



1 6	ฉันกังวลเวลาอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้น และ เสียความมั่นใจในตนเองง่าย								
1 7	ฉันใจดีกับเด็กที่เล็กกว่า								
1 8	มีคนว่าฉันโกหก หรือซีโกงบ่อย ๆ								
1 9	เด็กๆ คนอื่นล้อเลียน หรือรังแกฉัน								
2 0	ฉันมักจะอาสาช่วยเหลือผู้อื่น (พ่อแม่, ครู, เพื่อน, เด็กคนอื่น ๆ เป็นต้น)								
2 1	ฉันคิดก่อนทำ								
2 2	ฉันเอาของคนอื่นในบ้าน ที่โรงเรียนหรือที่อื่น								
2 3	ฉันเข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่ากับเด็กในวัยเดียวกัน								
2 4	ฉันขี้กลัว รู้สึกหวาดกลัวได้ง่าย								
2 5	ฉันทำงานได้จนเสร็จ ความตั้งใจในการทำงาน ของฉันดี								
รวมคะแนนแต่ละด้าน									
การแปลผล									
คะแนนด้านที่ 1 ด้านอารมณ์		ได้	จัดอยู่ในกลุ่ม						
.....คะแนน			.....						
คะแนนด้านที่ 2 ด้านความประพฤติ/เกเร		ได้	จัดอยู่ในกลุ่ม						
.....คะแนน			.....						
คะแนนด้านที่ 3 ด้านพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น			จัดอยู่ในกลุ่ม						
ได้.....คะแนน			.....						
คะแนนด้านที่ 4 ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน			จัดอยู่ในกลุ่ม						
ได้.....คะแนน			.....						
รวมคะแนนการแปลผล ด้านที่ 1-4		ได้	จัดอยู่ในกลุ่ม						
.....คะแนน			.....						
คะแนนด้านที่ 5 ได้.....คะแนน		มีจุดแข็ง ( 4 - 10 )	ไม่มีจุด แข็ง			( 0 - 3 )			

(ด้านหลัง)  
ฉบับนักเรียน

โดยรวมเธอคิดว่าตัวเองมีปัญหาในด้านใดด้านหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่

1. ด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรม หรือความสามารถเข้ากับผู้อื่น

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

ถ้าตอบว่า “ไม่” ไม่ต้องตอบข้อต่อไป

ถ้าคุณตอบว่า “ใช่” กรุณาตอบข้อต่อไปนี้

2. ปัญหานี้เกิดขึ้นมานานเท่าไรแล้ว

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

\*3. ปัญหานี้ทำให้เธอรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่

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

\*4. ปัญหานี้รบกวนชีวิตประจำวันของเธอในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้หรือไม่

	ไม่ เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้าง มาก	มาก
ความเป็นอยู่ที่บ้าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
กิจกรรมยามว่าง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ปัญหานี้ทำให้คนรอบข้างเกิดความยุ่งยากหรือไม่ ( ครอบครัวยุ่งยาก เพื่อน ครู เป็นต้น )

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

ลงชื่อ.....

นักเรียน

สำหรับครู
-----------

คะแนนรวมแบบประเมิน  
ด้านหลัง

--

แปลผล

.....  
.....

