

# การติดตามผู้ปกครองของเด็กในโครงการวิจัยระยะยาว อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา

สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ\*

พ้องพรรณ กนอมศรีมงคล\*

## บทคัดย่อ

การติดตามระยะยาวเพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเสียชีวิตและการเจ็บป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระดับโรงพยาบาลชุมชนยังเป็นเรื่องใหม่และเท่าที่ทราบไม่เคยมีการศึกษาในประเทศไทย เนื่องจากต้องใช้ทรัพยากรในการทำงานมากและใช้เวลานาน

การศึกษาการติดตามระยะ ๕ ปี เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเสียชีวิตและการเจ็บป่วยที่สำคัญของผู้ปกครองที่อยู่ในโครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทย อำเภอเทพา ๒,๐๐๐ คน ได้รับการตรวจร่างกายและสัมภาษณ์ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ จำนวน ๑,๓๒๕ คน อายุเฉลี่ย ๓๐.๘๔ ปี, อีก ๖๗๕ คน ไม่ได้มารับการตรวจแต่ก็สามารถติดตามได้. นอกจากนี้ยังทำการติดตามเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและอาสาสมัครอีก ๑๕๐ คน อายุเฉลี่ย ๓๖.๕ ปี. ระบบการติดตามเริ่มเมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๖ และดำเนินการได้อย่างเต็มที่ใน พ.ศ. ๒๕๔๘ โดยสามารถรู้สถานภาพของทุกคนทั้ง ๒,๑๕๐ คน พบอัตราการเสียชีวิต ๑.๕ ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี. การเจ็บป่วยที่สำคัญและที่สามารถติดตามได้ใน ๒.๕ ปีสุดท้าย เท่ากับ ๕.๗ คน ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี ซึ่งทั้งการเสียชีวิตและการเกิดโรคมึสาเหตุมาจากอุบัติเหตุจากรถและสถานการณ์ความรุนแรงมากที่สุด, รองลงมาคือโรคติดเชื้อ ได้แก่วัณโรคปอด, โรคเอดส์ และโรคหลอดเลือดและหัวใจตามลำดับ. อุบัติการณ์ความดันโลหิตสูงและเบาหวานเท่ากับ ๕ ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี และ ๑.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี ตามลำดับ. การศึกษานี้แสดงว่าโรงพยาบาลชุมชนสามารถพัฒนาระบบการติดตามระยะยาวได้ โดยพัฒนาจากการทำงานปกติฐานวิจัย.

**คำสำคัญ:** การติดตามระยะยาว, อุบัติการณ์การเสียชีวิต, อุบัติการณ์การเจ็บป่วย, โรงพยาบาลชุมชน

## Abstract

**Long-term Cohort Study of Parents in a Prospective Cohort of Children, Thepa District, Songkhla Province**

**Suwat Wiriyaongsukit\*, Pongpan Thanormsrimongkol\***

*\*Thepa Community Hospital*

A long-term follow-up study of mortality and morbidity in normal subjects has not yet been conducted in Thailand owing to the limited resources available and time constraints. This was a long-term cohort study (5 years) carried out as part of an existing research project of Thepa Hospital, namely the Prospective Cohort of Thai Children (PCTC) in Thepa District. In this study, the parents of these children involved were taken for a follow-up study in a co-research project in the period 2003-2007. Out of 2,000 parents, 1,325 volunteers (mean age 30.84 years) were interviewed and underwent several medical examinations in 2003. Although the other 675 parents did not enter the program, they were also taken for monitoring their status throughout the study period. In addition, 75

\*โรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา



health worker couples from the hospital (mean age 36.5 years) were included in the study as well. The mortality rate in this five-year study was 1.9 cases per 1,000 person-years (20 deaths). The incidence of disease, as observed from closely monitoring the subjects in the last two and a half years of the study, was 9.7 cases per 1,000 person-years. The causes of death and of diseases varied from road accidents and violence to infectious and cardiovascular diseases. The incidence of hypertension and diabetes mellitus was five cases per 1,000 person-years and 1.6 cases per 1,000 person-years, respectively.

This study demonstrated that health personnel in community hospitals could develop their research skills for conducting long-term studies through a strategy using a “routine-to-research” philosophy.

*Key words:* long-term cohort study, mortality, disease incidence, community hospital

## ภูมิหลังและเหตุผล

การศึกษาเพื่อให้เข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อต้องใช้ในการติดตามระยะยาว<sup>(๑,๒)</sup>. ตัวอย่างที่ดีจากผลของการติดตามระยะยาว ได้แก่ การติดตามของ Framingham Heart study<sup>(๑)</sup> ซึ่งให้ข้อมูลต่างๆ ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างโรคที่เป็นผลจากหลอดเลือดแดงแข็งกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ไขมันในเลือดบางชนิด, แรงดันเลือด, น้ำตาลในเลือด, การสูบบุหรี่, ภาวะอ้วน, ความชุกของกลุ่มโรคไม่ติดต่อแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพภูมิประเทศ, เชื้อชาติ, เพศ, อายุและวัฒนธรรม. ดังนั้นในแต่ละประเทศจึงพยายามสร้างหลักเกณฑ์การติดตาม. สำหรับประเทศไทยยังมีการติดตามระยะยาวค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะในกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่จำเป็นต้องใช้ช่วงเวลาที่มากพอสมควร เพื่อที่จะทราบปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ. การศึกษาระยะยาวในประเทศไทย คือ การศึกษากลุ่มพนักงานการไฟฟ้าผลิตแห่งประเทศไทย<sup>(๓)</sup> และการศึกษาของ InterASIA-South<sup>(๔)</sup>. โดยการศึกษาของ EGAT เริ่มใน พ.ศ. ๒๕๒๘ ติดตามในกลุ่มชนชั้นกลาง ส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯ อายุเมื่อแรกเข้าอยู่ในช่วง ๓๕ ถึง ๕๔ ปี ในขณะที่ InterASIA-South เริ่มใน พ.ศ. ๒๕๔๓ อายุมากกว่า กล่าวคืออายุเมื่อแรกเข้าอยู่ในช่วง ๓๕ ถึง มากกว่า ๖๕ ปี การศึกษากลุ่มไฟฟ้าผลิตแห่งประเทศไทยเป็นการศึกษาในกลุ่มคนเมือง ในขณะที่ InterASIA-South มีทั้งภาคเมืองและชนบทในสัดส่วนใกล้เคียงกัน. จากข้อมูลทีกล่าวข้างต้น

จะเห็นได้ว่าการศึกษาในประเทศไทยเพื่อทราบอุบัติการณ์และความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในกลุ่มอายุน้อยและภาคชนบทมีน้อย. จากการศึกษาภาวะโรค, การบาดเจ็บ และปัจจัยเสี่ยงระยะต่อเนื่องของประเทศไทยในกลุ่มอายุต่างๆ ของกนิษฐา บุญธรรมเจริญ<sup>(๕)</sup> เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๗ พบว่า ๕ ลำดับแรกของ Disability-Adjusted Life Years (DALY) ในเพศชาย กลุ่มอายุ ๑๕-๒๔ ปี คือ อุบัติเหตุจากรถ, โรคติดเชื้อเอชไอวี, โรคที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์, โรคจิตเภท และการฆาตกรรม สำหรับในกลุ่มอายุ ๓๐-๕๙ ปีใกล้เคียงกัน โดยมีโรคหลอดเลือดสมองและมะเร็งตับ แทนที่โรคจิตเภท และการฆาตกรรม. ส่วนกลุ่มอายุมากกว่า ๖๐ ปี คือโรคหลอดเลือดสมอง, ถุงลมโป่งพอง, มะเร็งตับ, เบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด ตามลำดับ.

การติดตามระยะยาวเพื่อศึกษาอุบัติการณ์ในการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยที่สำคัญ และเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระดับโรงพยาบาลชุมชนยังเป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยมีรายงานการศึกษาในเมืองไทย เนื่องจากต้องใช้ทรัพยากรที่มากและเวลาที่ยาวนาน ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนต้องดำเนินการสร้างสุขภาพและแก้ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ในระดับอำเภอเพื่อลดภาระสุขภาพของประเทศ แต่ถ้าสามารถทำการศึกษาก็จะได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ รวมถึงการได้พัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนจากการทำงานประจำสู่การสร้างองค์ความรู้จากการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางแก้ปัญหา

สุขภาพในพื้นที่ จึงเป็นเรื่องที่เป็นประโยชน์และท้าทายอย่างยิ่ง. อำนวยความสะดวกได้เริ่มดำเนินงานโครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทย มาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็นการศึกษาติดตามระยะยาวโดยใช้ ประชากรเป็นฐานในหลายระดับ ติดตามเด็กประมาณ ๑,๐๐๐ คนต่อเนื้อไปในระยะยาวตั้งแต่มารดาตั้งครรภ์, คลอด ติดตามเป็นระยะ ๆ จนกระทั่งอายุ ๒๔ ปี<sup>(๖)</sup>. ข้อมูลได้รวมการศึกษาพฤติกรรมครอบครัวและสังคม, การบริโภคอาหารของ ครอบครัว ซึ่งเป็นข้อมูลที่ไม่ได้ลงลึกในการศึกษาผู้ใหญ่ เพื่อให้การศึกษาข้อมูลผู้ใหญ่ในครอบครัวเด็กที่ถูกติดตามเป็น ไปอย่างมีประสิทธิภาพ. ในช่วงปลาย พ.ศ. ๒๕๔๕ โรงพยาบาลเทพาได้เริ่มโครงการผู้ใหญ่เทพา<sup>(๗)</sup> เพื่อทำการศึกษา และตรวจคัดกรองอุบัติการณ์การเสียชีวิตและการเจ็บป่วยใน โรคที่สำคัญเช่น โรคหัวใจหลอดเลือด, โรคเบาหวาน, โรค ความดันโลหิตสูง, อุบัติเหตุการจราจร และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, อีกทั้งเป็นการสร้างการระบบการติดตามการเกิดโรคในกลุ่ม ประชากรเป้าหมายที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการพัฒนา ศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนจากการทำงานปรกติสู่การ สร้างองค์ความรู้จากการวิจัย.

### ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการติดตามระยะยาวในผู้ปกครอง เด็กในโครงการวิจัยระยะยาวเด็ก ๒,๐๐๐ คน (๑,๓๒๕ คน อยู่ในโครงการผู้ใหญ่เทพา) และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล สถานีอนามัย และอาสาสมัครอีก ๑๕๐ คน ที่มีบุตรและมีอายุ ในช่วงใกล้เคียงกับผู้ปกครองของเด็กในโครงการวิจัยเด็กเทพา ซึ่งสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา.

การเก็บข้อมูลปฏิบัติดังนี้

๑. เก็บข้อมูลพื้นฐานโดยทำการสัมภาษณ์ ชักประวัติ, ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน โดยเน้น ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดและหัวใจ และการเสียชีวิต เช่น

อาชีพ, การบริโภคอาหาร, การออกกำลังกาย และพฤติกรรม เสี่ยงสุขภาพ (การสูบบุหรี่, ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์), ผลการ วัดดัชนีมวลกาย, ระดับน้ำตาลในเลือด, ระดับไขมันชนิด ต่างๆในเลือด, การทำงานของตับและไต และการติดเชื้อไวรัส สตับอักเสบบีและซี.

๒. เก็บข้อมูลอุบัติการณ์\*โดย

๑.๑ ผ่านผู้ช่วยนักวิจัยเด็กในโครงการวิจัยระยะ ยาวที่ต้องลงไปเก็บข้อมูลที่บ้าน โดยมีแผนการเยี่ยมตามวัน เกิดของเด็ก ใช้แบบสอบถามการเจ็บป่วยซึ่งมีรายละเอียดใน เรื่องสถานภาพการเจ็บป่วยที่ผ่านมาในช่วง ๖ เดือน, รายละเอียดของโรคที่วินิจฉัยเบื้องต้น, สถานที่ที่รับการรักษา, ผู้ ให้ข้อมูล ซึ่งทำการเก็บรวมทั้งผู้ที่ไม่เข้าร่วมในโครงการผู้ใหญ่. เมื่อมีอุบัติการณ์จะทำการตรวจสอบจากประวัติของโรง พยาบาลหรือคลินิก ที่กลุ่มเป้าหมายเข้ารับการรักษา.

๑.๒ ติดตามกลุ่มเป้าหมายที่มารับการรักษาที่โรง พยาบาล ซึ่งมีลักษณะเพิ่มประวัติผู้ป่วยรูปแบบจำเพาะแตก ต่างจากผู้ป่วยทั่วไป โดยแยกโรคที่ต้องเก็บข้อมูลไว้, รวบรวม ข้อมูลและเก็บบันทึกในแบบฟอร์มเฉพาะทุกวัน เพื่อตรวจสอบ ความน่าเชื่อถือต่อไป.

๑.๓ ติดตามกลุ่มเจ้าหน้าที่อาสาสมัครที่เข้าร่วมโดย ใช้แบบสอบถามเช่นเดียวกับผู้ปกครองเด็กในโครงการวิจัย ระยะยาว และ ใช้ระบบกรอกข้อมูลเอง.

๑.๔ ติดตามข้อมูลจากการสุ่มโทรศัพท์ทั้งในกรณี ๑ และ ๓ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและเป็นการเก็บ ข้อมูลเสริมไปพร้อมกัน โดยสุ่มเก็บตัวอย่าง ๑๘ คนในทุก รอบเดือนของการติดตาม และรวมเป็นประมาณ ๑๐๐ คนใน ช่วง ๖ เดือนของการติดตาม.

๓. ในกรณีมีเหตุการณ์สำคัญที่ไม่ได้เข้ารับการดูแลใน โรงพยาบาลเทพาจะติดต่อแหล่งรักษาอื่นให้ได้ข้อมูลที่เจ็บป่วย. การควบคุมคุณภาพของข้อมูลโดยการตรวจสอบความถูกต้อง

\*ในช่วงแรกระยะ ๒ ปีครึ่ง เน้นที่อุบัติการณ์การเสียชีวิตเป็นหลัก. เมื่อมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติให้การสนับสนุน จึงสร้างระบบการติดตามที่เข้ม ข้นมากขึ้น (๒๕๔๘) ทำให้ทราบข้อมูลอุบัติการณ์การเสียชีวิตในระยะ ๕ ปี ในขณะที่ทราบอุบัติการณ์ของโรคในช่วง ๒.๕ ปี โดยการเก็บข้อมูลปฏิบัติการ ในระยะเริ่มต้นเก็บทุกอุบัติการณ์. ต่อมาหลังจากได้ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ จึงได้คัดเลือกเฉพาะอุบัติการณ์ที่สำคัญ ได้แก่ การเสียชีวิต, โรคหัวใจหลอดเลือด, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, อุบัติเหตุการจราจร, ความรุนแรง, วัณโรค และโรคเอชไอวี.



ต้องของอุบัติเหตุ โดยขอข้อมูลประวัติการรักษาจากที่ต่าง ๆ และผ่านการทบทวนและตรวจสอบโดยอาจารย์แพทย์จากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และทีมแพทย์จากโรงพยาบาลเทพา เพื่อทำการตกลงกันในด้านการวินิจฉัยที่แน่นอนหรือการวินิจฉัยที่เป็นไปได้. กรณีการตายที่ไม่ทราบสาเหตุชัดเจน จะมีการทำ verbal autopsy.

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณอุบัติการณ์การเกิดโรคใช้หน่วยรายต่อ ๑,๐๐๐ คนต่อปี เพื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ, รวมทั้งเป็นช่วงระยะเวลาเฉลี่ยที่เหมาะสมในการศึกษาระยะเวลา. ยกตัวอย่าง อุบัติการณ์การเสียชีวิต เท่ากับ ๑.๙ ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี (๒๐ ราย/๒,๑๕๐คน/๕ ปี).

## ผลการศึกษา

ประชากรศึกษา ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มในโครงการผู้ใหญ่เทพา ๑,๓๒๕ คน (จำนวนคู่ ๕๖๑), กลุ่มเจ้าหน้าที่รวมทั้งอาสาสมัคร ๑๕๐ คน (จำนวนคู่ ๖๕), และกลุ่มผู้ปกครองเด็กนอกโครงการผู้ใหญ่เทพา ๖๗๕ คนแม้ว่าไม่มีการเก็บข้อมูลพื้นฐานแต่โดยกระบวนการติดตามในโครงการการวิจัยเด็กระยะยาวทำให้ครอบคลุม. ข้อมูลการเจ็บป่วยและเสียชีวิต รวมทั้งสาเหตุ ของส่วนนอกโครงการด้วย มีรายละเอียดดังนี้

### ลักษณะทั่วไปของประชากร

ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในโครงการผู้ใหญ่เทพา เป็นหญิงร้อยละ ๕๔ อายุ ๒๙±๖ ชายร้อยละ ๔๖ อายุ ๓๓±๘ ปี, อายุเฉลี่ย ๓๐.๘๔±๗.๒๗ ปี; กลุ่มเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร เป็นหญิงและชายเท่ากัน (ร้อยละ ๕๐) หญิงอายุ ๓๕±๕ ปี, ชาย ๓๘±๔ ปี, เฉลี่ย ๓๖.๕±๔.๗๖ ปี.

### ความครอบคลุมในการติดตามกลุ่มเป้าหมาย

การดำเนินการติดตามระยะยาวแบ่งช่วงติดตามเป็น ๖ เดือนครั้ง (๒ ครั้ง / ปี) และมีรูปแบบการติดตาม ๔ รูปแบบ คือการติดตามผ่านผู้ช่วยนักวิจัยเด็กในโครงการวิจัยระยะยาว, ติดตามกลุ่มเป้าหมายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล, ติดตามกลุ่มเจ้าหน้าที่อาสาสมัครที่เข้าร่วมโดยการกรอกข้อมูลเอง และติดตามข้อมูลจากการสุ่มสอบถามทางโทรศัพท์. ผลการดำเนินการในแต่ละรูปแบบแสดงในตารางที่ ๑.

การติดตามในแต่ละช่วงเวลา พบว่าการติดตามหลักเป็นการเยี่ยมบ้านผ่านผู้ช่วยนักวิจัย ซึ่งในแต่ละช่วงจะมีความคาบเกี่ยวของจำนวนผู้ปกครองที่เข้าไปเยี่ยมรวมถึงมีการอพยพย้ายถิ่น การอยู่ร่วมหรือการหย่าร้างของแต่ละครอบครัว. ส่วนการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเทพามีอุบัติการณ์เฉลี่ย ๕๐ คนต่อช่วง ๖ เดือน. สำหรับกลุ่มเจ้าหน้าที่ในช่วงแรกยังมีความไม่เข้าใจในการกรอกข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากได้มีการพูดคุยชี้แจง มีครอบคลุมมากขึ้นในช่วงปีที่ ๒ ส่วนการสุ่มโทรศัพท์ทำได้ครอบคลุมร้อยละ ๑๐๐ (ตามเป้าหมายที่วาง ๑๐๐ คนใน ๖ เดือน).

จะเห็นว่าในภาพรวมของการติดตามตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐ เป็นระยะเวลา ๒.๕ ปี สามารถที่จะติดตามพ่อแม่ที่อยู่ ในโครงการวิจัยระยะยาวในแต่ละช่วงระยะเวลาได้ครอบคลุม โดยการติดตามหลักจะมาจากการติดตามในพื้นที่ ผ่านผู้ช่วยนักวิจัยได้ใกล้เคียงร้อยละ ๑๐๐.

### อุบัติการณ์การตายและการเจ็บป่วยที่สำคัญในกลุ่มเป้าหมาย

ข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายเรื่องการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยสำคัญแสดงในตารางที่ ๒.

จากตารางที่ ๓ มีกลุ่มเป้าหมายเสียชีวิตรวม ๘ ราย พบสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอุบัติเหตุจากรถและสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ ๔ ราย (ร้อยละ ๕๐) (อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ ๑ ราย ถูกยิง ๒ ราย ถูกระเบิด ๑ ราย), จากการติดเชื้อ ๒ ราย (๒๕%), โรคหลอดเลือดและหัวใจ และไม่ทราบสาเหตุอย่างละ ๑ ราย. เมื่อนำข้อมูลรวมกับการศึกษาข้อมูลเสียชีวิตย้อนหลังตั้งแต่เริ่มโครงการผู้ใหญ่เทพา<sup>(๗)</sup> กล่าวคือใน พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๗ มีผู้เสียชีวิต ๑๒ ราย รวมเป็น ๒๐ ราย ใน ๕ ปี คิดเป็นอุบัติการณ์ ๑.๙ ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี โดยมีสาเหตุจากอุบัติเหตุจากรถและสถานการณ์ความรุนแรง ๗ ราย, จากโรคติดเชื้อ ๖ ราย, จากโรคหลอดเลือดและหัวใจ ๖ ราย และไม่ทราบสาเหตุ ๑ ราย. เมื่อนำมาจำแนกตามกลุ่มในโครงการผู้ใหญ่เทพา นอกโครงการผู้ใหญ่เทพา และเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร มีจำนวน ๗, ๑๑ และ ๒ รายตามลำดับ คิดเป็นอุบัติการณ์ ๑.๑, ๓.๒ และ ๒.๗ ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี ตามลำดับ

ตารางที่ ๑ การดำเนินการติดตามกลุ่มเป้าหมาย ด้วยรูปแบบวิธีต่าง ๆ ในช่วงเดือนมกราคม ๒๕๔๘ ถึง มิถุนายน ๒๕๕๐

รูปแบบ	ช่วง ๑	ช่วง ๒	ช่วง ๓	ช่วง ๔	ช่วง ๕
ติดตามเยี่ยมบ้าน โดยผู้ช่วยนักวิจัย (ร้อยละ)	๑๕๐๖ (๕๕.๓)	๑๖๕๑ (๘๒.๕)	๑๕๕๒ (๕๕.๓)	๑๕๒๕ (๕๖.๔)	๒๐๐๐ (๑๐๐)
ติดตามกลุ่มที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล	๕๗	๕๕	๔๘	๕๓	๔๘
กรอกข้อมูลเองโดยกลุ่มเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร (ร้อยละ)	-	๑๑๔ (๗๖)	-	๑๕๐ (๑๐๐)	-
ติดตามโดยผู้สอบถามทางโทรศัพท์ (ร้อยละ)	๑๐๐ (๑๐๐)	๑๐๐ (๑๐๐)	๑๐๐ (๑๐๐)	๑๐๐ (๑๐๐)	๑๐๐ (๑๐๐)

หมายเหตุ ช่วง ๑ = ๖ เดือนแรกปี ๒๕๔๘ ช่วง ๒ = ๖ เดือนหลังปี ๒๕๔๘  
 ช่วง ๓ = ๖ เดือนแรกปี ๒๕๔๙ ช่วง ๔ = ๖ เดือนหลังปี ๒๕๔๙  
 ช่วง ๕ = ๖ เดือนแรก ๒๕๕๐

ตารางที่ ๒ สาเหตุการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยแยกตามกลุ่มเป้าหมายในช่วงเดือนมกราคม ๒๕๔๘ ถึง มิถุนายน ๒๕๕๐

สาเหตุ	ในโครงการผู้ใหญ่เทพา (๑,๓๒๕ ราย)		นอกโครงการผู้ใหญ่เทพา (๖๗๕ ราย)		เจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร (๑๕๐ ราย)	
	ตาย	เจ็บป่วย	ตาย	เจ็บป่วย	ตาย	เจ็บป่วย
อุบัติเหตุจากรถ/สถานการณ์ความรุนแรง	๑	๓๐	๓	๑๘	-	๓
โรคหลอดเลือดและหัวใจ (โรคหัวใจ, หลอดเลือดสมอง)	-	๒	-	๒	๑	-
โรคติดเชื้อเอชไอวี, วัณโรค	๒	๒	-	๓	-	-
ไม่ทราบสาเหตุ	-	-	๑	-	-	๒
รวม	๓	๓๔	๔	๒๓	๑	๕

ตารางที่ ๓ อุบัติการณ์เบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่ แยกตามกลุ่มเป้าหมายในช่วงเดือนมกราคม ๒๕๔๘ ถึง มิถุนายน ๒๕๕๐

โรค	ในโครงการผู้ใหญ่เทพา (๑,๓๒๕ ราย)	นอกโครงการผู้ใหญ่เทพา (๖๗๕ ราย)	เจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร (๑๕๐ ราย)	รวม (๒,๑๕๐)
เบาหวาน	๔	๔	๑	๙
ความดันโลหิตสูง	๑๔	๑๑	๒	๒๗

สำหรับอุบัติการณ์การเจ็บป่วยที่พบจากการติดตามในระยะเวลา ๒ ปีครึ่ง (ปี ๒๕๔๘ - ๒๕๕๐) พบว่าอุบัติเหตุจากรถและสถานการณ์ความรุนแรง เป็นอุบัติการณ์ที่พบมากที่สุด ๕๑ ราย คิดเป็น ๙.๗ คน ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี โดย

จำแนกได้เป็นอุบัติเหตุเล็กน้อย ๓๓ ราย, อุบัติเหตุรุนแรงกระดูกแขนขาหัก และหรือการรับไว้นอนโรงพยาบาล ๑๑ ราย, รองลงมาคือผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์ความรุนแรงพบว่า มีทั้งจากระเบิดและถูกยิงจากสถานการณ์ไฟใต้ ๗ ราย.



สำหรับโรคติดเชื้อนั้นพบทั้งวัณโรคปอด และเอชไอวีรวม ๗ ราย คิดเป็น ๑.๓ คน ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี ส่วนโรคหลอดเลือดและหัวใจพบ ๔ ราย คิดเป็น ๐.๗ คนต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี.

เมื่อจำแนกอุบัติการณ์การเจ็บป่วยที่สำคัญของแต่ละกลุ่มพบว่ากลุ่มเป้าหมายนอกโครงการผู้ใหญ่มหาชน มีอุบัติการณ์การสูงที่สุดคือเท่ากับ ๑๓.๖ คนต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี, รองลงมาคือกลุ่มเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครมีอุบัติการณ์เป็น ๑๓.๓ คนต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี และกลุ่มในโครงการผู้ใหญ่มหาชน เป็น ๑๐.๒ คนต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี.

#### ๔. อุบัติการณ์ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน

จากตารางที่ ๔ พบอุบัติการณ์ความดันโลหิตสูงรายใหม่ ๒๗ ราย คิดเป็น ๕ คนต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี ซึ่งกลุ่มในโครงการและเจ้าหน้าที่รวม ๑๖ ราย สามารถคำนวณหาอุบัติการณ์ที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด โดยใช้ข้อมูลเดิมในโครงการผู้ใหญ่, ซึ่งในกลุ่มนี้มีข้อมูลความดันโลหิตสูงแล้ว ๙๗ ราย จาก ๑,๔๗๕ (๑,๓๒๕+๑๕๐ ราย), ทำให้เหลือประชากรที่เป็นฐานอยู่ ๑,๓๗๘ คน ซึ่งสามารถคำนวณอุบัติการณ์ได้เท่ากับ ๔.๖ คนต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี (๑๖/๑,๓๗๘/๒.๕ ปี) ขณะที่กลุ่มนอกโครงการคำนวณอุบัติการณ์ได้เท่ากับ ๖.๕ คนต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี (๑๑/๖๗๕/๒.๕ ปี).

สำหรับเบาหวานรายใหม่ ๙ ราย คิดเป็น ๑.๗ คนต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี เช่นเดียวกันในกลุ่มในโครงการ และเจ้าหน้าที่มีข้อมูลเดิมจากโครงการผู้ใหญ่มหาชนแล้ว ๑๔ ราย ทำให้มีอุบัติการณ์เป็น ๑.๔ คนต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี (๕/๑,๔๖๑/๒.๕ ปี) ขณะที่กลุ่มนอกโครงการคำนวณอุบัติการณ์ได้เท่ากับ ๒.๔ คนต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี (๔/๖๗๕/๒.๕ ปี).

### วิจารณ์

ผลการติดตามระยะยาวผู้ปกครองเด็กที่อยู่ในโครงการวิจัยระยะยาว (อายุเฉลี่ยก่อนหน้าน้อยคือ ๓๑ ปี) พบว่าอุบัติการณ์การเสียชีวิตในกลุ่มประชากรเป้าหมายรวม ๑.๙ ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี, เปรียบเทียบกับการศึกษาในกลุ่มพนักงานไฟฟ้าผลิตแห่งประเทศไทย (EGAT) โดยปิยะมิตร ศรีธรา

และคณะ<sup>(๓)</sup> ซึ่งมีอายุเฉลี่ยของกลุ่มเป้าหมายเมื่อเข้าโครงการ ๔๒.๕ ปี พบว่า มีอุบัติการณ์การเสียชีวิตที่สูงกว่า คือ ๔ คนต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี, และการศึกษาของกลุ่ม InterASIA-South โดยพนพัฒน์ โตเจริญวนิช และคณะ<sup>(๔)</sup> ซึ่งมีอายุเฉลี่ยเมื่อเข้าโครงการมากถึง ๕๓ ปี พบอุบัติการณ์ที่สูงถึง ๑๒ คนต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี.

สำหรับสาเหตุของการเสียชีวิตในการศึกษานี้พบว่าเกิดจากอุบัติเหตุการจราจรและความรุนแรง, จากการติดเชื้อ, โรคหลอดเลือดและหัวใจ และไม่ทราบสาเหตุ ตามลำดับ, ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในกลุ่ม InterASIA-South<sup>(๔)</sup> ที่พบสาเหตุการเสียชีวิตจาก โรคหัวใจและหลอดเลือด, มะเร็ง และอื่น ๆ ตามลำดับ ในขณะที่การศึกษาของ EGAT<sup>(๓)</sup> สาเหตุการเสียชีวิตหลักเป็น มะเร็ง, อุบัติเหตุ, โรคหัวใจและหลอดเลือด ตามลำดับ.

สำหรับอุบัติการณ์โรคที่สำคัญ พบอุบัติการณ์เหตุจราจรและสถานการณ์ความรุนแรงมีอุบัติการณ์มากที่สุด, รองลงมาคือโรคติดเชื้อมีพบทั้งวัณโรคปอด และเอชไอวี และโรคหลอดเลือดและหัวใจ ตามลำดับ, ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาวะโรคการบาดเจ็บและปัจจัยเสี่ยงระยะต่อเนื่องของประเทศไทยเมื่อปี ๒๕๔๗<sup>(๕)</sup> โดยเฉพาะในกลุ่มอายุน้อยคือ ๑๕-๒๔ ปี พบว่า DALY ๓ ลำดับแรกในเพศชายคือ อุบัติเหตุจราจร, โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์, โรคที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ซึ่งมีค่าร้อยละ ๕๔ ของ DALY ชาย, ส่วนเพศหญิงคือโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์, โรคจิตเภท และอุบัติเหตุจราจร มีค่าร้อยละ ๔๐ ของ DALY หญิง.

จากข้อมูลอุบัติการณ์ข้างต้น เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยเบื้องต้นที่อาจส่งผลต่อการเกิดอุบัติการณ์ดังกล่าว เช่น การเกิดอุบัติเหตุจราจรอาจเป็นไปได้จากอายุเฉลี่ยของกลุ่มเป้าหมายที่ยังน้อย ขณะที่สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ทำให้อุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ความไม่สงบพบมากขึ้นด้วยโดยเฉพาะในปลาย พ.ศ. ๒๕๔๙ ที่สถานการณ์โดยรวมมีความรุนแรงมากขึ้น<sup>(๗,๘)</sup>.

ในกรณีความดันโลหิตสูงพบผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่มโครงการผู้ใหญ่มหาชนและเจ้าหน้าที่ รวม ๑๖ ราย คิดเป็น ๔.๖ คน

ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี เมื่อเปรียบเทียบกับ Framingham Heart Study<sup>(๑)</sup> ที่ทำการศึกษาในกลุ่มเป้าหมาย ที่มีอายุเฉลี่ย ๕๒ ปี พบอุบัติการณ์ในกลุ่ม ๓๕-๖๔ ปี ถึง ๑๕๐ คนต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี, เป็นไปได้ว่าลักษณะสังคมของประเทศทางตะวันตกและฐานกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่าทำให้มีอุบัติการณ์ที่สูงกว่ามาก ซึ่งการติดตามระยะยาวในการศึกษานี้พบอุบัติการณ์ต่ำกว่า ด้วยกลุ่มประชากรอายุเฉลี่ยค่อนข้างน้อย, ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน, ตลอดจนรูปแบบวิธีการติดตามที่หลากหลายการทวนสอบและตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้พบอุบัติการณ์ที่ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด. อย่างไรก็ตามนับเป็นความพยายามอีกลักษณะหนึ่งที่สำคัญในประเทศไทยที่จะพัฒนาระบบการติดตามการเกิดโรค โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนจากการทำงานปรกตีสู่การสร้างองค์ความรู้ทางวิชาการ นอกเหนือจากการศึกษาในลักษณะ การสำรวจแบบภาคตัดขวาง ซึ่งสามารถทราบเพียงความชุกของโรค แต่ไม่สามารถศึกษาอุบัติการณ์ได้.

สำหรับผู้ป่วยรายใหม่เบาหวานในกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการ และเจ้าหน้าที่รวม ๕ ราย มีอุบัติการณ์เป็น ๑.๔ คนต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี, ซึ่งคาดการณ์ว่ามีแนวโน้มทำให้ความชุกมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรยุทธ ชัยพรสุไพศาล และคณะ<sup>(๑๐)</sup> พบว่าปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ ๖.๖. ในการศึกษาครั้งนี้ได้สร้างระบบการติดตามเพื่อการวินิจฉัยให้มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด โดยมีการเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลเดิม ทั้งจากโครงการผู้ใหญ่เหพา, ข้อมูลโรงพยาบาลเหพาและสถานบริการอื่น ๆ ทั้งในส่วนของรัฐและเอกชน ทำให้มั่นใจถึงความถูกต้องของการวินิจฉัย ซึ่งจะมีผลต่อการทำงาน, การกำหนดนโยบายสำหรับการดูแลโรคเรื้อรังในอนาคต.

เมื่อนำข้อมูลอุบัติการณ์การเจ็บป่วยที่สำคัญมาเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้เข้าโครงการผู้ใหญ่ (๑,๓๒๕ ราย) และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วม (๖๗๕ ราย) พบว่า อุตการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์, วัณโรค, โรคหลอดเลือดและหัวใจ, เบาหวาน, ความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการมีจำนวน ๒๒ ราย คิดเป็น ๖.๖ ต่อ ๑,๐๐๐

ประชากรต่อปี และกลุ่มที่ไม่เข้าร่วม ๒๐ ราย คิดเป็น ๑๑.๘ ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี, พบว่าสัดส่วนกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ได้เข้าร่วมมีอัตราการเจ็บป่วยที่สำคัญสูงกว่ากลุ่มที่เข้าร่วม เป็นไปได้ว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการเหพาผู้ใหญ่มักมีปัจจัยเสี่ยงพื้นฐานแตกต่างกัน หรือความสนใจในเรื่องสุขภาพแตกต่างกัน. สำหรับในด้านอุบัติการณ์เกี่ยวกับอุบัติเหตุและความรุนแรง ในกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการและไม่เข้าร่วมพบ ๓๐ ราย (๔ ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี) ๑๘ ราย (๑๐.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากรต่อปี) ตามลำดับ, ซึ่งไม่พบความแตกต่างกันอย่างชัดเจนเพราะปัจจัยหลักขึ้นอยู่กับลักษณะพื้นที่และสถานการณ์ความไม่สงบเป็นหลัก.

สำหรับการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับอุบัติการณ์ต่าง ๆ ที่สำคัญเพื่อค้นหาความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่จะนำไปสู่ข้อเสนอนะและแนวทางในการแก้ไขปัญหาซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ที่สำคัญประการหนึ่ง, แต่ด้วยข้อจำกัดของจำนวนอุบัติการณ์ที่ยังไม่มากพอ ทำให้การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงยังขาดความน่าเชื่อถือ. การติดตามในระยะยาวต่อไปจะทำให้ได้ข้อมูลที่มากพอที่จะสามารถนำมาวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงได้ดียิ่งขึ้นซึ่งอาจจะต้องใช้ระยะเวลากว่า ๑๐ ปีในการติดตามกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้ต่อไป. สำหรับกลุ่มนอกโครงการซึ่งไม่มีข้อมูลพื้นฐานของการตรวจนั้น การหาความสัมพันธ์ของอุบัติการณ์กับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ นั้นจำเป็นต้องใช้การศึกษาแบบกลุ่มควบคุม ซึ่งอยู่ในความสนใจของทีมงานที่จะศึกษาในระยะต่อไป.

การศึกษาในครั้งนี้นอกจากทราบอุบัติการณ์การเสียชีวิตและการเจ็บป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องแล้วยังเป็นจุดเริ่มต้นการสร้างการระบบการติดตามการเกิดโรคในกลุ่มประชากรเป้าหมาย เป็นการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนทั้งในการดูแลผู้ป่วยและการสร้างองค์ความรู้จากงานประจำสู่การวิจัย โดยโรงพยาบาลเหพาเป็นแหล่งข้อมูลและเป็นศูนย์ประสานการติดตามระหว่างทีมต่าง ๆ ในการติดตามอุบัติการณ์ทั้งการเสียชีวิตและการเจ็บป่วย โดยใช้โครงสร้างการทำงานในระบบปรกตีสู่พื้นที่, มีวิธีการติดตามหลากหลายรูปแบบทั้งผ่านผู้ช่วยนักวิจัยในโครงการวิจัยระยะยาวเด็ก, ผ่านระบบรายงาน,



การให้บริการปกติของสถานบริการ การโทรศัพท์ และการรายงานด้วยตนเอง พบว่าข้อมูลที่ได้มีความครบ-คลุมใกล้เคียงร้อยละ ๑๐๐ มีความน่าเชื่อถือ, ผ่านกระบวนการที่ได้ออกแบบไว้เพื่อให้สามารถทราบข้อมูลเพิ่มเติม นำไปสู่การวินิจฉัยอุบัติเหตุการตาย, การเจ็บป่วยของประชากรตัวอย่าง, โดยดำเนินการทั้งการแสวงหาข้อมูลจากระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่, การตรวจสอบข้อมูล ทำให้สามารถรู้การอพยพ, การอยู่ร่วมกัน, การหย่าร้างของแต่ละครอบครัว และในขณะเดียวกันก็เกิดการพัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดีของอาจารย์จากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ทำให้แพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยนักวิจัย เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกิดการพัฒนาการเรียนรู้จากการทำงานจริงในพื้นที่ เกิดกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ เช่น รูปแบบการเตรียมญาติและผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต ให้เหมาะกับบริบทของพื้นที่ซึ่งมีลักษณะชุมชน ๒ วัฒนธรรม<sup>(๑๑)</sup> มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติในลักษณะของสหวิชาชีพ และยังเกิดเครือข่ายชุมชนผู้ปฏิบัติ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายพยาบาลชุมชน โดยร่วมกับชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย, จัดกิจกรรมเสนอฟลางาน การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้, จัดเวทีกับประชาคมสุขภาพ ซึ่งได้ดำเนินการผสมผสานกับข้อมูลจากโครงการวิจัยระยะยาวของเด็ก, เกิดการขับเคลื่อน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการลงทุนการพัฒนาคน, การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนการลงพื้นที่เยี่ยมเยียนของผู้ทรงคุณวุฒิ.

ผลพลอยได้อีกประการหนึ่งคือ การปรับระบบบริการสุขภาพ โดยมีการนำเสนอข้อมูลจากการศึกษาในการนำเสนอผลงานประจำปีของสถานบริการในระดับอำเภอทุกปี<sup>(๑๒)</sup> เกิดผลต่อเนื่องในการปรับระบบบริการ, การคัดกรองโรค, การเปิดสายด่วนปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้นทางโทรศัพท์ และระบบการให้คำปรึกษา เช่น การมีแพทย์ พยาบาลประจำเขตสามารถให้คำปรึกษาได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง.

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือการที่ไม่สามารถติดตามได้

ทุกคนเนื่องจากธรรมชาติของคนชนบท ที่มีการย้ายถิ่นเพื่อการทำงานเลี้ยงชีพ และการติดตามโดยใช้การสัมภาษณ์เป็นลักษณะของการบอกเล่า ขาดการตรวจประเมินสุขภาพโดยบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการติดตามที่ทำได้อย่างเข้มข้นเฉพาะในช่วง ๒.๕ ปีสุดท้าย ทำให้อุบัติเหตุบางอย่างขาดความแม่นยำในช่วงแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มนอกโครงการและการที่ไม่สามารถพิสูจน์ทุกอุบัติเหตุที่เกิดเหตุต่างโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งที่พยายามสืบข้อมูลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการแล้ว.

นอกจากนี้การไม่มีแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยระยะยาวอย่างจริงจังทำให้การเก็บข้อมูลต่าง ๆ ที่มีหลักฐานน่าเชื่อถือสูงไม่สามารถดำเนินการได้ เช่น ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ. อย่างไรก็ตามทีมงานยังคงมุ่งมั่นในการจะติดตามกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้ในระยะยาวต่อไปอีก ๑๐-๒๐ ปี อย่งเต็มกำลังความสามารถ เพื่อนำความรู้และประสบการณ์ดังกล่าวมาพัฒนาระบบการทำงานของโรงพยาบาลชุมชน, ระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ และระบบสาธารณสุขโดยรวมในระยะยาวต่อไป.

## สรุป

การติดตามระยะยาวเพื่อศึกษาอุบัติเหตุโรคและเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระดับโรงพยาบาลชุมชนนั้นแม้จะต้องใช้ทรัพยากรที่มากและเวลาที่ยาวนาน การดำเนินการดังกล่าวไม่เพียงแต่ทำให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับบริบทของพื้นที่ อันนำไปสู่การวางแผนเพื่อส่งเสริมและแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ต่อไปแต่ยังเป็นการพัฒนาความร่วมมือในการทำงานระหว่างโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย โรงเรียนแพทย์และหน่วยบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งส่งผลให้เกิดการพัฒนาระบบบริการและระบบการติดตามผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น. อีกทั้งเป็นการพัฒนาการทำงานประจำปกติไปสู่การสร้างองค์ความรู้ในการวิจัยอย่างเป็นรูปธรรม.

## กิตติกรรมประกาศ

คณะเจ้าหน้าที่ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเทพา และ



ศาสตราจารย์ นพ. ธาดา ยิบอินซอย ได้ให้การสนับสนุนการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ รวมทั้งมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติที่ให้การสนับสนุน

### เอกสารอ้างอิง

๑. Vasan R, Larson M, Leip E, Kannel W, Levy D. Assessment of frequency of progressing to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: a cohort study. *The Lancet* 2001;358:1682-6.
๒. The InterASIA Collaborative Group. Cardiovascular risk factor levels in urban and rural Thailand- The International Collaborative Study of Cardiovascular Disease in Asia (InterASIA). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003;10:249-57.
๓. ปิยะมิตร ศรีธรา, สายันท์ ชีพอุดมวิทย์, Chapman N, Woodward M, โฉมศรี โฉมชัยวัฒน์, สุพจน์ คุลยาเดชาพันธ์, และคณะ. Twelve-year changes in vascular risk factors and their associations with mortality in a cohort of 3499 Thais: the Electricity Generating Authority of Thailand Study. *Int J Epidemiol* 2003;32:461-8.
๔. พณพัฒน์ โคเจริญวณิช, ธาดา ยิบอินซอย, กิตติศักดิ์ ชุมาลี, เพ็ญพรรณ บุญวันไธ, อมร รอดคล้าย, และคณะ. Risk factors for a five-year death in the InterASIA-South cohort. *จดหมายเหตุทางการแพทย์* ๒๕๕๑; ๕๑:๔๗๑-๘.
๕. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศทางโครงการพัฒนาการดำเนินการจัดทำเครื่องชี้วัดภาระโรคการบาดเจ็บ และปัจจัยเสี่ยงระยะต่อเนื่องของประเทศไทย (Burden of Disease) ครั้งที่ ๑/๒๕๕๕; ๖ ม.ค. ๒๕๕๕; ณ ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี, ๒๕๕๕.
๖. ภาสุรี แสงสุภาวนิช, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์, ถัดดา เหมาะสุวรรณ, จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. Relationship between atopic dermatitis and wheezing in the first year of life: analysis of a prospective cohort of Thai children. *J Invest Allergol Clin Immunol* 2007;17:292-6.
๗. ธาดา ยิบอินซอย, อภิรดี ลิ้ม, วรวิภา จินตภากร. Prevalence of cardiovascular risk factors in a rural area in southern Thailand: potential ethnic differences. *จดหมายเหตุทางแพทย์* ๒๕๕๘;๘๘:๑๕๖-๒๐๔.
๘. ศรีสมภพ จิตรภิมย์ศรี. ๔๘ เดือนแห่งความรุนแรงจังหวัดชายแดนภาคใต้. ปีถัดมา: ศูนย์เฝ้าระวังเชิงองค์ความรู้สถานการณ์ภาคใต้: ๒๕๕๕.
๙. เมตตา กุณิง. รายงานสถานการณ์ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. ปีถัดมา: ศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้: ๒๕๕๐.
๑๐. วิยุทธ ชัยพรสุไพศาล, วิชัย เอกพลกร, อมร เปรมกมล, บดี ษะมัน, เถลิ้มชัย ชัยกิตติพร, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์, และคณะ. โรคเบาหวาน ภาวะก่อนเบาหวาน และการควบคุมจัดการผู้ป่วยเบาหวานคนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* ๒๕๕๐; ๓-๔:๒๕๕-๓๑๒.
๑๑. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเทพา. ครอบครัวยุคใหม่: คู่มือผู้ป่วยระยะสุดท้าย เอกสารอัดสำเนา: ๒๕๕๐.
๑๒. โรงพยาบาลเทพา. สรุปผลงานประจำปี เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเทพา ๒๕๕๘-๒๕๕๕. สงขลา: ฝ่ายแผนงาน โรงพยาบาลเทพา; ๒๕๕๐.