

## การศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ในโรงพยาบาลยโสธร

### A study of the incidence and factors related to quality of life in psoriasis patients. in Yasothon Hospital

Thanyanan Sritanyarat, M.D.  
Dip. Thai Board of Internal Medicine  
Yasothon hospital, Yasothon province

ฉันทนันท์ ศรีธัญรัตน์ พ.บ.  
ว. สาขาตจวิทยา  
โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร

#### บทคัดย่อ

**หลักการและเหตุผล:** โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ในปัจจุบัน การศึกษาข้อมูลอุบัติการณ์ของโรค ความเข้าใจเรื่องโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในจังหวัดยโสธรยังมีอยู่อย่างจำกัด

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินรวมทั้งสำรวจปัญหาของผู้ป่วยที่พบในการรักษา

**วัสดุและวิธีการ:** การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยสะเก็ดเงินจำนวน 128 ราย และกรอกข้อมูลลงแบบสอบถาม ในระยะเวลา 6 เดือนที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมผิวหนัง โรงพยาบาลยโสธร ช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 31 มีนาคม 2565

**ผลการศึกษา:** ผู้ป่วยสะเก็ดเงินจำนวน 128 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 39.08 ปี พบว่าชนิดของสะเก็ดเงินที่พบมากที่สุดคือ chronic plaque ร้อยละ 94.5 บริเวณของร่างกายที่พบว่ามีผื่นมากที่สุดคือแขนและขา มีอาการปวดข้ออักเสบสะเก็ดเงินร้อยละ 15.6 พบว่าข้อนิ้วมือเป็นตำแหน่งที่ปวดมากที่สุด พบเล็บผิดปกติมากถึงร้อยละ 76.6 มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรค (PASI) เท่ากับ 7.8 (SD 11.3, range 0.3 - 56.4) ผู้ป่วยที่มีผื่นสะเก็ดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรง (PASI>10) 76 ราย (ร้อยละ 59.38) และผู้ป่วยร้อยละ 43.8 ได้รับการรักษาโดยรับประทานยา Methotrexate ปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของผื่นคือการดื่มสุรา ความรู้ในตัวโรค สำหรับระดับคุณภาพชีวิต (DLQI) ของผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่มีผลกระทบในระดับปานกลางจำนวน 37 ราย (ร้อยละ 28.9)

**สรุปผลการศึกษา:** โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในจังหวัดยโสธรมีความรุนแรงของผื่นน้อย (PASI ≤10) มีผลต่อคุณภาพชีวิต (DLQI) ระดับปานกลาง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถึงวิธีปฏิบัติตน หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นมีความสำคัญอย่างมากที่จะช่วยลดความรุนแรงของโรคและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคสะเก็ดเงินได้

**คำสำคัญ:** โรคสะเก็ดเงิน, การประเมินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน, คุณภาพชีวิต

#### Abstract

**Background and Rationale:** Psoriasis is a common chronic skin disease. Currently, the study of information on violence Prevalence and Incidence of Psoriasis Understanding the disease and quality of life of psoriasis patients in Yasothon is still limited. and affect the lifestyle of the patient in various aspects

**Objective:** To study the incidence and quality of life of psoriasis patients, as well as to explore the problems patients encountered in treatment.

**Materials and Methods:** This research was to analyze and determine the relationship between factors and quality of life in psoriasis patients. A total of 128 psoriasis patients were interviewed and filled in a questionnaire during a 6-month period who attended a dermatology outpatient clinic Yasothon hospital between 1<sup>st</sup> October 2021 to 31<sup>st</sup> March 2022.

**Results:** Of the 128 psoriasis patients, 74 (57.8%) were males with a mean age of 38.09. Chronic plaque type (94.5%) is the majority characteristic of psoriasis types. It typically occurs on the extremities (98.4%). 15.6% found psoriasis arthritis that the knuckles were the most painful area. Nail abnormalities were found up to 76.6%. 43.8% of psoriasis patients with moderate to severe psoriasis (> 10%BSA) took methotrexate. Factors related severity of psoriasis are alcohol drinking and education of disease. Most patients had moderate DLQI score.

**Conclusion:** Psoriasis is a common chronic skin disease in general practice. Average PASI score in Yasothon hospital is mild severity (PASI $\leq$ 10). Most patient had moderate affect to the quality of life. Educating psoriasis patients is important to control severity and reduce complications from psoriasis.

**Keywords:** psoriasis, psoriasis severity assessment, quality of life

## บทนำ

โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังเรื้อรังที่พบได้บ่อยในทางเวชปฏิบัติคาดกันว่ามีความชุกประมาณร้อยละ 1-3 ของประชากรโลก<sup>1</sup> ในเพศชายและหญิงพบได้เท่าๆกันแต่ความชุกอาจต่างกันระหว่างชนชาติต่างๆ<sup>2</sup> ประเทศไทยยังไม่มีรายงานตัวเลขที่ชัดเจนเพราะขาดการลงทะเบียนที่เป็นระบบ<sup>3</sup> อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษาการกระจายของโรค ชนิดของผื่นสะเก็ดเงินและการเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยสะเก็ดเงินในแต่ละภูมิภาค พบว่าอายุที่เริ่มเป็นผื่นเฉลี่ย 30.9 ปี ผื่นที่พบเป็นชนิด chronic plaque มากที่สุด โดยลักษณะโรคสะเก็ดเงินที่พบในแต่ละภูมิภาคไม่มีความแตกต่างกัน<sup>4</sup> สะเก็ดเงินสามารถพบได้ตั้งแต่แรกเกิด แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการเมื่ออายุประมาณ 15-30 ปี โดยพบว่าโรคนี้เป็นได้มาก 2 ช่วงอายุ คือ 20-30 ปี และ 50 ปีขึ้นไป ในผู้ป่วยที่เริ่มเป็นตั้งแต่อายุน้อยมีแนวโน้มที่จะมีอาการรุนแรงและต้องการรักษา<sup>5</sup>

โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคที่มีผื่นผิวหนังอักเสบแบบเรื้อรัง และพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อโรคร่วมอื่นๆ หรือ comorbidities หลายโรค ได้แก่ ข้ออักเสบเรื้อรัง (psoriatic arthritis) กลุ่มอาการทางเมตาบอลิก (metabolic syndrome) เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease and atherosclerosis) โรคตับ (nonalcoholic fatty liver disease) โรคในทางระบบภูมิคุ้มกันอื่น ๆ เช่น Crohn's disease, ulcerative colitis เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรี่ ต่อมสุรา ความวิตกกังวลและโรคป่วยทางจิต (psychological and psychiatric disorder)<sup>6</sup>

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เผยว่าโรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังที่พบบ่อย ความชุกทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 0.5-5 ของประชากร ในประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 2 ของประชากร หรือประมาณ 140,000 รายทั่วประเทศ โดยมากพบในกลุ่มคนที่อายุน้อยกว่า 40 ปี ที่จะมีอาการรุนแรงมากกว่าและพบว่ามีประวัติของโรคในครอบครัวสูงกว่าในกลุ่มคนช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป<sup>7</sup> โรคสะเก็ดเงินเกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมและมีปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้นให้ยีน (gene) ที่แฝงอยู่เกิดโรค ส่งผลให้มีผื่นที่ผิดปกติ คือเป็นผื่นนูนหนาสีแดง ขอบเขตชัดเจน ปกคลุมด้วยสะเก็ดสีเงิน พบตามศีรษะ เข่าศอก หรือ อาจจะเป็นมากทั่วตัว นอกจากผื่นที่ผิวหนังแล้วยังพบความผิดปกติของเล็บและข้อร่วมด้วยได้<sup>8</sup> ผู้ป่วยที่เป็นโรสดังกล่าวต้องเผชิญกับปัญหาภาพลักษณ์ของตนเองเพราะสามารถมองเห็นร่องรอยของโรคได้ชัดเจนและได้รับการรังเกียจจากบุคคลรอบข้างทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอายมีปมด้อย ซึมเศร้าแยกตัวเองออกจากสังคม กลัวโรสดังกล่าวจะขัดขวางความก้าวหน้าทางอาชีพ กลัวการเข้าสังคมเนื่องจากสังคมรังเกียจ และรอยโรคส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตทำให้เป็นปมด้อยขาดความมั่นใจและอาจนำไปสู่การแยกตัวทางสังคมหรือถึงขั้นซึมเศร้าจนอาจนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตายได้ นอกจากนั้นโรคสะเก็ดเงินส่งผลให้ผู้ป่วยต้องหยุดงานและมีปัญหาทางการเงิน ทั้งจากค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคและจากรายได้ที่ลดลงจากการหยุดงาน<sup>9</sup> ผลกระทบดังกล่าวที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงสภาวะของตนในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านความเชื่อส่วนบุคคลภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยมและเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล ประเมินจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO) ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)<sup>10-11</sup> การศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนประชากร เช่น กรรมพันธุ์ อายุ การศึกษารายได้<sup>12-14</sup> อาชีพ ปัจจัยทางด้านสุขภาพ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน ระยะเวลาที่ป่วย ความรุนแรงของโรคที่ได้จากการประเมิน<sup>15-17</sup> ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม สภาพความเป็นอยู่<sup>18-19</sup> มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในจังหวัดยโสธร และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินยังมีจำนวนน้อย จึงเป็นที่มาของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในโรงพยาบาลยโสธร ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพและปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในโรงพยาบาลยโสธร เพื่อนำมาเป็นฐานข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไปในอนาคตและพัฒนาคลินิกโรคสะเก็ดเงินของโรงพยาบาลยโสธรต่อไปในอนาคต

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินทุกรายที่เข้ารับการตรวจที่คลินิกผิวหนัง โรงพยาบาลยโสธร ช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 31 มีนาคม 2565 จำนวน 128 ราย ซึ่งจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยคำนวณจากสูตร  $n = \frac{Z^2 \alpha / 2PQ}{d^2}$

Z = เป็นค่าจากตาราง Z ที่ความเชื่อมั่น 95%,  $\alpha = 0.05$

Z  $\alpha / 2 = 1.96$

P = สัดส่วนของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน 0.017 ที่มารักษาที่โรงพยาบาลยโสธรในปี 2563

Q = 1- P = 1- 0.017 = 0.983

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ในการวิจัย = 0.03

n =  $(1.96)^2(0.017)(0.983)/(0.03)^2 = 72$  ราย

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยไว้เกินจากกลุ่มตัวอย่างประมาณ 10% เนื่องจากผู้ป่วยอาจไม่มาตามนัดหรือรักษาต่อ ดังนั้นจึงเก็บข้อมูลผู้ป่วยได้ 140 ราย ไม่เข้าเกณฑ์ 5 ราย และไม่กลับมารักษาหรือมาตามนัด 7 ราย จึงได้ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมด 128 ราย

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ถึงความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI) โรงพยาบาลยโสธร
2. เพื่อศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน เช่น ปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน และการปฏิบัติตัว ปัญหาด้านการดูแลรักษาและปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลยโสธรและเปรียบเทียบความแตกต่างคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการให้ความรู้
4. เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคสะเก็ดเงินของผู้ป่วยและญาติก่อนและภายหลังการสอนให้ความรู้โดยแพทย์

### ระเบียบวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาในเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Analytic study) โดยศึกษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่เข้ารับการตรวจที่คลินิกผิวหนัง โรงพยาบาลยโสธร ช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 31 มีนาคม 2565 และติดตามความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงินที่ 3 เดือน หลังการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินทุกคนที่เข้ารับการตรวจที่คลินิกผิวหนัง โรงพยาบาลยโสธร ตามช่วงระยะเวลาดังกล่าว จำนวน 128 ราย

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสะเก็ดเงินทุกรายที่เข้ารับการตรวจที่คลินิกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมผิวหนัง โรงพยาบาลยโสธร ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 31 มีนาคม 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสะเก็ดเงินที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมผิวหนัง โรงพยาบาลยโสธร ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 31 มีนาคม 2565 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) โดยผ่านการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นอย่างน้อย 72 ราย ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยไว้เกินจากกลุ่มตัวอย่างไว้เนื่องจากผู้ป่วยอาจไม่มาตามนัดหรือรักษาต่อ ดังนั้นจึงเก็บข้อมูลผู้ป่วยได้ 140 ราย ไม่เข้าเกณฑ์ 5 ราย และไม่กลับมารับรักษาหรือมาตามนัด 7 ราย จึงได้ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมด 128 ราย

#### เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria)

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นโรคสะเก็ดเงินที่มารักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมผิวหนัง โรงพยาบาลยโสธร

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินทั้งชายและหญิงอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป
- เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้และเข้าใจภาษาไทยได้ดี
- เป็นผู้ที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

- ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินทั้งชายและหญิงอายุต่ำกว่า 18 ปีลงไป
  - ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามไม่ครบ
- เกณฑ์การยุติการศึกษา

- ผู้ป่วยไม่กลับมารับรักษาหรือมาตามนัด
- ผู้ป่วยต้องการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

#### นิยามศัพท์

โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis) หมายถึง โรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของผิวหนัง โดยมีลักษณะสำคัญคือ ผื่นผิวหนังมีอาการแดง มีขุยหนา โดยเกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้มีการอักเสบร่วมกับมีการแบ่งตัวของเซลล์ผิวหนังกำพำเร็วผิดปกติ<sup>7</sup>

#### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการวัดผล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ภูมิลำเนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ โรคประจำตัว ยาที่รับประทานเป็นประจำ อาหารเสริม/ยาสมุนไพร ประวัติสูบบุหรี่ ดื่มสุรา

2. แบบบันทึกประวัติโรคสะเก็ดเงินโรคร่วม comorbidities การรักษาโรคสะเก็ดเงินและการมีส่วนร่วมในการดูแลของญาติผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุที่เริ่มป่วยเป็นโรคสะเก็ดเงิน ชนิดของสะเก็ดเงิน บริเวณของร่างกายที่เคยเป็นผื่น อาการร่วมอื่นๆ อาการปวดข้อ psoriatic arthritis เล็บผิดปกติ โรคร่วม comorbidities การรักษาโรคสะเก็ดเงินที่ผู้ป่วยได้รับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าเดินทางมารักษา จำนวนสมาชิกในครอบครัวและการมีส่วนร่วมของญาติช่วยดูแลทายา

3. แบบบันทึกการประเมินระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI score) เป็นการประเมินความรุนแรงของผื่นจาก body surface area involvement, erythema, induration and scaling ในส่วนต่างๆ ของร่างกาย<sup>20</sup> แบ่งระดับความรุนแรง เป็น mild (PASI score < 7), moderate (PASI score= 7-12) และ severe (PASI score > 12)<sup>3</sup> โดยประเมิน PASI ของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโครงการ และที่ 3 เดือน หลังการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ

4. แบบสอบถามการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนัง Dermatology Life Quality Index (DLQI) เป็นแบบสอบถามมาตรฐานในแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน (Clinical practice guideline for psoriasis)<sup>20</sup> ซึ่งแบบสอบถาม DLQI ฉบับภาษาไทยได้ผ่านการประเมินความเที่ยงและความตรงแล้วโดย กนกวลัย กุลทันทน์ และคณะ<sup>21</sup> แบบสอบถามดังกล่าวให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามประเมินผื่นผิวหนังทำให้เกิดปัญหาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างน้อยเพียงใด ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ระดับคะแนนตั้งแต่มาก(3) ปานกลาง(2) เล็กน้อย(1) และไม่มีเลย(0) จำนวน 10 ข้อ โดยรวมคะแนนจากทุกข้อแปลผล คือคะแนน 0-1 หมายถึงไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (no effect on patients' life) คะแนน 2-5 หมายถึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (small effect on patients' life) คะแนน 6-10 หมายถึงมีผลกระทบต่อ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (moderate effect on patients' life) คะแนน 11-20 หมายถึงมีผลกระทบมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (very large effect on patients' life) คะแนน 21-30 หมายถึงมีผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (extremely large effect on patients' life)

5. แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน Psoriasis disability index (PDI) เป็นแบบสอบถามมาตรฐานที่ง่ายและเชื่อถือได้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของโรคสะเก็ดเงิน<sup>22</sup> โดยให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามประเมินโรคสะเก็ดเงินทำให้เกิดปัญหาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใดในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใน 5 มิติ คือ ชีวิตประจำวัน (daily activities) 5 ข้อ, การทำงานหรือการไปโรงเรียน (work or school) 3 ข้อ, ความสัมพันธ์ส่วนตัว (personal relationships) 2 ข้อ, การใช้เวลาว่าง (leisure) 4 ข้อ และการรักษา (treatment) 1 ข้อ ระดับคะแนนตั้งแต่มากที่สุด(3) มาก(2) เล็กน้อย(1) และไม่มีเลย(0) จำนวน 15 ข้อ โดยรวมคะแนนจากทุกข้อ ผลคะแนนรวมมากที่สุดเท่ากับ 45 คะแนน และน้อยที่สุดเท่ากับ 0 คะแนน การแปลผลคือ ผู้ป่วยที่ประเมินได้คะแนนสูงหมายถึงโรคสะเก็ดเงินมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมาก ตามลำดับของคะแนนที่รวมได้

6. การประเมินความรู้ในเรื่องโรคสะเก็ดเงินของผู้ป่วยและญาติจำนวน 25 ข้อ ซึ่งมีข้อความให้อาสาสมัครทำเครื่องหมายในตัวเลือก ดังต่อไปนี้คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย ในแต่ละข้อจะมีคำตอบที่ถูกต้องเพียง 1 คำตอบ รวมคะแนนเต็มทั้งหมด 25 คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสาเหตุของโรคสะเก็ดเงิน(ข้อ1-5), ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดผื่นสะเก็ดเงิน(ข้อ6-10), อาการของโรคสะเก็ดเงิน(ข้อ11-15), แนวทางการรักษาโรคสะเก็ดเงิน(ข้อ16-20) และการพยากรณ์โรคและโรคแทรกซ้อนของสะเก็ดเงิน(ข้อ21-25) ข้อคำถามดังกล่าวได้นำมาจากบทความของอาจารย์แพทย์ผิวหนัง<sup>23-26</sup> และได้ถูกตรวจสอบความถูกต้องโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโรคผิวหนัง 2 ท่านก่อนและหลังการให้ความรู้โดยแพทย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร เลขที่ YST2021-07

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลยโสธร ผู้วิจัยได้เข้าชี้แจงกับพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทราบว่าจะดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่เข้ารับการตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรคผิวหนังแผนกอายุรกรรม

### การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากรโดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ หาค่าเฉลี่ยเลขคณิตส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุดและหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Independent T-test และ Paired T-test

### ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน

### ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดจำนวน 128 ราย เป็นชาย 74 ราย (ร้อยละ 57.8) หญิง 54 ราย (ร้อยละ 42.2) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.6 ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน<sup>27</sup> โรคประจำตัวพบมากที่สุดคือโรคระดับไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 67.2 ยาลดความดันที่ใช้มากที่สุดคือยาในกลุ่ม Calcium channel blocker ร้อยละ 22.7 มีผู้ป่วยใช้ยาแก้ปวด NSAIDs ร้อยละ 5.5 ซึ่งมีผู้ป่วย 1 รายที่ต้องกินยา NSAIDs 2 ชนิด จึงจะควบคุมอาการปวดข้อจาก psoriatic arthritis ได้ มีผู้ป่วยกินอาหารเสริมหรือยาสมุนไพร ร้อยละ 15.6 เคยกินยาสมุนไพรแต่หยุดแล้ว ร้อยละ 6.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (N=128)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี)	38.09 (SD 14.6, range 14 - 78)
เพศ	
ชาย	74 (57.8)
หญิง	54 (42.2)
สถานภาพการสมรส	
สมรส	81 (63.3)
โสด	27 (21.1)
หย่า	9 (7.0)
ม่าย	6 (4.7)
แยกกันอยู่	5 (3.9)
อาชีพ	
รับจ้าง	43 (33.6)
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18 (14.1)
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	15 (11.7)
เกษตรกร	11 (8.6)
เกษียณอายุ	11 (8.6)
พนักงานบริการ	8 (6.3)
นักเรียน/นักศึกษา	5 (3.9)
ครู	4 (3.1)
ทำงานสำนักงาน	4 (3.1)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3 (2.3)
กรรมกร/ผู้ใช้แรงงาน	3 (2.3)
ทหาร/ตำรวจ	2 (1.6)
บุคลากรทางการแพทย์	1 (0.8)
ระดับรายได้(บาท)	
0 บาท	22 (17.19)
1 - 4,999 บาท	10 (7.81)
5,000 - 10,000 บาท	33 (25.78)
10,001 - 15,000 บาท	27 (21.09)
15,001 - 20,000 บาท	13 (10.16)
20,001 - 25,000 บาท	8 (6.25)
25,001 - 50,000 บาทขึ้นไป	15 (11.71)
โรคประจำตัว	
ไม่มีโรคประจำตัว	13 (10.2)
มีโรคประจำตัว	115 (89.8)
ระดับไขมันในเลือดสูง	86 (67.2)
ความดันโลหิตสูง	69 (53.9)
Metabolic syndrome	56 (43.8)
เบาหวาน	54 (42.2)
โรคตับ	26 (20.3)
โรคชิต	23 (17.9)
Obesity	12 (9.4)
โรคอื่นๆ	66 (57.39)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
<b>ยาลดความดัน</b>	
Calcium channel blocker	29 (22.7)
ACEI	15 (11.7)
ARB	12 (9.4)
Beta blocker	5 (3.9)
Diuretic	5 (3.9)
Alpha1receptor blocker	4 (3.1)
Vasodilator (hydralazine)	2 (1.6)
<b>ยาแก้ปวด</b>	
ไม่มี	116 (90.6)
เคยกินแต่หยุดแล้ว	5 (3.9)
มี	7 (5.5)
<b>อาหารเสริม/ยาสมนุไพร</b>	
มี	20 (15.6)
ไม่มี	100 (78.1)
เคยกินแต่หยุดแล้ว	8 (6.3)

### ข้อมูลเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงินของผู้ป่วย

อายุที่เริ่มเป็นโรคสะเก็ดเงินอยู่ในช่วง 4-76 ปี อายุเฉลี่ยที่ 38.09 ปี ชนิดของสะเก็ดเงินที่พบมากที่สุดคือ chronic plaque ร้อยละ 94.5 รองลงมาคือ erythroderma ร้อยละ 2.3, guttate ร้อยละ 1.6 และ pustular ร้อยละ 1.6 บริเวณของร่างกายที่พบว่ามีผื่นมากที่สุดคือ แขน ขา ร้อยละ 98.4 รองลงมาคือ อากาศปวดข้อ ข้ออักเสบสะเก็ดเงิน ร้อยละ 15.6 โดยพบว่าข้อนิ้วมือเป็นตำแหน่งที่ปวดมากที่สุด ร้อยละ 60, เล็บผิดปกติพบมากถึง ร้อยละ 76.6 ซึ่งแบ่งเป็นชนิด onycholysis มากที่สุด ร้อยละ 76.5 รองลงมาคือ pitting nail ร้อยละ 63.3, oil spot ร้อยละ 56.1 การรักษาโรคสะเก็ดเงินที่ผู้ป่วยได้รับนอกจากยาทาคือ ยารับประทาน Methotrexate ร้อยละ 43.8 จากจำนวนผู้ป่วย 56 รายที่ได้รับยา Methotrexate มีข้อบ่งชี้ของการได้รับยาคือ

ความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงิน > 10% BSA ร้อยละ 73.2, PSA ร้อยละ 14.3 และความรุนแรงของผื่น > 10% BSA ร่วมกับ PSA ร้อยละ 12.5 ซึ่งผู้ป่วยร้อยละ 60 ได้รับยา Methotrexate นานมากกว่า 1 ปี และมีผู้ป่วยร้อยละ 40 ที่กินยา Methotrexate จำนวนมากกว่า 600 เม็ด (1.5 กรัม) มีผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่ได้รับการตรวจ ultrasound liver (เนื่องจากโรงพยาบาลไม่สามารถส่งตรวจ fibroscan ได้) ร้อยละ 14.3 นอกจากนั้นการรักษาโรคสะเก็ดเงินอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเคยได้รับคือ การฉายแสงยูวี ร้อยละ 0.8 ก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายมารักษาที่โรงพยาบาลยโสธร ค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยสะเก็ดเงินส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษา (ไม่ต้องชำระเงิน) ร้อยละ 96.1 ค่าเดินทางมารักษาเฉลี่ย 186.21 บาท/ครั้ง (0-3,500 บาท/ครั้ง) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีญาติช่วยดูแลทนายให้ ดังแสดงในตารางที่ 2

### ตารางที่ 2 ประวัติโรคสะเก็ดเงิน และการรักษา (N=128)

ข้อมูลผู้ป่วยสะเก็ดเงิน	จำนวน (ร้อยละ)
อายุที่เริ่มเป็นสะเก็ดเงิน (ปี)	38.09 ปี (SD 15.8, range 4-76)
ระยะเวลาที่เป็น (ปี)	11.07 ปี (SD 10.7, range 0.1-61)
<b>ชนิดของสะเก็ดเงิน</b>	
chronic plaque	121 (94.5)
erythroderma	3 (2.3)
guttate	2 (1.6)
pustular	2 (1.6)

ข้อมูลผู้ป่วยสะเก็ดเงิน	จำนวน (ร้อยละ)
<b>บริเวณของร่างกายที่เคยเป็นผื่น</b>	
หนังศีรษะ	126 (98.4)
แขน	113 (88.3)
ขา	113 (88.3)
ลำตัว	112 (87.5)
มือ	66 (51.6)
ใบหู	64 (50.0)
เท้า	53 (41.4)
ใบหน้า	52 (40.6)
ขาหนีบ	34 (26.6)
ข้อพับ	33 (25.8)
<b>อาการร่วมอื่นๆ</b>	
ไม่	11 (8.6)
มี	117 (91.4)
คัน	108 (84.4)
ปวดเมื่อยร่างกาย	38 (29.7)
ปวดแสบผื่น	26 (20.3)
เครียดนอนไม่หลับ	1 (0.8)
<b>อาการปวดข้อ</b>	
มี	20 (15.6)
ไม่มี	108 (84.4)
<b>ตำแหน่งข้อที่ปวด (N=20)</b>	
ข้อนิ้วมือ	12 (60)
ข้อเข่า	7 (35)
ข้อเท้า	5 (25)
ข้อมือ	4 (20)
Sacroilitis	4 (20)
ข้อศอก	3 (15)
ข้อกระดูกสันหลัง	3 (15)
ข้อนิ้วเท้า	3 (15)
ข้อไหล	2 (10)
สะบ้า	2 (10)
ข้อสะโพก	2 (10)
<b>เล็บผิดปกติ</b>	
ไม่มี	30 (23.4)
มี	98 (76.6)
Onycholysis	75 (76.5)
Pitting nail	62 (63.3)
Oil spot	55 (56.1)
Subungual hyperkeratosis	52 (53.1)
Leukonychia	22 (22.4)
Trachyonychia	14 (14.3)
Beau's lines	11 (11.2)
Onychomadesiss	4 (4.1)



ข้อมูลผู้ป่วยสะเก็ดเงิน	จำนวน (ร้อยละ)
<i>Splinte hemorrhages</i>	4 (4.1)
<b>การรักษาโรคสะเก็ดเงินที่ได้รับทยา</b>	
cream base/10%urea cream	112 (87.5)
5% LCD in 0.1% triamcinolone cream	108 (84.4)
Dermovate/clobetasol	98 (76.6)
10%urea in 0.1% triamcinolone cream	89 (69.5)
0.02% triamcinolone cream	55 (43.0)
0.1% triamcinolone cream	27 (20.3)
Daivobet	22 (17.2)
<b>ยา Methotrexate</b>	
ไม่มี	72 (56.3)
มี	39 (30.5)
เคยกินแต่หยุด	17 (13.3)
<b>ข้อบ่งชี้ของ Methotrexate (N=56)</b>	
ผื่น > 10% BSA	41 (73.2)
PSA	8 (14.3)
ผื่น > 10% BSA และ PSA	7 (12.5)
<b>ยาเกิน Methotrexate ระยะเวลาการกินยา (N=56)</b>	
0 - 3 เดือน	15 (26.8)
4 - 6 เดือน	2 (3.6)
6 เดือน - 1 ปี	5 (8.9)
1.1 ปี - 5 ปี	16 (28.6)
5.1 ปี - 10 ปี	10 (17.9)
10.1 ปี - 15 ปี	3 (5.4)
15.1 ปี - 20 ปี	2 (3.6)
20.1 ปี - 25 ปี	3 (5.4)
<b>Ultrasound liver</b>	
ไม่มี	48 (85.7)
มี	8 (14.3)
<b>การตรวจเลือด LFT</b>	
ไม่มี	53 (94.6)
มี	3 (5.4)
<b>เคยฉายแสงยูวี</b>	
ไม่เคย	127 (99.2)
เคย	1 (0.8)
<b>ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล</b>	
มีสิทธิการรักษา (ไม่ต้องชำระเงิน)	123 (96.1)
ชำระเงินเอง/ ชำระค่ายาเงินสด	4 (3.1)
มีสิทธิเบิกแต่สำรองจ่าย	1 (0.8)
<b>ค่ายาเฉลี่ยที่จ่ายเพิ่ม (บาท/เดือน)</b>	1,000 บาท (SD 835.03, range 200 - 1,000)
<b>ค่าเดินทางมารักษา(บาท/ครั้ง) ค่าเดินทางเฉลี่ย</b>	186.21 บาท (SD 477.12, range 0 - 3,500)
<b>ญาติช่วยดูแลทยาให้</b>	

ข้อมูลผู้ป่วยสะเก็ดเงิน	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มี	42 (32.8)
มี	86 (67.2)
ภรรยา	38 (29.7)
ลูก	31 (24.2)
หลาน	12 (9.4)
พ่อแม่	12 (9.4)
สามี	9 (7.0)
พี่สาว	3 (2.3)
ยาย	1 (0.8)

### การประเมินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน

ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินทั้งหมด 128 ราย พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรค (PASI) เท่ากับ 7.8 (SD 11.3, range 0.3–56.4) จัดระดับความรุนแรงอยู่ในกลุ่ม moderate to severe (PASI score >10) ร้อยละ 59.38, mild (PASI score <10) ร้อยละ 40.63 ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินกลุ่มที่พบความผิดปกติของข้อ มีความรุนแรงของโรค

(mean PASI = 14.4, SD 14.1) มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติของข้อ (mean PASI = 12.5, SD 10.7) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.49) กลุ่มผู้ป่วยที่พบความผิดปกติของเล็บมีความรุนแรงของโรค (mean PASI = 13.6, SD 11.3) มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติของเล็บ (mean PASI = 10.3, SD 11.1) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.16) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง extracutaneous manifestation และ PASI (N=128)

	N (ร้อยละ)	Mean PASI (SD)	t	P-value
<b>Joint</b>			0.68	0.49
with	20 (15.6)	14.4 (14.1)		
without	108 (84.4)	12.5 (10.7)		
<b>Nail</b>			1.40	0.16
with	98 (76.6)	13.6 (11.3)		
without	30 (23.4)	10.3 (11.1)		

ผู้ป่วยกลุ่มที่เล็บขบหรือและกลุ่มที่เล็บหนาๆ ครั้งมีความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (mean PASI = 14.3, SD 11.6) มากกว่ากลุ่มที่ไม่เล็บขบหรือและกลุ่มที่เคยเล็บขบหรือแต่หยุดเล็บแล้ว (mean PASI = 12.4, SD 11.2) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.44) พบว่ากลุ่มที่ตีมีสุราเป็นประจำ

และกลุ่มที่เคยตีมีสุราแต่เลิกแล้วมีความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (mean PASI = 14.6, SD 11.7) มากกว่ากลุ่มที่ไม่ตีมีสุราและกลุ่มที่ตีมีสุราตามเทศกาล (mean PASI = 12.3, SD 11.1) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.33) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการเล็บขบหรือ, ตีมีสุราและ PASI (N=128)

	N (ร้อยละ)	Mean PASI (SD)	t	P-value
<b>การเล็บขบหรือ</b>			0.78	0.44
เล็บขบหรือ/เล็บหนาๆ ครั้ง	27 (21.1)	14.3 (11.6)		
ไม่เล็บขบ/เคยเล็บขบแต่หยุดเล็บ	101 (78.9)	12.4 (11.2)		
<b>การตีมีสุรา</b>			0.98	0.33
ตีมีประจำ /เคยตีมีแต่เลิกแล้ว	29 (22.7)	14.6 (11.7)		
ไม่ตีมี/ตีมีตามเทศกาล	99 (77.3)	12.3 (11.1)		

## ส่วนที่ 2 ปัญหาที่พบในการรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาเล็กน้อย ร้อยละ 18.8 และปานกลาง ร้อยละ 10.9 ได้แก่ ผิวบาง, รอยขี้ง่าย, เส้นเลือดฝอยขยายตัว, รอยแตกและสิวขึ้นซึ่งซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากการทายา steroid และมีผู้ป่วยบางรายที่มีอาการระคายเคืองคันจากการทายาน้ำมันดิน นอกจากนี้มีผู้ป่วย 1 ราย ที่กินยา MTX 6 tab/wk แล้วมีอาการผมร่วน, มีผู้ป่วยร้อยละ 3.9 ที่มีภาวะแทรกซ้อนมากจากการรักษา ได้แก่ ผลข้างเคียงจากกินยา MTX คือ มีค่าตับอักเสบสูงขึ้น ผลข้างเคียงจากการทายาน้ำมันดินคือ ผื่นแดง คันทั้งตัวและเจ็บที่ผิว ผลข้างเคียงจากการ

ทายา steroid คือ ผิวบางที่ลำตัว, แขน ขามีรอยขี้ง่าย, รอยแตกหลายสีขาที่ก้นและข้อพับขา 2 ข้าง ปัญหาที่พบในการรักษาของผู้ป่วยมากที่สุดคือ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัว, ไม่ทราบปัจจัยกระตุ้นทำให้สะเก็ดเงินเห่อ ร้อยละ 59.4 รองลงมาคือ ขาดความรู้เรื่องการใช้อายการักษา ร้อยละ 40.6 มีผลข้างเคียงในการรักษา 43 ร้อยละ 33.6 มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ร้อยละ 8.6 เดินทางมาลำบาก ร้อยละ 7.8 ลางานยากไม่มีเวลาตรวจ ร้อยละ 1.6 และกินยาไม่ต่อเนื่อง poor compliance ร้อยละ 0.8 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามภาวะแทรกซ้อนที่พบในการรักษาและปัญหาที่พบของผู้ป่วยสะเก็ดเงิน คลินิกผิวหนัง โรงพยาบาลยโสธร (N=128)

ข้อมูล	ผลการวิจัย
<b>ภาวะแทรกซ้อน</b>	
ไม่มี	85 (66.4)
มีเล็กน้อย	24 (18.8)
มีปานกลาง	14 (10.9)
มีมาก	5 (3.9)
<b>ปัญหาที่พบในการรักษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>	
มีผลข้างเคียงในการรักษา	43 (33.6)
เดินทางมาลำบาก	10 (7.8)
มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย	11 (8.6)
ขาดความรู้เรื่องการใช้อายการักษา	52 (40.6)
ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัว/ไม่ทราบปัจจัยกระตุ้นทำให้สะเก็ดเงินเห่อ	76 (59.4)
ลางานยากไม่มีเวลาตรวจ	2 (1.6)
กินยาไม่ต่อเนื่อง Poor compliance	1 (0.8)

## ส่วนที่ 3 การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

ระดับคุณภาพชีวิต (DLQI) ก่อนให้ความรู้ผู้ป่วยพบว่า ผื่นสะเก็ดเงินมีผลกระทบมากที่สุดในระดับปานกลาง (คะแนน 6-10) ร้อยละ 28.9 หลังให้ความรู้ผู้ป่วยพบว่า

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้นคือ ผื่นสะเก็ดเงินไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (คะแนน 0-1) ร้อยละ 36.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ดังแสดงในตารางที่ 6 และ 7

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้ความรู้จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต (N=128)

ระดับคุณภาพชีวิต (DLQI)	ก่อนให้ความรู้	หลังให้ความรู้
ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (คะแนน 0 - 1)	16 (12.5)	47 (36.7)
มีผลกระทบเล็กน้อยต่อคุณภาพชีวิต (คะแนน 2 - 5)	34 (26.6)	41 (32.0)
มีผลกระทบปานกลาง (คะแนน 6 - 10)	37 (28.9)	22 (17.2)
มีผลกระทบมาก (คะแนน 11 - 20)	31 (24.2)	17 (13.3)
มีผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิต (21 - 30)	10 (7.8)	1 (0.8)

**ตารางที่ 7** เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการให้ความรู้ (N=128)

คะแนนทดสอบคุณภาพชีวิต (DLQI)	n	mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนให้ความรู้	128	8.86	6.9	10.3	125	<0.001
หลังให้ความรู้	128	4.63	4.9			

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน Psoriasis disability index (PDI) หลังให้ความรู้เท่ากับ 3.28 (SD 4.3, range 0-24) ซึ่งลดลงมากกว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน (PDI) ก่อนการให้ความรู้เท่ากับ 7.95 (SD 7.6, range 0-39) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 8

**ตารางที่ 8** เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน Psoriasis disability index (PDI) ก่อนและภายหลังการให้ความรู้

คะแนน PDI	n	mean (SD)	Min, Max	t	df	p-value
ก่อนให้ความรู้	128	7.95 (7.6)	(0, 39)	10.5	125	<0.001
หลังให้ความรู้	128	3.28 (4.3)	(0, 24)			

**ส่วนที่ 4 การประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน**

ภายหลังการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงินผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สะเก็ดเงิน 23.34 คะแนน (range 14-25 คะแนน) ซึ่งสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการให้ความรู้ 10.96 คะแนน (range 2-22 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) สอดคล้องกับคะแนนเฉลี่ยความรู้ของญาติที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยข้อความที่ผู้ป่วยและญาติเข้าใจผิดมากที่สุดเกี่ยวกับสาเหตุของโรคสะเก็ดเงินคือ

การกินอาหาร อากาศ สารเคมี เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรคสะเก็ดเงินได้ คือโรคสะเก็ดเงินมีอาการผื่นสะเก็ดเงินที่ผิวหนังไม่พบว่ามี ความผิดปกติในระบบอื่นๆของร่างกาย ข้อคำถามเกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคสะเก็ดเงินคือ ยาจีน, ยาหม้อสมุนไพรต่างๆ ที่ใช้ทาหรือรับประทาน เป็นการรักษาอีกทางเลือกหนึ่งในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินและข้อคำถามเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคและโรคแทรกซ้อนของสะเก็ดเงินคือ ผื่นโรคสะเก็ดเงินสามารถหายเองได้แต่หายช้ากว่าการทายารักษา ดังแสดงในตารางที่ 9 และ 10

**ตารางที่ 9** เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้ของผู้ป่วย (N=128)

คะแนนทดสอบ	n	mean (Min, Max)	S.D.	t	df	p-value
คะแนนความรู้ กลุ่มผู้ป่วย						
- ก่อนให้ความรู้	128	10.96 (2, 22)	3.4	37.3	127	<0.001
- หลังให้ความรู้	128	23.34 (14, 25)	2.3			

**ตารางที่ 10** คะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มผู้ป่วยก่อนและภายหลังการให้ความรู้

ความรู้โรคสะเก็ดเงิน (ข้อ)	กลุ่มผู้ป่วย (N = 128)	
	ก่อนให้ความรู้ Mean (SD) Min ± Max	หลังให้ความรู้ Mean (SD) Min ± Max
1. สาเหตุของโรคสะเก็ดเงิน (1 - 5)	2.52 (1.1) 0 ± 5	4.78 (0.5) 2 ± 5
2. ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดผื่นสะเก็ดเงิน (6 - 10)	2.23 (0.9) 0 ± 5	4.73 (0.6) 1 ± 5
3. อาการของโรคสะเก็ดเงิน (11 - 15)	2.31 (1.2) 0 ± 5	4.45 (0.7) 2 ± 5
4. แนวทางการรักษาโรคสะเก็ดเงิน (16 - 20)	1.9 (1.2) 0 ± 5	4.69 (0.7) 1 ± 5
5. การพยากรณ์โรคและโรคแทรกซ้อนของสะเก็ดเงิน (21 - 25)	1.9 (1.2) 0 ± 5	4.69 (0.6) 3 ± 5

จากผู้ป่วยสะเก็ดเงินจำนวนทั้งหมด 128 ราย ที่มาติดตามผลการรักษาที่ 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีคะแนน PASI เฉลี่ยก่อนให้ความรู้ 12.78 (SD 11.3, range 0.3-56.4) จัดระดับความรุนแรงอยู่ในกลุ่ม moderate ร้อยละ 61.7, mild ร้อยละ 38.3 หลังการให้ความรู้คนไข้สะเก็ดเงิน พบว่าผู้ป่วยมีคะแนน PASI เฉลี่ยหลังให้ความรู้ที่ลดลง

6.4 (SD 5.7, range 0-33.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และมีความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงินลดลง เมื่อจัดระดับความรุนแรงอยู่ในกลุ่ม mild ร้อยละ 71.3, moderate ร้อยละ 28.9 ดังแสดงในตารางที่ 11 และ 12

**ตารางที่ 11** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้ความรู้ จำแนกตามระดับความรุนแรงของโรค (N=128)

ระดับความรุนแรงของโรค (PASI)	จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อนให้ความรู้	หลังให้ความรู้
Mild (PASI < 10)	49 (38.3)	91 (71.1 )
moderate (PASI > 10)	79 (61.7)	37 (28.9 )

**ตารางที่ 12** เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรคก่อนและหลังให้ความรู้ (PASI)

คะแนนทดสอบ	n	Mean (SD) Min, Max	t	df	p-value
ความรุนแรงของโรค (PASI)			9.36	125	<0.001
ก่อนให้ความรู้	128	12.78 (11.3) 0.3 ± 56.4			
หลังให้ความรู้	128	6.4 (5.7) 0 ± 33.8			

ก่อนการให้ความรู้ผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยที่มีญาติดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรค (mean PASI = 13.08, SD 11.2) ที่สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีญาติดูแล (mean PASI = 12.14, SD 11.7) หลังการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในกลุ่มผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มีญาติดูแลมีคะแนน

เฉลี่ยความรุนแรงของโรค (mean PASI = 6.31, SD 5.5) ซึ่งลดลงมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีญาติดูแล (mean PASI = 6.60, SD 6.3) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.79) ดังแสดงในตารางที่ 13

**ตารางที่ 13** เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรค (PASI) ในกลุ่มที่มีและไม่มีญาติดูแลก่อนและหลังการให้ความรู้ (N=128)

	ญาติดูแล	N (ร้อยละ)	Mean PASI (SD)	t	P-value
ก่อนให้ความรู้	มี	86 (68.3)	13.08 (11.2)	0.43	0.67
	ไม่มี	40 (31.7)	12.14 (11.7)		
หลังให้ความรู้	มี	86 (68.3)	6.31 (5.5)	0.27	0.79
	ไม่มี	40 (31.7)	6.60 (6.3)		

### การอภิปรายผล

อุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงินเมื่อจำแนกตามเพศ การศึกษานี้เพศชายจะพบมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาในหลายประเทศที่พบว่าโรคสะเก็ดเงินพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ถึงแม้ว่าการศึกษาในประเทศจีน<sup>28</sup> จะพบว่าเพศมีผลต่อความชุกของโรคสะเก็ดเงิน สำหรับกลุ่มโรคสะเก็ดเงินที่พบมากที่สุด คือกลุ่ม chronic plaque พบถึงร้อยละ 94.5 โรคในกลุ่ม Metabolic syndrome ที่พบในผู้ป่วย

โรคสะเก็ดเงินได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงกว่าทุกปี โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงที่พบสูงถึงร้อยละ 43.8 ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงและความชุกของโรคสะเก็ดเงิน<sup>29-30</sup> ซึ่งหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมและดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคในกลุ่ม Metabolic syndrome ได้แล้ว อาจส่งผลให้ความชุกและความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินสูงขึ้นและสอดคล้องกับการศึกษาทางระบาดวิทยาของโรค

สะเก็ดเงินในประเทศไทย<sup>3</sup> โรคร่วมที่พบในผู้ป่วยสะเก็ดเงินส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและเป็นภาระทางเศรษฐกิจด้านสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ช่วงที่ผื่นเห่อมีความรุนแรงทำให้ต้องหยุดงาน เป็นต้น<sup>31</sup> ผู้ป่วยมีอาการข้ออักเสบสะเก็ดเงินร้อยละ 15.6 อาการเล็บผิดปกติพบมากร้อยละ 76.6 ซึ่งชนิด onycholysis และ pitting nail เป็นความผิดปกติของเล็บที่พบมากที่สุด ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>3</sup> ที่พบผู้ป่วยสะเก็ดเงินกลุ่มที่มีข้ออักเสบมีความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินมากกว่ากลุ่มที่ข้อปกติ ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินร้อยละ 43.8 รับประทานยา Methotrexate (MTX) ซึ่งร้อยละ 60 รับประทาน MTX นานมากกว่า 1 ปี และมีผู้ป่วยร้อยละ 40 ที่กินยา MTX จำนวนมากกว่า 600 เม็ด (1.5 กรัม) โรงพยาบาลยโสธร มีข้อจำกัดในการทำ fibroscan, liver biopsy เนื่องจากขาดเครื่องมือและแพทย์เฉพาะทาง จึงมีการตรวจติดตามการทำงานของตับ (liver function test) ติดตามในผู้ป่วยเป็นระยะ และทำการ ultrasound liver แทน แต่หากผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง แนะนำให้ผู้ป่วยทำการตรวจ fibroscan โดยการส่งตัวไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพทำได้ ปัจจุบันมีคำแนะนำการติดตามผลข้างเคียง hepatotoxicity ของยา MTX โดย AAD และ The National Psoriasis Foundation ได้ปรับแนวทางการติดตามการประเมิน hepatotoxicity ของ MTX คือ liver biopsy ควรพิจารณาทำเมื่อระดับยา MTX สะสมถึงระดับ 3.5 ถึง 4 กรัม แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงของ hepatotoxicity ผู้ป่วยควรได้รับการพิจารณาตรวจ liver biopsy ที่เร็วขึ้น ควรทำเมื่อระดับยา MTX สะสมครบทุก 1 ถึง 1.5 กรัม ร่วมกับปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน กลุ่มที่พบความผิดปกติของข้อและเล็บ มีความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติของข้อและเล็บ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของผื่นที่มีความแตกต่างทางสถิติคือการดื่มสุรา ความรู้การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเช่นเดียวกับการศึกษาอื่นๆ ผู้ป่วยสะเก็ดเงินมากกว่าร้อยละ 50 ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัว/ไม่ทราบปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผื่นสะเก็ดเงินเห่อจากการทำสอบความรู้พบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 90 ไม่ทราบปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้สะเก็ดเงินเห่อ ได้แก่ การดื่มสุรา ความเครียด การนอนหลับไม่เพียงพอ การแกะเกา

(Koebner phenomenon)<sup>23</sup> ผู้ป่วยร้อยละ 40.6 ขาดความรู้เรื่องการใช้ยาการรักษา โดยพบว่าผู้ป่วยเกือบ 1 ใน 4 มีประวัติใช้หรือเคยใช้อาหารเสริมยาสมุนไพร, ยาต้ม, ยาหม้อ มาก่อน แต่เมื่อใช้แล้วมีอาการผื่นเห่อมากขึ้นจึงได้หยุดและมาพบแพทย์ ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 30 มีผลข้างเคียงเนื่องจากการทายา steroid ไม่ถูกวิธี เช่น ทายา steroid บ่อยเกินไปเพื่อลดอาการคันหรือทาลายเลยออกไปจากผื่นเป็นบริเวณกว้างหรือทาลาย high potency steroids ยาวนานเกินไปและทาในบริเวณผิวหนังซอกข้อพับต่างๆ เป็นต้น สำหรับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (DLQI) พบว่าส่งผลกระทบต่อระดับปานกลาง ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบความรุนแรงของผื่นและคุณภาพชีวิต (DLQI) ก่อนและหลังการให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว พบว่ามีคะแนน PASI เฉลี่ยที่ลดลง และมีความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงินลดลง ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อลดความรุนแรงของโรค และทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น<sup>32</sup>

#### สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าโรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในจังหวัดยโสธรมีความรุนแรงของผื่นน้อย (PASI  $\leq$ 10) มีผลต่อคุณภาพชีวิต (DLQI) ระดับปานกลาง แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของผื่นมากพบว่าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในด้านต่างๆ ซึ่งมีความสำคัญมากในการให้ความช่วยเหลือดูแลรักษาผู้ป่วย พบว่าความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน จะช่วยให้ลดความรุนแรงของโรค ลดอาการกำเริบ และทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมและสภาวะแวดล้อมได้ดียิ่งขึ้น

#### ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากระยะเวลาในการเก็บข้อมูลจำกัด จำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลน้อยและอาจจะยังไม่ครอบคลุมโรคผิวหนังทั้งหมดที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคผิวหนังของโรงพยาบาลยโสธร และเป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้ผลที่ได้จึงเป็นภาพรวมของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกเบื้องต้น

### ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ได้ทราบถึงผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค สะเก็ดเงินที่มารับการรักษา
2. ได้ทราบถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มารับการรักษา
3. นำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค ผื่นหนังเพื่อลดผลกระทบที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลยโสธร แพทย์และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรมทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยสะเก็ดเงินและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ให้การสนับสนุนการทำผลการศึกษานี้จนสำเร็จลุล่วงดี

### เอกสารอ้างอิง

1. Christophers E. Psoriasis--epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol* 2001; 26(4): 314-20. doi: 10.1046/j.1365-2230.2001.00832.x. PubMed PMID: 11422182.
2. Krueger GG, Duvic M. Epidemiology of psoriasis: clinical issues. *J Invest Dermatol* 1994; 102(6): 14S-18S. doi: 10.1111/1523-1747.ep12386079. PubMed PMID: 8006427.
3. นภดล นพคุณ, ณัฐรุจิ อาจิมพันธ์. การสำรวจผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในประเทศไทยในทาง ระบาดวิทยา อากาทางคลินิก รวมทั้งระบบ การดูแลรักษาโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย. *วารสารโรคผื่นหนัง* 2554; 27(3): 163-81.
4. Akaraphanth A, Pimonpun G, Kwangsukstid O, Swanpanylearn N. The preliminary report: registration of psoriasis patients in Thailand. *Thai j Dermatol* 2008; 24: 32-33.

5. เจตน์ วิทิตสุวรรณกุล, ประวีตร อัศวานนท์. Red scaly plaques. ใน: มาริษา พงศ์พฤติพันธ์, บรรณาธิการ. *Current issues in dermatology 2013: A to Z dermatology*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2556. หน้า 155-73.
6. Oliveira Mde F, Rocha Bde O, Duarte GV. Psoriasis: classical and emerging comorbidities. *An Bras Dermatol* 2015; 90(1): 9-20. doi: 10.1590/abd1806-4841.20153038. PubMed PMID: 25672294.
7. พัชรสินี ประสันนาการ. ความชุกและอุบัติการณ์ ของโรคสะเก็ดเงินในโรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี* 2560; 25(2): 143-150.
8. Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. *Lancet* 2015; 386(9997): 983-94. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61909-7. PubMed PMID: 26025581.
9. Armstrong AW, Schupp C, Wu J, Bebo B. Quality of life and work productivity impairment among psoriasis patients: findings from the national psoriasis foundation survey data 2003–2011. *PLoS One* 2012; 7(12): e52935. doi: 10.1371/journal.pone.0052935. PubMed PMID: 23285231.
10. Wongwiwat W. Knowledge of Thai traditional healers on utilization of medicinal plants for psoriasis treatment in Songkhla, Phatthalung, Trang and Satun Provinces [Dissertation]. Songkhla: Prince of Songkhla university; 2013.
11. 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): 175-85.

12. Thakolwiboon S, Upala S, Geeratragoon T, Benjatikul N, Uathaya M, Tripipitsirawat A, et al. The factors affecting quality of life in Thai psoriasis patients. *J Med Assoc Thai* 2013; 96(10): 1344-9. PubMed PMID: 24350418.
13. Farahangiz 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. doi: 10.17795/semj20589.
14. 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): 1113-21. doi: 10.1590/s0365-05962011000600008. PubMed PMID: 22281898.
15. บุญศรี เลิศวิริยจิตต์. การแพทย์แผนไทย: การบำบัดรักษาโรคสะเก็ดเงิน [รายงานการวิจัยได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2555.
16. 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): 84-8. PubMed PMID: 23032250.
17. Manjula VD, Sreekiran S, Saril PS, Sreekanth MP. A study of psoriasis and quality of life in a tertiary care teaching hospital of kottayam, kerala. *Indian J Dermatol* 2011; 56(4): 403-6. doi: 10.4103/0019-5154.84767. PubMed PMID: 21965848.
18. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol* 2013; 133(2): 377-85. doi: 10.1038/jid.2012.339. PubMed PMID: 23014338.
19. Chen CY. Quality of life and its associated factors for psoriasis patients in China: a cross-sectional study from hospital-based data [Dissertation]. Stockholm, Sweden: Karolinska institutet; 2016.
20. นภดล นพคุณ, ณีฐฐา รัชตะนาวิณ, ป่วน สุทธิพิณิชธรรม, พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน, รัตน์ อัครพันธ์, ชนิษฐา ตูจันดา, และคณะ. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis). สถาบันโรคผิวหนัง [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.iod.go.th/clinical-practice-guideline-for-psoriasis-2011>
21. กนกวลัย กุลทนนท์, สุขุม เจียมตน, รังสิมา วณิชภักดีเดชา, สุนันทา ฉันทรุจิกพงค์. การศึกษาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม dermatology life quality index ในคนไทย. *วารสารโรคผิวหนัง* 2547; 20(3): 113-23.
22. ลีนา จุฬาโรจน์มนตรี, ป่วน สุทธิพิณิชธรรม, กนกวลัย กุลทนนท์. การทดสอบความเที่ยงและความตรงของแบบสอบถาม psoriasis dermatology index (PDI) ฉบับภาษาไทย. *วารสารโรคผิวหนัง* 2552; 25: 141-152.
23. ประวิตร อัครวานนท์. ความจริงเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน. *Medical focus* 2556; 59: 32-3.
24. นภดล นพคุณ. โรคสะเก็ดเงิน. สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dst.or.th/html/index.php?op=article-detail&id=153&csid=8&cid=23>



25. ชนิตร์วัฒน์ วิชญชาคร. โรคสะเก็ดเงินที่เล็บ. สหาคคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dst.or.th/Publicly/Articles/1126.23.8/DyplJyz4Tv>
26. ชนัชฎา วงษ์ประภารัตน์. โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis). คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=967>
27. Aekplakorn W, Kosulwat V, Suriyawongpaisal P. Obesity indices and cardiovascular risk factors in Thai adults. *Inter J Obes (Lond)* 2006; 30(12): 1782–90. doi: 10.1038/sj.ijo.0803346. PubMed PMID: 16619055.
28. Chen K, Wang G, Jin H, Xu J, Zhu X, Zheng M, et al. Clinic characteristics of psoriasis in China: a nationwide survey in over 12000 patients. *Oncotarget* 2017; 8(28): 46381-9. doi: 10.18632/oncotarget.18453. PubMed PMID: 28637026.
29. Kim ES, Han K, Kim MK, Park YM, Baek KH, Moon SD, et al. Impact of metabolic status on the incidence of psoriasis: a Korean nationwide cohort study. *Sci Rep* 2017; 7(1): 1989. doi: 10.1038/s41598-017-01983-y. PubMed PMID: 28512338.
30. Milčić D, Janković S, Vesić S, Milinković M, Marinković J, Ćirković A, et al. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a hospital-based cross-sectional study. *An Bras Dermatol* 2017; 92(1): 46-51. doi: 10.1590/abd1806-4841.20175178. PubMed PMID: 28225956.
31. Feldman SR, Tian H, Gilloteau I, Mollon P, Shu M. Economic burden of comorbidities in psoriasis patients in the United States: results from a retrospective U.S. database. *BMC Health Serv Res* 2017; 17(1): 337. doi: 10.1186/s12913-017-2278-0. PubMed PMID: 28482887.
32. Jankowiak B, Krajewska-Kulak E, Baranowska A, Krajewska K, Rolka H, Sierakowska M, et al. The importance of the health education in life quality improvement in patients with psoriasis. *Rocz Akad Med Białymst* 2005; 50Suppl1: 145-7. PubMed PMID: 16119650.