

แบบประเมินพฤติกรรมนักเรียน ฉบับผู้ปกครองประเมินนักเรียน

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

ชื่อ – สกุล (นาย/ค.ช./น.ส/ค.ญ.).....ชั้น.....ห้อง.....เลขที่.....
 ทำเครื่องหมาย X ในช่องว่างเพียงช่องเดียวในแต่ละข้อคำถามที่ใกล้เคียงกับพฤติกรรมของนักเรียนที่เกิดขึ้นในช่วง
 6 เดือน ที่ผ่านมา

พฤติกรรมประเมิน	ไม่จริง	จริงบ้าง	จริงแน่นอน
1. ใส่ใจกับความรู้สึกคนอื่น			
2. อยู่ไม่สุข เคลื่อนไหวมาก ไม่สามารถอยู่นิ่งได้นาน			
3. บ่นปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือคลื่นไส้บ่อยๆ			
4. เต็มใจแบ่งปันกับเด็กอื่น(ขนม ของเล่น ดินสอ ฯลฯ)			
5. แผลงฤทธิ์บ่อย หรืออารมณ์ร้อน			
6. ก่อนข้างอยู่โดดเดี่ยวมักเล่นตามลำพัง			
7. โดยปกติแล้วเชื่อฟัง ทำตามผู้ใหญ่บอก			
8. มีความกังวลหลายเรื่อง ดูเหมือนกังวลบ่อย			
9. ช่วยเหลือถ้ามีใครบาดเจ็บ ไม่สบายใจหรือเจ็บป่วย			
10. หยุกหยิก หรือเดินไปเดินมาตลอดเวลา			
11. มีเพื่อนสนิทอย่างน้อยหนึ่งคน			
12. มีเรื่องทะเลาะหรือรังแกเด็กอื่นบ่อยๆ			
13. ไม่มีความสุข เศร้าหรือร้องไห้บ่อยๆ			
14. โดยทั่วไปเป็นที่ชอบพอของเด็กอื่น			
15. วอกแวกง่ายไม่มีสมาธิ			
16. วิตกกังวลหรือติดแงเมื่ออยู่ในสถานการณ์ใหม่ เสียดความมั่นใจง่าย			
17. ใจดีกับเด็กที่อายุน้อยกว่า			
18. พุดปดหรือขี้อายบ่อยๆ			
19. ถูกเด็กคนอื่นแกล้งหรือรังแก			
20. มักอาสาช่วยเหลือผู้อื่น (พ่อ แม่ ครู เด็กอื่น)			
21. คิดก่อนทำ			
22. ขโมยของที่บ้าน ที่โรงเรียน หรือที่อื่น			
23. เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเข้ากับเด็กอื่น			
24. มีความกลัวหลายเรื่อง หวาดกลัวง่าย			
25. มีสมาธิในการติดตามทำงานจนเสร็จ			

ส่วนที่ 2

โดยรวมคุณคิดว่าเด็กมีปัญหาในด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรมหรือความสามารถเข้ากับผู้อื่น ด้านใดด้านหนึ่งหรือไม่

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหา | <input type="checkbox"/> มีปัญหาเล็กน้อย |
| <input type="checkbox"/> มีปัญหาชัดเจน | <input type="checkbox"/> มีปัญหาอย่างรุนแรง |

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

1. ปัญหาที่มี เกิดขึ้นมานานเท่าไรแล้ว

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

2. เด็กรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่สบายใจกับปัญหาที่มีหรือไม่

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

3. ปัญหาที่มี กระทบชีวิตประจำวันของเด็กในด้านต่างๆ ต่อไปนี้หรือไม่

ความเป็นอยู่ที่บ้าน

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

การคบเพื่อน

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

การเรียนในห้องเรียน

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

กิจกรรมยามว่าง

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

4. ปัญหาที่มี ทำให้คุณหรือครอบครัวเกิดความยุ่งยากหรือไม่

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