

สรุป อภิปรายผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงอัตราอุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุ 0-5 ปี และลักษณะของสภาพแวดล้อมภายในบ้านของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ป่วยเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านปาง ตำบลบ้านปาง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มประชากรที่ศึกษา ได้แก่ เด็กอายุ 0-5 ปี ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านปาง รวม 5 หมู่บ้าน ประกอบด้วย หมู่ 1 หมู่ 2 หมู่ 4 หมู่ 8 และหมู่ 9 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2550 ถึง 30 กันยายน 2551 จำนวน 208 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มารับการรักษาด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันทางเดินหายใจที่สถานีอนามัยบ้านปาง ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2550 ถึง 30 กันยายน 2551 จำนวน 110 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 18 พฤศจิกายน ถึง 20 ธันวาคม 2551 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 106 ราย (ร้อยละ 96.4)

สรุปผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มารับการรักษาด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ในปีงบประมาณ 2551 เป็นเด็กชายและหญิงในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 49.1 และ 50.9 ตามลำดับ) โดยเป็นเด็กอายุ 2 ปีมากที่สุดและอายุ 1 ปี น้อยที่สุด (ร้อยละ 24.5 และ 7.6 ตามลำดับ) โดยเด็กมีผู้ป่วยมากกว่าเด็กไทยเกือบ 2 เท่า (ร้อยละ 60.4 และ 39.6 ตามลำดับ) และเด็กที่ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งมาจากบ้านน้ำซุ้ม ร้อยละ 42.5 (บ้านชาวม้ง) เมื่อเปรียบเทียบอัตราอุบัติการณ์ระหว่างเด็กไทยและเด็กม้ง พบว่าเด็กม้งยังมีอุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อเฉียบพลันทางเดินหายใจสูงกว่าเด็กไทย คิดเป็นร้อยละ 54.2 และ 46.7 คน/ปี ตามลำดับ หรือร้อยละ 102.5 และ 100.0 ครั้ง/ปี ตามลำดับ ส่วนโรคกลุ่มโรคติดเชื้อเฉียบพลันทางเดินหายใจในเด็กที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มโรค Acute nasopharyngitis; unspecified (J00) หรือกลุ่มโรคหวัด โดยเด็กไทยป่วยมากกว่า 1 ครั้ง/ปี มากกว่าเด็กม้ง (ร้อยละ 57.1 และ 43.8 ตามลำดับ)

เด็กไทยที่ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.1) เป็นเด็กอายุ 0-5 ปีคนเดียวในบ้าน แตกต่างจากเด็กม้งที่พบเพียงร้อยละ 46.9 ในทำนองเดียวกัน เด็กไทยที่ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กที่อยู่ในบ้านที่มีคนพักอาศัย จำนวน 3-4 คน (ร้อยละ 66.7) ส่วนเด็กม้งที่ป่วยส่วนใหญ่มีคนพักอาศัยในบ้านเดียวกันตั้งแต่ 5 คนขึ้นไปถึงร้อยละ 82.8 สำหรับในเรื่องของสภาพแวดล้อมภายในบ้าน จากการประเมินความแออัดของที่พักอาศัยด้วย 3 ดัชนี ได้แก่ จำนวนห้อง จำนวนคนต่อห้อง และจำนวนคนที่นอนห้องเดียวกันกับเด็กที่ป่วย พบว่า เด็กไทยที่ป่วยส่วนใหญ่พักอาศัยในบ้านที่มีความแออัด น้อยกว่าเด็กม้ง โดยเมื่อใช้จำนวนห้องเป็นเกณฑ์ประเมิน ที่จำนวนห้อง 1 ห้อง พบว่าเด็กไทยป่วยเพียงร้อยละ 40.5 ในขณะที่เด็กม้งป่วยถึงร้อยละ 95.3 เมื่อใช้จำนวนคนต่อห้องเป็นเกณฑ์ประเมินที่จำนวนคนตั้งแต่ 4 คนต่อห้องขึ้นไป พบว่าเด็กไทยป่วยร้อยละ 31 ส่วนเด็กม้งป่วยถึงร้อยละ 89.0 และเมื่อใช้เกณฑ์ประเมิน จำนวนคนที่นอนห้องเดียวกันกับเด็กที่ป่วย พบว่าร้อยละ 38.1 ของเด็กไทยและร้อยละ 89.0 ของเด็กม้งที่ป่วย มีคนนอนห้องเดียวกันกับเด็กตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป ส่วนการใช้เกณฑ์พื้นที่ต่อคนในการประเมินความแออัด พบว่า มีเด็กป่วยทั้งเด็กไทยและเด็กม้งไม่แตกต่างกัน และในเรื่องของการประเมินการระบายอากาศ พบว่า เด็กม้งที่ป่วยเกือบทั้งหมดมาจากบ้านที่มีการระบายอากาศไม่ดี (ร้อยละ 96.9) ส่วนการใช้วิธีวัดความสูงของเพดานเพื่อประเมินการระบายอากาศ พบว่า ทุกบ้านมีการระบายอากาศที่ดี

เมื่อพิจารณาในเรื่องของมลภาวะภายในบ้าน เกี่ยวกับการสัมผัสควันบุหรี่ เชื้อเพลิงที่ใช้ในการหุงต้มและการจูดรูป พบว่าในเด็กที่ป่วย เด็กไทยมีคนในครอบครัวสูบบุหรี่มากกว่าครอบครัวเด็กม้ง (ร้อยละ 42.9 และร้อยละ 29.7 ตามลำดับ) และเด็กม้งที่ป่วยร้อยละ 93.7 มาจากบ้านที่มีการใช้เชื้อเพลิงในการหุงต้มด้วยฟืน ไม้ ขณะที่เด็กไทยเพียงร้อยละ 57.1 ในส่วนของการจูดรูป พบว่าบ้านของเด็กไทยที่ป่วยร้อยละ 21.4 มีการจูดรูปภายในบ้านส่วนในบ้านเด็กม้งพบเพียงร้อยละ 3.1

จากการศึกษานี้ การที่เด็กชาวไทยป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ อาจไม่ได้มีสาเหตุมาจากความแออัดเพียงอย่างเดียว แต่อาจมีสาเหตุมาจากในเรื่องของมลภาวะภายในบ้าน เช่น การสูบบุหรี่ เชื้อเพลิงที่ใช้ในการหุงต้ม และการจูดรูป ในขณะที่ความแออัด การระบายอากาศ และชนิดของเชื้อเพลิงที่ใช้ในการหุงต้ม เป็นปัจจัยสำคัญของการป่วยในเด็กม้ง

อภิปรายผลการศึกษา

สำหรับกลุ่มอายุของเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจนี้ พบว่าเป็นเด็กอายุ 2 ปีมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Zaman *et al.* (1997) ที่พบว่าอุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อ

เฉียบพลันระบบหายใจพบมากที่สุดในเด็กอายุ 18-23 เดือน การได้รับปัจจัยเสี่ยงภายนอกตัวเด็ก เช่น การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ การสัมผัสสวนสาธารณะ ควันไฟ การสัมผัสอากาศหนาวเย็น การไม่ได้รับนมแม่ การไม่ได้รับภูมิคุ้มกันโรคครบตามวัย ทำให้เด็กเกิดโรคได้ง่าย และอาการรุนแรงขึ้น (สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2540) ซึ่งเป็นไปได้ว่าช่วงอายุนี้เป็นช่วงอายุที่เด็กส่วนใหญ่จะไม่ได้รับนมแม่แล้ว ช่วยเหลือตัวเองยังไม่ได้ ประกอบกับสัมผัสสวนสาธารณะ ควันไฟ รวมทั้งอากาศที่หนาวเย็น จึงส่งผลทำให้อุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กกลุ่มนี้สูง

สำหรับดัชนีชี้วัดการระบายอากาศของบ้านเด็กไทยและเด็กมั่งในการศึกษานี้ เป็นไปในทางเดียวกัน โดยบ้านที่มีการระบายอากาศไม่ดีจะมีเด็กป่วยมาก แต่ในส่วนของดัชนีชี้วัดความแออัด ของบ้านเด็กไทยและเด็กมั่งที่ป่วย พบว่ามีปัจจัยในเรื่องของความแออัดแตกต่างกันบ้านของเด็กมั่งที่แออัดมาก จะมีเด็กป่วยมาก อาจเนื่องมาจาก ลักษณะของการอยู่อาศัย ชาวเมืองมักจะพักอาศัยอยู่รวมกันหลายครอบครัวในบ้านหลังเดียวกันเป็นครอบครัวขนาดใหญ่ บางหลังอยู่รวมกันถึง 21 คนในบ้านหลังเดียว นอกจากนี้แต่ละครอบครัวก็แบ่งหรือกันห้องโดยใช้วิธีการทำฉากและวัสดุกันห้อง เช่น ผ้า ไม้อัด หรือใช้อิฐบล็อก กันแต่ละระดับสายตาแต่ด้านบนเปิดโล่ง ถ้าเกิดมีเด็กป่วยห้องใดห้องหนึ่งก็สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Cardoso *et al.* (2004) ที่พบว่า บ้านที่แออัดทำให้เด็กมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันทางเดินหายใจส่วนล่าง โดยจะมีเด็กป่วยมากขึ้นเมื่อมีจำนวนคนต่อห้องที่เพิ่มขึ้น และการศึกษาของ Krieger and Higgins (2002) ในเรื่องสภาพแวดล้อมของบ้าน พบว่าสภาพแวดล้อมที่ไม่ดีของบ้านมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลายชนิด ทั้งโรคติดเชื้อและโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคหอบหืด เนื่องจากเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อโรค และยังพบอีกว่า ความแออัดในที่พักอาศัย (crowding) มีความสัมพันธ์กับการแพร่เชื้อไวรัสโรคและการติดเชื้อทางเดินหายใจ

แต่ในส่วนของดัชนีชี้วัดความแออัดจาก จำนวนคนต่อห้อง และจำนวนคนที่นอนห้องเดียวกันกับเด็กที่ป่วยในบ้านเด็กไทย กลับพบว่าเมื่อมีความแออัดมาก จะมีเด็กป่วยน้อย ซึ่งความแออัดเพียงปัจจัยเดียวอาจไม่ใช่ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กไทยป่วยเท่านั้น อาจต้องมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย ซึ่งถ้าบ้านสร้างและปรับปรุงให้ถูกหลักสุขลักษณะ มีการระบายอากาศที่ดี ก็อาจส่งผลทำให้มีเด็กป่วยน้อยลงได้ และที่ผลการศึกษา พบว่า บ้านของเด็กชาวไทยที่ป่วยมีการระบายอากาศไม่ดีถึงร้อยละ 59.5 ความจริงแล้วบ้านของเด็กไทยที่ป่วยอาจมีการระบายอากาศที่ดีก็ได้ ซึ่งการที่ผลการศึกษารองการระบายอากาศของบ้านเด็กไทยได้ผลออกมาดังกล่าว อาจมาจากการคำนวณในส่วนของพื้นที่ระบายอากาศโดยดูจากช่องระบายอากาศที่มีอยู่และใช้จริงภายในบ้าน เช่น จำนวนหน้าต่างที่เปิดใช้จริงข้อมูลที่ได้อาจมาจากการสังเกต ณ เวลาปัจจุบันหรือตอนที่สัมภาษณ์ ซึ่งจำนวนหน้าต่างที่เปิดใช้จริงในแต่ละช่วงเวลาของวัน ก็มีการเปิดใช้แตกต่างกัน ซึ่งช่วงเวลาที่เรเข้าไป

ล้มเหลวอาจยังไม่เปิดก็เป็นได้ในเรื่องของ มลพิษของอากาศภายในบ้าน จากการศึกษาี้ การสัมผัสกับควันบุหรี่ ควันไฟจากฟืนไม้ และการจุดธูป น่าจะเป็นปัจจัยที่สำคัญและส่งผลให้ เด็กไทยป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจเพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Cherian and Paramesh ที่ศึกษาเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่อาศัยอยู่ในชนบท ในคานาตากา ประเทศ อินเดีย พบว่ามลภาวะเป็นพิษทางอากาศภายในบ้าน มีความเกี่ยวข้องกับความชุกของการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจอย่างมีนัยสำคัญ โดยเด็กที่อาศัยอยู่ในห้องรวมจะมีการป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบหายใจถึง 9.88 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กที่อยู่ในห้องนอนคู่ และยังพบอีกว่าเด็กที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ที่สูบบุหรี่ในห้องเดียวกันมีโอกาสป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมากกว่าเด็กที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2.3 เท่า นอกจากนี้การศึกษาของ ไพนุลย์ สุริยะวงษ์ไพศาล ยังพบว่าในเด็กทารกและเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ที่มีพ่อและแม่สูบบุหรี่ทั้งสองคน จะป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจมากกว่าเด็กที่มีพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งสูบบุหรี่ และผลที่เด็กได้รับจากการสูบบุหรี่ของผู้ปกครองยังต่อเนื่องไปถึงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ด้วย (ไพนุลย์ สุริยะวงษ์ไพศาล, 2531 : 18)

ข้อจำกัดของการศึกษารั้งนี้

1. การศึกษานี้ นำข้อมูลเกี่ยวกับเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจมาจากฐานข้อมูลงานรักษาพยาบาลในโปรแกรม CM_POP ซึ่งเป็นข้อมูลเฉพาะงานรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่สถานอนามัยบ้านปงเท่านั้น อาจมีข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้องกับป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุ 0-5 ปี เช่น ข้อมูลด้านต่างๆ ของศูนย์รับเลี้ยงเด็กเล็กภายในหมู่บ้านซึ่งอาจเป็นแหล่งแพร่กระจายของโรคนี้ได้

2. การศึกษานี้ใช้ข้อมูลเฉพาะเด็กอายุ 0-5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจและมารับการรักษาที่สถานอนามัยบ้านปง เท่านั้น ยังมีข้อมูลของเด็กอายุ 0-5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจแต่ไปรับการรักษาจากคลินิกหรือซื้อยามารักษาเอง ทำให้ไม่ครอบคลุมเด็กอายุ 0-5 ปีทุกคนที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ

3. ลักษณะสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ได้ทำการศึกษา กับลักษณะสภาพแวดล้อมภายในบ้านจากการทบทวนงานวิจัยอื่นๆ มีความแตกต่างกัน ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลที่ได้อันคว้ามมาใช้ประกอบการอธิบายผลการศึกษานี้ได้ เช่น ลักษณะของการกั้นผนังของบ้านมั่งซึ่งกั้นเพียงแค่ระดับสายตาไม่กั้นจนจรดเพดานบ้าน ซึ่งมีความแตกต่างกันกับลักษณะการกั้นผนังบ้านของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาอื่น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อดูความสัมพันธ์ของสภาพแวดล้อมภายในบ้าน มลภาวะภายในบ้านและการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันทางเดินหายใจเปรียบเทียบกับเด็กไทยและม้ง เท่านั้น ไม่ได้ศึกษาว่าทิศทางของความสัมพันธ์เป็นไปในลักษณะใด แต่เพียงพอทำให้ทราบถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงพื้นที่เสี่ยง ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนป้องกันขั้นต้น เพื่อลดโอกาสของการป่วย และช่วยลดงบประมาณที่จะต้องใช้ในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้นเมื่อเด็กที่ป่วยมีอาการของโรคเพิ่มมากขึ้น

2. สามารถนำผลการศึกษานี้ นำเสนอต่อผู้บังคับบัญชา หัวหน้า หรือผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาแนวทางการจัดการไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่มารดาของเด็กในการดูแลสุขภาพ และการจัดการสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้มีสภาพแวดล้อมที่ดีถูกสุขลักษณะ เพื่อลดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันทางเดินหายใจ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาในครั้งต่อไป น่าจะมีการเก็บข้อมูลในเรื่องของลักษณะบ้านต่างๆ ซึ่งมีความแตกต่างกัน เช่น เด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจมาจากบ้านที่มีผนังบ้านทำจากไม้ไผ่จำนวนเท่าไร และอยู่ในบ้านที่เป็นบ้านก่ออิฐถือปูนจำนวนเท่าไร เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะบ้านและการระบายอากาศของบ้านแต่ละประเภท ว่ามีความเกี่ยวข้องอย่างไรกับการป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก 0-5 ปี เป็นต้น

2. ควรมีการกำหนดให้ชัดเจนสำหรับขอบเขต ต่างๆ เช่น ลักษณะผนังแบ่งผนังแต่ละประเภทอย่างไร ความสูงจะวัดอย่างไร

3. ควรมีการขยายพื้นที่ในการศึกษาให้มีความหลากหลาย และควรมีการศึกษาเพื่อที่จะได้ผลการศึกษาที่จะสามารถเป็นตัวแทนและเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลไปใช้

4. ในเรื่องของการความรู้ที่ได้จากการวิจัยควรนำไปต่อยอดเพิ่ม เช่น ดูเพิ่มเติมในเรื่องของโรคปอดบวมหรือปอดอักเสบว่า จากการเริ่มต้นป่วยด้วยโรคหัดธรรมดา ในร้อยละที่เท่าๆกัน สำหรับเด็กไทยและเด็กม้งแล้ว ต่อมามีการป่วยที่เลวลงไปเป็นโรคปอดบวมของทั้งสองกลุ่มว่าจะมีความแตกต่างกันหรือไม่เพื่อดูความสัมพันธ์ในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลเด็ก หรือสภาพแวดล้อมรวมทั้งมลภาวะอื่นๆ อีกด้วย