แบบคัดกรองสุขภาพจิตเด็ก **ตนเอง**

แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

ทำเครื่องหมาย x ในช่อง ☐ ใต้ข้อความไม่จริง จริงบ้าง จริงแน่นอน เพียงช่องเดียวในแต่ละข้อคำถาม กรุณาตอบทุกข้อให้ใกล้เคียงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ชื่อ.....นามสกุล..... เพศ ☐ ชาย

วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี ☐ หญิง

	ไม่จริง	จริงบ้าง	จริงแน่นอน
1. ฉันพยายามทำดีต่อผู้อื่น ฉันใส่ใจความรู้สึกของผู้อื่น	☐	☐	☐
2. ฉันอยู่ไม่สุข ฉันไม่สามารถอยู่นิ่งได้นาน	☐	☐	☐
3. ฉันปวดศีรษะ ปวดท้องหรือคลื่นไส้บ่อยๆ	☐	☐	☐
4. โดยปกติแล้ว ฉันแบ่งปันกับผู้อื่น (อาหาร เกมส์ ปากกา ฯลฯ)	☐	☐	☐
5. ฉันโกรธรุนแรงและมักควบคุมอารมณ์ไม่ได้	☐	☐	☐
6. ฉันมักอยู่กับตัวเอง ฉันมักเล่นคนเดียวหรืออยู่ตามลำพัง	☐	☐	☐
7. โดยปกติแล้ว ฉันทำตามที่คนอื่นบอก	☐	☐	☐
8. ฉันกังวลมาก	☐	☐	☐
9. ฉันช่วยเหลือถ้ามีใครบาดเจ็บ ไม่สบายใจหรือเจ็บป่วย	☐	☐	☐
10. ฉันหยุกหยิก หรือดิ้นไปดิ้นมาตลอดเวลา	☐	☐	☐
11. ฉันมีเพื่อนสนิทอย่างน้อยหนึ่งคน	☐	☐	☐
12. ฉันมีเรื่องต่อสู้บ่อยๆ ฉันบังคับให้ผู้อื่นทำตามที่ฉันต้องการได้	☐	☐	☐
13. ฉันมักไม่มีความสุข เศร้าหรือร้องไห้บ่อย	☐	☐	☐
14. คนอื่นในวัยเดียวกับฉันมักชอบฉัน	☐	☐	☐
15. ฉันวอกแวกง่าย ฉันมีความลำบากที่จะใช้สมาธิ	☐	☐	☐
16. ฉันวิตกกังวลเมื่ออยู่ในสถานการณ์ใหม่ๆ ฉันเสียความมั่นใจง่าย	☐	☐	☐
17. ฉันใจดีกับเด็กที่อายุน้อยกว่า	☐	☐	☐
18. ฉันถูกกล่าวหาว่า พูดปดหรือขี้โกงบ่อยๆ	☐	☐	☐
19. เด็กคนอื่นๆ แกล้งหรือรังแกฉัน	☐	☐	☐
20. ฉันมักอาสาช่วยเหลือผู้อื่น (พ่อแม่ ครู เด็ก)	☐	☐	☐
21. ฉันคิดก่อนทำ	☐	☐	☐
22. ฉันเอาของที่ไม่ใช่ของฉันออกไปจากบ้าน โรงเรียนหรือที่อื่น	☐	☐	☐
23. ฉันเข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเข้ากับเด็กวัยเดียวกัน	☐	☐	☐
24. ฉันมีความกลัวหลายอย่าง ฉันหวาดกลัวง่าย	☐	☐	☐
25. ฉันทำงานที่ทำอยู่ได้เสร็จ ฉันมีสมาธิดี	☐	☐	☐

โปรดกรอกเพิ่มเติมถ้าคุณมีความเห็นอื่น.....

(โปรดพลิกหน้าถัดไป)

LIVEWORKSHEETS

ตนเอง

โดยรวมคิดว่าตัวเองมีปัญหาในด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรม หรือความสามารถเข้ากับผู้อื่นด้านใดด้านหนึ่งหรือไม่

ไม่มีปัญหา	มีปัญหาเล็กน้อย	มีปัญหาชัดเจน	มีปัญหาอย่างรุนแรง
☐	☐	☐	☐

ถ้าคุณตอบ "มีปัญหา....." โปรดตอบข้อ 1) -4) ต่อไปนี้ด้วย

1) ปัญหาที่มี เกิดขึ้นมานานเท่าไรแล้ว

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

2) คุณรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่สบายใจกับปัญหาที่มีหรือไม่

ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
☐	☐	☐	☐

3)ปัญหาที่มี รบกวนชีวิตประจำวันของคุณในด้านต่างๆ ต่อไปนี้หรือไม่

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
ความเป็นอยู่ที่บ้าน	☐	☐	☐	☐
การคบเพื่อน	☐	☐	☐	☐
การเรียนในห้องเรียน	☐	☐	☐	☐
กิจกรรมยามว่าง	☐	☐	☐	☐

4)ปัญหาที่มี ทำให้คนรอบข้างเกิดความยุ่งยากหรือไม่ (ครอบครัว เพื่อน ครู ฯลฯ)

ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
☐	☐	☐	☐

ลายเซ็น.....วันที่.....

โปรดตรวจสอบอีกครั้งว่าท่านตอบครบทุกข้อ
ขอบคุณที่ให้ความร่วมมือกรอกแบบประเมินนี้

LIVEWORKSHEETS