

การพัฒนารูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรม ของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม

The Development of Health Status Assessment Based on the Cultural Model for Transcultural Clients

ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา, กศ.ด. (การศึกษาผู้ใหญ่) ¹

Laddawan Puttaruksa, Ed.D. (Adult Education) ¹

จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, Ph.D. (Nursing) ²

Jinjutha Chaisena Dallas, Ph.D. (Nursing) ²

Received: January 3, 2021 Revised: May 22, 2021 Accepted: May 25, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้เทคนิคเดลฟาย เพื่อศึกษาองค์ประกอบหลัก และองค์ประกอบย่อยของรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา/ด้านการวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม รวมจำนวน 18 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ปลายเปิดกึ่งโครงสร้าง และข้อคำถามปลายเปิด แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม (ฉบับที่ 1) และแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม (ฉบับที่ 2) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 รอบ ได้แก่ รอบที่ 1 การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ใช้เวลา 71 วัน รอบที่ 2 การสอบถามผู้เชี่ยวชาญ ใช้เวลา 55 วัน และรอบที่ 3 การสอบถามผู้เชี่ยวชาญ ใช้เวลา 30 วัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติมีฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

^{1,2} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

^{1,2} Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: laddawanp2550@gmail.com

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก 19 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ องค์ประกอบด้านปัจจัยส่วนบุคคล มี 6 องค์ประกอบย่อย องค์ประกอบด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิต มี 5 องค์ประกอบย่อย องค์ประกอบด้านการดูแลสุขภาพ มี 5 องค์ประกอบย่อย และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม มี 3 องค์ประกอบย่อย ซึ่งทุกองค์ประกอบย่อยมีความสำคัญต่อการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมระดับมากถึงมากที่สุด

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลวิชาชีพควรนำรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมไปใช้ เพื่อให้สามารถประเมินผู้รับบริการได้อย่างเป็นองค์รวม ซึ่งจะส่งผลให้การบริการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรม ผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม

Abstract

This descriptive research using the Delphi technique aimed to study the key components and sub-elements of health status assessment based on the cultural model for transcultural clients. The Delphi technique was utilized with 18 experts comprising nursing administration specialists, institutional education specialists in higher education or research in transcultural nursing, and transcultural nursing practice specialists. The research instruments included the semi-structured open-ended interview form with open-ended questions and the first and second edition opinion questionnaires on health status assessment based on the cultural model for transcultural clients. Data collection was performed three rounds: 1) expert interview (71 days), 2) expert inquiry (55 days), and 3) expert inquiry (30 days). Data were analyzed by means of content analysis, median statistics, and interquartile range.

The research results revealed that health status assessment based on the cultural model for transcultural clients consisted of four key components and nineteen sub-elements. The first component was personal's factors containing six sub-elements. The lifestyle behavior was the second one containing five sub-elements. Another one was health care which included five sub-elements. The last was the environment component with three sub-elements. All sub-elements are important to the greatest extent possible in assessing the transcultural health status of the clients.

This research suggests that registered nurses should adopt the health status assessment based on the cultural model for transcultural clients in order to be able to provide the holistic assessment to the service clients which will result in more efficient nursing services.

Keywords: Health status assessment based on cultural model, Transcultural clients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงในยุคไทยแลนด์ 4.0 เป็นยุคที่มีการเคลื่อนย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาติเพิ่มมากขึ้น และมีความหลากหลายทางเชื้อชาติวัฒนธรรม ส่งผลให้สังคมเข้าสู่สังคมพหุวัฒนธรรม (ชลธิชา แก้วอนุชิต, ขวัญศิริ ทองพูน, และอัมมมณฑา ไชยกาญจน์, 2557) จากสถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2561 พบว่ามีจำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาติเข้ามารับบริการในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 2.48 ของจำนวนผู้รับบริการทั้งประเทศ 61.64 ล้านคน/ปี เป็นร้อยละ 6.84 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ทำให้เกิดมุมมองที่ท้าทายใหม่ของการพยาบาลในปัจจุบัน โดยให้ความสำคัญในการนำข้อมูลของผู้รับบริการในด้านสังคมและวัฒนธรรมมาเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนและให้การพยาบาลผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุม โดยมุ่งหวังให้สอดคล้องกับชีวิตความเป็นอยู่และความต้องการทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ส่งผลต่อการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พัชรินทร์ สิริสุนทร, 2559)

การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้รับบริการจะต้องดำเนินการตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน โดยกระบวนการแรก คือ การประเมินภาวะสุขภาพ (health assessment) ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่ง เป็นการรวบรวมข้อมูล

เกี่ยวกับสถานะของโรค ความต้องการการดูแลของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล เพื่อวางแผนและให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม (Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2017) และจากการวิเคราะห์การประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งในระดับสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลและระดับปฏิบัติการในสถานพยาบาล นิยมใช้แบบประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health pattern) ได้ข้อมูลโดยการซักประวัติ การสังเกต การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ ซึ่งรายละเอียดในแบบประเมินประกอบด้วยอาการ อาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับประวัติการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ โดยพิจารณาจากพฤติกรรมของผู้รับบริการ เช่น การรับรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร การขับถ่าย (อรนนท์ หาญยุทธ, 2557) โดยข้อมูลดังกล่าวยังมีการเชื่อมโยงมิติด้านสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการสู่การดูแลภาวะสุขภาพของผู้รับบริการน้อยมาก

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่ง Leininger and McFarland (2002) กล่าวว่า อาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับความแตกต่างทางวัฒนธรรม นั่นคือ อาการ อาการแสดงของโรคที่ผู้รับบริการเป็นอยู่

ส่วนหนึ่งมาจากวัฒนธรรมความเชื่อของผู้รับบริการที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้รับบริการอาจมีการให้ความหมายและมีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน หรือให้การดูแลสุขภาพเบื้องต้นแตกต่างกัน ส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปแตกต่างกันด้วย (ปราณีต ส่องวัฒนา, 2557) ทั้งนี้มีนักวิจัยหลายคนที่น่าแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมมาบูรณาการสู่การปฏิบัติทางการพยาบาลและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล เช่น Giger and Davidhizar (2008) ได้ศึกษาการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ โดยใช้แนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 6 มิติ ได้แก่ มิติด้านการสื่อสาร มิติด้านการเปิดพื้นที่ส่วนตัว มิติด้านองค์กรทางสังคม มิติด้านเวลา มิติด้านการควบคุมด้วยสิ่งแวดล้อม และมิติด้านการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ ส่วน Fujiwara (2008) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ โดยกระตุ้นให้พยาบาลทำความเข้าใจและเข้าถึงพื้นที่ส่วนตัว การสื่อสาร และเข้าใจสิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม ส่งผลให้การปฏิบัติครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการแบบเป็นองค์รวมมากขึ้น นอกจากนี้ Moorhead, Johnson, Maas, and Swanson (2013) ยังได้เสนอแนวคิดการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความต้องการองค์รวมของผู้ป่วย ด้านความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ด้านความพึงพอใจในการบริการ และด้านความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย สำหรับประเทศไทย จากการศึกษาของสุดศิริ หิรัญขุนหะ, หทัยรัตน์ แสงจันทร์, ประณีต ส่องวัฒนา, และ วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (2550) และการศึกษาของ วีนุช วิบูลย์พันธ์ (2552) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะทางวัฒนธรรมทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่ามีสมรรถนะที่สำคัญ 7 ด้าน ได้แก่ สมรรถนะ

ด้านการรับรู้ความต่างทางวัฒนธรรม สมรรถนะด้านการติดต่อสื่อสาร สมรรถนะด้านการคิดริเริ่ม นวัตกรรม การให้บริการ สมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยง สมรรถนะด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ สมรรถนะด้านกระบวนการพยาบาล และสมรรถนะด้านจริยธรรม นอกจากนี้ จากการศึกษาของถัดดาวัลย์ พุทธรักษา, อาริรัตน์ จำอยู่, และ จินห์จุฬา ชัยเสนา ดาลาส (2560) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาเกณฑ์และมาตรฐานบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม พบว่ามี 3 มาตรฐาน 17 องค์ประกอบ ได้แก่ มาตรฐานเชิงโครงสร้าง 6 องค์ประกอบ มาตรฐานเชิงพฤติกรรม 8 องค์ประกอบ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ 3 องค์ประกอบ รวมทั้งการศึกษาของ ชฎารัตน์ ครุตสุทธิพิพัฒน์ และสุวิณี วิวัฒน์วานิช (2560) ที่ศึกษาเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม พบว่ามี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม ด้านความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ด้านการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถี และด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จะเห็นได้ว่า พยาบาลวิชาชีพต้องทำความเข้าใจ รับรู้ และพัฒนาสมรรถนะของตนเองในการเข้าถึงวัฒนธรรมของผู้รับบริการ และวัฒนธรรมด้านสุขภาพ เพื่อส่งผลดีต่อคุณภาพการพยาบาล ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ ลดความเสี่ยงด้านการสื่อสาร อันเกิดจากความเข้าใจที่ไม่ตรงกันตามความเชื่อ และวัฒนธรรมระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ ซึ่งช่องทางในการรับรู้และการทำความเข้าใจวัฒนธรรมของผู้รับบริการมาจากการประเมินภาวะสุขภาพ โดยการพูดคุย ชักถามประวัติการเจ็บป่วย ซึ่งในปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพนิยมใช้กรอบแนวคิดความต้องการพื้นฐานของบุคคลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นกรอบหลักเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจน

4 ประการ ได้แก่ 1) ประเมินครอบคลุมเบ็ดเสร็จด้านร่างกายและจิตใจที่สอดคล้องกับอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล 2) ประเมินเน้นเฉพาะอาการ 3) ประเมินเพื่อติดตามการรักษา และ 4) ประเมินเพื่อคัดกรองสุขภาพ ซึ่งพบว่ามี การนำข้อมูลด้านวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้รับบริการมาเชื่อมโยงเพื่อวางแผนการพยาบาลในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ศาสนา และแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันเท่านั้น แต่ยังไม่พบการนำข้อมูลด้านวัฒนธรรมสุขภาพของผู้รับบริการมาเชื่อมโยงในการวางแผนการพยาบาลเป็นรายบุคคล (Weber, 2014) ส่งผลให้ความเข้าใจและการรับรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการและพยาบาลวิชาชีพไม่ตรงกันได้

จากข้อมูลข้างต้น ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม โดยการนำองค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ตามแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมของ Giger and Davidhizar (2008) ซึ่งเป็นนักวิจัยทางการพยาบาลที่สามารถบูรณาการแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger and McFarland (2002) เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการประเมินพฤติกรรมทางวัฒนธรรมสุขภาพของผู้รับบริการ และเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพได้อย่างครอบคลุม อันเป็นการกระตุ้นและสร้างความตระหนักรู้กับบุคลากรทางสาธารณสุขให้เห็นความสำคัญของการนำข้อมูลทางวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้รับบริการมาใช้เป็นข้อมูลอีกส่วนหนึ่งในการวางแผนและให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยใช้

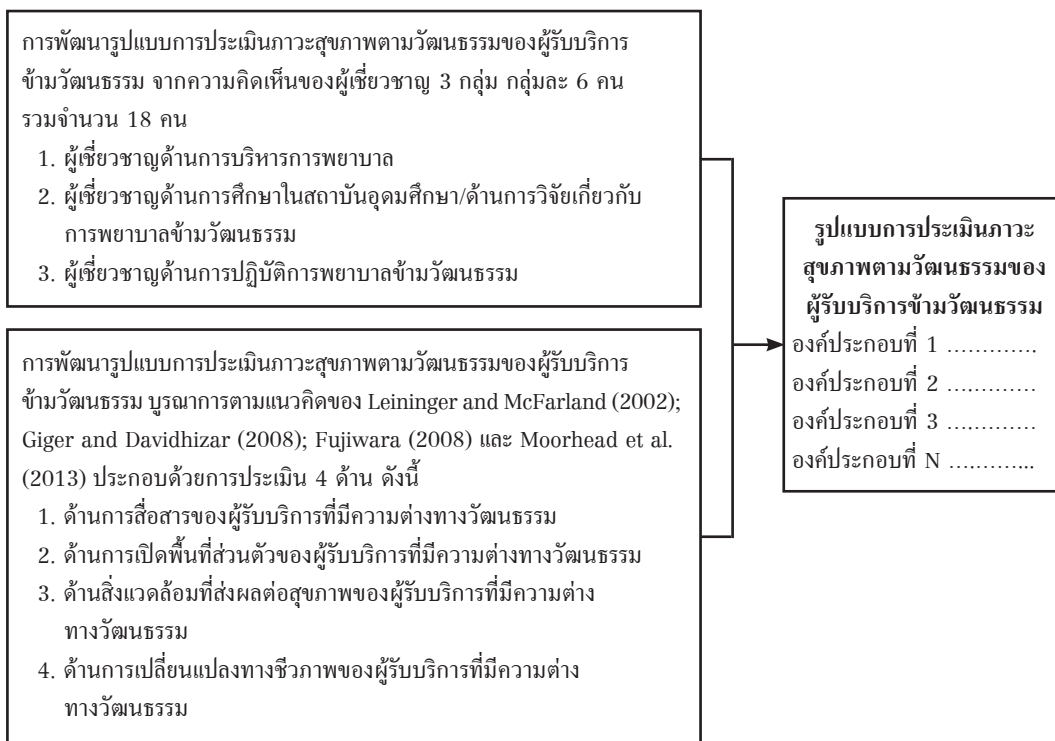
เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) รวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องและพิจารณาความเหมาะสมจนกว่าจะได้ฉันทามติเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมต่อไป โดยผู้วิจัยคาดหวังว่า ผลการวิจัยครั้งนี้จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ส่งผลให้การพยาบาลครอบคลุมองค์รวมของผู้รับบริการและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องและพิจารณาความเหมาะสมจนกว่าจะได้ฉันทามติ เนื่องจากการรวบรวมความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับองค์ความรู้ใหม่ เป็นการสืบค้นคำถามที่มีหลายมิติ เป็นองค์ความรู้เชิงลึกเฉพาะกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (Liamputtong, 2009) และผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger and McFarland (2002) แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมของ Giger and Davidhizar (2008) แนวคิดการส่งเสริมการปฏิบัติ การพยาบาลสู่ความเป็นเลิศของ Fujiwara (2008) และแนวคิดการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลของ Moorhead et al. (2013) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ในการรวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ผู้เชี่ยวชาญ ผู้เชี่ยวชาญแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป กลุ่มที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา/ด้านการวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นอาจารย์พยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาระดับ

ปริญญาโทขึ้นไป และมีประสบการณ์ในการประเมินภาวะสุขภาพ และกลุ่มที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมอย่างน้อย 5 ปี และ/หรือ มีผลงานวิชาการเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมปรากฏในช่วง 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2556–2560) กำหนดขนาดผู้เชี่ยวชาญระหว่าง 17–21 คน ซึ่งจะทำให้อัตราความคลาดเคลื่อนของข้อมูลลดลงและเหลือน้อยที่สุด คือ 0.02 (Liamputtong, 2009) โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 18 คน (กลุ่มละ 6 คน)

ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร่วมกับการใช้ snowball technique ซึ่งผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญทุกคน พบว่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปลายเปิด กึ่งโครงสร้าง และข้อคำถามปลายเปิด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระจากการสัมภาษณ์เชิงลึกใน 2 ประเด็น คือ องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม โดยมีแนวคำถามเกี่ยวกับ 1) ความหมายของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 2) ความหมายของวัฒนธรรม และมิติทางวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ และ 3) แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม (ฉบับที่ 1) ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำข้อมูลความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ได้จากการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์ (ชุดที่ 1) มาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการถอดเทปแบบคำต่อคำ (transcribed verbatim) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงใจความหลัก (thematic analysis) แยกข้อมูลและประเด็นย่อย (categories) (Liamputtong, 2009) ตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger and McFarland (2002) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ว่ามีความสำคัญระดับใด และมีข้อคำถามปลายเปิด เพื่อให้

ให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างอิสระ โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก และ 21 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม จำนวน 8 องค์ประกอบย่อย องค์ประกอบที่ 2 ด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม จำนวน 5 องค์ประกอบย่อย องค์ประกอบที่ 3 ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม จำนวน 5 องค์ประกอบย่อย และองค์ประกอบที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม จำนวน 3 องค์ประกอบย่อย มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ข้อความนั้นมีความสำคัญระดับน้อยที่สุด ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับมากที่สุด ในการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมฯ ทั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดว่า ข้อคำถามที่นำไปใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม (ฉบับที่ 2) จะต้องมีค่ามัธยฐานระหว่าง 3.50-5.00 ซึ่งหมายถึง การที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นว่ามีแนวโน้มที่จะใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมฯ ระดับมากถึงมากที่สุด และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 ซึ่งหมายถึง การที่ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 18 คน มีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นสอดคล้องกัน (Liamputtong, 2009)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม (ฉบับที่ 2) ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำข้อคำถามที่ผ่านการคัดเลือกตาม

เกณฑ์ที่กำหนด มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาชั้น/คงไว้ซึ่งคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบเกี่ยวกับรายละเอียดข้อคำถามในรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมฯ อีกครั้ง โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก และ 19 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ด้านปัจจัยส่วนบุคคลฯ จำนวน 6 องค์ประกอบย่อย องค์ประกอบที่ 2 ด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิตฯ จำนวน 5 องค์ประกอบย่อย องค์ประกอบที่ 3 ด้านการดูแลสุขภาพฯ จำนวน 5 องค์ประกอบย่อย และองค์ประกอบที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อมฯ จำนวน 3 องค์ประกอบย่อย มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ข้อความนั้นมีความสำคัญระดับน้อยที่สุด ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับมากที่สุด ในการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมฯ

การพิทักษ์สิทธิผู้เชี่ยวชาญ มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 118/2560 วันที่ 19 กรกฎาคม 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อผู้เชี่ยวชาญและเชิญเข้าร่วมการวิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้เชี่ยวชาญ (ข้อ 2) จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 รอบ ดังนี้

รอบที่ 1 การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้วิจัยส่งแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดถึงโครงสร้าง และข้อคำถามปลายเปิด ให้แก่ผู้เชี่ยวชาญทางไปรษณีย์

ด่วนพิเศษ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาก่อนวันสัมภาษณ์ 2 สัปดาห์ จากนั้นผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเป็นรายบุคคล โดยใช้เวลาคนละ 30-60 นาที ซึ่งผู้วิจัยทำการบันทึกเสียงเฉพาะผู้เชี่ยวชาญที่ยินยอมเท่านั้น หากไม่ยินยอม ผู้วิจัยใช้วิธีจดข้อมูลอย่างละเอียด และซักถามทวนสอบตลอดการสัมภาษณ์และในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบต่อไป ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 22 กรกฎาคม ถึงวันที่ 30 กันยายน 2560 (รวมเวลา 71 วัน)

รอบที่ 2 การสอบถามผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้วิจัยส่งแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม (ฉบับที่ 1) ให้แก่ผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้วิจัยนำไปมอบให้ด้วยตนเอง จำนวน 3 คน และส่งทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ จำนวน 15 คน โดยใช้เวลา 60 วัน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นต่อข้อคำถามตามเกณฑ์การให้คะแนน และสามารถแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมในช่องข้อเสนอแนะได้ ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับมาครบ 18 ฉบับ ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 20 มกราคม ถึงวันที่ 15 มีนาคม 2561 (รวมเวลา 55 วัน)

รอบที่ 3 การสอบถามผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้วิจัยส่งแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม (ฉบับที่ 2) ให้แก่ผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้วิจัยนำไปมอบให้ด้วยตนเอง จำนวน 3 คน และส่งทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ จำนวน 15 คน โดยใช้เวลา 30 วัน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นต่อข้อคำถามตามเกณฑ์การให้คะแนน และสามารถแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมในช่องข้อเสนอแนะได้ ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับมาครบ 18 ฉบับ ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 1-30

พฤษภาคม 2561 (รวมเวลา 30 วัน)

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (รอบที่ 1) วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการถอดเทปแบบคำต่อคำ โดยเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้กับกรอบแนวคิดที่ได้จากการบูรณาการทบทวนวรรณกรรม แล้ววิเคราะห์ข้อมูลเชิงใจความหลักแยกข้อมูลและประเด็นย่อย (Liamputtong, 2009) จัดกลุ่มเป็นองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ส่วนข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม (รอบที่ 2 และรอบที่ 3) วิเคราะห์ด้วยสถิติมัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ทั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพียง 3 รอบ เนื่องจากการเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รวบรวมได้ในรอบที่ 2 กับรอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นเป็นฉันทามติ มีการเปลี่ยนแปลงเพียงร้อยละ 9.75 ซึ่งหมายความว่าผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 90.25 ยืนยันคำตอบที่ได้ตอบไว้ในรอบที่ 2 โดยไม่เปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับที่ Linstone and Turoff (1975) กล่าวว่า ผู้วิจัยที่เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เทคนิคเดลฟาย การส่งแบบสอบถามในรอบต่อไปเมื่อระดับฉันทามติเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าร้อยละ 15

ผลการวิจัย

ผลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (รอบที่ 1) มีดังนี้

1. ความหมายของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม พบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความหมายของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเป็น 2 ความหมาย ดังนี้

ความหมายที่ 1 เป็นการพยาบาลโดยผู้ให้บริการมีวัฒนธรรม ความเชื่อแตกต่างจากผู้รับบริการ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ “...พยาบาลที่มีวิถี

ชีวิต ความเชื่อที่แตกต่างจากผู้รับบริการ ย่อมมีการตัดสินใจในแต่ละเรื่องต่างจากผู้รับบริการ เช่น การรับประทานไข่เมื่อมีแผล ผู้รับบริการไม่ยอมรับประทานเนื่องจากกลัวเป็นแผลเป็น เป็นต้น...” (ID 7) “...การให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในบางเรื่องของผู้ให้บริการและผู้รับบริการอาจแตกต่างกันได้ตามความเชื่อและค่านิยม...” (ID 11)

ความหมายที่ 2 เป็นการดูแลผู้รับบริการโดยที่ผู้ให้บริการหลากหลายคนที่มีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ “...ด้วยรูปแบบการให้การพยาบาลผู้รับบริการที่มีการพลัดเปลี่ยนเวรเพื่อดูแลผู้รับบริการ ซึ่งพยาบาลแต่ละคนก็มีความเชื่อและวัฒนธรรมแตกต่างกัน...” (ID 12) “...การตัดสินใจเลือกวิธีการให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาเดียวกันของพยาบาลแต่ละคนอาจแตกต่างกันได้โดยเชื่อมโยงจากความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตที่ต่างกัน...” (ID 5) “...เรื่องบางเรื่องพยาบาลที่นับถือศาสนาต่างกันอาจตัดสินใจต่อสถานการณ์เดียวกันแตกต่างกัน เช่น การช่วยเหลือหรือร่วมทำแท้งหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาสุขภาพ ศาสนาพุทธคิดว่าเป็นบาป ส่วนศาสนาคริสต์คิดว่าทำให้พ้นทุกข์...” (ID 16)

2. ความหมายของวัฒนธรรม และมิติทางวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความหมายของวัฒนธรรม และมิติทางวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ดังนี้

2.1 วัฒนธรรม เป็นการดำเนินชีวิตของมนุษย์ตามวิถีชีวิต ความเชื่อ ค่านิยม เชื้อชาติ ศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี บรรทัดฐานทางสังคม ภูมิหลัง วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ประสพการณ์ โดยมีการถ่ายทอดรุ่นสู่รุ่น ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ “...เป็นการกระทำ/กิจกรรม และวิธีการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ตามความเชื่อ ศาสนา

ชนบธรรมเนียมประเพณี และบรรทัดฐานทางสังคม ที่มีการถ่ายทอดรุ่นต่อรุ่น” (ID 8) “...โดยขึ้นอยู่กับ สภาพแวดล้อม ลักษณะการเลี้ยงดู บางครั้งเชื้อชาติ ศาสนาที่แตกต่างกัน ก็ส่งผลต่อการตัดสินใจกับสิ่ง ที่เกิดขึ้นแตกต่างกันด้วย” (ID 14)

2.2 มิติทางวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อภาวะ สุขภาพ คือ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามภูมิหลัง วัฒนธรรม และการให้ความหมายตามประสบการณ์ ความเชื่อ ชนบธรรมเนียมประเพณีของผู้รับบริการ โดยความเชื่อ และพฤติกรรมต่างๆ ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ และการเลือกใช้บริการสุขภาพของบุคคลนั้นๆ ซึ่ง ขึ้นอยู่กับปัจจัยบุคคล เช่น การรับรู้เกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพ โภชนาการ การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ “...หาก พูดถึงภาวะสุขภาพที่เชื่อมโยงกับวัฒนธรรมควรมี ข้อมูลการประเมินทั้งข้อมูลด้านร่างกาย พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และสภาพสังคมที่เกี่ยวข้อง เพื่อ ครอบคลุมการประเมินภาวะสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ...” (ID 9) “...คิดว่าผู้รับบริการในช่วงอายุที่ แตกต่างกันไป จะมีผลต่อการยึดถือหรือปฏิบัติตาม ความเชื่อ ซึ่งบางครั้งอาจส่งผลต่อสภาวะสุขภาพได้ เช่น ผู้รับบริการผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะกลับไป เสียชีวิตที่บ้าน เป็นต้น...” (ID 17) “...คิดว่าน่าจะ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการนอน พฤติกรรมการออกกำลังกาย ความกดดัน ความคาดหวังจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว รวมถึงการตีความและให้ความหมายต่อสิ่งที่ รับรู้...ส่งผลต่อการเลือกดำเนินชีวิต” (ID 2) “...ความสามารถในการสื่อสารที่ถูกต้อง และเข้าใจ วัฒนธรรมตามความเชื่อของผู้รับบริการ” (ID 3)

3. แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพตาม วัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม พบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นที่สามารถสรุปเป็น

แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรม ของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ได้ดังนี้

3.1 ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับ บริการ เป็นการสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับ บริการ เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ซึ่ง ข้อมูลเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ “...วัฒนธรรมที่ซ่อนอยู่ ในตัวตนผู้รับบริการมาจากการเรียนรู้ การศึกษา ประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต การให้คุณค่า ค่านิยม และวัฒนธรรมชุมชน เช่น เพศชายที่รับรู้ว่ ตนเองเป็นหญิง เป็นต้น” (ID 10) “...อายุ การสะสมทางวัฒนธรรมต่างๆ ในช่วงอายุที่ผ่านมา ผู้รับบริการที่มีอายุน้อย การถ่ายทอดและการรับรู้ ตามวัฒนธรรมจะแตกต่างจากผู้รับบริการที่มีอายุ มากกว่า...” (ID 5) “...เวลาที่สัมพันธ์กับประเพณี ของแต่ละศาสนาด้วย เช่น ในเดือนรอมฎอน ศาสนา อิสลามจะต้องทำพิธีถือศีลอด...” “...สภาพ การทำงานที่มีความตึงเครียดตลอดเวลา ทำให้ผู้รับ บริการมีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับภาวะความเครียดสูง...” (ID 6)

3.2 ข้อมูลด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ของผู้รับบริการ เป็นการสอบถามพฤติกรรม การดำเนินชีวิตตามวัฒนธรรมและความเชื่อของ ผู้รับบริการ เพื่อสืบค้นข้อมูลที่เชื่อมโยงถึงภาวะ สุขภาพของผู้รับบริการ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ “...การรับรู้ตนเอง บทบาท ความสัมพันธ์ เจตคติ สังคม โรค และความเจ็บป่วย...” (ID 4) “...พฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นมิติหนึ่ง ที่สำคัญ จากประสบการณ์ของผม ชาวแกมพูชาจะ มีความเชื่อว่า การรับประทานอาหารผักผลไม้ทุกวันช่วยให้ ระบบการขับถ่ายดีขึ้น ชาวแกมพูชาจึงชอบรับประทาน ผักทุกมื้อ...” (ID 13) “...ความเป็นส่วนตัวของ ผู้รับบริการไทยกับผู้รับบริการต่างชาติไม่เหมือนกัน คนไทยอีสาน มี personal space คือ ใต้ถุนบ้าน...

แต่ผู้รับบริการชาวญี่ปุ่นต้องการห้องส่วนตัวและความเงียบ” (ID 14)

3.3 ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตและความเชื่อ คือ ความเชื่อตามวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ “...ผู้รับบริการชาวเวียดนามจะต้องนำ ‘ไอส์’ มาเผา และให้ผู้ป่วยสูดดม/สูดดมหายใจลึกๆ เพื่อให้หายใจโล่งสบาย แต่กรณีของผู้ป่วยเป็นโรคหอบหืดจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการพ่นออกซิเจนมากขึ้น” (ID 7) “...หากผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต เป็นผู้ป่วยสูงอายุ จะมีความเชื่อว่าจะมีผู้ที่เสียชีวิตไปแล้วมารับและต้องการเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน” (ID 3) “...การสื่อสารกับผู้รับบริการเกิดขึ้นโดยการสื่อสารด้วยวาจาและการใช้ภาษากาย การให้ความเข้าใจ ความหมาย ความเข้าใจในสารต่างๆ ที่เหมือนหรือใกล้เคียงกัน ส่งผลให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลได้ถูกต้องและถูกใจ...” (ID 1) “...โดย meaning ของสิ่งต่างๆ รอบตัวผู้รับบริการ เกิดจากการตีความตามประสบการณ์เดิม เช่น เจ้าหน้าที่ได้ถูมือเมื่อสัมผัสตัวผู้ป่วย แปลว่าผู้ป่วยติดเชื้อเป็นต้น” (ID 15) หรือ “...ผู้รับบริการชาวกัมพูชาห้ามเพศหญิงสัมผัสศีรษะ เนื่องจากให้ความหมายว่าจะมีสิ่งเลวร้ายส่งผลให้สุขภาพไม่ดี...” (ID 17)

3.4 ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการ คือ สภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพตามความเชื่อ วิธีปฏิบัติตนต่อความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้รับบริการต่อการดูแลสุขภาพ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ “...ระเบียบข้อกำหนด กฎเกณฑ์ กฎหมาย ความเจริญของเทคโนโลยี ส่งผลให้เกิด

การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ เช่น สภาวะที่ทำงาน เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมของผู้รับบริการ...” (ID 9) “...แบบแผนประเพณี การเลี้ยงดูจากครอบครัว หล่อหลอมให้ผู้รับบริการมีสุขภาพแตกต่างกัน และส่งผลต่อสภาวะสุขภาพ เช่น การเลือกอาหารบริโภค หรือรูปแบบการดำเนินชีวิตเป็นต้น” (ID 18) “...ชุมชนที่ผู้รับบริการอาศัยอยู่เป็นชุมชนเมือง มีสภาพการจราจรแออัด ผู้รับบริการจะเป็นไข้หวัดบ่อย...” (ID 11)

ผลการสอบถามผู้เชี่ยวชาญ (รอบที่ 2 และรอบที่ 3) ผู้วิจัยแปลผลการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 3 เป็นรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก และ 19 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม จำนวน 6 องค์ประกอบย่อย (Mdn = 4.64–4.89, IQR = 0–.21) องค์ประกอบที่ 2 ด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม จำนวน 5 องค์ประกอบย่อย (Mdn = 4.14–4.74, IQR = .10–.92) องค์ประกอบที่ 3 ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม จำนวน 5 องค์ประกอบย่อย (Mdn = 4.64–4.89, IQR = 0–.17) และองค์ประกอบที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม จำนวน 3 องค์ประกอบย่อย (Mdn = 4.58–4.78, IQR = .10–.15) ซึ่งทุกองค์ประกอบย่อยมีความสำคัญระดับมากถึงมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม จำแนกเป็นรายองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อย รอบที่ 2 และรอบที่ 3

องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรม ^a	Mdn / IQR (รอบที่ 2)	ระดับ ความสำคัญ	Mdn / IQR (รอบที่ 3)	ระดับ ความสำคัญ
องค์ประกอบหลักที่ 1 ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม	4.67 / .12	มากที่สุด	4.82 / .21	มากที่สุด
องค์ประกอบย่อย				
1.1 เพศของผู้รับบริการ (เพศชาย/เพศหญิงมีความเชื่อและวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน เช่น เพศชายมีความเครียดสูงกว่าหรือเพศชายมีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพของเพศหญิง เช่น การเลือกวิธีการคุมกำเนิด)	4.88 / .00	มากที่สุด	4.89 / .00	มากที่สุด
1.2 อายุของผู้รับบริการ (ช่วงวัยของมนุษย์ที่แตกต่างกันส่งผลต่อสุขภาพที่แตกต่างกัน ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีประสบการณ์ความเชื่อ และความศรัทธาต่อวัฒนธรรมที่เชื่อถือสูง ทำให้ไม่ยอมรับการรักษา เป็นต้น)	4.70 / .15	มากที่สุด	4.85 / .00	มากที่สุด
1.3 เชื้อชาติและสัญชาติของผู้รับบริการ (เชื้อชาติและสัญชาติที่แตกต่างกันจะมีลักษณะสุขภาพเฉพาะที่แตกต่างกัน เช่น ชาวยุโรปมักเป็นโรคปอด โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน ส่วนชาวเอเชียมักเป็นโรคเรื้อรัง)	4.82 / .12	มากที่สุด	4.82 / .07	มากที่สุด
1.4 ศาสนาของผู้รับบริการ (ความแตกต่างในการนับถือศาสนาส่งผลต่อภาวะสุขภาพ เช่น ศาสนาอิสลามมีประเพณีถือศีลอดในเดือนรอมฎอน)	4.77 / .22	มากที่สุด	4.82 / .21	มากที่สุด
1.5 อาชีพ (ผู้รับบริการที่มีอาชีพแตกต่างกันจะมีความเชื่อในการดูแลสุขภาพและมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน เช่น ทำงานเป็นกะ ทำงานด้านสุขภาพ หรือทำงานออฟฟิศ)	4.72 / .28	มากที่สุด	4.64 / .09	มากที่สุด
1.6 ระดับการศึกษา (ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหรือมีทางเลือกในการรักษาสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีศึกษาน้อยกว่า เป็นต้น)	4.54 / .13	มากที่สุด	4.64 / .17	มากที่สุด
องค์ประกอบหลักที่ 2 ด้านพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม	4.61 / .17	มากที่สุด	4.74 / .10	มากที่สุด
องค์ประกอบย่อย				
2.1 พฤติกรรมการรับรู้และการดูแลสุขภาพตามความเชื่อและวัฒนธรรม เช่น หากมีไข้ต้องรับประทานยา paracetamol 2 เม็ด เนื่องจากเชื่อว่ารับประทานเม็ดเดียวไม่หาย	4.61 / .31	มากที่สุด	4.64 / .13	มากที่สุด
2.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามความเชื่อและวัฒนธรรม เช่น อาหารสุกๆ ดิบๆ เผ็ด หวาน เค็ม หรือการรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา เพราะมีความเชื่อว่าหากไม่หิวยังไม่ต้องรับประทาน	4.26 / .18	มาก	4.34 / .18	มาก

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม จำแนกเป็นรายองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อย รอบที่ 2 และรอบที่ 3 (ต่อ)

องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรม ^a	Mdn / IQR (รอบที่ 2)	ระดับ ความสำคัญ	Mdn / IQR (รอบที่ 3)	ระดับ ความสำคัญ
2.3 พฤติกรรมการขับถ่าย เช่น ไม่ขับถ่ายในห้องน้ำสาธารณะ	4.18 / .09	มาก	4.25 / .11	มาก
2.4 พฤติกรรมการออกกำลังกายตามความเชื่อและวัฒนธรรม เช่น การทำงานประจำที่ใช้แรงถือเป็นการออกกำลังกาย ออกกำลังกายเมื่อใดก็ได้	4.10 / .50	มาก	4.16 / .78	มาก
2.5 พฤติกรรมการพักผ่อนนอนหลับ เช่น อาชีพส่งผลต่อรูปแบบการพักผ่อนนอนหลับ ลักษณะการพักผ่อน	4.12 / .40	มาก	4.14 / .92	มาก
องค์ประกอบหลักที่ 3 ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม	4.78 / .05	มากที่สุด	4.78 / .03	มากที่สุด
องค์ประกอบย่อย				
3.1 ความเชื่อตามศาสนาที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ	4.85 / .00	มากที่สุด	4.89 / .00	มากที่สุด
3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่สอดคล้องกับช่วงเวลาตามประเพณีหรือศาสนาที่ผู้รับบริการเชื่อถือ เช่น พิธีถือศีลอดในศาสนาอิสลาม	4.85 / .00	มากที่สุด	4.85 / .00	มากที่สุด
3.3 ความเชื่อและการให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน เช่น คัมภีร์ทำให้นอนหลับง่าย	4.77 / .15	มากที่สุด	4.78 / .03	มากที่สุด
3.4 ความเชื่อเรื่องการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์และการคลอด เช่น หญิงคลอดบุตรเชื่อว่าต้องรับประทานข้าวต้มกับเกลือ	4.73 / .15	มากที่สุด	4.72 / .16	มากที่สุด
3.5 ความเชื่อในการดูแลสุขภาพในระยะใกล้เสียชีวิต	4.54 / .27	มากที่สุด	4.64 / .17	มากที่สุด
องค์ประกอบหลักที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม	4.61 / .23	มากที่สุด	4.69 / .13	มากที่สุด
องค์ประกอบย่อย				
4.1 วิถีชีวิตของบุคคลตามแหล่งที่อยู่อาศัย ในองค์กร และสังคมที่ผู้รับบริการอาศัยอยู่ แบบแผนประเพณีของชุมชน/สังคม การเลี้ยงดูจากครอบครัว เป็นต้น ที่ส่งผลต่อสุขภาพ	4.61 / .31	มากที่สุด	4.58 / .15	มากที่สุด
4.2 ลักษณะที่พักอาศัย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ที่ทำงาน หรือสถานบริการสาธารณสุขที่ไปรับบริการ ส่งผลต่อสุขภาพ	4.78 / .07	มากที่สุด	4.78 / .03	มากที่สุด
4.3 แนวทางการดูแลสุขภาพเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ชุมชน สังคม ตามความเชื่อและวัฒนธรรม เช่น การดื่มน้ำนัตโล่ไม่ได้ในผู้ป่วยที่มีอาการชัก/เพื่อ ห้ามนำเด็กปัญญาอ่อนเข้าสังคมและห้ามเรียนหนังสือ	4.73 / .20	มากที่สุด	4.74 / .10	มากที่สุด

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก และ 19 องค์ประกอบย่อย ซึ่งมีสิ่งที่คิดค้นได้ใหม่จากงานวิจัยนี้ คือ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการโดยคำนึงถึงและตอบสนองผู้รับบริการตามความเชื่อและวัฒนธรรม เป็นแนวทางการประเมินภาวะสุขภาพอีกแนวทางหนึ่งที่ทำให้เห็นสาเหตุของการเกิดภาวะสุขภาพที่ผิดปกติตามมุมมองความเชื่อทางวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญอย่างหนึ่งที่ส่งผลต่อการวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวมทุกมิติ (Leininger & McFarland, 2002; Potter et al., 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson et al. (2010) ที่พบว่า การประเมินความต้องการทางวัฒนธรรมแบบเป็นองค์รวมตามความต้องการส่วนบุคคล ความเชื่อ วัฒนธรรม ส่งผลให้การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการทำได้ครบถ้วนครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องและพึงพอใจมากขึ้น (Dudas, 2012; Songwathana & Siriphan, 2015) ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ/สัญชาติ ศาสนา อาชีพ และระดับการศึกษา ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า ส่วนใหญ่เป็นโครงสร้างที่แสดงออกทางด้านร่างกายของมนุษย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Giger and Davidhizar (2008) ที่พบว่า ลักษณะเฉพาะด้านชีวภาพของผู้รับบริการสามารถใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการประเมิน

สภาวะสุขภาพได้ เช่น น้ำหนักตัว สีผิว พันธุกรรม เชื้อชาติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ngo (2008) ที่พบว่า พื้นฐานกลุ่มชาติพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการทางกายภาพ เช่น เพศ อายุ อาชีพ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Campinha-Bacote (2002) ที่พบว่า ความเข้าใจและความสามารถในการรับรู้ถึงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการอย่างครอบคลุมตามความเชื่อและวัฒนธรรม จะส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพแสดงความใส่ใจ ความเข้าใจ ความรับรู้ และตอบสนองต่อผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา ส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจ และมีการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมได้ครอบคลุมแบบครบองค์รวมมากขึ้นด้วย

องค์ประกอบที่ 2 ด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ พฤติกรรมการรับรู้และการดูแลสุขภาพ การบริโภคอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย และการพักผ่อนนอนหลับ ซึ่งเป็นสิ่งที่สัมผัสได้จากการพูดคุยและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการโดยการสื่อสารพูดคุย การกระตุ้นเปิดพื้นที่ส่วนตัว และการพิจารณาช่วงเวลาของการเกิดพฤติกรรม สอดคล้องกับข้อมูลการประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Weber, 2014) แต่แตกต่างกันตรงที่ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการโดยเน้นการเชื่อมโยงข้อมูลความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้รับบริการกับภาวะสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 3 ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ ความเชื่อตามศาสนา ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่

สอดคล้องกับช่วงเวลาตามประเพณี ความเชื่อในการให้ความหมายกิจกรรม ความเชื่อในการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์และคลอด และความเชื่อในการดูแลสุขภาพในระยะใกล้เสียชีวิต เป็นความเชื่อทางวัฒนธรรมที่หล่อหลอมมาตั้งแต่การเลี้ยงดูสภาพสังคมที่เกี่ยวข้อง ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ สอดคล้องกับที่ Higginbottom et al. (2011) กล่าวว่า การประเมินภาวะสุขภาพ หากมิได้ประเมินตามบริบทความเชื่อของผู้รับบริการ จะทำให้เกิดความไม่เข้าใจในการสื่อสาร จนถึงเกิดภาวะอันตรายต่อชีวิตจากการแปลผลทางวัฒนธรรมผิดพลาด รวมถึงความเชื่อเรื่องการมีชีวิตและการเลือกวิธีการเสียชีวิตตามความเชื่อ (Schim & Doorenbos, 2010) นอกจากนี้ การศึกษาของ ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา และคณะ (2560) ยังพบว่าการพยาบาลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมต้องให้ความสำคัญกับค่านิยม ความเชื่อ วิถีชีวิต ภาษา เชื้อชาติ ประสพการณ์ ความเป็นปัจเจกบุคคล และความแตกต่างทางภูมิหลังของผู้รับบริการ มาเป็นข้อมูลพื้นฐานหลักเพื่อวิเคราะห์แนวทางการพยาบาลได้อย่างครบถ้วนเป็นองค์รวม และพยาบาลที่ดูแลผู้รับบริการในกลุ่มนี้จะต้องมีความสามารถในการประสานวัฒนธรรมของตนเองให้สามารถทำความเข้าใจค่านิยม ความเชื่อของผู้รับบริการที่ส่งผลต่อสุขภาพได้อย่างลึกซึ้งด้วย (Fujiwara, 2008)

องค์ประกอบที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ วิถีชีวิตของบุคคลตามแหล่งที่อยู่อาศัย องค์กร และสังคม ลักษณะที่พหุอาศัย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ และแนวทางการดูแลผู้เจ็บป่วยในครอบครัว เป็นลักษณะเฉพาะของวัฒนธรรมที่แตกต่างกันตามสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ เช่น สังคม ที่พหุอาศัย ที่ทำงาน

สถานพยาบาล สอดคล้องกับที่ Songwathana and Siriphan (2015) กล่าวว่า สังคมที่บุคคลอาศัยอยู่มีอิทธิพลต่อการชักจูงด้านจิตใจคนในสังคมให้มีความเชื่อในสิ่งเร้นลับ การดูแลสุขภาพรุ่นต่อรุ่น มากกว่าการดูแลสุขภาพจากระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน และสอดคล้องกับที่ Dudas (2012) กล่าวว่า องค์กรทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน จะส่งผลถึงสุขภาพและความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันของผู้รับบริการได้ โดยผู้รับบริการจะเป็นผู้ที่ตัดสินใจเชื่อและยึดถือแนวทางการปฏิบัติตนด้านสุขภาพตามสิ่งที่ตนเองเข้าใจง่ายและคุ้นเคย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพควรนำรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมมาใช้ โดยทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ความหมายของวัฒนธรรม และมิติทางวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ เพื่อให้สามารถประเมินผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะส่งผลให้การบริการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารายละเอียดประกอบของสภาวะสุขภาพตามมิติทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม โดยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) เพื่อทดสอบคุณภาพของแบบประเมินต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญที่สละเวลาเพื่อให้ข้อมูลการวิจัย และให้คำชี้แนะในการดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณสำนักงาน

คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และมหาวิทยาลัยบูรพา ที่มอบทุนการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่สนับสนุนการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). ผลการดำเนินงานตามนโยบายสุขภาพและกลยุทธ์ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561. สืบค้นจาก <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N24-10-61.aspx>

ชฎารัตน์ กรุตสุทธิพิพัฒน์, และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2560). ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 29(3), 19–29.

ชลธิชา แก้วอนุชิต, ขวัญศิริ ทองพูน, และอัมมัตตา ไชยกาญจน์. (2557). ก้าวสู่การปฏิรูปสาธารณสุขมูลฐานในศตวรรษที่ 21. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(2), 108–120.

ปราณีต ส่องวัฒนา. (2557). การวิจัยทางการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม: แนวคิดและประเด็นวิจัย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 5–21.

พัชรินทร์ สิริสุนทร. (2559). วัฒนธรรมกับสุขภาพ. ใน *เอกสารประกอบการบรรยายให้แก่บัณฑิตปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร*. สืบค้นจาก <http://www.socsci.nu.ac.th/wp-content/uploads/2015/09/CultureAndHealth.pdf>

ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา, อารีรัตน์ ขำอยู่, และจินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส. (2560). การพัฒนาเกณฑ์และมาตรฐานบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(1), 168–184.

วีรณัฐ วิบูลย์พันธ์. (2552). สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 21(3), 29–43.

สุดศิริ หิรัญขุนหะ, หทัยรัตน์ แสงจันทร์, ประณีต ส่องวัฒนา, และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2550). สมรรถนะทางวัฒนธรรมทางการพยาบาล: องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 22(1), 9–27.

อรันันท์ หาญยุทธ. (2557). กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 137–143.

Anderson, N. L. R., Boyle, J. S., Davidhizar, R. E., Giger, J. N., McFarland, M. R., Papadopoulos, I., ... Wehbe-Alamah, H. (2010). Chapter 7: Cultural health assessment. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(Suppl. 1), 307–336. doi:10.1177/1043659610377208

Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–184. doi:10.1177/10459602013003003

- Dudas, K. I. (2012). Cultural competence: An evolutionary concept analysis. *Nursing Education Perspectives*, 33(5), 317–321. doi:10.5480/1536-5026-33.5.317
- Fujiwara, Y. (2008). Culturally congruent care: A concept analysis. *Journal of Japan Academy of Midwifery*, 22(1), 7–16. doi:10.3418/jjam.22.7
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. E. (2008). *Transcultural nursing: Assessment & intervention* (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Higginbottom, G. M., Richter, M. S., Mogale, R. S., Ortiz, L., Young, S., & Mollel, O. (2011). Identification of nursing assessment model/tools validated in clinical practice for use with diverse ethno-cultural groups: An integrative review of the literature. *BMC Nursing*, 10(1), 16. doi:10.1186/1472-6955-10-16
- Leininger, M., & McFarland, M. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories research & practice* (3rd ed.). Albany, NY: McGraw Hill.
- Liamputtong, P. (2009). *Qualitative research methods* (3rd ed.). Melbourne: Oxford University Press.
- Linstone, H. A., & Turoff, M. (1975). *The Delphi method: Techniques and applications*. Boston, MA: Addison-Wesley.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2012). *Nursing outcomes classification* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Ngo, H. V. (2008). *Cultural competence: A guide to organizational change*. Calgary, AB: Citizenship and Immigration Canada.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. (2017). *Fundamental of nursing* (9th ed.). St. Louis: Mosby.
- Schim, S. M., & Doorenbos, A. Z. (2010). A three-dimensional model of cultural congruence: Framework for intervention. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 6(3–4), 256–270. doi:10.1080/15524256.2010.529023
- Songwathana, P., & Siriphan, S. (2015). Thai nurses' cultural competency in caring for clients living in a multicultural setting. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 19(1), 19–31.
- Weber, J. R. (2014). *Nurses' handbook of health assessment* (8th ed.). China: Lippincott Williams & Wilkins.