วารสาร
จิตวิทยาคลินิกไทย
https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กและวัยรุ่นให้เหมาะสมกับบริบทไทย: การจัดทำเกณฑ์ปกติ ชุดแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก อายุ 6-18 ปี

รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล[1*], วิมลวรรณ ปัญญาว่อง[2], สิริจันทร์ เดชปัญญาวัฒน์[3]

[1] *นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์*

[2] *นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*

[3] *นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์*

[*] ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, e-mail: santitadakul@gmail.com

วันที่รับบทความ: 7 ตุลาคม 2568 | **วันที่แก้ไขบทความ:** 10 พฤศจิกายน 2568 | **วันตอบรับบทความ:** 17 กุมภาพันธ์ 2569

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อจัดทำเกณฑ์ปกติแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก (Thai youth checklist) ทั้ง 3 ฉบับ คือ ฉบับผู้ปกครอง ฉบับครู และฉบับเด็กและวัยรุ่น

วัสดุและวิธีการ การศึกษาคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา โดยการหาค่าพิสัย (range) ของระดับพฤติกรรมและปรับเป็นคะแนนมาตรฐานที (T-score) กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กและวัยรุ่น อายุระหว่าง 6-11 ปี จำนวน 780 ราย และอายุระหว่าง 12-18 ปี จำนวน 910 ราย รวมทั้งสิ้น 1,690 ราย

ผล พบว่า จุดตัดคะแนนกลุ่มผิดปกติฉบับผู้ปกครอง กลุ่มอายุ 6-11 ปี เพศชาย มีจุดตัดคะแนนที่ 100 สูงกว่า เพศหญิงที่มีจุดตัดคะแนนที่ 88 กลุ่มอายุ 12-18 ปี เพศชาย มีจุดตัดคะแนนที่ 93 ต่ำกว่าเพศหญิงที่มีจุดตัดคะแนนที่ 109 จุดตัดคะแนนกลุ่มผิดปกติฉบับครู กลุ่มอายุ 6-11 ปี เพศชาย มีจุดตัดคะแนนที่ 95 สูงกว่าเพศหญิงที่มีจุดตัดคะแนนที่ 67 กลุ่มอายุ 12-18 ปี เพศชาย มีจุดตัดคะแนนที่ 86 สูงกว่า เพศหญิง ที่มีจุดตัดคะแนนที่ 68 ส่วนจุดตัดคะแนนกลุ่มผิดปกติฉบับเด็กและวัยรุ่นอายุ 12-18 ปี เพศชายมีจุดตัด มีจุดตัดคะแนนที่ 134 ต่ำกว่าเพศหญิง มีจุดตัดคะแนนที่ 138 เมื่อปรับเป็นคะแนนมาตรฐานที (T-score) พบว่าทั้ง 2 กลุ่มอายุ ในกลุ่มผิดปกติ (clinical) มีคะแนน > 70.00 กลุ่มมีปัญหาปานกลาง (moderate) มีคะแนนระหว่าง 65.01-70.00 กลุ่มมีปัญหาเล็กน้อย (mild) มีคะแนนระหว่าง 60.01-65.00 ส่วนกลุ่มปกติ (normal) มีคะแนนระหว่าง 0-60

สรุป แบบสำรวจพฤติกรรมเด็กทั้ง 3 ฉบับ ในภาษาไทยมีประโยชน์ในการประเมินและการสัมภาษณ์เชิงคลินิก เพื่อบอกลักษณะหรือสาเหตุที่มาของพฤติกรรมที่ผิดปกติ มีเกณฑ์ปกติเป็นช่วงคะแนน และคะแนนมาตรฐานที เช่นเดียวกับฉบับภาษาต่างประเทศ สามารถนำไปใช้แปลความหมายของปัญหาพฤติกรรมเป็น 4 ระดับ เพื่อประเมินและติดตามปัญหาพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่นในชุมชน หรือหน่วยบริการสุขภาพในบริบทประเทศไทยได้มีคุณภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น,เกณฑ์ปกติ,บริบทไทย,แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก

Thai Journal of Clinical Psychology
https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy

Original Article

Development of Norm the Thai Child and Adolescent Behavior Checklist Appropriated for Thai Context: Norm of Thai Youth Checklist Aged 6-18 Years

Rattanasak Santitadakul[1*], Wimonwan Panyawong[2], Sirijan Dachpanyawat[3]

[1] *Clinical Psychologist Senior Professional Level, Suansaranrom Hospital*

[2] *Clinical Psychologist Senior Professional Level, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*

[3] *Clinical Psychologist Professional Level, Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute*

[*] Corresponding author, e-mail: patcharin.ser@mahidol.ac.th

Received: 7 October 2025 | **Revised:** 10 November 2025 | **Accepted:** 17 February 2026

Abstract

Objectives: To establish normative criteria for the Thai Youth Checklist across three informant versions: parent-report, teacher-report, and self-report.

Materials and methods: This study examined the psychometric properties of the Thai Youth Checklist by determining the range of behavioral scores and converting them into standardized T-scores. The sample consisted of 1,690 children and adolescents, including 780 participants aged 6-11 years and 910 participants aged 12-18 years.

Results: For the parent-report version, in the 6-11 age group, males demonstrated a higher clinical cutoff score (100) than females (88). In contrast, in the 12-18 age group, males exhibited a lower cutoff score (93) compared with females (109). For the teacher-report version, among participants aged 6-11 years, the clinical cutoff score for males (95) was higher than that for females (67). A similar pattern was observed in the 12-18 age group, with males showing a higher cutoff score (86) than females (68). For the self-report version among adolescents aged 12-18 years, males had a lower clinical cutoff score (134) than females (138). When converted to standardized T-scores, scores greater than 70.00 indicated the clinical range, scores between 65.01-70.00 indicated a moderate problem range, scores between 60.01-65.00 reflected a mild problem range, and scores between 0-60 were classified as within the normal range across both age groups.

Conclusion: The Thai Youth Checklist, across all three versions, was useful for behavioral assessment and clinical interviewing to identify characteristics and underlying causes of behavioral problems. It provided normative score ranges and standardized T-scores comparable to international versions, enabling interpretation of behavioral problems across four severity levels. The instrument supported high-quality assessment and monitoring of behavioral problems among children and adolescents in community and healthcare settings within the Thai context.

Keywords: Child and adolescent mental health, Norm, Thai context, Thai Youth Checklist

บทนำ

ชุดแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กเป็นแบบประเมินทางจิตวิทยาที่มาจากแนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ของอเคนบาค (Achenbach system of empirically based assessment: ASEBA) สำหรับเด็กวัยเรียน ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1991 และ ค.ศ. 2001 ลักษณะเครื่องมือจัดอยู่ในกลุ่ม "มาตรวัดประเมินพฤติกรรมในภาพกว้าง" (broad-band rating scales) ที่ครอบคลุมมิติการปรับตัวทางจิตวิทยาหลายด้าน ไม่ใช่ปัญหาเฉพาะเจาะจงเพียงปัญหาเดียว เป็นแบบประเมินที่มีมาตรฐาน และความน่าเชื่อถือสูงตามเกณฑ์ที่โฮมเบค (Holmbeck) (Corkum et al., 2007) กำหนดคือ (1) มีบทความวิชาการที่ผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (peer-reviewed) อย่างน้อย 2 ฉบับจากผู้วิจัยที่แตกต่างกัน (2) ระบุรายละเอียดเพียงพอต่อการประเมินเชิงวิพากษ์ รวมถึงมีแบบทดสอบและคู่มือพร้อมให้ตรวจสอบ (3) มีรายละเอียดที่แสดงถึงความตรง (validity) และความเที่ยง (reliability) ที่ดีจากบทความวิชาการที่ผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 1 ฉบับ โดยชุดเครื่องมือของ ASEBA ประกอบด้วย (1) แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก (child behavior checklist: CBCL) สำหรับผู้ปกครอง (2) แบบรายงานตนเองสำหรับวัยรุ่น (youth self-report: YSR) (3) แบบรายงานสำหรับครู (teacher's report form: TRF) เพื่อประเมินปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรมทางสังคม สามารถประเมินทั้งหน้าที่ในการปรับตัว (adaptive functioning) และความผิดปกติในการปรับตัว (maladaptive functioning) ได้อย่างครอบคลุม ปัจจุบันนำไปใช้กันอย่างแพร่หลายในโรงเรียน หน่วยงานสาธารณสุข ศูนย์ให้การปรึกษา หน่วยงานฝึกอบรม และงานวิจัย โดยแปลเป็นภาษาต่าง ๆ มากกว่า 80 ภาษา และเผยแพร่เป็นเอกสารวิชาการมากกว่า 7,000 ฉบับ โดยนักวิจัยมากกว่า 9,000 คน จากกลุ่มวัฒนธรรมและสังคมที่แตกต่างกันมากกว่า 80 ประเทศ (Achenbach & Rescorla, 2001)

กรมสุขภาพจิต โดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ (ศูนย์สุขวิทยาจิตเดิม) พัฒนาแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก (Thai youth checklist) ฉบับผู้ปกครองจากแบบประเมิน child behavioral checklist (CBCL) และฉบับครูจากแบบประเมิน teacher's report form (TRF) (Weisz et al., 1987) (Deighton et al., 2014) ดำเนินการจัดทำเกณฑ์มาตรฐาน โดยได้รับการอนุญาตจากอเคนบาค (Thomas M. Achenbach) ให้จดลิขสิทธิ์อย่างถูกต้องในฉบับภาษาไทย (Suwanlert & Sriphunphon, 1999) เพื่อนำมาใช้ในการวิจัยเรื่อง "ปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ของเด็กในทัศนะของผู้ใหญ่" (Weiss et al., 2009) เป็นการศึกษาเชิงระบาดวิทยาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ในเด็กและวัยรุ่นที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกันระหว่างไทยและสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2532 นอกจากการแปลข้อคำถามแล้ว ยังได้เพิ่มข้อคำถามปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อยเฉพาะในเด็กไทย และในปี พ.ศ. 2540 จริยา วัฒนโสภณ (Wattanasophon et al., 1998) แปลแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก ฉบับเด็กและวัยรุ่น เพื่อใช้ศึกษาปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร จากแบบรายงานตนเองสำหรับวัยรุ่น youth self-report (YSR) ฉบับภาษาอังกฤษจำนวน 112 ข้อ และได้เพิ่มข้อคำถามปัญหาเฉพาะในไทยอีก 7 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 119 ข้อ โดยการรวบรวมจากปัญหานำ (chief complain) ของผู้มารับบริการที่พบบ่อยในประเทศไทย ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมและประชุมระดมสมองผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กและวัยรุ่น แต่ด้วยข้อจำกัดด้านทรัพยากรต่าง ๆ จึงไม่ได้จัดทำเกณฑ์ปกติ (Weisz et al., 1995) ครบทั้ง 3 ฉบับ และไม่ได้ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่าง 1 คน ได้รับการประเมินจากผู้ปกครองและครู ในกรณีเด็กและวัยรุ่นอายุ 12-18 ปี ได้ประเมินตนเองพร้อมกับผู้ปกครองและครูในช่วงเวลาเดียวกันเพื่อให้เกิดความสอดคล้องของเกณฑ์ปกติทั้ง 3 ฉบับ อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทย ชุดแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กถูกนำไปอ้างอิงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2566 ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้พัฒนาแบบคัดกรองปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (TBEST-E) ในกลุ่มเด็กที่ป่วยโรคปัสสาวะรดที่นอน (enuresis) เพื่อใช้คัดกรองปัญหาร่วม (comorbid) โดยใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก ฉบับผู้ปกครอง เป็นเกณฑ์อ้างอิงมาตรฐาน(gold standard) ศึกษาความตรงด้วยเทคนิควิเคราะห์เส้นโค้ง (receiver operating characteristic curves: ROC)

พบว่าใช้คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเด็กที่ป่วยโรคปัสสาวะรดที่นอนได้ดี (Manomaivong et al., 2023) ย้อนมาปี พ.ศ. 2562 การสำรวจความชุกของประสบการณ์รังแกและโรคร่วมจิตเวชในนักเรียนไทย โดยนำข้อคำถามของแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรังแกในกลุ่มผู้กระทำมาใช้ในการศึกษานี้ (Ekasawin & Phothisut, 2017) และการศึกษาความตรง ความเที่ยง และเกณฑ์ปกติของแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก ฉบับเด็กและวัยรุ่นประเมินตนเอง ในปี พ.ศ. 2559 โดยเสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี (Suwanmaitree & Ekasawin, 2016) พบว่ากลุ่มผิดปกติจะมีคะแนนดิบตั้งแต่ 127 คะแนน แต่การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่กลุ่มตัวอย่างศึกษาเฉพาะกลุ่มนักเรียนในระบบการศึกษาซึ่งไม่ได้เป็นตัวแทนประชากรที่ครอบคลุม และในช่วงปี พ.ศ. 2558 สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ได้ปรับปรุงเนื้อหาแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กทั้ง 3 ฉบับอีกครั้ง พบว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ค่า CVI มากกว่า 0.80 ในทุกข้อคำถาม) และค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ดี แต่มีค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินอยู่ในเกณฑ์พอใช้ (Santitadakul et al., 2018) นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2551 วินัดดา ปิยะศิลป์ (Piyasil et al., 2008) นำแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กมาศึกษาในผู้ป่วยลมชัก กลุ่มอายุ 6-11 ปี ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่ามีปัญหาพฤติกรรมในระดับรุนแรงถึงร้อยละ 32 และพบว่าระดับปัญหาพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับอาการลมชักที่ต่างกัน

ดังที่กล่าวมา ชุดแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กทั้ง 3 ฉบับถูกนำมาปรับปรุง และใช้ในงานด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทยอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับในหลายประเทศ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ จึงเห็นความสำคัญในการจัดทำเกณฑ์ปกติของแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กทั้ง 3 ฉบับให้มีความเหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ในสังคมไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงกว่าในอดีต เพื่อให้สามารถประเมินปัญหาของเด็กและวัยรุ่น ได้อย่างรอบด้าน และนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปปรับปรุงรูปแบบการใช้งานแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กและวัยรุ่นทั้ง 3 ฉบับในรูปแบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ทาง online เช่นเดียวกันการพัฒนาเครื่องมือในต่างประเทศ เพื่อความสะดวกในการใช้งาน (Krol et al., 2001) และการเผยแพร่แบบประเมินดังกล่าวอย่างกว้างขวางมากขึ้น

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก เพื่อสร้างเกณฑ์ปกติโดยการหาค่าพิสัย (range) คะแนนของระดับพฤติกรรมและปรับเป็นคะแนนมาตรฐานที (T-score) ของชุดแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก 6-18 ปี ทั้งฉบับผู้ปกครอง ฉบับครู และฉบับเด็กและวัยรุ่น ให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบันของสังคมไทย สามารถแบ่งระดับปัญหาพฤติกรรม 4 ระดับดังตาราง 1 (Suwanlert & Sriphunphon, 1999) โดยใช้ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และปรับเป็นคะแนนมาตรฐานที (T-score) ด้วยการแปลงรูปคะแนนโดยวิธีปรับพื้นที่ใต้โค้ง (area transformation) เนื่องจากการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ (normal distribution) โดยการนำตำแหน่งเปอร์เซ็นไทล์ (percentile rank) ของคะแนนดิบแต่ละค่าในกลุ่มตัวอย่างมาใช้ในการอ้างอิงกับพื้นที่ใต้โค้งปกติมาตรฐาน (standard normal curve) โดยมีขั้นตอนดังนี้: (Lenhard et al., 2018) เริ่มจากจัดเรียงคะแนนดิบทั้งหมดจากน้อยไปมาก คำนวณตำแหน่งเปอร์เซ็นไทล์สำหรับคะแนนดิบแต่ละค่าในกลุ่มตัวอย่าง แปลงเปอร์เซ็นไทล์เป็นค่า Z ที่สอดคล้องกันบนโค้งปกติมาตรฐาน เช่น ถ้าคะแนนดิบมีตำแหน่งเปอร์เซ็นไทล์ที่ 80 ซึ่งหมายความว่ามีร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนเท่ากับหรือต่ำกว่าคะแนนนั้น ค่า Z ที่สอดคล้องกับเปอร์เซ็นไทล์นี้คือประมาณ +1.00 เมื่อได้ค่า Z ที่ถูกแปลงให้เป็นปกติแล้ว จึงนำไปแปลงเป็นคะแนนมาตรฐานชนิดอื่น ๆ ที่ต้องการ เช่น คะแนนทีปกติ (normalized T-score) ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 50 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10 โดยใช้สูตร: T = 50+10Z หรือคะแนน stanine (standard nine)หรือคะแนนอื่น ๆ ที่มีการแจกแจงแบบปกติ

ตาราง 1

แสดงระดับปัญหาพฤติกรรม และเกณฑ์พิจารณาของแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก (Achenbach & Rescorla, 2001)

ระดับปัญหาพฤติกรรม	เกณฑ์พิจารณา
ผิดปกติ (clinical range)	mean + ตั้งแต่ 2 SD ขึ้นไป.
มีปัญหาปานกลาง (moderate problem)	mean + 1.5-2 SD
มีปัญหาเล็กน้อย (mild problem range)	mean + 1-1.5 SD
ปกติ (normal range)	mean + 1 SD

ประชากร คือ เด็กและวัยรุ่น อายุระหว่าง 6-11 ปี และอายุ 12-18 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในสังกัด (1) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (2) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (4) สำนักการศึกษากรุงเทพมหานคร สุ่มตัวอย่างแบบ multi-stage random cluster sampling กระจายจังหวัดทั้ง 12 เขตสุขภาพ และเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ไม่นับรวมเด็กที่อยู่นอกระบบการศึกษา โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจากฐานข้อมูลจำนวนประชากรกลางปี จำแนกตามเพศ ภาค และจังหวัด จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2561 (National Statistical Office, 2018) กลุ่มอายุ 6-11 ปี เพศชาย N = 3.2 ล้านคน, เพศหญิง N = 3.3 ล้านคน กลุ่มอายุ 12-18 ปี เพศชาย N = 3.15 ล้านคน, เพศหญิง N = 3.2 ล้านคน โดยใช้วิธีคำนวณของ Krejcie and Morgan Formula ดังนี้ (Bukhari, 2021)

$$n = \frac{\chi^2 Np(1-p)}{e^2(N-1)+\chi^2 p(1-p)}$$

โดยค่า e คือ ค่าความคลาดเคลื่อน = .05 ค่า p คือ ค่าสัดส่วนปัญหาพฤติกรรมเด็กในประเทศไทย พบสัดส่วนตั้งแต่ร้อยละ30-60 ขึ้นอยู่กับกลุ่มประชากรและเครื่องมือใช้สำรวจ (Ekasawin & Phothisut, 2017; Ekasawin et al., 2016; Suwanmaitree & Ekasawin, 2016) พิจารณาใช้ค่าสัดส่วนต่ำสุด = 0.30 เพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างครอบคลุมมากที่สุด จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ รวม 4 กลุ่ม กลุ่มละ 323 คน และเพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วน จึงเพิ่มอีกร้อยละ 10 เป็นกลุ่มละ 360 คน และเพื่อให้เกณฑ์ปกติที่ได้มีความสอดคล้องกันทั้ง 3 ฉบับ จึงกำหนดตัวอย่าง 1 คน เป็นการร่วมประเมินจากครู ผู้ปกครอง และเด็กและวัยรุ่นพร้อมกัน โดยในระดับอายุ 6-11 ปี ประเมินด้วยฉบับครู และฉบับผู้ปกครอง รวม 2 ฉบับ ส่วนในระดับอายุ 12-18 ปี ประเมินด้วยฉบับครู ฉบับผู้ปกครอง และฉบับเด็กประเมินตนเอง รวมทั้งสิ้น 3 ฉบับ การเก็บข้อมูลภาคสนาม กำหนดให้ครูประจำชั้น 1 คน ตอบแบบประเมินนักเรียนไม่เกิน 10 คน ผู้วิจัยส่วนกลางดำเนินการ สุ่มจังหวัด/อำเภอ และสุ่มโรงเรียนจากรายชื่อโรงเรียนด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ส่วนผู้วิจัยภาคสนามเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือและแนวปฏิบัติการดำเนินการวิจัย เป็นผู้ดำเนินการสุ่มตัวอย่างห้องเรียน ระดับชั้นละ 1 ห้อง ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย ส่วนการสุ่มนักเรียนในห้องเรียนด้วยวิธีอย่างเป็นระบบ (systematic random sampling) เพศละ 5 คน โดยสุ่มตามลำดับรายชื่อนักเรียนลำดับที่ 1, 6, 11, 16, 21 ของแต่ละเพศ ถ้านักเรียนที่สุ่มได้ไม่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้า ให้เลือกจากลำดับรายชื่อลำดับถัดไป

เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา โรคประจำตัว ผลการเรียน และระดับรายได้ครอบครัว โดยผู้ปกครองเป็นผู้ตอบข้อมูลของเด็ก และแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก (TYC) ฉบับผู้ปกครอง ฉบับครู (กลุ่มอายุ 6-18 ปี) และฉบับเด็กและวัยรุ่น (12-18 ปี) ประกอบด้วยเนื้อหาส่วนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของเด็กและผู้ตอบแบบสำรวจ จำนวน 7 ข้อ เช่น กีฬาที่ชอบ งานอดิเรก งานบ้านที่ทำประจำ จำนวนเพื่อนสนิท ความคิดเห็นอื่น ๆ เป็นคำถามปลายเปิด และส่วนที่ 2 เป็นหัวข้อพฤติกรรม สำหรับผู้ตอบให้คะแนน 0, 1, 2 ตามความถี่ของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในปัจจุบันหรือในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ชุดแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กนี้แปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นไทยด้วยวิธีการแปลกลับ (back translation) พบว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI)

ทั้ง 3 ฉบับ ตั้งแต่ 0.80-1.00 ค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน มีค่าตั้งแต่ 0.15-0.66 ค่าความเที่ยงด้วยวิธีทดสอบความสอดคล้องภายในมีค่าตั้งแต่ 0.95-0.98 และค่าความเที่ยงด้วยวิธีทดสอบซ้ำมีค่าตั้งแต่ 0.75-0.8 (Santitadakul et al., 2018) ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างแยกกลุ่มอาการได้ 8 กลุ่ม โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) ส่วนใหญ่ในแต่ละข้อมากกว่า 0.40 (Santitadakul & Panyawong, 2025) โดยฉบับผู้ปกครองมีจำนวน 135 ข้อ ฉบับครูมีจำนวน 132 ข้อ และฉบับเด็กและวัยรุ่นมีจำนวน 120 ข้อ แปลผลเป็น 4 ระดับคือ ผิดปกติ (clinical range) มีปัญหาปานกลาง (moderate problem range) มีปัญหาเล็กน้อย (mild problem range) ปกติ (normal range) เนื้อหาข้อคำถามจะแตกต่างกันตามบริบทของผู้ตอบ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยทำหนังสือขออนุญาตหน่วยงานต้นสังกัดของโรงเรียนและผู้อำนวยการโรงเรียน และนักวิจัยภาคสนามติดต่อขออนุญาตผ่านผู้อำนวยการโรงเรียนในแต่ละแห่งเพื่อชี้แจงและตอบข้อสงสัย รวมทั้งให้เวลาในการตัดสินใจในการเข้าร่วม และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนลงเก็บข้อมูล

ผล

ตาราง 2

แสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเด็กและวัยรุ่น

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	845	49.8
	หญิง	851	50.2
กลุ่มอายุ	6-11 ปี	756	44.6
	12-18 ปี	940	55.4
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	796	46.9
	มัธยมศึกษา	900	53.1
ศาสนา	พุทธ	1554	91.7
	คริสต์	34	2.0
	อิสลาม	98	5.8
	อื่น ๆ	8	0.5
โรคประจำตัว	ไม่มี	1498	88.3
	มี	170	10.0
	ไม่ทราบ	21	1.7
ผลการเรียน (GPA)	ต่ำกว่า 1.00 (ต่ำกว่าร้อยละ 25)	1	0.1
	1.00-1.99 (ร้อยละ 25-49)	78	4.6
	2.00-2.99 (ร้อยละ 50-74)	485	28.6
	3.0 (ร้อยละ 75) ขึ้นไป	968	57.1
	ไม่ทราบ	38	7.4
รายได้ครอบครัว	ไม่พอใช้จ่าย	210	12.7
	พอใช้จ่าย	1264	74.2
	มีเหลือเก็บ	207	12.1

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มอย่างมีจำนวนเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน แต่กลุ่มอายุ 12-18 ปี มีจำนวนมากกว่ากลุ่มอายุ 6-11 ปี เพราะมีจำนวนช่วงชั้นอายุมากกว่า และส่วนใหญ่เรียนอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาร้อยละ 53.1 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 91.7 รองลงมาคือ ศาสนาคริสต์ร้อยละ 2 ส่วนใหญ่

รายงานว่า ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 88.3 ผลการเรียนอยู่ในช่วง 3.0 ขึ้นไปร้อยละ 57.1 รองลงมาอยู่ในช่วง 2.00-2.99 ร้อยละ 28.6 และรายได้ครอบครัวส่วนใหญ่ไม่พอใช้จ่ายร้อยละ 74.2

ตาราง 3

จำนวนตัวอย่างที่ได้เก็บจริง (n) จำแนกตามเขตสุขภาพและระดับอายุ

เขตสุขภาพ	ระดับอายุ	จำนวนเป้าหมาย (คน)	จำนวนตัวอย่างที่เก็บได้ จำนวน (ร้อยละ)		
			ผู้ปกครอง	ครู	เด็กและวัยรุ่น
1	6-11ปี	60	57 (95)	58 (96)	n/a
	12-18 ปี	70	73 (104)	72 (102)	70 (100)
	รวมเขต	**130**	**130 (100)**	**130 (100)**	
2	6-11ปี	60	58 (96)	64 (106)	n/a
	12-18 ปี	70	72 (103)	70 (100)	70 (100)
	รวมเขต	**130**	**130 (100)**	**134 (103)**	
3	6-11ปี	60	64 (106)	64 (106)	n/a
	12-18 ปี	70	70 (100)	70 (100)	70 (100)
	รวมเขต	**130**	**134 (103)**	**134 (103)**	
4	6-11ปี	60	58 (96)	64 (106)	n/a
	12-18 ปี	70	65 (93)	70 (100)	70 (100)
	รวมเขต	**130**	**123 (95)**	**134 (103)**	
5	6-11ปี	60	58 (96)	64 (106)	n/a
	12-18 ปี	70	73 (104)	70 (100)	70 (100)
	รวมเขต	**130**	**131 (100.7)**	**134 (103)**	
6	6-11ปี	60	60 (100)	64 (106)	n/a
	12-18 ปี	70	71 (101)	70 (100)	70 (100)
	รวมเขต	**130**	**131 (101)**	**134 (103)**	
7	6-11ปี	60	57 (95)	64 (106)	n/a
	12-18 ปี	70	76 (108)	70 (100)	65 (93)
	รวมเขต	**130**	**133 (102)**	**134 (103)**	
8	6-11ปี	60	51 (85)	51 (85)	n/a
	12-18 ปี	70	79 (112)	79 (112)	79 (112)
	รวมเขต	**130**	**130 (100)**	**130 (100)**	
9	6-11ปี	60	57 (95)	57 (95)	n/a
	12-18 ปี	70	63 (90)	63 (90)	65 (93)
	รวมเขต	**130**	**120 (92)**	**120 (92)**	
10	6-11ปี	60	59 (98)	59 (98)	n/a
	12-18 ปี	70	72 (102)	72 (102)	72 (102)
	รวมเขต	**130**	**131 (101)**	**131 (101)**	
11	6-11ปี	60	57 (95)	57 (95)	n/a
	12-18 ปี	70	73 (104)	73 (104)	73 (104)
	รวมเขต	**130**	**130 (100)**	**130 (100)**	
12	6-11ปี	60	59 (98)	59 (98)	n/a
	12-18 ปี**	70	62 (88)	62 (88)	62 (88)
	รวมเขต	**130**	**121 (93)**	**121 (93)**	

เขตสุขภาพ	ระดับอายุ	จำนวนเป้าหมาย (คน)	จำนวนตัวอย่างที่เก็บได้ จำนวน (ร้อยละ)		
			ผู้ปกครอง	ครู	เด็กและวัยรุ่น
กรุงเทพ	6-11ปี	60	57 (95)	57 (95)	n/a
	12-18 ปี	70	70 (100)	70 (100)	62 (88)
	รวมเขต	**130**	**127 (98)**	**127 (98)**	
รวม 13 เขต		**1,690 (100)**	**1,671 (98.90)**	**1,671 (98.90)**	**895 (98)**

จากตาราง 2 พบว่า จำนวนตัวอย่างรวม 13 เขตสุขภาพ และจำแนกตามกลุ่มผู้ตอบ คิดเป็นสัดส่วนเมื่อเทียบกับจำนวนเป้าหมายร้อยละ 98 เมื่อพิจารณารายละเอียดในสัดส่วนในกลุ่มที่เก็บได้น้อยที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 8 กลุ่มอายุ 6-11 ปี สัดส่วนร้อยละ 85 ทั้งในฉบับครูและผู้ปกครอง และในเขตสุขภาพจิตที่ 12 ในกลุ่มอายุ 12-18 ปี สัดส่วนร้อยละ 88 ทั้งฉบับครูและผู้ปกครองแต่ยังคงมีจำนวนเพียงพอในการเป็นตัวแทนประชากรจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง

ตาราง 4

เกณฑ์มาตรฐานแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กฉบับผู้ปกครอง

ระดับของปัญหา	คะแนนรวมทั้งหมด				T-Score
	6-11 ปี		12-18 ปี		
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
ผิดปกติ (clinical range)	≥ 100	≥ 88	≥ 93	≥ 103	> 70
มีปัญหาปานกลาง (moderate problem range)	84-99	74-87	79-92	87-102	65.001-70
มีปัญหาเล็กน้อย (mild problem range)	69-83	61-73	64-78	72-86	60.001-65
ปกติ (normal range)	0-68	0-60	0-63	0-71	0-60

ตาราง 5

เกณฑ์มาตรฐานแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กฉบับครู

ระดับของปัญหา	คะแนนรวมทั้งหมด				T-Score
	6-11 ปี		12-18 ปี		
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
ผิดปกติ (clinical range)	≥ 95	≥ 67	≥ 86	≥ 68	> 70
มีปัญหาปานกลาง (moderate problem range)	79-94	55-66	71-85	57-67	65.01-70
มีปัญหาเล็กน้อย (mild problem range)	62-78	43-54	56-70	45-56	60.01-65
ปกติ (normal range)	0-61	0-42	0-55	0-44	0-60

ตาราง 6

เกณฑ์มาตรฐานแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก ฉบับเด็กและวัยรุ่น

ระดับของปัญหา	คะแนนรวมทั้งหมด				T-Score
	6-11 ปี		12-18 ปี		
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
ผิดปกติ (clinical range)	N/A	N/A	≥ 134	≥ 138	> 70
มีปัญหาปานกลาง (moderate problem range)	N/A	N/A	118-133	122-137	65.01-70
มีปัญหาเล็กน้อย (mild problem range)	N/A	N/A	101-117	106-121	60.01-65
ปกติ (normal range)	N/A	N/A	0-100	0-105	0-60

จากตาราง 4 ถึงตาราง 6 พบว่า แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก ฉบับผู้ปกครอง ในระดับ ผิดปกติ (clinical range) มีค่าคะแนนมาตรฐานที (T-score > 70) กลุ่มอายุ 6-11 ปี เพศชายจะมีจุดตัดคะแนนดิบตั้งแต่ 100 คะแนน ซึ่งสูงกว่าเพศหญิงที่มีจุดตัดคะแนนตั้งแต่ 88 คะแนนขึ้นไป แต่ในกลุ่มอายุ 12-18 ปี กลับตรงกันข้ามที่ พบว่าถ้าเพศชายนั้นมีจุดตัดคะแนนดิบ 93 คะแนนขึ้นไป จึงอยู่ในระดับผิดปกติ ซึ่งต่ำกว่าเพศหญิงที่มีจุดตัดคะแนนดิบตั้งแต่ 103 คะแนนขึ้นไป ส่วน**ฉบับครู** ในระดับผิดปกติ ค่าคะแนนมาตรฐานที (T-score > 70) โดยในกลุ่มอายุ 6-11 ปี เพศชายมีจุดตัดคะแนนดิบตั้งแต่ 95 คะแนนขึ้นไป ส่วนเพศหญิงต้องมีจุดตัดคะแนนดิบตั้งแต่ 67 คะแนน ลักษณะจุดตัดคะแนนดิบนี้จะสอดคล้องกับกลุ่มอายุ 12-18 ปี ที่เพศชายมีจุดตัดคะแนนดิบตั้งแต่ 86 คะแนนจึงอยู่ในกลุ่มผิดปกติ ซึ่งสูงกว่าเพศหญิงที่มีจุดตัดคะแนนดิบที่ 68 คะแนนขึ้นไปจึงอยู่ในระดับผิดปกติ และส่วน**ฉบับเด็กและวัยรุ่น** พบว่าในระดับผิดปกติ ค่าคะแนนมาตรฐานที (T-score > 70) ในกลุ่มอายุ 12-18 ปี เพศชายมีจุดตัดคะแนนดิบตั้งแต่ 134 คะแนนขึ้นไป ซึ่งต่ำกว่าเพศหญิงที่มีจุดตัดคะแนนดิบตั้งแต่ 138 คะแนนขึ้นไป

วิจารณ์

แบบสำรวจพฤติกรรมเด็กทั้ง 3 ฉบับ ในการศึกษาครั้งนี้ ผ่านขั้นตอนปรับปรุงข้อคำถาม โดยผู้เชี่ยวชาญประชุมระดมสมอง ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อย (chief complain) จากเวชระเบียนของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ และทดสอบคุณภาพด้านความเที่ยง พบว่ามีคุณภาพดีจากผลการศึกษาในปี พ.ศ. 2561 (Santitadakul et al., 2018) รวมถึงการศึกษาคุณภาพด้านความตรงเชิงโครงสร้างปี พ.ศ. 2568 ยังคงมีองค์ประกอบเชิงโครงสร้างและรูปแบบการวัดใน 8 กลุ่มอาการที่มีค่าความกลมกลืนสอดคล้องของโมเดลอยู่ในเกณฑ์ที่ดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แม้จะมีกลุ่มอาการที่แตกต่างจากต้นฉบับภาษาอังกฤษปัจจุบัน โดยมีข้อคำถามที่เป็นปัญหาเฉพาะในบริบทไทย และมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับ การติดสื่อสังคมออนไลน์เพิ่มเติมจากฉบับเดิม (Santitadakul & Panyawong, 2025) อย่างไรก็ตาม เครื่องมือวัดทางจิตวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์ที่มีคุณภาพจำเป็นต้องมีเกณฑ์มาตรฐาน ไม่ว่าจะเป็นเกณฑ์แบบอิงเกณฑ์หรืออิงกลุ่มที่เรียกว่าเกณฑ์ปกติ (norms) เพื่อคุณค่าเชิงวินิจฉัย และมีความตรงเชิงทำนาย ถ้าปราศจากเกณฑ์มาตรฐานทำให้ไม่สามารถพิจารณาความหมายของคะแนนได้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์การประเมิน ซึ่งเกณฑ์มาตรฐานไม่เพียงแต่บอกถึงค่าเฉลี่ยของคุณลักษณะที่วัดเท่านั้น แต่ยังแสดงถึงความถี่สัมพัทธ์ของการเบี่ยงเบนระดับต่าง ๆ ที่อยู่สูงหรือต่ำกว่าค่าเฉลี่ยอีกด้วย จะทำให้ทราบว่าผู้ถูกประเมินอยู่ที่ตำแหน่งใดเมื่อเทียบกับกลุ่ม และสามารถนำไปเปรียบเทียบกับแบบทดสอบที่ต่างชนิดกันได้ด้วย (Nuansri et al.,2017) การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเพียงพอและครอบคลุมประชากรโดยเก็บข้อมูลได้ถึงร้อยละ 98 จากเป้าหมาย และมีการกระจายของกลุ่มตัวอย่างตามกรอบการสุ่มของการวิจัยที่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาเกณฑ์ปกติเดิมของสมทรง สุวรรณเลิศ (Suwanlert & Sriphunphon, 1999) ที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างเพียง 400 รายในแต่ละกลุ่มอายุ และเก็บข้อมูลเฉพาะในเขตกรุงเทพและปริมณฑล รวมถึงการวิจัยของเสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี ที่ศึกษาเฉพาะกลุ่มเด็กและวัยรุ่นอายุ 12-18 ปี และมีข้อจำกัดสำคัญที่ไม่ได้จัดทำเกณฑ์ปกติแยกเพศชายและหญิง อีกทั้งไม่ได้จัดทำเป็นคะแนนมาตรฐานที รวมถึงยังเป็นกลุ่มตัวอย่างในระบบโรงเรียนไม่สามารถเป็นตัวแทนประชากรที่ครอบคลุมเด็กและวัยรุ่นในกลุ่มอายุ 6-18 ปี ได้ทั้งหมด (Suwanmaitree & Ekasawin, 2016) อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดนี้พบในหลายการศึกษาด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ระดับประเทศของไทย เช่น การสำรวจสติปัญญาเด็กไทย (Jongrakthanakij et al., 2023) และการสำรวจภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย (Panyawong et al., 2020) ได้ศึกษาเฉพาะในระบบโรงเรียน รวมถึงการศึกษาเกณฑ์ปกติในครั้งนี้เช่นกัน แต่ด้วยเหตุผลที่ระบบข้อมูลของโรงเรียนนั้นมีฐานข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เป็นระเบียบและมีโครงสร้างชัดเจน สามารถเข้าถึงได้ง่ายกว่า การใช้ข้อมูลเด็กและวัยรุ่นในชุมชน อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดนี้เมื่อพิจารณา

ร่วมกับสถิติการศึกษาของประเทศไทยที่สัดส่วนเด็กที่เข้าเรียนในระบบการศึกษาในระดับประถมศึกษามีมากถึงร้อยละ 98.34 และมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 93.16 ส่วนมัธยมศึกษาตอนปลายมีสัดส่วนน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 74.31 (National Education Information System, 2024) ดังที่กล่าวมานี้ เกณฑ์ปกติจากการศึกษาครั้งนี้ของกลุ่มนักเรียนชั้นประถมและมัธยมศึกษาตอนต้น ในช่วงอายุ 6-15 ปี จะมีความครอบคลุมเป็นตัวแทนประชากรเด็กและวัยรุ่นได้ดี แต่ในช่วงอายุ 16-18 ปีที่เป็นช่วงอายุในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจะมีความครอบคลุมเป็นตัวแทนประชากรเด็กและวัยรุ่นได้ไม่ดีเท่ากับช่วงอายุ 6-15 ปี ผลการประเมินจึงควรได้รับการพิจารณาจากข้อมูลอื่นๆเพิ่มเติมมากขึ้น กรณีนำไปใช้ประเมินปัญหาพฤติกรรมในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นในชุมชนที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา

เมื่อพิจารณาเกณฑ์คะแนนของปัญหาพฤติกรรมครั้งนี้ เปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติเดิมของสมทรง สุวรรณเลิศ ในปี พ.ศ 2542 (Suwanlert & Sriphunphon, 1999) ด้านตัวแปรเพศ กรณีที่จุดตัดคะแนนของเพศชายมีจุดตัดสูงกว่าเพศหญิง พิจารณาได้ว่ามีการรายงานความถี่ของปัญหาพฤติกรรมมากในกลุ่มเพศชาย แต่เป็นพฤติกรรมที่อาจพบได้บ่อยในสังคม ณ ช่วงเวลานั้น ๆ แต่เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มเพศหญิงจะพบว่าการรายงานพฤติกรรมนั้นในสังคมน้อยกว่า กรณีถ้าคะแนนดิบของเพศหญิงคนใดที่มีค่าคะแนนดิบเท่ากับเพศชาย จึงถูกจัดอยู่ในระดับผิดปกติเมื่อเปรียบเทียบกลุ่มเพศหญิงด้วยกัน หรือเมื่อเปรียบเทียบเชิงมิติด้านเวลา กรณีจุดตัดคะแนนในปัจจุบันที่สูงขึ้นกว่าคะแนนจุดตัด เกณฑ์ปกติเดิม พิจารณาได้ว่าการรายงานความถี่ปัญหาพฤติกรรมเด็กและวัยรุ่นมากขึ้นกว่าอดีตที่ผ่านมา โดยคะแนนดิบที่อยู่ในระดับผิดปกติตามเกณฑ์เดิม จะถูกจัดให้อยู่ในระดับปัญหาพฤติกรรมที่รุนแรงน้อยลงในปัจจุบัน

ทั้งนี้พบว่าเกณฑ์คะแนนของกลุ่มอายุ 6-11 ปี ฉบับผู้ปกครอง ในระดับผิดปกติ (clinical range) ของสมทรง สุวรรณเลิศ ระหว่างเพศชายและหญิงจะมีจุดตัดคะแนนใกล้เคียงกัน โดยเพศชายมีจุดตัดคะแนนที่ 67 ขึ้นไป เพศหญิงมีจุดตัดคะแนนที่ 66 ขึ้นไป แต่ในการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างที่พบว่า เพศชายจะมีจุดตัดคะแนนสูงขึ้น คือตั้งแต่คะแนนที่ 100 ขึ้นไป เพศหญิงมีจุดตัดคะแนนที่ 88 ขึ้นไป ซึ่งพิจารณาได้ว่าเมื่อเวลาผ่านไปการรายงานปัญหาในมุมมองผู้ปกครองมีมากขึ้นจากอดีตทั้งในกลุ่มเพศชายและเพศหญิง ส่วนในกลุ่มระดับผิดปกติ (clinical range) ฉบับครู เกณฑ์ฉบับเดิมที่เพศชายมีจุดตัดคะแนนที่ 115 ขึ้นไป และหญิงมีจุดตัดคะแนนที่ 79 ขึ้นไป แต่ในการศึกษาครั้งนี้ เกณฑ์คะแนนเพศชายจะมีจุดตัดคะแนนที่ 95 ขึ้นไป และเพศหญิงมีจุดตัดคะแนนที่ 109 ขึ้นไป ซึ่งพิจารณาได้ว่าปัจจุบันการรายงานปัญหาในมุมมองของครูในกลุ่มเพศชายลดลง แต่ในเพศหญิงกลับมีการรายงานปัญหาพฤติกรรมเพิ่มขึ้นกว่าในอดีต ส่วนฉบับเด็กและวัยรุ่น เปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติของเสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี ที่ศึกษาในปี พ.ศ. 2559 ไม่ได้แยกวิเคราะห์จำแนกตามเพศ พบว่าในระดับผิดปกติ (clinical range) พบว่ามีจุดตัดคะแนนที่ 127 ขึ้นไป แต่การศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีจุดตัดคะแนนที่สูงขึ้น โดยในเพศชายมีจุดตัดคะแนนที่ 138 ขึ้นไป และเพศหญิงมีจุดตัดคะแนนที่ 134 ขึ้นไป เมื่อพิจารณาการรายงานปัญหาพฤติกรรมตนเองของเด็กและวัยรุ่นนั้น มีแนวโน้มที่จะรายงานเพิ่มขึ้นกว่าในอดีตเช่นกัน ซึ่งผลดังที่กล่าวมาจะสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันที่ปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ในเด็กและวัยรุ่น มีความรุนแรงมากขึ้นกว่าอดีต (Center for Child and Family Policy Knowledge (kidforkids), 2022)

ในกรณีของความแตกต่างกันของจุดตัดคะแนนดิบทั้ง 3 ฉบับ จากการศึกษาความสอดคล้องกัน ด้วยวิธี intra class correlation ของผู้ประเมินแบบสำรวจพฤติกรรมทั้ง 3 ฉบับ ที่มีค่าอยู่ในระดับต่ำในช่วง 0.15-0.31 (Santitadakul et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษา แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก (CBCL) ต้นฉบับภาษาอังกฤษของอเคนบาคที่มีค่าความสอดคล้องด้วยวิธี cross-informant agreement อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางในช่วง 0.21-0.51 เช่นกัน (Achenbach & Rescorla, 2001) ส่วนการศึกษาในอิหร่านพบว่าความสอดคล้องด้วยวิธี inter-raters correlation ระหว่างผู้ประเมินครูและผู้ปกครองเมื่อใช้คะแนนมาตรฐานที่กลับพบว่าอยู่ในระดับดี มีค่าในช่วง 0.76-0.86 อย่างไรก็ตาม การศึกษาแบบประเมินทางจิตวิทยาอื่น เช่น

แบบประเมินสมาธิสั้น (SNAP-IV) และแบบประเมินจุดแข็งจุดอ่อน(SDQ)ที่ใช้การรายงานหรือการสังเกตผ่านผู้ดูแลเด็ก ตามมุมมองทั้งผู้ปกครอง และครู หรือตัวเด็กประเมินตนเอง พบว่าอาจมีความขัดแย้งกันได้ (Pornnoppadol et al., 2017; Wongpiromsarn et al., 2012) รวมถึงมีความสอดคล้องกันต่ำในเชิงการวัดค่าสถิติเช่นกัน (Leung et al., 2006; Pityaratstian et al., 2014) ซึ่งเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในการประเมินทางคลินิกดังที่กล่าวมาข้างต้นนี้ การพิจารณาเลือกใช้ค่าคะแนนดิบ (raw score) หรือคะแนนมาตรฐานที (T-score) ในการวิเคราะห์ทางสถิติอาจจะส่งผลในการแปลความหมายพฤติกรรมที่ต่างกัน โดยค่าคะแนนมาตรฐานทีได้ถูกปรับค่าทางสถิติ และขจัดอิทธิพลของตัวแปรกวน (confounder) ต่าง ๆ ทางสถิติที่ส่งผลถึงคุณลักษณะทางจิตวิทยานั้น ๆ แล้ว (Lenhard et al., 2018) ดังนั้นการจัดทำเกณฑ์ปกติแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กทั้งแบบช่วงคะแนนดิบ (row score range) และเป็นคะแนนมาตรฐาน (standard score) จากการศึกษานี้ สามารถนำไปเปรียบเทียบกับเครื่องมืออื่น ๆ ที่ช่วยให้เข้าใจคุณลักษณะทางด้านจิตวิทยาและพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่นตรงกับข้อเท็จจริงมากขึ้น

สรุป

แบบสำรวจพฤติกรรมเด็กทั้ง 3 ฉบับ แบ่งวิเคราะห์ ทั้งกลุ่มอายุ 6-11 ปี และ 12-18 ปี จำแนกตามเพศ เพื่อให้ได้เกณฑ์ปกติ เช่นเดียวกับแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก ในประเทศต่าง ๆ แบบสำรวจที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผ่านการปรับปรุงข้อคำถามมีความตรงเชิงเนื้อหาที่ดี และทดสอบคุณภาพด้านความเที่ยง พบว่ามีคุณภาพดีในการศึกษาที่ผ่านมาในปี พ.ศ. 2561 รวมทั้งการศึกษาคุณภาพด้านความตรงเชิงโครงสร้างในปี 2568 พบว่ามีค่าความกลมกลืนสอดคล้องของโมเดลที่ยอมรับได้กับข้อมูลเชิงประจักษ์ และมีค่าน้ำหนัก (factor loading) ในกลุ่ม 8 อาการของปัญหาพฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์ดี (Santitadakul & Panyawong, 2025) และมีเกณฑ์ปกติ ทั้งที่เป็นช่วงคะแนน และเป็นคะแนนมาตรฐานที (T-score) เช่นเดียวกับชุดแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กของอเคนบาคที่ใช้ในต่างประเทศ สามารถใช้แปลความหมายของปัญหาพฤติกรรมได้ 4 ระดับ สำหรับประเมินสุขภาพจิตและติดตามปัญหาพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่นในชุมชน หรือหน่วยบริการสุขภาพ และนำไปพัฒนาในรูปแบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อใช้ในบริบทประเทศไทยได้มีคุณภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

นอกจากการจัดทำเกณฑ์ปกติของแบบสำรวจพฤติกรรมเด็กทั้ง 3 ฉบับ การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานในมิติอื่น ๆ เช่น เกณฑ์ของแต่ละองค์ประกอบรูปแบบปัญหาพฤติกรรม และกลุ่มปัญหาพฤติกรรมรายด้าน รวมถึงศึกษาคุณภาพด้านความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ (convergent validity) ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (psychiatric diagnoses based) ซึ่งถือว่าเป็นเกณฑ์หลักมาตรฐาน (gold standard) จากเกณฑ์วินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต ว่ามีคุณภาพด้านความตรงหรือความสอดคล้องอย่างไร (Shahrivar et al., 2020) โดยเฉพาะเมื่อนำใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นเช่นเดียวกันกับการพัฒนาเครื่องมือในระบบของอเคนบาคภาษาอื่น ๆ ในหลากหลายวัฒนธรรม (Shahrivar et al., 2020) เพื่อใช้ในการวิจัยเชิงระบาดวิทยาและบริการทางคลินิกในหน่วยบริการด้านสาธารณสุขและในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยการสนับสนุนจากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต และ ผศ.ณรงค์ฤทธิ์ อัศวเรืองพิภพ อาจารย์ประจำภาควิชาสถิติ จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย ที่ให้คำแนะนำด้านสถิติ รวมถึงองค์กรยูนิเซฟ (UNICEF)ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้นิพนธ์ทุกคนไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนรวมและผลประโยชน์ส่วนตนในบทความวิจัยฉบับนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

นายรัตนศักดิ์ สันติธาดากุล ทำหน้าที่หัวหน้าโครงการวิจัย กำหนดหัวข้อ ออกแบบระเบียบวิธีวิจัย ควบคุมการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ทางสถิติ แปลผลและเขียนบทความวิจัย นางสาววิมลวรรณ ปัญญาว่อง ทำหน้าที่เจ้าหน้าที่วิจัย ทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความถูกต้องข้อมูล และนางสาวสิริจันทร์ เดชปัญญาวัฒน์ ทำหน้าที่เจ้าหน้าที่วิจัย บริหารโครงการวิจัย เรียบเรียงเนื้อหา และตรวจสอบบทคัดย่อภาษาไทยและอังกฤษ นอกจากนี้มีการใช้โปรแกรม Gemini ช่วยตรวจสอบการสะกดคำที่ถูกต้อง และปรับการอ้างอิงให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนด

เอกสารอ้างอิง

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles.* (Vol. 4). University of Vermont.

Bukhari, Bukhari, S. A. (2021). *Sample size determination using Krejcie and Morgan table*. ResearchGate. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.11445.19687

Center for Child and Family Policy Knowledge (kidforkids). (2022). *Children and adolescents are experiencing increased stress and mental health issues.* https://kidforkids.org/child-and-family-situation-report-2 0 2 2 / mental-health/

Corkum,P., Panton, R., Ironside, S., MacPherson, M., & Williams, T. (2007). Acute impact of immediate release methylphenidate administered three times a day on sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric Psychology*, *33*(4), 368-379. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm106

Deighton, J., Croudace, T., Fonagy, P., Brown, J., Patalay, P., & Wolpert, M. (2014). Measuring mental health and wellbeing outcomes for children and adolescents to inform practice and policy: A review of child self-report measures. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *8*(1), Article 14. https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-14

Ekasawin, S., & Phothisut, C. (2017). Prevalence of bully experience and psychiatric disorder in Thai students. *Journal of Mental Health of Thailand*, *25*(2), 96-106. [in Thai].

Ekasawin, S., Phothisut, C., & Chomchuen, R. (2016). Validity of Thai diagnostic interview for psychiatric disorders in Child and Adolescents-Revised (T-DICA-R): Adolescent version. *Journal of Mental Health of Thailand*, *24*(1), 29-39. [in Thai].

Jongrakthanakij, N., Suwannapho, M., Sookatup, J., Chutha, P., & Deangsuk, R. (2023). Intelligence quotient of Thai students in the first year of primary school: A national survey 2021. *Journal of Mental Health of Thailand*, *31*(1), 1-11. [in Thai].

Krol, N. P. C. M., De Bruyn, E. E. J., van Aarle, E. J. M., & van den Bercken, J. H. L. (2001). Computerized screening for DSM classifications using CBCL/YSR extended checklists: A clinical try-out. *Computers in Human Behavior*, *17*(3), 315-337. https://doi.org/10.1016/S0747-5632(01)00003-6

Lenhard, A., Lenhard, W., Suggate, S., & Segerer, R. (2018). A continuous solution to the norming problem. *Assessment*, *25*(1), 112-125. https://doi.org/10.1177/1073191116656437

Leung, P. W., Kwong, S. L., Tang, C. P., Ho, T. P., Hung, S. F., Lee, C. C., Hong, S. L., Chiu, C. M., & Liu, W. S. (2006). Test-retest reliability and criterion validity of the Chinese version of CBCL, TRF, and YSR. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*(9), 970-973. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01570.x

Manomaivong, V., Wannapaschaiyong, P., Sirisakpanit, S., Kantasorn, J., Tarugsa, J., Piyaphanee, N., & Chantaratin, S. (2023). Validity and reliability of a Thai behavioral and emotional screening tool for children with enuresis (TBEST-E). *Siriraj Medical Journal*, *75*(9), 674-679. https://doi.org/10.33192/smj.v75i9.264058 [in Thai].

National Education Information System. (2024). *Educational statistics of Thailand, academic year* 2023. Office of the Education Council. https://isted.onec.go.th/kpi/11 [in Thai].

National Statistical Office. (2018). *Number of mid-year population by sex, region and province (Ministry of Public Health): Year 2012-2024*. https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/statistics_and_indicators?impt_branch=300 [in Thai].

Nuansri, M., Tangdhanakanond, K., & Pasiphol, S. (2017). Development of a norm of multidimensional responsible citizenship scale of lower secondary school students. *Journal of Graduate Studies Valaya Alongkron Rajabhat University*, *11*(3), 143-145. [in Thai].

Panyawong, W., Santitadakul, R., & Pavasuthipaisit, C. (2020). Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: A survey in schools from 13 Public Health Region. *Journal of Mental Health of Thailand*, *28*(2), 136-149. [in Thai].

Pityaratstian, N., Booranasuksakul, T., Juengsiragulwit, D., & Benyakorn, S. P. (2014). ADHD screening properties of the Thai version of Swanson, Nolan, and Pelham IV scale (SNAP-IV) and strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, *59*(2), 97-110. [in Thai].

Piyasil, V., Sriudomkajorn, S., & Suwanpairat, J. (2008). Behavioral problems of epileptic children at Queen Sirikit National Institute of Child Health. *Journal of the Medical Association of Thailand*, *91*(Suppl. 3), S9-S14. [in Thai].

Pornnoppadol, C., Ladawan na Ayudhay, S., Phoasavasdi, C., & Surapongphiwattana, T. (2017). Development of game addiction protection scale (GAME-P). *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, *62*(1), 3-16. [in Thai].

Santitadakul, R., & Panyawong, W. (2025). Development of norm the thai child and adolescent behavior checklist appropriated for thai context: Confirmatory factor analysis of the thai youth checklist. *Thai Journal of Clinical Psychology*, *56*(3), 30-46. https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy/article/view/289330 [in Thai].

Santitadakul, R., Panyawong, W., & Dachpanyawat, S. (2018). The revised and reliability of the thai youth checklist: TYC). *Thai Journal of Clinical Psychology*, *49*(1), 1-15. [in Thai].

Shahrivar, Z., Tehrani-Doost, M., Khorrami Banaraki, A., & Mohammadzadeh, A. (2020). Normative data and reliability of the moving shapes paradigm. *Iranian Journal of Psychiatry*, *15*(2), 143-149.

Suwanlert, S., & Sriphunphon, S. (1999). *Manual for the Thai Youth Checklist (TYC)* (4th rev. ed.). Chulalongkorn University Press. [in Thai].

Suwanmaitree, S., & Ekasawin, S. (2016). The study of psychometric property and norm of Thai

youth checklist: Self-report. *Rajanukul Institute Journal*, *31*(1), 13-24. [in Thai].

Wattanasophon, J., Sriphunphol, S., Wuttipong worachoke, K., & Wichai, S. (1998). *Behavior problems of adolescents in Bangkok*. Rajanagarindra Institute of Child and Adolescent Mental Health. [in Thai].

Weiss, B., Tram, J. M., Weisz, J. R., Rescorla, L., & Achenbach, T. M. (2009). Differential symptom expression and somatization in Thai versus U.S. children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(5), 987-992. https://doi.org/10.1037/a0016779

Weisz, J. R., Chaiyasit, W., Weiss, B., Eastman, K. L., & Jackson, E. W. (1995). A multimethod study of problem behavior among Thai and American children in school: Teacher reports versus direct observations. *Child Development*, *66*(2), 402-415. https://doi.org/10.2307/1131586

Weisz, J. R., Suwanlert, S., Chaiyasit, W., Weiss, B., Achenbach, T. M., & Walter, B. R. (1987). Epidemiology of behavioral and emotional problems among Thai and American children: Parent reports for ages 6 to 11. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *26*(6), 890-897. https://doi.org/10.1097/00004583-198726060-00014

Wongpiromsarn, Y., Wipulakorn, P., Nuanmanee, S., Woener, W., & Mongkol, A. (2012). Strengths and difficulties questionnaire (SDQ) Thai improved version: Change and administration. *Journal of Mental Health of Thailand*, *19*(2), 128-134. [in Thai].

ผู้สนใจรายละเอียดคะแนนมาตรฐานที (T-score) ชุดแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก อายุ 6-18 ปี ฉบับครู ฉบับผู้ปกครอง และฉบับเด็กและวัยรุ่นประเมินตนเอง สามารถติดต่อได้ที่กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชครินทร์