

---

**การทบทวนงานวิจัยการขยายผล  
โครงการวิจัยด้านสุขภาพ**

---

ดร. กิตติ สรรณเจริญพงศ์

---

สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

---

## สารบัญ

1. บทนำ.....	2
2. ความท้าทายของการขยายผล.....	3
3. อุปสรรคของการขยายผล.....	6
4. ความเข้าใจมิติของนโยบายในการขยายผล.....	7
5. ตัวอย่างของการขยายผล: บทเรียนจากต่างประเทศ.....	9
6. ตัวอย่างการขยายงานด้านสุขภาพของประเทศไทย: บทเรียนจากงานด้านอาหารและโภชนาการ.....	12
7. บทสรุป.....	15
8. เอกสารอ้างอิง.....	16
9. ประวัติผู้เขียน.....	21

## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ตัวอย่างกรอบแนวคิดการขยายผลและกลยุทธ์ที่ใช้ดำเนินงานด้านสาธารณสุข.....	5
ตารางที่ 2 รายละเอียดของการขยายผลในแนวตั้งและแนวราบของวิธีมาตรฐานในการนับวันของรอบเดือน(the Standard Days Method, SDM).....	10
ตารางที่ 3 รายละเอียดของการขยายผลงานอนามัยแม่และเด็ก (The Maternal and Child Health Integrated Program; MCHIP) มากกว่า 30 ประเทศ.....	12

## สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 แนวคิดนโยบายและระบบสุขภาพในการขยายผล.....	8
--	---

## การทบทวนงานวิจัยการขยายผลโครงการวิจัยด้านสุขภาพ (Review of Scaling up health program in community settings)

### 1. บทนำ

ในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมา นโยบายด้านสุขภาพ การป้องกันโรค ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพได้มีความร่วมมือในการทำงานของทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน จะเห็นได้จากงานวิจัยหลายชิ้นในต่างประเทศ ที่นำไปขยายผล (Scaling up) ในระดับชาติและนานาชาติ ซึ่งมีผลกระทบต่อนโยบายด้านสุขภาพของประชาชนในประเทศนั้น การขยายผลยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในประเทศอื่นๆ ที่มีบริบทความเป็นอยู่และปัญหาที่คล้ายคลึงกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการทบทวนงานวิจัยของการขยายผลงานด้านสุขภาพ สำหรับนักวิจัยและองค์กรที่เกี่ยวข้อง การทบทวนงานวิจัยชิ้นนี้ มีการนำกรอบแนวคิดกลยุทธ์ในการขยายผล บทเรียน อุปสรรค และผลสัมฤทธิ์ของโครงการต่างๆ ที่ใช้การรูปแบบการขยายผลต่างๆ กัน

การขยายผลมีหลายรูปแบบ โดยอาจตั้งต้นใช้ปัญหาสุขภาพเป็นประเด็นในการขยายผล เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคมะเร็ง และโรคเอดส์ หรือการขยายผลโครงการโดยใช้สถานที่เป็นตัวตั้ง เช่น โรงพยาบาล โรงเรียน ชุมชน รวมทั้งการขยายผลโครงการโดยใช้กลุ่มประชากรเป็นตัวตั้ง เช่น กลุ่มผู้หญิง กลุ่มเด็กวัยรุ่น กลุ่มผู้ด้อยโอกาส

การขยายผลนับว่าเป็นการนำผลการวิจัยและบทเรียนที่ได้ ไปสู่การปฏิบัติแนวทางใหม่ในเรื่องสุขภาพ ที่ต้องมีการใช้กลยุทธ์ที่เป็นระบบตั้งแต่การวางแผน (Planning) การดำเนินงาน (Implementation) และการติดตามผล (Follow up) กลยุทธ์ที่เป็นระบบดังกล่าว เป็นกระบวนการที่ท้าทายและเป็นกระบวนการที่สำคัญในระบบสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ยังต้องอาศัยวิธีการอื่นๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับมิติของนโยบาย ซึ่งส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการขยายผลงานทางด้านสุขภาพในระยะยาว โดยกรอบแนวคิดของการขยายผลมักจะกล่าวถึงเรื่องนโยบายที่เกี่ยวข้องเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่ง แต่ในความเป็นจริงแล้วโครงการการขยายผลที่ประสบความสำเร็จ จะมีการเกี่ยวข้องกับเรื่องของนโยบายในทุกภาคส่วน ทุกระดับของการปฏิบัติงาน ซึ่งนโยบายไม่ได้จำกัดอยู่ที่การเป็นกฎหมายหรือข้อบังคับ แต่รวมถึงการให้ความสำคัญของแต่ละกระบวนการตั้งแต่การวางแผน การดำเนินงาน ตลอดจนประเมินผลของการดำเนินงานด้วย

แม้ว่าการขยายผลโครงการสุขภาพจะมีการรายงานมากมายในต่างประเทศ แต่มีรายงานไม่กี่ชิ้นที่รายงานถึงการขยายผลของการเผยแพร่ของโครงการสุขภาพ (Dissemination) และการดำเนินงานทำให้โครงการให้ประสบผลสำเร็จ (Implementation) ซึ่งทั้งสองรูปแบบของการขยายผลจะเป็นรูปแบบที่ค่อนข้างใหญ่ในระดับจังหวัด ระดับประเทศ หรือในระดับนานาชาติ ทั้งนี้เป้าหมายสูงสุดของการขยายผลของโครงการสุขภาพทุกโครงการหวังผลกระทบ (Impacts) เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการป้องกันโรค และ

การส่งเสริมสุขภาพ โดยการใช้กลยุทธ์ในเชิงซับซ้อนที่ให้หลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการคิดวางแผน ตลอดจน การลงมือทำของทุกภาคส่วน วัตถุประสงค์ของรายงานการทบทวนนี้ เพื่อศึกษารูปแบบการขยายผลของโครงการสุขภาพในต่างประเทศที่ประสบผลสำเร็จ

## 2. ความท้าทายของการขยายผล

การขยายผลเริ่มต้นมาจากการลองผิดลองถูกโดยอาศัยหลักฐานข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ ถึงประสิทธิภาพของผลการศึกษานั้นที่มีต่อสุขภาพ ความท้าทายดังกล่าวเริ่มต้นจากการคิดว่าอะไรทำแล้วได้ผลดี ซึ่งการทำงานวิจัยดังกล่าวจะเป็นการทำงานในเชิงทดลองขนาดเล็กที่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อม ปัจจัยเอื้อ และอุปสรรคต่างๆ ได้ รวมทั้งการควบคุมเรื่องงบประมาณ แหล่งทุน การดำเนินงาน หรือผลที่ต้องการวัดได้ อย่างไรก็ตามในการประยุกต์ข้อมูลหลักฐานทางวิทยาศาสตร์จากงานวิจัยขนาดเล็กไปสู่การขยายผลขนาดใหญ่มีความท้าทายรวมทั้งคำถามที่เกิดขึ้นมากมาย เช่น สามารถประยุกต์ใช้ในกลุ่มประชากรอื่นๆ ได้หรือไม่ การดำเนินงานในการขยายผลระดับใหญ่จะควบคุมปัจจัยได้ เหมือนในโครงการวิจัยหรือไม่ หากต้องการผลสัมฤทธิ์ที่คล้ายกัน ความยั่งยืนของการขยายผลมีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง คำถามเหล่านี้เป็นความท้าทายที่เกิดขึ้นในงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา และเริ่มมีการตีพิมพ์งานวิจัยในแง่มุมดังกล่าวมากขึ้น

### คำจำกัดความของคำว่า การขยายผล (Scaling up)

การขยายผล(Scaling up) เป็นคำที่ใช้กันทั่วไปในการทบทวนงานวิจัยทางด้านสุขภาพ ซึ่งมีความหมายถึงการดำเนินงานและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ องค์กรอนามัยโลกโดย Simmons and colleagues (2007) ได้ให้คำจำกัดความของการขยายผล ไว้ว่า “... เป็นความพยายามที่จะขยายผลกระทบของนวัตกรรมทางด้านสุขภาพจากการประสบผลสำเร็จของการทดลองเบื้องต้น ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กสู่กลุ่มประชากรขนาดใหญ่เพื่อให้ได้รับผลประโยชน์จากการทดลองดังกล่าวเหมือนกัน รวมทั้งเป็นการผลักดันไปสู่นโยบายและการพัฒนารูปแบบที่ยั่งยืน...”

นอกจากนี้ Simmons and colleagues (2007) ยังอธิบายเพิ่มเติมถึงคำว่า “ความพยายามที่จะขยายผล” หมายถึง การที่โครงการต้องมีกระบวนการวางแผนที่ดี ซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งของการขยายผลโครงการขนาดใหญ่ ที่ต้องการให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบโดยอัตโนมัติ นอกจากนี้ ความหมายของคำว่าพยายามที่จะขยายผล ยังรวมถึง การสร้างนวัตกรรมใหม่ที่เกิดกระบวนการทดลองแล้วว่าได้ผลที่ประสบความสำเร็จและน่าเชื่อถือได้ Simmons (2007) ยังอธิบายขยายคำว่า “รูปแบบที่ยั่งยืน” หมายถึง การสร้างบุคลากร รวมทั้งความร่วมมือของหน่วยงานด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องในท้องถิ่น ซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

การขยายผล ยังหมายรวมถึง การขยายจากระดับเล็กถึงระดับจังหวัด ภาค หรือ ทั้งประเทศ ในทางปฏิบัติ ความพยายามของการขยายผลงานด้านการดำเนินงานด้านสุขภาพ (Health intervention) ต้องอาศัยการขับเคลื่อนที่แตกต่างกัน การขยายผลสามารถเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานประจำในระบบได้ หากมีนโยบายการปฏิบัติงานที่ชัดเจน แต่รูปแบบการขยายผลยังคงต้องคำนึงถึงการวางแผนการขยายงาน รวมทั้งองค์ประกอบที่เชื่อมโยงที่มีส่วนร่วมของการดำเนินการขยายผลงานด้านสุขภาพ ซึ่งเรียกว่าการขยายผลแนวตั้ง (Vertical scale up) ที่เกี่ยวกับ นวัตกรรมของนโยบาย กฎระเบียบต่างๆ งบประมาณประจำปี หรือ การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพในทางบวก โดยปกติแล้วนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติในระดับชาติ ระดับกระทรวง ต้องมีการกระจายอำนาจถึงระดับท้องถิ่น (Decentralized) ที่มีมาตรฐานในการปฏิบัติงานในระดับเดียวกัน

การขยายผลแนวราบ (Horizontal scale-up) เป็นอีกหนึ่งแนวทางที่ต้องพิจารณา ซึ่งหมายรวมถึง การกระจาย ขยาย ทำซ้ำ ของการดำเนินงานด้านสุขภาพ ในพื้นที่ต่างๆ กัน ให้ครอบคลุม การขยายผลในแนวทางนี้อาจจะไม่เกิดขึ้นโดยทันที ขึ้นกับความชำนาญของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ประสบการณ์ หรือ กลุ่มเป้าหมายที่บุคลากรสาธารณสุขต้องทำงานด้วย ทั้งนี้ การพัฒนานวัตกรรม หรือ รูปแบบการดำเนินงานด้านสุขภาพ จึงต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีการทดสอบความแม่นยำ น่าเชื่อถือของ นวัตกรรม และสามารถปรับใช้ได้ สถานการณ์ต่างๆ ได้ (Functional scale-up)

#### *กรอบแนวคิดและกลยุทธ์ของการขยายผล*

กรอบแนวคิดและกลยุทธ์ของการขยายผลงานด้านสุขภาพหลากหลายรูปแบบได้ถูกพัฒนาและ ทดสอบ กรอบแนวคิดและกลยุทธ์หนึ่งที่เสนอโดย ExpandNet และได้ถูกใช้ในงานวางแผนครอบครัวและ งานที่เกี่ยวข้องกับแม่และเด็ก (Maternal and Child Health Integrated Project; MCHIP) ซึ่งใช้กลยุทธ์ที่ เน้นการทำงานในเชิงนโยบาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปฏิบัติระหว่างผู้ให้บริการและกิจกรรม ที่เกี่ยวข้อง กรอบแนวคิดนี้ถูกพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลกและ ExpandNet ในปี ค.ศ. 2007 ซึ่งมีการ เชื่อมโยง 5 องค์ประกอบหลักเพื่อการขยายผลคือ ต้องมีนวัตกรรมใหม่ในตัวชิ้นงาน ต้องมีบุคลากรในการ ทำงานร่วมกัน ต้องมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนสำหรับการขยายผลทั้ง 3 แนว ต้องมีผู้ใช้นวัตกรรมนั้น และต้องมี สิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดการขยายผล

แนวคิดของการขยายผลโดยไม่ได้มีการบูรณาการองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องอาจจะไม่เพียงพอ และไม่เกิด ความยั่งยืนหากไม่มีองค์ประกอบย่อยทั้ง 3 ของการขยายผลทั้ง การขยายผลแนวตั้ง (Vertical scale up) การขยายผลแนวราบ (Horizontal scale-up) และ สามารถปรับใช้ได้ สถานการณ์ต่างๆ ได้ (Functional scale-up) การขยายผลในแนวตั้งต้องการสิ่งสำคัญคือนโยบาย กฎหมาย ข้อบังคับ แหล่งเงินทุน/ งบประมาณแผ่นดิน และ การเปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขที่จะรองรับนวัตกรรมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การขยายผลงานด้านสุขภาพของแต่ละงานจะมีปัจจัย ตัวเลือกและองค์ประกอบต่างๆ ที่ต้องคำนึงถึงการ

สื่อสาร ความตระหนักในแต่ละองค์กรย่อย กระบวนการย่อยที่จะเป็นแรงขับเคลื่อนให้เกิดการขยายผล และการติดตามผล การประเมินผลงาน

The Implementing Best Practices Consortium ได้พัฒนา Guide for the fostering Change to Scale Up Effective Health Service ในปี ค.ศ. 2007 ซึ่งมีองค์ประกอบ 5 ประการคือ 1) มีทีมงาน 2) สามารถกำหนดความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงได้ 3) มีการวางแผนสำหรับการขยายผล 4) มีหน่วยงานสนับสนุน และ 5) มีแนวทางที่ชัดเจนในการขยายผล ข้อเสนอแนะขององค์ประกอบดังกล่าวเน้นใช้ในการเปลี่ยนในระดับของจุดให้บริการทางสุขภาพ เช่น ในศูนย์สุขภาพ ในคลินิก ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ โดยเน้นที่ระบบการจัดการเป็นหลัก ในทำนองเดียวกันของการขยายผล นอกจากนี้จะต้องมีแนวทางที่ชัดเจนแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการขยายผลทั้งในแนวดิ่งและแนวราบควบคู่กันไป

กลยุทธ์การขยายผลสำหรับประเทศกำลังพัฒนาได้มีการพัฒนาโดย The Improvement Collaborative Approach, the Institute for Healthcare Improvement, USA ซึ่งองค์การดังกล่าวได้แนะนำกลยุทธ์การขยายผลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมผู้ชำนาญด้านสุขภาพในสาขาที่จำเป็นเพื่อที่จะช่วยกันแก้ปัญหาของระบบสาธารณสุข อย่างไรก็ตามกลยุทธ์นี้ใช้สำหรับงานที่ไม่ซับซ้อน ที่จำกัดด้วยเวลา เช่น ภายใน 1-2 ปี และ มีการกระจายขยายองค์ความรู้แล้วไปสู่ชุมชน ซึ่งจะต้องมีการใช้ทีมจำนวนมาก กลยุทธ์นี้เป็นการทำงานในรูปแบบการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงจากทีมทำงานและปรับองค์ประกอบอื่นๆ เพื่อให้เกิดความสำเร็จ อย่างไรก็ตามการใช้กลยุทธ์ใดกลยุทธ์หนึ่งในการขยายผล ไม่มีข้อผูกหรือผิดเสมอไป การขยายผลงานด้านสาธารณสุข ควรใช้หลายๆ กลยุทธ์ที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับการดำเนินงานนั้นๆ ในบริบทของแต่ละชุมชน ตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างของการขยายผลและกลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

ตารางที่ 1 ตัวอย่างกรอบแนวคิดการขยายผลและกลยุทธ์ที่ใช้ดำเนินงานด้านสาธารณสุข

Name/Authors	Details	Strategy
ExpandNet/WHO framework (Simmons et al., 2007, 2010)	Framework elements include the innovation, resource team, scale-up strategy, user organizations, and the environment.  Scale-up strategies include vertical, horizontal, functional and spontaneous.	Vertical scale-up requires policy, legal, regulatory, budgetary, and other health system changes to ensure an innovation will be institutionalized. The framework includes analysis and action related to policy advocacy and policy reforms.
Maternal and child health improvement program framework (Fujioka and Smith, 2011)	A conceptual map of the pathway to scale-up that includes global actions, national strategic choices, program implementation, and sustainability (institutionalization).  Monitoring and evaluation is an integral part of the scale-up process.	Addresses reforms in policies and health systems needed for scale-up to be sustainable. Policies are addressed first in the readiness assessment prior to scale-up and are monitored (and addressed again, if necessary)

Name/Authors	Details	Strategy
		during the various phases of implementation.
Implementing Best Practices Consortium, Guide for Fostering Change (2007)	A phased approach to scale-up, including forming the change coordination team; defining the need for change; planning for demonstration and scale-up; supporting the demonstration; and going to scale.	Limited attention to policy; focused on service providers and managers.
From Vision to Large-Scale Change: A Management Framework (Cooley and Kohl, 2006).	Framework with 10 tasks under the categories of developing a plan; establishing the preconditions for scale-up; and scaling up. Includes such tasks as legitimizing change, building a constituency, mobilizing resources, and modifying organizational structures.	Defines policy adoption as one type of scale-up. "Policy projects" focus explicitly on bringing about changes in public policy; they target policymakers and do not typically include direct provision of services.
Improvement Collaborative Approach (USAID, Healthcare Improvement Project)	An approach to improving healthcare that focuses on a single technical area and spreads existing knowledge or best practices to multiple settings through teams of professionals.	Calls on users to implement supportive policies and address policy barriers, as needed.
Options for Large-Scale Spread of High Impact Interventions (Massoud et al, 2010)	Presents the scientific basis for spreading healthcare innovations based on 20 years experience in quality improvement. Illustrates a range of approaches to promote change: affinity group approach; campaign approach; executive mandates; extension agents; emergency mobilization; improvement collaborative approach; leadership development; and natural diffusion.	Addresses operational policy issues.

### 3. อุปสรรคของการขยายผล

อุปสรรคและความเสี่ยงในการขยายผลการทำงานด้านสาธารณสุขสามารถลดความเสี่ยงและป้องกันได้ โดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ของงานวิจัยที่ประสบผลสำเร็จในการขยายผล อุปสรรคสามารถเกิดขึ้นได้ในหลายๆ ระดับในระบบสาธารณสุข แม้แต่ในประเทศที่มีการจัดการระบบสาธารณสุขแบบเอกชน (private sector) ที่อยู่ภายใต้การกำกับของรัฐที่มีการวางแผนงานไว้แล้ว เจ้าหน้าที่ในสวนกลางยังมีปัญหาในการจัดการข้อมูล การลำดับความสำคัญของงาน รวมทั้งการจัดการและการหาแหล่งทุน ซึ่งแหล่งทุนและงบประมาณจะมีค่อนข้างจำกัดในประเทศกำลังพัฒนา ดังนั้นอุปสรรคและปัญหาในการขยายผลและรวมทั้งการปรับประยุกต์ใช้กลยุทธ์ควรคำนึงถึง

- ความท้าทายของการกระจายแหล่งของทรัพยากรที่มีความสำคัญในการขยายผล ได้แก่ เงินงบประมาณที่จำกัด ความอ่อนแอหรือการไม่มีการรับประกัน/การวางแผนของระบบค่าใช้จ่าย
- ความอ่อนแอของระบบโครงสร้างและระบบการสนับสนุน รวมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในงาน ได้แก่ ยา ระบบที่เอื้อให้สามารถทำงานได้ ยานพาหนะ ระบบข้อมูลข่าวสารที่ใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ช่วยในการจัดการงานในระดับต่างๆ
- คุณภาพของเจ้าหน้าที่ที่ด้อยและขาดการสนับสนุนให้มีการพัฒนาในสายงาน รวมทั้งขาดพี่เลี้ยงในการให้การสนับสนุนข้อมูลการทำงาน ข้อมูลวิชาการที่ทันสมัย ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน
- กฎ ระเบียบต่างๆ ที่อาจเป็นอุปสรรค เช่น ข้อกำหนดหรือกฎที่ตั้งขึ้นโดยไม่ได้ดูบริบทของการทำงานในพื้นที่นั้น แต่เป็นสร้างกฎเกณฑ์ ระเบียบที่ไม่ได้เอื้อให้การทำงานมีมาตรฐานหรือตรวจสอบได้ แต่เป็นอุปสรรคของการขยายผล
- นโยบายที่ไม่ชัดเจน หรือการเปลี่ยนนโยบายตลอดเวลาเมื่อมีเจ้านายมาใหม่โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับนโยบายเดิมที่ได้ทำไว้แล้ว ทำให้เกิดความต่อเนื่อง และความสับสนแก่เจ้าหน้าที่ในการทำงานและเป็นอุปสรรคในการขยายผล
- วัฒนธรรมและความเชื่อในท้องถิ่น ในประเทศนั้นๆ ที่จะรับการปฏิบัติหรือการดำเนินงานในรูปแบบที่ต่างไปจากเดิม ซึ่งเป็นความรับผิดชอบระหว่างผู้กำหนดนโยบาย ผู้ส่งต่อ และผู้รับนโยบาย

อุปสรรคเหล่านั้นที่ได้กล่าวถึงมีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบาย สิ่งรอบตัวของผู้ให้บริการสาธารณสุข หรือ ระบบการส่งต่อ ดังนั้น นโยบายที่ชัดเจนและการวางแผนเป็นสิ่งที่จะต้องเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดการขยายผลงานด้านสาธารณสุขที่มีความยั่งยืน ซึ่งต้องมีการกำหนดมาตรฐานเดียวกัน การกำหนดหน้าที่และบทบาทของเจ้าหน้าที่ การสร้างเครือข่ายและระบบการเฝ้าระวัง รวมทั้งมีแหล่งของข้อมูลที่สามารถใช้เป็นข้อแนะนำในการตัดสินใจเพื่อให้มีความต่อเนื่องในการทำงานในทุกๆระดับของระบบสาธารณสุข

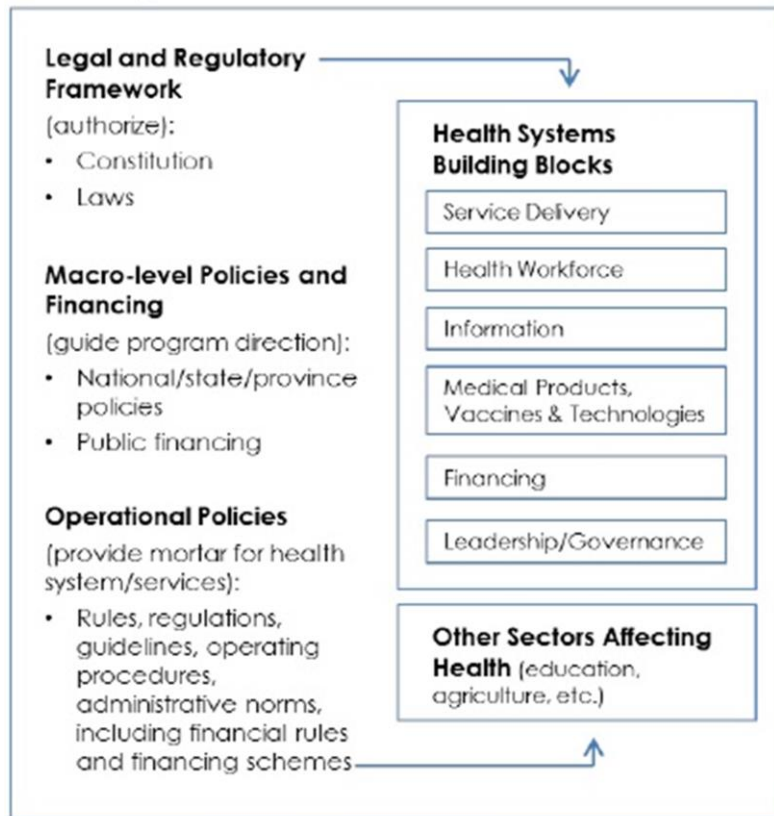
#### 4. ความเข้าใจมิติของนโยบายในการขยายผล

การขยายผล จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนนโยบายสุขภาพและระบบสุขภาพ กรอบแนวคิดเรื่องนโยบายในการขยายผล แสดงดังภาพที่ 1 ซึ่งแสดงถึงการรับแนวคิดการปฏิบัติงานแบบใหม่เพื่อให้เกิดการขยายผล โดยอาศัยการปรับเปลี่ยนโครงสร้างในหลายระดับ จากนโยบายระดับประเทศ/กระทรวง จนถึง นโยบายระดับภูมิภาค/จังหวัด รวมทั้งการปรับกฎเกณฑ์ มาตรฐานของการทำงานในระดับเดียวกัน ภาพที่ 1 แสดงเส้นทางอย่างง่ายสำหรับระดับนโยบายจนถึงระดับปฏิบัติ ซึ่งแต่ละขั้นตอนแต่ละ



ระดับอาจต้องมีการพิจารณาและคำนึงถึงระบบที่ซับซ้อนมากขึ้น รวมทั้งการผลตอบรับที่อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม

ภาพที่ 1 แนวคิดนโยบายและระบบสุขภาพในการขยายผล



**นโยบายระดับประเทศ (Macro-level policy)**

นโยบายระดับประเทศในหลายๆ ประเทศ เป็นเครื่องมือในการกระจายอำนาจหรือเป็นแนวทางสำหรับระบบสุขภาพ รวมทั้งเป็นพื้นฐานในการให้หรือไม่ให้บริการสาธารณสุขในประเทศนั้นๆ โดยปกติแล้วนโยบายสุขภาพจะมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และผลที่ต้องการ ที่วางไว้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ นโยบายระดับประเทศยังมีการวางแผนไว้ล่วงหน้าแล้วหลายปี ซึ่งได้วางลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องรับดำเนินการ รวมทั้งเป้าประสงค์ไว้แล้ว ในประเทศกำลังพัฒนา กลยุทธ์สำหรับหน่วยงานด้านสุขภาพได้รับการแนะนำแนวทางกลยุทธ์ที่กว้างๆ ขึ้นอยู่กับการจัดการแหล่งเงินทุน/งบประมาณ การจัดการในทำนองนี้ต้องมีการทำงานร่วมมือกันระหว่างองค์กรภาครัฐและแหล่งเงินทุนที่มีการวางเป้าประสงค์ที่ชัดเจน รวมทั้งแนวทางการปฏิบัติ การวางแผนนโยบายระดับประเทศมักจะไม่ได้นั้นหรือแสดงรายละเอียดของการดำเนินงาน (Implementation) ในแต่ละเรื่อง ดังนั้นในการนำนโยบายระดับประเทศสู่การปฏิบัติงานได้ ควรมีแผนที่ชัดเจน กฎระเบียบที่สนับสนุนให้เกิดกระบวนการขยายผล รวมทั้งต้องสามารถให้ความชัดเจนแก่ผู้ปฏิบัติงานได้ว่า ทำอะไร อย่างไร กับใคร เมื่อไหร่ รวมทั้ง แหล่งของการสนับสนุนให้

ทำงานนั้นๆ ได้อยู่ที่ไหน นอกจากนี้การขยายผลโครงการใดๆ ก็ตามควรบรรจุไว้อย่างชัดเจนในนโยบายระดับประเทศ รวมทั้งมีการให้ความสำคัญในลำดับต้นๆ

### นโยบายสำหรับการปฏิบัติในระบบสุขภาพ (Operational policies)

นโยบายสำหรับการนำไปปฏิบัติมักมีข้อจำกัด สำหรับการเริ่มต้นสิ่งใหม่ระหว่างผู้วางแผน นโยบายในระดับประเทศกับผู้ปฏิบัติในระดับท้องถิ่น นโยบายสำหรับการปฏิบัติเป็นนโยบายที่มาจากนโยบายระดับประเทศที่มีให้เป็นแนวสำหรับผู้ปฏิบัติงาน ข้อจำกัดของนโยบายสำหรับการปฏิบัติอาจเกิดขึ้นเนื่องจากการกำหนดของนโยบายระดับประเทศ ที่ไม่ได้สอดคล้องกับการทำงานที่เป็นจริง โดยมีเงื่อนไขในแต่ละบริบทของแต่ละท้องถิ่น ซึ่งกฎเกณฑ์ หรือ ข้อบังคับที่มาจากนโยบายระดับประเทศ อาจเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการทำงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ เกิดความขัดแย้ง รวมทั้งเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ทำได้ยากขึ้น ดังนั้น ในการลดอุปสรรคของนโยบายสำหรับผู้ปฏิบัติงานเพื่อการขยายผล จึงควรมีการวางแผนนโยบายนี้ร่วมกับการวางแผนนโยบายสุขภาพระดับประเทศไปพร้อมๆ กัน อุปสรรคในการวางแผนนโยบายสำหรับผู้ปฏิบัติ ยกตัวอย่างเช่น

- การตั้งครมวัยเมื่ออายุน้อย: ข้อจำกัดของอายุและสถานภาพการสมรสของคู่สมรสวัยรุ่นที่เกิด การตั้งครมวัยเมื่ออายุน้อย ซึ่งอาจต้องมีการให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว หรือการคุมกำเนิด
- คนทำงาน: ต้องการแพทย์ที่ให้การสนับสนุนและให้คำแนะนำแก่พยาบาลในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้
- ข้อมูล: แบบฟอร์มและการลงทะเบียน ต้องได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และข้อมูลที่จำเป็นเท่านั้น บางครั้งข้อมูลอื่นๆ ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพอาจต้องมีการตัดทิ้ง หรือ ไม่มีการให้เก็บข้อมูลที่ซ้ำไปซ้ำมาหลายครั้ง เนื่องจากหน่วยงานกลาง ต้องการใช้ข้อมูลที่เหมือนกัน แต่ไม่มีการบูรณาการในหน่วยงานกลางในการส่งต่อข้อมูล หรือการส่งการ
- ยาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์: บางชนิดไม่สามารถสั่งหรือนำเข้ามาใช้ได้เนื่องจากกฎ และข้อห้าม
- งบประมาณ: บางครั้งอาจจะมี แต่ไม่ได้ใช้ให้ตรงกับงานที่วางแผนไว้

## 5. ตัวอย่างของการขยายผล: บทเรียนจากต่างประเทศ

### การขยายผลความตระหนักในการวางแผนครอบครัว

ตัวอย่างการศึกษาที่เป็นศึกษาการขยายผลความตระหนักในการวางแผนครอบครัวโดย Georgetown University's Institute for Reproductive Health (IRH) การศึกษานี้ศึกษาใน 5 ประเทศคือ คองโก กัวเตมาลา อินเดีย มารี และ รวันดา ความพยายามในการขยายผลเน้นที่วิธีมาตรฐานในการนับวันของรอบเดือน (the Standard Days Method, SDM) สำหรับผู้หญิงโดยใช้ลูกบิด การศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้

กรอบแนวคิดของ ExpandNet โดยใช้ทั้งการขยายผลทั้งแนวดิ่ง (Vertical scale-up) และ แนวราบ (Horizontal scale-up) ควบคู่กันไป ตารางที่ 2 แสดง รายละเอียดของการขยายผลในแนวดิ่งและแนวราบ

ตารางที่ 2 รายละเอียดของการขยายผลในแนวดิ่งและแนวราบของวิธีมาตรฐานในการนับวันของรอบเดือน (the Standard Days Method, SDM)

<b>แนวดิ่ง (Vertical scale-up):</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การบูรณาการการวางแผนครอบครัวเข้าไปในบรรทัดฐานของสังคม นโยบายสุขภาพ ข้อเสนอ บทเรียน รายงานสุขภาพ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการประเมินผล ตัวชี้วัด และมีการประเมินผลกระบวนการเป็นระยะตลอดโครงการวิจัย</li> </ul>
<b>แนวราบ (Horizontal scale-up):</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การขยายจุดบริการให้บริการสุขภาพ</li> <li>- เพิ่มจำนวนผู้ให้คำปรึกษาที่ผ่านกระบวนการอบรมมาแล้ว</li> </ul>
<b>บทเรียน (Lessons learned to date):</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการเฝ้าระวังอัตราการขยายผล</li> <li>- มีการวางแผนการตั้งรับนโยบายสุขภาพระดับประเทศและนโยบายระดับปฏิบัติการ</li> </ul>

จากตารางที่ 2 กระบวนการดังกล่าวของการขยายผล จำเป็นต้องมีกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder groups) เข้าร่วมรับฟัง วางแผนและให้ความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้ กลยุทธ์หลักของโครงการที่ใช้ในการขยายผลคือ การใช้ระบบพื้นฐานที่มีอยู่ในการเฝ้าระวังและประเมินผล เหตุผลที่ใช้กลยุทธ์ระบบพื้นฐานที่มีอยู่แล้วเนื่องจาก คำนึงถึงประโยชน์ที่ทำให้ผู้รับบริการได้โดยตรง ข้อดีของการใช้โครงสร้างเดิม โดยไม่ต้องมีการสร้างระบบขึ้นมาใหม่ ทำให้กระบวนการขยายผลเกิดความยั่งยืน และไม่เป็นการเพิ่มภาระงานให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน การสนับสนุนให้โครงสร้างเดิมทำได้ดีขึ้นโดยการให้ความสำคัญของการอบรมประจำปี ทำให้ระบบการให้คำปรึกษาแนะนำที่น่าเชื่อถือมากขึ้น มีระบบการรายงานต่อหน่วยงานกลางที่ไม่ซ้ำซ้อนและไม่เพิ่มภาระงาน และ ระบบการทำงานดังกล่าว ล้วนแต่มีผลระยะยาวของการขยายผลของโครงการ

นอกจากนี้ โครงการนี้ยังมีระบบการติดตามและประเมินผลโดยใช้ตัวชี้วัดจำนวน 10 ตัวชี้วัด ควบคู่กับกระบวนการประเมินผลทุกๆ 6 เดือน ตัวชี้วัดของการขยายผลในแนวราบคือ อัตราการเพิ่มจุดให้บริการและจำนวนของเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่ให้คำปรึกษาที่ได้รับการอบรมมาแล้ว ตัวชี้วัดในแนวดิ่งได้แก่ การให้ความสำคัญเรื่องการวางแผนครอบครัวโดยมีการเพิ่มเติมประเด็นนี้ในนโยบายสุขภาพ บรรทัดฐานของสังคม การอบรมแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตลอดจนบทเรียนสำหรับในระบบการศึกษา ผลการศึกษา

ช่วงกลางยังแสดงให้เห็นว่าระบบโครงสร้างของวิธีมาตรฐานในการนับวันของรอบเดือน (the Standard Days Method, SDM) ได้เกิดความตระหนักในระดับชาติ รวมทั้งการให้ความสำคัญของแผนตั้งรับนโยบายสุขภาพระดับประเทศและนโยบายระดับปฏิบัติการควบคู่กันไปด้วย

*แนวทางการขยายผลของการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็ก*

งานอนามัยแม่และเด็ก (The Maternal and Child Health Integrated Program; MCHIP) ได้จุดประเด็นถึงปัญหา สาเหตุของหญิงตั้งครรภ์ ทารกแรกเกิด การตายในทารกแรกเกิด ซึ่งมีผลกระทบอย่างสูงของการดำเนินงานการขยายผลใน 30 ประเทศที่มีอัตราการตายสูงในกลุ่มดังกล่าว โปรแกรมดังกล่าวได้ออกแบบโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนที่ (Conceptual maps) (ตารางที่ 3) ในการขยายผลของรูปแบบการดำเนินงาน 2 แบบ คือ การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage prevention) และการจัดการการเกิดความดันโลหิตสูงร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะ (pre-eclampsia and eclampsia management) ซึ่งทั้งสองปัญหาเป็นสาเหตุการตายของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศกำลังพัฒนา

กรอบแนวคิดแบบแผนที่ได้อธิบายถึงการดำเนินการของโปรแกรม ซึ่งเริ่มต้นจากการความตระหนักและให้ความสำคัญในระดับนานาชาติ จากนั้นนำมาสู่กลยุทธ์ที่จะเลือกใช้ในแต่ละประเทศ จนถึง การเริ่มต้นให้เห็นความสำคัญของโปรแกรมเพื่อให้เกิดความยั่งยืน ซึ่งมีการทำงานควบคู่ไปพร้อมๆ กับนโยบายสุขภาพของประเทศนั้นๆ รวมทั้งการจัดการกิจกรรมให้สอดคล้องกับนโยบายสำหรับการปฏิบัติงาน ในช่วงของการเก็บข้อมูลวิจัยและการวัดผล ผลของโครงการที่รายงานเป็นระยะ ต่อรัฐบาลถึงความก้าวหน้าของโครงการ ตลอดจนงบประมาณของรัฐและผลที่ได้ของการดำเนินการ ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินงานของโครงการ นอกจากนี้โครงการยังมีการใช้สมุดคู่มือ (rulebook) สำหรับการให้บริการแม่และเด็ก ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการสื่อสารถึงความสำคัญของปัญหากับหญิงตั้งครรภ์

การขยายผลงานอนามัยแม่และเด็ก; MCHIP โดยใช้กรอบแนวคิดที่ชัดเจนส่งผลให้นโยบายในระดับประเทศ ไม่ได้หยุดการดำเนินกิจกรรมของโครงการดังกล่าว หลังจากเสร็จสิ้นโครงการไปแล้ว นอกจากนี้นโยบายการปฏิบัติงานยังคงดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบและมีการขยายผลโดยใช้กลยุทธ์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และมีความยั่งยืนของโปรแกรมซึ่งรัฐบาลได้สนับสนุนงบประมาณสำหรับการฝึกอบรม รวมทั้งการบรรจุโปรแกรมดังกล่าวไว้ในระบบสุขภาพ

การขยายผลงานอนามัยแม่และเด็ก; MCHIP ได้ถูกสำรวจและประเมินความก้าวหน้าในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม ค.ศ. 2011 โครงการ MCHIP ได้ทำการสำรวจใน 30 ประเทศ โดยวัดการขยายผลในระดับประเทศ พบว่าภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะในหญิงตั้งครรภ์ มีอัตราลดลง นอกจากนี้นโยบายของประเทศยังส่งผลต่อการลดอัตราการตายดังกล่าวลง โครงการ MCHIP ยังมีแผนที่จะทำการวัดผลซ้ำในแต่ละปี รวมทั้งการเฝ้าระวัง ซึ่งข้อมูลจะเป็นประโยชน์ในแต่ละประเทศในการวางแผนการขยายผล รวมทั้งแนวทาง กลยุทธ์ที่เหมาะสมสำหรับแต่ละประเทศ

ตารางที่ 3 รายละเอียดของการขยายผลงานอนามัยแม่และเด็ก (The Maternal and Child Health Integrated Program; MCHIP) มากกว่า 30 ประเทศ

<p><b>กลยุทธ์ (Approach):</b></p>	<p>- กรอบแนวคิดแบบแผนที่สำหรับการดำเนินงานขยายผลของโครงการ ซึ่งแนวคิดนี้มีส่วนช่วยในการเฝ้าระวังนโยบายในระดับต่างๆ ที่ส่งผลต่อการทำงานในแต่ละระยะของการดำเนินงาน</p>
<p><b>บทเรียน (Lessons learned to date):</b></p>	<p>- มีการใช้สมุดคู่มือ (rulebook) สำหรับการให้บริการ</p> <p>- มีระบบการเฝ้าระวังในทุกๆ ระดับของนโยบายปฏิบัติการตลอดของการดำเนินงานของโครงการ</p> <p>- มีการประเมินผลอย่างต่อเนื่องถึงวิธีการ/กลยุทธ์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้มีการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง</p>

## 6. ตัวอย่างการขยายงานด้านสุขภาพของประเทศไทย: บทเรียนจากงานด้านอาหารและโภชนาการ

เนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศเกษตรกรรมที่ไม่เพียงแต่ผลิตอาหารเพื่อบริโภคระดับครัวเรือนและประเทศ แต่ยังสามารถสร้างผลผลิตอาหารจนสามารถส่งออกไปยังประเทศต่างๆ ในโลกได้ จากการสำรวจเมื่อ พ.ศ. 2503 โดยคณะผู้เชี่ยวชาญของสหรัฐอเมริกา (ICNND, 1960) นับเป็นครั้งแรกที่มีรายงานว่าประเทศไทยมีปัญหาโภชนาการเรื่องการขาดสารอาหารสำคัญๆ เช่น การขาดโปรตีนและพลังงาน การขาดวิตามินเอ โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และการขาดธาตุไอโอดีน ซึ่งพบอย่างกว้างขวางในทุกภาคของประเทศ อย่างไรก็ตามไม่ได้มีการขยายผลให้ข้อมูลเป็นที่รับรู้ในระดับนโยบาย ตลอดจนการดำเนินการแก้ปัญหาจึงถูกจำกัดอยู่ในวงการสาธารณสุข โดยมาตรการที่ใช้เน้นการรักษาโรคขาดสารอาหารเมื่อเกิดอาการปรากฏชัดเจน แม้จะมีความพยายามใช้มาตรการเพิ่มอาหารและความรู้ทางโภชนาการ ก็เป็นเพียงโครงการเฉพาะพื้นที่ไม่กี่หมู่บ้าน หรือบางตำบล บางอำเภอ ไม่มีนโยบายในระดับชาติที่แก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบและกว้างขวาง ประสบการณ์จากการดำเนินโครงการเฉพาะพื้นที่ทำให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญและจำเป็นต้องมีการแก้ปัญหาแบบองค์รวมในระดับชุมชน แต่ไม่มีกลไกของการประสานงานแบบผสมผสานในระดับสูง จึงไม่เกิดเป็นนโยบายระดับสูงและไม่มีผลกระทบในระดับกว้างจนกระทั่งกลางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ระยะที่ 3 (2515-2519) ได้เริ่มมีการเคลื่อนไหวโดยนักวิชาการในมหาวิทยาลัยและผู้บริหารระดับสูงภายในกระทรวงหลักที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งนับได้ว่าเป็น

กลุ่มริเริ่มผลักดัน (Prime mover) โดยเสนอภาพปัญหาและแนวทางการแก้ไขให้เป็นที่รับรู้ในทุกระดับ ตั้งแต่นโยบายระดับสูง ระดับปฏิบัติ รวมทั้งประชาชน ทำให้เกิดการรวมตัวเพื่อจัดทำแผนอาหารและโภชนาการระดับชาติเพื่อบรรจุในแผนพัฒนาฯ ระยะที่ 4 และมีคณะกรรมการอาหารและโภชนาการระดับชาติ ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากกระทรวง ทบวง กรมสำคัญๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ผลักดันให้มีการดำเนินงานภายในระบบงานของแต่ละส่วน โดยใช้แผนอาหารและโภชนาการที่จัดทำขึ้นเป็นแผนแม่บทสำหรับกำหนดแนวนโยบายปฏิบัติ การจัดทำแผนแม่บทของอาหารและโภชนาการเกิดจากการรวมทรัพยากรบุคคลที่มีความรู้และสนใจ หรือเห็นความสำคัญของโภชนาการร่วมมือและช่วยผลักดันการแก้ปัญหา

#### แผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติในแผนพัฒนาฯ ระยะที่ 4 (2520-2524)

แผนนี้มุ่งเป้าหมายการแก้ไขปัญหาการขาดโปรตีนและพลังงานในเด็กทารกและวัยก่อนเรียน เป็นเป้าหมายหลักซึ่งต้องมีโครงการครอบคลุมถึงหญิงมีครรภ์และให้นมบุตร เพื่อส่งเสริมให้ทารกที่เกิดมามีภาวะโภชนาการที่ดีด้วย และกลยุทธ์หลักของการดำเนินแผนนี้คือ การร่วมประสานส่วนราชการต่างๆ (Multi-sectoral approach) โดยใช้แผนแม่บทเป็นแนวทางไปจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับแต่ละส่วนราชการอย่างชัดเจน และมีคณะกรรมการดำเนินงานการรณรงค์เรื่องปัญหาโภชนาการและส่งเสริมโภชนาการ เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างกว้างขวาง

แม้ว่าจะมีความพยายามประสานแผนแม่บทในแนวราบ แต่การปฏิบัติการในแนวราบในโครงสร้างทั่วประเทศกลับไม่ประสบผลสำเร็จ ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์และคณะ (1990, 1992) ได้รายงาน อัตราการขาดสารอาหารโดยการประเมินน้ำหนักต่ออายุของเด็กกลุ่มเป้าหมายไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก เมื่อวิเคราะห์การดำเนินงานพบว่าปัจจัยอุปสรรคสำคัญ คือประชาชนไม่เกิดการมีส่วนร่วม เพราะโครงการต่างๆ ถูกกำหนดโดยภาครัฐและเจ้าหน้าที่รัฐ การผสมผสานการปฏิบัติการเกิดขึ้นได้ยากเพราะงบประมาณสำหรับกิจกรรมจัดทำในลักษณะโครงการตามแนวตั้งตามสายงานของส่วนราชการ (Vertical program) รวมทั้งภาวะทางการเมืองของประเทศยังไม่มั่นคง การจัดสรรงบประมาณเพื่อโครงการทางสังคมน้อยมาก ในระดับปฏิบัติในพื้นที่เจ้าหน้าที่หลักในการดำเนินงานยังจำกัดวงอยู่ในสายสาธารณสุข ด้วยความเคยชินว่าเป็นงานของสาธารณสุข ทำให้บทบาทของส่วนอื่นไม่ได้รับความสำคัญ จุดเด่นของการดำเนินการในช่วงแรกคือการให้ข้อมูลข่าวสารด้านโภชนาการสู่สาธารณะอย่างกว้างขวาง ได้สร้างให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับ

โภชนาการเพิ่มขึ้นในทุกระดับของส่วนราชการ องค์กรเอกชน และประชาชนเริ่มตระหนักถึงปัญหาการขาดสารอาหาร โดยเฉพาะในชนบทและชุมชนแออัด

แผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติในแผนพัฒนาฯ ระยะที่ 5 (2525-2529)

จากการประเมินการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโภชนาการในแผนพัฒนาฯ ระยะที่ 4 ซึ่งเป็นนโยบายการผสมผสาน การแก้ไขปัจจัยที่เกี่ยวข้องและนำไปสู่การแก้ปัญหา น่าจะเป็นทิศทางที่ถูกต้อง จึงมีการวิเคราะห์ในส่วนกลยุทธ์และวิธีการ ที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เสนาะ อุณากุล (1985) ได้เสนอความเห็นไว้ในปัญหาทุโภชนาการ มีสาเหตุพื้นฐานที่สำคัญอันหนึ่งคือ ความยากจนของประชาชน ดังนั้น การพัฒนาทางสังคมจะเกิดผลได้นั้น ควรเน้นการช่วยเหลือประชาชนในกลุ่มที่มีความยากจนเป็นกลุ่มหลัก โดยการช่วยเหลือนั้นต้องเป็นไปในแบบช่วยให้ประชาชนช่วยตนเองได้ (Self-reliance) ในระดับสากลได้มีการเคลื่อนไหวเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุข โดยการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากตระหนักว่าปัญหาสาธารณสุขของประเทศกำลังพัฒนามีอยู่มากมายเกินกว่าที่งบประมาณและโครงสร้างของระบบที่มีอยู่จะสามารถสนองตอบการแก้ปัญหาได้ ดังนั้น จึงต้องค้นหาวิธีการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ดำเนินการแก้ไขและประเมินด้วยตนเองได้ ทั้ง 2 นโยบายเป็นแกนหลักให้กับการนำนโยบายด้านอาหารและโภชนาการไปสู่การปฏิบัติได้อย่างกว้างขวางในประเทศไทย เพราะทำให้กฎการวางโครงสร้างการปฏิบัติแผนและการประสานงานงบประมาณโดยแผนพัฒนาชนบทยากจนมุ่งพื้นที่หลัก คือ พื้นที่ชนบทยากจน ในขณะที่การสาธารณสุขมูลฐานทำให้เกิดกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community mobilization) ที่เป็นรูปธรรมในทางปฏิบัติ โดยใช้กิจกรรมการแก้ปัญหาโภชนาการในเด็กทารกและวัยก่อนเรียนเป็นหนึ่งในกิจกรรมหลักของสาธารณสุขมูลฐาน

ในส่วนของแผนอาหารและโภชนาการระยะนี้ ยังคงเน้นเด็กทารกและวัยก่อนเรียน หญิงมีครรภ์ และให้นมบุตรเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักเช่นเดิม แต่มีรูปธรรมของการดำเนินงานมุ่งที่เด็ก คือการติดตามเฝ้าระวังทางโภชนาการ โดยใช้วิธีคิดคือวงจรการค้นหา แก้ไข และประเมิน นอกจากนี้ยังได้ริเริ่มการจัดโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนสำหรับปัญหาในเด็กวัยเรียน เพื่อให้สามารถนำนโยบายต่างๆ ดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ ได้มีการจัดปรับโครงสร้างการดำเนินงานพัฒนาชุมชนให้สอดคล้องและมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงปฏิบัติให้สอดคล้องและเสริมกันมากขึ้น ผลจากการดำเนินงานในระยะ 5 ปี พบว่าความชุกของปัญหาโภชนาการโดยเฉพาะการขาดโปรตีนและพลังงานในเด็กทารกและวัยก่อนเรียนลดลงอย่างมาก ความชุกของปัญหาระดับรุนแรงลดลงอย่างชัดเจน นอกจากนี้การปรับปรุงระบบสาธารณสุขยังทำให้การดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กมีประสิทธิภาพ โดยเข้าถึงกลุ่มหญิงมีครรภ์และ

หญิงให้นมบุตรได้มากยิ่งขึ้นด้วย แต่จุดอ่อนที่ยังพบอยู่คือ การมีส่วนร่วมของประชาชน และการผลักดันกิจกรรมในลักษณะผสมผสานที่ระดับชุมชนยังน้อยกว่าที่คาดหมาย

แผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติในแผนพัฒนาฯ ระยะที่ 6, 7 (2530-2534, 2535-2539)

การขยายผลการปฏิบัติแผนพัฒนาชนบทยากจนและสาธารณสุขมูลฐานจนครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ เกิดอย่างต่อเนื่องในช่วงแผนฯ 5 และมีการปรับตัวเชิงคุณภาพการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาโภชนาการและการดำเนินงานแบบผสมผสาน เกิดจากการนำแนวทางความจำเป็นพื้นฐาน (Basic Minimum Needs) โดยมุ่งเป้าการปรับปรุงคุณภาพชีวิต ซึ่งโภชนาการเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นอันหนึ่ง กลยุทธ์นี้ทำให้การดำเนินการแก้ปัญหาที่ระดับชุมชนมีการผสมผสานอย่างองค์รวมมากขึ้น และต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของแผนพัฒนาฯ ระยะที่ 6 และ 7

ในส่วนของแผนอาหารและโภชนาการ เน้นการดำเนินการในกลุ่มวัยต่างๆ เกือบครบทั้งวงจรชีวิต และมีแผนปฏิบัติชัดเจนของปัญหาการขาดดุลโภชนาการในขณะเดียวกันเริ่มมีข้อมูลปัญหาโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ (Chronic diseases) ที่เกี่ยวเนื่องกับความสมดุลและการได้รับอาหาร ที่มีรายงานชัดเจนขึ้นแต่การแก้ปัญหาในแง่นี้ยังขาดนโยบายและรูปแบบชัดเจน แม้กระทั่งในปัจจุบันซึ่งสาเหตุหนึ่งน่าจะเกิดจากความไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาหารในการป้องกันโรคเหล่านี้

แผนพัฒนาอาหารและโภชนาการแห่งชาติในแผนพัฒนาฯ ระยะที่ 8 (2540-2544)

ในแผนฯ นี้ ได้มีการดำเนินการด้านโภชนาการเพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อเนื่องจากแผนฯ 7 โดยมีการจัดทำข้อปฏิบัติในการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย หรือ โภชนบัญญัติ 9 ประการ รวมทั้งให้ความสำคัญกับครอบครัวและชุมชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาสภาวะอาหารและโภชนาการเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยดี มีการเพิ่มศักยภาพของครอบครัวและชุมชนเพื่อเป็นแกนของการพัฒนาด้านอาหารและโภชนาการด้วยวิธีการสื่อสารทางโภชนาการอย่างมีประสิทธิภาพ มีการคำนึงถึงการผลิตอาหารให้เพียงพอต่อการบริโภคของประชากร มีการแปรรูปอาหารบางชนิดที่สามารถตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาการขาดสารอาหาร โดยการเสริมสารอาหารที่จำเป็นผ่านขั้นตอนการศึกษาวิจัย รวมทั้งมีการจัดทำฉลากโภชนาการเพื่อเป็นเครื่องมือในการคุ้มครองผู้บริโภค



## 7. บทสรุป

การทบทวนงานวิจัยการขยายผลงานด้านสุขภาพที่ทำการศึกษาในต่างประเทศ รวมทั้งในประเทศไทย มีการใช้กลยุทธ์ และกรอบแนวคิด ที่คล้ายคลึงกันคือเริ่มต้นจากการทดลองงานวิจัยขนาดเล็ก เพื่อดูประสิทธิผลที่ได้จากการทดลอง หลังจากนั้นจึงหาแนวทางการขยายผลเพื่อให้เกิดประโยชน์ในวงกว้าง การขยายผล เป็นสิ่งที่ท้าทายทั้งนักวิจัย ผู้กำหนดนโยบายสุขภาพของประเทศ นักปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ ชุมชน ตลอดจนองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อม ในการทำงานที่จะช่วยกันแก้ปัญหาสุขภาพนั้นๆ นอกจากนี้ แหล่งเงินทุน งบประมาณแผ่นดิน ยังเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญเท่าเทียมกับการให้ความสำคัญกับนโยบายสุขภาพในเรื่องนี้ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน

## 8. เอกสารอ้างอิง

Bitar, Salwa. 2011a. "Scaling Up Best Practices to Meet Millennium Development Goals 4 & 5: A Tailored Approach to Spreading Best Practices" *Best Practice Brief*. Washington, DC: Pathfinder, Extending Service Delivery (ESD) Project.

Cooley, R., and L. Kohl. 2006. *Scaling Up: From Vision to Large-Scale Change*. Washington, DC: Management Systems International.

Cross, Harry, Karen Hardee, and Norine Jewell. 2001. "Reforming Operational Policies: A Pathway to Improving Reproductive Health Programs." *POLICY Occasional Paper #7*. Washington, DC: Futures Group, POLICY Project.

Fujioka, Angeline, and Jeffrey Smith. 2011. *Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage and Pre-Eclampsia/Eclampsia: National Programs in Selected USAID Program-Supported Countries*. Status Report [white paper]. Washington, DC: Maternal and Child Health Integrated Project.

ESD Project. 2011. "Results from the Field: Scaling Up FP/MNCH Best Practices in Asia and the Middle East." ESD End-of-Project Meeting. Notes from Karen Hardee, June 13. Washington, DC: ESD Project.

Health Policy Initiative, Task Order 1. 2010. *The Art of Moving from Policy to Action: Lessons Learned from the USAID | Health Policy Initiative (2005–2010)*. Washington, DC: Futures Group, USAID | Health Policy Initiative, Task Order 1.

Interdepartmental Committee on Nutrition for National Defense (ICNND). 1962. The Kingdom of Thailand: Report of the nutrition survey, October-December, 1960. Bangkok, Thailand.

Implementing Best Practices (IBP) Consortium. 2007. *A Guide for Fostering Change to Scale Up Effective Health Services*. Arlington, VA: Management Sciences for Health.

Institute for Reproductive Health (IRH). 2011a. "Monitoring & Evaluating Scale-Up: Doing it Right for Sustainable Impact." *Expanding Family Planning Options*. Washington, DC: Georgetown University, IRH, FAM Project.

IRH. 2011b. *Status of Scaling up FAM in FIVE Focus Countries: Comparing Accomplishments to End of Project Performance Benchmarks*. Washington, DC: Georgetown University, IRH, FAM Project.

Kohl, Richard. 2010. "A Strategic Management Approach to Scaling Up: The Case of SEARCH's Home Based Neo-Natal Care." Presentation to the Public Health Institute, Oakland, CA. Available at: [http://www.dialogue4health.org/webforums/7\\_29\\_10.html](http://www.dialogue4health.org/webforums/7_29_10.html).

Koblinsky, M., et al. 2006. "Going to Scale with Professional Skilled Care." *The Lancet* 369: 1377–86.

Mangham, Lindsay J., and Kara Hanson. 2010. "Scaling Up in International Health: What Are the Key Issues?" *Health Policy and Planning* 29: 89–96.

Massoud, M.R., K.L. Donohue, and C.J. McCannon. 2010. *Options for Large-Scale Spread of Simple, High-Impact Interventions*. Bethesda, MD: University Research Corporation, Health Care Improvement Project.

McCannon, C.J., D. Berwick, and M.R. Massoud. 2007. "The Science of Large-Scale Change in Global Health" *JAMA* October 24/31 (298)15: 1937.

Maternal and Child Health Integrated Project (MCHIP). 2011. "Africa Regional Meeting on Interventions for Impact in Essential Obstetric and Newborn Care," Addis Ababa, February 21–25. *Meeting Report*. Washington, DC: MCHIP.

Nath, Shampa. 2007. *Final Report: Getting Research into Policy and Practice (GRIPP)*.

Washington, DC: JSI Europe and Population Council/Frontiers. Available at:

<http://www.k4health.org/system/files/GRIPP.pdf>.

Paina, L., and D.H. Peters. 2011. "Understanding Pathways for Scaling Up Health Services Through the Lens of Complex Adaptive Systems." *Health Policy and Planning*. Advanced Access. Published August 5, 2011: 1-9; doi: 10.1093/heapol/czr054.

Piyaratn P. 1992. Basic Minimum Needs; In Winichagoon P, Kachondham Y, Attig GA and Tontisirin K (eds.). *Integrating food and nutrition into development: Thailand experiences and future vision*. Institute of Nutrition, Mahidol University (INMU)/UNICEF, Thailand, Chapter 6.

Rottach, E, K. Hardee, R. Kiesel, and R. Jolivet. 2012. *Integrating Gender in the Scale-Up of Family Planning and Maternal, Neonatal, and Child Health Programs*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.

Simmons, R., P. Fajans, and L. Ghiron. 2007. *Scaling Up Health Service Delivery: From Pilot Innovations to Policies and Programmes*. Geneva: WHO/ExpandNet.

Simmons, Ruth, et al. 2010. *Nine Steps for Developing a Scaling-up Strategy*. Geneva: WHO/ExpandNet.

Simmons, Ruth, and Jeremy Shiffman. 2007. "Scaling Up Reproductive Health Service Innovations: A Framework for Action." In Ruth Simmons, Peter Fajans, and Laura Ghiron (eds).

*Scaling Up Health Service Delivery: From Pilot Innovations to Policies and Programmes.*

Geneva: WHO.

Smith, Jeffrey, Joseph de Graft-Johnson, Galina Stolarsky, and Rachel Taylor (eds). 2011.

“Interventions for Impact in Essential Obstetric and Newborn Care: Africa Regional Meeting,” February 21–25, 2011.

Tontisirin K and Kiranand T. 1990. Public policy and implementation strategies for alleviation of malnutrition and poverty in Thailand. Paper prepared for the meeting on Financing vs social services during the 1980s and policy option for the next decade. UNICEF, Florence, Italy.

Tontisirin K. 1992. Rural development policy and plans in Thailand. In Winichagoon P, Kachondham Y, Attig GA and Tontisirin K (eds.). Integrating food and nutrition into development: Thailand experiences and future vision. Institute of Nutrition, Mahidol University (INMU)/UNICEF, Thailand, Chapter 4.

Yamey, Gavin. 2011. “Scaling Up Global Health Interventions: A Proposed Framework for Success.” *PLoS Medicine* 8(6): e1001049; doi:10.1371/journal.pmed.1001049.

Winichagoon P, Valyasevi A and Dhanamitta S. 1992. Thailand’s food and nutrition policies and plans. In Winichagoon P, Kachondham Y, Attig GA and Tontisirin K (eds.): Integrating food and nutrition into development: Thailand experiences and future vision. Institute of Nutrition, Mahidol University (INMU)/UNICEF, Thailand, Chapter 3.

World Health Organization (WHO). 2007. *Everybody’s Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO’s Framework for Action*. Geneva: WHO/ExpandNet.

WHO. 2008. *Guide for Sharing “Best Practices” in Health Programmes*. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa: 2.

WHO. 2009. *Practical Guidance for Scaling Up Health Interventions*. Geneva: WHO/ExpandNet.

United States Agency for International Development (USAID). nd. "Interventions and Measuring Impact." Available at:

[http://www.usaid.gov/our\\_work/global\\_health/mch/publications/docs/mch08\\_measure\\_impact.pdf](http://www.usaid.gov/our_work/global_health/mch/publications/docs/mch08_measure_impact.pdf)

Unakul S. 1985. An economic planner's view of the nutritional problem in Thailand. In: Food policy analysis in Thailand, Agricultural development council, Bangkok, Thailand.

USAID, Health Care Improvement Project. "Improvement Collaboratives." Accessed October 7, 2011, at <http://www.hciproject.org/node/419>.

## ๑. ประวัติผู้แต่ง

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) ดร. กิตติ สรณเจริญพงศ์

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Dr. Kitti Sranachoenpong

ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์

หน่วยงานที่สังกัด กลุ่มโภชนาการ สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก 25/25 ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา

อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม รหัสไปรษณีย์ 73170

โทรศัพท์ 02 800 2380 ต่อ 312 โทรสาร 02 441 9344

Email [kitti.sra@mahidol.ac.th](mailto:kitti.sra@mahidol.ac.th)

## ประวัติการศึกษา

- |      |  |
|------|--|
| 2011 | Postdoctoral Fellow (Environmental Nutrition), Loma Linda University, Los Angeles, USA         |
| 2009 | Ph.D. (Health Informatics), University of Waterloo, Canada                                     |
| 1998 | MSc. (Food and Nutrition for Development) Institute of Nutrition, Mahidol University, Thailand |
| 1994 | BSc. (Nutrition) Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand                        |

## สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ

1. Climate change related to food security
2. Health Informatics;
3. Diet related Chronic Diseases (Obesity and Diabetes);
4. Nutrition education;
5. Behavioral change.

## ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

- |              |  |
|--------------|--|
| 2004-present | Application of learning technologies to support community-based lay health care workers and build capacity in chronic disease prevention in Thailand |
| 2003- 2004   | Validation of Thai teenagers' food portion estimation: A comparison of 2 measurement aids  |
| 2003-2004    | The study of sweet and snack consumption in Thai children  |
| 2002-2005    | The longitudinal study factors in Thai infants and pregnant women: develop and validate dietary assessment tools for early childhood                 |

2001-2004	Study on dietary pattern and breast milk quality among Thai lactating women for Food Based Dietary Guidelines of lactating women formulation
2001-2004	The longitudinal study factors in Thai infants and pregnant women: develop and validate dietary assessment tools for Thai pregnant women
2001- 2003	The development of nutrients calculation software (INMUCAL) for Microsoft Window
2000 - 2002	Healthy Thais project
2000 - 2002	Food system in refugee camps in Thailand
1999-2004	Development of local recipes for school lunch program, Border Patrol Police Primary Schools
1999	Perception of Thai food guide model
1998 - 2000	Field trials on the efficacy of iron and zinc supplementation on growth of infants in Thailand

### งานวิจัยที่ตีพิมพ์ (เลือกบางชิ้น)

1. **Sranachoenpong K**, Hanning RM. Diabetes prevention education program for community health care workers in Thailand. Journal of Community Health. 2012; 37: 610-618.
2. **Sranachoenpong K**, Hanning RM. Developing a diabetes prevention education programme for community health care workers in Thailand: Formative findings. Primary Healthcare Research & Development 2011; 12: 357-369.
3. Prapaisri P. Sirichakwal, **Kitti Sranachoenpong**, Kraissid Tontisirin. Food based dietary guidelines (FBDGs) development and promotion in Thailand. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition. 2011; 20(3): 1-7.
4. **Sranachoenpong K**, Hanning RM, Sirichakwal PP, Chittchang U. Process and outcome evaluation of a diabetes prevention education program for community health care workers in Thailand. Education for Health. 2009; 22(3):335 (Epub Dec 1).
5. Prapaisri P Sirichakwal, **Kitti Sranachoenpong**. Practical experience in development and promotion of food based dietary guidelines in Thailand. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition. 2008 ;17 Suppl 1 :63-5.
6. Emorn Wasantwisut, Pattanee Winichagoon, Chureeporn Chitchumroonchokchai, Uruwan Yamborisut, Atitada Boonpradern, Tippawan Pongcharoen, **Kitti Sranachoenpong**, and Wanphen Russameesopaphorn. Iron and Zinc Supplementation Improved Iron and Zinc Status,

but Not Physical Growth, of Apparently Healthy, Breast-Fed Infants in Rural Communities of Northeast Thailand. *Journal of Nutrition*. 2006; 136: 2405- 11.

7. Orapin Banjong, Andrea Menefee, **Kitti Sranacharoenpong**, et.al. Dietary assessment of refugees living in camps: A case study of Maela Camp, Thailand. *Food and Nutrition Bulletin*. 2003;4: 360-7.

8. Sirichakwal P P, Viriyapanich T, **Sranacharoenpong K**, Chittchang U. Thai flag food guide handbook, 1s edition. Ministry of Public Health, Nonthaburi, 2001 (Thai).

9. Sirichakwal P P, Viriyapanich T, **Sranacharoenpong K**, Chittchang U. Thai food based dietary guidelines handbook, 1st edition. Ministry of Public Health, Nonthaburi, 2000 (Thai).

### **ผลงานวิจัยที่เผยแพร่ในรูปแบบอื่นๆ (เลือกบางชิ้น)**

1. Mejia A, **Sranacharoenpong K**, Jaceldo K, Sabaté J, Samuel Soret. Greenhouse emissions from tofu production. Abstract and poster presentation: The 6th International Congress on Vegetarian Nutrition. February 24-26, 2013: Loma Linda, California, USA.

2. Maenum Chirdkiatisak, Sarawadee Udomkarnjananan, **Kitti Sranacharoenpong**. Development of a physical activity education program for at risk people for a diabetes in Chiang Mai, Thailand: Formative findings. Abstract and poster presentation: The 1st Mae Fah Luang University International Conference 2012. November 29 – December 1, 2012: Chiang Rai, Thailand.

3. Sarawadee Udomkarnjananan, Maenum Chirdkiatisak, **Kitti Sranacharoenpong**. Development a web-based tool for healthy eating in youth in Chiang Mai province, Thailand: Formative evaluation. Abstract and poster presentation: The 1st Mae Fah Luang University International Conference 2012. November 29 – December 1, 2012: Chiang Rai, Thailand.

4. **Kitti Sranacharoenpong**, Rhona M. Hanning. Develop and build capacity in community-based Diabetes Prevention Education Program (DPEP) for health care workers in Thailand. Abstract and oral presentation: The 6th Thailand Congress of Nutrition. September 10-12, 2012: Bangkok, Thailand.

5. **Kitti Sranacharoenpong**, Samuel Soret, Michelle Wien, Joan Sabaté. The environmental cost of food choices. Abstract and poster presentation: The 8th International Conference on Diet and Activity Methods. May 14-18, 2012: Rome, Italy.



6. **Kitti Sranacharoenpong**, Rhona M Hanning, Kevin Harrigan, Morgan Richards, Benjamin Ries. Interactive learning tool for portion size estimation. Abstract and poster presentation: The 8th International Conference on Diet and Activity Methods. May 14-18, 2012: Rome, Italy.
7. **Kitti Sranacharoenpong**. Environmental nutrition: Obesity and health. Abstract and oral presentation: The 4th National Conference in Toxicology. January 19th -20th, 2012: Bangkok, Thailand.
8. Sabaté J, **Sranacharoenpong K**, Hilton J, Soret S. The environmental nutrition model: A tool for societal change toward sustainable food production and consumption. Abstract and poster presentation: The 11th European Nutrition Conference: Diversity VS Globalization. October 26th-29th , 2011: Madrid, Spain
9. Soret S, **Sranacharoenpong K**, Sabaté J. Plant-based dietary patterns and climate change mitigation. The 11th European Nutrition Conference: Diversity VS Globalization. October 26th-29th , 2011: Madrid, Spain
10. Soret S, **Sranacharoenpong K**, Matthias R, Sabaté J. A comprehensive approach for assessing CO2 emissions related to food transportation: A California-based case study. Abstract and poster presentation: The 23rd International Society for Environmental Epidemiology Conference, September 13th - 16th , 2011: Barcelona, Spain
11. Sabaté J, **Sranacharoenpong K**, Hilton J, Soret S. A conceptual framework for sustainable food production: The environmental nutrition model. Abstract and poster presentation: The 23rd International Society for Environmental Epidemiology Conference, September 13th -16th, 2011: Barcelona, Spain
12. Soret S, **Sranacharoenpong K**, Hilton J, Sabaté J. Food production, population dietary patterns and climate change. Abstract and poster presentation: The 23rd International Society for Environmental Epidemiology Conference, September 13th -16th, 2011: Barcelona, Spain
13. P. Edson, U. Chittchang, S. Charoenkiatkul, **K. Sranacharoenpong**, W. Kriengsinyos. Fruit Consumption: Possibility to Obtain Appropriate Fiber for Thai People. Abstract and poster presentation: The 5th Asian Congress of Dietetics, November 10-12, 2010: Bangkok, Thailand.
14. U. Chittchang, P. Sungpuag, O. Banjong, P. Eg-kantrong, **K. Sranacharoenpong**. Seasonal Influence on Fatty Acid in Breast Milk of Thai Lactating Mother. Abstract and poster presentation: The 5th Asian Congress of Dietetics, November 10-12, 2010: Bangkok, Thailand.

15. Soret Samuel, **Sranacharoenpong Kitti**, Sabate Joan. Food Production, Dietary Preference and Climate Change. Abstract and poster presentation: The 2nd World Congress of Public Health Nutrition, 23- 25 September, 2010: Porto, Portugal.
16. **Sranacharoenpong Kitti**, Soret Samuel, Sabate Joan, Good Carolyn, Gurajada Navya. Comparing the life Cycle energy intensity level for 12 country-specific Food Based Dietary Guidelines. Abstract and poster presentation: The 2nd World Congress of Public Health Nutrition, 23- 25 September, 2010: Porto, Portugal.
17. **K. Sranacharoenpong**, U. Chittchang, P P. Sirichakwkal, R M. Hanning. A diabetes prevention education program for community health care workers in Thailand: A randomized controlled trial. Abstract and poster presentation: The 20th IUHPE World Conference on Health Promotion, 11-15 July 2010: Geneva, Switzerland.
18. **Sranacharoenpong K**, Hanning RM, Sirichakwkal PP, Chittchang U. Development, process and outcome evaluation of a diabetes prevention education program for community health care workers in Thailand. Abstract and poster presentation: Abstract and poster presentation: The 19th International Congress of Nutrition, 4-9 October, 2009: Bangkok, Thailand.
19. **Sranacharoenpong K**. Hanning RH. A Diabetes Prevention Education Program for Community Health Care Workers in Chiang Mai province, Thailand: A Randomized Controlled Trial. Abstract and oral presentation: The National Public Health Conference, 25-26 August, 2009: Chiang Mai, Thailand.
20. **Sranacharoenpong K**, Hanning RM, Sirichakwkal PP, Chittchang U. Development, process and outcome evaluation of a diabetes prevention education program for community health care workers in Thailand. Abstract and poster presentation: April 27-30, 2009: Graduate Student Research Conference at University of Waterloo, Canada.
21. **Sranacharoenpong K**, Hanning RM, Smitasiri S, Thongsukum S. Formative evaluation to develop a diabetes prevention program for lay health care workers in Thailand. Abstract and poster presentation: The 15th International Congress of Dietetics, Yokohama, Japan, 2008.