

## แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน

## Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

ทำเครื่องหมาย x ในช่อง ☐ ได้ข้อความไม่จริง จริงบ้าง จริงแน่นอน เพียงช่องเดียวในแต่ละข้อคำถาม กรุณาตอบทุกข้อให้  
ใกล้เคียงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา หรือในช่วงปีการศึกษานี้

ชื่อเด็ก.....นามสกุล.....

เพศของเด็ก

☐ ชาย

วัน เดือน ปีเกิดของเด็ก.....อายุของเด็ก.....ปี

☐ หญิง

|                                                                | ไม่จริง                  | จริงบ้าง                 | จริงแน่นอน               |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ใส่ใจความรู้สึกของผู้อื่น                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. อยู่ไม่สุข เคลื่อนไหวมาก ไม่สามารถอยู่นิ่งได้นาน            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. บ่นปวดศีรษะ ปวดท้องหรือคลื่นไส้บ่อยๆ                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. เต็มใจแบ่งปันกับผู้อื่น (ขนม ของเล่น ดินสอ ฯลฯ)             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. แผลงฤทธิ์บ่อย หรืออารมณ์ร้อน                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ค่อนข้างอยู่โดดเดี่ยว มักเล่นตามลำพัง                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. โดยปกติแล้ว เชื่อฟัง ทำตามผู้ใหญ่บอก                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. มีความกังวลหลายเรื่อง ดูเหมือนกังวลบ่อย                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ช่วยเหลือถ้ามีใครบาดเจ็บ ไม่สบายใจ หรือเจ็บป่วย             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. หยุกหยิก หรือดิ้นไปด้นมาตลอดเวลา                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. มีเพื่อนสนิทอย่างน้อยหนึ่งคน                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. มีเรื่องต่อสู้หรือรังแกเด็กอื่นบ่อยๆ                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ไม่มีความสุข เศร้าหรือร้องไห้บ่อย                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. โดยทั่วไปเป็นที่ชอบพอของเด็กอื่น                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. วอกแวกง่าย ไม่มีสมาธิ                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. วิดกกังวลหรือติดแแม่อยู่ในสถานการณ์ใหม่ เสียความมั่นใจง่าย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ใจดีกับเด็กที่อายุน้อยกว่า                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. พุดปดหรือขี้อายบ่อยๆ                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ถูกเด็กคนอื่นแกล้งหรือรังแก                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. มักอาสาช่วยเหลือผู้อื่น (พ่อแม่ ครู เด็กอื่น)              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. คิดก่อนทำ                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. ขโมยของที่บ้าน ที่โรงเรียน หรือที่อื่น                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเข้ากับเด็กอื่น                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. มีความกลัวหลายเรื่อง หวาดกลัวง่าย                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. มีสมาธิในการติดตามทำงานจนเสร็จ                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

โปรดกรอกเพิ่มเติมถ้าคุณมีความเห็นอื่น.....

(โปรดพลิกหน้าถัดไป)

โดยรวมคุณคิดว่าเด็กมีปัญหาในด้านอารมณ์ 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) เด็กรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่สบายใจกับปัญหาที่มีหรือไม่

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

3) ปัญหาที่มี รบกวนชีวิตประจำวันของเด็กในด้านต่างๆ 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 ทำให้คุณหรือครอบครัวเกิดความยุ่งยากหรือไม่

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

ลายเซ็น.....วันที่.....

โปรดระบุความสัมพันธ์กับเด็ก (พ่อ/แม่/ อื่นๆ) .....

โปรดตรวจสอบอีกครั้งว่าท่านตอบครบทุกข้อ  
ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการกรอกแบบประเมินนี้