



# แบบประเมินพฤติกรรมนักเรียน (ฉบับครูประเมิน นักเรียน) Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

ชื่อ - สกุล (นาย/น.ส/ด.ช./ด.  
ญ.).....ชั้น.....ห้อง.....  
เลขที่.....

**คำชี้แจง :** ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างเพียงช่องเดียวในแต่ละข้อคำถาม  
ที่ใกล้เคียงกับพฤติกรรมของนักเรียน

ที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

## ส่วนที่ 1

| พฤติกรรมประเมิน                                         | ไม่<br>จริง | จริง<br>บ้าง | จริง<br>แน่นอน |
|---------------------------------------------------------|-------------|--------------|----------------|
| 1. ใส่ใจกับความรู้สึกคนอื่น                             |             |              |                |
| 2. อยู่ไม่สุข เคลื่อนไหวมาก ไม่สามารถอยู่นิ่ง<br>ได้นาน |             |              |                |
| 3. บ่นปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือคลื่นไส้บ่อยๆ                |             |              |                |
| 4. เต็มใจแบ่งปันกับเด็กอื่น (ขนม ของเล่น<br>ดินสอ ฯลฯ)  |             |              |                |
| 5. แผลงฤทธิ์บ่อย หรืออารมณ์ร้อน                         |             |              |                |
| 6. ค่อนข้างอยู่โดดเดี่ยว มักเล่นตามลำพัง                |             |              |                |
| 7. โดยปกติแล้วเชื่อฟัง ทำตามที่คุณใหญ่บอก               |             |              |                |
| 8. มีความกังวลหลายเรื่อง ดูเหมือนกังวลบ่อย              |             |              |                |
| 9. ช่วยเหลือถ้ามีใครบาดเจ็บ ไม่สบายใจ หรือ<br>เจ็บป่วย  |             |              |                |
| 10. หยุกหยิก หรือดินไปดินมาตลอดเวลา                     |             |              |                |
| 11. มีเพื่อนสนิทอย่างน้อยหนึ่งคน                        |             |              |                |
| 12. มีเรื่องทะเลาะ หรือรังแกเด็กอื่นบ่อยๆ               |             |              |                |
| 13. ไม่มีความสุข เศร้า หรือร้องไห้บ่อยๆ                 |             |              |                |
| 14. โดยทั่วไปเป็นที่ชอบพอของเด็กอื่น                    |             |              |                |
| 15. วอกแวกง่ายไม่มีสมาธิ                                |             |              |                |

|                                                                    |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 16. วิตกกังวล หรือติดแฉเมื่ออยู่ในสถานการณ์ใหม่ เสียความมั่นใจง่าย |  |  |  |
| 17. ใจดีกับเด็กที่อายุน้อยกว่า                                     |  |  |  |
| 18. พุดปด หรือซีโกงบ่อยๆ                                           |  |  |  |
| 19. ถูกเด็กคนอื่นแกล้ง หรือรังแก                                   |  |  |  |
| 20. มักอาสาช่วยเหลือผู้อื่น (พ่อ แม่ ครู หรือเด็กอื่น)             |  |  |  |
| 21. คิดก่อนทำ                                                      |  |  |  |
| 22. ขโมยของที่บ้าน ที่โรงเรียน หรือที่อื่น                         |  |  |  |
| 23. เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเข้ากับเด็กอื่น                         |  |  |  |
| 24. มีความกลัวหลายเรื่อง หวาดกลัวง่าย                              |  |  |  |
| 25. มีสมาธิในการติดตามทำงานจนเสร็จ                                 |  |  |  |

## ส่วนที่ 2

โดยรวมคุณคิดว่าเด็กมีปัญหาในด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรมหรือความสามารถเข้ากับผู้อื่น ด้านใดด้านหนึ่งหรือไม่

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

หมายเหตุ ถ้าคุณตอบ "มีปัญหา..." โปรดตอบข้อ 1-4 ต่อไปนี้ด้วย

1. ปัญหาที่มีเกิดขึ้นมานานเท่าไรแล้ว

- |                                           |                                       |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|
| <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. เด็กรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่สบายใจกับปัญหาที่มีหรือไม่

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

3. ปัญหาที่มีรบกวนชีวิตประจำวันของเด็กในด้านต่างๆต่อไปนี้หรือไม่

### **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 |

### **4. ปัญหาที่มีทำให้คุณหรือชั้นเรียนเกิดความยุ่งยากหรือไม่**

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