

แบบประเมินตนเอง SDQ

(ฉบับผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินนักเรียน)

ชื่อ-สกุล (นาย/ต.ช./นางสาว/ต.ญ.).....ชั้น ม...../.....เลขที่.....

วัน/เดือน/ปีเกิด..... เพศ ชาย หญิง

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ในช่องให้ครบทุกข้อ กรุณาตอบให้ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือน

ที่	พฤติกรรมประเมิน	ไม่จริง	จริงบางครั้ง	จริง
1	ห่วงใยความรู้สึกคนอื่น			
2	อยู่ไม่นิ่ง นิ่งนานๆไม่ได้			
3	มักจะบ่นว่าปวดศีรษะ ปวดท้องหรือไม่สบาย			
4	เต็มใจแบ่งปันสิ่งของให้เพื่อน(ขนม ของเล่น ดินสอ เป็นต้น)			
5	มักจะอาละวาดหรือโมโหง่าย			
6	ค่อนข้างแยกตัว ชอบเล่นคนเดียว			
7	เชื่อฟัง มักจะทำตามผู้ใหญ่ต้องการ			
8	กังวลใจหลายเรื่อง ดูวิตกกังวลเสมอ			
9	เป็นที่ฟังได้เวลาที่คนอื่นเสียใจ อารมณ์ไม่ดีหรือไม่สบายใจ			
10	อยู่ไม่สุข รุนวายเป็นอย่างมาก			
11	มีเพื่อนสนิท			
12	มักมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับเด็กอื่นหรือรังแกเด็กอื่น			
13	ดูไม่มีความสุข ท้อแท้ ร้องไห้บ่อย			
14	เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อน			
15	วอกแวกง่าย สมาธิสั้น			
16	เครียด ไม่ยอมห่างเวลาอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้น			
17	ใจดีกับเด็กที่เล็กกว่า			
18	ชอบโกหกหรือซื่อโกง			
19	ถูกเด็กคนอื่นล้อเลียนหรือรังแก			
20	ชอบอาสาช่วยเหลือคนอื่น(พ่อ แม่ ครู เด็กคนอื่น)			
21	คิดก่อนทำ			
22	ขโมยของ ของที่บ้าน ที่โรงเรียนหรือที่อื่น			
23	เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเด็กวัยเดียวกัน			
24	ซึ่กลัว รู้สึกหวาดกลัวได้ง่าย			
25	ทำงานได้จนเสร็จ มีความตั้งใจในการทำงาน			

คุณมีความเห็นหรือความกังวลอื่นอีกหรือไม่.....

คะแนนด้านที่ 1 แปลผล

คะแนนด้านที่ 2 แปลผล

คะแนนด้านที่ 3 แปลผล

คะแนนด้านที่ 4 แปลผล

รวมคะแนนทั้ง 4 ด้าน แปลผล

คะแนนสัมพันธภาพทางสังคม แปลผล

โดยรวมคุณคิดว่าเด็กมีปัญหาในด้านใดด้านหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่

ด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรม หรือความสามารถเข้ากับผู้อื่น

- ไม่ ใช่ มีปัญหาเล็กน้อย
 ใช่ มีปัญหาชัดเจน ใช่ มีปัญหาอย่างมาก

ถ้าตอบว่า “ไม่” ไม่ต้องตอบข้อต่อไป

ถ้าคุณตอบว่า “ใช่” กรุณาตอบข้อต่อไปนี้

ปัญหานี้เกิดขึ้นมานานเท่าไรแล้ว

- น้อยกว่า 1 เดือน 1- 5 เดือน
 6 - 12 เดือน มากกว่า 1 ปี

ปัญหานี้ทำให้เด็กรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่

- ไม่เลย เล็กน้อย
 ค่อนข้างมาก มาก

ปัญหานี้รบกวนชีวิตประจำวันของเด็กในด้านต่างๆต่อไปนี้หรือไม่

	ไม่	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
ความเป็นอยู่ที่บ้าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การคบเพื่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การเรียนในห้องเรียน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กิจกรรมยามว่าง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ปัญหาของเด็กทำให้คุณหรือครอบครัวเกิดความยุ่งยากหรือไม่

- ไม่เลย เล็กน้อย
 ค่อนข้างมาก มาก

ลงชื่อ.....

พ่อ/แม่/ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คะแนนรวมแบบประเมินด้านหลัง แปลผล.....