



บทความวิจัย

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

ชฎารัตน์ ครุตศุทธิพิพัฒน์* และสุวิณี วิวัฒน์วานิช**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษชั้น 12

พระราม 1 เขตปทุมวัน กทม. 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมรายด้าน, เพื่อศึกษาตัวชี้วัดย่อยในแต่ละด้านของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

แบบแผนการวิจัย: วิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้เดลฟายเทคนิค

วิธีดำเนินการวิจัย: ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญ 18 คนได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมคุณภาพการพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ถูกสัมภาษณ์เกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ผ่านการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และข้อคำถามปลายเปิด ขั้นตอนที่ 2 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา มาสร้างแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำคัญของข้อคำถามแต่ละข้อ ขั้นตอนที่ 3 นำข้อมูลที่ได้คำนวณค่ามัธยฐาน พิสัยระหว่างควอไทล์ และส่งแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบ หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่ามัธยฐาน และ พิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย: ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ประกอบด้วยตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล 31 ข้อ เป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญระดับมากที่สุด 25 ข้อ และตัวชี้วัดที่มีความสำคัญระดับมาก 6 ข้อ จำแนกเป็น 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม 2) ตัวชี้วัดย่อย 2) ด้านความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 10 ตัวชี้วัดย่อย 3) ด้านการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ 2 ตัวชี้วัดย่อย 4) ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถี ความเชื่อที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล 12 ตัวชี้วัดย่อย และ 5) ด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน 5 ตัวชี้วัดย่อย

สรุป: ผลการวิจัยนี้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ตัวชี้วัดผลลัพธ์ / การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม



Transcultural Nursing Outcome Indicators

Chadarat Krutsutthipipat* and Suvinee Wivatvanit**

Abstract

Objectives: To study transcultural nursing outcome indicators in each aspect, and to study sub-indicators in each aspect of transcultural nursing outcome indicators

Research Design: Descriptive research using Delphi technique

Methods: There were three steps: firstly, all 18 selected experts, including nurse administrators, quality nurses, transcultural nursing professors and transcultural nursing experts, were interviewed to identify transcultural nursing outcome indicators through semi-structured interview and open-ended questions: secondly, the data gained from the first stage was analyzed the content in order to create rating scale questionnaire which experts gave some comment on the level of importance of each question: thirdly, experts' comment was calculated to find median and the interquartile range and then the questionnaire was sent to the experts for confirmation. After that, the data was computed for the median and the interquartile range to summarize the results.

Results: Transcultural nursing outcome Indicators were congruent with the experts with 31 items, namely 25 items with the highest level of importance and 6 with the high level of importance. These were classified into five categories as follows: 1) Patient Safety in transcultural nursing with 2 sub indicators; 2) Satisfaction in transcultural nursing service with 10 sub indicators; 3) The knowledge and understanding of health matter in transcultural nursing communication with 2 sub indicators; 4) Healthcare pathways based on belief aligning with the treatment plan with 12 sub indicators; and 5) Transcultural nursing to alleviate the suffering with 5 sub indicators.

Conclusion: The results can be applied as a guideline for nursing administrators in determining appropriate transcultural nursing outcome indicators.

Keywords: Outcome indicator, Transcultural nursing



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงของโลกในปัจจุบัน ประกอบกับนโยบายหลักของรัฐบาลเรื่องการพัฒนาประเทศให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) ส่งผลให้ผู้ป่วยชาวต่างชาติเข้ารับบริการสุขภาพในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น จากสถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2555 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติเพิ่มขึ้นอัตรา 1.8 เท่าภายใน 5 ปี และสถิตินักท่องเที่ยวชาวต่างชาติในช่วงปี พ.ศ. 2545-2556 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 2.48 เท่า ในระยะเวลา 12 ปี (Department of Health Service Support, 2013) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการสุขภาพจะมีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรมเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดสภาวะการแข่งขันของกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยของรัฐในประเทศ ร่วมกับสภาวะการแข่งขันจากต่างประเทศ อาทิ ประเทศสิงคโปร์ และประเทศอินเดีย ส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชนหันมาปรับปรุงการบริหารที่เน้นคุณภาพด้านผลลัพธ์การบริการให้เป็นที่ยอมรับในระดับสากล (Medical Hub, 2010)

ปัจจุบันมีผู้ศึกษาปัจจัยด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยชาวต่างชาติที่มีผลต่อบริการในโรงพยาบาลเอกชน พบว่าคนไข้ที่มีพื้นฐานเชื้อชาติ วัฒนธรรม และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน จะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการรับบริการที่ระดับแตกต่างกัน (Mongkolrat, 2008) อีกทั้งการศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพและการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของชาวต่างชาติในประเทศไทย พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งพฤติกรรมการใช้บริการ อัยยาคัยโมตรี ด้านการประสานงาน และการให้ข้อมูล แต่พบว่าทักษะด้านการสื่อสารโดยใช้ภาษาอังกฤษของพยาบาลจัดเป็นส่วนที่ผู้ใช้บริการชาวต่างชาติให้คะแนนน้อยที่สุด (Turner & Von Bormann, 2013) จึงเป็นที่มาของการศึกษา และพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนอย่างต่อเนื่อง

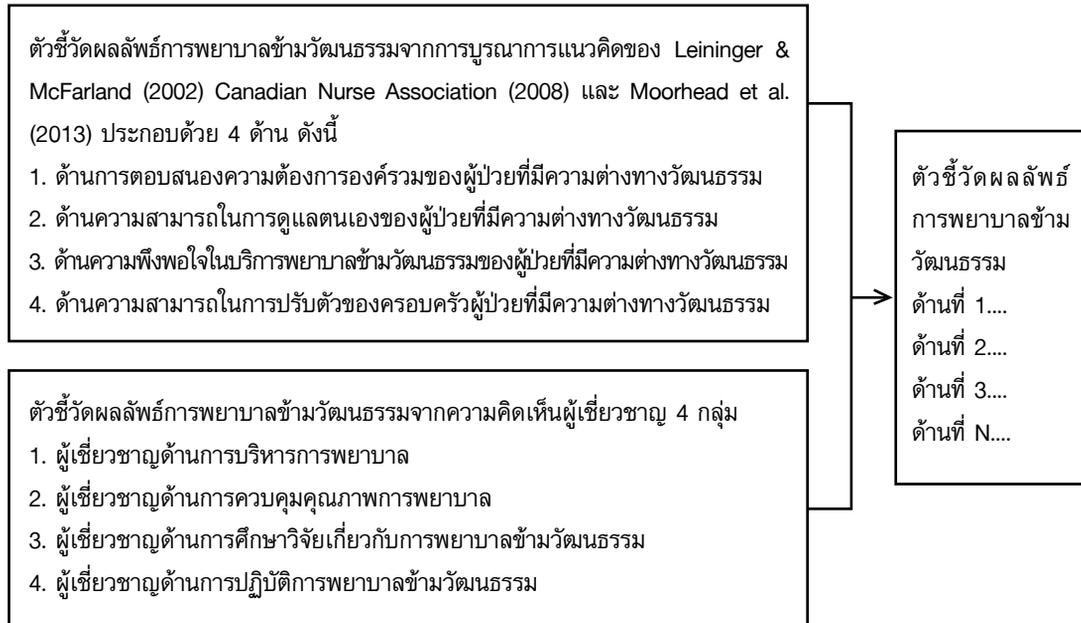
Gaesawahong (2004) ได้ดำเนินการศึกษาตัวประกอบ และตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบสมรรถนะการพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน ต่อมา

Wiboonpan & Prachusilpa (2009) ศึกษาสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน จำแนกสมรรถนะออกเป็น 7 ด้าน คือ สมรรถนะด้านการรับรู้ความต่างทางวัฒนธรรม สมรรถนะด้านการติดต่อสื่อสาร สมรรถนะด้านการคิดริเริ่มนวัตกรรมการให้บริการ สมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยง สมรรถนะด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ สมรรถนะด้านกระบวนการพยาบาล และสมรรถนะด้านจริยธรรม จากนั้น Chuthip (2014) ดำเนินการศึกษการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน สมรรถนะหลักประกอบด้วย 9 ด้าน 69 ข้อรายการ และแบบประเมินที่ได้ยังสามารถนำไปใช้ประเมินสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพได้อีกด้วย อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวเป็นเพียงการพัฒนาด้านสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ซึ่งยังไม่สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมอย่างแท้จริง

ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงให้ความสำคัญในการพัฒนาเครื่องมือ หรือตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ ที่จะช่วยในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมขึ้นจากการศึกษาพบว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเป็นตัวชี้วัดในภาพรวมของโรงพยาบาล อาทิ อัตราการติดเชื้อ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม และความพึงพอใจในบริการ (Sawaengdee, 2004) และมีการใช้ระบบการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcome Classification: NOC) กับพยาบาลทั่วไป ทุกกลุ่มโรค และทุกกลุ่มผู้ป่วย (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2013) แต่เนื่องจากปัจจัยด้านความหลากหลายทางวัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมทางสุขภาพของผู้ป่วยต่างชาติส่งผลให้ตัวชี้วัดที่ใช้อยู่ยังไม่สามารถชี้เฉพาะกับผู้ป่วยชาวต่างชาติได้ ผู้วิจัยจึงได้บูรณาการแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger & McFarland (2002) แนวคิดมาตรฐานการพยาบาลเชิงจริยธรรมของ Canadian Nurse Association (2008) และแนวคิดการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลของ Moorhead, Johnson, Maas, &



Swanson (2013) นำมาสรุปเป็นกรอบแนวคิด (ดัง แสดงในภาพที่ 1) เพื่อไปใช้ในการศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์ การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม อันนำไปสู่การพัฒนา แนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่างชาติให้มีประสิทธิภาพต่อไป



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้าม วัฒนธรรมรายด้าน
2. เพื่อศึกษาตัวชี้วัดย่อยในแต่ละด้านของตัว ชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้เดลฟายเทคนิค (Delphi technique) ในการรวบรวมความคิดเห็นของ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ผู้เชี่ยวชาญ คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนา ตัวชี้วัด และการประเมินคุณภาพการพยาบาลข้าม วัฒนธรรม จำนวน 18 คน กำหนดขนาดผู้เชี่ยวชาญ ตามการศึกษาของ Macmillan (1971 cited in Srisatidnarakul, 2010) คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่มีความ เฉพาะเจาะจง หรือสุ่มแบบสนองวัตถุประสงค์ของงาน วิจัย (Purposive sampling) โดยแบ่งผู้เชี่ยวชาญออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการ

พยาบาล 4 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมคุณภาพ การพยาบาล 5 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 4 คน ผู้เชี่ยวชาญด้าน การปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และข้อ คำถามปลายเปิด ที่ได้จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมในงานวิจัย ได้ แสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง เกี่ยวกับตัวชี้วัดผล ลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเรื่องตัวชี้วัดผลลัพธ์การ พยาบาลข้ามวัฒนธรรม มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญ ได้พิจารณาตัวชี้วัดแต่ละด้าน ว่ามีตัวชี้วัดย่อยที่มีความ สำคัญในระดับมากน้อยเพียงใด และมีข้อคำถามปลาย เปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็น หรือให้ข้อ เสนอแนะเพิ่มเติมได้อย่างอิสระ



ชุดที่ 3 แบบสอบถามเรื่องตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากแบบสอบถามรอบที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ยืนยันคำตอบ การให้ระดับความสำคัญของตัวชี้วัดแต่ละข้อ โดยมีการแสดงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ด้วยการระบุค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ประกอบกับแสดงตำแหน่งคำตอบของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบในแบบสอบถามรอบที่ 2 สำหรับใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณายืนยัน หรือเปลี่ยนแปลงระดับความสำคัญให้สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2558 และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยนำเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Information sheet) ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย โดยให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบว่าผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ และแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุลของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย แบบสอบถามจะเก็บเป็นความลับ และทำลายเทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ทันทีเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ผลการวิจัยจะสรุป และนำมาคำนวณในภาพรวม ที่ไม่สามารถเชื่อมโยงอ้างอิงไปถึงผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัยได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้ มี 3 รอบ โดยมีรายละเอียด คือ

รอบที่ 1 สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 18 คน เพื่อรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดที่ได้จากการบูรณาการทบทวนวรรณกรรม จนได้เนื้อหาที่ครอบคลุมตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ตามกรอบแนวคิดจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ สรุปเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อนำ

ไปสร้างแบบสอบถามตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

รอบที่ 2 ส่งแบบสอบถามตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นว่า ตัวชี้วัดแต่ละข้อมีความสำคัญในระดับใด ตั้งแต่ระดับความสำคัญมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

รอบที่ 3 ส่งแบบสอบถามตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ที่มีค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ของแต่ละข้อที่ได้จากรอบ 2 ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตัดสินยืนยัน หรือเปลี่ยนแปลงคำตอบให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่

การวิเคราะห์ข้อมูล

รอบที่ 1 ถอดเทปจากการสัมภาษณ์ ภายหลังจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 18 คน และนำข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดที่ได้จากการบูรณาการทบทวนวรรณกรรม จัดกลุ่มตามหมวดหมู่ จากนั้นนำมาสร้างข้อรายการตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

รอบที่ 2 และรอบที่ 3 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตัดสินยืนยัน หรือเปลี่ยนแปลงคำตอบให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ การวิเคราะห์ข้อมูลจึงพิจารณาจากข้อที่มีค่ามัธยฐานมากกว่า 3.5 และมีความสอดคล้องของข้อความที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50 และเกณฑ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากรอบที่ 2 และรอบที่ 3 มีการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลไม่เกินร้อยละ 15 ถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Linestone & Turoff, 1975) ในงานวิจัยนี้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมมีความสำคัญระดับมากถึงมากที่สุด มีความสอดคล้องกันทุกข้อ และมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 2.9 ผู้วิจัยจึงยุติการส่งแบบสอบถาม และสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้ได้ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ประกอบด้วยตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล 5 ด้าน รายการตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อย 31 ข้อ



ดังนี้ ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม 2 ข้อ ด้านความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 10 ข้อ ด้านการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ 2 ข้อ ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถี ความเชื่อ สอดคล้องกับการรักษาพยาบาล 12 ข้อ และด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน 5 ข้อ ดังนี้

1. ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม (2 ข้อ)

1.1 จำนวนการระบุตัวผู้ป่วยต่างชาติถูกต้อง (Patient Identification)

1.2 จำนวนการเกิดความผิดพลาดในการบริหารยาแก่ผู้ป่วยชาวต่างชาติ (Administration medication error)

2. ด้านความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (10 ข้อ)

2.1. ระดับความพึงพอใจในการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยชาวต่างชาติ

2.2. ระดับความพึงพอใจต่อการมีอิสระในการแสดงออกทางศาสนา ความเชื่อ

2.3. ระดับความพึงพอใจต่อการได้รับอาหารตามวัฒนธรรม และแผนการรักษา

2.4. ระดับความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (อัตราการชมเชยต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม)

2.5. ระดับความพึงพอใจต่อการสร้างสัมพันธภาพข้ามวัฒนธรรม

2.6. จำนวนการเกิดข้อร้องเรียนต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

2.7. ระดับความพึงพอใจต่อการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม

2.8. ระดับความพึงพอใจต่อระบบการส่งต่อ เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องในประเทศของผู้ป่วย

2.9. จำนวนการเกิดข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการสื่อสาร

2.10. จำนวนการกลับมาใช้บริการในแผนกเดิม

3. ด้านการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ (2 ข้อ)

3.1 จำนวนการใช้แหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือด้านภาษา

3.2 จำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ด้านความรู้ของผู้ป่วย

4. ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถี ความเชื่อ สอดคล้องกับการรักษาพยาบาล (12 ข้อ)

4.1 อัตราการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสมตามวิถีความเชื่อ โรค และแผนการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยชาวต่างชาติ

4.2 อัตราการให้ความร่วมมือของครอบครัวผู้ป่วยชาวต่างชาติกับพยาบาล และทีมสุขภาพในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาและวิถีชีวิต

4.3 อัตราการดูแลตนเองอย่างถูกต้องตามวิถีความเชื่อ วัฒนธรรม สอดคล้องกับ โรค และแผนการรักษาของผู้ป่วยชาวต่างชาติ

4.4 อัตราการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องก่อนการส่งตัวเพื่อไปรักษาต่อที่ประเทศของผู้ป่วย

4.5 อัตราการดูแลตนเองอย่างถูกต้องของผู้ป่วยชาวต่างชาติ ก่อน-หลังทำหัตถการ/การผ่าตัด

4.6 อัตราการดูแลตัวเองอย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้านของผู้ป่วยชาวต่างชาติ

4.7 อัตราการรับประทานยาอย่างถูกต้องของผู้ป่วยชาวต่างชาติ

4.8 จำนวนการปฏิเสธการรักษา ที่ขัดต่อศาสนา และวัฒนธรรมของผู้ป่วยชาวต่างชาติ

4.9 อัตราการเกิดการพลัดตกหกล้มที่ป้องกันได้ในผู้ป่วยชาวต่างชาติ (Fall Risk)

4.10 อัตราการเกิดแผลกดทับที่ป้องกันได้ในผู้ป่วยชาวต่างชาติ (Pressure sore)

4.11 อัตราการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบที่ป้องกันได้ในผู้ป่วยชาวต่างชาติ (Phlebitis)

4.12 อัตราการกลับมาพบแพทย์อย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยชาวต่างชาติ

5. ด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน (5 ข้อ)

5.1 ระดับความปวด (Pain score) และ/หรือระดับความสบาย (Comfort scale)

5.2 ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวต่อ



สภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

5.3 จำนวนชั่วโมงการพักผ่อนเพียงพอตามความวิถีชีวิตดั้งเดิม

5.4 ระดับความเครียดของครอบครัวผู้ป่วย

5.5 ระดับความวิตกกังวลต่อสภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมรายด้าน

จากผลการวิจัย พบว่า ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม ด้านความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ด้านการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถี ความเชื่อที่สอดคล้องกับการรักษาพยาบาล และด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน ทั้งนี้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ทุกด้านมีความสำคัญระดับมากที่สุด (Mdn= 4.57-4.88, IR= 0.65-1) เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญในงานวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาตัวชี้วัด และการประเมินคุณภาพการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม อีกทั้งผู้เชี่ยวชาญทุกท่านมีความยินดีและมีเวลาในการถกแถลงความคิด ในการตอบแบบสอบถามทั้ง 3 รอบ ทำให้ได้มาซึ่งตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ที่มีความสำคัญระดับมากที่สุด และเป็นฉันทามติ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการวิจัยเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) กล่าวคือ ควรเลือกผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ มีประสบการณ์ และมีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่จะศึกษาเป็นอย่างดี และสนใจเรื่องที่ต้องการจะศึกษา เพื่อให้ผลการวิจัยมีความถูกต้องน่าเชื่อถือ

2. เพื่อศึกษาตัวชี้วัดย่อยในแต่ละด้านของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จากผลการวิจัยพบว่า ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ประกอบด้วย 5 ด้าน 31 ตัวชี้วัดย่อย ได้แก่ ด้านความ

ปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม 2 ตัวชี้วัดย่อย ด้านความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 10 ตัวชี้วัดย่อย ด้านการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ 2 ตัวชี้วัดย่อย ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถี ความเชื่อสอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล 12 ตัวชี้วัดย่อย และด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน 5 ตัวชี้วัดย่อย ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยเป็นรายด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นสอดคล้องกัน และให้ความสำคัญระดับมากที่สุดทุกข้อ (Mdn= 4.79-4.97, IR= 0.53-0.77) และตัวชี้วัดย่อยที่มีค่ามัธยฐานสูงสุดคือ จำนวนการระบุตัวผู้ป่วยต่างชาติถูกต้อง (Patient Identification) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม คือ ผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิต (Andrews & Boyle, 2016) อีกทั้งวัฒนธรรมแต่ละเชื้อชาติที่มีความเฉพาะเจาะจง อาทิ วัฒนธรรมของผู้ป่วยชาวอาหรับ ด้านการแต่งกายของสตรี จะห้ามไม่ให้สตรีเปิดเผยอวัยวะร่างกายแก่ผู้ที่ไม่ใช่สามี หรือญาติผู้ใกล้ชิด นอกจากมือ และใบหน้าบางส่วนเท่านั้น ดังนั้นสตรีชาวอาหรับจึงมีการสวมผ้าคลุมศีรษะ และใส่เสื้อผ้าปิดใบหน้าลำตัวตลอดเวลา ด้านภาษา ผู้ป่วยชาวอาหรับจะใช้ภาษาอาหรับเป็นภาษาราชการ และการเรียกชื่อของผู้ป่วยจะมีการใช้ชื่อต้น และ/หรือชื่อกลางที่มีการสะกดหรือการออกเสียงที่คล้ายคลึงกัน (Hammad, Kysia, Rabah, Hassoun & Connelly, 1999) ทำให้มีโอกาสเสี่ยงสูงในการที่พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ จะระบุตัวผู้ป่วยผิดคน การระบุตัวตนของผู้ป่วย (Patient identification) จัดเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง เนื่องจากการเกิดความผิดพลาดต่อผู้ป่วย สามารถเกิดได้กับทุกระบวนการในการตรวจรักษา หรือให้การพยาบาล สำหรับองค์การในระดับสากลทั้ง Joint Commission International และ World Health Organization ต่างให้ความสำคัญ และจัดให้การระบุ



ตัวตนของผู้ป่วยเป็นมาตรฐานสากลที่โรงพยาบาลจะต้องยึดปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยทุกเชื้อชาติ (Joint Commission International, 2016)

ด้านที่ 2 ด้านความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นสอดคล้องกัน และให้ความสำคัญระดับมากถึงมากที่สุด ($Mdn=4.13-4.94$, $IR=0.56-1.19$) และตัวชี้วัดย่อยที่มีค่ามัธยฐานสูงสุด คือ ระดับความพึงพอใจในการพิทักษ์สิทธิ์ การให้บริการพยาบาลเพื่อจะบรรลุความพึงพอใจของผู้ป่วยได้นั้น พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ ความสามารถในการประเมินถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย อีกทั้งแสดงออกถึงพฤติกรรมการให้บริการที่สอดคล้อง และตรงตามความต้องการ แต่เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา จะมีข้อจำกัดทางด้านภาษา ศาสนา ความเชื่อ ค่านิยม หรือวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากพยาบาล ดังนั้นศาสตร์ของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมจึงมีส่วนสำคัญ เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกเชื้อชาติได้อย่างดี (Leininger, 2002) ผลการวิจัยสอดคล้องกับ ตัวชี้วัดในโมเดลขององค์กรสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมในประเทศแคนาดา พบว่าตัวชี้วัดด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยจัดเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่มีความสำคัญ โดยความพึงพอใจของผู้ป่วย และครอบครัวสามารถวัดในหลายมิติทั้งความพึงพอใจต่อบริการด้านต่างๆขององค์กร ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล และความพึงพอใจในบริการช่วยเหลือด้านภาษา (Walker, Cromarty, Kelly & Pierre-Hansen, 2009)

ด้านที่ 3 ด้านการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นสอดคล้องกัน และให้ความสำคัญระดับมากถึงมากที่สุด ($Mdn=4.33-4.81$, $IR=0.43-1.35$) ผลการวิจัยพบว่าตัวชี้วัดย่อยที่มีค่ามัธยฐานสูงสุด คือ จำนวนการใช้แหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือด้านภาษา ($Mdn=4.81$, $IR=0.43$) การสื่อสารที่ดีระหว่างพยาบาล และผู้ป่วยจะต้องเป็นการสื่อสารที่ชัดเจน เพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะโรค และสามารถ

ดูแลตนเองได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยและพยาบาลอาจมีปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการสื่อสาร อีกทั้งการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางเชื้อชาติต่อการอธิบายข้อมูลทางการแพทย์อาจแตกต่างกันไปตามการรับรู้ตามความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้ป่วย (Johnson, Saha, Arbelaez, Beach, & Cooper, 2004) ดังนั้นพยาบาลจึงควรจะมีการประเมินความรู้ ความเข้าใจ ก่อนและหลังการได้รับข้อมูล เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และเข้าใจสอดคล้องกัน เนื่องจากการสื่อสารที่ไม่ดีจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่เข้าใจในแผนการรักษา ข้อวินิจฉัยหรือภาวะโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา และ/หรือ มีปัญหาในการเซ็นยินยอมก่อนทำการตรวจรักษา (Nelson, 2002) ผลการศึกษาสอดคล้องกับมาตรฐานขององค์กรสุขภาพในต่างประเทศ คือ ประเทศในสหรัฐอเมริกา (The CLAS Standards) และประเทศในแถบยุโรป ที่กำหนดมาตรฐานเรื่องการให้บริการช่วยเหลือด้านภาษาไว้อย่างชัดเจนว่า ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องได้รับบริการช่วยเหลือด้านภาษาจากทั้งพนักงาน และผู้ช่วยเหลือด้านภาษา (ล่าม) อย่างเพียงพอ (Anderson, Scrimshaw, Fullilove, Fielding & Normand, 2003) ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของ Ngo-Metzger et al. (2007) ที่ศึกษาคุณภาพการดูแลที่ดีของผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการใช้ภาษาอังกฤษกับความสำคัญของการใช้ภาษา ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่ใช้ภาษาแตกต่างจากผู้ให้บริการหรือบุคลากรทางการแพทย์จะได้รับสุขศึกษาน้อยกว่าผู้ใช้ภาษาเดียวกับบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ดี และให้คะแนนการบริการต่ำ

ด้านที่ 4 ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถี ความเชื่อ สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นสอดคล้องกัน และให้ความสำคัญระดับมากถึงมากที่สุด ($Mdn=4.07-4.87$, $IR=0.64-1.38$) ตัวชี้วัดย่อยที่มีค่ามัธยฐานสูงสุด ($Mdn=4.87$, $IR=0.64$) คือ อัตราการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสมตามวิถีความเชื่อ โรค และแผนการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยชาวต่างชาติ สอดคล้องกับทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ



Purnell & Paulanka (1998) ที่กล่าวว่าครอบครัวจัดเป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด อีกทั้งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงควรคำนึงถึงครอบครัวผู้ป่วยทั้งเรื่องความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ความเข้าใจในสภาวะโรค และการจัดการภาวะด้านอารมณ์เมื่อมีผู้ป่วยในครอบครัว หลักการวางแผนการพยาบาลร่วมกับครอบครัวผู้ป่วยจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมที่สุดในการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินความต้องการ หรือวัฒนธรรม วิธีการดำเนินชีวิตดั้งเดิมของผู้ป่วย และครอบครัวได้โดยตรง ครอบครัวให้ความร่วมมือในการพยาบาล เนื่องจากพยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลได้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย (Leininger, 2002) และง่ายในการติดตามประเมินความสามารถในการจัดการด้านอารมณ์ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพตามวิถีชีวิตดั้งเดิมที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Barnsley, Berta, Cockerill, MacPhail & Vayda (2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับตัวชี้วัดด้านความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพบว่าตัวชี้วัดดังกล่าวมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Cook, Grothaus, Gutierrez, Kehoe & Valentin (2010) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนการรักษา และให้ความรู้ร่วมกันระหว่างพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัวและผู้ป่วยโรคหัวใจชนพื้นเมืองฮาวายในประเทศสหรัฐอเมริกา ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องภายหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยการใช้บอลลูน ส่งผลให้ผู้ป่วยลดระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาลและลดการกลับเข้ามาอนโรงพยาบาลภายใน 30 วันได้

ด้านที่ 5 ด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นสอดคล้องกัน และให้ความสำคัญระดับมากถึงมากที่สุด (Mdn= 4.36-4.83, IR= 0.60-1.22) ตัวชี้วัดย่อยที่มีค่ามัธยฐานสูงสุด (Mdn=4.83, IR= 0.60) คือ ระดับความปวด (Pain score) และ/หรือระดับความสบาย (Comfort scale) การตอบสนองต่ออาการปวด และความไม่สบายของผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมอาจมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์การจัดการความปวดทัศนคติและความเชื่อของแต่ละประเทศ (Lovering, 2006) การประเมินอาการปวดในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการใช้ภาษาเป็นเรื่องยาก และพบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการจัดการความปวดที่ไม่ดีจะส่งผลให้การแสดงออกถึงอาการปวดหรืออาการไม่สบายอาจมากกว่าปกติ (Nielsen & Birekelund, 2009) ดังนั้นจึงควรมีการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยด้วยเครื่องมือสากล ประกอบกับการสังเกตสีหน้าท่าทาง การประเมินความสบาย (Comfort scale) และสัญญาณชีพผู้ป่วยประกอบ เพื่อแสดงถึงผลลัพธ์การพยาบาลที่แท้จริง

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ไปเป็นแนวทางในการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม เพื่อให้เกิดคุณภาพในการบริการผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมแบบองค์รวม

2. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

นำผลการวิจัยไปศึกษาการกำหนดเกณฑ์ชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมต่อไป



รายการอ้างอิง

- Anderson, L.M., Scrimshaw, S.C., Fullilove, M.T., Fielding, J.E. & Normand, J. (2003). Culturally Competent Healthcare Systems A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24, 68-79.
- Andrews, M.M. & Boyle, J.S. (2016). *Transcultural Concepts in Nursing Care* (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Barnsley, J., Berta, W., Cockerill, R., MacPhail, J. & Vayda, E. (2005). Identifying performance indicators for family practice: assessing levels of consensus. *Canadian Family Physician Medecin de famille canadien*, 51(5), 700-701.
- Canadian Nurse Association. (2008). *Code of Ethics*. Retrieved January, 21, 2015, from <http://www.cna-aiic.ca/~media/can/page-content/pdf-fr/code-of-ethics-for-registered-nurse.pdf?la=en>
- Chuthip, P. (2014). *The development of transcultural nurse competency assessment scale of professional nurse, Private hospital*. Unpublished Master's Thesis, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.
- Cook, A., Grothaus, C.T., Gutierrez, C.E., Kehoe, K.A. & Valentin, M.R. (2010). Closing the gap disparity in Native Hawaiian cardiac care. *Hawaii Medical Journal*, 69 (May, 5), 7-10.
- Department of Health Service Support. (2013). *The result of the operation of health policies and strategies of the Ministry of Health, fiscal year 2555*. Retrieved October, 20, 2014, from http://203.157.7.46/display_document.jsp?id=D00000001024.
- Gaesawahong, R. (2004). *A factor analysis of professional nurse's competencies private hospital*. Unpublished Master's Thesis, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.
- Hammad, A., Kysia, R., Rabah, R., Hassoun R. & Connelly, M. (1999). *ACCESS Arab Community Center for Economic and Social Services*. Retrieved October, 24, 2016, from
- Johnson, R.L., Saha, S., Arbelaez, J.J., Beach, M.C. & Cooper, L.A. (2004). Racial and ethnic differences in patient perceptions of bias and cultural competence in health care. *Journal of General Internal Medicine*, 19 (2): 101-110.
- Joint Commission International. (2016). *Hospital: 2016 National Patient Safety Goals*. Retrieved November 27, 2016 from <http://www.jointmission.org/assets/1/6/2016 NPSG HAP.pdf>
- Leininger, M. & McFarland, M.R. (2002). *Transcultural Nursing* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Leininger, M. (2002). Cultural care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189-192.
- Linestone, H.A. & Turoff, M. (1975). *The Delphi method techniques and application*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Lovering, S. (2006). Cultural Attitudes and Beliefs about Pain. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(4), 389-95.
- Medical Hub (2010). *Outline (draft) Strategic plan Thailand Development Research Centre and International Health*. (2553-2557 BC). Retrieved October 24, 2014, from <http://www.themedicalhub.net>.
- Mongkolrat, S. (2008). *Foreign patient customer*



- satisfaction with private hospital service.* Unpublished Master's Thesis, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Nelson, A. (2002). Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care. *Journal of the National Medical Association*, 94(8), 666-668.
- Ngo-Metzger, Q., Sorkin D.H., Phillips R.S., Greenfield S., Massagli M.P., Clarridge B. & Kaplan S.H. (2007). Providing high-quality care for limited English proficient patients: the importance of language concordance and interpreter use. *Journal of General Internal medicine*, 22(2), 324-330.
- Nielsen, B. & Birkelund, R. (2009). Minority ethnic patients in the Danish healthcare system- a qualitative study of nurse' experience when meeting minority ethnic patient. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 431-437.
- Purnell, L. & Paulank, B. (1998). *Transcultural health care: A culturally competent approach*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Sawaengdee, K. Editor. (2004). *Quality indicators for hospital care* (1st ed.). Bangkok: Samcharoen Panich.
- Srisatidnarakul, B. (2010). *The Methodology in Nursing Research* (5th ed.) Bangkok: Uandi-inter-media.
- Turner, K. & Von Bormann, S. (2013). Health service utilization behaviors and quality of care perceived by foreigners living in Thailand. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 23(1), 1-29. (in Thai)
- Walker, R., Cromarty, H., Kelly, L. & Pierre-Hansen, N.St. (2009). Achieving cultural safety in Aboriginal health service: Implementation of a cross-cultural safety model in a hospital setting. *Diversity in Health and Care*, 6, 11-22.
- Wiboonpan, W & Prachusilpa, G. (2009). Transcultural Nursing Competency of Professional Nurse, Private Hospitals. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 21(3), 29-43. (in Thai)