

ภาวะการถดถอยของเศรษฐกิจ การเพิ่มมาตรการในการลดมลพิษในอากาศในกรุงเทพมหานครฯ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการลดลงของผลกระทบต่อสุขภาพเนื่องจากมลพิษทางอากาศด้วย ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์ข้อมูลในกรุงเทพมหานครในช่วงปี พ.ศ. 2539 ถึง 2544

3.1 วิธีการเก็บข้อมูล

3.1.1 ข้อมูลการตาย

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลการตายเฉพาะบุคคลในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2539-2544 เป็นรายวัน ในขั้นแรกได้ขอข้อมูลจาก สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีฐานข้อมูลมาจากสำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย จากการตรวจสอบข้อมูลพบว่าจำนวนการตายบางช่วงเวลา ระหว่างปี พ.ศ. 2539-2541 อาจมีความคลาดเคลื่อน จึงได้ขอความร่วมมือไปยังสำนักงานเขตทั้ง 50 เขต ในกรุงเทพมหานคร เพื่อขอสืบค้นข้อมูลการตายจากหนังสือใบรับแจ้งการตาย โดยการส่งเจ้าหน้าที่ลงไปจดบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์ม (เอกสารในภาคผนวก) และมาลงรหัสโรคสากลตามคู่มือ ICD10 (International statistical Classification of Diseases and Related health problems) จากนั้นจึงนำมาบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรม Epidata โดยการให้ลงบันทึกข้อมูล 2 รอบ แล้วนำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล เมื่อได้ข้อมูลที่อยู่ในระบบคอมพิวเตอร์เรียบร้อยแล้ว จึงนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดที่ได้จากทั้งสองแหล่งมารวมกันสรุปจำนวนผู้ตายในแต่ละวัน โดยจำแนกการตายตามสาเหตุการตายที่อาจจะมีความเกี่ยวข้องกับการสัมผัส PM₁₀ ดังนี้

- 1) โรคระบบหลอดเลือดหัวใจ ใช้รหัส I00 - I79
- 2) โรคระบบหายใจ ใช้รหัส J00 - J99
- 3) โรคเบาหวาน ใช้รหัส E10 - E14
- 4) อุบัติเหตุและการฆ่าตัวตาย ใช้รหัส V01-Y899
- 5) การตายธรรมชาติ คือ การตายจากทุกสาเหตุยกเว้นการตายจากอุบัติเหตุ ฆ่าตัวตาย และถูกฆ่าตาย ซึ่งการตายจำพวกนี้มีสาเหตุการตายที่ชัดเจนและไม่น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับการสัมผัสมลพิษ

นอกจากนี้ยังได้สรุปจำนวนผู้ตายในแต่ละวันแยกตามเพศชายและหญิงและจัดกลุ่มข้อมูลจำแนกตามอายุต่างๆ ดังนี้

- 1) อายุต่ำกว่า 6 ปี
- 2) อายุ 6 - 18 ปี
- 3) อายุ 19 - 50 ปี
- 4) อายุ > 50 ปี

จากการตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นโดยกราฟแสดงจำนวนการตายรายวันจำแนกตามสาเหตุการตาย พบว่ามีความผิดปกติของจำนวนการตายเกิดขึ้นระหว่างข้อมูลในช่วงต้น (พ.ศ. 2539-2541) ที่ได้จากการจดบันทึกจากใบแจ้งการตาย และข้อมูลช่วงหลัง (พ.ศ. 2540-2542) ที่ได้จากกระทรวงสาธารณสุข โดยจำนวนการตายรายวันจากโรคทางระบบหายใจและจากโรคหัวใจที่ได้จากการจดบันทึกเองสูงกว่าข้อมูลที่ได้จากกระทรวงสาธารณสุขมากอย่างผิดปกติ ถึงแม้จะเป็นข้อมูลต่างช่วงเวลากันการตายรายวันของคนกรุงเทพมหานครก็ควรจะมีการเปลี่ยนแปลงมากมายเช่นนั้น สันนิษฐานว่าความผิดปกตินี้อาจเกิดจากปัญหาการให้รหัสสาเหตุการตาย ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าใช้หลักเกณฑ์ไม่เหมือนกัน หรือเกิดจากความผิดพลาดของผู้ลงรหัสเอง ดังนั้นการวิเคราะห์ครั้งนี้จึงไม่สามารถจำแนกการตายตามสาเหตุการตายจากโรคหัวใจและโรคทางระบบหายใจได้ อย่างไรก็ตามการตรวจสอบไม่พบความผิดปกติเช่นนี้ในการตายจากทุกสาเหตุและการตายจำแนกตามกลุ่มอายุ จึงไม่เป็นปัญหาในการวิเคราะห์

3.1.2 ข้อมูลมลพิษอากาศและอุตุนิยมวิทยา

ระหว่างปี พ.ศ. 2538-2544 กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม มีสถานีตรวจวัด PM_{10} ด้วยวิธี Beta-gauge ในกรุงเทพมหานครจำนวน 8 แห่ง ได้แก่

- 1) มหาวิทยาลัยรามคำแหง (Station 1)
- 2) สำนักงานการเคหะชุมชนคลองจั่น (Station 2)
- 3) สนามกีฬา การเคหะชุมชนห้วยขวาง (Station 3)
- 4) โรงเรียนนนทรีวิทยา (Station 4)
- 5) โรงเรียนสิงหราชพิทยาคม (Station 5)
- 6) สถานีการไฟฟ้าอยุธยาธนบุรี ถนนอินทรพิทักษ์ (Station 6)
- 7) อาคารที่พัkdตำรวจจราจร โชคชัย 4 ถนนลาดพร้าว (Station 7)
- 8) เคหะชุมชนดินแดง ถนนดินแดง (Station 8)

โดยสถานีที่ 1 – 5 เป็นสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศบริเวณพื้นที่ทั่วไป ซึ่งเป็นเขตชุมชน บ้านพักที่อยู่อาศัยและย่านธุรกิจการค้า ส่วนสถานีที่ 6 – 8 เป็นสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศแบบกึ่งถาวร บริเวณริมถนน ค่าเฉลี่ยของมลพิษอากาศแต่ละวันคำนวณจากค่าที่วัดได้น้อย 18 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมง ในช่วงที่ทำการศึกษานี้สถานีตรวจวัดที่มหาวิทยาลัยรามคำแหงและโรงเรียนสิงหราชพิทยาคมมีข้อมูลการตรวจวัด PM_{10} ครบถ้วนมากกว่าสถานีอื่น ดังนั้นการวิเคราะห์ครั้งนี้จึงใช้ข้อมูล PM_{10} จากสองสถานีนี้ ค่าสหสัมพันธ์ (correlation) ของ PM_{10} จากสองสถานีนี้มีค่ามากกว่า 0.8 และ ระหว่างสถานีอื่นมีค่ามากกว่า 0.70 (ตารางที่ 3.1) ระดับความเข้มข้นของ PM_{10} มีการเปลี่ยนแปลงตามฤดูกาล โดยมีระดับสูงในฤดูหนาว (พฤศจิกายน ถึง กุมภาพันธ์) และระดับความเข้มข้นลดลงในฤดูฝน (พฤษภาคม ถึง ตุลาคม)

กรมควบคุมมลพิษยังได้ตรวจวัด ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO_2), ไนโตรเจนไดออกไซด์ (NO_2) และ โอโซน (O_3) ในหลายสถานีซึ่งรวมทั้งสถานีรามคำแหงด้วย ดังนั้นการวิเคราะห์ครั้งนี้จึงใช้ค่ามลพิษเหล่านี้จากสถานีมหาวิทยาลัยรามคำแหง

ข้อมูลอุตุนิยมวิทยารายวันได้จากกรมอุตุนิยมวิทยา ซึ่งเป็นข้อมูลที่ตรวจวัดที่สถานีศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ ข้อมูลเหล่านี้ประกอบด้วยอุณหภูมิ (temperature โดยใช้ค่า mean temperature, maximum temperature, minimum temperature), ความชื้นสัมพัทธ์ (relative humidity), และ อุณหภูมิจุดน้ำค้าง (dew point)

พบว่า อุณหภูมิ มีการเปลี่ยนแปลงตามฤดูกาล และมีค่าค่อนข้างต่ำบางครั้งในเดือน พฤศจิกายน ธันวาคม และมกราคม และ อุณหภูมิ มีค่าสูงในเดือนมีนาคม เมษายน พฤษภาคม และมิถุนายน ฤดูฝนอยู่ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงตุลาคม ในการวิเคราะห์ครั้งนี้กำหนดช่วงฤดูกาลตาม คำจำกัดความของกรมอุตุนิยมวิทยาดังนี้ ฤดูหนาวระหว่าง 16 ตุลาคม ถึง 15 กุมภาพันธ์ ฤดูร้อนระหว่าง 16 กุมภาพันธ์ ถึง 15 พฤษภาคม และฤดูฝนระหว่าง 16 พฤษภาคม ถึง 15 ตุลาคม อย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงของ อุณหภูมิ ตามฤดูกาล แต่โดยรวมกล่าวได้ว่า อุณหภูมิ ใน กรุงเทพมหานครอยู่ในระดับสูงตลอดปี

ตารางที่ 3.1 แสดงความสัมพันธ์ของข้อมูล PM₁₀ ของสถานีต่างๆ 8 สถานี ระหว่างปี พ.ศ. 2539-2544

Correlations		STATION1	STATION2	STATION3	STATION4	STATION5	STATION6	STATION7	STATION8
STATION1	Pearson Correlation	1.0000	0.8377	0.8751	0.8521	0.8552	0.8462	0.7440	0.7702
	Sig. (2-tailed)		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	N	1967	1941	1899	1557	1965	1941	1840	1443
STATION2	Pearson Correlation	0.8377	1.0000	0.7721	0.8069	0.7910	0.7581	0.6654	0.6957
	Sig. (2-tailed)	0.0000		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	N	1941	1941	1899	1557	1940	1917	1839	1443
STATION3	Pearson Correlation	0.8751	0.7721	1.0000	0.8547	0.8406	0.8154	0.7525	0.7988
	Sig. (2-tailed)	0.0000	0.0000		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	N	1899	1899	1899	1557	1898	1880	1816	1434
STATION4	Pearson Correlation	0.8521	0.8069	0.8547	1.0000	0.8204	0.8214	0.7395	0.8248
	Sig. (2-tailed)	0.0000	0.0000	0.0000		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	N	1557	1557	1557	1557	1557	1554	1518	1223
STATION5	Pearson Correlation	0.8552	0.7910	0.8406	0.8204	1.0000	0.8111	0.7322	0.8378
	Sig. (2-tailed)	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000		0.0000	0.0000	0.0000
	N	1965	1940	1898	1557	1973	1944	1840	1443
STATION6	Pearson Correlation	0.8462	0.7581	0.8154	0.8214	0.8111	1.0000	0.6787	0.7519
	Sig. (2-tailed)	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000		0.0000	0.0000
	N	1941	1917	1880	1554	1944	1944	1840	1443
STATION7	Pearson Correlation	0.7440	0.6654	0.7525	0.7395	0.7322	0.6787	1.0000	0.7383
	Sig. (2-tailed)	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000		0.0000
	N	1840	1839	1816	1518	1840	1840	1840	1443
STATION8	Pearson Correlation	0.7702	0.6957	0.7988	0.8248	0.8378	0.7519	0.7383	1.0000
	Sig. (2-tailed)	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	
	N	1443	1443	1434	1223	1443	1443	1443	1443
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)									

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ตัวแปรตามในการวิเคราะห์ข้อมูลคือจำนวนการตายรายวัน ซึ่งมีความเป็นอิสระต่อกัน เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นน้อย และมีการกระจายแบบปัวซอง วิธีการทางสถิติที่ใช้คือ Poisson regression โดยตัวแปรตามใน regression model คือ natural logarithm ของจำนวนการตายรายวันที่คาดหวัง และ regression coefficient คือ natural logarithm ของอัตราตาย การวิเคราะห์ regression model ใช้วิธีการทางสถิติที่เป็นที่ยอมรับในปัจจุบันนี้ซึ่งได้แก่ General Additive Model (GAM) สมการทางสถิติสำหรับการวิเคราะห์คือ $\log(E(Y_i)) = \sum S_i(X_i) + \beta_i Z_i$ โดย Y_i คือจำนวนการตายรายวัน X_i คือตัวแปรอิสระ S_i คือ smooth function ที่ใช้แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง Y_i และ X_i แบบไม่เป็นเส้นตรง Z_i คือตัวแปรอิสระที่สัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับ Y_i โดยมี β_i เป็น coefficient

สมการนี้ใช้วิเคราะห์ว่าการตายในแต่ละวันมีความสัมพันธ์กับการสัมผัส PM_{10} ในวันเดียวกัน (lag 0) และการสัมผัส PM_{10} ในวันที่ผ่านมาตั้งแต่ 1-5 วัน (lag 1-5) และ ค่าเฉลี่ยการสัมผัส PM_{10} สะสมตั้งแต่ 2-5 วัน (2-5 day moving average) โดยมีการควบคุมตัวแปรอื่นที่อาจมีผลต่อความสัมพันธ์ได้แก่ ฤดูกาล (season), เวลา (time trend), อุณหภูมิ (temperature), ความชื้นสัมพัทธ์ (relative humidity), และ อุณหภูมิจุดน้ำค้าง (dew point) โดยใช้ locally weight (loess) smooth function วิธีนี้สามารถใช้ได้ดีถึงแม้ความสัมพันธ์จะไม่เป็นเชิงเส้นตรง (Hastie and Tibshirani, 1990) ใช้ค่า Akaike Information Criteria (AIC) เป็นเกณฑ์ในการเลือก span ได้ทำการตรวจสอบความสัมพันธ์ อุณหภูมิ, ความชื้นสัมพัทธ์, และ อุณหภูมิจุดน้ำค้าง ตั้งแต่ lag 0-3 พบว่า lag 0 temperature และ lag 0 dewpoint มีความสัมพันธ์กับการตายและได้ควบคุมใน regression model และได้ควบคุมผลของวันในสัปดาห์ (day of week) ใน regression model ด้วย

Autocorrelation เป็นปัญหาที่อาจพบในข้อมูลแบบ time series ซึ่งจะมีผลทำให้ค่า standard error ของ regression coefficient ต่ำกว่าความเป็นจริง การวิเคราะห์ครั้งนี้ได้ทำการตรวจสอบ autocorrelation ใน residuals ของ regression model พบว่ามีเพียงเล็กน้อยเท่านั้นใน lag 1 ($r < 0.09$) และใน lag 2 ($r < 0.05$) ซึ่งไม่น่าจะมีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อค่า standard error ของ regression coefficients ที่ได้จากการวิเคราะห์ครั้งนี้ นอกจากนี้ยังได้ทำการวิเคราะห์ sensitivity ของ regression model โดยการตรวจสอบผลของการเพิ่ม span เป็น 2 เท่าและลดลงครึ่งหนึ่งจากที่ใช้ใน model

3.3 ผลการศึกษา

ตารางที่ 3.2 แสดงค่าเฉลี่ยการตาย ต่อวันของคนในกรุงเทพมหานครในช่วงเวลาที่ศึกษา ซึ่งมีค่าเท่ากับ 85 คนต่อวัน ประมาณ 2 ใน 3 เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในจำนวนตายทั้งหมดเป็นเพศชาย ร้อยละ 60 ตารางที่ 3.3 แสดงข้อมูลมลพิษอากาศและอุตุนิยมวิทยา ค่าเฉลี่ยรายวันของ PM_{10} มีค่าเท่ากับ 62 ไมโครกรัม/ลบ.ม. ($\mu g/m^3$) และ interquartile (75%-25% percentile) มีค่าเท่ากับ 76 และ 40 $\mu g/m^3$ และมีค่าสูงสุดเท่ากับ 284 $\mu g/m^3$ ค่าสูงสุด (1-hour maximum) เฉลี่ยต่อปีของ O_3 , NO_2 , NO_x , และ NO มีค่าเท่ากับ 48.3 ppb, 34.2

ppb, 84.7 ppb, และ 54 ppb ตามลำดับ PM_{10} มีสหสัมพันธ์กับ NO_2 ($r=0.49$), SO_2 ($r=0.17$), O_3 ($r=0.14$), 1-hour maximum NO_2 ($r=0.53$), 1-hour maximum NO_x ($r=0.53$), 1-hour maximum NO_2 ($r=0.34$), และ 1-hour maximum O_3 ($r=0.42$) และ อุณหภูมิ, ความชื้นสัมพัทธ์, และ อุณหภูมิจุดน้ำค้าง มีค่าค่อนข้างสูง ค่ามัธยฐานของอุณหภูมิเฉลี่ย 24 ชั่วโมง มีค่า 29 เซลเซียส และมัธยฐานของ ค่าเฉลี่ยความชื้นสัมพัทธ์มีค่าเท่ากับ 73%

ตารางที่ 3.2 จำนวนตายเฉลี่ยจำแนกตามเพศและอายุ กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2539-2544

กลุ่ม	จำนวนวันที่ศึกษา	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
รวม	2,192	84.90	15.40
ชาย	2,192	48.90	9.50
หญิง	2,192	35.90	8.80
อายุ < 6 ปี	2,192	3.20	1.90
อายุ 6-18 ปี	2,192	2.10	1.60
อายุ 19-50 ปี	2,192	31.30	7.10
อายุ > 50 ปี	2,192	56.40	11.80

ตารางที่ 3.3 การกระจายของข้อมูลมลพิษอากาศและอุตุนิยมวิทยากรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2539-2544

มลพิษอากาศ และอุตุนิยมวิทยา	เปอร์เซ็นต์ไทล์							
	5	10	25	50	75	90	95	100
PM_{10} ($\mu g/m^3$)	28.40	31.90	39.60	52.30	75.80	109.80	130.60	283.90
SO_2 (ppb)	2.20	3.00	5.10	8.20	13.30	20.50	26.10	51.30
NO_2 (ppb)	1.30	5.70	11.70	17.20	24.30	31.70	36.00	85.40
O_3 ppb (ppb)	7.00	9.00	13.80	19.30	25.80	31.60	36.00	57.60
1-hr max NO_2 (ppb)	1.70	10.00	20.00	30.00	46.40	64.00	74.00	152.00
1-hr max NO_x (ppb)	24.00	31.00	47.00	72.00	109.00	154.00	189.00	382.00
1-hr max NO (ppb)	6.00	11.00	23.00	44.00	70.00	110.20	141.00	337.40
1-hr max O_3 (ppb)	16.00	19.90	28.00	44.00	63.00	84.00	96.00	203.00
Temperature ($^{\circ}C$)	25.80	26.80	28.10	29.10	30.00	30.90	31.40	33.10
Dewpoint ($^{\circ}C$)	17.10	19.40	22.50	24.00	24.70	25.30	25.70	27.30
Relative humidity	57	61	67	73	78	83	86	95

หมายเหตุ: PM_{10} เป็นค่าเฉลี่ยจากสถานีรวมค่าแห่ง ส่วนมลพิษตัวอื่นได้จากสถานีรวมค่าแห่ง

ตารางที่ 3.4 แสดงผลของ regression model สำหรับ PM_{10} ตั้งแต่ lag 0-5 days และ 2-5 day moving average จากการพิจารณาค่า t statistics พบว่า 3-day moving average มีความสัมพันธ์กับการตายสูงกว่าวันอื่นๆ โดยพบว่าจำนวนการตายเพิ่มขึ้น 1.8% ต่อการเพิ่ม PM_{10} 1 interquartile ($36\mu g/m^3$) หรือ

จำนวนการตายเพิ่มขึ้น 0.5% ต่อการเพิ่ม PM_{10} $10 \mu g/m^3$ และได้ใช้ 3-day moving average PM_{10} ในการวิเคราะห์การตายตามเพศ และกลุ่มอายุ ซึ่งพบความสัมพันธ์ทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยพบผลกระทบในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย (ตารางที่ 3.5) และพบความสัมพันธ์ในกลุ่มอายุ 19-50 ปี และตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป แต่ไม่พบความสัมพันธ์ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 19 ปี และผลของ sensitivity analysis พบว่า ค่า estimated PM_{10} coefficient เพิ่มขึ้นเล็กน้อยและช่วงแคบลง

ตารางที่ 3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการตายรายวันกับการเพิ่ม PM_{10} 1 interquartile ($36 \mu g/m^3$) (beta และ $se \times 1000$)

lag	beta	se	t value	RR	95% CI
same day	0.373	0.106	3.53	1.014	1.006-1.021
1 day lag	0.343	0.100	3.42	1.012	1.005-1.020
2 day lag	0.375	0.097	3.86	1.014	1.007-1.021
3 day lag	0.157	0.096	1.63	1.006	0.999-1.013
4 day lag	-0.150	0.095	-1.57	0.995	0.988-1.001
5 day lag	-0.113	0.094	-1.20	0.996	0.989-1.003
2 day MA	0.433	0.109	3.97	1.016	1.008-1.024
3 day MA	0.501	0.112	4.46	1.018	1.010-1.026
4 day MA	0.477	0.115	4.15	1.017	1.009-1.026
5 day MA	0.360	0.117	3.07	1.013	1.005-1.021

หมายเหตุ: beta= regression coefficient, se= standard error, RR= relative risk, CI=confidence interval

ตารางที่ 3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการตายรายวันกับการเพิ่ม PM_{10} 1 interquartile ($36 \mu g/m^3$) ตามกลุ่มอายุและเพศ (beta และ $se \times 1000$)

กลุ่ม	beta	se	t value	RR	95% CI
อายุต่ำกว่า 5 ปี	-0.653	0.592	-1.10	0.977	0.937-1.018
อายุ 6-18 ปี	-0.524	0.705	-0.74	0.981	0.934-1.031
อายุ 19-50 ปี	0.428	0.184	2.32	1.016	1.002-1.031
อายุ ≥ 51 ปี	0.645	0.138	4.68	1.023	1.014-1.029
เพศชาย	0.459	0.147	3.11	1.017	1.006-1.033
เพศหญิง	0.546	0.173	3.15	1.020	1.007-1.032
ทุกกลุ่ม, loess span of time = 3%	0.501	0.112	4.46	1.018	1.010-1.026
ทุกกลุ่ม, loess span of time = 6%	0.568	0.112	5.05	1.021	1.013-1.029
ทุกกลุ่ม, loess span of time = 1.5%	0.557	0.112	4.97	1.020	1.012-1.028

หมายเหตุ: beta= regression coefficient, se= standard error, RR= relative risk, CI=confidence interval

ตารางที่ 3.6-3.10 แสดงผลของ lags ต่างๆของ 1-hour maximum NO_x, NO₂, NO₃ (nitric oxide), O₃ , และ ค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมงของ SO₂ พบความสัมพันธ์ในกลุ่ม ไนโตรเจนและ โอโซน ยกเว้น SO₂ โดยพบว่า NO₂ มีผลเหมือนกับ PM₁₀ ในเรื่องของ lag ที่มีความสัมพันธ์สูงกับการตายจากทุกสาเหตุ สำหรับ O₃ พบว่า 2-day lag มีความสัมพันธ์สูงที่สุดกับการตายจากสาเหตุธรรมชาติ จากการพิจารณาค่า t-statistics โดยรวมพบความสัมพันธ์สูงที่สุดสำหรับ PM₁₀

ตารางที่ 3.6 ความสัมพันธ์ระหว่างการตายรายวันกับการเพิ่ม 1-hour maximum NO₂
1 interquartile (26.4 ppb) (beta และ se*1000)

lag	beta	se	t value	RR	95% CI
same day	0.264	0.131	2.01	1.007	1.000-1.014
1 day lag	0.458	0.103	4.46	1.012	1.007-1.018
2 day lag	0.331	0.102	3.24	1.009	1.003-1.014
3 day lag	0.057	0.103	0.56	1.002	0.996-1.007
4 day lag	0.038	0.103	0.37	1.001	0.996-1.006
5 day lag	-0.286	0.103	-2.79	0.992	0.987-0.998
2 day MA	0.332	0.111	2.99	1.009	1.003-1.015
3 day MA	0.421	0.116	3.64	1.011	1.005-1.017
4 day MA	0.380	0.119	3.19	1.010	1.004-1.016
5 day MA	0.337	0.122	2.76	1.009	1.003-1.015

หมายเหตุ: beta= regression coefficient, se= standard error, RR= relative risk, CI=confidence interval

ตารางที่ 3.7 ความสัมพันธ์ระหว่างการตายรายวันกับการเพิ่ม 1-hour maximum NO_x
1 interquartile (62 ppb) (beta และ se*1000)

lag	beta	se	t value	RR	95% CI
same day	0.186	0.055	3.39	1.012	1.005-1.018
1 day lag	0.203	0.053	3.82	1.013	1.006-1.019
2 day lag	0.136	0.052	2.59	1.008	1.002-1.015
3 day lag	0.057	0.053	1.08	1.004	0.997-1.010
4 day lag	-0.139	0.053	-2.64	0.991	0.985-0.998
5 day lag	-0.255	0.053	-4.83	0.984	0.978-0.991
2 day MA	0.260	0.061	4.29	1.016	1.009-1.024
3 day MA	0.316	0.065	4.85	1.020	1.012-1.028
4 day MA	0.320	0.069	4.61	1.020	1.011-1.029
5 day MA	0.236	0.073	3.21	1.015	1.006-1.024

หมายเหตุ: beta= regression coefficient, se= standard error, RR= relative risk, CI=confidence interval

ตารางที่ 3.8 ความสัมพันธ์ระหว่างการตายรายวันกับการเพิ่ม 1-hour maximum NO

1 interquartile (47 ppb) (beta และ se*1000)

lag	beta	se	t value	RR	95% CI
same day	0.235	0.065	3.63	1.011	1.005-1.017
1 day lag	0.221	0.063	3.49	1.010	1.005-1.016
2 day lag	0.104	0.063	1.65	1.005	0.999-1.011
3 day lag	0.064	0.063	1.01	1.003	0.997-1.009
4 day lag	-0.181	0.064	-2.85	0.992	0.986-0.997
5 day lag	-0.357	0.064	-5.59	0.983	0.978-0.989
2 day MA	0.334	0.073	4.57	1.016	1.009-1.023
3 day MA	0.370	0.080	4.63	1.018	1.010-1.025
4 day MA	0.384	0.086	4.45	1.018	1.010-1.026
5 day MA	0.253	0.093	2.72	1.012	1.003-1.021

หมายเหตุ: beta= regression coefficient, se= standard error, RR= relative risk, CI=confidence interval

ตารางที่ 3.9 ความสัมพันธ์ระหว่างการตายรายวันกับการเพิ่ม 1-hour maximum ozone

1 interquartile (35 ppb) (beta และ se*1000)

lag	beta	se	t value	RR	95% CI
same day	0.092	0.124	0.74	1.003	0.995-1.012
1 day lag	0.187	0.080	2.33	1.007	1.001-1.012
2 day lag	0.354	0.080	4.44	1.012	1.007-1.018
3 day lag	0.041	0.080	0.51	1.001	0.996-1.007
4 day lag	0.005	0.080	0.06	1.000	0.995-1.006
5 day lag	-0.085	0.080	-1.06	0.997	0.992-1.003
2 day MA	0.140	0.087	1.61	1.005	0.999-1.011
3 day MA	0.310	0.091	3.41	1.011	1.005-1.011
4 day MA	0.269	0.093	2.97	1.009	1.003-1.016
5 day MA	0.216	0.096	2.50	1.008	1.001-1.014

หมายเหตุ: beta= regression coefficient, se= standard error, RR= relative risk, CI=confidence interval

ตารางที่ 3.10 ความสัมพันธ์ระหว่างการตายรายวันกับการเพิ่ม 1-hour maximum sulfur dioxide 1 interquartile (8 ppb) (beta และ se*1000)

lag	beta	se	t value	RR	95% CI
same day	0.427	0.346	1.23	1.003	0.998-1.009
1 day lag	0.143	0.347	0.41	1.001	0.996-1.007
2 day lag	-0.811	0.350	-2.32	0.994	0.988-0.999
3 day lag	-0.773	0.350	-2.21	0.994	0.988-0.999
4 day lag	-0.856	0.350	-2.45	0.993	0.988-0.999
5 day lag	-0.313	0.349	-0.90	0.997	0.992-1.003
2 day MA	0.515	0.392	1.31	1.004	0.998-1.010
3 day MA	-0.098	0.423	-0.23	0.999	0.993-1.006
4 day MA	-0.462	0.449	-1.03	0.996	0.989-1.003
5 day MA	-0.882	0.474	-1.86	0.993	0.986-1.000

หมายเหตุ: beta= regression coefficient, se= standard error, RR= relative risk, CI=confidence interval

3.4 อภิปรายผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล 6 ปีระหว่าง 2539-2544 ของกรุงเทพมหานครพบความสัมพันธ์ระหว่างการตายรายวันและ PM₁₀ รายวัน ขนาดของความสัมพันธ์ใกล้เคียงกับผลการศึกษาอื่นๆ โดยพบว่าการเพิ่ม PM₁₀ 10 µg/m³ มีผลทำให้การตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.5 (95%CI = 0.3 - 0.7) ผลที่พบนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Schwartz และคณะ (1996) โดยศึกษาข้อมูลจาก 6 เมืองทางตะวันออกของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบความสัมพันธ์ของการตายรายวันกับการสัมผัส PM₁₀ และ PM_{2.5} โดยพบว่า การตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.8 (95%CI = 0.5-1.1) ต่อการเพิ่ม PM₁₀ 10 µg/m³

ทำนองเดียวกันการศึกษาใน 10 เมืองของสหรัฐอเมริกา โดย Schwartz (2000) พบว่าการเพิ่ม PM₁₀ 10 µg/m³ (วัดเป็น 2-day moving average) มีผลทำให้การตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.7 นอกจากนี้ Burnett และคณะ (2000) ได้ศึกษาข้อมูลในหลายเมืองใหญ่ในประเทศแคนาดา ระหว่าง 1986-1996 พบว่าทั้ง PM₁₀ และ PM_{2.5} มีความสัมพันธ์กับการตายรายวัน โดยพบว่าการเพิ่ม PM₁₀ 10 µg/m³ มีผลทำให้การตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.5 (95%CI = 0.2 - 1.2)

มีรายงานผลการศึกษาในยุโรปใน 29 เมืองโดยใช้ข้อมูล PM₁₀ ที่วัดได้โดยตรงหรือเป็นค่าที่ประมาณจาก TSP หรือ Black smoke (Katsouyanni K et al., 2001) การศึกษานี้ใช้วิธีการเดียวกับการศึกษาในสหรัฐอเมริกา ดังกล่าวข้างต้น พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการตายและ PM₁₀ โดยมีการตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.6 ต่อการเพิ่มระดับ PM₁₀ 10 µg/m³

นอกจากนี้ Samet และคณะ (2000a) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลชุดหนึ่งประกอบด้วยเมืองใหญ่ที่สุด 88 เมืองในสหรัฐอเมริกา (NMMAPS) โดยใช้วิธีการหลายอย่างในการวิเคราะห์ทางสถิติและการวิเคราะห์ sensitivity และนอกจากนี้ Samet และคณะ (2000b) ยังได้วิเคราะห์เฉพาะ 20 เมืองใหญ่ที่สุด การศึกษาทั้งสองพบผลสอดคล้องกันคือ การตายมีความสัมพันธ์กับ PM_{10} แต่ผลของ PM_{10} โดยรวมค่อนข้างต่ำกว่าผลที่พบในการศึกษาก่อนๆ (ประมาณ 0.5% ต่อ PM_{10} $10 \mu g/m^3$) และผลการศึกษาที่ค่อนข้างใหม่เรื่องหนึ่งซึ่งใช้วิธีการทางสถิติแบบใหม่พบการตายเพิ่มขึ้นประมาณ 0.27% ต่อการเพิ่ม PM_{10} $10 \mu g/m^3$ (Domonici F et al., 2002) การศึกษานี้และของ Samet และคณะ (2000b) ศึกษาเฉพาะผลของ PM_{10} lag0-2 เท่านั้น

ผลของ PM_{10} ต่อการตายของคนในกรุงเทพมหานครพบทั้งในเพศชายและเพศหญิง และในกลุ่มอายุ 18-50 ปี และ มากกว่า 50 ปี เป็นการสนับสนุนผลการศึกษาในอดีตที่ได้เคยรายงานมาแล้ว (Ostro B et al., 1998; 1999) ซึ่งใช้ข้อมูลในปี พ.ศ. 2535-2538 และพบว่าคุณภาพข้อมูลการตายในการศึกษานั้นค่อนข้างต่ำ และข้อมูล PM_{10} ไม่สามารถใช้ได้จำเป็นต้องประมาณค่าจากค่าทัศนวิสัย (visibility) ผลของ PM_{10} (จากค่าประมาณ) ที่พบในการศึกษานั้นสูงกว่าที่พบในการวิเคราะห์ครั้งปัจจุบันนี้ รวมทั้งพบความสัมพันธ์ของการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีสูงกว่าการวิเคราะห์ครั้งปัจจุบันนี้ ซึ่งเชื่อว่าการวิเคราะห์ครั้งปัจจุบันนี้ใช้ข้อมูลการตายที่มีความน่าเชื่อถือสูงกว่า เพราะคณะผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลเองจากใบมรณบัตร ณ ที่ทำการเขตในกรุงเทพมหานครทุกแห่งระหว่าง พ.ศ. 2539-2541 เนื่องจากตรวจสอบพบว่าข้อมูลการตายในช่วงนี้ได้จากกระทรวงสาธารณสุขอาจมีความคลาดเคลื่อน นอกจากนี้ข้อมูลมลพิษอากาศที่ใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้มีความครบถ้วนมากกว่าเดิม อย่างไรก็ตามความถูกต้องของผลการวิเคราะห์ที่พบในครั้งนี้นั้นขึ้นอยู่กับคุณภาพของข้อมูลที่ใช้

ส่วนใหญ่การศึกษาเกี่ยวกับมลพิษอากาศและการตายในอดีตเป็นการศึกษาในเมืองต่างในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศในยุโรปตะวันตก ซึ่งมีลักษณะภูมิอากาศค่อนข้างหนาวเย็น และมีรูปแบบของการตายรายวันแตกต่างกันมากตามฤดูกาล ดังนั้นผลการศึกษาที่สอดคล้องกันในครั้งนี้จึงมีความสำคัญมาก เพราะเป็นผลการศึกษาที่พบในภูมิภาคที่มีลักษณะภูมิอากาศที่แตกต่างกัน และไม่มีสภาพอากาศหนาวเย็นเหมือนการศึกษาอื่นๆ และผลการศึกษานี้ไม่น่าจะได้รับอิทธิพลจากฤดูกาลและการระบาดของโรคที่เกี่ยวข้องกับอากาศหนาว การวิเคราะห์ sensitivity พบผลของ PM_{10} ในกลุ่มอายุ 19-50 ปีและ 50 ปีขึ้นไป และพบขนาดของผลที่พบใกล้เคียงกันในเพศชายและเพศหญิง และโดยทั่วไปการเปลี่ยนแปลง span ไม่ทำให้ผลของ PM_{10} เปลี่ยนแปลง

ในอดีตพบว่าข้อมูลเฉลี่ย 24 ชั่วโมงของ PM_{10} และ $PM_{2.5}$ มีความสัมพันธ์กันสูงมาก (Vichit-Vadakan N et al., 2001) เป็นการชี้แนะว่าผลของอนุภาคมลสาร (particulate matter) ที่พบในกรุงเทพมหานครน่าจะมี

ส่วนที่เกี่ยวข้องกับฝุ่นที่เกิดจากการเผาผลาญน้ำมันเชื้อเพลิง และฝุ่นจากถนน ซึ่งฝุ่นทั้งสองเกี่ยวข้องกับการใช้รถบนท้องถนน ดังนั้นเป็นไปได้ที่ประชาชนจำนวนมากในกรุงเทพมหานครต้องสัมผัสกับ PM_{10} , $PM_{2.5}$, black carbon, และฝุ่นขนาดเล็กมากในปริมาณที่สูงมาก เนื่องจากการจราจรคับคั่งและการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง diesel อย่างแพร่หลาย และผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ามลภาวะการจราจร มีผลกระทบต่อสุขภาพ เพราะพบว่า NO_3 , NO_2 , และ O_3 มีความสัมพันธ์กับการตาย และค่าเฉลี่ย NO_2 มีค่าค่อนข้างสูง ในทางตรงข้ามไม่พบความสัมพันธ์กับ SO_2 เนื่องจาก O_3 มีสหสัมพันธ์ไม่สูงกับ PM_{10} หรือ NO_2 ดังนั้นอาจสรุปได้ระดับหนึ่งว่าผลที่พบของ O_3 มีความเป็นอิสระจากมลพิษตัวอื่น

ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยอื่นที่ไม่ใช่มลพิษอากาศและการเปลี่ยนแปลงตามวัน เช่น วันประจำสัปดาห์ และสภาพอากาศ เพราะการใส่ตัวแปรเหล่านี้ใน regression model ไม่ได้ทำให้ผลเปลี่ยนแปลง เพียงแค่มีผลเล็กน้อยต่อ goodness-of-fit

การศึกษาในระยะหลังพบความสัมพันธ์ระหว่าง PM_{10} และอาการทางระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ตัวอย่างผลการศึกษาเหล่านี้ได้แก่ มีรายงานการศึกษาพบว่า อนุภาคมลสารเพิ่มอัตราการเดินของหัวใจ หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ และกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Liao D et al., 1999 ; Pope CA et al., 1999 ; Peters A et al., 2000 ; Gold DR et al., 2000; Peters A et al., 2001) สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ต่อการตายด้วยโรคหัวใจ (Nolan.,1998) และช่วยอธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง มลพิษอากาศและการตาย นอกจากนี้ยังมีรายงานการวิจัยพบผลระยะยาวของ อนุภาคมลสารต่อการตาย (Pope C et al., 2002)

ผลจากการศึกษานี้สามารถที่จะคำนวณอัตราการตายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นใน 1 ปี ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับ PM_{10} ที่ระดับ $1 \mu g/m^3$ อัตราการตายในกรุงเทพมหานครจากปี พ.ศ. 2539-2544 เฉลี่ยปีละ 5.2 ต่อ 1,000 คน จากการศึกษาในปี พ.ศ. 2539 ร้อยละ 93 ของอัตราการตายทั้งหมดตายด้วยเหตุธรรมชาติ (ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ อาชญากรรม และฆ่าตัวตาย) เพราะฉะนั้นอัตราการตายด้วยเหตุธรรมชาติเฉลี่ยปีละ 4.8 ต่อ 1,000 คน ผลของการศึกษานี้แสดงว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2539-2544 อัตราการตายด้วยเหตุธรรมชาติมีการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 0.05 ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับ PM_{10} $1 \mu g/m^3$ ถ้ากรุงเทพมหานครมีประชากรทั้งหมด 6 ล้านคน และอัตราการตายด้วยเหตุธรรมชาติเท่ากับ 4.8 ต่อ 1,000 คน คาดว่าจะมีอัตราการเปลี่ยนแปลงของอัตราการตาย 15 ราย ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับ PM_{10} $1 \mu g/m^3$ เพราะฉะนั้นค่าเฉลี่ยของปริมาณ PM_{10} ระหว่าง พ.ศ. 2539-2544 ณ. สถานีรามคำแหงอยู่ที่ ระดับ $60 \mu g/m^3$ ปริมาณการตายที่เพิ่มขึ้นที่มาจาก PM_{10} เท่ากับ 900 ราย

การเพิ่มการเฝ้าระวังและวิเคราะห์ทั้ง fine และ coarse particles จะช่วยให้สามารถกำหนดกลวิธีในการควบคุมมลภาวะทางอากาศในอนาคตได้ และเข้าใจบทบาทของฝุ่นที่เกิดจากการเผาไหม้น้ำมันเชื้อเพลิง ฝุ่นที่เกิดจากการก่อสร้าง และฝุ่นหยาบอื่นๆ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่พบในครั้งนี้เป็นข้อมูลที่สำคัญในการแสดงให้เห็นว่าการลดมลภาวะทางอากาศในกรุงเทพมหานครจะเป็นผลดีต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน

บทที่ 4

การศึกษา Panel Study ของอาการป่วยทางระบบหายใจ

การศึกษา Panel Study ของอาการป่วยทางระบบหายใจ ดำเนินการโดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนบันทึกอาการทางระบบหายใจในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาของตนในแต่ละวันตามแบบบันทึกอาการที่ใช้ในการศึกษา โดยทำการบันทึกทุกวันติดต่อกันเป็นระยะเวลา 100 วัน ในขณะเดียวกันก็มีการเก็บข้อมูลอนุภาคมลสารในพื้นที่ใกล้เคียงกับที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ ข้อดีของการศึกษาในรูปแบบนี้คือแต่ละคนในกลุ่มตัวอย่างสามารถเป็นตัวควบคุมไปได้ด้วยในตัวไม่จำเป็นต้องมีกลุ่มควบคุมจากชุมชนอื่นๆ แต่จะมีค่าใช้จ่ายสูงหากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ และศึกษาเป็นระยะเวลานาน ในการศึกษาช่วงระยะเวลา 3 เดือน เพียงพอที่จะได้ผลที่มีความหมาย ถ้าอาการและมลภาวะทางอากาศเป็นไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้การศึกษาในรูปแบบของ Panel Study ยังมีประโยชน์ที่สำคัญอีกดังนี้

- สามารถควบคุมกระบวนการเก็บข้อมูลสุขภาพ ดังนั้นสามารถควบคุมคุณภาพของข้อมูล
- สามารถประเมินการสัมผัสของกลุ่มประชากรศึกษากับมลพิษในอากาศ (Exposure Assessment) โดยตั้งเครื่องตรวจวัด PM_{10} ใกล้ที่อยู่อาศัยของกลุ่มประชากรศึกษา
- สามารถได้ข้อมูลต่างๆ จากกลุ่มศึกษา เช่น รายละเอียดประวัติสุขภาพ การไต่ถาม นิสัยการสูบบุหรี่ การใช้บริการทางการแพทย์ ลักษณะทางเศรษฐกิจสังคม หรือรูปแบบของพฤติกรรมและกิจกรรมที่อาจจะสัมพันธ์กับการประเมินการสัมผัสมลพิษทางอากาศ
- มีโอกาสในการศึกษากลุ่มประชากรที่มีความไวต่อมลพิษในอากาศ ได้แก่มลพิษหอบหืด
- สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการเก็บข้อมูลตามสภาวะท้องถิ่น

ค่าใช้จ่ายเป็นปัจจัยที่จำกัดในการดำเนินการศึกษานี้ เจ้าหน้าที่โครงการต้องใช้ความพยายามในการติดตามกลุ่มศึกษา เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้องและมีคุณภาพ สำหรับอุปกรณ์การตรวจวัดอนุภาคมลสาร ต้องมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน และต้องมีความระมัดระวัง เพื่อหลีกเลี่ยงการหยุดชะงักในการตรวจวัด ซึ่งจะส่งผลเสียต่อการวิจัยเป็นอย่างมาก

ประเด็นสำคัญในการศึกษานี้ คือ การเลือกกลุ่มตัวอย่างมาทำการศึกษาว่าจะเลือกกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น หอบหืด หรือ เด็ก หรือ กลุ่มประชากรผู้ใหญ่ทั่วไปมาศึกษาเพราะมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางระบบหายใจที่เกิดขึ้น ข้อดีของการเลือกกลุ่มประชากรทั่วไปคือสามารถอ้างอิงผลการศึกษาในกลุ่มประชากร ทั่วไปได้ ในขณะที่การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น หอบหืด หรือ เด็ก การอ้างอิงจะมีข้อจำกัดเฉพาะกลุ่ม อย่างไรก็ตามประโยชน์ของการเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะก็คือกลุ่มตัวอย่างจะมีความไวต่อการสัมผัสมลพิษในสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะมีปฏิกิริยาสูงทำให้ง่ายต่อการสังเกต

เหตุ และบางกลุ่ม เช่น หอบหืดอาจมีความใส่ใจในการสังเกตและรายงานอาการของตัวเองมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป ส่วนกลุ่มเด็กก็จะมีข้อดีคือเด็กจะมีการสัมผัสกับมลพิษในอากาศมากเนื่องจากใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่นอกบ้าน และ เป็นกลุ่มที่ศึกษาได้ง่ายเพราะสามารถติดตามได้ที่โรงเรียน

4.1 วิธีการเก็บข้อมูล

4.1.1 การเลือกพื้นที่ศึกษา

ในการเลือกพื้นที่ศึกษา ในขั้นต้นได้ลงสำรวจพื้นที่ใกล้เคียงกับจุดที่ตั้งสถานีตรวจวัดอากาศของกรมควบคุมมลพิษ โดยเลือกลงสำรวจที่ 3 จุด คือ

- 1) ที่ทำการไปรษณีย์โทรเลขราษฎร์บูรณะ
- 2) เคหะชุมชนดินแดง ถนนดินแดง
- 3) สถาบันราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

ผลการสำรวจพบว่าบริเวณที่ทำการไปรษณีย์ราษฎร์บูรณะ สถานีตรวจวัดอยู่ค่อนข้างไกลจากชุมชนและมีแผนงานที่จะย้ายสถานีไปอยู่ที่อื่น ส่วนบริเวณเคหะชุมชนดินแดง ถนนดินแดง เป็นจุดตรวจที่มีปริมาณมลพิษในอากาศค่อนข้างสูง และชุมชนจะอยู่ด้านหลังแฟลตของการเคหะ ซึ่งมีตึกบังและทำให้ปริมาณฝุ่นหรือมลพิษอื่นในบริเวณชุมชนน่าจะแตกต่างจากบริเวณจุดตรวจวัดที่อยู่ริมถนนดินแดงมาก ดังนั้นจึงไม่ได้เลือกทั้ง 2 ชุมชนเป็นพื้นที่ศึกษา และจากการสำรวจชุมชนบริเวณสถาบันราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา พบว่าเป็นชุมชนที่เหมาะสมแก่การศึกษาเนื่องจาก

1. สถานีตรวจวัดซึ่งตั้งอยู่ในบริเวณโรงเรียนสาธิต สถาบันราชภัฏบ้านสมเด็จฯ ซึ่งไม่ติดถนนและอยู่ใกล้ชุมชน
2. ในพื้นที่ไม่มีตึกสูงบังระหว่างสถานีตรวจวัดกับบ้านพักอาศัย
3. ไม่มีอุตสาหกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาเรื่องฝุ่นละออง
4. มีโรงเรียนตั้งอยู่ในชุมชน ซึ่งสะดวกต่อการเก็บข้อมูลในกลุ่มเด็กนักเรียน

ในพื้นที่บริเวณสถาบันราชภัฏบ้านสมเด็จฯ นี้ อยู่ในเขตธนบุรี แขวงศิริราช และมีการแบ่งเป็นชุมชนย่อยๆ ในพื้นที่เป็น 8 ชุมชนได้แก่

1. ชุมชนวัดใหญ่ศรีสุพรรณ
2. ชุมชนสามัคคีศรีสุพรรณ
3. ชุมชนศรีภูมิ
4. ชุมชนวัดศิริราช
5. ชุมชนมัสยิดบ้านสมเด็จ
6. ชุมชนสี่แยกบ้านแขก
7. ชุมชนบางไส้ไก่บ้านสมเด็จ
8. ชุมชนวัดประดิษฐาราม

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เลือกมา 5 ชุมชน โดยใช้เกณฑ์ของระยะทางระหว่างชุมชนและสถานีวิจัยวัดอากาศ ด้วยเหตุนี้ชุมชนที่ร่วมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ชุมชนบางไผ่ไ้บ้านสมเด็จ ชุมชนมัสยิดบ้านสมเด็จ ชุมชนสี่แยกบ้านแขก ชุมชนวัดประดิษฐารามและชุมชนสามัคคีศรีสุพรรณ

4.1.2 การเลือกตัวอย่าง Panel-Study

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษา Panel-Study ของอาการป่วยทางระบบหายใจ ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุ คือมีอายุ ≥ 50 ปี
2. กลุ่มเด็กอายุ 5-12 ปี

โดยมีจำนวนตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่ม คือกลุ่มละ 100 คน โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) ไม่สูบบุหรี่ หรือไม่มีคนสูบบุหรี่ในบ้าน
- 2) ไม่นอนห้องแอร์
- 3) อยู่ในพื้นที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 20 ชั่วโมงต่อวัน
- 4) ไม่ได้ประกอบอาชีพเสริมสวดย, ร้านอาหาร, ร้านทำผม หรือทำงานที่มีการสัมผัสฝุ่นละออง
- 5) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

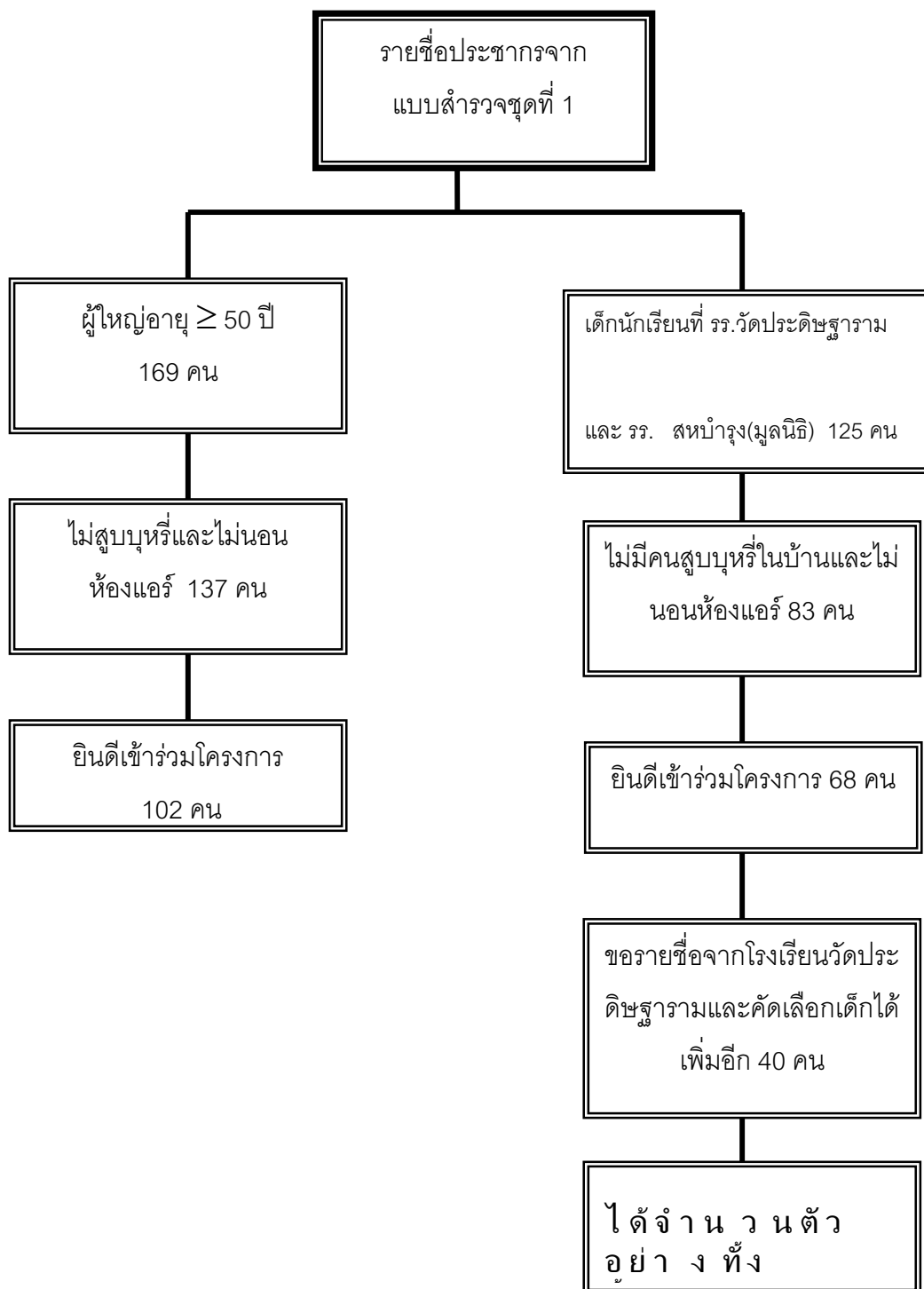
ในการคัดเลือกตัวอย่างมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. ขอแผนที่ของชุมชน จากสำนักงานเขตธนบุรี
2. ติดต่อประสานงานกับประธานชุมชนเพื่อขอความร่วมมือ และประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนรับทราบว่า จะมีเจ้าหน้าที่โครงการฯ มาพบเพื่อขอความร่วมมือและสำรวจข้อมูลพื้นฐาน
3. ลงสำรวจชุมชนตามแผนที่โดยใช้แบบสำรวจข้อมูลชุดที่ 1 (ภาคผนวก)
4. นำข้อมูลที่ได้จากข้อ 3 มาคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ (แผนภูมิที่ 2)
5. ลงพื้นที่เพื่อคุยกับกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกไว้ ชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินโครงการและขอให้ลงนามในใบยินยอมด้วยความสมัครใจเพื่อร่วมโครงการ (ภาคผนวก) พร้อมกับนัดเวลาที่จะมาเก็บข้อมูลในแต่ละวัน

4.1.3 การเก็บข้อมูลสุขภาพรายวัน

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ก่อนที่จะเริ่มทำการเก็บข้อมูลสุขภาพรายวัน ได้ทำการคัดเลือกและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สัมภาษณ์ โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ความสำคัญรายละเอียดของแบบสอบถาม และเทคนิคการสัมภาษณ์ ก่อนที่จะเริ่มปฏิบัติงานในพื้นที่ (รายละเอียดของการฝึกอบรมแสดงในภาคผนวก)

แผนภูมิที่ 2 ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่างการศึกษา Panel-Study



ในการเก็บข้อมูลจะมีเจ้าหน้าที่สัมภาษณ์ลงพื้นที่วันละ 5 คน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ชุมชนมัสยิด 2 คน
2. ชุมชน บางไผ่ไก่ฯ ชุมชนสามัคคีศรีสุพรรณ ชุมชนบ้านแขก 2 คน
3. ชุมชนวัดประดิษฐาราม 1 คน

โดยมีเจ้าหน้าที่อีก 1 คน เป็นทั้งผู้สัมภาษณ์ และดูแลประสานงาน พร้อมทั้งรวบรวมแบบสอบถามในแต่ละวัน

ในระหว่างการเก็บข้อมูล มีการควบคุมคุณภาพของข้อมูลสุภาพ โดยมีเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานไปสุ่มถามอาการของตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างทุก 3 สัปดาห์ เพื่อเป็นการตรวจสอบคุณภาพของการเก็บข้อมูล

4.1.4 การเก็บข้อมูลคุณภาพอากาศ

ในการศึกษาครั้งนี้ กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ได้ให้ความช่วยเหลือเรื่องอุปกรณ์ในการตรวจวัดปริมาณ PM_{10} และ $PM_{2.5}$ พร้อมทั้งทำการตรวจวัดก๊าซมลพิษบางชนิด เช่น ไนโตรเจนไดออกไซด์ (NO_2) โอโซน (O_3) และคาร์บอนมอนนอกไซด์ (CO) ในสถานีราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งอยู่ในบริเวณที่ใกล้เคียงกับที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง

ในการตรวจวัดปริมาณ PM_{10} และ $PM_{2.5}$ ทำการตรวจวัดโดยเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมจาก ดร.เนรศ เชื้อสุวรรณ กรมวิทยาศาสตร์บริการ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม โดยใช้เครื่อง Minivol ของบริษัท Airmetrics. และใช้กระดาษกรอง แบบ ควอทซ์ (Quartz filter) เพื่อนำมาใช้วิเคราะห์หองค์ประกอบของคาร์บอนด้วย ขั้นตอนในการตรวจวัดด้วยเครื่อง Minivol มีดังนี้

1. ต้องนำกระดาษกรองไปปรับสภาพ(Equilibrate)ที่ห้องซึ่งน้ำหนักที่กรมควบคุมมลพิษ เป็นเวลา 24 ชั่วโมง
2. ชั่งน้ำหนักกระดาษกรองที่ปรับสภาพแล้ว และจดบันทึกในแบบฟอร์ม (ภาคผนวก)
3. ทำการ Calibrate เครื่อง Minivol ก่อนใช้ทุกครั้ง เพื่อปรับอัตราการไหลของอากาศ(Flow rate) ให้ได้ 5 ลิตรต่อนาที
4. ตั้งเวลาเริ่มต้น เวลาสิ้นสุดของการวัด
5. จดบันทึก Elapse time ของเครื่องไว้
6. นำแผ่นกระดาษกรองใส่ใน Filter holder ที่มีหัวImpactor ของ PM_{10} และ $PM_{2.5}$ เครื่องละแผ่น แล้วประกอบเข้ากับเครื่อง Minivol
7. นำเครื่องไปตั้งที่ สถานที่ที่ต้องการตรวจวัด

8. เก็บเครื่องเมื่อถึงเวลา และนำกระดาศกรองใส่ใน กล่องเก็บ (petri dish)
9. จดบันทึก Elapse time เมื่อเก็บเครื่อง เพื่อใช้ในการคำนวณเวลาที่เครื่องทำงาน และบันทึก Flow rate ก่อนที่จะ calibrate เครื่องครั้งต่อไป
10. นำกระดาศกรองไปปรับสภาพที่ ห้องซั่งน้ำหนัก เป็นเวลา 24 ชั่วโมง
11. ซั่งน้ำหนัก กระดาศกรอง
12. คำนวณความหนาแน่นของฝุ่น ดังนี้

$$\text{ความหนาแน่นฝุ่น} = (\text{น้ำหนักฝุ่นหลัง} - \text{น้ำหนักฝุ่นก่อน}) / \text{ปริมาตรรวมของอากาศ}$$

$$\text{โดยที่ ปริมาตรรวมของอากาศ} = \text{อัตราการไหลของอากาศ (ลิตร/นาที)} * \text{จำนวนชั่วโมง (Elapse time หลัง} \\ - \text{Elapse time ก่อน)} * 60 \text{ นาที/1000 (หน่วยไมโครกรัมต่อ ลบ.ม.)}$$

13. เก็บกระดาศกรองไว้ส่งวิเคราะห์ปริมาณคาร์บอนต่อไป
14. รหัสของกระดาศกรองใช้ดังนี้

$$P = PM_{10}, S = PM_{2.5}$$

$$P-010402 = \text{กระดาศกรองที่วัด } PM_{10} \text{ ของวันที่ 1 เดือนเมษายน 2002}$$

$$S-150402 = \text{กระดาศกรองที่วัด } PM_{2.5} \text{ ของวันที่ 15 เดือนเมษายน 2002}$$

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ในการวิเคราะห์ข้อมูลอาการป่วยทางระบบหายใจรายวันที่เก็บในการศึกษาครั้งนี้ ทำการวิเคราะห์รายงานจำนวนผู้ให้ข้อมูลรายวัน, แจกแจงนับอุบัติการณ์ และ ความชุกของอาการ และ กลุ่มอาการรายวัน ส่วนข้อมูลอากาศทำการวิเคราะห์ระดับมลพิษแต่ละตัวรายวันโดยการ plot เพื่อดูความแปรเปลี่ยนของระดับความเข้มข้นมลพิษ แจกแจงการกระจาย (distribution) ของระดับมลพิษ เพื่อแสดงค่าพิสัย, ค่าเฉลี่ย, ค่ามัธยฐาน รวมทั้งค่า interquartile range ทำการตรวจสอบสหสัมพันธ์ (correlation) ระหว่างตัวแปรต่อไปนี้คือ ค่ามลพิษอากาศและตัวแปรแสดงคุณภาพอากาศอื่นๆ ได้แก่ อุณหภูมิและอุณหภูมิจุดน้ำค้าง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางระบบหายใจกับระดับมลพิษในอากาศใช้ Generalized estimating equation, link = logit โดยมีอาการทางระบบหายใจเป็นตัวแปรตาม ส่วนตัวแปรอิสระได้แก่ระดับมลพิษในอากาศ (pollutants), อุณหภูมิ (temperature), อุณหภูมิจุดน้ำค้าง (dew point), ลำดับวันที่ศึกษา (day), และ วันสุดสัปดาห์ (weekday) ขั้นแรกเป็นการหา base model โดยการ regress อาการทางระบบหายใจแต่ละกลุ่ม ซึ่งได้แก่ กลุ่มอาการทางระบบหายใจส่วนต้น , อาการทางระบบหายใจส่วนปลาย, ไอ และหอบหืด ด้วยตัวแปรอิสระต่างๆ ดังกล่าว การเลือก model ที่เหมาะสมที่สุด เลือกจาก ค่าของ AIC (Akaike Information Criteria) ที่ดีที่สุด จากนั้น เมื่อได้ base

model แล้ว ก็ได้เพิ่มตัวแปรมลพิษ แต่ละตัวเข้าใน model เป็น single pollutant model สำหรับการดูความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางระบบหายใจกับมลพิษอากาศในวันเดียวกัน ยังได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ กับวันก่อนหน้านี้อด้วย (lag 1, 2, 3, 4, 5 day) รวมทั้งค่า moving average ของ 3, 4, และ 5 วันด้วย การคำนวณความสัมพันธ์ระหว่าง อาการทางระบบหายใจกับระดับมลพิษนั้น รายงานเป็น Odds Ratio ของอาการต่อ ความเข้มข้นของมลพิษที่เปลี่ยนไป 1 interquartile range การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดใช้โปรแกรมสถิติ SAS version 8

ความหมายของอาการทางระบบหายใจที่ใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ ได้ให้นิยาม ดังนี้

URI= คืออาการเป็นหวัดหรืออาการคัดจมูก หรือน้ำมูกไหลหรือเจ็บคอหรือระคายคอ

LRI = คือ อาการไอ หรือมีเสมหะหรือหายใจมีเสียงวี๊ดหรือหายใจไม่อึด หรือ
หายใจไม่สะดวก แน่นหน้าอก

URI incidence = คืออาการ URI ที่เกิดขึ้นใหม่โดยที่ไม่มีอาการใดๆมาก่อนเป็นเวลา
อย่างน้อย 1 วัน (new symptom of URI without symptom one
day previously. (for intermediate day with prevalence treated
as missing for incidence)

LRI incidence = คืออาการ LRI ที่เกิดขึ้นใหม่โดยที่ไม่มีอาการใดๆมาก่อนเป็นเวลา
อย่างน้อย 1 วัน (new symptom of LRI without symptom one day
previously. (for intermediate day with prevalence treated as
missing for incidence)

4.3 ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลได้กลุ่มตัวอย่าง เด็ก 104 คน อายุเฉลี่ย 9 ปี และกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ 97 คน อายุเฉลี่ย 67 ปี ทำการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 99 วัน ในทั้ง 2 กลุ่ม ในแต่ละวันเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างให้
ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล (response rate) ร้อยละ 90 ในกลุ่มเด็กและ ร้อยละ 94.8 ในกลุ่มผู้ใหญ่
ลักษณะต่างๆของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเด็กและผู้ใหญ่ในการศึกษา Time –Series

ลักษณะ	กลุ่มเด็ก	กลุ่มผู้ใหญ่
จำนวนตัวอย่าง	104	97
วันที่เริ่ม วันที่สิ้นสุด จำนวนวัน	(04/17/02 - 07/23/02), 99	(04/17/02 - 07/23/02), 99
ค่าเฉลี่ยของจำนวนตัวอย่างที่เก็บได้ในแต่ละวัน (min, max)	94 (72, 103)	92 (83, 97)
เพศ		
ชาย	35	16
หญิง	66	81
อายุเฉลี่ย (mean) (SD,min max)	9.2 (1.8,5,13)	66.8 (9.52,50,95)

ในตารางที่ 4.2 แสดงความชุกของอาการป่วยต่างๆ โดยเฉพาะทางระบบหายใจ ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โดยร้อยละของเด็กที่มีอาการในแต่ละวันมีต่ำกว่าในผู้ใหญ่ สำหรับในเด็กความชุกมีตั้งแต่ต่ำที่สุดคืออาการหอบหืด (wheeze) เฉลี่ยร้อยละ 1.5 ต่อวัน จนถึงสูงสุดคือ อาการไอร้อยละ 25 ต่อวัน ส่วนในผู้ใหญ่อาการที่เป็นน้อยที่สุดคือหอบหืด ร้อยละ 8 ต่อวัน และสูงสุดคืออาการ ไอมีร้อยละ 50 ต่อวัน เมื่อรวมแต่ละอาการเหล่านี้เป็นกลุ่มอาการทางเดินหายใจส่วนต้น (URI) และส่วนล่าง (LRI) พบว่าในแต่ละวันเด็กมีอุบัติการณ์ของ URI เฉลี่ยร้อยละ 10.5 และในผู้ใหญ่มีร้อยละ 15.9 ส่วนกลุ่ม LRI มีเฉลี่ยร้อยละ 12.5 ในเด็กและ 18.4 ในผู้ใหญ่

ตารางที่ 4.2 แสดงการกระจายของความถี่ (ร้อยละ) ของอาการทางระบบหายใจต่อวันที่เกิดขึ้นในกลุ่มเด็กและผู้ใหญ่

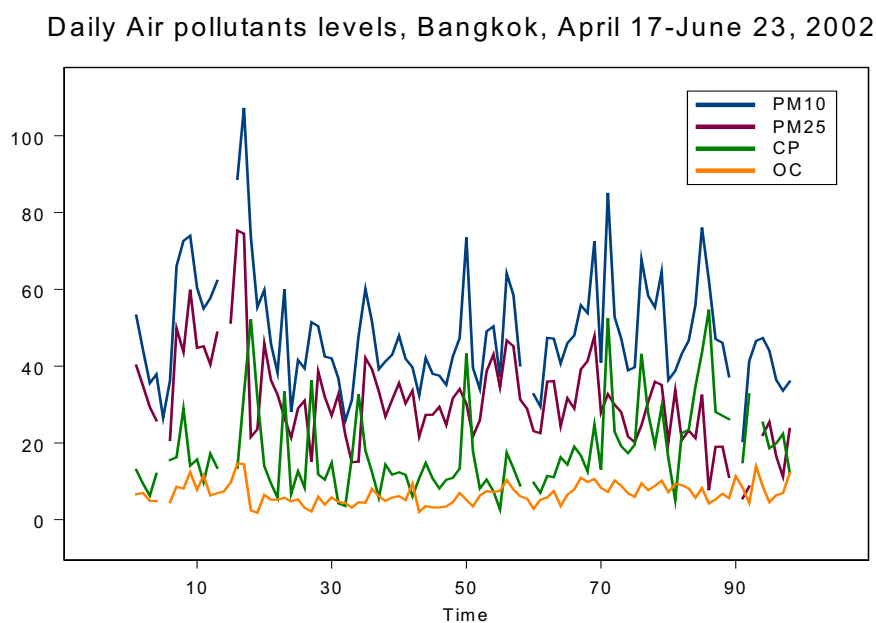
อาการ	ร้อยละของอาการที่เกิดขึ้น					
	กลุ่มเด็ก			กลุ่มผู้ใหญ่		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
ปวดศีรษะ	7.58	1.15	20.79	24.15	1.05	37.75
คัดจมูก	20.07	9.47	38.61	34.99	4.29	24.42
เจ็บคอ	10.37	3.30	21.78	31.12	4.36	22.99
ไอ	25.45	13.59	44.55	50.00	37.89	62.10
เสมหะ	19.97	9.00	35.71	38.17	30.43	48.39
หายใจขัด	1.52	0.00	6.38	8.05	2.20	13.64
แน่นหน้าอก	2.63	0.00	8.33	14.85	6.59	22.83
หายใจไม่อิม	3.37	0.00	9.18	21.88	14.89	30.11
ไข้	6.06	0.00	16.83	8.65	1.02	15.79
ปวดท้อง	6.08	0.00	12.50	11.95	1.05	19.59
URI Prevalence	26.88	13.75	45.54	51.42	42.70	62.64
LRI Prevalence	32.39	20.00	48.48	60.32	48.31	72.34
URI Incidence	10.50	1.30	34.61	15.89	5.66	46.23
LRI Incidence	12.47	3.79	35.89	18.35	4.17	58.06

ระดับของมลพิษในอากาศในช่วงที่ศึกษาแสดงในตารางที่ 4.3 และ รูปภาพที่ 4.1 ระดับฝุ่น PM_{10} เฉลี่ย $48.4 \mu g/m^3$, $PM_{2.5}$ เฉลี่ย $30.9 \mu g/m^3$ ส่วนประกอบของฝุ่น Total carbon (TC) เฉลี่ย $14.5 \mu g/m^3$ โดยเป็น organic carbon (OC) เฉลี่ย $6.8 \mu g/m^3$ สัดส่วนของฝุ่นเล็ก ($PM_{2.5}$) เป็น ร้อยละ 64 ของฝุ่นขนาด 10 ไมครอน (PM_{10}) ในช่วงที่ศึกษามีอุณหภูมิเฉลี่ย $30.1^\circ C$ ความชื้นสัมพัทธ์ (relative humidity) เฉลี่ย 76.7 % และ dew point เฉลี่ย $25.3^\circ C$

ตารางที่ 4.4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับมลพิษอากาศกับความชุกของกลุ่มอาการทางระบบหายใจส่วนต้น (URS) อาการทางระบบหายใจส่วนล่าง (LRS) ไอ และหอบหืด ในกลุ่มเด็ก ระดับ

PM₁₀ มีความสัมพันธ์กับอาการทางระบบหายใจ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ PM_{2.5} มีความโน้มเอียงที่สัมพันธ์กับอาการหอบ แต่ไม่พบว่ามีความนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ฝุ่นหยาบพบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการไอ โดยเฉพาะเมื่อระดับฝุ่นหยาบสูงขึ้น 1 Interquartile range (IQR) โอกาสเสี่ยงของการไอเพิ่มขึ้นร้อยละ 4 (OR= 1.04, 95%1.0, 1.08) สำหรับส่วนประกอบของฝุ่นพบว่า Organic carbon(OC) อาจมีความสัมพันธ์กับอาการไอ แต่อย่างไรก็ตาม ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับก๊าซมลพิษตัวอื่นๆ เช่น ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO₂) ดูเหมือนจะมีความสัมพันธ์กับ URS. อาการไอ และหอบหืด แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับ ก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์ (NO₂) และก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ (CO) ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางระบบหายใจอย่างชัดเจน

รูปภาพที่ 4.1 แสดงระดับความเข้มข้นของฝุ่นละอองและองค์ประกอบของฝุ่นจำแนกตามวัน



ตารางที่ 4.3 แสดงค่าเฉลี่ยของมลพิษอากาศและอุณหภูมิวิทยา ระหว่างวันที่ 16 เมษายน 2545 ถึง 23 กรกฎาคม 2545

มลพิษอากาศ/อุณหภูมิวิทยา	ค่าเฉลี่ย (Mean) (SD)	ค่ามัธยฐาน (Median)	ค่าต่ำสุด (Minimum)	ค่าสูงสุด (Maximum)	จำนวนวัน	Interquartile Range (IQR)
PM ₁₀ (µg/m ³)	48.38 (14.54)	45.97	20.49	107.26	95	17.1
PM _{2.5} (µg/m ³)	30.98 (12.14)	30.19	5.52	75.32	95	13.84
PM _{10-2.5} (µg/m ³)	17.84 (11.29)	14.35	2.66	54.72	93	11.82
TC (µg/m ³)	14.47 (7.63)	13.05	4.91	68.97	99	6.81
OC (µg/m ³)	6.81 (2.85)	6.37	1.78	15.58	99	3.40
IC (µg/m ³)	7.66 (5.61)	6.96	0.03	53.39	99	3.53
SO ₂ (µg/m ³)	7.43 (8.13)	3.68	0.21	40.21	99	11.12
CO (µg/m ³)	0.80 (0.57)	0.63	0.1	2.85	68	0.66
NO ₂ (µg/m ³)	14.03 (10.37)	15.42	0.16	46.08	99	17.47
PM _{2.5} / PM ₁₀ ratios	0.64	0.70	0.12	0.93	93	0.24
อุณหภูมิรายวัน (°C)	30.10 (1.03)	30.10	26.7	32.2	99	1.2
ความชื้นสัมพัทธ์รายวัน (%)	76.67 (5.22)	77.0	63.0	92	99	6.0
อุณหภูมิจุดน้ำค้างรายวัน (°C)	25.34 (0.71)	25.4	22.4	26.7	99	0.80

ตารางที่ 4.4 แสดงค่า Odds ratios (confidence interval) ของความชุกของอาการทางระบบหายใจ
ในกลุ่มเด็กที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้น 1 Interquartile Range (IQR) ของมลพิษแต่ละตัว

มลพิษอากาศ	อาการระบบ หายใจส่วนบน	อาการระบบ หายใจส่วนล่าง	อาการไอ	อาการหายใจ มีเสียงวี๊ด
PM ₁₀	1.02 (0.97,1.07)	1.01 (0.96, 1.05)	1.03 (0.99, 1.09)	1.03 (0.81, 1.32)
PM _{2.5}	0.99 (0.93, 1.05)	0.98 (0.94, 1.03)	1.00 (0.95, 1.05)	1.16 (0.91, 1.47)
PM _{10-2.5}	1.04 (0.99, 1.08)	1.02 (0.98, 1.06)	1.04 (1.00, 1.08)	0.89 (0.69, 1.15)
TC	0.99 (0.95, 1.02)	1.00 (0.97, 1.04)	1.01 (0.98, 1.05)	0.95 (0.84, 1.07)
OC	1.0 (0.96, 1.05)	1.01 (0.96, 1.06)	1.03 (0.98, 1.08)	0.96 (0.80, 1.16)
IC	0.99 (0.97, 1.01)	1.00 (0.98, 1.02)	1.01 (0.98, 1.03)	0.96 (0.88, 1.05)
NO ₂	0.93 (0.87, 1.0)	0.99 (0.93, 1.06)	0.97 (0.91, 1.04)	1.03 (0.72, 1.48)
SO ₂	1.04 (0.98, 1.11)	1.01 (0.96, 1.07)	1.03 (0.97, 1.08)	1.05 (0.83, 1.33)
CO	0.97 (0.93, 1.02)	1.01 (0.97, 1.06)	0.99 (0.94, 1.04)	1.05 (0.75, 1.48)

* Single –pollutants model including based model (temperature, weekday, and dew point, for wheeze model include only dewpoint) + pollutant

ตารางที่ 4.5 แสดง ความสัมพันธ์ระหว่างมลพิษกับอุบัติการณ์อาการทางระบบหายใจในเด็ก เช่นเดียวกับ ความชุกในตารางที่ 4.4 ซึ่งส่วนใหญ่พบความสัมพันธ์เล็กน้อยระหว่างระดับฝุ่นและอาการทางระบบหายใจ อย่างไรก็ตามไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ นอกจาก ฝุ่นหยาบ (PM_{10-2.5}) ซึ่งพบว่ามี ความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการทางระบบหายใจส่วนล่าง (OR= 1.08, 95%CI 1.00, 1.17) และไอ (OR=1.09, 95%CI 1.00, 1.19) ในขณะที่ ฝุ่นเล็กอาจมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของหอบหืด แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนองค์ประกอบของฝุ่นนั้น พบว่าส่วนที่เป็น Organic carbon (OC) มีโอกาสที่จะมีความสัมพันธ์กับอาการไอ แม้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=1.04, 95% CI 0.94, 1.14)

ตารางที่ 4.5 แสดงค่า Odds ratios (confidence interval) ของอุบัติการณ์อาการทางระบบหายใจ
ในกลุ่มเด็กที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้น 1 Interquartile Range (IQR) ของมลพิษแต่ละตัว

มลพิษอากาศ	อาการระบบ หายใจส่วนบน	อาการระบบ หายใจส่วนล่าง	อาการไอ	อาการหายใจ มีเสียงวี๊ด
PM ₁₀	1.01(0.93, 1.10)	1.05 (0.96, 1.14)	1.07 (0.98, 1.16)	1.02 (0.79, 1.32)
PM _{2.5}	0.96 (0.87, 1.06)	0.97 (0.88, 1.06)	0.98 (0.89, 1.08)	1.06 (0.83, 1.36)
PM _{10-2.5}	1.03 (0.95, 1.12)	1.08 (1.00, 1.17)	1.09 (1.00, 1.19)	0.92 (0.68, 1.25)
TC	0.94 (0.88, 1.00)	0.96 (0.90, 1.03)	0.99 (0.92, 1.05)	0.84 (0.67, 1.09)
OC	0.95 (0.87, 1.04)	0.96 (0.87, 1.05)	1.04 (0.94, 1.14)	0.89 (0.67, 1.14)
IC	0.95 (0.91, 1.0)	0.98 (0.93, 1.02)	0.98 (0.93, 1.03)	0.86 (0.72, 1.03)
NO ₂	0.93 (0.82, 1.06)	1.03 (0.91, 1.16)	0.97 (0.87, 1.09)	1.09 (0.74, 1.6)
SO ₂	0.97 (0.87, 1.09)	0.96 (0.86, 1.07)	0.94 (0.84, 1.05)	0.98 (0.74, 1.28)
CO	0.97 (0.87, 1.07)	0.99 (0.90, 1.09)	0.96 (0.87, 1.06)	0.95 (0.68, 1.31)

*Single –pollutants model including based model (temperature, weekday, and dew point, for wheeze model include only dewpoint) + pollutant

ตารางที่ 4.6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างมลพิษกับความชุกของอาการทางระบบหายใจในกลุ่มผู้ใหญ่ ซึ่งพบว่า PM_{2.5} มีความเสี่ยงต่อหอบหืดสูง OR= 1.05 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับส่วนประกอบ Total carbon ของฝุ่นมีความสัมพันธ์กับอาการหอบหืด (OR= 1.06, 95%CI 1.00, 1.11) โดย OC สัมพันธ์กับ อาการไอ (OR= 1.04, 95%CI 1.00, 1.08) และ หอบหืด (OR= 1.08, 95%CI 0.99, 1.16) และ IC มีความสัมพันธ์กับอาการหอบหืด (OR=1.04, 95%CI 1.00, 1.07)

สำหรับอุบัติการณ์ของอาการทางระบบหายใจในผู้ใหญ่ นั้นไม่พบว่าสัมพันธ์กับระดับฝุ่นและมลพิษตัวอื่นอย่างชัดเจน (ตารางที่ 4.7)

ตารางที่ 4.6 แสดงค่า Odds ratios (confidence interval) ของความชุกของอาการทางระบบหายใจ ในกลุ่มผู้ใหญ่ที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้น 1 Interquartile Range (IQR) ของมลพิษแต่ละตัว

มลพิษอากาศ/	อาการระบบ หายใจส่วนบน	อาการระบบ หายใจส่วนล่าง	อาการไอ	อาการหายใจ มีเสียงวี๊ด
PM ₁₀	1.02 (0.98, 1.06)	0.99 (0.95, 1.04)	0.98 (0.94, 1.03)	1.00 (0.97, 1.09)
PM _{2.5}	1.03 (0.98, 1.08)	1.02 (0.98, 1.09)	1.03 (0.98, 1.09)	1.05 (0.97, 1.13)
PM _{10-2.5}	1.00 (0.96, 1.04)	0.97 (0.94, 1.01)	0.96 (0.92, 1.00)	0.97 (0.91, 1.04)
TC	1.02 (0.99, 1.05)	1.00 (0.97, 1.03)	1.02 (0.99, 1.06)	1.06 (1.00, 1.11)
OC	1.01 (0.97, 1.06)	1.02 (0.98, 1.05)	1.04 (1.00, 1.08)	1.08 (0.99, 1.16)
IC	1.01 (1.00, 1.03)	1.00 (0.98, 1.02)	1.01 (0.99, 1.03)	1.04 (1.00, 1.07)
NO ₂	1.01 (0.96, 1.06)	1.01 (0.96, 1.06)	1.02 (0.97, 1.08)	1.00 (0.88, 1.13)
SO ₂	1.00 (0.96, 1.04)	1.00 (0.96, 1.04)	0.99 (0.95, 1.03)	1.00 (0.91, 1.10)
CO	1.01 (0.96, 1.06)	0.98 (0.93, 1.04)	0.98 (0.92, 1.04)	1.01 (0.90, 1.13)

*Single –pollutants model including based model (temperature, weekday, and dew point, for wheeze model include only dewpoint) + pollutant

ตารางที่ 4.7 แสดงค่า Odds ratios (confidence interval) ของอุบัติการณ์อาการทางระบบหายใจ ในกลุ่มผู้ใหญ่ที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้น 1 Interquartile Range (IQR) ของมลพิษแต่ละตัว

มลพิษอากาศ	อาการระบบ หายใจส่วนบน	อาการระบบ หายใจส่วนล่าง	อาการไอ	อาการหายใจ มีเสียงวี๊ด
PM ₁₀	0.95 (0.88, 1.02)	0.95 (0.87, 1.03)	0.96 (0.88, 1.04)	1.03 (0.90, 1.18)
PM _{2.5}	1.04 (0.96, 1.13)	0.99 (0.91, 1.08)	1.01 (0.93, 1.10)	1.06 (0.94, 1.20)
PM _{10-2.5}	0.87 (0.80, 0.95)	0.92 (0.84, 1.00)	0.92 (0.84, 1.00)	0.99 (0.88, 1.10)
TC	1.01 (0.95, 1.07)	0.97 (0.91, 1.03)	0.98 (0.92, 1.04)	1.00 (0.90, 1.12)
OC	1.03 (0.95, 1.11)	1.02 (0.95, 1.10)	1.01 (0.93, 1.09)	0.97 (0.84, 1.13)
IC	1.00 (0.96, 1.04)	0.96 (0.91, 1.01)	0.98 (0.93, 1.02)	1.01 (0.94, 1.09)
NO ₂	0.98 (0.88, 1.09)	1.00 (0.88, 1.12)	0.96 (0.86, 1.07)	0.99 (0.79, 1.24)
SO ₂	1.00 (0.92, 1.08)	0.91 (0.83, 1.00)	0.98 (0.89, 1.06)	1.03 (0.90, 1.19)
CO	1.06 (0.95, 1.19)	0.96 (0.85, 1.08)	0.95 (0.85, 1.07)	1.11 (0.96, 1.29)

* Single –pollutants model including based model (temperature, weekday, and dew point, for wheeze model include only dewpoint) + pollutant

ตารางที่ 4.8 และ 4.9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัส PM₁₀ ในระยะ 1-5 วันก่อน (Lag 1 to 5 day) และ ค่าเฉลี่ย PM₁₀ ในช่วง 3, 4, และ 5 วันก่อน (Moving average) กับอุบัติการณ์อาการ

ทางระบบหายใจในกลุ่มเด็กและกลุ่มผู้ใหญ่ พบว่าระดับ PM₁₀ 1 วันก่อน มีความสัมพันธ์กับอาการ หอบหืด ในกลุ่มเด็ก (OR=1.35, 95%CI 1.11, 1.66) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กันชัดเจนในกลุ่มผู้ใหญ่

ตารางที่ 4.8 แสดงค่า Odds ratios (confidence interval) ของอุบัติการณ์อาการทางระบบหายใจ ในกลุ่มเด็กที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้น 1 Interquartile Range (IQR) ของปริมาณ PM₁₀ ในช่วง 1-5วันก่อน

PM ₁₀	อาการระบบ หายใจส่วนบน	อาการระบบหายใจ ส่วนล่าง	อาการไอ	อาการหายใจ มีเสียงวี๊ด
Current day	1.01 (0.93, 1.10)	1.05 (0.96, 1.14)	1.07 (0.98, 1.16)	1.02 (0.79, 1.32)
Lag 1 day	0.98 (0.88, 1.08)	1.03 (0.94, 1.12)	1.02 (0.93, 1.12)	1.35 (1.11, 1.66)
Lag 2 day	0.94 (0.85, 1.04)	0.96 (0.89, 1.04)	0.96 (0.88, 1.05)	0.91 (0.76, 1.09)
Lag 3 day	0.91 (0.81, 1.01)	0.98 (0.91, 1.06)	0.98 (0.90, 1.07)	0.98 (0.80, 1.20)
Lag 4 day	0.93 (0.84, 1.02)	0.95 (0.87, 1.04)	0.93 (0.84, 1.02)	0.87 (0.65, 1.16)
Lag 5 day	0.98 (0.91, 1.06)	0.99 (0.90, 1.08)	0.94 (0.86, 1.03)	1.13 (0.90, 1.42)
MA3*	1.03 (0.90, 1.18)	1.03 (0.91, 1.16)	1.06 (0.93, 1.19)	1.03 (0.71, 1.49)
MA4	0.92 (0.78, 1.08)	0.94 (0.82, 1.07)	1.02 (0.89, 1.16)	0.90 (0.68, 1.18)
MA5	0.86 (0.72, 1.05)	0.85 (0.73, 1.01)	0.97 (0.81, 1.14)	0.84 (0.55, 1.29)

* MA3 = 3 day moving average

ตารางที่ 4.9 แสดงค่า Odds ratios (confidence interval) ของอุบัติการณ์อาการทางระบบหายใจ ในกลุ่มผู้ใหญ่ที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้น 1 Interquartile Range (IQR) ของปริมาณ PM₁₀ ในช่วง 1-5วันก่อน

PM ₁₀	อาการระบบ หายใจส่วนบน	อาการระบบ หายใจส่วนล่าง	อาการไอ	อาการหายใจ มีเสียงวี๊ด
Current day	0.95 (0.88, 1.02)	0.95 (0.87, 1.03)	0.96 , (0.88, 1.04)	1.03 (0.90, 1.18)
Lag 1 day	0.93 (0.86, 0.99)	0.93 (0.86, 1.01)	0.98 (0.91, 1.05)	0.98 (0.87, 1.10)
Lag 2 day	0.94 (0.87, 1.02)	0.95 (0.89, 1.03)	0.97 (0.91, 1.04)	0.99 (0.89, 1.10)
Lag 3 day	1.01 (0.93, 1.09)	0.99 (0.91, 1.07)	0.98 (0.91, 1.06)	1.02 (0.91, 1.14)
Lag 4 day	1.08 (0.98, 1.20)	1.03 (0.95, 1.11)	1.03 (0.95, 1.11)	0.90 (0.78, 1.03)
Lag 5 day	1.08 (1.00, 1.17)	1.01 (0.94, 1.08)	1.03 (0.94, 1.12)	0.97 (0.86, 1.08)
MA 3	0.87 (0.78, 0.97)	0.92 (0.83, 1.01)	0.97 (0.88, 1.07)	0.98 (0.83, 1.16)
MA4	0.90 (0.79, 1.03)	0.95 (0.84, 1.07)	0.96 (0.85, 1.08)	1.07 (0.90, 1.27)
MA5	0.98 (0.84, 1.15)	1.00 (0.86, 1.16)	1.01 (0.87, 1.16)	0.99 (0.77, 1.28)

ตารางที่ 4.10 แสดง ความสัมพันธ์ระหว่าง lag exposure ต่อฝุ่นขนาดเล็ก (PM_{2.5}) กับอุบัติการณ์อาการทางระบบหายใจในเด็ก พบว่าการสัมผัสกับระดับ PM_{2.5} ใน 1-5 วัน ก่อน(Lag 1 to 5 day) และการสัมผัสกับ ค่าเฉลี่ยของ PM_{2.5} ในช่วง 3, 4 และ 5 วันก่อน (Moving average)ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการทางระบบหายใจชัดเจนยกเว้น ความเข้มข้นของ PM_{2.5} 1 วันก่อนมีความสัมพันธ์กับอาการ หอบหืดอย่างชัดเจน (OR=1.37, 1.12, 1.68)

สำหรับในผู้ใหญ่ไม่พบว่าระดับของ $PM_{2.5}$ ในวันก่อนๆ มีอิทธิพลต่อการเกิดอาการทางระบบหายใจอย่างชัดเจน (ตารางที่ 4.11)

ตารางที่ 4.10 แสดงค่า Odds ratios (confidence interval) ของอุบัติการณ์อาการทางระบบหายใจในกลุ่มเด็กที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้น 1 Interquartile Range (IQR) ของปริมาณ $PM_{2.5}$ ในช่วง 1-5วันก่อน

$PM_{2.5}$	อาการระบบหายใจส่วนบน	อาการระบบหายใจส่วนล่าง	อาการไอ	อาการหายใจมีเสียงวี๊ด
Current day	0.96 (0.87, 1.06)	0.97 (0.88, 1.06)	0.98 (0.89, 1.08)	1.06 (0.83, 1.36)
Lag 1 day	0.91 (0.82, 1.00)	0.94 (0.86, 1.02)	0.91 (0.83, 1.00)	1.37 (1.12, 1.68)
Lag 2 day	0.91 (0.82, 1.01)	1.02 (0.94, 1.10)	0.98 (0.90, 1.07)	1.10 (0.91, 1.32)
Lag 3 day	0.93 (0.83, 1.04)	0.97 (0.89, 1.06)	0.95 (0.86, 1.04)	1.08 (0.90, 1.30)
Lag 4 day	0.90 (0.86, 1.00)	0.92 (0.84, 1.00)	0.91 (0.83, 0.99)	1.01 (0.76, 1.35)
Lag 5 day	0.92 (0.84, 1.02)	0.93 (0.85, 1.02)	0.89 (0.81, 0.99)	1.10 (0.86, 1.42)
MA 3	0.88 (0.77, 1.00)	0.96 (0.85, 1.08)	0.95 (0.84, 1.09)	1.27 (0.97, 1.66)
MA4	0.90 (0.76, 1.07)	0.93 (0.81, 1.07)	0.93 (0.79, 1.10)	1.08 (0.80, 1.47)
MA5	0.86 (0.71, 1.04)	0.88 (0.75, 1.03)	0.87 (0.73, 1.05)	0.93 (0.68, 1.27)

ตารางที่ 4.11 แสดงค่า Odds ratios (confidence interval) ของอุบัติการณ์อาการทางระบบหายใจในกลุ่มผู้ใหญ่ที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้น 1 Interquartile Range (IQR) ของปริมาณ $PM_{2.5}$ ในช่วง 1-5วันก่อน

$PM_{2.5}$	อาการระบบหายใจส่วนบน	อาการระบบหายใจส่วนล่าง	อาการไอ	อาการหายใจมีเสียงวี๊ด
Current day	1.04 (0.96, 1.13)	0.99 (0.91, 1.08)	1.01 (0.93, 1.10)	1.06 (0.94, 1.20)
Lag 1 day	0.99 (0.91, 1.07)	1.02 (0.94, 1.11)	1.01 (0.94, 1.09)	1.01 (0.90, 1.14)
Lag 2 day	0.97 (0.89, 1.05)	0.94 (0.87, 1.03)	0.97 (0.90, 1.05)	1.02 (0.89, 1.16)
Lag 3 day	0.98 (0.90, 1.06)	0.99 (0.91, 1.08)	1.02 (0.94, 1.10)	1.03 (0.90, 1.18)
Lag 4 day	1.03 (0.94, 1.13)	1.04 (0.96, 1.13)	1.04 (0.96, 1.13)	1.01 (0.87, 1.16)
Lag 5 day	1.04 (0.95, 1.14)	0.98 (0.91, 1.07)	1.01 (0.92, 1.10)	1.04 (0.94, 1.16)
MA 3	0.98 (0.87, 1.10)	0.98 (0.87, 1.10)	0.98 (0.88, 1.10)	1.05 (0.88, 1.25)
MA4	0.93 (0.81, 1.07)	0.96 (0.84, 1.10)	1.00 (0.89, 1.13)	1.05 (0.84, 1.32)
MA5	0.98 (0.83, 1.16)	1.03 (0.89, 1.20)	1.05 (0.92, 1.21)	1.00 (0.78, 1.29)

ตารางที่ 4.12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างฝุ่นหยาบ ($PM_{10-2.5}$) ใน 1-5 วันก่อนและ เฉลี่ย 3, 4, 5 วันก่อน กับอุบัติการณ์อาการทางระบบหายใจในเด็ก พบว่า ระดับฝุ่นหยาบ 1 วันก่อน มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการทางระบบหายใจส่วนต้น, ระบบหายใจส่วนล่างและอาการไอ แต่ไม่สัมพันธ์กับอาการหอบหืด ซึ่งลักษณะความสัมพันธ์นี้ไม่พบในผู้ใหญ่ (ตารางที่ 4.13)

ตารางที่ 4.12 แสดงค่า Odds ratios (confidence interval) ของอุบัติการณ์อาการทางระบบหายใจ ในกลุ่มเด็กที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ Interquartile Range (IQR) ของปริมาณ PM_{10-2.5} ในช่วง 1-5 วันก่อน

PM _{10-2.5}	อาการระบบ หายใจส่วนบน	อาการระบบ หายใจส่วนล่าง	อาการไอ	อาการหายใจ มีเสียงวี๊ด
Current day	1.03 (0.95, 1.12)	1.08 (1.00, 1.17)	1.09 (1.00, 1.19)	0.92 (0.68, 1.25)
Lag 1 day	1.08 (1.00, 1.18)	1.08 (1.00, 1.17)	1.10 (1.03, 1.18)	0.98 (0.73, 1.33)
Lag 2 day	1.02 (0.94, 1.10)	0.96 (0.89, 1.04)	0.98 (0.90, 1.06)	0.84 (0.68, 1.04)
Lag 3 day	0.98 (0.90, 1.06)	1.02 (0.96, 1.08)	1.04 (0.97, 1.12)	0.88 (0.67, 1.15)
Lag 4 day	1.01 (0.94, 1.09)	1.04 (0.97, 1.11)	1.03 (0.96, 1.11)	0.82 (0.62, 1.08)
Lag 5 day	1.05 (0.97, 1.14)	1.05 (0.97, 1.13)	1.03 (0.95, 1.13)	1.05 (0.84, 1.32)
MA 3	1.11 (0.99, 1.25)	1.08 (0.97, 1.20)	1.09 (0.97, 1.23)	0.84 (0.59, 1.19)
MA4	1.06 (0.92, 1.22)	1.03 (0.92, 1.15)	1.10 (0.97, 1.25)	0.82 (0.59, 1.15)
MA5	1.03 (0.87, 1.22)	1.00 (0.87, 1.14)	1.10 (0.95, 1.28)	0.77 (0.47, 1.24)

ตารางที่ 4.13 แสดงค่า Odds ratios (confidence interval) ของอุบัติการณ์อาการทางระบบหายใจ ในกลุ่มผู้ใหญ่ที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้น 1 Interquartile Range (IQR) ของปริมาณ PM_{10-2.5} ในช่วง 1-5วันก่อน

PM _{10-2.5}	อาการระบบ หายใจส่วนบน	อาการระบบ หายใจส่วนล่าง	อาการไอ	อาการหายใจ มีเสียงวี๊ด
Current day	0.87 (0.80, 0.95)	0.92 (0.84, 1.00)	0.92 (0.84, 1.00)	0.99 (0.88, 1.10)
Lag 1 day	0.91 (0.84, 0.98)	0.89 (0.82, 0.96)	0.95 (0.87, 1.03)	0.95 (0.85, 1.16)
Lag 2 day	0.96 (0.91, 1.06)	0.99 (0.92, 1.07)	0.98 (0.92, 1.05)	0.96 (0.84, 1.09)
Lag 3 day	1.01 (0.94, 1.09)	0.98 (0.90, 1.07)	0.95 (0.87, 1.04)	0.97 (0.83, 1.12)
Lag 4 day	1.05 (0.97, 1.13)	0.97 (0.90, 1.05)	0.97 (0.90, 1.05)	0.89 (0.79, 1.00)
Lag 5 day	1.05 (0.98, 1.13)	1.01 (0.94, 1.09)	1.02 (0.94, 1.10)	0.94 (0.82, 1.07)
MA 3	0.89 (0.81, 0.99)	0.95 (0.85, 1.06)	0.97 (0.87, 1.08)	0.96 (0.82, 1.11)
MA4	0.93 (0.83, 1.04)	0.96 (0.84, 1.09)	0.94 (0.83, 1.07)	0.98 (0.81, 1.18)
MA5	0.98 (0.85, 1.12)	0.96 (0.82, 1.13)	0.94 (0.80, 1.10)	0.90 (0.70, 1.16)

การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบอินทรีย์ของฝุ่นละออง (OC) กับอุบัติการณ์อาการทางระบบหายใจในกลุ่มเด็กพบความสัมพันธ์ของอาการไอกับมลพิษวันเดียวกัน และกลุ่มอาการทางระบบหายใจส่วนล่างและอาการไอกับมลพิษ 2 วันก่อน (ตารางที่ 4.14) อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์เหล่านี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับในผู้ใหญ่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัส OC ในวันก่อนๆ กับอาการทางระบบหายใจอย่างชัดเจน (ตารางที่ 4.15)

ตารางที่ 4.14 แสดงค่า Odds ratios (confidence interval) ของอุบัติการณ์อาการทางระบบหายใจ ในกลุ่มเด็กที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้น 1 Interquartile Range (IQR) ของปริมาณ organic carbon (OC) ในช่วง 1-5 วันก่อน

Organic carbon	อาการระบบ หายใจส่วนบน	อาการระบบ หายใจส่วนล่าง	อาการไอ	อาการหายใจ มีเสียงวี๊ด
Current day	0.95 (0.87, 1.04)	0.96 (0.87, 1.05)	1.04 (0.94, 1.14)	0.89 (0.67, 1.17)
Lag1 day	0.95 (0.87, 1.03)	0.94 (0.87, 1.02)	0.96 (0.89, 1.04)	1.03 (0.82, 1.29)
Lag 2 day	1.03 (0.94, 1.12)	1.07 (0.99, 1.16)	1.06 (0.97, 1.15)	0.91 (0.69, 1.19)
Lag 3 day	0.96 (0.88, 1.06)	1.01 (0.93, 1.10)	1.03 (0.96, 1.11)	0.82 (0.60, 1.12)
Lag 4 day	0.97 (0.89, 1.07)	0.97 (0.88, 1.05)	1.02 (0.93, 1.11)	0.80 (0.62, 1.04)
Lag 5 day	0.97 (0.89, 1.06)	0.97 (0.90, 1.05)	0.97 (0.90, 1.05)	0.91 (0.67, 1.24)
MA 3	0.96 (0.86, 1.08)	0.99 (0.88, 1.11)	1.04 (0.93, 1.17)	0.88 (0.59, 1.32)
MA 4	0.95 (0.84, 1.08)	0.99 (0.88, 1.13)	1.05 (0.94, 1.19)	0.82 (0.51, 1.30)
MA 5	0.94 (0.82, 1.08)	0.98 (0.86, 1.12)	1.06 (0.93, 1.21)	0.76 (0.48, 1.20)

ตารางที่ 4.15 แสดงค่า Odds ratios (confidence interval) ของอุบัติการณ์อาการทางระบบหายใจ ในกลุ่มผู้ใหญ่ที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้น 1 Interquartile Range (IQR) ของปริมาณ organic carbon (OC) ในช่วง 1-5 วันก่อน

Organic carbon	อาการระบบ หายใจส่วนบน	อาการระบบ หายใจส่วนล่าง	อาการไอ	อาการหายใจ มีเสียงวี๊ด
Current day	1.03 (0.95, 1.11)	1.02 (0.95, 1.10)	1.01 (0.93, 1.09)	0.97 (0.84, 1.13)
Lag1 day	0.97 (0.89, 1.05)	0.98 (0.91, 1.07)	0.96 (0.89, 1.03)	0.89 (0.77, 1.02)
Lag 2 day	0.99 (0.91, 1.07)	0.94 (0.88, 1.01)	0.95 (0.88, 1.03)	0.91 (0.81, 1.03)
Lag 3 day	1.00 (0.91, 1.09)	1.00 (0.92, 1.09)	1.01 (0.93, 1.10)	1.01 (0.89, 1.15)
Lag 4 day	1.00 (0.92, 1.09)	1.00 (0.93, 1.08)	1.01 (0.93, 1.09)	0.99 (0.85, 1.14)
Lag 5 day	0.99 (0.92, 1.08)	0.94 (0.86, 1.02)	0.97 (0.89, 1.06)	0.98 (0.87, 1.10)
MA 3	1.00 (0.91, 1.11)	0.98 (0.89, 1.09)	0.96 (0.87, 1.07)	0.87 (0.71, 1.05)
MA 4	1.00 (0.89, 1.12)	0.98 (0.88, 1.10)	0.97 (0.87, 1.09)	0.89 (0.73, 1.08)
MA 5	1.00 (0.88, 1.14)	0.98 (0.87, 1.11)	0.98 (0.87, 1.10)	0.89 (0.72, 1.09)

4.4 อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นว่าฝุ่นละออง PM_{10} และ $PM_{2.5}$ มีความสัมพันธ์กับอาการหอบหืดในเด็ก โดยเฉพาะสัมพันธ์กับความเข้มข้นของฝุ่นแบบสะสมคือวันก่อน 1 วัน ส่วนฝุ่นในขนาด $PM_{10-2.5}$ มีความสัมพันธ์กับอาการไอและระบบหายใจส่วนต้น ส่วน OC นั้นมีโอกาสเป็นไปได้ที่จะสัมพันธ์กับความถี่ของอาการไอ และหอบหืด โดยสังเกตจากค่า Odds ratio (ประมาณ 1.04 -1.08 ในผู้ใหญ่) ค่อนข้างสูงกว่าองค์ประกอบอื่น แม้ว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนมลพิษอากาศตัวอื่นๆ ได้แก่ NO_2 , SO_2 , และ CO นั้นไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการทางระบบหายใจอย่างชัดเจน สาเหตุที่ไม่พบความสัมพันธ์

ของฝุ่นกับการเกิดอาการทางระบบหายใจอย่างชัดเจนอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นกลุ่มคนสุขภาพปกติ ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงเช่นโรคภูมิแพ้หรือหอบหืด

การศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า ฝุ่นละอองมีส่วนทำให้เกิดอาการทางระบบหายใจโดยเฉพาะในเด็กที่เป็นหอบหืด ทั้งการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Dockery DW, 1996) การศึกษาแบบ panel และ time series ก็พบว่าฝุ่นละอองทำให้อัตราการเข้ารักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบหืดมากขึ้น (Norris G et al., 1999) หอบหืดจนต้องนอนโรงพยาบาล (Pope CA 3rd, 1991; Atkinson RW et al., 2001) อาการป่วยเฉียบพลัน (Pope, CA et al., 1991; Yu O, 2000) การใช้ยามากขึ้น (Pope CA et al., 1991) และทำให้สมรรถภาพปอดลดลง (Vedal S et al., 1998) ซึ่งผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ของฝุ่นกับอาการทางระบบหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมาดังกล่าว

ปัจจุบันมีความสงสัยว่าส่วนประกอบใดของฝุ่นที่เป็นพิษและเป็นตัวทำให้เกิดอาการทางระบบหายใจ อย่างไรก็ตามการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางระบบหายใจและองค์ประกอบของฝุ่นยังมีน้อย โดยเฉพาะการศึกษาเกี่ยวกับ Organic carbon (OC) ของฝุ่นละออง เมื่อไม่นานมานี้ McConnell (2003) และคณะทำการศึกษาอาการหอบหืดในเด็กนักเรียนประมาณ 475 คนเป็นเวลา 4 ปีพบว่ามีความสัมพันธ์กับมลพิษอากาศใน Los Angeles และพบว่า OC มีความสัมพันธ์กับโรคหอบหืดในเด็กที่เป็นหอบหืด (OR=1.41/ $\mu\text{g}/\text{m}^3$, 95%CI , 1.12-1.78), อีกการศึกษาหนึ่งโดย Delfino RJ, และคณะ, 2003 ศึกษาอาการหอบหืดในกลุ่มเด็ก Hispanic ใน Los Angeles ทำการศึกษาแบบ panel study โดย ติดตามเด็กหอบหืดจำนวน 22 คนทุกวันเป็นเวลา 3 เดือน พบว่า OC มีความสัมพันธ์กับการหอบหืด OR = 1.89 และมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อสังเกตคือการศึกษาทั้งสองซึ่งพบความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นการศึกษาในเด็กที่เป็นหอบหืด

ในการศึกษานี้ ได้วิเคราะห์หาปริมาณ OC จาก ฝุ่น $\text{PM}_{2.5}$ ซึ่งเป็นฝุ่นขนาดเล็กที่สามารถเข้าถึงส่วนล่างของระบบหายใจได้ และการศึกษาพบว่า $\text{PM}_{2.5}$ มีผลต่อระบบหายใจส่วนล่างมากกว่าฝุ่นใหญ่ ($\text{PM}_{10-2.5}$) องค์ประกอบ OC นี้ ส่วนใหญ่เกิดมาจากควัน ไอเสียจากรถยนต์ทั้ง gasoline และ diesel นอกจากนี้ยังอาจมาจากการเผาไหม้ของไม้, ถ่าน, การทำอาหารซึ่งพบในพื้นที่ศึกษาได้เช่นกัน แม้แต่จากการเผาไหม้ของก๊าซ หรือฝุ่นที่เกิดจากการเสียดสีของล้อยางรถยนต์ ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของฝุ่น OC ต่อร่างกายมนุษย์น้อย แม้แต่การศึกษาทางระบาดวิทยาก็มีน้อยเช่นกัน แต่ ฝุ่น OC นี้ในทางชีวภาพมีส่วนทำให้เกิดอาการหอบหืดได้ การศึกษาใน Los Angeles พบว่า OC และ สาร Polycyclic aromatic hydrocarbon ที่อยู่ในฝุ่นเล็กนั้นมีฤทธิ์เป็น oxidative ซึ่งเป็นอันตรายต่อเซลล์ ฝุ่น OC นั้นส่วนใหญ่เกิดจากไอเสียรถยนต์ โดยเฉพาะไอจากเครื่องยนต์ diesel การศึกษาพบว่าฝุ่นจาก diesel

(Li, N et al., 2002) ทำให้เกิดหอบหืดจากการแพ้ได้ง่ายขึ้นทั้งในสัตว์ทดลองและในคน (Sydbom A, 2001; Hashimoto et al., 2001) โดยพบสารภูมิแพ้จับกับฝุ่น diesel ได้ดี นอกจากนี้ฝุ่นจาก diesel เองก็มีพิษทำให้เกิดการอักเสบของทางระบบหายใจ การศึกษาจากส่วนเนื้อเยื่อและสารคัดหลั่งในหลอดลมที่ได้จาก bronchial lavage พบว่า ฝุ่น diesel เหล่านี้ประกอบด้วย polycyclic aromatic hydrocarbon, halogenated aromatic hydrocarbon, และ quinone ซึ่งมี oxygen species ทำให้เกิด oxidative stress (Hiura TS, et al. 1999; Casillas AM et al., 1999)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของฝุ่น organic ครั้งแรกในประเทศไทย การศึกษานี้มีจุดแข็งคือเป็นการศึกษาแบบ panel study ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลต่อเนื่องกันทุกวันเพื่อเปรียบเทียบอาการทางระบบหายใจของคนเดียวกันกับระดับมลพิษที่เปลี่ยนแปลงไป ทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้อยู่ในการศึกษา มีการควบคุมคุณภาพของผู้สัมภาษณ์ โดยการตรวจสอบผลการสัมภาษณ์เป็นระยะ ดังนั้นข้อมูลทางสุขภาพจึงมีความเชื่อถือได้สูง อย่างไรก็ตามการศึกษานี้อาจมีข้อด้อยอยู่ เนื่องจากการประมาณค่าการสัมผัสมลพิษของแต่ละคนที่อยู่ในการศึกษาจากสถานีตรวจอากาศซึ่งเป็นค่าเดียวกันสำหรับทุกคนในแต่ละวัน ดังนั้นการประเมินการสัมผัสมีโอกาสคลาดเคลื่อนได้บ้าง อย่างไรก็ตาม เป็นข้อจำกัดของการวัดประเมินการสัมผัสที่พบได้เหมือนกับการศึกษารูปแบบนี้แม้แต่ในการศึกษาในต่างประเทศก็พบปัญหานี้เช่นกัน แต่การศึกษานี้ได้พยายามลดความคลาดเคลื่อนโดยผู้ที่อยู่ในการศึกษาทั้งหมดอาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน และไม่ได้อยู่ในห้องปรับอากาศดังนั้นค่าอากาศที่ได้น่าจะเป็นตัวแทนประเมินการสัมผัสได้ดี

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ไม่สามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง OC กับอาการทางระบบหายใจอย่างชัดเจนทางสถิติโดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก แต่ก็ยังไม่อาจสรุปว่า organic carbon ไม่มีความสำคัญเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการทางระบบหายใจ แต่อาจเป็นไปได้ว่า OC ในพื้นที่ศึกษามีผลกระทบแบบเฉียบพลันเพียงเล็กน้อยต่อประชากรส่วนใหญ่ที่มีสุขภาพปกติไม่มีโรคหอบหืดหรือภูมิแพ้ การศึกษาต่อไปควรทำการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงได้แก่กลุ่มเด็กที่มีโรคหอบหืด, ภูมิแพ้ และโรคปอดเรื้อรังต่อไป นอกจากนี้ควรมีการศึกษาทางแหล่งที่มาขององค์ประกอบฝุ่นประกอบไปด้วยเพื่อให้มีผลในการลดแหล่งกำเนิดฝุ่นเหล่านี้จะทำให้ฝุ่นเหล่านี้ลดลงต่อไป

บทที่ 5

การประเมินผลกระทบทางด้านเศรษฐศาสตร์

มีการศึกษาที่คาดประมาณประโยชน์ของโครงการควบคุมมลพิษทางอากาศในทวีปอเมริกาเหนือและประเทศในแถบยุโรปตะวันตกชี้ให้เห็นว่าเมื่อมีผลกระทบต่อสุขภาพ ถ้าคิดถึงผลประโยชน์ที่ได้จากการลดผลกระทบต่อสุขภาพเหล่านี้เป็นรูปตัวของเงินแล้วพบว่ามีค่าสูงมาก (Ostro and Chestnut, 1999) การศึกษาเหล่านี้ยังพบว่า ความพึงพอใจที่จะจ่ายของสาธารณชนเพื่อลดหรือเลี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพ อันเนื่องมาจากอากาศเป็นพิษมักมีค่าเกินกว่าค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจริง (รวมถึงสูญเสียรายได้และค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย) ค่าความพึงพอใจที่จะจ่าย (willingness-to-pay:WTP) เป็นปัจจัยสำคัญตัวหนึ่งในการวิเคราะห์ค่าของการลดผลกระทบต่อสุขภาพของสาธารณชนในสหรัฐอเมริกาและในประเทศพัฒนาอื่น ๆ มีข้อมูลน้อยเกินกว่าที่จะแสดงให้เห็นว่าค่าประมาณดังกล่าวจะสามารถนำมาประยุกต์กับประเทศไทยหรือประเทศอื่น ๆ ซึ่งมีวัฒนธรรมและมาตรฐานการครองชีพแตกต่างออกไปได้หรือไม่ ดังนั้นการศึกษาค่า WTP ของประชากรกรุงเทพมหานคร ในการลดผลกระทบต่อสุขภาพอันเนื่องจากอากาศเป็นพิษจะนำไปสู่การประเมินคุณค่าของนโยบายที่ลดระดับมลพิษในอากาศ

การศึกษา WTP ได้ถูกออกแบบเพื่อใช้ควบคู่ไปกับการวิจัยการบันทึกอาการทางระบบหายใจประจำวันเพื่อให้ได้ข้อมูลว่ากลุ่มตัวอย่างจะให้ค่าในการหลีกเลี่ยงการมีอาการทางระบบหายใจเป็นเวลา 1 วัน มากเพียงใด ความท้าทายของการออกแบบสำรวจ WTP สำหรับอาการทางสุขภาพคือ การสร้างคำถามในทางที่จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างคิดในสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยน (tradeoffs) ระหว่างรายได้หรือค่าใช้จ่ายกับการเจ็บป่วย ความคิดในการใช้จ่ายเพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดการเจ็บป่วยอาจไม่เป็นที่คุ้นเคยและจะต้องมีลักษณะที่เป็นไปทีละขั้นตอน มิฉะนั้นกลุ่มศึกษาอาจมีความยากลำบากในการตอบคำถามเกี่ยวกับ WTP การสำรวจแบบนี้ได้มีการทดสอบและถูกใช้อย่างกว้างขวางในสหรัฐอเมริกาและยุโรปตะวันตกเพื่อตรวจสอบประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรวมทั้งสุขภาพของคนกลุ่มศึกษาซึ่งตรวจสอบอาการของตนเองในแต่ละวันอาจสามารถเข้าใจได้ดี และตอบคำถามเกี่ยวกับอาการเหล่านั้นว่ามีผลต่อความรู้สึกสุขภาพดีอย่างไร และอะไรที่พวกเขาจะจ่ายเพื่อลดอาการเจ็บป่วยเหล่านั้น

ผลการศึกษานี้สามารถหาค่าของผลกระทบต่อสุขภาพที่สัมพันธ์กับความเข้มข้นของมลภาวะทางอากาศในกรุงเทพมหานคร ซึ่งจะนำไปสู่การคำนึงถึงประโยชน์ของการควบคุมมลภาวะทางอากาศในกรุงเทพมหานคร

5.1 วิธีการเก็บข้อมูล

ในการเก็บข้อมูลผลกระทบทางด้านเศรษฐศาสตร์ ใช้วิธีการเก็บโดยใช้แบบสอบถาม (ภาคผนวก) สัมภาษณ์ เฉพาะกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ที่อยู่ใน Panel Study ของอาการระบบหายใจรายวัน โดยเจ้าหน้าที่สัมภาษณ์ที่ได้รับการฝึกอบรมมาอย่างดี โดยอ่านคำถามและอธิบายเพิ่มเติมให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ถ้าหากไม่เข้าใจ โดยจะต้องให้กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจคำถามอย่างดีเสียก่อน จึงค่อยตอบคำถามเหล่านั้น เนื่องจากเป็นคำถามที่ค่อนข้างยาก จำนวนตัวอย่างที่เก็บได้จริงๆ จึงมีเพียง 87 คน ที่เข้าใจและตอบคำถามได้จริง

5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลและผลการวิเคราะห์

จากผลการศึกษา Time series ของอัตราการตาย และ Panel Study ของอาการระบบหายใจรายวัน ไม่พบผลกระทบที่ชัดเจนของฝุ่นละอองต่อการเกิดอาการทางระบบหายใจ จึงทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลที่เก็บจากการศึกษาครั้งนี้มาประเมินความพึงพอใจที่จะจ่าย (WTP) ต่อการเกิดอาการทางระบบหายใจ ดังนั้นจึงได้ใช้ข้อมูลในภาพรวมของประเทศนำมาทำการประเมินผลกระทบของฝุ่นละอองต่อการตายก่อนเวลาอันควร (Premature mortality)

ด้วยเหตุที่การศึกษาเกี่ยวกับ WTP ในประเทศไทยมีจำกัด การศึกษานี้จึงต้องนำผลของการศึกษาในสหรัฐอเมริกาไปปรับเข้ากับสถานการณ์ในประเทศไทย แต่ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐาน (Assumption) ที่เหมาะสม ซึ่งไม่ได้หมายความว่าค่าของชีวิตหรือค่าที่จะมีสุขภาพดีในประเทศไทยจะแตกต่างกับในประเทศสหรัฐอเมริกา เพียงแต่ว่าในการประเมินครั้งนี้ ค่าของเงินเป็นตัวชี้วัดที่บุคคลแต่ละคนยอมที่จะจ่ายเพื่อต้องการที่จะลดผลกระทบต่อสุขภาพเนื่องจากมลพิษทางอากาศ ซึ่งอาจจะขึ้นกับปริมาณและการเข้าถึงของวัตถุและทรัพยากรที่อยู่รอบด้านของแต่ละบุคคล เพราะฉะนั้น ในสหรัฐอเมริกา ค่าของเงินตามตัวเลขอาจจะสูงกว่าในประเทศไทย แต่ถ้าเทียบเป็นสัดส่วนกับสิ่งที่มีอยู่ในประเทศไทย ค่าที่ยอมที่จะจ่ายในประเทศไทยอาจจะสูงกว่าในสหรัฐอเมริกา

ในการศึกษานี้ได้ประเมินผลกระทบของฝุ่นละอองต่อการตายก่อนเวลาอันควร (Premature mortality) โดยใช้หลักในเชิงเศรษฐศาสตร์ 4 แนวทางดังนี้

แนวทางที่ 1 ใช้ผลการศึกษาในสหรัฐอเมริกา โดยไม่มีการปรับ

ในปี พ.ศ. 2542 องค์การพิทักษ์สิ่งแวดล้อมประเทศสหรัฐอเมริกา (United State Environmental Protection Agency : USEPA) ได้ทบทวนการศึกษาหลายชิ้นในสหรัฐอเมริกา ที่ประเมินผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ในรูปแบบ WTP พบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 6.6 ล้านดอลลาร์ต่อ 1

รายของการตายก่อนวัยอันควร (Premature mortality) ดังนั้นจากการนำผลของการศึกษาที่ประมาณการว่า ผลกระทบจากฝุ่นละอองในอากาศมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายก่อนวัยอันควร 900 รายจากการสัมผัสฝุ่นในระยะสั้น สามารถนำมาประเมินค่าทางการเงินเท่ากับ 255.6 พันล้านบาท

แนวทางที่ 2 ปรับผลการศึกษาในสหรัฐอเมริกาที่ร้อยละ 50

ในปี พ.ศ. 2540 ได้มีการศึกษาที่ประมาณค่าทางการเงินของผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กในกรุงเทพมหานคร โดยใช้ทฤษฎี WTP ผลจากการศึกษานั้นแสดงให้เห็นว่า สามารถนำผลการศึกษาในสหรัฐอเมริกามาปรับใช้ในประเทศไทยได้ (Chestnut et al., 1997) ซึ่งเลือกปรับที่ตัวเลข 0.5 หมายความว่า ค่าของ WTP ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร เป็นร้อยละ 50 ของประชาชนในสหรัฐอเมริกา

จากตารางที่ 5.1 จะเห็นได้ว่า ค่า WTP ต่อ 1 ราย เท่ากับ 142 ล้านบาท เพราะฉะนั้น ค่า WTP จากการตายก่อนเวลาอันควร รวมทุกโรคเท่ากับ 127.8 พันล้านบาท

แนวทางที่ 3 ใช้ค่าปรับที่ตัวเลข 0.3 โดยใช้อัตราส่วนของผลิตภัณฑ์มวลรวม ของประเทศ (GDP) ต่อประชาชนในกรุงเทพมหานคร (\$ 7,500) ต่อ GDP ในประเทศสหรัฐอเมริกา (\$25,800) โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่าค่า WTP ของผลกระทบจากมลพิษต่อสุขภาพอิงกับรายได้ จะได้ค่า WTP ของการตายก่อนเวลาอันควรของทุกโรค เท่ากับ 76.5 พันล้านบาท

แนวทางที่ 4 ใช้ค่าปรับที่ตัวเลข 0.2 ซึ่งเป็นค่าที่ธนาคารโลกใช้คำนวณในการศึกษาล่าสุดในประเทศไทย โดยใช้หลักเกณฑ์ตามความแตกต่างในอัตราค่าจ้าง (Wages) ระหว่างประเทศไทยกับประเทศสหรัฐอเมริกา ตารางที่ 5.1 แสดงให้เห็นว่า ค่า WTP สำหรับการตายก่อนเวลาอันควรรวมทุกโรคในประเทศไทย เท่ากับ 51.3 พันล้านบาท

ในการประเมินค่าทางการเงินจากผลกระทบของฝุ่นละอองในอากาศต่อสุขภาพประชาชนในกรุงเทพมหานคร ในการศึกษานี้ได้ใช้แนวทางทั้ง 4 ข้อ และนำค่าจากการศึกษาในสหรัฐอเมริกามาปรับใช้ให้เข้ากับสถานการณ์ในประเทศไทย ซึ่งค่า WTP ของการตายก่อนเวลาอันควรรวมทุกโรคมีค่าประมาณ 256 พันล้านบาท ถึง 51 พันล้านบาท

ตารางที่ 5.1 แสดงการประมาณการของค่าทางการเงินของการตายก่อนเวลาอันควรที่สัมพันธ์กับฝุ่น

ละออง

ค่าประมาณทางการเงินของการ ตายก่อนเวลาอันควร ต่อ 1 ราย	สาเหตุการตาย	จำนวนการตาย โดยประมาณ ใน 1 ปี	มูลค่า ณ ปี พ.ศ. 2545 (พันล้าน เหรียญสหรัฐ)	มูลค่า ณ ปี พ.ศ. 2545 (พันล้านบาท)*
จากการศึกษาในสหรัฐ 6.6 ล้านเหรียญสหรัฐ 284 ล้านบาท	การตายด้วยทุก สาเหตุ จากการ สัมผัสฝุ่นในระยะ สั้น	900	\$5.9	255.6
จากการใช้ค่าประมาณ 50% ของ ค่าที่ได้จากการศึกษาในสหรัฐ 3.3 ล้านเหรียญสหรัฐ 142 ล้านบาท	การตายด้วยทุก สาเหตุ จากการ สัมผัสฝุ่นในระยะ สั้น	900	\$2.97	127.8
จากการประมาณโดยใช้สัดส่วน ของ GDP ของไทยกับ สหรัฐฯ คือ 30% 2.0 ล้านเหรียญสหรัฐ 85 ล้านบาท	การตายด้วยทุก สาเหตุ จากการ สัมผัสฝุ่นในระยะ สั้น	900	\$1.8	76.5
จากการใช้ค่าประมาณ 20% ของ ค่าที่ได้จากการศึกษาในสหรัฐ ตามแนวทางของธนาคารโลก 1.3 ล้านเหรียญสหรัฐ 57 ล้านบาท	การตายด้วยทุก สาเหตุ จากการ สัมผัสฝุ่นในระยะ สั้น	900	\$1.2	51.3

* ใช้อัตราแลกเปลี่ยนที่ 43 บาทต่อ 1 U.S.\$

บทที่ 6

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

6.1 สรุปผล

จากการศึกษาวิจัยในหลายประเทศ พบว่าการสัมผัสกับอนุภาคมลสาร (Particulate Matter , PM) ในบรรยากาศโดยเฉพาะขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน (PM_{10}) มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายก่อนเวลาอันควร (Premature mortality) รวมถึงโรคและอาการทางระบบหายใจ และความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่ตามมาจากผลกระทบทางสุขภาพนี้มากกว่าการลงทุนในมาตรการต่างๆเพื่อลดระดับ PM_{10} ในอากาศ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ในกรุงเทพมหานครนี้

จากผลการตรวจวัดคุณภาพอากาศพบว่าในกรุงเทพมหานครมีปริมาณอนุภาคมลสารใกล้เคียงหรือสูงกว่าเมืองต่างๆในทวีปอเมริกาเหนือและทวีปยุโรป ปัจจุบันนี้ แม้ว่าจะระดับอนุภาคมลสารโดยเฉพาะ PM_{10} ในกรุงเทพมหานครได้มีการลดลงจากอดีต ซึ่งในปี พ.ศ. 2544 มีค่าเฉลี่ยทั้งกรุงเทพมหานครที่ระดับ $43 \mu g/m^3$ ลดลงจากปี พ.ศ. 2543 ร้อยละ 32 และมีการลดลงมาตลอดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 แต่บางพื้นที่ค่าเฉลี่ยต่อปีมีปริมาณที่เกินมาตรฐาน ($50 \mu g/m^3$) นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า ปริมาณอนุภาคมลสารในระดับต่ำก็มีผลกระทบต่อสุขภาพ ดังนั้นระดับ PM_{10} ในกรุงเทพมหานคร ณ ปัจจุบันยังมีผลต่อสุขภาพโดยตรง

แม้ว่าจะมีการศึกษาในภูมิภาคอื่นมากมายที่แสดงถึงผลกระทบจากอนุภาคมลสารต่อสุขภาพ โดยเฉพาะขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน แต่ภูมิภาคอื่นอาจมีลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมรวมถึงลักษณะต่างๆของประชากร เช่น การสูบบุหรี่ การสัมผัสมลภาวะจากการประกอบอาชีพ ระยะเวลาที่อยู่นอกบ้าน นิสัยการออกกำลังกาย กิจกรรมประจำวัน การใช้เครื่องปรับอากาศ บริการทางสุขภาพที่ได้รับ และการใช้บริการทางสุขภาพที่แตกต่างจากในกรุงเทพมหานคร พร้อมกันนี้ส่วนประกอบทางเคมีของอนุภาคมลสารอาจมีความแตกต่างเช่นเดียวกัน ซึ่งอาจจะส่งผลให้มีผลกระทบต่อสุขภาพที่ไม่เหมือนกัน

การศึกษานี้มีรูปแบบการศึกษาทางระบาดวิทยาทั้งหมด 2 การศึกษาย่อยดังนี้

- 1) การวิเคราะห์อัตราการตายในกรุงเทพมหานคร จากปี พ.ศ. 2539-2544
- 2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อาการทางระบบหายใจแบบเฉียบพลัน ซึ่งบันทึกเป็นรายวัน จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 204 คน ช่วงเวลาระหว่าง 17 เมษายน ถึง 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2545 กับองค์ประกอบของฝุ่นโดยเฉพาะ Total carbon ที่แยกออกเป็น Organic carbon และ Inorganic carbon

ผลการศึกษาสรุปได้ว่า อนุภาคมลสารมีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในกรุงเทพมหานคร ที่สอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นในประเทศต่างๆ ระดับ ของ PM_{10} ที่มีอยู่ในอากาศ ณ.ปัจจุบัน (พ.ศ. 2544) ในกรุงเทพมหานคร นำไปสู่อัตราการตายก่อนเวลาอันควร ปีละประมาณ 900 ราย ซึ่งคำนวณจากอัตราการเพิ่มของอัตราการตายที่ร้อยละ 0.05 ต่อการเพิ่มของปริมาณ PM_{10} $1 \mu g/m^3$ และอัตราการตายด้วยสาเหตุธรรมชาติ ในกรุงเทพมหานครที่ระดับ 4.8 ต่อ 1,000 คน โดยที่มีจำนวนประชากรในกรุงเทพมหานครประมาณ 6 ล้านคน และปริมาณอัตรานี้ต่ำกว่าผลการศึกษาในกรุงเทพมหานครเมื่อปี พ.ศ. 2539 แต่เป็นอัตราที่สอดคล้องกับผลการศึกษาในสหรัฐอเมริกา (Schwartz, 1996)

อนุภาคมลสารขนาดเล็ก (PM_{10} และ $PM_{2.5}$) สามารถเข้าถึงระบบทางเดินหายใจส่วนล่างได้ และในการศึกษานี้พบความสัมพันธ์ของอนุภาคมลสารกับอาการหอบหืดในเด็ก โดยเฉพาะสัมพันธ์กับความเข้มข้นของอนุภาคมลสารแบบสะสม คือ ปริมาณฝุ่น 1 วันก่อนที่จะมีอาการ และฝุ่นหยาบ ($PM_{10-2.5}$) มีความสัมพันธ์กับอาการไอและระบบหายใจส่วนต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ รวมถึงการศึกษาในกรุงเทพมหานครเมื่อปี พ.ศ. 2539 แต่ในการศึกษานี้ไม่พบผลกระทบต่อกลุ่มผู้ใหญ่

อนุภาคมลสารมีองค์ประกอบทางเคมีหลากหลาย ซึ่ง Organic carbon เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้ และส่วนใหญ่เกิดมาจากควันไอเสียจากรถยนต์ทั้งน้ำมัน Gasoline และ Diesel ในการศึกษานี้ได้วิเคราะห์หาปริมาณ Organic carbon จาก $PM_{2.5}$ และพบว่า Organic carbon มีโอกาสที่จะสัมพันธ์กับความชุกของอาการไอและหอบหืด แม้ว่าจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่องค์ประกอบที่เป็น Inorganic carbon มีความสัมพันธ์น้อยกว่า

6.2 ประโยชน์ที่ได้รับจากการลดอนุภาคมลสาร (Particulate Matter , PM)

ในกรุงเทพมหานคร

แม้ว่าปริมาณอนุภาคมลสารขนาดเล็ก (PM_{10}) มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 จนถึงปัจจุบัน แต่ยังมีบางพื้นที่ในกรุงเทพมหานครที่ค่าเฉลี่ย PM_{10} สูงกว่ามาตรฐาน ที่ $50 \mu g/m^3$ ส่วน $PM_{2.5}$ ซึ่งเป็นสัดส่วนของ PM_{10} ที่ประมาณร้อยละ 60 มีค่าเฉลี่ยรายปีสูงกว่าค่าที่ USEPA. กำหนดไว้ คือที่ $15 \mu g/m^3$ ซึ่งขณะนี้ประเทศไทยยังไม่มีข้อกำหนดค่ามาตรฐานของ $PM_{2.5}$ การลดปริมาณอนุภาคมลสารขนาดเล็กย่อมส่งผลประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชนในกรุงเทพมหานคร

ในขณะที่มาตรฐานของ PM_{10} ที่กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมได้กำหนดไว้ที่ $50 \mu g/m^3$ ซึ่งเป็นระดับที่มีสมมุติฐานว่า เป็นระดับที่ไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพ แต่ไม่ได้หมายความว่าถ้าลดปริมาณ PM_{10} ให้ต่ำกว่า $50 \mu g/m^3$ จะไม่มีประโยชน์ เนื่องจากการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า PM_{10} ที่

ระดับต่ำกว่า $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ มีผลกระทบต่อสุขภาพ (USEPA, 1996) จากการที่ USEPA. กำหนดมาตรฐานของค่าเฉลี่ยรายปีของ $\text{PM}_{2.5}$ ไว้ที่ $15 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ซึ่งถ้าปรับเข้ากับสถานการณ์ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้ค่าสัดส่วนของ $\text{PM}_{2.5}$ ต่อ PM_{10} มาตรฐานของ PM_{10} ควรจะอยู่ที่ ระดับ $25 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ซึ่งขณะนี้ทาง USEPA. มีการพิจารณาปรับค่ามาตรฐาน PM_{10} เฉลี่ยรายปีลงเหลือ $30 \mu\text{g}/\text{m}^3$

6.2.1 การตายก่อนเวลาอันควร

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปริมาณ PM_{10} ต่ออัตราการตายในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าเมื่อ PM_{10} เพิ่มขึ้น $1 \mu\text{g}/\text{m}^3$ จะทำให้จำนวนการตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.05 และ อัตราการตายด้วยสาเหตุธรรมชาติเท่ากับ 4.8 ต่อ 1,000 คน ดังนั้น อัตราเสี่ยงต่อการตายต่อบุคคลเฉลี่ยรายปี (annual mortality risk per capita) เท่ากับ 2.4×10^{-6} ต่อการเปลี่ยนแปลงของปริมาณ PM_{10} $1 \mu\text{g}/\text{m}^3$ เพราะฉะนั้นเมื่อคำนวณจากจำนวนประชากรในกรุงเทพมหานครที่มีจำนวน 6 ล้านคน ถ้าลดปริมาณ PM_{10} ลง $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ คือจากค่าเฉลี่ยปี พ.ศ. 2539-2544 ณ สถานีรามคำแหง ซึ่งมีค่าเท่ากับ $60 \mu\text{g}/\text{m}^3$ มาที่มาตรฐาน $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ จะนำไปสู่การลดจำนวนการตายลง 156 ราย แต่ถ้าลดปริมาณ PM_{10} ลง $30 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (จาก $60 \mu\text{g}/\text{m}^3$ มาที่มาตรฐานที่อ้างอิงของ EPA.) จะนำไปสู่การลดจำนวนการตาย 468 ราย

6.2.2 อาการทางระบบหายใจแบบเฉียบพลัน

การศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพดี ไม่สูบบุหรี่ซึ่งอาจไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงของอาการทางเดินหายใจจากมลพิษอากาศ ดังนั้นจึงอาจมีข้อจำกัดในการแปลผลสู่กลุ่มที่เสี่ยง เช่นคนเป็นโรคหอบหืด หรือโรคปอดอยู่เดิม อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ให้หลักฐานในเบื้องต้นกว่า องค์ประกอบ organic carbon เป็นส่วนสำคัญที่น่าจะมีผลกระทบต่อทางเดินหายใจ การศึกษาอีกต่อไปน่าจะให้ความสำคัญเกี่ยวกับการวิเคราะห์ส่วนขององค์ประกอบ organic carbon ว่าเป็นองค์ประกอบส่วนใด มีต้นกำเนิดมาจากแหล่งก่อมลพิษใดบ้าง ย่อมเป็นประโยชน์ต่อการควบคุมปัญหามลพิษอากาศต่อไป

การศึกษานี้พบว่า PM_{10} และ $\text{PM}_{2.5}$ มีความสัมพันธ์กับอาการหอบหืดเฉพาะในเด็ก (ตารางที่ 4.8 และตาราง 4.10) ในระยะ 1 วันก่อนเกิดอาการ (lag 1 day) ซึ่งแสดงถึงผลสะสมของอนุภาคมลสาร การวิเคราะห์ concentration – response ของอาการหอบหืดในเด็กนี้แสดงอยู่ในตารางที่ 6.1 จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของอัตราชุกของอาการหอบหืดเฉลี่ย 1 ปี ต่อการเปลี่ยนแปลงของ PM_{10} และ $\text{PM}_{2.5}$ $1 \mu\text{g}/\text{m}^3$ เท่ากับ 1.23 และ 1.86 ต่อบุคคล ตามลำดับ เพราะฉะนั้นถ้าลดปริมาณ PM_{10} ลงจาก $60 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ลงถึง $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ และประชากรของเด็กในกรุงเทพมหานคร 800,000 คน (www.moph.go.th) จำนวนวันที่มีอาการหอบหืดจะลดลง 9,840,000 วัน ถ้าปริมาณ PM_{10} ลดลงถึง $30 \mu\text{g}/\text{m}^3$ จำนวนวันที่เด็กมีอาการหอบหืดจะลดลง 19,680,000 วัน ในขณะที่เดียวกันถ้าปริมาณ $\text{PM}_{2.5}$ ลดลงจาก $36 \mu\text{g}/\text{m}^3$

ถึง $15 \mu\text{g}/\text{m}^3$ เท่ากับมาตรฐานที่กำหนดในสหรัฐอเมริกา จำนวนวันที่เด็กมีอาการหอบหืดจะลดลง 31,248,000 วัน

ตารางที่ 6.1 Concentration response สำหรับอาการหอบหืดในเด็ก

Model	Logistic Coefficient ^a		Annual Per Capita Incident of Daily symptom per $\mu\text{g}/\text{m}^3$ change in annual average PM ^b	
	PM ₁₀	PM _{2.5}	PM ₁₀	PM _{2.5}
Lag 1 day	0.0175	0.0227	1.23	1.86

a จากตาราง 4.8 และ 4.10 Odds ratio = $e^{\beta\Delta\text{PM}_{10} \text{ or } \Delta\text{PM}_{2.5}}$

$\Delta\text{PM}_{10} \text{ or } \Delta\text{PM}_{2.5} = 1 \text{ quartile } (17.1 \mu\text{g}/\text{m}^3, 13.8 \mu\text{g}/\text{m}^3)$

b สูตรในการคำนวณ Annual Per Capita Incident of Daily symptom per $\mu\text{g}/\text{m}^3$ change

คือ $[e^{\beta_{x1}}/1 + e^{\beta_{x1}}] - [e^{\beta_{x2}}/1 + e^{\beta_{x2}}] * 365 \text{ days}$

β = logistic coefficient for PM

X1 และ X2 = PM₁₀ coefficient at $60 \mu\text{g}/\text{m}^3$ และ $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$

= PM_{2.5} coefficient at $36 \mu\text{g}/\text{m}^3$ และ $35 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (median level of PM_{2.5} during study period จากตาราง 4.3)

6.3 ค่าทางการเงินของผลประโยชน์ต่อสุขภาพจากการลดอนุภาคมลสาร

ในกรุงเทพมหานคร

การลดปริมาณอนุภาคมลสาร (Particulate matter, PM) ในกรุงเทพมหานครส่งผลประโยชน์ต่อสุขภาพซึ่งสามารถวิเคราะห์เป็นค่าทางการเงินโดยใช้หลักเศรษฐศาสตร์ตาม 4 แนวทางดังนี้

แนวทางที่ 1 ใช้ผลการศึกษาในสหรัฐอเมริกา โดยไม่มีการปรับ

ในปี พ.ศ. 2542 องค์การพิทักษ์สิ่งแวดล้อมประเทศสหรัฐอเมริกา (United State Environmental Protection Agency : USEPA) ได้ทบทวนการศึกษาหลายชิ้นในสหรัฐอเมริกา ที่ประเมินผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ในรูปแบบ WTP พบว่า ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 6.6 ล้านดอลลาร์ต่อ 1 รายของการตายก่อนวัยอันควร (Premature mortality) ดังนั้นจากการนำผลของการศึกษานี้ที่ประมาณการว่า ผลกระทบจากฝุ่นละอองในอากาศมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายก่อนวัยอันควร 900 รายจากการสัมผัสฝุ่นในระยะสั้น สามารถนำมาประเมินค่าทางการเงินเท่ากับ 255.6 พันล้านบาท

แนวทางที่ 2 ปรับผลการศึกษาในสหรัฐอเมริกาที่ร้อยละ 50

ในปี พ.ศ. 2540 ได้มีการศึกษาที่ประมาณค่าทางการเงินของผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กในกรุงเทพมหานคร โดยใช้ทฤษฎี WTP ผลจากการศึกษานั้นแสดงให้เห็นว่า สามารถนำผลการศึกษาในสหรัฐอเมริกาไปปรับใช้ในประเทศไทยได้ (Chestnut et al., 1997) ซึ่งเลือกปรับที่ตัวเลข 0.5 หมายความว่า ค่าของ WTP ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร เป็นร้อยละ 50 ของประชาชนในสหรัฐอเมริกา ซึ่งจะได้ค่า WTP ต่อ 1 ราย เท่ากับ 142 ล้านบาท เพราะฉะนั้น ค่า WTP จากการตายก่อนเวลาอันควร รวมทุกโรคเท่ากับ 127.8 พันล้านบาท

แนวทางที่ 3 ใช้ค่าปรับที่ตัวเลข 0.3 โดยใช้อัตราส่วนของผลิตภัณฑ์มวลรวม ของประเทศ

(GDP) ต่อประชาชนในกรุงเทพมหานคร (\$ 7,500) ต่อ GDP ในประเทศสหรัฐอเมริกา (\$25,800) โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่าค่า WTP ของผลกระทบจากมลพิษต่อสุขภาพอิงกับรายได้ จะได้ค่า WTP ของการตายก่อนเวลาอันควรของทุกโรค เท่ากับ 76.5 พันล้านบาท

แนวทางที่ 4 ใช้ค่าปรับที่ตัวเลข 0.2 ซึ่งเป็นค่าที่ธนาคารโลกใช้คำนวณในการศึกษารั้วล่าสุดในประเทศไทย โดยใช้หลักเกณฑ์ตามความแตกต่างในอัตราค่าจ้าง (Wages) ระหว่างประเทศไทยกับประเทศสหรัฐอเมริกา ตารางที่ 5.1 แสดงให้เห็นว่า ค่า WTP สำหรับการตายก่อนเวลาอันควรรวมทุกโรคในประเทศไทย เท่ากับ 51.3 พันล้านบาท

จากตารางที่ 6.2 ในการที่ลด PM_{10} ในกรุงเทพมหานครลงจาก $60 \mu g/m^3$ ลงมาที่ค่ามาตรฐาน $50 \mu g/m^3$ จะส่งผลให้คำนวณจำนวนการตายก่อนเวลาอันควรลดลง 156 ราย ซึ่งคิดเป็นค่าเงินประมาณ 8.9 พันล้านบาท ถึง 44.3 พันล้านบาท

ในปี พ.ศ. 2539 บริษัท Radian International ได้ศึกษาหามาตรการลดปริมาณอนุภาคมลสารในกรุงเทพมหานคร และผลการศึกษาแสดงว่า การกวาดถนนเป็นมาตรการที่มี Cost –Benefit สูงที่สุด ซึ่งสามารถลดปริมาณอนุภาคมลสารขนาดเล็ก (PM_{10}) ลดลงปีละ $7 \mu g/m^3$ ภายในปี พ.ศ. 2548 งบประมาณที่ต้องใช้ คือ 27.5 ล้านบาทต่อปี รองลงมาคือ มาตรการปรับเครื่องรถบรรทุกให้อยู่ในระดับ 3 ซึ่งจะส่งผลให้ลดปริมาณอนุภาคมลสารลงปีละ $4 \mu g/m^3$ และต้องจ่ายเงินประมาณ 9.8 พันล้านบาท ซึ่งงบประมาณที่จะใช้ในมาตรการนี้คุ้มกับผลประโยชน์ต่อสุขภาพในการที่จะลดปริมาณอนุภาคมลสารลง และผลประโยชน์ต่อสุขภาพยังมีอีกมากมายนอกเหนือจากที่ได้รับจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

การศึกษานี้ได้ยืนยันว่าระดับของอนุภาคมลสารขนาดเล็ก (PM_{10} และ $PM_{2.5}$) ที่เป็นอยู่ในกรุงเทพมหานครมีผลกระทบต่อสุขภาพ และการลดปริมาณอนุภาคมลสารส่งผลประโยชน์ทั้งในเชิงสุขภาพและเชิงเศรษฐศาสตร์ แต่ยังไม่สามารถสรุปได้ว่า องค์ประกอบตัวใดที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่ง จะ

เป็นประโยชน์ในการวางแผนมาตรการเจาะจงเพื่อลดปริมาณอนุภาคมลสารที่แหล่งกำเนิด การศึกษานี้เป็นการศึกษาครั้งแรกในประเทศไทย ที่พยายามดูผลกระทบขององค์ประกอบของอนุภาคมลสารในรูปแบบ Organic carbon แต่ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง Organic carbon กับอาการทางระบบหายใจอย่างชัดเจนทางสถิติ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก แต่ในขณะเดียวกันก็ยังไม่อาจสรุปว่า Organic carbon ไม่มีความสำคัญเกี่ยวกับการเกิดอาการทางระบบหายใจ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า Organic carbon ในพื้นที่ศึกษามีผลกระทบแบบเฉียบพลันเพียงเล็กน้อยต่อประชากรส่วนใหญ่ที่มีสุขภาพปกติ ที่ไม่มีโรคหอบหืดหรือภูมิแพ้

ตารางที่ 6.2 ประโยชน์ทางการเงินต่อการตายก่อนเวลาอันควรจากการลดปริมาณอนุภาคมลสาร

ค่าประมาณทางการเงินของการตายก่อนเวลาอันควรต่อ 1 ราย	จำนวนการตายที่ลดลงจากการลด PM ₁₀ ลง 10 µg/m ³	มูลค่า ณ ปี พ.ศ. 2545 (พันล้านเหรียญสหรัฐ)	มูลค่า ณ ปี พ.ศ. 2545 (พันล้านบาท)*
จากการศึกษาในสหรัฐ 6.6 ล้านเหรียญสหรัฐ หรือ 284 ล้านบาท	156	\$1.03	44.3
จากการใช้ค่าประมาณ 50% ของค่าที่ได้จากการศึกษาในสหรัฐ 3.3 ล้านเหรียญสหรัฐ หรือ 142 ล้านบาท	156	\$0.5	22.2
จากการประมาณโดยใช้สัดส่วนของ GDP ของไทยกับ สหรัฐ คือ 30% 2.0 ล้านเหรียญสหรัฐ หรือ 85 ล้านบาท	156	\$0.3	13.3
จากการใช้ค่าประมาณ 20% ของค่าที่ได้จากการศึกษาในสหรัฐ ตามแนวทางของธนาคารโลก 1.3 ล้านเหรียญสหรัฐ หรือ 57 ล้านบาท	156	\$0.2	8.9

* ใช้อัตราแลกเปลี่ยนที่ 43 บาทต่อ 1 U.S.\$

6.4 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

เพื่อให้ได้ข้อมูลเพื่อตอบคำถามในบางประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน คณะวิจัยมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ดังนี้

1. ศึกษาในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มเด็กที่เป็นโรคหอบหืด ภูมิแพ้ และโรคปอดเรื้อรัง ในขณะเดียวกันศึกษาแหล่งที่มาขององค์ประกอบฝุ่น เพื่อประโยชน์ในการวางแผนมาตรการถึงแหล่งกำเนิด
2. ในขณะนี้กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ได้ติดตั้งเครื่องตรวจวัดคุณภาพอากาศทั่วประเทศไทย การทำการศึกษาที่คล้ายคลึงกับการศึกษานี้ ณ จังหวัดต่างๆ จะสามารถเปรียบเทียบผลกระทบต่อสุขภาพและประเมินสถานการณ์ของปัญหาในรูปแบบของทั้งประเทศ

เพราะสถานการณ์ของแต่ละจังหวัดจะแตกต่างกันทั้งในปริมาณและองค์ประกอบของอนุภาคมลสาร รวมถึงสภาพทางอุตุนิยมวิทยา ภูมิประเทศ สภาพแวดล้อม และสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนสุขภาพของประชากร

3. การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อดูผลกระทบในระยะสั้น ซึ่งการศึกษาวิจัยแบบผลกระทบระยะยาวในประเทศไทยมีจำกัด และจากผลการศึกษาในต่างประเทศได้แสดงถึงผลกระทบของอนุภาคมลสารต่อสุขภาพแบบเรื้อรัง ด้วยเหตุนี้จึงน่าจะมีการศึกษาผลกระทบในระยะยาวในประเทศไทย ซึ่งนอกจากจะสร้างองค์ความรู้มากขึ้นแล้วยังสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนและนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาที่สำคัญและเร่งด่วน เช่นการดำเนินมาตรการลดปริมาณอนุภาคมลสาร

4. ในการศึกษาต่างๆ รวมทั้งการศึกษาค้นคว้านี้ ใช้ข้อมูลปริมาณอนุภาคมลสารจากสถานีตรวจวัดที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ศึกษาเป็นตัวแทนปริมาณการสัมผัส ซึ่งการสัมผัสอนุภาคมลสารในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันเนื่องมาจากกิจกรรมของแต่ละบุคคลที่ไม่เหมือนกัน เพราะฉะนั้นการศึกษาที่รวม Exposure Assessment และศึกษาการสัมผัสอนุภาคมลสารทั้งในอาคาร (Indoor) และนอกอาคาร Out door) น่าจะให้ผลการศึกษาที่ชัดเจนมากขึ้น

5. การศึกษาในรูปแบบ Panel Study ได้มีการศึกษาเฉพาะใน 1 ฤดู การศึกษาตลอดทั้งปี จะแสดงผลถึงความแตกต่างของฤดูรวมถึงสถานการณ์ของปริมาณอนุภาคมลสาร

6. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ศึกษาผลกระทบของอนุภาคมลสาร ต่อการตายและอาการทางระบบหายใจ ซึ่งการศึกษผลกระทบต่อสุขภาพในด้านอื่นๆ เช่น อัตราการเข้าโรงพยาบาล จำนวนวันที่ไม่สามารถประกอบกิจกรรม การใช้ยาเพิ่มขึ้น จะนำไปสู่การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่ครอบคลุมมากขึ้น

บรรณานุกรม

Arden Pope et al., National Institutes of Health. 2002.

Atkinson RW, Anderson HR, Sunyer J, Ayres J, Baccini M, Vonk JM, Boumghar A, Forsberg B, Forastiere F, Touloumi G, Schwartz J, Katsouyanni.(2001) Acute effects of particulate air pollution on respiratory admission: results from APHEA 2 project. Air pollution and Health: a European Approach. Am J Respir Crit Care Med ; 164:1860-6.

Bascom R, Bromberg PA, Costa DL, Devlin R, Dockery DW, Frampton MW, Lamberg W, Samet JM, Speizer FE, Utell M.(1996) Health effects of outdoor air pollution. Am J Respir Crit Care Med ; 153: 3-55.

Burnett RT, Brook JR, Dann T, Delocla C, Philips O, Calmak S et al. (2000) Associations between particulate- and gas-phase components of urban air pollution and daily mortality in eight Canadian cities. In: Grant LD, ed. PM2000: particulate matter and health. Inhal Toxicol 12(suppl 4):15-39.

Casillas AM, Hiura T, Li N, Nel AE.(1999) Enhancement of allergic inflammation by diesel exhaust particles: permissive role of reactive oxygen species. Ann Allergy Asthma Immunol ; 83:624-9.

Castillejos M, Borja-Aburto VH, Dockery DW, Gold DR, Loomis D (2000) Airborne coarse particles and mortality. In: Inhalation Toxicology: proceedings of the third colloquium on particulate air pollution and human health; June, 1999; Durham, NC. Inhal Toxicol 12 (suppl. 1):67-72.

Committee on the Medical Effects of Air Pollutants. Fine Particles of Air Pollutants as Harmful as Passive Smoking. London, 2001.

Cropper, M. L.; Simon, N. B.; Alberini, A.; Arora, S.; Sharma, P. K. (1997) The health benefits of air pollution control in Delhi. Am. J. Agric. Econ. 79: 1625-1629

Delfino RJ, Gong HJ, Linn WS, Pellizzari ED, Hu Y.(2003) Asthma symptoms in Hispanic children and daily ambient exposures to toxic and criteria air pollutants. Environ Health Perspect ;111:647-656.

Dockery DW, Cunningham J, Damokosh AI, Neas LM, Spengler JD, Koutrakis P, Ware JH, Raizenne M, Speizer FE.(1996) Health effects of acid aerosols on North American children: respiratory symptoms. Environmental Health Perspectives; 104(5):500-5.

Dockery DW, Pope CA 3rd.(1994) Acute respiratory effects of particulate air pollution. Annu Rev Public Health ;15:107-32.

Dockery DW, Pope, CA, Xu, X, Spengler, JD, Ware, JH, Fay, ME, Ferris, BG, Speizer, FE. (1993) An Association Between Air Pollution and Mortality in Six U.S. Cities. N Eng J Med, 329:1753-9.

Dockery, D.,Schwartz, J., and Spengler, J. (1992) Air pollution and daily mortality: Associations with particulates and acid aerosols. Environ Res. ;59: 362-73.

Dominici F, McDermott A, Zeger SL, Samet SM (2002) On the use of generalized additive models in time-series studies of air pollution and health. Am J Epidemiol 156: 193-203.

Euler GL, Abbey DE, Magie AR, Hodgkin JE. (1987) Chronic obstructive pulmonary disease symptom effects of long-term cumulative exposure to ambient levels of total suspended particulates and sulfur dioxide in California Seventh-Day Adventist residents. Arch Environ Health ; 42: 213-22.

Gold DR, Litonjua A, Schwartz J, Lovett E, Larson A, Nearing B et al. (2000) Ambient pollution and heart rate variability. Circulation 101(11):1267-73.

Hagler Bailly กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม และRadian International เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง การจัดทำกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาฝุ่นละอองใน กรุงเทพมหานคร 20-21 พฤษภาคม 2541a ณ ศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ กรุงเทพฯ.

Hagler Bailly กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม และวิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง ผลกระทบของฝุ่นละอองต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร 20-21 พฤษภาคม 2541b ณ ศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ กรุงเทพฯ.

Hashimoto K, Ishii Y, Uchida Y, Kimura T, Masuyama K, Morishima Y, Hirano K, Nomura A, Sakano H, Sagai M, Sekizawa K.(2001) Exposure to diesel exhaust exacerbates allergen-induced airway responses in guinea pigs. *Am J Respir Crit Care Med* ;164:1957-63.

Hastie T and Tibshirani R. *Generalized Additive Models*. London: Chapman and Hall. 1990.

Hiura TS, Kaszubowski MP, Li N, Nel AE.(1999) Chemicals in diesel exhaust particles generate reactive radicals and induced apoptosis in macrophages. *J Immunol* ;163:5582-91.

<http://www.pcd.go.th>

<http://www.moph.go.th>

Jirapongsananurak O, Tuchinda M. (1996) Environmental impact on allergic disease. *Siriraj Hosp Gaz* ; 48S: 363-71.

Katsouyanni K, Touloumi G, Samoli E, et al. (2001) Confounding and effect modification in the short-term effects of ambient particles on total mortality: results from 29 European cities within the APHEA2 project. *Epidemiology* 12: 521-531.

Li N, Kim S, Wang M, Froines J, Sioitas C, Nel A.(2002) Use of a stratified oxidative stress model to study the biological effects of ambient concentrated and diesel exhaust particulate matter. *Inhal Toxicol* ;14(5):459-86.

Liao D, Creason J, Shy C, Williams R, Watts R, Zweidinger R (1999) Daily variation of particulate air pollution and poor cardiac autonomic control in the elderly. *Environ Health Perspect* 107(7):521-5.

Logan WPD.(1953) Mortality in the London fog accident. *Lancet*; 1:336-9

Loomis D, Castillejos M, Gold DR, McDonnell W, Borja-Aburto VH (1999) Air Pollution and Infant Mortality in Mexico City. *Epidemiol* 10:118-123.

McConnell R, Berhane K, Gilliland F, Molitor J, Thomas D, Lurmann F, Avol E, Gauderman W, Peters JM.(2003) Prospective study of air pollution and bronchitis symptoms in children with asthma. *Am Respir Crit Care*. (in press)

Nolan J, Batin PD, Andrews R, Lindsay SJ, Brooksby P, Mullen M et al. (1998) Prospective study of heart rate variability and mortality in chronic heart failure: results of the United Kingdom heart failure evaluation and assessment of risk trial (UK-heart) *Circulation* 98:1510-6.

Norris G, Young Pong SN, Koenig JQ, Larson TV, Sheppard L, Stout JW.(1999) An association between fine particles and asthma emergency department visits for children in Seattle. *Environ Health Perspect* ;107:489-93.

Ostro B, Chestnut L (1998) Assessing the health benefits of reducing particulate matter air pollution in the United States. *Env Res, Section A* 76:94-106.

Ostro B, Chestnut L, Vichit-Vadakan N, Laixuthai A (1998) The impact of fine particulate matter on mortality in Bangkok, Thailand; in $PM_{2.5}$: A Fine Particle Standard, Volume II, J Chow and P Koutrakis (ed) (1998) Long Beach, CA. 939 – 949.

Ostro B, Chestnut L, Vichit-Vadakan N, Laixuthai A (1999). The impact of particulate matter on daily mortality in Bangkok, Thailand. *J Air Waste Manag Assoc.* 49:100-107.

Ostro, B.D., J. Sanchez, C. Aranda, et al. (1996) Air Pollution and Mortality: Results from a Study of Santiago, Chile. *J Exp Anal Env Epidemiol* 6:97-114.

Peden DB. (1996) Effect of air pollution in asthma and respiratory allergy. *Otolaryngol Head Neck Surg* ; 114: 242-7.

Pekkanen J. Effect of fine and ultra fine particles on Respiratory and cardiovascular health (<http://www.ktl.fi/syty/abstracts/pekka1.htm>).

Peters A, Dockery DW, Muller JE, Mittleman MA (2001) Increased particulate air pollution and the triggering of myocardial infarction. *Circulation* 103: 2810-2815.

Peters A, Liu E, Verrier RL, Schwartz J, Gold DR, Mittleman M et al. (2000) Air pollution and incidence of cardiac arrhythmia. *Epidemiology* 11(1):11-7.

Pope C., Bates D., and Raizenne M. (1995) Health effects of particulate air pollution: Time for reassessment? *Environ Health Perspect.* ; 103 : 472-80.

Pope CA 3rd (1991) Respiratory hospital admissions associated with PM₁₀ pollution in Utah, Salt Lake, and Cache Valleys. Archives of Environmental Health ;46:90-7.

Pope CA III, Burnett RT, Thun MJ et al. (2002) Lung cancer, cardiopulmonary mortality, and long-term exposure to fine particulate air pollution. JAMA 287:1132-1141.

Pope CA III, Verrier RL, Lovett EG, Larson AC, Raizenne ME, Kanner RE et al. (1999) Heart rate variability associated with particulate air pollution. Am Heart J 138(5 Pt 1):890-9.

Pope CA3rd, Dockery DW, Spengler JD, Raizenne ME.(1991) Respiratory health and OM10 pollution. A daily time series analysis. American Review of Respiratory Disease; 144:668-74.

Pope III CA. Dockery DW. (1992) Acute health effects of PM10 pollution on symptomatic and asymptomatic children. Am Rev Respir Dis; 145: 1123-8.

Pope, C.A. III, Schwartz, J, and Ranson, M.R. (1992) Daily mortality and PM₁₀ pollution in Utah Valley. Arch Environ Health; 47:211-17.

Portiney PR. Mullahy J. (1993)Urban air quality and chronic respiratory disease. Environ Res; 62:7-13.

Raimo O. Salonen, Arja Halinen, Arto Pennanen, and Markus Sillanpaa. Toxic Effects of Urban Air and Diesel Exhaust Particles in the Respiratory Tract (PAMTOX). Urban air particles and environmental health. 2002.

Romieu I, Meneses F, Ruiz S, Sienra J, Huer J, White MC, Etzel RA.(1996) Effect of air pollution on the respiratory health of asthmatic children living in Mexico City. Am J Respir Crit Care Med.; 154:300-7.

Saldiva PH, Pope CA, Schwartz J, Dockery DW, Lichtenfels AJ, Salge JM, Barone I, Bohm GM (1995) Air pollution and mortality in elderly in elderly people: a time-series study in Sao Paulo, Brazil. Arch Environ Health; 50:159-63.

Samet JM, Dominici F, Curriero FC, Coursac I, Zeger SL (2000b) Fine particulate air pollution and mortality in 20 U.S. cities, 1987- 1994. N Engl J Med; 343(24):1742-9.

Samet JM, Zeger SL, Dominici F, Curriero F, Coursac I, Dockery DW et al. (2000a) The National Morbidity, Mortality, and Air Pollution Study. Part II: Morbidity and mortality from air pollution in the United States. Health Effects Institute (94 Pt 2):5-70; discussion 71-9.

Schwartz J, Dockery DW, Neas LM (1996) Is daily mortality associated with specifically with fine particles? Journal of the Air & Waste Management Association; 46:927-39.

Schwartz, J (2000) Harvesting and long Term Exposure Effects in the Relation between Air Pollution and Mortality. Am J Epidemiol; 151:440-8.

Schwartz, J and Marcus, A. (1990) Mortality and Air pollution in London. A Times Series Analysis. Am Epidemiol; 131:185-94.

Sesana G et al., PAH and Particulate Matter in the hinterland of Milano. Atmospheric Diagnostics in Urban Regions, Results from an International Workshop, Como (Italy) 2001.

Speizer F. (1989) Studies of acid aerosols in six cities and in new multi city investigation: design issues. Environ Health Perspect; 79: 61.

Sydbom A, Blomberg A, Parnia S, Stenfors N, Sandstrom T, Dahlen SE.(2001) Health effects of diesel exhaust emissions. Eur Respir J; 17(4):733-46.

U.S. EPA (1996) Review of the National Ambient Air Quality Standards for Particulate Matter: Policy Assessment of Scientific and Technical Information: OAQPS Staff Paper. EPA-452/R-96-013. Research Triangle Park, NC, July.

Utell MJ, Samer JM.(1993) Particulate air pollution and health. Am Rev Respir Dis; 147:1334-5.

Vichit-Vadakan N., Ostro B., Chestnut LG., Mills DM., Adkplakorn W., Wangwongwatana S., Panich N., (2001) Air pollution and respiratory symptoms : results from three panel studies in Bangkok, Thailand Env Health Perspect 109 (Suppl 3).

Vincent JH. (1990) The fate of inhaled aerosols. Ann Occup Hyg; 34:623-37

Xu, X, Gao, J, Dockery, D., Chen y, (1994) Air pollution and daily mortality in residential areas of Beijing, China. Arch of Environ Health. ; 49: 216-22.

Xu, Z.; Yu, D.; Jing, L.; Xu, X. (2000) Air pollution and daily mortality in Shenyang, China. Arch. Environ. Health 55: 115-120.

Yu O, Shpeppard L, Lumley T, Koenig JQ, Shapiro GG.(2000) Effect of ambient air pollution on symptoms of asthma in Seattle-Area children enrolled in the CAMP study. Environ Health Perspect. ; 108:1209-1214

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย พ.ศ. 2538

กรองทิพย์ ศรีตะปัญญะ, เสถียร รุจิวานิช. (2534) กรุงเทพฯ: ภาวะมลพิษทางอากาศ. วารสารวิจัยสภาวะแวดล้อม; 13(1): 11-46.

ธนาธิป ศุภประดิษฐ์ (2533) กรณีแม่เมาะ : ผลกระทบต่อสุขภาพและมลภาวะทางอากาศ. คลินิก; 8 (12): 842-4.

นันทวรรณ วิจิตวาทกร และคณะ การสำรวจสภาพปัญหาฝุ่นละอองที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานคร และแนวโน้มเชิงนโยบาย รายงานการวิจัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2538.

นันทวรรณ วิจิตวาทกร และคณะ รายงานฉบับสมบูรณ์ เล่มที่ 2 รายงานหลัก การศึกษาผลกระทบจากมลพิษทางอากาศต่อสุขภาพประชาชน อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง เสนอต่อกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2544.

รายงานสถานการณ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของกรุงเทพมหานคร. 2544. (Bangkok State of the Environment 2001) กรุงเทพมหานคร.

วิชัย เอกพลากร. (2539) ผลกระทบต่อสุขภาพจากภาวะมลพิษทางอากาศในกรุงเทพมหานคร. สารศิริราช ; 48(5): 255-8.

สมเกียรติ วงษ์ทิม และวิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ). (2542) ตำราโรคปอด1 โรคปอดจากสิ่งแวดล้อม กรุงเทพฯ: โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมชัย บวรกิตติ. (2536) สุขภาพตำรวจจราจร กรุงเทพมหานคร. จดหมายข่าวสารบัณฑิตยสถาน; 17(4): 14-6.

ภาคผนวก

ตารางเปรียบเทียบกิจกรรม การดำเนินงานกับแผนงานตามวัตถุประสงค์				
วัตถุประสงค์	กิจกรรมที่วางแผนไว้	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลที่ได้รับตลอดโครงการ	
1. เพื่อบอกชนิดขององค์ประกอบของอนุภาคมลสารที่มีผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง	1. เก็บข้อมูลฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM ₁₀ และ PM _{2.5} โดยใช้เครื่อง Minivol 2. วิเคราะห์องค์ประกอบของคาร์บอน	1. เก็บข้อมูล PM ₁₀ และ PM _{2.5} โดยใช้เครื่อง Minivol ที่บริเวณสถานีตำรวจวัดอากาศสถาบันราชภัฏ บ้านสมเด็จฯ เป็นเวลา 100 วัน 2. ส่งแผ่นกรองฝุ่นวิเคราะห์หาองค์ประกอบของคาร์บอน	1. ได้ข้อมูลปริมาณ PM ₁₀ และ PM _{2.5} ณ บริเวณชุมชนบ้านสมเด็จฯ นำไปใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับการกระระบอบหายใจรายวัน ของกลุ่มตัวอย่างในชุมชน 2. ได้ข้อมูลปริมาณ Total carbon Organic carbon จากการวิเคราะห์แผ่นกรองฝุ่น และสามารถนำมาคำนวณหาปริมาณ Inorganic carbon ได้	
2. เพื่อเปรียบเทียบความสัมพัทธ์ระหว่างอนุภาคมลสารกับอัตราค่ารายวัน ในกรุงเทพมหานครในช่วงปี พ.ศ. 2535-2538 กับช่วงปี พ.ศ. 2539-2541	1. รวบรวมข้อมูลการตายจากสำนึกทะเบียนราษฎร์ 2. รวบรวมข้อมูลคุณภาพอากาศที่ตรวจวัดโดยกรมควบคุมมลพิษ ในกรุงเทพมหานคร ทุกสถานีที่มีการตรวจวัด PM10 ตั้งแต่วันที่ พ.ศ. 2539-2541	1. จากการตรวจสอบข้อมูลพบว่าข้อมูลการตายในช่วงปี พ.ศ. 2539-2541 ข้อมูลไม่สมบูรณ์จึง รวบรวมข้อมูลใหม่จากใบมรณะบัตรจากสำนักงานเขต 33 เขตในกรุงเทพมหานคร ส่วนอีก 17 เขตที่เหลือ ไม่สามารถค้นเอกสารได้ และได้เปรียบเทียบตัวเลขกับฐานข้อมูลเดิมที่ได้จากกระทรวง	1. สามารถนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ได้ตามวัตถุประสงค์	

วัตถุประสงค์	กิจกรรมที่วางแผนไว้	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลที่ได้รับตลอดโครงการ
	3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์จากข้อมูลที่รวบรวมได้	สาธารณสุข ถ้าตัวเลขใกล้เคียงกัน จะใช้ข้อมูลเดิม แต่ถ้าตัวเลขแตกต่างกันมาก คือเขตนานนาจะ จะถูกตัดข้อมูลทิ้ง ในปีพ.ศ. 2539-2541 2. ได้ข้อมูลคุณภาพอากาศครบถ้วน	
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับของอนุภาคมลสารกับอัตราการป่วยด้วยโรคระบบหายใจ	1. เก็บข้อมูลอาการระบบหายใจรายวันของกลุ่มตัวอย่างเด็กและกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ กลุ่มละ 100 คน เป็นเวลา 100 วัน	1. เก็บข้อมูลอาการระบบหายใจรายวันในกลุ่มผู้ใหญ่ ได้ จำนวนตัวอย่าง 97 คน เป็นเวลา 99 วัน 2. เก็บข้อมูลอาการระบบหายใจรายวันในกลุ่มเด็ก ได้จำนวนตัวอย่าง 104 คน เป็นเวลา 99 วัน	1. สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนตามแผน ทั้งข้อมูลคุณภาพอากาศและข้อมูลสุขภาพรายวัน และสามารถนำไปวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ได้
4. เพื่อประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นเนื่องจากปริมาณอนุภาคมลสารในกรุงเทพมหานคร	1. เก็บข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเนื่องจากการระบบหายใจที่เกิดขึ้นในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา และความยินดีที่จะจ่ายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการทางระบบหายใจ (willingness to pay)	1. เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ที่อยู่ในโครงการในช่วงสุดท้ายของการเก็บข้อมูลอาการระบบหายใจรายวัน	1. สามารถวิเคราะห์ผลในภาพรวมของความสูญเสียทางเศรษฐกิจเนื่องจากผลกระทบจากฝุ่นละออง

คำชี้แจงเพิ่มเติม

สรุปข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อร่างรายงานฉบับสมบูรณ์

ชื่อโครงการ: การประเมินอัตราการตาย อัตราป่วย และผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์
อันเนื่องมาจากมลพิษทางอากาศในกรุงเทพมหานคร

หัวหน้าโครงการ: ผศ.พิเศษ ดร.นันทวรรณ วิจิตรวาทการ

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะสำหรับรายงานการวิจัย

โครงการฯ ควรมีการปรับปรุงการวิเคราะห์ในประเด็นดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวไว้ในหน้า 3-3 ว่าไม่สามารถจำแนกการตายจากโรคหัวใจและโรคทางเดินหายใจได้ แต่ประเด็นของการวิจัยครั้งนี้สิ่งที่คาดหวังก็คือ ความสัมพันธ์ระหว่างสารมลพิษทางอากาศกับการตายด้วยโรคทั้งสองนี้ ดังนั้นผู้วิจัยน่าจะได้ระบุสาเหตุไว้ด้วยว่าเพราะเหตุใดจึงไม่สามารถจำแนกการตายจากโรคหัวใจและโรคทางเดินหายใจได้ดังกล่าว เพื่อจะได้เป็นประโยชน์สำหรับการป้องกันปัญหาดังกล่าวไม่ให้เกิดขึ้นอีกหากจะมีการศึกษาทำนองนี้ในอนาคต

คำชี้แจง: ได้ให้คำอธิบายเพิ่มเติมในเรื่องนี้แล้ว ในหน้า 3-3 ย่อหน้าแรก

2. สืบเนื่องจากข้อ 1 ผู้วิจัยน่าจะได้อธิบายวิเคราะห์การตายรายวัน โดยตัดสาเหตุการตายที่ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับสารมลพิษทางอากาศออกไป เช่น อุบัติเหตุและการฆ่าตัวตาย หรือในกลุ่มโรคหัวใจและโรคทางเดินหายใจ อาจจะต้องเลือกโรคในกลุ่มที่มีข้อมูลสมบูรณ์ที่สุดมาหาความสัมพันธ์กับระดับสารมลพิษ ก็จะทำให้ได้ประโยชน์จากข้อมูลมากที่สุด

คำชี้แจง: การวิเคราะห์ครั้งนี้ไม่ได้รวมการตายจาก จากอุบัติเหตุ ฆ่าตัวตาย และ ถูกฆ่าตาย ซึ่งการตายจำพวกนี้มีสาเหตุการตายที่ชัดเจนและไม่น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับการสัมผัสมลพิษ ซึ่งได้มีการอธิบายไว้แล้วในหน้าที่ 2 ในหัวข้อ 3.1 และมีการศึกษาจำนวนมากที่พบว่ามลพิษอากาศมีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรคหัวใจ ส่วนโรคระบบทางเดินอาหารยังไม่มีการศึกษาที่บ่งชี้ได้ชัดเจนว่าไม่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสมลพิษทางอากาศ ผู้วิจัยจึงเห็นควรที่จะรวมการตายจากโรคกลุ่มหัวใจและกลุ่มโรคทางเดินอาหารไว้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ อีกทั้งจะทำให้สามารถเปรียบเทียบผลการวิจัยกับต่างประเทศได้ เพราะการศึกษาของต่างประเทศมีการรวมโรคทั้งสองนี้ในการตายจากสาเหตุธรรมชาติด้วยเสมอ และหากกลุ่มโรคนี้ไม่สัมพันธ์กับมลพิษทางอากาศ ก็จะไม่ส่งผลต่อค่า regression coefficient

3. ผู้วิจัยควรแสดง model (สมการคณิตศาสตร์) ที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ประกอบคำอธิบายด้วย

คำชี้แจง: ได้แสดง statistical model ที่ใช้วิเคราะห์เพิ่มเติม แล้วในหน้า 3-6 ย่อหน้าแรก

4. ผู้วิจัยน่าจะได้อลองวิเคราะห์การตายรายวัน โดยพิจารณาสารมลพิษทุกตัวร่วมกับข้อมูลทางอุตุนิยมวิทยาเข้าใน model พร้อมกัน และใช้เทคนิค stepwise forward หรือ backward analysis เพื่อหา model การทำนายที่ดีที่สุด ทั้งนี้มีการศึกษาเป็นจำนวนมากที่แสดงให้เห็นถึง synergistic effect ของสารมลพิษต่างๆ

คำชี้แจง: การรวมสารมลพิษทุกตัวอาจมีปัญหา collinearity และปัญหาการประเมิน independent effect ของสารมลพิษแต่ละตัวต่อการตาย เนื่องจากสารมลพิษอากาศต่างๆมักมีความสัมพันธ์กัน และเนื่องจากเป็นที่ทราบกันดีว่า time-varying variables ที่สัมพันธ์กับการตายรายวันมีอะไรบ้าง เช่น เวลา อุตุณิยมวิทยา เป็นต้น การใช้ stepwise อาจจะมีผลผิดพลาดในการเลือกตัวแปรที่เป็น confounders สำหรับความสัมพันธ์ระหว่าง มลพิษอากาศและการตายรายวันได้ ซึ่งไม่เหมาะกับการวิเคราะห์แบบนี้ อย่างไรก็ตามเราได้มีการทดสอบ model ที่มี รูปแบบของ lag ต่างของข้อมูลอุตุนิยมวิทยา เพื่อเลือก regression model ที่ดีที่สุดในการแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง มลพิษอากาศและการตายรายวัน

5. สิ่งที่ต้องระวังในการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ time series คือ autocorrelation ที่มักพบว่าข้อมูลปริมาณสารมลพิษในวันที่ติดกันมักจะมีความสัมพันธ์กัน ในขณะที่ข้อสมมติฐานข้อหนึ่งของการวิเคราะห์แบบ regression คือ ตัวแปรที่เข้ามาใน model จะต้องเป็นอิสระ (independent) จากกัน ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้กล่าวไว้เลยว่าได้มีการวิเคราะห์ประเด็นนี้อย่างไร

คำชี้แจง: ได้ชี้แจงเรื่องนี้เพิ่มเติมแล้วในหน้า 3-6 ย่อหน้าที่ 3

คำชี้แจงต่อข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากที่ประชุม (11 มีนาคม 2547)

1. การวิเคราะห์ทางสถิติ ควรทำการ Verify ด้วยว่า Distribution ของ PM และ Toxic Gas เป็น Normal distribution หรือไม่

คำชี้แจง

การวิเคราะห์ทางสถิติ ไม่มีความจำเป็นต้อง verify ว่า การตายเป็น normal distribution หรือไม่ เนื่องจากการวิเคราะห์ครั้งนี้ได้ใช้การวิเคราะห์แบบ linear regression แต่เป็นการวิเคราะห์แบบ Poisson regression ด้วยวิธีการทางสถิติที่เรียกว่า generalized additive model (GAM) ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการศึกษา mortality time series analysis การวิเคราะห์แบบ Poisson regression นั้นมี assumption ว่า dependent variable เป็น Poisson distribution ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ dependent variable คือการตาย มีการกระจายแบบ Poisson distribution เพราะเป็นข้อมูลจำนวนนับ มีค่าเป็นเลขบวกและเป็น rare event และใน Poisson regression ไม่มี assumption ว่า independent variable ต้องเป็น normal distribution ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้อง verify ว่า PM10 และ toxic gas เป็น normal distribution

2. การประเมินผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ควรมีการประเมินทั้งด้านการตายและการเจ็บป่วย โดยการคำนวณมูลค่าความสูญเสียควรทำให้ชัดเจน เช่น ศึกษาปัจจัยด้านการรักษาพยาบาล การหยุดงาน การตาย และใช้ข้อมูลตามสภาพของประเทศไทย เพื่อให้ได้ผลที่น่าเชื่อถือ และใกล้เคียงความเป็นจริง หรือใช้วิธีประเมินหลายวิธีเปรียบเทียบกัน

คำชี้แจง

การประเมินผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ มีหลายวิธี วิธีที่ทางผู้ศึกษาใช้คือ การใช้ข้อมูลทางด้านระบาดวิทยาของอัตราการตายก่อนวัยอันควรที่เพิ่มขึ้นจากการสัมผัสฝุ่นละอองในระยะสั้น ซึ่งเป็นผลที่ได้จากการศึกษานี้ และใช้ข้อมูลอ้างอิงจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งถือว่าเป็นสากลและเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป และใช้แนวทางในการวิเคราะห์ถึง 4 แนวทาง ถึงแม้ว่าทั้ง 4 แนวทางจะให้ค่าที่แตกต่างกันมาก แต่โดยภาพรวมถึงแม้ว่าค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่ต่ำสุด (51 พันล้านบาท) ก็ยังทำให้เห็นภาพที่ชัดเจนของความสูญเสียที่เกิดขึ้นเนื่องจากผลกระทบจากฝุ่นละออง

การที่ทางคณะผู้ศึกษาไม่ได้ใช้ข้อมูลด้านค่ารักษาพยาบาล การหยุดงาน การตาย เนื่องจาก

1. ไม่ได้วางแผนในการวิเคราะห์ โดยใช้ข้อมูลเหล่านี้
2. จากประสบการณ์ที่เคยเก็บข้อมูล เกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล การหยุดงาน ส่วนใหญ่จะได้ข้อมูลที่เป็นการประมาณ ไม่ใช่ข้อมูลค่าใช้จ่ายจริง เนื่องจากลักษณะทางสังคมของไทย ไม่ได้มีการบันทึกต่างๆ เหมือนในสังคมต่างประเทศ ดังนั้นข้อมูลที่ได้ อาจจะไม่ถูกต้องนัก

3. หากสามารถได้ข้อมูลที่ต้องการของโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคหอบหืด โรคภูมิแพ้ และหาความสัมพันธ์กับปริมาณ PM10 และ 2.5 จะทำให้ได้ผลที่ชัดเจนขึ้น และเป็นประโยชน์มากกว่าใช้จำนวนการตายรวม นอกจากนี้การไม่จำแนกสาเหตุการตายจากโรคระบบทางเดินหายใจที่ไม่ชัดเจนอาจเป็นปัญหาในการเผยแพร่ผลงานต่อสาธารณชนและนำไปสู่ความไม่เชื่อถือในผลงานวิจัย

คำชี้แจง

จากการศึกษาในต่างประเทศหลายๆ การศึกษา ก็ใช้จำนวนการตายรวม ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนั้นปัญหาในเรื่องของความไม่น่าเชื่อถือ จึงไม่น่าจะมีเพราะใช้หลักแนวทางการวิเคราะห์เช่นเดียวกับการศึกษาที่ได้รับการยอมรับในต่างประเทศ

ส่วนการที่ไม่จำแนกสาเหตุการตายจากโรคระบบทางเดินหายใจที่ไม่ชัดเจน เนื่องจากข้อมูลการตายที่ใช้ในการวิเคราะห์ ตั้งแต่ ปี 2539-2544 โดยข้อมูลการตายในช่วง 2539-2541 เป็นข้อมูลที่เก็บจากสำนักงานเขต และลงรหัส ICD 10 ตามคู่มือของ ICD 10 โดยโครงการเอง ส่วนข้อมูลการตาย ในช่วง ปี 2542-2544 เป็นข้อมูลที่ได้จากสำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นข้อมูลที่ใช้ระบบ online จากสำนักงานเขตไปยังสำนักทะเบียนราษฎร์ และส่งต่อไปยังกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะมีผู้รับผิดชอบในการลงรหัส ICD 10 โดยตรง สาเหตุที่ไม่ได้ใช้ฐานข้อมูลของสำนักทะเบียนราษฎร์ ในช่วงปี 2539-2541 เนื่องจากมีข้อมูลการตายไม่ครบถ้วน อาจเนื่องมาจากเป็นช่วงที่เริ่มมีการเปลี่ยนระบบการเก็บข้อมูล เป็นระบบ online ในช่วง ปลายปี 2539 ซึ่งอาจทำให้ระบบการรายงานผิดพลาดได้ ดังนั้นทางโครงการ จึงทำการเก็บข้อมูลใหม่เอง และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยการจำแนกสาเหตุการตายจาก โรคหัวใจ และโรคทางระบบหายใจ พบว่า จำนวนความถี่ของข้อมูลทั้ง 2 โรค ในช่วงปี 2539-2541 และ ในช่วง 2542-2544 มีความแตกต่างกันมากเป็นเหตุให้สงสัยได้ว่าข้อมูลสาเหตุการตาย อาจมีความ คลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่พบลักษณะดังกล่าวในจำนวนการตายโดยรวม

สาเหตุหนึ่งที่คิดว่าจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสาเหตุการตาย คือในปี 2542 สำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการศึกษาย้อนหลังถึงสาเหตุการตาย ซึ่งอาจมีผลทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีความระมัดระวังและละเอียดมากขึ้น หรือเข้าใจมากขึ้นในการบันทึกสาเหตุการตายไม่ใช่ใช้รูปแบบการตายมาบันทึกเป็นสาเหตุการตายแทน ซึ่งรูปแบบการตาย คือ หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ไม่ใช่สาเหตุ การตายที่แท้จริง

ข้อเสนอแนะต่อการจัดระบบข้อมูลการตาย

ในส่วนของการจำแนกสาเหตุการตาย (ICD code) ในปัจจุบันทางสำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการได้ดีแล้ว และมีโครงการอบรม ส่งเสริมความรู้ให้แก่แพทย์ในการสรุพหนังสือรับรองการตายให้ถูกต้อง และจัดทำหนังสือคู่มือการสอบสวนสาเหตุการตายโดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ ตั้งแต่ปี 2542 ดังนั้นระบบฐานข้อมูลการตายจึงน่าจะถูกต้องมากขึ้น

อีกส่วนหนึ่งที่น่าจะทำให้เกิดความผิดพลาดได้คือลายมือของผู้บันทึกสาเหตุการตาย ซึ่งบางครั้งอ่านยาก ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้กรอกข้อมูลของสำนักงานเขตอาจต้องใช้เวลาคาดเดา ทำให้เกิดความผิดพลาดได้

ข้อเสนอแนะในการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษารั้งนี้ไปศึกษาเพิ่มเติม

อยู่ใน บทที่ 6 ในรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์