาการนอน เพราะคิดเกี่ยวกับ เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)				
2. คิดว่า เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลต่อ การดำเนิน ชีวิตประจำวันของท่าน				
2. คิดว่าท่านมีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มากเพียงใด				
รวมคะแนน				

การแปลผล

คะแนน	5 - 6	มีความกังวลในระดับต่ำ
คะแนน	7 - 11	มีความกังวลในระดับปานกลาง
คะแนน	12 ขึ้นไป	มีความกังวลในระดับสูง