

ความรู้และการวิจัยทางการแพทย์ สำหรับนโยบายสุขภาพ ในโลกที่มีการติดต่อกันอย่างทั่วถึง (knowledge and research translation to health policy in globalized world)

ธีระ วรรณรัตน์

บทนำ

ความรู้ทางการแพทย์ที่ได้จากประสบการณ์ในการทำเวชปฏิบัติ และการทำการศึกษาวิจัย ทั้งในห้องปฏิบัติการ และการศึกษาวิจัยทางคลินิกนั้นมีมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากพวกเราจำกันได้ สมเด็จพระราชาธิบดีจอร์จที่หกมีคำสอนประโยคหนึ่งว่า ...True success is not in the learning, but in its application to the benefit of mankind... ซึ่งมีความหมายว่าความสำเร็จที่แท้จริงนั้นมิใช่อยู่ที่ได้เรียนรู้แต่เพียงอย่างเดียว แต่อยู่ที่การประยุกต์ใช้ความรู้นั้นเพื่อเป็นประโยชน์ต่อมนุษยชาติ ดังนั้นเมื่อเรามีประสบการณ์ และความรู้เกิดขึ้น การนำประสบการณ์และความรู้นั้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์จริงในทางปฏิบัติในวงกว้างจึงเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง

ทั้งนี้การใช้ประโยชน์จริงมีได้หลายระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ระดับชุมชน ระดับประเทศ จนกระทั่งถึงระดับสากล ดังที่เราคุ้นเคยกันดีในระบบการศึกษา ซึ่งมีการถ่ายทอดจากครูสู่ศิษย์ผ่านการเรียน การฝึกอบรม โดยหวังจะให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์และความรู้และนำไปใช้ได้ นอกจากนี้ยังสามารถทำได้ในรูปแบบที่เป็นมหภาคมากขึ้น เช่น การใช้ประสบการณ์และความรู้ด้านต่าง ๆ ไปสร้างนโยบายสาธารณะ ทั้งในรูปแบบของตัวบทกฎหมาย และแนวทางปฏิบัติ เพื่อหวังให้เกิดผลในการควบคุม ป้องกัน หรือแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทุกคนในสังคม

บทความวิชาการนี้จะทำการทบทวนองค์ความรู้ทางทฤษฎีและแนวคิดในการสร้างนโยบายทางด้านสุขภาพ รูปแบบการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ และปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการนำความรู้ ไม่ว่าจะจากประสบการณ์ หรือการศึกษาวิจัย ไปใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติ โดยจะทำการยกตัวอย่างจากสถานการณ์ในชีวิตจริงมาประกอบการอธิบายองค์ความรู้ทางทฤษฎีเหล่านั้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ชัดเจน

รูปแบบการสร้างนโยบาย (policy making model)

ในปีค.ศ. 2002 Hanney และคณะ⁽¹⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่อง the utilization of health research in policy making โดยทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการนำผลการศึกษาวิจัยไปใช้ในกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ และพบว่าสามารถจำแนกรูปแบบการสร้างนโยบายได้ 4 รูปแบบได้แก่

1. Rational model เป็นรูปแบบที่ผู้กำหนดนโยบายเป็นผู้ตั้งโจทย์หรือปัญหาที่ต้องการแก้ไข จากนั้นจัดให้มีการทบทวนข้อมูลที่มีอยู่ในระบบเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ทั้งหมด รวมทั้งผลกระทบจากวิธีการแก้ปัญหาแต่ละวิธี และเลือกวิธีที่ดีที่สุดในการจัดการกับปัญหาหรือตอบสนองต่อโจทย์ที่ตั้งไว้ตอนต้น

ตัวอย่างของรูปแบบการสร้างนโยบายนี้คือ นโยบายเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากการล็อกดาวน์ในการระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกแรกในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งมีแนวทางการชดเชยเยียวยาในลักษณะเงินให้เปล่าแก่กลุ่มอาชีพที่ได้รับผลกระทบโดยตรง การลดสัดส่วนค่าไฟฟ้าจำแนกตามลักษณะที่อยู่อาศัยและสถานประกอบกิจการ ในขณะที่ประชาชนกลุ่มอื่นในสังคม ได้รับการช่วยเหลือเยียวยาในลักษณะอื่น เช่น การปรับรายละเอียดการจ่ายภาษีเงินได้ประจำปี การทำโครงการคนละครึ่ง การกระตุ้นการใช้จ่ายด้วยการออกนโยบายรัฐช่วยจ่ายบางส่วนผ่านโครงการเราเที่ยวด้วยกัน เป็นต้น

2. Incrementalists model เป็นรูปแบบที่ผู้กำหนดนโยบายไม่ได้กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน แต่การสร้างนโยบายและการใช้องค์ความรู้เพื่อมาช่วยในการกำหนดนโยบายนั้น อาศัยการต่อยอดจากนโยบายที่มีอยู่เดิมในระบบนั้น ๆ และทำการพัฒนาต่อยอดให้ดียิ่งขึ้น โดยอาศัยหลายปัจจัยที่มาจากเรื่องข้อถกเถียงแบบปะติดปะต่อหรือต่อยอด เพื่อช่วยในการสร้างหรือตัดสินใจเชิงนโยบาย เช่น คุณลักษณะขององค์ความรู้ต่าง ๆ ที่มีอยู่ ความสนใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง คุณค่าของนโยบายต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ลักษณะตำแหน่งของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในองค์กร และความคาดหวังส่วนบุคคล

ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนคือ นโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้เริ่มต้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ในลักษณะนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ต่อมามีการพัฒนาปรับเปลี่ยนไปหลายลักษณะ ได้แก่ การยุติการเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาทแต่ให้เป็นการบริจาคตามความสมัครใจ ตลอดจนการเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพ เป็นระยะต่อเนื่องตลอดมาจนถึงปัจจุบัน โดยผ่านกระบวนการเสนอจากแต่ละภาคส่วน และผ่านการกลั่นกรองทางวิชาการ ประเมินความคุ้มค่า ก่อนที่จะพิจารณาบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ตามลำดับ

3. Network model เป็นรูปแบบที่มีการเริ่มต้นด้วยการหาวิถีเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย และบุคคลภายนอก เช่น กลุ่มนักวิชาการหรือนักวิจัย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสร้างและตัดสินใจเชิงนโยบาย แต่อีกนัยหนึ่ง เป็นรูปแบบของการสร้างนโยบายที่ผลักดันผ่านกลุ่ม หรือเครือข่ายของคนที่มีความสนใจ แรงบันดาลใจ ความต้องการ หรือเป้าหมายที่เหมือนกันหรือคล้ายกัน และมาเกาะกลุ่มกันเพื่อสร้างและผลักดันนโยบายนั้นร่วมกัน ทั้งนี้อาจเป็นนโยบายที่มีความหนักแน่นทางวิชาการ หรืออาจกลายเป็นนโยบายที่เกิดจากความหนักแน่นเชิงอำนาจ โดยมีข้อกังขาทางวิชาการหรือขัดต่อบรรทัดฐานทางสังคม/วัฒนธรรม หรืออาจเป็นนโยบายที่หนักแน่นทั้งเชิงอำนาจและวิชาการก็ได้

ตัวอย่างของรูปแบบนโยบายนี้ที่เห็นชัดเจนคือ นโยบายการปลดล็อคคักัญชาและกระท่อม ออกจากบัญชียาเสพติด นโยบายกัญชาทางการแพทย์ นโยบายกัญชาและกระท่อมเพื่อการพาณิชย์ นโยบายการใช้ฟ้าทะลายโจรเพื่อรักษาโรคโควิด-19 และลดโอกาสเกิดปอดอักเสบ เป็นต้น

บางนโยบายที่ถูกผลักดันออกมาจากการดำเนินการแบบเครือข่ายดังกล่าวนี้ ก็ปรากฏผลให้เห็นชัดเจนว่า ไม่ได้รับการยอมรับในวงวิชาชีพ และส่งผลกระทบต่อประชาชนวงกว้างได้ หากไม่มีข้อมูลวิชาการเชิงประจักษ์ที่หนักแน่นเพียงพอ หรือมีการบิดเบือนข้อมูลวิชาการและได้รับการตรวจพบ จนนำไปสู่การเรียกร้องให้มีการถอนงานวิชาการนั้นออกจากฐานข้อมูลในเวลาต่อมา

4. Garbage can model ใช้รูปแบบที่ทำการตัดสินใจสร้างนโยบายอย่างไม่เป็นระบบ ไม่มีขั้นตอนที่ชัดเจน

อย่างไรก็ดี ในชีวิตจริงนั้นขั้นตอนการนำองค์ความรู้สู่การปฏิบัติและการตัดสินใจนำผลการวิจัยไปใช้มักจะมีวัตถุประสงค์เบื้องหลังมาตั้งแต่ต้น ขั้นตอนการดำเนินการสร้างนโยบายส่วนมากจะใช้วิธี rational model มากกว่าวิธีอื่น ๆ

การสร้างนโยบายโดยอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based policy making)

โดยปกติแล้ว การนำผลงานวิจัยไปสู่นโยบายสาธารณะได้นั้นมักจะมีทั้งปัจจัยที่เอื้อต่อการนำผลการวิจัยไปใช้ (facilitating factor) และปัจจัยที่เป็นอุปสรรค (friction/obstacle) ทั้งนี้ Innvaer และคณะ⁽²⁾ ได้ทำการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) เกี่ยวกับนักวิจัยและผู้กำหนดนโยบายว่าสามารถทำงานร่วมกันได้หรือไม่ โดยทำการรวบรวมการศึกษาทั้งหมด 24 ชิ้น โดยสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายทั้งหมด 2,041 ราย เกี่ยวกับทัศนคติของการนำผลการวิจัยไปใช้ พบว่ามีปัจจัยที่เอื้อและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการนำผลวิจัยสู่นโยบายสาธารณะจำนวนมากมาย โดยปัจจัยที่เอื้อต่อการนำผลการวิจัยไปใช้ประกอบด้วย

1. การติดต่อระหว่างนักวิจัยและผู้กำหนดนโยบายเป็นการส่วนตัว
2. ผลการวิจัยมีความสอดคล้อง (relevance) และตรงเงื่อนไขที่เหมาะสม (timeliness)
3. ผลการวิจัยมีข้อสรุปและคำแนะนำที่ชัดเจน
4. ผลการวิจัยยืนยันและสนับสนุนนโยบายที่มีอยู่แล้วหรือตรงกับความสนใจของผู้กำหนดนโยบาย
5. ผลการวิจัยมีคุณภาพดี
6. ชุมชนหรือผู้ใช้มีความต้องการผลงานวิจัย
7. ผลการวิจัยมีข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่เอื้อต่อการนำผลวิจัยไปใช้ ประกอบด้วย การมีช่องทางติดต่อระหว่างนักวิจัยและผู้กำหนดนโยบาย ความสอดคล้องและเงื่อนไขที่เหมาะสม และการที่ผลการวิจัยสนับสนุนแนวโน้มนโยบายที่มีอยู่เดิม

นอกจากนี้ Nutley และคณะ⁽³⁾ ได้ทำการศึกษาประเด็นการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติ โดยสกัดบทเรียนจากประเทศอังกฤษ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการนำผลการวิจัยไปใช้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Innvaer และคณะ โดยพบว่า การวิจัยต้องมีความสอดคล้อง ตรงกับเงื่อนไขที่เหมาะสม และผลการวิจัยมีข้อสรุปที่สนับสนุนความคิดหรือนโยบายที่มีอยู่แล้ว

อย่างไรก็ดี Nutley และคณะได้เสนอปัจจัยอื่นเพิ่มเติมจากการศึกษาต่าง ๆ ที่มีน่าจะมีส่วนต่อการนำผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในด้านนโยบาย ดังนี้

1. ผู้กำหนดนโยบายมีความเชื่อ หรือทัศนคติ ว่าหลักฐานจากการวิจัยเป็นสิ่งสำคัญในการถ่วงดุลกับผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติได้
2. คณะผู้วิจัยมีความน่าเชื่อถือ
3. ผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นผ่านการประเมินของผู้เชี่ยวชาญภายนอก

4. มีข้อมูลรายละเอียดที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง
5. ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการที่เป็นที่ยอมรับ
6. ไม่ส่งผลกระทบต่อให้เกิดความเสียหาย หรือหากนำไปเป็นนโยบายแล้วสามารถยุติโดยไม่เกิดผลกระทบรุนแรง
7. มีช่องทางให้สามารถเข้าถึงผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นได้
8. เผยแพร่ข้อมูลให้สาธารณชนได้รับรู้เพื่อให้เกิดการผลักดันนโยบาย
9. กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ที่อยู่ในกระบวนการผลิตผลงานวิจัย ได้แก่ นักวิจัย นักสถิติ นักเศรษฐศาสตร์
10. นักวิจัยร่วมงานในฐานะคู่ความร่วมมือกับองค์กรหรือหน่วยงานนโยบาย และมีกระบวนการเชื่อมโยงแผนการศึกษาวิจัยกับแผนการดำเนินงานขององค์กรอยู่แล้วตั้งแต่ต้น

สำหรับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการนำผลการวิจัยไปใช้ นอกจากจะเกิดจากความล้มเหลวของการดำเนินการวิจัยแล้ว Innvaer และคณะได้สรุปปัญหาด้านความสัมพันธ์และปัญหาทางการเมืองดังนี้

1. ขาดความสัมพันธ์ส่วนบุคคลระหว่างผู้กำหนดนโยบายกับนักวิจัย
2. ผลการวิจัยไม่สอดคล้องและมีปัญหาเรื่องเงื่อนเวลา
3. นักวิจัยและผู้กำหนดนโยบายไม่เข้าใจซึ่งกันและกัน
4. ปัญหาด้านอำนาจและงบประมาณ
5. ผลการวิจัยมีคุณภาพต่ำ
6. ปัญหาความมั่นคงทางการเมืองหรือมีการเปลี่ยนขั้วทางการเมือง

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคที่สำคัญได้แก่ การขาดการติดต่อสื่อสารระหว่างนักวิจัยและผู้กำหนดนโยบาย รองลงมาเป็นผลการวิจัยไม่สอดคล้องและปัญหาเรื่องเงื่อนเวลา และการที่ทั้งสองฝ่ายไม่เข้าใจกัน

จากช่องว่างระหว่างการผลิตองค์ความรู้และการนำผลไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะ ได้มีความพยายามในการลดหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าว ดังนี้

1. ตัวแทนส่งต่อความรู้ (Knowledge brokerage) โดย Choi และคณะ⁽⁴⁾ ได้เสนอวิธีการแปรสารที่ได้จากการวิจัยให้เหมาะสมกับผู้ใช้ผลงานโดยมีคนกลางทำหน้าที่นี้ วิธีนี้มีตัวอย่างของการประสบความสำเร็จ ได้แก่ the european observatory on health systems and policies, milbank memorial fund, health evidence network by world health organization, canadian health services research foundation, canadian institute of health research (cihr), world health

organization (who), cochrane collaboration, centre for knowledge transfer, canadian coalition for global health research เป็นต้น

2. การทำการศึกษาวิจัยโดยองค์กรหรือหน่วยงานที่กำหนดนโยบายเอง

ความแตกต่างของผู้ผลิตผลงานวิจัยและผู้กำหนดนโยบาย⁽⁵⁾

ลักษณะของผู้ผลิตผลงานวิจัย

1. ผลิตผลงานได้ไม่ทันต่อเงื่อนไขเวลาที่เหมาะสม เนื่องจากงานวิจัยเป็นงานที่ละเอียดรอบคอบและถูกต้องครบถ้วนตามกระบวนการศึกษาวิจัยที่ดี เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ตรงตามความเป็นจริงและตอบคำถามการวิจัยได้มากที่สุด ทำให้ผลงานที่ได้มักตอบโจทย์แต่ล่าช้าเกินไป

2. รายงานผลการศึกษาเป็นเชิงทฤษฎีทำให้นำไปสู่การปฏิบัติได้ยาก เนื่องจากผู้ผลิตผลงานวิจัยเป็นนักวิชาการ อ้างอิงข้อมูลตามหลักการ แม้จะสามารถตอบคำถามการวิจัยได้ตรงประเด็น แต่ยังต้องการการแปลผลเพื่อการปฏิบัติหรือให้ผู้กำหนดนโยบายเข้าใจเป็นรูปธรรมมากขึ้น จึงจะน่าสนใจและสามารถนำไปใช้ได้จริง

3. ผลิตผลงานวิจัยมีเป้าประสงค์ของการวิจัยชัดเจน เนื่องจากผู้ผลิตผลงานวิจัยเป็นผู้กำหนดโจทย์การวิจัยและดำเนินการวิจัยเพื่อตอบคำถามดังกล่าว

4. ผลิตผลงานวิจัยโดยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์และชื่อเสียงเป็นหลัก จึงมักทำวิจัยในสาขาที่เชี่ยวชาญหรือสนใจ โดยคำนึงถึงนโยบายหรือปัญหาของประเทศเป็นลำดับถัดมา

ลักษณะของผู้กำหนดนโยบาย

1. ได้รับอิทธิพลจากฝ่ายบริหาร ทำให้การตัดสินใจนำผลงานวิจัยมาใช้มีความซับซ้อน
2. ต้องการคำตอบหรือข้อสรุปที่ชัดเจน เพื่อผลักดันนโยบายอย่างรวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์
3. ไม่มีข้อสรุปของเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนในเรื่องที่ต้องการกำหนดนโยบาย
4. นโยบายขึ้นกับอำนาจหน้าที่และงบประมาณที่มี

แนวทางในการผลิตผลงานวิจัยเพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้จริง⁽⁵⁾

1. มีผลงานวิจัยที่พร้อมและทันต่อสถานการณ์ปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง
2. คำนึงถึงนโยบายในระดับมหภาค หรือระดับประเทศ เน้นการวิจัยมุ่งเป้าที่แสดงวิธีการปฏิบัติและวิธีดำเนินการที่เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีในกลุ่มเป้าหมาย มีกลยุทธ์ในการบริหารจัดการ เพื่อให้สามารถปรับใช้ผลงานดังกล่าวในสภาวะต่าง ๆ ได้จริง

3. ผลงานวิจัยที่มีคุณค่าและคุณภาพสูง แต่ใช้ภาษาและการสื่อสารที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับผู้ที่ให้นำผลงานไปใช้และมีการป้อนข้อมูลย้อนกลับจากผู้ใช้งาน เพื่อทำการปรับปรุงวิธีการนำเสนอผลงาน

ปัจจัยเกื้อหนุนให้เกิดการใช้ผลงานวิจัย⁽⁵⁾

1. **Dissemination** นำเสนอหรือเผยแพร่ผลงานวิจัยสู่ผู้ใช้ผลงานวิจัยระดับในต่าง ๆ อย่างเหมาะสม
2. **Interaction** พัฒนาร่วมมือระหว่างผู้ผลิตผลงานวิจัยกับผู้กำหนดนโยบาย
3. **Social influence** มีแนวทางการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในสังคม จนทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติ ความเชื่อ ในข้อมูลเชิงประจักษ์และนำไปสู่การปฏิบัติ จนกระทั่งเกิดกระแสสังคม ผลักดันให้เกิดการพัฒนาเป็นนโยบายตามความต้องการของคนในสังคม
4. **Facilitation** สนับสนุนหรืออำนวยความสะดวกให้ผู้ที่สนใจในผลงานวิจัยได้เข้าถึง เข้าใจ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ตามความต้องการ
5. **Reinforcement** นำวิธีการหลากหลายเพื่อกระตุ้นให้เกิดความสนใจนำไปใช้ ทั้งในเชิงจูงใจหรือบังคับ เช่น การให้รางวัล การออกกฎหมายหรือระเบียบ เป็นต้น

สรุป

โดยธรรมชาติแล้ว ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการศึกษาวิจัยนั้น แม้จะมีประโยชน์ แต่ได้รับการนำไปผลักดันเป็นนโยบายได้จำนวนน้อย เนื่องจากความแตกต่างกันของลักษณะผู้ผลิตผลงานวิจัย และผู้กำหนดนโยบาย การที่ได้เข้าใจเรื่องความแตกต่างนี้ จะช่วยให้นักวิชาการ/นักวิจัย รวมถึงผู้กำหนดนโยบาย ได้นำไปใช้วางแผนการทำงานของแต่ละฝ่าย ทั้งฝ่ายผู้กำหนดนโยบาย ที่จะหาทางใช้ประโยชน์จากงานวิจัยต่าง ๆ ได้มากขึ้น และฝ่ายผู้วิจัย ที่จะวางแผนผลิตผลงานที่จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในวงกว้างได้ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. 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.
2. 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.
3. Nutley S, Davies H, Walter I. Evidence based policy and practice: cross sectors lessons from the UK. Research Unit for Research Utilisation, Department of Management, University of St Andrews. August 2002.
4. 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.
5. องค์ความรู้ กรณีศึกษาด้านการแปรผลการศึกษาวิจัยสุขภาพไปสู่การปฏิบัติระดับนโยบายสาธารณะ และการประยุกต์ใช้ โดย ภัทรวัฒน์ วรณารัตน์ วีระวัฒน์ วรณารัตน์ และ วีระ วรณารัตน์, ISBN: 978-974-7533-26-2, 14 กุมภาพันธ์ 2555.