

ความชุกของการตีตราตนเองและความสัมพันธ์กับกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดในผู้ป่วยนอกจิตเวช

ณัฐภัทร ศรีเวช*, กานต์ จำรูญโรจน์*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของภาวะการตีตราตนเอง และหาความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราตนเองกับกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดของผู้ป่วยนอกจิตเวช

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 387 คน โดยใช้แบบสอบถาม Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) ฉบับภาษาไทย เพื่อประเมินการตีตราตนเอง และแบบสอบถาม Brief COPE ฉบับภาษาไทย เพื่อประเมินกลยุทธ์การรับมือกับความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา จากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 387 คน เหลือข้อมูลที่เข้าเกณฑ์ 355 คน (ร้อยละ 91.73) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.8) และมีค่ามัธยฐานของอายุที่ 35 ปี พบความชุกของการตีตราตนเองระดับสูงร้อยละ 13.52 การวิเคราะห์สหสัมพันธ์พบว่า การตีตราตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับกลยุทธ์การรับมือกับความเครียดที่เหมาะสม เช่น การปรับมุมมองเชิงบวก ($r = -0.357, p < 0.001$) การยอมรับ ($r = -0.320, p < 0.001$) และการใช้อารมณ์ขัน ($r = -0.279, p < 0.001$) ในทางตรงข้ามพบความสัมพันธ์เชิงบวกกับกลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการตำหนิตนเอง ($r = 0.558, p < 0.001$) และการเลิกลงมือจัดการกับปัญหา ($r = 0.477, p < 0.001$) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโดยควบคุมปัจจัยกวนพบว่า การใช้อารมณ์ขัน การตำหนิตนเองและการเลิกลงมือจัดการกับปัญหายังคงมีความสัมพันธ์กับการตีตราตนเองอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป ความชุกของการตีตราตนเองในผู้ป่วยจิตเวชของการศึกษานี้อยู่ในระดับต่ำกว่าการศึกษาจากต่างประเทศ อย่างไรก็ตาม พบว่าการใช้กลยุทธ์การรับมือกับความเครียด มีความสัมพันธ์กับการตีตราตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาส่งเสริมถึงความสำคัญของการส่งเสริมการใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมและการลดการใช้กลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจช่วยลดการตีตราตนเองและเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ การตีตราตนเอง ผู้ป่วยจิตเวช กลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด

Corresponding author: กานต์ จำรูญโรจน์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: kam.jum@mahidol.ac.th

วันรับ 18 ตุลาคม 2568 วันแก้ไข 15 มกราคม 2569 วันตอบรับ 17 มกราคม 2569

Prevalence of Self-stigma and Its Association with Coping Strategies among Psychiatric Outpatients

Nattapat Sornvech*, Karn Jumroonrojana*

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

ABSTRACT

Objective: This study aimed to examine the prevalence of self-stigma and its association with coping strategies among psychiatric outpatients in Thailand.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted among 387 psychiatric outpatients at the psychiatric clinic of Ramathibodi Hospital. The Thai version of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) was used to assess self-stigma, and the Thai version of the Brief COPE inventory was used to assess coping strategies. Data were analyzed using descriptive statistics, correlation analysis, and multiple regression analysis.

Results: Of the 387 participants, 355 (91.73%) provided valid responses. The majority were female (71.8%) with median age of 35 years. The prevalence of high self-stigma was 13.52%. Self-stigma correlated negatively with adaptive coping strategies, particularly positive reframing ($r = -0.357, p < 0.001$), acceptance ($r = -0.320, p < 0.001$), and humor ($r = -0.279, p < 0.001$), and positively correlated with maladaptive coping strategies, especially self-blame ($r = 0.558, p < 0.001$) and behavioral disengagement ($r = 0.477, p < 0.001$). Multiple regression analysis revealed that humor, self-blame, and behavioral disengagement remained significantly associated with self-stigma, after adjusting for sociodemographic and clinical variables.

Conclusion: This study found that the prevalence of self-stigma among psychiatric patients was lower than that reported in international studies. However, certain coping strategies were significantly associated with levels of self-stigma. These findings underscore the importance of promoting adaptive coping and reducing maladaptive coping, which may help mitigate self-stigma and enhance patients' coping capacity.

Keywords: self-stigma, psychiatric patients, coping strategies

Corresponding author: Karn Jumroonrojana

E-mail: karn.jum@mahidol.ac.th

Received: 18 October 2025 Revised: 15 January 2026 Accepted: 17 January 2026

บทนำ

ภาวะการตีตราตนเองในผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง กระบวนการที่บุคคลรับรู้และยอมรับความคิดเชิงลบหรืออคติที่สังคมมีต่อโรคจิตเวชมาเป็นของตนเอง กระบวนการดังกล่าวตามแนวคิดของ Corrigan ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การรับรู้ภาพเหมารวมของสังคม (stereotype awareness) การยอมรับภาพเหมารวม (stereotype agreement) และการสอดคล้องตนเองกับภาพเหมารวม (self-concurrence)^{1,2} การตีตราตนเองเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลแง่ลบต่อสุขภาพจิตหลายด้าน เช่น ลดความเชื่อมั่นในตนเอง การลดแรงจูงใจในการรักษา การไม่ปฏิบัติตามการรักษา การถอนตัวจากสังคม และคุณภาพชีวิตที่ลดลง³⁻⁵ อีกทั้งยังสัมพันธ์กับอาการทางจิตเวชที่แย่ลงและเพิ่มความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย⁶

การศึกษาในหลายประเทศชี้ให้เห็นว่าภาวะการตีตราตนเองเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเวช แต่ความชุกและลักษณะของการตีตราตนเองอาจแตกต่างกันตามบริบททางด้านวัฒนธรรมและระบบสุขภาพ⁷⁻⁹ ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่มักจำกัดอยู่ในทวีปอเมริกาเหนือและยุโรป จากการศึกษาแบบ meta-analysis ในปี 2021 พบว่าความชุกของภาวะการตีตราตนเองในผู้ป่วยจิตเวชพบได้สูงที่สุดในทวีปเอเชีย (ร้อยละ 39.7) และภูมิภาคตะวันออกกลาง (ร้อยละ 39)¹⁰ สำหรับเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีรายงานความชุกแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ตั้งแต่ร้อยละ 23 - 43.6¹¹⁻¹³ ซึ่งความแตกต่างอาจขึ้นอยู่กับบริบทและลักษณะของประชากรที่ศึกษา นอกจากนี้การศึกษาก็ผ่านมายังพบว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส สถานะการจ้างงาน รวมถึงลักษณะทางคลินิก เช่น การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย และประวัติการนอนโรงพยาบาล ล้วนเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อระดับการตีตราตนเองที่แตกต่างกัน^{12,14,15} อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตีตราตนเองในผู้ป่วยจิตเวชในบริบทประเทศไทยยังมีจำกัด การศึกษาความชุกในบริบทประเทศไทยจึงมีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจปัญหานี้ได้อย่างเหมาะสม

กลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด (coping strategies) คือการพยายามทางด้านจิตใจหรือพฤติกรรมเพื่อใช้จัดการกับความเครียดและปัญหาทางจิตใจ¹⁶ สามารถแบ่งประเภทได้ 2 รูปแบบ คือ กลยุทธ์ที่เหมาะสม (adaptive coping strategies) เช่น การวางแผน การขอการสนับสนุนทางสังคม และกลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม (maladaptive coping strategies) เช่น การหลีกเลี่ยง

ปัญหา การใช้สารเสพติด¹⁷ กลยุทธ์เหล่านี้ถือเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ผ่านการให้ความรู้ การฝึกทักษะ หรือการทำจิตบำบัด¹⁸ จึงเป็นหนึ่งในเป้าหมายที่อาจนำไปสู่การพัฒนาการรักษาและการลดผลกระทบจากการตีตราตนเอง

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการเลือกใช้กลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับภาวะการตีตราตนเองที่สูงในผู้ป่วยจิตเวชหลายกลุ่มโรค¹⁹⁻²¹ อย่างไรก็ตามยังมีข้อมูลจำกัดในบริบทของประเทศไทยซึ่งมีความแตกต่างด้านสังคม วัฒนธรรม และระบบสุขภาพจากประเทศตะวันตก การทำความเข้าใจความชุกและรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราตนเองกับกลยุทธ์การเผชิญปัญหาในผู้ป่วยนอกจิตเวชไทย จึงมีความสำคัญในการสร้างองค์ความรู้ที่สามารถนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย

ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการตีตราตนเองและความสัมพันธ์กับกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดในผู้ป่วยนอกจิตเวชไทย ข้อค้นพบจากการศึกษานี้จะช่วยสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการตีตราตนเองในบริบทประเทศไทย และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมกลยุทธ์การรับมือกับความเครียดที่เหมาะสม เพื่อลดผลกระทบของการตีตราตนเองในผู้ป่วยจิตเวช

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาความชุกของการตีตราตนเองและความสัมพันธ์กับกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดในผู้ป่วยนอกจิตเวช กลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลลพบุรีระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนมกราคม 2568 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธี convenience sampling จากผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วงเวลาศึกษาและเข้าเกณฑ์การคัดเลือก โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช 3) สามารถสื่อสารภาษาไทย และทำแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง และมีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ไม่ประสงค์เข้าร่วมงานวิจัยหรือไม่สามารถตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัยด้วยตนเองได้ 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวชที่มีสาเหตุมาจากภาวะทางกาย

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร คือ

$$n = \frac{Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} P(1 - P)}{d^2}$$

โดยกำหนดให้ $p = 0.54$ ตามผลการศึกษาก่อนหน้าที่มีลักษณะกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกัน²² ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (d) = 0.054 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($Z = 1.96$) ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 327 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 4 ส่วน

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะการจ้างงาน ได้รับการประเมินจากแบบสอบถามรูปแบบ self-report
2. ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ประวัติการนอนโรงพยาบาล จะได้รับการประเมินจากการทบทวนเวชระเบียน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีมากกว่าหนึ่งการวินิจฉัย จะใช้การวินิจฉัยหลัก (primary diagnosis) ที่บันทึกในเวชระเบียนเป็นตัวแทนในการวิเคราะห์โดยยึดตามเกณฑ์การลงรหัสโรค (ICD-10) ของโรงพยาบาล
3. แบบประเมินการตีตราตนเองในผู้ป่วยจิตเวชใช้ Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยคำถาม 29 ข้อ ตัวอย่างคำถาม เช่น “ฉันรู้สึกอายที่ฉันป่วยทางจิต” หรือ “คนที่ป่วยทางจิตไม่ควรแต่งงาน” ให้คะแนนในรูปแบบ 4-point Likert scale โดย 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 4 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนนเป็นค่าเฉลี่ยรวม กำหนดให้ผู้ที่ได้คะแนนรวม ≥ 2.51 ถูกจัดว่ามีระดับการตีตราตนเองที่สูง แบบวัดนี้มีมีการใช้อย่างแพร่หลายถูกแปลออกเป็นหลายภาษา^{23,24} มีค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยที่สูง (content validity = 0.86 - 1, Cronbach's alpha for scale reliability = 0.88)²⁵ หากผู้เข้าร่วมตอบไม่ครบ 29 ข้อ จะถือว่าเป็นข้อมูลสูญหาย (missing data) และตัดออกจากการวิเคราะห์
4. แบบประเมินกลยุทธ์การรับมือกับความเครียด ใช้ Brief COPE inventory ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยคำถาม 28 ข้อ ให้คะแนนในรูปแบบ 4-point Likert scale โดย 1 คือ ไม่ได้ทำเช่นนี้ และ 4 คือ ทำเช่นนั้นอย่างมาก แบบวัดนี้

มีค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยที่สูง (Cronbach's alpha coefficient = 0.7)²⁶ แบ่งการประเมินผลเป็น 14 กลยุทธ์ (คำนวณคะแนนเฉลี่ยจาก 2 ข้อย่อย) หากผู้เข้าร่วมตอบไม่ครบ 2 ข้อย่อยในกลยุทธ์นั้นจะถือว่าเป็นข้อมูลสูญหาย และตัดจากการวิเคราะห์เฉพาะกลยุทธ์นั้น โดยที่หากกลยุทธ์อื่นตอบครบยังสามารถนำมาวิเคราะห์ต่อได้ ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น “ฉันได้เรียนรู้ที่จะอยู่กับมัน” (กลยุทธ์การยอมรับ) หรือ “ฉันได้กล่าวโทษตัวเองสำหรับสิ่งที่เกิดขึ้น” (กลยุทธ์การตำหนิตนเอง)

ในงานวิจัยนี้แบ่งการวิเคราะห์กลยุทธ์ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลยุทธ์ที่เหมาะสม (adaptive coping strategies) ได้แก่ การรับมือกับความเครียดเชิงรุก (active coping), การวางแผน (planning), การปรับมุมมองเชิงบวก (positive reframing), การยอมรับ (acceptance), การใช้อารมณ์ขัน (humor), การใช้หลักศาสนา (religion), การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์ (using emotional support) และการแสวงหาความช่วยเหลือ (using instrumental support)
2. กลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม (maladaptive coping strategies) ได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจ (self-distraction), การปฏิเสธปัญหา (denial), การระบายความรู้สึก (venting), การใช้สารเสพติด (substance use), การเลิกลงมือจัดการกับปัญหา (behavioral disengagement) และการตำหนิตนเอง (self-blame)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ใช้โปรแกรมทางสถิติ SPSS version 30 ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการนำเสนอข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก โดยข้อมูลเชิงปริมาณจะนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือมัธยฐาน และพิสัยควอไทล์ (IQR) ตามความเหมาะสมของการแจกแจงข้อมูล เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนการตีตราตนเอง จำแนกตามปัจจัยทางสังคมและข้อมูลทางคลินิก โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test (Z) สำหรับตัวแปรที่มี 2 กลุ่ม

และสถิติ Kruskal-Wallis H Test (H) สำหรับตัวแปรที่มีตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ คะแนนการตีตราตนเองและกลยุทธ์การรับมือกับความเครียด โดยใช้สถิติ Spearman's Rho ตามการแจกแจงของข้อมูล การแปลผลขนาดความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient, r) อ้างอิงเกณฑ์ของ Cohen โดยกำหนดให้ค่า r ระหว่าง 0.10 - 0.29 หมายถึง ความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (small), 0.30 - 0.49 หมายถึง ระดับปานกลาง (medium) และตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป หมายถึง ระดับสูง (large)²⁷

ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราตนเองและกลยุทธ์การรับมือกับความเครียด โดยควบคุมตัวแปรที่อาจเป็นปัจจัยก่อกวน คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส สถานะการจ้างงาน การวินิจฉัยโรค และประวัติการนอนโรงพยาบาล โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MURA2024/728 วันที่รับรอง 15 ตุลาคม 2567 ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างครบถ้วน และลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มประชากร

จากผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 387 คน มีผู้ที่ตอบแบบสอบถาม ISMI ฉบับภาษาไทย ครบถ้วนจำนวน 355 คน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 1 พบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.8) มีค่ามัธยฐานของอายุที่ 35 ปี ส่วนใหญ่โสด (ร้อยละ 76.6) มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 82.5) และรายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 15,000 - 50,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 54.9) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนการตีตราตนเองจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะการจ้างงาน และรายได้ ไม่พบความสัมพันธ์กับคะแนนการตีตราตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อมูลทางคลินิกแสดงในตารางที่ 2 พบว่าการวินิจฉัยหลักที่พบบ่อยที่สุดคือ กลุ่มโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 47) รองลงมาคือ กลุ่มโรควิตกกังวล (ร้อยละ 11.5) และกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว (ร้อยละ 10.7) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 50.1) โดยมีประวัติการนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิตเวชเพียง ร้อยละ 9.6

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการตีตราตนเองตามปัจจัยทางคลินิก โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test (Z) และ Kruskal-Wallis H Test (H) พบว่าการวินิจฉัยโรคมีความสัมพันธ์กับระดับการตีตราตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ($H = 19.64, p = 0.012$) โดยกลุ่มโรคจิตเภทมีค่ามัธยฐานสูงสุดที่ 2.1 เช่นเดียวกับประวัติการนอนโรงพยาบาลที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($Z = -2.57, p = 0.01$) โดยผู้ที่มีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิตเวชมีคะแนนสูงกว่า

การตีตราตนเอง

จากข้อมูลผู้เข้าร่วมทั้งหมด 355 คน พบว่ามีผู้ที่มีภาวะการตีตราตนเองระดับสูง จำนวน 48 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 13.52 โดยพบว่าค่ามัธยฐานของคะแนนแบบสอบถาม ISMI อยู่ที่ 1.93 (IQR = 0.72) มีค่าต่ำสุดและสูงสุดของคะแนนอยู่ที่ 1.03 และ 3.52 ตามลำดับ

กลยุทธ์การรับมือกับความเครียด

ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มกลยุทธ์ที่เหมาะสม กลยุทธ์ที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ การยอมรับ โดยมีค่ามัธยฐาน = 3.5 (IQR = 1.0) รองลงมาคือ การรับมือกับความเครียดเชิงรุก การวางแผน และการปรับมุมมองเชิงบวก ซึ่งมีค่ามัธยฐาน = 3.0 ในกลุ่มกลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม กลยุทธ์ที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ การเบี่ยงเบนความสนใจ มีค่ามัธยฐาน 3.5 (IQR = 1.0) รองลงมาคือ การตำหนิตนเอง และการเลิกลงมือจัดการกับปัญหา ดังแสดงในตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราตนเองและกลยุทธ์การรับมือกับความเครียด

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการตีตราตนเองและกลยุทธ์การรับมือกับความเครียดโดยใช้ Spearman's Rho แสดงในตารางที่ 3 พบว่าการตีตราตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับกลยุทธ์การรับมือกับความเครียดที่เหมาะสม โดยเฉพาะการปรับมุมมองเชิงบวก ($r = -0.357, p < 0.001$) และการยอมรับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	ค่ามัธยฐาน ISMI (IQR)	สถิติ*	df*	p-value
เพศ					
ชาย	100 (28.2)	2.03 (0.84)	Z = -0.50	-	0.618
หญิง	255 (71.8)	1.93 (0.68)			
อายุ					
Median (IQR) = 35 (16)	-	-	R = -0.10	-	0.061
ค่าต่ำสุด, สูงสุด = 18, 73	-	-			
สถานภาพสมรส					
โสด/หย่า	272 (76.6)	1.97 (0.76)	Z = -0.39	-	0.697
สมรส	83 (23.4)	1.93 (0.59)			
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่า ป.ตรี	62 (17.5)	2.0 (0.52)	Z = -0.09	-	0.931
ป.ตรี หรือสูงกว่า	293 (82.5)	1.93 (0.48)			
สถานะการจ้างงาน**					
มีงานทำ	247 (69.6)	1.93 (0.62)	Z = -1.06	-	0.291
กำลังศึกษา/ว่างงาน	106 (29.9)	2.0 (0.79)			
รายได้**					
<15000 บาท	86 (24.2)	2.03 (0.76)	H = 5.43	2	0.066
15000 - 50000 บาท	195 (54.9)	2.0 (0.66)			
>50000 บาท	67 (18.9)	1.78 (0.66)			

หมายเหตุ *ทดสอบความแตกต่างของค่ามัธยฐานด้วยสถิติ Mann-Whitney U test (Z) สำหรับตัวแปร 2 กลุ่ม Kruskal-Wallis test (H) สำหรับตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม (df คือ degrees of freedom) และทดสอบความสัมพันธ์ของอายุกับ ISMI ด้วย Spearman's Rho (r)

**สถานะจ้างงานมีข้อมูลสูญหาย n = 2 และรายได้มีข้อมูลสูญหาย n = 7

($r = -0.320, p < 0.001$) ที่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ในขณะที่การรับมือกับความเครียดเชิงรุก การใช้อารมณ์ขัน การใช้หลักศาสนา และการแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์ พบว่ามีความสัมพันธ์ระดับต่ำ อย่างไรก็ตามการวางแผนและการแสวงหาความช่วยเหลือ พบว่าความสัมพันธ์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ในทางตรงกันข้าม พบความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงของการตีตราตนเองและกลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การตำหนิตนเอง ($r = 0.558, p < 0.001$) และความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการเลิกลงมือจัดการกับปัญหา ($r = 0.477, p < 0.001$) อย่างไรก็ตามการเบี่ยงเบนความสนใจที่จัดเป็นกลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสมแต่กลับมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการตีตราตนเอง

การวิเคราะห์พหุตัวแปร

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราตนเองและกลยุทธ์การรับมือกับความเครียดภายหลังควบคุมปัจจัยกวน ดังแสดงใน**ตารางที่ 4** พบว่าในกลุ่มกลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม การตำหนิตนเอง ($B = 0.206, p < 0.001$) และการเลิกลงมือจัดการกับปัญหา ($B = 0.143, p < 0.001$) ยังคงความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับการตีตราตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลยุทธ์การรับมือกับความเครียดที่เหมาะสม ได้แก่ การใช้อารมณ์ขัน ($B = -0.059, p = 0.023$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการตีตราตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ยังพบว่าการวินิจฉัยโรคมักมีความสัมพันธ์กับการตีตราตนเองอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวน (ร้อยละ)	ค่ามัธยฐาน ISMI (IQR)	สถิติ*	df*	p-value
การวินิจฉัย					
กลุ่มโรคจิตเภท	20 (5.6)	2.1 (0.62)	H = 19.64	8	0.012
กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว	38 (10.7)	1.84 (1.01)			
กลุ่มโรคซึมเศร้า	167 (47)	2.03 (0.64)			
กลุ่มโรควิตกกังวล	41 (11.5)	1.86 (0.59)			
กลุ่มโรคย้ำคิดย้ำทำ	21 (5.9)	1.93 (0.97)			
กลุ่มโรคที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บทางใจ และภาวะเครียด	34 (9.6)	1.83 (0.80)			
กลุ่มโรคนอนไม่หลับ	13 (3.7)	1.59 (0.22)			
กลุ่มโรคพัฒนาการและพฤติกรรมที่ผิดปกติ อื่นๆ	16 (4.5)	1.90 (0.59)			
อื่นๆ	5 (1.4)	2.03 (0.78)			
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย					
< 2 ปี	97 (27.3)	1.90 (0.70)	H = 2.83	2	0.242
2 - 5 ปี	80 (22.5)	2.1 (0.77)			
> 5 ปี	178 (50.1)	1.91 (0.63)			
โรคร่วมทางจิตเวช					
มีโรคจิตเวชร่วม	68 (19.2)	1.98 (0.63)	Z = -0.07	-	0.945
ไม่มีโรคร่วม	287 (80.8)	1.93 (0.72)			
ประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิตเวช					
เคย	34 (9.6)	2.2 (1.12)	Z = -2.57	-	0.010
ไม่เคย	321 (90.4)	1.93 (0.66)			

หมายเหตุ *ทดสอบความแตกต่างของค่ามัธยฐานด้วยสถิติ Mann-Whitney U test (Z) สำหรับตัวแปร 2 กลุ่ม และ Kruskal-Wallis test (H) สำหรับตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม (df คือ degrees of freedom)

เป็นโรคจิตเภทมีแนวโน้มที่จะมีการตีตราตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว (B = -0.231, p = 0.030) และกลุ่มโรคจิตเวชอื่นๆ (B = -0.284, p = 0.004)

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าความชุกของการตีตราตนเองระดับสูงในผู้ป่วยนอกจิตเวชอยู่ที่ร้อยละ 13.52 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาในต่างประเทศ โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีความหลากหลายของรายงานความชุก ตั้งแต่ร้อยละ 23 ในการศึกษาที่ประเทศมาเลเซีย¹³ (ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า) ร้อยละ 34

ในประเทศอินโดนีเซีย¹² (ผู้ป่วยโรคจิตเภท) ไปจนถึงร้อยละ 43.6 ในการศึกษาของ Picco และคณะในประเทศสิงคโปร์¹¹ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของความชุกอาจสะท้อนถึงความหลากหลายของระเบียบวิธีวิจัย และบริบทของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละการศึกษา

ในด้านปัจจัยทางคลินิก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มโรคจิตเภทมีแนวโน้มการตีตราตนเองสูงกว่ากลุ่มอื่น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความรุนแรงและความเรื้อรังของอาการ รวมถึงอคติจากสังคมที่มักมีมากกว่า^{10,14,28} นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลยังมีระดับการตีตราตนเองสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ

ซึ่งอาจจะท้อถอยถึงความรุนแรงของโรคที่มากกว่าหรือประสบการณ์จากการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่อาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกที่ตราตรึงตนเอง^{22,29}

เมื่อเปรียบเทียบความทุกข์ของการติตราตรึงตนเองกับการศึกษาของ Picco และคณะ ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยศึกษาผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีความหลากหลายของการวินิจฉัยเช่นกัน พบว่าการศึกษาดังกล่าวมีสัดส่วนผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงถึงร้อยละ 26.4 เทียบกับร้อยละ 5.6 ในการศึกษาอื่น และมีประวัติการนอนโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 45.7 เทียบกับร้อยละ 9.6 ในการศึกษาอื่น จึงอาจทำให้ภาพรวมความทุกข์ในการศึกษานี้ต่ำกว่า อีกทั้งวิธีการเก็บข้อมูลรูปแบบ convenience sampling โดยใช้แบบสอบถาม self-report ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือและความสามารถของผู้เข้าร่วม ผู้ที่มีอาการทางจิตเวชรุนแรงหรือมีข้อจำกัดในการสื่อสารมักมีแนวโน้มที่จะถูกตัดออกไปจากการศึกษา ทำให้ข้อมูลของกลุ่มนี้ขาดหายไปและอาจนำไปสู่การประเมินความทุกข์ของการติตราตรึงตนเองที่ต่ำกว่าความเป็นจริง

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะการจ้างงาน และรายได้ พบว่าปัจจัยเหล่านี้ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการติตราตรึงตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อค้นพบนี้อาจอธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ที่มีความคล้ายคลึงกันในด้านพื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาและรายได้ที่ค่อนข้างสูง ทำให้ปัจจัยเหล่านี้อาจไม่ได้เป็นปัจจัยทำนายความแตกต่างของระดับการติตราตรึงตนเองในบริบทนี้โดยตรง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าภาวะการติตราตรึงตนเองอาจเป็นประสบการณ์ที่สามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยจิตเวชทุกกลุ่มโดยไม่ขึ้นกับสถานะทางสังคม

ในด้านความสัมพันธ์กับกลยุทธ์การรับมือความเครียด ผลการศึกษาพบว่าการใช้กลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการติตราตรึงตนเอง ในขณะที่กลยุทธ์ที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการติตราตรึงตนเอง สอดคล้องไปกับการศึกษาของ Michaela ในปี 2019³⁰ ที่ศึกษาในกลุ่มโรค neurotic spectrum disorder และพบว่าการใช้ positive coping มีความสัมพันธ์กับ

ตารางที่ 3 คะแนนกลยุทธ์การรับมือกับความเครียดและความสัมพันธ์กับการติตราตรึงตนเอง

กลยุทธ์การรับมือกับความเครียด	median (IQR)	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับการติตราตรึงตนเอง (r)	p-value
กลยุทธ์ที่เหมาะสม			
การรับมือกับความเครียดเชิงรุก	3.0 (0.5)	-0.218	<0.001
การวางแผน	3.0 (1.0)	0.060	0.267
การปรับมุมมองเชิงบวก	3.0 (1.0)	-0.357	<0.001
การยอมรับ	3.5 (1.0)	-0.320	<0.001
การใช้อารมณ์ขัน	2.0 (1.5)	-0.279	<0.001
การใช้หลักศาสนา	2.0 (2.0)	-0.127	0.017
การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์	3.0 (1.0)	-0.129	0.016
การแสวงหาความช่วยเหลือ	3.0 (1.0)	-0.096	0.073
กลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม			
การเบี่ยงเบนความสนใจ	3.5 (1.0)	-0.110	0.039
การปฏิเสธปัญหา	1.5 (1.0)	0.201	0.014
การระบายความรู้สึก	2.5 (1.0)	0.131	0.001
การใช้สารเสพติด	1.0 (0.5)	0.177	<0.001
การเลิกลงมือจัดการกับปัญหา	2.0 (1.5)	0.477	<0.001
การตำหนิตนเอง	2.5 (1.5)	0.558	<0.001

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตีตราตนเอง

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์ถดถอย (B)	Standard error	(95% CI)	p-value
กลยุทธ์ที่เหมาะสม				
การรับมือกับความเครียดเชิงรุก	-0.024	0.037	(-0.097, 0.049)	0.518
การปรับมุมมองเชิงบวก	-0.058	0.034	(-0.125, 0.010)	0.096
การยอมรับ	-0.056	0.036	(-0.127, 0.015)	0.122
การใช้อารมณ์ขัน	-0.059	0.026	(-0.109, -0.008)	0.023
การใช้หลักศาสนา	0.023	0.023	(-0.023, 0.069)	0.326
การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์	-0.039	0.030	(-0.099, 0.021)	0.200
กลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม				
การเบี่ยงเบนความสนใจ	-0.011	0.033	(-0.076, 0.054)	0.744
การปฏิเสธปัญหา	0.047	0.029	(-0.010, 0.104)	0.106
การระบายความรู้สึก	0.022	0.031	(-0.039, 0.083)	0.475
การใช้สารเสพติด	0.029	0.028	(-0.027, 0.084)	0.308
การเลิกลงมือจัดการกับปัญหา	0.143	0.032	(0.080, 0.207)	<0.001
การตำหนิตนเอง	0.206	0.027	(0.152, 0.259)	<0.001
ปัจจัยกวน				
อายุ	0.002	0.002	(-0.003, 0.006)	0.416
เพศ (หญิง)	-0.090	0.046	(-0.181, 0.001)	0.053
สถานภาพสมรส (สมรส)	0.046	0.053	(-0.059, 0.150)	0.390
อาชีพ (ไม่ได้ประกอบอาชีพ)	0.005	0.046	(-0.086, 0.095)	0.916
การวินิจฉัย (กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว)*	-0.231	0.106	(-0.440, -0.022)	0.030
การวินิจฉัย (กลุ่มโรคซึมเศร้า)*	-0.186	0.095	(-0.374, 0.001)	0.052
การวินิจฉัย (กลุ่มโรคอื่น ๆ)*	-0.284	0.097	(-0.474, -0.094)	0.004
ประวัติการนอนโรงพยาบาล (เคย)	-0.128	0.070	(-0.266, 0.010)	0.069

R² = 0.486, Adjusted R² = 0.454, F = 15.204, p < 0.001

*เทียบกับการวินิจฉัย (กลุ่มโรคจิตเภท)

การตีตราตนเองที่ต่ำลง ขณะที่ negative coping มีความสัมพันธ์กับการตีตราตนเองที่สูงขึ้น

เมื่อวิเคราะห์รายกลยุทธ์พบว่าเพียงการตำหนิตนเองที่มีความสัมพันธ์กับการตีตราตนเองในระดับสูง (r = 0.558) ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่าการตำหนิตนเองไม่ได้เป็นเพียงปัจจัยร่วม แต่เป็นกลไกหลักของกระบวนการตีตราตนเอง และการรับเอาของอคติสังคมตามโมเดลของ Corrigan¹ ซึ่งนำไปสู่การ

มองตนเองในแง่ลบและลดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง สอดคล้องไปกับการเลิกลงมือจัดการกับปัญหาที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง (r = 0.477) โดยสะท้อนถึงการสอดคล้องตนเองกับภาพเหมารวม ที่ทำให้เชื่อว่าตนเองไม่สามารถเปลี่ยนสถานการณ์ได้ จึงถอนตัวจากปัญหาและยังเพิ่มการตีตราตนเอง โดยทั้งสองกลยุทธ์ยังคงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญหลังการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ในด้านกลยุทธ์ที่เหมาะสมพบว่าการยอมรับและการปรับมุมมองเชิงบวก มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการตีตราตนเองในระดับปานกลาง โดยเฉพาะการยอมรับซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่ถูกเลือกใช้บ่อยที่สุด (median = 3.5) โดยผู้วิจัยสันนิษฐานว่ากลยุทธ์ทั้งสองนี้ได้รับอิทธิพลของศาสนาพุทธในสังคมไทย ซึ่งเน้นการยอมรับความทุกข์และการปล่อยวาง อาจช่วยให้ผู้ป่วยบางส่วนปรับตัวและลดความรู้สึกด้อยคุณค่าตนเองจากการถูกตีตรา ในขณะที่การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์แม้จะเป็นกลยุทธ์ที่ถูกใช้บ่อย (median = 3.0) แต่กลับพบความสัมพันธ์เชิงลบกับการตีตราตนเองในระดับต่ำ ($r = -0.129$) ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่าแม้กำลังใจจากภายนอกจะมีความสำคัญ แต่การตีตราตนเองเป็นกระบวนการภายในจิตใจ ซึ่งอาจต้องอาศัยกระบวนการยอมรับและปรับเปลี่ยนมุมมองของผู้ป่วยร่วมด้วย

ข้อค้นพบที่น่าสนใจของการศึกษานี้คือการเบี่ยงเบนความสนใจ แม้จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มกลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม แต่กลับมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการตีตราตนเองซึ่งแตกต่างจากกลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสมอื่นๆ อาจอธิบายได้ว่าการเบี่ยงเบนความสนใจเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงจากความคิดเชิงลบเกี่ยวกับตนเองและโรคทางจิตเวชในระยะสั้น ซึ่งอาจช่วยลดผลกระทบทางจิตใจจากการตีตราตนเองได้ชั่วคราว แม้อาจไม่ใช่กลยุทธ์ที่ยั่งยืนในระยะยาว นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณยังพบว่า การใช้อารมณ์ขันเป็นกลยุทธ์ที่เหมาะสมเพียงกลยุทธ์เดียวที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการตีตราตนเองอย่างมีนัยสำคัญ แม้จะเป็นกลยุทธ์ที่ไม่ถูกใช้บ่อยนัก (median = 2.0) แต่อาจเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในบริบทสังคมไทย สอดคล้องกับวิถีชีวิตที่ใช้ความสนุกสนานหรืออารมณ์ขันเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด อาจช่วยเปลี่ยนกรอบการรับรู้ของสถานการณ์ ลดความรุนแรงของความคิดเชิงลบและลดการตีตราตนเองได้³¹

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินและคัดกรองการตีตราตนเองในผู้ป่วยจิตเวชในบริบทประเทศไทย โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ที่มีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิตเวช ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีการตีตราตนเองสูงกว่ากลุ่มอื่น อีกทั้งยังแสดงให้เห็นว่ากลยุทธ์การรับมือกับความเครียดมีความสัมพันธ์กับการตีตราตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการส่งเสริมการใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมและลดการใช้กลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม ผ่านการทำจิตบำบัด การฝึกทักษะการแก้ปัญหา และการให้คำแนะนำ อาจช่วยลดระดับการตีตราตนเองและเสริมสร้างการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ ประการแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกจิตเวชจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพียงแห่งเดียว มีลักษณะการกระจายตัวที่เฉพาะ ซึ่งอาจไม่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดในประเทศไทย โดยเฉพาะผู้ป่วยในชุมชนหรือในพื้นที่ชนบท ที่อาจมีลักษณะทางประชากรและสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ประการที่สอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามชนิด self-report ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในเรื่องความเที่ยงตรงของข้อมูล ประการที่สาม การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการตีตราตนเองและกลยุทธ์การรับมือกับความเครียดได้อย่างชัดเจน อีกทั้งยังไม่สามารถยืนยันได้ว่าการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ดังกล่าวจะนำไปสู่การลดการตีตราตนเองโดยตรง การศึกษาในอนาคตควรติดตามระยะยาวหรือการศึกษาเชิงแทรกแซง เพื่อประเมินความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของการเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์การรับมือกับความเครียดต่อระดับการตีตราตนเอง ประการสุดท้าย การศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน หรือความเชื่อทางศาสนา ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อการตีตราตนเอง งานวิจัยในอนาคตควรศึกษาปัจจัยเหล่านี้ผ่านการศึกษาระยะยาว เพื่อทำความเข้าใจกลไกของการตีตราตนเองในบริบทประเทศไทยอย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น

สรุป

การศึกษานี้พบว่าความชุกของการตีตราตนเองระดับสูงในผู้ป่วยนอกจิตเวชไทยอยู่ที่ร้อยละ 13.52 ซึ่งต่ำกว่ารายงานจากหลายประเทศ แต่ก็ยังถือว่าระดับที่สูงและมีนัยสำคัญทางคลินิก ผลการศึกษาอาจสะท้อนถึงความแตกต่างในปัจจัยด้านประชากร วัฒนธรรม และบริบททางสังคมของประเทศไทย ผลการวิเคราะห์หลังควบคุมปัจจัยกวนพบว่า กลยุทธ์การเผชิญปัญหาที่มีบทบาทสำคัญต่อระดับการตีตราตนเอง โดยกลยุทธ์ที่เหมาะสม ได้แก่ การใช้อารมณ์ขัน มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการตีตราตนเอง ในขณะที่กลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การตำหนิตนเอง และการเลิกลงมือจัดการกับปัญหา มีความสัมพันธ์เชิงบวกและเป็นตัวทำนายสำคัญของการตีตราตนเอง ซึ่งเน้นย้ำความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราตนเองและกลยุทธ์การรับมือกับความเครียด อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาแบบติดตามระยะยาวเพื่อประเมินความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ รวมถึงการประเมินผลของกระบวนการ

ปรับกลยุทธ์การรับมือกับความเครียดในการลดการตีตราตนเอง
ในผู้ป่วยจิตเวช ตลอดจนศึกษาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมอื่น
ที่อาจมีอิทธิพลต่อการตีตราตนเองในบริบทของประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคุณดอกซ็อน เทียงผดุง และบุคลากรหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลรามาริบัติ ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับการให้คำปรึกษาจนงานวิจัยสำเร็จลุล่วง

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

คณะผู้ศึกษาไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ณัฐภัทร ศรเวช: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และการตรวจสอบแก้ไขบทความ; กานต์ จักรูญโรจน์: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และการตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry* 2012;57(8):464–9.
2. Watson AC, Corrigan P, Larson JE, Sells M. Self-Stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull* 2007;33(6):1312–8.
3. Corrigan PW, Rafacz J, Rüschi N. Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Res* 2011;189(3):339–43.
4. Oliveira SEH, Carvalho H, Esteves F. Internalized stigma and quality of life domains among people with mental illness: the mediating role of self-esteem. *J Ment Health* 2016;25(1):55–61.
5. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychol Sci Public Interest* 2014;15(2):37–70.
6. Oexle N, Waldmann T, Staiger T, Xu Z, Rüschi N. Mental illness stigma and suicidality: the role of public and individual stigma. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018 ;27(2):169–75.
7. Yu BCL, Chio FHN, Mak WWS, Corrigan PW, Chan KKY. Internalization process of stigma of people with mental illness across cultures: A meta-analytic structural equation modeling approach. *Clin Psychol Rev* 2021 ;87(102029):102029.
8. Krendl AC, Pescosolido BA. Countries and cultural differences in the stigma of mental illness: the east–west divide. *J Cross Cult Psychol* 2020 ;51(2):149–67.
9. Yang LH, Chen F, Sia KJ, Lam J, Lam K, Ngo H, et al. “What matters most:” A cultural mechanism moderating structural vulnerability and moral experience of mental illness stigma. *Soc Sci Med* 2014 ;103:84–93.
10. Dubreucq J, Plasse J, Franck N. Self-stigma in Serious Mental Illness: A systematic review of frequency, correlates, and consequences. *Schizophr Bull* 2021;47(5):1261–87.
11. Picco L, Pang S, Lau YW, Jeyagurunathan A, Satghare P, Abdin E, et al. Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry Res* 2016 ;246:500–6.
12. Pribadi T, Lin EC-L, Chen P, Lee S, Fitriyarsi R, Chen C. Factors associated with internalized stigma for Indonesian individuals diagnosed with schizophrenia in a community setting. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2020;27(5): 584-94.
13. Midin M, Woon LC, Khoo S, Baharudin A. Association between insight and internalized stigma and other clinical factors among patients with depression: A cross-sectional study. *Indian J Psychiatry* 2020 ; 62(2):186.
14. Vrbova K, Prasko J, Holubova M, Kamaradova D, Ociskova M, Marackova M, et al. Self-stigma and schizophrenia: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016;12:3011–20.
15. Ma N, Chen R, Bai Y, Zhang W, Chen Z, Zhou J, et al. A longitudinal study on the effects of social support on self-stigma, psychiatric symptoms, and personal and social functioning in community patients with severe mental illnesses in China. *Int J Soc Psychiatry* 2024 ;70(5):957–66.
16. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *Int J Behav Med* 1997;4(1):92–100.
17. Meyer B. Coping with severe mental illness: Relations of the brief cope with symptoms, functioning, and well-being. *J Psychopathol Behav Assess* 2001 ;23(4):265–77.
18. Heim E. Coping-based intervention strategies. *Patient Educ Couns* 1995 ;26(1-3):145–51.
19. Prasko J, Holubova M, Hruby R, Latalova K, Kamaradova D, Marackova M, et al. Coping strategies and self-stigma in patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Patient Prefer Adherence* 2016 ;10:1151–8.
20. Holubova M, Prasko J. The Association between self-stigma and coping strategies in depressive disorder—a cross-sectional study. *Eur Psychiatry* 2017 ;41:S530.
21. Holubova M, Prasko J, Ociskova M, Kantor K, Vanek J, Slepecky M, et al. Quality of life, self-stigma, and coping strategies in patients with neurotic spectrum disorders: a cross-sectional study. *Psychol Res Behav Manag* 2019 ;12:81–95.
22. Maharjan S, Panthee B. Prevalence of self-stigma and its association with self-esteem among psychiatric patients in a Nepalese Teaching Hospital: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2019 ;19(1).
23. Boyd JE, Adler EP, Otilingam PG, Peters T. Internalized Stigma



- of Mental Illness (ISMI) Scale: A multinational review. *Compr Psychiatry* 2014 ;55(1):221–31.
24. Boyd Ritscher J, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res* 2003 ;121(1):31-49.
 25. Wong-Anuchit C, Mills AC, Schneider JK, Rujkorakarn D, Kerdpongunchote C, Panyayong B. Internalized Stigma of Mental Illness Scale - Thai version: Translation and assessment of psychometric properties among psychiatric outpatients in central Thailand. *Arch Psychiatr Nurs* 2016 ;30(4):450–6.
 26. Numsang T, Tantrarungroj T. Validity and reliability of the Brief COPE Inventory: Thai version. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2018 ;63(2).
 27. Gignac GE, Szodorai ET. Effect size guidelines for individual differences researchers. *Pers Individ Dif* 2016 ;102(1):74–8.
 28. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* 2013 ;12(2):155–64.
 29. Xu Z, Lay B, Oexle N, Drack T, Bleiker M, Lengler S, et al. Involuntary psychiatric hospitalisation, stigma stress and recovery: a 2-year study. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018 ;28(04): 458–65.
 30. Holubova M, Prasko J, Ociskova M, Kantor K, Vanek J, Slepecky M, et al. Quality of life, self-stigma, and coping strategies in patients with neurotic spectrum disorders: a cross-sectional study. *Psychol Res Behav Manag* 2019 ; 12:81–95.
 31. Simone L, Gnagnarella C. Humor coping reduces the positive relationship between avoidance coping strategies and perceived stress: A moderation analysis. *Behav Sci* 2023 ;13(2):179.