

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

นางสาวชฎารัตน์ ครุตศุทธิพัฒน์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

TRANSCULTURAL NURSING OUTCOME INDICATORS

Miss Chadarat Krutsutthipipat



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม
โดย	นางสาวชฎารัตน์ ครุตศุทธิพัฒน์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา ประจุกศิลป์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โปธิสาร)

ชฎารัตน์ ครุฑศุทธิพิพัฒน์ : ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (TRANSCULTURAL NURSING OUTCOME INDICATORS) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 159 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 18 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล จำนวน 4 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมิน และควบคุมคุณภาพการพยาบาลจำนวน 5 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จำนวน 4 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จำนวน 5 คน วิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การสัมภาษณ์เกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ขั้นตอนที่ 2 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา แล้วนำมาสร้างแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำคัญของข้อคำถามแต่ละข้อ ขั้นตอนที่ 3 นำข้อมูลที่ได้คำนวณค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยควอไทล์ และส่งแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบ หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่ามัธยฐาน ค่าพิสัย ควอไทล์เพื่อสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ประกอบด้วยตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล 36 ข้อ เป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญระดับมากที่สุด 30 ข้อ และตัวชี้วัดที่มีความสำคัญระดับมาก 6 ข้อ จำแนกเป็น 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม 2 ตัวชี้วัดย่อย 2) ด้านความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 11 ตัวชี้วัดย่อย 3) ด้านการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ 7 ตัวชี้วัดย่อย 4) ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถี ความเชื่อสอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล 11 ตัวชี้วัดย่อย และ 5) ด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน 5 ตัวชี้วัดย่อย

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาหลัก

5677168536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: OUTCOME INDICATORS / TRANSCULTURAL NURSING

CHADARAT KRUTSUTTHIPIPAT: TRANSCULTURAL NURSING OUTCOME INDICATORS. ADVISOR: ASST. PROF. DR.SUVINEE WIVATVANIT, Ph.D., 159 pp.

The purpose of this research was to identify transcultural nursing outcome indicators by using Delphi technique. The participants were 18 experts who has been working related to care transcultural patient. The selected experts were from variance fields including nurse administrators, quality nurse, nursing instructor with transcultural experience and registered nurses who provide care for foreign patient. There are 3 steps in the Delphi technique. First, all experts were asked to identify transcultural nursing outcome indicators by using semi open-ended questionnaire. Second, the data received from the first stage was analyzed and develop to the rating scale questionnaires. Third, the answered questionnaires were reanalyzed. Then, the questionnaires were sent back to the expert to confirm their answers. After reconfirming process, all data was analyzed by using mean and interquartile range to summarize transcultural nursing outcome indicators.

The results shown that transcultural nursing outcome indicators composed of 36 items: 30 items were evaluated as the most essential items and 6 items were essential items. The items can be classified into 5 domains as follows: 1) Patient Safety in transcultural nursing 2 items 2) Satisfaction in transcultural nursing service 11 items 3) The knowledge and understanding of health matter in transcultural nursing 7 items 4) Healthcare based on culture, belief and treatment 11 items and 5) Transcultural nursing to alleviate the suffering 5 items.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2016

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วย ความกรุณา ความเมตตา และการช่วยเหลือของ อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช ผู้ซึ่งเสียสละเวลาอันมีค่า กรุณาให้ข้อคิด ชี้แนะ จุดบกพร่อง แนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งให้กำลังใจ และเอาใจใส่ ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุศิลป์ ประธาน คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร กรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้เชี่ยวชาญทั้ง 18 ท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ สละเวลา ในการให้ข้อมูลอันมีค่ายิ่ง พร้อมทั้งให้ความร่วมมืออย่างดีตลอดระยะเวลาในการทำวิจัยประโยชน์ และคุณค่าของวิทยานิพนธ์เล่มนี้ผู้วิจัยจึงขอมอบให้ คณาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
1. โรงพยาบาลเอกชน.....	9
2. แนวคิดวัฒนธรรม.....	15
3. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	18
4. แนวคิดตัวชี้วัด.....	30
5. แนวคิดผลลัพธ์การพยาบาล	35
6. การวิจัยเทคนิคเดลฟาย.....	46
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	53
8. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	57

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	59
ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง.....	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	60
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	61
การเก็บรวบรวมข้อมูล	66
การวิเคราะห์ข้อมูล	68
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	90
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	90
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	91
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	98
สรุปผลการวิจัย.....	99
อภิปรายผลการวิจัย.....	101
ข้อเสนอแนะ	107
รายการอ้างอิง	108
ภาคผนวก.....	118
ภาคผนวก ก รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ	119
ภาคผนวก ข ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ	135
ภาคผนวก ค เอกสารพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร ตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย.....	139
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	147
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	159

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยชาวต่างชาติ จำแนกเป็นรายภาค (หน่วย: พันครั้ง).....	12
ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้รับบริการชาวต่างชาติที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตาม ภาค และประเทศของผู้รับบริการ.....	13
ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	44
ตารางที่ 4 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จากการทบทวนวรรณกรรม จากการ สัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และสรุปตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเพื่อ สร้างแบบสอบถาม	69
ตารางที่ 5 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2.....	84
ตารางที่ 6 การเปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 3.....	89
ตารางที่ 7 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยควอไทล์ และระดับความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมโดยรวม	91
ตารางที่ 8 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญ ของตัวชี้วัดผลลัพธ์การ พยาบาลข้ามวัฒนธรรม ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม.....	92
ตารางที่ 9 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญ ของตัวชี้วัดผลลัพธ์การ พยาบาลข้ามวัฒนธรรม ด้านความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	93
ตารางที่ 10 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญ ของตัวชี้วัดผลลัพธ์การ พยาบาลข้ามวัฒนธรรม ด้านการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพ	94
ตารางที่ 11 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญ ของตัวชี้วัดผลลัพธ์การ พยาบาลข้ามวัฒนธรรม ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถี ความเชื่อ สอดคล้องกับการ รักษาพยาบาล.....	95
ตารางที่ 12 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญ ของตัวชี้วัดผลลัพธ์การ พยาบาลข้ามวัฒนธรรม ด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อบรรเทาความทุกข์ ทรมาน	97

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)	58
--	----



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงของประเทศไทยที่รัฐบาลมีการสนับสนุน และกำหนดนโยบายหลักเรื่องการพัฒนาประเทศให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนนโยบายเมดิคัลฮับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 มีการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Thailand As World Class Health Care Provider) พ.ศ. 2557 – 2561 เพื่อรองรับยุทธศาสตร์ของประเทศ (Country Strategy) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อมุ่งเน้นสร้างความเป็นเลิศทางวิชาการ และลดความเหลื่อมล้ำ รวมทั้งเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันด้านบริการสุขภาพในเวทีโลก (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557) และภายในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยจะเข้าสู่การเปิดประชาคมอาเซียนอย่างเป็นทางการ ซึ่งมีวิสัยทัศน์คือ ประเทศไทยเป็นสมาชิกที่เข้มแข็งและสนับสนุนคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาคมอาเซียน ส่งผลให้การเดินทางเข้าออก 10 ประเทศในกลุ่มสมาชิกเป็นไปได้ง่ายขึ้น เกิดการหลั่งไหลเข้ามาของแรงงานและนักท่องเที่ยว กระทรวงสาธารณสุข จึงกำหนดนโยบายเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพในทุกกลุ่มประชากรบนผืนแผ่นดินไทย สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 ที่กล่าวว่า ประชาชนทุกคนจะต้องเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล บริการที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ลดระยะเวลาการรอคอย และผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน (Institute of Medicine [IOM], 2001) นโยบายดังกล่าว ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพในประเทศไทยอย่างต่อเนื่องจนเป็นที่ยอมรับในระดับสากล ถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และราคาถูก เมื่อเทียบกับประเทศคู่แข่งอย่างประเทศสิงคโปร์ ซึ่งพบว่าราคาการผ่าตัดของประเทศไทยมีราคาถูกกว่าถึง 1.5-3.08 เท่า (Lunt, et al, 2011) จึงทำให้ผู้ป่วยชาวต่างชาติมีการเข้าใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากสถิติผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ารับบริการสุขภาพในประเทศไทยปี พ.ศ. 2551 มีจำนวน 1,380,000 คน ต่อมาในปี พ.ศ. 2555 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติเพิ่มขึ้นเป็น 2,530,000 คน อัตราเพิ่มขึ้นคิดเป็น 1.8 เท่าภายใน 5 ปี (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556) และสถิตินักท่องเที่ยวชาวต่างชาติในช่วงปี พ.ศ. 2545-2556 ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 10,799,067 คน เป็น 26,735,583 คน คิดเป็น 2.48 เท่า ในระยะเวลา 12 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) สะท้อนให้เห็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ต้องการเดินทางมาใช้บริการสุขภาพโดยเฉพาะ

และกลุ่มที่เดินทางมาท่องเที่ยว หรือเข้ามาทำงานในประเทศไทยแล้วเกิดภาวะความเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยประมาณรายได้จากการเข้าใช้บริการของผู้ป่วยชาวต่างชาติ ปี พ.ศ. 2551 จำนวน 50,963 ล้านบาท เพิ่มขึ้นเป็น 121,658 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2555 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556) จากสถิติสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เข้าใช้บริการสุขภาพจะมีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรมเพิ่มมากขึ้น

การศึกษาพบว่าผู้ป่วยชาวต่างชาติมักมีประกันสุขภาพ และเข้าใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนมากกว่า 3 ล้านรายต่อปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอัตราการเข้าใช้บริการของผู้ป่วยต่างชาติมากที่สุด อาทิ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลสมิติเวช และโรงพยาบาลบีเอ็นเอส ต่างขานรับนโยบายรัฐบาล และนำมาใช้ในการกำหนด วิสัยทัศน์ และพันธกิจของโรงพยาบาลนอกจากนี้โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดภูเก็ต จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดชลบุรี ได้มีการพัฒนาเป็นโรงพยาบาลนานาชาติ เพื่อรองรับการเจ็บป่วยของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติเช่นกัน (ซี เอ อินเตอร์เนชั่นแนล อินฟอร์เมชั่น, 2553) จากสถานะการแข่งขันของกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนในประเทศ และโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยของรัฐที่มีการพัฒนาเป็นศูนย์กลางบริการด้านสุขภาพ และศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ อาทิ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ รวมทั้งมีการจัดทำโครงการศูนย์บริการสุขภาพและบริการสาธารณสุข โดยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โครงการพัฒนาจังหวัดขอนแก่นเป็นศูนย์กลางบริการด้านสุขภาพ (medical hub) ประกอบกับสถานะการแข่งขันจากต่างประเทศ อย่างประเทศสิงคโปร์ และประเทศอินเดีย ส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชนหันมาปรับปรุงการบริหารที่เน้นคุณภาพด้านผลลัพธ์การบริการให้เป็นที่ยอมรับในระดับสากล โดยเฉพาะผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมที่สามารถตอบสนองความต้องการ และความคาดหวังของผู้ป่วยชาวต่างชาติ หรือผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมได้ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2555)

พยาบาลเป็นกลุ่มบุคลากรสุขภาพที่มีสัดส่วนมากที่สุดในโรงพยาบาล การบริการพยาบาลจึงมีผลโดยตรงต่อสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ผู้บริหารจึงให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม โดยมีการกำหนด และตรวจสอบคุณภาพบริการพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องตาม วิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กรและมาตรฐานวิชาชีพที่กำหนดให้พยาบาลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยทุกเชื้อชาติอย่างเท่าเทียมกัน (สภาการพยาบาล, 2540) รวมทั้งให้ความสำคัญในการพัฒนาทักษะ ความรู้เรื่องการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และการสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ในการปฏิบัติการพยาบาลนั้นยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมอย่างชัดเจน การปฏิบัติการพยาบาลจึงอาจมีความแตกต่างกัน ตามความรู้ ความเข้าใจและประสบการณ์

การดูแลผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมของพยาบาลแต่ละคน โดยพบว่าพยาบาลที่ไม่เข้าใจ วัฒนธรรมผู้ป่วยจะไม่สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม เนื่องจากไม่สามารถประเมิน ความต้องการของผู้ป่วยได้ และบ่อยครั้งที่พยาบาลมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยผิดพลาด เนื่องมาจากการสื่อสารที่ไม่เข้าใจระหว่างพยาบาล และผู้ป่วย จนส่งผลให้เกิดปัญหาการร้องเรียนของ ผู้ป่วยเกี่ยวกับความไม่พึงพอใจในบริการของพยาบาล นอกจากนี้การประเมินผู้ป่วยผิดพลาด อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า และส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ (Leininger, 2002) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมอันเป็นเป้าหมายการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล โดยการทบทวนวรรณกรรมทั้งใน และ ต่างประเทศเกี่ยวกับแนวคิด มาตรฐาน และตัวชี้วัดการพยาบาล

จากการศึกษาแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger and McFarland (2002) ซึ่ง มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องตามความต้องการ และวัฒนธรรมของผู้ป่วย โดยผ่านกระบวนการ 3 ประการ คือ การพยาบาลโดยคงวัฒนธรรมเดิมของผู้ป่วย การพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการ ปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมอย่างค่อยเป็นค่อยไป และการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยน วัฒนธรรมให้เข้ากับรูปแบบการดูแลสุขภาพ พบว่าการพยาบาลตามแนวคิดนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการ ตอบสนองตรงตามความต้องการ ผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน อีกทั้งให้ความ ร่วมมือในการพยาบาล จนเกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาล แนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ของ Purnell and Paulank (1998) ซึ่งเน้นการประเมินปัจจัยทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ต่างชาติ และนำข้อมูลจากการประเมิน มาวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมตรงตามความต้องการ และผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมได้ แนวคิดการประเมินการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Giger and Davidhizar (2004) กล่าวถึงรูปแบบการประเมิน 5 ด้าน คือ ปัจจัยที่มีผลต่อการพยาบาล อิทธิพลของวัฒนธรรม เอกลักษณ์เฉพาะบุคคล สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม การรับรู้ภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วยแต่ละวัฒนธรรม พบว่าการประเมินที่ครอบคลุมจะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการ พยาบาล และให้การดูแลได้อย่างเป็นองค์รวม แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Campinha-Bacote (2002) ที่เน้นการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมว่าควรประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความตระหนักรู้ในวัฒนธรรม 2) ใช้ทักษะในการ ประเมินความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย 3) ใช้ความรู้ทางวัฒนธรรมในการวางแผนการพยาบาล 4) สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการพยาบาล และ 5) พัฒนาทักษะการ พยาบาลข้ามวัฒนธรรมอย่างต่อเนื่อง และแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Andrew and Boyle (2008) ซึ่งอธิบายถึงอิทธิพลของวัฒนธรรมที่มีผลต่อการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 4 องค์ประกอบคือ วัฒนธรรมของพยาบาล ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย การสื่อสาร และสิ่งแวดล้อมที่ เกี่ยวข้อง จากการศึกษาทั้ง 5 แนวคิดพบว่าการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมทำให้เกิดผลลัพธ์การพยาบาล

ที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตรงตามความต้องการ มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม จนเกิดเป็นสุขภาวะ และมีความพึงพอใจในบริการ

จากการศึกษามาตรฐานการพยาบาลเชิงจริยธรรมของ Canadian Nurse Association (2008) ซึ่งประกอบด้วย 7 ด้านคือ ด้านความปลอดภัย การส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่ การส่งเสริมและเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วย การรักษาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การพิทักษ์สิทธิความเป็นส่วนตัว การส่งเสริมความยุติธรรม และความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ในการพยาบาล พบว่าการปฏิบัติตามมาตรฐานจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตรงตามความต้องการ มีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม โดยผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมในการพยาบาล และมีความพึงพอใจในบริการ มาตรฐานการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Douglas และคณะ (2011) ที่กล่าวถึงการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 12 มาตรฐาน คือ 1) การให้การพยาบาลอย่างเท่าเทียม 2) ให้การพยาบาลโดยไม่นำวัฒนธรรมตนเองไปตัดสิน 3) การนำความรู้ทางวัฒนธรรมมาประยุกต์ใช้ในการประเมิน และวางแผนการพยาบาล 4) ปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมด้วยความเคารพในความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย 5) ใช้โครงสร้างและแหล่งข้อมูลทางวัฒนธรรมในองค์กรให้เป็นประโยชน์ 6) เชื่อมต่อผู้ป่วยกับบริการทางสุขภาพ 7) คัดสรรบุคคลเข้าทำงานในสิ่งแวดล้อมที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม 8) พัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการให้การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมอยู่เสมอ 9) สื่อสารข้ามวัฒนธรรมด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี และความเป็นมนุษย์ 10) การพัฒนาทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น 11) พัฒนาความรู้และทักษะในการทำงานร่วมกับองค์กร และ 12) ปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการศึกษาพบว่ามาตรฐานดังกล่าวจะเน้นการบริการข้ามวัฒนธรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจภาวะของโรค และการรักษา ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และได้รับการตอบสนองตรงตามความต้องการที่แท้จริง สรุปการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิด และมาตรฐานการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรค และการรักษา ได้รับการพยาบาลตรงตามความต้องการ มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม และผู้ป่วยมีความพึงพอใจ โดยผลลัพธ์ที่เกิดจากการพยาบาลตามแนวคิด และมาตรฐานการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมจัดเป็นตัวชี้วัดสำคัญของบริการพยาบาล

ตัวชี้วัด (Indicators) หมายถึง ตัวแปร หรือตัวประกอบที่ชี้วัด หรือตรวจสอบสถานะ หรือสถานการณ์ที่สนใจในช่วงเวลาใด เวลาหนึ่ง (Johnstone, 1981) ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพของกระบวนการให้บริการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น อีกทั้งข้อมูลยังสามารถนำมาใช้ในการกำหนดแนวทาง มาตรฐาน หรือนโยบายในการดูแลผู้ป่วยได้ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543) ผลลัพธ์หมายถึง ผลสุดท้ายของการรักษา หรือ การปฏิบัติการให้การดูแล (วิภาดา นางสาววิกติกุล และคณะ, 2548) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing outcomes) คือผลผลิตสุดท้ายของการพยาบาล หรือ การปฏิบัติการพยาบาล (Korniewicz and Duffy, 2003) ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสถานะ

สุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง สามารถวัดได้จาก สภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้สภาวะความเจ็บป่วย ความรู้ ความพึงพอใจในบริการ และสถานะสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และชุมชน ภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล (Morhead, et al., 2013) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล คือ ข้อบ่งชี้สภาวะที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยอันแสดงถึงคุณภาพการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อกระบวนการพยาบาลสิ้นสุด และสะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการดูแล และผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วย (รัชนี ศุภจินทรรัตน์, 2549) จากการศึกษาพบว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเป็นตัวชี้วัดในภาพรวมของโรงพยาบาล อาทิ อัตราการติดเชื้อ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม และความพึงพอใจในบริการ(กฤษดา แสงดี, 2547) และมีการใช้ระบบการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcome Classification: NOC) กับการพยาบาลทั่วไป ทุกกลุ่มโรค และทุกกลุ่มผู้ป่วย (Moorhead, et al., 2013) แต่เนื่องจากปัจจัยด้านความหลากหลายทางวัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมทางสุขภาพของผู้ป่วยส่งผลให้ตัวชี้วัดที่ใช้อยู่ยังไม่สามารถชี้เฉพาะกับผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมได้ ดังนั้นการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมได้รับบริการที่มีคุณภาพ จึงจำเป็นต้องมีตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมขึ้น เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินความต้องการของผู้ป่วยวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม (พรทิพย์ มาลาธรรม และประคอง อินทรสมบัติ, 2549) อันนำไปสู่การพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสร้างและพัฒนาตัวชี้วัด สามารถทำได้หลากหลายวิธี ซึ่งการศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมนี้ผู้วิจัยเลือกการพัฒนาตัวชี้วัด โดยใช้การวิจัยเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) เนื่องจากเป็นเทคนิคการวิจัยที่สามารถรวบรวมความคิดเห็น และระดมความคิดจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ หรือประสบการณ์ในเรื่องการพัฒนาตัวชี้วัด และการประเมินคุณภาพการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมอย่างแท้จริง อีกทั้งตัวชี้วัดที่ได้ยังเป็นที่ยอมรับของสังคม เนื่องจากผ่านการพิจารณาไตร่ตรองจากผู้เชี่ยวชาญหลายขั้นตอน และยังเป็นเทคนิคการวิจัยที่ช่วยลดข้อจำกัดด้านเวลา และงบประมาณได้ ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นพื้นฐานในการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมที่มีประสิทธิภาพ และเป็นมาตรฐานสากล

คำถามการวิจัย

1. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ควรประกอบด้วยตัวชี้วัดด้านใดบ้าง
2. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมแต่ละด้าน ควรประกอบด้วยตัวชี้วัดย่อยอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมรายด้าน
2. เพื่อศึกษาตัวชี้วัดย่อยในแต่ละด้านของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้การวิจัยเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชน
2. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาตัวชี้วัด และการประเมินคุณภาพการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จำนวน 18 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารโรงพยาบาล จำนวน 4 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมิน และควบคุมคุณภาพการพยาบาล จำนวน 5 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จำนวน 4 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จำนวน 5 คน
3. ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัย คือตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม หมายถึง ชุดข้อความ หรือข้อรายการที่ระบุถึงสภาพของผู้รับบริการ และครอบครัว ในเชิงปริมาณ และคุณภาพ ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นหลังจากการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลข้ามวัฒนธรรมตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งการศึกษานี้ได้มาจากการบูรณาการแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger and McFarland ปี 2002 ร่วมกับแนวคิดมาตรฐานการพยาบาลเชิงจริยธรรมของ Canadian Nurse Association ปี 2008 และแนวคิดการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลของ Moorhead และคณะ ปี 2013 ได้ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมทางทฤษฎี ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1. **ด้านการตอบสนองความต้องการองค์รวมของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม** หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงผลการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมภายหลังได้รับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมได้แก่ มีอาการสุขสบายขึ้น หรืออาการปวดลดลงรับประทานอาหารได้ พักผ่อนนอนหลับเพียงพอตามแบบแผนของผู้ป่วยแต่ละบุคคล จัดการความเครียด และความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยของตนเองได้ รับรู้ถึงการมีนางสาวค่าในตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ความเชื่อ หรือค่านิยมได้ตามความเหมาะสม

2. **ด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม** หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงผลการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม โดยคงวัฒนธรรมเดิมของผู้ป่วย ปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมอย่างค่อยเป็นค่อยไป และหรือปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมให้เข้ากับรูปแบบการดูแลสุขภาพหรือแผนการรักษาให้สอดคล้องกับทัศนคติ ความเชื่อ หรือค่านิยมทางสุขภาพของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม โดยผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามแต่ละวัฒนธรรม ให้ความร่วมมือในการพยาบาล ลดการปฏิเสธการรักษา เข้าใจถึงการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน และรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

3. **ด้านความพึงพอใจในบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม และครอบครัว** หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงผลการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม และครอบครัวต่อบริการพยาบาลตามแต่ละวัฒนธรรมอย่างเหมาะสม ได้แก่ ความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับการสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสารกับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ความพึงพอใจในการตอบสนองทางความเชื่อ วัฒนธรรม และศาสนาของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมรับรู้ถึงการได้รับการพิทักษ์สิทธิทางการดูแลสุขภาพ

4. **ด้านความสามารถในการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม** หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม ภายหลังได้รับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ได้แก่ การจัดการความเครียด ความกังวล ความกลัวของครอบครัวผู้ป่วย รวมทั้งสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ แสดงพฤติกรรมยอมรับสภาวะโรค หรือการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาของผู้ป่วย และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยตามแต่ละวัฒนธรรมได้อย่างเหมาะสม ไม่ขัดต่อแผนการรักษา ให้ความร่วมมือ และมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการกำหนดแนวทาง/ เกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม
2. เป็นแนวทางของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงาน ประเมินตนเอง และประเมินคุณภาพการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ประกอบ และกำหนดแนวคิดการศึกษาวิจัย โดยสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยเรียงลำดับหัวข้อ ดังนี้

1. โรงพยาบาลเอกชน
 - 1.1 ประเภทธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน
 - 1.2 ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลเอกชน
 - 1.3 ผู้รับบริการในโรงพยาบาลเอกชน
 - 1.4 นโยบายการให้บริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม
2. แนวคิดวัฒนธรรม
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม
 - 3.1 ความหมายการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม
 - 3.2 หลักการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม
 - 3.3 บทบาทหน้าที่พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม
 - 3.4 มาตรฐานการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม
4. แนวคิดตัวชี้วัด
 - 4.1 ความหมาย
 - 4.2 ประเภทตัวชี้วัด
 - 4.3 ประโยชน์ตัวชี้วัด
 - 4.4 การพัฒนาตัวชี้วัด
5. แนวคิดผลลัพธ์การพยาบาล
 - 5.1 ความหมายผลลัพธ์
 - 5.2 ความหมายผลลัพธ์การพยาบาล
 - 5.3 การพัฒนาคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล
 - 5.4 การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล
 - 5.5 แนวคิดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมจากการทบทวนวรรณกรรม

6. การวิจัยเทคนิคเดลฟาย
 - 6.1 ความเป็นมาของการวิจัยเทคนิคเดลฟาย
 - 6.2 คุณลักษณะการวิจัยเทคนิคเดลฟาย
 - 6.3 กระบวนการวิจัยเทคนิคเดลฟาย
 - 6.4 การพิจารณาใช้เทคนิคเดลฟายในงานวิจัย
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. โรงพยาบาลเอกชน

ในระยะเริ่มแรกโรงพยาบาลเอกชนก่อตั้งขึ้น เพื่อจุดประสงค์หลักในการแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาลรัฐบาลที่ไม่สามารถให้บริการรักษาพยาบาลได้อย่างเพียงพอ แต่เดิมโรงพยาบาลเอกชนมีขนาดเล็ก ส่วนใหญ่ดำเนินกิจการในรูปของมูลนิธิ ไม่แสวงหากำไร หรือมีการบริหารกิจการแบบครอบครัว และยังต้องมีการสนับสนุนจากภาครัฐ ต่อมาเมื่อปี พ.ศ. 2515 รัฐบาลมีการส่งเสริมการลงทุนให้แก่โรงพยาบาลเอกชน โดยมีการยกเว้นการเก็บภาษีในระยะ 5 ปีแรก (วราภรณ์ ศิริเมธา, 2542) ประกอบกับการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ และนโยบายของรัฐบาลในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน และการพัฒนาประเทศสู่การเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ ส่งผลให้ในปัจจุบันธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนกลายเป็นธุรกิจขนาดใหญ่มีการบริหารแบบมืออาชีพ และมีการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพเพื่อให้ได้รับการรับรองมาตรฐานในระดับสากล (Joint Commission International; JCI) จากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน JCI มีจำนวนทั้งหมด 23 แห่ง แบ่งตามสถานที่ตั้ง ในเขตภาคกลาง 15 แห่ง (กรุงเทพมหานคร 14 แห่ง และนนทบุรี 1 แห่ง) เขตภาคใต้ 3 แห่ง (ภูเก็ต 2 แห่ง และสมุย 1 แห่ง) เขตภาคตะวันออก 1 แห่ง (ชลบุรี) เขตภาคตะวันตก 1 แห่ง (ประจวบคีรีขันธ์) และเขตภาคเหนือ 2 แห่ง (เชียงใหม่ 1 แห่ง และพิษณุโลก 1 แห่ง) การได้รับการรับรองมาตรฐาน JCI แสดงถึงแนวโน้มโรงพยาบาลเอกชนของไทยได้มีการพัฒนา และได้รับการยอมรับในระดับสากลเพิ่มมากขึ้น (จารุวรรณ ธาดาเดช, 2556)

1.1 ประเภทธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยสามารถแบ่งตามการแสวงหาผลกำไร ได้เป็น 2 ประเภท คือ โรงพยาบาลเอกชนที่มุ่งแสวงหาผลกำไร (Profit hospital) และโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร (Nonprofit hospital) หรือแบ่งตามความครอบคลุมของการให้บริการทางการแพทย์ได้ 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ (Primary care) คือ สถานพยาบาลผู้ป่วยนอกสำหรับการรักษาทั่วไป เช่น คลินิก หรือสถานพยาบาลขนาดเล็ก ระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) คือสถานบริการในระดับที่มี

ศักยภาพในการรักษาที่สูงขึ้น มีการให้บริการผู้ป่วยนอก และให้บริการผู้ป่วยใน และรักษาโรคที่ซับซ้อนมากขึ้น และระดับตติยภูมิ หรือโรงพยาบาลที่ให้บริการครบวงจร (พรเทพ เบญญาอภิกุล และ วรวิภาศ มานะโชติพงษ์, 2556) หรือสามารถแบ่งตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาลได้ 2 ประเภท คือ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยด้านเวชกรรมอย่างน้อย 4 สาขาหลักคือ อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม และสูตินรีเวชกรรม และดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม กรณีมีการให้บริการเฉพาะทางจะต้องมีผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสือรับรองจากแพทยสภาในสาขาวิชาชีพเฉพาะทางนั้นๆ และโรงพยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งให้บริการผู้ป่วยด้านเวชกรรมเฉพาะสาขาใดสาขาหนึ่ง และดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพทั่วไป หรือสาขาที่ให้บริการ เช่น โรงพยาบาลตา โรงพยาบาลผิวหนัง โรงพยาบาลจิตเวช เป็นต้น (ซี เอ อินเตอร์เนชั่นแนล, 2553)

1.2 ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลเอกชน

1.2.1 กลุ่มเป้าหมายของโรงพยาบาลเอกชน แบ่งตามทำเลที่ตั้งของกิจการได้ ดังนี้ (ซี เอ อินเตอร์เนชั่นแนล, 2553)

1) โรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ในเมืองทั่วไป เช่นโรงพยาบาลในตัวเมืองของจังหวัดต่างๆ กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นคนไทยระดับกลางถึงระดับบน โดยลูกค้าระดับกลางจะเข้ารับการรักษาผ่านระบบประกันสังคม หรือประกันสุขภาพ ในขณะที่ลูกค้าระดับบนมักมีสิทธิ์ประกันสุขภาพและจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง

2) โรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ในเมืองหลักๆ และพื้นที่ท่องเที่ยว เช่น โรงพยาบาลเอกชน ในกรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ภูเก็ต ชลบุรี เป็นต้น โดยกลุ่มเป้าหมายมีทั้งคนไทย และชาวต่างชาติ ซึ่งตลาดลูกค้าชาวต่างชาติสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ นักท่องเที่ยว หรือผู้ที่ต้องการเข้ามาใช้บริการในประเทศไทยโดยเฉพาะ และกลุ่มที่ทำงาน หรือเดินทางมาท่องเที่ยวในประเทศไทย จากการศึกษาของกรมส่งเสริมการส่งออก ปี 2552 พบว่ารายได้จากลูกค้าชาวไทยต่อชาวต่างชาติประมาณ 30:70 จากรายได้ชาวต่างชาติที่มีสัดส่วนสูงกว่าชาวไทย ทำให้โรงพยาบาลเอกชนต่างหันมาปรับปรุงคุณภาพบริการเพื่อรองรับความต้องการเข้ามาใช้บริการของชาวต่างชาติที่เพิ่มมากขึ้น

1.2.2 ช่องทาง และ วิธีการตลาด สามารถจำแนกตามทำเลธุรกิจได้ดังนี้ (ซี เอ อินเตอร์เนชั่นแนล, 2553)

1) โรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ในเมืองทั่วไป จะไม่มีการทำการตลาดมากนัก เนื่องจากมีคู่แข่งทางการค่าน้อย อีกทั้งช่องทางการเข้าใช้บริการของผู้ป่วยมักผ่านทางระบบประกันสังคม ช่องทางทางการตลาดจึงเป็นการสร้างความร่วมมือกับบริษัทประกันต่างๆในการส่งผู้ป่วยเข้าใช้บริการเน้นจุดขายเรื่องการใช้เครื่องมือที่ทันสมัย การบริการที่ดี รวดเร็ว และบริการที่ช่วยให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้รับความสะดวกสบายในการเข้าใช้บริการมากที่สุด

2) โรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ในเมืองหลักๆ และพื้นที่ท่องเที่ยว สามารถจำแนกเป็น

ตลาดลูกค้าในประเทศ จะเน้นทำการตลาดกับกลุ่มผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง เนื่องจากสามารถเปลี่ยนไปใช้บริการโรงพยาบาลอื่นได้ง่ายกว่า โดยทำการตลาดผ่านการโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ อาทิ สื่อสิ่งพิมพ์ เว็บไซต์ และป้ายโฆษณา เน้นจุดขายด้านความเชี่ยวชาญของแพทย์ และความทันสมัยของเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ส่วนตลาดลูกค้าต่างประเทศจะมีการแข่งขันกันค่อนข้างสูง โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่มีศักยภาพ ซึ่งปัจจุบันการแข่งขันจะเน้นการสร้างเครือข่ายพันธมิตรเพื่อดึงดูดลูกค้า เช่น การสร้างความร่วมมือกับตัวแทนโรงพยาบาลในต่างประเทศ สร้างความร่วมมือกับโรงแรมในการนำผู้ป่วยเข้าพักรักษาหลังผ่าตัด และสร้างความร่วมมือกับบริษัททัวร์สุขภาพ เพื่อนำลูกค้าเข้าใช้บริการ เน้นจุดขายด้านคุณภาพบริการ ความสามารถและความเชี่ยวชาญของแพทย์ รวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆในโรงพยาบาล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ซึ่งผู้วิจัยจะทำการศึกษาในโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่มีศักยภาพในการรองรับผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม และเป็นโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมให้ความไว้วางใจในการเข้ารับบริการ

1.3 ผู้รับบริการในโรงพยาบาลเอกชน

จากการสำรวจโรงพยาบาล และสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2555 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ซึ่งทำการสำรวจโรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศ ที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน และจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 จำนวนทั้งสิ้น 327 แห่ง พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติเข้ารับบริการทั้งสิ้น 3 ล้านครั้ง แบ่งการเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกร้อยละ 95.2 และผู้ป่วยในร้อยละ 4.8 เมื่อพิจารณาการเข้ารับบริการของผู้ป่วยชาวต่างชาติเป็นรายภาค พบว่า มีการเข้ารับบริการโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครมากที่สุด รองลงมา คือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยชาวต่างชาติ จำแนกเป็นรายภาค (หน่วย: พันครั้ง)

ประเภท ผู้ป่วย	ภาค					
	กรุงเทพ	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	ทั่วราชอาณาจักร
ผู้ป่วยใน	76.0	28.8	16.9	5.5	16.1	143.2
ผู้ป่วยนอก	1,819.6	610.5	158.6	84.3	192.9	2,866.0
รวม	1,895.6	639.3	175.5	89.8	209.0	3,900.2

ที่มา สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร พ.ศ. 2555

จากการสำรวจโรงพยาบาล และสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2555 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ยังพบว่ามียัตราการเข้าใช้บริการของผู้ป่วยชาวต่างชาติเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากจำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาติจำนวน 550,161 คน ในปี พ.ศ. 2544 เพิ่มขึ้นเป็น 2,240,000 คน ในปี พ.ศ. 2554 และ 3,000,000 คน ในปี พ.ศ. 2555 กล่าวคือมีอัตราการขยายตัวเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2554-2555 ถึงร้อยละ 33.93 และพบว่าผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนมาจากประเทศที่หลากหลาย ดังข้อมูลในตารางที่ 2 ในหน้าถัดไป

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้รับบริการชาวต่างชาติที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามภาค และประเทศของผู้รับบริการ

ประเทศ	กรุงเทพ มหานคร	ภาค กลาง	ภาคเหนือ	ภาค ตะวันออก เฉียงเหนือ	ภาคใต้	ทั่ว ประเทศ
สหภาพพม่า	3.0	27.3	28.1	-	25.0	16.5
จีน	25.8	5.2	3.1	5.6	-	9.7
สหรัฐอเมริกา	15.2	2.6	9.4	5.6	4.2	7.6
ญี่ปุ่น	10.6	13.0	3.1	-	-	7.6
สหราชอาณาจักร	-	6.5	-	11.1	25.0	5.9
บราซิล	-	-	-	-	-	-
ไต้หวัน	-	-	-	-	-	-
และไอร์แลนด์	-	-	-	-	-	-
เหนือ	-	-	-	-	-	-
สาธารณรัฐ	-	2.6	-	30.6	-	5.1
ประชาธิปไตย	-	-	-	-	-	-
ประชาชนลาว	-	-	-	-	-	-
กัมพูชา	3.0	10.4	-	5.6	-	4.7
อินเดีย	9.1	3.9	-	-	-	3.8
ออสเตรเลีย	3.0	3.9	-	2.8	8.3	3.4
เยอรมนี	-	-	6.3	11.1	4.2	3.0
ประเทศอื่น	18.1	6.5	9.4	8.4	12.5	12.2

ที่มา สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร พ.ศ. 2555

จากข้อมูลในตารางที่ 2 พบว่าผู้รับบริการชาวพม่า เป็นประเทศที่เข้ารับบริการในประเทศไทยจำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 16.5 รองลงมา คือ ผู้รับบริการจากประเทศจีน และผู้รับบริการจากประเทศสหรัฐอเมริกา และเมื่อพิจารณาตามเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลเอกชนที่ผู้ป่วยชาวต่างชาติเข้ารับบริการ พบว่า พื้นที่เขตกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีผู้รับบริการชาวต่างชาติเข้ารับบริการมากที่สุด

1.4 นโยบายการให้บริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

จากสถิติผู้ป่วยชาวต่างชาติทั่วประเทศที่เพิ่มมากขึ้นของสำนักงานสถิติแห่งชาติ และการประมาณการของกระทรวงพาณิชย์ ปี 2555 พบว่ามีผู้ป่วยชาวต่างชาติที่พำนักในประเทศไทยร้อยละ 41.4 นักท่องเที่ยวที่ประสบอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยในระหว่างเดินทางจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา ร้อยละ 32 และผู้ป่วยชาวต่างชาติที่ต้องการเข้ามารับการรักษาในประเทศไทย ร้อยละ 26.6 ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีประกันสุขภาพ หรือมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน และเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครที่ได้รับการรับรองมาตรฐานในระดับสากล JCI (พรเทพ เบนญญาอภิฏ และ วรวิภาศ มานะโชติพงษ์, 2556) สำหรับโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นที่นิยม และได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยชาวต่างชาติ 4 อันดับแรก คือ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลสมิติเวช และโรงพยาบาลบีเอ็นเอช ซึ่งมีวิสัยทัศน์ พันธกิจ และนโยบายของโรงพยาบาลดังนี้

1.4.1 โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ วิสัยทัศน์ คือ วิทยาการ และบริการแห่งความเป็นหนึ่ง พันธกิจ คือ เราให้บริการทางการแพทย์พยาบาลอย่างเอื้ออาทร และได้มาตรฐานในระดับสากล และมีหลักปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย คือ มุ่งมั่นให้บริการที่เกินความคาดหวังลูกค้า ปรับปรุงความปลอดภัย และคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง พัฒนางานวิจัย ความเป็นเลิศทางวิชาการ และนวัตกรรมทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ให้บริการแบบไทยแก่ผู้ป่วยทุกเชื้อชาติ ภาษา และวัฒนธรรม อย่างเท่าเทียมกัน และปฏิบัติต่อผู้ป่วยทุกคนด้วยความซื่อสัตย์ และคงไว้ ซึ่งจริยธรรม (โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, 2558)

1.4.2 โรงพยาบาลกรุงเทพ วิสัยทัศน์ คือ จะเป็นสถานบริการตติยภูมิที่เป็นเลิศ มีมาตรฐานสูงด้วยคุณภาพในระดับสากล เพื่อความไว้วางใจ และพึงพอใจสูงสุดของผู้รับบริการ พันธกิจ คือ มุ่งมั่นเป็นผู้นำทางการแพทย์ได้รับการยอมรับในระดับมาตรฐานสากล โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมทันสมัย บริหารธุรกิจที่มีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยทีมบุคลากรที่มีความสามารถ ยึดมั่นเชิดชูมาตรฐาน และจริยธรรมแห่งวิชาชีพ มุ่งพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์ และความพึงพอใจสูงสุดของผู้รับบริการ รวมถึงการเจริญเติบโตขององค์กร (โรงพยาบาลกรุงเทพ, 2558)

1.4.3 โรงพยาบาลสมิติเวชวิสัยทัศน์ คือ การให้บริการที่มีประสิทธิภาพ และความเป็นเลิศในทุกๆด้าน มีพันธกิจหลักคือ การให้บริการด้วยคุณภาพ และนวัตกรรมใหม่ๆส่งผลให้โรงพยาบาลได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยทั้งชาวไทย และชาวต่างชาติ (โรงพยาบาลสมิติเวช, 2557)

1.4.4 โรงพยาบาล บี เอ็น เอช วิสัยทัศน์ คือ วางใจให้เป็นผู้ดูแลสุขภาพในทุกช่วงเวลาแห่งชีวิต พันธกิจโรงพยาบาล คือ เป็นโรงพยาบาลที่ได้รับความไว้วางใจในการดูแลพิเศษเฉพาะบุคคล สร้างสรรค์บรรยากาศให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ และการบริการที่เป็นเลิศ สร้างสรรค์ความงดงามแห่งชีวิตที่ดี และยืนยาวกว่า และผสมผสานการบริการแบบองค์รวมในการดูแลรักษา และสร้างสรรค์สุขภาพที่

ดี อีกทั้งผู้บริหารมีวิสัยทัศน์เน้นให้โรงพยาบาลเป็น The Boutique International Hospital แห่งเดียวในประเทศไทย ที่พร้อมให้บริการระดับ 7 ดาวกับผู้ป่วยทุกเชื้อชาติ โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการจากภูมิภาคในแถบยุโรปเป็นหลัก (โรงพยาบาลบี เอ็น เฮซ, 2555)

จากวิสัยทัศน์ พันธกิจ และนโยบายของโรงพยาบาลเอกชน ดังที่กล่าวมาต่างให้ความสำคัญต่อการให้บริการที่เน้นคุณภาพ การบริการผู้ป่วยทุกเชื้อชาติอย่างเท่าเทียม เพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังที่หลากหลายของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม ดังนั้นการให้โรงพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องมีความรู้ถึงปัจจัยทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อใช้ในการประเมิน และวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม

2. แนวคิดวัฒนธรรม

2.1 ความหมาย

วัฒนธรรม (Culture) หมายถึง ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี พฤติกรรม นิสัย การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา และอื่นๆ ที่มีการเรียนรู้ส่งต่อกันมาอย่างยาวนาน ในครอบครัว (Macinkiw, 2003)

วัฒนธรรม หมายถึง สิ่งที่บุคคลเรียนรู้จาก สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ ศาสนา ปรัชญา ศิลธรรม กฎหมาย การเมือง การศึกษา ลักษณะทางชีวภาพ พันธุกรรม และเทคโนโลยี อันมีผลต่อการประเมิน การตัดสินใจ และพฤติกรรมแสดงออก เมื่อเกิดสถานการณ์ต่างๆขึ้น (Andrews and Boyle, 2016)

2.2 วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ

วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ คือ ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (Andrews and Boyle, 2016) โดยใช้กระบวนการ และวิถีชีวิต ในการเริ่มทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อ อันนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540)

ปัจจุบันผู้รับบริการในระบบสุขภาพของประเทศไทยมีความหลากหลายทางเชื้อชาติ และมีความเชื่อ ค่านิยม ที่หลากหลายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการเรียนรู้วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม เพื่อใช้ในการประเมิน เก็บรวบรวมข้อมูล และวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับวิถี ความเชื่อของผู้ป่วย จากการศึกษาวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม ที่เข้ารับบริการในประเทศไทยมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ชาวพม่า ชาวจีน และชาวอเมริกา ซึ่งมีวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ดังนี้

2.2.1 วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของชาวพม่าวัฒนธรรมการดูแลตนเองของสตรีชาวพม่าที่ตั้งครรภ์สามารถแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ การปฏิบัติตามแบบดั้งเดิมของชาวพม่า และการปฏิบัติจากการเรียนรู้ใหม่ เมื่อย้ายถิ่นมาอยู่ประเทศไทย (สกวเดือน ไพบูลย์ และ สุดารัตน์ สุวารี, 2559) ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1) การดำเนินกิจวัตรประจำวัน ด้านการบริโภคอาหาร ความเชื่อเดิมให้รับประทานผักและผลไม้ งดเว้นอาหารแสลง ส่วนการเรียนรู้ใหม่สามารถรับประทานไข่และนมเพิ่มเติม เพื่อบำรุงบุตรในครรภ์ ด้านการทำความสะอาดร่างกาย ความเชื่อเดิมให้ปฏิบัติตามปกติ ส่วนการเรียนรู้ใหม่จะเน้นดูแลความสะอาดของอวัยวะเพศ ด้านการทำงานทั้งในบ้าน และนอกบ้านบ้าน ความเชื่อเดิมสตรีตั้งครรภ์ไม่ต้อง ทำงานบ้านและงานนอกบ้าน เนื่องจากเป็นหน้าที่ของสามี ส่วนการเรียนรู้ใหม่สตรีตั้งครรภ์ต้องช่วยเหลือตนเองและสามารถทำงานนอกบ้านได้ เพียงแต่ห้ามทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน และห้ามยกของหนัก ด้านการออกกำลังกาย ความเชื่อเดิม คือการเดินเท่านั้น ส่วนการเรียนรู้ใหม่ เมื่อฝากครรภ์จะได้รับการสาธิตการออกกำลังกาย ทำให้สามารถออกกำลังกายได้อย่างถูกต้อง และหลากหลายมากขึ้น ด้านการมีเพศสัมพันธ์ ยังคงเหมือนกันทั้งความเชื่อเดิม และการเรียนรู้ใหม่ กล่าวคือห้ามมีเพศสัมพันธ์ในขณะตั้งครรภ์ ด้านการปฏิบัติตนเพื่อทำให้คลอดง่าย ความเชื่อเดิมเชื่อว่าการเดินมาก ๆ และใช้สมุนไพรจะช่วยทำให้คลอดง่าย ส่วนการเรียนรู้ใหม่มีการปรับเปลี่ยนคือจะคลอดง่ายเมื่อปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ด้านพิธีกรรมทางศาสนา ความเชื่อเดิม คือห้ามไปงานศพ ซึ่งไม่ขัดแย้งกับการเรียนรู้ใหม่

2) การดูแลตนเองเมื่อมีภาวะไม่สบาย ความเชื่อเดิม เชื่อว่าความเจ็บป่วยเป็นภาวะปกติจึงปล่อยให้อาการไม่สบายดำเนินต่อไป จากการเรียนรู้ใหม่จะไปพบแพทย์เพื่อบรรเทาอาการ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตั้งครรภ์ เดิมการดูแลจะเป็นหน้าที่ของสามี จากการเรียนรู้ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตั้งครรภ์ได้ แต่เนื่องจากหญิงพม่าที่ย้ายถิ่นฐานเข้ามาอยู่ในประเทศไทยมักอยู่ต้องเพียงลำพัง เนื่องจากสามีออกไปทำงาน บางรายเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดในห้องพัก การฝากครรภ์และการเตรียมตัวคลอด แบ่งได้ 3 กรณีคือ กรณีที่ 1 จากความเชื่อเดิม (คลอดที่ประเทศพม่า) ไม่ฝากครรภ์และคลอดบุตรที่บ้านให้เหตุผลว่าสถานบริการอยู่ไกล จากการเรียนรู้ใหม่ (คลอดที่ประเทศไทย) กรณีที่ 2 ไม่ฝากครรภ์และคลอดบุตรกับหมอดำเยาให้เหตุผลว่า มีปัญหาด้านการเงินและการสื่อสาร และกรณีที่ 3 ฝากครรภ์และคลอดบุตรในโรงพยาบาลให้เหตุผล ว่ากลัวอันตรายต่อตนเอง และทารก และมีประกันสังคม

3) ปัญหาสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ อาการไม่สบายที่เกิดขึ้นบ่อย คือ แพ้ท้อง และเป็นตะคริว สตรีตั้งครรภ์จะปล่อยให้อาการดังกล่าวหายไปเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะซื้อยามารักษาเอง ถ้าอาการรุนแรงจนถูกนำส่งโรงพยาบาล เมื่ออาการดีขึ้นก็จะหนีกลับเพราะมีปัญหาค่าใช้จ่าย และการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ และการรับรู้ความเสี่ยงใน

การเกิด ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์รับรู้ ว่า อาการแพ้ท้องและตะคริว เป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้น และหายได้เองและเชื่อว่าการทำงานหนักทำให้คลอดง่าย

2.2.2 วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของชาวจีน

รากฐานวัฒนธรรมประจำชาติ ความเชื่อด้านสุขภาพของชาวจีน ส่งผลให้ชาวจีนมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่แตกต่างจากผู้รับบริการชาติอื่น ความเชื่อ ด้านสุขภาพของชาวจีนมีหลายประการ (Jin, Slomka and Blixen, 2002) สามารถสรุปได้ดังนี้

1) ชาวจีนจะไม่นิยมการตรวจคัดกรองเพื่อการป้องกันโรค (Preventive screening) กล่าวคือ มีความเชื่อว่า หากร่างกายแข็งแรงไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์ เพื่อตรวจร่างกายประจำปี เช่น การตรวจเลือด เอ็กซเรย์ปอด และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น

2) ชาวจีนจะนิยมการใช้วิธีการรักษาแบบดั้งเดิม (Traditional treatments) หรือรักษาตามแพทย์แผนจีน เช่น การฝังเข็ม (Acupuncture) การชูดมหนังด้วยวัตถุ เนื่องจากมีความเชื่อว่า จะช่วยขับสารพิษออกจากร่างกาย ผ่านทางผิวหนังได้ และการนวดทุยหนา เป็นต้น

3) ชาวจีนนิยมใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาโรค ซึ่งสมุนไพรบางชนิด อาจมีปฏิกิริยาต่อยารักษาในแพทย์แผนปัจจุบัน และอาจมีอาการข้างเคียง หรืออาการไม่พึงประสงค์ เช่น โสมจีน มีฤทธิ์ลดความเครียด เพิ่มภูมิคุ้มกันโรค และส่งเสริมความรู้สึกทางเพศ (Sexual function) แต่มีอาการข้างเคียง คือ กระตุ้น ระบบประสาทส่วนกลาง เพิ่มความดันเลือด หากได้รับปริมาณมาก ๆ อาจมีอาการปวดศีรษะ เบื่ออาหาร ใจสั่น เป็นต้น

4) ชาวจีนมีความเชื่อด้านสุขภาพในการคงสมดุลของร่างกายตามหลัก หยิง-หยาง กล่าวคือ หยิง คือ ตัวแทนของความมืด ความเย็น และความว่างเปล่า ส่วน หยาง คือ ตัวแทนของความสว่าง ความอบอุ่น และความเต็มเต็ม การจะดูแลสุขภาพที่ดีนั้น จะต้องอาศัยหลักสมดุลตามธรรมชาติ หรือ ยึดหลัก หยิง-หยาง อย่างเคร่งครัด (Andrews and Boyle, 2016)

2.2.3 วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของชาวอเมริกา

1) วัฒนธรรมการพึ่งพาตนเอง กล่าวคือ ชาวอเมริกาจะมีวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตด้วยแนวคิดการพึ่งพาตนเอง ซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่ได้รับการปลูกฝังมาตั้งแต่เด็ก โดยการส่งเสริมให้มีอิสระในการแสดงความคิดเห็น ทำกิจกรรมหรือสิ่งต่างๆด้วยตนเอง ภูมิใจในสิ่งที่ตนเองทำ และรับผิดชอบสิ่งต่างๆที่เกิดจากการกระทำของตนเอง ทำให้บ่อยครั้งที่พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยชาวอเมริกาจะพบว่าผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดการพลัดตกหกล้มได้มากกว่าผู้ป่วยชาติอื่นเนื่องจากไม่ต้องการพึ่งพาความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่พยาบาล

2) ความเป็นปัจเจกชน กล่าวคือชาวอเมริกามีวัฒนธรรม และแนวคิดในการดำเนินชีวิตในเรื่องสิทธิส่วนบุคคลที่จะสามารถคิด ตัดสินใจเลือกทำ หรือไม่ทำกิจกรรมตามที่ตนต้องการ ดังนั้นการให้การพยาบาล พยาบาลจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วย เข้าใจก่อนทุกครั้งที่จะให้การพยาบาล

ถามชื่อผู้ป่วย หรือทำการระบุตัวตนผู้ป่วยก่อนให้ยา ฉีดยา หรือทำหัตถการต่าง ๆ รวมทั้งวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยเพื่อทำความเข้าใจ และทำข้อตกลงร่วมกัน อีกทั้งเขียนขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน (Daily time setting goal) เพื่อกำหนดเป้าหมายการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วย

ประสบการณ์ ความเชื่อ ค่านิยม ที่หลากหลายของผู้ป่วย ล้วนเป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงควรศึกษาเรียนรู้เกี่ยวกับทฤษฎีการพยาบาล หรือแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม ให้มีความครอบคลุมทั้งกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ อีกทั้งมีแนวทางในการประเมิน การวางแผนการพยาบาล รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ เท่าเทียมกัน โดยแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม คือแนวคิดหลักที่พยาบาลใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม

3. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

กระแสโลกาภิวัตน์ การพัฒนาเทคโนโลยีด้านการแพทย์ การสื่อสาร รวมทั้งคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพของประเทศไทย ส่งผลให้มีผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมเข้าใช้บริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมโดยตรง จึงควรพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (Transcultural Nursing) ขึ้นเพื่อให้สามารถให้การพยาบาล และตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยได้ จากการศึกษาพบว่า มีผู้ให้ความหมายการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมไว้หลากหลาย ดังนี้

3.1 ความหมายการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

Leininger and McFarland (2002) ให้ความหมายการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมหมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นแบบแผนมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพตามวัฒนธรรม และรูปแบบความเจ็บป่วยของประชาชนแบบองค์รวมโดยพยาบาลใช้ทักษะ ความรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งเคารพในความแตกต่างและความคล้ายคลึงในนางสาวค่า ความเชื่อ และวิถีชีวิตทางวัฒนธรรมของประชาชน ให้การพยาบาลเพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิต หรือวัฒนธรรมเดิมของผู้ป่วย

Giger and Davidhizar (2002) ให้ความหมายการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม หมายถึงการพยาบาลที่แสดงให้เห็นถึงการยอมรับและเคารพในความหลากหลายทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย และครอบครัว ตามลักษณะปัจจัย 6 ด้านคือ การสื่อสารเวลาระยะห่างของบุคคลหรือพื้นที่ส่วนตัวองค์กรทางสังคมการควบคุมสิ่งแวดล้อมและความแปรปรวนทางชีวภาพของแต่ละบุคคล

Andrew and Boys (2008) ให้ความหมายการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม คือ การพยาบาลแบบองค์รวมที่พยาบาลจะต้องคำนึงถึงปัจจัยทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องทั้งตัวพยาบาล ผู้ป่วย และ

สิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยมาใช้ในการวางแผน และปฏิบัติการพยาบาลได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว

สุดศิริ หิรัญชอุณหและคณะ (2550) ให้ความหมาย การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม หมายถึง ความสามารถหรือวิธีการปฏิบัติที่แสดงออกถึงการให้เกียรติและยอมรับในความเชื่อ ทัศนคติ พฤติกรรมของครอบครัวผู้ใช้บริการและความหลากหลายทางวัฒนธรรมของผู้ให้บริการเอง

กนกวรรณ โภคา (2552) ให้ความหมาย การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคคลที่มีบริบทความแตกต่างในภูมิหลังด้านวัฒนธรรมได้แก่ เชื้อชาติ ศาสนา เพศ วิถีชีวิต ความเชื่อและพฤติกรรมโดยมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและลักษณะเฉพาะของเชื้อชาติวัฒนธรรมนั้นๆ

โดยสรุป การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (Transcultural Nursing) หมายถึง การพยาบาลโดยยึดผู้ป่วย และครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงความแตกต่างกันของความเชื่อ ค่านิยม และพฤติกรรมของผู้ป่วย มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย

3.2 หลักการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

จากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม พบว่าการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ประกอบด้วยหลักการ 7 ด้านดังนี้

3.2.1 Cultural Assessment (การประเมินทางวัฒนธรรม) จากทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของไลนิงเจอร์ (Leininger, 1997) กล่าวว่าคนแต่ละคนจะมีความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งสิ้น ดังนั้นการประเมินปัจจัยทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญในการวางแผนการพยาบาลจากการศึกษาพบทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมที่กล่าวถึงการประเมินทางวัฒนธรรม คือ

1) ทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Purnell and Paulank (1998) ซึ่งกล่าวถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เชื่อมโยงกันในลักษณะเป็นวงกลม 3 รูป โดยวงนอกได้แสดงถึงสังคมโลก วงที่สองได้แสดงถึงชุมชน และวงในสุดแสดงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลประกอบด้วยปัจจัย 12 ด้าน คือภาพรวม/ประเพณี (ถิ่นที่อยู่ สถานที่ตั้ง สภาพเศรษฐกิจ การเมือง และการศึกษา) การสื่อสาร (ภาษาท้องถิ่น เวลา การสัมผัส สีหน้า ภาษากาย น้ำเสียงและการสบตา) บทบาทครอบครัวและองค์การ (เพศ อายุ วิถีชีวิต บทบาท การเป็นหัวหน้าครอบครัว สภาพสังคม) การทำงาน (ความมีอิสระ การรับวัฒนธรรมอื่น) ชีวนิเวศวิทยา (สีผิว พันธุกรรม และปัจจัยทางชีววิทยา)พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ (บุหรี แอลกอฮอล์)ภาวะโภชนาการ (อาหาร หรือสภาวะทางโภชนาการ) การตั้งครร์รค์และการคลอด (ความเชื่อในการตั้งครร์รค์ การเกิดและภาวะหลังคลอด) พิธีกรรมด้านความตาย(ความเชื่อ หรือพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต หรือภาวะสุกृत่าย

ของชีวิต) จิตวิญญาณ (การปฏิบัติศาสนกิจ หรือความเชื่อด้านจิตวิญญาณ) การดูแลตนเองด้านสุขภาพ (ความเชื่อด้านศาสนา ความรับผิดชอบในด้านสุขภาพ) และผู้ให้การดูแลสุขภาพ (ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย)

2) ทฤษฎีการประเมินการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Giger and Davidhizar (2004) ซึ่งกล่าวถึงการประเมินทางวัฒนธรรม 5 ด้าน ดังนี้

(1) ปัจจัยที่มีผลต่อการพยาบาลในการเข้าถึงความต้องการของผู้ป่วย ประกอบด้วย ปัจจัย 6 ด้าน คือ Communication ประเมินลักษณะน้ำเสียง การออกเสียง การใช้ทักษะการเจรจาแสดงออกทางภาษากาย (อวัจนภาษา) การสื่อสารยังเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วย รวมทั้งการให้ข้อมูล การรับรู้ข้อมูลและความรู้สึกของผู้ป่วยที่แสดงออกมาทางน้ำเสียง สีหน้า ท่าทางด้วย Space ประเมินระยะห่างในการสนทนา การให้ความหมายของคำว่าพื้นที่ว่างระหว่างบุคคลที่มีความแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม ซึ่งระยะห่างที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดจนอาจทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา หรือรักษาไม่ต่อเนื่องได้ Social organization ประเมินภาวะสุขภาพ ความเชื่อ วัฒนธรรม และค่านิยม ของครอบครัวผู้ป่วยที่อาจมีผลต่อทัศนคติ และการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย Time ประเมินช่วงเวลาในการพักผ่อน เวลาดึ้นนอน และเข้านอนในแต่ละวัน Environment Control ประเมินสิ่งแวดล้อมรอบตัว ความเชื่อ และ Biological variations ประเมินลักษณะทางชีวภาพ สีผิว สีผม ลักษณะเด่นอื่นๆ

(2) อำนาจในการดูแลทางวัฒนธรรม หรือ อิทธิพลของวัฒนธรรมกล่าวคือ กระบวน การในการตระหนักรู้ การเรียนรู้ การใช้ทักษะ และการสร้างสัมพันธภาพ หรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

(3) เอกลักษณะทางวัฒนธรรมเฉพาะบุคคล คือการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของผู้ป่วย ทำให้เกิดความเชื่อเฉพาะบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งความเชื่อที่หลากหลายนี้อาจได้รับอิทธิพลจากพื้นฐานความรู้และเชื้อชาติ

(4) สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อวัฒนธรรม การประเมิน หรือการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับลักษณะทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย จะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลหรือให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้

(5) วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเจ็บป่วยของผู้ป่วย

3.2.2 Cultural self-assessment หรือ Cultural awareness (การตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม) จากการศึกษาทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Campinha-Bacote (2002) กล่าวว่า การตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม หมายถึง การตระหนักรู้ถึงนางสาวค่า วัฒนธรรม ความเชื่อ การดำเนินชีวิต อีกทั้งกระบวนการแก้ปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละวัฒนธรรม โดยพยาบาลหรือผู้ให้บริการ

ทางสุขภาพจะต้องตระหนักถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมของตัวพยาบาล กับของผู้ป่วย และไม่นำวัฒนธรรมของตนเองไปเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจผู้ป่วย

3.2.3 Cultural Knowledge (ความรู้ทางวัฒนธรรม) จากการศึกษาทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Campinha-Bacote (2002) กล่าวว่า ความรู้ทางวัฒนธรรม คือ การเรียนรู้ถึงความหลากหลายของผู้ป่วยทั้ง สีมิว ลักษณะทางกายภาพ พันธุกรรม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละเชื้อชาติ รวมทั้งลักษณะโรค การตอบสนองต่อยา หรือแผนการรักษาที่แตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม เพื่อทำความเข้าใจผู้ป่วยความรู้จะช่วยให้พยาบาล หรือผู้ให้บริการทางสุขภาพเกิดความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม รวมทั้งให้การพยาบาลได้ตรงตามความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วย

3.2.4 Cultural Sensitivity (ความไวทางวัฒนธรรม) จากการศึกษาแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Narayanasamy (2002) กล่าวว่า ความไวทางวัฒนธรรม หมายถึงการที่พยาบาลมีความรู้ และความตระหนักทางวัฒนธรรมจนเกิดเป็นทักษะที่ช่วยให้พยาบาลเกิดความไวต่อสิ่งที่ผู้ป่วย และครอบครัวต้องการ ส่งผลให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลได้ตรงตามความต้องการ และความคาดหวัง

3.2.5 Cultural Relationship หรือ Cultural Encounter (การเข้าถึง หรือการสร้างสัมพันธภาพข้ามวัฒนธรรม) จากการศึกษาทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Campinha-Bacote (2002) กล่าวว่า การเข้าถึง คือ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยการสร้างสัมพันธภาพจะไม่ยึดติดตามกลุ่มเชื้อชาติ หรือกลุ่มวัฒนธรรม แต่เป็นการสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคล โดยเฉพาะการสร้างสัมพันธภาพในการให้การพยาบาล ซึ่งต้องมีการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย โดยเป้าหมายในการสร้างสัมพันธภาพ หรือการเข้าถึงผู้ป่วย คือ การเข้าใจข้อความหรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการสื่อสารทั้งวจนภาษา และอวจนภาษา หรือการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยถึงข้อความที่พยาบาลต้องการสื่อสารกับผู้ป่วย

3.2.6 Cultural Communication (การสื่อสารข้ามวัฒนธรรม) จากการศึกษาทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Andrews and Boyle (2008) กล่าวถึงส่วนสำคัญในการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมคือ การสื่อสารข้ามวัฒนธรรมระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม ประกอบด้วย

1) การสื่อสารแบบวจนภาษา (Verbal communication) ในการดูแลผู้ป่วยที่ต่างวัฒนธรรมนั้น การสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ในการทำความเข้าใจกับผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่จะต้องสื่อสารด้วยภาษาที่ผู้ป่วยใช้เป็นภาษาหลักหรืออาจต้องใช้ล่ามในการแปลภาษา กรณีที่พยาบาลสามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาของผู้ป่วยได้ จะต้องพึงระวังในเรื่อง ดังนี้

(1) การกล่าวคำต้อนรับ/ทักทาย (Greeting) พยาบาลควรเริ่มจากการแนะนำตนเอง สถานที่ และข้อมูลของผู้ป่วย และญาติจำเป็นต้องรับทราบ พยาบาลจะต้องแสดงท่าทีพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา อีกทั้งแสดงความเป็นกันเองและให้การดูแลเสมือนญาติ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และได้รับความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

(2) การเรียกชื่อผู้ป่วย (Titles) พยาบาลควรเรียกผู้ป่วย โดยใช้นามสกุล หรือชื่อเต็มของผู้ป่วย เนื่องจากการเรียงลำดับชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วย อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม

(3) การใช้ภาษา (Language) ในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวพยาบาล ควรพูดให้กระชับ ชัดเจน และใช้คำพูดในภาษาที่ผู้ป่วยรู้จัก ในระหว่างสนทนาพยาบาลจะต้องตระหนักและให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เช่น ปวดแทนความรู้สึกไม่สบาย หลีกเลี่ยงการใช้คำถามรวม เช่น ไม่ถามว่า “นางสาวหวานและปวดหรือไม่” และภายหลังการสื่อสารควรมีการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วย

2) การสื่อสารแบบอวัจนภาษา (Nonverbal communication) ประกอบด้วย

(1) ความเงียบ (Silence) ความหมายของความเงียบแตกต่างกันไปตามแต่ละวัฒนธรรม อาทิ สังคมชาวอเมริกา กล่าวว่าความเงียบเป็นการให้เกียรติและให้ความสำคัญต่อการสื่อสารจากฝ่ายตรงข้าม ส่วนสังคมญี่ปุ่นและจีนใช้ความเงียบเป็นการแสดงออกให้ผู้พูดฝั่งตรงข้ามได้คิดทบทวนคำพูดที่ผ่านมาก่อนที่จะพูดต่อไป คนสเปน ฝรั่งเศส หรือรัสเซียจะถือว่าการเงียบเป็นการแสดงถึงการเห็นด้วย แสดงว่าความเงียบนั้นมีความหมายที่แตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรมดังนั้นพยาบาลจึงต้องเรียนรู้ ทำความเข้าใจและนำไปใช้อย่างเหมาะสม

(2) การสบตา (Eye contact) เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยใช้ในการสื่อสารกับพยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด การสบตาผู้พูดอาจจะถือว่าเหมาะสมในบางวัฒนธรรมแต่ในบางสังคมถือว่าการไม่สุภาพ บางสังคมใช้การมองกลอกตาเป็นการแสดงออกให้เห็นว่าผู้พูดฝ่ายตรงข้ามใช้คำถามไม่เหมาะสมในวัฒนธรรมของผู้ป่วยกลุ่มชาวอาหรับ ลาติน และแอฟริกา พบว่าผู้หญิงชาวมุสลิมจะต้องระมัดระวังการสบตากับผู้ชายอื่นที่ไม่ใช่สามี โดยเฉพาะเมื่อต้องพบเจอกับเพศตรงข้ามในที่สาธารณะต่างๆ

(3) การสัมผัส (Touch) เป็นการสื่อสารที่ต้องอาศัยความระมัดระวังอย่างมาก เนื่องจากบางวัฒนธรรม ถือว่าการสัมผัสเป็นการสื่อสารที่ไม่สุภาพ อาทิ วัฒนธรรมของชาวอาหรับและสเปน จะไม่อนุญาตให้ผู้ดูแลที่เป็นชายสัมผัสหรือแตะต้องทุกส่วนของร่างกายผู้หญิง โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่น จะให้ความสำคัญกับผู้ดูแลผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และในวัฒนธรรมของชาวเอเชียส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าการสัมผัสศีรษะเด็กถือว่าขาดความเคารพเพราะศีรษะของคนมีความสำคัญดังนั้นหาก

พยาบาลต้องการตรวจหรือสัมผัสขม่อมเด็ก พยาบาลจะต้องต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง ก่อนทุกครั้ง

(4) ที่ว่างและระยะห่าง(Space and Distance) คือ การเว้นระยะห่างในการสนทนาที่เหมาะสม เนื่องจากในบางวัฒนธรรมถือว่าการเว้นระยะห่างในการสนทนาที่แคบเกินไปจัดเป็นการสนทนาที่คุกคาม หรือไม่สุภาพ ซึ่งตรงข้ามกับบางวัฒนธรรมที่การสื่อสารอย่างใกล้ชิดถือเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี

3.2.7 Cultural Care (การดูแลข้ามวัฒนธรรม) จากการศึกษาทฤษฎีการดูแลต่างวัฒนธรรม (Cultural care) ของ Leininger (Leininger and McFarland, 2002) พบกระบวนการดูแลทางวัฒนธรรม 3 รูปแบบ คือ

1) การดูแลเชิงวัฒนธรรมที่พึงอนุรักษ์และคงไว้ (Culture care preservation and/or maintenance) หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยเหลือหรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ การฟื้นฟูจากการป่วยตามค่านิยมทางสุขภาพ และวิถีชีวิตดั้งเดิมของผู้ป่วยซึ่งแสดงถึงการที่ผู้ป่วยได้รับการยอมรับนับถือจากพยาบาล

2) การดูแลเชิงวัฒนธรรมที่มีการต่อรองหรือพลิกแพลงให้เหมาะสมกับสภาพวัฒนธรรมและสุขภาพของผู้ป่วย(Culture care accommodation and/or negotiation) เป็นกระบวนการที่พยาบาลมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะปรับตัวต่อสิ่งต่างๆอย่างค่อยเป็นค่อยไป และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถต่อรองในเรื่องการรักษาพยาบาลได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนและมีความพึงพอใจในบริการพยาบาล

3) การดูแลเชิงวัฒนธรรมที่มีการจัดรูปแบบหรือโครงสร้างใหม่ (culture care repatterning and restructuring) หมายถึง รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง หรือปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติในการดำรงชีวิตของตนให้เข้ากับรูปแบบ หรือแผนการรักษาจากทีมสุขภาพโดยการปรับเปลี่ยนจะต้องมาจากความต้องการ และความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัวด้วย

ทฤษฎีการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Campinha-Bacote (2002) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ ที่มีปฏิสัมพันธ์กันคือ

- 1) การตระหนักรู้ (Awareness) กล่าวใน Cultural awareness
- 2) ความรู้ (Knowledge) กล่าวใน Cultural knowledge
- 3) ความเชี่ยวชาญ (Skill) หมายถึง ความสามารถในการประเมินประวัติทางสุขภาพของผู้ป่วยทั้งในอดีต และปัจจุบัน โดยหมายรวมถึงทักษะในการประเมิน หรือตรวจร่างกายผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมด้วย ซึ่งการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุมจะทำให้พยาบาลทราบถึง

ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย รวมทั้งข้อจำกัดทางวัฒนธรรม อาทิการสื่อสาร หรือการดำเนินชีวิตที่ขัดต่อแผนการรักษา ซึ่งพยาบาลนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลต่อไป

4) การเข้าถึง (Encounter) กล่าวใน Cultural encounter/ relationship

5) ความปรารถนา (Desire) ความปรารถนา คือ กระบวนการพัฒนาให้เกิดเป็นสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ซึ่งเป็นการพัฒนาที่อาศัยกระบวนการทั้งการตระหนัก ความรู้ ความเชี่ยวชาญ และการเข้าถึง จากนั้นนำมาเขียนเป็นนโยบาย หรือแนวปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม โดยการพัฒนาจะเกิดขึ้นได้พยาบาลจะต้องเห็นถึงความสำคัญของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และมีความปรารถนาที่จะให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างแท้จริง เนื่องจากเชื่อว่าหากพยาบาลมีความจริงใจในการให้บริการจะส่งต่อถึงพฤติกรรมบริการของพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งแสดงให้เห็นโดยผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี และรับรู้ถึงความมีนางสาวค่าในตนเอง

3.3 บทบาทหน้าที่พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม

จากการศึกษาบทบาทหน้าที่พยาบาลในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของ ฟาริดา อิบราฮิม (2541) สมจิต หนูเจริญกุล (2543) และสภาการพยาบาล (2555) ร่วมกับการศึกษาทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger (1991) พบว่าบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยชาวไทยและชาวต่างชาติ หรือผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมนั้นไม่มีความแตกต่างกัน แต่อาจมีรายละเอียดเพิ่มเติมในเรื่องของการพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยมที่แตกต่างกันของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้การช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อลดข้อจำกัดทางวัฒนธรรม โดยสามารถสรุปบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมได้ดังนี้

3.3.1 ด้านการปฏิบัติการ คือการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานวิชาชีพ เน้นการดูแลที่คำนึง ถึงความแตกต่างกันของวัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีตามแบบแผนวิถีชีวิตดั้งเดิมของผู้ป่วยแต่ละเชื้อชาติโดยพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ คือ

บทบาทการให้การดูแล พยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยใน 3 ลักษณะ คือการดูแลโดยคงแบบแผนวิถีชีวิตดั้งเดิมของผู้ป่วย การพยาบาลเพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตบางส่วน และการพยาบาลเพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ป่วยทั้งหมดโดยผ่านกระบวนการพยาบาลในการประเมินปัจจัยทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมตามแต่ละวัฒนธรรม และประเมินผลภายหลังให้การพยาบาล

บทบาทการเป็นที่ปรึกษา คือกระบวนการช่วยเหลือผ่านการสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการความเครียด และเผชิญภาวะความเจ็บป่วยตามวิถีชีวิตในแต่ละวัฒนธรรมได้อย่างเหมาะสม

บทบาทการเป็นผู้แทน หรือผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยการให้ความรู้ คำแนะนำและประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยก่อนรับการรักษาพยาบาล อีกทั้งเก็บรักษาข้อมูลผู้ป่วยตามความต้องการของ

ผู้ป่วยแต่ละวัฒนธรรม (บางวัฒนธรรมไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทราบภาวะของโรค หรือบางวัฒนธรรมญาติจะเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาให้ผู้ป่วย) และเคาะพการตัดสินใจของผู้ป่วย

บทบาทผู้ประสานด้านศาสนา และวัฒนธรรม พยาบาลจะต้องเรียนรู้ถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย เพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับผู้ป่วยในแต่ละวัฒนธรรม

3.3.2 ด้านการวางแผน คือ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย และประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมการจัดเตรียมเอกสาร ข้อมูลการรักษามีความสำคัญในการที่ผู้ป่วยจะสามารถนำไปใช้ในการรักษาต่อที่ประเทศ ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีการติดต่อกับแผนกที่เกี่ยวข้องทั้ง แผนกดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม แผนกส่งตัวผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม และสถานทูต บทบาทที่เกี่ยวข้องคือ

บทบาทผู้จัดการ พยาบาลจะต้องมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ และสิ่งแวดล้อม ให้มีความพร้อมใช้ และให้ความสำคัญในการจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่ขัดต่อวัฒนธรรมที่แตกต่างกันของผู้ป่วย

3.3.3 ด้านการประสานงาน บทบาทที่เกี่ยวข้องคือ

บทบาทการเป็นผู้ติดต่อประสานงาน โดยพยาบาลเป็นตัวกลางในการเชื่อมโยงผู้ป่วยกับหน่วยงานทั้งใน และนอกองค์กรที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยต่างชาติ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางภาษา อาทิ แผนกล่าม แผนกดูแลผู้ป่วยต่างชาติ และสถานทูต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ

3.3.4 ด้านการบริการวิชาการ บทบาทที่เกี่ยวข้องคือ

บทบาทการเป็นผู้สอน พยาบาลมีหน้าที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจ เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการดูแลสุขภาพตามแต่ละวัฒนธรรมได้อย่างเหมาะสม โดยพยาบาลจะต้องประเมินข้อจำกัดทางด้านภาษา หรือการเรียนรู้ก่อนให้การพยาบาล

บทบาทด้านการวิจัย พยาบาลจะต้องมีการเรียนรู้ และพัฒนาการกระบวนกรพยาบาลข้ามวัฒนธรรมอย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษางานวิจัยเพื่อสรรหาแนวทางการพยาบาล หรือการจัดทำวิจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยชาวต่างชาติได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.4 มาตรฐานการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

พยาบาล คือบุคคลที่ให้การดูแลและใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลจึงเป็นเรื่องสำคัญ จากการศึกษาอิทธิพลของวัฒนธรรมที่มีต่อการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล และผู้ป่วย พบว่าวัฒนธรรมดั้งเดิมของพยาบาล อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการบริการของพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยได้ (Campinha-Bacote, 2002) จึงเป็นที่มาในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินการพยาบาล และเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการควบคุมคุณภาพการพยาบาล โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดต่างๆที่ใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2539) อันนำไปสู่เป้าหมายสูงสุด คือผู้ป่วยได้รับ

การพยาบาลที่มีคุณภาพเป็นมาตรฐานเหมือนเช่นเดียวกันทั้งระบบ (แซโซ ซาญบู้ชี, 2545) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีจากการศึกษาพบมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมดังนี้

3.4.1 มาตรฐานการปฏิบัติการ และการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมในองค์กรสุขภาพ

(National Standard for culturally and linguistically Appropriate Service in Health care; The CLAS Standards) (Anderson, et al., 2003) ประกอบด้วย 14 มาตรฐาน ดังนี้

- 1) องค์กรจะต้องมีการตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้รับบริการจากพนักงานทุกคนอย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลด้วยความเข้าใจและดูแลด้วยความเคารพในลักษณะที่เหมาะสมกับความเชื่อทางสุขภาพวัฒนธรรมและความต้องการของผู้ป่วย
- 2) องค์กรจะต้องมีแนวปฏิบัติในการคัดเลือก และพัฒนาบุคลากรทั้งในระดับหัวหน้า และระดับปฏิบัติการ โดยพิจารณาตั้งเกณฑ์การคัดเลือกตามลักษณะของแต่ละแผนก
- 3) องค์กรจะต้องมีการพัฒนาพนักงานในทุกระดับให้ได้รับการศึกษาและฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมและภาษาที่เหมาะสมในการให้บริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม
- 4) องค์กรมีบริการให้ความช่วยเหลือด้านภาษา อาทิ มีพนักงานที่สามารถสื่อสารได้สองภาษาและมีบริการล่ามสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร ซึ่งให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง และไม่เสียค่าใช้จ่าย
- 5) องค์กรต้องมีแนวปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการรักษา และรับทราบสิทธิผู้ป่วย จากทั้งเอกสาร หรือการอธิบายจากผู้ช่วยเหลือนด้านภาษา (ล่าม)
- 6) องค์กรต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการใช้ภาษาอังกฤษ ทุกคนต้องได้รับการดูแลจากพนักงาน 2 ภาษา หรือล่าม (ยกเว้นเมื่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการไม่ต้องการ)
- 7) องค์กรจะต้องมีการจัดเตรียมป้าย หรือสัญลักษณ์ ที่ผู้ป่วยทุกเชื้อชาติ ทุกภาษา สามารถเข้าใจได้ ในบริเวณที่ให้บริการ
- 8) องค์กรต้องมีการพัฒนานโยบาย กลยุทธ์ และมีการเขียนแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมอย่างชัดเจน
- 9) องค์กรต้องมีเครื่องมือในการประเมิน คุณภาพเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม อาทิ ประเมินสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดเป็นมาตรฐานการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเช่นเดียวกันทั้งองค์กร
- 10) องค์กรมีระบบการจัดการข้อมูลที่คอยบริหารจัดการข้อมูลต่างๆในองค์กร ซึ่งบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคน โดยระบบต้องมีการปรับปรุงข้อมูลอยู่เสมอ

11) องค์กรมีการประเมินถึงลักษณะของประชากร วัฒนธรรมรวมทั้งศึกษาระบาดวิทยา หรือโรคที่สามารถพบ หรือแพร่ระบาดได้ในผู้ป่วยแต่ละเชื้อชาติ อีกทั้งมีการวางแผน และมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้

12) องค์กรมีการพัฒนา ปรับปรุงคุณภาพ เพื่อพัฒนาการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในองค์กรอยู่เสมอ

13) องค์กรมีระบบช่วยจัดการข้อร้องเรียน หรือขัดแย้งทางวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาบริการ และลดข้อขัดแย้งที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

14) องค์กรมีการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับนวัตกรรม หรือกระบวนการที่ช่วยให้เกิดการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมให้แก่สาธารณชน เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจ

3.4.2 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (Standards of Practice for Cultural Competent Nursing Care: 2011 Update) (Douglas, et al., 2011) ประกอบด้วย 12 มาตรฐาน ดังนี้

1) ความยุติธรรมทางสังคม (Social Justice) พยาบาลวิชาชีพจะต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยทุกคนได้รับความยุติธรรมทางสังคม และให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกเชื้อชาติอย่างเท่าเทียม

2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Cultural Reflection) พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีการสะท้อนคิดถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ ทศนคติของตัวพยาบาลที่อาจมีผลต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อหลีกเลี่ยงการให้การพยาบาลที่มีอคติ หรือมีความลำเอียง

3) ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (Knowledge of culture) พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความรู้ และเข้าใจประเพณี ค่านิยมปฏิบัติและระบบครอบครัวของผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม เพื่อช่วยในการประเมิน และให้การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมได้อย่างเหมาะสม

4) การปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (Cultural Competent Practice) พยาบาลวิชาชีพจะต้องปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมและความไวทางวัฒนธรรม

5) ความสามารถทางวัฒนธรรมในระบบสุขภาพ และองค์กร (Cultural Competence in Healthcare Systems and Organizations) องค์กรสุขภาพควรมีการจัดโครงสร้างและแหล่งข้อมูลที่เป็น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม

6) การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Patient Advocacy and Empowerment) พยาบาลวิชาชีพจะต้องคำนึงถึงผลกระทบของนโยบายการดูแลสุขภาพ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย และแหล่งประโยชน์ในชุมชนของผู้ป่วย โดยพยาบาลควรเป็นผู้ดูแล และเชื่อมต่อกับผู้ป่วยกับบริการทางสุขภาพที่ตรงตามความต้องการ และไม่ขัดต่อวัฒนธรรมของผู้ป่วย

7) การให้การพยาบาลในสังคมที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม (Multicultural Workforce) พยาบาลวิชาชีพจะต้องพัฒนาทักษะ และเตรียมความรู้ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในสิ่งแวดล้อมที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมได้

8) การศึกษา และพัฒนาความรู้ในการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (Education and Training in Culturally Competent Care) พยาบาลวิชาชีพจะต้องเตรียมความรู้ทางวัฒนธรรม และพัฒนาทักษะที่จำเป็น เพื่อให้การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

9) การสื่อสารข้ามวัฒนธรรม (Cross Cultural Communication) พยาบาลวิชาชีพ จะต้องมีความรู้ทักษะการสื่อสารทั้งวจนภาษา และอวจนภาษา เพื่อช่วยในการประเมิน ค่านิยม ความเชื่อ การดูแล และการรับรู้สุขภาพผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการวางแผนการพยาบาลที่ตรงตามความต้องการ

10) ผู้นำข้ามวัฒนธรรม (Cross Cultural Leadership) พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความสามารถในการพัฒนาการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมทั้งในระดับบุคคล ระดับกลุ่ม และระบบ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

11) การพัฒนานโยบายด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (Policy Development) พยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะในการทำงานร่วมกับองค์กรภาครัฐ องค์กรเอกชน สมาคมวิชาชีพ และชุมชนในการกำหนดนโยบายและมาตรฐานการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

12) การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence- Based Practice and Research) พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้ความรู้จากงานวิจัย หรือหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการวางแผนการพยาบาล

3.4.3 มาตรฐานการพยาบาลเชิงจริยธรรม (Code of Ethics for registered nurse) (Canadian Nurses Association, 2008) ประกอบด้วย 7 มาตรฐานดังนี้

1) ปฏิบัติการพยาบาล โดยยึดหลักความปลอดภัย หลักจริยธรรม และความเมตตาต่อผู้ป่วย (Providing Safe, Compassionate, Competent and Ethical Care) กล่าวคือ การปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักความปลอดภัย หลักความเมตตา และหลักจริยธรรมทางวิชาชีพเป็นสิ่งสำคัญ ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงของอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ในอนาคต ให้ข้อมูลการรักษา พยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการเซ็นเอกสารยินยอมการรักษา วางแผนการพยาบาลรวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย

2) การส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่ (Promoting Health and Well-Being) กล่าวคือ ให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีของ ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงสิทธิความเป็นมนุษย์ รวมทั้งพยาบาลเป็นผู้ประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตรงตามความต้องการ

3) การส่งเสริม และการเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วย (Promoting and Respecting Informed Decision-Making) กล่าวคือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพตามผู้ป่วยต้องการ เพื่อใช้ในการประกอบการตัดสินใจรับการรักษาพยาบาล โดยพยาบาลจะต้องมีความเข้าใจถึงอิทธิพลของความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรมของผู้ป่วยที่มีผลต่อการเลือกรับบริการทางสุขภาพ และตระหนักเสมอว่าผู้ป่วยมีสิทธิในการเลือกแผนการรักษา หรือปฏิเสธการรักษาได้ ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้คอยให้ข้อมูล โดยเฉพาะก่อนการเซ็นเอกสารยินยอมต่างๆ หากพบว่าเมื่อผู้ป่วยตัดสินใจแล้วมีสมาชิกในครอบครัวไม่เห็นด้วย พยาบาลสามารถเป็นผู้ช่วยเหลือในการทำให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจถึงการตัดสินใจของผู้ป่วย

4) การรักษาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Preserving Dignity) กล่าวคือ การให้การพยาบาล โดยตระหนัก และเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมเดิมของผู้ป่วย รวมทั้งการพยาบาลเพื่อลดอาการปวด และการพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งมีจุดประสงค์การพยาบาลเพื่อลดอาการไม่สุขสบาย ลดอาการปวด และสนับสนุนให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมอย่างมีความสุข

5) พิทักษ์สิทธิความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับของผู้ป่วย (Maintaining Privacy and Confidentiality) กล่าวคือ การปฏิบัติการพยาบาล โดยตระหนักถึงการเก็บข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยเป็นความลับ และคำนึงถึงลักษณะการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ควรเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงวิชาชีพ

6) ส่งเสริมความยุติธรรม (Promoting Justice) กล่าวคือ การให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกคนด้วยความยุติธรรม และเท่าเทียมโดยพยาบาลมีความเข้าใจถึงความแตกต่างกันของบุคคลทั้งความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม เพศ รสนิยมทางเพศ อายุ สภาวะสุขภาพ สัญชาติ และทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมหรือการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และครอบครัว

7) ความรับผิดชอบ (Being Accountable) กล่าวคือ การที่พยาบาลปฏิบัติการพยาบาล โดยคำนึงถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยพยาบาลจะต้องปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ หรือมาตรฐานทางวิชาชีพ พร้อมทั้งมีการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพในการให้บริการพยาบาล และติดตามประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และมาตรฐานการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม พบว่าจัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลให้ความสำคัญต่อการติดตามประเมินคุณภาพการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ และสามารถสะท้อนให้เห็นโครงสร้าง กระบวนการ หรือผลลัพธ์ที่เกิดจากการพยาบาลอย่างแท้จริง

4. แนวคิดตัวชี้วัด

4.1 ความหมายตัวชี้วัด

ในการบริหารคุณภาพ ตัวชี้วัดจัดเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยสะท้อนความสำเร็จของบุคคล หน่วยงาน หรือองค์กร กล่าวคือ สามารถใช้วัดผลงาน ได้แก่ ความสามารถของบุคคล และองค์กรในการ จัดบริการ หรือใช้วัดผลการปฏิบัติงาน ได้แก่ กิจกรรมการบริการที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ (JCAHO, 1989 อ้างใน จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2544; Jost, 1994) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายตัวชี้วัด ไว้เพิ่มเติม ดังนี้

Johnstone (1981) ให้ความหมาย ตัวชี้วัด หมายถึง ตัวแปร หรือตัวประกอบที่ใช้วัด หรือ ตรวจสอบสถานะหรือสถานการณ์ที่สนใจในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งผลของตัวชี้วัดอาจมีการ เปลี่ยนแปลงได้ในอนาคต

บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์ (2551) ให้ความหมาย ตัวชี้วัด หมายถึง ตัวประกอบ ตัวแปร หรือค่าที่ สังเกตได้ บอกลักษณะหรือสะท้อนลักษณะการดำเนินงานหรือผลการดำเนินงานและผลสัมฤทธิ์ (Result) ซึ่งเป็นสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ในการกำหนดนโยบายองค์การ

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) ให้ความหมาย ตัวชี้วัด หมายถึง สารสนเทศที่เป็นตัวเลขที่บอกจำนวนปัจจัยนำเข้า ผลผลิต และผลการดำเนินการของ กระบวนการ หรือสะท้อนลักษณะการดำเนินการกับเกณฑ์คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ

สรุปความหมายของตัวชี้วัด คือ สิ่งที่ใช้วัด ตรวจสอบ หรือบ่งบอก สิ่งที่ต้องการวัด โดย เปรียบเทียบสิ่งที่ต้องการวัดกับเกณฑ์ หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้ ทำให้ทราบถึง ผลผลิต ผลการ ดำเนินการ หรือผลลัพธ์ทางการพยาบาลซึ่งตัวชี้วัดจัดเป็นเครื่องมือที่จำเป็นในการประเมินคุณภาพ การพยาบาลทั้งระดับโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์การพยาบาล

4.2 ประเภทตัวชี้วัด

การจำแนกประเภทของตัวชี้วัดสามารถจำแนกได้หลายลักษณะ โดยไม่มีกฎเกณฑ์ที่ชัดเจน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับจุดประสงค์ หรือเป้าหมายของการวัด รวมทั้งเรื่องหรือประเด็นที่ต้องการนำตัวชี้วัดนั้นไปใช้ ในการวัด (WHO, 1996 อ้างถึงใน กฤษดา แสงดี, 2547) ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น

1) ตัวชี้วัดทางคลินิก(Clinical Indicator) คือการวัดเชิงปริมาณที่สามารถใช้เป็นแนวทาง ในการเฝ้าระวัง หรือประเมินคุณภาพการดูแลที่สำคัญ

2) ตัวชี้วัดด้านวิชาชีพ คือ การวัดองค์ประกอบหลักของการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ ที่มีผลต่อ คุณภาพด้านผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย

3) ตัวชี้วัดด้านการบริหารองค์กร คือ การวัดปัจจัยด้านบริหารที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ที่เกิดกับ ผู้ป่วย

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2543) ได้แบ่งประเภทของเครื่องชี้วัดคุณภาพออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

- 1) เครื่องชี้วัดด้านโครงสร้าง (Structural indicators) ประเมินด้านโครงสร้าง การจัดการระบบ
- 2) เครื่องชี้วัดด้านกระบวนการ (Process indicators) ประเมินกระบวนการ กิจกรรม หรือขั้นตอนการให้บริการ การดูแลรักษาผู้ป่วยที่เกิดขึ้น เช่น เครื่องชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ
- 3) เครื่องชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcome indicators) ประเมินสิ่งที่เกิดขึ้น หรือไม่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอันเป็นผลจากกระบวนการให้การดูแล ซึ่งแบ่งได้เป็น ผลลัพธ์ระหว่างกระบวนการ (Proximate outcome) ที่เป็นปัจจัยนำเข้าสู่ขั้นตอนต่อไปในการบริการ เช่น การได้รับผลการตรวจห้องปฏิบัติการที่ถูกต้อง และผลลัพธ์ขั้นตอนสุดท้าย (Ultimate outcome) ซึ่งได้แก่สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทั้งความพิการ การเสียชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วย

4.2.1 คุณสมบัติตัวชี้วัดที่ดี

การคัดเลือกตัวชี้วัด โดยพิจารณาจากคุณสมบัติตัวชี้วัดที่ดีจะช่วยให้การวัด หรือประเมินคุณภาพการพยาบาลสามารถจัดกระทำได้อย่างตรงจุด และมีความแม่นยำ รวมทั้งสามารถบ่งบอกสิ่งที่ต้องการวัดได้อย่างชัดเจน ซึ่งมีผู้กล่าวถึงคุณสมบัติตัวชี้วัดที่มีคุณภาพไว้ ดังนี้

Hofer, et al. (1997) เสนอว่าเครื่องชี้วัดคุณภาพที่ดี ควรมีคุณสมบัติ ดังนี้

- 1) สามารถค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทั้งในปัจจุบัน และย้อนหลัง
- 2) สามารถใช้ข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบัน หรือใช้ข้อมูลที่สามารถจัดเก็บได้โดยง่าย ใช้เวลา และจำนวนบุคลากรในการจัดเก็บน้อยที่สุด
- 3) สามารถค้นหากรณีการดูแลที่ไม่ได้มาตรฐานได้
- 4) สามารถระบุปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยๆ หรือปัญหาที่สามารถป้องกันได้

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2543: 41-42) กล่าวว่าตัวชี้วัดที่ดีควรมีคุณสมบัติ คือ

1) สะท้อนถึงพันธกิจหลัก จุดร่วมของหน่วยงานของโรงพยาบาล(Common area) และกระบวนการให้บริการแก่ผู้ป่วย และการดูแลรักษาที่สำคัญของโรงพยาบาลรวมทั้งสามารถประเมินกระบวนการที่มีความเสี่ยงในการเกิดความผิดพลาดได้สูง หรือกระบวนการที่ผิดพลาดบ่อยได้ด้วย

2) สะท้อนมุมมอง ความต้องการ และความคาดหวังของผู้ป่วย และผู้บริหาร โดยเฉพาะ กระบวนการและผลลัพธ์ของบริการเกิดขึ้นกับผู้ป่วยรวมทั้งที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสุขภาพ และสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศด้วย

3) มีความถูกต้อง(Valid) น่าเชื่อถือ(Reliable) และมีความไวในการตรวจหาความเปลี่ยนแปลง (Responsive) สามารถอ้างอิงได้ตามหลักวิชาการและมาตรฐานคุณภาพที่เป็นที่ยอมรับ

4) มีความเหมาะสมกับศักยภาพ หรือลักษณะของโรงพยาบาล กล่าวคือ ไม่เป็นภาระ ในการจัดเก็บ หรือประมวลผล

5) มีความครอบคลุมโครงสร้างกระบวนการ และผลลัพธ์ของการบริการดูแลสุขภาพ และการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดการประเมินคุณภาพในภาพรวมและนำไปสู่การพัฒนาต่อไป

ภิรมย์ กมลรัตนกุล (2547) สรุปลักษณะของตัวชี้วัดที่ดี เป็นอักษรย่อ “SMART” ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

S (Specific)	มีความเฉพาะเจาะจง
M (Measurable)	สามารถวัดได้
A (Attainable)	สามารถบรรลุได้
R (Relevant)	สัมพันธ์กับวิสัยทัศน์
T (Timely)	มีระยะเวลา และทันกาล

พรทิพย์ มาลาธรรม และประคอง อินทรสมบัติ (2549) และผดุงชัย ภูพัฒน์ (2551) กล่าวถึงคุณสมบัติของตัวชี้วัดที่ดี คือ ตัวชี้วัดจะต้องมีความตรง (Validity) คือสะท้อนให้เห็นถึงสถานะในด้านต่างๆของสิ่งที่ต้องการวัด หรือคุณภาพของการพยาบาลได้จริง มีความเที่ยง (Reliability) คือตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรมสามารถวัดหรือสังเกตผลลัพธ์ได้อย่างคงเส้น คงวา และมีความไว (Sensitivity) คือตัวชี้วัดที่บ่งบอก ถึงสิ่งที่ต้องการวัดได้มากที่สุด อีกทั้งเป็นตัวชี้วัดที่มีความน่าเชื่อถือได้รับการยอมรับจากผู้ใช้และผู้เกี่ยวข้อง

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมจึงควรเป็นตัวชี้วัดที่มีความตรง ความเที่ยง และความไว กล่าวคือ สามารถบ่งบอกผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมได้มากที่สุด มีความน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับ เนื่องจากมีความสะดวกในการนำไปใช้งานจริง รวมทั้งยังสะท้อนให้เห็นถึงโครงสร้างขององค์กรด้าน นโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ และกระบวนการพยาบาลที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ

4.3 ประโยชน์ของตัวชี้วัด

สมเกียรติ โพรธิตย์ (2541) กล่าวถึงประโยชน์ของตัวชี้วัดไว้ ดังนี้

1) เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพการรักษา และบริการพยาบาล เพื่อให้การคง มาตรฐานของการพยาบาล และเกิดการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2) เป็นตัวบ่งบอกให้เกิดการพัฒนา ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง ว่าผลลัพธ์ที่ได้ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ พันธกิจ วิสัยทัศน์ขององค์กร สอดคล้องกับทรัพยากร และกระบวนการที่ ใช้อยู่ในปัจจุบันหรือไม่

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2543) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของตัวชี้วัดไว้ ดังนี้

1) เป็นสิ่งที่ช่วยกำหนดเป้าหมายของการทำงานให้ชัดเจน เป็นพื้นฐานของการ พัฒนางาน และช่วยให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2) เป็นตัวช่วยในการวางแผนการดำเนินงาน และปรับปรุงแผนการดำเนินงาน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ตัวชี้วัดที่ผู้วิจัยเลือกศึกษา คือตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล เนื่องจากเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึง ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยจากการได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ อีกทั้งยังสามารถสะท้อนให้ เห็นถึงกระบวนการพยาบาล และโครงสร้างขององค์กร ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบการพยาบาล อย่างต่อเนื่อง จนเกิดเป็นการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

4.4 การสร้างและพัฒนาตัวชี้วัด

วิธีการสร้าง และพัฒนาตัวชี้วัดมีหลากหลายวิธี โดยวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย คือการพัฒนา ตัวชี้วัดของ Johnstone(1981) หลักเกณฑ์พิจารณา 5 ประเด็น ดังนี้

4.4.1 การกำหนดนิยามตัวชี้วัด ซึ่งวิธีการกำหนดนิยามตัวชี้วัดสามารถจำแนกออกเป็น 3 วิธี ได้แก่

1) การสร้างตัวชี้วัด โดยอาศัยนิยามเชิงปฏิบัติการ แบ่งได้เป็น 2 วิธี คือ การสร้าง ตัวชี้ วัดในลักษณะที่เป็นตัวแทน (Representative indicator) โดยการเลือกตัวแปรที่มีอยู่มาใช้ และ การสร้างตัวชี้วัดรวม โดยการนำเอาตัวแปรจำนวนหนึ่งมารวมกัน หรือผสมกัน โดยมีเงื่อนไขว่าตัวแปร เหล่านี้ต้องมีความสัมพันธ์กัน แต่อาจไม่มีการกำหนดค่าน้ำหนักให้กับตัวชี้วัดแต่ละตัว การกำหนด ตัวแปรแบบนี้มักกำหนดขึ้นเพื่อนำไปใช้งานเฉพาะอย่าง ซึ่งอาจมีความลำเอียงได้ขึ้นอยู่กับบุคคลที่ คัดเลือก หรือจัดกลุ่มตัวแปร

2) การสร้างตัวชี้วัดโดยอาศัยนิยามเชิงทฤษฎี การสร้างตัวชี้วัดวิธีนี้เป็นการสร้างโดย อิง ผู้เชี่ยวชาญ มีวิธีการ คือ การรวมตัวแปรจำนวนหนึ่งเข้าด้วยกัน โดยวิธีการทางเลขคณิต ซึ่งตัว แปรเหล่านี้จะถูกเลือกมาตามลำดับความสำคัญ และมีความสัมพันธ์กัน โดยกำหนดค่าน้ำหนักให้กับ ตัวแปรแต่ละตัว จากฐานแนวคิดหรือทฤษฎีที่มีอยู่ และสังเคราะห์ขึ้นเป็นตัวชี้วัด วิธีการนี้มีข้อดีคือ ประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลน้อย แต่ข้อเสียคือ เป็นตัวชี้วัดที่ได้จากความคิดเห็น ของบุคคลเพียงกลุ่มเดียว

3) การสร้างตัวชี้วัดโดยอาศัยนิยามเชิงประจักษ์ วิธีการนี้มีความคล้ายคลึงกับวิธีการ ที่ 2 แตกต่างกันตรงการสร้างตัวชี้วัดโดยอาศัยนิยามเชิงทฤษฎี จะมีการเลือกน้ำหนักและกำหนด

ลำดับความสำคัญของตัวแปรจากฐานแนวคิด หรือทฤษฎีที่มีอยู่แล้ว แต่การสร้างตัวชี้วัดโดยอาศัย ข้อมูลเชิงประจักษ์ เป็นการกำหนดน้ำหนักจากการวิเคราะห์ข้อมูลชุดหนึ่ง และดูความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปร ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยอาศัยวิธีการทางสถิติ แล้วนำผลการวิเคราะห์มาจัดกลุ่ม ตัวแปร ซึ่งวิธีการนี้มีข้อดีคือ ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ แต่มีข้อเสียคือ ใช้เวลามาก และสิ้นเปลือง ค่าใช้จ่าย

4.4.2 การคัดเลือกตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบของสิ่งที่มุ่งศึกษา การคัดเลือกตัวแปรจะเริ่ม จากการนำเอาตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องทั้งหมดมารวมกันสร้างเป็นตัวชี้วัด ด้วยการระบุคุณลักษณะสิ่ง ที่มุ่งศึกษาอย่างชัดเจน โดยอาศัยข้อเสนอทางทฤษฎี เอกสารต่างๆ หรือการลงความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งควรหลีกเลี่ยงจำนวนตัวแปรที่มากเพราะอาจทำให้สิ่งที่มุ่งศึกษามีความซับซ้อน และ ยากในการแปลความหมาย หลังจากนั้นเลือกตัวแปรให้ครอบคลุมในแต่ละคุณลักษณะ หลีกเลี่ยงตัว แปรหลายตัวที่มุ่งวัดคุณลักษณะเดียวกัน และตัวแปรที่มีความคลาดเคลื่อนในการวัดมาก

4.4.3 การกำหนดวิธีรวมตัวแปรวิธีการรวมตัวแปรเพื่อสร้างตัวชี้วัดสามารถทำได้ 2 วิธีคือ วิธี การรวมทางพีชคณิต ซึ่งมีข้อตกลงเบื้องต้นคือ ความสำคัญของแต่ละตัวแปรสามารถทดแทนหรือ ขดเซยกันได้ และมีวัตถุประสงค์ที่จะเปรียบเทียบตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ไม่ว่าเรื่องที่ต้องการศึกษานั้นมี ความแตกต่างกันก็หน่วย ส่วนอีกวิธีการหนึ่งคือ วิธีการรวมแบบทวิคูณ มีข้อตกลงเบื้องต้น คือ การ เปลี่ยนแปลงค่าของตัวแปรหนึ่งตั้งบนพื้นฐานของตัวแปรอีกตัวหนึ่งไม่อาจทดแทนหรือขดเซยกันได้ การรวมตัวแปรด้วยวิธีการนี้มักใช้เมื่อต้องการเปรียบเทียบระบบตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ว่าระบบหนึ่งมี ค่าตัวชี้วัดสูงกว่าอีกระบบหนึ่งอยู่ที่เท่า

4.4.4 การกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรสามารถกำหนดได้ 2 วิธีคือ การกำหนด น้ำหนักความสำคัญของตัวแปรให้เท่ากันและให้ต่างกัน อาจใช้วิธีการดังต่อไปนี้

1) วิธีการพิจารณาตัดสินโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert judgment) กล่าวคือ เป็นการ พิจารณาลงความเห็นของผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ต้องการจะศึกษา ซึ่งอาจเป็นนักวิจัย หรือนักวางแผนที่ เกี่ยวข้อง โดยให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนเสนอค่าน้ำหนักของตัวแปร แล้วพิจารณาหาข้อยุติด้วยการใช้ ค่าเฉลี่ยหรือการอภิปรายลงความเห็น หรือใช้แบบสอบถาม เพื่อหาค่าร้อยละที่ผู้ตอบเห็นด้วยกับ น้ำหนักของตัวแปรที่ระบุ หรืออาจใช้วิธีการที่เป็นระบบมากขึ้น เช่น การใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) เพื่อสำรวจหาฉันทาติจากผู้เชี่ยวชาญ โดยไม่มีการเผชิญหน้า หรือประชุมกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ แล้วจึงนำข้อมูลมาหาค่าน้ำหนักความสำคัญของแต่ละตัวแปร

2) วิธีวัดความสำคัญของตัวแปร (Measure effort required) โดยพิจารณาจาก เวลา หรือค่าใช้จ่ายของการทำกิจกรรมใดๆที่เกี่ยวข้องกับตัวแปร โดยถ้าเวลา หรือค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ในการกระทำบางสิ่งบางอย่างสำหรับตัวแปรหนึ่งมากกว่าอีกตัวหนึ่ง ตัวแปรนั้นควรมีน้ำหนัก ความสำคัญมาก

3) การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Empirical data) เป็นการใช้วิธีการทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรแต่ละตัว โดยอาศัยหลักการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factoranalysis) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) การวิเคราะห์จำแนก (Discriminal analysis) หรือการวิเคราะห์สหสัมพันธ์คาโนนิกอล (Canonical correlation analysis)

4.4.5 การตรวจสอบคุณภาพภาพของตัวชี้วัดมีหลักการ 2 ประการ คือ การตรวจสอบคุณภาพภายใต้กรอบแนวคิดทางทฤษฎี และการตรวจสอบด้วยวิธีทางสถิติ การตรวจสอบคุณภาพภายใต้กรอบแนวคิดทางทฤษฎีที่ชัดเจน มีคุณภาพ และมีนิยามเชิงปฏิบัติที่ถูกต้อง มีความสอดคล้องกับเป้าหมายในการนำตัวชี้วัดไปใช้ประโยชน์ รวมถึงลักษณะ ประเภท และระดับของการวัด กรอบแนวคิดในการเลือกตัวแปร และการสร้างโมเดล หรือการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร สิ่งเหล่านี้จะให้ข้อมูลที่มีคุณภาพ และได้ตัวชี้วัดที่มีความตรงภายใน

ในการศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาตัวชี้วัดโดยอาศัยนิยามเชิงทฤษฎี จากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งตำรา และเอกสาร งานวิจัยต่างๆจนได้กรอบแนวคิดทฤษฎีการวิจัย และกำหนดตัวชี้วัดผ่านกระบวนการพิจารณาตัดสินโดยผู้เชี่ยวชาญด้วยเทคนิควิธีเดลฟาย จนได้เป็นฉันทามติ จากผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านบริหาร ด้านประกันคุณภาพ ด้านการศึกษา และด้านปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

5. แนวคิดผลลัพธ์การพยาบาล

5.1 ความหมายของผลลัพธ์

ปัจจุบันรูปแบบบริการสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากประชาชนมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน มีความต้องการ และมีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการสุขภาพสูงขึ้น รูปแบบบริการสุขภาพจึงปรับเปลี่ยนเป็นเน้นการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดคุณภาพบริการที่ตรงตามคาดหวัง อีกทั้งความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และสภาวะการแข่งขันในปัจจุบันจึงทำให้เกิดการปรับปรุงกระบวนการบริหารที่เน้นผลลัพธ์ที่มีความคุ้มค่า คุ้มทุน มีประสิทธิภาพ และสามารถวัด ประเมินได้ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายผลลัพธ์ไว้ดังนี้

Quan (2006) ให้ความหมายผลลัพธ์ หมายถึง ผลของกระบวนการรักษา การให้ยา หรือการปฏิบัติการที่แสดงถึงการตอบสนองทางพฤติกรรม การรับรู้ หรือผลของการดูแล

วิภาดา นางสาววิกติกุล และคณะ (2548) ให้ความหมายผลลัพธ์หมายถึง ผลสุดท้ายของการรักษา หรือ การปฏิบัติการให้การดูแล

จินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ และอัมภา ศรารักษ์ (2551) ให้ความหมายผลลัพธ์ หมายถึง ผลการให้บริการพยาบาล เช่น ภาวะสุขภาพ หรือการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว ภายหลังได้รับบริการสุขภาพ

ชุติกานูจัน หฤทัย และอรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล (2553) ให้ความหมายผลลัพธ์ หมายถึง ผลรวมของผลผลิต และผลลัพธ์ขององค์กรพยาบาล หน่วยงานบริการพยาบาล ที่ได้จากการดำเนินการตามข้อกำหนดของหัวข้อในเกณฑ์คุณภาพ การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ

สรุปผลลัพธ์หมายถึง ผลสุดท้ายของกระบวนการรักษา การให้ยา การปฏิบัติการ หรือการดูแลในระบบสุขภาพ

5.2 ความหมายผลลัพธ์การพยาบาล

ผลลัพธ์บริการทางสุขภาพที่มีความสำคัญ คือ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งทางสรีรวิทยา ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมทั้งการรับรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการประเมิน และวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นผลผลิตสุดท้ายของการพยาบาลหรือ การปฏิบัติการพยาบาล (Korniewicz and Duffy, 2003) ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง (Internal Council of Nursing; Morhead, et al., 2008) ซึ่งสามารถวัดได้จาก สภาวะสุขภาพ ความรู้ ความพึงพอใจในบริการ และการดูแลสุขภาพ หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วย (รัชณี ศุภจินทรรัตน์, 2549)

สรุป ผลลัพธ์ทางการพยาบาล หมายถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ทัศนคติ การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และครอบครัว อันเป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพได้มาตรฐานวิชาชีพ

5.3 การพัฒนาคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล

คุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลจัดเป็นสิ่งสำคัญ ที่แสดงถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยจากการได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ จากการศึกษาพบว่า การประเมินคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่สมัยสงครามไคเมียเมื่อปี ค.ศ. 1854-1856 ที่ Florence Nightingale ใช้อัตราการติดเชื้อจากแผล และอัตราการเกิดโรค เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล (วิภาดา นางสาววิกติกุล, 2548) ต่อมาการประเมินผลลัพธ์พัฒนาเป็นการมุ่งเน้นผลการรักษา จนกระทั่งปี ค.ศ. 1982 Donadian ได้เสนอกรอบแนวคิดในการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลว่าควรมีการวัดคุณภาพทั้ง โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ส่งผลให้การประเมินคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลในปัจจุบันสามารถจัดทำได้อย่างเป็นระบบ และเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการประเมินคุณภาพด้านผลลัพธ์ของ Donabedian (1960) ส่งผลให้การศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลเปลี่ยนแปลงไป จากเดิมเน้นผลลัพธ์ทางคลินิก เปลี่ยนแปลงสู่การวัดผลลัพธ์สุดท้ายในระบบสุขภาพ คือ การวัดด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ เนื่องจากการวัดผลลัพธ์ดังกล่าว แสดงถึงคุณภาพการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อกระบวนการพยาบาลสิ้นสุด (Moorhead et al., 2008) และยังสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการดูแล และผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วย (รัชณี ศุภจินทรรัตน์, 2549) ซึ่งแตกต่างจากการวัดด้านโครงสร้าง หรือกระบวนการที่ไม่สามารถประกันผลลัพธ์ได้ว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ (Hodges, et al., 1994) สำหรับประเทศไทย การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล มีการจัดดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยเน้นการควบคุมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งในภาพรวมของทั้งโรงพยาบาล (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2544 ;สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2549) และผลลัพธ์ที่เกิดจากบริการพยาบาลโดยตรง (สำนักการพยาบาล, 2547) ซึ่งหัวข้อที่ใช้ประเมินนั้นมีความคล้ายคลึงกัน คือ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการตาย อัตราการพลัดตกหกล้ม และอัตราความพึงพอใจ

- สภาการพยาบาล (2550) ได้กำหนด ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลจำนวน 22 ข้อ ดังนี้
- 1) การผสมผสานอัตรากำลัง
 - 2) จำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อวันนอนในโรงพยาบาล (Nursing care hour per patient day)
 - 3) ร้อยละความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล
 - 4) จำนวนครั้งของความผิดพลาดในการบริหารยาและสารน้ำ (ระดับ E ขึ้นไป)
 - 5) จำนวนการพลัดตกหกล้มของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาล (Fall)
 - 6) จำนวนการรักษาพยาบาลผิดคน/ผิดตำแหน่ง
 - 7) อัตราการติดเชื้อที่ปอดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP)
 - 8) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการอาหารปวดอย่างเป็นระบบ
 - 9) ร้อยละของมารดาที่มี HCT น้อยกว่า 33% เมื่อคลอด
 - 10) ร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม
 - 11) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับข้อมูลความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่ OPD
 - 12) อุบัติการณ์การจากบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้ายที่ ER
 - 13) ร้อยละของผู้ป่วยที่นัดผ่าตัดได้รับการเตรียมความพร้อมตามมาตรฐาน
 - 14) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้บริการปรึกษา มีความวิตกกังวลลดลงหลังรับบริการ
 - 15) ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการงานผู้ป่วยใน
 - 16) ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก
 - 17) ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Average length of stays)

- 18) อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI)
- 19) อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- 20) ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- 21) อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน
- 22) อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา (National Quality Indicator: ANA, 1994) ได้กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ตามกรอบแนวคิดของ Holezemer (1994) ประกอบด้วยตัวชี้วัด 10 ตัวชี้วัด ดังนี้

ตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง

- 1) สัดส่วนการผสมผสานอัตรากำลังพยาบาล (Mix of Nursing Staff)
- 2) จำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อวันผู้ป่วยนอน (Total nursing care hours provided per patient day)

ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ

- 3) ความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาล (Nurse staff satisfaction)
- 4) อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 ต่อจำนวนวันนอนผู้ป่วย (Maintenance of skin integrity measure by the number of pressure ulcer grade 2-4 per total number of patient days)

ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์

- 5) อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial infection rate)
- 6) อัตราการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยต่อจำนวนวันผู้ป่วยนอน (Number of fall with damage per total number of patient days)
- 7) ความพึงพอใจต่อการพยาบาล (Satisfaction with nursing care)
- 8) ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด (Patient satisfaction with pain management)
- 9) ความพึงพอใจต่อการได้รับความรู้ และข้อมูลข่าวสาร (Patient satisfaction with education information)
- 10) ความพึงพอใจโดยรวม (Patient satisfaction with care in general)

National Database of Nursing Quality Indicators: NDNQI (2002) ได้มีการกำหนดตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ของผู้ป่วยไว้ 6 ตัวชี้วัด ดังนี้

- 1) อัตราตาย
- 2) ระยะเวลานอนในโรงพยาบาล

- 3) อุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
 - (1) อัตรารวม
 - (2) อัตราความผิดพลาดในการให้ยา
 - (3) อัตราการบาดเจ็บ
- 4) ภาวะแทรกซ้อน
 - (1) อัตราการติดเชื้อโดยรวม
 - (2) อัตราการเกิดแผลกดทับ
- 5) ความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วยและญาติ
 - (1) ผู้ป่วยรู้สึกยินดี และพอใจในการแนะนำโรงพยาบาลให้แก่ผู้อื่น และใช้บริการอีก
- 6) ปฏิบัติตามแผนจำหน่ายผู้ป่วย
 - (1) อัตราการกลับมารักษาซ้ำ
 - (2) การมาตรวจที่ห้องฉุกเฉินภายหลังจำหน่าย
 - (3) การมาตรวจก่อนเวลาโดยแพทย์ไม่ได้นัดหมาย
 - (4) ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค/ สภาวะเจ็บป่วย และการดูแลที่จำเป็น

วิภาดา นางสาววิภาติกุล และคณะ (2542) ได้ศึกษาการตรวจสอบ การติดตามและการประเมินผลคุณภาพการพยาบาล เป็นการตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะอย่าง ในเวลาที่กำหนด ซึ่งตรวจสอบใน 3 ลักษณะคือ

1) การตรวจสอบโครงสร้าง (Structure audit) มุ่งเน้นสถานที่ที่ให้บริการสิ่งอำนวยความสะดวก รวมทั้งเครื่องมือผู้ให้บริการ การจัดการ นโยบาย วิธีการ บันทึกทางการแพทย์ รวมถึงความรู้และประสบการณ์พยาบาล มาตรฐานนี้ จัดทำเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ว่ามีหรือไม่มีโครงสร้างซึ่งการศึกษาพบว่า การตรวจสอบโครงสร้างไม่สามารถรับประกันคุณภาพในการดูแลได้ เนื่องจากต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น อัตราส่วนของพยาบาลกับผู้ป่วย อัตราการขาดงาน ที่ล้วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพการพยาบาลทั้งสิ้น

2) การตรวจสอบขบวนการ (Process audit) เป็นการตรวจสอบกิจกรรมที่เกิดขึ้นจริงในระหว่างให้การพยาบาล โดยรวมถึงการปฏิบัติการทางจิตสังคมด้วย ยกตัวอย่างเช่น การจัดการการดูแลทางด้านร่างกาย การสอน การเป็นที่ปรึกษา ซึ่งการตรวจสอบนี้ใช้การสังเกต การตรวจสอบรายงาน และการบันทึก

3) การตรวจสอบผลลัพธ์ (Outcome audit) เป็นการตรวจสอบผลที่เกิดขึ้นในระหว่างให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย โดยประเมินการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้ ความพึงพอใจ และความร่วมมือในการรักษาภายหลังได้รับการพยาบาล ซึ่งตรวจสอบโดยใช้วิธีสังเกต สัมภาษณ์ สอบถามความพึงพอใจ และตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์

การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลในปัจจุบัน พบว่าเป็นการประเมินคุณภาพการพยาบาลในภาพกว้าง เช่นการติดเชื้อในโรงพยาบาล การพลัดตกหกล้ม ความไม่สมบูรณ์ของผิวหนัง ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล (พรทิพย์ มาลาธรรม และประคอง อินทรสมบัติ, 2549) ซึ่งเนื้อหาไม่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม มีความเชื่อ และค่านิยมทางสุขภาพที่แตกต่างจากผู้ป่วยชาวไทย ดังนั้นการพัฒนาตัวชี้วัดที่มีความเฉพาะเจาะจง และสอดคล้องกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมจึงเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากช่วยให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ตรงตามความต้องการ และความคาดหวังของผู้ป่วยได้มากขึ้น (Moorhead, et al., 2008)

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในการศึกษานี้ เป็นการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่เกิดจากการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมอย่างเป็นรูปธรรมส่งผลให้เกิดการประเมินผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ และสามารถสะท้อนกลับไปสู่การเตรียมความพร้อมในเชิงโครงสร้าง หรือการเขียนแนวปฏิบัติ รวมทั้งเป็นข้อมูลให้ผู้บริหารสามารถใช้ในการจัดบริการสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.4 การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (Nursing Outcome Classification: NOC)

ปัจจุบันเทคโนโลยีมีความก้าวหน้า และเข้ามามีบทบาทในวิชาชีพพยาบาลมากขึ้นจากการนำระบบสารสนเทศเข้ามาใช้ในการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล ซึ่ง NOC จัดเป็นหนึ่งในระบบสารสนเทศทางคลินิกที่ช่วยในการประเมินคุณภาพการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับว่ามีความครบถ้วน และเท่าเทียมกันNOC จัดเป็นภาษามาตรฐานที่อธิบายถึงผลลัพธ์ของผู้ป่วยและครอบครัวได้ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ทั้งในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังได้รับการพยาบาลอีกทั้งยังมีความเป็นรูปธรรม ส่งผลให้เกิดคุณภาพทางการพยาบาล และการดูแลอย่างต่อเนื่อง และยังเป็นระบบที่สามารถเชื่อมโยงกับระบบการจำแนกข้อวินิจฉัยการพยาบาลของสมาคมแห่งอเมริกาเหนือ (The North America Nursing Diagnosis Association: NANDA) ระบบจำแนกการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention Classification: NIC) และระบบสารสนเทศทางการพยาบาลเกี่ยวกับการใช้คำมาตรฐานในการวินิจฉัยทางการพยาบาล(International Classification Nursing Practice: ICNP) (สุกัญญา ประจุศิลป์, 2550)

การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลหรือ NOC พัฒนาโดยทีมวิจัยของมหาวิทยาลัย IOWA ตั้งแต่ปี 1991 โดยพัฒนามาจากฐานข้อมูลของ NANDA7 ประกอบด้วยผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้งหมด 32 กลุ่ม จำแนกเป็น 490 ผลลัพธ์ (American Nurses Association, 2013) พัฒนามาเป็นการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล หรือ NOC ที่มีการแบ่งผลลัพธ์ทางการพยาบาลออกเป็น 7 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย (Function Health) ได้แก่ ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับสภาวะอาการ ความสามารถ และสมรรถภาพการประกอบกิจกรรมของร่างกาย ประกอบด้วย การฟื้นฟูพลังงานหรือพลังกำลัง การเจริญเติบโตและพัฒนาการทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และการเข้าสังคม การเคลื่อนไหวร่างกาย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง

2) กลุ่มสุขภาพด้านสรีรวิทยา (Physiologic Health) ได้แก่ ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกาย ประกอบด้วย ระบบหัวใจ และหลอดเลือด การขับถ่าย การได้รับสารน้ำ และเกลือแร่ ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบการเผาผลาญของร่างกาย ระบบประสาท การย่อยอาหาร และการดูดซึม การตอบสนองต่อการรักษา ความสมบูรณ์ของเนื้อเยื่อ และการทำงานของประสาทสัมผัส

3) กลุ่มสุขภาพด้านจิตสังคม (Psychosocial Health) ได้แก่ ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิต และสังคม ประกอบด้วย สภาวะการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย การจัดการด้านอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

4) กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ (Health Knowledge and Behavior) ได้แก่ ผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วย ประกอบด้วย พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การจัดการสุขภาพตามภาวะโรค และการควบคุมความเสี่ยง และความปลอดภัย

5) กลุ่มการรับรู้สุขภาพ (Perceive Health) ได้แก่ ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพ และภาวะโรค ประกอบด้วย การรับรู้ต่อคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจในบริการ และการรับรู้ด้านโรค และความเจ็บป่วย

6) กลุ่มสุขภาพครอบครัว (Family Health) ได้แก่ ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพ พฤติกรรม และความสามารถของครอบครัว ประกอบด้วย ความสามารถในการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย และพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมการเจริญเติบโต และพัฒนาการของผู้ป่วยเด็ก

7) กลุ่มสุขภาพชุมชน (Community Health) ได้แก่ ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพในชุมชน และการป้องกันสุขภาพในชุมชน โดยแต่ละด้านประกอบด้วย 1) รหัสผลลัพธ์ 2) ชื่อของผลลัพธ์ 3) ความหมาย 4) ตัวชี้วัด และ 5) มาตรฐานผลลัพธ์ สำหรับการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การลงบันทึก การจดบันทึก ใช้เป็นฐานข้อมูลทางการพยาบาลสำหรับการพัฒนาคุณภาพ (Moorhead et al., 2013)

NOC จัดเป็นเครื่องมือประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเนื่องจาก การจัดกลุ่มผลลัพธ์การพยาบาลของ NOC ใช้ง่าย และเป็นการจัดโครงสร้างของผลลัพธ์ที่คงที่ อีกทั้งยังสามารถพัฒนาผลลัพธ์ได้ใหม่ หรือเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครบถ้วน ทำให้สะดวกต่อการวินิจฉัยทางการพยาบาล (Moorhead et al., 2013)

แม้ว่า NOC จะเป็นการประเมินที่มีความครอบคลุมผลลัพธ์การพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ทั้งทางร่างกาย จิตสังคม การรับรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ แต่ยังไม่สามารถใช้เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมได้ทั้งหมด ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดจากการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของต่างประเทศ และในบริบทของสังคมไทย โดยใช้ NOC เป็นหนึ่งในกรอบแนวคิดการจัดทำตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

5.5 ผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

จากการศึกษาทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger and McFarland (2002) Purnell and Paulanka (2002) Campinha-Bacote (2002) Giger and Davidhizar (2004) และ Andrews and Boyle (2008) รวมทั้งศึกษามาตรฐานการปฏิบัติการ และการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม ในองค์กรสุขภาพของ Anderson และคณะ (2003) มาตรฐานการพยาบาลเชิงจริยธรรมของ Canadian Nurses Association (2008) มาตรฐานการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Douglas, et al. (2011) และการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (Nursing Outcome Classification: NOC) (Moorhead, et al., 2013) พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎี มาตรฐานการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และตัวชี้วัดผลลัพธ์ดังกล่าวมา สามารถทำให้เกิดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 4 ด้านดังนี้

5.5.1 ด้านการตอบสนองความต้องการองค์รวมของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงผลการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมภายหลังได้รับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ได้แก่ มีอาการสุขสบายขึ้น หรืออาการปวดลดลง รับประทานอาหารได้ พักผ่อนนอนหลับเพียงพอตามแบบแผนของผู้ป่วยแต่ละบุคคล จัดการความเครียด และความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยของตนเองได้ รับรู้ถึงการมีนางสาวค่าในตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ความเชื่อ หรือค่านิยมได้ตามความเหมาะสม

5.5.2 ด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงผลการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม โดยคงวัฒนธรรมเดิมของผู้ป่วย ปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมอย่างค่อยเป็นค่อยไป และหรือปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมให้เข้ากับรูปแบบการดูแลสุขภาพหรือแผนการรักษาให้สอดคล้องกับทัศนคติ ความเชื่อ หรือค่านิยมทางสุขภาพของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม โดยผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามแต่ละวัฒนธรรม ให้ความร่วมมือในการพยาบาล ลดการปฏิเสธการรักษา เข้าใจถึงการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน และรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

5.5.3 ด้านความพึงพอใจในบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม และครอบครัว หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงผลการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม และครอบครัวต่อบริการพยาบาลตามแต่ละวัฒนธรรมอย่างเหมาะสม ได้แก่ ความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ การสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีความต่างวัฒนธรรมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ความพึงพอใจในการตอบสนองทางความเชื่อ วัฒนธรรม และศาสนาของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมรับรู้ถึงการได้รับการพิทักษ์สิทธิทางการดูแลรักษา

5.5.4 ด้านความสามารถในการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม ภายหลังได้รับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ได้แก่ การจัดการความเครียด ความกังวล ความกลัวของครอบครัวผู้ป่วย รวมทั้งสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ แสดงพฤติกรรมยอมรับสภาวะโรค หรือการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาของผู้ป่วย และมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยตามแต่ละวัฒนธรรมได้อย่างเหมาะสม ไม่ขัดต่อแผนการรักษา ให้ความร่วมมือ และมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล

โดยผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมทั้ง 4 ด้าน มีรายละเอียดเพิ่มเติม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด	Purnell and Paulanka (1998)	Leininger and McFarland (2002)	Campinha-Bacote (2002)	Anderson, et al. (2003)	Giger and Davidhizar (2004)	Andrews and Boyle (2008)	Canadian Nurses Association (2008)	Douglas, et al. (2011)	Moorhead, et al. (2013)
ผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม									
1. ด้านการตอบสนองความต้องการองค์รวม ของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม									
1.1 ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการปวดหรืออาการไม่ สุขสบายตามแต่ละวัฒนธรรม	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓
1.2 ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดีตามแต่ละวัฒนธรรม	✓	-	-	-	-	✓	-	-	✓
1.3 ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ตามแต่ละ วัฒนธรรม	-	✓	-	-	✓	✓	-	-	✓
1.4 ผู้ป่วยยอมรับสภาวะเจ็บป่วยได้ตามแต่ละ วัฒนธรรม	-	✓	✓	-	✓	-	✓	✓	✓
1.5 ผู้ป่วยรู้สึกถึงการยอมรับนับถือจากพยาบาล และ รับรู้ความมีนางสาวค่าในตนเอง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.6 ผู้ป่วยสามารถปรับบทบาทครอบครัว และการ ทำงานต่อภาวะความเจ็บป่วยได้ตามแต่ละวัฒนธรรม	✓	✓	-	-	✓	✓	✓	✓	✓
1.7 ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองในการประกอบพิธีกรรม ทางศาสนา หรือความเชื่อตามแต่ละวัฒนธรรม	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. ด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม									
2.1 ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง หรือมีพฤติกรรม ดูแลตนเองที่เหมาะสมตามแต่ละวัฒนธรรม	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.2 ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการพยาบาลที่ไม่ขัดต่อ วัฒนธรรมของผู้ป่วย	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓
2.3 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่อง	-	✓	-	-	✓	✓	✓	-	✓

แนวคิด	Purnell and Paulanka (1998)	Leininger and McFarland (2002)	Campinha-Bacote (2002)	Anderson, et al. (2003)	Giger and Davidhizar (2004)	Andrews and Boyle (2008)	Canadian Nurses Association (2008)	Douglas, et al. (2011)	Moorhead, et al. (2013)
ผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม									
3. ด้านความพึงพอใจในบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมและครอบครัว									
3.1 ผู้ป่วย และครอบครัวมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	-	✓	-	✓	-	-	✓	✓	✓
3.2 ผู้ป่วย และครอบครัวมีพึงพอใจในการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.3 ผู้ป่วย และครอบครัวมีพึงพอใจในการสร้างสัมพันธภาพข้ามวัฒนธรรม	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓
3.4 ผู้ป่วย และครอบครัวมีความพึงพอใจในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในแต่ละวัฒนธรรม	-	-	-	✓	-	✓	✓	✓	✓
3.5 ไม่มีข้อร้องเรียน หรือข้อขัดแย้งทางวัฒนธรรม	-	-	-	✓	-	-	-	-	-
4. ด้านความสามารถในการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม									
4.1 ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย ภายหลังได้รับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	-	-	-	-	-	-	✓	-	✓
4.2 ครอบครัวผู้ป่วยยอมรับสถานะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ ภายหลังได้รับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	✓	✓	-	-	✓	✓	✓	-	✓
4.3 ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓

6. การวิจัยเทคนิคเดลฟาย

6.1 ความเป็นมาของการวิจัยเทคนิคเดลฟาย

การวิจัยเชิงอนาคต เป็นวิธีการวิจัยที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาแนวโน้มหรือ ปรากฏการณ์ในอนาคต โดยเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) จัดเป็นหนึ่งในเทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตเป็นการรวบรวมความคิดเห็น และระดมความคิดจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ หรือประสบการณ์เรื่องที่ต้องการศึกษาอย่างแท้จริง (บุญใจ ศรีสถิตยรรณกร, 2553) ตลอดจนมีความเต็มใจ และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนได้เป็นข้อสรุปฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นประโยชน์ในการนำมาใช้เพื่อประกอบการตัดสินใจด้านต่างๆทั้งด้านสาธารณสุข ธุรกิจ การเมือง การทหาร การศึกษา และด้านอื่นๆ (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2550) รวมทั้งยังนำมาใช้ในการกำหนดนโยบาย ที่มีส่วนสำคัญของประเทศอีกด้วย (ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2551) เทคนิคเดลฟายเกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อปี 2495 แต่ถูกเก็บเป็นความลับ เนื่องจากเป็นเทคนิคที่กองทัพอากาศออเมริกันใช้ในการศึกษา และวิจัยสิ่งต่างๆ ต่อมาได้มีการเปิดเผยสู่สาธารณชนครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2505 โดย Olaf Helmer และ Norman C. Dalkey นักวิจัยของบริษัทแรนด์ (Rand Corporation) ในรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา และได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน (ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2551) เทคนิคเดลฟายเป็นวิธีการวิจัยแบบหนึ่ง เพื่อให้ได้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีความละเอียด เนื่องจากมีการสัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถามหลายครั้งจนได้ข้อคิดเห็นที่สอดคล้องกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Polit and Hungler, 1999) จัดเป็นวิธีการวิจัยที่ยังไม่มีศัพท์บัญญัติภาษาไทย และเป็น การวิจัยที่ไม่ต้องใช้ในการทดสอบสมมติฐานทางสถิติ (วันทนา ถิ่นกาญจน์, 2539 : 56) มีผู้ให้ความหมายเทคนิคเดลฟายไว้ดังนี้

Burns and Grove (2001) ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นการวัดการตัดสินใจของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ประเมินลำดับก่อนหลังหรือการพยากรณ์ เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยไม่มี การประชุมร่วมกัน ทำให้ได้ความคิดเห็นของแต่ละบุคคล โดยไม่มีอิทธิพลจากกลุ่ม

จุมพล พูลภัทรชีวิน (2551) ได้ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นเทคนิคการวิจัยคาดการณ์อนาคต และเป็นเทคนิคการสื่อสารระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ช่วยให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนได้รับ ข่าวสารและแลกเปลี่ยนความเชี่ยวชาญระหว่างกันโดยไม่มี การเผชิญหน้ากันโดยตรง เช่นเดียวกับกับ การระดมสมอง หรือการประชุมแบบอื่น ๆ

บุญใจ ศรีสถิตยรรณกร (2553) ได้ให้ความหมายของเทคนิคเดลฟายว่า เป็นเทคนิคการวิจัย เพื่อศึกษาแนวโน้มของเหตุการณ์ โดยรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรอบรู้และมี ประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาการวิจัยที่ศึกษาอย่างแท้จริง ตลอดจนยินดีให้ความร่วมมือตอบ แบบสอบถามจนครบทุกขั้นตอน ซึ่งผู้วิจัยไม่เปิดเผยรายชื่อผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น ๆ ให้ผู้เชี่ยวชาญทราบ

รวมทั้งไม่ให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านเผชิญหน้ากัน เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ซึ่งช่วยขจัดปัญหาการครอบงำทางความคิดระหว่างผู้เชี่ยวชาญ

จากความหมายสรุปได้ว่า เทคนิคเดลฟายคือ กระบวนการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ถึงอุบัติการณ์ หรือแนวโน้มของเหตุการณ์ในอนาคต ซึ่งผู้เชี่ยวชาญจะต้องมีประสบการณ์ ความรอบรู้ในเรื่องที่ต้องการศึกษาอย่างแท้จริง โดยเป็นการระดมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละบุคคล ไม่มีการประชุมกลุ่มหรือเผชิญหน้ากัน เพื่อหลีกเลี่ยงอิทธิพลความคิดเห็นของกลุ่มต่อผู้เชี่ยวชาญ

6.2 คุณลักษณะของเทคนิคเดลฟาย

คุณลักษณะของเทคนิคเดลฟาย (ซินิดา รักษ์พลเมือง, 2551) มีดังต่อไปนี้

1) ผู้เข้าร่วมเป็นผู้เชี่ยวชาญในการศึกษาวิจัยจะไม่ทราบว่าใครบ้างที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ไม่ทราบว่าผู้อื่นมีความเห็นอย่างไรในประเด็นที่ศึกษา ทั้งนี้เพราะผู้เชี่ยวชาญทุกคนจะตอบแบบสอบถามตามที่ผู้วิจัยจะกำหนดขึ้นในแต่ละขั้นตอนในเวลาใกล้เคียงกัน

2) ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมในการวิจัยต้องตอบแบบสอบถามตามที่ผู้วิจัยกำหนดให้ครบทุกขั้นตอน ซึ่งอาจเป็น 2-4 รอบ โดยที่การสอบถามครั้งแรกจะเป็นคำถามปลายเปิดส่วนคำถามรอบต่อ ๆ ไปจะอยู่ในลักษณะมาตราประเมินค่าผู้เชี่ยวชาญสามารถทบทวนคำตอบของตนได้อย่างละเอียดรอบคอบ จนกระทั่งมีความมั่นใจในคำตอบและสามารถแสดงความคิดเห็นของตนได้อย่างอิสระ

3) ผู้วิจัยจะนำคำตอบไปวิเคราะห์ใหม่และป้อนข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา โดยปกติกระบวนการทำซ้ำแบบนี้จะดำเนินไปจนกว่าจะได้คำตอบที่เป็นฉันทามติ ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อที่จะกรองมติผู้เชี่ยวชาญ

4) ความน่าเชื่อถือได้ของคำตอบและความสำเร็จของการวิจัยขึ้นอยู่กับแบบสอบถามความรอบรู้ของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบแบบสอบถาม และความร่วมมือในการวิจัย

5) การใช้สถิติวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยทั่วไปจะใช้สถิติเกี่ยวกับการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง และการวัดการกระจาย

6.3 กระบวนการวิจัยของเทคนิคเดลฟาย

กระบวนการวิจัยที่ใช้เทคนิคเดลฟาย (ซินิดา รักษ์พลเมือง, 2551 ; Limestone and Turoff, 1974) ประกอบด้วยส่วนสำคัญดังต่อไปนี้

1) ลักษณะของปัญหา เทคนิคเดลฟายสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ในทุกวงการ ซึ่งลักษณะปัญหาที่จะศึกษาด้วยเทคนิคเดลฟายควรเป็นประเด็นปัญหาอันจะนำไปสู่การวางนโยบาย หรือคาดการณ์อนาคต หรือเป็นประเด็นปัญหาที่มุ่งหาความเห็นสอดคล้องต้องกันเพื่อแก้ปัญหาที่สลับซับซ้อนทั้งในเชิงโครงสร้างและการปฏิบัติงาน หรือเพื่อสรุปเป็นหลักการแนวคิดร่วมกันปัญหาที่

ศึกษาในการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายจึงเป็นปัญหาในเชิงคุณลักษณะ ซึ่งไม่อาจได้คำตอบโดยอาศัย การศึกษาด้วยวิธีการเชิงสถิติ

2) การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ หลังจากกำหนดประเด็นปัญหาที่จะศึกษาได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปคือ การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ขั้นตอนนี้มีความสำคัญมากเนื่องจากคุณลักษณะเฉพาะ ของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายคือการอาศัยข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้น ผลการวิจัยจะ น่าเชื่อถือหรือไม่ขึ้นอยู่กับว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เลือกสรรมานั้นสามารถให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้เพียงใด การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญควรพิจารณาถึงสิ่งต่อไปนี้

3) ผู้วิจัยควรกำหนดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญเพื่อจัดสรรกลุ่มคนที่เข้าร่วมใน การวิจัย หรืออาจอาศัยการสอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ ให้เสนอรายชื่อบุคคลที่ควรได้รับการเลือกสรร ให้เป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยควรติดต่อขอความร่วมมือในการวิจัย การที่ผู้เชี่ยวชาญให้คำตอบอย่าง เต็มใจ และให้ความสำคัญแก่การวิจัยเป็นคำตอบที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อมั่นของข้อมูลที่ได้รับ

4) จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการวิจัย ขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มและประเด็นที่ ศึกษา หากผู้เชี่ยวชาญมีความเป็นเอกพันธ์ อาจจำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเพียง 10-15 คน แต่ถ้ากลุ่มมี ความแตกต่างกันมีลักษณะเป็นอเนกพันธ์ อาจต้องใช้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นจำนวนมาก อย่างไรก็ตาม จากการศึกษารายงานของ Thomas T. Macmillan (1971) พบว่า หากจำนวนผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยมีตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป อัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อนจะมีน้อยมาก

ลักษณะแบบสอบถามของการวิจัย

แบบสอบถามนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย ซึ่งเทคนิคนี้เป็นความ คิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้วยแบบสอบถาม โดยทั่วไปแบบสอบถามมี 2 ชนิด คือ แบบสอบถาม ปลายเปิดและแบบสอบถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า การตอบแบบสอบถามจำเป็นต้องมี 3 รอบหรือมากกว่า และมั่นใจในการตัดสินใจ โดยในแต่ละรอบมีลักษณะ ดังนี้

รอบที่ 1 ผู้วิจัยต้องกำหนดกรอบ (Frame) ของการวิจัย เกี่ยวกับประเด็นปัญหาเชิง คุณลักษณะ ซึ่งมีขอบข่ายกว้างขวาง การกำหนดกรอบของการวิจัยจะทำให้เห็นภาพของการวิจัยได้ ชัดเจนขึ้น กรอบของการวิจัยอาจได้มาจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องหรือจากการสัมภาษณ์ ผู้ทรงคุณวุฒิบางท่าน เมื่อได้กรอบของการวิจัยแล้วจึงนำมาสร้างแบบสอบถามฉบับแรก ซึ่งจะเป็น คำถามกว้าง ๆ เกี่ยวกับประเด็นปัญหาของการวิจัย คำถามในรอบแรกนี้มักจะเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมรายการวิจัยได้แสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวางภายในกรอบที่กำหนด การตอบของผู้เชี่ยวชาญอาจประกอบด้วยความคิดเห็นข้อวิจารณ์ ข้อโต้แย้ง ข้อมูลที่ได้จากการ สอบถามจะถูกนำมารวบรวมเป็นแบบสอบถามรอบที่สอง

รอบที่ 2 เป็นขั้นตอนที่สำคัญของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายผู้วิจัยนำข้อมูลที่รับจากผู้เชี่ยวชาญทุกคนในแบบสอบถามปลายเปิดรอบแรกเข้าด้วยกันตัดทอนข้อความที่ซ้ำกัน หรือตัดส่วนที่เกินไปจากกรอบของการวิจัยที่กำหนดไว้ออกไป อาจกำหนดเป็นถ้อยคำที่ครอบคลุมข้อความทั้งหมดได้ แต่ต้องคงความหมายเดิมของผู้เชี่ยวชาญไว้ด้วย รวบรวมมาเป็นแบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่าซึ่งอาจเป็นสเกลตั้งแต่ 1-5 หรือ 1-6 ตามความเหมาะสม การประเมินค่าในรอบนี้จะเน้นการจัดลำดับความสำคัญหรือความเป็นไปได้ของเหตุการณ์ หรือในบางครั้งอาจให้กำหนดเวลาที่เหตุการณ์นั้นจะเกิดขึ้นในอนาคตด้วย ข้อความในแบบสอบถามรอบนี้จะต้องชัดเจนและผู้ตอบแต่ละคนจะต้องเข้าใจตรงกันในคำถาม

รอบที่ 3 โดยปกติจะประกอบไปด้วยประโยคหรือข้อความเหมือนกับแบบสอบถามรอบที่ 2 แต่มีการเพิ่มเติมการรายงานให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบความคิดเห็นของกลุ่มโดยแสดงตำแหน่งของฐานนิยม (Mode) หรือค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ของแต่ละคำถาม รวมทั้งตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญคนนั้น ๆ ตอบในแบบสอบถามรอบที่ 2 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบความเหมือนหรือความแตกต่างของคำตอบของตนเมื่อเทียบกับคำตอบของกลุ่ม และทบทวนคำตอบของตนในรอบที่ 3 โดยผู้เชี่ยวชาญสามารถพิจารณาคำตอบของตนเองอีกครั้งว่าจะเปลี่ยนแปลงหรือยืนยัน ในกรณีที่คำตอบไม่ตรงกันกับกลุ่ม หรือคำตอบนั้นอยู่นอกพิสัยควอไทล์ จะต้องให้เหตุผลประกอบ

รอบที่ 4 มีลักษณะเดียวกับแบบสอบถามรอบที่ 3 การจะกำหนดว่าควรมีแบบสอบถามต่อไปนั้น ควรพิจารณาพิสัยระหว่างควอไทล์ประกอบด้วย หากพบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก กล่าวคือ พิสัยควอไทล์แคบมาก อาจยุติกระบวนการวิจัยลงได้ ซึ่ง Limestone and Turoff (1975: 278) ระบุว่าแบบสอบถามรอบถัดไปในการศึกษาแบบเดลฟายจะยุติได้เมื่อระดับฉันทามติเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าร้อยละ 15 จึงยุติการส่งแบบสอบถามได้

ความตรงและความเที่ยงของเทคนิคเดลฟายขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้เชี่ยวชาญและอัตราการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ สิ่งสำคัญคือการเลือกผู้เชี่ยวชาญในการตอบแบบสอบถาม ผลลัพธ์ของเทคนิคเดลฟายเป็นคำตอบจากความคิดเห็นที่ผ่านการถามย้ำให้ตรวจสอบคำตอบของตนเองหลายรอบ จึงเป็นการสรรหาความเที่ยงและความตรงอยู่ในกระบวนการของเทคนิคเดลฟาย ดังนั้นความเที่ยงและความตรงของข้อมูลที่รับจึงขึ้นอยู่กับทางเลือกผู้เชี่ยวชาญอันจะทำให้ผลได้รับมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น (Shark and Sharples, 2001)

การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล เริ่มตั้งแต่การติดต่อขอความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญให้เข้าร่วมวิจัย โดยต้องขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามทุกรอบ การที่ผู้เชี่ยวชาญมีจำนวนลดลงในการตอบแบบสอบถามแต่ละรอบ และเว้นระยะการตอบนานเกินไป จนเกิดความไม่แน่นอนในคำตอบแต่ละครั้ง อาจส่งผลกระทบต่อวิเคราะห์ข้อมูลได้ ทั้งนี้เนื่องจากสถิตินี้ใช้การ

วิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบรอบที่สองและสาม คือ สถิติเกี่ยวกับการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางอัน ได้แก่ ฐานนิยม มัธยฐาน หรือค่าเฉลี่ยเพื่อแสดงตำแหน่งของความคิดเห็น หากจำนวนผู้ตอบในแต่ละรอบลดลงเป็นจำนวนมาก อาจทำให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อนได้และยังใช้ค่าพิสัยควอไทด์เพื่อพิจารณาความกระจายของความคิดเห็น หากข้อความใดมีพิสัยกว้างแสดงว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่างกันมาก ข้อความใดที่มีค่าพิสัยควอไทด์แคบ แสดงถึงความสอดคล้องกัน ซึ่งอาจนำข้อความนั้นมาเป็นข้อสรุปของการวิจัยได้ ผู้วิจัยไม่ควรละเลยข้อความที่มีพิสัยกว้าง บางกรณีอาจเป็นข้อความที่มีประโยชน์ การวิเคราะห์ข้อมูลต้องพิจารณาถึงเหตุผลของคำตอบ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญได้ระบุไว้ ประกอบกันด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลจึงควรแยกการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นฉันทามติหรือข้อคิดเห็นร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญ และข้อมูลที่ไม่เป็นฉันทามติ

ข้อดีของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย(สุวิมล ว่องวานิช, 2548; นงนภัส คู่ขวัญ เที่ยงกมล, 2551; บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553; ชนิตา รัชพลเมือง, 2553)

1) ผู้วิจัยสามารถรวบรวมข้อความคิดจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวนมากได้โดยไม่ต้องเสีย เวลาจัดประชุม อีกทั้งไม่มีข้อจำกัดเรื่องการเดินทาง ทำให้ผู้วิจัยสามารถรวบรวมหาความสอดคล้องของแนวคิดได้อย่างกว้างขวางและรวดเร็ว

2) ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระไม่ถูกครอบงำความคิดจากผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นที่มีความเชี่ยวชาญเหนือกว่า (Bandwagon effect) เนื่องจากไม่มีการเผชิญหน้ากันของผู้เชี่ยวชาญ และไม่ทราบว่ามีใครเข้าร่วมอยู่ในการวิจัยบ้าง และใครให้คำตอบว่าอย่างไร ผู้ตอบจะทราบเพียงแต่คำตอบของกลุ่มทั้งหมด โดยการแสดงด้วยสถิติต่าง ๆ เท่านั้น

3) ขจัดปัญหาการรวมกลุ่มกันของผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ได้ข้อยุติของความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน

4) ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัยสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเท่าเทียมกัน เนื่อง จากผู้เชี่ยวชาญทุกคนจะตอบแบบสอบถามแบบเดียวกันทุกขั้นตอน อีกทั้งผู้เชี่ยวชาญทุกคนยังมีโอกาสได้รับฟังความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นเท่าๆกัน และมีโอกาสปรับเปลี่ยนความคิดของตนจนเกิดความมั่นใจ ทำให้การพิจารณาประเด็นปัญหามีความลึกซึ้ง

5) ผลการวิจัยเป็นที่ยอมรับของสังคม เนื่องจากผ่านการพิจารณาไตร่ตรองจากผู้เชี่ยวชาญ หลายขั้นตอน มีการตอบประเด็นปัญหาหลายรอบ จนได้ความคิดเห็นที่มีความสอดคล้องกันเป็นฉันทามติ รวมทั้งการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์เรื่องที่จะศึกษาโดยตรง และเป็นที่ยอมรับของสังคม จะทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

6) ผลการวิจัย เป็นการศึกษาประเด็นหรือแนวโน้มในอนาคต จึงเป็นประโยชน์ในการนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินการ การวางนโยบาย การหาแนวปฏิบัติ หรือการสรุป

หลักการแนวคิดร่วมกัน ปัญหาที่ศึกษาจึงเป็นปัญหาเชิงคุณลักษณะที่ไม่สามารถหาคำตอบได้จาก การศึกษาเชิงสถิติ

ข้อพึงระวังของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย(สุวิมล ว่องวานิช, 2548; นงนภัส คู่ขวัญ เทียง กมล, 2551; บุญใจ ศรีสถิตยัณราภุร, 2553; ชนิดา รักษ์พลเมือง, 2553)

- 1) การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญและเกณฑ์การพิจารณาเลือกผู้เชี่ยวชาญจะต้องมีความ ชัดเจน เพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรอบรู้ ความเต็มใจ และเห็นความสำคัญของการวิจัย ซึ่งล้วน ส่วนสำคัญในด้านความเชื่อถือของการวิจัย
- 2) คำตอบอาจมีความลำเอียง หากผู้เชี่ยวชาญถูกกำหนดโดยไม่เป็นตัวแทน ประชากร
- 3) ลักษณะการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย เป็นการกำหนดให้ผู้เชี่ยวชาญตอบ แบบสอบถามซ้ำหลายรอบอาจทำให้ผู้เชี่ยวชาญเกิดความเบื่อหน่าย และอาจไม่ร่วมมือในการตอบ คำถามรอบต่อไป
- 4) ผู้เชี่ยวชาญต้องเข้าใจประเด็นปัญหาโดยรวมและเข้าใจข้อความใน แบบสอบถามแต่ละข้อตรงกันกับผู้วิจัย เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ
- 5) ผู้วิจัยจะต้องระมัดระวังเรื่องกำหนดระยะเวลาของการศึกษาเหตุการณ์ใน อนาคตไม่ให้ใกล้ หรือไกลจนเกินไป จนอาจทำให้ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลล่าช้า หรือเกิดความ คลาดเคลื่อน
- 6) ผู้วิจัยอาจขาดความรอบคอบ หรือมีความลำเอียงในการพิจารณาวิเคราะห์ คำตอบในแต่ละรอบของการตอบแบบสอบถาม
- 7) มีความเป็นไปได้สูงที่แบบสอบถามจะสูญหายระหว่างทาง หรือได้รับคำตอบใน แต่ละรอบไม่ครบถ้วน
- 8) อาจเกิดความคลาดเคลื่อนของผลการวิจัยจากการปิดกั้นมุมมองของผู้เชี่ยวชาญ ให้อยู่ภายใต้กรอบแนวคิดของผู้วิจัย หรือกรณีที่มีผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่แตกต่าง อาจถูกบีบให้ ตอบตามค่ากลางเพื่อให้เกิดฉันทามติ

6.4 การพิจารณาใช้เทคนิคเดลฟายในงานวิจัย

การพิจารณาเลือกใช้เทคนิคการวิจัยเดลฟายในงานวิจัย จะต้องพิจารณาลักษณะการวิจัยเทคนิคนี้ ดังนี้ (Linstone and Turroff, 1975)

ความเป็นนิรนาม (Anonymity) คือ การที่ผู้เชี่ยวชาญไม่ทราบว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญบ้าง และไม่ทราบความคิดเห็นในประเด็นที่ศึกษาของผู้อื่น จึงไม่เกิดการถูกครอบงำทางความคิด หรือเกิด การคล้อยตามทางความคิด กรณีที่มีผู้เชี่ยวชาญมีวิธีการแสดงออกทางความคิดเห็นที่เหนือกว่า ส่งผล

ให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ และน้ำหนักความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมีความเท่าเทียมกัน

การถามย้ำคำตอบที่ควบคุมปฏิกริยาย้อนกลับ (Interaction with controlled feedback) การวิจัยเทคนิคนี้จะมีการถามย้ำแบบคำถาม ใช้ข้อมูลที่ควบคุมปฏิกริยาย้อนกลับของผู้ตอบได้ และมีการถามตอบด้วยแบบสอบถามเดิมต่อเนื่องกันไป ข้อดีคือ ผู้เชี่ยวชาญสามารถทบทวน และกลั่นกรองคำตอบทุกขั้นตอนอย่างละเอียด หรือสามารถแก้คำตอบใหม่ที่มีความคิดเห็นสอดคล้องหรือแตกต่างจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้ ปฏิกริยาย้อนกลับจากกลุ่มจะสามารถชักจูงให้ผู้ตอบกลับมาพิจารณาคำตอบที่ตอบไปแล้วก่อนหน้า ทำให้แก้ไขข้อบกพร่อง หรือสิ่งที่มองข้ามไปในการพิจารณาครั้งก่อนได้

การพิจารณาปฏิกริยาตอบสนองเชิงสถิติ (Statistical group response) กล่าวคือ ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัย จะต้องตอบคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดทุกขั้นตอน คำถามแต่ละข้อในแบบสอบถามจะแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญออกมาเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ในงานวิจัยนี้ เลือกใช้มาตราส่วนประมาณค่าตั้งแต่ 5 ถึง 1 ซึ่ง 5 หมายถึง ตัวชี้วัดที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุด และ 1 หมายถึง ตัวชี้วัดที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับน้อยที่สุด จากนั้นนำข้อมูลมาหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทด์ ที่แสดงให้เห็นว่าคำตอบของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมีความสอดคล้องกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพียงไร และระบุข้อมูลในแบบสอบถามรอบถัดไป การใช้สถิติเข้ามาช่วยในการจัดการข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญ จะช่วยลดการกระจายของคำตอบ อีกทั้งยังเป็นการยืนยันยังความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในรอบสุดท้ายด้วย

การวิจัยไม่มีข้อจำกัด ทั้งในจำนวนผู้เชี่ยวชาญ สภาพภูมิศาสตร์ หรือ เวลา และกระบวนการทำวิจัยสามารถดำเนินตามขั้นตอนได้ไม่ยุ่งยาก ได้ผลรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพการสร้างตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในการวิจัยครั้งนี้ สามารถทำได้หลากหลายวิธี แต่ด้วยข้อจำกัดเรื่องเวลา และงบประมาณ รวมทั้งการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมยังคงเป็นเรื่องใหม่ที่ต้องอาศัยความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เรื่องการพัฒนาตัวชี้วัด และการประเมินคุณภาพการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมอย่างแท้จริง ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการศึกษาตัวชี้วัดโดยอาศัยนิยามเชิงทฤษฎี จากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่างๆจนได้กรอบแนวคิดทฤษฎีการวิจัย และกำหนดตัวชี้วัดผ่านกระบวนการพิจารณาตัดสินโดยผู้เชี่ยวชาญ ด้วยเทคนิคเดลฟาย จนได้เป็นฉันทามติ จากผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านบริหาร ด้านประกันคุณภาพ ด้านการศึกษา และด้านปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของต่างประเทศ

Majumdar และคณะ (2004) ศึกษาประสิทธิภาพการอบรมบุคลากรทางสุขภาพให้มีความรู้เกี่ยวกับความไวทางวัฒนธรรม ต่อความพึงพอใจ และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย เปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพที่ผ่านการอบรม และกลุ่มที่ไม่ได้ผ่านการอบรม ศึกษาโดยวิธีการวิจัยแบบทดลองในบุคลากรทางสุขภาพ ทั้งพยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์อื่นรวม 114 คน และผู้ป่วย 113 คน แบ่งกลุ่มการวิจัยเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรม และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ที่ไม่ได้ผ่านการอบรม ระยะเวลาในการศึกษา 18 เดือน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมเรื่องความไวทางวัฒนธรรมหลังผ่านไป 1 ปี ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสังคม สามารถกลับไปทำงานได้ ตามปกติ และสามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพได้ กล่าวคือการอบรมให้เจ้าหน้าที่มีความไวทางวัฒนธรรมนั้น ไม่เพียงแต่ช่วยให้เจ้าหน้าที่มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีด้วย

Vydelingum (2006) ศึกษาประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยจากทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในโรงพยาบาลรัฐบาล ประเทศอังกฤษ วิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์รายกลุ่ม พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจากทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จำนวน 90 คน ผลการศึกษาสามารถสรุปออกมาได้เป็น 8 ประเด็น คือ 1) การพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยในปัจจุบัน กล่าวถึงการเต็มใจยินดีให้บริการของพยาบาล แต่พยาบาลยังขาดความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย 2) การให้บริการผู้ป่วยทุกเชื้อชาติอย่างเท่าเทียม 3) การขาดความรู้ และเข้าใจวัฒนธรรมของผู้ป่วยส่งผลต่อการวางแผนการพยาบาล 4) การให้การพยาบาลที่ไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย 5) ลำดับความสำคัญของญาติผู้ป่วย 6) ไม่มีความแตกต่างทางเชื้อชาติในการให้การพยาบาล 7) การนำวัฒนธรรมของพยาบาลไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย และ 8) ประสบการณ์ของพยาบาลมีผลต่อการให้บริการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

Pergert, Ekblad, Enskär and Björk (2008) ศึกษาการนำเครื่องมือในการสื่อสาร การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และเครื่องมือในระดับองค์กร มาใช้ในการสร้างสัมพันธภาพการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็ง และครอบครัว เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาโดยการสัมภาษณ์แบบรายกลุ่ม 5 กลุ่ม และรายบุคคล 5 คน ผลการศึกษาพบว่า การสร้างสัมพันธภาพข้ามวัฒนธรรมนั้นจะต้องใช้เครื่องมือ และวิธีการที่หลากหลายควบคู่กัน ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมที่ดีนั้นจะส่งผลให้เกิดการพยาบาลด้วยความเสมอภาค และ

ให้การพยาบาลที่มีคุณภาพตามความหลากหลายทางภาษา วัฒนธรรม ศาสนา และความเชื่อของผู้ป่วยได้

Nielsen and Birkelund (2009) ศึกษาประสบการณ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลในประเทศเดนมาร์ก สัมภาษณ์ และติดตามสังเกตการทำงานของพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมมากกว่า 5 ปี จำนวน 4 คน วิจัยเชิงคุณภาพตามกรอบแนวคิดของ Husel ผลการศึกษาสามารถสรุปออกมาได้ 3 ประเด็นคือ 1) ความยากในการสื่อสารกับผู้ป่วยต่างภาษา 2) การตอบสนองต่อความปวดที่แตกต่างกันของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม และ 3) ลักษณะอาหาร และค่านิยมทางสังคมที่แตกต่างกันของผู้ป่วยต่างเชื้อชาติ

El-Amouri and O' Neill (2011) ศึกษาแนวทางในการกำหนดนโยบายด้านการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมในโรงพยาบาลประเทศสหรัฐอเมริกาอาร์มิเรต สรุวจุดความคิดเห็นจากหัวหน้าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 2 ปี และทำงานในโรงพยาบาลที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมทั้งโรงพยาบาลรัฐ และเอกชน จำนวน 153 คน ใช้กรอบแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Campinha and Bacote (2008) ผลการศึกษาสรุปออกมาเป็นแนวทางในการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมอย่างมีประสิทธิภาพ 4 ด้าน คือ 1) ด้านการสื่อสารของพยาบาลในที่ทำงานที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม 2) ด้านการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่ไม่ได้สื่อสารภาษาอารบิก 3) ด้านแหล่งอำนวยความสะดวกในการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมของพยาบาล และ 4) ด้านนโยบายโรงพยาบาลในการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมของพยาบาล และจากการศึกษาพบว่า การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยคือ เกิดความไม่เข้าใจในทีมสุขภาพ เกิดการวินิจฉัยโรคผิดพลาด เกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล รวมทั้งเกิดความไม่พึงพอใจในบริการพยาบาล

7.2 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยชาวต่างชาติและการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในประเทศไทย

รุ่งอรุณ เกศวงษ์ (2547) ศึกษาตัวประกอบและตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 2 ปี ในโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด 40 แห่ง จำนวน 880 คน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ตัวประกอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน มีทั้งหมด 10 ตัวประกอบ บรรยายด้วย 87 ตัวแปร มีค่าความแปรปรวนรวมกันคิดเป็นร้อยละ 61.65 ได้แก่ 1) ด้านการใช้ฐานข้อมูลเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล 2) ด้านการติดต่อสื่อสารในทีมงานโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง 3) ด้านพฤติกรรมบริหารที่เป็นเลิศ 4) ด้านภาวะผู้นำ 5) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ 6) ด้านการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศทางการพยาบาล 7) ด้านการบริหาร

จัดการงานทั่วไป 8) ด้านการจัดการคุณภาพทางการแพทย์ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและ 9) ด้านการมีส่วนร่วมในการรักษาผลประโยชน์ขององค์กร 10) ด้านการเรียนรู้วัฒนธรรมทางการแพทย์

พร้อมพร ธารมงคล (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของชาวต่างชาติ ในการใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร สํารวจผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เคยใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 213 คน ผลการศึกษาพบว่าชาวต่างชาติให้ความสำคัญในเรื่องการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ความเชื่อมั่นของการให้บริการ การเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย และการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย

วีรณัฐ วิบูลย์พันธุ์ (2550) ศึกษาสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาล วิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน โดยใช้เทคนิคเดลฟาย จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 21 คน ผลการศึกษาพบว่าสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาล วิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 78 รายการ จำแนกเป็น 7 ด้านได้แก่ 1) สมรรถนะด้านการรับรู้ความ วัฒนธรรม 2) สมรรถนะด้านการติดต่อสื่อสาร 3) สมรรถนะด้านการคิดริเริ่มนวัตกรรมการให้บริการ 4) สมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยง 5) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ 6) สมรรถนะด้านกระบวนการพยาบาล และ 7) สมรรถนะด้านจริยธรรม

ศรัณยูธินี มงคลรัตน์ (2551) ศึกษาความพึงพอใจของคนไข้ต่างชาติที่มีต่อการบริการในโรงพยาบาล เอกชน พบว่า คนไข้ต่างชาติมีความพึงพอใจต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการห้าประเภท คือ การทักทายต้อนรับ การเข้าถึงความรู้สึกของผู้รับบริการ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การจดจำและสร้างความประทับใจ และความน่าเชื่อถือของการให้บริการอยู่ในระดับสูงโดยมีระดับความพึงพอใจสูงสุด อยู่ในประเภทการทักทายต้อนรับ และความพึงพอใจของคนไข้จะมีระดับที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละครั้งของการเข้ารับบริการตามความสามารถและประสบการณ์ของผู้ให้บริการ นอกจากนี้ยังพบว่าคนไข้ที่มีพื้นฐานเชื้อชาติวัฒนธรรมและประสบการณ์ที่แตกต่างกัน จะส่งผลให้ความพึงพอใจในการรับบริการที่ระดับที่แตกต่างกัน

เกษสุตา จันทร์อ่อน (2552) ศึกษาประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยชาวต่างชาติ ผลการศึกษาแบ่งเป็นประเด็นหลัก 8 ประเด็น ดังนี้ 1) มีความรู้การพยาบาลนานาชาติ 2) มีความสามารถสื่อสารได้หลายภาษา 3) มีลักษณะน่าเชื่อถือ และศรัทธา 4) มีจิตเมตตา ยึดมั่นในใจ คนไข้เป็นศูนย์กลาง 5) ดูแลคนไข้จากรับใหม่ ถึงจำหน่ายไม่บกพร่อง 6) แก้ไขข้อขัดข้องไม่ปล่อยไว้ให้บานปลาย 7) เรียนรู้เพื่อผ่อนคลายเพื่อระบายความเครียดตน 8) คนไข้ประเมินผลพยาบาลไทย ใส่ใจดี

กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ และศุภาพิชญ์ โพน โบร์แมนน์ (2556) ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพและการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของชาวต่างชาติในประเทศไทยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวต่างชาติที่พำนักอยู่ในประเทศไทยเป็นการชั่วคราวหรือถาวร ในเขตกรุงเทพฯ

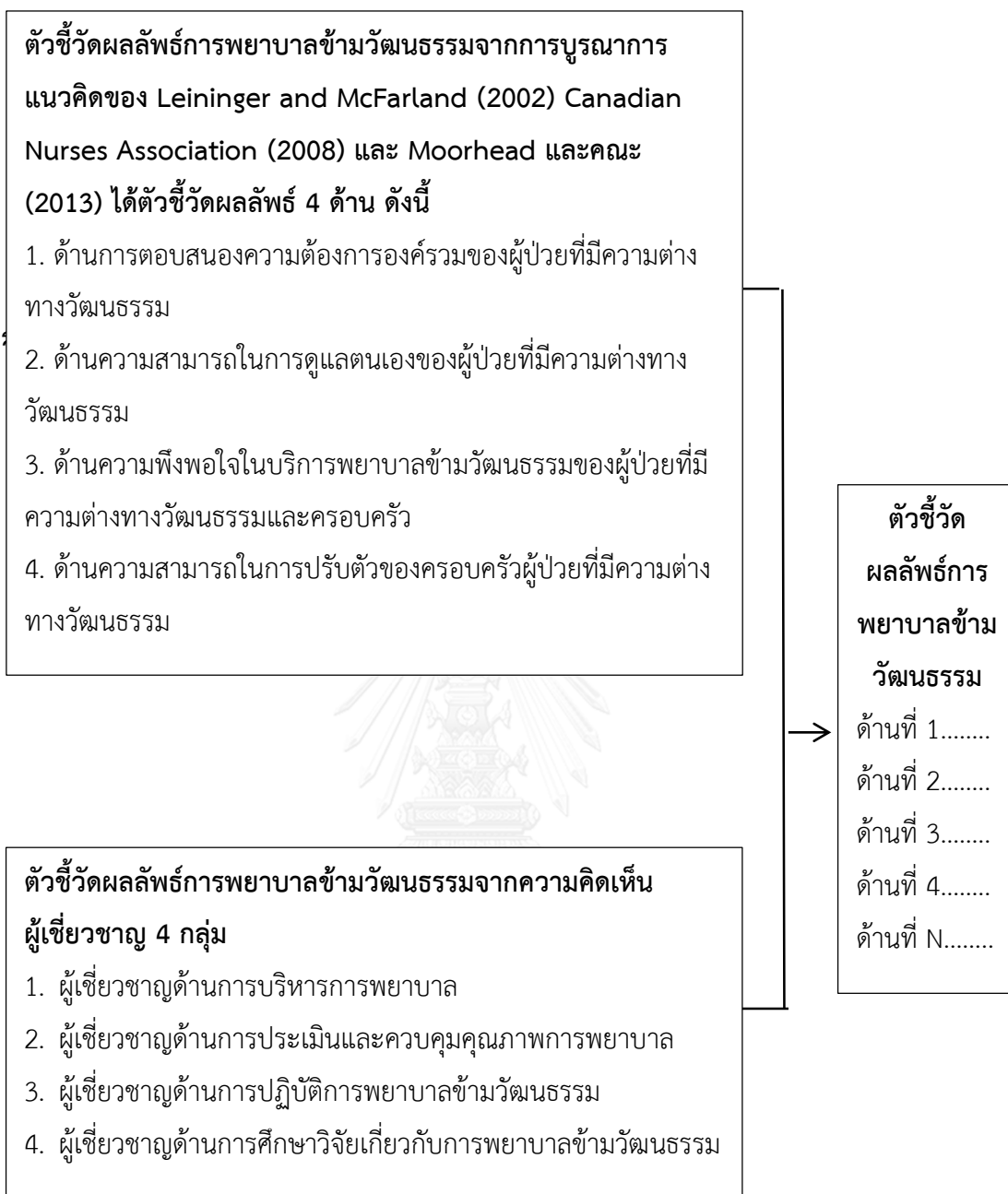
และปริมนทล จำนวน 400 คน เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถาม ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ของชาวต่างชาติต่อคุณภาพของการบริการสุขภาพในประเทศไทยโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านอรรถาศัยไมตรี เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด รองลงมาคือ ด้านการประสานงาน และการให้ข้อมูลสุขภาพ ส่วนขั้นตอนในการรับบริการสุขภาพ และปัญหาการสื่อสารโดยใช้ภาษาอังกฤษของพยาบาลจัดว่าเป็นส่วนที่มีคะแนนน้อยที่สุด

ปานจันทร์ ชูทิพย์ (2557) ศึกษาการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน การศึกษาแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาสร้างแบบประเมินสมรรถนะ และขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพการประเมิน ผลการศึกษาพบว่าแบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน มีสมรรถนะหลัก จำนวน 9 ด้าน รวม 69 ข้อรายการ ประกอบด้วย ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ ด้านการสร้างเครือข่าย ด้านภาวะผู้นำ ด้านความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม ด้านการบริการการพยาบาล ด้านการสร้างสัมพันธภาพ ด้านการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร ด้านการสื่อสาร และด้านการบริหารความเสี่ยง และแบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมที่พัฒนาขึ้นสามารถวัดสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพได้เหมาะสม ตรงตามความเป็นจริง

การวี อยู่วัฒนา (2557) ศึกษาสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนกรุงเทพมหานคร ทำการวิจัยเชิงพรรณนา และใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการ จำนวน 309 คน จากโรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า 1) สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับดี 2) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านความสามารถทางด้านภาษา สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ด้านระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และประสบการณ์การดูแลผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร

8. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม คือ แนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger and McFarland ปี 2002 แนวคิดมาตรฐานการพยาบาลเชิงจริยธรรมของ Canadian Nurse Association ปี 2008 และ แนวคิดการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลของ Moorhead และคณะ ปี 2013 สามารถสรุปเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการตอบสนองความต้องการทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม 2) ด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม 3) ด้านความพึงพอใจในบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม และครอบครัว และ 4) ด้านความสามารถในการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม และศึกษาโดยใช้การวิจัยเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) เพื่อรวบรวมความคิดเห็น และระดมความคิดจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ หรือประสบการณ์ในเรื่องการพัฒนาตัวชี้วัด และการประเมินคุณภาพการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ในบริบทของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมในประเทศไทย ดังภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ในการรวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยมีวิธีในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาตัวชี้วัด และการประเมินคุณภาพการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมจำนวน 18 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารโรงพยาบาล จำนวน 4 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมิน และควบคุมคุณภาพการพยาบาล จำนวน 5 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จำนวน 4 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จำนวน 5 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 18 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามการศึกษาของ Macmillan (1971 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) พบว่าผู้เชี่ยวชาญจำนวนตั้งแต่ 17 คนขึ้นไประดับความคลาดเคลื่อนจะลดลงอย่างคงที่ และมีความคลาดเคลื่อนน้อยมาก การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญจะคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่มีความเฉพาะเจาะจง หรือสุ่มแบบสนองวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติของผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ โดยตรงในด้านการพัฒนาตัวชี้วัด และการประเมินคุณภาพการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และใช้เทคนิควิธีการบอกต่อ (Snowballing Technique) โดยการสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญที่ให้สัมภาษณ์จำนวนหนึ่ง และขอให้ช่วยแนะนำผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จนได้ผู้เชี่ยวชาญครบตามจำนวนที่ต้องการ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบประวัติผลงาน และคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้อีกครั้ง เสนอรายชื่อให้กับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีการกำหนดคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญแต่ละกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล จำนวน 4 คน กำหนดคุณสมบัติ คือ

1. มีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า และได้รับการศึกษา/ อบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบริหารการพยาบาล
2. มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยต่างชาติ และมีประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งผู้บริหาร ไม่น้อยกว่า 3 ปี

3. มีหน้าที่รับผิดชอบ และ/ หรือมีส่วนร่วมในการบริหารทางการแพทย์

กลุ่มที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมิน และควบคุมคุณภาพการพยาบาล จำนวน 5 คน กำหนดคุณสมบัติ คือ

1. มีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า และได้รับการศึกษา/อบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพการพยาบาล
2. มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยต่างชาติ และมีประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งด้านการประเมิน และควบคุมคุณภาพการพยาบาลไม่น้อยกว่า 3 ปี
3. มีหน้าที่รับผิดชอบ และ/ หรือมีส่วนร่วมในการประเมิน และควบคุมคุณภาพการพยาบาล

กลุ่มที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จำนวน 4 คน กำหนดคุณสมบัติ คือ

1. มีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาโทขึ้นไป
2. มีประสบการณ์การด้านการศึกษา หรือวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมไม่น้อยกว่า 5 ปี และมีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

กลุ่มที่ 4 ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 5 คน กำหนดคุณสมบัติ คือ

1. มีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า ในสาขาวิชาการพยาบาล
2. มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมไม่น้อยกว่า 5 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกระบวนการวิจัย จำนวน 3 ชุด ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ 1 ชุด และแบบสอบถาม 2 ชุด เป็นเครื่องมือสำหรับการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จากการระดมความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ด้วยเทคนิคเดลฟาย ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ด้วยเทคนิคเดลฟาย รอบที่ 1

แบบสัมภาษณ์ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม รอบที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และข้อคำถามปลายเปิด เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ หรือให้ผู้เชี่ยวชาญเขียนตอบ ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1

2. แบบสอบถามด้วยเทคนิคเดลฟาย รอบที่ 2

แบบสอบถามตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม รอบที่ 2 เป็นแบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2

3. แบบสอบถามด้วยเทคนิคเดลฟาย รอบที่ 3

แบบสอบถามตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม รอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เช่นเดียวกับแบบสอบถามในรอบที่ 2 แต่เพิ่มค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ของข้อคำถามแต่ละข้อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบคำตอบของตนเอง และคำตอบของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดก่อนทบทวนคำตอบของตนเอง เพื่อยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งที่ 3

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมในงานวิจัย ได้แสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง เกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม มีวิธีการสร้างแบบสัมภาษณ์ ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าแนวคิดเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม โดยใช้แนวคิดที่ได้จากการบูรณาการจากแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger and McFarland ปี 2002 แนวคิดมาตรฐานการพยาบาลเชิงจริยธรรมของ Canadian Nurse Association ปี 2008 และแนวคิดการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลของ Moorhead และคณะ ปี 2013 เพื่อกำหนดเป็นกรอบการสัมภาษณ์ว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมควรประกอบด้วยกี่ด้าน และแต่ละด้านควรมีตัวชี้วัดย่อยอะไรบ้าง

2. สร้างแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างตามแนวคิดตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม กำหนดเป็นแบบสัมภาษณ์ 1 ตอน ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ ข้อคำถามที่ใช้ คือ

1) จากประสบการณ์ของท่าน ท่านคิดว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมคืออะไร และควรประกอบด้วยตัวชี้วัดด้านใดบ้าง

2) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมแต่ละด้านควรประกอบด้วยตัวชี้วัดย่อยอะไรบ้าง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเรื่องตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญ

ชาญได้พิจารณาตัวชี้วัดแต่ละด้าน ว่ามีตัวชี้วัดย่อยที่มีความสำคัญในระดับมากน้อยเพียงใด และมีข้อคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็น หรือให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมได้อย่างอิสระ มีวิธีสร้างแบบสอบถาม ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1 มาวิเคราะห์เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ นำมาทำการวิเคราะห์เนื้อหา นำข้อความที่มีลักษณะเดียวกันมารวมเข้าด้วยกัน จัดเป็นหมวดหมู่แต่ละด้าน ได้ตัวชี้วัดทั้งหมด 5 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นรายการตัวชี้วัดย่อย 37 ข้อ ดังนี้

1) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน 5 ข้อ

2) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ด้านการดูแลตนเองตามวิถี ความเชื่อ สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล

11 ข้อ

3) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ด้านความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

12 ข้อ

4) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม

2 ข้อ

5) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ด้านการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ 7 ข้อ

2. สร้างแบบสอบถาม เรื่องตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเป็นแบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับโดยกำหนดข้อความเป็นตัวชี้วัดย่อย เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นว่า ตัวชี้วัดแต่ละข้อมีความสำคัญในระดับใด ตั้งแต่ระดับความสำคัญมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด แบบสอบถามเรียงลำดับข้อความตามตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมที่ได้จากการสัมภาษณ์ ทั้ง 5 ด้าน ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัดย่อยทั้งหมด 37 ข้อ ดังตัวอย่าง (ภาคผนวก ง)

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	ระดับความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
ด้าน ที่ 1	การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อบรรเทา ความทุกข์ ทรมาน (5 ข้อ)						
1.1	ระดับความปวด (Pain score) ลดลง และ หรือระดับความสบาย (Comfort scale) เพิ่มขึ้น						
1.2	ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวต่อสภาพ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย						

เกณฑ์การพิจารณา ระดับความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมรอบ 2 มีดังนี้

5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ข้อรายการดังกล่าว มีความสำคัญระดับมากที่สุด

4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ข้อรายการดังกล่าว มีความสำคัญระดับมาก

3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ข้อรายการดังกล่าว มีความสำคัญระดับปานกลาง

2 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับน้อย

1 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับน้อยที่สุด

3. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของข้อความตัวชี้วัด และความหมายของข้อความตัวชี้วัด

4. ปรับแก้แบบสอบถามตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้แบบสอบถามตัวชี้วัดมีความชัดเจน จากนั้นนำไปเก็บข้อมูลรอบที่ 2

ชุดที่ 3 แบบสอบถามเรื่องตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากแบบสอบถามรอบที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ยืนยันคำตอบ การให้ระดับความสำคัญของตัวชี้วัดแต่ละข้อ โดยมีการแสดงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ด้วยการระบุ ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทด์ (Interquartile range) ประกอบกับแสดงตำแหน่งคำตอบของผู้เชี่ยวชาญที่ตอบในแบบสอบถามรอบที่ 2 สำหรับใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณา

ยืนยัน หรือเปลี่ยนแปลงระดับความสำคัญให้สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ มีวิธีการสร้างแบบสอบถาม ดังนี้

1. นำคำตอบที่ได้จากแบบสอบถามรอบ 2 มาคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ของข้อความแต่ละข้อ
2. นำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจากแบบสอบถามรอบ 2 มาวิเคราะห์ร่วมกับ อาจารย์ที่ปรึกษา และพิจารณาความเหมาะสมในการปรับแบบสอบถาม
3. สร้างแบบสอบถามจากข้อความเดิม แต่มีการปรับเปลี่ยนข้อความบางข้อตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจากรอบที่ 2 โดยแบบสอบถามชุดที่ 3 จะมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เช่นเดียวกับชุดที่ 2 แต่เพิ่มเติมค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ของข้อความแต่ละข้อที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญตอบ รวมข้อความในรอบที่ 3 มีทั้งหมด 5 ด้านดั้งเดิม ประกอบด้วยข้อความตัวชี้วัดย่อย 36 ข้อ และมีการปรับเปลี่ยนข้อความตัวชี้วัดย่อย ดังนี้

1) ตัวชี้วัดด้านการดูแลตนเองตามวิถี จำนวนการเซ็นยินยอมเพื่อปฏิเสธการรักษา หรือการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (sign against) เนื่องจากการรักษาขัดต่อศาสนา และวัฒนธรรมของผู้ป่วย ปรับเป็น จำนวนการปฏิเสธการรักษา ที่ขัดต่อศาสนา และวัฒนธรรม

2) ตัวชี้วัดด้านความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม มีการปรับเปลี่ยนตามข้อเสนอแนะ 1 ข้อ ได้แก่ ตัดตัวชี้วัดย่อย คือ ระดับการรับรู้ของผู้ป่วยถึงการพยาบาลที่ได้รับว่าสอดคล้องกับวัฒนธรรมของตนเองออก เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นว่า ตัวชี้วัดมีความซ้ำซ้อนกับ ตัวชี้วัดย่อย คือระดับความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และระดับการรับรู้ว่าการพยาบาลมีความไว ความตระหนัก และความรู้ในการให้การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

3) ตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มีการเพิ่มคำบรรยายภาษาอังกฤษตามข้อเสนอแนะ 2 ข้อได้แก่ (1) การระบุตัวตนผู้ป่วยต่างชาติถูกต้อง ปรับเป็นการระบุตัวตนผู้ป่วยต่างชาติถูกต้อง (Patient Identification) (2) ไม่เกิดความผิดพลาดในการบริหารยา ปรับเป็น ไม่เกิดความผิดพลาดในการบริหารยา (Administration medication error)

วิเคราะห์ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) แสดงความสอดคล้องกันของแต่ละข้อความของการตอบ และตำแหน่งของคำตอบผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 แสดงด้วยเครื่องหมาย ดังนี้

ค่ามัธยฐาน (Md)	ใช้สัญลักษณ์	△
ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR)	ใช้สัญลักษณ์	↔
คำตอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2	ใช้สัญลักษณ์	◇

ตัวอย่างแบบสอบถาม

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	ระดับความคิดเห็น					Md	IR
		5	4	3	2	1		
ด้าน ที่ 1	การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อบรรเทา ความทุกข์ ทรมาน (5 ข้อ)							
1.1	ระดับความปวด (Pain score) ลดลง และหรือ ระดับความสบาย (Comfort scale) เพิ่มขึ้น เหตุผล.....	Δ	◇				4.83	0.60
1.2	ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวต่อสภาพ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เหตุผล.....	Δ			◇		4.68	1.01

โดยค่าคำตอบของผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ในค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ของข้อนั้น
หมายความว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ไม่ต้องให้
เหตุผลประกอบ แต่หากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญอยู่นอกค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile
range) หมายความว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ
ขอให้ผู้เชี่ยวชาญชี้แจงเหตุผลประกอบ

4. แบบสอบถามที่สร้างขึ้นนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลรอบที่ 3 (ภาคผนวก ง)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ มี 3 รอบ โดยมีรายละเอียด คือ

1. การเก็บข้อมูลรอบที่ 1 ดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

1.1 ดำเนินการทำหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้เชี่ยวชาญที่ได้คัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน

1.2 ติดต่อผู้เชี่ยวชาญทางโทรศัพท์ แนะนำตัว และนัดหมายการส่งเอกสารรายละเอียด เกี่ยวกับข้อมูลประชากรตัวอย่าง แบบสัมภาษณ์รอบที่ 1 และโครงสร้างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ศึกษาก่อนการนัดสัมภาษณ์ 1 สัปดาห์ พร้อมนัดหมายวันสัมภาษณ์ ตามวัน เวลา และสถานที่นัดหมายตามที่คุณเชี่ยวชาญสะดวกการนำส่งเอกสาร นำส่งด้วยตัวเองจำนวน 15 คน ส่งทางจดหมาย อีเล็คทรอนิกส์ (E mail) จำนวน 3 คน และส่งทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ (EMS) จำนวน 2 คน พร้อมทั้งนัดหมายวัน เวลาที่จะสัมภาษณ์ และขออนุญาตติดต่อทางโทรศัพท์ เพื่อทบทวนวันนัดหมายก่อนล่วงหน้า 1 วัน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญตอบกลับและสะดวกในการให้สัมภาษณ์จริง จำนวน 18 คน

1.3 การเตรียมตัวก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องบันทึกเสียง กระดาษสำหรับ จดบันทึกย่อ ใบเซ็นยินยอมผู้เชี่ยวชาญในการวิจัย โทรศัพท์ไปสอบถามเพื่อยืนยันกำหนดการนัดหมายล่วงหน้า อย่างน้อย 1 วัน แบ่งการเก็บข้อมูลเป็นการสัมภาษณ์ 3 แบบ คือ

1.3.1 สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง 15 คน โดยในวันนัดสัมภาษณ์ ผู้วิจัยตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือ เดินทางไปถึงที่หมายล่วงหน้า 30 นาที โทรศัพท์ถึงผู้เชี่ยวชาญเมื่อถึงเวลานัด เพื่อขอพบ และสัมภาษณ์ โดยการแนะนำตัว แจ้งถึงรายละเอียดโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งวิธีการวิจัยว่ามีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 3 รอบ คือสัมภาษณ์ 1 รอบ และตอบแบบสอบถาม 2 รอบขออนุญาตใช้อุปกรณ์ในการบันทึกเสียง ซึ่งผู้เชี่ยวชาญมีความยินดี และสมัครใจในการให้ข้อมูล โดยเฉลี่ยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญท่านละ 45 -50 นาที

1.3.2 สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทางโทรศัพท์ 1 คน โดยผู้วิจัยเตรียมตัวเหมือนการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง แต่ไม่ต้องเดินทางไปพบ และเพิ่มเติมเรื่องการตรวจเช็คอุปกรณ์สัญญาณมือถือ แบตเตอรี่มือถือ และเครื่องบันทึกเสียงเช่นเดียวกับการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยเฉลี่ยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 45 นาที

1.3.3 ผู้เชี่ยวชาญแสดงความจำนงในการตอบแบบสอบถาม 2 คน เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญ ให้เหตุผลว่ามีเวลาในการศึกษารายละเอียดข้อคำถาม สามารถตอบข้อคำถามได้อย่างชัดเจน มีเวลาในการรวบรวมความคิด สะดวก รวดเร็ว และประหยัดเวลา ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามพร้อมรายละเอียด เช่นเดียวกับการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง และขอสัมภาษณ์ติดต่อทาง

โทรศัพท์หากมีข้อสงสัย หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม สรุปการตอบแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 2 คน

1.4 ในการสัมภาษณ์ ด้วยตนเอง และการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยขออนุญาตผู้เชี่ยวชาญในการบันทึกเทป และจดบันทึกเพิ่มเติมใช้คำถามตามแนวทางที่กำหนดไว้ในแบบสัมภาษณ์ สรุปความตามประเด็น และสอบถามเมื่อมีข้อสงสัย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมากที่สุด โดยไม่มีการถามนำ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมตามความต้องการ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-50 นาที หลังจบการสัมภาษณ์ ชี้แจงการเก็บข้อมูลรอบต่อไป ประมาณวัน เวลาที่จะส่งแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ขออนุญาตติดต่อทางโทรศัพท์หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ยืนยันว่าจะทำลายเทปทั้งหมดที่หลังสิ้นสุดการวิจัย และกล่าวของนางสาวผู้เชี่ยวชาญ

1.5 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ใช้เวลาทั้งสิ้น 110 วัน

1.5.1 การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง

1.5.2 การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

1.5.3 การเก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสัมภาษณ์ นับเวลาตั้งแต่ส่งเอกสาร ถึงเวลาที่ได้ออกเอกสารคืน

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 จัดเตรียมเอกสารส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม จำนวน 18 คน โทรศัพท์ติดต่อผู้เชี่ยวชาญขออนุญาตส่งแบบสอบถามรอบที่ 2 โดยนำส่งด้วยตัวเองจำนวน 4 คน ส่งทางจดหมาย อิเล็กทรอนิกส์ (E mail) จำนวน 12 คน และส่งทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ (EMS) พร้อมซองเปล่าติดแสตมป์ จำนวน 2 คน

2.2 เมื่อครบกำหนดเวลา โทรศัพท์ติดต่อดำเนินการเพื่อรับแบบสอบถามคืน และรับแบบสอบถามด้วยตนเอง 4 คน ได้รับกลับทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E mail) จำนวน 12 คน และได้รับกลับทางไปรษณีย์ 2 คน ได้รับแบบสอบถามในรอบนี้คืน 18 ฉบับ

2.3 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ใช้เวลาทั้งสิ้น 22 วัน

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.1 จัดเตรียมเอกสารส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม จำนวน 18 คน โทรศัพท์ติดต่อผู้เชี่ยวชาญขออนุญาตส่งแบบสอบถามรอบที่ 2 โดยนำส่งด้วยตัวเองจำนวน 4 คน ส่งทางจดหมาย อิเล็กทรอนิกส์ (E mail) จำนวน 12 คน และส่งทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ (EMS) พร้อมซองเปล่าติดแสตมป์ จำนวน 2 คนแจ้งกำหนดการขอรับแบบสอบถามคืน ภายใน 2 สัปดาห์

3.2 เมื่อครบกำหนดเวลา โทรศัพท์ติดต่อนัดหมายเพื่อรับแบบสอบถามคืน และรับแบบสอบถาม ด้วยตนเอง 4 คน ได้รับกลับทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E mail) จำนวน 12 คน และได้รับกลับทางไปรษณีย์ 2 คน ได้รับแบบสอบถามในรอบนี้คืน 18 ฉบับ

3.3 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ใช้เวลาทั้งสิ้น 18 วัน

สรุป ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้นในการศึกษานี้ คือ 150 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูล 3 รอบ โดยในรอบแรกเป็นการสัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถามปลายเปิด รอบที่ 2 และรอบที่ 3 เป็นการตอบแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า การวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละรอบ ดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1

ถอดเทปจากการสัมภาษณ์ ภายหลังจากการสัมภาษณ์สิ้นสุด และนำข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนมาตรวจสอบเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมแต่ละด้าน ก่อนนำมาสรุปเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทุกคน นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดที่ได้จากการบูรณาการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา หากมีเนื้อหาใดยังไม่ครบถ้วน นำกลับไปสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญเพิ่มเติม หรือสอบถามทางโทรศัพท์ จนได้เนื้อหาที่ครอบคลุมตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ตามกรอบแนวคิดจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ

ผลการบูรณาการทบทวนวรรณกรรม กับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจากการสัมภาษณ์รอบที่ 1 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จากการทบทวนวรรณกรรม จากการสัมภาษณ์ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และสรุปตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเพื่อสร้างแบบสอบถาม

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ ทบทวนวรรณกรรม	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปตัวชี้วัดผลลัพธ์การ พยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อสร้างแบบสอบถาม
<p>ด้านที่ 1 การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการปวดหรืออาการไม่สบายตามแต่ละวัฒนธรรม 2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดีตามแต่ละวัฒนธรรม 3. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ดีตามแต่ละวัฒนธรรม 4. ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเจ็บป่วยได้ตามแต่ละวัฒนธรรม 5. ผู้ป่วยรู้สึกถึงการยอมรับนับถือจากพยาบาล และรับรู้ความมีนางสาวค่าในตนเอง 6. ผู้ป่วยสามารถปรับบทบาทครอบครัว และการทำงานต่อภาวะความเจ็บป่วยได้ 	<p>ด้านที่ 1 การพยาบาลเพื่อบรรเทาความทุกข์ ทรมาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระดับความปวด หรือ Pain score และหรือ ระดับความสบายของผู้ป่วย (Comfort scale) 2. ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ตรงตามความต้องการ 3. ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ตรงตามศาสนา และวัฒนธรรม 4. ผู้ป่วยได้รับอาหารที่กรรมวิธีในการปรุงอาหารถูกต้องตามหลักศาสนา 5. ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนลักษณะอาหารตามแต่ละวัฒนธรรมได้ตามแผนการรักษา 6. ระยะเวลาในการพักผ่อนของผู้ป่วย 7. ผู้ป่วยได้รับการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมการพักผ่อนในเวลากลางคืน 8. ระยะเวลาในการทำกิจกรรมพยาบาลช่วงเวลา 	<p>ด้านที่ 1 การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อบรรเทาความทุกข์ ทรมาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระดับความปวด หรือ Pain score ลดลง และหรือระดับความสบายของผู้ป่วย (Comfort scale) เพิ่มขึ้น 2. (ข้อ 2-5) ปรับให้อยู่ในด้านความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม คือ ระดับความพึงพอใจต่อการได้รับอาหารตามวัฒนธรรม และแผนการรักษา 3. (ข้อ 6-9) ชั่วโมงการพักผ่อนพักผ่อนเพียงพอตามวิถีชีวิตดั้งเดิม 4. (ข้อ 10) ระดับความวิตกกังวลต่อสภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ ทบทวนวรรณกรรม	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปตัวชี้วัดผลลัพธ์การ พยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อสร้างแบบสอบถาม
ตามแต่ละวัฒนธรรม	ที่ผู้ป่วยพักผ่อน	5. (ข้อ 11-12) ปรับให้อยู่ ในด้านความพึงพอใจ ต่อบริการพยาบาลข้าม วัฒนธรรม คือ ระดับ ความพึงพอใจต่อ บริการพยาบาลข้าม วัฒนธรรม
7. ผู้ป่วยได้รับการ ตอบสนองในการ ประกอบพิธีกรรมทาง ศาสนาหรือความเชื่อ ตามแต่ละวัฒนธรรม	9. ปริมาณการใช้ยานอนหลับ ของผู้ป่วย 10. ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อ ภาวะความเจ็บป่วยได้ 11. ผู้ป่วยรับรู้ถึงการดูแลอย่าง สุภาพ อ่อนโยน ให้เกียรติ ให้ความเคารพจากพยาบาล 12. ผู้ป่วยรับรู้ว่ายพยาบาลให้การ พยาบาลผู้ป่วยทุกเชื้อชาติ อย่างเท่าเทียม 13. ผู้ป่วยรับรู้ว่ายพยาบาลมีความ ไว ความตระหนัก และ ความรู้ทางวัฒนธรรมในการ ให้การพยาบาล 14. ผู้ป่วยมีอิสระในการ แสดงออกทางศาสนา และ ความเชื่อ 15. ผู้ป่วยไม่ได้รับกิจกรรม พยาบาลในเวลาที่เหมาะสม พิธีกรรมทางศาสนา	6. (ข้อ 13) ปรับให้อยู่ใน ด้านความพึงพอใจต่อ บริการพยาบาลข้าม วัฒนธรรม คือ ระดับ การรับรู้ว่ายพยาบาลมี ความไว ความ ตระหนัก และความรู้ ในการให้การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรม 7. (ข้อ 14-15) ปรับให้อยู่ ในด้านความพึงพอใจ ต่อบริการพยาบาลข้าม วัฒนธรรม คือ ระดับ ความพึงพอใจต่อการมี อิสระในการแสดงออก ทางศาสนา ความเชื่อ

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ ทบทวนวรรณกรรม	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปตัวชี้วัดผลลัพธ์การ พยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อสร้างแบบสอบถาม
		<p>เพิ่มเติม</p> <p>8. ระดับความวิตกกังวล ของครอบครัวต่อ สภาพความเจ็บป่วย ของผู้ป่วย</p> <p>9. ระดับความเครียดของ ครอบครัวผู้ป่วย</p>
<p>ด้านที่ 2 ความสามารถในการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีความ ต่างทางวัฒนธรรม</p> <p>1. ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง หรือมีพฤติกรรมการดูแล ตารางที่ 4 (ต่อ)</p> <p>2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือใน การพยาบาลที่ไม่ขัดต่อ วัฒนธรรมของผู้ป่วย</p> <p>3. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่าง ต่อเนื่อง</p>	<p>ด้านที่ 2 ความสามารถในการ ดูแลตนเองตามวิถีความเชื่อ ที่ ไม่ขัดต่อแผนการรักษา</p> <p>1. ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการดูแล ตนเองเมื่อกลับบ้าน</p> <p>2. ผู้ป่วยและทีมสุขภาพวาง แผนการพยาบาลร่วมกัน</p> <p>3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการ พยาบาล</p> <p>4. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเองที่สอดคล้อง กับวิถีชีวิต หรือวัฒนธรรมดั้ง เดิม</p> <p>5. ผู้ป่วยมีความคิดแก้ปัญหา เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของ ตนเองได้</p> <p>6. ระดับความสามารถในการ ดูแลตนเองของผู้ป่วย</p> <p>7. อัตราการ Sign against เพื่อ ปฏิเสธการรักษา</p>	<p>ด้านที่ 2 การดูแลสุขภาพ ตามวิถี ความเชื่อ สอดคล้องกับแผนการ รักษาพยาบาล</p> <p>1. ปรับให้อยู่ในด้านการ สื่อสารข้ามวัฒนธรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพ คือ ระดับความรู้ ความ เข้าใจเรื่องการปฏิบัติ ตัวเมื่อกลับบ้าน และ อาการผิดปกติที่ควร กลับมาพบแพทย์</p> <p>2. (ข้อ 2-5) พฤติกรรม การวางแผนการรักษา ร่วมกับทีมสุขภาพให้ สอดคล้องตามวิถีชีวิต และแผนการรักษา</p>

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ ทบทวนวรรณกรรม	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปตัวชี้วัดผลลัพธ์การ พยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อสร้างแบบสอบถาม
	8. อัตราความพร้อมผู้ป่วยเมื่อ กลับบ้าน และหรือกลับ ประเทศ 9. อัตราการกลับมารักษาอย่าง ต่อเนื่อง (Follow up) 10. อัตราการกลับเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admit) เนื่ อ ง จ า ก แผนการรักษาติดต่อแบบ แผนการดำเนินชีวิต จากการ ไม่มีความรู้ ความเข้าใจเรื่อง สภาวะของโรค และแผนการ รักษา	3. (ข้อ 6) ระดับความ สามารถในการดูแล ตนเอง ตามวิถีความ เชื่อ และวัฒนธรรม 4. (ข้อ 7) จำนวนการ ปฏิเสธการรักษา ที่ขัด ต่อศาสนา และ วัฒนธรรม 5. (ข้อ 8) ระดับความ สามารถ เรื่องการ ปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ก่อนการส่งตัวเพื่อไป รักษาต่อที่ประเทศ 6. (ข้อ 9) การกลับมาพบ แพทย์ตามนัด 7. (ข้อ 10) ปรับให้อยู่ใน ด้านการสื่อสารข้าม วัฒนธรรม เรื่องความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ สุขภาพ คือ จำนวน การเกิดภาวะแทรก ซ้อนที่ป้องกันได้ ด้าน ความรู้ของผู้ป่วย <u>เพิ่มเติม</u> 8. ระดับความสามารถ ของครอบครัวในการ ดูแล ผู้ ป่ ว ย อ ย่ า ง

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ ทบทวนวรรณกรรม	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปตัวชี้วัดผลลัพธ์การ พยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อสร้างแบบสอบถาม
		<p>เหมาะสมตามวิถีความ เชื่อ และแผนการ รักษา</p> <p>9. พฤติกรรมการสร้าง เสริมสุขภาพของ ครอบครัวในการให้ ความร่วมมือในการ พยาบาล</p> <p>10. พฤติกรรมการสร้าง เสริมสุขภาพของ ครอบครัวในการ ร่วมกับทีมสุขภาพวาง แผนการดูแลตาม แผนการรักษา และวิถี ชีวิต</p> <p>11. พฤติกรรมการป้องกัน การลัดตกหกล้ม (Fall Risk)</p> <p>12. พฤติกรรมการป้องกัน การเกิดแผลกดทับ (Pressure sore)</p> <p>13. พฤติกรรมการป้องกัน การเกิดภาวะหลอดเลือด อักเสบ (Phlebitis)</p>



ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ ทบทวนวรรณกรรม	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปตัวชี้วัดผลลัพธ์การ พยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อสร้างแบบสอบถาม
ด้านที่ 3 ความพึงพอใจใน บริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ของผู้ป่วยที่มีความต่างทาง วัฒนธรรม	ด้านที่ 3 ความพึงพอใจใน บริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ของผู้ป่วยที่มีความต่างทาง วัฒนธรรม และครอบครัว	ด้านที่ 3 ความพึงพอใจ ต่อบริการพยาบาลข้าม วัฒนธรรม
1. ความพึงพอใจในบริการ พยาบาลข้ามวัฒนธรรม	1. ความพึงพอใจด้านบริการ ของผู้ป่วยต่างชาติ	1. ระดับความพึงพอใจต่อบริการ พยาบาลข้ามวัฒนธรรม (คำชมเชย ต่อบริการพยาบาลข้าม วัฒนธรรม)
2. ความพึงพอใจในการ สื่อสารข้ามวัฒนธรรม	2. ความพึงพอใจในการสื่อสาร ข้ามวัฒนธรรม	2. ระดับความพึงพอใจต่อบริการ สื่อสารข้ามวัฒนธรรม
3. ความพึงพอใจในการสร้าง สัมพันธภาพข้ามวัฒนธรรม	3. ความพึงพอใจในการสร้าง สัมพันธภาพข้ามวัฒนธรรม	3. ระดับความพึงพอใจต่อการ สร้างสัมพันธภาพข้ามวัฒนธรรม
4. ความพึงพอใจในการพิทักษ์ สิทธิผู้ป่วย	4. ความพึงพอใจในการพิทักษ์ สิทธิผู้ป่วย	4. ระดับความพึงพอใจในการ พิทักษ์สิทธิ
5. การไม่มีข้อร้องเรียน หรือ ข้อขัดแย้งทางวัฒนธรรม	5. ความพึงพอใจในระบบการ ส่งต่อ ข้อมูลผู้ป่วยกลับ ประเทศ	5. ระดับความพึงพอใจต่อ ระบบการส่งต่อ เพื่อ การดูแลอย่างต่อเนื่อง ในประเทศของผู้ป่วย
	6. อัตราการกลับเข้าใช้บริการ ซ้ำของผู้ป่วย	6. จำนวนการกลับมาใช้ บริการในแผนกเดิม
	7. อัตราการเกิดข้อร้องเรียน หรือข้อขัดแย้งทางวัฒนธรรม	7. จำนวนการเกิดข้อ ร้องเรียนต่อบริการ พยาบาลข้ามวัฒนธรรม

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ ทบทวนวรรณกรรม	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปตัวชี้วัดผลลัพธ์การ พยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อสร้างแบบสอบถาม
		<p><u>เพิ่มเติม</u></p> <p>8. ระดับความพึงพอใจต่อการได้รับอาหารตามวัฒนธรรม และแผนการรักษา</p> <p>9. ระดับการรับรู้ว่ายพยาบาลมีความไวความตระหนัก และความรู้ในการให้การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม</p> <p>10. ระดับความพึงพอใจต่อการมีอิสระในการแสดงออกทางศาสนา ความเชื่อ</p> <p>11. จำนวนการเกิดข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการสื่อสาร</p> <p>12. ระดับการรับรู้ของผู้ป่วยถึงการพยาบาลที่ได้รับว่าสอดคล้องกับวัฒนธรรมของตนเอง</p>



ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ ทบทวนวรรณกรรม	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปตัวชี้วัดผลลัพธ์การ พยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อสร้างแบบสอบถาม
ด้านที่ 4 ความสามารถในการ ปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยที่ มีความต่างทางวัฒนธรรม	ด้านที่ 4 ความสามารถในการ ปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยที่มี ความต่างทางวัฒนธรรม	ด้านที่ 4 หลังจากทำการ วิเคราะห์เนื้อหา จึงปรับ เอาด้านนี้ออก แล้วนำ เนื้อหาไปใส่ไว้ในหัวข้อ
<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจใน การตัดสินใจเกี่ยวกับการ รักษาของผู้ป่วย ภายหลัง ได้รับการพยาบาลข้าม วัฒนธรรม 2. ครอบครัวผู้ป่วยยอมรับ สภาวะความเจ็บป่วยของ ผู้ป่วยได้ภายหลังได้รับการ พยาบาลข้ามวัฒนธรรม 3. ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในการพยาบาลข้าม วัฒนธรรม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบครัวผู้ป่วยที่มีความต่าง ทางวัฒนธรรมมีความรู้ และ เข้าใจเกี่ยวกับภาวะโรค และ แผนการรักษาของผู้ป่วย 2. ครอบครัวผู้ป่วยที่มีความต่าง ทางวัฒนธรรมมีความรู้ และ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย เมื่อกลับบ้าน 3. ครอบครัวมีพฤติกรรมในการ ดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม และ สอดคล้องกับวิถีชีวิต หรือ วัฒนธรรมดั้งเดิมของผู้ป่วย 4. ครอบครัวผู้ป่วยมีการวางแผนการ พยาบาลร่วมกับทีม สุขภาพ 5. ครอบครัวผู้ป่วยให้ความ ร่วมมือในการพยาบาล 6. ครอบครัวผู้ป่วยที่มีความต่าง ทางวัฒนธรรมมีพฤติกรรม การจัดการความเครียดที่ เหมาะสมตามความเชื่อ วัฒนธรรมที่หลากหลาย 	<p>ด้านต่างๆ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ปรับให้อยู่ในด้านการ สื่อสารข้ามวัฒนธรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพ คือ ระดับความรู้ ความ เข้าใจเรื่องโรค และ แผนการรักษาของ ครอบครัวผู้ป่วย 2. (ข้อ 2-3) ปรับให้อยู่ใน ด้านการดูแลตนเอง ตามวิถี ความเชื่อ สอดคล้องกับแผนการ รักษาพยาบาล คือ ระดับความสามารถ ของครอบครัวในการ ดูแลผู้ป่วยอย่าง เหมาะสมตามวิถีความ เชื่อ และแผนการ รักษา 3. (ข้อ 4) ปรับให้อยู่ใน ด้านการดูแลตนเอง ตามวิถี ความเชื่อ

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ ทบทวนวรรณกรรม	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปตัวชี้วัดผลลัพธ์การ พยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อสร้างแบบสอบถาม
	<p>7. ระดับความเครียดของ ครอบครัวผู้ป่วยที่มีความต่าง ทางวัฒนธรรม</p> <p>8. ระดับความวิตกกังวลของ ครอบครัวผู้ป่วยที่มีความต่าง ทางวัฒนธรรม</p>	<p>สอดคล้องกับแผนการ รักษาพยาบาล คือ พฤติกรรมกรรมการสร้าง เสริมสุขภาพของ ครอบครัวในการ ร่วมกับทีมสุขภาพวางแผนการดูแลตาม แผนการรักษา และวิถี ชีวิต</p> <p>4. (ข้อ 5) ปรับให้อยู่ใน ด้านการดูแลตนเอง ตามวิถี ความเชื่อ สอดคล้องกับแผนการ รักษาพยาบาล คือ พฤติกรรมกรรมการสร้าง เสริมสุขภาพของ ครอบครัวในการให้ ความร่วมมือในการ พยาบาล</p> <p>5. (ข้อ 6-7) ปรับให้อยู่ใน ด้านการพยาบาลข้าม วัฒนธรรม เพื่อบรรเทา ความทุกข์ทรมาน คือ ระดับความเครียดของ ครอบครัวผู้ป่วย</p>



ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ ทบทวนวรรณกรรม	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปตัวชี้วัดผลลัพธ์การ พยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อสร้างแบบสอบถาม
		6. (ข้อ 8) ปรับให้อยู่ใน ด้านการพยาบาลข้าม วัฒนธรรม เพื่อบรรเทา ความทุกข์ทรมาน คือ ระดับความวิตกกังวล ของครอบครัวต่อ สภาพความเจ็บป่วย ของผู้ป่วย
เพิ่ม เติม ด้านที่ 5	<p>ด้านที่ 5 ความปลอดภัย และ การเกิดภาวะแทรกซ้อนในการ ดูแลผู้ป่วยที่มีความต่างทาง วัฒนธรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การระบุตัวตนผู้ป่วยต่างชาติ อย่างถูกต้อง 2. การเกิดความผิดพลาดใน การบริหารยา 3. การเกิดการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับ ข้อมูลอย่างครบถ้วน หรือ บางเชื้อชาติที่มีพฤติกรรม การพึ่งพาตนเองมากกว่า เรียกเจ้าหน้าที่พยาบาล ทำ ให้มีโอกาสเสี่ยงในการเกิด การพลัดตกหกล้มได้ 	<p>ด้านที่ 5 ด้าน ความ ปลอดภัยของผู้ป่วยที่มี ความต่างทางวัฒนธรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การระบุตัวตนผู้ป่วย ต่างชาติถูกต้อง 2. ไม่เกิดความผิดพลาด ในการบริหารยา (Med error) 3. ปรับให้อยู่ในด้านการ ดูแลตนเองตามวิถี ความเชื่อ สอดคล้อง กับแผนการรักษา พยาบาล คือพฤติกรรม การป้องกันการเกิด การพลัดตกหกล้ม (Fall Risk) 4. ปรับให้อยู่ในด้านการ ดูแลตนเองตามวิถี

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ ทบทวนวรรณกรรม	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปตัวชี้วัดผลลัพธ์การ พยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อสร้างแบบสอบถาม
<p>ตารางที่ 4 (ต่อ)</p>	<p>4. การเกิดแผลกดทับเนื่องจาก การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูล อย่างครบถ้วน หรือบางเชื้อ ชาติที่มีพฤติกรรมการดูแล ตนเองเพื่อป้องกันการเกิด แผลกดทับน้อย หรือไม่ให้ ความร่วมมือในการพยาบาล</p> <p>5. การเกิดภาวะหลอดเลือดดำ อักเสบ (Phlebitis) เนื่องจาก การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูล อย่างครบถ้วน หรือบางเชื้อ ชาติที่มีพฤติกรรมการดูแล ตนเองที่ไม่เหมาะสม ทำให้มี โอกาสเกิดภาวะหลอดเลือด ดำอักเสบสูง</p>	<p>ความเชื่อ สอดคล้อง กับ แผน การรักษา พยาบาล คือพฤติกรรม การป้องกันการเกิด แผลกดทับ (Pressure sore)</p> <p>5. ปรับให้อยู่ในด้านการ ดูแลตนเองตามวิธี ความเชื่อ สอดคล้อง กับ แผน การรักษา พยาบาล คือพฤติกรรม การป้องกันการเกิด ภาวะหลอดเลือดดำ อักเสบ (Phlebitis)</p>

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ ทบทวนวรรณกรรม	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปตัวชี้วัดผลลัพธ์การ พยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อสร้างแบบสอบถาม
เพิ่มเติม ด้านที่ 6	<p>ด้านที่ 6 การสื่อสารข้ามวัฒนธรรมอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีความรู้ และเข้าใจ หลังได้รับคำแนะนำจากพยาบาล 2. ผู้ป่วยมีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโรค และแผนการรักษา 3. ผู้ป่วยมีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมร่างกาย ก่อน-หลัง ทำหัตถการ และหรือ ก่อน-หลัง ทำการผ่าตัด 4. ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจ เกี่ยวกับยา และผลข้างเคียงของยาที่ได้รับ 5. ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจถึงการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน 6. ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากกลุ่มในการแปลภาษา 7. อัตราการเกิดข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการสื่อสารบกพร่องลดลง 	<p>ด้านที่ 6 การสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. (ข้อ 1-2) ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคแผนการรักษาของผู้ป่วย 2. (ข้อ 3) ระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ก่อน-หลังทำหัตถการ/การผ่าตัด 3. (ข้อ 4) ระดับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับยา และผลข้างเคียงของยาที่ได้รับ 4. (ข้อ 5) ระดับความรู้และความเข้าใจถึงการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน 5. (ข้อ 6) ระดับความรู้ความเข้าใจ เรื่องแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือด้านภาษา

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ ทบทวนวรรณกรรม	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ข้ามวัฒนธรรมจากการ สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปตัวชี้วัดผลลัพธ์การ พยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อสร้างแบบสอบถาม
		6. (ข้อ 7) ปรับให้อยู่ใน ด้านความพึงพอใจต่อ บริการพยาบาลข้าม วัฒนธรรม คือจำนวน การเกิดข้อร้องเรียน เกี่ยวกับการสื่อสาร
		<u>เพิ่มเติม</u>
		7. ระดับความรู้ ความ เข้าใจเรื่องโรค และ แผนการรักษาของ ครอบครัวผู้ป่วย
		8. จำนวนการเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่ ป้องกันได้ ด้านความรู้ ของผู้ป่วย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผลการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ มี 6 ด้าน คือ 1) ด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน 2) ด้านการดูแลตนเองตามวิถี ความเชื่อ สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล 3) ด้านความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 4) ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม 5) ด้านการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมเรื่องความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ และมีรายละเอียดตัวชี้วัดย่อยจำนวน 37 ข้อ เพื่อนำไปสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2

จากการรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามรอบที่ 2 ผู้วิจัยนำมาคำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทด์ เพื่อนำไปสร้างแบบสอบถามรอบที่ 3 ดังนี้

1. ค่ามัธยฐาน (Median) คำนวณจากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

$$M_d = L_o + \frac{i[N/2 - f_1]}{f_2}$$

Md	คือ	ค่ามัธยฐาน
Lo	คือ	ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของคะแนนในชั้นที่มีมัธยฐาน
i	คือ	ความกว้างของอันตรภาคชั้น
N	คือ	จำนวนข้อมูลทั้งหมด
f1	คือ	ความถี่สะสมจากคะแนนต่ำสุดถึงคะแนนที่เป็นขีดจำกัดบน ของคะแนนในชั้นก่อนชั้นที่มีมัธยฐาน
f2	คือ	ความถี่ของคะแนนในชั้นที่มีมัธยฐาน

การแปลความหมายค่ามัธยฐาน (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

ค่ามัธยฐานแต่ละระดับ หมายความว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าตัวชี้วัดนั้นเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ในระดับมากน้อยเพียงใด ดังนี้

ค่ามัธยฐาน	4.50-5.00	หมายถึงผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมที่มีความสำคัญระดับมากที่สุด
ค่ามัธยฐาน	3.50-4.49	หมายถึงผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมที่มีความสำคัญระดับมาก
ค่ามัธยฐาน	2.50-3.49	หมายถึงผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมที่มีความสำคัญระดับปานกลาง
ค่ามัธยฐาน	1.50-2.49	หมายถึงผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมที่มีความสำคัญระดับน้อย
ค่ามัธยฐาน	1.00-1.49	หมายถึงผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมที่มีความสำคัญระดับน้อยที่สุด

2. ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์คำนวณจากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

$$IR = Q3 - Q1$$

โดยคำนวณหา Q3 และ Q1 จากสูตร

$$Q_1 = L_{Q_1} + \frac{[N/4 - CF]}{f_{Q_1}}$$

Q1	คือ	ค่าควอไทล์ของแต่ละตำแหน่ง
L _{Q1}	คือ	ขีดจำกัดล่างของชั้นที่มีควอไทล์ที่ต้องการทราบค่าอยู่
i	คือ	อันตรภาคชั้น
N	คือ	จำนวนข้อมูลทั้งหมด
CF	คือ	ความถี่สะสมของชั้นที่อยู่ข้างควอไทล์แต่เป็นชั้นที่มีคะแนนน้อยกว่า
f _{Q1}	คือ	ความถี่ของคะแนนในชั้นควอไทล์

$$Q_3 = L_{Q_3} + \frac{[3N/4 - CF]i}{f_{Q_3}}$$

Q3	คือ	ค่าควอไทล์ของแต่ละตำแหน่ง
L _{Q3}	คือ	ขีดจำกัดล่างของชั้นที่มีควอไทล์ที่ต้องการทราบค่าอยู่
i	คือ	อันตรภาคชั้น
N	คือ	จำนวนข้อมูลทั้งหมด
CF	คือ	ความถี่สะสมของชั้นที่อยู่ข้างควอไทล์แต่เป็นชั้นที่มีคะแนนน้อยกว่า
f _{Q3}	คือ	ความถี่ของคะแนนในชั้นควอไทล์

การแปลความหมายค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range: IR) (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

IR ที่มีค่ามากกว่า1.50 หมายถึง ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ตัวชี้วัดดังกล่าวไม่มีความสอดคล้องกัน

IR ที่มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ1.50 หมายถึง ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ตัวชี้วัดดังกล่าวมีความสอดคล้องกัน

ตารางที่ 5 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
ด้านที่ 1 ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม (2 ข้อ)				
1.1	การระบุตัวผู้ป่วยต่างชาติถูกต้อง	4.97	0.53	ระดับมากที่สุด
1.2	ไม่เกิดการเกิดความผิดพลาดในการบริหารยา	4.79	0.77	ระดับมากที่สุด
ด้านที่ 2 การสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ (7 ข้อ)				
2.1	ระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา ของผู้ป่วย	4.75	1.00	ระดับมากที่สุด
2.2	ระดับความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ก่อน-หลัง ทำหัตถการ/การผ่าตัด	4.86	0.43	ระดับมากที่สุด
2.3	ระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยา และผลข้างเคียง ของยา	4.75	1.00	ระดับมากที่สุด
2.4	ระดับความรู้ ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับ บ้าน และอาการผิดปกติที่ควรกลับมาพบแพทย์	4.86	0.43	ระดับมากที่สุด
2.5	ระดับความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค และแผนการรักษา ของครอบครัวผู้ป่วย	4.90	0.60	ระดับมากที่สุด
2.6	ระดับความรู้ ความเข้าใจ เรื่องแหล่งประโยชน์ที่ให้ ความช่วยเหลือด้านภาษา (การช่วยเหลือด้านภาษา คือ การที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการแปลภาษา จากล่าม หรือ การได้รับข้อมูลตรงตามภาษาหลักที่ ผู้ป่วยใช้)	4.69	1.42	ระดับมากที่สุด
2.7	จำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ด้าน ความรู้ของผู้ป่วย	4.33	1.35	ระดับมาก
ด้านที่ 3 การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อบรรเทาความทุกข์ ทรมาน (5 ข้อ)				
3.1	ระดับความปวด (Pain score) ลดลง และหรือระดับ ความสบาย (Comfort scale) เพิ่มขึ้น	4.83	0.60	ระดับมากที่สุด
3.2	ชั่วโมงการพักผ่อนพักผ่อนเพียงพอตามความวิถีชีวิต ดั้งเดิม	4.60	0.99	ระดับมากที่สุด

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
3.3	ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเจ็บป่วยตามแบบวัฒนธรรม ของตนเอง	4.36	1.22	ระดับมาก
3.4	ระดับความเครียดของครอบครัวผู้ป่วย	4.39	1.05	ระดับมาก
3.5	ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวต่อสภาพความ เจ็บป่วยของผู้ป่วย	4.68	1.01	ระดับมากที่สุด
ด้านที่ 4 การดูแลสุขภาพตามวิถี ความเชื่อ สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล (11 ข้อ)				
4.1	ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ตามวิถีความ เชื่อ และวัฒนธรรม	4.75	0.93	ระดับมากที่สุด
4.2	พฤติกรรมกรวางแผนการรักษา ร่วมกับทีมสุขภาพให้ สอดคล้องตามวิถีชีวิต และแผนการรักษา	4.68	0.95	ระดับมากที่สุด
4.3	การกลับมาพบแพทย์ตามนัด	4.07	1.38	ระดับมาก
4.4	ระดับความสามารถ เรื่องการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ก่อนการส่งตัวเพื่อไปรักษาต่อที่ประเทศ	4.75	1.38	ระดับมากที่สุด
4.5	ระดับความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย อย่างเหมาะสมตามวิถีความเชื่อ และแผนการรักษา	4.87	0.64	ระดับมากที่สุด
4.6	พฤติกรรมกรสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวในการ ให้ความร่วมมือในการพยาบาล	4.86	0.64	ระดับมากที่สุด
4.7	พฤติกรรมกรสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวในการ ร่วมกับทีมสุขภาพวางแผนการดูแลตามแผนการรักษา และวิถีชีวิต	4.81	0.78	ระดับมากที่สุด
4.8	พฤติกรรมกรป้องกันการพลัดตกหกล้ม (Fall Risk)	4.68	1.01	ระดับมากที่สุด
4.9	พฤติกรรมกรป้องกันการเกิดแผลกดทับ (Pressure sore)	4.60	1.25	ระดับมากที่สุด
4.10	พฤติกรรมกรป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำ อักเสบ (Phlebitis)	4.25	1.17	ระดับมาก
4.11	<u>จำนวนการเซ็นยินยอมเพื่อปฏิเสธการรักษา หรือ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (sign against) เนื่องจากการรักษาขัดต่อศาสนา และวัฒนธรรมของ</u>	4.30	1.56	มีความสำคัญ ระดับมากแต่ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
	<u>ผู้ป่วย</u>			ทั้ง 18 ท่าน มีความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกัน เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นที่ไม่เข้าใจ ความหมายของ sign against และการ sign against อาจเนื่องมาจากสาเหตุอื่น อาทิ ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย
ด้านที่ 5 ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (11 ข้อ)				
5.1	ระดับความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (คำชมเชยต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม)	4.86	0.64	ระดับมากที่สุด
5.2	ระดับความพึงพอใจต่อการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม	4.81	0.75	ระดับมากที่สุด
5.3	ระดับความพึงพอใจต่อการสร้างสัมพันธภาพข้ามวัฒนธรรม	4.86	0.64	ระดับมากที่สุด
5.4	ระดับความพึงพอใจในการพิทักษ์สิทธิ์	4.90	0.60	ระดับมากที่สุด
5.5	ระดับความพึงพอใจต่อระบบการส่งต่อ เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องในประเทศของผู้ป่วย	4.81	0.82	ระดับมากที่สุด
5.6	จำนวนการกลับมาใช้บริการในแผนกเดิม	4.13	1.19	ระดับมาก
5.7	จำนวนการเกิดข้อร้องเรียนต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	4.86	0.64	ระดับมากที่สุด
5.8	ระดับความพึงพอใจต่อการมีอิสระในการแสดงออก	4.90	0.60	ระดับมากที่สุด

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
	ทางศาสนา ความเชื่อ			
5.9	ระดับความพึงพอใจต่อการได้รับอาหารตามวัฒนธรรม และแผนการรักษา	4.90	0.60	ระดับมากที่สุด
5.10	ระดับการรับรู้ว่ายพยาบาลมีความไว ความตระหนัก และความรู้ในการให้การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	4.81	0.75	ระดับมากที่สุด
5.11	จำนวนการเกิดข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการสื่อสาร	4.81	0.95	ระดับมากที่สุด
5.12	<u>ระดับการรับรู้ของผู้ป่วยถึงการพยาบาลที่ได้รับว่า สอดคล้องกับวัฒนธรรมของตนเอง</u>	4.60	1.65	มีความสำคัญ ระดับมากที่สุด แต่ กลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 18 ท่าน มีความ คิดเห็นที่ไม่ สอดคล้องกัน เนื่องจาก ผู้เชี่ยวชาญให้ ความคิดเห็นว่า ตัวชี้วัดมีความ ซ้ำซ้อนกับ ตัวชี้วัด ข้อ 5.02 และ 5.10

จากการวิเคราะห์ข้อมูลรอบ 2 พบว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมมีความสอดคล้องกัน 35 ข้อ และมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกัน 2 ข้อ คือ 1) ตัวชี้วัดด้านการดูแลตนเองตามวิถี ความเชื่อ สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อย คือ จำนวนการเซ็นยินยอมเพื่อปฏิเสธการรักษา หรือการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (sign against) เนื่องจากการรักษาขัดต่อศาสนา และวัฒนธรรมของผู้ป่วย ปรับเป็นจำนวนการปฏิเสธการรักษา ที่ขัดต่อศาสนา และวัฒนธรรม เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นที่ไม่เข้าใจความหมายของ sign against และการ sign against อาจเนื่องมาจากสาเหตุอื่น อาทิ

ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย หรือข้อจำกัดในเรื่องการเดินทางกลับประเทศ แต่ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วพบว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อยนี้มีระดับความสำคัญมาก ผู้วิจัยจึงคงตัวชี้วัดนี้ไว้ และปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ 2) ตัวชี้วัดด้านความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อย คือ ระดับการรับรู้ของผู้ป่วยถึงการพยาบาลที่ได้รับว่าสอดคล้องกับวัฒนธรรมของตนเอง จากการวิเคราะห์พบว่าผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นว่า ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อยนี้มีความซ้ำซ้อนกับ ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อย คือ ระดับความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และระดับการรับรู้ว่าการพยาบาลมีความไว ความตระหนัก และความรู้ในการให้การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ผู้วิจัยตัดตัวชี้วัดย่อยนี้ออก และมีการปรับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลด้านอื่นตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญอีก 1 ข้อ คือ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มีการเพิ่มคำบรรยายภาษาอังกฤษ ตามข้อเสนอแนะ 2 ข้อ จากนั้นนำข้อมูลไปสร้างแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าพร้อมแสดงค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทด์ และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านตอบในรอบที่ 2 ส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม นำไปเก็บข้อมูลรอบที่ 3 เพื่อยืนยันคำตอบ และให้เหตุผลประกอบกรณีคำตอบนั้นอยู่นอกค่าพิสัยระหว่างควอไทด์

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3

จากการรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามรอบที่ 3 ผู้วิจัยนำมาคำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทด์ของแต่ละข้ออีกครั้ง เพื่อสรุปผลการวิจัยโดยพิจารณาจากผลการคำนวณในแต่ละข้อความ ที่มีค่ามัธยฐานมากกว่า 3.5 พิจารณาความสอดคล้องของข้อความค่าพิสัยระหว่างควอไทด์ไม่เกิน 1.50 และคำตอบที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 15 ถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Limestone and tuoff, 1975)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3 พบว่า ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมย่อยตามค่ามัธยฐานจากมากไปหาน้อย ข้อความที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50-4.49 แสดงถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมาก และข้อความที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป แสดงถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันมากที่สุด สำหรับการศึกษาครั้งนี้ค่าพิสัยระหว่างควอไทด์ของทุกข้อความมีค่าไม่เกิน 1.50 และมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 2.9 ผู้วิจัยจึงยุติการส่งแบบสอบถาม และสรุปผลการวิจัย ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 3 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 3

ผู้เชี่ยวชาญ	จำนวนข้อที่เปลี่ยนแปลง	ร้อยละ
1	2	5.5
2	5	13.8
3	0	0
4	0	0
5	0	0
6	2	5.5
7	1	2.7
8	2	5.5
9	0	0
10	1	2.7
11	3	8.3
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	3	8.3
16	0	0
17	0	0
18	0	0
รวม	19	52.3
ค่าเฉลี่ย	1.05	2.9

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิคเดลฟาย โดยแฝงอยู่ในกระบวนการวิจัย กล่าวคือ ความตรงตามเนื้อหา ได้จากการเก็บข้อมูลโดยตรงจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้เชี่ยวชาญมีโอกาสปรับแก้ข้อมูลภาษา และตรวจสอบข้อคำถามของตนเองหลายรอบ นอกจากนี้การใช้เทคนิคการสรุปสะสม (Cumulative summarization technique) ในระหว่างการสัมภาษณ์ ทำให้มีความตรงตามเนื้อหาสูง ส่วนความเที่ยงของเครื่องมือในการวิจัยนี้อยู่ที่การให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามซ้ำๆ หลายรอบ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงแต่ละรอบว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ หากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญเหมือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลง แสดงว่าข้อมูลมีความเที่ยงสูง (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2539)

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

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาตัวชี้วัด และการประเมินคุณภาพการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จำนวน 18 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมิน และควบคุมคุณภาพการพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และ ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

สรุปผลการวิจัย โดยนำเสนอในรูปแบบตาราง และแสดงสรุปผลการวิจัยจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3 เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมโดยรวม และรายด้าน เรียงลำดับความสำคัญ และความสอดคล้องกันของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมแต่ละด้าน และตัวชี้วัดย่อย ตามค่ามัธยฐานจากมากไปหาน้อย ดังนี้

1. **ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมโดยรวม** ประกอบด้วย 5 ด้าน แสดงถึงระดับความสำคัญ และความสอดคล้องกันของตัวชี้วัด ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยควอไทล์ และระดับความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมโดยรวม

ด้าน	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	Md	IR	ระดับความสำคัญ
1.	ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม	4.88	0.65	มากที่สุด
2.	ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	4.78	0.75	มากที่สุด
3.	การสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ	4.75	0.75	มากที่สุด
4.	การดูแลสุขภาพตามวิถี ความเชื่อ สอดคล้องกับการรักษาพยาบาล	4.63	1.00	มากที่สุด
5.	การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน	4.57	0.97	มากที่สุด

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน โดยด้านที่มีค่ามัธยฐานสูงสุด (Md= 4.88) คือ ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม รองลงไป คือ ด้านความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (Md= 4.78) และ รองอันดับ 2 คือ ด้านการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ (Md= 4.75) ส่วนด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน คือด้านที่มีค่ามัธยฐานต่ำสุด (Md= 4.57)

2. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมรายด้าน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลเรียงลำดับแต่ละด้านตามความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล และตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อยเรียงลำดับตามค่ามัธยฐานจากมากไปหาน้อย ดังต่อไปนี้

2.1 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม

ตารางที่ 8 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทด์ และระดับความสำคัญ ของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม	Md	IR	ระดับความสำคัญ
1.	การระบุตัวผู้ป่วยต่างชาติถูกต้อง (Patient Identification)	4.97	0.53	มากที่สุด
2.	ไม่เกิดความผิดพลาดในการบริหารยา (Administration medication error)	4.79	0.77	มากที่สุด

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยตัวชี้วัดผลลัพธ์ย่อยที่มีค่ามัธยฐานสูงสุด คือ การระบุตัวผู้ป่วยต่างชาติถูกต้อง (Patient Identification) (Md= 4.97) และตัวชี้วัดผลลัพธ์ย่อยที่มีค่ามัธยฐานรองลงมา คือ ไม่เกิดความผิดพลาดในการบริหารยา (Administration medication error) (Md= 4.79)

2.2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ด้านความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

ตารางที่ 9 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทด์ และระดับความสำคัญ ของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ด้านความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์ ด้านความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	Md	IR	ระดับความสำคัญ
1.	ระดับความพึงพอใจในการพิทักษ์สิทธิ์	4.94	0.56	มากที่สุด
2.	ระดับความพึงพอใจต่อการมีอิสระในการแสดงออกทางศาสนา ความเชื่อ	4.90	0.60	มากที่สุด
3.	ระดับความพึงพอใจต่อการได้รับอาหารตามวัฒนธรรม และแผนการรักษา	4.90	0.60	มากที่สุด
4.	ระดับความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (คำชมเชยต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม)	4.86	0.64	มากที่สุด
5.	ระดับความพึงพอใจต่อการสร้างสัมพันธภาพข้ามวัฒนธรรม	4.86	0.64	มากที่สุด
6.	จำนวนการเกิดข้อร้องเรียนต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	4.86	0.64	มากที่สุด
7.	ระดับความพึงพอใจต่อการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม	4.81	0.75	มากที่สุด
8.	ระดับการรับรู้ว่ายามีความไว ความตระหนัก และความรู้ในการให้การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	4.81	0.75	มากที่สุด
9.	ระดับความพึงพอใจต่อระบบการส่งต่อ เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องในประเทศของผู้ป่วย	4.81	0.82	มากที่สุด
10.	จำนวนการเกิดข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการสื่อสาร	4.81	0.95	มากที่สุด
11.	จำนวนการกลับมาใช้บริการในแผนกเดิม	4.13	1.19	มาก

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลในระดับมากที่สุด 10 ข้อ และระดับมาก 1 ข้อ โดยตัวชี้วัดผลลัพธ์ย่อยที่มีค่ามัธยฐานสูงสุด คือ ระดับความพึงพอใจในการพิทักษ์สิทธิ์ (Md=4.94) ตัวชี้วัดผลลัพธ์ย่อยที่มีค่ามัธยฐานรองลงมา ได้แก่ ระดับความพึงพอใจต่อการมีอิสระในการแสดงออกทางศาสนา ความเชื่อ และระดับความพึงพอใจต่อการได้รับอาหารตามวัฒนธรรม และแผนการรักษา (Md= 4.90 เท่ากัน) และ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ย่อยที่มีค่ามัธยฐานรองอันดับ 2 ได้แก่ ระดับความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (คำชมเชยต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม) ระดับความพึงพอใจต่อการสร้างสัมพันธภาพข้ามวัฒนธรรม และจำนวนการเกิดข้อร้องเรียนต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (Md= 4.86 เท่ากัน) ส่วนตัวชี้วัดผลลัพธ์ย่อยที่มีค่ามัธยฐานต่ำสุด คือ จำนวนการกลับมาใช้บริการในแผนกเดิม (Md= 4.13)

2.3 ด้านการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ

ตารางที่ 10 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญ ของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ด้านการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านการสื่อสารข้าม					
ข้อ	วัฒนธรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ	Md	IR	ระดับความสำคัญ	
1.	ระดับความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค และแผนการรักษาของครอบครัวผู้ป่วย	4.90	0.60	มากที่สุด	
2.	ระดับความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ก่อน-หลังทำหัตถการ/การผ่าตัด	4.86	0.43	มากที่สุด	
3.	ระดับความรู้ ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัว เมื่อกลับบ้าน และอาการผิดปกติที่ควรกลับมาพบแพทย์	4.86	0.43	มากที่สุด	
4.	ระดับความรู้ ความเข้าใจ เรื่องแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือด้านภาษา	4.81	0.43	มากที่สุด	
5.	ระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคแผนการรักษาของผู้ป่วย	4.75	1.00	มากที่สุด	
6.	ระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยา และผลข้างเคียงของยา	4.75	1.00	มากที่สุด	

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านการสื่อสารข้าม				
ข้อ	วัฒนธรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ	Md	IR	ระดับความสำคัญ
7.	จำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ด้านความรู้ของผู้ป่วย	4.33	1.35	มาก

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลในระดับมากที่สุด 6 ข้อ และระดับมาก 1 ข้อ โดยตัวชี้วัดผลลัพธ์ย่อยที่มีค่ามัธยฐานสูงสุด คือ ระดับความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรค และแผนการรักษาของครอบครัวผู้ป่วย (Md=4.90) ตัวชี้วัดผลลัพธ์ย่อยที่มีค่ามัธยฐานรองลงมา ได้แก่ ระดับความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ก่อน-หลังทำหัตถการ/การผ่าตัด และระดับความรู้ ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน และอาการผิดปกติที่ควรกลับมาพบแพทย์ (Md= 4.86 เท่ากัน) และ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ย่อยที่มีค่ามัธยฐานรองอันดับ 2 คือ ระดับความรู้ ความเข้าใจ เรื่องแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือด้านภาษา(Md=4.81) ส่วนตัวชี้วัดผลลัพธ์ย่อยที่มีค่ามัธยฐานต่ำสุด คือ จำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ด้านความรู้ของผู้ป่วย (Md= 4.33)

2.4 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ด้านการดูแลตนเองตามวิถี ความเชื่อ และแผนการรักษา

ตารางที่ 11 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทด์ และระดับความสำคัญ ของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถี ความเชื่อ สอดคล้องกับการรักษาพยาบาล

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์ ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีความเชื่อ สอดคล้องกับการรักษาพยาบาล	Md	IR	ระดับความสำคัญ
1.	ระดับความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตามวิถีความเชื่อ และแผนการรักษา	4.87	0.64	มากที่สุด
2.	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวในการให้ความร่วมมือในการพยาบาล	4.86	0.64	มากที่สุด
3.	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวในการร่วมกับทีมสุขภาพวางแผนการดูแลตามแผนการรักษา และวิถีชีวิต	4.81	0.78	มากที่สุด

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์ ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถี ความเชื่อ สอดคล้องกับการรักษาพยาบาล	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
4.	ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ตามวิถีความเชื่อ และวัฒนธรรม	4.75	0.93	มากที่สุด
5.	ระดับความสามารถ เรื่องการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ก่อนการส่งตัวเพื่อไปรักษาต่อที่ประเทศ	4.75	1.38	มากที่สุด
6.	พฤติกรรมกรวางแผนการรักษา ร่วมกับทีมสุขภาพ ให้สอดคล้องตามวิถีชีวิต และแผนการรักษา	4.68	0.95	มากที่สุด
7.	จำนวนการปฏิเสธการรักษา ที่ขัดต่อศาสนา และวัฒนธรรม	4.68	0.95	มากที่สุด
8.	พฤติกรรมกรป้องกันการพลัดตกหกล้ม (Fall Risk)	4.68	1.01	มากที่สุด
9.	พฤติกรรมกรป้องกันการเกิดแผลกดทับ (Pressure sore)	4.60	1.25	มากที่สุด
10.	พฤติกรรมกรป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis)	4.25	1.17	มาก
11.	การกลับมาพบแพทย์ตามนัด	4.07	1.38	มาก

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลในระดับมากที่สุด 9 ข้อ และระดับมาก 2 ข้อ โดยตัวชี้วัดผลลัพธ์ย่อยที่มีค่ามัธยฐานสูงสุด คือ ระดับความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตามวิถีความเชื่อ และแผนการรักษา (Md=4.87) ตัวชี้วัดผลลัพธ์ย่อยที่มีค่ามัธยฐานรองลงมา คือ พฤติกรรมกรสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวในการให้ความร่วมมือในการพยาบาล (Md= 4.86) และ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ย่อยที่มีค่ามัธยฐานรองอันดับ 2 คือ พฤติกรรมกรสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวในการร่วมกับทีมสุขภาพวางแผนการดูแลตามแผนการรักษา และวิถีชีวิต (Md=4.81) ส่วนตัวชี้วัดผลลัพธ์ย่อยที่มีค่ามัธยฐานต่ำสุด คือ การกลับมาพบแพทย์ตามนัด (Md= 4.07)

2.5 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อ บรรเทาความทุกข์ ทรมาน

ตารางที่ 12 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทด์ และระดับความสำคัญ ของตัวชี้วัดผลลัพธ์การ
พยาบาลข้ามวัฒนธรรม ด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อบรรเทาความทุกข์ ทรมาน

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์ ด้านการพยาบาลข้าม วัฒนธรรม เพื่อบรรเทาความทุกข์ ทรมาน	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
1.	ระดับความปวด (Pain score) ลดลง และหรือ ระดับความสบาย (Comfort scale) เพิ่มขึ้น	4.83	0.60	มากที่สุด
2.	ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวต่อสภาพ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย	4.68	1.01	มากที่สุด
3.	ชั่วโมงการพักผ่อนพักผ่อนเพียงพอตามความวิถี ชีวิตดั้งเดิม	4.60	0.99	มากที่สุด
4.	ระดับความเครียดของครอบครัวผู้ป่วย	4.39	1.05	มาก
5.	ระดับความวิตกกังวลต่อสภาวะความเจ็บป่วย ของผู้ป่วย	4.36	1.22	มาก

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลในระดับมากที่สุด 3 ข้อ และระดับมาก 2 ข้อ โดยตัวชี้วัดผลลัพธ์ย่อยที่มีค่ามัธยฐานสูงสุด คือ ระดับความปวด และหรือระดับความไม่สบายลดลง (Md=4.83) ตัวชี้วัดผลลัพธ์ย่อยที่มีค่ามัธยฐานรองลงมา คือ ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวต่อสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Md= 4.68) และ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ย่อยที่มีค่ามัธยฐานรองอันดับ 2 คือ ชั่วโมงการพักผ่อนพักผ่อนเพียงพอตามความวิถีชีวิตดั้งเดิม (Md=4.60) ส่วนตัวชี้วัดผลลัพธ์ย่อยที่มีค่ามัธยฐานต่ำสุด คือ ระดับความวิตกกังวลต่อสภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Md= 4.36)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาตัวชี้วัด และการประเมินคุณภาพการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากตำรา เอกสารงานวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยข้ามวัฒนธรรมทั้งใน และต่างประเทศ นำมาบูรณาการเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย เก็บข้อมูลโดยการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 3 รอบ ประกอบด้วยสัมภาษณ์ 1 รอบ และตอบแบบสอบถาม 2 รอบ

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาตัวชี้วัด และการประเมินคุณภาพการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จำนวน 18 คน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล จำนวน 4 คน 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมิน และควบคุมคุณภาพการพยาบาล จำนวน 5 คน 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จำนวน 5 คน และ 4) ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จำนวน 4 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ 1 ชุด และแบบสอบถาม 2 ชุด ดังนี้ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และข้อคำถามปลายเปิด ชุดที่ 2 แบบสอบถามตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเป็นแบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ชุดที่ 3 แบบสอบถามตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เป็นแบบสอบถามลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เพิ่มค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ของข้อคำถามแต่ละข้อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบคำตอบของตนเอง และคำตอบของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดก่อนทบทวนคำตอบของตนเอง เพื่อยืนยันการเปลี่ยนแปลงคำตอบ

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 รอบ ระยะเวลารวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ตั้งแต่ 7 มกราคม 2559 ถึง 27 เมษายน 2559 ระยะเวลารวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ตั้งแต่ 4 กรกฎาคม 2559 ถึง 25 กรกฎาคม 2559 ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2559 ถึง 18 สิงหาคม 2559 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้นในการศึกษานี้ คือ 150 วัน

สรุปผลการวิจัยตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมโดยรวม และรายด้าน เรียงลำดับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลแต่ละด้าน และเรียงลำดับตัวชี้วัดการพยาบาลช้อย่อยตามค่ามัธยฐานจาก

มากไปหาน้อย ข้อความที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50-4.49 แสดงถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมาก และข้อความที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป แสดงถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันมากที่สุด

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ประกอบด้วย ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล 5 ด้าน และมีตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลย่อยที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้งหมด 36 ข้อ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ประกอบด้วยตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล 5 ด้าน โดยผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับสูงสุดทุกด้าน เรียงลำดับ ดังนี้ ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม รองลงมา คือ ด้านความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ด้านการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถี ความเชื่อ สอดคล้องกับการรักษาพยาบาล และด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน ประกอบด้วยตัวชี้วัดย่อยทั้งหมด 36 ข้อ ทุกข้อเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลที่มีความสำคัญระดับมากถึงมากที่สุด

2. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ประกอบด้วยตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล 5 ด้าน และมีตัวชี้วัดย่อย 36 ข้อ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม 2 ตัวชี้วัดย่อย เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุดทุกข้อ และผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นสอดคล้องกัน ได้แก่ 1) การระบุตัวผู้ป่วยต่างชาติถูกต้อง (Patient Identification) และ 2) ไม่เกิดความผิดพลาดในการบริหารยา (Administration medication error) (ตารางที่ 8)

2.2 ด้านความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 11 ตัวชี้วัดย่อย เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากถึงมากที่สุด และผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นสอดคล้องกัน ได้แก่ 1) ระดับความพึงพอใจในการพิทักษ์สิทธิ 2) ระดับความพึงพอใจต่อการมีอิสระในการแสดงออกทางศาสนา ความเชื่อ 3) ระดับความพึงพอใจต่อการได้รับอาหารตามวัฒนธรรม และแผนการรักษา 4) ระดับความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (คำชมเชยต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม) 5) ระดับความพึงพอใจต่อการสร้างสัมพันธภาพข้ามวัฒนธรรม 6) จำนวนการเกิดข้อร้องเรียนต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 7) ระดับความพึงพอใจต่อการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม 8) ระดับการรับรู้ว่ายามีความไว ความตระหนัก และความรู้ในการให้การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 9) ระดับความพึงพอใจต่อระบบการส่งต่อ เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องในประเทศของ

ผู้ป่วย 10) จำนวนการเกิดข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการสื่อสาร และ 11) จำนวนการกลับมาใช้บริการในแผนกเดิม (ตารางที่ 9)

2.3 ด้านการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ 7 ตัวชี้วัดย่อย เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากถึงมากที่สุด และผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นสอดคล้องกัน ได้แก่ 1) ระดับความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค และแผนการรักษาของครอบครัวผู้ป่วย 2) ระดับความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ก่อน-หลังทำหัตถการ/การผ่าตัด 3) ระดับความรู้ ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน และอาการผิดปกติที่ควรกลับมาพบแพทย์ 4) ระดับความรู้ ความเข้าใจ เรื่องแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือด้านภาษา 5) ระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาของผู้ป่วย 6) ระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยา และผลข้างเคียงของยา และ 7) จำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ด้านความรู้ของผู้ป่วย (ตารางที่ 10)

2.4 ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถี ความเชื่อ สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล 11 ตัวชี้วัดย่อย เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากถึงมากที่สุด และผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นสอดคล้องกัน ได้แก่ 1) ระดับความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตามวิถีความเชื่อ และแผนการรักษา 2) พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวในการให้ความร่วมมือในการพยาบาล 3) พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวในการร่วมกับทีมสุขภาพวางแผนการดูแลตามแผนการรักษา และวิถีชีวิต 4) ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ตามวิถีความเชื่อ และวัฒนธรรม 5) ระดับความสามารถ เรื่องการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องก่อนการส่งตัวเพื่อไปรักษาต่อที่ประเทศ 6) พฤติกรรมการวางแผนการรักษา ร่วมกับทีมสุขภาพให้สอดคล้องตามวิถีชีวิต และแผนการรักษา 7) จำนวนการปฏิเสธการรักษา ที่ขัดต่อศาสนา และวัฒนธรรม 8) พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (Fall Risk) 9) พฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ (Pressure sore) 10) พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) และ 11) การกลับมาพบแพทย์ตามนัด (ตารางที่ 11)

2.5 ด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน 5 ตัวชี้วัดย่อย เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากถึงมากที่สุด และผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นสอดคล้องกัน ได้แก่ 1) ระดับความปวด (Pain score) ลดลง และหรือระดับความสบาย (Comfort scale) เพิ่มขึ้น 2) ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวต่อสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย 3) ชั่วโมงการพักผ่อนพักผ่อนเพียงพอตามความวิถีชีวิตดั้งเดิม 4) ระดับความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยและ 5) ระดับความวิตกกังวลต่อสภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (ตารางที่ 12)

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามคำถามการวิจัย ดังนี้

คำถามการวิจัยข้อ 1 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ควรประกอบด้วยตัวชี้วัดด้านใดบ้าง จากผลการวิจัย ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม ด้านความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ด้านการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถี ความเชื่อ สอดคล้องกับการรักษาพยาบาล และด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเพื่อบรรเทาความทุกข์ ทรมาน ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ทุกด้านมีความสำคัญระดับมากที่สุด ($Md = 4.57-4.88$, $IR = 0.65-1$) เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญที่ผู้วิจัยคัดเลือกได้ผ่านการพิจารณาอย่างละเอียด รอบคอบ ว่าเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาตัวชี้วัด และการประเมินคุณภาพการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม โดยผู้เชี่ยวชาญทุกท่านมีความยินดี และมีเวลาในการถกเถียงความคิด ในการตอบแบบสอบถามทั้ง 3 รอบ ทำให้ได้มา ซึ่งตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ที่มีความสำคัญระดับมากที่สุด และเป็นฉันทามติ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการวิจัยเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) กล่าวคือ ควรเลือกผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ มีประสบการณ์ และมีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่จะศึกษาเป็นอย่างดี และสนใจเรื่องที่ต้องการจะศึกษา เพื่อให้ผลการวิจัยมีความถูกต้องน่าเชื่อถือ (Keeney, et al., 2011) และด้านที่มีค่ามัธยฐานสูงสุด ได้แก่ ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม เนื่องจากลักษณะของผู้รับบริการในปัจจุบัน คือผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิตที่หลากหลาย อีกทั้งยังมีข้อจำกัดด้านภาษาจากผู้ป่วยบางเชื้อชาติที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาหลัก ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม จึงควรยึดหลักการพยาบาลที่สอดคล้องตามวิถีความเชื่อที่แตกต่างกันของผู้ป่วย การประเมิน การวางแผน และการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมก็เพื่อคงไว้ ปรับเปลี่ยน หรือเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตดั้งเดิมของผู้ป่วย ให้ตรงตามภาวะสุขภาพ และแผนการรักษา (Leininger and McFarland, 2002)

การพยาบาลยังควรคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล และใช้ความรู้ ความไว และความตระหนักทางวัฒนธรรมในการให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อประเมินความต้องการที่แท้จริง และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Giger and Davidhizar, 2004) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาล ในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม พยาบาลใช้การสื่อสารข้ามวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ทางด้านภาษา เพื่อช่วยลดข้อจำกัดด้านภาษาของผู้ป่วย อาทิ การใช้ล่ามในการแปลข้อมูล ให้สูขศึกษา และหรือให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยมีการสอบถามย้อนกลับเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยภายหลังได้รับข้อมูลด้วย

การวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม และมีสุขภาพที่ดีนั้น พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ ทักษะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและปฏิบัติการพยาบาล โดยผ่านการสะท้อนคิดวัฒนธรรมของตัวเอง รวมทั้งเรียนรู้ผลกระทบของวัฒนธรรมของตัวพยาบาลที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมบริการ หรือการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย (Nursing Council of New Zealand, 2011) ให้การพยาบาลโดยยึดผู้ป่วย และครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีการวางแผนการพยาบาล และเชื่อมโยงแผนการรักษากับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ลดช่องว่างทางวัฒนธรรม ส่งเสริมให้ผู้ป่วย ครอบครัว พยาบาลและทีมสุขภาพร่วมกันวางแผนการรักษาพยาบาล เพื่อป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพโดยไม่ขัดต่อวัฒนธรรมจนเกิดเป็นผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพแก่ผู้ป่วย (Leininger and McFarland, 2002)

คำถามการวิจัยข้อ 2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมแต่ละด้าน ควรประกอบด้วย ตัวชี้วัดย่อยอะไรบ้าง จากผลการวิจัยพบว่า ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมประกอบด้วย 5 ด้าน 36 ตัวชี้วัดย่อย ได้แก่ ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม 2 ตัวชี้วัดย่อย ด้านความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 11 ตัวชี้วัดย่อย ด้านการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ 7 ตัวชี้วัดย่อย ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถี ความเชื่อ สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล 11 ตัวชี้วัดย่อย และ ด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อ บรรเทาความทุกข์ทรมาน 5 ตัวชี้วัดย่อย ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยเป็นรายด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นสอดคล้องกัน และให้ความสำคัญระดับมากที่สุดทุกข้อ ($Md = 4.79-4.97$, $IR = 0.53-0.77$) และตัวชี้วัดย่อยที่มีค่ามัธยฐานสูงสุด คือ การระบุตัวผู้ป่วยต่างชาติถูกต้อง (Patient Identification) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม คือ ผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิต (Andrews and Boyle, 2012) อีกทั้งวัฒนธรรมแต่ละเชื้อชาติที่มีความเฉพาะเจาะจง อาทิ วัฒนธรรมของผู้ป่วยชาวอาหรับ ด้านการแต่งกายของสตรี จะห้ามไม่ให้สตรีเปิดเผยอวัยวะร่างกายแก่ผู้ที่ไม่ใช่สามี หรือญาติผู้ใกล้ชิด นอกจากมือ และใบหน้า บางส่วนเท่านั้น ดังนั้นสตรีชาวอาหรับจึงมีการสวมผ้าคลุมศีรษะ และใส่เสื้อผ้าปกปิดใบหน้าตลอดเวลา ด้านภาษา ผู้ป่วยชาวอาหรับจะใช้ภาษาอาหรับเป็นภาษาราชการ และการเรียกชื่อของผู้ป่วยจะมีการใช้ชื่อต้น และ/หรือชื่อกลางที่มีการสะกด หรือการออกเสียงที่คล้ายคลึงกัน (Hammad, A., et al., 1999) ทำให้มีโอกาสเสี่ยงสูงในการที่พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์จะ ระบุตัวผู้ป่วยผิดคน การระบุตัวตนของผู้ป่วย (Patient identification) จัดเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ และเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง เนื่องจากการเกิดความผิดพลาดต่อผู้ป่วย สามารถเกิดได้กับทุกกระบวนการในการตรวจรักษา หรือให้การพยาบาล ดังนั้นการระบุตัวตน

ผู้ป่วย ควรใช้อย่างน้อย 2 ข้อมูลประกอบ อาทิ ชื่อ-นามสกุล วันเดือนปีเกิด และเลขประจำตัวผู้ป่วย เป็นต้น อีกทั้งการระบุตัวผู้ป่วยจะต้องจัดทำทุกครั้งก่อนการให้การพยาบาล ทั้งการตรวจสอบก่อนการให้เลือด และหรือส่วนประกอบของเลือด รวมทั้งการเก็บเลือด หรือสารคัดหลั่งส่งตรวจ โดยหลีกเลี่ยงการใช้หมายเลขห้องพัก หรือสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่เป็นการระบุตัวตนผู้ป่วย พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์จะต้องตระหนักถึงความสำคัญในการระบุตัวตนผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาล และ/หรือการทำหัตถการทุกครั้ง เพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการทำหัตถการผิดคน ผิดชนิด หรือผิดเวลา ซึ่งการระบุตัวตนของผู้ป่วยจัดเป็นมาตรฐานสากลที่โรงพยาบาลทั่วโลกต่างยึดปฏิบัติ (Joint Commission International, 2016) ส่วนตัวชี้วัดย่อยที่มีค่ามัธยฐานรองลงมา คือ ไม่เกิดความผิดพลาดในการบริหารยา (Administration medication error) เนื่องจากการบริหารยาแก่ผู้ป่วย จัดเป็นกระบวนการสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลโดยตรง และพยาบาลเป็นบุคคลสุดท้ายที่จะทำการตรวจสอบความถูกต้อง รวมถึงบริหารยาแก่ผู้ป่วย ตามหลักการได้รับยาถูกคน ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกต้องตามเวลา และถูกวิธี โดยภายหลังการบริหารยาแก่ผู้ป่วย พยาบาลจะต้องมีการบันทึกหลักฐานไว้อย่างชัดเจน การปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักการบริหารยาจะช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการให้ยาแก่ผู้ป่วย แต่เนื่องจากข้อจำกัดด้านภาษาของผู้ป่วย อาจทำให้พยาบาลประเมินข้อมูลผู้ป่วยผิดพลาด หรือผู้ป่วยให้ข้อมูลในเรื่องการแพ้ยา หรือการใช้ยาปัจจุบันไม่ครบถ้วน จนเกิดความผิดพลาดในการบริหารยาได้ พยาบาลจึงต้องอาศัยการประเมิน และวางแผนการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมมาช่วยในการเข้าถึงผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางเชื้อชาติ ศาสนา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ บอกความต้องการ และขอความช่วยเหลือจากพยาบาล (Narayanasamy, A., 2002) การได้รับยาผิดพลาดจัดเป็นตัวชี้วัดที่มีความไวต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย และเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นการวางแผน และปฏิบัติกรพยาบาลโดยตรง (Heslop, L. and Lu, S., 2014)

ด้านที่ 2 ด้านความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้คิดเห็นสอดคล้องกัน และให้ความสำคัญระดับมากถึงมากที่สุด (Md= 4.13 -4.94, IR= 0.56-1.19) และตัวชี้วัดย่อยที่มีค่ามัธยฐานสูงสุด คือ ระดับความพึงพอใจในการพิทักษ์สิทธิ์ เนื่องจากพยาบาลจัดเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด การให้บริการพยาบาลจึงมีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้นการติดตามประเมินความพึงพอใจจึงสะท้อนถึงผลลัพธ์และคุณภาพบริการพยาบาลได้เป็นอย่างดี (นงลักษณ์ สุวิสิษฐ์ และสมจิต หนูเจริญกุล, 2554) การให้บริการพยาบาลเพื่อจะบรรลุความพึงพอใจของผู้ป่วยได้นั้น พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ความสามารถในการประเมินถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย อีกทั้งแสดงออกถึงพฤติกรรมกรให้บริการที่สอดคล้อง และตรงตามความต้องการ แต่เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา จะมีข้อจำกัดทางด้านภาษา ศาสนา ความเชื่อ ค่านิยม หรือวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากพยาบาล ดังนั้นศาสตร์ของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมจึงมีส่วนสำคัญ เพื่อช่วยให้

พยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกเชื้อชาติได้อย่างดี (Leininger, M., 1991) อีกทั้งการปฏิบัติกรพยาบาลข้ามวัฒนธรรมพยาบาลจะต้องมีความตระหนักรู้ถึงนางสาวค่า วัฒนธรรม ความเชื่อ การดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันของผู้ป่วย มีความรู้ทางวัฒนธรรมและความหลากหลายทางกายภาพ ใช้ทักษะในการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม และสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้สามารถเข้าถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย (Campinha-Bacote, 2002) ผลการวิจัยสอดคล้องกับ ตัวชี้วัดในโมเดลขององค์กรสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมในประเทศแคนาดา พบว่าตัวชี้วัดด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยจัดเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่มีความสำคัญ โดยความพึงพอใจของผู้ป่วย และครอบครัวสามารถวัดในหลายมิติทั้งความพึงพอใจต่อบริการด้านต่างๆขององค์กร ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล และความพึงพอใจในบริการช่วยเหลือด้านภาษา (Walker, R., et al., 2009) ผลการวิจัยพบว่าตัวชี้วัดย่อยที่มีความสำคัญสูงสุด คือ ระดับความพึงพอใจในการพิทักษ์สิทธิ์ เนื่องจากหนึ่งในบทบาทของพยาบาลในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยทุกเชื้อชาติ ชนชั้น ศาสนาอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน คือการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการรักษา และเลือกตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเอง ตามมาตรฐานการพยาบาลเชิงจริยธรรมของประเทศแคนาดา (Canadian Nurse Association, 2008) เรื่องการส่งเสริม และการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย เกี่ยวกับการรับการรักษาพยาบาล กล่าวคือ พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจถึงอิทธิพลของความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรมของผู้ป่วยที่มีต่อการเลือกรับบริการทางสุขภาพ และตระหนักเสมอว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกแผนการรักษา หรือปฏิเสธการรักษาได้ ผู้ป่วยบางเชื้อชาติ อาทิ ผู้ป่วยชาวเวียดนามักไม่นิยมการรับประทานยาจำนวนมาก เนื่องจากมีความเชื่อว่ายาจะมีผลต่อการเสียสมดุลต่างๆในร่างกาย บางครั้งผู้ป่วยจึงปรับขนาดยาที่ได้รับจากแพทย์เอง หรือปฏิเสธการรับประทานยาบางชนิด ผู้ป่วยชาวมุสลิมที่มีความเชื่อเรื่องการเสียชีวิตโดยธรรมชาติ จึงปฏิเสธการรักษาด้วยการให้เคมีบำบัด ในผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยชาวจีนที่เชื่อเรื่องการรักษาด้วยสมุนไพรท้องถิ่น ซึ่งผู้ป่วยอาจปฏิเสธการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบันได้ (Dayer-Berenson, 2014) อีกทั้งในการปฏิบัติการพยาบาล จะต้องตระหนักถึงการเก็บข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยเป็นความลับด้วย

ด้านที่ 3 ด้านการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้คิดเห็นสอดคล้องกัน และให้ความสำคัญระดับมากถึงมากที่สุด ($Md = 4.79 - 4.97$, $IR = 0.53 - 0.77$) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Purnell and Paulanka (1998) ที่กล่าวว่า ภาษา หรือการสื่อสารจัดเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมมีการใช้ภาษาที่หลากหลายทั้งภาษาท้องถิ่น ภาษาไทย สีสหน้า น้ำเสียง การสัมผัส รวมทั้งภาษาพูด และการออกเสียง ที่แตกต่างกัน อาจเป็นปัญหา หรืออุปสรรคสำหรับผู้ป่วยในการบอกความต้องการต่อบุคลากรทางการแพทย์ และ/หรือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการประเมินความต้องการของผู้ป่วย การสื่อสารจึงไม่ใช่เพียงการใช้

ภาษาในการสื่อสารเท่านั้น แต่ภาษาคือหนทางในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วย ที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาหลักทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย และบอกถึงความต้องการที่แท้จริงแก่พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ได้ (Anderson, et al., 2003) การสื่อสารยังส่งผลต่อการประเมินการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมส่งผลให้พยาบาลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทุกมิติ จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการพยาบาล (Giger and Davidhizar, 2004) ผลการวิจัยพบว่าตัวชี้วัดย่อยที่มีค่ามัธยฐานสูงสุด คือ ระดับความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค และแผนการรักษาของครอบครัวผู้ป่วย (Md= 4.90, IR= 0.6) การสื่อสารที่ดีระหว่างพยาบาล และผู้ป่วยจะต้องเป็นการสื่อสารที่ชัดเจนเพียงพอในเรื่องการดูแลตนเอง สภาวะของโรค แผนการรักษา อาการผิดปกติที่ควรกลับมาพบแพทย์ และการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะโรค และสามารถดูแลตนเองได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยและพยาบาลอาจมีปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการสื่อสาร จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ และการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของชาวต่างชาติในประเทศไทยที่ถึงแม้การรับรู้บริการสุขภาพจะอยู่ในระดับสูง แต่พบว่าพยาบาลไทยยังคงมีอุปสรรคที่สำคัญในการใช้ภาษาต่างประเทศ ทำให้เป็นอุปสรรคในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยในการให้คำแนะนำต่างๆ (กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ และ ศุภาพิชฌ โพน โบรมันน์, 2556) อีกทั้งการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางเชื้อชาติต่อการอธิบายข้อมูลทางการแพทย์อาจแตกต่างกันไปตามการรับรู้ ตามความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้ป่วย (Johnson, R., et al., 2004) ดังนั้นพยาบาลจึงควรจะมีการประเมินความรู้ ความเข้าใจ ก่อน และหลังการได้รับข้อมูล เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และเข้าใจสอดคล้องกัน เนื่องจากการสื่อสารที่ไม่ดีจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่เข้าใจในแผนการรักษา ข้อวินิจฉัยหรือภาวะโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา และ/หรือมีปัญหาในการเซ็นยินยอมก่อนทำการตรวจรักษา (Nelson, A.,2002) ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้า หรือไม่ให้ความร่วมมือในการพยาบาล (Bischoff, A., 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ พรชัย ดีไพศาลกุล (2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาลว่าปัจจัยสำคัญของคุณภาพบริการโรงพยาบาล คือแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญ ให้ความรู้ความเข้าใจในแผนการรักษา และกำหนดแนวทางปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน ผลการศึกษาสอดคล้องกับ มาตรฐานขององค์กรสุขภาพในต่างประเทศ คือประเทศสหรัฐอเมริกา (The CLAS Standards) และประเทศในแถบยุโรป ที่กำหนดมาตรฐานเรื่องการให้บริการช่วยเหลือด้านภาษาไว้ อย่างชัดเจนว่า ผู้ป่วย และครอบครัวจะต้องได้รับการช่วยเหลือด้านภาษาจากพนักงาน และล่าม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการรักษา รับทราบสิทธิผู้ป่วยจากทั้งเอกสาร และ/หรือผู้ช่วยเหลือด้านภาษา อย่างเพียงพอ (Anderson, et al., 2003) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Ngo-Metzger และคณะ (2014) ที่ศึกษาคุณภาพการดูแลที่ดีสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการใช้ภาษาอังกฤษกับ

ความสำคัญของการใช้ภาษา และการใช้ล่ามในการให้ข้อมูลผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ป่วยที่ใช้ภาษาแตกต่างจากผู้ให้บริการหรือบุคลากรทางการแพทย์จะได้รับสุขศึกษาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ใช้ภาษาเดียวกับบุคลากรทางการแพทย์ 2) ผู้ป่วยที่ใช้ภาษาแตกต่างจากบุคลากรทางการแพทย์มักมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ดี และ 3) ผู้ป่วยที่ใช้ภาษาแตกต่างจากบุคลากรทางการแพทย์มักให้คะแนนการบริการที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ใช้ภาษาเดียวกันกับบุคลากรทางการแพทย์

ด้านที่ 4 ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถี ความเชื่อ สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นสอดคล้องกัน และให้ความสำคัญระดับมากถึงมากที่สุด ($Md=4.07-4.87$, $IR=0.64-1.38$) ตัวชี้วัดย่อยที่มีความรู้สูงสุด ($Md=4.87$, $IR=0.64$) คือ ระดับความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตามวิถีความเชื่อ และแผนการรักษา สอดคล้องกับทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Purnell and Paulanka (1998) ที่กล่าวว่า ครอบครัวจัดเป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด อีกทั้งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงควรคำนึงถึงครอบครัวผู้ป่วยทั้งเรื่องความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ความเข้าใจในสภาวะโรค และการจัดการภาวะด้านอารมณ์เมื่อมีผู้ป่วยในครอบครัว หลักการวางแผนการพยาบาลร่วมกับครอบครัวผู้ป่วยจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมที่สุดในการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินความต้องการ หรือวัฒนธรรม วิถีการดำเนินชีวิตดั้งเดิมของผู้ป่วย และครอบครัวได้โดยตรง ครอบครัวให้ความร่วมมือในการพยาบาล เนื่องจากพยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลได้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย (Leininger, M., 2002) และง่ายในการติดตามประเมินความสามารถในการจัดการด้านอารมณ์ และพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพตามวิถีชีวิตดั้งเดิมที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษาได้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลในองค์กรต่างประเทศที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ซึ่งให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม อาทิ ประเทศนิวซีแลนด์มีการกำหนดสมรรถนะการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยทุกเชื้อชาติ ด้านการพัฒนาคุณภาพ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงผู้ป่วย และครอบครัวกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมกันให้ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องแผนการรักษา การดูแลผู้ป่วย และการเข้าถึงบริการทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Nursing Council of New Zealand, 2012) และประเทศแคนาดา มีการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่ของผู้ป่วย โดยพยาบาลร่วมกับครอบครัวผู้ป่วยในการวางแผนการพยาบาล รวมทั้งประสานงานให้ครอบครัวผู้ป่วยได้รับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ส่งผลให้ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพทางสุขภาพ (Canadian Association, 2008) ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของ Barnsley

และคณะ (2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับตัวชี้วัดด้านความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพบว่าตัวชี้วัดส่วนใหญ่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ด้านที่ 5 ด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้คิดเห็นสอดคล้องกัน และให้ความสำคัญระดับมากที่สุด (Md= 4.36-4.83, IR= 0.60-1.22) ตัวชี้วัดย่อยที่มีค่ามัธยฐานสูงสุด (Md=4.83, IR= 0.60) คือ ระดับความปวด (Pain score) ลดลง และหรือระดับความสบาย (Comfort scale) เพิ่มขึ้น การตอบสนองต่ออาการปวดและความไม่สบายของผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมอาจมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์การจัดการความปวด ทักษะ และความเชื่อของแต่ละประเทศ (Lovering, S., 2006) การประเมินอาการปวดในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการใช้ภาษาเป็นเรื่องยาก และพบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการจัดการความปวดที่ไม่ดีจะส่งผลให้การแสดงออกถึงอาการปวดหรืออาการไม่สบายอาจมากกว่าปกติ (Nielsen, B. and Birekelund, R., 2009) ดังนั้นจึงควรมีการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยด้วยเครื่องมือสากล ประกอบกับการสังเกตสีหน้า ท่าทาง การประเมินความสบาย (Comfort scale) และสัญญาณชีพผู้ป่วยประกอบ เพื่อแสดงถึงผลลัพธ์การพยาบาลที่แท้จริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ไปเป็นแนวทางในการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม เพื่อให้เกิดคุณภาพในการบริการผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมแบบองค์รวม
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

นำผลการวิจัยไปศึกษาการกำหนดเกณฑ์ชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ในผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรมต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

เกษสุดา จันท์อ่อน. (2552). **ประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่างชาติ.**

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาล
ศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กฤษดา แสงวดี, บรรณาธิการ. (2547). **ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่

1. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์

กนกวรรณ โภคา. (2552). **ศึกษาการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**

ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ และศุภาพิชญ์ โพน โบรมันน์. (2556). **พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพและ**

การรับรู้ คุณภาพบริการสุขภาพของชาวต่างชาติในประเทศไทย. วารสารพยาบาลกระทรวง
สาธารณสุข 23 (มกราคม-เมษายน): 1-14

กระทรวงสาธารณสุข, คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ.

(2555). **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่**

11 พ.ศ. 2555-2559. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2556). **รายงานผลสำเร็จของการดำเนินงานด้านสุขภาพ ตาม**

นโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2555[

ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://203.157.7.46/display_document.jsp?id= D0000000

1024[23 ตุลาคม 2557]

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2557). **รายงานสรุปผลการปฏิบัติราชการของส่วนราชการ เพื่อ**

เสนอนายกรัฐมนตรีคนใหม่ ข้อ 4.3.7 โครงการพัฒนาประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพ

นานาชาติ[ออนไลน์]. กระทรวงสาธารณสุข. แหล่งที่มา: <http://pmsn.hss.moph.go.th/>

uploadFiles /document/D00000001327_25781.pdf [23 ตุลาคม 2557]

กรุงเทพดุสิตเวชการ. (2556). **รายงานประจำปี2556[ออนไลน์].** กรุงเทพดุสิตเวชการ. แหล่งที่มา:

<http://bgh.listedcompany.com/misc/ar/20140320-BGH-AR2013-TH-05.pdf> [1

กุมภาพันธ์ 2558]

- จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2551). การวิจัยเทคนิคเดลฟาย. ใน ทศพล ศิริสัมพันธ์ (บรรณาธิการ). **เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรัฐม ศิริรัตน์บัลล์, สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, ยุพิน รังสุโรจน์, จารุวรรณ ชาราเดช และ ศรานุช ไตรมรงค์ดี. (2543). **เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์.
- ชุตติกาญจน์ หลุ่ย และอรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล. (2553). **เกณฑ์คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ**. พิมพ์ครั้งที่ 4: นนทบุรี: สามเจริญพาณิชย์.
- ซี เอ อินเตอร์เนชั่นแนล อินฟอร์เมชั่น. (2553). **การศึกษาด้านภาพและความสามารถในการแข่งขันของธุรกิจโรงพยาบาลในประเทศไทย**[ออนไลน์]. สำนักบริหารการประกอบธุรกิจของคนต่างด้าวกรมพัฒนาธุรกิจการค้า. แหล่งที่มา:<http://www.caii-thailand.com/sites/default/files/downloads/Hospital.pdf>. [12 มกราคม 2558].
- นงนภัส คู่ขวัญ เทียงกมล. (2551). **การวิจัยเชิงบูรณาการแบบองค์รวม**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: วี. พรินท์.
- นงลักษณ์ สุวิสิษฐ์ และสมจิต หนูเจริญกุล. (2554). การพัฒนาแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล. **รามาริบัติพยาบาลสาร** 17(2): 264-277.
- นพภากรณ์ ดีพานิช. (2551). **ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2540). **วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ : การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2551). **ภาวะผู้นำ และกลยุทธ์ การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2553). **ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย จำกัด.
- ปริยานุช ศิริมัย. (2550). **คุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหืด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ชนิดา รักษ์พลเมือง. (2551). การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย. ใน ทศพล ศิริสัมพันธ์ (บรรณาธิการ). **เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย**. หน้า 61. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. (2548). **การจัดการทางการพยาบาลสู่การเรียนรู้**. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.
- พร้อมพร ธารมงคล. (2549). **การค้นคว้าปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของชาวต่างชาติ ในการใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาธุรกิจระหว่างประเทศ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย.
- พรชัย ดีไพศาลกุล. (2556). ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาล. **Veridian E-Journal** 6:573-592.
- พรทิพย์ มาลาธรรม และประคอง อินทรสมบัติ. (2549). การประเมินคุณภาพการพยาบาล: ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์. **รามธิบดีพยาบาลสาร** 12(1): 25-35.
- พรเทพ เบญญาอภิกุล และวรวรรวิภาศ์ มานะโชติพงษ์. (2556). **การแข่งขันทางการค้าที่เป็นธรรมในประเทศไทย รายงานการวิเคราะห์สภาพการแข่งขันธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน และอุตสาหกรรมโรงภาพยนตร์[ออนไลน์]**. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. แหล่งที่มา: <http://www.v-reform.org>[1มกราคม2557]
- พาริตา อิบราฮิม. (2541). **นิเทศวิชาชีพและจริยศาสตร์สำหรับพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: โครงการพัฒนาตำราสำหรับพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลบี เอ็น เอช. (2555). **วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล[ออนไลน์]**. โรงพยาบาลบี เอ็น เอช. แหล่งที่มา: <http://www.bnhhospital.com>[20 เมษายน2557]
- โรงพยาบาลสมิติเวช. (2557). **โรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท[ออนไลน์]**. โรงพยาบาลสมิติเวช. แหล่งที่มา: <http://www.samitivejhospitals.com>[20 เมษายน 2557]
- โรงพยาบาลกรุงเทพ. (2558). **วิสัยทัศน์ / พันธกิจ[ออนไลน์]**. โรงพยาบาลกรุงเทพ. แหล่งที่มา: <http://www.bangkokhospital.com>[20 เมษายน 2557]
- โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. (2558). **พันธกิจ หลักการปฏิบัติ และนโยบายสิ่งแวดล้อม[ออนไลน์]**. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. แหล่งที่มา: <http://www.bumrungrad.com>[20 เมษายน 2557]
- วิจิตร ศรีสุพรรณ สัจจิตรา เหลืองอมรเลิศ และ กฤษดา แสงวงดี. (2555). การเตรียมความพร้อมของวิชาชีพพยาบาล เพื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน. **วารสารสภาการพยาบาล** 27(กรกฎาคม-กันยายน): 5-10.
- วิจิตรา กุสมมภ์ และคณะ. (2556). **ประเด็นและแนวโน้มวิชาชีพการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์.
- วิภาดา นางสาววิกติกุล. (2548). การวิจัยเชิงผลลัพธ์ทางการพยาบาล. **พยาบาลสาร** 32(4): 1-6.

- วิภาดา นางสาววิกติกุล, เรมवल นันท์ศุภวัฒน์, กิ่งแก้ว เก็บเจริญ และอนงค์ วนากมล. (2543). **การพัฒนาระบบการจัดการด้านคุณภาพการพยาบาล**. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วีระนุช วิบูลย์พันธุ์ และ กัญญาดา ประจุกติลป. (2552). **สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน**. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 21(กันยายน-ธันวาคม): 29-43.
- วารภรณ์ ศิริเมธา. (2542). **พนักงานกับองค์กรที่มีการปรับลดขนาด: กรณีศึกษาโรงพยาบาลปิยะเวท**. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาบริหารธุรกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ศักดิ์ดา ศิริภัทรโสภณ และ ปารย์ทิพย์ ธนาภิกุปตานนท์. (2554). **ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการที่ได้รับกับความพึงพอใจและความภักดีของคนไข้: กรณีศึกษาโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร**. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น 10(2): 160-172.
- ศิริพร เจริญพงศ์นรา. (2549). **ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรัญญินี มงคลรัตน์. (2551). **ความพึงพอใจของคนไข้ต่างชาติที่มีต่อการบริการในโรงพยาบาลเอกชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพัฒนาระบบสาธารณสุขวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุจิตรา บุญทวี. (2556). **การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานคณะกรรมการบริหารศูนย์กลางสุขภาพระหว่างประเทศ. (2553). **สรุปย่อ (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2553-2557) [ออนไลน์]**. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แหล่งที่มา: <http://www.themedicalhub.net>[1มกราคม2557]
- สำนักงานคณะกรรมการบริหารศูนย์กลางสุขภาพระหว่างประเทศ. (2555). **ข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติและประมาณการรายได้จากบริการรักษาพยาบาลตั้งแต่ปี 2551-2555 [ออนไลน์]**. กระทรวงสาธารณสุข: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แหล่งที่มา: <http://www.hss.moph.go.th>[1 สิงหาคม 2557]

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). **สถิตินักท่องเที่ยวที่เข้ามาในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2543-2555** [ออนไลน์]. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. แหล่งที่มา: <http://service.nso.go.th>[16 สิงหาคม 2557]
- สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม และสำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). **การสำรวจโรงพยาบาล และสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2555**[ออนไลน์]. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร. แหล่งที่มา: <http://service.nso.go.th/nso/web/survey/surpop2-4-6.html>[16 สิงหาคม 2557]
- สกวเดือน ไพบุลย์ และ สุภารัตน์ สุวารี. (2559). วัฒนธรรม ความเชื่อ การปฏิบัติในการดูแลตนเอง ขณะตั้งครรภ์ ของสตรีชาวพม่าที่อาศัยในจังหวัดสมุทรสาคร. **วารสารพยาบาลตำรวจ**. 8 (มกราคม – มิถุนายน): 62-71.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). **การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร: วี. เจ. พรินต์ติ้ง. สภาการพยาบาล. (2554). **มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์**[ออนไลน์]. สภาการพยาบาล. แหล่งที่มา: <http://www.tnc.or.th/law/page-6.html>[26 กันยายน 2557]
- สภาการพยาบาล. (2554). **แผนยุทธศาสตร์สภาการพยาบาล พ.ศ.2555-2559**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทจุดทอง จำกัด.
- สภาการพยาบาล. (2555). **การสัมมนาวิชาชีพพยาบาลในประชาคมอาเซียน**[ออนไลน์]. สภาการพยาบาล. แหล่งที่มา: http://www.alumni.knc.ac.th/pdf/55-1/01_pdf_29208.pdf[26 กันยายน 2557]
- สภาการพยาบาล. (2555). **มาตรฐานการกำหนดตำแหน่งสายงานการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: จุดทอง.
- สภาการพยาบาล. (2556). **ประชุมวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 5 สานวิจัยทางการพยาบาลสู่ปฏิบัติการในประชาคมอาเซียน: พหุลักษณะ บูรณาการ และสหสถาบัน**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เอ็นดูโปรดักชั่น.
- สมเกียรติ โภธิศักดิ์. (2541). **ตัวชี้วัด**. ในเอกสารการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างโรงพยาบาลในโครงการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) สุวิมล ว่องวานิช. (2548). **การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น**. กรุงเทพมหานคร: ธรรมดาเพลส. สุดศิริ หิรัญชุนหะ, ประณีต ส่งวัฒนา, หทัยรัตน์ แสงจันทร์และวงจันทร์ เพชรพิเชษฐเขียร. (2550). **สมรรถนะทางวัฒนธรรมทางการพยาบาล: องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ**. **วารสารสภาพยาบาล** 22(1): 9-27

- สุดศิริ หิรัญชุนหะ, ประณีต ส่งวัฒนา, หทัยรัตน์ แสงจันทร์และวงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. (2552). การรับรู้สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาและอาจารย์พยาบาลในการดูแลผู้ใช้บริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม. **วารสารสภาพพยาบาล** 24 (1): 99-111.
- อโนชา สาระสิต. (2550). **ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E. and Normand, J. (2003). Culturally Competent Healthcare Systems A Systematic Review. **American Journal of Preventive Medicine** 24(2003): 68-79.
- Andrews, M., M. and Boyle, J., S. (2008). **Transcultural Concepts in Nursing Care**. 5thedition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Andrews, M., M. and Boyle, J., S. (2016). **Transcultural Concepts in Nursing Care**. 7thedition. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Bischoff, A. (2003). **Caring for Migrant and Minority Patients in European hospitals: A Review of Effective Interventions**. London: Swiss Forum for Migration and Population Studies, Neuchâtel, and the Institute of Nursing Science, University of Basel.
- Burn, N. and Grove, S.K. (2001). **The practice of nursing research**. 4thedition. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare service: A model of care. **Journal of Transcultural Nursing**. 13(3): 181-184.
- Campinha-Bacote, J. (1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. **Nurse Education Journal**.38(5): 203-207.
- Canadian Nurse Association. (2008). **Code of Ethics**[Online]. Canadian Nurse Association. Available from: <http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/code-of-ethics-for-registered-nurses.pdf?la=en>[21 January 2015]
- Daye-Berenson, L. (2014). **Cultural Competencies for Nurses**. 2rd edition. Burlington: John & Bartlett Learning.

- Donabedian, A. (1982). **Explorations in quality assessment and monitoring: The criteria and stands of quality**. Health administration Press.
- Douglas, et al. (2011). Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care: 2011 Update. **Journal of Transcultural Nursing**. 22(4):316-333.
- El-Amouri, S. and O' Neill, S. (2011). Supporting cross-cultural communication and culturally competent care in the linguistically and culturally diverse hospital setting of UAE. **Contemporary Nurse**. 39(2): 240-255.
- Giger, J., N. and Devidhizar, R. (2002).The Giger and Devidhizar Transcultural Assessment Model.**Journal of Transcultural Nursing**. 13(3): 185-188.
- Hammad, A., Kysia, R., Rabah, R., Hassoun R. and Connelly, M. (1999). **ACCESS Arab Community Center for Economic and Social Services**[Online]. Community Health Center Public Health Education and Research Department. Available from: [https:// www.naama.com/pdf/arab-american-culture-health-care.pdf](https://www.naama.com/pdf/arab-american-culture-health-care.pdf) [21 October 2016]
- Houston, S. and Miller, M. (1997).The quality and outcomes management connection.**Critical Care Nursing Quality**. 19: 80-89.
- Honey, N. J., et al. (2008). Putting Evidence Into Practice: Nursing Assessment and Interventions to Reduce Family Caregiver Strain and Burden. **Clinical Journal of Oncology Nursing**. 12(3): 507-516.
- Institute of Medicine. (2001). **Crossing The Quality Chasm: a new health system for the 21st century**[Online]. The National Academies Press. Available from: http://www.nap.edu/html/quality_chasm/reportbrief.pdf[10 February 2014]
- Institute of Medicine. (2002). **Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care**[Online]. National Academies Press. Available from: [https:// www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2003/Unequal-Treatment-Confronting-Racial-and-Ethnic-Disparities-in-Health-Care](https://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2003/Unequal-Treatment-Confronting-Racial-and-Ethnic-Disparities-in-Health-Care)[20 January 2015]
- Jin, X. W., Slomka, J. and Blixen, C. E. (2002). Cultural and clinical issues in the care of Asian patients. **Cleveland Clinic Journal Medicine**. 69(1):50, 53-54, 56-58.
- Joint Commission International. (2016). **Hospital: 2016 National Patient Safety Goals** [Online]. The Joint Commission. Available from:

https://www.jointcommission.org/assets/1/6/2016_NPSG_HAP.pdf [27 November 2016]

- Johnstone.(1981). **Indicator of education system**. London: UNESCO.
- Johnson, R. et al. (2004). Racial and ethnic differences in patient perceptions of bias and cultural competence in health care. **Journal Gen Intern Med**. 19 (2): 101–110.
- Jost, S., T. (1994). Medicare and The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization: A Healthy relationship. **Law and Contemporary Problem**. 57(4): 15-45.
- Koeniewicz, D., M. and Duffy, J. (2003). **Essential Concepts for staff nurses: The outcomes imperative**[Online]. Jurispro Expert Witness Directory. Available from: <http://www.jurispro.com/uploadArticles/Korniewicz-Essential.pdf> [31 January 2015]
- Leininger, M. and McFarland, M., R. (2002). **Transcultural Nursing**. 3rd edition. 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. and Turoff, M. (1975). **The Delphi method techniques and application**. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Lunt, N. et al. (2013). **Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review**[Online]. OCED. Available from <http://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf>[21January 2015]
- Macinkiw, K.L., (2003). A goal for nursing education. **Nurse Education Today**. 23(3): 174-82.
- Moorhead, S., Johnson, M. and Maas, M. (2008). **Nursing Outcomes Classification (NOC)**. 4th edition. St. Louis: Mosby.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. and Swanson, E. (2008). **Nursing Outcomes Classification (NOC)**. 5th edition. St. Louis: Mosby
- Narayanasamy, A. (2002). The ACCESS model: a transcultural nursing practice framework. **British Journal of Nursing**. 11(9): 643-650.

- Nelson, A. (2002). Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care. **Journal of the National Medical Association**. 94(8): 666-668.
- Nielsen, B. and 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.
- Nursing Council of New Zealand. (2011). **Guidelines for Cultural Safety, the Treaty of Waitangi and Treaty of Waitangi and Maori Health in Nursing Education and Practice**[Online]. Nursing Council of New Zealand. Available from: http://pro.healthmentoronline.com/assets/Uploads/refract/pdf/Nursing_Council_cultural-safety11.pdf[21 January 2015]
- Nursing Council of New Zealand. (2012). **Code of Conduct for Nurse**[Online]. Nursing Council of New Zealand. Available from: <http://www.nursingcouncil.org.nz/Nurses/Code-of-Conduct>[21 January 2015]
- Oxford Dictionary. (2015). **Definition of Indicator**[Online]. Oxford University Press. Available from: <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/indicator> [28 February 2015].
- Pergert, P., Ekblad, S., Enskär, K. and Björk, O. (2008). Bridging obstacles to transcultural caring relationships- Tools discovered through interviews with staff in pediatric oncology care. **European Journal of Oncology Nursing**. 12: 35-43.
- Polit, D. F. and Hungler, B. P. (1999). **Nursing research: Principle and method**. 6th edition. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Purnell, L. (2002). The Purnell Model of Cultural Competence. **Journal of Transcultural Nursing**. 13(3): 194.
- Purnell, L. and Paulank, B. (1998). **Transcultural health care: a culturally competent approach**. Philadelphia: F. A. Davis.
- Quan, K. (2006). **Outcome Definition**[Online]. Healthfieldmedicare. Available from: http://www.healthfieldmedicare.suite101.com/print_article.cfm/outcomes [1 February 2015]
- Shark, S. B. and Sharples, A. Y. (2001). An approach to consensus building using the Delphi technique: Developing a learning resource in mental health nursing. **Nurse Education Today**. 21: 398-408.

- Walker, R., Cromarty, H., Kelly, L. and 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.
- Vydelingum, V. (2006). Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England. **Nursing Inquiry**. 13(1): 23-32.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญที่ให้การสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม จำนวน 18 คน มีรายนามต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล จำนวน 4 คน	
รายนามผู้เชี่ยวชาญ	สถานที่ทำงานปัจจุบัน
1. นาง กาญจณี รัชส์สกุล	โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
2. นางสาว ปราณี จันทร์เจนรวี	โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา
3. ดร. รุ่งอรุณ เกศวงษ์	โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
4. นางสาว อุบลรัตน์ เมฆสุวรรณดำรง	โรงพยาบาลกรุงเทพ
กลุ่มที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมิน และควบคุมคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยต่างชาติ จำนวน 5 คน	
รายนามผู้เชี่ยวชาญ	สถานที่ทำงานปัจจุบัน
1. นางสาว นิภาพร จีระบุญ	โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
2. นางสาว กัญย์สินี วงษ์กิตติกร	โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
3. นางสาว รัชดา ประคองสาย	โรงพยาบาลกรุงเทพ
4. นาง ดาวใจ วงศ์กิจรุ่งเรือง	โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
5. นางสาว เยี่ยมนภาพลเยี่ยม	โรงพยาบาลบีเอ็นเอช
กลุ่มที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษา วิจัย เกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จำนวน 4 คน	
รายนามผู้เชี่ยวชาญ	สถานที่ทำงานปัจจุบัน
1. ดร. กมลรัตน์ (ศักดิ์สมบูรณ์) เทอร์เนอร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
2. ผศ. ดร. สุตศิริ หิรัญชุนหะ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
3. รศ. ดร. บุญทิพย์ สิริธรรังศรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
4. นาวาโทหญิง คณาลักษณ์ ดลเสมอ	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ

กลุ่มที่ 4 ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จำนวน 5 คน	
รายนามผู้เชี่ยวชาญ	สถานที่ทำงานปัจจุบัน
1. นางสาว ณฤดี กิจทวี	โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
2. นาง อโณทัย ตันเจริญ	โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
3. นาง นริศรา ประภูชกา	โรงพยาบาลกรุงเทพ
4. นางสาว ณธิดาทิพย์ ดาราช	โรงพยาบาลกรุงเทพ
5. นาง พัชรนันท์ มินสุไลมาน	โรงพยาบาลบีเอ็นเอช



ประวัติผู้เชี่ยวชาญ

กลุ่มที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล		
ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม/ประสบการณ์การทำงาน	วุฒิการศึกษา/ ผลงาน
1. นาง กาญจณี รัชส์สกุล	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้จัดการศูนย์อาวุโสโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ - ประสบการณ์ในตำแหน่งผู้บริหาร 6 ปี 	<ul style="list-style-type: none"> - ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น - ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการจัดการภาครัฐ และภาคเอกชน สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ - Project management 2013, Bangkok, Thailand - Certificate of Attendance in American Nurse Credential Center Magnet Conference 2012, Los Angeles, USA - Certificate of participation in Executive Briefing – Joint Commission International 2011, Singapore - Certificate of participant in Ambulatory Care Accreditation Joint Commission Standard 2007, Chicago, USA - Certification of International Clinical Education program


กลุ่มที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล		
ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม/ประสบการณ์การทำงาน	วุฒิการศึกษา/ ผลงาน
		(December 2-5, 2005), UCLA Medical Enterprise- Department of Nursing, Los Angeles, USA
2. นางสาว ปราณี จันทร์เจนรวี	- ผู้อำนวยการฝ่ายการ พยาบาลโรงพยาบาล กรุงเทพพญา - ประสบการณ์ในตำแหน่ง ผู้บริหาร 11 ปี	- ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ - ปริญญาโท การจัดการภาครัฐ และภาคเอกชน สถาบัน บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ - หลักสูตร Advance Management Program มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (ABAC) (พ.ศ 2544)
3. ดร. รุ่งอรุณ เกศวงษ์	- ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายพัฒนา พยาบาลทางคลินิก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท - ประสบการณ์ในตำแหน่ง ปัจจุบัน 3 ปี - ประสบการณ์ในตำแหน่ง ผู้บริหาร 10 ปี	-ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล - ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย - ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การพัฒนา ทรัพยากรมนุษย์) คณะพัฒนา ทรัพยากรมนุษย์ มหาวิทยาลัย รามคำแหง

กลุ่มที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล		
ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม/ประสบการณ์การทำงาน	วุฒิการศึกษา/ ผลงาน
4. นางสาว อุบลรัตน์ เมฆสุวรรณดำรง	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ช่วยผู้จัดการ กลุ่มงานการดูแลผู้ป่วยต่างชาติ โรงพยาบาลกรุงเทพ - ประสบการณ์ในตำแหน่งปัจจุบัน 3 ปี - ประสบการณ์ในตำแหน่งผู้บริหาร 10 ปี ปี 2006-2008: Head of Department (International Wards and Japanese Medical Services) ปี 2008-2014: Head of Department (International Outpatient Services) ปี 2014-Present: Assistant Manager (International Patient Services) 	<ul style="list-style-type: none"> - ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรจน์ วิทยาเขตบางแสน - ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาภาษาและการสื่อสาร สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ - Registered Nurse and Midwife Certificate of 7-month-training in Saisakai Hospital, Japan

กลุ่มที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมิน และควบคุมคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยต่างชาติ		
ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม/ประสบการณ์การทำงาน	วุฒิการศึกษา/ ผลงาน
1. นางสาว นิภาพร จีระบุญ	<ul style="list-style-type: none"> - รองผู้อำนวยการสายงานพยาบาล ด้านคุณภาพ และการวิจัย โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ - ประสบการณ์ในตำแหน่งปัจจุบัน 2 ปี - ประสบการณ์ในตำแหน่งด้านการควบคุม คุณภาพ 5 ปี 	<ul style="list-style-type: none"> - ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล - ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. นางสาว กัญย์สินี วงษ์กীরติกร	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้จัดการอาวุโสด้านความเป็นเลิศทางการพยาบาล (NDNQI Coordinator, Bumrungrad Hospital Public Company Limited) โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ - ประสบการณ์ในตำแหน่งด้านการควบคุม คุณภาพ 7 ปี 	<ul style="list-style-type: none"> - ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ - ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาบัณฑิตสาขาวิชาการจัดการ มหาวิทยาลัยรามคำแหง - ประกาศนียบัตรหลักสูตร”ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ” - ประกาศนียบัตรหลักสูตร”การพัฒนาการปฏิรูปการพยาบาลเพื่อคุณภาพ”
3. นางสาว รัชดา ประคองสาย	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้จัดการอาวุโส ด้านการประเมิน และควบคุมคุณภาพคุณภาพ โรงพยาบาลกรุงเทพ 	<ul style="list-style-type: none"> - ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณ - ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล

กลุ่มที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมิน และควบคุมคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยต่างชาติ		
ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม/ประสบการณ์การทำงาน	วุฒิการศึกษา/ ผลงาน
	- ประสบการณ์ในตำแหน่งด้านการควบคุม คุณภาพ 7 ปี	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. นาง ดาวใจ วงศ์กิจรุ่งเรือง	- ผู้จัดการแผนกศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท - ประสบการณ์ในตำแหน่งด้านการควบคุม คุณภาพ 9 ปี	- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น - ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. นางสาว เยี่ยมณา พลเยี่ยม	- ผู้จัดการฝ่ายการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลบีเอ็นเอช - ประสบการณ์ในตำแหน่งด้านการควบคุม คุณภาพ 13 ปี	- ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล - Mahidol University Master's Degree in Education - Thammasat University Graduate Diploma in English for Careers

กลุ่มที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษา วิจัย เกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม		
ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม/ ประสบการณ์การทำงาน	วุฒิการศึกษา/ ผลงาน
1. ดร. กมลรัตน์ (ศักดิ์สมบูรณ์) เทอร์เนอร์	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้อำนวยการ วิทยาลัยบรมราชชนนี ชลบุรี - ตำแหน่งวิชาการ รองศาสตราจารย์พิเศษ (Adjunct Associate Professor) มหาวิทยาลัย Edith Cowan, Perth, Australia พ.ศ. 2550-2556 - ประสบการณ์ในตำแหน่งปัจจุบัน 6 ปี 	<ul style="list-style-type: none"> - ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรและ ผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี - ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยมหิดล - ปริญญา ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยนิวคาสเซิล ประเทศออสเตรเลีย - กมลรัตน์ (ศักดิ์สมบูรณ์) เทอร์เนอร์ ศุภาพิชญ์ (มณีสาคร) โพนโบร์แมนน์, พฤติกรรมการใช้ บริการสุขภาพ และการรับรู้คุณภาพ บริการสุขภาพของ ชาวต่างชาติในประเทศไทย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข Vol 23, No 1: มกราคม -เมษายน 2556 - กมลรัตน์ (ศักดิ์สมบูรณ์) เทอร์เนอร์, ศุภาพิชญ์ (มณีสาคร) โพนโบร์แมนน์, สุนันทา ทองพัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กับพฤติกรรมการใช้ บริการ สุขภาพ และการรับรู้ต่อคุณภาพของการบริการสุขภาพ

กลุ่มที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษา วิจัย เกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม		
ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม/ ประสบการณ์การทำงาน	วุฒิการศึกษา/ ผลงาน
	 <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>ของชาวต่างชาติที่อาศัยในกรุงเทพและปริมณฑล</p> <p>- Turner, Saksomboon Kamolrat, Von Borman, Maneesakorn, Thongpat Sunanta. Relationships among some factors, health utilization, and perceived quality of care of the foreigners living in Bangkok Metropolitan. 2013 International Conference on Population studies Thai Population Association November 22, 2013.</p>
2. ผศ. ดร. สุธศิริ หิรัญชุนหะ	<p>- อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์</p> <p>- ประสบการณ์ในตำแหน่งปัจจุบันมากกว่า 10 ปี</p>	<p>- ประกาศนียบัตร ผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>- ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>- ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต การพยาบาลศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>- ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล</p>

กลุ่มที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษา วิจัย เกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม		
ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม/ ประสบการณ์การทำงาน	วุฒิการศึกษา/ ผลงาน
	 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา CHULALONGKORN UNIVERSITY	<p>-ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมืองานวิจัยเรื่อง การพัฒนาเกณฑ์และมาตรฐานบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ของ ดร.ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา ตามหนังสือที่ ศธ 6607/0777 ลงวันที่ 27 เมษายน 2559</p> <p>-เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยของนางชลลดา ตริยะวิสุทธิ์ศรี นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาการศึกษามหาวิทยาลัยนเรศวร ศึกษาเรื่อง การพัฒนาพจนานุกรมสมรรถนะการพยาบาลหุ้วัฒนธรรม ตามหนังสือที่ ศธ.0527.02/ว2568 ลงวันที่ 26 มิถุนายน 2557</p> <p>-เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยของ ว่าที่ร้อยตรีหญิง ศิริลักษณ์ เจริญรุ่งโรจน์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติพยาบาลที่คำนึงถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรมของพยาบาลแผนกฉุกเฉินในพื้นที่ภาคใต้และปัจจัยเกี่ยวข้อง ตาม</p>

กลุ่มที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษา วิจัย เกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม		
ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม/ ประสบการณ์การทำงาน	วุฒิการศึกษา/ ผลงาน
		หนังสือที่ ศธ 0521.1.05/95 ลงวันที่ 31 มีนาคม 2557
3. รศ. ดร. บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี	<ul style="list-style-type: none"> - อาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช - ประสบการณ์ในปัจจุบันมากกว่า 10 ปี 	<ul style="list-style-type: none"> - อนุปริญญาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล - ประกาศนียบัตรการผดุงครรภ์ ชั้น 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล - ปริญญาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต (พย.บ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล - PhD, Faculty of Health Studies, Charles Sturt University, NSW, Australia - บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี อารี ชิวเกม สุข เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย และ พัทยา แก้วสาร (2558) สมรรถนะภาวะผู้นำสำหรับผู้บริหารการพยาบาลในประเทศไทย, ปีที่ 64, ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน 2558) หน้า 14-28 - Sitarungsri, B, Noimunwai, P, Cheevakasemsook, A, Kaewsarn, P & Puttapitukpol,

กลุ่มที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษา วิจัย เกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม		
ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม/ ประสบการณ์การทำงาน	วุฒิการศึกษา/ ผลงาน
		S (2014) “The development of an Online Course on “Leadership Development and Change Management for Nurse Executives in ASEAN Countries” Proceedings Advancing Open and Distance Learning: Research and Practices, 28–31 October 2014, the Open University of Hong Kong • Hong Kong SAR, China
4. นาวาโทหญิง คณา ลักษณ์ ดลเสมอ	<ul style="list-style-type: none"> - หัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ - หัวหน้าฝ่ายกองการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ - ประสบการณ์ในตำแหน่งปัจจุบัน 2 ปี - ประสบการณ์ในตำแหน่งอาจารย์ มากกว่า 10 ปี 	<ul style="list-style-type: none"> - ประกาศนียบัตรพยาบาลดุสิต และอนามัย (เทียบเท่าปริญญาตรี) วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ - ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล - วิทยากร “บทบาททางการพยาบาลกับการเตรียมความพร้อม เพื่อก้าวสู่ประชาคมอาเซียน” ในการประชุมวิชาการปี 2556 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ

กลุ่มที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษา วิจัย เกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม		
ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับ การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม/ ประสบการณ์การทำงาน	วุฒิการศึกษา/ ผลงาน
		- วิทยากรพิเศษ และพยาบาลที่ เลี้ยงในการเตรียมพยาบาลในการ ดูแลผู้ป่วยข้ามวัฒนธรรม



กลุ่มที่ 4 ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม		
ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม/ประสบการณ์การทำงาน	วุฒิการศึกษา/ ผลงาน
1. นางสาว ณฤดี กิจทวี	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ช่วยผู้จัดการแผนก 7A (แผนกดูแลผู้ป่วยทางเดินอาหารและตับ และผู้ป่วยชาวพม่า) โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ - ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มากกว่า 10 ปี 	<ul style="list-style-type: none"> - ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเซนต์หลุยส์ - ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สาขาจิตวิทยาการสื่อสาร
2. นางสาว โฉนทัย ตันเจริญ	<ul style="list-style-type: none"> - หัวหน้าผู้ป่วยหนัก 4 โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ - ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มากกว่า 10 ปี 	<ul style="list-style-type: none"> - ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล - ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สาขาการพยาบาลเด็ก
3. นาง นริศรา ประภูชกา	<ul style="list-style-type: none"> - หัวหน้าแผนกผู้ป่วยต่างชาติ โรงพยาบาลกรุงเทพ (ดูแลผู้ป่วยอาหรับ) - ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มากกว่า 10 ปี 	<ul style="list-style-type: none"> - ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยหัวเฉียว เฉลิมพระเกียรติฯ
4. นางสาว ณธิตาทิพย์ ดาราช	<ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ แผนกผู้ป่วยเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และผู้ป่วยต่างชาติ โรงพยาบาลกรุงเทพ - ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความต่างทาง 	<ul style="list-style-type: none"> - ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น - ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กลุ่มที่ 4 ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม		
ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม/ประสบการณ์การทำงาน	วุฒิการศึกษา/ ผลงาน
	วัฒนธรรม 7 ปี	
5. นาง พัชรนันท์ มินส์ไธมาน	- หัวหน้าแผนก 8B และ VIP โรงพยาบาลบีเอ็นเอช (ดูแลผู้ป่วยยุโรป และเอเชีย) - ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มากกว่า 10 ปี	- ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ



ภาคผนวก ข
ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ



ที่ ศธ 0512.11/1445



คณะกรรมการศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 กันยายน 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี (ดร. กมลรัตน์ (ศักดิ์สมบูรณ์) เทอร์เนอร์)

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชฎารัตน์ ศรุตศุทธิพิพัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาตัวชี้วัด และการประเมินคุณภาพการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อเรียนเชิญท่านเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปิชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

นางสาวชฎารัตน์ ศรุตศุทธิพิพัฒน์ โทร. 08-1427-7621



ที่ ศธ 0512.11/๘๖๑๕

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 กุมภาพันธ์ 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบีเอ็นเอช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชฎารัตน์ ครุตศุทธิพิพัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาตัวชี้วัด และการประเมินคุณภาพการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| 1. นางสาวดวงเดือน บุญญศาสตร์พันธุ์ | ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล |
| 2. นางสาวเอี่ยมนภา พลเยี่ยม | ผู้จัดการฝ่ายคุณภาพ |
| 3. นางพัชรนันท์ มินสุไลมาน | หัวหน้าแผนก 8B |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวดวงเดือน บุญญศาสตร์พันธุ์, นางสาวเอี่ยมนภา พลเยี่ยม และนางพัชรนันท์ มินสุไลมาน

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาวชฎารัตน์ ครุตศุทธิพิพัฒน์ โทร. 08-1427-7621

ที่ ศร 0512.11/1447



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

/4 กันยายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชฎารัตน์ คุรุศุทธิพิพัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาตัวชี้วัด และการประเมินคุณภาพการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป ดังนี้

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. นางสาวศัลยา ไฉ้มศิริมงคล | ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล |
| 2. นางสาวรุ่งอรุณ เกศวหงส์ | ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายพัฒนาพยาบาลทางคลินิก |
| 3. นางสาวดาวใจ วงศ์กิจรุ่งเรือง | ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล ด้านคุณภาพ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปิชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวศัลยา ไฉ้มศิริมงคล, นางสาวรุ่งอรุณ เกศวหงส์ และ
นางสาวดาวใจ วงศ์กิจรุ่งเรือง

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

ภาคผนวก ค

เอกสารพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย

เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน

ที่ จว 765.58

วันที่ 15 ตุลาคม 2558

เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

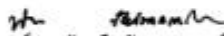
เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแจ้งผ่านการรับรองผลการพิจารณา

ตามที่มิติดูแลการในสังกัดของท่านได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย กลุ่มสถาบัน ชูตที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้น ในกรณีนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลักได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ ดังนี้

โครงการวิจัยที่ 154.11/58 เรื่อง การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (A STUDY OF TRANSCULTURAL NURSING OUTCOME INDICATORS) ของ นางสาวชฎารัตน์ คุรุคฤทธิพิพัฒน์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มันtri ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
กลุ่มสถาบัน ชูตที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
เลขที่: 3212
วันที่: 26 ต.ค. 58
ที่: โทร. 0-2616-1111

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
เลขที่: 1561
วันที่: 26 ต.ค. 58
ที่: 5.50 K

AF 01-12




คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 254 อาคารจามจุรี ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
 โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: cccu@chula.ac.th


COA No. 179/2558

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 154.1/58 : การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม
 ผู้วิจัยหลัก : นางสาวชฎารัตน์ คุรุคสุทธิพิพัฒน์
 หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
 (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้


ลงนาม 
 (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักคนประดิษฐ)
 ประธาน

ลงนาม 
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทน์ ชัยชนะวงศาโรจน์)
 กรรมการและเลขานุการ


วันที่รับรอง : 8 ตุลาคม 2558

วันหมดอายุ : 7 ตุลาคม 2559

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- โครงการวิจัย
- ข้อมูลสำหรับคณะกรรมการหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- ผู้วิจัย 
 - เลขที่โครงการวิจัย 154.1/58
 - วันที่รับรอง - 8 ต.ค. 2558
 - วันหมดอายุ - 7 ต.ค. 2559

เงื่อนไข

- ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นเรื่อง  หากดำเนินการเกินข้อมูลวิจัยก่อนได้รับทราบนุมัติของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
- หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อมีการต่ออายุของอนุมัติใหม่แล้วเท่านั้น / ห้าม หรือยื่นสำเนาขอความถี่รวมการวิจัย
- เมื่อดำเนินการวิจัยตามที่ได้รับใบรับรองการวิจัยอย่างเคร่งครัด
- ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย / กรณีเฉพาะที่ประเทศคณะกรรมการเท่านั้น
- หากโครงการอนุมัติไม่เสร็จประสงค์วิจัยในสถานที่เก็บข้อมูลที่ยื่นขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้อง พิจารณาคณะกรรมการภายใน 3 วันทำการ
- หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมรับรองก่อนดำเนินการ
- โครงการวิจัย ไม่เกิน 1 ปี ต่อมาขอขงนขึ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และขอต่ออายุผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์วิจัยที่ขอต่ออายุผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

AF 04-07

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาคำชี้วัดผลสัมฤทธิ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม
ชื่อผู้วิจัย นางสาวชฎาวิคณ์ คุตตคุทธิพิพัฒน์ นิสิตศึกษาศูนย์พยาบาลศาสตร์
 บัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย แผนกผู้ป่วยในชั้น 7 คิงใต้ โรงพยาบาลปรังวณภูร์ 33 ต.จุมวิท แขวง
 คลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110
 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-667-2701
 โทรศัพท์มือถือ 081-427-7621
 E-mail: Hayee.ta@gmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วย คำอธิบายดังนี้

1. ท่านได้รับการเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วม ในการวิจัย
2. โครงการ วิจัยนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาคำชี้วัดผลสัมฤทธิ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาคำชี้วัดผลสัมฤทธิ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม
4. รายละเอียดของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคำชี้วัด และการประเมินคุณภาพการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมซึ่งได้รับการคัดเลือกตามคุณสมบัติของผู้มีประสบการณ์ในแต่ ละกลุ่ม โดยการศึกษาประวัติ และผลงานด้านต่างๆ ตลอดจนประสบการณ์ในการทำงาน จำนวน 20 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

4.1 ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน 4 คน

กำหนดคุณสมบัติ คือ มีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาโทขึ้นไป มีประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยต่างชาติ และทำงานในตำแหน่งผู้บริหาร ไม่น้อยกว่า 5 ปี และมีความยินดีให้ความ ร่วมมือในการวิจัย

4.2 ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมิน และควบคุมคุณภาพการพยาบาล 6 คน

กำหนดคุณสมบัติ คือ มีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาโทขึ้นไป มีประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยต่างชาติ รวมทั้งทำงานในตำแหน่งด้านประเมิน และควบคุมคุณภาพการพยาบาล ไม่น้อยกว่า 5 ปี และมีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัย



เลขที่โครงการวิจัย 154-1/SR
 วันที่รับรอง - 8 ต.ค. 2558
 วันหมดอายุ - 7 ต.ค. 2559

AF 04-07

4.3 ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 4 คน
กำหนดคุณสมบัติ คือ มีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาโทขึ้นไป มีประสบการณ์
ด้านการศึกษา วิจัยเกี่ยวกับพลวัตจากการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ไม่น้อยกว่า 5 ปี และมีความยินดี
ให้ความร่วมมือในการวิจัย


4.4 ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 6 คน
กำหนดคุณสมบัติ คือ มีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีประสบการณ์การทำงาน
ในการดูแลผู้ป่วยชาวต่างชาติในโรงพยาบาลเอกชน ไม่น้อยกว่า 5 ปี และมีความยินดีให้ความ
ร่วมมือในการวิจัย

5.การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบคณาจารย์ คำนึงการวิจัยโดย
ศึกษาและรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มีรายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้
รอบที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ด้วย
ตนเองหรือสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ตามความประสงค์ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ตามวัน เวลา สถานที่
ที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญกำหนด เกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม โดยสัมภาษณ์ร่วมกับการ
บันทึกเทป 1 ครั้ง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 30-45 นาที

รอบที่ 2 หลังจากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้าม
วัฒนธรรม ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านวิเคราะห์เนื้อหาและจัดทำเป็นแบบสอบถาม
ในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แล้วส่งกลับ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมพิจารณาประเมิน
ค่าแนวโน้มความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ในโรงพยาบาลเอกชน แต่
ละคำ และนำข้อคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็น หรือให้ข้อเสนอแนะ
เพิ่มเติมอย่างอิสระ

รอบที่ 3 นำแบบสอบถามที่ได้จากรอบที่ 2 มาสร้างแบบสอบถามฉบับใหม่ที่ใช้
ข้อความเดิม และปรับข้อความในแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน
ประมาณค่า 5 ระดับ โดยเพิ่มตำแหน่งของค่าสถิติ และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญท่านนั้นตอบ
ส่งกลับ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมเพื่อยืนยัน หรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ

ระยะเวลาที่ใช้ในการมีส่วนร่วมในการวิจัยประกอบด้วย ได้รับการสัมภาษณ์จากผู้วิจัย 1
ครั้ง ใช้เวลา 30-45 นาที และตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30-45 นาที โดยการตอบ
แบบสอบถามทั้ง 2 ครั้ง สำหรับผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ต่างจังหวัด ผู้วิจัยดำเนินการจัดส่งแบบสอบถาม
และขอรับแบบสอบถามคืนทางไปรษณีย์ ส่วนผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ในกรุงเทพและปริมณฑลผู้วิจัยจะ
จัดส่งเอกสารและติดต่อขอรับแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง และกำหนดระยะเวลาที่ผู้วิจัยจะติดต่อ
ขอรับแบบสอบถามคืนในแต่ละครั้งภายใน 2 สัปดาห์

 เลขที่โครงการวิจัย 154.1/38
วันที่รับรอง - 8 ต.ค. 2558
วันหมดอายุ - 7 ต.ค. 2559

AF 04-07

6. ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจมีความเสี่ยงด้านจิตใจ มีความไม่สะดวกที่ต้องเสียเวลา และใช้ความกลั
ให้ความเห็นในการสัมภาษณ์ และ/หรือ คอบแบบสอบถาม

7. การวิจัยครั้งนี้จะมีประโยชน์ต่อส่วนรวม และเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการ
สาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพการสาธารณสุขสำหรับผู้ปวยชาวต่างชาติ

8. ผู้เข้าร่วมในการวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการ
วิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ และไม่มีผลกระทบต่อนหน้าที่การงาน และ
ในทางใดๆต่อตัวท่าน

9. หากท่านมีข้อสงสัย ให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาว
ชฎารัตน์ คุรุศุทธิพิพัฒน์ ได้ตลอดเวลาทางหมายเลข โทรศัพท์ 081-427-7621

10. ข้อมูลทุกอย่างของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จะถือเป็นความลับและจะลบทำลายเทพหลัง
สิ้นสุดการวิจัย จะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัยในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์
ของการวิจัยเท่านั้น

11. การวิจัยครั้งนี้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับสมุดบันทึก และปกกาของจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัยเป็นของที่ระลึก เนื่องจากระยะเวลาในการให้สัมภาษณ์และคอบแบบสอบถามหลาย
ครั้ง

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ได้ที่ "สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ห้อง 210-211 อ.พญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร
10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202 E-mail: occc@chula.ac.th

เลขที่โครงการวิจัย 154.1/8
วันที่รับรอง - 8 ต.ค. 2558
วันหมดอายุ - 7 ต.ค. 2559



AF 05-07

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย(ผู้ทรงคุณวุฒิ)
(Informed Consent Form)

ที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าผู้วิจัยได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม
ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุภาวรัตน์ กฤษศษุทธิพัฒน์
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย แผนกผู้ป่วยในชั้น 7 ตึกได้ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล 33
สุขุมวิท แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110
โทรศัพท์ 02-667-2701 โทรศัพท์มือถือ 081-427-7621 E-mail: Hayee.tu@gmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดโครงการศึกษาวิจัยอย่างชัดเจน จากผู้วิจัยเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดและขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ คือ ได้รับการสัมภาษณ์จากผู้วิจัย 1 ครั้ง ใช้เวลา 30-45 นาที และ คอบนแบบสอบถาม 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30-45 นาที โดยข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอดและได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้ามีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้และข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในเวลาใดก็ได้ตามความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และจะทำลายหรือนำบันทึกการสัมภาษณ์ของข้าพเจ้าเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชั้นที่ 1 อาคารงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th



เลขที่โครงการวิจัย 154.1/57
- 8 พ.ศ. 2558
วันที่รับรอง - 7 พ.ศ. 2558
วันหมดอายุ

AF 05-07

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
 ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว
 ชุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วในข้างต้น

ลงชื่อ.....⁴ ผู้ศึกษาวิจัย..... ลงชื่อ.....
 (นางสาวชฎารัตน์ คุรุศุทธิพิพัฒน์) (.....)
 ผู้วิจัยหลัก ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



เลขที่โครงการวิจัย 154-1/58 ลงชื่อ.....
 วันที่รับรอง - 8. 8. 2558 (.....)
 วันหมดอายุ - 7. 8. 2559 พยาน

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 2
เรื่อง
ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

เรียน.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลรอบที่ 2

ดิฉัน นางสาวชฎารัตน์ ครุตศุทธิพิพัฒน์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อ เสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม โดยมี ผศ. ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา โดยใช้เทคนิคการวิจัยเดลฟาย ซึ่งประกอบด้วย การตอบแบบสอบถาม 3 รอบ ทั้งนี้ได้ดำเนินการรวบรวมความคิดเห็นจากท่านแล้วในรอบที่ 1 และในครั้งนี้เป็นการตอบแบบสอบถามสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ซึ่งเป็นการให้นำหนักคะแนน ความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมแต่ละด้าน

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ในการนี้ใคร่ขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามครบทุกข้อและขออน้อมรับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ทั้งนี้ได้โปรดแนบบแบบสอบถามนี้คืนภายใน 2 สัปดาห์ เพื่อประสิทธิภาพสูงสุดของการวิจัย

ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่านเป็นอย่างสูง

นางสาวชฎารัตน์ ครุตศุทธิพิพัฒน์

โทรศัพท์ 081-427-7621

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและบูรณาการแนวคิด ร่วมกับการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์และการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 18 คน ในรอบที่ 1 โดยข้อคำถามประกอบด้วย ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมทั้งหมด 5 ด้าน มีข้อรายการทั้งหมด 37 ข้อ ดังนี้

ด้านที่ 1 การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อบรรเทาความทุกข์ ทรมาน	5	ข้อ
ด้านที่ 2 การดูแลสุขภาพตามวิถี ความเชื่อ สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล	11	ข้อ
ด้านที่ 3 ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	12	ข้อ
ด้านที่ 4 ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม	2	ข้อ
ด้านที่ 5 การสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ	7	ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อรวบรวมความคิดเห็นใน 2 ประเด็น ดังนี้

1. ตัวชี้วัดในแต่ละข้อ ท่านมีความเห็นว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมมีระดับความสำคัญมากน้อยเพียงใด จากมีความสำคัญมากที่สุดถึงมีความสำคัญน้อยที่สุด (5-1) เมื่อท่านได้พิจารณาแล้ว โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องของข้อความ ตามความเห็นของท่าน หากท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โปรดให้ข้อเสนอแนะด้านขวามือของแบบสอบถาม ทั้งนี้โปรดใช้เกณฑ์การพิจารณาข้อความแต่ละข้อ ดังนี้

- | | |
|-----------|--|
| 5 หมายถึง | ท่านเห็นด้วยว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับมากที่สุด |
| 4 หมายถึง | ท่านเห็นด้วยว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับมาก |
| 3 หมายถึง | ท่านเห็นด้วยว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับปานกลาง |
| 2 หมายถึง | ท่านเห็นด้วยว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับน้อย |
| 1 หมายถึง | ท่านเห็นด้วยว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับน้อยที่สุด |

2. ในแต่ละตัวชี้วัดควรมีการเพิ่มเติม หรือตัดข้อความใดออกบ้าง หากท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โปรดให้ข้อเสนอแนะในส่วนท้ายของแต่ละตัวชี้วัด

แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 2

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	ระดับความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
ด้าน	การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อบรรเทา						
ที่ 1	ความทุกข์ ทรมาน (5 ข้อ)						
1.1	ระดับความปวด (Pain score) ลดลง และ หรือระดับความสบาย (Comfort scale) เพิ่มขึ้น						
1.2	ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวต่อสภาพ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย						
1.3						
...						
ด้าน	การดูแลสุขภาพตามวิถี ความเชื่อ						
ที่ 2	สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล						
	(11 ข้อ)						
2.1	ระดับความสามารถของครอบครัวในการดูแล ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตามวิถีความเชื่อ และ แผนการรักษา						
2.2	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ ครอบครัวในการให้ความร่วมมือในการ พยาบาล						
2.3						
...						
ด้าน	ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้าม						
ที่ 3	วัฒนธรรม (12 ข้อ)						
3.1	ระดับความพึงพอใจในการพิทักษ์สิทธิ์						
3.2	ระดับความพึงพอใจต่อการมีอิสระในการ						

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	ระดับความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
	แสดงออกทางศาสนา ความเชื่อ						
3.3						
....						
ด้าน	ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทาง						
ที่ 4	วัฒนธรรม (2 ข้อ)						
4.1	การระบุตัวผู้ป่วยต่างชาติถูกต้อง						
4.2	ไม่เกิดความผิดพลาดในการบริหารยา						
ด้าน	การสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เรื่องความรู้						
ที่ 5	ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ (7 ข้อ)						
5.1	ระดับความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค และแผนการรักษาของครอบครัวผู้ป่วย						
5.2	ระดับความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองก่อน-หลังทำหัตถการ/การผ่าตัด						
5.3						
....						

แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3
เรื่อง
ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

เรียน.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลรอบที่ 3

ดิฉัน นางสาวชฎารัตน์ ครุฑศุทธิพิพัฒน์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่องการศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ซึ่งมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิชเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา โดยใช้เทคนิคการวิจัยเดลฟาย อันประกอบด้วยการตอบแบบสอบถาม 3 รอบ ทั้งนี้ได้ดำเนินการรวบรวมความคิดเห็นจากท่านแล้วในรอบที่ 1 และรอบที่ 2 ในครั้งนี้เป็นการตอบแบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ซึ่งเป็นรอบสุดท้ายสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงภาพรวมของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ผ่านมา และให้ท่านได้ทบทวนคำตอบอีกครั้ง เพื่อพิจารณาเปลี่ยนแปลงหรือยืนยันคำตอบเดิมของท่าน โดยผู้วิจัยได้แสดงความสอดคล้องแต่ละข้อรายการที่ได้จากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ของผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ด้วยการระบุค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ที่คำนวณได้ ประกอบกับการแสดงตำแหน่งคำตอบของท่านในรอบที่ผ่านมา ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ในการนี้ใคร่ขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามครบทุกข้อและขออน้อมรับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ทั้งนี้ได้โปรดแนบบแบบสอบถามนี้คืนภายใน 2 สัปดาห์ เพื่อประสิทธิภาพสูงสุดของการวิจัย

ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่านเป็นอย่างสูง

นางสาวชฎารัตน์ ครุฑศุทธิพิพัฒน์

โทรศัพท์ 081-427-7621

คำชี้แจง

1. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 มีจุดมุ่งหมายหลัก 2 ประการ ดังนี้

ประการที่ 1 เพื่อให้ท่านผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเพิ่มเติมจากแบบสอบถามรอบที่ 2 ซึ่งรวบรวมได้จากข้อเสนอแนะของท่านผู้เชี่ยวชาญ

ประการที่ 2 เพื่อให้ท่านผู้เชี่ยวชาญได้นำคำตอบที่ได้ให้ความคิดเห็นไว้ในแบบสอบถามรอบที่ 2 มาพิจารณาอีกครั้งว่า ท่านยังคงมีความเห็นเช่นเดิม หรือเปลี่ยนแปลงความคิดเห็น

2. เมื่อท่านได้พิจารณาแล้ว ขอความกรุณาให้ท่านโปรดกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

โดยความหมายของระดับความคิดเห็นจะกำหนดเป็น 5, 4, 3, 2, 1 มีความหมาย ดังนี้

- 5 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าตัวชี้วัดนั้นเป็นตัวชี้วัดมีความจำเป็นมากที่สุด
- 4 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าตัวชี้วัดนั้นเป็นตัวชี้วัดมีความจำเป็นมาก
- 3 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าตัวชี้วัดนั้นเป็นตัวชี้วัดมีความจำเป็นปานกลาง
- 2 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าตัวชี้วัดนั้นเป็นตัวชี้วัดมีความจำเป็นน้อย
- 1 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าตัวชี้วัดนั้นเป็นตัวชี้วัดมีความจำเป็นน้อยที่สุด

3. เพื่อความสมบูรณ์ของผลการวิจัย ผู้วิจัยขอความกรุณาโปรดตอบให้ครบทุกข้อ และในกรณีที่ความคิดเห็นของท่านในรอบนี้ อยู่นอกเขตค่าพิสัยความถี่ ซึ่งหมายความว่าความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวนทั้งสิ้น 18 ท่าน ผู้วิจัยใคร่ขอรับทราบเหตุผลของท่านด้วย เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในงานวิจัยต่อไป เพิ่มเติม

คำชี้แจงค่าที่นำเสนอในแบบสอบถาม

ค่าที่นำเสนอในแบบสอบถามฉบับนี้ได้มาจากการนำข้อมูลจากแบบสอบถามรอบที่ 2 มาวิเคราะห์ ซึ่งประกอบด้วย

1. ค่าที่เป็นคำตอบของท่านในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ใช้สัญลักษณ์ \diamond
2. ค่ามัธยฐาน (Median) ซึ่งเป็นความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 18 ท่าน ใช้สัญลักษณ์ Δ ค่ามัธยฐานแต่ละระดับ หมายความว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าตัวชี้วัดนั้นเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ในระดับมากน้อยเพียงใด ดังนี้

ค่ามัธยฐาน 4.50-5.00 = ระดับความสำคัญมากที่สุด

ค่ามัธยฐาน 3.50-4.49 = ระดับความสำคัญมาก

ค่ามัธยฐาน 2.50-3.49 = ระดับความสำคัญปานกลาง

ค่ามัธยฐาน 1.50-2.49 = ระดับความสำคัญน้อย

ค่ามัธยฐาน 1.00-1.49 = ระดับความสำคัญน้อยที่สุด

3. ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Q3-Q1) ซึ่งเป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 18 ท่าน ใช้สัญลักษณ์ \longleftrightarrow

การแปลค่า Q3-Q1

ค่า Q3-Q1 น้อยกว่า หรือเท่ากับ 1.50 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 18 ท่าน มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน

ค่า Q3-Q1 มากกว่า หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 18 ท่าน มีความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกัน

การแปลความหมายของคำตอบที่อยู่ในขอบเขต และนอกขอบเขตค่า Q3-Q1

ในกรณีที่เป็นการตอบของท่านที่อยู่ในขอบเขต \longleftrightarrow หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 18 ท่าน

ในกรณีที่เป็นการตอบของท่านที่อยู่นอกขอบเขต \longleftrightarrow หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 18 ท่าน

ตัวอย่าง

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	ระดับความคิดเห็น					Md	IR
		5	4	3	2	1		
ด้าน ที่ 1	การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อบรรเทา ความทุกข์ ทรมาน (5 ข้อ)							
1.1	ระดับความปวด (Pain score) ลดลง และหรือ ระดับความสบายเพิ่มขึ้น (Comfort scale) เหตุผล.....	Δ		◇			4.83	0.60
		←→		√				
1.2	ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวต่อสภาพ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เหตุผล.....	Δ	√		◇		4.68	1.01
		←→						

การแปลความหมายข้อ 1 ค่ามัธยฐาน = 4.83 และค่า $Q3-Q1 = 0.60$ หมายความว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า “ระดับความปวด (Pain score) ลดลง และหรือระดับความสบายเพิ่มขึ้น (Comfort scale)” เป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญในระดับมากที่สุด และมีความสอดคล้องกันด้วยและคำตอบของท่านในรอบที่ 2 ท่านได้ให้ความคิดเห็นเท่ากับ 3 (เครื่องหมาย ◇) ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่นอกขอบเขตค่า $Q3-Q1$ และภายหลังจากที่ท่านทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ ท่านไม่เปลี่ยนแปลงคำตอบ ยังคงระดับความคิดเห็นเดิม คือ 3 (เครื่องหมาย √) ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่นอกขอบเขตค่า $Q3-Q1$ **ในกรณีนี้ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านโปรดให้เหตุผลประกอบด้วย**

การแปลความหมายข้อ 2 ค่ามัธยฐาน = 4.68 และค่า $Q3-Q1 = 1.01$ หมายความว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า “ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวต่อสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย” เป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญในระดับมากที่สุด และมีความสอดคล้องกันด้วย และคำตอบของท่านในรอบที่ 2 ท่านได้ให้ความคิดเห็นเท่ากับ 2 (เครื่องหมาย ◇) ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่นอกขอบเขตค่า $Q3-Q1$ และภายหลังจากที่ท่านทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ ท่านได้เปลี่ยนแปลงคำตอบเป็นระดับความคิดเห็นเท่ากับ 4 (เครื่องหมาย √) ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่ในขอบเขตค่า $Q3-Q1$ ในกรณีนี้ท่านไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลประกอบ เนื่องจากผลสรุปคำตอบของท่านในรอบนี้มีความสอดคล้องกับผู้เชี่ยวชาญทั้ง 18 ท่าน

แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 3

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	ระดับความคิดเห็น					Md	IR
		5	4	3	2	1		
ด้าน	การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อบรรเทา							
ที่ 1	ความทุกข์ ทรมาน (5 ข้อ)							
1.1	ระดับความปวด (Pain score) และหรือระดับ ความไม่สุขสบายลดลง (Comfort scale) เหตุผล.....	Δ		◇			4.83	0.60
		←→						
1.2	ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวต่อสภาพ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เหตุผล.....	Δ	◇				4.68	1.01
		←→						
1.3							
....							
ด้าน	การดูแลสุขภาพตามวิถี ความเชื่อ สอดคล้อง							
ที่ 2	กับแผนการรักษาพยาบาล (11 ข้อ)							
2.1	ระดับความสามารถของครอบครัวในการดูแล ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตามวิถีความเชื่อ และ แผนการรักษา เหตุผล.....	Δ	◇				4.87	0.64
		←→						
2.2	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัว ในการให้ความร่วมมือในการพยาบาล เหตุผล.....	Δ					4.84	0.64
		◇						
		←→						
2.3							
....							
ด้าน	ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลข้าม							
ที่ 3	วัฒนธรรม (11 ข้อ)							
3.1	ระดับความพึงพอใจในการพิทักษ์สิทธิ์ เหตุผล.....	Δ	◇				4.94	0.56
		←→						
3.2	ระดับความพึงพอใจต่อการมีอิสระในการ	Δ		◇			4.90	0.60
		←→						

ข้อ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	ระดับความคิดเห็น					Md	IR
		5	4	3	2	1		
	แสดงออกทางศาสนา ความเชื่อเหตุผล							
3.3							
....							
ด้าน	ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความต่างทาง							
ที่ 4	วัฒนธรรม (2 ข้อ)							
4.1	การระบุตัวผู้ป่วยต่างชาติถูกต้อง (Patient Identification) เหตุผล.....	Δ ◇ ↔					4.97	0.93
4.2	ไม่เกิดความผิดพลาดในการบริหารยา (Administration medication error) เหตุผล.....	Δ ◇ ↔	◇				4.79	0.77
ด้าน	การสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เรื่องความรู้ความ							
ที่ 5	เข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ (7 ข้อ)							
5.1	ระดับความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค และแผนการรักษาของครอบครัวผู้ป่วย เหตุผล.....	Δ ◇ ↔					4.90	0.60
5.2	ระดับความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ก่อน-หลังทำหัตถการ/การผ่าตัด เหตุผล.....	Δ ◇ ↔	◇				4.86	0.43
5.3							
...							

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว ชฎารัตน์ ครุตศุทธิพิพัฒน์ เกิดเมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม 2528 ที่จังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในปี พ.ศ. 2549 ปัจจุบันปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 3 ที่หอผู้ป่วยแผนกทางเดินอาหารและตับ (Ward 7A) โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

