

แบบประเมินตนเอง (SDQ) ฉบับนักเรียน

เอกสารระบบการดูแลช่วยเหลือ

ชื่อ - สกุลนักเรียน (นาย/ค.ช./นางสาว/ค.ญ.)..... ชั้น ม. /..... เลขที่.....

วัน/เดือน/ปี เกิด เพศ ชาย หญิง

คำชี้แจง จงทำเครื่องหมาย X ลงในช่องท้ายหัวข้อ กรุณาตอบให้ตรงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือน

ข้อ	รายการประเมิน	ไม่จริง	ค่อนข้างจริง	จริง
1	ฉันพยายามจะทำตัวดีกับคนอื่น ฉันห่วงใยความรู้สึกของคนอื่น			
2	ฉันไม่อยู่นิ่ง ฉันนั่งนานๆไม่ได้			
3	ฉันปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือไม่สบายบ่อยๆ			
4	ฉันเต็มใจแบ่งปันสิ่งของให้เพื่อน (ขนม, ของเล่น, ดินสอ เป็นต้น)			
5	ฉันมักจะอาละวาดหรือโมโหง่าย			
6	ฉันค่อนข้างแยกตัว ชอบเล่นคนเดียวหรืออยู่ตามลำพัง			
7	ฉันมักทำตามที่คุณอื่นบอก			
8	ฉันขี้กังวล			
9	ใครๆก็ฟังฉันได้ ถ้าเขาเสียใจ อารมณ์ไม่ดี หรือไม่สบาย			
10	ฉันอยู่ไม่เป็นสุข วุ่นวายอย่างมาก			
11	ฉันมีเพื่อนสนิท			
12	ฉันมีเรื่องทะเลาะวิวาทบ่อยๆ หรือรังแกเด็กคนอื่น			
13	ฉันไม่มีความสุข ท้อแท้ ร้องไห้บ่อย			
14	เพื่อนส่วนมากชอบฉัน			
15	ฉันวอกแวกง่าย ฉันรู้สึกว่าไม่มีสมาธิ			
16	ฉันกังวลเวลาอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้น และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง			
17	ฉันใจดีกับเด็กที่เล็กกว่า			
18	มีคนว่าฉันชอบโกหกหรือขี้อิจฉาบ่อยๆ			
19	เด็กๆคนอื่น ล้อเลียนหรือรังแกฉัน			
20	ฉันมักจะชอบอาสาช่วยเหลือคนอื่น (พ่อ , แม่ , ครู , เด็กคนอื่น)			
21	ฉันคิดก่อนทำ			
22	ฉันขโมยของที่บ้าน ที่โรงเรียน หรือที่อื่น			
23	ฉันเข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเด็กวัยเดียวกัน			
24	ฉันขี้กลัว รู้สึกหวาดกลัวได้ง่าย			
25	ฉันทำงานได้จนเสร็จ มีสมาธิในการทำงาน มีความตั้งใจในการทำงาน			

นักเรียนมีอย่างอื่นที่จะบอกอีกหรือไม่

คะแนนด้านที่ 1	3,8,13,16,24	คะแนนที่ได้.....	แปลผล
คะแนนด้านที่ 2	5,7,12,18,22	คะแนนที่ได้.....	แปลผล
คะแนนด้านที่ 3	2,10,15,21,25	คะแนนที่ได้.....	แปลผล
คะแนนด้านที่ 4	6,11,14,19,23	คะแนนที่ได้.....	แปลผล
รวมคะแนนทั้ง 4 ด้าน		คะแนนที่ได้.....	แปลผล
คะแนนสัมพันธภาพทางสังคม	1,4,9,17,20	คะแนนที่ได้.....	แปลผล

โดยรวมนักเรียนคิดว่า ตัวเองมีปัญหาในด้านใดด้านหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่ ด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรม หรือความสามารถเข้ากับผู้อื่น

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

ถ้าตอบว่า “ไม่” ไม่ต้องตอบคำถามข้อต่อไป

ถ้าตอบว่า “ใช่” กรุณาตอบคำถามด้านล่าง

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 |

ปัญหานี้ทำให้นักเรียนรู้สึกสบายใจหรือไม่

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

ปัญหานี้รบกวนชีวิตประจำวันของนักเรียนในด้านต่างๆ ต่อไปนี้หรือไม่

	ไม่	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
ความเป็นอยู่ที่บ้าน				
การคบเพื่อน				
การเรียนในห้องเรียน				
กิจกรรมยามว่าง				

ปัญหานี้ทำให้คนรอบข้างเกิดความยุ่งยากหรือไม่ (ครอบครัว เพื่อน ครู เป็นต้น)

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

คะแนนรวมแบบประเมิน

แปลผล

.....

.....

(.....)

(.....)

ครูที่ปรึกษาชั้น ม. /

ครูที่ปรึกษาชั้น ม. /