



โรงเรียนเจียงทองพิทยาคม

อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ 36260
สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาชัยภูมิ

บท.ดล. 05

(ฉบับผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินนักเรียน)

แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อนนักเรียน (SDQ)

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

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องท้ายแต่ละข้อให้ครบทุกข้อ (กรุณาตอบให้ตรงกับลักษณะของเด็กในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)

ข้อ	พฤติกรรมประเมิน	ความคิดเห็น			สำหรับครูที่ปรึกษา รวมคะแนน				
		ไม่จริง	ค่อนข้างจริง	จริง	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 ดูกังวลเสมอ								
9	เป็นที่พึ่งได้เวลาที่คนอื่นเสียใจ อารมณ์ไม่ดี หรือไม่สบายใจ								
10	อยู่ไม่สุข วุ่นวายอย่างมาก								
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		O มีจุดแข็ง (4 - 10)			O ไม่มีจุดแข็ง (0 - 3)				

ฉบับผู้ปกครองประเมิน

โดยรวมคุณคิดว่าเด็กมีปัญหาในด้านใดด้านหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่

1. ด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรม หรือความสามารถเข้ากับผู้อื่น

- ไม่ ใช่ มีปัญหาเล็กน้อย
 ใช่ มีปัญหาชัดเจน ใช่ มีปัญหาอย่างมาก

หมายเหตุ: 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*4. ปัญหานี้รบกวนชีวิตประจำวันของเด็กในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้หรือไม่

ประเด็นปัญหา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	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. ปัญหานี้ทำให้คุณหรือครอบครัวเกิดความยุ่งยากหรือไม่

- ไม่เลย เล็กน้อย
 ค่อนข้างมาก มาก

คะแนนรวมแบบประเมินด้านหลัง

แปลผล

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

“โปรดตรวจสอบอีกครั้งว่าท่านตอบครบทุกข้อ ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือกรอกแบบประเมินนี้”