

แบบประเมินตนเอง (SDQ) (ฉบับผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินนักเรียน)

ชื่อ-สกุลนักเรียนที่รับการประเมิน \_\_\_\_\_ ชั้น \_\_\_\_\_ เลขที่ \_\_\_\_\_

วัน/เดือน/ปีเกิด \_\_\_\_\_ เพศ  ชาย  หญิง

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องท้ายหัวข้อให้ครบทุกข้อ กรุณาตอบให้ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือน

พฤติกรรมประเมิน	ไม่จริง	อาจจะจริง	จริง
1. ห่วงใยความรู้สึกคนอื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. อยู่ไม่นิ่ง นิ่งนิ่ง ๆ ไม่ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. มักจะบ่นว่าปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือไม่สบาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. เต็มใจแบ่งปันสิ่งของให้เพื่อน (ขนม, ของเล่น, ดินสอ เป็นต้น)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. มักจะอาละวาด หรือโมโหง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ก่อนข้างแยกตัว ชอบเล่นคนเดียว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. เชื่อฟัง มักจะทำตามที่ผู้ใหญ่ต้องการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. กังวลใจหลายเรื่อง คิดวกกังวลเสมอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. เป็นที่พึ่งได้เวลาที่อื่นเสียใจ อารมณ์ไม่ดี หรือไม่สบายใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. อยู่ไม่สุข วุ่นวายอย่างมาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. มีเพื่อนสนิท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. มักมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับเด็กอื่น หรือรังแกเด็กอื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. คุณไม่มีความสุข ท้อแท้ ร้องไห้บ่อย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. เป็นที่ชื่นชมของเพื่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. วอกแวกง่าย สมาธิสั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. เครียด ไม่ยอมห่างเวลาอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้น และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ใจดีกับเด็กที่เล็กกว่า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ชอบโกหก หรือขี้โกง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ถูกเด็กคนอื่นล้อเลียนหรือรังแก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ชอบอาสาช่วยเหลือคนอื่น (พ่อแม่, ครู, เด็กคนอื่น)	<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. เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเด็กวัยเดียวกัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ขี้กลัว รู้สึกหวาดกลัวได้ง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ทำงานได้จนเสร็จ มีความตั้งใจในการทำงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

ถ้าตอบว่า "ใช่" กรุณาตอบข้อต่อไปนี้

ปัญหานี้เกิดขึ้นมานานเท่าไรแล้ว

น้อยกว่า 1 เดือน

1 – 5 เดือน

6 – 12 เดือน

มากกว่า 1 ปี

ปัญหานี้ทำให้เด็กรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่

ไม่เลย

เล็กน้อย

ค่อนข้างมาก

มาก

ปัญหารบกวนชีวิตประจำวันของเด็กในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้หรือไม่

	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"/>

ปัญหาของเด็กทำให้คุณหรือชั้นเรียนเกิดความยุ่งยากหรือไม่

ไม่เลย

เล็กน้อย

ค่อนข้างมาก

มาก

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

พ่อ / แม่ / อื่น ๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

คะแนนรวมแบบประเมินด้านหลัง  แปลผล \_\_\_\_\_