



แบบประเมิน Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

ชื่อ-สกุลนักเรียน(นาย/ด.ช./นางสาว/ด.ญ.).....ชั้น ป...../.....เลขที่

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ☒ ในช่องท้ายหัวข้อให้ครบทุกข้อ กรุณาตอบให้ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือน

พฤติกรรมประเมิน	ไม่จริง	ค่อนข้างจริง	จริง
1. ห่วงใยความรู้สึกคนอื่น			
2. อยู่ไม่นิ่ง นิ่งนิ่ง ๆ ไม่ได้			
3. มักจะบ่นว่าปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือไม่สบาย			
4. เต็มใจแบ่งปันสิ่งของให้เพื่อน (ขนม, ของเล่น, ดินสอ เป็นต้น)			
5. มักจะอาละวาด หรือโมโหง่าย			
6. ค่อนข้างแยกตัว ชอบเล่นคนเดียว			
7. เชื่อฟัง มักจะทำตามผู้ใหญ่ที่ต้องการ			
8. กังวลใจหลายเรื่อง ดูวิตกกังวลเสมอ			
9. เป็นที่ฟังได้เวลาที่คนอื่นเสียใจ อารมณ์ไม่ดี หรือไม่สบายใจ			
10. อยู่ไม่สุข รุนแรงอย่างมาก			
11. มีเพื่อนสนิท			
12. มักมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับเด็กอื่น หรือรังแกเด็กอื่น			
13. ดูไม่มีความสุข ท้อแท้ ร้องไห้บ่อย			
14. เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อน			
15. วอกแวกง่าย สมาธิสั้น			
16. เครียด ไม่ยอมห่างเวลาอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้น และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง			
17. ใจดีกับเด็กที่เล็กกว่า			
18. ชอบโกหก หรือขี้โกง			
19. ถูกเด็กคนอื่นล้อเลียนหรือรังแก			
20. ชอบอาสาช่วยเหลือคนอื่น (พ่อแม่, ครู, เด็กคนอื่น)			
21. คิดก่อนทำ			
22. ขโมยของของที่บ้าน ที่โรงเรียน หรือที่อื่น			
23. เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเด็กวัยเดียวกัน			
24. ขี้กลัว รู้สึกหวาดกลัวได้ง่าย			
25. ทำงานได้จนเสร็จ มีความตั้งใจในการทำงาน			

โดยรวมคุณคิดว่าเด็กมีปัญหาในด้านใดด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรม หรือความสามารถ
เข้ากับผู้อื่นด้านใดด้านหนึ่งหรือไม่

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

ถ้าตอบว่า “ไม่” ไม่ต้องตอบข้อต่อไป

ถ้าคุณตอบ “ใช่” กรุณาตอบข้อ 1-4 ต่อไปนี้

1) ปัญหานี้เกิดขึ้นมานานเท่าไรแล้ว

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <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) ปัญหานี้ทำให้เด็กรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่

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

3) ปัญหานี้รบกวนชีวิตประจำวันของเด็กในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้หรือไม่

- | | ไม่เลย | เล็กน้อย | ค่อนข้างมาก | มากที่สุด |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

4) ปัญหานี้ทำให้คุณหรือครอบครัวเกิดความยุ่งยากหรือไม่

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

ลงชื่อ.....

ผู้ปกครอง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



แบบประเมิน Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

ชื่อ-สกุลนักเรียน(นาย/ด.ช./นางสาว/ด.ญ.).....ชั้น ป...../.....เลขที่

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ☒ ในช่องท้ายหัวข้อให้ครบทุกข้อ กรุณาตอบให้ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือน

พฤติกรรมประเมิน	ไม่จริง	ค่อนข้างจริง	จริง
1. ห่วงใยความรู้สึกคนอื่น			
2. อยู่ไม่นิ่ง นั่งนิ่ง ๆ ไม่ได้			
3. มักจะบ่นว่าปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือไม่สบาย			
4. เต็มใจแบ่งปันสิ่งของให้เพื่อน (ขนม, ของเล่น, ดินสอ เป็นต้น)			
5. มักจะอาละวาด หรือโมโหง่าย			
6. ค่อนข้างแยกตัว ชอบเล่นคนเดียว			
7. เชื่อฟัง มักจะทำตามผู้ใหญ่ที่ต้องการ			
8. กังวลใจหลายเรื่อง ดูวิตกกังวลเสมอ			
9. เป็นที่พึงได้เวลาที่คนอื่นเสียใจ อารมณ์ไม่ดี หรือไม่สบายใจ			
10. อยู่ไม่สุข วุ่นวายอย่างมาก			
11. มีเพื่อนสนิท			
12. มักมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับเด็กอื่น หรือรังแกเด็กอื่น			
13. ดูไม่มีความสุข ท้อแท้ ร้องไห้บ่อย			
14. เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อน			
15. วอกแวกง่าย สมาธิสั้น			
16. เครียด ไม่ยอมห่างเวลาอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้น และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง			
17. ใจดีกับเด็กที่เล็กกว่า			
18. ชอบโกหก หรือขี้โก่ง			
19. ถูกเด็กคนอื่นล้อเลียนหรือรังแก			
20. ชอบอาสาช่วยเหลือคนอื่น (พ่อแม่, ครู, เด็กคนอื่น)			
21. คิดก่อนทำ			
22. ขโมยของของที่บ้าน ที่โรงเรียน หรือที่อื่น			
23. เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเด็กวัยเดียวกัน			
24. ขี้กลัว รู้สึกหวาดกลัวได้ง่าย			
25. ทำงานได้จนเสร็จ มีความตั้งใจในการทำงาน			

โดยรวมคุณคิดว่าเด็กมีปัญหาในด้านใดด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรม หรือความสามารถ
เข้ากับผู้อื่นด้านใดด้านหนึ่งหรือไม่

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

ถ้าตอบว่า “ไม่” ไม่ต้องตอบข้อต่อไป

ถ้าคุณตอบ “ใช่” กรุณาตอบข้อ 1-4 ต่อไปนี้

1) ปัญหานี้เกิดขึ้นมานานเท่าไรแล้ว

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <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) ปัญหานี้ทำให้เด็กรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่

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

3) ปัญหานี้รบกวนชีวิตประจำวันของเด็กในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้หรือไม่

- | | ไม่เลย | เล็กน้อย | ค่อนข้างมาก | มากที่สุด |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

4) ปัญหานี้ทำให้คุณหรือครอบครัวเกิดความยุ่งยากหรือไม่

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

ลงชื่อ.....

ครูประจำชั้น

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....