

แบบประเมินพฤติกรรมนักเรียน ฉบับนักเรียนประเมินตนเอง

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

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

พฤติกรรมประเมิน	ไม่จริง	จริงบ้าง	จริงแน่นอน
0. ตัวอย่าง เช่น ฉันพยายามทำดีต่อผู้อื่น.... <u>จริงบ้าง</u>		X	
1. ฉันพยายามทำดีต่อผู้อื่น ฉันใส่ใจความรู้สึกคนอื่น			
2. ฉันอยู่ไม่สุข ฉันไม่สามารถอยู่นิ่งได้นาน			
3. ฉันปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือคลื่นไส้บ่อยๆ			
4. โดยปกติแล้วฉันแบ่งปันกับผู้อื่น(อาหาร ปากกา เกมส์ ฯลฯ)			
5. ฉันโกรธรุนแรงและมักควบคุมอารมณ์ไม่ได้			
6. ฉันมักอยู่กับตัวเอง และมักเล่นคนเดียวหรืออยู่ตามลำพัง			
7. โดยปกติแล้วฉันทำตามที่คุณอื่นบอก			
8. ฉันกังวลมาก			
9. ฉันช่วยเหลือถ้ามีใครบาดเจ็บ ไม่สบายใจหรือเจ็บป่วย			
10. ฉันหยุดหยิก หรือเดินไปเดินมาตลอดเวลา			
11. ฉันมีเพื่อนสนิทอย่างน้อยหนึ่งคน			
12. ฉันมีเรื่องทะเลาะบ่อยๆ ฉันบังคับให้ผู้อื่นทำตามที่ต้องการได้			
13. ฉันมักไม่มีความสุข เศร้าหรือร้องไห้บ่อยๆ			
14. คนอื่นในวัยเดียวกับฉันมักชอบฉัน			
15. ฉันวอกแวกง่ายไม่มีสมาธิ ฉันมีความลำบากที่จะใช้สมาธิ			
16. ฉันวิตกกังวลเมื่ออยู่ในสถานการณ์ใหม่ๆ ฉันเสียความมั่นใจง่าย			
17. ฉันใจดีกับเด็กที่อายุน้อยกว่า			
18. ฉันถูกล้อว่า หัวปดหรือขี้โกงบ่อยๆ			
19. เด็กคนอื่นๆ แกล้งหรือรังแกฉัน			
20. ฉันมักอาสาช่วยเหลือผู้อื่น (พ่อ แม่ ครู เด็กอื่น)			
21. ฉันคิดก่อนทำ			
22. ฉันเอาของที่ไม่ใช่ของฉันออกไปจากบ้าน โรงเรียน หรือ ที่อื่น			
23. ฉันเข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเข้ากับเด็กวัยเดียวกัน			
24. ฉันมีความกลัวหลายเรื่อง ฉันหวาดกลัวง่าย			
25. ฉันทำงานที่ทำอยู่ได้เสร็จ ฉันมีสมาธิดี			

( คำชี้แจง ให้นักเรียนทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยม □ )

## ส่วนที่ 2

โดยรวมคุณคิดว่าตัวเองมีปัญหาในด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรมหรือความสามารถเข้ากับผู้อื่น ด้านใด ด้านหนึ่งหรือไม่

- |  |   |
|--|---|
| <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. คุณรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่สบายใจกับปัญหาที่มีหรือไม่

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

3. ปัญหาที่มี กระทบชีวิตประจำวันของคุณในด้านต่างๆ 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 ทำให้คนรอบข้างเกิดความยุ่งยากหรือไม่ (ครอบครัว เพื่อน ครู ฯลฯ)

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