

แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) (ฉบับครูเป็นผู้ประเมินนักเรียน)

ชื่อ (ต.ช.,ต.ญ.,นาย,นางสาว)..... ชั้น .....

เลขที่..... วัน / เดือน / ปีเกิด .....

\*\*\*\*\*

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องท้ายแต่ละข้อให้ครบทุกข้อ กรุณาตอบให้ตรงกับลักษณะของเด็กในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ข้อ	พฤติกรรมประเมิน	ความคิดเห็น			สำหรับครูที่ปรึกษา					
		ไม่จริง	ค่อนข้างจริง	จริง	รวมคะแนน					
					ด้านที่					
					1	2	3	4	5	
1	ห่วงใยความรู้สึกคนอื่น									
2	อยู่ไม่นิ่ง นิ่งนิ่ง ๆ ไม่ได้									
3	มักจะบ่นว่าปวดศีรษะ ปวดท้อง									
4	เต็มใจแบ่งปันสิ่งของให้เพื่อน (ขนม, ของเล่น, ดินสอ เป็นต้น)									
5	มักจะอาละวาด หรือโมโหง่าย									
6	ค่อนข้างแยกตัว ชอบเล่นคนเดียว									
7	เชื่อฟัง มักจะทำตามผู้ใหญ่ต้องการ									
8	กังวลใจหลายเรื่อง กังวลเสมอ									
9	เป็นที่พึ่งได้เวลาที่คนอื่นเสียใจ อารมณ์ไม่ดี หรือไม่สบายใจ									
10	อยู่ไม่สุข วนวายอย่างมาก									
11	มีเพื่อนสนิท									
12	มักจะมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับเด็กอื่น หรือรังแกเด็กอื่น									
13	ดูไม่มีความสุข ท้อแท้									
14	เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อน									
15	วอกแวกง่าย สมาธิสั้น									
16	เครียดไม่ยอมห่างเวลาอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้น และขาดความมั่นใจในตนเอง									
17	ใจดีกับเด็กที่เล็กกว่า									
18	ชอบโกหก หรือขี้โกง									
19	ถูกเด็กคนอื่นล้อเลียนหรือรังแก									
20	ชอบอาสาช่วยเหลือผู้อื่น (พ่อ, แม่, ครู, เด็กคนอื่น)									
21	คิดก่อนทำ									
22	ขโมยของที่บ้าน ที่โรงเรียนหรือที่อื่น									
23	เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเด็กวัยเดียวกัน									
24	ขี้กลัว รู้สึกหวาดกลัวได้ง่าย									
25	ทำงานได้จนเสร็จ มีความตั้งใจในการทำงาน									
รวมคะแนนแต่ละด้าน										
การแปลผล										
รวมคะแนนการแปลผล ด้านที่ 1-4 ได้.....คะแนน		จัดอยู่ในกลุ่ม.....								
คะแนนด้านที่ 5 ได้.....คะแนน		มีจุดแข็ง ( 4 - 10 )			ไม่มีจุดแข็ง ( 0 - 3 )					

### ฉบับครูประเมิน

โดยรวมคุณคิดว่าเด็กมีปัญหาในด้านใดด้านหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่

1. ด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรม หรือความสามารถเข้ากับผู้อื่น

ไม่

ใช่ มีปัญหาเล็กน้อย

ใช่ มีปัญหาชัดเจน

ใช่ มีปัญหาอย่างมาก

ถ้าตอบว่า “ไม่” ไม่ต้องตอบข้อต่อไป

ถ้าคุณตอบว่า “ใช่” กรุณาตอบข้อต่อไปนี้

2. ปัญหานี้เกิดขึ้นมานานเท่าไรแล้ว

น้อยกว่า 1 เดือน

1 – 5 เดือน

6 – 12 เดือน

มากกว่า 1 ปี

\*3. ปัญหานี้ทำให้เด็กรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่

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

\*4. ปัญหานี้รบกวนชีวิตประจำวันของเด็กในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้หรือไม่

รายการ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	คะแนน
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"/>	

5. ปัญหาของเด็กทำให้คุณหรือชั้นเรียนเกิดความยุ่งยากหรือไม่

ไม่เลย

เล็กน้อย

ค่อนข้างมาก

มาก

ลงชื่อ.....

ครูผู้สอน / ครูที่ปรึกษา / อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

คะแนนรวมแบบประเมินด้านหลัง

แปลผล .....