

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคเหา ก่อนและหลังรับการรักษา

ปรีชญา จามเชิดตระกูล พ.บ.*, สมร แยมประทุม พ.บ.*, จักรพันธ์ ศรีบริรักษ์ พ.บ.*, ญัฐพล อันนันนงค์ พ.บ.**

* สาขากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัด ชลบุรี 20131

** สาขาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลสมิติเวชศรีราชา ตำบลสุรศักดิ์ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี 20110.

Abstract: Quality of Life among Children with Head Lice; Before and After Treatment

Ngamcherdtrakul P*, Yampratoom R*, Siriboriruk J*, Annanon N**

* Division of Pediatrics, Faculty of Medicine, Burapha University, Saensuk, Mueang Chon Buri, Chon Buri, 20131

** Division of Medicine, Samitivej Sriracha Hospital, Surasak, Siracha, Chonburi, 20110

(Email: bngamcherd@gmail.com)

(Received: January 14, 2019; Revised: May 15, 2019; Accepted: June 20, 2019)

Background: Pediculosis capitis is a common contagious disease in children. Patients have itchy scalps and in turn experience embarrassment. Treatment involves multiple steps and typically takes time. Despite its significance, the data on pediatric patients' quality of life (QoL) affected by head lice is minimal. **Objective:** To study QoL among children with head lice and compare the children's QoL before and after treatment. **Method:** Grade 1 to grade 9 students at a school in Chonburi have been examined for head lice and treated with 1% permethrin lotion. Fifty children answered the Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) questionnaire before and after treatment. The questionnaire consisted of 10 items with a total score of 30. The higher score implicates poorer QoL. CDLQI scores were compared between before and two weeks after treatment. **Results:** The CDLQI scores of 50 students with head lice range from 0-23. Eight percent of students have extremely large effect on QoL. Average CDLQI score of all head lice students had small impact on QoL. The mean CDLQI score before and after treatment is 5.00 and 3.16. After treatment, the CDLQI score improved by 1.84 points (95% CI: 0.19, 3.49, $p = 0.029$). The "itchy, scratchy, sore or painful" was the item most affected by students with head lice. The QoL items that improved after treatment are "embarrassed or self conscious, upset or sad" and "skin problem affects school work". Subjects with statistically significant improvement of QoL are the non-active infestation group and the adolescents (12-15 years of age). **Conclusions:** Head lice slightly worsened the QoL. Lice treatment improves an overall QoL, school work, and diminishes the patient's embarrassment especially in the non-active infestation group and adolescents (active and non-active infestation group).

Keywords: Pediculosis capitis, Quality of life, Children Dermatology Life Quality Index

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: โรคเหาเป็นโรคติดต่อที่พบได้บ่อยในเด็ก ผู้ป่วยจะมีอาการคัน เหา เกิดความรู้สึกอับอาย ต้องเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันการติดต่อสู่ผู้อื่น มีขั้นตอนและระยะเวลารักษายาวนาน ข้อมูลเรื่องผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคเหามีอยู่น้อย **วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กที่เป็นโรคเหา และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังรับการรักษา **วิธีการ:** เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรีได้รับการตรวจค้นหาเหาและรักษาด้วยยา 1% permethrin lotion เด็กจำนวน 50 คนตอบแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตโรคผิวหนังในเด็กก่อนและหลังรักษา แบบสอบถามประกอบด้วย 10 คำถาม 30 คะแนน คะแนนมากหมายถึงคุณภาพชีวิตไม่ดี ศึกษาและเปรียบเทียบผลคุณภาพชีวิตเด็กที่เป็นโรคเหาก่อนและหลังจากรักษา 2 สัปดาห์ **ผล:** เด็กที่เป็นหามีช่วงคะแนนคุณภาพชีวิต 0-23 คะแนน เด็กจำนวนร้อยละ 8 ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยของเด็กนักเรียนทั้งหมดที่เป็นเหามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับด้อยลงเล็กน้อย คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังรักษา คือ 5.00 และ 3.16 คะแนน หลังรักษามีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตดีขึ้น 1.84 คะแนน (95% CI: 0.19, 3.49, $p = 0.029$) คำถามที่มีจำนวนผู้ป่วยได้รับผลกระทบมากที่สุด คือ เรื่องอาการคัน

อยากเกา แสบ หรือเจ็บปวดที่ผิวหนัง คำถามที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังรักษาได้แก่ 1) ความรู้สึกอับอายหรือรำคาญ กระวนกระวาย หงุดหงิด เสร้า 2) การดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันช่วงไปโรงเรียน ผลกระทบต่อการเรียน โดยกลุ่มนักเรียนที่พบว่ามีความคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังรักษาเหา คือ กลุ่มที่ตรวจไม่พบตัวเหาหลังรักษา และกลุ่มช่วงอายุวัยรุ่น 12 – 15 ปี **สรุป:** โรคเหาส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้อยลงเล็กน้อย การรักษาเหาทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยในภาพรวมดีขึ้น ช่วยลดความรู้สึกอับอาย และส่งผลดีต่อการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันช่วงไปโรงเรียน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบตัวเหาหลังรักษา และกลุ่มวัยรุ่น

คำสำคัญ: โรคเหา คุณภาพชีวิต การวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนังในเด็ก

บทนำ

โรคเหาเป็นโรคติดต่อเชื้อปรสิตภายนอกที่พบบ่อย โดยเฉพาะวัยเด็ก อาศัยในชุมชนแออัด สถานะยากจน อย่างไรก็ตามโรคเหาสามารถเป็นได้กับทุกคน ทุกเพศวัย ทั้งยากจน ร่ำรวย มีสุขอนามัยแข็งแรง¹⁻⁵ ผู้เป็นเหาพบได้ทั่วโลก มีรายงานความชุก 0.7–61% แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่⁴⁻⁶ สำหรับประเทศไทยโรคเหาเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหา

ทางสาธารณสุข พบการเกิดโรคจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง มีการรายงานความชุกของเหาเมื่อ ค.ศ. 1988 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 57.7% ภาคใต้ 52.3% ภาคกลาง 44.1% ภาคเหนือ 36%⁷ ค.ศ. 2009 ที่ชายแดนไทย-พม่า จังหวัดราชบุรี พบความชุก 84.3 - 88.4%⁸ ใน ค.ศ. 2012 เด็กนักเรียนโรงเรียนฝั่งตะวันออกของกรุงเทพมหานคร 12.6 - 29.7%⁹ ค.ศ. 2016 เด็กนักเรียนจังหวัดเชียงรายพบความชุก 15.1%¹⁰

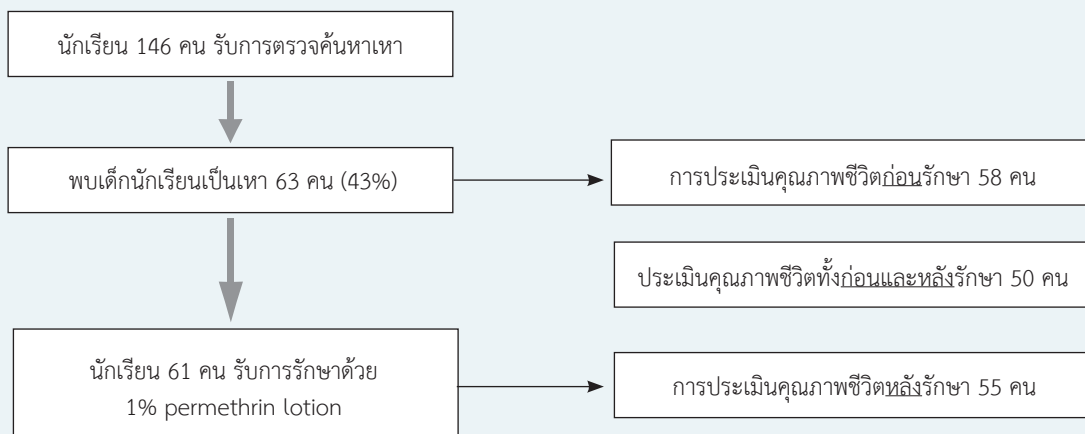
ผู้ป่วยโรคเหาจะมีอาการคัน การเกาทำให้หนังศีรษะเกิดแผลและอาจมีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนเป็นฝีหนอง ตัวเหาและไข่เหาสามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกังวล อับอาย และถูกแยกออกจากกลุ่มสังคมเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค เด็กนักเรียนบางคนได้รับการรักษาด้วยวิธีโกนผม หรือถูกสั่งให้หยุดเรียน ทำให้เกิดความอับอายมากยิ่งขึ้น¹⁻² ผู้เป็นโรคเหาต้องหลีกเลี่ยงกิจกรรมบางชนิดที่ทำให้โรคติดต่อสู่ผู้อื่น หลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น หวี กิ๊บติดผม ที่คาดผม หูฟัง หมวก หมวกกันน็อก ต้องเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลศีรษะหลายขั้นตอน การหมักยาก็ำจัดเหา การใช้หวีเสนียดสางเหา และไข่เหา โรคเหาใช้ระยะเวลารักษานาน เป็นซ้ำใหม่ได้ง่าย การป้องกันและรักษาต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วย ผู้ปกครองและคนรอบข้างเพื่อช่วยให้การรักษาในผู้ป่วยเด็กมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โรคเหาจึงมีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจและการดำรงชีวิตประจำวันของเด็กและอาจส่งผลกระทบต่อบุคลิกนิสัยระยะยาวด้วย¹¹ ผู้เป็นโรคเหามักได้รับการดูแลรักษาจากผู้ปกครอง ไม่มาพบแพทย์ บางส่วนไม่รักษา การกำจัดเหาที่ไม่มีประสิทธิภาพทำให้อาการของโรคเรื้อรังต่อเนื่องส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย การรักษาโรคเหาจึงน่าจะช่วยให้ผู้เป็นเหามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

รูปแบบการศึกษาเป็น Retrospective study เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเหา ประเมินคุณภาพชีวิตและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังรักษาโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคผิวหนังในเด็ก¹²⁻¹³ เก็บข้อมูลย้อนหลังจากโครงการรักษาเหาในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่โรงเรียนสหศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2559 ขั้นตอนการดำเนินโครงการรักษาเหาประกอบด้วย

- ตรวจค้นหาผู้เป็นโรคเหา โดยผู้ปกครองเป็นผู้ตรวจหาตัวเหาและครูช่วยตรวจดูให้อีกครั้ง¹⁴⁻¹⁵
 - เด็กที่พบว่า เป็นโรคเหาจะได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตโดยให้ตอบแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต
 - ให้การรักษาแก่ผู้เป็นเหา ด้วยยา 1% permethrin lotion ขโหมบนผมที่เปียก 2 ครั้ง ห่างกัน 10 วัน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครู
 - หลังสิ้นสุดการรักษา 2 สัปดาห์ เด็กที่ได้รับการรักษาเหาตอบแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิต และตรวจค้นหาเหา โดยใช้หวีเสนียดสางผมแห้ง (dry combing method) และสางผมที่เปียก (wet combing method)¹⁶ เพื่อให้ยารักษาต่อเนื่องในกลุ่มที่ยังพบตัวเหา
 - ข้อมูลจากผู้ที่ได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตทั้งก่อนและหลังรักษาจะถูกนำมาศึกษา
 - ผู้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคผิวหนังในเด็ก และแบบบันทึกผลการดำเนินโครงการรักษาเหา
- ชุดข้อมูลแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตที่ไม่สมบูรณ์ ได้แก่ ตอบแบบสอบถามไม่ครบ ≥ 2 ข้อ จะถูกคัดออก การศึกษานี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แผนภูมิที่ 1 การดำเนินโครงการรักษาโรคเหาในเด็กนักเรียน ที่โรงเรียนแห่งหนึ่งจังหวัดชลบุรี



การวัดคุณภาพชีวิตเด็กที่เป็นโรคเหา ใช้แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนังในเด็ก Children Dermatology Life Quality Index (CDLQI) สำหรับเด็กอายุ 4-16 ปี ซึ่งใช้กันแพร่หลายทั่วโลก มีการแปลเป็นหลายภาษา สำหรับฉบับแปลภาษาไทย มีข้อมูลศึกษาถึงการนำมาใช้ในเด็กไทยพบว่ามีความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) สูง ค่าการทดสอบความตรงอยู่ในระดับมากทางสถิติ ($p < 0.001$) และความเที่ยงสูง โดยค่าความสัมพันธ์ของการประเมินซ้ำมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันและอยู่ในระดับดีมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า Spearman rank correlation coefficient: r_s 0.94 ($p < 0.001$)¹² แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ คะแนนข้อละ 0-3 คะแนน ดังตารางที่ 2 คะแนนสูงสุด 30 คะแนน คะแนนมาก หมายถึงคุณภาพชีวิตไม่ดี นักเรียน

ที่เป็นชาวต่างดาวหรือเด็กเล็กที่ยังอ่านหนังสือไม่คล่อง ครูจะเป็นผู้อ่านคำถามให้เด็กตอบ

การสรุปผลคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคผิวหนังใช้ผลคะแนนรวมจากแบบสอบถาม แปลผลเป็นระดับการได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต 5 ระดับ คือ ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (1 คะแนน) มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเล็กน้อย (2-6 คะแนน) ปานกลาง (7-12 คะแนน) มาก (13-18 คะแนน) มากที่สุด (19-30 คะแนน) และบอกผลคุณภาพชีวิต 6 ด้าน แต่ละด้านประกอบด้วยคะแนนรวมของข้อคำถามที่เกี่ยวข้อง¹³ ได้แก่ ด้านอาการและความรู้สึกประกอบด้วยคำถามข้อ 1 และ 2 ด้านกิจกรรมยามว่างคือคำถามข้อ 4, 5 และ 6 ด้านกิจกรรมชีวิตประจำวันช่วงที่ไปโรงเรียนและไม่ไปโรงเรียนคือคำถามข้อ 7

ด้านความสัมพันธ์ส่วนบุคคลคือคำถามข้อ 3 และ 8 ด้านการนอนหลับคือคำถามข้อ 9 ด้านการรักษาคือคำถามข้อ 10

วิเคราะห์ข้อมูล

- จำนวน ร้อยละ ระดับคะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ย (mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ช่วงคะแนนต่ำสุดและสูงสุด (range) คะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน แสดงผลเป็นคะแนน และร้อยละ คำนวณจากคะแนนรวมของคุณภาพชีวิตในด้านนั้น
- เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเหา ก่อนรักษาและหลังรักษา 2 สัปดาห์ ด้วยสถิติ paired t-test
- ศึกษาผลการรักษาเหาด้วยค่าร้อยละของจำนวนนักเรียนที่ไม่พบตัวเหาหลังรักษา (non-active infestation) ระหว่างกลุ่มที่ใช้น้ำหมัก 1 ครั้ง กับกลุ่มที่ใช้น้ำหมัก 2 ครั้ง ด้วยสถิติ Z-test for proportion difference
- กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($\alpha=0.05$)

wa

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นนักเรียนโรงเรียนแห่งหนึ่งใน จ.ชลบุรี จำนวน 146 คน อายุอยู่ระหว่าง 6-15 ปี ศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 3 เป็นเพศชาย 74 คน เพศหญิง 72 คน ตรวจพบผู้เป็นโรคเหาจำนวน 63 คน (43%) โดยเป็นเพศหญิงทั้งหมด แบ่งเป็นเด็กวัยเรียนอายุ 6-11 ปี จำนวน 34 คน (54%) เด็กวัยรุ่นอายุ 12-15 ปี จำนวน 29 คน (46%) เป็นนักเรียนเชื้อชาติไทย 49 คน (77.8%) ต่างดาว 14 คน (22.2%) มีประวัติเคยเป็นเหามาก่อน 62 คน (98.3%) มีคนในครอบครัวเป็นเหาร่วมด้วย 34 คน (54.2%) รายได้ครอบครัวโดยเฉลี่ย 11,315.8 บาท/เดือน จำนวนเด็กที่สระผมบ่อยกว่า

2 ครั้ง/สัปดาห์ 62 คน (98.3%) สระผม 1 ครั้ง/สัปดาห์ 1 คน (1.7%) ไม่มีผู้ใดมีประวัติแพ้ตอกเบญจมาศหรือแพ้ยา 1% permethrin lotion ที่ใช้รักษาเหา

ในจำนวนผู้เข้ารับการรักษเหาทั้งหมด 61 คน นักเรียนที่หมักยา 2 ครั้ง มีจำนวน 44 คน หมักยา 1 ครั้ง จำนวน 17 คน ภายหลังรักษา 2 สัปดาห์ มีนักเรียนมารับการตรวจติดตามประเมินผลการรักษาจำนวน 55 คน การตรวจค้นหาตัวเหาหลังรักษาพบว่านักเรียนที่ใช้น้ำหมัก 2 ครั้ง ตรวจไม่พบตัวเหา 38 คน จาก 42 คน (90.5%) และนักเรียนที่ใช้น้ำหมักเพียง 1 ครั้ง ตรวจไม่พบตัวเหา 9 คน จาก 13 คน (69.2%) โดยสรุปนักเรียนทั้งหมดที่ได้รับการรักษาเหาและมาตรวจประเมินผลการรักษา พบว่าตรวจไม่พบตัวเหา 47 คน จาก 55 คน (85.5%) เมื่อเปรียบเทียบผลการรักษา ผู้ที่ตรวจไม่พบตัวเหาระหว่างกลุ่มที่ใช้น้ำหมัก 2 ครั้ง และ 1 ครั้ง พบว่าผู้ที่ใช้น้ำหมัก 2 ครั้ง มีผลการตรวจไม่พบตัวเหา (non-active infestation) มากกว่ากลุ่มที่ใช้น้ำหมัก 1 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Proportion difference = 0.213, Z=2.06, p-value = 0.039)

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเด็กโรคเหา จากกลุ่มตัวอย่างเด็กนักเรียนโรคเหาจำนวน 63 คน มีนักเรียนบางคนไม่ได้ตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั้งก่อนรักษา หรือหลังรักษา มีผู้ร่วมตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั้งก่อนและหลังรักษาจำนวน 50 คน พบว่าก่อนรับการรักษาคะแนนคุณภาพชีวิตของเด็กที่เป็นเหามีช่วงคะแนน 0 - 23 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต 5.0 คะแนน นักเรียนส่วนมาก 44% ได้รับผลกระทบต่คุณภาพชีวิตในระดับเล็กน้อย 8% ได้รับผลกระทบต่คุณภาพชีวิตในระดับมากที่สุด หลังรับการรักษามีช่วงคะแนนคุณภาพชีวิต 0 - 20 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต 3.16 คะแนน นักเรียนส่วนมาก 48% ไม่ได้รับผลกระทบต่คุณภาพชีวิต (ตารางที่ 1)

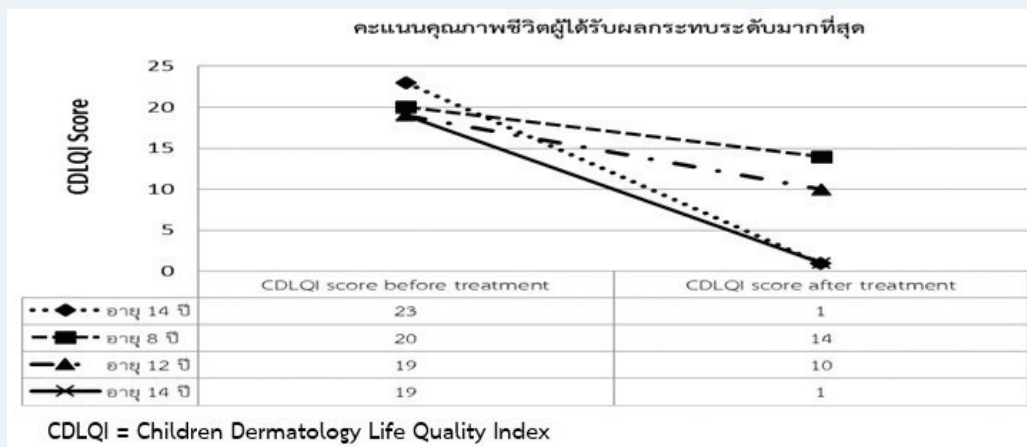
ตารางที่ 1 จำนวนผู้เป็นโรคเหาและระดับผลกระทบต่คุณภาพชีวิต (n=50)

ระดับผลกระทบคุณภาพชีวิต (คะแนนจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิต)		ก่อนรับการรักษา		หลังรับการรักษา	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีผลกระทบ	(1 คะแนน)	17	34	24	48
เล็กน้อย	(2-6 คะแนน)	22	44	16	32
ปานกลาง	(7-12 คะแนน)	5	10	8	16
มาก	(13-18 คะแนน)	2	4	2	4
มากที่สุด	(19-30 คะแนน)	4	8	0	0
ช่วงคะแนน		0-23		0-20	
คะแนนเฉลี่ย (S.D.)		5.00 (5.61)		3.16 (3.93)	
Median		4		2	

คุณภาพชีวิตของเด็กที่เป็นเหาแต่ละคนมีความแตกต่างกันหลายระดับ มีทั้งไม่ได้รับผลกระทบต่คุณภาพชีวิตเลย และคุณภาพชีวิตลดลงในระดับมากที่สุด โดยพบว่าเด็กจำนวน 8% หรือ 4 คนจาก 50 คน มีคุณภาพชีวิต

ลดลงในระดับมากที่สุด (19-30 คะแนน) เป็นเด็กอายุ 8 ปี 12 ปี และ 14 ปี โดยหลังรักษามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แสดงจากคะแนนผลกระทบต่คุณภาพชีวิตที่น้อยลง (แผนภูมิที่ 2)

แผนภูมิที่ 2 ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบในระดับมากที่สุดก่อนและหลังรักษา (n=4)



เมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของเด็กที่เป็นโรคหากลามในข้อคำถามต่างๆ 10 ข้อ ดังตารางที่ 2 พบว่าเด็กนักเรียนที่เป็นหากลามคุณภาพชีวิตลดลงมากที่สุดข้อคำถามที่ 1 เรื่องอาการคัน อยากรู้อาการ แสบ หรือเจ็บปวดที่ผิวหนัง ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.02 หัวข้อที่ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลงในอันดับถัดมาคือหัวข้อเรื่องความรู้สึกอับอาย หรือ รำคาญ กระวนกระวาย หงุดหงิด เศร้า และการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันช่วงไปและไม่ได้ไปโรงเรียน ส่วนหัวข้อที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้เป็นหาน้อยที่สุดได้แก่ หัวข้อการต้องเปลี่ยนหรือใส่ เสื้อผ้า/รองเท้า ลักษณะพิเศษหรือแตกต่างจากเดิม ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 0.28 ค่าที่สูงสุดในข้อคำถามทั้งหมด

เมื่อเปรียบเทียบผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตแต่ละข้อระหว่างก่อนและหลังรักษา พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประเด็นที่ภายหลังรักษาแตกต่างจากก่อนรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ ประเด็นคำถามข้อที่ 2 ความรู้สึกอับอายหรือรำคาญ กระวนกระวาย หงุดหงิด เศร้า คะแนนเฉลี่ยก่อนรักษา 0.66 และคะแนนเฉลี่ยหลังรักษา 0.34 ($p=0.025$) และประเด็นคำถามข้อที่ 7 เรื่องการดำเนินกิจกรรมประจำวันช่วงไปโรงเรียนเกี่ยวกับผลกระทบต่อการศึกษา คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังรักษาเท่ากับ 0.50 และ 0.24 ($p=0.041$) และช่วงไม่ได้ไปโรงเรียนเกี่ยวกับผลรบกวนความสนุกสนานในช่วงวันหยุด คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังรักษาเท่ากับ 0.48 และ 0.2 ($p=0.007$) ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในประเด็นอาการคัน อยากรู้อาการ แสบ หรือเจ็บปวดที่ผิวหนัง ซึ่งมีคุณภาพชีวิตลดลงมากที่สุดข้อคำถามทั้งหมดนั้น พบว่าคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยภายหลังรักษาแตกต่างจากก่อนรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

เมื่อวิเคราะห์คุณภาพชีวิตในภาพรวมและแยกรายด้าน ดังตารางที่ 3 เปรียบเทียบร้อยละค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างด้านต่างๆ พบว่าคุณภาพชีวิตด้านที่ลดลงมากที่สุด คือ ด้านอาการและความรู้สึก ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 1.68 จากคะแนนเต็มหัวข้อนี้ 6 คะแนน หรือคิดเป็นร้อยละ 28 ของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านนี้ คุณภาพชีวิตด้านที่ลดลงถัดลงมา คือ ด้านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ส่วนคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ ผู้ป่วยได้รับผลกระทบน้อย ได้แก่ ด้านกิจกรรมยามว่าง ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล การนอนหลับ และการรักษา

เมื่อเปรียบเทียบผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในภาพรวมและแยกตามรายด้านระหว่างก่อนและหลังรักษา พบว่าคุณภาพชีวิตของเด็กนักเรียนภายหลังได้รับการรักษาแตกต่างจากก่อนรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ในส่วนของคะแนนรวมของคุณภาพชีวิต คะแนนเฉลี่ยก่อนรักษาและหลังรักษาเท่ากับ 5.0 และ 3.16 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยดีขึ้น 1.84 คะแนน (95% CI: 0.19, 3.49, $p=0.029$) และคุณภาพชีวิตด้านการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน คะแนนเฉลี่ยก่อนรักษาและหลังรักษาเท่ากับ 0.5 และ 0.24 คะแนนเฉลี่ยดีขึ้น 0.26 คะแนน (95% CI: 0.01, 0.51, $p=0.041$) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในด้านอื่นๆ ระหว่างก่อนและหลังการรักษาไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังการรักษา แยกตามข้อคำถาม (n=50)

ข้อคำถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคผิวหนัง	Mean CDQLI score ก่อนรักษา (S.D.)	Mean CDQLI score หลังรักษา (S.D.)	p-value
1. อาการคัน อยากรู้อาการ แสบ หรือเจ็บปวดที่ผิวหนัง	1.02 (0.82)	0.90 (0.86)	0.508
2. รู้สึกอับอาย หรือ รำคาญ กระวนกระวาย หงุดหงิด เศร้า	0.66 (0.82)	0.34 (0.69)	0.025*
3. ผลกระทบต่อมิตรภาพกับผู้อื่น	0.40 (0.61)	0.30 (0.58)	0.279
4. ต้องเปลี่ยนหรือใส่เสื้อผ้า/รองเท้า ลักษณะพิเศษหรือแตกต่างจากเดิม	0.28 (0.64)	0.18 (0.39)	0.255
5. ผลกระทบต่อการออกไปนอกบ้าน เล่น หรือทำงานอดิเรก	0.40 (0.81)	0.20 (0.40)	0.086
6. ต้องหลีกเลี่ยงการว่ายน้ำ หรือเล่นกีฬาชนิดอื่นๆ	0.42 (0.78)	0.22 (0.51)	0.105
7. ช่วงไปโรงเรียน มีผลกระทบต่อการศึกษา	0.50 (0.76)	0.24 (0.48)	0.041*
ช่วงไม่ได้ไปโรงเรียน ผลรบกวนความสนุกสนานในช่วงวันหยุดของคุณ	0.48 (0.68)	0.20 (0.40)	0.007*
8. มีปัญหาจากการถูกตั้งฉายา ล้อเลียน รังแก ซักถามหรือหลบเลี่ยง	0.30 (0.68)	0.26 (0.49)	0.699
9. ผลกระทบต่อการนอนหลับ	0.49 (0.79)	0.27 (0.53)	0.094
10. การรักษาผิวหนังก่อให้เกิดปัญหา	0.36 (0.60)	0.24 (0.52)	0.182

* $p<0.05$

ตารางที่ 3 คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคเหาก่อนและหลังรักษา ในภาพรวมและแยกตามรายด้านคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน (คะแนนเต็ม)	ก่อน/หลัง รักษา	Mean CDLQI score %	Mean CDLQI score %	$\bar{d}$ (S.D. _d)	95% CI	p-value
คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม (30)	ก่อน หลัง	5.00 (5.61) 3.16 (3.93)	16.7 10.5	1.84 (5.81)	0.19, 3.49	0.029*
1. อาการความรู้สึก (6)	ก่อน หลัง	1.68 (1.41) 1.24 (1.27)	28 20.7	0.44 (1.92)	-0.11, 0.99	0.111
2. กิจกรรมยามว่าง (9)	ก่อน หลัง	1.10 (2.08) 0.60 (1.16)	12.2 6.6	0.50 (2.10)	-0.10, 1.10	0.098
3. กิจกรรมในชีวิตประจำวัน (3)	ก่อน หลัง	0.50 (0.76) 0.24 (0.48)	16.7 8	0.26 (0.88)	0.01, 0.51	0.041*
4. ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (6)	ก่อน หลัง	0.70 (1.16) 0.56 (1.01)	11.7 9.3	0.14 (1.25)	-0.21, 0.49	0.430
5. การนอนหลับ (3)	ก่อน หลัง	0.49 (0.79) 0.27 (0.53)	16.3 9	0.22 (0.92)	-0.04, 0.49	0.094
6. การรักษา (3)	ก่อน หลัง	0.36 (0.60) 0.24 (0.52)	12 8	0.12 (0.63)	-0.06, 0.30	0.182

*p<0.05

การวิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังการรักษา
จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานของเด็กที่เป็นเหา ได้แก่ ผลการรักษา จำนวนครั้งที่
ที่ใช้ยารักษา ช่วงอายุ เชื้อชาติ รายได้ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า

กลุ่มเด็กโรคเหาที่ภายหลังรักษามีคุณภาพชีวิตดีขึ้นแตกต่างจากก่อนรักษา
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มเด็กที่ไม่พบตัวเหาหลังรักษา (p=0.01)
และกลุ่มอายุวัยรุ่น 12-15 ปี (p=0.012) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังการรักษา แยกตามข้อมูลพื้นฐานของเด็กที่เป็นเหา

ปัจจัย	ก่อน/หลังรักษา	Mean score (S.D.)	$\bar{d}$ (S.D. _d)	95% CI	p-value
ผลการรักษา					
ไม่พบตัวเหา (n=42)	ก่อน	5.31 (5.95)	2.45 (5.88)	0.62, 4.29	0.010*
	หลัง	2.86 (3.75)			
พบตัวเหา (n=7)	ก่อน	3.71 (3.15)	-1.14 (4.74)	-5.53, 3.24	0.547
	หลัง	4.86 (5.08)			
จำนวนครั้งที่ใช้ยารักษา					
ใช้ยา 1 ครั้ง (n=10)	ก่อน	5.40 (8.33)	4.70 (8.17)	-1.14, 10.54	0.102
	หลัง	0.70 (0.67)			
ใช้ยา 2 ครั้ง (n=40)	ก่อน	4.90 (4.85)	1.12 (4.94)	-0.45, 2.71	0.158
	หลัง	3.77 (4.17)			
ช่วงอายุ					
วัยเด็ก อายุ 6-12 ปี (n=30)	ก่อน	4.87 (4.75)	0.57 (5.38)	-1.44, 2.58	0.568
	หลัง	4.30 (4.37)			
วัยรุ่น อายุ 12-15 ปี (n=20)	ก่อน	5.20 (6.83)	3.75 (6.04)	0.92, 6.58	0.012*
	หลัง	1.45 (2.35)			
เชื้อชาติ					
ไทย (n=39)	ก่อน	4.85 (6.14)	1.64 (6.03)	-0.31, 3.60	0.098
	หลัง	3.21 (4.15)			
ต่างดาว (n=11)	ก่อน	5.55 (3.27)	2.55 (5.15)	-0.91, 6.00	0.132
	หลัง	3 (3.19)			

ตารางที่ 4 คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังการรักษา แยกตามข้อมูลพื้นฐานของเด็กที่เป็นเหา (ต่อ)

ปัจจัย	ก่อน/หลังรักษา	Mean score (S.D.)	SD (S.D.)	95% CI	p-value
รายได้ครอบครัว					
< 10,000 บาท (n=27)	ก่อน	5.44 (5.46)	1.30 (5.22)	-0.77, 3.36	0.208
	หลัง	4.15 (3.99)			
≥ 10,000 บาท (n=20)	ก่อน	4.15 (5.18)	1.32 (5.92)	-0.77, 4.77	0.147
	หลัง	2.15 (3.84)			

* p<0.05

วิจารณ์

ปัจจุบันมีข้อมูลเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคผิวหนังหลายโรค¹⁷⁻¹⁹ โรคเหาเป็นโรคที่พบบ่อยมากในเด็ก ทำให้เกิดอาการคัน ถูกลมองว่าสกปรก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอับอาย¹⁻² มีข้อมูลแสดงถึงความรู้สึกของผู้ที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย เช่น เพื่อนร่วมชั้นเรียน และผู้ที่ดูแลผู้ป่วยพบว่ามีความรู้สึกต่อผู้เป็นเหาในทางลบ เช่น รู้สึกว่าน่าอับอาย น่ารังเกียจ น่าขยะแขยง²⁰⁻²² แต่ยังไม่พบข้อมูลที่ศึกษาเรื่องผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเหาก่อน การรักษาโรคเหามีหลายวิธี การใช้ยา 1% permethrin lotion เป็นการรักษาหลัก ได้ผลดี มีรายงานประสิทธิผลของยา ร้อยละ 45²³, ร้อยละ 67²⁴, ร้อยละ 94²⁵ ใช้ได้ปลอดภัยในเด็กตั้งแต่อายุ 2 เดือน ผลข้างเคียงแสบระคายเคืองจากการหมักหมมน้อยมาก ประเทศไทยน่าจะเข้ามาใช้โดยได้รับอนุมัติทะเบียนตำรับยาเมื่อธันวาคม 2557²⁶ จัดให้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี ก และมีจำหน่ายตามร้านขายยา

ผู้ศึกษาเชื่อว่าเมื่อโรคเหาจะเป็นโรคที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย แต่น่าจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก และการรักษาเหาด้วยยา 1% permethrin lotion น่าจะทำให้ผู้ป่วยเด็กที่เป็นเหามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น งานศึกษานี้จึงทำขึ้นเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคเหาและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างก่อนรักษาและหลังรักษาด้วยยา 1% permethrin lotion

กลุ่มตัวอย่างในงานศึกษานี้ ได้รับการวินิจฉัยโรคเหาโดยผู้ปกครองตรวจค้นหาตัวเหาและแจ้งด้วยตนเอง ครูตรวจซ้ำให้อีกครั้ง ทั้งนี้โรคเหาเป็นโรคที่ไม่มีความรุนแรง เป็นที่รู้จักกันทั่วไป การวินิจฉัยโรคเหาด้วยวิธีมาตรฐาน เช่น ใช้หวีสอนิดหวีบนผมที่แห้งหรือเปียก หวีผมทีละส่วนให้ทั่วศีรษะเพื่อค้นหาตัวเหา (dry combing, wet combing) ต้องอาศัยเวลาและค่าใช้จ่ายมาก ไม่คุ้มเท่ากับโรคซึ่งมีความรุนแรงน้อย และมีรายงานเรื่องวิธีการวินิจฉัยโรคเหาในพื้นที่ที่มีความชุกของโรคสูง ใช้วิธีให้ผู้เป็นเหาวินิจฉัยโรคด้วยตนเองพบว่ามีความไวและความแม่นยำที่สูง¹⁴⁻¹⁵ กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้พบว่ามีความชุกของโรคเหาสูง 43% เมื่อเทียบกับรายงานความชุกโรคเหาในนักเรียนจังหวัดกรุงเทพมหานครเมื่อปี 2012 พบร้อยละ 12.6 - 29.7⁹ มีฐานะยากจน รายได้ครอบครัวโดยเฉลี่ยน้อยกว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่อครัวเรือนในจังหวัดชลบุรี (ที่มา: ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ) ผลการรักษาเหาด้วยยา 1% permethrin lotion ได้ผลดี พบว่าหลังรักษาอัตราการตรวจไม่พบตัวเหาสูงถึงร้อยละ 85.5 โดยผู้ที่ใช่ยาหมักศีรษะ 2 ครั้ง มีอัตราการตรวจไม่พบตัวเหามากกว่ากลุ่มที่ใช้ยาหมักเพียง 1 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับข้อมูลการใช้ยานี้ที่แนะนำให้ใช้ยา 2 ครั้ง²⁷⁻²⁸

งานศึกษานี้รายงานคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเหาเป็นครั้งแรก โดยใช้แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนังในเด็ก ศึกษาคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยเด็กโรคเหาจำนวน 50 คน พบว่ามีคุณภาพชีวิตลดลงในระดับเล็กน้อย (CDLQI score = 5) จากการสืบค้นข้อมูลคุณภาพชีวิต

โรคผิวหนังอื่นๆ ในเด็ก มีรายงานที่รวบรวมข้อมูลคุณภาพชีวิตโรคผิวหนังต่างๆ ในเด็กโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตโรคผิวหนังในเด็ก (CDLQI) รายงานคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ดังนี้ กลุ่มโรคติดเชื้อ มีคะแนนเฉลี่ยในโรคติดเชื้อ 9.2 หูดข้าวสุก 3.5 หูด 2.9 โรคผิวหนังอื่นๆ ได้แก่ ผื่นผื่น 3.1 สิว 5.3 สะเก็ดเงิน 8.0 ภูมิแพ้ผิวหนังอักเสบ (atopic dermatitis) 8.5 ลมพิษ 7.1 และต่างขา 6.5 คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของโรคผิวหนังทั้งหมด 4.6 คะแนน¹⁹ สำหรับกลุ่มโรคติดเชื้อที่ผิวหนังในประเทศไทยมีรายงานคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อแบคทีเรีย impetigo 4.3 คะแนน โรคหูด 4.3 คะแนน¹² งานศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเหาฉบับนี้รายงานคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 5 เมื่อเทียบกับข้อมูลคุณภาพชีวิตในกลุ่มโรคติดเชื้อที่ผิวหนังชนิดอื่นๆ พบว่าเด็กที่เป็นเหามีคุณภาพชีวิตลดลงในระดับเล็กน้อย เช่นเดียวกับกับโรคติดเชื้อแบคทีเรีย impetigo หูด และหูดข้าวสุก และมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยโรคหูด

เด็กที่เป็นโรคเหามีคุณภาพชีวิตลดลงในระดับเล็กน้อย (CDLQI score = 5) และเมื่อได้รับการรักษาแล้วพบว่าคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (CDLQI score = 3.16) หัวข้อเรื่องความรู้สึกอับอาย การดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันช่วงไปโรงเรียนมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นภายหลังรักษา ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าโรคเหาส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในเรื่องความรู้สึกอับอาย ถูกเพื่อนรังเกียจ²⁰⁻²² ผลการรักษาเหาด้วยยา 1% permethrin lotion ในการศึกษาพบว่ามีประสิทธิภาพดีเช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา²³⁻²⁵ และการรักษาเหาช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มที่ตรวจไม่พบตัวเหาหลังรักษา

โดยเฉลี่ยเด็กที่เป็นโรคเหามีคุณภาพชีวิตลดลงในระดับเล็กน้อย แต่มีความหลากหลายของระดับคุณภาพชีวิตในเด็กแต่ละคน รายงานนี้พบว่า มีผู้ที่ไม่ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต 34% และมีจำนวนผู้ที่มีคุณภาพชีวิตลดลงในระดับมากที่สุดถึง 8% โดยกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคเหาที่ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระดับมากที่สุดนี้เป็นนักเรียนวัยรุ่นอายุ 12 ปี 14 ปี และเด็กอายุ 8 ปี ภายหลังรักษากลุ่มวัยรุ่นอายุ 12-15 ปี เป็นกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่คำนึงถึงเรื่องความสวยงาม ต้องการเป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อนมากกว่าวัยเด็กเล็ก²⁹ มีรายงานคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคต่างขาพบว่าส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กวัยรุ่นมากกว่าเด็กเล็กเช่นกัน³⁰

หัวข้ออาการคัน อยากรู้อาการ แสบ หรือเจ็บปวดที่ผิวหนัง เป็นข้อคำถามที่ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้อยลงมากที่สุดในข้อคำถามทั้งหมด แต่คุณภาพชีวิตภายหลังรักษาแตกต่างจากก่อนรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะเมื่อเหาถูกกำจัดแล้วอาการอักเสบที่ผิวหนังจะยังไม่หายไป ทำให้อาการคันยังคงอยู่ โดยผู้ป่วยโรคเหาเกือบทุกคนจะยังมีอาการคันอยู่หลังรักษา อาการคันไม่สามารถใช้วินิจฉัยโรคหรือบ่งบอกการหายของโรคได้^{1-2, 31}

การรักษาเหาช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะในเรื่องความรู้สึกลบอับ การดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันช่วงไปโรงเรียน กลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มที่ผลการรักษาได้ผลดี และกลุ่มวัยรุ่น แต่ผู้ป่วยโรคเหามากได้รับการดูแลรักษาจากผู้ปกครอง ไม่มาพบแพทย์ บางส่วนไม่รักษา การกำจัดเหาที่ไม่มีประสิทธิภาพทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วย ลดลง ดังนั้นแพทย์ บุคลากรทางสาธารณสุขจึงควรให้ความรู้ สนับสนุนให้ ผู้ป่วยทั้งเด็กและวัยรุ่นได้รับการรักษาเหาด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพและ ได้ผลดี เช่น การใช้ยา 1% permethrin lotion หมักผม 2 ครั้ง ห่างจาก ครั้งแรก 10 วัน โดยควรรักษาค้นเกล็ดชีวิตที่เป็นเหาด้วยทุกคน เพื่อช่วยให้ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อจำกัดการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในงานศึกษานี้มีความจำเพาะ คือ เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีประวัติเคยเป็นเหามาก่อนเกือบทั้งหมด อยู่ในโรงเรียนซึ่งมีความชุก การเป็นเหาส่ง มีคนในครอบครัวเป็นเหาร่วมด้วยจำนวนมาก เศรษฐฐานะไม่ได้ ซึ่งผลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีความแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่าง โดยทั่วไป

สรุป

โรคเหาส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กนักเรียนในระดับต่างๆ กัน มีทั้งไม่ได้รับผลกระทบเลย หรือได้รับผลกระทบในระดับมากที่สุด โดยเฉลี่ยโรคเหาส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้อยลงเล็กน้อย การรักษาเหาทำให้ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยในภาพรวมดีขึ้น ช่วยลดความรู้สึกลบอับ และส่งผลดี ต่อการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันช่วงไปโรงเรียน โดยเฉพาะใน กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่พบตัวเหาภายหลังการรักษา และกลุ่มวัยรุ่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นพ.สุริยา โปรงน้ำใจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลจากโครงการบริการวิชาการเรื่อง “นักเรียนปลอดเหา...แสนสุข” ที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา ดร.วัลลภ ใจดี รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ที่กรุณา ให้คำแนะนำในการศึกษา ให้ข้อคิดเห็นรายงานการศึกษานี้มาตลอด ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่พิจารณาและให้ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษานี้ และทุนอุดหนุนการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ปีงบประมาณ 2561 ที่ให้การสนับสนุนเงินทุนสำหรับการวิจัย

References

1. Cummings C, Finlay JC, MacDonald NE. Head lice infestations: A clinical update. *J Paediatr Child Health* 2018; 23: e18-24.
2. Devore CD, Schutze GE; AAP, Council on School Health, Committee on Infectious Dis. Head Lice. *Pediatrics* 2015; 135: e1355-65.
3. Gratz NG, World Health Organization. Human lice: Their prevalence, control and resistance to insecticides: A review 1985-1997. Geneva: World Health Organization; 1997.
4. Falagas ME, Matthaiou DK, Rafailidis PI, Panos G, Pappas G: World- wide prevalence of head lice. *Emerg Infect Dis.* 2008; 14: 1493-4.

5. Lessshafft H, Baier A, Guerra H, Terashima A, Feldmeier H. Prevalence and risk factors associated with pediculosis capitis in an impoverished urban community in Lima, Peru. *J Glob Infect Dis* 2013; 5: 138-43.
6. Moosazadeh M, Afshari M, Keianian H, Nezammahalleh A, Enayati AA. Prevalence of head lice infestation and its associated factors among primary school students in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Osong Public Health Res Perspect* 2015; 6: 346-56.
7. Thavara U, Phan-Urai P, Malainual A, Chansang C. Pediculosis among schoolchildren in rural areas of Thailand. *J Depart Med Sci* 1988; 30: 191-199.
8. Thanyavanich N, Maneekan P, Yimsamram S, Maneeboonyang W, Puangsa-art S, Wuthisen P, et al. Epidemiology and risk factors of pediculosis capitis in 5 primary school near the Thai-Myanmar border in Ratchaburi province, Thailand. *J Trop Med Parasitol* 2009; 32: 65-74.
9. Rassami W, Soonwera M. Epidemiology of pediculosis capitis among schoolchildren in the eastern area of Bangkok, Thailand. *Asian Pac J Trop Biomed* 2012; 2: 901-4.
10. Ruankham W, Winyangkul P, Bunchu N. Prevalence and factors of head lice infestation among primary school students in Northern Thailand. *Asian Pac J Trop Dis* 2016; 6: 778-82.
11. Wallander JL, Varni JW. Effects of pediatric chronic physical disorders on child and family adjustment. *J Child Psychol Psychiatry* 1998; 39: 29-46.
12. Wisuthsarewong W, Nitiyarnom R, Ngamcherdtrakul P. The validity and reliability of the Thai version of Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI). *J Med Assoc Thai* 2015; 98: 968-73.
13. Waters A, Sandhu D, Beattie P. Severity stratification of Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) scores. *Br J Dermatol* 2010 ; 163: 121.
14. Heukelbach J, Kuenzer M, Counahan M, Feldmeier H, Speare R. Correct diagnosis of current head lice infestation made by affected individuals from a hyperendemic area. *Int J Dermatol* 2006 ; 45: 1437-8.
15. Pilger D, Khakban A, Heukelbach J, Feldmeier H. Self-diagnosis of active head lice infestation by individuals from an impoverished community: high sensitivity and specificity. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 2008; 50: 121-2.
16. Vander Stichele RH, Gyssels L, Bracke C. Wet combing for head lice: feasibility in mass screening, treatment preference and outcome. *J R Soc Med* 2002; 95: 348-52.
17. Brown MM, Chamlin SL, Smidt AC. Quality of life in pediatric dermatology. *Dermatol Clin.* 2013; 31: 211-21.
18. Fienemika AE, Okefor CU. The identification and grading of the psychosocial impact of Tinea capitis in primary school children in a semi-urban area of Rivers State, Nigeria. *Niger Postgrad Med J* 2017; 24: 20.

19. Olsen JR, Gallacher J, Finlay AY, Piguet V, Francis NA. Quality of life impact of childhood skin conditions measured using the Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI): a meta-analysis. *Br J Dermatol* 2016; 174: 853-61.
20. Parison JC, Speare R, Canyon DV. Uncovering family experiences with head lice: the difficulties of eradication. *Open Dermatol J* 2008; 2:9-17.
21. Rhongbutsri P, Saichua P, Navaphongpaveen K, Taylor A. Prevalence of Pediculosis Capitis in Handicapped Girls at Handicapped School in Khon Kaen Province. *Journal of Science and Technology* 2013; 21: 34-40.
22. Parison JC, Speare R, Canyon DV: Head lice: the feelings people have. *Int J Dermatol.* 2013; 52: 169-71.
23. Stough D, Shellabarger S, Quiring J, Gabrielsen AA. Efficacy and safety of spinosad and permethrin cream rinses for pediculosis capitis (head lice). *Pediatrics.* 2009; 124: e389-95.
24. Heukelbach J, Pilger D, Oliveira FA, Khakban A, Ariza L, Feldmeier H: A highly efficacious pediculicide based on dimeticone: randomized observer blinded comparative trial. *BMC Infect Dis* 2008; 8: 115.
25. Tanyuksel M, Araz RE, Albay A, Aycicek H. Prevalence and treatment of *Pediculus humanus capitis* with 1% permethrin and 0.4% d-phenothrin in Turkey. *Acta Medica (Hradec Kralove)* 2003; 46: 73-5.
26. บัญชียาหลักแห่งชาติ. Paraticidal preparations [database on the Internet]. 2016 [Accessed 1 Mar 2018]. Available from: <http://drug.fda.moph.go.th:81/nlem.in.th/medicine/essential/list/185>
27. Feldmeier H. Treatment of pediculosis capitis: a critical appraisal of the current literature. *Am J Clin Dermatol* 2014; 15: 401-12.
28. Wadowski L, Balasuriya L, Price HN, O'Haver J. Lice update: new solutions to an old problem. *Clin Dermatol* 2015; 33: 347-54.
29. Cynthia Holland-Holl and Gale R.Burstein. Adolescent development. In: Behrman RE, Kliegman RM, et al. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 20thed. Philadelphia. W.B. Saunders: 2016. P. 926.
30. Silverberg JI, Silverberg NB. Quality of life impairment in children and adolescents with vitiligo. *Pediatr dermatol* 2014; 31:309-18.
31. Heukelbach J, Wilcke T, Winter B, Feldmeier H. Epidemiology and morbidity of scabies and pediculosis capitis in resource-poor communities in Brazil. *Br J Dermatol* 2005; 153: 150-6.