ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถภาพแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพและความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรง

จิรวรรณ สมหมาย พย.บ., วท.ม., ศิริขวัญ แซ่ลิ่ม พย.บ., นิฤมล ศรีโยธา พย.บ.,
วรพล เวชชาภินันท์ พ.บ., ปร.ด., กิติพันธ์ ขาวนิ่ม วท.ม.
โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง ตำบลบ้านควน อำเภอเมือง จังหวัดตรัง 92000

Effects of a Self-Efficacy Promotion Program on Health Behaviors and Disease Severity in Patients with Moderate-to-Severe Psoriasis

Jirawan Sommai, B.N.S., M.Sc., Sirikwun Saelim, B.N.S., Niruemon Sriyota, B.N.S.,
Voraphol Vejjabhinanta, M.D., Ph.D., Kitipan Khaonim, M.Sc.
Southern Regional Hospital of Tropical Dermatology-Trang Province, Ban Khuan, Mueang, Trang, 92000, Thailand
Corresponding Author: Voraphol Vejjabhinanta (E-mail: dermsx@outlook.com)
(Received: 31 July, 2025; Revised: 27 October, 2025; Accepted: 6 July, 2026)

Abstract

Background: Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease that affects patients' quality of life, particularly in moderate to severe cases. Promoting appropriate health behaviors is crucial for disease control. Self-efficacy, a key psychosocial factor, can influence behavioral change and help reduce disease severity. Objective: To examine the effects of a self-efficacy promotion program, developed based on Bandura's concept, on health behaviors and disease severity among patients with moderate to severe psoriasis. Methods: This quasi-experimental one-group pretest–posttest study was conducted among 145 psoriasis patients receiving treatment at The Regional Hospital for Tropical Dermatology. Inclusion criteria were patients aged 18–65 years diagnosed by dermatologists with moderate to severe psoriasis, able to communicate in Thai, and willing to participate. Exclusion criteria included participation in other studies during the same period, severe psychiatric or neurological disorders, and other skin diseases interfering with assessment (e.g., fungal infections or allergic dermatitis). The program consisted of five components: role modeling, perceived capability, health belief patterns, social support, and health-related behaviors triggered by stimuli. Outcomes were assessed before and after the program, including health behaviors, Body Surface Area (BSA), and disease severity. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and Stuart-Maxwell test. Results: After participation, patients showed significant improvements in health behaviors ($p < .05$). Bland diet adherence increased from 22.0% to 97.7% (+75.7), smoking and alcohol consumption decreased by 5.5% and 3.5%, respectively, and medication adherence increased by 10.4%. The average BSA decreased from 22.58% to 12.49% ($p < .0001$). The severe disease group decreased from 22.8% to 4.8%, while the mild group increased from 0% to 60.7%. Conclusion: The self-efficacy promotion program effectively improved health behaviors and reduced disease severity among patients with moderate to severe psoriasis, supporting its integration into specialized dermatology clinics to enhance patients' quality of life.

Keywords: Psoriasis, Self-efficacy, Health behavior, Severity grade

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังอักเสบเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะในรายที่มีระดับความรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก ปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่สามารถควบคุมโรคได้ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อการควบคุมความรุนแรงของโรค โดยมีการรับรู้สมรรถภาพแห่งตนเป็นปัจจัยจิตสังคมสำคัญที่สามารถช่วยให้บุคคลสามารถบรรลุในพฤติกรรมที่คาดหวังได้อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและนำไปสู่การลดความรุนแรงของโรคได้ **วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถภาพแห่งตนที่พัฒนาประยุกต์ตามแนวคิด Bandura ต่อพฤติกรรมสุขภาพและความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก **วิธีการ:** การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ดำเนินการในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินจำนวน 145 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง เกณฑ์การคัดเข้าโครงการวิจัยประกอบด้วย ผู้ป่วยอายุ 18-65 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์สาขาตจวิทยาว่าเป็นโรคสะเก็ดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรง สามารถสื่อสารภาษาไทยและยินยอมเข้าร่วม เกณฑ์การคัดออกจากโครงการวิจัย ได้แก่ การเข้าร่วมโครงการวิจัยอื่นในช่วงเวลาเดียวกัน ภาวะจิตเวชรุนแรงหรือโรคระบบประสาท และโรคผิวหนังอื่นที่รบกวนการประเมิน (เชื้อรา ผื่นแพ้ผิวหนัง) โปรแกรมประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้จากแบบอย่าง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสิ่งกระตุ้น โดยประเมินผลก่อนและหลังโปรแกรมจากพฤติกรรมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยพื้นที่รอยโรค (Body Surface Area; BSA) และระดับความรุนแรงของโรค วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test และ Stuart-Maxwell test **ผล:** หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยเฉพาะการรับประทานอาหารรสจืดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.0 เป็นร้อยละ 97.7 (+75.7%) การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงร้อยละ 5.5 และ 3.5 ตามลำดับ และการใช้ยาตามแผนการรักษาเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.4 ค่าเฉลี่ย BSA ลดลงจากร้อยละ 22.58 เหลือร้อยละ 12.49 (–10.09%, $p < .0001$) กลุ่มผู้ป่วยระดับรุนแรงลดลงจากร้อยละ 22.8 เหลือร้อยละ 4.8 ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยระดับน้อยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 60.7 **สรุป:** โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถภาพแห่งตน สามารถเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและลดความรุนแรงของโรคได้อย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรง สะท้อนถึงศักยภาพของการประยุกต์ใช้ intervention ที่เน้น self-efficacy ในการจัดการโรคเรื้อรัง และสนับสนุนการบูรณาการโปรแกรมนี้ในคลินิกเฉพาะทางตติยภูมิเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

คำสำคัญ: โรคสะเก็ดเงิน, การรับรู้สมรรถภาพแห่งตน, พฤติกรรมสุขภาพ, ความรุนแรงของโรค

บทนำ (Introduction)

โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis) เป็นโรคผิวหนังอักเสบเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่สามารถควบคุมโรคได้โดยการดูแลตนเองด้วยการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยมีความชุกทั่วโลกประมาณร้อยละ 0.3-4.8 ขึ้นอยู่กับประชากรและภูมิศาสตร์[1] สำหรับประเทศไทย พบว่า มีความชุกเฉลี่ยประมาณร้อยละ 0.13[2] โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง มักพบรอยโรคที่มีการกระจายกว้างมีพื้นที่รอยโรคทั่วร่างกายมากกว่า 10% มีแนวโน้มกำเริบซ้ำ และก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมากยังเผชิญกับโรคร่วม เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน โรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน และภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลต่อสุขภาวะโดยรวม[3] นอกจากนี้ผู้ที่มีรอยโรคครอบคลุมพื้นที่กว้างยังมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและภาวะทางอารมณ์ถดถอย ส่งผลให้เกิดภาระต่อระบบสุขภาพและครอบครัว

การจัดการพฤติกรรมสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการควบคุมโรค การที่บุคคลจะตัดสินใจจัดการกับพฤติกรรมของตนเองขึ้นกับปัจจัยหลายด้าน เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการปรับตัว งานวิจัยด้านการจัดการตนเอง (self-management) ชี้ว่า “การรับรู้สมรรถภาพแห่งตน” (self-efficacy) เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีอิทธิพลสำคัญต่อการเลือกเริ่มต้น และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ[4-5] ผู้ที่มีระดับ self-efficacy สูงมักสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลต่อการควบคุมอาการและลดการพึ่งพาระบบสุขภาพ[5]

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะจัดการกับสถานการณ์หรือปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถเผชิญอุปสรรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และคงพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ยาวนาน ดังนั้น การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล[4] ผู้ที่มีระดับ self-efficacy สูงมักสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลต่อการควบคุมอาการและลดการพึ่งพาระบบสุขภาพ[5]

ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดของ Bandura ร่วมกับองค์ประกอบจาก Health Belief Model ได้ระบุองค์ประกอบหลักของการเสริมสร้าง self-efficacy 5 ด้าน ได้แก่ 1) การเรียนรู้จากแบบอย่าง (vicarious experiences) 2) การรับรู้ความสามารถตนเอง (mastery experiences) 3) ความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief constructs) 4) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และ 5) สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม (cues to action)[4] ประกอบด้วย กิจกรรมหลักที่ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การให้ความรู้แบบกลุ่มย่อย เพื่อเพิ่มความรู้และการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง โดยใช้สื่อคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยสะเก็ดเงิน การอภิปรายกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้จากแบบอย่าง และได้รับแรงเสริมทางบวก การเยี่ยมบ้าน เพื่อกระตุ้นและติดตามการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน กิจกรรมนี้สอดคล้องกับหลักทฤษฎีที่ระบุว่าการเพิ่มสมรรถภาพแห่งตนจะเสริมสร้างความเชื่อมั่นและแรงจูงใจในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ป่วย เมื่อถูกประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพและลดความรุนแรงของโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ[5] อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังขาดการศึกษาที่มุ่งเน้นกลุ่มผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยเฉพาะในบริบทของระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิในประเทศไทย

ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถภาพแห่งตนที่พัฒนาประยุกต์ตามแนวคิด Bandura ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยพื้นที่รอยโรค (Body Surface Area; BSA) และระดับความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรงมากในบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ

วัตถุและวิธีการ (Materials and Methods)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถภาพแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพและความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรง การวิจัยดำเนินการ ณ คลินิกโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 ถึงกันยายน พ.ศ. 2566 โดยใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เกณฑ์การคัดเข้าโครงการวิจัย ประกอบด้วย ผู้ป่วยอายุ 18-65 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์สาขาตจวิทยาว่าเป็นโรคสะเก็ดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรง สามารถสื่อสารภาษาไทยและยินยอมเข้าร่วม เกณฑ์การคัดออกจากโครงการวิจัย ได้แก่ การเข้าร่วมโครงการวิจัยอื่นในช่วงเวลาเดียวกัน ภาวะจิตเวชรุนแรงหรือโรคระบบประสาท และโรคผิวหนังอื่นที่รบกวนการประเมิน (เชื้อรา ผื่นแพ้ผิวหนัง) ส่วนเกณฑ์ยุติการศึกษา ได้แก่ การขาดการเข้าร่วมกิจกรรมเกิน 1 ครั้ง การขอยุติการเข้าร่วมด้วยตนเอง สำหรับขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยโปรแกรม n4Studies ตามแนวทางของ Cohen (1988) โดยใช้การทดสอบแบบจับคู่ (paired t-test) กำหนดขนาดของผลมาตรฐาน (dz) = 0.25 ระดับนัยสำคัญ (α = 0.05) และกำลังการทดสอบ (power = 0.80) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 132 ราย และเพื่อเผื่อการขาดหายประมาณร้อยละ 10 จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายเป็น 145 ราย[6-7] โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถภาพแห่งตนพัฒนาจากทฤษฎีของ Bandura ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การเรียนรู้จากแบบอย่าง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น โปรแกรมดำเนินการต่อเนื่องเป็นเวลา 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ (1) การให้ความรู้กลุ่มย่อย (สัปดาห์ที่ 1-3) เน้นความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเอง (2) การอภิปรายกลุ่ม (สัปดาห์ที่ 4-8) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ฝึกทักษะการดูแลตนเอง และสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม (3) การติดตามเยี่ยมบ้าน (สัปดาห์ที่ 9-12) เพื่อเสริมแรงและกระตุ้นให้เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย (1) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถภาพแห่งตน (Bandura' concept) 5 ด้าน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์สาขาตจวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ ทดลองกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.91 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 (2) โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์สาขาตจวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพโดยประเมินความครบถ้วน ความเหมาะสม และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโปรแกรม ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.89

การประเมินความรุนแรงของโรคใช้ Body Surface Area (BSA) โดยแบ่งระดับความรุนแรงน้อย < 10% (mild) ระดับความรุนแรงปานกลาง 10–30% (moderate) และระดับความรุนแรงมาก > 30% (severe) แพทย์สาขาตจวิทยาคนเดิมเป็นผู้ประเมินเพื่อความคงที่ของการวัด การเก็บข้อมูลก่อนเริ่มโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 0) และหลังจบโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 13) ข้อมูลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ ใช้ paired t-test สำหรับเปรียบเทียบตัวแปรเชิงปริมาณ (พฤติกรรมสุขภาพ และ BSA) และใช้ Stuart-Maxwell test สำหรับตัวแปรเชิงจัดประเภท (ระดับความรุนแรงของโรค) งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง (เลขที่อนุมัติ: 004/2566) รับรองเมื่อวันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2565

ผล (Result)

ผลพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินจำนวน 145 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 80 ราย (ร้อยละ 55.17) และเพศหญิงจำนวน 65 ราย (ร้อยละ 44.83) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสจำนวน 94 ราย (ร้อยละ 64.83) มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 91 ราย (ร้อยละ 62.60) และนับถือศาสนาพุทธจำนวน 124 ราย (ร้อยละ 85.50) ด้านอาชีพพบว่า มีผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมจำนวน 44 ราย (ร้อยละ 30.30) เมื่อพิจารณาด้านสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 74 ราย (ร้อยละ 51.03) และมีโรคร่วมเพียง 71 ราย (ร้อยละ 48.97) สำหรับระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 112 ราย (ร้อยละ 77.24) และมีเพียง 33 ราย (ร้อยละ 22.76) ที่อยู่ในระดับรุนแรง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 145)

รายการ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ (%)
เพศ		
- ชาย	80	55.17
- หญิง	65	44.83
สถานภาพสมรส		
- สมรส	94	64.83
- อื่น ๆ (โสด/หย่า/หม้าย)	51	35.17
ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษา	91	62.6
- มัธยมศึกษาขึ้นไป	54	37.4
ศาสนา		
- พุทธ	124	85.5
- อื่น ๆ (อิสลาม/คริสต์ ฯลฯ)	21	14.5
อาชีพ		
- เกษตรกรรม	44	30.3
- อื่น ๆ (ค้าขาย/รับจ้าง/อื่น ๆ)	101	69.7
โรคประจำตัว		
- ไม่มีโรคประจำตัว	74	51.03
- มีโรคร่วม	71	48.97
ระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน		
- ปานกลาง	112	77.24
- รุนแรง	33	22.76

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยเฉพาะการรับประทานอาหารรสจืด ซึ่งมีการเพิ่มสูงสุดจากร้อยละ 22.0 เป็นร้อยละ 97.7 (เพิ่มขึ้น 75.7%, $p = .0021$) นอกจากนี้ การใช้ยาตามแผนการรักษาเพิ่มขึ้นจาก

ร้อยละ 85.5 เป็นร้อยละ 95.9 (เพิ่มขึ้น 10.4%, p = .0008) และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมลดลง ได้แก่ การสูบบุหรี่จากร้อยละ 20.7 เหลือร้อยละ 15.2 (ลดลง 5.5%, p = .0012) และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากร้อยละ 18.3 เหลือร้อยละ 14.8 (ลดลง 3.5%, p = .0043) ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 145)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนรับโปรแกรม (Mean ± SD)	หลังรับโปรแกรม (Mean ± SD)	ความแตกต่าง	p-value
การสูบบุหรี่	20.7 ± 4.5	15.2 ± 3.9	-5.5 (-6.8, 4.2)	.0012*
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	18.3 ± 4.2	14.8 ± 3.7	-3.5 (-4.6, -2.3)	.0043*
การรับประทานอาหารรสจืด	22.0 ± 5.1	97.7 ± 6.2	+75.7 (73.9, 77.5)	.0021*
การใช้ยาตามแผนการรักษา	85.5 ± 6.4	95.9 ± 5.7	+10.4 (9.2, 11.6)	.0008*

*Paired t-test, p-value < .05

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถภาพแห่งตนในแต่ละด้านพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ใน 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้จากแบบอย่าง (p < .0001), การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (p < .0001), การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (p < .0001) และพฤติกรรมสุขภาพที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น (p < .0001) ยกเว้นด้านการรับรู้ความสามารถตนเองซึ่งไม่เปลี่ยนแปลง (3.71 คะแนนทั้งก่อนและหลัง, p = .6530) ดังนั้นโปรแกรมสามารถช่วยเสริมสร้างการรับรู้สมรรถภาพแห่งตนในกลุ่มตัวอย่างได้ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถภาพแห่งตนในแต่ละด้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 145)

ตัวแปร (รายด้าน)	ก่อนโปรแกรม (Mean ± SD)	หลังโปรแกรม (Mean ± SD)	ความแตกต่าง	p-value
ความรู้จากแบบอย่าง	3.89 ± 0.87	4.11 ± 0.70	0.22 (0.15, 0.29)	< .0001*
การรับรู้ความสามารถตนเอง	3.71 ± 0.60	3.71 ± 0.65	0.00 (-0.08, 0.08)	.6530
การรับรู้แบบแผนความเชื่อสุขภาพ	3.44 ± 0.65	3.60 ± 0.64	0.16 (0.08, 0.24)	< .0001*
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	3.42 ± 0.61	3.48 ± 0.59	0.06 (0.01, 0.11)	< .0001*
พฤติกรรมสุขภาพจากปัจจัยกระตุ้น	3.08 ± 0.41	3.28 ± 0.40	0.20 (0.15, 0.25)	< .0001*

*Paired t-test, p-value < .05

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพื้นที่รอยโรค (BSA) และระดับความรุนแรงของโรคพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ย BSA ลดลงจากร้อยละ 22.58 ± 7.12 เหลือร้อยละ 12.49 ± 5.76 ค่าความแตกต่างเฉลี่ย −10.09 (p < .0001) แสดงถึงการลดลงของพื้นที่รอยโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ระดับความรุนแรงของโรคมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยผู้ป่วยในระดับ mild เพิ่มขึ้นเป็น 60.7% ในขณะที่ moderate ลดลงจาก 77.2% เป็น 34.5% และ severe ลดลงจาก 22.8% เหลือ 4.8% ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการลดความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพื้นที่รอยโรค (BSA) และระดับความรุนแรงของโรค ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถภาพแห่งตน (n = 145)

ตัวแปร	ก่อนโปรแกรม	หลังโปรแกรม	ความแตกต่าง	p-value
ค่าเฉลี่ย BSA (%), Mean ± SD	22.58 ± 7.12	12.49 ± 5.76	−10.09 (−11.82, −8.36)	< .0001*
ระดับความรุนแรงของโรค, n, %				
Mild	0 (0.0%)	88 (60.7%)	+60.7%	< .0001**
Moderate	112 (77.2%)	50 (34.5%)	−42.7%	< .0001**
Severe	33 (22.8%)	7 (4.8%)	−18.0%	< .0001**

*Paired t-test, **Stuart–Maxwell test, p-value < .05

วิจารณ์ (Discussion)

ในบริบทของคลินิกโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง โปรแกรมนี้สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากระบบการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลมีความต่อเนื่องและเป็นแบบองค์รวม โดยทีมสหวิชาชีพให้คำปรึกษาและติดตามอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยจึงได้รับทั้งความรู้ความเข้าใจ และแรงเสริมเชิงบวกในทุกขั้นตอนของการรักษา ทำให้เกิดความเชื่อมั่นและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ บรรยากาศของคลินิกที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ช่วยให้เกิดการเรียนรู้จากแบบอย่างจริง (vicarious experience) และการสนับสนุนซึ่งกันและกันในกลุ่ม (peer support) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Barlow และคณะ ที่อธิบายว่าการจัดการตนเอง (self-management) และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรผสมผสานการให้ความรู้ ทักษะการเผชิญปัญหา และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเอง[8] และยังสอดคล้องกับ Lorig และ Holman ที่เน้นว่าการพัฒนา self-management education ที่สามารถเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพและลดภาวะโรคได้ในระยะยาว[5]

นอกจากนี้ การที่โรงพยาบาลมีระบบติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการเยี่ยมบ้านเพื่อเสริมแรงและให้กำลังใจ ยังช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระยะยาว จึงสะท้อนให้เห็นว่า ความสำเร็จของโปรแกรมไม่ได้เกิดจากเนื้อหาเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการผสานระหว่างกระบวนการจัดการผู้ป่วยเชิงระบบที่เข้มแข็ง ทีมสหวิชาชีพที่เอาใจใส่ และความร่วมมือของผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่แท้จริงและยั่งยืนในบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ

ผลลัพธ์ทางคลินิก ตามระดับความรุนแรงของโรคพบว่า ค่าเฉลี่ยพื้นที่รอยโรค (Body Surface Area; BSA) ลดลงจากร้อยละ 22.58 เหลือร้อยละ 12.49 (p < .0001) เมื่อแบ่งความรุนแรงของโรคพบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในระดับ severe ลดลงจากร้อยละ 22.8 เหลือร้อยละ 4.8 ส่วนระดับ moderate ลดลงจากร้อยละ 77.2 เหลือร้อยละ 34.5 ซึ่งผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนความรุนแรงได้เป็นระดับ mild ร้อยละ 60.7 ซึ่งกลไกที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกิดจากการเรียนรู้จากแบบอย่าง (vicarious experience) ร่วมกับการอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การฝึกทักษะการดูแลตนเอง และการสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง จนนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการทบทวนของ Larsen และคณะ ซึ่งรายงานว่าการให้ความรู้ผู้ป่วยและการเสริมสร้าง self-efficacy มีแนวโน้มช่วยลดความรุนแรงของโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิต ถึงแม้หลักฐานการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินยังมีจำกัด[9]

ด้านพฤติกรรมสุขภาพพบว่า การปรับเปลี่ยนที่ชัดเจน เช่น การรับประทานอาหารรสจืดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.0 เป็นร้อยละ 97.7 การสูบบุหรี่ลดลงจากร้อยละ 20.7 เหลือร้อยละ 15.2 การดื่มแอลกอฮอล์ลดลงจากร้อยละ 18.3 เหลือร้อยละ 14.8 และการใช้ยาตามแผนการรักษาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.5

เป็นร้อยละ 95.9 ซึ่งผลการศึกษานี้พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถภาพแห่งตนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าผู้ป่วยมีการรับประทานอาหารรสจืดเพิ่มขึ้นร้อยละ 75.7 การเลือกรับประทานอาหารรสจืดช่วยลดการอักเสบและภาระต่อระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Garbicz J และคณะที่รายงานว่าอาหารที่มีคุณสมบัติต้านการอักเสบสามารถลดระดับ cytokines ที่เกี่ยวข้องกับโรคสะเก็ดเงินได้ และ Wang Q และคณะ ที่แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารรสจัดและแปรรูปเพื่อควบคุมภาวะอักเสบในผู้ป่วยสะเก็ดเงิน[10-11] การใช้ยาสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.4 การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงร้อยละ 5.5 และ 3.5 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Larsen และคณะที่ระบุว่าการเสริมสร้าง self-efficacy ผ่านการสนับสนุนทางสังคม การใช้พฤติกรรมแบบอย่าง และการให้ประสบการณ์ความสำเร็จ สามารถกระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ[9]

การรับรู้สมรรถภาพแห่งตนพบว่า มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกด้าน ($p < .0001$) ยกเว้นด้านการรับรู้ความสามารถตนเองที่พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (เฉลี่ย 3.71, $p = .6530$) มีค่าที่สูงตั้งแต่ก่อนเริ่มโปรแกรม เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเก่าได้รับบริการภายใต้บริบทสิ่งแวดล้อมที่จัดขึ้นในคลินิกสะเก็ดเงินของโรงพยาบาล และบุคลากรทีมคลินิกที่เชี่ยวชาญเฉพาะ ซึ่งได้พัฒนางานด้านระบบการนัดหมายเหลื่อมเวลาที่สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของโรคมีการให้ความรู้เรื่องปัจจัยกระตุ้น และการเสริมพลังเชิงบวกอย่างสม่ำเสมอ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาแบบ randomized controlled trial ของ Tian และคณะ พบว่าการปรับพฤติกรรมร่วมกับการให้ความรู้ตาม Health Belief Model สามารถเพิ่ม self-efficacy และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยได้จริงอย่างมีนัยสำคัญ[12]

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ยังสนับสนุนข้อเสนอขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) ที่เน้นการใช้ self-care และการเสริมสร้าง self-efficacy เป็นกลไกสำคัญในการลดภาวะโรคเรื้อรังในระดับระบบสุขภาพ[13] อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบ one-group pretest–posttest design จึงอาจมีข้อจำกัดให้ไม่สามารถนำมาสรุปเชิงสาเหตุได้แน่ชัด รวมทั้งไม่ได้ควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนภายนอกได้ทั้งหมด จึงควรมีการศึกษาซ้ำในรูปแบบ randomized controlled trials (RCT) พร้อมการติดตามผลระยะยาว เพื่อยืนยันผลลัพธ์และความสามารถในการประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น ๆ ได้ต่อไป

สรุป (Conclusion)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถภาพแห่งตนสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น ทั้งการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการเพิ่มการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบการเปลี่ยนแปลงเชิงคลินิกที่มีนัยสำคัญ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยพื้นที่รอยโรค (BSA) ลดลง และผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคลดลง สะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการส่งเสริมสมรรถภาพแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินอย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคผิวหนังเรื้อรัง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ เพื่อช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถภาพแห่งตนในผู้ป่วยโรคผิวหนังเรื้อรังอื่น ๆ (ตุ่มน้ำพองใส ด่างขาว) ที่มีลักษณะการดูแลระยะยาว โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงนริศรา งามขจรวิวัฒน์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาตจวิทยา กลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ และทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, Barker JNWN. Psoriasis. Lancet 2021;397(10281):1301-15.
2. Ministry of Public Health, Department of Disease Control. Annual Epidemiological Surveillance Report 2020. Nonthaburi: Bureau of Epidemiology; 2021.
3. Takeshita J, Grewal S, Langan SM, Mehta NN, Ogdie A, Van Voorhees AS, et al. Psoriasis and comorbid diseases: epidemiology. J Am Acad Dermatol 2017;76(3):377-90.
4. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman; 1997.
5. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med 2003;26(1):1-7.
6. Ngamjarus C. Sample size calculation for health science research. 1st ed. Khon Kaen: Khon Kaen University Printing House; 2021.
7. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
8. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. Patient Educ Couns 2002;48(2):177-87.
9. Larsen MH, Hagen KB, Krogstad AL, Aas E, Wahl AK. Limited evidence of the effects of patient education and self-management interventions in psoriasis patients: a systematic review. Patient Educ Couns 2014;94(2):158-69.
10. Garbicz J, Całyniuk B, Górski M, Buczkowska M, Piecuch M, Kulik A, et al. Nutritional therapy in persons suffering from psoriasis. Nutrients 2021;14(1):119.
11. Wang Q, Wang J, Sun X, Liu L, Zhang M, Yu Y, et al. Evidence-based dietary recommendations for patients with psoriasis: A systematic review. Clin Nutr 2025;47:68-82.
12. Tian L, Weng Y, Xu A, Chen Y, Tang J. Effect of behavior modification combined with health belief model education on adherence to skin moisturizing care in patients with psoriasis vulgaris. Sci Rep 2024;14(1):31997.
13. World Health Organization. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being. Geneva: WHO; 2020.