

สุขภาพองค์รวม: วิธีวิทยาสู่ความอยู่ดีมีสุขของ ประชาชน¹

दारुणी जगदमरणी RN, PhD²

บทคัดย่อ

บทความนี้สำรวจแนวคิดสุขภาพองค์รวม ซึ่งกำลังแพร่หลายอยู่ในวงการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพและสังคมศาสตร์ โดยเสนอว่า แนวคิดสุขภาพองค์รวมได้รับอิทธิพลทางความคิดในกลุ่มหลังทันสมัยนิยม อย่างไรก็ตามในการนำแนวคิดนี้ไปสู่การปฏิบัติ แม้ว่าจะอ้างว่าได้ใช้วิธีวิทยาแบบ “องค์รวม” แต่แท้ที่จริงแล้วยังเป็นการแยกส่วน โดยมองว่าสุขภาพ “องค์รวม” ประกอบด้วย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การทำให้บรรลุถึงการมีสุขภาพดีภายใต้แนวคิดแบบนี้จึงเป็นเพียงการเติมส่วนที่ขาด หรือบกพร่องลงไป แต่ไม่ได้ให้ความสำคัญของ “ความหมาย” ที่เจ้าของสุขภาพมองในเรื่องนั้นๆ และสัมพันธ์ภาพระหว่างองค์ประกอบย่อย บทความนี้เสนอว่าวิธีวิทยาในการศึกษาสุขภาพองค์รวม จำเป็นต้องอาศัยวิธีการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งจะสามารถสะท้อนด้านที่เป็นความหมาย และสัมพันธ์ภาพขององค์ประกอบย่อยได้รอบด้านยิ่งขึ้น

Abstract

This paper explores the holistic view approach on health that has been recently widespread in health sciences and social sciences. The holistic approach on health is influenced by the postmodernism. However, at practice

¹ โครงการนี้เป็นโครงการร่วมมือระหว่าง มหาวิทยาลัย Bath ประเทศสหราชอาณาจักร และคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โครงการวิจัย Wellbeing in Developing Countries มีพื้นที่ดำเนินการอยู่ใน 4 ประเทศ คือ เปรู เอิโอเปีย บังกลาเทศ และประเทศไทย โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก ESRC ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ www.weldev.org.uk หรือ www.wed_Thailand.org

² นักวิจัยและรองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

level the application of holistic approach on health remains, in certain respects, adopted the partial views. Good health is viewed to comprise of necessary aspects, including physical, mental, emotional, social, and spiritual aspects. Ill health is the result of malfunction in a certain aspect, and therefore the correction of such malfunction can lead to the good health. This view does not give sufficient attention on the 'meaning' of each aspect given by health agency and relationships among these aspects. This paper proposes that participatory approach will allow the meanings and relationships to be fully taken into account and should be adopted in the methodology of the holistic view of health.

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของคำว่า 'สุขภาพ' ว่า "state of complete physical, mental, and social well-being not merely the absence of disease". หรือ เป็นภาวะที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ (เกือบ) ปราศจากโรคภัย ส่วนคำว่า 'อยู่ดีมีสุข' นี้หมายถึง "an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns" หรือ เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ของชีวิตตนเอง ที่ประสานกันในหลายมิติภายใต้บริบทสังคม การให้คุณค่าของบุคคล มาตรฐานความเป็นอยู่ในสังคม ความคาดหวัง เป้าหมายในชีวิต และความหวังใฝ่ที่มีอยู่ของบุคคล (WeD, 2004) ซึ่งความหมายที่ให้นี้ค่อนข้างกว้างและซับซ้อน และเกี่ยวข้องกับกายภาพ สภาวะทางจิต ความเชื่อส่วนบุคคล ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่าที่ผ่านมาภาวะสุขภาพและการครอบครองทรัพย์สินมักเป็นเครื่องชี้วัดถึงระดับของคุณภาพชีวิต แต่ยังไม่ปรากฏหลักฐานที่ชัดเจนว่าระดับสุขภาวะขนาดใด หรือ การมีทรัพย์สินแค่ไหนที่จะทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Skevington, 2003)

นอกจากนี้ยังมีข้อสมมุติฐานว่าการพัฒนาด้านกายภาพและวัตถุนำมาซึ่งระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชน อย่างไรก็ตามวิถีชีวิตของการพัฒนาทาง

กายภาพทางสังคมยังมีข้อถกเถียงวิพากษ์วิจารณ์ในวงกว้างว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่นำมาซึ่งความอ่อนแอทางสังคม และทำลายวิถีทางวัฒนธรรมของผู้คน โจทย์การวิจัยของโครงการวิจัยเรื่อง “ความอยู่ดีมีสุขของประชาชนในประเทศกำลังพัฒนา” นี้จึงต้องการศึกษาสิ่งที่ประเทศพัฒนาากำลังประสบคือ “การพัฒนา” ในรูปแบบต่างๆ ซึ่งมีการดำเนินการมานับตั้งแต่ภายหลังสงครามโลกครั้งที่สองนั้นได้นำไปสู่ภาวะที่เรียกว่า “ความอยู่ดีมีสุข” ของมวลมนุษยชาติได้จริงหรือไม่ หรือถ้าหากจะพิจารณาในทางกลับกันก็คือ เราจะทำอย่างไรให้การพัฒนานำมาซึ่งความอยู่ดีมีสุขของมวลมนุษยชาติ (WeD, 2004)

บทความนี้ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย “ความอยู่ดีมีสุขของประชาชนในประเทศกำลังพัฒนา” (WeD, 2004) มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอวิธีวิทยา (Methodology) ของการศึกษาและทำความเข้าใจความอยู่ดีมีสุขของประชาชน โดยเฉพาะมิติด้านสุขภาพแบบองค์รวม โดยมีการเชื่อมโยงคำสำคัญ 2 คำ คือ สุขภาพองค์รวม และ ความอยู่ดีมีสุข ซึ่งผู้เขียนมุ่งนำเสนอแนวคิดวิธีวิทยาในการศึกษาความอยู่ดีมีสุขของประชาชนด้านสุขภาพผ่านแนวคิดสุขภาพองค์รวม

คำว่า “วิธีวิทยา” มาจากศัพท์ วิธีการ (Method) ที่ผู้รู้หรือนักวิชาการในสาขาวิชาการนั้น ๆ ใช้พรรณนาอธิบาย และการใช้เหตุผลในการทำความเข้าใจเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในวิชานั้น ๆ อย่างไรก็ดีสำหรับนักปรัชญาแล้ว ได้ให้ความหมายของคำว่า วิธีวิทยา (Methodology) แตกต่างออกไป เพราะนักปรัชญาใช้คำว่า (Methodology) ในความหมายเดียวกับ ปรัชญาแห่งความรู้ (Epistemology) หรือปรัชญาวิทยาศาสตร์ (Philosophy of Science) เพราะฉะนั้นความหมายของคำว่า Methodology จึงครอบคลุมทั้งสองความหมายที่กล่าวแล้วคือเป็นทั้งเทคนิควิธี (Techniques) และหลักทางปรัชญา (Philosophy Principles) และการที่นักวิชาการจะสามารถอธิบายใช้เหตุผลในการทำความเข้าใจกับสิ่งใดนั้นขึ้นอยู่กับ “กระบวนทัศน์” ของนักวิชาการต่อเรื่องนั้นๆ ดังนักวิทยาศาสตร์คนสำคัญของโลกคือ Albert Einstein ได้เคยกล่าวไว้ว่า “หากมนุษย์จะยूरอดได้ ต้องเปลี่ยนวิธีคิดใหม่ โดยการไปให้จากพันภาวะเก่าอันวิฤกต” ด้วยเหตุนี้มนุษย์ต้องการจินตนาการใหม่ เพื่อให้มนุษย์มีจิตสำนึกใหม่จึงจะสามารถยूरอดได้ คำว่ากระบวนทัศน์นี้เกิดขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1962 โดย Thomas S. Kuhn

นักประวัติศาสตร์วิทยาศาสตร์ได้นำเสนอแนวคิดของกระบวนทัศน์ หรือ “Paradigm” ไว้ในหนังสือที่ชื่อว่า The Structure of Scientific Revolution ซึ่งได้อธิบายให้เห็นว่ากระบวนทัศน์เป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างสูงต่อวิถีคิดของมนุษย์ เพราะกระบวนทัศน์เป็นวิถีแห่งการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความเชื่อของวิธีการของศาสตร์ทั้งปวง ดังนั้นคำว่า กระบวนทัศน์ใหม่ (New Paradigm) และการเปลี่ยนย้ายกระบวนทัศน์ (Paradigm Shift) ซึ่งได้รับอิทธิพลจากความคิดของ Kuhn ก็ได้รับความสนใจและอาจกล่าวได้ว่ามีอิทธิพลอย่างสูงต่อการเปลี่ยนแปลง ความคิด ความเชื่อ แนวปฏิบัติ วิธีวิทยา(Methodology) ของศาสตร์ต่าง ๆ ในช่วงคริสตศตวรรษที่ 1970 เป็นต้นมา

“กระบวนทัศน์” หรือ Paradigm มีผู้นำมาใช้มากในวงวิชาการทุกด้าน มีนักทฤษฎีให้คำจำกัดความไว้มาก นักทฤษฎีชื่อ คาปรา (Fritjof Capra) ได้พูดถึงกระบวนทัศน์ในงานเขียนเรื่อง The Turning Point (1986) หรือจุดเปลี่ยนแห่งศตวรรษ โดยได้นิยามคำว่ากระบวนทัศน์ว่าเป็นชุดแนวคิด (Concepts) ค่านิยม (Values) ความเข้าใจรับรู้ (Perceptions) และการปฏิบัติที่มีร่วมกันของคนกลุ่มหนึ่งที่เสนอแบบของแนวคิดมุมมองต่อสรรพสิ่งที่เกิดขึ้น (Reality) และนำมาซึ่งการจัดการในเรื่องนั้นๆ (Capra, 1997) กระบวนทัศน์เป็นชุดของแนวคิดที่เป็นแผนที่การทำงานสร้างองค์ความรู้สำหรับนักวิชาการนักวิจัยในแต่ละวิชาชีพ (Conway, 1997) ดังนั้นกระบวนทัศน์จึงมีความสำคัญต่อทุกวงวิชาชีพเนื่องจากเป็นเสมือนโลกทัศน์ (World views) ที่กลุ่มนักวิชาชีพเชื่อและยึดถือร่วมกันต่อสรรพสิ่งใดสิ่งหนึ่งๆ และหากนำแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนทัศน์มาเสนอเพื่อประยุกต์ใช้ในทางการวิจัยแล้วจะพบว่า “กระบวนทัศน์การวิจัย (Research Paradigm)” เป็นกระบวนการทางความคิดและปฏิบัติการเกี่ยวกับการวิจัยที่มีการเชื่อมโยงระหว่างโลกทัศน์ (worldview) และโมโนทัศน์ (concept) ต่อความเป็นจริงหรือปรากฏการณ์ในโลกอันเป็นพื้นฐานในการสร้างและทำความเข้าใจรับรู้ (perception) ต่อความเป็นจริงหรือปรากฏการณ์นั้นๆ เพื่อพัฒนาไปสู่การสร้างแนวปฏิบัติ (practice) รวมทั้งหาวิธีการจัดการ (management) ร่วมกัน โดยมีเป้าหมายในการสร้างแบบแผน (pattern) แบบจำลอง (model) รวมทั้งค่านิยม (value) ที่เป็นพื้นฐานการจัดการตนเองของเรื่องที่ศึกษา

เรียนรู้ “ความอยู่ดีมีสุข” ผ่านแนวคิด “สุขภาพองค์รวม”

ในปัจจุบันเราต่างตระหนักว่าการดำรงชีวิตอยู่ท่ามกลางความเป็นสมัยใหม่ (modernity) เป็นปรากฏการณ์ที่ได้รับการกล่าวขวัญถึงอย่างกว้างขวางในระดับสากล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมไทย ความเป็นสมัยใหม่ได้ส่งผลต่อชีวิตของคนไทยอย่างใหญ่หลวงในหลายด้าน เพราะเราต้องดำรงอยู่ภายใต้การชี้นำของสื่อโฆษณา สืบเนื่องมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจอุตสาหกรรม วิถีชีวิต ความเชื่อ ชีวิตสมัยใหม่ยังก่อให้เกิดการพัฒนาทางวัตถุ การบริโภคที่สร้างความแตกต่าง และทำให้เกิดช่องว่างและความไม่เท่าเทียมกันของผู้คนอย่างรุนแรงยังผลให้เกิดความรู้สึกบีบคั้นกดดัน ในประสบการณ์ของคนบางกลุ่ม แม้ว่าในคนบางกลุ่มก็อาจสามารถสนองตอบและฉกฉวยโอกาสอย่างเกินพอ ด้วยเหตุนี้กระแสจึงเกิดความหันเหแนวคิดไปสู่ยุคหลังทันสมัย (Postmodernism) ที่มุ่งเน้นความเป็นองค์รวม คำหนึ่งถึงอำนาจและสิทธิของบุคคล ยอมรับความหลากหลาย แตกต่าง และศักยภาพของมนุษย์ในการพัฒนาตนเอง

ชีวิตปัจจุบันในท่ามกลางความเป็นสมัยใหม่ กระแสแห่งการพัฒนาการสาธารณสุขและสุขภาพได้มีการให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ ให้มีความหมายกว้างขวางขึ้นไม่ใช่म्मมองมิติเดียวที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แพทย์ พยาบาล การสาธารณสุข โรงพยาบาล ยารักษาโรค เท่านั้น มีการบูรณาการความหมายครอบคลุมการพัฒนามนุษย์และสังคมทั้งหมด สุขภาพจึงได้รับการให้ความหมายที่กว้างครอบคลุมเรื่องของสุขภาพะทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ (ปัญญา) สุขภาพหรือสุขภาพะก็คือสภาพที่ผู้คน “อยู่เย็น-เป็นสุข” ด้วยกัน (อำพล จินดาวัฒน์ มปป.) ในขณะที่เกษม วัฒนชัย (2548) ได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับ “สุขภาพ” ว่าน่าจะมีความหมายในขอบเขตที่กว้างกว่าการมองเพียงบุคคล คือ ไม่ใช่มุ่งเน้นสุขภาพส่วนบุคคลเท่านั้น แต่มีความหมายถึงหลายระดับ ตามการดำรงอยู่ของบุคคล ได้แก่ 1) ระดับบุคคล หมายถึง 4 องค์ประกอบ คือ สุขภาพกาย-สุขภาพจิต-สุขภาพสังคม และสุขภาพศีลธรรมของแต่ละคน 2) ระดับครอบครัว หมายถึง สุขภาพทั้ง 4 องค์ประกอบของครอบครัว 3) ระดับชุมชน-ประเทศ หมายถึง สุขภาพทั้ง 4 องค์ประกอบของชุมชนหรือประเทศ และ 4) ระดับสากล-นานาชาติ หมายถึง สุขภาพทั้ง 4 องค์ประกอบในระดับสากล

ส่วนคำว่า ‘องค์รวม’ เทียบเคียงได้กับคำว่า ‘Holistic’ หรือ ‘Wholistic’ ในภาษาอังกฤษ ซึ่งสามารถถอดความเป็นภาษาไทยว่าทั้งหมดเป็นหนึ่งเดียว การค้นคว้าเอกสารจากต่างประเทศจะเห็นว่าศัพท์คำนี้ได้รับการนำเสนอต่อสังคมในระยะแรกๆ โดยนักคิดสองท่านคือ Jan Christian Smuts (1870-1950) จากแอฟริกาใต้ โดยเขียนเรื่อง ‘Holism and Evolution’ ในปี 1926 ซึ่งบุคคลท่านนี้เป็นผู้รอบรู้หลายเรื่อง อาทิเป็นนักปรัชญา นักพฤกษศาสตร์ ทหาร นักการเมือง (นายกรัฐมนตรี) และอีกท่านคือ Ludwig von Bertalanffy ในปี 1968 แต่หากมองฐานคติเรื่ององค์รวมในสังคมไทยโดยเฉพาะหากพิจารณาแนวคิดนี้ในสังคมตะวันตกแล้วอาจคำนวณได้ยาวนานกว่าประเทศตะวันตกนับหลายพันปี เพราะฐานคติตะวันตกไม่ว่าจะเป็นจีน (คัมภีร์ขงจื้อ) หรือ อินเดียซึ่งถือเป็นรากเหง้าของอุดมคติที่จะไม่มีการแยกกายออกจากจิต แต่จะมองทุกชีวิตเป็นหนึ่งเดียว และเป็นสมมูล หรือ ตัวอย่างเช่นปรัชญาเซนของญี่ปุ่นที่ระบุว่า “จิตล้วนๆ นี้ซึ่งเป็นสิ่งกำเนิดของสิ่งทุกสิ่ง ย่อมส่องแสงอยู่ตลอดกาล...” และคำว่า ‘องค์รวม’ ไม่ใช่เรื่องใหม่ในสังคมไทยที่ถือคติ ‘ใจเป็นนายกายเป็นบ่าว’ มาช้านาน อุดมคตินี้จึงหล่อหลอมคนในสังคมบ้านเราให้ซึมซับแนวคิดนี้มานานนับร้อยปีปี ไม่ว่าจะเป็นชนบและฐานคิดแบบไทยพุทธ หรืออีสานพุทธ ดังนั้นแนวคิดแบบองค์รวมจึงเป็นฐานคิดที่นำทางพยาบาลในการมองโลก และสรรพสิ่ง

แนวคิดพุทธปรัชญามองชีวิตมนุษย์ สัตว์ บุคคลว่า คือ องค์ประกอบจากส่วนประกอบของรูป และ นาม แยกออกได้เป็น 5 ประเภทที่เรียกว่า ชั้น 5 ดังนี้ คือ รูป (Corporeality) เวทนา (Feeling) สัญญา (Perception) สังขาร (Mental Formation) ซึ่งหมายถึงการมีจิตเป็นตัวนำเจตนา และ วิญญาณ (Consciousness) อันเป็นความรู้แจ้งในอารมณ์จากปฏิภิกิริยาของประสาทสัมผัสทั้งห้า และ ทางใจ จิตวิญญาณในพุทธปรัชญาจึงไม่เป็นอมตะ มีแตกดับ แต่เป็นสิ่งที่อยู่เหนือประสาทสัมผัสที่มีการเกิด การดับ อยู่ตลอดเวลา และ เชื่อว่า “แก่นของความเป็นคนคือ จิต เพราะเป็นผู้บังคับการทุกอย่าง...” ในที่นี้ขอแยกข้อแตกต่างแนวคิดด้านจิตวิญญาณระหว่างพุทธปรัชญา และศาสนาพราหมณ์ และฮินดู โดยพราหมณ์ และฮินดูมองว่า วิญญาณ คือ Soul เป็นอัตตาที่เที่ยงแท้เป็นอมตะ ดำรงอยู่ชั่ววันรันดร์ จึงมีการแสวงหาร่างใหม่เมื่อร่างเก่าแตกดับ ซึ่งคล้ายกับปรัชญา

จิตนิยมของเพลโตที่เชื่อว่ามนุษย์ประกอบด้วยร่างกาย และ วิญญาณซึ่งวิญญาณ มีหน้าที่ควบคุมการกระทำทุกอย่างของมนุษย์ และ เป็นอมตะ (สมัคร 2542; สุวัฒน์ 2540; Butr-Indr 1995)

ดังนั้น “สุขภาพองค์รวม” จึงเป็นกระบวนการที่มียาฐานของปรัชญา การมองวิถีการรักษาสุขภาพให้เกิดความอยู่ดีมีสุข (well-being) หรือ “อยู่เย็น เป็นสุข” ที่ตรงกันข้ามกับ “อยู่ร้อนนอนทุกข์” (อำพล จินตาวัฒน์ มปป.) ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ และ จิตวิญญาณ ปรัชญา ความคิดแบบองค์รวมมีความเชื่อว่าสุขภาพของมนุษย์มีความสัมพันธ์กับ ธรรมชาติอย่างใกล้ชิดและมีศักยภาพในการรักษาตนเองด้วยการสร้าง ดุลยภาพแห่งชีวิต การจัดการทางอารมณ์ กายและจิตใจมนุษย์แบบบูรณาการ โดยถือว่ามนุษย์มีความเป็นหนึ่งเดียวทั้งบุคคล ไม่ใช่เพียงเป็นโรคที่แสดงออก และไม่ใช่เพียงอาการผิดปกติที่ตรวจพบ ดังนั้นในการรักษาสุขภาพของมนุษย์ จึงต้องมีการผสมผสานระหว่างการจัดการในเรื่องอารมณ์ จิตวิญญาณ ร่วมกับ ภาวะโภชนาการ สิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อภาวะสุขภาพที่ไม่ดีของบุคคล ด้วย ด้วยเหตุนี้ในการบริการสุขภาพแบบองค์รวมจึงต้องมีการผสมผสานการทำงานระหว่างบุคลากร ในระบบสาธารณสุข ทั้งที่มีอยู่ในปัจจุบัน และบุคลากร สายอื่น มาร่วมกันทำงานอย่างเต็มที่ หากเกิดผลความสำเร็จย่อมส่งผลดีมหาศาล สู่ระบบสาธารณสุขของประเทศ เพราะหมายถึง ค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพ ประชาชนลดลงเป็นหลักแสนล้าน และประชาชนเองก็จะมีความสุข ปราศจาก โรคภัยที่ป้องกันได้ หรือถ้าหากจะกล่าวรวมโดยสรุปอีกครั้งก็คือ ความอยู่ดีมีสุข มิได้หมายถึง “กาย” (ร่างกายที่ปราศจากโรค ร่างกายที่ได้รับอาหาร ฯลฯ) เท่านั้น แต่หมายความรวมถึงจิตด้วย ซึ่งจิตเหล่านี้หมายความว่ารวมถึงอารมณ์ จิตวิญญาณ ซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษคำว่า Suffering Wellbeing นั้นเอง

การบริการสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อสร้างความอยู่ดีมีสุขแก่ประชาชน

“สุขภาพการแพทย์แบบองค์รวม หรือ Holistic Medicine” ซึ่งให้คำจำกัดความโดยสมาคมสุขภาพการแพทย์แบบองค์รวมแห่งประเทศไทย (the Canadian Holistic Medical Association, 2005) ให้ไว้ว่า “Holistic

medicine is a system of health care which fosters a cooperative relationship among all those involved, leading towards optimal attainment of the physical, mental emotional, social and spiritual aspects of health.” นั่นคือสุขภาพ การแพทย์แบบองค์รวมถือเป็นระบบการดูแลสุขภาพที่เน้นความเชื่อมโยงของ ภาวะสุขภาพที่ผานกันในทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ ซึ่งจะต้องพิจารณาบุคคลทั้งคนได้แก่การพิจารณาทั้งด้านร่างกาย ภาวะโภชนาการ สิ่งแวดล้อม สังคม จิตวิญญาณ รวมถึงค่านิยมในการดำรงชีวิต สิ่งทีกล่าวมาทั้งหมดนี้จะต้องได้รับความสนใจในการดูแลสุขภาพทุกขั้นตอน ไม่ว่าจะเป็นการพิจารณาให้ยารักษาหรือการผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาพ การแพทย์แบบองค์รวมนี้มุ่งเน้นการให้การศึกษาเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบ ของบุคคลในการสร้างความสมดุลแห่งชีวิตเพื่อสร้างสุขภาพหรือความอยู่ดีมีสุข แก่ตนเอง (well-being) นั่นเอง

ในบริบทอีสานแนวคิดการดูแลสุขภาพได้รับอิทธิพลจากรากความคิด ความเชื่อเชิงพุทธในสังคมอีสานและหล่อหลอมอุดมคติผู้คนซึ่งคือผู้รับบริการ สุขภาพที่แม้จะยึดถือศาสนาพุทธเป็นสรณะหรือไม่ก็ตาม ให้มีแนวคิด ความเชื่อ ค่านิยม ตลอดจนการปฏิบัติตัวโดยเฉพาะในด้านพฤติกรรมทางสุขภาพและ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งนี้วัฒนธรรมท้องถิ่นอีสานเป็นตัวกำหนดทัศนคติ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ตลอดจนท่าทีและพฤติกรรมของคนที่มีต่อชีวิต สังคม และธรรมชาติรอบตัว โลกทัศน์ในวัฒนธรรมท้องถิ่นจึงแตกต่างไปจาก โลกทัศน์ในวิทยาการของโลกตะวันตกที่เทคนิคการแพทย์สมัยใหม่และวิทยาศาสตร์ ซึ่งบางครั้งยังไม่สามารถผสมกลมกลืนกับกับวิถีชีวิตชาวบ้านได้อย่างสนิท การแพทย์ตะวันตกเป็นที่พึ่งสำหรับการรักษาโรคที่เกิดจากพยาธิสภาพบางชนิด ยังไม่ได้เป็นกระแสหลักในการชี้หน้ากำหนดพฤติกรรมทางสุขภาพของชาวบ้านได้ เนื่องจากพฤติกรรมการรักษาและการป้องกันโรคของชาวบ้านที่แท้จริงถูก กำหนดจากวัฒนธรรมความเชื่อแบบพื้นบ้านเป็นสำคัญ โลกในคติของคนอีสาน มิใช่ประกอบขึ้นด้วยสรรพสิ่งทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นเป็นรูปธรรมของสิ่งมีชีวิตและวัตถุต่างๆ เท่านั้น สำหรับอีสานในสังคมมนุษย์อื่น ๆ แล้วโลกยังมีด้าน ามธรรมอันประกอบขึ้นด้วยอำนาจเหนือธรรมชาติต่างๆ ที่กำหนดและบงการ

ความเป็นไปของชีวิตและสังคม หากมนุษย์เกิดเจ็บป่วย จึงมิใช่เป็นเพียงความบกพร่องทางพยาธิสภาพเท่านั้น หากเกิดจากอำนาจที่เหนือธรรมชาติด้วยการรักษาบำบัดขึ้นอยู่กับความเชื่อที่คิดว่าเป็นสาเหตุของความไม่สบายนั้นๆ โดยคนในสังคมอีสานเชื่อว่าความเจ็บป่วยมีสาเหตุสำคัญ 3 ประการคือ **เป็นสาเหตุทางธรรมชาติ (Natural)** ที่ไม่ซับซ้อนเช่นกินของผิดทำให้ปวดท้อง ก็แก้ไขโดยการใช้สมุนไพร อาหารแก้มืด หรือยารักษา **เป็นสาเหตุอันผิดธรรมชาติ (Preternatural)** เป็นความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนขึ้นมาที่อยู่ดี ๆ ก็ถูก ‘ของ’ ซึ่งต้องแก้ไขด้วยการใช้เวทมนต์ (Sorcery) **เป็นสาเหตุจากสิ่งที่มีอำนาจเหนือธรรมชาติ (Supernatural)** เกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติกระทำเพราะความโกรธต่อการกระทำที่ไม่เหมาะสมบางอย่างของผู้ป่วย ดังนั้นต้องแก้ไขด้วยการ ‘ขอขมา’ หรือ ‘อ้อนวอน’ ตามพิธีกรรมที่กำหนดอาจผ่านผู้ทำพิธีกรรมหรือตัวผู้ป่วยเอง ระบบความเชื่อของคนอีสานมีเอกลักษณ์ของตนเอง เป็นสิ่งที่สะสมกันมายาวนานหลายชั่วอายุคน แม้บางส่วนจะหันไปนับถือศาสนาอื่นๆ แตกต่างกันไป แต่ความเชื่อเหล่านี้ยังทิ้งร่องรอยให้เกิดความคิดที่ผสมผสานในระบบความเชื่อแบบสมัยใหม่อยู่ดี (ดารุณี 2544; ทศนีย์ 2540:19-23)

จากกระบวนการที่ปรับเปลี่ยนไปของนักวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพในสังคมไทยในการมองสุขภาพซึ่งเน้นการสร้างสุขภาวะแทนการรักษาโรค ทำให้แนวคิดนโยบายทางการพัฒนาสุขภาพในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 เปลี่ยนแปลงไปด้วยโดยได้กำหนดทิศทางทางการพัฒนาสุขภาพของประเทศด้วยการนำบทเรียนในอดีตเป็นตัวตั้งต้น และสรุปได้ว่าสุขภาพของบุคคลในประเทศมีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับปัจจัยทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อม การพัฒนาสุขภาพของประชาชนในประเทศให้ประสบความสำเร็จได้นั้นจำเป็นต้องมีการปรับกระบวนการที่เกี่ยวกับสุขภาพ ดังนั้นจึงต้องมองสุขภาพทั้งในมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ และให้เชื่อมโยงกับเหตุ แทนที่จะมองสุขภาพเป็นเพียงแต่การรักษาโรค แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 มีหลักในการพัฒนาสุขภาพว่า 1) “สุขภาพคือสุขภาวะ” หรือสุขภาพองค์รวม และ 2) การพัฒนาสุขภาพต้องพัฒนาทั้งระบบ รวมถึงการยึดหลักการพัฒนาสุขภาพโดยการใช้กรอบปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับสุขภาพ และ ภาพลักษณ์ของสังคมและระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

การพัฒนาสุขภาพภาวะเพื่อความอยู่ดีมีสุขตามกรอบคิดที่ได้กล่าวในตอนต้น มีความจำเป็นที่จะต้องปรับกระบวนการทัศนคติของผู้ให้บริการด้วยกล่าวคือ ผู้ให้บริการจะไม่มองผู้รับบริการและ ครอบครัวเป็นหน่วยของผู้คอยรับ บุคลากรเป็นผู้ให้ ดังที่เคยมีมุมมองมาเช่นนั้นในอดีต แต่จะมองผู้รับบริการและครอบครัวเป็นผู้ที่มีทั้งรับและให้ มีความเท่าเทียมกัน เป็นผู้ร่วมคิด ร่วมกันทำงาน เพื่อให้ผลของภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ และ ครอบครัวเป็นไปตามที่ตั้งเป้าหมายร่วมกัน บุคลากรจะมองผู้รับบริการเป็นหน่วยรวม ยอมรับนับถือความคิดในการมองตนเอง และมองการเจ็บป่วยของเขา แต่ละบุคคลมีความเป็นปัจเจก แต่ละคนมีความเชื่อ พฤติกรรมที่เฉพาะ เขาต่างมีประสบการณ์ชีวิต ความสามารถที่เอาตัวรอดมาแล้วในแบบที่เขาเป็น ทั้งบุคลากร ผู้ป่วย และ ครอบครัวต่างเป็นหุ้นส่วนในการดูแลให้ผู้รับบริการมีผลของการหายจากโรค โดยบุคลากรเป็นผู้รับผิดชอบในการให้ข้อมูลที่เป็นจริงและเหมาะสมตามสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ของพฤติกรรมการดูแลตนเองย่อมเป็นความรับผิดชอบที่เกิดจากเนื้อในความคิด การตัดสินใจของผู้รับบริการและครอบครัวอย่างแท้จริง ทั้งนี้ตามแนวคิดของแบร์ทเนอร์ (Blattner 1981) ได้นำเสนอกรอบการบริการสุขภาพตามโลกทัศน์องค์รวมของ Smuts ผสมผสานกับแนวคิดเรื่องกระบวนการแห่งชีวิตของ Bevis สรุปเป็นกรอบการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมว่ามีกระบวนการแห่งชีวิตที่เกิดทั้งในระดับภายในบุคคล ระหว่างบุคคล และในชุมชนหรือสังคม (Intrapersonal, Interpersonal and Community life space) ที่บุคลากรจะต้องปฏิบัติการบริการสุขภาพภายใต้ความคิดความเชื่อเพื่อให้เกิดสุขภาพภาวะ 8 ประการ ดังนี้

1. บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีความรับผิดชอบ (Self responsibility) และรับรู้ (Self awareness) ต่อตนเอง
2. บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีกระบวนการดูแลชีวิตของตนเอง (Life caring process)
3. บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีศักยภาพที่จะเจริญเติบโตและพัฒนาการในชีวิต (Human life process)

4. บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีปฏิกริยาต่อความเครียดและความกดดันเฉพาะตน (Stress life process) ซึ่งอาจเป็นความกดดันที่เกิดตามระดับพัฒนาการในชีวิต (Maturational stress) หรือสถานการณ์ที่ไม่คาดฝัน (Situational stress)

5. บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีกระบวนการการดำรงชีวิตเพื่อรักษาป้องกันโรค และส่งเสริมภาวะสุขภาพของตนเอง (Life styling Process)

6. บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีกระบวนการสื่อสารเฉพาะตน (Communication life process) ทั้งแบบการใช้คำพูด หรือไม่ใช้ ทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว ดังนั้นบุคลากรสุขภาพจึงต้องเรียนรู้และเข้าใจวิธีการสื่อสารของผู้รับบริการ เพื่อให้การบริการอย่างมีคุณภาพ

7. บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีกระบวนการแก้ไขปัญหาในชีวิตเฉพาะตน (Problem solving life process)

8. บุคลากรสุขภาพเองมีบทบาทร่วมในกระบวนการเรียนการสอนในวิถีชีวิตผู้รับบริการ (Teaching / Learning life process) ที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพสุขภาพตนเอง ผู้ให้บริการมีบทบาทในการเป็นผู้ชี้แนะให้ผู้รับบริการมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไปในทางสร้างสรรค์ (Leadership and change life process)

โดยให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนให้ครอบคลุมการบริการสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ๆ ละ 4 มิติ ดังนี้ (เกษม วัฒนชัย 2548)

1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เป็นกลไกการสร้างความเข้มแข็งให้แก่สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพศีลธรรม

2. ด้านการป้องกันโรค ได้แก่ มาตรการลดความเสี่ยงในการเกิดโรค รวมทั้งการสร้างภูมิคุ้มกันเฉพาะโรค ด้วยวิธีการต่างๆ นานา เพื่อมิให้เกิดโรคภัยโรคจิต โรคสังคม และโรคศีลธรรม ทั้ง 1) การส่งเสริมสุขภาพ และ 2) การป้องกันโรคนี้ เราเรียกรวมกันว่า “การสร้างสุขภาพ” โดยให้ปฏิบัติการก่อนเกิดโรค

3. ด้านการรักษาโรค เมื่อเกิดโรคขึ้นแล้ว เราต้องเร่งวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคอะไร แล้วรีบให้การรักษาด้วยวิธีที่ได้ผลดีที่สุดและปลอดภัยที่สุดเท่าที่มนุษย์

จะรู้และสามารถให้การบริการรักษาได้ เพื่อลดความเสียหายแก่สุขภาพ หรือ แม้แต่เพื่อป้องกันมิให้เสียชีวิต

4. ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ หลายโรคเมื่อเป็นแล้วก็อาจเกิดความเสียหาย ต่อการทำงานของระบบอวัยวะหรือทำให้พิการ จึงต้องเริ่มมาตรการฟื้นฟูให้กลับ มามีสภาพใกล้เคียงปกติที่สุดเท่าที่จะทำได้ทั้ง 3) การรักษาโรค และ 4) การฟื้นฟู สุขภาพนี้เราเรียกรวมกันว่า “การซ่อมสุขภาพ” ทำหลังจากเกิดโรคแล้ว

กล่าวโดยสรุปในปัจจุบันประเทศไทยได้เกิดการปรับกระบวนทัศน์ ต่อเรื่องสุขภาพ และนโยบายในการให้บริการสุขภาพที่มีแนวคิดโดยการผลักดัน ของนักปฏิบัติการก้าวหน้าด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ได้เกิดกระบวน ทัศน์ใหม่ในการมองสุขภาพโดยเชื่อกันว่า “การสร้างสุขภาพ” มีประสิทธิผลดีกว่า และประหยัดกว่า “การซ่อมสุขภาพ” “การสร้างสุขภาพ” เป็นมาตรการ ที่ประชาชนช่วยตัวเองได้มากกว่า “การซ่อมสุขภาพ” ซึ่งต้องอาศัยคลินิก และโรงพยาบาลเป็นหลัก ดังนั้นกรอบปรัชญาในการให้บริการสุขภาพแบบ องค์กรวมนี้จึงเป็นระบบสุขภาพที่จัดการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษาพยาบาล และการแก้ไขฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งในมิติทางกาย ทางจิต ทางสังคม และจิตวิญญาณ กรอบปรัชญานี้ในกำหนดการมองในระดับการมองภาวะสุขภาพเพื่อนำไปสู่การ กำหนดกรอบในการออกแบบการจัดบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพ นำการซ่อมสุขภาพของทั้งระดับตัวผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชน และสังคม อันเป็นรากฐานที่สำคัญของระบบสุขภาพที่เป็นองค์กรวม

มีผู้วิเคราะห์และสังเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับเหตุปัจจัยด้านสังคม และเหตุปัจจัยด้านศีลธรรม (เกษม วัฒนชัย 2548) พบว่ามีผลต่อสุขภาพ (เสียสุขภาพ) ต่อการเกิดโรค (เกิดโรคง่ายขึ้น) และต่อความตาย (อายุสั้น) เหตุ ปัจจัยดังกล่าว มีดังนี้ 1) ความยากจนจนขั้นแค้น (หาไม่พอกินพอใช้) ทำให้คนจน ขาดอาหาร เกิดโรคติดเชื้อง่าย และอายุสั้นเมื่อเทียบกับคนมั่งมี 2) ภาวะโดดเดี่ยว (กำพร้า, ถูกทอดทิ้ง หรือแยกตัวเอง) ทำให้มีอัตราการเกิดโรคหัวใจ อัมพาต และมะเร็งเพิ่มกว่าปกติ 3) โรคอ้วน ทำให้เพิ่มภาวะโรคต่อไปนี้ คือ ข้อเสื่อม- ข้ออักเสบ หืดหอบ นิ่วในถุงน้ำดี มะเร็ง เต้านม โรคเบาหวาน โรคความดันเลือดสูง และโรคหัวใจ 4) ความสำส่อนทางเพศ นำมาซึ่งกามโรคชนิดต่างๆ รวมทั้งโรคเอดส์

การตั้งครมุก่อนวัยอันควร การทำแท้ง (ซึ่งแม่อาจเสียชีวิต) และทารกถูกทอดทิ้ง 5) การเสพติด ทั้งเหล้า บุหรี่ สารเสพติดอื่น และการพนัน 6) โรคที่มนุษย์ทำเอง เช่น ฆ่าตัวตาย ฆ่าคนอื่น อุบัติเหตุต่างๆ ถูกสารพิษ และ 7) ภาวะมลพิษจากฝีมือมนุษย์ทั้งมลพิษในน้ำ อากาศ ดิน อาหาร และน้ำบริโภค ในที่สุดเกษม วัฒนชัย (2548) ยังได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การพัฒนาความอยู่ดีมีสุขผ่านการมองสุขภาพแบบองค์รวม น่าจะเป็นการศึกษาหาความรู้และออกแบบในการจัดการทั้งวิธีสร้างและซ่อมสุขภาพ โดยหมายรวมให้เชื่อมโยงทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพศีลธรรม ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน-ประเทศ และสากล-นานาชาติ เพื่อให้การจัดการสุขภาพเบ็ดเสร็จ เต็มขนาดและครอบคลุม ทั้งนี้ ต้องร่วมมือร่วมใจทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งเครือข่ายภายในและภายนอกประเทศด้วย

วิทยาศาสตร์ในการศึกษาสุขภาพแบบองค์รวมของประชาชน

Michel Foucault (1926 - 1984) นักคิดหลังทันสมัยนิยม (Postmodernism) กล่าวว่า "...ทุกอย่างไม่มีแก่นแท้ใดๆ ในตัว สรรพสิ่งล้วนมีมูลค่า..." (ใน Foucault, 1979) เขามีความเชื่อว่าความรู้และอำนาจไม่อาจแยกจากกัน ความรู้คืออำนาจ ผู้สร้างและผู้ใช้ความรู้ควรเป็นบุคคลเดียวกัน ความรู้สามารถได้รับการพัฒนา เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาท่ามกลางการปฏิบัติที่ทำได้ คิดไป แก้ไข สรุบบทเรียน และสร้างบทเรียนใหม่อย่างต่อเนื่อง ความรู้ในเรื่องสุขภาพแต่เดิมที่เป็นของผู้มีอำนาจหรือผู้ปกครอง ดังนั้นตามทัศนะของนักคิดหลังทันสมัยนิยมการทำความเข้าใจความหมายของบุคคลและครอบครัวถึงแนวคิดด้านการมีสุขภาพและสุขภาพองค์รวมจึงจำเป็นต้องใช้ศาสตร์แห่ง "การตีความ" แนวคิดหลังทันสมัยนิยมจึงใช้เป็นปากเสียงแทนผู้คนที่ไม่มีโอกาสบอกความรู้สึกรักนึกคิดของตนเองให้สังคมได้รับรู้ให้เกิดการเสริมพลังอำนาจสร้างความเท่าเทียมเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพ

จะเห็นได้ว่าในขณะที่แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมได้รับการนำเสนอแก่สังคมให้เป็นกระบวนการทัศนหลักในการสร้างสุขภาพของประชาชน แต่ขณะเดียวกันการนำเสนอแนวคิดแบบโหนดกระแสสุขภาพองค์รวมก็ได้รับการโหม

กระเพื่อเชิงธุรกิจกันอย่างรวดเร็ว และจนดูเหมือนจะเป็นกระแสหลักของการกอบโกยและสร้างความเข้าใจผิดแก่ประชาชน การนำเสนอสุขภาพองค์รวมเชิงพาณิชย์ได้รับการตอบรับจากประชาชนอย่างรวดเร็ว เช่น ธุรกิจการขายอาหารเสริม ธุรกิจสปา ธุรกิจทัวร์ล้างพิษ ครีมหน้าแดงจากสมุนไพร ฯลฯ สาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดความพยายามของประชาชนในการเพิ่มเติมให้กับสุขภาพคือความคิดแบบแยกส่วนแบบเดิมๆ ที่บิดเบือนไปจากแนวคิดองค์รวมที่แท้จริง มีความพยายามเพิ่มปัจจัยหรือปรับปรุงปัจจัยที่ขาดหายไป (Missing -Factor) แก่ร่างกายเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อการฟื้นฟูสุขภาพ กระบวนทัศน์เหล่านี้มาจากวิถีคิดของผู้คนที่มุ่งแต่การเปลี่ยนแปลงทางองค์ประกอบรูปธรรม (Matter) หรือเนื้อหา (Content) และสร้าง"องค์รวม"จากการเอารูปธรรม/เนื้อหาเหล่านั้นมารวมกัน เชื่อมโยงต่อ ๆ กัน แล้วสรุปว่าเป็นองค์รวม (Holistic) แล้ว ทั้ง ๆ ที่สภาวะขององค์รวมอันแท้จริงนั้น "องค์รวมเป็นมากกว่าผลรวมขององค์ประกอบ (The whole is more than the sum of its part) นั่นคือองค์รวมมิได้เกิดจากการเอาสิ่งต่าง ๆ ย่อย ๆ มาอยู่รวมกัน หากองค์รวมเกิดจากการที่องค์ประกอบเหล่านั้นมี "สัมพันธภาพ" (Relationship) เป็นส่วนหนึ่งของมันและกัน จนกระทั่งเมื่อไรที่แยกองค์ประกอบของมันออกมา สิ่งที่แยกออกจะไม่มีคุณสมบัติเหมือนเมื่ออยู่ในระบบ หมายความว่า "คุณสมบัติ" ขององค์ประกอบดำรงอยู่เมื่อมันมีสัมพันธภาพกับส่วนอื่นทั้งหมด โดยนัยนี้ โครงสร้าง (Structure) / แบบแผน (Pattern) / กระบวนการ(Process)" จึงเป็นสิ่งเดียวกัน

ความบิดเบี้ยวของแนวคิดแบบองค์รวมที่สามารถสังเกตได้คือปรากฏการณ์ของการพัฒนาสุขภาพที่มองว่าสุขภาพคือ สุขบัญญัติที่เกิดทั้งในระดับกาย ใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นจึงมีความพยายามในการเติมเต็มองค์ประกอบทั้ง 5 นี้ให้ครบ ซึ่งสนองตอบฐานคิดที่มีการแยกองค์ประกอบรูปธรรม/เนื้อหา แล้วเติมบางอย่างเข้าไปแทนที่ โดยเชื่อว่ามันจะทำให้ทุกอย่างดีขึ้น โดยไม่ได้มองความสัมพันธ์ขององค์ประกอบว่ามีความกลมกลืนเป็นเนื้อเดียวกันหรือไม่ เช่น การตรวจคีให้พ่อแม่กอดลูกทุกวันแล้วเชื่อว่าจะช่วยให้เกิดความอบอุ่นในครอบครัว กริยา "กอด" เป็นเพียงกายภาพที่กระทำเท่านั้น แต่เนื้อแท้คือใจ ความรู้สึกนึกคิดอารมณ์ความสัมพันธ์ของครอบครัว

ต่างหาก ที่จะสร้างความอบอุ่นให้เกิดขึ้นในครอบครัว

เมื่อพิจารณาถึงการปฏิบัติในระดับประเทศจะเห็นได้ว่า แผนพัฒนาฉบับที่ 8 และ 9 ในปัจจุบัน ซึ่งรัฐระบุว่ามีการเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากแยกส่วน (เศรษฐกิจ / สังคม / สิ่งแวดล้อม / ฯลฯ) มาเป็นองค์กรวม และยึดมนุษย์เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา เพิ่มเรื่องจิตวิญญาณ โอกาสทางสังคม ฯลฯ จึงไม่เป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากแยกส่วนมาเป็นองค์กรวมตามที่กล่าวมา เพราะเป็นการนำองค์ประกอบรูปธรรมที่เพิ่มเข้ามา เช่น บัณฑิตสังคม สิ่งแวดล้อม จิตวิญญาณ ฯลฯ มารวมกันแล้วเรียกว่า “องค์กรวม” โดยเชื่อว่าสัมพันธภาพขององค์ประกอบจะเกิดขึ้นภายหลังซึ่งอาจไม่เกิดขึ้นเลยก็ได้ ดังนั้นตัวอย่างแนวความคิดพัฒนาสุขภาพประชาชนบางส่วนของรัฐที่พยายามให้เป็นองค์กรวม จึงอาจยากที่จะเกิดขึ้นอย่างกลมกลืนเป็นเนื้อเดียวกัน หากแต่ยังแยกส่วนมาโดยตลอด (อรรถี งามวิทยาพงศ์ 2548)

เพื่อทำความเข้าใจความอยู่ดีมีสุขของประชาชนในมิติด้านสุขภาพองค์กรวม ผู้เขียนขอเสนอ “วิธีวิทยา” ที่ใช้ในการศึกษาโดยวิธีการศึกษาแบบประชาชนมีส่วนร่วม (Participatory Approaches) ซึ่งเป็นการวิจัยเน้นความมีส่วนร่วมระหว่างนักวิจัย และประชาชนผู้เข้าร่วมวิจัยในพื้นที่เป้าหมายของโครงการ WeD ทั้งนี้การวิจัยเช่นนี้เน้นการที่นำไปสู่การรวมพลังความคิดของผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้ความสำคัญกับบริบท (Context) ของพื้นที่เป็นสำคัญ เพื่อพิจารณาหาเงื่อนไขที่จำเป็น (Necessary Conditions) ภายใต้ปัจจัยอันจำกัด (Limiting Factors) ของพื้นที่เป้าหมาย (White & Pettit, 2004) ศึกษาโดยการผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (Combined qualitative and quantitative research) โดยเริ่มจากการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งเป็นการแสวงหาความรู้ที่มีระบบ โดยพิจารณาปรากฏการณ์สังคมจากสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ ทำความเข้าใจประสบการณ์ของบุคคล หากความสัมพันธ์ของบุคคลต่อปรากฏการณ์และสภาพแวดล้อม เป็นวิธีการที่ให้ความสำคัญกับข้อมูลด้านความรู้สึก ความคิด การให้ความหมาย ค่านิยม อุดมการณ์ของบุคคล การที่จะได้มาซึ่งข้อมูลที่ลุ่มลึกเหล่านี้ต้องอาศัยการศึกษาติดตามที่เป็นเวลายาวนาน ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์เจาะลึก

เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ ตีความข้อมูล แล้วสร้างแก่นความคิดในเรื่องที่ศึกษา (ดารุณี จงอุดมการณ์, 2545) โดยเน้นวิธีการทางมานุษยวิทยา หรือชาติพันธุ์วรรณา (Ethnographic Method) ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อบรรยาย อธิบาย วัฒนธรรมเฉพาะ ในขณะที่เดียวกันมุ่งศึกษาทัศนคติทางสังคมของคน ในท้องถิ่นที่ศึกษา มุมมองของเขาต่อสรรพสิ่ง และในแง่การมีปฏิสัมพันธ์กับ องค์กรณ์อื่นๆทางสังคมในฐานะ “คนใน” นอกจากนี้ยังศึกษาการตีความของชีวิต เขาที่อาจมีความต่างจาก มุมมอง”คนนอก” (Powers & Knapp, 1995 : 52) คำถามการวิจัยชนิดนี้จะมุ่งทำความเข้าใจเกี่ยวกับระบบวัฒนธรรมที่มีผลต่อ สรรพสิ่ง หรือ ปรากฏการณ์ที่ศึกษา ศึกษาว่าเขามีความเป็นอยู่ มีวิถีชีวิตอย่างไร เช่นในที่นี้ศึกษาวัฒนธรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย คำถามย่อยคือ เขามีทัศนะ มุมมองต่อสุขภาพอย่างไร ให้ความหมายถึงการมี สุขภาพดี สุขภาพไม่ดีอย่างไร ทำอย่างไรจึงจะเป็นผู้มีสุขภาพดี หรือ ไม่ดี ภาย ใต้ความคิด ความเชื่ออย่างไร ? ให้ครอบคลุมในทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณแบบองค์ โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบ ด้วย แบบการสังเกตชุมชน และ ครอบครัวยุติศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนและครอบครัว และตัวนักวิจัยเอง ทั้งนี้ การพัฒนาแบบสังเกต และแนวคำถาม แต่ละชุดจะผ่านการทดลองใช้ก่อนเพื่อ ปรับปรุงคำถาม คำพูดให้มีความชัดเจนเข้าใจง่ายสำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล อย่งไร ก็ตามแนวคำถามที่ร่างนี้เป็นเพียงแนวปฏิบัติที่นักวิจัยสามารถปรับเปลี่ยนไปได้ ตามสถานการณ์

วิธีในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพยังประกอบด้วย การสังเกต (Observation) ซึ่งเป็นการเฝ้าดู และ พิจารณาถึงปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างเอาใจใส่ และ มีวัตถุประสงค์ (Parahoo, 1997) โดยนักวิจัยได้ใช้การสังเกตทั้งแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participant Observation) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) ซึ่งเป็นวิธีที่นักวิจัยเข้าไปสู่โลกของสิ่งที่ศึกษา เพื่อที่จะเข้าใจ มุมมองของผู้ที่กำลังถูกศึกษาแบบคนใน (Emic) โดยใช้แบบบันทึกการสังเกต ชุมชน และ ครอบครัวยุติศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย เป็นแบบการสังเกต

และสัมภาษณ์สภาพกายภาพ ชีวภาพ สภาพทางสังคม วัฒนธรรมทั่วไปของชุมชน และครอบครัวที่ศึกษาเพื่อใช้ในการอธิบาย และวิเคราะห์ชุมชน และครอบครัวที่ศึกษา ซึ่งแบบบันทึกนี้นักวิจัยได้จัดเก็บข้อมูลโดยการเขียนบันทึกภาคสนาม

สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal Interviews) กระทำควบคู่ไปกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยนักวิจัยมีจุดสนใจคำถามตามวัตถุประสงค์การวิจัย ตามแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ได้จัดทำไว้ และปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ (ดาร์ณี จงอุดมการณ์ 2545 : 94) ทั้งนี้การสัมภาษณ์เชิงลึก นักวิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ใหญ่ และ ผู้สูงอายุซึ่งเป็นสมาชิกของครอบครัวในพื้นที่ที่ศึกษาลักษณะของข้อคำถามเป็นปลายเปิดเกี่ยวกับแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลสุขภาพจากอดีตสู่ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต ในการสัมภาษณ์ และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง โดยมีผู้ให้ข้อมูลหลัก

ส่วนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นอีกวิธีที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพซึ่งเป็นการสนทนาพูดคุยกันอย่างกว้างขวาง และเป็นอิสระ (Denzin & Lincoln, 2000) ในการวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการสนทนากลุ่มทั้ง 4 ชุมชนๆ ละ 2 กลุ่ม ซึ่งแบ่งออกเป็นเป็นกลุ่มผู้ชาย กลุ่มผู้หญิง โดยแต่ละกลุ่มประกอบด้วยสมาชิก 7-9 คนตามแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ลักษณะของข้อคำถามเป็นลักษณะปลายเปิดเรื่องวิธีการดูแลสุขภาพ ความคิดความเชื่อเรื่องสุขภาพและปัญหาสุขภาพของครอบครัวและชุมชน

สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ การบันทึกข้อมูล (Data Records) เป็นการบันทึกข้อมูลที่เก็บได้ทุกชนิดจัดเก็บโดยการบันทึกในรูปของการบันทึกภาคสนาม (Field Notes) การบันทึกเสียง (Tape Records) และ การถ่ายภาพ (Photograph) กล่าวคือเป็นการบันทึกภาคสนาม ซึ่งเป็นการจดบันทึกประจำวันถึงข้อมูลที่นักวิจัยสังเกตได้ ทั้งแบบมีส่วนร่วม และ ไม่มีส่วนร่วม เป็นการจดบันทึกวันต่อวัน จดบันทึกภาพที่เห็น รวมถึงการจดบันทึกสิ่งที่นักวิจัยตั้งข้อสังเกต ข้อสมมุติฐานชั่วคราว เพื่อให้เกิดประเด็นการตั้งคำถาม และการสังเกตให้ครั้งต่อไปอีก ทั้งนี้ในการทำวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งการการบันทึกเป็น 3 ส่วน คือ 1) เล่าสิ่งที่เห็น

(Observation Notes) ว่าเห็นอะไรบ้าง จาก เหตุการณ์ บุคคล คำพูด การกระทำ
2) บันทึกการตีความเบื้องต้น (Theoretical Note) ซึ่งนักวิจัยบันทึกสิ่งที่สะท้อน
คิด มุมมองที่มีต่อเรื่องที่พบนั้นๆ และ 3) เป็นการบันทึกเชิงเทคนิควิธีที่นักวิจัย
บันทึกถึงความสำเร็จ หรือ ล้มเหลวของตนเองในการเข้าไปเก็บข้อมูลในครั้งนั้นๆ
รวมถึงข้อมูลที่เราคิดว่าตกลงไปและจะกลับมาถาม หรือ สังเกตในครั้งต่อไป

มีการการถ่ายภาพ การบันทึกภาพขณะการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิง
คุณภาพครั้งนี้มีความจำเป็น และได้กระทำตลอดการวิจัย เพราะภาพถ่ายที่
ปรากฏสามารถบรรยายความเป็นไปของบุคคล เหตุการณ์ได้ดีกว่าการเขียน
คำบรรยายที่ยืดยาว ดังนั้นตลอดการเก็บข้อมูลกล้องจึงอยู่ข้างกายผู้เก็บข้อมูล
ตลอด และ บันทึกภาพได้ทันทีที่พบเห็นเหตุการณ์ ซึ่งแน่นอนว่าการขออนุญาต
การถ่ายภาพนั้นผู้เก็บข้อมูลได้กระทำทุกครั้งที่มีการถ่ายภาพในชุมชน

จากนั้นนักวิจัยจะได้มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ในการ
ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลครั้งนี้ นักวิจัยได้ใช้หลักการตรวจสอบของ
ลินคอร์น และ กูบา (Lincoln & Guba, 1985) ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน คือ
การฝังตัวยาวนาน (Prolonged Engagement) การเฝ้าสังเกตอย่างต่อเนื่อง
(Persistent Observation) และ การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ทั้งนี้ นักวิจัย
และ ผู้ช่วยนักวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เกิด และ เติบโตอยู่ในภูมิภาคอีสาน พูดภาษา
อีสานได้ สามารถสื่อสารเข้าใจในภาษาอีสานได้อย่างถ่องแท้ เนื่องจากเงื่อนไข
การทำงานในภูมิภาคนี้ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่เป็นแหล่งการเก็บรวบรวมข้อมูลมา
ยาวนาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักวิจัยหลักในการศึกษาคครั้งนี้ได้มีโอกาสฝังตัว
คุ้นเคยรู้จักกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัวชุมชนรายได้ไม่น้อยมานานพอ
สมควร และการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ใช้เวลาต่อเนื่องยาวนานอย่างเอาใจใส่
และ มีการสะท้อนคิด วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้โดยตลอด เมื่อได้ข้อมูลเชิงคุณภาพ
นักวิจัยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า โดยการใช้แหล่งข้อมูล วิธีการ และ ช่วงเวลา
ที่หลากหลายในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เทคนิคการตรวจสอบทั้งด้านข้อมูล
(Data Triangulation) วิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation)
และ ตรวจสอบนักวิจัย (Researcher Triangulation)

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Data Analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากบันทึกภาคสนาม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกถูกนำมาวิเคราะห์ผ่านการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) แล้วนำเสนอเป็นแบบองค์รวม (Holistic View) ไม่แยกส่วนโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามวิธีการของฟีลดิ้ง (Fielding, 1993) ตามขั้นตอนดังนี้ 1) จัดลำดับ และ จัดกลุ่มข้อมูล 2) อ่านทบทวนข้อมูลเพื่อเข้าใจความรู้สึกอย่างลึกซึ้ง 3) บริหารจัดการแยกข้อมูลอีกครั้ง 4) จัดหมวดหมู่ข้อมูล (Categories) เปรียบเทียบความเหมือน ความต่างของข้อมูล 5) หาความสัมพันธ์ของข้อมูลในแต่ละประเภทของข้อมูล 6) อธิบายแบบแผน หัวเรื่อง และประเภทของกลุ่มข้อมูลตีความ และ ค้นหาความหมายของหัวเรื่อง และประเภทข้อมูล

ขั้นต่อมาเป็นการศึกษาเชิงปริมาณโดยการนำผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพพิจารณาร่วมกับผลการศึกษาในประเทศอื่นๆ ที่เป็นภาคีวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ เอเชีย บังคลาเทศ และเปรู เพื่อศึกษาความอยู่ดีมีสุขของประชาชนในมิติสุขภาพกายเครื่องมือวิจัยที่ได้รับการพัฒนาให้สามารถใช้กับประชาชนอีก 3 ประเทศที่กล่าวมาแล้วซึ่งจะอิงการพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานวัดคุณภาพชีวิตที่มีอยู่แล้วขององค์การอนามัยโลก (Camfield, 2005; Jongudomkarn Camfield, 2006) ตามคำถามวิจัยความอยู่ดีมีสุขของประชาชนด้านสุขภาพ คือ 1) เป้าหมายของประชาชนที่ได้ทำอะไร / ทำอย่างไรให้เกิดความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพ 2) ประชาชนรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ที่จะสามารถให้เขาถึงซึ่งความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพอย่างไร 3) ประชาชนมีความพึงพอใจหรือไม่อย่างไรต่อแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อให้เขาเกิดความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพ 4) โดยภาพรวมแล้วประชาชนมีความพึงพอใจหรือไม่ อย่างไรต่อความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพตน 5) ประชาชนให้คุณค่า ความสำคัญเรื่องนี้มากน้อยเพียงใด และ 6) ประชาชนมีอารมณ์ความรู้สึกทั้งทางบวกและลบต่อเรื่องนี้อย่างไร ในที่สุดผลการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณก็จะได้คำตอบผลการศึกษาและทำความเข้าใจความอยู่ดีมีสุขของประชาชนในมิติด้านสุขภาพแบบองค์รวม

สรุป

บทความนี้ได้นำเสนอแนวคิดด้านวิธีวิทยา (Methodology) ของการศึกษาและทำความเข้าใจความอยู่ดีมีสุขของประชาชนในมิติด้านสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งเนื้อหาหลักได้นำเสนอแนวคิดกระบวนการทัศน์สุขภาพองค์รวมที่สร้างความอยู่ดีมีสุขของประชาชน การผสมผสานวิธีวิทยาในการศึกษาข้อมูล ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ประเด็นควรท่วงโยท้าทายในการทำวิจัยที่มีพื้นที่ศึกษาใน 4 ประเทศ ที่มีความแตกต่างทั้งบริบท สังคม วัฒนธรรมรวมถึงปัจจัยและเงื่อนไขต่างๆ คือ การพัฒนาเครื่องมือที่สามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมในทุกพื้นที่ซึ่งเป็นโจทย์ที่ทีมวิจัยจะต้องเรียนรู้ และท้าทายให้มีประสบการณ์ในการสร้างสร้งงานวิจัยที่มีคุณภาพระดับนานาชาติต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- เกษม วัฒนชัย. มติชนรายวัน. 15 กุมภาพันธ์. 2548; 28(9838): 6.
- คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานฉบับสมบูรณ์
โครงการพัฒนาดัชนีชี้วัดการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย.
กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ร่วมกับสถาบันสิ่งแวดล้อมไทย และ สถาบันคีนันแห่งเอเชีย, 2547.
- ดารุณี จงอุดมการณ์. การประยุกต์ทฤษฎีองค์รวมในปฏิบัติการพยาบาลเด็ก.
วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2544;
24(2): 1-17.
- ดารุณี จงอุดมการณ์. การวิจัยเชิงคุณภาพ : ภาพสะท้อนจากการปฏิบัติ.
วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2545;
25 (1) : 85-98.
- ทัศนีย์ บัระภา. ความเชื่อในการรักษาโรคแบบพื้นบ้านของชาวอีสาน.
วารสารอีสานศึกษา. 2540; 5(1): 19-23.
- สมัคร บุรราวาส. พุทธปรัชญา มองพุทธศาสนาด้วยทรรศนะทางวิทยาศาสตร์.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศยาม, 2542.

- สุวรรณ จันทรจำนง. **ปรัชญา และ ศาสนา**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อัสสัมชัญ, 2540.
- อรศรี งามวิทยาพงศ์. **กระบวนการทัศน์การพัฒนาของรัฐ : 40 ปีของความหลังที่ยังฝังใจ**. กรุงเทพฯ: คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2548.
- อำพล จินดาวัฒนะ. **พ.ร.บ. สุขภาวะแห่งชาติเครื่องมือสร้างสุขร่วมกันของคนไทย**. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, มปป.
- อำพล จินดาวัฒนะ. **กระบวนการทัศน์ใหม่ในการสร้างเสริมสุขภาพ**. วารสาร **สร้างเสริมสุขภาพ**. 2 (1); 2548.
- Barbour, S.R. **Mixing Qualitative Methods: Quality Assurance or Qualitative Quagmire?** In **Qualitative Health Research**. 1998; 8(3): 352-361.
- Blattner, B. **Holistic Nursing**. New Jersey: Prentice Hall, 1981.
- Butr-Indr, S. **The Social Philosophy of Buddhism**. Bangkok: Mahamakut Buddhist University, 1995.
- Camfield, L. **Researching Quality of Life in Developing Countries**. **WeD newsletter**. 2005; 3(1): 1.
- Capra, F. **The Web of Life**. London : Flamingo ,1997.
- Conway, M.E. **Toward Greater Specificity in Defining Nursing Metaparadigm**. In L.H. Nicoll (ed) **Perspectives on Nursing Theory**. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, 1997.
- Corner, J. **In Search of more complete answers to research questions. Quantitative versus qualitative research methods: is there a way forward?** **Journal of Advanced Nursing**. 1991; 16(1): 718-727.
- Creswell, W.J. **Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches**. London: SAGE Publications, 1994.
- Denzin, N. K. and Lincoln, Y.S. (eds). **Handbook of qualitative research**. London : SAGE Publication, 2000.
- Fielding, N. **Ethnography**. In N. Gilbert. **Research Social Life**. California: SAGE Publication, 1993.

- Foucault, M. **Discipline and punish : the birth of the prison.** translated from the French by Alan Sheridan. Harmondworth, Middlesex, England : Penguin Books, 1979.
- Jongudomkarn, D. & Camfield, L. 2006. Exploring the quality of life of people in North Eastern and Southern Thailand. Social Indicators Research. (In progress, Accepted to publish August 2005).
- Kuhn, T.S. **The Nature of Scientific Revolutions.** 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press., 1970.
- Lincoln, Y.S. and Guba, E.G. **Naturalistic Inquiry.** Beverly Hill CA: SAGE Publication, 1985.
- Parahoo, K. **Nursing research: principles, process and issues.** Hampshire : Macmillan, 1997.
- Powers, B.N. & Knapp, T.R. **A Dictionary of Nursing Theory and Research.** 2nd ed. London : SAGE Publications, 1995.
- Skevington, SM. **Quality of Life in Poverty: from Health-related Quality of Life.** Bath, UK.: Well-being In Developing Countries Research Group and WHO Centre for the Study of Qulality of Life, 2003.
- The Canadian Holistic Medical Association www.holisticmed.com/whatis.html
(Accessed: 22/4/2005)
- WeD. **Draft Terms of Reference for Phase 1 of the QoL Research (exploratory).**
<http://www.welldev.org.uk> Accessed: 23/11/2004.
- White, S. and Pettit, J. **Participatory Approaches and the Measurement of Human Well-Being.** WeD Working Paper 08. Wellbeing in Developing Countries ESRC Research Group, 2004.
<http://www.destinationspagroup.com> (Accessed: 12/4/2005)
<http://www.spaworldtravel.com> (Accessed: 12/4/2005)
<http://www.ticcenter.com> (Accessed: 12/4/2005)
<http://www.holisticmed.com/whatis.html> (Accessed: 13/4/2005)

