

## แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน

## Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

ทำเครื่องหมาย x ในช่อง ☐ ได้ข้อความไม่จริง จริงบ้าง จริงแน่นอน เพียงช่องเดียวในแต่ละข้อคำถาม กรุณาตอบทุกข้อให้ใกล้เคียงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ชื่อ.....นามสกุล..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี

|                                                                     | ไม่จริง                  | จริงบ้าง                 | จริงแน่นอน               |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ฉันพยายามทำดีต่อผู้อื่น ฉันใส่ใจความรู้สึกของผู้อื่น             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ฉันอยู่ไม่สุข ฉันไม่สามารถอยู่นิ่งได้นาน                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ฉันปวดศีรษะ ปวดท้องหรือคลื่นไส้บ่อยๆ                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. โดยปกติแล้ว ฉันแบ่งปันกับผู้อื่น (อาหาร เกมสื่ ปากกา ฯลฯ)        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ฉันโกรธรุนแรงและมักควบคุมอารมณ์ไม่ได้                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ฉันมักอยู่กับตัวเอง ฉันมักเล่นคนเดียวหรืออยู่ตามลำพัง            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. โดยปกติแล้ว ฉันทำตามที่คุณอื่นบอก                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ฉันกังวลมาก                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ฉันช่วยเหลือถ้ามีใครบาดเจ็บ ไม่สบายใจหรือเจ็บป่วย                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ฉันหยุดหยิก หรือเดินไปเดินมาตลอดเวลา                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ฉันมีเพื่อนสนิทอย่างน้อยหนึ่งคน                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ฉันมีเรื่องต่อสู้บ่อยๆ ฉันบังคับให้ผู้อื่นทำตามที่คุณต้องการได้ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ฉันมักไม่มีความสุข เศร้าหรือร้องไห้บ่อย                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. คนอื่นในวัยเดียวกับฉันมักชอบฉัน                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ฉันวอกแวกง่าย ฉันมีความลำบากที่จะใช้สมาธิ                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ฉันวิตกกังวลเมื่ออยู่ในสถานการณ์ใหม่ๆ ฉันเสียความมั่นใจง่าย     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ฉันใจดีกับเด็กที่อายุน้อยกว่า                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ฉันถูกกลั่นแกล้ง ทุบตีหรือขู่ขู่บ่อยๆ                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. เด็กคนอื่นๆ แกล้งหรือรังแกฉัน                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. ฉันมักอาสาช่วยเหลือผู้อื่น (พ่อแม่ ครู เด็ก)                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. ฉันคิดก่อนทำ                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. ฉันหาของที่ไม่ใช่ของฉันออกไปจากบ้าน โรงเรียนหรือที่อื่น         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. ฉันเข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเข้ากับเด็กวัยเดียวกัน                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. ฉันมีความกลัวหลายอย่าง ฉันหวาดกลัวง่าย                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. ฉันทำงานที่ทำอยู่ได้เสร็จ ฉันมีสมาธิ                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

โปรดกรอกเพิ่มเติมถ้าคุณมีความเห็นอื่น.....

(โปรดพลิกหน้าถัดไป)

โดยรวมคิดว่าตัวเองมีปัญหาในด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรม หรือความสามารถเข้ากับผู้อื่นด้านใดด้านหนึ่งหรือไม่

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ไม่มี<br>ปัญหา           | มีปัญหา<br>เล็กน้อย      | มีปัญหา<br>ชัดเจน        | มีปัญหา<br>อย่างรุนแรง   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ถ้าคุณตอบ “มีปัญหา.....” โปรดตอบข้อ 1) -4) ต่อไปนี้ด้วย

1) ปัญหาที่มี เกิดขึ้นมานานเท่าไรแล้ว

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| น้อยกว่า 1 เดือน         | 1-5 เดือน                | 6-12 เดือน               | มากกว่า 1 ปี             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2) คุณรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่สบายใจกับปัญหาที่มีหรือไม่

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ไม่เลย                   | เล็กน้อย                 | ค่อนข้างมาก              | มากที่สุด                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3) ปัญหาที่มี รบกวนชีวิตประจำวันของคุณในด้านต่างๆ ต่อไปนี้หรือไม่

|                     |                          |                          |                          |                          |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                     | ไม่เลย                   | เล็กน้อย                 | ค่อนข้างมาก              | มากที่สุด                |
| 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"/> |

4) ปัญหาที่มี ทำให้คนรอบข้างเกิดความยุ่งยากหรือไม่ (ครอบครัว เพื่อน ครู ฯลฯ)

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ไม่เลย                   | เล็กน้อย                 | ค่อนข้างมาก              | มากที่สุด                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ลายเซ็น.....วันที่.....

โปรดตรวจสอบอีกครั้งว่าท่านตอบครบทุกข้อ  
ขอบคุณที่ให้ความร่วมมือกรอกแบบประเมินนี้