

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การยอมรับการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านกับการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคเหนือตอนล่าง ครั้งนี้ได้ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ บทความ วารสาร เอกสาร งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องและนำมาเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. การเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
2. แนวคิดเกี่ยวกับการยอมรับ
3. วัฒนธรรมท้องถิ่นของจังหวัดนครสวรรค์ และจังหวัดพิษณุโลก
4. แนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน
5. การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านในจังหวัดนครสวรรค์และจังหวัดพิษณุโลก
6. แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม
 - 6.1 ความหมายของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม
 - 6.2 ทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม
 - 6.3 หลักของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม
 - 6.4 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่คำนึงถึงมิติทางวัฒนธรรม
 - 6.5 สถานภาพของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม
7. นักศึกษาพยาบาลกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราชนั้นอยู่ในโครงการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ซึ่งเป็นการร่วมมือกันระหว่าง มหาวิทยาลัยนเรศวร และวิทยาลัยพยาบาลทั้ง 4 แห่ง ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครสวรรค์ จึงมีการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่เหมือนกัน ซึ่งมีรายละเอียดในการจัดการเรียนการสอนดังต่อไปนี้

ประมวลรายวิชาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2539

ประมวลรายวิชาประกอบด้วย

1. หมวดวิชาการศึกษาทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย

- 1.1 กลุ่มวิชาภาษา
- 1.2 กลุ่มวิชามนุษยศาสตร์
- 1.3 กลุ่มวิชาสังคมศาสตร์
- 1.4 กลุ่มวิชาพลานามัย
- 1.5 กลุ่มวิชาพื้นฐานวิชาชีพ

2. หมวดวิชาเฉพาะ

3. หมวดวิชาชีพการพยาบาล

ซึ่งผู้วิจัยจะกล่าวถึงการเรียนการสอนในหมวดวิชาการศึกษาทั่วไปแต่เพียงกว้างๆ เนื่องจากเป็นวิชาที่มีการเรียนการสอนที่มหาวิทยาลัยนเรศวร ไม่ใช่วิชาที่มีการฝึกปฏิบัติงานทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้และจะกล่าวถึงการเรียนการสอนในหมวดวิชาชีพการพยาบาลซึ่งมีการเรียนการสอนที่วิทยาลัยพยาบาลอย่างละเอียดพอสมควร เพื่อให้สามารถมองเห็นภาพได้ชัดเจน ประมวลรายวิชาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราชมีการศึกษา หมวดวิชาการศึกษาทั่วไป 41 หน่วยกิต หมวดวิชาเฉพาะ 101 หน่วยกิต หมวดวิชาชีพการพยาบาล 71 หน่วยกิต รวมทั้งหมด 213 หน่วยกิต ในการศึกษาที่มีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ในภาคปฏิบัติ นักศึกษาจะเริ่มฝึกภาคปฏิบัติในระดับชั้นปีที่ 2 ภาคฤดูร้อน และจะต้องฝึกงานในโรงพยาบาล จังหวัดที่เป็นแหล่งฝึกของทั้ง 2 วิทยาลัย โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด สถานีอนามัยในจังหวัดที่

ศึกษา หมู่บ้านในเขตได้รับผิดชอบของสถานีนอนามัยตำบลในอำเภอต่างๆของแต่ละจังหวัดที่วิทยาลัยพยาบาลตั้งอยู่ ชุมชนเขตเมือง สถานบริการสาธารณสุข โรงเรียน โรงงานอุตสาหกรรมในจังหวัดที่ศึกษา และโรงพยาบาลต่างจังหวัดได้แก่ โรงพยาบาลพิจิตร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ตะพานหิน จังหวัดพิจิตร โรงพยาบาลกำแพงเพชร โรงพยาบาลสุโขทัย โรงพยาบาลศรีสังวร โรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย โรงพยาบาลแม่สอด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก โรงพยาบาลชัยนาท โรงพยาบาลอุทัยธานี โรงพยาบาลสิงห์บุรี โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งนักศึกษาจะได้ประสบการณ์การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านที่หลากหลายวัฒนธรรมของชาวบ้านพื้นราบ และชาวไทยภูเขา

จากการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จะเห็นได้ว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการได้รับความรู้และประสบการณ์ในการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลของทั้ง 2 วิทยาลัย และจากการเรียนการสอนของวิทยาลัยพยาบาลทั้ง 2 แห่ง จะเห็นได้ว่าช่วงเวลาที่ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล นักศึกษาพยาบาลในชั้นปีที่ 1,2 ยังไม่ผ่านการฝึกปฏิบัติงานในภาคปฏิบัติ ซึ่งจำเป็นต่อการศึกษาในเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมที่ต้องผ่านการฝึกปฏิบัติงานดังกล่าวดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงศึกษาเฉพาะนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3,4 เท่านั้น

2. แนวคิดเกี่ยวกับการยอมรับ

2.1 ความหมายของการยอมรับ (Acceptant)

การยอมรับหมายถึง การตัดสินใจที่จะนำนวัตกรรมนั้นไปใช้อย่างเต็มที่ ทั้งนี้เพราะคิดว่านวัตกรรมนั้นเป็นวิธีทางที่ดีกว่า มีประโยชน์มากกว่า (รัตนภรณ์ ธรรมโกศล, 2527: 23)

2.2 แนวความคิดทางทฤษฎีที่เกี่ยวกับการยอมรับ

Roger and Shoemaker (1971 อ้างถึงใน ภาวินี เพ็งศาสตร์, 2529) ได้รวบรวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับการยอมรับวิทยาการใหม่ของคน จะต้องประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นการรับรู้ ว่ามีความคิดใหม่ๆเกิดขึ้นแต่ยังขาดข้อมูล

ขั้นความสนใจ หมายถึงบุคคลเริ่มสนใจและพยายามแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม

ขั้นการประเมิน เป็นการที่บุคคลคิดและใคร่ครวญเกี่ยวกับความคิดใหม่ แล้วตัดสินใจว่าจะทดลองทำตามหรือไม่

ขั้นทดลอง เป็นการพยายามทดลองใช้แต่น้อยเพื่อดูผล

ขั้นยอมรับ บุคคลยอมรับและยินดีใช้ความคิดใหม่ๆ

นอกจากการยอมรับจะขึ้นอยู่กับองค์ประกอบข้างต้นแล้ว ยังขึ้นอยู่กับทัศนคติของบุคคลอีกด้วย

ประกาเพ็ญ สุวรรณ(2520, อ้างถึงใน ภาวินี เพ็งศาสตร์, 2529) ได้อ้างถึงความหมายของทัศนคติที่มีผู้นิยามไว้ดังนี้

Gordon Allport ให้ความหมายของทัศนคติว่า เป็นสภาวะของความพร้อมทางด้านจิตซึ่งเกิดขึ้นจากประสบการณ์ สภาวะความพร้อมนี้จะเป็นแรงที่จะกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลที่จะมีต่อบุคคล สิ่งของ หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

G.Murphy และ T.Newcome ให้ความหมายของทัศนคติว่า เป็นวิถีทางหรือความพร้อมในการเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยกับสิ่งหนึ่ง

D.Katz ให้ความหมายของทัศนคติว่าเป็นส่วนประกอบสองส่วนคือ ความรู้สึกในการที่จะชอบหรือไม่ชอบ และความรู้หรือความเชื่อซึ่งจะอธิบายถึงลักษณะ ตลอดจนความสัมพันธ์ของสิ่งหนึ่งที่มีต่อสิ่งอื่นๆ

นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลได้รับข่าวสารบุคคลนั้นจะเผชิญกับการตัดสินใจสองอย่างคือการยอมรับหรือไม่ยอมรับ ซึ่งจุดของการตัดสินใจคือ การเชื่อมข่าวสารให้สัมพันธ์กับความรู้เดิมของเขามีก่อนแล้วและความรู้สึก ความพร้อมในการจะมีการกระทำบางอย่าง ในกระบวนการตัดสินใจประกอบด้วยการประเมินค่าของข่าวสารนั้น เขาอาจจะต้องเปลี่ยนส่วนประกอบบางส่วนของทัศนคติได้

จากแนวความคิดและทฤษฎีที่กล่าวมาข้างต้นนี้ จะเห็นได้ว่าการที่นักศึกษาจะยอมรับการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการรับรู้และมีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน ซึ่งจะทำให้นักศึกษาตัดสินใจและแสดงความรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจ มีความชอบหรือไม่ชอบต่อการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านไม่ว่าจะเป็นการได้รับข้อมูลเหล่านี้จากการมีประสบการณ์โดยตรงได้แก่ เคยอยู่ในชุมชนที่มีการปฏิบัติดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านหรือประสบการณ์โดยอ้อม ได้แก่ การได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพดังกล่าวจากบุคคลอื่นหรือจากหนังสือ จึงเป็นจุดของการตัดสินใจที่จะทำให้นักศึกษาเกิดการยอมรับหรือไม่ยอมรับการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน

3. วัฒนธรรมท้องถิ่นจังหวัดนครสวรรค์และจังหวัดพิษณุโลก

ประเทศไทย เป็นประเทศที่มีวัฒนธรรมอันดีงามมาแต่โบราณ วัฒนธรรมไทยที่เรามีและปฏิบัติกันอยู่ส่วนหนึ่งเป็นเรื่องของคนรุ่นก่อนๆ ของเราได้ถ่ายทอดมายังคนรุ่นหลัง ทำให้เรามีการประเพณีและการปฏิบัติอย่างที่เป็นอยู่ อีกส่วนหนึ่งเกิดจากการที่เราได้มีการติดต่อกับคนชาติอื่นๆ ทำให้มีผลต่อวัฒนธรรมไทย และชนชาติที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมไทยคือ มอญ ขอม อินเดีย จีน และชนชาติตะวันตก จังหวัดนครสวรรค์และจังหวัดพิษณุโลกเป็นจังหวัดในประเทศไทยซึ่งได้รับอิทธิพลดังกล่าวเช่นเดียวกัน แต่ก็มีลักษณะเฉพาะของแต่ละท้องถิ่นแตกต่างกันไป ซึ่งเกิดจากการดำเนินชีวิตของคนในท้องถิ่นเอง และจากอิทธิพลทางด้านศาสนาและเชื้อชาติต่างๆ ทำให้เกิดวัฒนธรรมเฉพาะท้องถิ่นของจังหวัดนครสวรรค์ และพิษณุโลกดังนี้

3.1 วัฒนธรรมท้องถิ่นจังหวัดนครสวรรค์

จังหวัดนครสวรรค์เป็นเมืองโบราณ สันนิษฐานว่าสร้างขึ้นตั้งแต่ครั้งกรุงสุโขทัยเป็นราชธานี โดยมีชื่อปรากฏในศิลาจารึกว่า "เมืองพระบาง " นครสวรรค์เป็นจังหวัดในภาคเหนือตอนล่าง (สำนักงานสถิติจังหวัดนครสวรรค์,2540)มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 1,137,945 คน มี เทศบาล 3 แห่ง สุขาภิบาล 15 แห่ง (กรมการศาสนา,2540) ประชาชนอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล คิดเป็นร้อยละ 12.8 อยู่นอกเขตเทศบาล คิดเป็นร้อยละ 87.2 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2541) ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 99.06 รองลงมาเป็นศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ .54 ศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ .38 ศาสนาพราหมณ์ ฮินดู ซิกข์ คิดเป็นร้อยละ .01 ศาสนาอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ .01 (มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,2537) และมีคนต่างด้าวอาศัยอยู่ในจังหวัด 3,683 คน ส่วนใหญ่เป็นชาวจีน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2541) มีภูวนและอื่นๆบ้าง แต่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับคนในท้องถิ่น วิถีชีวิตของประชาชนในจังหวัดนครสวรรค์มีความผูกพันกับประวัติศาสตร์และศาสนามาแต่อดีต ศาสนามีบทบาทสำคัญต่อประชาชนจนปรากฏในรูปแบบการดำเนินชีวิต จีซีคักยภาพทางสังคมและวัฒนธรรมระดับหนึ่ง ประชาชนชาวนครสวรรค์มีสภาพชีวิตเกี่ยวกับลำน้ำอยู่หลายอย่างเช่น ชีวิตในเรือนแพ การเลี้ยงปลาในกระชัง ที่บ้านปากคลองบึงบอระเพ็ด การแข่งเรือยาว ตลอดจนการเล่นพื้นบ้านที่บ้านยางตาล ประเพณีลอยกระทงในวันเพ็ญเดือน 12 และเนื่องจากนครสวรรค์เป็นชุมชนแบบเกษตรพื้นฐาน และยึดมั่นในศาสนา จึงเห็นวัฒนธรรมของท้องถิ่นเกี่ยวข้องกับเกษตร และศาสนา เช่น ประเพณีงานบวชพระ ที่เรียกว่า "งานปอย " นอกจากนี้ก็มีประเพณีต่างๆ เช่น ประเพณีเต็นท์กำรำเคียว ประเพณีไหว้พระบาท ประเพณีทำธงผ้าขาว และยังมี

การละเล่นพื้นเมืองของประชาชน เช่น ลิเก เพลงเรือ เพลงเกี่ยวข้าว และการแห่เจ้า ซึ่งเป็นวัฒนธรรมชาวจีนในจังหวัดนครสวรรค์ที่จัดขึ้นทุกปีในเทศกาลตรุษจีน นอกจากนี้นครสวรรค์ยังมีการละเล่นอีกอย่างหนึ่งคือการเล่นเข้าผี ซึ่งนิยมเล่นกันในกลุ่มชวมนาเดิม ปัจจุบันยังมีการเล่นในเขตจังหวัดนครสวรรค์ในเทศกาลสงกรานต์บนวัดเขาทอง ตำบลเขาทอง อำเภอพยุหะคีรี การเล่นผีที่นิยมมากที่สุด ได้แก่ ผีนางควาย ผีแม่ศรี ผีนางพุ่ม ผีลิงลม ผีนางสาก และผีนางบุงกี (สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย,2532)

3.2 วัฒนธรรมท้องถิ่นจังหวัดพิษณุโลก

จังหวัดพิษณุโลกเป็นเมืองเก่าแก่แต่โบราณ ประมาณมีอายุได้ถึง 1000 ปี เมืองเก่านี้ชื่อว่าเมืองสองแคว พิษณุโลกเป็นจังหวัดในภาคเหนือตอนล่าง (สำนักงานสถิติจังหวัดพิษณุโลก,2540) มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 868,684 คน มีเทศบาล 1 แห่ง สุขาภิบาล 12 แห่ง (กรมการศาสนา,2540) ประชาชนอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล คิดเป็นร้อยละ 10.4 อยู่นอกเขตเทศบาล คิดเป็นร้อยละ 89.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2541) ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 99.01 รองลงมาเป็นศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ .75 ศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ .08 ศาสนาพราหมณ์ ฮินดู ซิกข์ คิดเป็นร้อยละ .1 ศาสนาอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ .05 (มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,2537) และมีคนต่างด้าวอาศัยอยู่ในจังหวัด 1,774 คน ส่วนใหญ่เป็นชาวจีน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2541) และมีชาวเขาเผ่าแม้วอยู่ในจังหวัดพิษณุโลกจำนวน 5,086 คน เป็นชาวเขาเผ่าแม้ว โดยอาศัยอยู่ในอำเภอชาติตระการ 2,613 คน อำเภอนครไทย 2,486 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2530) ลักษณะการกระจายและการตั้งถิ่นฐานของประชาชนจังหวัดพิษณุโลกจะจับกลุ่มกันตามแม่น้ำลำคลอง ส่วนมากจะอาศัยอยู่ตามหมู่บ้านเล็กๆในชนบท วัฒนธรรมประเพณีของชาวพิษณุโลกเป็นไปตามวัฒนธรรมไทยที่ปรากฏอยู่ทั่วไป ความเชื่อถือศรัทธา และดำรงไว้ซึ่งวัฒนธรรมประเพณีดั้งเดิมยังมีอยู่มากในชนบท ส่วนในเขตเมืองไม่ค่อยยึดถือกันมากนัก ส่วนมากมีแนวโน้มไปทางสมัยใหม่เป็นส่วนมาก ทั้งนี้เนื่องจากอิทธิพลทางวัฒนธรรมตะวันตกได้เผยแพร่เข้ามาสู่ชาวเมืองอย่างมากมาย และสภาพสังคมการดำรงชีวิตที่ต้องดิ้นรนเพราะเรื่องเศรษฐกิจ วัฒนธรรมประเพณี และ งานประเพณีประจำท้องถิ่นของจังหวัดพิษณุโลกได้แก่ (สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2527 และพวงทองสุดประเสริฐ,2536)

พิธีสมรสของพวกลาวโซ่ง

พวกลาวโซ่งในเขตอำเภอบางระกำ และอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลกมีพิธีสมรสที่แปลก ซึ่งมี 2 ลักษณะคือ

- การแต่งงานสู่ขอ คือเมื่อชายหญิงรักใคร่ชอบพอกัน ฝ่ายชายก็จะจัดเต้าแก่ไปสู่ขอ ถ้าฝ่ายหญิงไม่ขัดข้องก็จะเรียกค่าสินสอดเท่ากับจำนวนที่แม่ของฝ่ายหญิงได้รับ พอได้ฤกษ์งามยามดีก็ทำพิธีแต่งงานกัน

- การแต่งงานอาสา คือเมื่อฝ่ายชายจัดเต้าแก่ไปสู่ขอเรียบร้อยแล้ว เจ้าบ่าวก็ไปอยู่บ้านเจ้าสาวได้เลย ช่วยกันทำมาหากินไปจนกว่าจะมีพิธีแต่งงานกันภายหลัง พิธีแต่งงานก็จัดกันค่อนข้างง่าย ๆ โดยฝ่ายหญิงจะเรียกเงิน สุรา และสุกรตัวหนึ่งสำหรับเซ่นผีพอบเป็นพิธี เสร็จแล้วมีการเลี้ยงอาหาร มีการรื่นเริงกันตามสมควร เมื่อแต่งงานกันแล้วฝ่ายชายก็จะพานบุตร ภรรยา แยกครอบครัวออกไปทำมาหากินโดยลำพัง

พิธีเสนเรือน

พิธีเสนเรือนหรือเสนเฮือน คือพิธีเซ่นไหว้ผีเรือนของลาวโซ่ง ผีเรือนคือผีบรรพบุรุษที่ได้อัญเชิญมาไว้บนเรือนและจัดให้อยู่ ณ มุมห้องๆหนึ่งที่จัดไว้โดยเฉพาะ พิธีนี้นิยมทำกันเป็นประจำทุกปี หรือ 2-3 ปีครั้งก็ได้ เพื่อให้ผีบรรพบุรุษของตนมารับเครื่องเซ่นไหว้ที่ผู้เป็นลูกหลานได้จัดมาเลี้ยง เป็นการแสดงออกซึ่งความกตัญญูต่อบรรพบุรุษผู้ล่วงลับไป และเชื่อว่าเมื่อจัดเซ่นไหว้ผีเรือนแล้ว ผีเรือนก็จะปกป้องคุ้มครอง รักษาตนและครอบครัว ให้มีความสุข เจริญก้าวหน้าทำมาค้าขึ้น การงดเว้นไม่จัดทำพิธีเสนเรือน จะทำให้ผีเรือนของตนได้รับความอดหยาก และในที่สุดผีเรือนก็อาจจะก่อความเดือดร้อนให้แก่ตน และคนที่อยู่ในครอบครัวได้

ประเพณีการเล่นคอน

ประเพณีการเล่นคอนหรืออันคอน เป็นการเล่นระหว่างหนุ่มสาวที่โยนลูกช่วงให้แก่กัน พร้อมกับกรอร้องรำทำเพลง และเป่าแคนไปด้วย เป็นการเปิดโอกาสให้แก่หนุ่มสาวได้คุยกันตามลำพังสองต่อสองตอนกลางคืน ประเพณีการเล่นคอนนี้มีประโยชน์หลายประการคือ ทำให้หนุ่มสาวที่อยู่ต่างถิ่นได้มีโอกาสรู้จักกัน ได้เรียนรู้อุปนิสัยกันก่อนที่จะแต่งงาน และข้อสำคัญคือทำให้ชาวลาโว้งแต่งงานกับพวกเดียวกัน เป็นการรักษาเผ่าพันธุ์ของตนไว้ด้วย

ประเพณีงานศพ

ประเพณีงานศพของลาวโห่งนั้น เมื่อมีคนตาย บรรดาญาติมิตรจะพากันไปเยี่ยมแล้วร้องไห้โอดครวญด้วยเสียงอันดัง เวลาค่ำพลงเรือนไปป่าช้าทุกคนจะต้องเดินตามศพและร้องไห้ไปด้วย สิ่งของที่นำไปพร้อมกับศพคือ ธง สุรา และเครื่องเซ่น เมื่อไปถึงป่าช้าจะช่วยกันทำพิธีเผาศพ หลังจากนั้นจะเก็บกระดูกใส่หม้อ แล้วจัดการฝัง ที่หลุมฝังศพนี้จะปักธงไว้เพื่อให้รู้ว่าเป็นศพของใคร เสร็จแล้วจะทำพิธีเซ่นเพื่อเชิญวิญญาณกลับบ้าน

ประเพณีการทำธงขาว

ประเพณีมีการกระทำในอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ทำที่เขาข้างล้ง บนยอดเขามีก้อนหินศักดิ์สิทธิ์อยู่ด้วยกัน 3 ก้อน มีชื่อว่า สันเพล ยันไฮ และข้างล้ง เมื่อถึงกลางเดือน 2 ของทุกปี ชาวอำเภอนครไทยก็จะมาชุมนุมกัน นำด้ายมาทอเป็นผ้าขาว 3 ผืน เสร็จแล้วก็ทำการแห่แห่นกันอย่างสนุกสนานไปที่เขาข้างล้ง แล้วทำการชักธงผ้าขาวขึ้นไว้ที่ก้อนหินทั้ง 3 ก้อน

ประเพณีการย่ำกลองบอกเวลา

ประเพณีนี้ทำกันในเวลาเที่ยงหรือย่ำค่ำ ย่ำรุ่ง เข้าใจกันว่าประเพณีนี้มีมาตั้งแต่สมัยพิษณุโลกเป็นเมืองหลวงของหัวเมืองฝ่ายเหนือ สมเด็จพระบรมไตรโลกนาถประทับอยู่ที่เมืองนี้รับสั่งให้มีการตีกลองบอกยามเป็นประจำ แต่บางท่านบอกว่าประเพณีนี้มีมาตั้งแต่สมัยพระยาสิทธิไทรสำหรับกลองที่ใช้บอกเวลานี้มีขนาดใหญ่มาก และในปัจจุบันกลองนี้ยังอยู่ที่วัดพระศรีรัตนมหาธาตุ จังหวัดพิษณุโลก

ประเพณีสงฆ์น้ำพระพุทธรูปชินราช

จัดในจังหวัดพิษณุโลก ตามธรรมดาจะจัดในวันสงกรานต์ ถือกันว่าศักดิ์สิทธิ์มาก ถึงกับว่าบ้านเรือนใดในจังหวัดนี้ในปีหนึ่งๆ ไม่ได้สงฆ์น้ำพระพุทธรูปชินราชแล้ว จะได้รับความเดือดร้อนใจต่างๆ ดังนั้นประชาชนจึงนิยมสงฆ์น้ำพระพุทธรูปชินราชเพื่อความเป็นสิริมงคลแก่ตัวเองและครอบครัว ในปัจจุบันนี้การสงฆ์น้ำพระพุทธรูปชินราชกระทำกันโดยสงฆ์น้ำพระพุทธรูปชินราชจำลอง

การละเล่นในจังหวัดพิษณุโลก

จังหวัดพิษณุโลกมีการละเล่นที่สำคัญคือ มังคละรำเต้น การเล่นรำกลองยาว การเล่นรำวง ฮินเลเล การเล่นขอฝน การเล่นกีฬาพื้นเมือง การเล่นเพลงช้อย การเล่นแม่ศรี การเล่นผีนางด้ง การ

เล่นผีนางควาย การเล่นผีนางข้อง การเล่นผีนางสาก การเล่นผีนางตาล การเล่นผีนางจู้ การเล่นผี
สิงลมเป็นต้น

จะเห็นได้ว่าประเพณีและการละเล่นพื้นบ้านเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมพื้นบ้านที่มีอยู่ใน
ท้องถิ่นของจังหวัดนครสวรรค์และพิษณุโลก โดยการจดจำและถ่ายทอดสืบต่อกันมาหลายชั่ว
อายุคน ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับศาสนาหรือวัฒนธรรมชุมชน ประเพณีและ
การละเล่นเหล่านี้จึงมิได้เป็นเพียงการแสดงออกของชุมชนอย่างฉาบฉวย แต่ยังคงมีความผูกพันแน่น
แฟ้นและลึกซึ้งกับวิถีแห่งจิตใจและวัฒนธรรมในชุมชน

ชีวิตของชาวชนบทเป็นชีวิตที่ขาดความมั่นคงปลอดภัย ขาดความอบอุ่นทางจิตใจ ทำให้
ต้องสร้างความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวต่างๆ เพื่อเป็นหลักยึดมั่นให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยทางใจได้
ความเชื่อถือ ความยึดมั่นเหล่านี้จะปรากฏออกมาในรูปความเชื่อโชคลาง เครื่องรางของขลัง การ
ประกอบพิธีกรรมต่างๆ เช่นการเซ่นไหว้ บวงสรวง รวมถึงการละเล่นพื้นบ้านเป็นเครื่องมือในการให้
ขวัญ กำลังใจ และความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และการละเล่นที่มีลักษณะการเล่นหรือเนื้อหาเพลง
ประกอบ ซึ่งสะท้อนสภาพชีวิต ความเป็นอยู่ ความเชื่อและวัฒนธรรมประเพณีของชาวชนบทที่
เห็นได้ชัดคือ การเล่นเข้าทรงวิญญาณ แสดงถึงความเชื่ออย่างแน่นแฟ้นของชาวบ้านที่มีต่อ
อำนาจเร้นลับ ภูติผีปีศาจ ความต้องการการคุ้มครองป้องกันภัยและอำนาจโชคจากอำนาจเร้นลับ
เพื่อการประกอบอาชีพ และการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพที่ดีทั้งทางกายและจิตใจ

4. แนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน

การแพทย์พื้นบ้านสามารถแบ่งได้ 4 ระบบ ดังนี้ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2533)

4.1 การแพทย์แบบประสบการณ์

ชุมชนท้องถิ่นใดๆที่มีประวัติศาสตร์ยาวนานย่อมจะต้องผ่านประสบการณ์การต่อสู้เพื่อแก้
ปัญหาต่างๆในชุมชนต่างๆโดยเหตุนี้ย่อมจะต้องมีภูมิปัญญาท้องถิ่น ในทางสุขภาพนั้นความเจ็บ
ป่วยต่างๆที่เกิดขึ้นในท้องถิ่นย่อมจะต้องผ่านความพยายามในการแก้ไขเยียวยาอย่างมาก่อน ประสบ
การณ์เหล่านี้ทำให้ชุมชนต่างท้องถิ่นต่างมีรูปแบบกระบวนการในการเยียวยารักษาความเจ็บป่วย
เป็นของตนเอง ชุมชนต่างๆในวัฒนธรรมหนึ่งๆจะมีโรคท้องถิ่นซึ่งมีชื่อเรียกเฉพาะสำหรับเรียกขาน
ภาวะความเจ็บป่วยที่พบในชุมชน รวมทั้งจะมีวิธีการรักษาที่เป็นที่รู้จักและเข้าใจกันในหมู่สมาชิก

ในชุมชนนั้นๆ ตัวอย่าง "โรคท้องถิ่น" หรือ "โรคพื้นบ้าน" เหล่านี้เช่นโรคกำเริด โรคตะพัน โรคปานแดงในภาคอีสาน หรือโรคซาง โรคติจะแกว่ง และโรคลมในภาคเหนือ เป็นต้น โรคเหล่านี้มักมิได้มีการกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยที่ชัดเจนแน่นอน แต่โดยประสบการณ์ร่วมกันของชุมชนเมื่อมีการป่วยใช้ดังกล่าว ชาวบ้านก็จะสามารถวินิจฉัยได้โดยสังครบข้าง

รูปแบบการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยในระบบการแพทย์แบบประสบการณ์ แบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะด้วยกันคือ

4.1.1. การใช้ยากลางบ้าน การใช้ยากลางบ้านนี้เป็นความรู้ที่ชาวบ้านโดยทั่วไปมีอยู่ และใช้ในการรักษาความเจ็บป่วยที่ใช้กันทั่วไป โดยทั่วไปมักจะใช้สมุนไพรที่มีอยู่ในครัวเรือนหรือปลูกไว้ตามบริเวณบ้าน มักจะใช้กับโรคทั่วไปที่พบบ่อยหรือใช้ในชีวิตประจำวันเช่น การใช้ผลมะกรูดสำหรับสระผมให้ดำเงางาม หรือการใช้ผลมะเกลือในการถ่ายพยาธิ ความรู้เหล่านี้เป็นประสบการณ์ที่รู้และใช้ต่อกันมาโดยเป็นความรู้ที่รู้กันในครัวเรือน และถามหาปรึกษาตนเองได้โดยไม่ต้องหาหมอพื้นบ้าน

4.1.2. แบบแผนการปฏิบัติตัวเฉพาะ ในวัฒนธรรมหนึ่งๆมักมีแบบแผนการปฏิบัติตัวสำหรับในกรณีที่มีการผิดปกติเกี่ยวกับสุขภาพ แบบแผนการปฏิบัติที่พบบ่อยในทุกวัฒนธรรมก็คือข้อห้าม (Taboo) (หรือชะล่า ชิด ผิด ขวงในภาษาท้องถิ่น) ในภาวะการเจ็บป่วยหนึ่งๆหรือแม้แต่นั้นในช่วงสำคัญของชีวิตเช่นหลังคลอดบุตร ชาวบ้านจะมีข้อปฏิบัติเฉพาะซึ่งอาจเป็นข้อห้ามในเรื่องการกินอาหาร มิให้กินอาหารบางชนิดหรือข้อห้ามอื่นๆ ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดได้แก่ แบบแผนการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ในชนบทไทยจะถูกห้ามมิให้กินอาหารหลายชนิดเช่นอาหารหวาน อาหารมัน ห้ามมิให้ไปดูคนอื่นคลอดลูก ห้ามมิให้นั่งคาบ้นไค และเมื่อหลังคลอดแล้วก็มีข้อห้ามและข้อปฏิบัติอีกมากได้แก่ หญิงหลังคลอดจะถูกจัดให้อยู่ไฟคือต้องกินน้ำร้อน และนอนผิงไฟเพื่อให้มดลูกเข้าอู่ ให้กินอาหารได้เพียงบางชนิดโดยเฉพาะจะให้กินข้าวกับเกลือเป็นอาหารหลัก เพื่อหลีกเลี่ยงอาหารต้องห้ามที่หากกินเข้าไปแล้วจะทำให้เกิดโทษแก่มดลูกอันจะทำให้มารดาหลังคลอดไม่สบาย น้านมไม่ไหล และจะมีผลทำให้ไม่แข็งแรงไปตลอดและการกินเกลือมากนั้น จะช่วยให้แผลที่ฝีเย็บหายง่ายและไม่เป็นหนอง

4.1.3 การรักษากับหมอพื้นบ้าน หมอพื้นบ้านเป็นผู้สืบทอดประสบการณ์ การรักษาที่ซับซ้อนมากกว่าการรักษาตนเองของชาวบ้าน ลักษณะของหมอพื้นบ้านที่เป็นหมอในระบบการดูแลสุขภาพแบบประสบการณ์ ได้แก่ หมอพื้นบ้านที่รักษาได้เฉพาะโรคหรือรักษาได้เฉพาะที่ตนสืบทอดประสบการณ์เรื่องนั้นๆมาโดยเฉพาะ หมอพื้นบ้านเหล่านี้มักมิได้ศึกษาทฤษฎีการดูแล

สุขภาพใดๆเป็นระบบ แต่อาศัยการสังเกตและจดจำจากการบอกกล่าว ชีตความสามารถของหมอเหล่านี้จึงค่อนข้างจำกัดอยู่ในขอบเขตที่ตนรู้โดยสามารถพลิกแพลงหรือปรับใช้ได้อย่างจำกัด

ตัวอย่างของหมอพื้นบ้านในกลุ่มนี้คือ

1. หมอยาต้ม-ยาฝน ใช้สมุนไพรในการรักษา
2. หมอกระดูก รักษากระดูกหักและข้อเคลื่อน โดยการใส่เฝือกชะโลมน้ำมันหรืออาจใช้เวทมนต์ประกอบ
3. หมอดำแย ทำคลอดแก่หญิงมีครรภ์
4. หมอนวด รักษาอาการปวดเมื่อย
5. หมอที่รักษาโรคเฉพาะอื่นๆเช่นหมอรักษาริดสีดวงทวาร หมอรักษากุ้งกิ้ง หมอรักษาโรคพิษสุนัขบ้า เป็นต้น

หมอเหล่านี้มักมีความชำนาญในโรคที่ตนศึกษามา และรูปแบบวิธีการมีทั้งที่คล้ายคลึงกันและที่แตกต่างกันออกไปตามประสบการณ์เฉพาะตัว

การแพทย์แบบประสบการณ์ เป็นระบบการแพทย์ย่อยที่มีความสำคัญมากที่สุดในระบบการแพทย์พื้นบ้านด้วยเหตุผลที่ว่า การแพทย์แบบประสบการณ์มีคุณลักษณะที่โดดเด่นและมีพลังอยู่ 5 ประการดังต่อไปนี้คือ

ประการที่ 1 การแพทย์แบบประสบการณ์ เป็นระบบการดูแลสุขภาพที่มีฐานแนบแน่นอยู่กับประชาชนชาวบ้านมากที่สุดเพราะทุกขั้นตอนในกระบวนการของการเยียวยา รักษาโรคนับตั้งแต่การรับรู้ ความเจ็บป่วย การวินิจฉัย และการรักษาล้วนแต่เกิดขึ้นท่ามกลางความเป็นจริงในการดำรงชีวิตของชาวบ้าน ประสบการณ์การรักษาโรคเหล่านี้เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา และไหลเวียนอยู่ในเครือข่ายสังคมที่รายล้อมบุคคลอยู่อย่าง แนบแน่น และเป็นข้อมูลที่ใกล้มือ เพราะอยู่ใกล้ชิดชาวบ้านมากที่สุด มักมาทันเวลาที่ผู้คนต้องการความช่วยเหลืออีกด้วย

ประการที่ 2 การแพทย์แบบประสบการณ์ เป็นกระบวนการดูแลสุขภาพที่มีกระบวนการทางสังคมมารองรับ เป็นความรู้ที่อยู่ใน"คน"ซึ่งมักแปลออกเป็นคำแนะนำชักชวนเมื่อญาติมิตรประสบปัญหา โดยเฉพาะเมื่อขอแนะนำการรักษา นั้นเป็นประสบการณ์ตรงที่ผู้แนะนำเคยใช้ได้ผลมาก่อน มักมีการยืนยันที่หนักแน่น เชื่อมั่นและมีลักษณะที่โน้มน้าวหรือชักชวนให้พิสูจน์

ประการที่ 3 การแพทย์แบบประสบการณ์ ให้คำแนะนำที่มีลักษณะเป็นจริงในทางปฏิบัติ (Practical) ที่สุดทั้งนี้เพราะวิธีการบำบัดรักษาต่างๆสังเคราะห์ขึ้นจากบริบททางวัฒนธรรมของชุมชนเอง จึงมีลักษณะแปลกแยกอยู่น้อย สามารถใช้ได้ทันทีโดยไม่ต้องการการประยุกต์หรือหามาใช้โดยสะดวกและด้วยวิธีการง่ายๆ

ประการที่ 4 การแพทย์แบบประสพการณ์ มีกระบวนการที่สวนทางกับการผูกขาดของการดูแลสุขภาพแบบวิชาชีพ ลักษณะการถ่ายทอดความรู้ในระบบการแพทย์แบบประสพการณ์นั้น เป็นไปตามธรรมชาติด้วยเจตนาดีโดยไม่มีลักษณะที่ต้องการครอบครองวิทยาการไว้แสวงหาผลประโยชน์ จึงสามารถสนองต่อต่อความความพึงพอใจของประชาชนได้อย่างกลมกลืน

ประการที่ 5 การแพทย์แบบประสพการณ์ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอยู่เสมอตลอดเวลา ครอบคลุมทั่วทั้งประชาชนยังมีปัญหาสุขภาพ และยังไม่มียุทธศาสตร์สุขภาพที่เป็นอุดมคติมาตอบสนอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสังเคราะห์วิธีแก้ไขปัญหานั้นเป็นไปอย่างไร้ขอบเขต กรณีที่เด่นชัดที่สะท้อนการมีชีวิตอยู่อย่างยิ่งของการแพทย์แบบประสพการณ์ได้อย่างชัดเจน และมีพลังที่สุดคือ กรณีการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดในการรักษามาลาเรีย การกินจิ้งจกสดๆเพื่อรักษาโรคมาลาเรีย และการปิ้งแมลงสาบกินเพื่อรักษาโรคหอบหืดเรื้อรังที่ผู้ป่วยได้ตระเวนไปรักษาตัวแหล่งต่างๆมาอย่างนับไม่ถ้วนให้หายได้ ลักษณะเฉพาะของการรักษาอยู่ที่แบบแผนวิธีการที่ใช้รักษานั้นไม่ระบุไว้ในตำราหรือทฤษฎีใดมาก่อน และเมื่อมีผู้ทดลองได้ผลแล้วก็จะแพร่ขยายไปอย่างหาต้นตอที่แน่ชัดไม่ได้

4.2 การแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาติ

โลกในมโนคติแบบพื้นบ้านประกอบขึ้นด้วยด้านที่เป็นวัตถุธรรม ซึ่งได้แก่ องค์ประกอบด้านกายภาพต่างๆกับด้านนามธรรมที่เป็นวิญญาณอันศักดิ์สิทธิ์ที่มีอำนาจบงการความเป็นไปของสรรพสิ่ง วิญญาณศักดิ์สิทธิ์เหล่านี้เรียกขานต่างกันไปตามวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น ผีฟ้าพญาแถน ผีปู่ตา ผีเขื้อ ผีป่า ผีดง ผีน้ำ ผีตาแฮกในภาคอีสานผีเจ้านายในภาคเหนือและรุกขเทวดาแม่โพสพ พระเลื้อเมือง พระทรงเมืองในวัฒนธรรมลุ่มเจ้าพระยาเป็นต้น ผีหรือวิญญาณ สิ่งศักดิ์สิทธิ์เหล่านี้คอยปกป้องคุ้มครองให้สรรพสิ่งดำเนินไปตาม "ครรลอง" ที่ถูกต้องโดยทำโทษผู้ที่ทำการละเมิดหรือลบหลู่อำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือกฎเกณฑ์แห่งความถูกต้องที่สังคมหนึ่งนั้นยึดถือ ในขณะเดียวกันในระบบความเชื่อดังกล่าวเรายังสามารถพบวิญญาณชั่วร้ายที่คอยทำร้ายคนซึ่งก็แตกต่างกันออกไปตามวัฒนธรรมเช่น ผีก๊ะในภาคเหนือ ผีขมก ผีปอบ ผีห่าก้อมในภาคอีสาน และ ผีกระสือ ผีกระหัง ผีกองกอยในภาคกลาง

ในบรรดาผีประเภทต่างๆที่กล่าวมานี้ "ผีฟ้า" นับเป็นประมุขแห่งผีทั้งหมด ซึ่งมีลักษณะกึ่งผี กึ่งเทพ ความเชื่อแบบพื้นบ้านถือว่าผีฟ้าหรือพญาแถนเป็นผู้สร้างโลกและสรรพชีวิต และเป็นผีที่มีอำนาจเหนือกว่าผีทั้งหลาย ในการสื่อสารกับผีฟ้านั้นจะต้องอาศัยมีญาณวิเศษเป็นคนทรง

ผีฟ้า หรือ "หมอรำผีฟ้า" นั้นเอง มนุษย์อาศัยอำนาจของผีฟ้าในการรักษาโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการกระทำของผี

ในระบบการแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาตินั้น นอกเหนือจากการรักษาโดยวิธีการ เช่น ไหว้บูชาผีแล้ว การแพทย์พื้นบ้านไทยยังมีรูปแบบการรักษาโรคที่เกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติอีกแบบหนึ่งคือ การรักษาด้วยหมอผีหรือหมอธรรมที่รักษาโรคอันเกิดจากผีกระทำโดยการกำหราบหรือปราบผีด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การใช้เวทมนต์คาถาอาคมต่างๆ การรด ประพรม หรืออาบน้ำมนต์ การเขียนตีด้วยหวาย การสักด้วยไพลเสก การผูกด้วยสายสิญจน์ เพื่อขับไล่ผีหรือวิญญาณร้ายที่เข้าสิง หรือกระทำต่อผู้ป่วยให้หนีออกจากร่างไป การรักษาดังกล่าวมิได้มีพื้นฐานมาจากความเชื่อเรื่องผีแบบเดิม หรือที่เรียกว่าลัทธิบูชาผี แต่ทว่ามีพื้นฐานมาจากวัฒนธรรมพราหมณ์ ซึ่งมีปรัชญาความเชื่อที่แตกต่างกัน

4.3 การแพทย์แบบโหราศาสตร์

เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น การรักษาจะเริ่มต้นที่การวินิจฉัยโดยชาวบ้านจะไปหาหมอดูจักรราศี ซึ่งในท้องถิ่นเรียกกันว่า หมอทายเลข หมอดำรา หรือหมอมอ หมอดู เหล่านี้ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้ตำราพรหมชาติเป็นตำราในการอ้างอิง ก็จะคำนวณชะตาราศีโดยดูจากวัน เดือน ปี เกิด เป็นสำคัญ การคำนวณจะมีการเทียบเคียงชะตาศีชีวิตเข้ากับตำแหน่งของดวงดาวในจักรราศีเพื่อกำหนดเส้นทางการโคจรของวิถีชีวิตของผู้ป่วย หลังเสร็จสิ้นการคำนวณหมอดำราจะสามารถพยากรณ์ถึงภาวะการเจ็บป่วยนั้นๆว่าเกิดขึ้นจากเคราะห์กรรมลักษณะใด จะสามารถรักษาให้หายได้หรือไม่ ยากง่ายเพียงใด และจะต้องไปรักษาทางใดซึ่งมักบอกเป็นทิศเช่น ให้ไปหาหมอดูทางทิศตะวันออก เป็นต้น

หากความเจ็บปวดนั้นๆ เกิดขึ้นจากเคราะห์กรรมที่จะสามารถแก้ไขได้ หมอดำราก็จะแนะนำให้ผู้ป่วยไปหาหมอสะเดาะเคราะห์หรือหมอเสียเคราะห์ซึ่งหมอดำราอาจเป็นหมอสะเดาะเคราะห์ได้ด้วยก็ได้ หมอสะเดาะเคราะห์ก็จะทำพิธีสะเดาะเคราะห์ให้ ซึ่งขึ้นอยู่กับว่าเป็นเคราะห์ใหญ่หรือเคราะห์น้อย พิธีกรรมก็จะสลับซับซ้อนและยากง่ายแตกต่างกันไป หลังจากทำพิธีสะเดาะเคราะห์หรือเสียเคราะห์ไปแล้ว ผู้ป่วยก็จะค่อยๆหายจากการเจ็บป่วยไปได้

เหตุผลที่ไปหาหมอดำราอาจมีมาจากสาเหตุต่างๆ เช่น ของหาย ใจคอไม่สบายหรือหงุดหงิด จะเดินทางไปที่ต่างถิ่น จะทำพิธีมงคลต่างๆ หรือจากเหตุการณ์ที่คาดไม่ถึง เช่น ประสบอุบัติเหตุ ฟ้าผ่าบ้าน ต้นไม้ล้มทับบ้าน หรือมีเหตุการณ์ที่ถือว่าไม่เป็นมงคลต่างๆเช่น อีกาเกาะหลังคาบ้าน นกแสกร้องบินผ่านบ้าน เจองู ผึ้งทำรังในบ้าน

4.4 การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ

การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ เป็นลักษณะที่สำคัญที่เป็นแบบฉบับวัฒนธรรมดั้งเดิมทางการแพทย์ 3 กระแสคือ วัฒนธรรมแบบกรีก แบบอินเดีย และแบบจีน ทฤษฎีธาตุ (Humour theory) ในทั้งสามวัฒนธรรมได้พัฒนาตัวบทในการอธิบายปรากฏการณ์ของร่างกายมนุษย์ และความเจ็บป่วยจนเป็นทฤษฎีที่ซับซ้อนและเป็นระบบที่สุด

การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุของไทย ได้รับอิทธิพลโดยตรงจากการแพทย์แบบอายุรเวทของอินเดีย ทฤษฎีธาตุของการดูแลสุขภาพไทยนั้นยึดถือเหมือนกับอินเดียว่าร่างกายมนุษย์ประกอบด้วยธาตุ 4 ประการได้แก่ ธาตุดิน (ปฐวีธาตุ) ธาตุน้ำ (อาโปธาตุ) ธาตุลม (วาโยธาตุ) ธาตุไฟ (เตโชธาตุ) ความเจ็บป่วยต่างๆ มีปฐมเหตุจากการแปรปรวนของธาตุ ซึ่งธาตุทั้ง 4 นี้จะแปรปรวนหรือผิดปกติได้ใน 3 ลักษณะได้แก่

ลักษณะที่ 1 กำเริบหมายถึง การเพิ่มขึ้นของคุณลักษณะแห่งธาตุนั้นในระบบร่างกาย

ลักษณะที่ 2 หย่อนหมายถึง การลดทอนลงของคุณลักษณะแห่งธาตุนั้นในระบบของร่างกาย

ลักษณะที่ 3 พิการหมายถึง การเปลี่ยนแปลงผิดปกติไปจากธรรมดาของธาตุนั้น

การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุมองระบบแบบมหัตถ์ศน์ ความผิดปกติไม่ว่าจะเกิดขึ้นที่อวัยวะใด ล้วนแต่ต้องมีรากเหง้ามาจากการคลาดเคลื่อนของภาวะสมดุลของธาตุในระบบการเยียวยาที่จะให้เกิดภาวะสมดุลขึ้นในระบบนั้น การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุได้จำแนกสรรพสิ่งออกเป็นหมวดหมู่ ซึ่งมีคุณสมบัติเฉพาะเพื่อกระทำโดยตรงต่อความแปรปรวนของธาตุใดธาตุหนึ่งด้วย การสังเกตถึงปฏิภริยาที่สารนั้นมีต่อคุณลักษณะทั้ง 4 (ธาตุ 4) ของระบบร่างกายโดยได้แบ่งเภสัชสารออกเป็น "รส" ต่างๆกัน 9 รสคือรสฝาด รสมัน รสหวาน รสหอมเย็น รสเมาเปื้อ รสเค็ม รสขม รสเปรี้ยว และ รสเผ็ด "รส" ในที่นี้หมายถึงฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา รสของยาทั้ง 9 รสนั้นจะมีสรรพคุณที่แตกต่างกัน คือ รสฝาดมีฤทธิ์สมาน รสหวานซึมซาบไปตามเนื้อ ให้กำลังงาน รสเมาเปื้อแก้พิษ รสขมแก้ทางโลหิตและดี รสเผ็ดร้อนแก้ลม ขับลม รสมันแก้เส้นเอ็น แก้ขัดยอก รสหอมเย็นทำให้ชื่นใจ บำรุงกำลัง รสเค็มซึมซาบไปตามเนื้อ รักษาเนื้อ รสเปรี้ยวกัดเสมหะ

ในปัจจุบันการแพทย์แบบทฤษฎีธาตุได้เคลื่อนตัวจากฐานสนับสนุนในราชสำนักไปสู่ฐานสนับสนุนในวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัดโพธิ์ซึ่งอาจนับเป็นอู่ใหญ่ของการสืบทอดระบบการแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ โดยการรวมตัวกันของหมอไทยจำนวนหนึ่งและอาศัยการสนับสนุนจากภาคสงฆ์

ทำให้ "โรงเรียนและสมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย" ได้ดำเนินกิจกรรมด้านการสอนวิชาการแพทย์แผนโบราณและผู้สำเร็จจากโรงเรียนแพทย์แผนโบราณจำนวนมากได้กระจายออกไปเป็นหมอและสอนวิชาการแพทย์นี้ในท้องถิ่นต่างๆอย่างมากมาย และมีส่วนสำคัญในการทำให้การแพทย์แบบประสภารณในท้องถิ่นมีความเป็นระบบมากขึ้น

ศิริพร จิรวังนกุล (2540) ได้แบ่งกลุ่มการรักษาพื้นบ้านในภาคอีสานตามความเชื่อพื้นฐานได้เป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. การแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาติ (Super Medical System) หมอธรรม หมอผีฟ้า หมอทรง และจ้ำ จัดอยู่ในกลุ่มนี้ เนื่องจากมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากผี เมื่อใดก็ตามที่ประพาศิตจาริตสังคม ไม่เคารพวิญญาณบรรพบุรุษ สร้างความเดือดร้อนแก่คนในหมู่บ้าน ไม่เชื่อฟังหรือลบหลู่คนชรา จะถูกผีสิงโทษทำให้ปวดหัว ปวดท้องชักและเสียชีวิต

2. การแพทย์แบบโหราศาสตร์ (Astrology Medical System) หมอตุ้จัดอยู่ในกลุ่มนี้ เนื่องจากมีความเชื่อว่า ชีวิตคนเราเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้าย หรือวิถีโคจรของจักรราศี ความเจ็บป่วยถือเป็นเคราะห์ที่จะต้องเกิดขึ้นเมื่อชีวิตไปถึงจุดที่ต้องเกิด วิถีปฏิบัติทางโหราศาสตร์ สามารถทำนายเคราะห์กรรมล่วงหน้า และทำพิธีปิดเป่าให้คลายความรุนแรงลงได้

3. การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ (Medical System Based on The Humoral Theory) หมอพื้นบ้านในกลุ่มนี้คือ หมอยา หมอสมุนไพร หมออุ หมอเปา และหมอน้ำมัน หมอกลุ่มนี้เชื่อว่าร่างกายมนุษย์ประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากความผิดปกติ หรือความแปรปรวนของธาตุ ทำให้ร่างกาย "ร้อน" หรือ "เย็น" ผิดปกติ ความร้อนเย็นนี้ไม่ได้หมายถึงเฉพาะอุณหภูมิในร่างกายเท่านั้น แต่เป็นความร้อน ความเย็นที่เกิดจากความแปรปรวนของธาตุใด ธาตุหนึ่ง เมื่อใดก็ตามที่ร่างกายอยู่ในภาวะ "ร้อน" ก็ต้องใช้สิ่งที่ถือว่า "เย็น" เข้ารักษา และเมื่อใดก็ตามที่ร่างกายอยู่ในภาวะ "เย็น" ก็ต้องใช้สิ่งที่ถือว่า "ร้อน" เข้าแก้

5. การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านในจังหวัดนครสวรรค์และจังหวัดพิษณุโลก

การแพทย์พื้นบ้านหรือการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านที่มีการปฏิบัติในท้องถิ่นต่างๆมีลักษณะการปฏิบัติเฉพาะของแต่ละท้องถิ่น แต่ก็มีส่วนที่คล้ายคลึงกันในบางท้องถิ่น ในการศึกษาค้างครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาดำรง เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านในจังหวัดนครสวรรค์และพิษณุโลก พบว่ายังไม่มีข้อมูลการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านของ 2 จังหวัดนี้ ผู้วิจัยจึงได้ไปสัมภาษณ์หมอพื้นบ้าน และผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ และพิษณุโลกได้ข้อมูลดังนี้

เริ่มตั้งแต่ตั้งครรภ์ชาวจังหวัดนครสวรรค์ และพิษณุโลก จะปรึกษาหมอตำแย แล้วหมอดำแยจะจับท้องดูว่าท้องกี่เดือน ถ้ากินข้าวไม่ได้ให้กินยาสมุนไพร บางแห่งก็ดื่มน้ำมันดีเพื่อทำให้คลอดง่าย ขณะท้องห้ามกินเผือก มัน จะทำให้คลอดยากห้ามอาบน้ำค้ำจะทำให้ปวดน้ำคร่ำ ขณะท้องห้ามออกกำลังกายมาก ห้ามทำงานหนักเพราะกลัวลูกแท้ง แต่เมื่อท้องแก่ให้ทำงานเด็กจะคลอดง่าย เมื่อเจ็บท้องใกล้คลอดก็ไปตามหมอดำแย หมอดำแยจะคลำท้องดูว่าเด็กกลับหัวแล้วหรือยัง ถ้ายังไม่กลับ หมอดำแยจะโยยให้เด็กเอาหัวลง เมื่อมีลมเบ่งก็ให้เบ่ง แล้วให้ผู้ช่วยดันส่วนบนของท้อง เมื่อเด็กคลอดออกมาก็จับตัวเด็กตะแคง และดึงหัวออก จากนั้นเอามือล้วงเอาเลือดออก แล้วตัดสายสะดือโดยมัดสะดือด้วยด้ายใจหรือด้ายดิบ 3 - 5 เปลาะ แล้วใช้ดินสอพองหรือใช้ไฟลรอง จากนั้นใช้ไม้ลวกหรือไม้ไผ่ตัด นำเด็กใส่กระด้ง จากนั้นดูที่ท้องว่ามีเด็กค้างอยู่หรือไม่ ถ้าไม่มีก็ทำการเอารกออก โดยเอาปลายนิ้วกดตรงหัวเหน่าลงมา เมื่อรกออกมาแล้วเอาใส่กระบอกไปฝัง ขณะที่หมอดำแยทำคลอดให้สามีต้มน้ำไว้ หลังจากที่หมอดำแยทำคลอดเสร็จแล้วจึงไปอาบน้ำเด็กและเอาสมุนไพรหรือไฟลกับใบมะขามห่อประคบที่ราวนม เพื่อให้สายน้านมนิม น้านมไหลดีหรือกินรากไทรย้อยเพื่อให้สายน้านมไหลดี หลังคลอดจะอยู่ไฟโดยใช้ไฟพื้นเอากาบกล้วยวางแล้วนำดินมาโรยทับ เรียกว่าดับพิษไฟ แล้วมีกระดานวางครอบ ระยะต่อมาใช้แคร่แทนไม้กระดาน รุ่นต่อมามีการใช้ไฟชุดแทนไฟพื้น โดยอยู่ไฟประมาณ 7 - 15 วัน โดยที่เด็กจะอยู่ในกระโจมด้วยกันกับแม่ หลังคลอดต้องกินยาดองมีทั้งที่ผสมกับเหล้า และผสมน้ำร้อน หลังคลอดห้ามกินแกงหน่อไม้ดอง แกงซีเหล็ก ขนมะจัน แดงโม ถ้ากินแล้วจะชัก บางแห่งก็กินข้าวชวาน้ำกับเกลือหลังคลอด 1 วัน หลังจากนั้นกินข้าวกับปลาเค็ม ใบมะขามอ่อน แกงเลียง และลูกที่เกิดมาให้กินกล้วยก่อนอายุ 3 เดือน เมื่อลูกโตขึ้นมาขณะที่ยังเล็กถ้าไม่สบายจะไปหาหมอโบราณให้พันขาให้ หรือใช้ยาสมุนไพรฝนเอาน้ำหยอด ถ้าเด็กโตไม่สบาย เป็นไข้ จะให้กินยาหม้อหรือรักษาโดยให้หมอฟื้นบ้านเป่า ฟัน หรือใช้ยาสมุนไพรฝนเอาน้ำหยอด ถ้าเด็กท้องเสีย รักษาโดยกินยาหม้อ หรือหยาฝาดๆให้กิน ได้แก่ เปลือกแค ยอดฝรั่ง เปลือกฝรั่งปิ้ง แขน้ำปูน ถ้าเด็กท้องอืดรักษาโดยใช้ใบกระเพราและการบูรทา

ท้อง หรือใช้ใบกระเพราขี้กับปูนทาท้อง ถ้าเด็กเป็นตานขโมยให้กินรากไม้ ถ้าออกหัดให้กิน ยาเขียว ยาเหลืองของหมอพื้นบ้าน ถ้าเด็กร้องบอย ปวยบอย ซึ่งเกิดจากผีกวนจะต้องไล่ผีโดยผูก ข้อมือ หรือใช้เครื่องรางของขลัง ถ้าเด็กตาเป็นขางเป็นเด็กเล็กใช้น้ำมันตัมน์ เด็กโตให้เด็กกินยา สมุนไพรรักษา ถ้าเด็กล้มขาว คุณนมแม่ไม่ได้ต้องกวาดคอก โดยใช้ยาสมุนไพรรผสมกับน้ำมันาวนำมา กวาดคอกเพื่อรักษาอาการดังกล่าว ถ้าเป็นผู้ใหญ่ไม่สบายจะมีการดูแลสุขภาพดังนี้คือ ถ้ามีอาการ ท้องเสียจะใช้ใบฝรั่งคั้นเอาน้ำใส่เกลือกิน ถ้าเป็นไข้จะรักษาโดยให้กินยาสมุนไพรรักษา ได้แก่ ใบผกา ผักคูน เปลือกไม้ ถ้าถูกหมากัดจะรักษาโดยใช้เปลือกไม้ รากไม้ เมื่อมีอาการปวดเมื่อย จะใช้ใบ พลับพลึงอังไฟประคบ หรือใช้ไพลประคบ หรือไปหาหมอนวดเพื่อจับเส้น ถ้ามีกระดูกหักจะไปหา หมอกระดูกให้รักษาโดยหมอจะจับกระดูกให้เข้ากัน แล้วใช้ไม้ไผ่แบนตาม จากนั้นใช้ด้ายดิบพัน แล้วใช้น้ำมันมะพร้าวเสกคาถา และเป่า หลังจากนั้นก็นัดให้มาตรวจอีก ถ้าถูกงูกัดจะรักษาโดยใช้ ว่านพอกหรือกิน ถ้ามีอาการปวดท้องมากแสดงว่าเป็นปวุง ป้างก็จะรักษาโดยการพ่น ถ้ามีอาการ ท้องเสียก็จะดูว่าธาตุใดขาด(ดิน น้ำ ลม ไฟ) คุณธาตุดูว่าขาดธาตุอะไรบ้าง ถ้าธาตุไฟขาดหมดจะ ต้องตาย ถ้าไม่หมดจะเก็บยาสมุนไพรรักษาประเภทละมุนเพลิง ก้านดีปลี ใบเทียน ใบทับทิม ยอดฝรั่ง มากิน ถ้ามีอาการปวดขา ปวดหลังจะรักษาโดยใช้หมากเดียวกับเหล่าแล้วพ่นประมาณ 3 วัน ถ้า เป็นประดงต้องรักษาโดยกินยาหม้อ ถ้าเป็นนิ้วจะรักษาโดยกินยาสมุนไพรรักษา และใช้ตำราเรียกนิ้ว ออกมา ถ้าเป็นคางทูมใช้ปูนเขียน เป่าที่แก้มร่วมกับการใช้คาถาทั้งหมด 3 วัน หรือรักษาโดยใช้ดิน สอพองหรือดินสอพองเขียนเป็นรูปเสือ ถ้าเป็นอีสุกอีใสจะรักษาโดยใช้เหล่าพ่นตามตัว และห้ามกินน้ำ มัน ถ้ามีเลือดออกจะห้ามเลือดโดยใช้ว่านหรือยาสูบแปะ ร่วมกับการใช้คาถาห้ามเลือด ถ้าแผล กว้างต้องพันด้วยผ้า ถ้ามีดบาดจะใช้ว่านหางจระเข้ร่วมกับการใช้คาถา ถ้าเป็นลมจะรักษาโดยใช้ ตะไคร้ กับขิง ถ้าเป็นฝีจะรักษาโดยการพ่นด้วยคาถา ถ้าเป็นโรคผิวหนังจะใช้ยาประดงซึ่งเป็นยา หม้อสำหรับกิน และเชื่อว่าถ้าเจ็บป่วยเกิดจากธาตุในร่างกายผิดปกติแล้วต้องใช้ยาสมุนไพรรักษา ให้ตรงกับธาตุนั้น ในด้านการรักษาที่นอกเหนือจากการใช้ยาสมุนไพรมีการรักษาดังนี้ เมื่อไม่สบาย จะไปดูดวง โดยใช้วัน เดือน ปีเกิด เพื่อดูว่าเด็กจะโดนเคราะห์เมื่อไร แล้วทำการแก้ไข โดยเป่า พ่น และเก็บยาสมุนไพรรักษา ถ้าไม่สบายเนื่องจากผีเข้า จะทำการไล่ผีโดยการช้ดด้วยข้าวสาร ใช้ไม้ตี ใช้มีด หมอพื้นบ้านไล่ผี เมื่อถูกผีเข้าจะมองตาคนอื่นแบบโกรธเคือง เมื่อเจอหมอผีจะหลบหน้าหลบตา ถ้า หมอพระดูดวง แล้วดวงไม่ดีต้องต่อชะตาโดยใช้เงินเท่าจำนวนอายุ ธูป เทียน หรือใช้วิธีรดน้ำมันต์ ถ้ารู้สึกใจคอไม่ดี ท้องอืด ปวด จะรักษาโดยการอาบน้ำมันต์ ถ้าถูกของ ถูกผีทำจะรักษาโดยการ อาบน้ำมันต์ ผูกสายสิญจน์ ถ้าใจคอไม่ดี จะรักษาโดยตีมน้ำมันต์ ถ้าดูดวงแล้วดวงไม่ดี หากินไม่ดี จะรักษาโดยการผูกดวง เอาเงินมาแลก และทำน้ำมันต์มาอาบ ต้ม ถ้าเจ็บป่วยจะรักษาโดยการ

อาบนํ้ามนต์ ดื่มนํ้ามนต์ ถ้าเคราะห์ร้ายมากทำพิธีส่งเคราะห์โดยนำข้าวสาร ข้าวลูกไปส่งที่ทางสามแพร่ง บันหันแทนตัว กรวดน้ำคว่ำขันให้เจ้ากรรมนายเวร แล้วดื่มนํ้ามนต์ อาบนํ้ามนต์ ทำสังฆทาน ผูกดวง และการทำบุญ ปลอยนกปล่อยปลาจะช่วยลดเคราะห์ได้ ถ้าเป็นผีเม็ดเล็กรักษาโดยใช้เวทมนต์คาถา เอาไขคัสั่งออก โดยหมอผีเป็นผู้ทำพิธี และถ้าเกิดอาการเจ็บป่วยจะรักษาหรือบรรเทาได้โดยการบนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การขอขมาลาโทษ และเช่นไหว้ในกรณีที่ไปลบหลู่สิ่งศักดิ์สิทธิ์เช่นศาลพระภูมิ เจ้าที่ นอกจากนี้การที่เด็กไว้ผมจุก การเปลี่ยนชื่อ การทำบุญสังฆทาน จะช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยได้ และการนำวันเดือน ปี เกิด และเวลาดกฟากเด็กไปให้พระตั้งชื่อ จะทำเพื่อความเป็นสิริมงคล มีความเจริญ

จะเห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านของจังหวัดนครสวรรค์และพิษณุโลกจะมีลักษณะการดูแลสุขภาพโดยส่วนใหญ่เป็นแบบการดูแลสุขภาพแบบประสบการณ์เมื่อใช้เกณฑ์ของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2533) และมีการดูแลสุขภาพแบบอื่นบ้าง และการดูแลสุขภาพของ 2 จังหวัดนี้จะมีส่วนหนึ่งที่เหมือนกับการดูแลสุขภาพในจังหวัดอื่นๆ และมีอีกส่วนหนึ่งที่แตกต่างจากการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสนใจเพื่อจะได้ให้บริการพยาบาลได้สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่นของผู้รับบริการที่มาจากจังหวัดนครสวรรค์และพิษณุโลก

6. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (Transcultural nursing)

เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องให้บริการแก่ผู้รับบริการ หรือประชาชนทั่วไป ซึ่งประชาชนมีค่านิยม ความเชื่อ รูปแบบในการดำรงชีวิตของวัฒนธรรมที่หลากหลายจึงมีความจำเป็นที่พยาบาลต้องมีความรู้ในการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมและให้ความสำคัญด้านมิติวัฒนธรรมเพื่อให้การพยาบาล อย่างมีประสิทธิภาพ

การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเป็นมานุษยวิทยาและวิทยาศาสตร์ ใช้เป็นรูปแบบการเรียน และปฏิบัติการพยาบาล ที่เน้นความแตกต่างของวัฒนธรรม ซึ่งมีที่มาจากแนวคิดเกี่ยวกับการดูแล (Caring) ของไลนิงเจอร์ (Leininger, 1981 อ้างถึงใน พงษ์รัตน์ บุญญาบุรุษ, 2531:4) ได้อธิบาย การดูแลเชิงวิชาชีพไว้ว่า เป็นการเรียนรู้ทั้งทางวิชาการและทางวัฒนธรรมในเรื่องพฤติกรรม การปฏิบัติ เทคนิคกระบวนการหรือรูปแบบ ที่จะทำให้สามารถให้ความช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวหรือชุมชนเพื่อปรับปรุงหรือคงรักษาไว้ซึ่งสภาพความมีสุขภาพดี หรือแนวทางการดำเนินชีวิตที่พอใจ ไลนิงเจอร์ยังมีความเชื่อว่าการดูแลเป็นการปฏิบัติที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไปแต่ละวัฒนธรรมบอกได้จากความเชื่อ ค่านิยม และการปฏิบัติของแต่ละกลุ่มวัฒนธรรม นั่นคือความเฉพาะของแต่ละวัฒนธรรมที่จะแสดงพฤติกรรม และเทคนิคการดูแล จากแนวคิดการดูแลนี้จึงได้เกิดทฤษฎีการพยาบาลเชิงมานุษยวิทยาที่เน้นความแตกต่างของวัฒนธรรมหรือการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมขึ้น (Transcultural nursing)

6.1 ความหมายของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ได้มีผู้ให้ความหมายการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมไว้ดังนี้

การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม หมายถึง การศึกษาและการปฏิบัติที่เป็นแบบแผน ซึ่งมุ่งที่ การดูแลวัฒนธรรมสุขภาพ และรูปแบบความเจ็บป่วยของประชาชนแบบองค์รวม โดยเคารพในความแตกต่างและความคล้ายคลึงในคุณค่า ความเชื่อ และวิถีชีวิตทางวัฒนธรรมของประชาชน โดยมีเป้าหมายเพื่อเตรียมให้การดูแลและความสามารถให้มีความสอดคล้องทางวัฒนธรรม (Leininger, 1976, 1978, 1995a cited in Leininger, 1997:32)

การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม หมายถึง ส่วนหนึ่งของการพยาบาลซึ่งสนใจที่การศึกษา และวิเคราะห์วัฒนธรรมและวัฒนธรรมย่อยที่แตกต่างด้วยการยอมรับพฤติกรรม การดูแล การพยาบาล ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย ความเชื่อ และรูปแบบพฤติกรรมโดยมี

เป้าหมายที่จะพัฒนาเนื้อหาความรู้ด้านวิทยาศาสตร์และมานุษยศาสตร์ เพื่อเตรียมให้การดูแล วัฒนธรรมที่มีลักษณะเฉพาะและวัฒนธรรมโดยทั่วไป (Leininger,1978 cited in Elizebeth ,H and Trudy ,W,1995:53)

การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม หมายถึง การเรียนรู้ทางวิชาการในวิธีการทางวิทยาศาสตร์ เชิงมานุษยวิทยา ในการช่วยเหลือหรือสร้างความสามารถให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้ได้รับ บริการเฉพาะตนตามลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรมที่ปรากฏหรือพบได้ในวิธีการปฏิบัติ กระบวนการเทคนิค และรูปแบบของการดูแลเพื่อปรับปรุง หรือรักษาไว้ซึ่งสภาพทางสุขภาพที่ พอใจทั้งในส่วนของ การมีชีวิตอยู่และการตาย(Leininger, 1978อ้างถึงในพวงรัตน์ บุญญานุรักษ์,2531:4)

การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม หมายถึง สนามของการปฏิบัติที่มีความสามารถทาง วัฒนธรรมโดยมีจุดศูนย์กลางอยู่ที่ผู้รับบริการและมุ่งที่การวิจัย (Giger and Davidhizar,1991:7)

การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม หมายถึง ขอบข่ายของการศึกษาและการปฏิบัติที่สนใจ ค่านิยม ความเชื่อและการปฏิบัติในการดูแลทางวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล หรือกลุ่มจาก วัฒนธรรมที่มีลักษณะเฉพาะ โดยเตรียมการดูแลสำหรับวัฒนธรรมเฉพาะและวัฒนธรรมโดยทั่วไป เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเป็นอยู่ดี สุขภาพดี โดยมีความสอดคล้องทางวัฒนธรรมของบุคคล ครอบครัว และสถาบัน (Leininger,1993 cited in Magaret ,M. A .and Jogdeen S,1995:42)

การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม หมายถึง หลักการเฉพาะที่มุ่งเน้นความสำคัญของการ ดูแล คุณค่า และการปฏิบัติตามลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรม เพื่อค้นหาและอธิบายวิธีการการ ดูแลทางวัฒนธรรม เพื่อช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีหรือช่วยเหลือประชาชน จากความตายและความบกพร่องทางสุขภาพ (Leininger,1995cited inLeininger,1997:342)

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมหมายถึง การปฏิบัติการ พยาบาลโดยการยอมรับค่านิยม ความเชื่อทางวัฒนธรรมที่สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพซึ่งมุ่งที่ การดูแลแบบองค์รวม และสอดคล้องกับวัฒนธรรมของบุคคล ครอบครัวและสถาบัน เพื่อให้ผู้รับ บริการมีความเป็นอยู่ดี และมีภาวะสุขภาพดี

6.2 ทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

ทฤษฎีการดูแลทางวัฒนธรรม (Leininger 's theory of cultural care diversity and universality) เป็นทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมที่มีคุณค่า เป็นแนวทางให้พยาบาลในการ ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อปรับปรุงการดูแลผู้รับบริการ โดยเตรียมสำหรับวัฒนธรรมที่มีลักษณะ

เฉพาะและการพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม(Leininger,1995;Mc Farland,1995;Reynolds & Leininger,1993;Rosenbaum,1990;and Stasiak,1991 cited in Leininger,1995:72) ทฤษฎี การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเริ่มพัฒนาในกลางปี ค.ศ. 1950 โดยไลนิงเจอร์ ซึ่งได้เสนอว่าการดูแลเพื่อนมนุษย์ (human care) เป็นปรากฏการณ์สากลเพื่อการอยู่รอดของมนุษยชาติ การดูแล เป็นหัวใจสำคัญสำหรับการพยาบาลที่ได้จัดเป็น พฤติกรรมการดูแล กระบวนการดูแล และสัมพันธภาพการดูแล การดูแลเป็นการปฏิบัติกิจกรรม การช่วยเหลือ (assistive) การสนับสนุนค้ำจุน (supportive) การอำนวยความสะดวก(facilitative) และการสร้างความสามารถ (enabling) ให้กับบุคคลหรือกลุ่มตามความต้องการที่แสดงออกหรือค้นหาได้ เพื่อปรับปรุงหรือรักษาไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี หรือแนวทางการดำเนินชีวิตที่หลากหลาย ไลนิงเจอร์(Leininger,1991) กล่าวว่าบุคคล ครอบครัว และชุมชนอยู่ภายใต้โครงสร้างของสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม การปฏิบัติ การดูแลในแต่ละวัฒนธรรมจะแตกต่างกันไป มีแบบแผนหรือกระบวนการที่เฉพาะแต่จะมีลักษณะร่วมที่เป็นสากลอยู่ด้วย ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่มีแบบแผนเฉพาะของการปฏิบัติการวิชาชีพ คือมีวัฒนธรรมเฉพาะซึ่งจะมีลักษณะการดูแลที่แตกต่างกันจากระบบการดูแลของประชาชน หรือการดูแลที่บ้าน การให้บริการสุขภาพที่บรรลุเป้าหมายจะต้องเป็นการดูแลที่มีความสอดคล้องทางวัฒนธรรมทั้งระบบพื้นฐาน และระบบของวิชาชีพซึ่งการดูแลสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดคือ (Leininger,1995:72)

ชนิดที่ 1 การดูแลพื้นฐาน (Generic care) หมายถึง การดูแลพื้นเมือง อย่างเป็นกันเอง เป็นธรรมชาติ และการดูแลที่ไม่ใช่อาชีพซึ่งถูกใช้และเชื่อถือโดยวัฒนธรรมที่มีการปฏิบัติการดูแลพื้นฐาน การดูแลพื้นฐานเป็นการแสดงออกที่เก่าแก่ที่สุด เป็นรูปแบบการดูแลมนุษย์ และเป็นสิ่งที่เกิดก่อนการดูแลเชิงวิชาชีพ

ชนิดที่ 2 การดูแลเชิงวิชาชีพ (Professional care)หมายถึง การเรียนรู้และการดูแลเชิงปฏิบัติการของพยาบาลที่ได้รับการศึกษาจากสถานศึกษาพยาบาล และใช้อย่างกว้างขวางในวิชาชีพทางคลินิก

การดูแลพื้นฐานจำเป็นต่อการค้นพบ และผสมผสานไปสู่การดูแลเชิงวิชาชีพ ร่วมกับการเตรียมให้มีความสอดคล้องทางวัฒนธรรมและปฏิบัติการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งเป็นเป้าหมายอย่างหนึ่งของทฤษฎี

การพยาบาลเป็นระบบบริการวิชาชีพที่ประสานระหว่างระบบบริการของวิชาชีพการดูแลสุขภาพแผนปัจจุบันและระบบการดูแลพื้นฐาน เพื่อให้ผู้รับบริการบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดี

และมีความพึงพอใจ จึงมีวิธีการปฏิบัติการพยาบาล 3 ประการ เพื่อให้การดูแลที่มีความกลมกลืนสอดคล้องทางวัฒนธรรมทั้ง 2 ระบบได้แก่ (Leininger, 1991:48- 49)

วิธีที่ 1 Cultural care preservation or maintenance การคงไว้ซึ่งแบบแผนของวัฒนธรรมการดูแลพื้นบ้านของผู้รับบริการ เป็นกระบวนการที่พยาบาลให้การดูแลโดยคำนึงถึงและเคารพซึ่งวัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อของผู้ป่วย หรือพยาบาลจะต้องยอมรับแบบแผนวัฒนธรรมของผู้ป่วย ซึ่งแสดงถึงการที่ผู้ป่วยได้รับการยอมรับนับถือจากพยาบาลนั่นเอง

วิธีที่ 2 Cultural care Accommodation or negotiation การปรับเข้ากันระหว่างแบบแผนวัฒนธรรมการดูแลพื้นบ้านกับแบบแผนวัฒนธรรมทางวิชาชีพของพยาบาล เป็นกระบวนการที่พยาบาลมีส่วนร่วมช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะปรับตัวต่อสิ่งต่างๆ อย่างค่อยเป็นค่อยไป และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถต่อรองกับบุคลากรที่มีสุขภาพในเรื่องของการรักษาพยาบาลได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตน และมีความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลร่วมไปด้วย

วิธีที่ 3 Cultural care repatterning or restructuring การปรับเปลี่ยนโครงสร้างเพื่อพัฒนาแบบแผนวัฒนธรรมการดูแลขึ้นใหม่ ให้มีความสอดคล้องเหมาะสมระหว่างความพึงพอใจของผู้รับบริการและการดูแลที่ได้รับ เป็นกระบวนการที่พยาบาลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง หรือปรับแต่งแนวการปฏิบัติและวิถีการดำรงชีวิตของตนให้เข้ากับสภาพแวดล้อม และรูปแบบของการดูแลสุขภาพจากที่มีสุขภาพ โดยที่วัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของผู้ป่วยยังคงได้รับการยอมรับนับถือจากพยาบาลอยู่เช่นเดิม ทั้งนี้การปรับเปลี่ยนดังกล่าว จะต้องมาจากความต้องการและความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

6.2.1 เป้าหมายหลักของทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (Leininger, 1995:72)

ในอดีตเพื่อค้นหา รวบรวมเอกสาร แปลความหมาย และอธิบายปรากฏการณ์การดูแลทางวัฒนธรรม ปัจจุบันเป้าหมายหลักของทฤษฎีเป็นการเตรียมการดูแลที่มีความสอดคล้องทางวัฒนธรรมพร้อมกับปรับปรุง หรือเสนอชนิดของการดูแลทางการพยาบาลที่แตกต่างกัน เพื่อให้บริการประชาชนที่มีความเหมือนหรือแตกต่างทางวัฒนธรรม

6.2.2 มโนคติหลัก

มโนคติหลักตามทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของไลนิงเจอร์ ประกอบด้วยมโนคติเกี่ยวกับมนุษย์ สุขภาพ สิ่งแวดล้อม และการพยาบาล โดยไลนิงเจอร์ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับแต่ละมโนคติไว้ดังนี้ (Leininger, 1984a, 1985a, 1985b cited in Fitzpatrick, 1989: 239- 232)

บุคคล : สิ่งมีชีวิตที่อยู่รอดในสถานที่และเวลาจนถึงปัจจุบัน ด้วยความสามารถในการดูแลทารก เด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ภายใต้สิ่งแวดล้อมและวิถีการที่แตกต่างกัน (Cultural being) หรือสิ่งมีชีวิตทางวัฒนธรรมซึ่งหมายความรวมถึงบุคคล ครอบครัว และกลุ่มวัฒนธรรม การแสดงออก และการกระทำของมนุษย์มีต้นกำเนิดมาจากค่านิยม ความเชื่อ และการปฏิบัติตามวัฒนธรรม

สิ่งแวดล้อม : สภาพทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม มโนภาพในสังคมและปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และกลุ่มวัฒนธรรม

สุขภาพ : ค่านิยม ความเชื่อ และแบบแผนการปฏิบัติตามวัฒนธรรมที่ใช้ในการรักษาความเป็นอยู่ดีของบุคคลแต่ละกลุ่มให้คงอยู่ โดยเน้นที่การมองจากมุมมองของผู้ที่อยู่ในสถานการณ์ (Emic) แทนการมองจากมุมมองของบุคคลนอกสถานการณ์ (Etic) จุดเน้นอยู่ที่ความเป็นอยู่ดี สามารถดำรงชีวิตประจำวัน การทำกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ ที่สอดคล้องกับความ คาดหวังทางวัฒนธรรม

การพยาบาล : เป็นศาสตร์และศิลป์ที่เกิดจากการเรียนรู้ มีจุดเน้นที่พฤติกรรม หน้าที่และกระบวนการส่วนบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการส่งเสริมและการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพหรือการฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วย การพยาบาลจึงมีความหมายเป็นการกระทำและการตัดสินใจของการพยาบาล โดยการยอมรับค่านิยม ความเชื่อทางวัฒนธรรมที่สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพ (Cultural congruent care) การพยาบาลจัดเป็นบริการวิชาชีพที่ประสานอยู่ระหว่างการดูแลสุขภาพแผนปัจจุบันและระบบการดูแลพื้นบ้าน เพื่อให้ผู้รับบริการบรรลุเป้าหมายการเป็นอยู่ดี การมีภาวะสุขภาพที่ดี และมีความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ วิธีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การดูแลมีความสอดคล้องกันระหว่างวัฒนธรรม การรักษาพยาบาลแผนใหม่กับการดูแลด้วยระบบวัฒนธรรมพื้นบ้าน

6.2.3 สมมติฐานของทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

ไลนิงเจอร์ (Leininger, 1985 อ้างถึงในพวงรัตน์ บุญญาบุรุษ, 2537) ได้เสนอแนวคิดของการดูแลทางวัฒนธรรม (Cultural care) ตามแนวคิดด้านมานุษยวิทยา ซึ่งให้แนวคิดของพฤติกรรมดูแลที่แตกต่างกันได้ในแต่ละวัฒนธรรม ไลนิงเจอร์ได้เสนอสมมติฐานของทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมไว้ดังนี้

6.2.3.1 คนที่ต่างวัฒนธรรมกัน มีแนวทางในการอธิบาย ตีความ และเข้าใจการดูแลแตกต่างกันไปอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อกัน และเป็นไปอย่างสอดคล้องกับแบบแผนการคิดและการดำรงชีวิตในขณะนั้น

6.2.3.2 ความรู้สึกถึงคุณค่า ความเชื่อ และการปฏิบัติดูแลของแต่ละวัฒนธรรม จะแสดงออกโดยมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับแนวทางการดำเนินชีวิต ตามแบบแผนการดูแล

6.2.3.3 การให้ความหมายและการใช้โมทัศน์การดูแลทางวัฒนธรรม แปรเปลี่ยนไปได้อย่างหลากหลายในแต่ละวัฒนธรรม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดูแลที่ปฏิบัติโดยบุคลากรพยาบาลและการดูแลที่รับรู้โดยผู้รับบริการ

6.2.3.4 ปัจจัยโครงสร้างทางสังคมและสภาพวัฒนธรรมพื้นบ้าน กับการปฏิบัติดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างมีความหมาย

6.2.3.5 ระบบย่อยของการพยาบาลมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับระบบการดูแลสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพ แต่แตกต่างกันได้อย่างมาก จากระบบการดูแลสุขภาพพื้นบ้าน

6.2.3.6 การตัดสินใจทางการพยาบาลหรือกิจกรรมการพยาบาลที่สะท้อนถึงการดูแลทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการในส่วนของค่านิยม ความเชื่อ และแนวทางปฏิบัติจะสัมพันธ์โดยตรงกับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการพยาบาล

6.2.3.7 การตัดสินใจทางการพยาบาล หรือกิจกรรมการพยาบาลที่มีพื้นฐานของการดูแลทางวัฒนธรรมโดยคงรักษาไว้สร้างให้เกิดขึ้น หรือจัดรูปแบบเสียใหม่ในการดูแลผู้รับบริการจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประโยชน์ของการพยาบาล

6.2.3.8 อาการของข้อขัดแย้งและความเครียดในการดูแลระหว่างวัฒนธรรม สามารถบ่งชี้ได้ ถ้าผู้ให้บริการรู้สึกถึงความล้มเหลวในการใช้ค่านิยมและความเชื่อต่อการดูแลทางวัฒนธรรมกับผู้รับบริการ

6.2.3.9 การรับรู้ความหมายและการแสดงออกของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการที่มีความแตกต่างโดยสิ้นเชิง จะนำไปสู่ความไม่พึงพอใจในการทำงานของทั้งสองฝ่าย

6.2.3.10 การที่ผู้รับบริการต้องพึ่งพาเทคโนโลยีในการพยาบาลอย่างสูงจะมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการดูแลทางวัฒนธรรม ที่สะท้อนถึงการลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ในการแสดงพฤติกรรมการดูแล

6.2.3.11 ปัจจัยด้านศาสนาและเครือญาติ จะสร้างความเปลี่ยนแปลงได้มากกว่าปัจจัยด้านเทคโนโลยี

6.2.3.12 วัฒนธรรมตะวันตกให้คุณค่าของการดูแลทางวัฒนธรรม แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงกับกลุ่มนอกเขตตะวันตกของโลก

6.2.3.13 การปฏิบัติดูแลตนเองจะมีข้อบ่งชี้ในวัฒนธรรมให้เห็นถึง ค่านิยมของความเป็นเอกัตบุคคลและความเป็นอิสระ ส่วนการปฏิบัติดูแลในรูปแบบอื่นจะมีข้อบ่งชี้ในวัฒนธรรมถึงการพึ่งพาอาศัยของมนุษย์เชิงการสนับสนุนต่อกัน

6.2.3.14 วิธีการสอนผู้ป่วยเองไกล-อเมริกัน จะทำให้ผู้รับบริการที่มีค่านิยมตามแบบของกลุ่มนอกเขตตะวันตกของโลกปฏิบัติผิดพลาดได้

จากสมมติฐานดังกล่าวนี้ได้ให้แนวคิดของพฤติกรรมดูแลที่ใช้พื้นฐานของวัฒนธรรมในการอธิบายไว้อย่างชัดเจน

6.2.4 ลักษณะทั่วไปและลักษณะที่คาดการณ์ไว้ของทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (Leininger, 1995:73) มีดังนี้

6.2.4.1 การดูแลทางวัฒนธรรมมีอยู่จริงตลอดเวลา ในทุกวัฒนธรรมและในพื้นที่ที่มีสภาพทางภูมิศาสตร์ที่แตกต่างกัน

6.2.4.2 การดูแลพื้นฐาน (Generic care) และการดูแลเชิงวิชาชีพ (Professional care) ซึ่งประกอบด้วยความหมาย สัญลักษณ์ รูปแบบ กระบวนการและการปฏิบัติข้ามวัฒนธรรม แต่ทั่วโลกอาจจะไม่เหมือนกัน ซึ่งมิติการดูแลเหล่านี้จะต้องค้นหาอย่างมีความหมายและชัดเจนเพื่อใช้ในการเตรียมการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและมีความหมายต่อผู้รับบริการ

6.2.4.3 มีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะค้นหา และขยายความคิดและความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับมิติการดูแลทางวัฒนธรรมที่ผิดพลาด เพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับโลกทัศน์ สังคมและองค์ประกอบด้านโครงสร้างทางวัฒนธรรม ภาษา สิ่งแวดล้อม ประวัติศาสตร์เชิงมานุษยวิทยา ความเป็นอยู่ของมนุษย์ การค้นหาความหมาย การแสดงออกและการปฏิบัติดูแลทางวัฒนธรรมในวัฒนธรรมตะวันตก และไม่ใช่วัฒนตก เป็นสิ่งจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะสร้างการดูแลเชิงวิชาชีพแบบองค์รวมและมีความหมาย

6.2.4.4 เพื่อให้พยาบาลช่วยเหลือประชาชนที่มีความเหมือน หรือแตกต่างทางวัฒนธรรม มีรูปแบบการปฏิบัติและการตัดสินใจ 3 อย่างที่จำเป็นต่อการทำให้เกิดการเคลื่อนไหวในรูปแบบใหม่ของการปฏิบัติการพยาบาล

รูปแบบ 3 อย่างนี้ได้แก่

รูปแบบที่ 1 การคงไว้ซึ่งแบบแผนการดูแลที่พื้นบ้านของผู้รับบริการ (Culture care preservation and maintenance)

รูปแบบที่ 2 การปรับเข้ากันระหว่างแบบแผนวัฒนธรรมการดูแลที่พื้นบ้าน กับแบบแผนวัฒนธรรมทางวิชาชีพของพยาบาล (Culture care accomodation and negotiation)

รูปแบบที่ 3 การปรับเปลี่ยนโครงสร้างเพื่อพัฒนาแบบแผนวัฒนธรรมการดูแล (Culture care restructuring and repatterning)

รูปแบบทั้ง 3 อย่างนี้ต้องค้นหา ศึกษาและใช้ประโยชน์ร่วมกับผู้ป่วยโดยการร่วมมือกันทำร่วมกันมีส่วนร่วมที่จะสร้างความรู้การดูแลทางวัฒนธรรม โลกทัศน์ โครงสร้างทางสังคมและข้อมูลใหม่อื่นๆในพื้นที่

6.2.4.5 การเตรียมการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม การดูแลที่มีความหมาย และการดูแลที่มีความรับผิดชอบจะมีประโยชน์ในการส่งเสริมคุณภาพของประชาชน ถ้ามีการผสมผสานกันอย่างสมบูรณ์ขณะให้การดูแลทางวัฒนธรรม และใช้ประโยชน์อย่างชัดเจน รวมถึงรู้จักวิธีใช้กับผู้รับบริการและที่สำคัญที่สุดการดูแลทางวัฒนธรรมต้องเป็นการประยุกต์ใช้การปฏิบัติแบบองค์รวม เพื่อไปสู่สุขภาพหรือความเป็นอยู่ที่ดีของผู้รับบริการ

การสังเคราะห์แนวคิดการดูแลทางวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่น่าสนใจและเป็นทิศทางใหม่สำหรับอนาคตทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับลักษณะทั่วไปและลักษณะที่คาดการณ์ไว้ของทฤษฎี

6.2.5 ลักษณะสำคัญของทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมและข้อเสนอแนะ (Leininger, 1995:74) มีดังนี้

6.2.5.1 มุมมองของทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมทำให้เกิดความเข้าใจในตัวบุคคล ครอบครัว กลุ่ม ชุมชน และสถาบันที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม

6.2.5.2 ทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเป็นทฤษฎีที่สนใจต่อปรากฏการณ์การดูแลทางวัฒนธรรม พร้อมกับค้นหาคุณค่าการดูแล ความเชื่อ และวิถีชีวิตในวัฒนธรรมที่มีลักษณะเฉพาะ เพื่อสร้างความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมทั่วโลก

6.2.5.3 ทฤษฎีและวิธีการสามารถใช้ในวัฒนธรรมที่หลากหลาย เนื่องจากทฤษฎีไม่มีขอบเขตของวัฒนธรรม ในความเป็นจริงแล้วทฤษฎีกับการวิจัยเชิงคุณภาพทางมานุษยวิทยาทางการพยาบาล เป็นการเปิดสู่การใช้ประโยชน์ในวัฒนธรรมหลากหลายและสามารถค้นหาความเป็นธรรมชาติ ความเป็นกันเอง และข้อมูลที่มีความหมายจากมุมมอง ภายในของคนในวัฒนธรรม

6.2.5.4 ทฤษฎีมีลักษณะเป็นทั้งนามธรรมและลักษณะสำคัญในการปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยสามารถทำให้มีความเป็นนามธรรมสูง หรืออาจกำหนดการปฏิบัติเกี่ยวกับวัฒนธรรมได้ วิธีการทางมานุษยวิทยาทางการพยาบาล ทำให้เกิดความเหมาะสมในการค้นหาความคิดที่เป็นนามธรรมแบบองค์รวมได้อย่างกว้างขวาง และสามารถช่วยค้นหาปรากฏการณ์และประสบการณ์การดำรงชีวิตที่มีลักษณะเฉพาะและเป็นรูปธรรมได้

6.2.5.5 ทฤษฎีและวิธีการเชื่อมเข้าด้วยกันอย่างแยกออกไม่ได้ ซึ่งมีความสะดวกอย่างมากที่จะค้นหาสิ่งที่คลุมเครือ สิ่งที่ยังซ่อนอยู่ และสิ่งที่ลึกลับ โดยเปิดเผยและทำให้เป็นที่รู้จักได้จากประสบการณ์การดำรงชีวิตที่ได้มีส่วนร่วมของผู้ให้ข่าวสาร จากการสังเกตโดยตรงและการทำวิจัยแบบมีส่วนร่วม

6.2.5.6 ทฤษฎีและวิธีการจะต้องมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ และแปลความหมายของสิ่งที่พบโดยผู้ให้ข่าวสารที่คุ้นเคยและอยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้น

6.2.5.7 ทฤษฎีสนับสนุนการค้นหาวิถีชีวิตแบบองค์รวมและวิถีชีวิตแบบผสมผสานพร้อมกับระบุนวัตกรรมที่สอดคล้องกับปฏิบัติการพยาบาล

6.2.5.8 แม้ว่าทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จะเป็นทฤษฎีหนึ่งที่เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มมีทฤษฎีการพยาบาล แต่มันไม่ได้เกี่ยวข้องกับพยาบาลจำนวนมาก จนกระทั่งพยาบาลได้เผชิญกับปัญหาความหลากหลายวัฒนธรรม ความขัดแย้ง ปัญหาในการปฏิบัติและการศึกษา จึงเริ่มต้นที่จะศึกษาวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม โดยเฉพาะสิ่งที่ค้นพบจากงานวิจัย

6.2.5.9 เป็นครั้งแรกที่ทฤษฎีได้ตระหนักถึงการดูแลทางวัฒนธรรม ซึ่งจำเป็นต่อการพยาบาล และเป็นองค์ประกอบสำคัญสำหรับการสร้างมิติทางวิทยาศาสตร์และการพยาบาลที่เป็นสาขาและวิชาชีพ

6.2.5.10 ทฤษฎีได้เสนอ 3 รูปแบบ ของการปฏิบัติ และการตัดสินใจทางการพยาบาล ซึ่งได้ศึกษาอย่างเป็นระบบพร้อมกับเตรียมการดูแลให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม

ทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเป็นการเตรียมพยาบาล เพื่อจะค้นหาความรู้ในการดูแลทางวัฒนธรรมทั้งด้านวิทยาศาสตร์และมานุษยวิทยา ซึ่งเป็นพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการ

ดำรงชีวิตและปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพในโลกที่มีความเจริญและมีความหลากหลายของวัฒนธรรมมากขึ้น

6.2.6 การใช้รูปแบบพระอาทิตย์ขึ้นเป็นแนวทางในการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

รูปแบบพระอาทิตย์ขึ้น (Sunrise Model) ได้ถูกพัฒนา และตรวจสอบใน 3 ทศวรรษที่ผ่านมาเพื่อเตรียมการพยาบาล แบบองค์รวมที่เกี่ยวข้องกับมิติการดูแลทางวัฒนธรรม รูปแบบนี้เป็นแนวคิดที่อธิบายมิติของทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมและความรู้ในการดูแลทางวัฒนธรรมโดยทั่วไป เพื่อใช้ในการปฏิบัติและการตัดสินใจทางการพยาบาล รูปแบบพระอาทิตย์ขึ้นเสนอองค์ประกอบที่แตกต่างซึ่งจำเป็นในการพิจารณาโดยมองที่ภาพของแต่ละบุคคล ครอบครัว กลุ่ม วัฒนธรรม ชุมชนหรือสถาบัน แบบองค์รวม ซึ่งเกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลทางวัฒนธรรมและความต้องการดูแลทางวัฒนธรรม รูปแบบพระอาทิตย์ขึ้นจะช่วยเหลือพยาบาลให้ขยายความรู้พื้นฐาน ค้นหาองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและการปฏิบัติการพยาบาล ข้ามวัฒนธรรม ขณะที่พยาบาลได้ค้นหาความรู้ในการดูแลทางวัฒนธรรม (Leininger, 1991) เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างแจ่มแจ้งอาจใช้สัญลักษณ์พระอาทิตย์ขึ้น และใช้ประโยชน์ของทฤษฎีโดยมุ่งสนใจที่โลกทัศน์ องค์ประกอบด้านโครงสร้างสังคม องค์ประกอบด้านประวัติศาสตร์เชิงมานุษยวิทยา ค่านิยม และการปฏิบัติการดูแลเฉพาะวัฒนธรรม

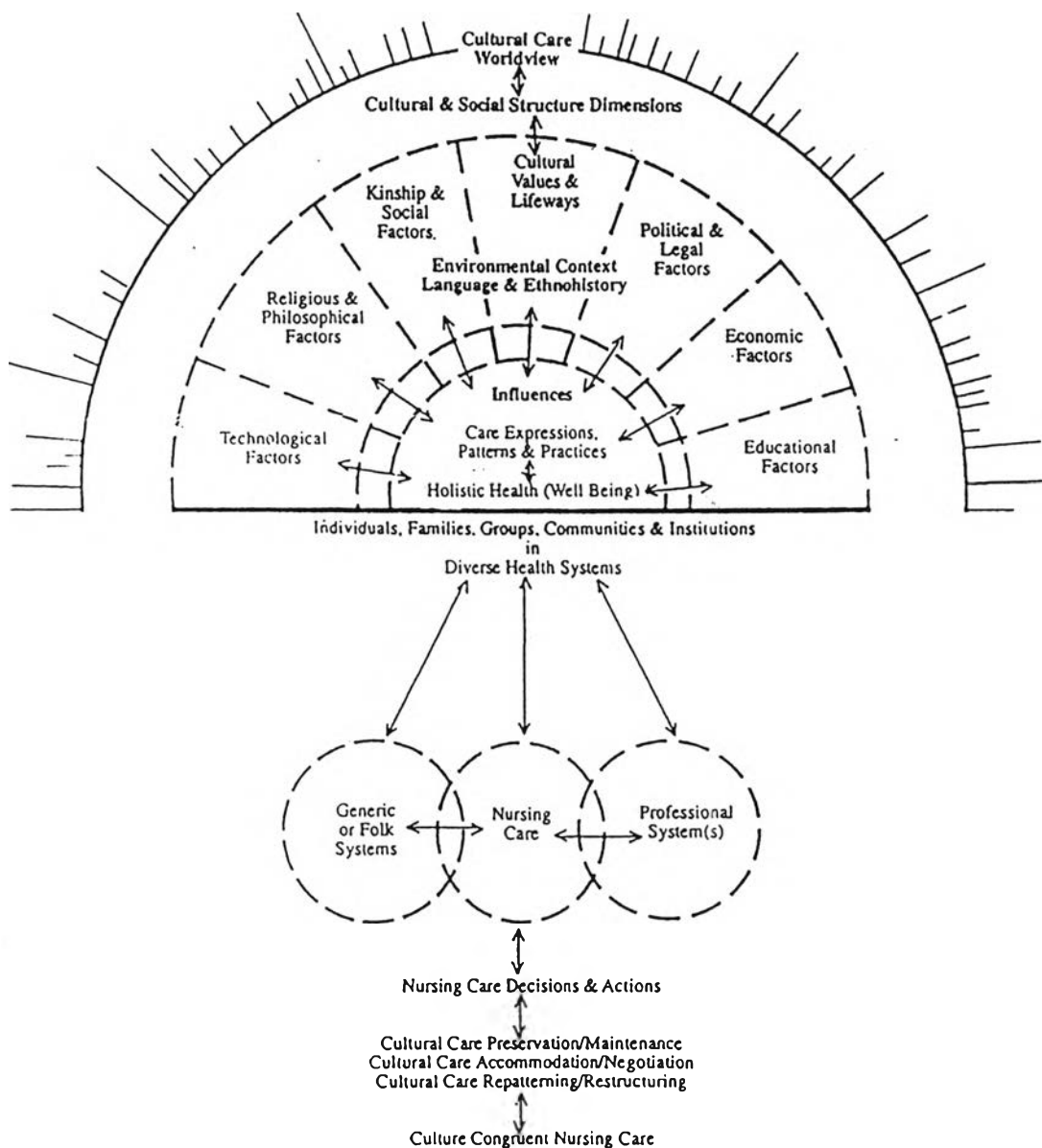
ความรู้ใหม่เกี่ยวกับการดูแลพื้นบ้าน เป็นสิ่งที่กำลังได้รับการยอมรับที่ละเล็กละน้อย และกำลังเปลี่ยนแปลงรูปแบบการปฏิบัติการดูแลเชิงวิชาชีพ รูปแบบพระอาทิตย์ขึ้นเปรียบเสมือนแผนที่ที่จะให้แนวทางแก่พยาบาลในระหว่างการค้นหา ความรู้ในการดูแลทางวัฒนธรรมอย่างเต็มที่ ซึ่งเป็นการเตรียมการดูแลให้สอดคล้อง เหมาะสมและมีความหมายกับการดูแลพื้นบ้านและวัฒนธรรมเพื่อสุขภาพ เพื่อความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน

ในการใช้รูปแบบพระอาทิตย์ขึ้น พยาบาลเริ่มต้นโดยการค้นหากระบวนการ โดยมุ่งสนใจที่ตัวบุคคล ครอบครัว วัฒนธรรม กลุ่ม ชุมชน หรือสถาบัน การเริ่มต้นค้นหาครั้งแรก มุ่งสนใจที่ตัวบุคคลโดยเฉพาะ โดยใช้ทักษะในการวิจัย และประสบการณ์อย่างมาก ต่อจากนั้นจึงเคลื่อนไหวไปสู่ครอบครัว วัฒนธรรมย่อย กลุ่ม ชุมชน และสถาบัน ซึ่งมีความซับซ้อนมากขึ้น และต้องใช้ความรู้ในการพิจารณามากขึ้น นอกจากนี้พยาบาลยังเตรียมความรู้ด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และมานุษยวิทยา เพื่อขยายความรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบด้านโครงสร้างสังคม วัฒนธรรม การใช้ภาษา ประวัติศาสตร์เชิงมานุษยวิทยา และปรากฏการณ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ปัจจุบันทฤษฎีการ

พยาบาลข้ามวัฒนธรรม และรูปแบบพระอาทิตย์ขึ้น ใช้ในการประเมินการดูแลสุขภาพทางวัฒนธรรมสำหรับการดูแลเบื้องต้น และเพื่อพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะวัฒนธรรม

การค้นหาค่านิยม และการแสดงออกของการดูแลทางวัฒนธรรมด้วยการเคารพยอมรับในระบบเครือญาติ (สังคม) ศาสนา ปรัชญา การเมืองและกฎหมาย เทคโนโลยี เศรษฐกิจ การศึกษา และความจำเป็นของ องค์ประกอบด้านสุขภาพ โดยพยาบาลต้องเป็นผู้ฟังที่กระตือรือร้น เป็นผู้สังเกต และมีส่วนร่วมกับผู้ให้ข้อมูลทางวัฒนธรรม พยาบาลต้องตระหนักถึงวัฒนธรรมที่หลากหลาย และความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแล ซึ่งถูกซ่อนไว้ในองค์ประกอบด้านโครงสร้างสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรม และโลกทัศน์ของผู้ให้ข้อมูล

เพศ อายุ และ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเป็นสิ่งที่ซ่อนอยู่ในองค์ประกอบด้านชีวภาพ จิตสังคม การดูแลทางวัฒนธรรมและองค์ประกอบด้านโครงสร้างสังคมหลายอย่าง สิ่งเหล่านี้ไม่สามารถแยกออกจากกันให้เห็นเป็นรูปธรรมได้ มันได้ผสมผสานกันเป็นส่วนหนึ่งของสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม ข้อมูลเหล่านี้เป็นมิติของรูปแบบพระอาทิตย์ขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้และความเข้าใจในตัวบุคคลแบบองค์รวม การสนใจและเอาใจใส่ต่อความหมายและสัญลักษณ์ของวัฒนธรรมที่แตกต่าง เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้สามารถได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้อง นอกจากนี้พยาบาลยังต้องตระหนักว่ามนุษย์เป็นสิ่งที่ซับซ้อนต้องการได้รับการมองแบบองค์รวม ไม่ต้องการถูกมองอวัยวะเป็นส่วน ๆ การใช้ทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมพร้อมกับใช้รูปแบบพระอาทิตย์ขึ้นจะช่วยให้พยาบาลมองวัฒนธรรมแบบองค์รวม เพื่อค้นหาความหมายของวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย หรือความตาย



Sunrise Model

ที่มา: Leininger, M. 1991

6.3 หลักของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

ไอนินเจอร์ได้เสนอแนวทางสำหรับการพยาบาลโดยยึดความแตกต่างของวัฒนธรรมของบุคคล สังคมและชุมชนไว้ดังนี้

6.3.1 คนแต่ละคนมีวัฒนธรรมของตนเองที่แตกต่างกัน และจะมีมากกว่าหนึ่งวัฒนธรรมซึ่งวัฒนธรรมที่แตกต่างของคนนี้จะมีอิทธิพลต่อความสำเร็จและประสิทธิภาพของการพยาบาล

6.3.2 การดูแล (Care) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์และเป็นจุดเด่น ซึ่งมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการพยาบาล

6.3.3 การให้บริการทางสุขภาพที่บรรลุเป้าหมายจะต้องเป็นการดูแลที่มีความสอดคล้องกันทางวัฒนธรรมของระบบพื้นบ้าน(folk) และระบบวัฒนธรรมของวิชาชีพ (professional) ในชุมชนอาจพบการดูแลซึ่งกันและกันของคนในครอบครัวและชุมชนนั้นๆ (lay service)

6.3.4 วัฒนธรรมเป็นสิทธิที่จะต้องรับรู้ ยอมรับ และใช้การดูแลอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นสิทธิที่ทุกคนต้องปฏิบัติตาม

6.3.5 ระบบบริการด้านสุขภาพจะได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรม และทุกวัฒนธรรมมีระบบการให้การดูแลสุขภาพ 2 แบบคือระบบพื้นบ้านและระบบวิชาชีพ ซึ่งการดูแลจะมีประสิทธิภาพเมื่อมีความสอดคล้องกันทางวัฒนธรรม (Culturally congruent care)

6.3.6 จุดเน้นของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมอยู่ที่ค่านิยมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านสุขภาพ ความเชื่อและการปฏิบัติในวัฒนธรรมหนึ่งๆเท่านั้น เพื่อประสิทธิภาพของการให้การพยาบาลในวัฒนธรรมที่หลากหลาย

6.3.7 การปฏิบัติการดูแลในแต่ละวัฒนธรรมจะแตกต่างกัน มีแบบแผนหรือกระบวนการเฉพาะแต่จะมีลักษณะร่วมที่เป็นสากลหรือการปฏิบัติที่เหมือนกันร่วมด้วย

6.3.8 การฟัง การยอมรับ และให้ความสนใจเอาใจใส่ต่อผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญในการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

6.3.9 พยาบาลควรมีความสามารถในการพูดและสื่อสารด้วยภาษาท้องถิ่น หรือภาษาที่ผู้รับบริการเข้าใจ ซึ่งจะทำให้เกิดการรับรู้ และมีความเข้าใจ ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล ครอบครัว และกลุ่มวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน จึงจะสามารถให้การดูแลตามความต้องการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ

6.3.10 บุคคลควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลที่จะได้รับ และเพื่อประสิทธิภาพในการพยาบาล พยาบาลควรจะยอมรับผู้รับบริการในทุกๆเรื่อง เพราะจะช่วยทำให้พยาบาลได้รับรู้เรื่องเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการมากขึ้น

6.3.11 วิธีชีวิตและการแสดงออกของคนในแต่ละกลุ่ม จะทำให้เกิดความเข้าใจในวัฒนธรรมของคนเฉพาะในกลุ่มเท่านั้น ซึ่งอาจจะแปลกในวัฒนธรรมอื่น

6.3.12 ความสำเร็จของการดูแลด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับ ความคิดเห็นและการรับรู้เกี่ยวกับโลกทัศน์ของผู้รับบริการ บุคคลจะมีความเข้าใจในสิ่งที่ เป็นอยู่หรือปรากฏในขณะนั้น (hear and now) เช่นสิ่งแวดล้อมและสังคม รวมถึงศาสนา สายสัมพันธ์พี่น้องหรือภราดรภาพ การเมือง เทคโนโลยี ค่านิยมทางวัฒนธรรม การใช้ภาษา

6.3.13 การสังเกต ให้ความสนใจ การใช้รูปแบบของการให้การดูแลและการรับการดูแล เป็นพื้นฐานของวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาล

6.3.14 การดูแลสุขภาพเป็นสิ่งที่แพร่หลายในวัฒนธรรมต่างๆทั่วโลก ไม่ใช่เฉพาะในวัฒนธรรมใดวัฒนธรรมหนึ่งเท่านั้น ดังนั้นจึงต้องมีการวางแผนและมีการเตรียมตัวในการดูแลผู้รับบริการ

ในการที่จะสามารถให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการในวัฒนธรรมต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นที่ยังพอใจแก่ผู้รับบริการจึงจำเป็นต้องยึดหลักของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในการให้การพยาบาล นอกจากหลักของการพยาบาลดังกล่าวแล้วยังจำเป็นต้องมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งมองเห็นเป็นรูปธรรม สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้อย่างชัดเจนซึ่งได้แก่แนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่คำนึงถึงมิติทางวัฒนธรรม

6.4 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่คำนึงถึงมิติทางวัฒนธรรมของตนเอง และผู้รับบริการ (Hooker and Edward ,1991 อ้างถึงในศิริพร จิรวัดน์กุล,2539: 14) มีดังนี้

6.4.1 ตระหนักถึงความเชื่อส่วนตัว เปิดใจรับรู้ ทำความเข้าใจต่อค่านิยม ความเชื่อของผู้อื่นที่แตกต่างไปจากตนเอง

6.4.2 มีความรู้สึกไวต่อลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล จะทำให้ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเข้าใจผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมได้ดี

6.4.3 บริการพยาบาลต่างๆที่ให้กับผู้รับบริการจะต้องพิจารณาให้สอดคล้อง กับลีลาชีวิต(Life style) และลักษณะเฉพาะของบุคคลของผู้รับบริการ พร้อมทั้งจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาลให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการ

6.4.4 ข้อมูลทางวัฒนธรรมบางประการ สำหรับคนบางกลุ่มอาจเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ

6.4.5 ความรู้และทักษะทางด้านวัฒนธรรมสามารถเรียนรู้ได้จากหนังสือ บทความต่างๆ และประสบการณ์ที่ผ่านมาของพยาบาล

6.4.6 พี่ระลึกอยู่เสมอว่าพยาบาลไม่เพียงแต่เป็นผู้สอนเท่านั้น แต่เป็นผู้เรียนด้วย พยาบาลต้องเรียนรู้จากคนในวัฒนธรรมต่างๆ

6.4.7 ปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ ต้องกระทำบนพื้นฐานของการร่วมมือกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการอยู่ในวิสัยที่ผู้รับบริการจะรับได้ โดยใช้จุดแข็งของผู้รับบริการให้เป็นประโยชน์สูงสุด

แนวปฏิบัติทั้งหมดนี้จะต้องสอดแทรกอยู่ในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลถ้าพยาบาลสามารถให้การพยาบาลโดยปฏิบัติตามแนวดังกล่าวแล้วจะทำให้พยาบาลให้บริการแก่ผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมซึ่งมีมากขึ้นในปัจจุบัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพนับเป็นการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลและวิชาชีพพยาบาลอีกทางหนึ่ง

6.5 สถานภาพของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเกิดขึ้นเมื่อกลางปี ค.ศ. 1950 อย่างมีรูปแบบและเป็นจุดสำคัญของการศึกษา และการปฏิบัติ 20 ปี ต่อมาการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเป็นที่รู้จัก และยอมรับอย่างกว้างขวาง 5 ปี ต่อมาได้มีการตีพิมพ์บทความแรกเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมลงในวารสารชื่อ Journal of Transcultural Nursing ขณะที่มีการก่อตั้งสมาคมการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

ในขณะแรกเริ่มการพยาบาลวัฒนธรรมมีความจำกัดในด้านผู้สนับสนุนและเงินทุน แต่ได้เจริญก้าวหน้าขึ้นเนื่องจากมีพยาบาลจำนวนมากมีความสนใจและตื่นตัวในเรื่องนี้ปัจจุบันการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม สมาคมการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และวารสารการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเป็นเรื่องใหม่ของผู้ที่สนใจและเป็นเรื่องใหม่ของการให้บริการบุคคลทั่วโลก พยาบาลจำนวนมากได้มองเห็นว่าการพยาบาลวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่สร้างสรรค์ช่วยให้พยาบาลได้ใช้การพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อให้เกิดความรู้ และความเข้าใจองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ที่ดี ความเจ็บป่วย สุขภาพ ภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ความตาย โดยใช้ทฤษฎีการดูแลทางวัฒนธรรมของไลนิงเจอร์ (Leininger's Culture care theory) ตลอดระยะเวลา 30 ปี ที่ผ่านมานี้

การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมประสบความสำเร็จเป็นที่ยอมรับจากการช่วยเหลือสนับสนุนต่าง ๆ ซึ่งสรุปหลักสำคัญได้ดังนี้ (Leininger, 1994:2- 3)

6.5.1 ปัจจุบันการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม มีความกระจ่างชัด ถูกต้องตามกฎหมายและมีความเจริญก้าวหน้าทางรูปแบบการศึกษา และการปฏิบัติที่เตรียมเพื่อให้การดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของบุคคล

6.5.2 การศึกษาการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในระดับปริญญาตรี และระดับต่ำกว่าได้ก่อตั้งขึ้นและมีความก้าวหน้าในสถาบันการศึกษาพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอื่น ๆ

6.5.3 ตั้งแต่แรกเริ่มการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม การวิจัยและทฤษฎีเป็นศูนย์กลางของการสร้างความก้าวหน้าของการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัย การศึกษา และการประชุม ผู้นำทางการพยาบาลได้พัฒนาความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมอย่างกว้างขวางและชัดเจน โดยถ่ายทอดสู่พยาบาลที่ให้การดูแลข้ามวัฒนธรรมด้วยการใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อสร้างขอบเขตของความรู้และมิติของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ซึ่งเกิดขึ้นในปี ค.ศ. 1950 ได้ใช้เพื่อค้นหาการดูแลบุคคลที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม สุขภาพและความรู้

6.5.4 สมาคมการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม มีส่วนในการสอนนักศึกษา การวิจัย การปรึกษา และรูปแบบการปฏิบัติ นอกจากนี้สมาคมการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมยังมีประธานและเจ้าหน้าที่ของสมาคมซึ่งเป็นที่รู้จัก เป็นผู้ที่แสดงให้เห็นความสำคัญของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ซึ่งเป็นพื้นฐานของการดูแลทางวัฒนธรรม เป็นศูนย์กลางและปรากฏการณ์ที่แตกต่าง นำสู่ความรู้ คำอธิบาย ความเข้าใจ และการทำนายของวัฒนธรรมที่เหมือนและแตกต่าง

6.5.5 ในกลางปี ค.ศ. 1980 สมาคมการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ได้สร้างแนวทาง และการปฏิบัติให้เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง เพื่อเตรียมการดูแลทางวัฒนธรรม และเพื่อปกป้องประชาชนจากการดูแลทางวัฒนธรรมที่ผิดพลาด

6.5.6 ในต้นปี 1980 ได้เริ่มทำวารสารการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมครั้งแรก และในปี 1989 จึงเริ่มมีการตีพิมพ์ ต่อจากนั้นในปี 1994 วารสารการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมได้มุ่งเผยแพร่เฉพาะทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม งานวิจัย วิธีดำเนินการ การประชุม การสอน และการปฏิบัติเกี่ยวกับชุมชน และคลินิก นับเป็นวารสารทางการพยาบาลเล่มแรก ที่เผยแพร่งานวิจัยทางการพยาบาลเชิงคุณภาพ และการค้นหาการดูแลบุคคลข้ามวัฒนธรรม

6.5.7 เริ่มแรกการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมมุ่งที่การดูแลมนุษย์ การดูแลเป็นสิ่งจำเป็น มีความแตกต่างและเป็นศูนย์กลางของปรากฏการณ์ของความสนใจทางการพยาบาล ต่อมาได้เริ่มตระหนักถึงการค้นหาธรรมชาติ ความต้องการ และความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม การพัฒนาดังกล่าวนำไปสู่การสร้างงานวิจัย การประชุมเกี่ยวกับการดูแลข้ามวัฒนธรรมเป็นพลัง ในการทำให้เกิดความก้าวหน้าในสาขาทางการพยาบาล และการเตรียมให้การดูแลให้สอดคล้องทางวัฒนธรรมและเหมาะสม

6.5.8 ทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเป็นทฤษฎีแรกๆของทฤษฎีการพยาบาล เป็นทฤษฎีที่มีคุณค่าได้รับการยอมรับและใช้เป็นทฤษฎีหลักในการพยาบาล ทฤษฎีนี้ไม่มีขอบเขตทางวัฒนธรรม สามารถใช้ได้ทั้งในวัฒนธรรมตะวันตกและไม่ใช้วัฒนธรรมตะวันตก จากทฤษฎีทำให้มีการพัฒนาวิธีวิจัยมานุษยวิทยาทางการพยาบาลเป็นครั้งแรก

6.5.9 ปัจจุบันการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมมีหนังสือ งานวิชาการ งานเขียนที่ได้เผยแพร่ โดยเป็นหนังสืออ้างอิงประมาณ 22 เล่ม บทความ 900 เรื่อง บทเรียน 70 บท วีดีโอ 40 เรื่อง และโปรแกรมการศึกษา 4 โปรแกรม ซึ่งเกิดขึ้นหลังปี 1960 ปัจจุบันมีพยาบาล ทั่วโลกจำนวนมากกว่า 10,000 คน ได้เคยศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมนอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญทางด้าน การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมได้เตรียมโปรแกรม การศึกษาระดับปริญญาโทและเอกเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพทางการพยาบาล และเพื่อบริการอาจารย์ ผู้วิจัยในการนำไปใช้ในการเรียนการสอนหรือ การศึกษาค้นคว้า และเป็นแบบอย่างการปฏิบัติในสถาบันทางคลินิกมากมาย

จะเห็นได้ว่าในสังคมไทยในปัจจุบันซึ่งเป็นสังคมที่มีความหลากหลายของวัฒนธรรม มีความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ในเรื่องการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมโดยเป็น ความรับผิดชอบทั้งฝ่ายการศึกษาและฝ่ายปฏิบัติการที่จะต้องส่งเสริมให้เกิดความรู้ความสามารถ ให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการวัฒนธรรมต่าง ๆ โดยต้องมุ่งส่งเสริมตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล ต่อเนื่องจนถึงขณะเป็นพยาบาล เพื่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ เกิดประสิทธิภาพในการพยาบาลต่อไป

7. นักศึกษาพยาบาลกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

ลักษณะที่สำคัญอย่างหนึ่งของ การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมก็คือการสอนและการเรียนรู้ เกี่ยวกับการดูแลทางวัฒนธรรมและสุขภาพอาจารย์ที่สอนการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมถูก

คาดหวังให้เป็นผู้ที่ใจกว้าง อยากรู้อยากเห็น และมีความคิดที่สร้างสรรค์ในการสอนและการทำงานกับนักศึกษา

นักศึกษาและอาจารย์สามารถเรียนรู้วัฒนธรรมซึ่งกันและกันจากประสบการณ์ชีวิตและความแตกต่างของวัฒนธรรม อาจารย์ช่วยเหลือนักศึกษาโดยให้นักศึกษามองที่ภาพรวมของครอบครัวหรือกลุ่ม มากกว่าจะมองพฤติกรรมเป็นส่วนๆ ซึ่งใช้ในการสอนและเป็นแนวทางสำหรับนักศึกษาที่มีความแตกต่างของวัฒนธรรม ตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา โลงนินเจอร์ (Leininger, 1995: 17-18) ได้พยายามกำหนดปรัชญา และเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ในหลักสูตรพยาบาลระดับปริญญาตรี และระดับที่ต่ำกว่าโดยมีรายละเอียดดังนี้

7.1 อาจารย์และนักศึกษา จะต้องมีส่วนร่วมในการปฏิสัมพันธ์เกี่ยวกับกระบวนการเรียน การสอนเพื่อค้นหาความจริงเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม โดยมีอาจารย์เป็นผู้ให้การสนับสนุนการเรียน แนะนำนักศึกษา โดยให้ความสำคัญกับการสังเกตและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา

7.2 อาจารย์และนักศึกษานำวัฒนธรรมหรืออนุคลิกดั้งเดิมเป็นเหมือนเครื่องหมายหรือการหยั่งรู้พิเศษ ซึ่งอาจารย์และนักศึกษาต้องเข้าใจ และเรียนรู้จากบุคคลต่าง ๆ

7.3 นักศึกษาพยาบาล จำเป็นต้องเรียนรู้วัฒนธรรมและสังคมของพยาบาลวิชาชีพด้านสุขภาพ และวัฒนธรรมของชุมชนในเรื่องการดำรงชีวิต การศึกษา และการใช้บริการบุคคล เพื่อให้เกิดการหยั่งรู้ในเรื่องของตนเองรูปแบบพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ค่านิยม และวิถีชีวิต

7.4 เมื่อมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างอาจารย์กับนักศึกษานักศึกษาจะสนุกกับการที่วัฒนธรรมที่ศึกษานั้นมีส่วนคล้ายคลึงกับวัฒนธรรมของตนเองซึ่งมีความสำคัญต่อการศึกษา

7.5 อาจารย์ที่สอนการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จะช่วยให้นักศึกษาลดอคติในเรื่องของวัฒนธรรม ลดการมองวัฒนธรรมอื่นว่าด้อยกว่า การปฏิบัติวัฒนธรรมที่หลอกลวง และการแสดงออกของวัฒนธรรมอื่น ๆ ที่หลากหลาย ซึ่งจะทำให้ นักศึกษา กลายเป็นพยาบาลที่มีความสามารถ มีประสิทธิภาพ และรับผิดชอบต่อวัฒนธรรมอื่น ๆ

7.6 การสอนการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เป็นรูปแบบที่ใช้กับนักศึกษาในการสร้างสัมพันธภาพการดูแล โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน

7.7 การค้นหาการดูแลทางวัฒนธรรมที่เหมือนและแตกต่าง ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา และระหว่างบุคคลอื่นในวัฒนธรรมพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญทางสติปัญญา และความเจริญก้าวหน้า

หน้าของวิชาชีพ อาจารย์ถูกคาดหวังให้เป็นผู้ที่สนับสนุนการดูแลทางวัฒนธรรม เพื่อนำไปสู่การเรียนรู้ในการดูแลทางวัฒนธรรมที่รวดเร็วขึ้น

7.8 ประสบการณ์ที่ถูกคัดเลือก และมีความแตกต่างกันในชุมชนอยู่ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาที่ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีพลังอำนาจอย่างมากที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และการดูแลทางวัฒนธรรมตามความต้องการทางวัฒนธรรม

7.9 การค้นพบ ประสบการณ์ การรวบรวมเป็นลายลักษณ์อักษร และการวิเคราะห์เกี่ยวกับค่านิยม ความเชื่อของวัฒนธรรม แบบแผนดำเนินชีวิตของกลุ่ม และบุคคลในวัฒนธรรม เป็นสิ่งที่สำคัญที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ซึ่งจะทำให้เกิดการปฏิบัติและการตัดสินใจทางการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม

7.10 ทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เป็นสิ่งที่สำคัญที่จะเป็นแนวทางสำหรับนักศึกษาให้มีความคิดแบบมีวิจารณญาณและค้นคว้าสิ่งใหม่หรือรูปแบบที่แตกต่างในการดูแลทางวัฒนธรรม ซึ่งนำไปสู่การดูแลสุขภาพในวัฒนธรรมที่มีลักษณะเฉพาะหรือมีลักษณะทั่วไป

7.11 ทฤษฎีการดูแลทางวัฒนธรรม ใช้รูปแบบพระอาทิตย์ขึ้นเป็นแนวทางในการดูแลแบบองค์รวม โดยมองด้านชีวภาพ จิตวิทยา การเมือง จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อมและมุมมองวัฒนธรรมของบุคคล ครอบครัว และกลุ่มที่มีความแตกต่างและความเหมือนทางด้านวัฒนธรรม

7.12 การสอนการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเกิดขึ้นมาจากการเรียนรู้หลายสาขา

ในการสอนและการทำวิจัยการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม มีหลายวิธีที่สามารถนำไปใช้ในการเรียนการสอนดังกล่าว ดังนี้ (Leininger, 1995:19)

วิธีที่ 1 การพูด และการเขียนประวัติของตน

วิธีที่ 2 ฟิสิกส์ วิดีโอเทป และรูปแบบของอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการฟัง และเทคโนโลยีอื่น ๆ

วิธีที่ 3 การบรรยาย บทกลอนและการเล่าเรื่องของนักศึกษา และประสบการณ์ของผู้รับบริการ

วิธีที่ 4 การดำรงชีวิตอยู่ในวัฒนธรรมนั้น ในระยะสั้นและระยะยาว

วิธีที่ 5 ประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมโดยรวม (gestaltic experience)

วิธีที่ 6 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์

วิธีที่ 7 ประสบการณ์ในการแปลความหมายปรากฏการณ์

วิธีที่ 8 การศึกษาปฏิบัติกริยาของวัฒนธรรม

วิธีที่ 9 การเรียนรู้เกี่ยวกับแบบแผนพื้นบ้านอื่น ๆ

วิธีที่ 10 การเผชิญและมีประสบการณ์ ด้านมานุษยวิทยาทางการแพทย์พยาบาล

การเรียนการสอนเหล่านี้เป็นรูปแบบหนึ่งที่เตรียมวิธีการที่จะค้นหาและเรียนรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม และการดูแลสุขภาพของบุคคลที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกัน การที่จะเป็นพยาบาลที่สามารถให้การดูแลบุคคลจากวัฒนธรรมต่าง ๆ ได้นั้นต้องเริ่มตั้งแต่เป็นนักศึกษา โดยควรจะได้รับการศึกษาในหลักสูตรการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และมีประสบการณ์มาก่อนที่จะศึกษาด้านการวิจัยหรือดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม หลักสูตรและประสบการณ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมช่วยให้นักศึกษาระบุ ความลำเอียงด้านเชื้อชาติ อคติเกี่ยวกับวัฒนธรรม และการกระทำที่ไม่ชอบบางอย่างในการทำงานกับกลุ่มวัฒนธรรม และที่สำคัญที่สุดคือนักศึกษาเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและวัฒนธรรมอื่น จากการอภิปรายในห้องเรียนและมีภาคปฏิบัติ

ในปัจจุบันนักศึกษาไม่ได้รับการเตรียมในการเรียนการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมซึ่งพบว่ามีปัญหาเกิดขึ้นเมื่อต้องพบกับวัฒนธรรมที่ไม่เคยพบมาก่อน (Leininger, 1997:342) บางครั้งนักศึกษาเหล่านั้นมีปัญหา เนื่องจากมีความเครียดต่อปัญหาของบุคคลและระหว่งวัฒนธรรม การมีความรู้เกี่ยวกับการ คาดหวังในชีวิตของวัฒนธรรมที่แตกต่างกันเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นเนื่องจากนักศึกษาที่อยู่ในต่างประเทศหรืออยู่ร่วมกับชนต่างวัฒนธรรม ในถิ่นกำเนิดของตนได้เกิดปัญหาความยุ่งยากด้านกฎหมาย และความตายของนักศึกษา นักศึกษาพยาบาลบางคนเกิดการช็อคทางวัฒนธรรม ผิดหวัง โกรธ และขาดความสนใจอย่างมากในวัฒนธรรมอื่น เมื่อนักศึกษาพบกับความล้มเหลวในการเข้าใจในวัฒนธรรมนั้น ๆ ซึ่งเกิดขึ้นกับนักศึกษาที่พบกับความแตกต่างอย่างมากระหว่างวัฒนธรรมของตนกับวัฒนธรรมอื่น สิ่งสำคัญก็คือนักศึกษาต้องเรียนวัฒนธรรมหนึ่งเพื่อจะได้รับความรู้ก่อน ที่จะเคลื่อนไหวไปสู่อีกวัฒนธรรมที่แปลกหรือไม่รู้จัก นักศึกษาพยาบาลจะสามารถทำหน้าที่เป็นพยาบาลที่ดูแลข้ามวัฒนธรรมได้ถ้าได้รับการเตรียมด้านมานุษยวิทยา เนื่องจากความรู้ด้านมานุษยวิทยาจะช่วยอย่างมากที่จะทำให้เกิดความเข้าใจในวัฒนธรรมแต่มันไม่เพียงพอที่จะเข้าใจการดูแลสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการพยาบาล จึงต้องมีความรู้ทั้งทางด้านมานุษยวิทยา และการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ซึ่งจะทำให้สามารถดูแลบุคคล สุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่ เกี่ยวกับสุขภาพ และความเป็นอยู่ของมนุษย์ได้

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเรื่องการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จากการศึกษาค้นคว้าพบว่ายังไม่มีผู้ใดทำงานวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ในประเทศไทย ส่วนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ พบว่าได้มีผู้ศึกษาจำนวนมาก ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำเสนอรายละเอียดต่อไป

Sharma, S.B. (1988) ได้ศึกษาการใช้บทบาทของนักมานุษยวิทยาในการเพิ่มความเข้าใจของพยาบาลต่อความเชื่อทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย เพื่อสามารถให้การพยาบาลในแต่ละบุคคล โดยเริ่มทำการศึกษาดังแต่เดือนกันยายน 1986 ถึงเดือนเมษายน 1987 โดยศึกษาในโรงพยาบาลในนครหลวง รัฐฟลอริดา สหรัฐอเมริกาวิธีการศึกษาประกอบด้วย

1. ใช้แบบสอบถามกับพยาบาลประจำการ เพื่อประเมินการรับรู้เรื่องข้อมูลของวัฒนธรรมอื่น
2. โปรแกรมการศึกษาของการพยาบาลทางวัฒนธรรม
3. การพัฒนาความเที่ยงตรงของเนื้อหาและการทดสอบเครื่องมือในการประเมินวัฒนธรรมผู้ป่วย
4. ขอคำปรึกษาจากนักมานุษยวิทยา
5. ใช้แบบสอบถามในการประเมินการรับรู้ของเจ้าหน้าที่ต่อประสิทธิภาพของโครงการที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
6. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม

ตอนเริ่มต้นพบว่าพยาบาลประจำการ จำนวน 95% ที่ตอบว่ามีความเชื่อว่าถ้ามีความเข้าใจในความแตกต่างทางวัฒนธรรมจะช่วยให้เขาในการดูแลผู้ป่วย และ 95% ของพยาบาล (44 คน จาก 45 คน) ระบุว่า 3 เชื้อชาติหรือมากกว่าที่เขาต้องการข้อมูลเพิ่มเติม จำนวนมากกว่าครึ่งเล็กน้อย (51%) ของพยาบาลประจำการยอมรับว่าเขาไม่ได้เรียนเกี่ยวกับการพยาบาลทางวัฒนธรรมมาก่อน โปรแกรมด้านบริการเกี่ยวกับการดูแลทางวัฒนธรรมได้ถูกนำมาใช้ การเปรียบเทียบการทดสอบก่อน และหลังใช้โปรแกรมบ่งชี้ว่าการเรียนรู้ที่สำคัญได้เกิดขึ้น

เครื่องมือในการประเมินวัฒนธรรมของผู้ป่วยได้รับการพัฒนาได้รับการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้ในพยาบาลประจำการใน 2 โรงพยาบาลที่ถูกคัดเลือกซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่น 66.7% จากแบบสอบถามพบว่าพยาบาลมากกว่าครึ่ง (50%) รู้สึกว่าเขามีความเข้าใจในตัวผู้ป่วย เนื่องจากได้รับข้อมูลทางด้านวัฒนธรรมในการประเมินผู้ป่วยมากขึ้น 95% ของพยาบาลพบว่าโปรแกรมบริการมีประโยชน์และน่าสนใจ จากการตอบแบบสอบถามบ่งชี้ว่าพยาบาลคาดหวังที่จะใช้การดูแลทางด้านกายภาพเป็นอันดับแรก แต่เขาก็เห็นด้วยว่าความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยจะช่วยให้การดูแลเป็นไปได้อย่างสะดวกและง่ายขึ้น

Sand, R.F. and Hale, S.L. (1988) ได้ศึกษาผลกระทบการปฏิบัติในหลักสูตรข้ามวัฒนธรรมระยะสั้น สำหรับพยาบาลวิชาชีพ เทคนิคการสอนถูกออกแบบมาเพื่อ เพิ่มความรู้สึกที่ไวต่อวัฒนธรรม และลดแนวโน้มสำหรับความขัดแย้งในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม เป้าหมายโดยรวมของหลักสูตรได้เตรียมสิ่งที่ค้นพบไว้สำหรับนักศึกษา เพื่อให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลกับผู้รับบริการที่มาจากวัฒนธรรมที่หลากหลาย อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การอภิปรายเกี่ยวกับผู้มีส่วนร่วมในหลักสูตรจะเตรียมเพื่อ

1. ระบุความเข้าใจ ความลำเอียง และทัศนคติแบบตายตัวของนักศึกษา
2. เปรียบเทียบความเชื่อทางวัฒนธรรม บรรทัดฐาน และวิถีชีวิตทางวัฒนธรรมกับกลุ่มที่มีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน
3. อธิบายทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลที่ไม่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ และเกิดความขัดแย้ง
4. เสนอวิธีการแก้ไขความขัดแย้ง ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นในสถานดูแลสุขภาพระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ กับผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม

Felder , E (1990) ได้ศึกษาความรู้ด้านวัฒนธรรมและทัศนคติต่อผู้รับบริการชาวอเมริกันผิวดำของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีและระดับอนุปริญญา โดยมิตวัดประสงค์เพื่อศึกษาความแตกต่างทางวัฒนธรรมในการพยาบาลในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีและนักศึกษาในระดับอนุปริญญา โดยศึกษาความรู้ทางด้านวัฒนธรรมและทัศนคติต่อผู้รับบริการชาวอเมริกันผิวดำ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักศึกษาพยาบาลปีที่ 1 และปีสุดท้ายจำนวน 110 คนจากสถานศึกษาพยาบาลที่ได้รับการรับรองจากสมาคมการพยาบาลแห่งชาติ และนักศึกษาเคยผ่านการศึกษาจากหลักสูตรในเรื่องความแตกต่างทางวัฒนธรรม ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาลระดับอนุปริญญา ซึ่งมีนักศึกษาที่มีความหลากหลายของเชื้อชาติจำนวนมากมีความรู้ด้านวัฒนธรรมเกี่ยวกับผู้รับบริการชาวอเมริกันผิวดำสูงกว่านักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี ซึ่งนักศึกษามีความหลากหลายของเชื้อชาติน้อยกว่าแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ในด้านทัศนคติไม่มีความแตกต่างในระหว่างนักศึกษา 2 กลุ่ม ทัศนคติต่อผู้รับบริการชาวอเมริกันผิวดำในทั้ง 2 กลุ่ม จึงควรนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการเพิ่มและปรับปรุงเนื้อหาทางด้านวัฒนธรรมในการศึกษาพยาบาลและหาทางเลือกหรือวิธีการแบบใหม่ในการสอนเนื้อหาทางด้านวัฒนธรรมของชาวอเมริกันผิวดำ

Huttlinger, K. and Keating, S.B. (1991) ได้ทำการศึกษาเพื่อเตรียมพยาบาลที่จะทำงานกับประชาชนที่มีความแตกต่างของเชื้อชาติ โดยทำโครงการนำร่องซึ่งเกิดขึ้นจากโปรแกรมการศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาตรี 2 แห่ง ที่ได้สนับสนุนฐานไว้ว่านักศึกษาพยาบาลจะสามารถพัฒนา มุมมองใหม่ทางวัฒนธรรม โดยการมีประสบการณ์ทางการพยาบาลกับกลุ่มที่มีความแตกต่างของชาติพันธุ์ โดยใช้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ซึ่งได้คัดเลือกมาจากแต่ละสถาบัน โปรแกรมนี้ได้เตรียมนักศึกษาให้มีโอกาสประเมินและดูแลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของบุคคลและครอบครัว ซึ่งนักศึกษาอาจจะไม่เคยทำมาก่อน โปรแกรมนี้คาดหวังไว้ว่าจะช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกกับบุคคลวัฒนธรรมอื่น ๆ ได้

De Santish, L. (1991) ได้ศึกษาและพัฒนาโปรแกรมที่ออกแบบ เพื่อเพิ่มประสบการณ์ทางวัฒนธรรม โดยมุ่งที่การพยาบาลและการวิจัย มีวัตถุประสงค์หลักในการศึกษาคือ เพื่อปฏิบัติตามแนวคิดทางวัฒนธรรมในสถานปฏิบัติการทางคลินิก และเพื่อกระตุ้นการปฏิบัติทางวัฒนธรรม โดยมุ่งที่การวิจัยทางการพยาบาล โปรแกรมนี้เป็นการร่วมมือระหว่างสาขา แนวคิดมานุษยวิทยา และระเบียบวิธีวิจัย

เนื้อหาในโปรแกรมได้แบ่งเป็น 4 ระยะคือ

1. แนวคิดพื้นฐานของการดูแลทางวัฒนธรรม
2. การใช้ผลการวิจัยในพื้นที่ทางคลินิก
3. ปัญหาของระเบียบวิธีในการวิจัยทางวัฒนธรรม

โปรแกรมนี้ส่งผลต่อการผสมผสานแนวคิดทางวัฒนธรรมสู่ทฤษฎีและการปฏิบัติ รวมถึงการพัฒนาทุนโครงร่างวิจัยที่หลากหลาย

Geissler, E.M. (1992) ได้ทำการศึกษาการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาทางวัฒนธรรม โดยได้ตรวจสอบความพอเพียง และไม่พอเพียงของวินิจฉัยทางการพยาบาล 3 อย่าง กับสิ่งที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม ดังนี้

1. ความไม่เสมอภาคของการสื่อสารด้วยวาจาที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างทางวัฒนธรรม
2. ความไม่เสมอภาคของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับความไม่ลงรอยกันของวัฒนธรรมทางสังคม
3. ความไม่ยินยอมที่เกี่ยวข้องกับระบบค่านิยมของผู้ป่วย

โดยใช้มาตราส่วน 5 อันดับ เพื่อตรวจสอบลักษณะนิยามของการวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลของ NANDA ซึ่งมีการนำไปใช้ในสมาชิกของสมาคมพยาบาลอเมริกันในวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน และในสมาคมการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมแห่งชาติ มีผู้ตอบ 42% (245 คน) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยใช้ลักษณะการนิยามของ NANDA และสิ่งที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมสำหรับการวินิจฉัยการพยาบาล การกระจายของเปอร์เซ็นต์ได้บ่งชี้ว่าไม่มีลักษณะที่พบว่าเป็นเกณฑ์ของ NANDA ผู้ตอบ 123 คน ได้เสนอให้เพิ่มลักษณะที่เป็นการวิเคราะห์เนื้อหา และให้มีการสร้างนิยามสำหรับการวินิจฉัยใหม่ รวมถึงให้เพิ่มองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมใหม่ ข้อเสนอที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์พยาบาลข้ามวัฒนธรรม เช่นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยในอนาคต เพื่อนำไปสู่การขยายการใช้องค์ประกอบที่มีข้อจำกัดในปัจจุบันสำหรับวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลของ NANDA ที่ใช้กับ ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม

Alper, R.R. and Zoucha, R. (1996) ได้ศึกษาความสามารถทางวัฒนธรรมและความเชื่อมั่นทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลปี 4 ในมหาวิทยาลัยตอนใต้ของอเมริกา วัดดูประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อเปรียบเทียบความสามารถและความเชื่อมั่นทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ซึ่งเคยได้รับความรู้ทางวัฒนธรรม จำนวน 32 คน กับนักศึกษาพยาบาลที่ไม่เคยได้รับความรู้ทางวัฒนธรรมจำนวน 33 คน โดยใช้มาตราวัดประสิทธิภาพด้านวัฒนธรรมของเบอร์นอลและโฟรมาน (The Bemal and Froman Cultural Self Efficacy Scale) ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาที่ได้รับความรู้ทางวัฒนธรรมมีความรู้สึกว่ามีความสามารถและมีความเชื่อมั่นในการเตรียมการดูแลให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมน้อยกว่านักศึกษาที่ไม่ได้รับความรู้ทางวัฒนธรรมมาก่อน

Williamson, E. and Stecchi, J.M. (1996) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเพิ่มการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล โดยให้มีประสบการณ์กับผู้รับบริการหลายชาติพันธุ์ได้แก่ชาวสเปน และชาวเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ทั้งการสอนในห้องเรียนและการเยี่ยมบ้าน การเยี่ยมบ้านมุ่งที่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลขณะเจ็บป่วย รวมถึงการที่นักศึกษาได้ทำการสอนเป็นกลุ่มส่งเสริมสุขภาพในห้องเรียน นอกจากนี้นักศึกษาจะต้องสามารถบอกเกี่ยวกับการรักษาใน ผู้รับบริการชนกลุ่มน้อย และวางแผนให้การช่วยเหลือทางการแพทย์พยาบาลโดยยอมรับวัฒนธรรม และสามารถแสดงประสิทธิภาพของตนเองที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมได้

Spitzer A. et.al (1996) ได้ทำโครงการนวัตกรรมเกี่ยวกับความร่วมมือในการดูแลชาวยิว-เอธิโอเปียที่ได้อพยพเข้ามาในอิสราเอล ในโครงการนี้ทั้งนักศึกษาและอาจารย์ได้ร่วมกันในการทำวิจัยและปฏิบัติการในคลินิก ซึ่งเป็นแหล่งที่มีครอบครัวชาวเอธิโอเปียที่อพยพมาอยู่ 96 ครอบครัว การทำโครงการนี้มีวัตถุประสงค์คือ

1. เพื่อพัฒนารูปแบบทางการศึกษา เพื่อการเรียนรู้ในแหล่งชุมชนข้ามวัฒนธรรม
2. เพื่อเพิ่มการปฏิบัติการพยาบาลในการบริการประชาชนที่ได้รับสิทธิน้อยกว่าบุคคลอื่น และโครงการได้ค้นหารูปแบบทางการศึกษา ให้นักศึกษาและอาจารย์ได้เรียนรู้ร่วมกัน เพื่อพัฒนาประสบการณ์การเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมข้ามวัฒนธรรม และเพื่อสร้างผลลัพธ์สำหรับคลินิกพยาบาลของเชื้อชาติที่ใกล้เคียงในอนาคต

โครงการนี้ได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีหลายสิ่งคือ

1. สุขภาพของบุคคลที่ได้รับสิทธิน้อยกว่าคนอื่นกำลังมีสิทธิเพิ่มขึ้น โดยมีบริการ 2 ครั้ง/สัปดาห์เตรียมให้แก่คนจนและเจ็บป่วย
2. โปรแกรมการศึกษาเพื่อการเรียนรู้ในชุมชนข้ามวัฒนธรรมได้มีการพัฒนา หลักสูตรได้รับรองว่าทำให้มีการพัฒนาทางด้านวัฒนธรรมในวิถีชีวิตของบุคคลและครอบครัว ซึ่งเป็นการดีสำหรับการเรียนรู้เหตุการณ์ซึ่งเป็นรากฐานของความรู้ที่จะติดต่อหรือมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพ
3. มีการพัฒนาสภาพแวดล้อมทางการศึกษาที่สนับสนุนการช่วยเหลือ โดยการวิจัยขั้นพื้นฐาน

โครงการนี้ออกแบบมาใช้ทดลองในโปรแกรมการศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี โดยยึดเกณฑ์ 5 ข้อที่เป็นแนวคิดหลักของโครงการได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา ความรับผิดชอบต่อสังคม จุดศูนย์กลางอยู่ที่การดูแล การแปลความหมาย ความหลากหลายของทฤษฎี

Dowling, J.S. and Coppew, N.M. (1996) ได้ทำโครงการการเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ เพื่อช่วยเหลือนักศึกษาพยาบาลให้มีความเข้าใจที่ดีขึ้นต่อผลกระทบของวัฒนธรรมต่อปฏิบัติการทางสุขภาพ โดยได้พัฒนาโครงการการเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ โดยให้นักศึกษาใช้แหล่งทางวัฒนธรรม สิ่งที่เป็นตัวแทนของวัฒนธรรมย่อย การทำงานร่วมกับเพื่อน และการพัฒนาสื่อผสม

Schickau, J. (1996) ได้ศึกษาการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีที่ศึกษาปีสุดท้าย ซึ่งยืนยันว่าได้เรียนแนวคิดการพยาบาลในสถานที่หลากหลายวัฒนธรรม และใช้รูปแบบบทบาทของพยาบาลที่เล็งมาก่อน นักศึกษาเริ่มต้นโดยเรียนรู้สิ่งสำคัญ

ของการดูแลที่มีความสามารถทางวัฒนธรรม จากตัวแทนที่หลากหลาย ที่มาจากสภาพแวดล้อม ในชนบท การมีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างไม่เป็นทางการซึ่งเป็นแนวคิดทางการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จะทำให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่นๆ นักศึกษายืนยันว่าพยาบาลที่เลี้ยงของเขาเป็นผู้ที่มีความสามารถในการดูแลทางวัฒนธรรม ประสบการณ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมได้ ทำให้นักศึกษามีความตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องมีความสามารถทางวัฒนธรรมมากขึ้น

Ryan, M et al (1996) ได้ศึกษาโครงการที่นำไปสู่ความร่วมมือในเรื่องประเด็นความหลากหลายทางวัฒนธรรมในหลักสูตร โดยให้นักศึกษาข้ามวัฒนธรรมมีโอกาสในการเรียนรู้ และมีการเพิ่มอาจารย์ที่มีทักษะในการสอนแนวคิดข้ามวัฒนธรรม ตลอดจนการมีเครือข่ายในการทำงาน ส่วนภูมิภาค คณาจารย์ได้ระบุอุปสรรคในการสอนแนวคิดข้ามวัฒนธรรม และกลยุทธ์ที่จะจัดการกับอุปสรรคเหล่านั้น คณาจารย์เห็นด้วยกับการกระทำที่มีส่วนร่วมในแหล่งทรัพยากร เพื่อให้เกิดมิติทางวัฒนธรรมในสถานศึกษาพยาบาลที่แข็งแกร่งขึ้น โดยเฉพาะในแหล่งชนบทซึ่งไม่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม

Flavin ,C. (1997) ได้ศึกษาการฝึกข้ามวัฒนธรรมของพยาบาล ซึ่งได้นำวิจัยพื้นฐานและการฝึกข้ามวัฒนธรรมมาใช้เพื่อสอนพยาบาลที่ให้การดูแลที่บ้านเกี่ยวกับเรื่องความเชื่อ ค่านิยม และการปฏิบัติที่สนใจต่อความเจ็บป่วยและความตายของชุมชนฟิลิปปินส์ ฮาวาย ญี่ปุ่น และคอเคเชียส สัญญาการฝึกฝนดัดแปลงจากความคล้ายคลึงด้านวัฒนธรรม และรูปแบบพฤติกรรม ซึ่งใช้ในการศึกษาของแฮริสัน (Harrison, 1992) พร้อมกับเพิ่มคณะที่นำเสนอซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางชาติพันธุ์และวัฒนธรรม การวัดใช้วิธีทดสอบก่อนและหลังดำเนินการ ซึ่งพบว่าได้ผลลัพธ์ในทางบวกในด้านปฏิสัมพันธ์และทักษะการปฏิบัติ แต่ผลลัพธ์ด้านการเรียนรู้พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Mc Farland, MR. (1997) ได้ศึกษาการใช้ทฤษฎีการดูแลทางวัฒนธรรมกับผู้สูงอายุ ชาวแองโกลอเมริกัน และอัฟริกัน-อเมริกันในสถานดูแลระยะยาว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาการแสดงออก การปฏิบัติ และรูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุแองโกลอเมริกันและอัฟริกัน-อเมริกัน ซึ่งศึกษาการดูแลทางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุที่อยู่ในสถาบันการดูแลระยะยาว การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพเชิงมานุษยวิทยา โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของไลนินเจอร์ สิ่งที่ค้นพบจากการศึกษานี้มี 4 เรื่องคือ

1. ผู้สูงอายุมีการแสดงออกและใช้ชีวิตโดยใช้การดูแลพื้นบ้านเพื่อคงไว้ซึ่งวิถีชีวิตของตน
2. พยาบาลประจำการได้เตรียมการดูแลเชิงวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ
3. รูปแบบการดูแลและการแสดงออกของสถาบันถูกมองว่า เป็นประสบการณ์ชีวิตที่ต่อเนื่องและปฏิบัติต่อกันมา แต่มีความแตกต่างอย่างมากระหว่างส่วนที่เป็นที่พักและส่วนที่เป็นสถาบันทางการแพทย์
4. วัฒนธรรมสถาบันของสถานที่พักที่แยกไว้เฉพาะ เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นวิถีชีวิตการดูแลร่วมกัน การแสดงออกทางสุขภาพ และการปฏิบัติ
5. เรื่องดังกล่าวมีเนื้อหาเกี่ยวกับทฤษฎีการดูแลทางวัฒนธรรม และเปิดเผยรูปแบบใหม่ของการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในสถาบันทางคลินิก

Gerrald, M.D et al (1997) ได้ศึกษาการใช้เครื่องมือในการวัดความสมดุลทางวัฒนธรรม โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความสมดุลทางวัฒนธรรม เครื่องมือที่ใช้คือ มาตรการส่วนวัดความสมดุลของการปฏิบัติ (Affect Balance Scale) ซึ่งเป็นมาตรส่วนที่สร้างเสร็จสมบูรณ์โดยตัวแทนชาวเวียดนาม 399 คน ชาวลาว 193 คน ชาวกวางตุ้ง 756 คน และ ชาวอังกฤษ 75 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในโครงการผู้ลี้ภัยทางการเมืองจากต่างประเทศที่ตั้งถิ่นฐานใหม่ของสถาบัน คลาร์ค ในมหาวิทยาลัยโตรอนโต (Clarke Institute - University of Toronto Refugee Resettlement Project) รวมทั้งหมด 1,667 คน ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบที่เป็นรูปแบบที่เหมาะสม ได้แก่ องค์ประกอบของการปฏิบัติด้านบวกและลบ ที่มีการแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาเอเชีย ซึ่งไม่พบความลำเอียงของข้อความดังกล่าว มีการวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างภาษา กับข้อความ โดยใช้สถิติ ANOVA และหาความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วง .62 ถึง .72 สำหรับข้อความทางบวก และข้อความทางลบ มีค่าอยู่ในช่วง .62 ถึง .70 ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการประเมินจริงได้

Minnick, A. et al (1997) ได้ศึกษางานวิจัย ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อขยายความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างของเชื้อชาติ ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล โดยศึกษาในโรงพยาบาลในเมืองชิคาโก จำนวน 17 แห่ง ซึ่งมีส่วนร่วมในการศึกษาผลลัพธ์ของผู้ป่วยในปี 1992 ประชากรที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานเป็นพยาบาลประจำการในโรงพยาบาล เมืองชิคาโก 80 % เป็นคนผิวดำที่ไม่ใช่ชาวสเปน 61% เป็นชาวอัฟริกัน-อเมริกัน 12%

เป็นชาวเอเชียหรือเกาะแปซิฟิก 2% เป็นชาวสเปน และน้อยกว่า 1% เป็นชนชาติอื่น พยาบาลที่อยู่ในโครงการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสนใจที่เชื้อชาติของทีมสุขภาพ ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้นำมาเปรียบเทียบสัดส่วนกับพยาบาลทั้งหมดที่ได้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง การวิจัยนี้สนใจการผสมผสานทางเชื้อชาติของผู้ป่วยที่ได้รับบริการจากโรงพยาบาลเปรียบเทียบกับพยาบาล การวิจัยนี้ได้เปรียบเทียบความแตกต่างทางเชื้อชาติของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จากนั้นนำมาแบ่งกลุ่มและรายงานเป็นคำร้อยละ ผลการวิจัยพบว่าบนหอผู้ป่วย มี 56% ที่มีทีมพยาบาลเป็นตัวแทนของกลุ่มที่มี 3 เชื้อชาติที่แตกต่างในการให้บริการผู้ป่วย โดยมีน้อยกว่า 10% ของพยาบาลทั้งหมดที่ไม่ใช่คนผิวขาวและไม่ใช่ชาวสเปน

Grossman, D. et al (1998) ได้ทำการวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัยคือ เพื่อกำหนดว่าโปรแกรมอะไรในรัฐฟลอริดาที่ส่งเสริม และผสมผสานความแตกต่างทางวัฒนธรรม โดยทำการสำรวจข้อมูลจากคณบดีและผู้อำนวยการ เครื่องมือที่พัฒนามาประกอบด้วย ข้อคำถาม 14 ข้อ มี 9 ข้อเป็นคำถามปลายเปิด และอีก 5 ข้อเป็นข้อความแบบให้เลือกตอบ โดยได้สำรวจข้อมูลจากคณบดีและผู้อำนวยการ จำนวน 90 คน มี 46 คนที่ตอบ คิดเป็น 51% จากการสำรวจพบว่า มีการแบ่งเชื้อชาติของนักศึกษาและอาจารย์ ในการเปรียบเทียบกับประชาชนรัฐฟลอริดา พบว่านักศึกษาและอาจารย์ชาวสเปน ชนผิวดำ และชาวเอเชีย เป็นตัวแทนคณะพยาบาลศาสตร์เมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนทั้งหมดของประชาชนในรัฐนั้น

ส่วนใหญ่คณบดีและผู้อำนวยการจัดอันดับความสำคัญของเป้าหมาย ของการส่งเสริมความแตกต่างทางวัฒนธรรมไว้ระดับกลาง ประเด็นสำคัญที่สุด 2 ประเด็นที่รับรู้โดยผู้ตอบคือ

1. ขาดความรู้ทางวัฒนธรรม ความไวต่อวัฒนธรรม ความตระหนักทางวัฒนธรรม
2. ปัญหาของสถาบันการศึกษาและข้อจำกัดทางการศึกษาของนักศึกษาชนกลุ่มน้อย

50% ของโปรแกรมที่สำรวจ พบว่า วัฒนธรรมได้ถูกผสมผสานไว้กับหลักสูตร ส่วนโปรแกรมอื่นได้ผสมผสานเนื้อหาทางวัฒนธรรมไว้ในชั้นเรียนหรือเสนอไว้ในหลักสูตรในการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และผลจากการวิจัยยังพบว่า สัดส่วนของนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์พยาบาลในโปรแกรมฟลอริดา ไม่ได้สัดส่วนกับประชาชนฟลอริดา โดยชาวฟลอริดา ที่เป็นชาวสเปน 12% มีนักศึกษาเพียง 5% และมีอาจารย์ เพียง 2% ในโปรแกรมนี้เป็นชาวสเปน ส่วนชนผิวดำ และชาวเอเชียมีนักศึกษาและอาจารย์จำนวนน้อยที่เป็นตัวแทนของคณะพยาบาลศาสตร์ แต่ชาวผิวขาวพบว่ามีมากกว่าเมื่อเทียบสัดส่วนกับประชาชนในรัฐ

Ebert, K.B. and Burnett, J. (1998) ได้ศึกษากลยุทธ์ที่นำไปสู่โปรแกรมการเรียนรู้ความก้าวหน้านานาชาติ (Strategies to Advance the Internalization of Learning Program) ที่มหาวิทยาลัยในรัฐมิชิแกน เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้นานาชาติและข้ามวัฒนธรรม และเพื่อส่งเสริมความเข้าใจในวัฒนธรรมของชุมชนมหาวิทยาลัย ประชากรที่ศึกษาเป็นนักศึกษาต่างประเทศและนักศึกษาอเมริกัน จำนวน 350 คน ซึ่งเคยมีประสบการณ์นานาชาติ และสนใจชุดการฝึกฝนที่จะเรียนรู้ เพื่อกลายเป็นที่ปรึกษาทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับเชิญไปบรรยายในหลักสูตรของวิทยาลัย และในสถานที่ชุมชน โดยมีส่วนร่วมในสถานที่ทำงานทางการศึกษาข้ามวัฒนธรรม และมีส่วนร่วมในการประชุมเพื่อศึกษาต่างประเทศ นักศึกษาที่กลับจากโปรแกรมการศึกษาต่างประเทศได้รายงานว่ ประสบการณ์ในโปรแกรมการเรียนรู้ความก้าวหน้านานาชาติ ได้ช่วยเหลือนักศึกษาในการทำให้เกิดความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในอเมริกา และได้เรียนรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมอื่นๆและอเมริกาอย่างมาก การสำรวจปัญหานานาชาติได้เพิ่มมาพร้อมการสอน ได้ถูกพัฒนาเพื่อให้ได้รับข้อมูลพื้นฐานของวัฒนธรรมโดยทั่วไป ความรู้ทั่วโลก และความรู้สึกไวต่อวัฒนธรรมของนักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัย รัฐมิชิแกน

Stoddard, E.W. (1998) ได้ทำโครงการเผชิญทางวัฒนธรรม ซึ่งมีรายละเอียดของโครงการเพื่อพัฒนาคณาจารย์และหลักสูตร โดยมุ่งประเด็นทั่วโลก และการศึกษานานาชาติ โครงการได้พัฒนามาจากสงครามทางวัฒนธรรม หรือ ความขัดแย้งระหว่างวัฒนธรรมในผู้ที่ค้นหาการคงอยู่ที่สนใจต่อความศิวิไลซ์ของสังคมตะวันตก และผู้ที่ค้นหาการรวมกันของเรื่องวัฒนธรรมที่หลากหลาย และสังคมตะวันออกในหลักสูตร การสัมมนาเป็นการวางแผนเริ่มต้นที่จะนำไปสู่การปฏิบัติโครงการต่อไปในระยะเวลา 2 ปี ในโครงการมีการศึกษาในเคนยา และอินเดีย โดยมุ่งที่การพัฒนา รูปแบบทางการศึกษา และตัวแทนทางวัฒนธรรม โดยใช้รูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ และการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การสัมมนาทำเพื่อปรับปรุงและสามารถทำต่อไปในปีที่ 3 และปีต่อไป อาจารย์จำนวน 25 คน ได้มีส่วนร่วมในโปรแกรมมากกว่า 3 ปี ในหลักสูตรการเผชิญกับ 12 วัฒนธรรม โปรแกรมนี้ได้ใช้เป็นโครงการนำร่อง ในนักศึกษา 3 ชั้นปี

กรอบแนวคิดในการทำวิจัยครั้งนี้

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

ปัจจัยส่วนบุคคล

- ระดับชั้นปีการศึกษา
- ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย
- ต่างวัฒนธรรม
- การได้รับการสอนเรื่อง
- การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม
- การมีเพื่อนต่างวัฒนธรรม
- ภูมิลำเนา
- การเปิดรับสื่อ

การปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

1. การคงไว้ซึ่งแบบแผนการดูแลที่บ้านของผู้รับบริการ
 2. การปรับเข้ากันระหว่างแบบแผนวัฒนธรรมที่บ้านกับแบบแผนวัฒนธรรมวิชาชีพของพยาบาล
 3. การพัฒนาแบบแผนวัฒนธรรมการดูแล
- ขึ้นใหม่

การยอมรับการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน

1. การดูแลสุขภาพแบบประสบการณ์
2. การดูแลสุขภาพแบบอำนาจเหนือธรรมชาติ
3. การดูแลสุขภาพแบบโหราศาสตร์
4. การดูแลสุขภาพแบบทฤษฎีธาตุ