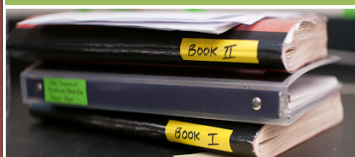


โครงการศึกษองค์ความรู้ด้านการแปรรผล
การศึกษาวิจัยสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ
ระดับนโยบายสาธารณะ

ผศ.ดร.พญ.ภัทรวัณย์ วรณารัตน์

นพ.ธีระ วรณารัตน์



เมษายน 2554

คำนำ

โครงการศึกษาองค์ความรู้ด้านการแปลงการศึกษาวิจัยสู่สภาพไปสู่การปฏิบัติในระดับนโยบายสาธารณะได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยหวังจะทำการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการนำข้อมูล/องค์ความรู้/ผลการศึกษาวิจัยไปต่อยอดสู่การปฏิบัติเชิงนโยบาย ทางคณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาโดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมเชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อดังกล่าว ร่วมกับการคัดเลือกกรณีศึกษาในประเทศไทย และต่างประเทศ ที่แสดงให้เห็นความสำเร็จในการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติในรูปแบบนโยบายสาธารณะ โดยกรณีศึกษาต่างๆ มีทั้งกรณีที่เกิดจากการในระดับประเทศ และในระดับโลก จากการทบทวนกรณีศึกษาต่างๆ ทางคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์และสังเคราะห์กรอบแนวคิดที่อาศัยปัจจัยแห่งความสำเร็จจากกรณีศึกษาที่มี โดยหวังจะให้ผู้อ่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติตามบริบทของตนเองได้ในอนาคต

สุดท้ายนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นพ.พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และทพ.จเร วิชาไทย รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่กรุณาให้โอกาสในการดำเนินโครงการวิจัยนี้ รวมถึงคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาโครงการวิจัยตั้งแต่เริ่มกระบวนการวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์

ผศ.ดร.พญ.ภัทรวัดณ์ วรรณารัตน์

นพ.ธีระ วรรณารัตน์

10 เมษายน 2554

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณมณีมณฑิ์ พรหมใหม่ เจ้าหน้าที่ประสานงานโครงการที่ได้ช่วย
ดำเนินการด้านเอกสารและประสานงานจนโครงการเสร็จสิ้น

ขอขอบคุณน้องคีน (เด็กชายธีระวัฒน์ วรรณรัตน์) ที่สละเวลาอันมีค่าให้พ่อแม่ได้สามารถ
ดำเนินงานวิจัยจนลุล่วง และให้คำแนะนำในการจัดทำหน้าปกรายงาน

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
เนื้อหาโครงการ	6
ที่มาและเหตุผล	7
วัตถุประสงค์	8
กรอบแนวคิดการวิจัย	8
วิธีการศึกษา	9
ผลการศึกษา	10
การทบทวนรูปแบบการสร้างนโยบาย	10
การทบทวนรูปแบบการใช้งานวิจัย	12
ข้อสรุปของการกำหนดนโยบายโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	22
กรณีศึกษาด้านการแปรผลการศึกษาวิจัยสุขภาพไปสู่การปฏิบัติระดับ นโยบายสาธารณะ	27
บทวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบระหว่างกรณีศึกษา	65
กรอบแนวคิดว่าด้วยเรื่องสมมติฐานเกี่ยวกับเหตุผล และกลวิธีที่นำไปสู่ ความสำเร็จในการแปรผลการศึกษาวิจัยสุขภาพไปสู่การปฏิบัติในระดับ นโยบายสาธารณะ	69
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	70

โครงการศึกษาองค์ความรู้ด้านการแปลผลการศึกษาวิจัยสุขภาพ
ไปสู่การปฏิบัติในระดับนโยบายสาธารณะ
(Review and Synthesis of Health Research Translation:
Concept and its Application)

เสนอต่อ:

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

หัวหน้าโครงการ:

ผศ.ดร.พญ.ภัทรวัดณ์ วรรณารัตน์

ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

โทรศัพท์: 02-201-1589

โทรสาร: 02-201-1599

โทรศัพท์มือถือ: 082-224-3744

อีเมล: pataraw@yahoo.com

คณะผู้ร่วมวิจัย:

อ.นพ.ธีระ วรรณารัตน์

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทรศัพท์: 02-252-7864

โทรสาร: 02-256-4292

โทรศัพท์มือถือ: 083-752-1020

อีเมล: thiraw@hotmail.com

ที่มาและเหตุผล:

กระแสโลกาภิวัตน์ในรอบสองทศวรรษที่ผ่านมาก่อให้เกิดผลกระทบต่อการพัฒนาของสังคมโลกอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังจะเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในประเทศ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และเทคโนโลยี รวมไปถึงระบบสาธารณสุข แต่แต่ละประเทศได้มีการเน้นการลงทุนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันของตนเอง เช่น การเพิ่มการศึกษาวิจัยเพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่สามารถนำไปต่อยอดในเชิงพาณิชย์ ในขณะที่เดียวกันก็มีแนวคิดที่จะหาทางขยายผลไปสู่การปฏิบัติผ่านกลไกการพัฒนาในระดับนโยบายทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก เพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน และประชาคมโลกไปพร้อมกัน

เป็นที่น่าสังเกตว่าการลงทุนในการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน มีความหลากหลาย และผลผลิต ผลลัพธ์ที่ได้จากงานวิจัยต่างๆ นั้น บ้างก็ได้รับการรวบรวมในระดับสถาบัน ณ แหล่งทุน สถาบันการศึกษา หรือที่อื่นๆ อย่างกระจัดกระจาย และไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่หรือทันเหตุการณ์ จนกระทั่งเมื่อเร็วๆ นี้ได้มีการริเริ่มของแหล่งทุนต่างๆ ในการเก็บรวบรวมฐานข้อมูลการศึกษาวิจัยเข้าด้วยกัน¹ อย่างไรก็ตามคงต้องใช้เวลาในการพัฒนาและบูรณาการฐานข้อมูลเหล่านั้นเข้าด้วยกันอย่างสมบูรณ์

ในขณะเดียวกัน ช่องว่างของการแปรองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัยสู่การปฏิบัติระดับสาธารณะนั้น ยังคงเป็นคำถามสำคัญของประเทศ และสังคมโลก² เพื่อจะไขข้อข้องใจที่ว่า เหตุใดผลงานศึกษาวิจัยบางชิ้นจึงสามารถนำไปต่อยอดปฏิบัติในระดับสาธารณะ ทั้งระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลกได้ แต่ผลงานศึกษาวิจัยอีกจำนวนมากที่ทำเสร็จแล้วก็ได้รับการเปรียบเปรยว่าถูกนำไปแขวนไว้บนหิ้ง ซึ่งบางส่วนคงเป็นเหตุผลในเชิงคุณภาพของผลงาน แต่บางส่วนที่มีคุณภาพดีแต่ยังไม่ได้รับการนำไปปฏิบัติได้อย่างแท้จริง

ข้อเสนอโครงการศึกษาองค์ความรู้ด้านการแปรผลการศึกษาวิจัยสุขภาพด้านการป้องกันไปสู่การปฏิบัติในระดับนโยบายสาธารณะ จึงได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อนำเสนอกรณีศึกษาที่น่าสนใจเกี่ยวกับการแปรผลการศึกษาวิจัยสุขภาพด้านการป้องกันไปสู่การปฏิบัติในระดับนโยบายสาธารณะ โดยทำการเปรียบเทียบบทเรียนในระดับประเทศ และระดับนานาชาติ โดยหวังให้ผลผลิตจากการศึกษานี้เป็นองค์ความรู้และทำหน้าที่เป็นหนึ่งเครื่องมือที่จะช่วยให้เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีความเหมาะสมและทันเหตุการณ์ได้ในอนาคต

¹ <http://nstda.or.th/index.php/news/1483-thai-research-center> Accessed on 2nd November 2010

² <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=nap12558&part=conclusion> Accessed on 2nd November 2010

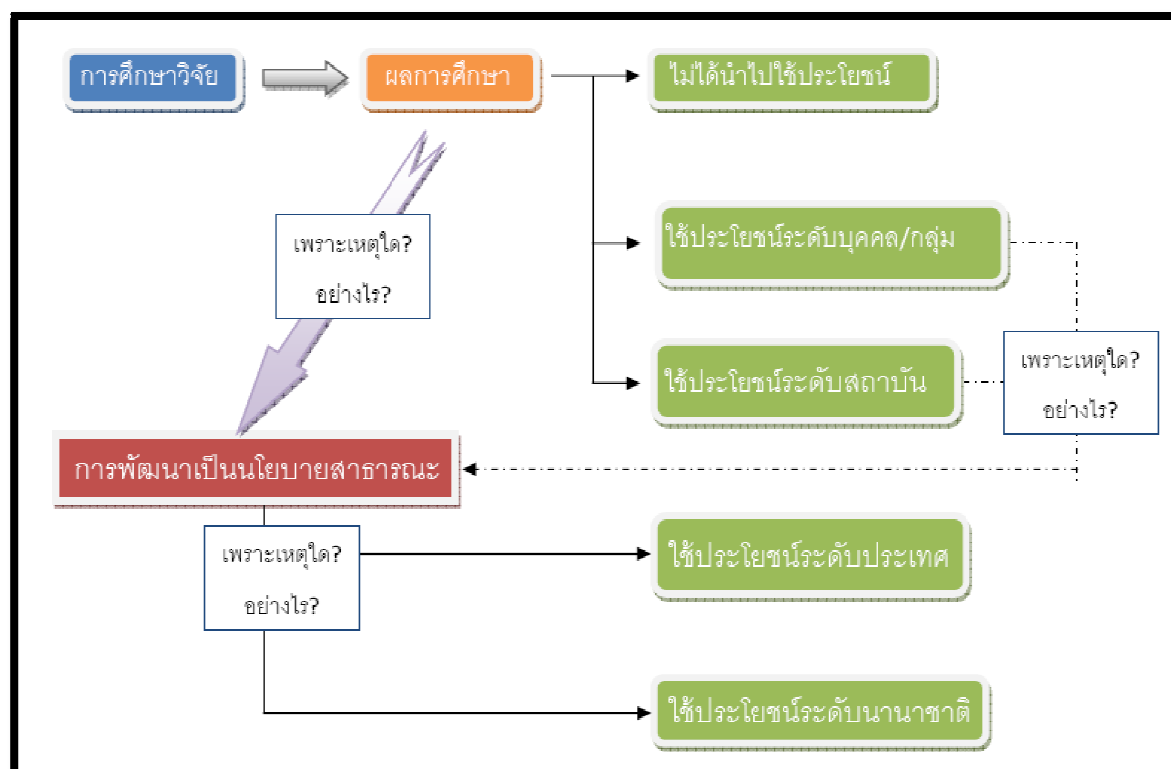
วัตถุประสงค์หลัก:

เพื่อทบทวนองค์ความรู้และกรณีศึกษาต่างประเทศและในประเทศ เรื่องการแปลผลวิจัย
สุขภาพไปสู่การปฏิบัติ

วัตถุประสงค์เฉพาะ:

1. เพื่อพัฒนารอบแนวคิดว่าด้วยเรื่องสมมติฐานที่จะใช้อธิบายเหตุผลและกลวิธีที่นำไปสู่
ความสำเร็จในการแปลผลการศึกษาวิจัยสุขภาพไปสู่การปฏิบัติในระดับนโยบายสาธารณะ
2. เพื่อเปรียบเทียบลักษณะความเหมือนและความแตกต่างของปัจจัยสำคัญของกรณีศึกษาที่มี
ผลต่อระดับความสำเร็จในการแปลผลการศึกษาวิจัยสุขภาพไปสู่การปฏิบัติทั้งในระดับ
นโยบายและระดับการปฏิบัติในระบบสุขภาพ
3. เพื่อนำเสนอผลการศึกษาแก่ผู้เกี่ยวข้องและรับฟังความเห็นเพื่อนำไปปรับปรุงผลการศึกษา

กรอบแนวคิดการศึกษาวิจัย:



รูปแบบการศึกษา:

เป็นการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรม (Literature/document review)

วิธีการศึกษา:

1. ทำการค้นหาข้อมูลในแหล่งข้อมูลต่างๆ ในประเทศไทยและต่างประเทศที่มีอยู่ ผ่านทางการค้นหาผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ เช่น PUBMED CINAHL CIHR และเว็บไซต์ต่างๆ เพื่อค้นหานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพที่สำคัญและได้รับการปฏิบัติ และเชื่อมโยงไปยังข้อมูลการศึกษาวิจัยที่นำมาใช้เป็นปัจจัยนำเข้าเพื่อสร้างนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพนั้นๆ ในช่วงเวลาตั้งแต่ปีค.ศ. 2000 จนถึงปัจจุบัน
2. ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะความเหมือนและความแตกต่างของปัจจัยสำคัญในบริบทของกรณีศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการแปรผลการศึกษาวิจัยสุขภาพไปสู่การปฏิบัติในระดับนโยบายสาธารณะระหว่างประเทศไทยกับต่างประเทศ
3. ทำการสังเคราะห์กรอบแนวคิดด้วยเรื่องสมมติฐานที่สามารถใช้อธิบายเหตุผลและกลวิธีที่นำไปสู่ความสำเร็จในการแปรผลการศึกษาวิจัยสุขภาพไปสู่การปฏิบัติในระดับนโยบายสาธารณะ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ:

1. กรณีศึกษาด้านการแปรผลการศึกษาวิจัยสุขภาพไปสู่การปฏิบัติในระดับนโยบายสาธารณะ
2. กรอบแนวคิดด้วยเรื่องสมมติฐานเกี่ยวกับเหตุผล และกลวิธีที่นำไปสู่ความสำเร็จในการแปรผลการศึกษาวิจัยสุขภาพไปสู่การปฏิบัติในระดับนโยบายสาธารณะ

ผลการศึกษา

การทบทวนรูปแบบการสร้างนโยบาย (Policy making models)

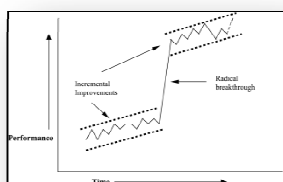
รูปแบบในการสร้างนโยบายมีรูปแบบในการดำเนินการหลากหลาย ในปีค.ศ. 2002 Hanney และคณะ³ ได้ทำการศึกษาเรื่อง The utilisation of health research in policy making โดยทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการนำผลการศึกษาวิจัยไปใช้ในกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ และได้นำเสนอผลสรุปว่าด้วยเรื่องรูปแบบการสร้างนโยบายเหล่านั้น ทั้งหมด 4 แบบได้แก่

1. Rational model:



เป็นรูปแบบที่ผู้กำหนดนโยบายเป็นผู้ตั้งโจทย์หรือปัญหาที่ต้องการแก้ไข จากนั้นจัดให้มีการทบทวนข้อมูลที่มีอยู่ในระบบ เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ทั้งหมด รวมทั้งผลกระทบจากวิธีการแก้ปัญหาแต่ละวิธี และเลือกวิธีที่ดีที่สุดในการจัดการกับปัญหาหรือตอบสนองต่อโจทย์ที่ตั้งไว้ตอนต้น

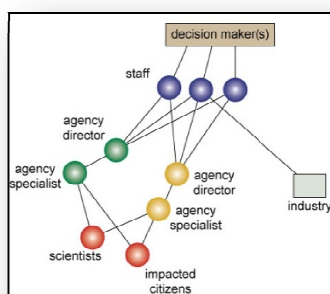
2. Incrementalists model:



เป็นรูปแบบที่ผู้กำหนดนโยบายไม่ได้กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน แต่การสร้างนโยบายและการใช้องค์ความรู้เพื่อมาช่วยในการกำหนดนโยบายนั้น อาศัยการต่อยอดจากนโยบายที่มีอยู่เดิมในระบบนั้นๆ และทำการพัฒนาต่อยอดให้ดียิ่งขึ้น โดยอาศัยหลายปัจจัยที่มาเกี่ยวข้องก่อรูปแบบปะติดปะต่อหรือต่อยอด เพื่อช่วยในการสร้างหรือตัดสินใจเชิงนโยบาย เช่น คุณลักษณะขององค์ความรู้ต่างๆ ที่มีอยู่ ความสนใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง คุณค่าของนโยบายต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ลักษณะตำแหน่งของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในองค์กร และความคาดหวังส่วนบุคคล

³ Hanney et al. The utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. Health Research Policy and Systems 2002;1:2.

3. Network model:



เป็นรูปแบบที่มีการเริ่มต้นด้วยการหากลวิธีเชื่อมโยง
ระหว่างกลุ่มผู้กำหนดนโยบายและบุคคลภายนอก
เช่น กลุ่มนักวิชาการหรือนักวิจัย เพื่อเพิ่ม
ประสิทธิภาพในการสร้างและตัดสินใจเชิงนโยบาย

4. Garbage can model:



ใช้รูปแบบที่ทำการตัดสินใจสร้างนโยบายอย่าง
ไม่เป็นระบบ ไม่มีขั้นตอนที่ชัดเจน

อย่างไรก็ดี ขั้นตอนการนำองค์ความรู้สู่การปฏิบัติและการตัดสินใจนำผลการวิจัยไปใช้แม้จะมี
วัตถุประสงค์แอบแฝง นโยบายที่เตรียมการไว้แล้วและวิธีการดำเนินการถือเป็นตัวแปรที่สำคัญในทาง
ปฏิบัติ โดยพบว่าในชีวิตจริงนั้น ขั้นตอนการดำเนินการส่วนมากจะใช้วิธี Rational model มากกว่าวิธี
อื่นๆ

การทบทวนรูปแบบการใช้งานวิจัย (Research utilization models)

รูปแบบการใช้งานวิจัยได้รับการทบทวนโดย Weiss และคณะ ในปีค.ศ.1979⁴ เขาได้นำเสนอแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการนำผลการวิจัยด้าน social science ไปใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ

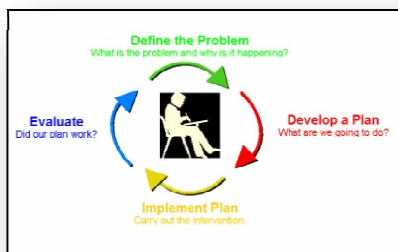
รูปแบบการใช้งานวิจัยมีทฤษฎีกล่าวถึงดังนี้

1. Knowledge-driven/Classic/Purist model



การทำวิจัยก่อให้เกิดองค์ความรู้ที่นำไปสู่การปฏิบัติ (ภาคบังคับ)

2. Problem-solving/Policy-driven/Engineering model



ผู้ใช้งานงานวิจัยเป็นผู้กำหนดปัญหาให้นักวิจัยเป็นผู้ดำเนินการวิจัยเพื่อประเมินและหาวิธีแก้ไข

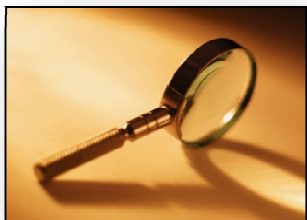
3. Interactive/Social interaction model



เป็นการประสานกันระหว่างนักวิจัยและผู้ใช้งานงานวิจัยเพื่อแลกเปลี่ยนทัศนคติและความต้องการของทั้งสองฝ่าย

⁴ Weiss CH. The many meanings of research utilization. Public Administration Review 1979;39(5):426-31.

4. Enlightenment/Percolation/Limestone model



เป็นรูปแบบที่เสาะหาวิธีการที่หลากหลายเพื่อให้
สามารถใช้ผลการวิจัย

5. Political model



เป็นการนำผลการศึกษามาเป็นเครื่องมือในการกำหนดนโยบาย

องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการนำผลการศึกษาวิจัยไปสู่การวางนโยบายโดยอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนข้อมูลและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การนำผลงานวิจัยไปสู่ นโยบาย
สาธารณะมีทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรค Innvaer และคณะ⁵ ได้ทำการศึกษาแบบ
systematic review เกี่ยวกับนักวิจัยผู้กำหนดนโยบายว่าสามารถทำงานร่วมกันได้หรือไม่ โดยทำการ
รวบรวมการศึกษาทั้งหมด 24 การศึกษาที่มีการสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายทั้งหมด 2041 ราย
เกี่ยวกับทัศนคติของการนำผลการวิจัยไปใช้ พบว่ามีปัจจัยที่เอื้อและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการนำผล
วิจัยสู่ นโยบายสาธารณะจำนวนมากมาย

โดยปัจจัยที่เอื้อต่อการนำผลการวิจัยไปใช้ประกอบด้วย

1. การติดต่อระหว่างนักวิจัยและผู้กำหนดนโยบายเป็นการส่วนตัว
2. ผลการวิจัยมีความสอดคล้อง (Relevance) และตรงเงื่อนไขที่เหมาะสม (Timeliness)
3. ผลการวิจัยมีข้อสรุปและคำแนะนำที่ชัดเจน

⁵ Innvaer S, Vist G, Trommald M, et al. Health policy makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. J Health Serv Res Policy 2002;7:239-44.

4. ผลการวิจัยยืนยันและสนับสนุนนโยบายที่มีอยู่แล้วหรือตรงกับความต้องการของผู้กำหนดนโยบาย
5. ผลการวิจัยมีคุณภาพดี
6. ชุมชนหรือผู้ใช้มีความต้องการผลงานวิจัย
7. ผลการวิจัยมีข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่เอื้ออำนวยที่ได้รับการกล่าวถึงมากที่สุด คือ การติดต่อระหว่างนักวิจัยและผู้กำหนดนโยบาย (13 จาก 24 การศึกษา) ความสอดคล้องและเงื่อนไขที่เหมาะสม (13 จาก 24 การศึกษา) รองลงมาได้แก่ ผลการวิจัยสนับสนุนแนวนโยบายที่มีอยู่ (11 จาก 24 การศึกษา)

Table 1 Facilitators and barriers to use of research by policy makers, identified in a systematic review of 24 interview studies (tabulation of data provided by Innvaer *et al*, 2002⁵)

Facilitators	Number of studies
Personal contact between scientists and policy makers	13
Timeliness and relevance of the research	13
Research that includes a summary with clear recommendations	11
Research that confirms current policy or endorses self interest	6
Good quality research	6
Community pressure or client demand for research	4
Inclusion of effectiveness data	3
Total studies	24
Barriers	Number of studies
Absence of personal contact between scientists and policy makers	11
Lack of timeliness and relevance of research	9
Mutual mistrust between scientists and policy makers	8
Power and budget struggles	7
Poor quality of research	6
Political instability or high turnover of policy making staff	5
Total studies	24

นอกจากนี้ Nutley และคณะ⁶ได้ทำการศึกษาประเด็นการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติ โดยสกัดบทเรียนจากประเทศอังกฤษ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการนำ

⁶ Nutley S, Davies H, Walter I. Evidence based policy and practice: cross sectors lessons from the UK. Available online at <http://www.evidencenetwork.org/Documents/wp9b.pdf>. Accessed on 2nd November, 2010.

ผลการวิจัยไปใช้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Innvaer และคณะในด้านการวิจัยต้องมีความสอดคล้องและตรงเงื่อนไขที่เหมาะสม และผลการวิจัยมีข้อสรุปที่สนับสนุนความคิดหรือนโยบายที่มีอยู่แล้ว อย่างไรก็ตาม Nutley และคณะได้เสนอปัจจัยอื่นๆเพิ่มเติมจากการศึกษาต่างๆที่น่าจะมีผลต่อการนำผลการวิจัยไปใช้ ทั้งด้านนโยบาย การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และกระบวนการที่นำไปสู่การผลิตผลงานวิจัยที่มีคุณภาพดังนี้

1. ผู้กำหนดนโยบายมีความเชื่อว่าหลักฐานจากการวิจัยเป็นสิ่งสำคัญในการถ่วงดุลกับผู้เชี่ยวชาญและใช้ปฏิบัติได้จริง
2. ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ร่วมผลิตหลักฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือ
3. ผลการวิจัยมีข้อมูลที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง
4. ผลการวิจัยนำไปสู่การปฏิบัติและสามารถยกเลิกการปฏิบัติได้โดยไม่เกิดความเสียหาย
5. ผลักดันให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ด้านนโยบายได้รับการตีพิมพ์
6. จัดให้มีการสนับสนุนด้านหลักฐานเชิงประจักษ์จากหน่วยงาน
7. จัดส่งผลการวิเคราะห์ของรัฐ เช่น รูปแบบการคาดการณ์การในอนาคต ให้กับผู้เชี่ยวชาญภายนอกได้ประเมิน
8. เผยแพร่ข้อมูลให้สาธารณชนได้รับรู้เพื่อให้เกิดการผลักดันนโยบาย
9. กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ที่อยู่ในกระบวนการผลิตผลงานวิจัย ได้แก่ นักวิจัย นักสถิติ นักเศรษฐศาสตร์
10. มีการจัดสรรความร่วมมือระหว่างผู้กำหนดนโยบายและผู้ตรวจสอบภายใน
11. จัดเจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายในในกระบวนการกำหนดนโยบายทุกระดับ
12. เชื่อมโยงแผนการวิจัยและพัฒนา กับแผนการดำเนินงานขององค์กร
13. สรรหานักวิจัยจากภายนอกมาร่วมงานในฐานะคู่ความร่วมมือมากกว่าเป็นการจ้างงาน
14. ผูกอบรมให้เจ้าหน้าที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

Attention is more likely to be paid to research findings when:

- The research is timely, the evidence is clear and relevant, and the methodology is relatively uncontested.
- The results support existing ideologies, are convenient and uncontentious to the powerful.
- Policy makers believe in evidence as an important counterbalance to expert opinion: and act accordingly.
- The research findings have strong advocates.
- Research users are partners in the generation of evidence.
- The results are robust in implementation.
- Implementation is reversible if need be.

Source: adapted and extended from (Finch 1986; Rogers 1995; Weiss 1998).

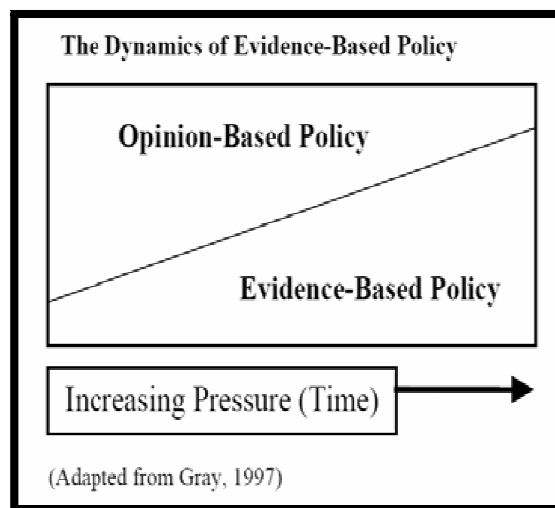
Increasing the pull for evidence	Facilitating better evidence use
• Require the publication of the evidence base for policy decisions • Require departmental spending bids to provide a supporting evidence base • Submit government analysis (such as forecasting models) to external expert scrutiny • Provide open access to information – leading to more informed citizens and pressure groups.	• Encourage better collaboration across internal analytical services (e.g. researchers, statisticians and economists) • Co-locate policy makers and internal analysts • Integrate analytical staff at all stages of the policy development process • Link R&D strategies to departmental business plans • Cast external researchers more as partners than as contractors • Second more university staff into government • Train staff in evidence use
Source: Abstracted from PIU 2000, Bullock et al 2001, DCDASG 2002	

สำหรับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการนำผลการวิจัยไปใช้ นอกจากจะเกิดจากความล้มเหลวของการดำเนินการวิจัยแล้ว Innvaer และคณะได้สรุปปัญหาด้านความสัมพันธ์และปัญหาทางการเมืองดังนี้

1. ขาดความสัมพันธ์ส่วนบุคคลระหว่างผู้กำหนดนโยบายกับนักวิจัย
2. ผลการวิจัยไม่สอดคล้องและมีปัญหาเรื่องเงินเวลา
3. นักวิจัยและผู้กำหนดนโยบายไม่เข้าใจซึ่งกันและกัน
4. ปัญหาด้านอำนาจและงบประมาณ
5. ผลการวิจัยมีคุณภาพต่ำ
6. ปัญหาความมั่นคงทางการเมืองหรือมีการเปลี่ยนหัวทางการเมือง

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคที่สำคัญได้แก่ การขาดการติดต่อสื่อสารระหว่างนักวิจัยและผู้กำหนดนโยบาย (11 จาก 24 การศึกษา) รองลงมาเป็นผลการวิจัยไม่สอดคล้องและปัญหาเรื่องเงื่อนเวลา (9 จาก 24 การศึกษา) และการที่ทั้งสองฝ่ายไม่เชื่อใจกัน (8 จาก 24 การศึกษา)

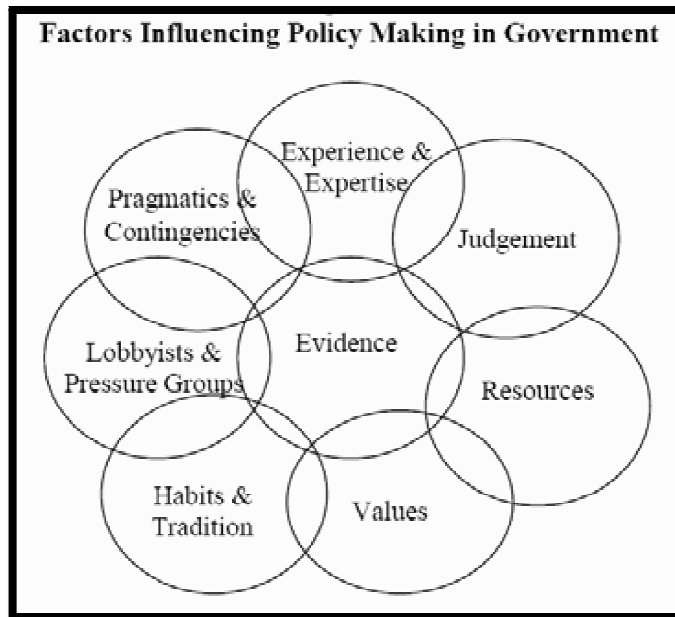
ในปีค.ศ. 2004 Cable⁷ ได้สรุปปัจจัยที่จำกัดความสามารถในการตัดสินใจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็น 5'S ได้แก่ speed, superficiality, spin, secrecy และ scientific ignorance เนื่องจากผู้กำหนดนโยบายต้องการการตัดสินใจที่รวดเร็ว รวดรัด มีความเป็นส่วนตัว และไม่ชอบข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ ในขณะที่ในปีค.ศ. 2004 Davies⁸ แสดงให้เห็นว่าการให้ผู้กำหนดนโยบายใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มากกว่าการตัดสินใจโดยใช้ความคิดเห็นเป็นฐาน ทำให้เกิดแรงกดดันและกินเวลานาน



นอกจากนี้ยังแสดงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบายซึ่งได้แก่ หลักฐานเชิงประจักษ์ ประสิทธิภาพ การตัดสินใจ ทรัพยากร คุณค่าของผลงาน ลักษณะนิสัยและวัฒนธรรม นายหน้าหรือกลุ่มผู้มีอิทธิพล การปฏิบัติและความเป็นไปได้

⁷ Cable V. Evidence and UK politics. Available online at: http://www.odi.org.uk/Rapid/Meetings/Evidence/Presentation_3/Cable.html Accessed on 2nd November, 2010.

⁸ Davies P. Is evidence-based government possible? Available online at: <http://www.policyhub.gov.uk/home/jerryleelecture1202041.pdf> Accessed on 2nd November 2010.



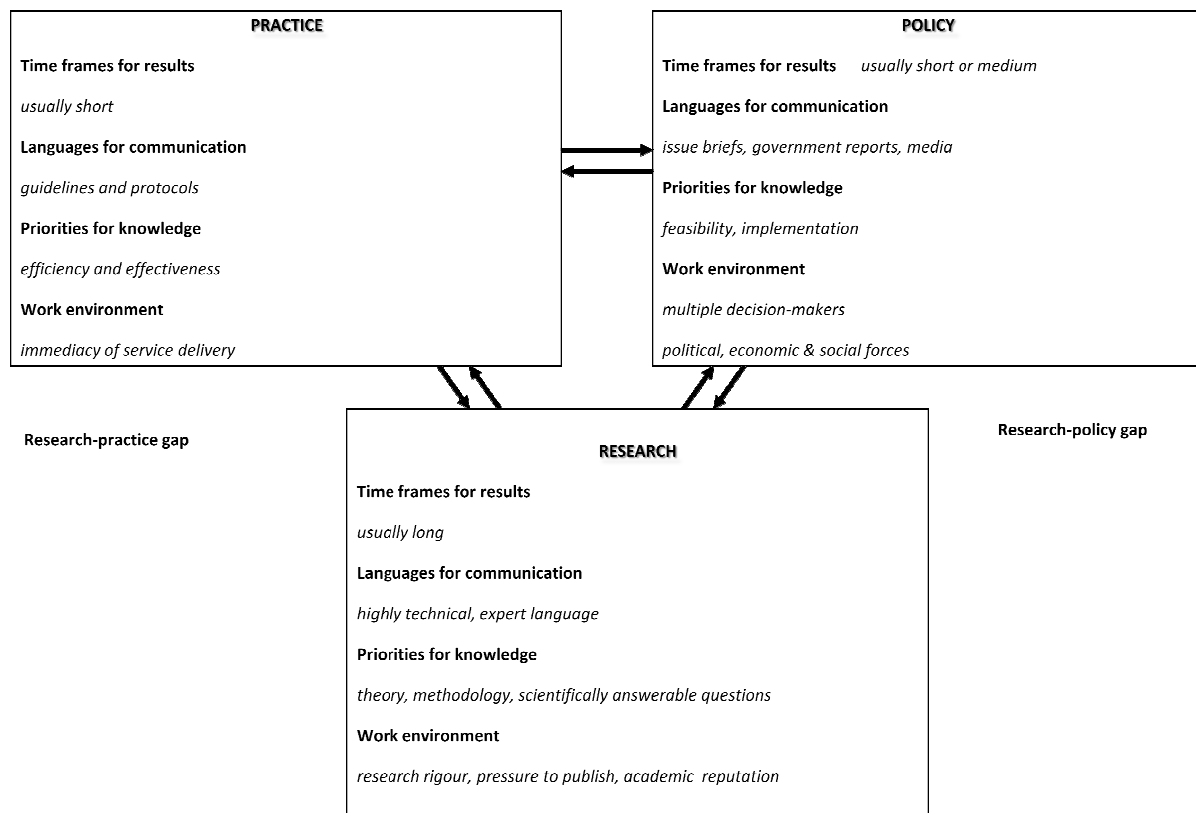
จากปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวได้มีทฤษฎีมากมายที่ทำการอธิบายช่องว่างระหว่างผู้ผลิตผลงานวิจัยและผู้ใช้ผลงานวิจัยว่าเกิดจากกลุ่มเหล่านี้มีลักษณะอุปนิสัยและการดำเนินงานที่แตกต่างกัน มีเป้าประสงค์ต่อตนเองและการแก้ปัญหาในระดับชาติที่ไม่ตรงกัน ทำให้มีปัญหาความเข้าใจในการสื่อสาร โดยทฤษฎีนี้เรียกว่า The two community theory โดย Caplan ในปีค.ศ. 1979⁹ ทฤษฎีดังกล่าวได้รับการต่อยอดโดย Shonkoff ในปีค.ศ. 2000¹⁰ เป็น The three culture theory เนื่องจากพบว่าผู้ใช้ผลงานวิจัยมีความแตกต่างกัน โดยแบ่งเป็นผู้กำหนดนโยบาย และผู้ปฏิบัติ ซึ่ง Bogenschneider ในปีค.ศ. 2006¹¹ ได้ทำการขยายทฤษฎีดังกล่าวเป็น Elaborated multi-culture theory ซึ่งอธิบายลักษณะของผู้ผลิตผลงานวิจัย ผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติ ในด้านข้อมูล การทำงานและวิธีการเขียนผลงาน โดยนักวิจัยมักตั้งคำถาม สนใจรายละเอียดในหัวข้อที่เฉพาะเจาะจง มีกระบวนการทำงานที่ระมัดระวังและใช้เวลานาน มีวิธีการนำเสนอผลงานวิจัยเชิงลึก เต็มไปด้วยศัพท์เทคนิค ในขณะที่ผู้กำหนดนโยบายสนใจคำตอบที่ส่งเสริมการกำหนดนโยบาย ชอบการทำงานที่รวดเร็ว ชอบวิธีการนำเสนอที่กระชับเข้าใจง่าย ส่วนผู้ปฏิบัติสนใจการตั้งคำถามเพื่อหาคำตอบ เน้น

⁹ Caplan N. The two-communities theory and knowledge utilization. American Behavioural Scientist 1979;22(3):459-70.

¹⁰ Shonkoff JP. Science, policy, and practice: Three cultures in search of a shared mission. Child Development 2000;7(1):181-7.

¹¹ Bogenschneider K, Olson JR, Mills J, Linney KD. How can we connect research with state policymaking? Lessons from the Wisconsin Family Impact Seminars. In K. Bogenschneider, Family policy matters: How policy making affects families and what professionals can do. 2nd ed, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. 2006:245-76.

กระบวนการดำเนินการที่มีความเป็นไปได้สูงและนำไปใช้ได้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย ใช้ภาษาทั้งทางเทคนิคบางครั้งเพื่อสื่อสารกับทั้งนักวิจัยและผู้กำหนดนโยบาย



"The three cultures of research, practice and policy" (Based on Davies et al (2000); Pyra (2003a); Shonkoff (2000a))

Differences in the Information Needs, Work Culture, and Writing Preferences Among the Three Communities of Researchers, Policymakers, and Policy Implementers

Characteristics	Researchers	Policymakers	Policy Implementers
Information Needs			
Kind of Information	Focus on what we don't know; prefer questions	Focus on what we do know; prefer answers	Focus on what we need to know to implement policies; prefer asking questions to get answers
Level of Detail	More detail on narrow topics	Comprehensive overviews which emphasize malleable factors policy can influence	Like some detail, but on pragmatic procedures and best practices for operationalizing policies and programs
Source of Data	Focus is representative samples that produce knowledge that can be generalized	Focus is often comparison of how a policymaker's constituency stacks up to a similar city, county, state, or region	Focus is local and how program models and best practices can be adapted to different circumstances
Work Culture			
Approach and Timing	Cautious; skeptical; tentative; reflective; progress in research can take years to achieve	Reactive; to enhance reelection chances, must respond quickly in a fast-paced, fluid environment; progress can occur within weeks	Action-oriented and pragmatic; often required to respond despite incomplete information and insufficient resources
Criteria for Decision-making	Statistical probability; sound research methods and designs; publication in peer-reviewed journals	What is possible through negotiation and compromise; persuasive rhetoric and the single anecdote can be powerful	Combination of a decent knowledge base with clinical judgement, observation, and the experience of reputable sources
Views of Ambiguity and Complexity	Excited by ambiguity and complexity	Counterproductive to embrace complexity because you have to take firm positions on issues	Energized by complexity but still have to simplify enough to make decisions
Writing Preferences			
Emphasis	An emphasis on sample, methods, and analysis to improve the quality of future research	Little attention to sample, methods, and analysis because scholars can be trusted to review only high quality studies	An emphasis on sample to assess similarity to the local context and on methods to allow for replication and adaptation
Organization	Building in a logical progression to the conclusions at the end	Placing the most important conclusions for policy at the beginning	Placing the most important conclusions for practice at the beginning
Writing	In-depth discussions with discipline-specific terminology and technical graphs and illustrations	Concise, easy-to-read reports with accessible language, active voice, short sentences, frequent paraphrasing, and simple graphs and illustrations	Reports of moderate length with some technical language and illustrations to allow communicating with researchers and demonstrating accountability to policymakers

จากช่องว่างระหว่างการผลิตองค์ความรู้และการนำผลไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะ ได้มีความพยายามในการลดหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าว ดังนี้

1. ตัวแทนส่งต่อความรู้ (Knowledge brokerage) โดย Choi¹² ได้เสนอวิธีการแปรสสารที่ได้จากการวิจัยให้เหมาะสมกับผู้ใช้ผลงาน วิธีนี้มีตัวอย่างของการประสบความสำเร็จ ได้แก่ the European Observatory on Health Systems and Policies¹³, Milbank Memorial Fund¹⁴,

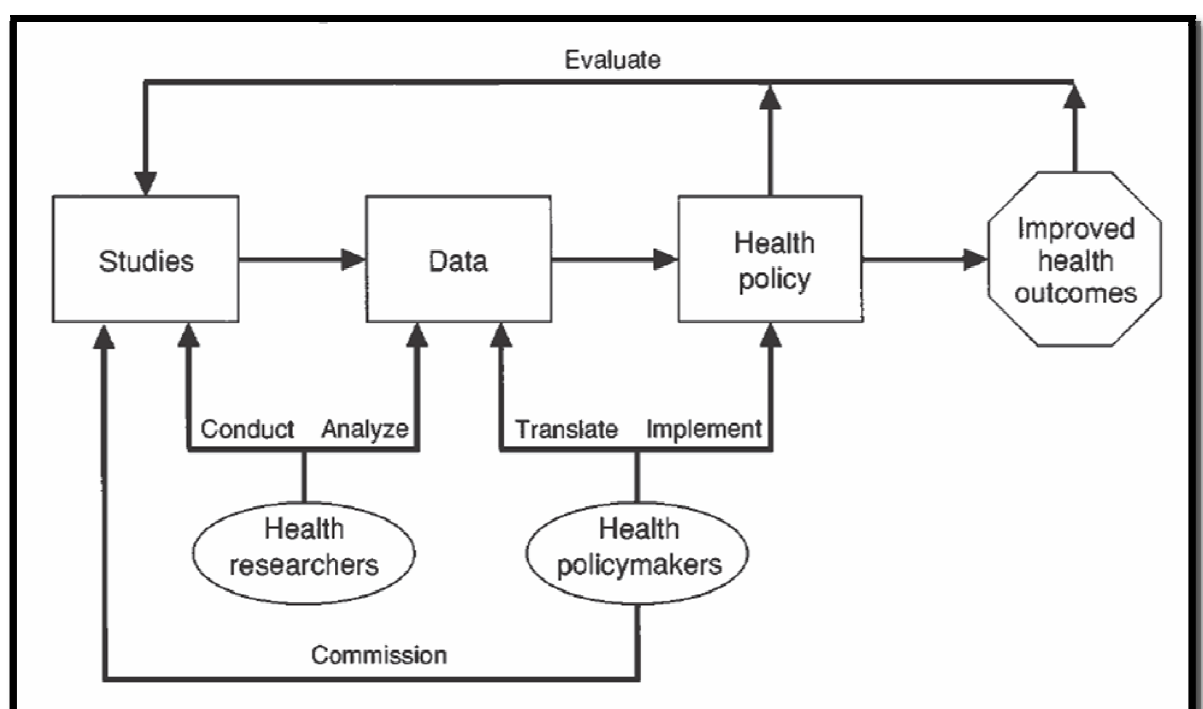
¹² Choi BCK, Pang T, Lin V, Puska P, et al. Can scientists and policy makers work together? Evidence Based Public Health Policy and Practice. J Epidemiol Community Health 2005;9:632-7.

¹³ The European Observatory on Health Systems and Policies.
<http://www.euro.who.int/observatory/toppage>. Accessed on 2nd November, 2010.

¹⁴ Gibson M. Drug cost containment. Milbank Memorial Fund.
http://www.familiesusa.org/site/DocServer/01.23.04_Gibson.ppt?docID=2592 Accessed on 2nd November, 2010.

Health Evidence Network by World Health Organization¹⁵, Canadian Health Services Research Foundation¹⁶, Canadian Institute of Health Research (CIHR)¹⁷, World Health Organization (WHO)¹⁸, Cochrane Collaboration¹⁹, Centre for Knowledge transfer²⁰, Canadian Coalition for Global Health Research²¹ เป็นต้น

จากข้อมูลดังกล่าวพอจะสรุปวิธีการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ผลิตผลงานวิจัยและผู้ใช้ผลงานวิจัยได้ดังแผนภูมิดังนี้



¹⁵ World Health Organisation. Regional Office for Europe. Health Evidence Network (HEN). <http://www.euro.who.int/HEN>. Accessed on 2nd November, 2010.

¹⁶ Canadian Health Service Research Foundation http://www.chsrf.ca/home_e.php Accessed on 2nd November, 2010.

¹⁷ Canadian Institute of Health Research (CIHR) <http://www.cihr-irsc.gc.ca/> Accessed on 2nd November, 2010.

¹⁸ World Health Organization <http://www.who.int/kms/en/>

¹⁹ The Cochrane Collaboration <http://www.cochrane.org/index0.htm>.

²⁰ Centre for Knowledge Transfer <http://www.ckt.ca/>

²¹ Canadian Coalition for Global health Research <http://www.ccghr.ca/>

2. การทำการศึกษาวิจัยโดยองค์กรรัฐที่กำหนดนโยบายเอง (Doing the science within government)

ข้อสรุปของการกำหนดนโยบายโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ความเชื่อมโยงของการนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนกำหนดนโยบาย และปฏิบัติจริง นั้นมีความซับซ้อน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าช่องว่างระหว่างผู้ผลิตผลงานวิจัยกับผู้กำหนดนโยบายนั้น เกิดจากลักษณะหรือคุณสมบัติของผู้วิจัยที่มีความแตกต่างจากผู้กำหนดนโยบาย ซึ่งพบว่าผู้ผลิตผลงานวิจัยมีลักษณะดังนี้

1. ผลิตผลงานได้ไม่ทันต่อเงื่อนไขเวลาที่เหมาะสม เนื่องจากงานวิจัยเป็นงานที่ละเอียดรอบคอบ และถูกต้องครบถ้วนตามกระบวนการศึกษาวิจัยที่ดี เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ตรงตามความเป็นจริงและตอบคำถามการวิจัยได้มากที่สุด ทำให้ผลงานที่ได้มักตอบโจทย์แต่ล่าช้าเกินไป
2. รายงานผลการศึกษาเป็นเชิงทฤษฎีทำให้นำไปสู่การปฏิบัติได้ยาก เนื่องจากผู้ผลิตผลงานวิจัยเป็นนักวิชาการ อ้างอิงข้อมูลตามหลักการ แม้จะสามารถตอบคำถามการวิจัยได้ตรงประเด็น แต่ยังต้องการการแปลผลเพื่อการปฏิบัติหรือให้ผู้กำหนดนโยบายเข้าใจเป็นรูปธรรมมากขึ้น จึงจะน่าสนใจและสามารถนำไปใช้ได้จริง
3. ผลิตผลงานวิจัยมีเป้าประสงค์ของการวิจัยชัดเจน เนื่องจากผู้ผลิตผลงานวิจัยเป็นผู้กำหนดโจทย์การวิจัยและดำเนินการวิจัยเพื่อตอบคำถามดังกล่าว
4. ผลิตผลงานวิจัยโดยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์และชื่อเสียงเป็นหลัก จึงมักทำวิจัยในสาขาที่เชี่ยวชาญหรือสนใจ โดยคำนึงถึงนโยบายหรือปัญหาของประเทศเป็นลำดับถัดมา

สำหรับผู้กำหนดนโยบายมีลักษณะที่แตกต่างจากผู้ผลิตผลงานวิจัยดังนี้

1. ได้รับอิทธิพลจากฝ่ายบริหาร ทำให้การตัดสินใจนำผลงานวิจัยมาใช้มีความซับซ้อน
2. ต้องการคำตอบหรือข้อสรุปที่ชัดเจน เพื่อผลักดันนโยบายอย่างรวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์
3. ไม่มีข้อสรุปของเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนในเรื่องที่ต้องการกำหนดนโยบาย

4. นโยบายขึ้นกับอำนาจหน้าที่และงบประมาณที่มี

จากปัญหาดังกล่าวได้มีทฤษฎีที่พยายามอธิบายช่องว่างระหว่างผู้ผลิตผลงานวิจัยกับผู้ใช้งานผลงานวิจัยดังนี้

1. The Two Community Theory (Caplan, 1979) กล่าวถึงช่องว่างระหว่างความเข้าใจและการสื่อสารระหว่างกลุ่มผู้ผลิตผลงานวิจัยและผู้ใช้งานผลงานวิจัย
2. The Three Culture Theory (Shonkoff, 2000) นอกเหนือจากข้อจำกัดทางการสื่อสารแล้ว ยังแบ่งผู้ใช้งานวิจัยเป็นผู้กำหนดนโยบาย (policy makers) และผู้ดำเนินนโยบาย (policy administrators) ซึ่งแสดงให้เห็นช่องว่างในการนำไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้น
3. Elaborated Multi-culture Theory (Bogenschneider, 2006) กล่าวถึงชนิดข้อมูลที่ผู้กำหนดนโยบายต้องการ วัฒนธรรมในการทำงานที่แตกต่าง และแนวทางการเขียนผลงานวิจัยที่พึงประสงค์สำหรับนำไปใช้ในการกำหนดนโยบาย
4. Community Dissonance Theory (Bogenschneider, 2010) กล่าวถึงวัฒนธรรมของสถาบันกับกลุ่มวิชาชีพที่มีความแตกต่างกันทางแนวความคิด การวางนโยบายและการปฏิบัติ โดยสถาบันประกอบด้วยนักวิจัยและผู้กำหนดนโยบาย หากเป็นหน่วยงานของรัฐบาลจะเน้นการใช้ผลงานวิจัย ในขณะที่กลุ่มวิชาชีพประกอบด้วยนักวิชาการซึ่งเน้นการผลิตผลงานวิจัย ทั้งสองกลุ่มอาจมีความเชื่อมโยงหากมีหน่วยงานส่วนกลางที่เป็น Think Tank หรือเป็นผู้ผลักดันนโยบาย

แนวทางการแก้ปัญหาเพื่อลดหรือปิดช่องว่างระหว่างผู้ผลิตผลงานวิจัยและผู้ใช้งานวิจัยที่เป็นไปได้มีดังนี้

1. ผลงานวิจัยที่มีต้องทันต่อสถานการณ์ โดยอาจมีการประเมินหรือคาดการณ์แนวทางการวิจัยล่วงหน้ากับผู้ใช้งานวิจัยหรือผู้กำหนดนโยบาย
2. ผลงานวิจัยควรเป็น action-oriented หรือเป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้ตามที่ผู้ใช้งานวิจัยต้องการ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย นำไปปฏิบัติได้ในวงกว้าง

3. มีเป้าประสงค์ของการนำผลงานวิจัยไปใช้ที่ชัดเจนและ/หรือใช้กำหนดนโยบายได้
4. ผลงานวิจัยที่ได้ต้องมีคุณภาพและนำไปใช้ได้จริง เนื่องจากผู้กำหนดนโยบายมีแนวโน้มใช้ข้อมูลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์มากขึ้นเพื่อประกอบในการกำหนดนโยบาย

แนวทางสำหรับผู้ผลิตผลงานวิจัยในการผลิตผลงานวิจัยที่ได้รับการนำไปใช้จริงและนำไปสู่การผลักดันนโยบาย มีดังนี้

1. มีผลงานวิจัยที่พร้อมและทันต่อสถานการณ์ปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง
2. คำนึงถึงนโยบายในระดับมหภาคหรือระดับประเทศ เน้นการวิจัยมุ่งเป้าที่แสดงวิธีการปฏิบัติและวิธีดำเนินการที่เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีในกลุ่มเป้าหมาย มีกลยุทธ์ในการบริหารจัดการเพื่อให้สามารถปรับใช้ผลงานดังกล่าวในสถานะต่างๆได้จริง
3. ผลิตผลงานวิจัยที่มีคุณค่าและคุณภาพสูง แต่ใช้ภาษาและการสื่อสารที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับผู้ที่จะนำผลงานไปใช้และมีการป้อนข้อมูลย้อนกลับจากผู้ใช้งาน เพื่อทำการปรับปรุงวิธีการนำเสนอผลงาน

ปัจจัยเกื้อหนุนให้เกิดการใช้ผลงานวิจัยได้แก่

1. Dissemination นำเสนอหรือเผยแพร่ผลงานวิจัยสู่ผู้ใช้ผลงานวิจัยระดับในต่างๆอย่างเหมาะสม
2. Interaction พัฒนาความร่วมมือระหว่างผู้ผลิตผลงานวิจัยกับผู้กำหนดนโยบายและผู้ให้ทุน
3. Social influence คำนึงถึงอิทธิพลจากผู้เชี่ยวชาญและผู้วิจารณ์ โดยให้ข้อมูลการวิจัยและชักจูงให้เห็นคุณค่าของผลงานนั้นๆ
4. Facilitation จัดให้มีการนำผลงานวิจัยไปใช้ทั้งทางเทคนิค ทางการเงิน ทางองค์กรและการสนับสนุนทางจิตใจ
5. Reinforcement นำวิธีการหลากหลายรวมทั้งการให้รางวัลเพื่อกระตุ้นการปฏิบัติที่เหมาะสม

กลยุทธ์ที่จะทำให้ผู้ผลิตผลงานวิจัยสามารถดำเนินการได้ตรงตามที่ใช้ผลงานวิจัยหรือผู้กำหนดนโยบายนำไปใช้ได้จริงมีดังนี้

1. จัดหัวข้อการนำผลการวิจัยไปใช้เป็นคำถามการวิจัย เป็นการพัฒนาคำถามการวิจัยร่วมกัน โดยมุ่งเน้นวิธีการที่ผู้กำหนดนโยบายใช้หรือไม่ใช้ผลงานวิจัยในกลุ่มประชากรเป้าหมาย ค้นหากลยุทธ์การวิจัยที่จะนำไปใช้ในอนาคต ริเริ่มการเสวนาเพื่อเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มผู้ผลิตผลงานวิจัยและผู้ใช้งานวิจัย ชีวชนหน่วยงานใหม่เข้ามาศึกษาการใช้ผลงานวิจัย พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อสนับสนุนการทำวิจัยและพัฒนากลยุทธ์เพื่อสนับสนุนการใช้ผลการวิจัยสู่การกำหนดนโยบาย
2. เปลี่ยนวัฒนธรรมของผู้ผลิตผลงานวิจัย เป็นการพัฒนานักวิจัยให้ทราบประเด็นคำถามของผู้กำหนดนโยบายสนใจ ตรวจสอบการให้การสนับสนุนการวิจัยมุ่งเป้าสู่นโยบายของสถาบันต่างๆ พัฒนารูปแบบการฝึกอบรมและเว็บไซต์สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องผลิตผลงานวิจัยเชิงนโยบายและผู้ผลิตผลงานทั่วไป กระตุ้นให้คณะต่างๆ ในมหาวิทยาลัยผลิตผลงานวิจัยร่วมกับนักศึกษาและสามารถขอรับทุนจากผู้กำหนดนโยบาย จัดหลักสูตรเน้นการทำวิจัยเพื่อกำหนดนโยบาย เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ฝึกงานกับผู้กำหนดนโยบาย สนับสนุนการเรียนการสอนที่ผนวกความคิดระหว่างการวิจัยเชิงนโยบายและงานวิจัยอื่นๆ ในวงกว้าง
3. เปลี่ยนวัฒนธรรมของผู้นำผลงานวิจัยไปใช้ โดยมีหน่วยงานกลางที่เพิ่มประสิทธิภาพของผู้กำหนดนโยบายในการเข้าถึงผลงานวิจัยและเกิดความเข้าใจผลการวิจัย พัฒนารูปแบบการฝึกอบรมเพื่อช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถสื่อสารกับนักวิจัยได้ มุ่งเน้นการแปลผลการวิจัยให้เหมาะสมกับผู้กำหนดนโยบาย ปรับปรุงการเผยแพร่ผลงานวิจัยสู่ผู้กำหนดนโยบาย และจัดให้มีการเสวนาระหว่างผู้กำหนดนโยบายกับนักวิจัยเพื่อกำหนดทิศทางการวิจัยในอนาคต
4. ค้นหาการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ เปิดโอกาสให้ผู้ผลิตผลงานวิจัยและผู้ใช้งานวิจัยได้พบปะกันและเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดี จัดเวทีกระตุ้นการสื่อสารระหว่างกลุ่มดังกล่าว เพิ่มประสิทธิภาพในการให้การสนับสนุนการวิจัยเชิงนโยบายและการนำไปใช้ทั้งภาครัฐและเอกชน กระตุ้นผู้ให้ทุนให้เปลี่ยนทัศนคติจากการให้การสนับสนุนเฉพาะสิ่งใหม่ๆ เป็นการให้

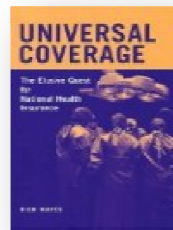
การสนับสนุนนโยบายที่ต้องใช้ความพยายามกว่าจะเห็นผลตามที่คาดหวัง และให้การ
สนับสนุนการกำหนดนโยบายจากหลักฐานเชิงประจักษ์ให้เป็นวาระแห่งชาติ

กรณีศึกษาด้านการแปรผลการศึกษาวิจัยสุขภาพ
ไปสู่การปฏิบัติในระดับนโยบายสาธารณะ

กรณีศึกษาที่ 1: การวางแผนด้านสาธารณสุขในประเทศไทย

แหล่งข้อมูล: Knowledge-based Changes to Health Systems: the Thai Experience in Policy Development. Bulletin of the World Health Organization, October 2004: 82(10); 750-56.

ผู้พิมพ์: Viroj T, Suwit W, Sanguan N.



ความเป็นมา

ในรอบกว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา รัฐบาลไทยได้พยายามในการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อให้บริการได้ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร การพัฒนาดังกล่าวเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยในระยะแรกนั้นรัฐได้ให้สวัสดิการรักษายาบาลแก่ข้าราชการซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่รัฐโดยครอบคลุมถึงครอบครัว จากนั้นในปีค.ศ. 1975 ได้เริ่มมีการให้การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายให้แก่ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ก่อนที่จะขยายสิทธิดังกล่าวไปยังกลุ่มผู้สูงอายุ เด็กที่อายุต่ำกว่า 12 ปี รวมไปถึงผู้พิการในปีค.ศ. 1992 อีกด้วย สำหรับกลุ่มที่ยังไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ รัฐบาลได้มีการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพ (Voluntary health card) ให้ประชาชนได้ซื้อเพื่อให้ได้สิทธิรักษาพยาบาล แต่ปรากฏว่าโครงการดังกล่าวไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากปัญหางบประมาณ เพราะประชาชนที่ซื้อบัตรนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว ในขณะที่ผู้ที่ยังมีสุขภาพดีไม่สนใจที่จะซื้อบัตรดังกล่าว ทำให้โครงการนี้ต้องล้มเลิกไปในที่สุด

ในปีค.ศ. 1990 ได้มีระบบการประกันสังคมเพื่อครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลให้แก่ผู้ทำงานในสถานประกอบการเอกชนต่างๆ โดยมีการร่วมจ่ายกันสามฝ่ายคือ ภาครัฐ สถานประกอบการ และผู้ประกันตน อย่างไรก็ตามก็ยังพบว่าระบบต่างๆ ที่มีอยู่ ยังไม่สามารถครอบคลุมประชากรทั้งประเทศได้ โดยมีประชากรกว่า 30% ที่ยังไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลใดๆ จนกระทั่งในเดือนตุลาคม ปีค.ศ. 2001 รัฐบาลจึงได้มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal health care coverage: UC)

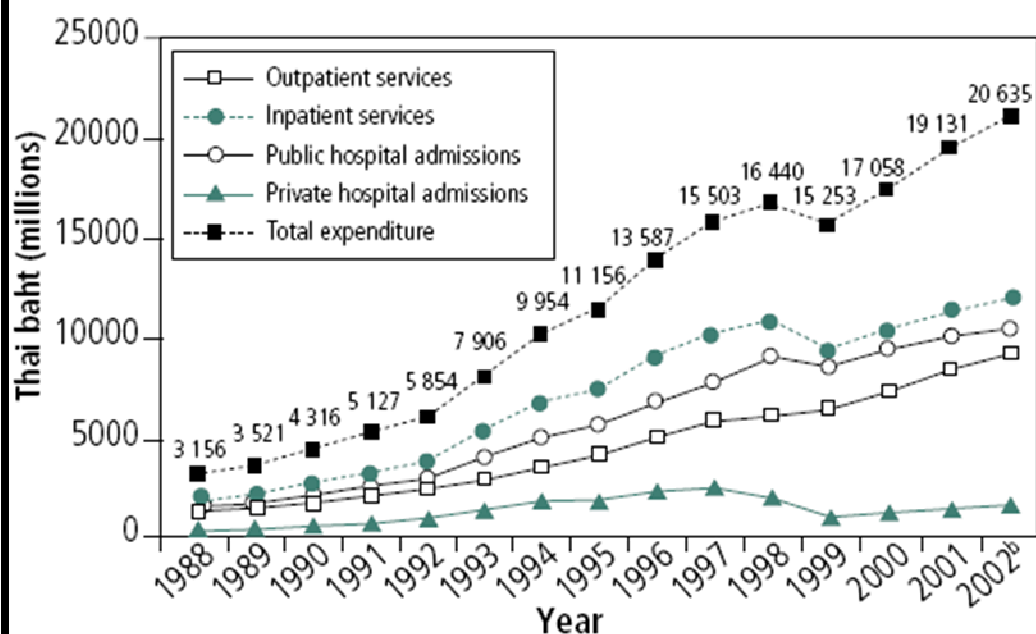
ให้แก่ประชาชน โดยครอบคลุมกลุ่มผู้มีรายได้น้อย บัณฑิตสุขภาพ และกลุ่มประชาชนอีก 30% ที่ยังไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลใดๆ

อย่างไรก็ตาม ก่อนที่จะมีนโยบายดำเนินการเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ในปีค.ศ. 1991 ได้มีการจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งเป็นองค์กรภายใต้การกำกับของรัฐ และเชื่อมต่อกับกระทรวงสาธารณสุขขึ้น โดยมีบทบาทในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขโดยหวังจะนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ และทำการเตรียมพร้อมด้านองค์ความรู้เพื่อพร้อมนำไปใช้ยามที่มีโอกาส

ผลจากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขที่สำคัญ และนำมาใช้เป็นเข็มทิศกำหนดกลยุทธ์การปฏิรูประบบสาธารณสุขในด้านสิทธิการรักษาพยาบาลนั้น มีมาจากหลายแหล่ง เช่น ผลการศึกษาติดตามดัชนีชี้วัดความยากจนของประเทศซึ่งพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาทางการแพทย์นั้นมีผลทำให้ประชาชนอยู่ในระดับที่ยากจนเพิ่มขึ้น 0.65% (เพิ่มจาก 10.87% ไปเป็น 11.52%) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการใช้จ่ายของครัวเรือนแล้ว พบว่าค่าใช้จ่ายของครัวเรือนสำหรับค่ารักษาพยาบาลในจำนวนเงินที่สูงกว่า 25% ของรายได้ที่กันไว้สำหรับค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่อาหาร (non-food consumption) อยู่ในระดับที่สูงประมาณ 4.6% ในปีค.ศ. 1996 และลดลงเหลือ 3.8% ในปี 2000 อันเป็นผลจากระบบการรักษาพยาบาลที่ให้สิทธิแก่ผู้มีรายได้น้อยและบัณฑิตสุขภาพ แต่ก็ยังอยู่ในระดับที่สูง

ข้อมูลสำคัญอีกชิ้นหนึ่งคือภาวะการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของค่าใช้จ่ายภาครัฐสำหรับสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ตั้งแต่ปีค.ศ. 1988-2002 ทั้งๆ ที่มีการลดขนาดอัตรากำลังของข้าราชการลง (ดังรูป) โดยภาพรวมแล้วพบว่าค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรสำหรับข้าราชการสูงกว่าผู้มีรายได้น้อยถึง 10 เท่า (4,000 บาทสำหรับข้าราชการ และ 400 บาทสำหรับผู้มีรายได้น้อย)

Fig. 1. Spending on the fee-for-service reimbursement model of the Civil Servant Medical Benefit Scheme, Thailand, 1988–2002, in millions of Thai baht^a



Source: 11.

^a US\$ 1.00 = 40 Thai baht.

^b The figures for 2002 are estimates taken from the mid-year figures.

ปรากฏการณ์ดังกล่าวเป็นสิ่งตอกย้ำถึงความไม่เท่าเทียม และความล้มเหลวของระบบในการ
 คุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ประกอบกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าระบบการ
 รักษาพยาบาลที่เป็นแบบ fee-for-service นั้นไม่สามารถคุมค่าใช้จ่ายได้ และมีการจ่ายยาหรือ
 ให้บริการทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็น สอดคล้องกับการสำรวจในประเทศไทยในขณะนั้นที่พบว่า
 การจ่ายยาปฏิชีวนะ และยาประเภทอื่นเช่น ยาลดไขมัน ในกลุ่มข้าราชการที่มีสิทธิเบิกค่า
 รักษาพยาบาลได้ มากเกินความจำเป็น

ต่อมาได้เกิดวิกฤตการณ์ทางการเงินของประเทศ ทำให้รัฐบาลประกาศนโยบายในการควบคุม
 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในรูปแบบต่างๆ เพิ่มเติม เช่น การไม่ครอบคลุมยานอกบัญชียาหลัก
 แห่งชาติ หรือการจ่ายค่าใช้จ่ายส่วนเกินสำหรับการพักรักษาตัวในห้องพิเศษ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมี
 การตั้งระบบการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล แต่การดำเนินการไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรเนื่องจาก
 ภาวะเบี้ยบ่ไม่ได้รับความสนใจในทางปฏิบัติ

ในขณะเดียวกัน ระบบประกันสังคม ได้รับการศึกษาติดตามประเมินผลจากนักวิจัย แล้วพบว่า
 เป็นระบบที่เหมาะสมจ่ายรายหัว (Capitation contract model) ที่มีข้อดีคือจะทำให้โรงพยาบาลและแพทย์

ต้องระมัดระวังค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่ให้เกินจำเป็น และไม่เกินงบที่ได้รับการเหมาจ่ายมา เพื่อเลี่ยงการขาดทุน แต่อาจมีข้อเสียคือ โอกาสที่จะถูกเบี่ยงเบนจากการบริหารจัดการจนทำให้ให้บริการรักษาที่ต่ำกว่ามาตรฐาน แต่เป็นที่น่าสนใจว่า ผลการศึกษาพบว่าโดยรวมแล้วผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อระบบประกันสังคม โดยมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับได้จากผู้รับบริการ

จากผลการศึกษาต่างๆ ดังกล่าวจึงเป็นที่มาของข้อสรุปโดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในระบบสาธารณสุขว่า การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลจาก fee-for-service model ไปเป็น capitation contract model น่าจะทำให้เกิดผลดีของประเทศ

กลยุทธ์การแปรรูปความรู้สู่การปฏิบัติ

ในช่วงเวลาดังกล่าว มีกลุ่มที่มีบทบาทในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบหลักประกันสุขภาพอยู่ 4 กลุ่มใหญ่ๆ กลุ่มแรก คือ กลุ่มนักวิจัยซึ่งช่วยทำการศึกษาวิจัยโดยรวบรวมองค์ความรู้ และพัฒนาข้อเสนอในการปรับปรุงระบบ กลุ่มที่สอง คือ นักการเมืองซึ่งมีบทบาทในการสร้างและตัดสินใจเชิงนโยบาย กลุ่มที่สาม คือ นักปฏิรูประบบซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐภายในกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับตัวแทนของกลุ่ม NGO และกลุ่มที่สี่ คือ ภาคประชาสังคมที่ประกอบด้วยตัวแทนภาคส่วนต่างๆ ในประเทศซึ่งมีบทบาทในการเคลื่อนไหวกดดันนักการเมือง ร่วมกับสื่อสารมวลชนที่มีบทบาทเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารให้แก่สาธารณะ

กระบวนการปฏิรูปได้เริ่มขึ้นในช่วงเวลาที่กำลังจะมีการเลือกตั้ง โดยมีการแข่งขันกันอย่างรุนแรงระหว่างพรรคการเมืองสองขั้ว กลุ่มนักปฏิรูประบบได้พยายามนำเสนอข้อมูลการศึกษาที่มี โดยเลือกใช้ข้อมูลที่สะท้อนถึงผลดีของการบริหารจัดการภายใต้รัฐบาลชุดเดิม ให้แก่พรรคที่เป็นรัฐบาล เช่น แนวโน้มการลดลงของค่าใช้จ่ายในครัวเรือนที่จ่ายค่ารักษายาบาลเป็นจำนวนเกินกว่า 25% ของรายได้ที่กันไว้สำหรับค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่อาหาร พร้อมนำเสนอข้อเสนอแนะเพื่อทำให้ลดลงในอนาคต โดยอยู่ภายใต้กรอบแนวคิดการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาล ในขณะเดียวกันก็นำเสนอข้อมูลองค์ความรู้ที่มีอยู่ พร้อมนำเสนอแนวคิดการปฏิรูปดังกล่าวให้แก่พรรคการเมืองอีกขั้วหนึ่งเพื่อพิจารณาเป็นนโยบายในช่วงหาเสียงเลือกตั้งเช่นกัน

ในขณะเดียวกัน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขก็ได้ทำการศึกษาวิจัยความเป็นไปได้ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และลักษณะการระดมทรัพยากรเข้าสู่ระบบ โดยดำเนินการในช่วงระยะเวลา 6 เดือนก่อนจะมีการเลือกตั้ง ผลการศึกษาพบว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นมีความเป็นไปได้ในเชิงทรัพยากร จึงได้มีการนำเสนอผลการศึกษาดังกล่าวไปให้แก่พรรคการเมืองทั้งสองขั้ว ปรากฏว่าพรรคที่เป็นรัฐบาลเดิมก่อนเลือกตั้งไม่ได้นำไปใช้เป็นนโยบายเพื่อดำเนินการ แต่อีก

พรรคหนึ่งซึ่งต่อมาชนะการเลือกตั้ง ได้นำไปใช้เป็นนโยบายหาเสียง และดำเนินการเป็นหนึ่งในสามนโยบายหลัก และผลักดันจนเป็นผลสำเร็จในที่สุด

ผลกระทบที่เกิดขึ้น

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก ทั้งต่อประชาชน และต่อระบบสวัสดิการรักษายาบาลโดยรวมของประเทศ ดังจะเห็นได้จากการลดลงของค่าใช้จ่ายในครัวเรือนที่จ่ายค่ารักษายาบาลเป็นจำนวนเกินกว่า 25% ของรายได้ที่กินไว้สำหรับค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่อาหาร จากเดิม 3.8% ในปี 2000 ไปเป็น 3% ในปี 2002 (ดังรูป)

Table 1. Percentage of households facing catastrophic health expenditures in Thailand, 1996–2002				
% of non-food expenditure spent on health care	Year			
	1996	1998	2000	2002
0–0.5	31.9	33.2	34.5	41.2
0.5–10	51.3	51.5	50.8	48.1
10–25	11.9	10.9	11.0	7.6
25–50	3.5	3.6	3.1	2.5
>50	1.4	0.8	0.7	0.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

นอกจากนี้ระบบดังกล่าวยังสามารถเป็นหนึ่งในกลไกที่ช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายภาครัฐ อันส่งผลต่อความมั่นคงของสถานภาพทางการเงินการคลังของประเทศ รวมถึงการเป็นแบบอย่างของความสำเร็จในกระบวนการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ทั้งจากฝ่ายวิชาการ ฝ่ายปฏิบัติการ ฝ่ายนโยบาย และจากประชาสังคม อันเป็นแบบอย่างให้ประเทศอื่นๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้วิธีการดังกล่าวในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของตนได้ในอนาคต

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

กรณีศึกษาเรื่องการวางแผนด้านสาธารณสุขในประเทศไทยนี้ได้เน้นย้ำให้ประจักษ์ถึงสัจธรรมในสังคมว่าด้วยเรื่ององค์ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในสังคมได้ หากปราศจากสะพานเชื่อมต่่องค์ความรู้นั้นไปสู่การปฏิบัติ ดังจะเห็นได้ว่ากลุ่มนักปฏิรูป หรือฝ่ายปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่รัฐในกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับตัวแทน NGO เป็นเรียวแรงสำคัญในการดำเนินบทบาทส่งต่อองค์ความรู้จากการศึกษาวิจัย โดยย่อยสลายหรือหยิบจับส่วนที่เหมาะสม เพื่อไปนำเสนอต่อผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย คือนักการเมืองในแต่ละพรรค เพื่อนำไปพิจารณาผลักดัน ต่อยอดเป็นนโยบายและแผนปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยต้องให้เกิดความมั่นใจต่อผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายว่า ข้อมูลเชิงประจักษ์นั้นเชื่อถือได้ เป็นประโยชน์ สามารถเชื่อมต่อและพัฒนาเป็นนโยบายที่ปฏิบัติได้จริง และที่สำคัญคือเป็นที่ยอมรับของสังคม โดยกรณีศึกษานี้ยังได้แสดงให้เห็นถึงบทบาทของกลุ่มประชาสังคมและสื่อสารมวลชนที่ถือเป็นอีกแรงหนึ่งในการสื่อสารข้อมูลสู่สาธารณะ ซึ่งทำให้ประชาชนเป็นอีกแรงหนึ่งที่จะสนับสนุนและผลักดันให้เกิดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นในสังคม ดังที่ประจักษ์ชัดจากผลการเลือกตั้งที่ประชาชนมีสิทธิในการลงคะแนนเลือกนั่นเอง

โดยสรุปคือ องค์ความรู้ต่างๆ จะมีประโยชน์และนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงได้ ก็ต่อเมื่อหน้าต่างแห่งโอกาสนั้นเปิดกว้างให้สามารถประยุกต์ใช้ได้ การจะทำให้มีโอกาสมากขึ้นได้หลายวิธี หนึ่งในวิธีการเหล่านั้น คือผ่านกระบวนการเคลื่อนไหวผลักดันจากภาคส่วนประชาสังคม และทางการเมือง อย่างไรก็ตามปัจจัยพื้นฐานแห่งความสำเร็จนั้น ต้องประกอบกันอย่างลงตัว เช่นเดียวกับในกรณีศึกษาในที่นี้ที่ใช้การสนับสนุนทางการเมืองเป็นเชื้อเพลิงขับเคลื่อนการปฏิรูป ใช้ข้อมูลหรือองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัยเป็นเสมือนเข็มทิศในการกำกับทิศทาง และใช้การเคลื่อนไหวทางสังคมเป็นเหมือนสารกระตุ้นให้เกิดกระบวนการปฏิรูป

กรณีศึกษาที่ 2: การป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย

แหล่งข้อมูล: Case Studies in Global Health: Millions Saved. Center for Global Development, 2007. http://www.cgdev.org/section/initiatives/_active/millionssaved/studies/

ผู้นิพนธ์: Center for Global Development



ความเป็นมา

โรคเอดส์ (AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome) หรือภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องจากการติดเชื้อเอชไอวี (HIV: Human Immunodeficiency Virus) เป็นหนึ่งในโรคที่เป็นภาวะคุกคามที่รุนแรงที่สุดของมวลมนุษยชาติ ในปี 2005 ได้มีการคาดการณ์ว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีไปแล้วกว่า 38.6 ล้านคนทั่วโลก ถึงแม้ว่าคนที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะอยู่ในแถบแอฟริกา แต่การติดเชื้อก็ได้กระจายอยู่แทบทุกพื้นที่ทั่วโลก แม้แต่ในทวีปเอเชียก็คาดการณ์ว่ามีผู้ติดเชื้อไปแล้วกว่า 8.3 ล้านคน โดยมากกว่าสองในสามของประชากรที่ติดเชื้อมีอายุอาศัยอยู่ในประเทศอินเดีย สำหรับในประเทศไทยนั้นมีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเป็นอันดับสองของกลุ่มประเทศในแถบเอเชียแปซิฟิก โดยมีคนที่ติดเชื้อโดยยังมีชีวิตอยู่กว่า 560,000 คน

รัฐบาลไทยได้เริ่มตระหนักถึงปัญหาโรคเอดส์ตั้งแต่ปีค.ศ. 1988 โดยช่วงแรกของการระบาดของโรคเอดส์นั้น เป็นการระบาดในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดที่ใช้เข็มฉีดยา ในระยะเวลานั้นได้มีการตั้งคณะกรรมการว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ โดยเริ่มมีแผนปฏิบัติการติดตามข้อมูลการระบาดผ่านทางระบบเฝ้าระวังโรค (Sentinel surveillance) ในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ กลุ่มพนักงานบริการ (Sex workers) ผู้ป่วยชายที่มารับตรวจที่สถานพยาบาลด้วยเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้บริจาคโลหิต กลุ่มผู้เสพยาเสพติดที่ใช้เข็มฉีดยา

ในระหว่างปีค.ศ. 1989-90 จากการติดตามข้อมูลพบว่าสัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการได้เพิ่มขึ้นถึงสามเท่า จาก 3.5% ไปเป็น 9.3% และเพิ่มไปเป็น 21.6% ในปี 1991 นอกจากนี้ในช่วงเวลาเดียวกันก็พบว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทหารเกณฑ์เพิ่มขึ้นถึง 6 เท่า จากเดิม 0.5% ในปี 1988 ไปเป็น 3% ในปี 1991 โดยพบว่าชายหนุ่มจำนวนมากนิยมไปเที่ยวสถานบริการและมีเพศสัมพันธ์อันเป็นเหตุให้เกิดการติดเชื้อ จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคเอดส์ดังกล่าวทำให้หน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบโดยตรงคือ กระทรวงสาธารณสุข เริ่มหามาตรการควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างเร่งด่วน

กลยุทธ์การแปรรูปความรู้สู่การปฏิบัติ

ในช่วงเวลานั้นได้มีข้าราชการสาธารณสุขหลายท่านเริ่มดำเนินการหาวิถีในการตอบสนองต่อปัญหาการระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย หนึ่งในนั้นคือ นายแพทย์วิวัฒน์ วจนพิทยากร ซึ่งขณะนั้นดำรงตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการสำนักงานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในเขตจังหวัดราชบุรี ท่านได้มีความเห็นแย้งกับแนวคิดดั้งเดิมที่จะให้มาตรการป้องกันไม่ให้ประชาชนไปมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการ โดยท่านมีเหตุผลว่า “เป็นไปได้ยากที่จะห้ามไม่ให้คนไปมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการ สิ่งสำคัญที่สุดคือการหาทางให้เขามีเพศสัมพันธ์แบบปลอดภัย” ซึ่งวิธีที่ทำให้มีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยและได้รับการศึกษาวิจัยด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลแล้วคือการใช้ถุงยางอนามัยนั่นเอง

นพ.วิวัฒน์ทราบดีว่าแนวคิดดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้มีอำนาจในบ้านเมือง (Political leadership) เนื่องจากอาชีพพนักงานบริการ (เดิมเรียก “โสเภณี”) ยังไม่เป็นที่ยอมรับและผิดกฎหมายในประเทศไทย จึงได้ทำการปรึกษารื้อกับผู้นำข้าราชการจังหวัดราชบุรี จนกระทั่งได้รับการยอมรับว่าการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำเป็นอันดับแรก จากนั้นจังหวัดราชบุรีจึงได้เริ่มดำเนินนโยบายรณรงค์ให้มีการใช้ถุงยางอนามัย 100% ในสถานบริการทุกแห่งในจังหวัด (“No Condom, No Sex” campaign) ถึงแม้ว่าในระยะแรกของการดำเนินการ จะมีความวิตกกังวลของเจ้าของสถานบริการว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้มาใช้บริการจะไม่ชอบใส่ถุงยางอนามัย ดังนั้นการบังคับใช้ถุงยางอนามัยอาจทำให้ผู้มาใช้บริการไปใช้บริการที่สถานบริการแห่งอื่นแทน แต่มาตรการดังกล่าวของจังหวัดราชบุรี ที่บังคับใช้ในสถานบริการทุกแห่งเท่าเทียมกัน ทำให้ความวิตกกังวลดังกล่าวหมดไป

ในการดำเนินมาตรการรณรงค์ถุงยางอนามัย 100% นั้น เจ้าหน้าที่รัฐ (กระทรวงสาธารณสุข) จะทำการประชุมร่วมกับเจ้าของสถานบริการ โดยทำการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ และวิธีการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง รวมถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น โดยมีเจ้าหน้าที่ตำรวจช่วยเหลือในการนัดประชุม

ระยะแรก ซึ่งถือเป็นวิธีช่วยกดดันให้เจ้าของสถานบริการยอมให้ความร่วมมือ นอกจากนี้ยังได้มีการจัดเตรียมถุงยางอนามัยให้แก่สถานบริการและพนักงานบริการฟรีอีกด้วย

ในขณะเดียวกัน ได้มีการสอบถามผู้ป่วยชายที่มาปรึกษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามคลินิกต่างๆ เกี่ยวกับสถานบริการที่ได้ไปใช้บริการ โดยถือว่าเป็นแหล่งที่น่าจะทำให้เกิดการติดเชื้อ และน่าจะเป็นตัวชี้วัดว่าการรณรงค์ใช้ถุงยางอนามัยในสถานบริการแห่งนั้นล้มเหลว นอกจากนี้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในหญิงบริการก็ถือเป็นตัวชี้วัดว่าไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ ในกรณีข้างต้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเดินทางไปสถานบริการดังกล่าว เพื่อให้ข้อมูลและแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย ถึงแม้ว่าตามกฎหมายแล้ว เจ้าหน้าที่ตำรวจจะสามารถปิดสถานบริการนั้นๆ หากไม่ดำเนินการตามนโยบาย แต่ในทางปฏิบัติแล้วอาจเป็นผลเสียมากกว่าผลดี เนื่องจากการปิดอาจทำให้มีการลักลอบให้บริการ และไม่ยอมร่วมมือในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรค อันก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบตามมาอย่างมากในพื้นที่

จากการดำเนินการตามนโยบายดังกล่าว ได้รับผลตอบสนองอย่างรวดเร็ว โดยอุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น หนองใน ในพนักงานบริการและผู้มาใช้บริการในจังหวัดราชบุรีลดลงอย่างมากในเวลาไม่กี่เดือน จากความสำเร็จในจังหวัดราชบุรี นพ.วิวัฒน์ได้ดำเนินการถ่ายทอดประสบการณ์ที่ได้ ให้แก่จังหวัดอีก 13 จังหวัด เพื่อจูงใจให้ดำเนินการในปีค.ศ. 1989-90

สำหรับการควบคุม ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ระดับประเทศในระยะแรกนั้น ส่วนใหญ่เป็นการประชาสัมพันธ์ผ่านทางสื่อมวลชนโดยการให้ความรู้ ทั้งทางวิทยุและโทรทัศน์ โดยมุ่งเป้าไปที่กลุ่มผู้ชายเพื่อให้เห็นถึงอันตรายที่เกิดขึ้นหากไม่ใช้ถุงยางอนามัยเวลามีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการ นอกจากนี้ก็ยังมีภารกิจของพนักงานบริการให้สามารถเจรจากับผู้มาใช้บริการให้ใช้ถุงยางอนามัย รวมถึงวิธีการใช้ที่ถูกต้อง โดยทำการสอนโดยความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่รัฐจากกระทรวงสาธารณสุข กับเจ้าหน้าที่จาก NGO (Non-government organization)

จนกระทั่งปีค.ศ. 1991 นายกรัฐมนตรี ในฐานะประธานคณะกรรมการว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติได้อนุมัติให้ดำเนินนโยบายรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย 100% โดยถือเป็นนโยบายแห่งชาติ ก่อนหน้าที่จะมีการนำเสนอเรื่องนี้ให้แก่นายกรัฐมนตรีพิจารณานั้น ข้าราชการสาธารณสุขก็มีความกังวลว่าอาจไม่ได้รับการอนุมัติ จึงได้มีการปรึกษาหารือรอบหลายครั้งกับคณะกรรมการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ จนกระทั่งได้รับการสนับสนุน จึงนำเรื่องนี้เข้าสู่การพิจารณาจนได้รับการอนุมัติในที่สุด

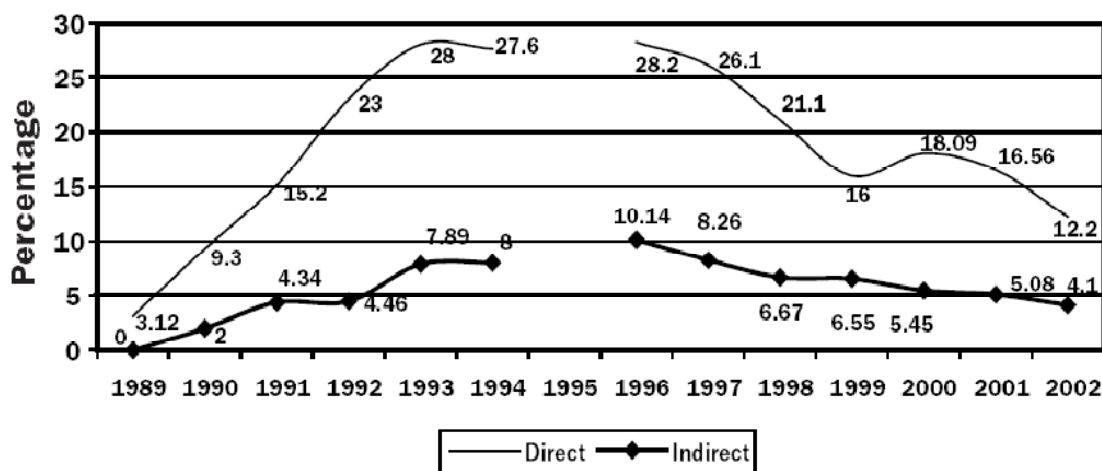
จากการสนับสนุนเชิงนโยบายดังกล่าว ทำให้ทุกจังหวัดดำเนินการตามนโยบายไปในทิศทางเดียวกัน และทำให้มีงบประมาณสนับสนุนสำหรับการควบคุมป้องกันโรคเอดส์จากภาครัฐเพิ่มขึ้นจาก 2.63 ล้านบาทสหรัฐในปี 1991 เพิ่มขึ้นเป็น 82 ล้านบาทสหรัฐในปี 1996 โดยมีการแจกจ่ายถุงยางอนามัยกว่า 60 ล้านชิ้นในแต่ละปี

ผลกระทบที่เกิดขึ้น

ผลจากการผลักดันให้เกิดนโยบายรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย 100% นั้น ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในสถานบริการ จากเดิม 14% ในปี 1989 ไปเป็นมากกว่า 90% ในปี 1992 โดยมีการติดตามข้อมูลจากการทำการสำรวจในกลุ่มผู้ชายและหญิงบริการในแต่ละปีของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข และมีผลต่อเนื่องมาถึงจำนวนผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ที่ลดลงกว่า 80% จากปี 1991 ถึงปี 2001 จากการคาดประมาณของคณะทำงานด้านการคาดประมาณสถานการณ์โรคเอดส์ของกระทรวงสาธารณสุข (Thai Working Group on HIV/AIDS Projection)

สำหรับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ก็พบว่า ในกลุ่มทหารเกณฑ์ก็มีอัตราความชุกที่ลดลงจาก 4% ในปี 1993 เหลือเพียง 2.7% ในปี 1994 และ 0.5% ในปี 2001 ในขณะที่ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ป่วยที่มาปรึกษาโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ก็ลดลงครึ่งหนึ่งจากช่วงปี 1994 ถึงปี 2002

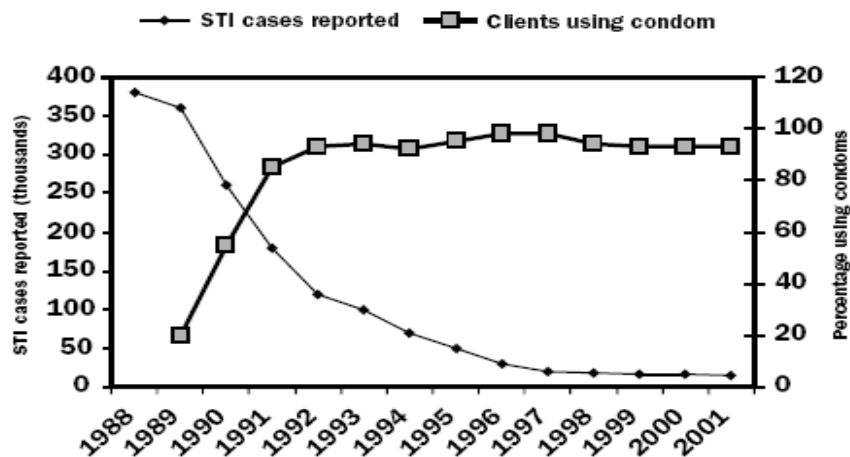
Prevalence of HIV among direct and indirect sex workers and men attending public STI clinics in Thailand, 1989–2001.



Source: Data from Bureau of Epidemiology, Ministry of Public Health, Thailand originally compiled by Sombat Thanprasertsuk, Cheewan Lertpiriyasuwat and Sanchai Chasombat.

นอกจากการลดลงของอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่แล้ว ยังพบว่าอุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น หนองในแท้ หนองในเทียม ซิฟิลิส และอื่นๆ ก็ลดลงอย่างมาก โดยพบจำนวนผู้ป่วยลดลงจาก 200,000 รายในปี 1989 เหลือเพียง 27,597 รายในปี 1994 และเหลือน้อยกว่า 15,000 รายในปี 2001 และอัตราดังกล่าวก็มีแนวโน้มแปรไปตามกับอัตราการใช้ถุงยางอนามัยที่รายงานอีกด้วย

STI cases reported compared with condom use rates in Thailand, 1988-2001.



Source: From Dr. Wiwat Rojanapithayakorn. Compiled with data from STI Section, Bureau of AIDS, TB and STI, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand.

นอกจากบทเรียนความสำเร็จของประเทศไทยจากการแปลงองค์ความรู้เป็นนโยบายระดับชาติ เพื่อรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย 100% นี้ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ UNAIDS และกระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมกันศึกษาติดตามประเมินผลการดำเนินนโยบายดังกล่าวเพื่อให้แน่ใจถึงอรรถประโยชน์ที่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติของนโยบายดังกล่าวในระดับประเทศ รวมถึงธนาคารโลกได้ทำการทบทวนสถานการณ์และรายงานถึงความสำเร็จของประเทศไทย ในฐานะที่เป็นเพียงหนึ่งในไม่กี่ประเทศที่ดำเนินการควบคุมป้องกันโรคเอดส์ได้อย่างดี โดยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างน้อย 200,000 รายในรอบทศวรรษปี 1990 ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถบอกถึงปัจจัยจำเพาะที่ก่อให้เกิดความสำเร็จได้อย่างชัดเจนเนื่องจากการดำเนินนโยบายในสถานการณ์จริงในสังคมโดยไม่มีกลุ่มควบคุมก็ตาม นพ.วิวัฒน์และคณะได้ทำการสรุปว่า นโยบายรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย 100% กับการให้ความรู้ผ่านทางวิธีต่างๆ จะสามารถเสริมผลกันได้เป็นอย่างดี ดังจะเห็นได้จากหลายประเทศที่ทำเพียงการให้ความรู้ ก็จะควบคุมโรคเอดส์ได้เพียงระดับหนึ่ง ซึ่งน้อยกว่าที่ประเทศไทยดำเนินการ

สำหรับผลกระทบระยะยาวที่เกิดขึ้นจากนโยบายดังกล่าวนี้ ได้มีรายงานการศึกษาอย่างต่อเนื่องหลายเรื่อง เช่น การติดตามอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะเพื่อรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และอัตราการไปรับการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในคลินิกต่างๆ ในภาครัฐ โดยมหาวิทยาลัยมหิดล

โดยทำการสำรวจระยะ 5 ปี ในกลุ่มเภสัชกรและพนักงานบริการ ก็ยังพบว่า มีการลดลงของอัตราการ ใช้จ่ายปฏิชีวนะและอัตราการเข้ารับบริการตรวจรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถตอบได้ ว่ามีการถ่ายโอนการไปรับบริการไปสู่ภาคเอกชนหรือไม่

อย่างไรก็ดี ความสำเร็จของประเทศไทยนั้น แม้ได้รับการยอมรับ และนำไปปฏิบัติในหลาย ประเทศ และได้รับผลดีเช่นเดียวกัน เช่นในประเทศกัมพูชา ตั้งแต่ปี 1998 จนสามารถลดความชุกของ การติดเชื้อเอชไอวีได้ถึง 30% และเพิ่มอัตราการใช้อย่างเหมาะสมจาก 53% ไปเป็น 96% ได้ในรอบการ ดำเนินงาน 5 ปี แต่กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยก็ยอมรับว่านโยบายดังกล่าวได้แสดงผลเป็น ที่ประจักษ์ในกลุ่มพนักงานบริการตามสถานบริการเท่านั้น แต่ได้ผลน้อยในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์แบบ ไม่ใช่เชิงพาณิชย์ (Casual, non-commercial sex)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

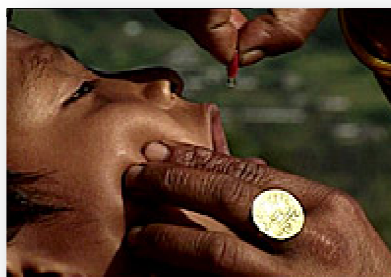
หากลองสกัดปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จจากบทเรียนในการควบคุมป้องกันโรคเอดส์ของ ประเทศไทย น่าจะมาจากหลายอย่าง ได้แก่ การที่สถานบริการในพื้นที่อยู่อย่างเป็นระบบที่เอื้อต่อการ ติดต่อประสานงานและควบคุมในช่วงเวลาดังกล่าว การทำงานร่วมกันอย่างพร้อมเพรียงของบุคลากร สาธารณสุขหลากหลาย ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักระบาดวิทยา และนักสถิติ รวมถึงการทำงาน ร่วมกันเป็นอย่างดีระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้ว่าราชการจังหวัด และภาคส่วนอื่น เช่น NGOs และการแสดงบทบาทของผู้นำประเทศที่สนับสนุนทั้งเชิงนโยบายและทรัพยากรที่เอื้อต่อ การดำเนินการนั่นเอง

ทั้งนี้ทั้งนั้น หากวิเคราะห์กระบวนการแปลงองค์ความรู้สู่การปฏิบัติในกรณีศึกษาดังกล่าว จะ พบว่ากรณีศึกษานี้ได้ให้ความสำคัญต่อการวางแผนการดำเนินงานเป็นอย่างยิ่ง ตั้งแต่การวิเคราะห์ผู้มี ส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder analysis) การสร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมวางแผนและดำเนินงาน (Participation) ทั้งจากการติดต่อดำเนินการเพื่อปรึกษาหารือกับผู้มีอำนาจเชิงนโยบายระดับจังหวัด พร้อมการวางแผนปฏิบัติงานร่วมกับภาคส่วนอื่นที่ไม่ใช่สาธารณสุข (Multi-sectoral engagement) เช่น ตำรวจ และ NGO ก่อนที่จะศึกษาติดตาม ประเมินผลจนแน่ใจว่าได้ผลดี ก่อนจะขยายผลไป จังหวัดอื่นๆ ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge sharing and dissemination) และ นำเสนอสู่เวทีระดับชาติ โดยทำการเตรียมพร้อมผ่านการป้อนข้อมูลต่างๆ ที่สำคัญสู่เวทีย่อยระดับ คณะกรรมการแต่ละคน (Lobbying) จนแน่ใจว่าสามารถนำเสนอสู่เวทีระดับชาติได้ในที่สุด

กรณีศึกษาที่ 3: การลดอัตราการเสียชีวิตของเด็กขาดวิตามินเอในประเทศเนปาล

แหล่งข้อมูล: Case Studies in Global Health: Millions Saved. Center for Global Development, 2007. http://www.cgdev.org/section/initiatives/_active/millionssaved/studies/

ผู้นิพนธ์: Center for Global Development



ความเป็นมา

ภาวะขาดวิตามินเอ พบเป็นจำนวนมากถึง 21% ของเด็กก่อนวัยเรียนในประเทศกำลังพัฒนา และทำให้เด็กเสียชีวิตมากกว่า 800,000 คนต่อปี นอกจากนี้ภาวะขาดวิตามินเอยังมีส่วนในการเสียชีวิตของเด็กกว่า 20-24% จากโรคหัด ท้องเสีย และมาลาเรีย รวมถึงการเสียชีวิตของมารดา กว่า 20% อีกด้วย

ในช่วงต้นทศวรรษ 1980 ได้มีผลการศึกษาวิจัยพบว่าการเสริมวิตามินเอในเด็กจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ โดยมีการศึกษาสองเรื่องที่ทำเนิการในประเทศเนปาล ในทางปฏิบัติ การรับประทานอาหารที่มีวิตามินเอสูง เช่น แครอท ผักโขม พืชผักใบเขียว ผลไม้สุกสีเหลือง ไข่ นม และตับ จะช่วยทำให้ได้รับวิตามินเอที่เพียงพอ แต่ในหลายพื้นที่ทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาก็ประสบปัญหาการขาดวิตามินเออย่างมาก ดังนั้นจึงมีการศึกษาวิจัยและมีข้อเสนอแนะให้ทำการเสริมวิตามินเอให้แก่เด็กหรือผู้ใหญ่ในพื้นที่ที่มีปัญหาการขาดวิตามินเอ โดยแนะนำให้เด็กอายุ 6-11 เดือนรับประทานวิตามินเอเสริม ปริมาณ 100,000 IU (International units) และเด็กอายุ 12-59 เดือนควรได้รับปริมาณ 200,000 IU ทุก 4-6 เดือน สำหรับผู้ใหญ่ ควรได้รับวิตามินเออย่างน้อย 4,000-5,000 IU ต่อวัน นอกจากนี้ กลุ่มที่ควรได้รับวิตามินเอเสริมได้แก่หญิงตั้งครรภ์ และหญิงที่ให้นมลูก แต่ต้องระวังการได้รับวิตามินเอในปริมาณที่มากเกินไป อาจทำให้เกิดปัญหาความพิการของลูกขณะตั้งครรภ์

จากข้อค้นพบดังกล่าว พร้อมทั้งผลการศึกษาในรูปแบบ meta-analysis ที่ยืนยันถึง ประโยชน์ของการเสริมวิตามินเอ ประเทศเนปาลจึงได้มีนโยบายจัดตั้งโครงการระดับชาติเสริมวิตามิน เอให้แก่เด็กจำนวนหลายล้านคนต่อปี ทั้งนี้เนื่องจากในประเทศเนปาลพบปัญหาการขาดวิตามินเอจน เป็นผลทำให้เกิดภาวะตาแห้ง (Xerophthalmia) หรือภาวะขาดวิตามินเออย่างรุนแรงถึง 2-8% ในเด็ก ก่อนวัยเรียน อันเนื่องมาจากปัญหาความยากจนในประชากร และสภาพแวดล้อมของประเทศที่ไม่ สามารถปลูกผักที่มีวิตามินเอสูงได้ โดยอย่างน้อย 28% ของประชากรในประเทศมีฐานะยากจนมาก จนไม่สามารถหาอาหารที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต รวมทั้งยังมีการกีดกันสิทธิในการดำรงชีพ ทำให้เด็ก และสตรีอาจไม่สามารถเข้าถึงอาหารและปัจจัยพื้นฐานได้อย่างเพียงพอ

ก่อนทศวรรษที่ 1980 ปัญหาการขาดวิตามินเอยังไม่เป็นที่รับรู้ของผู้เกี่ยวข้อง ภายในประเทศมากนัก จนกระทั่งดร.อัลเฟร็ด ซอมเมอร์ แพทย์นักวิจัยจากประเทศสหรัฐอเมริกาและ คณะได้ศึกษาในประเทศอินโดนีเซียจนพบปัญหาตาบอดกลางคืนและตาแห้งในเด็กจำนวนมากจน นำมาสู่การเสียชีวิต และหาความสัมพันธ์จนตั้งสมมติฐานว่าน่าจะเกิดจากการขาดวิตามินเอ จากนั้น จึงมีการศึกษาต่อยอดโดยดร.เคท เวสต์ โดยดำเนินการในประเทศอินโดนีเซียและเนปาลจนสามารถ พิสูจน์ได้ว่าการเสริมวิตามินเอในเด็กสามารถช่วยลดอัตราการตายได้ถึง 30% ผลการศึกษาดังกล่าว ได้รับการยืนยันจากการศึกษาอื่นที่ดำเนินการในเวลาใกล้เคียงกันอีกด้วย

กลยุทธ์การแปรรูปความรู้สู่การปฏิบัติ

เนื่องจากการศึกษาวิจัยที่ดำเนินการนั้น ทำในประชากรศึกษาจำนวนมากถึง 30,000 ราย และได้มีการทำการศึกษหลายโครงการ ได้ผลสอดคล้องกัน จึงมีส่วนทำให้เพิ่มความน่าเชื่อถือของผล การศึกษา จนทำให้หน่วยงานสำคัญในประเทศ เช่น กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ NGO, WHO, UNICEF, และ USAID ร่วมกันพัฒนาโครงการระดับชาติเพื่อเสริมวิตามินเอ โดยผ่านการประชุมหารือ แลกเปลี่ยนข้อมูลวิชาการ และร่วมกันทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน ในกระบวนการพัฒนาโครงการ ระดับชาติดังกล่าว ได้มีการบรรจุแผนโครงการไว้ภายใต้แผนพัฒนาประเทศฉบับที่ 8 ของรัฐบาล ภายใต้พระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งเป็นแผนงานประเภท 5 ปี

จากการสนับสนุนงบประมาณขององค์กรระหว่างประเทศ คือ USAID และ UNICEF ประเทศเนปาลได้เริ่มดำเนินโครงการเสริมวิตามินเอ ตั้งแต่ปีค.ศ. 1993 โดยมุ่งหวังให้ลดอัตราการ เสียชีวิตและอัตราการเจ็บป่วยของเด็กอายุ 6-60 เดือนด้วยการเสริมวิตามินเอ ปริมาณ 200,000 IU จำนวนสองครั้งต่อปี ในพื้นที่ 32 อำเภอห่างไกล จากจำนวนอำเภอทั้งสิ้น 75 อำเภอทั่วประเทศ และการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต เพื่อเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีวิตามินเอเพียงพอ รวมถึงรณรงค์ การให้นมแม่ในพื้นที่ 32 อำเภอจาก 75 อำเภอทั่วประเทศอีกด้วย ระหว่างการดำเนินงานดังกล่าว ได้

มีการจัดตั้งองค์กร NGO ในชื่อ The Nepali Technical Assistance Group (TAG) เพื่อหวังจะช่วยเสริมการทำงานของภาครัฐ ทั้งในกระบวนการปฏิบัติงานร่วมกัน การฝึกอบรม การติดตามประเมินผล และการกระตุ้นเตือน นอกจากนี้ยังมีองค์กรต่างประเทศอื่นๆ มาร่วมสนับสนุนการดำเนินงานอีกด้วย เช่น AUSAID และ CIDA เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม โครงสร้างและบริบทแวดล้อมพื้นฐานในชุมชนของประเทศเนปาลในช่วงเวลานั้น ไม่เอื้อต่อการดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวมากนัก เช่น สถานื่อนามัยในชุมชนมีจำนวนจำกัด บุคลากรมีความรู้และมีจำนวนไม่เพียงพอ ปัญหาการละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากร เป็นต้น ดังนั้นการกลยุทธ์การดำเนินงานของโครงการในตอนแรกจึงใช้วงจรของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับชุมชนเป็นกลไกหลักที่จะขับเคลื่อน เนื่องจากมีจำนวนถึง 36,000 คน กระจายในพื้นที่ทั่วประเทศ โดยได้รับมอบหมายให้ทำการแจกจ่ายวิตามินเอให้แก่กลุ่มเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่จากการดำเนินงานพบว่ามีปัญหาอย่างมากในรอบปีแรก เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขนั้นไม่ได้รับการยอมรับนับถือจากประชาชน เนื่องจากมีความรู้ต่ำ รวมทั้งอาสาสมัครจำนวนมากไม่ได้สนใจที่จะร่วมมือดำเนินการตามนโยบายเพราะไม่เห็นความสำคัญ ทั้งๆ ที่ได้รับงบประมาณค่าตอบแทนจากรัฐคนละ 2 ดอลลาร์สหรัฐ ต่อเดือนในช่วงขวบปีแรก

ดังนั้น จึงได้มีการปรับกลยุทธ์การดำเนินงาน โดยอาศัย NGO คือกลุ่ม TAG ในการมาช่วยเสริมกระบวนการดำเนินงาน กล่าวคือ ผู้นำของกลุ่ม TAG ได้เล็งเห็นถึงปัญหาดังกล่าว จึงคิดหาวิธีในการจูงใจอาสาสมัครสาธารณสุขให้ทำงาน โดยใช้การให้โอกาสแสดงความคิดเห็นในการปรับกระบวนการดำเนินงาน (Opportunity) การฝึกอบรมความรู้ให้แก่อาสาสมัครเพื่อทำให้เกิดความยอมรับนับถือจากประชาชนมากขึ้น (Respect) การกล่าวชมเชยและให้เกียรติในเวทีต่างๆ เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ (Recognition) และการจูงใจให้ระลึกว่าการดำเนินการดังกล่าวเป็นการช่วยชีวิตเด็กซึ่งเป็นลูกหลานของตนเองในชุมชน ซึ่งถือเป็นการแก้ไขปัญหามุมชนด้วยแรงและความรับผิดชอบของตนเอง (Ownership)

ภายหลังจากดำเนินการตามกลยุทธ์ดังกล่าวแล้ว ปรากฏว่าได้รับผลการดำเนินงานสำเร็จตามที่ได้ตั้งไว้ในแผนทั้ง 32 อำเภอ รัฐบาลจึงได้ทำการขยายผลเพิ่มขึ้นปีละ 8-10 อำเภอ จนกระทั่งครบทั้ง 75 อำเภอทั่วประเทศในปี 1997

ผลกระทบที่เกิดขึ้น

จากการดำเนินนโยบายระดับชาติดังกล่าว ได้มีการประเมินค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ในปี 1997 และ 2000 เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาความคุ้มค่าของนโยบายนี้ พบว่าการให้วิตามินเอเสริมจำนวน 2 ครั้งต่อปี ต้องลงทุนประมาณ 1.25 ดอลลาร์สหรัฐต่อเด็กหนึ่งคน ทั้งนี้ไม่รวมค่าเสียเวลาของ

อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งหากเปรียบเทียบกับ การดำเนินนโยบายสาธารณสุขอื่นๆ เช่น การรณรงค์ให้ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การติดตามภาวะการเจริญเติบโต และการเสริมอาหาร micronutrient ชนิดอื่นๆ ซึ่งต้องลงทุนสูงกว่านโยบายนี้ถึง 4 เท่า

จากการคำนวณ cost-effectiveness พบว่า นโยบายนี้ใช้จ่ายไป 327-397 เหรียญสหรัฐ per death averted และ 11-12 เหรียญสหรัฐ per disability adjusted life-year (DALY)

การดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวสามารถครอบคลุมเด็กอายุ 6-59 เดือนได้ถึง 81% โดย สามารถป้องกันมิให้เด็กเกิดภาวะตาบอดได้ถึง 2,000 คนต่อปี โดยมีผลการติดตามประเมินแบบ quasi-experimental พบว่าสามารถลดอัตราการตายในเด็กได้ถึงครึ่งหนึ่ง โดยทำการเปรียบเทียบ ระหว่างอำเภอที่มีการเสริมวิตามินเอ กับอำเภอที่ไม่ได้รับการเสริมวิตามินเอในช่วงเวลาเดียวกัน

อย่างไรก็ตาม ยังคงเป็นที่สงสัยและน่าติดตามต่อไปว่า นโยบายระดับชาตินี้จะสามารถ ดำเนินการต่อไปได้อย่างยั่งยืนหรือไม่ท่ามกลางความไม่แน่นอนด้านวิชาการของรัฐบาลที่อาจ สนับสนุนหรือไม่สนับสนุนในอนาคต นอกจากนี้ ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีประเทศเนปาลได้เริ่มมีการคิด ระบบค่าตอบแทนอาสาสมัครสาธารณสุขในรูปแบบของ Endowment Fund ซึ่งจัดตั้งและควบคุมโดย คณะกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน โดยอาศัยการได้รับงบประมาณก้อนหนึ่งจากรัฐ นำเข้าบัญชีและนำ ดอกเบี้ยที่เกิดขึ้นมาใช้จ่าย สนับสนุนให้แก่อาสาสมัครในเครือข่าย ซึ่งก่อให้เกิดความพึงพอใจของ อาสาสมัครระดับหนึ่ง แม้กระนั้น ก็ยังเป็นที่สงสัยในความยั่งยืนของผลที่เกิดขึ้น รวมทั้งการบริหาร จัดการกองทุนดังกล่าวขึ้นอยู่กับคณะกรรมการพัฒนาหมู่บ้านในแต่ละพื้นที่ว่าบริหารจัดการได้ดีเพียงไรอีก ด้วย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

กรณีศึกษา นโยบายการเสริมวิตามินเอในประเทศเนปาลนี้ แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการ แปรองค์ความรู้จากงานวิจัยไปสู่ระดับนโยบาย โดยอาศัยปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ความน่าเชื่อถือ ขององค์ความรู้ ผนวกกับขนาดและความรุนแรงของปัญหาการขาดวิตามินเอในประเทศ เพื่อสร้างให้ เกิดความตระหนักถึงปัญหาและการยอมรับในกลุ่มผู้สร้างนโยบาย

อย่างไรก็ดี แม้ได้มีการสร้างนโยบายให้เกิดขึ้นแล้ว แต่บทเรียนที่พบในระหว่าง การดำเนิน นโยบายคือการปรับแต่งวงจรการดำเนินงานที่มีอยู่โดยผ่านการใช้อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ โดยใช้กลยุทธ์ 4 ประการคือ การให้โอกาสมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น การพัฒนาศักยภาพโดยการ ฝึกอบรมเพื่อหวังสร้างความเชื่อมั่นและนับถือของประชาชนต่ออาสาสมัครสาธารณสุข การยกย่อง ชมเชยให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในภารกิจที่ดำเนินการ และการสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา และเป็นผู้ดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ทั้งนี้ทั้งนั้นจุดเด่นอีกประการหนึ่ง คือการดำเนินการโดย

มิได้ใช้ระบบค่าตอบแทนจูงใจมาเป็นหลักการดำเนินงาน แต่ใช้กลยุทธ์อื่นมาช่วยปรับแต่ง พร้อมทั้งการถ่ายโอนบทบาทภาครัฐไปสู่ NGO ให้มาร่วมกันปรับระบบการดำเนินงาน พร้อมทั้งการวางระบบการติดตามประเมินนโยบายที่ดำเนินการไปแล้ว เพื่อดูความคุ้มค่าโดยเปรียบเทียบกับนโยบายอื่นๆ มาประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายในระยะต่อมา

กรณีศึกษาที่ 4: การวางแผนด้านสาธารณสุขในประเทศเคนยา

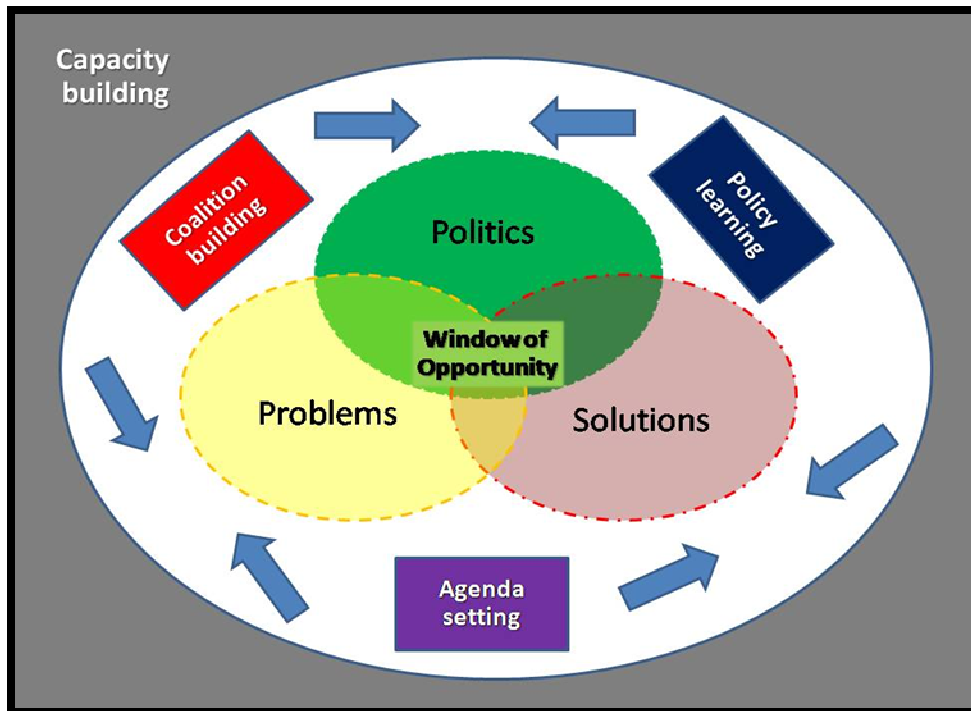
แหล่งข้อมูล: Creating Windows of Opportunity for Policy Change: Incorporating Evidence into Decentralized Planning in Kenya. Bulletin of the World Health Organization, August 2006: 84(8); 669-72.

ผู้เขียน: Lori SA, Rhonda RS, Roger-Mark DS, Fariyal FF, and Nancy VY.



ความเป็นมา

Population Reference Bureau (PRB) เป็นหน่วยงานวิชาการอิสระในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ทำการพัฒนาโมเดลต้นแบบที่จะอธิบายปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงของนโยบาย (ดังรูปที่ 1) โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างปัญหาที่มีอยู่ในพื้นที่ หนทางแก้ไขปัญหา และบริบทแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากผู้มีอำนาจระดับต่างๆ ซึ่งหากพิจารณาปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยทั้งสามเป็นอย่างดีแล้ว จะทำให้เกิดโอกาสในการพัฒนากลวิธีเพื่อสร้างสรรค์นโยบายที่ตอบสนองต่อปัญหานั้นๆ โดยใช้หนทางที่ยอมรับกันได้โดยทุกฝ่าย ทั้งฝ่ายผู้มีอำนาจ ฝ่ายปฏิบัติการ และประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ ทั้งนี้ประโยชน์ที่จะได้รับควรจะเป็นประโยชน์ทั้งในแง่การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการร่วมกันสร้าง พัฒนา และผลักดันนโยบายที่จะเกิดผลต่อตนเอง รวมถึงการเรียนรู้ นโยบายของฝ่ายปฏิบัติการ และการได้รับความรู้เชิงวิชาการที่จำเป็นสำหรับผู้มีอำนาจ



ในปีค.ศ. 2001 PRB ได้ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ประเทศเคนยา ในการดำเนินการ ประเมินผลการให้บริการสาธารณสุข (Kenya Service Provision Assessment: KSPA) โดยทำ ร่วมกับการสำรวจด้านประชากรและสุขภาพแห่งชาติ (National Demographic and Health Survey: DHS) และได้ทำการสำรวจกลุ่มตัวอย่างจากสถานบริการสาธารณสุขจำนวนทั้งสิ้น 388 แห่งใน ประเทศเคนยา เกี่ยวกับการดำเนินการให้บริการสาธารณสุข ทั้งในเรื่องความเพียงพอของการ ให้บริการ คุณภาพ และระดับการใช้บริการ ผลการประเมินที่ได้มาจากการสำรวจนี้ ได้มีการวิเคราะห์ และเล็งผลเลิศที่จะนำเสนอไปสู่มือผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้สร้างและตัดสินใจเชิงนโยบาย เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขทั้งระดับอำนวยการและระดับปฏิบัติการ เพื่อให้ได้นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบ สาธารณสุขในประเทศ

กลยุทธ์การแปรรูปความรู้สู่การปฏิบัติ

ในช่วงแรกคณะทำงานได้มีการวางแผนที่จะสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมที่จะกระตุ้นให้เกิด กระบวนการเรียนรู้จากผลการศึกษาและเชื่อมโยงไปยังแนวคิดเชิงนโยบาย โดยการกระจายผล การศึกษาในรูปแบบการจัดการประชุมย่อยๆ และการนำเสนอในเวทีในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ จำนวน 16 ครั้ง พร้อมกับการจัดเตรียมเอกสารและสื่อประเภทต่างๆ ที่นำเสนอผลสรุปการศึกษาในรูปแบบที่ เข้าใจง่าย ร่วมไปกับการเผยแพร่ผ่านทางสื่อสารมวลชนทั้งในรูปแบบสื่อในชุมชน และการจัดแสดง ขาวเพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักของสาธารณะควบคู่กันไป

จากนั้นได้มีการประชุมในระดับภูมิภาค โดยความร่วมมือระหว่าง PRB กับเจ้าหน้าที่รัฐของประเทศเคนยา ในรูปแบบที่แตกต่างจากการปฏิบัติในอดีตที่เป็นการจัดประชุมเพื่อนำเสนอผลงานให้แก่เพียงเจ้าหน้าที่รัฐฝ่ายเดียว โดยคณะทำงานได้มีการจัดการประชุมโดยการมุ่งเป้าที่จะบูรณาการผลการศึกษานี้เข้าสู่กระบวนการวางแผนของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพัฒนานโยบายที่เน้นการปรับปรุงระบบสาธารณสุข ผ่านความร่วมมือของทุกภาคส่วนในสังคม การประชุมแบ่งจัดใน 4 ภูมิภาค และตั้งทีมงานที่ประกอบด้วยหลายฝ่าย เช่น เจ้าหน้าที่การแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่ นักศึกษา ตัวแทน NGO ตัวแทนแพทย์จากภาคเอกชน รวมถึงตัวแทนที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนและพัฒนา ระบบจากกระทรวงอื่นๆ

หลังจากที่ได้มีการประชุมตามภูมิภาคต่างๆ เพื่อนำเสนอสาระสำคัญที่ได้จากการศึกษาแล้ว ได้มีการเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายให้ความคิดเห็น และทำการพิจารณาประเด็นเร่งด่วน เพื่อกำหนดร่วมกัน ผลักดันในเชิงนโยบายและแผนปฏิบัติการเพื่อตอบสนองต่อประเด็นปัญหาต่างๆ ต่อไป จากกระบวนการข้างต้น ได้ประเด็นปัญหาเร่งด่วนคือ สุขภาวะของมารดา สุขภาวะของเด็ก การวางแผนครอบครัว และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากนั้นได้มีการร่วมกันพัฒนาแผนการดำเนินงานระดับพื้นที่เพื่อตอบสนองต่อปัญหา โดยที่ประชุมได้มอบหมายให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับพื้นที่เป็นแกนนำในการพัฒนาแผน

หลังจากร่วมกันพัฒนาแผนปฏิบัติการในระดับพื้นที่แล้ว พบว่ามีแผนที่ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยอิงข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวนทั้งสิ้น 70 แผน โดยทุกแผนได้รับการยอมรับจากตัวแทนในแต่ละทีม และพิสูจน์แล้วว่าตรงตามประเด็นปัญหาที่สำคัญในพื้นที่

ผลกระทบที่เกิดขึ้น

แผนปฏิบัติการในระดับพื้นที่ ทั้ง 70 แผนได้รับการรวบรวมและนำเสนอต่อระดับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อนำเข้าสู่แผนประจำปี และทำเรื่องของบประมาณ พร้อมข้อมูลสนับสนุนจากการศึกษาวิจัย และได้รับการอนุมัติงบประมาณสนับสนุนทั้งหมด ในปีงบประมาณ ค.ศ. 2002 และถือเป็นบทเรียนแห่งความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากกระบวนการที่เป็นความร่วมมือจากภาคประชาสังคมเป็นครั้งแรกในประเทศเคนยา จนทำให้มีการประยุกต์วิธีการดังกล่าวต่อมาในการดำเนินงานเรื่องจำเพาะต่างๆ ในเวลาต่อมา ถึงแม้จะมีการยอมรับว่าต้องมีการลงทุนลงแรงมากกว่ากระบวนการสร้างนโยบายและแผนปฏิบัติการแบบเดิมก็ตาม

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

กรณีศึกษาเรื่องการวางแผนด้านสาธารณสุขในประเทศเคนยา แม้จะเป็นเรื่องที่หลายประเทศเคยดำเนินการหรือกำลังดำเนินการในรูปแบบนี้แล้วก็ตาม แต่ก็ได้ให้บทเรียนหลายอย่าง ได้แก่

1. โอกาสของการพัฒนาที่เกิดขึ้นจากการเปิดโอกาสให้องค์กรวิชาการภายนอกมาร่วมศึกษาวิจัย โดยผนวกกับกิจกรรมที่ดำเนินการอยู่แล้ว เช่น การที่ PRB มาร่วมดำเนินการศึกษา KSPA ร่วมกับกิจกรรมการสำรวจด้านประชากรและสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขของประเทศเคนยา แทนที่จะเป็นการดำเนินการแยกกิจกรรมซึ่งอาจทำให้ต้องลงทุนทรัพยากรมากขึ้น หรืออาจไม่ได้รับการตอบรับจากกลุ่มเป้าหมาย

2. การวางแผนการนำเสนอผลงานวิชาการสู่กลุ่มเป้าหมายทุกภาคส่วน โดยกลยุทธ์ที่หลากหลายในเวลาเดียวกัน เช่น การใช้วิธีการจัดประชุม ร่วมกับการผลิตสื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่จำเพาะ และผ่านสื่อสารมวลชนที่มีในแต่ละพื้นที่

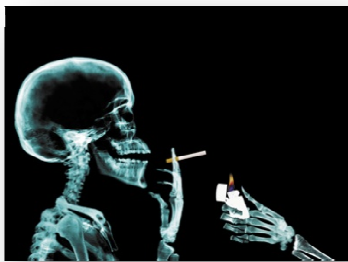
3. ในส่วนของกระบวนการผลักดันไปสู่ระดับนโยบาย กรณีศึกษาได้นำเสนอวิธีการขับเคลื่อนนโยบายผ่านเวทีประชาคม ที่ประกอบด้วย ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ร่วมกับการเสาะหาความร่วมมือแบบบูรณาการกับกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องไปพร้อมๆ กัน

4. กรณีศึกษานี้ ยังได้แสดงเป็นตัวอย่างของความสำเร็จที่มีการพัฒนาแผนปฏิบัติการระดับพื้นที่ ที่ตอบสนองต่อประเด็นปัญหาของพื้นที่อย่างแท้จริง (Area based operation plans) โดยอาศัยข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยมาสนับสนุน มิได้มีการพัฒนานโยบายหลักของชาติก่อนเช่นในอดีต จากนั้นค่อยมีการนำเสนอและรวบรวมเข้าสู่ระดับกระทรวงเพื่อเสนอของบประมาณสนับสนุนในเวลาต่อมา

กรณีศึกษาที่ 5: การต่อสู้กับการแพร่ระบาดของบุหรี่ในเวทีโลก

แหล่งข้อมูล: Knowledge to Action: An End-of-Grant Knowledge Translation Casebook.
Canadian Institutes of Health Research (CIHR), 2010.

ผู้พิมพ์: Gepffrey TF, University of Waterloo and Ontario Institute for Cancer Research



ความเป็นมา

การแพร่ระบาดของบุหรี่ถือเป็นปัญหาระดับโลก โดยเป็นสาเหตุการตายของประชากรมากถึง 5 ล้านคนในแต่ละปี ในศตวรรษที่ 20 ที่ผ่านมามีคนเสียชีวิตอย่างน้อย 100 ล้านคนโดยมีสาเหตุจากบุหรี่ และมีการคาดการณ์ว่าน่าจะมีคนเสียชีวิตมากถึง 1 พันล้านคนในศตวรรษที่ 21 จากข้อมูลดังกล่าวจึงมีความร่วมมือกันในระดับประชาคมโลกเพื่อสร้างกรอบความร่วมมือเพื่อควบคุมปัญหาการแพร่ระบาดของบุหรี่ เรียกว่า The WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) โดยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ได้มีการออกนโยบายระดับนานาชาติเพื่อให้แต่ละประเทศดำเนินการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาบุหรี่ เช่น การออกฉลากเตือนเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในพื้นที่สาธารณะ การแบนการโฆษณา และการขึ้นภาษีบุหรี่ เป็นต้น โดย FCTC ได้ดำเนินการโดยยึดถือการพัฒนากรอบความร่วมมือโดยยึดเอาข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ทางด้านวิชาการเป็นหลัก ถึงแม้ว่า ณ ปัจจุบันไม่ได้มีการดำเนินการศึกษาเพื่อประเมินเปรียบเทียบนโยบายของแต่ละประเทศมากนัก

อย่างไรก็ตาม มหาวิทยาลัยวอเตอร์ลู ในประเทศแคนาดา ได้มีการดำเนินโครงการติดตามประเมินนโยบายว่าด้วยเรื่องการควบคุมปัญหาบุหรี่ในระดับนานาชาติขึ้นในปีค.ศ. 2002 ในชื่อของ International Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC Project) โดยโครงการนี้มุ่งที่จะทำการแปรผลการศึกษาและประเมินนโยบายเพื่อให้นำไปใช้ประโยชน์ในทุกกลุ่มของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งระดับผู้สร้างนโยบาย นักวิชาการ และกลุ่มปฏิบัติการสนับสนุนนโยบาย โครงการ ITC ได้รับการ

สนับสนุนงบประมาณจากประเทศต่างๆ จำนวน 4 ประเทศในระยะแรก ได้แก่ ประเทศแคนาดา สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร และออสเตรเลีย และได้ดำเนินการขยายผลจนสามารถทำการสำรวจกลุ่มประชากรที่สูบบุหรี่ได้มากถึง 70% ทั่วโลกใน 20 ประเทศ ณ ปัจจุบัน และยังถือเป็นโครงการระดับนานาชาติเพียงโครงการเดียวที่มุ่งประเมินนโยบายการควบคุมบุหรี่ภายใต้กรอบความร่วมมือ FCTC

กลยุทธ์การแปลงองค์ความรู้สู่การปฏิบัติ

นอกเหนือจากวิธีปฏิบัติแบบดั้งเดิม เช่นการเผยแพร่ผลการศึกษาไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงแล้ว ทีม ITC ได้พยายามเผยแพร่องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาในภาษาที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ยังได้นำเสนอคำวิจารณ์เพิ่มเติมของผู้ที่ใช้องค์ความรู้ดังกล่าวอีกด้วย

จากการสนับสนุนงบประมาณของ CIHR โครงการ ITC ได้ทำการขยายกลุ่มเป้าหมายไปยังต่างประเทศโดยทำการทำรายงานระดับประเทศ ให้แก่ประเทศฝรั่งเศส จีน เยอรมัน เนเธอร์แลนด์ และไทยอีกด้วย

นอกเหนือรายงานด้านวิชาการแล้ว ITC ได้ทำรายงานเกี่ยวกับฉลากเตือนสำหรับผู้บริโภค โดยสอดแทรกผลการศึกษาในรูปแบบของรูปภาพต่างๆ เพื่อใช้ในการรณรงค์วันปลอดบุหรี่โลกในปี 2009 เพื่อแจกจ่ายให้แก่ประชาชนผู้สนใจและสื่อมวลชนที่เกี่ยวข้องในระดับนานาชาติ โดยรายงานดังกล่าวได้รับการแปลเป็นภาษาจีน โดยสำนักงานควบคุมบุหรี่แห่งชาติของประเทศจีน เพื่อใช้ในการรณรงค์ในประเทศจีนอย่างกว้างขวาง

วงจรการแปลงองค์ความรู้สู่การปฏิบัติของโครงการ ITC นี้ ส่วนใหญ่ใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านวงจรการเผยแพร่ข้อมูลอันหลากหลายดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ตัวอย่างของความสำเร็จและความไม่สำเร็จในการดำเนินงานเพื่อควบคุมปัญหาบุหรี่ ได้รับการถ่ายทอดในกลุ่มประเทศเป้าหมายที่เป็นเครือข่ายอย่างทั่วถึง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนประเทศฝรั่งเศสในปี 2008 ที่เห็นด้วยกับการห้ามสูบบุหรี่ในคาเฟ่ บาร์ และร้านอาหาร ซึ่งได้รับการถ่ายทอดไปสู่ระดับนโยบายผ่านทางรายงานวิชาการ และนำมาซึ่งการออกนโยบายห้ามสูบบุหรี่ระดับชาติ และได้รับการติดตามประเมินผลในระยะต่อมาจนพบว่านโยบายดังกล่าวสามารถทำให้ลดอัตราการสูบบุหรี่ลงอย่างมีนัยสำคัญ พร้อมกับการทำให้เกิดอัตราการสนับสนุนนโยบายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเพิ่มขึ้นทั้งในกลุ่มผู้ไม่สูบบุหรี่และที่สูบบุหรี่อีกด้วย หากพิจารณาตัวอย่างในประเทศฝรั่งเศสนี้ อาจถือว่าเป็นกระบวนการเชื่อมต่อแบบวงล้องานวิจัยสู่นโยบายสู่งานวิจัยนั่นเอง (Research to Policy to Research Cycle)

นอกจากนี้ยังได้มีการติดตามสถานการณ์ที่เป็นผลจากนโยบายในประเทศอื่นๆ เช่น การที่ประเทศไทยได้มีนโยบายติดภาพเตือนข้างซองบุหรี่ตั้งแต่ปี 2006 ทำให้มีผลให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความ

ตระหนักต่อผลเสียต่อสุขภาพและมีความอยากที่จะเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น หรือแม้แต่ในประเทศจีนที่มี การศึกษาพบว่า การใช้ตัวอักษรเป็นคำเตือนที่ของบุหรี่อย่างเดียวนั้นไม่ได้ผล รวมถึงมีการวิจัยสำรวจ ประชาชนแล้วพบว่ามีความเสี่ยงสนับสนุนให้ออกนโยบายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะมากขึ้น และใน ประเทศเนเธอร์แลนด์และเยอรมันมีการการศึกษาเปรียบเทียบนโยบายห้ามสูบบุหรี่ที่ไม่เคร่งครัดจะ ได้ผลน้อยกว่าการดำเนินนโยบายแบบเคร่งครัดในประเทศไอร์แลนด์และฝรั่งเศส องค์ความรู้ที่ได้จาก งานวิจัยของประเทศต่างๆ ข้างต้น ได้รับการถ่ายทอดสู่กันและกันในประเทศที่เป็นเครือข่ายความ ร่วมมือ เพื่อนำไปพัฒนาต่อยอดการดำเนินการควบคุมปัญหาบุหรี่ของแต่ละประเทศได้อย่างมี ประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีจุดเน้นทั้งในเรื่องคุณภาพขององค์ความรู้ ความหลากหลายของช่อง ทางการเผยแพร่และความเหมาะสมของเนื้อหากับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงความ ร่วมมือหรือการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในแต่ละกระบวนการ โดยมีการสร้างวงจรต่างๆ ให้เอื้อต่อการดำเนินการดังกล่าว เช่น การจัดเวทีประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน การจัดเวที ประชาสัมพันธ์สู่สาธารณะเพื่อหวังผลโดยตรงต่อประชาชน และหวังผลโดยอ้อมให้ประชาชนเป็นแรง ร่วมผลักดันด้านนโยบายอีกทางหนึ่ง

ผลกระทบที่เกิดขึ้น

ผลกระทบที่เห็นจากการเลือกดำเนินการโดยวงจรดังกล่าว คือการเปลี่ยนแปลงในด้าน นโยบายควบคุมบุหรี่ของแต่ละประเทศในเวทีโลก การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงของนโยบายที่ออกมาจาก การตกลงระหว่างประเทศภายใต้กรอบความร่วมมือ FCTC รวมถึงภาคีสมาชิกในเวทีโลกที่หันมาให้ความ ร่วมมือหรือแรงจูงใจต่อด้านบุหรี่กันเพิ่มขึ้นและจริงจังมากขึ้น แต่สิ่งที่ทุกคนกำลังเฝ้ารออยู่ในอนาคตคือ อัตราการสูบบุหรี่ของโลกที่ลดลง และอัตราการเสียชีวิตหรือเจ็บป่วยอันมีสาเหตุจากบุหรี่ที่ลดลงนั่นเอง

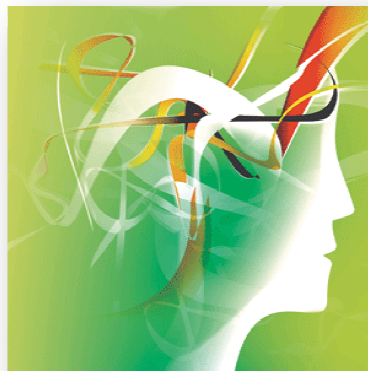
ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

วงจรการสื่อสารองค์ความรู้ รวมถึงข้อเสนอแนะเชิงนโยบายของโครงการ ITC ถือเป็นตัวอย่าง หนึ่งของความสำเร็จในการแปรความรู้ไปสู่ระดับนโยบายทั้งระดับชาติและนานาชาติ ผ่านการตีโจทย์ เรื่องการส่งข้อมูลองค์ความรู้ให้เหมาะสมกับความต้องการและลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทาง การตลาดอันหลากหลาย รวมถึงการสร้างมูลค่าเพิ่มของสินค้า (องค์ความรู้) โดยเพิ่มเติมคำวิจารณ์ ของผู้ใช้ความรู้ เพื่อทำให้สมบูรณ์และเป็นที่ยอมรับมากขึ้น และเป็นการแสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วม ของทุกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อันจะนำมาซึ่งน้ำหนักและความน่าเชื่อถือ ที่จะช่วยให้ผู้สร้างนโยบาย เล็งเห็นความสำคัญของตัวสินค้านี้มากขึ้นกว่ามาจากฝ่ายวิชาการเพียงฝ่ายเดียว

กรณีศึกษาที่ 6: ระบบดูแลสุขภาพจิตในประเทศเวียดนาม

แหล่งข้อมูล: From Research Evidence to Policy: Mental Health Care in Viet Nam. Bulletin of the World Health Organization, August 2006: 84(8); 664-8.

ผู้พิมพ์: Harpham T and Tuan T.



ความเป็นมา

ปัญหาด้านสุขภาพจิตในประเทศเวียดนามถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยมีผลการศึกษารายงานว่า 33% ของผู้หญิงที่มาใช้บริการที่คลินิกทั่วไปในเมืองโฮจิมินห์มีอาการซึมเศร้า และ 19% เคยมีความรู้สึกลอยลางหรือกลัวตาย โดยข้อมูลดังกล่าวถือว่าสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว และยังคงสูงกว่าที่แพทย์ในเวียดนามเคยคาดประมาณเอาไว้ ซึ่งคาดไว้เพียง 1% จากการศึกษาดังกล่าวจึงได้มีการทำการสำรวจระดับชาติในมารดาที่มีลูกอายุไม่เกิน 1 ปี จำนวน 2,000 ราย พบว่ามีความทุกข์ของโรคซึมเศร้าหรือโรคกังวล มากถึง 20% โดยใช้เครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบมาตรฐานแล้ว

นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาระดับชาติในชุมชน โดยทำการสำรวจประชาชนอายุระหว่าง 14-25 ปี จำนวน 5,584 คน พบว่ามีความทุกข์ของการเคยมีอาการเสียใจหรือหมดหวังจนทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจวัตรในชีวิตประจำวันได้ ประมาณ 25% ในจำนวนดังกล่าว หากพิจารณาเฉพาะเพศหญิงที่มาจากเชื้อชาติของชนกลุ่มน้อย จะพบว่ามีทุกข์ของอาการดังกล่าวถึง 34%

โดยปกติแล้วหน่วยงานที่มีบทบาทในการจัดการนโยบายเกี่ยวกับระบบบริการด้านสุขภาพจิตในประเทศเวียดนาม ได้แก่ สมัชชาระดับชาติด้านสุขภาพจิต (National Assembly) ซึ่งทำหน้าที่ในการกำกับ ติดตามนโยบาย คณะกรรมการกลางด้านวิทยาศาสตร์และการศึกษา (Central Commission

for Science and Education) ซึ่งจะทำหน้าที่ในการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพ กรมการแพทย์ (Department of Curative Medicine) ซึ่งอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข โดยทำหน้าที่รับผิดชอบในการพัฒนานโยบายด้านการรักษาและการป้องกันโรค สถาบันนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ (The Health Strategy and Policy Institute) ซึ่งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยทำหน้าที่ป้อนข้อมูลเชิงประจักษ์ให้แก่หน่วยงานต่างๆ เพื่อพัฒนานโยบาย และคณะกรรมการระดับชาติด้านประชากร ครอบครัว และเด็ก (National Committee for Population, Families, and Children) ซึ่งเป็นองค์กรภาครัฐที่ทำหน้าที่ประสานงานกับทุกภาคส่วนในเรื่องเกี่ยวกับประชากร ครอบครัวและเด็ก นอกจากนี้ยังมีองค์กรต่างประเทศที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพในเวียดนาม ได้แก่ องค์การอนามัยโลก และมหาวิทยาลัยจากต่างประเทศ

ตั้งแต่อดีตจนถึงปีค.ศ. 2004 นโยบายด้านสุขภาพจิตในประเทศเวียดนาม มุ่งเน้นการรักษาเฉพาะโรคจิตเภท และโรคซึมเศร้า ภายในสถานพยาบาลเท่านั้น โดยไม่มีนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันโรคทางจิตใจอื่นๆ เลย รวมถึงยังไม่เคยมีการสร้างนโยบายระดับพื้นที่ใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตอีกด้วย

กลยุทธ์การแปรองค์ความรู้สู่การปฏิบัติ

ในช่วงปลายปีค.ศ. 2004 หน่วยงาน NGO ที่มีชื่อว่า The Research and Training Center for Community Development ได้นำเสนอข้อมูลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิตในที่ประชุมของสมัชชาระดับชาติด้านกิจการสังคม โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 60 คนซึ่งมาจากหลายภาคส่วน ได้แก่ สมาชิกวุฒิสภา นักการเมือง รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงศึกษา และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียด้านกิจการสังคมที่มาจากจังหวัดต่างๆ จำนวน 22 จังหวัด จากทั้งหมด 64 จังหวัดทั่วประเทศ หน่วยงาน NGO ดังกล่าวได้นำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพจิตออกมาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาความยากจน ซึ่งได้รับการวิเคราะห์มาเป็นอย่างดีแล้วว่าตรงกับความต้องการของสมาชิกวุฒิสภา นอกจากนี้การประชุมดังกล่าวจึงใจที่จะจัดนอกเมืองหลวงเพื่อให้แน่ใจว่าผู้เข้าร่วมประชุมจะไม่สามารถออกจากที่ประชุมไปทำงานประจำของตนเองได้ง่ายๆ

หลังจากจบการประชุม ได้มีการสำรวจความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุม พบว่านักการเมืองรู้สึกสนใจในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างมาก และรู้สึกยินดีที่ได้รับทราบข้อมูลโดยใช้เวลามุ่งไปยังประเด็นเดียวกันได้ตลอดทั้งวัน ทำให้งานจะสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการพัฒนานโยบาย รวมถึงการวางแผนติดตาม กำกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องได้ดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้ NGO ยังได้นำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพจิตดังกล่าวให้แก่คณะกรรมการระดับชาติด้านประชากร ครอบครัวและเด็ก จำนวน 80 คน ในช่วงเวลาที่คณะกรรมการกำลังวางแผนปฏิบัติการ

ระยะ 5 ปี (2006-10) และพยายามที่จะตีพิมพ์ผลการศึกษาด้านสุขภาพจิตในแม่และเด็ก ลงในหนังสือพิมพ์ประจำวันภายหลังจากการประชุม โดยได้เรียบเรียงบทความไม่ให้เกิดผลกระทบต่อคนก่อนให้เกิดผลกระทบที่จะทำให้เกิดการแบ่งแยกหรือกีดกันทางสังคมกับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า หน่วยงาน NGO นี้ได้เคยมีผลงานที่เคยทำงานร่วมกับหน่วยงานรัฐต่างๆ ในเรื่องอื่น จนเป็นที่เชื่อถือและมีผลงานเป็นรูปธรรมมาก่อนหน้านี้ เช่น การป้อนข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาทุพโภชนาการในเด็ก และการขาดธาตุเหล็กในผู้หญิงและเด็ก จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบาย นอกจากนี้โครงสร้างของหน่วยงานยังคำนึงถึงช่องทางเชื่อมต่อกับภาครัฐ โดยทำการเชิญเจ้าหน้าที่อาวุโสจากภาครัฐมาเป็นกรรมการที่ปรึกษาของหน่วยงาน

ผลกระทบที่เกิดขึ้น

ด้วยลักษณะต่างๆ เหล่านี้จึงทำให้ข้อมูลที่น่าเสนอได้รับการตอบรับเข้าสู่กระบวนการพัฒนานโยบายระดับชาติที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพจิตในผู้หญิงและเด็ก ในรูปแบบต่างๆ เช่น การทำการคัดกรองสุขภาพจิตในกลุ่มผู้หญิงและเด็ก รวมทั้งการจัดให้เกิดระบบการดูแลรักษาโรคทางจิตเวชในระดับชุมชน พร้อมการเกิดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตอีกด้วย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

กรณีศึกษาเรื่องระบบดูแลสุขภาพจิตในประเทศเวียดนามนี้ยังได้ทำการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการนำองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัยไปสู่การปฏิบัติและการผลักดันเชิงนโยบาย โดยทำการสัมภาษณ์กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น ตัวแทนของคณะกรรมการระดับชาติฯ สมาชิกอาวุโสของสถาบันนโยบายฯ ตัวแทนองค์การอนามัยโลกในฐานะผู้ให้ทุน รวมถึงนักวิจัยจากสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ ผลการสัมภาษณ์พบปัจจัยที่น่าจะเกื้อหนุนให้ผู้สร้างและพัฒนานโยบายนำองค์ความรู้ไปใช้ดังที่เห็นในกรณีศึกษา ดังนี้

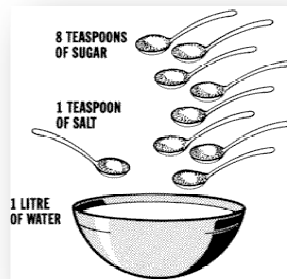
1. ปัจจัยที่อยู่ในบริบทของการเมือง พบว่ากรณีศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นถึงการฉวยโอกาสนำเสนอข้อมูลที่อยู่ในความสนใจของกลุ่มเป้าหมาย ในช่วงเวลาที่เหมาะสม ได้แก่การนำเสนอข้อมูลสุขภาพจิตที่นำไปเชื่อมโยงกับประเด็นความยากจนซึ่งเป็นที่น่าสนใจของนักการเมืองและสมาชิกวุฒิสภา รวมทั้งการนำเสนอข้อมูลในช่วงเวลาที่คณะกรรมการระดับชาติกำลังอยู่ในช่วงพัฒนาแผนพหุติ นอกจากนี้ยังได้แสดงถึงปรากฏการณ์ที่มีหน่วยงานรัฐหลายระดับที่ดำเนินงานหรือติดต่อกับนักวิจัยหรือผู้นำเสนอข้อมูล ทำให้มีโอกาสสำเร็จมากขึ้น

2. ลักษณะของข้อมูลที่น่าเสนอ ข้อมูลที่น่าเสนอต้องเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้ ผ่านกระบวนการศึกษาที่ถูกต้องเหมาะสม ผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์แอบแฝง และข้อมูลดังกล่าวได้รับการนำเสนอผ่านช่องทางอันหลากหลาย ทั้งเวทีวิชาการ และสื่อสารมวลชน
3. ช่องทางเชื่อมโยงระหว่างผู้นำเสนอข้อมูลและฝ่ายนโยบาย จะเห็นได้ว่ากรณีศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นว่าผู้นำเสนอข้อมูลมีความสัมพันธ์หรือมีช่องทางติดต่อกับฝ่ายนโยบายมาก่อนหน้านี้ ทำให้ง่ายต่อการผลักดันไปสู่กระบวนการพัฒนานโยบายได้ นอกจากนี้การมีโครงสร้าง เช่น คณะกรรมการระดับชาติฯ อยู่แล้วนั้น ก็เอื้อต่อการที่ผู้นำเสนอข้อมูลจะมีเวทีในการนำเสนอต่อผู้เกี่ยวข้องได้มากขึ้น
4. ปัจจัยภายนอก ข้อมูลที่น่าเสนอนั้น หากมีองค์กรภายนอก เช่น องค์การอนามัยโลก และมหาวิทยาลัยจากต่างประเทศ ร่วมดำเนินการหรือสนับสนุนก็จะทำให้ฝ่ายนโยบายเห็นความสำคัญได้มากขึ้น

กรณีศึกษาที่ 7: การป้องกันการเสียชีวิตจากโรคท้องร่วงในประเทศอียิปต์

แหล่งข้อมูล: Case Studies in Global Health: Millions Saved. Center for Global Development, 2007. http://www.cgdev.org/section/initiatives/_active/millionssaved/studies/

ผู้นิพนธ์: Center for Global Development



ความเป็นมา

โรคท้องร่วงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตจากภาวะขาดน้ำได้ โดยเฉพาะในเด็กทารก มีการคาดประมาณว่ามีเด็กทารกเสียชีวิตจากภาวะนี้ระหว่าง 1.4-2.5 ล้านคนต่อปี ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะแล้วเด็กในประเทศกำลังพัฒนาจะเป็นโรคท้องเสียกันปีละ 3 ครั้ง

การรักษาภาวะขาดน้ำโดยให้สารน้ำทางการรับประทาน (Oral Rehydration Therapy: ORT) เป็นวิธีการรักษาที่ได้รับการพัฒนาขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970s ซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรค อหิวาตกโรคในที่พักพิงของผู้พลัดถิ่นในหลายประเทศ และพบว่าสามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตให้เหลือเพียง 4% เมื่อเทียบกับ 20-30% ในกลุ่มที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือด และได้รับการนำไปใช้จนเป็นที่แพร่หลายทั่วโลก จนกระทั่งองค์การอนามัยโลกขนานนามว่า ORT น่าจะเป็นการค้นพบที่สำคัญที่สุดในศตวรรษที่ 20 เพราะสามารถป้องกันการเสียชีวิตจากโรคท้องร่วงได้มากกว่า 5 ล้านคนในทศวรรษที่ 1970 และถือเป็นมาตรฐานการรักษาสำหรับโรคท้องร่วงจนถึงปัจจุบัน

ประเทศอียิปต์ถือเป็นประเทศที่อยู่ในแถบแอฟริกา ซึ่งพบปัญหาโรคท้องร่วงเป็นจำนวนมาก ในปีค.ศ. 1977 พบว่ากว่าครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตของเด็กทารกในอียิปต์เกิดจากโรคท้องร่วง โดย ณ ขณะนั้นอัตราการตายของทารกโดยเฉลี่ยคือ 100 ต่อ 1,000 ทารกแรกคลอดที่มีชีวิต กระทรวงสาธารณสุขของประเทศอียิปต์ได้รับความช่วยเหลือจาก UNICEF โดยทำการแจกจ่าย Oral Rehydration Salts (ORS) ให้แก่ประชาชน แต่พบว่ามีเพียง 10-20% ของผู้ที่เป็นโรคท้องร่วงเท่านั้นที่

ใช้ ORS ทำให้มี ORS เหลือเก็บไว้เป็นจำนวนมาก นอกจากนี้จากการสำรวจพบว่า มารดาส่วนใหญ่ไม่มีความตระหนักและไม่รู้ถึงประโยชน์ของ ORS โดยนิยมไปซื้อยาหยุดอาการท้องเสียมารับประทานมากกว่า รวมถึงแพทย์ผู้รักษาเองก็มักจะแนะนำให้มารดาหยุดป้อนน้ำ นม และอาหาร ให้แก่เด็ก ซึ่งก็ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำมากขึ้น

กลยุทธ์การแปรรูปความรู้สู่การปฏิบัติ

เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และเล็งเห็นว่าการจะนำเอาวิธีการรักษาโดย ORS ไปสู่การปฏิบัติได้นั้น จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่าย ตั้งแต่ระดับนโยบายไปจนถึงประชาชนผู้เป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก จึงได้ทำการศึกษาระดับพื้นที่ ใน 29 หมู่บ้านแถบชนบท ในปีค.ศ. 1980 ในชื่อโครงการพัฒนาการบริการสุขภาพในชนบท โดยให้พยาบาลทำการสอนมารดาเกี่ยวกับวิธีการให้ ORS ที่บ้าน รวมถึงการให้ความรู้แก่แพทย์เกี่ยวกับการรักษาด้วย ORT จากการดำเนินงานพบว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิตในเด็กได้ 38% เมื่อเทียบกับหมู่บ้านที่ไม่ได้รับความรู้ดังกล่าว นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคท้องร่วงในช่วงที่มีการระบาดลดลงถึง 45%

จากผลการดำเนินโครงการดังกล่าว รัฐบาลอียิปต์จึงได้มีนโยบายให้มีการใช้ ORT ทั่วประเทศ ครอบคลุมประชากรทั้ง 41 ล้านคน โดยทำการจัดตั้งโครงการควบคุมโรคท้องร่วงแห่งชาติ (National Control of Diarrheal Diseases Project: NCDDP) ในปีค.ศ. 1981 โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก USAID และทีมงานสนับสนุนด้านวิชาการ จาก John Snow Incorporated การดำเนินงานของโครงการดังกล่าวเกิดขึ้นโดยได้รับความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐอื่นๆ หน่วยงานเอกชน สมาคมวิชาชีพ และองค์กรต่างประเทศ คือ องค์การอนามัยโลก และ UNICEF โดยมีการตั้งเป้าหมายไว้ 5 ประการ คือ

1. อัตราการเสียชีวิตจากโรคท้องร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลดลงอย่างน้อย 25%
2. สร้างความตระหนักในการใช้ ORT ในมารดาให้ได้อย่างน้อย 90%
3. มารดาต้องมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ ORT อย่างน้อย 75%
4. ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคท้องร่วงในโรงพยาบาลให้ไม่เกิน 5%
5. เพิ่มอัตราการใช้ ORT ในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคท้องร่วงชนิดรุนแรงให้ได้ไม่ต่ำกว่า 50%

ในการดำเนินงานของ NCDDP ให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ในขณะนั้นถือเป็นเรื่องที่ยากและท้าทาย โดยจะต้องทำการเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของมารดาและแพทย์ผู้รักษา รวมทั้งยังต้องทำการสำรอง ORS ให้มีปริมาณที่เพียงพอแก่ความต้องการของประเทศ NCDDP จึงได้วางแผนปรับนโยบายและแผนการดำเนินการโดยอาศัยข้อมูลต่างๆ ตามสถานการณ์ และได้แบ่งองค์ประกอบ

การวางแผนดำเนินงานเป็น 4 ส่วน ได้แก่ การออกแบบผลิตภัณฑ์และสร้างตราผลิตภัณฑ์ (Product design and branding) การผลิตและแจกจ่าย (Production and distribution) การฝึกอบรม (Training) และการตลาดและการโฆษณา (Marketing and promotion)

ในการออกแบบผลิตภัณฑ์นั้น ได้มีการทำการสำรวจตลาด (Market research) พบว่า ORS ที่ UNICEF แจกจ่ายนั้นใช้สำหรับละลายน้ำปริมาตร 1 ลิตร ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ในอียิปต์ไม่มีภาชนะที่จุได้เพียงพอ รวมทั้งการที่มารดาส่วนใหญ่มีความรู้สึกวุ่นวายในปริมาตร 1 ลิตรนั้นใหญ่เกินกว่าที่จะให้เด็กดื่มได้ NCDDP จึงได้ออกแบบผลิตภัณฑ์ ORS ในขนาดที่เล็กลง เพื่อใช้ละลายน้ำปริมาตร 200 มิลลิลิตร และมีการผลิตด้วยปริมาตร 200 มิลลิลิตรพร้อมตราสัญลักษณ์โครงการ โดยแจกจ่ายผ่านทางร้านขายยาและศูนย์สาธารณสุขทั่วประเทศ นอกจากนี้ในกรณีที่ไม่มีถ้วยดังกล่าว ยังได้วางแผนแนะนำให้มารดาใช้ขวดโซดาเล็กที่มีอยู่ทั่วไปตามครัวเรือนมาใช้แทนถ้วยได้อีกด้วย เนื่องจากมีปริมาตรเท่ากัน อย่างไรก็ตาม NCDDP ตระหนักดีว่า ORS ทำหน้าที่ป้องกันภาวะขาดน้ำ แต่ไม่ได้ช่วยให้หยุดถ่ายเหมือนยาแก้ท้องเสียทั่วไป จึงได้วางแผนการวางตำแหน่งผลิตภัณฑ์ให้ถูกต้องเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเข้าใจผิด โดยใช้คำอธิบายของ ORS ในภาษาอาหรับว่า “Mahloul Moalgett et Gafaff” ซึ่งแปลว่า “สารละลายที่รักษาภาวะขาดน้ำ (Solution for treating dehydration)” โดยเป็นที่รู้จักกันในนาม “สารละลาย (Solution)” และใช้ชื่อผลิตภัณฑ์ว่า “Gafaff” ซึ่งมีความหมายว่า “ฤดูแล้ง” รวมทั้งการสร้างตราสัญลักษณ์เป็นรูปมารดากำลังป้อนน้ำให้แก่เด็ก ซึ่งตราผลิตภัณฑ์นี้เป็นที่จดจำได้ทั่วประเทศในระยะเวลาต่อมา

จากการติดตามอัตราการใช้ ORS อย่างใกล้ชิด ประกอบกับข้อมูลด้านอัตราการป่วยเป็นโรคท้องร่วง ทำให้สามารถคาดการณ์ปริมาณความต้องการ ORS ได้ โดย NCDDP ได้ทำการผลิต ORS ให้มีปริมาณเพียงพอสำหรับความต้องการระดับประเทศอย่างน้อย 3 เดือน กระบวนการผลิตที่มีนั้นอาศัยความร่วมมือกับภาคเอกชนที่ช่วยผลิตบรรจุภัณฑ์ส่งให้ในราคาถูก โดย NCDDP และ UNICEF ร่วมกันรับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้แก่ทั้งภาครัฐและเอกชน ORS ที่ผลิตขึ้นมานั้นได้รับการแจกจ่ายไปยังกลุ่มเป้าหมายผ่านหลายช่องทาง นอกจากผ่านทางศูนย์สาธารณสุขภาครัฐ และร้านค้าของภาคเอกชนแล้ว จากการสำรวจติดตามการใช้ ORS พบว่ามีปัญหาในชนบทเกี่ยวกับระยะทางระหว่างบ้านกับที่แจกจ่าย ORS ที่มีระยะทางไกลกันมาก NCDDP จึงได้มีการปรับแผนการดำเนินงานโดยทำการเกณฑ์ผู้แจกจ่ายระดับชาวบ้าน (Depot holder) โดยมีทั้งในรูปแบบอาสาสมัครที่ไม่ต้องการผลตอบแทน และแบบที่มีการจ่ายค่าตอบแทนเล็กน้อย เพื่อให้ผู้แจกจ่ายระดับชาวบ้านซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่อยู่แล้ว เป็นนายหน้าที่จะนำ ORS แจกจ่ายให้กับชาวบ้านในพื้นที่นั่นเอง ส่วนใหญ่แล้วก็จะเป็นกลุ่มผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และหมอตำแย นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านความร่วมมือของร้านขายยาที่จะช่วยแจกจ่าย ORS เนื่องจากขายยาแก้ท้องเสียจะได้กำไร ในขณะที่จ่าย ORS ให้ฟรี

ทำให้มีการปรับมาตรการโดย NCDDP แจกถ้วยให้แก่ร้านขายยาฟรี โดยแนะนำให้ร้านขายยาขายถ้วยพร้อมแอม ORS ให้แก่ชาวบ้าน ก็ทำให้ได้รับความร่วมมือจากร้านขายยาทั่วไปเป็นอย่างดี

สำหรับการฝึกอบรมนั้น ถือเป็นปัจจัยประการสำคัญที่จะเป็นตัวช่วยตัดสินใจว่านโยบายที่รัฐบาลสนับสนุนให้มีการใช้ ORS จะสำเร็จหรือไม่ NCDDP ได้มีการจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อให้สามารถวินิจฉัยโรคท้องร่วงและภาวะขาดน้ำ รวมถึงวิธีการใช้ ORS ให้ถูกต้อง นอกจากนี้ก็ยังมีการผลิตสื่อในรูปแบบสื่อสิ่งพิมพ์ และวิดีโอทัศน์ มีการจัดประชุม โดยเน้นถึงความสำคัญของการใช้ ORS และวรรณคดีเพื่อลดการใช้ยาแก้ท้องเสียหรือยาหยุดถ่าย และความสำคัญของการรักษาสุขอนามัยและการให้นมลูก ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดโรคท้องร่วงได้

ส่วนประกอบที่สำคัญอย่างมาก คือการวางแผนการตลาดเชิงสังคมและการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อในรูปแบบต่างๆ NCDDP ได้ตั้งกลุ่มเป้าหมายในการสื่อสารไว้ ดังนี้คือ กลุ่มมารดาที่มีลูกอายุน้อยกว่า 3 ปี กลุ่มวิชาชีพสุขภาพ เภสัชกร และกลุ่มสื่อสารมวลชน โดยได้ทำการจัดทำข้อความที่เกี่ยวกับอันตรายของโรคท้องร่วง สาเหตุ และวิธีการควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาดังกล่าวในรูปแบบข้อความสั้นๆ เข้าใจง่าย เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย โดยทำการประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ รวมถึงทางโทรทัศน์ซึ่งได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก เนื่องจากอียิปต์เพิ่งมีโทรทัศน์เข้ามาในช่วงต้นทศวรรษ 1980 ผนวกกับการขอความร่วมมือจากดาราที่เป็นที่รู้จักของประชาชนเพื่อมาช่วยประชาสัมพันธ์ ทำให้ได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี

ผลกระทบที่เกิดขึ้น

หลังจากดำเนินการตามนโยบายและแผนที่วางไว้ เป็นระยะเวลา 10 ปี พบว่าเป้าหมายทุกอย่างที่ตั้งไว้บรรลุผลสำเร็จ ในช่วง 5 ปีแรกพบว่าการแจกจ่าย ORS มากขึ้นกว่าตอนแรกถึง 4 เท่า จำนวนเด็กที่เป็นโรคท้องร่วงและมาพบแพทย์ที่คลินิกมีเพิ่มขึ้น จากเดิม 630,000 คนในปีค.ศ. 1983 เพิ่มขึ้นเป็น 1.4 ล้านในปี 1985 และมีการสำรวจพบว่ามารดามีความรู้เรื่อง ORS ประมาณ 99% ในปี 1986 นอกจากนี้ยังพบว่าภายหลังจากดำเนินนโยบายรณรงค์การใช้ ORS แล้ว ทำให้อัตราการเสียชีวิตของเด็กทารกลดลง 36% และอัตราเสียชีวิตในเด็ก ลดลง 43% เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี 1982 และ 1987 ในขณะเดียวกันอัตราการเสียชีวิตจากโรคท้องร่วงก็ลดลง 82% ในเด็กทารก และ 62% ในเด็ก โดยมีการคาดประมาณว่า นโยบายดังกล่าวทำให้ลดจำนวนเด็กที่เสียชีวิตจากโรคท้องร่วงได้ถึง 300,000 ราย ในระหว่างปี 1982 และ 1989

อย่างไรก็ตาม การดำเนินนโยบายดังกล่าว แม้จะประสบผลสำเร็จอย่างชัดเจนในภาพรวม แต่หากวิเคราะห์ลงในแต่ละภาคส่วน จะพบว่าการตอบสนองต่อนโยบาย ORT นั้น ในภาคเอกชนมีการตอบสนองช้ากว่าภาครัฐ ทั้งๆ ที่แพทย์ในภาคเอกชนในประเทศอียิปต์นั้นจะดูแลคนไข้มากถึง 75%

ของจำนวนคนไข้ทั้งหมด ซึ่งเป็นที่น่าเสียดาย นอกจากนี้ปัจจัยที่เห็นว่าเป็นอุปสรรคในการดำเนินนโยบายอย่างชัดเจนคือการตลาดของยาแก้ท้องเสียหรือยาหยุดถ่าย ซึ่งครองตลาดมาแต่เดิม โดยมีผลกระทบต่อการตอบรับการใช้ ORS ของทั้งประชาชน แพทย์ผู้ดูแล รวมถึงร้านขายยานั่นเอง ดังนั้นจำเป็นต้องมีการศึกษาเจาะลึกถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากขึ้นเพื่อปรับปรุงนโยบายและการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

กรณีศึกษาเรื่องการป้องกันการเสียชีวิตจากโรคท้องร่วงในประเทศอียิปต์นี้มีปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จคือ หนึ่ง มีการใช้ข้อมูลองค์ความรู้จากการศึกษาวิจัยมาช่วยพัฒนานโยบาย ดังจะเห็นได้จากข้อมูลที่ชัดเจนในเรื่องประโยชน์ของ ORT อันเป็นต้นกำเนิดของแนวคิดที่จะนำมาใช้ในประเทศอียิปต์ แต่หลังจากดำเนินการแล้วไม่ประสบความสำเร็จ ก็ได้มีความพยายามที่จะดำเนินการศึกษาวิจัยกระบวนการต่างๆ ภายในประเทศ เพื่อนำมาปรับปรุงนโยบายและแผนการดำเนินงาน ในเชิง Action และ Operation research ร่วมกับการใช้ผลการศึกษาที่ไม่ได้จำกัดเฉพาะการวิจัยทางการแพทย์เท่านั้น แต่มีการนำการวิจัยทางการตลาดมาเพื่อสำรวจความพึงพอใจและวิถีชีวิตประชากรจนนำมาปรับแต่งผลิตภัณฑ์ที่เป็นที่ยอมรับ และเข้าถึงวิถีชีวิตประจำวันของประชาชนได้ นอกจากนี้ยังมีการวิจัยในลักษณะประเมินผล ซึ่งได้ผลการศึกษาเพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินการได้อีกด้วย ประการที่สองคือ การสร้างนโยบายและแผนการดำเนินงานที่มีความยืดหยุ่น ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามสถานการณ์ได้ โดยยังคงยึดถือเป้าหมายเป็นหลักในการดำเนินงาน

หากมองถึงที่มาของข้อมูลระหว่างการดำเนินนโยบายที่นำมาซึ่งความสำเร็จในกรณีศึกษานี้ คงปฏิเสธไม่ได้เลยว่า ผลจากการวิจัยเชิงสังคม และการตลาด ซึ่งสะท้อนถึงความชอบ และวิถีชีวิตของประชากรณ์นั้น เป็นพระเอกของเรื่อง มากกว่าผลการวิจัยทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่พิสูจน์ว่า ORT ได้ผลดีในการรักษาโรคท้องร่วงเสียอีก ดังนั้นนี่จึงเป็นตัวอย่างของการประยุกต์องค์ความรู้แบบพหุศาสตร์ในการนำมาสร้างนโยบายและปรับปรุงกระบวนการดำเนินนโยบายทางด้านสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี

กรณีศึกษาที่ 8: การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในประเทศกัวเตมาลา

แหล่งข้อมูล: Knowledge to Action: An End-of-Grant Knowledge Translation Casebook.
Canadian Institutes of Health Research (CIHR), 2010.

ผู้นิพนธ์: Mira Johri, University of Montreal



ความเป็นมา

ในปีค.ศ. 2005 ประเทศกัวเตมาลาได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลก เพื่อดำเนินการควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย (Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria: GFATM) เพื่อให้ดำเนินการควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในประเทศ หนึ่งในเป้าหมายหลักคือการสร้างนโยบายและการดำเนินการเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (Prevention of Mother to Child Transmission of HIV: PMTCT)

ในช่วงเวลานั้น ดร.มิรา โจรี จากมหาวิทยาลัยมอนทรีออล ประเทศแคนาดาได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยสุขภาพแห่งแคนาดา (Canadian Institutes of Health Research: CIHR) เพื่อมาศึกษาวิจัยโดยดำเนินงานตามหลัก PMTCT ในโรงพยาบาล San Juan de Dios ซึ่งเป็นหนึ่งในสองแห่งที่เป็นโรงพยาบาลแห่งชาติของประเทศกัวเตมาลา โดยหวังที่จะได้เปรียบเทียบประสิทธิผลของโครงการ PMTCT ในโรงพยาบาลแห่งนี้ เพื่อนำไปพัฒนาและผลักดันเชิงนโยบายระดับชาติของประเทศกัวเตมาลาต่อไป

จากการศึกษาวิจัย พบว่าโครงการได้ให้ยาต้านไวรัสแก่หญิงตั้งครรภ์จำนวน 23 คน เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไปสู่ลูก สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กได้ 10 คน โดยมีผู้หญิงที่ได้รับการให้บริการปรึกษาและเจาะเลือดตรวจจำนวนทั้งสิ้น 4,500 คน โดยได้ทำการคัดกรองด้านโภชนาการและให้บริการปรึกษาแก่ผู้หญิงจำนวน 2,500 คน พร้อมทั้งได้ให้บริการปรึกษาเกี่ยวกับกรณีการถูกทำร้ายร่างกายในครอบครัวให้แก่ผู้หญิงจำนวน 750 คนอีกด้วย

ผลการศึกษาที่ได้รับการกลั่นกรองเพื่อหวังที่จะนำเสนอไปสู่ระดับนโยบายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีดังต่อไปนี้

1. การให้ยาต้านไวรัสแก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกตามหลัก PMTCT โดยดำเนินการในโรงพยาบาล San Juan de Dios ในประเทศกัวเตมาลานั้นได้ผลดี เทียบเท่ากับผลที่ได้ดำเนินการในประเทศอื่นๆ โดยสามารถลดอัตราการติดเชื้อจากเดิม 30% ให้เหลือเพียง 2% เท่านั้น และการให้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และเพื่อรักษามารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีนี้เป็นที่ยอมรับเป็นอย่างดีในกลุ่มผู้ป่วย
2. จากการศึกษาพบว่า ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีมีปัญหาการทำร้ายร่างกาย การประทุษร้ายทางวาจา และการประทุษร้ายทางเพศ จากคู่สมรสหรือคู่นอนค่อนข้างมาก นอกจากนี้ยังพบว่า การมีประวัติถูกประทุษร้ายทางเพศในวัยเด็กจะเป็นตัวทำนายโอกาสที่จะถูกประทุษร้ายในรูปแบบต่างๆ ตอนเป็นผู้ใหญ่ได้ และการถูกประทุษร้ายในรูปแบบต่างๆ ก็ทำให้มีความเสี่ยงที่จะแท้งสูง
3. การศึกษานี้ได้ค้นพบปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะการที่ผู้หญิงส่วนใหญ่ติดเชื้อจากคู่สมรสหรือคู่นอน โดยได้นำเสนอรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยงต่างๆ สำหรับประเทศกัวเตมาลา

ผลการศึกษาดังกล่าวถือเป็นองค์ความรู้ที่สำคัญและได้รับการคาดหมายว่าจะยังประโยชน์ให้แก่ประเทศกัวเตมาลาเป็นอย่างมาก เนื่องจาก ณ เวลานั้นประเทศกัวเตมาลาไม่เคยมีการพัฒนาระบบการติดตามเฝ้าระวังโรคเอดส์ รวมถึงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันแกติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก นอกจากนี้บริการสาธารณสุขที่ตอบสนองต่อปัญหาเฉพาะอย่างเช่นการประทุษร้ายทางร่างกาย จิตใจและทางเพศ ก็มีอยู่น้อยมาก

กลยุทธ์การแปรองค์ความรู้สู่การปฏิบัติ

ทีมงานวิจัยได้วางแผนในการนำเสนอผลการศึกษาให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคส่วนของผู้สร้างและพัฒนานโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศกัวเตมาลา โดยได้ทำการจัดกิจกรรมนำเสนอข้อมูลผ่านการเลี้ยงอาหารเย็น (Dinner activity) โดยเชิญตัวแทนจากทุกภาคส่วน จำนวนทั้งสิ้น 120 คน ได้แก่ กลุ่มผู้สร้าง พัฒนา และตัดสินใจเชิงนโยบาย ตัวแทนจาก NGO กลุ่มแพทย์ กลุ่มนักขับเคลื่อนมวลชน (Activist) กลุ่มผู้สื่อข่าว กลุ่มผู้ป่วย และผู้ที่เชี่ยวชาญและเกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ปัญหาการประทุษร้ายในครอบครัว และสุขภาพของมารดาและเด็กในประเทศ

บรรยากาศภายในงานกิจกรรมนี้ เป็นการนำเสนอข้อมูลผ่านการย่อยสลายออกมาในรูปแบบภาษาที่เข้าใจได้ง่ายสำหรับทุกภาคส่วน โดยมีทั้งภาษาอังกฤษและภาษาสเปน หลังจากจบการนำเสนอ ทางผู้จัดกิจกรรมได้จัดให้มีการอภิปราย โดยเชิญตัวแทนสำคัญจากแต่ละภาคส่วนให้ร่วมแสดงความคิดเห็น โดยได้มีการเรียกวิธีดังกล่าวนี้ว่าเป็น เวทีแลกเปลี่ยนองค์ความรู้จากการศึกษาวิจัย

(Research exchange model) โดยเป็นลักษณะการดำเนินที่รักษาสมดุลย์ระหว่างบรรยากาศวิชาการและการสร้างสัมพันธภาพระหว่างกันที่ไม่เคร่งเครียดจนเกินไป โดยใช้ทีมงานที่จัดกิจกรรมเป็นตัวเชื่อมและสร้างบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมในรูปแบบของข้อมูลการศึกษาที่หวังจะให้ได้รับการสนับสนุนและผลักดันต่อไปในเชิงนโยบายและการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

อย่างไรก็ตาม พื้นฐานสำคัญที่ขาดเสียไม่ได้เลย คือการคลุกคลีของทีมงานวิจัยกับตัวแทนภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะภาคส่วนนโยบาย ตั้งแต่เริ่มกระบวนการศึกษาวิจัย อันจะนำมาซึ่งการสร้างสายสัมพันธ์และความคุ้นเคย และมีพลังสนับสนุนความน่าเชื่อถือของข้อมูลและโอกาสที่จะนำเอาข้อมูลไปใช้ในอนาคต

ผลกระทบที่เกิดขึ้น

ถึงแม้ว่าจะไม่ได้มีการประเมินผลกระทบโดยตรงจากการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนดังกล่าว แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ ได้ให้ความเห็นตรงกันว่า ได้ประโยชน์จากเวทีการคืนข้อมูลสู่สังคมในลักษณะนี้ นอกเหนือจากประโยชน์ที่ได้จากตัวข้อมูลที่ได้รับตระเตรียมมานำเสนออย่างเหมาะสมแล้ว ยังถือเป็นเวทีที่เชื่อมโยงภาคส่วนที่ไม่เคยทำงานร่วมกันอย่างจริงจัง ให้มารู้จักกันและวางแผนทำงานร่วมกันได้ในอนาคต ในปัจจุบัน ประเทศกัวเตมาลาได้มีการพัฒนานโยบายเพื่อตอบสนองต่อปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก การประทุษร้ายภายในครัวเรือน และมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีระดับประเทศ ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัยของทีมงานดังกล่าว

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

จากกรณีศึกษาในประเทศกัวเตมาลา ถึงแม้จะมีลักษณะที่แตกต่างจากกรณีศึกษาอื่น ตรงที่โครงการมิได้จบลงที่ความสำเร็จในการผลักดันนโยบายภายในระยะเวลาของโครงการ แต่ได้ให้บทเรียนบางอย่างที่เห็นได้ชัด คือ การที่ทีมศึกษาวิจัยได้จับประเด็นการศึกษาที่สามารถสะท้อนถึงปัญหาสำคัญที่แท้จริงภายในประเทศกัวเตมาลาได้ นอกเหนือไปจากการดำเนินงานวิจัยที่มีประสิทธิภาพจนได้ผลการศึกษามาแล้ว ยังได้มีการวางแผนผลักดันไปสู่ระดับนโยบาย โดยจัดกิจกรรมที่สามารถสร้างสมดุลระหว่างวัฒนธรรมพื้นฐานที่แต่ละกลุ่มเป้าหมายอาจมีแตกต่างกัน ซึ่งหากมีการจัดเวทีที่เป็นวิชาการล้วนๆ อาจทำให้เกิดความเบื่อหน่ายหรือไม่สามารถดึงดูดตัวแทนจากภาคส่วนที่มีใช้ด้านวิชาการมาร่วมได้ ทีมงานจึงจัดเวทีกึ่งวิชาการในรูปแบบเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยเลี้ยงอาหารเย็น และใช้การนำเสนอข้อมูลที่ได้รับการย่อยสลายออกมาในรูปแบบที่เข้าใจได้ง่าย หลายภาษา

สำหรับทุกกลุ่มเป้าหมาย และสุดท้ายคือการเปิดโอกาสให้แต่ละภาคส่วนได้มีบทบาทแสดงออกซึ่ง
ความคิดเห็นต่อประเด็นต่างๆ ดังกล่าว ซึ่งทำให้เชื้อต่อการสานต่อและผลักดันไปสู่ระดับนโยบายต่อไป

บทวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบระหว่างกรณีศึกษา

จากกรณีศึกษาข้างต้น จะพบว่าทั้งกรณีศึกษาจากประเทศไทยและจากต่างประเทศ ได้ให้บทเรียนเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จที่เหมือนและแตกต่างกัน โดยสามารถนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบโดยพิจารณาถึงบทบาทของแต่ละผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและกระบวนการสนับสนุนการแปลงองค์ความรู้สู่ความสำเร็จของนโยบายสาธารณะได้ พร้อมทั้งการเปรียบเทียบลักษณะปัจจัยเงื่อนไขที่มีบทบาทในแต่ละกรณีศึกษา ดังตารางข้างล่างนี้

กรณีศึกษา		บทบาทของแต่ละผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย					กระบวนการสนับสนุน การแปรความรู้สู่ ความสำเร็จของนโยบาย	
		นักวิชาการ	ผู้สร้าง/ ตัดสินใจ เชิง นโยบาย	ผู้ปฏิบัติ/ ดำเนิน นโยบาย	NGO	สาธารณะ	การวิจัย ระหว่าง ดำเนิน นโยบาย	กิจกรรมการ ถ่ายทอด ข้อมูลสู่ กลุ่มเป้าหมาย
ประเทศไทย	การวางแผนด้านสาธารณสุขในประเทศไทย	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
	การป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย	++	+++	+++	++	+++	++	+++
ต่างประเทศ	การลดอัตราการเสียชีวิตของเด็กขาดวิตามินเอในประเทศเนปาล	+++	++	++	+++	+	++	+++
	การวางแผนด้านสาธารณสุขในประเทศเคนยา	+++	+++	+++	+	+	++	+++
	การต่อสู้กับการแพร่ระบาดของบุงหรีในเวทีโลก	+++	+++	+++	++	++	++	+++
	ระบบดูแลสุขภาพจิตในประเทศเวียดนาม	++	+++	+++	+++	++	++	+++
	การป้องกันการเสียชีวิตจากโรคท้องร่วงในประเทศอียิปต์	+++	+++	+++	++	+	+++	+++
	การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในประเทศกัวเตมาลา	+++	++	++	+	+	++	+++

หมายเหตุ: + = น้อย, ++ = ปานกลาง, +++ = มาก

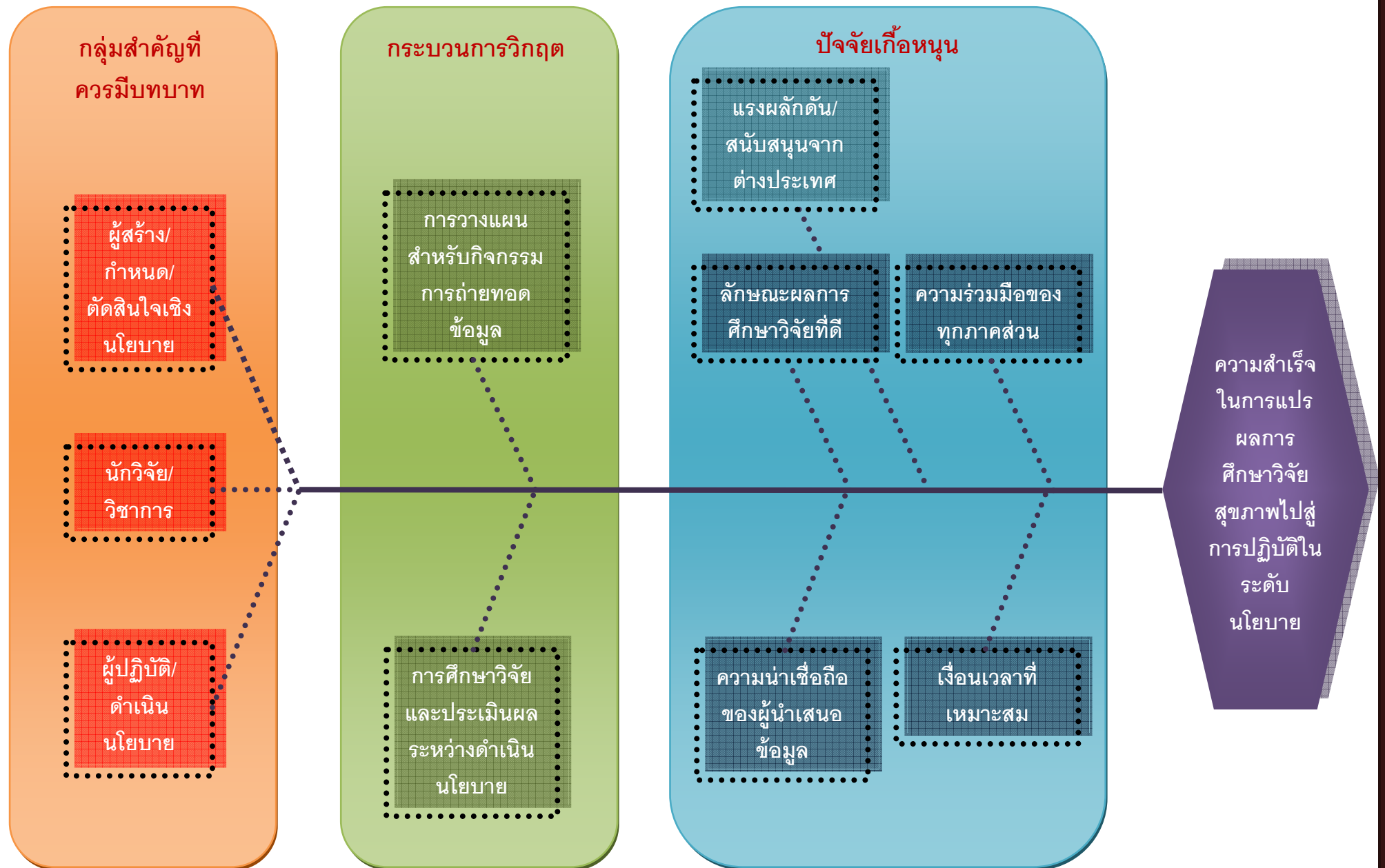
กรณีศึกษา		ปัจจัยเกื้อหนุน							
		ลักษณะ ผลการ ศึกษาวิจัย ที่ดี	ความ น่าเชื่อถือ ของผู้ นำเสนอ ข้อมูล	ความใกล้ชิด ระหว่างผู้ นำเสนอและ กลุ่มเป้าหมาย	ความ สนใจ แรกเริ่ม ของฝ่าย นโยบาย	ความ ร่วมมือ ของทุก ภาคส่วน	แรงกดดัน จาก สาธารณะ	เงื่อนไข ที่ เหมาะสม	แรงผลักดัน/ สนับสนุน จาก ต่างประเทศ
ประเทศไทย	การวางแผนด้านสาธารณสุขในประเทศไทย	+++	++	+	+	+++	+++	+++	++
	การป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ในประเทศไทย	++	++	++	+	+++	+++	+++	+++
ต่างประเทศ	การลดอัตราการเสียชีวิตของเด็กขาดวิตามินเอ ในประเทศเนปาล	+++	+++	+	++	+++	+	+++	+++
	การวางแผนด้านสาธารณสุขในประเทศเคนยา	+++	+++	++	++	+++	+	++	+++
	การต่อสู้กับการแพร่ระบาดของบุงหรีในเวทีโลก	+++	+++	+	++	+++	++	+++	+++
	ระบบดูแลสุขภาพจิตในประเทศเวียดนาม	++	+++	+++	+	++	+	++	++
	การป้องกันการเสียชีวิตจากโรคท้องร่วงใน ประเทศอียิปต์	+++	+++	+	+++	++	++	+++	+++
	การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกใน ประเทศกัวเตมาลา	+++	++	+	+	++	+	++	+++

หมายเหตุ: + = น้อย, ++ = ปานกลาง, +++ = มาก

จากการเปรียบเทียบระหว่างกรณีศึกษาข้างต้น จะพบว่าบทบาทของแต่ละผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กระบวนการสนับสนุนการแปลงองค์ความรู้สู่การปฏิบัติระดับนโยบายสาธารณะ และลักษณะปัจจัย เกื้อหนุนที่มีบทบาทต่อการสร้างและตัดสินใจเชิงนโยบายให้สำเร็จนั้น ที่สำคัญน่าจะประกอบด้วย

1. การแสดงออกซึ่งบทบาทของ 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ นักวิชาการ ผู้สร้าง/กำหนด/ตัดสินใจเชิงนโยบาย และผู้ปฏิบัติ/ดำเนินนโยบาย
2. การวางแผนสำหรับกิจกรรมการถ่ายทอดข้อมูล/องค์ความรู้จากการศึกษาวิจัย ไปสู่กลุ่มเป้าหมายอย่างเหมาะสม ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
3. กระบวนการสนับสนุนต่อยอดในลักษณะการศึกษาวิจัย และประเมินผลระหว่างดำเนินนโยบาย หรือการสร้างวงล้อแบบ Research to Policy to Research
4. สำหรับปัจจัยเกื้อหนุนสำคัญที่พบได้ร่วมกันในกรณีศึกษา คือ ลักษณะผลการศึกษาวิจัยที่ดี ความน่าเชื่อถือของผู้นำเสนอข้อมูล ความร่วมมือของทุกภาคส่วน เจือนเวลาที่เหมาะสม และแรงผลักดัน/สนับสนุนจากต่างประเทศ

ดังนั้นหากนำองค์ความรู้เชิงทฤษฎีและข้อมูลที่วิเคราะห์ได้จากกรณีศึกษาต่างๆ ข้างต้น มา รวมกัน และสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดว่าด้วยเรื่องสมมติฐานเกี่ยวกับเหตุผล และกลวิธีที่นำไปสู่ความสำเร็จในการแปลงผลการศึกษาวิจัยสู่สภาพไปสู่การปฏิบัติในระดับนโยบายสาธารณะ จะได้ดัง แผนภูมิข้างล่างนี้



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ในเชิงการจัดการโครงสร้างของระบบการวิจัยให้เชื่อมต่อกับกระบวนการสร้าง พัฒนา และ ตัดสินใจเชิงนโยบายนั้น หากต้องการมุ่งให้เกิดความคุ้มค่าของการลงทุนด้านการศึกษาวิจัยใน ภาพรวมของประเทศ จำเป็นต้องช่วยกันปรับแต่งให้โครงสร้างและกระบวนการทั้งหลายให้สามารถ บูรณาการเข้ากันได้ โดยเริ่มได้ตั้งแต่ก่อนเริ่มการศึกษาวิจัย ระหว่างการดำเนินการศึกษาวิจัย จนถึง ระยะเวลาหลังจากการศึกษาวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว

สืบเนื่องจากผลการศึกษาค้างนี้ คณะผู้วิจัยจึงจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนให้ เกิดกลวิธีที่นำไปสู่ความสำเร็จในการแปรผลการศึกษาวิจัยสู่สภาพไปสู่การปฏิบัติในระดับนโยบาย สาธารณะ ดังนี้

1. **ผู้ผลิตพบผู้ใช้ผลงาน** เช่น การประชุมวิชาการ การประชุมของหน่วยงานผู้กำหนดนโยบาย หรือหน่วยงานที่ต้องการนำผลงานวิจัยไปใช้ วิธีนี้มีข้อดีเนื่องจากทราบความต้องการทั้งหัวข้อ ผลที่ต้องการได้รับและระยะเวลาที่กำหนด ข้อจำกัดคือการพบปะเป็นไปตามโอกาส ทำให้เกิด การใช้ผลงานวิจัยเฉพาะราย
2. **ผู้ผลิตร่วมงานกับผู้ใช้ผลงาน** มี model ที่ใช้วิธีการนี้มาแล้วในต่างประเทศ เช่น วิธีแรก เรียกว่า Family impact seminar concept โดยให้นักวิจัยเข้ามาช่วยเหลือผู้กำหนดนโยบาย ผู้ ดำเนินนโยบาย ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจของหน่วยงาน และกลุ่มวิชาชีพ วิธีการที่สองเรียกว่า The Welfare Peer Assistance Network (WELPLAN) concept เป็นการแลกเปลี่ยน แนวความคิด ค้นหาหัวข้อที่เห็นความสำคัญตรงกัน ช่วยประเมินและแปลผลงานวิจัยที่มี คุณภาพสูง แบ่งปันองค์ความรู้กับผู้กำหนดนโยบายกับสาธารณะ คาดประมาณหัวข้อที่ น่าสนใจและเชื่อมโยงกับทิศทางในอนาคต วิธีนี้ยังมีข้อจำกัดเรื่องความร่วมมือที่เกิดขึ้นเฉพาะ องค์กรที่มีความสนใจร่วมกัน
3. **ผู้จัดการการวิจัย** เป็นการจัดตั้งหน่วยงานที่มีหน้าที่เชื่อมโยงผู้ผลิตผลงานวิจัยและผู้ใช้ ผลงานวิจัย โดยทำหน้าที่สำรวจความต้องการของผู้กำหนดนโยบาย กำหนดหัวข้อสำหรับการ วิจัยเสนอกับผู้ให้ทุนและผู้ผลิตผลงานวิจัย นอกจากนี้ผู้จัดการการวิจัยควรทำการหา ผลงานวิจัยเข้ามาบันทึกไว้ในฐานข้อมูล โดยจัดหมวดหมู่ให้ค้นหาผลงานวิจัยรวมทั้งแหล่งทุน ได้ง่าย พร้อมทั้งแปลผลงานวิจัยเป็นภาษาที่เหมาะสมกับผู้ใช้แต่ละระดับตั้งแต่ผู้กำหนด

นโยบาย นักวิชาการ นักวิจัย ประชาชนและผู้ใช้งานวิจัยทั่วไป วิธีการนี้ยังมีข้อจำกัดเรื่อง การลงทุนด้านทรัพยากร

4. *Supermarket model* เป็นการต่อยอดจากแนวคิดระบบผู้จัดการการวิจัย โดยหวังที่จะเอาชนะ ปัญหาการลงทุนด้านทรัพยากรที่อาศัยการดำเนินการจากหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ซึ่งมีความเป็นไปได้หลายทาง เช่น การสร้างเครือข่ายพันธมิตรเพื่อร่วมลงทุน และแบ่งการจัดการ ตามศักยภาพ ความสนใจ และความเชี่ยวชาญ ทำการรวบรวมระบบการจัดการงานวิจัยที่มี ผู้จัดการงานวิจัยหลายหน่วยงานให้เป็นระดับประเทศ โดยมุ่งเน้นทั้งงานวิจัยเชิงนโยบายและงานวิจัยทั่วไป เพื่อให้เกิดการใช้ผลงานวิจัยระดับองค์กร ท้องถิ่นและระดับชาติ ในหมู่ ประชาชน นักวิชาการ กลุ่มวิชาชีพ นักวิจัยแหล่งทุนผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติ วิธีการนี้ จำเป็นต้องมีการลงทะเบียนหัวข้อนโยบายที่สนใจ หัวข้องานวิจัย แหล่งทุนวิจัย การ ดำเนินการวิจัย ผลงานวิจัย การแปลผลการวิจัยสู่ผู้ใช้งานวิจัยระดับต่างๆ สามารถทำการ ค้นหาข้อมูลที่น่าสนใจได้ครอบคลุมทั้งที่กำลังดำเนินการอยู่และที่เสร็จสิ้นแล้ว มีระบบการ ฝึกอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการแปลผลการวิจัยสู่การปฏิบัติในระดับต่างๆ เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้งานวิจัยให้สามารถนำผลงานวิจัยไป ใช้ได้อย่างสูงสุด ผู้จัดการในระบบนี้ต้องสำรวจและทราบความต้องการของผู้ใช้ข้อมูลในแต่ละ ระดับ เหมือนการสำรวจตลาดเพื่อนำสินค้าเข้ามาจัดจำหน่ายใน supermarket ให้ถูกใจ ผู้บริโภค มีระบบป้อนข้อมูลย้อนกลับจากผู้ใช้งาน แสดงสถิติการนำผลงานวิจัยแต่ละเรื่อง ไปใช้ในด้านใดบ้าง แนวคิดนี้ได้จำกัดในการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานรัฐเท่านั้น แต่สามารถทำในลักษณะความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนอีกด้วย

...ในความเป็นจริง แม้สารที่เกิดจากการศึกษาวิจัยหัวข้อปัญหาที่มีเหตุผลในการดำเนินการที่ดี จะมีคุณค่าในตัวเองอยู่แล้ว หากนักวิชาการพยายามเตรียมสารด้วยวิธีการที่ถูกต้อง ปรับแต่งสารให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย วางแผนกระบวนการนำส่งสารนั้น ให้ถูกคน ถูกที่ ถูกเวลา ในธรรมเนียมปฏิบัติที่เหมาะสม โดยวิเคราะห์การเปิดรับหรือความต้องการแต่ละฝ่ายก่อนเริ่มกระบวนการส่งสารนั้น ก็จะเพิ่มโอกาสที่เราจะใช้ประโยชน์จากงานวิชาการต่างๆ ได้มากขึ้นอย่างนึกไม่ถึง...

...ในความเป็นจริง แม้สารที่เกิดจากการศึกษาวิจัยหัวข้อปัญหาที่มี
เหตุผลในการดำเนินการที่ดี จะมีคุณค่าในตัวเองอยู่แล้ว หาก
นักวิชาการพยายามเตรียมสารด้วยวิธีการที่ถูกต้อง ปรับแต่งสาร
ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย วางแผนกระบวนการนำเสนอสารนั้น
ให้ถูกคน ถูกที่ ถูกเวลา ในธรรมเนียมปฏิบัติที่เหมาะสม โดย
วิเคราะห์การเปิดรับหรือความต้องการแต่ละฝ่ายก่อนเริ่ม
กระบวนการส่งสารนั้น ก็จะเพิ่มโอกาสที่เราจะใช้ประโยชน์จาก
งานวิชาการต่างๆ ได้มากขึ้นอย่างนึกไม่ถึง...

ผศ.ดร.พญ.ภัทรวัดณ์ วรรณารัตน์

นพ.ธีระ วรรณารัตน์

10 เมษายน 2554

