

Prevalence and Associated Factors of Hand Dermatitis Among Spa Massage Therapists in Bangkok and its Vicinity

*Saapiroonth Tangyosthakijjakul, M.D.**

*Pornchai Sithisarankul, M.D., MPH, DrPH.**

*Praneet Sajjacharoenpong, M.D.***

*Tares Krassanairawiwong, M.D.****

Abstract

This study aimed to find out the prevalence and associated factors of hand dermatitis among spa massage therapists in Bangkok and its vicinity. The study design was a cross-sectional study; subjects were 348 spa therapists from Bangkok and its vicinity. The data were collected by questionnaires, adapted from Nordic Occupational Skin Questionnaire. Individual subjects were examined their hands by the investigator, and were photographed for their skin lesions of hand dermatitis, then verified by the dermatologist. Data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics (Pearson Chi-square test, Fisher's exact test and multiple logistic regression). The results showed that prevalence of hand dermatitis was 14.4%. Statistically significant factors associated with hand dermatitis (p -value<0.05) were an individual who has history of atopic dermatitis (Adj. OR 10.01, p -value<0.001) or who uses aromatherapy products containing either lavender (Adj. OR 2.18, p -value=0.026) or eucalyptus (Adj. OR 2.05, p -value=0.038). Other factors, environmental and hobby or domestic work, were not associated with hand dermatitis. In conclusion, hand dermatitis should be observed and monitored in people at risk, including those who have history of atopic dermatitis. The knowledge about hand dermatitis should be provided including the awareness about aromatherapy products containing either lavender or eucalyptus and how to look after themselves after exposure to such products.

Keywords: prevalence, occupational skin disorder, hand dermatitis, spa massage therapist

**Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University*

***Institute of Dermatology, Department of Medical Service, Ministry of Public Health*

****Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health*

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือ ของพนักงานนวดสปาในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

สายพิรุณต์ ตัญยคุฐากิจกุล, พ.บ.*

พรชัย สิทธิศรีธัญกุล, พ.บ., ส.ม., ส.ด.*

ประณิต สัจจเจริญพงษ์, พ.บ.**

ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์, พ.บ.***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือของพนักงานนวดสปาในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างคือ พนักงานนวดสปาในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลจำนวน 348 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจาก Nordic Occupational Skin Questionnaire จากนั้นตรวจร่างกายและถ่ายภาพบริเวณมือเพื่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผิวหนังทำการวินิจฉัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือและหาขนาดของความสัมพันธ์ดังกล่าวด้วยสถิติ Pearson Chi-square test (หรือ Fisher's exact test) และสถิติ multiple logistic regression ผลการศึกษาพบว่าความชุกของโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือของพนักงานนวดสปาในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล คือ ร้อยละ 14.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ การมีประวัติผิวหนังอักเสบจากภูมิแพ้ (Adj. OR 10.01, $p\text{-value} < 0.001$) และปัจจัยจากการทำงาน คือ การสัมผัสผลิตภัณฑ์อโรมาเทอราปีที่มีกลิ่นลาเวนเดอร์ (Adj. OR 2.18, $p\text{-value} = 0.026$) หรือกลิ่นยูคาลิปตัส (Adj. OR 2.05, $p\text{-value} = 0.038$) ส่วนปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและปัจจัยจากการทำกิจกรรมนอกเวลางานไม่พบความสัมพันธ์กับผิวหนังอักเสบบริเวณมือทั้งนี้ควรจัดให้มีการติดตามและเฝ้าระวังการเกิดโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือในผู้ที่มีความเสี่ยงได้แก่ผู้ที่มีประวัติผิวหนังอักเสบจากภูมิแพ้ และมีการให้ความรู้ในการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณมือ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเป็นภาวะเรื้อรัง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานได้ นอกจากนี้ยังควรให้ความรู้และความตระหนักในการใช้ผลิตภัณฑ์อโรมาเทอราปีที่มีส่วนผสมของกลิ่นลาเวนเดอร์หรือยูคาลิปตัส เช่น การดูแลตนเองในด้านสุขอนามัยภายหลังการสัมผัสผลิตภัณฑ์ดังกล่าว

คำสำคัญ: ความชุก โรคผิวหนังจากการทำงาน ผิวหนังอักเสบบริเวณมือ พนักงานนวดสปา

*ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

***สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

ในแผนพัฒนาการทองเที่ยวแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559⁽¹⁾ มีการกล่าวถึงการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพซึ่งหนึ่งในนั้นคือธุรกิจส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ สปาเพื่อสุขภาพ และในประเทศไทยมีการกำหนดความหมายของกิจการสปา โดยพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559⁽²⁾ ว่ากิจการสปาหมายถึงการประกอบกิจการที่ให้บริการเกี่ยวกับการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพโดยวิธีการบำบัดด้วยน้ำและการนวดร่างกายเป็นหลัก การนวดสปาที่ได้รับความนิยมในปัจจุบันมีทั้งการนวดน้ำมันธรรมดาหรือการนวดอโรมาโรมาคือผลิตภัณฑ์ที่ใช้นวดที่มีส่วนผสมของน้ำมันหอมระเหยที่ได้จากการสกัดจากพืชชนิดต่างๆ ซึ่งมีการรายงานผู้ป่วยที่มีการสัมผัสผลิตภัณฑ์เหล่านี้แล้วมีอาการทางผิวหนังอยู่เช่น พบว่าในนักสันทนาการบำบัด 2 ราย ที่ทำงานสัมผัสผลิตภัณฑ์อโรมาเทอราปีแล้วมีผื่นขึ้นที่ผิวหนังบริเวณมือ เมื่อทำการทดสอบการแพ้ (patch test) แล้วให้ผลบวกต่อน้ำมันหอมระเหยบางชนิด⁽³⁻⁵⁾ ซึ่งจัดว่าเป็นโรคผิวหนังอักเสบจากการสัมผัส

จากสถิติของกลุ่มงานผื่นแพ้สัมผัสและอาชีวเวชศาสตร์ สถาบันโรคผิวหนังระหว่างปี พ.ศ. 2550-2552 พบว่าร้อยละ 90 ของโรคผิวหนังจากการทำงานมีสาเหตุมาจากโรคผิวหนังอักเสบจากการสัมผัส⁽⁶⁾ ซึ่งโรคนี้จะมีทั้งระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรังซึ่งมักจะส่งผลกระทบต่อคนทำงานทั้งในด้านการทำงานและการทำกิจกรรมนอเวลางาน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเรื่องโรคผิวหนังอักเสบกับพนักงานนวดสปานั้นพบว่ามีกรายงานผู้ป่วยที่มีอาการทางผิวหนังภายหลังจากการสัมผัสผลิตภัณฑ์อโรมาเทอราปีในปัจจุบันนี้การนวดสปาเป็นที่นิยมมากขึ้น พนักงานนวดสปาจึงมีจำนวนมากขึ้นและทำงานภายใต้สิ่งคุกคามหลายอย่าง เช่น ความชื้น การเสียดสีจากการนวด

และสารเคมีต่างๆ รวมถึงน้ำมันที่ใช้นวด งานวิจัยนี้จึงต้องการศึกษาหาความชุกของโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพนักงานนวดสปา การศึกษาของ Meding B. และ Swanbeck G.⁽⁷⁾ เกี่ยวกับความชุกของโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือระหว่างประชากรทั่วไปกับความชุกของโรคผิวหนังอักเสบจากการทำงานในประชากรกลุ่มเดียวกัน พบว่ามีค่าใกล้เคียงกันคือร้อยละ 10.6 และร้อยละ 11.8 ตามลำดับ จึงช่วยยืนยันความตรง (Validity) สำหรับการใช้โรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือมาเป็นตัวแทนสำหรับการวินิจฉัยโรคผิวหนังอักเสบจากการทำงาน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือของพนักงานนวดสปาในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) โดยตัวอย่างคือ พนักงานนวดสปาในกรุงเทพและปริมณฑลที่สังกัดร้านที่ขึ้นทะเบียนประเภทสปาเพื่อสุขภาพต่อกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พนักงานมีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยต้องผ่านช่วงการทดลองงานในการนวดน้ำมันหอมแล้วและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา มีเกณฑ์คัดออกคือ พนักงานที่มีอาการแสดงของผิวหนังเข้าได้กับเชื้อรา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 342 คน จากจำนวนพนักงานสังกัดร้านสปาที่ขึ้นทะเบียนและตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลทั้งหมด 491 คน แต่ทำการเก็บข้อมูลจากร้านสปาที่ยินยอมให้เก็บข้อมูลได้จำนวนพนักงานนวดสปาที่เข้าร่วมการศึกษานี้ทั้งสิ้น 348 คน เก็บข้อมูลโดยใช้

แบบสอบถามที่ดัดแปลงจาก Nordic Occupational Skin Questionnaire⁽⁸⁾ ประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ข้อมูลทั่วไป และประวัติภูมิแพ้) ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติผิวหนังอักเสบบริเวณมือ การไปพบแพทย์และผลกระทบจากการมีอาการหรืออาการแสดงทางผิวหนัง ส่วนที่ 3 ข้อมูลการทำงานและสภาพแวดล้อมการทำงาน ส่วนที่ 4 ข้อมูลงานอดิเรกและงานบ้าน และส่วนที่ 5 ข้อมูลการซักประวัติและการตรวจร่างกายโดยแพทย์ รวมถึงการบันทึกภาพรอยโรคบริเวณมือในระยะใกล้โดยใช้กล้องถ่ายรูป เพื่อให้แพทย์เฉพาะทางด้านผิวหนัง 1 ท่านพิจารณาและยืนยันการวินิจฉัยโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือ โดยแบบสอบถามชุดนี้มีผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่านลงความเห็นว่ามีคำตอบตรงด้านเนื้อหาจึงไม่ได้ทำการวัดความเที่ยง เนื่องจากเป็นการถามข้อเท็จจริง มีเพียงการปรับปรุงข้อความให้เหมาะสมในการใช้ในกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ ประวัติภูมิแพ้ ลักษณะการทำงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงาน การทำงานอดิเรก และงานบ้านวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ และร้อยละ ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือ โดยใช้สถิติ Pearson chi-square test หรือ Fisher's exact test พิจารณาระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์นั้นได้นำเสนอค่า Odds ratio พร้อมด้วย 95% CI โดยการวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression ด้วย Enter Method

การวินิจฉัยโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือ⁽⁹⁾

หากมีอาการแสดงต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการ แสดงขึ้นไป ได้แก่ ผื่นแดง (erythema) ตุ่มน้ำ (vesicle) น้ำเหลืองซึม (serum oozing) ขุยสะเก็ด (scale) รอยแตก (fissure) ตุ่มแดง (papule) รอยบวม (edema) หรืออาการแสดงดังกล่าวเพียง 1 อาการร่วมกับมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป ได้แก่ อาการคัน (itching) อาการแสบ (burning) อาการเจ็บเมื่อถูกกด (tenderness) อาการปวด (pain) จะให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือ

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเลขที่ 742/59 ลงวันที่ 6 มีนาคม 2561

ผลการศึกษา

ร้านสปาที่ขึ้นทะเบียนสปาเพื่อสุขภาพ ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีทั้งหมด 81 แห่ง ที่ยังเปิดบริการอยู่ ซึ่งรวมจำนวนพนักงานทั้งหมด ได้ 491 คน มีร้านสปาที่ให้ความยินยอมในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 49 แห่ง โดยมีพนักงานนวดสปาที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้จำนวน 348 คน คิดเป็นอัตราการเข้าร่วมร้อยละ 70.88

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

มีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิงจำนวน 299 คน คิดเป็นร้อยละ 85.9 อายุเฉลี่ย 42.9 ปี ส่วนใหญ่มีประวัติเป็นภูมิแพ้จมูกมากที่สุดร้อยละ 16.1 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=348)

		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	299	85.9
	ชาย	49	14.1
ประวัติภูมิแพ้	ภูมิแพ้จมูก	56	16.1
	ประวัติภูมิแพ้ในครอบครัว	40	11.5
	ประวัติแพ้ น้ำหอม	39	11.2
	ผิวหนังอักเสบจากภูมิแพ้	36	10.3
	ประวัติแพ้ น้ำยาดับกลิ่นกาย	17	4.9
	เยื่อบุตาอักเสบจากภูมิแพ้	13	3.7
	หอบหืด	8	2.3
		ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
อายุ		42.9	10.79
		Min = 18, Max = 72	

2. ข้อมูลประวัติผิวหนังอักเสบบริเวณมือ มีประวัติผิวหนังอักเสบบริเวณมือร้อยละ 12.9 อาการแสดงที่พบมากที่สุด ได้แก่ ผื่นแดง (erythema) ร้อยละ 11.8 และอาการที่พบได้มากที่สุด ได้แก่ อาการคัน (itching) ร้อยละ 29.7 พนักงานที่มีผิวหนังอักเสบร้อยละ 60.3 ไม่ไปพบแพทย์ ผิวหนังอักเสบบริเวณมือนี้ไม่มีผลกระทบต่อการทำงานสแปและต่อการทำกิจกรรมนอกงานของพนักงาน คิดเป็นร้อยละ 69.4 และ 71.1 ตามลำดับ และมีพนักงานจำนวนร้อยละ 39.7 ที่มีอาการผิวหนังอักเสบบริเวณมือดีขึ้นเมื่อหยุดหรือพักงาน

3. ข้อมูลปัจจัยการทำงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน

มีประสบการณ์การทำงานนวดสแปเฉลี่ย 5 ปี มีระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย 8 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนใหญ่ให้บริการลูกค้า 3 คนต่อวัน กลุ่มตัวอย่างนี้ส่วนใหญ่ยังทำงานที่ต้องสัมผัสผลิตภัณฑ์อโรมาเทอราปีคิดเป็นร้อยละ 89.1 โดยเป็นกลิ่นยูคาลิปตัสมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 43.7 รองลงมาคือกลิ่นลาเวนเดอร์คิดเป็นร้อยละ 42.8 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานพบว่ากลุ่มตัวอย่างนี้ทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีอากาศร้อนและอากาศเย็นใกล้เคียงกันซึ่งคิดเป็นร้อยละ 55.5 และ 55.2 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลปัจจัยการทำงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน (n=348)

	ค่ามัธยฐาน (Median)	พิสัยควอไทล์ (IQR)
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)	5	7
ระยะเวลาทำงาน (ชั่วโมงต่อวัน)	8	3
จำนวนลูกค้า (คนต่อวัน)	3	1

ตาราง 2 ข้อมูลปัจจัยการทำงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน (n=348) (ต่อ)

	จำนวน	ร้อยละ
การสัมผัสผลิตภัณฑ์โรมาเทอราปี		
ปัจจุบันสัมผัสอยู่	310	89.1
ปัจจุบันเลิกสัมผัสแล้ว	38	10.9
กลิ่นของผลิตภัณฑ์โรมาเทอราปี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ยูคาลิปตัส	152	43.7
ลาเวนเดอร์	149	42.8
มะลิ	125	35.9
คาโมมายด์	101	29.0

4. ข้อมูลงานอดิเรกและงานบ้าน
มีการสัมผัสผลิตภัณฑ์กลุ่มสบู สบู่เหลวหรือ
แชมพูโดยตรงนอกเวลางานมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ
92.0 ในระหว่างวันพนักงานส่วนใหญ่ล้างมือไม่เกิน
10 ครั้งต่อวัน ส่วนใหญ่ใช้สบู่เหลวในการล้างมือ
และส่วนใหญ่ร้อยละ 75.9 มีการใช้ครีมหรือโลชั่น

ภายหลังการล้างมือ กิจกรรมที่ทำนอกเวลางาน
มากที่สุดคือการล้างจานคิดเป็นร้อยละ 89.7 มีการ
สวมถุงมือในขณะที่ทำกิจกรรมนอกเวลางานอยู่
ร้อยละ 16.1 ซึ่งใช้ถุงมืออย่างสังเคราะห์มากที่สุด
ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ข้อมูลงานอดิเรกและงานบ้าน (n=348)

	จำนวน	ร้อยละ
สารเคมีที่สัมผัส (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
สบู สบู่เหลว แชมพู	320	92.0
น้ำยาล้างจาน	287	82.5
ผงซักฟอก	241	69.3
น้ำยาล้างห้องน้ำ	180	51.7
จำนวนครั้งที่ล้างมือต่อวัน		
≤10 ครั้งต่อวัน	185	53.2
11-20 ครั้งต่อวัน	118	33.9
>20 ครั้งต่อวัน	45	12.9
การทาโลชั่นหรือครีมหลังล้างมือ		
ใช่	264	75.9
ไม่ใช่	84	24.1

ตาราง 3 ข้อมูลงานอดิเรกและงานบ้าน (n=348) (ต่อ)

	จำนวน	ร้อยละ
การสวมถุงมือขณะทำงานอดิเรก		
ไม่เคยสวม	268	77.0
ปัจจุบันสวม	56	16.1
เคยสวม	24	6.9

5. ข้อมูลอาการทางผิวหนังและการตรวจร่างกายบริเวณมือ ที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการคัน (itching) และ อาการแสดงที่พบมากที่สุด ได้แก่ สะเก็ด (scale) ความชุกของโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือ ดังแสดงในตาราง 4 ในกลุ่มตัวอย่างเท่ากับร้อยละ 14.4 โดยอาการ

ตาราง 4 ข้อมูลอาการทางผิวหนัง การตรวจร่างกายบริเวณมือและความชุกของโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือ (n=348)

	จำนวน	ร้อยละ
ความชุกของโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือ	50	14.4
มีอาการทางผิวหนัง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
คัน (itching)	39	11.2
ปวด (pain)	26	7.5
เจ็บเมื่อถูกกด (tenderness)	24	6.9
แสบ (burning)	18	5.2
มีอาการแสดงทางผิวหนัง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
สะเก็ด (scale)	64	18.4
ตุ่มแดง (papule)	27	7.8
ผื่นแดง (erythema)	18	5.2
รอยแตก (fissure)	14	4.0
รอยบวม (edema)	3	0.99
น้ำเหลืองซึม (serum oozing)	2	0.6
ตุ่มน้ำ (vesicle)	2	0.6

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานและการทำกิจกรรมนอกเวลา กับโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือ

พบว่าปัจจัยสภาพแวดล้อม ได้แก่ อากาศเย็น อากาศร้อนและอากาศอับชื้น และปัจจัยกิจกรรม

นอเวลางาน ได้แก่ สารเคมีที่สัมผัสโดยตรง การล้างมือและการทาโลชั่น การสวมถุงมือขณะทำงานอดิเรกซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กับโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือ ($p\text{-value}>0.05$) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาพแวดล้อมกับโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือ

สภาพแวดล้อมในการทำงาน	จำนวน (n=348) (ร้อยละ)	เป็นโรค (n=50) (ร้อยละ)	ไม่เป็นโรค (n=298) (ร้อยละ)	p-value
อากาศเย็น				0.096
ไม่มี	156 (44.8)	17 (34.0)	139 (46.6)	
มี	192 (55.2)	33 (66.0)	159 (53.4)	
อากาศร้อน				0.401
ไม่มี	155 (44.5)	25 (50.0)	130 (43.6)	
มี	193 (55.5)	25 (50.0)	168 (56.4)	
อากาศอบชื้น				0.740
ไม่มี	223 (64.1)	31 (62.0)	192 (64.4)	
มี	125 (35.9)	19 (38.0)	106 (35.6)	
สบู่, สบู่เหลว, แชมพู				0.264 ^b
ไม่มีการสัมผัส	28 (8.0)	6 (12.0)	22 (7.4)	
มีการสัมผัส	320 (92.0)	44 (88.0)	276 (92.6)	
ผงซักฟอก				0.836 ^a
ไม่มีการสัมผัส	107 (30.7)	16 (32.0)	91 (30.5)	
มีการสัมผัส	241 (69.3)	34 (68.0)	207 (69.5)	
น้ำยาล้างจาน				0.478 ^a
ไม่มีการสัมผัส	61 (17.5)	7 (14.0)	54 (18.1)	
มีการสัมผัส	287 (82.5)	43 (86.0)	244 (81.9)	
น้ำยาล้างห้องน้ำ				0.513 ^a
ไม่มีการสัมผัส	168 (48.3)	22 (44.0)	146 (49.0)	
มีการสัมผัส	180 (51.7)	28 (56.0)	152 (51.0)	
จำนวนครั้งที่ล้างมือ				0.128 ^a
≤10 ครั้งต่อวัน	185 (53.2)	30 (60.0)	155 (52.0)	
11-20 ครั้งต่อวัน	118 (33.9)	11 (22.0)	107 (35.9)	
>20 ครั้งต่อวัน	45 (12.9)	9 (18.0)	36 (12.1)	
การบำรุงมือภายหลังล้างมือ				0.273 ^a
ไม่ได้ใช้	84 (24.1)	9 (18.1)	75 (25.2)	
ใช้	264 (75.9)	41 (82.0)	223 (74.8)	
การสวมถุงมือ				0.363 ^a
ไม่เคยสวม	268 (77)	36 (72.0)	232 (77.9)	
เคยสวมหรือสวมอยู่	80 (23)	14 (28.0)	66 (22.1)	

^a=Pearson Chi-square test, ^b=Fisher's exact test

7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือของพนักงานนวดสปา พบว่าการมีประวัติผิวหนังอักเสบจากภูมิแพ้ และการสัมผัสผลิตภัณฑ์อโรมาเทอราปีที่มีกลิ่น

ลาเวนเดอร์หรือยูคาลิปตัสเป็นส่วนผสมมีความสัมพันธ์กับโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือในพนักงานนวดสปา

ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	Adj. OR** (95% CI)
ประวัติผิวหนังอักเสบจากภูมิแพ้	11.75* (5.51-25.06)	10.01* (4.56-21.99)
ประวัติแพ้ผ้าห่ม	2.32* (1.05-5.12)	2.03 (0.81-5.12)
การใช้น้ำยาล้างมือในการล้างมือ	0.36 (0.125-1.04)	0.406 (0.13-1.27)
ผลิตภัณฑ์อโรมาเทอราปีที่มีกลิ่น:		
- ลาเวนเดอร์	2.26* (1.22-4.16)	2.18* (1.10-4.32)
- ยูคาลิปตัส	2.39* (1.29-4.42)	2.05* (1.04-4.04)

*=มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05)

**ในการวิเคราะห์ Adjusted OR ด้วย Multiple logistic regression ได้ควบคุมอิทธิพลของปัจจัยรบกวน (confounding factors) ได้แก่ ประวัติผิวหนังอักเสบจากภูมิแพ้ ประวัติแพ้ผ้าห่ม การใช้น้ำยาล้างมือในการล้างมือ และผลิตภัณฑ์อโรมาเทอราปีที่มีกลิ่นลาเวนเดอร์และยูคาลิปตัส เรียบร้อยแล้ว

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือ โดยอาศัยการซักประวัติและการตรวจร่างกายบริเวณมือโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผิวหนัง (medical diagnosis by the dermatologist) ซึ่งจัดว่าเป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือ⁽¹⁰⁾ ความชุกของโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือของพนักงานนวดสปาในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลนี้มีค่าร้อยละ 14.4 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาต่างประเทศ⁽¹¹⁾ ซึ่งมีความชุกของโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือน้อยกว่าการศึกษาในพนักงานนวดสปานี้ อธิบายได้จาก

ความแตกต่างในกลุ่มประชากรทั้งอาชีพและเชื้อชาติ โดยมีการศึกษาของ Darlenski⁽¹²⁾ และการศึกษาของ Muizzuddin⁽¹³⁾ พบว่าผิวหนังของชาวเอเชียมีความชื้นและมี skin barrier ที่อ่อนแอกว่าชนชาติแอฟริกันหรือคอเคเซียน จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่พบความชุกของโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งจัดว่าเป็นชาวเอเชียมีความชุกมากกว่าในการศึกษาจากต่างประเทศ

ความสัมพันธ์ระหว่างโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือกับปัจจัยประวัติภูมิแพ้ พบว่าประวัติ ผิวหนังอักเสบจากภูมิแพ้มีความสัมพันธ์กับโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือที่มีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

Rystedt⁽¹⁴⁾ ซึ่งพบว่าผู้ที่มีประวัติเป็นผิวน้ำอีกเสบจากภูมิแพ้ก็มีผิวน้ำที่แพ้ง่ายจะมีความไวต่อการระคายต่าง ๆ ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคผิวน้ำอีกเสบบริเวณมือ นอกจากนั้นแล้วการศึกษาของ Shmunis และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่าผู้ที่มีประวัติผิวน้ำอีกเสบจากภูมิแพ้จะมีอาการที่รุนแรงกว่าและเรื้อรังกว่าผู้ที่ไม่ได้มีประวัติเป็นผิวน้ำอีกเสบจากภูมิแพ้ เช่นเดียวกับการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression ซึ่งพบว่าผู้ที่มีประวัติผิวน้ำอีกเสบจากภูมิแพ้นั้นมีโอกาสเป็นโรคผิวน้ำอีกเสบบริเวณมือมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีประวัติผิวน้ำอีกเสบจากภูมิแพ้อยู่ 10.01 เท่า (95% CI 4.56, 21.99) เมื่อได้ควบคุมตัวแปรอื่นๆ แล้ว

ความสัมพันธ์ระหว่างโรคผิวน้ำอีกเสบบริเวณมือกับปัจจัยการทำงานพบว่า การสัมผัสผลิตภัณฑ์โอโรมาเทอราปีที่มีส่วนผสมเป็นกลีนาเลนเดอร์หรือยูคาลิปตัสอยู่ นั้นมีความสัมพันธ์กับโรคผิวน้ำอีกเสบบริเวณมืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับหลายๆ การศึกษาในต่างประเทศ^(3, 16-17) และจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple logistic regression พบว่าในพนักงานที่สัมผัสผลิตภัณฑ์โอโรมาเทอราปีที่มีกลีนาเลนเดอร์หรือยูคาลิปตัสผสมอยู่นั้นมีโอกาสเป็นโรคผิวน้ำอีกเสบบริเวณมือมากกว่าผู้ที่ไม่ได้สัมผัสผลิตภัณฑ์โอโรมาเทอราปีที่มีส่วนผสมของกลีนาเลนเดอร์อยู่ 2.18 เท่า (95% CI 1.10, 4.32) และ 2.05 เท่า (95% CI 1.04, 4.04) เมื่อได้ควบคุมตัวแปรอื่นๆ แล้วตามลำดับ

ส่วนปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับโรคผิวน้ำอีกเสบบริเวณมือซึ่งมีผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพล และคณะ⁽¹⁸⁾ เนื่องจากทำการศึกษาในประเทศไทยเหมือนกันจึงมีลักษณะภูมิอากาศที่คล้ายๆ กัน อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างกับการศึกษาของ Engebartsen และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าในสภาพอากาศที่เย็นจะทำให้ผิวน้ำมีความไวต่อสารก่อระคาย โดยเฉพาอย่างยิ่งเมื่อมีการเสียดสีเชิงกลหรือการถูถูร่วมด้วย จึงทำให้พบผู้มีโรคผิวน้ำ

อีกเสบมากยิ่งขึ้น ผลการศึกษาที่ต่างกันอย่างนี้อาจเนื่องมาจากภูมิอากาศของประเทศของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน กล่าวคือในการศึกษาของ Engebartsen ได้ทำการศึกษาในประเทศเซตหนาว ซึ่งประชากรมีผิวน้ำที่มีความชื้นน้อยกว่าประชากรในประเทศเขตร้อนจึงส่งผลให้เกิดความไวต่อสารก่อระคายได้มากยิ่งขึ้น

สรุป

การศึกษานี้พบว่าความชุกของโรคผิวน้ำอีกเสบบริเวณมือของพนักงานนวดสปาในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลเท่ากับร้อยละ 14.4 โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคผิวน้ำอีกเสบบริเวณมือ ได้แก่ ประวัติผิวน้ำอีกเสบจากภูมิแพ้ และการสัมผัสผลิตภัณฑ์โอโรมาเทอราปีที่มีกลีนาเลนเดอร์หรือยูคาลิปตัสเป็นส่วนผสม ควรใช้ข้อมูลเหล่านี้ให้เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนป้องกันและการจัดการด้านอาชีวอนามัยต่อพนักงานนวดสปาเพื่อให้พนักงานมีสุขอนามัยที่ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรจัดให้มีการเฝ้าระวังการเกิดโรคผิวน้ำอีกเสบบริเวณมือในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติผิวน้ำอีกเสบจากภูมิแพ้โดยการให้ความรู้ในการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดผิวน้ำอีกเสบบริเวณมือเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเป็นภาวะเรื้อรัง ทั้งยังควรจัดให้พนักงานที่มีความเสี่ยงที่อาจเกิดผิวน้ำอีกเสบบริเวณมือนั้นหลีกเลี่ยงการสัมผัสสารก่อระคายอื่นๆ และควรให้มีการพักงานหรือเปลี่ยนงานไปในส่วนที่ไม่ต้องสัมผัสสารก่อระคายจนกว่าผิวน้ำอีกเสบนั้นจะดีขึ้น รวมถึงพนักงานที่ต้องสัมผัสผลิตภัณฑ์โอโรมาเทอราปีที่มีส่วนผสมของกลีนาเลนเดอร์หรือยูคาลิปตัส ควรได้รับความรู้ในการป้องกันการเกิดผิวน้ำอีกเสบบริเวณมือ เช่น การล้างมือและการเลือกใช้สารเคมีในการล้างมือที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดโรคผิวน้ำอีกเสบบริเวณมือขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้จัดการสปาและเจ้าของ
กิจการสปาทั้ง 49 แห่งในกรุงเทพมหานครและ

ปริมณฑลที่อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล
รวมถึงพนักงานนวดสปาทุกคนที่ให้ความร่วมมือ
ในการตอบแบบสอบถามและตรวจร่างกาย

เอกสารอ้างอิง

1. ประกาศคณะกรรมการนโยบายการท่องเที่ยวแห่งชาติ เรื่อง แผนพัฒนาการท่องเที่ยวแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559. (2554, 17 มิถุนายน). ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 128 ตอนพิเศษ 67ง. หน้า 14-72.
2. พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559. (2559, 31 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 133 ตอนที่ 30ก. หน้า 10-24.
3. Boonchai W, Iamtharachai P, Sunthonpalin P. Occupational allergic contact dermatitis from essential oils in aromatherapists. *Contact Dermatitis* 2007;56:181-2.
4. Trattner A, David M, Lazarov A. Occupational contact dermatitis due to essential oils. *Contact Dermatitis* 2008;58(5):282-4.
5. Boonchai W, Iamtharachai P, Sunthonpalin P. Prevalence of Allergic Contact Dermatitis in Thailand. *Dermatitis* 2007;19:142-5.
6. ประณีต สัจเจริญพงษ์. Occupational Dermatoses [ออนไลน์]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 17 ตุลาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก <http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/media/direction/OccupationalDermatoses.pdf/>
7. Meding B, Swanbeck G. Occupational hand eczema in an industrial city. *Contact Dermatitis* 1990;22:13-23.
8. Flyvholm MA, Susitaival P, Meding B, Kanerva L, Lindberg M, Svensson A, et al. Nordic occupational skin questionnaire NOSQ-2002. Copenhagen: Nordic Council of Ministers, 2002.
9. Crawford GH, Katz KA, Ellis E, James WD. Use of Aromatherapy Products and Increased Risk of Hand Dermatitis in Massage Therapists. *Arch Dermatol*. 2004;140(8):991-6.
10. Svensson A, Lindberg M, Meding B, Sundberg K, Stenberg B. Epidemiology and Health Services Research Self-reported hand eczema: symptom-based reports do not increase the validity of diagnosis. *Br J Dermatol* 2002;147(2):281-4.
11. Lantinga H, Nater JP, Coenraads PJ. Prevalence, incidence and course of eczema on the hands and forearms in a sample of the general population. *Contact Dermatitis* 1984;10(3):135-9.
12. Darlenski R, Fluhr JW. Influence of skin type, race, sex and anatomical location on epidermal barrier function. *Clinics in Dermatology* 2012;30(3):269-73.
13. Muizzuddin N, Hellems L, Overloop LV, Corstjens H, Declercq L, Maes D. Structural and function differences in barrier properties of African American, Caucasian and East Asian skin. *J DermatolSci* 2010;59:123-8.

14. Rystedt I. Contact sensitivity in adults with atopic dermatitis in childhood. *Contact Dermatitis* 1985;13:1-8.
15. Shmunis E, Keil J. The role of atopy in occupational dermatoses. *Contact Dermatitis* 1984;11(3):174-8.
16. Posadzki P, Alotaibi A, Ernst E. Adverse effects of aromatherapy: A systemic review of case reports and case series. *International Journal of Risk and Safety in Medicine* 2012;24(3):147-61.
17. Schaller M, Korting HC. Allergic airborne contact dermatitis from essential oils used in aromatherapy. *Clin Exp Dermatol* 1995;20(2):143-5.
18. กิตติพล ไพรสุทธิรัตน์, สุนทร ศุภพงษ์, ประณีต สัจจเจริญพงษ์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคผิวหนังอักเสบบริเวณมือในผู้ประกอบอาหารโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ และโรงพยาบาลศูนย์ภาคกลาง. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย* 2560;7(2):148-59.
19. Engebretsen KA, Johansen JD, Kezic S, Linneberg A, Thyssen JP. The effect of environmental humidity and temperature on skin barrier function and dermatitis. 2016;30(2):223-49.