ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามรูปแบบวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม

Nurses' Opinions on the Use of Health Status Assessment based on a Cultural Model for Transcultural Clients

ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา[1] สมใจ นกดี[2]

Laddawan Puttaruksa[1] Somjai Nokdee[2]

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา [2]โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

[1]Faculty of Nursing, Burapha university [2]Bhudasothon Hospital, Chachoengsao Province

Corresponding author: Laddawan Puttaruksa; Email: laddawanp2550@gmail.com

Received: October 24,2021 **Revised:** June 22, 2022 **Accepted:** June 30, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามรูปแบบวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบอาสาสมัคร (Voluntary Sampling) จำนวน 40 คน จากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 3 ปี ขึ้นไป มีประสบการณ์การดูแลผู้รับบริการต่างเชื้อชาติ ศาสนา ในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพุทธโสธร ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพฯโดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพและสรุปความคิดเห็น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ กำหนดค่าที่ยอมรับได้คือ มีค่ามัธยฐานเท่ากับหรือมากกว่า 3.50 และมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่า 1.50 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ว่าพยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน (consensus) ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นว่าแบบประเมินภาวะสุขภาพตามรูปแบบวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ในประเด็นความสำคัญ และประเด็นความเหมาะสม ในระดับมากที่สุด ทั้ง 4 หัวข้อหลัก และ 19 หัวข้อย่อย เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ 1) ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการ (Mdn=4.81, IQR=.00) 2) ด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ (Mdn=4.78, IQR=.04) 3) ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการ (Mdn=4.75, IQR=.10) และ 4) ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการ (Mdn=4.71, IQR=.13) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าแบบประเมินฯ มีความสำคัญ และมีความเหมาะสม ใช้เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพฯ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าแบบประเมินนี้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการแบบเป็นองค์รวม โดยคำนึงถึงความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ

คำสำคัญ: แบบประเมินภาวะสุขภาพ; ผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม; รูปแบบวัฒนธรรม

Nurses' Opinions on the Use of Health Status Assessment based on a Cultural Model for Transcultural Clients

Laddawan Puttaruksa[1] Somjai Nokdee[2]

[1]Faculty of Nursing, Burapha university [2]Bhudasothon Hospital, Chachoengsao Province

Corresponding author: Laddawan Puttaruksa; Email: laddawanp2550@gmail.com

Received: October 24,2021 **Revised**: June 22, 2022 **Accepted**: June 30, 2022

Abstract

This research aimed to study nurses' opinions on use of health status assessment based on a cultural model for transcultural clients. The sample consisted of 40 voluntarily selected registered nurses with more than three years working experience caring for clients from various nationalities in the inpatient department of Bhudasothon hospital. The researcher collected data on the use of the health assessment form using an opinion questionnaire from these nurses and summarized their opinions. The data were analyzed using the median and interquartile range with the median being at least 3.50 and the interquartile range being less than 1.50. These are acceptable criteria for registered nurses to establish a consistent opinion. The results showed that the opinions of professional nurses on the health status assessment based on a cultural model for transcultural clients in terms of importance and suitability were at the highest level. Four main topics and 19 sub-topics were arranged from greatest to least median, as follows: 1) healthcare according to the lifestyle of the service recipients (Mdn=4.81, IQR=.00), 2) lifestyle behavior of the service recipients (Mdn=4.78, IQR=.04), 3) the environment affecting the health of service recipients (Mdn=4.75, IQR=.10), and 4) personal factors of service recipients (Mdn=4.71, IQR=.13). The results showed that the assessment was important and appropriate for use as a health assessment. The researchers hope that this assessment tool will be useful for professional nurses in assessing the health status of their clients in a holistic manner that is congruent with the beliefs and culture of clients.

Keywords: the health status assessment; transcultural clients; cultural model

ความเป็นมาและความสำคัญ

จากกระแสการเคลื่อนย้ายถิ่นระหว่างประเทศในโลกยุคปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเพิ่มจำนวนมากขึ้น ซึ่งประเทศไทยติดอันดับ Top 20 ของประเทศปลายทางการย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาติในภูมิภาค ASEAN ฉะนั้นจึงมีแรงงานประเทศเพื่อนบ้านย้ายเข้ามาทำงานในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก[1] และผลจากการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2563 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้ย้ายถิ่นในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนทั้งสิ้น 1.05 ล้านคน เป็นชาย .53 ล้านคน และหญิง .52 ล้านคน (ร้อยละ 50.5 และร้อยละ 49.5 ตามลำดับ) ผู้ย้ายถิ่นส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคกลางมากที่สุด .38 ล้านคน (ร้อยละ 36.1) รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ .25 ล้านคน (ร้อยละ 23.5) ภาคเหนือ .17 ล้านคน (ร้อยละ 16.4) ภาคใต้ .17 ล้านคน (ร้อยละ16.0) และกรุงเทพมหานคร .08 ล้านคน (ร้อยละ 8.0)[2] จากสถานการณ์ข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าหน่วยงานด้านสาธารณสุขจะต้องเตรียมตั้งรับการเปลี่ยนแปลงด้านลักษณะผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม โดยเฉพาะต้องเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร ให้มีความรู้ความเข้าใจ ถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมผู้รับบริการ รวมถึงการวางแผนเพื่อปรับแนวทางการดูแลด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย[3] ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (transcultural nursing) ซึ่งเป็นการพยาบาลที่เน้นการให้คุณค่าและการปฏิบัติโดยเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างทางวัฒนธรรมของบุคคลหรือชุมชน รวมทั้งวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลและการให้บริการทางการพยาบาล ค่านิยมเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแบบแผนของพฤติกรรมต่าง ๆ ของคนในเชื้อชาติหรือวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เพื่อให้การตอบสนองที่สอดคล้องกับความต้องการการดูแลเฉพาะของเชื้อชาติหรือวัฒนธรรมนั้น[4]

ทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเป็นการนำแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic nursing) มาผสมผสานกับแนวคิดมานุษยวิทยา (anthropology) ซึ่งไลนิงเจอร์กล่าวไว้ว่า บุคคลที่มีสิ่งแวดล้อม บริบท และอาศัยอยู่ในสถานที่แตกต่างกัน จะมีการรับรู้และความต้องการบริการพยาบาลที่แตกต่างกันด้วย[5] โดยกำหนดกรอบแนวคิดทางการพยาบาลเป็น 4 มโนมติ คือ 1) ด้านสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ และสังคม เช่น ค่านิยม บรรทัดฐานของแต่ละบุคคล 2) ด้านบุคคล พิจารณาจากแผนการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน 3) ด้านสุขภาพ ต้องผสมผสานความเชื่อทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการกับมาตรฐานการพยาบาลในปัจจุบัน และ 4) การพยาบาลโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง[5-6] และไลนิงเจอร์ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวเป็น 2 รูปแบบ[6] คือ 1) รูปแบบการดูแลเชิงวัฒนธรรม (cultural care model) เป็นการดูแลโดยคำนึงถึงค่านิยม ความเชื่อ สภาพสิ่งแวดล้อม และภาษา แบ่งการดูแลเป็น 2 ระบบ คือ การดูแลโดยใช้องค์ความรู้พื้นบ้านซึ่งถ่ายทอดรุ่นต่อรุ่น และระบบการดูแลเชิงวิชาชีพโดยตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมความเชื่อของผู้รับบริการ (professional health care system) ซึ่ง ไคลน์แมน[7] อธิบายเพิ่มเติมอีก 1 ระบบคือ ระบบการดูแลภาคประชาชน (Popular sector of health care) เป็นระบบการดูแลที่ใหญ่ที่สุดโดยครอบครัว และชุมชน และ 2) รูปแบบการดูแลที่เน้นสมรรถนะทางวัฒนธรรมของ เคมพินฮา (cultural competence) เน้นกระบวนการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของผู้ให้บริการ ซึ่งต้องตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาของผู้รับบริการ ประกอบด้วยสมรรถนะ 5 ด้าน[8] คือ การตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม การมีองค์ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม การมีทักษะทางวัฒนธรรม ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการต่างวัฒนธรรม และความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม

จากข้อมูลข้างต้นนี้พบว่ามี 2 องค์ประกอบที่สำคัญในการพัฒนาการพยาบาลโดยคำนึงถึงผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม คือ 1) ผู้ให้บริการจะต้องพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลให้มีความพร้อมในการดูแลผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมได้อย่างเหมาะสม และ 2) องค์กรพยาบาลต้องมีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความต้องการของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งแบบประเมินภาวะสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความเชื่อของผู้รับบริการเพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการพยาบาลโดยเชื่อมโยงและสอดคล้องกับความเชื่อ วัฒนธรรมของผู้รับ

บริการ ซึ่งผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพที่สะท้อนถึงการดูแลข้ามวัฒนธรรม พบผลการศึกษาในต่างประเทศ 3 เรื่องคือ 1) Giger and Davidhizar[9] ศึกษาแบบประเมินสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการตามแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม โดยมีองค์ประกอบ 6 มิติ คือ การสื่อสาร การเปิดพื้นที่ส่วนตัว องค์กรทางสังคม ด้านเวลา ด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อม และ ด้านการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ 2) Fujiwara[10] ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ โดยให้ความสำคัญในการทำความเข้าใจและเข้าถึงพื้นที่ส่วนตัว การสื่อสารและเข้าใจสิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม และ 3) Moorhead, Johnson, Maas and Swanson[11] ศึกษาแบบประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล 4 ด้าน คือ ความต้องการบริการพยาบาลแบบเป็นองค์รวม ความสามารถในการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม ความพึงพอใจในการบริการ และความสามารถในการปรับตัวของผู้รับบริการ และสำหรับงานวิจัยในประเทศไทย พบนักวิจัยที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับแบบประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ คือ สุดศิริ หิรัญชุณหะ หทัยรัตน์ แสงจันทร์ ประณีต ส่งวัฒนา และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร[12] และวีรนุช วิบูลย์พันธ์[13] พบว่าพยาบาลวิชาชีพจะต้องมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม 7 ด้านคือ การรับรู้ความต่างทางวัฒนธรรม การติดต่อสื่อสาร การคิดริเริ่มนวัตกรรมการให้บริการ การบริหารความเสี่ยง ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการกระบวนการพยาบาล และจริยธรรม นอกจากนี้ยังพบนักวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับเกณฑ์และมาตรฐานบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม คือ ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา อารีรัตน์ ขำอยู่ และจิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส[14] พบว่ามี 3 มาตรฐาน คือ เชิงโครงสร้าง เชิงพฤติกรรม และ เชิงผลลัพธ์ ประกอบด้วย 17 องค์ประกอบในการบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และพบว่า ชฎารัตน์ ครุตศุทธิพิพัฒน์ และสุวิณี วิวัฒน์วานิช[15] ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ใน 5 ด้าน คือ ความปลอดภัย ความพึงพอใจต่อบริการ การสื่อสาร การดูแลสุขภาพตามวิถี และการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นยังไม่พบการศึกษาเพื่อพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพโดยเชื่อมโยงความเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมเพื่อใช้ในบริบทไทย เหตุนี้ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาวิจัยโดย บูรณาการจากแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger and McFarland[16] และแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมของ Giger and Davidhizar[9] โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (delphi technique) รวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในประเทศไทยจำนวน 18 ท่าน และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 3 รอบ สรุปเป็นฉันทามติได้ประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก 19 องค์ประกอบย่อย คือ (1) องค์ประกอบด้านปัจจัยส่วนบุคคล มี 6 องค์ประกอบย่อย คือ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ และระดับการศึกษา (2) องค์ประกอบด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิต มี 5 องค์ประกอบย่อย คือ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ การบริโภคอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย และการพักผ่อนนอนหลับ (3) องค์ประกอบด้านการดูแลสุขภาพ มี 5 องค์ประกอบย่อย คือ ความเชื่อตามศาสนา พฤติกรรมที่สอดคล้องกับช่วงเวลา ความเชื่อและการให้ความหมายการดูแลสุขภาพ ความเชื่อเรื่องการดูแลตนเองระยะตั้งครรภ์และการคลอด ความเชื่อการดูแลสุขภาพระยะใกล้เสียชีวิต และ (4) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม มี 3 องค์ประกอบย่อย คือ วิถีชีวิตของบุคคลตามแหล่งที่อยู่อาศัย ลักษณะที่พักอาศัย และแนวทางการดูแลผู้เจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ชุมชน สังคม[17]

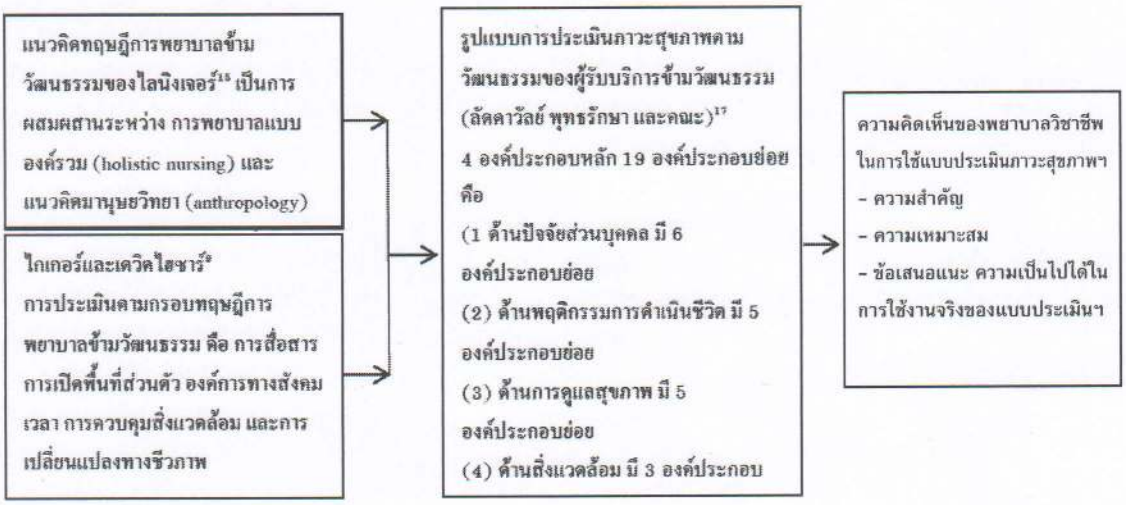
ภายหลังที่ผู้วิจัยทำการพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมโดยฉันทามติจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมแล้ว ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของการประเมินประสิทธิภาพการใช้งานได้จริงของแบบประเมินฯ จึงทำการศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามรูปแบบวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม โดยให้ผู้ปฏิบัติงาน คือ พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ทดลองใช้แบบประเมินฯ โดยประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการใช้ได้จริงของแบบประเมินฯ เพื่อนำข้อมูลจากผลการวิจัยไปพัฒนาแบบประเมินฯ ให้สามารถใช้งานเพื่อประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมได้อย่างถูกต้อง

ซึ่งผลการวิจัยนี้จะทำให้พยาบาลมีความมั่นใจนำแบบประเมินไปใช้ประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการตามวัฒนธรรม เพื่อวางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลผู้รับบริการรายบุคคลอย่างเป็นองค์รวมสอดคล้องกับความต้องการทางวัฒนธรรมความเชื่อต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามรูปแบบวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยบูรณาการจากแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger and McFarland[16] และแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมของ Giger and Davidhizar[9] ในการพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม โดยใช้เทคนิค เดลฟาย (delphi technique) ได้ประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก 19 องค์ประกอบย่อย[17] โดยในการนำเสนอรายงานวิจัยครั้งนี้เป็นการนำเสนอความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบการประเมินภาวะสุขภาพฯ ในประเด็นความสำคัญ ความเหมาะสม ของแบบประเมิน รวมถึงข้อเสนอแนะ ความเป็นไปได้ในการใช้งานจริงของแบบประเมินฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยการรวบรวมความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ.2561-วันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ.2561 ดังนี้

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพุทธโสธร โดยมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานตั้งแต่ 3 ปี ขึ้นไป มีประสบการณ์การดูแลผู้รับบริการต่างเชื้อชาติ หรือ

ต่างศาสนา หรือต่างวัฒนธรรมความเชื่อ ผู้วิจัยใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอาสาสมัคร (voluntary sampling) เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจากสมาชิกที่อาสาเข้ามามีส่วนร่วมเป็นหน่วยตัวอย่างด้วยความเต็มใจ จำนวน 40 คน เพื่อทดลองใช้แบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรม โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ที่โรงพยาบาลพุทธโสธร 3 ปี ขึ้นไป มีประสบการณ์การดูแลผู้รับบริการต่างเชื้อชาติ หรือต่างศาสนา หรือต่างวัฒนธรรมความเชื่อ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพในช่วงเวลาดำเนินโครงการจนไม่สามารถทำการพยาบาลและประเมินผลการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับข้อมูลการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบายข้อมูล ดังนี้ วัตถุประสงค์การดำเนินโครงการ วิธีการใช้แบบประเมิน รายละเอียดในแบบประเมิน รายละเอียดการเข้าร่วมโครงการวิจัย ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย รวมถึงสิทธิในการยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ เมื่อสิ้นสุดการทดลองใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรม กลุ่มตัวอย่างทำการประเมินความสำคัญ ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการใช้งานจริงของแบบประเมิน แต่ละองค์ประกอบ โดยผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นภาพรวม ไม่ระบุรายบุคคล ทั้งข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง และทำการเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมในการทำวิจัยทุกขั้นตอน และผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถหยุดการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามความสมัครใจโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลเมื่อมีการเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผู้วิจัยกำหนดประเด็นเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพแสดงความคิดเห็น ใน 2 ประเด็นหลัก คือ ความสำคัญ และความเหมาะสม ของแบบประเมิน โดยผู้วิจัยกำหนดรายละเอียดการประเมินตามแบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม เป็น 4 ข้อหลัก 19 ข้อย่อย[17] ดังนี้ ข้อหลักที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มี 6 ข้อย่อย คือ เพศ อายุ เชื้อชาติและสัญชาติ ศาสนา อาชีพ และระดับการศึกษาของผู้รับบริการ หัวข้อหลักที่ 2 ด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มี 5 ข้อย่อย คือ พฤติกรรมการรับรู้และการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการขับถ่าย พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการพักผ่อนนอนหลับ หัวข้อหลักที่ 3 ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มี 5 ข้อย่อย คือ ความเชื่อตามศาสนา ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับช่วงเวลา การให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ความเชื่อเรื่องการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์และการคลอด และความเชื่อในการดูแลสุขภาพในระยะใกล้เสียชีวิต และ หัวข้อหลักที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มี 3 ข้อย่อย คือ วิถีชีวิตของบุคคลตามแหล่งที่อยู่อาศัย ลักษณะงานที่ทำ และแนวทางการดูแลผู้เจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ชุมชน สังคม ตามความเชื่อและวัฒนธรรม โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบสอบถามแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ จาก 5-1 กำหนดให้ 5 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยว่าข้อมูลในแบบประเมินในข้อนั้นมีความสำคัญในระดับมากที่สุดสำหรับใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรม และกำหนดให้ 1 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยว่าข้อมูลในแบบประเมินในข้อนั้นมีความสำคัญในระดับน้อยที่สุดสำหรับใช้ในการประเมิน

ภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรม ทั้งนี้ได้กำหนดความหมายในการให้คะแนน ความคิดเห็นในประเด็นความเหมาะสมต่อการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมในทำนองเดียวกับความคิดเห็นด้านความสำคัญ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาล 1 ท่าน ผู้บริหารทางการพยาบาล 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาที่มีการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป 3 ท่าน ซึ่งทุกท่านมีประสบการณ์ในการประเมินภาวะสุขภาพ และมีประสบการณ์การดูแลผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมอย่างน้อย 5 ปี และ/หรือ มีผลงานวิชาการเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมปรากฏในช่วง 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ.2555–พ.ศ.2560) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพภาพรวม เท่ากับ .90 และมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) แต่ละข้อคำถามหลัก อยู่ระหว่าง .88–1.00 ดังนี้ ข้อหลักที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม ค่า CVI=.88 หัวข้อหลักที่ 2 ด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม ค่า CVI=.92 หัวข้อหลักที่ 3 ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม ค่า CVI=1.00 และหัวข้อหลักที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม ค่า CVI=.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ 118 / 2560 (ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ.2560–วันที่ 15 มีนาคม พ.ศ.2561 ฉบับที่ 2 (ต่ออายุครั้งที่ 1) ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ.2561 – วันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ.2561) และได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธโสธร เลขที่ BSH-IRB 012/2561 (ลงวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ.2561 – วันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ.2562) เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธรเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธโสธร เกี่ยวกับโครงการวิจัยประกอบด้วยวัตถุประสงค์การดำเนินโครงการ วิธีการใช้แบบประเมิน รายละเอียดในแบบประเมิน รายละเอียดการเข้าร่วมโครงการวิจัย ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย และให้ข้อมูลเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัย ดังนี้ โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยบูรพา และโรงพยาบาลพุทธโสธรเรียบร้อยแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสมัครใจเข้าร่วมด้วยตนเองและมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลกระทบต่อสิ่งใดที่ท่านพึงได้รับต่อไป ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัยเท่านั้น จากนั้นผู้วิจัยใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอาสาสมัคร (voluntary sampling) เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจากสมาชิกที่อาสาเข้ามามีส่วนร่วมเป็นหน่วยตัวอย่างด้วยความเต็มใจ จำนวน 40 คน และให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (consent form)

3. กำหนดช่วงเวลาให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น[17] เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ.2561-1 กรกฎาคม พ.ศ.2561 พร้อมกันนี้ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมดังนี้ ใช้แบบประเมินนี้เพื่อประเมินข้อมูลเบื้องต้นทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการที่มีความแตกต่างกัน ด้านเชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นต้น เพื่อนำผลการประเมินมาใช้วางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมความเชื่อของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก 19 องค์ประกอบย่อย คือ (1) ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มี 6 องค์ประกอบย่อย คือ เพศ อายุ เชื้อชาติและสัญชาติ

ศาสนา อาชีพ และระดับการศึกษาของผู้รับบริการ (2) องค์ประกอบด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มี 5 องค์ประกอบย่อย คือ พฤติกรรมการรับรู้และการดูแลสุขภาพตามความเชื่อและวัฒนธรรม พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามความเชื่อและวัฒนธรรม พฤติกรรมการขับถ่าย พฤติกรรมการออกกำลังกายตามความเชื่อและวัฒนธรรม และพฤติกรรมการพักผ่อนนอนหลับ (3) องค์ประกอบด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มี 5 องค์ประกอบย่อย คือ ความเชื่อตามศาสนา ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่สอดคล้องกับช่วงเวลา ตามประเพณี ความเชื่อและการให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน ความเชื่อเรื่องการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์และการคลอด และความเชื่อในการดูแลสุขภาพในระยะใกล้เสียชีวิต และ (4) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มี 3 องค์ประกอบย่อย คือ วิถีชีวิตของบุคคลตามแหล่งที่อยู่อาศัย ในองค์กร และสังคมที่ผู้รับบริการอาศัยอยู่ ลักษณะที่พักอาศัย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ที่ทำงาน และแนวทางการดูแลผู้เจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ชุมชน สังคมตามความเชื่อและวัฒนธรรม

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแล้ว[17] ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ

5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามความคิดเห็น ที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงนำข้อมูลมาลงรหัสเพื่อวิเคราะห์ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) และผู้วิจัยสรุปความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น[17] โดยการวิเคราะห์ ข้อมูลจากคำตอบที่เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ ข้อความนั้นมีความสำคัญ หรือมีความเหมาะสม ระดับน้อยที่สุด ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับมากที่สุด เพื่อหาค่ามัธยฐาน (Median=Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquatile Range=IQR) ซึ่งค่ามัธยฐานระหว่าง 3.50–5.00 จะหมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นว่ามีแนวโน้มที่จะใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมฯ ระดับมาก (Mdn=3.50–4.49) ถึงมากที่สุด (Mdn=4.50–5.00) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 จะหมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นสอดคล้องกัน[18] หลังจากนั้นแปลผลข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพแผนกอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมาคือ แผนกศัลยกรรม คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 31–35 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.5 รองลงมาอายุระหว่าง 25–30 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.5 โดยมีระยะเวลาปฏิบัติงาน 6–10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาคือ 11–15 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.5 และ 16–20 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม หอผู้ป่วย อายุ และระยะเวลาปฏิบัติงาน

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. หอผู้ป่วย		
1.1 อายุรกรรม	17	42.5
1.2 ศัลยกรรม	12	30.0
1.3 หอผู้ป่วยหนัก	6	15.0
1.4 สูติกรรม	5	12.5
2. อายุ (ปี)		
2.1 25-30 ปี	11	27.5
2.2 31-35 ปี	13	32.5
2.3 36-40 ปี	9	22.5
2.4 41-45 ปี	5	12.5
2.5 46-50 ปี	2	5.0
3. ระยะเวลาปฏิบัติงาน		
3.1 3-5 ปี	4	10.0
3.2 6-10 ปี	12	30.0
3.3 11-15 ปี	11	27.5
3.4 16-20 ปี	9	22.5
3.5 21-25 ปี	3	7.5
3.6 มากกว่า 25 ปี	1	2.5

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น[17] ใน 2 ประเด็น ดังนี้ คือ

1. ประเด็นความสำคัญในการนำข้อคำถามนั้นมาใช้เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรม หมายถึง ข้อคำถามในหัวข้อหลัก หรือหัวข้อย่อยนั้นสามารถเชื่อมโยงถึงภาวะสุขภาพอันเกิดขึ้นจากวัฒนธรรมความเชื่อของผู้รับบริการได้จริง ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแล เพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ ครอบคลุมวัฒนธรรมความเชื่อของผู้รับบริการ และส่งเสริมคุณภาพการบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมมากขึ้นด้วย ซึ่งพยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นว่าข้อคำถามหลักทั้ง 4 ข้อ และข้อคำถามย่อยทั้ง 19 ข้อ สามารถนำมาใช้เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมในระดับความสำคัญมากที่สุด โดยหัวข้อหลักที่ 3 ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มีระดับความสำคัญสูงสุด (Mdn=4.81, IQR=.00) รองลงมาคือ หัวข้อหลักที่ 2 ด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม (Mdn=4.78, IQR=.04) หัวข้อหลักที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม (Mdn=4.75,

IQR=.10) และหัวข้อหลักที่ 1 ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม (Mdn=4.71, IQR=.13) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาผลการวิจัยประเด็นความสำคัญของหัวข้อย่อยในแบบประเมินพบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน โดยมีค่า Mdn ระหว่าง 4.58-4.90 และมีค่า IQR ระหว่าง 0-.96 และมีหัวข้อที่มีระดับคะแนนสูงสุด 6 อันดับแรกคือ (3.2) ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่สอดคล้องกับช่วงเวลาตามประเพณี (3.1) ความเชื่อตามศาสนาที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ (1.1) เพศของผู้รับบริการ (3.3) ความเชื่อและการให้ความหมายในการดูสุขภาพ (4.1) วิถีชีวิตของบุคคลในชุมชน และ (4.2) ลักษณะที่พักอาศัย ลักษณะงาน ตามลำดับ

2. ประเด็นความเหมาะสมในการนำข้อคำถามนั้นมาใช้เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรม หมายถึง ข้อคำถามในหัวข้อหลัก หรือหัวข้อย่อยนั้น มีความชัดเจนในการซักถาม เข้าใจง่าย โดยผู้รับบริการ และผู้ให้บริการมีความเข้าใจในข้อคำถามนั้น ๆ ตรงกัน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นว่าข้อคำถามหลักทั้ง 4 ข้อ และข้อคำถามย่อยทั้ง 19 ข้อ สามารถนำมาใช้เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมในระดับความเหมาะสมมากที่สุด โดยหัวข้อหลักที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มีระดับความเหมาะสมมากที่สุด (Mdn=4.78, IQR=.04) รองลงมาคือ หัวข้อหลักที่ 1 ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม (Mdn=4.75, IQR=.10) หัวข้อหลักที่ 3 ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม (Mdn=4.75, IQR=.12) และหัวข้อหลักที่ 2 ด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม (Mdn=4.52, IQR=.06) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาผลการวิจัยประเด็นความเหมาะสมของหัวข้อย่อยในแบบประเมินพบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน โดยมีค่า Mdn ระหว่าง 4.53-4.84 และมีค่า IQR ระหว่าง 0-.27 โดยมีหัวข้อที่มีคะแนนสูงสุด 6 อันดับแรกคือ (2.2) พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามความเชื่อและวัฒนธรรม (3.3) ความเชื่อและการให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (3.1) ความเชื่อตามศาสนาที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ (3.2) ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่สอดคล้องกับช่วงเวลาตามประเพณี (2.3) พฤติกรรมการขับถ่าย และ (2.4) พฤติกรรมการออกกำลังกายตามความเชื่อและวัฒนธรรม ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในประเด็น ความสำคัญ และความเหมาะสม ของแบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม วิเคราะห์ผลเป็นค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) (n=40)

ตัวอย่างประเด็นพิจารณาต่อแบบการประเมินภาวะสุขภาพ	ความสำคัญ		ความเหมาะสม	
	Mdn(IQR)	ระดับ	Mdn(IQR)	ระดับ
1. ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการ	**4.71(.13)**	**มากที่สุด**	**4.75(.10)**	**มากที่สุด**
1.1 เพศของผู้รับบริการ เพศที่แตกต่างกันย่อมเป็นเหตุให้เป็นโรคที่แตกต่างกันได้	4.81(0)	มากที่สุด	4.71(.15)	มากที่สุด
1.2 อายุของผู้รับบริการ ช่วงวัยของมนุษย์ที่แตกต่างกันส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปแตกต่างกัน	4.75(.10)	มากที่สุด	4.75(.27)	มากที่สุด
1.3 เชื้อชาติ และสัญชาติของผู้รับบริการ ส่งผลต่อสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น ชาวยุโรปจะเป็นโรคปอด โรคหัวใจและโรคเบาหวาน	4.67(.13)	มากที่สุด	4.71(.15)	มากที่สุด
1.4 ศาสนาของผู้รับบริการ ศาสนามีอิทธิพลต่อความเชื่อที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ	4.63(.16)	มากที่สุด	4.67(.20)	มากที่สุด

ตัวอย่างประเด็นพิจารณาต่อแบบการประเมินภาวะสุขภาพ	ความสำคัญ		ความเหมาะสม	
	Mdn(IQR)	ระดับ	Mdn(IQR)	ระดับ
1.5 อาชีพ ผู้รับบริการที่มีอาชีพแตกต่างกัน เช่น โรคไต ทำงานเป็นกะ ทำงานออฟฟิศโรคออฟฟิศซินโดรม	4.58(.13)	มากที่สุด	4.63(.16)	มากที่สุด
1.6 ระดับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หรือมีทางเลือกการรักษามากกว่า	4.63(.16)	มากที่สุด	4.53(.18)	มากที่สุด
2. ด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ	**4.78(.04)**	**มากที่สุด**	**4.52(.06)**	**มากที่สุด**
2.1 พฤติกรรมการการรับรู้และการดูแลสุขภาพ เช่น มีไข้ต้องรับประทานยา paracetamol 2 เม็ดจึงจะหาย หรือไม่สบายห้ามสระผม	4.71(.13)	มากที่สุด	4.81(.07)	มากที่สุด
2.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่น อาหารสุกๆดิบๆ รสชาติอาหารที่รับประทานเป็นประจำ	4.75(.10)	มากที่สุด	4.84(0)	มากที่สุด
2.3 พฤติกรรมการขับถ่าย เช่น มีพฤติกรรมการกลั้นปัสสาวะ	4.78(.96)	มากที่สุด	4.81(0)	มากที่สุด
2.4 พฤติกรรมการออกกำลังกาย เช่น ถือว่าการทำงานประจำที่ใช้แรงเป็นการออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายเมื่อไหร่ก็ได้	4.71(.13)	มากที่สุด	4.81(0)	มากที่สุด
2.5 พฤติกรรมการพักผ่อนนอนหลับ เช่น หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือนอนดึก	4.71(0.13)	มากที่สุด	4.71(.13)	มากที่สุด
3. ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการ	**4.81(0)**	**มากที่สุด**	**4.75(.12)**	**มากที่สุด**
3.1 ความเชื่อตามศาสนา ที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ เช่น การให้พระรดน้ำมนต์ การใช้ยาพ่นสมุนไพร	4.84(0)	มากที่สุด	4.84(.05)	มากที่สุด
3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่สอดคล้องกับช่วงเวลาตามประเพณี หรือศาสนา เช่น พิธีถือศีลอด	4.90(0)	มากที่สุด	4.88(.12)	มากที่สุด
3.3 ความเชื่อและการให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน เช่น ดื่มสุราทำให้นอนหลับสบาย	4.81(0)	มากที่สุด	4.84(0)	มากที่สุด
3.4 ความเชื่อเรื่องการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์และการคลอด เช่น หญิงหลังคลอดเชื่อว่าการรับประทานข้าวต้มกับเกลือช่วยกระตุ้นให้ดื่มน้ำมาก ๆ น้ำนมจะออกมากขึ้น	4.78(.04)	มากที่สุด	4.81(.11)	มากที่สุด
3.5 ความเชื่อในการดูแลสุขภาพระยะใกล้เสียชีวิต เช่น เชื่อว่าการกางนิ้ว เป็นอาการนำก่อนเสียชีวิต หรือ เชื่อว่าการทำสังฆทาน การสวดศูอาร์ แล้วจะได้ไปสวรรค์	4.76(.20)	มากที่สุด	4.63(.16)	มากที่สุด

ตัวอย่างประเด็นพิจารณาต่อแบบการประเมินภาวะสุขภาพ	ความสำคัญ		ความเหมาะสม	
	Mdn(IQR)	ระดับ	Mdn(IQR)	ระดับ
4 ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม	4.75(.10)	มากที่สุด	4.78(.04)	มากที่สุด
4.1 วิถีชีวิตของบุคคลในชุมชนตามแหล่งที่อยู่อาศัย แบบแผนประเพณีของบุคคลในชุมชน/สังคม การเลี้ยงดู	4.81(0)	มากที่สุด	4.78(.05)	มากที่สุด
4.2 ลักษณะที่พักอาศัย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ที่ทำงาน หรือสถานบริการสาธารณสุขที่รับบริการ ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น คนงานโรงงานทำฟูกเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ	4.81(0)	มากที่สุด	4.78(.04)	มากที่สุด
4.3 แนวทางการดูแลผู้เจ็บป่วยในครอบครัว ชุมชน สังคม ตามความเชื่อ และวัฒนธรรม เช่น การลดน้ำมนต์ไล่สิ่งไม่ดี หรือเด็กปัญญาอ่อน ห้ามนำเข้าสังคม และห้ามเรียน	4.78(.04)	มากที่สุด	4.75(.10)	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพแสดงความคิดเห็นต่อแบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ในประเด็นความสำคัญ และประเด็นความเหมาะสม พบว่า ทั้ง 4 หัวข้อหลัก และ 19 หัวข้อย่อย มีความสำคัญ และมีความเหมาะสมในการใช้เป็นแบบประเมินสภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมฯ ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับ ผลการวิจัยของ Potter[19] และ Anderson[20] พบว่าการประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ควรต้องให้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวัฒนธรรมความเชื่อส่วนบุคคลของผู้รับบริการ จะทำให้ได้รับข้อมูลจากผู้รับบริการครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม สามารถให้บริการตรงตามความต้องการและผู้รับบริการพึงพอใจมากยิ่งขึ้น[21-22] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Joyce and Linda[23] ที่กล่าวว่า พยาบาลทุกคนที่ได้รับความไว้วางใจให้ดูแลผู้รับบริการจะต้องพยายามสืบค้นข้อมูลความต้องการทางวัฒนธรรมทุกวิถีทางเพื่อส่งมอบการดูแลที่มีความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรมที่ปราศจากอคติโดยการประเมินจากเพศ เชื้อชาติ ศาสนา หรือวัฒนธรรมความเชื่อเฉพาะบุคคล โดยมีรายละเอียดความคิดเห็นภายหลังการทดลองใช้แบบประเมินฯ ดังนี้

จากผลการวิจัยพยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นว่า ข้อมูลการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการ พฤติกรรมการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้รับบริการ และปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการ มีความสำคัญในระดับมากที่สุด ในการนำมาใช้เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม เนื่องจากสามารถเชื่อมโยงถึงภาวะสุขภาพอันเกิดขึ้นจากวัฒนธรรมความเชื่อของผู้รับบริการได้จริง และสามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการครอบคลุมวัฒนธรรมความเชื่อของผู้รับบริการ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Purnell and Paulanka[24] และ Andrews and Boyle[25] ที่กล่าวว่า การทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลวิถีชีวิต ความเชื่อ พฤติกรรมการใช้ชีวิต อายุ เพศ และสิ่งรอบ ๆ ตัวของผู้รับบริการจะทำให้พยาบาลเข้าใจความต้องการทางวัฒนธรรมสุขภาพของผู้รับบริการมากขึ้น ทั้งนี้พยาบาลจะต้องพัฒนาทักษะการทำความเข้าใจ และตระหนักถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการด้วย และเมื่อพิจารณาผลการวิจัยประเด็นความสำคัญของหัวข้อย่อยในแบบประเมิน พบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นว่า ประเด็นข้อคำถามที่มีความสำคัญสูงสุด 6 อันดับแรกคือ ข้อคำถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่สอดคล้องกับช่วงเวลาตามประเพณี

กับผลการศึกษาของ Spector[26] กล่าวว่า ช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพตีความได้ว่า ความแตกต่างในแต่ละช่วงอายุและช่วงเวลาตามความเชื่อทางศาสนาซึ่งเป็นข้อมูลที่นำมาประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพได้ ข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อตามศาสนาที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ เพศของผู้รับบริการ และข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อและการให้ความหมายในการดูสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Joyce and Linda[23] ที่ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อภาวะสุขภาพ พยาบาลต้องให้ความสำคัญเกี่ยวกับข้อมูล เพศ อายุ ศาสนา ความเชื่อของบุคคลนั้นด้วย ส่วนข้อคำถามเกี่ยวกับวิถีชีวิตของบุคคลในชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bernard[27] ที่ว่าครอบครัวคนผิวสีในประเทศอเมริกามีวิถีชีวิตที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะถ่ายทอดรุ่นสู่รุ่นและสามารถเชื่อมโยงภาวะสุขภาพได้ และข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะที่พักอาศัย ลักษณะงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Berry[28] ที่ว่าชาวมองโกเลียทุกคนที่เกิดมาจะมีจุดปานดำเชื่อมโยงกับการเกิดโรคปลอกประสาทอักเสบ (multiple sclerosis) ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาททั้งส่วนกลางและส่วนปลาย

จากผลการวิจัยพยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นว่าข้อคำถามทุกข้อมีความเหมาะสม คือ มีความชัดเจนในการซักถาม เข้าใจง่าย โดยผู้รับบริการ และผู้ให้บริการมีความเข้าใจในข้อคำถามนั้น ๆ ตรงกัน อยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน โดยมีหัวข้อที่มีความเหมาะสมในระดับคะแนนสูงสุด 6 อันดับแรก ส่วนใหญ่เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านกายภาพเฉพาะบุคคล ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการขับถ่าย และพฤติกรรมการออกกำลังกายตามความเชื่อและวัฒนธรรม จะเห็นได้ว่าข้อมูลในแบบสอบถามนี้ผู้รับบริการสามารถตอบข้อมูลได้โดยง่าย ไม่มีความซับซ้อนในข้อคำถาม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nieveen and Folmer[29] กล่าวว่าแบบประเมินที่ดีควรเป็นแบบประเมินที่เข้าใจง่าย มีมิติความสัมพันธ์กับสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยผู้รับการประเมินตีความตรงตามที่ผู้ประเมินต้องการประเมินอย่างชัดเจน ส่วนข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อและการให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพความเชื่อตามศาสนา และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่สอดคล้องกับช่วงเวลาตามประเพณี เป็นข้อคำถามที่มีความเหมาะสมเพื่อใช้ข้อมูลที่ได้ระบุความต้องการทางด้านวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Higginbottom และคณะ[30] ที่ว่า ค่านิยม ความเชื่อ ศาสนา วิถีชีวิต ภาษา เชื้อชาติ ประสบการณ์ความเป็นปัจเจกบุคคล และความแตกต่างทางภูมิหลังของผู้รับบริการส่งผลต่อการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลควรทำความเข้าใจกับวิถีชีวิต ภูมิหลัง การให้ความหมายต่อความเชื่อของผู้รับบริการจะส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวมมากขึ้นด้วย ทั้งนี้รวมถึงความเชื่อเรื่องการมีชีวิตและการเลือกวิธีการเสียชีวิตตามความเชื่อ[31]

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพ และองค์กรพยาบาลสามารถนำแบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมฉบับนี้ไปใช้ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพที่เกิดจากวัฒนธรรมความเชื่อของผู้รับบริการได้จริง เนื่องจากข้อมูลในแบบประเมินนี้มีความสำคัญสามารถเชื่อมโยงภาวะสุขภาพอันเกิดขึ้นจากวัฒนธรรมความเชื่อของผู้รับบริการ ซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการครอบคลุมวัฒนธรรมความเชื่อของผู้รับบริการส่งเสริมคุณภาพการบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมมากขึ้น และข้อคำถามมีความชัดเจน เข้าใจง่าย โดยผู้รับบริการและผู้ให้บริการมีความเข้าใจในข้อคำถามนั้น ๆ ตรงกัน ซึ่งสามารถใช้ควบคู่กับแบบประเมินภาวะสุขภาพที่ใช้ในปัจจุบันได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาล ความครอบคลุมความต้องการทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ
2. พัฒนานวัตกรรมเพื่อส่งเสริมบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เช่น รูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสม รูปแบบ

การพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพให้ตระหนักถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม และพัฒนาอุปกรณ์เสริมประสิทธิภาพการพยาบาล เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือและให้คำชี้แนะระหว่างการดำเนินการวิจัย นอกจากนี้ขอขอบพระคุณ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้มอบทุนเพื่อทำการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้สนับสนุนการดำเนินการวิจัย

References

1. International Organization for Migration (IOM). World migration report 2018 [internet]. 2020 [cited 2022 Jan 1]. Available from: https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/country/docs/china/r5_world_migration_report_2018_en.pdf.
2. National Statistical Office. The 2020 migration survey [internet]. 2020 [cited 2022 Jan 1]. Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/2563/report_Migration_63.pdf.
3. Songwatthana P. Nursing research across cultures: research concepts and issues. Thai Journal of Nursing Council.2014;29(4):5-21.(in Thai).
4. Leininger M. Cultural care diversity and university: a theory of nursing. New York: John Wiley & Sons;1991.
5. Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing press redistributed by Jones and Barlett Publishers;2001.
6. Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. Journal of Transcultural Nursing.2002;13:189-92.
7. Kleinman. Patients and healers in the context of culture; an exploration of the borderland between anthropology medicine, and psychiatry, Berkley. 5th ed. London: University of California Press [internet]. 1981 [cited 2022 Jan 1]. Available from: https://www.amazon.com/Patients-Healers-Context-Culture Anthropology/dp/0520045114.
8. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of health care services: a model of care. Journal of Transcultural Nursing.2002;13:181-4.
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(1):7-16.
11. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Nursing outcomes classification. 5th ed. St. Louis: Mosby;2013.
12. 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)
13. Wiboonpan W, Prachusllpa G. Transcultural nursing competency of professional nurse: private hospitals. Journal of Nursing Chulalongkorn University.2009;21:29-43.(in Thai)
14. Puttaruksa L, Khumyu A, Chaisena DJ. The development of performance criteria and standards for transcultural nursing services. Nursing Journal of the Ministry of Public Health.2017;27:168-84.(in Thai)

15. Khrutsutthipipat C, Wiwatvanich S. Indicators of cross-cultural nursing outcomes. Journal of Nursing Chulalongkorn University.2017;29(3):19-29.(in Thai)
16. Leininger MM, McFarland MR. Transcultural nursing: concepts, theories research and practice. 3rd ed. Albany (NY): McGrew Hill;2002.
17. Puttaruksa L, Chaisena DJ. The development of health status assessment based on cultural model for transcultural clients. Journal of Phrapokklao Nursing College.2021;32(1):92-108.(in Thai)
18. Liamputtong P. Qualitative research methods. Australia & New Zealand: Oxford University Press;2009.
19. Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. Fundamental of Nursing. 9th ed. St. Louis: Mosby;2017.
20. Anderson NL, Boyle JD, Davidhizar RE, Giger JN, McFarland MR, Papadopoulos I, Wehbe-Alamah H. Chapter 7. Cultural health assessment. In M.K. Douglas & D.F. Paequiao (Eds.), Core curriculum in transcultural nursing and health care [Supplement]. Journal of Transcultural Nursing.2010;21(1) (Suppl.1).
21. Songwathana P, Siriphan S. Thai nurses' cultural competency in caring for clients living in a multicultural setting. Pacific Rim International Journal of Nursing Research.2015;19(1):19-31.
22. Dudus KI. Cultural competence: an evolutional concept analysis. Nursing Education Perspectives.2012; 33(5):317-321.
23. Joyce NG, Linda GH. Transcultural nursing: Assessment and Intervention. St. Louis: Mosby;2021.
24. Purnell LD, Paulanka BJ. Transcultural health care. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis;2008.
25. Andrews M, Boyle J. Transcultural concepts in nursing care. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer;2016.
26. Spector R. Cultural diversity in health and illness. 9th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall;2016.
27. Bernard A. The black family: a generational casualty of war. European Journal of Academic Essays. 2017;4(3):82-6.
28. Berry J. Mongolian spots: causes, pictures, and outlook. Medical News Today [internet]. 2017 [cited 2022 Jan 1]. Available from: www.medicalnewstoday.com
29. Nieveen N, Folmer E. Formative evaluation in educational design research [internet]. 2013 [cited 2022 Jan 1]. Available from: https://scholar.google.co.th/scholar
30. Higginbottom GMA, Richter MS, Mogale RS, Oritz L, Yong S, Mollel O. Identification of nursing assessment model/tools validated in clinical practice for use with diverse ethnocultural groups: an integrative review of the literature. BMC Nurs.2011;10:1-11.
31. Schim SM, Doorenbos AZ. Three-dimensional model of cultural congruence: Framework for intervention. Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care.2010;6(3):256-70.