

แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

ทำเครื่องหมาย x ในช่อง ได้ข้อความไม่จริง จริงบ้าง จริงแน่นอน เพียงช่องเดียวในแต่ละข้อคำถาม กรุณาตอบทุกข้อให้ใกล้เคียงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ชื่อ.....นามสกุล.....

เพศ ชาย

วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี

หญิง

	ไม่จริง	จริงบ้าง	จริงแน่นอน
1. ฉันพยายามทำดีต่อผู้อื่น ฉันใส่ใจความรู้สึกของผู้อื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ฉันอยู่ไม่สุข ฉันไม่สามารถอยู่นิ่งได้นาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ฉันปวดศีรษะ ปวดท้องหรือคลื่นไส้บ่อยๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. โดยปกติแล้ว ฉันแบ่งปันกับผู้อื่น (อาหาร เกมส์ ปากกา ฯลฯ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ฉันโกรธรุนแรงและมักควบคุมอารมณ์ไม่ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ฉันมักอยู่กับตัวเอง ฉันมักเล่นคนเดียวหรืออยู่ตามลำพัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. โดยปกติแล้ว ฉันทำตามที่คุณอื่นบอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ฉันกังวลมาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ฉันช่วยเหลือถ้ามีใครบาดเจ็บ ไม่สบายใจหรือเจ็บป่วย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ฉันหยุดหยิก หรือเดินไปเดินมาตลอดเวลา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ฉันมีเพื่อนสนิทอย่างน้อยหนึ่งคน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ฉันมีเรื่องต่อสู้บ่อยๆ ฉันบังคับให้ผู้อื่นทำตามที่คุณต้องการได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ฉันมักไม่มีความสุข เศร้าหรือร้องไห้บ่อย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. คนอื่นในวัยเดียวกับฉันมักชอบฉัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ฉันวอกแวกง่าย ฉันมีความลำบากที่จะใช้สมาธิ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ฉันวิตกกังวลเมื่ออยู่ในสถานการณ์ใหม่ๆ ฉันเสียความมั่นใจง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ฉันใจดีกับเด็กที่อายุน้อยกว่า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ฉันถูกล่ามว่า พุดบดหรือขี้โกงบ่อยๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. เด็กคนอื่นๆ แก่งหรือรังแกฉัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ฉันมักอาสาช่วยเหลือผู้อื่น (พ่อแม่ ครู เด็ก)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ฉันคิดก่อนทำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ฉันเอาของที่ไม่ใช่ของฉันออกไปจากบ้าน โรงเรียนหรือที่อื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ฉันเข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเข้ากับเด็กวัยเดียวกัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ฉันมีความกลัวหลายอย่าง ฉันหวาดกลัวง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ฉันทำงานที่ทำอยู่ได้เสร็จ ฉันมีสมาธิดี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โปรดกรอกเพิ่มเติมถ้าคุณมีความเห็นอื่น.....

(โปรดพลิกหน้าถัดไป)

โดยรวมคิดว่าตัวเองมีปัญหาในด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรม หรือความสามารถเข้ากับผู้อื่นด้านใดด้านหนึ่งหรือไม่

ไม่มี	มีปัญหา	มีปัญหา	มีปัญหา
ปัญหา	เล็กน้อย	ชัดเจน	อย่างรุนแรง
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ถ้าคุณตอบ “มีปัญหา.....” โปรดตอบข้อ 1) -4) ต่อไปนี้ด้วย

1) ปัญหาที่มี เกิดขึ้นมานานเท่าไรแล้ว

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

2) คุณรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่สบายใจกับปัญหาที่มีหรือไม่

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

3) ปัญหาที่มี รบกวนชีวิตประจำวันของคุณในด้านต่างๆ ต่อไปนี้หรือไม่

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
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"/>

4) ปัญหาที่มี ทำให้คนรอบข้างเกิดความยุ่งยากหรือไม่ (ครอบครัว เพื่อน ครู ฯลฯ)

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

ลายเซ็น.....วันที่.....

โปรดตรวจสอบอีกครั้งว่าท่านตอบครบทุกข้อ
ขอบคุณที่ให้ความร่วมมือกรอกแบบประเมินนี้