



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ณ โรงพยาบาลในเขตพื้นที่จังหวัดนครนายก

อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล ปร.ด.*

ธัญญามาศ ทองดอนเหมือน วท.บ.*

ทัชชกร ประสานวรกิจกุล วท.บ.*

ภัทรกร บุญผัน วท.ด.*

อภิสรรา โสมทัศน์ ปร.ด.**

บทคัดย่อ

โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในแง่ต่างๆ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในเขตพื้นที่จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน จำนวน 40 คน ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกโรคผิวหนัง โรงพยาบาลในจังหวัดนครนายก เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามงานวิจัย คือ แบบสอบถาม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาคทั้งหมดเท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ และสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 85.0) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต คือ ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน และอายุที่เริ่มป่วย และปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: โรคสะเก็ดเงิน คุณภาพชีวิต

*สาขาการส่งเสริมสุขภาพ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**Corresponding author, E-mail: aschersonia@gmail.com



Factors Related to Quality of Life in Patients with Psoriasis at Hospitals Located in Nakhon Nayok Province

Ormjai Taejarennwiryakul PhD*

Thanyamad Thongdonmuan B.S.

Thuchakorn Prasanworakijkul B.S.

Pattakorn Buppan PhD*

Apisara Sommatas PhD**

Abstract

Psoriasis is a chronic skin disease which were impact to life style of patients in various aspects. The purpose of this study was to examine the relationship between demographic, health, socioeconomic factors and quality of life (QOL) of psoriasis patients at the hospital located in Nakhon Nayok Province. The population consisted of 40 patients with psoriasis who were treated at the department of dermatology hospital in Nakhon Nayok Province. Research data was collected by questionnaire. Cronbach's alpha which were equal to 0.78 for overall score. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation Chi square test and the Point biserial correlation. The results showed that patients with psoriasis are mainly overall QOL is moderate (85.0 percent) and the factors associated with QOL are socioeconomic factors including income health factors, including a better understanding about psoriasis, age at onset. ($p < 0.05$)

Keywords: psoriasis, quality of life

*Health Promotion Faculty of Physical Therapy, Srinakharinwirot University

**Corresponding author, E-mail: aschersonia@gmail.com



บทนำ

โรคสะเก็ดเงินเป็นหนึ่งในสิบโรคผิวหนังที่พบได้บ่อยจากข้อมูลสถิติ จำนวนผู้ป่วยนอก (โรคใหม่) 10 อันดับโรคผิวหนังที่ พบบ่อย ปี 2557-2559 ของสถาบันโรคผิวหนัง พบโรคสะเก็ดเงินจำนวน 2,298, 2,070 และ 5,698 รายตามลำดับ¹ โรคสะเก็ดเงินเกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมและมีปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้นให้ยีนที่แฝงอยู่เกิดโรค ส่งผลให้มีผิวหนังที่ผิดปกติจากคนทั่วไป เช่น เป็นผื่นนูนหนาสีแดง ขอบเขตชัดเจน ปกคลุมด้วยสะเก็ดสีเงิน พบตามศีรษะ เข้า ศอก หรืออาจจะเป็นมากทั่วตัวนอกจากผื่นที่ผิวหนังแล้วยังพบความผิดปกติของเล็บและข้อร่วมด้วยได้ ผู้ป่วยที่เป็นโรคดังกล่าวต้องเผชิญกับปัญหาภาพลักษณ์ของตนเองเพราะสามารถมองเห็นร่องรอยของโรคได้ชัดเจน และได้รับการรังเกียจจากบุคคลรอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอายมีปมด้อย ซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคม กลัวโรคดังกล่าวจะขัดขวางความก้าวหน้าทางอาชีพ กลัวการเข้าสังคมเนื่องจากสังคมรังเกียจ เพราะคิดว่าเป็นโรคเรื้อรัง โรคเอดส์ ผลกระทบดังกล่าวที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงสภาวะของตนในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระ ไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล ประเมินจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO) ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)^{3,4} การศึกษา พบว่าปัจจัยส่วนประชากร เช่น กรรมพันธุ์ อายุ⁵ การศึกษา⁶ รายได้⁷ อาชีพ ปัจจัยทางด้านสุขภาพ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน ระยะเวลาที่ป่วย ความรุนแรงของโรคที่ได้จากการประเมิน⁸⁻¹⁰ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม สภาพความเป็นอยู่^{11,12} มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในจังหวัดนครนายก และ

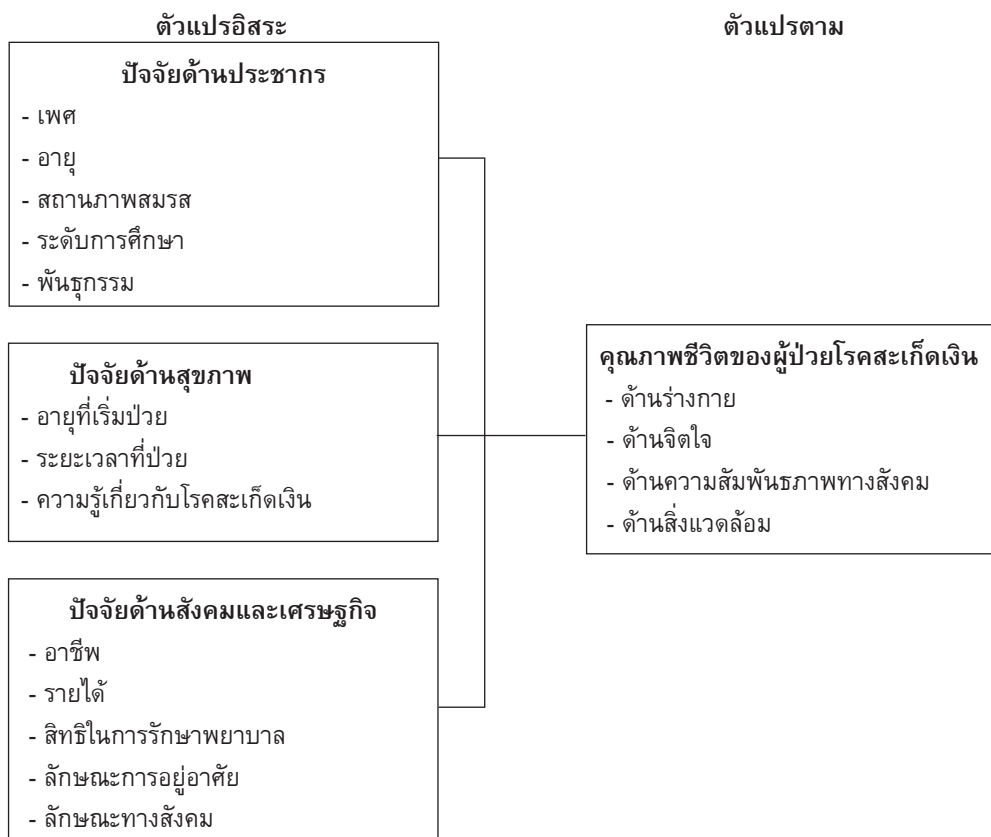
การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินยังมีจำนวนน้อย จึงเป็นที่มาของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพและปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในโรงพยาบาลในจังหวัดนครนายก เพื่อนำมาเป็นฐานข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วย และส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในเขตพื้นที่จังหวัดนครนายก จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โรงพยาบาลองครักษ์ โรงพยาบาลบ้านนา โรงพยาบาลนครนายก
2. เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง 1) ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา พันธุกรรม 2) ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อายุที่เริ่มป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน 3) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล ลักษณะการอยู่อาศัย ลักษณะทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในเขตพื้นที่จังหวัดนครนายก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง 1) ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา พันธุกรรม 2) ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อายุที่เริ่มป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน 3) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล ลักษณะการอยู่อาศัย ลักษณะทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในเขตพื้นที่จังหวัดนครนายก



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research study) ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสะเก็ดเงิน ทุกคนที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดนครนายก จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โรงพยาบาลองครักษ์ โรงพยาบาลบ้านนา โรงพยาบาลนครนายก ในช่วงเดือนมกราคม-มีนาคม 2558 ทั้งหมด จำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย มีดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา พันธุกรรม 2) ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อายุที่เริ่มป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน 3) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล ลักษณะการอยู่อาศัย ลักษณะทางสังคม

2. แบบสอบถามที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ แล้วนำคะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) คะแนนคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 26-60 คะแนน 2) คะแนนคุณภาพชีวิตกลางๆ 61-95 คะแนน 3) คะแนนคุณภาพชีวิตที่ดี 96-130 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบแบบประเมินจากผู้เชี่ยวชาญและนำไปใช้ทดลองเก็บข้อมูลในกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มประชากรจำนวน 30 คน แล้วนำมาศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.78

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมงานวิจัย โครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



และผู้วิจัยได้อธิบายการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างก่อนตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ เพศ อาชีพ การศึกษา และใช้สถิติการวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติไค-สแควร์ (Chi square test) และสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียลเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยด้านประชากร พบว่า ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 25 คน ร้อยละ 62.5 มีอายุระหว่าง 41- 50 ปี 13 คน ร้อยละ 32.5 สถานภาพสมรส 30 คน ร้อยละ 75.0 การศึกษาในระดับประถมศึกษา 21 คน

ร้อยละ 52.5 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคสะเก็ดเงินของญาติ / บุคคลในครอบครัว 35 คน ร้อยละ 87.5

2. ปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มป่วยเป็นโรคสะเก็ดเงินเมื่ออายุระหว่าง 31-40 ปี 14 คน ร้อยละ 35.0 ป่วยมานาน 16-20 ปี 19 คน ร้อยละ 47.5 เคยรู้บ้างเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน 27 คน ร้อยละ 67.5

3. ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร 12 คน ร้อยละ 30.0 มีรายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาท 16 คน ร้อยละ 40.0 มีสิทธิในการรักษาพยาบาลประเภทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 31 คน ร้อยละ 77.5 ลักษณะการอยู่อาศัยอยู่กับครอบครัว 39 คน ร้อยละ 97.50 ลักษณะทางสังคมได้รับการดูแลจากครอบครัว 33 คน ร้อยละ 82.5

4. ผลการศึกษาในระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน พบว่า ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลางๆ รองลงมาคือ มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี และมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ไม่ดีตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

คะแนนคุณภาพชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คะแนนคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26-60 คะแนน)	1	2.5
คะแนนคุณภาพชีวิตกลางๆ (61-95 คะแนน)	26	65.0
คะแนนคุณภาพชีวิตที่ดี (96-130 คะแนน)	13	32.5
รวม	40	100.0

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน พบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุที่เริ่มป่วย ($p\text{-value}=0.032$) และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน ($p\text{-value}=0.047$) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ ($p\text{-value}=0.015$) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ณ โรงพยาบาลในเขตพื้นที่จังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ณ โรงพยาบาลในเขตพื้นที่จังหวัดนครนายก พบว่า ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินส่วนใหญ่

มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณการ์ เขียวทวีสิน¹³ และการศึกษาของ Yang และคณะ¹⁴ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

จากการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน สำหรับปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่ารายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน สอดคล้องกับการศึกษาของ Tejada และคณะ⁵ ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยรายได้ที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้คุณภาพชีวิตและโรคผิวหนังดีขึ้น อธิบายได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาท และส่วนใหญ่การมารับรักษาของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในจังหวัดนครนายกจะมาทำการรักษา



ที่โรงพยาบาลของรัฐ และใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลหรือสิทธิอื่นๆ ครอบคลุมค่าใช้จ่ายได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก และมีความสะดวกในการเข้ารับบริการ จึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย^{15,16} นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินส่วนใหญ่มีลักษณะการอยู่อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 97.50) รวมทั้งได้รับการดูแลการใช้ชีวิตประจำวัน การดูแลสุขภาพ จากครอบครัว (ร้อยละ 82.5) ซึ่งการได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว หรือการได้อาศัยอยู่กับครอบครัวและเพื่อน โดยไม่รังเกียจ หรือใส่ใจดูแล เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมีความมั่นใจที่จะเผชิญปัญหาได้ด้วยตนเอง และส่งผลต่อให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน⁴

สำหรับปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่า อายุที่เริ่มป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โดยผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่เริ่มป่วยเป็นโรคสะเก็ดเงินในช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thakolwiboon และคณะ³ ที่พบว่าระยะเวลาของการเป็นโรค และช่วงอายุที่เริ่มป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อธิบายได้ว่าอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่เริ่มป่วยในช่วงที่มีอายุนานขึ้น จะมีความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น ให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์ภายนอกของตนเองน้อยลง ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเองได้¹⁷ รวมถึงมีการทำความเข้าใจและปรับตัวให้เข้ากับสภาวะอาการของโรคที่มีความเรื้อรังได้มากกว่าผู้ป่วยที่เริ่มป่วยในช่วงอายุน้อย¹⁸ สำหรับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน พบว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงินมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน อธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อรักษาโรค จะได้รับความรู้เรื่องโรคสะเก็ดเงินจากแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องและเหมาะสม จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีเนื่องมาจากโรคสะเก็ดเงินเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดทำได้เพียงแค่บรรเทา ถ้าหากผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเองที่ถูกต้องก็จะสามารถลดหรือชะลอความรุนแรงของโรคลงได้¹⁴

โดยสรุปผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต คือ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน และอายุที่เริ่มป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินอยู่ในระดับปานกลาง และความรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงินมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต จึงควรมีการให้ความรู้ และพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ในทุกๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมให้กับผู้ป่วย และญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดีขึ้น

2. การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินทุกท่านที่มาเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลองค์กรักษ์ โรงพยาบาลบ้านนา โรงพยาบาลนครนายก และโรงพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี รวมทั้งคณาจารย์และบุคลากรคณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒเป็นอย่างสูงที่ให้ความร่วมมือ สนับสนุน และอำนวยความสะดวก ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

References

1. Prasunnakarn P. Prevalence and incidence of psoriasis in udonthani hospital. Udonthani Hospital Medical Journal 2017; 25(2): 143-150.
2. Boehncke W, Boehncke W. Schön M. Psoriasis. The Lancet 2015; 386(9997): 983-994.
3. Wongwiwat W. Knowledge of Thai traditional healers on utilization of medicinal plants for psoriasis treatment in Songkhla, Phatthalung, Trang and Satun Provinces [master's thesis]. Songkhla: Prince of Songkla university; 2013.
4. Boontae U, Duangchan C, Tawchantuk S, Polin S. Elder's health status and quality of life under the health care provided by community network and simulated families. Journal of nursing and health care. 2017; 35(3): 175-185.



5. Thakolwiboon S, Upala S, Geeratrakool T, Benjatikul N, Uathaya M, Tripitsiriwat A, et al. The factors affecting quality of life in Thai psoriasis patients. *J Med Assoc Thai* 2013; 96(10): 1344-1349.
6. Farhangiz S, Hadi N, Naseri M, Agah E, Montazeri A. Assessment of health-related quality of life in patients with psoriasis in comparison with normal subjects in Shiraz Iran, *Shiraz E-Med J* 2014; 15(2): e20589.
7. Tejada Cdos S, Mendoza-Sassi RA, Almeida HL Jr, Figueiredo PN, Tejada VF. Impact on the quality of life of dermatological patients in southern Brazil. *An. Bras. Dermatol* 2011; 86(6): 1113-1121.
8. Lertviriyachit B. Thai Traditional Medicine: psoriasis treatment. Bangkok: College of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University; 2012.
9. Mabuchi T, Yamaoka H, Kojima T, Ikoma N, Akasaka E, Ozawa A. Psoriasis affects patient's quality of life more seriously in female than in male in Japan. *Tokai J Exp Clin Med*. 2012; 37(3): 84-88.
10. Manjula D, Sreekiran S, Saril P, Sreekanth P. A study of psoriasis and quality of life in a tertiary care teaching hospital of kottayam, kerala. *Indian J Dermatol* 2011; 56(4): 403-406.
11. Parisi R, Symmons DPM, Griffiths CEM, Ashcroft DM. Global epidemiology of psoriasis: a systematic Review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol* 2012; 133(2): 377-85.
12. Chen Y. Quality of life and its associated factors for psoriasis patients in China: a cross-sectional study from hospital-based data. [master's thesis]. China; Karolinska institutet university: 2016.
13. Seawthaweesin K. Quality of life of psoriasis and family participation, Vachira phuket hospital. *Reg 11 Med J*. 2018; 32(3): 1069-1088.
14. Yang J, Yang C. Impact of psoriasis on quality of life in Taiwan. *Dermatologica Sinica* 2015; 33: 146-150.
15. Chaiyasit Y, Thongon R, Dumrongpakapakorn P, Uthaisang A, Boonyaleepun S, Saengsuwan J, et al. Factors related to health behaviors of persons with HIV/AIDS receiving antiretroviral therapy at a hospital located in Thai-Laos border region. *Journal of nursing and health care* 2014; 32(2): 86-96.
16. Limpiangkanan W, Limpiangkanan W. Factors Affecting Inconsistency in Hospital Visits of Psoriasis Out-Patients. *Journal of Yala Rajabhat University* 2011; 6(2): 93-103.
17. Posri N, Kittichottipanich B. The effect of health promotion program on applied folk art Plong Stick exercise and social support toward quality of life of elderly. *Journal of nursing and health care* 2018; 36(2): 49-57.
18. Darjani A, Heidarzadeh A, Golchai J, Sadr-Eshkevari S, Alizadeh N, Arami M, et al. Quality of life in psoriatic patients: a study using the short form-36. *International Journal of Preventive Medicine* 2014; 5(9): 1146-1152.