

THE EFFECT OF CASE-  
BASED CULTURAL COMPETENT NURSE CARE INTERVENTION FOR PROM  
OTING CULTURAL COMPETENCY AMONG NURSES AT PRIVATE HOSPITA  
L IN BANGKOK

Miss Pimkhwan Bunjitpimol



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.

A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Doctor of Philosophy Program in Public Health  
College of Public Health Sciences  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2015  
Copyright of Chulalongkorn University

ผลของโปรแกรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมโดยใช้กรณีศึกษาต่อพยาบาลในโรงพยาบาล  
เอกชนในกรุงเทพมหานคร



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารณสุขศาสตรุษฎีบัณฑิต  
สาขาวิชาสาขารณสุขศาสตร์  
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาขารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2558  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Thesis Title THE EFFECT OF CASE-BASED CULTURAL COMPETENT NURSE  
CARE INTERVENTION FOR PROMOTING CULTURAL  
COMPETENCY AMONG NURSES AT PRIVATE HOSPITAL IN  
BANGKOK

By Miss Pimkhwan Bunjitpimol

Field of Study Public Health

Thesis Advisor Associate Professor Dr. Ratana Somrongthong

---

Accepted by the College of Public Health Sciences, Chulalongkorn University in Partial Fulfillment of the  
Requirements for the Doctoral Degree

..... Dean of the College of Public Health Sciences  
(Assistant Professor Dr. Sathirakorn Pongpanich, Ph.D.)

THESIS COMMITTEE

..... Chairman  
(Professor Surasak Taneepanichskul, M.D.)

..... Thesis Advisor  
(Associate Professor Dr. Ratana Somrongthong)

..... Examiner  
(Karl j. Neeser, Ph.D.)

..... Examiner  
(Associate Professor Sathirakorn Pongpanich, Ph.D.)

..... External Examiner  
(Professor Dr. Teera Ramasoota)

..... External Examiner  
(M.S.N. R.N. Hatairat Kaoaiem, Ph.D.)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

พิมพ์ขวัญ บุญจิตต์พิมล : ผลของ โปรแกรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมโดยใช้กรณีศึกษาต่อพยาบาล ในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร (THE EFFECT OF CASE-BASED CULTURAL COMPETENT NURSE CARE INTERVENTION FOR PROMOTING CULTURAL COMPETENCY AMONG NURSES AT PRIVATE HOSPITAL IN BANGKOK) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. รัตนา ลำโรงทอง, 159 หน้า.

ความสามารถทางวัฒนธรรมเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งในวงการการแพทย์และพยาบาลในปัจจุบัน โดย ความเชื่อทางวัฒนธรรมมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญในการเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพของการดูแล ผู้ป่วย

วัตถุประสงค์หลักของการศึกษาที่ทดลองมีเพื่อประเมินความสามารถทางวัฒนธรรมในการพยาบาลและการศึกษาผลของการแทรกแซงแบบใช้กรณีศึกษา (การฝึกอบรมทุกๆสัปดาห์ 12 ครั้งและคอร์สกระตุ้นพัฒนาการทุกๆเดือน 2 ครั้ง) พยาบาลจากโรงพยาบาลเอกชนขนาดกลางในกรุงเทพฯ 2 โรงพยาบาลที่มีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง เชื้อชาติเกี่ยวกับการรักษาและมีความคล้ายคลึงกันในด้านอื่น ๆ จะถูกทดสอบวัดความสามารถทางวัฒนธรรมใน 3 ประเภท: 1) ความรู้ทางวัฒนธรรม, 2) ทักษะคิดต่อวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน และ 3) การปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกโดยใช้การสุ่มแบบสัดส่วน (SRS) โดยมีกรคัดเลือกประชากรพยาบาลเพื่อ ทำการศึกษาทั้งหมด 166 คน (โดยแบ่งเป็นพยาบาล 83 คนจากแต่ละกลุ่ม): โรงพยาบาลมงกุฎวัฒนะเป็นกลุ่มควบคุม และโรงพยาบาลนวมินทร์ 9 เป็นกลุ่มแทรกแซง การศึกษานี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีการ ลงคะแนนด้วยตัวเองและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS 16.0 โดยมีการใช้สถิติเชิงพรรณนาชนิดต่างๆ และมีการ ใช้เครื่องมือทางสถิติ เช่น t-test, Chi-square test และ repeated measures analyses (ANOVA และ ANCOVA)การ วิเคราะห์เบื้องต้นแสดงให้เห็นว่าระดับความสามารถทางวัฒนธรรมโดยรวมของพยาบาลถูกจัดอยู่ในเกณฑ์ต่ำถึงปานกลาง (75.9 % ของจำนวนพยาบาลทั้งหมดมีคะแนนด้านความรู้ทางวัฒนธรรมในเกณฑ์ต่ำในขณะที่ 63.3% และ 71.7% ของ จำนวนพยาบาลทั้งหมดมีคะแนนด้านทัศนคติต่อวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน และการปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยในเกณฑ์ที่ระดับปานกลางตามลำดับ)นอกจากนี้เพียงแค่การฝึกอบรม 12 สัปดาห์ส่งผลให้ความรู้ทางวัฒนธรรมมี พัฒนาการที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $P < 0.01$ ) แต่กลับพบว่าความรู้ทางวัฒนธรรมลดลงหลังการฝึกอบรมได้จบลง ถึงแม้ว่า จะยังมีการกระตุ้นพัฒนาการทุกๆเดือนจำนวน 2 ครั้งก็ตาม ( $P > 0.05$  เมื่อเทียบกับระดับก่อนการทดสอบ) โดยระดับ ทัศนคติต่อวัฒนธรรมที่หลากหลายไม่ได้รับผลกระทบจากการแทรกแซงโดยสิ้นเชิง เช่นกันกับทัศนคติต่อวัฒนธรรมที่ หลากหลาย ระดับความสามารถการปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยไม่มีพัฒนาการใดๆหลังจากผ่านการ แทรกแซงเช่นกัน (การฝึกอบรมทุกๆสัปดาห์ 12 ครั้งและคอร์สกระตุ้นพัฒนาการทุกๆเดือน 2 ครั้ง)การศึกษาครั้งนี้ได้ข้อ สรุปว่าความสามารถการปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่คืบหน้าจะต้องถูกผลักดันโดยการมีความมั่นใจที่ดี และทัศนคติเชิงบวก ในขณะที่ปัจจัยประสบการณ์, ระดับความรู้และตัวแปรอื่น ๆ มีผลเพียงเล็กน้อยต่อคุณภาพของ ความสามารถการปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้ยังพบว่า การแทรกแซงดังกล่าวมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อพัฒนาการด้านความรู้เกี่ยวกับ วัฒนธรรม อย่างไรก็ตามการศึกษาในระยะยาวอาจจะต้องมีเพื่อสามารถศึกษาผลกระทบระยะยาวของการแทรกแซงต่อ ความสามารถทางวัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อทัศนคติต่อวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน และการปฏิบัติทาง วัฒนธรรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

# # 5579168853 : MAJOR PUBLIC HEALTH

KEYWORDS: CULTURAL COMPETENCY / CROSS CULTURAL COMPETENCE / KNOWLEDGE / ATTITUDE / NURSING PRACTICE / PRIVATE HOSPITAL / CROSS-CULTURAL NURSING / PRIVATE NURSING / NURSE / CULTURAL TRAINING

PIMKHWAN BUNJITPIMOL: THE EFFECT OF CASE-BASED CULTURAL COMPETENT NURSE CARE INTERVENTION FOR PROMOTING CULTURAL COMPETENCY AMONG NURSES AT PRIVATE HOSPITAL IN BANGKOK. ADVISOR: ASSOC. PROF. DR. RATANA SOMRONGTHONG, 159 pp.

Cultural competency is particularly important in healthcare industry nowadays, where cultural beliefs have a significant impact on care access, treatment choices, effectiveness of nursing care, and other aspects of patient care.

The main purpose of this quasi-experimental study was to evaluate the multi-cultural competency in nurses and to investigate the effect of the care case-based intervention package (12-weekly training and 2-monthly boosters) on the multi-cultural competency in nurses from two medium-size private hospitals in Bangkok, Thailand with similarity in therapeutic specialties and other characteristics in three categories: multi-cultural knowledge, attitude towards different cultures and cultural practice in nurses. The samples were selected using proportional simple random sampling (SRS) method. The sample included 166 nurses (83 nurses from each hospital): Mongkutwattana hospital as control group and Navamin 9 hospital as intervention group. The data was collected using a validated, piloted and reliable self-administered questionnaire and analyzed in SPSS 16.0 using descriptive statistics, regression, t-test, Chi-square and repeated measures using ANOVA and ANCOVA analyses.

The analysis showed that the overall level of cultural competency of nurses was classified as low to moderate (75.9% of all nurses scored low multi-cultural knowledge competency while 63.3% and 71.7% of all nurses scored moderate attitude towards different cultures and cultural practice respectively).

Further, the 12-weekly training alone resulted in a significantly improved multi-cultural knowledge competency level ( $P < 0.01$ ). However, the knowledge competency level had been found to drop after the training had stopped even 2-monthly boosters were given ( $P > 0.05$  as compared to pre-test level). The attitude competency and the nursing practice competency levels were not affected by the intervention package at all ( $P > 0.05$ ).

The study has concluded that the good quality of cultural practice was primarily driven by the positive confidence and attitude while the experience factors, level of knowledge and other background marginally affected the quality of cultural practice. Also, the intervention has been found to have significant impact on the improvement of multi-cultural knowledge competency. However, longer-term study may be required in order to effectively study the effect of the intervention on the cultural competency in nurses in a longer-term, especially, on the attitude and nursing practice competency.



## CONTENTS

	Page
THAI ABSTRACT .....	iv
ENGLISH ABSTRACT.....	v
ACKNOWLEDGEMENTS .....	vi
CONTENTS.....	vii
ABSTRACT (THAI) .....	2
ABSTRACT (ENGLISH).....	4
ACKNOWLEDGEMENTS .....	vi
CONTENTS.....	vii
LIST OF TABLES .....	viii
LIST OF FIGURES .....	x
LIST OF ABBREVIATIONS.....	xi
CHAPTER 1 .....	1
INTRODUCTION .....	1
CHAPTER 1 .....	1
1.1 Background and rationale .....	1
1.1.1 Nurse Competency .....	3
1.1.2 Cultural competency.....	3
1.2 Selecting research area .....	4
1.3 Research gap .....	5
1.4 Rationale of study .....	5
1.5 Research questions.....	5
1.6 Objectives .....	5
1.7 Significance of study .....	6
1.8 Hypothesis .....	6
1.9 Operational definitions .....	7
1.10 Conceptual framework.....	8
CHAPTER 2 .....	10
LITERATURE REVIEW .....	10

	Page
CHAPTER 2 .....	10
2.1 Nurse basic competency .....	10
2.2 Roles and functions of nurse in hospital .....	15
2.2.1 Nursing care method .....	17
2.2.2 Solving-problem process .....	17
2.3 The core responsibilities .....	17
2.4 The core duty .....	18
2.4.1 Assessment .....	18
2.4.2 Symptom Distress Management .....	18
2.4.3 Provision for Patient Safety .....	19
2.4.4 Prevention of complication .....	19
2.4.5 Continuous care .....	19
2.4.6 Supporting self- healthcare symptom .....	19
2.4.7 Enhancement of patient satisfaction .....	19
2.5 The cultural competency of nursing care .....	19
2.6 Clinical cultural competency .....	24
2.7 Cultural competency evaluation .....	25
2.8 Nursing Quality of care .....	28
2.9 Patient Safety .....	29
2.10 Nursing Improving Quality through Patient Safety .....	30
2.11 Hospital .....	30
2.12 Knowledge and attitude of cultural competency of nursing .....	31
2.13 Related study on cultural competency of nurse .....	32
2.13.1 Why cultural competency development programme is required .....	35
2.13.2 Case-based cultural competency development programme .....	36
2.14 Situations in Thailand .....	37
CHAPTER 3 .....	38
RESEARCH METHOD .....	38
CHAPTER 3 .....	38



	Page
3.1 Research design .....	38
3.2 Study area .....	38
3.3 Study population .....	39
3.4 Sampling technique .....	39
3.4.1 Inclusion criteria .....	40
3.4.2 Exclusion criteria .....	40
3.5 Sample size .....	40
3.6 Intervention method .....	41
3.6.1 Cultural competency .....	41
3.6.2 Schedule of intervention .....	41
3.6.3 Cultural competent training programme .....	42
3.7 Measurement tools .....	44
3.7.1 Cultural knowledge competency .....	44
3.7.2 Cultural attitude competency .....	45
3.7.3 Cultural competency in nursing practice .....	45
3.8 Reliability and validity of the study .....	45
3.8.1 Validity .....	45
3.8.1.1 Content validity .....	45
3.8.2 Reliability .....	46
3.8.2.1 Pilot test .....	46
3.8.2.2 Internal reliability .....	46
3.9 Data collection .....	46
3.10 Data Analysis .....	47
3.11 Ethical consideration .....	47
CHAPTER 4 .....	49
RESULTS .....	49
CHAPTER 4 .....	49
4.1 Number of nurses from control and intervention groups .....	49
4.2 Demographic characteristics and work-related factors .....	49

	Page
4.3 Comparison of cultural competency between groups.....	52
4.3.1 Cultural knowledge competency between groups.....	52
4.3.1.1 Pre-test cultural knowledge competency between groups.....	52
4.3.1.1 Post-test cultural knowledge competency between groups .....	53
4.3.1.1 Pre-test sub-cultural knowledge competency between groups.....	54
4.3.1.1 Post-test sub-cultural knowledge competency between groups ...	55
4.3.2 Cultural attitude competency between groups .....	56
4.3.2.1 Pre-test cultural attitude competency between groups .....	56
4.3.2.2 Post-test cultural attitude competency between groups.....	56
4.3.3 Cultural nursing practice competency between groups.....	58
4.3.3.1 Pre-test cultural nursing practice competency between groups ...	58
4.3.3.2 Post-test cultural nursing practice competency between groups ..	58
4.4 Effect of intervention on cultural competency within intervention group .....	59
4.4.1 Cultural knowledge competency .....	59
4.4.1.1 Sub-cultural knowledge competency .....	60
4.4.2 Cultural attitude competency.....	61
4.4.3 Cultural nursing practice competency .....	62
CHAPTER 5 .....	63
DISCUSSION AND RECOMMENDATION.....	63
CHAPTER 5 .....	63
5.1 Introduction.....	63
5.2 The discussion of the findings .....	63
5.2.1 Sample size.....	63
5.2.2 Demographic characteristics of participants .....	64
5.2.3 Cultural knowledge competency, cultural attitude competency and cultural competency in nursing practice at pre-test.....	64
5.2.4 Effect of the cultural intervention package on knowledge, attitude and nursing practice competency .....	64
5.3 Conclusion .....	66

	Page
5.4 Limitations of study .....	67
5.5 Recommendations.....	67
REFERENCES .....	70
APPENDICES .....	77
Appendix I: Details of Training Package .....	77
Appendix II: Questionnaire .....	99
Appendix III: Ethical approval of the questionnaire .....	109
Appendix IV: Descriptive Results of the Cultural Knowledge, Attitude and Practice Competency .....	132
Appendix V: Participant Information Sheet .....	149
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	149
เกณฑ์การคัดเลือก และเกณฑ์การคัดออกของประชากรในการวิจัย.....	150
ประชากรกลุ่มตัวอย่าง/กลุ่มทดลองในการศึกษาวิจัย .....	150
ผู้วิจัยและคณะผู้วิจัย.....	150
ขั้นตอนการวิจัยสำหรับประชากรกลุ่มทดลอง .....	150
เครื่องมือในการทำการวัดระดับ .....	151
ค่าชดเชยและสิทธิประโยชน์ .....	151
ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น.....	152
การเก็บรักษาข้อมูล.....	152
การชี้แจงรายละเอียดก่อนการเข้าร่วมโครงการ .....	152
ความเสี่ยงในการเข้าร่วมโครงการ .....	152
ความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ .....	152
เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่ .....	153
Appendix VI: Consent Form for Participants .....	154
REFERENCES .....	157
VITA.....	159

**THE EFFECT OF CASE-BASED CULTURAL COMPETENT NURSE CARE INTERVENTION FOR  
PROMOTING CULTURE COMPETENCY AMONG NURSES AT PRIVATE HOSPITAL IN BANGKOK**

Miss Pimkhwan Bunjitpimol



A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Doctor of Philosophy Program in Public Health

College of Public Health Sciences

Chulalongkorn University

Academic year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

## ABSTRACT (THAI)

สมรรถนะเชิงวัฒนธรรมเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งโดยเฉพาะในธุรกิจการดูแลสุขภาพ โดยความเชื่อทางวัฒนธรรมมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อประสิทธิภาพของการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยและประสิทธิภาพด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ

การศึกษากึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและการศึกษาผลของการแทรกแซงแบบใช้กรณีศึกษา (การฝึกอบรมทุกๆสัปดาห์ รวม 12 ครั้งและคอร์สกระตุ้นพัฒนาการทุกๆเดือน รวม 2 ครั้ง) โดยทำการศึกษากลุ่มพยาบาลจากโรงพยาบาลเอกชนขนาดกลางในกรุงเทพฯ 2 แห่งที่มีความคล้ายคลึงกันทั้งด้านขนาดโรงพยาบาล, กลุ่มผู้ป่วย, ความเชี่ยวชาญในการรักษาและความคล้ายคลึงกันในลักษณะอื่น ๆ การวัดสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมแบ่งเป็น 3 ด้าน: 1) ความรู้ของสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม, 2) ทักษะคติต่อวัฒนธรรม และ 3) การปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย โดยกลุ่มพยาบาลจะถูกคัดเลือกโดยใช้การสุ่มแบบสัดส่วน ในแต่ละโรงพยาบาลตามแต่ละแผนก และมีการคัดเลือกแบบสุ่ม จากพยาบาลภายในแต่ละแผนก ซึ่งประชากรพยาบาลที่ได้รับการคัดเลือกมีจำนวนทั้งสิ้น 166 คน (โดยแบ่งเป็นพยาบาล 83 คนจากแต่ละกลุ่ม): โรงพยาบาล B เป็นกลุ่มควบคุมและโรงพยาบาล A เป็นกลุ่มแทรกแซง การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS 16.0 ใช้สถิติเชิงพรรณนาชนิดต่างๆ เช่น ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปอร์เซ็นต์ รวมทั้ง t-test, Chi-square test และ repeated measures analyses (ANCOVA)

การวิเคราะห์เบื้องต้นแสดงให้เห็นว่าระดับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมโดยรวมของพยาบาลถูกจัดอยู่ในเกณฑ์ต่ำถึงปานกลาง (75.9 % ของจำนวนพยาบาลทั้งหมดมีคะแนนด้านความรู้ของสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมในเกณฑ์ต่ำในขณะที่ 63.3% และ 71.7% ของจำนวนพยาบาลทั้งหมดมีคะแนนด้านทัศนคติต่อวัฒนธรรมระดับปานกลาง และการปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในเกณฑ์ที่ระดับปานกลางตามลำดับ) โดยคะแนนด้านความรู้ของสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมและ

ด้านทัศนคติต่อวัฒนธรรมของพยาบาลจากสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญ แต่กลับพบว่าคะแนนการปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยนั้นไม่ต่างกัน

ผลของการแทรกแซงแบบใช้กรณีศึกษา (โดยประกอบด้วยการอบรมทุกๆสัปดาห์ รวม 12 สัปดาห์ และการกระตุ้นพัฒนาการทุกๆเดือนอีกจำนวน 2 ครั้ง) พบว่าระดับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมไม่ได้รับผลกระทบแต่อย่างใด ขณะที่การอบรมทุกๆสัปดาห์ รวม 12 สัปดาห์เพียงอย่างเดียวส่งผลให้ความรู้ของสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) แต่กลับพบว่าความรู้ของสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมลดลงหลังการฝึกอบรมได้สิ้นสุดลง ถึงแม้ว่าจะยังมีการกระตุ้นพัฒนาการทุกๆเดือนอีกจำนวน 2 ครั้งก็ตาม ( $P > 0.05$  เมื่อเทียบกับระดับก่อนการทดสอบ) โดยระดับทัศนคติต่อวัฒนธรรมที่หลากหลายไม่ได้รับผลกระทบจากการแทรกแซงโดยสิ้นเชิง ระดับความสามารถการปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยไม่มีพัฒนาการใดๆหลังจากผ่านการแทรกแซงเช่นกัน

การศึกษาผลกระทบของการแทรกแซงแบบใช้กรณีศึกษาต่อสมรรถนะทางวัฒนธรรมนั้น จำเป็นต้องมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อสามารถศึกษาผลกระทบระยะยาวของการแทรกแซงต่อสมรรถนะทางวัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อทัศนคติต่อวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน และการปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

## **ABSTRACT (ENGLISH)**

Cultural competency is particularly important in healthcare industry nowadays, where cultural beliefs have a significant impact on care access, treatment choices, effectiveness of nursing care, and other aspects of patient care.

The main purpose of this quasi-experimental study was to 1) evaluate the cultural competency in nurses and examine the difference of the knowledge, attitude and nursing practice of the cultural competent nurse care between the nurses from intervention group and control group (two medium-size private hospitals in Bangkok, Thailand with similarity in therapeutic specialties and other characteristics) and 2) examine the effect of case-based cultural competent nurse care intervention package on knowledge, attitude and nursing practice of nurse about cultural competent nurse care within the samples from intervention group before and after intervention (12-weekly training and 2-monthly boosters)

The samples were selected using proportional simple random sampling (SRS) method. The sample included 166 nurses (83 nurses from each hospital): Hospital B as control group and Hospital A as intervention group. The data was collected using a validated, piloted and reliable self-administered questionnaire and analyzed in SPSS 16.0 using descriptive statistics (mean standard deviation, frequency and percentage) and influential statistics (t-test, Chi-square and repeated measures using ANCOVA analyses).

The analysis showed that the overall level of cultural competency of nurses was classified as low to moderate (75.9% of all nurses scored low cultural knowledge competency while 63.3% and 71.7% of all nurses scored moderate attitude towards different cultures and cultural practice respectively). The study found that the cultural knowledge competency and cultural attitude competency in nurses from the two groups were significantly different while cultural competency in nursing practice was insignificantly different.

Further, the 12-weekly training alone resulted in a significantly improved cultural knowledge competency level ( $P < 0.01$ ). However, the knowledge competency level had been found to drop after the training had stopped even 2-monthly boosters were given ( $P > 0.05$  as compared to pre-test level). The attitude competency and the nursing practice competency levels were not affected by the intervention package at all ( $P > 0.05$ ).

The intervention has been found to have significant impact on the improvement of cultural knowledge competency. However, longer-term may be required in order to effectively study the effect of the intervention on the cultural competency in nurses in a longer-term, especially, on the attitude and nursing practice competency.

## ACKNOWLEDGEMENTS

I would like to express my gratitude to Chulalongkorn University and the College of Public Health Sciences as well as all the staffs for all the support in enabling me to complete this doctoral dissertation. I also thank Hospital A, Hospital B and Hospital C for giving me the opportunity to conduct a research survey and conduct an intervention package.

I would like to express my sincere gratitude and appreciation to my supervisor, Assoc. Prof. Ratana Somrongthong for her invaluable guidance, suggestions, assistance, patience and encouragement throughout the present research work. I would also like to thank Dr. Karl J. Neeser, Ms. Aree Sanee, Ms. Jetnapis Rayubkul<sup>2</sup> and Dr. Mana Techapaitoon for their support, guidance and suggestions on the statistical analyses.

I would like to thank all the experts for reviewing and validating the questionnaire set used in the present study. These include: 1) Lieutenant Colonel Hatairat Kaoaiem; 2) Dr. Sunun Sinsuesatkul; 3) Colonel Kullaya Phaikoh; 4) Assoc. Prof. Pattcharaporn Kerdmongkolchai; and once again 5) Assoc. Prof. Ratana Somrongthong.

Last, but not least, I would like to thank my family for their support and encouragement throughout the entire PhD. I would not have accomplished the present PhD Thesis without them.



## CONTENTS



## LIST OF TABLES

Table 1: Number of out- and in-patients from year 2011-2013 at Hospital A and Hospital B General Hospital	5
Table 2: Groups of competencies and elements of nursing competency (Kittiratchada, 2007)	13
Table 3: Proportional distribution of research subject based on place of job	40
Table 4: Details of training programme	43
Table 5: Cultural knowledge competency categories	44
Table 6: Reliability statistics of the questionnaire - Cronbach's Alpha value	46
Table 7: Number of nurses from intervention and control groups	49
Table 8: Demographic characteristics	51
Table 9: Work-related factors	52
Table 10: Comparison of the competency score of cultural knowledge between the control and intervention groups at pre-test	53
Table 11: The effects of different demographic characteristics & work-related factors on the cultural knowledge competency in nurses from the control and intervention groups using General Linear Model repeated-measures ANCOVA	53
Table 12: Comparison of the competency score of cultural knowledge between the control and intervention groups at post-test using General Linear Model repeated-measures ANCOVA	54
Table 13: Comparison of the competency score of sub-cultural knowledge between the control and intervention groups at pre-test	55
Table 14: Comparison of the competency score of sub-cultural knowledge between the control and intervention groups at post-test using General Linear Model repeated-measures ANCOVA	55
Table 15: Comparison of the competency score of cultural attitude between the control and intervention groups at pre-test	56
Table 16: The effects of different demographic characteristics & work-related factors on the cultural attitude competency in nurses from the control and	

intervention groups using General Linear Model repeated-measures ANCOVA	
56	
Table 17: Comparison of the competency score of cultural attitude between the control and intervention groups at post-test using General Linear Model repeated-measures ANCOVA	56
Table 18: Comparison of the competency score of cultural nursing practice between the control and intervention groups at pre-test	58
Table 19: Comparison of the competency score of cultural nursing practice between the control and intervention groups at pre-test	59
Table 20: Comparison of the scores of cultural knowledge competency, attitude and nursing practice between the control and intervention groups at pre-test	59
Table 21: The effects of the intervention package on the cultural knowledge competency in nurses from intervention group at mid-test and post-test using a pairwise comparison with General Linear Model repeated-measures ANCOVA	60
Table 22: The effects of the intervention package on the sub-cultural knowledge competency in nurses from intervention group at mid-test and post-test using a pairwise comparison with General Linear Model repeated-measures ANCOVA	60
Table 23: The effects of the intervention package on the cultural attitude competency in nurses from intervention group at mid-test and post-test using a pairwise comparison with General Linear Model repeated-measures ANCOVA	62
Table 24: The effects of the intervention package on the cultural attitude competency in nurses from intervention group at mid-test and post-test	62
Table 25: Number of nurses who scored the cultural knowledge questionnaire correctly	133
Table 26: Number of nurses who scored the cultural knowledge correctly categorized into categories	141
Table 27: Number of nurses from control and intervention groups with different cultural attitude	142
Table 28: Number of nurses from control and intervention groups with intention to different cultural nursing practice	146

## LIST OF FIGURES

- Figure 1: Concepts and structure of primary care competency for primary care unit nurses (Nontapet et al, 2008). 15
- Figure 2: Sun rise model from Leininger's Model (Leininger, 2002) 21
- Figure 3: Purnell's Model (Purnell, 2002) 22
- Figure 4: Research design for quasi experimental for the communication skill development 38
- Figure 6: Comparison of the competency score of cultural knowledge between the control and intervention groups at pre-test and post-test 54
- Figure 8: Comparison of the competency score of cultural attitude between the control and intervention groups at pre-test and post-test 58
- Figure 11: Effects of the intervention package on the cultural knowledge competency in nurses from intervention group at mid-test and post-test test60
- Figure 12: Effects of the intervention package on the cultural attitude competency in nurses from intervention group at mid-test and post-test test 62

## LIST OF ABBREVIATIONS

5Ds	Death, Disease, Disability, Discomfort, and Dissatisfaction
ACLS	Advanced Cardiovascular Life Support
AEC	ASEAN Economic Community
ANCOVA	An statistical analysis (Analysis of co-variance)
APN	Advanced Practice Nurse
ASEAN	The Association of Southeast Asian Nations
ATLS	Advanced Trauma Life Support
CAS	Cultural Attitude Scale
CCAT	Cultural Competency Assessment Tools
CCHPA	Cultural Competency Health Practitioner Assessment
CIRRIE	Center for International Rehabilitation Research Information & Exchange
CSES	Cultural Self-Efficacy Scale
ER	Emergency Room
HRD	Human Resource Development of Faculty of Medicine Chiang Mai University
HRM	Human resource management
IAPCC	Inventory for Assessing the Process of Cultural Competency
IAPCC-R	Inventory for Assessing the Process of Cultural Competency - Revised
IOM	Institute of Medicine
IPD	In-patient Department
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization
JCI	Joint Commission International
OA1	Number of samples in intervention group at the start of the study – pre-test
OA2	Number of samples in intervention group at the middle of the study (after 3 month) – mid-test
OA3	Number of samples in intervention group at the end of the study (after 6 month) – post-test
OB1	Number of samples in control group at the start of the study – pre-test
OB2	Number of samples in control group at the middle of the study (after 3 month) – mid-test
OB3	Number of samples in control group at the end of the study (after 6 month) – post-test
OPD	Out-patient Department
LEP	Limited English Proficiency
NCCS	Nurse Cultural Competency Scale
NCQA	National Committee for Quality Assurance
OHSAS	Occupational Health and Safety Standard
OHSU	Oregon Health & Science University
PHRMH	Providence Hood River Memorial Hospital
QA	Quality Assurance
SD	Standard Deviation
SPSS	A statistical tool to analyze statistics
SRS	Simple Random Sampling
TNC	Thailand Nursing and Midwifery Council
TSET	Transcultural Self-Efficacy Tool
WHO	World Health Organization
WTO	World Trade Organization
X	An implementation of case-based intervention

## CHAPTER 1

### INTRODUCTION

#### 1.1 Background and rationale

The Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) launched in 1976, it has been developed as regional economic cooperation and integration among developing countries. Regarding the development of world economics, ASEAN has implemented intra-regional economic cooperation since then. The ASEAN Community has been developed into new goals that consist of three main pillars; ASEAN Political-Security Community, ASEAN Economic Community, and ASEAN Socio-Cultural Community. Since ASEAN has also been an important role on the regional economic cooperation and free trade agreements (FTA) in Asia Pacific region. Further development of ASEAN Community is the Southeast Asia regional economic integration into ASEAN Economic Community (AEC) within 2015 (ASEAN, 2008).

The ASEAN Economic Community (AEC) is one of the three goals of ASEAN Community Councils; the main idea of the AEC is the economic integration in the Southeast Asia region by 2015. The cooperation within ASEAN countries includes human resource development and capacity building, recognition of professional qualifications, consultation on economic and financial policies, trade financing, infrastructure and communications connectivity, electronic transactions through e-ASEAN, industrial integration to promote regional sourcing and enhancing private sector involvement for the building of AEC. Briefly, the AEC will transform ASEAN into a region with free movement of goods and services, investment, skilled labor, and free flow of capital (ASEAN, 2008).

It is unavoidable for health and medical service sector that will be affected by the affluent of this economic movement. In term of health and medical service, a new term has come up "medical tourism". The term "medical tourism" means the movement of tourists travelling to other countries to take advantage in obtaining medical services, such as surgical care, dental or other health facilities. These tourists may travel from major developed countries such as Europe, the UK, Middle East, Japan, U.S. and Canada as well as other ASIAN countries where the cost of medical treatment is very expensive and there are often long waiting times for treatments. Other countries that provide advanced medical cares at a much lower cost may include Thailand, and some other developing countries such as Brazil, Bolivia, Costa Rica, Hungary, Poland, Belgium India, Cuba, Jordan, Lithuania, Malaysia, Israel, Singapore and South Korea (Rerkrujipimol & Assenov, 2011).

Since Thailand has positioned itself as a trend setter in medical tourism destination in current years. Year by year the number of international patients have proved that Thailand has great potential for medical tourism and will further develop itself as a medical tourism destination in order to face off the challenges of growing competition of others Asia

countries such as India, Singapore, Malaysia and other destinations (Rerkrujipimol & Assenov, 2011).

The Ministry of Commerce, Department of Export Promotion reported an increased number of international patients visiting to obtain medical treatments. The data showed that in 1997 there were 120,000 patients receiving medical services at 30 private hospitals. The number has significantly risen up to 975,532 and 1,356,000 in 2003 and 2006 respectively (Rerkrujipimol & Assenov, 2011).

The major sources of medical tourists are Japan, United State of America, England, and Middle Eastern countries. General medical illnesses, cosmetic surgery, and dentistry are the top three medical treatments required for medical tourists. These individuals represent a high-spending tourist segment, with each person spending approximately USD \$1000 per visit (including non-operative treatments) (Jotikasthira, 2010). Private hospitals are the targets of these medical tourists. They provide not only medical treatments but also immigration services, airport offices, foreign market offices, and interpreting services as cited in Jotikasthira (2010). To gain the confidence of medical treatment for international patients, they affiliate with health-care institutions and medical schools with good international reputation (Kim et al., 2013)

As Thailand has been famous as tourism destination, it is one of the first countries to enter the medical tourism industry. Thai has a culture in hospitality to serve their guests; and the most important they provide high quality medical services by qualified staffs at a competitive cost. Apart from that, the Ministry of Public Health also gives guidance to hospitals. As a results, hospitals can have an international certification such as Joint Commission International (JCI), International Standard Organization (ISO) and Hazards and Critical Control Points Principle (HACCP) (Kim et al., 2013).

In the near future Thailand will face cross cultural demand for its health and medical services. Hence, development of human resources in healthcare industry, e.g. nurses, physicians, midwives, and other professions in hospitals, needs to response to the cultural health care and medical care. The cultural competency in healthcare paradigm obliges healthcare organizations, institutions, and professionals to understand and respect cultural differences and tailor their care accordingly resulting in positive patient health outcome (UNDP, 2014).

Culturally competent care includes knowledge, attitudes, and skills that support caring for people across various languages and cultures. *Knowledge* is being cognizant of the culture base of those in your service area, such as the shared traditions and values of that group. As health professional it is important to be aware of patients' ethnicity; it is recognized as *attitude* competency. Furthermore, a culture influences individual behavior and thinking, thus it should take into consideration in delivery of cares. Awareness of the rules of interactions within a specific cultural group, such as the way of communication gesture and customs, division of roles in the family unit, and spirituality, will help health professional

better understand the attitudes of your patients. *Skill* cultural competency includes the skill how to communicate with patient. The way to speak with patient to make understand the care plan needs to care about language and cultural aspect of patient understanding (Leininger, 2002 ; Molinari & Monserud, 2009).

Nurse as one of health professional in hospital who communicates intensively with patient needs to give caring by taking into account the cultural value. Nurse should deliver their care in culturally appropriate care and understand that health behavior is affected by culture. Become culturally competent the nurse needs to learn how to mix a little cultural understanding with the nursing care they provide (Singleton & Krause, 2009). The individual preference in health behavior affected by their culture, their perception of illness and disease may vary across different culture. Difference culture may determinant in seeking health care and how they response toward health care providers. How we care for patients and how patients respond to this care is greatly influenced by culture. Health care providers must possess the ability and knowledge to communicate and to understand health behaviors influenced by culture. Having this ability and knowledge can eliminate barriers to the delivery of health care (Campinha-Bacote, 2003; Molinari & Monserud, 2009; Singleton & Krause, 2009). These issues indicate a health provider (such as hospital) to develop a planning in policy and procedures to deliver culturally competent care.

#### 1.1.1 Nurse Competency

A study on professional characteristics, such as working satisfaction, professional commitment, self-efficacy and motivation changes, showed that these indicators are related to one another. One study in a teacher's professional identity found that a classroom self-efficacy and relationship satisfaction play a key influencing role in the relationships between the indicators (Canrinus et al., 2012). Another research on a school principal found that job satisfaction was positively associated with the self-efficacy; on the contrary, they are negatively to burnout. Whilst burnout and job satisfaction were negatively associated. Burnout was positively related to motivation to resign whereas job satisfaction was negatively related. The study emphasize the relationship between self-efficacy, burnout, job satisfaction and motivation to quit (Federici & Skaalvik, 2012).

#### 1.1.2 Cultural competency

Bernal & Froman (1987) developed the measurement of cultural sensitivity. This tool is called Cultural Self-Efficacy Scale (CSES). The CSES measure the perceived sense of self-efficacy of community health nurses caring for culturally diverse clients. The scale items were grouped in three sections according to: (a) knowledge of cultural concepts, (b) cultural patterns, and (c) skills in performing trans-cultural nursing functions. The subjects were request to rate their perceived on confidence about each behavioral statement for three ethnic groups: African Americans, Puerto Ricans, and Southeast Asians. Self-efficacy ratings ranged from 1 (very little confidence) to 5 (quite a lot of confidence). Results indicated that nurses who completed the CSES had neutral to low self-efficacy when caring for African



American (3.0), Puerto Rican (2.5), and Southeast Asian (1.9) patients. The internal validity of this tool was found to be very high at 0.97 (Bernal & Froman, 1987; Coffman et al., 2004).

Leininger (1991) and St.Clair & McKenry (1999) articulated that today's nurses need to be increasingly sensitive as a result of the growing diversity of the population. This research revealed that nurses were lack of sensitiveness in cultural issues, cultural information, and cultural experience. This lack of trans-cultural experience often results in nurses subjecting their clients to ethnocentric attitudes and as a result will immerge an inappropriate communication, bias diagnoses, and ineffective intervention (Coffman et al., 2004).

## **1.2 Selecting research area**

Hospital A is a leading private hospital in the suburbs of in Bangkok in Minburi district with the population of approximately 350,000 people. It is situated within 15 minutes travel from Suvarnabhumi Airport. Hospital A has been certified as a standard hospital by the healthcare Accreditation Institute (Public Organization) and now is in the process of developing a system to support the standard JCI (Joint commission International) in the year 2013. The hospital can provide services of more than two thousands out-patients per day with spacious and convenient outpatient units. The hospital has a total bed of 210 with approximately 178 nurses. The departments and units are including Outpatient Department (OPD), Radiology Department, Laboratory Department, Dental Clinic, Department of Physical Therapy, In-patient Department, Mother and Child Center, Center of Bone and Joint Diseases, Spine surgery, Cosmetics Surgery. Moreover, this hospital also organizes general health check-up and annual vaccination programs and provide has 24-hour emergency care services.

Accordingly with the location in the Eastern part of Bangkok, the community of this area is mostly Muslim. Therefore, the hospital try to support services conform to Muslim ways of life. The Department of Food of our hospital has set up food policies to serve all in patients with Halal food that contains all the essential nutrients significantly advice by the doctors and suitable food for Muslim patients as well.

Regarding the policy of Hospital A in the process of developing a system to support the standard JCI (Joint commission International) and surrounding with a cultural environment, this hospital need to develop their human resource to have cross cultural competencies.

Hospital B General Hospital is the most modern private-owned medical hub service center in Changwattana road, that it is a residence area of the people about 400,000 persons and also has continually development, there are many big organizations both government and private sectors in this area. This hospital building has 20 storeys and working area of more than 20,000 square meters, the hospital is a 250-bed hospital with a total of 172 nurses. The purpose of the building design both outside and inside area has an optimum decoration for a properly utilization, clear atmosphere, wide spacing and comfortable as 5 stars hotel. This hospital is founded in 1994 and currently holds an ISO 9001:2000 certificate. The hospital has a capacity to serve 1,500-1,800 patients in OPD per day. The hospital also has a policy to promote medical tourisms. Hence, patients at the hospital are culturally diversified.

Due to an increasing number of international patients at both hospitals in the past years, see Table 1, it is important to raise an awareness of cultural competency in nurses.

Table 1: Number of out- and in-patients from year 2011-2013 at Hospital A and Hospital B General Hospital

Year	Hospital A		Hospital B General Hospital	
	Out-patient	In-patient	Out-patient	In-patient
2011	617	56	711	71
2012	853	79	890	95
2013	1,112	131	1,205	150

### 1.3 Research gap

- Cultural competency is one of many important competency essential for registered nurses in Thailand, it needs to be evaluated and developed (Thailand Nursing and Midwifery Council (TNC), 2010).
- No case-based cultural competency development intervention has been carried out in order to study the development of cultural competency of nurses in private hospitals in Thailand
- The relationship between the cultural competent nurse care delivering health and medical care in private hospital need to be examined.

### 1.4 Rationale of study

- Thailand is one of the medical tourism destination countries, thus human resources in hospital need to anticipate this future trend in hospital services.
- The cultural competency of nursing care needs to be investigated in the context of ASIAN and global cultures.

### 1.5 Research questions

- What is the difference of the cultural competent nurse care between the intervention group and control group?
- To what extent does case-based cultural competent nurse care intervention effect among intervention group before and after intervention?

### 1.6 Objectives

- To examine the difference of the knowledge, attitude and nursing practice of the cultural competent nurse care between the intervention group and control group.

- To examine the effect of case-based cultural competent nurse care intervention on knowledge, attitude and nursing practice of nurse about cultural competent nurse care among intervention group before and after intervention.

### 1.7 Significance of study

Cultural competency has been identified as an essential component of nursing practice. Potentially, culturally competent nurses can improve patient health and healthcare outcomes. However, to be culturally competent and providing effective, case-based culturally competent nursing care that results in positive patient health outcomes continues to present challenges.

Researches in the cross cultural have been done by some scholars, however the gap of knowledge in the domain of cultural nursing competent in the relation with the nursing practice cultural competency of nurse care need to be examined for deeper understanding mostly in the context of ASIAN and global cultures and private hospitals. This study will give more understanding on:

- Knowledge, attitude and nursing practice of nurses toward the cultural competent nurse care
- The level of cultural competency of nurses in the setting of ASIAN and global cross-cultural environment.

### 1.8 Hypothesis

#### Control group VS Intervention group

- **H0:** The knowledge, attitude and nursing practice toward cultural competency at post-test show no difference between control group and intervention group.
- **H1:** The knowledge, attitude and nursing practice toward cultural competency at post-test show difference between control group and intervention group.

#### Effect of intervention

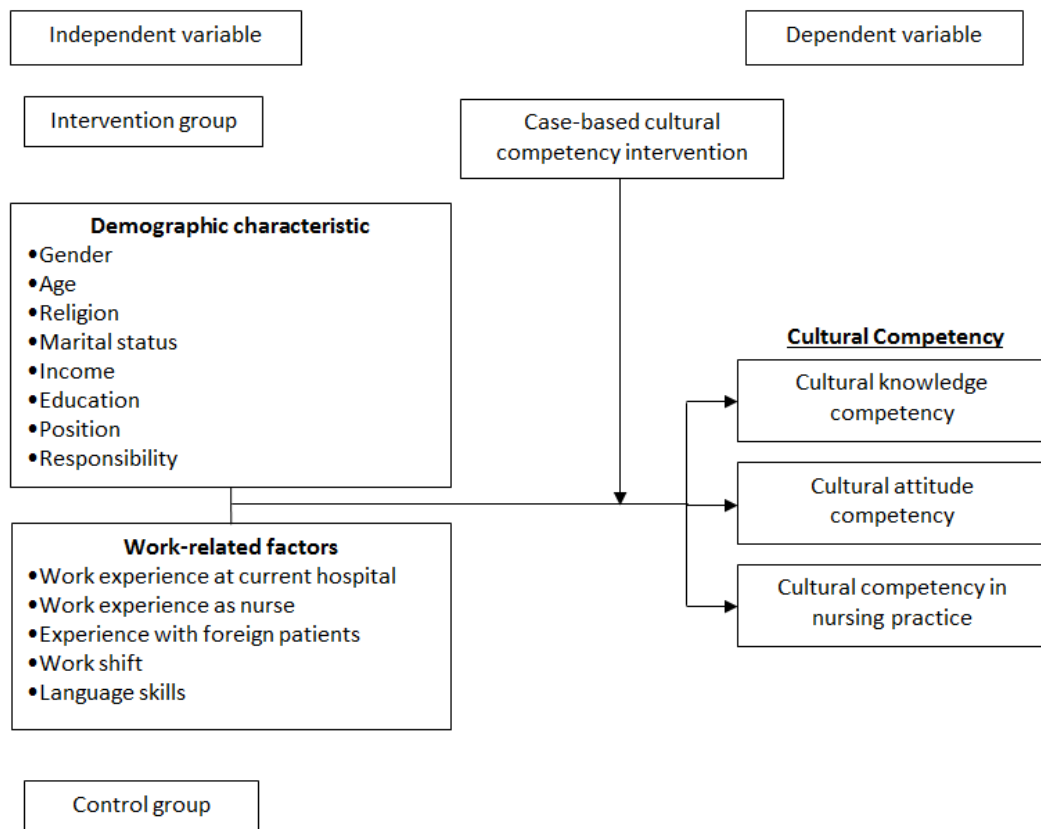
- **H0:** The knowledge, attitude and nursing practice toward cultural competency show no difference before and after the case-based cultural competency intervention of nurses within intervention group.
- **H1:** The knowledge, attitude and nursing practice toward cultural competency show difference before and after the case-based cultural competency intervention of nurses within intervention group.

## 1.9 Operational definitions

- **Cultural knowledge competency:** knowledge scores/levels in 8 different categories: food, greeting, religion/belief, language/costume, manner, health, culture and social measured using a 116-item self-administered true/false questionnaire (%)
- **Cultural attitude competency:** Sensitivity of nurse to dissimilar cultures when interaction with people who have different cultures and ethnics measured using a 14-item self-administered questionnaire (Rated as Strongly agree, agree, neutral, disagree and strongly disagree and scored in %)
- **Cultural competency in nursing practice:** willingness to provide nursing care to patients of diverse ethnic or nationality groups so as to result in positive health and healthcare outcomes. It comprise of knowledge, attitude and skill of cultural competency measured using a 10-item self-administered questionnaire (Rated as Things that I always do, things that I sometimes do, things that I rarely do, things that I have never done but will do when have an opportunity and things that I will never do and scored in %)
- **Cultural competency:** cultural competency in 3 different categories: knowledge, attitude and nursing practice
- **Case-based cultural competency intervention:** a method of delivery of workshop of cultural competency base on the designed nursing care cases.
- **Intervention group:** a group of nurses receiving intervention on case-based cultural competency
- **Control group:** a group of nurses not receiving any intervention on case-based cultural competency
- **Private hospitals:** hospitals in which the holding owner is personal or non-governmental foundation.
- **Intervention package:** a case-based intervention used in the present study (12 weekly case-based training and 2 monthly booster)
- **Effect of intervention:** an effect of the intervention on the cultural knowledge, attitude and nursing practice competency
- **Gender:** biological characteristics on gender (Male/female)
- **Age:** length of time that a person has lived (Years)

- **Marital status:** current status of nurses (Single, married, widow, divorce and separate)
- **Religion:** religion of nurses (Buddhism and Christian/Muslim)
- **Highest education:** highest education of nurses (Bachelor degree and master degree)
- **Level of seniority:** seniority level of nurses (Junior nurse, nurse, senior nurse, supervisor and others)
- **Experience as nurse:** length of time that a nurse has worked as nurse (Years)
- **Experience at current hospital:** length of time that a nurse has worked at current hospital (Years)
- **Monthly salary:** monthly wages of nurses including basic salary, incentive, over time wages (THB)
- **Responsibility:** responsible department of nurses (OPD, IPD, ER, OR, ICU and others)
- **Work shift:** work shift of nurses (Day shift and night shift)
- **Experience with foreign patients:** nursing experience with foreign patients of nurses (Yes/no)

### 1.10 Conceptual framework



## CHAPTER 2

### LITERATURE REVIEW

This chapter will explore the basic theory and others related study about the cultural competent nurse care. This literature review comprise of:

- Nurse basic competent
- Role and function of nurse in hospital
- The cultural competent nurse care
- Cultural competency evaluation
- Nursing quality of care
- Hospital
- Knowledge and attitude toward the cultural competent of nursing
- Related study on cultural competency nurse care
- Case-based cultural competency development programme

#### 2.1 Nurse basic competency

The term competency by Spencer and Spencer's definition was referred that "an underlying characteristic of an individual that is causally related to criterion-referenced effective and/or superior performance in a job or situation" (Grote, 1996). Nakhon (N.D.) indicated "competency" means the capability for doing to success; besides, Merriam-Webster's Learner dictionary showed that the ability to do something well: the quality or state of being competent (Nakhon, N.D.) and (Merriam-Webster's, 2008). Competency describes the behaviors that indicate proper knowledge and attitude's ability and its meaning is the personal action capabilities that were provided some dominant and success works are based on knowledge, skills and attitude. It was believed the firm will be achieved the goals from the competency of staffs as be behaviorism who operated with best practice for their roles and responsibilities. For the nursing competency is the integrations of knowledge, skills, experiences and attitudes for patient caring and also the grate efficiency to care will suitable for characteristics and needs of patients include patient's families such as resiliency, vulnerability, complexity, participation in care and decision making. Thailand Nursing and Midwifery Council (TNC, 2010) specified the Competency of registered nurses that graduated bachelor of nursing degree can be defined to 8 aspects are:

- Ethics, Morals and Laws

- Nursing cares and Antenatal Care
- Registered Nursing Characteristics
- Leadership, Management and Quality Development
- Knowledge base and Research
- Communication and Relationship
- Information technology
- Social competency

Competent nursing practice is essential experience in nursing and ability to perform specific nursing skills that should be provision to nurse practitioners by ensuring and improving multi-dimensional abilities to competency of primary care (Nontapet et al., 2008). Saeung (2000) suggested that the obviously specific competencies helped the essential competent job correspond the problems and needs-involving section and also specified nursing role associate with evaluation of customer needs and sanitation. The specific competencies were guideline for implementation, play a role in practical nurses and self-potential developments that result in both healthcare system usefulness and quality reaction of customer needs. The HRD (Human Resource Development) of Faculty of Medicine Chiang Mai University suggested free documents and recommended one useful book is competency and performance appraisal of Kittiratchada (2007) who composed the competency dictionary of nursing care for evaluation and staff management according to appropriate jobs by senior staff - operational staff ratio. It can be used as summary of roles and functions of nurse that were defined to 20 competencies and can be categorized into four groups as showed in Table 2 (Kittiratchada, 2007).

- Group 1: Core competency works to vision, mission and strategic planning that are cultural value of firm.
- Group 2: Managerial Competency provides the executive management to senior staffs who work for supporting any job actions to achieve the target of each unit.
- Group 3: Professional Competency is necessary to instruct and maintain the nurse career as a nursing competency that sustains moral principles, ethical behaviors and self-responsiveness.
- Group 4: Technical Competency is major behaviors of last group play roles of nursing skills thorough the professional competent operations; caring operational behaviors of patients and other behaviors to support nursing standard qualities.

Chaisakchatree (2008) studied the competency of expert nurse and special care outcome for critical patients and found two type of competencies; nursing standard competency and



professional competency. The nursing standard competency was differentiated into specialized clinical actions, while the professional competency involved the clinical and professional leader skills, moral decision making, networking to communication and research field. Both of studied competencies are the guide to continuous improvement for the best actions that help to decrease the death or the symptom complication as the caring outcome. Moreover, increasing satisfaction, safety, teamwork/collaboration, positive workplace atmosphere and capacity of caring service team development are the results in physical works (Chaisakchatree, 2008). Nontapet et al. (2008) investigated the concept and structure of primary care competency for public health staffs in Thai primary healthcare unit by set four core competencies; interpersonal relationship, care management, integrated healthcare service and professional accountability with their components of each core unit. The result was shown in Figure 1 can be used integrated in Thai healthcare service competency that were expected to complete in caring services; health promotion, disease prevention, treatment and rehabilitation for continuing and holistic care, and be useful for future research or developing the details of job description and primary care unit system (Nontapet et al., 2008).



Table 2: Groups of competencies and elements of nursing competency (Kittiratchada, 2007)

<b>Core competency (Major behavior)</b>	<b>Element (Minor behavior)</b>	<b>Essential knowledge and skill to promote the required competency</b>
Group 1 : Core competency		
Achievement Orientation	Energetic Dedication to work Positive Attitude to work Accountability Commitment	Organization Development Positive thinking
Customer Service Orientation	Service Mind Human Relations Self – Control Responsiveness	Service behavior Personal Improvement Human Relations Service Mind Assertiveness
Technical Expertise	Technical Knowledge Continuous Learning	Accidental Emergency Pre hospital care Fluid & Electrolyte Imbalance Care of Multiple Trauma Care of Shock Nursing record High Alert Drug Emergency nursing knowledge Essential knowledge and skill Triage ACLS /ATLS Utilization and Maintenance Laboratory Involved Knowledge Risk management QA Internal Control
Team and Cooperation	Cooperation Emotional Control Endurable and tolerable Adaptability Flexibility	Assertiveness Team Work Human Relations
Concern for order Quality and Accuracy	Attention to Details Follow – up Self – Confidence Prioritization Quality Control	Quality Control HA

Table 2: Groups of competencies and elements of nursing competency (Kittiratchada, 2007) (Continued)

<b>Core competency (Major behavior)</b>	<b>Element (Minor behavior)</b>	<b>Essential knowledge and skill to promote the required competency</b>
Group 2: Managerial Competency		
Change Management	Impact & Influence Influencing	Change Management
Communication & Presentation	Public Relations Presentation	Communication Computer skill Foreign Language Skill
Planning and Organizing	Project Management Strategic Planning	Strategic plan Organizing Project Management
Problem solving and Decision Making	Negotiation	Negotiation Problem Solving Decision Making
Team Leadership	Teamwork Leadership	Teamwork Leadership
Group 3: Professional Competency		
Ethics and Integrity	Legal Ethics Integrity	Rules & Regulations
Attendance	Timeliness	Time Management
Group 4: Technical Competency		
Caring and Developing Others	Human Resource Development Human Resource Management	Human Development HRM
Pro-activeness	Networking	
Analytical Thinking		Analytical Thinking
Conceptual Thinking		Conceptual Thinking
Negotiation	Communication	Negotiation
Coaching - Counseling	Teaching Coaching Counseling	Preceptor Coaching Counseling
Core competency (Major behavior)	Element (Minor behavior)	Essential knowledge and skill to promote the required competency
Cost – Conscious Awareness	Cost Effectiveness	Unit cost Resources Utilization
Safety Awareness		OHSAS 18001 Risk Management

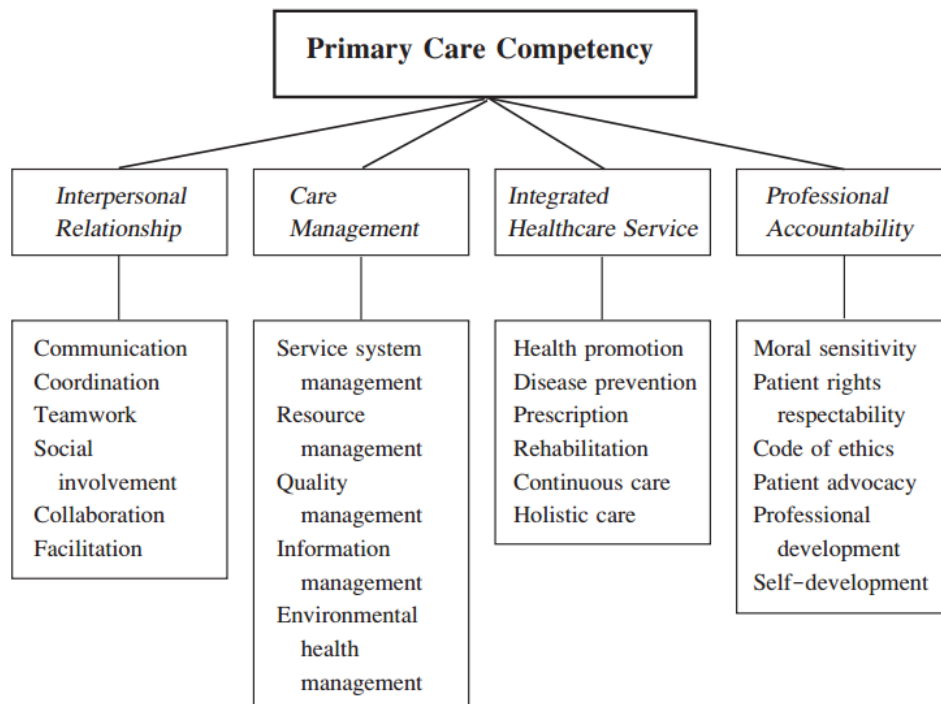


Figure 1: Concepts and structure of primary care competency for primary care unit nurses (Nontapet et al, 2008).

## 2.2 Roles and functions of nurse in hospital

Surrounding environmental workplace has changed the matters with social, culture, economy, politics, technology and environment as well as high quality of nursing care that; therefore, registered nurse responsibilities have to expand. Saeung (2000) referred to character of registered nurses play roles in 14 frameworks as follows:

- Nursing services: work in 5 registered nurses' operations (caring, treatment, disease prevention, health promoting and recovery) by using academic fundamental. Nurses have to learn and understand both of inner minds and behaviors of customers included the customer reactions to different sickness in each person.
- Lecturer: instructs customers to understand the right health state and self-care suit for themselves, evaluated patients' willingness and needs to learn; besides, set goals and objectives, teach planning, giving information by using proper technologies and summative evaluation.
- Advisor: provides illness-related adaptation by practical advice and information to patients and patient's families for understanding, solving and adoption in self-problems and developing in them.
- Consumer protector: will do to protect the rights of consumers, be middleman between customers and others.

- Personal manager: giving maximum efficient and effective qualities of services for saving money. Professional nurses will examine patients and patients' families for admission suit to time and illness to get the most out of resources.
- Religion and culture-related coordinator: understands the religious-cultural diversity is useful for caring planning and adaptation to decrease the gap of belief and daily activities' patients and patients' families.
- Success leader: has professional and politic competency and suitable empowerment to morality, knowledge, persuasion, rewards and punishment as be efficient leadership.
- Changer: manages capable team for changing behavior and attitude of member and patient to correct way. Nurse must have the knowledge in humanity, social and psychology to understand nature of human and personality include persuading-skills for personal acceptance and change.
- Teamwork: collaborate with the others hospital staffs for operating jobs flow and discipline.
- Consultant: cares for customers with maximum efficiency and effectiveness and advises nursing-care teamwork and other colleagues to defend and solve problems during operations.
- Administrator and Executive: manage general administrative job; human, nursing and environment management by study and collect the data, then the systems of all elements are planned, supervised, managed and controlled with ability of decision and solution.
- Quality Appraiser: involves in controls and monitoring quality of each nursing care unit continuous, observes the problems, set nursing evaluation benchmarks and standards, and also plans the development and adjustment if evaluating results are not achieved.
- Communicator: should have communication skills; listening, speaking, reading, writing for contact with many hospital staffs and apply to strategic efficient communication.
- Researcher: investigates for solving problems during operations, let the results applied to caring perform that help to improve nursing service qualities.

The functions and operations of registered nurses who play necessary roles for increasing values of healthcare services to patients and patient's families was summarized from

Nursing practice standard book of Public Health Nursing Division. The professional job characteristics were integrated with the science processes and nursing care systems as consequently, for solving problems and operation. The comparison of process and operation was shown below (Public Health Nursing Division, 2009).

### 2.2.1 Nursing care method

- Screening and Evaluation the patients
- Healthcare Identification
- Planning
- Operation
- Follow-up

### 2.2.2 Solving-problem process

- Exploring information/ facts for solving problem
- Analysis/ Synthesis to define problems
- Solving path planning
- Dissolving
- Tracking and evaluation

Thus, the nursing care method is composed of planning, organization management, organization guide and communication/follow-up and should be conducted with quality and efficiency caring to patients.

## 2.3 The core responsibilities

Scopes of responsibility to service patients and customers for solution to basic care and complex problems are:

- Data collecting to examine the health problems and nursing problems of patients and patient's families.
- Planning, scheduling and evaluation of communication processes, manage both of nursing staffs and resources.
- Support to generally nursing services and specific caring
- Observe, record, summary and report the changing symptoms and patient reaction
- Midwifery Service
- Nursing - dissolve decision

- Advise awareness of positive caring, healthcare, symptom and curing.
- Body examination and primary identification
- Planning and supporting to community, sanitary family, sanitary school in healthcare, hygiene, birth control, nutrition and mental health
- Planning and concern about immune protection and infective disease control
- Collaboration and supporting to recover the competency about safety and disability
- Communication to under control staffs
- Analysis and advice to solve the nursing service problems
- Job assignment and management
- Job evaluation of oneself and under control staffs
- Safety and protection to patients and staffs
- Co-planning and operation for basic public health with persons and departments
- Education planning and knowledge restoration to staffs and students
- Make handbook and educational media for supporting the healthcare and nursing actions
- Supporting and collaboration to departments

## **2.4 The core duty**

### **2.4.1 Assessment**

- Evaluation of problems and needs' patients and customers when after get directly responsible, continuous observe and assess the problems and needs till discharge
- Collecting data along with nursing care standards or regulation are adequate to examine, plan and evaluate the caring results.

### **2.4.2 Symptom Distress Management**

- Assist to treat or relieve some troubles both of body and mind such as vomiting, insomnia, anxiety, fear.

### 2.4.3 Provision for Patient Safety

- Environmental safety management in physical, biological, chemical, radiation, light & sound for preventing the accidents and injuries and also disease infections.
- Maintenance medical tools and equipment are efficient and ready to use.
- Supporting all level staffs to operate along with nursing care standards or regulation for protecting the missed operation.

### 2.4.4 Prevention of complication

- Complicated state or side effects during nursing practice might occur to patients

### 2.4.5 Continuous care

- Work flow management to each patient through observation, transitional care, coordination with team both inside and outside, and also care of dying and death.

### 2.4.6 Supporting self- healthcare symptom

- Giving information, insights and essential skills to concern health caring is necessary to patients by observing abnormal symptoms, first aids, complication protection, medication, practical treatment

### 2.4.7 Enhancement of patient satisfaction

- Using activities about relations in nurses to create patient trust in suitable personality and action.

Hamric et al. (2009) described APNs (Advanced Practice Nurse) who play a role as experience operation in nursing to response the nursing requirement that incline variable to health problems is increasing complexity and violence. That should be due with appraisal, diagnosis, primary care and health state promoting to patients, patients' families and communities with the application about observation evidence and nursing advanced practice (Hamric et al., 2009).

## 2.5 The cultural competency of nursing care

Lehman et al. (N.D.) definite the term of cultural competency is essential best quality to patient-centered caring perform by honestly affects to deliver and receive caring. The other definition was given in field report of health care that is the ability to establish in caring organization with several usefulness, faith, manner, specific transfer for patients in social and culture (Lehman et al., N.D) cited in (Betancourt et al., 2002). Thus, the meaning of



cultural competency describes the capability or operation approach respect or accept relationship, attitude and behavior of patient's family include cultural diversity of staffs include helping that response to each people in beliefs, relation characters, attitudes, languages and actions. They are new emerging challenges that should focus on the interpersonal relationships, collaboration and patient interaction include high quality of health care service. Hiranchunha et al. (2007) found that there are five elements of culture competencies as follow (Hiranchunha et al., 2007):

- Valuing diversity, nurse should respect the difference aspect of culture and related health belief and practice on delivering of nurse care
- Cultural self-assessment capacity, nurse is able to recognize the diversity between her/ his and patient cultural background.
- Dynamic with cultural changes, nurse realized that there is much diversity in culture and culture change and develop across the time.
- Institutionalized culture knowledge, the development of cultural competency is one of nurse competency that should be included in a teaching curriculum.
- Development and adaptation of service with understanding to within or among diversity cultures

Furthermore, they referred to US nursing expertise about the cultural competency that was a personal competency to communication, cultural evaluation and knowledge involved personal health behavior in each cultures and also be applied to care and service appropriately for patients with knowledge base, skill base and reason of nurse. The culture competency should be developed in step-by-step manner and should be carried out continuously (Hiranchunha et al., 2007).

Cultural care focused on the nursing care according to patient's needs, nationality and culture by the caring-holistic that help to factor to analyze the factors have influenced in health or personal illness and will be understood the world vision and social structure of each person from each social culture. It is useful for making a decision and operating care with three process; culture care preservation/ maintenance, culture care accommodation/ negotiation, and culture care re-patterning/ restructuring. The Sunrise Model was described to concept and concept of man society, see Figure 2 (Leininger, 2002).

Healthcare model was developed by cultural competency emphasized the cultural competency of healthcare service that interacted with five concepts; cultural awareness (personal biases reflection), cultural knowledge (cultural variety information), cultural skill (ability to assess the culture information of patients), cultural encounter (individual approach to patients with different backgrounds) and cultural desire (the required cultural competency). The nursing cultural competency had to develop and obviously specify the evaluation method to be productive job for cultural individuals (Campinha-Bacote, 1999).

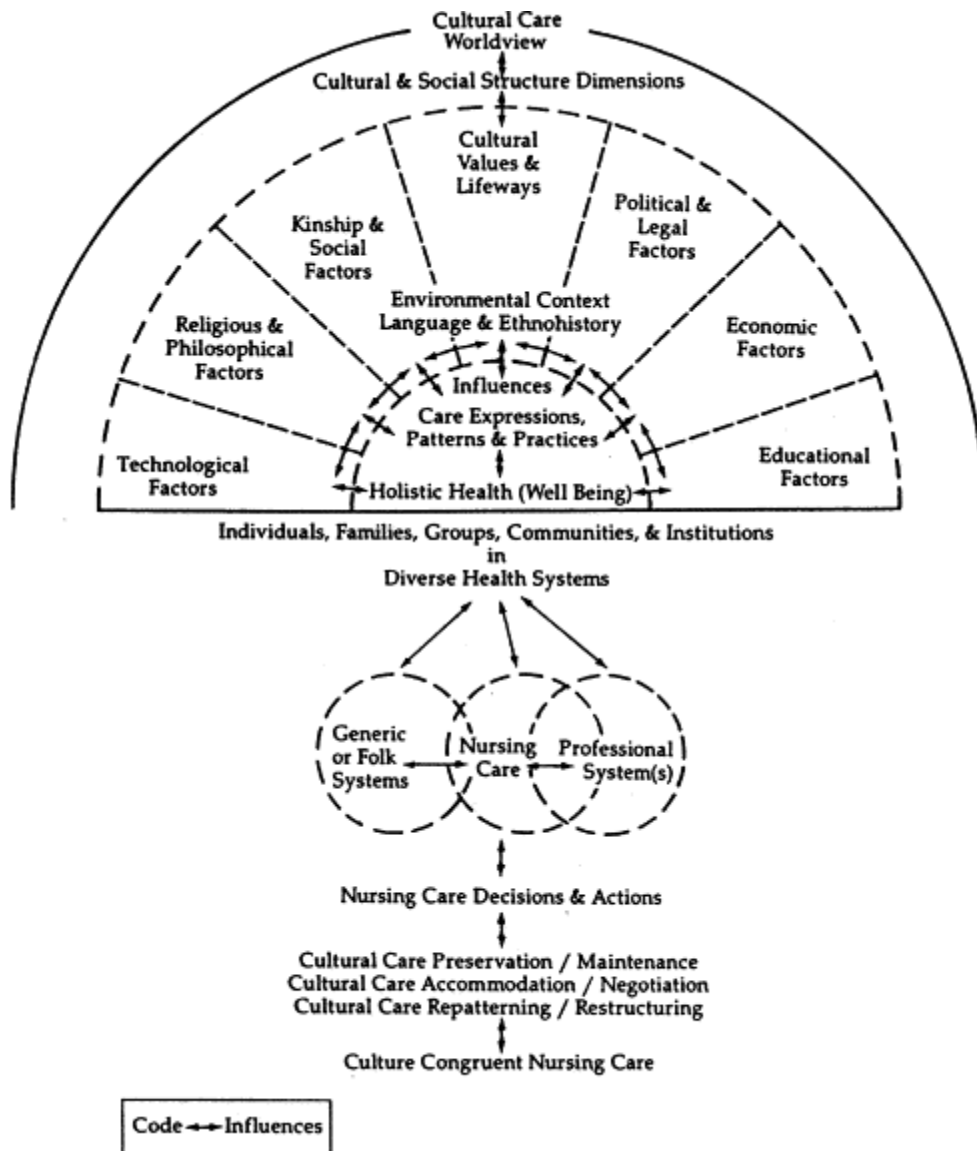
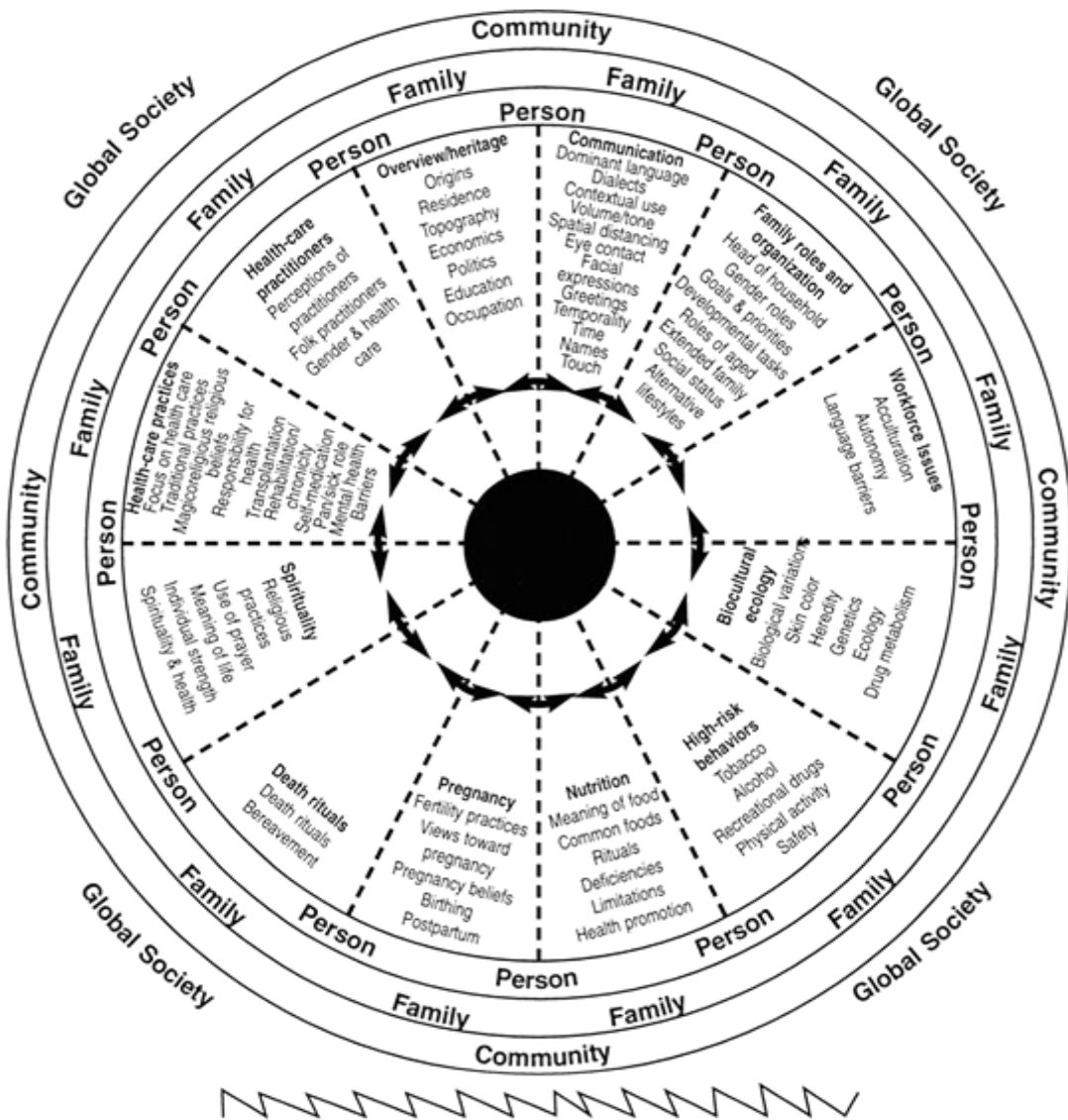


Figure 2: Sun rise model from Leininger's Model (Leininger, 2002)  
 Purnell's model of cultural care in Figure 3 explained the learning process in four levels; 1) unconscious incompetency to 2) conscious incompetency and then 3) conscious competency to 4) unconscious competency, interact with macro aspect (social) and micro aspect (personal). It can be applied to evaluate the caring operation and outcomes (Purnell, 2002).



Unconsciously Incompetent - Consciously incompetent - Consciously competent - Unconsciously competent  
 Primary characteristics of culture: age, generation, nationality, race, color, gender, religion  
 Secondary characteristics of culture: educational status, socioeconomic status, occupation, military status, political beliefs, urban versus rural residence, enclave identity, marital status, parental status, physical characteristics, sexual orientation, gender issues, and reason for migration (sojourner, immigrant, undocumented status)

Figure 3: Purnell’s Model (Purnell, 2002)

Cultural competency leads to an increased patient care quality. There are six cultural competent care skills; safe, effective, patient-centered, timely, efficient, and equitable. These elements of cultural competent care skills are required for better health care quality to those with different cultural values and beliefs and diverse backgrounds. For patient-centered cares, it is important that nurses can give cares to patients with cultural differences, different knowledge levels, and different preferences. (Betancourt et al., 2002; Lehman et al., N.D.).

Betancourt et al. (2002) described the barriers to cultural competent care among patients, health care providers and general U.S. health care system that might affect to quality and matter with racial/ ethnic gaps as be effects of language barriers result in patient safety and healthcare quality. They are leadership and workforce diversity deficiency, still poorly design the care system for diverse patients' needs and also unsuccessfully communication between nurses and patients who are different culture. That means the cultural competency related to racial/ethnic disparities that should be eliminated from the health care organization that help to improve the service quality.

Lehman et al. (N.D.) mentioned that the quality of services and systems lacks the culturally competent care will affect the poor patient outcomes, reduced patient compliance, and increased health disparities. However, improvement of care quality, patient satisfaction and cultural competent care will increase job satisfaction and contributes to staff retention that according to the Institute of Medicine's report about Unequal Treatment Confronting Racial and Ethnic Disparities in Healthcare.

Lehman et al. (N.D.) suggested the health care providers should have trains such as:

- Understanding expression of core cultural healthcare role
- Examine characteristics of healthcare cultural competent settings
- Translate and react to several verbal and nonverbal communication of older adults
- Approach and react in values, beliefs, and health behaviors that dissimilar variety among older adults
- Show responsibility to proper cultural and linguistic services
- Effectively works with various healthcare employee
- Leader performing include being mentors as best practice patterns for other health care providers

Likewise, Betancourt et al. (2002) recommended three aspects to manage cultural competency as follow:

- Promote the minority health care leadership and develop professionals who may assume influential positions in academia, government, and private industry
- Promote the minority workforce in the health care
- Be involved in the planning and quality improvement meetings

It involves the structural health care system by developing the quality measurements for patient diversity and ensuring culturally and linguistically appropriate health education materials and health promotion and disease prevention interventions.

- Developing mechanisms and programs for feedback of community and patient
- Implementing systems for patient racial/ethnic and language preference data collection that used to monitor racial and ethnic disparities in health care service for quality improvement and for all beneficiaries, members, and clinical encounters
- Understanding the needs of limited English proficiency (LEP) patients and the importance of using non-English materials and providing access to language service
- Making on-site interpreter services available in health care settings
- Using research tools to detect medical errors due to lack of systemic cultural competency and language-barrier fault

Incorporating standards for measuring systemic cultural competency into standards used by the JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization) and by NCQA (the National Committee for Quality Assurance)

## **2.6 Clinical cultural competency**

It is made awareness for the impact of social and cultural factors on health's beliefs and behaviors used the tools and skills to manage these factors through training and education:

- Cross-cultural training
- Quality improvement
- Using programs to educate patients about health care system and become an active participant

Some scholars proposed ideas to measure the cultural competency, such as the cultural self-efficacy scale (CSES) by Bernal & Froman in 1987. They measure three domain of cultural competency as follows: (a) knowledge of cultural concepts, (b) cultural patterns, and (c) skills in performing trans-cultural nursing functions. Jeffreys & Smoldaka (1996) articulated the Transcultural Self-Efficacy Tool (TSET) which is a diagnostic tool designed to evaluate students' perceived self-efficacy caring for cultural variety clients. TSET uses the 83-item questionnaire with 3 subscales: cognitive, practical, and affective. Campinha-Bacote (1999) also invented an Inventory for Assessing the Process of Cultural Competency (IAPCC and IAPCC-R) which is designed to measure level of cultural competency in health care providers using an original scale of 20 items and a revised scale of 25-item questionnaire based on 5 domain of desire, awareness, knowledge, skill, and encounters. The latest tool was proposed by Perng and Watson in 2012, the Nurse Cultural Competency Scale (NCCS), which is designed to measure cultural awareness, cultural knowledge, cultural sensitivity, and cultural skill (Loftin et al., 2013).

This research will apply the cultural self-efficacy scale (CSES) by Bernal & Froman in 1987. This tool has the highest score of reliability (more than 0.9) and also the number of question is not long, thus it is suitable for measuring the nurse in the working setting place.

## 2.7 Cultural competency evaluation

There are five tools depend on theory used in research (Hiranchunha et al., 2007)

- IAPCC (Inventory to Access the Process of Cultural Competency) was developed from Campinha-Bacote Model by using 25 items from 5 topics of each 5 aspects for 100 points as maximum scores.
- CAS (Cultural Attitude Scale) is a cultural attitude measurement by analyzing the 4 situation of patients using 20 items for 20-100 points that will reflect the reaction or relationship between patients and nurses.
- CSES (Cultural Self Efficacy Scale) is a tool of confident measurement follow individual culture perceptions of Leininger's concept with 30 totally items.
- CCAT (Cultural Competency Assessment Tools) is cultural knowledge evaluation tool for Indian's population migrated to the US using 20 items.
- CCHPA (Cultural Competency Health Practitioner Assessment) is an evaluation tool for caring provider to develop the 6 aspects of care quality with varied cultures and languages that are:
  - Beliefs and Values
  - Epidemiology Culture
  - Clinical Decision
  - Way of life
  - Intercultural Communication
  - Management and Empowerment of health

For application of all tools should be adapted to fit with fundamental of social context and IAPCC is interesting tool according to overviews of nursing development by following the results from developed nursing students with clearly standard of competency level (Hiranchunha et al., 2007). Moreover, Campinha-Bacote Model was applied for developing cultural competency to propose the direction of nursing education management and summarized as follow Campinha-Bacote (1999):

- Cultural awareness was developed the sensitivity of nurse to dissimilar cultures when interaction with people who have different cultures and ethnics.

- Cultural knowledge was improved and promoted by interesting learning's that cover human biodiversity, beliefs in causes of pain, culture-bound illnesses and human communication in social and cultural diversity.
- Cultural skill was developed and enhanced by cultural assessment that should avoid self-assumed, listening attention and direct communication with customers.
- Cultural encounter with variety cultural patients both direct and indirect interaction will help to enhance the diverse attitudes of people by learning from the real situation as be cultural immersion.
- Cultural desire is a top level of development by collaborating or working with the others who have different culture.

The researchers of Kent State University developed an academic programme for cultural competency development by using the methods as follow (Kent State University, 2015):

- Described the philosophy of programme that "human" is the social creature have been influenced from cultural's inheritance and different culture of others. This helps to set the goals, objectives for cultural competency development.
- Setting course syllabus both of general subject and selective subject
  - Introduction to Sociology in general subject
  - Selective subjects; Anthropology, Intercultural communication, Economic of poverty, Ethic literature of the US, Music as a world phenomenon, Cultural psychology.

Since academic programme support nursing students or learners to learn by living with fundamental cultures, religious beliefs or community's life but there are no methods to measurements and assessment. Moreover, nursing educational management of Thailand's three southernmost provinces were analyzed and found that nursing academic programme have strengths and weaknesses that should be adjusted for improving the performance of graduated nurses are going to work toward unsecured area in southern part. Thus, possible and suitable setting of directions and strategic plans to generate nurses who will practical response to social demands and problem solving in no peace area; strategies are as follow (Songwattana, 2005).

- To build the nursing programme and course's subjects are specific according to needs and problems of three provinces area.
- Learner-accepting process for special programme should have suitable qualifications. For this case, giving equally funds to male and female and also works after graduation in that area.

- Teaching method adaptation by setting activity that have stressed for cultural sensitivity and cultural differences includes disaster management.
- Staffs and resources preparation are enough and suitable for running processes in the college and job practice area and also improving capacity capabilities of lectures about clinical practices and specific nursing care for efficient teaching and developed nursing care quality by following the cultural competency outcomes of lectures and learners.

Department of Administrative management support nursing career generation and employment and center committee board should selected and group the involved person;

- Local Government Administrative Organization response to co-investment and employment after graduation
- Nursing faculty and Nursing's college response to develop the method of study and learning, and follow continue assessment.
- Hospitals and Health Service Support Unit of Ministry of Public Health response to investment in learning process by offering resources, support practicality and employment
- Higher Education Committee developed and administered the policies or regulations
- Nursing Council accredited programme issue of nursing education.

Thus, public health officers need to be adapted service processing by improving abilities and preparing specific knowledge and skills to comply with needs and problems in three southernmost part provinces.

For the cultural competency-related academic researches: Sargent et al. (2005) studied the cultural competency of 88 first-year nursing students, 121 seniors and 51 nursing lectures at Kent State University's College of Nursing with some factors and found positively relations between cultural competency scores and personal background factors. The personal background factors were abroad experiences, cultural academy in education program and college years, consequently have high affected to cultural competency's levels of nursing lectures, seniors and freshman, according to Reeves (2001) and Brennan & Cotter (2008). Edgren (2007) reported that nursing colleges, where face with more outsiders come to town, inclined higher cultural competency than colleges in the area toward less outsider. There are only few cultural competency reports in Thailand but Muktapan et al. (2008) investigated in cultural competency of public health students at graduate public health school of KhonKhen University and found that public health officers have acknowledged the importance of cultures as well. Some of officers have not understood correctly about families, religious, arts, languages and ceremonies as cultures that influences to health care and also have deficiencies in dialects' communication skill and collaborative management skill for



community operating in health aspect. Thus, health service will be operated suitable with different cultural areas by training in different culture, beliefs, values, tradition and dharma for apply in daily life.

## 2.8 Nursing Quality of care

The cultural competency obtains and applies knowledge of cultural information, this awareness help to overview the quality of care and health outcomes; actually attend to patients, discover and learn about the patient's beliefs in health that shows health behaviors understanding influenced by culture (Cross et al., 1989). Cross et al. (1989) listed five attributes of capability to become more culturally competent that are as follow:

- Valuing diversity
- Cultural self-assessment
- Culture interact and dynamics inherent conscious
- Institutionalized cultural knowledge
- Adaptations of service delivery following cultural diversity having developed adaptations of service delivery reflecting an understanding of cultural diversity

Developing competent programs of firm reflected the attitudes, structures and policies that should be continually adapted and reevaluated after implementations. For nurse, the honestly care for patients is not only clinical but also culture for "care".

Meyer (1996) suggested the main carriers for diverse cultural caring are weak understanding and tolerance and described four major challenges for culturally competency in healthcare are (Meyer, 1996):

- challenge in different clinical among different ethnics and racial groups
- challenging in communication with various languages that need interpreters
- challenging in ethics by respect the personal beliefs and belief effects on well-being care
- challenge involves trust

Harteloh (2003) reviewed multiple conceptualizations of quality and defined that "Quality is an optimal balance between possibilities realized and a framework of norms and values" which reflects the quality is an abstraction and is constructed based on agreement about standards and components as the possibilities (Harteloh, 2003).

Institute of Medicine (IOM) defined the standards 'quality of health care that "the health service levels for individuals and populations increase the desired health outcomes and are compatible with current professional knowledge" (Lohr, 1990). This quality definition appeared the lists of quality indicators; furthermore, most of indicators is be composed of

5Ds: death, disease, disability, discomfort, and dissatisfaction, rather than more positive components of quality (Lohr, 1998). The positive care indicators depend on nursing input (appropriate self-care achievement, health-promoting behaviors' performance, health-related life quality, well-being care perception, and standard symptom management) whereas, the measured indicators were safe, productive, patient centered, well-timed, and fair (Hughes, 2008) and safety is the base of quality care (Committee on the Quality of Health Care in America, 2001).

## 2.9 Patient Safety

The meaning of patient safety has come out from the healthcare quality was defined by IOM as "the prevention of harm to patients" and implement on care delivery system for preventing errors and learning from appearance errors and also is built on a cultural safety that involves healthcare professionals, customers and firms (Aspden et al., 2004). The safety practices for patient help to reduce the risk of harmful cases related to medical care both of diagnoses or circumstances, and have been considered as possible strategies to avoid the error of patient safety and improve healthcare processes (Hughes, 2008). The patient safety problems are classified as follow:

- Type of errors and harm
- Latent failure
- Active failure
- Organizational system failure
- Technical failure
- Reduction process for healthcare setting to specific high-risk areas of firm
- Communication
- Miscommunication between patient or patient's family and practitioners, practitioner and nonmedical staff or among practitioners
- Patient management
- Unsuitable deputation
- Tracking fails
- Mistake referral
- Mistake resources
- Clinical performance (before, during, and after intervention).

## 2.10 Nursing Improving Quality through Patient Safety

Nursing's responsibility in patient safety is the setting that coordinate and integrate the multiple aspects of patient care quality and directly provided and delivered cares by nursing to avoid medication errors and preventing patient falls (Hughes, 2008).

Moreover, the lower level nurse staffs are linked to increase risks of complication to patients (Kane et al., 2007). According to the Agency for Healthcare Research and Quality (Stanton, 2004), the effects can increase the rate of patient outcomes such as pneumonia, shock, cardiac arrest, and urinary tract infections. Changes in population demographics, career expectations, work attitudes and worker dissatisfaction caused of nursing shortage (American Hospital Association, 2002).

## 2.11 Hospital

Private hospitals are hospitals that have high potential to accept international patients. However, there should still be intervention on cultural competency in private hospitals to improve the services.

Since National Statistical Office always composes the survey of private hospital engage in business every 5 years for national accounts and I/O table (Input-Output Table) by government sectors includes education and Thai public health service development plans. Therefore, the hospital-related definition as one part of index must be defined for identical comprehension by mean of all general private hospitals and clinics in Thailand that have beds for stay overnight and establishment which have obtained license from grantor and also being one type of sanatorium in chapter 2 section 14 (2) as an over-night sanatorium as follow the sanatorium acts B.E. 2541 (Economic and Social Statistics Bureau, 2013). The over-night sanatorium is place provides the medical services and the patients permit to stay overnight and the others as prescribed in the Ministerial Regulation. WHO (2004) described meaning of hospital that "an institution the primary function of which is to provide inpatient diagnostic and therapeutic services for a variety of medical conditions, both surgical and nonsurgical. Most hospitals provide some outpatient services, particularly emergency care."(WHO, 2004)

From the Sanatorium Act (1998) states that "sanatorium" means a place and including a vehicle which is provided for normally medical practice under the law on medical practice, medicine practice under the law on medicine practice, nursery and midwifery practice under the law on nursery and Midwifery practice, or the dentistry practice under the law on dentistry practice with no respect of any earned profit, but not a place for the sale of drugs under the law on drugs which particularly operates a drugs business (Sanatorium Act B.E. 2541, 1998);

- "Patient" means a person who requests for services in a sanatorium;
- "Licensee" means a person who receives a license to engage in a sanatorium business;

- "License" means a license to operate a sanatorium business or a license to manage a sanatorium;
- "Manager" means a person who receives a license to manage a sanatorium;
- "Practitioner" means a medical practitioner and a practitioner on medicine, nursery, midwifery, dentistry, pharmacy or other practitioners determined by the Minister in the Government Gazette;
- "License" means a license to operate a sanatorium business or a license to manage a sanatorium;

Economic and Social Statistics Bureau (2013) gave "hospital" means any sanatorium has obtained a license to establish and engage in a sanatorium business shall be prescribed in sanatorium acts B.E. 2541 to perform the clinical duties and practices. There are licensed numbers of bed for accept overnight patients and provide to diagnosis, major surgery, and full-time nursing services. Hospitals or Clinic or other names were divided into two types are:

- General Hospital is the place provides the modern medical services or traditional services that general examine the common diseases, not specific.
- Specialty Hospital is the place provides the modern medical services or traditional services that deliver patient treatment by specialized staff and equipment in surgery, internal medicine clinic, child health clinic, obstetrics gynecology and infertility, eye-ear-nose-throat clinic, psychiatry clinic, otolaryngology and midwifery.

## **2.12 Knowledge and attitude of cultural competency of nursing**

Nursing clinical functions are sudden to response to practical problems and customer needs that being dynamic and uncertain nature of healthcare environment system with the faster making decision is one essential competency and effect to healthcare service quality. The decision makers; professional nurses and practicing nurses, should have strengthen characters in nurse's views and experiences is indicated to knowledge and skills for solving problems (Hagbaghery et al., 2004).

The competency varies directly to good level of knowledge, skills and also experiences, which is expert in individual own job, all of that affects to qualities of nurse. Hagbaghery et al. (2004) reported that the effective clinical-making decision depend on people who has capabilities for gathering, understanding, integrating the patient data with focus on the needs and clinical situations. That means the proper knowledge and right time decision affects to patient safety; moreover, the mode, type, level of participation depends on the education of nurses but does not supported the effective of clinical-making decision. The educations of nurse relate to the curriculum contents, methods of education, role models; especially nurse educators are essential for preparing nursing students to be effective clinical decision-makers. In case of barrier for decision-making behaviors, the contents of the

curriculum is mostly theoretical and text book testing that affects to medical diagnosis, sometime; the methods of education as barrier for apply them in practice; role models also played a significant should be more self-confident and good knowledge transfer.

### **2.13 Related study on cultural competency of nurse**

Flowers (2004) in her study on the cultural competency of nurse stated that the more diversity in US population requires that nurse provide culturally competency care. The culturally care would effect to the patient condition, the bad feelings experienced by critically ill patients and can result in inadequate care provided by healthcare professionals because of the lack and failure to provide a patient by regarding their cultural background. Nurses should be aware that many subcultures and variations may exist within a cultural or an ethnic group. For example, Asia culture, American, Latino culture and subculture would be a label by a nurse to provide the nursing care. A direct relationship exists between a patient's culture and his or her health; of the many variables known to influence health beliefs and practices, culture is one of the most influential. If the mission of the best possible care for all patients is the main objective of health care, critical care nurses must have skill in the delivery of culturally appropriate and culturally competent nursing care. The ability to deliver nursing care that will allow effective interactions and the development of appropriate responses to persons from diverse cultures, races, and ethnic backgrounds is become a new challenge for nurse profession (Flowers, 2004).

Hiranchunha et al., (2009) examined the culturally competency perception of Thai nursing students and faculty for caring diverse clients. This study included 228 baccalaureate nursing students, and 42 faculty members at Faculty of Nursing, Prince of Songkla University. This study tried to measure the cultural competency by implemented the Cultural Care Competency Scale-Thai composed of Cultural Knowledge Test and Self-Cultural Competency Test. Focus group discussions were also conducted as additional method. The questionnaire was examined by experts for the content validity. Furthermore the reliability of Cultural Knowledge Test was obtained by discrimination index of 0.73 and point-biserial correlation ranged from 0.3 to 0.8. The Cronbach's alpha of Self-Cultural Competency Test was 0.89. It was revealed that majority of the second year students (81.1%) and the fourth year students (71.5%) perceived their culturally competency at the level of cultural aware, however majority of the faculty (58.8%) perceived their culturally competency at the level of cultural competency. The perception of the cultural skill has the highest average score of the second year students, the fourth year students, and faculty (17.72, 17.99, and 18.95, respectively), whilst the perception of the cultural knowledge had the lowest average score of the second year students, the fourth year students, and faculty (9.38, 9.96, 9.93, respectively) (Hiranchunha et al., 2009).

Unchunbutr & Oumtanee (2009) studied the characteristics of an excellent nursing service for using to set policies, strategies and executive managements for serving the excellent service to customers. The study suggested the general characteristics of workers were continuous self-development, efficient communication and information technology, good

appearance of nurse and leadership and also advice for other characteristics are specific for nursing leader and practice nurse. The specific leader of nurse should well know and understand organization's vision and mission, have some knowledge of financial and marketing management, effective leadership, provoke employees to work follow vision and mission and create the professional nurse networks to engage in hospital administration. For practical nurse characteristics should have some knowledge of risks, costs and administrative managements, well make decisions, capable influent foreign language communication, research capabilities and academic leader (Unchunbutr & Oumtanee, 2009).

Siripul & Sakdisthanont (2012) showed suggestions for improving nurse competency in disaster nursing with 3 targeted nurses who effectively response in disaster areas and work with disaster victims at local, country and international disaster are (Siripul & Sakdisthanont, 2012):

- Nursing students should study and prepare the disaster nursing knowledge in basic nursing education.
- Professional nurses should operate in variety of disaster nursing.
- Special nurses should be trained in short course for knowing, understanding and getting skills for managing the disaster nursing as well and play a role disaster manager.

Singhdong (2013) reviewed about positive practice environment (PPE) for solving shortage people of health care operation and referred to definition of PPE by International Council of Nurses that "Positive Practice Environments are settings that support excellence and decent work. In particular, they strive to ensure the health, safety and personal well-being of staff, support quality patient care and improve the motivation, productivity and performance of individuals and organizations". PPE was an idea to create work atmosphere for increasing efficient jobs and also stabilizing and increasing retention rate of nurse to work continue and better teamwork in patient care, then nurse will satisfy jobs and decrease absence in finally. The successful hospitals use Magnet model to create the atmosphere of healthcare system for attract nurse to work continue that are 14 elements of Magnetism compose of (Singhdong, 2013):

- Quality of nursing leadership
- Organization structure
- Administrative form
- Human Resource policies
- Nursing care system
- Quality of patient caring
- Quality development

- Guidance and resources
- Being privilege
- Health service communities and unit
- Education
- Nursing appearance
- Professional union
- Professional development

Presently, there is the reward for quality patient care and nursing excellence of The Magnet Recognition Program for Excellence in Nursing Service Project aim to support the healthcare work atmosphere for professional operation, excellent in nursing service system and mechanism of best practice's nursing care system. The magnet hospitals are developed in many countries but Singapore is an only one in ASEAN to operate by Magnet model.

Tzeng (2004) reported the self-assessment of nurses in the Taiwan hospital by their own competencies, job demands and performance with nursing care quality as an indicator and showed the relationship between competency and performance means competency have provided quality nursing services (Tzeng, 2004).

Hamid et al. (2014) investigated the narratives analysis by using three types of narratives: "Working in the spirit of serving humanity", "Working against all odds", and "Working in a functional system and facing pressures of increased accountability" for interview nurses in private and public tertiary hospitals in Islamabad and would be analyzed the nurses working experiences. "Working in the spirit of serving humanity" would motivate nurses who had been working less than 2 years in the public sector hospital to serve with limited resources. The nurses were dealing with problems in the public sector hospital with limited resources and having responsibility for patient care and other additional duties were motivated by "Working against all odds". "Working in a functional system and facing pressures of high accountability" would motivate nurses who worked in stress pressure environment for their duties. Thus, the health workforce was associated with work pressure affected to satisfy and enjoy working (Hamid et al., 2014).

Salanova et al. (2011) studied the relationship between supervisors who are transformational leaders and staff nurse who have extra-role performance that was explained with self-efficacy and work engagement. The transformational leadership style of supervisors enhanced different 'extra-role' performance in staff nurses and also increased hospital efficacy that implied the leaders have a positive influence on extra-role performance by establishing a sense of self-efficacy and amplifying to engagement in the workplace. The psychological mechanisms may explain that encompasses behaviors that are unusual required in formal jobs, but became to facilitate the social organizational system have smooth functions. Moreover, this study showed nursing leadership is called for duty of

management in healthcare workplaces and workforce issues. Applying and training a transformational style are in leadership improvement for sustainability of nursing workforce as competitive advantages for hospitals (Salanova et al., 2011).

McLaughlin et al. (2007) studied examination systematically to track the role of personality and self-efficacy to forecast academic performance and regression in nursing students who were measured personality, occupational and academic self-efficacy for selection process to complete preregistration and employed as registered nurses. Since the shortage of registered nurses and attrition rates in nursing students is being problem and concerned, self-efficacy theory usually be applied to nursing practice by personality dimension and psychoticism contribute to attrition in nursing students. Occupational self-efficacy was a significant predictor of final mark obtained but persons who scored higher self-efficacy inclined to achieve better final marks that were withdrawn from the programme (McLaughlin et al., 2007).

Kane et al. (2007) reported that the shortage of registered nurses and increased workload has affected to quality of care, on the other side increasing ratio of nurse to patient has been recommended to improve patient safety and studied the nurse to patient ratio associated with patient outcomes (mortality, adverse drug events, nurse quality outcomes, length of stay, patient satisfaction with nurse care). Many evidences suggest that an increase in registered nurses to patient ratios help to reduce hospital-related mortality, failure to rescue, and nursing responsive outcomes, reduced length of stay. The effected ratios for risk reduction show as follow: ratios less than 2.5 patients per registered nurses in intensive care units and less than 3.5 patients per registered nurses. For workload reduction from more than six to two or less patients per registered nurses per shift would save 25 lives per 1,000 hospitalized patients and 15 lives per 1,000 surgical patients (Kane et al., 2007).

### 2.13.1 Why cultural competency development programme is required

An increase in cultural awareness has been very essential due to the change in population demographic in the regions and the influx of tourists requiring medical procedures which result in growing diversity of cultures among patients (Jacques, 2004). It has been suggested that cultural competency can have a positive impact on patient care of nurses (Jacques, 2004).

There are several educational processes that medical practitioners can incorporate to develop the competency to bridge cultural, ethnic, linguistic and social communication barriers; these may include didactic, experiential, reflective and case-based studies (Jacques, 2004). Some of them are reviewed as follow.

A trial on increasing cultural awareness of nurses was conducted using a 6-hour workshop at Washington State University-Vancouver and Southwest Washington Medical Center; however, the results were not summarized on the improvement of cultural competency (Oregon Centre for Nursing, 2010). This study suggested that cultural competency is essential in health care.



There was an attempt to enhance the cultural competency of nursing students at Oregon Health and Science University incorporating workshops as well; a deeper sense of cultural understanding was reported (Oregon Centre for Nursing, 2010).

A programme on an online cultural competency tutorial reflective of Oregon's cultures to develop nurse's and nursing students' knowledge and cultural competency of regional cultures was developed to enhance the cultural competency of nurses and nursing students at OHSU – Ashland / Asante Health Systems (Oregon Centre for Nursing, 2010). The programme included three one-hour tutorial modules: aspects of cultural assessment; caring for the Hispanic client and; caring for the Native American client; the results showed that pre- and post-test scores of demonstrating cultural knowledge and awareness significantly increased in 260 students, faculty and direct care providers (Oregon Centre for Nursing, 2010).

An evidence-based training was also implemented at Salem Hospital in order to enhance the intercultural competency to improve the quality of care for minority populations and impact healthcare disparities; the results showed an improved awareness (Oregon Centre for Nursing, 2010).

A formal cultural competency assessment of nursing staff using the Inventory for Assessing the Process of Cultural Competency among Healthcare Professionals - Revised (IAPCC-R) developed by Dr. Josepha Campinha-Bacote conducted at Providence Hood River Memorial Hospital (PHRMH) and it was found that only 29% and 67% of the staffs scored in culturally competency and culturally awareness respectively, although, they received 5 years of education in culturally competent care; the assessment suggested that further/different approaches would be necessary (Oregon Centre for Nursing, 2010).

### 2.13.2 Case-based cultural competency development programme

Case-based education is a very common method in medical education; it utilizes actual scenarios that occurred in clinical settings that facilitate students to practice the realities and apply/integrate the basic skills and ideas (Hark & DeLisser, 2009; Jacques, P. F., 2004).

A case-based cultural competency improvement simulation programme for nursing students created at the Oregon Health and Science University, USA revealed that the nursing students could successfully integrate cultural experiences into simulations so nursing students could improve their own cultural competency and eventually, the quality of care for all patients (Oregon Centre for Nursing, 2010).

A case-based cultural competency improvement programme was also developed at the Center for International Rehabilitation Research Information & Exchange (CIRRIE) to replace the traditional classroom-based/workshop-based programme which only lacked the involvement of the learners in applying/integrating things in the real clinical environment (CIRRIE, 2013). The case-based simulation provided them with real clinical environment and bridged the gap between the academic preparation and the real environment (CIRRIE, 2013).

Diverse cultural factors can be covered within the cases e.g. cultural diversity plus gender, language, folk beliefs, socioeconomic status, religion, and sexual orientation; however, the limited diversity of cases may result in stereotypes (Hark & DeLisser, 2010; Jacques, 2004).

#### **2.14 Situations in Thailand**

Thailand was ranked as one of the top three most popular tourist destinations in Asia by WTO. The second highest foreign income to Thailand goes to the tourism industry, (Rittichainuwat et al., 2002).

In additional, the launch of AEC in 2015 will transform ASEAN into a region with free movement of goods and services, investment, skilled labor, and freer flow of capital (ASEAN, 2008). The increased influx of this economic movement affecting all industries is avoidable; the new term “medical tourism” explains about the movement of tourists who travel to other countries to take advantage in obtaining medical services (Rerkrujipimol & Assenov, 2011).

These have resulted in growing diversity of cultures due to increased diversity of people from different countries and regions with different cultures and beliefs.

There has only been a case-based study on improving cultural competency of healthcare personals at a nursing school level (Siripan et al, 2009) but yet at a private healthcare provider level. It is essential that a study of cultural competency development at this level must be carried out in order to study the feasibility of the cultural competency training intervention and its impact on healthcare sectors in Thailand.



## CHAPTER 3

### RESEARCH METHOD

This chapter composes of research design, study area, study population, sampling technique, inclusion and exclusion criteria, sample size, intervention method and program, measurement tools, data analysis, ethical consideration, study limitation and research time schedule. The detail explanation will be presented as follows.

#### 3.1 Research design

This study is a quasi-experimental design by implementing the cased-based cultural competent intervention. The intervention was done and the data was collected at the beginning of study (pre-test), after the intervention (post-test) and after the booster (post-test).

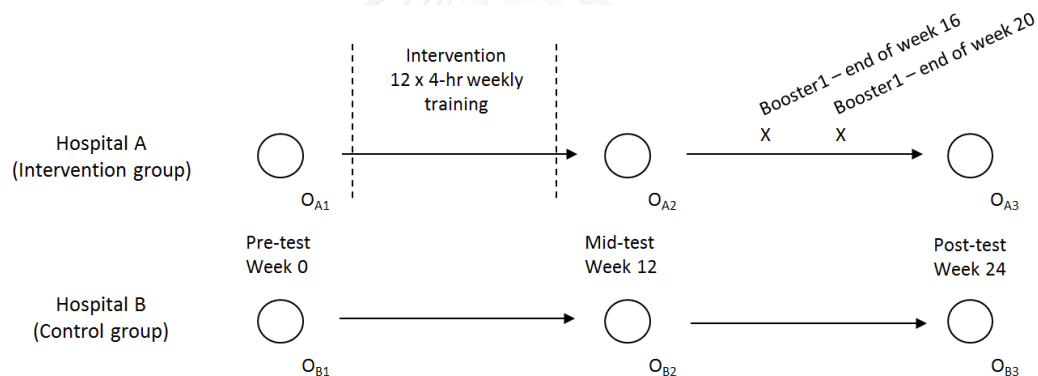


Figure 4: Research design for quasi experimental for the communication skill development

Note:

- $O_{A1}$  = Number of samples in intervention group at the start of the study (pre-test)
- $O_{A2}$  = Number of samples in intervention group at the middle of the study (mid-test - after 3 months)
- $O_{A3}$  = Number of samples in intervention group at the end of the study (post-test - after 6 months)
- $O_{B1}$  = Number of samples in control group at the start of the study (pre-test)
- $O_{B2}$  = Number of samples in intervention group at the middle of the study (mid-test - after 3 months)
- $O_{B3}$  = Number of samples in control group at the end of the study (post-test - after 6 months)

#### 3.2 Study area

This study was conducted at the Hospital A (as intervention area) and the Hospital B General Hospital (as control area). The main reason for selecting these two hospitals, as described in

the introduction that Hospital A has already tried to implement cross-cultural setting, namely it provides halal food for Muslim patient. Moreover, some of patients came from Myanmar where they have different rules and cultures. Whilst the other hospital has a similar policy in providing services for their foreign patients. Furthermore, these two hospitals have comparable characteristics as follows.

- Mid-size private hospitals
- Approachable hospitals
- Have similar service provision
- Have similar patient portfolio, e.g. 2-3% international patients
- Are accredited by international standard bodies
- Have comparable number of nurses (178 nurses at Hospital A and 172 at Hospital B)
- Have comparable number of beds (210 beds at Hospital A and 250 beds at Hospital B)

### **3.3 Study population**

The Ministry of public health of Thailand informed that there were 13,692 nurses working in private hospitals in 2013 (Bangkok area 6,347 nurses; Central 3,801 nurses; Northeast 962 nurses and South 1,100 nurses). Due to the limited study resources, the present study only investigated the registered nurses from two private hospitals with similarity in size, quality and services, namely, Hospital A (total of 178 nurses) and the Hospital B General Hospital (total of 172 nurses). The samples were selected by using proportional simple random sampling. The proportional amount of research subject was based on the place of job, namely ward.

Nurses from all departments in the hospitals were recruited into the study because the nurses from all departments have a potential to make contact with patients and their families where cultural competency is necessary in order to better respond contacts with different cultures.

### **3.4 Sampling technique**

The hospitals used in the present study were purposively selected as control, intervention and pilot-test groups where the departments/wards that are more likely to have contact with international patients, e.g. ward 1 & 2 were also purposively selected. Then the samples were selected proportionally from the total population from each department in order to get representative subject number from each department/ward in the hospitals. The study then implemented the simple random sampling for selecting the participants from nurses who were willing to participate the study. Thus this study could represent the entire nurse population in the two hospitals.

### 3.4.1 Inclusion criteria

- The nurse who was willing to participate the study
- The nurse had permanent employment status.
- The nurse had experience as a nurse for a minimum of 1 year.
- The nurse had an experience at a shift job.

### 3.4.2 Exclusion criteria

- The nurse who was in the third trimester of pregnancy.
- The nurse who missed more than 8 hours of training
- The nurse who missed at least one of the tests

## 3.5 Sample size

The sample size in this research was calculated employing G\*Power 3.1.7 software using a two-tail paired t-test function. By using means ( $\bar{x}$ ) and SDs from the previous study, the effect size can be calculated (effect size is a measure that describes the magnitude of the difference between two groups. It is calculated by taking the difference in means ( $\bar{x}$ ) between two groups and dividing that number by their combined (pooled) standard deviation.). According to the previous study of the cultural competency of student nurse in three provinces of southern Thai borders (Siripan et al., 2009), nursing students who did not have experience in nursing care of patient with different culture were less culturally competent than those who had experience in nursing care of patient with different culture ( $\bar{x}_1 = 56.03$ ,  $SD_1 = 5.78$ ,  $40$   $\bar{x}_2 = 53.24$ ,  $SD_2 = 7.45$ ). The effect size of 0.2958876 was obtained. Assuming the significant value and power of 0.05 and 0.95 were used, the total sample size of 151 was then obtained (76 nurses per group).

Assuming a drop-off of 10%, extra 10% of nurses were added to each group. Therefore, the total sample size of 83 nurses was obtained for each group.

Table 3 shows the proportional distribution of research subject based on place of job where a proportion of number of nurses was recruited from different departments, i.e. 47% , 48% and 22% of total nurses at Hospital A, Hospital B and Hospital C respectively.

Table 3: Proportional distribution of research subject based on place of job

Department	Population			Sample		
	Hospital A (Intervention)	Hospital B (Control)	Hospital C (Pilot)	Hospital A (Intervention)	Hospital B (Control)	Hospital C (Pilot)
ER	20	17	17	9	8	4
OPD	30	34	25	14	16	6
WARD 1	45	41	38	21	21	8
WARD 2	43	43	36	21	21	8
ICU	20	17	17	9	8	4
OR	20	20	17	9	9	4

Total	178	172	150	83 (47%)	83 (48%)	33 (22%)
-------	-----	-----	-----	----------	----------	----------

Note: Estimated 10% drop-off of sample will be added to the total sample size calculated; sample size of 83 is then obtained. Equal proportion of nurses will be selected from different departments based on simple random sampling selection. Age, Income and working experience of the nurses will be used for matching the nurses from the two groups.

### 3.6 Intervention method

#### 3.6.1 Cultural competency

The intervention used in the present study included 12 x 4-hour weekly training and 2 x 3-hour monthly boosters in a form of a job training model. The training was held by professional cultural competent trainers/experts. The participants were examined for their cultural competency at the beginning of the study (pre-test), after 3 months (mid-test) and after 6 months (post-test).

The training consisted of two different components: the cultural competency and the foreign language proficiency (languages used by major medical tourists and ASIAN languages). The model implemented in the present study employed case-based cultural competency development training intervention. The material comprised of understanding concept of cultural and cross-cultural environment; assessment method of patient cultural need; communication skill in term of cross-cultural situation; the method of unconscious incompetency to conscious incompetency; foreign language proficiency; case-based simulation on cross cultural environment.

#### 3.6.2 Schedule of intervention

This training was designed to provide participants with valuable understanding and appreciation for diverse cultures in the context of work and life. Participants would find this course beneficial on a number of levels, not only were the common aspects of diverse cultures covered but also the hidden elements of diverse culture in order to service the foreigners living or working in Thailand. Understanding these hidden aspects would allow participants the opportunity to tackle and overcome the cross cultural issues and more understanding of the foreign patients. The programme undoubtedly assisted participants in acclimatizing to life in different cultures. Learning powerful techniques would help communicate effectively with foreign patients. Implementing cross cultural skills would make a more effective and productive teamwork. This programme provided nurses with:

- How to work with and manage foreign patients effectively
- Understanding of different cultures and how it impacts the workplace
- Techniques for motivating with foreign patients
- Strategies to cope and manage with cross cultural issues

### 3.6.3 Cultural competent training programme

The training was conducted by experts of cultural competency from the Human Resources Professionals Associations. The programme is scheduled for 12 weeks (4 hours per week) and is shown in Table 4.



Table 4: Details of training programme

Week	Content	Instructor
1	Cultural sensitivity and awareness and cultural competency <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meaning and its importance</li> <li>- Working with different cultures</li> <li>- Difference of different cultures, traditions and norms</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dr.Sirinthorn Pibulpanuwat</li> <li>- Assist. Prof. Nuntiya Doungphummes</li> </ul> Research Institute for Languages and Cultures of Asia, Mahidol University
2	Conflict and complain management <ul style="list-style-type: none"> <li>- Norms of different cultures</li> <li>- Communication of different cultures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colonel Angkana Sumetsittikul</li> </ul> Bumrungrad Academy Bumrungrad Hospital
3-7	Asian language and their cultures (related to healthcare) <ul style="list-style-type: none"> <li>- History of Brunei and Brunei language (Malay)</li> <li>- Brunei culture and Brunei universal manners</li> <li>- Brunei language (Malay)</li> <li>- History of Cambodia and Cambodian language</li> <li>- Cambodian culture and Cambodian universal manners</li> <li>- Cambodian language</li> <li>- History of China and Chinese language</li> <li>- Chinese culture and Chinese universal manners</li> <li>- Chinese language</li> <li>- History of Indonesia and Indonesian language</li> <li>- Indonesian culture and Indonesian universal manners</li> <li>- Indonesian language</li> <li>- History of Laos and Laos language</li> <li>- Laos culture and Laos universal manners</li> <li>- Laos language</li> <li>- History of Malaysia and Malaysian language</li> <li>- Malaysian culture and Malaysian universal manners</li> <li>- Malaysian language</li> <li>- History of Myanma and Myanma language</li> <li>- Myanma culture and Myanma universal manners</li> <li>- Myanma language</li> <li>- History of Philippines and Philippines language</li> <li>- Philippines culture and Philippines universal manners</li> <li>- Philippines language</li> <li>- History of Vietnam and Vietnamese language</li> <li>- Vietnamese culture and Vietnamese universal manners</li> <li>- Vietnamese language</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sittiporn Netniyom</li> <li>- Dr. Noraset Pisitpanporn</li> <li>- Weerapong Meestan</li> <li>- Dr. Sumitra Suratdecha</li> <li>- Dr. Rujiwan Laophairoj</li> <li>- Assist. Prof. Amorn Saengmanee</li> </ul> Research Institute for Languages and Cultures of Asia, Mahidol University



Table 4: Details of training programme (Continued)

8	Middle eastern language and Middle eastern culture (related to healthcare) - History of Middle eastern countries and Middle eastern language - Middle eastern culture and Middle eastern universal manners - Middle eastern language	- Rachada Pornputtkul Bumrungrad Academy Bumrungrad Hospital
9	English language and their cultures (related to healthcare) - History of American, European and Australian countries and English language - American, European and Australian culture and manners - English language	- Rachada Pornputtkul Bumrungrad Academy Bumrungrad Hospital - Pimkhwan Bunjitpimol College of Public Health Sciences, Chulalongkorn University
10-12	Services to patients from different cultures using case-base practice	- Rachada Pornputtkul Bumrungrad Academy Bumrungrad Hospital

\*Due to limited number of nurses working at Hospital A (Intervention group), the nurses recruited into the study (N=83) were be divided into 2 sub-groups where nurses from the same department/ward were preferably assigned to different sub-groups. Each sub-group participated the training at different times in order to prevent the shortage of nurses present in the departments/wards at any times.

Note: The author (Pimkhwan Bunjitpimol) acted as a project manager (organize the training programme) and as a facilitator during the entire training programme (week 1-8 & 10-12) where she also acted as a co-instructor at week 9 for English language course.

The case-based simulation training session was held in week 10-12, while the language course was held in week 3-9. The objective of the simulation across cultural environment was to support nurses to learn the social skills and cultural competency required for daily life and medical terminology related to ASEAN Foreign patient. While the objective of the language proficiency was to introduce to basic commands in selected languages and also the healthcare-related commands in selected languages.

### 3.7 Measurement tools

Three main key competencies: 1) knowledge in different cultures; 2) attitude towards different cultures; and 3) cultural practice in nurses were measured using a set of self-administered questionnaires as follow (Flowers, 2004; Siripan et al., 2009; American Speech Language Hearing Association, 2010; Sealey, 2003). Please note that cultural competency scores were converted into percentage-based system for comparison.

#### 3.7.1 Cultural knowledge competency

A self-administered true-false questionnaire comprises of 116 items grouped into 8 categories including food, greeting, religion/belief, language/costume, manner, health, culture and social, see Table 5. The knowledge in different cultures competency was answered as: T = True; F = False; NS = Not Sure. The questionnaire was assessed with Bloom's cut-off criteria where a score of less than 60% (1-69 items) was graded as "low competency"; a score from 60% to less than 80% (70-92 items) was graded as "moderate competency": and a score from 80% to 100% (93-116 items) was graded as "high competency".

Table 5: Cultural knowledge competency categories

Category	Item	Total
Food	2,5,12,24,25,48	6
Greeting	1,3,7,8,20,21,30,39,40,49,73,80,85,88,97,111,112	17
Religion/belief	26,35,37,38,91,92,98,104,105	9
Language/Costume	15,16,17,71	4
Manner	4,10,11,13,14,19,27,28,31,34,36,41,46,52,69,70,75,87,96,99,101,108,116	23
Health	6,18,43,63,64,65,102,103,106,110	10
Culture	9,22,23,29,47,50,51,53,60,61,62, 66,67,68,72,74,76, 81,82,83,84,89,90,94,95, 107,114,115	28
Social	32,33,42,44,45,54,55, 56,57,58,59,77,78,79,86, 93,100, 109,113	19

### 3.7.2 Cultural attitude competency

A self-administered 1-to-5-scale questionnaire comprises of 14 items. The attitude towards different cultures competency was rated as: 5 = Strongly agree; 4 = Agree; 3 = Neutral; 2 = Disagree; 1 = Strongly disagree. The questionnaire was assessed a cut-off criteria using mean ( $\bar{x}$ ) and standard deviation (SD) where a score of less than  $\bar{x}$ -SD was graded as “low competency”; a score from  $\bar{x}$ -SD to less than  $\bar{x}$ +SD was graded as “moderate competency”; and a score equal and higher than  $\bar{x}$ +SD was graded as “high competency”.

### 3.7.3 Cultural competency in nursing practice

A self-administered 1-to-5-scale questionnaire comprises of 10 items. The attitude towards different cultures competency was rated as: 5 = Things that I always do; 4 = Things that I sometimes do; 3 = Things that I rarely do; 2 = Things that I have never done but will do when have an opportunity; 1 = things that I will never do. The questionnaire was assessed using a cut-off criteria using mean ( $\bar{x}$ ) and standard deviation (SD) where a score of less than  $\bar{x}$ -SD was graded as “low competency”; a score from  $\bar{x}$ -SD to less than  $\bar{x}$ +SD was graded as “moderate competency”; and a score equal and higher than  $\bar{x}$ +SD was graded as “high competency”.

## 3.8 Reliability and validity of the study

Before implementing the questionnaire for collecting the data, validity and reliability of questionnaire were tested. Validity and reliability refer to whether a study is able to scientifically answer the questions it is intended to answer, and as such, it is vital for a test to be valid in order for the results to be accurately applied and interpreted (Field, 2005; Iacobucci & Churchill, 2010).

### 3.8.1 Validity

#### 3.8.1.1 Content validity

Content validity was approved by five experts in different fields, e.g. experts in cultural competency, experts in international cultural competency and expert from private setting which include:

- Assoc. Prof. Ratana Somrongthong' Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.

- Lieutenant Colonel Hatairat Kaoaiem, The Royal Thai Army Nursing College, Bangkok, Thailand
- Dr. Sunun Sinsuesatkul, Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand
- Colonel Kullaya Phaikoh, The Royal Thai Army Nursing College, Bangkok, Thailand
- Assoc. Prof. Pattcharaporn Kerdmongkolchai, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand

### 3.8.2 Reliability

#### 3.8.2.1 Pilot test

The method included distributing questionnaire to 33 nurses at Hospital C.

#### 3.8.2.2 Internal reliability

Internal reliability was conducted using SPSS software (Higher reliability value represents higher reliability of the questionnaire (value range: 0-1)). After being reviewed, validated and updated by all five experts, contents of the questionnaire were tested for their reliability. The reliability test was conducted using a pilot test method. The method included distributing questionnaire to 33 nurses at Hospital C selected using the inclusion-exclusion criteria (see 3.4 Sampling technique). The results were then tested for reliability using a KR-20 and Cronbach's Alpha reliability tests, see Table 6.

Table 6: Reliability statistics of the questionnaire - Cronbach's Alpha value

Category	Result format	Reliability test	Number of items	Reliability value <sup>1</sup>
Knowledge	Binary (T, F)	Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20)	116	0.997
Attitude	Scale (1-5)	Cronbach's Alpha	14	0.870
Practice	Scale (1-5)	Cronbach's Alpha	10	0.771

<sup>1</sup>Higher reliability value represents higher reliability of the questionnaire (value range: 0-1)

The reliability of the study was found to be reliable.

### 3.9 Data collection

The data was collected using a self-administered questionnaire. The questionnaire explored the cultural knowledge, attitude towards different cultures and cultural nursing practice. The data was collected in three periods of time starting in late December 2014 until June 2015 as follow.

- **Pre-test:** at month 0 or week 0 (at the beginning of the study)
- **Mid-test:** after 3 months or 12 weeks (after weekly training)
- **Post-test:** after 6 months or 24 weeks (after monthly booster)

### 3.10 Data Analysis

Data were analyzed using SPSS (SPSS Inc., 2000). The significance level was set at 0.05. A number of data analysis procedures were used including

- **Descriptive statistics**
  - Mean, SD, frequency, percentage
- **Inferential statistics**
  - **Chi-square:** categorical data
  - **Unpaired (independent) t-test:** continuous data
    - Pre-test: knowledge, attitude and practice (between groups)
    - Post-test: practice (between groups)
  - **Paired (dependent) t-test:** continuous data
    - Pre-test vs Post-test: practice (within group)
  - **ANCOVA:** between groups and effect of intervention taking into account the co-variance (different pre-test data between groups: knowledge and attitude)

### 3.11 Ethical consideration

Ethical clearance was sought from both of the participating hospitals, namely Hospital A and Hospital B. In addition, approval from College of Public Health, Chulalongkorn University was sought as well, see Appendix III: Ethical approval of the questionnaire. Informed written consent was obtained from the staffs and only staffs that signed the consent were included in the present study, see Appendix VI: Consent Form for Participants. Staffs were subsequently given an introduction and details of the study as well as some ethical concerns as follow, see Appendix V: Participant Information Sheet.

- The study is voluntary and any participants may withdraw from the study at any time.
- The study is confidential; data collected from participants will not be exposed.

- Participants will be treated with respect; their opinions will be attended.
- The study shall not introduce any discomfort or risk to the participants.



## CHAPTER 4

### RESULTS

This chapter includes analysis and interpretation of the data obtained through the study. The present quasi-experimental study examined the difference of the competency of knowledge, attitude and cultural practice of the cultural competent nurse care between the intervention group and control group and explored the knowledge, attitude and cultural practice of nurse about cultural competent nurse care among intervention group before and after intervention using self-administered questionnaire. The study used purposive sampling selection method to select the study areas. Hospital A was selected as the intervention group and Hospital B General Hospital was selected as the control group as they are both private hospitals with the equivalent sizes and standards. All permanent nurses with a work experience as nurse of more than 1 year and a shift job work experience were recruited in the study where nurses who were in the third trimester of pregnancy were excluded. A total of 166 nurses were recruited in the study (83 nurses from each hospital).

#### 4.1 Number of nurses from control and intervention groups

Table 7 shows the number of the nurses from the two groups participating the test at 3 different timeframes: pre-test, mid-test and post-test. It was found that only 2 nurses (2.4%) from Hospital A (intervention group) only quitted the study while 12 nurses from Hospital B (control group) quitted (14.5%). Hence, the sample size of nurses from control group during the mid-test and post-test was slightly lower than the calculated value.

Table 7: Number of nurses from intervention and control groups

Test	Hospital B (Control)	Hospital A (Intervention)
Pre-test	83	83
Mid-test	71 (85.5%)	81 (97.6%)
Post-test	71 (85.5%)	81 (97.6%)

Note: Values in brackets show the remaining percentage of participants at the mid-test and post-test

#### 4.2 Demographic characteristics and work-related factors

The demographic characteristics and work-related factors of the samples were reported in Table 8 and Table 9. The samples from the two hospitals consisted of 166 nurses. Subjects from the two hospitals were primarily females with wide age range (22-59 years of age). At Hospital A, the largest group was in their 20s (61.4%) while at Hospital B, the subjects aged proportionally across all age ranges. Majority of the subjects from the two hospitals were single (58.4%) and Buddhism (95.2%). Almost all subjects from the two hospitals had a Bachelor degree (92.2%). Whilst most of the subjects from the two hospitals were in a nurse level, no junior nurses from Hospital B were recruited into the present study. In contrast, one third of all the subjects from Hospital B were in their supervisor position. Wide range of

work experience (1-39 years) was observed from the two hospitals with an average work experience of about 10 years. However, an average work experience at current hospital of 5.6 years was observed for all the subjects. Also, wide range of salary was observed with majority of the subjects receiving their salary ranging from 20,000-50,000 baht per month. The subjects also came from a number of different areas, though the largest groups from the two hospitals were from the inpatient department. Most of the subjects from Hospital A worked the night shift while most of the subjects from Hospital B worked the day shift. About three-quarters (over 70.0%) had experience with foreign patients. Common feelings towards foreign patients were welcoming (approximately half) and excited (one third). Only few participants reported feeling shy, afraid, or stressed (approximately 15% in total). Whilst the confidence towards foreign patients of the subjects from the two hospitals was generally different, majority of the subjects had moderate confidence (level 2-4) towards foreign patients (over 80.0%). The self-reported language skills of the subjects focusing on three common languages for Thai foreign medical patients – English, Chinese, and Yawee (Muslim language) show that majority of the subjects had moderate English skills (over 70.0%) and poor Chinese (over 90.0%) and Yawee (over 90.0%) skills.

Table 8: Demographic characteristics

Category	Hospital B (Control)	Hospital A (Intervention)	Total	Chi-square Control vs Intervention
	N = 83 (%)	N = 83 (%)	N = 166 (%)	p-value <sup>1</sup>
<b>Sex</b>				
Male	2 (2.4%)	2 (2.4%)	4 (2.4%)	1.000
Female	81 (97.6%)	81 (97.6%)	162 (97.6%)	
<b>Age (years)</b> Range = 22-59 ( $\bar{x}\pm SD = 33.0\pm 8.7$ )				
22-30	30 (36.1%)	51 (61.4%)	81 (48.8%)	0.003**
31-40	29 (34.9%)	21 (25.3%)	50 (30.1%)	
More than 40	24 (28.9%)	11 (13.3%)	35 (21.1%)	
<b>Marital status<sup>3</sup></b>				
Single	46 (55.4%)	51 (61.4%)	97 (58.4%)	0.586
Married	33 (39.8%)	30 (36.1%)	63 (38.0%)	
Divorced/widowed	4 (4.8%)	2 (2.4%)	6 (3.6%)	
<b>Religion</b>				
Buddhism	77 (92.8%)	81 (97.6%)	158 (95.2%)	0.277
Christian/Muslim	6 (7.2%)	2 (2.4%)	8 (4.8%)	
<b>Highest education</b>				
Bachelor degree	77 (92.8%)	76 (91.6%)	153 (92.2%)	1.000
Master degree	6 (7.2%)	7 (8.4%)	13 (7.8%)	
<b>Level of seniority<sup>3</sup></b>				
Junior nurse	0	9 (10.8%)	9 (5.4%)	0.000**
Nurse	45 (54.2%)	59 (71.1%)	104 (62.7%)	
Senior nurse	5 (6.0%)	2 (2.4%)	7 (4.2%)	
Supervisor	29 (34.9%)	10 (12.0%)	39 (23.5%)	
Others	4 (3.8%)	3 (3.6%)	7 (4.2%)	
<b>Current monthly salary (Baht) (32-34 THB = 1 USD at time of study)<sup>3</sup></b>				
15,000-20,000	3 (3.6%)	9 (10.8%)	12 (7.2%)	0.137
20,001-30,000	17 (20.5%)	26 (31.3%)	43 (25.9%)	
30,001-40,000	37 (44.6%)	27 (32.5%)	64 (38.6%)	
40,001-50,000	20 (24.1%)	16 (19.3%)	36 (21.7%)	
More than 50,001	6 (7.2%)	5 (6.0%)	11 (6.6%)	
<b>Current Responsible areas (last three months)</b>				
Out-patient department	16 (19.3%)	14 (16.9%)	30 (18.1%)	0.998
In-patient department	41 (50.6%)	41 (50.6%)	82 (50.6%)	
Emergency room	8 (9.6%)	9 (10.8%)	17 (10.2%)	
Operation room	9 (10.8%)	9 (10.8%)	18 (10.8%)	
ICU	8 (9.6%)	9 (10.8%)	17 (10.2%)	

<sup>1</sup>p-value was calculated using a Chi-square test using 2-sided method (accepted level is 0.05)

<sup>2</sup>Data was regrouped for categories with cell/cells having expected count of 0 for Chi-square test

<sup>3</sup>Fisher's exact test was used for categories with cell/cells having expected count less than 5

\*The samples from the two groups are significantly different (p-value < 0.05)

\*\*The samples from the two groups are highly significantly different (p-value < 0.01)



Table 9: Work-related factors

Category	Hospital B (Control)	Hospital A (Intervention)	Total	Chi-square Control vs Intervention p-value <sup>1</sup>
	N = 83 (%)	N = 83 (%)	N = 166 (%)	
<b>Experience as nurse (years)</b> Range = 1-39 years ( $\bar{x}\pm SD = 9.9\pm 8.6$ )				
1-3	17 (20.5%)	27 (32.5%)	44 (26.5%)	0.152
4-10	32 (38.6%)	33 (39.8%)	65 (39.2%)	
11-20	21 (25.3%)	17 (20.5%)	38 (22.9%)	
More than 20	13 (15.7%)	6 (7.2%)	19 (11.4%)	
<b>Experience as nurse at this hospital (year)</b> Range = 1-30 years ( $\bar{x}\pm SD = 5.6\pm 5.1$ )				
1-3	35 (42.2%)	41 (49.4%)	76 (45.8%)	0.607
4-10	35 (42.2%)	32 (38.6%)	67 (40.4%)	
11-20	13 (15.7%)	10 (12.0%)	23 (13.9%)	
<b>Work shift (last three months)</b>				
Day shift	52 (62.7%)	25 (30.1%)	77 (46.4%)	0.000**
Night shift	31 (37.3%)	58 (69.9%)	89 (53.6%)	
<b>Experience with foreign patients</b>				
No	24 (28.9%)	20 (24.1%)	44 (26.5%)	0.598
Yes	59 (71.1%)	63 (75.9%)	122 (73.5%)	
<b>Language skills</b>				
<b>English</b>				
1 = Poor	10 (12.0%)	15 (18.1%)	25 (15.1%)	0.516
2 = Moderate	64 (77.1%)	61 (73.5%)	125 (75.3%)	
3 = Good	9 (10.8%)	7 (8.4%)	16 (9.6%)	
<b>Chinese<sup>2</sup></b>				
1 = Poor	81 (97.6%)	75 (90.4%)	156 (94.0%)	0.099
2 = Moderate/Good	2 (2.4%)	8 (9.6%)	10 (6.0%)	
<b>Yawee<sup>2</sup></b>				
1 = Poor	82 (98.8%)	78 (94.0%)	160 (96.4%)	0.047*
2 = Moderate/Good	1 (1.2%)	5 (6.0%)	6 (3.6%)	

<sup>1</sup>p-value was calculated using a Chi-square test using 2-sided method (accepted level is 0.05)

<sup>2</sup>Data was regrouped for categories with cell/cells having expected count of 0 for Chi-square test

<sup>3</sup>Fisher's exact test was used for categories with cell/cells having expected count less than 5

\*The samples from the two groups are significantly different (p-value < 0.05)

\*\*The samples from the two groups are highly significantly different (p-value < 0.01)

### 4.3 Comparison of cultural competency between groups

#### 4.3.1 Cultural knowledge competency between groups

##### 4.3.1.1 Pre-test cultural knowledge competency between groups

Table 10 shows the comparison of the competency score of cultural knowledge between the control and intervention groups at pre-test. It was found that the cultural knowledge competency score of the nurses from the two groups were significantly different (scores of nurses from intervention group was significantly higher than those from the control group) (p-value < 0.05).

Table 10: Comparison of the competency score of cultural knowledge between the control and intervention groups at pre-test

Category	Knowledge score, $\bar{x} \pm SD$ , %		t-test	
	Hospital B (Control)	Hospital A (Intervention)	t	p-value <sup>1</sup>
Knowledge	50.7 $\pm$ 7.5	53.2 $\pm$ 8.3	-2.09	0.038*

<sup>1</sup>p-value was calculated using an independent 2-tailed t-test at a significant level of 0.05 (between groups only)

\*The samples from the two groups are significantly different (p-value < 0.05)

#### 4.3.1.1 *Post-test cultural knowledge competency between groups*

Due to the significant difference between cultural knowledge scores of the two groups at pre-test, an ANCOVA test was used to determine the effect of co-variances and hence determine the difference of the scores at post-test between the two groups. It was found that only age and level of seniority had significant effects on them (p value < 0.05).

Considering the effects of the demographic characteristics and work-related factors on the levels of the cultural knowledge competency between the two groups, the levels of the cultural knowledge competency of the two groups were significantly different where the knowledge competency of the control group was significantly lower, see Table 11.

Table 11: The effects of different demographic characteristics & work-related factors on the cultural knowledge competency in nurses from the control and intervention groups using General Linear Model repeated-measures ANCOVA

Parameter	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
Age	345.582	1	345.582	3.987	0.048*
Level of seniority	389.230	1	389.230	4.491	0.036*
Work shift	178.375	1	178.375	2.058	0.154
Confidence	248.734	1	248.734	2.870	0.092
Yawee language skill	193.472	1	193.472	2.232	0.137

\*The data at pre-test is significantly different (p-value < 0.05)

Taking into account the effect of age and level of seniority, the levels of knowledge competency between two groups were significantly different where knowledge competency of the intervention group was significantly higher than those from the control group, see Table 12 and Figure 5.

Table 12: Comparison of the competency score of cultural knowledge between the control and intervention groups at post-test using General Linear Model repeated-measures ANCOVA

Category	ANCOVA		
	Mean difference	Standard error	p-value <sup>1</sup>
Knowledge	-2.792	0.932	0.004**

<sup>1</sup>p-value was calculated using an ANCOVA test at a significant level of 0.05 (between groups only)

\*\*The samples from the two groups are highly significantly different (p-value < 0.01)

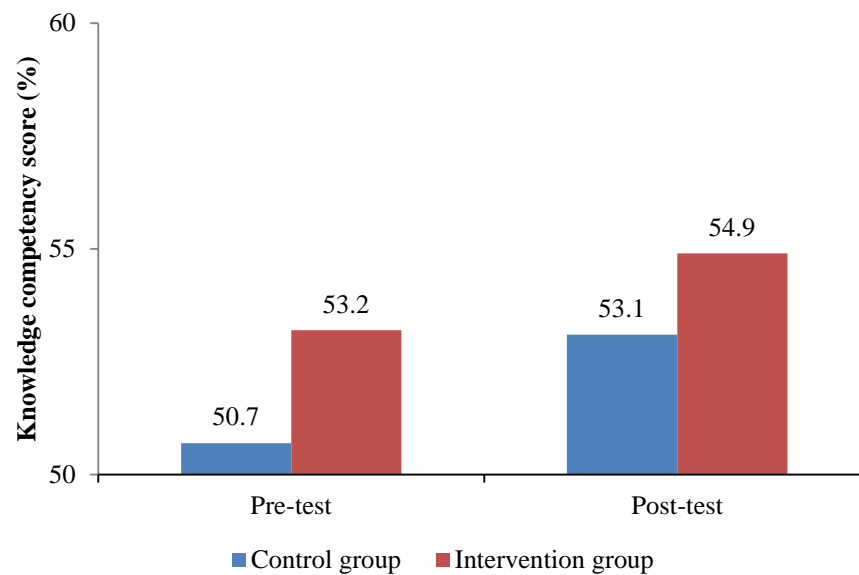


Figure 5: Comparison of the competency score of cultural knowledge between the control and intervention groups at pre-test and post-test

#### 4.3.1.1 *Pre-test sub-cultural knowledge competency between groups*

Table 13 shows the comparison of the competency score of sub-cultural knowledge between the control and intervention groups at pre-test. It was found that the cultural knowledge competency scores related to food, manner and health of the nurses from the two groups were significantly different (scores of nurses from intervention group were significantly higher than those of the nurses from the control groups) (p-value < 0.05).

Table 13: Comparison of the competency score of sub-cultural knowledge between the control and intervention groups at pre-test

Category	Knowledge score, $\bar{x} \pm SD$ , %		t-test	
	Hospital B (Control)	Hospital A (Intervention)	t	p-value <sup>1</sup>
Food	36.3±18.8	44.2±20.2	-2.58	0.011*
Greeting	53.6±9.3	53.1±10.4	0.37	0.710
Religion/belief	59.0±13.1	57.6±18.2	0.60	0.551
Language/costume	57.2±20.5	63.9±23.5	-1.94	0.055
Manner	50.2±12.1	54.3±11.6	-2.25	0.026*
Health	43.1±9.4	47.1±12.3	-2.34	0.021*
Culture	61.3±9.1	60.9±8.8	0.28	0.781
Social	35.9±23.8	42.2±29.4	-1.53	0.129

<sup>1</sup>p-value was calculated using an independent 2-tailed t-test at a significant level of 0.05 (between groups only)

\*The samples from the two groups are significantly different (p-value < 0.05)

#### 4.3.1.1 *Post-test sub-cultural knowledge competency between groups*

Taking into account the effect of age and level of seniority obtained from Table 11, the levels of some sub-categories of knowledge competency between two groups were significantly different; these included cultural knowledge related food, manner and social (p-value < 0.05), see Table 14.

Table 14: Comparison of the competency score of sub-cultural knowledge between the control and intervention groups at post-test using General Linear Model repeated-measures ANCOVA

Category	ANCOVA	
	Mean difference	p-value <sup>1</sup>
Food	-4.180	<0.001**
Greeting	-0.180	0.405
Religion/belief	2.400	0.017*
Language/costume	0.000	0.985
Manner	-1.540	<0.001**
Health	-0.020	0.943
Culture	1.780	<0.001**
Social	-5.740	<0.001**

<sup>1</sup>p-value was calculated using an ANCOVA test at a significant level of 0.05 (between groups only)

\*The samples from the two groups are significantly different (p-value < 0.05)

\*\*The samples from the two groups are highly significantly different (p-value < 0.01)

### 4.3.2 Cultural attitude competency between groups

#### 4.3.2.1 Pre-test cultural attitude competency between groups

Table 15 shows the comparison of the competency score of cultural attitude between the control and intervention groups at pre-test. It was found that the cultural attitude competency score of the nurses from the intervention groups was significantly higher than those of the nurses from the control groups ( $p$ -value  $< 0.05$ ).

Table 15: Comparison of the competency score of cultural attitude between the control and intervention groups at pre-test

Category	Knowledge score, $\bar{x} \pm SD$ , %		t-test	
	Hospital B (Control)	Hospital A (Intervention)	t	p-value <sup>1</sup>
Attitude	73.2 $\pm$ 11.1	78.1 $\pm$ 11.1	-2.89	0.004**

<sup>1</sup>p-value was calculated using an independent 2-tailed t-test at a significant level of 0.05 (between groups only)

\*\*The samples from the two groups are highly significantly different ( $p$ -value  $< 0.01$ )

#### 4.3.2.2 Post-test cultural attitude competency between groups

Due to the significant difference between cultural attitude scores of the two groups at pre-test, an ANCOVA test was used to determine the effect of co-variances and hence determine the difference of the scores at post-test between the two groups. It was found that none of the demographic characteristics and work-related factors had significant effects on them, see Table 16.

Table 16: The effects of different demographic characteristics & work-related factors on the cultural attitude competency in nurses from the control and intervention groups using General Linear Model repeated-measures ANCOVA

Parameter	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
Age	6.452	1	6.452	23.232	0.489
Level of seniority	10.824	1	10.824	38.938	0.431
Work shift	2.310	1	2.310	8.294	0.592
Confidence	21.344	1	21.344	76.563	0.351
Yawee language skill	10.433	1	10.433	37.454	0.435

The levels of cultural attitude competency between two groups were significantly different where the competency of intervention group is significantly higher than the control group, see Table 17 and Figure 6.

Table 17: Comparison of the competency score of cultural attitude between the control and intervention groups at post-test using General Linear Model repeated-measures ANCOVA

Category	ANCOVA		
	Mean difference	Standard error	p-value <sup>1</sup>

Attitude	-6.740	0.071	<0.001**
----------	--------	-------	----------

<sup>1</sup>p-value was calculated using an ANCOVA test at a significant level of 0.05 (between groups only)

\*\*The samples from the two groups are highly significantly different (p-value < 0.01)



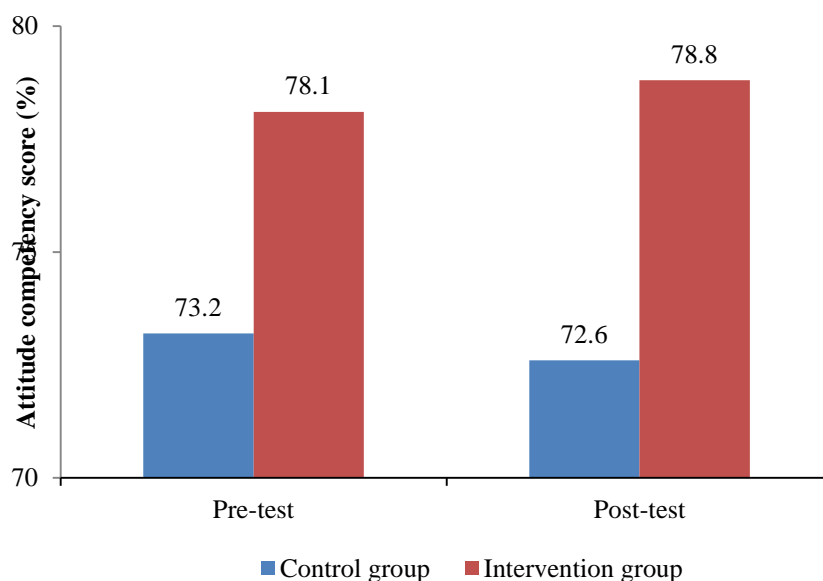


Figure 6: Comparison of the competency score of cultural attitude between the control and intervention groups at pre-test and post-test

#### 4.3.3 Cultural nursing practice competency between groups

##### 4.3.3.1 Pre-test cultural nursing practice competency between groups

Table 18 shows the comparison of the competency score of cultural nursing practice between the control and intervention groups at pre-test. It was found that the cultural nursing practice competency scores of the nurses from the two groups were insignificantly different ( $p$ -value  $> 0.05$ ).

Table 18: Comparison of the competency score of cultural nursing practice between the control and intervention groups at pre-test

Category	Knowledge score, $\bar{x} \pm SD$ , %		t-test	
	Hospital B (Control)	Hospital A (Intervention)	t	p-value <sup>1</sup>
Nursing practice	68.3 $\pm$ 13.7	71.3 $\pm$ 15.5	-1.34	0.182

<sup>1</sup>p-value was calculated using an independent 2-tailed t-test at a significant level of 0.05

##### 4.3.3.2 Post-test cultural nursing practice competency between groups

Table 19 shows the comparison of the competency score of cultural nursing practice between the control and intervention groups at post-test. It was found that the cultural nursing practice competency score of the nurses from the intervention group was significantly higher than those from the control group ( $p$ -value  $< 0.05$ ).

Table 19: Comparison of the competency score of cultural nursing practice between the control and intervention groups at pre-test

Category	Knowledge score, $\bar{x}\pm SD$ , %		t-test	
	Hospital B (Control)	Hospital A (Intervention)	t	p-value <sup>1</sup>
Nursing practice	68.6 $\pm$ 13.4	74.9 $\pm$ 13.4	-2.95	0.004**

<sup>1</sup>p-value was calculated using an independent 2-tailed t-test at a significant level of 0.05

#### 4.4 Effect of intervention on cultural competency within intervention group

The present section of the thesis report studied the effect of the intervention package on the levels of cultural knowledge competency, attitude and nursing practices of nurses from the intervention group (Hospital A) using a repeated measures using ANCOVA test and a t-test. Prior to the comparison, the levels of cultural competency at pre-test of the nurses from the two groups were compared in order to determine the statistical analysis to be used.

Table 20: Comparison of the scores of cultural knowledge competency, attitude and nursing practice between the control and intervention groups at pre-test

Category	Knowledge score, $\bar{x}\pm SD$ , %			t-test	
	Hospital B (Control)	Hospital A (Intervention)	Total	t	p-value <sup>1</sup>
Knowledge	50.7 $\pm$ 7.)	53.2 $\pm$ 8.3	52.0 $\pm$ 8.0	-2.09	0.038*
Attitude	73.2 $\pm$ 11.1	78.1 $\pm$ 11.1	75.7 $\pm$ 11.4	-2.89	0.004**
Nursing practice	68.3 $\pm$ 13.7	71.3 $\pm$ 15.5	69.8 $\pm$ 14.6	-1.34	0.182

<sup>1</sup>p-value was calculated using an independent 2-tailed t-test at a significant level of 0.05

\*The samples from the two groups are significantly different (p-value < 0.05)

\*\*The samples from the two groups are highly significantly different (p-value < 0.01)

From Table 20, it was found the pre-test values of the levels of cultural knowledge competency and cultural attitude competency of the nurses from the two groups were significantly different. Hence, the repeated measures using ANCOVA was then used to examine the effects of the intervention on them. Following the demographic characteristics and work-related factors analysis, the analysis shows an inequality in some demographic parameters including age, level of seniority, work shift, level of confidence towards foreign patients and Yawee language skill. These parameters were as co-variances in ANCOVA test. Whilst, the t-test was then used to examine the effects of the intervention on the cultural nursing practice competency as the pre-test values from the two groups were insignificantly different.

##### 4.4.1 Cultural knowledge competency

Due to the significant difference between cultural knowledge scores of the two groups at pre-test, an ANCOVA test was used to determine the effect of co-variances (demographic characteristics and work-related factors) and hence determine the difference of the scores



at post-test between the two groups. It was found that only age and level of seniority had significant effects on them, see Table 11.

It was found that the intervention package significantly affected the level of cultural knowledge competency of the nurses from the intervention group where the level of cultural knowledge competency was significantly improved after receiving the weekly training (pre-test vs mid-test). Whilst, the knowledge competency only slightly improved after receiving both weekly training and monthly booster (pre-test vs Post-test), see Table 21 and Figure 7.

Table 21: The effects of the intervention package on the cultural knowledge competency in nurses from intervention group at mid-test and post-test using a pairwise comparison with General Linear Model repeated-measures ANCOVA

Parameter	Data collection	Mean Difference	p-value <sup>1</sup>
Knowledge	Pre-test vs mid-test	-3.247	0.009**
	Pre-test vs Post-test	-1.469	0.203

<sup>1</sup>Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

\*\*The effect is highly significantly different (p-value < 0.01)

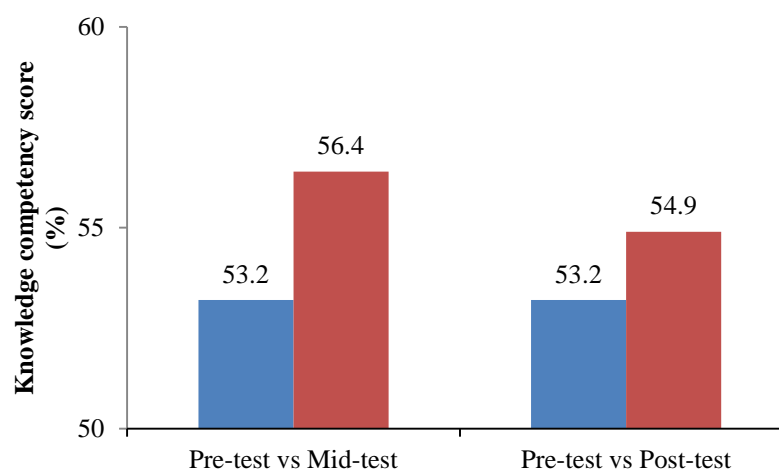


Figure 7: Effects of the intervention package on the cultural knowledge competency in nurses from intervention group at mid-test and post-test test

#### 4.4.1.1 *Sub-cultural knowledge competency*

Table 22 shows that the knowledge competency related to food and social improved significantly both between Pre-test vs Mid-test and Pre-test vs Post-test taking into account the effect of age and level of seniority.

Table 22: The effects of the intervention package on the sub-cultural knowledge competency in nurses from intervention group at mid-test and post-test using a pairwise comparison with General Linear Model repeated-measures ANCOVA

Category	Data collection	Mean Difference	p-value <sup>1</sup>
----------	-----------------	-----------------	----------------------

Food	Pre-test vs mid-test	-29.2	<0.001**
	Pre-test vs Post-test	-35.800	<0.001**
Greeting	Pre-test vs mid-test	-1.600	0.255
	Pre-test vs Post-test	-0.100	0.925
Religion/ belief	Pre-test vs mid-test	14.200	<0.001**
	Pre-test vs Post-test	9.100	0.001**
Language/ costume	Pre-test vs mid-test	51.900	<0.001**
	Pre-test vs Post-test	23.100	<0.001**
Manner	Pre-test vs mid-test	-2.500	0.142
	Pre-test vs Post-test	-3.400	0.039*
Health	Pre-test vs mid-test	-0.700	0.749
	Pre-test vs Post-test	-4.100	0.053
Culture	Pre-test vs mid-test	16.500	<0.001**
	Pre-test vs Post-test	15.500	<0.001**
Social	Pre-test vs mid-test	-40.300	<0.001**
	Pre-test vs Post-test	-39.400	<0.001**

<sup>1</sup>Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

\*The effect is significantly different (p-value < 0.05)

\*\*The effect is highly significantly different (p-value < 0.01)

#### 4.4.2 Cultural attitude competency

With none of the demographic characteristics and work-related factors having a significant effect on the level of cultural attitude competency of the nurses from the two groups, the intervention package did not have any effect on the level of cultural attitude competency of the nurses from the intervention group where the level of cultural attitude competency remained constant after receiving either the weekly training or the combined weekly training and monthly booster, see Table 23 and Figure 8.

Table 23: The effects of the intervention package on the cultural attitude competency in nurses from intervention group at mid-test and post-test using a pairwise comparison with General Linear Model repeated-measures ANCOVA

Parameter	Data collection	Mean Difference	p-value <sup>1</sup>
Attitude	Pre-test vs mid-test	-0.137	0.054
	Pre-test vs Post-test	-0.40	0.612

<sup>1</sup>Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

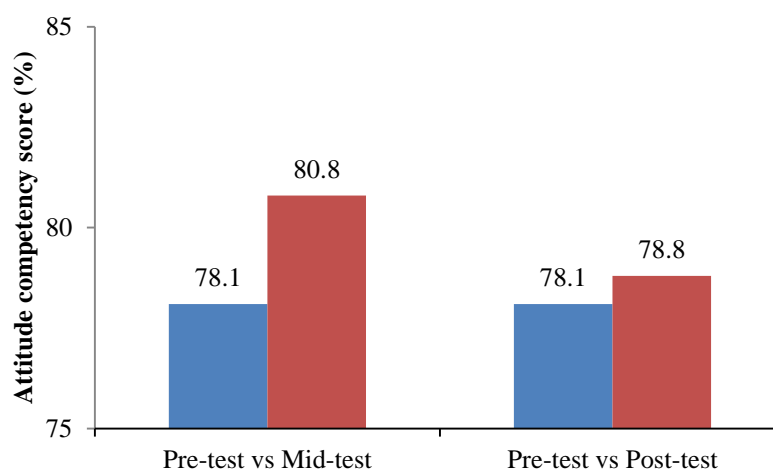


Figure 8: Effects of the intervention package on the cultural attitude competency in nurses from intervention group at mid-test and post-test test

#### 4.4.3 Cultural nursing practice competency

Table 24 shows the effect of the intervention package on the cultural attitude competency in nurses from intervention group at mid-test and post-test. A slight improvement of cultural attitude competency was observed after only the weekly training (pre-test vs mid-test) as well as after the combined weekly training and monthly booster, see Table 24.

Table 24: The effects of the intervention package on the cultural attitude competency in nurses from intervention group at mid-test and post-test

Category	Knowledge score, $\bar{x} \pm SD$ , %		t-test	
	Hospital B (Control)	Hospital A (Intervention)	t	p-value <sup>1</sup>
Pre-test vs mid-test	71.3±15.5	72.9±15.2	-0.708	0.480
Pre-test vs Post-test	71.3±15.5	74.9±13.4	-1.608	0.110

<sup>1</sup>p-value was calculated using an independent 2-tailed t-test at a significant level of 0.05

## CHAPTER 5

### DISCUSSION AND RECOMMENDATION

#### 5.1 Introduction

Cultural competency is particularly important in healthcare industry patients with different cultures where cultural beliefs have a significant impact on care access, treatment choices, effectiveness of nursing care, and other aspects of patient care; especially in Thai medical tourism where there are patients with diverse background and cultures.

The present chapter presents the discussion, conclusion and recommendation of the research findings and guidance for further research. The main purpose of the study was to evaluate the cultural competency in nurses and to investigate the effect of cultural competent nurse care intervention on the cultural competency. This quasi-experimental study implemented the case-based cultural competent intervention on a sample of 166 nurses (83 nurses from control group and 83 nurses from intervention group). The cultural knowledge, attitude and nursing practice scores were collected using a self-administered questionnaire prior to the intervention, 3 months and 6 months after the baseline data collection. Two boosters were given at month 4 and 5 to enhance the intervention effectiveness. Reliability of the study was tested by testing 30 sets of questionnaires in nurses from Hospital C while validity of the contents was approved by five experts in different fields.

Statistical analysis used included descriptive statistics, e.g. percentage (%), mean ( $\bar{x}$ ) and standard deviation (SD) and inferential statistics, e.g. Chi-square, t-test and ANCOVA to determine the demographic characteristics and work-related factors of the study population and to compare the cultural competency and to assess the effects of the intervention on the cultural competency.

#### 5.2 The discussion of the findings

##### 5.2.1 Sample size

It was found that only 2 nurses (2.4%) from Hospital A (intervention group) quitted the study, 12 nurses from Hospital B (control group) quitted the study (14.5%). Hence, the sample size of nurses from control group during the mid-test and post-test was slightly lower than the calculated value. The drop-off was predetermined and added to the total sample size; however, due to the fair measures of the ethical consideration used in the present study, the study was voluntary and any participants may withdraw from the study at any time. The factors including resigning rate and absent rate of nurses from both groups could not be fully controlled. This problem has been fully recognized and may slightly affect the accuracy of the outcomes.

### 5.2.2 Demographic characteristics of participants

The study found that the nurses who participated in the present research had an age range between 22 and 59 years (an average age of  $33\pm 9$  years) with an average experience as nurses of approximately  $10\pm 9$  years. Most of the characteristics between the control and intervention groups were similar except for their ages, levels of seniority, work shift, levels of confidence towards foreign patients and Yawee language skill. The nurses from control group were found to be slightly older and have a higher ranking at work with slightly higher confidence levels and lower Yawee language skill compared to those from the intervention group where most of the nurses from control group work during the day shift and vice versa.

On the other hand, other characteristics of the two groups were mostly similar. These include sex, marital status, religion, education level, experience factors, monthly salary, responsible duty, experience with foreign patients and feeling towards foreign patients as well as English and Chinese language skills.

### 5.2.3 Cultural knowledge competency, cultural attitude competency and cultural competency in nursing practice at pre-test

The present study shows that the overall levels of cultural competency can be described as low to moderate. Overall cultural knowledge competency was low (Bloom's cut-off criteria, see 3.7 Measurement tools), although cultural attitude competency and cultural competency in nursing practice were somewhat higher (Cut-off criteria using mean and standard deviation, see 3.7 Measurement tools). The findings of this study support many of the previous works related to cross-cultural competence in nursing care. In particular, the study agrees well with the idea that most nurses have weak cultural competency skills, despite of the awareness that cultural competency is a prerequisite for successful cross-cultural nursing care (Bernal & Froman, 1987; Coffman et al., 2004; Leininger, 2002; Rerkrujipimol & Assenov, 2011). Further observation revealed that the levels of cultural knowledge competency and cultural attitude competency of the nurses from the intervention group were significantly higher than those from the control group. This suggests that nurses with different demographic characteristics and work-related factors had different levels cultural competency (Jeffreys, 2010).

### 5.2.4 Effect of the cultural intervention package on knowledge, attitude and nursing practice competency

It has been found that the case-based intervention package to improve the cultural competency of the nurses in 3 main different categories, namely, knowledge, attitude and nursing practice did not effectively improve the cultural competency levels in nurses. In other words, the knowledge competency was only improved for a short period of time after the 12-weekly cultural competency training and it then subsequently dropped after the 2-monthly cultural competency booster had ended. This suggested that the nurses could not incorporate or integrate the knowledge into practice where their knowledge faded away over time. Additionally, the cultural attitude competency was absolutely not affected by the

intervention. Also, the intervention package did not have any effect on the cultural competency level in nursing practice. Further, while the overall cultural knowledge competency level was insignificantly affected by the intervention package, the different sub-categories of the cultural knowledge competency were affected differently. Only the knowledge related to food and social improved after receiving the intervention package while other sub-categories of the cultural knowledge competency either remained constant or decreased.

While there has been number of studies trying to improve the cultural competency in nurses as it has been regarded as an important factor affecting the nursing cares, there has been only few studies conducted in Thai landscape (Hark & DeLisser, 2009; Jacques, 2004). Furthermore, there has only been a case-based study on improving cultural competency of healthcare personals at a nursing school level (Siripan et al, 2009)

Hark & DeLisser (2009) developed a process for the development of research and case studies used to teach students and residents using real-life scenarios integrating cultural competency that improve their skills and ideas. Jacques (2004) also developed a method to improve cultural competency by incorporating cultural competency into an existing physician assistant program. A study conducted by Siriphan et al. (2009) reported that the nursing students who had experiences with patients from different cultural backgrounds had significantly higher cultural competency than those with no experiences. This suggested that the cultural knowledge, cultural awareness, cultural skills, willingness to provide cares to patients from different cultures and interaction with patients from different cultures could be improved by gaining experiences with people with different cultures. Another useful tool to improve the cultural competency in health care was developed by the Center for Health Professions, University of California in 2002 (Mutha et al., 2002). However, due to the considerable time and resources required to fully implement, it is unlikely applicable.

The ability to deliver nursing care that will allow effective interactions and the development of appropriate responses to persons from diverse cultures, races, and ethnic backgrounds is become a new challenge for nurse profession to be culturally competent to be able to deliver (Flowers, 2004).

It was suggested that cultural exposure experiences enhance the level of confidence, knowledge and attitudes toward people from different cultures (Jeffreys, 2010). This agrees well with the previous study that confidence is one of the factors influencing professional cultural practice as well as career satisfaction and career advancement (Jeffrey, 2008). However, it was suggested that level of cultural confidence of a person is significantly related to the cultural sensitivity; over-confidence or under-confidence of a person may introduce cultural pain of a person (Kardong-Edgren, et al. 2005). Also, awareness of cultural attitudes, values and beliefs promotes effective engagement/practice with culturally diverse patients. Cultural competency in nursing care will help nurses understand different approaches to medication, different theories of disease, and different ways of expressing discomfort, pain, or other difficult emotions. It is known to reduce communication barriers

and improve understanding of how patients perceive and receive medical advice or treatment (Kardong-Edgren, et al. 2005). Hence, one way to improve the cultural competency is training and exposing nurses with patients from different cultures, it is known to improve knowledge, confidence and attitude and influence practices of nursing staff (Kardong-Edgren, et al. 2005).

### 5.3 Conclusion

The study shows that cultural competency in nurses were considered as low to moderate. As cultural competency has been identified as an essential component of nursing practice where culturally competent nurses can result in better cares for patients and in turns better healthcare outcomes. Improving cultural competency in nurses was one of the objectives of the present study.

While it was found that the training used in the present study resulted in an improved the cultural knowledge competency levels of nurses in the intervention group, the knowledge competency was found to drop after the training had stopped (even the 2-monthly boosters were given to the participants prior to the post-test). However, the cultural attitude competency was not affected by the intervention package. Surprisingly, either 12-weekly training or 2-monthly boosters alone did not improve the level of cultural practice competency but the combined 12-weekly training and 2-monthly boosters (intervention package).

The study shows that while knowledge competency level can increase and decrease in a short period of time, the levels of practice and attitude competency may need a longer duration in order to improve. According to Purnell (2002), the learning process consists of four levels; 1) unconscious incompetency to 2) conscious incompetency and then 3) conscious competency to 4) unconscious competency. Also, the cultural competency should be developed in step-by-step manner and should be carried out continuously (Hiranchnha et al., 2007). This may suggest that the intervention package used in the present study was conducted for only a short period of time and did not advance the learning process into the next levels. However, different areas of knowledge may require different intervention methods. This was suggested by the diverse outcome of different sub-categories of knowledge upon the intervention used in the present study.

This is supported by an additional correlation test between the cultural practice competency level and the level of confidence and cultural attitude competency, which found significant correlation along them. In other words, in order for the cultural competency in nursing practice to improve, nurses need higher confidence and positive attitude levels towards foreign patients and these two factors improve over time (Bunjitpimol, 2015). This suggested that a longer study may be required in order to fully understand the process of improving cultural competency in nurses in all three main categories: knowledge, attitude and nursing practice. Another key element may be "motivation". According to Web Finance (2015) motivation is defined *as internal and external factors that stimulate desire and energy in people to be continually interested and committed to a job, role or subject, or make an effort*

*to attain a goal. Motivation results from the interaction of both conscious and unconscious factors such as the (1) intensity of desire or need, (2) incentive or reward value of the goal, and (3) expectations of the individual and of his or her peers. These factors are the reasons one has for behaving a certain way.*

Motivating employees is vital to any business and there is certainly no exception for nurses at Private Hospitals where the daily workload is heavy and stressful. Building a lasting motivational strategy is probably necessary to maintain a good knowledge, attitude and nursing practice over a longer period of time in addition to ongoing education (see 5.5 Recommendations).

#### **5.4 Limitations of study**

- The research area is limited to only 166 nurses from two private hospitals in, Bangkok Thailand. The study may not be generalized and may not represent the entire nurse population in Thailand.
- Due to the ethical consideration of the study, study participants were free to quit the study at any time during the study and this did not affect their job status. Hence, the sample size of nurses from control group during the mid-test and post-test was slightly lower than the calculated value as some nurses quitted the study (more than predetermined drop-off). As a result, the result of the study may not be as accurate as it was supposed to be. The author was aware of this issue; however, this factor was an uncontrollable factor.
- The data collection method was based on a self-administered questionnaire. Hence, data collected may be bias.
- Exposure of the nurses to information/knowledge from others source besides the intervention package
- This research measured the perceived nursing practice of nurse. Real practice may differ.
- The study was limited to 6-month research duration; longer-term effect of the intervention may differ.
- The limitation of the health care policy, especially, in private sectors, limits the learning of the different cultures as nurses are bounded to work full-time with no time for training or class.

#### **5.5 Recommendations**

While the samples used in the present study was limited to only 166 nurses from two medium sized private hospitals in, Bangkok Thailand. The study may not be generalized and may not represent the entire nurse population in Thailand. Hence, a larger sample size from



diverse areas and characteristics may be used in order to generalize the overall population of Thailand. Also, a longer duration of the study may be required in order to study the longer-term effect of the intervention. Hence, implementation of a longer intervention may be more suitable in governmental hospitals/institutions or nursing schools with academic or research centers where governmental support on the development of healthcare and health tourism industry is available.

As mentioned (5.3 Conclusion) motivation is vital not only for any business but especially for hospital nurses and further program should focus on this factor in addition to ongoing education, building a motivational strategy. What drives nurses to their peak performance will better help develop programs that not only motivate but retain nurses for the hospital. While not every nurse will be motivated by the same thing, focusing of a list of key motivating programs may help. The plan may include everything from monetary incentives, rewards and recognitions, building programs that support work-life balance, to simply creating a fun, relaxed working environment. The opportunities are multiple and the reward substantial.

According to America's Job Exchange (2015), employee incentive programs are one of the easiest ways to incentivize the workforce. While not every program needs to be monetary in nature, should a company have limited budgets, the end results are the same, employees become more motivated when they are recognized and rewarded for good work. These types of programs could include anything from bonus pools, rewards recognitions such as "Nurse of the Month", to spotlighting nurses on the hospital's website or internal intranets. This kind of recognition programs will make nurses feel connected and part of the success of the business. Nurses like other employees need to feel recognized and appreciated, and taking time out to give a simple "thanks" for a job well done may be another strong motivator. Frequently acknowledge the good work of a nurse may be very helpful with reference to a good attitude practice as not only nurses want to feel that they are good at their job, seeking face-to-face feedback from their superiors. These should also include constructive criticism needed to address issues and help nurses perform their jobs more effectively. While conducting formal reviews should be part of an ongoing motivational strategy, periodic reviews and impromptu sessions will provide nurses with the feedback they need to succeed.

The importance of nurse motivation should not be downplayed and taken into consideration for further studies.

The data collection method was based on a self-administered questionnaire. Hence, a more accurate measurement tool may improve an accuracy of and avoid the bias of the results. These may include assessment by experts, patients' feedback etc.

The health care policy, especially, in private sectors should incorporate the cultural competency improvement programme into the routine working environment and promote

cultural working environment in order to encourage healthcare providers to have cultural experience and enable self-learning and self-improvement in cultural competency.



## REFERENCES

- American Hospital Association (2002) *In Our Hands: How Hospital Leaders can Build a Thriving Workforce*. AHA Commission on Workforce for Hospitals and Health Systems. [Online] Available from <http://www.aha.org/content/00-10/loh11Map.pdf> (Accessed 29 March 2014)
- American Speech Language Hearing Association (2010) *Cultural Competence Checklist: Service delivery*. [Online] Available from <http://www.asha.org/uploadedFiles/practice/cultural/personalreflections.pdf> (Accessed 29 March 2014)
- America's Job Exchange (2015) America's Job Exchange [Online] Available from <http://www.americasjobexchange.com/> (Accessed 29 December 2015)
- ASEAN. (2008). *Asean Economic Community Blueprint*. Jakarta: ASEAN.
- Aspden, P., Corrigan, J., & Wolcott, J. (2004) *Patient Safety: Achieving a New Standard for Care*. Washington, DC: National Academies Press.
- Bernal, H., & Froman, R. (1987). The confidence of community health nurses in caring for ethnically diverse populations. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 19, 201-203.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., & Carrillo, J. E. (2002) *Cultural competence in health care: emerging framework and practical approaches*: Commonwealth Fund.
- Brennan, A., & Cotter, V. T. (2008). Student perceptions of cultural competence content in the curriculum. *Journal of Professional Nursing*, 24, 155–160.
- Bunjitpimol, P. (2015) Factors affecting nursing cultural competency in private hospitals at Bangkok, Thailand. *International Journal of Healthcare*, 2 (1), 5-11.
- Campinha-Bacote, J. A. (1999) A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38, 203-207.
- Campinha-Bacote, J. A. (2003) Many Faces: Addressing Diversity in Health Care. *Online Journal of Issues in Nursing*, 8 (1), 3
- Canrinus, E. T., Helms-Lorenz, M., Beijaard, D., Buitink, J., & Hofman, W. H. A. (2012) Self-efficacy, job satisfaction, motivation and commitment: Exploring the relationship between indicators of teachers' professional identity. *European Journal of Psychology of Education*, 27 (1), 115-132.
- Center for International Rehabilitation Research Information & Exchange (CIRRIE) (2013) Interprofessional Simulation Cases for Cultural Competence [Online] Available from <http://cirrie.buffalo.edu/culture/simulations/> (Accessed 1st May 2014).

- Chaisakchatree, V. (2008) *Competency and Care Outcomes of Clinical Nurse Specialists for Patients who are Critically Ill: A Literature Analysis*. Master Thesis, Mahidol University, Bangkok.
- Coffman, M., Shellman, J., & Bernal, H. (2004) An integrative review of American nurses' perceived cultural self-efficacy. *J Nurs Scholarsh*, 36 (2), 180-185.
- Committee on the Quality of Health Care in America. (2001) *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., & Isaacs, M. (1989) *Toward a Culturally Competent System of Care*. Washington, D.C: Georgetown University.
- Dell, R. B., Holleran, S., & Ramakrishnan, R. (2002) Sample Size Determination. *ILAR Journal*, 43 (4), 207-2013.
- Economic and Social Statistics Bureau. (2013) *The 2012 Private Hospital Survey*. Bangkok: Statistical Forecasting Bureau, National Statistical Office.
- Edgren, S. K. (2007) Cultural competence of Baccalaureate Nursing Faculty. *J Nurse Edu*, 46 (8), 360.
- Federici, R., & Skaalvik, E. (2012) Principal self-efficacy: relations with burnout, job satisfaction and motivation to quit. *Social Psychology of Education*, 15 (3), 295-320.
- Field, A. (2005) *Discovering Statistics Using SPSS (Introducing Statistical Methods series)*: Sage Publications Ltd.
- Flowers, D. L. (2004) Culturally Competent Nursing Care: A Challenge for the 21st Century. *Crit Care Nurse*, 24, 48-52.
- Galanti, G. A. (1991) *Caring for Patients from Different Cultures*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- Grote, R. C. (1996) *The Complete Guide to Performance Appraisal / Dick Grote*. New York: Amacom.
- Hagbaghery, M. A., Salsali, M., & Ahmadi, F. (2004) The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 3 (2).
- Hair, J. F. J., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). *Multivariate Data Analysis with Readings*.
- Hamid, S., Malik, A. U., Kamran, I., & Ramzan, M. (2014) Job satisfaction among nurses working in the private and public sectors: a qualitative study in tertiary care hospitals in Pakistan. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 4 (7), 25-35.

- Hamric, A. B., Sposso, J. A., & Hanson, C. M. (2009) *A Definition of Advanced Practice Nursing*. Missouri: Saunders Elsevier.
- Hark, L. & DeLisser, H. M. (2010) Health policy forums: Achieving Cultural Competency: Using a case-based approach for teaching and learning. *Health Policy Newsletter*, 23 (1).
- Harteloh, P. P. M. (2003) The meaning of quality in health care: a conceptual analysis. *Health Care Analysis*, 11 (3), 259-267.
- Hays, W. L. (1994). *Statistics*. CA: Wadsworth.
- Hiranchunha, S., Sangchan, H., Songwathana, P., & Petpichetchian, W. (2007) Cultural competence in nursing: concept to practice. *Thai Journal of Nursing Council*, 22 (1), 9-27.
- Hiranchunha, S., Sangchan, H., Songwathana, P., & Petpichetchian, W. (2009) Perception of Thai Nursing Students and Faculty's Competence toward Caring for Culturally Diverse Clients. *Thai Journal of Nursing Council*, 24 (1).
- Hughes, R. G. (2008). *Patient Safety and Quality: An Evidence-based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.
- Iacobucci, D. & Churchill, G. A. (2010) *Marketing Research: Methodological Foundations*. (10th Student edn), South-Western, Thomson Learning.
- Jacques, P. F. (2004) Cultural competency curriculum: Components for inclusion in physician assistant education. *Perspective on Physician Assistant Education*, 15 (2), 102-105.
- Jeffreys, M. R. & Smoldaka, I. (1996) Steps of the instrument design process. An illustrative approach for nurse educators. *Nurse Educator*, 21 (6).
- Jeffreys, M. R. (2008) *Dynamics of Diversity: Becoming Better Nurses Through Diversity Awareness*. NSNA Imprint.
- Jeffreys, M. R. (2010) *Teaching Cultural Competence in Nursing and Health Care*. (2<sup>nd</sup> Edition). New York: Springer Publishing Company.
- Jotikasthira, N. (2010) *Salient factors influencing medical tourism destination (Unpublished thesis)*. DBA thesis, Southern Cross University, Lismore, NSW.
- Kane, R. L., Shamliyan, T., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007) Nurse staffing and quality of patient care. *Evidence Report/ Technology Assessment*, 151, 1-115.
- Kardong-Edgren, S., Bond, M. L., Schlosser, S., Cason, C., Jones, M. E., Warr, R. & Strunk, P. (2005) Cultural attitudes, knowledge, and skills of nursing faculty toward patients from four diverse cultures. *J Prof Nurs*, 21 (3), 175-82.
- Kent State University (2015) *Diversity Training and Workshop* [Online] Available from <https://www.kent.edu/diversity/diversity-training-workshops> (Accessed 14 February 2015)

- Kim, S. S., Sukato, N., Sangpikul, A., & Hwang, J. (2013) Lessons from Thai international medical tourism: Its market analysis, barriers and solutions. *International Journal of Tourism Sciences*, 13 (2), 148-174.
- Kittiratchada, S. (2007) *Book of Competency and Performance Appraisal*. [Online] Available from [http://www.med.cmu.ac.th/hrd/download\\_doc.php](http://www.med.cmu.ac.th/hrd/download_doc.php) (Accessed 14 February 2014)
- Laffrey, S. C., Meleis, A.I., Lipson, J.G., Solomon, M. & Omidian, P.A. (1989) Arab-American health care needs. *Social Science and Medicine*, 29 (7), 877-883.
- Lehman, D., Fenza, P., & Hollinger-Smith, L. (N.D) *Diversity & Cultural Competency in Health Care Settings*. Orange Papers, Mather Life Ways.
- Leininger, M. (1991) *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. New York, NY: National League for Nursing Press.
- Leininger, M. (2002) Cultural care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13 (3), 189-192.
- Lipson, J.G., Reizian, A.E. & Meleis, A.I. (1987) Arab-American patients: A medical record review. *Social Science and Medicine* 24 (2), 101-107.
- Llugar, C. B. & Zornoza, C. C. (2000) Validity and reliability in perceived quality measurement models: An empirical investigation in Spanish ceramic companies. *International Journal of Quality and Reliability Management*, 17 (8), 899-918.
- Loftin, C., Hartin, V., Branson, M., & Reyes, H. (2013) Measures of cultural competence in nurses: An integrative review. *The Scientific World Journal*, 2013.
- Lohr, K. (1990) *Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Vol. 1*. Washington, DC: National Academy Press.
- Lohr, K. (1998). Outcome measurements: concepts and questions. *Inquiry*, 25 (1), 37-50.
- McLaughlin, K., Moutray, M., & Muldoon, O. (2007) The role of personality and self-efficacy in selection and retention of successful nursing students: a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, 61 (2), 211-221.
- Meleis, A.I. (1981) The Arab American in the Health Care System. *American Journal of Nursing*, 81 (6), 1180-1183.
- Merriam-Webster's. (Ed.) (2008) *Merriam-Webster's Advanced Learner's English Dictionary*. Merriam-Webster's Learner dictionary Publisher.
- Meyer, C. R. (1996) Medicine's melting pot. *Minnesota Medical*, 79 (5), 5.
- Molinari, D. L., & Monserud, M. (2009) Rural nurse cultural self-efficacy and job satisfaction. *J Transcult Nurs*, 20 (2), 211-218.

Muktapan, B., Duangsong, R. and Laohasiriwong, W. (2008) *Cultural Competency of Public Health Students of Public Health Graduation School*. Khonkhen University. Faculty of Public Health, Khonkhen University.

Mutha S, Allen C, Welch M. (2002) *Toward Culturally Competent Care: A Toolbox for Teaching Communication Strategies*. San Francisco, Calif: Center for the Health Professions, University of California.

Nakhon, P. N. (ND). *Thai dictionary Pleuang na Nakhon Version 5.0. Computer Program*. Bangkok: Thaisoftware.

Nontapet, O., Isaramalai, S., Petpichatchain, W., & Brooks, C. W. (2008) Conceptual structure of primary care competency for Thai primary care unit (PCU) nurses. *Thai Journal of Nursing Research*, 12 (3), 195-206.

Oregon Centre for Nursing (2010) *Nurturing Cultural Competence in Nursing*. [Online] Available from [http://www.oregoncf.org/Templates/media/files/reports/nccn\\_program\\_2010.pdf](http://www.oregoncf.org/Templates/media/files/reports/nccn_program_2010.pdf) (Accessed 1st May 2014).

Public Health Nursing Division. (2009) *Nursing Practice Standard*. Public health center, Environmental health division. Bangkok: Thammasat University.

Purnell, L. (2002) The Purnell model of cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13 (3), 194.

Reeves, J. S. (2001) Weaving a transcultural thread. *J Trans Nurse*, 2 (2).

Rerkrujipimol, J., & Assenov, I. (2011) Marketing strategies for promoting medical tourism in Thailand. *Journal of Tourism Hospitality & Culinary Arts*, 3 (2), 95-105.

Rittichainuwat, B. N., Qu, H. & Mongkhonvanit, C. (2002) A Study of the impact of travel satisfaction on the likelihood of travelers to revisit Thailand. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 12 (2).

Saeung, N. (2000) *Factors Influencing Competency of Professional Nurses in Regional Hospitals*. Master Khon Kaen University, Ministry of Public Health.

Sargent, S., Sedlak, C., & Martsof, D. (2005) Cultural competence among nursing students and faculty. *Nurse Education Today*, 25, 214-221.

Salanova, M., Lorente, L., Chambel, M. J., & Martínez, I. M. (2011) Linking transformational leadership to nurses' extra-role performance: the mediating role of self-efficacy and work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (10), 2256-2266.

*Sanatorium Act B.E. 2541*. (1998) Bangkok: The Minister in the Government Gazette.

- Sealey, L. J. (2003) *Cultural Competence of Faculty of Baccalaureate Nursing Programs* Doctorate Thesis, Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College Louisiana.
- Singhdong, N. (2013) Positive practice environment (PPE). *Journal of Nurses' association of Thailand, North-Eastern Division*, 31 (3), 6-12.
- Singleton, K., & Krause, E. (2009) Understanding cultural and linguistic barriers to health literacy. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 14 (3).
- Siripan, S., Tohkani, D., & Tohkani, M. (2009) *The Cultural Competency of Student Nurse in Three Province of Southern Thai Border*. Bachelor Thesis, University of Naratiwatrachnakarin, Naratiwat.
- Siripul, P., & Sakdisthanont, S. (2012) Disaster nursing: essential competencies for Thai nurses. *Thai Journal of Nursing Council*, 27 (special issue), 18-30.
- Songwattana, P. (2005) *Expanding the Role of Faculty of Nursing in Producing and Developing Capability of Nursing Personnel in 3 Southern Provinces*. Research report
- Spector, R. E. (1979) *Cultural Diversity in Health and Illness*. Appleton-Century-Crofts, New York.
- Sprinthall, R. C. (2007) *Basic Statistical Analysis* (9th edn). Pearson
- St.Clair, A. & McKenry, L. (1999) Preparing culturally competent practitioners. *J Nurs Educ.*, 38 (5), 228-34.
- Stanton, M. W. (2004) *Hospital Nurse Staffing and Quality of Care*. *Research in Action*, 14. [Online] Available from <http://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/services/nursestaffing/nursestaff.pdf> (Accessed 1 March 2014)
- TNC (2010) *Competencies of Registered Nurses*. [Online] Available from [http://www.tnc.or.th/files/2010/02/page-138/professional\\_competency\\_pdf\\_10152.pdf](http://www.tnc.or.th/files/2010/02/page-138/professional_competency_pdf_10152.pdf) (Accessed 1 March 2014)
- Tzeng, H.-M. (2004) Nurses' self-assessment of their nursing competencies, job demands and job performance in the Taiwan hospital system. *International Journal of Nursing Studies*, 41 (5), 487-496.
- Unchunbutr, K., & Oumtanee, A. (2009) Characteristics of an excellent nursing service department, tertiary hospitals. *Thai Journal of Nursing Council*, 24 (4), 56-69.
- UNDP (2014) *Advancing Human Development through ASEAN Community*, Thailand human development report, United Nations Development Programme (UNDP).



U.S. News & World Report (1998) *Why It's Really Hard to Draw Blood in China Bay Fang*. U.S. News & World Report.

Web Finance (2015) *businessdictionary.com* [Online] Available from <http://www.businessdictionary.com> (Accessed 1 December 2015)

WHO (2004) *A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons*. Aging and Health Technical Report. New York: World Health Organization.

Zikmund, W. (2000) *Business Research Methods*. (6<sup>th</sup> edn) Fort Worth: The Dryden Press.



## APPENDICES

### Appendix I: Details of Training Package

#### Week 1: Cultural sensitivity-cultural awareness

Instructors: Dr.Sirinthorn Pibulpanuwat and Assist. Prof. Nuntiya DOUNGPHUMMES

Research Institute for Languages and Cultures of Asia, Mahidol University

Address: 999 Phuttamonthon 4 Road, Salaya, Nakhon Pathom 73170, Thailand.

Telephone: 0-2800-2308 – 14 Fax: 0-2800-2332

#### Course Description

Different countries have many differences. Therefore, culture plays a major role as a medium between two parties or more. In healthcare, effective communication between clinicians, patients, families and other health care providers is essential. Understanding different cultures results in an ability to understand, communicate and effectively interact with people across cultures.

#### Course Objective

This 4-hour course will provide participants with an insight into how cultures differ and expose you to issues involved in the cultures of the different countries in terms of cultural sensitivity, awareness, and competency. The session will teach as follows

- Meaning of cultural sensitivity, awareness, and competency
- Importance of cultural sensitivity, awareness, and competency
- How to deal with problems/issues (Cultural contingency)
- Cross cultural communication ( history, meaning, language barrier and relevance)
- Non-verbal communication
- A checklist to facilitate cultural awareness and sensitivity
- Self-awareness ( own strengths, weaknesses, prejudices and preconceptions)
- Identity of different cultures
- Beliefs/trust (awareness and understanding of beliefs in different cultures leading to trust)

- Bias due to cultural differences (common understanding of people with different cultures)
- Healthcare related cultural competency, e.g. diet and assessment/diagnostic) (knowledge, skills and attitude)



## **Week 2: Conflict and complain management**

Instructor: Colonel Angkana Sumetsittikul

Bumrungrad Academy, Bumrungrad Hospital

Address: 33 Sukhumvit Soi 3, Wattana, Bangkok 10110, Thailand.

Telephone: 0-2667-1000

Fax: 0-2667-2525

### **Course Description**

Different countries have many differences. Therefore, culture plays a major role as a medium between two parties or more. In healthcare, effective communication between clinicians, patients, families and other health care providers is essential. Understanding different cultures results in an ability to understand, communicate and effectively interact with people across cultures and avoid conflict that may arise.

### **Course Objective**

This 4-hour course will provide participants with an insight into how cultures differ and expose you to issues involved in the cultures of the different countries in terms of conflict and complain management. The session will teach as follows

- Norms of different cultures
- The etiquette of meeting, greeting, communication (verbal and non-verbal) gift giving, entertaining and business meetings.
- Preparing for the negotiation – how to approach the negotiation, building rapport and other preparatory steps.
- Necessary information – tips on what, when and the way in which facts, statistics and other supporting evidence should be used in negotiations.
- Negotiation tactics – examining cross cultural differences in negotiation styles such as haggling, stalling, changing demands, seeking concessions and closing deals.
- Common grounds and beliefs of different cultures and how to manage conflict and deal with complain from people with different cultures

### **Week 3-7: Asian cultures and their languages**

Instructor: Sittiporn Netniyom  
 Sittiporn Netniyom  
 Dr. Noraset Pisitpanporn  
 Weerapong Meestan  
 Dr. Sumitra Suratdecha  
 Dr. Rujiwan Laophairoj  
 Assist. Prof. Amorn Saengmanee

Research Institute for Languages and Cultures of Asia, Mahidol University

Address: 999 Phuttamonthon 4 Road, Salaya, Nakhon Pathom 73170, Thailand.

Telephone: 0-2800-2308 – 14 Fax: 0-2800-2332

#### **Countries**

- Brunei: Malay language
- Cambodia: Cambodian language
- China: Chinese language
- Laos: Laos language
- Malaysia: Malay language
- Myanmar: Myanmar language
- Philippines: Philippines language
- Vietnam: Vietnamese language
- 

#### **Course Description**

The session provides an introduction to spoken and basic literary style in the corresponding language with emphasis on spoken language. All of the more important medical terminologies of the language are introduced. Communicative practice is established through learning language around dialogues and readings dealing with a range of everyday situations in private hospitals.

This session equips students with a basic knowledge of the language and practice using the language in a variety of everyday situations. It allows students to interact with native

speakers in and to use original language sources within the level covered in the session. This provides students with a basis to approach patients relating to the language in terms of histories, societies and cultures.

### **Course Objective**

This 4-hour course will provide participants with an insight into the corresponding culture and language and expose you to an in-depth cultural sensitivity, awareness, and competency of the culture. The session will teach as follows

- Knowledge and understanding of basic histories , societies, and cultures
- Knowledge and understanding of essential vocabulary
- Knowledge and understanding of the appropriateness of basic language structures and expressions in a given context
- Ability to understand short passages in the language on hospital-related topics.
- Ability to produce short compositions in the language on hospital-related topics.
- Ability to understand spoken language and to engage in short spoken discourse on hospital-related topics.



### **Week 8: Middle Eastern culture and language**

Instructor: Rachada Pornputtkul

Bumrungrad Academy, Bumrungrad Hospital

Address: 33 Sukhumvit Soi 3, Wattana, Bangkok 10110, Thailand.

Telephone: 0-2667-1000

Fax: 0-2667-2525

#### **Course Description**

The session provides an introduction to spoken and basic literary style Middle Eastern language with emphasis on spoken Middle Eastern language. All of the more important medical terminologies of the language are introduced. Communicative practice is established through learning language around dialogues and readings dealing with a range of everyday situations in private hospitals.

This session equips students with a basic knowledge of Middle Eastern language and practice of using Middle Eastern language in a variety of everyday situations. It allows students to interact with Middle Eastern speakers in Middle Eastern language and to use original Middle Eastern-language sources within the level covered in the session. This provides students with a basis to approach patients relating to Middle Eastern language in terms of histories, societies and cultures.

#### **Course Objective**

This 4-hour course will provide participants with an insight into Middle Eastern culture and language and expose you to an in-depth cultural sensitivity, awareness, and competency of Middle Eastern culture. The session will teach as follows

- Knowledge and understanding of basic Middle Eastern histories , societies, and cultures
- Knowledge and understanding of essential Middle Eastern language vocabulary
- Knowledge and understanding of the appropriateness of basic Middle Eastern language structures and expressions in a given context
- Ability to understand short passages in Middle Eastern language on hospital-related topics.
- Ability to produce short compositions in Middle Eastern language on hospital-related topics.
- Ability to understand spoken Middle Eastern language and to engage in short spoken discourse on hospital-related topics.

### **Week 9: English language and their cultures**

Instructor: Rachada Pornputtkul

Bumrungrad Academy, Bumrungrad Hospital

Address: 33 Sukhumvit Soi 3, Wattana, Bangkok 10110, Thailand.

Telephone: 0-2667-1000      Fax: 0-2667-2525

Instructor: Pimkhwan Bunjitpimol

College of Public Health Sciences, Chulalongkorn University

Address: Institute building 3 (10th – 11th floor), Chulalongkorn soi 62, Phayathai Rd., Bangkok 10330

Telephone: 02-218-8193

#### **Course Description**

The session provides an introduction to spoken and basic literary style English language with emphasis on spoken English. All of the more important medical terminologies of the language are introduced. Communicative practice is established through learning language around dialogues and readings dealing with a range of everyday situations in private hospitals.

This session equips students with a basic knowledge of English and practice of using English in a variety of everyday situations. It allows students to interact with English speakers and to use original English-language sources within the level covered in the session. This provides students with a basis to approach patients relating to English language in terms of histories, societies and cultures.

#### **Course Objective**

This 4-hour course will provide participants with an insight into American, European and Australian culture and language and expose you to an in-depth cultural sensitivity, awareness, and competency of their cultures. The session will teach as follows

- Knowledge and understanding of basic American, European and Australian histories , societies, and cultures
- Knowledge and understanding of essential English language vocabulary



- Knowledge and understanding of the appropriateness of basic English language structures and expressions in a given context
- Ability to understand short passages in English language on hospital-related topics.
- Ability to produce short compositions in English language on hospital-related topics.
- Ability to understand spoken English language and to engage in short spoken discourse on hospital-related topics.



### **Week 10-12: Services to patients from different cultures using case-base practice**

Instructor: Rachada Pornputtkul

Bumrungrad Academy, Bumrungrad Hospital

Address: 33 Sukhumvit Soi 3, Wattana, Bangkok 10110, Thailand.

Telephone: 0-2667-1000

Fax: 0-2667-2525

#### **Course Description**

Different countries have many differences. Therefore, culture plays a major role as a medium between two parties or more. In healthcare, effective communication between clinicians, patients, families and other health care providers is essential. Understanding different cultures results in an ability to understand, communicate with, and effectively interact with people across cultures.

#### **Course Objective**

This 12-hour course (3 x 4hours) will provide participants with insight into how to deal with patients with different cultures. The participants will take part in the case-based simulation on cross-cultural environments. This course will provide the participants with:

- Opportunity to have hands-on experiences in real situations under simulated environments
- Opportunity to use the knowledge gained from the training in real situations
- Opportunity to familiarize with real situations
- Opportunity to ask and get asked

(Workshop with the patients under simulation): The training will support them to learn the social skills and cultural competency required for daily life and medical terminology related to patients with different cultures.

The course will be divided into three sessions (3 hours each).

1. Services to patients from Burma, Cambodia, Vietnam and Laos
2. Services to patients from China and Singapore
3. Services to patients from Middle Eastern countries and others

## Example of case scenarios for case-based training intervention

### Cambodia

#### Case study 1

สุภาพสตรีชาวกำพูชาท่านหนึ่งชื่อ Mrs.Saly Sun (ซุน ซาลี) ได้รับการผ่าตัดเพื่อคลอดบุตรที่โรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลมีบริการจดทะเบียนใบเกิด (สูติบัตร) ท่านมีความจำเป็นต้องสอบถามชื่อ และนามสกุลของลูก เพื่อเป็นข้อมูลในการจดทะเบียน ท่านจะสอบถามและปฏิบัติต่อคนไข้อย่างไรเพื่อให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมชาวกำพูชา และเพื่อสร้างความประทับใจให้กับคุณแม่และครอบครัว

ข้อมูลเพิ่มเติม : 1. สอบถามชื่อลูก และนามสกุลลูก (ชะมัวก-โกน “ลูกชื่อ”) (เนียม-ตรอ-โกล์-โกน “นามสกุลลูก” )

2. ยินดีที่ได้ลูกชาย / ลูกสาว (เดรก-ออ-พอง-จา-แคล-บาน-โกน-ชะเร่ / พรอซ์)

#### Case study 2

สุภาพบุรุษชาวกำพูชาท่านหนึ่งชื่อ Mr.Channa Chea (เจีย จันนา) มาพบแพทย์ด้วยอาการปวดท้องอย่างรุนแรง ภายหลังจากสอบถามอาการและตรวจร่างกาย แพทย์วินิจฉัยว่า “อาหารเป็นพิษ” ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ให้บริการประจำแผนกอายุรกรรม ท่านจะให้บริการสุภาพบุรุษท่านนั้นอย่างไร เพื่อให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมชาวกำพูชา และเพื่อสร้างความประทับใจ

ข้อมูลเพิ่มเติม : 1. แพทย์มีออเดอร์ให้ลดยาแก้ปวด เพื่อบรรเทาอาการ

ภาษาเมียร์มาร์ : โลก-กรู-เป็ด-ออย จีะ-ฉนำ “แพทย์ออเดอร์ให้ลดยาแก้ปวด ”

#### Case study 3

สุภาพบุรุษชาวกำพูชาชื่อ Mr.Kimly Ung (อุง กิม ลี) มาด้วยอาการรักษาไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแพทย์ได้ทำการผ่าตัดจนคนไข้เข้าพักรักษาตัวที่ Ward ในฐานะที่ท่านเป็นพยาบาลประจำ Ward ท่านจะปฏิบัติอย่างไรเพื่อให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมชาวกำพูชา และเพื่อสร้างความประทับใจแก่คนไข้ภายหลังการผ่าตัด

ข้อมูลเพิ่มเติม : 1. สอบถามอาการปวดของคนไข้ เพื่อแสดงความห่วงใย

ภาษาเมียร์มาร์ : ชื่อ มุก-โร-บ๊วกซ์-เต? “ปวดแผลไหม?”

#### Case study 4

สุภาพสตรีชาวกัมพูชาชื่อ Miss Shokny Ly (ลี ชกนี) เข้ามาติดต่อที่เคาน์เตอร์ลงทะเบียนเพื่อพบแพทย์รักษาอาการไข้หวัดที่เป็นมาต่อเนื่อง 3 วัน มีอาการ ไอ จาม อย่างเห็นได้ชัด ท่านในฐานะผู้ให้บริการประจำเคาน์เตอร์ ท่านจะให้บริการสุภาพสตรีท่านนี้อย่างไร เพื่อตอบสนองความต้องการ และให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมชาวกัมพูชา

ข้อมูลเพิ่มเติม : 1. เสนอให้คนไข้สวมใส่ Mask

ภาษาที่ใช้ : ชื่อ โชม-เม-ตา-เป็ยะ – mask “เสนอให้สวมใส่ mask”

#### Case study 5

สุภาพสตรีชาวกัมพูชา ชื่อ Miss Shokny Ly (ลี ชกนี) เข้ามาติดต่อที่เคาน์เตอร์ลงทะเบียน เพื่อพบแพทย์รักษาอาการไข้หวัด ที่เป็นมาต่อเนื่อง 3 วัน มีอาการ ไอ จาม อย่างเห็นได้ชัด ท่านในฐานะผู้ให้บริการประจำเคาน์เตอร์ ท่านจะให้บริการสุภาพสตรีท่านนี้อย่างไร ตามมาตรฐานการบริการของโรงพยาบาลฯ และมีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมชาวกัมพูชา

ข้อมูลเพิ่มเติม: 1.เสนอให้คนไข้สวมใส่ Mask

ภาษาที่ใช้: โชม-เม-ตา-เป็ยะ-mask- “เสนอให้สวมใส่ mask”

#### China

#### Case study 6

สุภาพบุรุษชาวจีนชื่อ Law Shoun Tee ลอ โชน ที อายุ 62 ปี เนื่องจากมีอาการไอและอาเจียนเป็นเลือด แพทย์แผนกฉุกเฉินลงความเห็นให้แอดมิท เพื่อดูอาการและตรวจ CT Scan ในช่วงบ่ายสามโมง ระหว่างลงจากห้องพักผู้ป่วย เพื่อมาทำ CT Scan มีอาการอาเจียนเป็นเลือด อาละวาด จนเป็นลมหมดสติ ญาติ 4-5 ท่านที่มาด้วยตกใจ จึงอะอะไว้วายในห้องตรวจ ในฐานะที่ท่านเป็นผู้บริการประจำเคาน์เตอร์ ท่านจะให้บริการสุภาพบุรุษท่านนี้อย่างไร เพื่อให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมชาวจีนและเพื่อสร้างความประทับใจ

ข้อมูลเพิ่มเติม : 1.คนไข้หมดสติไม่รู้สีกตัว ญาติที่มาด้วยต้องการให้ตามแพทย์และพยาบาลเร่ง (ออกคำสั่ง) ให้ช่วยคนไข้โดยด่วน

ภาษาจีน : ปิ่งเหยิน-เซี่ยนไจ้-ปู้ลิ่งเหยินซื่อ-อีซื่อ-เหอ- สู่ซื่อ-ฮู่-จิ้นไคว-เถียงจิว-ทา-ลิ่ง-หนินเหมิน-ฟิ่งซิน ”  
 ตอนนี้ผู้ป่วยหมดสติ ไม่รู้สึกตัว แพทย์และพยาบาลได้พยายามให้การช่วยชีวิตเขาอย่างเร่งด่วน ขอให้พวกคุณ  
 โปรดวางใจ”

### Case study 7

สุภาพบุรุษชาวจีนท่านหนึ่งชื่อ Yu Xuegong (อวี เสวีย กง) อายุ 68 ปี เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลด้วย  
 อาการปวดเจ็บบริเวณขอดปอด ด้านขวา ร้าวหัวไหล่ขวา แพทย์ลงความเห็นให้เข้าพักเพื่อรับการรักษาสังเกต  
 อาการหลังจากเอกซเรย์ปอดแล้ว พบว่ามีเงาของฝ้าบริเวณขอดปอด คล้ายมีก้อน แพทย์ลงความเห็นให้ส่องกล้อง  
 ตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ ระหว่างที่รอผลชิ้นเนื้อ (เนื่องจากแพทย์สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งหรือไม่) ในฐานะที่ท่านเป็น  
 พยาบาลประจำ Ward ท่านต้องเข้า Patient round โดยปฏิบัติอย่างไร เพื่อให้เหมาะสมกับการบริการและ  
 วัฒนธรรมชาวจีน

ข้อมูลเพิ่มเติม : 1. แพทย์มีคำสั่งให้ส่องกล้อง ตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ และต้องรอผล 3 วัน

ภาษาจีน : หนิน-กั๊งจิว-หวัน-เฟยปู้-งังไคว-เซี่ยชู่-ชวีเย่า-เต็ง-ซันเทียน-เตอ-เป่าเก่า-ลิ่งหนิน-ตัวซิงสี-ฟิ่งซงซิน-ลิ่ง-  
 หยูกว่อ-หนิน-โห้ว-เลนเมอ-ชวีเย่า-อว่อเหมิน-หังหมัง-ลิ่ง-ปู้ย่ง-เค่อซี้ “คุณเพิ่งได้รับการผ่าตัดก้อนเนื้อที่ปอด  
 เสร็จ ต้องรอผลตรวจเป็นเวลา 3 วัน กรุณาพักผ่อนให้มาก ทำใจให้สบาย หากว่าคุณต้องการความช่วยเหลือจาก  
 พวกเรา ไม่ต้องเกรงใจ (นะค่ะ / ครับ)”

### Case study 8

สุภาพสตรีชาวจีนชื่อ Law Shoun Tee (ลอ โชน ที) อายุ 62 ปี มาแผนกฉุกเฉินกับญาติ 4-5 ท่าน ในเวลา 07.10  
 น. ด้วยอาการ ไอและอาเจียนเป็นเลือด หน้าซีด ไม่มีเรี่ยวแรง หัวใจเต้นเร็วหอบเหนื่อย และกำลังเดินทางเข้ามาที่  
 แคนเตอร์พยาบาลแผนกของท่าน ในฐานะที่ท่านเป็นผู้บริการประจำแคนเตอร์ ท่านจะให้บริการสุภาพสตรี  
 ท่านนั้นอย่างไร เพื่อให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมชาวพม่า เชื้อสายจีน และเพื่อสร้างความประทับใจ

ข้อมูลเพิ่มเติม : 1. สุภาพสตรีป่วยมาตรวจส่องกล้องที่ปอด และได้ตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ และมีอาการ ไอ และ  
 อาเจียนเป็นเลือดตั้งแต่ตีห้า

2. ญาติที่มาด้วยเป็นชาวพม่า ที่พูดได้ทั้งภาษาจีน และภาษาพม่า

ภาษาจีน : ปิ่งเหยิน-จินเทียน-ไหล-จิว-จิ้น-ซื่อ-โห้ว-เลนเมอ-เจ็งจิว-เนอ “วันนี้คนไข้มาพบแพทย์มีอาการ  
 อย่างไรบ้าง”

### Case study 9

สุภาพบุรุษชาวจีนท่านหนึ่งชื่อ Chen Moming (เฉิน มอ่วหมิง) อายุ 66 ปี มาด้วยอาการหอบเหนื่อยเจ็บแน่นหน้าอก และมีขาบวมทั้งสองข้าง ประกอบกับมีโรคเบาหวาน ความดันสูง และโรคหัวใจซึ่งได้เคยรับการผ่าตัดใส่บอลลูนและขดลวดจากประเทศจีน แพทย์มีความเห็นให้เข้าพักเพื่อรับการรักษาในวันนี้ และต้องเข้ารับการตรวจเลือดและสิ่งใด ในฐานะที่ท่านเป็นพยาบาลประจำ Ward ท่านจะปฏิบัติอย่างไรเพื่อให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมชาวจีน และเพื่อสร้างความประทับใจ

ข้อมูลเพิ่มเติม : 1. แจ้งให้พยาบาลทราบ เมื่อมีอาการหายใจลำบาก หรือเจ็บแน่นหน้าอกเฉียบพลัน

ภาษาจีน : หยุกว่อ-หนิน-โหย่ว-ฮูฉี-คุ่นหนัน-ฮว่อ-ซงเหมิน-ซงท่ง-ฉิ่ง-ลีเค่อ-ทงจื่อ-ฮู่ชื่อ “หากคุณมีอาการหายใจลำบากหรือเจ็บแน่นหน้าอก กรุณาแจ้งให้พยาบาลทราบทันที”

### Case study 10

สุภาพสตรีชาวจีนท่านหนึ่งชื่อ Wang Haiying (หวัง ไห่ อิง) อายุ 36 ปี เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยอาการไข้สูง หนาวสั่น ไอ ปวดตามตัว ไม่มีแรง แพทย์ลงความเห็นให้เข้าพักเพื่อรับการรักษาต่อเนื่องมาเป็นวันที่ 7 ในฐานะที่ท่านเป็นพยาบาลประจำ Ward ท่านต้องเข้า Patient round โดยปฏิบัติอย่างไรเพื่อให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมชาวจีน และเพื่อสร้างความประทับใจ

ข้อมูลเพิ่มเติม : 1. แพทย์มีคำสั่งให้เจาะเลือดเพื่อตรวจ

ภาษาจีน : อี้ชื่อ-โหย่ว-อิจู่-ชวีเย่า-หนิน-เยียนเสวี่-เซ่อชื่อ “แพทย์มีออเดอร์ให้เจาะเลือดตรวจ”

### Case study 11

สุภาพบุรุษชาวจีนท่านหนึ่งชื่อ Yu Xuegong (อู๋ เสวี่ย กง) อายุ 68 ปี เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยอาการปวดเจ็บบริเวณขอดปอดด้านขวา ร้าวหัวไหล่ขวา แพทย์ลงความเห็นให้เข้าพักเพื่อรับการรักษา สังเกตอาการ หลังจาก X-ray ปอดแล้วพบว่ามีเงาของเส้นบริเวณขอดปอด คล้ายมีก้อน แพทย์ลงความเห็นให้ส่งกล้องตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ ระบุว่าที่รอยผลชิ้นเนื้อ (เนื่องจากแพทย์สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งหรือไม่) ในฐานะที่ท่านเป็นพยาบาลประจำ ward ท่านต้องเข้า Patient round โดยปฏิบัติอย่างไร เพื่อให้เหมาะสมกับการบริการและวัฒนธรรมชาวจีน

ข้อมูลเพิ่มเติม: แพทย์มีคำสั่งให้ส่งกล้อง ตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจและต้องรอผล 3 วัน

ภาษาจีน: หนิน-กั่งจิวห้วน-เฟยปั๋ว-จิ่ง-ไคว-เซี่ยชู่-ชวีเย่า-เต็ง-ซันเทียน-เดอ-เป้า-เก๊า-ฉิ่งหนิน- ตัวชิวตี-ฟ่งซงจินฉิง- หยุกว่อ-หนิน-โหย่ว-เสินเมอ- ชวีเย่า- อว่อ-เหมิน-ปังหมั่ง-ฉิ่ง-ปั๋วย่ง-เค่อชี่ “คุณเพิ่งได้รับการผ่าตัดก้อนเนื้อที่ปอด

เสร็จ ต้องรอผลตรวจเป็นเวลา 3 วัน กรุณาพักผ่อนให้มาก ทำใจให้สบาย หากว่าคุณต้องการความช่วยเหลือจาก  
พวกเรา ไม่ต้องเกรงใจ (นะคะ/ครับ)”



## Laos

### **Case study 12**

ศุภาพสตรีชาวลาวท่านหนึ่งชื่อ สีสมพอน พุมสะหวัน ภายหลังจากการออกกำลังกายจะมีอาการเจ็บแน่นอึดอัด บริเวณกลางหน้าอก ทั้งสองด้าน และมีอาการเจ็บบริเวณกรามคล้ายปวดฟัน ญาติ 3 คนจึงพาคนไข้มา โรงพยาบาลเนื่องจากมีความกังวลในอาการของคนไข้เกรงว่าจะเกิดอันตรายกับคนไข้ ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ให้บริการ ณ เคาน์เตอร์พยาบาลนั้น ท่านจะให้บริการคนไข้อย่างไร และจะคลายความกังวลของคนไข้และญาติอย่างไรในมาตรฐานการให้บริการและสอดคล้องกับวัฒนธรรมของชาวลาว

ข้อมูลเพิ่มเติม : ภายหลังจากการวินิจฉัยของแพทย์พบว่า คนไข้ป่วยเป็น โรคหัวใจ

### **Case study 13**

ศุภาพสตรีชาวลาวท่านหนึ่งชื่อ อ้าย ดาว พะญาต ใต้ มีอาการถ่ายท้องอย่างรุนแรง จนอ่อนแรง เมื่อแพทย์ได้ทำการตรวจสุขภาพอย่างครบถ้วนพบว่า คนไข้เป็นโรคไตวายเฉียบพลัน จำเป็นต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ประกอบกับต้องล้างไตในวันรุ่งขึ้น ท่านในฐานะผู้ปฏิบัติงานบน Ward และเพื่อนร่วมงานที่ปฏิบัติงานในห้องไตเทียมท่านจะให้บริการกับลูกค้าชาวลาวท่านนี้อย่างไรตามมาตรฐานของโรงพยาบาล และเหมาะสมกับวัฒนธรรมชาวลาวและเพื่อสร้างความประทับใจ

### **Case study 14**

ศุภาพบุรุษสตรีลาวชื่อ มี สีมะทาด ป่วยเป็นโรคนิ้วล็อก มีอาการเจ็บบริเวณฐานนิ้ว นิ้วฝืดมีอาการปวดนิ้วคล้ายนิ้วถูกบิด ทำให้ปวด-ชา อยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะในเวลากลางคืน บางครั้งก็ตื่นนอนตอนเช้า จึงมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ในเบื้องต้นแพทย์แนะนำให้หยุดพักการใช้มือ และรับประทานยาต้านการอักเสบ ท่านในฐานะพยาบาลผู้ให้บริการ ท่านจะสร้างความประทับใจให้กับคนไข้ แสดงออกถึงความห่วงใยตามวัฒนธรรมของชาวลาวและมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลอย่างไร

### **Case study 15**

ศุภาพสตรีชาวลาวชื่อ มะนิวัน โสภา รักษาโรคกรดไหลย้อนกับ นพ.สุภากร เป็นประจำหากแต่วันนี้มีอาการกำเริบมากขึ้น เนื่องจากไม่ได้ดูแลและปฏิบัติตนตามที่แพทย์แนะนำ เสียงแหบหาย จึงร้อนใจมาพบแพทย์ก่อนนัดหมาย ซึ่งวันนี้ นพ.สุภากร งคออกตรวจ เนื่องจากเดินทางไปประชุมต่างประเทศ ทำให้คนไข้เกิดความไม่พอใจ กรุณาให้บริการลูกค้าชาวลาวท่านนี้ ตามมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาล ฯ และพร้อมทั้งมีความเหมาะสมทางวัฒนธรรมชาวลาว



### Case study 16

สุภาพบุรุษชาวลาว สีสุพันธ์ กุลศรี อายุ 78 ปี ได้รับอุบัติเหตุทางรถยนต์ จนกระดูกสะโพกข้างขวาหัก จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก แพทย์ให้เข้าพักรักษาและเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ในฐานะที่ท่านเป็นพยาบาลประจำ ward ท่านจะต้องเข้ามาให้บริการคนไข้ ในช่วงเวลาก่อนเข้ารับการผ่าตัดอย่างไรบ้าง ตามมาตรฐานการรักษา และปฏิบัติต่อคนไข้ชาวลาวท่านนี้อย่างไร เพื่อสร้างความประทับใจ และแสดงให้เห็นถึงความใส่ใจในวัฒนธรรมของชนชาวลาว

ข้อมูลเพิ่มเติม: คนไข้มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง

### Malaysia

#### Case study 17

สุภาพสตรีชาวมาเลเซียท่านหนึ่งชื่อซาริน่า อับดุลเลาะห์ มาด้วยอาการปวดท้อง อาเจียน แพทย์ให้รอสังเกตอาการที่ห้องฉุกเฉิน ในฐานะที่ท่านเป็นพยาบาล ท่านจะให้การดูแลคนไข้และให้ข้อมูลกับญาติอย่างไรให้เหมาะสม กับวัฒนธรรมชาวมาเลย์

#### Case study 18

สุภาพบุรุษชาวมาเลเซียชื่อ ต่วนยูโซ๊ะ กุฮาซา อายุ 65 ปี มาพบแพทย์ด้วยอาการเจ็บหัวเข่าทั้งสองข้าง แพทย์วินิจฉัยว่า “ข้อเข่าเสื่อม” ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ให้บริการประจำแผนกข้อและกระดูก จะให้บริการสุภาพบุรุษท่านนั้นอย่างไร เพื่อให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมชาวมาเลเซีย

ข้อมูลเพิ่มเติม: แพทย์ให้ทานยา และบริหารข้อเข่าเพื่อบรรเทา

#### Case study 19

สุภาพสตรีชาวมาเลเซียท่านหนึ่งชื่อ ซิริน กิลิตวาลา คนไข้ใหม่เข้ามาติดต่อที่แผนกลงทะเบียน เพื่อพบแพทย์ด้วยอาการไอ ที่เป็นมาต่อเนื่อง 1 สัปดาห์ ในฐานะที่ท่านเป็นพยาบาล ณ แผนกลงทะเบียน ท่านจะให้การดูแลคนไข้สุภาพสตรีนักธุรกิจท่านนี้อย่างไร

#### Case study 20

สุภาพสตรีชาวมาเลเซียท่านหนึ่งชื่อ นางโซเฟีย มูบารัก เข้ามาติดต่อที่เคาน์เตอร์ลงทะเบียน เพื่อพบแพทย์รักษาอาการไข้หวัดที่เป็นมาต่อเนื่อง 3 วัน ท่านในฐานะผู้ให้บริการประจำเคาน์เตอร์ ท่านจะให้บริการสุภาพสตรีท่านนี้อย่างไร เพื่อตอบสนองความต้องการ และให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมชาวมาเลเซีย

## Middle Eastern countries

### Case study 21

สุภาพบุรุษชาวอาหรับชื่อ Ali Abdalla Al Naqbi อายุ 72 ปี ป่วยด้วยโรคพากินสัน รักษาอาการกับแพทย์มาต่อเนื่อง ในขณะที่นั่งรอแพทย์ มีอาการสั่น เกร็ง เนื่องจากไม่ได้ทานยาในช่วงเช้าของวัน และดูเหมือนว่าจะค่อนข้างกังวลในอาการสั่นของตน (รู้สึกอาย) ในฐานะที่ท่านเป็นพยาบาลประจำเคาน์เตอร์ ท่านจะให้การดูแลคนไข้อย่างไร เพื่อสร้างความประทับใจและสอดคล้องเหมาะสมกับวัฒนธรรมของชาวอาหรับ

### Case study 22

สุภาพสตรีชาวอาหรับชื่อ Aysa AAA Alsharah อายุ 38 ปี ปวดท้องตำแหน่งกระเพาะอาหาร (ใต้ลิ้นปี่) เป็นๆหายๆ ท้องอืด ท้องเฟ้อ เรอบ่อย แน่นอึดอัดท้อง ทั้งๆที่ไม่ได้ทานอาหาร เบื่ออาหาร และน้ำหนักลด ภายหลังการตรวจร่างกายและซักประวัติ แพทย์วินิจฉัยว่า ป่วยเป็น โรคกระเพาะอาหารอักเสบ (Gastritis) แพทย์ให้ยาเพื่อการรักษาตามอาการ พร้อมแนะนำวิธีการดูแลรักษาตนเองและนัดติดตามผล ท่านในฐานะพยาบาลผู้ให้การดูแลสังเกตเห็นว่าคนไข้และญาติยังมีความวิตกกังวลในโรค ท่านจะปฏิบัติอย่างไร เพื่อสนองตอบต่อความต้องการของคนไข้และญาติด้วยความเหมาะสมทางวัฒนธรรมและเป็นไปตามมาตรฐานการบริการของโรงพยาบาล

### Case study 23

สุภาพบุรุษชาวอาหรับท่านหนึ่งชื่อ Abdularhman Ali Mohammad มีอาการปวดศีรษะข้างเดียวและปวดมากขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหว อาการปวดเป็นต่อเนื่องถึง 3 วัน แพทย์ทำการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และสั่งยาให้กับคนไข้ พร้อมนัดเพื่อติดตามอาการอีกครั้งใน 2 สัปดาห์ข้างหน้า ท่านในฐานะพยาบาลประจำเคาน์เตอร์ผู้ให้บริการกับคนไข้ท่านนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติอย่างไรบ้าง เพื่อสร้างความประทับใจ และสอดคล้องเหมาะสมกับวัฒนธรรมของชาวอาหรับ

### Case study 24

สุภาพบุรุษชาวอาหรับชื่อ Ahmed Mohammed Qidhar Al Amri อายุ 58 ปี ป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยเพิ่งได้รับการยืนยันจากแพทย์เมื่อ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การมาพบแพทย์ในครั้งนี้ เนื่องจากญาติเห็นว่ามีอาการทรุดหนักขึ้น แพทย์ได้พูดคุยและให้ข้อมูลกับคนไข้และญาติในเรื่องแผนการรักษาอย่างชัดเจนอีกครั้ง ภายหลังจากการเข้าพบแพทย์ ในฐานะที่ท่านเป็นพยาบาลประจำเคาน์เตอร์ ท่านจะปฏิบัติต่อคนไข้และญาติอย่างไร เพื่อแสดงออกถึงความห่วงใย ให้ความเชื่อมั่น และสร้างกำลังใจแก่คนไข้และญาติชาวอาหรับ พร้อมทั้งให้บริการตามมาตรฐานของโรงพยาบาลฯ

### Case study 25

สุภาพสตรีชาวอาหรับชื่อ Fatima Abbas Yousuf Al Balooshi อายุ 62 ปี มาพบแพทย์เพื่อรักษาอาการโรคเบาหวาน อย่างต่อเนื่องกับนายแพทย์ทองดี เนื่องจากเป็นลูกค้ำที่ท่านและแพทย์คุ้นเคยเป็นอย่างดี ท่านจะให้การดูแลและให้บริการเพื่อสร้างความประทับใจให้กับลูกค้ำท่านนี้อย่างไร

ข้อมูลเพิ่มเติม: ญาติสอบถามทางไปห้องละหมาด ท่านจะให้ข้อมูลอย่างไร?

### Myanmar

### Case study 26

สุภาพสตรีชาวเมียนมาร์ ชื่อ Daw Phyu-Phyu คอ-ฟิว-ฟิว ทำที่อดิโรยมาเพียงล้างและกำลังเดินเข้ามาที่เคาน์เตอร์พยาบาลแผนกของท่าน ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ให้บริการประจำเคาน์เตอร์ ท่านจะให้บริการสุภาพสตรีท่านนั้นอย่างไร เพื่อให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมชาวเมียนมาร์ และเพื่อสร้างความประทับใจ

ข้อมูลเพิ่มเติม : 1. สุภาพสตรีป่วยเป็นไวรัสตับอักเสบ ซี  
2. ไม่ประสงค์จะเจาะเลือดตรวจ HIV หากแต่ไม่แจ้งแพทย์ให้แพทย์ทราบ

ภาษาเมียนมาร์ : สยา วุน-ออ-คา-ชิ-แค ตวย-เพ้า-แม- HIV - “แพทย์ออเคอร์ให้เจาะเลือดเพื่อตรวจ HIV”

### Case study 27

สุภาพสตรีชาวเมียนมาร์ ชื่อ Daw Su-Su คอ-ซู-ซู เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยอาการไข้สูง เนื่องจากติดเชื้อ แพทย์มีความเห็นให้เข้าพักรักษาต่อเนื่องมาเป็นวันที่ 5 ในฐานะที่ท่านเป็นพยาบาลประจำ Ward ท่านต้องเข้า Patient round โดยปฏิบัติอย่างไรเพื่อให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมชาวเมียนมาร์ และเพื่อสร้างความประทับใจ

ข้อมูลเพิ่มเติม : 1. แพทย์มีคำสั่งให้เจาะเลือดเพื่อตรวจ

ภาษาเมียนมาร์ : สยา วุน-ออ-คา-ชิ-แค ตวย-เพ้า-แม “แพทย์ออเคอร์ให้เจาะเลือด”

### Case study 28

ภาพบุรุษชาวเมียนมาร์ ท่านหนึ่งชื่อ U Sein-Oo อู เซ็ง-อู อายุ 65 ปี มาด้วยอาการขาบวมทั้ง 2 ข้าง เนื่องจากการทำงานของไตผิดปกติ แพทย์มีความเห็นให้เข้าพักเพื่อรับการรักษาในวันนี้ ซึ่งคนไข้ต้องอยู่เพียงลำพัง ขณะอยู่ในห้องพัก ในฐานะที่ท่านเป็นพยาบาลประจำ Ward ท่านจะปฏิบัติอย่างไร เพื่อให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมชาวเมียนมาร์ และเพื่อสร้างความประทับใจ

ข้อมูลเพิ่มเติม : 1. แจ้งให้พยาบาลทราบ เมื่อต้องการเข้าห้องน้ำ

ภาษาเมียนมาร์ : เอ็ง-ตา-ควา-ยีน-นัสมะ-คอป่า

### Case study 29

สุภาพบุรุษชาวเมียนมาร์ ท่านหนึ่งชื่อ U Aya Maung อู เอ-หม่อง อายุ 45 ปี มีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวาน ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล มาเป็นเวลาประมาณ 2 ปี สำหรับวันนี้มาพบแพทย์ตามนัด โดยเข้ามาติดต่อที่แผนกอายุรกรรม ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ให้บริการประจำเคาน์เตอร์ ท่านจะให้บริการสุภาพบุรุษท่านนั้นอย่างไร เพื่อให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมชาวเมียนมาร์ และเพื่อสร้างความประทับใจ

ข้อมูลเพิ่มเติม : 1. คนไข้รับยาเป็นประจำตามแพทย์สั่ง

ภาษาเมียนมาร์ : เซ-ปง-มัน-เต้า-ลา ? “ท่านทานยาสม่ำเสมอหรือไม่ ?”

### Vietnam

### Case study 30

สุภาพสตรีชาวเวียดนามชื่อ Nguyen Thu Ha (เหงียน ทู ฮ่า) มีอาการผื่นแดงขึ้นที่หน้าและลำตัวประกอบด้วยมีอาการคัน และรู้สึกหายใจติดขัดร่วมด้วย ภายหลังการลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ ญาติพามายังเคาน์เตอร์พยาบาลแผนกของท่าน ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ให้บริการประจำเคาน์เตอร์ ท่านจะให้บริการสุภาพสตรีท่านนั้นท่านนั้นอย่างไร ตามมาตรฐานบริการของโรงพยาบาลฯ และมีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมชาวเวียดนาม

### Case study 31

สุภาพสตรีชาวเวียดนามชื่อ Nguyen Thu Ha (เหงียน ทู ฮ่า) มีอาการผื่นแดงขึ้นที่หน้าและลำตัว ประกอบด้วยมีอาการคัน และรู้สึกหายใจติดขัดร่วมด้วย ภายหลังการลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ ญาติพามายังเคาน์เตอร์พยาบาลแผนกของท่าน ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ให้บริการประจำเคาน์เตอร์ ท่านจะให้บริการสุภาพสตรีท่านนั้นอย่างไร ตามมาตรฐานการบริการของโรงพยาบาลฯ และมีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมชาวเวียดนาม

**Communication skills and English language****Case study 32**

OPD “Delayed Appointment”

You want to inform the patient that his doctor has an emergency operation. You want to inform him that he may have to wait for at least 2 hours. What would you suggest to the patient if he is not willing to see another doctor, but he prefers to wait for his doctor to finish with the operation.

**Case study 33**

OPD “Vital Signs”

Ask the patient to follow you to the vital signs room. Ask him to take a seat, then conduct the vital signs process in English.

**Case study 34**

IPD “Handling Complaints”

The Patient at Room 1567 complained that housekeeping staff came to her room without knocking. It was very early, around 6:00 a.m. and it disturbed the patient. The patient is very upset about this, what will you say to calm the patient?

**Case study 35**

IPD “Maternity Floor”

The patient at Room 1234 is alone and requested for a wheelchair. She wants to visit her baby daughter at the Nursery. What will you say to her. How will you make her feel taken cared of, through your words and body language?

**Case study 36**

## OPD “Making Appointments”

The patient wants to reschedule his appointment from January 20, 2015 to January 15, 2015 instead. He prefers to have the same time as with his original schedule, which is at 10.00 a.m.



## Appendix II: Questionnaire

### แบบสอบถาม

ผลกระทบของการสอดแทรกเชิงวัฒนธรรมผ่านการอบรมโดยอิงตามเคส

เพื่อส่งเสริมสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพ ประเทศไทย

ขอบคุณที่สละเวลาตอบแบบสอบถามนี้ ดิฉันเป็นนิสิตในหลักสูตรสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประเทศไทย ขณะนี้ดิฉันกำลังศึกษาวิจัยเรื่องผลกระทบของการจัดกระทำทางการพยาบาลในเชิงวัฒนธรรมและอิงตามเคสเพื่อส่งเสริมสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพ (Effect of Case-based Cultural Competent Nurse Care Intervention for Promoting Culture Competency among Nurse at Private Hospital in Bangkok) ผลการสำรวจในครั้งนี้จะถูกนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ด้านการศึกษาเท่านั้น และจะไม่มีผลกระทบต่อตำแหน่งงานและการปฏิบัติหน้าที่ประจำวันของท่านในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านจะถูกปกปิดเป็นความลับและคำตอบทั้งหมดจะไม่มีเปิดเผยสู่ภายนอกเช่นกัน การตอบแบบสอบถามนี้จะใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ในโอกาสนี้ต้องขอบคุณอีกครั้งที่ท่านสละเวลาเพื่อตอบแบบสอบถามนี้

ในแบบฟอร์มแบบสอบถามนี้ โปรดเลือกข้อที่เหมาะสมที่สุดสำหรับแต่ละคำถาม หรือเขียนคำตอบในพื้นที่ว่างที่มอบให้ โปรดเลือกคำตอบเพียงหนึ่งคำตอบเท่านั้นสำหรับคำถามแต่ละข้อ เว้นแต่มีการแจ้งไว้เป็นอย่างอื่น) และโปรดตอบคำถามทุกข้อในแบบสอบถามนี้ เมื่อตอบครบแล้ว โปรดส่งคืนแบบสอบถามนี้ไปยังบุคคลที่แจกแบบสอบถามให้แก่ท่าน ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ

### ก. ข้อมูลส่วนตัว

โปรดเลือกคำตอบที่เหมาะสมที่สุด หรือกรอกข้อมูลที่ต้องการลงในช่องว่าง

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. ขณะนี้ผม/ดิฉันมีอายุ ..... ปี
3. สถานภาพ  
( ) โสด ( ) แต่งงาน ( ) หย่า  
( ) แยกกันอยู่ ( ) หม้าย
4. โปรดระบุศาสนาของคุณ

( ) พุทธ ( ) คริสต์/คาทอลิก ( ) อิสลาม

( ) อื่นๆ โปรดระบุ .....

5. ระดับการศึกษาสูงสุด

( ) อนุปริญญา ( ) ปริญญาตรี ( ) ปริญญาโท

( ) ปริญญาเอก ( ) อื่นๆ โปรดระบุ .....

6. ระดับความอาวุโส

( ) พยาบาลฝึกหัด ( ) พยาบาลปฏิบัติการ ( ) พยาบาลชำนาญการ

( ) พยาบาลชำนาญการพิเศษ ( ) หัวหน้างาน ( ) อื่นๆ โปรดระบุ .....

7. คุณประกอบวิชาชีพพยาบาลมานานเป็นระยะเวลา ..... ปี

8. คุณประกอบวิชาชีพพยาบาลกับโรงพยาบาลนี้เป็นระยะเวลา ..... ปี

9. ระดับรายได้ต่อเดือน (รวมทั้งรายได้จากงานอื่นๆ ด้วย)

( ) 15,001-20,000 บาท ( ) 20,001-30,000 บาท ( ) 30,001-40,000 บาท

( ) 40,001-50,000 บาท ( ) มากกว่า 50,001 บาท

10. ความรับผิดชอบหลัก (ในช่วงสามเดือนหลังที่ผ่านมา)

( ) แผนกผู้ป่วยนอก ( ) แผนกผู้ป่วยใน ( ) ห้องฉุกเฉิน

( ) ห้องผ่าตัด ( ) ICU

11. ช่วงเวลาการทำงานทั้งหมดทุกงาน (ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) กะเช้า ( ) กะบ่าย ( ) กะเย็น

( ) กะกลางคืน ( ) อื่นๆ โปรดระบุ .....

12. ทักษะทางด้านภาษาของคุณอยู่ในระดับใด

ภาษา	ไม่มีความรู้	ปานกลาง	ดี	ดีมาก
อังกฤษ	1	2	3	4
จีน	1	2	3	4



ภาษา “ชาว” ที่คนไทยมุสลิมใช้	1	2	3	4
ภาษาอื่นๆ โปรดระบุ .....	1	2	3	4

13. คุณเคยให้บริการพยาบาลให้กับคนไข้ต่างชาติบ้างหรือไม่? หากเคย โปรดระบุรายละเอียดต่อไปนี้

ไม่เคย

เคย

14. ถ้าคุณจะต้องให้บริการกับคนไข้ต่างชาติ คุณมีความรู้สึกอย่างไร

ยินดี

อาย

กลัว

ตื่นเต้น

เครียด

สนุกสนาน

อื่นๆ โปรดระบุ.....

15. คุณมีความมั่นใจขนาดไหนที่จะให้บริการคนไข้ชาวต่างชาติ

ไม่มีเลข					มากที่สุด
0	1	2	3	4	5

## ข. คำถามเกี่ยวกับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม

### ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมายลงในช่องว่าง: จริง = หากคุณคิดว่าข้อความนั้นถูกต้อง; เท็จ = หากคุณคิดว่าข้อความนั้นผิด และ; ไม่แน่ใจ = หากคุณยังไม่รู้แน่ชัด

ที่	ข้อความ	จริง	เท็จ	ไม่ แน่ใจ
	<b>บรูไน</b>			
1	ตามธรรมเนียมแล้วชายและหญิงมักไม่นิยมจับมือเพื่อทักทายกัน			
2	ไม่หือบขึ้นสิ่งใดๆ ที่ผลิตจากหนังหมูให้แก่กัน			
3	การจับมือกันต้องมีความหนักแน่น			
4	การตรงต่อเวลาไม่ใช่เรื่องเน้นย้ำ คุณอาจจะมาถึงสายได้เล็กน้อยโดยไม่มีใครตำหนิ			
5	บางครั้งทานอาหารด้วยมือ			
	<b>กัมพูชา</b>			
6	ครอบครัวผู้ป่วยชาวกัมพูชาส่วนใหญ่ชอบที่จะหารือเกี่ยวกับการตายกับแพทย์ เพื่อป้องกันผู้ป่วยจากการคิดมาก และผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการที่จะตายที่บ้านภายใต้การดูแลของครอบครัว			
7	การทักทายแบบกัมพูชาตามธรรมเนียมแล้วมักก้มหัวพร้อมรวมมือเข้าไว้ด้วยกันที่ระดับอก			
8	ในกัมพูชา ผู้คนเรียกขานกันด้วยคำขึ้นต้นที่แสดงความนับถือว่า “ลอค สเรย์” สำหรับชาย และ “ลอค” สำหรับหญิง แล้วค่อยตามด้วยชื่อแรกหรือทั้งชื่อแรกและนามสกุล			
9	การท้อของขวัญมักนิยมท้อกันด้วยกระดาษห่อสีขาว			
10	ในการมอบของให้กันต้องใช้ทั้งสองมือในการมอบ			
11	เมื่อคุณได้รับเชิญไปร่วมโต๊ะอาหาร คุณต้องนั่งก่อนเพื่อไม่ให้เจ้าอะเคะเงินหรือเสียน้ำ			
12	ตามธรรมเนียมแล้ว อาหารจะถูกจัดเตรียมบนแผ่นรองบนพื้นหรือบนพื้นยกที่ทำขึ้นด้วยไม้ไผ่			
13	นามบัตรควรต้องแลกเปลี่ยนกันหลังจบการประชุมเสมอ			
14	ใช้มือขวาหรือทั้งสองมือเมื่อต้องยื่นหรือรับนามบัตรระหว่างกัน			
15	ชาวกัมพูชาเชื่อถือเรื่องของการพูดหรือใช้คำใดคำหนึ่งอย่างมีนัยยะ โดยเฉพาะเมื่อเกี่ยวข้องกับสิ่งที่เป็นที่ทางลบ เนื่องจากเป็นเรื่องของหน้าตาทางสังคม			
16	พฤติกรรมในเชิงอวัจนภาษาไม่ใช่สิ่งสำคัญและสามารถละเลยไปได้			
17	ต้องพูดจาให้ชัดถ้อยชัดคำ พูดช้าพอดี และงดใช้สแลง คำตลาด หรือ คำไม่เป็นทางการเสมอ			
	<b>อินโดนีเซีย</b>			
18	แพทย์แผนปัจจุบันชาวอินโดนีเซียมักจะได้รับการศึกษาโดยใช้พลังจิตด้วย			
19	ไม่ควรนั่งไขว่ห้าง เพราะถือเป็นการไม่ให้ความเคารพ			
20	ผู้หญิงมักไม่ทักทายด้วยการจับมือ			
21	การก้มหัวให้กันคือการทักทายกันพร้อมการกล่าวว่า “ซาลามัท” เป็นคำทักทายเสมอ			
22	การพูดชื่อของบุคคลโดยไม่มีคำนำหน้า คือการเน้นถึงความสัมพันธ์ใกล้ชิด			
23	การดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องที่ยอมรับได้ในสังคมอินโดนีเซีย			
24	เจลาตินมักผสมลงในอาหารฮาลาล			
25	ชาวอินโดนีเซียบริโภคเฉพาะอาหารฮาลาลเท่านั้น			
26	ผลิตภัณฑ์ทำจากหนังเป็นสิ่งนิยมในวัฒนธรรมอินโดนีเซีย			
27	การใช้ช้อนกับส้อมเพื่อรับประทานอาหารคือการแสดงความไม่เคารพกันและกัน			
28	โดยทั่วไปแล้ว ชาวอินโดนีเซียจะพูดเบาและที่เสียงทุ้มซ่อนใน คนที่พูดเสียงดังจะถูกมองว่าค่อนข้าง			

	ก้าวร้าว			
29	ชาวอินโดนีเซียมักไม่ตัดสินใจอะไรแบบหุนหันพลันแล่นเพราะจะถือว่ามีการพิจารณาไม่ส่วนถี่มากพอ			

ที่	ข้อความ	จริง	เท็จ	ไม่ แน่ใจ
	<b>ลาว</b>			
30	การก้มลงเล็กน้อยพร้อมมือในรูปทรงเหมือนไหว้ไว้ได้คงถือการแสดงความทักทายมาตรฐาน			
31	ผู้ที่มีฐานะสังคมสูงกว่าไม่ต้องตอบรับการแสดงความทักทาย ทั้งนี้เพราะการแสดงความเคารพเป็นอาวุโสกว่า			
32	ผู้คนมักมาสายและหละหลวม อย่างมักใช้เวลานานกว่าจะเสร็จสมบูรณ์พร้อม			
33	สำหรับผู้หญิง การสูบบุหรี่มักเชื่อมโยงกับการค้าประเวณีและการสำส่อนทางเพศ และถือว่าเป็นพฤติกรรมที่รับไม่ได้			
34	หลีกเลี่ยงการสัมผัสศีรษะคนอื่น เพราะถือว่าการแสดงการไม่เคารพกัน			
35	ศาสนาหลักของประเทศลาวคือพระพุทธศาสนาเถรวาท			
36	เป็นเรื่องที่ไม่ปกติที่ญาติพี่น้องหรือเพื่อนฝูงจะมาหาโดยไม่บอกก่อนล่วงหน้า			
37	ศาสนาไม่ได้เป็นตัวคอกซ์ลำดับชั้นทางสังคมของประเทศลาว			
	<b>มาเลเซีย</b>			
38	ชาวมาเลเซียมีความสนใจอย่างมากในเรื่องราวเกี่ยวกับวิญญาณและผีสิง และเรื่องราวเหล่านี้รักษาความสัมพันธ์กับผู้ที่ได้ล่วงลับไปแล้ว			
39	ผู้คนมักจับมือเพื่อทักทาย หากฝ่ายตรงข้ามเป็นเพศเดียวกัน			
40	ผู้คนมักชอบทักทายกันแบบไม่เป็นทางการ			
41	การให้และรักษาหน้าฝ่ายตรงข้ามคือเรื่องที่สำคัญ			
42	การนัดประชุมครั้งแรกมักถูกมองว่าเป็นการใช้โอกาสเพื่อได้รู้จักกันและกัน			
43	แพทย์ชายไม่ได้รับอนุญาตให้ทำคลอดสตรีชาวมาเลเซีย			
	<b>เมียนมาร์</b>			
44	การตรงต่อเวลาคือสิ่งที่ยึดถือกันในการทำงานและโรงเรียน ในขณะที่การนัดหมายในกิจกรรมยามว่างเพื่อสังสรรค์ การตรงต่อเวลาไม่ถือว่าสำคัญ			
45	ผู้คนส่วนใหญ่ติดต่อสื่อสารกันแบบทางอ้อม ส่วนการสื่อสารทางตรงนั้นใช้กับกลุ่มเพื่อนสนิทและสมาชิกในครอบครัว			
46	การเดินทางผู้สูงอายุโดยไม่ก้มหัวให้ ไม่ถือเป็นมารยาทที่ผิด			
47	การดื่มสุราสามารถมีได้ในเทศกาลทางศาสนา แต่ส่วนใหญ่แล้วจะไม่มีการดื่มสุรา			
48	อาหารมักจะถูกเสิร์ฟบนโต๊ะเดียว โดยผู้ร่วมโต๊ะจะนั่งบนแผ่นรองบนพื้น			
	<b>ฟิลิปปินส์</b>			
49	การจับมือและการข้มให้กันถือการทักทายต้อนรับแบบมาตรฐาน			
50	ผู้คนมักไม่ค่อยพูดถึงค่าน้ำหนักเมื่อพูดถึงชื่อเพื่อน เพราะเป็นการแสดงถึงมิตรภาพใกล้ชิด			
51	การห่อของขวัญไม่นิยมห่อด้วยกระดาษสีแดงเพราะเป็นการแสดงถึงสงครามและความเกลียดชัง			
52	หากได้รับเชิญไปร่วมโต๊ะอาหาร อย่เพิ่งเริ่มรับประทานอาหารจนกว่าเจ้าภาพจะเชิญคุณ			
53	การนัดหมายล่วงหน้าคือสิ่งที่ต้องทำหากเป็นเรื่องธุรกิจสำหรับชาวฟิลิปปินส์			
54	การนับถือเรื่องลำดับชั้นคือเรื่องสำคัญในการทำธุรกิจ			
55	ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสำคัญกว่าความสัมพันธ์ระหว่างบริษัท			

ที่	ข้อความ	จริง	เท็จ	ไม่ แน่ใจ
	<b>สิงคโปร์</b>			
56	แนวคิดเรื่องการรักษาหน้าของอีกฝ่ายคือเรื่องสำคัญ			
57	ในการสื่อสาร ผู้คนนิยมแสดงความคิดเห็นที่มีนัยยะ กลุ่มเล็ก และแฝงความในเชิงลึกเสมอ			
58	มารยาทและธรรมเนียมปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับกฎเกณฑ์ของแต่ละชาติพันธุ์			
59	ในการมอบของขวัญ ผู้ให้อาจถูกปฏิเสธสามครั้งการได้รับการยอมรับ เพื่อแสดงว่าผู้รับไม่ได้มีความโลภหรืออยากได้			
60	สิ่งที่นิยมนำมาห่อของขวัญคือ สีขาว น้ำเงิน หรือดำเพราะเป็นสีที่แสดงความเป็นทางการ			
61	มักนิยมให้ดอกไม้สำหรับทุกโอกาส			
62	การเจียบสักครู่ก่อนตอบคำถาม คือธรรมเนียมที่นิยมกระทำกัน			
63	คนใช้ห้ามรับประทานไขขาว			
	<b>เวียดนาม</b>			
64	ผู้ป่วยชาวเวียดนามมักจะต่อต้านการรักษาแบบที่มีการดึงเนื้อถึงตัวหรือ และเข้าใจว่าการดูแลรักษาแบบที่ไม่ถึงเนื้อถึงตัวเป็นการรักษาที่ดีที่สุด			
65	ผู้ป่วยชาวเวียดนามมักจะเข้าใจว่ายามันจะเชื่อมโยงกับศาสนา และการเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้			
66	การสัมผัสศีรษะหรือไหล่ของบุคคลอื่น ถือเป็นกรไม่เคารพ			
67	การส่งของให้แก่กันนิยมใช้มือขวา			
68	ชาวเวียดนามชอบใช้นิ้วชี้ไปที่สิ่งต่างๆ เสมอ			
69	การกอดอกคือเรื่องปกติที่นิยมทำกัน			
70	การรับส่งของข้ามศีรษะคนอื่นคือมารยาทที่ไม่ยอมรับ			
71	การสวมใส่กางเกงขาสั้นคือเรื่องปกติธรรมดา			
72	การแตะเนื้อต้องตัวเพศตรงข้ามคือเรื่องต้องห้าม			
73	ชาวเวียดนามบางคนใช้การจับมือทั้งสองข้าง โดยมือซ้ายอยู่บนข้อมือขวาเพื่อแสดงการทักทาย			
74	การห่อของขวัญต้องห่อด้วยกระดาษสีพื้นเท่านั้น			
75	ชาวเวียดนามตรงต่อเวลาและคาดหวังให้ทุกคนตรงต่อเวลาด้วยเช่นกัน			
76	ชาวเวียดนามนิยมเอื้อมมือไปให้สตรีก่อนเพื่อแสดงการขอจับมือ			
77	ลำดับชั้นและการรักษาหน้าตาทางสังคมคือเรื่องสำคัญในสังคมเวียดนาม			
78	เมื่อบางคนไม่เห็นด้วยกับอีกคนหนึ่ง มักแสดงความคิดเห็นแบบตรงไปตรงมาเพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกอึดอัดกัน			
79	อย่าสัญญาโดยไม่สามารถรักษาสัญญาได้ เพราะจะทำให้เสียหน้ากับสิ่งที่ได้พูดออกไปแล้ว			
	<b>ประเทศอาเซียนอื่นๆ</b>			
80	การทักทายต้องเป็นวิธีแบบทางการและผู้อาวุโสจะต้องได้รับการทักทายเป็นอันดับสุดท้ายตามธรรมเนียมจีน			
81	ชาวจีนถือว่าควรตั้งตะเกียบให้ตรงเป็นแนวตรงกับชามข้าวเมื่อรับประทานอิมแล้ว			
82	ในประเทศเอเชีย ต้องถอดรองเท้าก่อนเข้าบ้าน			
83	บนโต๊ะอาหาร จำนวนงานเป็นเลขคู่และมักเรียงเป็นลำดับก่อนหลังในธรรมเนียมจีน			
84	ในวันธรรมจรรย์ การจับมือเป็นเรื่องแปลกหากจะทักทายชาวต่างชาติ			
85	การตรงต่อเวลาคือเรื่องสำคัญ ผู้คนนิยมมาให้ตรงกับเวลานัดและคาดหวังว่าชาวญี่ปุ่นทั้งหลายจะทำเช่นเดียวกัน			

ที่	ข้อความ	จริง	เท็จ	ไม่ แน่ใจ
86	ชาวญี่ปุ่นคำนึงถึงอายุและสถานภาพเป็นสำคัญ ทุกคนมีสถานะของตนเองในลำดับชั้นทางสังคม			
87	ในวันฉัตรมงคลญี่ปุ่นการรับประทานซูชิหรืออะหมิเส็งดังคือมารยาทที่ไม่ดี			
88	ชาวจีนจะไม่ก้มลงมองพื้นในขณะที่กำลังทักทายกันอยู่			
89	ในวันฉัตรมงคล คำนำหน้าชื่อและนามสกุลต้องกล่าวถึงเสมอ หากต้องการเรียกชื่อแรก จะต้องเลือกว่าจะใช้ชื่อแรกชื่อใด			
90	ชาวจีนชอบที่จะสังสรรค์ในเขตพื้นที่สาธารณะมากกว่าบ้านส่วนตัว โดยเฉพาะเมื่อมีชาวต่างชาติร่วมด้วย หากได้รับเชิญไปบ้าน ถือว่าเป็นเกียรติอย่างสูงที่ได้รับ หากคุณต้องปฏิเสธจริงๆ จะต้องกล่าวอย่างสุภาพเพื่ออธิบายความจำเป็นเรื่องตารางที่ไม่สะดวกของคุณเพื่อให้ทุกคนรับทราบว่าเหตุผลของคุณสำคัญและจำเป็นจริงๆ			
91	ในวันฉัตรมงคลจีนถือว่าคนที่ทานอาหารจีนสุดท้ายบนถาดจะเป็นผู้โชคดี			
92	เป็นความเชื่อของชาวญี่ปุ่นที่ว่าคนป่วยห้ามรับประทานปลาเพราะปลาเหมาะสำหรับคนที่สุขภาพดีปกติเท่านั้น			
	<b>ประเทศตะวันออกกลาง</b>			
93	ส่วนมากทานอาหารด้วยมือซ้าย			
94	การเสิร์ฟอาหารมักมีรูปแบบเหมือนครอบครัวเดียวกัน จะเสิร์ฟแขกก่อน และผู้อาวุโสสุดไล่ไปจนถึงผู้ที่มีอาวุโสน้อยที่สุด			
95	เมื่อให้ของขวัญ มักนิยมให้ของขวัญจากห้างคุณภาพสูงสุด (ที่ไม่ใช่ห้างหรู), เครื่องเงิน, อัญมณี, แกดเจ็ต, คริสตัล หรือเฟอร์เซลิน			
96	หลายคนใช้มือรับประทานและรวมถึงการแบ่งปันอาหารจากจานกลางด้วย ถือว่าไม่สุภาพหากหากลอดูปรกรับประทานอาหาร			
97	ชายหรือหญิงอาจจับมือกันได้ข้ามเพศเพื่อเป็นการทักทาย			
98	ชาวอินเดียไม่รับประทานเนื้อวัวและหลายคนเป็นมังสวิรัติ ชาวมุสลิมไม่ทานหมูหรือคัมแอลกอฮอล์ ชาวซิกข์ไม่รับประทานเนื้อวัวเช่นกัน			
99	ถือเป็นเรื่องหยาบคายหากเปิดกล่องของขวัญต่อหน้าผู้ให้			
100	ผลิตภัณฑ์ที่ทำจากหนังถือเป็นของขวัญชั้นยอด			
101	พึงมองหามิน้องก่อนที่เจ้าภาพจะถาม เพื่อเป็นการแสดงเกียรติ			
102	สตรีชาวตะวันออกกลางไม่จำเป็นต้องขออนุญาตจากสามีเพื่อขอตรวจภายใน			
103	เฉพาะชาวตะวันออกกลางที่อยู่ภาวะป่วยเท่านั้นที่สามารถดื่มนมวัวได้			
104	เชื่อกันว่าชาวอินเดียที่ป่วยสามารถรับประทานเนื้อวัวได้เพราะถือเป็นอาหารของเทพพระเจ้า			
105	ผู้ป่วยมุสลิมที่อดอาหารตั้งแต่อาทิตย์ขึ้นถึงอาทิตย์ตกในช่วงรอมฎอน ในช่วงเดือนของปฏิทินมุสลิมนั้น ไม่ได้ 9 รับประทานให้ออกจากศีลอด			
106	แพทย์ชายไม่ได้รับอนุญาตให้ทำคลอดสตรีชาวมุสลิม			

ที่	ข้อความ	จริง	เท็จ	ไม่ แน่ใจ
	<b>อเมริกา ประเทศในทวีปยุโรป และออสเตรเลีย</b>			
107	ในประเทศในทวีปยุโรป เพื่อนต้องทักทายกัน โดยการจูบที่แก้ม เริ่มจากแก้มซ้ายและต่อไปที่แก้มขวา			
108	มารยาทบนโต๊ะอาหารของชาวอังกฤษมักไม่เคร่งครัดและมีความสบายมากกว่าในสหรัฐ			
109	ชาวอเมริกาเป็นคนตรงไปตรงมาให้คุณค่ากับหลักการและเหตุผล รวมทั้งคาดหวังให้ผู้คนพูดกันอย่างชัดเจนและตรงไปตรงมา			
110	สตรีชาวยุโรปและออสเตรเลียต้องขออนุญาตสามีก่อนขอตรวจภายใน			
111	การทักทายด้วยการจับมือคือการทักทายทั่วไป ในขณะที่การจูบที่แก้มเป็นการทักทายระหว่างกลุ่มเพื่อนสนิททั้งหญิงและชาย			
112	ชาวออสเตรเลียไม่มีความเป็นทางการมากนัก การทักทายจึงไม่เป็นทางการและมีความผ่อนคลาย ในขณะที่ชาวออสเตรเลียพูดว่า "G'day" หรือ "G'day, mate" ต่างชาติอาจมองว่าชาวออสเตรเลียแสดงความรักในเอกลักษณ์ของชาติมากเกินไปได้			
113	ชาวออสเตรเลียชอบเรียกชื่อน้ำ แม้จะเป็นการประชุมกันในครั้งแรกก็ตาม			
114	ของขวัญมักเปิดในตอนที่ได้รับเลขสำหรับวัฒนธรรมชาวอเมริกา ยุโรป และออสเตรเลีย			
115	ดอกคาร์เนชั่นสีแดง ดอกเก๊กฮวย ดอกลิลลี่ ดอกเบญจมาศ และดอกกรักรั้ว ถือเป็นดอกไม้มงคลเหมาะแก่การให้เป็นของขวัญสำหรับชาวยุโรป			
116	การพักข้อศอกวางไว้บนถ้อยเป็นสิ่งที่ผิดในวัฒนธรรมยุโรปและอเมริกา			

หมายเหตุ: คำถามในส่วนนี้เป็นส่วนของการทดสอบความรู้มีการให้คะแนนโดยมีเกณฑ์ผ่านการทดสอบอยู่ที่ 70% โดยผู้เข้าร่วมทำการวิจัยจะได้รับคำตอบที่ถูกต้องภายหลังการวิจัยเพื่อเป็นความรู้ในการปฏิบัติงาน ข้อมูลจากการทำการวัดระดับจะถูกแปลผลและวัดผลโดยใช้เครื่องมือทางสถิติต่างๆเพื่อวัดผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม

## ส่วนที่ 2 : ทศนคติเกี่ยวกับศักยภาพทางด้านวัฒนธรรมของพยาบาล

โปรดให้คะแนนตามความเหมาะสมในช่องว่าง:

5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง; 4 = เห็นด้วย; 3 ปานกลาง; 2 = ไม่เห็นด้วย; 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อความ	ระดับคะแนน				
	1	2	3	4	5
1. ฉันเชื่อว่าบุคคลอาจจะมีระดับทักษะการอ่านภาษาอังกฤษและ/หรือภาษาแม่ของตนเองที่ต่างกัน					
2. พื้นฐานทางวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลมีผลต่อผลลัพธ์ของการรักษาคนไข้					
3. ฉันเคารพวัฒนธรรมที่แตกต่างที่สะท้อนออกมาในรูปแบบการสื่อสารที่แตกต่างกัน					
4. ฉันรู้สึกสบายใจเมื่อได้อภิปรายเรื่องความแตกต่างของวิถีชีวิตของคนไข้แต่ละราย					
5. ฉันยอมรับได้และเข้าใจการใช้กระบวนการรักษาแบบดั้งเดิมกับคนไข้ต่างวัฒนธรรม					
6. ฉันรู้ว่าอุปสรรคในทักษะการสื่อสารของฉันกับคนไข้ที่มาจากวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน					
7. เมื่อทำการประเมินคนไข้ ฉันเข้าใจถึงความแตกต่างทางชีวภาพของแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ที่หลากหลาย					
8. ฉันพิจารณาถึงเชื้อชาติ เพศ และอายุของคนไข้เมื่อต้องมอบยาให้					
9. เมื่อต้องดูแลคนไข้ที่มาจากวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ฉันจะพิจารณาโรคพื้นฐานที่พบบ่อยในวัฒนธรรมนั้นๆ เสมอ					
10. ฉันยอมรับอคติและความไม่เป็นกลางของฉันเมื่อดูแลคนไข้ที่มาจากวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน					
11. ฉันพิจารณาบรรทัดฐานและความชอบของคนไข้และญาติของคนไข้เมื่อต้องทำการวางแผน					
12. เมื่อต้องดูแลคนไข้ ฉันพิจารณาความแตกต่างระหว่างการรับรู้ของเราเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย และสุขภาพเชิงป้องกันที่อาจจะกระทบต่อผลลัพธ์ของการดูแลคนไข้ของฉันได้					
13. ฉันมองว่าคนไข้และญาติเป็นเพื่อนคู่คิดในการช่วยวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการรักษาเสมอ					
14. ฉันเข้าใจความแตกต่างในการอธิบายและการแสดงพฤติกรรมที่ซึ่งอาจจะแตกต่างกันตามแต่ละวัฒนธรรม					

หมายเหตุ: คำถามในส่วนนี้เป็นส่วนของการสอบถามทัศนคติโดยไม่มีเกณฑ์ผ่านการทดสอบแต่อย่างใด แต่จะถูกใช้เพื่อประเมินประกอบกับผลการทดสอบของแบบสอบถามส่วนที่ 1

### ส่วนที่ 3: การพยาบาลกับศักยภาพทางวัฒนธรรมของพยาบาล

โปรดให้คะแนนความเหมาะสมในช่องว่าง:

5 = สิ่งที่คุณทำเสมอ; 4 = สิ่งที่คุณทำบ้างบางเวลา; 3 = สิ่งที่คุณไม่ค่อยได้ทำ; 2 = สิ่งที่คุณไม่เคยทำแต่จะทำเมื่อมีโอกาส; 1 = สิ่งที่คุณไม่เคยทำเลย


ข้อความ	ระดับคะแนน				
	1	2	3	4	5
1. ฉันเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมและกฎเกณฑ์ที่มีอยู่ในวัฒนธรรมของคนไข้					
2. ฉันพิจารณาถึงความเชื่อของคนไข้ในเรื่องการรักษาแบบดั้งเดิมและการรักษาแบบทางเลือก เมื่อต้องให้ยาแก่คนไข้					
3. ฉันเคารพการตัดสินใจของคนไข้ที่ต้องการมองหาการแพทย์แบบทางเลือกจากผู้ให้บริการแพทย์ทางเลือก					
4. ฉันมอบข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรให้แก่คนไข้เพื่อนำกลับไปศึกษาเพิ่มเติมบ้านในภาษาของตนเอง					
5. ฉันมองหาความช่วยเหลือจากล่ามมืออาชีพ เพื่อนร่วมงานที่พูดได้สองภาษา และคนที่ตามที่มีความสามารถในการช่วยล่ามได้ตามต้องการเสมอ					
6. ฉันได้อบรมล่ามของฉันให้รับบทบาทและหน้าที่ที่ชัดเจนในการช่วยเหลือฉันมอบบริการทางด้านภาษาให้แก่กลุ่มประชากรที่มีความแตกต่างทางภาษา					
7. ฉันสอบถามสมาชิกครอบครัวและเพื่อนของคนไข้เกี่ยวกับความสามารถทางด้านภาษาแม่ของคนไข้เสมอ					
8. ฉันพิจารณาพื้นฐานทางวัฒนธรรมและภาษาของคนไข้ เมื่อต้องเลือกอุปกรณ์ในการรักษา เช่น รูปภาพ), หนังสือแบบฝึก, การ์ดเกม, วิดีโอ, เพลง หรือ อาหาร(					
9. ฉันใช้รูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสมเพื่อสื่อสารไปยังคนไข้					
10. ฉันทำการประเมินทางวัฒนธรรมกับคนไข้ที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์มากกว่าคนไข้ทั่วไป					

หมายเหตุ: คำถามในส่วนนี้เป็นส่วนของการสอบถามศักยภาพโดยไม่มีเกณฑ์ผ่านการทดสอบแต่อย่างใด แต่จะถูกใช้เพื่อประเมินประกอบกับผลการทดสอบของแบบสอบถามส่วนที่ 1



### Appendix III: Ethical approval of the questionnaire

เวลา ๙.๐๐ น.



**บันทึกข้อความ**

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-8147  
 ที่ จว 804/57 วันที่ 25 ธันวาคม 2557  
 เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

---


เรียน คณะบดีวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแจ้งผ่านการรับรองผลการพิจารณา

ตามที่นิสิต/บุคลากรในสังกัดของท่านได้เสนอ โครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้น ในกรณี กรรมการผู้ทบทวนหลักได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ ดังนี้

โครงการวิจัยที่ 118.2/57 เรื่อง ผลของโปรแกรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมโดยใช้กรณีศึกษาต่อพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร (THE EFFECT OF CASE-BASED CULTURAL COMPETENT NURSE CARE INTERVENTION FOR PROMOTING CULTURAL COMPETENCY AMONG NURSES AT PRIVATE HOSPITAL IN BANGKOK) ของ นางสาวพิมพ์ขวัญ บุญจิตต์พิมล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)  
 กรรมการและเลขานุการ  
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน  
 กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 186/2557

## ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 118.2/57 : ผลของโปรแกรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมโดยใช้กรณีศึกษาต่อ  
พยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร  
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวพิมพ์ขวัญ บุญจิตต์พิมล  
หน่วยงาน : วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

ลงนาม.....  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริศา ทักษณประคิษฐ)  
ประธาน

ลงนาม.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)  
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 24 ธันวาคม 2557

วันหมดอายุ : 23 ธันวาคม 2558

## เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- โครงการวิจัย
- ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- ผู้วิจัย : เลขที่โครงการวิจัย..... 118.2/57
- แบบสอบถาม : วันที่รับรอง..... 24 ธ.ค. 2557  
วันหมดอายุ..... 23 ธ.ค. 2558

## เงื่อนไข

- ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
- หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
- ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
- ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
- หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
- หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
- โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

### ข้อมูลสำหรับผู้ร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมโดยใช้กรณีศึกษาต่อพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครประเทศไทย

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพิมพ์ขวัญ บุญจิตต์พิมพ์ นิสิตระดับปริญญาเอก วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่อยู่ติดต่อ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
254 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กทม. 10330

โทรศัพท์มือถือ 081-131-1122

E-mail b.pimkhwan@gmail.com



วันที่โครงการวิจัย 118.2/57

วันที่รับรอง 24 ธ.ค. 2557

วันหมดอายุ 23 ธ.ค. 2558

ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไมชัดเจนได้ตลอดเวลา

โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับความเกี่ยวข้องระหว่าง ความรู้ ความคิด และการปฏิบัติทางการพยาบาลกับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางพยาบาล และ ระดับของสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางพยาบาลในโรงพยาบาลซึ่งประกอบไปด้วยวัฒนธรรมที่หลากหลายของผู้ป่วยที่มาจากประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และแถบอื่นๆทั่วโลก

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

##### วัตถุประสงค์ทั่วไป

- เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาลระหว่างกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มทดลองในโรงพยาบาลเอกชนเพื่อสำรวจผลกระทบของโปรแกรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมโดยใช้กรณีศึกษาต่อพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครก่อนและหลังการแทรกแซง

##### วัตถุประสงค์จำเพาะ

- เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของความรู้ ความคิด และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมระหว่างกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มทดลอง
- เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของความรู้ ความคิด และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมก่อนและหลังการแทรกแซง

#### เกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออกของประชากรในการวิจัย

##### เกณฑ์คัดเข้า

- เข้าร่วมด้วยความสมัครใจ
- พยาบาลหญิงซึ่งเป็นพยาบาลประจำ
- พยาบาลหญิงที่มีประสบการณ์การทำงานเป็นพยาบาลอย่างน้อย 1 ปี
- พยาบาลหญิงที่มีประสบการณ์การทำงานเป็นกะ

##### เกณฑ์คัดออก

- พยาบาลที่กำลังตั้งครรภ์มากกว่า 3 เดือนขึ้นไป
- พยาบาลที่ขาดการเข้าร่วมการอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมมากกว่า 8 ชั่วโมงจากทั้งหมด 48 ชั่วโมง
- พยาบาลที่ขาดการวัดระดับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาลครั้งใดครั้งหนึ่ง

5

### ประชากรกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย

ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม โครงการวิจัยนี้ทั้งสิ้น 166 คน ซึ่งได้มาโดยใช้การเลือกแบบสุ่ม โดยใช้วิธีคัดเลือกแบบ สัดส่วนจากแต่ละแผนกจากแต่ละ โรงพยาบาล กลุ่มประชากรที่จะถูกคัดเลือกเข้าโครงการจะต้องมีคุณสมบัติตรงตาม เกณฑ์คัดเลือกสำหรับการวิจัยครั้งนี้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยความสมัครใจเท่านั้น โดยจะแบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้

- 1) ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการอบรมใดๆทั้งสิ้น จะถูกคัดเลือกจากพยาบาลจากโรงพยาบาล มงกุฎวิวัฒนะจำนวน 83 คน
- 2) ประชากรกลุ่มทดลอง คือกลุ่มตัวอย่างที่จะได้รับการอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม จะถูกคัดเลือกจาก พยาบาลจากโรงพยาบาลนวนรินทร์ 9 จำนวน 83 คน ท่านได้รับการคัดเลือกเป็นประชากรกลุ่มทดลอง

### ผู้วิจัยและคณะผู้วิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยและคณะผู้วิจัยประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการด้านสาธารณสุขและวัฒนธรรม 118.2/57

### ขั้นตอนการวิจัยสำหรับประชากรกลุ่มทดลอง

ท่านจะได้เข้าร่วมงานวิจัยเพื่อทำการวัดระดับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาล และรับการอบรมอย่าง ต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน โดยท่านจะได้เข้าร่วมงานวิจัยเพื่อทำการวัดระดับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาล จำนวน 3 ครั้งๆละ 30-60 นาที โดยจะทำการวัดระดับ ณ เวลาก่อนเริ่มทำการวิจัย, 3 เดือนถัดมา และ 6 เดือนถัดมา โดย ประชากรทั้ง 83 คน จะได้เข้าร่วมการอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม จำนวน 12 ครั้ง โดยจะดำเนินการอบรม สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 4 ชั่วโมงรวมทั้งสิ้น 48 ชั่วโมง โดยเนื้อหารายละเอียดของการอบรมจะถูกอธิบายแยกอยู่ในเอกสาร แนบอีกชุด การวิจัยครั้งนี้จะมีการประสานงานเพื่อขออนุญาต โรงพยาบาลต้นสังกัดของพยาบาลผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ โดย ตารางการวัดระดับ, การอบรม และการทำงานของพยาบาล จะถูกจัดให้เหมาะสม โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน ปฏิบัติหน้าที่พยาบาล การฝึกฝน หรือเงินเดือน เบี้ยเลี้ยง สิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ที่ท่านพึงจะได้รับและไม่ถือเป็นการลา ราชการละเอียด ตารางการวัดระดับ และอบรมสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาลจะถูกชี้แจงในเอกสารแนบอีกฉบับ หนึ่ง

### ตารางการอบรม

สัปดาห์	เนื้อหา/วัตถุประสงค์	ผู้อบรม
1	ความอ่อนไหวและความตระหนักรู้ต่อวัฒนธรรม และสมรรถนะ ทางวัฒนธรรม - ความหมายความสำคัญ และข้อปฏิบัติ การทำงานข้ามวัฒนธรรมในอาเซียน - ความแตกต่างของสังคม ประเพณี และข้อปฏิบัติที่ต่างกันของ วัฒนธรรมของชาติต่างๆในอาเซียน	อ.ดร.สิรินทร พิบูลภาณุวัฒน์ ศศ.ดร. นันทิยา ควงภุมเมศ สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
2	ภาษาและวัฒนธรรมพม่า (ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์) - ประวัติของประเทศพม่าและประวัติของภาษาพม่า - วัฒนธรรมประเพณีพม่าและมารยาททางสังคมของพม่า - ภาษาพม่า	นายสิทธิพร เนตรนิยม สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
3	ภาษาและวัฒนธรรมกัมพูชา (ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์) - ประวัติของประเทศกัมพูชาและประวัติของภาษากัมพูชา - วัฒนธรรมประเพณีกัมพูชา และมารยาททางสังคมของ กัมพูชา - ภาษากัมพูชา	อ. ดร. นรเศรษฐ์ พิสิฐพันธ์ สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

สัปดาห์	เนื้อหาวัตถุประสงค์	ผู้อบรม
4	ภาษาและวัฒนธรรมลาว (ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์) - ประวัติของประเทศลาวและประวัติของภาษาลาว - วัฒนธรรมประเพณีลาวและมารยาททางสังคมของลาว - ภาษาลาว	นายวิระพงศ์ มีสถาน สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล
5	ภาษาและวัฒนธรรมเวียดนาม (ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์) - ประวัติของประเทศเวียดนาม และประวัติของภาษาเวียดนาม - วัฒนธรรมประเพณีเวียดนามและมารยาททางสังคมของ เวียดนาม - ภาษาเวียดนาม	อ.ดร.รุจิวรรณ เหล่าไพโรจน์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัย อุบลราชธานี
6	ภาษาและวัฒนธรรมจีน (ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์) - ประวัติของประเทศจีนและประวัติของภาษาจีน - วัฒนธรรมประเพณีจีน และมารยาททางสังคมของจีน - ภาษาจีน	อ.ดร.ศุภิดรา สุวรรณ์เคชา สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล
7	ภาษาและวัฒนธรรมมาเลเซีย(ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์) - ประวัติของประเทศมาเลเซียและประวัติของภาษามาเลเซีย - วัฒนธรรมประเพณีมาเลเซียและมารยาททางสังคมของ มาเลเซีย - ภาษามาเลเซีย	รศ.ดร.อมร แสงมณี สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล
8	ภาษาและวัฒนธรรมอาหรับ (ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์) - ประวัติของประเทศอาหรับและประวัติของภาษาอาหรับ - วัฒนธรรมประเพณีอาหรับ และมารยาททางสังคมของ อาหรับ - ภาษาอาหรับ	นางสาวรัชดา พรพัฒน์กุล สถาบันพัฒนาบุคลากร โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
9	การจัดการความขัดแย้ง/การจัดการข้อร้องเรียนของลูกค้า - ข้อปฏิบัติที่ต่างกันของวัฒนธรรมของชาติต่างๆ ในอาเซียน - การสื่อสารและวิธีการสื่อสารของวัฒนธรรมของชาติต่างๆ ใน อาเซียน	พอ.หญิงอังคณา สุเมธสิทธิ์กุล ศูนย์บริหารงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลสมเด็จพระมงกุฎเกล้า
10	การให้บริการกับผู้ป่วยต่างชาติ - ชาวพม่า - ชาวกัมพูชา - ชาวเวียดนาม - ชาวลาว	นางสาวรัชดา พรพัฒน์กุล สถาบันพัฒนาบุคลากร โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
11	การให้บริการกับผู้ป่วยต่างชาติ - ชาวจีนและสิงคโปร์ - ชาวมาเลเซียและอินโดนีเซีย	นางสาวรัชดา พรพัฒน์กุล สถาบันพัฒนาบุคลากร โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
12	การให้บริการกับผู้ป่วยต่างชาติ - ชาวอเมริกัน - ชาวอาหรับ	นางสาวรัชดา พรพัฒน์กุล สถาบันพัฒนาบุคลากร โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

\*ข้อมูลอาจมีการปรับเปลี่ยนในอนาคตเพื่อประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

### เครื่องมือในการทำการวัดระดับ

เครื่องมือในการทำการวัดระดับนี้ ได้ถูกตรวจสอบและอนุมัติโดยผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องในการศึกษาคำนี้ โดยจะอยู่ในรูปแบบของแบบสอบถามภาษาไทย ซึ่งประกอบไปด้วยทั้งหมด 2 ส่วน: ส่วนที่ 1 จะเป็นคำถามเกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนตัวจำนวน 15 ข้อ และส่วนที่ 2 จะเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้ ความคิด และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมโดยแบ่งเป็น 3 ส่วนย่อยรวมทั้งสิ้น 140 ข้อ โดยคำถามเกี่ยวกับความรู้เป็นคำถามแบบเลือกตอบเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยจำนวน 116 ข้อโดยมีการให้คะแนนโดยมีเกณฑ์ผ่านอยู่ที่ 70% และคำถามเกี่ยวกับความคิด และการปฏิบัติเป็นคำถามแบบให้ระดับคะแนนตามความเห็นด้วยจากน้อยไปมากจำนวน 5 ระดับ จำนวน 24 ข้อ โดยไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถเลือกไม่ตอบคำถามที่ไม่ต้องการตอบได้ตามความเหมาะสม โดยไม่มีผลกระทบอย่างไรต่อการปฏิบัติหน้าที่พยาบาล การฝึกฝน หรือเงินเดือน เบี้ยเลี้ยง สิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ที่ท่านพึงจะได้รับ โดยผู้เข้าร่วมทำการวิจัยจะได้รับคำตอบที่ถูกต้องของส่วนคำถามเกี่ยวกับความรู้ภายหลังการวิจัยเพื่อเป็นความรู้ในการปฏิบัติงาน ข้อมูลจากการทำการวัดระดับจะถูกแปลผลและวิเคราะห์โดยใช้เครื่องมือทางสถิติต่างๆ เพื่อวัดผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม



เลขที่โครงการวิจัย: 418-2/57  
วันที่รับรอง: 24 ธ.ค. 2557  
วันหมดอายุ: 23 ธ.ค. 2558

### คำขอตกลงและสิทธิประโยชน์

การวิจัยครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมโครงการจะไม่ได้รับค่าชดเชยการเสียเวลา หรือค่าเดินทางเพื่อมาเข้าร่วมโครงการแต่อย่างใด แต่จะมีบริการอาหาร อาหารว่าง เครื่องดื่ม แก่ผู้เข้าร่วมโครงการ ในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้งของโครงการวิจัยนี้ นอกจากนี้ท่านจะได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ที่จะช่วยส่งเสริมสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาลของพยาบาล ซึ่งมีผลพัฒนา ความรู้ ความคิด และการปฏิบัติทางการพยาบาลที่ดีขึ้น และอาจส่งผลให้ท่านมีความมั่นใจในการทำงานและความพึงพอใจในการทำงานที่มากขึ้น และโครงการวิจัยนี้ยังช่วยส่งเสริมการเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับวัฒนธรรมที่หลากหลายของผู้ป่วย เพื่อผลการรักษาที่ดีขึ้น และอาจเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อใช้พัฒนาศักยภาพของพยาบาลในอนาคต

### ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

ท่านจะได้เข้าร่วมงานวิจัยเพื่อทำการวัดระดับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาล และรับการอบรมอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน โดยการวิจัยครั้งนี้อาจส่งผลกระทบต่อตารางเวลาส่วนตัวต่างๆ และความเป็นส่วนตัวของท่านในบางครั้ง และอาจส่งผลกระทบต่อตารางเวลาของงานของท่าน เพื่อให้เหมาะสมกับตารางเวลาของกิจกรรมต่างๆ ของการวิจัยครั้งนี้ แต่จะไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่พยาบาล การฝึกฝน หรือเงินเดือน เบี้ยเลี้ยง สิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ที่ท่านพึงจะได้รับและไม่ถือเป็นการลาหากท่านไม่สะดวกหรือต้องการเปลี่ยนตารางการทำงานของท่าน โปรดแจ้งคณะผู้วิจัย

### การเก็บรักษาข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยทั้งหมดจะเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลแต่อย่างใด ข้อมูลทั้งหมดและผลจากการวิจัยครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงานของท่านแต่อย่างใด และเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทั้งหมดจะถูกทำลาย

### การชี้แจงรายละเอียดก่อนการเข้าร่วมโครงการ

กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรจะทำโดยการชี้แจงทำความเข้าใจเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล โดยผู้วิจัยหลัก และคณะผู้ทำการวิจัยผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนจะต้องให้คำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนทำการเก็บข้อมูล โดยให้คำยืนยันว่าท่านเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่ออย่างไรต่อการปฏิบัติหน้าที่พยาบาล การฝึกฝน หรือเงินเดือน เบี้ยเลี้ยง สิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ที่ท่านพึงจะได้รับ

**ความเสี่ยงในการเข้าร่วมโครงการ**

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่มีอันตรายหรือความเสี่ยงใดๆทั้งสิ้น

**ความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ**

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ และท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยนี้ได้ทุกขณะ และสามารถปฏิเสธที่จะตอบคำถามที่ท่านไม่สะดวกหรือไม่สบายใจที่จะตอบได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลโดยไม่มีผลกระทบอย่างใดต่อการปฏิบัติหน้าที่พยาบาล การฝึกฝน หรือเงินเดือน เบี้ยเลี้ยง สิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ที่ท่านพึงจะได้รับ

ท่านอาจต้องสละเวลาส่วนตัวเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ และอาจมีบางคำถามที่ทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจเมื่อระลึกถึง หรือต้องตอบท่านสามารถไม่ตอบคำถามนั้นได้ หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลแก่ท่าน โดยผ่านเอกสารฉบับนี้ และยินดีตอบคำถามของท่านทุกคำถามอย่างดีที่สุดตลอดเวลา การดำเนินการหากพบว่า ท่านอยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำในระหว่างการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำหรือข้อมูลแก่ท่านอย่างดีที่สุดเท่าที่ผู้วิจัยจะสามารถทำได้

**เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่**

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147

E-mail eccu@chula.ac.th



เลขที่โครงการวิจัย..... 118-2/57

วันที่รับรอง..... 24 ธ.ค. 2557

วันหมดอายุ..... 23 ธ.ค. 2558

### ข้อมูลสำหรับผู้ร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของโปรแกรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมโดยใช้กรณีศึกษาต่อพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครประเทศไทย  
**ชื่อผู้วิจัย** นางสาวพิมพ์ขวัญ บุญจิตต์พิมล นิสิตระดับปริญญาเอก วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**ที่อยู่ติดต่อ** วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 254 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กทม. 10330  
**โทรศัพท์มือถือ** 081-131-1122  
**E-mail** b.pimkhwan@gmail.com

ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้เป็นอย่างดีละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไมชัดเจนได้ตลอดเวลา

โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับความเกี่ยวข้องระหว่าง ความรู้ ความคิด และการปฏิบัติทางการพยาบาลกับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางพยาบาล และ ระดับของสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางพยาบาลในโรงพยาบาลซึ่งประกอบไปด้วยวัฒนธรรมที่หลากหลายของผู้ป่วยที่มาจากประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และแถบอื่นๆทั่วโลก

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

##### วัตถุประสงค์ทั่วไป

- เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาลระหว่างกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างใน โรงพยาบาลเอกชนเพื่อสำรวจผลกระทบของ โปรแกรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม โดยใช้กรณีศึกษาต่อพยาบาลใน โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครก่อนและหลังการแทรกแทรก

##### วัตถุประสงค์จำเพาะ

- เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของความรู้ ความคิด และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมระหว่างกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่าง
- เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของความรู้ ความคิด และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมก่อนและหลังการแทรกแทรก

#### เกณฑ์การคัดเลือก และเกณฑ์การคัดออกของประชากรในการวิจัย

##### เกณฑ์คัดเลือก

- เข้าร่วมด้วยความสมัครใจ
- พยาบาลหญิงซึ่งเป็นพยาบาลประจำ
- พยาบาลหญิงที่มีประสบการณ์การทำงานเป็นพยาบาลอย่างน้อย 1 ปี
- พยาบาลหญิงที่มีประสบการณ์การทำงานเป็นกะ

##### เกณฑ์คัดออก

- พยาบาลที่กำลังตั้งครรภ์มากกว่า 3 เดือนขึ้นไป
- พยาบาลที่ขาดการวัดระดับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาลครั้งใดครั้งหนึ่ง



เลขที่โครงการวิจัย..... 118-2/57  
 วันที่รับรอง..... 24 ธ.ค. 2557  
 วันหมดอายุ..... 23 ธ.ค. 2558

55



### ประชากรกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย

ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม โครงการวิจัยนี้ทั้งสิ้น 166 คน ซึ่งได้มาโดยใช้การเลือกแบบสุ่ม โดยใช้วิธีคัดเลือกแบบ สัดส่วนจากแต่ละแผนกจากแต่ละ โรงพยาบาล กลุ่มประชากรที่จะถูกคัดเลือกเข้าโครงการจะต้องมีคุณสมบัติตรงตาม เกณฑ์คัดเข้าสำหรับการวิจัยครั้งนี้ และเข้าร่วม โครงการวิจัยนี้โดยความสมัครใจเท่านั้น โดยจะแบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้

- 1) ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการอบรมใดๆทั้งสิ้น จะถูกคัดเลือกจากพยาบาลจาก โรงพยาบาล มงกุฎวัฒนะจำนวน 83 คน
- 2) ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มตัวอย่างที่จะได้รับการอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม จะถูกคัดเลือกจาก พยาบาลจากโรงพยาบาลนวนิพนธ์ 9 จำนวน 83 คน ท่านได้รับการคัดเลือกเป็นประชากรกลุ่มตัวอย่าง

### ผู้วิจัยและคณะผู้วิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยและคณะผู้วิจัยประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการด้านสาธารณสุขและวัฒนธรรม

### ขั้นตอนการวิจัยสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ท่านจะได้เข้าร่วมงานวิจัยเพื่อทำการวัดระดับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาล โดยท่านจะได้เข้าร่วมงาน วิจัยเพื่อทำการวัดระดับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาล จำนวน 3 ครั้งๆละ 30-60 นาที โดยจะทำการวัดระดับ ณ เวลาก่อนเริ่มทำการวิจัย ฐิติกา กิตติมา และ 6 เดือนถัดมา การวิจัยครั้งนี้จะมีการประสานงานเพื่อขออนุญาต โรงพยาบาล สังกัดของพยาบาลผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ โดยตรงจากวัดระดับและการทำงานของพยาบาล จะถูกจัดให้เหมาะสม โดยไม่มี ผลกระทบอย่างไรต่อการปฏิบัติหน้าที่พยาบาล การฝึกฝน หรือเงินเดือน เบี้ยเลี้ยง สิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ที่ท่านพึงจะได้รับ และไม่ถือเป็นการลา



เลขที่โครงการวิจัย..... 118-2/57  
วันที่รับรอง..... 24 ธ.ค. 2557  
วันหมดอายุ..... 23 ธ.ค. 2558

### เครื่องมือในการทำการวัดระดับ

เครื่องมือในการทำการวัดระดับนี้ ได้ถูกตรวจสอบและอนุมัติ โดยผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องใน การศึกษาครั้งนี้ โดยจะอยู่ในรูปแบบของแบบสอบถามภาษาไทย ซึ่งประกอบไปด้วยทั้งหมด 2 ส่วน: ส่วนที่ 1 จะเป็น คำถามเกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนตัวจำนวน 15 ข้อ และส่วนที่ 2 จะเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้ ความคิด และการปฏิบัติที่ เกี่ยวข้องกับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม โดยแบ่งเป็น 3 ส่วนย่อยรวมทั้งสิ้น 131 ข้อ โดยคำถามเกี่ยวกับความรู้เป็นคำถาม แบบเลือกตอบเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยจำนวน 107 ข้อโดยมีการให้คะแนนโดยมีเกณฑ์ผ่านอยู่ที่ 70% หรือ 75 ข้อ และ คำถามเกี่ยวกับความคิด และการปฏิบัติเป็นคำถามแบบให้ระดับคะแนนตามความเห็นด้วยจากน้อยไปมากจำนวน 5 ระดับ จำนวน 24 ข้อ โดยไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถเลือกไม่ตอบคำถามที่ไม่ต้องการตอบได้ตามความ เหมาะสม โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่พยาบาล การฝึกฝน หรือเงินเดือน เบี้ยเลี้ยง สิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ที่ท่านพึงจะได้รับ ผู้เข้าร่วมทำการวิจัยจะได้รับคำตอบที่ถูกต้องของส่วนคำถามเกี่ยวกับความรู้ภายหลังการวิจัยเพื่อเป็น ความรู้ในการปฏิบัติงาน ข้อมูลจากการทำการวัดระดับจะถูกแปลผลและวัดผลโดยใช้เครื่องมือทางสถิติต่างๆเพื่อวัดผล เปรียบเทียบ

### ค่าชดเชยและสิทธิประโยชน์

การวิจัยครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมโครงการจะไม่ได้รับค่าชดเชยการเสียเวลา หรือค่าเดินทางเพื่อมาเข้าร่วมโครงการแต่อย่างใด แต่จะมีบริการอาหาร อาหารว่าง เครื่องดื่ม แก่ผู้เข้าร่วมโครงการ ในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้งของโครงการวิจัยนี้ นอกจากนี้ท่านจะได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ที่จะช่วยส่งเสริมสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการ พยาบาลของพยาบาล ซึ่งมีผลพัฒนา ความรู้ ความคิด และการปฏิบัติทางการพยาบาลที่ดีขึ้น และอาจส่งผลให้ท่านมีความ มั่นใจในการทำงานและความพึงพอใจในการทำงานที่มากขึ้น และโครงการวิจัยนี้ยังช่วยส่งเสริมการเตรียมพร้อมที่จะ รับมือกับวัฒนธรรมที่หลากหลายของผู้ป่วย เพื่อผลการรักษาที่ดีขึ้น และอาจเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อใช้พัฒนาศักยภาพ ของพยาบาลในอนาคต

*(Handwritten signature)*

### ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

ท่านจะได้เข้าร่วมงานวิจัยเพื่อทำการวิเคราะห์ระดับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาล โดยการวิจัยครั้งนี้อาจส่งผลกระทบต่อตารางเวลาส่วนตัวต่างๆ และความเป็นส่วนตัวของท่านในบางครั้ง และอาจส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงตารางเวลาของท่าน เพื่อให้เหมาะสมกับตารางเวลาของกิจกรรมต่างๆของการวิจัยครั้งนี้ แต่จะไม่ผลกระทบอย่างไรต่อการปฏิบัติหน้าที่พยาบาล การฝึกฝน หรือเงินเดือน เบี้ยเลี้ยง สิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ที่ท่านพึงจะได้รับและไม่ถือเป็นการลาหากท่านไม่สะดวกหรือต้องการเปลี่ยนตารางการทำงานของท่าน โปรดแจ้งคณะผู้วิจัย

### การเก็บรักษาข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยทั้งหมดจะเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลแต่อย่างใด ข้อมูลทั้งหมดและผลจากการวิจัยครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงานของท่านแต่อย่างใด และเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทั้งหมดจะถูกทำลาย

### การชี้แจงรายละเอียดก่อนการเข้าร่วมโครงการ

กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรจะทำโดยการชี้แจงทำความเข้าใจเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล โดยผู้วิจัยหลัก และคณะผู้ทำการวิจัยผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนจะต้องให้คำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนทำการเก็บข้อมูล โดยให้คำยืนยันว่าการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบต่ออย่างไรต่อการปฏิบัติหน้าที่พยาบาล การฝึกฝน หรือเงินเดือน เบี้ยเลี้ยง สิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ที่ท่านพึงจะได้รับ

### ความเสี่ยงในการเข้าร่วมโครงการ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่มีอันตรายหรือความเสี่ยงใดๆทั้งสิ้น

### ความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ และท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยนี้ได้ทุกขณะ และสามารถปฏิเสธที่จะตอบคำถามที่ท่านไม่สะดวกหรือไม่สบายใจที่จะตอบได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผล โดยไม่มีผลกระทบอย่างไรต่อการปฏิบัติหน้าที่พยาบาล การฝึกฝน หรือเงินเดือน เบี้ยเลี้ยง สิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ที่ท่านพึงจะได้รับ

ท่านอาจต้องสละเวลาส่วนตัวเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ และอาจมีบางคำถามที่ทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจเมื่อระลึกถึง หรือต้องตอบท่านสามารถไม่ตอบคำถามนั้นได้ หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลแก่ท่านโดยผ่านเอกสารฉบับนี้ และยินดีตอบคำถามของท่านทุกคำถามอย่างดีที่สุดตลอดเวลา การดำเนินการหากพบว่า ท่านอยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำในระหว่างการคัดกรอง ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำหรือข้อมูลแก่ท่านอย่างดีที่สุดเท่าที่ผู้วิจัยจะสามารถทำได้

### เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน



เลขที่โครงการวิจัย 118.2/57

วันที่รับรอง 24 ธ.ค. 2557

วันหมดอายุ 23 ธ.ค. 2558

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147

E-mail eccu@chula.ac.th

55

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจากกลุ่มทดลอง.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ผลของ โปรแกรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม โดยใช้กรณีศึกษาต่อพยาบาลในโรงพยาบาล เอกชนในกรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพิมพ์ขวัญ บุญจิตต์พิมล

ที่อยู่ติดต่อ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
254 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กทม. 10330

โทรศัพท์มือถือ 081-131-1122

E-mail b.pimkhwan@gmail.com



เลขที่โครงการวิจัย 118.2/57

วันรับรอง 24 ธ.ค. 2557

วันหมดอายุ 23 ธ.ค. 2558

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับโครงการวิจัยนี้จำนวน 2 ส่วนประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนตัว 2) สมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาล จำนวน 3 ครั้ง ครั้งๆละ 30-60 นาที โดยจะทำการวัดระดับ ณ เวลาก่อนเริ่มทำการวิจัย, 3 เดือนถัดมา และ 6 เดือนถัดมา โดยโครงการวิจัยนี้จะมีการอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาล จำนวน 12 ครั้ง โดยจะดำเนินการอบรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 4 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 48 ชั่วโมง ซึ่งหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย


ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้นจะโดยไม่มีผลกระทบอย่างไรต่อการปฏิบัติหน้าที่พยาบาล การศึกษา หรือเงินเดือน เบี้ยเลี้ยง สิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับใดๆทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

55

หากข้าพเจ้าไม่ เคารบการปฏิบัติตรงตามท เระระบุ ในเอกสารขแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า  
สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....  


(นางสาวพิมพ์ขวัญ บุญจิตต์พิมล)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

เลขที่โครงการวิจัย..... 118.2/57 \*  
 วันที่รับรอง..... 24 ธ.ค. 2557 \*  
 วันหมดอายุ..... 23 ธ.ค. 2558 \*  
 พยาน



## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มตัวอย่าง)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม โดยใช้กรณีศึกษาต่อพยาบาลในโรงพยาบาล เอกชนในกรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพิมพ์ขวัญ บุญจิตต์พิมล

ที่อยู่ติดต่อ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
254 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กทม. 10330

โทรศัพท์มือถือ 081-131-1122

E-mail b.pimkhwan@gmail.com



เลขที่โครงการวิจัย 118-2/57

วันที่รับรอง 24 ธ.ค. 2557

วันหมดอายุ 23 ธ.ค. 2558

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับโครงการวิจัยนี้จำนวน 2 ส่วนประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนตัว 2) สมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาล จำนวน 3 ครั้ง ครั้งๆละ 30-60 นาที โดยจะทำการวัดระดับ ณ เวลาก่อนเริ่มทำการวิจัย, 3 เดือนถัดมา และ 6 เดือนถัดมา ซึ่งหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะโดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาที่พยาบาล การฝึกฝนหรือเงินเดือน เบี้ยเลี้ยง สิทธิสวัสดิการต่างๆ ที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับใดๆทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ ไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์

55

มหาวิทยาลัย ชน 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....  
*Pimkh*

(นางสาวพิมพ์ขวัญ บุญจิตต์พิมล)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



ลงชื่อ.....

(.....)

เลขที่โครงการวิจัย..... 118.2/57

วันที่รับรอง..... 24 ธ.ค. 2557 พยาน

วันหมดอายุ..... 23 ธ.ค. 2558

## Appendix I: Questionnaire

## แบบสอบถาม

## ผลกระทบของการสอดแทรกเชิงวัฒนธรรมผ่านการอบรมโดยอิงตามเคส

## เพื่อส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครไทย

ขอบคุณที่สละเวลาตอบแบบสอบถามนี้ คิดค้นเป็นนิตินิตในหลักสูตรสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประเทศไทย ขณะนี้ฉันกำลังศึกษาวิจัยเรื่องผลกระทบของการจัดกระทำทางการพยาบาลในเชิงวัฒนธรรมและอิงตามเคสเพื่อส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพ (Effect of Case-based Cultural Competent Nurse Care Intervention for Promoting Culture Competency among Nurse at Private Hospital in Bangkok) ผลการสำรวจในครั้งนี้จะถูกนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ด้านการศึกษาเท่านั้น และจะไม่ผลกระทบต่อตำแหน่งงานและการปฏิบัติหน้าที่ประจำวันของท่านในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านจะถูกปกปิดเป็นความลับและคำตอบทั้งหมดจะไม่มีการเปิดเผยสู่ภายนอกเช่นกัน การตอบแบบสอบถามนี้จะใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ในโอกาสนี้ต้องขอขอบคุณอีกครั้งที่ท่านสละเวลาเพื่อตอบแบบสอบถามนี้

ในแบบฟอร์มแบบสอบถามนี้ โปรดเลือกข้อที่เหมาะสมที่สุดสำหรับแต่ละคำถาม หรือเขียนคำตอบในพื้นที่ว่างที่มอบให้ **โปรดเลือกคำตอบเพียงหนึ่งคำตอบเท่านั้นสำหรับคำถามแต่ละข้อ** เว้นแต่มีการแจ้งไว้เป็นอย่างอื่นและโปรดตอบคำถามทุกข้อในแบบสอบถามนี้ เมื่อครบครันแล้วโปรดส่งคืนแบบสอบถามไปยังบุคคลที่แจกแบบสอบถามให้แก่ท่าน ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ

## ก. ข้อมูลส่วนตัว

โปรดเลือกคำตอบที่เหมาะสมที่สุด หรือกรอกข้อมูลที่ต้องการลงในช่องว่าง

1. เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง
2. ขณะนี้ผม/ฉันมีอายุ..... ปี
3. สถานภาพ ( ) 1. โสด ( ) 2. แต่งงาน ( ) 3. หย่า ( ) 4. แยกกันอยู่ ( ) 5. หม้าย
4. โปรดระบุศาสนาของคุณ ( ) พุทธ ( ) คริสต์ / คาทอลิก ( ) อิสลาม ( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. ระดับการศึกษาสูงสุด ( ) อนุปริญญา ( ) ปริญญาตรี ( ) ปริญญาโท ( ) ปริญญาเอก ( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. ระดับความอาวุโส ( ) พยาบาลฝึกหัด ( ) พยาบาลปฏิบัติการ ( ) พยาบาลชำนาญการ ( ) พยาบาลชำนาญการพิเศษ ( ) หัวหน้างาน ( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....
7. คุณประกอบวิชาชีพพยาบาลมานานเป็นระยะเวลา..... ปี..... เดือน
8. คุณประกอบวิชาชีพพยาบาลกับ โรงพยาบาลนี้เป็นระยะเวลา..... ปี..... เดือน
9. ระดับรายได้ต่อเดือน (รวมทั้งรายได้จากงานอื่นๆ ด้วย) ( ) 15,001-20,000 บาท ( ) 20,001-30,000 บาท ( ) 30,001-40,000 บาท ( ) 40,001-50,000 บาท ( ) มากกว่า50,001บาท
10. ความรับผิดชอบหลัก(ในช่วงสามเดือนหลังที่ผ่านมา) ( ) แผนกผู้ป่วยนอก ( ) แผนกผู้ป่วยใน ( ) ห้องฉุกเฉิน



118.2/57

24 ธ.ค. 2557

23 ธ.ค. 2558

- ( ) ห้องผ่าตัด ( ) ห้องคลอด ( ) ICU  
 ( ) VIP ( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....  
 11. ช่วงเวลาการทำงานทั้งหมดทุกงาน (ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 ( ) กะเช้า ( ) กะบ่าย ( ) กะเย็น  
 ( ) กะกลางคืน ( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....  
 12. ทักษะทางด้านภาษาของคุณอยู่ในระดับใด

ภาษา	ไม่มีความรู้	ปานกลาง	ดี	ดีมาก
อังกฤษ	1	2	3	4
จีน	1	2	3	4
ภาษา "ฮาวี" ที่คนไทยมุสลิมใช้	1	2	3	4
ภาษาอื่นๆ โปรดระบุ .....	1	2	3	4

Combine scores from each language



13. คุณเคยให้บริการพยาบาลให้กับคนใช้ต่างชาติบ้างหรือไม่? หากเคย โปรดระบุรายละเอียดต่อไปนี้

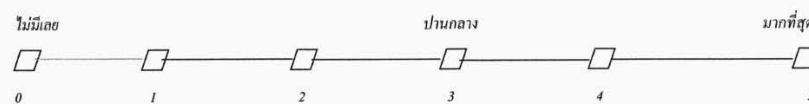
- ไม่เคย  เคย  
 เอเชีย โปรดระบุ.....  
 สหรัฐอเมริกา  
 ยุโรป โปรดระบุ.....  
 แอฟริกา โปรดระบุ.....  
 ออสเตรเลีย  
 อื่นๆ โปรดระบุ.....

เลขที่โครงการวิจัย 118.2/57  
 วันที่รับรอง 24 ธ.ค. 2557  
 วันหมดอายุ 23 ธ.ค. 2558

14. ถ้าคุณจะต้องให้บริการกับคนใช้ต่างชาติ คุณมีความรู้สึกอย่างไร

- ดี  ง่าย  กลัว  
 ค่อนข้างดี  ครึ่งดี  สนุกสนาน  
 อื่นๆ โปรดระบุ.....

15. คุณมีความมั่นใจขนาดไหนที่จะให้บริการคนใช้ชาวต่างชาติ





ข. คำถามเกี่ยวกับสมรรถนะทางวัฒนธรรม

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับสมรรถนะทางวัฒนธรรมของพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมายลงในช่องว่าง: จริง = หากคุณคิดว่าข้อความนั้นถูกต้อง; เท็จ = หากคุณคิดว่าข้อความนั้นผิด และ; ไม่แน่ใจ = หากคุณยังไม่แน่ใจ

ที่	ข้อความ	จริง	เท็จ	ไม่ แน่ใจ
	<b>บุคลิก</b>			
1	ค่านิยมของเพศชายและหญิงมักไม่ยอมรับมือเพื่อทักทายกัน			
2	ไม่หือยยื่นสิ่งใดๆ ที่ติดจากหน้ามือให้แก่กัน			
3	การจับมือกันต้องมีความหนักแน่น			
4	การคงค้อมเวลาไม่ใช่เรื่องน่ายำ คุณอาจจะมาถึงสายได้มีคนน้อยโดยไม่มีใครตำหนิ			
5	บางครั้งทานอาหารด้วยมือ			
	<b>กัมมชญา</b>			
6	ครอบครัวผู้ป่วยชาวอเมริกันชอบที่จะหารือเกี่ยวกับการตายกับแพทย์ เพื่อป้องกันผู้ป่วยจากการคิดมาก และผู้ป่วยส่วนใหญ่อยากที่จะตายที่บ้านภายใต้การดูแลของครอบครัว			
7	การทักทายแบบกัมมชญาตามธรรมเนียมแล้วมักก้มหัวหรือรวมมือเข้าไว้ด้วยกันที่ระดับอก			
8	ในกัมมชญา ผู้คนเรียกขานกันด้วยคำขึ้นต้นที่แสดงความนับถือว่า "ลอก ฮาร์ว" สำหรับชาย และ "ลอก" สำหรับหญิง แล้วค่อยตามด้วยชื่อแรกหรือทั้งชื่อแรกและนามสกุล			
9	การห่อของขงวัฒนธรรมมักห่อกันด้วยกระดาษห่อสีขาว			
10	ในการมอบของให้แก่กันต้องใช้ทั้งสองมือในการมอบ			
11	เมื่อคุณได้รับเชิญไปร่วมโต๊ะอาหาร คุณต้องนั่งก่อนเพื่อไม่ให้เจ้าคอะเงินหรือเสิร์ฟ			
12	ตามธรรมเนียมแล้ว อาหารจะถูกจัดเตรียมบนโต๊ะบนพื้นหรือบนพื้นอกที่ทำขึ้นด้วยไม้ไผ่			
13	นามบัตรควรต้องแลกให้กันหลังจบการประชุมเสมอ			
14	ใช้มือขวาหรือทั้งสองมือต้องยื่นหรือรับนามบัตรระหว่างกัน			
15	ชาวกัมมชญาถือเรื่องของการพูดหรือใช้คำใดคำหนึ่งอย่างมีนัยยะ โดยเฉพาะเมื่อเกี่ยวข้องกับสิ่งที่เป็นทางลบ เนื่องจากเป็นเรื่องของหน้าตาทางสังคม			
16	พฤติกรรมในเชิงจริยธรรมภาษาไม่ใช่สิ่งสำคัญและสามารถละเลยไปได้			
17	ต้องพูดจาให้ชัดเจนชัดคำ พูดช้าพอที่ และทใช้สแลง คำลดท หรือ คำไม่เป็นทางการเสมอ			
	<b>อินโดนีเซีย</b>			
18	แพทย์แผนปัจจุบันชาวอินโดนีเซียมักจะได้รับการศึกษารักษาโดยใช้พลังจิตด้วย			
19	ไม่ควรมองใจหว้าง เพราะถือเป็นการไม่ให้ความเคารพ			
20	ผู้หญิงมักไม่ทักทายด้วยการจับมือ			
21	การก้มหัวให้กันคือการทักทายกันหรือการกล่าวว่ "ซาลามัท" เป็นคำทักทายเสมอ			
22	การพูดชื่อของบุคคล โดยไม่มีคำนำหน้า คือการเน้นถึงความสัมพันธ์ใกล้ชิด			
23	การดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องที่อมรับได้ในสังคมอินโดนีเซีย			



เลขที่โครงการวิจัย..... 118.2/57  
วันที่รับรอง..... 24 ธ.ค. 2557  
วันหมดอายุ..... 23 ธ.ค. 2558

ที่	ข้อความ	จริง	เท็จ	ไม่ แน่ใจ
24	เจลาตินมักผสมลงในอาหารศาลา			
25	ชาวอินโดนีเซียบริโภคเฉพาะอาหารศาลาเท่านั้น			
26	ผลิตภัณฑ์ที่ทำจากหนังเป็นสิ่งนิยมในวัฒนธรรมอินโดนีเซีย			
27	การใช้ช้อนกับส้อมเพื่อรับประทานอาหารถือการแสดงความไม่เคารพกันและกัน			
28	โดยทั่วไปแล้ว ชาวอินโดนีเซียจะพูดเบาและที่เสียงห่อหุ้มใน คนที่พูดเสียงดังจะถูกมองว่าค่อนข้างก้าวร้าว			
29	ชาวอินโดนีเซียมักไม่ตัดสินใจอะไรแบบทันทีทันใดเพราะจะถือว่ามีการพิจารณาไม่ถี่ถ้วนเกินไป			
	<b>ลาว</b>			
30	การก้มลงเล็กน้อยหรือมือในรูปทรงเหมือนหัวใจไว้ใต้กางเกงถือการแสดงการทักทายนามมาตรฐาน			
31	ผู้ที่มีฐานะสังคมสูงกว่าไม่ต้องคอยรับการแสดงการทักทายน ทั้งนี้เพราะการแสดงความเป็นอาวุโสกว่า			
32	ผู้คนมักขายและหลายอย่างมักใช้เวลานานกว่าจะเสร็จสมบูรณ์พร้อม			
33	สำหรับผู้หญิง การสูบบุหรี่มักเชื่อมโยงกับการค้าประเวณีและการค้าส่งทางเพศ และถือว่าเป็นพฤติกรรมที่รับไม่ได้			
34	หลีกเลี่ยงการสัมผัสศีรษะคนอื่น เพราะถือว่าเป็นการแสดงความไม่เคารพกัน			
35	ศาสนาหลักของประเทศลาวคือพระพุทธศาสนาเถรวาท			
36	เป็นเรื่องที่ไม่ปกติที่ญาติพี่น้องหรือเพื่อนฝูงจะมาหาโดยไม่บอกก่อนล่วงหน้า			
37	ศาสนาไม่ได้เป็นค่านิยมอันดับต้นๆของประชาชนของประเทศลาว			
	<b>มณฑลเซีย</b>			
38	ชาวมาเลเซียมีความสนใจอย่างมากในเรื่องราวเกี่ยวกับวิญญาณและผีสิง และเรื่องราวเหล่านี้มักมีความสัมพันธ์กับผู้ที่ได้ล่วงลับไปแล้ว			
39	ผู้คนมักจับมือเพื่อทักทาย หากฝ่ายตรงข้ามเป็นเพศเดียวกัน			
40	ผู้คนมักชอบทักทายกันแบบไม่เป็นทางการ			
41	การให้และรับค่าน้ำดื่มครั้งจ้ำมคือเรื่องที่สำคัญ			
42	การนัดประชุมครั้งแรกมักถูกมองว่าเป็นการใช้ออกส้นเพื่อได้รู้จักกันและกัน			
43	แพทย์ชายไม่ได้รับอนุญาตให้ทำคลอดสตรีชาวมาเลเซีย			
	<b>เมียนมาร์</b>			
44	การตรงต่อเวลาคือสิ่งที่ถือถือกันในการทำงานและโรงเรียน ในขณะที่การนัดหมายในกิจกรรมส่วนตัวเพื่อสังสรรค์ การตรงต่อเวลาไม่ถือว่าสำคัญ			
45	ผู้คนส่วนใหญ่คิดต่อสื่อสารกันแบบทางอ้อม ส่วนการสื่อสารทางตรงนั้นใช้กับกลุ่มเพื่อนสนิทและสมาชิกในครอบครัว			
46	การเดินทางผู้สูงอายุโดยไม่มีคนหิ้วไม่ถือเป็นมารยาทที่ดี			
47	การดื่มสุราสามารถมีได้ในเทศกาลทางศาสนา แต่ส่วนใหญ่แล้วจะไม่มีมีการดื่มสุรา			
48	อาหารมักจะถูกเสิร์ฟบนโต๊ะเดียวโดยผู้ร่วมโต๊ะจะนั่งบนแผ่นรองบนพื้น			
	<b>ฟิลิปปินส์</b>			
49	การจับมือและการอ้อมไหล่ถือการทักทายต้อนรับแบบมาตรฐาน			
50	ผู้คนมักไม่ค่อยพูดถึงค่าน้ำหนักเมื่อพูดถึงชื่อเพื่อน เพราะเป็นการแสดงถึงมิตรภาพใกล้ชิด			



สาขาโครงการวิจัย..... 118-2/57  
 วันที่รับรอง..... 24 ธ.ค. 2557  
 วันหมดอายุ..... 23 ธ.ค. 2558

ที่	ข้อความ	จริง	เท็จ	ไม่ แน่ใจ
51	การห้อยของขวัญไม่นิยมห้อยคือกระดาษสีแดงเพราะเป็นการแสดงถึงสงครามและความเกลียดชัง			
52	หากได้รับเชิญไปร่วมโต๊ะอาหาร อย่าเพิ่งเริ่มรับประทานอาหารจนกว่าเจ้าภาพจะเชิญคุณ			
53	การนัดหมายล่วงหน้าคือสิ่งที่ต้องทำหากเป็นเรื่องธุรกิจสำหรับชาวฟิลิปปินส์			
54	การนับถือเรื่องลำดับชั้นคือเรื่องสำคัญในการทำธุรกิจ			
55	ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสำคัญกว่าความสัมพันธ์ระหว่างบริษัท			
	<b>สิงคโปร์</b>			
56	แนวคิดเรื่องการรักษาน้ำของอีกฝ่ายคือเรื่องสำคัญ			
57	ในการสื่อสาร ผู้คนนิยมแสดงความคิดเห็นที่มีอยู่ๆ ดุนตึก และแฝงความในเชิงเชิงเสมอ			
58	มารยาทและธรรมเนียมปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับกฎเกณฑ์ของแต่ละชาติพันธุ์			
59	ในการมอบของขวัญ ผู้ให้อาจถูกปฏิเสธสามครั้งการได้รับการยอมรับ เพื่อแสดงว่าผู้รับไม่ได้มีความโลกหรืออยากได้			
60	สิ่งที่นิยมนำมาห้อยของขวัญคือ สีขาว น้าเงิน หรือดำเพราะเป็นสีที่แสดงความไม่ทางการ			
61	มักนิยมให้ดอกไม้ถ้าหรับทุกโอกาส			
62	การเขียนสติกเกอร์ก่อนมอบค่าถาม คือธรรมเนียมที่นิยมกระทำกัน			
63	คนใช้ห้ามรับประทานไขขาว			
	<b>เวียดนาม</b>			
64	ผู้ปวยชาวเวียดนามมักจะต่อต้านการรักษาแบบที่มีการดึงเนื้อถึงตัวหรือ และเข้าใจว่าการดูแลรักษาแบบที่ไม่ถึงเนื้อถึงตัวเป็นการรักษาที่ดี			
65	ผู้ปวยชาวเวียดนามมักจะเข้าใจว่ายามันจะเชื่อมโยงกับศาสนา และการเจ็บปวยเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้			
66	การสัมผัสศีรษะหรือไหล่ของบุคคลอื่น ถือเป็นกรไม่เคารพ			
67	การส่งของให้แก่กันนิยมใช้มือขวา			
68	ชาวเวียดนามชอบใช้นิ้วชี้ไปที่สิ่งต่างๆ เสมอ			
69	การถอดรองเท้าเรื่องปกติที่นิยมทำกัน			
70	การรับส่งของข้ามศีรษะคนอื่นถือมารยาทที่ไม่ยอมรับ			
71	การสวมใส่กางเกงขาสั้นคือเรื่องปกติธรรมดา			
72	การตะแคงเนื้อคือตัวพศตรงข้ามคือเรื่องต้องห้าม			
73	ชาวเวียดนามบางคนใช้การจับมือทั้งสองข้าง โดยมีซ้ายอยู่บนข้อมือขวาเพื่อแสดงการทักทาย			
74	การห้อยของขวัญต้องห้อยคือกระดาษสีพื้นเท่านั้น			
75	ชาวเวียดนามตรงต่อเวลาและคาดหวังให้ทุกคนตรงต่อเวลาด้วยเช่นกัน			
76	ชาวเวียดนามนิยมเอื้อมมือไปให้สตรีก่อนเพื่อแสดงการขอจับมือ			
77	ลำดับชั้นและการรักษาน้ำตาทางสังคมคือเรื่องสำคัญในสังคมเวียดนาม			
78	เมื่อบางคนไม่เห็นด้วยกับอีกคนหนึ่ง มักแสดงความคิดเห็นแบบตรงไปตรงมาเพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกอึดอัดกัน			
79	อย่าสัญญาโดยไม่สามารถรักษาสัญญาได้ เพราะจะทำให้เสียหน้ากับสิ่งที่ได้พูดออกไปแล้ว			



เลขที่โครงการวิจัย..... 118.2/37  
วันที่รับรอง..... 24 ธ.ค. 2557  
วันหมดอายุ..... 23 ธ.ค. 2558

ที่	ข้อความ	จริง	เท็จ	ไม่ แน่ใจ
	<b>ประเภทอื่น</b>			
80	การที่พาดคือเป็นวิธีแบบทางการและดูอาวุโสที่สุดจะต้องได้รับการทักทายเป็นอันดับสุดท้ายตามธรรมเนียมจีน			
81	ชาวจีนถือว่าควรรังเกียจให้ตรงเป็นแนวตรงกับขั้วหัวเมื่อรับประทานอาหารแล้ว			
82	ในประเทศเอเชีย ต้องถอดรองเท้าก่อนเข้าบ้าน			
83	บนโต๊ะอาหาร จำนวนจานเป็นเลขคู่และมีเรื่องเป็นลำดับก่อนหลังในธรรมเนียมจีน			
84	ในวัฒนธรรมจีน การจับมือเป็นเรื่องแปลกหากจะทักทายชาวต่างชาติ			
85	การตรงต่อเวลาเป็นเรื่องสำคัญ ผู้คนนิยมมาให้ตรงกันเวลาและคาดหวังว่าชาวญี่ปุ่นทั้งหลายจะทำเช่นเดียวกัน			
86	ชาวญี่ปุ่นคำนึงถึงอายุและสถานภาพเป็นสำคัญ ทุกคนมีสถานะของตนเองในลำดับชั้นทางสังคม			
87	ในวัฒนธรรมจีนการรับประทานอาหารหรือเบรคมีเสียงคือมารยาทที่ไม่ดี			
88	ชาวจีนจะไม่กินของร้อนในขณะที่กำลังทักทายกันอยู่			
89	ในวัฒนธรรมจีน คำนำน้ำช้อนและนามสกุลต้องกล่าวถึงเสมอ หากต้องการเรียกชื่อแรก จะต้องเลือกจะใช้ชื่อแรกชื่อใด			
90	ชาวจีนชอบที่จะสังสรรค์ในเขตพื้นที่สาธารณะมากกว่าบ้านส่วนตัว โดยเฉพาะเมื่อมีชาวต่างชาติร่วมด้วย หากได้รับเชิญไปบ้าน ถือว่าเป็นเกียรติอย่างสูงที่ได้รับ หากคุณต้องปฏิเสธจริงๆ จะต้องกล่าวอย่างสุภาพเพื่ออธิบายความจำเป็นเรื่องตารางที่ไม่สะดวกของคุณเพื่อให้ทุกคนรับทราบว่าคุณจะกลับเป็นผู้ใจจริง			
91	ในวัฒนธรรมจีนถือว่าการรับประทานอาหารร้อนจะดีที่สุด			
92	เป็นความเชื่อของชาวญี่ปุ่นที่ว่าคนป่วยห้ามรับประทานปลาเพราะปลาเหมาะสำหรับคนที่สุขภาพดีปกติเท่านั้น			
	<b>ประเภทตะวันออกกลาง</b>			
93	ส่วนมากทานอาหารด้วยมือซ้าย			
94	การเสิร์ฟอาหารมักมีรูปแบบเหมือนครอบครัวเดียวกัน จะเสิร์ฟแขกก่อน และดูอาวุโสสุดไปจนถึงผู้ที่มีอายุใส่น้อยที่สุด			
95	เมื่อให้ของขวัญ มักนิยมให้ของขวัญที่ทำจากหนังคุณภาพสูงสุด (ที่ไม่ใช่หนังหมู), เครื่องเงิน, อัญมณี, แกดเจ็ต, คริสตัล หรือ พอร์เซลิน			
96	หลายคนใช้มือรับประทานอาหารและรวมถึงการแบ่งปันอาหารจากจานกลางด้วย ถือว่าไม่สุภาพหากขออุปการะรับประทานอาหาร			
97	ชาวหรือหญิงอาหรับมักไม่ได้รับเชิญให้ดื่มสุรา			
98	ชาวสันตูปรับประทานเนื้อวัวและหลายคนเป็นมังสวิรัติ ชาวสุลติมไม่ทานหมูหรือคัมแอลกอฮอล์ ชาวซิกข์ไม่รับประทานเนื้อวัวเช่นกัน			
99	ถือเป็นเรื่องหยาบคายหากเปิดกล่องของขวัญต่อหน้าผู้ให้			
100	ผลิตภัณฑ์ที่ทำจากหนังถือเป็นของขวัญชั้นยอด			
101	ฟังเพลงที่นักร้องขับร้องเพื่อเป็นการแสดงเกียรติ			
102	สตรีชาวตะวันออกกลางไม่จำเป็นต้องขออนุญาตจากสามีเพื่อขอตรวจภายใน			
103	เฉพาะชาวตะวันออกกลางที่อยู่ภาวะบวชเท่านั้นที่สามารถดื่มมวิได้			
104	เชื่อกันว่าชาวดินดูที่บวชสามารถรับประทานเนื้อวัวได้เพราะถือเป็นอาหารของเทพพระเจ้า			



ที่โครงการวิจัย 118-2/57  
วันที่รับรอง 24 ธ.ค. 2557  
จังหวัดนนทบุรี 23 ธ.ค. 2558

ที่	ข้อความ	จริง	เท็จ	ไม่ แน่ใจ
105	ผู้ปวยุสตีบที่ถืออาหารคั้งแต่อาทิตย์ขึ้นถึงอาทิตย์ตกในช่วงรอมฎอน ในช่วงเดือน 9 ของปฏิทินมุสลิมนั้น ไม่ได้รับยกเว้นให้ออกจากศีลอด			
106	แพทย์ชาวโมได้รับอนุญาตให้ทำกลอสตรีชาวมุสลิม			
	<b>อเมริกา ประเทศในทวีปยุโรป และออสเตรเลีย</b>			
107	ในประเทศในทวีปยุโรป เพื่อนต้องทักทายกัน โดยการจูบที่แก้ม เริ่มจากแก้มซ้ายและต่อไปที่แก้มขวา			
108	มารยาทนโต๊ะอาหารของชาวอังกฤษมักไม่เคร่งครัดและมีความสบายมากกว่าในสหรัฐ			
109	ชาวอเมริกาเป็นคนที่ตรงไปตรงมา ให้ความสำคัญกับหลักการและเหตุผล รวมทั้งภาคหวังให้ผู้คนที่เกี่ยวข้องจัดเจนและตรงไปตรงมา			
110	สตรีชาวยุโรปและออสเตรเลียต้องขออนุญาตสามีก่อนขอตรวจภายใน			
111	การทักทายด้วยการจับมือถือการทักทายทั่วไป ในขณะที่การจูบที่แก้มเป็นการทักทายระหว่างกลุ่มเพื่อนสนิททั้งหญิงและชาย			
112	ชาวออสเตรเลียไม่มีความเป็นทางการมากนัก การทักทายจึงไม่เป็นทางการและมีความผ่อนคลาย ในขณะที่ชาวออสเตรเลียพูดว่า "G'day" หรือ "G'day, mate" ต่างชาติอาจมองว่าชาวออสเตรเลียแสดงความรักในอกสัณฐานของชาติมากเกินไปได้			
113	ชาวออสเตรเลียชอบเรียกชื่อหน้า แม้จะเป็นการประจบกันในครั้งแรกก็ตาม			
114	ของขวัญมักเปิดในตอนที่ได้รับเลยสำหรับวัฒนธรรมชาวอเมริกา ยุโรป และออสเตรเลีย			
115	ดอกคาร์เนชั่นสีแดง ดอกเก๊กฮวย ดอกกลีดิ์ ดอกเบญจมาศ และดอกกรีนัว ถือเป็นดอกไม้มงคลเหมาะแก่การให้เป็นของขวัญสำหรับชาวยุโรป			
116	การพับข้อศอกวางไว้บนโต๊ะเป็นสิ่งผิดในวัฒนธรรมยุโรปและอเมริกา			

หมายเหตุ: คำถามในส่วนนี้เป็นส่วนของการทดสอบความรู้ในการให้คะแนน โดยมีเกณฑ์ผ่านการทดสอบอยู่ที่ 70% โดยผู้เข้าร่วมทำการวิจัยจะได้รับค่าตอบแทนที่ถูกต้องภายหลังการวิจัยเพื่อเป็น**ความลับในการปฏิบัติงาน** ข้อมูลจากการทำการวิเคราะห์จะถูกลบและเปิดเผยโดยใช้อุปกรณ์ทางสถิติต่างๆเพื่อวัตถุประสงค์เปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม



วันที่โครงการวิจัย..... 118.9/57  
 วันที่รับรอง..... 24 ธ.ค. 2557  
 วันหมดอายุ..... 23 ธ.ค. 2558

**ส่วนที่ 2 : ทัศนคติเกี่ยวกับศักยภาพทางด้านวัฒนธรรมของพยาบาล**

โปรดให้คะแนนความเหมาะสมในช่องว่าง:

5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง; 4 = เห็นด้วย; 3 ปานกลาง; 2 = ไม่เห็นด้วย; 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อความ	ระดับคะแนน				
	1	2	3	4	5
1. ฉันเข้าใจว่าบุคคลอาจจะมีระดับทักษะการอ่านภาษาอังกฤษและ/หรือภาษาแม่ของตนเองที่ต่างกัน					
2. พื้นฐานทางวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมการรักษากันใช้					
3. ฉันเคารพวัฒนธรรมที่แตกต่างที่สะท้อนออกมาในรูปแบบการสื่อสารที่แตกต่างกัน					
4. ฉันรู้สึกสบายใจเมื่อได้อภิปรายเรื่องความแตกต่างของวิถีชีวิตของคนใช้แต่ละราย					
5. ฉันยอมรับได้/เข้าใจการใช้กระบวนการรักษาแบบที่อิงวัฒนธรรมดั้งเดิมกับคนใช้ที่นอนพักที่โรงพยาบาล					
6. ฉันรู้ว่าอุปสรรคในทักษะการสื่อสารของฉันกับคนใช้นั้นมาจากวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน					
7. เมื่อทำการประเมินคนใช้ ฉันเข้าใจถึงความแตกต่างทางชีวภาพของแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ที่หลากหลาย					
8. ฉันพิจารณาถึงเชื้อชาติ เพศ และอายุของคนใช้เมื่อต้องมอบยาให้					
9. เมื่อต้องดูแลคนใช้ที่มาจากวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ฉันจะพิจารณาโรคพื้นฐานที่พบบ่อยในวัฒนธรรมนั้นๆ เสมอ					
10. ฉันยอมรับอคติและความไม่เป็นกลางของฉันเมื่อดูแลคนใช้ที่มาจากวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน					
11. ฉันพิจารณาบรรทัดฐานและความชอบของคนใช้และญาติของคนใช้เมื่อต้องทำการวางแผน					
12. เมื่อต้องดูแลคนใช้ ฉันพิจารณาความแตกต่างระหว่างการเรียนรู้ของเรากับสุขภาพ ความเจ็บป่วย และสุขภาพเชิงป้องกันที่อาจจะกระทบต่อผลลัพธ์ของการดูแลคนใช้ของฉันได้					
13. ฉันมองว่าคนใช้และญาติเป็นเพื่อนคู่คิดในการช่วยวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการรักษาร่วม					
14. ฉันเข้าใจความแตกต่างในอารยธรรมและการแสดงพฤติกรรมที่ซึ่งอาจจะแตกต่างกันตามแต่ละวัฒนธรรม					

หมายเหตุ: คำถามในส่วนนี้เป็นส่วนของการสอบย้อนทัศนคติโดยไม่มีเกณฑ์ด้านการทดสอบแต่อย่างใดและถูกใช้เพื่อประเมินประกอบกับผลการทดสอบของแบบสอบถามส่วนที่ 1



ศูนย์โสตการวิจัย..... 118.2/57  
วันที่รับรอง..... 24 ธ.ค. 2557  
วันหมดอายุ..... 23 ธ.ค. 2558

**ส่วนที่ 3: การพยาบาลกับศักยภาพทางวัฒนธรรมของพยาบาล**

โปรดให้คะแนนความเหมาะสมในช่องว่าง:

5 = สิ่งที่ดีที่สุดในขณะนี้; 4 = สิ่งที่ดีบ้างบางเวลา; 3 = สิ่งที่ดีไม่น้อยได้ทำ; 2 = สิ่งที่ดีไม่ค่อยทำแต่จะทำเมื่อมีโอกาส; 1 = สิ่งที่ดีไม่น้อยทำเลย

ข้อความ	ระดับคะแนน				
	1	2	3	4	5
1. ฉันเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมและกฎเกณฑ์ที่มีอยู่ในวัฒนธรรมของคนไข้					
2. ฉันพิจารณาถึงความเชื่อของคนไข้ในเรื่องการรักษาแบบดั้งเดิมและการรักษาแบบทางเลือก เมื่อต้องให้แแก่คนไข้					
3. ฉันเคารพการตัดสินใจของคนไข้ที่ต้องการมองหาการแพทย์แบบทางเลือกจากผู้ให้บริการแพทย์ทางเลือก					
4. ฉันมอบข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรให้แก่คนไข้เพื่อนำกลับไปศึกษาเพิ่มเติมบ้านในภาษาของตนเอง					
5. ฉันมองหาความช่วยเหลือจากล่ามมืออาชีพ เพื่อนร่วมงานที่พูดได้สองภาษา และคนที่สามารถในการช่วยอ่านได้คำที่ต้องการเสมอ					
6. ฉันได้อบรมล่ามของฉันให้รับบทบาทและหน้าที่ที่ชัดเจนในการช่วยเหลือฉันมอบบริการทางด้านภาษาให้แก่กลุ่มประชากรที่มีความแตกต่างทางภาษา					
7. ฉันสอบถามสมาชิกครอบครัวและเพื่อนของคนไข้เกี่ยวกับความสามารถทางด้านภาษาแม่ของคนไข้เสมอ					
8. ฉันพิจารณาพื้นฐานทางวัฒนธรรมและภาษาของคนไข้ เมื่อต้องเลือกอุปกรณ์ในการรักษา (เช่น รูปภาพ, หนังสือแบบฝึก, การ์ดเกม, วีดีโอ, เพลง หรือ อาหาร)					
9. ฉันใช้รูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสมเพื่อสื่อสารไปยังคนไข้					
10. ฉันทำการประเมินทางวัฒนธรรมกับคนไข้ที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์มากกว่าคนไข้ทั่วไป					

หมายเหตุ: คำถามในส่วนนี้เป็นส่วนของการสอบถามศักยภาพ โดยไม่มีเกณฑ์ด้านการทดสอบแต่อย่างใดแต่จะถูกใช้เพื่อประเมินประกอบกับผลการทดสอบของแบบสอบถามส่วนที่ 1



วันที่โครงการวิจัย..... 118.2/57  
 วันที่รับรอง..... 24 ธ.ค. 2557  
 วันหมดอายุ..... 23 ธ.ค. 2558

## **Appendix IV: Descriptive Results of the Cultural Knowledge, Attitude and Practice Competency**

The present section of the thesis report presents the results of the questionnaires used to assess the cultural knowledge, attitude and practice of nurses from the two hospitals at 3 stages: 1) pre-test; 2) mid-test; and 3) post-test. The results are presented in 3 parts: 1) knowledge, 2) attitude and 3) practice.

Note: The questionnaire has been translated into English language

### **Cultural knowledge**

The knowledge competency questionnaire comprises of 116 items. After the intervention group had been trained with the cultural training, an average number of nurses who answered the questionnaire correctly increased to approximately 45 nurses (55.6%) while an average number of nurses who answered the questionnaire correctly dropped to only 37 nurses (51.5%) in the control group. At the end of the study (after 2 monthly boosters in the intervention group), an average number of nurses who answered the questionnaire correctly dropped to approximately 40 nurses (50.0%) while an average number of nurses who answered the questionnaire correctly remained constant at 37 nurses (51.5%) in the control group.



Table 25 shows the number of nurses from the intervention and control groups who scored correctly in the knowledge competency questionnaire. At the pre-test, it was found that a higher number of nurses from the intervention group scored correctly in the cultural knowledge competency questionnaire (an average of 44 nurses (53.2%)) while only an average of 42 nurses (50.7%) from the control group scored the questionnaire. After the intervention group had been trained with the cultural training, an average number of nurses who answered the questionnaire correctly increased to approximately 45 nurses (55.6%) while an average number of nurses who answered the questionnaire correctly dropped to only 37 nurses (51.5%) in the control group. At the end of the study (after 2 monthly boosters in the intervention group), an average number of nurses who answered the questionnaire correctly dropped to approximately 40 nurses (50.0%) while an average number of nurses who answered the questionnaire correctly remained constant at 37 nurses (51.5%) in the control group.



Table 25: Number of nurses who scored the cultural knowledge questionnaire correctly

Item	Statement	Pre-test			Mid-test			Post-test		
		Control (N = 83)	Intervention (N = 83)	Total (N = 166)	Control (N = 71)	Intervention (N = 81)	Total (N = 152)	Control (N = 71)	Intervention (N = 81)	Total (N = 152)
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Brunei</b>										
1	Men and women do not traditionally shake hands.	30 (36.1%)	36 (43.3%)	66 (39.8%)	23 (32.4%)	77 (95.1%)	100 (65.8%)	23 (32.4%)	74 (91.4%)	97 (63.8%)
2	Do not give anything made of pigskin.	31 (37.3%)	59 (71.1%)	90 (54.2%)	33 (46.5%)	80 (98.8%)	113 (74.3%)	33 (46.5%)	77 (95.1%)	110 (72.4%)
3	Handshakes tend to be firm.	48 (57.8%)	40 (48.2%)	88 (53.0%)	45 (63.4%)	6 (7.4%)	51 (33.6%)	45 (63.4%)	5 (6.2%)	50 (32.9%)
4	Punctuality is not strictly adhered to. You may arrive a little late without causing offense.	4 (4.8%)	6 (7.2%)	10 (6.0%)	10 (14.1%)	59 (72.8%)	69 (45.4%)	10 (14.1%)	51 (63.0%)	61 (40.1%)
5	Food is sometimes eaten with fingers/hands.	28 (33.7%)	27 (32.5%)	55 (33.1%)	15 (21.1%)	60 (74.1%)	75 (49.3%)	15 (21.1%)	51 (64.2%)	67 (44.1%)
<b>Cambodia</b>										
6	Traditional Cambodian greeting a bow combined with a bringing of the hands together at chest level.	7 (8.4%)	5 (6.0%)	12 (7.2%)	19 (26.8%)	51 (63.0%)	70 (46.1%)	19 (26.8%)	44 (54.3%)	63 (41.4%)
7	Traditional Cambodian greeting a bow combined with a bringing of the hands together at chest level.	27 (32.5%)	31 (37.3%)	58(34.9%)	24 (33.8%)	75 (92.6%)	99 (65.1%)	24 (33.8%)	65 (80.2%)	89 (58.6%)
8	In Cambodia people are addressed with the honorific title "LokSrey" for a man and "Lok" for a woman followed with the first name or both the first and surname.	70 (84.3%)	63 (75.9%)	133 (80.1%)	61 (85.9%)	13 (16.0%)	74 (48.7%)	61 (85.9%)	11 (13.6%)	72 (47.4%)
9	Gifts are usually wrapped in white wrapping paper.	72 (86.7%)	68 (81.9%)	140 (84.3%)	62 (87.3%)	9 (11.1%)	71 (46.7%)	62 (87.3%)	8 (9.9%)	70 (47.4%)
10	It is usual to pass items with both hands.	41 (49.4%)	46 (55.4%)	87 (52.4%)	23 (32.4%)	80 (98.8%)	103 (67.8%)	23 (32.4%)	77 (95.1%)	100 (65.8%)
11	When invited to the dining table, you should sit first to avoid the loss of face of the host.	67 (80.7%)	59 (71.1%)	126 (75.9%)	52 (73.2%)	17 (21.0%)	69 (45.4%)	52 (73.2%)	15 (18.5%)	67 (44.1%)

Table 25: Number of nurses who scored the cultural knowledge questionnaire correctly (Continued)

12	Traditionally, food is prepared on a raised platform	14 (16.9%)	20 (24.1%)	34 (20.5%)	15 (21.1%)	55 (67.9%)	70 (46.1%)	15 (21.1%)	47 (58.0%)	62 (40.8%)
13	Business cards should be exchanged after the meeting.	63 (75.9%)	57 (68.7%)	120 (72.3%)	51 (71.8%)	17 (21.0%)	68 (44.7%)	51 (71.8%)	15 (18.5%)	66 (43.4%)
14	Use the right hand or both hands when offering or receiving a business card.	27 (32.5%)	31 (37.3%)	58(34.9%)	28 (39.4%)	79 (97.5%)	107 (70.4%)	28 (39.4%)	68 (84.0%)	96 (60.5%)
15	Cambodian will always consider the implications of making statements or using particular words especially if it involves anything negative as this draws in the issue of face.	21 (25.3%)	26 (31.3%)	47 (28.3%)	20 (28.2%)	45 (55.6%)	65 (42.8%)	20 (28.2%)	39 (48.1%)	59 (38.8%)
16	Non-verbal behaviour is not important and can be ignored.	72 (86.7%)	75 (90.4%)	147 (88.6%)	54 (76.1%)	14 (17.3%)	68 (44.7%)	54 (76.1%)	12 (14.8%)	66 (43.4%)
17	Be sure to speak clearly, slowly and to avoid use of slang, adages and colloquial sayings	35 (42.2%)	40 (48.2%)	75 (45.2%)	22 (31.0%)	77 (95.1%)	99 (65.1%)	22 (31.0%)	74 (91.4%)	96 (60.5%)
Indonesia										
18	Indonesian medical doctors always practice treatments with spiritual healing.	5 (6.0%)	10 (12.0%)	15 (9.0%)	8 (11.3%)	14 (17.3%)	22 (14.5%)	8 (11.3%)	12 (14.8%)	20 (13.2%)
19	Sitting with crossed legs is considered impolite and disrespectful.	26 (31.3%)	33 (39.8%)	59 (35.5%)	26 (36.6%)	72 (88.9%)	98 (64.5%)	26 (36.6%)	62 (76.5%)	88 (57.9%)
20	Women always do not greet with hand shake.	32 (38.6%)	37 (44.6%)	69 (41.6%)	25 (35.2%)	80 (98.8%)	105 (69.1%)	25 (35.2%)	69 (85.2%)	94 (61.8%)
21	A bow is the most common greeting accompanied with the word "Selamat".	47 (56.6%)	34 (41.0%)	81 (48.8%)	50 (70.4%)	5 (6.2%)	55 (36.2%)	50 (70.4%)	4 (4.9%)	54 (35.5%)
22	Always state their names without the titles to emphasize a close relationship.	63 (75.9%)	65 (78.3%)	128 (77.1%)	60 (84.5%)	13 (16.0%)	73 (48.0%)	60 (84.5%)	11 (13.6%)	71 (46.7%)
23	Alcohol is acceptable in Indonesian culture.	69 (83.1%)	70 (84.3%)	139 (83.7%)	57 (80.3%)	9 (11.1%)	66 (43.4%)	57 (80.3%)	8 (9.9%)	65 (42.8%)
24	Gelatine is included in Halal food category.	74 (89.2%)	64 (77.1%)	138 (83.1%)	62 (87.3%)	17 (21.0%)	79 (52.0%)	62 (87.3%)	15 (18.5%)	77 (50.7%)
25	Indonesian consumes only Halal food.	19 (22.9%)	37 (44.6%)	56 (33.7%)	16 (22.5%)	72 (88.9%)	88 (57.9%)	16 (22.5%)	62 (76.5%)	78 (51.3%)
26	Leather products are recommended in Indonesian culture.	64 (77.1%)	55 (66.3%)	119 (71.7%)	54 (76.1%)	8 (9.9%)	62 (40.8%)	54 (76.1%)	7 (8.6%)	61 (40.1%)
27	Using fork and spoon to eat/consume food is a way of showing disrespect.	78 (94.0%)	76 (91.6%)	154 (92.8%)	58 (81.7%)	15 (18.5%)	73 (48.0%)	58 (81.7%)	13 (16.0%)	71 (46.7%)
28	Generally speaking Indonesians speak quietly and with a subdued tone. Loud people would come across as slightly aggressive	18 (21.7%)	21 (25.3%)	39 (23.5%)	16 (22.5%)	73 (90.1%)	89 (58.6%)	16 (22.5%)	63 (77.8%)	79 (52.0%)
29	Indonesians do not make hasty decisions because they might be viewed as not having given the matter sufficient consideration.	20 (24.1%)	20 (24.1%)	40 (24.1%)	15 (21.1%)	78 (96.3%)	93 (61.2%)	15 (21.1%)	67 (82.7%)	82 (53.9%)
Laos										
30	Slight bow with both hands in a prayer position just below the chin is a standard greeting.	44 (53.0%)	52 (62.7%)	96 (57.8%)	35 (49.3%)	80 (98.8%)	115 (75.7%)	35 (49.3%)	77 (95.1%)	112 (73.7%)

Table 25: Number of nurses who scored the cultural knowledge questionnaire correctly (Continued)

31	It is usually for superior persons not to respond to the greeting as to show the superiority.	65 (78.3%)	67 (80.7%)	132 (79.5%)	46 (64.8%)	7 (8.63%)	53 (34.9%)	46 (64.8%)	6 (7.4%)	52 (34.2%)
32	People are often late and most things can take quite a bit of time to come to fruition.	9(10.8%)	14 (16.9%)	23 (13.9%)	16 (22.5%)	61 (75.3%)	77 (50.7%)	16 (22.5%)	53 (65.4%)	69 (45.4%)
33	For women, smoking seems to be associated with prostitution or promiscuity and is considered unacceptable in the society.	34 (41.0%)	42 (50.6%)	76 (45.8%)	34 (47.9%)	77 (95.1%)	111 (73.0%)	34 (47.9%)	74 (91.4%)	108 (71.1%)
34	Avoid touching anybody's head as it is considered very disrespectful.	48 (57.8%)	55 (66.3%)	103 (62.0%)	43 (60.6%)	77 (95.1%)	120 (78.9%)	43 (60.6%)	74 (91.4%)	117 (77.0%)
35	The main religion in Laos is Theravada Buddhism.	27 (32.5%)	26 (31.3%)	53 (31.9%)	30 (42.3%)	80 (98.8%)	110 (72.4%)	30 (42.3%)	69 (85.2%)	99 (65.1%)
36	It is not unusual to visit relatives or friends, without any prior notice.	11 (13.3%)	26 (31.3%)	37 (22.3%)	18 (25.4%)	37 (45.7%)	55 (36.2%)	18 (25.4%)	32 (39.5%)	50 (32.9%)
37	Religion does not always emphasize the social hierarchy of Laos.	32 (38.6%)	25 (30.1%)	57 (34.3%)	25 (35.2%)	73 (90.1%)	98 (64.5%)	25 (35.2%)	63 (77.8%)	88 (57.9%)
<u>Malaysia</u>										
38	Malaysians have been very interested in stories about spirits. These stories have maintained the relationships with those who have passed away.	6 (7.2%)	6 (7.2%)	12 (7.2%)	19 (26.8%)	21 (25.9%)	40 (26.3%)	19 (26.8%)	18 (22.2%)	37 (24.3%)
39	People usually shake hands with members of the same sex.	33 (39.8%)	34 (41.0%)	67 (40.4%)	24 (33.8%)	80 (98.8%)	104 (68.4%)	24 (33.8%)	69 (85.2%)	93 (61.2%)
40	People usually prefer informal initial greeting.	69 (83.1%)	59 (71.1%)	128 (77.1%)	57 (80.3%)	13 (16.0%)	70 (46.1%)	57 (80.3%)	11 (13.6%)	68 (44.7%)
41	The concept of giving/saving others' faces is very important.	38 (45.8%)	47 (56.6%)	85 (51.2%)	28 (39.4%)	80 (98.8%)	108 (71.1%)	28 (39.4%)	77 (95.1%)	105 (69.1%)
42	The first business meeting is usually meant as an opportunity to know each other.	41 (49.4%)	46 (55.4%)	87 (52.4%)	37 (52.1%)	73 (90.1%)	110 (72.4%)	29 (40.8%)	71 (87.7%)	100 (65.8%)
43	Male doctors are not allowed to deliver child for some Malaysian women.	15 (18.1%)	26 (31.3%)	41 (24.7%)	11 (15.5%)	81 (100%)	92 (60.5%)	11 (15.5%)	70 (86.4%)	81 (53.3%)
<u>Myanmar</u>										
44	Punctuality is valued at work environments and schools while it is very relaxed in social situations.	17 (20.5%)	29 (34.9%)	46 (27.7%)	22 (31.0%)	59 (72.8%)	81 (100%)	22 (31.0%)	51 (63.0%)	73 (48.0%)
45	Most people communicate in an indirect way. Direct communication among close friends and family members is more common.	19 (22.9%)	17 (20.5%)	36 (21.7%)	19 (26.8%)	61 (75.3%)	80 (52.6%)	19 (26.8%)	53 (65.4%)	72 (47.4%)
46	It is considered rude to walk in front of old people without bowing your head	16 (19.3%)	17 (20.5%)	33 (19.9%)	22 (31.0%)	38 (46.9%)	60 (39.5%)	22 (31.0%)	33 (40.7%)	55 (36.2%)
47	Ranking hierarchy is not very important in business as they received a lot of influence from the Western countries.	68 (81.9%)	75 (90.4%)	143 (86.1%)	53 (74.6%)	14 (17.3%)	67 (44.1%)	53 (74.6%)	12 (14.8%)	65 (42.8%)
	Flowers make good gifts for all occasions.	15 (18.1%)	13 (15.7%)	28 (16.9%)	14 (19.7%)	65 (80.2%)	79 (52.0%)	14 (19.7%)	56 (69.1%)	70 (47.4%)

Table 25: Number of nurses who scored the cultural knowledge questionnaire correctly (Continued)

48	Foods are normally served on a low table where	17 (20.5%)	29 (34.9%)	46 (27.7%)	22 (31.0%)	59 (72.8%)	81 (100%)	22 (31.0%)	51 (63.0%)	73 (48.0%)
	<u>Philippines</u>									
49	A hand shake with welcome smile is a standard greeting.	49 (59.0%)	51 (61.4%)	100 (60.2%)	37 (52.1%)	75 (92.6%)	112 (73.7%)	37 (52.1%)	72 (88.9%)	109 (71.7%)
50	Always disregard the titles when calling someone's name to promote friendship.	61 (73.5%)	49 (59.0%)	110 (66.3%)	54 (76.1%)	14 (17.3%)	68 (44.7%)	54 (76.1%)	12 (14.8%)	66 (43.4%)
51	Do not wrap gifts in red colour as it represents the war and anger.	65 (78.3%)	63 (75.9%)	128 (77.1%)	56 (78.9%)	17 (21.0%)	73 (48.0%)	56 (78.9%)	15 (18.5%)	71 (46.7%)
52	Do not start eating until the host invites you to do so when invited to someone's house.	31 (37.3%)	32 (38.6%)	63 (38.0%)	32 (45.1%)	71 (87.7%)	103 (67.8%)	32 (45.1%)	61 (75.3%)	93 (61.2%)
53	Appointments are recommended for doing business with Filipinos.	39 (47.0%)	41 (49.4%)	80 (48.2%)	30 (42.3%)	73 (90.1%)	103 (67.8%)	30 (42.3%)	71 (87.7%)	101 (66.4%)
54	Ranking hierarchy is very important in business	26 (31.3%)	31 (37.3%)	57 (34.3%)	23 (32.4%)	70 (86.4%)	93 (61.2%)	23 (32.4%)	60 (74.1%)	83 (54.6%)
55	Interpersonal relationship is more important than the company's.	13 (15.7%)	22 (26.5%)	35 (21.1%)	18 (25.4%)	78 (96.3%)	96 (63.2%)	18 (25.4%)	67 (82.7%)	85 (55.9%)
	<u>Singapore</u>									
56	The concept of giving/saving others' faces is very important.	29 (34.9%)	38 (45.8%)	67 (40.4%)	30 (42.3%)	73 (90.1%)	103 (67.8%)	30 (42.3%)	71 (87.7%)	101 (66.4%)
57	People tend to be subtle, indirect and implicit in their communications.	18 (21.7%)	23 (27.7%)	41 (24.7%)	17 (23.9%)	79 (97.5%)	96 (63.2%)	18 (25.4%)	68 (84.0%)	86 (56.6%)
58	Etiquette and customs vary depending on their ethnic groups.	31 (37.3%)	30 (36.1%)	61 (36.7%)	29 (40.8%)	72 (88.9%)	101 (66.4%)	29 (40.8%)	62 (76.5%)	91 (59.9%)
59	A gift may be refused three times before it is accepted. This demonstrates that the recipient is not greedy.	14 (16.9%)	16 (19.3%)	30 (18.1%)	14 (19.7%)	72 (88.9%)	86 (56.6%)	14 (19.7%)	62 (76.5%)	76 (50.0%)
60	Always wrap gifts in white, blue or black paper as these are formal colours.	68 (81.9%)	62 (74.7%)	130 (78.3%)	62 (87.3%)	14 (17.3%)	76 (50.0%)	62 (87.3%)	12 (14.8%)	74 (48.7%)
61	Flowers make good gifts for all occasions.	61 (73.5%)	60 (72.3%)	121 (72.9%)	53 (74.6%)	16 (19.8%)	69 (45.4%)	53 (74.6%)	14 (17.3%)	67 (44.1%)
62	Pausing before answering questions is professionally accepted.	66 (79.5%)	61 (73.5%)	127 (76.5%)	57 (80.3%)	15 (18.5%)	72 (47.4%)	57 (80.3%)	13 (16.0%)	70 (47.4%)
63	Patients cannot consume egg white	76 (91.6%)	75 (90.4%)	151 (91.0%)	62 (87.3%)	28 (34.6%)	90 (59.2%)	62 (87.3%)	24 (29.6%)	86 (56.6%)
	<u>Vietnam</u>									
64	Vietnamese patients always reject medical treatment with physical contacts.	7 (8.4%)	13 (15.7%)	20 (12.0%)	18 (25.4%)	45 (55.6%)	63 (41.4%)	18 (25.4%)	39 (48.1%)	57 (37.5%)
65	Vietnamese patients always realte medical treatment with reigion. Sickness is an avoidable circumstance.	5 (6.0%)	12 (14.5%)	17 (10.2%)	18 (25.4%)	66 (81.5%)	84 (55.3%)	18 (25.4%)	57 (70.4%)	75 (49.3%)
66	It is unrespectful to touch someone's head or shoulder.	34 (41.0%)	33 (39.8%)	67 (40.4%)	31 (43.7%)	75 (92.6%)	106 (69.7%)	31 (43.7%)	72 (88.9%)	103 (67.8%)
67	It is usual to pass items with right hand.	59 (71.1%)	51 (61.4%)	110 (66.3%)	57 (80.3%)	3 (3.7%)	60 (39.5%)	57 (80.3%)	3 (3.7%)	60 (39.5%)
68	Vietnamese always points with their finger.	76 (91.6%)	69 (83.1%)	145 (87.3%)	66 (93.0%)	8 (9.9%)	74 (48.7%)	66 (93.0%)	7 (8.6%)	73 (48.0%)
69	Crossing your arms on your chest is usual.	70 (84.3%)	66 (79.5%)	136 (81.9%)	59 (83.1%)	16 (19.8%)	75 (49.3%)	59 (83.1%)	14 (17.3%)	73 (48.0%)
70	It is unusual to pass anything over someone's head.	31 (37.3%)	43 (51.8%)	74 (44.6%)	31 (43.7%)	75 (92.6%)	106 (69.7%)	31 (43.7%)	72 (88.9%)	103 (67.8%)

Table 25: Number of nurses who scored the cultural knowledge questionnaire correctly (Continued)

71	It is normal to wear shorts.	65 (78.3%)	76 (91.6%)	141 (84.9%)	55 (77.5%)	12 (14.8%)	67 (44.1%)	55 (77.5%)	10 (12.3%)	65 (42.8%)
72	Touching a member of the opposite sex is prohibited.	22 (26.5%)	26 (31.3%)	48 (28.9%)	22 (31.0%)	66 (81.5%)	88 (57.9%)	22 (31.0%)	57 (70.4%)	79 (52.0%)
73	Some Vietnamese use a two-handed shake, with the left hand on top of the right wrist.	20 (24.1%)	24 (28.9%)	44 (26.5%)	18 (25.4%)	65 (80.2%)	83 (54.6%)	18 (25.4%)	56 (69.1%)	74 (48.7%)
74	Gifts should be wrapped in plain colored paper.	67 (80.7%)	62 (74.7%)	129 (77.7%)	62 (87.3%)	12 (14.8%)	74 (48.7%)	62 (87.3%)	10 (12.3%)	72 (47.4%)
75	The Vietnamese are punctual and expect others to be so to.	34 (41.0%)	42 (50.6%)	76 (45.8%)	28 (39.4%)	76 (93.8%)	104 (68.4%)	28 (39.4%)	73 (90.1%)	101 (66.4%)
76	Always extend your hand to a woman first for hand shake.	66 (79.5%)	58 (69.9%)	124 (74.7%)	61 (85.9%)	8 (9.9%)	69 (45.4%)	61 (85.9%)	7 (8.6%)	68 (44.7%)
77	Hierarchy and face manifest are very important in Vietnamese society.	19 (22.9%)	29 (34.9%)	48 (28.9%)	22 (31.0%)	81 (100.0%)	103 (67.8%)	22 (31.0%)	78 (96.3%)	100 (65.8%)
78	When someone disagrees with another, he/she always raise his/her opinion to avoid ambiguity.	15 (18.1%)	22 (26.5%)	37 (22.3%)	18 (25.4%)	44 (54.3%)	62 (40.8%)	18 (25.4%)	38 (46.9%)	56 (36.8%)
79	Never make promises that you cannot keep to as this will lead to a loss of face even with spoken word.	29 (34.9%)	37 (44.6%)	66 (39.8%)	26 (36.6%)	76 (93.8%)	92 (60.5%)	26 (36.6%)	73 (90.1%)	99 (65.1%)
	Other Asian countries									
80	Greetings are formal and the oldest person is always greeted last in Chinese culture.	65 (78.3%)	66 (79.5%)	131 (78.9%)	54 (76.1%)	9 (11.1%)	63 (41.4%)	54 (76.1%)	8 (9.9%)	62 (40.8%)
81	Chinese people usually rest chopsticks vertically in rice bowl when they are full.	50 (60.2%)	47 (56.6%)	97 (58.4%)	47 (66.2%)	9 (11.1%)	56 (36.8%)	47 (66.2%)	8 (9.9%)	55 (36.2%)
82	In Asian culture, shoes are usually removed before entering the house.	47 (56.6%)	52 (62.7%)	99 (59.6%)	37 (52.1%)	80 (98.8%)	117 (77.0%)	36 (50.7%)	77 (95.1%)	113 (74.3%)
83	On the table, an odd number of dishes are always ordered in Chinese culture.	70 (84.3%)	69 (83.1%)	139 (83.7%)	58 (81.7%)	23 (28.4%)	81 (53.3%)	58 (81.7%)	20 (24.7%)	78 (51.3%)
84	In Chinese culture, handshakes are still uncommon form of greeting with foreigners.	57 (68.7%)	61 (73.5%)	118 (71.1%)	48 (67.6%)	15 (18.5%)	63 (41.4%)	48 (67.6%)	13 (16.0%)	61 (40.1%)
85	Punctuality is important. Arrive on time for meetings and expect your Japanese colleagues will do the same.	48 (57.8%)	53 (63.9%)	101 (60.8%)	34 (47.9%)	78 (96.3%)	112 (73.7%)	34 (47.9%)	67 (82.7%)	101 (66.4%)
86	Japanese people are very conscious of age and status. Everyone has a distinct place in the hierarchy.	42 (50.6%)	44 (53.0%)	86 (51.8%)	36 (50.7%)	76 (93.8%)	112 (73.7%)	35 (49.3%)	73 (90.1%)	108 (71.1%)
87	In Japanese culture, it is very rude to slurp noodles and soup.	59 (71.1%)	65 (78.3%)	124 (74.7%)	50 (70.4%)	6 (7.4%)	56 (36.8%)	50 (70.4%)	5 (6.2%)	55 (36.2%)
88	Chinese people always do not look towards the ground when greeting someone.	57 (68.7%)	60 (72.3%)	117 (70.5%)	51 (71.8%)	10 (12.3%)	61 (40.1%)	51 (71.8%)	9 (11.1%)	60 (39.5%)

Table 25: Number of nurses who scored the cultural knowledge questionnaire correctly (Continued)

89	In Chinese culture, an honorific title and their surname are usually addressed. If they want to move to a first-name basis, they will advise you which name to use.	23 (27.7%)	32 (38.6%)	55 (33.1%)	25 (35.2%)	58 (71.6%)	83 (54.6%)	25 (35.2%)	50 (61.7%)	75 (49.3%)
90	Chinese people prefer to entertain in public places rather than in their homes, especially when entertaining foreigners. If you are invited to their house, consider it a great honor. If you must turn down such an honor, it is considered polite to explain the conflict in your schedule so that your actions are not taken as a slight.	29 (34.9%)	34 (41.0%)	63 (38.0%)	23 (32.4%)	75 (92.6%)	98 (64.5%)	23 (32.4%)	72 (88.9%)	95 (62.5%)
91	In Chinese culture, it is considered a lucky person to eat the last piece from the serving tray.	61 (73.5%)	56 (67.5%)	117 (70.5%)	58 (81.7%)	13 (16.0%)	71 (46.7%)	58 (81.7%)	11 (13.6%)	69 (45.4%)
92	It is a Japanese belief that sick people cannot consume fish as fish is considered food for healthy people.	77 (92.8%)	78 (94.0%)	155 (93.4%)	58 (81.7%)	15 (18.5%)	73 (48.0%)	58 (81.7%)	13 (16.0%)	71 (46.7%)
	<u>Middle Eastern countries</u>									
93	It is usual to eat food with your left hand.	72 (86.7%)	76 (91.6%)	148 (89.2%)	61 (85.9%)	13 (16.0%)	74 (48.7%)	61 (85.9%)	11 (13.6%)	72 (47.4%)
94	Meals are generally served family-style. Guests are served first. Then the oldest, continuing in some rough approximation of age order until the youngest is served.	32 (38.6%)	33 (39.8%)	65 (39.2%)	28 (39.4%)	75 (92.6%)	103 (67.8%)	28 (39.4%)	72 (88.9%)	100 (65.8%)
95	When giving gifts, always give the highest quality of leather (not pigskin), silver, precious stones, cashmere, crystal or porcelain.	26 (31.3%)	30 (36.1%)	56 (33.7%)	21 (29.6%)	61 (75.3%)	82 (53.9%)	21 (29.6%)	53 (65.4%)	74 (48.7%)
96	Many people eat with their hands and it may be that you share food from a common dish. It would be very impolite if you asked for utensils.	66 (79.5%)	62 (74.7%)	128 (77.1%)	56 (78.9%)	12 (14.8%)	68 (44.7%)	56 (78.9%)	10 (12.3%)	66 (43.4%)
97	Men or women may shake hands with other men and women freely.	58 (69.9%)	56 (67.5%)	114 (68.7%)	49 (69.0%)	7 (8.63%)	56 (36.8%)	49 (69.0%)	6 (7.4%)	55 (36.2%)
98	Hindus do not eat beef and many are vegetarians. Muslims do not eat pork or drink alcohol. Sikhs do not eat beef.	37 (44.6%)	44 (53.0%)	81 (48.8%)	33 (46.5%)	79 (97.5%)	112 (73.7%)	33 (46.5%)	76 (93.8%)	109 (71.7%)
99	It is considered bad form to open gifts in front of the giver.	19 (22.9%)	28 (33.7%)	47 (28.3%)	15 (21.1%)	71 (87.7%)	86 (56.6%)	15 (21.1%)	61 (75.3%)	76 (50.0%)
100	Leather products made of pigskin are considered perfect gifts.	78 (94.0%)	81 (97.6%)	159 (95.8%)	55 (77.5%)	7 (8.63%)	62 (40.8%)	55 (77.5%)	6 (7.4%)	61 (40.1%)
101	Always seek a seat to sit prior being asked by the host to show respect.	72 (86.7%)	73 (88.0%)	145 (87.3%)	58 (81.7%)	14 (17.3%)	72 (47.4%)	58 (81.7%)	12 (14.8%)	70 (47.4%)

Table 25: Number of nurses who scored the cultural knowledge questionnaire correctly (Continued)

102	Middle Eastern women never have to ask for permission from their husbands to have a pelvic examination.	72 (86.7%)	75 (90.4%)	147 (88.6%)	58 (81.7%)	9 (11.1%)	67 (44.1%)	58 (81.7%)	8 (9.9%)	66 (43.4%)
103	Only sick Middle Eastern people can drink cow's milk.	71 (85.5%)	74 (89.2%)	145 (87.3%)	65 (91.5%)	19 (23.5%)	84 (55.3%)	65 (91.5%)	16 (19.8%)	81 (53.3%)
104	It is a belief that sick Hindu people can consume beef as it is a food of god.	68 (81.9%)	71 (85.5%)	139 (83.7%)	58 (81.7%)	22 (23.5%)	80 (52.6%)	58 (81.7%)	19 (23.5%)	77 (50.7%)
105	Observant Muslims will fast from sunrise to sunset during Ramadan, occurring in the ninth month of the Muslim calendar. Sick people are not an exception.	69 (83.1%)	69 (83.1%)	138 (83.1%)	53 (74.6%)	7 (8.63%)	60 (39.5%)	53 (74.6%)	6 (7.4%)	59 (38.8%)
106	Male doctors are not allowed to deliver child for Muslim women.	20 (24.1%)	24 (28.9%)	44 (26.5%)	16 (22.5%)	77 (95.1%)	93 (61.2%)	16 (22.5%)	66 (81.5%)	82 (53.9%)
	<u>American, European and Australian countries</u>									
107	In some European countries, Friends may greet each other by kissing on the cheeks, once on the left cheek and once on the right cheek.	32 (38.6%)	42 (50.6%)	74 (44.6%)	34 (47.9%)	66 (81.5%)	100 (65.8%)	34 (47.9%)	57 (70.4%)	91 (59.9%)
108	Table manners are usually more relaxed in the UK than the USA.	65 (78.3%)	72 (86.7%)	137 (82.5%)	47 (66.2%)	5 (6.2%)	52 (34.2%)	47 (66.2%)	4 (4.9%)	51 (33.6%)
109	American people are direct. They value logic and linear thinking and expect people to speak clearly and in a straightforward manner.	42 (50.6%)	46 (55.4%)	88 (53.0%)	37 (52.1%)	79 (97.5%)	116 (76.3%)	37 (52.1%)	76 (93.8%)	113 (74.3%)
110	European and Australian women always have to ask for permission from their husbands to have a pelvic examination.	80 (96.4%)	77 (92.8%)	157 (94.6%)	56 (78.9%)	10 (12.3%)	66 (43.4%)	56 (78.9%)	9 (11.1%)	65 (42.8%)
111	A brief handshake is the common greeting while kisses on cheek may be a greeting between close friends of both female and male.	47 (56.6%)	38 (45.8%)	85 (51.2%)	47 (66.2%)	6 (7.4%)	53 (34.9%)	47 (66.2%)	5 (6.2%)	52 (34.2%)
112	Australians are not very formal so greetings are casual and relaxed. While an Australian may say, 'G'day' or 'G'day, mate', this may sound patronizing from a foreigner.	13 (15.7%)	15 (18.1%)	28 (16.9%)	14 (19.7%)	74 (91.4%)	88 (57.9%)	14 (19.7%)	64 (79.0%)	78 (51.3%)
113	Aussies prefer to use first names, even at the initial meeting.	18 (21.7%)	23 (27.7%)	41 (24.7%)	14 (19.7%)	65 (80.2%)	79 (52.0%)	14 (19.7%)	56 (69.1%)	70 (47.4%)
114	Gifts are always opened when received in all American, European and Australian countries.	23 (27.7%)	26 (31.3%)	49 (29.5%)	19 (26.8%)	73 (90.1%)	92 (60.5%)	19 (26.8%)	71 (87.7%)	90 (59.2%)



Table 25: Number of nurses who scored the cultural knowledge questionnaire correctly (Continued)

115	Red carnations, chrysanthemums, calla lilies, white asters and dahlias are considered good flowers for gifts in European culture.	60 (72.3%)	57 (68.7%)	117 (70.5%)	58 (81.7%)	17 (21.0%)	75 (49.3%)	58 (81.7%)	15 (18.5%)	73 (48.0%)
116	Resting your elbows on the table is unusual in European and American cultures	9 (10.8%)	13 (15.7%)	22 (13.3%)	4 (5.6%)	38 (46.9%)	42 (27.6%)	4 (5.6%)	33 (40.7%)	37 (24.3%)
	Average	42 (50.7%)	44 (53.2%)	86 (52.0%)	37 (51.5%)	45 (55.6%)	82 (53.7%)	37 (51.4%)	40 (50.0%)	77 (50.6%)

<sup>1</sup>The knowledge in different cultures competency was answered as: T = True; F = False; NS = Not Sure. Then, the answers were converted into binary data: correctly answered (1) and incorrectly answered and unsure (0).



Table 26 shows the number of nurses from the intervention and control groups who scored correctly in each category of the cultural knowledge competency questionnaire. It was found that the nurses from both groups scored the questionnaire very well in the language/costume category at the pre-test (78.3% and 91.6% of the nurses in control and intervention groups) while their scores dropped after the intervention (at the mid-test and post-test). The number of nurses who scored correctly varied in the range of 35% to 65% throughout the study. However, the number of the nurses from the intervention group increased the two categories, i.e. food and social categories at 72.8% and 82.2% respectively.

Table 26: Number of nurses who scored the cultural knowledge correctly categorized into categories

Category	Pre-test			Mid-test			Post-test		
	Control (N = 83)	Intervention (N = 83)	Total (N = 166)	Control (N = 71)	Intervention (N = 81)	Total (N = 152)	Control (N = 71)	Intervention (N = 81)	Total (N = 152)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Food	30 (36.1%)	36 (43.4%)	66 (39.8%)	26 (36.4%)	59 (72.8%)	85 (55.8%)	26 (36.4%)	51 (62.8%)	77 (50.4%)
Greeting	45 (54.2%)	44 (53.0%)	88 (53.0%)	38 (53.7%)	45 (56.0%)	83 (54.9%)	38 (53.7%)	39 (48.3%)	77 (50.8%)
Religions/beliefs	49 (59.0%)	47 (56.6%)	96 (57.8%)	43 (60.7%)	36 (44.6%)	79 (52.1%)	43 (60.7%)	31 (38.4%)	74 (48.8%)
Language/costumes	65 (78.3%)	76 (91.6%)	141 (84.9%)	38 (53.2%)	39 (48.0%)	77 (50.4%)	38 (53.2%)	34 (41.4%)	71 (46.9%)
Manner	43 (51.8%)	47 (56.6%)	90 (54.2%)	35 (49.1%)	46 (57.2%)	81 (53.4%)	35 (49.1%)	41 (51.0%)	76 (50.1%)
Health	42 (50.6%)	45 (54.2%)	86 (51.8%)	33 (46.6%)	40 (49.1%)	73 (48.0%)	33 (46.6%)	40 (49.3%)	73 (48.1%)
Culture	36 (43.4%)	38 (45.8%)	74 (44.6%)	45 (63.2%)	37 (46.0%)	82 (54.0%)	45 (63.1%)	34 (42.3%)	79 (52.1%)
Social	51 (61.4%)	50 (60.2%)	101 (60.8%)	28 (39.1%)	67 (82.2%)	94 (62.1%)	27 (38.5%)	32 (39.7%)	60 (39.2%)

## Cultural attitude

The attitude competency questionnaire comprises of 14 items. Table 27 shows the number of nurses from the control and intervention groups with different cultural attitude. It was found that most of the nurses from the control and intervention groups had a positive attitude towards different cultures (They mostly agreed and strongly agreed with the statements used to assess the cultural attitude). It was also found that an average rating was just below 4 out of 5 (considered as just below 80% positive).

Table 27: Number of nurses from control and intervention groups with different cultural attitude

Statements	Rating <sup>1</sup>	Pre-test			Mid-test			Post-test		
		Control (N = 83)	Intervention (N = 83)	Total (N = 166)	Control (N = 71)	Intervention (N = 81)	Total (N = 152)	Control (N = 71)	Intervention (N = 81)	Total (N = 152)
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
I understand that some individuals may have different reading levels in English and/or their native language(s).	1	1 (1.2%)	1 (1.2%)	2 (1.2%)	-	-	-	-	-	-
	2	3 (3.6%)	-	3 (1.8%)	1 (1.4%)	2 (2.5%)	3 (1.2%)	1 (1.4%)	1 (1.2%)	2 (1.3%)
	3	15 (18.1%)	14 (16.9%)	29 (17.5%)	17 (23.9%)	13 (16.0%)	30 (19.7%)	17 (23.9%)	15 (18.5%)	32 (21.1%)
	4	29 (34.9%)	29 (34.9%)	58 (34.9%)	23 (32.4%)	29 (35.8%)	52 (34.2%)	23 (32.4%)	33 (40.7%)	56 (36.8%)
	5	35 (42.2%)	39 (47.0%)	74 (44.6%)	30 (42.3%)	37 (45.7%)	67 (44.1%)	30 (42.3%)	32 (39.5%)	62 (40.8%)
The individual cultural background will effect on the result of treatment	1	3 (3.6%)	1 (1.2%)	4 (2.4%)	1 (1.4%)	1 (1.2%)	2 (1.3%)	1 (1.4%)	1 (1.2%)	2 (1.3%)
	2	4 (4.8%)	2 (2.4%)	6 (3.6%)	4 (5.6%)	3 (3.7%)	7 (4.6%)	4 (5.6%)	5 (6.2%)	9 (5.9%)
	3	28 (33.7%)	19 (22.9%)	47 (28.3%)	22 (31.0%)	17 (21.0%)	39 (25.7%)	22 (31.0%)	19 (23.5%)	41 (27.0%)
	4	32 (38.6%)	34 (41.0%)	66 (39.8%)	30 (42.3%)	34 (42.0%)	64 (42.1%)	30 (42.3%)	31 (38.3%)	61 (40.1%)
	5	16 (19.3%)	27 (32.5%)	43 (25.9%)	14 (19.7%)	25 (30.9%)	39 (25.7%)	14 (19.7%)	25 (30.9%)	39 (25.7%)
I respect that difference culture has their own manner in a communication	1	-	-	-	1 (1.4%)	-	1 (0.7%)	1 (1.4%)	-	1 (0.7%)
	2	1 (1.2%)	1 (1.2%)	2 (1.2%)	1 (1.4%)	1 (1.2%)	2 (1.3%)	1 (1.4%)	1 (1.2%)	2 (1.3%)
	3	17 (20.5%)	12 (14.5%)	29 (17.5%)	15 (21.1%)	5 (6.2%)	20 (13.2%)	15 (21.1%)	13 (16.0%)	28 (18.4%)
	4	41 (49.4%)	33 (39.8%)	74 (44.6%)	32 (45.1%)	37 (45.7%)	69 (45.4%)	32 (45.1%)	32 (39.5%)	64 (42.1%)
	5	24 (28.9%)	37 (44.6%)	61 (36.7%)	22 (31.0%)	38 (46.9%)	60 (39.5%)	22 (31.0%)	35 (43.2%)	57 (37.5%)
I feel comfortable when discussing diversity of lifestyles with clients.	1	-	2 (2.4%)	2 (1.2%)	1 (1.4%)	1 (1.2%)	2 (1.3%)	1 (1.4%)	1 (1.2%)	2 (1.3%)
	2	5 (6.0%)	3 (3.6%)	8 (4.8%)	0	1 (1.2%)	1 (0.7%)	0	1 (1.2%)	1 (0.7%)
	3	39 (47.0%)	32 (38.6%)	71 (42.8%)	35 (49.3%)	14 (17.3%)	49 (32.2%)	35 (49.3%)	15 (18.5%)	50 (32.9%)
	4	30 (36.1%)	30 (36.1%)	60 (36.1%)	28 (39.4%)	45 (55.6%)	73 (48.0%)	28 (39.4%)	44 (62.0%)	72 (47.4%)
	5	9 (10.8%)	16 (19.3%)	25 (15.1%)	7 (9.9%)	20 (24.7%)	27 (17.8%)	7 (9.9%)	20 (24.7%)	27 (17.8%)
I tolerate/understand the use of traditional cultural healing practices for hospitalized clients.	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	4 (4.8%)	-	4 (2.4%)	1 (1.4%)	2 (2.5%)	3 (2.0%)	1 (1.4%)	2 (2.5%)	3 (2.0%)
	3	34 (41.0%)	20 (24.1%)	54 (32.5%)	32	11 (13.6%)	43 (28.3%)	32 (45.1%)	13 (16.0%)	45 (29.6%)
	4	33 (39.8%)	40 (48.2%)	73 (44.0%)	30 (42.3%)	41 (50.6%)	71 (46.7%)	30 (42.3%)	44 (54.3%)	74 (48.7%)

Table 27: Number of nurses from control and intervention groups with different cultural attitude (Continued)

	5	12 (14.5%)	23 (27.7%)	35 (21.1%)	8 (11.3%)	27 (33.3%)	35 (23.0%)	8 (11.3%)	22 (27.2%)	30 (19.7%)
I know the obstacle of my communications skills with clients from different cultures.	1	1 (1.2%)	1 (1.2%)	2 (1.2%)	-	1 (1.2%)	1 (0.7%)	-	1 (1.2%)	1 (0.7%)
	2	7 (8.4%)	1 (1.2%)	8 (4.8%)	7 (9.9%)	6 (7.4%)	13 (8.6%)	7 (9.9%)	6 (7.4%)	13 (8.6%)
	3	35 (42.2%)	24 (28.9%)	59 (35.5%)	27 (38.0%)	13 (16.0%)	40 (26.3%)	27 (38.0%)	18 (22.2%)	45 (29.6%)
	4	29 (34.9%)	35 (42.2%)	64 (38.6%)	23 (32.4%)	39 (48.1%)	62 (40.8%)	23 (32.4%)	37 (45.7%)	60 (39.5%)
	5	11 (13.3%)	22 (26.5%)	33 (19.9%)	14 (19.7%)	22 (27.2%)	36 (23.7%)	14 (19.7%)	19 (23.5%)	33 (21.7%)
When assessing clients, I recognize the biologic variations of different ethnic groups.	1	-	-	-	1 (1.4%)	1 (1.2%)	2 (1.3%)	1 (1.4%)	-	1 (0.7%)
	2	4 (4.8%)	1 (1.2%)	5 (3.0%)	4 (5.6%)	1 (1.2%)	5 (3.3%)	4 (5.6%)	1 (1.2%)	5 (3.3%)
	3	29 (34.9%)	17 (20.5%)	46 (27.7%)	26 (36.6%)	6 (7.4%)	32 (21.1%)	26 (36.6%)	10 (12.3%)	36 (23.7%)
	4	37 (44.6%)	38 (45.8%)	75 (45.2%)	27 (38.0%)	49 (60.5%)	76 (50.0%)	27 (38.0%)	50 (61.7%)	77 (50.7%)
	5	13 (15.7%)	27 (32.5%)	40 (24.1%)	13 (18.3%)	24 (29.6%)	37 (24.3%)	13 (18.3%)	20 (24.7%)	33 (21.7%)
I consider the race, sex, and age of my clients when administering medications.	1	4 (4.8%)	-	4 (2.4%)	4 (5.6%)	3 (3.7%)	7 (4.6%)	4 (5.6%)	2 (2.5%)	6 (3.9%)
	2	10 (12.0%)	8 (9.6%)	18 (10.8%)	6 (8.5%)	5 (6.2%)	11 (7.2%)	6 (8.5%)	7 (8.6%)	13 (8.6%)
	3	25 (30.1%)	25 (30.1%)	50 (30.1%)	23 (32.4%)	9 (11.1%)	32 (21.1%)	23 (32.4%)	12 (14.8%)	35 (23.0%)
	4	23 (27.7%)	26 (31.3%)	49 (29.5%)	30 (42.3%)	45 (55.6%)	75 (49.3%)	30 (42.3%)	42 (51.9%)	72 (47.4%)
	5	21 (25.3%)	24 (28.9%)	45 (27.1%)	8 (11.3%)	19 (23.5%)	27 (17.8%)	8 (11.3%)	18 (22.2%)	26 (17.1%)
When caring for clients from different cultures, I consider the specific diseases common among their group.	1	2 (2.4%)	1 (1.2%)	3 (1.8%)	2 (2.8%)	2 (2.5%)	4 (2.6%)	2 (2.8%)	1 (1.2%)	3 (2.0%)
	2	4 (4.8%)	7 (8.4%)	11 (6.6%)	3 (4.2%)	3 (3.7%)	6 (3.9%)	3 (4.2%)	3 (3.7%)	6 (3.9%)
	3	37 (44.6%)	26 (31.3%)	63 (38.0%)	29 (40.8%)	14 (17.3%)	43 (28.3%)	29 (40.8%)	16 (19.8%)	45 (29.6%)
	4	27 (32.5%)	34 (41.0%)	61 (36.7%)	27 (38.0%)	43 (53.1%)	70 (46.1%)	27 (38.0%)	44 (54.3%)	71 (46.7%)
	5	13 (15.7%)	15 (18.1%)	28 (16.9%)	10 (14.1%)	19 (23.5%)	29 (19.1%)	10 (14.1%)	17 (21.0%)	27 (17.8%)
I openly acknowledge my own prejudices and biases when working with clients from different cultures.	1	10 (12.0%)	14 (16.9%)	24 (14.5%)	7 (9.9%)	16 (19.8%)	23 (15.1%)	7 (9.9%)	17 (21.0%)	24 (15.8%)
	2	16 (19.3%)	17 (20.5%)	33 (19.9%)	10 (14.1%)	12 (14.8%)	22 (14.5%)	10 (14.1%)	9 (11.1%)	19 (12.5%)
	3	33 (39.8%)	19 (22.9%)	52 (31.3%)	32 (45.1%)	18 (22.2%)	50 (32.9%)	32 (45.1%)	18 (22.2%)	50 (32.9%)
	4	17 (20.5%)	21 (25.3%)	38 (22.9%)	17 (23.9%)	24 (29.6%)	41 (27.0%)	17 (23.9%)	28 (34.6%)	45 (29.6%)
	5	7 (8.4%)	12 (14.5%)	19 (11.4%)	5 (7.0%)	11 (13.6%)	16 (10.5%)	5 (7.0%)	9 (11.1%)	14 (9.2%)
I consider clients' and their families' norms and preferences when planning.	1	1 (1.2%)	-	1 (0.6%)	2 (2.8%)	1 (1.2%)	3 (2.0%)	2 (2.8%)	2 (2.5%)	4 (2.6%)
	2	10 (12.0%)	4 (4.8%)	14 (8.4%)	2 (2.8%)	1 (1.2%)	3 (2.0%)	2 (2.8%)	2 (2.5%)	4 (2.6%)
	3	30 (36.1%)	21 (25.3%)	51 (30.7%)	33 (46.5%)	9 (11.1%)	42 (27.6%)	33 (46.5%)	17 (21.0%)	50 (32.9%)
	4	31 (37.3%)	33 (39.8%)	64 (38.6%)	27 (38.0%)	53 (65.4%)	80 (52.6%)	27 (38.0%)	45 (55.6%)	72 (47.4%)

Table 27: Number of nurses from control and intervention groups with different cultural attitude (Continued)

	5	11 (13.3%)	25 (30.1%)	36 (31.7%)	7 (9.9%)	17 (21.0%)	24 (15.8%)	7 (9.9%)	15 (18.5%)	22 (14.5%)
When I care for a client, I consider how the difference between our perceptions of health, illness and preventive health could affect the outcome of my care.	1	1 (1.2%)	-	1 (0.6%)	4 (5.6%)	--	4 (2.6%)	4 (5.6%)	1 (1.2%)	5 (3.3%)
	2	3 (3.6%)	1 (1.2%)	4 (2.4%)	1 (1.4%)	1 (1.2%)	2 (1.3%)	1 (1.4%)	1 (1.2%)	2 (1.3%)
	3	25 (30.1%)	15 (18.1%)	40 (24.1%)	28 (39.4%)	8 (9.9%)	36 (23.7%)	28 (39.4%)	15 (18.5%)	43 (28.3%)
	4	35 (42.2%)	35 (42.2%)	70 (42.2%)	33 (46.5%)	49 (60.5%)	82 (53.9%)	33 (46.5%)	46 (56.8%)	79 (52.0%)
	5	19 (22.9%)	32 (38.6%)	51 (30.7%)	5 (7.0%)	23 (28.4%)	28 (18.4%)	5 (7.0%)	18 (22.2%)	23 (15.1%)
I include the clients and their families as partners in determining outcomes for treatment.	1	2 (2.4%)	3 (3.6%)	5 (3.0%)	-	-	-	-	-	-
	2	4 (4.8%)	-	4 (2.4%)	1 (1.4%)	1 (1.2%)	2 (1.3%)	1 (1.4%)	2 (2.5%)	3 (2.0%)
	3	18 (21.7%)	13 (15.7%)	31 (18.7%)	29 (40.8%)	10 (12.3%)	39 (25.7%)	29 (40.8%)	14 (17.3%)	43 (28.3%)
	4	33 (39.8%)	32 (38.6%)	65 (39.2%)	30 (42.3%)	38 (46.9%)	68 (44.7%)	30 (42.3%)	40 (49.4%)	70 (46.1%)
	5	26 (31.3%)	35 (42.2%)	61 (36.7%)	11 (15.5%)	32 (39.5%)	43 (28.3%)	11 (15.5%)	25 (30.9%)	36 (23.7%)
I recognize differences in narrative styles and pragmatic behaviors that vary across cultures.	1	1 (1.2%)	1 (1.2%)	2 (1.2%)	1 (1.4%)	-	1 (0.7%)	1 (1.4%)	-	1 (0.7%)
	2	5 (6.0%)	1 (1.2%)	6 (3.6%)	-	-	-	-	-	-
	3	26 (31.3%)	17 (20.5%)	43 (25.9%)	31 (43.7%)	7 (8.6%)	38 (25.0%)	31 (43.7%)	12 (14.8%)	43 (28.3%)
	4	29 (34.9%)	33 (39.8%)	62 (37.3%)	29 (40.8%)	47 (58.0%)	76 (50.0%)	29 (40.8%)	45 (55.6%)	74 (48.7%)
	5	22 (26.5%)	31 (37.3%)	53 (31.9%)	10 (14.1%)	27 (33.3%)	37 (24.3%)	10 (14.1%)	24 (29.6%)	34 (22.4%)
Average	1	3 (3.6%)	3 (3.6%)	5 (3.0%)	2 (2.8%)	2 (2.5%)	4 (2.6%)	2 (2.5%)	2 (2.5%)	4 (2.6%)
	2	6 (7.2%)	4 (4.8%)	9 (5.4%)	3 (4.2%)	3 (3.7%)	6 (3.9%)	3 (3.7%)	3 (3.7%)	6 (3.9%)
	3	28 (33.7%)	20 (24.1%)	48 (28.9%)	27 (38.0%)	11 (13.6%)	38 (25.0%)	27 (38.0%)	15 (18.5%)	42 (27.6%)
	4	30 (36.1%)	32 (38.6%)	63 (38.0%)	28 (39.4%)	41 (50.6%)	69 (45.4%)	28 (39.4%)	40 (49.4%)	68 (44.7%)
	5	17 (20.5%)	26 (31.3%)	43 (25.9%)	12 (16.9%)	24 (29.6%)	36 (23.7%)	12 (16.9%)	21 (25.9%)	33 (21.7%)
Total average		3.80	4.11	3.95	3.63	4.01	3.83	3.63	3.93	3.78

<sup>1</sup>The attitude towards different cultures competency was rated as: 5 = Strongly agree; 4 = Agree; 3 = Neutral; 2 = Disagree; 1 = Strongly disagree.

## Cultural practice in nurses

The practice competency questionnaire comprises of 10 items. Table 28 shows the number of nurses from the intervention and control groups who scored in the practice competency questionnaire. It was found that most of the nurses from the control and intervention groups had a positive intention to nursing practice with patients from different cultures.



Table 28: Number of nurses from control and intervention groups with intention to different cultural nursing practice

Statements	Rating <sup>1</sup>	Pre-test	Mid-test	Post-test						
		Control (N = 83) n (%)	Intervention (N = 83) n (%)	Total (N = 166) n (%)	Control (N = 71) n (%)	Intervention (N = 81) n (%)	Total (N = 152) n (%)	Control (N = 71) n (%)	Intervention (N = 81) n (%)	Total (N = 152) n (%)
I learn about acceptable behaviors and customs that are prevalent in my clients' cultures.	1	-	-	-	2 (2.8%)	3 (3.7%)	5 (3.3%)	2 (2.8%)	2 (2.5%)	4 (2.6%)
	2	8 (9.6%)	5 (6.0%)	13 (7.8%)	3 (4.2%)	1 (1.2%)	4 (2.6%)	3 (4.2%)	1 (1.2%)	4 (2.6%)
	3	25 (30.1%)	23 (27.7%)	48 (28.9%)	27 (38.0%)	10 (12.3%)	37 (24.3%)	27 (38.0%)	11 (13.6%)	38 (25.0%)
	4	33 (39.8%)	41 (49.4%)	74 (44.6%)	32 (45.1%)	39 (48.1%)	71 (46.7%)	32 (45.1%)	44 (54.3%)	76 (50.0%)
	5	17 (20.5%)	14 (16.9%)	31 (18.7%)	7 (9.9%)	28 (34.6%)	35 (23.0%)	7 (9.9%)	23 (28.4%)	30 (19.7%)
I consider my clients' beliefs in both traditional and alternative medicines when I prescribe a treatment regimen.	1	-	1 (1.2%)	1 (0.6%)	2 (2.8%)	2 (2.5%)	4 (2.6%)	2 (2.8%)	1 (1.2%)	3 (2.0%)
	2	3 (3.6%)	4 (4.8%)	7 (4.2%)	3 (4.2%)	3 (3.7%)	6 (3.9%)	3 (4.2%)	3 (3.7%)	6 (3.9%)
	3	24 (28.9%)	26 (31.3%)	50 (30.1%)	26 (36.6%)	11 (13.6%)	37 (24.3%)	26 (36.6%)	14 (17.3%)	40 (26.3%)
	4	38 (45.8%)	31 (37.3%)	69 (41.6%)	31 (43.7%)	42 (51.9%)	73 (48.0%)	31 (43.7%)	48 (59.3%)	79 (52.0%)
	5	18 (21.7%)	21 (25.3%)	39 (23.5%)	9 (12.7%)	23 (28.4%)	32 (21.1%)	9 (12.7%)	15 (18.5%)	24 (15.8%)
I respect my client's decision to seek alternative treatments from a holistic practitioner.	1	-	-	-	1 (1.4%)	2 (2.5%)	3 (2.0%)	1 (1.4%)	1 (1.2%)	2 (1.3%)
	2	4 (4.8%)	4 (4.8%)	8 (4.8%)	2 (2.8%)	2 (2.5%)	4 (2.6%)	2 (2.8%)	2 (2.5%)	4 (2.6%)
	3	15 (18.1%)	12 (14.5%)	27 (16.3%)	19 (26.8%)	7 (8.6%)	26 (17.1%)	19 (26.8%)	8 (9.9%)	27 (17.8%)
	4	34 (41.0%)	35 (42.2%)	69 (41.6%)	24 (33.8%)	32 (39.5%)	56 (36.8%)	24 (33.8%)	38 (46.9%)	62 (40.8%)
	5	30 (36.1%)	32 (38.6%)	62 (37.3%)	25 (35.2%)	38 (46.9%)	63 (41.4%)	25 (35.2%)	32 (39.5%)	57 (37.5%)
I provide written information for clients to take home in their preferred languages.	1	4 (4.8%)	11 (13.3%)	15 (9.0%)	7 (9.9%)	6 (7.4%)	13 (8.6%)	7 (9.9%)	3 (3.7%)	10 (6.6%)
	2	6 (7.2%)	14 (16.9%)	20 (12.0%)	6 (8.5%)	8 (9.9%)	14 (9.2%)	6 (8.5%)	9 (11.1%)	15 (9.9%)
	3	27 (32.5%)	24 (28.9%)	51 (30.7%)	24 (33.8%)	22 (27.2%)	46 (30.3%)	24 (33.8%)	19 (23.5%)	43 (28.3%)
	4	37 (44.6%)	19 (22.9%)	56 (33.7%)	25 (35.2%)	26 (32.1%)	51 (33.6%)	25 (35.2%)	36 (44.4%)	61 (40.1%)
	5	9 (10.8%)	15 (18.1%)	24 (14.5%)	9 (12.7%)	19 (23.5%)	28 (18.4%)	9 (12.7%)	14 (17.3%)	23 (15.1%)
I seek assistance from trained interpreters, bilingual coworkers and those in related professions who can help interpret, as needed.	1	1 (1.2%)	3 (3.6%)	4 (2.4%)	4 (5.6%)	1 (1.2%)	5 (3.3%)	4 (5.6%)	0	4 (2.6%)
	2	4 (4.8%)	6 (7.2%)	10 (6.0%)	4 (5.6%)	5 (6.2%)	9 (5.9%)	4 (5.6%)	4 (4.9%)	8 (5.3%)
	3	22 (26.5%)	12 (14.5%)	34 (20.5%)	28 (39.4%)	14 (17.3%)	42 (27.6%)	28 (39.4%)	11 (13.6%)	39 (25.7%)
	4	37 (44.6%)	37 (44.6%)	74 (44.6%)	22 (31.0%)	36 (44.4%)	58 (38.2%)	22 (31.0%)	39 (48.1%)	61 (40.1%)
	5	19 (22.9%)	25 (30.1%)	44 (26.5%)	13 (18.3%)	25 (30.9%)	38 (25.0%)	13 (18.3%)	27 (33.3%)	40 (26.3%)
I have trained my interpreters using clearly defined roles and responsibilities to assist me in providing services to linguistically diverse populations.	1	19 (22.9%)	21 (25.3%)	40 (24.1%)	13 (18.3%)	10 (12.3%)	23 (15.1%)	13 (18.3%)	6 (7.4%)	19 (12.5%)
	2	14 (16.9%)	13 (15.7%)	27 (16.3%)	4 (5.6%)	12 (14.8%)	16 (10.5%)	4 (5.6%)	12 (14.8%)	16 (10.5%)
	3	32 (38.6%)	20 (24.1%)	52 (31.3%)	31 (43.7%)	22 (27.2%)	53 (34.9%)	31 (43.7%)	24 (29.6%)	55 (36.2%)
	4	15 (18.1%)	20 (24.1%)	35 (21.1%)	20 (28.2%)	26 (32.1%)	46 (30.3%)	20 (28.2%)	28 (34.6%)	48 (31.6%)

Table 28: Number of nurses from control and intervention groups with intention to different cultural nursing practice (Continued)

	5	3 (3.6%)	9 (10.8%)	12 (7.2%)	3 (4.2%)	11 (13.6%)	14 (9.2%)	3 (4.2%)	11 (13.6%)	14 (9.2%)
I ask clients' family members and friends about the clients' ability to use their native language(s).	1	8 (9.6%)	8 (9.6%)	16 (9.6%)	5 (7.0%)	5 (6.2%)	10 (6.6%)	5 (7.0%)	2 (2.5%)	7 (4.6%)
	2	18 (21.7%)	11 (13.3%)	29 (17.5%)	6 (8.5%)	8 (9.9%)	14 (9.2%)	6 (8.5%)	7 (8.6%)	13 (8.6%)
	3	27 (32.5%)	21 (25.3%)	48 (28.9%)	30 (42.3%)	16 (19.8%)	46 (30.3%)	30 (42.3%)	18 (22.2%)	48 (31.6%)
	4	21 (25.3%)	24 (28.9%)	45 (27.1%)	21 (29.6%)	35 (43.2%)	56 (36.8%)	21 (29.6%)	40 (49.4%)	61 (40.1%)
	5	9 (10.8%)	19 (22.9%)	28 (3.0%)	9 (12.7%)	17 (21.0%)	26 (17.1%)	9 (12.7%)	14 (17.3%)	23 (15.1%)
I consider the cultural and linguistic background of my clients when I select treatment materials (e.g., pictures, books/workbooks, flashcards, videos, music, food).	1	4 (4.8%)	4 (4.8%)	8 (4.8%)	5 (7.0%)	3 (3.7%)	8 (5.3%)	5 (7.0%)	2 (2.5%)	7 (4.6%)
	2	14 (16.9%)	16 (19.3%)	30 (18.1%)	6 (8.5%)	4 (4.9%)	10 (6.6%)	6 (8.5%)	6 (7.4%)	12 (7.9%)
	3	37 (44.6%)	23 (27.7%)	60 (36.1%)	30 (42.3%)	13 (16.0%)	43 (28.3%)	30 (42.3%)	16 (19.8%)	46 (30.3%)
	4	20 (24.1%)	20 (24.1%)	40 (24.1%)	26 (36.6%)	38 (46.9%)	64 (42.1%)	26 (36.6%)	41 (50.6%)	67 (44.1%)
	5	8 (9.6%)	20 (24.1%)	28 (16.9%)	4 (5.6%)	23 (28.4%)	27 (17.8%)	4 (5.6%)	16 (19.8%)	20 (13.2%)
I use the appropriate communication style and protocol to communicate with patient.	1	-	-	-	2 (2.8%)	1 (1.2%)	3 (2.0%)	2 (2.8%)	0	2 (1.3%)
	2	9 (10.8%)	10 (12.0%)	19 (11.4%)	3 (4.2%)	3 (3.7%)	6 (3.9%)	3 (4.2%)	4 (4.9%)	7 (4.6%)
	3	25 (30.1%)	17 (20.5%)	42 (25.3%)	30 (42.3%)	8 (9.9%)	38 (25.0%)	30 (42.3%)	12 (14.8%)	42 (27.6%)
	4	35 (42.2%)	29 (34.9%)	64 (38.6%)	27 (38.0%)	44 (54.3%)	71 (46.7%)	27 (38.0%)	45 (55.6%)	72 (47.4%)
	5	14 (16.9%)	27 (32.5%)	41 (24.7%)	9 (12.7%)	25 (30.9%)	34 (22.4%)	9 (12.7%)	20 (24.7%)	29 (19.1%)
I conduct cultural assessments more on ethnically diverse patient than on other patients.	1	8 (9.6%)	5 (6.0%)	13 (7.8%)	5 (7.0%)	7 (8.6%)	12 (7.9%)	5 (7.0%)	3 (3.7%)	8 (5.3%)
	2	11 (13.3%)	11 (13.3%)	22 (13.3%)	7 (9.9%)	4 (4.9%)	11 (7.2%)	7 (9.9%)	6 (7.4%)	13 (8.6%)
	3	37 (44.6%)	20 (24.1%)	57 (34.3%)	29 (40.8%)	12 (14.8%)	41 (24.0%)	29 (40.8%)	14 (17.3%)	43 (28.3%)
	4	19 (22.9%)	34 (41.0%)	53 (31.9%)	26 (36.6%)	38 (46.9%)	64 (42.1%)	26 (36.6%)	42 (51.9%)	68 (44.7%)
	5	8 (9.6%)	13 (15.7%)	21 (12.7%)	4 (5.6%)	20 (24.7%)	24 (15.8%)	4 (5.6%)	16 (19.8%)	20 (13.2%)
Average	1	6 (7.6%)	8 (9.6%)	14 (8.4%)	5 (7.0%)	4 (4.9%)	9 (5.9%)	5 (7.0%)	2 (2.5%)	7 (4.6%)
	2	9 (11.0%)	9 (10.8%)	19 (11.4%)	4 (5.6%)	5 (6.2%)	9 (5.9%)	4 (5.6%)	5 (6.2%)	10 (6.6%)
	3	27 (32.7%)	20 (24.1%)	47 (28.3%)	27 (38.0%)	14 (17.3%)	41 (27.0%)	27 (38.0%)	15 (18.5%)	42 (27.6%)
	4	29 (34.8%)	29 (34.9%)	58 (34.9%)	25 (35.2%)	36 (44.4%)	61 (40.1%)	25 (35.2%)	40 (49.4%)	66 (43.4%)
	5	14 (16.8%)	20 (24.1%)	33 (19.9%)	9 (12.7%)	23 (28.4%)	32 (21.1%)	9 (12.7%)	19 (23.5%)	28 (18.4%)
Total average		3.40	3.51	3.45	3.41	3.84	3.64	3.41	3.85	3.64

<sup>1</sup>The intention to nursing practice towards different cultures competency was rated as: 5 = Things that I always do; 4 = Things that I sometimes do; 3 = Things that I rarely do; 2 = Things that I have never done but will do when have an opportunity; 1 = things that I will never do.



## Appendix V: Participant Information Sheet

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของโปรแกรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมโดยใช้กรณีศึกษาต่อพยาบาลใน  
โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาวพิมพ์ขวัญ บุญจิตต์พิมล นิสิตระดับปริญญาเอก วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ที่อยู่ติดต่อ** วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
254 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กทม. 10330

**โทรศัพท์มือถือ** 081-131-1122

**E-mail** [b.pimkhwan@gmail.com](mailto:b.pimkhwan@gmail.com)

ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับความเกี่ยวข้องระหว่าง ความรู้ ความคิด และการปฏิบัติทางการพยาบาลกับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางพยาบาล และ ระดับของสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางพยาบาลใน โรงพยาบาลซึ่งประกอบไปด้วยวัฒนธรรมที่หลากหลายของผู้ป่วยที่มาจากประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และแถบอื่นๆทั่วโลก

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาลระหว่างกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มทดลองใน โรงพยาบาลเอกชนเพื่อสำรวจผลกระทบของ โปรแกรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมโดยใช้กรณีศึกษาต่อพยาบาลใน โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครก่อนและหลังการแทรกแซง

#### วัตถุประสงค์จำเพาะ

- เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของความรู้ ความคิด และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมระหว่างกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มทดลอง
- เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของความรู้ ความคิด และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมก่อนและหลังการแทรกแซง

## เกณฑ์การคัดเลือก และเกณฑ์การคัดออกของประชากรในการวิจัย

### เกณฑ์คัดเลือก

- เข้าร่วมด้วยความสมัครใจ
- พยาบาลชายหรือหญิงซึ่งเป็นพยาบาลประจำ
- พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานเป็นพยาบาลอย่างน้อย 1 ปี
- พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานเป็นกะ

### เกณฑ์คัดออก

- พยาบาลที่กำลังตั้งครรภ์มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป
- พยาบาลที่ขาดการเข้าร่วมการอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมมากกว่า 8 ชั่วโมงจากทั้งหมด 48 ชั่วโมง
- พยาบาลที่ขาดการวัดระดับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาลครั้งใดครั้งหนึ่ง

## ประชากรกลุ่มตัวอย่าง/กลุ่มทดลองในการศึกษาวิจัย

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง/กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ทั้งสิ้น 166 คน ซึ่งได้มาโดยใช้การเลือกแบบสุ่ม โดยใช้วิธีคัดเลือกแบบสัดส่วนจากแต่ละแผนกจากแต่ละโรงพยาบาล กลุ่มประชากรที่จะถูกคัดเลือกเข้าโครงการจะต้องมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเลือกสำหรับการวิจัยครั้งนี้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจเท่านั้น โดยจะแบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้

- 1) ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการอบรมใดๆทั้งสิ้น จะถูกคัดเลือกจากพยาบาลจากโรงพยาบาล B จำนวน 83 คน
- 2) ประชากรกลุ่มทดลอง คือกลุ่มตัวอย่างที่ได้จะรับการอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม จะถูกคัดเลือกจากพยาบาลจากโรงพยาบาล A จำนวน 83 คน ท่านได้รับการคัดเลือกเป็นประชากรกลุ่มทดลอง

## ผู้วิจัยและคณะผู้วิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยและคณะผู้วิจัยประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และนักวิชาการด้านสาธารณสุข และวัฒนธรรม

## ขั้นตอนการวิจัยสำหรับประชากรกลุ่มทดลอง

ท่านจะได้เข้าร่วมงานวิจัยเพื่อทำการวัดระดับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาล และรับการอบรมอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน โดยท่านจะได้เข้าร่วมงานวิจัยเพื่อทำการวัดระดับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาล จำนวน 3 ครั้งๆละ 30-60 นาที โดยจะทำการวัดระดับ ณ เวลาก่อนเริ่มทำการวิจัย, 3เดือนถัดมา และ 6 เดือนถัดมา โดยประชากรจากกลุ่มทดลองทั้ง 83 คน จะได้เข้าร่วมการอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม จำนวน 12 ครั้ง โดยจะดำเนินการอบรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 4 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 48 ชั่วโมง โดยเนื้อหา รายละเอียดของการอบรมจะถูกอธิบายแยกอยู่ในเอกสารแนบอีกชุด โดยจะมีการวัดระดับความรู้ความเข้าใจที่

ได้รับหลังจบการอบรมทุกครั้ง โดยจะอยู่ในรูปแบบของแบบสอบถามสั้นๆ โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที และท่านจะได้เข้าร่วมการอบรมเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม จำนวน 2 ครั้ง โดยจะดำเนินการอบรมเดือนละ 1 ครั้งๆละ 3 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 6 ชั่วโมงในเดือนที่ 4 และ 5 ของงานวิจัยนี้

การวิจัยครั้งนี้จะมีการประสานงานเพื่อขออนุญาต โรงพยาบาลต้นสังกัดของพยาบาลผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ โดยตารางการวัดระดับ, การอบรม และการทำงานของพยาบาล จะถูกจัดให้เหมาะสม โดยไม่มีผลกระทบอย่างไรต่อการปฏิบัติหน้าที่พยาบาล การฝึกฝน หรือเงินเดือน เบี้ยเลี้ยง สิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ที่ท่านพึงจะได้รับ และไม่ถือเป็นการลา

### เครื่องมือในการทำการวัดระดับ

เครื่องมือในการทำการวัดระดับนี้ได้ถูกตรวจสอบและอนุมัติโดยผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องในการศึกษานี้ โดยจะอยู่ในรูปแบบของแบบสอบถามภาษาไทย ซึ่งประกอบไปด้วยทั้งหมด 2 ส่วน: ส่วนที่ 1 จะเป็นคำถามเกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนตัวจำนวน 15 ข้อ และส่วนที่ 2 จะเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้ ความคิด และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม โดยแบ่งเป็น 3 ส่วนย่อย รวมทั้งสิ้น 140 ข้อ โดยคำถามเกี่ยวกับความรู้เป็นคำถาม แบบเลือกตอบเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยจำนวน 116 ข้อ โดยมีการให้คะแนนโดย และคำถามเกี่ยวกับความคิด และการปฏิบัติเป็นคำถามแบบให้ระดับคะแนนตามความเห็นด้วยจากน้อยไปมากจำนวน 5 ระดับ จำนวน 24 ข้อ โดยไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิดและไม่มีเกณฑ์ผ่านไม่ผ่านแต่อย่างใด โดยผลของแบบสอบถามที่เกี่ยวกับความคิด และการปฏิบัตินั้นจะถูกใช้เพื่อประเมินประกอบกับผลการทดสอบของแบบสอบถามส่วนที่ 1 เท่านั้น ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถเลือกไม่ตอบคำถามที่ไม่ต้องการตอบได้ตามความเหมาะสม โดยไม่มีผลกระทบอย่างไรต่อการปฏิบัติหน้าที่พยาบาล การฝึกฝน หรือเงินเดือน เบี้ยเลี้ยง สิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ที่ท่านพึงจะได้รับ ผู้เข้าร่วมทำการวิจัยจะได้รับคำตอบที่ถูกต้องของส่วนคำถามเกี่ยวกับความรู้ ภายหลังจากการวิจัยเพื่อเป็นความรู้ในการปฏิบัติงาน ข้อมูลจากการทำการวัดระดับจะถูกแปลผลและวัดผลโดยใช้เครื่องมือทางสถิติต่างๆเพื่อวัดผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม

### ค่าชดเชยและสิทธิประโยชน์

การวิจัยครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมโครงการจะไม่ได้รับค่าชดเชยการเสียเวลา หรือค่าเดินทางเพื่อมาเข้าร่วมโครงการแต่อย่างใด แต่จะมีบริการอาหาร อาหารว่าง เครื่องดื่ม แก่ผู้เข้าร่วมโครงการในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้งของโครงการวิจัยนี้ นอกจากนี้ท่านจะได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ที่จะช่วยส่งเสริมสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาลของพยาบาล ซึ่งมีผลพัฒนา ความรู้ ความคิด และการปฏิบัติทางการพยาบาลที่ดีขึ้น และอาจส่งผลให้ท่านมีความมั่นใจในการทำงานและความพึงพอใจในการทำงานที่มากขึ้น และโครงการวิจัยนี้ยังช่วยส่งเสริมการเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับวัฒนธรรมที่หลากหลายของผู้ป่วย เพื่อผลการรักษาที่ดีขึ้น และอาจเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อใช้พัฒนาศักยภาพของพยาบาลในอนาคต

## ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

ท่านจะได้เข้าร่วมงานวิจัยเพื่อทำการวัดระดับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาล และรับการอบรมอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน โดยการวิจัยครั้งนี้อาจส่งผลกระทบต่อตารางเวลาส่วนตัวต่างๆ และความเป็นส่วนตัวของท่านในบางครั้ง และอาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงตารางเวลางานของท่าน เพื่อให้เหมาะสมกับตารางเวลาของกิจกรรมต่างๆของการวิจัยครั้งนี้ แต่จะไม่ผลกระทบอย่างไรต่อการปฏิบัติหน้าที่พยาบาล การฝึกฝน หรือเงินเดือน เบี้ยเลี้ยง สิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ที่ท่านพึงจะได้รับ และไม่ถือเป็นการลา หากท่านไม่สะดวกหรือต้องการเปลี่ยนตารางการทำงานของท่าน โปรดแจ้งคณะผู้วิจัย

## การเก็บรักษาข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยทั้งหมดจะเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลแต่อย่างใด ข้อมูลทั้งหมดและผลจากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อหน้าที่การงานของท่านแต่อย่างใด และเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทั้งหมดจะถูกทำลาย

## การชี้แจงรายละเอียดก่อนการเข้าร่วมโครงการ

กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรจะทำโดยการชี้แจงทำความเข้าใจเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคลโดยผู้วิจัยหลักและคณะผู้ทำการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนจะต้องให้คำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนทำการเก็บข้อมูล โดยให้คำยืนยันว่าการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อตารางปฏิบัติหน้าที่พยาบาล การฝึกฝน หรือเงินเดือน เบี้ยเลี้ยง สิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ที่ท่านพึงจะได้รับ

## ความเสี่ยงในการเข้าร่วมโครงการ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่มีอันตรายหรือความเสี่ยงใดๆทั้งสิ้น

## ความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ

การเข้าร่วม โครงการวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ และท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยนี้ได้ทุกขณะ และสามารถปฏิเสธที่จะตอบคำถามที่ท่านไม่สะดวกหรือไม่สบายใจที่จะตอบได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผล โดยไม่มีผลกระทบอย่างไรต่อการปฏิบัติหน้าที่พยาบาล การฝึกฝน หรือเงินเดือน เบี้ยเลี้ยง สิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ที่ท่านพึงจะได้รับ

ท่านอาจต้องสละเวลาส่วนตัวเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ และอาจมีบางคำถามที่ทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจเมื่อระลึกถึง หรือต้องตอบท่านสามารถไม่ตอบคำถามนั้นก็ได้ หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลแก่ท่านโดยผ่านเอกสารฉบับนี้ และยินดีตอบคำถามของท่านทุกคำถามอย่างดีที่สุดตลอดเวลา การดำเนินการหากพบว่า ท่านอยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำในระหว่างการคัดกรอง ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำหรือข้อมูลแก่ท่านอย่างดีที่สุดเท่าที่ผู้วิจัยจะสามารถทำได้

### เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147

E-mail [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)



## Appendix VI: Consent Form for Participants

### หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง/ทดลองที่.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม โดยใช้กรณีศึกษาต่อพยาบาลใน  
โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพิมพ์ขวัญ บุญจิตต์พิมล

ที่อยู่ติดต่อ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
254 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กทม. 10330

โทรศัพท์มือถือ 081-131-1122

E-mail [b.pimkhwan@gmail.com](mailto:b.pimkhwan@gmail.com)

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด  
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น  
จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับ  
คำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมใน โครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับโครงการวิจัยนี้จำนวน 2 ส่วนประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนตัว 2) สมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาล จำนวน 3 ครั้ง ครั้งๆละ 30-60 นาที โดยจะทำการวัดระดับ ณ เวลาก่อนเริ่มทำการวิจัย, 3เดือนถัดมา และ 6 เดือนถัดมา โดยโครงการวิจัยนี้ จะมีการอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาล จำนวน 48 ชั่วโมง (12วัน) และการอบรมเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมทางการพยาบาล จำนวน 6 ชั่วโมง (2วัน) สำหรับผู้เข้าร่วมจากกลุ่มทดลอง ซึ่งหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะโดยไม่มีผลกระทบอย่างไรต่อการปฏิบัติหน้าที่พยาบาล การฝึกฝน หรือเงินเดือน เบี้ยเลี้ยง สิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับใดๆทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(นางสาวพิมพ์ขวัญ บุญจิตต์พิมล)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน





## REFERENCES



**APPENDIX**



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



