

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการประเมินเพื่อลดการสำรวจ
สุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย



รายงานการประเมินเพื่อต่อยอดการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย

An Evaluation of the National Health Examination Survey in Thailand

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

พฤษภาคม 2560

รายงานการประเมินเพื่อต่อยอดการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย

An Evaluation of the National Health Examination Survey in Thailand

คณะวิจัย

ดร. ภูษิตีเพ็ญ ตันติเวชส	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
ดร. นพ. อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ดร. จอมขวัญ โยธาสมุทร	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
ดร. นพ.ศ ตีระวัฒนานนท์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
นางสาววิไลลักษณ์ แสงศรี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ



งานนี้ได้รับอนุญาตภายใต้ครีเอทีฟคอมมอนส์ แสดงที่มา ไม่ใช่เพื่อการค้า ไม่ดัดแปลง



HITAP



HITAP THAI



HITAP THAI



HITAP.NET



www.hitap.net

คำนำ

ผลการศึกษาวิจัยที่มีคุณภาพเชื่อถือได้เป็นปัจจัยสนับสนุนการพัฒนานโยบายที่อยู่บนพื้นฐานของหลักฐานทางวิชาการ (evidence-based policy) การสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายนับได้ว่าเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับสถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ที่อาจนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจของทั้งผู้กำหนดนโยบาย ผู้ให้บริการและผู้จัดการโครงการด้านสุขภาพระดับต่างๆ โดยมีจุดแข็งอยู่ที่การเก็บข้อมูลโดยการตรวจร่างกายโดยบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งช่วยให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนมากกว่ารายงานจากสถานพยาบาลหรือการสอบถามจากประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลการป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ทั้งนี้มีรายงานและบทความที่แสดงว่าผลจากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ และอื่นๆ ในยุโรป ได้ถูกนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ทั้งด้านนโยบายและการวิจัยต่อเนื่องอย่างจริงจัง

สำหรับประเทศไทยนั้น มีการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายครั้งแรกในปี 2534 และดำเนินการต่อมาทุก 5 ปี โดยมีบุคลากรจากหลายหน่วยงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเข้ามามีส่วนร่วม รวมทั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งให้ทุนสนับสนุนการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 และ 5 เนื่องจากตลอดระยะเวลาที่ผ่านมายังไม่มีกลไกการประเมินการสำรวจอย่างเป็นระบบ สสส. จึงมอบหมายให้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ศึกษาวิจัยเพื่อประเมินในด้านระบบอภិบาล การบริหารจัดการ ระเบียบวิธีวิจัย และการใช้ประโยชน์จากการสำรวจฯ ตลอดจนวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

คณะผู้ประเมินหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานการประเมินเพื่อต่อยอดการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายนี้ จะให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการสำรวจสุขภาพในประเทศไทยในอนาคต

บทสรุปผู้บริหาร

1. ความเป็นมา วัตถุประสงค์ และวิธีประเมิน

ประเทศไทยเริ่มการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในปี 2534 และดำเนินการต่อมาทุก 5 ปี จนถึงครั้งที่ 5 ในปี 2555-2558 การสำรวจฯ แต่ละครั้งมีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก ใช้เงินทุนและบุคลากรจากหลายหน่วยงาน แต่ที่ผ่านมายังขาดการประเมินอย่างเป็นระบบ ในปี 2559 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มอบหมายให้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ประเมินการสำรวจฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะสำหรับการสำรวจฯ ในอนาคต นอกจากนี้ สสส. ต้องการให้ประเมินการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ว่าเป็นไปตามที่ระบุในข้อเสนอโครงการหรือไม่ รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การประเมินนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการเก็บข้อมูล ได้แก่ การทบทวนเอกสาร การสำรวจโดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ทุน ผู้ใช้ข้อมูลทั้งที่เป็นผู้บริหารและนักวิชาการ ผู้รับผิดชอบโครงการและนักวิจัยในเครือข่ายการสำรวจ

2. ผลการประเมินภาพรวมของการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย

ประเทศไทยขาดระบบอภิบาล (governance) สำหรับการสำรวจสถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน จึงไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบการพัฒนา นโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อขึ้นนำการดำเนินการของหน่วยงานต่างๆ การสำรวจสุขภาพที่มีอยู่จึงเป็นไปอย่างแยกส่วน มีการสำรวจในบางประเด็นที่ซ้ำซ้อนและ/หรือไม่จำเป็น ทำให้สูญเสียทรัพยากรโดยเปล่าประโยชน์ รวมทั้งไม่มีแผนพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและหน่วยงาน และขาดการสนับสนุนให้เกิดการใช้ประโยชน์จากการสำรวจสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ปัญหาดังกล่าวเกิดกับการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายเช่นเดียวกัน กล่าวคือ แม้จะมีการสำรวจฯ มากกว่า 25 ปี และเป็นที่ยอมรับกันว่าเป็นโครงการที่จำเป็นเนื่องจากมีจุดแข็งอยู่ที่การตรวจร่างกายซึ่งให้ข้อมูลที่มีประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและติดตามประเมินผลโครงการด้านสาธารณสุข แต่ก็ยังไม่สามารถพัฒนาให้มีความเป็นสถาบัน (institutionalization) และมีระบบอภิบาลที่ยั่งยืน ผู้รับผิดชอบโครงการสำรวจต้องขอเงินทุนสนับสนุนจากหลายหน่วยงานเป็นครั้งๆ ไป อีกทั้งไม่มีแผนพัฒนาการสำรวจและดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในระยะยาว

ในแง่ของหน่วยงานที่มีส่วนร่วม กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 1 และ 2 ต่อมาสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบโดยจัดตั้งสำนักงานขึ้นมารองรับ ในการสำรวจฯ ทุกครั้งเครือข่ายนักวิชาการของมหาวิทยาลัยในแต่ละภูมิภาคมีบทบาทด้านการเก็บข้อมูล ประสานงานการวิเคราะห์ที่ส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการ และควบคุมคุณภาพการทำงานภาคสนาม ในช่วงของการสำรวจครั้งที่ 5 เกิดการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารและนโยบายของ สวรส. อีกทั้งมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ สำนักงานที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการสำรวจฯ ถูกลดระดับลงเป็นแผนงาน

นอกจากนี้ยังเกิดปัญหาด้านการบริหารจัดการและมีบุคลากรไม่เพียงพอ สวรส. จึงมีแผนที่จะถ่ายโอนการสำรวจฯ ไปให้หน่วยงานสังกัดคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ปัญหาสำคัญประการหนึ่งที่พบในการประเมินนี้ ได้แก่ การใช้ประโยชน์จากการสำรวจฯ ทั้งในเชิงนโยบายและการวิจัยมีอยู่อย่างจำกัด หลายหน่วยงานใช้ข้อมูลจากการสำรวจอื่นๆ ในการพัฒนาและติดตามประเมินนโยบาย เพราะให้ข้อมูลที่ทันต่อความต้องการมากกว่า การอ้างอิงรายงานการสำรวจฯ ส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลความชุกแบบภาคตัดขวาง เนื่องจากการสำรวจฯ บางครั้งขาดการวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงและความสัมพันธ์ระหว่างประเด็นสุขภาพกับลักษณะประชากร และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ในบางกรณีมีนักวิจัยนำข้อมูลวิเคราะห์เพิ่มเติมและตีพิมพ์ในวารสารวิชาการหลังจากออกรายงานฉบับสมบูรณ์ แต่ก็ไม่มีกำหนดเวลาวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวและเผยแพร่ผลที่แน่นอน นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงประเด็นการสำรวจวิธีวิจัยและเครื่องมือสำรวจทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลบางประเด็นในลักษณะของแนวโน้ม ส่วนข้อมูลและสิ่งส่งตรวจที่เก็บรักษาไว้นั้น มีนักวิจัยที่เข้าถึงและนำไปใช้น้อยมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักวิจัยที่ไม่มีส่วนร่วมในการสำรวจ ซึ่งเป็นเพราะขาดการบริหารจัดการที่ดี ระเบียบหลักเกณฑ์การอนุญาตให้นำข้อมูลและสิ่งส่งตรวจไปใช้ไม่ชัดเจน และขาดการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้นักวิจัยในสถาบันต่างๆ ได้ทราบ

3. ผลการประเมินการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5

การสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ได้รับทุนจาก สสส. สวรส. และกระทรวงสาธารณสุขรวม 60 ล้านบาท กำหนดเวลาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2555 ถึงมิถุนายน 2558 แม้จะไม่มีเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบโครงการและเครือข่ายภูมิภาคจากการสำรวจครั้งที่ 4 แต่ก็เกิดความล่าช้าในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนรายงาน ซึ่งทำให้ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ให้ สสส. ได้ในเดือนตุลาคม 2559 นอกจากนี้พบว่าไม่มีการดำเนินการตามข้อเสนอโครงการที่ สสส. อนุมัติในบางประเด็น เช่น ไม่ได้ใช้คอมพิวเตอร์แท็บเล็ตในการเก็บข้อมูล ไม่ได้เก็บข้อมูลเกลือและโซเดียมในปัสสาวะ ไม่รายงานผลการสำรวจในเด็ก 1-14 ปี ขาดผลการวิเคราะห์เชื่อมโยงสถานะเศรษฐกิจและสังคมกับสถานะสุขภาพ/พฤติกรรมสุขภาพ ขาดผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ เป็นต้น อย่างไรก็ตามอาจมีการนำข้อมูลดิบที่เก็บรักษาไว้มาวิเคราะห์เพิ่มเติมและตีพิมพ์เผยแพร่เป็นบทความในวารสารวิชาการภายหลัง อุปสรรคที่สำคัญที่เป็นสาเหตุของความล่าช้าของการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงภายใน สวรส. รวมทั้งขาดการบริหารจัดการและการกำกับติดตามที่เหมาะสมของโครงการสำรวจฯ

4. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

- (1) กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ สวรส. เป็นผู้นำในการพัฒนาระบบอภิบาลและนโยบายเกี่ยวกับการสำรวจสุขภาพของประเทศ เช่น จัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่สำรวจ กำหนดความถี่ รูปแบบ/วิธีการ และระดับพื้นที่ของการสำรวจ (เช่น ระดับประเทศ ภาค เขตสุขภาพ จังหวัด) มอบหมายหน่วยงานรับผิดชอบแต่ละการสำรวจ บูรณาการการสำรวจในแง่มุมต่างๆ พัฒนาศักยภาพด้านวิชาการและ

การบริหารจัดการ จัดทำคำของบประมาณ/หาทุน จัดการผลประโยชน์และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์การใช้ข้อมูลจากการสำรวจ เป็นต้น

(2) สวรส. เป็นหน่วยประสานงานการดำเนินการตามนโยบายในข้อ (1) และติดตามประเมินผล ซึ่งครอบคลุมนโยบายเกี่ยวกับการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ทั้งนี้ให้อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลหลักฐานและการมีส่วนร่วมของผู้ใช้ประโยชน์จากการสำรวจ แหล่งทุน หน่วยงานด้านวิชาการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรของประเทศ

(3) ในการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่สำรวจ ควรพิจารณาความจำเป็นของประเด็นที่ต้องสำรวจ โดยการตรวจร่างกาย และไม่ให้ซ้ำซ้อนกับการสำรวจอื่นๆ โดยไม่มีเหตุผลที่สมควร

(4) สวรส. เป็นหน่วยงานรับผิดชอบการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย โดยดำเนินการให้เป็นไปตามนโยบายการสำรวจสุขภาพของประเทศในภาพรวม อีกทั้งประสานงาน/สร้างความร่วมมือกับแหล่งทุน สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถาบันการศึกษา ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน หน่วยงานด้านสาธารณสุขในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค เขตสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อพัฒนาการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในด้านต่างๆ รวมทั้งกำกับติดตามประเมินผลโครงการอย่างจริงจัง

Executive Summary

1. Background, Objectives, and Methods

In Thailand, a series of National Health Examination Surveys (NHES) has been conducted every five years since 1991 until the most recent iteration, NHES V (2012-2015). Each cycle of the survey involves a large number of participants and requires a substantial amount of budget and collaboration with various institutes. However, a systematic evaluation of the survey has never been conducted. In 2016, the Thailand Health Promotion Foundation (ThaiHealth) commissioned the Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP) to assess the achievement of the NHES and provide recommendations for future development. Additionally, the research team was requested to evaluate NHES V against a ThaiHealth-approved proposal as well as analyze the obstacles and underlying factors. Qualitative approaches, namely document reviews, in-depth interviews, and questionnaire surveys were employed in the data collection. Twenty-six informants who participated in this study included executives and personnel of NHES funding agencies and health policy authorities as well as respective health experts, technical officers, and researchers in the survey network.

2. The findings of the NHES evaluation

The lack of governance and strategic direction on the country's health surveys has resulted in fragmented monitoring systems for the population's health status and risk factors. Conducted by different government organizations and universities, some survey topics are duplicated and hence a wasteful use of constrained public resources. Moreover, there is no capacity development plan for survey practitioners and their institutes. A concrete strategy to facilitate the utilization of survey results is also lacking. Similar problematic situations are faced by the NHES as this series of health surveys has yet to be institutionalized despite the recognition for its potential contributions to evidence-based policy development over the last two decades. Consequently, no long-term plan has been established for NHES development, and the survey has been managed as a research project - which requires the seeking of financial support for each cycle.

Regarding organizational involvement in this survey, the Ministry of Public Health (MOPH) played a leading role in NHES I and NHES II. From NHES III onward, a specialized office

affiliated with the Health Systems Research Institute (HSRI) has since taken charge of the survey. A network of university lecturers in the country's four regions and Bangkok play an important part in data collection, coordination with hospitals' laboratories, and quality assurance at the peripheral level. During NHES V (2012 to 2016), the survey faced several challenges, namely changes in the HSRI's director in addition to policy, budget, and human resource constraints. As a result, the NHES Office was downgraded to a program under the Health Insurance System Research Office. At present, the HSRI plans to transfer the conduct of the NHES to the Faculty of Medicine, Ramathibodi hospital.

A key finding in this evaluation is on the limited utilization of NHES data in policy and further research. Technical officers in MOPH's departments argue that they usually use other surveys because the NHES cannot meet their demand for information to support policy decisions and monitoring of program implementation. NHES reports have been mainly cited for cross-sectional information, especially disease prevalence. For some survey topics, the use of NHES findings on health risk factors and long-term comparison of people's health is limited owing to inadequate data analysis and inconsistency in survey methods and tools. It should be noted that the data on certain elements were analyzed and published in academic journals after the main report of each survey had been publicized. However, there is no clear scope and timeline for releasing NHES-based information from each cycle of the survey. Another limitation found in this study is the difficulty in accessing the NHES database and specimens among researchers in different institutes. Three causes of this problem have been identified: ineffective management within the NHES office, the lack of an approval mechanism for the use of data and specimens, and inadequate communication with potential researchers.

3. Assessment of NHES V

ThaiHealth, HSRI, and MOPH granted a total of 60 million baht to NHES V, which was supposed to be conducted from October 2012 to June 2015. However, despite the same group of researchers and management staff responsible for NHES IV, there was a significant delay in the data collection, analysis, and report writing and the survey report was ultimately distributed in October 2016. Nevertheless, many items stated in the survey proposal were not addressed such as the use of computer tablets in data collection and analysis of urine sodium. Meanwhile, the results of the survey on children's health were not reported. Much like previous surveys in this series, NHES V neither identified health risk factors nor assessed the associations between socioeconomic characteristics and people's health status. However, this

raw data may be analyzed later on for publication in academic journals. Crucial impediments in this survey were changes in the HSRI's leadership, policy and organizational structure, as well as inadequate management and monitoring and evaluation of the NHES program.

4. Policy recommendations

(1) The MOPH and HSRI should take a leading role in the development of health survey governance and policy direction. This includes policy on priority setting of survey topics; frequencies, methodology, and levels of representativeness; responsible institutes; integration of health surveys in different aspects; capacity building for survey practitioners and managers; budgeting and grant seeking; and communication and public relations.

(2) The HSRI should be responsible for coordinating the implementation, monitoring, and evaluation of policy in (1) which includes NHES-related policy. All policy processes should be evidence-based and involve key players such as users of survey data, funding organizations, academic institutes, and other stakeholders. Efficient use of public resources should be adopted as a key principle in policy decisions.

(3) In the priority setting of NHES topics, the HSRI should consider if health examination is really needed, and also avoid unnecessarily duplicate topics in different surveys.

(4) The HSRI should be responsible for directing NHES programs in accordance with the country's health survey policy. In order to strengthen the NHES, collaboration should be sought with research funders, the National Statistical Office, academic institutes, clinical and public health experts, health organizations in the central and peripheral levels, and local government authorities.

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ประเมินขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้ทุนสำหรับการประเมินเพื่อต่อยอดการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย นอกจากนี้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ภายใต้งบทุนเมธีวิจัยอาวุโส สกว. เพื่อพัฒนาศักยภาพการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ผลการประเมิน ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะทั้งหมดเป็นความรับผิดชอบของผู้ประเมิน หน่วยงานที่เป็นแหล่งทุน อาจไม่เห็นด้วยกับข้อความบางส่วนหรือทั้งหมดที่ปรากฏในรายงานนี้

การประเมินเพื่อต่อยอดการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายจะสำเร็จมิได้หากขาดความร่วมมือจากผู้บริหารและบุคลากรของหลายหน่วยงาน เช่น สสส. กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สปสช. และมหาวิทยาลัยต่างๆ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการสัมภาษณ์ ตอบแบบสอบถาม ตลอดจนให้เอกสารและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ทำให้การประเมินนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณบุคลากรของหน่วยงานอื่นๆ ที่มีได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ ที่ให้ข้อเสนอแนะต่อรายงานผลการศึกษาเบื้องต้น และกรุณาให้ข้อมูล รวมถึงข้อคิดเห็นต่อการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

คณะผู้ประเมิน

สารบัญ

คำนำ.....	ค
บทสรุปผู้บริหาร	ง
Executive summary	Error! Bookmark not defined.
กิตติกรรมประกาศ	ช
สารบัญ	ฅ
สารบัญตาราง	ท
สารบัญรูปภาพ.....	ฒ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 หลักการและเหตุผลของการประเมิน	1
1.2 การทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น	2
1.3 วัตถุประสงค์ของการประเมิน	4
1.4 วิธีประเมิน.....	4
1.4.1 การสำรวจโดยใช้แบบสอบถามอัตนัย	4
1.4.2 การทบทวนเอกสาร.....	5
1.4.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก	5
1.4.4 การสำรวจการใช้ประโยชน์จากการสำรวจฯ โดยใช้แบบสอบถามปรนัย	6
1.4.5 การประเมินคุณภาพของการสำรวจฯ ครั้งที่ 5	6
1.4.6 การควบคุมคุณภาพของการประเมิน	6
1.5 การพิจารณาด้านจริยธรรม	7
บทที่ 2 การสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในต่างประเทศ	8
2.1 ระเบียบวิธีการทบทวนวรรณกรรม.....	8
2.2 ข้อค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรม	9
2.2.1. ระบบอภิบาลของการสำรวจ	9
2.2.2 การเตรียมการสำรวจ	10
2.2.3 การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างและการเก็บข้อมูล	10
2.2.4 การจัดการความรู้และการใช้ประโยชน์จากผลการประเมิน.....	10

2.2.5 แนวทางการพัฒนาการสำรวจในอนาคต	12
บทที่ 3 ระบบอภิบาลของการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย	22
3.1 หน่วยงานและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง.....	22
3.2 งบประมาณสำหรับการสำรวจ	24
3.3 ปัญหาเกี่ยวกับระบบอภิบาลในช่วงการสำรวจฯ ครั้งที่ 5	25
3.4 หน่วยงานรับผิดชอบการสำรวจฯ ในอนาคต.....	26
บทที่ 4 การบริหารจัดการเกี่ยวกับการสำรวจฯ	27
4.1 บทบาทของหน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการสำรวจฯ	27
4.2 การกำหนดประเด็นการสำรวจ	28
4.3 การติดตามและประเมินผลโครงการสำรวจฯ	32
4.4 การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.....	34
4.5 ฐานข้อมูลและการเก็บรักษาตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ	35
บทที่ 5 ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการสำรวจฯ.....	37
5.1 ผลการทบทวนระเบียบวิธีวิจัย	37
5.2 คุณภาพของการสำรวจฯ	41
5.2.1 กรณีศึกษาเรื่องการต้มเครื่องต้มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่	41
5.2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพของการสำรวจฯ	43
5.3 จริยธรรมของการวิจัย	44
บทที่ 6 การใช้ประโยชน์จากการสำรวจฯ	46
6.1 การจัดสรรทรัพยากรที่สนับสนุนให้เกิดการใช้ประโยชน์	47
6.2 ผลผลิต/กิจกรรม และการจัดการข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ	49
6.2.1 การตีพิมพ์บทความวิชาการจากการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจฯ เพิ่มเติม.....	49
6.2.2 การพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการของผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินการสำรวจ	52
6.2.3 การคืนข้อมูลแก่ผู้ใช้ข้อมูลในระดับพื้นที่.....	53
6.2.4 การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผลการสำรวจ	54
6.3 การเปลี่ยนแปลงความตระหนัก/การตอบรับของผู้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจฯ.....	55
6.4 การเปลี่ยนแปลงความรู้/ทักษะด้านนโยบาย หรือวิธีปฏิบัติอันเนื่องมาจากผลการสำรวจฯ ..	55
บทที่ 7 ผลการประเมินการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5	60

7.1 งบประมาณสำหรับการสำรวจฯ ครั้งที่ 5	60
7.2 ประเด็นการสำรวจ: ประเด็นตามข้อเสนอโครงการและประเด็นที่สำรวจจริง	61
7.3 คุณภาพของการสำรวจฯ ครั้งที่ 5	62
7.4 สาเหตุที่ทำให้การสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ล่าช้ากว่ากำหนด	66
บทที่ 8 อภิปรายผลการประเมินและข้อเสนอเชิงนโยบาย	68
8.1 อภิปรายผลการประเมิน	68
8.2 ข้อเสนอเชิงนโยบาย	72
8.2.1 ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบอภิบาลของการสำรวจสุขภาพในประเทศไทย	72
8.2.2 ข้อเสนอเพื่อพัฒนาการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย	73
เอกสารอ้างอิง	75
ภาคผนวก	82

สารบัญตาราง

ตารางที่ 2.1	สรุปการทบทวนเอกสารเรื่อง การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายในต่างประเทศ.....	13
ตารางที่ 3.1	หน่วยงานหลัก หน่วยงานสนับสนุนงบประมาณ และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 1-5.....	23
ตารางที่ 4.1	เครือข่าย/ผู้ประสานการเก็บข้อมูลในการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 1-5.....	27
ตารางที่ 4.2	ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประเด็นการสำรวจ จากรายงานการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย.....	29
ตารางที่ 5.1	ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการสำรวจฯ ครั้งที่ 1-5.....	39
ตารางที่ 5.2	ความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา จากการสำรวจสุขภาพต่างๆ	42
ตารางที่ 5.3	ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน จากการสำรวจสุขภาพต่างๆ.....	43
ตารางที่ 6.1	มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่อ้างอิงการสำรวจฯ.....	55
ตารางที่ 7.1	ประเด็นด้านสุขภาพที่จะเก็บข้อมูลในการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ตามที่ระบุในข้อเสนอของโครงการ.....	61
ตารางที่ 7.2	สาเหตุที่ทำให้การสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ล่าช้ากว่ากำหนด	64

สารบัญรูปภาพ

รูปที่ 6.1 จำนวนบทความวิจัยที่ใช้ข้อมูลจากการสำรวจฯ ที่ได้รับการตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2542- 2558.....	50
รูปที่ 6.2 จำนวนบทความจำแนกตามจำนวนครั้งของการสำรวจฯ ที่นำข้อมูลมาใช้ในบทความแต่ละเรื่อง.....	51
รูปที่ 7.1 การจัดสรรงบประมาณภายใต้แผนบริหารจัดการการสำรวจ โครงการสำรวจฯ ครั้งที่ 5.....	59
กรอบที่ 6.1 กรณีศึกษาการใช้ประโยชน์จากผลการสำรวจฯ: มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน.....	57

บทที่ 1 บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผลของการประเมิน

ปัจจุบันมีหลายประเทศที่ดำเนินการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย เช่น สหรัฐอเมริกา ประเทศในยุโรป ออสเตรเลีย บราซิล เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น สิงคโปร์ โครงการในประเทศเหล่านี้มีแนวทางบริหารจัดการ รูปแบบและรายละเอียดที่แตกต่างกัน เช่น ขนาดตัวอย่าง ความถี่และความต่อเนื่องของการสำรวจ การรวมประชากรเด็กในการสำรวจ การจัดการฐานข้อมูล สถานที่เก็บสิ่งส่งตรวจ (specimens) การเก็บรักษา สิ่งส่งตรวจไว้เพื่อการวิจัยต่อไป เป็นต้น (1) การสำรวจฯ ในประเทศสหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักรได้รับการยอมรับว่ามีความก้าวหน้ามากที่สุดซึ่งทำให้ได้ข้อมูลที่มีคุณค่าสำหรับผู้กำหนดนโยบายและนักวิจัย รวมทั้งเป็นประโยชน์ในการพัฒนานโยบายเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค นอกจากนี้ข้อมูลจากการสำรวจฯ ในประเทศสหรัฐอเมริกาและเกาหลีใต้ได้ถูกนำมาวิเคราะห์เพิ่มเติมและนำเสนอในบทความตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับนานาชาติเป็นจำนวนมาก

ในประเทศไทย คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติร่วมกับนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยต่างๆ แต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจขึ้นคณะหนึ่ง เพื่อพิจารณาเหตุผลความจำเป็นของการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ทบทวนระเบียบวิธีการสำรวจทั้งในและต่างประเทศ และพิจารณาจัดทำรายการข้อมูลที่ต้องการการสำรวจ ต่อจากนั้นได้ริเริ่มดำเนินการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย (National Health Examination Survey, NHES) เป็นครั้งแรกในปี 2534 และได้ดำเนินการสำรวจครั้งต่อมาทุก 5 ปี โดยใช้ชื่อโครงการตามที่ปรากฏในรายงานการสำรวจดังนี้

- การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2534-2535)
- การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2539-2540)
- การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 (พ.ศ. 2546-2547)
- การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2552)
- การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2556-2558)

ตามที่ระบุในรายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 1 การสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายมีความสำคัญเนื่องจากข้อมูลความเจ็บป่วยที่รายงานจากสถานพยาบาลและการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติหรือหน่วยงานอื่นๆ ไม่สามารถบอกสถานะสุขภาพของคนไทยในภาพรวมได้ เพราะข้อมูลประเภทแรกเป็นการประมวลจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลเท่านั้น ข้อจำกัดของระบบรายงานทำให้มีความน่าเชื่อถือน้อย รวมทั้งเป็นข้อมูลจากสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ขาดข้อมูลจากสถานพยาบาลสังกัดหน่วยงานอื่นๆ ในภาครัฐและภาคเอกชน ส่วนข้อมูลประเภทที่สองเป็นสถานะสุขภาพจากการรับรู้ของผู้ให้สัมภาษณ์หรือการที่ผู้ให้สัมภาษณ์เคยได้รับการตรวจแล้วพบโรคหรือภาวะความผิดปกติ

เท่านั้น ข้อมูลจึงไม่ครอบคลุมอาการความผิดปกติและโรคต่างๆ ที่ผู้ตอบไม่รับรู้ หรือการเจ็บป่วยที่ต้องค้นพบด้วยการตรวจร่างกายโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์และการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ (2)

การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายแต่ละครั้งครอบคลุมพื้นที่ตัวอย่างหลายจังหวัดและใช้เงินทุนและทรัพยากรอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกำลังคนที่มีความเชี่ยวชาญและทักษะด้านต่างๆ จากหลายหน่วยงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยในครั้งที่ 5 ซึ่งเป็นครั้งสุดท้ายได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก 3 หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งเป็นผู้ริเริ่มและให้ทุนสำหรับการประเมินในครั้งนี้ ทั้งนี้เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่าข้อมูลที่ได้จากการสำรวจฯ ของประเทศไทยน่าจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขและระบบบริการสุขภาพของประเทศ อย่างไรก็ตามนับถึงปัจจุบันยังขาดการประเมินการสำรวจนี้อย่างเป็นระบบ และยังมีข้อสงสัยบางประการ เช่น ความยั่งยืนในระยะยาว ความมีประสิทธิภาพในการลงทุนสำรวจแต่ละครั้ง การใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ รวมถึงการจัดการความรู้ อันได้แก่การเผยแพร่ข้อค้นพบเพื่อประโยชน์เชิงนโยบายและสร้างความรู้ความเข้าใจกับสังคมในเรื่องของโรคและความเสี่ยงต่างๆ เป็นต้น ในการประเมินการสำรวจฯ ครั้งนี้ สสส. ต้องการให้ได้มาซึ่งข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาต่อยอดการสำรวจดังกล่าวให้ดียิ่งขึ้นในอนาคตอีกด้วย

1.2 การทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น

การสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายที่ดำเนินการอยู่ในหลายประเทศมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และอื่นๆ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดนโยบายสุขภาพรวมทั้งการวางแผนบริการสุขภาพ แต่การสำรวจฯ ในประเทศต่างๆ มีความแตกต่างในการดำเนินการอยู่หลายประเด็น เช่น กลุ่มอายุของประชากร สถานะสุขภาพและปัจจัยที่ครอบคลุมในการสำรวจ ระเบียบวิธีวิจัยและเครื่องมือ ความถี่และความต่อเนื่องของการสำรวจ การมีกฎหมายรองรับ หน่วยงานที่รับผิดชอบและเครือข่าย การจัดการข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล การออกแบบกำหนดคุณลักษณะเหล่านี้ขึ้นอยู่กับการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ ศักยภาพทั้งด้านวิชาการและการบริหารจัดการ และวงเงินงบประมาณที่ขอ นอกจากนี้ปัจจัยเชิงบริบท (contextual factors) เช่น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ระดับการศึกษาของประชาชน ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านสุขภาพและสารสนเทศ ความสงบเรียบร้อยและปลอดภัยในสังคม ความสะดวกด้านการคมนาคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ทักษะติดต่อการใช้ข้อมูลหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ในการตัดสินใจ ฯลฯ ต่างก็มีอิทธิพลต่อรูปแบบ ประเด็นสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง วิธีวิจัย ความเป็นไปได้ และความสำเร็จของการสำรวจ

การสำรวจสุขภาพที่มีความน่าเชื่อถือ (reliability) และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในวงกว้าง (generalizability) ต้องการการเข้าร่วมของประชาชนในอัตราที่สูงและเป็นตัวแทนของประชากรกลุ่มเป้าหมาย การศึกษาในประเทศในยุโรปในช่วงปี 2007-2012 (3) พบว่าอัตราการเข้าร่วมในการตรวจร่างกายและเจาะเลือดของประชาชนมีแนวโน้มลดลงในเกือบทุกประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเมืองใหญ่ อัตราการเข้าร่วมลดลงมากเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศ นอกจากนี้ประเทศที่ให้ค่าตอบแทนหรือมีมาตรการอื่นๆ ในการเชิญชวนและการแจ้งเตือนให้เข้าร่วม (pre-notification and reminders) มีอัตราการเข้าร่วมสูงกว่าประเทศที่ไม่มีมาตรการดังกล่าว ประเทศเนเธอร์แลนด์สามารถรักษาอัตราการเข้าร่วมของ

ประชาชนไว้สูงกว่าประเทศอื่นๆ อย่างเห็นได้ชัด แต่ก็มียอดสูงมากกว่าด้วยเช่นกัน บทเรียนหนึ่งที่ได้จากการศึกษานี้คือการเลือกสำรวจแต่ประชาชนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนอาจทำให้อัตราการเข้าร่วมลดลง เนื่องจากผู้สูงอายุในบางประเทศมีแนวโน้มที่จะออกจากบ้านไปอาศัยอยู่ในหน่วยให้บริการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น รวมทั้งบางการสำรวจครอบคลุมเฉพาะผู้ที่มีสถานะเป็นพลเมือง (มีทะเบียนราษฎร) ก็จะไม่รวมประชาชนทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในเขตภูมิศาสตร์นั้นๆ

ประเทศเยอรมนีได้นำหลายมาตรการมาใช้เพื่อช่วยเพิ่มอัตราการเข้าร่วมในการสำรวจ (4) เช่น ใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันมากที่สุดในการเลือกตัวอย่างและจัดการเลือกตัวอย่างก่อนการเชิญชวนตัวอย่างเข้าร่วมเป็นเวลานาน มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปและผู้ที่ย้ายถิ่น (migrants) ทราบถึงการสำรวจและเข้าใจประโยชน์ และเน้นการให้ข้อมูลไปที่กลุ่มที่มีแนวโน้มจะไม่เข้าร่วม ให้ค่าตอบแทนแก่ผู้เข้าร่วม สำหรับผู้ที่ย้ายถิ่นมาจากประเทศอื่นๆ มีการให้ข้อมูลในภาษาที่คนกลุ่มนี้เข้าใจได้ มีการติดตามอัตราการเข้าร่วมอย่างต่อเนื่องเพื่อวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาได้ทันเวลา นอกจากนี้ยังสอบถามความพึงพอใจจากผู้เข้าร่วมและสาเหตุของการปฏิเสธการเข้าร่วม เป็นเหตุให้เกิดการปรับปรุงการสำรวจหลายด้านในเวลาต่อมา ได้แก่ การปรับปรุงเวลานัดหมายให้เหมาะสมเป็นรายบุคคล ลดเวลาการเก็บข้อมูลโดยการตรวจร่างกายให้สั้นลงเพิ่มเงินค่าตอบแทน และอำนวยความสะดวกให้ผู้ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวให้สามารถเดินทางมายังสถานที่ที่นัดหมายได้ ในยุคที่คนจำนวนมากเข้าถึงอุปกรณ์และเครือข่ายสื่อสังคม (social media) ก็มีการนำสื่อเหล่านี้มาใช้ในการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนรวมทั้งนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการสำรวจสถานะสุขภาพ เช่น การส่ง SMS เพื่อประชาสัมพันธ์ นัดหมายและแจ้งเตือนให้เข้ารับการตรวจร่างกาย (5)

การศึกษาหนึ่งในประเทศอังกฤษ (6) กล่าวถึงการนำข้อมูลการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและติดตามผลการปฏิบัติตามนโยบายเพื่อควบคุมโรคและความผิดปกติต่างๆ เช่น โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) ความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น ตัวอย่างของการใช้ประโยชน์เชิงนโยบายได้แก่ กลุ่มงานโรคไตของกระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณเพื่อวิเคราะห์ตัวอย่างเลือดที่เก็บในการสำรวจในปี 2003 ถึง 2010 เพื่อหาแนวโน้มของความชุกของโรคไตเรื้อรังในระดับประชากร ซึ่งเจ้าหน้าที่ได้นำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ข้อมูลความชุกยังมีผลต่อการกำหนดแนวทางการรักษาโรคและมาตรฐานคุณภาพ (quality standard) ที่พัฒนาโดย National Institute for Health and Care Excellence (NICE) รวมทั้งได้มีการนำข้อมูลไปใช้ในการคำนวณต้นทุนของโรคไตเรื้อรัง ทำให้ได้ข้อมูลที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายป้องกันโรคทั้งระดับประเทศและท้องถิ่น

นอกจากนี้บทความเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสถิติที่ได้จากการสำรวจในประเทศญี่ปุ่น (7) ชี้ว่า แม้จะมีการจัดเก็บข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายไว้ในฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ แต่กลับมีผู้ขอไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมไม่มากเท่าที่ควร อันเนื่องมาจากสองสาเหตุ ได้แก่ กฎหมายควบคุมข้อมูลสถิติ (Statistics Act) ของประเทศที่มีบทบัญญัติให้การกำกับดูแลที่เข้มงวดซึ่งเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูล และบริบทของการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพที่ขาดความร่วมมือระหว่างสาขาวิชา ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้านระเบียบวิธีวิจัยที่จำเป็นในการใช้ข้อมูลสถิติในการศึกษาวิจัยต่อยอดจากประเด็นที่วิเคราะห์และออกรายงานขึ้นพื้นฐาน

1.3 วัตถุประสงค์ของการประเมิน

การประเมินครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อเสนอแนะสำหรับการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายของประเทศไทยในอนาคต ทั้งด้านวิชาการ การบริหารจัดการงานสำรวจ การเผยแพร่ผลการสำรวจ และการบริหารจัดการข้อมูลที่ได้จากการสำรวจเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในวงกว้างทั้งในและต่างประเทศ นอกจากนี้การประเมินยังช่วยตอบวัตถุประสงค์ของผู้ให้ทุน คือ สสส. ว่าผู้รับผิดชอบโครงการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ได้ดำเนินการตามข้อเสนอ (proposal) ที่เสนอต่อผู้ให้ทุนหรือไม่ อย่างไร ทั้งนี้การประเมินมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังต่อไปนี้

- (1) ศึกษาความคาดหวังและมุมมองที่มีต่อการสำรวจครั้งที่ 1-5 ของผู้ดำเนินการสำรวจ (ทั้งหน่วยงานหลักและหน่วยงานสนับสนุน) คณะกรรมการที่ปรึกษา และผู้ให้ทุน
- (2) ศึกษาการบริหารจัดการ แหล่งทุน ประเด็นของการสำรวจ ระเบียบวิธีวิจัย การบริหารจัดการข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ และการใช้ประโยชน์จากข้อค้นพบ จากการสำรวจครั้งที่ 1-5
- (3) ศึกษาพัฒนาการของการสำรวจในช่วงเวลาที่ผ่านมา ในประเด็นการบริหารจัดการ แหล่งทุน ประเด็นของการสำรวจ ระเบียบวิธีวิจัย การบริหารจัดการข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ และการใช้ประโยชน์จากข้อค้นพบ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
- (4) ศึกษาความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ดำเนินการสำรวจ (ทั้งหน่วยงานหลักและหน่วยงานสนับสนุน) คณะกรรมการที่ปรึกษา ผู้ให้ทุน ผู้ใช้ประโยชน์จากการสำรวจและข้อมูล ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ และนักวิจัยและผู้เชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้อง ในการปรับปรุงการสำรวจในอนาคตเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด
- (5) ศึกษากระบวนการ ผลงาน และผลสัมฤทธิ์ของการสำรวจครั้งที่ 5 เปรียบเทียบกับโครงร่างที่ได้รับการอนุมัติจาก สสส. รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหา/อุปสรรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

อนึ่ง สสส. ได้จัดกระบวนการทบทวนข้อเสนอ (proposal) ของการประเมินครั้งนี้ และมอบหมายให้ผู้ประเมินทบทวนรูปแบบการดำเนินการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในประเทศอื่นๆ เพื่อนำบทเรียนที่เป็นประโยชน์มาใช้ในการปรับปรุงการสำรวจฯ ในประเทศไทยต่อไป

1.4 วิธีประเมิน

การประเมินนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการเก็บข้อมูล ได้แก่ การสำรวจโดยใช้แบบสอบถามอัตนัย การทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสำรวจการใช้ประโยชน์จากการสำรวจฯ โดยใช้แบบสอบถามปรนัย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.4.1 การสำรวจโดยใช้แบบสอบถามอัตนัย

นักวิจัยพัฒนาแบบสอบถามอัตนัยชนิดตอบด้วยตนเอง (self-administered questionnaire) เพื่อศึกษาความคาดหวังและมุมมองที่มีต่อการสำรวจฯ ของผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้จัดการ สสส.

ผู้บริหาร สปสช. และ สวรส. และผู้รับผิดชอบการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 และ 5 รวม 4 ท่าน โดยเก็บข้อมูลในประเด็นต่อไปนี้ คือ เป้าประสงค์และทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง ระเบียบวิธีวิจัยและเครื่องมือสำรวจ (เฉพาะนักวิจัย) การบริหารจัดการการสำรวจ (เฉพาะนักวิจัย) ความคุ้มค่าและการใช้ประโยชน์ และอนาคตของการสำรวจ (ดูแบบสอบถามในภาคผนวก ก) ผู้ประเมินจัดส่งแบบสอบถามให้กลุ่มเป้าหมายในเดือนตุลาคม 2559 และได้รับคำตอบจากทั้ง 4 ท่าน ต่อจากนั้นผู้ประเมินนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกและกำหนดแนวทางการทบทวน เอกสารเพื่อเก็บข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

1.4.2 การทบทวนเอกสาร

ผู้ประเมินทบทวนเอกสารในช่วงเดือนกันยายน 2559 ถึงเดือนมีนาคม 2560 โดยเริ่มจากการประสานกับ สวรส. สสส. และกระทรวงสาธารณสุขเพื่อขอเอกสารบางส่วนที่ไม่มีการนำออกเผยแพร่ต่อสาธารณะ ต่อจากนั้นผู้ประเมินทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ได้แก่

- (1) เอกสารเกี่ยวกับการสำรวจฯ ในประเทศไทย เช่น โครงข้อเสนองานสำรวจ (proposal) รายงานความก้าวหน้า คู่มือการปฏิบัติงาน ฐานข้อมูล รายงานการสำรวจ เอกสารที่อ้างอิงผลการสำรวจฯ และเอกสารเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ที่จัดทำขึ้นทั้งโดยผู้รับผิดชอบการสำรวจ และหน่วยงานหรือบุคคลภายนอก รวมทั้งบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ
- (2) เอกสารเกี่ยวกับการสำรวจฯ ในต่างประเทศ เช่น บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ รายงานการสำรวจและข้อมูลที่เผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.4.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้ประเมินเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกตั้งแต่เดือนธันวาคม 2559 ถึงเดือนเมษายน 2560 เริ่มด้วยการพัฒนาแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เพื่อตอบวัตถุประสงค์เฉพาะของการประเมินนี้ โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามอัตนัย รวมทั้งผลการทบทวนเอกสารทั้งในประเทศและต่างประเทศ (ดูแนวคำถามสัมภาษณ์ในภาคผนวก ก) ต่อจากนั้นผู้ประเมินเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive selection) คือ เลือกผู้บริหารและ/หรือบุคลากรจากหน่วยงานให้ทุนสนับสนุนการสำรวจ หน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการสำรวจทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค หน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูลและใช้ประโยชน์จากการสำรวจ รวมทั้งนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ และใช้ snowball technique ในการค้นหาผู้ที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลเพิ่มเติม รวมผู้ให้สัมภาษณ์ 26 คน (รายละเอียดในภาคผนวก ข) การสัมภาษณ์ได้ถูกบันทึกเสียงไว้เพื่อการวิเคราะห์ในรายละเอียด โดยได้รับคำยินยอมจากผู้ให้สัมภาษณ์เป็นลายลักษณ์อักษร

1.4.4 การสำรวจการใช้ประโยชน์จากการสำรวจฯ โดยใช้แบบสอบถามปรนัย

ผู้ประเมินพัฒนาแบบสอบถามปรนัยเพื่อใช้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และการใช้ประโยชน์จากการสำรวจฯ โดยขอความร่วมมือจากผู้ประสานงานโครงการของแผนงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ซึ่งเป็นหน่วยงานสังกัด สวรส. เป็นผู้ตอบ แบบสอบถามนี้ครอบคลุมคำถามเกี่ยวกับประเภทและจำนวนของเอกสารเผยแพร่ ข้อมูลที่เผยแพร่ทางเว็บไซต์ สถิติการดาวน์โหลดเอกสารเผยแพร่ จำนวนครั้งของการขอใช้ข้อมูลดิบจากการสำรวจฯ และการเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจ (ดูแบบสอบถามในภาคผนวก ก)

1.4.5 การประเมินคุณภาพของการสำรวจฯ ครั้งที่ 5

การประเมินคุณภาพของการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ไม่อยู่ในวัตถุประสงค์ของการประเมินนี้ แต่ผู้ประเมินได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการประชุมนำเสนอผลการประเมินเบื้องต้น เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2560 (ดูหัวข้อ 1.4.6) เพื่อเป็นแนวทาง/ตัวอย่างให้กับผู้กำหนดนโยบาย นักวิจัย และนักวิชาการในการประเมินคุณภาพของการสำรวจสุขภาพก่อนตัดสินใจนำข้อมูลและผลการสำรวจนั้นๆ ไปใช้ (8)

ผู้ประเมินเลือกใช้กรอบการประเมิน Quality framework for OECD statistics (9) ซึ่งแบ่งการประเมินออกเป็น 8 มิติ คือ Relevance, Accuracy, Credibility, Timeliness, Punctuality, Accessibility, Interpretability และ Coherence ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาที่เป็นส่วนหนึ่งในคณะผู้ประเมินเป็นผู้ทบทวนรายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ในแต่ละมิติ แต่เนื่องจากความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของรายงาน ผู้ประเมินทบทวนข้อเสนอโครงการ (proposal) ของการสำรวจครั้งดังกล่าวร่วมด้วย

1.4.6 การควบคุมคุณภาพของการประเมิน

การประเมินนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลัก นักวิจัยจึงควบคุมคุณภาพโดยการสอบทานข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่างๆ (triangulation) อันได้แก่ ข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร ผู้ให้สัมภาษณ์ และแบบสอบถาม เพื่อดูความสอดคล้อง/แตกต่างของข้อมูลในประเด็นเดียวกัน นอกจากนี้ผู้ประเมินจัดการประชุมนำเสนอผลการประเมินเบื้องต้นต่อผู้เชี่ยวชาญและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2560 ณ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ภายในกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะสอบทานความถูกต้องและครบถ้วนของผลการประเมิน และขอทราบความคิดเห็นต่อร่างข้อเสนอเพื่อการพัฒนาการสำรวจฯ ในอนาคต (ดูรายงานการประชุมในภาคผนวก ค) จากนั้นผู้ประเมินนำข้อมูลเพิ่มเติมและข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมการประชุมมาพิจารณาเพื่อปรับปรุงแก้ไขในการจัดทำรายงานการประเมินฉบับสมบูรณ์

1.5 การพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการประเมินนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)¹ เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2559 ผู้ประเมินจะปกปิดชื่อ-นามสกุลของผู้ให้ข้อมูล และไม่นำเสนอข้อมูลในรายงานการประเมินในลักษณะที่ทำให้เชื่อมโยงว่าใครเป็นผู้ให้ข้อมูลแต่ละเรื่อง นอกจากนี้จะเก็บรักษาคำให้สัมภาษณ์ที่แปลงเป็นลายลักษณ์อักษรไว้เป็นเวลา 5 ปี เพื่อให้สามารถนำมาตรวจสอบได้ในกรณีจำเป็น และเนื่องจากผลการประเมินนี้บางส่วนอาจถึงขีดความสามารถและข้อจำกัดในการปฏิบัติงานส่วนบุคคล ผู้ประเมินจะใช้ความระมัดระวังในการนำผลการประเมินไปเขียนรายงานและบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการและเผยแพร่ผ่านสื่ออื่นๆ

¹ <http://www.ihrp.or.th/>

บทที่ 2 การสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในต่างประเทศ

การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเพื่อสนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในประเทศต่างๆ รวมทั้งมีความร่วมมือในระดับภูมิภาค เช่น ยุโรป² และเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก³ ซึ่งดำเนินการสำรวจ ในหลายประเทศด้วยระเบียบวิธีวิจัยและเครื่องมือชุดเดียวกันเพื่อนำผลมาเปรียบเทียบหรือใช้กำหนดนโยบายในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ในการสำรวจเหล่านี้ส่วนใหญ่มีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วย สำหรับประเทศที่ดำเนินการสำรวจมายาวนานก็มีการแก้ไขปรับปรุงองค์ประกอบในหลายด้านเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ด้านปัญหาสุขภาพที่สำคัญและสภาพเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละประเทศ ในบทนี้ ผู้ประเมิณทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาระบบอภิบาลและรูปแบบการบริหารจัดการโครงการสำรวจ ในต่างประเทศ ซึ่งบทเรียนที่ได้น่าจะมีประโยชน์ในการพัฒนาโครงการสำรวจ โครงสร้างหน่วยงาน รวมทั้งนโยบายและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

2.1 ระเบียบวิธีการทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมนี้ใช้การสืบค้นผ่าน search engines ทางวิชาการ ได้แก่ PubMed⁴ และ Google Scholar⁵ โดยใช้คำค้นเริ่มต้น คือ “national health examination survey” และ “national health survey” และมีเกณฑ์การคัดเลือกโครงการสำรวจที่นำมาทบทวน ดังนี้

- เป็นการสำรวจที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนระดับชาติ
- มีการเก็บข้อมูลโดยการตรวจร่างกาย และเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- มีการจัดทำารสำรวจครั้งล่าสุดในชุดการสำรวจเดียวกัน (series) ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (ตั้งแต่ปี 2006 จนถึงปัจจุบัน)
- มีการเผยแพร่เอกสารเกี่ยวกับระเบียบวิธีการวิจัยของการสำรวจหรือชุดการสำรวจนั้นๆเป็นภาษาอังกฤษ
- เป็นโครงการที่มีรูปแบบการดำเนินการที่น่าสนใจ

ทั้งนี้ ผู้ทบทวนเลือกเอกสารที่เป็นของการสำรวจครั้งล่าสุดในชุดการสำรวจนั้นๆ (หากเป็นไปได้) ในกรณีที่เอกสารที่เผยแพร่มีความสมบูรณ์ไม่เพียงพอ ผู้ทบทวนใช้เอกสารเกี่ยวกับการสำรวจครั้งก่อนหน้าที่มีความสมบูรณ์มากกว่า นอกจากนี้ยังค้นหาเอกสารจากเว็บไซต์ Google⁶ โดยใช้คำค้นจากเอกสารที่ได้ทบทวนไว้ก่อนหน้านี้ตามความเหมาะสม

² <http://www.ehes.info/>

³ <http://www.emro.who.int/entity/statistics/life-expectancy-at-birth.html>

⁴ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

⁵ <https://scholar.google.co.th/>

⁶ <https://www.google.co.th/>

โครงการสำรวจสุขภาพที่ได้นำมาทบทวนประกอบด้วย 7 สำรวจ จาก 6 ประเทศ คือ

- (1) Health2000 ประเทศฟินแลนด์
- (2) FINRISK ประเทศฟินแลนด์
- (3) German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1) และ German National Health Interview and Examination Survey (GNHIES98) ซึ่งเป็นการสำรวจใน series เดียวกันของ ประเทศเยอรมนี
- (4) Cohort Norway ประเทศนอร์เวย์
- (5) National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) ประเทศสหรัฐอเมริกา
- (6) Health Survey for England (HSE) ประเทศอังกฤษ
- (7) Brazilian National Health Survey (Pesquisa Nacional de Saúde 2013 หรือ PNS2013) ประเทศบราซิล

2.2 ข้อค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรม

ตารางที่ 2.1 สรุปผลการทบทวนการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายใน 7 ประเทศที่กล่าวข้างต้น ในประเด็นหน่วยงานรับผิดชอบและเครือข่าย ระบบอภิบาล การใช้ประโยชน์จากข้อมูลและสิ่งส่งตรวจรวมทั้ง การเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการสำรวจ และประเด็นอื่นๆ เช่น การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แนวทางการพัฒนาในอนาคต จากข้อค้นพบมีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

2.2.1. ระบบอภิบาลของการสำรวจ

หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายอาจแบ่งได้เป็น 4 รูปแบบ คือ

- (1) หน่วยงานย่อยที่อยู่ภายใต้หน่วยงานของรัฐอื่นๆ เช่น National Institute for Health and Welfare (THL), DHANES, NHS Digital เป็นต้น
- (2) หน่วยงานอิสระของรัฐ เช่น Robert Koch Institute
- (3) หน่วยงานของรัฐเป็นผู้รับผิดชอบประสานงาน แต่ผู้เก็บข้อมูล คือ เครือข่ายมหาวิทยาลัยตามพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ ในกรณีของ Cohort Norway
- (4) คณะกรรมการที่ตั้งขึ้นเฉพาะกิจ ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานต่างๆ เป็นผู้รับผิดชอบหลัก และใช้หน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญเป็นผู้เก็บข้อมูล เช่น กรณีของบราซิลที่มีการแต่งตั้ง Management Committee เป็นคณะกรรมการที่รับผิดชอบการสำรวจ และใช้ IBGE ซึ่งเป็นหน่วยงานที่เชี่ยวชาญการสำรวจเป็นผู้ปฏิบัติการสำรวจ

งบประมาณที่ใช้ในการสำรวจทุกการสำรวจที่นำมาทบทวนมีที่มาจากรัฐบาล โดยจัดสรรให้หน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจโดยตรง แต่บางการสำรวจมีเงินอุดหนุนจากหน่วยงานอื่นๆ เป็นสัดส่วนที่สูง เช่น 30%-40% ในกรณีของ NHANES เนื่องจากเปิดกว้างให้มีการเสนอประเด็นการสำรวจเพิ่มเติม และหน่วยงานที่ส่ง

ข้อเสนอเข้ามาเพราะต้องการใช้ข้อมูล ต้องให้เงินทุนสนับสนุนนอกเหนือจากงบประมาณที่ได้จากรัฐบาลโดยตรง

2.2.2 การเตรียมการสำรวจ

การสำรวจหลายโครงการมีการวางแผนล่วงหน้าประมาณ 2-3 ปี และทำ Pilot study ในช่วง 1 ปี ก่อนเริ่มเก็บข้อมูลจริง การเตรียมการล่วงหน้าเช่นนี้ทำให้มีโอกาสในการเลือกหัวข้อเนื้อหาของการสำรวจได้อย่างรอบคอบ โดยหลักการการเลือกหัวข้อ ส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับโรคที่มีความสำคัญทางสาธารณสุข โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases) และปัจจัยเสี่ยงต่อโรคกลุ่มนี้ นอกจากนี้ยังมีการคำนึงถึงความสามารถในการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้กับข้อมูลจากการสำรวจอื่นๆ ที่กล่าวมาข้างต้น เป็นการเลือกโดยทีมผู้เชี่ยวชาญ หรือโดยคณะกรรมการของหน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจ แต่ยังมีอีกรูปแบบคือ รูปแบบที่ใช้ใน NHANES ซึ่งมีการเปิดกว้างรับข้อเสนอจากสาธารณะหลังจากนั้นจึงค่อยมาพิจารณาเลือกหัวข้อ ทำให้มีความหลากหลายและเป็นที่มาของแหล่งงบประมาณเสริมในการสำรวจ

2.2.3 การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างและการเก็บข้อมูล

การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างในกรณีที่มี sampling frame อยู่เต็มแล้ว เช่น การสุ่มโดยตรงจากทะเบียนราษฎรใน FINRISK การสุ่มจาก sampling frame ที่ใช้ใน census ครั้งที่ผ่านมาในกรณีของ Brazilian National Health Survey ทำให้ประหยัดงบประมาณ อย่างไรก็ตามก็อาจมีความเสี่ยงในการที่ได้ข้อมูลที่ล่าช้าหาก sampling frame เดิมถูกจัดทำมาเป็นระยะเวลานานแล้ว

การเก็บข้อมูลมักจะใช้ computer-assisted interviewing ช่วยควบคุมการลงข้อมูล แจ้งเตือนกรณีที่มีข้อผิดพลาดทันที ลดความผิดพลาดตั้งแต่การเก็บข้อมูล และลดขั้นตอนการป้อนข้อมูลเข้าสู่โปรแกรมเก็บข้อมูลลงได้ ในส่วนของการออกแบบโปรแกรมเก็บข้อมูลมีกรณีที่น่าสนใจ ได้แก่ NHANES พยายามออกแบบให้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปที่มีการผลิตจำหน่าย (commercially available software) ให้มากที่สุด และให้เลือกโปรแกรมที่เข้ากันได้กับระบบปฏิบัติการที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย เช่น MS Windows เพื่อลดต้นทุนในการจัดการข้อมูล หรือกรณีของ Health 2000 ที่มีการตั้งเป้าหมายการออกแบบโปรแกรมให้ใช้ง่าย จึงไม่จำเป็นต้องมีพนักงานที่เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในทีมเก็บข้อมูล ซึ่งช่วยลดต้นทุนได้เช่นกัน

2.2.4 การจัดการความรู้และการใช้ประโยชน์จากผลการประเมิน

การเผยแพร่ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจมี 3 รูปแบบหลัก ได้แก่ การเผยแพร่เฉพาะรายงานการวิเคราะห์ข้อมูล การเผยแพร่รายงานการวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมทั้งข้อมูลดิบและคู่มือการลงรหัส เพื่อให้ผู้ใช้ download ได้เอง และการเผยแพร่รายงานการวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมทั้งข้อมูลดิบ และคู่มือการลงรหัส แต่ต้องมีการทำข้อเสนอขออนุญาตใช้ข้อมูลเข้ามาเท่านั้น การรวบรวมแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดทำสำรวจมีหลากหลายรูปแบบ ดังนี้

- (1) รวบรวมในเว็บไซต์เฉพาะของการสำรวจ ซึ่งอาจจะเป็นเว็บไซต์ย่อย ในเว็บไซต์ของหน่วยงาน แต่ผลผลิตจากการสำรวจส่วนใหญ่ถูกรวบรวมไว้ในที่เดียวกันอย่างเป็นระบบ
- (2) รวบรวมในเว็บไซต์ของหน่วยงานที่ทำการสำรวจ โดยไม่ได้มีหน้า (page) เฉพาะของการสำรวจ อาจมีหน้าประชาสัมพันธ์การสำรวจ แต่ข้อมูลการสำรวจกระจายอยู่ตามส่วนต่างๆ ของเว็บไซต์ของหน่วยงาน ไม่ได้จัดเก็บไว้ในส่วนเดียวกัน
- (3) มีการประชาสัมพันธ์การสำรวจในเว็บไซต์ของหน่วยงานที่จัดทำการศึกษา แต่ข้อมูลจากการสำรวจกระจัดกระจายอยู่ในหลายเว็บไซต์หรือเผยแพร่อยู่ในวารสารทางวิชาการเป็นหลัก

การจัดการเว็บไซต์ในรูปแบบที่ 1 จะทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย และง่ายต่อการนำเสนอผลงานเด่น สืบเนื่องจากผลการสำรวจ เช่น NHANES และ Cohort Norway ในกรณีของการสำรวจที่มีการเผยแพร่ในรูปแบบที่ 2 และ 3 จะทำให้การค้นหาข้อมูลจากการสำรวจเป็นไปได้ยากและไม่เป็นระบบ ซึ่งทำให้การสำรวจด้วยคุณค่าลงไปมาก อีกทั้งรูปแบบการเผยแพร่ข้างต้นมีผลต่อการติดตามการใช้ประโยชน์จากการสำรวจ โดยพบว่าการสำรวจที่มีการรวบรวมในรูปแบบที่ 2 และ 3 มักจะไม่มี การติดตามการใช้ประโยชน์จากผลการสำรวจอย่างจริงจัง

2.2.5 แนวทางการพัฒนาการสำรวจในอนาคต

การทบทวนวรรณกรรมนี้พบว่า การสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายจัดเป็นการสำรวจสุขภาพที่มีต้นทุนสูงสุด ทำให้เมื่อดำเนินการสำรวจไประยะหนึ่งจะประสบปัญหางบประมาณไม่เพียงพอ ในกรณีของ NHANES และ HSE มีการขอคำปรึกษาจากคณะกรรมการภายนอก และมีข้อเสนอแนะที่คล้ายกัน คือ ให้ผู้รับผิดชอบวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อปรับลดข้อคำถามและรายการของการตรวจร่างกาย หรือลดจำนวนตัวอย่าง นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มที่น่าสนใจ คือ แผนการรวบรวมการสำรวจเข้าด้วยกัน เช่น การรวบรวม Health 2000 และ FINRISK หรือ การรวบรวม NHANES และ NHIS เพื่อประหยัดงบประมาณในการสำรวจ

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการสำรวจที่น่าสนใจประการหนึ่ง คือ การนำเสนอผลงานจาก NHANES บนเว็บไซต์ในหัวข้อ NHANES: 50 Years of Contributions to Public Health ซึ่งเป็นกลยุทธ์ในการเผยแพร่การสำรวจ การสำรวจ NHANES นี้ได้รวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบในเว็บไซต์เดียว และมีการเผยแพร่ข้อมูลดิบให้นำไปวิเคราะห์โดยเปิดให้ download รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์การใช้ประโยชน์จากการสำรวจในลักษณะข้างต้น ทำให้เมื่อค้นหาในฐานข้อมูล PubMed พบผลงานตีพิมพ์จากการสำรวจดังกล่าวถึง 36,436 รายการ ในขณะที่การสำรวจอื่นๆ พบเพียงหลักสิบหรือหลักร้อยเท่านั้น และเชื่อว่าการสำรวจเหล่านี้ได้ถูกนำไปใช้ประโยชน์ในวงกว้างเช่นกัน แต่กลับไม่สามารถนำเสนอผลงานสืบเนื่องจากการสำรวจในลักษณะนี้ได้ มีเพียง NHANES และ Cohort Norway ที่นำเสนอการนำผลการสำรวจไปใช้ประโยชน์ได้ชัดเจน โดย Cohort Norway มีฐานข้อมูลที่แสดงว่า ข้อมูลจากการสำรวจถูกนำไปใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษาทำให้จบการศึกษาไปแล้วก็ราย ซึ่งอาจจะผลจากการสร้างเครือข่ายกับมหาวิทยาลัยทำให้การเชื่อมโยงกับการศึกษาชัดเจน และเก็บข้อมูลได้สะดวก

ตารางที่ 2. 1 สรุปการทบทวนเอกสารเรื่อง การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายในต่างประเทศ

การสำรวจ	หน่วยงานรับผิดชอบ/ เครือข่าย	ระบบอภิบาล	การใช้ประโยชน์/เผยแพร่ข้อมูล	อื่นๆ
1. Health, Finland	หน่วยงานหลัก: National Institute for Health and Welfare (THL) ซึ่งเป็นสถาบันวิจัยและพัฒนา ภายใต้ Ministry of Social Affairs and Health เครือข่าย: เช่น Finnish Centre for Pensions, Social Insurance Institution of Finland, Local Government Pensions Institution, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Statistics Finland, Finnish Work Environment Fund, และ Health Fund of the State sector	คณะกรรมการกำกับทิศทาง มี Permanent Secretary, Ministry of Social Affairs and Health เป็นประธาน แบ่งการจัดการเป็น managing group, project group และคณะทำงานตามหัวข้อ 15 คณะ เช่น คณะทำงานด้าน health behaviour and psychosocial factors, cardiovascular diseases, musculoskeletal diseases, mental health, cancer, health services use, survey execution, data processing and analysis, และ clinical medical examination เป็นต้น กฎหมายที่เกี่ยวข้อง: Personal Data Act 1999, Medical Research Act 1999, Act on the Status and Rights of Patients 1992, The Declaration of Helsinki on Biomedical Research 1964, revised version 2000 และ IEA Guidelines for Good Epidemiological practice (10, 11).	ผลการสำรวจเบื้องต้นถูกเผยแพร่บนเว็บไซต์ http://www.terveys2000.fi/publications.html การเข้าถึงข้อมูลดิบ ทำได้โดยส่งข้อเสนอการวิจัยให้ทีมสำรวจ หลังจากนั้นจะผ่านการพิจารณาและส่งเป็น file กลับไปให้ทาง email โดยจะเป็น file ในรูปแบบของ SAS หรือ STATA สิ่งส่งตรวจทางชีววิทยา ที่ได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าขอข้อมูลได้ที่เว็บไซต์ THL Biobank: https://www.thl.fi/fi/web/thlfi-en/topics/information-packages/thl-biobank (12, 13) การติดตามการใช้ประโยชน์จากการสำรวจ ไม่มีระบบที่ชัดเจน การเผยแพร่บนเว็บไซต์มีเพียงรายงานการสำรวจเท่านั้น (12, 13) วิธีรายงานผลการตรวจไปยังกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลผลตรวจเบื้องต้นจะถูกแจ้งแก่กลุ่มตัวอย่างทันที ผลตรวจที่เหลือพร้อมคำอธิบาย และการแปลผลจะถูกส่งตามไปที่บ้านโดยใช้เวลา 2-3 เดือนหลังการสำรวจ หากผลการตรวจมีความผิดปกติที่ควรพบแพทย์ จะมีการติดต่อกลุ่มตัวอย่างไปก่อนทางโทรศัพท์ (10)	บุคลากร: - บุคลากรส่วนหนึ่งทำงานประจำอยู่ในหน่วยงาน เช่น พนักงานสัมภาษณ์ ภาคสนามสังกัด Statistics Finland - บุคลากรที่ให้การตรวจร่างกายเป็นการจ้างงานชั่วคราว - บุคลากรที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการสำรวจสังกัด National Public Health Institute และ National Institute for Health and Welfare (THL) (10)

การสำรวจ	หน่วยงานรับผิดชอบ/ เครือข่าย	ระบบอภิบาล	การใช้ประโยชน์/เผยแพร่ข้อมูล	อื่นๆ
2. FINRISK หรือ National FINRISK Study, Finland	หน่วยงานหลัก: National Institute for Health and Welfare ซึ่งเป็นหน่วยงานเดียวกับที่จัดการสำรวจ Health (ดูข้อ 1.) อยู่ภายใต้ Finnish Ministry of Social Affairs and Health (14)	กฎหมายที่เกี่ยวข้อง Personal Data Act 1999, Medical Research Act 1999, Act Amending the Medical Research Act 2004, Decree 2004, Act on the Status and Rights of Patients 1992, The Declaration of Helsinki on Biomedical Research 1964, revised version 2000, IEA Guidelines for Good Epidemiological practice (11)	เว็บไซต์อย่างเป็นทางการของการสำรวจ: https://www.thl.fi/fi/web/thlfi-en/research-and-expertwork/population-studies/the-national-finrisk-study การขอสิ่งส่งตรวจและข้อมูลจากการสำรวจ แนวทางการขออนุญาตและการพิจารณาคำขอได้รับการเผยแพร่บนเว็บไซต์พร้อมกับคู่มือต่างๆ (15) การใช้ประโยชน์จากการสำรวจ ข้อมูลจากการสำรวจถูกนำมาใช้ในโครงการวิจัยและติดตามเฝ้าระวังด้านสุขภาพ มีการเก็บรวบรวมบทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ไว้บนเว็บไซต์ของการสำรวจบน page ภาษาฟินนิช แต่บางบทความเป็นภาษาอังกฤษ (16)	- ไม่มีข้อมูลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระยะยาว (14) - แนวทางพัฒนาการสำรวจในอนาคต มีแผนที่จะควรรวม National FINRISK Study และ Health เป็นการศึกษาการสำรวจ National FinHealth Study ในเดือนมกราคม 2017 (17)
3. German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1) และ German National Health Interview and Examination Survey (GNHIES98)	หน่วยงานหลัก: Robert Koch Institute ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระสังกัดรัฐบาลกลางที่รับผิดชอบงานด้านระบาดวิทยาและการรายงานภาวะสุขภาพ (18, 19)	กฎหมายที่เกี่ยวข้อง German Federal Data Protection Act และ Declaration of Helsinki, 2000 (20)	- ไม่มีการรายงานผลการวิเคราะห์อย่างเป็นทางการของ GNHIES98 แต่มีการตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการ - ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นทางการฉบับสรุปของ DEGS1 ถูกเผยแพร่บนเว็บไซต์ http://www.rki.de/EN/Content/Health_Monitoring/HealthSurveys/Degs/DEGS1_results/DEGS1_results_node.html สำหรับผลการวิเคราะห์โดยละเอียดถูกตีพิมพ์ในวารสาร Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz ซึ่งเป็นวารสารภาษาเยอรมัน ข้อมูลที่สำคัญจะถูกวิเคราะห์โดยทีมผู้เชี่ยวชาญซึ่งต้องวิเคราะห์แล้วเสร็จภายในระยะเวลา 2 ปี หลังจบการสำรวจ	แนวทางพัฒนาการสำรวจในอนาคต German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS) ได้รับการพัฒนามาจาก GNHIES98 เริ่มที่ DEGS1 ในช่วงปี 2008-11 ซึ่งเป็นการสำรวจครั้งที่ 1 ของ series (19, 21)

การสำรวจ	หน่วยงานรับผิดชอบ/ เครือข่าย	ระบบอภิบาล	การใช้ประโยชน์/เผยแพร่ข้อมูล	อื่นๆ
			• การขอข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ประเด็นอื่นๆ: จัดทำข้อเสนอต่อ steering committee และ Robert Koch Institute Research Council ก่อนที่จะได้ข้อมูลไปวิเคราะห์ (19) • วิธีรายงานผลการตรวจไปยังกลุ่มตัวอย่าง ผลการตรวจเบื้องต้นจะถูกแจ้งโดยแพทย์ระหว่างการตรวจร่างกาย จากนั้น แจ้งผลการตรวจอย่างเป็นทางการแก่กลุ่มตัวอย่าง ภายใน 6-8 สัปดาห์หลังการสำรวจเสร็จสิ้น ผลการตรวจภูมิต้านทานต่อเชื้อไวรัสจะถูกแจ้งเมื่อการวิเคราะห์เสร็จเรียบร้อย (19)	
4. Cohort of Norway (CONOR)	Norwegian Institute of Public Health (NIPH) เป็นผู้รับผิดชอบหลัก โดยมีเครือข่ายเป็นมหาวิทยาลัย 4 แห่ง คือ Bergen, Oslo, Tromsø และ Trondheim (22)	NIPH เป็นหน่วยงานกลางทำหน้าที่ประสานงาน โดยแต่ละมหาวิทยาลัยที่ตั้งอยู่ในแต่ละภูมิภาคของนอร์เวย์ทำการสำรวจใน series ของตนเองหรือทำร่วมกัน การตรวจวิเคราะห์เกือบทุกรายการที่ทำที่ห้องปฏิบัติการส่วนกลางของ CONOR เช่น Department of Clinical Chemistry, Ullevål University Hospital, Oslo (22) ได้รับงบประมาณจากหลายแหล่ง ความถี่ของการสำรวจขึ้นอยู่กับการสำรวจย่อยในแต่ละ series ซึ่งขึ้นอยู่กับพื้นที่ทำการสำรวจในความดูแลของมหาวิทยาลัยใดมหาวิทยาลัยหนึ่งใน 4 แห่ง การสำรวจล่าสุดคือ HUNT survey ซึ่งเป็นการสำรวจใน	ขึ้นอยู่กับ การสำรวจย่อยในแต่ละ series (22) การเผยแพร่รายงานโดยรวมอยู่บน เว็บไซต์ www.fhi.no ภายใต้หัวข้อ Find Statistics about Health in Norway การเข้าถึงข้อมูลดิบและสิ่งส่งตรวจ สามารถขออนุญาตผ่านเว็บไซต์ www.fhi.no ภายใต้หัวข้อ Access data and biological material (22, 23) โดยจะให้ความสำคัญแก่นักวิจัยในประเทศเป็นอันดับแรก แต่นักวิจัยชาวต่างชาติก็ขอใช้ประโยชน์จากข้อมูลและตัวอย่างเลือดได้ เว็บไซต์ www.fhi.no สามารถเชื่อมโยงไปยัง page ของการสำรวจย่อย ซึ่งแสดงผลการการตีพิมพ์จากการใช้ข้อมูลการสำรวจนั้นๆ เช่น เว็บไซต์การสำรวจ Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa) มีการแบ่งประเภทผลงานจาก MoBa ออกเป็นหลายประเภท รวมทั้งงานที่ใช้ข้อมูลเป็นงานวิจัยของการเรียนระดับบัณฑิตศึกษา (วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก 35 เรื่อง และ	การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขึ้นอยู่กับ การสำรวจย่อย (22) แนวทางการพัฒนาการสำรวจในอนาคต ขึ้นอยู่กับ การสำรวจย่อย (22) หมายเหตุ: Cohort of Norway ไม่ใช่ชื่อของการสำรวจ แต่เป็นการเก็บรวบรวม (collection) ข้อมูลสุขภาพและตัวอย่างเลือดจากหลายการสำรวจ (24)

การสำรวจ	หน่วยงานรับผิดชอบ/ เครือข่าย	ระบบอภิบาล	การใช้ประโยชน์/เผยแพร่ข้อมูล	อื่นๆ
		ภูมิภาค Nord-Trøndelag ในช่วงปี 2006-2008 (11, 22) กฎหมายที่เกี่ยวข้อง: Act of 14 April 2000 No. 31 relating to the processing of personal data (Personal Data Act), The Act on the application of Biotechnology in Human Medicine 2003-02-21 no 12, Medical registers act 2001-05-18-no 24 – Act on the right of patients 1999-07-02 no 63, Declaration of Helsinki, 2000 (20)	ปริญญาโท 11 เรื่อง ณ 31 สิงหาคม 2559) มีการติดตามการวิจัยที่ใช้ข้อมูลจาก MoBa และมีการติดตามผลอยู่ตลอด (23) วิธีรายงานผลการตรวจไปยังกลุ่มตัวอย่าง 4 สัปดาห์หลังการตรวจร่างกายจะมีการส่งจดหมายให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงผลการตรวจที่สำคัญ หากกลุ่มตัวอย่างคนใดมีความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงจะได้รับการแนะนำให้ไปพบแพทย์ประจำ (22)	
5. National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), USA	หน่วยงานหลัก: Division of Health and Nutrition Examination Surveys (DHANES) เป็นหน่วยงานภายใต้ National Center for Health Statistics (NCHS) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ Centers for Disease Control and Prevention	National Health Survey Act 1956 กำหนดให้สภา Congress จัดสรรงบประมาณให้แก่การสำรวจ (30, 31) นอกจากนี้ NHANES ยังได้รับงบประมาณจากแหล่งทุนอื่นๆ ที่เป็นเครือข่ายคิดเป็น 30%-40% ของงบประมาณ (32) National Health Survey Act 1956 ให้อำนาจกับ Surgeon General ⁷ ในการ	การจัดการข้อมูล เจ้าหน้าที่ใน DHANES ทำความสะอาด และปรับปรุงข้อมูลเพื่อความถูกต้องและเพื่อปกปิดความลับของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นจะต้องส่งให้ NCHS Disclosure Review Board (DRB) เป็นผู้ตรวจสอบก่อนและต้องปรับปรุงข้อมูลตามคำแนะนำของ DRB ก่อนที่จะเผยแพร่สู่สาธารณะ การเผยแพร่ข้อมูล ส่วนที่เผยแพร่ได้จะถูกเผยแพร่สู่สาธารณะหลังจากครบ 2 ปีของแต่ละรอบการสำรวจ โดยเผยแพร่ออกมาทีละชุดปีละ 2 ครั้งจนกว่าจะหมด ข้อมูลที่เผยแพร่อยู่ใน file	บุคลากร : มีการฝึกอบรมพนักงานปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้ทราบถึงองค์ประกอบใหม่ที่เพิ่มเติมเข้ามา พนักงานสัมภาษณ์ต้องเข้าร่วมการฝึกเป็นเวลา 10 วัน พนักงานใหม่จะติดตามพนักงาน

⁷ เป็นหัวหน้าคณะทำงาน Public Health Service Commissioned Corps, PHSCC) ซึ่งอยู่ภายใต้ Public Health Service (PHS) และถูกกำกับดูแลโดย Assistant Secretary for Health (ASH)

การสำรวจ	หน่วยงานรับผิดชอบ/ เครือข่าย	ระบบอภิบาล	การใช้ประโยชน์/เผยแพร่ข้อมูล	อื่นๆ
	(CDC), US Department of Health and Human Services (HHS) เครือข่าย: HHS, Environmental Protection Agency (EPA), Department of Agriculture, Department of Housing and Urban Development รวมทั้งหลายแผนงานภายใต้ National Institute of Health (NIH) และ CDC (25-29)	สำรวจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ความพิการ และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับประชากร โดยให้เผยแพร่ผลสำรวจในเวลาอันสมควร และให้ประสานงานกับ Department of Commerce, Department of Labor และหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้การสำรวจเป็นไปอย่างราบรื่น ในทางปฏิบัติ NCHS เป็นหน่วยงานดำเนินการ โครงสร้างการบริหารจัดการภายใน DHANES มีสำนักงานผู้อำนวยการ (Office of Director) และ 4 ฝ่ายดังนี้ 1. ฝ่ายวิเคราะห์ (Analysis Branch) วิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจ เขียนรายงาน และเผยแพร่แนวทางการนำข้อมูลไปวิเคราะห์ 2. ฝ่ายสารสนเทศ (Informatics Branch) ออกแบบสารสนเทศที่ใช้ในการสำรวจ ส่งแผนงานให้ฝ่ายที่ลงพื้นที่สำรวจ ดูแลเว็บไซต์ ดูแลความปลอดภัยของข้อมูล จัดการความเสี่ยงระหว่างการ	โปรแกรมสถิติ SAS และมีการเผยแพร่เอกสารบรรยายลักษณะของข้อมูลและคู่มือรหัสที่ใช้ในการลงข้อมูล การเข้าถึงข้อมูลจะทำได้โดยการเข้าไปในเว็บไซต์ของ NHANES (https://www.cdc.gov/Nchs/Nhanes/Nhanes_questionnaires.htm)⁸ ข้อมูลบางส่วนที่ไม่ได้ถูกเผยแพร่ทางเว็บไซต์เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล หรือมีความอ่อนไหวต่อการเปิดเผยความลับ สามารถขอมาใช้วิเคราะห์ได้ผ่านเว็บไซต์ NCHS Research Data Center (RDC) โดยเขียนข้อเสนอเพื่อขอใช้ข้อมูล และต้องผ่านการพิจารณาก่อนที่จะได้ข้อมูลมาใช้ (34, 35) ผลการสำรวจเบื้องต้นถูกเผยแพร่กับข้อมูลดิบ ภายใต้หัวข้อ Data, Documentation, Codebooks, SAS Code ของการสำรวจแต่ละครั้ง แต่ก่อนหน้านั้นจะอยู่ในรูปแบบไฟล์ pdf ให้ download ได้ ส่วนรายงานเฉพาะเรื่องซึ่งได้จากการสำรวจจะถูกเผยแพร่รวมอยู่บนเว็บไซต์รวบรวมรายงานของ NCHS http://www.cdc.gov/nchs/pressroom/calendar/pub_archive.htm โดยแบ่งเป็นรายเดือน หากเป็นรายงานล่าสุดจาก NHANES จะถูกเผยแพร่บนเว็บไซต์ http://www.cdc.gov/nchs/pressroom/calendar/2014_schedule.htm#NHANES การนำข้อมูลจาก NHANES ไปใช้ประโยชน์ เช่น ใช้สร้างแผนภูมิการเจริญเติบโตของเด็ก (growth chart)	ที่มีประสบการณ์เป็นระยะเวลาหนึ่ง ก่อนลงสัมภาษณ์จริง พนักงานที่เกี่ยวข้องกับการตรวจร่างกายจะได้รับการอบรมตามหน้าที่ที่ตนรับผิดชอบ (35) แนวทางการพัฒนาการสำรวจในอนาคต ในปี 2009 Board of Scientific Counselors (BSC) ได้ทบทวน NHANES และให้คำแนะนำต่อ NCHS เพื่อพัฒนาการสำรวจในอนาคต (32) คำแนะนำประกอบด้วย 1. ใช้ผลงานของ NHANES ที่ผ่านมาในการทำการตลาด เพื่อให้มีงบประมาณเพียงพอในอนาคต 2. จัดตั้งคณะที่ปรึกษาจากภายนอกเพื่อช่วยมองภาพรวมและช่วยกำกับทิศทางของการสำรวจ

⁸ บนเว็บไซต์ของ NHANES มีการเผยแพร่ข้อมูลตั้งแต่ NHES ครั้งที่ 1 ซึ่งเป็นการสำรวจแรกในปี 1960-62 และการสำรวจในชุดที่มีการตรวจร่างกายทุกครั้ง จนถึงครั้งล่าสุด NHANES 2013-14 นอกจากนี้มีเว็บไซต์ NHANES 2015-16 แต่ยังไม่มีการเผยแพร่ข้อมูลให้ download เนื่องจากอยู่ในระหว่างการสำรวจ

การสำรวจ	หน่วยงานรับผิดชอบ/ เครือข่าย	ระบบอภิบาล	การใช้ประโยชน์/เผยแพร่ข้อมูล	อื่นๆ
		สำรวจ รวมทั้งดูแลด้านงบประมาณ ระหว่างการสำรวจ 3. ฝ่ายปฏิบัติการ (Operations Branch) ดูแลการปฏิบัติการสำรวจในพื้นที่ รวมทั้งการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 4. ฝ่ายวางแผน (Planning Branch) วางแผนการสำรวจ และพิจารณาข้อเสนอที่ถูกส่งเข้ามาเพื่อขอเพิ่มส่วนประกอบต่างๆ ของการสำรวจ เตรียมรายงานเพื่อส่งให้แก่ Office of Management and Budget และผู้ตรวจสอบข้อมูลก่อนการเผยแพร่ต่อสาธารณะ กฎหมายอื่นๆ เกี่ยวข้องกับการปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลจากการสำรวจ NHANES อยู่ภายใต้กฎหมายของรัฐบาลกลาง 3 ฉบับ คือ Privacy Act of 1974, Section 308(d) of the Public Health Service Act (42 U.S.C. 242m) และ Confidential Information Protection and Statistical Efficiency Act (CIPSEA) ซึ่งทำให้ไม่สามารถใช้ข้อมูลในประเด็นที่นอกเหนือจากที่ได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ (27, 33)	- ใช้ในการให้คำแนะนำในการบริโภคสารอาหารต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะขาดเหล็ก และการใช้ folate ในการป้องกันความผิดปกติแต่กำเนิดของทารก - ข้อมูลจากการสำรวจชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างระดับคอเลสเตอรอลกับการเกิดโรคหัวใจ และได้มีการนำข้อมูลมาใช้หาวิธีการลดระดับไขมันในเลือด - ข้อมูลระดับตะกั่วในกระแสเลือดนำไปสู่การใช้น้ำมันไร้สารตะกั่วในเวลาต่อมา การใช้ประโยชน์จาก NHANES ได้ถูกรวบรวมอยู่บนเว็บไซต์ http://www.cdc.gov/nchs/nhanes/nhanes_products.htm และ http://www.cdc.gov/nchs/video/nhanes50th_contributions/nhanes_contributions.htm ซึ่งส่วนใหญ่จะถูกติดตามผ่านทางฐานข้อมูลวิชาการ เช่น National Library of Medicine Pub Med (27, 35) วิธีรายงานผลการตรวจไปยังกลุ่มตัวอย่าง ในอดีตผลการตรวจถูกส่งไปยังแพทย์ซึ่งเป็นผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างคนนั้นๆ เพื่อช่วยในการแปลผล และรับการรักษาต่อเนื่องหากผลตรวจผิดปกติ ในปี 1988 มีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นการรายงานกับกลุ่มตัวอย่างโดยตรง โดยในปัจจุบันจะมีการแบ่งผลตรวจออกตามความสำคัญ หากตรวจพบอาการผิดปกติร้ายแรงหรือความผิดปกติที่ต้องได้รับการรักษาโดยด่วน ทีมแพทย์ของ NHANES จะรีบรายงานกับผู้ป่วยโดยตรง หากผลการตรวจเข้าได้กับเงื่อนไขบางประการจะมีการรายงานผลกลับสู่ผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว (fast track) ผลตรวจที่เหลือ	3. ทบทวนการทำ oversampling โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ทางสถิติของ oversampling เพื่อปรับลดจำนวนตัวอย่างลง 4. พิจารณาการใช้ฐานข้อมูลครัวเรือนจาก United States Postal Service (USPS) แทนการแจกจ่ายพนักงานของ NHANES เพื่อลดต้นทุน 5. พิจารณารวมการสำรวจ National Health Interview Survey (NHIS) เข้ากับ NHANES รวมทั้งการสำรวจที่อยู่ภายใต้การดูแลของ NCHS 6. ศึกษาความเป็นไปได้ในการนำข้อมูลจาก NHANES ไปใช้ในระดับรัฐ/เมือง สำหรับ รัฐ/เมืองที่มีขนาดใหญ่ 7. พิจารณาการทำการติดตามระยะยาว (longitudinal follow-up) ใน NHANES การแสวงหารายได้เชิงธุรกิจจากการสำรวจ ทำตาม

การสำรวจ	หน่วยงานรับผิดชอบ/ เครือข่าย	ระบบอภิบาล	การใช้ประโยชน์/เผยแพร่ข้อมูล	อื่นๆ
			ทั้งหมดที่ไม่มีความเร่งด่วนจะถูกรายงานโดยตรงสู่กลุ่มตัวอย่างในภายหลัง (34)	คำแนะนำของ BSC เกี่ยวกับการทำการตลาดโดยใช้ข้อมูลจาก NHANES และภายใต้หัวข้อ Survey Results and Products from the NHANES บนเว็บไซต์ได้นำเสนอผลงานเด่นๆ ที่ได้มาจากการใช้ข้อมูลการสำรวจ (36) ⁹
6. Health Survey of England (HSE)	หน่วยงานรับผิดชอบ : NHS Digital ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก Department of Health เครือข่าย: Joint Health Surveys Unit of National Centre of Social Research (NatCen) ซึ่งเป็นหน่วยงานวิจัยอิสระที่เชี่ยวชาญด้านการสำรวจ และ University College London (UCL) (37-39)	การสำรวจเป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง 3 หน่วยงาน โดยมี NHS Digital เป็นหน่วยงานหลัก ทำหน้าที่จัดการข้อมูล วิเคราะห์ และรายงานผลจากการสำรวจ และ NatCen ดูแลการปฏิบัติการสำรวจในพื้นที่ (37) NHS Digital อาจได้ทุนสนับสนุนจากภายนอกพร้อมกับการเพิ่มเนื้อหาการสำรวจบางส่วนตามที่แหล่งทุนต้องการ (37, 38, 40) กฎหมายที่เกี่ยวข้อง : Data Protection Act of 1998 และ Freedom of information Act 2000 (20)	การเผยแพร่ผลการสำรวจ ทำผ่านทางเว็บไซต์ของ 3 หน่วยงานหลักที่ร่วมกันทำสำรวจ (40-42) ข้อมูลดิบพร้อมทั้งคำอธิบายตัวแปรต่างๆ (ตัดตัวแปรที่สามารถระบุตัวตนออกไป) จากการสำรวจตั้งแต่ปี 1991 เข้าถึงได้ที่ http://discover.ukdataservice.ac.uk/series/?sn=2000021 (37, 40) โดยที่มีตัวเลือกเพิ่มให้แสดงผลการวิเคราะห์ online ผ่านหน้าเว็บไซต์ได้ ล่าสุดข้อมูลมีถึงการสำรวจปี 2014 ข้อมูลที่มีรายละเอียดมากกว่าที่กล่าวข้างต้น เข้าถึงได้โดยการทำเรื่องเสนอไปที่ NHS Digital ซึ่งผู้ได้รับอนุญาตต้องทำ Data Sharing Agreement (43) มีการเผยแพร่ผลสำรวจเด่นอยู่บนเว็บไซต์: http://healthsurvey.hscic.gov.uk/support-	บุคลากร : พนักงานสัมภาษณ์ ถูกฝึกเป็นเวลา 1 วัน โดยจะมีการสรุปประเด็นการสำรวจ ฝึกการถามคำถาม การวัดส่วนสูง และน้ำหนัก และต้องผ่านการทดสอบก่อนที่จะลงทำงาน ปฏิบัติงานสำรวจ ส่วนพยาบาลต้องผ่านมาตรฐานวิชาชีพและมีความชำนาญในการเจาะเลือด ทุกคนจะผ่านการฝึกอีก 2 วัน เพื่อให้คุ้นเคยกับเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจและเพื่อให้เข้าใจ protocol ของการเก็บข้อมูล สำหรับทีมสำรวจที่

⁹ มีการสรุปผลงานจาก NHANES ในรูปแบบ online slide presentation ในหัวข้อ NHANES: 50 Years of Contributions to Public Health (https://www.cdc.gov/nchs/video/nhanes50th_contributions/nhanes_contributions.pdf)

การสำรวจ	หน่วยงานรับผิดชอบ/ เครือข่าย	ระบบอภิบาล	การใช้ประโยชน์/เผยแพร่ข้อมูล	อื่นๆ
			guidance/public-health/health-survey-for-england-2014.aspx การใช้ประโยชน์จากการสำรวจ ใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพ ติดตามความชุกของโรค วางแผนการให้บริการสาธารณสุข การพัฒนานโยบาย ติดตามและประเมินนโยบาย หน่วยงานระดับท้องถิ่นใช้ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลระดับประเทศ และข้อมูลถูกนำไปใช้ในการทำวิจัยโดยมหาวิทยาลัย โดยมีผลงานที่โดดเด่นได้แก่ - การค้นพบว่าประชาชนจำนวนมากไม่ทราบว่าป่วยเป็นโรคไต และโรคความดันโลหิตสูงทำให้รัฐบาลต้องมีนโยบายเพื่อจัดการกับปัญหา - การประมาณการจำนวนประชาชนที่รับประทานผักและผลไม้ตามคำแนะนำของรัฐบาล เพื่อจัดสรรงบประมาณในระบบสาธารณสุข เป็นต้น (40) วิธีรายงานผลการตรวจไปยังกลุ่มตัวอย่าง ผลสำรวจเบื้องต้นถูกบันทึกอยู่บน Measurement Record Card ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ความยาวรอบเอว ความยาวรอบสะโพก และความดันโลหิต ซึ่งให้กลุ่มตัวอย่างเก็บไว้ โดยทีมสำรวจจะส่งผลความดันโลหิตให้แก่แพทย์ประจำของกลุ่มตัวอย่างด้วยหากได้รับอนุญาต ถ้าพบความผิดปกติจะมีการปรึกษาแพทย์ประจำทีมสำรวจ ซึ่งจะทำการประเมินและส่งให้แพทย์ประจำของกลุ่มตัวอย่างต่อไป (38)	เคยเข้าร่วมการสำรวจแล้วจะใช้เวลาในการฝึกฝนทบทวนเป็นเวลา 1 วัน (37) แนวทางการพัฒนาการสำรวจในอนาคต การสำรวจนี้จะได้รับงบประมาณลดลงในช่วงปี 2016-2019 จึงมีแผนการที่จะดำเนินการดังนี้ 1. ชะลอการพัฒนาเว็บไซต์ 2. ลดขนาดของรายงานฉบับเต็มลง โดยการตัดบางหัวข้อออกจากรายงาน 3. ปรับลดเนื้อหาแบบสอบถามโดยตัดข้อความบางส่วนออกไป 4. ปรับลดจำนวนตัวอย่างที่ได้รับการตรวจร่างกายลงเพื่อลดการใช้พยาบาล (ปรับลดจำนวนลงเหลือ 80% ของกลุ่มตัวอย่าง 16 ปีขึ้นไป และในกลุ่ม 0-15 ปี อาจมีการตรวจร่างกายแบบปีเว้นปี) (38)

การสำรวจ	หน่วยงานรับผิดชอบ/ เครือข่าย	ระบบอภิบาล	การใช้ประโยชน์/เผยแพร่ข้อมูล	อื่นๆ
7. Brazilian National Health Survey (Pesquisa Nacional de Saúde 2013 [PNS2013])	หน่วยงานหลัก กระทรวงสาธารณสุข และ Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) (44)	Management Committee ซึ่งแต่งตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบการสำรวจ เนื่องจากเป็นส่วนหนึ่งของ National Household Sample Survey จึงมีการวางแผนร่วมกับ IBGE ตั้งแต่เริ่มต้น หลังจากนั้นกลุ่มผู้บริหารจากกระทรวงสาธารณสุข และนักวิชาการร่วมกันวางแผนจัดทำการศึกษาสำรวจกับ 2 หน่วยงานข้างต้น (45) ผู้รับผิดชอบหลักในขั้นตอนการเก็บข้อมูลคือ IBGE โดยมีที่ปรึกษาจากกระทรวงสาธารณสุขมาร่วมในขั้นตอนการอบรมพนักงานภาคสนาม และการพัฒนาเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการสำรวจ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง Decree n.10853812.7.0000.0008 และ National Health Council (CNS) resolution n. 466 (44)	ผลการค้นหาโดยคำว่า “Brazil AND (“PNS 2013” OR “National Health Survey”)” บนเว็บไซต์ PubMed พบผลการค้นหา 40 รายการ (12 กันยายน 2559) มีการเผยแพร่รายงานการวิเคราะห์ข้อมูล โดยตีพิมพ์ในวารสาร Ciênc. saúde coletiva ฉบับ vol.21 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2016 (44) และเผยแพร่รายงานรวมถึงข้อมูลดิบบนเว็บไซต์ http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default.shtm โดยใช้ภาษาโปรตุเกสซึ่งเป็นภาษาราชการของประเทศบราซิล วิธีรายงานผลการตรวจไปยังกลุ่มตัวอย่าง หากผลการตรวจร่างกาย ผลตรวจเลือดและปัสสาวะผิดปกติ จะมีการแจ้งกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงถูกส่งต่อไปยังสถานพยาบาลใกล้เคียงเพื่อทำการตรวจรักษาต่อไป (46)	บุคลากร : มีการฝึกอบรมผู้ให้คำปรึกษา (supervisor) และผู้ประสานงานที่สำนักงานใหญ่ของ IBGE หลังจากนั้นบุคลากรกลุ่มนี้จะกระจายไปเป็นครูฝึกให้แก่พนักงานเก็บข้อมูลภาคสนามในแต่ละพื้นที่ต่อไป (46)

บทที่ 3 ระบบอภิบาลของการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย

3.1 หน่วยงานและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง

ก่อนการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายในประเทศไทยครั้งที่ 1 ในปี 2534 คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ ร่วมกับนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยต่างๆ แต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจ คณะหนึ่ง เพื่อพิจารณาเหตุผลความจำเป็นของการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในประเทศไทย ทบทวนระเบียบวิธีสำรวจทั้งในและต่างประเทศ และพิจารณาประเด็นที่ต้องการการสำรวจฯ ต่อจากนั้น กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักนโยบายและแผน (ต่อมาเป็นสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์) เป็นหน่วยงานหลักในการสำรวจฯ ครั้งที่ 1 และ 2 โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานเพื่อประสานงานและกำกับติดตามทั้งด้านบริหาร/อำนวยการ และด้านวิชาการ ซึ่งมีผู้บริหารและบุคลากรของกระทรวงจำนวนมากเข้าร่วม (ตารางที่ 3.1) อีกทั้งเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานและสถานพยาบาลในสังกัดได้มีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูลภาคสนามและตรวจวิเคราะห์ตัวอย่าง นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังสนับสนุนงบประมาณให้การสำรวจฯ ทุกครั้งร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ

ในปี พ.ศ. 2544-2545 กระทรวงสาธารณสุขและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เห็นว่า ควรมีองค์กรที่รับผิดชอบการสำรวจสุขภาพในระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดสรรงบประมาณให้ สวรส. เพื่อจัดตั้งสำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน (สกสอ.) เป็นเครือข่ายของ สวรส. โดย สวรส. จัดสรรงบประมาณอีกส่วนหนึ่งสำหรับพัฒนาความเป็นสถาบัน (institutionalization) ขององค์กรนี้ รายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 ซึ่งการจัดตั้งองค์กรสำรวจสุขภาพประชาชนขึ้นภายใต้ สวรส. เกิดจากความตั้งใจที่จะไม่จัดตั้งสำนักงานที่เป็น “เอกเทศ” แต่ให้เป็นโครงการหนึ่งของสถาบันที่มีอยู่เดิม ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องเห็นว่าเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในขณะที่ตั้ง (47) ต่อมาภายหลังจากการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 (พ.ศ.2546-2547) ก็ยังมีการเน้นย้ำถึงการสนับสนุนให้เกิดองค์กรระดับประเทศเพื่อทำหน้าที่ผลิตข้อมูลที่มีคุณภาพ และสามารถจัดการสำรวจได้อย่างต่อเนื่อง โดยให้ สวรส. ทำหน้าที่หาทุน เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่สนับสนุนการวิจัยเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบายและวางแผนพัฒนาสุขภาพของประเทศ (47-49)

สกสอ. เป็นหน่วยงานรับผิดชอบการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 “ซึ่งเปรียบเสมือนโครงการนำร่องเพื่อพัฒนาระบบสำรวจสภาวะสุขภาพของประชากรไทยในอนาคต กล่าวคือสามารถปรับรูปแบบการทำงานและบุคลากรได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น” ต่อมาในช่วงของการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 มีการเปลี่ยนแปลงชื่อหน่วยงาน สกสอ. เป็น สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท.) สำหรับการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก ได้แก่ แผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ สวรส. เช่นเดียวกัน การเปลี่ยนแปลงอีกอย่างหนึ่งที่เห็นได้ชัด คือ กระทรวงสาธารณสุขออกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการสำรวจฯ ตั้งแต่ครั้งที่ 1-3 แต่ในเวลาต่อมา สวรส. แต่งตั้งคณะกรรมการสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2550-2552 และเมื่อ สสท. ถูกลดระดับเป็นแผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ก็อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการอำนวยการสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนา

หลักประกันสุขภาพไทย ซึ่งสะท้อนว่า สวรส. มีบทบาทที่สำคัญในการดำเนินการสำรวจฯ ในระยะหลัง นอกจากนี้ในปี 2559 สสส. โดยคณะกรรมการบริหารแผน คณะที่ 7 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศทางโครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (การสำรวจครั้งที่ 5) เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. 2554 ของ สสส.

ตารางที่ 3. 1 หน่วยงานหลัก หน่วยงานสนับสนุนงบประมาณ และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 1-5

ครั้งที่	หน่วยงานหลัก	หน่วยงานสนับสนุนงบประมาณ	คณะกรรมการ
1	กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัย สาธารณสุขไทย (คณะกรรมการระบ วิทยาแห่งชาติ)	กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยสาธารณสุข ไทย	คณะกรรมการดำเนินการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย ของประชาชน (แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ 2 คณะ คือ คณะอนุกรรมการจัดทำเครื่องมือ คู่มือ และเกณฑ์ชี้วัด ของการสำรวจ และคณะอนุกรรมการวางแผน จัดเตรียมบุคลากรและพื้นที่สำรวจ)
2	กระทรวงสาธารณสุข; มูลนิธิสาธารณสุข แห่งชาติ (สถาบันวิจัย สาธารณสุขไทย)	ช่วงเตรียมการ: องค์การอนามัยโลก ช่วงดำเนินการ: กระทรวงสาธารณสุข	คณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการวิชาการ
3	สำนักงานการสำรวจ สภาวะสุขภาพอนามัย (สกอส.) สวรส.	กระทรวงสาธารณสุข	(1) คณะกรรมการดำเนินโครงการสำรวจสถานะสุขภาพ ของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 (2) คณะกรรมการดำเนินการจ้างที่ปรึกษาสำรวจ สภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนโดยการตรวจร่างกาย โดยวิธีตกลอง (3) คณะกรรมการติดตามและพิจารณาผลดำเนินการ โครงการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 (4) คณะกรรมการอำนวยการกลาง (5) คณะกรรมการติดตามบริหารการใช้ประโยชน์ ตัวอย่างในโครงการสำรวจครั้งที่ 3
4	สำนักงานสำรวจ สุขภาพประชาชนไทย (สสท.) สวรส.	กระทรวงสาธารณสุข (สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ และกรม อนามัย), สสส. สปสช. สำนักงานพัฒนาระบบ ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ	คณะกรรมการสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2550-2552 ประกอบด้วย คณะที่ 1 คณะกรรมการอำนวยการ และ คณะที่ 2 คณะกรรมการบริหารวิชาการ
5	แผนงานสำรวจ สุขภาพประชาชนไทย สำนักงานวิจัยเพื่อ พัฒนาหลักประกัน สุขภาพไทย (สวปก.)	สสส. กระทรวง สาธารณสุข และ สวรส.	• คณะกรรมการอำนวยการสำนักงานวิจัยเพื่อการ พัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย • คณะกรรมการกำกับทิศทาง โครงการสำรวจ สุขภาพประชาชนไทย (สสส.)

ในรายงานการสำรวจฯ หลายครั้งมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบอภิบาลของการสำรวจนี้ว่า รัฐควรมีนโยบายที่ชัดเจนเพื่อให้การสำรวจสุขภาพประชาชนเป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนการใช้ข้อมูลจากการสำรวจในระยะยาว ในระยะเริ่มต้นอาจบริหารในรูปคณะกรรมการและจัดสรรงบประมาณให้มีความคล่องตัว และเชื่อมโยงกับการใช้ประโยชน์ ต่อจากนั้นให้จัดตั้งองค์กรขึ้นมาเป็นฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการและนำนโยบายไปปฏิบัติ องค์กรดังกล่าวอาจเป็นภาครัฐ เอกชน หรือกึ่งเอกชน อีกทั้งมีข้อเสนอให้จัดตั้งองค์กรรับผิดชอบการสำรวจทั้งระดับประเทศและระดับภาค เพื่อให้ได้ประโยชน์จากการใช้ข้อมูลสูงสุด ซึ่งจะทำให้การวางแผนและจัดสรรทรัพยากรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (2) อย่างไรก็ตาม จนถึงปัจจุบัน ข้อเสนอแนะดังกล่าวยังไม่ถูกนำมาปฏิบัติ

3.2 งบประมาณสำหรับการสำรวจ

การสำรวจฯ ที่ผ่านมามีลักษณะเป็นโครงการที่ต้องเขียนข้อเสนอ (proposal) ขออนุมัติจากหน่วยงานต่างๆ เป็นครั้งๆ ไป โดยไม่เคยมีการจัดสรรงบประมาณระยะยาวจากภาครัฐเพื่อนำไปใช้ในการสำรวจฯ และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องที่ควรมีความต่อเนื่อง เช่น การพัฒนา/ทดสอบเครื่องมือบางประเภท การพัฒนาและจัดการฐานข้อมูล การเก็บรักษาตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ การพัฒนาศักยภาพนักวิจัยและนักวิชาการในหน่วยงานที่ผลิตและใช้ข้อมูล การจัดการความรู้และสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากข้อมูล เป็นต้น หน่วยงานให้ทุนหลักสำหรับการสำรวจฯ ครั้งที่ 1-3 ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย ส่วนแหล่งทุนของการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์และกรมอนามัย) สสส. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ส่วนครั้งที่ 5 ได้รับทุนจาก สสส. สวรส. และกระทรวงสาธารณสุข และการสำรวจฯ ครั้งที่ 2 เป็นเพียงครั้งเดียวที่ได้รับทุนส่วนหนึ่งจากองค์การอนามัยโลก โดยนำมาใช้ในขั้นตอนการเตรียมการ (ตารางที่ 3.1)

รายงานการสำรวจครั้งที่ผ่านมามีข้อเสนอให้จัดสรรงบประมาณที่มีความแน่นอน โดยอาจคำนวณวงเงินเป็นสัดส่วนของงบประมาณด้านสุขภาพ โดยมีหลักการคือข้อมูลนี้จะ เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายสุขภาพของประเทศ แต่เอกสารจากการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 และ 5 ก็ยังคงกล่าวถึงข้อจำกัดด้านงบประมาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดสรรงบประมาณเฉพาะแต่ละครั้งของการสำรวจทำให้ไม่สามารถวางแผนระยะยาวได้ จึงมีข้อเสนอให้รัฐจัดสรรงบประมาณให้ สสท. และแผนงานการสำรวจฯ อย่างเพียงพอที่จะดำเนินการสำรวจฯ เป็นเวลาอย่างน้อย 15-20 ปี รวมทั้งมีการพัฒนาทีมงานที่มีสมรรถนะในการผลิตข้อมูลสุขภาพที่มีคุณภาพ

ข้าราชการระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA1) เห็นว่าการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายเป็นโครงการที่จำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และในปัจจุบันมีหน่วยงานที่มีความสามารถให้ทุนกับการสำรวจขนาดใหญ่เช่นนี้ได้เพียงไม่กี่หน่วยงาน ซึ่ง สสส. เป็นหน่วยงานหนึ่งในจำนวนนั้น แม้จะมีผู้ตั้งข้อสงสัยว่าการให้ทุนกับการศึกษาวิจัยเป็นภารกิจของ สสส.หรือไม่ เนื่องจากในส่วนของกระทรวงเองมี

งบประมาณที่จะจัดสรรให้ได้น้อยมาก จึงเห็นว่า สสส. ควรเป็นหน่วยงานหลักที่ให้ทุนสำรวจ ในขณะที่ผู้บริหารหน่วยงานระดับสำนักใน สสส. (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA6) เห็นว่าหน่วยงานทั้งด้านสาธารณสุขและด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่ใช้ประโยชน์จากข้อมูลควรร่วมกันรับผิดชอบด้วยการให้ทุนสนับสนุนการสำรวจฯ ให้มากกว่าที่เป็นอยู่ นอกจากนี้มีข้อสังเกตว่า สปสช. ไม่สามารถให้ทุนกับการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ได้ เนื่องจากต้องระมัดระวังการใช้จ่ายงบประมาณสำหรับโครงการหรือกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการสุขภาพ แม้ สวรส. เองก็ถูกตรวจสอบและกำกับการใช้จ่ายงบประมาณอย่างเข้มงวด ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายของ สวรส. ทำให้เกิดปัญหาในการสนับสนุนงบประมาณกับการสำรวจฯ ดังกล่าว (ผู้ให้สัมภาษณ์ F4, F5) ซึ่งจะกล่าวถึงในรายละเอียดต่อไป

3.3 ปัญหาเกี่ยวกับระบบอภิบาลในช่วงการสำรวจฯ ครั้งที่ 5

ปัญหาเกี่ยวกับระบบอภิบาลที่พบในช่วงการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 เกิดจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ และการกำหนดโครงสร้างการบริหารภายใน สวรส. (8) กล่าวคือ ประมาณปี 2550 สวรส. ปรับเปลี่ยนโครงสร้างและระบบบริหารให้ สสท. เป็นแผนงานสังกัด สวปก. ต่อจากนั้นมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารของ สวรส. ซึ่งทำให้นโยบายเปลี่ยนแปลงไปด้วย ความไม่ชัดเจนในแง่กฎหมายส่งผลให้ไม่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับดูแล สวปก. แผนงานต่างๆ จึงหยุดชะงักหรือล่าช้าไปช่วงหนึ่ง ต่อมาคณะกรรมการบริหาร สวรส. ในปัจจุบันได้ออกระเบียบข้อบังคับในเรื่องสถานะทางกฎหมายของเครือข่าย ซึ่งช่วยให้แผนงานของ สวรส. ดำเนินการต่อมาได้ ในขณะที่ดำเนินการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ยังคงมีความไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบโครงการสำรวจฯ (นักวิจัยหลัก) กับ สวรส. ซึ่งเป็นต้นสังกัดของสำนักงาน/แผนงานการสำรวจฯ เช่น การพัฒนาและวางแผนการสำรวจฯ ในระยะยาว การจัดหางบประมาณสำหรับกิจกรรมเกี่ยวกับการสำรวจฯ ซึ่งควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องตามที่กล่าวข้างต้น นอกจากนี้ในช่วงของการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 (ประมาณปี 2557-2558) สวรส. ปรับการวางแผนงาน จัดการงบประมาณ การจัดทำข้อตกลงการปฏิบัติงาน (TORs) เป็นแบบปีต่อปี แทนที่จะมอบให้ สวปก.ดูแลงบประมาณสำหรับการสำรวจฯ ที่ได้จากแหล่งทุนทั้งหมด (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA4 และ SO2) เมื่อเปรียบเทียบกับระยะเวลาก่อนหน้านั้นจะพบว่า สวรส. บริหารจัดการ สสท. ได้อย่างเป็นระบบ มีโครงสร้างชัดเจนเป็นเอกภาพมากกว่า รวมทั้งมีคณะกรรมการกำกับทิศทางที่ไม่ได้ดูแลเฉพาะการสำรวจฯ แต่ครั้ง แต่ยังคงรวมไปถึงการจัดการและพิจารณาอนุมัติการใช้ประโยชน์จากข้อมูลและสิ่งส่งตรวจที่เก็บรักษาไว้อีกด้วย

อดีตผู้บริหารของ สวรส. ท่านหนึ่ง (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA3) ให้ข้อมูลว่า เนื่องจาก สวปก. มีพันธกิจด้านการพัฒนากลไกการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพและการคลังด้านสุขภาพ รวมทั้งติดตามประเมินระบบย่อยในระบบหลักประกันฯ ประเด็นที่เสนอให้คณะกรรมการที่กำกับดูแล สวปก. พิจารณาจึงเกี่ยวข้องกับงานวิจัยระบบหลักประกันฯ การคลังด้านสุขภาพ ประสิทธิภาพและความเป็นธรรมเป็นส่วนใหญ่ งานของแผนงานสำรวจสุขภาพอาจจะถูกละเลยไปบ้าง ประกอบกับบุคลากรในระดับแผนงานไม่สามารถสนองนโยบายของ สวรส. ที่ต้องการให้มีการจัดการระบบ (system management) ของการสำรวจสุขภาพในประเทศไทย และแก้ไขปัญหาการแยกย่อย (fragment) ไม่เป็นเอกภาพของการสำรวจต่างๆ ซึ่งการจัดการระบบนี้ควร

ครอบคลุมการวางแผนยุทธศาสตร์ในระยะยาว ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ และดูแลกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการสำรวจ สร้างขีดความสามารถของบุคลากร จัดการฐานข้อมูล และสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากข้อมูล นอกเหนือจากการดำเนินโครงการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายทุก 5 ปี

ในช่วงระหว่างการสำรวจ ครั้งที่ 5 ผู้รับผิดชอบติดตามความก้าวหน้าของการสำรวจฯ ของ สสส.ได้ทราบถึงความล่าช้าของโครงการและการดำเนินงานของคณะกรรมการที่กำกับดูแลโครงการของ สวรส. ประกอบกับผู้บริหาร สวรส. มีแผนจะปรับเปลี่ยนโครงสร้างภายใน โดยยกเลิกแผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ทำให้ สสส.ต้องแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศทางสำหรับการสำรวจฯ ครั้งนี้ขึ้นในเดือนมีนาคม 2559 (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA6) สาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน สวรส.เช่นนี้ คือข้อจำกัดด้านงบประมาณ และการเพิ่มความเข้มงวดเรื่องกฎระเบียบเกี่ยวกับการใช้จ่ายงบประมาณขององค์กรภาครัฐ จึงไม่สามารถให้ทุนกับหน่วยงานที่เป็นเครือข่ายได้ในระยะยาว การให้เครือข่ายหาทุนเพื่อ “เลี้ยงตัวเอง” เป็นแนวทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหา แต่ก็ไม่ประสบความสำเร็จทุกหน่วยงาน (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA4, F5)

3.4 หน่วยงานรับผิดชอบการสำรวจฯ ในอนาคต

สวรส. มีนโยบายที่จะให้โอนการสำรวจฯ ไปอยู่ในความรับผิดชอบของสถาบันหนึ่งในคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และได้ประสานกับหน่วยงานดังกล่าวแล้ว (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA4, SO2) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ที่เสนอให้สถาบันวิชาการ ได้แก่ หน่วยงานในมหาวิทยาลัย รับผิดชอบการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ทั้งในด้านการบริหารจัดการการสำรวจ ดำเนินการสำรวจ และนำเสนอผลการสำรวจอย่างต่อเนื่อง (49) อย่างไรก็ตามในขณะนี้ไม่ชัดเจนว่าหน่วยงานใดจะมีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการจัดการระบบอภิบาลการสำรวจฯ กิจกรรมเชิงพัฒนา และเพิ่มการใช้ประโยชน์จากการสำรวจฯ รวมทั้งการบริหารจัดการฐานข้อมูลและสิ่งส่งตรวจจากการสำรวจฯ ครั้งที่ผ่านมา (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA5) จากการวางแผนเตรียมการสำรวจฯ ครั้งที่ 6 ในเบื้องต้น หน่วยงานของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี จะรับผิดชอบและประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อดำเนินการสำรวจฯ จนได้ข้อมูลและผลการสำรวจที่มีคุณภาพ รวมทั้งจัดให้มีกิจกรรมที่เกี่ยวกับการสำรวจฯ โดยตรงอย่างต่อเนื่องและออกรายงานเป็นระยะๆ ซึ่งจำเป็นต้องวางระบบงานใหม่และจ้างบุคลากรประจำหลายสาขา (multidisciplinary) หน่วยงานที่จะจัดตั้งขึ้นอาจครอบคลุมโครงการสำรวจสุขภาพอื่นๆ ที่บุคลากรของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี รับผิดชอบอยู่แล้ว เช่น การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือดและเมแทบอลิซึมในพนักงานไฟฟ้าผลิตแห่งประเทศไทย (EGAT study) แต่หน่วยงานนี้จะไม่มีการกีดกันการผลักดันให้เกิดการนำผลการสำรวจไปใช้ในเชิงนโยบายและวิชาการ (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO1)

บทที่ 4 การบริหารจัดการเกี่ยวกับการสำรวจ

4.1 บทบาทของหน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการสำรวจ

นอกจากหน่วยงานหลัก หน่วยงานที่เป็นแหล่งทุน และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจ แล้ว หน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการสำรวจ สองครั้งแรกประกอบด้วยหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและสถานพยาบาล รวมทั้งมหาวิทยาลัยต่างๆ (ตารางที่ 4.1) โดยกระทรวงสาธารณสุขสั่งการหน่วยงานในสังกัดให้ช่วยสนับสนุนการสำรวจโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเก็บข้อมูลในพื้นที่ การสำรวจ ครั้งที่ 1 เป็นเพียงครั้งเดียวที่มีผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้แทนราชวิทยาลัยและสมาคมแพทย์เฉพาะทางเข้าร่วม ได้แก่ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์ สมาคมแพทย์โรคหัวใจ สมาคมอุรเวชช์ รังสีวิทยาสมาคม สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร สมาคมโรคไต สมาคมต่อมไร้ท่อ และสมาคมรูมาติสซั่ม เมื่อ สวรส. เข้ามารับผิดชอบตั้งแต่การสำรวจ ครั้งที่ 3 เป็นต้นมา ก็มีการสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายการสำรวจซึ่งนำโดยนักวิชาการในมหาวิทยาลัยหลักประจำภาคและกรุงเทพมหานคร (กทม.) เครือข่ายดังกล่าวยังคงอยู่จนถึงการสำรวจ ครั้งที่ 5 นอกจากนี้บุคลากรส่วนใหญ่ของเครือข่ายก็ยังคงเป็นชุดเดิม ยกเว้นเจ้าหน้าที่ในทีมที่ลงเก็บข้อมูลภาคสนามซึ่งประกอบด้วยนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละครั้งของการสำรวจ (ผู้ให้สัมภาษณ์ SR1, SR2, SR3)

แม้หน่วยงานและสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขจะมีบทบาทในการสำรวจอย่างต่อเนื่อง แต่ในการสำรวจ ครั้งที่ 4 และ 5 รูปแบบการประสานงานเปลี่ยนแปลงไป โดยมีเพียงการประชุมผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เป็นพื้นที่สำรวจเพื่อชี้แจงโครงการและขอความร่วมมือ แต่ขาดการสั่งการ ทำให้บุคลากรของกระทรวงเข้าใจว่าโครงการนี้เป็นการทำวิจัยของอาจารย์มหาวิทยาลัย จนมีนักวิจัยในเครือข่ายการสำรวจ บางท่าน (ผู้ให้สัมภาษณ์ SR1) ตั้งข้อสังเกตว่า กระทรวงไม่ได้แสดงความ 'เป็นเจ้าของ' และให้การสนับสนุนโครงการนี้เท่าที่ควร แม้จะเป็นหนึ่งในหน่วยงานผู้ให้ทุนและน่าจะเป็นหน่วยงานหลักที่น่าผลจากการสำรวจ ไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย สำหรับเขตชนบท บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนมีความสำคัญมาก เพราะสามารถให้การสนับสนุนการสำรวจโดยการประสานติดตาม นัดหมายกับผู้นำชุมชนและประชาชนได้เป็นอย่างดี แต่ในการสำรวจ สองครั้งที่ผ่านมา ในบางพื้นที่ นักวิจัยและทีมสำรวจภาคสนามต้องขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยตนเอง ซึ่งบางกรณีจะประสบความสำเร็จได้ก็ต้องใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวกับบุคลากรสาธารณสุขแต่ละราย เช่น รู้จัก/ทำงานร่วมกันในโครงการอื่นๆ หรือเคยเป็นอาจารย์-ลูกศิษย์กันมาก่อน

ตารางที่ 4. 1 เครือข่าย/ผู้ประสานงานการเก็บข้อมูลในการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 1-5

ครั้งที่	เครือข่าย/หน่วยงานประสานงานเก็บข้อมูล
1	กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการภาคสนามในจังหวัดตัวอย่างทั่วประเทศ มีผู้ประสานงานประจำภาค และทีมเก็บข้อมูลรายจังหวัด; ในเขตกรุงเทพมหานคร รับผิดชอบโดยสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ครั้งที่	เครือข่าย/หน่วยงานประสานงานเก็บข้อมูล
2	ผู้ประสานงาน: กรุงเทพมหานคร – พญ.พรพันธุ์ บุณยรัตพันธุ์; ภาคกลาง – นพ.ภิรมย์ กมลรัตนกุล; ภาคเหนือ – นพ. สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์; ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ – มีผู้ประสานงานรายจังหวัด
3	กรุงเทพมหานคร - คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล; ภาคกลาง – คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ภาคเหนือ - คณะพยาบาลศาสตร์ ม.เชียงใหม่; ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ – คณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น; ภาคใต้ – คณะแพทยศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์
4	ภาคเหนือ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ ม.เชียงใหม่ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.ขอนแก่น ม.มหาสารคาม และ ม.บูรพา; ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น; ภาคใต้ หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์; ภาคกลาง วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; กรุงเทพมหานคร ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี
5	ภาคเหนือ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ ม.เชียงใหม่; ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น; ภาคใต้ คณะแพทยศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์; ภาคกลาง วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; กรุงเทพมหานคร ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี

ในส่วนของทีมสำรวจ ผู้ที่มีประสบการณ์ในการสำรวจฯ แต่แต่ละครั้งมีความเห็นที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้เขียนรายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 1 เสนอว่าควรมีทีมสำรวจระดับภาคหรือระดับประเทศเพียงทีมเดียว เนื่องจากการมีทีมระดับจังหวัดทำให้ความแปรปรวนของข้อมูลสูงและยากต่อการควบคุมคุณภาพ นอกจากนี้ควรให้ทุกทีมใช้เครื่องมือมาตรฐานของส่วนกลางเพียงชุดเดียว แต่ต้องพิจารณาเงื่อนไขเรื่องเวลา งบประมาณ และอื่นๆ (2) แต่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจฯ ครั้งที่ 2 เห็นว่าควรใช้ทีมระดับจังหวัด แต่ต้องปรับการจัดองค์การการสำรวจและเน้นการฝึกอบรมให้มีคุณภาพ เพื่อลดความแตกต่างระหว่างผู้เก็บข้อมูลในจังหวัดที่ต่างกัน (50) ต่อมาการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 มีข้อเสนอแนะให้มีจำนวนทีมภาคสนามน้อยที่สุดเพื่อลดความคลาดเคลื่อน โดยมีทีมจากส่วนกลางเป็นหน่วยเคลื่อนที่ตระเวนไปเก็บข้อมูลตามพื้นที่ต่างๆ และประสานงานกับหน่วยวิชาการและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของข้อมูล (48) ในทำนองเดียวกันผู้รับผิดชอบการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 เสนอให้มีทีมเก็บข้อมูลภาคสนามที่ทำงานอย่างต่อเนื่อง 3-4 ทีม เพื่อการควบคุมคุณภาพมาตรฐานและลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ผู้ที่ทำหน้าที่ตรวจ/ทดสอบสุภาพได้รับการฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอ (49)

4.2 การกำหนดประเด็นการสำรวจ

การสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในประเทศไทยครอบคลุมประเด็นที่หลากหลาย และมีส่วนที่แตกต่างกันในแต่ละครั้งของการสำรวจ ซึ่งอาจแบ่งประเด็นเหล่านี้ออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (ก) ข้อมูลลักษณะประชากร อายุ เพศ เขตที่อยู่อาศัย (ใน-นอกเขตเทศบาล) สถานะทางเศรษฐกิจ/สังคม (ข) สถานะสุขภาพ เช่น โรคเรื้อรังที่ได้จากการวินิจฉัยของแพทย์ การพึ่งพิงของผู้สูงอายุ (ค) พฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร การใช้ยา และ (ง) ข้อมูลที่ได้จากการ

ทดสอบ/ตรวจร่างกาย เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันเลือด ระดับไขมันในเลือด ความเข้มข้นของเลือด พัฒนาการเด็ก

จากการทบทวนเอกสารพบว่า มีการสำรวจฯ เพียงสองครั้งที่กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกประเด็นที่จะสำรวจไว้ คือ ครั้งที่ 1 ระบุว่าได้เลือกประเด็นที่สามารถนำผลการสำรวจไปใช้วางแผนป้องกันได้ ไม่มีผู้เคยทำการสำรวจในเรื่องนั้นๆ มาก่อน เป็นประเด็นเกี่ยวกับความผิดปกติและการเจ็บป่วยที่มีอยู่เป็นจำนวนมาก แต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการในสถานพยาบาลน้อย และเป็นปัญหาสุขภาพที่สามารถแก้ไขได้ด้วยการจัดบริการสาธารณสุข (2) และในครั้งที่ 5 มีเกณฑ์รวม 3 ข้อ ได้แก่ (ก) ขนาดของปัญหาหรือภาระโรค (Burden of disease) ในประเทศไทย (ข) มีช่องว่างทางความรู้เกี่ยวกับปัญหาที่ระบบรายงานสาธารณสุขปกติไม่สามารถแสดงได้อย่างชัดเจน และ (ค) ประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายสุขภาพ รวมทั้งการประเมินผลของโครงการสาธารณสุขต่างๆ ที่กำลังดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน (51)

รายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 1 2 4 และ 5 ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประเด็นการสำรวจครั้งต่อไปไว้หลายประการ (ตารางที่ 4.2) เช่น ครั้งที่ 4 และ 5 มีข้อเสนอให้จัดกระบวนการให้หน่วยงานที่ใช้ประโยชน์จากการสำรวจ ได้แก่ สสส. สปสช. หน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ เสนอประเด็นที่ควรสำรวจเพิ่มเติม (48, 49) นอกจากนี้มีข้อสังเกตว่าข้อเสนอแนะเรื่องประเด็นการสำรวจบางข้อขัดแย้งกันหรือไม่ได้นำมาปฏิบัติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ดำเนินการสำรวจแต่ละครั้งมีแนวคิดที่แตกต่างกัน เช่น ครั้งที่ 1 เสนอว่าหากไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ก็ไม่จำเป็นต้องรวมประเด็นโรคเรื้อรังไว้ในการสำรวจทุกครั้ง (2) แต่การสำรวจทุกครั้งหลังจากนั้นก็ยังคงมีการวัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาลและโคเลสเตอรอลในเลือด

ในส่วนของ‘ความจำเป็นของการสำรวจ’และ‘ความจำเป็นที่ต้องใช้ข้อมูล’นั้นอยู่ในข้อเสนอแนะจากรายงานการสำรวจฯ สองครั้งแรก โดยในครั้งที่ 2 เสนอให้กระทรวงสาธารณสุขวิเคราะห์ความจำเป็นต้องใช้ข้อมูล แยกแยะแหล่งที่มาแล้วบ่งชี้รายการข้อมูลที่ควรได้จากการสำรวจ และหากมีการติดตาม ป้องกันและแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีการวางระบบข้อมูลรองรับประเด็นสุขภาพหนึ่งๆ แล้ว ประเด็นเหล่านี้ก็ไม่จำเป็นต้องบรรจุในการสำรวจครั้งต่อไป (50) สำหรับข้อเสนอจากการสำรวจครั้งที่ 4 ให้มีการวางแผนระยะกลางและระยะยาวเกี่ยวกับประเด็นที่จะสำรวจ (48) ก็ไม่ปรากฏว่ามีการวางแผนดังกล่าว แม้ผู้รับผิดชอบการสำรวจครั้งที่ 5 จะเป็นหน่วยงานเดิม

ตารางที่ 4. 2 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประเด็นการสำรวจ จากรายงานการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย

ครั้งที่	ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประเด็นการสำรวจ
1	ปัจจัยที่ควรพิจารณา • โรคเรื้อรังไม่ต้องสำรวจบ่อย หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วที่ส่งผลถึงการเกิดโรค • ความต้องการและความจำเป็นของการสำรวจ • การสำรวจแบบภาคตัดขวาง หรือ การติดตามในระยะยาว • ในรอบต่อไป ควรเลือกโรคติดต่อบางชนิดที่มีแนวโน้มจะเป็นปัญหาสำคัญ (เพื่อประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย)

ครั้งที่	ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประเด็นการสำรวจ
	ประเด็นที่ควรสำรวจในครั้งต่อไป: พัฒนาการเด็ก; สุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์ และอนามัยแม่และเด็ก มะเร็งปากมดลูกและเต้านมในสตรี; โรคตับแข็ง ภาวะโลหิตจาง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง นิ้วในระบบทางเดิน ปัสสาวะ; ภาวะโภชนาการ ทูพโภชนาการและอ้วน น้ำหนักเกิน; สิ่งแวดล้อมและปัญหาสุขภาพจากมลภาวะ ความพิการ สาเหตุและระยะเวลาที่ทำการกิจกรรมต่างๆ ไม่ได้ การสำรวจที่ควรทำเป็นประจำทุกครั้ง: การเจ็บป่วยเฉียบพลัน การบาดเจ็บและการถูกทำร้าย; การดูแลรักษาสุขภาพและการใช้บริการสาธารณสุข; ภาวะโภชนาการ โลหิตจาง; พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา พฤติกรรมทางเพศ การใช้ยา การออกกำลังกาย การสำรวจที่ไม่จำเป็นต้องทำในรอบต่อไป หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างรวดเร็ว: วัดความดันโลหิต; ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ; ตรวจระดับน้ำตาลและระดับโคเลสเตอรอลในเลือด; อาการปวดข้อ/หลังเรื้อรัง; ลมชัก
2	ข้อเสนอแนะ - กระทรวงสาธารณสุขควรวิเคราะห์ความจำเป็นต้องใช้ข้อมูล แยกแยะแหล่งที่มา และบ่งชี้รายการข้อมูลที่จะได้จากการสำรวจ กำหนดล่วงหน้าให้กับคณะที่จะทำการสำรวจครั้งต่อไป วางมาตรการ วิธีการสำรวจ เสนอกลับมาให้ สำนักนโยบายและแผนเพื่อพิจารณาเลือกสรรวิธีการที่เหมาะสมในการดำเนินการต่อไป - ในอนาคต อาจจะมีประเด็นหลักในการศึกษาอื่นๆ ติดตามมาซึ่งยังไม่เป็นที่ตระหนักในปัจจุบัน ประเด็นหลักในการสำรวจครั้งต่อไปควรจะเป็นประเด็นใหม่ ที่ไม่อาจหาข้อมูลได้จากระบบปกติ การสำรวจที่ไม่จำเป็นต้องทำในรอบต่อไป ในการสำรวจนี้กำหนดประเด็นพัฒนาการของเด็กปฐมวัย เยาว์ปัญญาในเด็กวัยเรียน สุขภาพ พฤติกรรม ตลอดจนสุขภาพสตรีของวัยแรงงาน และภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ เป็นความต้องการปัจจุบัน หากมีการติดตาม แก้ไขปัญหา ส่งเสริมสุขภาพและมีการวางระบบข้อมูลรองรับแล้ว ประเด็นเหล่านี้ก็ไม่จำเป็นต้องบรรจุในการสำรวจครั้งต่อไป
4	- วางแผนระยะกลางและระยะยาวเกี่ยวกับประเด็นที่จะสำรวจ โดยมีการสำรวจต่อเนื่องเป็นระยะๆ และเสริมด้วยการสำรวจประเด็นเจาะลึกตามกลุ่มอายุ และ/หรือตามประเด็นสุขภาพที่เป็นปัญหา ต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เช่น การสำรวจสุขภาพเด็ก และผู้สูงอายุ เป็นต้น - เตรียมการให้หน่วยงานที่ใช้ข้อมูล เช่น สสส. สปสช. หน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ เสนอประเด็นสุขภาพที่ควรมีการสำรวจเพิ่มเติม
5	จัดกระบวนการให้หน่วยงานที่ใช้ประโยชน์จากข้อมูล เช่น กระทรวงสาธารณสุข สสส. สปสช. นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ มีส่วนร่วมเสนอประเด็นการสำรวจ โดยมีเกณฑ์การเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพที่ควรมีการสำรวจ เช่น ภาระโรคสูง และมีการเจาะลึกประเด็นหรือตามกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

ผู้รับผิดชอบการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO1, SO2) ให้ข้อมูลว่าใช้เวลาประมาณ 1 ปีในการคัดเลือกประเด็นที่จะสำรวจ โดยการทบทวนเอกสาร เช่น เอกสารนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อศึกษาว่าประเด็นสุขภาพใดเป็นประเด็นที่กระทรวงให้ความสนใจ อีกทั้งได้เชิญผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยและกรมต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุขมาหารือ ส่วน สสส.ซึ่งเป็นหนึ่งในผู้ให้ทุน ได้มีการรวบรวมข้อเสนอประเด็นการสำรวจจากหน่วยงานย่อยในองค์กร (สำนัก) (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA6) นักวิจัยในโครงการสำรวจฯ ครั้งนี้ (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO1) กล่าวว่าผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนนี้ส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการ การเสนอและคัดเลือกประเด็นสำรวจไม่ได้เป็นระบบที่เปิดกว้าง และใช้ประเด็นที่เคยสำรวจในครั้งก่อนเป็นหลัก เพื่อ

ประโยชน์ในการเปรียบเทียบและศึกษาแนวโน้ม สำหรับนักวิชาการในเครือข่าย (ผู้ให้สัมภาษณ์ SR1, SR4) ให้ข้อมูลว่า ตนไม่มีบทบาทในการกำหนดประเด็นการสำรวจ (แต่ให้ความเห็นเกี่ยวกับเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นสำหรับเก็บข้อมูลบางประเด็น) ซึ่งมีส่วนทำให้ปัญหาสุขภาพระดับภาคหรือปัญหาเฉพาะพื้นที่ไม่อยู่ในความสนใจ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจ ครั้งที่ 4 และ 5 (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO1) ยอมรับว่าควรยึดเอาความต้องการใช้ประโยชน์เชิงนโยบายเป็นหลัก แทนที่จะเป็นความต้องการของนักวิชาการ ดังนั้นในอนาคตอาจจำเป็นต้องพัฒนากระบวนการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นการสำรวจให้เป็นระบบมากขึ้น

แม้จะยึดเอาประเด็นการสำรวจครั้งที่ผ่านมาเป็นหลัก ประเด็นเหล่านี้รวมทั้งประเด็นที่มีผู้เสนอเพิ่มเข้ามาอาจถูกตัดออกจากหลายสาเหตุ เช่น มีงบประมาณไม่เพียงพอสำหรับการเก็บข้อมูลและการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ หรือประเด็นที่เพิ่มเข้ามาจะเป็นอุปสรรคในการเก็บข้อมูล (ทำให้แบบสอบถามทั้งชุดยาวเกินไป หรือมีคำถามที่ยาก/ซับซ้อนเกินกว่าพนักงานเก็บข้อมูลจะนำไปใช้) เป็นต้น สำหรับประเด็นที่เคยมีปัญหาไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ในการสำรวจครั้งที่ผ่านมา เช่น การเจาะเลือดเด็กเล็ก การตรวจสมรรถภาพปอด ก็ถูกตัดออกเช่นเดียวกัน (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO2) แม้ สวปก. ซึ่งเป็นต้นสังกัดของแผนงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย จะเสนอให้เพิ่มประเด็นสุขภาพของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ได้รับการดูแลในระยะยาว (long-term care) แต่ก็ถูกตัดออก เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถเดินทางไปยังสถานที่เก็บข้อมูลในชุมชน หากรวมไว้ใน การสำรวจ จะมีต้นทุนที่เพิ่มขึ้นจากการที่ทีมภาคสนามต้องเดินทางไปตามบ้าน จะทำให้งบประมาณที่มีอยู่ไม่เพียงพอ และใช้เวลาเพิ่มขึ้น (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA5) จะเห็นได้ว่าความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลและงบประมาณเป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดประเด็นการสำรวจ

เนื่องจากประเทศไทยไม่มีนโยบายหรือยุทธศาสตร์ด้านการสำรวจสุขภาพของประเทศ บางประเด็นของการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายอาจซ้ำซ้อนกับการสำรวจอื่นๆ ที่ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ กรม/กองในกระทรวงสาธารณสุข สถาบันการศึกษา และองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากร การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ เป็นต้น ในขณะเดียวกันก็ไม่มีการวางแผนให้การสำรวจสุขภาพต่างๆ ที่มีจุดเด่นในแต่ละด้านสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลในช่วงเวลาที่เหมาะสม ทนต่อการใช้ประโยชน์ของผู้กำหนดนโยบายและเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าการสำรวจสุขภาพหลายโครงการได้รับทุนจาก สสส.หรือใช้งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขเช่นเดียวกับการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ในส่วนของ สสส. ผู้เชี่ยวชาญที่ร่วมทบทวนข้อเสนอโครงการสำรวจ ครั้งที่ 5 มีการพิจารณาคุณภาพด้านวิชาการ การบริหารจัดการ วงเงินงบประมาณ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เฉพาะที่ระบุในข้อเสนอการสำรวจครั้งดังกล่าวเท่านั้น (ผู้ให้สัมภาษณ์ EP2)

การสำรวจ ครั้งที่ 4 เป็นครั้งแรกที่รวมประเด็นเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เพื่อให้ทราบแบบแผนการบริโภคอาหารประเภทต่างๆ และประเมินปริมาณของการได้รับพลังงานและสารอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเดิมเป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประชากรไทย ที่สำนักโภชนาการ กรมอนามัย และภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นหน่วยงานรับผิดชอบ และมีการสำรวจมาแล้ว 5 ครั้ง ในปี 2503, 2518, 2529, 2538 และ 2546 (52) การนำประเด็นดังกล่าวมารวมอยู่ใน

การสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายมีสาเหตุจากกรมอนามัยขาดงบประมาณและบุคลากรสำหรับดำเนินการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการต่อไป (ผู้ให้สัมภาษณ์ PH1, SO1) ทั้งนี้กรมอนามัยได้สนับสนุนเงินทุนจำนวนหนึ่งแก่โครงการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 และเครือข่ายนักวิชาการในการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเตรียมการ รวมทั้งการจัดเตรียมแบบสอบถาม อย่างไรก็ตามในการสำรวจ ครั้งที่ 5 ซึ่งยังคงครอบคลุมประเด็นการบริโภคอาหารและโภชนาการ ไม่ได้รับงบประมาณจากกรมอนามัย (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO2)

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและบุคลากรของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและ สสส.พบว่า บางท่านเห็นด้วยที่จะให้มีการสำรวจสุขภาพในประเด็นเดียวกันมากกว่าหนึ่งการสำรวจ เพื่อเปรียบเทียบผลจากแหล่งต่างๆ โดยคิดว่าเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และหาสาเหตุที่ทำให้ข้อมูลไม่ตรงกันว่าเกิดจากวิธีวิจัย คุณภาพของเครื่องมือ นักวิจัย หรือการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้เกิดการพัฒนามากกว่าจะใช้ข้อมูลจากการสำรวจเดียว (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA1, PH2) บางท่านให้ข้อมูลว่า หลายหน่วยงานทราบถึงความซ้ำซ้อนของประเด็นและความแตกต่างของข้อมูล แต่ก็ไม่ได้คิดว่าเป็นเรื่องสำคัญหรือเป็นปัญหาเนื่องจากหน่วยงานดังกล่าวจะเลือกใช้ข้อมูลที่สอดคล้องกับนโยบาย/ยุทธศาสตร์ที่จะขับเคลื่อนในช่วงเวลานั้นๆ หรือเลือกใช้ข้อมูลจากแหล่งที่เห็นว่ามีความคุณภาพหรือเหมาะสมที่สุด (ผู้ให้สัมภาษณ์ EP6, EP7)

4.3 การติดตามและประเมินผลโครงการสำรวจฯ

ในระยะแรกที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักของการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย การติดตามประเมินผลโครงการสำรวจฯจะเป็นหน้าที่ของคณะกรรมการที่กระทรวงแต่งตั้งขึ้น (ตารางที่ 3.1) และเป็นไปตามระเบียบการใช้เงินงบประมาณของรัฐ แต่ในคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเหล่านี้ไม่มีการกล่าวถึงบทบาทหน้าที่ดังกล่าวอย่างชัดเจน เช่น คณะกรรมการดำเนินการสำรวจฯ ครั้งที่ 1 มีหน้าที่กำหนดแนวทางและระเบียบวิธีการสำรวจ กำหนดแนวทางบริหารจัดการของการสำรวจ จัดสรรทรัพยากรและมอบหมายงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขและวางแผนจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ (2) ในการสำรวจครั้งที่ 4 คณะกรรมการสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย รวม 2 คณะ ได้แก่ คณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการบริหารวิชาการ แต่ละคณะประกอบด้วยผู้บริหารระดับสูงของแหล่งทุน (ผู้อำนวยการ สวรส. ผู้อำนวยการ สนย. ผู้อำนวยการ สสส. และเลขาธิการ สปสช.) นักวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้แทนเครือข่ายการสำรวจฯ หนึ่งในหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารวิชาการ คือ การกำกับติดตามการสำรวจให้เป็นไปตามมาตรฐานทางวิชาการ (48) สำหรับการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 สวรส. ไม่ได้แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมากำกับติดตามประเมินผลการสำรวจฯ เป็นการเฉพาะ เนื่องจากหน่วยงานที่ดำเนินการสำรวจสุขภาพมีสถานะเป็นแผนงาน ไม่ได้เป็นสำนักงานอีกต่อไป ทั้งนี้ สวรส. แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ซึ่งเป็นต้นสังกัดของแผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย แต่คณะกรรมการก็เน้นที่การกำกับพันธกิจของ สวปก. ได้แก่ การวิจัยเพื่อประเมินระบบหลักประกันสุขภาพและการเงินการคลังด้านสุขภาพเป็นหลัก (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA3)

ในบางช่วงเวลาของการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 สวรส. มีข้อกำหนดให้แผนงานทำข้อตกลงการปฏิบัติงาน (TORs) เป็นรายปี และจัดให้มีการประเมินผลการดำเนินงานแต่ละปีเช่นเดียวกัน (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA4)

จากการสัมภาษณ์บุคลากรของแผนงานฯ (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO2) พบว่าแม้จะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการหรือคณะกรรมการกำกับทิศทาง แต่ในทางปฏิบัติคณะกรรมการนี้มีบทบาทในการกำกับดูแลโครงการค่อนข้างน้อย ส่วนคณะกรรมการด้านวิชาการ ผู้รับผิดชอบการสำรวจ ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ และเครือข่ายการสำรวจได้ติดตามความก้าวหน้าและแก้ไขปัญหาอย่างใกล้ชิด ในการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ไม่มีกลไกที่หน่วยงานให้ทุนทั้งสามร่วมกันติดตามและประเมินผล แต่ สสส. และ สวรส. ติดตามการสำรวจฯ เป็นระยะๆ โดยให้ผู้รับผิดชอบรายงานความก้าวหน้าและจัดส่งเอกสารที่เป็น ‘ผลผลิต’ ของแต่ละช่วงเวลา เช่น แบบสอบถาม คู่มือการสำรวจฯ โปรแกรมรายงานผลการตรวจร่างกาย และแผนการใช้ประโยชน์จากข้อมูล เพื่อประกอบการเบิกเงินเป็นรายงวด (51) นอกจากนี้ สสส.ได้เชิญผู้รับผิดชอบโครงการไปนำเสนอความก้าวหน้าในการประชุมคณะกรรมการบริหารแผนงานของ สสส. เป็นระยะๆ (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO2) ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข การติดตามความก้าวหน้าของโครงการต่างๆ ที่ได้รับทุนเป็นไปอย่างไม่ทั่วถึงเนื่องจาก สนย.มีภาระงานมาก อีกทั้งในช่วงของการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 มีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร สนย. บ่อยครั้ง ประกอบกับผู้บริหารบางท่านไม่ได้สนใจที่จะนำข้อมูลมาใช้ จึงขาดการกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA1, FA5)

สสส. ให้ทุนแก่การสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ตั้งแต่ตุลาคม 2555 ถึงมิถุนายน 2558 แต่ผู้รับผิดชอบจัดทำรายงานแล้วเสร็จในราวเดือนตุลาคม 2559 ดังที่ได้กล่าวแล้วในหัวข้อ 3.1 ตามระเบียบของ สสส. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศทางในเดือนมีนาคม 2559 ซึ่งเป็นเวลาที่มีการสำรวจครั้งดังกล่าวใกล้จะแล้วเสร็จและมีการประชุมเพียง 1 ครั้งในเดือนพฤษภาคม 2559 มีวาระการประชุมแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน คือ การรับฟังการนำเสนอผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 และให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบอภิบาลของการสำรวจฯ ครั้งต่อไป (53) จึงกล่าวได้ว่าคณะกรรมการนี้ไม่มีบทบาทในด้านการติดตามความก้าวหน้าและให้คำแนะนำแก่ผู้รับผิดชอบโครงการสำรวจฯ ครั้งที่ 5

ในส่วนของ สวรส. เป็นทั้งแหล่งทุนและเป็นต้นสังกัดของแผนงานการสำรวจฯ แต่ไม่ได้ติดตามการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด ซึ่งอาจเป็นเพราะในระยะเวลาเดียวกันได้เกิดปัญหาด้านการบริหารจัดการภายในหน่วยงาน (ดูหัวข้อ 3.3) ผู้รับผิดชอบการสำรวจฯ จึงค่อนข้างมีอิสระในการทำงาน และมีข้อสังเกตว่าผู้ให้ทุนทั้งสามหน่วยงานสนใจเฉพาะผลจากการสำรวจและรายงานการสำรวจเท่านั้น (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA6, SO2) นอกจากนี้ข้อเสนอโครงการสำรวจระบุว่า ผู้รับผิดชอบจะบริหารจัดการให้เกิดการใช้ประโยชน์จากการสำรวจ ซึ่งนอกเหนือจากการเผยแพร่รายงานแล้ว ยังมีกิจกรรมอื่นๆ เช่น การตีพิมพ์บทความวิชาการ จัดการข้อมูลฐานข้อมูลและข้อมูลวิเคราะห์สำเร็จ (tabulated data) และจัดทำสื่อเพื่อประชาชนทั่วไป (51) กิจกรรมเหล่านี้บางส่วนอาจจะทยอยดำเนินการภายหลังสิ้นสุดโครงการ แต่ก็ไม่ปรากฏว่าผู้ให้ทุนมีกลไกติดตามผลผลิตและประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ การใช้ประโยชน์จากการสำรวจฯ ด้วยวิธีใด และมีอะไรเป็นตัวชี้วัด

4.4 การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

รายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 ได้เสนอประเด็นด้านศักยภาพของผู้นำองค์กรที่รับผิดชอบการสำรวจ และนักวิจัยว่า ผู้นำองค์กรควรเป็น “แพทย์ที่มีความรู้ด้านระบาดวิทยา” และสาขาอื่นที่จำเป็น โดยเฉพาะด้านการวิจัยและสถิติ รวมทั้งมีความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับเครือข่ายนักวิชาการและเครือข่ายส่วนภูมิภาคที่เป็นหน่วยเก็บรวบรวมข้อมูล (47) สำหรับนักวิจัยนั้น มีข้อเสนอให้สร้างเครือข่ายกับสถาบันในต่างประเทศในรูปของ expert task forces และให้ สวรส. สนับสนุนเครือข่ายวิชาการ เช่น มหาวิทยาลัยต่างๆ ให้พัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยเพื่อสำรวจสุขภาพ รวมถึงพัฒนาเทคนิคในการเข้าถึงประชากรเป้าหมายที่มีสถานะทางสังคมเศรษฐกิจต่างๆ กัน และทำงานอย่างต่อเนื่องระยะยาวขนานกับโครงการในส่วนกลาง

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ผู้รับผิดชอบโครงการสำรวจฯ และนักวิจัยในเครือข่ายเกือบทั้งหมดเป็นแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา ทั้งนี้ผู้ให้ความเห็นว่านักวิชาการสาขาอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งสาขาที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอาจไม่เหมาะกับการเป็นนักวิจัยหลัก เนื่องจากมีช่องว่างในการประสานงานที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางการแพทย์และสาธารณสุข (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO1) ส่วนการพัฒนาศักยภาพตามข้อเสนอข้างต้นอยู่ในลักษณะที่ไม่เป็นทางการและเน้นที่บุคลากรในหน่วยงานรับผิดชอบการสำรวจและมหาวิทยาลัยที่เป็นเครือข่ายใน กทม. และภูมิภาค ในมุมมองของนักวิจัยในเครือข่ายการสำรวจบางราย การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและหน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการสำรวจฯ ไม่ใช่วัตถุประสงค์ของโครงการสำรวจ อีกทั้งในทางปฏิบัติก็ไม่ได้วางแผนด้านการพัฒนาศักยภาพไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสำรวจที่เว้นระยะถึงเกือบ 5 ปีอาจจะทำให้ประโยชน์ในส่วนนี้ลดลง เนื่องจากบุคลากรไม่ได้ทำงานสำรวจอย่างต่อเนื่อง (ผู้ให้สัมภาษณ์ SR1) หากแต่บางเครือข่ายที่มีความต่อเนื่องของบุคลากรในโครงการคิดว่า การเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ เป็นโอกาสที่จะเรียนรู้และเพิ่มประสบการณ์ด้านการสำรวจภาคสนามที่มีการดำเนินงาน/ประสานงานกับภาคส่วนในพื้นที่เพื่อการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและมีตัวอย่างขนาดใหญ่ อีกทั้งอาจจะนำประสบการณ์ไปใช้สอนนักศึกษาซึ่งถือว่าเป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรของประเทศในอนาคต (ผู้ให้สัมภาษณ์ SR2)

ภายหลังจากการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 ได้มีการของบประมาณตามแผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยสำหรับกิจกรรมพัฒนาสมรรถนะบุคลากรและเครือข่าย ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ด้านการสำรวจระหว่างส่วนกลางและเครือข่าย ผ่านการประชุมวิชาการเกี่ยวกับ “แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลและการแลกเปลี่ยนทางวิชาการ” (54) ต่อมาผู้รับผิดชอบการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 เสนอของบประมาณเป็นส่วนหนึ่งของ proposal ที่ระบุว่า จะดำเนินการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรโดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการสำรวจและการวิเคราะห์ข้อมูลให้แก่บุคลากร สนับสนุนนักวิจัยในการวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานวิชาการ และจัดประชุมวิชาการเพื่อนำเสนอผลงานและแลกเปลี่ยนผลงานวิชาการ แต่ข้อเสนอโครงการไม่ได้กล่าวถึงกลุ่มเป้าหมาย เนื้อหาของกิจกรรม ผลผลิต ผลลัพธ์ และตัวชี้วัดของกิจกรรมเหล่านี้ ซึ่งคล้ายกับข้อเสนอโครงการแผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยในปี 2554 (54) การที่ประเทศไทยไม่มีสถาบันที่รองรับการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ทำให้ไม่มีผู้รับผิดชอบการขอทุน/งบประมาณและบริหารจัดการเรื่องการพัฒนาศักยภาพให้เป็นระบบ (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA5, SO1) นอกจากนี้ ผู้บริหารหน่วยงานภายใน สสส. (FA6) ให้

ข้อมูลว่า สสส.ไม่สามารถให้ทุนสนับสนุนการสร้างขีดความสามารถของบุคลากรในระบบสุขภาพ เนื่องจากไม่ใช่พันธกิจของหน่วยงาน และในโครงการสำรวจฯ ที่ผ่านมา สสส.จัดสรรงบประมาณให้กิจกรรมการฝึกอบรม เพิ่มทักษะ และประชุมวิชาการเท่าที่จำเป็นกับการดำเนินโครงการในครั้งนั้นๆ มากกว่าที่จะมีวัตถุประสงค์ด้านการพัฒนาบุคลากรเป็นการเฉพาะ

ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของ สสส.และ สวรส. (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA4, FA6, SO2) มีข้อกังวลเกี่ยวกับการหาผู้สืบทอด (successors) การสำรวจฯ ต่อจากผู้รับผิดชอบโครงการและนักวิชาการในเครือข่ายในปัจจุบัน และมีข้อเสนอให้เตรียมการคัดเลือก รวมทั้งจัดให้มีการพัฒนาทักษะที่จำเป็น ด้วยการเรียนรู้ทั้งกระบวนการและปัญหาผ่านการร่วมปฏิบัติงานในระยะยาว แม้จะมีความกังวลเรื่องนี้อยู่มาเป็นเวลานานก็ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรม บุคลากรของ สวรส. ระบุว่าได้เคยมีการทาบทามผู้ที่มีความรู้ความสามารถ แต่แผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยอาจถูกมองว่าเป็นหน่วยงานที่ไม่มั่นคง ขาดการสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง มีการทำงานตามรอบการสำรวจ บุคลากรในแผนงานฯ ไม่มีเส้นทางความก้าวหน้าด้านอาชีพ (career path) ที่ชัดเจน ซึ่งมีส่วนทำให้ไม่มีผู้สนใจมาร่วมงาน ดังนั้นอาจจำเป็นต้องค้นหาบุคลากรที่มีงานประจำอยู่แล้ว เช่น อาจารย์ในมหาวิทยาลัย หรือนักวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข และเชิญให้เข้ามาทำงานเป็นบางเวลา รูปแบบดังกล่าวคล้ายกับที่มหาวิทยาลัยที่เป็นเครือข่ายการสำรวจฯ ใช้อยู่ คือ นักวิจัยที่เข้ามาร่วมไม่ได้ทำงานให้กับโครงการสำรวจฯ แบบเต็มเวลา แม้จะหาบุคลากรมาช่วยงานได้ง่าย แต่หากมีการเปลี่ยนแปลงตัวบุคคลในแต่ละครั้งของการสำรวจฯ ทำให้ไม่มีการพัฒนาศักยภาพจากประสบการณ์ที่สะสมไว้ในองค์กร (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA5, SO1, SO2)

4.5 ฐานข้อมูลและการเก็บรักษาตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ

การจัดทำฐานข้อมูลและการเก็บรักษาตัวอย่างสิ่งส่งตรวจเป็นวิธีที่จะช่วยสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากการศึกษาวิจัยรวมทั้งสำรวจการสำรวจสุขภาพในระยะยาว กล่าวคือนักวิจัยหรือนักวิชาการสามารถนำเอาข้อมูลและสิ่งส่งตรวจที่เก็บไว้มาวิเคราะห์เพิ่มเติม รวมทั้งอาจนำผลของการสำรวจฯ แต่ละครั้งมาเปรียบเทียบและศึกษาแนวโน้ม รายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 2 เป็นเพียงครั้งเดียวที่กล่าวถึงฐานข้อมูลที่ได้จากการสำรวจฯ จะจัดเก็บแบบฟอร์มสำหรับเก็บข้อมูลไว้ที่สำนัคนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข จนถึงปี 2545 และจัดเก็บข้อมูลตัวแปรแต่ละตัวในแฟ้มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ในรูปแบบที่ใช้กับโปรแกรม SPSS (*.SAV files) โดยเก็บไว้ที่สำนัคนโยบายและแผน สวรส. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักงานเลขาธิการโครงการ นอกจากนี้ ฐานข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ต่อนักวิชาการและประชาชนจะถูกบรรจุในสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น แผ่น compact disc และจัดเก็บในรูปแบบของ hypertext format ที่จะเรียกดูได้จากระบบอินเทอร์เน็ต (50) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันไม่สามารถใช้งานฐานข้อมูลตามที่ระบุได้ ทั้งนี้ ผู้ประสานงานของแผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยให้ข้อมูลว่ามีฐานข้อมูลจากการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 และ 5 แต่ไม่อยู่ใน domain สาธารณะ (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO2)

ส่วนตัวอย่างสิ่งส่งตรวจที่เป็นซีรัมถูกจัดเก็บไว้ที่ธนาคารน้ำเหลือง หรือ Serum Bank ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ นนทบุรี รายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 ระบุว่าตัวอย่างดังกล่าวอยู่ในความดูแลของ

3 หน่วยงาน คือ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข สวรส. และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ การนำมาใช้ประโยชน์อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารการใช้ประโยชน์จากตัวอย่าง โครงการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยประชากรไทยครั้งที่ 3 (ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 462/2547 ให้มีวาระการปฏิบัติงาน 2 ปี) (47) ปัจจุบันมีการเก็บตัวอย่างชีรั้มจากการสำรวจ ครั้งที่ 4 และ 5 ไว้ แต่ก็มีปัญหาเรื่องการสนับสนุนงบประมาณ และมีความจำเป็นต้องขยายสถานที่เก็บรักษาตัวอย่าง

ในขณะที่ทำการประเมินนี้ การพิจารณาอนุญาตการนำข้อมูลและสิ่งส่งตรวจจากการสำรวจฯ ไปใช้ประโยชน์ โดยเฉพาะในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมนั้นไม่มีความชัดเจนว่า มีกลไก กระบวนการและข้อกำหนดอย่างไร อีกทั้ง สวรส.ก็ไม่ได้แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมากำกับดูแลเรื่องดังกล่าวแล้ว ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจฯ (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO1, SR1) ให้ข้อมูลว่าในช่วง 2 ปีแรกหลังการสำรวจแต่ละครั้งเสร็จสิ้น จะมีเพียงนักวิจัยของโครงการสำรวจฯที่จะสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมได้ และมีข้อตกลงระหว่างกันว่าหากมีการนำข้อมูลไปใช้และมีการตีพิมพ์ผลงาน จะต้องมีการขอชื่อของนักวิจัยท่านใดบ้างเป็นผู้มีส่วนร่วม (co-authors) นักวิจัยในเครือข่ายท่านหนึ่ง (ผู้ให้สัมภาษณ์ SR4) ให้ข้อมูลว่าการได้เข้าถึงและใช้ข้อมูลเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้เข้าร่วมในการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 และ 5 แต่ก็มีนักวิจัยนอกเครือข่ายบางท่านได้รับอนุญาตให้ใช้ข้อมูลโดยไม่มีปัญหาใดๆ ซึ่งคาดว่าจะน่าจะเป็นเพราะนักวิจัยของโครงการสำรวจฯ มีตำแหน่งเป็นที่ปรึกษาหรือมีส่วนร่วมในโครงการวิจัยอื่นๆ (ผู้ให้สัมภาษณ์ EP6) และบางท่านมีประสบการณ์ตรงจากการประสานงานกับผู้รับผิดชอบแผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยเพื่อขออนุญาต แต่ก็ไม่สามารถเข้าถึงฐานข้อมูลได้ ต้องใช้วิธีจัดส่งประเด็นที่ต้องการวิเคราะห์ไปให้นักวิจัยของโครงการสำรวจฯ ให้ช่วยวิเคราะห์ให้ ซึ่งในกรณีนี้นักวิจัยของโครงการสำรวจฯ ขอมือชื่อเป็นผู้มีส่วนร่วมของผลงานตีพิมพ์ที่จะเกิดขึ้น

ผู้รับผิดชอบโครงการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO1) ให้ข้อมูลว่าอยู่ระหว่างการพิจารณาปรับปรุงแนวทางการอนุญาตการนำข้อมูลและสิ่งส่งตรวจจากการสำรวจฯ ไปใช้ประโยชน์ รวมทั้งจัดให้มีแบบฟอร์มคำขอต่างๆ ให้ชัดเจนขึ้น นอกจากนี้ในปี 2559 สวรส.ให้ทุนเพื่อพัฒนาระบบแสดงผลข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย แบบเบ็ดเสร็จบนอินเทอร์เน็ต (55) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในอนาคตผู้สนใจอาจเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลจากการสำรวจฯ ได้ด้วยตนเองมากขึ้น

บทที่ 5 ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการสำรวจ

5.1 ผลการทบทวนระเบียบวิธีวิจัย

ในการประเมินนี้ ผู้ประเมินทบทวนระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการสำรวจ ครั้งที่ 1-5 ได้แก่ การพัฒนาเครื่องมือ ระดับการนำเสนอผล กลุ่มประชากร หน่วยตัวอย่างและกรอบตัวอย่าง (Sampling frame) ขนาดตัวอย่างและ response rate การประกันคุณภาพ (Quality assurance) และผู้จัดการข้อมูล (Data manager) (ตารางที่ 5.1) จะเห็นได้ว่าตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาได้มีการเปลี่ยนแปลงวิธีวิจัยซึ่งช่วยให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพมากขึ้น ในขณะเดียวกันวิธีวิจัยใหม่ก็มีข้อเสียบางประการ โดยสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

- การสำรวจครั้งที่ 3 เป็นเพียงครั้งเดียวที่นำเสนอผลระดับเขตสุขภาพ ในขณะที่สองครั้งหลังสุดนำเสนอผลระดับภาคแบ่งตามกลุ่มอายุและเขตการปกครอง
- การสำรวจทุกครั้งครอบคลุมประชากรไทยทุกกลุ่มอายุ มีเพียงครั้งที่ 3 ที่ไม่สำรวจประชากรเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ซึ่งทำให้ขาดข้อมูลในกลุ่มอายุดังกล่าวเฉพาะในปีนั้น
- ตั้งแต่การสำรวจครั้งที่ 2 เป็นต้นมา ใช้บุคคลเป็นหน่วยตัวอย่าง (แทนการใช้ครัวเรือนเป็นหน่วยตัวอย่างในการสำรวจครั้งที่ 1) ซึ่งจะช่วยลด bias จาก convenience sampling (หรือ accidental sampling) คือเก็บข้อมูลได้จากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงได้ง่ายซึ่งไม่เป็นตัวแทนของประชากรที่สำรวจ อีกทั้งจะช่วยให้ได้ตัวอย่างในแต่ละกลุ่มอายุเป็นจำนวนที่มากพอ แต่ก็ทำให้ต้องใช้เวลาเก็บข้อมูลเพิ่มขึ้นเพื่อติดตามนัดเข้าจนพบบุคคลที่เป็นตัวอย่าง
- ในการสำรวจ ครั้งที่ 5 มีการเปลี่ยนแปลงกรอบตัวอย่างเป็นการใช้เขตแ่งนับ (enumeration area, EA) ซึ่งจะช่วยให้มั่นใจได้ว่าตัวอย่างที่สุ่มได้เป็นตัวแทนของประชากรไทยได้ดี (49) นอกจากนี้การสำรวจทุกครั้งมีการควบคุมคุณภาพโดยการจัดทำคู่มือการสำรวจ และนิเทศติดตามการปฏิบัติงานภาคสนามโดยคณะทำงานจากส่วนกลางร่วมกับเครือข่ายนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยประจำภูมิภาค

การทบทวนวิธีวิจัยในการประเมินนี้ใช้ข้อมูลจากรายงานการสำรวจ แต่ละครั้งเป็นหลัก อย่างไรก็ตามอย่างไรก็ตามผู้ประเมินพบว่าการใช้วิธีนี้มีข้อจำกัด อันเนื่องมาจากปัญหาดังต่อไปนี้

- (1) ในรายงานไม่ระบุประเด็นที่มีความสำคัญไว้ หรือเขียนไม่ครบถ้วน ที่เห็นได้ชัดคือ การไม่ระบุเรื่องการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการที่พิจารณาจริยธรรมการวิจัยไว้ในรายงานการสำรวจ ครั้งที่ 1 2 4 และ 5 (แต่นักวิจัยในเครือข่ายการสำรวจยืนยันว่ามีการขออนุมัติในประเด็นจริยธรรมการวิจัยทุกครั้ง) อีกกรณีหนึ่งคือ รายงานการสำรวจ ครั้งที่ 5 ในบทที่เกี่ยวกับวิธีการสำรวจได้ให้ข้อมูลเฉพาะเรื่องการเลือกตัวอย่าง ทั้งที่มีรายละเอียดอื่นๆ อยู่ในข้อเสนอโครงการ (proposal) รายงานความก้าวหน้า และคู่มือการสำรวจ

- (2) ความไม่สอดคล้องของเนื้อหาภายในรายงาน นำเสนอวิธีศึกษา จำนวนตัวอย่าง ประเด็นที่สำรวจ และผลการสำรวจในที่ต่างๆ ไม่ตรงกัน ดังจะเห็นได้จากขนาดตัวอย่างตามเป้าหมายและ response rate ในการสำรวจเกือบทุกครั้ง (ตารางที่ 5.1)
- (3) ขาดการอภิปรายจุดอ่อนหรือข้อจำกัดของการสำรวจ ทำให้ผู้อ่านรายงานไม่ทราบว่ามีนักวิจัยไม่สามารถสำรวจในประเด็นใดตามที่ระบุไว้ใน proposal มีปัญหาอุปสรรคอย่างไร และมีการปรับเปลี่ยนวิธีการสำรวจหรือไม่ อย่างไร ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่สำคัญสำหรับผู้นำผลการสำรวจไปใช้ประโยชน์ อีกทั้งเป็นการแบ่งปันประสบการณ์หรือบทเรียนให้กับนักวิจัย นักวิชาการ และนักศึกษาที่สนใจงานด้านการสำรวจสุขภาพ สำหรับการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 นั้น นอกจากจะไม่ได้สำรวจบางประเด็นแล้ว ยังไม่ได้ใช้คอมพิวเตอร์แท็บเล็ตในการเก็บข้อมูลอีกด้วย แต่ก็ไม่ได้มีการกล่าวถึงสาเหตุที่ไม่ทำตาม proposal ไว้ในรายงาน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แสดงให้เห็นว่าผู้รับผิดชอบการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 ตัดสินใจที่จะไม่เผยแพร่ผลการสำรวจ IQ เพราะผลจากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายแตกต่างจากผลการสำรวจโดยกรมสุขภาพจิตที่ทำในเวลาใกล้เคียงกันค่อนข้างมาก นอกจากนี้ยังไม่เผยแพร่ผลการสำรวจสมรรถภาพปอด เนื่องจากพบว่าเลือกใช้เครื่องมือที่ไม่เหมาะสม (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO2)
- (4) รายงานผลการสำรวจบางประเด็นขัดแย้งกับความรู้ทางการแพทย์ เช่น การสำรวจฯ ครั้งที่ 2 รายงานผลว่า การมี fasting blood sugar มากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg% และการมี cholesterol มากกว่าหรือเท่ากับ 300 มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (50) ผู้รับผิดชอบควรตรวจสอบความถูกต้องและอธิบายสาเหตุ การไม่นำมาอภิปรายทำให้เกิดคำถามว่าผลการวิเคราะห์ในเรื่องนี้และเรื่องอื่นๆ ในการสำรวจฯ ครั้งเดียวกันมีความน่าเชื่อถือเพียงใด
- (5) การนำเสนอผลการสำรวจบางส่วนใช้ข้อความ ทศนิยม จุลภาค กราฟ และตาราง ที่ไม่เหมาะสม ไม่เป็นระบบ ไม่ชัดเจนอาจทำให้เข้าใจผิด ไม่มีการกำหนดนิยามของตัวแปรบางตัว การเขียนรายงานบางส่วนใช้สำนวนในลักษณะของการเขียนเรียงความมากกว่าการรายงานข้อเท็จจริงจากผลการสำรวจ ทำให้เกิดความสับสนว่าส่วนใดเป็นผลการสำรวจ และความเห็นของผู้เขียน

ตารางที่ 5. 1 ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการสำรวจฯ ครั้งที่ 1-5

รายการ	การสำรวจฯ ครั้งที่ 1	การสำรวจฯ ครั้งที่ 2	การสำรวจฯ ครั้งที่ 3	การสำรวจฯ ครั้งที่ 4	การสำรวจฯ ครั้งที่ 5
การพัฒนาเครื่องมือ	คณะอนุกรรมการวิชาการ รับผิดชอบการพัฒนา เครื่องมือ มีการทดสอบ เครื่องมือและคู่มือในพื้นที่	คณะทำงานวิชาการ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญสาขา ต่างๆ พัฒนาและทดสอบ เครื่องมือ	การสำรวจสถานะสุขภาพ โดยทั่วไป ใช้แบบสอบถาม จาก WHO Multi-country Survey Study 2000-2001; ส่วนอื่นๆ เช่น การบริโภค อาหาร กิจกรรมทางกาย พฤติกรรมทางเพศ ไม่มีการ ระบุวิธีพัฒนาเครื่องมือ	รายงานการสำรวจไม่ระบุวิธี พัฒนาเครื่องมือ แต่มีการ แต่งตั้งคณะกรรมการบริหาร วิชาการ เพื่อให้ข้อเสนอแนะ ทางวิชาการ และกำกับติดตาม การดำเนินงานให้เป็นไปตาม มาตรฐานด้านวิชาการ	การประชุมผู้เชี่ยวชาญจาก มหาวิทยาลัยและผู้แทน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมในกระทรวงสาธารณสุข และ สสส. ให้ความเห็นต่อ เครื่องมือ มีการทดสอบ เครื่องมือในพื้นที่ ¹⁰
ระดับการนำเสนอผล	ระดับประเทศ	ระดับภาคแบ่งตามเขตการ ปกครองและกลุ่มอายุ	เขตสาธารณสุขแบ่งตามกลุ่ม อายุและเพศ	ระดับภาคแบ่งตามกลุ่มอายุ และเขตการปกครอง	ระดับภาคแบ่งตามกลุ่มอายุ และเขตการปกครอง
กลุ่มประชากรเป้าหมาย	ประชากรไทยที่มีอายุ 2 เดือนขึ้นไป	ประชากรไทยทุกช่วงวัย	ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป	ประชากรไทยอายุ 1 ปีขึ้นไป	ประชากรไทยที่มีอายุ 1 ปีขึ้นไป อาศัยในครัวเรือนส่วน บุคคล (ไม่รวมที่อาศัยใน สถาบัน)
หน่วยตัวอย่าง และกรอบตัวอย่าง (sampling frame)	ครัวเรือนเป็นหน่วยตัวอย่าง	- บุคคลเป็นหน่วยตัวอย่าง - ใช้กรอบตัวอย่างจากการสำรวจย้ายถิ่นของสำนักงานสถิติแห่งชาติ	- บุคคลเป็นหน่วยตัวอย่าง - ใช้กรอบตัวอย่างจากสำนักงานบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง	- บุคคลเป็นหน่วยตัวอย่าง - ใช้หน่วยเลือกตั้งในเขตเทศบาลและหมู่บ้านนอกเขตเทศบาลที่กำหนดโดยกรมการปกครองเป็นกรอบตัวอย่าง	- บุคคลเป็นหน่วยตัวอย่าง - ใช้เขตแฉ่งนับ (Enumeration area, EA) เป็นกรอบตัวอย่าง
ขนาดตัวอย่าง และ response rate	เป้าหมาย (คำนวณ) 29,802 คน	- เป้าหมาย 20,040 คน - สำรวจจริง 16,182 คน - Response 80.8%	- เป้าหมาย 42,120 คน - สำรวจจริง 39,290 คน - Response 93.3%	เป้าหมาย (คำนวณ) 31,700 คน	เป้าหมาย (รายงานการสำรวจ: ระเบียบวิธีการสำรวจ) 32,400 คน

¹⁰ ข้อมูลจากรายงานความก้าวหน้าของโครงการ ที่เสนอต่อ สสส. ครั้งที่ 1 และ 2 แต่ไม่ปรากฏข้อมูลนั้นในข้อเสนอ (proposal) และรายงานการสำรวจฯ

รายการ	การสำรวจ ครั้งที่ 1	การสำรวจ ครั้งที่ 2	การสำรวจ ครั้งที่ 3	การสำรวจ ครั้งที่ 4	การสำรวจ ครั้งที่ 5
	- เป้าหมาย (ระบุในรายงานส่วนผลการสำรวจ) 23,884 คน - สำรวจจริง 22,217 คน - Response 93.0%			- เป้าหมาย (ระบุในรายงานส่วนผลการสำรวจ) 21,960 คน - สำรวจจริง 20,450 คน - Response 93.1% (ใช้ 21,960 เป็น denominator)	- เป้าหมาย (รายงานการสำรวจ: บทความย่อสำหรับผู้บริหาร) 23,760 คน - สำรวจจริง (รายงานความก้าวหน้าครั้งที่ 3¹¹) 25,626 คน - สำรวจจริง (รายงานการสำรวจ) 19,468 คน - Response 79.1%
การประกันคุณภาพ (Quality assurance)	การนิเทศโดยคณะอนุกรรมการจากส่วนกลาง ติดตามให้คำแนะนำ และช่วยแก้ไข้ปัญหา	การนิเทศโดยคณะทำงานจากส่วนกลาง เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ซ้ำ ตรวจสอบความถูกต้องของกระบวนการตามแผนการเก็บข้อมูล	การนิเทศโดยคณะทำงานจากส่วนกลาง ร่วมกับนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยที่เป็นเครือข่าย	ไม่ระบุในรายงานการสำรวจ; คู่มือการปฏิบัติงาน (56) ระบุว่ามีการนิเทศและควบคุมคุณภาพโดยคณะทำงานจากส่วนกลางร่วมกับนักวิชาการในเครือข่าย	ไม่ระบุในรายงานการสำรวจ; คู่มือการปฏิบัติงาน(57) ระบุว่ามีการนิเทศและควบคุมคุณภาพโดยคณะทำงานจากส่วนกลางร่วมกับนักวิชาการในเครือข่าย
ผู้จัดการข้อมูล (Data manager)	ทีมจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น	ทีมงานส่วนกลาง	ทีมงานส่วนกลาง	ไม่ระบุ	ทีมวิจัยภาคสนาม และ MedResNet

¹¹ ข้อมูลจากรายงานความก้าวหน้าของโครงการ ที่เสนอต่อ สสส. ครั้งที่ 3

5.2 คุณภาพของการสำรวจ

คุณภาพของการสำรวจ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ วิธีวิจัยที่ใช้ก็เป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้ได้ข้อมูลและผลการสำรวจที่เชื่อถือได้ เนื่องจากข้อจำกัดที่เกิดจากการนำเสนอข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนและขาดความชัดเจนในบางส่วนของรายงาน (ดูหัวข้อ 5.1) ผู้ประเมินวิเคราะห์ผลการสำรวจ เรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ เปรียบเทียบกับการสำรวจอื่นๆ เป็นกรณีศึกษา รวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ที่พอจะสะท้อนคุณภาพของการสำรวจ ได้ในบางประเด็น อย่างไรก็ตามการสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพของการสำรวจ ที่ผ่านมาแล้วเป็นเวลานานก็มีข้อจำกัดจากการที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถรื้อฟื้นความจำในรายละเอียดให้กลับมาได้ นอกจากนี้ผู้ประเมินได้ประเมินคุณภาพของการสำรวจ ครั้งที่ 5 โดยใช้กรอบการประเมินของ Organization for Economic Co-operation and Development (9) ซึ่งมีได้ให้ความสนใจเฉพาะระเบียบวิธีวิจัย แต่พิจารณามิติต่างๆ รวม 8 ด้าน (ดูหัวข้อ 7.3)

5.2.1 กรณีศึกษาเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่

ความซุกของผู้ดื่มแอลกอฮอล์เป็นตัวอย่างหนึ่งของความแตกต่างระหว่างผลการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายกับการสำรวจอื่นๆ ซึ่งชี้ให้เห็นคุณภาพที่แตกต่างกันด้วย ผู้ประเมินเลือกศึกษากรณีนี้เนื่องจากในปัจจุบันสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใช้ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา (สพบส.) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ของนโยบาย แอลกอฮอล์ นอกจากนี้การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (Behavioral Risk Factor Surveillance System, BRFSS) ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ก็เป็นชุดการสำรวจที่มีข้อมูลนี้เช่นกัน ผู้ประเมินเปรียบเทียบความซุกของผู้ดื่มในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา จากสามการสำรวจ (ตารางที่ 5.2) พบว่าความซุกของผู้ดื่มจากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายสูงกว่าความซุกจาก สพบส. และ BRFSS นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงความซุกในแต่ละรอบการสำรวจมีขนาดสูงมากใน NHES และ BRFSS เช่น ความซุกจากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในปี 2552 ลดลงจากปี 2547 เกือบ 8% และในปี 2557 ลดลงจากปี 2552 กว่า 6% ส่วน BRFSS ก็พบว่ามีเปลี่ยนแปลงค่าความซุกอย่างเห็นได้ชัดเช่นกัน กล่าวคือ ความซุกในปี 2550 ลดลงจากปี 2548 กว่า 7% และในปี 2553 ลดลงจากปี 2550 เกือบ 7% ในขณะที่ สพบส. ชี้ว่ามีการเปลี่ยนแปลงความซุกของผู้ดื่มเพียง 1-3% ในการสำรวจครั้งที่ติดกัน การเปลี่ยนแปลงของขนาดความซุกของผู้ดื่มในแต่ละรอบการสำรวจเป็นเหตุให้สงสัยในความน่าเชื่อถือของข้อมูลการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้จากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย และ BRFSS

ตารางที่ 5. 2 ความชุกของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา จากการสำรวจสุขภาพต่างๆ

ปี	NHES	สพบส.	BRFSS
2547	53.2%	32.7%	-
2548	-	-	43.4%
2550	-	30.0%	36.1%
2552	45.3%	-	-
2553	-	-	29.5%
2554	-	31.5%	-
2557	38.9%	32.3%	-
2558	-	-	36.2

หมายเหตุ: NHES คือ การสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย; สพบส. คือ การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา; BRFSS คือ การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ

การถามเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายใช้คำถามว่า “ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใน 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่?” ส่วนอีกสองการสำรวจก็ใช้คำถามในลักษณะเดียวกันและผู้ตอบเพียงตอบว่า “ดื่ม” หรือ “ไม่ดื่ม” เนื้อหาของคำถามจึงไม่น่าจะเป็นสาเหตุของความแตกต่างของการประมาณการความชุก และเป็นไปได้ว่าความแตกต่างจะเกิดจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ประเมินเปรียบเทียบความชุกของผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันจากทั้งสามการสำรวจ กลับพบว่ามี ความแตกต่างของข้อมูลเพียงเล็กน้อย (ตารางที่ 5.3) ทำให้ข้อสันนิษฐานว่าการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกันเป็นสาเหตุ ที่ทำให้เกิดความแตกต่างของการประมาณการความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีน้ำหนักลดลง จึงจำเป็น จะต้องมีการหาเหตุผลอื่นเพื่อมาอธิบายความแตกต่างระหว่างความชุกของผู้ดื่มระหว่างสามการสำรวจ ดังกล่าว ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับผู้กำหนดนโยบายและหน่วยงานที่นำข้อมูลจากการสำรวจเหล่านี้ไปใช้ทั้งที่เป็น ข้อมูลภาคตัดขวางและแนวโน้ม

ตารางที่ 5. 3 ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน จากการสำรวจสุขภาพต่างๆ

ปี	NHES	สพบส.	BRFSS
2547	25.1%	23.0%	-
2548	-	-	22.5%
2550	-	21.2%	21.5%
2552	23.7%	-	-
2553	-	-	18.7%
2554	-	21.4%	-
2557	19.5%	20.7%	-
2558	-	-	21.3

หมายเหตุ: NHES คือ การสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย; สพบส. คือ การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา; BRFSS คือ การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ

5.2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพของการสำรวจ

การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับผิดชอบการสำรวจฯ และนักวิชาการในเครือข่ายชี้ว่าคุณภาพของการสำรวจส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับ การเตรียมการ การพัฒนา/ทดสอบเครื่องมือ ความยาวของแบบสอบถาม และการประกันคุณภาพ เช่น ในการพัฒนาแบบสอบถามและเลือกวิธีตรวจร่างกายก่อนการสำรวจ ครั้งที่ 5 มีการพิจารณาปัญหาจากการใช้เครื่องมือเก็บข้อมูลในการสำรวจ ครั้งที่ 4 และหาวิธีแก้ไข เช่น ปรับแก้เครื่องมือ เน้นการฝึกอบรมพนักงานเก็บข้อมูลให้มีความเข้าใจคำถามอย่างลึกซึ้งและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สำหรับบางประเด็นได้นำเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้กันในระดับนานาชาติมาใช้ แต่ก็ปรับเปลี่ยนบางข้อให้เหมาะกับประเทศไทย หรือปรับลดคำถามบางข้อเนื่องจากไม่สามารถเก็บข้อมูลได้หากไม่มีสถานที่ที่เหมาะสม (เช่น ห้องที่เงียบสนิท) นอกจากนี้การสำรวจฯ ที่ครอบคลุมประเด็นต่างๆ เป็นจำนวนมาก มักจะมีแบบเก็บข้อมูลที่ค่อนข้างยาวและใช้เวลานาน ซึ่งมีผลต่อคุณภาพของข้อมูลในประเด็นนั้นๆ และรวมไปถึงประเด็นอื่นๆ อันเนื่องมาจากความเร่งรีบถาม-ตอบให้แล้วเสร็จ และขาดสมาธิ ทั้งของตัวพนักงานเก็บข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO1, SO2)

การตัดสินใจไม่เผยแพร่ผลการสำรวจบางประเด็น (ดูหัวข้อ 5.1.3) สะท้อนว่าขีดความสามารถของพนักงานสัมภาษณ์และการเลือกเครื่องมือที่เหมาะสมส่งผลต่อคุณภาพของการสำรวจ ผู้รับผิดชอบการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 และ 5 (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO1, SO2) ให้ข้อมูลว่าการสัมภาษณ์หรือตรวจร่างกายในบางประเด็นต้องการผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมจนมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน หากแต่ในทางปฏิบัติ การสำรวจฯ ในความรับผิดชอบของแต่ละเครือข่ายใช้พนักงานเก็บข้อมูลที่มีพื้นฐานความรู้และคุณสมบัติอื่นๆ แตกต่างกัน เช่น บางพื้นที่ใช้นักศึกษาพยาบาล บางพื้นที่ใช้พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาแล้ว ในขณะที่บางภาคใช้นักศึกษา ด้านสาธารณสุขหรือนักศึกษาสาขาที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (ผู้ให้สัมภาษณ์ SR2, SR4) ดังนั้นจึงจำเป็นต้อง

จัดการฝึกอบรมจนสามารถปฏิบัติงานได้มาตรฐานเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรมีการติดตามนิเทศงานตามคู่มือการสำรวจฯ อย่างใกล้ชิดเพื่อประกันคุณภาพ นอกจากนี้การสำรวจที่เว้นระยะทุก 5 ปีทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพนักงานเก็บข้อมูลส่วนใหญ่ในรอบของการสำรวจ ดังนั้นการสะสมทักษะความเชี่ยวชาญในการเก็บข้อมูลแต่ละประเด็นจึงแทบจะไม่เกิดขึ้น และการจ้างบุคลากรสาธารณสุขและผู้ประกอบวิชาชีพมาทำหน้าที่เก็บข้อมูลหรือแม้แต่ติดตามนิเทศงานก็เป็นไปได้ยาก เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขและผู้ประกอบวิชาชีพมีงานประจำและต้องให้ค่าตอบแทนที่สูงกว่าพนักงานภาคสนามโดยทั่วไป นอกจากนี้คุณภาพของการสำรวจในแต่ละพื้นที่อาจขึ้นอยู่กับบุคลากรของห้องปฏิบัติการ เช่น ในการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 แม้ว่าผู้รับผิดชอบจะคัดเลือกห้องปฏิบัติการที่ผ่านการประเมินมาตรฐานในแต่ละประเด็นสุขภาพที่ส่งตรวจ แต่ก็ยอมรับว่าการที่บุคลากรมีทักษะและประสบการณ์แตกต่างกันอาจส่งผลถึงคุณภาพของผลการตรวจวิเคราะห์ได้ (ผู้ให้สัมภาษณ์ (SO1, SO2))

อีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างของคุณภาพของข้อมูลที่เก็บจากพื้นที่ต่างๆ ได้แก่ สภาพสังคมและวัฒนธรรม เช่น ความเป็นเมือง-ชนบท ลักษณะของชุมชนและผู้นำชุมชน และรายได้และการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง การสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบเครือข่ายการสำรวจฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในเขตเมืองโดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ให้ความร่วมมือน้อยกว่าผู้ที่อาศัยในเขตชนบท ส่วนหนึ่งเกิดจากไม่มีเวลา ไม่ต้องการปลีกตัวจากการประกอบอาชีพ (รวมทั้งการไปเรียนพิเศษของกลุ่มเด็กนอกเหนือจากเวลาเรียนในโรงเรียนตามปกติ) ไม่มีผู้นำให้เกิดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ไม่เห็นความสำคัญของการสำรวจฯ อีกทั้งขาดความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับคนในชุมชน แม้นักวิชาการของเครือข่ายจะใช้กลวิธีต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูลเวลาเย็นหรือในช่วงวันหยุด การขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่เป็นที่เชื่อถือในชุมชน ก็ไม่สามารถเพิ่มข้อมูลที่เก็บได้จากกลุ่มตัวอย่างตามที่เลือกไว้มากนัก (ผู้ให้สัมภาษณ์ SR2, SR4)

5.3 จริยธรรมของการวิจัย

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์จำเป็นต้องผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากสถาบันที่มีหน้าที่โดยตรงเพื่อให้มั่นใจว่ากลุ่มตัวอย่าง ผู้เก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ และผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ จะไม่ได้รับอันตรายทั้งทางร่างกายและจิตใจจากการมีส่วนร่วมในงานวิจัยนั้นๆ จากการทบทวนเอกสารพบว่าการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 เป็นเพียงครั้งเดียวที่ระบุในรายงานว่าได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของการวิจัย (47) ในขณะที่ผู้ให้สัมภาษณ์ (SR1, SR4, EP4) ให้ข้อมูลว่าข้อเสนอ (proposal) ของการสำรวจฯ ทุกครั้งผ่านกระบวนการพิจารณาในเรื่องดังกล่าวและได้รับอนุมัติก่อนที่จะดำเนินการ อีกทั้งนักวิชาการที่รับผิดชอบเครือข่ายการสำรวจฯ ก็ระมัดระวังที่จะไม่ให้เกิดผลเสียต่อกลุ่มตัวอย่าง เช่น การตัดสินใจยกเลิกการเจาะเลือดในเด็กเล็ก เนื่องจากเด็กหลายคนเกิดความหวาดกลัวและไม่ให้ความร่วมมือ แม้การเก็บข้อมูลเช่นนี้เป็นไปตาม proposal ที่ได้รับอนุมัติก็ตาม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในต่างประเทศพบว่าในโครงการสำรวจฯ ส่วนใหญ่มีข้อกำหนดให้นักวิจัยแจ้งผลการตรวจสุขภาพให้กลุ่มตัวอย่างและ/หรือ

สถานพยาบาลที่รับผิดชอบทราบเพื่อให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ซึ่งถือเป็นประเด็นด้านจริยธรรมอีกประเด็นหนึ่ง สำหรับการสำรวจฯ ในประเทศไทยนั้นมีการระบุแนวทางในเรื่องนี้ไว้ในรายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 และ 5 เท่านั้น เช่น รายงานครั้งที่ 3 ระบุว่า ภายหลังการเก็บข้อมูล นักวิชาการในทีมจะให้คำแนะนำด้านการปฏิบัติตัวทางสุขภาพต่อกลุ่มตัวอย่าง ก่อนแจ้งว่าจะมีการส่งผลการตรวจเลือดให้ภายใน 2 สัปดาห์ (47) นอกจากนี้ผู้รับผิดชอบเครือข่ายการสำรวจฯ (ผู้ให้สัมภาษณ์ SR4) ให้ข้อมูลว่ามีการประสานงานไปยังสถานพยาบาลในชุมชนทันทีที่ได้ทราบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่บ่งชี้ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในภาวะการเจ็บป่วยที่ร้ายแรง หรือเมื่อผู้เก็บข้อมูลที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพสังเกตเห็นอาการความผิดปกติ ก็รีบให้ความช่วยเหลือด้วยการให้คำแนะนำ/ดูแลรักษากลุ่มตัวอย่างตามความเหมาะสม ซึ่งการให้ความช่วยเหลือเช่นนี้ไม่อยู่ใน protocol ของการสำรวจฯ บางครั้ง แต่ก็เป็นการปฏิบัติตามข้อกำหนดจริยธรรมของวิชาชีพ ในทางตรงกันข้าม ในพื้นที่ที่ไม่ได้ใช้บุคลากรด้านสุขภาพเป็นพนักงานเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างอาจจะไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำเพราะเป็นเรื่องที่เกินกว่าความสามารถของพนักงานเก็บข้อมูล

บทที่ 6 การใช้ประโยชน์จากการสำรวจ

การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่อยู่ในระบบรายงานตามปกติ (เช่น ข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการที่สถานพยาบาล) ข้อมูลดังกล่าวมีประโยชน์ในการติดตามและประเมินการดำเนินนโยบายสุขภาพรวมทั้งการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องว่าเป็นไปตามตัวชี้วัด หรือไม่ อย่างไร นอกจากนั้นการดำเนินการสำรวจที่มีความต่อเนื่องโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่เป็นมาตรฐานเดียวกันยังสามารถให้ข้อมูลแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาวอีกด้วย การนำข้อมูลจากการสำรวจไปใช้ประโยชน์เป็นตัวกำหนดความคุ้มค่าของการลงทุนสำรวจ กล่าวคือ หากมีการนำข้อมูลและสิ่งส่งตรวจมาใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวาง ก็ยิ่งจะทำให้การใช้ทรัพยากรในการสำรวจเป็นไปอย่างคุ้มค่า

ในการประเมินการใช้ประโยชน์จากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ผู้ประเมินเลือกใช้ กรอบการประเมินประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัย (Research Contribution Framework) ซึ่งพัฒนาโดย Morton และคณะ (58) กรอบการประเมินดังกล่าวแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ขั้นตอนได้แก่ (ก) ขั้นตอนการรับรู้และมีส่วนร่วมในการสำรวจ (research uptake) หมายถึงการที่ผู้ใช้ข้อมูลได้มีส่วนร่วมในการสำรวจตั้งแต่เริ่มต้น เช่น มีส่วนร่วมในการรับรู้ประเด็นที่จะมีการสำรวจ หรือ มีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นการสำรวจ หรือให้ความคิดเห็นต่อการออกแบบการสำรวจเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ตามที่ต้องการ (ข) ขั้นตอนการใช้ผลหรือข้อมูลจากการสำรวจ (research use) หมายถึง การนำข้อมูลที่ได้ไปประกอบการดำเนินงาน เช่น การวางแผน หรือพัฒนานโยบาย และ (ค) ขั้นตอนการสร้างผลกระทบ (impact) เช่น ผลจากการนำนโยบายที่พัฒนาบนข้อมูลหลักฐานจากการสำรวจไปสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

จากขั้นตอนการใช้ประโยชน์จากงานวิจัยที่กล่าวข้างต้น Morton และคณะ (58) เสนอให้พิจารณา รายละเอียดของประเด็นที่เกี่ยวข้องรวม 7 ประเด็น ซึ่งผู้ประเมินนำมาใช้ในการประเมินการใช้ประโยชน์จากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ได้แก่ (i) ปัจจัยนำเข้า/การจัดสรรทรัพยากรที่สนับสนุนการใช้ประโยชน์การสำรวจฯ (input) (ii) ผลผลิต/กิจกรรม (outputs/activities) (iii) การมีส่วนร่วม engagement/involvement) (iv) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับความตระหนักรู้/การตอบรับ (changes in awareness/reaction) (v) การเปลี่ยนแปลงความสามารถ/ความรู้/ทักษะ (changes in capacity knowledge/skills) (vi) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม/การปฏิบัติ (changes in behavior/practices) และ (vii) ผลลัพธ์/ผลกระทบที่เกิดขึ้น (final outcomes/impacts) ทั้งนี้ ประเด็น (i), (ii) และ (iii) เป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนการรับรู้และมีส่วนร่วมในการสำรวจ ประเด็น (iii), (iv) และ (v) เป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนการใช้ข้อมูลการสำรวจ และ ประเด็น (v) และ (vii) เป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนการสร้างผลกระทบ อย่างไรก็ตามในการประเมินครั้งนี้ผู้ประเมินสามารถวิเคราะห์ประเด็น (i)-(v) เท่านั้น เนื่องจากขาดข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม/การปฏิบัติ และผลลัพธ์/ผลกระทบจากการสำรวจฯ ซึ่งบุคลากรของแผนงานการ

สำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายแจ้งว่าไม่เคยรวบรวมข้อมูลในประเด็นดังกล่าวไว้ (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO2)

รายงานการสำรวจ ครั้งที่ 1-4 และข้อเสนอโครงการฯ ครั้งที่ 5 (แต่ไม่ได้ระบุในรายงานการสำรวจ ครั้งที่ 5) ได้ระบุเป้าหมายการใช้ประโยชน์จากข้อมูลจากการสำรวจไว้ 3 ข้อ ได้แก่ (ก) การใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย รวมทั้งการวางแผนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน (ข) การใช้ข้อมูลและตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ เช่น เลือด น้ำเหลือง ในการวิจัยต่อยอดจากการสำรวจ และ (ค) การผลิตสื่อและสื่อสารเผยแพร่ข้อมูลและความรู้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สื่อมวลชน ผู้นำชุมชน และประชาชนทั่วไปเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม รายงานการสำรวจ ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 5 เป็นเอกสารเพียง 2 ฉบับที่กล่าวถึงประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับไว้ กล่าวคือการสำรวจฯ จะทำให้เกิดระบบข้อมูลสาธารณสุขที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ดังนี้ (ก) ประเมินสถานะสุขภาพของประชากร (ข) มีระบบข้อมูลสำหรับติดตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของประชาชน (ค) มีระบบข้อมูลสำหรับติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลโครงการสุขภาพ (ง) เป็นสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการระบบสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพทั้งในส่วนของการป้องกันและควบคุมโรค และการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนไทย เมื่อพิจารณาเป้าหมายการใช้ประโยชน์จากข้อมูลดังกล่าวมา ผู้ประเมินแบ่งกลุ่มเป้าหมายของการใช้ประโยชน์ได้เป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย (รวมถึงผู้ให้ทุน) นักวิจัยในเครือข่ายและนอกเครือข่ายการสำรวจฯ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนทั่วไป

ในการประเมินการใช้ประโยชน์จากการสำรวจฯ ครั้งนี้ นอกจากจะใช้ Research Contribution Framework แล้ว ผู้ประเมินพิจารณากลุ่มผู้ใช้ประโยชน์ที่กล่าวข้างต้นร่วมด้วย โดยนำเสนอผลการประเมินแบ่งเป็น 4 หัวข้อ ได้แก่ (ก) การจัดสรรทรัพยากรที่สนับสนุนให้เกิดการใช้ประโยชน์ (ข) ผลผลิต/กิจกรรมและการจัดการข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ (ค) การเปลี่ยนแปลงความตระหนักรู้/การตอบรับของผู้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจฯ และ (ง) การเปลี่ยนแปลงความรู้/ทักษะด้านนโยบาย หรือวิธีปฏิบัติอันเนื่องมาจากการสำรวจฯ นอกจากนี้ผู้ประเมินได้นำเสนอผลการประเมินในเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ใช้ประโยชน์จากการสำรวจฯ ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญที่มีส่วนในการกำหนดการใช้ประโยชน์จากการสำรวจฯ ไว้ในบทที่ 4

6.1 การจัดสรรทรัพยากรที่สนับสนุนให้เกิดการใช้ประโยชน์

การเผยแพร่ข้อมูลโดยผู้ดำเนินโครงการสำรวจฯ หรือนักวิจัยนั้นเป็นกระบวนการสำคัญที่จะเชื่อมโยงให้เกิดการถ่ายทอดข้อมูลระหว่างนักวิจัยและผู้กำหนดนโยบายโดยตรง การประเมินนี้พบว่า การเผยแพร่ข้อมูลแก่หน่วยงานกำหนดนโยบายในโครงการสำรวจฯ มีลักษณะเป็นการดำเนินการตามโอกาส เช่น การแถลงข่าวในโครงการ NCD (ผู้ให้สัมภาษณ์ EP7) และการใช้ผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ประกอบการประกาศนโยบายที่เกี่ยวข้องของผู้บริหาร สสส. (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA6) เป็นต้น โดยไม่พบว่ามีหน่วยงานที่ทำหน้าที่วางแผนการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการสำรวจฯ รวมถึงไม่มีการจัดสรรทรัพยากร รวมทั้งบุคลากรเพื่อดำเนินงานด้านการ

เผยแพร่ข้อมูลอย่างชัดเจน¹² (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA3, FA4, SO1, SO2) นอกจากนี้ผู้เกี่ยวข้องทั้งผู้ให้ทุนและผู้วิจัยไม่ได้ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากการสำรวจ ในลำดับต้น (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO1, FA4, FA5)

ผู้ประเมินไม่พบว่ามีช่องทางหรือกลไกของการนำข้อมูลการสำรวจ ไปใช้อย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้บริหารหน่วยงานที่ให้ทุนแก่การสำรวจ ที่ว่า เป้าประสงค์ของการสำรวจ ที่ต้นมีส่วนเกี่ยวข้องคือการสนับสนุนให้เกิดการสำรวจ ที่มีคุณภาพ (better survey) ทำให้ได้ข้อมูลเชื่อถือได้ (better evidence) ตามมา แต่ไม่ได้คาดหวังถึงการตัดสินใจเชิงนโยบายบนพื้นฐานของข้อมูลเหล่านั้น (better decisions) และผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น (better health) โดยให้ความเห็นว่าเป็นเป้าหมายระยะไกล และการตัดสินใจเชิงนโยบายมีปัจจัยที่สำคัญคือ ผู้กำหนดนโยบายเป็นตัวแปรหลัก นอกจากนั้นผู้ให้ทุนแก่โครงการสำรวจ ก็ได้มีวิถีวิธีเชิงรุกเพื่อผลักดันหรือสนับสนุนการนำข้อมูลจากการสำรวจ ไปใช้โดยผู้กำหนดนโยบายและนักวิชาการในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

แม้ว่าข้อเสนอโครงการสำรวจ ครั้งที่ 5 จะกล่าวถึงข้อมูลจากการสำรวจนี้ว่าเป็น “ทรัพย์สินสาธารณะ” และมีหลักการที่จะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสาธารณะโดยหน่วยงานที่ร่วมสนับสนุนงบประมาณหลักร่วมกับทีมนักวิจัยเป็นผู้ดูแลการใช้ประโยชน์ ในเอกสารฉบับเดียวกันนี้ยังระบุว่า ในการขอใช้ข้อมูลให้ปฏิบัติตามขั้นตอนและแนวทางการใช้ประโยชน์จากข้อมูล ซึ่งพิจารณาโดยคณะกรรมการเผยแพร่ข้อมูล สรรส. รับผิดชอบเรื่องการอนุญาตให้ใช้สิ่งส่งตรวจที่ได้จากการสำรวจ แต่ในปี 2560 ไม่มีคณะกรรมการการดำเนินงานแล้ว (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO2) และไม่พบว่ามีกระบวนการประชาสัมพันธ์เพื่อสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากข้อมูล

พบว่า มีนักวิจัยที่เข้าถึงและนำข้อมูลและสิ่งส่งตรวจที่เก็บรักษาไว้ไปใช้เป็นจำนวนน้อยมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักวิจัยที่ไม่มีส่วนร่วมในการสำรวจ ซึ่งอาจเป็นเพราะขาดการบริหารจัดการ ระเบียบหลักเกณฑ์การอนุญาตให้นำข้อมูลและสิ่งส่งตรวจไปใช้ และการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้นักวิจัยในสถาบันต่างๆ ได้ทราบจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย ผู้เชี่ยวชาญด้านอาหารและโภชนาการ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการบริโภคสุราและยาสูบ พบว่า นักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้ไม่ทราบว่าสามารถขอใช้สิ่งส่งตรวจได้ และไม่ทราบช่องทาง หรือกระบวนการในการดำเนินการขอข้อมูล (ผู้ให้สัมภาษณ์ EP1, EP3, EP5, EP7) เมื่อทบทวนข้อมูลจากบันทึกของแผนงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายพบว่า ตั้งแต่เริ่มโครงการสำรวจ ครั้งที่ 4 จนถึงปัจจุบันมีการขออนุญาตใช้ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจจำนวน 5 ครั้ง (ปี 2553 1 ครั้ง ปี 2554 3 ครั้ง และปี 2557 1 ครั้ง) แม้ สรรส. จะมีพันธกิจสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากการศึกษาวิจัยในการกำหนดนโยบายสุขภาพของประเทศ แต่กลับมีบทบาทที่จำกัดในการสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากการสำรวจ นอกจากนั้นเอกสาร “การใช้ประโยชน์งานวิจัย สรรส.” ซึ่งจัดทำโดย สรรส. ในบทที่เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประชาชนไทยได้กล่าวถึงการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจ เพิ่มเติมโดยนักวิจัยน้อยมาก แต่เน้นเฉพาะการนำข้อมูลจากการสำรวจไปใช้คำนวณภาระโรค (Burden of disease) และไม่ได้ให้ความสำคัญกับการนำสิ่งส่งตรวจที่เก็บรักษาไว้ไปใช้ในการศึกษาวิจัย (59)

¹² การสำรวจครั้งที่ 5 มีคณะทำงานส่วนกลางเพียง 3 ท่าน (นักวิจัยหลัก ผู้ประสานงานโครงการ และนักสถิติ) (SO2)

ปัจจุบันสิ่งส่งตรวจ (ซีรัม) ที่ได้จากการสำรวจฯ ถูกเก็บรักษาไว้ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ผู้ให้ข้อมูลจากกรม (ผู้ให้สัมภาษณ์ PH6) เห็นว่าควรมีการใช้ประโยชน์จากสิ่งส่งตรวจที่ได้จากการสำรวจฯ มากกว่านี้ ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์การใช้สิ่งส่งตรวจทำให้นักวิจัยในสถาบันต่างๆ ทราบว่ามีการเก็บรักษาไว้ที่ใดสามารถขอไปใช้ประโยชน์ได้ และมีกระบวนการขออย่างไร อย่างไรก็ตามกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีแผนที่จะจัดตั้งธนาคาร เก็บรักษาส่งตรวจขนาดใหญ่ที่มีโครงสร้างการบริหารจัดการที่เป็นระบบ และสามารถใช้ประโยชน์ในระดับประเทศได้ ซึ่งในปีนี้ได้วางแผนเชิญหน่วยงานต่างๆ ที่ฝากสิ่งส่งตรวจไว้ที่กรมเข้ามาพูดคุยเพื่อร่างแนวทางการใช้ประโยชน์จากสิ่งส่งตรวจของประเทศไทย ซึ่งการร่างนโยบายดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อแผนและแนวทางการเก็บรักษาส่งตรวจภายใต้โครงการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายด้วย

ข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าปัจจุบันประเทศไทยไม่มีโครงสร้าง เกณฑ์ และกระบวนการบริหารจัดการเพื่อการอนุญาตให้ใช้ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย แหล่งทุนไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในเรื่องการบริหารจัดการการเข้าถึงข้อมูลและสิ่งส่งตรวจ จึงเกิดช่องว่างในการสร้างข้อตกลงที่เป็นทางการและชัดเจนในเรื่องความเป็นเจ้าของข้อมูล นอกจากนี้ผู้ที่เกี่ยวข้องยังมีความเข้าใจที่แตกต่างกันในเรื่องความเป็นเจ้าของข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ ส่วนกลุ่มนักวิจัยในเครือข่ายการสำรวจฯ ก็มีความเกรงใจไม่ต้องการโต้แย้งเรื่องการจัดการผลประโยชน์ ทั้งจากการเขียนบทความตีพิมพ์ และศึกษาวิจัยโดยใช้ข้อมูลดิบจากการสำรวจฯ

6.2 ผลผลิต/กิจกรรม และการจัดการข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ

การวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดในส่วนนี้ให้ความสนใจกับกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งผลต่อการจัดการความรู้ที่ได้จากการสำรวจฯ ได้แก่ การเผยแพร่บทความวิชาการจากการวิเคราะห์ข้อมูลดิบเพิ่มเติม การพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการของผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินการสำรวจฯ การคืนข้อมูลแก่ผู้ใช้ข้อมูลในระดับพื้นที่ (ที่ดำเนินการสำรวจ) และการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผลการสำรวจฯ

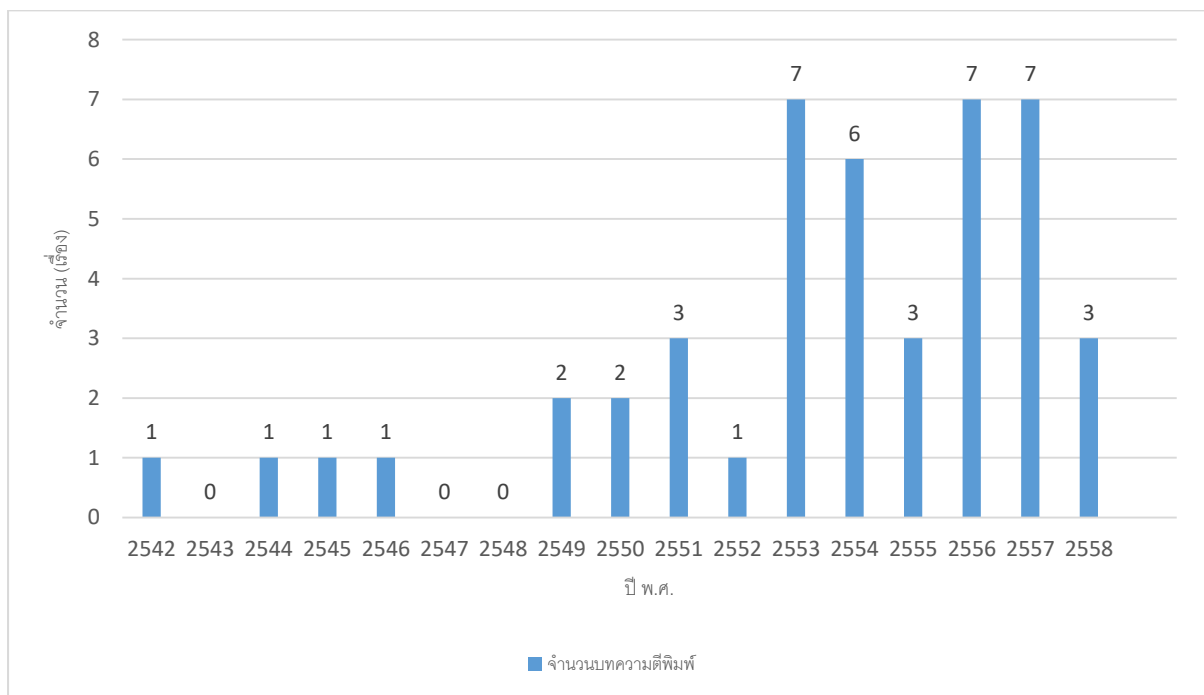
6.2.1 การตีพิมพ์บทความวิชาการจากการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจฯ เพิ่มเติม

การใช้ข้อมูลโดยกลุ่มนักวิจัยในเครือข่ายการสำรวจสุขภาพฯ ที่เห็นชัดเจนที่สุดคือ การใช้ข้อมูลจากการสำรวจฯ เพื่อการวิจัยในประเด็นที่นักวิจัยแต่ละท่านให้ความสนใจและมีความเชี่ยวชาญ การประเมินนี้พบว่านักวิจัยในเครือข่ายได้ตีพิมพ์บทความวิชาการที่เป็นผลจากการวิจัยดังกล่าวในวารสารวิชาการทั้งในและต่างประเทศ นอกจากนั้นกลุ่มนักวิจัยที่เข้าร่วมการสำรวจฯ ยังให้ความเห็นว่าข้อมูลที่ได้จากการสำรวจฯ เป็นข้อมูลที่มีคุณภาพดีมีความน่าเชื่อถือในเชิงวิชาการจึงเป็นหนึ่งในแรงจูงใจสำคัญสำหรับนักวิจัยที่เข้าร่วมเครือข่าย (ผู้ให้สัมภาษณ์ SR2, SR3, SR4)

ผู้ประเมินได้สืบค้นบทความวิชาการที่มาจากข้อมูลจากการสำรวจฯ เพื่อนำมาวิเคราะห์ให้เห็นผลผลิตในด้านการจัดการความรู้ที่เกิดจากการสำรวจฯ โดยใช้คำค้น (National health examination survey) AND Thailand จำกัดเฉพาะงานตีพิมพ์ตั้งแต่ปี 2534 (ปีแรกของการสำรวจฯ ครั้งที่ 1) เป็นต้นมา จำกัดเฉพาะ

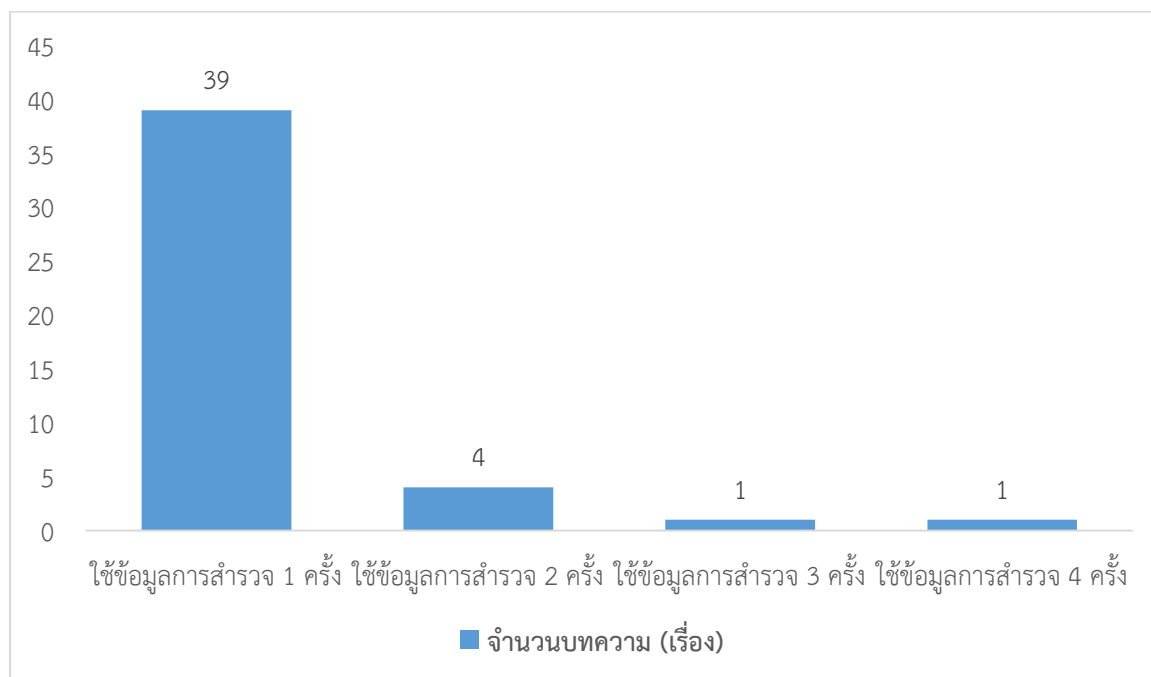
บทความภาษาอังกฤษบนเว็บไซต์ PubMed ณ วันที่ 25 ธันวาคม 2559 พบผลการค้นหาทั้งสิ้น 113 รายการ ในจำนวนนี้มีบทความวิจัยตีพิมพ์จำนวน 45 เรื่อง ที่ใช้ข้อมูลจากการสำรวจฯ ครั้งใดครั้งหนึ่ง จำนวนงานตีพิมพ์ตามปีดังรูปที่ 6.1 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า บทความวิจัยเรื่องแรกที่ใช้ข้อมูลจากการสำรวจฯ ได้รับการตีพิมพ์ในปี 2542 และจำนวนบทความดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 เป็นต้นมา ข้อมูลจากการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 ถูกนำมาใช้ในการวิจัยและได้รับการตีพิมพ์มากที่สุด (25 เรื่อง) ข้อมูลจากการสำรวจฯ ครั้งที่ 1 ถูกนำมาใช้สำหรับการตีพิมพ์น้อยที่สุด (4 เรื่อง) และมีการตีพิมพ์บทความวิจัยที่ใช้ข้อมูลจากการสำรวจฯ ครั้งที่ 2 และ 3 จำนวน 7 และ 18 เรื่องตามลำดับ

รูปที่ 6. 1 จำนวนบทความวิจัยที่ใช้ข้อมูลจากการสำรวจฯ ที่ได้รับการตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2542- 2558



เนื่องจากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายนี้มีการดำเนินการทุก 5 ปี ซึ่งน่าจะให้ข้อมูลแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในเรื่องสุขภาพในด้านต่างๆ ตลอดระยะเวลา 25 ปีที่ผ่านมา ผู้ประเมินจึงทบทวนบทความตีพิมพ์ทั้ง 45 เรื่องว่า ได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแนวโน้มมากน้อยเพียงไร ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนการสำรวจฯ ครั้งที่ 1-4 ที่ถูกนำมาอ้างอิงในบทความแต่ละเรื่อง (รูปที่ 6.2) และพบว่า แต่ละเรื่องของบทความที่ตีพิมพ์ส่วนใหญ่ (39 เรื่อง) ใช้ข้อมูลจากการสำรวจครั้งเดียว โดยไม่มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบแนวโน้ม มีบทความเพียง 1 เรื่องที่ใช้ข้อมูลจากการสำรวจฯ ครั้งที่ 1-4 ประกอบกันและมีบทความ 1 เรื่องที่ใช้ข้อมูลจากการสำรวจฯ ครั้งที่ 1-3 และมีบทความ 4 เรื่องที่มีการใช้ข้อมูลจาก 2 การสำรวจฯ ข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่าแม้การสำรวจดังกล่าวจะเป็นการสำรวจที่มีการทำซ้ำหลายครั้ง สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์แนวโน้มของสถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้ แต่คุณลักษณะดังกล่าวกลับถูกนำมาใช้ประโยชน์ไม่มากเท่าที่ควร การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนใหญ่ยังคงเป็นแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analysis) ของการสำรวจแต่ละครั้ง

รูปที่ 6. 2 จำนวนบทความจำแนกตามจำนวนครั้งของการสำรวจฯ ที่นำข้อมูลมาใช้ในบทความแต่ละเรื่อง



ประโยชน์ประการหนึ่งของการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ได้แก่ การนำข้อมูลมาใช้ในการกำหนดค่าอ้างอิง (ค่าปกติ) ของมาตรการด้านสุขภาพต่างๆ ที่มีความจำเพาะต่อประชากรไทย ผู้ประเมินพบว่า บทความวิชาการ 2 เรื่องจากทั้งหมด 45 เรื่องได้วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดค่าอ้างอิงเหล่านี้ เช่น ค่าอ้างอิงของ waist circumference และ body mass index (60) serum TSH, FT4 และ thyroid autoantibodies (61) เป็นต้น นอกจากนี้มีบทความจำนวน 3 เรื่องที่นำข้อมูลจากการสำรวจฯ มาวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลเดียวกันจากประเทศอื่นๆ (international comparison) (62-64) ซึ่งบทความทั้ง 3 เรื่องนี้วิเคราะห์ข้อมูลในแนวเดียวกัน คือ เปรียบเทียบความชุก ร้อยละผู้ที่ได้รับการวินิจฉัย และผลการรักษาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันเลือดสูง และระดับไขมันในเลือดสูง

สำหรับการใช้ประโยชน์จากสิ่งส่งตรวจที่เก็บรักษาไว้นั้น พบว่ามีบทความจำนวน 9 เรื่องที่ใช้ข้อมูลจากการนำซีรัมมาวิเคราะห์เพิ่มเติม (61, 65-72) ซึ่งทั้งหมดเป็นการใช้ซีรัมจากการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 และผู้นิพนธ์ (authors) เป็นนักวิจัยกลุ่มเดียว นอกจากนี้บทความที่ตีพิมพ์ 41 เรื่อง (ร้อยละ 91) มีชื่อ Aekplakorn, W. เป็นผู้นิพนธ์ร่วม ซึ่งอาจเป็นเพราะนักวิจัยท่านนี้เป็นกำลังสำคัญในการสำรวจฯ แต่ก็บ่งชี้ว่าการเข้าถึงข้อมูลจากการสำรวจ มีการกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มนักวิจัยบางกลุ่ม เพราะหากข้อมูลมีการเปิดกว้างให้เข้าถึงได้ ก็ไม่มีความจำเป็นที่ผู้ทำการสำรวจจะต้องมีชื่อเป็นผู้นิพนธ์ร่วมของงานตีพิมพ์เสมอไป

6.2.2 การพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการของผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินการสำรวจ

เนื่องจากนักวิจัยในเครือข่ายการสำรวจฯ เกือบทั้งหมดเป็นอาจารย์ในมหาวิทยาลัย จึงมีช่องทางการใช้ประโยชน์จากการสำรวจฯ ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในรูปแบบต่างๆ ซึ่งขึ้นอยู่กับนโยบายของหน่วยงานของตนและความสนใจส่วนบุคคล เช่น ใช้ข้อมูลและเครื่องมือที่พัฒนาในโครงการสำรวจฯ ประกอบการเรียนการสอนนักศึกษา (ผู้ให้สัมภาษณ์ EP1, EP3) ใช้การสำรวจฯ เป็นสนามฝึกให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูลจริง เช่น การให้นักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นเป็นพนักงานเก็บข้อมูลในช่วงปิดภาคการศึกษา (ผู้ให้สัมภาษณ์ SR2) การใช้ข้อมูลระดับภาคในการอบรมบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งเป็นการเผยแพร่ข้อมูลปัญหาสุขภาพในพื้นที่ พร้อมทั้งให้ความรู้ในการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเบื้องต้นด้วย โครงการดังกล่าวเป็นโครงการที่ผนวกกับโครงการอบรมบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ที่หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ดำเนินการอยู่แล้ว (ผู้ให้สัมภาษณ์ SR3) ทั้งนี้หากมีการบันทึกและแลกเปลี่ยนวิธีการ และรูปแบบการใช้ประโยชน์จากข้อมูลและเครื่องมือต่างๆ ในโครงการสำรวจฯ ระหว่างหน่วยงานในเครือข่ายจะขยายการประโยชน์ให้มากขึ้นได้

6.2.3 การคืนข้อมูลแก่ผู้ใช้ข้อมูลในระดับพื้นที่

การคืนข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่าง/เจ้าหน้าที่ในพื้นที่เป็นวิธีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการสำรวจฯ วิธีหนึ่ง การคืนข้อมูลสุขภาพหรือการแจ้งผลการตรวจสุขภาพที่สามารถทราบผลได้เลย ให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการสำรวจฯ ยังขาดแนวทางที่ชัดเจน ปัจจุบันแต่ละพื้นที่มีแนวทางของตนเอง (ผู้ให้สัมภาษณ์ SR3, SR4) นอกจากนั้นพบว่าในการสำรวจแต่ละครั้งก็มีแนวทางที่แตกต่างกัน เช่น รายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 ระบุว่า หลังการเก็บข้อมูลให้นักวิชาการในทีมให้คำแนะนำด้านการปฏิบัติตัวทางสุขภาพแก่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นแจ้งผลการตรวจเลือดให้กลุ่มตัวอย่างทราบภายใน 2 สัปดาห์ แต่โครงร่างการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ระบุว่า จะแจ้งผลการตรวจเบื้องต้นและวิธีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพหลังการเก็บข้อมูล และแจ้งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในภายหลัง (ไม่ได้กำหนดระยะเวลา) นอกจากนั้นการใช้ข้อมูลประกอบการวางแผน และการกำหนดมาตรการ/นโยบายในระดับพื้นที่ เช่น ชุมชน จังหวัด ภาค ก็เป็นอีกช่องทางหนึ่งของการใช้ประโยชน์จากการสำรวจฯ อย่างไรก็ตามพบว่า ในการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 มีปัญหาเรื่องการคืนข้อมูลกลับให้พื้นที่ล่าช้า ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลไปใช้ได้และเกรงว่าอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างนักวิจัยในพื้นที่กับเจ้าหน้าที่ สธ. หรือ ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. ที่ช่วยเก็บข้อมูล ซึ่งก็ได้รับการทวงถามจากประชาชนที่ถูกสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย อีกทั้งอาจทำให้ไม่ได้รับความร่วมมือในโครงการวิจัยอื่นๆ (ผู้ให้สัมภาษณ์ SR2, SR4) และมีข้อพึงระวังในการคืนข้อมูลให้แก่พื้นที่คือเรื่องความเป็นตัวแทนของข้อมูล เนื่องจากเมื่อนักวิจัยลงเก็บข้อมูล ผู้บริหารหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในจังหวัดนั้นๆ มักจะต้องการข้อมูลไปใช้ประโยชน์เชิงนโยบายหรือการวางแผน ดังนั้นต้องมีการสื่อสารกับจังหวัดที่เป็นพื้นที่ตัวอย่างว่า การสุ่มตัวอย่างในการสำรวจฯ นี้ เป็นการสุ่มตัวแทนระดับภาคไม่ใช่ระดับจังหวัด ดังนั้นข้อมูลที่ได้จะมีข้อจำกัดในการใช้

6.2.4 การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผลการสำรวจ

การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์การสำรวจฯ เป็นกิจกรรมที่จะช่วยให้เกิดการนำข้อมูลไปใช้ในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับผู้ใช้อ้างอิง ทั้งผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ บุคลากรด้านสุขภาพ และประชาชนทั่วไป ที่ผ่านมาหน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจฯ ได้จัดพิมพ์รายงานการสำรวจทุกครั้ง และเผยแพร่ในรูปแบบของเอกสารอิเล็กทรอนิกส์บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน เช่น สวรส. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีเอกสารเผยแพร่กิจกรรมเกี่ยวกับการสำรวจฯ รูปแบบอื่นๆ เช่น ในการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 มีการจัดทำจดหมายข่าวอิเล็กทรอนิกส์ (e-newsletter) รายสัปดาห์ จดหมายข่าว “สำรวจรอยโรค” รายเดือน ซึ่งมีเนื้อหาที่สอดคล้องกับเหตุการณ์สำคัญในเดือนนั้นๆ เพิ่มข้อมูลสำหรับสื่อมวลชนแขนงต่างๆ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วารสาร วิทยุ โทรทัศน์ และสื่ออื่นๆ นอกจากนี้ยังมีการจัดทำหนังสือแนววรรณกรรม ซึ่งช่วยต่อการเข้าใจของประชาชนทั่วไปและสอดแทรกความรู้จากการสำรวจ ได้แก่ วรรณกรรมเรื่องนายก้อนดิน และหนังสือสำรวจรอยโรคสำหรับประชาชน (73, 74)

สำหรับความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายและการเข้าถึงเอกสารที่กล่าวข้างต้นนั้น มีข้อมูลจากแผนงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยฯ ได้จัดพิมพ์รายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 รายงานสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทย และรายงานสุขภาพเด็ก จำนวน 1 ครั้ง รายงานละ 2,000 ฉบับ โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือนักวิชาการ/นักวิจัย ผู้กำหนดนโยบาย และประชาชน รวมทั้งมีการเผยแพร่รายงานทั้ง 3 ฉบับบนเว็บไซต์ของหน่วยงานต่างๆ แต่ไม่มีการบันทึกจำนวนการอ่านและการ download ในส่วนของจดหมายข่าว “สำรวจรอยโรค” และเอกสารอื่นๆ ก็มีการนำออกเผยแพร่ทางเว็บไซต์ แต่ไม่มีการบันทึกจำนวนการใช้งานเช่นเดียวกัน

ในข้อเสนอโครงการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ได้ระบุรูปแบบการเผยแพร่ข้อมูลว่าประกอบด้วยรายงานผลสำรวจในภาพรวม รายงานเฉพาะประเด็น บทความตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ การจัดทำผลวิเคราะห์ข้อมูลแก่หน่วยงานด้านสุขภาพเพื่อประกอบการดำเนินนโยบาย สื่อสารสาธารณะ เช่น โปสเตอร์ facts sheet และฐานข้อมูลสำหรับนักวิจัยเพื่อนำไปวิเคราะห์ (75) อย่างไรก็ตาม ในขณะที่ทำการประเมินนี้ (เมษายน 2560) ปรากฏว่ามีเพียงการจัดทำรายงานการสำรวจฯ ทั้งแบบ hard copy และเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ออกเผยแพร่เท่านั้น

จากการสืบค้นข้อมูลบนเว็บไซต์ของแผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ผู้ประเมินพบว่าเว็บไซต์นี้ไม่สามารถใช้งานได้ ทั้งๆที่ควรจะเป็นช่องทางหลักในการประชาสัมพันธ์และสื่อสารกับผู้ใช้อ้างอิงและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับผลการสำรวจกลุ่มต่างๆ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดโครงสร้างในการบริหารจัดการและการวางแผนการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ของ สวรส. ซึ่งเป็นต้นสังกัดของแผนงานฯ โดยเจ้าหน้าที่ของโครงการสำรวจฯ ให้ข้อมูลว่า ทีมสำรวจฯ พยายามที่จะเผยแพร่ข้อมูลไปสู่กลุ่มเป้าหมายและสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากการสำรวจฯ แต่ยังมีข้อจำกัดที่นโยบายของ สวรส. ที่ให้ความสำคัญกับการทำการสำรวจฯ และการรายงานผลมากกว่ากิจกรรมอื่นๆ ประกอบกับจำนวนบุคลากรและทรัพยากรอื่นๆ ที่ สวรส. มีอยู่อย่างจำกัด จึงไม่สามารถจัดสรรมาดำเนินการในเรื่องการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์การสำรวจฯ ได้เท่าที่ควร (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO2, FA4)

6.3 การเปลี่ยนแปลงความตระหนักรู้/การตอบรับของผู้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจฯ

การประเมินนี้พบว่า ผู้ใช้ข้อมูล โดยเฉพาะกลุ่มผู้กำหนดนโยบายและนักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ ประเด็นที่ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ และแสดงความเชื่อมั่นต่อคุณภาพของการสำรวจฯ ด้วยการนำข้อมูลผลการสำรวจฯ ไปใช้ประโยชน์ เช่น การใช้ข้อมูลเพื่ออ้างอิงสถานการณ์ของปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการติดตามการดำเนินนโยบาย การประเมินและรายงานผลการดำเนินงานและการใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายที่ต้องการ (ผู้ให้สัมภาษณ์ PH3, PH4, PH5, PH7, FA2, EP7) และบางส่วนอาจเลือกใช้ผลการสำรวจที่สนับสนุนการดำเนินนโยบายของตน สำหรับการนำข้อมูลจากการสำรวจฯ เพื่อเป็นแนวทางในการวางกลยุทธ์การดำเนินงาน หรือใช้ในการกำหนดนโยบายนั้น ยังคงเป็นการใช้ตามโอกาสและขึ้นอยู่กับความสนใจส่วนบุคคลของผู้บริหาร

อย่างไรก็ตามพบว่าการใช้ประโยชน์จากการสำรวจฯ เชิงนโยบาย มีอยู่อย่างจำกัด หลายหน่วยงานใช้ข้อมูลจากการสำรวจอื่นๆ ในการพัฒนาและติดตามประเมินนโยบาย เพราะให้ข้อมูลที่ทันต่อความต้องการมากกว่า (ผู้ให้สัมภาษณ์ PH3, PH4, PH5, PH7, FA2) การอ้างอิงรายงานการสำรวจฯ ส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลความชุกแบบภาคตัดขวาง (ผู้ให้สัมภาษณ์ PH3, PH5, PH7) เนื่องจากการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงไม่ครบถ้วน อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงประเด็นการสำรวจ วิธีวิจัย และข้อคำถามทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลที่นำมาใช้วิเคราะห์แนวโน้มของสถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (ผู้ให้สัมภาษณ์ EP1) ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินที่นำเสนอในหัวข้อ 6.2.1

ในส่วนของการใช้ประโยชน์ข้อมูลจากการสำรวจฯ ต่อยอดในงานวิจัยเพื่อนำมาใช้ในเชิงนโยบายนั้น การศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย (ปัจจุบันอยู่ในแผนงานการพัฒนาดัชนีภาวะทางสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) เป็นตัวอย่างการใช้ประโยชน์เชิงวิชาการที่เชื่อมโยงกับนโยบายที่ค่อนข้างชัดเจนและดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 (76) ซึ่งใช้ข้อมูลจากการสำรวจฯ ครั้งที่ 2 เนื่องจากการสำรวจฯ ครั้งที่ 2 และ 3 ได้รับการสนับสนุนและมีส่วนร่วมดำเนินงานจากกระทรวงสาธารณสุข จึงทำให้กลุ่มนักวิจัยที่ศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ซึ่งสังกัดสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ทราบว่ามีโครงการสำรวจฯ และประเด็นการสำรวจ รวมทั้งสามารถประสานงานเพื่อขอใช้ข้อมูลเพื่อการต่อยอดการสำรวจนี้ได้ (ผู้ให้สัมภาษณ์ EP6) อย่างไรก็ตามการใช้ข้อมูลของนักวิชาการกลุ่มนี้ไม่ได้จำกัดอยู่ที่ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายเพียงการสำรวจเดียว แต่ยังใช้ข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ เช่น การสำรวจด้านสุขภาพโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นต้น เช่นเดียวกับผู้ใช้ข้อมูลกลุ่มอื่นๆ

6.4 การเปลี่ยนแปลงความรู้/ทักษะด้านนโยบาย หรือวิธีปฏิบัติอันเนื่องมาจากผลการสำรวจฯ

การประเมินนี้พบว่า หน่วยงานที่ใช้ข้อมูล รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขใช้ข้อมูลจากหลายแหล่ง ไม่เฉพาะแต่การสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ซึ่งมีสาเหตุหนึ่งคือ การสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายเป็นการสำรวจทุก 5 ปี แต่ผู้กำหนดนโยบายต้องวางแผนหรือประเมินผลการทำงานทุกปี แม้การสำรวจสุขภาพ

โดยการตรวจร่างกายจะมีจุดแข็งที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และมีการตรวจร่างกายและการตรวจวิเคราะห์สิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ แต่การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจฯ ใช้เวลาค่อนข้างนาน สถานการณ์ในประเด็นที่หน่วยงานสนใจอาจเปลี่ยนไปแล้วเมื่อออกรายงาน (ผู้ให้สัมภาษณ์ PH3, PH4, PH5, PH7) นอกจากนั้นหน่วยงานต่างๆ สามารถเลือกใช้ข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ เช่น ตามเอกสารทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2555 – 2564 สสส. ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้ทุนหลักแก่โครงการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายเลือกใช้ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา (สพบส.) และการสำรวจพฤติกรรม การออกกำลังกายของประชากร (ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ) ในการติดตามผลงานตามตัวชี้วัด อัตราการสูบบุหรี่และอัตราการดื่มสุรา และอัตราการมีกิจกรรมทางกายประจำ ตามลำดับ (77) อย่างไรก็ตามเอกสารฉบับเดียวกันนี้ระบุว่า สสส. ใช้ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในการติดตามผลงานตามตัวชี้วัด อัตราการบริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอ และความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก

แม้จะมีข้อจำกัดของการใช้ข้อมูลการสำรวจฯ ในกลุ่มผู้กำหนดนโยบายในการใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดนโยบายรวมถึงติดตามประเมินนโยบาย แต่ก็พบว่าข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายได้ถูกนำมาใช้เพื่อเคลื่อนไหวก่อนหน้านโยบายในระดับประเทศ โดยมีตัวอย่างที่ศึกษาในการประเมินนี้คือ การพัฒนานโยบายผ่านสมัชชาสุขภาพ ผู้ประเมินได้ทบทวนเอกสารมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1-8 (ปี พ.ศ. 2551 – 2558) และพบว่าข้อมูลจากการสำรวจฯ ถูกนำมาใช้อ้างอิงในเอกสารมติและเอกสารหลักของการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพียง 3 เรื่อง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็ก การตรวจสุขภาพ และการจัดการอาหารในโรงเรียน (ตารางที่ 6.1) อย่างไรก็ตาม การใช้ข้อมูลจากการสำรวจฯ ในมติที่ 2.8 เป็นเพียงการอ้างอิงเกณฑ์ที่ใช้ในการแบ่งระดับการมีกิจกรรมทางกาย และมติที่ 6.5 ใช้ข้อมูลความชุกของโรคเพื่อชี้ให้เห็นความสำคัญของประเด็นปัญหาเท่านั้น

ตารางที่ 6.1 มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่อ้างอิงการสำรวจฯ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ (พ.ศ.)	เลขที่และหัวข้อมติ
ครั้งที่ 2 (2552)	2.8 การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน
ครั้งที่ 6 (2556)	6.1 นโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน
	6.5 ระบบจัดการอาหารในโรงเรียน

ในกรณีของมติสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556 มติ 6.1 นโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน นั้นเป็นกรณีที่น่าสนใจเนื่องจากมีการผลักดันให้เกิดการดำเนินงานในระดับนโยบาย (กรอบที่ 6.1) โดยข้อมูลจากการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 ถูกนำมาใช้อ้างอิงในเอกสารหลักของการประชุม

สมัชชาสุขภาพซึ่งนำไปสู่การออกมติสมัชชาฯ ถือเป็นการยอมรับนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพของประชาชนในที่สุด

เห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้/ทักษะด้านนโยบายหรือวิถีปฏิบัติอันเนื่องมาจากการสำรวจฯ นั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายเรื่อง ทั้งความสามารถของผู้ใช้ในการเลือกใช้ข้อมูลและข้อมูลในรูปแบบต่างๆ ที่มีอยู่ซึ่งมีความทับซ้อนกัน ซึ่งข้อจำกัดหนึ่งของการสำรวจฯ ที่ผู้กำหนดนโยบายให้ความสำคัญ คือเรื่องความถี่ของข้อมูลที่ได้จากการสำรวจฯ ซึ่งมักไม่ทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้กรณีศึกษาเรื่องการนำข้อมูลจากการสำรวจฯ ไปใช้ในการผลักดันนโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชนผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นกระบวนการขับเคลื่อนเชิงนโยบายที่แสดงให้เห็นว่าผู้ใช้ข้อมูลสามารถเลือกใช้ข้อมูลจากการสำรวจฯ ได้ เพื่อตอบต่อวัตถุประสงค์ของการขับเคลื่อนนโยบายได้ ซึ่งกรณีศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นโอกาสในการพัฒนาแผนการจัดการเรื่องการใช้ประโยชน์จากการสำรวจฯ ที่सरस्. ในฐานะต้นสังกัดของหน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจฯ อาจพิจารณาวางแผนเรื่องการพัฒนาศักยภาพของผู้ใช้ข้อมูลรวมถึงวิเคราะห์โอกาสที่จะนำเสนอข้อมูลจากการสำรวจฯ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการใช้ประโยชน์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กรอบที่ 6. 1 กรณีศึกษาการใช้ประโยชน์จากผลการสำรวจ: มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556 ได้นำเรื่อง “นโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน” เข้าสู่การพิจารณา วาระดังกล่าวเสนอโดยมูลนิธิหมอชาวบ้านและคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ร่วมกับภาคีเครือข่าย (78) ผู้เสนอได้ทบทวนเอกสารหลายฉบับเพื่อใช้อ้างอิงความสำคัญของปัญหา สถานการณ์และแนวโน้มของการตรวจสุขภาพของประชาชน ซึ่งรวมถึงรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ที่ระบุว่า “ประชาชนบางส่วนไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือป่วยเป็นโรค โดยกว่าหนึ่งในสามของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวาน และกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่เป็นโลหิตสูงไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน นอกจากนี้ยังพบว่า ระหว่างปีพ.ศ. 2549- 2550 สตรีอายุ 15-59 ปี เคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 42.4 ในขณะที่ก่อนปีพ.ศ. 2549 เคยได้รับการตรวจเพียงร้อยละ 18.3” (79) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประชาชนบางกลุ่มไม่เห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพ และไม่ได้รับการตรวจสุขภาพที่จำเป็น จึงไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคและไม่ทราบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้ไม่ได้รับการคำแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการลุกลามของปัญหาและภาวะแทรกซ้อนอย่างทันที่ ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม ในขณะที่ประชาชนอีกกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะในเขตเมืองเข้ารับการตรวจสุขภาพไม่สมเหตุผล โดยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งหลายรายการขาดข้อมูลสนับสนุนด้านประสิทธิผลและประสิทธิภาพ และอาจส่งผลเสียต่อผู้ถูกตรวจที่มีผลการตรวจชี้ว่าเป็นโรคโดยที่แท้จริงแล้วอาจไม่ได้เป็นโรค (ผลบวกлож หรือ false positive) (80) ทำให้สิ้นเปลืองและเสี่ยงต่อการที่ต้องรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและการรักษาโดยไม่จำเป็น

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 จึงมีมติ “ขอให้กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์ เป็นเจ้าภาพร่วมกับแพทยสภา สภาวิชาชีพ สถาบันวิชาการและหน่วยงาน/ องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพทั้งภาพทั้งภาครัฐและเอกชน พิจารณากำหนดนโยบาย และแนวทางการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการตรวจสุขภาพที่จำเป็น เหมาะสม เป็นเหตุเป็นผล และมีคุณภาพ รวมถึงพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชนตามกลุ่มวัย โดยให้อ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความเป็นปัจจุบัน” (81) ซึ่งต่อมา กระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน โดยมีอธิบดีกรมการแพทย์ เป็นประธานคณะกรรมการฯ และได้จัดทำแนวทางมาตรฐานการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชนในแต่ละกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มเด็กและวัยรุ่น (แรกเกิด – 18 ปี) กลุ่มวัยผู้ใหญ่ (18 – 59 ปี) กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) และกลุ่มหญิงมีครรภ์ ทั้งนี้ กรมการแพทย์ได้นำแนวทางมาตรฐานการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชนดังกล่าวไปปฏิบัติโดยความสมัครใจ โดยเริ่มจากโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ และสังกัดหน่วยงานอื่นๆ ของกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล: วรรณวิมล ขวัญยาใจ และคณะ. รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1- ครั้งที่ 7. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2558.

จากการประเมินที่นำเสนอในบทนี้ สรุปได้ว่าการใช้ประโยชน์จากการสำรวจ อยู่ในขั้นตอนการรับรู้ และมีส่วนร่วมในการสำรวจ และการใช้ผลหรือข้อมูลจากการสำรวจ ตามกรอบแนวคิดของ Morton และคณะ และเป็นการใช้ใน 3 รูปแบบ ได้แก่ การใช้ประโยชน์เชิงวิชาการ (การวิเคราะห์ต่อยอดงานวิจัยและตีพิมพ์

ผลงาน) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านวิชาการและปฏิบัติในท้องถิ่น และการใช้ข้อมูลประกอบกระบวนการทางนโยบาย อย่างไรก็ตามการใช้ประโยชน์ดังกล่าวเป็นไปอย่างจำกัด อีกทั้งการจัดสรรทรัพยากรทั้งกำลังคนและงบประมาณเพื่อสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากการสำรวจ นั้น ยังมีช่องว่าง เช่น ขาดกลไกและกฎเกณฑ์การอนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากข้อมูลและสิ่งส่งตรวจที่ชัดเจน ขาดการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ใช้อข้อมูลกลุ่มต่างๆ ทราบโดยเฉพาะกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขและบุคคลทั่วไป รวมถึงการขาดนโยบายของ สวรส. ซึ่งเป็นต้นสังกัดของหน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจฯ ที่จะเพิ่มการใช้ประโยชน์จากการสำรวจนี้ในวงกว้าง

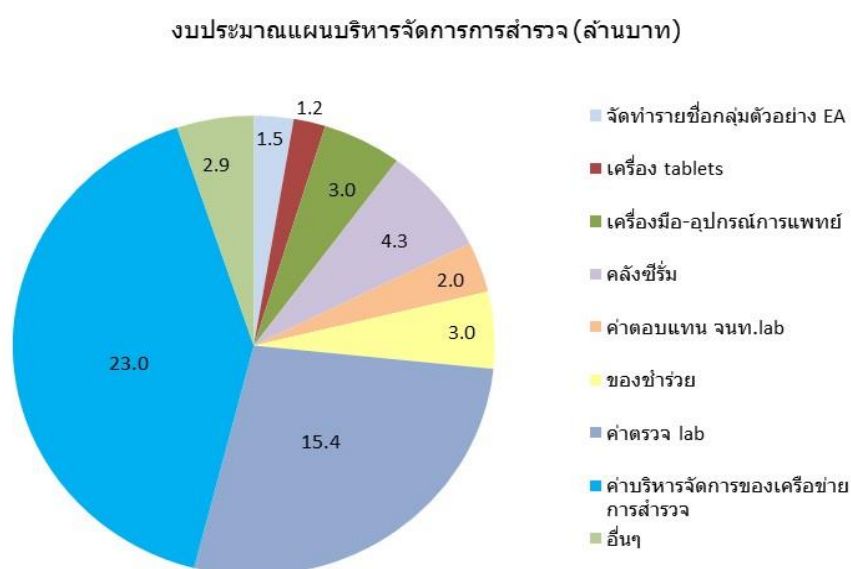
นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัจจัยด้านผู้ใช้อข้อมูล และปัจจัยเชิงระบบที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ประโยชน์จากการสำรวจ ได้แก่ การมีหลายการสำรวจที่ให้ข้อมูลในประเด็นเดียวกัน ไม่มีระบบสนับสนุนให้ผู้ที่ใช้ข้อมูลมีขีดความสามารถเพียงพอในการนำข้อมูลและสิ่งส่งตรวจไปใช้ ซึ่งรวมถึงความสามารถในการเลือกใช้ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพที่มีคุณภาพเชื่อถือได้ และการสำรวจฯ ให้ข้อมูลไม่ทันความต้องการของผู้ใช้หรือไม่ทันต่อเหตุการณ์โดยเฉพาะในกรณีของผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบาย

บทที่ 7 ผลการประเมินการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5

7.1 งบประมาณสำหรับการสำรวจฯ ครั้งที่ 5

ตามที่ระบุในข้อเสนอโครงการ (proposal) การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 เริ่มในเดือนตุลาคม 2555 และสิ้นสุดในเดือนมิถุนายน 2558 ได้รับงบประมาณจาก สสส. สวรส. และ กระทรวงสาธารณสุข เป็นเงินรวมทั้งสิ้น 62 ล้านบาท (51) งบประมาณครึ่งหนึ่งเป็นเงินทุนจากสำนักสนับสนุน การพัฒนาระบบสุขภาพ สสส. ในจำนวนนี้ 56 ล้านบาท (ร้อยละ 90) ถูกจัดสรรให้แผนบริหารจัดการการ สำรวจ ส่วนที่เหลือเป็นงบประมาณสำหรับแผนจัดการสำนักงานและแผนจัดการข้อมูลและใช้ประโยชน์ข้อมูล แผนบริหารจัดการการสำรวจจัดสรรงบประมาณเป็นค่าบริหารจัดการของเครือข่ายการสำรวจ 23 ล้านบาท ค่าตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ 15 ล้านบาท ส่วนค่าใช้จ่ายอื่นๆ ประกอบด้วย ค่าเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจ ในธนาคารซีรัม เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ คอมพิวเตอร์แท็บเล็ต ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ของชำร่วยสำหรับกลุ่มตัวอย่าง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ (รูปที่ 7.1) นอกจากนี้ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2554- กันยายน 2555 ผู้รับผิดชอบโครงการได้รับทุนจาก สวรส. เป็นเงิน 9 ล้านบาท สำหรับเตรียมการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ในกิจกรรมการพัฒนาแนวทางกรอบตัวอย่าง การพัฒนาแนวทางเก็บข้อมูลภาคสนาม การพัฒนา เครื่องมือการสำรวจ การพัฒนาข้อมูลเฉพาะประเด็น การทดสอบเครื่องมือ และการประชุมวิชาการ (54)

รูปที่ 7. 1 การจัดสรรงบประมาณภายใต้แผนบริหารจัดการการสำรวจ โครงการสำรวจฯ ครั้งที่ 5



แหล่งข้อมูล: ข้อเสนอโครงการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 (51)

7.2 ประเด็นการสำรวจ: ประเด็นตามข้อเสนอโครงการและประเด็นที่สำรวจจริง

ตามที่ระบุในรายงานความก้าวหน้าของโครงการครั้งที่ 1 ที่เสนอต่อ สสส. การสำรวจฯ ครั้งที่ 5 มีเกณฑ์การคัดเลือกประเด็นการสำรวจ ดังนี้ (82)

- ใช้ขนาดของปัญหาจากการศึกษาภาระโรค (Burden of disease) ในประเทศไทยเป็นหลัก เลือกภาระโรคที่ทำให้คนไทยทั้งชายหญิงสูญเสียผู้ที่มีสุขภาพดีไปเป็นจำนวนมาก
- เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ยังมีช่องว่างทางความรู้ เช่น ขนาดของปัญหา ซึ่งกระบบรายงานสาธารณสุขไม่สามารถแสดงได้อย่างชัดเจน แต่การสำรวจครั้งที่แล้วและการศึกษาวิจัยแสดงว่าเป็นปัญหาที่มีขนาดใหญ่ เช่น ภาวะโลหิตจาง โรคไต โรคตับ เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและเศรษฐกิจของประเทศ
- เป็นข้อมูลที่จะนำมาซึ่งประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายสุขภาพ ทั้งการป้องกัน การสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลรักษา รวมทั้งเป็นการประเมินผลของโครงการสาธารณสุขต่างๆ ที่กำลังดำเนินการอยู่ในปัจจุบันด้วย

จากข้อเสนอโครงการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ที่ได้รับอนุมัติจาก สสส. กลุ่มตัวอย่างถูกแบ่งตามอายุเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเด็ก (1-14 ปี) กลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) และจะเก็บข้อมูลด้านสุขภาพตามตารางที่ 7.1 (51) ซึ่งรายงานการสำรวจระบุว่า “โรคเรื้อรัง” ในที่นี้หมายถึง กลุ่มโรคเรื้อรังที่เคยวินิจฉัยจากแพทย์ ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคข้อเสื่อม โรคเกาต์ โรคนิ่วทางเดินปัสสาวะ โรคไตเรื้อรัง โรคธาลัสซีเมีย และหอบหืด ข้อมูลเกี่ยวกับการเป็นโรคดังกล่าวได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างว่าเคยได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขว่าตนเองเป็นโรคนั้นๆ (49) มีใช้การเก็บข้อมูลโดยการตรวจร่างกายหรือตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เมื่อเปรียบเทียบประเด็นด้านสุขภาพในข้อเสนอโครงการกับในรายงานพบว่า มีการนำเสนอผลการสำรวจภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นประเด็นที่ไม่อยู่ในข้อเสนอโครงการ และบางประเด็นครอบคลุมรายละเอียดที่ไม่เกี่ยวข้องกับประเด็นนั้นๆ เช่น ในประเด็น “การใช้ยา” มีการรายงานผลในเรื่องที่นอกเหนือจากพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การรู้จักปัญหาหลักแห่งชาติ ความเชื่อมั่นต่อปัญหาหลักฯ และความเชื่อมั่นในคุณภาพยาที่ผลิตในประเทศไทย โดยไม่มีการวิเคราะห์หรืออภิปรายข้อมูลเหล่านี้ในเชิงลึก ในขณะที่เดียวกันกลับไม่มีการนำเสนอผลการสำรวจ/ตรวจร่างกายในกลุ่มเด็ก ผลการสำรวจพฤติกรรมการใช้คอมพิวเตอร์ และผลการตรวจวิเคราะห์ spot urine sodium และ 2-hour oral glucose tolerance test ในรายงาน โดยไม่มีการอธิบายถึงสาเหตุหรือข้อจำกัด ทั้งนี้ผู้ที่เกี่ยวข้องให้ข้อมูลอย่างจัดทำรายงานการสำรวจในกลุ่มเด็กไม่แล้วเสร็จ (ผู้ให้สัมภาษณ์ EP4) และไม่สามารถเก็บตัวอย่างเพื่อใช้ตรวจ spot urine sodium และ 2-hour oral glucose tolerance test ในการสำรวจครั้งนี้ได้ เนื่องจากวิธีที่จะนำมาใช้เป็นไปไม่ได้ในทางปฏิบัติ (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO1) สำหรับข้อมูลลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมนั้น มีการเก็บข้อมูล เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส การมีงานทำ อาชีพ รายได้ และภูมิลำเนา (ภาคและเขตปกครอง) (49)

ตารางที่ 7. 1 ประเด็นด้านสุขภาพที่จะเก็บข้อมูลในการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ตามที่ระบุในข้อเสนอโครงการ

กลุ่มอายุ	ประเด็นสัมภาษณ์	ประเด็นตรวจร่างกาย
ทุกกลุ่มอายุ		• ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความยาวรอบเอว รอบสะโพก วัดความดันเลือด • อายุ 10 ปีขึ้นไป: เก็บตัวอย่างเลือดจากหลอดเลือดดำ เพื่อตรวจฮีโมโกลบิน ลักษณะเม็ดเลือดแดง fasting plasma glucose, total cholesterol, HDL-C, triglyceride, creatinine • ตรวจ spot urine sodium
กลุ่มเด็ก	สถานะสุขภาพทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพ การเจริญเติบโตและการพัฒนารายเด็ก พัฒนาการด้านอารมณ์ การได้รับวัคซีน และภาวะโภชนาการ	อายุ 1-9 ปี: เจาะเลือดปลายนิ้ว ตรวจความเข้มข้นของเลือดเพื่อหาภาวะซีด ตรวจ iodine ในปัสสาวะ
กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ	• พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยาและอาหารเสริม เป็นต้น • โรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด และปัจจัยเสี่ยง (เช่น โรคเบาหวาน ความดันเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไต โรคกระดูก ภาวะข้อเสื่อม • ภาวะซีด • เฉพาะวัยแรงงาน: อนามัยเจริญพันธุ์ • เฉพาะผู้สูงอายุ: ภาวะพึ่งพา ภาวะทุพพลภาพ การหกล้ม โรคสมองเสื่อม	• อายุ 40 ปีขึ้นไป: ทดสอบแรงบีบมือ ทดสอบการเดินระยะสั้น ทดสอบสายตา • กลุ่มย่อย: ทดสอบ 2-hr oral glucose tolerance test

แหล่งข้อมูล: ข้อเสนอโครงการที่ได้รับอนุมัติจาก สสส. (51)

7.3 คุณภาพของการสำรวจฯ ครั้งที่ 5

ผู้ประเมินพิจารณาคุณภาพของการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ตามกรอบการประเมิน Quality framework for OECD statistics ซึ่งประกอบด้วย 8 มิติ ได้แก่ relevance, accuracy, credibility, timeliness, punctuality, accessibility, interpretability และ coherence (9) โดยมีข้อค้นพบดังนี้

- (1) **Relevance** คือ การที่ข้อมูลจากการสำรวจสามารถตอบโจทย์ผู้ใช้กลุ่มต่างๆ ได้ จากการทบทวนรายงานการสำรวจพบว่า ไม่มีการระบุผู้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจครั้งที่ 5 นี้ไว้ในรายงาน อย่างไรก็ตามผู้ประเมินถือ

ว่าวัตถุประสงค์ของการสำรวจได้แสดงให้เห็นประเด็นที่ผู้ใช้ต้องการคำตอบ จึงเปรียบเทียบผลการสำรวจในรายงานกับวัตถุประสงค์ดังกล่าวซึ่งพบว่าไม่สอดคล้องกัน กล่าวคือ ไม่มีการรายงานแนวโน้มของสภาวะสุขภาพของโรคที่สำคัญ ไม่มีการรายงานความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและภาวะสุขภาพ (ยกเว้นพฤติกรรม การสูบบุหรี่ที่มีการเชื่อมโยงกับโรคเรื้อรังบางโรค) ไม่มีการรายงานความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจกับภาวะสุขภาพ ข้อมูลในรายงานมีเพียงความชุกของโรคและพฤติกรรมสุขภาพซึ่งตอบวัตถุประสงค์ของการสำรวจเพียงข้อเดียว

- (2) **Accuracy** คือ การที่ค่าประมาณที่รายงานมีค่าใกล้เคียงกับค่าจริง ซึ่งประเมินได้จากค่าความคลาดเคลื่อนทางสถิติ และปัจจัยอื่นๆ ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล จากการทบทวนรายงานการสำรวจพบว่า ขาดการรายงานความคลาดเคลื่อนในตัวแปร dichotomous โดยเฉพาะความชุกของโรคและพฤติกรรมต่างๆ แต่รายงานความคลาดเคลื่อนในตัวแปรต่อเนื่องเท่านั้น ซึ่งการรายงานผลแสดงเป็นค่า standard deviation (SD) ที่ไม่ได้มีการระบุชัดเจนว่าเป็น SD ที่คำนวณจากกลุ่มตัวอย่าง หรือเป็น SD ของค่าประมาณ (estimate) ในระดับประชากร แต่ผู้ประเมินเห็นว่าค่าความคลาดเคลื่อนในหลายตัวแปรค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยจึงน่าจะเป็นการรายงานค่า SD ที่คำนวณจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งหากเป็นเช่นนั้นก็ทำให้ไม่สามารถประเมิน accuracy ได้ และผลที่รายงานยังถือว่าไม่ตอบโจทย์ของการสำรวจที่ควรรายงานค่าประมาณการระดับประชากรเป็นหลัก
- (3) **Credibility** คือ ความน่าเชื่อถือของหน่วยงานที่ทำการสำรวจในมุมมองของผู้ใช้ข้อมูล ซึ่งเป็นประเด็นที่ประเมินได้ยาก ลักษณะของหน่วยงานที่น่าเชื่อถือตามกรอบการประเมินนี้ประกอบด้วยการทำการสำรวจตามหลักวิชาการ ยึดมั่นในจริยธรรม และมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประมวลผลและนำเสนอข้อมูลที่ดี ผู้ประเมินพบว่า ผู้รับผิดชอบการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 เป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์และได้รับการยอมรับด้านวิชาการ แต่ในขณะที่ทำการประเมิน การสำรวจนี้ได้เสร็จสิ้นลงไปแล้ว ผู้ประเมินจึงไม่สามารถเก็บข้อมูลโดยการสังเกตการณ์การสำรวจในขั้นตอนต่างๆ ทำให้ต้องพิจารณาวิธีการสำรวจที่นำเสนอในรายงานการสำรวจเป็นหลัก ซึ่งพบว่ารายงานฉบับนี้ระบุรายละเอียดเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยไม่ครบถ้วน (นำเสนอไว้เพียงคัมรวม ระดับการนำเสนอผล แผนการเลือกตัวอย่าง การกำหนดขนาดตัวอย่าง และการกำหนดค่าถ่วงน้ำหนัก) นอกจากนี้ยังขาดข้อมูลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ขาดการนำเสนอค่าความคลาดเคลื่อนของค่าประมาณในระดับประชากรตามที่กล่าวข้างต้น อีกทั้งมีความไม่สอดคล้องกันของข้อมูล (เช่น ขนาดกลุ่มตัวอย่าง) ที่นำเสนอในรายงานและเอกสารอื่นๆ ของโครงการ (ดูหัวข้อ 5.2)
- (4) **Timeliness** คือ การออกรายงานหรือเผยแพร่ข้อมูลในเวลาที่เหมาะสม โดยพิจารณาว่าผลการสำรวจยังคงมีประโยชน์อยู่หรือไม่ ตามข้อเสนอโครงการ ข้อมูลจากการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 จะมีประโยชน์ในการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2559-2564) แต่การออกรายงานในปี 2559 ทำให้ไม่มีการใช้ข้อมูลตามที่ระบุไว้ นอกจากนี้ผู้ให้สัมภาษณ์จากกระทรวงสาธารณสุข (ผู้ให้สัมภาษณ์ PH2) ให้ข้อมูลว่าเนื่องจากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในประเทศไทยออกรายงานทุก 5 ปี หน่วยงานของตนต้องใช้ข้อมูลจากแหล่งอื่นในการกำหนดนโยบายและประเมินผลโครงการแทน

อย่างไรก็ตาม การสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายเป็นการสำรวจแบบ series ข้อมูลจากครั้งที่ผ่านมา แม้จะออกรายงานช้ากว่ากำหนดก็อาจนำมาใช้วิเคราะห์หาแนวโน้มในประเด็นต่างๆ ได้

- (5) **Punctuality** คือ ระยะเวลาระหว่างการนำเสนอข้อมูลจริง กับระยะเวลาการนำเสนอข้อมูลที่กำหนดไว้ จากการทบทวนข้อเสนอโครงการสำรวจครั้งที่ 5 พบว่ามีการกำหนดการรายงานผลไว้ในปี 2558 แต่ออกรายงานจริงในช่วงปลายปี พ.ศ.2559 จึงมีความล่าช้ากว่ากำหนดถึง 1 ปี 4 เดือน
- (6) **Accessibility** คือ การเข้าถึงข้อมูล โดยพิจารณาจากรูปแบบของข้อมูล รูปแบบของสื่อ และการมีคำอธิบายข้อมูลและระบบช่วยเหลือผู้ใช้ข้อมูล ในกรณีของการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 พบว่าข้อมูลที่เข้าถึงได้ คือ รายงานการสำรวจในรูปแบบ PDF ซึ่งสามารถ download ได้จากเว็บไซต์และเล่มจริง (hard copy) ส่วนข้อมูลดิบจากการสำรวจไม่สามารถเข้าถึงได้ผ่านทางเว็บไซต์ตามที่ผู้สำรวจระบุไว้ ประกอบกับในขณะที่ทำการประเมินนี้ยังไม่มีกลไกและระเบียบหลักเกณฑ์การขออนุญาตใช้ข้อมูลในฐานข้อมูลและ สิ่งส่งตรวจที่ชัดเจน จึงกล่าวได้ว่าการเข้าถึงข้อมูลจากการสำรวจครั้งนี้ยังเป็นไปอย่างจำกัด
- (7) **Interpretability** คือ ความสามารถในการทำความเข้าใจหรือแปลผลข้อมูล ซึ่งสามารถประเมินผ่าน ประเด็น การระบุแนวคิดของการสำรวจ กลุ่มประชากรเป้าหมาย การอธิบายตัวแปร การอธิบายศัพท์ เฉพาะ และข้อจำกัดของข้อมูล ข้อมูลส่วนใหญ่ที่นำเสนอในรายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 มีการระบุรายละเอียดไว้ แต่ไม่พบการระบุข้อจำกัดของการสำรวจฯ และการใช้ข้อมูล อีกทั้งการนำเสนอความ คลาดเคลื่อนก็ไม่ชัดเจนว่าเป็นความคลาดเคลื่อนภายในกลุ่มตัวอย่าง หรือความคลาดเคลื่อนของ ค่าประมาณระดับประชากร
- (8) **Coherence** คือ ความสอดคล้องของข้อมูล ซึ่งมีทั้งความสอดคล้องภายในข้อมูลชุดเดียวกันเอง และ ความสอดคล้องกับข้อมูลภายนอก จากกรณีศึกษาแอลกอฮอล์และบุหรี่ เปรียบเทียบความชุกที่ได้จากการ สำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา และ การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พบความไม่สอดคล้องของข้อมูลความชุกของผู้ดื่มสุรา ใน 12 เดือนจากการสำรวจ แต่ข้อมูลความชุกของผู้สูบบุหรี่กลับมีความใกล้เคียงกัน (ดูหัวข้อ 5.2.1) อย่างไรก็ตามการประเมินคุณภาพของการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ในมิตินี้จำเป็นต้องพิจารณาข้อมูลในประเด็น อื่นๆ นอกเหนือจากความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ และหาสาเหตุที่ทำให้ข้อมูลไม่ สอดคล้องกัน

จากผลการประเมินคุณภาพของการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ที่กล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าข้อมูลที่สะท้อน คุณภาพของการสำรวจครั้งนี้อาจแบ่งออกได้เป็น 3 ส่วนดังต่อไปนี้ ซึ่งบางส่วนยังสามารถแก้ไขปรับปรุงได้ ภายหลังการออกรายงานการสำรวจฉบับพิมพ์ครั้งที่ 1 เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2559

ส่วนที่ 1 ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาของรายงานการสำรวจฯ ได้แก่ มิติเรื่อง relevance, accuracy, credibility และ interpretability ซึ่งพบว่ารายงานดังกล่าวมีเนื้อหาบางส่วนที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่

ชัดเจน แต่ก็อาจมีการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมแล้วนำเสนอผลในบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ และออกรายงานการสำรวจฯ ในกลุ่มเด็กอายุ 1-14 ปี อีกฉบับหนึ่ง เช่นเดียวกับการสำรวจฯ ครั้งที่ 4

ส่วนที่ 2 เกี่ยวข้องกับการออกรายงานการสำรวจล่าช้ากว่ากำหนด มีระยะห่างระหว่างการเก็บข้อมูลกับการรายงานผล และความไม่ชัดเจนของวิธีการเข้าถึงเพื่อใช้ประโยชน์จากข้อมูลดิบและสิ่งส่งตรวจ ในมิติเรื่อง timeliness, punctuality และ accessibility ซึ่งในส่วนของ accessibility นี้ หน่วยงานที่รับผิดชอบอาจแก้ไขปรับปรุงได้ภายหลัง

ส่วนที่ 3 ได้มาจากการวิเคราะห์ความสอดคล้องของข้อมูล หรือ coherence ซึ่งชี้ให้เห็นคุณภาพด้านวิชาการของการสำรวจฯ อย่างไรก็ตามในการประเมินนี้มีข้อจำกัดและควรสนับสนุนให้มีการวิเคราะห์ความสอดคล้องของข้อมูลทั้งภายในและภายนอกเพิ่มเติม เพื่อแก้ไขปรับปรุงระเบียบวิธีการสำรวจฯ และการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องต่อไป

7.4 สาเหตุที่ทำให้การสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ล่าช้ากว่ากำหนด

ตามที่กล่าวในการประเมินคุณภาพของการสำรวจในหัวข้อ 3.3 รายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ถูกนำออกเผยแพร่หลังจากกำหนดเวลาสิ้นสุดโครงการตามที่ระบุในข้อเสนอประมาณ 1 ปี 4 เดือน เอกสารขออนุมัติขยายเวลาที่ผู้รับผิดชอบโครงการส่งถึง สสส. ครั้งแรกระบุว่า ความล่าช้าของการสำรวจเกิดจากปัญหาการตรวจทางห้องปฏิบัติการซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ (83) และการขยายเวลาในครั้งที่ 2 เป็นเพราะการจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์และรายงานการเงินไม่แล้วเสร็จ (84) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจฯ ครั้งนี้ (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO1, SO2, FA4, FA5) ชี้ว่าสาเหตุของความล่าช้าอาจแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ การบริหารจัดการภายในโครงการสำรวจฯ การสนับสนุนจาก สวรส. ซึ่งเป็นต้นสังกัดของแผนงานสำรวจสุขภาพ และความร่วมมือและการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ (ตารางที่ 7.2)

ตารางที่ 7. 2 สาเหตุที่ทำให้การสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ล่าช้ากว่ากำหนด

สาเหตุ	รายละเอียด
การบริหารจัดการภายในโครงการ	- ผู้รับผิดชอบโครงการมีความสามารถด้านวิชาการ แต่ไม่ถนัดด้านการบริหารจัดการ โดยเฉพาะโครงการขนาดใหญ่ที่ครอบคลุมหลายจังหวัดทั่วประเทศ รวมทั้งไม่กระจายงานให้กับนักวิจัยและบุคลากรในโครงการ เช่น ในการเขียนรายงาน - ไม่สามารถใช้คอมพิวเตอร์แท็บเล็ตได้ตามที่วางแผนไว้ เนื่องจากการพัฒนา software ล่าช้า จากการที่มีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงแบบสอบถามหลายครั้งและแบบสอบถามมีรูปแบบที่ซับซ้อน (มีเงื่อนไขต่างๆ เช่น การข้ามคำถามหลายข้อ) ทำให้ต้องเปลี่ยนไปใช้แบบสอบถามกระดาษ ในการเก็บข้อมูลแทน ซึ่งใช้เวลามากกว่า - การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีข้อจำกัด เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน เช่น การขนส่งสิ่งส่งตรวจไปยังห้องปฏิบัติการ และการติดตามผลการตรวจวิเคราะห์
การสนับสนุนจาก สวรส.	- นโยบายและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน่วยงานของ สวรส. เป็นเหตุให้ไม่สามารถสนับสนุน กำลังคนและงบประมาณ รวมทั้งการบริหารจัดการแก่การสำรวจฯ ได้อย่างเหมาะสม - การกำกับติดตามความก้าวหน้าของการสำรวจฯ โดยคณะกรรมการที่ปรึกษาของ สวปก. ขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากคณะกรรมการให้ความสำคัญกับประเด็นที่เป็นภารกิจหลักของ สวปก. ได้แก่ การวิจัยเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพและการเงินการคลังด้านสุขภาพมากกว่า
ความร่วมมือและการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ	- การเปลี่ยนแปลงผู้อำนวยการ สนย.กระทรวงสาธารณสุข บ่อยครั้ง ทำให้ขาดความชัดเจนในด้านการสนับสนุนจากกระทรวงต่อการสำรวจฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเก็บข้อมูลในพื้นที่ - เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการมีภาระงานมาก ขาดแรงจูงใจหรือผลตอบแทนที่เหมาะสม

สาเหตุ	รายละเอียด
	• เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการมีความเข้าใจและคุณภาพมาตรฐานการทำงานแตกต่างไปจากคนเดิมที่ทำงานในช่วงการสำรวจฯ ครั้งที่ผ่านมา

บทที่ 8 อภิปรายผลการประเมินและข้อเสนอเชิงนโยบาย

8.1 อภิปรายผลการประเมิน

การสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในประเทศไทยนับว่าประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง โดยพิจารณาจากการที่ผู้ใช้ข้อมูลที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และแหล่งทุนได้ให้ความสำคัญ สนับสนุนและยอมรับในคุณภาพของข้อมูล ซึ่งทำให้มีการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ ให้กับการสำรวจฯ มาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลากว่า 25 ปี โดยการมีส่วนร่วมของนักวิจัยและบุคลากรจากหลายหน่วยงาน นอกจากนี้ผู้บริหาร นักวิชาการและนักวิจัยของหน่วยงานต่างๆ ยังคงอ้างอิงรายงานการสำรวจฯ ในเอกสารนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ อีกทั้งมีการนำข้อมูลดิบและสิ่งส่งตรวจที่เก็บรักษาไว้มาใช้ในการศึกษาวิจัยที่ดำเนินการภายหลังการสำรวจแต่ละครั้ง ดังจะเห็นได้จากการมีบทความตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทั้งภายในประเทศและระดับนานาชาติ แม้การประเมินนี้จะพบว่ามีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการสำรวจฯ อยู่บ้าง แต่ก็ยังมีโอกาสที่การสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายของไทยจะได้รับการพัฒนาต่อไปในอนาคต

สาเหตุสำคัญของปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในประเทศไทย ได้แก่ การขาดระบบอภិบาล (governance) ตลอดจนนโยบายและยุทธศาสตร์ที่จะขึ้นำการดำเนินงานทั้งของการสำรวจสุขภาพในภาพรวมและการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ซึ่งได้ทำให้เกิดผลกระทบในแง่ลบต่างๆ ต่อการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการไม่มีระบบสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการบริหารจัดการที่ขาดประสิทธิภาพ ได้ส่งผลเชิงลบต่อการพัฒนาการสำรวจฯ ในด้านวิชาการ การสร้างขีดความสามารถของบุคลากรและหน่วยงาน การเข้าถึงข้อมูลดิบของนักวิจัยอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ตลอดจนการนำผลการสำรวจฯ ไปใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบายตามที่นำเสนอในรายงานนี้

การขาดระบบหรือกระบวนการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นการสำรวจสุขภาพของประเทศได้ส่งผลให้การใช้ทรัพยากรเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ดังจะเห็นได้จากการที่มีหลายหน่วยงานดำเนินการสำรวจสุขภาพของประชาชนและให้ทุนสนับสนุนการสำรวจ ทั้งที่เป็นการสำรวจในภาพกว้างและการสำรวจเฉพาะสถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ การสำรวจสถานการณ์ด้านเด็กและสตรีในประเทศไทย การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร (สพบส.) การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ตลอดจนการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย การสำรวจเหล่านี้ครอบคลุมหลายประเด็นที่ซ้ำซ้อนโดยไม่มี ความจำเป็น ประกอบกับขาดการประสานงานระหว่างโครงการสำรวจ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการสำรวจและกำหนดประเด็นให้การสำรวจสุขภาพต่างๆ ส่งเสริมสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทำให้การลงทุนของรัฐในการวิจัยสุขภาพส่วนนี้เป็นไปอย่างสูญเปล่า

หากพิจารณาในระดับปฏิบัติการจะเห็นว่า การเพิ่มประเด็นเข้ามาในการสำรวจฯ ครั้งหนึ่งๆ เป็นจำนวนมากทำให้ต้องใช้เวลายาวนานในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ซึ่งอาจทำให้ความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่างและคุณภาพของข้อมูลลดลงด้วย ในเรื่องนี้ผู้เขียนรายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 เสนอไว้ว่า ควรสำรวจโดยการสัมภาษณ์ให้เหลือน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็นต้องใช้อธิบายผลตรวจร่างกายและผลวิเคราะห์ทาง

ห้องปฏิบัติการเท่านั้น (47) ตามหลักการดังกล่าว ผู้ประเมินเห็นว่าการเก็บข้อมูลลักษณะประชากร และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้ได้นำมาวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลสถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากจะเป็นการเก็บข้อมูลที่ไม่จำเป็นแล้ว ยังทำให้การสำรวจในส่วนนี้ไม่แตกต่างจากการสำรวจอื่นๆ ที่เก็บข้อมูลในประเด็นเดียวกัน การที่ไม่สามารถเชื่อมโยงให้เห็นถึงความเกี่ยวข้องของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสถานะทางสุขภาพ อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้การใช้ประโยชน์ของผลการสำรวจอยู่ในวงจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการพัฒนานโยบายที่สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างตรงจุด ตัวอย่างหนึ่งของประเด็นที่ไม่ควรนำมารวมไว้ในการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ได้แก่ การสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 เรื่องการรู้จักกับยาหลักแห่งชาติ ความเชื่อมั่นต่อยาหลักฯ และความเชื่อมั่นในคุณภาพยาที่ผลิตภายในประเทศ ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรนำไปสำรวจกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์ เภสัชกร และบุคลากรสุขภาพอื่นๆ เนื่องจากเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการคัดเลือก จัดซื้อจัดหา สั่งใช้และ/หรือจ่ายยาให้กับประชาชน จึงควรทำความเข้าใจความรู้และทัศนคติต่อยาหลักแห่งชาติและคุณภาพยาที่ผลิตภายในประเทศของบุคลากรเหล่านี้มากกว่าการสอบถามประชาชนทั่วไปซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย

การประเมินนี้ยังอีกพบว่าการใช้ประโยชน์จากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายทั้งในกลุ่มผู้บริหาร นักวิชาการ และนักวิจัยเป็นไปอย่างจำกัด แม้ในหน่วยงานที่ให้ทุนสนับสนุนการสำรวจฯ การที่มีการนำผลการสำรวจมาใช้ประโยชน์น้อยมากเช่นนี้ได้ส่งผลถึงความไม่มีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรด้วยเช่นกัน ซึ่งข้อจำกัดดังกล่าวมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ไม่มีกลไกและกฎเกณฑ์การอนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากข้อมูลและสิ่งส่งตรวจที่ชัดเจน ขาดการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ใช้อ้างอิงข้อมูลกลุ่มต่างๆ ทราบ การมีหลายการสำรวจที่ให้ข้อมูลในประเด็นเดียวกัน ไม่มีระบบสนับสนุนให้ผู้ที่ใช้ข้อมูลมีขีดความสามารถเพียงพอในการนำข้อมูลและสิ่งส่งตรวจไปใช้ ซึ่งรวมถึงความสามารถในการเลือกใช้ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพที่มีคุณภาพเชื่อถือได้ การสำรวจฯ ให้ข้อมูลไม่ทันความต้องการของผู้ใช้หรือไม่ทันต่อเหตุการณ์ เป็นต้น ในขณะเดียวกันแหล่งทุนรวมทั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งเป็นต้นสังกัดของหน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจฯ ก็ไม่มีนโยบายที่จะเพิ่มการใช้ประโยชน์จากการสำรวจฯ ในวงกว้าง ตลอดจนไม่มีนโยบายทั้งด้านการส่งเสริมกำกับดูแล และจัดการผลประโยชน์ ทั้งๆ ที่ข้อเสนอโครงการสำรวจฯ ครั้งหลังสุดระบุว่าข้อมูลดิบและสิ่งส่งตรวจที่เก็บรักษาไว้เป็น “ทรัพย์สินสาธารณะ”

การทบทวนเนื้อหาของข้อเสนอโครงการเปรียบเทียบกับรายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ชี้ให้เห็นว่า การสำรวจนี้มีขอบเขตการดำเนินงานที่ไม่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำเสนอผลการสำรวจในรายงานที่นำเสนอแหล่งทุนที่ไม่ตอบวัตถุประสงค์อย่างครบถ้วน กล่าวคือ มีเพียงการรายงานความชุกของโรคและพฤติกรรมสุขภาพซึ่งตอบวัตถุประสงค์ของการสำรวจเพียงข้อเดียวแต่ขาดผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและภาวะสุขภาพ (ยกเว้นพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มีการเชื่อมโยงกับโรคเรื้อรังบางโรค) และความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจกับภาวะสุขภาพ อย่างไรก็ตามจากผลงานตีพิมพ์ในวารสารวิชาการที่ใช้ข้อมูลจากการสำรวจฯ ครั้งที่ผ่านมา เช่น การศึกษาความแตกต่างของจำนวนปีที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุเพศชายและหญิงในภาคต่างๆ ของประเทศ (85) การศึกษารูปแบบการบริโภคอาหารกับกลุ่มอาการเมตาบอลิซึมในกลุ่มผู้ใหญ่ (86) และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเล่นเกมคอมพิวเตอร์และดูโทรทัศน์กับภาวะอ้วนในเด็กผู้หญิง (87) แสดงให้เห็นว่านักวิจัยในเครือข่ายการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 อาจนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพิ่มเติม

ภายหลัง ซึ่งผู้ประเมินมีความเห็นว่า แม้ผลการศึกษาในบทความที่ตีพิมพ์จะยังคงมีประโยชน์ต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายระดับประเทศ แต่ในบางประเด็นที่มีการเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างรวดเร็ว การพิมพ์บทความหลังจากเก็บข้อมูลเป็นเวลาหลายปีเช่นนี้ จะเป็นการเผยแพร่ผลการสำรวจที่ไม่ทันต่อเหตุการณ์ ดังนั้นแหล่งทุนควรกำหนดให้ชัดเจนว่า เมื่อสิ้นสุดเวลาดำเนินโครงการ ผลผลิตที่ต้องการจากการให้ทุนสนับสนุนการสำรวจฯ ประกอบด้วยข้อมูลเรื่องใดบ้าง และเรื่องใดที่มีความสำคัญลำดับรองลงไป ซึ่งควรเปิดโอกาสให้นักวิจัยที่สนใจมาขอข้อมูลดิบหรือส่งส่งตรวจไปศึกษาวิจัยภายหลัง

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศกำลังพัฒนาไม่กี่ประเทศที่มีขีดความสามารถในการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายที่ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายปี การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาจะเป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนาบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในอนาคต อาทิเช่น แนวทางการบริหารจัดการของทีมภาคสนามและเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ซึ่งแต่ละพื้นที่ได้พบกับสถานการณ์และใช้วิธีการแก้ปัญหาที่แตกต่างกัน หากมีการถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และบันทึกไว้อย่างเป็นระบบก็จะเป็นการสร้างองค์ความรู้เพื่อส่งต่อให้กับผู้รับผิดชอบโครงการและบุคลากรรุ่นหลัง นอกจากนี้ประสบการณ์จากต่างประเทศก็ควรนำมาศึกษาและประยุกต์ใช้เช่นเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่สำรวจในขณะที่มีหลากหลายหน่วยงานที่ต้องการข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ประสิทธิภาพของการมีกฎหมายสนับสนุนการสำรวจรวมถึงการจัดสรรงบประมาณที่ชัดเจน การขยายการสำรวจไปสู่ประชากรที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในครัวเรือนและชาวต่างชาติ และการนำเทคโนโลยีต่างๆ มาใช้ ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของการสำรวจ ในประเด็นการสะสมองค์ความรู้จากประสบการณ์ภายในประเทศ ผู้ให้สัมภาษณ์บางรายเห็นว่ายังมีไม่มากพอและบริบทภายในหน่วยงานที่รับผิดชอบไม่เอื้อให้นำบทเรียนมาใช้ในการสำรวจครั้งหลังสุดได้มากเท่าที่ควร

แม้ประเทศไทยจะดำเนินการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายมากกว่า 25 ปี และเป็นที่ยอมรับของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและ สวรส. ว่าเป็นการวิจัยที่มีประโยชน์ควรได้รับการสนับสนุน แต่จนถึงปัจจุบันก็ยังไม่สามารถพัฒนาให้การสำรวจฯ มีความเป็นสถาบัน (institutionalization) และมีระบบอภិบาลที่ยั่งยืน การเปลี่ยนแปลงสถานะของหน่วยงานรับผิดชอบจากสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยเป็นแผนงาน และการถ่ายโอนการสำรวจฯ ไปให้คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีดำเนินการแทนเป็นตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมในเรื่องดังกล่าว ความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาระบบการสำรวจสุขภาพของประเทศไม่ใช่เรื่องใหม่ โดยมีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและให้ข้อเสนอแนะมาเป็นเวลานาน เช่น งานวิจัยของ ศ.นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ ที่ได้รับทุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในปี 2545 ได้ศึกษาระบบของต่างประเทศและเสนอแนวทางการพัฒนาไว้อย่างละเอียด (88) ต่อมาในการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเรื่อง การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ ในปี 2553 ก็ได้มีการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับระบบข้อมูลสุขภาพว่า ประเทศไทยขาดการวางแผนการสำรวจสุขภาพในภาพรวม ไม่มีการวิเคราะห์ความต้องการข้อมูล ขาดการวางแผนร่วมกันในเชิงประเด็น ระดับของข้อมูล ความถี่ของการสำรวจ และงบประมาณ จากการประชุมสมัชชาฯ ดังกล่าวได้มีการกำหนดเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงปี 2553-2557 ว่า จะจัดตั้งกลไกบูรณาการการสำรวจทางสุขภาพ โดยวางแผนสำรวจระยะยาวร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (89) นอกจากนี้รายงานการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายเกือบทุกครั้งก็มีข้อเสนอเกี่ยวกับการสร้างความเป็นสถาบัน การจัดหา

งบประมาณ และการวางแผนการสำรวจทั้งระยะยาวและระยะกลาง แต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็ยังไม่ได้นำไปปฏิบัติ อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของการสำรวจสุขภาพของประเทศ จึงแต่งตั้งคณะทำงานด้านการพัฒนาระบบการสำรวจสุขภาพขึ้นในเดือนพฤศจิกายน 2559¹³ (90) ซึ่งหากดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ที่น่าจะช่วยให้การพัฒนาประสบความสำเร็จอย่างรวดเร็ว

วัตถุประสงค์ข้อหนึ่งของการประเมินการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในครั้งนี้ ได้แก่ การได้มาซึ่งข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาต่อยอดการสำรวจฯ ในประเทศไทยที่ดำเนินการมาแล้วกว่าสองทศวรรษ หากแต่ในสถานการณ์ที่จะมีการเปลี่ยนแปลงหน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจฯ ประกอบกับการขาดระบบอภิบาลและนโยบายที่ชัดเจน รวมทั้งปัญหาด้านการบริหารจัดการโครงการและติดตามกำกับดูแลการสำรวจฯ ซึ่งครอบคลุมการนำผลการสำรวจและข้อมูลดิบมาใช้ประโยชน์ ผู้ให้ข้อมูลในการประเมินนี้เน้นไปที่ปัญหาเฉพาะหน้าและแนวทางการแก้ไขปัญหานั้น ซึ่งจะประสบความสำเร็จได้ก็ต่อเมื่อสามารถปฏิรูประบบอภิบาลของการสำรวจสุขภาพของประเทศเสียก่อน สำหรับการพัฒนาต่อยอดการสำรวจฯ ด้วยการสร้างความร่วมมือกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาค และการทำการตลาดเพื่อเพิ่มมูลค่าให้กับผลการสำรวจฯ เช่นเดียวกับที่พบจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ (ดูบทที่ 2) นั้นเป็นประเด็นที่ไม่มีผู้หยิบยกขึ้นมาอภิปรายหรือเสนอแนะระหว่างการประชุมฯ ในเรื่องดังกล่าวผู้ประเมินมีความเห็นว่า ทั้งความร่วมมือระหว่างประเทศ (เช่น การดำเนินการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายร่วมกัน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแบ่งปันทรัพยากร หรือการที่ประเทศไทยจะให้ความช่วยเหลือแก่ประเทศที่ต้องการการพัฒนาศักยภาพ) และการสนับสนุนให้เกิดผู้ใช้ประโยชน์จากการสำรวจฯ กลุ่มใหม่ เช่น ภาคเอกชน และนักวิจัยในต่างประเทศ เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ แต่ต้องการนโยบายที่ชัดเจนและการวางแผนดำเนินการอย่างรอบคอบ โดยพิจารณาภาพรวมของการสำรวจสุขภาพของประเทศ ที่สำคัญคือต้องมีหน่วยงานรับผิดชอบการประสานงานและจัดการผลประโยชน์ ทั้งนี้ เนื่องจากการพัฒนาการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายตามกลวิธีดังกล่าวมีข้อควรระวังหลายประการ เช่น ประเด็นเชิงจริยธรรมเกี่ยวกับการใช้ข้อมูลดิบและสิ่งส่งตรวจอย่างกว้างขวาง อัตราค่าชดเชยที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ชัดความสามารถของนักวิจัยไทยที่จะแข่งขันกับนักวิจัยต่างชาติ และผลประโยชน์ที่จะเกิดกับประเทศไทย จากการนำรายได้ที่เกิดขึ้นมาลงทุนเพื่อพัฒนาการสำรวจฯ ฐานข้อมูล รวมทั้งสถาบันที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยระบบสุขภาพ

การประเมินนี้มีข้อจำกัดที่สำคัญคือ ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ข้อมูลเกี่ยวกับการสำรวจฯ ครั้งที่ 1-3 ได้มาจากรายงานการสำรวจครั้งนั้นๆ เป็นหลัก จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องพบว่าไม่สามารถจดจำเหตุการณ์ วิธีปฏิบัติ และอื่นๆ ได้ เนื่องจากเวลาผ่านไปหลายปี นโยบายการจัดเก็บเอกสารและการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบการจัดเก็บเอกสารของหน่วยงานที่เป็นแหล่งทุนก็มีส่วนทำให้ไม่สามารถเข้าถึงเอกสาร เช่น ข้อเสนอโครงการสำรวจฯ รายงานความก้าวหน้าของโครงการ และรายงานการประชุมคณะกรรมการที่ทำหน้าที่กำกับดูแลการสำรวจฯ สำหรับการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 และ 5 นั้น สสส. และ สวรส. จัดส่งเอกสารบางรายการที่ไม่ได้เผยแพร่ต่อสาธารณะให้ผู้ประเมิน อย่างไรก็ตามเว็บไซต์ของแผนงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายที่ควรเป็นแหล่งรวมเอกสารและข้อมูลเกี่ยวกับการสำรวจสอง

¹³ คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 2085/2559 ลงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2559

ครั้งหลังกลับไม่สามารถใช้ได้ ในส่วนของการสัมภาษณ์เชิงลึกได้ให้ข้อมูลบางประเด็นที่เป็นประโยชน์ แต่ในประเด็นเกี่ยวกับการบริหารโครงการและการจัดการผลประโยชน์จากการใช้ข้อมูลจากการสำรวจฯ ผู้ให้สัมภาษณ์บางรายแสดงความคิดเห็นอย่างจำกัด นอกจากนี้ผู้ประเมินมีข้อสังเกตว่า รายงานการสำรวจฯ บางฉบับไม่ระบุประเด็นที่มีความสำคัญไว้ หรือเขียนไม่ครบถ้วน หรือให้ข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกันภายในรายงานฉบับเดียวกัน หรือระหว่างข้อเสนอโครงการ รายงานความก้าวหน้า กับรายงานฉบับสมบูรณ์ ที่เห็นได้ชัดคือการไม่ระบุเรื่องการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการที่พิจารณาจริยธรรมการวิจัยไว้ในรายงานการสำรวจฯ อีกกรณีหนึ่งคือในบทที่เกี่ยวกับวิธีการสำรวจของรายงานฉบับหนึ่งให้ข้อมูลเฉพาะเรื่องการเลือกตัวอย่าง ทั้งๆ ที่มีรายละเอียดอื่นๆ อยู่ในข้อเสนอโครงการ รายงานความก้าวหน้า และคู่มือการสำรวจ ซึ่งเป็นเอกสารที่ไม่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ การเข้าถึงและนำเนื้อหาามาเปรียบเทียบกันจึงเป็นไปได้ยาก

8.2 ข้อเสนอเชิงนโยบาย

8.2.1 ข้อเสนอเพื่อการพัฒนากรอบกบิบาลของการสำรวจสุขภาพในประเทศไทย

- (1) กระทรวงสาธารณสุขในฐานะที่เป็น national health authority ร่วมกับ สวรส. เป็นผู้นำในการพัฒนาระบบกบิบาลและนโยบายเกี่ยวกับการสำรวจสุขภาพของประเทศ เช่น จัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่สำรวจ กำหนดความถี่ รูปแบบ/วิธีการและระดับการแสดงผลการสำรวจ (ระดับประเทศ ภาค เขตสุขภาพ จังหวัด) มอบหมายหน่วยงานรับผิดชอบแต่ละการสำรวจ บูรณาการการสำรวจในแง่มุมต่างๆ พัฒนาศักยภาพด้านวิชาการและการบริหารจัดการ จัดทำคำของบประมาณ/หาทุน จัดการผลประโยชน์และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์การใช้ข้อมูลจากการสำรวจ ทั้งนี้อาจเริ่มจากการติดตามผลการปฏิบัติงานของคณะทำงานด้านการพัฒนาระบบการสำรวจสุขภาพ ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 2085/2559 ลงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2559
- (2) ตามพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2535 วัตถุประสงค์ประการหนึ่งในการจัดตั้ง สวรส.ได้แก่ การประสานงานกับหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดนโยบายการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุข รวมทั้งการนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายและแผน ดังนั้น สวรส. จึงควรเป็นหน่วยประสานงานการดำเนินการตามนโยบายในข้อ (1) และติดตามประเมินผล ซึ่งครอบคลุมนโยบายเกี่ยวกับการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ทั้งนี้ให้อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลหลักฐาน (evidence base) และการมีส่วนร่วมของผู้ใช้ประโยชน์จากการสำรวจ แหล่งทุน หน่วยงานด้านวิชาการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรของประเทศร่วมด้วย
- (3) ในการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่สำรวจในการสำรวจสุขภาพต่างๆ ควรมีเกณฑ์และกระบวนการที่ชัดเจน โปร่งใส เป็นที่ยอมรับของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และพิจารณาความจำเป็น (หรือไม่จำเป็น) ของประเด็นที่รวมไว้ในการสำรวจโดยการตรวจร่างกายและการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ และไม่ให้ซ้ำซ้อนมีประเด็นที่ซ้ำซ้อนระหว่างการสำรวจ โดยไม่มีเหตุผลที่สมควร

- (4) ผู้บริหารและบุคลากรของหน่วยงานที่ทำหน้าที่พัฒนานโยบายด้านสุขภาพ (รวมทั้งคณะกรรมการแห่งชาติ) ให้ความสำคัญกับการพัฒนานโยบายบนพื้นฐานของข้อมูลหลักฐาน (evidence-based policy) โดยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณลักษณะรวมถึงข้อจำกัดของการสำรวจสุขภาพที่ดำเนินการโดยหน่วยงานต่างๆ และได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อให้สามารถเลือกใช้ข้อมูลที่มีคุณภาพจากแหล่งที่เหมาะสม สำหรับนักวิชาการควรมีทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับความจำเป็นของหน่วยงาน

8.2.2 ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย

- (1) รัฐจัดสรรงบประมาณให้การสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายและกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง นอกเหนือจากการดำเนินการสำรวจแต่ละครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมเชิงพัฒนา นอกจากนี้ หน่วยงานที่ต้องการใช้ข้อมูลควรร่วมลงทุนในการสำรวจ โดยจัดให้มีกลไกประสานงานระหว่างแหล่งทุนเพื่อร่วมกันกำกับติดตามความก้าวหน้าอย่างเหมาะสม
- (2) สวรส. เป็นหน่วยงานรับผิดชอบการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย โดยสร้างความร่วมมือกับแหล่งทุน สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถาบันการศึกษา ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน หน่วยงานด้านสาธารณสุขในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค รวมทั้งเขตสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- (3) สวรส. มีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย โดยจัดการหรือประสานกับหน่วยงานอื่นๆ ให้มีการดำเนินงานดังนี้
- วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มของระบบสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผน ยุทธศาสตร์ด้านต่างๆ เกี่ยวกับการสำรวจฯ ในระยะกลางและระยะยาว
 - นำเทคโนโลยีที่มีความคุ้มค่าและเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย เช่น คอมพิวเตอร์แท็บเล็ต มาใช้ในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยในการบริหารจัดการ ติดตามการขนส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ การรายงานผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ติดตามกิจกรรมในพื้นที่ตัวอย่างและจัดทำรายงานความก้าวหน้าของโครงการ ทั้งนี้จะต้องเตรียมการทดสอบการใช้เทคโนโลยีเหล่านั้นก่อนนำมาใช้จริง
 - จัดลำดับความสำคัญของประเด็นการสำรวจโดยมีเกณฑ์ที่ชัดเจน เน้นประเด็นที่ต้องการจุดแข็งของ “การตรวจร่างกายและการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ” และประเด็นที่ใช้อธิบายผลการตรวจวิเคราะห์ดังกล่าว รวมทั้งสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ประโยชน์จากการสำรวจฯ กลุ่มต่างๆ
 - พัฒนาศักยภาพของบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจฯ รวมถึงบุคลากรและหน่วยงานที่ใช้ประโยชน์จากข้อมูล เช่น การฝึกอบรมนักวิชาการของหน่วยงานผู้ใช้ข้อมูล

ได้แก่ สสส. กระทรวงสาธารณสุข สปสช. สรรส. หน่วยงานบริหารเขตสุขภาพ ให้มีความรู้ความเข้าใจในการประเมินคุณภาพของการสำรวจสุขภาพต่างๆ และสามารถเลือกใช้ข้อมูลได้อย่างเหมาะสมกับภารกิจ และการฝึกอบรมนักวิจัยทุกสถาบันที่เกี่ยวข้องให้สามารถนำข้อมูลดิบและสิ่งส่งตรวจที่เก็บรักษาไว้ไปใช้ประโยชน์

- สนับสนุนการใช้ประโยชน์จากการสำรวจฯ โดยเฉพาะการจัดการฐานข้อมูล สร้างกฎระเบียบการเข้าถึงข้อมูลและสิ่งส่งตรวจที่ชัดเจนและเป็นธรรม ตลอดจนประชาสัมพันธ์ให้นักวิจัยในสถาบันต่างๆ ได้ทราบวิธีการเข้าถึงข้อมูล ทั้งนี้อาจศึกษาประสบการณ์ในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา และอังกฤษ แล้วนำมาประยุกต์กับการสำรวจฯ ในประเทศไทย
- สื่อสารให้แหล่งทุนรวมทั้งสำนักงานประมาณเห็นความสำคัญของการสำรวจฯ และกิจกรรมเชิงพัฒนาที่จำเป็น นอกจากนี้ควรสื่อสารถึงสาเหตุที่ผู้รับผิดชอบการสำรวจไม่สามารถตอบสนองความต้องการข้อมูลของบางหน่วยงาน
- ติดตามประเมินผลอย่างจริงจัง รวมทั้งสนับสนุนการจัดการความรู้จากการประเมินผลและการถอดบทเรียนอย่างเป็นระบบ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจต่อการสำรวจฯ ในแง่มุมต่างๆ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาทั้งการดำเนินการสำรวจฯ การใช้ประโยชน์ และขีดความสามารถของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและบุคลากร

เอกสารอ้างอิง

1. Hetzel D. Ethical considerations arising from national health measurement surveys: with particular reference to the Australian Health Measurement Survey (AHMS) program. Working Paper Series No. 7. Adelaide: Public Health Information Development Unit; 2003.
2. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ (บรรณาธิการ). รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-2535. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย; 2535.
3. Mindell JS, Giampaoli S, Goesswald A, Kamtsiuris P, Mann C, Mannisto S, et al. Sample selection, recruitment and participation rates in health examination surveys in Europe--experience from seven national surveys. BMC medical research methodology. 2015;15:78.
4. Kamtsiuris P, Lange M, Hoffmann R, Schaffrath-Rosario A, Dahm S, Kuhnert R, et al. The first wave of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1): Sampling design, response, weighting, and representativeness Bundesgesundheitsbl. 2013;56:620–30. doi 10.1007/s00103-012-1650-9.
5. Tolonen H, Aistrich A, Borodulin K. Tolonen H, et al. Increasing health examination survey participation rates by SMS reminders and flexible examination times. Scandinavian Journal of Public Health. 2014;42:712-7. doi: 10.1177/1403494814544403.
6. Oyebo O, Mindell J. A review of the use of health examination data from the Health Survey for England in government policy development and implementation. Archives of Public Health. 2014;72:24.
7. Ikeda N. Secondary Data Analysis of National Surveys in Japan Toward Improving Population Health. Journal of Epidemiology. 2016;26:106-14.
8. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. รายงานการประชุมนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นโครงการประเมินเพื่อต่อยอดการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย วันที่ 3 มีนาคม 2560. นนทบุรี: 2560.
9. Organisation for Economic Co-operation and Development. Quality Framework for OECD Statistics. Paris: Statistics Directorate; 2002.
10. Heistaro S. Methodology report: health 2000 survey: Kansanterveyslaitos; 2008.
11. Tolonen H, Koponen P, Aromaa A, Conti S, Graff-Iversen S, Grøtvedt L. Review of health examination surveys in Europe. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B18/2008. Helsinki: National Public Health Institute; 2008.
12. National Institute for Health and Welfare. Health 2000 and 2011 Surveys 2016. Available from: <https://www.thl.fi/en/web/thlfi-en/topics/information-packages/thl-biobank/researchers/sample-collections/health-2000-and-2011>.
13. National Biobanks. Information Pages on Finnish Sample Collections: Health2000 2012. Available from: <http://www.nationalbiobanks.fi/index.php/studies2/8-health2000>.

14. Peltonen M, Harald K, Männistö S, Saarikoski L, Lund L, Sundvall J, et al. Kansallinen FINRISKI 2007 -terveystutkimus Helsinki: National Public Health Institute 2008.
15. National Institute for Health and Welfare. Apply for biological samples and data 2017. Available from: <https://www.thl.fi/en/web/thlfi-en/topics/information-packages/thl-biobank/researchers/sample-and-data-access>.
16. National Institute for Health and Welfare. FINRISKI-tutkimuksen julkaisuluettelo: Helsinki; 2017. Available from: <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/finriski-tutkimus/finriski-tutkimuksen-julkaisuluettelo>.
17. National Institute for Health and Welfare. The National FINRISK Study 2016. Available from: <https://www.thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-expertwork/population-studies/the-national-finrisk-study>.
18. Robert Koch Institut. Health Surveys 2014 [cited 2016 16 September 2016]. Available from: http://www.rki.de/EN/Content/Health_Monitoring/HealthSurveys/HealthSurveys/node.html.
19. Scheidt-Nave C, Kamtsiuris P, Gosswald A, Holling H, Lange M, Busch MA, et al. German health interview and examination survey for adults (DEGS) - design, objectives and implementation of the first data collection wave. BMC public health. 2012;12:730. doi 10.1186/471-2458-12-730.
20. Tolonen H, Koponen P, Aromaa A, Conti S, Graff-Iversen S, Grøtvedt L, et al. Review of health examination surveys in Europe. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B18/2008. 2008.
21. Gößwald A LM, Dölle R, Hölling H.,. The first wave of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1): Recruitment of participants, fieldwork, and quality assurance. Bundesgesundheitsbl. 2013;56:611-9. doi 10.1007/s00103-013-1671-z.
22. Næss Ø, Sjøgaard AJ, Arnesen E, Beckstrøm AC, Bjertness E, Engeland A, et al. Cohort profile: cohort of Norway (CONOR). International journal of epidemiology. 2008;37:481-5.
23. Norwegian Institute of Public Health. Norwegian Institute of Public Health Oslo2016 [cited 2016 17 November]. Available from: <https://www.fhi.no/en/>.
24. Norwegian Institute of Public Health. Information about CONOR 2017. Available from: <https://www.fhi.no/en/studies/conor/>.
25. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Organization Chart 2015. Available from: <http://www.cdc.gov/about/organization/orgchart.htm>.
26. Human Health Service. HHS Organizational Chart 2016. Available from: <http://www.hhs.gov/about/agencies/orgchart/>.
27. National Center for Health Statistics. National Health and Nutrition Examination Survey 2016. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/nhanes/>.
28. Division of Health and Nutrition Examination Surveys (DHANES). Report for: NCHS Board of Scientific Counselors NHANES Review Panel 2008. Available from: https://www.cdc.gov/nchs/data/bsc/dhanesbscreview4_2008.pdf.

29. USA.gov. Branches of Government 2016. Available from: <https://www.usa.gov/branches-of-government>.
30. Public Health Service (Office of the Surgeon General). The National Health Survey Act. (1957). Public Health Reports. 1957;72:1-4.
31. White House. Strengthening Federal Statistics. Analytical Perspectives (Vol. 16). Washington DC. 2016. Available from: <https://obamawhitehouse.archives.gov/sites/default/files/omb/budget>.
32. NCHS Board of Scientific Counselors. Report of the NHANES Review Panel to the NCHS Board of Scientific Counselors. 2009.
33. The National Health Survey Act. Public Health Reports. 1957;72:1-4. PubMed PMID: PMC2031124.
34. Centers for Disease Control and Prevention. NHANES Data Release and Access Policy 2016. Available from: https://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/nhanes_release_policy.pdf.
35. Zipf G, Chiappa M, Porter K, Ostchega Y, Lewis B, Dostal J. National health and nutrition examination survey: plan and operations, 1999-2010. Vital and health statistics Ser 1, Programs and collection procedures. 2013;56:1-37.
36. Centers for Disease Control and Prevention. National Health and Nutrition Examination Survey 2017. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/nhanes/>.
37. Bridges S, Darton R, Evans-Lacko S, Fuller E, Henderson C, Ilic N. Methods and documentation. London: Health and Social Care Information Centre; 2015.
38. nhs.digital. Health Survey for England; Health, social care and lifestyles London 2016. Available from: <http://content.digital.nhs.uk/healthsurveyengland>.
39. NatCen Social Research. NatCen: Social Research that works for society 2016. Available from: <http://natcen.ac.uk/>.
40. Health and Social Care Information Centre. Health Survey for England 2016. Available from: <http://healthsurvey.hscic.gov.uk/support-guidance/public-health/health-survey-for-england-2014.aspx>.
41. University College London. Health Survey for England (HSE) 2016. Available from: <https://www.ucl.ac.uk/hssrg/studies/hse>.
42. data.gov.uk. Health Survey for England 2016. Available from: https://data.gov.uk/dataset/health_survey_for_england.
43. UK Data Service. UK Data Service series record for: Health Survey for England 2016. Available from: <https://discover.ukdataservice.ac.uk/series/?sn=2000021>.
44. Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta DC, Borges de Souza Júnior PR, Vieira MLFP, Pereira CA, et al. The Development of the National Health Survey in Brazil, 2013 Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2015;24:197-206.
45. Szwarcwald CL, Viacava F. Planning the National Health Survey in Brazil. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2010;26:216-7.

46. Macinko J. The 2013 Brazilian National Health Survey: a snapshot of the health of a nation. *Ciencia & saude coletiva*. 2016;21:324-6.
47. เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, พรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์ (บรรณาธิการ). การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
48. วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย; (ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์).
49. วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.
50. ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง. ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540 กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย; 2541.
51. วิชัย เอกพลากร. โครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 5 ข้อเสนอโครงการฉบับปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของกรรมการคณะ 7 วันที่ 24 กันยายน 2555 เสนอต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. นนทบุรี: แผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2555.
52. วิชัย เอกพลากร, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า (บรรณาธิการ). รายงานการสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2554.
53. วิชัย เอกพลากร (ผู้สรุปการประชุม). สรุปการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศทางโครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย วันที่ 25 พฤษภาคม 2559. 2559.
54. วิชัย เอกพลากร. แบบเสนอโครงการต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. นนทบุรี: แผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย; 2554.
55. พินิจ ฟ้าอานวยผล และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการพัฒนาระบบแสดงผลข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย แบบเบ็ดเสร็จบนอินเทอร์เน็ต. นนทบุรี: สถาบันวิจัยสาธารณสุข, สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ; 2559.
56. วิชัย เอกพลากร. คู่มือการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย; 2551.
57. วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). คู่มือการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5. นนทบุรี: แผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย; 2556.
58. Morton S. Progressing research impact assessment: A 'contributions' approach. *Research Evaluation*. 2015;24:405-19. doi 10.1093/reseval/rvv016.
59. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การใช้ประโยชน์งานวิจัย สวรส. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2559.
60. Narksawat K, Podang J, Punyarathabundu P, Podhipak A. Waist circumference, body mass index and health risk factors among middle aged Thais. *Asia-Pacific journal of public health*. 2007;19:10-5. doi .1177/101053950701900303.
61. Sriphrapradang C, Sornmayura P, Chanplakorn N, Trachoo O, Sae-Chew P, Aroonroch R. Fine-needle aspiration cytology of parathyroid carcinoma mimic hurthle cell thyroid

neoplasm. Case reports in endocrinology. 2014;2014:680876. PubMed PMID: 25177504. Pubmed Central PMCID: PMC4142373. eng.

62. Gakidou E, Mallinger L, Abbott-Klafter J, Guerrero R, Villalpando S, Ridaura RL, et al. Management of diabetes and associated cardiovascular risk factors in seven countries: a comparison of data from national health examination surveys. Bulletin of the World Health Organization. 2011;89:172-83. PubMed PMID: 21379413. Pubmed Central PMCID: PMC3044248. eng.

63. Ikeda N, Sapienza D, Guerrero R, Aekplakorn W, Naghavi M, Mokdad AH, et al. Control of hypertension with medication: a comparative analysis of national surveys in 20 countries. Bulletin of the World Health Organization. 2014;92:10-9C. PubMed PMID: 24391296. Pubmed Central PMCID: PMC3865548. Epub 2014/01/07. eng.

64. Roth GA, Fihn SD, Mokdad AH, Aekplakorn W, Hasegawa T, Lim SS. High total serum cholesterol, medication coverage and therapeutic control: an analysis of national health examination survey data from eight countries. Bulletin of the World Health Organization. 2011;89:92-101. PubMed PMID: 21346920. Pubmed Central PMCID: PMC3040378. Epub 2011/02/25. eng.

65. Aekplakorn W, Chailurkit LO, Ongphiphadhanakul B. Association of serum bisphenol a with hypertension in thai population. International journal of hypertension. 2015;2015:1-8. PubMed PMID: 25785193. Pubmed Central PMCID: PMC4345272. Epub 2015/03/19. eng.

66. Chailurkit L, Aekplakorn W, Ongphiphadhanakul B. Serum C3 epimer of 25-hydroxyvitamin D and its determinants in adults: a national health examination survey in Thais. Osteoporosis international : a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA. 2015;26:2339-44. PubMed PMID: 25868511. Epub 2015/04/15. eng.

67. Chailurkit LO, Aekplakorn W, Ongphiphadhanakul B. Regional variation and determinants of vitamin D status in sunshine-abundant Thailand. BMC public health. 2011;11:853. PubMed PMID: 22074319. Pubmed Central PMCID: PMC3247919. Epub 2011/11/15. eng.

68. Chailurkit LO, Aekplakorn W, Ongphiphadhanakul B. The association between vitamin D status and type 2 diabetes in a Thai population, a cross-sectional study. Clinical endocrinology. 2012;77:658-64. PubMed PMID: 22530700. Epub 2012/04/26. eng.

69. Chailurkit LO, Aekplakorn W, Ongphiphadhanakul B. High vitamin D status in younger individuals is associated with low circulating thyrotropin. Thyroid : official journal of the American Thyroid Association. 2013;23:25-30. PubMed PMID: 22931506. Epub 2012/08/31. eng.

70. Chailurkit LO, Aekplakorn W, Ongphiphadhanakul B. The Association of Serum Bisphenol A with Thyroid Autoimmunity. International journal of environmental research and

- public health. 2016;13. PubMed PMID: 27869686. Pubmed Central PMCID: PMC5129363. Epub 2016/11/22. eng.
71. Sriphrapradang C, Chailurkit LO, Aekplakorn W, Ongphiphadhanakul B. Association between bisphenol A and abnormal free thyroxine level in men. *Endocrine*. 2013;44:441-7. PubMed PMID: 23377699. Epub 2013/02/05. eng.
 72. Thongthai P, Chailurkit LO, Chanprasertyothin S, Nimitphong H, Sritara P, Aekplakorn W, et al. Vitamin D binding protein gene polymorphism as a risk factor for vitamin D deficiency in Thais. *Endocrine practice : official journal of the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists*. 2015;21:221-5. PubMed PMID: 25370324. Epub 2014/11/06. eng.
 73. วิชัย เอกพลากร. สำรวจรอยโรค : ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนไทย ฉบับกระเป๋. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2550.
 74. สุริยัน สุตศรีวงศ์. บันทึกของนายก้อนดิน นนทบุรี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2550.
 75. วิชัย เอกพลากร และคณะ. ข้อเสนอโครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 (ปีงบประมาณ 2556-2558). ข้อตกลงเลขที่ สวรส 57-054
 76. Ministry of Public Health. Burden of Disease and Injuries in Thailand: Priority Setting for Policy. Nonthaburi 2002. 132 p.
 77. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี (2555-2564). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2011.
 78. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สช. จับมือ กรมการแพทย์ ขับเคลื่อนมิติสมัชชาสุขภาพ: ยกร่างแนวทางตรวจสุขภาพเพื่อคนไทย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2558. Available from: <https://www.nationalhealth.or.th/node/701>.
 79. วิชัย เอกพลากร และคณะ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี.
 80. สันต์ หัตถิรัตน์. ภาวะน้ำตาล (ในเลือด) ต่ำ. นิตยสารหมอชาวบ้าน. 2556:30-3
 81. สยมพร ศิรินาวิน, เอกชัย โคววิสารัช, อรรถสิทธิ์ ศรีสมบัติ. แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์; 2559.
 82. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. รายงานความก้าวหน้าโครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย งวดที่ 1: ตุลาคม 2555-มีนาคม 2556. นนทบุรี 2556.
 83. วิชัย เอกพลากร. ขอยายเวลาดำเนินโครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 5 (หนังสือ สวปก. ที่ 013/2558 ลงวันที่ 25 กันยายน 2558). นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย; 2558.
 84. วิชัย เอกพลากร. ขออนุมัติขยายระยะเวลาดำเนินโครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 5 (หนังสือ สวรส.ที่ 135/2559 ลงวันที่ 10 สิงหาคม 2559). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.
 85. Apinonkul B, Soonthornthada K, Vapattanawong P, Jagger C, Aekplakorn W. Regional and Gender Differences in Years with and without Mobility Limitation in the Older Population of Thailand. *PLoS One*. 2016;DOI:10.1371/journal.pone.0153763.

86. Aekplakorn W, Satheannoppakao W, Putwatana P, Taneepanichskul S, Kessomboon P, Chongsuvivatwong V, et al. Dietary Pattern and Metabolic Syndrome in Thai Adults. *Journal of Nutrition and Metabolism*. 2015;<http://dx.doi.org/10.1155/2015/468759>.
87. Mo-suwan L, Nontarak J, Aekplakorn W, Satheannoppakao W. Computer Game Use and Television Viewing Increased Risk for Overweight among Low Activity Girls: Fourth Thai National Health Examination Survey 2008 - 2009. *International Journal of Pediatrics*. 2014;<http://dx.doi.org/10.1155/2014/364702>.
88. สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์. การศึกษาทบทวนระบบข้อมูลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย : ทูลทางสังคมที่ต้องเร่งสร้าง. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2545.
89. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. เอกสารหลักสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ระเบียบวาระการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2553.
90. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 2085/ 2559 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการสำรวจสุขภาพ ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2559. 2559.

ภาคผนวก

ก-1 แบบสอบถามความคาดหวังและมุมมองของหน่วยงานผู้ให้ทุนแก่การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย

คำอธิบายโครงการประเมิน และคำชี้แจงแบบสอบถาม

การสำรวจสถานะสุขภาพของประชาชนเป็นเครื่องมือที่สำคัญในด้านสาธารณสุข เนื่องจากเป็นหนึ่งในแหล่งข้อมูลที่มีประโยชน์ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย ประเทศไทยได้มีการสำรวจสถานะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกายมาแล้ว 5 ครั้ง แต่ยังขาดการประเมินผลการสำรวจอย่างเป็นระบบ โครงการประเมินเพื่อต่อยอดการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อเสนอแนะสำหรับการสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนไทยทั้งด้านวิชาการ การบริหารจัดการโครงการ การเผยแพร่ผลการสำรวจ และการบริหารจัดการข้อมูลที่ได้จากการสำรวจเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในวงกว้างทั้งในและต่างประเทศ

แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวังและมุมมองที่มีต่อการสำรวจ ของบุคคลและหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนหรือมีส่วนร่วมในการสำรวจฯ ครั้งที่ 1-5 ได้แก่ นักวิจัย และผู้ให้ทุนสำรวจ แบบสอบถามนี้ประกอบไปด้วย ข้อคำถาม 5 ข้อหลัก โดยข้อคำถามทั้งหมดต้องการทราบความเห็นของผู้ตอบส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับจินตนาการหรือความรู้ที่ซ่อนอยู่ภายใน ผู้ประเมินขอให้ท่านใช้ความคิดพิจารณาอย่างละเอียดก่อนให้ข้อมูล ทั้งนี้ท่านสามารถเลือกที่จะตอบข้อถามโดย

- (1) พิมพ์คำตอบลงในเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ด้วยตนเอง โดยผู้ประเมินขอความร่วมมือให้ท่านส่งแบบสอบถามกลับมายังผู้ประสานงานภายในวันที่ 16 ตุลาคม 2559 หรือ
- (2) แจ้งผู้ประสานงาน (ตามรายละเอียดด้านล่าง) เพื่อบันทึกหมายวันและเวลาเพื่อให้ผู้ประเมินเข้าพบเพื่อสัมภาษณ์และบันทึกคำตอบโดยเครื่องบันทึกเสียง โดยการสัมภาษณ์จะใช้เวลาไม่เกิน 90 นาที

ข้อมูลจากท่านจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารเพื่อประกอบการตัดสินใจในการกำหนดนโยบาย หรือปรับกลยุทธ์ในการสนับสนุนการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย เพื่อให้ประเทศไทยมีข้อมูลที่เหมาะสมในการวางแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพเพื่อประโยชน์ของประชาชนไทยต่อไป ทั้งนี้ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวของท่าน เช่น ชื่อ ที่อยู่ จะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน

ผู้ประสานงาน

นางสาววิไลลักษณ์ แสงศรี

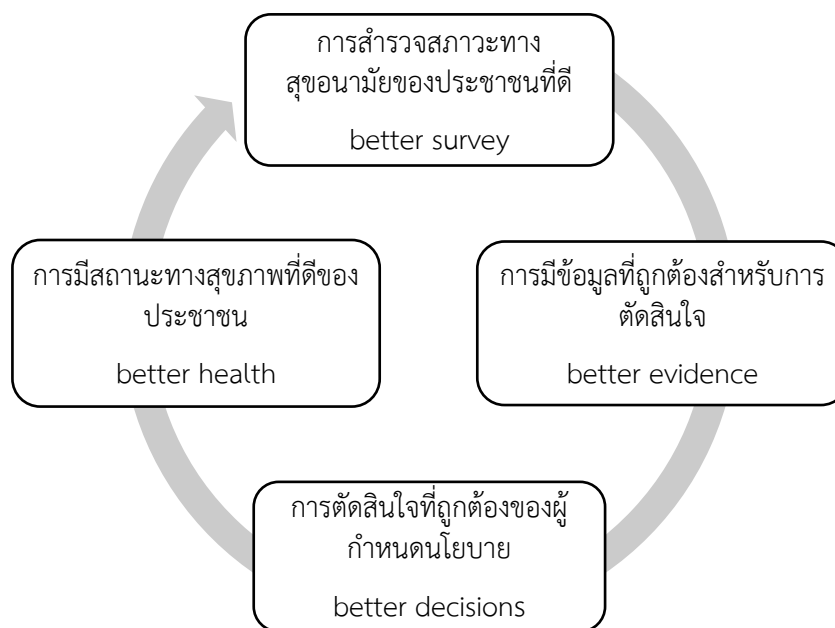
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2590-4549, 0-2590-4374-5 โทรสาร 0-2590-4369 อีเมล wilailak.s@hitap.net

แบบสอบถาม

1. จากการที่ท่าน (หรือหน่วยงานของท่าน) ให้การสนับสนุนหรือมีส่วนร่วมในการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 และ 5 ท่านคาดหวังว่าการสำรวจทั้งสองครั้งจะทำให้เกิดประโยชน์อย่างไร? ความคาดหวังของท่านเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ระหว่างการสำรวจสองครั้งนี้?
.....
.....
2. จากมุมมองของผู้ประเมิน การสำรวจฯ ควรให้ข้อมูลที่มีคุณภาพเชื่อถือได้ และถูกนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย รวมทั้งพัฒนาโครงการด้านสาธารณสุข การตัดสินใจของผู้บริหารหน่วยงานด้านสุขภาพระดับต่างๆ และการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guidelines) อันจะนำมาซึ่งการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน ดังภาพต่อไปนี้



- (2.1) ท่านเห็นด้วยกับผู้ประเมินหรือไม่? อย่างไร? โปรดอธิบาย?
.....
- (2.2) ท่านคิดว่าหน่วยงานของท่านมีส่วนเกี่ยวข้องในวงจรดังกล่าวในขั้นตอนใดบ้าง? อย่างไร? เพราะเหตุใด?
.....
- (2.3) ท่านคิดว่าจนถึงปัจจุบันการสำรวจฯบรรลุวัตถุประสงค์ถึงขั้นตอนใดบ้าง เพราะเหตุใดท่านจึงมีความเชื่อเช่นนั้น
.....
.....
3. การสำรวจฯ แต่ละครั้งมีการใช้ทรัพยากรประเภทต่างๆ เช่น กำลังคน ความรู้ความเชี่ยวชาญ เวลา เงินทุน และวัสดุอุปกรณ์ คิดเป็นมูลค่าสูงมาก ท่านคิดว่าการสำรวจที่ผ่านมา (ครั้งที่ 1-5) ในภาพรวมเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าหรือไม่? เพราะเหตุใด?
.....

4. จากข้อ (5) ท่านมีแนวทางในการเพิ่มการใช้ประโยชน์จากการสำรวจฯ อย่างไร จึงจะทำให้การดำเนินการสำรวจฯ มี ค ว า ม คຸ້ ม คຸ້ າ ຫຼື ອ ມີ ປ ຣ ະ ສິ ທ ທິ ກ າ ພ ມ າ ກ ຍື່ ນ ຂຶ້ ນ ?

.....

.....

5. ปัจจุบันหน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจฯ เป็นหรือสถาบันของ สวรส. และขอทุนสนับสนุนการสำรวจฯ จากแหล่งทุนต่างๆ เป็นครั้งๆ ไป ท่านคิดว่าในเรื่องดังกล่าวมีข้อดี-ข้อเสียอย่างไร? และในอนาคตอีก 10 ปีข้างหน้า ควรมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร? เพราะเหตุใด?.....

.....



ก-2 แบบสอบถามความคาดหวังและมุมมองของนักวิจัยที่มีส่วนร่วมในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย

คำอธิบายโครงการประเมิน คำชี้แจงแบบสอบถาม และคำถามทุกข้อเหมือนกับแบบสอบถาม ก-1; **เพิ่มคำถามอัตนัยจำนวน 1 ข้อดังต่อไปนี้** “วิธีวิจัยที่ใช้ในการสำรวจครั้งที่ 5 ส่วนใดที่ท่านคิดว่าเป็นข้อจำกัดที่สำคัญที่สุดของการสำรวจครั้งนี้? หากท่านมีส่วนร่วมในการสำรวจครั้งต่อไป ท่านจะแก้ไขปรับปรุงในเรื่องดังกล่าวอย่างไร?”

.....

.....



ก-3 แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้บริหารหรือบุคลากรของแหล่งทุนในการสำรวจฯ ครั้งที่ 5

การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ได้รับทุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ผู้ประเมินสัมภาษณ์ผู้บริหารหรือบุคลากรของหน่วยงานดังกล่าว ซึ่งรวมทั้งผู้บริหารใน สธ. 1 ท่าน และนักวิชาการ (นวก.) จากภายนอก 1 ท่าน ที่เป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิของ สสส. ทำหน้าที่ทบทวนข้อเสนอ (proposal) โครงการสำรวจฯ ครั้งนี้

ข้อ ที่	แนวคำถาม	ผู้ตอบ			
		สสส.	สธ.	สวรส.	ผู้ทรง คุณวุฒิ
1	โครงสร้างการบริหารจัดการภายในหน่วยงาน และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง	x	x	x	
2	หน่วยงานให้ทุนทั้งสามมีกลไกร่วมกันเพื่อประสานงานในขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ การพิจารณา proposal ตัดสินใจให้ทุน เสนอแนะประเด็นการสำรวจ ติดตามความก้าวหน้า และกำกับดูแลการสำรวจหรือไม่? อย่างไร?	x	x	x	x
3	ในการพิจารณาข้อเสนอโครงการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 คณะกรรมการของ สสส. ได้นำรายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 และเอกสารอื่นๆ เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 มาพิจารณาด้วยหรือไม่?				x
4	ในประเทศไทยมีการสำรวจสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในประเด็นเดียวกันหรือใกล้เคียงกันหลายการสำรวจ หน่วยงานของท่านเคยพิจารณาการบูรณาการโครงการสำรวจเหล่านั้นหรือไม่?	x	x	x	x
5	จากการที่หน่วยงานของท่านให้ทุนสนับสนุนการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายมาหลายครั้ง ที่ผ่านมาหน่วยงานฯ ได้เคยนำผลการสำรวจไปใช้ประโยชน์อย่างไรบ้าง? ประโยชน์ที่เกิดขึ้นนี้เป็นไปตามที่หน่วยงานคาดหวังหรือไม่? อย่างไร?	x	x	x	x
6	หน่วยงานของท่านมีนโยบายให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารและบุคลากรของหน่วยงานมีส่วนร่วมในการสำรวจครั้งที่ผ่านมาหรือไม่? อย่างไร? เช่นในขั้นตอนการพัฒนา proposals การออกแบบวิธีการสำรวจ การคัดเลือกประเด็นสำรวจ การพัฒนาเครื่องมือเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล	x	x	x	
7	หน่วยงานของท่านมีแนวทางการกำกับติดตามความก้าวหน้าของการสำรวจฯ อย่างไร?	x	x	x	

ข้อ ที่	แนวคำถาม	ผู้ตอบ			
		สสส.	สธ.	สวรส.	ผู้ทรง คุณวุฒิ
8	โครงการที่ได้รับทุนจากหน่วยงานของท่านที่มีวงเงินค่อนข้างสูง จะมี การแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศทาง (Steering Committee) เพราะเหตุใดการแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ของการสำรวจครั้งที่ 5 จึง ล่าช้า (การสำรวจเริ่มในปี 2556 แต่แต่งตั้งคณะกรรมการเมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2559)? ความล่าช้านี้มีผลกระทบต่อการสำรวจครั้งนี้หรือไม่? อย่างไร?	x			
9	ในการสำรวจฯ ทุกครั้งให้ข้อมูลและเก็บสิ่งส่งตรวจที่สามารถนำไปใช้ ประโยชน์เชิงนโยบายและการศึกษาวิจัยต่อเนื่องได้อย่างกว้างขวาง หน่วยงานของท่านมีนโยบายสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากการสำรวจ โดยหน่วยงานอื่นๆ และนักวิจัยอย่างไร? และมีกลไกติดตามประเมิน การใช้ประโยชน์จากการสำรวจและผลกระทบต่างๆ หรือไม่? อย่างไร?	x	x	x	
10	คณะกรรมการของ สสส. พิจารณาข้อเสนอโครงการสำรวจครั้งที่ 5 แล้ว มีข้อเสนอแนะหลายประการ คณะกรรมการบริหารแผนได้ทราบ ความก้าวหน้าของการสำรวจฯ และกำกับติดตามการดำเนินการให้ เป็นไปตามข้อเสนอแนะหรือไม่? อย่างไร?	x			x
11	ในการพิจารณาข้อเสนอโครงการสำรวจครั้งที่ 5 คณะกรรมการของ สสส. เสนอแนะว่า “ควรตั้งเป้าหมายการพัฒนาให้เป็นระบบที่ชัดเจน มีแผนการดำเนินการ ระบบการใช้ และความยั่งยืน (Institutionalization) ในอนาคต” เพราะเหตุใดคณะกรรมการจึงมี ข้อเสนอแนะดังกล่าว? และคณะกรรมการคาดหวังว่าผู้รับผิดชอบการ สำรวจจะดำเนินการอย่างไรจึงจะเกิด institutionalization?				x
12	ท่านประเมินว่าสำนักงานสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายประสบ ความสำเร็จในเรื่องต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด? • การบริหารโครงการสำรวจ • การบริหารจัดการฐานข้อมูล และสิ่งส่งตรวจ • การจัดการความรู้โดยการนำผลการสำรวจไปใช้ในเชิง นโยบาย อะไรเป็นจุดแข็ง และจุดอ่อนที่สำคัญของการสำรวจฯ ครั้งนี้?			x	
13	หน่วยงานของท่านมีนโยบายในระยะยาวเกี่ยวกับการสำรวจสุขภาพ โดยการตรวจร่างกายอย่างไร? ในประเด็นการให้ทุนสนับสนุน การบูรณาการกับการสำรวจสุขภาพอื่นๆ การสร้างความยั่งยืนด้วยการสร้าง	x	x	x	

ข้อ ที่	แนวคำถาม	ผู้ตอบ			
		สสส.	สธ.	สวรส.	ผู้ทรง คุณวุฒิ
	ความเป็นสถาบัน (institutionalization) และสร้างประโยชน์ใน รูปแบบ social enterprise				
14	รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ในปัจจุบันควรดำเนินการอย่างไรเพื่อพัฒนา/ปรับปรุงการสำรวจฯ ใน ประเด็นต่อไปนี้ Governance, การให้ทุน/จัดสรรงบประมาณ, การ สร้างความยั่งยืนให้กับสำนักงานสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย			x	

ก-4 แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้รับผิดชอบการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 คนที่ 1

- (1) จากการที่ท่านได้มีส่วนร่วมในการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 และเป็นหัวหน้าโครงการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 และ 5 ท่านคิดว่าในช่วงระยะเวลาดังกล่าว การสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในประเทศไทยได้รับการพัฒนาในเรื่องใดบ้าง? เช่น ในแง่วิชาการ/วิธีวิจัย การบริหารจัดการ การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ศักยภาพของบุคลากร และหน่วยงานที่เข้าร่วม และการใช้ประโยชน์จากข้อมูล
- (2) ในการกำหนดประเด็นที่จะสำรวจในการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ท่านรับฟังข้อเสนอจากหน่วยงานต่างๆ เช่น ผู้กำหนดนโยบาย แหล่งทุน ผ่านทางช่องทางใด? หากมีประเด็นที่เสนอมาเป็นจำนวนมากเกินกว่าจะสำรวจได้ ท่านใช้วิธีการใดในการคัดเลือก? ข้อเสนอโครงการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ระบุว่า จะสำรวจระดับโซเดียมในปัสสาวะและ 2-hour oral glucose tolerance test เพราะเหตุใดจึงไม่มีผลในรายงาน?
- (3) อะไรเป็นสาเหตุที่สำคัญของความล่าช้าของการสำรวจฯ ครั้งที่ 5? เช่น ความร่วมมือจากหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลางหรือในพื้นที่ (รวมทั้งห้องปฏิบัติการ) การบริหารจัดการภายใน สสส. และ สวรส. ซึ่งเป็นแหล่งทุน การดำเนินงานของเครือข่ายและทีมภาคสนาม เป็นต้น
- (4) หากต้องการให้ข้อมูลจากการสำรวจฯ แสดงสถานการณ์ระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด ท่านคิดว่าจำเป็นหรือไม่ที่จะต้องเพิ่มขนาดตัวอย่าง? หากเลือกใช้วิธีอื่นแทน เช่น เปลี่ยนแปลงวิธีวิเคราะห์ข้อมูล หรือให้แยกการสำรวจระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด ออกจากการสำรวจในปัจจุบันที่เก็บข้อมูลจากตัวอย่างระดับภาค (แต่ใช้วิธีวิจัยและเครื่องมือเดียวกัน) จะเป็นไปได้หรือไม่ มีข้อเสียหรือข้อจำกัดอย่างไร?
- (5) รายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 มีข้อเสนอแนะให้ “วางแผนระยะกลางและระยะยาวเกี่ยวกับประเด็นที่จะสำรวจ โดยมีการสำรวจต่อเนื่องเป็นระยะๆ และเสริมด้วยการสำรวจประเด็นเจาะลึกตามกลุ่มอายุ และ/หรือตามประเด็นสุขภาพที่เป็นปัญหาต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เช่น การสำรวจสุขภาพเด็ก และผู้สูงอายุ เป็นต้น” จากข้อเสนอดังกล่าว หน่วยงานใดควรรับผิดชอบวางแผนระยะกลางและระยะยาวเกี่ยวกับประเด็นที่จะสำรวจ? เพราะเหตุใด?
- (6) รายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 มีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานในมหาวิทยาลัย รับผิดชอบการบริหารจัดการดำเนินการสำรวจ และนำเสนอผลการสำรวจ หากดำเนินการตามข้อเสนอแนะนี้จะช่วยแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาการสำรวจฯ ในเรื่องใดได้บ้าง? หน่วยงานในมหาวิทยาลัยมีข้อได้เปรียบ (comparative advantage) เหนือกว่า สวรส. และหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างไร?
- (7) จากการที่ท่านได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้เชี่ยวชาญในคณะกรรมการพัฒนาระบบการสำรวจสุขภาพ (คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 2085/2559 ลงวันที่ 25 พ.ย. 59) ซึ่งมีหน้าที่ทบทวนรายการข้อมูลของการสำรวจสุขภาพที่ดำเนินการโดยหน่วยงานต่างๆ ประเมินสถานการณ์ส่วนขาดและความซ้ำซ้อนของข้อมูลการสำรวจสุขภาพ รวมทั้งกำหนดแนวทางการพัฒนาข้อมูลการสำรวจสุขภาพ ได้แก่ การบูรณาการการสำรวจ การวางแผนการสำรวจระดับประเทศและจังหวัด และการกำหนดมาตรฐานเครื่องมือที่ใช้ เป็นต้น ในปัจจุบันคณะกรรมการมีความก้าวหน้าของการดำเนินงานอย่างไร? หากยังไม่มีมีความก้าวหน้า ท่านคิดว่าหน่วยงานรูปแบบใด/สังกัดใดที่ควรจะทำหน้าที่นี้ และควรมีแนวทางการทำงานอย่างไร? ตามความเห็นของท่าน การดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการนี้จะมีปัญหาอุปสรรคอย่างไร?

- (8) ตามที่ข้อเสนอโครงการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ได้กล่าวถึงการสร้างขีดความสามารถของบุคลากร โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการด้านการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูล การสนับสนุนนักวิจัยในการวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงาน และจัดการประชุมนำเสนองานและแลกเปลี่ยนผลงานวิชาการนั้น ท่านคิดว่ากิจกรรมเหล่านี้เพียงพอหรือไม่ที่จะช่วยพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรและนักวิจัย? หากจะให้ศักยภาพด้านการสำรวจสุขภาพขนาดใหญ่ของประเทศไทยมีความต่อเนื่องและยั่งยืน ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไร?
- (9) รายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ได้ระบุประโยชน์ของการสำรวจ ไว้ 4 ข้อ โดย 2 ข้อสุดท้ายได้กล่าวถึง ประโยชน์ในการมีระบบข้อมูลสำหรับติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลโครงการสุขภาพ และการเป็นสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการระบบสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในส่วนของ การป้องกันและควบคุมโรค และการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนไทย แผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนของ สสส. มีการวางแผน หรือได้ดำเนินการในเรื่องดังกล่าวอย่างไรบ้าง และประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงไร? ในมุมมองของท่าน หน่วยงานใดควรรับผิดชอบสนับสนุนการเชื่อมโยงนำผลการสำรวจไปใช้ในเชิงนโยบาย?
- (10) ในการนำเสนอโครงร่างการสำรวจครั้งที่ 5 ต่อคณะกรรมการของ สสส. ซึ่งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเรื่อง การพัฒนาระบบการใช้ประโยชน์ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ เช่น การเผยแพร่ฐานข้อมูลและเปิดโอกาสให้นักวิจัย/นักวิชาการที่สนใจขอใช้ข้อมูลได้อย่างเป็นระบบ เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้ได้รับทุนจากหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ สสส. สวรส. และกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนา/กำกับดูแลระบบดังกล่าวอยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานหรือคณะกรรมการใด? ปัจจุบันมีกฎระเบียบหรือเกณฑ์การอนุญาตให้ใช้ประโยชน์เป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่?

ก-5 แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้รับผิดชอบการสำรวจ ครั้งที่ 5 คนที่ 2

- (1) ท่านคิดว่าการสำรวจ ที่ผ่านมามีทำให้เกิดประโยชน์ตามที่ท่านคาดหวังหรือไม่? อย่างไร? (หมายเหตุ: อาจจะเป็นประโยชน์ต่อตัวท่านเอง หน่วยงานของท่าน ประชาชนในพื้นที่/ภาคที่ท่านร่วมสำรวจ หรือประเทศไทยในภาพรวมก็ได้)
- (2) ในการสำรวจ ที่ผ่านมา ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่อไปนี้หรือไม่? อย่างไร?
 - (ก) การพัฒนา proposals รวมทั้งออกแบบ/เลือกวิธีการสำรวจ
 - (ข) การจัดลำดับความสำคัญเพื่อเลือกประเด็นสำรวจ
 - (ค) การพัฒนาเครื่องมือเก็บข้อมูล เช่น แบบเก็บข้อมูล แบบสอบถาม
 - (ง) การวิเคราะห์ข้อมูล
 - (จ) การเขียนรายงาน
- (3) ในการพัฒนาโครงการสำรวจครั้งที่ 5 ท่าน/ทีม ได้นำผลการสำรวจครั้งที่ผ่านมามาพิจารณาประเด็นใดบ้าง? และได้นำประเด็น ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญของ สสส. หรือผู้ให้ทุนอื่นๆ มาพิจารณาในเรื่องใดบ้าง?
- (4) การเตรียมการสำรวจครั้งที่ 5
 - (ก) การทดลองใช้ tablets นั้นดำเนินการอยู่ที่เดือน ในช่วงปีใด
 - (ข) มีอุปสรรคอื่นใดที่ทำให้โครงการล่าช้า? เคยพบอุปสรรคเดียวกันนี้ในการสำรวจครั้งที่ 4 หรือไม่?
 - (ค) เพราะอะไรจึงได้รับความช่วยเหลือจาก MedResNet? เป็นเครือข่ายทำงานร่วมกันมาก่อน? มีความเชี่ยวชาญในการแก้ปัญหา?
 - (ง) การที่ส่งรายงานล่าช้า แหล่งทุนทั้งสามมีบทลงโทษ เช่น เสียค่าปรับ เพราะผิดสัญญาหรือไม่?
 - (จ) กระทรวงสาธารณสุขมีวิธีการกำกับติดตามการสำรวจอย่างไร – เช่น ในแง่กระบวนการ ความก้าวหน้า และ outputs?
 - (ฉ) ตามความเห็นของคุณสุพรศักดิ์ การไม่มี Steering ส่งผลอย่างไรต่อการสำรวจ?
- (5) จากการที่ท่านเข้าร่วมการสำรวจ มานาน ท่านคิดว่าตัวท่านเองและบุคลากรในทีมได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถและทักษะ (เช่น ด้านการวิจัย การบริหารจัดการงานวิจัย การสร้างเครือข่ายใหม่ๆ) มากน้อยเพียงใด?
- (6) จากเรื่องการบรรยายของผู้เชี่ยวชาญเรื่องการสำรวจในสหรัฐอเมริกา การบรรยายนี้นับเป็นกิจกรรมใน proposal การสำรวจครั้งที่ 5? ถ้าใช่ ขอทราบข้อมูลโดยย่อ – คิดว่าบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่? อย่างไร?
- (7) ในการดำเนินการสำรวจ ครั้งที่ 3, 4 และ 5 ในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน มีการขออนุมัติด้านจริยธรรม (Ethical approval) จากหน่วยงานในส่วนกลางและ/หรือหน่วยงานในพื้นที่หรือไม่ (ไม่มีการระบุในรายงาน)? ท่านและบุคลากรในเครือข่ายมีข้อกังวลเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยหรือไม่? ในประเด็นใด?
- (8) ข้อมูลและผลการสำรวจ ได้ถูกนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย/มาตรการโดยหน่วยงานต่างๆ มากน้อยเพียงใด? เพราะอะไรจึงเป็นเช่นนั้น?
- (9) ในการสำรวจ ที่ผ่านมามีปัญหาใดที่ท่านเห็นว่ามีผลสำคัญ (3 อันดับแรก)? ท่านมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงการสำรวจเพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านั้นอย่างไร?

ก-6 แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก นักวิชาการในเครือข่ายการสำรวจฯ

- (1) เพราะอะไรท่าน/หน่วยงานของท่านจึงเข้าร่วมในเครือข่ายการสำรวจฯ? ท่านคิดว่าการสำรวจฯ ที่ผ่านมามีได้ทำให้เกิดประโยชน์ตามที่ท่านคาดหวังหรือไม่? อย่างไร? (หมายเหตุ: อาจจะเป็นประโยชน์ต่อตัวท่านเอง หน่วยงานของท่าน ประชาชนในพื้นที่/ภาคที่ท่านร่วมสำรวจ หรือประเทศไทยในภาพรวมก็ได้)
- (2) ในการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 และ 5 ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่อไปนี้หรือไม่? อย่างไร?
 - (ก) การพัฒนา proposals รวมทั้งออกแบบ/เลือกวิธีการสำรวจ
 - (ข) การจัดลำดับความสำคัญเพื่อเลือกประเด็นสำรวจ
 - (ค) การพัฒนาเครื่องมือเก็บข้อมูล เช่น แบบเก็บข้อมูล แบบสอบถาม
 - (ง) การวิเคราะห์ข้อมูล
 - (จ) การเขียนรายงาน
- (3) จากการที่บุคลากรและหน่วยงานในความดูแลของท่านเข้าร่วมการสำรวจฯ โดยรับผิดชอบการเตรียมงานภาคสนามและการเก็บ/จัดการข้อมูลระดับภาค (และของ กทม.) เป็นหลัก
 - (3.1) บุคลากรและหน่วยงานในความดูแลของท่านได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถและทักษะ (เช่น ด้านการวิจัย การบริหารจัดการงานวิจัย การสร้างเครือข่ายใหม่ๆ) มากน้อยเพียงใด?
 - (3.2) สืบเนื่องจากข้อ (3.1) บุคลากรและหน่วยงานความดูแลของท่านได้มีการใช้ประโยชน์จากความรู้ความสามารถและทักษะดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรมอย่างไร (เช่น นำไปใช้ในโครงการสำรวจ/วิจัยอื่นๆ ในพื้นที่ การเรียนการสอนหรือให้คำแนะนำนักศึกษาหรือบุคลากรนอกเครือข่าย)?
 - (3.3) ข้อมูลและผลการสำรวจ ได้ถูกนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย/มาตรการโดยหน่วยงานในพื้นที่ มากน้อยเพียงใด? เพราะอะไรจึงเป็นเช่นนั้น?
- (4) ในการดำเนินการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 และ 5 ในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน มีการขออนุมัติด้านจริยธรรม (Ethical approval) จากหน่วยงานในส่วนกลางและ/หรือหน่วยงานในพื้นที่หรือไม่ (ไม่มีการระบุในรายงาน)? ท่านและบุคลากรในเครือข่ายมีข้อกังวลเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยหรือไม่? ในประเด็นใด?
- (5) บุคลากรในหน่วยงานของท่านเคยขอใช้ประโยชน์จากข้อมูลหรือตัวอย่างสิ่งส่งตรวจที่เก็บในการสำรวจฯ หรือไม่? มากน้อยเพียงใด? อะไรเป็นปัจจัยส่งเสริม (enabling factors) และอุปสรรคที่สำคัญ?
- (6) ในการสำรวจฯ ที่ผ่านมามีปัญหาใดที่ท่านเห็นว่ามีสำคัญ (3 อันดับแรก)? ท่านมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงการสำรวจเพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านั้นอย่างไร?

ก-7 แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก นักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญสาขาที่เป็นประเด็นการสำรวจ

ในการสัมภาษณ์นักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เป็นประเด็นการสำรวจ ผู้ประเมินแบ่งแนวคำถามเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยคำถามร่วมที่ใช้ถามนักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญทุกสาขา และส่วนที่ 2 เป็นคำถามสำหรับนักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา

ส่วนที่ 1 คำถามร่วมที่ใช้ถามนักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญทุกสาขา

- (1) ท่านเข้ามามีส่วนร่วมในการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 และ/หรือ 5 อย่างไรบ้าง ในขั้นตอนการพัฒนา proposals รวมทั้งออกแบบการสำรวจ การจัดลำดับความสำคัญเพื่อเลือกประเด็นสำรวจ การพัฒนาเครื่องมือเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงาน
- (2) การใช้ประโยชน์จากการสำรวจ
 - (1.1) หน่วยงานของท่านได้เคยนำผลการสำรวจฯ ที่ผ่านมาไปใช้ประโยชน์อย่างไรบ้าง? (เช่น ใช้จัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการ ใช้ประเมินผลนโยบาย/มาตรการที่หน่วยงานรับผิดชอบ ใช้ในการศึกษาวิจัย นำไปอ้างอิงในรายงานต่างๆ รวมทั้งรายงานประจำปี นำไปอ้างอิงในเอกสารหรือสื่ออื่นๆ เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ของหน่วยงาน เป็นต้น)
 - (1.2) หน่วยงานของท่านมีวิธีการใช้ประโยชน์จากผลการสำรวจฯ ตามข้อ (1.1) อย่างไร? (อ้างอิงข้อมูลจากรายงานการสำรวจฯ โดยตรง หรือ ขอข้อมูลจากผู้รับผิดชอบการสำรวจมาวิเคราะห์เพิ่มเติม หรือ ขอตัวอย่างสิ่งส่งตรวจมาวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการ)
- (3) นอกเหนือจากผลการสำรวจฯ หน่วยงานของท่านนำข้อมูลจากแหล่งใดบ้างไปใช้ประโยชน์ตามข้อ (1.1) เมื่อเปรียบเทียบกับแหล่งข้อมูลอื่นๆ การสำรวจฯ มีข้อดีกว่าและจุดอ่อนอย่างไร?
- (4) หน่วยงานของท่านเคยเสนอให้ผู้รับผิดชอบการสำรวจฯ เลือกประเด็นหรือข้อคำถามตามความต้องการของหน่วยงานหรือไม่? ถ้าเคย สิ่งที่เสนอเป็นประเด็นหรือข้อคำถามเกี่ยวกับเรื่องใดบ้าง? ประเด็นหรือข้อคำถามเหล่านั้นสอดคล้องกับความต้องการใช้ประโยชน์ของหน่วยงานอย่างไร?
- (5) จากการที่ท่านมีส่วนร่วมในการสำรวจฯ ที่ผ่านมา ท่านคิดว่าควรมีการปรับปรุงการสำรวจฯ ครั้งต่อไป ในด้านใดบ้าง ไม่ว่าจะเป็นภาพรวมของการสำรวจฯ หรือเฉพาะประเด็นที่ท่านมีส่วนร่วม? (เช่น ในแง่ระเบียบวิธีวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ การบริหารจัดการด้านต่างๆ การนำผลการสำรวจฯ ไปใช้ให้เกิดประโยชน์)

ส่วนที่ 2 คำถามสำหรับนักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา

2.1 คำถามสำหรับนักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญด้านอาหารและโภชนาการ

- (1) คำนำของรายงานการสำรวจ ครั้งที่ 4 (รายงานเรื่องการบริโภคอาหาร) ระบุว่า “ประเทศไทยมีการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประชากรไทยมาแล้ว 5 ครั้ง โดยกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในปีพ.ศ. 2503, และ 2546 ตามลำดับ สำหรับการสำรวจด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในปี พ.ศ. 2551-2 นี้ เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ปีพ.ศ. 2551-2 และนับเป็นครั้งแรกของการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยที่มีการสำรวจด้านโภชนาการรวมอยู่ด้วย” ท่านคิดว่าควรรวมการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประชากรไทยเข้ากับการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายหรือไม่ หรือควรบริหารจัดการอย่างไร? เพราะเหตุใด? (คำถามเฉพาะท่านที่เคยเข้าร่วมการสำรวจ ครั้งที่ 4: เพราะเหตุใดจึงมีการนำประเด็นเกี่ยวกับโภชนาการเข้ามารวมในการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4?)

2.2 คำถามสำหรับนักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

- (1) ในการพัฒนาแบบสำรวจประเด็นอนามัยการเจริญพันธุ์ในการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 มีผู้เชี่ยวชาญรวม 2 ท่าน จากวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ เข้าร่วม ท่านคิดว่าหากมีการสำรวจประเด็นอนามัยการเจริญพันธุ์อีก ควรเชิญผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานอื่นๆ เข้าร่วมเพิ่มเติมในการพัฒนาแบบสำรวจหรือไม่? อย่างไร?
- (2) เนื่องจากสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับกรมอนามัยดำเนินการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์เช่นเดียวกัน ท่านคิดว่าควรรวมการสำรวจดังกล่าวเข้ากับการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายหรือไม่ หรือควรบริหารจัดการอย่างไร? เพราะเหตุใด?

2.3 คำถามสำหรับนักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

- (1) เนื่องจากมีการสำรวจในประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยหน่วยงานอื่นๆ ท่านคิดว่าควรรวมการสำรวจดังกล่าวเข้ากับการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายหรือไม่ หรือควรบริหารจัดการอย่างไร? เพราะเหตุใด?

2.4 คำถามสำหรับนักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- (1) จากการที่การสำรวจ/ศึกษาเรื่องการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยโดยหน่วยงานต่างๆ ให้ผลที่แตกต่างกันมากในบางประเด็น (เช่น ความชุกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่แตกต่างกันในรายงานความชุกผู้ดื่มใน 12 เดือนที่ผ่านมาจากการสำรวจ NHES สูงกว่าความชุกจากการสำรวจ การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา (สพบส.) มาก และสูงกว่า การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (BRSFF) โดยการเปลี่ยนแปลงความชุกในแต่ละรอบการสำรวจของ NHES และ BRSFF มีขนาดความเปลี่ยนแปลงสูงมาก เช่น การ

สำรวจ NHES ปี 2552 ความซุกซนลดลงจากปี 2547 เกือบ 8% ปี 2557 ลดลงจากปี 2552 กว่า 6% ส่วนการการสำรวจ BRSFF มีการเปลี่ยนแปลงค่าความซุกซนสูงเช่นกัน (ปี 2550 ลดลงจากปี 2548 กว่า 7% ปี 2553 ลดลงจากปี 2550 เกือบ 7%) ในขณะที่การสำรวจ สพบส. เปลี่ยนแปลงเพียง 1-3% ในการสำรวจครั้งที่ติดกัน) ในกรณีนี้หน่วยงานของท่านจะเลือกใช้ข้อมูลจากการสำรวจใดเป็นหลัก? เพราะเหตุใด?

- (2) เนื่องจากมีการสำรวจเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ของประชาชนในประเทศไทยที่ดำเนินการโดยหลายหน่วยงาน ท่านคิดว่าควรรวมการสำรวจเหล่านี้เข้าด้วยกันหรือไม่ หรือควรบริหารจัดการอย่างไร? เพราะเหตุใด?

2.5 คำถามสำหรับนักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเด็ก

- (1) เนื่องจากมีการสำรวจในประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพเด็กอายุ 1-14 ปีที่ดำเนินการโดยหน่วยงานอื่นๆ ท่านคิดว่าควรรวมการสำรวจดังกล่าวเข้ากับการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายหรือไม่ หรือควรบริหารจัดการอย่างไร? เพราะเหตุใด?

ก-8 แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก บุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

- (1) ปัจจุบัน กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เก็บรักษาตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ (specimens) จากการสำรวจสุขภาพประชาชน โดยการตรวจร่างกายครั้งใดบ้าง? ด้วยเทคโนโลยีที่กรมฯ ใช้อยู่ ตัวอย่างๆ ที่เก็บไว้มีอายุอยู่ได้นานกี่ปี? ค่าใช้จ่ายในการเก็บรักษาตัวอย่างๆ จากการสำรวจคิดเป็นมูลค่าเท่าไรต่อปี? กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้รับงบประมาณจากรัฐบาลเป็นค่าใช้จ่ายส่วนนี้ทั้งหมดหรือไม่? หรือได้รับการสนับสนุนจากแหล่งอื่น?
- (2) การขออนุญาตนำตัวอย่างๆ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายไปใช้ประโยชน์
 - (2.1) ที่ผ่านมามีผู้ขออนุญาตนำตัวอย่างๆ ไปใช้ประโยชน์ด้านใดบ้าง? มีจำนวนคำขอฯ โดยเฉลี่ยประมาณกี่เรื่องต่อปี? ผู้ขออนุญาตส่วนใหญ่เป็นบุคลากรของหน่วยงานใด?
 - (2.2) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีกลไกและแนวทางในการพิจารณาและอนุญาตอย่างไร? นักวิจัยในโครงการการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายมีสิทธิพิเศษหรือไม่? อย่างไร?
 - (2.3) มีประเด็นใดบ้างที่เป็นข้อกังวลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการอนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากตัวอย่างๆ เหล่านี้ (เช่น คุณภาพ/ความคงสภาพของตัวอย่างๆ ที่เก็บรักษาไว้ ความสามารถทางวิชาการของผู้ขออนุญาต ข้อกฎหมาย ประเด็นทางจริยธรรม)?
 - (2.4) หลังจากอนุญาตให้นำตัวอย่างๆ ไปใช้ มีวิธีการกำกับติดตามการใช้ประโยชน์นั้นๆ หรือไม่? อย่างไร?
- (3) อะไรเป็นปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) และอุปสรรค (impediments) ของการนำตัวอย่างๆ ที่ได้จากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายไปใช้ประโยชน์? กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีบทบาทในการสนับสนุนให้มีการนำตัวอย่างๆ ที่เก็บไว้ไปใช้ประโยชน์อย่างไร เช่น ประชาสัมพันธ์ให้นักวิจัยในหน่วยงานต่างๆ ได้ทราบถึงการมีอยู่ของตัวอย่างสิ่งส่งตรวจเหล่านี้ จัดการอบรมเทคนิคการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ให้คำแนะนำในการพัฒนา proposals เป็นต้น?
- (4) นอกจากตัวอย่างสิ่งส่งตรวจจากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายแล้ว กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เก็บรักษาตัวอย่างสิ่งส่งตรวจจากโครงการวิจัยอื่นๆ อีกหรือไม่? สถานการณ์การนำไปใช้ประโยชน์และกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องเหมือนหรือต่างจากกรณีตัวอย่างๆ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย?
- (5) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีนโยบายในระยะยาวเกี่ยวกับเก็บรักษาตัวอย่างสิ่งส่งตรวจจากโครงการวิจัยต่างๆ รวมทั้งการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยอย่างไร?

ก-9 แบบสอบถามสำรวจการใช้ประโยชน์จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามชุดนี้มีจำนวน 4 หน้า (ไม่รวมคำชี้แจงในหน้านี)
2. แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่
ส่วนที่ 1 การขอใช้ข้อมูลการสำรวจฯ จากหน่วยงานอื่น (ข้อถามที่ 1.1-1.6)
ส่วนที่ 2 สถิติการผลิต การใช้งานเอกสารเผยแพร่ทั่วไป ได้แก่ รายงานผลการสำรวจฯ จดหมายข่าว และเอกสารอื่นๆ (ข้อถามที่ 2.1-2.8)
3. การตอบแบบสอบถาม หากกรอกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ให้ปฏิบัติดังนี้
 - (i) กรณีช่องสี่เหลี่ยม ☐ หากเป็นคำตอบที่ท่านเลือกให้คลิกที่ช่องสี่เหลี่ยมจะปรากฏเป็น ☒
 - (ii) กรณีเส้นทึบ _____ ท่านสามารถพิมพ์คำตอบลงบนเส้นได้โดยไม่ต้องลบเส้นทิ้ง
4. เมื่อท่านตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว โปรดตรวจสอบความครบถ้วนอีกครั้ง และขอความร่วมมือในการส่งแบบสอบถามกลับภายในวันที่ 25 พฤศจิกายน 2559
5. ข้อมูลจากหน่วยงานของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการประเมินเพื่อให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการสำรวจฯ ในอนาคต
6. กรณีที่ท่านไม่เข้าใจข้อคำถามหรือมีข้อสงสัย สามารถติดต่อ นางสาวจอมขวัญ โยธาสมุทร หรือ นางสาววิไลลักษณ์ แสงศรี โทรศัพท์ 02-590-4549 อีเมล Jomkwan.y@hitap.net หรือ wilailak.s@hitap.net

ส่วนที่ 1 การขอใช้ข้อมูลจากการสำรวจฯ (ย้อนหลัง เท่าที่มีการบันทึกไว้)

1.1 ปัจจุบันแผนงานแผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยบริหารจัดการฐานข้อมูลจากการสำรวจครั้งใดบ้าง

- ☐ บริหารจัดการฐานข้อมูลจากการสำรวจครั้งที่_____
- ☐ ไม่ได้บริหารจัดการฐานข้อมูลจากการสำรวจครั้งใดเลย (ข้ามไปตอบข้อ 1.5)

1.2 หน่วยงานของท่านมีการเก็บบันทึกการขอใช้ข้อมูลดิบจากการสำรวจฯ ข้อมูลจากการสำรวจฯ ที่วิเคราะห์แล้ว หรือตัวอย่างสิ่งส่งตรวจของโครงการสำรวจฯ หรือไม่

- ☐ มี ☐ ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ 1.5)

1.3 เคยมีบุคคลหรือหน่วยงานอื่นขอใช้ข้อมูลดิบจากการสำรวจฯ หรือไม่

- ☐ มี ☐ ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ 1.4) ☐ ไม่ทราบ (ข้ามไปตอบข้อ 1.4)

1.3.1 มีการขอข้อมูลจำนวน_____ครั้ง ในปี พ.ศ. _____

1.3.2 มีการขอข้อมูลจำนวน_____ครั้ง ในปี พ.ศ. _____

1.3.3 มีการขอข้อมูลจำนวน_____ครั้ง ในปี พ.ศ. _____

1.4 เคยมีบุคคลหรือหน่วยงานอื่นขอใช้ข้อมูลจากการสำรวจฯ ที่วิเคราะห์แล้ว หรือไม่

- ☐ มี ☐ ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ 1.5) ☐ ไม่ทราบ (ข้ามไปตอบข้อ 1.5)

1.4.1 มีการขอข้อมูลจำนวน_____ครั้ง ในปี พ.ศ. _____

1.4.2 มีการขอข้อมูลจำนวน_____ครั้ง ในปี พ.ศ. _____

1.4.3 มีการขอข้อมูลจำนวน_____ครั้ง ในปี พ.ศ. _____

1.5 ปัจจุบันหน่วยงานได้รับผิดชอบการเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจจากการสำรวจ (ระบุชื่อหน่วยงาน)

1.6 เคยมีบุคคลหรือหน่วยงานอื่นขอใช้ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจจากการสำรวจฯ เพื่อการศึกษาวิจัยหรือไม่

- ☐ มี ☐ ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ 2.1.1) ☐ ไม่ทราบ (ข้ามไปตอบข้อ 2.1.1)

1.6.1 มีการขอข้อมูลจำนวน_____ครั้ง ในปี พ.ศ. _____

1.6.2 มีการขอข้อมูลจำนวน_____ครั้ง ในปี พ.ศ. _____

1.6.3 มีการขอข้อมูลจำนวน_____ครั้ง ในปี พ.ศ. _____

จดหมายข่าว

2.4 จดหมายข่าวสัญญาณสุขภาพ (จัดพิมพ์เป็นรายเดือน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554)

2.4.1 ปัจจุบันยังมีการจัดทำ จดหมายข่าวสัญญาณสุขภาพ หรือไม่

☐ มี (ข้ามไปตอบข้อ 2.4.3)

☐ ไม่มี

2.4.2 (หากไม่มี) มีการจัดพิมพ์จดหมายข่าวสัญญาณสุขภาพครั้งสุดท้ายเมื่อปี พ.ศ. _____

2.4.3 จำนวนการพิมพ์ _____ ฉบับ/เดือน

2.4.4 มีการบันทึกจำนวนครั้งของการดาวน์โหลดจากเว็บไซต์สวรส. หรือไม่

☐ บันทึก

☐ ไม่บันทึก

2.4.5 (หากมีการบันทึก) มีการดาวน์โหลดจำนวน _____ ครั้ง

2.4.6 มีการบันทึกจำนวนครั้งของการดาวน์โหลดจากเว็บไซต์หน่วยงานอื่นๆ หรือไม่

☐ บันทึก

☐ ไม่บันทึก

2.4.7 (หากมีการบันทึก) มีการดาวน์โหลดจำนวน _____ ครั้ง

2.5 จดหมายข่าวสำรวจรอยโรค (จัดพิมพ์เป็นรายเดือน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554)

2.5.1 ปัจจุบันยังมีการจัดทำ จดหมายข่าวสำรวจรอยโรค หรือไม่

☐ มี (ข้ามไปตอบข้อ 2.5.3)

☐ ไม่มี

2.5.2 (หากไม่มี) มีการจัดพิมพ์จดหมายข่าวสำรวจรอยโรคครั้งสุดท้ายเมื่อปี พ.ศ. _____

2.5.3 จำนวนการพิมพ์ _____ ฉบับ/เดือน

2.5.4 มีการบันทึกจำนวนการดาวน์โหลดจากเว็บไซต์สวรส. หรือไม่

☐ บันทึก

☐ ไม่บันทึก

2.5.5 (หากมีการบันทึก) มีการดาวน์โหลดจำนวน _____ ครั้ง

2.5.6 มีการบันทึกจำนวนครั้งของการดาวน์โหลดจากเว็บไซต์หน่วยงานอื่นๆ หรือไม่

☐ บันทึก

☐ ไม่บันทึก

2.5.7 (หากมีการบันทึก) มีการดาวน์โหลดจำนวน _____ ครั้ง

รายการเอกสารสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจ ที่ผลิตโดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย หรือแผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย นอกเหนือจากเอกสารในข้อ 2.1-2.5

โปรดระบุชื่อเอกสารเกี่ยวกับการสำรวจฯ ซึ่งเป็นเอกสารที่มีความสำคัญ เช่น แผนงานฯ เห็นว่าช่วยให้กลุ่มเป้าหมายได้รับประโยชน์จากการสำรวจฯ หรือบรรลุวัตถุประสงค์ของการเผยแพร่ข้อมูลจากการสำรวจฯ มากที่สุด 3 อันดับแรก พร้อมรายละเอียดของเอกสาร ในข้อ 2.6-2.8
(หากซ้ำกับเอกสารในข้อ 2.1-2.5 ให้ระบุเพียงชื่อเอกสาร และข้ามส่วนรายละเอียดไป)

2.6 ชื่อเอกสาร (ลำดับที่ 1) _____

2.6.1 จำนวนการพิมพ์ _____ ฉบับ

2.6.2 จำนวนครั้งที่พิมพ์ _____ ครั้ง

2.6.3 มีการบันทึกจำนวนการดาวน์โหลดจากเว็บไซต์สวรส. หรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี

2.6.4 (หากมีการบันทึก) มีการดาวน์โหลดกี่ครั้ง _____ ครั้ง

2.6.5 มีการบันทึกจำนวนครั้งของการดาวน์โหลดจากเว็บไซต์หน่วยงานอื่นๆ หรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี

2.6.6 (หากมีการบันทึก) มีการดาวน์โหลดจำนวน _____ ครั้ง

2.7 ชื่อเอกสาร (ลำดับที่ 2) _____

2.7.1 จำนวนการพิมพ์ _____ ฉบับ

2.7.2 จำนวนครั้งที่พิมพ์ _____ ครั้ง

2.7.3 มีการบันทึกจำนวนการดาวน์โหลดจากเว็บไซต์สวรส. หรือไม่ ☐ บันทึก ☐ ไม่บันทึก

2.7.4 (หากมีการบันทึก) มีการดาวน์โหลดกี่ครั้ง _____ ครั้ง

2.7.5 มีการบันทึกจำนวนครั้งของการดาวน์โหลดจากเว็บไซต์หน่วยงานอื่นๆ หรือไม่ ☐ บันทึก ☐ ไม่บันทึก

2.7.6 (หากมีการบันทึก) มีการดาวน์โหลดจำนวน _____ ครั้ง

2.8 ชื่อเอกสาร (ลำดับที่ 3) _____

2.8.1 จำนวนการพิมพ์ _____ ฉบับ

2.8.2 จำนวนครั้งที่พิมพ์ _____ ครั้ง

2.8.3 มีการบันทึกจำนวนการดาวน์โหลดจากเว็บไซต์สวรส. หรือไม่ ☐ บันทึก ☐ ไม่บันทึก

2.8.4 (หากมีการบันทึก) มีการดาวน์โหลดกี่ครั้ง _____ ครั้ง

2.8.5 มีการบันทึกจำนวนครั้งของการดาวน์โหลดจากเว็บไซต์หน่วยงานอื่นๆ หรือไม่ ☐ บันทึก ☐ ไม่บันทึก

2.8.6 (หากมีการบันทึก) มีการดาวน์โหลดจำนวน _____ ครั้ง

คณะผู้ประเมินขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่าน

รหัสผู้ให้สัมภาษณ์ ในโครงการประเมินเพื่อต่อยอดการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย

ลำดับ ที่	บทบาท/ หน้าที่	รหัส
1	นักวิชาการ เครือข่ายการสำรวจฯ	SR1
2	นักวิชาการ เครือข่ายการสำรวจฯ	SR2
3	นักวิชาการ เครือข่ายการสำรวจฯ	SR3
4	นักวิชาการ เครือข่ายการสำรวจฯ	SR4
5	ผู้รับผิดชอบโครงการสำรวจฯ	SO1
6	ผู้รับผิดชอบโครงการสำรวจฯ 2	SO2
7	นักวิชาการด้านอาหารและโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข	PH1
8	นักวิชาการด้านการออกกำลังกาย กระทรวงสาธารณสุข	PH2
9	นักวิชาการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข	PH3
10	นักวิชาการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข	PH4
11	นักวิชาการด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กระทรวงสาธารณสุข	PH5
12	บุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	PH6
13	อดีตผู้บริหารของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	PH7
14	ผู้บริหาร/บุคลากรของหน่วยงานที่ให้ทุนแก่การสำรวจฯ	FA1
15	ผู้บริหาร/บุคลากรของหน่วยงานที่ให้ทุนแก่การสำรวจฯ	FA2
16	ผู้บริหาร/บุคลากรของหน่วยงานที่ให้ทุนแก่การสำรวจฯ	FA3
17	ผู้บริหาร/บุคลากรของหน่วยงานที่ให้ทุนแก่การสำรวจฯ	FA4
18	ผู้บริหาร/บุคลากรของหน่วยงานที่ให้ทุนแก่การสำรวจฯ	FA5
19	ผู้บริหาร/บุคลากรของหน่วยงานที่ให้ทุนแก่การสำรวจฯ	FA6
20	ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย	EP1
21	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการทบทวนข้อเสนอโครงการของ สสส.	EP2
22	ผู้เชี่ยวชาญด้านอาหารและโภชนาการ	EP3
23	ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเด็ก	EP4
24	ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	EP5
25	ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา	EP6
26	ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการบริโภคบุหรี่และยาสูบ	EP7

รายงานการประชุมเพื่อนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้น
โครงการประเมินเพื่อต่อยอดการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย
วันที่ 3 มีนาคม 2560 เวลา 09.00 – 12.00 น.
ณ ห้องประชุมโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
2. ทพ.จเร วิชาไทย	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
3. คุณวรวรรณ อภารัตน์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
4. คุณฉัตรดนัย พลพิชน์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
5. ดร. นพ.อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
6. ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
7. ดร. ญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
8. ดร. จอมขวัญ โยธาสุมทร	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
9. น.ส.วิไลลักษณ์ แสงศรี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
10. นศพ.พงศกร ทันตวิวัฒนานนท์	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
11. นศพ.กวีรัตน์ รักษ์เรืองนาม	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
12. นศพ.กตিকা อรรถศิลป์	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

เริ่มประชุมเวลา 09.00 น.

ดร. ญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส นักวิจัยในโครงการกล่าวขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมการประชุม และชี้แจงว่าสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ให้ทุนแก่โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) เพื่อดำเนินการประเมินเพื่อต่อยอดการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย การประชุมนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะขอข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญต่อรายงานผลการศึกษาเบื้องต้นจากการประเมิน ต่อจากนั้นได้นำเสนอผลการศึกษาตามรายงานฉบับนี้รวม 8 ประเด็น ได้แก่ ระบบอภិบาล (governance) ของการสำรวจฯ การบริหารจัดการโครงการสำรวจฯ วิธีสำรวจฯ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและหน่วยงาน การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผลการสำรวจฯ การใช้ประโยชน์จากการสำรวจฯ ผลการประเมินการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 และข้อเสนอเชิงนโยบาย

ที่ประชุมได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม และให้ข้อเสนอแนะ สรุปได้ดังนี้

- 1) ขอให้ผู้ประเมินทบทวนเหตุผลความจำเป็นที่จะต้องทำการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย (NHES) ในประเทศไทย เนื่องจากตั้งแต่เริ่มต้นในปี 2534 ไม่มีการพูดถึงประเด็นที่ว่าระบบรายงานสาธารณสุขมีข้อจำกัดอยู่ที่ข้อมูลจากภาคเอกชนไม่ครบถ้วน แต่เป็นความเชื่อที่ว่าข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังส่วนหนึ่งไม่สามารถเก็บได้จากเวชระเบียน หากผู้ประเมินมีความเข้าใจต่อความจำเป็นของ NHES อีกอย่างหนึ่ง ก็อาจมีผลทำให้กำหนดโจทย์สำหรับการประเมินครั้งนี้แตกต่างออกไป

- 2) ผู้ประเมินควรพิจารณาว่า ในทางปฏิบัติ การตรวจร่างกาย (และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ) เป็นจุดแข็งที่ทำให้ NHES ได้เปรียบการสำรวจสุขภาพอื่นๆ จริงหรือไม่ และการเพิ่มประเด็นที่ไม่ต้องการการเก็บข้อมูลโดยการตรวจร่างกายเข้ามาได้ลดความได้เปรียบลงหรือไม่ เนื่องจากการเพิ่มประเด็นเข้ามาใน NHES มีข้อเสียคือทำให้แบบสอบถามยาวขึ้น ในขณะที่ถามคำถามได้ไม่ละเอียดเท่ากับการสำรวจที่ทำเฉพาะประเด็น เช่น การสำรวจสุขภาพจิต การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เป็นต้น และเป็นการลงทุนทำงานที่ซ้ำซ้อน
- 3) สสส. ให้การสนับสนุน NHES เนื่องจากมีการเก็บข้อมูลเชิงลึก โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการตรวจร่างกาย อีกทั้งได้เคยมีการสำรวจต่อเนื่องมาแล้วหลายครั้งจึงควรมีการสำรวจต่อไป สสส. ให้ทุนกับ NHES ตั้งแต่ครั้งที่ 3 ผ่านแผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และครั้งที่ 4-5 เป็นการให้ทุนกับผู้รับผิดชอบ NHES โดยตรงเนื่องจากในประเทศไทยไม่มีการวางแผนการสำรวจสุขภาพอย่างเป็นระบบ สสส. ยังไม่ได้พิจารณาว่าการสำรวจสุขภาพที่ สสส. สนับสนุนภายใต้สำนักต่างๆ ควรเป็นอย่างไร แต่ในระยะกว่า 1 ปีที่ผ่านมา สสส. จึงได้หารือกับสำนักงานสถิติแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขว่าควรวางแผนเพื่อลดความซ้ำซ้อนของการสำรวจต่างๆ ลง ในขณะเดียวกันผู้เชี่ยวชาญเสนอให้ผู้ประเมินดำเนินการดังนี้
 - 3.1 แก้ไขข้อความ “สสส. ไม่ได้พิจารณาว่ามีส่วนที่ซ้ำซ้อนกับการสำรวจอื่น หรือควรบูรณาการบางส่วนของโครงการต่างๆ เข้าด้วยกัน” เนื่องจากข้อความดังกล่าวมาจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่ทบทวน proposals การสำรวจสุขภาพให้ สสส. แต่ไม่ใช่นโยบายของ สสส. และอาจทำให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน
 - 3.2 นำข้อมูลเรื่องการตัดสินใจให้ทุนสนับสนุนการสำรวจสุขภาพของ สสส. ตามที่นำเสนอในรายงานไป triangulate กับแหล่งข้อมูลอื่น
- 4) สสส. เห็นว่าจำเป็นต้องวางแผนการสนับสนุนเงินทุนให้การสำรวจสุขภาพที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักต่างๆ เพื่อให้ได้การสำรวจที่มีคุณภาพ เกิดประโยชน์สูงสุด เพราะข้อมูลเป็นสิ่งที่สะท้อนผลสัมฤทธิ์จากการทำงานของ สสส. และอยู่ในความสนใจของสาธารณะ ในส่วนของการใช้ประโยชน์จากข้อมูล สสส. ยังมีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูล NHES เพื่อดูแนวโน้มของพฤติกรรมสุขภาพ และเมื่อต้องการข้อมูลระยะสั้นก็ใช้ผลการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ อีกทั้ง สสส. ยังได้ให้การสนับสนุนการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพระดับจังหวัด หรือแม้แต่การทำ poll เนื่องจาก สสส. หน่วยงานอื่น และโครงการในพื้นที่จำนวนมากที่จำเป็นต้องใช้ข้อมูลเหล่านี้
- 5) ตามที่ระบุในรายงานว่า ไม่เคยมีการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศทางของ NHES ครั้งที่ 5 (แต่งตั้งโดย สสส. ในปี 2559) นั้น ผู้เข้าประชุมจาก สสส. แจ้งว่ามีการประชุมแล้ว 1 ครั้งและจะจัดส่งรายงานการประชุมให้ผู้ประเมินต่อไป
- 6) ขอให้ผู้ประเมินเพิ่มเติมวิธี/เกณฑ์การประเมินคุณภาพของวิธีวิจัยที่ใช้ใน NHES ว่าประเมินในประเด็นใดบ้าง เช่น การกำหนดกรอบตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง วิธีเก็บข้อมูล ฯลฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง quality control/assurance system และเมื่อนำวิธีประเมินทั้งหมดมาใช้แล้วได้ผลว่า NHES ใช้วิธีการสำรวจที่มีคุณภาพอย่างไร หากไม่สามารถเก็บข้อมูลย้อนหลังไปได้ ก็ควรเน้นที่ NHES ครั้งที่ 5 นอกจากนี้ควรนำผลการทบทวนวิธีการสำรวจในต่างประเทศมาใช้ให้เป็นประโยชน์ ถ้าเป็นไปได้การประเมินนี้น่าจะช่วยให้ข้อมูลแก่ผู้กำหนดนโยบายในหน่วยงานต่างๆ ว่า การสำรวจสุขภาพใดที่มีคุณภาพ ให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ
- 7) ขอให้ผู้ประเมิน identify functions ทั้งด้านวิชาการและการบริหารจัดการของ NHES รวมทั้ง competency หรือ capacity ที่จำเป็นสำหรับ functions เหล่านั้น โดยแนะนำให้ผู้ประเมินทบทวนวรรณกรรม ประสพการณ์ในต่างประเทศ รวมทั้งการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับ NHES ตั้งแต่ครั้งที่ 1 ซึ่งจะ

ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและหน่วยงานที่รับผิดชอบ NHES ในระดับต่างๆ ควรเป็นไปในทิศทางใด และควรมีระบบสนับสนุนอย่างไร หากเปรียบเทียบกับสิ่งที่เกิดขึ้นใน NHES ที่ผ่านมาจะพบว่าการพัฒนาศักยภาพที่เป็นไปแบบ random และการไม่มีแผนงานที่ดีอาจทำให้บุคลากรเสียโอกาสในการเรียนรู้

- 8) ในช่วงแรกของ NHES ผู้ที่เกี่ยวข้องส่วนหนึ่งมีความเชื่อว่าหากดำเนินการสำรวจดังกล่าวอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้เกิดการพัฒนาคุณภาพด้านการสำรวจขนาดใหญ่ในประเทศ ผู้ประเมินควรตอบคำถามว่าเมื่อมาถึงปัจจุบันเรามีศักยภาพเพิ่มขึ้นจริงหรือไม่ ในด้านใดบ้าง (รวมทั้งการทำ quality assurance ซึ่งมีความสำคัญมาก) โดยมีข้อมูลเพิ่มเติมว่าประเทศเพื่อนบ้านประเทศหนึ่งต้องการทำการสำรวจสุขภาพและเคยติดต่อขอให้ผู้เชี่ยวชาญจากประเทศไทยไปช่วยสนับสนุนด้านวิชาการ
- 9) เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ สวรส. ได้ปรับเปลี่ยนโครงสร้างให้ สสท. เป็นแผนงานสังกัด สวปท. (ใช้บุคลากรด้านบริหารงานทั่วไปร่วมกัน เพื่อลดต้นทุน) ต่อจากนั้นมีการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ทางการเมืองและผู้บริหารของ สวรส. ทำให้นโยบายเปลี่ยนแปลงไป เกิดความไม่ชัดเจนในแง่กฎหมาย ส่งผลให้ไม่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับดูแล สวปท. แผนงานต่างๆ จึงหยุดชะงักหรือล่าช้าไปช่วงหนึ่ง ต่อมาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร สวรส. เป็นท่านปัจจุบัน จึงมีการออกระเบียบข้อบังคับในเรื่องสถานะทางกฎหมายของเครือข่าย ซึ่งช่วยให้แผนงานของ สวรส. ดำเนินการต่อมาได้
- 10) สำหรับปัญหาด้านงบประมาณนั้นยังคงมีอยู่เพราะในปัจจุบัน สวรส. มีนโยบายให้เครือข่าย เช่น สวปท. เป็น business unit ที่สามารถหางบประมาณเพื่อเลี้ยงตัวเองได้ ประกอบกับ สวรส. ต้องการเร่งให้ NHES ครั้งที่ 5 ดำเนินการให้แล้วเสร็จ หลังจากที่เกิดความล่าช้ามานาน นอกจากนี้อาจจะมีการคำนวณผิดพลาดหรือปัญหาอื่น ทำให้ สวปท. ต้องแบกรับภาระค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่า 1 ล้านบาท เป็นเหตุผลหนึ่งที่ไม่ได้จัดสรรงบประมาณให้กับกิจกรรมนอกเหนือจากการสำรวจ เช่น การสนับสนุนการนำข้อมูลจาก NHES ไปใช้ประโยชน์ ทั้งนี้ขอเสนอให้ผู้ประเมินสัมภาษณ์อาจารย์วิชัย เอกพลากร ผู้รับผิดชอบ NHES 4-5 จะทำให้ได้ข้อมูลเพื่อนำไป triangulate
- 11) การประเมินนี้ควรช่วยสร้างความเข้าใจต่อแนวคิดและพัฒนาการของ NHES ครั้งที่ 1-5 ซึ่งเป็นการสำรวจสุขภาพขนาดใหญ่ และอาจนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายด้าน ดังนั้นผู้ประเมินควรสัมภาษณ์ thought leaders ผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุข สสส. สวรส. สถาปนาการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และนักวิชาการในมหาวิทยาลัย ที่มีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมใน NHES เพิ่มเติม (เช่น พญ. จันทรีเพ็ญ ชูประภาวรณ และ ศ.นพ. ไพฑูรย์ สุริยวงศ์ไพศาล) นอกจากนี้ควรศึกษาแนวคิดและพัฒนาการของการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย (National Health and Nutrition Examination Survey [NHANES]) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่มีทั้งการสำรวจด้าน health และ nutrition พร้อมกัน ซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับกรรวมข้อคำถามจากการสำรวจภาวะโภชนาการเข้ามาใน NHES ครั้งที่ 4
- 12) ผู้ประเมินควรศึกษาภาวะผู้นำ (leadership) ความเป็นเจ้าของ/เจ้าภาพ หน่วยงานที่ให้ทุน การจัดสรรงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขแก่ NHES ในแต่ละช่วงเวลาและรูปแบบการเปลี่ยนแปลง ความเข้าใจต่อเรื่องเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ในการจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา NHES ต่อไป เช่น ถ้าทุกฝ่ายมีความเห็นว่าประเทศไทยจำเป็นต้องมีการสำรวจสุขภาพขนาดใหญ่ต่อไป ทำไม สวรส. ควรเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ NHES ต่อไปและควรดำเนินการอย่างไรในเรื่องของการบริหารจัดการและงบประมาณ ในขณะที่ NHES ใช้งบประมาณค่อนข้างมากเมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) กระทรวงสาธารณสุขมีอยู่ ทำให้หาก สนย. รับเป็นเจ้าภาพหลักในการให้ทุน

สำรวจ NHES จะติดปัญหาเรื่องเพดานงบประมาณ ดังนั้น สนย. และกระทรวงสาธารณสุข ทั้งส่วนกลาง และหน่วยงานในพื้นที่ ควรมีบทบาทอย่างไร

- 13) จากรายงานเบื้องต้น หน่วยงานในพื้นที่คาดหวังว่าจะได้ข้อมูลจาก NHES ไปใช้แก้ปัญหาในพื้นที่ของตน ผู้ประเมินควรศึกษาว่า NHES ที่สามารถตอบโจทย์ในพื้นที่ เช่น ระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัด จะต้องปรับปรุงในเรื่องใด ต้องการ expertise เป็นการเฉพาะ และต้องการการลงทุนเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกมากน้อยเพียงใด หรือสามารถใช้วิธีการคำนวณ/modeling แบบใหม่ โดยไม่ต้องลงทุนเพิ่ม เป็นต้น ในขณะเดียวกันก็อาจพิจารณาทางเลือก เช่น ทำการสำรวจอื่นๆ รวมทั้งการสำรวจโดยการตรวจร่างกายขนาดเล็กที่ทำได้เองในพื้นที่ และให้มหาวิทยาลัยทำ quality assurance
- 14) ผู้ประเมินควรนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จาก NHES ให้ชัดเจนว่าเป็นไปได้ในรูปแบบใดบ้าง และประเมินว่าที่ผ่านมามีแนวโน้มเป็นอย่างไร เราได้ลงทุนสร้างแรงจูงใจและพัฒนาศักยภาพของคนกลุ่มต่างๆ เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์หรือไม่ กิจกรรมใดที่จะมีประสิทธิผล เช่น จัดการประชุมขนาดใหญ่เพื่อ promote การใช้ประโยชน์จากข้อมูลและ specimens อย่างจริงจัง เป็นต้น
- 15) ตามพระราชบัญญัติ สวรส. เป็นหน่วยงานที่ควรมีบทบาทหน้าที่โดยตรงที่จะกำหนดนโยบาย บริหารจัดการ สื่อสารและประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อจัดสรรงบประมาณสำหรับการสำรวจสุขภาพของ ประเทศ รวมทั้ง NHES การที่ทราบ core competency สำหรับ functions ที่เกี่ยวข้องกับทบาทหน้าที่ดังกล่าวจะช่วยให้ สวรส. จัดสรรบุคลากรได้ตรงกับความต้องการ อย่างไรก็ตาม สวรส. ต้องพิจารณาว่าจะทำอย่างไรให้การสำรวจที่ทำทุก 5 ปี เช่น NHES มีผลงานที่สอดคล้องกับการประเมินตามตัวชี้วัดด้านการจัดการงานวิจัยซึ่งเป็นบทบาทหลักของ สวรส.
- 16) ในการศึกษาแบบที่จะทำให้ NHES มีความยั่งยืน ผู้ประเมินอาจเปรียบเทียบกับประสบการณ์ในต่างประเทศ หรือรูปแบบของการดำเนินโครงการวิจัยภายในประเทศ เช่น การติดตามสุขภาพของ cohort เด็กไทยเป็นเวลา 25 ปี และการจัดทำ National Health Account ว่าผู้รับผิดชอบ ผู้ให้ทุน มีแนวคิดการจัดการ และเงื่อนไขอย่างไร จึงสามารถทำวิจัยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน ไม่มีอุปสรรคจากกฎระเบียบทางราชการ

เลิกประชุมเวลา 12.00 น.

ภญ. ศรีเพ็ญ ตันติเวสส
ผู้จัดรายการประชุม

สำเนา

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๒๐๘๕/ ๒๕๕๙

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการด้านการพัฒนาระบบการสำรวจสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติและบูรณาการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประเทศ ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติสามารถตอบสนองนโยบายรัฐบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเห็นควรแต่งตั้งคณะกรรมการด้านการพัฒนาระบบการสำรวจสุขภาพ ดังรายชื่อและบทบาทหน้าที่ ดังนี้

- | | |
|--|----------------------------|
| ๑. นายสุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | ประธาน |
| ๒. นายวิชัย เอกพลากร
ผู้อำนวยการสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี | คณะกรรมการ |
| ๓. นายบัณฑิต ศรีไพศาล
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ | คณะกรรมการ |
| ๔. นางปัทมา อมรสิริสมบุญ สำนักงานสถิติแห่งชาติ | คณะกรรมการ |
| ๕. นายประเวช ดันติพิพัฒนกุล
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข | คณะกรรมการ |
| ๖. นายยงเจือ เหล่าศิริถาวร
สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข | คณะกรรมการ |
| ๗. ผู้แทนสำนักโรคไม่ติดต่อ
(ด้านการเฝ้าระวัง พฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ)
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข | คณะกรรมการ |
| ๘. ผู้แทนกรมอนามัย (ด้านการสำรวจเกี่ยวกับสุขภาพ)
กระทรวงสาธารณสุข | คณะกรรมการ |
| ๙. ผู้แทนสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข | คณะกรรมการ |
| ๑๐. นายพินิจ พ้าอำนวยการผล
ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ | คณะกรรมการ
และเลขานุการ |

๑๑. นางสาววิวรรณ์ จารุพรประสิทธิ์
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

คณะทำงาน
และผู้ช่วยเลขานุการ

โดยมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

๑. ทบทวนรายการข้อมูลของการสำรวจสุขภาพที่ดำเนินการโดยหน่วยงานต่างๆ
๒. เชื่อมโยงความต้องการข้อมูลที่ต้องได้จากการสำรวจสุขภาพจากหน่วยงานต่างๆ กับการสำรวจที่มีอยู่
๓. ประเมินสถานการณ์ ส่วนขาดและส่วนซ้ำซ้อนของข้อมูลการสำรวจสุขภาพ
๔. กำหนดแนวทางการพัฒนาข้อมูลการสำรวจสุขภาพ ได้แก่ การบูรณาการการสำรวจ การวางแผนการสำรวจระดับประเทศและจังหวัด การกำหนดมาตรฐานเครื่องมือการสำรวจ
๕. วางแผนการพัฒนาข้อมูลการสำรวจสุขภาพ พร้อมระยะเวลา งบประมาณ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๖. เสนอแนวทางเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลการสำรวจสุขภาพ เพื่อการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์สุขภาพ
๗. เสนอแนวทางการจัดทำระบบสำรวจข้อมูลระดับจังหวัด

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๙

(ลงชื่อ) สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย
(นายสุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย)
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติราชการแทน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาถูกต้อง
(ลงชื่อ) มะลิวัลย์ ยืนยงสุวรรณ
(นางมะลิวัลย์ ยืนยงสุวรรณ)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ