



แนวทางการประเมินสภาวะสุขภาพตามมิติทางวัฒนธรรม ของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม มุมมองของผู้เชี่ยวชาญ*

ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา**

อารีรัตน์ ชำอยู่**

จินห์จุทา ชัยเสนา ดาลลาส**

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาตั้งเดิม มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายความหมายของมิติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพ และบรรยายแนวทางการประเมินสภาวะสุขภาพตามมิติทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมมุมมองผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้ข้อมูลได้มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 24 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 10 คน พยาบาลวิชาชีพ 7 คน และ ผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม 7 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงใจความหลัก พบผลการวิจัย ดังนี้

ผู้เชี่ยวชาญให้ความหมายของมิติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพ คือ การกระทำ หรือกิจกรรมของมนุษย์ทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามวัฒนธรรม ความเชื่อ และสรุปแนวทางการประเมินสภาวะสุขภาพตามมิติทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ได้ 4 องค์ประกอบ คือ ด้านกายภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ดังนี้ (1) ด้านกายภาพ เป็นสิ่งที่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า มี 2 มิติย่อย คือ มิติด้านการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ และ มิติด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อม (2) ด้านจิตใจ เป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการสัมผัสได้จากการพูดคุย และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ มี 3 มิติย่อย คือ มิติการเปิดพื้นที่ส่วนตัว มิติด้านเวลา และมิติด้านการสื่อสาร (3) ด้านสังคม เป็นลักษณะเฉพาะของวัฒนธรรมผู้รับบริการที่แตกต่างตามสภาวะสังคมที่ผู้รับบริการเกี่ยวข้อง มี 1 มิติ คือ มิติด้านองค์กรทางสังคม และ (4) ด้านจิตวิญญาณ เป็นความเชื่อตามวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ มี 1 มิติ คือ มิติด้านค่านิยมและความเชื่อของผู้รับบริการ การวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้แนวทางการประเมินสภาวะสุขภาพตามมิติทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม เพื่อใช้ในการพัฒนาแบบประเมินสภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพในการรวบรวมข้อมูลเพื่อวางแผนการพยาบาลยิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: การประเมิน; สภาวะสุขภาพ; มิติวัฒนธรรม; ผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม; ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

* เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบประเมินสภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมได้รับทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยบูรพา (เงินอุดหนุนจากรัฐบาล) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, e-mail: laddawanp2550@gmail.com



Guidelines for Assessment of Health Status According to Cultural Dimensions of Transcultural Service Recipients Based on Expert Perspective*

Laddawan Puttaruksa**

Areerut Khumyu**

Jinjutha Chaisena Dallas**

Abstract

This traditional ethnographic research study aimed to describe health status according to cultural dimensions of transcultural service recipients based on expert perspectives. The informants consisted of 24 nurses including (1) ten nursing instructors (2) seven registered nurses, and (3) seven transcultural service recipients recruited by purposive sampling technique. Data were collected by in-depth interviews. Thematic analysis was employed for data analysis. The findings were as follows:

From the expert's perspective, the definition of cultural dimensions related to health is an action or human activity including physical, mental, social and spiritual aspects according culture and beliefs. There were 4 aspects of guidelines for assessment of health status according to cultural dimensions of the transcultural service recipients including physical, mental, social and spiritual aspects. Experts viewed cultural dimensions for the physical aspect in 2 sub-dimensions, including; biological variations and environment control. The mental aspect was viewed in 3 sub-dimensions, including; personal space, time, and communication while the social aspect was viewed in one dimension as social organization. The spiritual aspect was also viewed in one dimension as values and beliefs of service recipients. This study provides a framework for assessing the health status of transcultural service recipients and develop a culture-based health assessment model for transcultural service recipients for complete and effective data collection for nursing planning.

Keywords: assessment; health status; cultural dimensions; transcultural service recipients; expert opinion

* This paper is a part of research project titled "the Development of Health Assessment form based Culture Model for Transcultural Clients" funded by faculty of Burapha university (Government subsidies), 2017

** Faculty of Nursing, Burapha university, e-mail: laddawanp2550@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญ

จากการขับเคลื่อนการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในศตวรรษที่ 21 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมเป็นสังคมหลากหลายวัฒนธรรม เนื่องจากมีการเคลื่อนย้ายถิ่นของแรงงานต่างชาติเพิ่มมากขึ้นและมีหลากหลายเชื้อชาติมาอยู่ร่วมกัน¹ ส่งผลต่อมุมมองเกี่ยวกับการกำหนดแนวทางการแข่งขันเชิงเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปโดยคำนึงถึงความหลากหลายเชิงวัฒนธรรม ใน 5 กลุ่มเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมเป้าหมาย ซึ่งกลุ่มสาธารณสุข สุขภาพ และเทคโนโลยีการแพทย์ก็เป็นอีกกลุ่มวิชาชีพที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งมุ่งเน้นพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ 4 ด้านคือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุม และป้องกันโรค ด้านการพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่เป็นเลิศ ด้านการสร้างบุคลากรทางการพยาบาลให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและด้านการบริหารทรัพยากรและใช้ระบบสารสนเทศอย่างเหมาะสม² จากสถานการณ์ข้างต้นสะท้อนถึงการเตรียมความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม รวมถึงการวางแผนเพื่อปรับแนวทางการดูแลด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย

พยาบาลมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการประเมินและจัดการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล ซึ่งจากสถานการณ์ข้างต้นส่งผลต่อมุมมองการพัฒนากระบวนการคัดกรองการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการซึ่งเดิมการดูแลสุขภาพใช้ทฤษฎีเชื้อโรคและการรักษาอาการป่วยเพียงอย่างเดียวก็เพียงพอ ปัจจุบันการดูแลสุขภาพผู้รับบริการต้องสามารถเชื่อมโยงมิติด้านสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ³ โดยนำข้อมูลเกี่ยวกับวิถีชีวิต ความเชื่อ ภาษา เชื้อชาติ และศาสนา ของผู้รับบริการมาเป็นข้อมูลสำคัญในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพ⁴ ยึดความเป็นปัจเจกบุคคลเป็นศูนย์กลาง และเน้นการเพิ่มศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้รับบริการ¹ สอดคล้องกับความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมกับสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ตามมุมมองของโลนนิ่งเจอร์⁵ กล่าวว่า การดูแลสุขภาพผู้รับบริการที่ให้ความสำคัญกับความแตกต่างทางวัฒนธรรม ดังนี้ กระบวนการพยาบาล

ที่คำนึงถึงและเคารพวัฒนธรรมความเชื่อของผู้รับบริการเรียนรู้ที่จะปรับตัวต่อการดูแลอย่างค่อยเป็นค่อยไป และช่วยให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของตนให้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลสุขภาพของทีมีสุขภาพ⁶ ซึ่งกระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล⁷ ซึ่งการประเมินภาวะสุขภาพ (health assessment) เป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญอย่างมากของกระบวนการพยาบาล เพราะเป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการตอบสนองของผู้รับบริการต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยแบบเป็นองค์รวม⁸ โดยหากมีความเข้าใจทางวัฒนธรรมก็จะส่งผลให้การได้มาซึ่งข้อมูลของผู้รับบริการครบถ้วนยิ่งขึ้นด้วย⁶ ซึ่งโกเกอร์และเดวิดไฮซาร์⁹ กล่าวว่าพยาบาลจะต้องมีความเข้าใจและเข้าถึงมิติด้านการเปิดพื้นที่ส่วนตัว การสื่อสาร การควบคุมสิ่งแวดล้อม และองค์กรทางสังคมของผู้รับบริการ และจะต้องมีความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ เข้าถึงความต้องการทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการเพื่อให้การบริการได้ถูกต้องและตรงกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการด้วย¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าในประเทศไทยมีการศึกษาด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เช่น ศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และผู้บริหารทางการพยาบาล¹¹⁻¹³ ความต้องการการดูแลตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการ¹⁴ แนวคิดการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรม¹⁵ บทบาทของอาจารย์พยาบาลต่อการนำแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมสู่การปฏิบัติการสอน¹⁶ มาตรฐานบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม^{1,17} แต่ไม่พบว่ามีกำหนดแนวทาง/รูปแบบการประเมินสภาวะสุขภาพตามมิติทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ โดยในการกำหนดแนวทางการประเมินฯ



นี้ เป็นการสร้างองค์ความรู้ใหม่จากการศึกษาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ดังนั้นการวิจัยนี้จึงสนใจศึกษาแนวทางการประเมินสภาวะสุขภาพตามมิติทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมโดยใช้วิธีการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) เพื่อจะได้นำแนวทางการประเมินสภาวะสุขภาพตามมิติทางวัฒนธรรมมาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาวิชาชีพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายความหมายของมิติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพ และบรรยายแนวทางการประเมินสภาวะสุขภาพตามมิติทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมมุมมองผู้เชี่ยวชาญ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยใช้กรอบแนวคิดตามทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของโลนิงเจอร์^๖ เพื่อกำหนดองค์ประกอบเชิงวัฒนธรรมของผู้รับบริการ เช่น ค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการดูแลและการรับรู้สุขภาพ และใช้กรอบแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ^๘ และการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของโกเกอร์และเดวิดไฮซาร์^๙ เป็นกรอบในการกำหนดแนวทางประเมินสภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ซึ่งมีประเด็นสำคัญ 6 ประเด็น คือ (1) ด้านการสื่อสาร ทั้งวัจนภาษา และอวัจนภาษา (2) ด้านการเปิดพื้นที่ส่วนตัว เป็นลักษณะความต้องการการเป็นส่วนตัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น (3) ด้านองค์การทางสังคม เป็นลักษณะเฉพาะของวัฒนธรรมผู้รับบริการที่แตกต่างกันตามเชื้อชาติ การดำเนินชีวิต ความเชื่อ เป็นต้น (4) ด้านเวลา เป็นการเปรียบเทียบ เวลา กับอายุ และประสบการณ์ (5) ด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อม เป็นสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพของผู้รับ

บริการ และ (6) ด้านการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ เป็นลักษณะโดยทั่วไปของผู้รับบริการ เช่น โครงสร้างของร่างกาย น้ำหนักตัว สีผิว พันธุกรรม เป็นต้น

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาดั้งเดิม (traditional ethnographic research)¹⁸ เพื่อบรรยายความหมายของมิติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และบรรยายแนวทางการประเมินสภาวะสุขภาพตามมิติทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมมุมมองผู้เชี่ยวชาญ

2. ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลถูกคัดเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling technique) มีจำนวน 24 คน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญ จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย (1) อาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษา มีการศึกษาระดับปริญญาเอก และมีผลงานทางวิชาการและ/หรือ ประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ในช่วง 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2555-พ.ศ. 2560) จำนวน 10 คน (2) พยาบาลวิชาชีพ มีการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป และมีประสบการณ์ดูแลผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 7 คน และ (3) ผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมที่เป็นพยาบาลวิชาชีพและเคยเข้ารับบริการทางการแพทย์ในต่างประเทศ จำนวน 7 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างได้จากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิด และให้อิสระผู้เชี่ยวชาญในการแสดงความคิดเห็นใน 2 ประเด็น คือ (1) ความหมายของมิติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพ และ (2) แนวทางการประเมินสภาวะสุขภาพตามมิติทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์พยาบาลข้ามวัฒนธรรม จำนวน 2 คน



และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 1 คน ตรวจสอบความตรงตามกรอบแนวคิดการวิจัยก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริงต่อไป

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลวิจัยด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth Interview) เริ่มต้นการสัมภาษณ์ด้วยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย หากต้องการบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ต้องได้รับอนุญาตจากผู้เชี่ยวชาญก่อนทุกครั้ง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละ 60-90 นาที โดยทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง 15 คน และสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 9 คน รวม 24 คน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อสรุปแนวทางการประเมินสภาวะสุขภาพตามมิติทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมมุมมองของผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้วิจัยทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ (transcribed verbatim) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงใจความหลัก (thematic analysis)¹⁹ แยกข้อมูลและประเด็นย่อย (categories)¹⁹ ตามกรอบแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม⁸ และการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของโกเกอร์และเดวิดไฮซาร์⁹ 6 มิติ คือ ด้านการสื่อสาร ด้านการเปิดพื้นที่ส่วนตัว ด้านองค์กรทางสังคม ด้านเวลา ด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อม และ ด้านการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจัดทำเป็นรายงานผลการวิจัย

5. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของการวิเคราะห์ข้อมูล

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพผู้วิจัยยึดแนวทางของ Lincoln, Guba²⁰ ได้แก่ การเลือกผู้ให้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนที่ดี (representativeness) ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษา และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม และผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม เพื่อให้มั่นใจว่าคำบรรยายความหมาย และคำบรรยายแนวทางการประเมินสภาวะสุขภาพตามมิติทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมได้สะท้อนมาจากความเป็นจริงของสภาวะสุขภาพตามมิติทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ

ข้ามวัฒนธรรมที่ศึกษา (credibility) การบรรยายสภาวะสุขภาพ ๆ ที่ศึกษาให้มากและลึกพอเพื่อสามารถนำผลที่ได้ไปอ้างอิงในบริบทที่คล้ายคลึงกัน (transferability) การตรวจสอบกระบวนการของการศึกษาวิจัย โดยที่ผู้วิจัยอีกสองท่านสามารถติดตามการตัดสินใจต่าง ๆ และเห็นด้วยกับผลที่ได้ในการศึกษาโดยไม่มีข้อขัดแย้ง (dependability) และใช้การเขียนบันทึกความหมาย และแนวทางการประเมินสภาวะสุขภาพตามมิติทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม และความคิดเห็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้ผู้วิจัยอีกสองท่านสามารถตรวจสอบได้ (confirmability)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ 039/2560 เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 จากนั้นผู้วิจัยติดต่อผู้เชี่ยวชาญเป็นรายบุคคล ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และวัตถุประสงค์การวิจัย เชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลวิจัย ระหว่างการวิจัยในทุกขั้นตอนผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดเวลาตั้งแต่ต้นจนกระทั่งทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหากต้องการบันทึกเทปหรือจดบันทึกต้องขออนุญาตผู้เชี่ยวชาญก่อนทุกครั้ง ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนสามารถยุติการให้ข้อมูลเมื่อไม่ประสงค์จะให้ข้อมูลเพิ่มเติม ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยเป็นภาพรวมโดยไม่อ้างอิงถึงผู้ให้ข้อมูล และเก็บข้อมูลผลการวิจัยไว้เป็นความลับ และปลอดภัย โดยจะทำลายข้อมูลหลังเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว 1 ปี

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าผู้เชี่ยวชาญให้ความหมายของมิติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพ และสรุปแนวทางการประเมินสภาวะสุขภาพตามมิติทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้

1. ความหมายของมิติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพ



การดำเนินกิจกรรมในการดำรงชีวิตของมนุษย์แต่ละคน ซึ่งจะแตกต่างกันตามวิถีชีวิต ความเชื่อ ค่านิยม เชื้อชาติ ศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี บรรทัดฐานทางสังคม ภูมิหลัง วัฒนธรรม การให้ความหมายตามประสบการณ์ โดยมีการถ่ายทอดรุ่นสู่รุ่น ซึ่งประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ 7 มิติ คือ มิติด้านการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ มิติด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อม มิติด้านการเปิดพื้นที่ส่วนตัว มิติด้านเวลา มิติด้านการสื่อสาร มิติด้านองค์กรทางสังคม และมิติด้านค่านิยมและความเชื่อของผู้รับบริการดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“...เป็นการกระทำ/กิจกรรม และวิธีการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ด้านภาษา ศาสนา ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี และบรรทัดฐานทางสังคม ที่มีการถ่ายทอดรุ่นต่อรุ่น” (ID 8)

“...มีองค์ประกอบ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมนุษย์แต่ละคนจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ การอบรมเลี้ยงดู ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นต้น” (ID 12)

“...มิติทางวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ คิดว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการนอน พฤติกรรมการออกกำลังกาย ความกดดันหรือความคาดหวังจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้รับบริการ รวมถึงการตีความและให้ความหมายต่อสิ่งที่รับรู้” (ID 21)

“...คิดว่า ผู้รับบริการในช่วงอายุที่แตกต่างกัน จะมีผลต่อการยึดถือ หรือปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณีที่นับถือ นั้น ซึ่งบางครั้งอาจส่งผลต่อสภาวะสุขภาพได้ เช่น ผู้รับบริการผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน เป็นต้น...” (ID 19)

“...คิดว่าความสามารถในการสื่อสารที่ถูกต้อง และเข้าใจวัฒนธรรมตามความเชื่อของผู้รับบริการ จะทำให้ผู้รับบริการโดยเฉพาะผู้รับบริการชาวกัมพูชาเข้าใจ และยินดีปฏิบัติตามแนวทางการรักษามากขึ้นด้วย”(ID 3)

“...เป็นการให้ความหมาย (meaning) ของมนุษย์ที่แตกต่างกันตาม ประสบการณ์ ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม

ประเพณี และวัตถุประสงค์ของแต่ละบุคคล ซึ่งจะครอบคลุมถึง (subconscious meaning) เช่น คุณยายไม่ต้องการออกจากโรงพยาบาลเพราะต้องการให้ลูกมาดูแลทุกวัน เป็นต้น” (ID 23)

2. แนวทางการประเมินสภาวะสุขภาพตามมิติทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม มุมมองผู้เชี่ยวชาญ

มิติทางวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการในมุมมองผู้เชี่ยวชาญ คือ มิติทางด้านการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม มี 4 องค์ประกอบ คือ ด้านกายภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งการประเมินองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านจะต้องหลอมรวมและเชื่อมโยงกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการก่อนจึงจะสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการได้ ดังนี้

2.1 องค์ประกอบที่ 1 ด้านกายภาพ เป็นสิ่งที่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า ประกอบด้วย 2 มิติ คือ มิติด้านการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของผู้รับบริการ เช่น โครงสร้างของร่างกาย น้ำหนักตัว สีผิว พันธุกรรม เป็นต้น และ มิติด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ดังนี้

2.1.1 มิติด้านการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างร่างกาย พันธุกรรม ที่ส่งผลต่อการรับรู้และการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพ ภาวะโภชนาการ รูปแบบการนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“...เป็นการรับรู้ของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับเรื่อง ภาวะสุขภาพ กิจกรรมสุขภาพ แผนในอนาคตเกี่ยวกับสุขภาพ การจัดการสุขภาพตนเอง และการจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ”(ID 2)

“ผมคิดว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นมิติหนึ่งที่ควรนำมาประเมินเป็นมิติทางวัฒนธรรม จากประสบการณ์ของผมพบว่าผู้รับบริการชาวกัมพูชาจะมีความเชื่อว่า “หากเป็นไข้หวัด



ห้ามรับประทานอาหารที่มีลักษณะแข็ง เช่น ข้าวเหนียว และขนม เป็นต้น”(ID 3)

“พฤติกรรมที่พักผ่อนนอนหลับเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ทำให้บริการควรให้ความสนใจสอบถามเนื่องจากมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้รับบริการโดยตรง เช่น ลักษณะการพักผ่อนนอนหลับตามบริบทของผู้รับบริการแต่ละคนใน 24 ชั่วโมง และ สอบถามท่านอน/บรรยากาศในห้องนอนที่เหมาะสมกับการนอนของผู้รับบริการ เป็นต้น”(ID 1)

“การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นในกิจวัตรประจำวัน เพื่อการดูแลสุขภาพอนามัย ปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกายเป็นไปตามความคิดเห็นและความเชื่อของผู้รับบริการ เช่น ความแตกต่างในการต้องการกิจกรรม การแสดงออกในความพร้อมด้านสุขภาพ และความชอบในการออกกำลังกาย เป็นต้น”(ID 16)

“การรับรู้ตนเองเกี่ยวกับ ข้อดี ข้อด้อย บทบาท ความสัมพันธ์ เจตคติ สังคม โรค และความเจ็บป่วย เช่น อัตมโนทัศน์ของผู้รับบริการตามการรับรู้ของตนเอง ชาวสแกนดิเนเวียเป็นกลุ่มผู้รับบริการที่มีระเบียบวินัย และชาวยุโรปต้องการการพูดคุยที่เปิดเผยและชัดเจน เป็นต้น ”(ID 4)

“...ปัจเจกบุคคล นึกถึงช่วงอายุของ คนมีผลต่อภาวะสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุ (โรคเรื้อรัง) วัยรุ่น (พฤติกรรมเสี่ยง : เพศสัมพันธ์ และอุบัติเหตุ) วัยเจริญพันธุ์ (โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์) อาชีพ การศึกษา (ระดับการศึกษา มีผลต่อการรับรู้/ความเข้าใจ) เพศ (โดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติ เพศชาย Dominate เพศหญิง เช่น การเลือกวิธีคุมกำเนิด เพศหญิงจะเลือกปฏิบัติตามที่สามีกำหนดให้เลือก) เป็นต้น”(ID 8)

2.1.2 มิติด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อม หมายถึง สภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลง สภาพสุขภาพของผู้รับบริการ ประกอบด้วย (1) ความเชื่อ/วิธีปฏิบัติตนต่อความเชื่อ (2) กิจวัตรประจำวันของผู้รับบริการ และ (3) ด้านสภาวะแวดล้อม ดังตัวอย่าง คำสัมภาษณ์ ดังนี้

“...ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมช่วงถือศีลของผู้รับบริการที่นับถือศาสนาอิสลาม พยายามให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามความเชื่อ และออกแบบการให้บริการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ เช่น วางแผนร่วมกับผู้รับบริการในการบริหารยา ตามมื้ออาหารตามหลักศาสนา และกำหนดสถานที่ในการทำละหมาดอย่างเหมาะสมด้วย”(ID 5)

“ผู้รับบริการที่นับถือศาสนาอิสลาม จะนิยมรับประทานอาหารที่มีลักษณะเป็นกะทิ และมีลักษณะมัน ๆ โดยเฉพาะในงานศพต้องเตรียมอาหารสำหรับผู้ร่วมงาน คือ ต้องลัมวู และปรุงอาหาร เช่น แกงมัสมั่นเนื้อวัว/โรตี่ ทำให้ผู้รับบริการในกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงขึ้นเรื่อย ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น”(ID 2)

“...ระเบียบข้อกำหนด กฎเกณฑ์กฎหมาย ความเจริญของเทคโนโลยี ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้รับบริการ เช่น สภาวะที่ทำงาน กฎข้อบังคับ กฎหมาย การดูแลแรงงาน รวมถึงเศรษฐกิจ นายจ้างจะมุ่งแต่หารายได้ โดยไม่สนใจสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยไม่ได้”(ID 8)

“...แบบแผนประเพณี ของผู้รับบริการที่ได้รับจากการเลี้ยงดูจากครอบครัว ส่งผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตด้วย เช่น รูปแบบการบริโภคอาหาร และการเลือกอาหารบริโภค ส่งผลให้มีสภาพร่างกาย อ้วน หรือ ผอม เป็นต้น” (ID 17)

2.2 องค์ประกอบที่ 2 ด้านจิตใจ เป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการสัมผัสได้จากการพูดคุย และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ประกอบด้วย 3 มิติ คือ มิติการเปิดพื้นที่ส่วนตัว เป็นลักษณะความต้องการการเป็นส่วนตัว ลักษณะความต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เน้นความต้องการการดูแลทางวัฒนธรรม มิติด้านเวลา ซึ่งเชื่อมโยงกับประสบการณ์ และมีมิติด้านการสื่อสาร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสื่อสารที่แตกต่างทางวัฒนธรรม ทั้งในรูปแบบวัจนภาษา และอวัจนภาษา ดังนี้



2.2.1 มิติด้านการเปิดพื้นที่ส่วนตัว หมายถึง ลักษณะความต้องการการเป็นส่วนตัว และ ลักษณะความต้องการการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ตัวอย่าง เช่น การเปิดพื้นที่ส่วนตัวตามบริบทของชาวตะวันตกคือ การต้องการการเป็นส่วนตัว (self) ส่วนบริบทผู้รับบริการชาวตะวันออก คือ ความต้องการพวกพ้องมีส่วนร่วม (collective) นอกจากนี้ยังหมายถึงการให้ความหมายและคุณค่าต่อสิ่งที่ทำ ซึ่งเป็นสิ่งที่แอบซ่อนเร้นอยู่ในปัจเจกบุคคล เช่น การให้ความหมายของการดื่มกาแฟตอนเช้าว่าเป็นความสุขและขาดไม่ได้ หรือการรับรู้ตนเองตรงข้ามกับเพศที่ตนเป็นอยู่ เป็นต้น ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“...ความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการไทย กับความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการต่างชาติไม่เหมือนกัน คนไทยอีสาน มี personal space แตกต่างจากผู้อื่น เช่น สถานที่ที่เหมาะสมกับการสัมภาษณ์ตามความเข้าใจของผู้รับบริการภาคอีสาน คือ ใต้ถุนบ้าน และหากผู้อื่น หรือ เพื่อนบ้าน มาช่วยตอบข้อคำถามก็จะถือว่าดี ส่วนผู้รับบริการต่างชาติ personal space หมายถึง private area สรุปคือ ผู้รับบริการชาวอีสานไม่ต้องการความเป็นส่วนตัวตามความหมายของ private area ซานบ้านจึงเป็นพื้นที่รวมสำหรับพูดคุยซักถามข้อมูล (Resting room) ที่เหมาะสม”(ID 18)

“...ปกติผู้รับบริการชาวต่างชาติโดยเฉพาะผู้รับบริการทวีปยุโรปจะไม่เปิดเผยความเป็นส่วนตัวให้ผู้อื่นทราบ นอกจากคนในเชื้อชาติเดียวกัน เพราะรู้สึกไว้วางใจคนในเชื้อชาติเดียวกันนั่นเอง ซึ่งผู้รับบริการชาวต่างชาติที่มีเพื่อนหญิงเป็นคนไทย เพื่อนเพศหญิงจะมีอิทธิพลต่อการเลือกสถานที่รักษาในประเทศไทย และมีส่วนสำคัญในการตัดสินใจวางแผนการรักษาในประเทศไทยสูงมากด้วย”(ID 16)

“...เป็นสิ่งที่ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า แต่ส่งผลต่อความรู้สึกของผู้รับบริการอย่างมาก อาจเป็นการให้ความหมายมิติทางวัฒนธรรมภายนอกคนตามปัจเจกบุคคล ซึ่งส่งผลต่อการหายของโรคมมากกว่า มิติทางวัฒนธรรมภายนอกคน แต่จะสามารถสืบค้นข้อมูล

ได้ยากกว่า เช่น การให้ความหมายการดื่มกาแฟตอนเช้าคือความสุขใจ แต่เมื่อมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติจะต้องหยุดดื่มส่งผลให้เกิดความทุกข์ เป็นต้น” (ID 1)

“...วัฒนธรรมที่ซ่อนอยู่ในตัวตนผู้รับบริการ ซึ่งมาจาก องค์ความรู้ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการเรียนรู้ การศึกษา ประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต การให้คุณค่า ค่านิยม และวัฒนธรรมชุมชน เช่น เพศชายที่รับรู้ว่าเป็นหญิง เป็นต้น” (ID 9)

2.2.2 มิติด้านเวลา หมายถึง ลักษณะช่วงเวลา เมื่อเปรียบเทียบกับอายุ และประสบการณ์ เพื่อทำนายความต้องการการตอบสนองทางวัฒนธรรมเฉพาะของผู้รับบริการ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“...อายุ การสะสมทางวัฒนธรรมต่างๆ ในช่วงอายุที่ผ่านมา ผู้รับบริการที่มีอายุน้อย การถ่ายทอดจะแตกต่างจากผู้รับบริการที่มีอายุมากกว่า ถ้าประสบการณ์ของผู้รับบริการเป็นประสบการณ์ในแง่บวก/เข้าใจง่าย/ยอมรับ ก็จะมีผลต่อสภาวะสุขภาพที่ดี หรือหากรู้สึกตรงกันข้ามก็จะมีผลต่อสุขภาพในทางตรงข้ามด้วยเช่นกัน”(ID 24)

“...อายุ ช่วงวัยของผู้รับบริการที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อความแตกต่างกันด้านสุขภาพด้วย เช่น วันเด็ก/วัยผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีความเสี่ยง และเปราะบางมาก และวัยรุ่น เป็นวัยที่มีอารมณ์รุนแรง ชอบค้นหาอารมณ์ตนเอง ถ้าผู้ดูแลไม่เข้าใจอาจส่งผลต่อคุณภาพการดูแลสุขภาพได้”(ID 10)

“...เวลาที่สัมพันธ์กับประเพณีของแต่ละศาสนาด้วย เช่น ในเดือนรอมฎอน เดือนแห่งการขอบคุณ (Islammore) ผู้นับถือศาสนาอิสลามจะต้องทำพิธีถือศีลอด ซึ่งแนวปฏิบัติตามศาสนาซึ่งส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการด้วย”(ID 6)

2.2.3 มิติด้านการสื่อสาร หมายถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสื่อสารที่แตกต่างทางวัฒนธรรม ประกอบด้วย วัจนภาษา และ อวัจนภาษา ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“...การที่ผู้รับบริการใช้ภาษากลางสื่อสารกับเจ้าหน้าที่เวลาที่เข้ารับบริการ ทำให้บางครั้งสื่อสารกันไม่เข้าใจ ซึ่งพบว่าหากพยาบาลมีความสามารถในการใช้ภาษาญาวี จะส่งผลให้ผู้รับบริการที่นับถือศาสนาอิสลามพึงพอใจในการบริการมากขึ้น และสามารถสื่อสารรายละเอียด อาการ/อาการแสดง ได้ตรงกับความต้องการ และสามารถให้การบริการพยาบาลได้อย่างถูกต้องมากขึ้นด้วย”(ID 6)

“...มนุษย์อยู่ภายใต้ Meaning ของสิ่งต่างๆ เช่น นาฬิกา เป็น นาฬิกา 1 เรือน ตามราคาที่เขาไว้บาท Meaning นาฬิกานี้แฟนให้มา ทำให้นาฬิกานี้มีความเชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วยและแฟน ฉะนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลจะต้องเข้าใจ Meaning ของผู้รับบริการ จึงจะสามารถให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องตามความต้องการของผู้รับบริการ”(ID 23)

“...หากพยาบาลต้องการสื่อสารกับผู้รับบริการ แล้วผู้รับบริการไม่เข้าใจ พยาบาลจะต้องแสดงการสื่อสารโดยใช้ภาษากายช่วยสนับสนุนการตีความเช่น ภาษามือ / สีหน้า / ท่าทาง ผู้รับบริการจะเปิดรับข้อมูลและสามารถสื่อสารกันได้อย่างเข้าใจมากขึ้น”(ID 20)

“...ความหลากหลายทางด้านภาษาทำให้พยาบาลต้องสอบถามผู้รับบริการก่อนเสมอว่า ใช้ภาษาอะไรเป็นภาษาหลัก เพื่อให้ผู้รับบริการและพยาบาลสามารถพูดคุยกันและสื่อสารกันได้อย่างถูกต้อง อาจผ่านช่องทาง translator ก็ได้”(ID 22)

2.3 องค์ประกอบที่ 3 ด้านสังคม เป็นลักษณะเฉพาะของวัฒนธรรมผู้รับบริการที่แตกต่างกันตามสภาวะสังคมที่ผู้รับบริการเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1 มิติ คือ มิติด้านองค์การทางสังคม (social orientation) เช่น เชื้อชาติ การดำเนินชีวิต ที่พักอาศัย ดังนี้

2.3.1 มิติด้านองค์การทางสังคม หมายถึงลักษณะเฉพาะของวัฒนธรรมผู้รับบริการที่แตกต่างกัน เช่น เชื้อชาติ สถานที่/สภาพแวดล้อม รูปแบบการดำเนินชีวิตครอบครัว/ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“...ผู้รับบริการที่มีชาติพันธุ์แตกต่างกันย่อมส่งผลต่อการเกิดโรคที่มีสาเหตุจากรูปแบบการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันด้วยเช่นกัน”(ID 14)

“...พักอาศัย (ความสะอาด ความปลอดภัย ความเสี่ยงต่อสุขภาพ) ที่ทำงาน (ความเสี่ยงต่อสุขภาพ) รวมถึง สถานบริการสาธารณสุข/โรงพยาบาลส่งเสริมให้เกิดสุขภาวะที่ดีหรือไม่ดี เช่น แรงงานต่างด้าวที่ทำงานในโรงงานทำฟูก หรือ โรงงานทำเฟอร์นิเจอร์ หายใจสุดลมเข้าปอดทุกวัน ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น”(ID 8)

“...วิถีการดำเนินชีวิต พฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และความเครียด เป็นต้น รวมถึงความคิดที่ส่งผลถึงการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน เช่น พฤติกรรมการดื่มเหล้า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นต้น ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ”(ID 11)

“...ประวัติความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว เช่น เป็นโรคอ้วน พฤติกรรมการกิน มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัว/ความเชื่อในการกิน ทำให้เลือกวิธีการปฏิบัติ สอดคล้องกับการปฏิบัติตนของบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ-แม่ ทำอาหาร เป็นต้น” (ID 16)

“...องค์กรด้านการศึกษามีผลต่อการส่งต่อความรู้ด้านสุขภาพสู่ประชาชนส่วนใหญ่ ประชาชนที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดีด้วย แต่ก็อาจส่งผลให้เกิดโรคเกี่ยวกับความเครียดและโรคเกี่ยวกับการทำงาน มากกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำลงมา” (ID 15)

2.4 องค์ประกอบที่ 4 ด้านจิตวิญญาณ คือความเชื่อตามวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 1 มิติ คือ มิติด้านค่านิยมและความเชื่อของผู้รับบริการ ดังนี้

2.4.1 มิติด้านค่านิยมและความเชื่อของผู้รับบริการ หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงการให้คุณค่าความหมาย ความเชื่อ ที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกทิศทางการดำเนินชีวิต การรับรู้สิ่งสูงสุดที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต และความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพ



ของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ดังนี้

ความเชื่อเรื่องความเจ็บป่วย “ผู้รับบริการชาวเวียดนาม จะมีความเชื่อว่า เมื่อเจ็บป่วย จะต้องนำ “ไอส์” มาเผาและให้ผู้ป่วยสูดดม/สูดลมหายใจลึกๆ เพื่อให้หายใจโล่งสบาย แต่พบว่าในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคหอบหืด (Asthma) จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการพ่นออกซิเจนมากขึ้น” (ID 7)

ความเชื่อเรื่องการดูแลสุขภาพ “ค่านิยม/ความเชื่อ ความเชื่อของผู้รับบริการส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ และรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการด้วย เช่น ผู้รับบริการมีความเชื่อว่าการดื่มสุรา ทำให้สามารถนอนหลับได้ดีขึ้น แสดงว่าผู้รับบริการมีความเชื่อและค่านิยมว่าการดื่มสุรา มีประโยชน์ เนื่องจากทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งค่านิยมและความเชื่อดังกล่าวแตกต่างจากผู้ให้บริการ เป็นต้น” (ID 14)

ความเชื่อเรื่องการดูแลผู้รับบริการในระยะใกล้เสียชีวิต “หากผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต เป็นผู้ป่วยสูงอายุ จะมีความเชื่อว่าจะมีผู้ที่เสียชีวิตไปแล้วมารับ มาพาไปอยู่ด้วย แล้วจึงเสียชีวิต หรือมีอาการบางอย่างที่แพทย์ระบุไม่ได้ก่อนเสียชีวิต เช่น กางนิ้ว ปวดแขนมาก โดยไม่ทราบสาเหตุ ก่อน เสียชีวิต เป็นต้น” (ID 3)

ความเชื่อเรื่องการดูแลผู้รับบริการในระยะตั้งครรภ์และการคลอด “หญิงอายุ 18 ปี คลอดบุตรครั้งแรก หลังคลอดมีแม่มาดูแล โดยแม่ของผู้รับบริการมีความเชื่อเรื่องหญิงหลังคลอดต้องรับประทานข้าวต้มกับเกลือ เพื่อจะเป็นการกระตุ้นให้หญิงหลังคลอดดื่มน้ำมากๆ ทำให้มีน้ำนมให้บุตรกิน ซึ่งมารดาหลังคลอดยินดีปฏิบัติตามที่มารดาบอก ทำให้ป่วย ต้องมาพบแพทย์ เพราะขาดสารอาหาร เป็นต้น” (ID 18)

ความเชื่อตามศาสนา “ความเชื่อ โดยเฉพาะความเชื่อทางด้านศาสนาส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ เช่น ศาสนาอิสลาม (นราธิวาส) ศึกษาทางพระเจ้า เวลาถือศีลอดต้องไม่กินยา มีผลต่อการรักษา ต้องเปลี่ยน dose ยา เป็นเวลากลางคืน นอกจากนี้ คนไทย-พุทธ ยังมีความเชื่อเรื่องการรักษาแบบโบราณ รดน้ำมนต์

พยาบาลที่ให้การดูแลต้องทำการประเมินเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยต่อไปด้วย” (ID 13)

อภิปรายผลการวิจัย

ความหมายของมิติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานะสุขภาพ จากผลการวิจัยพบความหมาย คือ การดำเนินกิจกรรมในการดำรงชีวิตของมนุษย์แต่ละคน ซึ่งจะแตกต่างกันตามวิถีชีวิต ความเชื่อ ค่านิยม เชื้อชาติ ศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี บรรทัดฐานทางสังคม ภูมิหลัง วัฒนธรรม การให้ความหมายตามประสบการณ์ โดยมีการถ่ายทอดรุ่นสู่รุ่น ซึ่งสอดคล้องกับ Compinha-Bacote²¹ และ Bernal²² ที่ว่า วัฒนธรรมคือวิถีชีวิตของมนุษย์ ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงออกให้เห็นถึงวิถีการดำเนินชีวิต การดูแลสุขภาพ แง่มุมการตัดสินใจ เป็นต้น ซึ่งสิ่งที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมสามารถสร้างความสมดุลกลมกลืนให้มนุษย์ได้ โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านร่างกาย สังคม จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ และผลการวิจัยพบว่า มิติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานะสุขภาพ มี 7 มิติ คือ มิติด้านการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ มิติด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อม มิติด้านการเปิดพื้นที่ส่วนตัว มิติด้านเวลา มิติด้านการสื่อสาร มิติด้านองค์กรทางสังคม และมิติด้านค่านิยมและความเชื่อของผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับ Leininger⁵ ที่ว่า เป็นการนำแนวคิดที่มีเหตุผลแสดงความสัมพันธ์กับมโนคติทางการแพทย์ขององค์ประกอบ คือ การพยาบาล คน สุขภาพ และสิ่งแวดล้อมมาเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมและครอบคลุมเป็นองค์รวม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Giger and Davidhizar⁹ ที่ว่าพยาบาลจะต้องมีความเข้าใจและเข้าถึงมิติด้านการเปิดพื้นที่ส่วนตัว การสื่อสาร การควบคุมสิ่งแวดล้อม และองค์กรทางสังคมของผู้รับบริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการได้อย่างถูกต้องและตรงกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการด้วย

แนวทางการประเมินสภาวะสุขภาพตามมิติทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม มุมมองผู้เชี่ยวชาญ จากผลการวิจัยพบว่าผู้เชี่ยวชาญกำหนดแนวทางการประเมินมิติทางวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเป็น 4 องค์ประกอบ คือ ด้านกายภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ สอดคล้องกับ Anderson และคณะ²³ พบว่าการประเมินความต้องการทางวัฒนธรรมแบบเป็นองค์รวมของผู้รับบริการเพื่อวางแผนการพยาบาลทำให้ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลที่พึงพอใจมากขึ้น ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ด้านกายภาพ เป็นสิ่งที่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า ประกอบด้วย 2 มิติ คือ มิติด้านการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ และ มิติด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับ Giger and Davidhizar⁹ ที่ว่าลักษณะทางชีวภาพของผู้รับบริการ เช่น โครงสร้างของร่างกาย น้ำหนักตัว สีผิว พันธุกรรม เป็นต้นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Ngo²⁴ ที่ว่า การเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับกลุ่มชาติพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการทางด้านกายภาพ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมเฉพาะของผู้รับบริการจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการด้วย

องค์ประกอบที่ 2 ด้านจิตใจ เป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการสัมผัสได้จากการพูดคุย และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ประกอบด้วย 3 มิติ คือ มิติการเปิดพื้นที่ส่วนตัว มิติด้านเวลา และมิติด้านการสื่อสาร ซึ่งสอดคล้องกับ Ogilvie และคณะ²⁵ ที่ว่า การใส่ใจในการมีปฏิสัมพันธ์ที่จะสื่อสารตามวัฒนธรรมกับผู้รับบริการพบปัญหาและอุปสรรคทางภาษาทำให้เข้าใจไม่ตรงกันระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ นอกจากนี้ประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการก็มีส่วนส่งเสริมต่อการรับรู้การดูแลสุขภาพด้วย และสอดคล้องกับ Campinha-Bacote²¹ ที่ว่า พยาบาลที่มีทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการจะทำให้ผู้รับบริการยอมเปิดเผยความรู้สึกนึกคิดที่เกิดจากความเชื่อทางวัฒนธรรม ทำให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลได้ครอบคลุมกับความต้องการมากขึ้นด้วย

องค์ประกอบที่ 3 ด้านสังคม เป็นลักษณะเฉพาะของวัฒนธรรมผู้รับบริการที่แตกต่างกันตามสภาวะสังคมที่ผู้รับบริการเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1 มิติ คือ มิติด้านองค์การทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับ Grann²⁶ ที่ว่า ปัญหาของชนกลุ่มน้อย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้น้อย ระดับการศึกษาต่ำ มักได้รับการดูแลสุขภาพจากระบบสุขภาพไม่ทั่วถึง เนื่องจากความแตกต่างของมิติทางจิตสังคม เช่น ภาษา ความเชื่อทางวัฒนธรรม และความไม่ไว้วางใจระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น และสอดคล้องกับ Snowden²⁷ ที่ว่า การรู้ถึงบทบาทของกลุ่มองค์กรทางวัฒนธรรม จะเป็นสะพานเชื่อมโยงระหว่างแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันของผู้รับบริการได้

องค์ประกอบที่ 4 ด้านจิตวิญญาณ เป็นความเชื่อตามวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 1 มิติ คือ มิติด้านค่านิยมและความเชื่อของผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับ ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา และคณะ⁴ ที่ว่าการพยาบาลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับความเป็นองค์รวมของบุคคลที่นำวัฒนธรรม วิถีชีวิต ความเชื่อ ภาษา เชื้อชาติ ประสบการณ์ความเป็นปัจเจกบุคคล และความแตกต่างทางภูมิหลังของผู้รับบริการมาเป็นข้อมูลพื้นฐานหลักในการให้การพยาบาล โดยเฉพาะในสภาวะ ความเจ็บป่วย การเกิด และการตาย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการรวบรวมข้อมูลสภาวะสุขภาพให้ครอบคลุมมิติทางวัฒนธรรมทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณในเชิงนโยบาย และพัฒนาผู้นำทางการพยาบาลให้มีความรู้และความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมอย่างต่อเนื่อง
2. พยาบาลควรพัฒนาศักยภาพตนเองในด้านการประเมินสภาวะสุขภาพตามความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้รับบริการให้ครอบคลุมเป็นองค์รวมทั้ง ด้าน



ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

3. คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลควรนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพทางวัฒนธรรมให้กับนักศึกษา ดังนี้ (1) พัฒนาสมรรถนะการประเมินข้อมูลสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการให้ครบถ้วนตามมิติวัฒนธรรมและเป็นปัจเจกบุคคลโดยเฉพาะการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติการในหอผู้ป่วยสำหรับนักศึกษาพยาบาล และ (2) พัฒนาสมรรถนะการดูแลสุขภาพข้ามวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล เช่น ทักษะการสื่อสารทางวัฒนธรรม องค์ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม และ ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เพื่อให้ผลการวิจัย เรื่อง แนวทางการประเมินสภาวะสุขภาพตามมิติทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม มีความน่าเชื่อถือ และได้รับการตรวจสอบความถูกต้องมากยิ่งขึ้น ในการวิจัยครั้งต่อไปควรทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ อ้อมตัวโดยใช้เทคนิคเดลฟาย และวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) เพื่อให้ทราบองค์ประกอบของมิติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยละเอียดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 24 ท่าน ที่สละเวลาอันมีค่าเพื่อให้ข้อมูลการวิจัย และให้คำชี้แนะระหว่างการดำเนินการวิจัย นอกจากนี้ขอขอบพระคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และมหาวิทยาลัยบูรพา ผู้มอบทุนเพื่อทำการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้สนับสนุนการดำเนินการวิจัย

References

1. Kaewanuchit C, Thongpoon K, & Chaikan A, Towards Primary Health Care Reforms in 21st Century. The Public Health Journal of Burapha University. 2014; 9: 108-20. (in Thai)
2. Angkasilp S. Future of Thailand's Health Thailand 4.0. Permanent Secretary for Public Health, Challenge: Thai Nurses 4.0. Nursing division, Ministry of Public Health together with Association of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Asia hotel Bangkok. 2016. (in Thai)
3. Sirisunthorn P. Culture and Health. Documentation on the topic of culture and health for undergraduate students, Faculty of nursing, Naresuan University. [Online]. 2016 [retrieved January 25, 2016]. From www.socsci.nu.ac.th/pdf. (in Thai)
4. Puttaruksa L, Khumyu A, Chaisena DJ, Standards of transcultural nursing service relying on expert perspective. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2016; 26: 66-77. (in Thai)
5. Leininger MM, McFarland MR, Transcultural nursing: Concepts, theories research and practice (3rd ed). New York: McGraw-Hill. 2002.
6. Songwattana P. Nursing Research Across Cultures: Research Concepts and Issues. Thai Journal of Nursing Council 2014; 29 : 5-21. (in Thai)
7. Hanyut A. Nursing process and its application. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014; 15 : 137-43. (in Thai)



8. Berman A, Snyder S, Koziar B, Erb G, Fundamental of Nursing Concepts, Process, and Practice (8th ed). New Jersey: Pearson Prentice Hall. 2008.
9. Giger JN, Davidhizar RE. Transcultural nursing: assessment and intervention (4th ed). St. Louis: Mosby. 2008.
10. Fujiwara Y. Culturally congruent care: a concept analysis. J JPN Academy of Midwifery. 2008; 22 : 7-16.
11. Hiranchunha S, Sangchan H, Songwathana P, Petpichetchian W. Cultural competence in nursing: concept to practice. Thai Journal of Nursing Council. 2007; 22: 9-27. (in Thai)
12. Jirarode A. Study of cultural competency of lecturers and students in faculty of nursing, Thammasat University. Journal of Science and Technology, 2015; 23: 106-22. (in Thai)
13. Mansiri P, Srijakkot J. Cultural competency of nurse administrators and staff nurses in regional hospitals being under the ministry of public health. Journal of Nursing and Health Care. 2015; 33: 168-175. (in Thai)
14. Samun K, Deoisres W, Theinpichet S, Cultural care needs and Islamic beliefs and actual care received during antepartum, intrapartum and postpartum period among Muslim women. Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2012; 20: 33-44. (in Thai)
15. Arayathanitkul B. Instructional approach for enhancing cultural competence of nursing students. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15: 49-57. (in Thai)
16. Puttaruksa L. The Role of Nursing instructors in applying the concept of transcultural nursing into practice. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2016; 26: 11-22.
17. Puttaruksa L, Khumyu A, Chaisena DJ. The development of Performance criteria and Standards of Transcultural nursing service. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2017; 27: 168-184. (in Thai)
18. Reeves S, Kuper A, Hodges B, Qualitative research methodologies: Ethnography. British Medical Journal. 2008; 337: 512-14.
19. Liamputtong P. Qualitative Research Methods. Australia & New Zealand: Oxford University Press. 2009.
20. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1985.
21. Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. Journal of Transcultural Nursing. 2002; 13 : 181-4.
22. Bernal H. A model for delivering culture-relevant care in the Community. Public Health Nursing. 1993; 10 : 228-232.
23. Anderson NL, Boyle JD, Davidhizar RE, Giger JN, McFarland MR, Papadopoulos I, & Wehbe-Alamah H. Chapter 7. Cultural health assessment. In MK. Douglas DF. Paequiao (Eds.), Core curriculum in transcultural nursing and health care[Supplement]. Journal of Transcultural Nursing. 2010; 21 : (Suppl.1).
24. Ngo HV. Cultural competence: A guide for organizational change. Calgary, AB: Citizenship and Immigration Canada. 2008.



25. Ogilvie LD, BugessPinto E. Caufield, C. Challenges and approaches to newcomer health research. *J Transcult Nurs.*, 2008; 19 : 541-55.
26. Grann VR. Erasing barriers to minority participation in cancer research. *Womens Health (Larchmt)*. 2010; 19 : 837-8.
27. Snowden LR. Toward a culturally competent evaluation in health and mental health. *Multicultural Health Evaluation*. 2003; 22: 452-9.