



# แบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทย: การเก็บข้อมูล บรรทัดฐานและการหาค่ามาตรฐานของแบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทย

## MMPI-2-RF Thai Version: Normative Data Collection and Standardization of MMPI-2-RF Thai Version

บุรชัย อัสวทวิบูลย์\*, วรวัชร ตั้งจิตจรเจริญ\*, สุชีรา ภัทราญตวรรัตน\*\*

Burachai Asawathaweewoon\*, Worawach Tungjitcharoen\*, Sucheera Phattharayuttawat\*\*

\* สาขาจิตวิทยา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

\*\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

\* Division of Psychology, Faculty of Liberal Arts, Thammasat University

\*\* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อเก็บข้อมูลบรรทัดฐานและการหาค่ามาตรฐานของแบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทยและเปรียบเทียบค่าบรรทัดฐานของแบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทยกับแบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาอังกฤษ

**วิธีการศึกษา** การเก็บข้อมูลบรรทัดฐานทำโดยนักจิตวิทยาคลินิกที่มีใบประกอบโรคศิลปะที่ทำงานอยู่ในแต่ละภูมิภาค ได้กลุ่มตัวอย่างช่วงอายุ 18-80 ปี จำนวน 1,163 คน การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยการเปรียบเทียบค่าข้อมูลบรรทัดฐานของแบบทดสอบฉบับภาษาไทยและค่าข้อมูลบรรทัดฐานของแบบทดสอบฉบับภาษาอังกฤษ

**ผลการศึกษา** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพบว่า จากทั้งหมด 51 สเกล มีเพียงสเกล K-r BXD RC9 JCP และ IPP ที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามการเปรียบเทียบค่า T-score และ Uniform T-score พบว่า มีความแตกต่างในสเกล F-r Fp-r RBS THD RC6 และ PYSC-r ในขณะที่สเกลอื่นๆ คล้ายคลึงกับค่าที่ได้จากแบบทดสอบฉบับภาษาอังกฤษ เมื่อพิจารณาเพิ่มเติมในส่วนสเกลที่มีความแตกต่างตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญของ University of Minnesota พบว่าบริบทด้านวัฒนธรรมย่อมมีส่วนที่ทำให้ผลการวิเคราะห์ค่ามาตรฐานมีความแตกต่างกันเป็นปกติ ซึ่งการที่ค่าส่วนใหญ่มีความใกล้เคียงกับค่ามาตรฐานฉบับภาษาอังกฤษก็ทำให้มั่นใจได้มากขึ้นในการใช้แบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทยเพื่อประกอบการวินิจฉัยทางคลินิกในประเทศต่อไป

**สรุป** ค่ามาตรฐานจากแบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทยนี้มีความเหมาะสมในการนำมาใช้ประกอบการตรวจวินิจฉัยในกลุ่มประชากรไทย

**คำสำคัญ** MMPI-2-RF การพัฒนาแบบทดสอบทางจิตวิทยา ข้อมูลบรรทัดฐาน ค่ามาตรฐานวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2565; 67(1): 113-124

Corresponding author: บุรชัย อัสวทวิบูลย์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต 99 หมู่ 18 ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121, Email: burachai@gmail.com

วันรับ: 7 มิถุนายน 2564 วันแก้ไข: 1 ตุลาคม 2564 วันตอบรับ: 11 ตุลาคม 2564

## Abstract

**Objectives:** To collect normative data and standardized scores for the MMPI-2-RF Thai version and compare Thai normative data with MMPI-2-RF English version

**Methods:** Normative data was collected by licensed clinical psychologists in each region. We collected data from 1,163 participants aged 18-80 years old. Data analysis was conducted by comparing the normative data of the Thai version and English version.

**Results:** Results showed that from 51 scales, there were no significant differences in K-r, BXD, RC9, JCP and IPP scales. However, comparing T-score and Uniform T-score showed that there were significant differences in F-r, Fp-r, RBS, THD, RC6 and PYSC-r. Other scales, on the other hand, were shown to be significantly similar to English version scores. In addition to the different scales recommended by experts at the University of Minnesota, cultural context plays a part in normalizing the standardization results. The fact that most of the values were close to the standard English version made it more confident to use the Thai version of the MMPI-2-RF as a basis for clinical diagnosis in the country.

**Conclusion:** Standard scores of the MMPI-2-RF Thai version are appropriate for clinical diagnosis in the Thai population.

**Keywords:** MMPI-2-RF, psychological test development, normative data, standardized score

J Psychiatr Assoc Thailand 2022; 67(1): 113-124

## บทนำ

แบบทดสอบ MMPI (The Minnesota Multiphasic Personality Inventory) เป็นแบบทดสอบที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในหลายๆ ประเทศเพื่อวัตถุประสงค์ในการประเมินพยาธิสภาพทางจิต แบบทดสอบนี้ได้รับการเผยแพร่มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1942<sup>1</sup> จนถึงปัจจุบันปี ค.ศ. 2020 ได้มีการพัฒนาแบบทดสอบหลากหลายฉบับเพื่อให้ผลการประเมินสอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงของยุคสมัยและกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน

ประเทศไทยเป็นอีกประเทศหนึ่งที่มีการใช้แบบทดสอบ MMPI อย่างกว้างขวางในงานของนักจิตวิทยาคลินิกเพื่อประเมินบุคลิกภาพและช่วยในการตรวจวินิจฉัยต่างๆ อย่างไรก็ตามแบบทดสอบที่นักจิตวิทยาคลินิกไทยใช้นั้นส่วนใหญ่เป็นฉบับดั้งเดิม มีจำนวนไม่มากที่ใช้แบบทดสอบ MMPI-2 (The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2) ที่เผยแพร่ในปี ค.ศ. 1989<sup>2</sup>

อย่างไรก็ตามจากการสืบค้นงานวิจัย ไม่พบหลักฐานที่แน่ชัดว่าการพัฒนาแบบทดสอบ MMPI ฉบับภาษาไทยเริ่มต้นในช่วงเวลาใด มีเพียงหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการแปลผลแบบทดสอบ MMPI ในปัจจุบันใช้ค่าบรรทัดฐานจากประชากรสหรัฐอเมริกาที่ได้เผยแพร่ในปี ค.ศ. 1942<sup>1</sup> ขณะที่แบบทดสอบ MMPI-2 มีงานวิจัย 2 ชิ้นที่ระบุว่ามีการพัฒนาแบบทดสอบฉบับภาษาไทยคือ งานวิจัยของเกษมศักดิ์ ภูมิศรีแก้ว และงานวิจัยของละออ พงษ์พานิช<sup>2</sup>

ในภายหลังคณะผู้วิจัยได้สอบถามไปยังผู้ถือลิขสิทธิ์หลัก คือ University of Minnesota พบว่าข้อตกลงความร่วมมือในการพัฒนาแบบทดสอบ MMPI-2 ของละออ พงษ์พานิชได้สิ้นสุดลง โดยที่มีการแปลแบบทดสอบนี้เป็นฉบับภาษาไทยเท่านั้น แต่ไม่ได้มีการเก็บค่าบรรทัดฐานสำหรับประชากรไทย<sup>3</sup> ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถเผยแพร่การใช้งานในวงกว้างได้ เนื่องจากไม่เหมาะสมที่จะใช้กับกลุ่มประชากรที่มีความเฉพาะของวัฒนธรรม ซึ่งส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยที่ค้นพบ<sup>4</sup>

จากข้อมูลข้างต้น ทำให้เห็นถึงปัญหาที่อาจเกิดจากการใช้แบบทดสอบ MMPI ในปัจจุบันของ

ประเทศไทยเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือในการนำแบบทดสอบ MMPI มาใช้ในการตรวจวินิจฉัยหรือในงานวิจัย เนื่องจากค่าบรรทัดฐานที่นำมาใช้ในการแปลผลถูกเผยแพร่ในปี ค.ศ. 1942 หรือประมาณ 80 ปีที่ผ่านมา อีกทั้งค่าบรรทัดฐานที่ใช้ก็เป็นของประชากรสหรัฐอเมริกาที่อาจมีลักษณะทางประชากรศาสตร์บางประการที่แตกต่างจากประชากรไทย

คณะผู้วิจัยจึงได้ติดต่อกับผู้ถือลิขสิทธิ์หลักเพื่อพัฒนาแบบทดสอบ MMPI-2-RF (The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form) ซึ่งเป็นแบบทดสอบล่าสุดในกลุ่ม MMPI ที่มีค่าความเที่ยงและความตรงที่สูงกว่าแบบทดสอบ MMPI และ MMPI-2 รวมถึงค่าความสอดคล้องกันภายในของข้อมูลแต่ละสเกลที่ทำให้รูปแบบการแปลผลของ MMPI และ MMPI-2 จากเดิมต้องอาศัยการแปลหลายสเกลพร้อมกัน เปลี่ยนเป็นการแปลทีละสเกลใน MMPI-2-RF ซึ่งลดความซับซ้อนของการแปลผลและเพิ่มความแม่นยำให้การแปลผลการทดสอบ

หลังจากการตีพิมพ์งานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทย: การแปลและการทดสอบแบบวัดซ้ำกับผู้ชำนาญสองภาษา” ในปี พ.ศ. 2560<sup>3</sup> ที่พบว่าคุณภาพของเครื่องมือจากการทดสอบแบบวัดซ้ำอยู่ในระดับที่ดี ขึ้นตอนต่อไปเพื่อให้ได้แบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทยมาใช้ในทางคลินิกได้ คือการพัฒนาค่าบรรทัดฐานในกลุ่มประชากรไทย ซึ่งได้พัฒนาตามขั้นตอนที่ผู้ถือลิขสิทธิ์กำหนดไว้<sup>3</sup> งานวิจัยชิ้นนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บข้อมูลเพื่อหาค่าบรรทัดฐานของประชากรไทยและเปรียบเทียบค่าที่ได้กับค่าบรรทัดฐานจากแบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาอังกฤษ<sup>2</sup> อันจะทำให้ได้เครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยของนักจิตวิทยาคลินิกที่มีความเป็นมาตรฐานและความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

## วิธีการศึกษา

คณะผู้วิจัยใช้แบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทยที่ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือมาใช้ในการเก็บข้อมูลในงานวิจัยนี้<sup>5</sup> แบบทดสอบ MMPI-2-

RF เป็นแบบทดสอบในตระกูลแบบทดสอบ MMPI ฉบับล่าสุด มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อใช้ในการตรวจวัดความผิดปกติทางจิตในหลายๆ กลุ่มอาการ ใช้กับบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีความสามารถทางการอ่านเขียนในระดับ grade 6 ขึ้นไป มีสเกลรวมทั้งสิ้นถึง 51 สเกล สามารถแบ่งเป็น กลุ่มได้ 6 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มสเกลที่ใช้ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของการวัด (validity scales) จำนวน 9 สเกล กลุ่มสเกลที่ใช้วัดความผิดปกติกลุ่มใหญ่ (higher-order scales) จำนวน 3 สเกล กลุ่มสเกลหลักทางคลินิก (restructured clinical scales: RC scales) จำนวน 9 สเกล กลุ่มสเกลวัดปัญหาเฉพาะด้าน 23 สเกล กลุ่มสเกลวัดความสนใจ (interest scales) 2 สเกล และกลุ่มสเกลอ้างอิงตามแนวคิดพยาธิสภาพทางจิตหลัก 5 ด้าน อีกจำนวน 5 สเกล (personality psychopathology five (PSY-5) scales) แบบทดสอบเป็นแบบเลือกตอบจริง-เท็จ มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 338 ข้อ คะแนน จากข้อคำถามแต่ละข้ออาจมีความสัมพันธ์กับคะแนนในสเกลมากกว่า 1 สเกล และกำหนดกลุ่มตัวอย่างบรรทัดฐานจากกลุ่มประชากรไทยจำนวน 65.4 ล้านคนตามข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2553 โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size calculation) จากแนวทางปฏิบัติในการพัฒนาแบบทดสอบฉบับแปลโดย University of Minnesota (2011) กำหนดไว้ว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างบรรทัดฐานขั้นต่ำคือ ชาย 350 คน และ หญิง 350 คน และจากสูตรคำนวณจำนวนประชากร จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 601 คน ทั้งกลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติมาตรฐานด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นชาย 601 คนและหญิง 601 คน หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยใช้คุณลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้านเพศ (ชาย-หญิง) เป็นตัวกำหนดหลัก (ยึดระเบียบวิธีตามการเก็บค่าบรรทัดฐานสำหรับแบบทดสอบฉบับมาตรฐานภาษาอังกฤษ) โดยการเก็บกลุ่มตัวอย่างเป็นอัตราส่วนตาม ภูมิลำเนาที่อาศัย (กรุงเทพฯและปริมณฑล-ภาคกลางและภาคตะวันออก

ตก-ภาคเหนือ-ภาคใต้-ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ-ภาคตะวันออก) เมื่อคำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตร จะได้ขนาดตัวอย่างเป็นกลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิงดังต่อไปนี้ กรุงเทพฯ และปริมณฑล จำนวน 98 คน ภาคกลางและภาคตะวันตก จำนวน 62 คน ภาคตะวันออก จำนวน 43 คน ภาคเหนือ จำนวน 111 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 203 คน และภาคใต้ จำนวน 84 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 601 คน

โดยมีเงื่อนไขคือ กลุ่มตัวอย่างบรรทัดฐานเป็นอาสาสมัครคนไทยมีอายุระหว่าง 18-80 ปีบริบูรณ์ สามารถอ่านภาษาไทยได้คล่องและเข้าใจ รวมถึงสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง ขณะที่กลุ่มตัวอย่างบรรทัดฐานที่มีประวัติการป่วยทางสุขภาพจิตจะถูกคัดออกจากรายการวิจัย

ในการดำเนินการผู้วิจัยได้วางแผนเก็บข้อมูลตามแนวทางในการพัฒนาแบบทดสอบที่ University of Minnesota ได้กำหนดไว้ ใช้ระยะเวลาตั้งแต่ มกราคม 2562 ถึง เมษายน 2563 โดยนักจิตวิทยาคลินิกในแต่ละภาค ประชาสัมพันธ์รับอาสาสมัครเพื่อเข้าร่วมการวิจัย และสุ่มอาสาสมัครตามเกณฑ์การคัดเลือก เพื่อติดต่อดำเนินการในการทำแบบทดสอบและขอคำยินยอมจากอาสาสมัคร โดยชี้แจงจุดประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการทำการวิจัย ผลดีและผลเสียของการเข้าร่วมการวิจัย ก่อนจะดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการทำแบบทดสอบในกระดาษคำตอบ ซึ่งจะเก็บข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับด้วยการลงรหัสและใช้รหัสอาสาสมัครแทนชื่อ-สกุลของอาสาสมัคร ในส่วนกลุ่มตัวอย่างบรรทัดฐานนี้ ทางผู้วิจัยไม่ได้ทำการเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยหรือผู้มาใช้บริการทางสาธารณสุขที่โรงพยาบาล แต่เป็นการจ้างนักจิตวิทยาคลินิกที่มีใบประกอบโรคศิลปะ เป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูลและส่งข้อมูลดิบมาให้วิเคราะห์ผล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้นำผลการทดสอบที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS และโปรแกรม UTPAK3<sup>5</sup> ที่ University of Minnesota ได้พัฒนาขึ้น สำหรับค่า Uniform T-score ซึ่งเป็นค่าหลักของสเกลต่างๆ นั้น ทาง University of Minnesota จะทำการคำนวณให้เนื่องจากเป็น T-score ที่มี

ลักษณะเฉพาะที่ทาง University of Minnesota คิดขึ้น เพื่อใช้กับการกระจายของความผิดปกติทางจิต โดยทาง ผู้วิจัยจะส่งข้อมูลที่ได้จากโปรแกรม UTPAK3<sup>5</sup> ไปที่ University of Minnesota สำหรับกระบวนการในการ สร้าง Uniform T-score นั้น มีขั้นตอนเป็นไปตามการ ทบทวนวรรณกรรม ดังนี้ 1) สร้างลักษณะการกระจาย ของข้อมูลโดยใช้ T-score แบบเส้นตรงธรรมดา ก่อน โดยการใช้สูตรมาตรฐาน 2) ใช้การประมาณค่า ในช่วง (Interpolation) เพื่อสร้างค่า T-score ในทุกๆ ค่า Percentile ของสเกลหลักทั้งหมดในแบบทดสอบ จากนั้นทำการเฉลี่ยค่าของสเกลทุกสเกลเข้าด้วยกัน ค่า จะได้ค่า T-score เฉลี่ยและกราฟการแจกแจงข้อมูลที่ เรียกว่า Composite standard ซึ่งการแจกแจงของ ข้อมูลมีลักษณะเบ้ขวา 3) ใช้โปรแกรม UTPAK3<sup>5</sup> วิเคราะห์สมการถดถอย (Regression) เพื่อแปลงค่า คะแนนดิบแต่ละคะแนน ของสเกลต่างๆ ให้กลายเป็น ค่า Uniform T-score

หลังจากนั้นจึงนำข้อมูล T-score และ Uniform T-score ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างประชากรไทยมาเปรียบ เทียบกับค่าของกลุ่มตัวอย่างชาวสหรัฐอเมริกาเพื่อ อภิปรายผลต่อไป

## ผลการศึกษา

การวิจัยนี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,457 คน ซึ่งจากการวิเคราะห์จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง งานวิจัยนี้ต้องการกลุ่มตัวอย่างเพศชายและ เพศหญิงอย่างละ 601 คน รวม 1,202 คน อย่างไรก็ตามหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นพบว่า มี จำนวนข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 1,163 คนที่สามารถนำ มาวิเคราะห์หาค่าบรรทัดฐานต่อไปได้ ในส่วนของผล การวิจัยจะนำเสนอใน 2 ส่วนดังต่อไปนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลพื้นฐานทางประชากรของกลุ่ม ตัวอย่าง

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากที่สุดมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 39.64) รองลงมาคือภาคกลาง (ร้อยละ 21.84)

จากตารางที่ 2 พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพศ ชายและหญิงมีจำนวนไม่แตกต่างกันมากนัก โดยเพศ ชาย มีจำนวน 607 คน (ร้อยละ 52.19) ส่วนเพศหญิง มีจำนวน 533 คน (ร้อยละ 45.83)

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ใน ช่วงอายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 27) รองลงมาคือช่วงอายุ 21-30 ปี (ร้อยละ 23.30) และ 41-50 ปี (ร้อยละ 19.35)

**ตารางที่ 1** ข้อมูลจำแนกตามภูมิภาค

ภาค	จำนวนคน	เปอร์เซ็นต์
ภาคกลาง	254	21.84
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	461	39.64
กรุงเทพและปริมณฑล	60	5.16
ภาคตะวันออก	22	1.89
ภาคตะวันตก	25	2.15
ภาคเหนือ	184	15.82
ภาคใต้	157	13.50
รวม	1163	100.00

**ตารางที่ 2** ข้อมูลจำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวนคน	เปอร์เซ็นต์
เพศชาย	607	52.19
เพศหญิง	533	45.83
ไม่ระบุ*	23	1.97
รวม	1125	100.00

\*ในแบบทดสอบ MMPI-2-RF การวิเคราะห์ค่ามาตรฐานไม่มีการแบ่งเพศ

### ตารางที่ 3 ข้อมูลจำแนกตามระดับอายุ

ช่วงอายุ	จำนวนคน	เปอร์เซ็นต์
18-20	95.00	8.17
21-30	271.00	23.30
31-40	314.00	27.00
41-50	225.00	19.35
51-60	168.00	14.45
61-70	50.00	4.30
71-80	13.00	1.12
ไม่ระบุอายุ*	27	2.33
<b>รวม</b>	<b>1163</b>	<b>100.00</b>

\*เป็นกลุ่มพนักงานบริษัทที่ไม่ประสงค์เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล แต่มีอายุมากกว่า 18 ปี ตามเกณฑ์การคัดเข้า

**ส่วนที่ 2** ข้อมูลค่าบรรทัดฐาน จากการวิเคราะห์ผลข้อมูลด้วยโปรแกรม UTPAK3<sup>5</sup> โดย University of Minnesota<sup>5</sup> ซึ่งจะได้ค่า Linear T-score ในส่วนของ Validity scales และ Uniform T-score ซึ่งเป็นค่าหลักของสเกลอื่น

**การวิเคราะห์ Validity scales จำนวน 8 สเกล** ได้แก่ VRIN-r (Variable Response Inconsistency), TRIN-r (True Response Inconsistency), F-r (Infrequency Responses), Fp-r (Infrequent Psychopathology Responses), Fs (Infrequent Somatic Responses), FBS-r (Symptom Validity), RBS (Response Bias Scale) และ L-r (Uncommon Virtues) พบว่ามีเพียงค่ามาตรฐานใน scale K-r ของกลุ่มตัวอย่างชาวไทยที่ไม่แตกต่างจากค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา ( $t = -1.28, P = 0.202$ ) ขณะที่สเกลอื่นๆ มีค่าที่มากกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

**การวิเคราะห์ Higher-Order จำนวน 3 สเกล** ได้แก่ Emotional/Internalizing Dysfunction (EID), Thought Dysfunction (THD) และ Behavioral/Externalizing Dysfunction (BXD) และ **Restructured Clinical scales** จำนวน 9 สเกล ได้แก่ Demoralization (RCd), Somatic Complaint (RC1), Low Positive Emotions (RC2), Cynicism (RC3), Antisocial Behavior (RC4), Ideas of Persecution (RC6), Dysfunctional Negative Emotion (RC7), Aberrant

Experiences (RC8) และ Hypomanic Activation (RC9) พบว่ามีเพียงค่ามาตรฐานใน scale BXD และ RC9 ของกลุ่มตัวอย่างชาวไทยที่ไม่แตกต่างจากค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา ( $t = 0.368, P = 0.71$  และ  $t = 1.58, P = 0.11$  ตามลำดับ) ขณะที่สเกลอื่นๆ มีค่ามาตรฐานที่มากกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ยกเว้น สเกล RC4 ที่มีค่ามาตรฐานที่น้อยกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา

**การวิเคราะห์ Somatic และ Cognitive scales** จำนวน 5 สเกล ได้แก่ Malaise (MLS), Gastrointestinal Complaint (GIC), Head Pain Complaint (HPC), Neurological Complaint (NUC) และ Cognitive Complaint (COG) พบว่าในทุกสเกลมีค่าที่มากกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

**การวิเคราะห์ Internalizing scales** จำนวน 9 สเกล ได้แก่ Suicidal/Death Ideation (SUI), Helplessness/Hopelessness (HLP), Self-Doubt (SFD), Inefficacy (NFC), Stress/Worry (STW), Anxiety (AXY), Anger Proneness (ANP), Behavior-Restricting Fears (BRF) และ Multiple Specific Fears (MSF) พบว่าในทุกสเกลมีค่าที่มากกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

**การวิเคราะห์ Externalizing scales** จำนวน 4 สเกล ได้แก่ Juvenile Conduct Problems (JCP),



Substance Abuse (SUB), Aggression (AGG) และ Activation (ACT) พบว่ามีเพียงค่ามาตรฐานใน scale JCP ของกลุ่มตัวอย่างชาวไทยที่ไม่แตกต่างจากค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา ( $t = 0.044$ ,  $P = 0.965$ ) ขณะที่สเกล AGG มีค่ามาตรฐานที่มากกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนสเกล SUB และ ACT มีค่ามาตรฐานที่น้อยกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา

**การวิเคราะห์ interpersonal** จำนวน 5 สเกล ได้แก่ Family Problems (FML), Interpersonal Passivity (IPP), Social Avoidance (SAV), Shyness (SHY) และ Disaffiliativeness (DSF) และ Interest scales จำนวน 2 สเกล ได้แก่ Aesthetic-Literary Interests (AES) และ Mechanical-Physical Interests (MEC) พบว่ามีเพียงค่ามาตรฐานใน scale IPP ของกลุ่มตัวอย่างชาวไทยที่ไม่แตกต่างจากค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา ( $t = 0.864$ ,  $P = 0.388$ ) ขณะที่สเกล SAV SHY และ DSF มีค่ามาตรฐานที่มากกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนสเกล FML AES และ MEC มีค่ามาตรฐานที่น้อยกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา

**การวิเคราะห์ Personality Psychopathology Five scales** จำนวน 5 สเกล ได้แก่ Aggressiveness-Revised (AGGR-r), Psychoticism-Revised (PSYC-r), Disconstraint-Revised (DISC-r), Negative Emotionality/Neuroticism-Revised (NEGE-r) และ Introvert/Low Positive Emotionality-Revised (INTR-r) พบว่าสเกลส่วนใหญ่มีค่ามาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างชาวไทยที่มากกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีเพียงสเกล DISC-r ที่มีค่ามาตรฐานที่น้อยกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา

**การแสดงผลค่า Linear T-score ของ Validity scales** พบว่าการกระจายค่าคะแนนในการแปลงเป็น T-score ของค่ามาตรฐานชาวไทยสูงกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา กล่าวคือในส่วนของ scale validity มีแนวโน้มที่คนไทยจะได้ค่าคะแนน T-score ที่ต่ำกว่าชาวสหรัฐอเมริกาหากมีค่าคะแนน

ดิบเท่ากัน ยกเว้นในส่วนของสเกล FBS-r L-r และ K-r ที่ไม่แตกต่างกัน (คะแนนดิบสูงสุดของชาวไทยไม่แตกต่างกับค่าคะแนนดิบสูงสุดของชาวสหรัฐอเมริกา)

**การแสดงผลค่า Uniform T-score ของ High-Order scales** พบว่าการกระจายค่าคะแนนในการแปลงเป็น T-score ของค่ามาตรฐานชาวไทยโดยรวมต่ำกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา กล่าวคือในส่วนของ scale Higher-order มีแนวโน้มที่ชาวไทยจะได้ค่าคะแนน T-score ที่สูงกว่าชาวสหรัฐอเมริกาหากมีค่าคะแนนดิบเท่ากัน ยกเว้นสเกล BXD ที่ไม่พบความแตกต่างมากนัก (คะแนนดิบสูงสุดของชาวไทยไม่แตกต่างกับค่าคะแนนดิบสูงสุดของชาวสหรัฐอเมริกา)

**การแสดงผลค่า Uniform T-score ของ Restructured clinical scales** พบว่าการกระจายค่าคะแนนในการแปลงเป็น T-score ของค่ามาตรฐานชาวไทยไม่แตกต่างจากค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกามากนัก ซึ่ง Restructured clinical scales เป็นสเกลหลักในการวินิจฉัยสภาพทางจิต การที่ค่าไม่แตกต่างกันมาก หมายถึงในส่วนของนี้มีแนวโน้มที่ชาวไทยจะได้ค่าคะแนน T-score ที่ไม่แตกต่างจากชาวสหรัฐอเมริกาหากมีค่าคะแนนดิบเท่ากัน อย่างไรก็ตามพบว่าสเกล RC1 RC6 และ RC8 นั้นมีค่าที่สูงกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา กล่าวคือในส่วนของสเกลเหล่านี้ มีแนวโน้มที่คนไทยจะได้ค่าคะแนน T-score ที่ต่ำกว่าชาวสหรัฐอเมริกาหากมีค่าคะแนนดิบเท่ากัน (คะแนนดิบสูงสุดของชาวไทยไม่แตกต่างกับค่าคะแนนดิบสูงสุดของชาวสหรัฐอเมริกา)

**การแสดงผลค่า Uniform T-score ของ Somatic และ Cognitive scales** พบว่าการกระจายค่าคะแนนในการแปลงเป็น T-score ของค่ามาตรฐานชาวไทยไม่แตกต่างจากค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา กล่าวคือ ในส่วนของสเกลนี้มีแนวโน้มที่ชาวไทยจะได้ค่าคะแนน T-score ที่ไม่แตกต่างจากชาวสหรัฐอเมริกาหากมีค่าคะแนนดิบเท่ากัน (คะแนนดิบสูงสุดของชาวไทยไม่แตกต่างกับค่าคะแนนดิบสูงสุดของชาวสหรัฐอเมริกา)

**การแสดงค่า Uniform T-score ของ Internalizing scales** พบว่าการกระจายค่าคะแนนดิบในการแปลงเป็น T-score ของค่ามาตรฐานชาวไทยไม่แตกต่างจากค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา กล่าวคือ ในส่วนสเกลนี้มีแนวโน้มที่ชาวไทยจะได้ค่าคะแนน T-score ที่ไม่แตกต่างจากชาวสหรัฐอเมริกา หากมีค่าคะแนนดิบเท่ากัน ยกเว้นสเกล พบว่าสเกล SUI และ BRF นั้นมีค่าที่สูงกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา กล่าวคือในสเกลเหล่านี้ มีแนวโน้มที่คนไทยจะได้ค่าคะแนน T-score ที่ต่ำกว่าชาวสหรัฐอเมริกาหากมีค่าคะแนนดิบเท่ากัน (คะแนนดิบสูงสุดของชาวไทยไม่แตกต่างกับค่าคะแนนดิบสูงสุดของชาวสหรัฐอเมริกา)

**การแสดงค่า Uniform T-score ของ Externalizing scales** พบว่าการกระจายค่าคะแนนดิบในการแปลงเป็น T-score ของค่ามาตรฐานชาวไทยไม่แตกต่างจากค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา กล่าวคือ ในส่วนสเกลนี้มีแนวโน้มที่ชาวไทยจะได้ค่าคะแนน T-score ที่ไม่แตกต่างจากชาวสหรัฐอเมริกา หากมีค่าคะแนนดิบเท่ากัน (คะแนนดิบสูงสุดของชาวไทยไม่แตกต่างกับค่าคะแนนดิบสูงสุดของชาวสหรัฐอเมริกา)

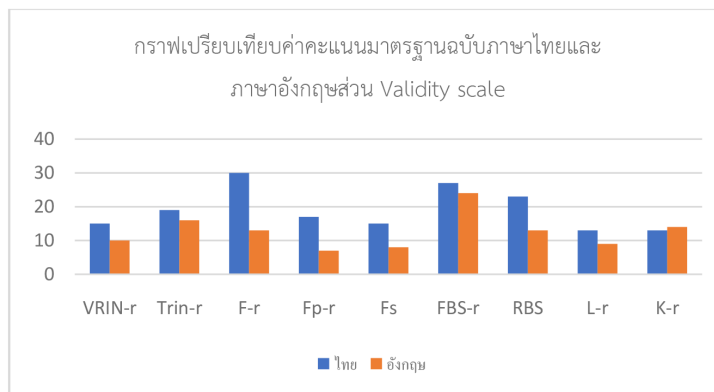
**การแสดงค่า Uniform T-score ของ Interpersonal และ Interest scales** พบว่าการกระจายค่าคะแนนดิบในการแปลงเป็น T-score ของค่ามาตรฐานชาวไทยไม่แตกต่างจากค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา กล่าวคือ ในส่วนสเกลนี้มีแนวโน้มที่ชาวไทยจะได้ค่าคะแนน T-score ที่ไม่แตกต่างจาก

ชาวสหรัฐอเมริกา หากมีค่าคะแนนดิบเท่ากัน (คะแนนดิบสูงสุดของชาวไทยไม่แตกต่างกับค่าคะแนนดิบสูงสุดของชาวสหรัฐอเมริกา)

**การแสดงค่า Uniform T-score ของ Personality Psychopathology Five scales** พบว่าการกระจายค่าคะแนนดิบในการแปลงเป็น T-score ของค่ามาตรฐานชาวไทยไม่แตกต่างจากค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา กล่าวคือ ในส่วนสเกลนี้มีแนวโน้มที่ชาวไทยจะได้ค่าคะแนน T-score ที่ไม่แตกต่างจากชาวสหรัฐอเมริกา หากมีค่าคะแนนดิบเท่ากัน ยกเว้นในส่วนของสเกล PSYC-r ที่มีค่าแตกต่างค่อนข้างมาก โดยค่าการกระจายของชาวไทยสูงกว่าของชาวสหรัฐอเมริกา นั่นคือในสเกลนี้มีแนวโน้มที่ชาวไทยจะได้ค่าคะแนน T-score ต่ำกว่าจากชาวสหรัฐอเมริกา หากมีค่าคะแนนดิบเท่ากัน (คะแนนดิบสูงสุดของชาวไทยไม่แตกต่างกับค่าคะแนนดิบสูงสุดของชาวสหรัฐอเมริกา)

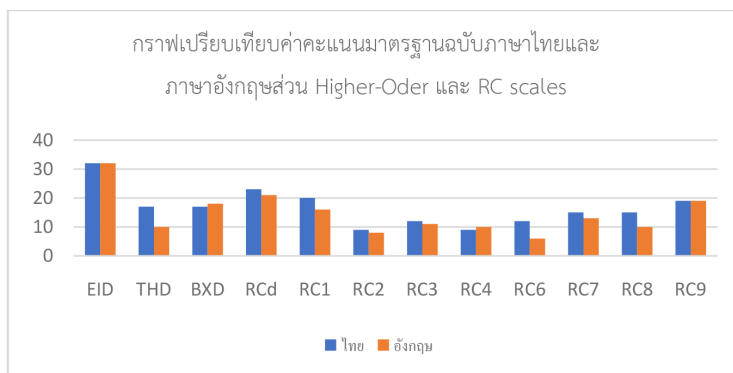
**การแสดงความแตกต่างของจุดตัดทางคลินิกระหว่างกลุ่มประชากรไทยและสหรัฐอเมริกา** พบว่าค่าของสเกลที่มีความแตกต่างกันค่อนข้างมากระหว่างกลุ่มประชากรไทยและสหรัฐอเมริกาอยู่ในกลุ่มของสเกลที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตนเองเกี่ยวกับความเป็นจริง (Fp-r, Fs, RBS) และกลุ่มของปัญหาด้านกระบวนการคิดและการรับรู้ (THD, RC6)

เพื่อให้เห็นภาพของความแตกต่างระหว่างประชากรไทยและสหรัฐอเมริกาที่ชัดเจนขึ้นจึงแสดงผลด้วยกราฟแบ่งตามกลุ่มของสเกลที่ไว้วัดดังภาพที่ 1-5

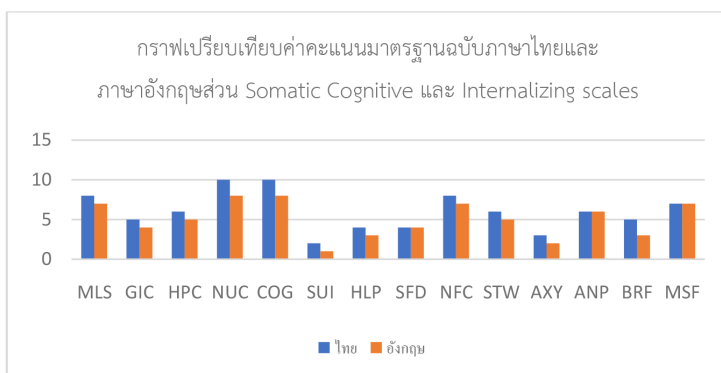


ภาพที่ 1 กราฟเปรียบเทียบค่าคะแนนมาตรฐานฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษส่วน Validity scale

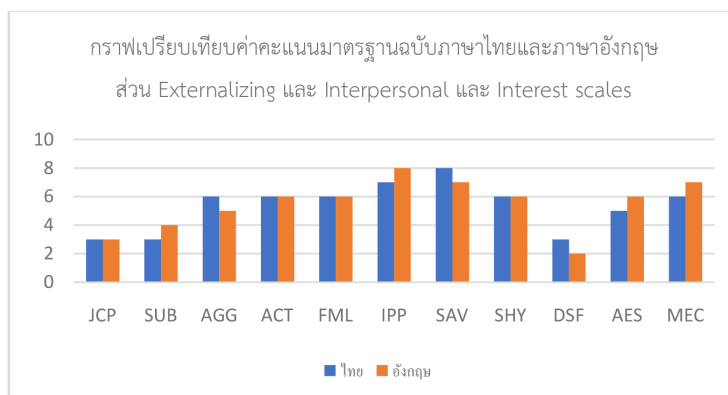




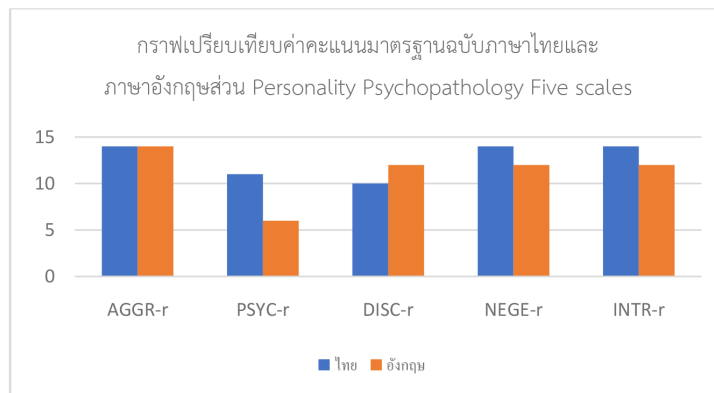
ภาพที่ 2 กราฟเปรียบเทียบค่าคะแนนมาตรฐานฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษส่วน Higher-Order และ RC scales



ภาพที่ 3 กราฟเปรียบเทียบค่าคะแนนมาตรฐานฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษส่วน Somatic Cognitive และ Internalizing scales



ภาพที่ 4 กราฟเปรียบเทียบค่าคะแนนมาตรฐานฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษส่วน Externalizing และ Interpersonal และ Interest scales



ภาพที่ 5 กราฟเปรียบเทียบค่าคะแนนมาตรฐานฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษส่วน Personality Psychopathology Five scales

## การวิจารณ์

ในส่วนของการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างค่าสถิติพื้นฐานของค่าข้อมูลบรรทัดฐานของแบบทดสอบฉบับภาษาไทยและค่าข้อมูลบรรทัดฐานของแบบทดสอบฉบับภาษาอังกฤษ พบว่ามีเพียง scale K-r BXD RC9 JCP และ IPP ที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งผลการวิเคราะห์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ronald L. Scott และ William M. Pampa<sup>6</sup> ที่ผลการวิเคราะห์หาค่าข้อมูลบรรทัดฐานของประชากรชาวเปรูมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับค่าข้อมูลบรรทัดฐานจากแบบทดสอบฉบับภาษาอังกฤษ และในงานนี้ก็ยังมีรายงานว่าประเทศในกลุ่มลาตินอเมริกา ก็ได้ผลไปในทิศทางเดียวกันอีกด้วย

สำหรับการวิเคราะห์หาค่า T-score ในส่วนของ Validity scales จะพบว่าค่อนข้างแตกต่างจากค่า T-score จากแบบทดสอบฉบับภาษาอังกฤษ มีเพียงสเกล FBS-r L-r และ K-r ที่มีแนวโน้มของค่า T-score ไม่แตกต่างมากนัก เมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติมในส่วนของจุดตัดในการแปลผล ดังรูปที่ 1 พบว่ามีสเกล F-r Fp-r และ RBS ที่มีแนวโน้มค่อนข้างแตกต่างจากค่ามาตรฐานจากฉบับภาษาอังกฤษ ดังนั้นการแปลผลโดยใช้ค่ามาตรฐานของฉบับภาษาอังกฤษ มาแปลผลในกลุ่มประชากรไทยในสเกล F-r Fp-r และ RBS อาจทำให้มีค่าที่สูงมากกว่าปกติ

ในส่วนของสเกลอื่นๆ มีการใช้ Uniform T-score ช่วยปรับการกระจายของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพทางจิต ที่มีการกระจายแบบไม่เป็นการแจกแจงปกติ ให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น<sup>7</sup> ดังนั้นการเปรียบเทียบค่าสูงสุดของ Uniform T-score ก็จะช่วยให้เห็นแนวโน้มของการแจกแจงข้อมูลที่สามารถทำความเข้าใจค่าคะแนนดิบที่ได้เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานของแบบทดสอบฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากตารางพบว่าสเกลส่วนใหญ่มีค่ามาตรฐานที่ไม่แตกต่างกันมากนักระหว่างแบบทดสอบฉบับภาษาไทยและแบบทดสอบฉบับภาษาอังกฤษ หลังจากวิเคราะห์เพิ่มเติมในส่วนของจุดตัดในการแปลผล พบว่ามีสเกล THD RC6 และ PYSC-r ที่มีแนวโน้มค่อนข้างแตกต่างจากค่ามาตรฐานจากฉบับภาษาอังกฤษ ส่งผลต่อการตรวจวินิจฉัยทางคลินิก ที่ผู้รับการทดสอบคนไทยต้องการค่าที่สูงขึ้นในการบ่งชี้ถึงอาการทางคลินิก ในขณะที่สเกลอื่นๆ แทบจะไม่แตกต่างจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ ดังนั้นการแปลผลโดยใช้ค่ามาตรฐานของฉบับภาษาอังกฤษ มาแปลผลในกลุ่มประชากรไทย อาจทำให้มีค่าที่สูงมากกว่าปกติ

หากพิจารณาในแต่ละสเกลที่มีค่ามาตรฐานจากแบบทดสอบฉบับภาษาไทยแตกต่างจากค่ามาตรฐานจากแบบทดสอบฉบับภาษาอังกฤษ จะพบว่า ในสเกลทั้งหมดที่แตกต่างกันในระดับการแปลผลของแบบทดสอบเมื่อเปรียบเทียบกับจุดตัดในการแปลผล คือ

F-r Fp-r RBS THD RC6 และ PYSYC-r ซึ่งแต่ละสเกลเหล่านี้มีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือเมื่อค่าเพิ่มขึ้นในสเกลใดสเกลหนึ่ง อาจส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของสเกลอื่นๆด้วย โดยที่สเกลเหล่านี้ทั้งหมดประเมินในส่วนของ การรับรู้หรือมีมุมมองต่อตนเองในด้านที่ลบเกินจริงและความกังวลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิดของตนเอง

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ค่าบรรทัดฐานของประชากรไทยมีความคล้ายคลึงกับประเทศในแถบเอเชียอื่นๆ เช่น จีนและเกาหลี ที่มีค่าคะแนนที่สูงกว่าเมื่อเทียบกับค่าบรรทัดฐานของสหรัฐอเมริกา<sup>3</sup>

เมื่อพิจารณาเพิ่มเติมในส่วนสเกลที่มีความแตกต่างตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญของ University of Minnesota พบว่าในกระบวนการตีความข้อคำถามบางข้อคำถามที่ในกลุ่มประชากรไทยมองเป็นเรื่องปกติกลับถือเป็นความผิดปกติในกลุ่มประชากรสหรัฐอเมริกา ซึ่งจะส่งผลต่อค่ามาตรฐานของประชากรที่แตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรม<sup>4</sup>

เนื่องจากข้อจำกัดในการเผยแพร่ข้อมูลของข้อคำถามตามระเบียบการใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยา จึงไม่สามารถยกข้อคำถามโดยตรงได้ จึงขออนุญาตตัวอย่างข้อคำถามเพื่อให้เข้าใจมากขึ้นถึงการตีความที่แตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม อันจะทำให้เข้าใจถึงสาเหตุของความแตกต่างของค่าบรรทัดฐานมากขึ้น เช่น ข้อคำถามที่กล่าวถึงการรับสัมผัสที่ไม่สามารถระบุได้ว่ากำลังรับรู้สิ่งใด เช่นการระบุที่มาของเสียงไม่ได้ หรือระบุไม่ได้ว่าได้ยินเสียงอะไร เป็นเรื่องปกติในกลุ่มประชากรไทยที่รายงานว่าเคยมีประสบการณ์เช่นนี้ แต่ในทางคลินิกอาการนี้เป็นส่วนหนึ่งของความผิดปกติในการรับรู้ซึ่งข้อมูลบรรทัดฐานจากประชากรสหรัฐอเมริกาก็แปลความถึงความผิดปกติ

นอกจากนี้ยังมีตัวอย่างที่อธิบายได้ชัดเจนยิ่งขึ้นว่าเพราะเหตุใด สเกลที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของกลุ่มประชากรไทยถึงแตกต่างจากประชากรสหรัฐอเมริกา เพราะมีข้อคำถามที่อธิบายถึงความแปลกในกระบวนการคิดและการรับรู้ที่กลุ่มตัวอย่างรายงานว่า

เป็นเรื่องปกติที่บางครั้งเรารับรู้แปลก หรือมีความคิดที่เราเชื่อว่าแปลก เช่น อาหารรสชาติแปลก ได้ยินเสียงแปลกๆ เคยมีความคิดแตกต่างจากคนอื่น ซึ่งในข้อมูลบรรทัดฐานจากประชากรสหรัฐอเมริกาตีความว่าเป็นความผิดปกติ

บริบทด้านวัฒนธรรมย่อมมีส่วนที่ทำให้ผลการวิเคราะห์ค่ามาตรฐานมีความแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรมได้<sup>5</sup> ซึ่งการที่ค่าส่วนใหญ่มีความใกล้เคียงกับค่ามาตรฐานฉบับภาษาอังกฤษ แสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องในการใช้แบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทยเพื่อประกอบการวินิจฉัยทางคลินิกในประเทศไทยต่อไป

## ข้อจำกัดในการวิจัยต่อไป

1. ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาในระดับ ปวช. ปวส. และปริญญาตรี พบว่าข้อมูลที่ได้จำนวนมากไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ เนื่องจากความไม่สอดคล้องกันของคำตอบ เมื่อตรวจสอบย้อนกลับไปยังผู้เก็บรวบรวมข้อมูลพบว่าอาสาสมัครเหล่านั้น ตั้งใจทำ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ประเด็นปัญหาที่น่าจะเกิดขึ้นคือความสามารถในการเข้าใจภาษา จึงควรเพิ่มเติมคำแนะนำในการเก็บข้อมูลกับผู้ที่ทำหน้าที่เก็บข้อมูลให้แจ้งต่ออาสาสมัครให้สอบถามในข้อคำถามที่ไม่เข้าใจหรือมีความสงสัย

2. เก็บกลุ่มตัวอย่างเฉพาะทางเพิ่มขึ้น เพื่อสร้างค่ามาตรฐานเฉพาะกลุ่ม ในการวินิจฉัยคนกลุ่มนั้น โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ หรือกลุ่มอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลความปลอดภัยของคนในสังคม เช่น แพทย์ พยาบาล ตำรวจ ทหาร รวมถึงในกลุ่มคนใช้เฉพาะทางด้านจิตเวชด้วย

## สรุป

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพบว่า จากทั้งหมด 51 สเกล มีเพียงสเกล K-r BXD RC9 JCP และ IPP ที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามการเปรียบเทียบค่า T-score และ Uniform T-score

พบว่า มีความแตกต่างในสเกล F-r Fp-r RBS THD RC6 และ PYSC-r ในขณะที่สเกลอื่นๆ คล้ายคลึงกับค่าที่ได้จากแบบทดสอบฉบับภาษาอังกฤษ ดังนั้นค่ามาตรฐานจากแบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทยนี้มีความเหมาะสมในการนำมาใช้ประกอบการตรวจวินิจฉัยในกลุ่มประชากรไทย

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัย MMPI-2-RF ฉบับนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในคน หนังสือรับรองเลขที่ 070/2560 ซึ่งงานวิจัยนี้จะเสร็จสมบูรณ์ไม่ได้เลยหากไม่ได้รับทุนวิจัยจากคณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และความช่วยเหลือจากกลุ่มนักจิตวิทยาคลินิกที่ไปตามเก็บข้อมูลให้ในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ ตลอดจนอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัย รวมถึงผู้ช่วยวิจัยที่คอยประสานงานในการจัดเก็บเอกสารต่างๆ และขอขอบคุณคณาจารย์สาขาวิชาจิตวิทยา คณะศิลปศาสตร์ มธ. ที่ให้การสนับสนุนและให้คำปรึกษาโดยตลอด ขอขอบคุณคณะผู้เชี่ยวชาญจาก University of Minnesota ที่คอยประสานงานในเรื่องของการจัดการด้านลิขสิทธิ์และการวิเคราะห์ผล รวมถึงคุณ Yossef S. Ben Porath ที่ช่วยวิเคราะห์ค่าสถิติในการเปรียบเทียบเบื้องต้นเพื่อดูแนวโน้มของค่ามาตรฐานที่จะนำมาใช้ต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- Hathaway SR, McKinley JC. The Minnesota Multiphasic Personality Schedule. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1942.
- Bourban T. The relationship between creativity, MMPI-2 Basic Personality and moral behaviors of Faculty of Fine Arts male students at Chiangmai University. Chiangmai University; 2005.
- Ben-Porath YS, Tellegen A. MMPI-2-RF manual for administration, scoring, and interpretation. Minneapolis: University of Minnesota Press; 2008.
- Tungjitcharoen W, Asawathaweboon B, Taesilapasatit C, Adunyarittigun D, Simaporn P, Hammond S, et al. MMPI-2-RF Thai translation development: A translation and bilingual test-retest study. J Psychiatr Assoc Thailand 2017; 62(4): 349-58.
- Phongphanngam S, Lach HW. Cross-cultural instrument translation and adaptation: Challenges and strategies. Pacific Rim Int J Nurs Res 2019; 23(2): 170-9.
- Newton, J. H. (n.d.) [internet]. Introduction to Fortran. 2021. Available from: <http://www.stat.tamu.edu/~jnewton/604/chap7.pdf>
- Scott RL, Pampa WM. The MMPI-2 in Peru: A normative study. J Pers Assess 2000; 74(1): 95-105.
- Tellegen A, Ben-Porath YS. The new uniform T scores for the MMPI-2: Rationale, derivation, and appraisal. Psychol Assess 1992; 4: 145-55.
- Han K, Moon K, Lee J, Kim J. Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Manual. Revised Edition. Seoul, Korea: Maumsarang; 2011.
- Chung JJ, Weed NC, Han K. Evaluating cross-cultural equivalence of the Korean MMPI-2 via bilingual test-retest. Int J Intercult Relat 2006; 30(5): 531-43.