

การดูแลสุขภาพองค์รวมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Holistic Health Care and Qualitative Research)

ทวิตักดี นพเกษร

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก

การดูแลสุขภาพเป็นองค์รวมซึ่งสอดคล้องกับกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์ใหม่ เป็นกระแสในการสาธารณสุขไทย ตั้งแต่ระดับผู้ปฏิบัติในระบบบริการปฐมภูมิขึ้นไปจนถึงระดับนโยบายและองค์กรประกันคุณภาพต่างๆ แต่ยังคงเป็นกระแสที่อยู่ภายใต้กระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์เก่าที่ถูกหล่อหลอมมาตลอดชีวิตมากกว่าหนึ่งชั่วคน (generation) โดยมีระบบการศึกษาและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นผู้ผลิตซ้ำ

หากขาดกระบวนทัศน์ที่เหมาะสมในการเลื่อนกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์เก่าไปสู่กระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์ใหม่ ที่มีความสอดคล้องลงตัวกับแนวคิดความเป็นองค์รวม ย่อมเปรียบเสมือนการเดินทางอยู่ในเขาวงกต

การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นระเบียบวิธีวิจัยที่เคยถูกปฏิเสธในวิชาชีพสุขภาพทุกสาขา เนื่องจากการยึดหลักการดูแลสุขภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-base health care) ซึ่งอยู่ภายใต้กระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์เก่า กำลังเป็นที่กล่าวถึงด้วยความสนใจของวงการสาธารณสุขไทย เช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นในวงการแพทย์และสหสาขาวิชาชีพในสังคมตะวันตก เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นเครื่องมือสำคัญในการตอบคำถาม “ทำไม” และ “อย่างไร” ที่ระเบียบวิธีเชิงปริมาณไม่สามารถให้คำตอบที่ดี มองไม่เห็นความเป็นองค์รวมและบริบทเฉพาะเพื่อการประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์ในเวชปฏิบัติต่างๆ มาใช้กับผู้ป่วยและชุมชน/สังคมที่มีความเฉพาะเจาะจงได้

การพัฒนาทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพแก่บุคลากรสาธารณสุขไทย น่าจะมีอิทธิพลอย่างสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลเป็นองค์รวมให้เป็นจริงได้ ภายใต้การเลื่อนกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์เก่าไปสู่กระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์ใหม่

ศ.นพ.ประเวศ วะสี ให้ความหมายของสุขภาพภายใต้กระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์ใหม่ไว้ว่า ¹

...สุขภาพ คือ ความเป็นปกติของความเป็นทั้งหมด (ของชีวิต) มีทั้งมิติกาย จิตวิญญาณ สังคม สติปัญญา ระบบสาธารณสุขจึงเป็นเสี้ยวเดียวของระบบสุขภาพ...

วิทยาศาสตร์ใหม่ (new science) ซึ่งพัฒนามาเกือบ 100 ปี ได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีสัมพัทธภาพ ควอนตัมฟิสิกส์ อณูชีววิทยา (molecular biology) ชีววิทยาของกายพย (organismic biology) จิตวิทยาอินทรีย์รูป (Gestalt Psychology) คณิตศาสตร์ใหม่ที่ไม่ใช่เส้นตรง (non linear) ประสาทวิทยา สังคมศาสตร์ และไซเบอร์เนติกส์ (cybernetics) ล้วนนำไปสู่ทฤษฎีวิทยาศาสตร์ใหม่อันสอดคล้องลงตัวเพื่อตอบคำถามสำคัญทางวิทยาศาสตร์ที่ว่า

...โครงสร้างอันซับซ้อนวิวัฒนาการขึ้นมาจากการรวมตัวอย่างไร้กฎเกณฑ์ของอนุต่างๆ ได้อย่างไร ความสัมพันธ์ของจิตกับสมองเป็นอย่างไร วิญญาณคืออะไร

ทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์อันสอดคล้องลงตัวนี้สามารถให้ภาพรวมเป็นหนึ่งเดียวของจิต วัตถุ และชีวิตได้เป็นครั้งแรก ดังความเห็นของฟริตจ็อฟ คาปรา (Fritjof Capra) นักฟิสิกส์และนักทฤษฎีระบบคนสำคัญของโลกคนปัจจุบัน กล่าวไว้ว่า?

...จิตกับวัตถุจะไม่ใช่เรื่องที่อยู่ในการจัดแยกประเภทออกเป็นสองอีกต่อไป แต่สามารถแลเห็นได้ว่าทั้งสองต่างเป็นบัญญัติที่ใช้แทนแ่งมุมสองด้านของปรากฏการณ์ชีวิตที่เป็นส่วนประกอบ เชื่อมโยงกัน ซึ่งก็คือแ่งมุมของกระบวนการ และแ่งมุมของโครงสร้าง จิตกับวัตถุก็ กระบวนการกับโครงสร้างก็ดี ล้วนเชื่อมต่อกันอย่างแยกกันไม่ออกในทุกระดับของชีวิต นับแต่ระดับของเซลล์ที่สามัญที่สุด จิตนั้นปรากฏให้เห็นในวัตถุที่มีชีวิต ในฐานะที่เป็นกระบวนการจัดองค์กรตนเอง นับเป็นครั้งแรกที่เรามีทฤษฎีวิทยาศาสตร์ ที่เชื่อมโยงจิต วัตถุ และชีวิตเข้าเป็นหนึ่งเดียว...

Fritjof Capra

กล่าวปาฐกถาใน “ปาฐกถา Schrodinger”

Trinity College, Ireland 1997

วีระ สมบูรณ์ แปล

สมเกียรติ ตั้งวานิชย์³ เปรียบเทียบกระบวนการทัศน์ วิชิตคิด และระบบคุณค่าระหว่างวิทยาศาสตร์เก่ากับวิทยาศาสตร์ใหม่ จากแนวคิดของ Capra ดังตารางต่อไปนี้

เปรียบเทียบกระบวนการทัศน์และวิจิตคิดเก่าและใหม่

กระบวนการทัศน์และวิจิตคิดเก่า	กระบวนการทัศน์และวิจิตคิดใหม่
การคิดแบบเหตุผล (rational)	การหยั่งรู้ (intuition)
การวิเคราะห์ (analysis)	การสังเคราะห์ (synthesis)
การมองแบบแยกส่วน (reductionism)	การมององค์รวม (holism)
การคิดแบบเชิงเส้น (linear)	การคิดแบบไม่เป็นเชิงเส้น (nonlinear)
ระบบคุณค่าแบบเดิม	ระบบคุณค่าแบบใหม่
การแผ่ขยายแบบรุก (expansion)	การอนุรักษ์ (conservation)
การแข่งขัน (competition)	การร่วมมือ (cooperation)
การเน้นปริมาณ (quantity)	การเน้นคุณภาพ (quality)
การควบคุมครอบงำ (domination)	การสร้างส่วนร่วม (partnership)

สังคมอุตสาหกรรมและวงการแพทย์/สาธารณสุขถูกครอบงำวิจิตคิด โดยการแบ่งแยกจิตออกจากวัตถุ ตามแนวทางของเดคาร์ต ด้วยกระบวนการทัศน์แบบกลไกมากกว่า 300 ปี ว่า “องค์รวมไม่ใช่อะไรอื่นนอกจากผลรวมขององค์ประกอบของมัน” ขณะที่กระบวนการทัศน์วิทยาศาสตร์ใหม่มองว่า “องค์รวมเป็นยิ่งกว่าผลรวมขององค์ประกอบ ด้วยคุณสมบัติใหม่ที่ผุดบังเกิดขึ้นและไม่มีอยู่ในอยู่แต่ละองค์ประกอบ หากแยกย่อยแบ่งซอยแต่ละองค์ประกอบออกไปเป็นส่วนโดดๆ คุณสมบัติใหม่ขององค์รวมย่อมถูกทำลายลง”

กระบวนการทัศน์วิทยาศาสตร์เก่า ซึ่งมีมุมมองแบบวิเคราะห์แยกส่วนตายตัว เป็นรากฐานของการดูแลสุขภาพเชิงประจักษ์ (evidence-based health care) การแพทย์เชิงประจักษ์ (evidence-based medicine) และการพยาบาลเชิงประจักษ์ (evidence-based nursing) ขณะที่กระบวนการทัศน์วิทยาศาสตร์ใหม่มองว่าสิ่งมีชีวิตเป็นระบบเปิดซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งที่มีอยู่นอกกระบวนของตนเองทั้ง

โดยตรงและโดยอ้อมตลอดเวลา โดยดำรงตนอยู่ได้เนื่องจากมีสภาวะสมดุลทั้งขององค์ประกอบย่อยที่อยู่ภายในระบบของตนเอง และมีสภาวะสมดุลระหว่างระบบของตนกับระบบที่อยู่ภายนอก ซึ่งห่างไกลจากดุลยภาพที่คงที่ (static equilibrium) หากแต่เป็นดุลยภาพที่เลื่อนไหลเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (dynamic equilibrium)

ดังนั้น การประกอบวิชาชีพสาขาต่างๆ ของวิทยาศาสตร์สุขภาพ จึงต้องมีมุมมองเรื่องสุขภาพเป็นองค์รวม และนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดมาบูรณาการร่วมกับระบบคุณค่า/วิถีชีวิตกับสภาวะครอบครัวและสังคม รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพ/จิตวิญญาณของผู้รับบริการสุขภาพ เพื่อทำให้เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมได้อย่างแท้จริง จึงจะถือว่าเป็นการประกอบวิชาชีพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพด้วยความเชี่ยวชาญ

การประกอบวิชาชีพแพทย์และสหวิชาชีพสุขภาพต่างๆ ล้วนเป็นการประยุกต์ใช้กฎเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งมีพื้นฐานดั้งเดิมมาจากกระบวนการค้นคว้าทางวิทยาศาสตร์เก่าที่เน้นการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) ซึ่งหมายถึงการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับการใช้หัตถการ/การรักษาที่จะให้กับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด ในขณะที่ ซึ่งตามปกติจะมาจากงานวิจัยที่มีการออกแบบการวิจัยอย่างดีและมีความน่าเชื่อถือ รวมทั้งแหล่งข้อมูลอื่นๆ ที่เชื่อถือได้ร่วมกับความเชี่ยวชาญทางคลินิกของผู้ใช้ และค่านิยม/ความเชื่อของผู้รับบริการ⁴ อนึ่งการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในวงการแพทย์ใช้คำว่า การปฏิบัติการแพทย์ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Medicine) ในวงการพยาบาลใช้คำว่า การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Nursing) และยังมี การใช้คำรวมเพื่อครอบคลุมการบริการสุขภาพทุกสาขาว่า การปฏิบัติการดูแลสุขภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Health Care)⁴

อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติวิชาชีพเวชกรรมและสุขภาพยังขึ้นกับประสบการณ์ส่วนบุคคล การสังเกต/สะท้อน/ตัดสินใจของผู้ปฏิบัติรวมทั้งการประยุกต์การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ให้สอดคล้องกับสภาวะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย/ชุมชนสังคมแต่ละแห่งซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งด้านระบบคุณค่า วิถีชีวิต วัฒนธรรม ความเข้าใจและการรับรู้ การให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพและบริบทอื่นทั้งด้านกายภาพและสังคมเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน

การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เป็นการวิจัยที่ใช้สร้างความรู้เพื่อการพรรณนา/อธิบาย การให้ความหมายของปัจเจกบุคคลกับวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมกายภาพกับบริบทที่เกี่ยวข้อง ให้ความสำคัญแก่การทำความเข้าใจ “ความจริง” ของกลุ่มเป้าหมายที่นักวิจัยต้องการศึกษา ด้วยมุมมองว่าความจริงของมนุษย์ต่อสิ่งหนึ่งมิได้หลายชุด และ “ความจริงของนักวิจัย” (outsider’ perspective/etic) ยังแตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับ “ความจริงของกลุ่มเป้าหมายการวิจัย” (Insider’s perspective/emic) สอดคล้องกับความเห็นของ Albert Einstein ที่กล่าวไว้ว่า “Reality is an illusion-ความจริงคือมายา”⁵ การวิจัยเชิงคุณภาพใช้ตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญร่วมไปกับการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นการสร้างองค์ความรู้จากวิธีอุปมาน (induction) โดยการสร้างคำอธิบายขึ้นภายหลังการเริ่มเก็บข้อมูล ข้อค้นพบมีลักษณะเป็นองค์รวมเชิงลึกที่มีความเจาะจงกับบริบทหนึ่ง

หลักการของการวิจัยเชิงคุณภาพจึงมีภาวะตรงข้าม (antitheses) กับหลักการวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งใช้เครื่องวัดเป็นเครื่องมือสำคัญ ร่วมไปกับการเลือกตัวอย่างแบบสุ่ม (random sampling) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นการสร้างองค์ความรู้จากวิธีการอนุมาน (deduction) ด้วยการสร้างคำอธิบายขึ้นมาก่อนการเก็บข้อมูลเพื่อพิสูจน์คำอธิบายเหล่านั้น ข้อค้นพบมีลักษณะเป็นคุณสมบัติทั่วไปของประชากรที่ศึกษา ซึ่งเป็นตัวแทนของประชากรทั่วไป (generalization)

แนวความคิดการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) ให้ความสำคัญมากที่สุดกับองค์ความรู้ที่มาจาก การวิจัยเชิงทดลองซึ่งมีการสุ่มตัวอย่างมากที่สุด ให้ความสำคัญในระดับรองลงมาได้แก่ การวิจัยเชิงทดลองที่วางแผนดีแต่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง งานวิจัยแบบศึกษาตัวแปรย้อนหลังเพื่อการทำนาย (case control)/ งานวิจัยที่เป็นการศึกษาติดตามตัวแปรไปข้างหน้า (cohort study) ตามลำดับ แต่ไม่นับการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) และการวิจัยเชิงคุณภาพว่าเป็นหลักฐานที่น่าเชื่อถือ

แม้ว่าการวิจัยเชิงคุณภาพในวิทยาศาสตร์สุขภาพจะมีมานานแล้ว แต่นักวิทยาศาสตร์สุขภาพจำนวนมากกลับมองว่าไม่เป็นวิทยาศาสตร์ (unscientific) และไม่แม่นยำ/ไม่เป็นความจริง (unecdotal)⁶ อย่างไรก็ตามในช่วง 20 ปีที่ผ่านมามีการใช้การวิจัยเชิงคุณภาพมากขึ้นเรื่อยๆ อย่างกว้างขวาง ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และมีรายงานการวิจัยเชิงคุณภาพได้รับการตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์และสุขภาพเพิ่มขึ้น⁷

เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพสามารถให้คำอธิบายถึงทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม (preference) ของทั้งผู้ประกอบการวิชาชีพสุขภาพ ผู้ป่วยและประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะการให้คำตอบเกี่ยวกับการนำหลักฐานเชิงปฏิบัติไปสู่การปฏิบัติ – How evidence is turned into practice คุณค่าของการวิจัยเชิงคุณภาพ ในวิทยาศาสตร์สุขภาพจึงเกิดจากการให้คำตอบสำหรับคำถามวิจัยที่การวิจัยเชิงทดลองไม่สามารถให้คำตอบได้โดยง่าย เช่น การอธิบายพฤติกรรมสุขภาพในบริบทต่างๆ การดูแลรักษาตามแบบฉบับ (treatment regimen) เดียวกันในบริบทต่างๆ การให้ความหมายของผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย ผู้ให้บริการผู้ป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพ อาการเจ็บป่วยและการให้การรักษา ปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ และมุมมองที่แตกต่างกันต่อความจริงของวิทยาศาสตร์ การแพทย์เดียวกัน⁶

การวิจัยเชิงคุณภาพสามารถให้คำอธิบายในประเด็นต่างๆ ดังกล่าวได้เป็นอย่างดีเนื่องจากการให้ความสำคัญกับการหาคำตอบสำหรับคำถามที่ว่า “X คืออะไร และ X มีความแปรผันไปอย่างไรในสถานะที่แตกต่างกันและทำไม –What is X and how does X vary in difference circumstances, and why?” มากกว่าการตอบว่า “X มีอยู่มากเท่าใด How many Xs are there?”⁷ Catherine Pope⁷ ยังได้กล่าวย้ำในว่า การวิจัยเชิงคุณภาพสามารถใช้เป็นส่วนเพิ่มเติมร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อให้ได้คำอธิบายถึงพฤติกรรมสุขภาพและการให้ความหมายของผู้ป่วย/กลุ่มเป้าหมายของนักวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประสพการณ์/ทัศนคติ/และพฤติกรรมของคนเหล่านั้น Melnyk และ Fine out-Overholt (2005) ได้ยอมรับว่า การวิจัยเชิงคุณภาพสามารถนำมาเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการปฏิบัติการพยาบาล (evidence-based nursing) และการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ (evidence-based health care) ได้ โดยจัดลำดับความมั่นใจในหลักฐานเพื่อนำมาตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอยู่ในลำดับรองจาก หลักฐานที่มาจากงานวิจัยแบบศึกษาย้อนหลังในตัวแปร (case control) หรือการวิจัยที่ติดตามไปข้างหน้าเพื่อศึกษาตัวแปร ชุดหนึ่ง

แม้ว่าการวิจัยเชิงคุณภาพเริ่มได้รับการยอมรับว่า สามารถเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้และถูกจัดความมั่นใจไว้ในสำคัญเกือบสุดท้ายด้วย แต่ Judith Green⁶ กลับแสดงความเห็นว่าข้อค้นพบของงานวิจัยเชิงคุณภาพมีอิทธิพลจูงใจให้แพทย์เปลี่ยนแปลงการปฏิบัติวิชาชีพได้มากกว่าการรายงานทางวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ได้รับการตีพิมพ์

เราสามารถให้การวิจัยเชิงคุณภาพเสริมการวิจัยเชิงปริมาณในวิทยาศาสตร์สุขภาพได้ดังนี้

1. ทำการวิจัยเชิงคุณภาพก่อนการออกแบบการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อทำความเข้าใจสภาพการณ์หรือพฤติกรรมสุขภาพแล้วจึงนำมาออกแบบ/สร้างตัวแปรสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณในขั้นต่อไป
2. ทำการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อการสอบทานหรือเป็นส่วนหนึ่งของ validation ผลจากการวิจัยเชิงปริมาณ
3. ทำการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อสำรวจค้นหา (explore) ปรากฏการณ์ที่การวิจัยเชิงปริมาณไม่สามารถให้คำตอบได้ เช่น คำอธิบายถึงสถิติของพฤติกรรม/ตัวแปรด้านสุขภาพเพื่อตอบคำถาม “ทำไม” และ “อย่างไร” ของตัวแปรเหล่านั้น

ในประเทศไทย แม้ว่าบุคลากรในวงการสาธารณสุขจะกล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมในวิชาชีพต่างๆ จนเกิดกระแสของคำว่า “บูรณาการ” “องค์รวม” “การดูแลรักษาด้วยหัวใจมนุษย์” แต่เป็นการคิดและพูดภายใต้กระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์เก่าที่ฝังแน่น หากประเมินที่พฤติกรรมบริการ การบริหารการประเมินคุณภาพ และการปรับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย ผลการประเมินยังคงสะท้อนให้เห็นวิธีคิดแบบเหตุผลที่เป็นกลไก/แยกส่วน ยึดมั่นว่าความจริงของตนสมบูรณ์/เป็นเจ้าของชีวิตผู้อื่นมองไม่เห็นองค์รวมและช่วยโยนแห่งชีวิต/สุขภาพะ และยังคงให้คุณค่ากับปริมาณ/การขึ้นนำครอบงำ มาก

กว่าการให้คุณค่าของคุณภาพและการกระบวนการในบริบทเฉพาะ การมีส่วนร่วมที่แท้จริง การเรียนรู้ร่วมกันและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ภายใต้กระบวนการทัศนวิทยาศาสตร์ใหม่ จึงยังคงเป็นการทำงานที่ขาดการเรียนรู้ที่ลึกซึ้งด้วยพลังชีวิต ย่อมมองไม่เห็นความหวังของการก้าวข้ามทุกขภาวะไปสู่สุขภาวะอย่างแท้จริง

หนทางในการก้าวข้ามทุกขภาวะไปสู่สุขภาวะในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ คือการเปลี่ยนกระบวนการทัศน์เก่าด้วย การเรียนรู้ที่ลึกซึ้งซึ่งร่วมกันด้วยการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (action learning) ในการเข้าถึงบริบทของความเป็นองค์รวมด้วยการคิดเชิงสืบค้น ถามและฟังด้วยความใส่ใจอย่างลึกซึ้งโดยละวางอัตตาไว้เสีย และมุ่งกระบวนการ (process oriented) มากกว่ามุ่งผลลัพธ์ (outcome oriented) ซึ่งจะทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ยั่งยืนและอาจเกินความคาดหวัง ดังการสรุปบทเรียนของชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทยที่ดำเนินโครงการพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในบริบทพยาบาลภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ (สสส.) ตั้งแต่ระยะที่ 1 (พ.ศ.2546-2549) ด้วยงบประมาณ 20 ล้านบาท และได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องในระยะที่ 2 (พ.ศ.2550-2552) ด้วยงบประมาณ 38 ล้านบาท ปัจจุบันมีพยาบาลที่ผ่านการพัฒนาทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพในงานประจำรวมทั้งสิ้นประมาณ 560 คน^{8,9} กระบวนการเข้าถึงความเป็นองค์รวมและบริบทเฉพาะ รวมทั้งการคิดเชิงสืบค้นกับการถามและฟังอย่างลึกซึ้ง เป็นทักษะที่ต้องฝึกฝนในการเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพ ดังประสบการณ์ของพยาบาลชุมชน จึงเริ่มเกิดกระแสของการยอมรับและสนใจการวิจัยเชิงคุณภาพในวงการสาธารณสุขไทย

กระบวนการทัศนวิทยาศาสตร์ใหม่ มีความสอดคล้องลงตัวกับแนวคิดการดูแลสุขภาพเป็นองค์รวม แต่เป็นกระบวนการทัศน์ที่มีภาวะตรงข้าม (antitheses) กับกระบวนการทัศนวิทยาศาสตร์เก่า ซึ่งหลอหลอมบุคลากรในระบบสาธารณสุขมาอย่างยาวนาน เช่นเดียวกับระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่มีภาวะตรงข้ามกับระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นหลักฐานที่เชื่อถือนำไปสู่การปฏิบัติได้ (evidence-based practice) และปฏิเสธความน่าเชื่อถือของการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีความสอดคล้องกับกระบวนการทัศนวิทยาศาสตร์ใหม่ การเดินทางไปสู่ระบบการดูแลสุขภาพเป็นองค์รวมของระบบสาธารณสุข จึงต้องให้ความสำคัญกับการเลื่อนกระบวนการทัศนวิทยาศาสตร์เก่าไปสู่กระบวนการทัศนวิทยาศาสตร์ใหม่ ด้วยการฝึกฝนทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นการพัฒนาตัวผู้วิจัยให้เป็นเครื่องมือการวิจัยที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับการคิดเชิงสืบค้น การถามและการฟังด้วยความลึกซึ้ง ด้วยการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ (action learning) เพื่อเข้าถึงและเข้าใจความเป็นองค์รวมและบริบทเฉพาะของปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา ■

เอกสารอ้างอิง

- 1 ประเวศ วะสี, วิวัฒน์ คติธรรมนิธย์ บรรณาธิการ. ธรรมชาติของสรรพสิ่ง: การเข้าถึงความจริงทั้งหมด. กรุงเทพมหานคร:มูลนิธิสวดศรี-สฤษดิ์วงศ์, 2547.
- 2 ฟรีดจอฟ คาปรา กล่าว. วีระ สมบูรณ์ แปล. "ปาฐกถา Schrodinger" 1997 เรื่องโยงโยแห่งชีวิต Trinity College, Ireland เอกสารโรเนียว.
- 3 สมเกียรติ ตั้งวานิชย์. ธรรมชาติของสรรพสิ่ง: เอกสารโรเนียว.
- 4 ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ. ห้างหุ้นส่วนจำกัด พีริ-วัน: กรุงเทพมหานคร, 2551.
- 5 Editorials, Why do qualitative research in the parts other methods can not reach: an introduction to qualitative methods in health and health service research. BMJ, 1995. p.311; p.42-45.
- 6 Green, Britten, N. Qualitative research and evidence-based medicine. BMJ. 1998; P. 316:1230-1232.
- 7 Mays, N. & Pope, C. Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. BMJ 2000;320: p.50-52.
- 8 จรรยาวัฒน์ ทับจันทร์, รุจิวรรณ สอนสมภาร บรรณาธิการ. บทเรียนที่เรียนรู้. นครราชสีมา: ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย, 2549.
- 9 จรรยาวัฒน์ ทับจันทร์, รุจิวรรณ สอนสมภาร บรรณาธิการ. บทเรียนที่เรียนรู้ 2. นครราชสีมา: ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย, 2551.