



อิทธิพลเชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้
จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล
เอกชน นานาชาติ เขตกรุงเทพมหานคร

CAUSAL EFFECTS AND EFFECTIVENESS OF A CULTURAL COMPETENCE
ENHANCEMENT PROGRAM WITH EXPERIENTIAL LEARNING ON CULTURAL CARE
BEHAVIOR AMONG NURSES IN PRIVATE INTERNATIONAL HOSPITALS IN BANGKOK

ธนิดา คงสมัย



ปริญญาบัตรนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีการศึกษา 2562

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

CAUSAL EFFECTS AND EFFECTIVENESS OF A CULTURAL COMPETENCE
ENHANCEMENT PROGRAM WITH EXPERIENTIAL LEARNING ON CULTURAL
CARE BEHAVIOR AMONG NURSES IN PRIVATE INTERNATIONAL
HOSPITALS IN BANGKOK



A Dissertation Submitted in partial Fulfillment of Requirements
for DOCTOR OF PHILOSOPHY (Applied Behavioral Sc.Research)
BEHAVIORAL SCIENCE RESEARCH INSTITUTE Srinakharinwirot University

2019

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

อิทธิพลเชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้
จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล

เอกชน นานาชาติ เขตกรุงเทพมหานคร

ของ

ธนิดา คงสมัย

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.อังศิรินทร์ อินทรกำแหง) (รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)

..... ที่ปรึกษาร่วม กรรมการ

(ดร.สุदारัตน์ ตันติวิวัฒน์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริสรา พึ่งโพธิ์สมภ)

ชื่อเรื่อง	อิทธิพลเชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้าน วัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิง วัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชน นานาชาติ เขต กรุงเทพมหานคร
ผู้วิจัย	ธนิดา คงสมัย
ปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา	2562
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. อังคินันท์ อินทรกำแหง

การวิจัยเชิงปริมาณแบบพหุวิธีแบบเชิงปริมาณ 2 ระยะตามลำดับ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม โดยระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ ทำงานในโรงพยาบาลเอกชน นานาชาติ กรุงเทพมหานคร จำนวน 451 คน ได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน และระยะที่ 2 ได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 42 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.90 ถึง 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์สมการโมเดล วิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุตัวแปรและแบบวัดซ้ำ ผลการวิจัย พบว่า โมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุตามสมมติฐานมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง SRMR=0.078 RMSEA=0.072 GFI=0.97 NFI=0.96 CFI=0.97 และค่าสัดส่วนไคสแควร์ต่อดีเอฟ = 3.35 ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมคือ สมรรถนะด้านวัฒนธรรม การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร มีค่าอิทธิพลทางตรงเท่ากับ 0.63, 0.11 ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมคือ เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม มีค่าอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ 0.55, 0.14 ตามลำดับ และผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมพบว่าพยาบาลเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านวัฒนธรรมมากกว่ากลุ่มควบคุมหลังทดลองและติดตามผล 1 เดือน และพยาบาลเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเชิงวัฒนธรรมมากกว่ากลุ่มควบคุมติดตามผล 1 เดือน วัดหลังทดลองคะแนนเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : โปรแกรม, สมรรถนะด้านวัฒนธรรม, การเรียนรู้จากประสบการณ์, พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม, พยาบาลวิชาชีพ

Title	CAUSAL EFFECTS AND EFFECTIVENESS OF A CULTURAL COMPETENCE ENHANCEMENT PROGRAM WITH EXPERIENTIAL LEARNING ON CULTURAL CARE BEHAVIOR AMONG NURSES IN PRIVATE INTERNATIONAL HOSPITALS IN BANGKOK
Author	THANIDA KHONGSAMAI
Degree	DOCTOR OF PHILOSOPHY
Academic Year	2019
Thesis Advisor	Associate Professor Dr. Ungsinun Intarakamhang

This research used a sequential multiple - method research design. The purposes of this research were as follows: (1) to examine the causal model and to identify significant causal variables that could affect cultural competence and cultural care behavior among professional nurses according to the empirical data; and (2) the effectiveness of the cultural competence enhancement program using experiential learning on cultural care behavior among nurses who working at international hospitals in Bangkok. This study consisted of two research phases. In the first phase, the samples consisted of four hundred and fifty one registered nurses and proportional stratified random sampling was used. In the second phase, the participants consisted of forty-two registered nurses and used purposive sampling. The data were collected using a point rating scale-based questionnaire with a reliability of 0.90 to 0.96. This study analyzed structural equation model analysis, MANCOVA and a Repeated Measure ANOVA was applied. The results showed that the assumption of the causal relationship model fit with the empirical data SRMR = 0.078, RMSEA = 0.072, GFI = 0.97, NFI = .97, CFI = 0.97; the proportion of chi-square divide by degree of freedom = 3.35. The variables that had a direct effect on cultural care behavior included cultural competence and perceived organizational support coefficients of 0.63 and 0.11. The variables with a direct effect on cultural care behavior were cultural attitudes and the cultural experience coefficients of 0.55 and 0.14. It was found that the effectiveness of the cultural competence enhancement program on experiential learning on cultural care behavior. The results found that the comparison between the mean scores and the cultural competence scores after finishing the program and a follow-up after one month, the experimental group scores was higher than the control group scores. However, a comparison between the mean scores of the cultural care behavior of the experimental group were not different from that of the control group after finishing the program, However, after one month of follow-up, it was found that the experimental group score was higher than the control group score.

Keyword : Program, Cultural Competence, Experiential Learning, Cultural Care Behavior, Nurses

กิตติกรรมประกาศ

ปริญญาานิพนธ์ประสบความสำเร็จโดยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาและเมตตาจากบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รองศาสตราจารย์ ดร.อังกิณันท์ อินทรกำแหง อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.สุดารัตน์ ตันติวิวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาานิพนธ์ร่วม ที่คอยเอาใจใส่ กำกับติดตาม สอนอธิบายแนะนำแหล่งประโยชน์ ซึ่งแนะแนวทางในทุกกระบวนการของการทำวิจัย สอนอบรมให้แก้ไขปัญหาหาโอกาสพัฒนาตนเอง ทำให้ผู้วิจัยสามารถแก้ไขปรับปรุงปริญญาานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ครบถ้วนมากยิ่งขึ้น และฝันฝ่าอุปสรรคผ่านมาได้ทุกขั้นตอน

ขอกราบขอบพระคุณกรรมการสอบเค้าโครงงานวิจัย ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.ดุขฎิ โยเหลา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมชื่น สมประเสริฐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณย์ พิมพิทอง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศราพีงโพธิ์สถ ที่ช่วยกรุณาให้คำแนะนำและแก้ไขข้อบกพร่องในงานวิจัยและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด และขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่งวัฒนา ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะแนวทางอันเป็นประโยชน์และแก้ไขเล่มปริญญาานิพนธ์

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิทยานิพนธ์และการนำเสนอผลงานวิจัยในต่างประเทศ และคณาจารย์ในสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้กำลังใจและอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมต่างๆด้วยดีมาโดยตลอด

ขอขอบคุณพี่และเพื่อนในสถาบันทำให้ผู้วิจัยสามารถผ่านพ้นอุปสรรคและตลอดจนการดำเนินการวิจัยสำเร็จไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบมนัสการหลวงพี่ศุภชัย แซ่เถียร อาจารย์หญิง มติ นิล พี่เอกนถุณ(เอกพล) เอ๊ะ (อารยา) พี่อ้อย (เอ๊ะ) อรรธยา พี่เขต เจ็บบ น้องแมว พี่ปู แบ่งปันความรู้ คอยแนะนำ ช่วยเหลือและให้กำลังใจ ให้งานวิจัยสำเร็จไปได้ด้วยดี และขอบคุณพี่ณีนั่งเรียนด้วยกันเป็นเพื่อนคอยให้กำลังใจกันตั้งแต่วันแรกจนวันสุดท้าย

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณบิดามารดา ลูกชาย และเพื่อนที่ทำงานได้แก่ พี่เจ้ พี่เสอท คุณบุศ พี่ตุ๊กตา อาจารย์เปิ้ล คุณพล อ้อม ลูกบาส น้องกันติมา แทน แนน ฝน และล่ามภาษาอารบิค และล่ามภาษาพม่า ที่คอยให้กำลังใจสนับสนุนให้ประสบความสำเร็จไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณ Aj Simon, Kun Fred และ Danny ที่ช่วยแก้ไขบทความภาษาอังกฤษให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญรูปภาพ	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	11
ความสำคัญของการวิจัย	11
ขอบเขตของการวิจัย	12
ตัวแปรที่ศึกษา.....	13
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	14
นิยามปฏิบัติการ	14
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	20
1. พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม (Cultural care behavior): ความหมาย การวัด และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	21
2. สมรรถนะด้านวัฒนธรรมและอิทธิพลที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม	46
3. แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุของสมรรถนะพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ...	60
3.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory)	60
3.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom Taxonomy).....	61

4. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อสมรรถนะและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม	64
4.1 ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมกับพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม	64
4.2 เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม (Cultural attitude)	70
4.3 การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแล เชิงวัฒนธรรม	75
4.4 กรอบแนวคิดและสมมติฐานการวิจัยระยะที่ 1	84
กรอบแนวคิดในการวิจัย	85
5. โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อ พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ	87
5.1 เทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential learning theory)	100
5.2 กรอบแนวคิด และสมมติฐานการวิจัยระยะที่ 2	108
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	111
งานวิจัยระยะที่ 1	111
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	111
การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ	113
การพิทักษ์สิทธิ์และจรรยาบรรณในการวิจัย	120
การเก็บรวบรวมข้อมูล	121
การจัดกระทำข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล	121
การวิจัยในระยะที่ 2	126
การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	126
การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ	127
การเก็บรวบรวมข้อมูล	136
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	138
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล	139

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	140
ผลการวิจัยระยะที่ 1	141
ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง	142
ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร	143
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัย	147
ส่วนที่ 2 การเชื่อมโยงจากงานวิจัยเชิงปริมาณระยะที่ 1 เชื่อมโยงจากระยะที่ 2	152
ผลการวิจัยระยะที่ 2	153
ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร	154
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน	157
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	166
สรุปผลการวิจัย ระยะที่ 1	168
สรุปผลการวิจัย ระยะที่ 2	170
การอภิปรายผลการวิจัย ระยะที่ 1	171
อภิปรายผลการวิจัย ระยะที่ 2 ตามสมมติฐานการวิจัย	179
ข้อจำกัดในการทำวิจัย	181
ข้อเสนอแนะ	182
ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์	182
ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ	182
ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป	183
บรรณานุกรม	184
ภาคผนวก	213
ภาคผนวก ก	214
ภาคผนวก ข	229

ภาคผนวก ค.....	234
ภาคผนวก ง	275
ประวัติผู้เขียน.....	278



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 รายละเอียดที่นักวิจัยศึกษาองค์ประกอบของการวัดที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแล.....	43
ตาราง 2 สรุปโปรแกรมฝึกอบรมและวิธีสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรม	95
ตาราง 3 การประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์.....	102
ตาราง 4 จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง	113
ตาราง 5 สรุปการใช้เทคนิควิธีสอนกิจกรรมที่นำพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรม	129
ตาราง 6 กิจกรรมระยะเวลาและวิธีการประเมินผล	132
ตาราง 7 สรุปการทดลองวัดผลการได้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม	138
ตาราง 8 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	141
ตาราง 9 ความถี่ และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา.....	143
ตาราง 10 ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของตัวแปรสังเกต.....	144
ตาราง 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	146
ตาราง 12 ค่าดัชนีความกลมกลืนที่ได้จากการวิเคราะห์ และดัชนีเปรียบเทียบโมเดล.....	148
ตาราง 13 คะแนนมาตรฐานของผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อมและอิทธิพลรวมของแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม.....	150
ตาราง 14 จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม.....	154
ตาราง 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรสมรรถนะด้านวัฒนธรรม และพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ก่อนการทดลอง	155
ตาราง 16 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรสมรรถนะด้านวัฒนธรรม และพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม จำแนกตามกลุ่มการทดลองและช่วงเวลาของการวัด.....	156
ตาราง 17 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในระยะก่อน-หลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือน	158

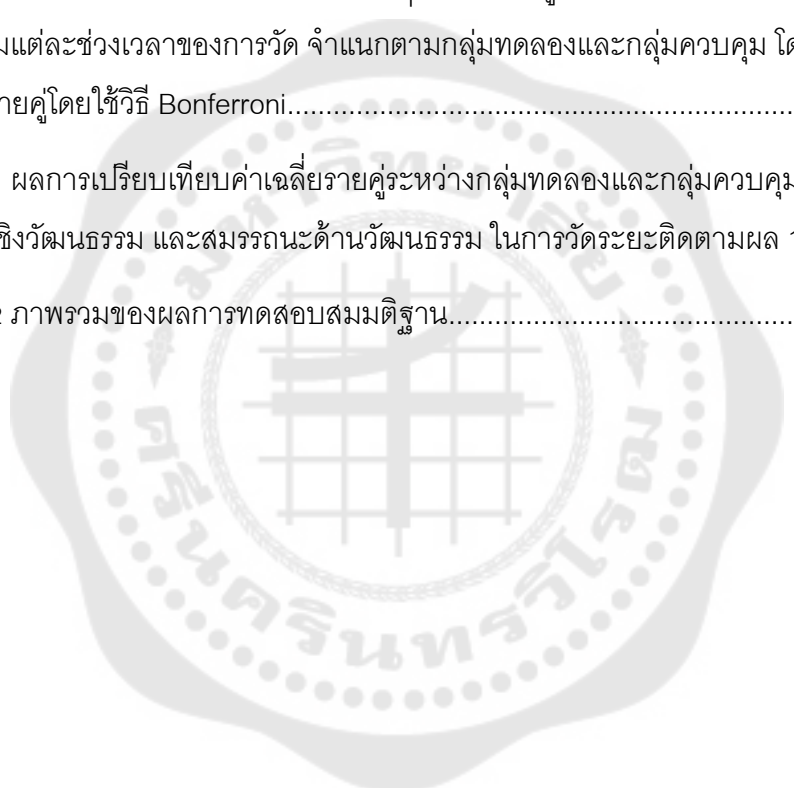
ตาราง 18 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยตัวแปรสมรรถนะด้านวัฒนธรรม และตัวแปรพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามช่วงเวลาที่ทำกรวัด โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ 160

ตาราง 19 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรสมรรถนะด้านวัฒนธรรม พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามช่วงเวลาของการวัด โดยวิธีการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่โดยใช้วิธี Bonferroni 161

ตาราง 20 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมและสมรรถนะด้านวัฒนธรรมแต่ละช่วงเวลาของการวัด จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิธีการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่โดยใช้วิธี Bonferroni..... 162

ตาราง 21 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม และสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ในการวัดระยะติดตามผล 1 เดือน 163

ตาราง 22 ภาพรวมของผลการทดสอบสมมติฐาน..... 165



สารบัญรูปร่างภาพ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 โมเดลภูเขาน้ำแข็ง (Iceberg model of competence)	47
ภาพประกอบ 2 วงจรกระบวนการสมรรถนะด้านวัฒนธรรม	52
ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม (Cultural competence concept diagram)	54
ภาพประกอบ 4 ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลเชิงวัฒนธรรม	60
ภาพประกอบ 5 การกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางด้านพฤติกรรม (B: Behavior) สภาพแวดล้อม (E: Environment) และปัจจัยส่วนบุคคล (P: Personal).....	60
ภาพประกอบ 6 ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมกับสมรรถนะและ พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม	70
ภาพประกอบ 7 ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่าง เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม สมรรถนะ ด้านวัฒนธรรม และพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม.....	75
ภาพประกอบ 8 ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร สมรรถนะด้าน วัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม	84
ภาพประกอบ 9 กรอบแนวคิดในการวิจัยระยะที่ 1	85
ภาพประกอบ 10 แบบจำลองอิทธิพลเชิงสาเหตุของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแล เชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ.....	86
ภาพประกอบ 11 วงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์บ	101
ภาพประกอบ 12 แบบแผนการวิจัยเชิงทดลองของการดำเนินงานวิจัยระยะที่ 2.....	110
ภาพประกอบ 13 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม .	149
ภาพประกอบ 14 สมมติฐานการวิจัยที่ 1.1 และผลการวิจัย.....	172
ภาพประกอบ 15 สมมติฐานการวิจัยที่ 1.2 และผลการวิจัย.....	173

ภาพประกอบ 16 สมมติฐานการวิจัยที่ 1.3 1.4 1.9 และผลการวิจัย.....	175
ภาพประกอบ 17 สมมติฐานการวิจัยที่ 1.5 1.6 1.7 และผลการวิจัย.....	177



บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

รัฐบาลได้ประกาศนโยบายให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ เพื่อเป็นกลไกการขับเคลื่อนเศรษฐกิจในอนาคต และผลักดันการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจได้แก่ การต่อยอดอุตสาหกรรมเดิมที่มีศักยภาพ ในด้านอุตสาหกรรมท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่เพิ่มมากขึ้น จากการขยายตัวของกลุ่มสินค้าและธุรกิจบริการสุขภาพ ประกอบกับนโยบายรัฐบาลที่จะนำประเทศไทยเข้าสู่ Thailand 4.0 ที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรมซึ่งมีความสอดคล้องตามร่างยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขันและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ด้านการสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและแข่งขันได้อย่างยั่งยืน (การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและบริการทางการแพทย์) ประกอบกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical hub) ระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ.2560 – 2569) ทั้ง 4 ผลผลิตหลักได้แก่ 1) ศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ 2) ศูนย์กลางบริการสุขภาพ 3) ศูนย์กลางบริการวิชาการและงานวิจัย และ 4) ศูนย์กลางยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้มีการสร้างมูลค่าเพิ่มของอุตสาหกรรมสุขภาพ สามารถสร้างรายได้ให้กับประเทศไทย และส่งผลให้ประเทศไทยมีขีดความสามารถในด้านบริการสุขภาพ เพื่อแข่งขันในเวทีโลกได้อย่างแท้จริง(กรมสนับสนุนสุขภาพ, 2560) ประเด็นที่สำคัญอีกประการหนึ่งการเปิดเศรษฐกิจเสรีอาเซียนเพื่อก่อให้เกิดการร่วมมือในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินทางธุรกิจของประชาคมอาเซียนที่เป็นสังคมพหุวัฒนธรรม ที่เกิดจากการรวมตัวกัน 10 ประเทศสมาชิกประกอบด้วย ไทย พม่า ลาว เวียดนาม มาเลเซีย สิงคโปร์ อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ กัมพูชา และบรูไน โดยประเทศไทยรับผิดชอบด้านการท่องเที่ยวและสาขาการบิน รัฐบาลไทยจึงมีนโยบายให้การสนับสนุนการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (สาร์กา คำสุวรรณ และระสขงพร โกมลเสวิน, 2557 อ้างถึงใน ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2555ก)

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาธุรกิจการให้บริการทางการแพทย์และธุรกิจเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพเติบโตขึ้นสูงมาก ประกอบกับการเดินทางไปในที่ต่างๆ มีความสะดวกสบายมากขึ้น รวมทั้งการติดต่อประสานงานและประชาสัมพันธ์ ส่งผลให้เศรษฐกิจเชิงสุขภาพ มีแนวโน้มเติบโต โดยเฉพาะตลาดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยในปี 2559 มีมูลค่าประมาณ 569.6 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ และมีแนวโน้มได้รับความนิยมอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในประเทศแถบเอเชียแปซิฟิก จึงถือเป็นโอกาสที่ประเทศต่างๆ ในภูมิภาคจะสามารถสร้างรายได้ สร้างงาน สร้างอาชีพจากธุรกิจการดูแลรักษาสุขภาพ รวมถึงธุรกิจและบริการที่เกี่ยวข้อง โดยมีประเทศสำคัญใน

ภูมิภาคที่มีศักยภาพในการแข่งขันและประกาศจะเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพของเอเชียเช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย เกาหลีใต้ อินเดีย และประเทศไทย เหตุผลที่นำประเทศไทยไปสู่ความสำเร็จ เนื่องจากมีข้อดี 1) ด้านคุณภาพการรักษามีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญสามารถรักษาได้เช่น การผ่าตัดแปลงเพศ การผ่าตัดเสตีมเซลล์ และโรคที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น มะเร็ง โรคเลือด โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น 2) การบริการที่เป็นมิตรของคนไทย และ 3) ราคาสมเหตุสมผล หากเปรียบเทียบประเทศในกลุ่มอาเซียนที่สามารถเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ ได้แก่ ไทย สิงคโปร์ และอินเดียนั้น คุณภาพในการรักษามีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีระดับเดียวกัน แต่เปรียบเทียบราคาการรักษาในไทยมีราคาถูกกว่า ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยมารักษาในประเทศไทยมากกว่า ส่วนใหญ่เป็นชาวอาหรับเนื่องจากการขยายเวลาของวีซ่าในการเข้าประเทศจาก 30 วัน เป็น 90 วัน ซึ่งจะเข้ามารับการรักษาโรคที่รักษายาก เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ การผ่าตัดหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจ การเปลี่ยนตับ เป็นต้น นอกจากนี้ประเทศสหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น สหราชอาณาจักร และออสเตรเลียเข้ามารับการรักษาโรคกระดูกและข้อ การผ่าตัดหัวใจ ศัลยกรรมเสริมความงามพลาสติก และทันตกรรม ตามลำดับ โดยเฉพาะการบริการทางการแพทย์แก่ชาวต่างชาติ จะเพิ่มขึ้นอัตราสูงถึงร้อยละ 10 ต่อปี (ปราโมทย์ นิลเปรม, 2558; สมาคมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ไทย, 2555)

การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ในปี 2017 รายงานว่า โรงพยาบาลและคลินิกผ่านการรับรองมาตรฐานจากองค์กร Joint Commission International (JCI) ทั้งหมด 61 แห่ง นอกจากนี้ยังมีการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลในระดับสากลจาก DNV GL (ดีเอ็นวี จีแอก) ที่เป็นที่ยอมรับกันในระดับสากล เป็นองค์กรผู้นำด้านการให้บริการด้านดูแลสุขภาพพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ (ข้อมูลจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560) ซึ่งช่วยผลักดันอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพโรงพยาบาลระดับสากลที่สามารถแข่งขันในตลาดโลกในประเทศไทยมีโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำหลายแห่งที่ให้บริการผู้ป่วยต่างชาติ ได้แก่ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลสมิติเวช กลุ่มโรงพยาบาลพญาไท กลุ่มโรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลบีเอ็นเอช (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560) ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่เดินทางมารับบริการดูแลรักษาซึ่งมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ซึ่งพยาบาลเป็นหนึ่งในทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่างชาติมากขึ้น ทำให้พยาบาลต้องพัฒนาตนเองให้มีคุณลักษณะที่เหมาะสมพัฒนาตนเองให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม (บุษบง วิเศษพลชัย, 2556)

สังคมพหุวัฒนธรรมจากการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรต่างชาติจากการเดินทางย้ายถิ่นมาทำงาน ศึกษาต่อ ท่องเที่ยว เดินทางเพื่อมารับบริการทางการแพทย์ ทำให้ประเทศไทยของเรามีประชากรหลายหลายเชื้อชาติมารวมกัน ความหลากหลายทางวัฒนธรรมนำมาสู่การดูแลเชิงวัฒนธรรม (Cultural care diversity) ไลนินเจอร์เชื่อว่าการดูแลเชิงวัฒนธรรมจะเป็นแนวทางในการตัดสินใจและปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเป็นองค์รวม สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยที่มีหลากหลายทางวัฒนธรรม (Leininger, 2001, p 47) พยาบาลต้องเรียนรู้และเข้าใจในความหลากหลายวัฒนธรรมนี้เพราะค่านิยมทางวัฒนธรรมมีความสำคัญในการกำหนดวิธีการดูแลและแนวทางการดูแลรักษาที่แตกต่างกันอันจะนำมาสู่ความผาสุกของผู้รับบริการ (Well-being) ไลนินเจอร์ (Leininger, 1991: 120) เน้นให้เห็นว่าพยาบาลไม่ได้เป็นเพียงผู้ที่เป็นสื่อประสานแต่ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการและวิถีชีวิต (Darnell, 2015) ตัวอย่างเช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีพยาบาลมาจากต่างประเทศเข้ามาทำงาน ทำให้เกิดความแตกต่างด้านความเชื่อ ค่านิยม และการปฏิบัตินำมาสู่ความเข้าใจที่ผิดพลาด ความขัดแย้ง และการดูแลที่ไม่เหมาะสม ในประเทศไทยพยาบาลต้องให้บริการชาวต่างชาติเช่น อาหรับ พม่า กัมพูชา จีน สิงคโปร์ อินโดนีเซีย เป็นต้น พยาบาลต้องปรับการดูแลให้สอดคล้องกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย ดังการศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยหลังคลอดชาวจีนของอารี ชิวเกษมสุข (2556) ในการปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยหญิงหลังคลอดให้สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วย ความเชื่อเดิมแม่สามีจะห้ามอาบน้ำให้เช็ดตัวด้วยน้ำร้อน ให้ทานอาหารรสร้อน เช่น น้ำขิง โดยห้ามล้างมือล้างเท้า เป็นต้น พยาบาลควรเจรจาต่อรองปรับเปลี่ยนแบบแผนการดูแลของหญิงหลังคลอดให้เหมาะสม เช่น ให้อาหารว่างกายให้อบอุ่น และอาบน้ำ สระผมได้เมื่อร่างกายมีเหงื่อไหลตามความเหมาะสมกับอุณหภูมิของอากาศในแต่ละวัน ให้ดื่มน้ำมากขึ้น และรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ในปริมาณที่เพียงพอ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (กนกวรรณ โภคา, 2552; ศิริพันธ์ ศิริพันธ์และคณะ, 2551) จะเห็นว่าพยาบาลมีความจำเป็นที่ต้องมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยด้านวัฒนธรรมของผู้ป่วยแต่ละคนและกลุ่ม

การพัฒนาเป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรม ซึ่งทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรมของไลนินเจอร์ (Leininger, 1991: 120; Saca – Hazboun & Glennon, 2011) เป็นทฤษฎีการพยาบาลทฤษฎีแรกที่เน้นจุดเด่นด้านวัฒนธรรม เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการตัดสินใจและปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม และระบบการดูแลผู้ป่วยด้วยการสอน การฝึกทักษะ และการส่งต่อให้ได้รับการดูแลจากบุคลากรวิชาชีพ เพื่อการ

มีสุขภาพที่ดีแข็งแรงสมบูรณ์ ระบบการดูแลของผู้ป่วย ซึ่งมีไคเนติกส์แสดงไว้ในแบบจำลองพระอาทิตย์ขึ้น (Sunrise model) ซึ่งเป็นมิติมหภาคและระบบนิเวศทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งประสานเป็นโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรมที่มีปัจจัยที่สัมพันธ์กัน (Cultural and Social structure dimension) และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลในบริบทสิ่งแวดล้อมที่ต่างกันเพื่อตอบสนองความแตกต่างทางวัฒนธรรมอย่างมีคุณภาพ เข้าถึง และการเท่าเทียมกันเป็นสิ่งสำคัญ ในกรอบวงนอกของแบบจำลองนี้ประกอบด้วยปัจจัยหลายด้านได้แก่ ด้านเทคโนโลยี ด้านศาสนา ปรัชญา ด้านเครือญาติและสังคม วัฒนธรรมและความเชื่อ ด้านการเมืองการปกครอง ด้านการศึกษา ด้านเศรษฐกิจ ซึ่งนับได้ว่าเป็นแบบจำลองในระดับมหภาคของความเชื่อมโยงทางสังคม หากพยาบาลไม่เข้าใจวัฒนธรรมของผู้ป่วยที่มีแตกต่างกัน ไม่สามารถให้การดูแลที่ถูกต้อง ส่งผลให้ไม่สามารถโน้มน้าวให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือให้ความร่วมมือในการรักษาได้ ทำให้พบปัญหาการฟ้องร้องหรือการร้องเรียนจากผู้ป่วยเกี่ยวกับความไม่พึงพอใจในการบริการ โดยเฉพาะการสื่อสารที่ไม่เข้าใจตรงกัน กิริยาท่าทางแสดงออกส่งผลผู้ป่วยอาจตีความไปในทางลบ ทำให้พยาบาลเกิดความคับข้องใจ และเกิดความเครียดในการบริการผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมได้ (Cioffi, 2006) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญหาที่เกิดจากพยาบาลดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ได้แก่ 1) ปัญหาด้านการสื่อสารแม้ว่าจะใช้ภาษากาย ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความแบ่งแยก ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ พยาบาลให้เวลาในการให้คำปรึกษาน้อย 2) ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ความเชื่อทางวัฒนธรรม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่เสมอภาค การเหมารวม การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม 3) ปัญหาที่มีเกี่ยวข้องกับญาติ การไม่เข้าใจกระบวนการให้การยินยอมเอกสารที่ได้รับการบอกกล่าว 4) ปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกคับข้องใจ ความเครียด และความหมดหวัง พยาบาลไม่สามารถพูดภาษาได้ทำให้เหมือนละลายทอดทิ้งไม่สามารถตอบสนองด้านจิตใจผู้ป่วย 5) ปัญหาที่มีเกี่ยวข้องกับการขาดความรู้เกี่ยวกับความแตกต่างวัฒนธรรม ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสับสนกับวัฒนธรรมใหม่ (Cultural shock) (Higginbottom & et al, 2016; Dreachslin, Gilbert & Malone, 2013: 116; Sobel & Sawin, 2016) ดังนั้นการดูแลที่มีประสิทธิภาพต้องมีความสอดคล้องกันทางวัฒนธรรม (Culturally congruent care) ของผู้ป่วยและครอบครัวเช่น การช่วยเหลือ (Assistive) การสนับสนุน (Support) การเอื้ออำนวยความสะดวก (Facilitative) มีความสามารถในการตัดสินใจที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล กลุ่ม องค์กร จะทำให้การดูแลมีความเหมาะสมและผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ลดความรู้สึกไม่เสมอภาค เพิ่มความพึงพอใจ เกิดผลลัพธ์การพยาบาลที่ดีมีคุณภาพ (Leininger, 1991, p 49) ดังนั้นพยาบาลควรจะเรียนรู้พัฒนาตนเองให้เป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและ

พฤติกรรมกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และลดความรู้สึกไม่เสมอภาค (Alpers & Hanssen, 2014; Waite & Calamaro, 2010)

ปัญหาที่พบเนื่องจากพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยหลากหลายวัฒนธรรม ดังเช่น การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนาเก็บข้อมูลจากประสบการณ์หญิงตั้งครรภ์ผู้อพยพในประเทศแคนาดา โดยใช้การสนทนากลุ่มพบว่ามีปัญหาเรื่องการสื่อสาร ทำให้ได้รับข้อมูลการสื่อสารไม่เพียงพอ ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ปัญหาการดูแลมาจากความเชื่อทางวัฒนธรรมที่ต่างกัน เป็นต้น พยาบาลควรจะเรียนรู้พัฒนาตนเองให้เป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และลดความรู้สึกไม่เสมอภาค (Alpers & Hanssen, 2014; Waite & Calamaro, 2010) ดังนั้นสภาการพยาบาลของอเมริกาได้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้สามารถดูแลสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย โดยสภาการพยาบาลสากล (International Council of Nurses (ICN)) ที่เห็นได้ชัดในทวีปเอเชียที่มีคนหลากหลายเชื้อชาติเข้าไปทำงานย้ายถิ่น เช่น ในประเทศฮ่องกง สภาการพยาบาลของประเทศฮ่องกง (The Nursing Council of Hong Kong, 2012) ได้กำหนดสมรรถนะพยาบาลในการปฏิบัติให้การพยาบาลประกอบด้วย ความสามารถ (Ability) ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) และทัศนคติ (Attitudes) ครอบคลุมทั้งมีสมรรถนะทางคลินิก (Clinical competence) สมรรถนะทั่วไป (General competence) และองค์ประกอบสมรรถนะทางจริยธรรม (Moral competence) ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลเกี่ยวกับกิจกรรมารยาท ความรู้สึก การคิดเชิงเหตุผลจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ในการเตรียมพร้อมการพยาบาลในประชาคมอาเซียน โดยความร่วมมือกันในสัญญาประชาคมอาเซียนพบว่าพยาบาลเป็นวิชาชีพแรกที่ลงนามในการพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรม (Cultural competence) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการเตรียมความพร้อมของทุกคนในการทำความเข้าใจความหลากหลายของสมาชิกอาเซียน (ดวงเดือน วิเลปนนะ ปฤษณา เตชะวีรกาญจน์กุล นพวรรณ ภัทรวงศา และนันทนา เชี่ยวชาญ, 2555)

การพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรม เป็นกระบวนการซึ่งบุคลากรทางสุขภาพสามารถเรียนรู้ได้จากประสบการณ์ตรงกับผู้ป่วยต่างทางวัฒนธรรม และจัดอบรมให้พยาบาลมีความรู้สามารถนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยที่มีความคิดความเชื่อวิถีชีวิตและพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย กระบวนการพัฒนาให้บุคลากรทางสุขภาพกลายเป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมสามารถทำได้โดยเพิ่มการตระหนักรู้และให้ความรู้และให้โอกาสจะสะท้อนคิดและวิเคราะห์เกี่ยวกับการแสดงออกของการกระทำ ในการศึกษาครั้งนี้นำทฤษฎีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของผู้ให้บริการการดูแลทางสุขภาพของแคมปินฮา – บาโคท (Campinha

– Bacote, 2002) มาประเมินสมรรถนะของพยาบาลดังต่อไปนี้คือ 1) ตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม (Cultural awareness) 2) ความรู้ทางวัฒนธรรม (Cultural knowledge) 3) ทักษะในการดูแลทางวัฒนธรรม (Cultural skill) 4) ด้านปฏิสัมพันธ์เชิงวัฒนธรรม (Cultural encounters) 5) ด้านความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม (Cultural desire) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะค้นหาสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมและส่งผ่านสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของพยาบาลเป็นลำดับและของการศึกษาคั้งนี้

ดังนั้นในการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยจึงใช้ทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) เป็นแนวคิดพื้นฐานของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่เชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากปัจจัยด้านบุคคลกับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม โดยแบนดูราเน้นว่าพฤติกรรมของบุคคลมาจากกระบวนการทางปัญญาด้วยการเรียนรู้ นั่นไม่จำเป็นต้องพิจารณาในแง่ของพฤติกรรม (Behavior) เพียงอย่างเดียว หากแต่ว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงภายในของบุคคล (Person) และการได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อม (Environment) ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านบุคคล ที่ประกอบด้วย เจตคติต่อเชื้อชาติ เพศ ศาสนา (Dunagan & et al, 2014) ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม (Cruz, Esacio, Bagtang, & Colet, 2016; Sokola, 2013) และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ประกอบด้วย การสนับสนุนจากองค์กร (Organization support) (Taylor-Ritzler & et al, 2008) มีอิทธิพลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ดังนั้นปัจจัยดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกันต่อการเกิดพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม นอกจากนี้ยังมีผลงานวิจัยที่สนับสนุนปัจจัยด้านบุคคลดังนี้ **1) ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม** ที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ได้แก่ 1.1) ประสบการณ์ชีวิต เช่น การศึกษาของเบนเคิร์ตและคณะ (Benkert & et al, 2011) พบว่าประสบการณ์ชีวิต (Life experience) กับกลุ่มที่ต่างวัฒนธรรมมีผลให้มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม จากการศึกษาของโซโคลา (Sokola, 2013) พบว่าประสบการณ์ของนักเรียนพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแล (Caring ability) และสมรรถนะกับพฤติกรรมการดูแลในนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 1 1.2) ประสบการณ์การทำงาน เช่น การศึกษาของ คอสตา ดอส เริส และเมนเดส คอสตา (Costa dos reis & Mendes Costa, 2014) พบว่า พยาบาลผู้ที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยย้ายถิ่นการได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีคนหลากหลายวัฒนธรรม ส่งผลให้พยาบาลมีความรู้และทักษะทางวัฒนธรรม และการศึกษาของเอฮัน (Ahn, 2017) พบว่าพยาบาลที่ทำงานกับคนต่างวัฒนธรรมจะทำให้มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม 1.3) ประสบการณ์จากการได้รับการฝึกอบรม เช่น นักเรียนพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรม (Diversity training) ประสบการณ์ทางคลินิกการดูแล

ผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมทำให้เป็นผู้มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม (Cruz, Esacio, Bagtang & Colet, 2016; Vandenberg & Kalischuk, 2014) 2) **เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม (Cultural attitude)** เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม สอดคล้องกับการศึกษาของแวนเดนเบิร์กและคาลิชชุก (Vandenberg & Kalischuk, 2014) พบว่านักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่ได้รับอบรมเรียนรู้ในการยอมรับด้านวัฒนธรรมและการดูแลเชิงวัฒนธรรม(Cultural care) หลังจากอบรมได้เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์พบว่า นักเรียนมีทัศนคติเกี่ยวกับชนชาติและอคติเปลี่ยนไป หลังจากทำงานกลายเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกัน ทำให้เป็นผู้ที่มีความตระหนักและเคารพผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของคาร์ดอง-เอ็ดเกรนและคณะ (Kardong-Edgren & et al, 2005) พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีเจตคติทางบวกต่อชาวอเมริกาเชื้อสายแอฟริกาและชาวเอเชียที่สามารถพูดภาษาอังกฤษได้เท่านั้น 3) **การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร** เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม จากการศึกษาของเซียเซนและสติงแฮมเบอร์ (Caesen & Stinglhamber, 2014) พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการศึกษาของอฮน(Ahn, 2017) พบว่า องค์กรสนับสนุนด้านสมรรถนะของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยต่างชาติมีอิทธิพลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของพยาบาล การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรโดยให้พนักงานที่เป็นบุคลากรทางสุขภาพฝึกอบรมด้านสมรรถนะด้านวัฒนธรรมได้รับความรู้เปลี่ยนเจตคติ ค่านิยมและเปลี่ยนรูปแบบการสื่อสาร (Taylor-Ritzler & etal, 2008) การฝึกอบรมเชิงวัฒนธรรมให้กับพนักงานที่ย้ายถิ่นฐานมาทำงานมีผลให้เกิดความพึงพอใจลดการลาออกของพนักงานด้วย (Kassar, Rouhana & Lythreatis, 2015) จากการประมวลเอกสารการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรเป็นตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยผ่านสมรรถนะของพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการอบรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมโดยใช้เทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์ของคราวเก้ และเบอร์โตโล (Kratzke & Bertolo, 2013) การสอนนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับวัฒนธรรมเพื่อเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเองของลาร์เซ็น และรีฟ(Larsen & Reif, 2011) และการศึกษาของลอง(Long, 2016) เกี่ยวกับการสอนโดยใช้เหตุการณ์จริงเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลได้รับความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ในการให้บริการผู้ป่วยในชุมชน เป็นต้น ซึ่งเห็นว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการเรียนรู้เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลเป็นผู้ที่มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยหลากหลายวัฒนธรรม ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมที่มีผลต่อ

พฤติกรรม การดูแลเชิงวัฒนธรรม นอกจากนี้ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเรียนการสอน และโปรแกรมในประเทศสหรัฐอเมริกา เช่น The American Nurses Association (1991) และ The National League for Nursing (NLN) (1993) มีการศึกษาเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลที่จะทำงานให้มีคุณลักษณะ (Characterized) ดูแลผู้ป่วยหลากหลายทางวัฒนธรรม ตัวอย่างเช่น มหาวิทยาลัยฮาวาย ไฮโล สหรัฐอเมริกา นำวิชาการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (NURS 350 Transcultural Care & Health Program) บรรจุเอาไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอน ซึ่งวิธีการสอนมีหลากหลายเทคนิคได้แก่ การบรรยาย สันทนาการ กลุ่ม ศึกษาเฉพาะรายกรณี ฝึกปฏิบัติ ในคลินิก การสะท้อนคิดและเล่นเกมส์/บทบาทสมมุติ ชมภาพยนตร์/วิดีโอและแบบจำลองทาง วัฒนธรรม การมอบหมายงาน (Spencer, Macdonald & Archer, 2008) และการเรียนรู้ สถานการณ์เสมือนจริง (Perry, Woodland & Brunero, 2015; ดวงมล หน่อแก้ว, 2558) ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนที่ดูแล ลูกค้าต่างชาติ ในปีพ.ศ. 2556 กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนที่มีนโยบายให้บริการลูกค้าต่างชาติ เป็น โรงพยาบาลรองรับผู้ป่วยค้างคืนซึ่งในโรงพยาบาลกลุ่มนี้มีนโยบายการบริการเพื่อให้ลูกค้า ต่างชาติตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งได้มีการดูแลรักษาอย่างเป็นมาตรฐานสากลได้ จัดเตรียมบุคลากรที่สามารถให้บริการแก่ชาวต่างชาติ พนักงานที่ดูแลผู้ป่วยจะต้องมี ความสามารถสื่อสารภาษาอังกฤษ มีล่ามหลากหลายภาษามากกว่า 15 ภาษา มีห้องละหมาด สำหรับชาวอารบิกทั้งผู้ชายและผู้หญิง มีอาหารนานาชาติ เอกสารในการให้การยินยอมในการ บอกกล่าว มีเอกสารให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยมีการแปลหลายภาษาสอดคล้องกับเชื้อชาติของผู้ป่วย เช่น ภาษาอังกฤษ ญี่ปุ่น อารบิก พม่า จีน เป็นต้น มีการอบรมให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ วัฒนธรรมชาวอารบิก พม่า เป็นต้น

จากที่ได้กล่าวข้างต้นพบว่าช่องว่างของการศึกษา (Gap of Knowledge) จากการ สังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสมรรถนะและพฤติกรรมดูแลเชิง วัฒนธรรมทั้งงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ พบช่องว่างของการศึกษาได้แก่ ด้านปัญหาในการ วิจัย ด้านแบบแผนการวิจัยด้านกลุ่มเป้าหมายในการทำวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งแต่ละ ด้านมีข้อสังเกตต่อไปนี้

ด้านปัญหาในการวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพัฒนาเครื่องมือและวิเคราะห์ องค์ประกอบได้แก่ การพัฒนารอบแนวคิดของสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ของชุดินันท์ จันทรเสนานนท์, ศิริชัย กาญจนวาสี, และกมลวรรณ ตั้งธนกานนท์ (2554) การ ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของพยาบาลของเพริงและวัตสัน

(Perng & Watson, 2012) มีการศึกษาพัฒนาารูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลของ ศิริพันธ์ ศิริพันธ์ (2555) การศึกษาเปรียบเทียบระดับสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของพยาบาลไทย (Praneed & Siriphan, 2015) จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยเห็นว่าปัญหาการวิจัยดังกล่าวยังไม่มีการศึกษาที่ลุ่มลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมว่าเป็นอย่างไรในบริบทสังคมไทยและมีปัจจัยใดที่จะพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลที่ทำงานดูแลผู้ป่วยต่างชาติในโรงพยาบาลเอกชน นานาชาติ

ด้านแบบแผนการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ การศึกษาเรื่องสมรรถนะการพยาบาลพหุวัฒนธรรมของพยาบาลไทย เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพของ ชลลดา ตริยะวิสุทธิศรี, ภาณุวัฒน์ ภักดิ์วงศ์ และชมนาด วรรณพรศิริ (2559) นอกจากงานวิจัยมีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาวิเคราะห์สังเคราะห์โดยการเขียนบทความต่างๆ เช่น เรื่อง ความเข้าใจข้ามวัฒนธรรมเกี่ยวกับดูแลสุขภาพฟันในผู้ป่วยมุสลิมของสิรอยส์ ดาร์บี้และโทลลี (Sirois, Darby, & Tolle, 2012) สมรรถนะด้านวัฒนธรรมในแผนกฉุกเฉินการดูแลสำหรับผู้ป่วยเชื้อสายมุสลิมในประเทศอเมริกาของเอเซ็นวีลีและรอดสารี (Ezenkwele & Roodsari, 2013) บทความเรื่องทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรม: การขยายกรอบแนวคิดในการตระหนักรู้ในการศึกษาทางการพยาบาลของลานซีลลอตตี (Lancellotti, 2008) มีการศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของพยาบาลฟิลิปปินส์ โดยใช้สถิติ regression โดยเพลพโพซีและคณะ (Preposi, Estacio, Bagtang, & Colet, 2016) สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน (วีรณัฐ วิบูลย์พันธ์, 2552) และการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยต่างชาติในประเทศเกาหลี (Ahn, 2017) ผู้วิจัยเห็นว่าสามารถพัฒนางานวิจัยที่ต่อยอดจากงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาองค์ประกอบและคุณภาพของเครื่องมือวัดสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของพยาบาลไทยที่ดูแลผู้ป่วยต่างชาติ เป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะดำเนินการตามการวิจัยพหุวิธีขึ้น เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาใดทำการวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมในการดูแลเชิงวัฒนธรรม ในการวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายหลักของการวิจัยในระยะที่ 1 ของการวิจัยเพื่อศึกษาอิทธิพลเชิงสาเหตุด้านปัจจัยบุคคลและปัจจัยทางสังคมที่มีต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมในการดูแลเชิงวัฒนธรรม และการวิจัยในระยะที่ 2 เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมในการดูแลเชิงวัฒนธรรม ซึ่งแบ่งงานวิจัยออกเป็น 2 ระยะและในการดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาอย่างน้อย 1 ปีและกำลังปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

เอกชนที่มีนโยบายดูแลผู้ป่วยต่างชาติ เนื่องจากได้รับการถ่ายทอดทางสังคมมากระยะหนึ่งที่พร้อม จะมีพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมได้ เพื่อตอบสนองนโยบายชาติถึงการเป็นศูนย์กลาง ให้บริการสุขภาพนานาชาติของเอเชียในการให้รักษาผู้ป่วยหลากหลายวัฒนธรรม ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่า บริบทและข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 1 นั้นจะนำมาสู่การออกแบบโปรแกรม ให้มีความสมบูรณ์เพิ่มเติมเพื่อมาเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองระยะที่ 2 เพื่อศึกษาประสิทธิผล ของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อ พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ตามแนวคิดที่ว่า การที่พยาบาลจะพัฒนา เป็นผู้มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยนั้นควรจะต้องมีความรู้ในการประเมินทาง วัฒนธรรมเป็นลำดับแรก และในระหว่างดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมพยาบาลจะต้องได้รับ ประสบการณ์ที่ได้จากทั้งการศึกษาอย่างเป็นทางการ(Formal education) และการฝึกอบรมจาก ประสบการณ์จริงร่วมด้วยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงได้ นำเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์ ตาม แนวคิดทฤษฎีของโคลบ(Kolb, 1984) มาใช้ในการกำหนดขั้นตอนของการจัดการเรียนรู้ใน โปรแกรมที่ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกันดังนี้ 1) การปฏิบัติเพื่อสั่งสมประสบการณ์ (Concrete experience) 2) สะท้อนคิดจากการสังเกต (Reflective observation) 3) การสร้าง ความคิดรวบยอด (Abstract conceptualization) 4) การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Active experimentation) ซึ่งนักเรียนจะเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่แตกต่างจากเดิมโดยใช้การสะท้อนคิด โดยเทคนิคการสอนเช่น การฝึกอบรมในงาน การจำลองสถานการณ์จริง บทบาทสมมติ อภิปราย กลุ่ม เป็นต้น (Aper & Hanssen, 2014; Kokko, 2011; ศิริพันธ์ ศิริพันธ์, 2555; และประณีต ส่ง วัฒนา, 2557; ดวงกมล หน่อแก้ว, 2558)

จึงกล่าวได้ว่า การวิจัยในระยะที่ 1 ทำให้ทราบข้อค้นพบในการอธิบายพฤติกรรมการ ดูแลเชิงวัฒนธรรม และขนาดอิทธิพลของตัวแปรปัจจัยใดที่มีต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและ พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งข้อมูลที่ได้นี้จะมีความสำคัญและเป็น ประโยชน์ในการออกแบบโปรแกรมที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมที่ ร่วมกับปัจจัยเชิงสาเหตุที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเป็นการตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้ จากประสบการณ์ว่า การพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและการพัฒนาเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรม การดูแลเชิงวัฒนธรรม จะทำให้สมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม พัฒนาเพิ่มขึ้นหรือไม่ ซึ่งผลจากการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการจัดทำแนวทางในการจัดโปรแกรม พัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม เพื่อจะนำไปใช้ในการ

พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลและนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลากหลายวัฒนธรรมที่มารับบริการโรงพยาบาลรัฐและเอกชนต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพกับข้อมูลเชิงประจักษ์
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาทางพฤติกรรมศาสตร์ โดยบูรณาการศาสตร์ทางด้านจิตวิทยา สังคมวิทยา และพยาบาลศาสตร์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนนานาชาติ เขตกรุงเทพมหานคร โดยผลที่ได้จากการศึกษาก่อให้เกิดคุณค่าทั้งทางด้านทฤษฎีและด้านการปฏิบัติดังนี้

1. ความสำคัญในเชิงทฤษฎี

1.1 ได้ทราบข้อค้นพบในการอธิบายพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม และขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะมีความสำคัญและเป็นประโยชน์ในการออกแบบโปรแกรมในการพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ

1.2 การวิจัยระยะที่2 พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ซึ่งทำการทดสอบและประเมินผลแล้วว่ามีประสิทธิผลสามารถนำไปปรับใช้กับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม รวมทั้งได้โปรแกรมฝึกอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

2. ความสำคัญเชิงปฏิบัติ

2.1 ข้อค้นพบนี้ทำให้ทราบถึงความแตกต่างของระดับพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชน นานาชาติ ซึ่งข้อมูลที่ได้มีความสำคัญ และ

เป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลจะสามารถนำไปวางแผนเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลมีการพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมเพื่อตอบสนองการนโยบายในการให้บริการผู้ป่วยหลากหลายวัฒนธรรม

2.2 ข้อค้นพบนี้ทำให้ทราบถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสมรรถนะและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อฝ่ายพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในพหุวัฒนธรรมสามารถนำไปกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมที่ได้จากการวิจัย เป็นแนวทางการฝึกอบรมพยาบาลให้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพมาตรฐานปลอดภัย และพึงพอใจ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยพหุวิธี (Multi – Methods) แบบเชิงปริมาณตามลำดับ (Sequential quantitative method) (Teddlie & Tashakkori, 2009: 140-141) ดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม และระยะที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

การวิจัยระยะที่ 1: การตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนที่ดูแลผู้ป่วยต่างชาติ ในโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่มีนโยบายหลักให้บริการลูกค้าต่างชาติ 4 แห่ง แผนกผู้ป่วยในที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานมาอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป รวมประชากรทั้งสิ้น 1,050 คน แบ่งเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวนประมาณ 295 คน และแผนกผู้ป่วยในจำนวนประมาณ 755 คน (ข้อมูลเดือนมกราคม 2560ของฝ่ายทรัพยากรบุคคลในโรงพยาบาล)

กลุ่มตัวอย่างใช้ในการวิจัย คือ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ที่กล่าวว่า ในการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง ขนาดตัวอย่างควรอยู่ระหว่าง 10-20 คนต่อหนึ่งตัวแปรสังเกต จึงจะเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรได้แล้วมีจำนวนพอเพียงที่จะทำให้ผลการวิจัยเชื่อถือได้ (Lindeman, Mereda, Gold. 1980; Weiss. 1972 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2542: 54) ในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรสังเกตที่ใช้ในการวิจัยรวมจำนวน 20 ตัว จึงประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ

1: 10 ตามข้อกำหนดตัวอย่าง 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยในรวมอย่างน้อย 400 คน ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เป็น 440 เพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือและป้องกันข้อมูลผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) โดยมีสัดส่วน ระหว่างประชากรต่อกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 2: 1 โดยประมาณกำหนดให้แผนกผู้ป่วยเป็นหน่วยแบ่งเป็นชั้นภูมิทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจากแผนกผู้ป่วยนอกเท่ากับ 120 คน และแผนกผู้ป่วยใน 320 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรในการวิจัยระยะที่ 1 ประกอบด้วย

1. ตัวแปรแฝงภายนอก 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1 ตัวแปรปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

1.2 ตัวแปรปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร

2. ตัวแปรแฝงภายใน ประกอบด้วยตัวแปรคั่นกลาง ได้แก่ สมรรถนะด้านวัฒนธรรม

3. ตัวแปรผล ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

การวิจัยระยะที่ 2: ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม แบบแผนการทดลองที่ใช้ในการวิจัยในระยะที่ 2 นี้คือ pretest – posttest follow up design เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง ซึ่งเป็นแบบ Quasi- experimental study

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพที่โรงพยาบาลเอกชนที่มีนโยบายรับลูกค้าต่างชาติในเขตกรุงเทพมหานคร ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน ซึ่งสุ่มเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยมีอายุ 20 ปีขึ้นไป โดยมีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งอย่างน้อย 1 ปี เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งที่ยินยอมอนุญาตให้ความร่วมมือเก็บข้อมูลการทดลองงานวิจัยระยะที่ 2 โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง(Purposive Sampling) โดยกำหนดจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 21 คน โดยสมัครใจยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปรที่ศึกษาในงานวิจัยระยะที่ 2 ประกอบด้วย

1. ตัวแปรอิสระ (Independent variable) มี 2 ประเภทคือ
 - 1.1 ตัวแปรจัดกระทำคือ การได้รับ/ไม่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม
 - 1.2 ตัวแปรร่วมคือ เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม
2. ตัวแปรตาม คือ ได้แก่ สมรรถนะด้านวัฒนธรรม และพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

นิยามศัพท์เฉพาะ

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี และได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพชั้นหนึ่ง มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมอย่างน้อย 1 ปี ปฏิบัติงานในหน่วยงานบริการผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่มีนโยบายหลักให้บริการลูกค้าต่างชาติ ในเขตกรุงเทพมหานคร 4 แห่ง

โรงพยาบาลเอกชน นานาชาติ หมายถึง โรงพยาบาลที่ให้บริการการแพทย์ครบวงจรมีนโยบายรองรับดูแลผู้รับบริการชาวไทยและต่างประเทศทั่วโลก ได้รับการรับรองมาตรฐานสูงสุดด้านความปลอดภัยและคุณภาพระดับสากล (Joint Commission International) ตามมาตรฐานการรับรองของสหรัฐอเมริกา

นิยามปฏิบัติการ

1. พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม หมายถึง การกระทำที่แสดงออกโดยการช่วยเหลือ สนับสนุน อำนวยความสะดวกหรือการกระทำแสดงออก สนองตอบความต้องการให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยแต่ละบุคคล โดยการดำรงรักษา ประนีประนอมต่อรองให้ผู้ป่วยปรับให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรม สนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดี หรือเผชิญกับความเจ็บป่วย ความพิการหรือความตาย อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับความเชื่อและวิถีชีวิตทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย แบ่งได้เป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1) การแสดงออกถึงการดูแลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ (Assurance of human presence) หมายถึง การแสดงออกของพยาบาลด้วยความเอาใจใส่ในการช่วยเหลือ เกื้อกูล อำนวยความสะดวกผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมให้ได้รับการดูแลแบบองค์รวม

2) การให้ความรู้ในเชิงวิชาชีพ (Professional knowledge and skill) หมายถึง การให้ข้อมูลความรู้และให้เหตุผลแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อแก้ปัญหา การดูแลที่ตอบสนองความต้องการผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

3) การเคารพต่อความความคิดความเชื่อของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม (Respecting patients' culture) หมายถึง การแสดงออกของพยาบาลถึงการยอมรับความเชื่อเดิม วิถีชีวิต วัฒนธรรม และการวางแผนดูแลรักษาสุขภาพให้สอดคล้องกับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

4) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย (Positive connectedness) หมายถึง การแสดงออกของพยาบาลในการมีปฏิสัมพันธ์สื่อสารกับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมด้วยกลวิธีที่เหมาะสมโดยการถาม รับฟัง เข้าใจความรู้สึก และโน้มน้าวใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับมีความพึงพอใจ

การวัดพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ผู้วิจัยปรับปรุงพัฒนาจากแบบวัดของ Wu & Larrabee (2006) และภรณ์ เลื่องอรุณ; สุภาพร วรรณสันทัด; อริสา จิตต์วิบูลย์. (2555) โดยนำมาปรับภาษาให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย ข้อคำถาม 24 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบได้แก่ 1) การแสดงออกถึงการดูแลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ (Assurance of human presence) 2) การให้ความรู้ในเชิงวิชาชีพ (Professional knowledge and skill) 3) การเคารพต่อความความคิดความเชื่อของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม (Respecting patients' culture) 4) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย (Positive connectedness) แต่ละข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคย (Never) จนถึง เสมอ (always) แบบวัดที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมมากกว่าผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

2. สมรรถนะด้านวัฒนธรรม หมายถึง ความสามารถของพยาบาลที่จะให้บริการผู้ป่วยได้อย่างสอดคล้องกับวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกัน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบดังนี้คือ

1) ความตระหนักรู้ด้านวัฒนธรรม (Culture awareness) หมายถึง การเรียนรู้ความเข้าใจและการยอมรับของพยาบาลต่อความไวต่อการรับรู้ในความแตกต่างในเรื่องความเชื่อ ค่านิยม วิถีชีวิต การปฏิบัติและกลยุทธ์หรือวิธีการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย ไม่ลำเอียงต่อวัฒนธรรมของผู้อื่น

2) ความสามารถในการประยุกต์ความรู้ทางวัฒนธรรม (Cultural knowledge) หมายถึง การเรียนรู้ทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับหลักปฏิบัติทางศาสนา วัฒนธรรม วิถีชีวิต ประเพณีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การรักษาพื้นบ้าน ซึ่งทำให้พยาบาลเข้าใจในความคิด ความเชื่อ ค่านิยมของผู้ใช้บริการด้านสุขภาพและปัจจัยที่อาจมีผลต่อสุขภาพ

3) ความสามารถในการประเมินด้านวัฒนธรรม (Culture skill) หมายถึง ความสามารถในการประเมินความคิด ความเชื่อค่านิยมและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ใช้บริการ และนำมาวางแผนปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลสุขภาพ ให้เหมาะสมความต้องการของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

4) การติดต่อสื่อสารทางวัฒนธรรม (Cultural encounters) หมายถึง การที่พยาบาล มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีภูมิหลังทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน โดยการปรับ ประยุกต์ หรือเลือกใช้ วิธีการมีปฏิสัมพันธ์ที่หลากหลายและเหมาะสมกับแต่ละบุคคล สิ่งใดควรทำและไม่ควร มีการ สื่อสารทั้งวงจระภาษาและอวจนะภาษา รวมทั้งการสื่อสารผ่านล่ามแปลภาษาทำให้เข้าใจบรรลุ เป้าหมายสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม

5) ความปรารถนาทางวัฒนธรรม (Cultural desire) หมายถึง ความตั้งใจที่ทำให้ พยาบาลต้องการเข้าไปสู่กระบวนการพัฒนาการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม การมีความตระหนักรู้ องค์ ความรู้ ทักษะและความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ จำเป็นต้องกระทำร่วมกับการมีแรงบันดาลใจ หรือความปรารถนาอย่างแท้จริงที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

การวัดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ผู้วิจัยปรับปรุงพัฒนาจากแบบวัดของแคมพินฮา-บา โคท (1998) และแบบวัดสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของแคมพินฮา-บาโคท (2002) โดยนำมาปรับ ภาษาให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย มีข้อคำถาม 21 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ จาก ไม่จริงเลย (1 คะแนน) ถึง จริงที่สุด (6 คะแนน) คำถามจากการประมวลเอกสารจาก เกี่ยวกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรม การแปลคะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มี ความชำนาญทางสมรรถนะด้านวัฒนธรรมระดับสูง ผู้ตอบที่ได้คะแนนน้อยกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มี สมรรถนะด้านวัฒนธรรมระดับน้อย

3. ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม (Cross-cultural experience) หมายถึง การมี ความจำเรื่องราวเกี่ยวกับวัฒนธรรมอื่นโดยการพบเห็นเหตุการณ์โดยตรงหรือการมีส่วนร่วมกับ แลกเปลี่ยนพูดคุยบุคคล ส่งผลให้บุคคลได้รับการพัฒนาทักษะต่างวัฒนธรรม ในการมี ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม สามารถแบ่งได้เป็น 3 องค์ประกอบคือ 1) ประสบการณ์ข้าม วัฒนธรรมจากการศึกษา/เรียนรู้ภาษาต่างชาติ หมายถึง การพัฒนาทักษะต่างวัฒนธรรมจาก ประสบการณ์ในอดีตที่เคยได้รับอบรมการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมและการเรียนรู้ ภาษาต่างประเทศ 2) ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมการทำงาน หมายถึง การพัฒนาทักษะต่าง วัฒนธรรมจากประสบการณ์ในอดีตที่เคยทำงานกับบุคคลต่างวัฒนธรรม 3) ประสบการณ์ข้าม

วัฒนธรรมจากการอาศัยหรือท่องเที่ยวต่างประเทศ หมายถึง การพัฒนาทักษะต่างวัฒนธรรมจากประสบการณ์ที่เคยเพื่อนหรืออยู่กับสมาชิกครอบครัวชาวต่างชาติ เคยท่องเที่ยวต่างประเทศ

การวัดประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมของเบอร์แมน และโฟร์แมน (Bernal & Froman, 1993 cited in Tally, 2002) และแบบวัดประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม แฟร์เบอร์ (Farber, 2015) โดยนำมาปรับภาษาให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย มีข้อคำถาม 7 ข้อ ทำการวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก ไม่จริงเลย (1 คะแนน) ถึง จริงที่สุด (6 คะแนน) ผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมมากกว่าผู้ตอบแบบวัดที่คะแนนรวมน้อยกว่า

4 เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม (Cultural attitude) หมายถึง ความรู้เชิงประเมินค่าของพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมที่ต้องคำนึงถึงข้อดีข้อเสีย เป็นสิ่งที่มีประโยชน์หรือโทษเพียงใดจากการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมว่า ชอบหรือไม่ชอบ ความพึงพอใจด้านบวกและลบ รวมทั้งแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม โดยเจตคติประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความรู้เชิงประเมินค่า เป็นการประเมินในภาพรวมที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ว่ามีผลต่อผู้ป่วยอย่างไร ข้อดีหรือข้อเสีย อย่างไร มากน้อยเพียงใด 2) ความรู้สึกเป็นอารมณ์ที่แสดงถึงความชอบทางด้านบวกและความรู้สึกไม่ชอบด้านลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม 3) ความพร้อมที่จะกระทำ เป็นความพร้อมหรือความโน้มเอียงที่บุคคลประพฤติปฏิบัติให้สอดคล้องกับความรู้สึกของตนเอง

การวัดเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม พัฒนามาจากแบบวัดของผู้วิจัยประยุกต์มาจากแนวคิดของแมคไกวร์ (McGuire, 1985) ร่วมกับ แบบวัดเจตคติเชิงวัฒนธรรม (Cultural attitude scale) ของ Bonaparte (1977) และ แบบวัดของกรรณิกา ศิลปพรหมมาศ (2547) นำมาปรับภาษาและสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย ข้อคำถาม 11 ข้อ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้เชิงประเมินค่า 2) ความรู้สึก 3) ความพร้อมที่จะกระทำ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ จากน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (6 คะแนน) โดยข้อคำถามทางบวกให้คะแนน 1-6 และโดยข้อคำถามทางลบให้คะแนน 6-1 การแปลคะแนนผู้ตอบวัดที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่ามีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อย

5 การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร (Perceived organization support) หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลว่าได้รับการส่งเสริมจากผู้บริหารของโรงพยาบาลในการสนับสนุนช่วยเหลือในการปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ได้แก่ 1) ด้านค่าตอบแทน หมายถึง การรับรู้ว่า

ได้รับคำตอบแทนต่างๆ เช่น ทดสอบภาษาอังกฤษ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 2) ด้านความรู้ในการทำงานและโอกาสก้าวหน้า หมายถึง การรับรู้ว่าจะก่อให้เกิดการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการศึกษาหรือการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม 3) ด้านความมั่นคงในการทำงาน หมายถึง การรับรู้ว่าจะก่อให้เกิดโอกาสและจะยังคงจ้างพนักงานให้ทำงานต่อไป 4) ด้านจิตอาสรมณ์ หมายถึง การรับรู้ว่าจะก่อให้เกิดการยอมรับ ยกย่องให้เกียรติ เมื่อทำงานประสบความสำเร็จ สนับสนุนให้พนักงานได้มีส่วนร่วมในการทำงานในองค์กร มีความเข้าใจ และเห็นใจเมื่อพนักงานตัดสินใจหรือทำงานผิดพลาด 5) ด้านการปฏิบัติงาน หมายถึง การรับรู้ว่าจะสนับสนุนช่วยให้พนักงานทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกในองค์กรเช่น วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ เพื่อให้พนักงานสามารถทำงานได้อย่างปลอดภัยมีสภาพการทำงานที่ดีและสร้างบรรยากาศสภาพแวดล้อมที่ดี

การวัดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดของสคินันท์ ทิพย์โอสถ (2556) และแบบวัดของศรัณย์ พิมพ์ทอง (2557) โดยนำมาจากแบบวัดในงานวิจัยของ Eisenberger et al. (1986) และ Rhoades et al. (2001) นำมาปรับภาษาและสร้างข้อคำถามเพิ่มขึ้นให้เหมาะสมกับบริบททำการวัดใน 5 องค์ประกอบได้แก่ 1) ด้านคำตอบแทน 2) ด้านความรู้ในการทำงานและโอกาสก้าวหน้า 3) ด้านความมั่นคงในการทำงาน 4) ด้านจิตอาสรมณ์ 5) ด้านการปฏิบัติงาน มีข้อคำถาม 26 ข้อ มาตรฐานวัดประเมินค่า 6 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (6 คะแนน) การแปลคะแนน ผู้ตอบวัดที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่ารับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อย

แบบสอบถามนี้มีมาตรฐานวัดประเมินค่า 6 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (6 คะแนน) การแปลคะแนน ผู้ตอบวัดที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่ารับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อย

โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ชุดฝึกอบรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์เพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรม ของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดของคอมพินฮา- บาโคท (2002) ร่วมกับนำข้อมูลทางวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มผู้ป่วยเช่นด้านศาสนา การสื่อสารทั้งวงจนะภาษาและอวงจนะภาษา สถานการณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้องความเชื่อด้านสุขภาพ วิถีชีวิต แบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งผลกระทบต่อความคิด แนวทางปฏิบัติ หรือ พฤติกรรมที่มีผลต่อการตัดสินใจในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยของ

ผู้ปวยต่างวัฒนธรรม ให้ผู้เข้าร่วมได้อภิปรายสนทนากลุ่ม และสะท้อนคิด สรุปประเด็นข้อคิดเห็นที่ได้นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้พยาบาลพัฒนาเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม เพื่อให้ผู้ปวยลดความรู้สึกอคติลำเอียง ไม่เสมอภาค ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย โดยผู้วิจัยใช้เทคนิควิธีสอนดังนี้ ได้แก่ บรรยาย สื่อวีดีโอทัศน์ สะท้อนคิด สนทนากลุ่ม บทบาทสมมติ สถานการณ์จำลองเสมือนจริง กรณีศึกษา ฝึกปฏิบัติในใบงาน เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรม 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม 2) ความสามารถในการประยุกต์ความรู้ทางวัฒนธรรม 3) ความสามารถในการประเมินทางวัฒนธรรม 4) การติดต่อสื่อสารทางวัฒนธรรม 5) ความปรารถนาทางวัฒนธรรม โดยใช้ระยะเวลาทำกิจกรรมรวม 5 ครั้ง ติดตามผลหลังจากยุติกิจกรรม 1 เดือน เข้าร่วมกิจกรรมครั้งละ 2-3 ชั่วโมง ระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการพัฒนานุคลากรของหน่วยงานตามปกติ



บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาทางพฤติกรรมศาสตร์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาอิทธิพลเชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้ประมวลงานวิจัยแนวคิดทฤษฎีรวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรในงานวิจัย โดยแบ่งเนื้อหาของ การประมวลเอกสาร ตามลำดับดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม (Cultural care behavior)
2. สมรรถนะด้านวัฒนธรรมและอิทธิพลที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม
3. แนวคิดในการวิเคราะห์สาเหตุของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม
 - 3.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory)
 - 3.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's taxonomy)
4. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม
 - 4.1 ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม (Cross-cultural experience) ที่มีต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม
 - 4.2 เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม (Cultural attitude) ที่มีต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม
 - 4.3 การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร (Perceived organization support) ที่มีต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม
 - 4.4 กรอบแนวคิดและสมมติฐานการวิจัยระยะที่ 1
5. โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ
 - 5.1 เทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential learning theory)
 - 5.2 กรอบแนวคิด และสมมติฐานการวิจัยระยะที่ 2

1. พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม (Cultural care behavior): ความหมาย การวัด และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมายของพฤติกรรม

นักวิชาการได้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ ดังเช่น กันยา สุวรรณแสง (2544, น. 92) ให้ความหมายของพฤติกรรมว่าเป็นปฏิกิริยา บทบาท ลีลา ท่าที การประพฤติ ปฏิบัติ การกระทำที่แสดงออกให้ปรากฏสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสทางใดทางหนึ่งใน 5 ทาง คือ ทางตา ปาก จมูก หู และผิวหนัง หรือมิฉะนั้นก็สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ ขณะที่ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2543) ให้ความหมายว่าพฤติกรรม หมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำ แสดงออก ตอบสนอง หรือโต้ตอบ สิ่งใดสิ่งหนึ่งในสถานการณ์ใด สถานการณ์หนึ่ง ที่สามารถสังเกตได้วัดได้โดยตรง ด้วยเครื่องมือที่เป็นวัตถุวิสัย ไม่ว่าจะเป็นการแสดงออก หรือการตอบสนองนั้นจะเกิดขึ้นภายในหรือเกิดขึ้นภายนอก ร่างกาย เช่น การวิ่ง การอ่านหนังสือ การเต้นของหัวใจ การกระตุ้นกล้ามเนื้อ เป็นต้น สอดคล้องกับ ประทีป จินฉัตร ให้ความหมายเกี่ยวกับ พฤติกรรม(Behavior) หมายถึง การกระทำที่บุคคลแสดงออก หรือสนองตอบต่อสิ่งเร้าที่สามารถวัดได้ และสังเกตเห็นได้ตรงกันในการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายนั้น (ประทีป จินฉัตร, 2540, น. 5) โดยจำแนกประเภทของพฤติกรรมโดยใช้การสังเกตเป็นเกณฑ์การจำแนก แบ่งพฤติกรรมออกเป็น 2 ประเภทคือ 1) พฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) เป็นพฤติกรรมที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ เช่น การวิ่ง การเดิน หัวเราะ เป็นต้น พฤติกรรมประเภทนี้ยังเป็น ออกเป็น 2 ลักษณะ คือพฤติกรรมโมลาร์ (Molar behavior) เป็นพฤติกรรมที่ต้องอาศัยเครื่องมือช่วยจึงจะสังเกตเห็นได้ เช่น ความดันโลหิต กระแสประสาท เป็นต้น 2) พฤติกรรมภายใน (Convert behavior) เป็นพฤติกรรมที่ผู้อื่นไม่สามารถสังเกตเป็นการเกิดพฤติกรรมได้ เป็น พฤติกรรมที่บุคคลเกิดการตอบสนองต่อสิ่งเร้า เจตคติ ความคิด ความสนใจ เป็นต้น พฤติกรรม เหล่านี้ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายใน จะได้รู้เฉพาะตัวเองเท่านั้น คนอื่นจะรู้ได้ก็ต่อเมื่อเจ้าตัวออกมา หรือ แสดงออกมาด้วยการทำให้ทราบแต่ถ้าตัวไม่บอกให้ทราบ เราต้องใช้หลักวิธีการสันนิษฐานจากการกระทำแทน (ต้องดูปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย ป้องกันการสันนิษฐานผิดพลาด) เช่น ถ้านิสิต มาเข้าเรียนตรงเวลา เข้าชั้นเรียนครบทุกครั้ง ส่งงานทุกครั้ง ที่อาจารย์สั่ง ถาม-ตอบ ในชั้นเรียนเป็นประจำ อาจารย์ก็จะสันนิษฐานจากการกระทำเหล่านี้ว่า นิสิตตั้งใจเรียน เป็นต้น

จากความหมายของพฤติกรรมที่ได้กล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำที่แสดงออกของบุคคล เพื่อตอบสนองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ที่สามารถสังเกตและวัดได้ตรงกัน ทั้งนี้พฤติกรรมจำแนกโดยใช้การสังเกตเป็นเกณฑ์ แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ พฤติกรรมภายในเป็นการแสดงออกที่อยู่ในกระบวนการของจิตใจ ซึ่งไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง เช่น ความคิด ความรู้สึก แรงจูงใจ เป็นต้น และพฤติกรรมภายนอก เป็นการ

แสดงออกที่สังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน เช่น การเดิน วิ่ง นอน กระโดด ทำงานต่างๆ เรียนหนังสือ เป็นต้น

ความหมายของการดูแลเชิงวัฒนธรรม

การดูแลเชิงวัฒนธรรมเกิดจากคำศัพท์ 2 คำ ได้แก่ คำว่าการดูแล และคำว่า วัฒนธรรม จากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแล พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายการดูแล คือการเอาใจใส่ ปกป้องรักษา ปกครอง (ราชบัณฑิตสถาน, 2546) และ สมจิต หนูเจริญกุล (2542) กล่าวว่า การดูแล (care) เป็นคำที่มาจากคำว่า caru มาจากภาษาเยอรมัน คือ kara หมายถึง เอาใจใส่ ปกป้องรักษา ปกครอง ต่อมานักวิชาการได้มีผู้ศึกษาได้ให้ความหมายดังนี้ สวอนสัน (Swanson, 1991) ให้ความหมายการดูแลว่าเป็นการแสดงออกของบุคคลด้วยความเอาใจใส่และความรับผิดชอบต่อความต้องการของบุคคล สอดคล้องกับ ฮีเก็ดส (Hegedus, 1999) ให้ความหมายการดูแลว่าเป็นศูนย์กลางในการปฏิบัติการพยาบาลและแสดงออกโดยกระทำการพยาบาลและพฤติกรรมของการดูแลของพยาบาลมีอิทธิพลสูงต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย วัตสัน (Watson, 1999) ให้ความหมายการดูแลว่า เป็นการอธิบายการกระทำของมนุษย์และเป็นการแสดงออกปฏิบัติระหว่างบุคคล ผลลัพธ์เป็นความพึงพอใจต่อความต้องการของมนุษย์ (Watson, 1979 Cited in Baily, 2009) อีกทั้งแนวคิดการดูแล (Caring) (Watson, 2008) ให้ความหมายการดูแลหมายถึง บริบทที่มีความเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมมีความซับซ้อนและเป็นจุดศูนย์กลางของการปฏิบัติพยาบาลและแสดงถึงพฤติกรรมของพยาบาล (Karlou, Papathanassoglou, & Patiraki, 2015, cited in Watson, 2008) อีกทั้งวัตสันได้ให้ความหมายการดูแลหมายถึง เป็นการดูแลระหว่างบุคคล ประกอบด้วยการป้องกัน เสริมสร้าง ศักดิ์ศรีของมนุษย์ และบูรณาการดูแลบุคคลทุกคน โดยช่วยเหลือให้บุคคลพบความหมายของความเจ็บป่วย บรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การควบคุมตนเอง โดยผสมผสานการดูแลร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ นอกจากนี้ไลนิงเจอร์ (Leininger, 1978) ให้ความหมายการดูแลว่าหมายถึง พฤติกรรมช่วยเหลือ สนับสนุน หรือเพิ่มความสามารถของบุคคล การดูแลอาจให้ความหมายต่างกันตามการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละวัฒนธรรมเน้นให้การดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละวัฒนธรรม ดังนั้นจะเห็นว่าการดูแลเป็นการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลือ ป้องกัน ส่งเสริม บรรเทาความเจ็บป่วยทั้งร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณให้สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมของผู้ป่วย

การดูแล เป็นกระบวนการที่มีลักษณะเป็นพลวัตร ประกอบด้วย 1) บุคคล หมายถึง พยาบาลและผู้ป่วย การดูแลบุคคล ที่เป็นองค์รวมของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยแต่ละคนมีภูมิหลังหรือประสบการณ์ชีวิตที่เป็นลักษณะเฉพาะตน 2) สนามปรากฏการณ์ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในขณะที่มีการดูแลในช่วงเวลา/สถานที่หนึ่ง ตามการรับรู้และประสบการณ์ 3) ณะ ให้การดูแลจะมีการปฏิสัมพันธ์กันในช่วงขณะนั้นๆ เลือกปฏิบัติหรือกระทำในสิ่งที่ดีที่สุดหรือเหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นั้น 4) การดูแลที่เข้าถึงจิตใจของบุคคล เป็นการดูแลที่เป็นความรู้สึกของบุคคล วัตถุประสงค์ว่าการทำให้พยาบาลและผู้ป่วยเข้าถึงจิตใจกันได้ ต้องอาศัยปัจจัยการดูแล 10 ประการ ดังนี้คือ 1) การสร้างประโยชน์ต่อเพื่อนมนุษย์ 2) ความศรัทธา และความหวัง สร้างความเชื่อ และสิ่งที่มีความหมายต่อผู้ป่วยเพื่อจะช่วยเหลือและคงไว้ซึ่งสุขภาพ 3) ความไวต่อความรู้สึกของตนเอง และบุคคลอื่น 4) การสร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือไว้วางใจ 5) การยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ 6) การใช้การแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ในกระบวนการดูแล 7) การส่งเสริมการเรียนรู้การสอนที่เข้าถึงจิตใจของบุคคล 8) การประคับประคอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ 9) การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล 10) การสร้างเสริมพลังจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่ (Watson, 1999 อ้างถึงใน Watson, 1979)

นอกจากนี้จากการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพของ ดราโฮโซวาและจาโรโซวา (Drahosova & Jarosova, 2016) เพื่อค้นหาคำจำกัดความและแนวคิดของการดูแลผลการวิจัยในมุมมองของพยาบาลให้ความหมายการดูแลดังนี้ 1) การดูแลเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อแสดงความเข้าใจผู้ป่วย มีการสัมผัส ตั้งใจฟัง ช่วยเหลือ เอาใจใส่ และความเมตตา 2) การดูแลเป็นการป้องกันและประคับประคองผู้ป่วย เคารพต่อสิทธิของผู้ป่วย ดูแลความสะดวกรสบายด้านร่างกาย เช่น การบรรเทาความเจ็บปวด ประคับประคองด้านจิตใจ 3) การดูแลเป็นการวิถีปฏิบัติของพยาบาล พยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ทักษะแบบวิชาชีพพร้อมกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย 4) การดูแลเป็นบริบทที่ทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกจากพยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยอีกด้วย 5) การดูแลเป็นแนวทางเข้าใจธรรมชาติความเป็นจริง เป็นปรัชญา การให้ความหมายของชีวิต นอกจากนี้ความหมายการดูแลในมุมมองของผู้ป่วยมีดังนี้ 1) การดูแลเป็นการประคับประคองด้านจิตใจ 2) การดูแลของพยาบาลขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ ทัศนคติ การพร้อมให้ความช่วยเหลือ ยิ้มแย้มแจ่มใส จริงใจ อดทนและแสดงออกถึงเคารพต่อบุคคล 3) การดูแลเป็นการประคับประคองด้านร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของคาร์สัน นิสตรอม และเบิร์กบอม (Karlsson, Nystrom, & Bergbom,

2012) กล่าวว่า การดูแลมีความสัมพันธ์กับทัศนคติ ความรับผิดชอบ และความเคารพต่อความเป็นมนุษย์ จะเห็นว่าการดูแลเป็นกระบวนการที่ต้องมีการติดต่อปฏิสัมพันธ์ การแสดงความเคารพ บรรเทาความเจ็บป่วย ป้องกัน รักษา ฟันฟูทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

จากการประมวลเอกสารเห็นว่าการดูแลเป็นพฤติกรรมการแสดงออกของพยาบาลในการปฏิบัติกรพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวสอดคล้องกับวัฒนธรรมภูมิหลังของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย มีความพึงพอใจ

ความหมายของวัฒนธรรม

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ได้ให้ความหมายของวัฒนธรรม หมายถึง สิ่งที่ทำให้เจริญงอกงามแก่หมู่คณะ วิถีชีวิตของหมู่คณะ สอดคล้องพระราชบัญญัติวัฒนธรรม ได้ให้ความหมายไว้ว่า วัฒนธรรม หมายถึง ความเจริญงอกงาม ความเป็นระเบียบเรียบร้อย ความกลมเกลียวก้าวหน้าของชาติและศีลธรรมอันดีของประชาชน อีกทั้งไลนินเจอร์ให้ความหมายวัฒนธรรม หมายถึง การเรียนรู้ แบ่งปันและถ่ายทอดค่านิยมความเชื่อบรรทัดฐานและวิถีชีวิตของเฉพาะบุคคลหรือกลุ่มที่เป็นแนวทางในการคิดการตัดสินใจการกระทำและวิธีการของพวกเขาที่มีแบบแผนในการดำเนินชีวิต (Leininger, 1991) สุภางค์ จันทวานิช (2533, น. 11) ได้ให้ความหมายว่า วัฒนธรรม หมายถึงวิถีชีวิตและแบบแผน ที่คนกลุ่มหนึ่งใช้ร่วมกัน อันหมายถึง คนกลุ่มหนึ่งก็มีวิถีชีวิตแบบหนึ่งต่างกลุ่มก็มีวิถีชีวิตและพฤติกรรมแตกต่างกัน วิถีชีวิตของคนในสังคมต่างกัน เนื่องจากอยู่ในสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ การเมือง และสังคมที่แตกต่างกัน ทำให้วัฒนธรรมแบบแผน พฤติกรรมต่างกันไปด้วย สุพัตรา สุภาพ (2546) ให้ความหมายวัฒนธรรม คือ วัฒนธรรมมีความหมายครอบคลุมถึงทุกสิ่งทุกอย่าง ที่แสดงออกถึงวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคมของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือสังคมของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือสังคมใดสังคมหนึ่ง ที่ประกอบด้วยความรู้ ความเชื่อ ศิลปะ ศีลธรรม กฎหมาย ประเพณี วิทยาการ และทุกสิ่งทุกอย่างที่คิดและทำในฐานะเป็นสมาชิกของสังคม สอดคล้องกับจุฑาพวรรณ์ ผดุงชีวิต (จุฑาพวรรณ์ ผดุงชีวิต, 2551, น. 4 อ้างถึงใน Marsella 1989) ให้ความหมายวัฒนธรรม คือ พฤติกรรมการเรียนรู้ร่วมกันซึ่งสืบทอดจากคนรุ่นหนึ่งมายังอีกรุ่นหนึ่ง เพื่อจุดมุ่งหมายในการสนับสนุนและดำเนินชีวิตของบุคคลและสังคม การปรับตัว การเจริญเติบโตและพัฒนาการวัฒนธรรม เป็นตัวแทนทั้งสิ่งที่อยู่ภายนอก เช่น บทบาทของสถาบันและสิ่งที่อยู่ภายใน เช่น ค่านิยมทัศนคติ ความเชื่อ เป็นต้น วัฒนธรรมเป็นรูปแบบการเรียนรู้อย่างเป็นระบบไม่ได้เป็นสิ่งที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม วัฒนธรรมถูกแบ่งปันโดยสมาชิกของกลุ่มแต่ละคนในการปฏิสัมพันธ์กันเป็นคุณลักษณะสามารถเห็นเป็นเอกลักษณ์ได้แก่ ลักษณะทาง

กายภาพ ภาษา โครงสร้างครอบครัว ความเชื่อทางศาสนา การเมือง อาหาร ศิลปวัฒนธรรม ดนตรี วรรณกรรม ทักษะคติ ตลอดจนร่างกาย บทบาททางเพศ เสื้อผ้า และการศึกษาของแมคโดนัลด์ (MacDonald, 1998 cited in Storkey, 1991) วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่ไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงเป็นพลวัต วัฒนธรรมส่งผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคลและการรู้คิด การรับรู้ การตัดสินใจ ความเชื่อ รูปแบบการสื่อสาร และแบบแผนการดำเนินชีวิต (Alpers & Hanssen, 2014; Jenko & Moffitt, 2006) นอกจากนี้เมตตา วิวัฒนานุกูล (2559) นิยามและจัดประเภทต่างๆ ของวัฒนธรรมมี 7 ประการคือ 1) วัฒนธรรมเป็นความคิดร่วม (Share) ของคนในสังคม ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดแบบแผนพฤติกรรมของคนในสังคม 2) วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่มนุษย์เรียนรู้ (Learn) และส่งสืบทอดกันมาจากการเป็นสมาชิกของสังคมใดสังคมหนึ่ง โดยได้รับการถ่ายทอด (Transmitted) จากรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง 3) วัฒนธรรมเกิดจากการใช้สัญลักษณ์ (Symbol) และมีการใช้ภาษาร่วมกันในการสื่อสารระหว่างกันภายในกลุ่ม 4) วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่กำหนดแนวความคิด ความเชื่อ และการให้ความหมายสิ่งต่างๆ 5) วัฒนธรรมเป็นตัวกำหนดรูปแบบและแบบแผน (Pattern) ความคิดและพฤติกรรมของมนุษย์แต่ละกลุ่ม ซึ่งเราสามารถคาดเดา (Predictable) ความคิดและพฤติกรรมของคนในกลุ่มนั้นในระดับหนึ่ง 6) วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่ควรทำความเข้าใจจากมุมมองของคนภายในวัฒนธรรมนั้นๆ วัฒนธรรมไม่ใช่ลักษณะที่ตายตัว แต่เกิดจากการเปรียบเทียบกับวัฒนธรรมอื่น (Relation) 7) วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่ไม่หยุดนิ่ง (Dynamic) สามารถเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา ยุคสมัยและสภาพการณ์ต่างๆ รอบตัว สอดคล้องกับอดีต ภัยพิบัติ และ พจนพัฒน์ กมลวุฒิมงคล (2560) กล่าวว่า วัฒนธรรมทำให้เกิดการเรียนรู้ แสดงให้เห็นถึงแนวคิด การตัดสินใจและพฤติกรรมในทางวัฒนธรรมเป็นตัวความรู้สึก รูปแบบการสื่อสาร การแต่งกาย และท่าทางนิสัยในการบริโภค มนุษย์สัมพันธ์ ค่านิยม ทักษะกระบวนการทางจิต รูปแบบการเรียนรู้และนิสัยในการทำงาน พยาบาลที่เป็นตัวเชื่อมวัฒนธรรมจำเป็นต้องเข้าใจการผสมผสานวัฒนธรรม ประกอบด้วย 1) การปฏิเสธ 2) การป้องกันตนเอง 3) การกลบเกลื่อน 4) การยอมรับ 5) การปรับตัวเอง 6) การผสมผสาน 7) การบูรณาการ จะเห็นว่าวัฒนธรรมมีตัวกำหนดแนวความคิด ความเชื่อ รูปแบบและแบบแผนพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นจากข้อความข้างต้นทำให้เข้าใจได้ว่า วัฒนธรรมเป็นการเรียนรู้ แบบแผนความคิด ความเชื่อของกลุ่ม สังคม ชุมชนและถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งสู่รุ่นหนึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา

วัฒนธรรมกับสุขภาพมีความเชื่อมโยงกัน วัฒนธรรมมีผลต่อการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาดูแลสุขภาพของบุคคลและสังคม ซึ่งชาติชาย มุกสง (2551) กล่าวว่า นิยามสุขภาพมีความหมายแตกต่างกันในกลุ่มบุคคล วัฒนธรรมเกี่ยวข้องกับความหมายของสุขภาพและการ

เจ็บป่วยที่สังคมสร้างขึ้น ในการนิยามความหมายของสุขภาพที่บุคคลหรือชุมชนใช้มองหรือคิดเกี่ยวกับสุขภาพและมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ในมุมมองทางสังคมไทยการเจ็บป่วยมีความหมายสำคัญ 3 ประการคือ 1) ความเจ็บป่วยคือการลงโทษทางสังคม (Illness as social sanction) ในสังคมที่มีความเชื่อเรื่องผีเข้า หรือผีทำ ในสังคมไทยก็มักมองความเจ็บป่วยว่าเป็นผลมาจากการไปละเมิดกฎเกณฑ์หรือบรรทัดฐานทางสังคม 2) ความเจ็บป่วยคือการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Illness as Deviance) เป็นวิธีการมองความเจ็บป่วยว่าเป็นการขัดขวางการทำหน้าที่ตามปกติทางสังคมของคนป่วยและการสวมบทบาทของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ เช่น การสามารถรับการรักษาจากวิธีการที่ภาวะปกติไม่สามารถทำได้ เช่น ชาวมุสลิมในชุมชนสามารถใช้ยาที่มีส่วนผสมของเหล้าทาตัวได้ โดยปกติเป็นสิ่งต้องห้ามตามหลักศาสนาอิสลาม 3) ความเจ็บป่วยเป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานะของสังคมนั้น (Illness as an indicator of social performance) ในสังคมไทยมีมิติของวัฒนธรรมสุขภาพมุมมองต่อความเจ็บป่วยตามความคิดความเชื่อซึ่งมีความแตกต่างของบุคคลโดยมีปัจจัยภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอกที่แตกต่างกัน

จากประเทศอาเซียนมาอยู่ร่วมกันในสังคมของเรา เราควรจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมสุขภาพของเขาด้วย เพื่อที่จะได้ให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยสอดคล้องกับความคิด ความเชื่อ ค่านิยม พฤติกรรมของแต่ละสังคม ในแต่ประเทศประชากรมีการนับถือศาสนาที่แตกต่างกันในแต่ละสังคม ชุมชน สุรินทร์ภรณ์ ทองไสย (2556) กล่าวว่า **สิ่งที่พยาบาลควรรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ป่วยสำหรับผู้ที่น่าถือศาสนาพุทธ** ได้แก่ ให้ความสำคัญกับความสงบ ผู้ป่วยอาจจะชอบให้อยู่อย่างสงบเพื่อทำสมาธิ มีความเชื่อทำให้ผ่านวิกฤติในช่วงการเจ็บป่วย ผู้ป่วยบางท่านจะเคร่งครัดในการรับประทานอาหารมังสวิรัตินอกจากนี้ให้ความระมัดระวังในเรื่องการจัดอาหารและยาที่มีส่วนผสมที่เป็นข้อห้าม ผู้ป่วยและญาติอาจจะมีการสวดมนต์หรือใช้อุปกรณ์ในการสวดมนต์ที่อาจจะมีเสียงดังต้องมีการเจรจาเพื่อหาข้อตกลงที่เหมาะสม ผู้ป่วยขอเอาจุฬารูปพระพุทธรูปมาวางไว้ในห้องผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตควรลดการรบกวนผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยทำสมาธิอยู่ในความสงบชาวพุทธเชื่อว่าความตายเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญของชีวิต หลังจากเสียชีวิตควรเคลื่อนย้ายศพด้วยความระมัดระวังเนื่องจากชาวพุทธมีความเชื่อว่าวิญญาณยังไม่ออกจากร่างทันทีหลังความตายการเคลื่อนย้ายร่างที่ไม่ระมัดระวังอาจเป็นการรบกวนผู้ตาย ความเชื่อของประชาชนผู้นับถือศาสนาอิสลาม และคนต่างชาติย้ายถิ่น เดินทางมาติดต่ออาศัยอยู่ร่วมกัน เช่น ชาอุดีอาระเบีย คูเวต โอมาน สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ กาตาร์ บาห์เรน อินโดนีเซีย มาเลเซีย เป็นต้น **สิ่งที่พยาบาลควรรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลาม** (จักรินทร์ คล้ายเจริญ, 2559) ได้แก่ ช่วงถือศีลอด เดือนรอมฎอนประกอบพิธีฮัจญ์ ัจ

สถานที่ที่เหมาะสม สถานที่ล้างเท้าก่อนทำพิธีหรือจัดทำอ่างน้ำสำหรับอาบน้ำ ความสะดวกแบบเคลื่อนที่สำหรับผู้ป่วยที่เคลื่อนที่ลำบาก การจัดเตียงผู้ป่วยให้หันศีรษะไปทางนครเมกกะห์(ทางทิศตะวันตก) ปรับวิธีการจ่ายยาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตในเดือนรอมฎอน การจัดมื้ออาหารและยา (Insulin) ในช่วงถือศีลอด ต้องทำละหมาด วันละ 5 ครั้ง การดูแลบุคคลหลังเสียชีวิตห้ามผ่าศพ ชันสูตร ห้ามทำหมัน ทำแท้ง ห้ามโกนขนถ้าไม่จำเป็น รับประทานอาหารฮาลาล ไม่มีหมู ไม่มีแอลกอฮอล์ การสัมผัสร่างกายระหว่างเพศ ชายหญิง ต้องขออนุญาตก่อน การเข้าห้องเยี่ยมที่มีผู้หญิงต้องขออนุญาตทุกครั้ง หากพูดเสียงดังไม่ควรห้ามไม่ให้ผู้ป่วยพูด หรือให้ลดเสียงด้วยการทำท่าทาง อย่าเดินหันหลังให้ ถ้าหากยังพูดคุยกันไม่เข้าใจ หลีกเลี่ยงการหยอกล้อ หรือพูดคุยกันโดยละเลยผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการปล่อยให้ผู้ป่วยรอนานโดยไม่มีการแจ้งข้อมูล ห้ามใช้สัญลักษณ์มือเป็น สัญลักษณ์ว่าตกลง(OK sign) เด็ดขาด ซึ่งทางประเทศอาหรับจะหมายถึง สัญลักษณ์เป็นเครื่องหมายของดวงตาปีศาจ นอกจากนี้ประชากรในประเทศอาเซียนบางส่วนนับถือศาสนาคริสต์ และยังมีคนต่างชาติที่มาอาศัยอยู่ร่วมกัน เช่น อเมริกา ฝรั่งเศส แคนาดา อังกฤษ อิตาลี กรีก สวีเดน เยอรมัน เป็นต้น **สิ่งที่พยาบาลควรรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ป่วยนับถือศาสนาคริสต์** (สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2556) ได้แก่ ก่อนเข้าห้องผู้ป่วยต้องล้างมือให้สะอาด กล่าวทักทาย แนะนำตัว ให้นามบัตร อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนทุกครั้งที่จะให้การพยาบาล ตรวจสอบชื่อก่อนให้ยา ซีดยา ทำหัตถการต่างๆ วางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยเพื่อทำความเข้าใจและข้อตกลงร่วมกันเขียนขึ้นขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเสียชีวิตหากจำเป็นต้องมีการเคลื่อนย้าย ควรวางร่มสีดำให้ตลอดทางที่เคลื่อนย้าย คนญี่ปุ่น ห้ามจ้องตาเขานานๆ หลีกเลี่ยงการสบตา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสิ่งที่พยาบาลควรรู้ในการดูแลผู้ป่วยจำแนกตามศาสนาที่นับถือ จะช่วยให้พยาบาลให้การช่วยเหลือ สนับสนุน เอื้ออำนวยความสะดวกปรับเปลี่ยน เลือกกิจกรรมการดูแลให้สอดคล้องกับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ดังนั้นในสังคมมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม พยาบาลดูแลผู้ป่วยควรต้องมีความรู้ทางวัฒนธรรม การปฏิบัติตามหลักการนับถือศาสนา เช่น ศาสนาอิสลาม ศาสนาคริสต์ และศาสนาพุทธ เป็นต้น และความเชื่อในการดูแลรักษาพื้นบ้านร่วมกับการรักษาแผนตะวันตก แต่อย่างไรก็ตามก็มีความต่างกันในวัฒนธรรมกลุ่มย่อยซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจในเลือกการรักษาดูแลตนเองสอดคล้องวัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อ วิถีชีวิตของตนและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลควรจะต้องมีความรู้ความเข้าใจมีความตระหนักความไวทางวัฒนธรรม สามารถปรับเปลี่ยนการดูแลให้สอดคล้องกัน ในการศึกษาครั้งนี้จะเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม 3 ประการ ได้แก่ 1) การปฏิบัติตาม

หลักทางศาสนา ด้านความเชื่อ ด้านสุขภาพของผู้รับบริการ 2) ความคิด ความเชื่อ ค่านิยมด้านสุขภาพของผู้รับบริการหรือผู้ป่วยด้านสุขภาพ และ 3) การปฏิสัมพันธ์การติดต่อสื่อสารกับผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม

ปัญหาอุปสรรคระหว่างวัฒนธรรมเมื่อบุคคลต่างวัฒนธรรมต้องติดต่อกัน เมตตา วิวัฒน์านุกูล (2559, น. 336-338) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาในการสื่อสารระหว่างวัฒนธรรม พบว่าเกิดจากอุปสรรคด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือ

1) อุปสรรคด้านทัศนคติและความรู้สึก

1.1) การรับรู้แบบแช่แข็ง (Freezing) หรือการไม่ยอมเปลี่ยนแปลงวิถีคิด หรือวิีมองบุคคล/วัฒนธรรม แม้ว่าเวลาหรือสภาพแวดล้อมจะเปลี่ยนไป เช่น คิดว่าชาวจีนแผ่นดินใหญ่ ล้าสมัย คิดว่าพม่าเป็นศัตรูของไทย เป็นต้น

1.2) ทัศนคติที่เป็นอุปสรรค เช่น อคติ หรือ ความโน้มเอียง (Bias/prejudice) ไม่ว่าแนวโน้มในการโน้มเอียงเข้าหากลุ่มสมาชิกสังคมเดียวกับเรา และต่อต้านคนนอกกลุ่ม (Outgroup) ที่ต่างจากเรา การเอาวัฒนธรรมหรือชาติพันธุ์ของตนเป็นศูนย์กลาง (Ethnocentrism) ในการประเมินบุคคลอื่น ซึ่งมักนำไปสู่การสร้างความรู้สึกที่เหนือกว่าบุคคลอื่น

1.3) การขาดอารมณ์/ความรู้สึกที่เกื้อหนุนในการยอมรับความแตกต่างของคนอื่น รวมทั้งการช่วยสนับสนุนให้คนที่มาจากต่างวัฒนธรรมลดความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรมและความสามารถปรับตัวในวัฒนธรรมใหม่ได้อย่างมีความสุขนั้น ต้องอาศัยความรู้สึกและการแสดงออกต่างๆ ในทางบวกจากเจ้าของวัฒนธรรม รวมทั้งการแสดงอารมณ์และความรู้สึกอย่างเป็นมิตรต่อกันและกัน เพื่อให้การสื่อสารระหว่างวัฒนธรรมเป็นไปอย่างราบรื่น อาทิ การแสดงถึงความรัก ความใส่ใจ (Mindfulness) ความไวรู้สึกรู้สีก (Sensitivity) และการเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Empathy) เป็นต้น

ประสิทธิภาพของการสื่อสารระหว่างวัฒนธรรมประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ

1) ด้านสติปัญญาหรือความรู้คิด องค์ประกอบด้านนี้เน้นกระบวนการของความรู้และความเข้าใจ ผู้ที่จะทำการสื่อสารระหว่างวัฒนธรรมได้ดี ควรมีคุณสมบัติดังนี้ ได้แก่ 1.1) ความสามารถในการพูดภาษาอื่น 1.2) ความรู้ในวัฒนธรรมของผู้อื่น ตัวอย่าง เช่น เมื่อนายฟิลิปป์ ชาวอเมริกัน จะมาเยี่ยมบ้านคนไทยคนหนึ่ง เขาก็ควรจะรู้ถึงวัฒนธรรมของคนไทยว่า คนไทยนิยมการถอดรองเท้าก่อนเข้าบ้าน เป็นต้น 1.3) การผ่อนผันที่จะมองหรือจัดสิ่งใดสิ่งหนึ่งเข้าประเภทใดประเภทหนึ่ง (Category width) เช่น การมองว่าใครดีใครเลว ต้องมองกว้างๆ ไม่มองแคบ มีความ

ซับซ้อนทางด้านความนึกคิด (Cognitive complexity) มาก 1.4) การยอมขยับขยายหรือเปลี่ยนการมองแบบเหมารวม (Stereotype) ที่มีอยู่ เพื่อลดการตีความที่ไม่ถูกต้อง

2) ด้านอารมณ์และความรู้สึก องค์ประกอบนี้เปรียบเสมือนสื่อกลางที่จะทำให้คน 2 คนมีความรู้สึกที่ดีต่อกัน อารมณ์และความรู้สึกจะเป็นตัวกำหนดว่าเราจะนำความรู้และความเข้าใจเหล่านั้นไปใช้ในทิศทางใด หรือจะนำความรู้ความเข้าใจนั้นไปปฏิบัติหรือไม่ ควรมีความสมบัติดังนี้ได้แก่

2.1) การใช้มุมมองจากวัฒนธรรมที่สาม (Third-cultural perspective) ในการตีความพฤติกรรมคนต่างวัฒนธรรม ไม่ถือตนเองเป็นศูนย์กลาง ซึ่งหมายถึง การมองอย่างเป็นกลางหรือมีใจเป็นกลาง

2.2) การรู้จักยืดหยุ่น/ ผ่อนปรนให้กับความกำกวมทั้งหลาย 2.3) การปราศจากอคติหรือการดูถูกเหยียดหยาม 2.4) การรู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Empathy) 2.5) การมีทัศนคติต่อคนต่างวัฒนธรรมโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความรัก ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น

3) ด้านพฤติกรรม องค์ประกอบด้านนี้เน้นลักษณะของพฤติกรรมที่แสดงหรือปฏิบัติต่อคนต่างวัฒนธรรม (เมตตา วิวัฒนานุกูล, 2559, น. 345 อ้างถึงใน ruben, 1976) คุณสมบัติมีดังนี้

3.1) การแสดงการให้เกียรติและเคารพผู้อื่น

3.2) ความสามารถในการตอบสนองของผู้อื่นอย่างเป็นมิตร เช่น อธิบายด้วยข้อเท็จจริงมากกว่าวิจารณ์

3.3) การรู้จักจังหวะในการเริ่มต้นและสิ้นสุดขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้วยการประเมินความต้องการและความปรารถนาของผู้อื่น (Interaction management)

ดังนั้นผู้ที่จะมีความสามารถในการสื่อสารกับคนต่างวัฒนธรรมอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีความสมบัติครบทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านความรู้คิด ด้านอารมณ์ความรู้สึก และด้านพฤติกรรม

ในการพัฒนาให้เป็นผู้ที่มีความสามารถในการสื่อสารระหว่างวัฒนธรรมที่มีประสิทธิภาพ มีแนวทางดังนี้ พัฒนาด้านการสื่อสารระหว่างวัฒนธรรม(เมตตา วิวัฒนานุกูล, 2559 อ้างถึงใน Lustig & Koester, 1996) โดยลดความไม่แน่ใจที่มีต่อบุคคลต่างวัฒนธรรม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลเหล่านั้นโดยการเปิดเผยตนเอง (Self disclosure) และควบคุมความแตกต่างในการรับรู้และค้นหาแนวทางในการจัดการกับความขัดแย้งระหว่างวัฒนธรรม ซึ่งแต่ละวัฒนธรรมจะ

มีการให้ความหมายและตอบสนองต่อความขัดแย้งต่างกันไป นอกจากนี้ (เมตตา วิวัฒน์านุกูล. 2559) อ้างอิงจาก Sarmovar, Porter, & Stelfan, 1996) กล่าวว่ามีแนวทางดังนี้

1) การตระหนักในตนเอง (Self-awareness) แบ่งออกเป็น การตระหนักถึงความสามารถในการรับรู้ของตนเอง และรู้ว่าตนแสดงออกถึงการรับรู้ที่น้อยอย่างไร กล่าวคือ สามารถแยกแยะทัศนคติ อคติ ความคิดเห็น และความลำเอียงต่างๆ ของตนเอง ซึ่งมีผลต่อการมองโลกในมุมมองต่างๆ ยกตัวอย่างเช่น หากมีอคติต่อผู้ชายที่เป็นเกย์ และเมื่อผู้ชายคนนั้นมาพูดคุยด้วยอคติเหล่านั้นก็จะเปลี่ยนคำพูดของเขาให้กลายเป็นลบได้

2) การคำนึงถึงการจัดตำแหน่งทางกายภาพและการจัดบทบาท/ความสัมพันธ์และระยะห่างระหว่างบุคคล ได้แก่ เวลาที่เหมาะสม การจัดตำแหน่งทางสังคม บรรยากาศทางสังคม การพิจารณาขนบประเพณี (Custom) ของแต่ละวัฒนธรรม เช่น คนอเมริกันเชื่อมั่นในวิธีการทางวิทยาศาสตร์ และปฏิเสธความเชื่อเรื่องภูติผี วิญญาณ แต่คนเอเชียกลับยึดมั่นในความเชื่อเกี่ยวกับไสยศาสตร์อย่างมากเช่น การไหว้เจ้าที่เจ้าทาง เป็นต้น

3) การพยายามทำความเข้าใจกับระบบสารที่หลากหลาย (Diverse message) โดยเฉพาะอวัจนภาษา ยกตัวอย่างเช่น ในประเทศญี่ปุ่น ผู้หญิงจะเอามือปิดปากเมื่อรู้สึกอาย ขณะที่อเมริกา การเอามือปิดปากหมายถึงความรู้สึกหวาดกลัว ซึ่งทำให้เราเข้าใจผิดหรือสื่อสารกับคนต่างวัฒนธรรมไม่รู้เรื่องได้

4) การพัฒนาการเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Empathy) เป็นการมองตนเองและบุคคลอื่นในสถานะเดียวกัน

5) การส่งเสริมและให้ความสำคัญกับการตอบสนอง (Feedback) มีประโยชน์ในการช่วยแก้ไขข้อความที่เราจะได้โต้ตอบกลับในครั้งหน้าได้ นอกจากนี้เรายังสามารถสนับสนุนให้เกิดการตอบสนองได้โดยการใช้ตัวเราเองเป็นแบบอย่างของระบบการตอบสนองที่ดี เราต้องมั่นใจว่า คำพูดและการแสดงออกทางอวัจนภาษาของเราเป็นไปในทิศทางเดียวกัน บางครั้งการใช้ความเงียบ (Silence) แทนคำพูด ก็จะช่วยให้เกิดการตอบสนองได้เช่นกัน

6) การพัฒนาความยืดหยุ่นในการสื่อสาร การปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมใหม่

7) การหลีกเลี่ยงการมองแบบเหมารวมและการมีอคติ (Prejudice) การคิดแบบเหมารวมและความคิดแบบมีอคติมีผลต่อการสื่อสารระหว่างวัฒนธรรมซึ่งจะทำให้เกิดการรับรู้ทางวัฒนธรรมที่ผิดๆ เกิดการเลือกปฏิบัติ ความลำเอียง และอาจนำไปสู่การสื่อสารระหว่างวัฒนธรรมที่ล้มเหลว หรือ อาจก่อให้เกิดความตระหนักทางวัฒนธรรม

ดังนั้นวัฒนธรรมมีความสำคัญอย่างมากในเรื่องสุขภาพเนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ โรคที่เจ็บป่วย และรักษา ส่งผลให้บุคคลกรทางสุขภาพจะต้องปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและกลุ่มให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมภูมิหลังของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทายการพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมในการพยาบาลผู้ป่วยในสังคมพหุวัฒนธรรม เพื่อลดความไม่เสมอภาคเท่าเทียม ความรู้สึกแบ่งแยกและเหมารวม (Dreachslin, Gilbert, & Malone, 2013) ดังนั้นพยาบาลต้องมีความเข้าใจผลกระทบด้านวัฒนธรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล การประเมินรวบรวมข้อมูลควรจะนำมาผสมผสานกับกระบวนการพยาบาล (Wells, 2000) ในการศึกษาครั้งนี้จะเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม 3 ประการ ได้แก่ 1) การปฏิบัติตามหลักทางศาสนาด้านความเชื่อด้านสุขภาพของผู้รับบริการ 2) ความคิด ความเชื่อค่านิยมด้านสุขภาพของผู้รับบริการหรือผู้ป่วยด้านสุขภาพ และ 3) การปฏิสัมพันธ์การติดต่อสื่อสารกับผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม

การศึกษางานวิจัยในการดูแลผู้ป่วยเชิงวัฒนธรรมจำแนกตามความเชื่อทางศาสนาพยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับความเชื่อ ค่านิยมด้านสุขภาพงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลทางวัฒนธรรมที่น่าทฤษฎีไลนินเจอร์มาเป็นกรอบแนวคิด ตัวอย่างเช่น การศึกษาของซาคา-ฮาซบาวาร์และเกลนนอน (Saca – Hazboun & Glennon, 2011) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลทางวัฒนธรรมต่อการดูแลสุขภาพในประเทศปาเลสไตน์ซึ่งเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยชาวปาเลสไตน์หรือตะวันออกกลางมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยดังนี้ 1) ปัจจัยด้านเทคโนโลยีพบว่ามีการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น คอมพิวเตอร์ และอินเทอร์เน็ตมีจำกัด การคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมที่มีราคาแพงมาก 2) ปัจจัยด้านศาสนา พบว่ามีบทบาทในเรื่องการรับประทานอาหารของชาวมุสลิม และคริสเตียน ห้ามรับประทานหมูและแอลกอฮอล์ จะทำให้เป็นข้อห้ามผู้ป่วยไม่รับการรักษาด้วยอินซูลิน การงดน้ำและอาหารตั้งแต่พระอาทิตย์ขึ้นถึงพระอาทิตย์ตกในเดือนรอมดอน 3) ปัจจัยด้านเครือญาติและสังคม พบว่ามีการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งในเครือญาติแต่จะปกปิดข้อมูลไม่ให้ผู้ป่วยทราบเนื่องจากมีความเชื่อว่าโรคมะเร็งเป็นตราบาปจะหลีกเลี่ยงการสนทนากัน 4) ปัจจัยด้านค่านิยม ความเชื่อและวิถีชีวิต พบว่าสตรีนั้นมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การขวนอายในการเปิดเผยร่างกายต่อคนแปลกหน้าทำให้มีอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมและมดลูกต่ำ 5) ปัจจัยด้านการเมืองและกฎหมาย พบว่าธรรมเนียมปฏิบัติแบบอนุรักษ์ในครอบครัวจะไม่ให้ผู้หญิงเซ็นชื่อให้การยินยอมในการรักษาส่วนใหญ่จะให้สิทธิผู้เป็นบิดา พี่ชาย สามี ลูกชายของผู้ป่วย 6) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ประชาชนยากจน ไม่สามารถจ่ายประกันสุขภาพและเข้าถึงการรักษาได้ เช่น การวินิจฉัยโดยใช้เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และ

การเอกซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็ก 7) ปัจจัยด้านการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการศึกษาและการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพ จะเห็นได้ว่ากรอบนอกซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม อีกทั้งปัจจัยด้านโครงสร้าง สังคม เศรษฐกิจ เชื้อชาติ ก็เป็นปัญหาอุปสรรค ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ราคา ยา การป้องกัน การรักษา การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว ความมั่นใจในข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์ (Higginbottom & et al, 2016; Dreachslin, Gilbert & Malone, 2013: 21) จากข้อค้นพบดังกล่าวจะเห็นว่าความแตกต่างทางวัฒนธรรมทำให้ผู้ป่วยรับรู้พฤติกรรมและการดูแลของพยาบาลแตกต่างกัน

ความหมายการดูแลเชิงวัฒนธรรม

ไลนิงเจอร์ (Leininger, 1991) ให้ความหมายการดูแลเชิงวัฒนธรรมหมายถึง การช่วยเหลือ สนับสนุน อำนวยความสะดวกหรือการทำให้บุคคลอื่น กลุ่มอ้างอิงซึ่งสุขภาพจะสามารถปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่และวิถีชีวิตให้ดีขึ้น หรือเผชิญกับความเจ็บป่วย ความพิการหรือความตาย และต่อมาในปีค.ศ. 1999 ไลนิงเจอร์ (Leininger, 1999) ให้ความหมายอีกว่าการดูแลเชิงวัฒนธรรม หมายถึง การดูแลที่เหมาะสมสอดคล้องกับความเชื่อและวิถีชีวิตทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย Transcultural Assessment Model Giger & Davidhizar (2002) หลักในการประเมินเมื่อต้องปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม 6 ประการได้แก่ การติดต่อสื่อสาร (Communicate) ระยะเวลา (Space) การจัดระเบียบทางสังคม (Social organization) Time (เวลา) การควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environment control) Biological variations (การผันแปรทางชีวภาพ) (Giger & Davidhizar, 2002) ภาษาเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงการเข้าถึงการดูแล โดยผู้ที่มีความรู้ทักษะในการสื่อสารภาษาอังกฤษจะรับรู้อุปสรรคในการดูแลระดับต่ำ (Anabell & Ester, 2009) ดังนั้นผู้ดูแลทางสุขภาพ (Healthcare provider) ที่มีอคติ (Bias) ปราศจากความตระหนักและการประเมินทางด้านวัฒนธรรมมีความแตกต่างกัน การปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์อาจรู้สึกตีตราภาพลักษณ์เหมารวมตัดสินบุคคลเหมือนกับกลุ่ม (Stereotyping) (Aronson, Burgess, Phelan, & Juarez, 2013) การตระหนักรู้ทางวัฒนธรรมความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นการป้องกันอคติ การคิดตีตราภาพลักษณ์แบบเหมารวม (Dreachslin, Gilbert & Malone, 2013: 115) ทำให้การส่งมอบบริการไม่ได้มาตรฐานก่อให้เกิดความรู้สึกความไม่เสมอภาค ไม่เท่าเทียม

กัน (Disparities) ผู้ป่วยรู้สึกไม่พึงพอใจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ในการดูแล (Drechslein, Gilbert & Malone, 2013: 19) พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม เพื่อผสมผสานบูรณาการการดูแลให้การพยาบาลให้สอดคล้องความเชื่อด้านสุขภาพ (Health – Related beliefs) ค่านิยมทางวัฒนธรรม (Cultural values), อุบัติการณ์โรค และอัตราชุก (Disease Incidence and Prevalence) และการรักษาให้มีประสิทธิภาพ (Drechslein, Gilbert & Malone, 2013: 188) ปัจจัยเชิงวัฒนธรรมที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านสุขภาพได้แก่ 1) การให้ความหมายต่ออาการ (The meaning of symptom) 2) การรับรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ด้านกายวิภาคและหน้าที่ของร่างกาย (Perceptions of anatomy and Body functions) และการรับรู้การรักษาที่เหมาะสม (Perception of appropriate treatment) บทบาททางเพศ (Gender role) 3) การมีอิสระที่จะตัดสินใจด้วยตนเองและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Autonomy and Self – efficacy) 4) การมีส่วนร่วมกับสมาชิกด้านครอบครัว (Involvement and Inclusion) 5) การกำหนดเป้าหมายและการป้องกัน (Orientation and Prevention) 6) การแสดงความเจ็บปวดและการจัดการ (Pain and Management) 7) อาหารและการควบคุมอาหาร (Diet and Diet practices) 8) แนวคิดเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย (Death and Dying) 9) ความคาดหวังของบุคคลากรทางสุขภาพ (Expectation of health professional)

จากปัจจัยดังกล่าวจะเห็นว่าคนที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมทำให้มีปัญหาของการสื่อสารระหว่างบุคคลที่มาจากคนต่างวัฒนธรรม

ตัวอย่างการศึกษาปัจจัยด้านวัฒนธรรมที่มีผลต่อการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยชาวมุสลิมที่นับถือศาสนาอิสลามมีความเชื่อที่สะท้อนต่อความเจ็บป่วยว่า "ความเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่มิอาจหลีกเลี่ยงได้ อิสลามมิได้ถือว่าการเจ็บป่วยเป็นเคราะห์กรรมหรือความโชคร้าย หากแต่เชื่อว่า ความเจ็บป่วยนั้นเป็นไปตามพระประสงค์ของอัลลอฮ์ และการหายหรือไม่หายจากการเจ็บป่วย หรือการตาย ก็เป็นพระประสงค์ของอัลลอฮ์ เช่นกัน แต่ก็มีได้หมายความว่าให้ผู้ป่วยนอนรอจนกว่าพระองค์จะลิขิตให้หายโดยไม่พยายามเยียวยารักษา ผู้นับถือศาสนาอิสลามถือว่า ความเจ็บป่วยเป็นการทดสอบวัดความศรัทธา ความอดทน ความขยันแก่ต่ออัลลอฮ์ นอกจากนี้ การที่พระองค์ให้เราเจ็บป่วยยังถือเป็นความเมตตา และไม่ทำให้เราท้อแท้สิ้นหวัง ให้รีบบำบัดเพื่อจะได้หาย และได้เคารพภักดีต่อพระองค์ต่อไป" ดังนั้น หากผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามมีความเชื่อศรัทธาต่อพระเจ้า ผู้ป่วยจะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคคลากรทางการแพทย์ได้ หรือปฏิเสธการทำหัตถการ การรักษาพยาบาลได้

อีกทั้งมีงานวิจัยของซิดูโม เอชเลอร์ และ แฮตติง (Sidumo, Ehlers, & Hattingh, 2010) พบว่า ปัญหาที่พบในพยาบาลวิชาชีพให้บริการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหญิงในแผนกสูติกรรมในประเทศซาอุดีอาระเบีย โดยพยาบาลนั้นที่ไม่ได้เป็นชาวมุสลิม จำนวน 67 คน พบว่าปัญหาในการปฏิสัมพันธ์ผู้ป่วยชาวซาอุดีอาระเบียได้แก่ ความขัดแย้งในการดูแลระหว่างญาติและครอบครัวของผู้ป่วย การไม่รู้ การไม่มีประสบการณ์ อุปสรรคด้านภาษา ประเด็นความเป็นส่วนตัว การไม่ให้ความร่วมมือระหว่างการตรวจและปฏิเสธการตรวจจากแพทย์ที่เป็นผู้ชาย ทศนคติของพยาบาลต่อความต้องการของผู้ป่วย ประเด็นทางวัฒนธรรมระหว่างรอมาดอนผู้หญิงส่วนใหญ่ดื่มน้ำและอาหาร การปฏิเสธการรักษา และจากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่ามีความเชื่อเกี่ยวกับยาและอาหารที่เป็นสิ่งต้องห้าม (Taboos) ของศาสนาอิสลาม เช่น ยามีส่วนผสมเหมือนแอลกอฮอล์ เช่น ยาแก้ไอ หรือยารักษาโรคเบาหวานอินซูลินทำจากหมู (ยูซุฟ นิมะ และ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551) ในวัฒนธรรมของชาวจีนจะมีการรักษาทางเลือก เช่น ผังเข็ม การใช้สมุนไพร เป็นต้น (อารี ชิวเกษมสุข, 2556) และการสื่อสารกับผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่พูดภาษาพื้นเมือง การใช้ล่ามแปลภาษา หรือสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้แปลในบางเรื่องที่เป็นประเด็นที่เปราะบาง (Sensitive issue) พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจวัฒนธรรมที่เป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติอย่างเหมาะสม พยาบาลมีการบันทึกไว้ในแบบฟอร์มให้การยินยอมในการรักษา (Informed consent) ความสำคัญปัจจัยด้านวัฒนธรรมมีผลกระทบต่อกระบวนการวินิจฉัยและกลยุทธ์ในการรักษา พยาบาลต้องมีความสามารถในการรวบรวมข้อมูลที่จะนำมาประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้การดูแลตอบสนองกับความต้องการ (Need) ความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกัน

การศึกษางานวิจัยในการดูแลผู้ป่วยเชิงวัฒนธรรมจำแนกตามความเชื่อทางศาสนา พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับความเชื่อ ค่านิยมด้านสุขภาพงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลทางวัฒนธรรมที่น่าทฤษฎีไลนินเจอร์มาเป็นกรอบแนวคิด ตัวอย่างเช่น การศึกษาของซาคา-ฮาซ บาวร์และเกลนนอน (Saca – Hazboun & Glennon, 2011) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลทางวัฒนธรรมต่อการดูแลสุขภาพในประเทศปาเลสไตน์ซึ่งเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยชาวปาเลสไตน์หรือตะวันออกกลางมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยดังนี้ 1) ปัจจัยด้านเทคโนโลยีพบว่ามี การเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น คอมพิวเตอร์ และอินเทอร์เน็ตมีจำกัด การคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมที่มีราคาแพงมาก 2) ปัจจัยด้านศาสนา พบว่ามีบทบาทในเรื่องการรับประทานอาหารของชาวมุสลิม และคริสเตียน ห้ามรับประทานหมูและแอลกอฮอล์ จะทำให้เป็นข้อห้ามผู้ป่วยไม่รับการรักษาด้วยอินซูลิน การงดน้ำและอาหารตั้งแต่พระอาทิตย์ขึ้นถึงพระอาทิตย์

ตกในเดือนรอมดอน 3) ปัจจัยด้านเครือญาติและสังคม พบว่ามีการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งในเครือญาติแต่จะปกปิดข้อมูลไม่ให้ผู้ป่วยทราบเนื่องจากมีความเชื่อว่าโรคมะเร็งเป็นตราบาปจะหลีกเลี่ยงการสนทนากัน 4) ปัจจัยด้านค่านิยม ความเชื่อและวิถีชีวิต พบว่าสตรีนั้นมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การขวนอายในการเปิดเผยร่างกายต่อคนแปลกหน้าทำให้มีอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมและมดลูกต่ำ 5) ปัจจัยด้านการเมืองและกฎหมาย พบว่าธรรมเนียมปฏิบัติแบบอนุรักษ์นิยมในครอบครัวจะไม่ให้ผู้หญิงเซ็นชื่อให้การยินยอมในการรักษาส่วนใหญ่จะให้สิทธิ์ผู้เป็นบิดา พี่ชาย สามี ลูกชายของผู้ป่วย 6) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ประชาชนยากจนไม่สามารถจ่ายประกันสุขภาพและเข้าถึงการรักษาได้ เช่น การวินิจฉัยโดยใช้เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และการเอกซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็ก 7) ปัจจัยด้านการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการศึกษาและการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพ จะเห็นได้ว่ากรอบนอกซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม อีกทั้งปัจจัยด้านโครงสร้าง สังคม เศรษฐกิจ เชื้อชาติ ก็เป็นปัญหาอุปสรรค ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ราคา ยา การป้องกัน การรักษา การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว ความมั่นใจในข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์ (Higginbottom & et al, 2016; Dreachslin, Gilbert, & Malone, 2013: 21) จาก ข้อ ค้น พบดังกล่าวจะเห็นว่าความแตกต่างทางวัฒนธรรมทำให้ผู้ป่วยรับรู้พฤติกรรมและการดูแลของพยาบาลแตกต่างกัน

จากปัจจัยด้านวัฒนธรรม ไลนินเจอร์ (Leininger, 2001) ได้ให้แนวทางในการตัดสินใจและการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับการดูแลเชิงวัฒนธรรม 3 ประการคือ 1) การดูแลเชิงวัฒนธรรมเพื่อการดำรงรักษา (Cultural care preservation/Maintenance) หมายถึง กระบวนการที่พยาบาลให้การดูแลโดยคำนึงถึงและเคารพในวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยมของผู้ป่วยซึ่งแสดงถึงการที่ผู้ป่วยได้รับการความแตกต่างทางวัฒนธรรมจากพยาบาล 2) การดูแลเชิงวัฒนธรรมที่มีการประนีประนอมหรือการต่อรองให้สอดคล้องวัฒนธรรมภูมิหลังของผู้ได้รับการดูแล (cultural care accommodation and/or negotiation) หมายถึง กระบวนการที่พยาบาลมีส่วนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะปรับตัวทางวัฒนธรรมพยาบาลให้การดูแลที่ให้การช่วยเหลือ ประนีประนอม ยืดหยุ่น ต่อกับผู้ป่วยให้มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรม ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย มีความพึงพอใจ 3) การดูแลเชิงวัฒนธรรมที่มีการจัดรูปแบบหรือโครงสร้างใหม่ (Cultural care repatterning and restructuring) หมายถึง รูปแบบการกระทำของผู้ให้การ

ดูแลที่ให้การช่วยเหลือ ปรึกษาประคอง ยืดหยุ่น และสามารถให้การดูแลแบบวิชาชีพและมีส่วนร่วม ร่วมกันตัดสินใจเพื่อช่วยเหลือบุคคล กลุ่มบุคคล ที่จะช่วยเหลือสนับสนุนให้มีปรับเปลี่ยนปรับ โครงสร้างให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและกลุ่มบุคคลเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบระบบในการดูแล มีการปฏิบัติ และเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี การดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมเป็นการดูแลโดยยึด ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมจัดการดูแลมีการเจรจาต่อรอง การตัดสินใจในการดูแลรักษา ประเมินผลลัพธ์ โดยการใช้หลักการดูแลแบบนี้จะส่งเสริม สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยให้บุคลากรทางสุขภาพมีความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ป่วย การเลือกแนวทางการรักษา (Engvretson, Mahoney, & Carlson, 2007, Chun, 2010) การ เลือกใช้กลยุทธ์ในการแก้ปัญหา ได้แก่ 1) การเจรจาต่อรอง (Negotiation) เป็นกลยุทธ์ที่ต้องการ จะชักชวนให้เชื่อ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับความเชื่อ และค่านิยมในการดำเนินชีวิต 2) การเปลี่ยนแปลงใหม่ (Innovating) เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญอีกประการหนึ่ง โดยพยาบาลที่มีความ ชำนาญจะประยุกต์การจัดแบบแผนการรักษาดูแลให้เหมาะสมกับแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย 3) การเป็นตัวกลาง (Mediating) เป็นกลยุทธ์ที่ใช้เมื่อมีความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลกับ ผู้ป่วย เมื่อมีการรักษาที่ไม่สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องใช้ทักษะในการ สื่อสารทำหน้าที่ประนีประนอมเพื่อลดความขัดแย้ง (อดิศักดิ์ ชัยศิริ และพูนพัฒน์ กมลวุฒิพงศ์, 2560)

ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยสรุปว่า การดูแลเชิงวัฒนธรรม หมายถึง การ ช่วยเหลือ สนับสนุน อำนวยความสะดวกหรือการกระทำแสดงออก สนองตอบความต้องการให้ เหมาะสมกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยแต่ละบุคคล โดยการดำรงรักษา ประนีประนอมต่อรองให้ผู้ป่วย ปรับให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรม สนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างให้สอดคล้อง กับวัฒนธรรมของผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพทางการพยาบาล เกิดผลลัพธ์ ทางการพยาบาลที่ดี พยาบาลผู้มีความรู้ด้านวัฒนธรรมเพื่อที่จะผสมผสานความเชื่อของผู้ป่วย มาวางแผนการพยาบาลแนวทางปฏิบัติให้การดูแลแก่ผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ และผู้ป่วยมีความพึง พอใจ (Maddalena, 2009) พยาบาลผู้มีความรู้ทางวัฒนธรรมมีความสำคัญส่งผลให้พฤติกรรม การดูแลเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

ความหมายของพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

พอยเรียร์และซอสซอง (Poirier & Sossong, 2010) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมการดูแล (Caring behavior) หมายถึง องค์ประกอบของการปฏิบัติการพยาบาลเนื่องจากการดูแลเป็นแก่น

สำคัญของ การปฏิบัติของพยาบาล ทเซีย หวังและชิว (Tsai, Wang,& Chou, 2015) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมการดูแล หมายถึง องค์ประกอบของพฤติกรรมปฏิบัติ ด้านการดูแล 5 องค์ประกอบ คือ 1) สร้างแรงบันดาลใจความหวังแก่ผู้ป่วย (Inspiring hope in Patients) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการฟื้นฟูชีวิตในผู้ซึ่งปฏิบัติการรักษา เนื่องจากรู้สึกสิ้นหวัง การดูแล (caring) เป็นการสื่อสาร (Actively communicating) ให้กำลังใจสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนานถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยที่สิ้นหวัง ปฏิเสธการรับประทานอาหาร พยาบาลต้องดูแลให้กำลังใจผู้ป่วยในการยอมรับการได้รับอาหารเสริม 2) การให้ความสุขสบายด้านร่างกาย (Providing physical comfort) หมายถึง การให้การพยาบาลดูแลบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกาย เช่น การดูแลผู้ป่วยทางการพยาบาลพื้นฐาน โดยให้การดูแลความสะดวกของปาก การอาบน้ำนวดเบา การพลิกตะแคงตัว 3) การมีทักษะความชำนาญในเทคนิคและมีความรู้ระดับผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพ (Having skill techniques and possessing professional knowledge) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้การพยาบาลโดยใช้ทักษะในการให้การรักษาทงคลินิกเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย โดยพยาบาลมีวิธีการดูแลโดยใช้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจและ สุขสบายด้านจิตวิญญาณ 4) มีความอดทน (Having patience) หมายถึง พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยอย่างบูรณาการอย่างครอบคลุม (Comprehensive) โดยพัฒนาสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยไว้วางใจ แสดงความเกี่ยวข้อง (Concern) พฤติกรรมการดูแลจะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลเข้าใจแบบแผนการดำเนินชีวิต ภูมิหลังของผู้ป่วย ให้การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered care) เมื่อผู้ป่วยแสดงออกหรือตัดสินใจว่าต้องการการดูแลอย่างไร 5) การเคารพต่อความคิดความเชื่อของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม (Respecting patients' culture) หมายถึง พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยโดยเคารพความเชื่อทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลต้องมีพฤติกรรมดูแลอย่างมีความไวทางวัฒนธรรม (Culturally sensitive caring behavior)

นอกจากนี้เมสเนอร์ (Messner, 1993) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วย ที่ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะได้รับจากพยาบาล 11 องค์ประกอบได้แก่ 1) การรับฟังผู้ป่วย (Really listen to me) โดยพยาบาลฟังด้วยความใส่ใจโดยการฟังทำให้ทราบความต้องการของผู้ป่วย เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการประเมินความต้องการของผู้ป่วย 2) การถามความต้องการของผู้ป่วยว่าต้องการอะไร (Ask me what I think) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ทำให้ทราบสิ่งที่ผู้ป่วยคิดจะนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพของผลลัพธ์ทางการพยาบาล 3) ให้การดูแลโดยให้ความสำคัญในสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวล (Don't dismiss my concerns) เช่น ถ้าหากว่าผู้ป่วยบอกความต้องการของเขา

พยาบาลควรให้ความสำคัญต่อผู้ป่วย อย่าบอกว่าไม่มีสิ่งใดน่าเป็นห่วง ให้เชื่อผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยบอกว่าปวด หลังจากผ่าตัดมดลูก ต้องให้ความสำคัญกับการรับรู้ของผู้ป่วย 4) ให้การดูแลผู้ป่วย โดยเน้นที่ความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย (Don't treat me like a disease, Treat me like person) โดยต้องการให้พยาบาลสนใจตัวผู้ป่วยมากกว่าโรคที่ผู้ป่วยเป็นโดยแสดงความสุภาพ เข้าใจผู้ป่วย เคารพในความเป็นบุคคล ศึกษาข้อมูลต่างๆ จากตัวผู้ป่วยมากกว่าการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนและผลจากห้องปฏิบัติการ 5) ต้องการให้พูดกับผู้ป่วยโดยตรง (Talk to me, Not at me) เช่น ผู้ป่วยต้องการให้พยาบาลแนะนำตัวเองและตำแหน่ง มองผู้ป่วยก่อนมอง IV Pump และบอกผู้ป่วยสิ่งที่เขาเป็น ควรบอกว่าจะให้การพยาบาลอะไรแก่ผู้ป่วยด้วย 6) ให้การดูแลโดยเคารพความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย (Respect my privacy) เช่นถ้าผู้ป่วยไม่ต้องการให้ครอบครัว และผู้มาเยี่ยมรู้ถึงรายละเอียดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง เช่น เป็นมะเร็ง พยาบาลจะต้องเคารพความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ถ้าจะพูดเกี่ยวกับเรื่องนี้แก่ญาติต้องขออนุญาตผู้ป่วยก่อน 7) ให้การดูแลโดยไม่ให้ผู้ป่วยต้องรอคอย (Don't keep me waiting) การรอคอยการรักษาเป็นสาเหตุหลักที่ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในบริการ เพราะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน คับข้องใจ พยาบาลควรอธิบายเหตุผลในการรอการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะได้รับการเอาใจใส่ 8) ให้การดูแลโดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการปฏิบัติก่อนที่ผู้ป่วยปฏิบัติสิ่งใด (Don't tell me what to do without telling me how to do) ควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร ต้องศึกษาถึงความรู้ของผู้ป่วย ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยก่อนว่าผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถปฏิบัติสิ่งเหล่านั้นได้หรือไม่ 9) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Keep me informed) ผู้ป่วยส่วนมากต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง สิ่งสำคัญควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินเป้าหมาย และบ่งชี้ปัญหาให้ผู้ป่วยทราบก่อนที่จะไม่สามารถแก้ไขจัดการได้ 10) ให้การดูแลโดยคำนึงถึงพื้นฐานเดิมของผู้ป่วย (Remember who I used to be) โดยคำนึงถึงความสามารถในการดูแลตนเองได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยสูงอายุ 11) ให้การดูแลโดยแสดงออกถึงพฤติกรรมที่รับรู้ได้ (Let me know you care) ได้แก่ การยิ้ม การสัมผัส คำพูดที่สุภาพแก่ผู้ป่วย

วูและลาร์ราบี(Wu&Larrabee, 2006)ได้ให้ความหมายพฤติกรรมดูแลหมายถึงองค์ประกอบของพฤติกรรมปฏิบัติด้านการดูแล 4 องค์ประกอบ คือการแสดงออกของพยาบาลด้วยความเอาใจใส่ในการช่วยเหลือ เกื้อกูล อำนวยความสะดวกผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมให้ได้รับการดูแลแบบองค์รวม 2) การให้ความรู้ในเชิงวิชาชีพ หมายถึง การให้ข้อมูลความรู้และให้เหตุผลแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสม

เพื่อแก้ปัญหาการดูแลที่ตอบสนองความต้องการผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม 3) การเคารพต่อความคิด ความเชื่อของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม หมายถึง การแสดงออกของพยาบาลถึงการยอมรับความเชื่อเดิม วิธีชีวิต วัฒนธรรม และการวางแผนดูแลรักษาสุขภาพให้สอดคล้องกับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม 4) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย หมายถึง การแสดงออกพยาบาลในการมีปฏิสัมพันธ์สื่อสารกับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมด้วยกลวิธีที่เหมาะสมโดยการถาม รับฟัง เข้าใจความรู้สึก และให้น้ำใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับมีความพึงพอใจ

นอกจากนี้ จีรา แก่นยะกุล (2548) ได้สรุปองค์ประกอบพฤติกรรมกรรมการดูแลของพยาบาลประกอบด้วย 7 องค์ประกอบได้แก่ 1) ด้านกิจกรรมารยาทในการให้การดูแลของพยาบาล เช่น การพูดจาสุภาพ น้ำเสียงไพเราะ อ่อนโยน มีค่าลงท้าย ไม่พูดห้วนหรือขู่ ตะคอก เรียกชื่อด้วยคำนำหน้าที่เหมาะสม ตั้งใจฟังคำพูดของผู้ป่วย หน้าตายิ้มแย้มเป็นมิตร มีความเป็นกันเอง และปฏิบัติต่อผู้ป่วยสูงอายุตามมารยาทไทยในขณะให้การพยาบาล การส่งของหรือรับของ เป็นต้น เก็บอารมณ์ได้ดีไม่แสดงสีหน้าท่าทางไม่พอใจ หรือเบือนหน้าขณะให้การดูแล 2) ด้านการดูแลเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจเอาใจเขามาใส่ใจเรา โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความเมตตากรุณา สอบถามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สนใจเอาใจใส่ ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะให้การพยาบาล รับรู้ปัญหาของผู้ป่วย โดยการหมั่นสอบถามปัญหาและความรู้สึก ให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าได้ถูกทอดทิ้งมีคนเข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ 3) ด้านการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิทธิของผู้ป่วย โดยให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการให้ความเคารพในวัยวุฒิของผู้ป่วย ระมัดระวังในกิจกรรมการดูแลที่ต้องเปิดเผยร่างกายท่าทาง หรือการสัมผัสที่แสดงความรังเกียจในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย เคารพในสิทธิผู้ป่วย โดยการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ด้วยการบอกกล่าวสอบถามความยินยอมก่อนให้การรักษา รวมทั้งให้การดูแลด้วยความเสมอภาค 4) ด้านการให้กำลังใจ โดยการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการต่อสู้กับโรคร้าย ปลอบใจเมื่อผู้ป่วยมีความทุกข์สื่อสารโดยการสัมผัส เพื่อแสดงถึงความห่วงใยต่อผู้ป่วย ให้กำลังใจและคำชมเชย พร้อมทั้งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตามความเชื่อที่ไม่ขัดกับแผนการรักษาเพื่อสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ป่วย รวมถึงการอำนวยความสะดวกในการเข้าเยี่ยมของญาติ เพื่อให้ญาติได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสร้างขวัญกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ญาติจะเป็นผู้ช่วยอำนวยความสะดวกในการจัดหาอุปกรณ์สำหรับปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อที่ไม่ขัดกับแผนการรักษาตามความต้องการของผู้ป่วย เช่น การรดน้ำมนต์ การทำบุญตักบาตร ปล่อยนกปล่อยปลา การบริจาคโลงศพ เป็นต้น 5) ด้านการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย หมายถึง การปฐมนิเทศ ให้คำแนะนำและความรู้เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย แผนการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ

และแนวทางปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย การรับประทานอาหารและยา การไอ การเคลื่อนไหว การออกกำลังกายเป็นต้น เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเอง 6) ด้านการช่วยเหลือดูแลป้องกันอันตราย หมายถึง ช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน que ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ ได้แก่ ดูแลความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การขับถ่าย และการตรวจตราดูแลสิ่งแวดล้อมให้สุขสบาย การติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการช่วยเหลือดูแล เมื่อมีอาการไม่สุขสบาย เช่น อาการปวด ท้องอืด แน่นท้อง หายใจเหนื่อย และนอนไม่หลับ เป็นต้น 7) ด้านความสามารถและทักษะในการให้การพยาบาล หมายถึง พยาบาลมีความรู้ความสามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจในลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย เช่น ผู้สูงอายุ โดยการใชภาษาที่ชัดเจนเข้าใจง่าย ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีทักษะชำนาญคล่องแคล่วด้วยความมั่นใจ สามารถช่วยแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมรวดเร็วทันเวลา และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความมั่นใจในการได้รับดูแลจากพยาบาล

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยขอสรุปเป็นความหมายในแนวคิดพฤติกรรมศาสตร์ได้ว่า พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม หมายถึง การกระทำที่แสดงออกโดยการช่วยเหลือสนับสนุน อำนวยความสะดวกหรือการกระทำแสดงออก สนองตอบความต้องการให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยแต่ละบุคคล โดยการดำรงรักษา ประณีประนอมต่อรองให้ผู้ป่วยปรับให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรม สนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี หรือเผชิญกับความเจ็บป่วย ความพิการหรือความตาย อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับความเชื่อและวิถีชีวิตทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย แบ่งได้เป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้คือ 1) ด้านการแสดงออกถึงการดูแลโดยคำนึงความเป็นมนุษย์ 2) การให้ความรู้ในเชิงวิชาชีพ 3) ด้านการเคารพต่อความคิดความเชื่อของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม 4) ด้านสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย

การวัดพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม พบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาการดูแลซึ่งประเมินวัดจากการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแล เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมในแต่ละวัฒนธรรมมีความแตกต่างกันไม่สามารถกำหนดได้แน่นอน ดังนั้นจึงวัดการรับรู้ของพยาบาล และการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากพยาบาล ในการศึกษาคั้งนี้จึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม โดยพัฒนาจากแบบวัดตัวแปรพฤติกรรมการดูแล จากการประมวลเอกสารพบว่ามีารสร้างแบบวัดเป็น

องค์ประกอบอาทิเช่น แบบวัดตัวแปรพฤติกรรมการดูแล สามารถวัดโดยพัฒนาแบบวัดจากแบบพฤติกรรมการดูแล(Caring Behavior Inventory) พัฒนาโดยวูล์ฟและคณะ(Wolf & et al, 2004) บนพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีการดูแลของวัตสัน 1985 (Jean Watson's Human Caring Theory) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การแสดงออกถึงการดูแลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ (Assurance of human presence) มีข้อคำถาม 8 ข้อ ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ = 0.49 - 0.85 2) การให้ความรู้ในเชิงวิชาชีพ (Professional knowledge and skill) มีข้อคำถาม 5 ข้อ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ = 0.66 - 0.78 3) การเคารพ (Respectful) มีข้อคำถาม 6 ข้อ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ = 0.62 - 0.78 4) การมีปฏิสัมพันธ์ ความผูกพัน (Connectedness) มี 5 ข้อ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ = 0.69 - 0.76 รวมข้อคำถามมีทั้งหมด 24 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคย (Never) จนถึง เสมอ (always) ค่าสัมประสิทธิ์สอดคล้องภายในทั้งฉบับ = 0.92 ค่าความเชื่อมั่นแบบวัดสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค = 0.94 (Papastavrou & et al, 2011)

การพัฒนาแบบประเมินการรับรู้พฤติกรรมการดูแล (The caring behaviors assessment tool) โดยโครนินและแฮร์ริสัน (Cronin & Harrison, 1988) บนพื้นฐานแนวคิดของวัตสัน (1979) ประกอบด้วยการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ประกอบด้วยข้อคำถาม 63 ข้อ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความเป็นมนุษย์/ข้อสัจธรรม/ความไว (humanism/faith/sensitivity) มีข้อคำถาม 16 ข้อ 2) ด้านความช่วยเหลือ/ความไว้วางใจ (helping/trust) มีข้อคำถาม 11 ข้อ 3) ด้านการแสดงออกทางบวก/ความรู้สึกทางลบ (expression of positive/ negative feeling) มีข้อคำถาม 4 ข้อ 4) ด้านการสอนและการเรียนรู้ (teaching/learning) มีข้อคำถาม 9 ข้อ 5) ด้านการสนับสนุน/การป้องกัน/ความถูกต้อง/สิ่งแวดล้อม (supportive/ protective/ corrective/environment) มีข้อคำถาม 12 ข้อ 6) ความต้องการความช่วยเหลือ (Human needs assistance) มีข้อคำถาม 9 ข้อ และ 7) ด้านช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจโลก/ปรากฏการณ์ความจริงของชีวิต/ด้านจิตวิญญาณ existential / phenomenological /spiritual forces มีข้อคำถาม 2 ข้อ ค่าถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่สำคัญน้อยที่สุด ถึง สำคัญมากที่สุด ค่าสัมประสิทธิ์สอดคล้องภายในทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 0.66- 0.90

นอกจากนี้ภรณ์ เลื่องอรุณ, สุภาพร วรรณสันทัด และอริสา จิตต์วิบูลย์ (2555) พัฒนาแบบวัดพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร ของนักศึกษาพยาบาล บนพื้นฐานแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรของไลนินเจอร์ และวัตสัน โดยไลนินเจอร์ อธิบายลักษณะของเอื้ออาทรว่า 1) เป็นการ

กระทำอย่างชัดเจนต่อคนแบบองค์รวม 2) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 3) เป็นการปฏิบัติที่ต้องคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล สถานการณ์และวัฒนธรรม 4) เป็นสิ่งที่พยาบาลต้องกระทำ ด้วยความรู้และสติปัญญา ในส่วนของวัดสัน อธิบายว่าเป็นลักษณะของการกระทำที่มนุษย์พึงปฏิบัติต่อมนุษย์ เป็นการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบทางสังคม โดยมีความเมตตา ความสนใจ เอาใจใส่เป็นพื้นฐาน วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างโดยการวิเคราะห์ปัจจัย พบว่ามี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนระดับประคองจิตใจและจิตวิญญาณ 2) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ 3) สมรรถนะเชิงวิชาชีพ 4) การเอาใจใส่ดูแลประดุจญาติ 5) การเคารพความเป็นบุคคล การวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบวัดทั้งฉบับได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบราคเท่ากับ 0.94 และค่าสัมประสิทธิ์สอดคล้องภายในขององค์ประกอบที่ 1,2,3,4,5 เท่ากับ 0.89, 0.82, 0.81, 0.75, 0.73 ตามลำดับ ทั้งนี้ลักษณะของการวัดพฤติกรรมการดูแลดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปรายละเอียดของนักวิจัยที่สร้างแบบวัด ปีที่สร้างแบบวัด และองค์ประกอบของการวัด แสดงรายละเอียดตามตาราง 1

ตาราง 1 รายละเอียดที่นักวิจัยศึกษาองค์ประกอบของการวัดที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแล

ผู้วิจัย	ปี	องค์ประกอบพฤติกรรมการดูแล										
		1แสดงออกการดูแลโดยคำนึงถึงความจำเป็นของผู้ป่วย	2ความใส่ใจกับสถานะทางวิชาชีพ	3ความเคารพ	4 การมีส่วนร่วม	5 ความเป็นมนุษย์/จิตใจดี/ความไว	6 การแสดงความรู้สึกทางบวก/ทางลบ	7การตอบสนองให้ความรู้	8การสนับสนุนช่วยเหลือป้องกันอันตราย	9 จิตวิญญาณ	10ด้านปริมาณภาษา	11เข้าใจได้
Papastavrou; KarLou; Tsangari; Merkouris;& etal	2011	✓	✓	✓	✓							✓
Wu; & Larrabee	2006	✓	✓	✓	✓							
Cronin; & Harrison	1988	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓		
จิรา แก่นยะกุล	2548	✓	✓	✓				✓	✓		✓	✓
ภรณ์ เลื่องอรุณ; สุภาพร วรณสันต์; อริสา จิตต์วิบูลย์	2555		✓	✓	✓					✓	✓	
รวม		4	4	4	4	1	1	2	2	2	2	2

จากตาราง 1 จะเห็นว่า การวัดพฤติกรรมการดูแล ที่ผ่านมานักวิจัยได้พัฒนาเครื่องมือวัดพฤติกรรมดูแลได้แก่ การสร้างองค์ประกอบหรือข้อคำถามที่มุ่งวัดพฤติกรรมดูแลตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วย รวม 11 ด้านด้วยกันและสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดขึ้นตามแนวคิดและคำนิยามของพฤติกรรมดูแล ซึ่งประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล มาศึกษาโดยผู้วิจัยได้พัฒนาเป็นแบบวัดพฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรม ซึ่งแบบวัดที่สร้างพัฒนาแบบวัดโดยวูและลาร์ราบี (Wu & Larrabee, 2006) และภรณ์ เลื่องอรุณ, สุภาพร วรณสันต์

และ อริสา จิตต์วิบูลย์ (2555) ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับภาษาให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย ข้อคำถาม 33 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1) การแสดงออกถึงการดูแลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ (Assurance of human presence) หมายถึง การแสดงออกของพยาบาลด้วยความเอาใจใส่ในการช่วยเหลือเกื้อกูล อำนวยความสะดวกผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมให้ได้รับการดูแลแบบองค์รวม

2) การให้ความรู้ในเชิงวิชาชีพ (Professional knowledge and skill) หมายถึง การให้ข้อมูลความรู้และให้เหตุผลแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อแก้ปัญหาการดูแลที่ตอบสนองความต้องการผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

3) การเคารพต่อความคิดความเชื่อของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม (Respecting patients' culture) หมายถึง การแสดงออกของพยาบาลถึงการยอมรับความเชื่อเดิม วิถีชีวิต วัฒนธรรม และการวางแผนดูแลรักษาสุขภาพให้สอดคล้องกับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

4) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย (Positive connectedness) หมายถึง การแสดงออกของพยาบาลในการมีปฏิสัมพันธ์สื่อสารกับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมด้วยกลวิธีที่เหมาะสมโดยการถาม รับฟัง เข้าใจความรู้สึก และโน้มน้าวใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับมีความพึงพอใจ

การวัดพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ผู้วิจัยปรับปรุงพัฒนาจากแบบวัดของ Wu & Larrabee (2006) และภรณ์ เลื่องอรุณ; สุภาพร วรรณสันทัด; อริสา จิตต์วิบูลย์. (2555) โดยนำมาปรับภาษาให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย ข้อคำถาม 24 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การแสดงออกถึงการดูแลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ (Assurance of human presence) 2)การให้ความรู้ในเชิงวิชาชีพ (Professional knowledge and skill) 3)การเคารพต่อความคิดความเชื่อของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม (Respecting patients' culture) 4) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย (Positive connectedness) แต่ละข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคย (Never) จนถึง เสมอ (always) แบบวัดที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมมากกว่าผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

งานวิจัยของ ปาปาสเทอราวี และคณะ (Papastavrou & etal, 2011) ศึกษาการรับรู้พฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยและพยาบาลใน 6 ประเทศในทวีปยุโรป ได้แก่ สาธารณรัฐเช็ก ไชปัส ฟินแลนด์ กรีซ ฮังการี และอิตาลี ในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 1,659 คน และ

พยาบาลที่ดูแลจำนวน 1,195 คน ในหอผู้ป่วย 88 แผนก จาก 34 โรงพยาบาล พบว่าพฤติกรรม การดูแลของพยาบาลในประเทศยังการมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ ฟินแลนด์ ไชปัส สาธารณรัฐอิตาลี และกรีซ การรับรู้พฤติกรรมการดูแลด้านความรู้และทักษะของผู้ป่วยสูงกว่าการรับรู้ของพยาบาล ในประเทศอิตาลี สาธารณรัฐอิตาลี การรับรู้พฤติกรรมการดูแลด้านการแสดงออกถึง โดยคำนึงความเป็นมนุษย์ ของพยาบาลสูงกว่าการรับรู้ของผู้ป่วย โดยด้านนี้มีข้อคำถามเกี่ยวกับการ เยี่ยมผู้ป่วย การสื่อสาร การเสนอตัวให้เรียกขอความช่วยเหลือจากพยาบาล และการ ตอบสนองเมื่อผู้ป่วยเรียก นอกจากนี้การรับรู้ด้านการเคารพยอมรับในความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ ละคนพบว่าการรับรู้ของผู้ป่วยจะต่ำกว่าการรับรู้ของพยาบาล โดยด้านนี้มีข้อคำถามเกี่ยวกับการ สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย ความเข้าใจ การให้โอกาสแสดงความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วย จากข้อความดังกล่าวจะเห็นว่าด้านสัมพันธภาพสร้างความไว้วางใจและด้านการแสดง ความเคารพผู้ป่วยจะรับรู้ของผู้ป่วยจะต่ำ แต่ผู้ป่วยจะรับรู้พฤติกรรมการดูแลด้านการให้ความรู้ในเชิง วิชาชีพของพยาบาลสูง ทำให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความต้องการดูแลด้านจิตใจ มีความเข้าใจการ แสดงออกด้านกิริยา ภาษา น้ำเสียง ความเอาใจใส่ การให้โอกาสร่วมวางแผนการรักษา ตัดสินใจ ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อ ค่านิยมของผู้ป่วยมากกว่าการได้รับตอบสนองความต้องการ จากพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาสำรวจเจตคติต่อพฤติกรรมดูแลของเจียง รวน เชียง และเจียง (Jiang, Ruan, Xiang, & Jia, 2015) ในกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลในแผนกต่างๆ จำนวน 265 คน พบว่า อายุและประสบการณ์ในการทำงานมีผลให้พฤติกรรมดูแลที่ดี พฤติกรรม การดูแลด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงได้แก่ 1) การให้ความเคารพแต่ละบุคคล 2) การให้การรักษาหรือยา ตรงเวลามี 3) ด้านความรู้เกี่ยวกับการให้การรักษาและใช้อุปกรณ์พิเศษ และการตรวจสอบ ประเมินอาการข้างเคียงจากยา พฤติกรรมดูแล ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำได้แก่ 1) การให้ความ ช่วยเหลือสนับสนุนกำลังใจ จิตใจ และจิตวิญญาณ 2) ด้านเจตคติรู้สึกไม่พึงพอใจ มีคะแนนเฉลี่ย ต่ำ ผลงานวิจัยนี้อธิบายว่ามีความแตกต่างจากงานวิจัยของโลกด้านตะวันตก เนื่องจากสังคมใน จีน เศรษฐกิจ และปัจจัยด้านวัฒนธรรม มีผลต่อทัศนคติในการทำงานของพยาบาล การมี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล จะให้ความสำคัญในการดูแลด้านร่างกาย ส่วนการสร้าง สัมพันธภาพการสื่อสารพูดคุยกับผู้ป่วย พยาบาลในประเทศจีนไม่ได้ให้ความสำคัญ เนื่องจาก การศึกษาในประเทศจีนเกี่ยวกับแนวคิดทางการพยาบาลยังไม่เพียงพอ

ประเทศไทย มีการศึกษาของ จิรา แก่นยุกุล (2555) เรื่องพฤติกรรมดูแลของพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุไทยพุทธที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุไทยพุทธ จำนวน 304 คน พบว่า พฤติกรรมดูแลของพยาบาลตามการรับรู้ของ

ผู้สูงอายุมีระดับสูง หากการเปรียบเทียบคะแนนค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านได้แก่ การให้ความเคารพ ในศักดิ์ศรีคุณค่าของผู้ป่วยสูง, รองลงมาได้แก่ กิริยามารยาท, ความสามารถและทักษะของ พยาบาล การดูแลช่วยเหลือและป้องกันอันตราย การห่วงใยเอาใจใส่ การให้กำลังใจ และการให้ ความรู้และคำแนะนำโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.18, 3.01, 2.91, 2.87, 2.74 ตามลำดับ สังคมไทยเป็นสังคมที่ให้ความเคารพผู้สูงอายุ ทำให้พยาบาลให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยความเคารพ เอาใจใส่ ผู้สูงอายุรับรู้พฤติกรรมกรรมการดูแลด้านการเคารพมากกว่าด้านอื่นๆ เป็นต้น

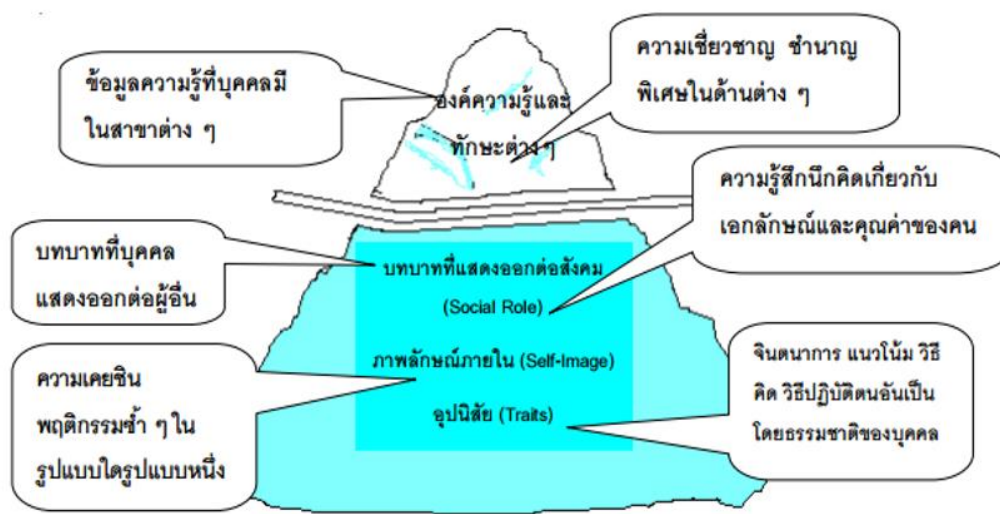
จากการประมวลเอกสารจะเห็นว่าปัจจัยด้านบุคคล ความเชื่อ วิถีชีวิต ค่านิยม ประสพการณ์ชีวิต การสื่อสาร ภาษา ทักษะคิด ศาสนา การศึกษา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในแต่ละ บริบทที่แตกต่างกัน ทำให้มีพฤติกรรมกรรมการดูแลแตกต่างกัน มีการศึกษาวิจัยของ กมลทิพย์ สงวน ทิพย์ (2556) เกี่ยวกับลักษณะจิตสังคมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการพยาบาลจิตเวชอย่างมี ประสิทธิภาพ พบว่า การรับรู้สนับสนุนทางสังคมทางบวก และเจตคติที่ดี มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม กรรมการพยาบาลจิตเวช ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยด้านบุคคลและ สภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมผ่านสมรรถนะด้านวัฒนธรรม

2. สมรรถนะด้านวัฒนธรรมและอิทธิพลที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

2.1 แนวคิดสมรรถนะ

แนวคิดของสมรรถนะพัฒนามาจากแนวคิดของสมรรถนะซึ่งศาสตราจารย์เดวิด ซี เม คเคลแลนด์ (David C. Mc Celland) นักจิตวิทยาของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด เป็นผู้ริเริ่มแนวคิด เกี่ยวกับสมรรถนะ โดยพัฒนาแบบทดสอบทางบุคลิกภาพเพื่อศึกษาว่า บุคคลที่ทำงานอย่างมี ประสิทธิภาพนั้นมีทัศนคติ และนิสัยอย่างไร และได้ใช้ความรู้ในเรื่องเหล่านี้ช่วยแก้ปัญหาการ คัดเลือกบุคคลให้กับหน่วยงานของรัฐบาลสหรัฐอเมริกา ได้แก่ ปัญหากระบวนการคัดเลือกที่เน้น การวัดความถนัด ที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานน้อยมาก ซึ่งแสดงว่าผลการทดสอบไม่ สามารถทำนายผลการปฏิบัติงานได้ อีกทั้งยังได้เก็บข้อมูลที่มีผลงานโดดเด่น และผู้ที่ไม่ได้มี ผลงานโดดเด่นด้วยการสัมภาษณ์ ซึ่งพบว่าสมรรถนะเกี่ยวกับความเข้าใจข้อแตกต่างทาง วัฒนธรรมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลปฏิบัติงาน ไม่ใช่การทดสอบด้วยแบบทดสอบความ ถนัด นอกจากนี้ปี ค.ศ. 1973 เขียนบทความวิชาการเรื่อง Testing for competence rather than intelligence ได้รับการกล่าวถึงอย่างกว้างขวางและเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาสมรรถนะ ให้ เป็นอีกทางเลือกหนึ่งนอกเหนือไปจากการวัดเชาวน์ปัญญา และใช้กันต่อๆมาจนถึงทุกวันนี้

แนวคิดสมรรถนะสามารถอธิบายบุคลิกลักษณะของคนด้วยโมเดลภูเขาน้ำแข็ง (Iceberg model) ซึ่งอธิบายว่า ความแตกต่างระหว่างบุคคลเปรียบเทียบกับภูเขาน้ำแข็ง โดยมีส่วนที่เห็นได้ง่าย และพัฒนาได้ง่าย คือส่วนที่ลอยอยู่เหนือน้ำ นั่นคือองค์ความรู้และทักษะต่างๆที่บุคคลมีอยู่ และส่วนใหญ่ที่มองเห็นได้ยากอยู่ใต้น้ำ ได้แก่ แรงจูงใจ อุปนิสัย ภาพลักษณ์ภายใน และบทบาทที่แสดงออกต่อสังคม ส่วนที่อยู่ใต้น้ำนี้มีผลต่อพฤติกรรมในการทำงานของบุคคลอย่างมาก และเป็นส่วนที่พัฒนาได้ยาก(สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน,2008)



ภาพประกอบ 1 โมเดลภูเขาน้ำแข็ง (Iceberg model of competence)

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน.(2008). หน้า 4

การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมในการทำงานอย่างใดขึ้นอยู่กับคุณลักษณะที่บุคคลมีอยู่ ซึ่งอธิบายในตัวแบบภูเขาน้ำแข็ง คือซึ่งอธิบายได้ว่า คุณลักษณะของบุคคลเปรียบเทียบกับภูเขาน้ำแข็งที่มีทั้งส่วนที่มองเห็นได้ง่าย คือส่วนที่ลอยอยู่เหนือน้ำ ได้แก่ ความรู้(Knowledge) และทักษะ (Skill) ซึ่งง่ายต่อการสังเกตและวัดได้ง่าย และส่วนที่อยู่ใต้น้ำเป็นส่วนที่ยากต่อการสังเกตและวัดได้ยากกว่า และเป็นส่วนที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลมากกว่า ได้แก่ การแสดงบทบาทภายนอกต่อสังคม(Social role) ทศนคติต่อตนเอง (Self-image) อุปนิสัย(Traits) และแรงจูงใจ (Motives) ซึ่งการที่บุคคลมีความรู้และทักษะเพียง 2 อย่างนั้นไม่เพียงพอที่จะทำให้เขามีผลการปฏิบัติงานที่โดดเด่นได้ บุคคลต้องมีแรงจูงใจจากภายใน อุปนิสัย ทศนคติต่อตนเอง และการ

แสดงออกภายนอกที่เหมาะสมด้วย จึงจะทำให้บุคคลนั้นปฏิบัติงานได้อย่างโดดเด่น (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2008)

สมรรถนะจะมีองค์ประกอบอยู่ 3 ส่วน ก็คือ ลักษณะของบุคคล พฤติกรรม และ ผลสัมฤทธิ์ รายละเอียดมีดังนี้ 1) ลักษณะของบุคคล หมายถึง ลักษณะนิสัย ทักษะ และ แรงจูงใจ ซึ่งลักษณะดังกล่าวจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลนั้น 2) พฤติกรรม หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่เป็นทั้งแง่บวก และแง่ลบ โดยเฉพาะในส่วนขององค์กร ต้องการให้บุคคลากรแสดงออกในแง่บวกและสร้างสรรค์ 3) ผลสัมฤทธิ์ หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการกระทำ ถ้าพิจารณาในแง่มุมของการจัดการบุคคลากร จะพบว่าผลสัมฤทธิ์ หมายถึง ผลสำเร็จของการปฏิบัติงาน เช่น การบริการที่ยอดเยี่ยม เป็นต้น สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ได้อธิบายว่า สมรรถนะ คือ กลุ่มของความรู้ความสามารถ ทักษะ ตลอดจนทัศนคติที่จำเป็นในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล คุณลักษณะของ บุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมและผลการปฏิบัติงาน ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้ ส่วนหนึ่งประกอบขึ้นจาก ทักษะความรู้ ความสามารถ ทักษะ บุคลิกภาพ ค่านิยมของบุคคล หรือพฤติกรรมของผู้ที่มีผล การปฏิบัติงานยอดเยี่ยมในงานหนึ่งๆ (สถาบันดำรงราชานุภาพ, 2553)

สมรรถนะจะมีองค์ประกอบอยู่ 3 ส่วน ก็คือ ลักษณะของบุคคล พฤติกรรม และ ผลสัมฤทธิ์ รายละเอียดมีดังนี้ 1) ลักษณะของบุคคล หมายถึง ลักษณะนิสัย ทักษะ และ แรงจูงใจ ซึ่งลักษณะดังกล่าวจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลนั้น 2) พฤติกรรม หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่เป็นทั้งแง่บวก และแง่ลบ โดยเฉพาะในส่วนขององค์กร ต้องการให้บุคคลากรแสดงออกในแง่บวกและสร้างสรรค์ 3) ผลสัมฤทธิ์ หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการกระทำ ถ้าพิจารณาในแง่มุมของการจัดการบุคคลากร จะพบว่าผลสัมฤทธิ์ หมายถึง ผลสำเร็จของการปฏิบัติงาน เช่น การบริการที่ยอดเยี่ยม เป็นต้น สำนักงานคณะกรรมการ ข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ได้อธิบายว่า สมรรถนะ คือ กลุ่มของความรู้ความสามารถ ทักษะ ตลอดจนทัศนคติที่จำเป็นในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล คุณลักษณะของ บุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมและผลการปฏิบัติงาน ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้ ส่วนหนึ่งประกอบขึ้นจาก ทักษะความรู้ ความสามารถ ทักษะ บุคลิกภาพ ค่านิยมของบุคคล หรือพฤติกรรมของผู้ที่มีผล การปฏิบัติงานยอดเยี่ยมในงานหนึ่งๆ (สถาบันดำรงราชานุภาพ, 2553)

2.2 แนวคิดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม (Cultural competency)

ความหมายสมรรถนะด้านวัฒนธรรม (Cultural competence)

สมรรถนะด้านวัฒนธรรม มาจากคำว่า “วัฒนธรรม” และ “สมรรถนะ” มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้นิยามไว้ดังนี้ ดิลเลอร์และมัวลี (Diller & Moule 2005) ได้นิยามสมรรถนะด้านวัฒนธรรมว่าหมายถึง เป็นความสามารถของบุคคลในวัฒนธรรมหนึ่ง เพื่อเข้าใจติดต่อสื่อสาร ปฏิบัติงานและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในอีกรั้ววัฒนธรรมหรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า การข้ามวัฒนธรรม (Cross – culturally) ดังนั้นสมรรถนะด้านวัฒนธรรมมีความหมายเดียวกับสมรรถนะข้ามวัฒนธรรม กู๊ด (สุดศิริ; แสงจันทร์ ส่งวัฒนา, 2550 อ้างอิงจาก Goode, 2006) ได้นิยามสมรรถนะด้านวัฒนธรรมว่าหมายถึง เป็นความสามารถหรือวิธีปฏิบัติที่แสดงออกถึงการให้เกียรติและยอมรับในความเชื่อ ลักษณะสัมพันธภาพ ทักษะคิด และพฤติกรรม ของครอบครัวผู้ใช้บริการและความหลากหลายทางวัฒนธรรมของผู้ให้บริการเอง แคมพินฮา – บาโคท (Joseph campinha – Bacote, 2002) นิยามความหมายสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ว่าหมายถึง ความสามารถของบุคคลากรที่มสุขภาพที่จะให้การบริการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพด้วยความปลอดภัยในบริบททางวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล ครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม ความรู้ทางวัฒนธรรม ทักษะในการดูแลทางวัฒนธรรม การเผชิญทางวัฒนธรรม ความปรารถนาทางวัฒนธรรม สเปอริ (Sperry, 2012) ได้ให้คำนิยามสมรรถนะด้านวัฒนธรรมว่าหมายถึง ความสามารถในการปฏิสัมพันธ์กับผู้มีวัฒนธรรมแตกต่างกัน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ ความรู้ทางวัฒนธรรม ตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม ความไวทางวัฒนธรรม ทักษะทางวัฒนธรรม จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยสรุปความหมายของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมว่า เป็นความสามารถของพยาบาลที่จะให้บริการผู้ป่วยได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกัน

แคมพินฮา – บาโคท ได้อธิบายองค์ประกอบสมรรถนะทางวัฒนธรรมของบริการดูแลทางสุขภาพของ (Joseph campinha – Bacote. 2002; 2011) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบที่มีปฏิสัมพันธ์กันดังนี้คือ (สุดศิริ หิรัญชุนหะ และ คณะ 2550: 14-16)

1) ตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม (Culture awareness) หมายถึง กระบวนการรู้คิดของบุคคลากรทางสุขภาพที่เล็งเห็นถึงความสำคัญของการให้คุณค่า ความเชื่อ วิถีชีวิต พฤติกรรม และวิธีการแก้ปัญหาของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม เป็นการตรวจสอบความอคติของตนเองต่อวัฒนธรรมอื่นๆ หากบุคคลากรทางสุขภาพยังไม่สามารถเข้าใจลึกซึ้งในวัฒนธรรมของตนเอง ก็มีโอกาที่จะเกิดพฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสมทางวัฒนธรรมได้

2) ความรู้ทางวัฒนธรรม (Cultural knowledge) หมายถึง ความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องด้วยการเรียนรู้ด้วยตนเองเกี่ยวกับวัฒนธรรมที่แตกต่างไปจากวัฒนธรรมของตนเองและเป็นการเพิ่มพูนในการมองโลกที่แตกต่างกันทำให้เข้าใจผู้ป่วยในมุมมองของความเป็นมนุษย์มากขึ้น และการประยุกต์ใช้ความรู้ในสาขาต่างๆมาเป็นแนวทางในการแสวงหาความรู้ด้วยเทคนิคที่หลากหลายเพื่อให้ตนเองเข้าใจในวัฒนธรรมต่างๆมากขึ้น

3) ทักษะทางวัฒนธรรม (Culture skill) หมายถึง ความสามารถในการเก็บรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับประวัติและปัญหาของผู้ใช้บริการอย่างถูกต้องตามลักษณะพื้นฐานทางวัฒนธรรม กระบวนการนี้รวมถึงการเรียนรู้วิธีที่จะประเมินทางวัฒนธรรมและการตรวจร่างกาย เพื่อให้ได้มาซึ่งความต้องการที่แท้จริงของผู้ใช้บริการ

4) การเผชิญทางวัฒนธรรม (Cultural encounters) หมายถึง กระบวนการที่บุคลากรทางสุขภาพมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีภูมิหลังทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน โดยประเด็นสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมคือ การปรับ ประยุกต์ หรือเลือกใช้วิธีการมีปฏิสัมพันธ์ที่หลากหลายและเหมาะสมกับแต่ละบุคคล โดยมีเป้าหมายเพื่อการสื่อสารถึงวิธีการตอบสนองทางวจาที่หลากหลาย การโต้ตอบด้วยการใช้วจาและไม่ใช้วจาอย่างถูกต้องเหมาะสมตามกาลเทศะของแต่ละวัฒนธรรม

5) ความปรารถนาทางวัฒนธรรม (Cultural desire) หมายถึง แรงจูงใจที่ทำให้พยาบาลต้องการเข้าไปสู่กระบวนการพัฒนาการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม การมีความตระหนักรู้ องค์ความรู้ ทักษะและความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ จำเป็นต้องกระทำร่วมกับการมีแรงบันดาลใจหรือความปรารถนาอย่างแท้จริงที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

ในประเทศไทย ประณีต ส่งวัฒนาและคณะ (2552, p 149) ได้นำทฤษฎีสรรถนะทางวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพทางวัฒนธรรม โดยกำหนดให้มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ตระหนักในคุณค่าของความแตกต่างทางวัฒนธรรม (Cultural awareness) หมายถึง ความตระหนักรู้ และความสามารถของพยาบาลในการประเมินตนเองว่า มีความคิด ความเชื่อ ต่อผู้ให้บริการอย่างไร ที่อาจจะทำให้เกิดความลำเอียง (bias) การไม่ยอมรับในความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และตระหนักรู้ว่า ความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และตระหนักรู้ว่า ความคิด ความเชื่อ การปฏิบัติของผู้ให้บริการ อาจมีผลต่อสุขภาพทั้งด้านบวกและลบ โดยไม่ตีค่า ถูก ผิด ดังนั้น ประเด็นที่พยาบาลต้องประเมินตนเอง เช่น มีความคิดในทางลบต่อผู้ให้บริการ เพราะมีความแตกต่างในสถานภาพทางสังคม ความเชื่อ ค่านิยม การปฏิบัติต่างจากตนเองหรือไม่ กำหนดภาพลักษณ์แบบเหมารวม (Stereotype) ของ

ผู้ใช้บริการหรือไม่ทั้งด้านบวกและลบ กำหนดการตีตรา (Stigma) ให้ผู้ใช้บริการหรือไม่ 2) ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (Cultural knowledge) หมายถึง ความรู้ในวัฒนธรรมที่หลากหลาย กระบวนการทางสังคม ศาสนา วัฒนธรรม แบบแผนทางสังคมของชุมชน วิถีชุมชน ประเพณี พิธีกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาพื้นบ้าน การปฏิบัติตนที่เกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจในความคิด ความเชื่อ ค่านิยมของผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคิด ความเชื่อ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ และปัจจัยที่อาจมีผลต่อสุขภาพ 3) ทักษะในการประเมินทางวัฒนธรรม (Cultural Assessment) หมายถึง ความสามารถในการประเมินความคิด ความเชื่อ ค่านิยมและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ใช้บริการ และนำผลมาใช้ในการวางแผนร่วมกันในการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดี อย่างเป็นองค์รวม (Holistic health) โดยรวมทักษะปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่ต่างวัฒนธรรม (Cultural encounter) ได้แก่ ทักษะในการสื่อสารทั้งด้านภาษา และท่าทางที่ทำให้การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่มีความแตกต่าง ก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน ไร้วางใจ ไม่ทำให้เกิดความรู้สึกถูกลบหลู่ ด้อยค่า ซึ่งจะนำสู่ความขัดแย้งและการปฏิเสธ

นอกจากนี้ Chang(2007b) ได้นำแนวคิดข้างต้นมาบูรณาการและจัดเรียงใหม่จากการศึกษาเชิงคุณภาพหาทฤษฎีฐานราก พบว่าสมรรถนะด้านวัฒนธรรมประกอบด้วย 5 องค์ประกอบดังนี้

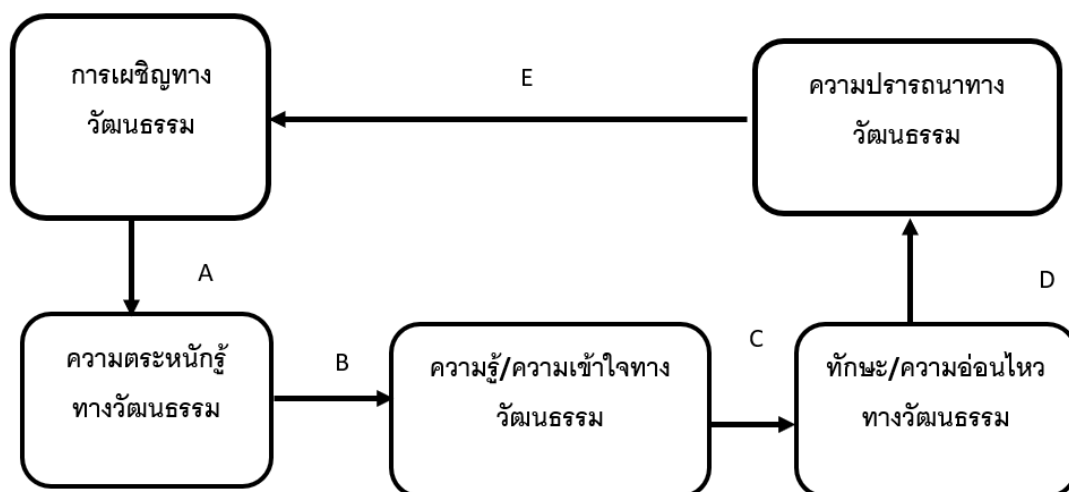
1) การเผชิญทางวัฒนธรรม (Cultural encounter) คือ บุคคลเมื่อได้พบเห็นวัฒนธรรมอื่นที่ไม่เหมือนกับวัฒนธรรมของตนและบุคคลจะเลือกหรือไม่เลือกที่จะสัมผัสกับวัฒนธรรมที่ได้พบ

2) ตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม (Culture awareness) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีการเผชิญทางวัฒนธรรมอื่นที่แตกต่างไปจากวัฒนธรรมเดิมที่คุ้นเคยแล้วพบว่ามีความหลากหลายหรือมีประเด็นทางวัฒนธรรมเกิดขึ้น และจะเกิดการเรียนรู้วัฒนธรรมของตนเองและของผู้อื่น 5 องค์ประกอบที่มีปฏิสัมพันธ์

3) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรม (Cultural knowledge/understanding) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้เรียนรู้วัฒนธรรมไปแล้วในระยะเวลาหนึ่ง

4) ทักษะและความไวต่อวัฒนธรรม (Culture skill/ sensitivity) จะเกิดต่อเมื่อบุคคลมีความเข้าใจวัฒนธรรมในระดับที่สูงขึ้นแล้วจะมีความไวเกิดขึ้นตามไปด้วย ซึ่งทักษะจะเกิดจากสังเกตพฤติกรรมของคนและการปฏิบัติ

5) ความปรารถนาทางวัฒนธรรม (Cultural desire) เกิดขึ้นเมื่อมีความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับวัฒนธรรมที่แตกต่างกันและเกิดความสนใจที่จะเรียนรู้วัฒนธรรมอื่นๆ นั้น จะมีการเผชิญวัฒนธรรมเกิดเป็นวงจรต่อไป



ภาพประกอบ 2 วงจรกระบวนการสมรรถนะด้านวัฒนธรรม

ที่มา: Chang. (2007b). The negative can be positive for cultural competence.

หน้า 272

ไค (Cai, 2016) ศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลแนวคิดนี้ในการเรียน วิจัย และการปฏิบัติ ให้ความหมายสมรรถนะด้านวัฒนธรรมว่า หมายถึง เป็นความสามารถของพยาบาลจะดูแลผู้ป่วยที่มีภูมิหลังทางวัฒนธรรมแตกต่างอย่างมีคุณภาพปลอดภัย ประกอบด้วย ตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม (Culture awareness) ความไวทางวัฒนธรรม (Cultural sensitivity) ความรู้ทางวัฒนธรรม (Cultural knowledge) ทักษะในการดูแลทางวัฒนธรรม (Culture skill) และกระบวนการพลวัต (Dynamic process) ประกอบด้วย องค์ประกอบ ความหลากหลายทางวัฒนธรรม (Cultural diversity) การเผชิญวัฒนธรรม (Cultural encounters) ความปรารถนาทางวัฒนธรรม (Cultural desire) ซึ่งเกิดขึ้นมาก่อน 4 องค์ประกอบที่กล่าวข้างต้น นอกจากนี้ไค (Cai, 2016) ยังกล่าวถึง ให้ความหมายของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมว่าเป็นแนวคิดที่หมายรวมถึงการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมด้วยเพื่อที่จะให้การดูแลเชิงวัฒนธรรม ดังนั้นเพื่อไม่ให้เกิดความสับสนกับคำทั้งสองนี้ ความหมายขององค์ประกอบมีดังนี้ คือ

1) ตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม (Culture awareness) หมายถึง เป็นการพัฒนาการมีสติรู้คิดของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกัน พยาบาลควรสำรวจว่าวัฒนธรรมใดเหมือนหรือแตกต่างเพื่อจะได้เข้าใจค่านิยมความเชื่อ การปฏิบัติของวัฒนธรรมกลุ่มอื่น

2) ความไวทางวัฒนธรรม (Cultural sensitivity) หมายถึง พยาบาลมีความรู้ลึกพอใจยินดี แสดงออกถึงความเคารพในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยแตกต่างวัฒนธรรมด้วยความอบอุ่นใจ

3) ความรู้ทางวัฒนธรรม (Cultural knowledge) หมายถึง พยาบาลมีพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมต่างๆของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันเกี่ยวกับความเชื่อ ค่านิยมและพฤติกรรมแสดงออกที่จำเป็นในขณะมีปฏิสัมพันธ์ผู้ป่วยว่าควรกระทำใด ควรทำ หรือ ไม่ควรทำ เช่น การรับประทานอาหาร การสื่อสาร มารยาทอื่นๆ ซึ่งพยาบาลต้องเตรียมตนเองเรื่องความรู้เชิงวัฒนธรรมเพื่อสร้างความไว้วางใจในการให้การดูแลตามความต้องการผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

4) ทักษะในการดูแลทางวัฒนธรรม (Culture skill) เป็นความสามารถในการประเมินรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยมาวางแผนเตรียมให้การดูแลได้อย่างถูกต้องอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทั้งขณะภาษาและขณะภาษารวมทั้งการสื่อสารผ่านล่ามแปลภาษาให้มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน

5) กระบวนการที่เป็นพลวัต (Dynamic process) เป็นคุณสมบัติที่สำคัญของสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ความแตกต่างวัฒนธรรมของผู้ป่วยซึ่งมีความต้องการดูแลและมีความคาดหวังที่รับบริการจากพยาบาลผู้มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ประกอบด้วย การเผชิญทางวัฒนธรรม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม ความปรารถนาทางวัฒนธรรม หมายถึง แรงจูงใจที่จะมีสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม ทำให้เกิดเรียนรู้กลายเป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม



ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม
(Cultural competence concept diagram)

ที่มา: Duan-Ying Cai. (2016). A concept analysis of cultural competence. หน้า

272

จากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ดังกล่าวข้างต้น จึงสรุปความหมายของสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ในการวิจัยครั้งนี้หมายถึง เป็นความสามารถของพยาบาลที่จะให้บริการผู้ป่วยได้อย่างสอดคล้องกับวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกัน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ

1) ความตระหนักรู้ด้านวัฒนธรรม (Culture awareness) หมายถึง การเรียนรู้ ความเข้าใจและการยอมรับของพยาบาลต่อความไวต่อการรับรู้ในความแตกต่างในเรื่องความเชื่อ ค่านิยม วิถีชีวิต การปฏิบัติและกลยุทธ์หรือวิธีการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย ไม่ลำเอียงต่อวัฒนธรรมของผู้อื่น

2) ความสามารถในการประยุกต์ความรู้ทางวัฒนธรรม (Cultural knowledge) หมายถึง การเรียนรู้ทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับหลักปฏิบัติทางศาสนา วัฒนธรรม วิถีชีวิต ประเพณีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การรักษาพื้นบ้าน ซึ่งทำให้พยาบาลเข้าใจในความคิด ความเชื่อค่านิยมของผู้ใช้บริการด้านสุขภาพและปัจจัยที่อาจมีผลต่อสุขภาพ

3) ความสามารถในการประเมินด้านวัฒนธรรม (Culture skill) หมายถึง ความสามารถในการประเมินความคิด ความเชื่อค่านิยมและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ และปัจจัยที่

เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ใช้บริการ และนำมาวางแผนปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมความต้องการของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

4) การติดต่อสื่อสารทางวัฒนธรรม (Cultural encounters) หมายถึง การที่พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีภูมิหลังทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน โดยการปรับ ประยุกต์ หรือ เลือกลงใช้วิธีการมีปฏิสัมพันธ์ที่หลากหลายและเหมาะสมกับแต่ละบุคคล สิ่งใดควรทำและไม่ควร มี การสื่อสารทั้งวงนะภาษาและอวจนะภาษา รวมทั้งการสื่อสารผ่านล่ามแปลภาษาทำให้เข้าใจบรรลุ เป้าหมายสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม

5) ความปรารถนาทางวัฒนธรรม (Cultural desire) หมายถึง ความตั้งใจที่ทำให้พยาบาลต้องการเข้าไปสู่กระบวนการพัฒนาการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม การมีความตระหนักรู้ องค์ ความรู้ ทักษะและความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ จำเป็นต้องกระทำร่วมกับการมีแรงบันดาลใจ หรือความปรารถนาอย่างแท้จริงที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

นอกจากนี้ครอส บาซรอน เดนนิส ไอแซค (Cross, Bazron, Dennis, & Isaacs, 1989) ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบสมรรถนะด้านวัฒนธรรมในองค์กร โดยในกระบวนการของการสร้างสมรรถนะทางวัฒนธรรมนั้น ประกอบด้วย 6 ระยะดังนี้ 1) ระยะของการทำลาย วัฒนธรรม (Cultural destructiveness) คือ การที่อคติความลำเอียง ความดูถูกเหยียดหยามใน วัฒนธรรมที่แตกต่างได้กลายเป็นเครื่องมือของการทำลายล้างวัฒนธรรมอื่นๆด้วย อำนาจทาง การเมือง นโยบาย และปฏิบัติการ 2) ระยะที่ไม่มีความสามารถทางวัฒนธรรม (Cultural incapacity) การที่ผู้ให้บริการขาดความสามารถขาดความเข้าใจจึงละเลยที่จะให้บริการข้าม วัฒนธรรม 3) ระยะที่ไม่รู้ไม่เข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรม (Cultural blindness) คือ การที่มี ความสามารถแต่มองไม่เห็น ไม่ใส่ใจกับกระบวนการที่จะทำให้เกิดการบริการที่เท่าเทียมกัน 4) ระยะก่อนการมีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม (Cultural pre-competence) คือการที่ผู้ให้บริการมี ความตระหนักรู้และกำลังพยายามสร้างระบบบริการที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม 5) ระยะมี สมรรถนะด้านวัฒนธรรม (Cultural competency) แล้ว 6) ระยะของการใช้สมรรถนะทาง วัฒนธรรมอย่างมีประสิทธิภาพ (Cultural proficiency) ซึ่งเป็นระยะของการมีสมรรถนะโดยไม่รู้ตัว มีความสามารถให้บริการที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการอย่างอัตโนมัติ ซึ่งกระบวนการ สร้างระบบบริการที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมก็เป็นระบบที่ต่อเนื่องและเป็นพลวัต

การวัดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบวัดตัวแปรสมรรถนะด้านวัฒนธรรม สามารถวัดโดยพัฒนาแบบวัดจากแบบประเมินสมรรถนะด้านวัฒนธรรม The Cultural Competence Assessment Instrument – University of Illinois at Chicago (CCAI- UIC) พัฒนาโดย ซัวเรซ-บาลคาซาและคณะ(Suarez-Balcazar & et al, 2011) กลุ่มตัวอย่างเป็นนักกายภาพบำบัด เครื่องมือเป็นแบบประเมินตนเอง (Self –report) ไม่ได้วัดพฤติกรรม (Behavior) หรือผลการปฏิบัติ (Performance) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การตระหนักทางวัฒนธรรม/ความรู้เชิงวัฒนธรรม 2) การพัฒนาทักษะ 3) องค์กรมีบทบาทสนับสนุนให้มีการปฏิบัติ/การนำไปใช้เหมาะสม โดยข้อคำถามมีทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งเป็นปัจจัยด้านละ 8 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง เห็นด้วยที่สุด ค่าสัมประสิทธิ์สอดคล้องภายในทั้งฉบับ = 0.90 และการตระหนักทางวัฒนธรรม/ความรู้เชิงวัฒนธรรม,การพัฒนาทักษะ, องค์กรมีบทบาทสนับสนุน ให้มีการปฏิบัติ/การนำไปใช้เหมาะสม =0.76 , 0.83 และ 0.81 ตามลำดับ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ อยู่ระหว่าง 0.41- 0.73 จะยังมีการพัฒนาแบบวัด Inventory For Assessing The Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals- Revised (IAPCC-R) โดย Campinha – Bacote (1 9 9 8) ประกอบด้วย 1)ตระหนักทางวัฒนธรรม 2)ความรู้ทางวัฒนธรรม 3)ทักษะในการดูแลทางวัฒนธรรม 4)ด้านปฏิสัมพันธ์เชิงวัฒนธรรม 5)ด้านความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะ มีข้อคำถาม 25 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยที่สุด (1 คะแนน) จนถึง เห็นด้วยที่สุด (4 คะแนน) ค่าความสัมพันธ์ข้อคำถามกับข้อคำถามแต่ละข้อมีความสัมพันธ์ต่ำไม่ยืนยัน องค์ประกอบโครงสร้างของเครื่องมือ มีค่าความเชื่อมั่นแบบวัดสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค= 0.65 (Olt & et al, 2010) และพัฒนาแบบวัดสำหรับนักเรียนพยาบาล นักกายภาพบำบัด Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals Student Version (IAPCC-SV) โดยใช้แนวคิดของ Campinha – Bacote (2002) ประกอบด้วย 1)ตระหนักทางวัฒนธรรม (Cultural awareness) 2)ความรู้ทางวัฒนธรรม (Cultural knowledge) 3)ทักษะในการดูแลทางวัฒนธรรม (Cultural Skill) 4)ด้านปฏิสัมพันธ์เชิงวัฒนธรรม (Cultural encounters) 5)ด้านความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะวัฒนธรรม (Cultural desire) มีข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นแบบวัดสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค=0.783 ความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency)มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.189 - 0.684 และยังมีแบบวัดสำหรับบุคคลากรวิชาชีพทางสุขภาพ Inventory

for Assing The Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals- Revised (IAPCC-R) โดยใช้แนวคิดของ โดยใช้แนวคิดของ Campinha – Bacote (2002) ถูกออกแบบใช้ในการพยาบาลชุมชน เช่น พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพชั้นสูง นักศึกษาพยาบาล รวมทั้งคณะพยาบาลศาสตร์ แบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ 1)ตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม 2)ความรู้ทางวัฒนธรรม 3)ทักษะในการดูแลทางวัฒนธรรม 4)ด้านปฏิสัมพันธ์เชิงวัฒนธรรม 5)ด้านความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะวัฒนธรรม เครื่องมือมีข้อคำถาม 25 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ strongly agree, agree, disagree, and strongly disagree (4-1) ข้อคำถามที่ 1, 3, 11, และ 17 ให้กลับคะแนน 1- 4 มีค่าความเชื่อมั่นแบบวัดสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค = 0.85 การแปลคะแนน (25 – 50) ไม่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม, (51-74) มีความตระหนักทางวัฒนธรรม และ (75- 90) สมรรถนะด้านวัฒนธรรม และ(91-100) มีความชำนาญทางวัฒนธรรม (Olt & etal, 2016) และนอกจากนี้ แบบวัดสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของพยาบาล (Nurse cultural competence scale (NCCS) พัฒนาโดย Perng & Watson (2012) โดยใช้ Mokken scale เพื่อใช้ประเมินสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของพยาบาลและได้นำมาใช้ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินสมรรถนะของพยาบาลในประเทศไทย ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะเชิงวัฒนธรรม ความรู้เชิงวัฒนธรรม และความไวของพยาบาลเชิงวัฒนธรรม มีข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยที่สุด (1 คะแนน) จนถึง เห็นด้วยที่สุด (5 คะแนน) คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.68 -0.83 มีค่าความเชื่อมั่นแบบวัดสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค= 0.96 และค่าความสัมพันธ์ข้อคำถามกับข้อคำถามแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 0.66-0.81 (Perng & Watson, 2012; Gozum, Tuscu, & Kirca, 2015) นอกจากนี้แบบวัดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาของ ชูตินันท์ จันทระเสนานนท์ (2553) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความตระหนักทางวัฒนธรรม ความรู้ทางวัฒนธรรม ทักษะทางวัฒนธรรม มีข้อคำถาม 87 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุด (1 คะแนน) จนถึง มากที่สุด (5 คะแนน) คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.79 -0.94 มีค่าความเที่ยง = 0.97

สำหรับการวัดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบวัดแบบสอบถามการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกนกวรรณ โภคา (2552) โดยแปลและปรับให้เหมาะสมกับบริบทจากแบบสอบถามจากแนวคิดของแคมพินฮา-บาโคท (1998) มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.97 และแบบวัดสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของศิริพันธ์ุ ศิริพันธ์ุ (2553)โดยแปลมาจากแบบสอบถามจากแนวคิดของแคมพินฮา-บาโคท (2002) มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.85 โดยนำมาปรับภาษาให้

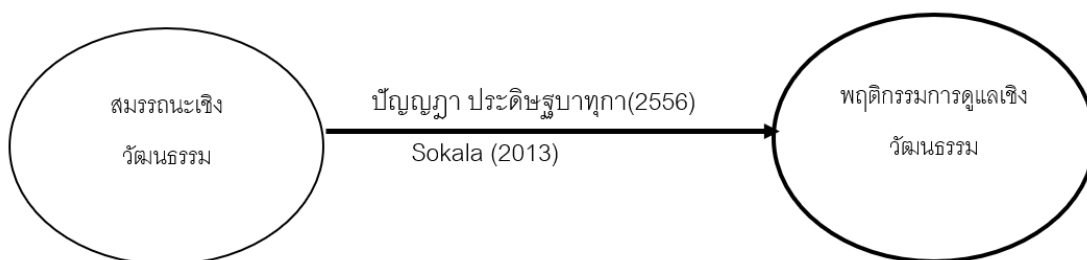
เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย มีข้อคำถาม 21 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ จาก ไม่จริงเลย (1 คะแนน) ถึง จริงที่สุด (6 คะแนน) คำถามจากการประมวลเอกสารจากเกี่ยวกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรม การแปลคะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความชำนาญทางสมรรถนะด้านวัฒนธรรมระดับสูง ผู้ตอบที่ได้คะแนนน้อยกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมระดับน้อย

2.3 สมรรถนะด้านวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

สมรรถนะเป็นคุณลักษณะที่ประกอบขึ้นจากความรู้ ทักษะความสามารถ เจตคติ ค่านิยม แรงจูงใจ รวมถึงคุณลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงออกทางพฤติกรรมแล้วมีผลต่อความสำเร็จของงาน (อัจจรา หล่อตระกูล, 2557) ซึ่งบาลคาซาร์ ซูเรส-บาลคาซาร์ และเทเลอร์-ริทซ์เซอร์ (Balcazar; Suarez-Balcazar; & Taylor-Ritzler, 2009) ได้ศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะด้านวัฒนธรรมพบว่ามี 4 องค์ประกอบได้แก่ 1) การตระหนักรู้ 2) ความรู้ทางวัฒนธรรม 3) พัฒนาทักษะ 4) การปฏิบัติ/การนำไปใช้ โดยการใช้แนวคิดความรู้ เจตคติ และปฏิบัติ (Knowledge Attitude and Practice: KAP) เป็นแนวคิดที่ใช้อธิบายสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม นอกจากนี้กู๊ด (Balcazar; Suarez-Balcazar, & Taylor-Ritzler, 2009 อ้างอิงจาก Goode, 2002) ศึกษาพบว่าแบบประเมินสมรรถนะด้านวัฒนธรรมบางข้อมีความสัมพันธ์กับปัจจัยบริบทสิ่งแวดล้อมเช่น การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร (Perceived organization support) ความจำเป็นที่พยาบาลต้องมีสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม เนื่องจากวัฒนธรรมเป็นระบบค่านิยม ความเชื่อ บรรทัดฐานของสังคม มีผลต่อพฤติกรรมการรู้คิดและตัดสินใจ มีผลกระทบต่อกระบวนการวินิจฉัย และกลยุทธ์ในการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย (Leininger & McFauland, 2006) สมรรถนะด้านวัฒนธรรม ความสามารถที่จะแสดงว่าบุคลากรทางสุขภาพเห็นคุณค่าของผู้ป่วยที่มีภูมิหลังแตกต่างกัน (Gray & Thomas, 2006) โดยตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม มีความรู้ทางวัฒนธรรม ความรอบรู้ความชำนาญในการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ทักษะทางวัฒนธรรม เป็นความสามารถประเมินปัญหา จัดการตัดสินใจดูแลอย่างเหมาะสมกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย (Campinha-Bacote, 1999) ซึ่งสมรรถนะเหล่านี้เป็นตัวชี้วัด การตระหนักรู้-ความรู้-ทักษะ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย ทำให้เข้าใจความต้องการด้านสุขภาพ หากพยาบาลไม่มีสมรรถนะนี้ จะทำให้เกิดความทุกข์โศกเชิงวัฒนธรรม (Cultural bereavement) ความรู้สึกสับสนกับความแตกต่างทางวัฒนธรรม (Cultural shock) ทำให้มีความขัดแย้งรู้สึกถูกตีตราเป็นตราบาปและรู้สึกแบ่งแยก (Schouler – Ocak & etal, 2015)

สมรรถนะด้านวัฒนธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น เป็นกระบวนการที่เกิดจาก ประสบการณ์ และความสนใจเรียนรู้ในการประเมินทางวัฒนธรรมและมีทักษะการสื่อสาร โดย เพอร์เนล (Purnell, 2002) กำหนดรูปแบบสมรรถนะการประเมินทางวัฒนธรรมได้ 12 กลุ่มดังนี้ 1) ความสามารถทั่วไปทางด้านวัฒนธรรม 2) ความสามารถในการสื่อสาร 3) ความสามารถในการ เข้าใจบทบาททางสังคม 4) การปฏิบัติงาน 5) ด้านชีววิทยา 6) พฤติกรรมความเสี่ยง 7) โภชนาการอาหาร 8) ลักษณะการตั้งครุภรณ์ 9) พิธีการตาย 10) ด้านจิตวิญญาณและปฏิบัติพิธีทาง ศาสนา 11) ปฏิบัติการดูแลสุขภาพ 12) รูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพ โดยที่พยาบาลจะ ประสบความสำเร็จในการดูแลเชิงวัฒนธรรมนั้นจะต้องผสมผสานกันระหว่างความรู้ความตระหนัก เจตคติและทักษะอย่างเป็นพลวัตร เพื่อประเมินความเชื่อการปฏิบัติแนวทางการดำเนินชีวิตของ ผู้ป่วย การศึกษาของ โสโกลา (Sokola, 2013) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถใน การดูแลกับสมรรถนะกับพฤติกรรมดูแลของนักศึกษาพยาบาล พบว่าความสามารถในการ ดูแลมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะกับพฤติกรรมดูแลของนักเรียนพยาบาลปีที่ 1 ($r=0.241, p < .05$) และปีที่ 4 ($r=0.470, p < .05$) แม้ว่าจะไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลของ สมรรถนะและพฤติกรรมดูแลของพยาบาลอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามมีการศึกษาวิจัย ของปัญญา ประดิษฐาบุทกา (2556) พบว่าสมรรถนะของอาจารย์มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรม การจัดการเรียนรู้แบบวิจัยเป็นฐาน มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.39 ($\beta = 0.39, p < .05$) นอกจากนี้มีการศึกษาวิจัยของ กนกวรรณ โภคา (2552) เกี่ยวกับการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรม ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่า พยาบาลมี ค่าเฉลี่ยการรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเหมาะสมทุกด้านโดยด้าน ตระหนักทางวัฒนธรรมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 3.58, SD=0.33 ส่วนด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือด้านความรู้ทางวัฒนธรรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.12, SD= 0.46 ดังนั้นผู้วิจัยมีความเห็นว่า สมรรถนะด้านวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรมด้วย

จากการประมวลเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แสดงให้เห็นว่าสมรรถนะด้านวัฒนธรรม เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรม ดังนั้นจึงมี หลักฐานเพียงพอที่ทำให้ผู้วิจัยคาดการณ์ว่า สมรรถนะด้านวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อ พฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้กำหนดสมมติฐานข้อที่ 1 ได้ว่า สมรรถนะด้าน วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรม ซึ่งสามารถเขียนเป็นแผนภาพเส้นทาง ความสัมพันธ์ได้ดังภาพประกอบ 4



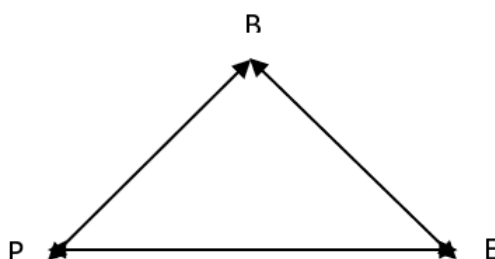
ภาพประกอบ 4 ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม
การดูแลเชิงวัฒนธรรม

3.แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุของสมรรถนะพฤติกรรมกาการดูแลเชิงวัฒนธรรม

การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมกาการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในการวิจัยครั้งนี้ แนวคิดทฤษฎีหลักที่ผู้วิจัยประยุกต์คือ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1986) ร่วมกับแนวคิดความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ (Knowledge Attitude and Practice: KAP) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการอธิบายปัจจัยเชิงสาเหตุและผลของพฤติกรรมกาการดูแลเชิงวัฒนธรรม โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory)

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมโดยแนวคิดพื้นฐานของการเรียนรู้ปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1986) เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยสภาพแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล โดยร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) ดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 การกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางด้านพฤติกรรม (B: Behavior)
สภาพแวดล้อม (E: Environment) และปัจจัยส่วนบุคคล (P: Personal)

จากภาพประกอบ 5 แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมของบุคคล (B) สภาพแวดล้อม (E) และปัจจัยส่วนบุคคล (P) ได้แก่ ปัจจัยทางปัญญาและ ปัจจัยภายในอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรม ปัจจัยทั้งสามปัจจัยนี้แม้ว่าจะทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน แต่ก็ไม่ได้หมายความว่ากำหนดซึ่งกัน และกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกปัจจัย และอิทธิพลดังกล่าวก็ไม่ได้ เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัย อื่นๆ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536, อ้างถึงใน Bandura, 1989) พฤติกรรมที่เกิดขึ้นอาจไม่คงอยู่ เสมอไปทั้งนี้เพราะสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ และทั้งสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมต่างมี อิทธิพลซึ่งกันและกัน

สำหรับความหมายของการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามทฤษฎีนี้ แบน ดูราให้ความหมายการเรียนรู้ไม่แตกต่างไปจากการเรียนรู้ของนักจิตวิทยาคนอื่นๆ แต่ให้ ความหมายของการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม แบนดูรา ตีความแตกต่างจากที่นักจิตวิทยา กลุ่ม พฤติกรรมนิยมตีความ เนื่องจากนักจิตวิทยา กลุ่มพฤติกรรมมองการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมใน แ่งของการแสดงออก หรือการกระทำ (Performance) คือ บุคคลจะต้องแสดงออกในพฤติกรรมที่ เปลี่ยนแปลงไปจึงจะเรียกว่า เกิดการเรียนรู้ แต่แนวคิดของแบนดูรา มองว่าการเรียนรู้ไม่จำเป็นที่ จะต้องพิจารณาในแง่ของการแสดงออกอย่างเดียว แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆ (Acquire) ก็ถือว่าการ เรียนรู้เกิดขึ้นแล้วแม้ว่าจะยังไม่มี การแสดงออกก็ตาม การเรียนรู้ในทฤษฎีนี้จึงรวมถึงการ เปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรมภายในแม้ว่าจะยังไม่มี การแสดงออก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536:48) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม มีความเชื่อว่าการเรียนรู้ของมนุษย์ส่วนมาก เป็นการเรียนรู้โดย การสังเกตหรือการเลียนแบบ (Bandura, 1986) และเนื่องจากมนุษย์มีปฏิสัมพันธ์ (Interact) กับ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวอยู่เสมอ แบนดูราอธิบายการเรียนรู้เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียน และสิ่งแวดล้อมในสังคม ซึ่งทั้งผู้เรียนและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อกันและกัน และทั้งสิ่งแวดล้อม กับตัวผู้เรียนมีความสำคัญเท่ากัน แบนดูรากล่าวว่าการเรียนรู้ของคนเราส่วนมากจะเป็นการเรียนรู้ โดยการสังเกต (Observational learning) หรือการเลียนแบบจากตัวแบบ (Modeling)

3.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom Taxonomy)

การเรียนรู้ (Learning) คือ กระบวนการของประสบการณ์ที่ทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างค่อนข้างถาวร ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ไม่ได้มาจากภาวะ ชั่วคราว วุฒิมภาวะ หรือสัญชาตญาณ (Klein 1991:2)

ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom, 1956) จำแนกจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ ออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านพุทธิพิสัย 2) ด้านทักษะพิสัย 3) ด้านจิตพิสัย

1) การเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัย (cognitive Domain) แบ่งการเรียนรู้เป็น 6 ระดับคือ 1)ความจำ 2) ความเข้าใจ 3) ประยุกต์ 4) การวิเคราะห์ 5) การสังเคราะห์ 6) การประเมินค่า

พฤติกรรมทางพุทธิพิสัย 6 ระดับ ได้แก่ 1.1) ความรู้ความจำ ความสามารถในการเก็บรักษามวลประสบการณ์ต่าง จากการศึกษาที่ได้รับรู้ไว้และระลึกสิ่งนั้นได้เมื่อต้องการเปรียบเทียบบันทึกเสียงหรือวีดิทัศน์ ที่สามารถเก็บเสียงและภาพของเรื่องราวต่างๆ ได้ สามารถเปิดฟังหรือดูภาพเหล่านั้นได้เมื่อต้องการ 1.2) ความเข้าใจเป็นความสามารถในการจับใจความสำคัญของสื่อ และสามารถออกมาในรูปของการแปลความ ตีความ คาดคะเน ขยายความ หรือการกระทำอื่นๆ 1.3) การนำความรู้ไปใช้ เป็นขั้นที่ผู้เรียนสามารถนำความรู้ ประสบการณ์ไปใช้ในการแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆได้ ซึ่งจะต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ จึงจะสามารถนำไปใช้ได้ 1.4) การวิเคราะห์ ผู้เรียนสามารถคิด หรือแยกแยะเรื่องราวสิ่งต่างๆ ออกเป็นส่วนย่อย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญได้ และมองเห็นความสัมพันธ์ของส่วนที่เกี่ยวข้องกัน ความสามารถในการวิเคราะห์จะแตกต่างกันไปแล้วแต่ความคิดของแต่ละคน 1.5) การสังเคราะห์ ความสามารถในการที่ผสมผสานส่วนย่อยๆ เข้าเป็นเรื่องราวเดียวกันอย่างมีระบบ เพื่อให้เกิดสิ่งใหม่ที่สมบูรณ์และดีกว่าเดิม อาจเป็นการถ่ายทอดความคิดออกมาให้ผู้อื่นเข้าใจได้ง่าย การกำหนดวางแผนวิธีการดำเนินงานชิ้นใหม่ หรือ อาจจะทำให้เกิดความคิดในอันที่จะสร้างความสัมพันธ์ของสิ่งที่เป็นนามธรรมขึ้นมาในรูปแบบหรือแนวคิดใหม่ 1.6) การประเมินค่า เป็นความสามารถในการตัดสิน ตีความ หรือสรุปเกี่ยวกับคุณค่าของสิ่งต่างๆออกมาในรูปของคุณธรรมอย่างมีกฎเกณฑ์ที่เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นไปตามเนื้อหาสาระในเรื่องนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎเกณฑ์ที่สังคมยอมรับก็ได้

2) ด้านจิตพิสัย (Affective Domain) จะประกอบด้วย พฤติกรรมย่อยๆ 5 ระดับ ได้แก่ 2.1) การรับรู้ เป็นความรู้สึที่เกิดขึ้นต่อปรากฏการณ์ หรือสิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งเป็นลักษณะของการแปลความหมายของสิ่งเร้านั้นว่าคืออะไร แล้วจะแสดงออกมาในรูปของความรู้สึที่เกิดขึ้น 2.2) การตอบสนอง เป็นการกระทำที่แสดงออกมาในรูปของความเต็มใจยินยอมและพอใจต่อสิ่งเร้านั้น ซึ่งเป็นการตอบสนองที่เกิดจากการเลือกสรรแล้ว 2.3) การเกิดค่านิยม การเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เป็นที่ยอมรับกันในสังคม การยอมรับนับถือในคุณค่านั้นๆ หรือปฏิบัติตามในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จนกลายเป็นความเชื่อ แล้วจึงเกิดทัศนคติที่ดีในสิ่งนั้น 2.4) การจัดระบบ การสร้างแนวคิด จัดระบบของค่านิยมที่เกิดขึ้นโดยอาศัยความสัมพันธ์ 2.5) บุคคลิกภาพ การนำค่านิยมที่ยึดถือมาแสดงพฤติกรรมที่เป็นนิสัยประจำตัว ให้ประพฤติปฏิบัติแต่สิ่งที่ถูกต้องดีงามพฤติกรรม

ด้านนี้ จะเกี่ยวกับความรู้สึกและจิตใจ ซึ่งจะเริ่มจากการรับรู้จากสิ่งแวดล้อม แล้วจึงเกิดปฏิกิริยาโต้ตอบ ขยายกลายเป็นความรู้สึกด้านต่างๆ จนกลายเป็นค่านิยม และยังพัฒนาต่อไปเป็นความคิด อุดมคติ ซึ่งจะเป็นควบคุมทิศทางพฤติกรรมของคนจะรู้ดีรู้ชั่วอย่างไรนั้น ก็เป็นผลของพฤติกรรมด้านนี้

3) ทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) พฤติกรรมด้านกล้ามเนื้อประสาท พฤติกรรมที่บ่งถึงความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างคล่องแคล่วชำนาญ ซึ่งแสดงออกมาได้โดยตรงโดยมีเวลาและคุณภาพของงานเป็นตัวชี้ระดับของทักษะ

พฤติกรรมด้านทักษะพิสัยประกอบด้วย พฤติกรรมย่อยๆ 5 ชั้น ดังนี้

1) การรับรู้ เป็นการให้ผู้เรียนได้รับรู้หลักการปฏิบัติที่ถูกต้อง หรือเป็นการเลือกหาตัวแบบที่สนใจ

2) กระทำตามแบบหรือเครื่องชี้แนะ เป็นพฤติกรรมที่ผู้เรียนพยายามฝึกตามแบบที่ตนสนใจและพยายามทำซ้ำ เพื่อที่จะให้เกิดทักษะตามแบบที่ตนสนใจให้ได้ หรือสามารถปฏิบัติงานได้ตามข้อแนะนำ

3) การหาความถูกต้อง พฤติกรรมสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องอาศัยเครื่องชี้แนะ เมื่อได้กระทำซ้ำแล้ว ก็พยายามหาความถูกต้องในการปฏิบัติ

4) การกระทำอย่างต่อเนื่อง หลังจากตัดสินใจเลือกรูปแบบที่เป็นของตัวเอง จะกระทำตามรูปแบบนั้นอย่างต่อเนื่อง จนปฏิบัติงานที่ยุ่ยากซับซ้อนได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องการฝึกฝนและกระทำอย่างสม่ำเสมอ

5) การกระทำได้อย่างเป็นธรรมชาติ พฤติกรรมที่ได้จากการฝึกอย่างต่อเนื่อง จนสามารถปฏิบัติ ได้คล่องแคล่วว่องไวโดยอัตโนมัติ เป็นไปอย่างธรรมชาติ ซึ่งถือเป็นความสามารถของการปฏิบัติในระดับสูง

การศึกษาครั้งนี้นำทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom, 1956) มาใช้ในการจัดกิจกรรม เพื่อให้ผู้เรียนได้รับความรู้ความเข้าใจนำไปใช้ปฏิบัติสอดคล้องกับระดับการเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัยของผู้เข้าร่วมกิจกรรมซึ่งแบ่งเป็น 6 ระดับ คือ 1) ความจำ 2) ความเข้าใจ 3) ประยุกต์ 4) การวิเคราะห์ 5) การสังเคราะห์ 6) การประเมินค่า

เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้ (Bloom, 1959)

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ ความเข้าใจ และความคิด (Cognitive Domain) หมายถึง การเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาสาระใหม่ ก็จะทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้ความเข้าใจสิ่งแวดล้อมต่างๆ ได้มากขึ้น เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสมอง

2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ทศนคติ ค่านิยม (Affective Domain) หมายถึง เมื่อบุคคลได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ก็ทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึทางด้านจิตใจ ความเชื่อ ความสนใจ

3) ความเปลี่ยนแปลงทางด้านความชำนาญ (Psychomotor Domain) หมายถึง การที่บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจ และเกิดความรู้สึที่นึกคิด ค่านิยม ความสนใจแล้ว ได้นำเอาสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติ จึงทำให้เกิดความชำนาญมากขึ้น

เนื่องจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ได้อธิบายสาเหตุการเกิดพฤติกรรมของบุคคลว่าเกิดจากสาเหตุหลัก 2 ประการ คือ สาเหตุด้านบุคคล ด้านสภาพแวดล้อม โดยจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ พบว่าตัวแปรที่สำคัญและมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาล ได้แก่ ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม และสาเหตุจากสิ่งแวดล้อม และการเรียนรู้เป็นประสบการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างค่อนข้างถาวร จากทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม เมื่อเกิดการเรียนรู้จะเกิดการเปลี่ยนแปลง ความรู้ความเข้าใจ ทศนคติ นำสิ่งที่เรียนรู้ไปปฏิบัติ ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยนำตัวแปรด้านบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม เป็นตัวแปรศึกษาซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีปัญญาทางสังคมและการเรียนรู้ของบลูม นอกจากนี้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าตัวแปรดังกล่าวเป็นตัวแปรที่สำคัญ และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร เป็นตัวแปรสำคัญ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาล โดยมีตัวแปรสมรรถนะด้านวัฒนธรรมเป็นตัวแปรคั่นกลาง (Mediator) สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับสาเหตุจากตัวบุคคลหรือปัจจัยทางจิต และสาเหตุทางสิ่งแวดล้อมหรือปัจจัยทางสังคม ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อสมรรถนะและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

4.1 ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมกับพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

ความหมายของประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2538) ได้ให้นิยามคำว่า “ประสบการณ์” (อ่านว่า ประ-สบ-กาน) ซึ่งเกิดจากการประกอบคำ “ประสบ” ซึ่งเป็นคำไทยเข้ากับคำ “การณ” คำว่า “ประสบ” พจนานุกรมให้ความหมายว่า “ก. พบ พบปะ พบเห็น.” เมื่อรวมกันเข้าจึงเป็น “ประสบการณ์” มีความหมายตามรูปศัพท์ว่า “การได้พบเหตุการณ์” ซึ่งค่อนข้างตรงกับความหมายในภาษาอังกฤษของคำ “experience” และเพื่อที่จะได้ใช้คำนี้ใน

ความหมายที่ถูกต้องและชัดเจนยิ่งขึ้นได้ นิยามคำว่า “ประสบ” หมายถึง ความชัดเจนที่เกิดจากการกระทำหรือได้พบเห็นมา.” (หน้า 509) (จดหมายข่าวราชบัณฑิตยสถาน, 2532) **สอดคล้องกับโกฟ (Gove, 1981)** ได้นิยามความหมายของคำว่า ประสบการณ์ หมายถึง ทักษะหรือการปฏิบัติจากการสังเกตโดยตรง หรือมีส่วนร่วมกับเหตุการณ์ และโกฟได้นิยามความหมายของคำว่า ข้ามวัฒนธรรม หมายถึง การปฏิสัมพันธ์(interacting) กับวัฒนธรรมอื่นมากกว่าวัฒนธรรมของตนเอง (Talley, 2002, อ้างถึงใน Gove, 1981) เมอร์ฟี (Murphy, 1993) พบว่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยชนกลุ่มน้อยทำให้เข้าใจพฤติกรรมความเจ็บป่วยและสามารถตอบสนองของผู้รับบริการ ซึ่งประสบการณ์จะช่วยพัฒนาให้พยาบาลมีความรู้ ดังนั้นประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม (Cross-cultural experience) หมายถึง การมีทักษะหรือการปฏิบัติจากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับวัฒนธรรมอื่นโดยการพบเห็นเหตุการณ์หรือการมีส่วนร่วมกับบุคคลหรือเหตุการณ์ ประสบการณ์เชิงวัฒนธรรมของเบอร์นอลและโฟรมาน (Bernal & Froman, 1993) มี 3 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์จากการศึกษา/การเรียนรู้ภาษาต่างชาติ (Education experience / learning foreign language) 2) ประสบการณ์การทำงาน (Employed experience) 3) ประสบการณ์การอาศัยหรือทำงานต่างประเทศ (Living or Working) ชัว แวนวูริสและเอลเอดูด (Choi, VanVoorhis, & Ellenwood, 2015) ได้ศึกษาวิจัยคุณภาพโดยให้นักเรียนชาวอเมริกาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 5 คน เดินทางไปเรียนในประเทศแอฟริกาใต้เพื่อให้ผูกพันกับสิ่งแวดล้อมใหม่ ค้นพบคุณลักษณะที่ตนเองไม่รู้และค้นพบจุดแข็งของตนเองแล้วให้นักเรียนตรวจสอบความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของตนเอง และปรับตัวให้สอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมใหม่ได้ โดยให้ความหมายของประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ด้านการศึกษา หมายถึง การเปิดรับด้านเศรษฐกิจ การศึกษา การเมือง และสังคม โดยการอ่านบทความเกี่ยวกับ ประวัติ วัฒนธรรม จิตวิทยา การเดินทางเยี่ยมชม สถานที่สำคัญต่างๆ การประชุมกับสมาชิกคนในท้องถิ่น การรับฟังบรรยาย การมีส่วนร่วมกับทัวร์แนะนำการเดินทางในพื้นที่ เป็นต้น 2) ด้านวัฒนธรรมหมายถึง การเปิดรับกิจกรรมด้านเชิงวัฒนธรรม โดยการประชุมกับอาจารย์ในมหาวิทยาลัยและสมาชิกในครอบครัวของเขา การเข้าชมภาพยนตร์ การมีส่วนร่วมในงานเลี้ยงอาหารเย็น การต่อรองสินค้าในตลาดท้องถิ่น และการซื้อสินค้าในห้างสรรพสินค้าเล็กในท้องถิ่น และ 3) สิ่งแวดล้อม (field) โดยให้มีประสบการณ์ในสิ่งแวดล้อมใหม่และมีโอกาสเรียนเกี่ยวกับระบบนิเวศน์ในแอฟริกาใต้โดยให้เที่ยวดูสวนสัตว์ การดำน้ำกับปลาฉลามขาว การขี่ช้าง เป็นต้น

จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (1986) เป็นตัวแปรสาเหตุหรือตัวแปรทำนายที่สำคัญโดยบุคคลที่รับรู้ความสามารถจะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่าง

หนึ่งหรือไม่นั้นส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตน อีแวนส์ (ประทีป จินนี่, 2540: 11 อ้างถึงใน Evans, 1989) กล่าวว่าประสบการณ์ความสำเร็จ (Mastery experiences) เป็นวิธีหนึ่งของการพัฒนาการรับรู้ความสามารถที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรงที่บุคคลได้รับและประสบความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเองได้ เพราะบุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้พร้อมๆกับการทำให้บุคคลรับรู้ว่าเขามีความสามารถในการกระทำเช่นนี้จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกฝนมานั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด สอดคล้องกับ โลเปส- เมอफी (Lopes- Murphy & Murphy, 2016) พบว่าประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมของครูมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ($r = 0.39, p \leq .00001$) แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบดังนี้คือ 1) ความเชี่ยวชาญด้านภาษา (Language proficiency) 2) การเคยเดินทางไปต่างประเทศ (Travel abroad) 3) มีเพื่อนต่างชาติ (Friends from other cultures) นอกจากนี้โสคาลา (Sokala, 2013) พบว่าประสบการณ์จากการเคยเป็นผู้ป่วย การทำงานกับผู้ป่วยหรือผู้ให้การดูแลญาติหรือเพื่อน มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของฟาร์เบอร์ (Farber, 2015) เกี่ยวกับประสบการณ์เชิงวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะด้านวัฒนธรรม

อีกทั้งพบว่าประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมจะทำให้ผู้ที่มีความไวเชิงวัฒนธรรม (Norton & Marks- Maran, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของสุคและคณะ (Suk & et al, 2015) พบว่าพยาบาลในโรงเรียนมีประสบการณ์ดูแลเด็กที่มาจากครอบครัวต่างๆทำให้มีเด็กที่มาเรียนร่วมกันมีความหลากหลายวัฒนธรรม พยาบาลในโรงเรียนที่อายุน้อยกว่า 35 ปี มีความไวเชิงวัฒนธรรมมากกว่าพยาบาลผู้ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี การศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลต่างวัฒนธรรมของบอย (BOI, 2000) พบว่ามีความยากลำบากในการสื่อสาร ต้องใช้ญาติเป็นคนกลางเชื่อมประสานระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโดยถามความรู้เกี่ยวกับการนับถือศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อของผู้ป่วย และใช้ล่ามในการแปลภาษาเพื่อสื่อสารในโรงพยาบาล ล่ามไม่เพียงพอต้องรอนาน เมื่อมีภาวะต้องการเร่งด่วน นอกจากนี้ยังพบอีกว่าพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมมีความเครียด หงุดหงิด เรียกว่า “Cultural shock” เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ในการเข้าสู่วัฒนธรรมใหม่ที่ไม่คุ้นเคยทำให้มีความรู้สึกสับสน เกิดความคับข้องใจ หากพยาบาลมีประสบการณ์การเรียนศึกษาทำงานในต่างประเทศจะทำให้มีความสามารถในการสื่อสารด้านภาษาทำให้เข้าใจความต้องการ มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม การได้รับฝึกอบรมด้านหลากหลายวัฒนธรรม ประสบการณ์ของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลพบว่าการ

อบรมโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงและการทำงานกับผู้ป่วยหลากหลายวัฒนธรรม ความสัมพันธ์กับสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลข้ามวัฒนธรรม (Sokala, 2013)

จากการประมวลเอกสารข้างต้นพบว่า ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม (Cross-Cultural experience) หมายถึง การมีความจำเรื่องราวเกี่ยวกับวัฒนธรรมอื่นโดยการพบเห็น เหตุการณ์หรือการมีส่วนร่วมกับบุคคลหรือเหตุการณ์ ส่งผลให้บุคคลได้รับความรู้และพัฒนาทักษะต่างวัฒนธรรม ในการมีประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม สามารถแบ่งได้เป็น 3 องค์ประกอบ คือ 1) ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมจากการศึกษา/เรียนรู้ภาษาต่างชาติ หมายถึง การพัฒนาทักษะต่างวัฒนธรรมจากประสบการณ์ในอดีตที่เคยได้รับอบรมการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมและการเรียนรู้ภาษาต่างประเทศ 2) ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมการทำงาน หมายถึง การพัฒนาทักษะต่างวัฒนธรรมจากประสบการณ์ในอดีตที่เคยทำงานกับบุคคลต่างวัฒนธรรม 3) ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมจากการอาศัยหรือท่องเที่ยวต่างประเทศ หมายถึง การพัฒนาทักษะต่างวัฒนธรรมจากประสบการณ์อยู่กับสมาชิกครอบครัวชาวต่างชาติหรือเคยท่องเที่ยวในต่างประเทศ

การวัดประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม

จากการประมวลเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าแบบวัดประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมของ เบอรัลและโฟรมาน (Bernal & Froman, 1993 cited in Tally, 2002) โดยพัฒนาแบบสำรวจประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมเป็นแบบจำกัดคำตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม 3 องค์ประกอบได้แก่ 1) ประสบการณ์จากการศึกษา/การเรียนรู้ภาษาต่างชาติ (Education experience/Learning foreign language) 2) ประสบการณ์การทำงาน (Employed Experience) 3) ประสบการณ์การอาศัยหรือทำงานต่างประเทศ (Living or Working) นอกจากนี้มีการพัฒนาแบบวัดประสบการณ์อื่นๆ เช่น แบบวัดประสบการณ์ทางพุทธของจิรวัดมา มั่นยืน (2536) พบว่าการพัฒนาแบบวัดประสบการณ์ทางพุทธในมหาวิทยาลัย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ทางพุทธจากวิชาที่เรียน 2) ประสบการณ์ทางพุทธจากการทำกิจกรรมทั่วไป 3) ประสบการณ์จากการบวชในทางพุทธศาสนา 4) ประสบการณ์จากการเป็นสมาชิกของชมรมพุทธศาสตร์ วัดได้โดยให้นิสิตรายงานกิจกรรมทั่วไปที่ตนเองเคยทำหรือกำลังกระทำอยู่มีความเกี่ยวข้องกับพุทธศาสนามากน้อยเพียงใด พร้อมทั้งระบุตำแหน่งและความถี่ในการทำกิจกรรมทั่วไป ความเกี่ยวข้องกับพุทธศาสนาของกิจกรรม โดยแบบวัดความถี่เป็นมาตรวัด 4 ระดับจากบ่อยมาก จนถึง ไม่เข้าร่วมเลย การศึกษา

ของ บัญชี่ ฟิงพิค (2548) เกี่ยวกับประสบการณ์ในมหาวิทยาลัยของนักศึกษาหลักสูตรศิลปศาสตรสาขานิเทศศาสตร์ ที่ส่งผลต่อทักษะและความตระหนักต่อจรรยาบรรณวิชาชีพสื่อมวลชน

สำหรับการวัดประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมของเบอร์แมน และโฟร์แมน(Bernal & Froman, 1993 cited in Tally, 2002) ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.97 และแบบวัดประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม แฟร์เบอร์ (Farber, 2015) นำมาปรับภาษาและปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทงานวิจัย ข้อคำถาม 7 ข้อ ทำการวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก ไม่จริงเลย (1 คะแนน) ถึง จริงที่สุด (6 คะแนน) ผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมมากกว่าผู้ตอบแบบวัดที่คะแนนรวมน้อยกว่า

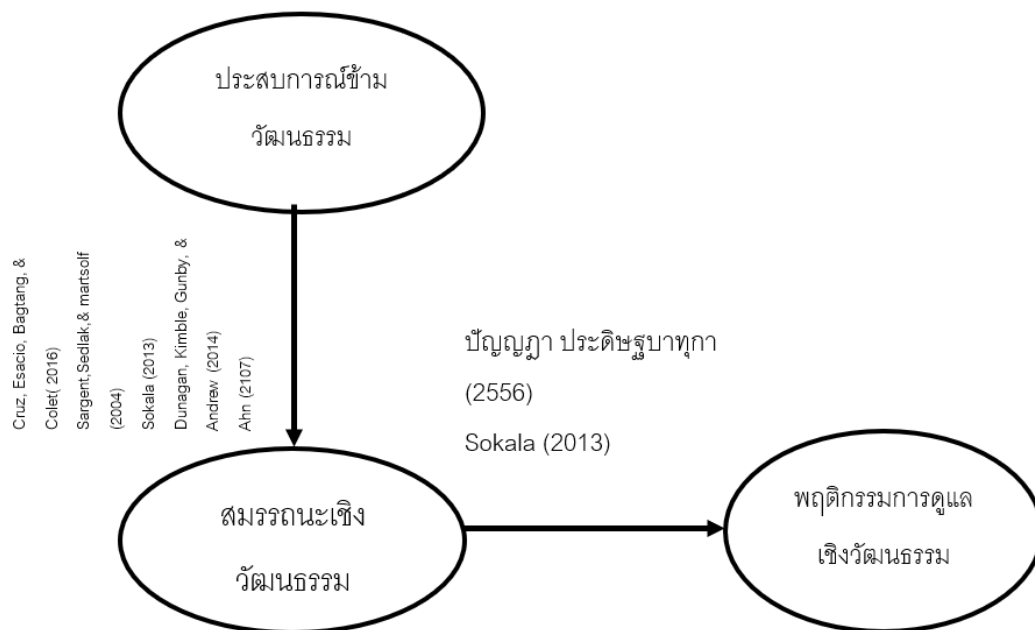
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ทั้งนี้ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1977) เป็นตัวแปรสาเหตุหรือตัวแปรทำนายที่สำคัญ จากการประมวลเอกสาร ครูซซ์, เอสทาซิโอ, แบคแทง และโคเล็ต(Cruz, Esacio, Bagtang, & Colet, 2016) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะด้านวัฒนธรรมในนักเรียนพยาบาลประเทศฟิลิปปินส์จำนวน 332 คน พบว่า ปัจจัยด้านเคยอบรมเกี่ยวกับความหลากหลายวัฒนธรรมมาก่อน ปัจจัยด้านการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีประชาชนต่างเชื้อชาติศาสนา ปัจจัยด้านระดับการศึกษาการเรียนปี 3 และปี 4 ปัจจัยด้านการเคยดูแลผู้ป่วยหลากหลายวัฒนธรรม และปัจจัยด้านการเคยดูแลผู้ป่วยที่เป็นประชากรเฉพาะกลุ่มมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 6.19, 6.46, 5.24, 7.69, 4.70, 2.43 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของดูนาแกน คิมเบิล กันบี้ และแอนดรู (Dunagan, Kimble, Gunby, & Andrew, 2014) เกี่ยวกับปัจจัยทำนายสมรรถนะด้านวัฒนธรรมในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนพยาบาลจำนวน 116 คน พบว่า นักเรียนพยาบาลที่มีประสบการณ์เชิงวัฒนธรรมมาก่อนมีอิทธิพลทางตรงกับสมรรถนะการดูแลเชิงวัฒนธรรม ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.21 ($\beta = 0.21, p < .05$) จากการศึกษาของโซคาลา(Sokala, 2013) เกี่ยวกับ ความสามารถในการดูแลมาก่อนเข้ารับการศึกษาและสมรรถนะด้านวัฒนธรรมกับพฤติกรรมการดูแลของนักศึกษาพยาบาลปีที่ 1 และปีที่ 4 จำนวน 153 คน พบว่า จากประสบการณ์เป็นผู้ป่วย การทำงานกับผู้ป่วยหรือผู้ให้การดูแลญาติหรือเพื่อนมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ($r = .201, p < .01$) ความสามารถในการดูแลมาก่อนเข้ารับการศึกษา

(Caring ability) มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมกับพฤติกรรมการดูแล (Competence with caring behavior) นักเรียนพยาบาลปี 1 ($r=0.241, p < .05$) และนักเรียนพยาบาลปี 4 ($r=0.470, p < .05$)

นอกจากนี้ ชาร์เกินท์ เซ็ดแลค และมาร์ทซอลฟ (Sargent, Sedlak, & Martsof, 2004) ศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของนักเรียนพยาบาลในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเคนเซตทีย์ ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า นักเรียนพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานในบริการด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ($r= 0.298, p < .001$) และจำนวนครั้งที่เคยเดินทางไปต่างประเทศมากกว่า 1 ครั้งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ($r= 0.33, p < .001$) และสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของนักศึกษาชั้นปี 1 ต่ำกว่านักศึกษาชั้นปี 4 ซึ่งการศึกษาอื่นๆพบว่า ระดับชั้นปีที่สูงขึ้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับสมรรถนะทางวัฒนธรรม อีกทั้งการศึกษาของโซคาลา (Sokala, 2013) พบว่าประสบการณ์จากการเคยเป็นผู้ป่วย การทำงานกับผู้ป่วยหรือผู้ให้การดูแลญาติหรือเพื่อน มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ และหากเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลและพฤติกรรมการดูแลของนักศึกษาพยาบาลระหว่างนักศึกษาปีที่ 1 จำนวน 76 คน และปีที่ 4 จำนวน 77 คน พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีคะแนนสูงกว่านักเรียนปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของแชน (Ahn, 2017) ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของพยาบาลชาวเกาหลีที่ดูแลผู้ป่วยต่างชาติ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจำนวน 275 คน พบว่า ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.17 ($\beta = 0.17, p < .004$) และ 0.18 ($\beta = 0.18, p < .005$) ตามลำดับ ดังนั้นจากการประมวลเอกสารข้างต้นจะเห็นว่าประสบการณ์ของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลพบว่าการอบรมโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงและการทำงานกับผู้ป่วยหลากหลายวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์สมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลข้ามวัฒนธรรม

จากการประมวลเอกสารดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อสมรรถนะและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ดังนั้นจึงมีหลักฐานเพียงพอที่ทำให้ผู้วิจัยคาดการณ์ว่า 1) ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ผ่านสมรรถนะด้านวัฒนธรรม จึงได้กำหนดไว้เป็นสมมติฐานของการวิจัยในครั้งนี้ สามารถเขียนเป็นแผนภาพแสดงเส้นทางความสัมพันธ์ได้ ดังภาพประกอบ 6



ภาพประกอบ 6 ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมกับสมรรถนะและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

4.2 เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม (Cultural attitude)

ความหมายเจตคติ

เจตคติ (Attitude) มาจากคำว่า "Aptus" ในภาษาละติน ซึ่งตรงกับคำว่าความเหมาะสม (Fitness) หรือ หรือการปรุงแต่ง (adaptedness) มีผู้ให้ความหมายของคำว่าเจตคติว่าหมายถึง สภาพความพร้อมของสมองและประสาท การจัดระบบประสบการณ์ที่มีต่อบุคคลในการตอบสนองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งต่อสภาวะการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งนั้น นอกจากนี้คัคดี สุนทรเสถณี (2531) รวบรวมเอกสารสรุปว่าเจตคติเป็นพฤติกรรมการเตรียมพร้อมทางสมองในการที่จะกระทำ ซึ่งจะบ่งบอกถึงหน้าที่ของสภาวะจิตใจ เป็นอารมณ์ที่มีความสลับซับซ้อนเช่น ความรู้สึก ความอยาก ความกลัว ความเชื่อมั่น ความลำเอียง หรือการมีอคติของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งตามประสบการณ์ของบุคคลนั้นที่ได้รับมาตามระดับความเชื่อหรือระดับความรู้สึกที่มีสิ่งใดสิ่งหนึ่ง จะเห็นได้ว่าเจตคติเป็นนามธรรม เป็นพฤติกรรมภายในของเรา สอดคล้อง สุขชา จันทรเอม (2544, p 270) ที่กล่าวว่า เจตคติ เป็นนามธรรมที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล และเจตคติมีความสำคัญต่อการตอบสนองทางสังคมของบุคคลเป็นอย่างมาก นั่นคือบุคคลมีพฤติกรรมอย่างไร หรือทำสิ่งใดลงไป เจตคติจะเป็นเครื่องกำหนด และเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ และบุคคลมีเจตคติต่อสิ่งแวดลอมต่าง ๆ ในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นเจต

คติจึงเป็นการรวบรวมเกี่ยวกับความคิดเห็น (opinion) ความเชื่อ (beliefs) และความจริงเป็น ความรู้ต่างๆ รวมทั้งความรู้สึกต่อสิ่งนั้นๆ ความรู้และความรู้สึกต่างๆเหล่านี้มีแนวโน้มจะก่อให้เกิด พฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งตามมา และดวงเดือน พันธุมนาวิน (2531: 125) กล่าวว่า เจตคติ หมายถึง จิตลักษณะที่เกิดจากการเรียนรู้ในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ วัตถุ หรือสิ่งต่างๆ ทางด้านบวก ลบหรือกลางๆ หรืออาจกล่าวได้ว่า เจตคติ คือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ โดยมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบสำคัญ รวมทั้งความพร้อมที่จะกระทำเฉพาะอย่างต่อบุคคล สิ่งของ หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องไปในทางที่สอดคล้องกับความไม่ชอบของตนต่อสิ่งนั้น ฉะนั้นบุคคลจึง มีเจตคติต่อสิ่งต่างๆมากมาย แม้แต่เจตคติต่อตนเอง หรือเจตคติต่อการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง

องค์ประกอบของเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

เจตคติประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการตามแนวคิดของ แมคไกวร์ (McGuire, 1969: 155-156) ได้แก่ 1) ความรู้เชิงประมาณค่า (Cognitive component) หมายถึง การรับรู้ของ บุคคลเกี่ยวกับวัตถุ สิ่งของ หรือแม้กระทั่งเหตุการณ์ต่างๆ รวมไปถึงความเชื่อของบุคคลต่อสิ่ง เหล่านี้ว่าดีหรือไม่ดี มีประโยชน์หรือไม่มีประโยชน์และมากน้อยเพียงใด บุคคลส่วนใหญ่มักจะมี ความรู้เชิงประมาณค่าสิ่งของต่างๆเพียงเล็กน้อย และอาจจะเป็นความรู้ที่ไม่ค่อยถูกต้องด้วยจึงมัก เกิดอคติหรือทัศนคติที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ส่งผลทำให้เกิดผลเสียต่อคนที่มีส่วนร่วมได้ เนื่องจากความรู้เชิงประมาณค่านี้ เป็นต้นกำเนิดของทัศนคติของบุคคล ดังนั้นการเปลี่ยนแปลง ทัศนคติของบุคคลที่สำคัญประการหนึ่ง คือการปรับความรู้เชิงประมาณค่าเป็นการให้ความรู้ที่ตรง กับความเป็นจริงของบุคคลนั้นๆ 2) ด้านความรู้สึกและอารมณ์ (Affective component) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่อยู่ในลักษณะชอบ หรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจในสิ่งนั้นๆ และการที่ บุคคลรู้ว่าสิ่งใดมีประโยชน์ บุคคลจะรู้สึกชอบต่อสิ่งนั้นๆ และการที่บุคคลรู้ว่าสิ่งใดมีประโยชน์ บุคคลจะรู้สึกชอบต่อสิ่งนั้นๆ และตรงกันข้ามถ้าหากรู้สึกว่สิ่งใดไม่มีประโยชน์บุคคลจะรู้สึกไม่ ชอบสิ่งนั้น ส่วนใหญ่บุคคลจะรู้สึกพอใจต่อสิ่งใด ถ้าเกิดขึ้นกับตนเองบุคคลนั้นจะรู้สึกพอใจมาก แต่ถ้าเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นหรือส่วนรวม หากเป็นประโยชน์ต่อตนเองไม่มากนักบุคคลนั้นจะรู้สึก พอใจไม่มากนัก การที่บุคคลจะพอใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นอย่างมาก ทั้งๆที่สิ่งนั้นมีประโยชน์ต่อ ตนเองไม่มากนักหรือน้อยหรือไม่มีเลย แต่มีประโยชน์ต่อผู้อื่นหรือส่วนรวม ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นเป็นผู้ มีเหตุผลเชิงจริยธรรมสูง เพราะฉะนั้น เจตคติจึงเกี่ยวข้องกับเหตุผลเชิงจริยธรรม โดยต้องผ่าน องค์ประกอบนี้ 3) การมุ่งกระทำหรือความพร้อมที่จะกระทำ (Behavior intention component) หมายถึง เป็นองค์ประกอบทางด้านความพร้อมหรือความโน้มเอียงที่บุคคลประพฤติปฏิบัติให้

สอดคล้องกับความรู้สึกของตนเอง ซึ่งความโน้มเอียงของพฤติกรรมนี้เป็นแบบกว้างๆไม่เจาะจง และบุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดเฉพาะเจาะจงขึ้นอยู่กับจิตลักษณะอื่นๆ ของบุคคลและสถานการณ์บุคคลจะแสดงพฤติกรรมตามทัศนคติของตนเองก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีลักษณะเป็นตัวของตัวเอง คือมีเหตุผลเชิงจริยธรรมสูง เป็นคนที่มีความสามารถในการควบคุมตนเอง ส่วนบุคคลที่ขาดความเป็นตัวของตัวเองก็ต้องพึ่งการควบคุมจากภายนอก เช่น การให้รางวัลหรือลงโทษจากผู้อื่นหรือสังคมจะกระทำตามการชักจูงหรือบังคับจากผู้อื่นมากกว่าทำตามทัศนคติของตนเองต่อสิ่งนั้น สอดคล้องกับงามตา วนิทานนท์ (2534: 212-214) เจตคติประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการคือ 1) ความรู้เชิงประเมินค่า(Cognitive component) หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้เกี่ยวกับสิ่งหนึ่งว่าดีมีประโยชน์มากน้อยเพียงใด บุคคลส่วนมากมักมีความรู้เชิงประเมินค่าของสิ่งต่างๆเพียงเล็กน้อยทำให้เกิดอคติลำเอียงได้มาก เนื่องจากองค์ประกอบความรู้เชิงประเมินค่าสิ่งหนึ่งเป็นต้น กำเนิดของเจตคติของบุคคลสิ่งนั้น ฉะนั้นการเปลี่ยนแปลงเจตคติที่สำคัญคือ การปรับองค์ประกอบความรู้เชิงประเมินค่าในเรื่องนั้นโดยการให้ตรงกับความเป็นจริง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับคุณหรือโทษต่อสิ่งนั้นเพิ่มเติมแก่บุคคล 2) ความรู้สึกพอใจ(Affective component) หมายถึง ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบพอใจหรือไม่พอใจต่อสิ่งนั้น ซึ่งส่วนใหญ่ความรู้สึกพอใจของบุคคลจะเกิดขึ้นเอง และสอดคล้องกับความรู้เชิงประเมินค่าเกี่ยวกับสิ่งนั้น 3 ความพร้อมกระทำ(Action tendency component) หมายถึง การที่บุคคลพร้อมที่จะช่วยเหลือสนับสนุนในสิ่งที่เขาชอบ และพร้อมจะทำลายหรือเพิกเฉยต่อสิ่งที่เขาไม่พอใจเป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้น ภายในเมื่อบุคคลมีความรู้เชิงประเมินค่าและมีความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบตนเองต่อสิ่งนั้นด้วย

จากการประมวลเอกสารเกี่ยวกับเจตคติดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า เจตคติของบุคคลนั้นเป็นเรื่องของความเชื่อ ความรู้สึกเชิงประเมินค่า ที่ดำเนินถึงข้อดี/ข้อเสีย ประโยชน์ที่ได้รับจากการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความรู้สึกเช่น ความชอบ ความพึงพอใจทั้งด้านบวกด้านลบรวมทั้งแนวโน้มที่จะแสดงการกระทำของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรเจตคติเชิงวัฒนธรรมเป็นปัจจัยส่วนบุคคลของแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1986) เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม หมายถึง ความรู้สึกเชิงประเมินค่าของพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมที่ต้องคำนึงถึงข้อดีข้อเสีย เป็นสิ่งที่มีประโยชน์หรือโทษเพียงใดจากการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมว่า ชอบหรือไม่ชอบ ความพึงพอใจด้านบวกและลบรวมทั้งแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม หรือความพร้อมจะดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม โดยเจตคติประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความรู้เชิงประเมินค่า เป็นการประเมินในภาพรวมที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ว่ามีผลต่อผู้ป่วยอย่างไร ข้อดีหรือข้อเสีย อย่างไร

มาน้อยเพียงใด 2) ความรู้สึกเป็นอารมณ์ที่แสดงถึงความชอบทางด้านบวกและความรู้สึกไม่ชอบด้านลบ ที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม 3) ความพร้อมที่จะกระทำ เป็นความพร้อมหรือความโน้มเอียงที่บุคคลประพฤติปฏิบัติให้สอดคล้องกับความรู้สึกของตนเอง

การวัดเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

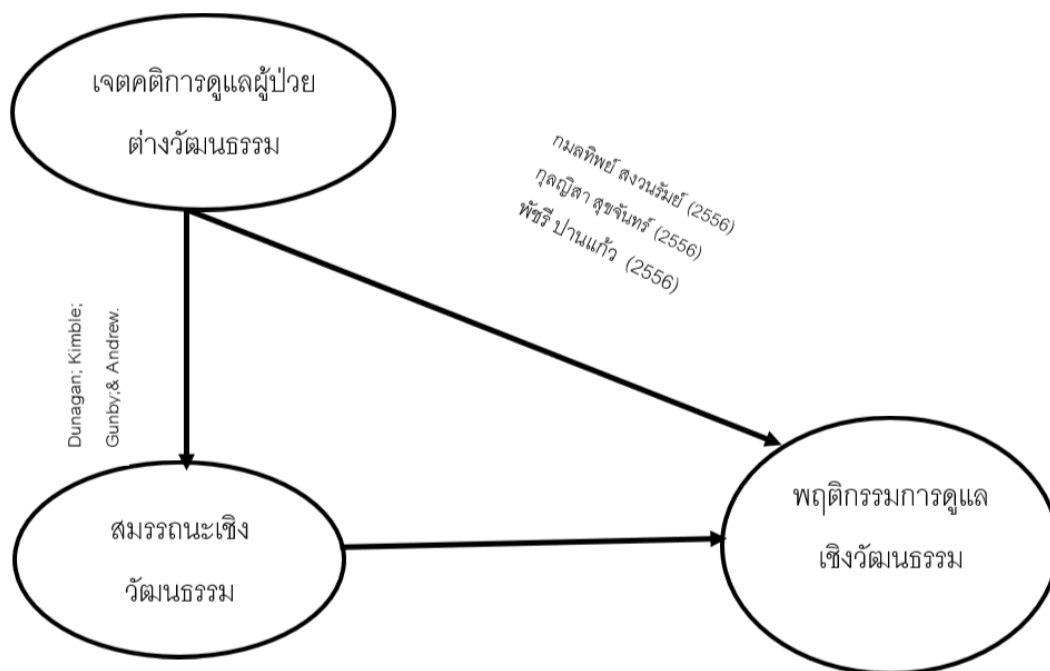
จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบวัดตัวแปรเจตคติเชิงวัฒนธรรม ที่ผ่านมาในต่างประเทศพบว่ามี การสร้างแบบวัดเจตคติเชิงวัฒนธรรม (Cultural attitude scale) ของ Bonaparte (1979) เพื่อใช้วัดเจตคติเชิงวัฒนธรรมของพยาบาล ข้อคำถามมี 30 ข้อ และ แมรี แอนซาคุทนี คิลิฟฟอร์ด (Mary Ann Zakutney Clifford, 1983) มีการพัฒนาลดข้อคำถามลงเหลือ 10 ข้อ ลักษณะมาตราประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่เหมาะสม (unreasonable) ถึงเหมาะสม (reasonable) หรือ ไม่เห็นด้วยกับเหตุผล ถึงเห็นด้วยกับเหตุผล มีค่าความเชื่อมั่นแบบวัดสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค = 0.93 นอกจากนี้การวัดเจตคติมีงานวิจัยในประเทศ เช่นในงานวิจัยของอภิญา โพธิ์ศรีทอง (2536: 59) วัดเจตคติต่ออาชีพพยาบาล เป็นแบบวัดที่ดัดแปลงมาจาก พัฒนวัตน์ เสรินทวัฒน์ (2526) ลักษณะของเนื้อหาเป็นการวัดเจตคติต่ออาชีพพยาบาลใน 3 ด้านด้วยกันคือ ด้านค่านิยมของสังคม ด้านลักษณะวิชาชีพและด้านการปฏิบัติงาน จำนวน 22 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.78 ในแต่ละข้อมีมาตราส่วน 6 หน่วย คือ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ส่วนงานของกรรณิกา ศิลปพรหมมาศ (2547: 72) วัดเจตคติต่อพฤติกรรมกรรมการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช สร้างขึ้นตามนิยามปฏิบัติการ โดยวัดเจตคติ 3 ด้าน คือ ความรู้เชิงประเมินค่า ความรู้สึก และความพร้อมที่จะกระทำ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการประเมินพฤติกรรมกรรมการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและพฤติกรรมกรรมการพยาบาลที่เคารพสิทธิผู้ป่วยว่ามีประโยชน์ หรือโทษเพียงใด พอใจ ไม่พอใจ หรือชอบ ไม่ชอบ เพียงใด และพร้อมหรือต้องการหลีกเลี่ยงในการกระทำพฤติกรรมดังกล่าวมากน้อยเพียงใด มีจำนวน 25 ข้อ ใช้มาตรวัด 6 หน่วย จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงที่สุด” มีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.93

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างแบบวัดเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแนวคิดของแมคไกวอร์ (McGuire, 1985) ร่วมกับ แบบวัดเจตคติเชิงวัฒนธรรม (Cultural attitude scale) ของ Bonaparte (1977) และ แบบวัดของกรรณิกา ศิลปพรหมมาศ (2547) นำมาปรับภาษาและสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัยทำการวัดใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้เชิงประเมินค่า 2) ความรู้สึก 3) ความพร้อมที่จะกระทำ มีข้อคำถาม

11 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ จากน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (6 คะแนน) โดยข้อคำถามทางบวกให้คะแนนมากเท่ากับ 6 และคะแนนน้อยเท่ากับ 1 และโดยข้อคำถามทางลบให้คะแนนน้อยเท่ากับ 6 คะแนนมากเท่ากับ 1 การแปลคะแนน ผู้ตอบวัดที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่ามีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม การศึกษาของดุนาแกน คิมเบิล กันบี้ และแอนดรู (Dunagan, Kimble, Gunby, & Andrew, 2014) เกี่ยวกับปัจจัยทำนายสมรรถนะด้านวัฒนธรรมในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนพยาบาลจำนวน 116 คน พบว่า นักเรียนพยาบาลที่มีคะแนนทัศนคติมีอคติลำเอียงจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถนะการดูแลเชิงวัฒนธรรม ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -0.26 ($\beta = -0.26, p < .001$) การศึกษาของ กมลทิพย์ สงวนรัมย์ (2556) เกี่ยวกับปัจจัยทำนายเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการพยาบาลจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 235 คนพบว่า เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการพยาบาลจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพมาก เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการพยาบาลจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพมาก มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.21 ($\beta = 0.21, p < .05$) ศึกษาของกุลณิสา สุขจันทร์ (2556) พบว่าเจตคติที่ดีต่อการให้บริการการแพทย์แผนไทย ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.186 ($\beta = 0.186, p < .05$) ตามลำดับ กรรณิกา ศิลปพรหมมาศ (2547: 112-114) ที่ได้ศึกษาปัจจัยด้านจิตลักษณะและสถานการณ์ทางสังคมของพยาบาลจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการพยาบาลจิตเวชที่มีจริยธรรม พบว่า เจตคติต่อพฤติกรรมการพยาบาลจิตเวช เป็นตัวทำนายอันดับแรก โดยร่วมกับตัวแปรอื่นอีก 9 ตัว สามารถทำนายพฤติกรรมการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลในกลุ่มรวมได้ร้อยละ 36.2 นอกจากนี้ พัชรี ปานแก้ว (2556) ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติต่อหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง คุณภาพชีวิตการทำงานและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรและสังคมของพนักงานบริษัทเอกชน พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติต่อหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงด้านแนวโน้มในการปฏิบัติ สามารถทำนายการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.196 ($\beta = .196, p < .01$) จึงได้กำหนดไว้เป็นสมมติฐานของการวิจัยในครั้งนี้สามารถเขียนเป็นแผนภาพแสดงเส้นทางความสัมพันธ์ได้ดังภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่าง เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม สมรรถนะด้านวัฒนธรรม และพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

4.3 การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

แนวคิดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร

แนวคิดการสนับสนุนองค์กร (Organization support) เป็นแนวคิดที่สำคัญในการศึกษาทางด้านการจัดการ เนื่องจากแนวคิดนี้สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขขององค์กรที่ทำให้บุคลากรมีเจตคติและพฤติกรรมการทำงานที่ดี (Thomas, 2001: 8,10) ต่อมาแนวคิดนี้ได้รับการพัฒนาจนกลายเป็นทฤษฎีการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร (Perceived Organizational Support: POS) ในปี ค.ศ. 1986 โดย ไอเซนเบอร์เกอร์และคณะ (Eisenberger & etal, 1986) ทั้งนี้ทฤษฎีการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมาจากพื้นฐานทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม โดยเป็นการแลกเปลี่ยนทางสังคมระหว่างบุคลากรกับองค์กร ซึ่งทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคมเสนอว่าสิ่งที่บุคคลนำมาให้เพื่อแลกเปลี่ยนนั้นจะมีคุณค่าสูง ถ้าหากสิ่งนั้นเกิดขึ้นจากการให้ที่มาจากความเต็มใจที่ปราศจากการบังคับใดใดมากกว่าสิ่งที่บุคคลจำเป็นต้องให้เนื่องจากสถานการณ์บังคับ เนื่องจากการเต็มใจที่จะให้บ่งบอกว่าคนที่ให้นั้นให้คุณค่าความสำคัญต่อคนที่รับอย่างแท้จริง (Eisenberger, Cotterell, & Marvel, 1987; Eisenberger & etal, 1997 อ้างถึงใน นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุลม, 2550) ดังนั้นการให้รางวัลตอบแทนจากองค์กรและจัดสภาพเงื่อนไขการทำงาน

ที่ดีให้เช่น เรื่องค่าจ้าง การเลื่อนขั้น ล้วนส่งผลต่อการรับรู้ของบุคคลากรว่าองค์กรให้ความใส่ใจต่อตนมากน้อยเพียงใด ถ้าพนักงานเชื่อว่าสิ่งที่ตนได้รับนั้นมาจากความเต็มใจให้จากองค์กรมากกว่ามาจากการบังคับจากสภาพแวดล้อมภายนอก เช่น การกดดันจากการต่อรองของสภาพแรงงาน หรือข้อบังคับทางกฎหมาย บุคลากรจะมีการรับรู้การให้ การสนับสนุนจากองค์กรสูง ดังนั้นการกระทำใดที่ส่งผลดีหรือไม่ดีต่อพนักงานจึงส่งผลต่อ การรับรู้การให้สนับสนุนจากองค์กรเช่นกัน หากพนักงานรับรู้ว่าได้รับการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรก็จะประเมินองค์กรในทางบวก มีความผูกพันและตั้งใจทำงานให้กับองค์กรเป็นการแลกเปลี่ยนพนักงานก็就会有ความพอใจที่จะมีความสัมพันธ์กับองค์กร

นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล(2550) เสนอว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรยังได้อธิบายถึงกระบวนการทางจิตที่เกิดขึ้นหลังจากเกิดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรไว้ 3 ประการ คือ 1) จากบรรทัดฐานของการแลกเปลี่ยนตอบแทน (Reciprocity Norm) การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรจะสร้างความรู้สึกต่างตอบแทนของพนักงานที่จะมีความห่วงใยขององค์กรและมีพฤติกรรมช่วยเหลือเพื่อให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ 2) ความห่วงใย การให้การยอมรับ การเคารพและให้เกียรติ โดยการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร จะตอบสนองความต้องการด้านจิตวิทยาและสังคมของพนักงาน ทำให้พนักงานเข้าร่วมเป็นสมาชิกขององค์กรและมีบทบาททางสังคมในองค์กร 3)การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรจะเสริมสร้างจากองค์กรจะเสริมสร้างความคิดของพนักงานว่าองค์กรจะตระหนักและให้รางวัลเพื่อเพิ่มผลการปฏิบัติงานของพนักงาน ดังนั้นจะส่งผลในทางบวกทั้งต่อตัวบุคคลเอง ไม่ว่าจะเป็นการทำให้บุคคลมีความพึงพอใจในงานมากขึ้น มีอารมณ์ที่ดีในการทำงานมากขึ้น หรือต่อองค์กรไม่ว่าจะเป็นการทำให้เกิดความรู้สึกผูกพันต่อองค์กรมากขึ้น มีผลการปฏิบัติงานที่ดีขึ้นและลดอัตราการเปลี่ยนงานและลาออก (นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล, 2550 อ้างถึงใน Rhode & Eisenberger, 1997)

ไรด และไอเซ็นเบอร์ก (Rodes, Eisenberger, 2002) ได้การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องของพบสาเหตุที่ทำให้เกิดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร 2 ปัจจัยหลัก คือ **ปัจจัยด้านองค์กร** ได้แก่ 1) ความยุติธรรม เป็นสิ่งที่พนักงานได้รับจากการสนับสนุนจากองค์กรเช่น สวัสดิการผลให้พนักงานเชื่อว่าองค์กรคำนึงถึงความเป็นอยู่ของพนักงาน 2) การสนับสนุนจากหัวหน้างาน พนักงานจะสร้างการรับรู้โดยรวมองค์กรให้คุณค่าต่อการทำงานของตนอย่างไร โดยพิจารณาจากระดับที่หัวหน้างานให้คุณค่าต่อการทำงานและความห่วงใยสุขภาวะของพนักงาน เนื่องจากหัวหน้าเป็นเหมือนตัวแทนองค์กรที่มีหน้าที่รับผิดชอบการทำงานและประเมินผล การปฏิบัติงานของพนักงาน 3) สภาพการทำงานและรางวัลที่ได้รับ ได้แก่ 3.1) การยอมรับและเห็นความสำคัญ

ค่าตอบแทน การเลื่อนตำแหน่งและโอกาสในการรับรางวัลที่น่าพอใจ ถือว่าเป็นการแสดงออกต่อพนักงานว่าองค์กรให้คุณค่าต่อการทำงาน 3.2) ความมั่นคงในการทำงาน เป็นสิ่งที่สร้างความเชื่อมั่นให้กับพนักงานว่าองค์กรต้องการที่จะดำรงรักษาพนักงานไว้ 3.3) ความอิสระในการตัดสินใจได้แก่ การจัดตารางและเวลายางาน วิธีในการทำงานให้งานมีความหลากหลาย เป็นการรับรู้ของพนักงานว่าสามารถควบคุมการทำงานของตน เป็นการช่วยให้เกิดการสนับสนุนจากองค์กร 3.4) ความเครียด เป็นสิ่งที่พนักงานรู้สึกว่าจะไม่สามารถจัดการกับสภาพการทำงานที่กดดันได้ ความเครียดอาจเกิดจากแรงกดดันในองค์กร หรือจากความกดดันภายนอก ความเครียดจะลดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร การขาดข้อมูลสนับสนุน ในการทำงาน หรือความไม่ชัดเจนของข้อมูลในการทำงาน และความขัดแย้งในบทบาท 3.5) การฝึกอบรม เป็นสิ่งที่สื่อสารว่าองค์กรมีการลงทุนกับพนักงาน ทำให้พนักงานเกิดการรับรู้ขององค์กรสนับสนุน และยังสามารเพิ่มพูนความรู้และประสิทธิภาพในการทำงานของพนักงานได้อีกด้วย 3.6) ขนาดขององค์กร พนักงานจะรู้สึกว่ามีความค่าน้อย ถ้าอยู่ในองค์กรที่มีขนาดใหญ่ เพราะองค์กรขนาดใหญ่มีนโยบายและวิธีการทำงานที่เป็นทางการสูง ทำให้การตอบสนองต่อสิ่งที่พนักงานต้องการลดน้อยลง จึงลดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร

ผลของการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร

ไรตและไอเซ็นเบอร์ก (Rhodes, & Eisenberger, 2002) ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์งานวิจัยพบว่าผลที่เกิดจากการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ได้แก่

- 1) ความผูกพันขององค์กร จากแนวคิดพื้นฐานเรื่องการแลกเปลี่ยนการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ทำให้พนักงานรับรู้ว่ามีหน้าที่ที่จะต้องรักและห่วงใยองค์กร การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรจะเพิ่มความผูกพันต่อองค์กร พนักงานจะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร ยังทำให้พนักงานรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองมีความหมายและได้รับการยอมรับจากองค์กร
- 2) อารมณ์ในการทำงาน การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีผลต่ออารมณ์ในการปฏิบัติงานของพนักงาน ได้แก่ ความพึงพอใจในงาน (Job satisfaction) การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรจะเพิ่มความพึงพอใจและเพิ่มความหวังในรางวัลซึ่งพนักงานจะได้รับจากการปฏิบัติงาน และได้รับการช่วยเหลือเมื่อมีความต้องการ
- 3) ความเกี่ยวพันในงาน การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรจะช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของพนักงาน ทำให้พนักงานมีความสนใจในงานมากขึ้น

4) พฤติกรรมการผลงงาน การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรจะเพิ่มความรู้สึกผูกพันต่อองค์กรด้านจิตใจ ซึ่งจะลดพฤติกรรมการผลงงานในแบบต่างๆ เช่น ทำงานเฉื่อยชา การขาดงาน การรับรู้ความสามารถจากองค์กรยังสามารถช่วยลดแนวโน้มการลาออก

5) ความเครียด การสนับสนุนด้านเครื่องมือ และการสนับสนุนทางอารมณ์ในระหว่างที่พนักงานต้องการความช่วยเหลือจะช่วยลดความตึงเครียดในการปฏิบัติงาน มีงานวิจัยพบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรจะสามารถช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากการทำงาน เช่น ความเครียด ความเหนื่อยล้า ความเบื่อหน่ายในงาน ความวิตกกังวลได้

6) ความต้องการคงอยู่ในองค์กร การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการคงอยู่ในองค์กรของพนักงาน

7) ผลการปฏิบัติงาน การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรของพนักงานจะเป็นการเพิ่มผลผลิตและประสิทธิภาพในการทำงานและผลการปฏิบัติงาน ทำให้พนักงานทำงานได้ดีกว่าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เช่น การปกป้ององค์กร การให้ข้อชี้แนะในการทำงาน การเสาะหาความรู้และทักษะที่มีประโยชน์ในการปฏิบัติงานของตัวพนักงานเอง

ความหมายของการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร

ไอเซ็นเบอร์เกอร์และคณะ (Eisenberger & et al, 1986, p. 44)ให้ความหมายของการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรว่า เป็นความเชื่อของพนักงานว่าองค์กรมีการแสดงออกถึงความห่วงใย ต้องการให้พนักงานมีความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งพนักงานสามารถรับรู้สิ่งเหล่านี้ได้จากผลประโยชน์ต่างๆ ที่ได้รับจากองค์กร ซึ่งอาจอยู่ในรูปของผลตอบแทนที่เป็นตัวเงิน เช่น เงินเดือน โบนัส หรือผลตอบแทนที่ไม่อยู่ในรูปของตัวเงินก็ได้ เช่น สวัสดิการการอบรมต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับคดีนันท์ ทิพย์โอสถ (2556) ได้กล่าวว่าการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร หมายถึง ความเชื่อหรือความคิดของพนักงานว่าองค์กรเห็นคุณค่าและให้ความสำคัญกับพนักงานในองค์กรโดยมีนโยบายสนับสนุนการทำงานของพนักงานในด้านต่างๆ และพร้อมที่จะช่วยเหลือพนักงานเพื่อให้พนักงานมีความเป็นอยู่ที่ดี ในขณะที่เปรมจิตร คล้ายเพชร (2548) ได้ให้ความหมายของการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรว่า เป็นการที่องค์กรเห็นคุณค่าและความสำคัญของพนักงานและให้การสนับสนุนการทำงานในด้านต่างๆ ผ่านนโยบายขององค์กรเพื่อให้พนักงานมีความเป็นอยู่ที่ดีและสามารถปฏิบัติงานได้ดีขึ้น และ ลามาสโตร (Lamastro, 2002) ให้ความหมาย การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร หมายถึง พฤติกรรมของผู้บริหารที่ให้การสนับสนุน มีการจัดบรรยายองค์กรที่อำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานโดยที่พนักงานจะประเมินการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร

ได้จากปฏิบัติต่อพนักงานผ่านนโยบายของผู้บริหารหรือองค์กร มูทิตา คงกระพันธ์ (2554) ให้ความหมายของคำว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร หมายถึง ความคิดเห็นของพนักงานที่มาจากประสบการณ์ที่ได้รับจากองค์กรผ่านทางกฎระเบียบ นโยบาย บรรทัดฐานต่าง ๆ ดังนั้นผู้วิจัยสรุปการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรหมายถึง การรับรู้ของพยาบาลว่าได้รับการส่งเสริมจากผู้บริหารของโรงพยาบาลในการสนับสนุนช่วยเหลือในการปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

องค์ประกอบการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร

ยุวดี ศิริยทรัพย์ (2553) ให้ความหมายของคำว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร หมายถึง เป็นเจตคติของบุคลากรที่มีต่อองค์กรว่า องค์กรให้การดูแลเอาใจใส่ต่อความเป็นอยู่ของบุคลากร รวมทั้งให้การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรให้มีความเจริญก้าวหน้าในสายอาชีพของตน โดยสามารถวัดได้จากแบบสอบถาม 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรด้านผลตอบแทน หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับเงินเดือน หรือสวัสดิการต่างๆที่องค์กรมีให้ต่อบุคลากรเพื่อส่งเสริมให้บุคลากรมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น 2) การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรด้านความรู้ในการทำงานและโอกาสก้าวหน้า หมายถึง การรับรู้ว่าองค์กรให้โอกาสในการเลื่อนตำแหน่ง ความก้าวหน้าในสายอาชีพ จัดอบรมให้ความรู้และทักษะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาในสายงานอาชีพของตน 3) การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรด้านความมั่นคงในการทำงาน หมายถึง การรับรู้ว่าองค์กรให้โอกาสและยังคงจ้างบุคลากรทำงานต่อไป ไม่มีการปลดออกหรือเลิกจ้าง 4) การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรด้านจิตอาวมณ์ หมายถึง การรับรู้ว่าองค์กรได้ให้การยอมรับเห็นคุณค่า ให้ความสำคัญ และยกย่องให้เกียรติเมื่อทำงานประสบความสำเร็จ รวมทั้งส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการทำงานภายในองค์กร และ 5) การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ด้านการปฏิบัติงาน หมายถึง การรับรู้ว่าผู้บริหาร และหัวหน้าให้การสนับสนุนและความไว้วางใจต่อการทำงานของบุคลากร รวมทั้งให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการแก้ปัญหาในการทำงาน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบุญทวารวณ วังวอน และมนตรี พิริยะกุล (2553) ได้พัฒนาแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) มีสภาพแวดล้อมที่ดีต่อการทำงาน 2) การจัดอบรมและพัฒนาความสามารถอย่างเหมาะสมและทั่วถึง 3) องค์กรมีการสนับสนุนและเห็นคุณค่าผลงานของพนักงาน 4) องค์กรมีการสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือที่ทันสมัย 5) องค์กรสร้างความปลอดภัยในการทำงานให้กับพนักงาน

จากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ดังกล่าวข้างต้น จึงสรุปความหมายของการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรในงานวิจัยหมายถึง พยาบาลผู้ที่ให้การ

ดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมได้รับการส่งเสริมจากผู้บริหารของโรงพยาบาลในการสนับสนุนช่วยเหลือในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ได้แก่ 1) ด้านค่าตอบแทน หมายถึง การรับรู้ที่ได้รับค่าตอบแทนต่างๆ เช่น ทดสอบภาษาอังกฤษ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 2) ด้านความรู้ในการทำงานและโอกาสก้าวหน้า หมายถึง การรับรู้ว่าจะให้การส่งเสริมสนับสนุนให้มีการศึกษาหรือการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม 3) ด้านความมั่นคงในการทำงาน หมายถึง การรับรู้ว่าจะให้การให้โอกาสและจะยังคงจ้างพนักงานให้ทำงานต่อไป 4) ด้านจิตอาวมณ์ หมายถึง การรับรู้ว่าจะให้การยอมรับ ยกย่องให้เกียรติ เมื่อทำงานประสบความสำเร็จ สนับสนุนให้พนักงานได้มีส่วนร่วมในการทำงานในองค์กร มีความเข้าใจ และเห็นใจเมื่อพนักงานตัดสินใจหรือทำงานผิดพลาด 5) ด้านการปฏิบัติงาน หมายถึง การรับรู้ว่าจะให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้พนักงานทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกในองค์กรเช่น วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ เพื่อให้พนักงานสามารถทำงานได้อย่างปลอดภัยมีสภาพการทำงานที่ดีและสร้างบรรยากาศสภาพแวดล้อมที่ดี

การวัดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร

จากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้องของแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร Eisenberger & et al, (1986) ริเริ่มแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สนับสนุนจากองค์กร และได้สร้างแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร (Survey of Perceived Organization Support: SPOS) ขึ้นพร้อมกับการศึกษาแนวคิดดังกล่าว ในการสร้างแบบวัดนี้ไอเซนเบอร์เกอร์และคณะ ได้สำรวจและเก็บข้อมูลจากพนักงาน 361 คน ในองค์กรที่มีความแตกต่างกัน โดยแบบวัดที่สร้างขึ้นมีคำถามหลักแบ่งเป็น 1) การตัดสินใจประเมินของพนักงานต่อการสนับสนุนจากองค์กร 2) คำถามเกี่ยวกับการกระทำขององค์กรที่ส่งผลต่อพนักงาน จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบวัดตัวแปรการรับรู้การสนับสนุน(Perceived Organization Support: POS) ที่ผ่านมามีการสร้างแบบวัดเพื่อสำรวจการรับรู้การสนับสนุนตามแนวคิดของสร้างแบบวัดตามแนวคิดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรของไอเซนเบอร์เกอร์และคณะ (Eisenberger & et al, 1986) ซึ่ง Rhoades & Eisenberger (2002) ประกอบด้วย 1) การได้รับรางวัลจากองค์กร และสภาพการทำงาน (Organizational reward and job conditions) การตัดสินใจประเมินผลของพนักงานต่อการสนับสนุนจากองค์กร การส่งเสริมการฝึกอบรม การเลื่อนตำแหน่งและโอกาสในการรับรางวัล ค่าตอบแทนที่น่าพอใจ และการสนับสนุนด้านอาวมณ์ 2) การรับรู้การสนับสนุนจากหัวหน้างาน

(Supervision support) การพิจารณาจากระดับที่หัวหน้าให้คุณค่าต่อการทำงานและความห่วงใย
 สุขภาวะของพนักงาน 3) ความยุติธรรม (Procedural justice) นโยบายสิ่งแวดล้อมและการ
 ปฏิบัติงาน ความปลอดภัยจากการทำงาน ความเป็นตัวของตัวเองมีอิสระในการตัดสินใจไม่ได้ทำ
 ตามนโยบายที่อธิบายลักษณะงานที่รับผิดชอบ (Job description) ขณะที่มุลแลนและคณะ(Mullen
 & et al, 2006) เครื่องมือวัดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ โดยมี
 ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่าแบบไลเคิร์ต 7 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งมีค่า 1 คะแนน ไป
 จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งมีค่า 7 คะแนน แต่เนื่องจากมีข้อคำถามมีมากเกินไป ทำให้ไม่สะดวกที่จะ
 นำไปใช้ในงานวิจัย ไอเซ็นเบอร์เกอร์และคณะจึงปรับเครื่องมือวัดให้กลายเป็นฉบับย่อที่มีข้อ
 คำถามลดเหลือเพียง 8 ข้อ ซึ่งเครื่องมือวัดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงว่าสามารถวัดตัว
 แปรนี้ที่แตกต่างไปจากความผูกพันต่อองค์กรด้านความรู้สึก (Affective commitment) (Shore &
 Trick, 1991) แตกต่างไปจากความพึงพอใจในงาน (Eisenberger & et al, 1997) การรับรู้การ
 สนับสนุนจากหัวหน้า (Perceived supervisory support) และความสามารถพึ่งพาองค์กรได้
 (Organization dependability) (Hutchinson, 1997) นอกจากนี้งานวิจัยเหล่านี้ยังได้ตรวจสอบ
 ความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha มีค่าสูงตั้งแต่ 0.90
 ขึ้นไป

ในประเทศไทยพบงานวิจัยของนำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล (2550: 32-33) ที่นำเครื่องมือ
 แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรฉบับย่อนี้ของแนวคิดไอเซ็นเบอร์เกอร์และคณะ
 (Eisenberger & et al, 1986) มาปรับและเพิ่มข้อคำถามเพื่อให้มีความเหมาะสมมากขึ้นกับบริบท
 ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นครู โดยแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีค่าความเชื่อมั่น 0.81
 และแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรฉบับหัวหน้ากลุ่มมีค่าเชื่อมั่น 0.86 นอกจากนี้ยังพบ
 งานวิจัยที่พัฒนาและสร้างแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ดังเช่น แบบวัดของศรีธน์
 พิมพ์ทอง (2557) เป็นแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรในมหาวิทยาลัย มีค่าความเชื่อมั่น
 เท่ากับ 0.94 เป็นแบบวัดประกอบด้วย 3 องค์ประกอบได้แก่ 1) ด้านการปฏิบัติงาน 2) ด้านความรู้
 ในการทำงานและโอกาสก้าวหน้า 3) ด้านเห็นคุณค่าการปฏิบัติงานของพนักงาน

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นทั้งนี้ดัดแปลงมาจาก
 แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรของสตีมันท์ ทิพย์โอสถ (2556) ค่าความเชื่อมั่นสัมประ
 สิทธิ์อัลฟาครอนบาคของแบบวัดนี้เท่ากับ 0.7 และแบบวัดของศรีธน์ พิมพ์ทอง (2557) ค่าความ
 เชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของแบบวัดนี้เท่ากับ 0.94 นำมาปรับภาษาและสร้างข้อคำถาม
 เพิ่มขึ้นให้เหมาะสมกับบริบท ทำการวัดใน 5 องค์ประกอบได้แก่ 1) ด้านค่าตอบแทน 2) ด้าน

ความรู้ในการทำงานและโอกาสก้าวหน้า 3) ด้านความมั่นคงในการทำงาน 4) ด้านจิตอารมณ์ 5) ด้านการปฏิบัติงาน มีข้อคำถามปฏิบัติงาน มีข้อคำถาม 26 ข้อ มาตราวัดประเมินค่า 6 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (6 คะแนน) การแปลคะแนน ผู้ตอบวัดที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่ารับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร สมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมคุณดูแลเชิงวัฒนธรรม

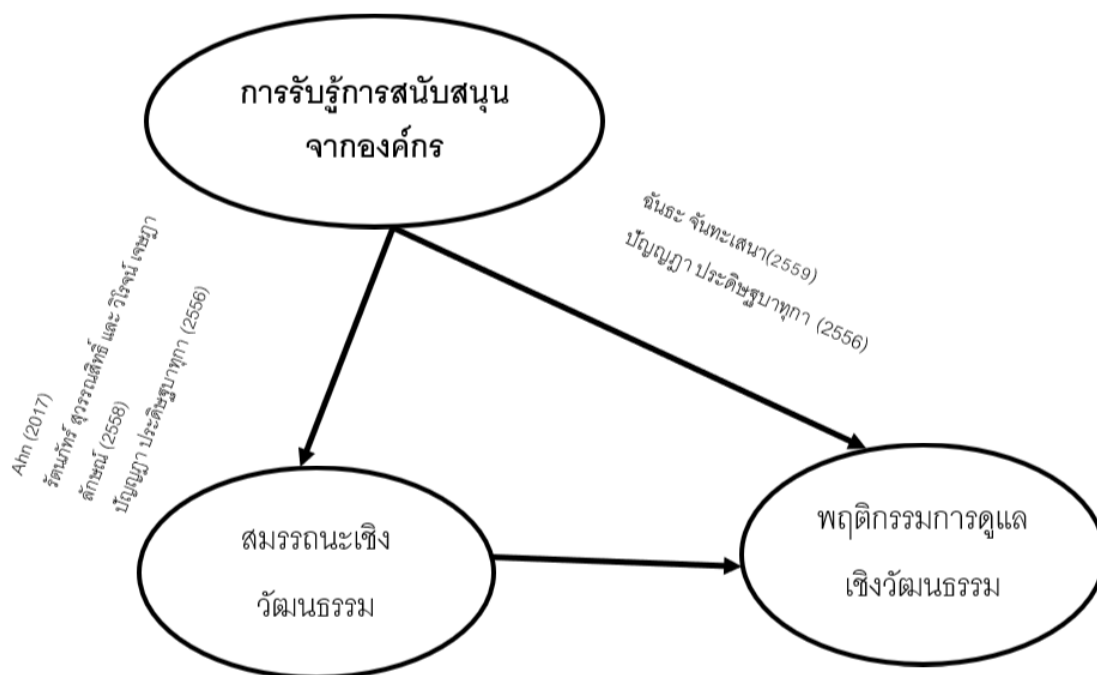
จากการศึกษาของซุมารซ์และบอยเลอร์ (Zumah & Boyle, 2015) พบว่า การได้รับฝึกอบรมมีอิทธิพลต่อการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรโดยมีตัวแปรความพึงพอใจในงานเป็นตัวแปรคนกลาง ซึ่งการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรจะสามารถเพิ่มความพึงพอใจในงานและมีอิทธิพลต่อการฝึกอบรมซึ่งพนักงานต้องการจะพัฒนาความรู้ทักษะและคุณลักษณะเช่น ทักษะคิด ส่งเสริมให้สามารถในการทำงานปฏิบัติงานเป็นอย่างดีในงานที่ตนรับผิดชอบ การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรเป็นการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะของพนักงาน ประเมินโดยการกระทำของเขา (performance) องค์กรเป็นแหล่งข้อมูล ให้ประสบการณ์เรียนรู้ (Mastery experience) ลดความเครียดจากการทำงานทั้งด้านร่างกายและจิตใจของพนักงาน (Rhoades & Eisenberger, 2002) โดยการศึกษาของ ซีเซ็นและ สตริงแฮมเบอร์ (Caesens & Stinglhamber, 2014) พบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตน ($r=0.21$) ความรู้ทางวัฒนธรรมมีอิทธิพลเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรม ยกตัวอย่างเช่น จิตแพทย์ต้องตระหนักถึงปราศจากอคติลำเอียงและหลีกเลี่ยงอคติลำเอียงเหมารวมเพื่อพัฒนาความเข้าใจ สัมพันธภาพ การบำบัด ซึ่งมีอุปสรรคในการสื่อสารเมื่อใช้ภาษากาย การเรียนรู้ระดับบุคคลไม่เพียงพอที่จะรับประกันต้องเรียนรู้ความแตกต่างในระดับองค์กร องค์กรสนับสนุนผ่านบทบาทของแผนกทรัพยากรบุคคลนำกลยุทธ์ให้พนักงานมีสมรรถนะ หากให้โอกาสในการก้าวหน้าและเป็นแหล่งประโยชน์ จะทำให้มีการพัฒนาสมรรถนะได้สูง ซึ่งจะเห็นความแตกต่างในบริบทที่มีการสนับสนุนจากองค์กรไม่เพียงพอไม่มีกลยุทธ์จากแผนกทรัพยากรบุคคลส่งผลให้ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะเนื่องจากขาดพลังจูงใจและแหล่งประโยชน์ (Guan & et al, 2016) การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรเป็นสิ่งที่ เป็นประโยชน์ต่อองค์กรและพนักงาน เป็นการสะท้อนถึงคุณภาพและความสัมพันธ์ระหว่างพนักงานกับองค์กร หากพนักงานรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรจะมีความผูกพันและมีแรงจูงใจในการทำงาน ทำให้การปฏิบัติงานดี มีความผูกพันกับองค์กร และพฤติกรรม การเป็นพนักงานที่ดี (บุญทวรรณ วิงวอน และมนตรี พิริยะกุล, 2553) จากการศึกษาของซุมารซ์และบอยเลอร์ (Zumah & Boyle, 2015) พบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีผลต่อการ

ฝึกอบรมโดยมีตัวแปรความพึงพอใจในงานเป็นตัวแปรต้นกลาง ซึ่งการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรจะสามารถเพิ่มความพึงพอใจในงานและมีอิทธิพลต่อการฝึกอบรมซึ่งพนักงานต้องการจะพัฒนาความรู้ทักษะและคุณลักษณะเช่น ทักษะคิดเชิงเสริมให้สามารถในการทำงานปฏิบัติงานเป็นอย่างดีในงานที่ตนรับผิดชอบ จากการศึกษาของ หอมกลิ่น ทาคาฮาชิและธีชะคนนท์(Homklin, Takahashi, & Techakanont, 2014) พบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนจากหัวหน้างาน (Supervisor support) ($r= 0.150$) การเรียนรู้(Learning)($r=0.253$) การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน (Coworker support) ($r=0.1360, p= 0.01$) จากการศึกษาของ Manika & et al, (2015) เกี่ยวกับการร่วมมือในการดูแลสังคมในระดับบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบระหว่างเจตคติของแต่ละบุคคล พบว่าการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีผลต่อพฤติกรรมรักสิ่งแวดล้อมในที่ทำงานได้แก่ พฤติกรรมลดการพิมพ์กระดาษ ประหยัดพลังงาน และรีไซเคิล

จากการประมวลเอกสารของเอฮน์(Ahn, 2017) ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของพยาบาลชาวเกาหลีที่ดูแลผู้ป่วยต่างชาติ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจำนวน 275 คน พบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.12 ($\beta = 0.12, p < .025$) ฉันทะ จันทะเสนา (2559) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมความเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยราชภัฏจำนวน 1,281 คน พบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความเป็นสมาชิกที่ดี ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.67 ($\beta = 0.67, p < .001$) รัตนภัทร์ สุวรรณสิทธิ์ และ วิโรจน์ เจษฎาลักษณ์ (2558) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานผ่านสมรรถนะหลักของบุคลากร สำนักงานประกันสังคมจำนวน 267 คน พบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรโดยมีค่าความสามารถในการพยากรณ์ ได้ร้อยละ 26.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ปัญญา ประดิษฐ์บาทูกา (2556) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเชิงเหตุทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะและพฤติกรรมการจัดการเรียนรู้แบบวิจัยเป็นฐานของอาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ระหว่างอาจารย์ข้าราชการและอาจารย์ในมหาวิทยาลัยรวม 720 คน พบว่า การรับรู้สนับสนุนจากมหาวิทยาลัยไม่ได้มีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะอาจารย์แต่มีอิทธิพล

ทางอ้อมผ่านความพึงพอใจในงาน มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.08 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการรับรู้การสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมจัดการเรียนรู้แบบวิจัยเป็นฐานผ่านความพึงพอใจในงานและสมรรถนะของอาจารย์

มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงได้กำหนดไว้เป็นสมมติฐานของการวิจัยในครั้งนี้ สามารถเขียนเป็นแผนภาพแสดงเส้นทางความสัมพันธ์ได้ดังภาพประกอบ 8



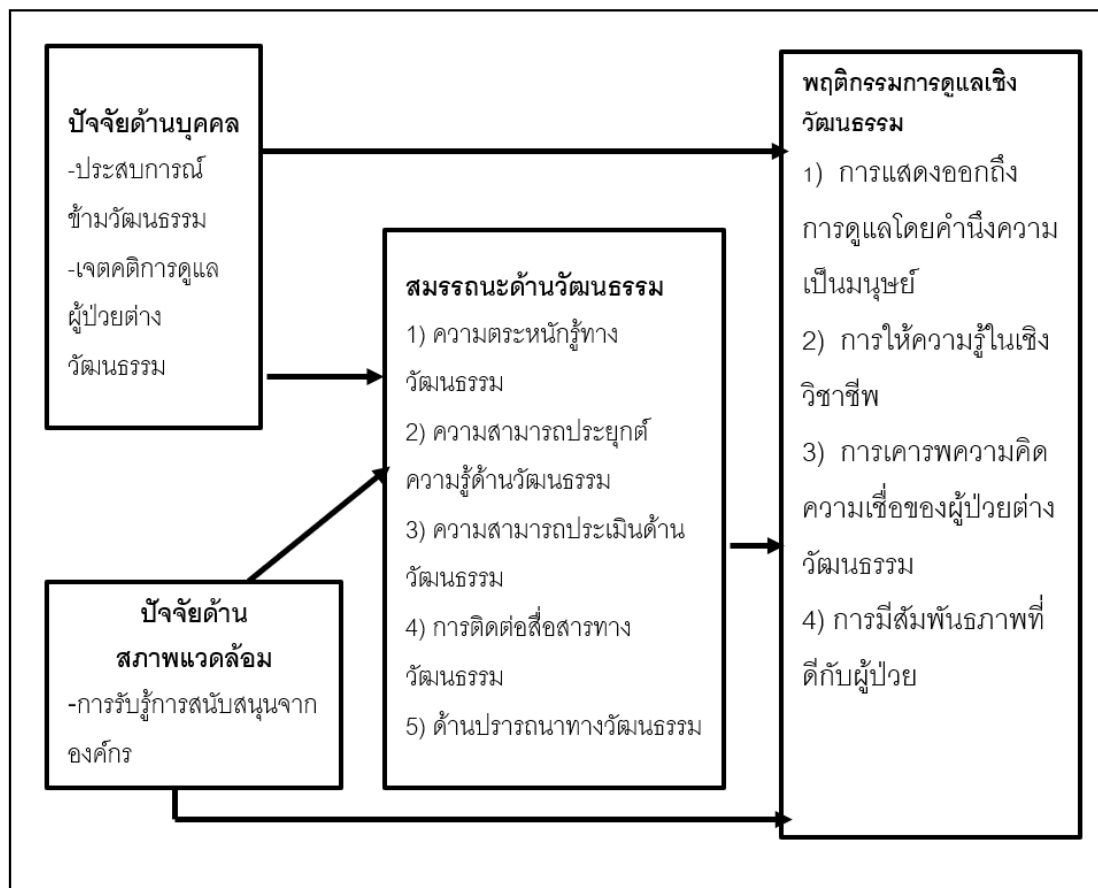
ภาพประกอบ 8 ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร สมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมกรดูแลเชิงวัฒนธรรม

4.4 กรอบแนวคิดและสมมติฐานการวิจัยระยะที่ 1

เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ในการกำหนดตัวแปรเพื่ออธิบายพฤติกรรมกรดูแลเชิงวัฒนธรรม ผู้วิจัยได้กำหนดมาจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดพื้นฐานของการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม(Social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1977) เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยสภาพแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล โดยร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) (Reciprocal determinism) ร่วมกับประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีแนวคิดการเรียนรู้ของบลูม (Bloom, 1956) ที่อธิบายว่าความรู้และทักษะในการดูแลเชิงวัฒนธรรมซึ่งมีผลต่อเจตคติ เจตคติเป็นสภาวะที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มของพฤติกรรมบุคคลที่มีต่อบุคคล สิ่งของ และสถานการณ์ต่าง ๆ ไปใน

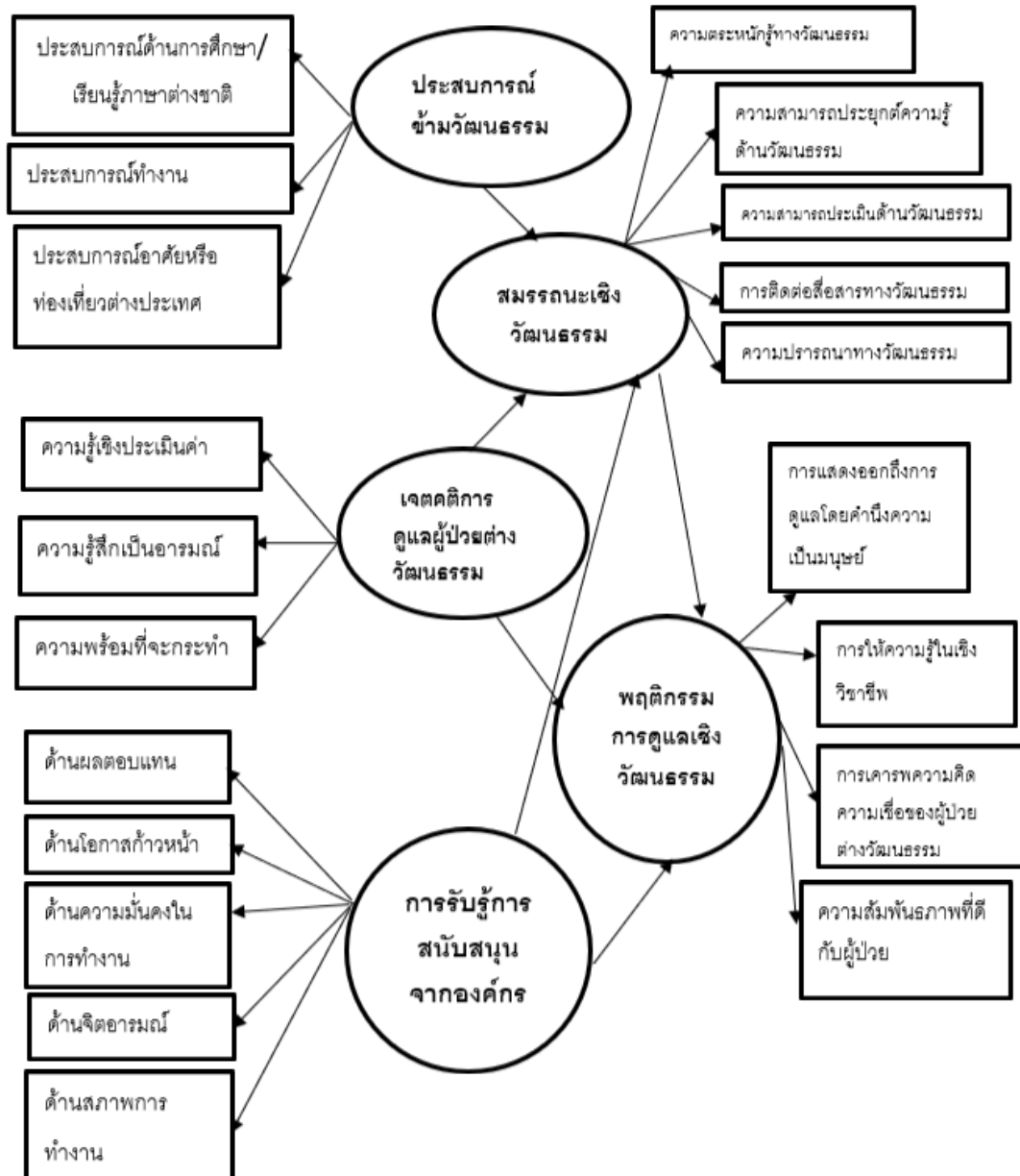
ทิศทางใดทิศทางหนึ่ง (ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร, 2545) โดยความรู้และเจตคติเป็นปัจจัยส่วนบุคคล และจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังพบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้เป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม หากพนักงานการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรจะมีความผูกพันและมีแรงจูงใจในการทำงาน ทำให้การปฏิบัติงานดี มีความผูกพันกับองค์กร และพฤติกรรมการทำงานที่ดี(บุญทวรรณ วิงวอน และมนตรี พิริยะกุล, 2553) ดังนั้นการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรจึงเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมเชิงวัฒนธรรม ดังภาพประกอบ 9

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 9 กรอบแนวคิดในการวิจัยระยะที่ 1

โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรม
การดูแลเชิงวัฒนธรรม



ภาพประกอบ 10 แบบจำลองอิทธิพลเชิงสาเหตุของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมดูแล
เชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ

จากภาพประกอบที่ 10 เป็นการแสดงแบบจำลองสมมติฐานโครงสร้างจากความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยสมมติฐานที่เกิดขึ้นจากกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิด พื้นฐานของการ

เรียนรู้ทางปัญญาสังคม(Social cognitive theory) ของแบนดูรา(Bandura, 1986) ผู้วิจัยจึง กำหนดสมมติฐานการวิจัยหลัก คือรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีสมมติฐานย่อย ดังนี้

- H1 สมรรถนะด้านวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม
- H2 ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม
- H3 เจตคติเชิงวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม
- H4 เจตคติเชิงวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม
- H5 การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม
- H6 การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม
- H7 การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยผ่านสมรรถนะด้านวัฒนธรรม
- H8 ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยผ่านสมรรถนะด้านวัฒนธรรม
- H9 เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม โดยผ่านสมรรถนะด้านวัฒนธรรม

5. โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีเชิงปริมาณ 2 วิธี แบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์เพื่อพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนการวิจัยในระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ในการกำหนดเนื้อหาและกิจกรรมในโปรแกรมการทดลองผู้วิจัยนำตัวแปรปัจจัยในการศึกษาระยะที่ 1 พบว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมร่วมกับการประมวลเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม โดยมีเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลให้บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง จากพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีของแบนดูรา(1986) จาก

การศึกษาการัดอง-เอ็ดเกร็น และคณะ(Kardong-Edgren & et al, 2005) ในการสำรวจความรู้ทัศนคติและทักษะของผู้สอนทางการพยาบาล(Nurse educator) เข้าร่วมการประชุมวิชาการในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์เคยท่องเที่ยวต่างประเทศนอกจากอเมริกาหรือแคนาดาร้อยละ 88.2 และมีความสามารถพูดภาษาต่างประเทศได้ นอกจากภาษาอังกฤษร้อยละ 40.2 และนักศึกษาที่เคยได้รับประกาศนียบัตรรับรองอบรมหลักสูตรการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมร้อยละ 1.1 จะมีทัศนคติทางบวก มีความมั่นใจในความรู้ด้านวัฒนธรรม และมีความรู้สึกสะดวกสบาย ในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมจะมีความตระหนัก(Awareness)ในการปฏิบัติทางวัฒนธรรม (Cultural practice) โดยพบว่า ความสามารถพูดภาษาต่างประเทศได้นอกจากภาษาอังกฤษ เข้าร่วมการประชุมวิชาการในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม และการสอนโปรแกรมการพยาบาลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับวัฒนธรรม มีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้สมรรถนะและความมั่นใจในความสามารถของการดูแลเชิงวัฒนธรรม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.35, 0.32, 0.38

การเสริมสร้างพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรม เป็นแนวคิดจิตวิทยา การพัฒนาการตระหนักถึงวัฒนธรรม ระบบความเชื่อ ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมพยาบาลวิชาชีพ จำเป็นต้องสร้างการปฏิบัติของเขา เพื่อให้การดูแลเหมาะสมในบริบทต่างวัฒนธรรม ปรับเปลี่ยนการปฏิบัติเพื่อที่จะแสดงถึงความเคารพ การป้องกันและสอดคล้องกับเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย ซึ่งพัฒนามาจากประสบการณ์ การรับรู้ช่องว่างวัฒนธรรมของพยาบาลและวัฒนธรรมภูมิหลังของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลต้องมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยแบบวิชาชีพ ดังนั้นอคติของพยาบาลมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับผู้ป่วย หากพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์และได้รับประสบการณ์จากการติดต่อกับบุคคลต่างวัฒนธรรมบ่อยๆจะช่วยให้เพิ่มความตระหนักทางวัฒนธรรม(Garneau & Pepin, 2015) ซึ่งมีหลายการศึกษาเชื่อว่าการตระหนักถึงทางวัฒนธรรมเป็นมิติแรกและเป็นหลักที่จะพัฒนาและสามารถเอาชนะความรู้สึกอคติลำเอียง ซึ่งสมรรถนะด้านวัฒนธรรมเป็นกลุ่มที่ประกอบด้วย ความรู้ เจตคติและพฤติกรรม และประยุกต์นโยบายหรือโปรแกรมซึ่งจะมีผลต่อบุคคล องค์กรหรือระบบ ซึ่งทำให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพภายในบริบทวัฒนธรรม การพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรม(Garneau & Pepin, 2015) ประกอบด้วย 3 มิติ ดังนี้คือ 1) การเปิดให้เห็นความจริงที่แตกต่างกันของการปฏิบัติในบริบทของความหลากหลายทางวัฒนธรรม 2) ความท้าทายของการปฏิบัติในบริบทที่แตกต่างทางวัฒนธรรม ซึ่งในระดับนี้พยาบาลวิชาชีพและนักเรียนเรียนรู้และปรับปรุงการปฏิบัติ 3) การบูรณาการปฏิบัติให้สอดคล้องกับความแตกต่างทางวัฒนธรรม นอกจากนี้บอร์ริสและเอ็ดควิส

(Borras & Edquist, 2015) กล่าวว่า การเสริมสร้างสมรรถนะเป็นกระบวนการพัฒนาทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งการได้มาสมรรถนะพิเศษที่มาจากปัจจัยส่วนบุคคลและจากการได้รับการสนับสนุนจากองค์กร สร้างสมรรถนะส่วนบุคคล (Individual competence building) หมายถึง การได้มาซึ่งข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจและทักษะของแต่ละบุคคล จากการศึกษาและฝึกอบรม ทั้งจากเป็นทางการได้แก่ การได้รับจากสถาบันการศึกษา และแบบไม่เป็นทางการ เช่น ในสถานที่ทำงานจากการเรียนรู้จากการทำงาน (Learning-by-doing) ซึ่งเป็นการเพิ่มทุนมนุษย์ (human capital)

ไอนินเจอร์เป็นพยาบาลคนแรกที่พัฒนาแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในปี 1978 ต่อมาแคมพินฮา-บาโคท เชื่อว่าสมรรถนะด้านวัฒนธรรมเป็นกระบวนการที่บุคลากรทางสุขภาพ จะพัฒนาทักษะการดูแลในบริบทของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ซึ่งกระบวนการนี้ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ ความรู้ ความสามารถ การเผชิญหน้า และความต้องการเป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ดังนั้นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาโปรแกรมสิ่งที่เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญเบื้องต้นตั้งแต่แรกคือ การเพิ่มการตระหนักรู้ ซึ่งจะเป็นสิ่งที่นำพาให้มีความรู้ ความสามารถ กระตุ้นให้บุคลากรทางสุขภาพเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วย ในขณะที่ต้องปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Cerezo & etal, 2014) นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาพัฒนาหลักสูตรและโปรแกรมการฝึกอบรม เช่น การศึกษาของกริสโวลด์และคณะ (Griswold & etal, 2007) พบว่า การพัฒนาหลักสูตรของนักศึกษาแพทย์โดยรวมฝึกอบรมแตกต่างทางวัฒนธรรม (Cultural diversity training) กับการเรียนรู้โดยการดูแลโดยใช้ผู้ป่วยเป็นฐาน (Patient-based learning approach) เป็นรูปแบบโปรแกรมการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง (Program's experiential model) ซึ่งเปิดโอกาสให้นักเรียนพัฒนาความไวและสมรรถนะด้านวัฒนธรรมหลังจากได้เผชิญกับผู้ป่วย โดยนักศึกษาแพทย์จะตระหนักด้านการสื่อสารและความไวทางวัฒนธรรมถึงคุณค่าทางศาสนา รูปแบบของครอบครัว บทบาททางเพศและการรักษาโดยวิธีการปฏิบัติทางการแพทย์และการรักษาโรคของคนในวัฒนธรรมต่างๆ อีกทั้งการศึกษาของ ซีรีโซและคณะ (Cerezo & etal, 2014) พัฒนาการออกแบบโปรแกรมและหลักสูตรในการเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาล โดยใช้กลยุทธ์การศึกษาเรียนรู้ได้แก่ การบรรยาย การประชุมวิชาการ การได้วาที่ กรณีศึกษารายกรณีและสรุปการทำงานแต่ละวันตลอดหลักสูตร หลักจากจบหลักสูตรพบว่าผู้เรียนมีความสามารถและความรู้และมีความตระหนักรู้ซึ่งทำให้นักเรียนเริ่มมีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม แต่อย่างไรก็ตามแอลเลน (Allen, 2010) วิเคราะห์งานวิจัยต่างๆพบว่าวิธีการสอน (Teaching Intervention) ต่างกันไม่มีผลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม โดยออกแบบการวิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญในการ

พยาบาลดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับมาตรฐานการศึกษาข้ามวัฒนธรรม ผลจากการศึกษาพบว่า การประเมินวัดความสามารถด้านวัฒนธรรมไม่แตกต่างกัน ซึ่งเอลเลน (Allen, 2010) พบว่า ประสบการณ์จริงและประสบการณ์ทางคลินิกมีผลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม และช่วยให้พัฒนาเจตคติทางบวกต่อการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ส่งผลให้นักเรียนได้พัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยนำเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงในการพัฒนาโปรแกรม

การพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรม จากการศึกษาแนวทางการเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม พบว่ามีหลายการศึกษาได้พัฒนารูปแบบการเรียนการสอนหลักสูตรและโปรแกรมการเรียนรู้ที่มีกลยุทธ์ที่จะเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรม นอกจากนี้งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับการสำรวจการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเรียนรู้สมรรถนะด้านวัฒนธรรมในบุคคลากรทางสุขภาพทั้งวิธีการสอนรูปแบบต่างๆ เช่น การบรรยาย การสนทนากลุ่ม โครงการเรียนรู้บนพื้นฐานการศึกษารายกรณี บทบาทสมมุติ เล่นเกมส์ แบบจำลองสถานการณ์จริง บทบาทสมมุติ จัดเวทีเสวนา การโต้เถียง การใช้สื่อวีดีโอ การสาธิตและฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง มีเนื้อหาที่สอนเกี่ยวกับแนวคิดเชิงวัฒนธรรม การสื่อสารต่างวัฒนธรรม การดูแลต่างวัฒนธรรม การตระหนักรู้ความแตกต่างเชิงวัฒนธรรม ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพและวัฒนธรรม เป็นต้น (Gallagher & Polanin, 2015; Spencer, Macdonald, & Archer, 2008; ศิริพันธ์ ศิริพันธ์ และ ประณีต ส่งวัฒนา, 2557) จากการทบทวนวรรณกรรมโปรแกรมและหลักสูตรในการพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมมีดังนี้

1) CAMHS project โดยใช้แนวคิดของปาปาโดปูลัส (Papadopoulos, 2008) และโปรแกรมการอบรม เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ใช้ระยะเวลา 2 วัน โดยวันที่ 1 มีจุดเน้นที่ความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม Cultural awareness และความรู้ด้านวัฒนธรรม วันที่ 2 มีจุดเน้นที่ ความไวเชิงวัฒนธรรม และสมรรถนะด้านวัฒนธรรมโดยใช้เทคนิคการเรียนรู้เพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชน (Peer learning communities) การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem based Learning) และการเรียนรู้แบบสะท้อนคิด (Reflective learning) และใช้การบรรยาย (Lecture) เพื่อให้ความรู้ด้านวัฒนธรรมอย่างมีประสิทธิภาพ (Papadopoulos, Tilki, & Ayling, 2008)

2) โปรแกรมการอบรมความรู้เชิงวัฒนธรรม ใช้วิธีเรียนรู้แบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ออนไลน์ การสัมภาษณ์ และจัดอบรมแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการ และศึกษารายกรณี ใช้เวลา 3 ชั่วโมง สำหรับนักศึกษาพยาบาลเวชปฏิบัติ และพยาบาลเวชปฏิบัติ ในรัฐนิวเจอร์ซีย์ โดยนำแนวคิด

ทฤษฎีของการดูแลเชิงวัฒนธรรมของไลนินเจอร์เป็นแนวทาง ผลลัพธ์หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะด้านวัฒนธรรมมากขึ้น (Elminowski, 2015)

3) การใช้แบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (High –Fidelity simulation) เพื่อสอนเกี่ยวกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรมในหลักสูตรของพยาบาล ประกอบด้วยด้านชีวภาพ ด้านกายภาพสังคม และสิ่งแวดล้อม ตัวอย่างเช่น โดยเขียนบทสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมด้านชีวภาพเกี่ยวกับการวัดสัญญาณชีพ และการให้พยาบาลผู้ชายดูแลผู้ป่วยหญิงชาวมุสลิม โดยหุ่นจำลองจะตอบสนองของผู้เรียน การเขียนบทจำลองด้านสังคม เช่น ภาษา การพูด การสื่อสารทั้งทางวาจา และสื่อภาษาทางกาย ได้แก่ บทสถานการณ์จำลองให้ผู้เรียนฝึกพูดภาษาต่างชาติ การตอบสนองทางวาจา และบทบาทสมาชิกในครอบครัว การสบตา ช่องว่างระหว่างบุคคล (Robert, Warda, Garbutt, & Curry, 2014)

4) การฝึกอบรมแบบการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential training) เพื่อเสริมสร้างความไวระหว่างวัฒนธรรม เนื่องจากการเสริมสร้างความไวเชิงวัฒนธรรม (cultural sensitivity) ไม่สามารถเรียนรู้จากการอ่านหนังสือได้ ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยใช้กลยุทธ์การเรียนรู้โดยวิธีดูภาพยนตร์ 7 เรื่องเกี่ยวกับความแตกต่างทางวัฒนธรรมและชนทนากลุ่ม เรื่องที่ผู้วิจัยเลือกได้แก่ Smoke signals (Native American Cultural); Tae GuK Gi: The Brotherhood of War; Korean Cultural; Hotel Rwanda (African Cultural); Bend it Like Beckham (Indian Cultural); My Big Fat greek Wedding (Greek Cultural); Iron and Silk (Chinese cultural); A day without a Mexican (Mexican Cultural) (Jain, 2013)

5) โปรแกรมการฝึกอบรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมประกอบด้วย กิจกรรมการนำเสนอคุณลักษณะประชากรของชนชาติเชื้อสายสเปน(ลาติโน) การแสดงละครเกี่ยวกับประสบการณ์เชิงวัฒนธรรม (Experiential cultural skits) และการแสดงบทบาทสมมุติ (Role play) การสร้างความผูกพันเชิงวัฒนธรรมและปราศจากอคติ (Stereotypes) เกี่ยวกับชนชาติเชื้อสายสเปน(ลาติโน) โดยการสนทนาเกี่ยวกับประสบการณ์ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม ซึ่งสัมพันธ์กับความเคารพสิทธิ การให้เกียรติศักดิ์ศรี และการจัดการความเจ็บปวดเมื่อมีการสูญเสียร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วย การดูแลหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน การมีส่วนร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยโดยให้มีการแบ่งปันประสบการณ์ความรู้สึกอารมณ์ในขณะดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล การเลือกอ่านแนวทางปฏิบัติสมรรถนะด้านวัฒนธรรมที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์และสะท้อนคิดในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ ใช้ระยะเวลาอบรม 7 ชั่วโมง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ หลังจากนั้นจะให้ทีมผู้เข้าร่วมอบรมทำสนทนากลุ่ม (Halm & Wilgus, 2013)

6) การฝึกอบบรมสมรรถนะด้านวัฒนธรรมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (eSimulation) ในองค์กรดูแลสุขภาพของประเทศออสเตรเลีย โดยองค์กร The Australian National health and Medical Research council (NHMRC) กำหนดหลักสูตรการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (eSimulation) ประกอบด้วย 1) องค์กรกำหนดนโยบาย ล่ามแปลภาษาบุคคลกรสุขภาพมีความสามารถพูด 2 ภาษา 2) จัดทำรายงานประจำปีการให้บริการผู้ป่วย 3) หลักสูตรการเรียนการสอน แบ่งเนื้อหาและกิจกรรมดังนี้ คือ การศึกษารายกรณี ร่วมกับการสนทนากลุ่ม เช่น สถานการณ์จำลองในแผนกหอผู้ป่วยโรคหัวใจโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีภูมิหลังหลากหลายเชื้อชาติภาษา ใช้เวลา 60 นาที (Perry, Woodland, & Brunero, 2015)

7) การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมโดยใช้ Purnell and compinha- Bacote นำปรัชญาไปสู่การปฏิบัติร่วมกับการเรียนรู้จากประสบการณ์ การเรียนรู้จากการบริการระดับนานาชาติ (International service- learning) โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experience-based learning) นักเรียนถูกกระตุ้นสร้างแรงจูงใจในการเรียนและการเรียนรู้ในห้องเรียนจากปัญหาจริงภายในชุมชนเอกวาดอร์ ทำให้นักเรียนพัฒนาความเมตตาต่อเด็กและผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทและกระดูก ซึ่งผลการใช้รูปแบบนี้ในการช่วยสนับสนุนให้นักเรียนคนละกายภาพเป็นผู้มีความตระหนักทางวัฒนธรรม (Hayward & Charrette, 2012)

8) การพัฒนาด้านเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรม โดยใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม (Cross- Cultural experiential learning) ตามแนวคิดของโคลบ์ (Kolb, 1984) โดยมีการแบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 หัวข้อ ได้แก่ ตระหนักรู้และความรู้ด้านวัฒนธรรม การสังเกตและการเรียนรู้วัฒนธรรมอื่นๆ การสื่อสารข้ามวัฒนธรรม มีแนวทางปฏิบัติโดยบรรยายแบบสรุป (Overview) ในห้องเรียน 10 นาที และทำแบบฝึกหัดโดยใช้แสดงบทบาทสมมุติ ส่วนนักเรียนใหม่จะให้เรียนรู้วัฒนธรรมใหม่ 10 นาทีรวมทั้งการบรรยาย วิดีโอ วิดีทัศน์ และจุดบันทึกจากกระดานดำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยเลือกหัวข้อ (Theme) แล้วสะท้อนการจากการเขียนวิเคราะห์เนื้อหาแบ่งเป็น 3 หัวข้อได้แก่ 1) ความรู้ด้านวัฒนธรรมและการตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม 2) การสังเกตและการเรียนรู้ และ 3) การติดต่อสื่อสารทางวัฒนธรรม ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนใหม่มีห้องเรียนแบบจำลองบทบาทสมมุติมีความจำเป็นในการเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ซึ่งประสบการณ์มีความจำเป็นในการสร้างทักษะที่จะทำงานกับกลุ่มผู้ที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกัน (Kratzke & Bertolo, 2013) นอกจากนี้ยังมีการใช้เกมส์

และสถานการณ์จำลองในการพัฒนาการตระหนักรู้เชิงวัฒนธรรม(Graham & Richardson, 2008)

9) การฝึกอบรมสมรรถนะด้านวัฒนธรรมสำหรับบุคลากรวิชาชีพทางสุขภาพ นักสังคมสงเคราะห์ โดยจัดกิจกรรมการสอนโดยใช้การสะท้อนคิดและ การฝึกปฏิบัติจำลอง สถานการณ์เสมือนจริง การเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer- learning) ประเมินผลเปรียบเทียบ ก่อน หลังเข้าฝึกอบรม และติดตามหลังจากอบรมอีก 1 ครั้งหลังจากอบรม 6 สัปดาห์ (William, 2007)

10) หลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมสำหรับนักเรียนพยาบาลในประเทศ ใต้หวัน เป็นการศึกษาแบบระยะยาว(A longitudinal study) 2 หน่วยกิต ระยะเวลาการเรียนแบบ บรรยาย 4 หัวข้อใช้เวลา 26 ชั่วโมง นำเสนอโครงการ 8 ชั่วโมงและทำสอบประเมินผล(Final examination) 2 ชั่วโมง รายละเอียดมีดังนี้ หัวข้อที่ 1 เรื่องพื้นฐานของแนวคิดและกรอบแนวคิด ของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและการกำหนดค่านิยม หัวข้อที่ 2 เรื่องความสำคัญของภูมิหลัง ทางวัฒนธรรม หัวข้อที่ 3 เรื่องการตัดสินใจและประเด็นทางวัฒนธรรม หัวข้อ 4 เรื่องพัฒนาทักษะ การปฏิบัติทางคลินิกและความสัมพันธ์กับการประเมินและการสื่อสารของสมรรถนะด้าน วัฒนธรรม โดยมีกลยุทธ์ดังนี้ 1) การบรรยายอย่างเป็นทางการร่วมกับการถามตอบ 2) การ นำเสนอรายกลุ่มโดยทำสไลด์ นำเสนอ บทบาทสมมุติ 3) วิดีทัศน์และการสนทนากลุ่ม เพื่อ เสริมสร้างความเข้าใจสมรรถนะด้านวัฒนธรรม 4) การเขียนสะท้อนความรู้สึก ผลของการวิจัย พบว่า การประเมินผลสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของผู้เข้าร่วมกลุ่มทดลองหลังร่วมโครงการมีการ พัฒนามากกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยนี้สนับสนุนว่าหลักสูตรนี้สามารถเสริมสร้างสมรรถนะด้าน วัฒนธรรมของนักเรียนพยาบาลในช่วงเวลาจำกัด อีกทั้งการบูรณาการหลักสูตรสมรรถนะด้าน วัฒนธรรมในการเรียนระดับปริญญาตรี หลักสูตรประกอบด้วย 14 เรื่อง 2 หน่วยกิต แบ่งเนื้อหา การบรรยายใช้แนวคิดการใช้การแก้ปัญหา(Problem- base learning and Led to classroom) การนำเสนอแบบกลุ่มใช้สื่อ Media, Powerpoint, การเล่นเกมบทบาทสมมุติ เป็นต้น (Noble & etal, 2014)

11) สมาคมจิตแพทย์แห่งยุโรป (EPA) พัฒนาแนวทางฝึกอบรมสมรรถเชิงวัฒนธรรม โดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ การฝึกอบรมระดับบุคคล และระดับองค์กร (Schouler- Ocak & et al, 2015) สอดคล้องกับเทเรอ-ริทซ์เลอร์ (Taylor-Ritzler & etal, 2008) ศึกษาเกี่ยวกับการ ฝึกอบรมสมรรถนะด้านวัฒนธรรมทั้งระดับบุคคลและระดับองค์กร

11.1) การพัฒนาระดับบุคคลแบ่งองค์ประกอบในการพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมระดับบุคคล โดย The center's cultural competence Model มีดังนี้ 1) Desire to engage หมายถึง ความเต็มใจของบุคคลที่จะมีส่วนร่วมและเรียนรู้เกี่ยวกับความหลากหลายทางวัฒนธรรม 2) Development of critical awareness of personal การพัฒนาความตระหนักรู้ความอคติลำเอียงต่อบุคคลอื่นซึ่งมีความแตกต่างทางวัฒนธรรม 3) Knowledge ความรู้เกี่ยวกับหลากหลายปัจจัยซึ่งมีอิทธิพลความแตกต่างและความคุ้นเคยกับคุณลักษณะ ประวัติศาสตร์ ค่านิยม ความเชื่อ และพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่มที่มีความหลากหลายวัฒนธรรม 4) Development and practice of skills การพัฒนาทักษะในการปฏิบัติสำหรับประสิทธิภาพการทำงานกับบุคคลที่แตกต่างวัฒนธรรม

11.2) การพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมระดับองค์กร ได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ในเชิงนโยบาย วิธีปฏิบัติ ซึ่งจะสนับสนุนให้พนักงานสมรรถนะด้านวัฒนธรรมแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบหลักได้แก่ การฝึกอบรม (Cultural competence training) ได้แก่ การบรรยาย การสนทนา ทำกิจกรรมกลุ่มและ การศึกษารายกรณี และการเรียนรู้ขณะทำงาน on the Job training ในการให้บริการในลูกค้าหรือผู้รับบริการ

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมทั้งระดับบุคคลและองค์กรในสถานการศึกษาและสถานที่ทำงานมีหลายรูปแบบได้แก่ พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรม และการศึกษาต่อเนื่องหลังจบการศึกษาแล้วให้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และบุคลากรทางแพทย์ โดยมีการนำแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยใช้วิธีการสอนให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จากการบรรยาย สนทนากลุ่ม แสดงบทบาทสมมุติ การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง การศึกษารายกรณี และเรียนรู้ผ่านเกมส์ โดยใช้อุปกรณ์ช่วยเสริมการเรียนรู้ได้แก่ วีดิทัศน์ ภาพยนตร์ เกมส์ เป็นต้น เพื่อให้ผู้เรียน มีความรู้ ความเข้าใจในวิถีชีวิต ความเชื่อของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมกับพยาบาลวิชาชีพ ช่วยลดช่องว่างของความไม่เท่าเทียมกันและให้การพยาบาลได้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการมากขึ้น

ตาราง 2 สรุปโปรแกรมฝึกอบรมและวิธีสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรม (ต่อ)

ผู้วิจัย	โปรแกรมฝึกอบรม/ เทคนิคที่ใช้ จัดกิจกรรม	วิธีสอน																					
		บรรยาย	สาธิต	ปฏิบัติ	กลุ่ม	กรณีศึกษา	การอภิปราย	การนำเสนอ	การเขียน	การฟัง	การสังเกต	การประเมิน											
Hayward & Charrette(2012)	หลักสูตรการสอนสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม โดยใช้ Purnell and compinha- Bacote/ การเรียนรู้จากประสบการณ์ (International service learning)			✓																			
Papadopoulos, Tiki & Ayling(2008)	โปรแกรมฝึกอบรมสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม/ Peer learning community, Problem based learning, reflective learning																						
Elminowaki(2015)	โปรแกรมฝึกอบรมความรู้เชิงวัฒนธรรม/ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ออนไลน์																						✓

ตาราง 2 สรุปโปรแกรมฝึกอบรมและวิธีสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านนวัตกรรม (ต่อ)

ผู้วิจัย	โปรแกรมการฝึกอบรม/ เทคนิคที่ใช้ จัดกิจกรรม	วิธีสอน											
		อภิปรายกลุ่ม	บรรยาย	สาธิต	การปฏิบัติ	การสังเกต	การประเมินผล	การตั้งคำถาม	การอภิปราย	การนำเสนอ	การเขียน	การวาดภาพ	การเล่นเกม
Perry, Woodland,& Brunero,(2015)	การฝึกอบรมระยะเชิงวัฒนธรรม/ สถานการณ์จำลองเสมือนจริง			✓									
Graham & Richarddson, (2008)	พัฒนาสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม/ Experiential learning using Kolb (1984)				✓			✓					
Noble& etal, (2015)	พัฒนาหลักสูตรสำหรับนักเรียน พยาบาล การบรรยายใช้แนวคิด Problem – base learning											✓	

ตาราง 2 สรุปโปรแกรมฝึกอบรมและวิธีสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรม (ต่อ)

ผู้วิจัย	โปรแกรมการฝึกอบรม/ เทคนิคที่ใช้ จัดกิจกรรม	วิธีสอน																				
		บรรยาย	แบบฝึกหัด	การอภิปราย	การสาธิต	การปฏิบัติ	การสังเกต	การประเมิน	การตั้งคำถาม	การนำเสนอ	การเขียน	การวาดภาพ										
Haim, & Wigus.(2013)	โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม	✓	✓																			
William(2007)	ฝึกอบรมสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม และ ประเมินผล				✓																	
ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ และ ประณิต ส่งวัฒนา (2557)	วิธีการสอนเพื่อส่งเสริมสมรรถนะทาง วัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล ตาม แนวคิดของเดวิดเพินยา-บาโต	✓		✓																		
	รวม	7	1	3	4	1	1	2	1	6	2	2	6	1	1	6	1	1	6	1	6	6

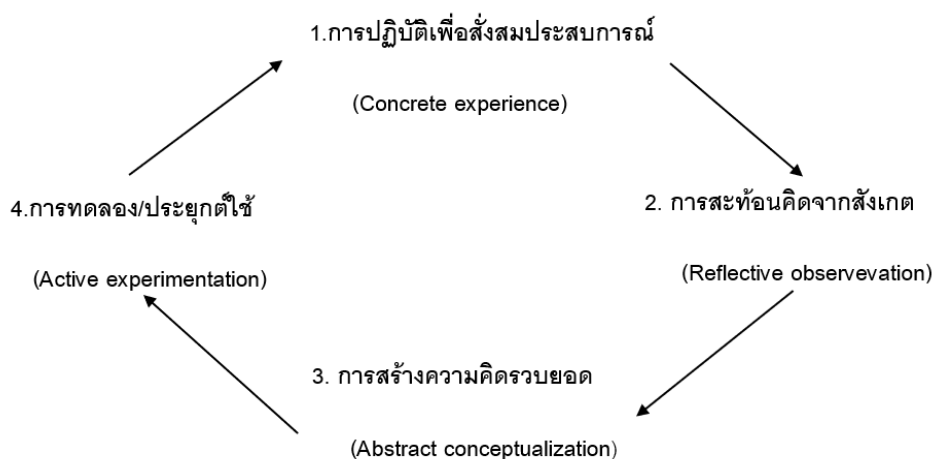
จากตารางสรุปได้ว่าโปรแกรมการฝึกอบรมสมรรถนะด้านวัฒนธรรมใช้แนวคิดของคอมพิเนฮา- บาโคท (2002) และแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ เทคนิควิธีสอนที่ใช้มากได้แก่ บรรยาย สื่อวีดิทัศน์ สะท้อนคิด สันทนาการ บทบาทสมมติ ส่วนเทคนิควิธีสอนที่ใช้น้อยได้แก่ เยี่ยมชมสถานบริการ เล่นเกมส์ ได้วาที สถานการณ์จำลองเสมือนจริง กรณีศึกษา ฝึกปฏิบัติในงาน ใช้ตัวแบบ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดของคอมพิเนฮา- บาโคท และ แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์มาพัฒนาเป็นโปรแกรมในการศึกษาวิจัยระยะที่ 2

นอกจากนี้ สุเทพ หุ่นสวัสดิ์ (2540) แบ่งองค์ประกอบชุดฝึกอบรมเป็น 5 ข้อ ได้แก่ 1) วัตถุประสงค์การฝึกอบรม ผู้รับการฝึกอบรมผ่านการฝึกอบรมแล้วควรมีพฤติกรรมเช่นใด ควรระบุเป็นลักษณะเชิงพฤติกรรมสามารถวัดได้สังเกตได้ 2) เนื้อหา เป็นเรื่องราวหรือกิจกรรมที่ต้องกระทำเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ 3) วิธีการฝึกอบรม เป็นวิธีการฝึกอบรมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดได้แก่ ข้อแรก ศึกษาด้วยตนเอง ผู้รับการฝึกอบรมทำกิจกรรมด้วยตนเองที่ระบุไว้ในคู่มือ ข้อที่สอง การบรรยาย เป็นการฟังบรรยายจากวิทยากรตลอดระยะเวลาการฝึกอบรม ข้อที่สาม การฝึกอบรมทั้งสองวิธี 4) สื่อและอุปกรณ์ เช่น วีดิทัศน์ สไลด์ คู่มือแบบฝึกหัด เอกสาร อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง 5) การประเมินการฝึกอบรม การวัดผลสัมฤทธิ์ว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์เพียงใด เช่น การสัมภาษณ์ การใช้แบบทดสอบ การสังเกต (จินตนา ต้นสุวรรณนท์, 2550: 87อ้างถึงใน สุเทพ หุ่นสวัสดิ์, 2540: 14-15)

5.1 เทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential learning theory)

แนวคิดทางการสอนก็เริ่มเปลี่ยนแปลงไปจากแนวคิดที่ให้ครูเป็นศูนย์กลางของการเรียนการสอน จอห์น ดิวอี้ (John Dewey) แนะนำแนวคิดใหม่ว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ดีจากการกระทำ ดังนั้นในการสอนจึงควรเน้นที่ตัวผู้เรียน ให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากการกระทำ (Learning by doing) (ทีศนา แชมมณี, 2555) ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ โคลบ์ (Poore, Cullen, & Schaar, 2014, cited in Kolb, 1984) หมายถึง การเรียนรู้เป็นกระบวนการโดยวิธีสร้างสรรค์ ความรู้จากประสบการณ์ ความรู้เป็นผลลัพธ์จากการผสมผสานความเข้าใจและการเปลี่ยนรูปประสบการณ์ ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์พัฒนามาจากรากฐาน 3 ปรัชญา แนวคิดได้แก่ แนวคิดจิตสังคมของเคิร์ท เลวิน (Kurt Lewin's social psychology) ปรัชญาเกี่ยวกับประสบการณ์ของจอห์นดิวอี้ (John Dewey's experiential) และการพัฒนาทางปัญญาของ เพียเจต์ (Piaget's cognitive-developmental pragmatism) (Clem Mennicke & Beasley, 2014 cited in Kolb, 1984: 41) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนที่เป็นวงจรต่อเนื่องกันดังนี้คือ 1) การปฏิบัติ

เพื่อสั่งสมประสบการณ์ (Concrete experience) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนเข้าไปอยู่ในเหตุการณ์ที่ต้องการมีประสบการณ์โดยตรงที่เกิดขึ้นใหม่ เน้นที่ความรู้สึกบุคคลที่ต้องการเรียนรู้และยึดถือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงตามที่ตนประสบในขณะนั้น ซึ่งผู้เรียนจะได้รับประสบการณ์จากการลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้สอนกำหนดไว้ กิจกรรมอาจเป็นการทดลอง การอ่าน การดูวีดีทัศน์ การฟังเรื่องราว การพูดคุยสนทนา การทำงานกลุ่ม เกมส์ บทบาทสมมติ สถานการณ์จำลอง และการนำเสนอผลการปฏิบัติ เงื่อนไขสำคัญคือผู้เรียนมีบทบาทหลักในการทำกิจกรรม 2) การสะท้อนคิดจากการสังเกต (Reflective observation) เป็นขั้นที่ผู้เรียนมุ่งที่จะทำความเข้าใจในความหมายของประสบการณ์ที่ได้รับและนำมาพิจารณาอย่างรอบคอบ ซึ่งผู้เรียนแสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองจากประสบการณ์ในการปฏิบัติกิจกรรมและแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม ผู้เรียนจะได้เรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น และผลของการสะท้อนความคิดเห็น หรือการอภิปรายทำให้ได้แนวคิดหรือข้อสรุป จะทำให้ผู้เรียนได้พัฒนาทั้งด้านความรู้และเจตคติในเรื่องที่อภิปราย 3) การสร้างความคิดรวบยอด (Abstract conceptualization) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนนำประสบการณ์ที่ได้จากการสังเกตที่พิจารณาเชิงเหตุผลอย่างรอบคอบแล้ว นำสรุปรวมหลักการต่างๆ ของตนเอง ซึ่งครูอาจใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้เรียนให้ช่วยกันสรุปข้อคิดเห็น สรุปผลการเรียนรู้ 4) การทดลอง/ประยุกต์ใช้ความรู้ (Active experimentation) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนนำแนวคิดและหลักการต่างๆ ที่สรุปได้แล้วไปใช้ในการทดลองปฏิบัติจริง เพื่อแก้ปัญหาและเกิดเป็นการเรียนรู้สิ่งใหม่ต่อไป ดังวงจรการเรียนรู้ในภาพประกอบที่ 11



ภาพประกอบ 11 วงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ

ที่มา : Kolb, D. A., Boyatzis, R.E., & Mainemelis, C. (1999). The Experiential Learning Cycle and Basic Learning Styles (Kolb, 1984). หน้า 141

ในการวิจัยครั้งนี้นำทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์มาใช้ในการพัฒนาสมรรถนะด้าน วัฒนธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวัฒนธรรม ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ร่วมกับเทคนิคการเรียนรู้จาก ประสบการณ์ของ โคลบ์ (Kolb, 1984) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่เป็นวงจรต่อเนื่องกัน ดังนี้คือ 1) การปฏิบัติเพื่อสังสมประสบการณ์ 2) การสะท้อนคิดจากการสังเกต 3) การสร้าง ความคิดรวบยอด 4) การทดลอง/ประยุกต์ใช้ความรู้ การเรียนรู้จากประสบการณ์ เป็น เทคนิคการเรียนรู้ที่สำคัญในการพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมให้พยาบาลเป็นผู้ที่มีพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ดังตาราง 3

ตาราง 3 การประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์

ขั้นการเรียนรู้	เทคนิคของแต่ละขั้น	กิจกรรมของโปรแกรม/ สัปดาห์ที่			
		1	2	3	4
1.การปฏิบัติเพื่อสังสมประสบการณ์	1. ประสบการณ์จริง	✓			✓
	2. บทบาทสมมติ	✓	✓	✓	
	3.เล่นเกมส์		✓		
	4. กรณีศึกษารายกรณี			✓	
	5. สาธิต		✓		
2.การสะท้อนคิด	สะท้อนคิดโดยให้คำถาม	✓	✓	✓	✓
3.การสร้างความคิดรวบยอด		✓	✓	✓	✓
4.การทดลอง/ประยุกต์ใช้ความรู้		✓	✓	✓	✓

5.1.1 แนวคิดการพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมเกี่ยวกับการดูแลเชิง วัฒนธรรมโดยใช้เทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์

การพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ขั้นแรกที่ต้องพัฒนาคือ พัฒนาความตระหนัก ทางวัฒนธรรมซึ่ง กนกนุช (2544) กล่าวว่า การสะท้อนคิดจากประสบการณ์ของผู้เรียนสามารถ พัฒนาความตระหนักในตนเอง การสะท้อนคิดเป็นคำที่ให้คุณค่ากับประสบการณ์การปฏิบัติและ

มีจุดเน้นอยู่ที่การนำไปปฏิบัติด้วยการเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นความรู้และการเรียนรู้จากการปฏิบัติ เพื่อนำไปสะท้อนคิดให้เกิดทางเลือกในการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างสร้างสรรค์ กิบบส์ (กนกนุช, 2544, อ้างอิงจาก Gibbs, 1988) เสนอกระบวนการสะท้อนคิดว่าเป็นวงจรที่ซับซ้อนกว่าการคิดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การบรรยายเหตุการณ์ ด้วยการเองตอบคำถามว่า “เกิดอะไรขึ้น?” 2) การบอกความคิดความรู้สึกที่เกิดขึ้น ด้วยการตอบคำถามว่า “เราคิดและรู้สึกอย่างไรบ้าง” 3) ประเมินความคิดเห็นต่อสถานการณ์ด้วยการตอบคำถามว่า “มีประสบการณ์อะไรที่เป็นด้านบวกบ้าง? มีประสบการณ์อะไรที่เป็นด้านลบบ้าง?” 4) การวิเคราะห์ภาพรวมของสถานการณ์ ด้วยการตอบคำถามว่า “เรารู้สึก (sense) อะไรบ้างเกี่ยวกับสถานการณ์” 5) การค้นหาข้อสรุป ด้วยการตอบคำถามว่า “มีอะไรที่เราจะกระทำในสถานการณ์ดังกล่าวได้บ้าง?” ขั้นตอนที่ 6 การวางแผนการกระทำสำหรับอนาคต ด้วยการตอบคำถามว่า “เราจะทำอย่างไร ถ้าเกิดเหตุการณ์เช่นนี้ขึ้นอีก?” ในการฝึกหัดการสะท้อนคิดจำต้องคำถามและการตอบคำถามเป็นหัวใจสำคัญตลอดทุกระยะของกระบวนการ คอสต้า (Costa, 1984) ได้เสนอยุทธวิธีต่างๆ ที่จะใช้สอนเพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความตระหนักในการรู้คิด โดยพิจารณาให้สอดคล้องเหมาะสมกับระดับชั้นและเนื้อหาวิธีดังนี้ (จันทร์ขจร มะลิจันทร์, 2554 อ้างถึงใน Costa, 1984: 59)

1. การวางแผนยุทธวิธี (Planning strategy) ขั้นตอนที่จะสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา บอกรู้จักกฎเกณฑ์ต่างๆ ที่ควรจดจำ และแนวทางที่จะปฏิบัติตาม รวมไปถึงการกำหนดเวลาทำงานที่ได้รับมอบหมาย

2. การตั้งคำถาม (Generating question) การสอนให้ผู้เรียนได้ฝึกใช้ทักษะการตั้งคำถามก่อนที่จะเริ่มกิจกรรม และในระหว่างที่ปฏิบัติกิจกรรม ช่วยให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจหยุดคิดและตรึกตรอง สรุป

3. การรู้จักเลือกอย่างมีสติ (Choosing consciously) เป็นการสนับสนุนให้ผู้เรียนเกิดความตระหนักในการรู้คิด สืบจรวจ การเลือกและการตัดสินใจของผู้เรียนเอง ผลที่ได้รับที่เป็นการช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจความคิดและพฤติกรรมของตนเอง

4. การประเมินผลโดยการเทียบกับเกณฑ์ที่หลากหลาย (Evaluating with multiple criteria) ครูสามารถสนับสนุนให้ผู้เรียนเกิดความตระหนักในการรู้คิด โดยการให้ผู้เรียนรู้จักตั้งเกณฑ์ที่จะใช้ประเมินตนเอง ตัวอย่างเช่น การแนะนำให้ผู้เรียนรู้จักแยกแยะว่าสิ่งใดที่จะช่วยให้เกิดประโยชน์และสิ่งใดที่จะไม่เป็นประโยชน์ สิ่งใดที่ตัวผู้เรียนชอบและไม่ชอบ ซึ่งเป็นการ

ช่วยให้ผู้เรียนตั้งเกณฑ์ไว้ในใจแล้วเปรียบเทียบดูว่าตนเองสามารถจะทำได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้หรือไม่เพียงใด

5. การให้ความเชื่อถือ (Taking credit) ช่วยให้ผู้เรียนค้นหาว่าตนเองทำสิ่งใดได้ดี และขอความคิดเห็นจากเพื่อน ครูอาจถามนักเรียนว่า “นักเรียนเคยทำอะไรแล้วรู้สึกภูมิใจ” หรือ “จะทำอะไรให้คนอื่นจดจำเราได้” ซึ่งนักเรียนจะให้ความสนใจและใช้สถิติระหนักถึงพฤติกรรมและใช้เกณฑ์ประเมินพฤติกรรมเหล่านี้

6. การแจ้งความผิดพลาด (Outlawing) ครูควรบอกให้ผู้เรียนรู้ว่าการพูดว่า “ทำไม่ได้” “ไม่รู้ว่าจะทำอะไร” เป็นสิ่งไม่ควรทำ เนื่องจากไม่แสดงรายละเอียดชัดเจน แต่ครูควรจะบอกให้ผู้เรียนรู้จักค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อจะช่วยให้เกิดความเข้าใจ

7. การกล่าวทบทวนความคิดของผู้เรียน (Paraphrasing or Reflecting back students' idea) ตัวอย่างการกล่าวซ้ำประโยคของผู้เรียน เช่น “สิ่งที่นักเรียนต้องการจะพูด.....” “ขั้นตอนที่นักเรียนจะทำมีดังนี้ ...” การบอกให้ผู้เรียนกล่าวซ้ำ แปลหรือเปรียบเทียบ หรือกล่าวทบทวนความคิดของคนอื่น ไม่เพียงทำให้ผู้เรียนเป็นผู้ฟังความคิดเห็นของผู้อื่นเท่านั้น แต่ยังทำให้เป็นคนที่จะรู้จักฟังความคิดเห็นของตนเองอีกด้วย

8. การระบุพฤติกรรมของผู้เรียน (Labeling students' behaviors) เมื่อครูระบุถึงกระบวนการทางความรู้ของผู้เรียน จะทำให้ผู้เรียนจดจ่ออยู่กับพฤติกรรมของตน

9. การตีความหมายของคำที่ผู้เรียนบัญญัติขึ้นให้ชัดเจน (Clarifying students' terminology) ผู้เรียนมักจะใช้คำศัพท์ที่เป็นคำง่าย ๆ ไม่ละเอียด ไม่เฉพาะเจาะจงชัดเจนเท่าที่ควร ครูจะเป็นผู้คอยแนะนำนักเรียนในการอธิบายความหมายให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

10. บทบาทสมมติสถานการณ์จำลอง (Role playing and simulations) การใช้บทบาทสมมติช่วยสนับสนุนให้เกิดความตระหนักในการรู้คิด เนื่องจากเมื่อผู้เรียนสวมบทบาทตัวละครอยู่ นั้นจะทำให้ผู้เรียนคิดถึงลักษณะของรายละเอียดเกี่ยวกับตัวละครนั้น ช่วยให้ผู้รู้ด้วยการคาดคะเนหรือตั้งสมมติฐานไว้ว่าบุคคลนั้นจะปฏิบัติอย่างไรหากอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ

11. การจดบันทึก (Journal keeping) การจดบันทึกช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกการสังเคราะห์ความคิดและการกระทำ และบันทึกไว้เป็นสัญลักษณ์ การบันทึกเป็นการเตรียมไว้เพื่อการทบทวนสิ่งที่ผ่านมา ทำให้ทราบถึงการเรียนรู้และความคิดที่พัฒนาขึ้นมาบ้างหรือไม่อย่างไร

12. การแสดงแบบอย่าง (Modeling) การที่ครูทำตัวเป็นแบบอย่างแก่นักเรียน นับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญแก่ผู้เรียน เพราะนักเรียนก็จะเลียนแบบจากผู้ใหญ่รอบตัวเขานั้นเอง ครูที่สาธิตวิธีการเรียนตามแนวการรู้คิดให้ผู้เรียนดู นักเรียนก็จะกลายเป็นผู้มีการรู้คิดไปด้วย เช่น

ผู้เรียนรู้จักการวางแผนบรรยายถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ให้เหตุผลต่อการกระทำของตนเอง บอกข้อผิดพลาดของตนเอง และรวมไปถึงการแก้ข้อผิดพลาดนั้นๆ และยอมรับว่าตนเองไม่รู้หรือไม่เข้าใจ แล้วพยายามหาหนทางที่จะทำให้รู้โดยขอความเห็นจากผู้อื่นให้ช่วยประเมินการกระทำของตนเอง เป็นต้น

5.1.2 แนวคิดการพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมเกี่ยวกับการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยใช้เทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์

ในการพัฒนาเป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นขั้นแรก จะพัฒนาให้เป็นผู้ที่มีทักษะทางวัฒนธรรม ในการเสริมสร้างให้เป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านตระหนักรู้ทางวัฒนธรรมนั้น ต้องสำรวจและแยกแยะประวัติศาสตร์ ภาษา และความแตกต่างกับวัฒนธรรมอื่น เพื่อที่จะเข้าใจความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลต้องประเมินข้อมูลจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูลเหล่านี้ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เนื่องจากบุคคลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน (Wells, 2000) จะทำให้กลายเป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านการตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม ด้านความรู้และทักษะทางวัฒนธรรม อีกทั้งเข้าใจแนวทางในการสื่อสารและแสดงออกถึงความเคารพต่อการรับรู้ในการดูแล ซึ่งสามารถเรียนรู้ได้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม (Pesquera, Yoder, & Lynk, 2008) การประเมินเจตคติและการตระหนักรู้ สำรวจตนเองเกี่ยวกับความเชื่อ ค่านิยม รูปแบบการสื่อสารที่ใช้ในครอบครัว เมื่อจะต้องมีการติดต่อสื่อสารทางวัฒนธรรม วิธีการเตรียมตัวเมื่อจะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่างวัฒนธรรม คือ การใช้ภาษาในการสื่อสารภาษาอังกฤษได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือมีข้อจำกัดในการใช้ภาษาอังกฤษ การนัดตรงเวลาหรือไม่ ขณะสื่อสารต้องมีการสบตาหรือไม่ ไม่ถามคำถามหรือถามคำถามซ้ำหรือไม่ ในกรณีผู้ป่วยหญิงต้องอนุญาตให้ญาติเป็นผู้ชายเป็นผู้ตอบคำถาม เป็นต้น การเรียนรู้การพัฒนาด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยสร้างความไว้วางใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยเตรียมการปรับเปลี่ยนเจตคติและพฤติกรรมของผู้ป่วย (Pesquera, Yoder, & Lynk, 2008)

นอกจากนี้ สุเทพ หุ่นสวัสดิ์ (2540) แบ่งองค์ประกอบชุดฝึกอบรมเป็น 5 ข้อ ได้แก่ 1) วัตถุประสงค์การฝึกอบรม ผู้รับการฝึกอบรมผ่านการฝึกอบรมแล้วควรมีพฤติกรรมเช่นใด ควรระบุเป็นลักษณะเชิงพฤติกรรมสามารถวัดได้สังเกตได้ 2) เนื้อหา เป็นเรื่องราวหรือกิจกรรมที่ต้องกระทำเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ 3) วิธีการฝึกอบรม เป็นวิธีการฝึกอบรมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดได้แก่ ข้อแรก ศึกษาด้วยตนเอง ผู้รับการฝึกอบรมทำกิจกรรมด้วยตนเองที่ระบุไว้ในคู่มือ ข้อที่สอง การบรรยาย เป็นการฟังบรรยายจากวิทยากรตลอดระยะเวลาการฝึกอบรม ข้อที่สาม การฝึกอบรมทั้งสองวิธี 4) สื่อและอุปกรณ์ เช่น วิดีทัศน์ สไลด์ คู่มือแบบฝึกหัด

เอกสาร อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง 5) การประเมินการฝึกอบรม การวัดผลสัมฤทธิ์ว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์เพียงใด เช่น การสัมภาษณ์ การใช้แบบทดสอบ การสังเกต (จินตนา ต้นสุวรรณนนท์, 2550: 87อ้างถึงใน สุเทพ หุ่นสวัสดิ์, 2540: 14-15)

สรุปได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม หมายถึง กิจกรรมฝึกอบรมสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม 5 ด้าน ได้แก่ ความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม ความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านวัฒนธรรม ความสามารถการประเมินด้านวัฒนธรรม การติดต่อสื่อสารทางวัฒนธรรม ความปรารถนาทางวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยแต่ละกิจกรรมนำเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์มาพัฒนาสมรรถนะแต่ละด้านมี 4 ขั้นตอนคือ 1) การปฏิบัติเพื่อสังสมประสบการณ์ 2) การสะท้อนคิดจากการสังเกต 3) การสร้างความคิดรวบยอด 4) การสร้างแนวทางพัฒนาเทคนิควิธีสอนที่ใช้มากได้แก่ บรรยาย สื่อวีดิโอทัศน์ สะท้อนคิด สนทนากลุ่ม บทบาทสมมติ กรณีศึกษาตัวอย่าง ระยะเวลาทำกิจกรรมรวม 5 ครั้ง ติดตามผลหลังจากยุติกิจกรรม 1 เดือน เข้าร่วมกิจกรรมครั้งละ 2-3 ชั่วโมง ระยะเวลา 10 สัปดาห์ ใช้เวลา 13 ชั่วโมง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องการเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมการเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์มีดังนี้ Kratzke & Bertolo (2013) ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของนักเรียน เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ เนื่องจากสนใจว่านักเรียนจะเรียนรู้เข้าใจอย่างไรในสังคมที่มีวัฒนธรรมที่แตกต่างกันและนักเรียนจะตระหนักรู้เชิงวัฒนธรรมได้อย่างไร เพื่อที่จะทำให้สามารถจัดการคุณภาพการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ (Kolb, 1984) กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชาว Hispanic 8 คน และนักเรียนชาวอเมริกาเชื้อสายอินเดีย 2 คนและชาวผิวขาว 1 คน โดยเป็นนักเรียนหญิง 10 คน และนักเรียนชาย 1 คน เรียนระดับ 4 และ ระดับ 7 ในมหาวิทยาลัย โดยใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์ในสังคม แนวทางการเรียนการสอนมีดังนี้ บรรยายในห้องเรียน 10 นาที และให้เอกสาร 1 สัปดาห์ ก่อนให้ทำแบบฝึกหัดโดยผู้วิจัยเป็นผู้ร่วมเอื้ออำนวยความสะดวก กิจกรรม ได้แก่ การตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม สมรรถนะด้านวัฒนธรรมและสะท้อนการ ให้ทำแบบฝึกหัดการเรียนเสมือนจริงในห้องเรียนเรื่อง cross-cultural BaEá BaFá ใช้เวลา 60 นาที ผลการศึกษาพบว่านักเรียนทั้งหมดมีการสะท้อนคิดโดยการเขียนแสดงให้ทราบว่าเรามีความตระหนักประกอบด้วย 1) ความรู้เชิงวัฒนธรรมและการตระหนักรู้เชิงวัฒนธรรม 2) การสังเกตและการ

เรียนรู้ 3) การสื่อสารข้ามวัฒนธรรม การเคารพผู้อื่น รวมทั้งการนำเสนอแบบกลุ่ม จะเห็นว่ากระบวนการสะท้อนคิดเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญ อีกทั้งการศึกษาของสุวรรณบำรุง (Suwanbamrung, 2015) เกี่ยวกับการสะท้อนคิดทางปฏิบัติทางคลินิกในการเรียนรู้จากประสบการณ์ของนักเรียนพยาบาล การศึกษาเฉพาะกรณีในการพยาบาลเด็ก ภาคใต้ในประเทศไทย การเรียนการสอนแบ่งเป็น 1) สถานการณ์ของการดูแลทางการพยาบาล 2) การปฏิบัติทางการพยาบาล 3) ผลลัพธ์หลังจากการทำกิจกรรม 4) การสะท้อนคิดของนักเรียน โดยใช้คำถามที่กระตุ้นให้คิดดังนี้ อะไร(what) ปัจจุบันเป็นอย่างไร(now what) และสรุปข้อคิดเห็นนำไปปฏิบัติเป็นกิจกรรมใหม่(new action) การสะท้อนคิดของนักเรียนพยาบาล แบ่งเป็น 7 ด้านคือ 1) ความรู้ทางการปฏิบัติที่มียุทธศาสตร์ 2) ความมั่นใจตนเองในการปฏิบัติทางการพยาบาล 3) ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 4) ความใส่ใจตั้งใจดูแลบริการต้องเป็นอันดับหนึ่ง 5) การปฏิบัติอย่างระมัดระวัง 6) สร้างให้นักเรียนมีความรับผิดชอบ ซื่อสัตย์ และมีคุณธรรมจริยธรรม 7) กระจกสำหรับพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติทางการพยาบาลของนักเรียนให้เหมือนกับพยาบาลวิชาชีพในอนาคต ผลการศึกษาพบว่านักเรียนมีการพัฒนาจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ และการศึกษาของบุศยรินทร์ อารยะธนิตกุล (2557) แนวคิดการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล ใช้เทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยผู้เรียนสร้างความรู้และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ผ่านการลงมือปฏิบัติ การสะท้อนคิด การกำหนดคุณลักษณะ การสร้างมโนทัศน์ใหม่ และการนำไปทดลองปฏิบัติ ขั้นตอนของการจัดการเรียนการสอนประกอบด้วย 1) ขั้นการรับประสบการณ์ ผู้สอนจัดกิจกรรมหรือสถานการณ์ที่ท้าทาย เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ ผู้เรียนเข้าไปมีส่วนร่วมและรับรู้ประสบการณ์ใหม่ด้วยการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง 2) ขั้นการสะท้อนคิด ผู้เรียนทบทวนความรู้ และสังเกตปรากฏการณ์ที่ได้รับอย่างรอบคอบ ทำความเข้าใจและแสดงออกซึ่งความคิด โดยผู้สอนจัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็น เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน 3) ขั้นการกำหนดคุณลักษณะ ผู้เรียนกำหนดคุณลักษณะที่ต้องการพัฒนาซึ่งเชื่อมโยงกับประสบการณ์ที่ได้รับผู้สอนสร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นในตัวผู้เรียน สร้างแรงจูงใจให้ผู้เรียนเห็นความสำคัญ และตระหนักถึงผลของการกระทำที่ส่งผลต่อผู้อื่น และส่งเสริมให้มุ่งมั่นที่จะกระทำตามคุณลักษณะที่ต้องการพัฒนาทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล

การทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศเกี่ยวกับการพัฒนาด้านเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรม โดยใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม (Cross-cultural experiential learning) ตามแนวคิดของโคลบ์(Kolb,1984) โดยมีการแบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 หัวข้อ ได้แก่ ความรู้

และตระหนักถึงวัฒนธรรม การสังเกตและการเรียนรู้วัฒนธรรมอื่นๆ การสื่อสารข้ามวัฒนธรรม มีแนวทางปฏิบัติโดยบรรยายแบบสรุป(overview) ในห้องเรียน 10 นาที และทำแบบฝึกหัดโดยแสดงบทบาทสมมติ ส่วนนักเรียนใหม่จะให้เรียนรู้วัฒนธรรมใหม่ 10 นาทีรวมทั้งการบรรยาย วีดีโอ ซีดี และฉบับที่กจากกระดานดำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยเลือกหัวข้อ(theme) แล้วสะท้อนการจากการเขียนวิเคราะห์เนื้อหาแบ่งเป็น 3 หัวข้อ ได้แก่ 1)ความรู้เชิงวัฒนธรรมและการตระหนักถึงวัฒนธรรม 2) การสังเกตและการเรียนรู้ 3)การสื่อสารทางวัฒนธรรม ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนใหม่มีความจำเป็นต้องเรียนรู้ในการเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมจากห้องเรียนแบบจำลองบทบาทสมมติ ดังนั้นจากผลงานวิจัยพบว่าประสบการณ์มีความจำเป็นในการสร้างทักษะที่จะทำงานกับกลุ่มผู้ที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกัน (Kratzke & Bertolo, 2013) นอกจากนี้ยังมีการใช้เกมส์และสถานการณ์จำลองในการพัฒนาการตระหนักถึงวัฒนธรรม (Graham & Richardson, 2008) และ การศึกษาของลอง (Long, 2016) การอบรมในชุมชนเพื่อให้นักเรียนพยาบาลและพยาบาลมีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์จากการเรียนรู้จากประสบการณ์ในบริจากระดับนานาชาติ (International service learning) พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างเชื้อชาติ การศึกษา และประสบการณ์กับการรับรู้ความสามารถของตน

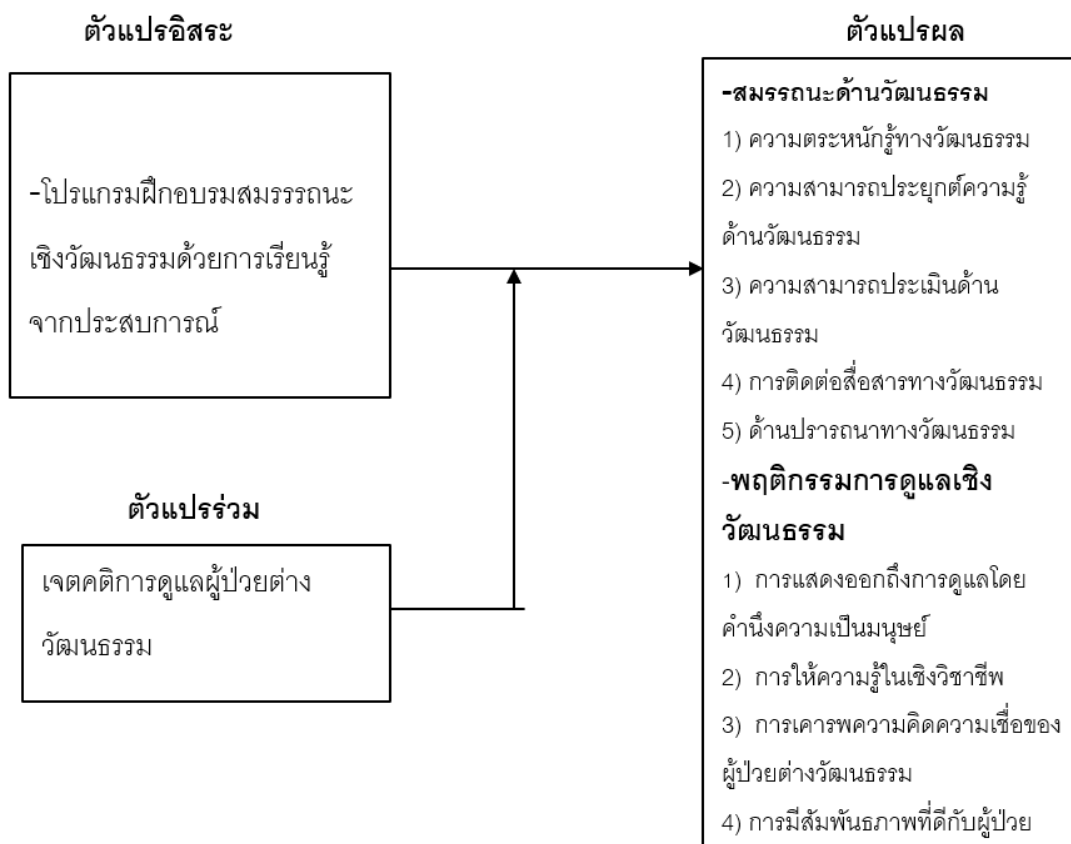
ดังนั้นจะเห็นว่าการเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมโดยนำเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์สำหรับพยาบาล ทำให้ผู้เรียนได้รับความรู้ทักษะจากประสบการณ์ตรง เพิ่มความรู้จากการสะท้อนคิด อภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำข้อสรุปไปใช้ในการทดลองปฏิบัติจริง สอดคล้องกับการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากโดยประสบการณ์ตรงที่บุคคลได้รับและประสบความสำเร็จ ทำให้ผู้เรียนรับรู้ความสามารถของตน การเจริญงอกงามทางปัญญา(Personal growth) พัฒนาทักษะระหว่างบุคคลและเพิ่มความสามารถในการดูแลสอดคล้องกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรม (Larsen & Reif, 2010)

5.2 กรอบแนวคิด และสมมติฐานการวิจัยระยะที่ 2

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยทำการวิจัยในโรงพยาบาลที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยพยาบาลเข้าร่วมโปรแกรมด้วยความสมัครใจ คัดเลือกพยาบาลเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะที่ 2 ได้จากการสมัครใจเข้ากลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก โปรแกรมมีการวัดก่อนและหลัง และติดตามผล(Pretest-Posttest Follow up Design) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้การวิจัยเชิงทดลอง

ถือว่าเป็นการแสวงหาความรู้ความจริงตามฐานคติความเชื่อของกระบวนทัศน์ปฏิฐานนิยม (องอาจ นัยพัฒน, 2551) ที่ได้รับการยอมรับว่ามีเหมาะสมสำหรับปัญหาวิจัยที่ต้องการอธิบายปรากฏการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น รวมทั้งการอธิบายความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ในเชิงเหตุและผล ในการศึกษาทางพฤติกรรมศาสตร์ ก็เช่นเดียวกัน นักวิจัยจำเป็นต้องสืบค้นหาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างชัดเจนว่ามีธรรมชาติเป็นอย่างไร หรือยืนยันความถูกต้องและสอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่ต้องการอธิบายได้อย่างครบถ้วนทุกสถานการณ์หรือไม่อย่างไร

สำหรับการวิจัยระยะที่ 2 นี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากการวิจัยระยะที่ 1 ที่ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรม ซึ่งการทดสอบว่าตัวแปรใดบ้างมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรม มีค่าขนาดอิทธิพลเท่าไรในทิศทางไหน และสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือสอดคล้องกับความจริงของกลุ่มตัวอย่างหรือไม่ การวิจัยระยะที่ 2 จึงเป็นการยืนยันหรืออธิบายความเป็นเหตุและผลของพฤติกรรมที่ศึกษาว่ามีความสอดคล้องชัดเจนกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา โดยนำตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุที่คาดว่ามีความอิทธิพลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรมมาพัฒนาเป็นโปรแกรม บุศยรินทร์ อารยะธนิตกุล (2557) ได้กล่าวว่า ปัจจุบันโลกมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งคมพหุวัฒนธรรมมีคนหลากหลายเชื้อชาติต่างถิ่นฐานมาอยู่รวมกัน อาจทำให้เกิดความไม่เข้าใจและการขาดความตระหนักรู้ในวัฒนธรรมของผู้รับบริการเป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งของการดูแลที่มีคุณภาพ พยาบาลจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะและคุณลักษณะบางประการเพื่อให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลในบริบทที่ผู้รับบริการมีความแตกต่างทางวัฒนธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมสมรรถนะด้านวัฒนธรรม มีการศึกษาของเจอร์นิแกน และคณะ (Jernigan, Hearod, Tran, Norris, & Buchwald, 2016) สังเคราะห์โปรแกรมการฝึกอบรมสมรรถนะด้านวัฒนธรรมในการศึกษาทางการแพทย์ประเทศสหรัฐอเมริกาทั้งหมด 18 โปรแกรมที่ถูกประเมินพบว่า โปรแกรมการฝึกอบรมสมรรถนะด้านวัฒนธรรมสามารถปรับปรุงพัฒนาความรู้ เจตคติ และทักษะของผู้ฝึกอบรม ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้วางแผนออกแบบศึกษาโดยนำเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญในการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมที่มีผลต่อเชิงวัฒนธรรม โดยนำเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์มาพัฒนาให้ผู้เรียนมีพฤติกรรมการดูแลพฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรม โดยแสดงแบบแผนการทดลองตามภาพประกอบ 12



ภาพประกอบ 12 แบบแผนการวิจัยเชิงทดลองของการดำเนินงานวิจัยระยะที่ 2

สมมติฐานการวิจัยระยะที่ 2

1. กลุ่มพยาบาลที่ได้รับโปรแกรมฝึกอบรมสมรรถนะด้านวัฒนธรรมโดยเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรม มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านวัฒนธรรมเพิ่มขึ้นหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมทันที

2. กลุ่มพยาบาลที่ได้รับโปรแกรมฝึกอบรมสมรรถนะด้านวัฒนธรรมโดยเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง อิทธิพลเชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยพหุวิธี (Multi – Methods) แบบเชิงปริมาณตามลำดับ (Sequential quantitative methods) (Teddlie; & Tashkkori, 2009) เป็นลักษณะการศึกษาที่ใช้วิธีวิทยามากกว่าหนึ่งวิธีในการวิจัย แต่อยู่บนฐานกระบวนการที่ค้นเดียวกัน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้วิธีวิทยา 2 วิธีซึ่งอยู่บนฐานคิด 2 วิธีซึ่งอยู่บนฐานแนวคิดปฏิฐานนิยม (Positivism) เช่นเดียวกัน โดยสามารถแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะเวลาคือ ระยะเวลาที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงสาเหตุ (Causal research) เพื่อศึกษาอิทธิพลเชิงสาเหตุของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน อินเตอร์เนชั่นแนล เมื่อค้นพบตัวแปรสาเหตุที่มีความสำคัญต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม จะนำมาใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมดังนี้

งานวิจัยระยะที่ 1

การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษาระยะนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมอย่างน้อย 1 ปี ปฏิบัติงานในหน่วยงานบริการผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่มีนโยบายหลักให้บริการลูกค้าต่างชาติ ในเขตกรุงเทพมหานคร 4 แห่ง เป็นโรงพยาบาลรองรับผู้ป่วยค้างคืนมีจำนวนเตียง 500, 275, 263, 140 เตียง ตามลำดับ จำนวนรวมทั้งหมด 1,060 คน (ข้อมูล มกราคม 2560)

กลุ่มตัวอย่างใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างใช้ในการวิจัย คือ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามข้อเสนอของ (Lindeman, Mereda, & Gold, 1980; Weiss, 1972 อ้างอิงจาก นางลักษณ วิรัชชัย, 2542: 54) ที่กล่าวว่า สำหรับการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง ขนาดตัวอย่างควรอยู่ระหว่าง 10-20 คนต่อหนึ่งตัวแปรสังเกต จึงจะเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรได้แล้วมีจำนวนพอเพียงที่จะทำให้ผลการวิจัยเชื่อถือได้ในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรสังเกตที่ใช้ในการวิจัยรวมจำนวน 20 ตัวแปร จึงประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 1: 10 ตามข้อกำหนดมีอย่างน้อย 400 คน ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เป็น 440 เพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือและป้องกันข้อมูลผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเก็บข้อมูล และ วิเคราะห์ข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบชั้นตามสัดส่วน (Proportional stratified random sampling) และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (Proportional stratified random sampling) โดยประมาณโดยกำหนดให้แผนกผู้ป่วยเป็นหน่วยแบ่งเป็นชั้นภูมิทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจากแผนกผู้ป่วยนอกเท่ากับ 166 คน และแผนกผู้ป่วยใน 285 คน รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง

แผนก	จำนวนประชากร(คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง(คน)
โรงพยาบาล B		
แผนกผู้ป่วยนอก	125	89
แผนกผู้ป่วยใน	375	132
รวม	500	221
โรงพยาบาล S		
แผนกผู้ป่วยนอก	80	26
แผนกผู้ป่วยใน	210	88
รวม	290	114
โรงพยาบาล P		
แผนกผู้ป่วยนอก	50	22
แผนกผู้ป่วยใน	80	34
รวม	130	56
โรงพยาบาล W		
แผนกผู้ป่วยนอก	60	29
แผนกผู้ป่วยใน	80	31
รวม	140	60

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 6 ชุดประกอบด้วย ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลัง ชุดที่ 2-6 เป็นแบบวัดเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร โดยมีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลทั่วไป ถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา ประสบการณ์ทำงานการพยาบาล ประเภทหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ความสามารถใช้ภาษา เป็นต้น ผลการวิจัยในส่วนที่ใช้วิเคราะห์บรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่าง แบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลัง

- (0) เพศ ชาย หญิง
- (1) ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม
- (2) อายุ 20 – 30 ปี 31-40 ปี 41-50 ปี 51- 60 ปี
- (3) ประสบการณ์ทำงานการพยาบาล 1-5 ปี 6-10 ปี 11-15 ปี มากกว่า 15 ปี
- (4) ประเภทหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน
- แผนกผู้ป่วยนอก ระบุ คลินิก.....
- แผนกผู้ป่วยใน ระบุ หอผู้ป่วย.....
- (5) ความสามารถใ้ภาษา อังกฤษ จีน อารบิก อื่นๆ ระบุ.....

แบบวัดพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม: ผู้วิจัยปรับปรุงพัฒนาจากแบบวัดของ Wu & Larrabee, (2006) และภรณ์ เลื่องอรุณ, สุภาพร วรณสันต์ และ อริสา จิตต์วิบูลย์, (2555) โดยนำมาปรับภาษาให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย ข้อคำถาม 24 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบได้แก่ 1) การแสดงออกถึงการดูแลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ 2) การให้ความรู้ในเชิงวิชาชีพ 3) การเคารพต่อความความคิดความเชื่อของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม 4) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย แต่ละข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคย (Never) จนถึงสม่ำเสมอ (always) แบบวัดที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมมากกว่าผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.42 - 0.79 และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในแบบแอลฟา ทั้งฉบับเท่ากับ 0.96

ตัวอย่าง แบบวัดพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมการแสดงออกถึงการดูแลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์

ก. ท่านปรับกิจกรรมการดูแลตามวิถีปฏิบัติของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม เช่น การแนะนำออกกำลังกาย การเลื่อนนัดพบแพทย์ในช่วงถือศีลอด

สม่ำเสมอ บ่อยมาก บ่อย บางครั้ง เกือบไม่เคย ไม่เคย

.....

การให้ความรู้ในเชิงวิชาชีพ

ข. ท่านอธิบายความเสี่ยงที่อาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายได้หากผู้ป่วยปฏิบัติตามความเชื่อ วิถีชีวิตของผู้ป่วย เช่น การอดอาหารเป็นเวลานานในช่วงการถือศีลอด

สม่ำเสมอ	บ่อยมาก	บ่อย	บางครั้ง	เกือบไม่เคย	ไม่เคย
.....

การเคารพต่อความคิดความเชื่อของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

ค. ท่านให้การดูแลโดยไม่ขัดแย้งกับความเชื่อเดิมของผู้ป่วย เช่น ชาวมุสลิม ทานอาหารฮาลาลที่ไม่มีสิ่งต้องห้ามเจือปน ชาวพุทธผู้ป่วยเคร่งครัดในการทานอาหารมังสวิรัต

สม่ำเสมอ	บ่อยมาก	บ่อย	บางครั้ง	เกือบไม่เคย	ไม่เคย
.....

สัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย

ง. ท่านรับฟัง มีความอดทน ไม่แสดงออกทางสีหน้าเมื่อผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมพูดเสียงดังมาก ถามซ้ำๆโดยไม่มีอคติภาพลักษณะเหมารวม

สม่ำเสมอ	บ่อยมาก	บ่อย	บางครั้ง	เกือบไม่เคย	ไม่เคย
.....

แบบวัดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม: การวัดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ผู้วิจัยปรับปรุงพัฒนาจากแบบวัดแบบสอบถามการปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ กนกวรรณ โภคา (2552) โดยแปลและปรับให้เหมาะสมกับบริบทจากแบบสอบถามจากแนวคิดของแคมพินฮา-บาโคท (1998) และแบบวัดสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของศิริพันธ์ุ ศิริพันธ์ุ (2553) โดยแปลมาจากแบบสอบถามจากแนวคิดของแคมพินฮา-บาโคท(2002) โดยนำมาปรับภาษาให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย มีข้อคำถาม 21 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ จากไม่จริงเลย (1 คะแนน) ถึง จริงที่สุด (6 คะแนน) ค่าถามจากการประมวลเอกสารจากเกี่ยวกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรม การแปลคะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความชำนาญทางสมรรถนะด้านวัฒนธรรมระดับสูง ผู้ตอบที่ได้คะแนนน้อยกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมระดับน้อย ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.35 - 0.77 และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในแบบแอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.95

ตัวอย่าง แบบวัดสมรรถนะด้านวัฒนธรรมความตระหนักทางวัฒนธรรม (Cultural awareness)

ก. ท่านมีความไวต่อความรู้สึกและความต้องการที่แตกต่างในค่านิยม วิธีชีวิตของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมโดยปราศจากความอคติ

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
.....

ความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านวัฒนธรรม

ข. ท่านนำความรู้เกี่ยวกับการรักษาพื้นบ้าน พิธีกรรม ประเพณีของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมมาผสมผสานกับการรักษาทางการแพทย์ เช่น การอยู่ไฟหลังคลอด การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน การกดจุดฝังเข็ม เป็นต้น

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
.....

ความสามารถการประเมินด้านวัฒนธรรม

ค. ท่านสามารถรวบรวมข้อมูลด้านวัฒนธรรมสุขภาพได้ถูกต้องครบถ้วนเพื่อประเมินความต้องการผู้ป่วยแบบองค์รวม

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
.....

การติดต่อสื่อสารทางวัฒนธรรม

ง. ท่านสามารถสื่อสารพูดคุยทักทายประโยคง่ายกับผู้ป่วยต่างชาติเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
.....

ด้านความปรารถนาทางวัฒนธรรม

จ. ท่านต้องการที่จะดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมให้เป็นที่ประทับใจ

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
.....

แบบวัดประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม: การวัดประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมของผู้วิจัยพัฒนาในการวิจัยครั้งนี้มี ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมของเบอร์แมน และไฟร์แมน (Bernal

& Froman, 1993 cited in Tally, 2002) และแบบวัดประสพการณ์ข้ามวัฒนธรรม แฟร์เบอร์ (Farber. 2015) โดยนำมาปรับภาษาให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย มีข้อคำถาม 7 ข้อ ทำการวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก ไม่เคยเลย (1 คะแนน) ถึง บ่อยมากที่สุด (6 คะแนน) ผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่มีประสพการณ์ข้ามวัฒนธรรมมากกว่าผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่าค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.54 - 0.86 และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในแบบแอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.95

ตัวอย่าง แบบวัดประสพการณ์ข้ามวัฒนธรรม

ประสพการณ์ข้ามวัฒนธรรมจากการศึกษา/เรียนรู้ภาษาต่างชาติ

ก. ท่านเรียนรู้การรักษารักษาพื้นบ้าน ความเชื่อด้านสุขภาพหลากหลายวัฒนธรรมจากที่เคยได้รับการเข้าประชุมอบรมวิชาการในต่างประเทศ

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
.....

ประสพการณ์ข้ามวัฒนธรรมจากการทำงาน

ข. ท่านมีความคุ้นเคยกับความเชื่อ วิถีชีวิต หลักปฏิบัติทางศาสนาเนื่องจากเคยอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเป็นชาวต่างชาติ

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
.....

ประสพการณ์ข้ามวัฒนธรรมจากการอาศัยหรือท่องเที่ยวต่างประเทศ

ค. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับความคิดความเชื่อ วิถีชีวิตต่างวัฒนธรรม หลักปฏิบัติทางศาสนาเนื่องจากมีประสพการณ์ได้พบเห็นเหตุการณ์ต่างๆขณะอาศัยอยู่ในต่างประเทศ

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
.....

แบบวัดเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม: การวัดเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม พัฒนามาจากแบบวัดของผู้วิจัยประยุกต์มาจากแนวคิดของแมคไกวร์ (McGuire, 1985) ร่วมกับ แบบวัดเจตคติเชิงวัฒนธรรม (Cultural attitude scale) ของ Bonaparte (1977) และ แบบวัดของกรรณิกา ศิลปพรหมมาศ (2547) นำมาปรับภาษาและข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย ข้อคำถาม 11 ข้อ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้เชิงประเมินค่า

2) ความรู้สึก 3) ความพร้อมที่จะกระทำ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ จากน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (6 คะแนน) โดยข้อคำถามทางบวกให้คะแนนมากเท่ากับ 6 และคะแนนน้อยเท่ากับ 1 และโดยข้อคำถามทางลบให้คะแนนน้อยเท่ากับ 6 คะแนนมากเท่ากับ 1 การแปลคะแนน ผู้ตอบวัดที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่ามีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อย ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.42 - 0.72 ค่าวิเคราะห้ และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น ชนิดความสอดคล้องภายในแบบแอลฟาทั้งหมดเท่ากับ 0.95

ตัวอย่าง แบบวัดเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

ความรู้เชิงประเมินค่า

ก. การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยต่างชาติเป็นประจำช่วยให้ท่านมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
.....

ความรู้สึก

ข. ฉันพอใจที่ปรับเปลี่ยนการดูแลได้ตรงความต้องการของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
.....

ความพร้อมที่จะกระทำ

ค. ฉันมีการวางแผนและเตรียมพร้อมที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
.....

แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร: การวัดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดของสคินันท์ ทิพย์โอสถ (2556) และแบบวัดของศรีธัญย์ พิมพิทอง (2557) โดยนำมาจากแบบวัดในงานวิจัยของ Eisenberger et al. (1986) และ Rhoades et al. (2001) ผู้วิจัยนำมาปรับภาษาและสร้างข้อคำถามเพิ่มขึ้นให้เหมาะสมกับบริบททำการวัดใน 5 องค์ประกอบได้แก่ 1) ด้านค่าตอบแทน 2) ด้านความรู้ในการทำงานและโอกาสก้าวหน้า 3) ด้านความมั่นคงในการทำงาน 4) ด้านจิตอาวมณ์ 5) ด้านการปฏิบัติงาน มีข้อคำถาม 28 ข้อ มาตราวัดประเมินค่า 6ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (6 คะแนน) การแปลคะแนน ผู้ตอบวัดที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่ารับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมากกว่าผู้ที่ได้

คะแนนรวมน้อย ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.56 - 0.78 และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น ชนิดความสอดคล้องภายในแบบแอลฟาทั้งหมดเท่ากับ 0.96

ตัวอย่าง แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร

ด้านค่าตอบแทน

ก. ท่านคิดว่าองค์กรให้เงินเดือนหรือค่าตอบแทนอย่างเหมาะสม

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

.....

ด้านความรู้ในการทำงานและโอกาสก้าวหน้า

ข. ท่านคิดว่าท่านมีโอกาสได้รับการสนับสนุนจากองค์กรให้เลื่อนตำแหน่งที่สูงขึ้น

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

.....

ด้านความมั่นคงในการทำงาน

ค. องค์กรมีความมั่นคง มีความก้าวหน้า และมีโอกาสเติบโตได้ในอนาคต

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

.....

ด้านจิตอาารมณ์

ง. องค์กรมีความเอาใจใส่ท่านเป็นอย่างดี และปฏิบัติต่อท่านอย่างให้เกียรติ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

.....

ด้านการปฏิบัติงาน

จ. ท่านได้รับการสนับสนุนจากองค์กรด้านวัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ทำงาน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

.....

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการหาคุณภาพเครื่องมือรายข้อ ได้แก่ ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ หาคุณภาพเครื่องมือทั้งหมด ได้แก่ ค่าความเชื่อมั่น ค่าความเที่ยงตรง รายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดเป็นตัวแปร และนำข้อมูลมาประกอบการสร้างข้อคำถาม โดยในการสร้างข้อคำถาม ผู้วิจัยปรับปรุงพัฒนาขึ้น บางแบบวัดมี

การประยุกต์จากแบบวัดของนักวิจัยที่ได้ดำเนินการวิจัยมาแล้วทั้งในและต่างประเทศ โดยสร้างข้อคำถามแบบวัดบนพื้นฐานที่ตรงกับบริบทของการวิจัย

2. การหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยนำแบบวัดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เป็นผู้ตรวจสอบการใช้ภาษา ความถูกต้อง ความครอบคลุมของข้อความตามนิยามปฏิบัติการของตัวแปร

3. การหาคุณภาพรายข้อ โดยผู้วิจัยนำแบบวัดที่สร้างเอง และแบบวัดที่ดัดแปลงจากแบบวัดที่ผ่านการพัฒนามาแล้ว ไปทดลองใช้ (try out) กับพยาบาลวิชาชีพ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างทำการหาค่าอำนาจสัมพันธ์ประสิทธิผลสัมพันธแบบเพียร์สัน โดยจะเลือกเฉพาะที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมเป็นบวกและมีค่าตั้งแต่ 0.30 มาใช้เป็นข้อคำถาม และหาค่าความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายในของแบบวัดโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา

4. การหาความเที่ยงตรงโครงสร้าง และความเที่ยงตรงเชิงจำแนก โดยผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบยืนยัน (Confirmatory factor analysis) เกณฑ์พิจารณาความกลมกลืนระหว่างโมเดลการวัดที่สร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ใช้ดัชนีความกลมกลืนได้แก่ ค่าไคสแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หรือสัดส่วนไคสแควร์ต่อค่าองศาความเป็นอิสระมีค่าไม่เกิน 3 (Hair & etal, 2010) ซึ่งแสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังมีดัชนีอื่นที่ใช้ร่วมในการพิจารณาได้แก่ ค่า Comparative Fit Index (CFI) มีค่าเท่ากับหรือสูงกว่า 0.95 ค่า Tucker- Lewis Index (TLI) มีค่าเท่ากับหรือสูงกว่า 0.95 ค่า Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) มีค่าต่ำกว่าหรือเท่ากับ 0.08 ค่า Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) มีค่าต่ำกว่าหรือเท่ากับ 0.07 สำหรับเกณฑ์การพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง พิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Hair & et.al, 2010) และค่าสัมประสิทธิ์คะแนนมาตรฐานมีค่าไม่เกิน 1 (Schumacker & Lomax, 2004) และค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบคะแนนมาตรฐานควรสูงกว่า 0.30 (Tabachnick & Fidell, 2007)

การพิทักษ์สิทธิและจรรยาบรรณในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงมีการทดลองในมนุษย์ ดังนั้น เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิและรักษาจรรยาบรรณในการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำเรื่องขออนุมัติโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยที่สถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย(มศว) ก่อนเก็บข้อมูล เลขที่ SWUEC-136/60E

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือแนะนำตัว และจดหมายขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากสถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อติดต่อขอความร่วมมือกับบุคลากรของโรงพยาบาลที่กำหนดทำการศึกษา โดยรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมด้วยตนเอง และผู้ช่วยนักวิจัยที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการวิจัยมาแล้ว

2. นำหนังสือจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ยื่นต่อเจ้าหน้าที่กองเลขานุการประจำคณะ เพื่อประสานขอความร่วมมือเก็บข้อมูล แจกแบบสอบถาม และนัดหมาย วัน เวลา ในการมารับแบบสอบถามกลับคืน รวมทั้งประสานงานเพื่อหาผู้ประสานงานรวบรวมแบบสอบถามของแต่ละโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในการติดต่อประสานงานการรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้

การจัดกระทำข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

การจัดกระทำข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบในเครื่องมือวัดแต่ละชุด และใช้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสมบูรณ์มาดำเนินการวิเคราะห์ หลังจากนั้นทำการตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับเครื่องมือแต่ละชุด และทำการตรวจสอบการกระจายของตัวแปรสังเกตว่ามี การกระจายเป็นโค้งปกติรายตัวแปรหรือไม่ โดยใช้โปรแกรม LISREL หากตัวแปรสังเกตมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติจะทำการแปลงข้อมูลให้มีการกระจายเป็นโค้งปกติก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการวิจัยครั้งนี้แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ตอน คือ 1) การวิเคราะห์ ข้อมูลเบื้องต้น และ 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามวิจัย ซึ่งมีแนวทางในการวิเคราะห์และวิธีการทางสถิติดังนี้

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น เป็นการวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและลักษณะของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป รายละเอียดประกอบด้วย วิเคราะห์ข้อมูลค่าสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละเพื่ออธิบายลักษณะของตัวอย่าง

2) วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง ของตัวแปรสังเกต ที่ใช้ในการพัฒนาโมเดล เพื่อลักษณะการแจกแจงของตัวแปร และค่า

ความสัมพันธ์แต่ละตัวแปร จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทราบถึงลักษณะความสัมพันธ์เบื้องต้น ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัย

3) ทำการทดสอบแบบจำลองเพื่อหาความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป LISREL ด้วยวิธีการต่อไปนี้

3.1) กำหนดข้อมูลจำเพาะของแบบจำลอง (Specification of the model) การวิเคราะห์ตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลสาเหตุของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม เพื่อศึกษาว่าตัวแปรใดที่มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม รูปแบบการวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างเชิงเส้นประกอบด้วยตัวแปรสังเกตทั้งหมด (Observed variables) โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลองว่าความสัมพันธ์ของแบบจำลองทั้งหมดเป็นเส้นตรง (Linear) เชิงบวก (Additive) และเป็นความสัมพันธ์ทางเดียว (Recursive) ระหว่างตัวแปรภายนอก (Exogenous variable) และตัวแปรภายใน (Endogenous variable) ทั้งนี้เนื่องจากโมเดลที่สร้างขึ้นไม่ซับซ้อนและมีลักษณะเป็นความสัมพันธ์ทางเดียว (Recursive) จะทำให้โมเดลมีลักษณะเฉพาะ (Identified)

3.2) ระบุความเป็นไปได้ด้วยค่าเดียวของแบบจำลอง (Identification of the model) โดยใช้เงื่อนไขกฎ T (t- rule) คือจำนวนพารามิเตอร์ที่ไม่ทราบค่าจะต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับจำนวนสมาชิกในเมทริกซ์ความแปรปรวน – ความแปรปรวนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกฎ T กล่าวว่าแบบจำลอง จะระบุค่าได้พอดีเมื่อ T น้อยกว่าหรือเท่ากับ $(1/2)(p+q)(p+q+1)$ และใช้กฎความสัมพันธ์ทางเดียว (Recursive rule) คือ df ต้องมากกว่า 0 จึงจะแสดงว่าจำนวนที่รู้ค่ามากกว่าจำนวนไม่รู้ค่า

4) ประมาณค่าพารามิเตอร์ของแบบจำลอง (Paramation estimation from the model) โดยวิธีประมาณค่าไลค์ลูดสูงสุด (Maximum likelihood) ตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลอง (Goodness – for- fit Measures) เพื่อศึกษาภาพรวมของแบบจำลองว่ากลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงใด โดยใช้ดัชนีชี้วัดความกลมกลืนต่อไปนี้พิจารณาร่วมกัน ตามแนวคิดของแฮร์ และคณะ (Hair & et al, 2010) การประเมินค่าพารามิเตอร์ในโมเดล ผู้วิจัยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าสัมประสิทธิ์ค้ำแนนมาตรฐานมีค่าไม่เกิน 1

การทดสอบความกลมกลืนของโมเดล

ส่วนที่ 1 การตรวจสอบความกลมกลืนเชิงสมบูรณ์ (Measure of absolute fit) เป็นการตรวจสอบความกลมกลืนของรูปแบบความสัมพันธ์ตามสมมติฐานในการวิจัย โดยรวมทั้งรูปแบบ

(Overall model fit) ค่าสถิติที่สำคัญที่ใช้ตรวจสอบความกลมกลืนของรูปแบบความสัมพันธ์ตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีจำนวน 5 ค่า โดยต้องพิจารณาทั้ง 5 ค่าร่วมกันว่าอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถจะยอมรับได้หรือไม่ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542)

1. ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Square Statistic) เป็นค่าสถิติที่ทดสอบสมมติฐานว่าเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมประชากรแตกต่างจากเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมที่ประมาณค่าจากโมเดลสมมติฐานหรือไม่ ถ้าค่าสถิติไคสแควร์ไม่มีนัยสำคัญแสดงว่าเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมทั้งสองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญหมายความว่าโมเดลสมมติฐานมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์แต่เนื่องจากค่าสถิติไคสแควร์จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างและข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจงปกติหลายตัวแปร (Multivariate normality) การพิจารณาค่าไคสแควร์ที่มีนัยสำคัญจึงไม่ได้หมายความว่าโมเดลที่ทดสอบได้ไม่มีความกลมกลืนเสมอไป และถ้าค่าสถิติไคสแควร์มีค่าต่ำมากหรือยิ่งเข้าใกล้ศูนย์มากเท่าใดแสดงว่าข้อมูลโมเดลลิสเรลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Hair & et al, 2010) มีเกณฑ์การพิจารณา 1) พิจารณาจากค่านัยสำคัญ (P-value) หากค่า P-value มีค่ามากกว่า 0.05 แสดงว่าข้อมูลโมเดลลิสเรลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เพราะแสดงถึงการที่ข้อมูลโมเดลลิสเรลแตกต่างจากค่าสถิติไคสแควร์มีค่าน้อยกว่า 3 เท่า ของค่าองศาอิสระ (Hair & et al, 2010) ถือได้ว่าข้อมูลโมเดลลิสเรลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2. ดัชนีระดับความกลมกลืน GFI (Goodness-of-fit Index) พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ประโยชน์จากค่าไคสแควร์ในการเปรียบเทียบระดับความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของโมเดลก่อนและหลังปรับโมเดลซึ่งดัชนี GFI เป็นอัตราส่วนของผลต่างระหว่างระหว่างฟังก์ชันความกลมกลืนจากโมเดลก่อนปรับและหลังปรับโมเดลกับฟังก์ชันความกลมกลืนก่อนปรับโมเดลโดยจะมีค่าตั้งแต่ 0 (Poor fit) ถึง 1.00 (Perfect Fit) โดยที่ค่าที่เข้าใกล้ 1 สูงจะบ่งบอกว่าโมเดลมีความกลมกลืนสูง เกณฑ์การพิจารณาค่าดัชนีที่เกิน 0.9 เป็นค่าที่ยอมรับได้แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนสูง (Better fit) กล่าวคือโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Hair & et al, 2010)

3. ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (Root Mean Squared of Approximation: RMSEA) บ่งถึงความไม่กลมกลืนระหว่างโมเดลกับเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมของประชากรซึ่งค่า RMSEA ที่มีความกลมกลืนสนิท (Close fit) คือค่า RMSEA ที่น้อยกว่า .05 มีเกณฑ์การพิจารณาค่า RMSEA ควรมีค่าน้อยกว่า 0.08 เป็นค่าที่ยอมรับได้ และค่าดังกล่าวเมื่อผ่านการทดสอบ Closeness of Fit แล้วควรจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ทั้งนี้ค่า RMSEA ที่ไม่

เกิน 0.10 แสดงว่ามีความกลมกลืนดีถ้าไม่เกิน 0.05 แสดงว่ามีความกลมกลืนดีมากและถ้ามีความกลมกลืนอย่างเด่นชัด (Outstanding fit) ต้องมีค่าไม่เกิน 0.01

4. ดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของเศษที่เหลือ RMR (Root Mean Squared Residuals) เป็นดัชนีที่ใช้เปรียบเทียบระดับความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของโมเดลสองโมเดลเฉพาะกรณีที่เป็นการเปรียบเทียบโดยใช้ข้อมูลชุดเดียวกันดัชนี RMR (Root Mean Squared residuals) จะบอกขนาดของเศษที่เหลือโดยเฉลี่ยจากการเปรียบเทียบระดับความกลมกลืนของโมเดลสองโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์และจะใช้ได้ดีเมื่อตัวแปรภายนอกและตัวแปรสังเกตได้เป็นตัวแปรมาตรฐาน (standardized RMR) มีเกณฑ์การพิจารณาค่าดัชนี RMR ควรจะมีค่าน้อยกว่า 0.05 เป็นค่าที่ยอมรับได้แสดงว่า โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์สูง

5. ดัชนี SRMR (Standard Root Mean Squared Residuals) เป็นค่าเฉลี่ยของค่าที่เฉลี่ยที่อยู่ในรูปของคะแนนมาตรฐานโดยจะแปรค่าอยู่ในช่วง 0-1 มีเกณฑ์การพิจารณาค่าดัชนี SRMR ควรจะมีค่าน้อยกว่า 0.05 เป็นค่าที่ยอมรับได้แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์สูง

ส่วนที่ 2 การวัดความกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ (Incremental fit measure or comparative fit index) เป็นดัชนีที่ใช้เปรียบเทียบโมเดลการวิจัย (Proposed model) ว่ามีความกลมกลืนสูงกว่าโมเดลอิสระ (Null Model) มากน้อยเพียงใดดัชนีในกลุ่มนี้ได้แก่

1. ค่าดัชนีความสอดคล้องแบบค่าการกระจายปกติ (Normed fit index: NFI) เป็นค่าอัตราส่วนระหว่างค่าส่วนต่างระหว่างค่าไคสแควร์ของแบบจำลองจากข้อมูลเชิงประจักษ์กับค่าไคสแควร์ของแบบจำลองสมมติฐาน (Null model) กับค่าไคสแควร์ของแบบจำลองสมมติฐาน โดยค่าที่คำนวณได้จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 มีเกณฑ์การพิจารณาค่า NFI ที่เข้าใกล้ 1 แสดงว่าโมเดลอิสระมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากกว่า แบบจำลอง สมมติฐานและค่า NFI ที่มีค่าเกิน 0.90 แสดงว่าโมเดลอิสระมีความกลมกลืนดี

2. ค่าดัชนีความสอดคล้องแบบค่าการกระจายไม่ปกติ (Non-normed fit Index: NNFI) เป็นดัชนีที่ปรับวิธีการคำนวณจากแนวคิดการหาค่า NFI มาด้วยการนำค่าองศาอิสระมาประกอบการคำนวณค่าที่คำนวณได้จะมีค่ามากกว่า 0 มีเกณฑ์การพิจารณาค่า NNFI ที่เข้าใกล้ 1 แสดงว่าแบบจำลองที่สร้างขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากกว่าแบบจำลองสมมติฐานเช่นเดียวกับค่า NFI โดยค่าที่เกินกว่า 0.90 แสดงว่ามีความกลมกลืนดี

3. ค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI) เป็นดัชนีเชิงเปรียบเทียบที่พัฒนาขึ้นโดยเบนท์เลอร์โดยปรับปรุงมาจากค่า NFI เช่นเดียวกันแต่เหมาะ

สำหรับข้อมูลการกระจายของค่าไค-สแควร์ ที่ไม่มีค่ากลาง (Noncentral Chi-Square Distribution) ที่มีค่าอยู่ระหว่าง 0-1 ยิ่งค่าเข้าใกล้ 1 ก็ยิ่งแสดงว่าโมเดลการวิจัยมีความกลมกลืนดีกว่าโมเดลอิสระ มีเกณฑ์การพิจารณาค่าดัชนีที่เกิน 0.9 เป็นค่าที่ยอมรับได้แสดงว่าแบบจำลองการวิจัยที่สร้างขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากกว่าแบบจำลองสมมติฐาน

ส่วนที่ 3 การวัดความประหยัดของโมเดล (Parsimonious fit measure) ซึ่งเป็นการวัดระดับความกลมกลืนของโมเดลกับจำนวนเส้นทางที่โมเดลต้องการน้อยที่สุดภายใต้ระดับกลมกลืน (Level of fit) ดังกล่าวโดยที่มีความประหยัดจะเป็นโมเดลที่มีจำนวนเส้นทางน้อยที่สุดในขณะที่อำนาจการอธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าวของตัวแปรอิสระไม่เปลี่ยนแปลงภาวะจำนวนเส้นทางที่มากเกินไปจนความจำเป็น(Overfitting) จึงเป็นการแสดงว่าโมเดลการวิจัยมีจำนวนเส้นทางที่มากเกินไปซึ่งในทางปฏิบัติ Parsimonious fit measure จะเหมือนกับ Adjusted R2 ในการวิเคราะห์การถดถอยแต่อย่างไรก็ตามหากมีสถิติทดสอบที่หาได้จากการวัดครั้งนี้ก็ควรใช้ความรู้สึกและวิจารณญาณของผู้วิจัยในการตัดสินใจว่าจำนวนเส้นทางเท่าไรจึงจะเพียงพอในการอธิบายและถูกต้องตามหลักความเป็นจริงสถิติที่ใช้วัดความประหยัดของโมเดล ได้แก่

1. ดัชนี AGFI (Adjusted Goodness – of Fit Index) เป็นการนำเอาดัชนี GFI มาปรับแก้โดยคำนึงถึงขนาดของชั้นความเป็นอิสระที่รวมทั้งจำนวนตัวแปรและขนาดของกลุ่มตัวอย่างเกณฑ์การพิจารณาค่าดัชนีที่เกิน 0.9 เป็นค่าที่ยอมรับได้แสดงว่าโมเดลมีความประหยัด

2. ดัชนี PFI (Parsimonious Fit Index) เป็นการนำเอาดัชนี NFI มาปรับแก้ (Modification) โดยการนำเอาชั้นความเป็นอิสระมาคำนวณด้วย มีเกณฑ์การพิจารณาดัชนี PFI ที่ดีควรมีค่าสูงและใช้สำหรับเปรียบเทียบโมเดลการวิจัยหลายๆ โมเดลกับโมเดลทางเลือก (Alternative Model) หรือเปรียบเทียบโมเดลสมมติฐานก่อนและหลังการตกแต่ง

การรายงานดัชนีความกลมกลืน

แฮร์และคณะ(Hair & et al, 2010) ได้แนะนำเกี่ยวกับการรายงานดัชนีความกลมกลืนว่าควรรายงานดัชนีต่างๆที่ชี้วัดความกลมกลืนของข้อมูลที่โมเดลสร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีประมาณ 3 ถึง 4 ดัชนีก็เพียงพอเพื่อพิจารณาว่าข้อมูลที่โมเดลสร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีความสอดคล้องกันหรือไม่โดยต้องรายงานค่าไคสแควร์ และค่าองศาอิสระ (Degree of freedom) เป็นหลักพร้อมกับรายงานดัชนีแสดงความกลมกลืนอย่างสมบูรณ์(Absolute Fix Index) ซึ่งที่ใช้กันโดยทั่วไปประกอบด้วยค่าไคสแควร์ค่า GFI ค่า AGFI ค่า RMR ค่าRMSEA และดัชนีแสดงความกลมกลืนส่วนเพิ่มหรือดัชนีแสดงความกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ(Incremental Fix Index or

Comparative Fit Index) อย่างน้อยกลุ่มละ 1 ดัชนี ซึ่งที่ใช้กันโดยทั่วไป ประกอบด้วยค่าไคส์ แควร์ พร้อมค่าองศาอิสระค่า GFI ค่า RMSEA ค่า NNFI ค่า CFI ทั้งนี้จะพิจารณาตามความเหมาะสมในการปรับโมเดล และการวิเคราะห์ผลอีกครั้งหากผู้วิจัยจำเป็นต้องปรับแก้ (Modification Index) ซึ่งรายงานให้ผู้วิจัยทราบเกี่ยวกับการเพิ่มการประมาณค่าพารามิเตอร์ตัวใด หรือการพิจารณาว่าควรตัดพารามิเตอร์บางตัวไปเพื่อให้โมเดลมีความกลมกลืนมากขึ้นพร้อมทั้ง อาจพิจารณาความสมเหตุสมผลทางทฤษฎีที่ใช้เป็นพื้นฐานของงานวิจัยนี้ประกอบกัน ก่อนที่ผู้วิจัยนำโมเดลไปอธิบายเพื่อแปลความหมายและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิจัยในระยะที่ 2

โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อ พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ

การวิจัยในระยะที่ 2 นี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มี ต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ และเพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะด้าน วัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้าง สมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ พัฒนาบุคลากรตามปกติจากหน่วยงานโดยมีขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพที่โรงพยาบาลเอกชนที่มี นโยบายรับลูกค้าต่างชาติในเขตกรุงเทพมหานครขนาดกลุ่มตัวอย่างผ่านการคำนวณด้วย โปรแกรม G* power 3.1 เลือกขนาดอิทธิพลปานกลาง (Effect size = 0.50) อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.80 สำหรับสถิติ MANOVA with repeated measure พบว่าใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ เหมาะสมจากการคำนวณด้วยโปรแกรมจำนวน 42 คน ซึ่งสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจงโดยมีอายุ 20 ปีขึ้นไป โดยมีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งอย่างน้อย 1 ปี เป็นโรงพยาบาลที่ยินยอมให้ความร่วมมือเก็บข้อมูลการทดลองงานวิจัยระยะที่ 2 แบ่งกลุ่ม ตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและเป็นกลุ่มควบคุมโดยกำหนดจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่ม ทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 21 คน และกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในระยะที่ 2 แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปร และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปร

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปรในการวิจัยระยะที่ 2 นี้ประกอบด้วย

- 1) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม
- 2) แบบวัดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม
- 3) แบบวัดเจตคติต่อการพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็น โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่าโปรแกรมการฝึกอบรมสมรรถนะด้านวัฒนธรรมใช้แนวคิดของคอมพินฮา- บาโคท (2002) และ แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Kolb, 1984) เทคนิควิธีสอนที่ใช้มากได้แก่ บรรยาย สื่อวีดิทัศน์ สะท้อนคิด สันทนาการ บทบาทสมมติ ส่วนเทคนิควิธีสอนที่ใช้น้อยได้แก่ เล่นเกมส์ กรณีศึกษา ฝึกปฏิบัติในงาน เนื้อหาเกี่ยวกับสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม เพื่อให้พยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมสอดคล้องกับความเชื่อ ค่านิยม วิถีชีวิตของผู้ป่วย

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ขั้นที่ 1 ขั้นศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ความหมายของวัฒนธรรมครั้งนี้ หมายถึง การปฏิบัติตามหลักทางศาสนา วิถีชีวิต ประเพณีที่เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาพื้นบ้าน ซึ่งทำให้พยาบาลเข้าใจในความคิด ความเชื่อค่านิยมของผู้ใช้บริการด้านสุขภาพและปัจจัยที่อาจมีผลต่อสุขภาพ ในการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้อง มีหลายแนวคิดนำมาสร้างโปรแกรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ทั้ง 5 องค์ประกอบ โดยใช้เทคนิคการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์ (Experiential Learning)แล้ว ร่วมกับการใช้ข้อมูลจากงานวิจัยระยะที่ 1 พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่สำคัญที่สุดคือ สมรรถนะด้านวัฒนธรรม ดังนั้น โปรแกรมการทดลองนี้พัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยนำแนวคิด

ทฤษฎีเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบในการประยุกต์ให้เกิดกระบวนการเรียนรู้แนวคิดทฤษฎีนำมาใช้บูรณาการได้แก่ 1) ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม(Bloom, 1956) เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามระดับลำดับขั้นเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนกระบวนการรู้คิดและพฤติกรรมต่อไป 2) เทคนิคการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์ (Experiential Learning) ของโคลบ์ (1984) 3) แนวคิดสมรรถนะทางวัฒนธรรมของบริการดูแลทางสุขภาพแคมพินฮา – บาโค (Joseph campinha – Bacote, 2002) เพื่อมุ่งหมายให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความคิด ความเชื่อ พฤติกรรม และความปรารถนาเป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม โดยมีนิยามของ **พฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรม** ว่าหมายถึง การกระทำของบุคคลที่แสดงออกโดยให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน อำนวยความสะดวก ตอบสนองความต้องการให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยแต่ละบุคคล และยังคงดำรงรักษา ประนีประนอมต่อรองให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมดูแลให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของผู้ป่วย สนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างให้การดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับวัฒนธรรม เพื่ออำนวยความสะดวกที่มีสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วย หรือให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย ความพิการหรือความตาย อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับความเชื่อและวิถีชีวิตทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย

การพัฒนากิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรม

ในการพัฒนาโปรแกรมผู้วิจัยนำหลายแนวคิดทฤษฎีมาบูรณาการออกแบบกิจกรรม ดังนี้โดยในการปฏิบัติกิจกรรมแต่ละครั้งผู้วิจัยนำเทคนิคการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์ของโคลบ์ (Kolb, 1984) มาพัฒนาเกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยจะนำกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ครบ 4 ขั้นตอนเป็นวงจร 1) กิจกรรมขั้นการเรียนรู้ที่ 1 การปฏิบัติเพื่อสังสมประสบการณ์ 2) กิจกรรมขั้นการเรียนรู้ที่ 2 การสะท้อนคิดจากการสังเกต 3) กิจกรรมขั้นการเรียนรู้ที่ 3 การสร้างความคิดรวบยอด 4) กิจกรรมขั้นการเรียนรู้ที่ 4 การทดลอง/ประยุกต์ใช้ จะเห็นว่าในแต่ละครั้งที่ทำกิจกรรมจะต้องนำวงจรมาใช้ในการเรียนรู้ทุกขั้นตอน และใช้กิจกรรมต่างๆ ดังตารางที่ 5 เป็นวิธีการให้เกิดการเรียนรู้ ซึ่งนำทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom, 1956) มาใช้เพื่อให้ผู้เรียนได้รับความรู้ความเข้าใจนำไปใช้ปฏิบัติสอดคล้องกับระดับการเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัยของผู้เข้าร่วมกิจกรรมซึ่งแบ่งเป็น 6 ระดับ คือ 1) ความจำ 2) ความเข้าใจ 3) ประยุกต์ 4) การวิเคราะห์ 5) การสังเคราะห์ 6) การประเมินค่า โดยในแต่ละขั้นตอน ผู้วิจัยนำข้อมูลเบื้องต้นจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มากำหนดตัวแปรเป้าหมายที่ต้องการพัฒนาโดยผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม นำแนวคิดมาพัฒนาโปรแกรมที่ได้จาก

การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุจากการศึกษาในระยาะที่ 1 ซึ่งหากผู้เรียนเข้าร่วมในการฝึกอบรม จะส่งผลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ฟังพอใจ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 5 สรุปการใช้เทคนิควิธีสอนกิจกรรมที่นำพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรม

กิจกรรม	ตระหนักรู้ ทาง วัฒนธรรม	ความรู้ทาง วัฒนธรรม	การประเมิน ทาง วัฒนธรรม	การติดต่อ สื่อสารทาง วัฒนธรรม	ความ ปรารถนา ทาง วัฒนธรรม
การบรรยาย/ อภิปราย		✓			
แสดงความคิดเห็น วางแผนนำไป ปฏิบัติ	✓			✓	
ถามตอบโดยใช้คำถามกระตุ้นการ สะท้อนคิด	✓				
สถานการณ์จำลอง	✓			✓	
มอบหมายงาน			✓	✓	
เล่าเรื่องที่ประสบความสำเร็จ					✓
สนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้				✓	

**ขั้นที่ 2 สร้างกรอบกิจกรรมในโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในครั้งนีแบ่ง
ออกเป็น 3 ระยะ คือ**

1 ระยะเตรียมการทดลอง โดยดำเนินการ

1) การจัดเตรียมความพร้อมของสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ วิทยากร ใบบาง
และเอกสารที่ใช้ประกอบการสอน

2) กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนที่มี
นโยบายบริการลูกค้าต่างชาติจำนวน 2 กลุ่ม รวมกลุ่มตัวอย่าง 42 คน ให้ทำแบบวัดพฤติกรรมการ
ดูแลเชิงวัฒนธรรม สมรรถนะด้านวัฒนธรรม และเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม (pretest)

2. ระยะทดลอง กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดของคอมพิงฮา- บาโคท (2002) ผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม เพื่อให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกอคติลำเอียง ความไม่เสมอภาคในการได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย โดยผู้วิจัยใช้เทคนิควิธีสอนดังนี้ ได้แก่ บรรยาย สื่อวีดีโอ ทัศน สะท้อนคิด สนทนากลุ่ม บทบาทสมมติ สถานการณ์จำลองเสมือนจริง กรณีศึกษา ฝึกปฏิบัติในงาน ใช้ตัวแบบ ฝึกปฏิบัติงาน เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ดังนี้ 1) ตระหนักถึงทางวัฒนธรรม 2) ความรู้ทางวัฒนธรรม 3) ทักษะทางวัฒนธรรม 4) การเผชิญทางวัฒนธรรม 5) ความปรารถนาทางวัฒนธรรม โดยใช้ระยะเวลาทำกิจกรรม 5 ครั้ง ระยะเวลา 10 สัปดาห์ ติดตามผล 1 เดือนหลังจากเสร็จกิจกรรม โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มควบคุมปฏิบัติตามปกติ โดยผู้วิจัยประสานงานกับฝ่ายทรัพยากรบุคคลเพื่อเตรียมกำหนดเริ่มกิจกรรมดังนี้ 1. วิทยากรสร้างความคุ้นเคยโดยแนะนำตนเองและให้สมาชิกแนะนำตนเองและให้ทำกิจกรรมจัดแบ่งกลุ่ม 2. วิทยากรบอกบทบาทหน้าที่ผู้เรียนในการร่วมกิจกรรมแจกตาราง เอกสารและชี้แจงตาราง กำหนดวันเวลา และสถานที่ในการจัดกิจกรรม

3. ระยะติดตามผล วัดข้อมูลตัวแปรทั้ง 2 กลุ่มหลังเสร็จสิ้นการใช้โปรแกรมฝึกอบรมคือแบบวัดสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม หลังจากจบโปรแกรมฝึกอบรมแล้ว 1 เดือน

ขั้นที่ 3 ขั้นสร้างกิจกรรมในโปรแกรม

โครงสร้างเนื้อหาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมแบ่งออกเป็น 10 สัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง รูปแบบกิจกรรมเป็นการเรียนรู้การเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ประกอบด้วยความตระหนักถึงด้านวัฒนธรรม ความสามารถในการประยุกต์ความรู้ทางวัฒนธรรม ความสามารถในการประเมินด้านวัฒนธรรม การติดต่อสื่อสารทางวัฒนธรรม ความปรารถนาทางวัฒนธรรม ของ แคมพิงฮา – บาโคท (Joseph campinha – Bacote. 2002) โดยใช้กระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การปฏิบัติเพื่อสังสมประสบการณ์ 2) การสะท้อนคิดจากการสังเกต 3) การสร้างความคิดรวบยอด 4) การทดลอง/ประยุกต์ใช้ความรู้ กิจกรรมมีทั้งหมด 6 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 แนะนำตนเอง แนะนำโปรแกรมและกระบวนการดำเนินกิจกรรม ซึ่งผู้เข้าร่วมโปรแกรมควรให้ความร่วมมือเข้าร่วมโปรแกรมครบทุกครั้ง

ครั้งที่ 1 ความตระหนักรู้ด้านวัฒนธรรม ครั้งที่ 2 ความสามารถในการประยุกต์ความรู้ทางวัฒนธรรม ครั้งที่ 3 ความสามารถในการประเมินด้านวัฒนธรรม ครั้งที่ 4 การติดต่อสื่อสารทางวัฒนธรรม ครั้งที่ 5 ความปรารถนาทางวัฒนธรรม ครั้งที่ 6 ติดตามผล

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ในแต่ละครั้งมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การปฏิบัติเพื่อสังสมประสบการณ์ (Concrete experience) ใช้เวลา 30 นาที เป็นช่วงที่ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบอกเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงตามที่ตนประสบการณ์ที่เคยประสบ หรือให้ผู้เข้าไปอยู่ในเหตุการณ์ที่ต้องการมีประสบการณ์โดยตรงที่เกิดขึ้นใหม่ เน้นที่ความรู้สึกบุคคลที่ต้องการเรียนรู้ ซึ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะได้รับประสบการณ์จากการลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้สอนกำหนดไว้ กิจกรรมอาจเป็นการทดลอง การอ่าน การดูวีดิทัศน์ การฟังเรื่องราว การพูดคุยสนทนา การทำงานกลุ่ม เกมส์ บทบาทสมมติ สถานการณ์จำลอง เงื่อนไขสำคัญคือผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีบทบาทหลักในการทำกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดจากการสังเกต (Reflective observation) ใช้เวลา 15 นาที เป็นขั้นที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมุ่งที่จะทำความเข้าใจในความหมายของประสบการณ์ที่ได้รับและนำมาพิจารณาอย่างรอบคอบ ซึ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองจากประสบการณ์ในการปฏิบัติกิจกรรมและแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะได้เรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น และผลของการสะท้อนความคิดเห็น หรือการอภิปรายทำให้ได้แนวคิดหรือข้อสรุป

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างความคิดรวบยอด (Abstract conceptualization) ใช้เวลา 10 นาที เป็นขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำประสบการณ์ที่ได้จากการสังเกตที่พิจารณาเชิงเหตุผลอย่างรอบคอบแล้ว นำสรุปรวมหลักการต่างๆของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยอาจใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้ช่วยกันสรุปข้อคิดเห็น สรุปผลการเรียนรู้

ขั้นตอนที่ 4 การทดลอง/ประยุกต์ใช้ความรู้ (Active experimentation) ใช้เวลา 10 นาที เป็นขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำแนวคิดและหลักการต่างๆที่สรุปได้แล้วไปใช้ในการทดลองปฏิบัติจริง เพื่อแก้ปัญหาและเกิดเป็นการเรียนรู้สิ่งใหม่ต่อไป

ตาราง 6 กิจกรรมระยะเวลาและวิธีการประเมินผล

ครั้งที่	ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิด/ทฤษฎี	กิจกรรม	ระยะเวลา	การประเมินผล
1	1. เพื่อเก็บข้อมูลตัวแปรก่อนการทดลอง 2. มีความเข้าใจ/เจตคติที่ดีต่อความแตกต่างทางวัฒนธรรม 3. มีเจตคติที่ดีต่อความแตกต่างทางวัฒนธรรม	1.แนวคิดสมรรถนะด้านตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม 2.แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ์ (Kolb, 1984)	1.ตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง 2.ชมวีดีโอ 3.ให้แสดงความคิดเห็นภาพการแต่งกายชาวอาหรับ พม่า 4.แลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิจัยสรุปความคิดเห็น ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมวางแผนการปรับเปลี่ยนอย่างไรให้ผู้ป่วย แล้วไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย	3 ชั่วโมง	1.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นผู้ที่มีความตระหนักทางวัฒนธรรม 2.การบ้านใบฝึกปฏิบัติระหว่างสัปดาห์ที่1 3.วิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรก่อนทดลอง
2	1. มีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัฒนธรรมอื่นๆ ได้แก่ ชาวอาหรับ และพม่า	1.แนวคิดสมรรถนะด้านความรู้ทางวัฒนธรรม 2.แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ์ (Kolb, 1984)	1.แสดงบทบาทสมมติ 2.แลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้กระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ 4 ขั้นตอน ผู้วิจัยอาจใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้ช่วยกันสรุปข้อคิดเห็น ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมวางแผนการปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมอย่างไรในการดูแลผู้ป่วย	2 ชั่วโมง	1.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ความ สามารถประยุกต์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยต่าง กิจกรรมให้ช่วยกันสรุปข้อคิดเห็น ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม วางแผนการปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

ตาราง 6 กิจกรรมระยะเวลาและวิธีการประเมินผล (ต่อ)

ครั้งที่	ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิด/ทฤษฎี	กิจกรรม	ระยะเวลา	การประเมินผล
	2. ให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสม				2. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้เชิงวิชาชีพแก่ผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม 3. การบ้าน ใบฝึกปฏิบัติระหว่างสัปดาห์ที่ 2
3	1. เป็นผู้ที่มีความสามารถในการประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยทางวัฒนธรรม 2. เป็นผู้ที่มีทักษะในการแสดง ออกถึงความเคารพต่อความคิดความเชื่อของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม	แนวคิดสมรรถนะด้านทักษะทางวัฒนธรรม(The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model (2002)	1. สถานการณ์ตัวอย่าง 2. แลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้กระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ 3. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฟังบรรยายเกี่ยวกับแนวคิดหลักปฏิบัติในการประเมินผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ของ Giger และ Davidhizar 4. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเล่นเกมสื่งที่ควรทำและไม่ควรทำ เลือกภาพติดบอร์ด 5. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมวางแผน การปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมอย่างไรให้ผู้ป่วย แล้วไปใช้ในการทดลองปฏิบัติจริงเข้าร่วมกิจกรรม	2 ชั่วโมง	1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้และทักษะในการประเมินความต้องการของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม 2. การบ้าน ใบฝึกปฏิบัติระหว่างสัปดาห์ที่ 3

ตาราง 6 กิจกรรมระยะเวลาและวิธีการประเมินผล (ต่อ)

ครั้งที่	ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิด/ทฤษฎี	กิจกรรม	ระยะเวลา	การประเมินผล
4	1.เป็นผู้ที่มีความสามารถในการติดต่อสื่อสารปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม 2.เป็นผู้ที่แสดงออกเป็นผู้ที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม	แนวคิด สมรรถนะด้านการ ติดต่อสื่อสาร ทางวัฒนธรรม	1.ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละกลุ่มแบ่งปันประสบการณ์การติดต่อสื่อสารปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมที่มีความรู้สึกลายใน การจัดการดูแลกลุ่มผู้ป่วยอาหรับและพม่า ตัวอย่างปัญหาที่พบบ่อย 2. สำนแปลภาษา สอนและฝึกทักษะภาษาอารบิคและพม่า	2 ชั่วโมง	1.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้และทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม 2.การบ้าน ใบฝึกปฏิบัติระหว่างสัปดาห์ที่ 4
5	1. พัฒนาตนเองให้มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม 2. มีความปรารถนาที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม 3. เก็บข้อมูลตัวแปรที่ศึกษาหลังการทดลอง	แนวคิด สมรรถนะด้าน ความปรารถนา ทางวัฒนธรรม	1.ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกท่านบอกเล่าประสบการณ์ประทับใจที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยในระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม 2.โดยทำใบงานกิจกรรมครั้งที่ 5 การประเมินตนเองและความคาดหวังในการพัฒนาตนเองเป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม	2 ชั่วโมง	1.วิเคราะห์ผลการทดลองหลังได้รับโปรแกรมทันที 1.1ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมเพิ่มขึ้น 1.2 ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนพฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรมเพิ่มขึ้น

ตาราง 6 กิจกรรมระยะเวลาและวิธีการประเมินผล (ต่อ)

ครั้งที่	ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิด/ทฤษฎี	กิจกรรม	ระยะเวลา	การประเมินผล
			3. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมวางแผนการปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมอย่างไรให้ผู้ป่วยแล้วไปใช้ในการทดลองปฏิบัติจริงเข้าร่วมกิจกรรม 4. ทำแบบสอบถามหลังการทดลอง		
6	1. เพื่อประเมินตนเองด้านสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมกรดูแลเชิงวัฒนธรรม หลังจากการทดลอง 1 เดือน		1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบอกเล่าประสบการณ์ความรู้สึกลงในการพัฒนาตนเองในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ประเมินตนเองเกี่ยวกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรมหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือนที่ผ่านมา นำสิ่งที่ได้เรียนรู้นำไปปฏิบัติใช้ อย่างไรก็ตามบ้าง 2. ทำแบบสอบถาม หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือนที่ผ่านมา นำสิ่งที่ได้เรียนรู้นำไปปฏิบัติใช้ อย่างไรก็ตามบ้าง	2 ชั่วโมง	1. วิเคราะห์ผลหลังติดตามผล 1 เดือน 1.1 ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมเพิ่มขึ้น 1.2 ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนพฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรมเพิ่มขึ้น

ขั้นที่ 4 การตรวจสอบหาคุณภาพเครื่องมือ

ภายหลังจากพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ร่วมกับการพัฒนาเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมเสร็จแล้ว ได้ดำเนินการปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือทดลอง โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิรวม 5 ท่าน ตรวจสอบแก้ไขพร้อมพิจารณาความเหมาะสม ความสอดคล้องเนื้อหา วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินและรูปแบบมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ขึ้น และนำแผนการจัดกิจกรรมมาบางส่วนไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดเล็กที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา โดยใช้พยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คน ทดสอบความเข้าใจในเบื้องต้น และปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในงานวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน โดยแบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

1. ระยะเตรียมการก่อนการทดลอง ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากสถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ ติดต่อประสานงานและขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลที่เลือกไว้เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยและขอใช้สถานที่ รวมทั้งดำเนินการเพื่อขออนุญาตทำวิจัยในมนุษย์เลขที่ SWUEC-136/60E

1.2 ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือหัวหน้าฝ่ายการฝึกอบรม หัวหน้าแผนกทรัพยากร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียด ขั้นตอนในการทำการวิจัย อธิบายกิจกรรมของโปรแกรม ระยะเวลา ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยร่วมกับฝ่ายทรัพยากรบุคคลและหัวหน้าฝ่ายการฝึกอบรมพยาบาล เพื่อประสานกับหัวหน้าแผนก ขออนุญาตให้พยาบาลที่คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จัดทำตารางทำงานให้พยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมได้

1.4 จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ต่าง ๆ

2. ระยะเวลาดำเนินการทดลอง ใช้ระยะเวลา 3 เดือน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

2.1 ระยะเก็บข้อมูลพื้นฐาน เป็นระยะที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรตามของกลุ่มตัวอย่างซึ่งจะดำเนินการก่อนการใช้โปรแกรมพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรม โดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเชิงวัฒนธรรม เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ตัวแปรที่ต้องเก็บข้อมูลก่อนทดลองประกอบด้วย เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม และตัวแปรตามได้แก่ สมรรถนะด้านวัฒนธรรม และพฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนเริ่มการทดลอง ในระยะนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.2 ระยะเวลาดำเนินการทดลอง เป็นระยะที่ผู้วิจัยให้พยาบาลในกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดยการทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละประมาณ 120 - 180 นาที จำนวน 5 ครั้ง และกิจกรรมครั้งที่ 5 ห่างจากครั้งที่ 4 2 สัปดาห์ และติดตามผล Follow up หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม จัดกิจกรรมในวันพุธเวลา 13.00 -15.00 น. ระหว่าง เดือน

มิถุนายน 2562 - สิงหาคม 2562 ในระยะนี้กลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม สำหรับกลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมการอบรมการพัฒนาบุคลากรตามปกติ

3. ระยะติดตามผล เป็นระยะที่ให้กลุ่มตัวอย่างยุติการใช้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม และทำการวัดข้อมูลตัวแปร ประกอบด้วย สมรรถนะเชิงวัฒนธรรม และ พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ภายหลังจากจบโปรแกรมแล้ว 1 เดือน ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง ซึ่งดำเนินการทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แบบแผนการทดลอง

แบบแผนการทดลองในการวิจัยนี้คือ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ที่มีแบบแผน แบบแผนการวิจัยมีการวัดก่อน- หลัง (Pretest - Posttest Follow up Design) โดยให้กลุ่มตัวอย่างสมัครเข้าร่วมโปรแกรมด้วยความสมัครใจ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน และมีการวัดตัวแปรตาม 3 ครั้งคือวัดก่อนการทดลอง วัดหลังการทดลอง สิ้นสุดทันที และวัดหลังการทดลอง 1 เดือน โดยมีตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ (Independent variable) คือ ตัวแปรจัดกระทำ คือการได้รับ/ไม่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

2. ตัวแปรตาม (Dependent variable) ได้แก่ สมรรถนะด้านวัฒนธรรมของพยาบาล พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาล

ตาราง 7 สรุปการทดลองวัดผลที่ได้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

แบบแผนการวิจัยมีการวัดก่อน - หลังและติดตามผล (Pretest Posttest Follow up Design)				
กลุ่มหลังการ สุ่ม	การทดสอบก่อน (T1)	โปรแกรม ฯ (Treatment)	ทดสอบวัดผลหลัง เสร็จโปรแกรมทันที (T2)	ทดสอบวัดผลหลัง โปรแกรม 1 เดือน (T3)
กลุ่มทดลอง	CC1, CCB1, CA1	X	CC2, CCB2 CA2	CC3, CCB3
กลุ่มควบคุม	CC1, CCB1, CA1	-	CC2, CCB2 CA2	CC3, CCB3

CA1, CA2 = วัดเจตคติเชิงวัฒนธรรมต่อการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ครั้งที่ 1, 2

CC1, CC2 = วัดสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของพยาบาล ครั้งที่ 1, 2

CCB1, CCB 2 = วัดพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาล ครั้งที่ 1, 2

CC3, CCB3 = วัดสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ครั้งที่ 3

X = โปรแกรม ฯ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยแนะนำกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ คำยินยอมเข้าร่วมการวิจัยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม ไม่ระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง และจะนำไปใช้ประโยชน์เฉพาะสำหรับการวิจัยและงานวิชาการเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยสามารถยกเลิกได้ตลอดเวลาโดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปและลักษณะพื้นฐานของตัวแปร วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
2. ตรวจสอบการแจกแจงปกติ โดยใช้ความเบ้ ความโด่ง และสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test
3. ตรวจสอบความเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน-แปรปรวนร่วมของตัวแปร โดยใช้สถิติ(BOX's M) เพื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ MANCOVA และตรวจสอบความเท่ากันของแต่ละตัวแปรด้วยวิธี Levene's Test
4. ทดสอบสมมติฐาน โดยใช้การวิเคราะห์
 - 4.1 ความแปรปรวนร่วมพหุคูณแบบทางเดียว (MANCOVA)
 - 4.2 ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรแบบทางเดียวมีการวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง อิทธิพลเชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน นานาชาติ เขตกรุงเทพมหานคร ในครั้งนี้ เป็นการวิจัยพหุวิธีดำเนินการ 2 ระยะกล่าวคือ การวิจัยระยะที่ 1 มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ และค้นหาขนาดอิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุที่สำคัญต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบสนองมาตรฐานการวิจัยโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบจำลองสมการโครงสร้าง (Structure Equation Model, SEM) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม LISREL พร้อมกับได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ทางสถิติ การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ตอนสำคัญ ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปรและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุฯ

การวิจัยระยะที่สอง เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ในการวิจัยระยะที่ 2 นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ระหว่างพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมและไม่ได้รับการฝึกอบรม ซึ่งตัวแปรสมรรถนะด้านวัฒนธรรมที่เป็นตัวแปรเชิงสาเหตุได้มาจากการวิจัยระยะที่ 1 ว่ามีผลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมหรือไม่ ระหว่างพยาบาลที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมกับพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ตอนสำคัญ ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิจัยระยะที่ 1

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการแปลผล ดังต่อไปนี้

ตาราง 8 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์	ความหมาย
Mean	ค่าเฉลี่ย (Mean)
S.D.	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
Skewness	ค่าความเบ้ (Skewness)
Kurtosis	ค่าความโค้ง (Kurtosis)
r	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)
R ²	ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณยกกำลังสอง (Squared multiple correlation)
χ ²	ค่าสถิติไค – สแควร์ (Chi – square)
df	องศาแห่งความอิสระ (Degree of freedom)
p	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (significant)
Θ	ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน (Variance of error)
λ	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบคะแนนมาตรฐาน (Factor loading score)
Beta	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยตัวแปรในรูปคะแนนมาตรฐาน (Regression coefficient)
SE	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (factor score coefficient)
e	คะแนนมาตรฐานของความคลาดเคลื่อนตัวบ่งชี้ (standard error)
t	ค่าอัตราส่วน t ใช้ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (t-test)
F	ค่าอัตราส่วน F ใช้ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของความสัมพันธ์ร่วมของการพยากรณ์ (F-test)
MSE	ค่าความคลาดเคลื่อนกำลังสองเฉลี่ย (Mean square error)
GFI	ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness of fit index)
AGFI	ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแล้ว (Adjusted goodness of fit index)
MSE	ค่าความคลาดเคลื่อนกำลังสองเฉลี่ย (Mean square error)
RMSEA	ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (Root mean square error of approximation)
SRMR	ค่าดัชนีของรากกำลังสองเฉลี่ยมาตรฐานของส่วนที่เหลือ (Standardized root mean square residual)
RMR	ค่าดัชนีรากที่สองเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อน (Root mean square)
CN	ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤติ (Critical Number)
DE	อิทธิพลทางตรง (Direct effect)
IE	อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect)
TE	อิทธิพลรวม (Total effect)

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 451 คน เป็นพยาบาลเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เป็นหญิง 444 คน (ร้อยละ 98.4) เป็นชาย 7 คน (ร้อยละ 1.6) ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลอายุ 20-30 ปี มากที่สุด รองลงมาอายุ 31-40 ปี อายุ 41 – 50 ปี และอายุ 51- 60 ปี ตามลำดับ โดยมีพยาบาลอายุ 20 -30 ปีจำนวน 232 คน (ร้อยละ 51.4) อายุ 31-40 ปี 170 คน (ร้อยละ 37.7) อายุ 41-50 ปี 42 คน (ร้อยละ 9.3) อายุ 51-60 ปี 7 คน (ร้อยละ 1.6) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คริสต์ อิสลาม ตามลำดับ โดยมีพยาบาลนับถือศาสนาพุทธ 416 คน (ร้อยละ 92.2) ศาสนาคริสต์ 26 คน (ร้อยละ 5.8) ศาสนาอิสลาม 9 (ร้อยละ 2) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปี รองลงมาทำงาน 6-10 ปี ทำงาน 11 -15 ปี และมากกว่า 15 ปี โดยมีจำนวนพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงาน 1-5 ปี 196 คน (ร้อยละ 43.5)ทำงาน 6-10 ปี 133 คน(ร้อยละ 29.5) 11-15 ปี 72 คน (ร้อยละ 16) มากกว่า 15 ปี 50 คน (ร้อยละ 11) ตามลำดับ เป็นพยาบาลทำงานในแผนกผู้ป่วยใน มากกว่าผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยนอก 166 คน (ร้อยละ 36.8) แผนกผู้ป่วยใน 285 คน (ร้อยละ 63.2) ส่วนใหญ่พยาบาลมีความสามารถด้านภาษาอังกฤษ รองลงมาอารบิก จีน และภาษาอื่นๆ ตามลำดับ โดยมีจำนวนพยาบาลที่มีความสามารถด้านภาษา ได้แก่ อังกฤษ 414 คน (ร้อยละ 91.8) อารบิก 20 คน ร้อยละ 3.5 จีน 3 คน (ร้อยละ 0.7) นอกจากภาษาอังกฤษยังสามารถพูดภาษาต่างชาติได้อีก 1 ภาษา (กัมพูชา ลาว เกาหลี มาเลเซีย ญี่ปุ่น) 14 คน (ร้อยละ 3) ตามลำดับ

ตาราง 9 ความถี่ และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

คุณลักษณะ		จำนวนคน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	7	1.6
	หญิง	444	98.4
อายุ	20-30 ปี	232	51.4
	31-40	170	37.7
	41-50	42	9.3
	51-60	7	1.6
ศาสนา	พุทธ	416	92.2
	คริสต์	26	5.8
	อิสลาม	9	2
ประสบการณ์ ทำงาน	1-5 ปี	196	43.5
	6-10 ปี	133	29.5
	11-15 ปี	72	16
	มากกว่า 15 ปี	50	11
แผนก	OPD	166	36.8
	IPD	285	63.2
ภาษา	อังกฤษ	414	91.8
	ฮารบิค	20	3.5
	จีน	3	0.7
	อังกฤษและภาษาอื่น ๆ	14	3

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร

การศึกษาค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษาในแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาโดยคำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าความเบ้ (Skewness) ค่าความโด่ง (Kurtosis) ค่าสถิติทดสอบไค- สแควร์ (Chi-square) และทำการทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ พบว่าตัวแปรสังเกตเกือบทั้งหมดมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติมีเพียงตัวแปรประสบการณ์เข้ามาวัฒนธรรมจากการศึกษาและเรียนรู้ภาษาต่างชาติประสบการณ์เข้ามาวัฒนธรรมการทำงาน ประสบการณ์เข้ามาวัฒนธรรมจากการอาศัยหรือท่องเที่ยวต่างประเทศ เท่านั้นที่พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นแบบปกติ ซึ่ง ไคลน์ (Kline, 2016: 76-77) กล่าวว่า หากข้อมูลที่มีความเบ้มากกว่า + 3,-3 และความโด่งมากกว่า +10,-10 ถือว่าข้อมูลมีความผิดปกติรุนแรง แต่งานวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลมีความเบ้อยู่ระหว่าง 0.417-1.415 และความ

โด่ง-2.798 ถึง --4.567 ดังนั้นสามารถละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นวิเคราะห์โดยใช้เทคนิคการประมาณค่าพารามิเตอร์โดยวิธี Maximum Likelihood (ML) ได้ ก่อนวิเคราะห์แบบจำลองเชิงสาเหตุ

ตาราง 10 ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของตัวแปรสังเกต

ตัวแปรสังเกต	Mean	S.D	skewess	Kurtosis
1.การแสดงออกถึงการดูแลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์	4.04	1.08	-0.57	-1.16
2.การให้ความรู้ในเชิงวิชาชีพ	3.99	1.11	-0.33	-1.14
3.การเคารพต่อความความคิดความเชื่อของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม	4.12	1.13	-0.56	-1.39
4.การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย	3.96	1.15	-0.39	-1.50
5. ความตระหนักรู้ด้านวัฒนธรรม	4.68	0.70	-0.51	-0.94
6.ความสามารถในการประยุกต์ความรู้ทางวัฒนธรรม	4.54	0.88	-1.03	-1.08
7.ความสามารถในการประเมินด้านวัฒนธรรม	4.55	0.75	-0.67	-0.98
8.การติดต่อสื่อสารทางวัฒนธรรม	4.80	0.69	-0.65	-1.25
9. ความปรารถนาทางวัฒนธรรม	4.91	0.74	-1.60	-2.02
10.ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมจากการศึกษาเรียนรู้ภาษาต่างชาติ	3.52	1.40	0.41	-2.79
11.ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมการทำงาน	3.19	1.56	1.41	-4.56
12.ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมจากการอาศัยหรือท่องเที่ยวต่างประเทศ	3.44	1.50	0.84	-3.69
13.ความรู้เชิงประเมินค่า	4.83	0.75	-1.08	-1.63
14.ความรู้สึก	3.80	1.24	-0.12	-1.30
15 ความพร้อมที่จะกระทำ	4.72	0.76	-0.67	-1.21
16. ด้านค่าตอบแทน	3.88	0.92	-0.20	-0.38
17.ด้านความรู้ในการทำงานและโอกาสก้าวหน้า	4.23	0.90	-0.16	-0.45
18.ด้านความมั่นคงในการทำงาน	4.24	0.78	-0.24	-0.29
19.ด้านจิตอาสามณ์	4.32	0.74	-0.16	-0.38
20.ด้านการปฏิบัติงาน	4.46	0.75	-0.34	-0.35

* มีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05; Skewness & Kurtosis

ข้อมูลจากตาราง 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษา พบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง 3.19 – 4.91 การกระจายข้อมูลด้วยการพิจารณาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มีค่าอยู่ระหว่าง 0.69 ตัวแปรที่มีการกระจายน้อยที่สุด คือ การติดต่อสื่อสารทางวัฒนธรรม (S.D= 0.696) ตัวแปรที่มีการกระจายมากที่สุดคือ ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมการทำงาน (S.D= 1.56)

การตรวจสอบความเบ้ (Skewness) ของตัวแปรสังเกตพบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง -1.60 – 0.84 ตัวแปรที่มีค่าความเบ้เป็นลบมากที่สุด คือ ความปรารถนาทางวัฒนธรรม ตัวแปรที่มีค่าความเบ้เป็นบวกมากที่สุด คือ ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมจากการอาศัยหรือท่องเที่ยว

ต่างประเทศ การตรวจสอบความโด่ง (Kurtosis) ของตัวแปรสังเกตมีค่าอยู่ระหว่าง -4.56 - -0.29 ซึ่งส่วนตัวแปรที่มีค่าความโด่งน้อยที่สุดคือ ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมจากการทำงาน ตัวแปรที่มีค่าความโด่งมากที่สุดคือ ด้านมั่นคงในการทำงาน

การทดสอบลักษณะการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) ของตัวแปรสังเกต ค่าความเบ้ (skewness) ไม่เกิน 3 ความโด่ง (kurtosis) ไม่เกิน 10 (Kline, 2016: 76-77) จึงสามารถนำไปวิเคราะห์แบบจำลองเชิงสาเหตุได้

หลังจากที่ได้ดำเนินการตรวจสอบการแจกแจงการเป็นโค้งปกติของตัวแปรสังเกตแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัว (Bivariate relationship) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อเป็นการตรวจสอบว่าตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษาในแบบจำลองจะไม่มีความสัมพันธ์กันสูงจนเกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรง (Multicollinearity) ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ศึกษา รายละเอียดดังตาราง 11

ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษาพบว่า มีทั้งค่าความสัมพันธ์เชิงบวก และค่าความสัมพันธ์เชิงลบ มีค่าสหสัมพันธ์ระหว่าง -0.028 ถึง 0.78 ตัวแปรสังเกตที่มีค่าความสัมพันธ์กันทางบวกสูงสุด คือ ด้านจิตอารมณ์ กับ ด้านความมั่นคงในการทำงาน ($r = .78, p < .05$) รองลงมา คือ ด้านการปฏิบัติงาน กับด้านจิตอารมณ์ ($r = .742, p < .05$) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงลบ คือ ความรู้สึก กับ ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมการทำงาน ($r = -0.396, p < .05$) ความรู้สึก กับ ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมจากการอาศัยหรือท่องเที่ยวต่างประเทศ ($r = -0.329, p < .05$) ความรู้สึก กับ ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมจากการศึกษาและเรียนรู้ภาษาต่างชาติ ($r = -0.325, p < .05$) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงลบคือ ความรู้สึก กับ สัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ($r = -0.106, p < .05$) เมื่อพิจารณาค่าสหสัมพันธ์สัมประสิทธิ์ของตัวแปรพบว่าในภาพรวมคู่ความสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตทุกตัวไม่มีคู่ใดที่มีค่าสหสัมพันธ์เกิน .85 ไคลน์ (Kline, 2005: 50) กล่าวไว้ว่า หากมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรเกิน .85 อาจจะทำให้เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงได้ ดังนั้น ตัวแปรที่ทำการศึกษาคั้งนี้ไม่มีปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุและระหว่างกันซึ่งถือว่าเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์แบบจำลองเชิงสาเหตุ

ตาราง 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	1																				
2	0.67**	1																			
3	0.62**	0.74**	1																		
4	0.59**	0.63**	0.62**	1																	
5	0.45**	0.44**	0.55**	0.45**	1																
6	0.41**	0.43**	0.44**	0.49**	0.58**	1															
7	0.43**	0.49**	0.48**	0.48**	0.71**	0.65**	1														
8	0.45**	0.40**	0.39**	0.36**	0.65**	0.49**	0.62**	1													
9	0.34**	0.29**	0.37**	0.28**	0.62**	0.49**	0.49**	0.62**	1												
10	0.20**	0.25**	0.14**	0.35**	0.12**	0.21**	0.26**	0.12**	0.06*	1											
11	0.15**	0.27**	0.19**	0.31**	0.085**	0.15**	0.21**	0.06**	0.01	0.70**	1										
12	0.23**	0.25**	0.17**	0.31**	0.06**	0.16**	0.20**	0.09**	0.03**	0.63	0.74**	1									
13	0.29**	0.26**	0.30**	0.24**	0.50**	0.45**	0.49**	0.57**	0.62**	0.09**	0.01	0.04	1								
14	0.006	-0.02	0.01	-0.10*	0.13**	0.03	0.09*	0.18**	0.24**	-0.32**	-0.39**	-0.32**	0.20**	1							
15	0.31**	0.32**	0.31**	0.28**	0.42**	0.39**	0.47**	0.56**	0.57**	0.05*	0.066*	0.016	0.53**	0.06	1						
16	0.16**	0.19**	0.16**	0.16**	0.21**	0.16**	0.16**	0.11**	0.12**	0.11**	0.20**	0.13**	0.17**	-0.03	0.173**	1					
17	0.29**	0.23**	0.18**	0.24**	0.22**	0.23**	0.19**	0.26**	0.21**	0.19**	0.23**	0.22**	0.28**	0.01	0.26**	0.61**	1				
18	0.25**	0.28**	0.23**	0.28**	0.31**	0.24**	0.30**	0.30**	0.27**	0.14**	0.26**	0.17**	0.25**	0.014	0.25**	0.65**	0.66**	1			
19	0.24**	0.18**	0.14**	0.24**	0.23**	0.25**	0.25**	0.27**	0.29**	0.18**	0.20**	0.19**	0.24**	0.025	0.26**	0.61**	0.63**	0.78**	1		
20	0.35**	0.27**	0.24**	0.32**	0.31**	0.31**	0.35**	0.38**	0.37**	0.17**	0.15**	0.18**	0.33**	0.13**	0.30**	0.52**	0.63**	0.65**	0.74**	1	

หมายเหตุ:

- การแสดงความถี่การดูแลโดยค่านึงถึงความเข้มแข็ง (1)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(8)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(8)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(9)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(9)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(10)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(10)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(11)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(11)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(12)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(12)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(13)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(13)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(14)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(14)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(15)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(15)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(16)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(16)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(17)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(17)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(18)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(18)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(19)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(19)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(20)
- การตัดสินใจเลือกทางวัฒนธรรม(20)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัย

ผู้วิจัยทำการการวิเคราะห์แบบจำลองเชิงสาเหตุเป็นการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นที่ได้มาจากแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องว่ามีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่าแบบจำลองตามสมมติฐานการวิจัยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าดัชนีความสอดคล้อง ไคสแควร์ (χ^2) 686.80 df 159 ,p =.00, SRMR = 0.11, RMSEA = 0.07, GFI = 0.89; NFI= .95, CFI=0.97 PNFI = 0.74 ซึ่งค่าดัชนีดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ารูปแบบความสัมพันธ์ที่พัฒนาขึ้นไม่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์เนื่องจากค่าไคส-สแควร์ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่า ค่าดัชนีความกลมกลืนอื่นยังมีค่าที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ค่า SRMR ควรมีค่าไม่เกิน 0.10 และ ค่า GFI ไม่ควรมีน้อยกว่า 0.90 ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการปรับรูปแบบความสัมพันธ์เพื่อให้ค่าดัชนีความกลมกลืนอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โดยปรับให้เศษเหลือ (error) ของตัวแปรสังเกตบางค่าให้มีความสัมพันธ์กัน

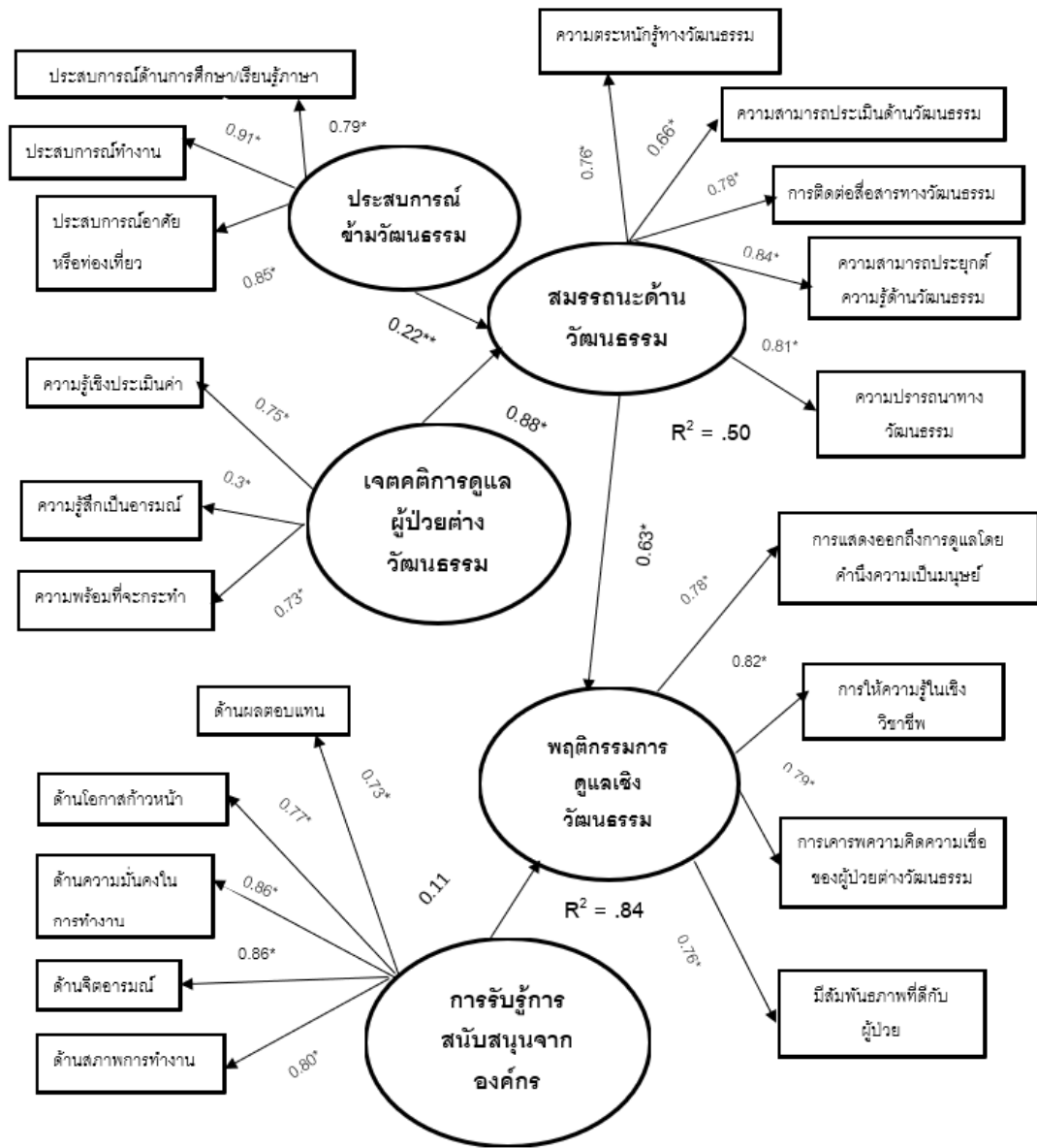
ผลการประมาณค่ารูปแบบความสัมพันธ์ตามสมมติฐานหลัก การตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลภายหลังการปรับแก้โมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่อให้รูปแบบความสัมพันธ์มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าดัชนีเป็นค่าที่ยอมรับ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า รูปแบบความสัมพันธ์ตามสมมติฐานการวิจัยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าดัชนีความสอดคล้อง ไคสแควร์ (χ^2) 499.34 df 149, p =.00, SRMR = 0.078, RMSEA = 0.072, GFI = 0.97 (Absolute fit index) ; NFI= .97 , CFI=0.97 (comparative fit index); PNFI = 0.75, ไค-สแควร์สัมพันธ์ (χ^2 /df) = 3.35 (Parsimony Fit index) ถึงแม้ว่าค่าไค-สแควร์ จะมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด อาจเนื่องมาจาก 1) ความซับซ้อนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีเส้นอิทธิพลหรือค่าพารามิเตอร์จำนวนมาก 2) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ และ 3) ค่าไค-สแควร์ เป็นค่าที่มีความไวต่อการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจงแบบปกติหลายตัวแปร (Multivariate Normality) (Kline, 2005) ดังนั้นจึงพิจารณาดัชนีความกลมกลืนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุจากค่าอื่น พบว่าอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ทุกค่า แสดงรายละเอียดในตาราง 12

ตาราง 12 ค่าดัชนีความกลมกลืนที่ได้จากการวิเคราะห์ และดัชนีเปรียบเทียบโมเดล

ดัชนี	เกณฑ์	ค่าดัชนี ก่อนปรับ	ค่าดัชนี หลังปรับ	ผลการพิจารณา
SRMR	น้อยกว่า.08	0.11	0.078	ผ่าน
RMSEA	น้อยกว่า.08	0.07	0.072	ผ่าน
GFI	มากกว่า .90	0.89	0.97	ผ่าน
NFI	มากกว่า .90	0.95	0.96,	ผ่าน
CFI	มากกว่า.90	0.97	0.97	ผ่าน
χ^2 /df	ไม่เกิน5.0	4.3	3.35	ผ่าน

ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า แบบจำลองตามสมมติฐานการวิจัยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าดัชนีความสอดคล้อง SRMR = 0.078, RMSEA = 0.072, GFI = 0.97 (Absolute fit index); NFI = .97, CFI = 0.97 (comparative fit index); ไค-สแควร์สัมพันธ์ (χ^2 /df) = 3.35 (Parsimony Fit index) จึงสรุปได้ว่า แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และสามารถประมาณค่าขนาดอิทธิพลในแบบจำลองเป็นที่ยอมรับได้

ทั้งนี้ผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ได้แก่ ค่าอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวม แสดงรายละเอียดตามภาพประกอบ 13 ดังนี้



ภาพประกอบ 13 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

ตาราง 13 คะแนนมาตรฐานของผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อมและอิทธิพลรวมของแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

ตัวแปรเหตุ	ตัวแปรผล					
	สมรรถนะด้านวัฒนธรรม			พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE
ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม	0.22	-	0.22	-	0.14	0.14
เจตคติในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม	0.88	-	0.88	-	0.55	0.55
การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร	-	-	-	0.11	-	0.11
สมรรถนะด้านวัฒนธรรม	-	-	-	0.63	-	0.63
R^2	.50			.84		

DE = อิทธิพลทางตรง;(Direct effect) ; IE = อิทธิพลทางอ้อม;(Indirect effect); TE = อิทธิพลโดยรวม (Total effect)

ไค-สแควร์ (χ^2) 499.34 df 149,p =.00, SRMR = 0.078, RMSEA = 0.072, GFI = 0.97; NFI= .97 , CFI=0.97;PNFI = 0.75, (χ^2/df) = 3.35

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ห้ข้อมูล พบว่าตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลโดยรวมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม คือ สมรรถนะด้านวัฒนธรรม มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.63 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 รองลงมาคือ เจตคติในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยตัวแปรด้านสมรรถนะด้านวัฒนธรรม และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรเป็นอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม โดยการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ส่วนตัวแปรเจตคติในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมและประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ 0.55, 0.14 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

นอกจากนี้ตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม คือ ส่วนตัวแปรเจตคติในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมและประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.88, 0.22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สรุปผลการวิจัยระยะที่ 1 แบบจำลองเชิงสาเหตุตามสมมติฐานการวิจัยมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ SRMR = 0.078 RMSEA = 0.072 GFI=0.97 NFI =0.96 CFI = 0.97 AGFI=0.86 PNFI=0.75, ไค-สแควร์สัมพันธ์ (χ^2/df) = 3.35 ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม คือ สมรรถนะด้านวัฒนธรรม การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรมคือ เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม คือ เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ผลการวิเคราะห์พบว่าสมรรถนะด้านวัฒนธรรม การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมได้ร้อยละ 84 และเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมได้ร้อยละ 50 ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวจึงสนับสนุนสมมติฐานหลักของการวิจัย โดยมีผลการทดสอบตามสมมติฐานย่อย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยย่อยข้อที่ 1 สมรรถนะด้านวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรสมรรถนะด้านวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.63 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยย่อยข้อที่ 1

สมมติฐานการวิจัยย่อยข้อที่ 2 ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยย่อยข้อที่ 2

สมมติฐานการวิจัยย่อยข้อที่ 3 เจตคติการดูแลต่างวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.88 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยย่อยข้อที่ 3

สมมติฐานการวิจัยย่อยข้อที่ 4 เจตคติการดูแลต่างวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ไม่มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง ผลการวิจัยดังกล่าวจึงไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยย่อยข้อที่ 4

สมมติฐานการวิจัยย่อยข้อที่ 5 การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรไม่มีค่าสัมประสิทธิ์

อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ผลการวิจัยดังกล่าวจึงไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยย่อยข้อที่ 5

สมมติฐานการวิจัยย่อยข้อที่ 6 การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยย่อยข้อที่ 6

สมมติฐานการวิจัยย่อยข้อที่ 7 การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ไม่มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางอ้อม มีแต่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยย่อยข้อที่ 7

สมมติฐานการวิจัยย่อยข้อที่ 8 ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยผ่านสมรรถนะด้านวัฒนธรรมมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.14 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยย่อยข้อที่ 8

สมมติฐานการวิจัยย่อยข้อที่ 9 เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม โดยผ่านสมรรถนะด้านวัฒนธรรมมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยย่อยข้อที่ 9

ส่วนที่ 2 การเชื่อมโยงจากงานวิจัยเชิงปริมาณระยะที่ 1 เชื่อมโยงจากระยะที่ 2

จากข้อค้นพบงานวิจัยระยะที่ 1 พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่สำคัญที่สุดคือ สมรรถนะด้านวัฒนธรรม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดทฤษฎีเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาพัฒนาโปรแกรมการทดลองในงานวิจัยระยะที่ 2 นอกจากนี้ ยังพบว่าตัวแปรด้านเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงและมีอิทธิพลสูงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องนำตัวแปรเจตคติการดูแลต่างวัฒนธรรมเป็นตัวแปรร่วม ในการวิจัยศึกษาระยะนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดสมรรถนะทางวัฒนธรรมของบริการดูแลทางสุขภาพแคมพินฮา – บาโค (Joseph campinha – Bacote, 2002) มาพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมนำเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning) ของโคลบ์ (1984) และนำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom, 1956) มาบูรณาการเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามระดับลำดับขั้นเป็น

กระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนกระบวนการรู้คิดและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมต่อไป

ผลการวิจัยระยะที่ 2

งานวิจัยระยะที่ 2 เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ในการวิจัยระยะที่ 2 นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ระหว่างพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมและไม่ได้รับการฝึกอบรม ซึ่งตัวแปรสมรรถนะด้านวัฒนธรรมที่เป็นตัวแปรเชิงสาเหตุได้มาจากการวิจัยระยะที่ 1 ว่ามีผลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมหรือไม่ ระหว่างพยาบาลที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมกับพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร

- 1.1 ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง
- 1.2 ผลการวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 ดังนี้

2.1 พยาบาลที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์จะมีคะแนนสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมมากกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับโปรแกรมหลังการทดลองโดยใช้เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมเป็นตัวแปรร่วม

2.2 พยาบาลที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์จะมีคะแนนสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมมากกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับโปรแกรมระยะติดตามผล 1 เดือน โดยใช้เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมเป็นตัวแปรร่วม

ก่อนการนำเสนอ ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลความหมายของผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

\bar{X}	แทน	ค่าเฉลี่ย (Mean)
S.D.	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
n	แทน	จำนวนคน
df	แทน	องศาแห่งความอิสระ (Degree of freedom)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F-distribution
p	แทน	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (significant)
d	แทน	ค่าอิทธิพล (Effect size) แบบอิสระต่อกัน (Independent)

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร

ตาราง 14 จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม

ลักษณะกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	1	4.8	0	0	1	2.4
หญิง	20	95.2	21	100	41	97.6
อายุ						
20-30 ปี	14	66.7	19	90.5	33	78.6
31-40 ปี	5	23.8	1	4.8	6	14.3
41-50 ปี	2	9.5	1	4.8	3	7.1
ประสบการณ์						
ทำงาน						
1-5 ปี	2	9.5	5	23.8	7	16.7
6-10 ปี	2	9.5	1	4.8	3	7.1
11-15 ปี	4	19	1	4.8	5	11.9
มากกว่า 15 ปี	0	0	0	0	0	0
ศาสนา						
พุทธ	19	90.5	20	95.2	39	92.9
อิสลาม	2	9.5	1	4.8	3	7.1
แผนก						
OPD	12	57.1	0	0	12	28.6
IPD	8	42.9	21	100	30	71.4
ภาษา						
อังกฤษ	21	100	20	96.2	41	97.6
จีน	0	0	1	4.8	1	2.4

ตาราง 14 สรุปได้ว่าจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 97.6 มีอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 78.6 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงาน 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.3 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 92.9 ส่วนใหญ่ทำงานในแผนกผู้ป่วยในคิดเป็นร้อยละ 71.4 และ ส่วนใหญ่มีความสามารถใช้ภาษาอังกฤษ คิดเป็นร้อยละ 97.6

ตาราง 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรสมรรถนะด้านวัฒนธรรม และพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ก่อนการทดลอง

ตัวแปร	t-test independent					
	\bar{X}	SD	t	df	p	MD
สมรรถนะด้านวัฒนธรรมT1						
กลุ่มทดลอง	4.48	0.70	-.77	40	.44	-.15
กลุ่มควบคุม	4.63	0.50				
พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมT1						
กลุ่มทดลอง	3.69	1.20	-1.29	40	.20	-.43
กลุ่มควบคุม	4.12	0.96				

สรุปจากการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานพบว่า ค่าเฉลี่ยของตัวแปรสมรรถนะด้านวัฒนธรรม และพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 16 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรสมรรถนะด้านวัฒนธรรม และพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม จำแนกตามกลุ่มการทดลองและช่วงเวลาของการวัด

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (N=21)		กลุ่มควบคุม (N =21)		รวม(N=42)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1. สมรรถนะด้านวัฒนธรรม						
ก่อนทดลอง	4.48	0.70	4.63	0.50	4.55	0.60
หลังทดลอง	4.95	0.44	4.59	0.56	4.77	0.53
ติดตามผล 1 เดือน	5.43	0.29	4.42	0.60	4.92	0.69
2. พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม						
ก่อนทดลอง	3.69	1.20	4.12	0.96	3.90	1.09
หลังทดลอง	4.61	0.78	4.15	0.97	4.38	0.90
ติดตามผล 1 เดือน	5.24	0.62	4.13	1.01	4.68	1.00
3. เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม						
ก่อนทดลอง	4.58	0.43	4.50	0.43	4.54	0.43

ตาราง 16 เมื่อพิจารณาภาพรวมพบว่า สมรรถนะด้านวัฒนธรรม พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในระยะหลังทดลอง และติดตาม 1 เดือน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมกลุ่มควบคุมมีค่าไม่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตามผู้วิจัยไม่สามารถสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะด้านวัฒนธรรม พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม และเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมว่ามีความแตกต่างกันในภาพรวมและภาพย่อยได้ ต้องมีการทดสอบทางสถิติเพื่อยืนยันความแตกต่างและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดังจะกล่าวดังต่อไปนี้

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

2.1 การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

ก่อนการทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบสมมติฐาน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การแจกแจงของตัวแปรเป็นปกติกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้มีจำนวนกลุ่ม ทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน การตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล จึงใช้การตรวจสอบความเบ้และความโด่งของตัวแปร ตามแต่ละตัว ควบคู่ไปกับการใช้สถิติ Kolmogorov – Smirnov Test ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ตัวแปรสมรรถนะด้านวัฒนธรรม พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม และเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} > .05$) ดังนั้น จึงถือได้ว่าตัวแปรในแต่ละกลุ่มมีการแจกแจงเป็นปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

2) ความเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน แปรปรวนร่วม จากการตรวจสอบ โดยใช้ Box's M Test ในแต่ละกลุ่มตัวแปร พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงว่าตัวแปรสมรรถนะด้านวัฒนธรรม พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมมีความแปรปรวน แปรปรวนร่วมของตัวแปรตามในแต่ละกลุ่มแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม เมื่อตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวนของตัวแปรทุกตัวด้วยวิธี Levene's Test ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิเคราะห์พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ตัวแปรส่วนใหญ่มีความแปรปรวนเท่ากัน นอกจากนี้จากการที่มีกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากัน คือ กลุ่มละ 21 คน เมื่อพิจารณาคุณสมบัติของ Sphericity ของเมทริกซ์ความแปรปรวน แปรปรวนร่วม พบว่า ค่า Epsilon ซึ่งเป็นดัชนีสะท้อนความเบี่ยงเบนออกจากเงื่อนไขของ Sphericity เป็น 1.0 หรือเข้าใกล้ 1.0 ในกลุ่มตัวแปรที่เป็นปัญหาซึ่งถือว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการเท่ากันของความแปรปรวนแปรปรวนร่วม ดังนั้นผลการวิเคราะห์จึงถือว่ามีความน่าเชื่อถือมากพอแม้ว่า Box's M Test ละเมิดข้อตกลงนี้

3) การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม ดังตาราง 17 จากการวิเคราะห์ ค่าความสัมพันธ์ เพื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม พบว่า พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมในระยะก่อนการทดลองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมในระยะหลังการทดลอง ส่วนสมรรถนะด้านวัฒนธรรมในระยะหลังการทดลองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมในระยะหลังทดลอง และสมรรถนะด้านวัฒนธรรมในระยะติดตามผล 1 เดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมในอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นผู้วิจัย

จึงได้ควบคุมตัวแปรเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมในระยะก่อนการทดลอง โดยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุ (MANCOVA) เป็นสถิติทดสอบสมมติฐานที่ 1 และเลือกใช้การวัดซ้ำ(Repeated Measure ANOVA) เป็นสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานที่ 2 โดยนำตัวแปรเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมในระยะก่อนการทดลองมาเป็นตัวแปรร่วม (Covariate) เพื่อควบคุมความคลาดเคลื่อนตัวแปรที่ไม่ได้เป็นผลมาจากโปรแกรมผลการวิเคราะห์พบว่าตัวแปรเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรสมรรถนะด้านวัฒนธรรม และพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมดังนั้นผู้วิจัยไม่แสดงผลในตาราง

17

ตาราง 17 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในระยะก่อน-หลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือน

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1	1					
2	.810**	1				
3	.586**	.874**	1			
4	-.153	-.187	-.088	1		
5	.353*	.574**	.687**	.193	1	
6	.095	.505**	.734**	-.019	.723**	1

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

หมายเหตุ	1 พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม (วัดก่อนการทดลอง)	4 สมรรถนะด้านวัฒนธรรม (วัดก่อนการทดลอง)
	2 พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม (วัดหลังการทดลอง)	5 สมรรถนะด้านวัฒนธรรม (วัดหลังการทดลอง)
	3 พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม (วัดติดตามผล 1 เดือน)	6 สมรรถนะด้านวัฒนธรรม (วัดติดตามผล 1 เดือน)

4) ความเท่ากันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง จากการตรวจสอบพบว่า ในระยะก่อนทดลอง ตัวแปรสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้จึงต้องใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุ (Multivariate Analysis of Covariance: MANCOVA) โดยกำหนดให้เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมระยะก่อนทดลองมาเป็นตัวแปรร่วม (Covariate) และวิเคราะห์ด้วย Repeated Measures ANOVA เพื่อวัดความคงทนหลังได้รับโปรแกรมจัดกระทำ โดยศึกษาพฤติกรรมการ

ดูแลเชิงวัฒนธรรม และสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของพยาบาลหลังจากได้รับโปรแกรมติดตามผล 1 เดือน เนื่องจากตัวแปรภายในบุคคลคือ เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างชาติไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมดังนั้นจึงไม่นำตัวแปรเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างชาติเป็นตัวแปรร่วมในการวิเคราะห์ผลการวิจัย

กล่าวโดยสรุป ข้อมูลสำหรับการวิจัยนี้ ส่วนใหญ่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สถิติ ความแปรปรวนร่วมพหุ(One -Way MANCOVA) และวิเคราะห์ด้วย Repeated Measures ANOVA จึงนำไปสู่การทดสอบสมมติฐานได้ ซึ่งจะแยกเสนอตามสมมติฐาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลำดับต่อไป เป็นการนำเสนอผลการทดสอบสมมติฐาน ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม สมรรถนะด้านวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้

2.2 การทดสอบความแตกต่างของตัวแปรพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม สมรรถนะด้านวัฒนธรรม ระหว่างกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม และติดตามผล 1 เดือน

ตาราง 18 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยตัวแปรสมรรถนะด้านวัฒนธรรม และตัวแปรพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามช่วงเวลาที่ทำกรวัด โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
สมรรถนะด้านวัฒนธรรม					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	5.28	1	5.28	11.19 **	.002
ความคลาดเคลื่อน	18.87	40	.47		
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลา	2.90	1.38	2.09	7.74	.003
ช่วงเวลา x กลุ่ม	7.01	1.38	5.06	18.72**	.000
ความคลาดเคลื่อน	14.192	54.914	.258		
พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	4.49	1	4.49	1.85	.182
ความคลาดเคลื่อน	97.28	40	2.43		
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลา	12.95	1.63	7.95	59.03**	.000
ช่วงเวลา x กลุ่ม	12.58	1.63	7.73	57.37**	.000
ความคลาดเคลื่อน	8.77	65.15	.135		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์มีผลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมแต่ละช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ดังนั้นผู้วิจัยวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์มีประสิทธิผลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมเปรียบเทียบแต่ละช่วงเวลาหลังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังตาราง 19

ตาราง 19 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรสมรรถนะด้านวัฒนธรรม พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามช่วงเวลาของการวัด โดยวิธีการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่โดยใช้วิธี Bonferroni

ช่วงเวลาของการวัด	ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตามผล 1 เดือน
สมรรถนะด้านวัฒนธรรม			
กลุ่มทดลอง – กลุ่มควบคุม	-.145	.37*	1.01*
พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม			
กลุ่มทดลอง – กลุ่มควบคุม	-.436	.458	1.11*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์มีประสิทธิผลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลอง และติดตามผล 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในส่วนพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์มีประสิทธิผลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะเวลาติดตามผล 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ในช่วงระยะเวลาวัดหลังการทดลองทันทีพบว่าพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 20 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมและสมรรถนะด้านวัฒนธรรมแต่ละช่วงเวลาของการวัด จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิธีการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่โดยใช้วิธี Bonferroni

ช่วงเวลาของการวัด	ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย		
	T2-T1	T3-T2	T3-T1
สมรรถนะด้านวัฒนธรรม			
กลุ่มทดลอง	.47*	.48*	.95*
กลุ่มควบคุม	-.04	-.17	-.21
พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม			
กลุ่มทดลอง	.92*	.62*	1.6*
กลุ่มควบคุม	.03	-.02	.01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หมายเหตุ: เมื่อ T1 = ก่อนการทดลอง, T2 = หลังการทดลอง, T3 = ติดตามผล 1 เดือน

ตาราง 20 แสดงความแตกต่างของตัวแปรสมรรถนะด้านวัฒนธรรม พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 แต่ละช่วงเวลาตามวิธีการของ Bonferroni ได้แก่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะเวลาติดตามผล 1 เดือน

นอกจากนี้ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำพบว่าคะแนนเฉลี่ยตัวแปรสมรรถนะด้านวัฒนธรรม และพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม โดยพบว่าช่วงเวลาที่วัดหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน มีอิทธิพลต่อค่าเฉลี่ยของคะแนนมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรม และช่วงเวลาที่วัดทั้งก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน จากนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ตามวิธีการของ Bonferroni เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ระหว่างช่วงเวลา ดังตาราง 21

ตาราง 21 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของพฤติกรรม การดูแลเชิงวัฒนธรรม และสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ในการวัดระยะติดตามผล 1 เดือน

ตัวแปร	กลุ่ม	ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย (กลุ่มทดลอง – กลุ่มควบคุม)	d
สมรรถนะด้านวัฒนธรรม (T2)	กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม	.36	0.68
พฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรม (T3)	กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม	.46	0.51
สมรรถนะด้านวัฒนธรรม (T2)	กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม	1.01	1.45
พฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรม (T3)	กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม	1.11	1.11

หมายเหตุ: เมื่อ T2 = หลังการทดลอง, T3 = ติดตามผล 1 เดือน

ตาราง 21 พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับค่าเฉลี่ยของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรมหลังได้รับโปรแกรมการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยมีค่าอิทธิพลของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมหลังได้รับโปรแกรมจัดการกระทำวัดหลังการทดลองเท่ากับ 0.68 และค่าอิทธิพลของพฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรมหลังได้รับโปรแกรมจัดการกระทำวัดหลังการทดลองเท่ากับ 0.51 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลที่อยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่าเปรียบเทียบรายคู่ระดับสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรมของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีระดับค่าเฉลี่ยของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรมหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมวัดหลังจากติดตามผล 1 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยมีค่าอิทธิพลของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมหลังได้รับโปรแกรมจัดการกระทำวัดหลังติดตามผล 1 เดือนเท่ากับ 1.45 และค่าอิทธิพลของพฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรมหลังได้รับโปรแกรมจัดการกระทำวัดหลังติดตามผล 1 เดือนเท่ากับ 1.11 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลที่อยู่ในระดับสูง แสดงว่าระดับของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังติดตามผล 1 เดือน เป็นผลมาจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 จากผลการศึกษา พบว่า

สมมติฐานย่อยข้อที่ 2.1 พยาบาลที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์จะมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมมากกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับโปรแกรมหลังการทดลองโดยใช้เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมเป็นตัวแปรร่วม ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์จะมีคะแนนสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมมากกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับโปรแกรมหลังการทดลองโดยใช้เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมเป็นตัวแปรร่วม ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์มีประสิทธิผลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในส่วนพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์มีประสิทธิผลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองทันทีพบว่าพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยย่อยข้อที่ 2.1 บางส่วน

สมมติฐานย่อยข้อที่ 2.2 พยาบาลที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์จะมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมมากกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับโปรแกรมระยะติดตามผล 1 เดือนโดยใช้เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมเป็นตัวแปรร่วม ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์จะมีคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมมากกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับโปรแกรมหลังการทดลองโดยใช้เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมเป็นตัวแปรร่วมระยะติดตามผล 1 เดือน ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์มีประสิทธิผลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล 1 เดือนมีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สามารถสรุปผลการวิจัยทั้ง 2 ระยะตามสมมติฐานย่อยได้ดังนี้ แสดงในตาราง 22

ตาราง 22 ภาพรวมของผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐาน	ผลการทดสอบสมมติฐาน		
	ยืนยัน สมมติฐาน	ยืนยัน บางส่วน	ปฏิเสธ สมมติฐาน
1. สมรรถนะด้านวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม	✓		
2. ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม	✓		
3. เจตคติการดูแลต่างวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม	✓		
4. เจตคติการดูแลต่างวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม	✓		
5. การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม			✓
6. การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม	✓		
7. การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม			✓
8. ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม	✓		
9. เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม	✓		
10. พยาบาลที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์มีผลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม		✓	
มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการวัดระยะหลังการทดลอง			
11. พยาบาลที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์มีผลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม	✓		
มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการวัดระยะติดตามผล 1 เดือน			

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง อิทธิพลเชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชน นานาชาติ เขตกรุงเทพมหานคร โดยมีความมุ่งหมายเฉพาะของการวิจัยเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1) เพื่อตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และระยะที่ 2) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ผู้วิจัยจึงกำหนดสมมติฐานการวิจัยหลักของการวิจัยระยะที่ 1 คือ รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีสมมติฐานย่อย ดังนี้

- 1) สมรรถนะด้านวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม
- 2) ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม
- 3) เจตคติการดูแลต่างวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม
- 4) เจตคติการดูแลต่างวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม
- 5) การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม
- 6) การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม
- 7) การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยผ่านสมรรถนะด้านวัฒนธรรม
- 8) ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยผ่านสมรรถนะด้านวัฒนธรรม
- 9) เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม โดยผ่านสมรรถนะด้านวัฒนธรรม

สมมติฐานระยะที่ 2 คือ 1) สมมติฐานที่ 1 พยาบาลที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์จะมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมมากกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับโปรแกรมหลังการทดลอง โดยใช้เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมเป็นตัวแปรร่วม 2) สมมติฐานที่ 2 พยาบาลได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้าง

สมรรถนะด้านวัฒนธรรม เมื่อติดตามผล 1 เดือน หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการทดลองจะมีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมสูงกว่าพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาที่พยาบาลวิชาชีพผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมอย่างน้อย 1 ปี ปฏิบัติงานในหน่วยงานบริการผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่มีนโยบายหลักให้บริการลูกค้าต่างชาติ ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบชั้นตามสัดส่วน (Proportional stratified random sampling) และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (Proportional stratified random sampling) จำนวน 451 คน สำหรับการวิจัยระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 42 คน

ในระยะที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัยสำหรับวัดตัวแปรต่าง ๆ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 6 ชุดประกอบด้วย ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามคุณลักษณะแต่ละบุคคล ชุดที่ 2 - 6 เป็นแบบวัดเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร มีดังนี้ 1) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในแบบแอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.93 ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.42-0.79 ค่าวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอยู่ระหว่าง 0.26 - 0.67 2) การวัดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในแบบแอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.35 - 0.77 ค่าวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอยู่ระหว่าง 0.32- 0.72 3) การวัดประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในแบบแอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.90 ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.54 - 0.86 ค่าวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอยู่ระหว่าง 0.53 - 0.98 4) การวัดเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในแบบแอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.70 ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.42 - 0.72 ค่าวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอยู่ระหว่าง 0.27 - 0.92 5) การวัดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในแบบแอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.96 ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.56 - 0.86 ค่าวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอยู่ระหว่าง 0.29 - 0.64

ในการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการวัดตัวแปร เป็นเครื่องมือเดียวกันกับการวิจัยระยะที่ 1 และพัฒนาโปรแกรมเป็นเครื่องมือในการทดลอง เครื่องมือหลักที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ การพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้อง มีหลายแนวคิดนำมาสร้างโปรแกรม เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ทั้ง 5 องค์ประกอบ โดยใช้เทคนิคการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์ (Experiential Learning) แล้ว ร่วมกับการใช้ข้อมูลจากงานวิจัยระยะที่ 1 พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่สำคัญที่สุดคือ สมรรถนะด้านวัฒนธรรม ดังนั้นผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการทดลองโดยพัฒนาเสริมสร้างให้พยาบาลเป็นผู้มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม โดยนำแนวคิดทฤษฎีเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบในการประยุกต์ให้เกิดกระบวนการเรียนรู้แนวคิดทฤษฎีนำมาใช้บูรณาการได้แก่ 1) ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom, 1956) เพื่อให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้เป็นตามลำดับขั้นที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนกระบวนการรู้คิดและพฤติกรรมต่อไป 2) เทคนิคการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์ (Experiential Learning) ของโคลบ์ (Kolb, 1984) 3) แนวคิดสมรรถนะทางวัฒนธรรมของบริการดูแลทางสุขภาพแคมพินฮา – บาโค (Joseph campinha – bacote, 2002) เพื่อมุ่งหมายให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความคิด ความเชื่อ พฤติกรรม และความปรารถนาเป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 10 สัปดาห์ มีทั้งหมด 5 กิจกรรม และติดตามผลระยะเวลา 1 เดือน โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมในแต่ละครั้ง 2-3 ชั่วโมง รวมเป็น 13 ชั่วโมง

สรุปผลการวิจัย ระยะที่ 1

จากการวิจัย สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. จากวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 ผลการวิจัยประกอบด้วย

1.1 ผลการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ภายหลังจากแก้ไขแบบจำลอง โดยการปรับแก้ให้มีความคลาดเคลื่อนในตัวแปรสังเกตบางตัว ซึ่งเป็นไปตามภาพธรรมชาติของตัวแปรต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กันได้ พบว่า แบบจำลองภายหลังจากปรับแก้มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยค่าดัชนีวัดความสอดคล้องมีค่าดีขึ้น โดยกลุ่ม Absolute fit index พบว่า ค่าดัชนีความ

สถดค ค ลั อก SRMR = 0.078, RMSEA = 0.072, GFI = 0.97 (Good fit index); NFI= .97 , CFI=0.97 (Comparative Fit Index); ไค-สแควร์สัมพันธ์ (χ^2 /df) = 3.35 (Parsimony Fit Index) จึงสรุปได้ว่า แบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และสามารถประมาณค่าขนาดอิทธิพลในแบบจำลองเป็นที่ยอมรับได้ ตามกลุ่ม Good fit index, Comparative fit index, Parsimony fit index ถือว่าเป็นการยอมรับตามสมมติฐานที่ 1

1.2 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อตัวแปรผลในแบบจำลองตามที่ได้ กำหนดเป็นสมมติฐานการวิจัย

ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม สามารถสรุปตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

1. สมรรถนะด้านวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.63 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

2. ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

3. เจตคติการดูแลต่างวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.88 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

4. เจตคติการดูแลต่างวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ไม่มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง ผลการวิจัยดังกล่าวจึงไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

5. การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรไม่มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ผลการวิจัยดังกล่าวจึงไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

6. การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

7. การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ไม่มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางอ้อม มีแต่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

8. ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยผ่านสมรรถนะด้านวัฒนธรรมมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.14 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

9. เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม โดยผ่านสมรรถนะด้านวัฒนธรรมมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

จากผลการวิเคราะห์ทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลโดยรวม (Total effect) ต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมคือ สมรรถนะด้านวัฒนธรรมมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.63 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รองลงมาคือ การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม และเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านสมรรถนะด้านวัฒนธรรม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.22 และ 0.88 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมและเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยผ่านสมรรถนะด้านวัฒนธรรมมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.14, 0.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นในการสรุปผลการวิจัยในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้เลือกใช้รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตามสมมติฐาน ซึ่งมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์และสามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงทฤษฎีได้เหมาะสมกว่าเป็นโมเดลในการสรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย ระยะที่ 2

จากการวิจัยระยะที่ 2 สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. พยาบาลที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์จะมีคะแนนสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมมากกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับโปรแกรมหลังการทดลองโดยใช้เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมเป็นตัวแปรร่วมผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 1 บางส่วน

2. พยาบาลที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์จะมีคะแนนสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

มากกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับโปรแกรมระยะติดตามผล 1 เดือน โดยใช้เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมเป็นตัวแปรร่วมผลการวิจัยสอดคล้องตามสมมติฐานที่ 2

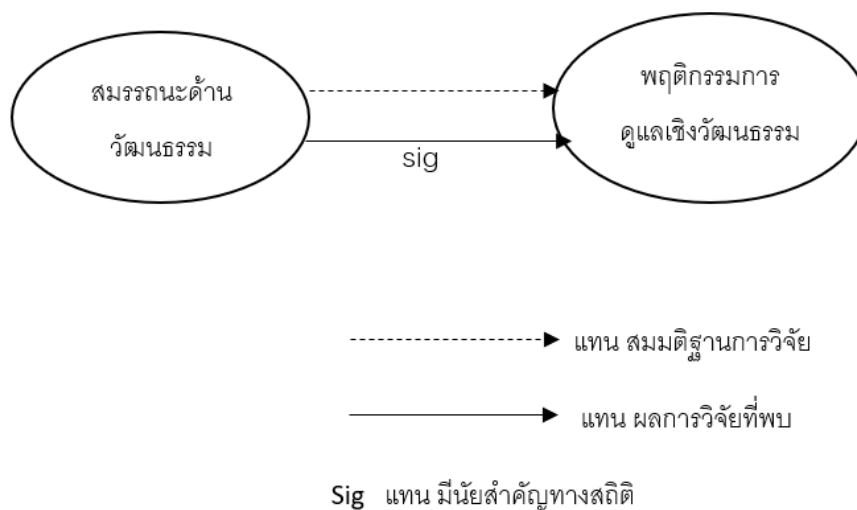
การอภิปรายผลการวิจัย ระยะที่ 1

ข้อค้นพบจากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถแยกอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมตามสมมติฐานการวิจัยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ระดับดี ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตามสมมติฐานการวิจัยมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เนื่องจากค่าดัชนีมากกว่าเกณฑ์การตัดสินความสอดคล้องที่กำหนดได้แก่ SRMR = 0.078(<0.8), RMSEA = 0.072(<0.8), GFI = 0.97(>.90); NFI= .97(>.90) , CFI=0.97(>.90), ไค-สแควร์สัมพันธ์ (χ^2 /df) = 3.35 (Parsimony Fit Index) ยกเว้นไคสแควร์ (χ^2) 499.34, df 149, p =.00, มีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าไคสแควร์เป็นค่าสถิติที่ได้รับอิทธิพลจากขนาดตัวอย่างและจำนวนพารามิเตอร์ ได้ง่าย ยิ่งขนาดตัวอย่างหรือจำนวนพารามิเตอร์ของแบบจำลองมีมาก ไคสแควร์ก็อาจจะมีความสำคัญ แม้ว่าแบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลก็ตาม ดังนั้นจึงพิจารณาจากค่า ไค-สแควร์สัมพันธ์ (χ^2 /df) ซึ่งเป็นค่าดัชนีวัดความกลมกลืนแบบสมบูรณ์ (Absolute Fit Index) เมื่อพิจารณา SRMR = 0.078 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.8 ถือว่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ GFI = 0.97 ซึ่งมากกว่า >.90 ถือว่าอยู่ในระดับยอมรับได้ และ RMSEA = 0.072 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.8 ถือว่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ซึ่งเป็นค่าดัชนีวัดความกลมกลืนเปรียบเทียบ (comparative Fit Index) พบว่า NFI = 0.97 ซึ่งมากกว่า 0.90, CFI = 0.97 ซึ่งมากกว่า 0.90 ถือว่าอยู่ในระดับยอมรับได้ จากค่าดัชนีดังกล่าว จึงสรุปได้ว่าโมเดลโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ตามสมมติฐานที่ได้ทำการทดสอบสมมติฐานการวิจัยย่อยข้อที่ 1-9

สมมติฐานการวิจัยที่ 1.1 สมรรถนะด้านวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะด้านวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.63 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

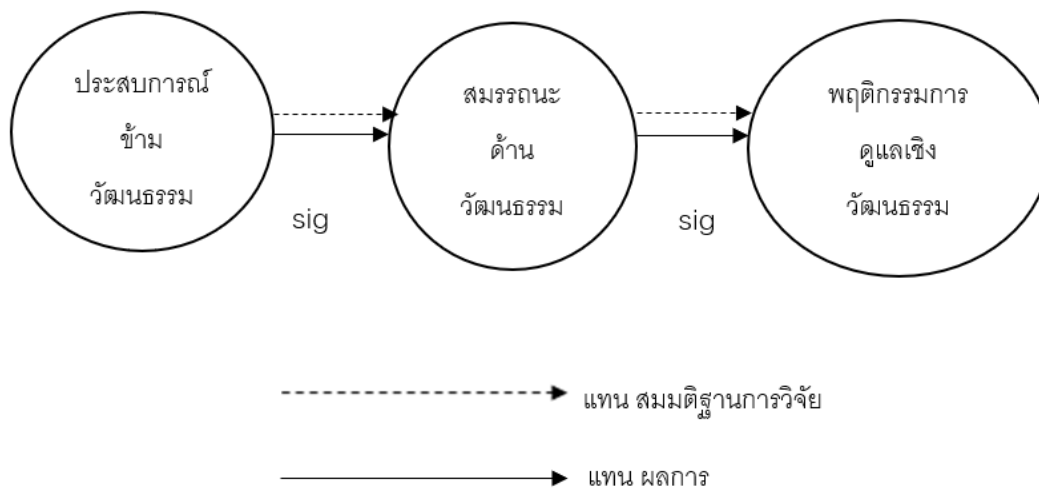


ภาพประกอบ 14 สมมติฐานการวิจัยที่ 1.1 และผลการวิจัย

จากผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า พยาบาลที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมซึ่งประกอบด้วย การตระหนักรู้ด้านวัฒนธรรม ความสามารถในการประยุกต์ความรู้ทางวัฒนธรรม ความสามารถในการประเมินด้านวัฒนธรรม การติดต่อสื่อสารทางวัฒนธรรม ความปรารถนาทางวัฒนธรรมอยู่ในระดับมากขึ้นเท่าใด ย่อมส่งผลให้พยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมสอดคล้องกับแนวคิดสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของ Vazquez's (2009) กล่าวว่าสมรรถนะด้านวัฒนธรรมเป็นชุดของความรู้และทักษะซึ่งช่วยให้บุคคลผูกพันกับสิ่งแวดล้อมหลากหลายวัฒนธรรม แบ่งองค์ประกอบได้ดังนี้คือ ความตระหนักรู้ ความเชื่อ ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และการปฏิบัติแบบวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเคียมเมท (Kiyemet, 2011) พบว่าสมรรถนะของอาจารย์มีผลต่อค่านิยม พฤติกรรม การสื่อสาร เป้าหมาย และเทคนิคการจัดการเรียนรู้ อีกทั้งงานวิจัยของปัญญา ประดิษฐ์บุทกา (2556) พบว่าสมรรถนะของอาจารย์มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมจัดการเรียนรู้แบบวิจัยเป็นฐาน มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.39 ($\beta = .39$, $p < .05$) อีกทั้งสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (2008) กล่าวว่าการทำงานที่บุคคลจะมีพฤติกรรมในการทำงานอย่างใดขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของบุคคล ได้แก่ ความรู้ (Knowledge) และทักษะ (Skill) นอกจากนี้ยังต้องมีการแสดงบทบาทภายนอกต่อสังคม ทักษะคิดต่อตนเอง อุปนิสัย และแรงจูงใจ ดังนั้นเมื่อพยาบาลมีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมจะแสดงออกเป็นผู้ที่มีพฤติกรรม การดูแลเชิงวัฒนธรรม

สมมติฐานการวิจัยที่ 1.2 ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม และ สมมติฐานการวิจัยที่ 1.8 ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยผ่านสมรรถนะด้านวัฒนธรรม

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยผ่านสมรรถนะด้านวัฒนธรรมค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.14 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1



ภาพประกอบ 15 สมมติฐานการวิจัยที่ 1.2 และผลการวิจัย

จากผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมจะมีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมจากการศึกษาและเรียนรู้ภาษาต่างชาติ 2) ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมการทำงาน 3) ประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมจากการอาศัยหรือท่องเที่ยวต่างประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของครุฑ เอสาซิโอ แบกแตง และโคเล็ต (Cruz, Esacio, Bagtang, & Colet, 2016) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายสมรรถนะของนักเรียนพยาบาลประเทศฟิลิปปินส์ ได้แก่ ปัจจัยด้านเคยอบรมเกี่ยวกับความหลากหลายวัฒนธรรมมาก่อน ปัจจัยด้านการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีประชาชนต่างเชื้อชาติศาสนา ปัจจัยด้านการศึกษาระดับการเรียนปี 3 และปี 4 ปัจจัยด้านการ

เคยดูแลผู้ป่วยหลากหลายวัฒนธรรม และปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยที่เป็นประชากรเฉพาะกลุ่ม ดังนั้นจะเห็นว่าการที่พยาบาลเคยมีประสบการณ์ในการอบรม เรียนภาษาต่างประเทศ ทำงานท่องเที่ยวหรืออาศัยในต่างประเทศจะทำให้มีความรู้ความเข้าใจในความแตกต่างด้านวัฒนธรรม ด้านต่าง ๆ เช่น วิถีชีวิต ประเพณี ความเชื่อด้านสุขภาพ แนวทางปฏิบัติทางศาสนาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดูนาแกน คิมเบิล กันบี้ และแอนดรู (Dunagan, Kimble, Gunby, & Andrew, 2014) พบว่าประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.21 ($\beta = 0.21, p < 0.05$) และพบว่าประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมไม่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม นอกจากนี้จากการศึกษาของโลเปส-เมอफी (Lopes- Murphy & Murphy, 2016) พบว่าประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมของครูมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ($r = 0.39, p \leq 0.00001$) ผู้วิจัยทบทวนแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (1986) ที่กล่าวถึงการที่บุคคลมีประสบการณ์ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) เป็นวิธีหนึ่งของการพัฒนาการรับรู้ความสามารถที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เป็นประสบการณ์โดยตรงที่บุคคลได้รับ ทำให้เขาเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้พร้อมๆกับการทำให้บุคคลรับรู้ว่าเขามีความสามารถ ซึ่งจะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกฝนมานั้น (ประทีป จินิจ, 2540: 11 อ้างถึงใน Ebans, 1989) นอกจากนี้แนวคิดของบลูม (Bloom & et al, 1956) กล่าวว่า การเรียนรู้คือกระบวนการของประสบการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นเมื่อพยาบาลได้รับการอบรมการเรียนการทำงาน การท่องเที่ยวและอาศัยอยู่ต่างประเทศ ทำให้มีการพัฒนาทักษะต่างๆ เช่น การสื่อสารภาษาต่างประเทศ มีความรู้และเข้าใจวัฒนธรรม วิถีชีวิต แบบแผนการดำเนินชีวิต และหลักปฏิบัติทางศาสนา ส่งผลให้พยาบาลมีความรู้และทักษะในการประเมินความต้องการของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม จนกลายเป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม เมื่อพยาบาลมีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเชิงวัฒนธรรม (Leininger & McFafland, 2006)

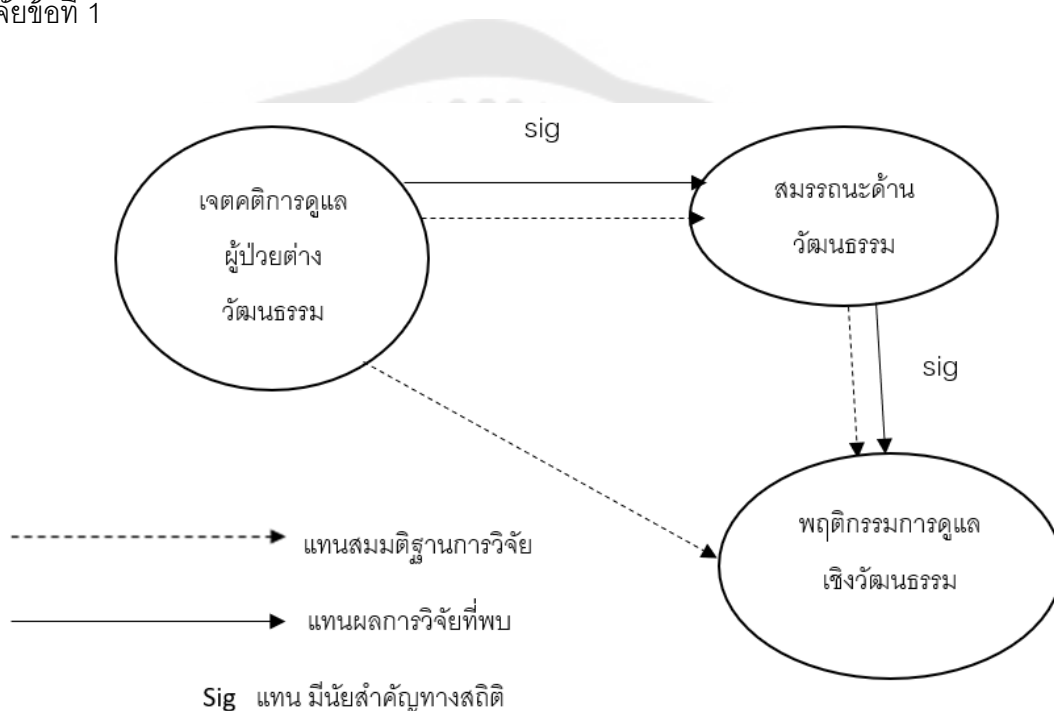
สมมติฐานการวิจัยที่ 1.3 เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม

สมมติฐานการวิจัยที่ 1.4 เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

สมมติฐานการวิจัยที่ 1.9 เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม โดยผ่านสมรรถนะด้านวัฒนธรรม

ผลการวิจัยพบว่า เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.88 เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม โดยผ่านสมรรถนะด้านวัฒนธรรมมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ไม่มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง ผลการวิจัยดังกล่าวจึงไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1



ภาพประกอบ 16 สมมติฐานการวิจัยที่ 1.3 1.4 1.9 และผลการวิจัย

จากผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยผ่านสมรรถนะด้านวัฒนธรรม กล่าวคือการที่พยาบาลมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ด้านความรู้คิดเชิงประเมินค่าต่อการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมว่ามีประโยชน์ มีข้อดีอย่างไร มากหรือน้อยเพียงใด ด้านความรู้สึกพอใจของพยาบาลที่มีความรู้สึกชอบพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม เป็นสิ่งที่ เป็นประโยชน์ ทำให้มีพฤติกรรมการแสดงออกในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม มีความเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว การมี

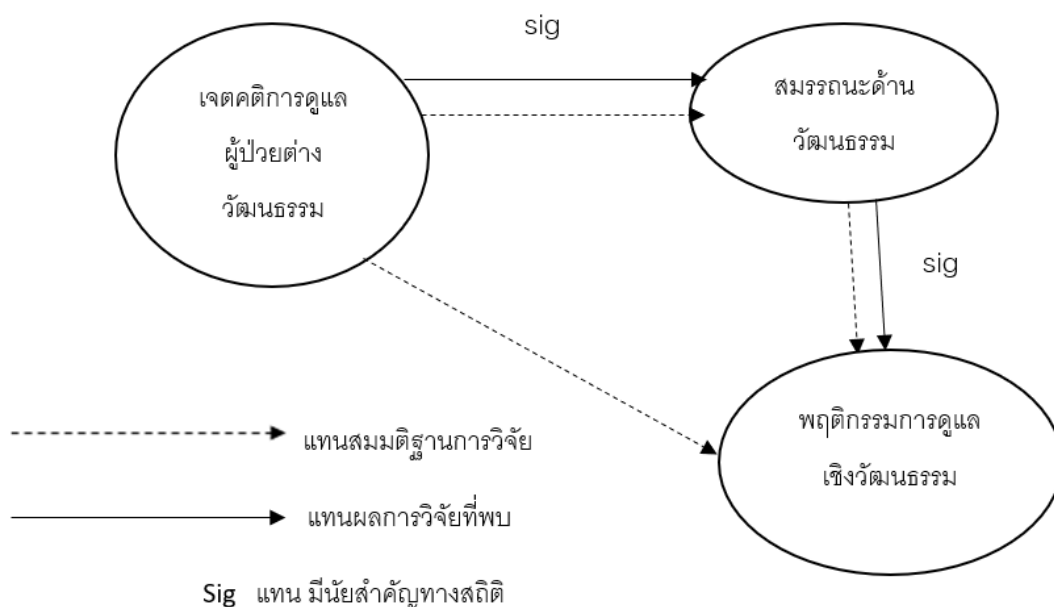
สัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย การช่วยเหลือ ประสานงาน เอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานมีคุณภาพ ปลอดภัย มีความพึงพอใจ สอดคล้องกับจากงานวิจัยของบาลคาซาร์ ซูเรส-บาลคาซาร์ และเทเลอร์-ริทซ์เซอร์ (Balcazar, Suarez-Balcazar, & Taylor-Ritzler, 2009) ได้ศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะด้านวัฒนธรรมพบว่ามี 4 องค์ประกอบได้แก่ 1) การตระหนักรู้ (Critical awareness) 2) ความรู้ทางวัฒนธรรม (Cultural knowledge) 3) พัฒนาทักษะ (Skill development) 4) การปฏิบัติ/การนำไปใช้ (Practice/Application) โดยการใช้แนวคิดความรู้ เจตคติ และปฏิบัติ (Knowledge Attitude and Practice: KAP) เนื่องจากแนวคิดนี้เชื่อว่าความรู้ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงเจตคติในทางที่ดี โดยมีการศึกษาของ Jones, Cason, & Bond (2004) ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างความรู้ เจตคติ ทักษะ ของกลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าของหน้าที่ในระบบสุขภาพ ในประเทศอเมริกาที่มีเชื้อชาติแตกต่างกันได้แก่ สเปน โปรตุเกส แอฟริกา และเอเชีย พบว่ามีระดับความรู้ เจตคติ และทักษะแตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลที่มีความแตกต่างในเชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม หลักศาสนา ส่งผลให้มีเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมแตกต่างกัน ทำให้มีผลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมในการดูแลเชิงวัฒนธรรม โดยเจตคติส่งผลต่อการพัฒนาตนเองให้มีความสามารถและทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วย หากมีเจตคติที่ดีจะพยายามเรียนรู้ฝึกฝนตนเองในการสื่อสารทั้งด้านวจนะภาษาและอวจนะภาษา การเตรียมล่าม แปลภาษา เรียนรู้วัฒนธรรมชนบประเพณี แนวทางปฏิบัติทางศาสนามีความตั้งใจและเต็มใจให้บริการผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมสอดคล้องกับแนวคิดของสมรรถนะของอัจฉรา หล่อตระกูล (2557) อธิบายถึงการแสดงออกทางพฤติกรรมแล้วมีผลต่อความสำเร็จของงาน เป็นคุณลักษณะที่ประกอบขึ้นจากความรู้ ทักษะ ความสามารถ เจตคติ ค่านิยม แรงจูงใจ รวมถึงคุณลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงออกทางพฤติกรรม ดังนั้นเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

สมมติฐานการวิจัยที่ 1.5 การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม

สมมติฐานการวิจัยที่ 1.6 และ 1.7 การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยดังกล่าวจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม และทางอ้อมต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ดังนั้นผลการวิจัยดังกล่าวจึงไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1



ภาพประกอบ 17 สมมติฐานการวิจัยที่ 1.5 1.6 1.7 และผลการวิจัย

จากผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรเป็นเจตคติของพนักงานที่มีต่อองค์กรว่า องค์กรให้การดูแลเอาใจใส่ต่อความเป็นอยู่ของบุคลากรรวมทั้งการฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรให้มีความเจริญก้าวหน้า หากพยาบาลได้รับค่าตอบแทน สนับสนุนช่วยเหลือในการบริการผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมจะทำให้พยาบาลมีพฤติกรรมกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม สอดคล้องกับงานวิจัยของบุญทวารวณ วิงวอนและมนตรี พิริยะกุล (2553) พบว่าการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ระหว่างพนักงานและองค์กร หากพนักงานรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรจะมีความผูกพันและมีแรงจูงใจในการทำงานทำให้การปฏิบัติงานดีและมีความผูกพันกับองค์กร และพนักงานมีพฤติกรรมการเป็นพนักงานที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัย ฉันทะ จันทะเสนา (2559) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร พบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดี ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.67 ($\beta = 0.67$, $p < 0.001$) การศึกษาของ Olausson & Renzaho (2016) ศึกษาองค์ประกอบของโมเดลเกี่ยวกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ (Cultural competence care) ในผู้อพยพที่ไร้

ความสามารถพบว่า การมีแหล่งประโยชน์และเทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพียงพอเป็นองค์ประกอบขององค์กรสนับสนุน การได้รับฝึกอบรมพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมที่มีประสิทธิภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรวิชาชีพ แต่ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม แต่การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและไม่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมไม่สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่ผ่านมา เนื่องจาก ผู้วิจัยอภิปรายผลจากผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่พยาบาลมีความสามารถใช้ภาษาอังกฤษได้ร้อยละ 91.8 เอกสารความรู้สำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเพียง 2 ภาษาคือภาษาไทยและอังกฤษ แต่มีผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นชาวอาหรับ พม่า และอื่นๆ ที่ไม่สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาอังกฤษ ซึ่งไม่เพียงพอที่จะสนับสนุนในการให้ความรู้ข้อมูลกับผู้ป่วย หากในองค์กรมีจำนวนล่ามไม่เพียงพอในการบริการผู้ป่วยจะทำให้การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความขัดแย้งคับข้องใจ ส่วนพยาบาลผู้ให้การดูแลเครียด วิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยต้องการข้อมูลก่อนที่จะตัดสินใจเลือกการรักษาดูแลจากบุคลากรสุขภาพ ซึ่งผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของอัน (Ahn, 2017) ซึ่งมีข้อค้นพบว่าการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลทางตรงกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.12 ($\beta = 0.12, p < .025$) และงานวิจัยของปัญญา ประดิษฐ์บาท (2556) พบว่า การรับรู้สนับสนุนจากมหาวิทยาลัยมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมผ่านความพึงพอใจในงาน มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.08 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้วิจัยอธิบายจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) โดยแนวคิดพื้นฐานของการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1986) เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยสภาพแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล โดยรวมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) โดยการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรเป็นตัวแปรปัจจัยสภาพแวดล้อม ดังนั้นข้อค้นพบงานวิจัยเรื่องนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ดังนั้นหากพยาบาลได้รับการสนับสนุนจากองค์กรในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมด้านต่างๆ ได้แก่ ค่าตอบแทน ความก้าวหน้า บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ในการให้ข้อมูลผู้ป่วย จะส่งผลให้พยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่ดี หากองค์กรสนับสนุนให้พยาบาลได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม และการเรียนรู้ภาษาต่างประเทศ ทำให้พยาบาลได้รับการพัฒนาให้มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม เพื่อให้พยาบาลกลายเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเชิงวัฒนธรรม

อภิปรายผลการวิจัย ระยะที่ 2 ตามสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 พยาบาลที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมมากกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับโปรแกรมหลังทดลอง

สมมติฐานที่ 2 พยาบาลที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมมากกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับโปรแกรมในการวัดระยะติดตามผล 1 เดือน เป็นการวัดความคงทนของโปรแกรมจัดกระทำที่ผลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

จากผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานพบว่า พยาบาลที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมมากกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับโปรแกรมหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 1 โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุ (MANCOVA) สำหรับการเปลี่ยนแปลงระดับคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมพบว่าพยาบาลที่ได้รับโปรแกรมแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์มีประสิทธิผลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สำหรับผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุ (MANCOVA) ของสมรรถนะด้านวัฒนธรรม พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมจัดกระทำกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมโดยใช้คะแนนเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม พบว่าอิทธิพลหลักของการทดลองคือ โปรแกรมจัดกระทำ(กลุ่มทดลอง – กลุ่มควบคุม) มีผลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรม พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 (Wilks' Lambda = .300, F = 21.047 p<0.0001) แสดงว่าโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้ด้วยประสบการณ์มีประสิทธิผลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ซึ่งแสดงว่าโปรแกรมนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดของ ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ โคลบ์ (Poore, Cullen, & Schaar, 2014, อ้างถึงใน Kolb, 1984) แนวคิดสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของแคมพินฮา- บาโคท (Campinha – Bacote, 2002) เป็นรูปแบบกิจกรรมที่ใช้เทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม โดยจากผลการวิจัยที่ได้จากงานวิจัยระยะที่

1 ที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมคือ สมรรถนะด้านวัฒนธรรมและประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมโดยผ่านสมรรถนะด้านวัฒนธรรม อธิบายโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา(Bandura, 1986) โดยนำเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์ เป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมให้กลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรเป็นปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมโดยจัดตารางเวลาให้กลุ่มทดลองได้รับการอบรมตามกำหนดเวลา

จากผลการวิจัยสรุปว่าโปรแกรมสามารถเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของกลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมและติดตามผลระยะเวลา 1 เดือนกลุ่มทดลองมีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมเพิ่มขึ้น แสดงว่าโปรแกรมมีความคงทน แสดงถึงพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความปรารถนาที่จะพัฒนาตนเองให้เป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและมีพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม และจากการศึกษางานวิจัยระยะที่ 1 พบว่าเจตคติมีอิทธิพลสูงต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.88 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังนั้นผู้วิจัยนำเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมเป็นตัวแปรร่วมเพื่อควบคุมอิทธิพลที่มีผลต่อตัวแปรที่ต้องการศึกษาคือสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม สอดคล้องกับการศึกษาของเอลเลน (Allen, 2010) ประสบการณ์จริงทางคลินิกและประสบการณ์ชีวิตมีผลให้นักเรียนได้พัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม และช่วยให้พัฒนาเจตคติทางบวกต่อการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ซึ่งสมรรถนะด้านการตระหนักรู้เป็นสมรรถนะแรกที่จะลดความอคติ ลำเอียงของพยาบาลในการให้การพยาบาลสอดคล้องกับความต้องการผู้ป่วยและมีความเต็มใจภูมิใจในการพัฒนาตนเองเป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่าหลังจากพยาบาลเข้าร่วมโปรแกรม ทำให้พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมดีขึ้นแต่พฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อวัดหลังทดลองทันที

ผู้วิจัยศึกษาพบว่าผลงานวิจัยครั้งนี้แตกต่างกับงานวิจัยของ Lin, Chang, Wang, & Huang(2015) พบว่าหลักสูตรสมรรถนะด้านวัฒนธรรมสำหรับนักศึกษาพยาบาลในประเทศไต้หวันหลังได้รับการอบรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ระยะติดตามผล 6 - 8 เดือนคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมไม่แตกต่างกันเนื่องจากกลุ่มทดลองเปลี่ยนไปเป็นพยาบาลวิชาชีพอาจทำให้ลด

ความกระตือรือร้นเมื่อเริ่มทำงานเนื่องจากงานไม่สัมพันธ์กับกิจกรรมที่ได้รับ จะเห็นว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างและสถานการณ์สภาพแวดล้อมของงานวิจัยมีความแตกต่างกันทำให้ผลการวิจัยที่ศึกษาแตกต่างกัน จากผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมไม่เปลี่ยนแปลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมสามารถอธิบายได้โดยนำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Bandura, 1977) เกี่ยวกับการเรียนรู้มีที่ศนะว่า การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นต้องแสดงออกมาทันทีแต่การเรียนรู้เป็นการได้มาซึ่งความรู้ใหม่ (Acquired new knowledge) ซึ่งยังไม่จำเป็นต้องแสดงออกมาให้เห็น แต่ถ้าแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมภายนอกก็เป็นการยืนยันว่าเกิดการเรียนรู้อันที่แบนดูราเชื่อเช่นนี้เพราะเขาเน้นการเรียนรู้ที่เกิดจากการสังเกตตัวแบบหรือการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observation Learning) เมื่อบุคคลสังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมต่างๆ ก็จะจดจำพฤติกรรมต่างๆ ของตัวแบบเอาไว้ แต่มิได้แสดงพฤติกรรมตามตัวแบบในทันทีทันใด ต่อมาเมื่อมีโอกาสจึงได้แสดงพฤติกรรมนั้นออกมา กิจกรรมในโปรแกรมจัดกระทำในการวิจัยครั้งนี้จะมีการแสดงบทบาทสมมติ การศึกษารายกรณี การเล่นเกมส์ การชมวีดีทัศน์ การสื่อสารทางวงจระภาษา และอวจนะภาษา เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเรียนรู้ สะท้อนคิด แสดงความคิดเห็น สรุปเป็นความคิดรวบยอดและวางแผนการนำไปใช้ในสถานการณ์จริงเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

สรุปโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์มีผลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม และมีคงทนของพฤติกรรม ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผลการศึกษามีความแตกต่างกับการศึกษาของ Lin, Chang, Wang, & Huang (2015) ในกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนพยาบาล เนื่องจากขณะติดตามผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมลดลงหลังจากจบโปรแกรม

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

1. การดำเนินการโปรแกรมครั้งนี้จัดกระทำกับพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลเอกชนนานาชาติเพียงหนึ่งแห่งในเขตกรุงเทพมหานครเท่านั้น
2. ในการวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์

1. จากผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า “สมรรถนะด้านวัฒนธรรม” เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ดังนั้นฝ่ายพัฒนาอบรมพยาบาลขององค์กรที่ให้บริการลูกค้าต่างประเทศควรพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมโดยเสริมสร้างให้พยาบาลมีประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรมและเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม โดยมีการฝึกประสบการณ์จริงทางคลินิก พัฒนาการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยต่างชาติ เพื่อให้พยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่ดี โดยนำไปรวมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์ไปปรับใช้ในการอบรมให้เหมาะสมกับบริบทในองค์กร

2. จากผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า การรับรู้ขององค์กรสนับสนุน เป็นปัจจัยด้านสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ดังนั้นองค์กรควรให้การสนับสนุนในด้านการอบรมอุปกรณ์ ค่าตอบแทนเพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการให้การดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม เนื่องจากต้องใช้ความสามารถพัฒนาตนเองให้มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและต้องการแหล่งประโยชน์จากองค์กร เช่น การมีค่ามออย่างเพียงพอ การสื่อสารผ่านล่าม เอกสารให้ความรู้ภาษาต่างๆ การมีแหล่งเรียนรู้ที่สามารถนำไปศึกษาเพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

3. จากผลการวิจัยระยะที่ 2 แสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม เทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นกลวิธีการเรียนรู้ การนำประสบการณ์จริงมาเรียนรู้และสะท้อนคิดเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ การเรียนรู้ใหม่จากการสังเกตจากตัวอย่างในขณะเข้าร่วมโปรแกรม ดังนั้นหากนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของพยาบาล ควรคำนึงถึงกิจกรรม ระยะเวลา การวัดประเมินผล และบริบทขององค์กรว่าผู้ป่วยที่ดูแลเป็นชนชาติใด เพื่อปรับสถานการณ์ตัวอย่างจากประสบการณ์ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยและสะท้อนคิดโดยใช้คำถามซึ่งผู้ดำเนินกิจกรรมมีบทบาทในการกระตุ้นผู้เข้าร่วมกิจกรรมในการแสดงความคิดเห็นและสรุปรวบรวมเพื่อให้เกิดข้อสรุปที่จะนำไปปรับใช้ต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. สำหรับผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล อาจพิจารณาให้การสนับสนุนด้านสื่อสาร การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย พิจารณาค่าตอบแทน การพิจารณาความก้าวหน้าในตำแหน่งการทำงาน การให้ค่ามออย่างเพียงพอ เพื่อให้พยาบาลมีขวัญกำลังใจ มีเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ส่งเสริมให้มีการพัฒนาตนเองให้มีพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

2. สำหรับฝ่ายพัฒนาบุคลากร อาจนำโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการปฐมนิเทศพยาบาลใหม่เพื่อเตรียมความพร้อมให้พยาบาลใหม่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมในโรงพยาบาลเอกชน นานาชาติ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ในระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณด้วยวิธีการวิเคราะห์ตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ อาจเป็นข้อจำกัดที่อธิบายได้เฉพาะอิทธิพลความเป็นเหตุเป็นผลเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้การวิจัยเชิงปริมาณนั้นเป็นการอธิบายความเป็นเหตุและผลของตัวแปรที่ชัดเจน ว่าตัวแปรใดเป็นสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลเชิงพฤติกรรมแต่อาจจะมีตัวแปรอื่นที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมตามบริบทของงานวิจัยขึ้นมาได้ อย่างไรก็ตาม แนวทางในการวิจัยครั้งต่อไปหากผู้วิจัยได้คำตอบที่ชัดเจนจากการวิจัยเชิงปริมาณแล้ว ควรศึกษาด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายตัวแปรสาเหตุในบริบทของการวิจัยตัวแปรนั้นได้ก่อรูปขึ้นได้อย่างไร จะเสริมสร้างหรือพัฒนาขึ้นมาได้อย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมที่มีคุณลักษณะให้เกิดพฤติกรรมการดูแลเชิงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายต่อไป

2. จากผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า เจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลสูงสุดที่ส่งผลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปอาจจะพัฒนาโปรแกรมโดยพัฒนาเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมเพื่อเสริมสร้างให้พยาบาลมีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

3. จากผลการวิจัยระยะที่ 2 พบว่าแสดงประสิทธิผลของโปรแกรมของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมในกลุ่มตัวอย่างเป็นวิชาชีพ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปอาจจะนำไปศึกษาในกลุ่มนักเรียนพยาบาลและมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ประสบการณ์การทำงาน แขนงที่ดูแลผู้ป่วยที่เป็นข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

บรรณานุกรม

- กาญจนา รอดแก้ว. (2550). การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของเครือข่ายการเรียนรู้ โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนในเขตภาคกลาง. วิทยานิพนธ์ คม. ภาควิชานโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา สาขาวิชาการศึกษานอก ระบบโรงเรียน. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์วิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- กันยา สุวรรณแสง. (2544). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรพิทยา.
- กนกวรรณ โภคา. (2552). การรับรู้การปฏิบัติเชิงวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กมลทิพย์ สงวณรัมย์. (2556). ลักษณะทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการพยาบาลจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพของพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ วทม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2544). การเรียนรู้โดยผ่านการสะท้อนคิด: การศึกษาและปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์. 9(2) พค-สค: 1-14.
- กวรรณิกา ศิลปพรหมมาศ. (2547). ปัจจัยด้านจิตลักษณะและสถานการณ์ทางสังคมของพยาบาลจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการพยาบาลจิตเวชที่มีจริยธรรม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กุลณิศา สุขจันทร์. (2556). ปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการให้บริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสาธารณสุขของรัฐ เขตตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขเขต 4. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2560). รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) ประจำปีงบประมาณพ.ศ. 2560 สืบค้นจาก http://hss.moph.go.th/fileupload_doc/2017-12-18-1-17-37017766.pdf

งามตา วรินทร์านนท์. (2534). *จิตวิทยาสังคม (สค331)*. เอกสารประกอบการสอน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

_____. (2536). *ลักษณะทางพุทธศาสนาและพฤติกรรมศาสตร์ของบิดามารดาที่เกี่ยวข้องกับการอบรมเลี้ยงดูบุตร*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. (รายงานการวิจัยฉบับที่ 50) สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

จดหมายข่าวราชบัณฑิตยสถาน. (2532). *วัฒนธรรม*. 1(10): 509. สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2559, จาก <http://www.royin.go.th/>

จักรินทร์ คล้ายเจริญ. (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยชาวตะวันออกกลาง*. กรุงเทพฯ.

จันทร์ขจร มะลิจันทร์. (2554). ผลของการจัดการเรียนรู้ที่เน้นกระบวนการคิดเชิงเมตาคognition ที่มีต่อความสามารถในการแก้ปัญหาคณิตศาสตร์ ความตระหนักในการรู้คิด และการกำกับตนเองในการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 เรื่อง วิธีเรียงสับเปลี่ยน และวิธีจัดหมู่. ปรินญาณิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการมัธยมศึกษา. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

จิรา แก่นยกุล. (2555). *พฤติกรรมดูแลของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้สูงอายุไทยพุทธ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ถ่ายเอกสาร.

จุฑาพรรธ ผดุงชีวิต. (2550). *วัฒนธรรม การสื่อสารและอัตลักษณ์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จุฑาพรรธ (จามจุรี) ผดุงชีวิต. (2551). *วัฒนธรรม การสื่อสาร และอัตลักษณ์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- จินตนา ต้นสุวรรณนนท์ (2550). ผลการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาการรู้ทันเท่าทันสื่อของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต. ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต (วิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จันทร์ขจร มะลิจันทร์. (2554). ผลของการจัดการเรียนรู้ที่เน้นกระบวนการคิดเชิงเมตาคอกนิชัน ที่มีต่อความสามารถในการแก้ปัญหาคณิตศาสตร์ ความตระหนักในการรู้คิด และการกำกับตนเองในการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 เรื่อง วิธีเรียงสับเปลี่ยน และวิธีจัดหมู่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการมัธยมศึกษา. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จิรา แก่นยูกุล. (2555). พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้สูงอายุไทยพุทธ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ถ่ายเอกสาร.
- ฉันทะ จันทะเสนา. อิทธิพลของธรรมชาติบำบัดต่อพฤติกรรมความเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของ พนักงานมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยธนบุรี. 10 (21) มกราคม – เมษายน. สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2559 จาก http://www.thonburi-u.ac.th/journal/Document/10-21/Journal10_21_8.pdf
- ชาติชาย มุกสง. (2551). นิยามสุขภาพและความหมายของการเจ็บป่วย. ใน: โภมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ, บรรณาธิการ. วัฒนธรรม สุขภาพ กับการเยียวยา แนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยาการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : ห้างหุ้นส่วนจำกัด สามลดา. หน้า1-26.
- ชุตินันท์ จันทรเสนานนท์. (2553). การพัฒนาแบบวัดสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมสำหรับนักเรียน มัธยมศึกษา. ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวัดและประเมินผลการศึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชุตินันท์ จันทรเสนานนท์, ศิริชัย กาญจนวาสี,และกมลวรรณ ตังธนกานนท์,(2554). สมรรถนะเชิง วัฒนธรรม. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา. 6(1): 2389-2403.

- ชลลดา ตียะวิสุทธิศิริ, ภาณุวัฒน์ ภัคดีวงศ์ และชมนาด วรรณพรศิริ (2559). วารสารวิจัยทาง
วิทยาศาสตร์สุขภาพ. 10(1): 8-15.
- ดวงกมล น้อยแก้ว. (2558). การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงทางพยาบาลศาสตร์ศึกษา.
วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. 31(3) กันยายน- ธันวาคม: 112-121.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน.(2531). ทฤษฎีต้นไม้อัจฉริยะสำหรับคนไทย. ในเอกสาร
ประกอบการสัมมนาวิชาการเนื่องในวันครบรอบปีที่33 สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์.
กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ทิตินา แชนมณี. (2555). ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้
ที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 16. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล. (2550). การศึกษาความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นพระระดับ
ปัจจัยภาวะผู้นำ ปัจจัยกลุ่มสาระการเรียนรู้ และปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อ
เครือข่ายการแลกเปลี่ยนทางสังคมในที่ทำงานและตัวแปรด้านจิตพิสัยของหัวหน้ากลุ่มสาระ
การเรียนรู้และครูโรงเรียนมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท. วท.ด. (การวิจัย
พฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย.(2542). โมเดลลิสม์เรล: สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรง
พิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญทวรรณ วิงวอน และ มนตรี พิริยะกุล. (2553). ตัวแบบเส้นทาง PLS ของบุคคลปัจจัยและ
ผลลัพธ์ของการรับรู้ในการสนับสนุนจากองค์กรของพนักงานวิสาหกิจขนาดกลาง
และขนาดย่อมจังหวัดลำปาง. สืบค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2559, จาก
http://www.3.ru.ac.th/g_research/1_11_53_3.pdf.
- บุศยรินทร์ อารยะธนิตกุล.(2557). แนวคิดการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมสมรรถนะทาง
วัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก.
15(3) (ก.ย. - ธ.ค.): 49- 57.

บุษบง วิเศษพลชัย. (2556). *สมรรถนะทางวัฒนธรรมในระบบบริการสุขภาพ*. กรุงเทพฯ:
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

บุษบง วิเศษพลชัย. (2558). *การแพทย์พื้นบ้านและการคลอดในวิถีพื้นบ้าน*. ใน:
โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ เทพินทร์ พัชรานุรักษ์ ปารณัฐ สุขสุทธิ, บรรณาธิการ.
วัฒนธรรมสุขภาพในสังคมอาเซียน. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์. หน้า133- 183.

ประกายทิพ สุศิลป์รัตน์. (2558). *การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังชาวอาหรับในเดือนในเดือนรอมฎอน*.
สืบค้นเมื่อวันที่ 9 กันยายน 2560, จาก
www.manager.co.th/goodhealth/ViewNews.aspx

ปัญชลี พึ่งพิศ. (2548). *ประสบการณ์ในมหาวิทยาลัยของนักศึกษาหลักสูตรศิลปศาสตร สาขาวิชา
นิเทศศาสตร์ที่ส่งผลต่อทักษะและความตระหนักต่อจรรยาบรรณ
แห่งวิชาชีพสื่อมวลชน*. ปริญญาานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์).
กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ปัญญา ประดิษฐ์บาทุกา. (2556). *ปัจจัยเชิงเหตุทางจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะและ
พฤติกรรมการจัดการเรียนรู้แบบวิจัยเป็นฐานของอาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏในเขต
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล*. ปริญญาานิพนธ์ วท.ด.
(การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย.
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

เปรมจิตร คล้ายเพชร. (2548). *การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การความยุติธรรมองค์การที่มีผลต่อ
ความผูกพันองค์กรและความตั้งใจลาออก*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์). ถ่ายเอกสาร.

ประณีต ส่งวัฒนา สุดศิริหรือบุญถมะ หทัยรัตน์แสงจันทร์ วงจันทร์เพชรพิเชฐเขียว และ
ศิริพร ชัมภลลิขิต.(2552). *การพัฒนาหลักสูตรเพื่อส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของ
นักศึกษาพยาบาล*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ประทีป จินนี่. (2540). *เอกสารประกอบการสอน การวิเคราะห์พฤติกรรมและการปรับพฤติกรรม*.
กรุงเทพฯ: สถาบันพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ปราโมทย์ นิลเปรม.(2558). *ไทยกับการเป็นศูนย์กลางด้านบริการสุขภาพ (Medical Hub) ของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน*. ใน ประภัสสร เทพชาตรีและวัฒนา บุตรหมั่น (บรรณาธิการ).

การสัมมนา TU-ASEAN FORUM ครั้งที่ 8 ในหัวข้อ “ไทยกับการเป็นศูนย์กลางของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ภาค 2” . 69 -88. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สืบค้นข้อมูล วันที่ 12 พฤศจิกายน 2559. จาก http://www.cstu.org/CAS-TU/File/Book_All/TU-ASEAN-Forum8.pdf

พัชรี ปานแก้ว. (2556). *ทัศนคติต่อหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง คุณภาพชีวิตการทำงาน และพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรและสังคมของพนักงานบริษัทเอกชน*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และองค์กร) คณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

ภรณ์ เลื่องอรุณ, สุภาพร วรรณสันทัด, อริสา จิตต์วิบูล. (2555). *การพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล*. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 5(2): 90-103.

เมตตา วิวัฒนานุกูล (2559). *การสื่อสารต่างวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มูหมัดดาโอ๊ะ เจะเลาะ.(2555). *การถือศีลอดทางการแพทย์. สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข*. วารสารอัสซีฟาอ. สืบค้นเมื่อวันที่ 9 กันยายน 2560. จาก <https://www.gotoknow.org/posts/198143>

ยุวดี ศิริทรัพย์. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ความยุติธรรมในองค์กรและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของบุคลากรของมหาวิทยาลัย* ในกำกับของรัฐกรณีศึกษา: มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยานิพนธ์. บธ.ม. (การจัดการทรัพยากรมนุษย์) ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.

- ยูซุฟ นิมะ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2551). การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ (สวรส.ภาคใต้).
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สืบค้นเมื่อ 6 ตุลาคม 2561 จาก
http://k4ds.psu.ac.th/k4ds_search/pdf/books/art_hospital.pdf
- ยูซุฟ นิมะ และ อธิธิพล แวมิง. (2552). แนวทางการปรับยาในเดือนรอมฎอน.
สืบค้นเมื่อวันที่ 9 กันยายน 2560. จาก
http://www.pharmyaring.com/detail.php?c_id=223
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2525. (พิมพ์ครั้งที่ 5).
กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- รัตนภัทร์ สุวรรณสิทธิ์ และ วิโรจน์ เจษฎาลักษณ์. (2558). การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรที่อิทธิพลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานผ่านสมรรถนะหลักของบุคลากร สำนักงานประกันสังคม. วารสารออนไลน์มหาวิทยาลัยศิลปากร สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลป์. 14(2) พฤษภาคม- สิงหาคม. 2217-2235.
- วิรติ ปานศิลา. (2542). การถ่ายทอดทางสังคมในการทำงาน จิตลักษณะและการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล ภาคเหนือในประเทศไทย. ปริญญาานิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วีรณัฐ วิบูลย์พันธ์. (2552). สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน. วารสารพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 21(3): 29-43.
- ศักดิ์ สุนทรเสณี. (2528). เจตคติ. ภาควิชาทดสอบและวิจัยการศึกษา คณะวิชาครุศาสตร์
วิทยาลัยครูบ้านสมเด็จเจ้าพระยา สหวิทยาลัยรัตนโกสินทร์.
- ศักดิ์ สุนทรเสณี. (2531). เจตคติ. กรุงเทพฯ: ดีดีบุ๊กส์โตร์.

- ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร. (2545). *จิตวิทยาสังคม: ทฤษฎี และปฏิบัติการ*. กรุงเทพฯ: ชมรมเด็ก.
- ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์. (2555). *การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล.ปริญญาานิพนธ์ วท.ด. ศึกษาศาสตร์*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, ดาริน ไต่ะกานี และ มุสลิมห์ ไต่ะกานี. (2551). *สมรรถนะทางวัฒนธรรมทางการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาลในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้*.
นราธิวาส: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์.
- ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ และ ประณีต ส่งวัฒนา. (2557). *วิธีการสอนเพื่อส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีของแคมพินฮา-บาโคท*.
วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 6(1):146-157.
- ศรัณย์ พิมพ์ทอง. (2557). *ปัจจัยเชิงเหตุที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ในองค์กรของพนักงานมหาวิทยาลัยสายวิชาการ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศศิรินทร์ ทิพย์โอสถ. (2556). *การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรของพนักงานที่มีต่อการปฏิบัติงานในภาคธุรกิจธนาคาร*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต
วิชาเอกการจัดการทั่วไป คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- สาริกา คำสุวรรณ และรชชงพร โกมลเสวิน.(2557). *ภาพลักษณ์ด้านการท่องเที่ยวที่ผูกโยงกับสุขภาพของประเทศไทยในมุมมองของนักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลาง*. ใน *ลดาร์ตัน วัฒนสาครศิริ (บรรณาธิการ)*, (หน้า 57-89). *สรุปรายงานการวิจัยการศึกษาอุปสงค์ของนักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลางเพื่อการปรับตัวทางด้านอุปทาน*. ศูนย์นโยบายโลกมุสลิม คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สกาเวื่อน โอดมี และ สุภาวดี เครือชอติกุล. (2560). แนวทางการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมในการดูแล
 สตรีตั้งครรภ์ชาวพม่าของพยาบาลผดุงครรภ์
 วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 9(2): 150-162.

สุชา จันท์นอม. (2544). จิตวิทยาทั่วไป ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ:
 ไทยวัฒนาพานิช.

สุพัตรา สุภาพ.(2546). สังคมวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 23.กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช,

สุดศิริ หิรัญชุนหะ หทัยรัตน์ แสงจันทร์ ประณีต ส่งวัฒนา และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2550).
 สมรรถนะทางวัฒนธรรมทางการพยาบาล: องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ.
 วารสารทางการพยาบาล. 22(1), มกราคม-มีนาคม: 9-27.

สุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยและผู้ให้บริการจากกลุ่มประเทศอาเซียน.
 สืบค้นข้อมูล วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2560, จาก
<http://www.stou.ac.th/tcna/file/4-TCNA%20การพยาบาลผู้ป่วยและผู้ให้บริการ.pdf>

เสาวภา วิชาดี. (2559). รูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนในมุมมองของทฤษฎีการเรียนรู้แบบ
 ประสบการณ์. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2559, จาก
www.bu.ac.th/knowledgecenter/executive_journal/jan_mar_11/pdf/aw24.pdf

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). สถิติจำนวนพยาบาลเอกชนในกรุงเทพ. สืบค้นเมื่อ
 15 ตุลาคม 2559, จาก
http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme_2-4-6.html

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน.(2008). โครงการวิเคราะห์สมรรถนะความสามารถของ
 พนักงานเพื่อการบริหารและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล. สืบค้นเมื่อ
 3 มกราคม 2559, จาก
<http://hrm.pwa.co.th/uploads/article/file/20080930134428.pdf>

สถาบันดำรงราชานุภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย. (2553). *Competency: เครื่องมือในการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์*. สืบค้นเมื่อ

5 ธันวาคม 2559, จาก

www.stabundamrong.go.th/web/book /53/b19_ 53.pdf

สุเทพ หุ่นสวัสดิ์. (2540). การพัฒนาชุดฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์สำหรับนักศึกษา. ปริญญาโท (กศ.ด.). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สุภางค์ จันทวานิช. (2533). *ประสบการณ์วัดมรรคมศึกษา*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

สมาคมการพยาบาลแห่งประเทศไทย.(21013). *พยาบาลกับการเตรียมความพร้อมรับวัฒนธรรมที่แตกต่างของอาเซียนบวก*. จัดการความรู้จากการประชุม ณ. โรงแรมมารวยการ์เด็น กรุงเทพฯ.

สมาคมการทอที่เกี่ยวข้องเชิงการแพทย์ไทย. (2555). *โครงการพัฒนาประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ*. กองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ กรกฎาคม 2558, จาก http://pmsn.hss.moph.go.th/uploadFiles/document/D00000001327_25781.pdf

สมโภชน์ เขียมสุภาชาติ. (2536). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมโภชน์ เขียมสุภาชาติ. (2543). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. พิมพ์ครั้งที่4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อดิศักดิ์ ชัยศิริ และ พูนพัฒน์ กมลวุฒิมิพิงศ์. (2560). การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม. โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์. สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2560, จาก <http://mhtech.dmh.go.th/ec/rploei/file/klb/KL00000073%20-%20fileklb.pdf>
- อารี ชิวเกษมสุข.(2556). การพยาบาลผู้ป่วยและผู้ให้บริการชาวจีนมหาวิทยาลัยสุโขทัยนครราชสีมา. สืบค้นเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2557, จาก www.stou.ac.th/.../6-TCNA%20.
- อัจฉรา หล่อตระกูล. (2557). การพัฒนาสมรรถนะพนักงานมหาวิทยาลัยของรัฐ. ปริญญาพุทธศาสตร์ดุขฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- อภิญา โปธิศรีทอง. (2536). ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Agyeman, J.,&Erickson, J.S. (2016). Cultural, Recognition, and the Negotiation of Difference:Some Thoughts on cultural competency in Planning Education. *Journal of Planning Education and Research*. 32(3): 358-366
- Allen, J. (2010). Improving cross- cultural care and antiracism in nursing education. *Nursing Education Today*. 30: 314- 32
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.08.007>
- Allport, & Gordon. (1935). "Attitudes," in *A Handbook of Social Psychology*. ed. C. Murchison. Worcester, MA: Clark University Press, 789–844.
- Alsulaimani, A. A. (2014). Cognitive Competency of Filipino Nurses Working in Some Hospitals of Taif City, Kingdom of Saudi Arabia. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*. October, 57: 384-394.

- Alpers, L.M., & Hanssen, I. (2014). Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of Nurses' self – assessment of cultural competency. *Nurse Education Today*. 34: 999-1004. DOI: 10.1016/j.nedt.2013.12.004
- Ahn, J-W. (2017). Structural Equation Modelling of Cultural Competence of Nurses Caring for Foreign Patients. *Asian Nursing Research*. 11: 65-73.
DOI: [10.1016/j.anr.2017.03.001](https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.03.001)
- Anabell, C., & Ester & R. (2009). The effects of nurse practitioner cultural competence on Latina patient Satisfaction. *Journal of the American Academy of nurse practitioner*. 278-286. DOI: 10.1111/j.1745-7599.2009.00406.
- Ansuya. (2012). Transcultural Nursing: cultural competence in Nurses. *International Journal of Nursing Education*. Jan –June, 4(1):5-7.
- Aronson, S., Burgess, D., Phelan, S. M., & Juarez, L. (2013). *Unhealthy Interactions: The Role of Stereotype Threat in Health Disparities*. *American Journal of Public Health*. 103(1): 50-56. DOI: [10.2105/AJPH.2012.300828](https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300828)
- Bailey, D.N. (2009). Caring Defined: A Comparison and Analysis. *International Journal for Human Caring*. 13(1):16-31.
- Balcazar, F. E., Suarez-Balcazar, Y., & Taylor-Ritzler, T. (2009). Cultural competence: Development of a Conceptual framework. *Disability and Rehabilitation*. 31(14): 1153–1160.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, N.J.

- Benkert, R., Templin T., Schim, S.M., Doorenbos, A.Z., & Bell, S. E. (2011). *Testing a Multi- Group Model of Culturally Competent Behaviors among Underrepresented Nurse Practitioners*. *Research in Nursing & Health*. 34: 327-341. doi: 10.1002/nur.20441
- Bernal, H., & Froman, R. (1993). Influences on the cultural self-efficacy of community health nurses. *Journal of Transcultural Nursing*. 4 (2): 24-31.
- Berlin A, Nilsson G., & Tornkvist L. (2010). Cultural competence among Swedish child health nurses after specific training: A randomized trial. *Nursing and Health Sciences*. 12: 381-391. doi: 10.1111/j.1442-2018.2010.00542..
- Bloom, B.S. (1956). *Taxonomy of educational objectives. Vol.1: Cognitive domain*. New York: Mckay: 20-24.
- Bloom, B. S. (1959). *Taxonomy of Educational objectives, Handbook cognitive*. New York. David. Domain, Mckay Group Inc.
- Boi, S. (2000). Nurses' experiences in caring for patients from different cultural backgrounds. *Nursing Times Research*. September. 5: 382-389.
- Bonaparte, B. H. (1979). Ego Defensiveness, Open-Closed Mindedness, and Nurses' Attitude toward Culturally Different Patients. *Nursing Research*. 28(3): 166-178.
- Borras, S., & Edquist, C. (2015). Education, Training and skills in Innovation policy. *Science and Public Policy*. 42: 215-227. <https://doi.org/10.1093/scipol/scu04>
- Caesens, G., & Stinglhamber, F. (2014). The relationship between perceived organization support and work engagement: The role of self-efficacy and its outcomes. *Revue europeenne de psychologie appliquee*. 64(5): 259-267.

- Cai, D.Y. (2016). A Concept Analysis of Cultural Competence. *International Journal of Nursing Sciences*. 3: 268-273. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.08.002>
- Campinha – Bacote, J. (1998). Cultural Diversity in Nursing Education: Issues and Concerns. *Journal of Nursing Education*. 37(1):3-4
<https://doi.org/10.3928/0148-4834-19980101-03>
- Campinha – Bacote, J. (May, 1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*. 38 (5): 203-7
- Campinha – Bacote, J. (July, 2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Service: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*. 13(3): 181-184.
- Cerezo, P. G., Galceran, M.S., Soriano, M.G., Camps, M.L. Moral, L.JM. (2014). Design and evaluation of an education course in cultural competence for Nursing. 6th International Conference on Intercultural Education“Education and health: from a Transcultural perspective”. *Social and Behavioral Sciences*. 132: 262-268.
- Cioffi, R.N. (2006). Cultural diversity patient- nurse interaction on acute care wards. *International Journal of Nursing Study*. 12(2): 319-325.
- Change, W. (2007b). The negative can be positive for cultural competence. *Human Resource Development International*. 10(2): 225-237.
- Chun, M. B. J. (2010). *Pitfalls to avoid when introducing a cultural competency training initiative*. *Medical Education*. 44: 613-620.
- Choi, K. M., Vanvoomkis, R. W., Ellenwiid, A.E. (2015). *Enhancing Critical Consciousness Through a Cross-Cultural Immersion Experience in South Africa*. *Journal of Multicultural Counseling and Development*. 43(4): 244-261.
<https://doi.org/10.1002/jmcd.12019>.

Clem, J. M., Mennicke, A.M., Beasley, C. (2014). Development and Validation of the Experiential Learning Survey. *Journal of Social Work Education*. 50:490-506.
<https://doi.org/10.1080/10437797.2014.917900>

Cohen, S., & Will, T. A. (1985). Stress social support and buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 98(2): 310-357.

Costa, A.L. (1984, November). Mediating the Mediation. *Educational Leadership*. 42(3): 57-62.

Compinha – Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*. 13(3): 181-184.

Costa dos reis, A. S., & Mendes Costa, M. A. (2014). Caring for Immigrants: from interacting in practice to building nurses' cultural competencies. *Revista de Enferagem Referencia*. Jun: 61-68. Doi 10.12707/RIII13118

Cross, T. L., Bazron, B.J. Dennis, K. W., & Isaacs, M.R. (1989). *Toward A culturally competent system of care*. CASSP Technical Assistance Center Georgetown University Child Development Center. Retrived Dec 10, 2016, from www.pakeys.org/uploadedcontent/Docs/ELinPA/ELL%20Toolkit/Cross%20Cultural%20Competence.pdf

Cronin & Harrison. (1988). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. (2nd Edition). Springer Publishing Company, Inc: USA

Cruz, P.J., Esacio, J. C., Bagtang, C. E., & Colet, P.C. (2016). Predictors of cultural competence among nursing students in the Philippines: A cross- sectional study. *Nurse Education Today*. 46:121- 126. DOI: 10.1016/j.nedt.2016.09.001

Darnell, K.L., & Hickson S.V. (2015). Cultural Competent Patient- Centered Nursing Care. *Nursing Clinics of North America*. 50: 99-108.

DOI 10.1016/j.cnur. 2014.10.008

Davidhizar, R., & Giger, J.N. (2001). Teaching Culture With in the Nursing Curriculum Using The Giger-Davidhizar Model of Transcultural Nursing Assessment. *Journal of Nursing Education*. September. 40(6): 282 -284.

Deborah, L. F. (2004). Culturally competent nursing care: A challenge for the 21st. *Century Critical Care Nurse*. 24 (4): 48-52.

Diller, J.V., & Moule, J. (2005). *Cultural Competence: a primer for educators*. Thomason Learning Belmont, California. Retrived Jan 15, 2016, from: http://en.wikipedia.org/wiki/Cultural_competence

Drahosova, L., & Jarorosova, D. (2016). Concept Caring in Nursing. *Central European. Journal of Nursing and Midwifery*. 7(2): 453-460.
doi: 10.15452/CEJNM.2016.07.0014

Dreachslin, J.L., Gilbert, M.J.,& Malone, B. (2013). Diversity and Cultural Competence in Health Care: a System Approachs. Jossey-Bass, USA. *Journal of Nursing Education*. 53(6): 320-328.

Dunagan, P.B., Kimble, L.P., Gunby, S.S., & Andrew, M.M. (2014). Attitudes of Prejudice as a Predictor of Cultural Competence Among Baccalaureate Nursing Students. *Journal of Nursing Education*. 53(6):320- 328.

Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*. 71: 500-507.

Eisenberger, R., Cotterell, N.N, & Marvel, J (1987). Reciprocation Ideology. *Journal of Personality and Social Psychology*. 53: 743-750.

Eisenberger, R. & et al. (1977). Perceived organizational support, discretionary treatment, and Job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*. 82: 812-820.

Endowment, C. (2003). *Principles and recommended standards for cultural*

competence of Health Care Professionals. Woodland, CA.

Engvretson, J., Mahoney, J., & Carlson, E.D. (2008). Cultural Competence In The Era of Evidence- Based Practice. *Journal of Professional Nursing*. 24(3): 172-178.

El –Amouri, S. & Neill ‘O. Shirley. (2011). Supporting cross - cultural communication and culturally Competent care in the linguistically and culturally diverse hospital settings of UAE. *Contemporary Nurse*. 39(2): 240-255.

Elminowski, N.S. (2015). *Developing and Implementing a Cultural Awareness Workshop for Nurse Practitioners*. *Journal of Cultural Diversity*. 22(3):105-113.

Ezenkwele, U. A. & Roodsari, G.S. (2013). Cultural Competencies In Emergency Medicine: Caring for Muslim- American Patients from The Middle East. *The Journal of Emergency Medicine*. 45(2):168-174.

Farber, J. E. (2015). *The relationship between Cultural experience and Perceived Transcultural self- efficacy of Nurse Faculty*. A Dissertation Presented to the Faculty of the school of nursing Widener University. In Partial fulfillment of the requirements for the Degree Doctor of Philosophy.

Fitzgerald, E. M., Cronin, S. N., & Campinha-Bacote, J. (2009). Psychometric Testing of the Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence among Healthcare Professionals – Student Version (IAPCC-SV). *Journal of Theory Construction & Testing*. 3 (2): 64-68.

Gallagher, R. W., & Polanin, J. R. (2015). A meta-analysis of education interventions designed to enhance cultural competence in professional nurses and nursing students. *Nurse Education Today*. 35: 333-340.

Garneau, A. B., & Pepin, J. (2015). A constructivist theoretical proposition of cultural competence development in nursing. *Nurse Education Today*. 35: 1062- 1068.
DOI:10.1016/j.nedt.2015.05.019

- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford: Oxford futher Edu Unit.
- Giger, J.N. & Davidhizar, R. (2002). *The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model*. *Journal of Transcultural Nursing*. 13(3): 185-188.
- Giger, J.N., & Davidhizar, R. (2002). Culturally competent care: emphasis on understanding the people of Afghanistan Americans, and Islamic culture and eligion. *International Nursing Review*. 49: 79-86.
- Glickman, L. B., Olsen, J; & Rowthorn, V. (2015). Measuring the Cross-Cultural Adaptability of a Graduate Student Team from a Global Immersion Experience. *Journal of cultural diversity*. DOI: [10.1016/j.physio.2015.03.3241](https://doi.org/10.1016/j.physio.2015.03.3241)
- Gozum, S.G., Tuzcu, A.,& Kirca, N. (2015). Validity and Reliability of the Turkish Version of the Nurse Cultural Competence Scale. *Journal of Transcultural Nursing*. 1-9. <https://doi.org/10.1177/1043659615582089>
- Guan, Y., Yang, W., Xiang, Z., Zheyu, T.,& Anita, E. (2016). Predicting Chinese human resource managers' strategic competence: Roles of identity, career variety, organizational support and career adaptability. *Journal of Vocational Behavior*. 92:116-124.
- Graham, I., & Richardson, E. (2008). *Experiential gaming to facillitate cultural awareness: its implication for developing emotional caring in nursing*. *Learning in Health and Social Care*. 7(1):37-45.
- Gray, D.P., & Thomas, D. J. (2006). Critical reflections on cultural in nursing. *Journal of Cultural Diversity*. 13(2): 76-82.
- Griswold, K., & et al. (2007). Cultural Awareness through Medical Student and Refugee Patient Encounters. *Journal Immigration Health*. 9: 55-60.
- Hair, J.F.& et.al.(2010). *Multivariate data analysis: Aglobal perspectives*. Upper

Saddle River NJ: Pearson Education, International.

Halm, M.A., & Wilgus, E. (2013). *Impacting the Latino Birthing Experience with a Cultural Competence Training Program*. *Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare*. 3(2):1-15.

DOI: <http://dx.doi.org/10.9730/ojccnh.org/v3n2a1>

Hayward, L. M., & Charrette, A. L. (2012). Integrating Cultural Competence and Core Values: An International Service-Learning Model. *Journal of Physical Therapy Educaton*. 26(1): 78-89.

Hegedus, K.S. (1999). *Providers' and consumers' perspective of nurse, caring behavior*. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5): 1090- 1096.

Higginbottom, G.M., Safipour, J., Yohani, S., O' Brien, B., Muentaz, Z., Paton, P., & et al. (2016). An ethnographic investigation of the Maternity healthcare experience of immigrant in rural and urban Alberta Canada. *BioMed Central*. 16(20): 1-15.

Holroyd, E., Yue- kuen, C., Sau-Wai, C., Fung- Shan, L., & Wai-Wan, W. (1998). A Chinese Cultural Perspective of Nursing Care Behaviors in an Acute Setting. *Journal of Advanced Nursing*. 28(6): 1289-1294.

Homklin, T., Takahashi, Y., & Techakanont, K. (2014). The influence of social and organizational support on transfer of training: evidence from Thailand. *International Journal of Training and Development*. 18(2): 116-131.
<https://doi.org/10.1111/ijtd.12031>

Hutchinson, S. (1997). Perceived Organizational Support: Further Evidence of Construct Validity. *Educational and Psychological Measurement*. 57: 1025-1034.

Jain, S. (2013). Experiential Training for Enhancing Intercultural Sensitivity. *Journal of Cultural Diversity*. 20(1):15-20.

Jenko, M., & Moffitt, S.R. (2006). *Transcultural Nursing principles: An application to*

hospice care. Journal of Hospice and Palliative Nursing. 8(3): 172-180.

Jernigan, V. B.B., Hearod, J. B., Tran, K., Norri, K.C., & Buchwald, D. (2016).

An Examination of Cultural Competence Training in US Medical Education Guided by the Tool for Assessing Cultural Competence Training. Health Disparity Respect Practice. 9(3):150 –167.

Jiang, L.L., Ruan, H., Xiang, X. J., & Jia, Q. (2015). Investigation and analysis of the caring attitude and behaviour of nurses in Shanghai, China. *International Journal of Nursing Practice.* 21: 426–432. DOI: 10.1111/ijn.122872622-2634.

Jones, Cason, & Bond (2004). Cultural attitudes, knowledge, and skills of a health workforce. *Journal of Transcultural Nursing.* 15(4):283-90.

Karabudak, S.S, Tas, K., & Basbakkal Z., (2013). Giger and Davidhizer's Transcultural Assessment Model: A case study in Turkey. *Health Science Journal.* 7(3):342- 345.

Kardong- Edgren, S., Bond ML, Schlosser, S., Cason, C., Jones ME., Warr, R.,& Strunk, P.(2005). Cultural Attitudes, Knowledge, and Skills of Nursing Faculty Toward Patients from Four Diverse Cultures. *Journal of Professional Nursing.* 21(3): 175-182.

Karlsson, M. Nystrom, L., & Bergbom, I. (2012). To Care for the Patient: a Theory Based Clinical Application Research. *International Journal of Caring Sciences.* 5(2). May- August: 129-136.

Karlou, C., Papathanassoqlou, E.,& Patiraki, E. (2015). Caring behaviours in cancer care in Greece. Comparison of patients', their caregivers' and nurses' perceptions. *Europian Journal Oncology Nursing.* 19(3): 244-250.
DOI: 10.1016/j.ejon.2014.11.005

Kassar, A.N., Rouhana, A., & Lythreathis,S. (2015). Cross- Cultural Training: Its effects on the satisfaction and turnover of expatriate employees. *SAM Advanced*

Management Journal. Autumn: 4-18.

- Kiyemet, S. (2011). *Teacher' Competencies*. Retrieved November 19, 2019. From <http://international-journal-of-axiology.net/article/Selvi.pdf>.
- Klein, S.B. (1991). *Learning*. New York: McGraw –Hill.
- Kline, R.B. (1998). *Principle multiples and Practices of Structural Equation Modeling*. The Guildford Press. New York.
- Kline, R.B. (2005). *Principle multiples and Practices of Structural Equation Modeling*. Second Edition. The Guildford Press. New York.
- Kline, R.B. (2016). *Principle and Practices of Structural Equation Modeling*. 4th ed. The Guildford Press. New York.
- Kolb, D. A., Boyatzis, R.E., & Mainemelis, C. (1999). *Experiential Learning Theory: Previous Research and New Directions*. Retrived October 9, 2016, from <https://www.d.umn.edu/~kgilbert/educ5165-731/Readings/experiential-learning-theory.pdf>
- Kratzke, M., & Bertolo, M. (2013). Enhancing Students' Cultural Competence using Cross-Cultural Experiential Learning. *Journal of Cultural Diversity*. 20(3):107-111.
- Kutob, R.M., Bormains, J., Crago, M., Harris, J.M.; Senf, J., & Shisslak, C.M. (2013). Cultural Competence Education for Practicing Physicians: Lessons in Cultural Humility, Nonjudgmental Behaviors, and Health Beliefs Elicitation. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. <https://doi.org/10.1002/chp.21181>
- Lamastro, V. (2002). Commitment and perceive organizational support. *National Forum of Applied Education Research Journal*. 12(3):1-13.
- Larsen, R. & Reif, L. (2011). *Effectiveness of cultural immersion and cultural classes for enhancing Nursing students' Transcultural self – efficacy*. *Journal of Nursing*

Education. 50(6):350-354.

Leininger, M. (1977). Cultural diversities of health and nursing care. *Nursing Clinics of North America*. 12(1): 5-18.

Leininger, M. M. (1991). *Culture Care Diversity & universality: A theory of Nursing*. National League for Nursing Press. New York.

Leininger, M. (1978). *Transcultural nursing: Concepts theories and practices*. New York: NLN.

Leininger, M.M. (1999). What is transcultural nursing and culturally competence care? *Journal of Transcultural Nursing*. 10: 9.

Leininger, M. (2001). Founder's focus: Certification of transcultural nurses for quality and safe consumer care. *Journal of Transcultural Nursing*. 12(3), 242.

Leininger, M.M., & McFafland, M.R. (2006). *Cultural care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. Sudbury, MA: McGraw- Hill.

Lin, C.J. Chang, P.R., Wang, L.H., Huang M.C.(2015). Cultural competence course for nursing students in Taiwan: A longitudinal study. *Nurse Education Today*. 35(12): 1268- 1274.

Lin, H.C. (2016). Impact of nurses' cross-cultural competence on nursing intellectual capital from a social cognitive theory perspective. *Journal of American Nursing*. 1-11.

Long, T. (2016). Influence of International Service Learning on Nursing Students' Self-Efficacy towards Cultural Competence. *Journal of Cultural Diversity*. 23(1):28-33.

Lopes- Murphy, S. A., & Murphy, C.G. (2016). The Influence of Cross-Cultural Experiences & Location on Teachers' Perceptions of Cultural Competence. *Journal of The Scholarship of Teaching and Learning*. 16(3), June: 57-71.

doi: 10.14434/josotl.v16i3.19331

Macinkiw, K.L. (2003). A goal for nursing education. *Nurse Education Today*, 23(3): 174-82.

MacDonald, R. (1998). What is Cultural Competence? *British Journal of Occupational Therapy*. 61(7).July: 325-328.

Maddalena, V. (2009). Cultural competence and Holistic Practice Implication for Nursing Education, Practice. *Holistic Nursing Practice*. May/June: 153-157.

Mary Ann Zakutney Clifford. (1983). *The Development of a Scale to Test Nurses' Attitude About Health Beliefs*. A thesis submitted to the faculty of The University of Utah in Partial fulfillment of the requirement for the degree of Master of Science. College of Nursing.

Manika, D., Wells, V. K., Gregory-Smith, D., Gentry, M. (2015). The impact of Individual and Organizational Variables on Workplace Environmentally Friendly Behaviours. *Journal of Business Ethics*. 126: 663-684.

McGuire, W.J. (1969). *The Natural of Attitude and Attitude Change*. The Handbook of Social Psychology. 3: 136-314.

McGuire, W.J. (1985). *Attitudes and Attitude Change*. *Handbook of Social Psychology*. New York: 233-346.

Messner, R. L. (1993). What patients really want from their nurses. *American Journal of Nursing*. 93(8), August: 38- 42.

Mullen, T. R., Kroustalis, C., Meade, A. W., & Surface, E. A. (2006, April). *Assessing Change in Perceived Organizational Support Due to Training*. Paper presented at the 21st Annual Conference of the Society for Industrial and Organizational Psychology, Dallas, TX.

Murphy, K., & Clark, J.M. (1993). Nurse' experiences of caring for ethnic-minority

- clients. *Journal of Advanced Nursing*. 18: 442 -450.
- Noble, A., Nuszen, E., Rom, M., & Noble L.M. (2014). The Effect of a Cultural Competence Educational Intervention for First – Year Nursing Student I Israel. *Journal of Transcultural Nursing*. 25 (1): 87-94.
- Noble, A., Engelhardt K., Newsome-Wicks, M., & Woloski-Wruble, A. C. (2009). Cultural competence and Ethnic Attitudes of Midwives Concerning Jewish Couples. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*. 38: 544-555.
- Norton, D., & Marks- Maran, D. (2014). Developing cultural sensitivity and awareness in nursing overseas. *Nursing Standard*. 28(44): 39-43.
DOI: 10.7748/ns.28.44.39. e8417
- Olaussen, J. S., & Renzaho, A. (2016). Establishing components of cultural competence healthcare models to better cater for the needs of migrants with disability: a systematic review. *Australian Journal of Primary Health*, 22, 100–112.
<http://dx.doi.org/10.1071/PY14114>
- Olt, H., & et al. (2010). Psychometric Evaluation of the Swedish Adaptation of the Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence among Healthcare Professionals–Revised (IAPCC-R). *Journal of Transcultural Nursing*. 21(1). 55-64.
- Papadopoulos, I., Tilki, M., & Ayling, S. (2008). Cultural competence in action for CAMHS: Development of a Cultural competence assessment tool and training programme. *Contemporary Nurse*. 28: 129-140.
- Papastavrou, E., Efstathiou G., Tsangari H., Suhonen R., Leino-Kilpi H., Patiraki, E., & et al. (2012). Patients' and nurses' Perceptions of respect and human presence through caring behaviors: A comparative study. *Nursing Ethics*. 19(3) 369-379.
- Papastavrou, E., Karlou, C., Tsangari, H., Efstathiou G., Sousa, V.D., Merkouris, A., & Patiraki, E. (2011). Cross- Cultural Validation and Psychometric Properties of

- the Greek Version of The Caring Behavior Inventory: a methodological study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 17: 435- 443.
- Perng, S.J. & Watson, R. (2012). *Construct Validation of the Nurse Cultural Competence Scale: a hierarchy of abilities*. *Journal of Clinical Nursing*. 21(11-12):1678-84.
- Perry, A., Woodland, L., & Brunero, S. (2015). eSimulation: A novel approach to enhancing cultural competence with a health care organization. *Nurse Education in Practice*. 15: 218-224.
- Perez, M. A., & Luquis, R. R. (2008). *Culture competence in health education and health Promotion*. San Francisco (CA): Jossey-Bass.
- Pesquera, M., Yoder, L., & Lynk, M. (2008). Improving Cross- Cultural Awareness and Skills To Reduce Health Disparities in Cancer. *MEDSURG Nursing*. 17(2)114-120.
- Poirier, P., & Sossong, A. (2010). Oncology patients' and nurses' perceptions of caring. *Canadian Journal of Oncology Nursing*. 20(2). 62-65.
- Poore, J. A., Cullen, D.L., & Schaar, G. L. (2014). *Simulation-Based Interprofessional Education Guided by Kolb's Experiential Learning Theory*. *Clinical Simulation in Nursing*. 10: e241-e247. DOI:10.1016/j.ecns.2014.01.004
- Praneed, S., & Siriphan, S. (2015). Thai Nurses' Cultural Competency in Caring for Clients Living in a Multicultural Setting. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 9(1): 19-31.
- Preposi, J. C., Estacio, J.C., Bagtang, C. E., & Colet, P.C. (2016). *Predictors of cultural competence among nursing students in the Philippines: A cross-sectional study*. *Nurse Education Today*. 46:121-126. DOI:10.1016/j.ecns.2014.01.004
- Purnell, L. (2002). *The Purnell model for Cultural Competence*. *Journal of Muticultural*

Nursing & Health. 11(2). 7- 15.

Rhodes, L. & Eisenberger, R. (2002). Perceived Organizational Support: A Review of the Literature. *Journal of Applied Psychology*. 87(4): 698-714.

Roberts, S., Warda, M., Garbutt, S., & Curry, K. (2014). The use of high-fidelity Simulation to teach cultural competence in the nursing curriculum. *Journal of Professional Nursing*. 30(3): 259-265.

Rooda, L. (1993). Knowledge and attitudes of nurses toward culturally different patients: Implications for Nursing Education. *Journal of Nursing Education*. 32: 209-213.

Saca –Hazboun H., & Glenon C.A. (2011). Cultural Influences on Health Care in Palestine. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 15(3):281-286.

Sargeant, S. Smith, J.D., & Springerents, S. (2016). Enhancing cultural awareness education for undergraduate medical students: Initial findings from a unique cultural immersion activity. *Australia Medical Journal*. 9(7): 224–230.
<https://doi.org/10.4066/AMJ.2016.2654>

Schouler- Ocak, M., Graef- calliess., Tarricone, I., Qureshi, A., Kastrup, MC., & Bhugra, D. (2015). EPA guidance on cultural competence training. *European Psychiatry*. 30: 431-440. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.01.012

Shore, L.M.; & Tetrick, L.E. (1991). A Construct Validity Study of Survey of Perceived Organizational Support. *Journal of Applied Psychology*. 76: 637-643.

Sidumo, E.M., Ehlers VJ., & Hattingh, S.P. (2010). Cultural Knowledge of non- Muslim nurses working in Saudi Arabian Obstetric Units. *Curationis*. September: 48-55.

Sirois, M.L., Darby, M., Tolle, S. (2013). Understanding Muslim Patients: Cross- cultural Dental Hygiene Care. *International Journal of Dental Hygiene*. 11: 105-114.

- Sokola, K. (2013). The Relationship between Caring Ability and Competency with Caring Behaviors of Nursing Students. *International Journal for Human Caring*. 17(1):45-55.
- Sobel, L. L., & Sawin, E. M. (2016). Guiding the Process of Culturally Competent Care with Hispanic Patients: A Grounded Theory Study. *Journal of Transcultural Nursing*. 27(3):226-232. DOI: 10.1177/1043659614558452
- Spencer, C., Macdonald, R., & Archer, F. (2008). Survey of Cultural competence in health Professional education: A Literature review. *Australia Journal of Paramedicine*. 6(2): 1-17.
- Sperry, L. (2012). How Cultural Competence Develops. *Seminary Journal*. 48-52.
- Suk, M.H. Oh, WO., Im YJ. & Cho H.H. (2015). Mediating Effect of School Nurse' Self Efficacy between Multicultural Attitude and Cultural Sensitivity in Korean Elementary Schools. *Asian Nursing Research*. 9:194-199.
DOI: 10.1016/j.anr.2014.11.001
- Suwanbamrung, C. (2015). *Learning Experience of Student Nurses through Reflection on Clinical Practice: A case study in Pediatric Nursing*, Southern Thailand. *Walailak Journal Science & Technical*. 12(7):623-629.
- Suarez-Balcazar, Y., Baicazar, F., Taylor- Ritzier, T., Portillo, N., Rodakowsk, J. Garcia – Ramirez, M., & etal. (2011). Development and Validation of the Cultural Competence Assessment Instrument: A Factorial analysis. *Journal of Rehabilitation*. 77(1): 4-13.
- Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*. 40:61-166.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* 5th ed. New York: Allyn and Bacon.

- Talley, L. (2002). *Cross-cultural experience, Performance feedback, Model competence, and Cultural self- efficacy: Analysis of a model*. Nursing & Allied Health Database ProQuest Dissertations & Theses Full Text. 198.
- Taylor, C. R., Lillis C., & Lemone P. (2008). *Foundation of Nursing: the Art and Science of Nursing* (5th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Taylor- Ritzler, T., Balcrezazar, F., Dimpfl, S., Suarez- Balcazar, Y., Willis, C., & Rachel, S. (2008). Cultural competence training with organization serving people with disabilities from diverse cultural backgrounds. *Journal of Vocation Rehabilitation*. 29:77-91.
- Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2009). *Foundations of Mixed Methods Research: Integrating Quantitative and Qualitative Approaches in the Social and Behavioral Sciences*. SAGE Publication. CA: USA.
- The Nursing Council of Hong Kong. (2012). *Core- Competence for Registered Nurses (General)*. Retrived November 10, 2015, from. www.nchk.org.hk/filemanger/en/pdf/core_comp_english.pdf
- Thomas, J. Z. (2001). A Social influence analysis of perceived organizational support. Dissertation. Ph.D.(Business). USA: University of Pittsburgh.
- Tsai, Y.C., Wang, Y.H.,& Chou, L.N. (2015). Caring Behavior Exhibited by Taiwanese Nurse. *International Journal of Caring Sciences*. May- August. 8(2): 317-324.
- Vandenberg, H. & Kalischuk, R.G. (2014). Conceptualizations of culture and cultural care among undergraduate nursing students: an exploration and critique of cultural education. *Journal of Cultural Diversity*. 21(3): 99- 107.
- Waite, R. & Calamaro, C. (2010). Cultural competence: a systemic challenge to nursing education knowledge exchange, and the knowledge development process. *Perspectives in Psychiatric Care*. 46: 74-79.

- Watson, J. (1999). *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing*. Boston: National League for Nursing Press.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Revised Edition, University Press of Colorado, Boulder.
- Wells, M.I. (2000). Beyond Cultural Competence: A model for Individual and Institutional Cultural Development. *Journal of Community Health Nursing*. 17(4): 189-199.
- Williams, C. C. (2007). *Mixed- Method Evaluation of Continuing Professional development: applications in cultural Competence Training*. *Social work education*. 26(2):121-135.
- Williamson, M., & Harrison, L. (2010). Providing culturally appropriate and the care: A Literature Review. *International Journal of Nursing Studies*. 47:761-769.
- Wolf, Z.R., Zuzelo, P. R. Costello R., & Cooper, K. A. (2004). Development and Testing of the Caring Behaviors inventory for Elders. *International Journal for Human Caring*. 8(1): 48-54.
- Wu, Y., Larrabee, J. H., & Putman, H.P. (2006). Caring Behaviors Inventory - A reduction of the 42-item Instrument. *Nursing Research*. 55(1):18-25.
- Zumrah, A. R., & Boyle, S. (2015). The effects of perceived organizational support and jobsatisfaction on transfer of training. *Personnel Review*. 44(2): 236-254





ภาคผนวก ก
เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

□□□



แบบสอบถามงานวิจัยชุดแรกเรื่องอิทธิพลเชิงสาเหตุของสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรม

คำชี้แจง แบบสอบถามงานวิจัยระยะแรก **ไม่มีข้อใดถูกหรือข้อใดผิด** เป็นเพียงการแสดงความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเท่านั้น จึงขอความร่วมมือให้พยาบาลวิชาชีพตอบแบบสอบถามและแบบทดสอบตามความเป็นจริง ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและแบบทดสอบเหล่านี้จะถูกเก็บเป็นความลับ **โดยไม่มีผลกระทบต่อพยาบาล แบบสอบถามและแบบทดสอบ แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้**

ตอนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลังของพยาบาลวิชาชีพ

ตอนที่ 2 แบบสอบถาม จำนวน 5 ฉบับ รวม 89 ข้อ ดังนี้

- 1) วัดพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม 24 ข้อ
- 2) วัดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม 21 ข้อ
- 3) แบบวัดประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม 7 ข้อ
- 4) แบบวัดเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม 11 ข้อ
- 5) แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร 26 ข้อ

ธนิศา คงสมัย

นิสิตปริญญาเอกสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

ตอนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลังของพยาบาลวิชาชีพ

- (0) เพศ ชาย หญิง
- (1) ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม
- (2) อายุ 20 – 30 ปี 31-40 ปี 41-50 ปี 51- 60 ปี
- (3) ประสบการณ์ทำงานการพยาบาล 1-5 ปี 6-10 ปี 11-15 ปี มากกว่า 15 ปี
- (4) ประเภทหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน
 แผนกผู้ป่วยนอก ระบุ คลินิก.....
 แผนกผู้ป่วยใน ระบุ หอผู้ป่วย.....
- (5) ความสามารถใช้ภาษา อังกฤษ จีน อารบิค อื่นๆ ระบุ.....

ตอนที่ 2 แบบสอบถาม จำนวน 5 ฉบับ ดังนี้คือ

ฉบับที่ 1 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม

คำชี้แจง: โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้วเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติและความคิดเห็นของพยาบาลหรือผู้ที่คุณดูแลมากที่สุดเพียงข้อเดียว และโปรดตอบให้ครบทุกข้อ

1.ท่านประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมได้รับความปลอดภัย เช่น การปรับเปลี่ยนเวลาให้ยาผู้ป่วยในช่วงเวลาถือศีลอด

สม่ำเสมอ บ่อยมาก บ่อย บางครั้ง เกือบไม่เคย ไม่เคย

.....

2.ท่านปรับกิจกรรมการดูแลตามวิถีปฏิบัติของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม เช่น การแนะนำออกกำลังกาย การเลื่อนนัดพบแพทย์ในช่วงถือศีลอด

สม่ำเสมอ บ่อยมาก บ่อย บางครั้ง เกือบไม่เคย ไม่เคย

.....

3.ท่านอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตามความเชื่อ วิถีชีวิต หลักปฏิบัติทางศาสนาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมแบบองค์รวม

สม่ำเสมอ บ่อยมาก บ่อย บางครั้ง เกือบไม่เคย ไม่เคย

.....

4. ท่านนำประเด็นจากเหตุการณ์ต่างๆมาวิเคราะห์เพื่อเป็นบทเรียนในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม
 สม่ำเสมอ บ่อยมาก บ่อย บางครั้ง เกือบไม่เคย ไม่เคย

5. ท่านอธิบายความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายหากผู้ป่วยปฏิบัติตามความเชื่อวิถีชีวิต
 ของผู้ป่วย เช่น การอดอาหารเป็นเวลานานในช่วงการถือศีลอด
 สม่ำเสมอ บ่อยมาก บ่อย บางครั้ง เกือบไม่เคย ไม่เคย

6. ท่านอธิบายเหตุผลของการให้พยาบาลที่ขัดแย้งกับความเชื่อเดิมของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม
 สม่ำเสมอ บ่อยมาก บ่อย บางครั้ง เกือบไม่เคย ไม่เคย

7. ท่านให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจวางแผนการดูแลรักษาเพื่อความปลอดภัย
 สม่ำเสมอ บ่อยมาก บ่อย บางครั้ง เกือบไม่เคย ไม่เคย

8. ท่านให้ความรู้เกี่ยวกับผลดีผลเสียในการปรับเปลี่ยนกิจกรรมการพยาบาลตามความต้องการของ
 ผู้ป่วย
 สม่ำเสมอ บ่อยมาก บ่อย บางครั้ง เกือบไม่เคย ไม่เคย

9. ท่านให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยตระหนักถึงค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณีที่มีความสำคัญต่อ
 การตัดสินใจในการรักษา เช่น ชาวอาหรับมีค่านิยม วัฒนธรรม นิยมให้ผู้ชายที่อาวุโสเป็นผู้ตัดสินใจ
 สม่ำเสมอ บ่อยมาก บ่อย บางครั้ง เกือบไม่เคย ไม่เคย

10. ท่านสอนหรือสาธิตให้ผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมดูแลตนเองได้โดยไม่รู้สึกขัดแย้งต่อความเชื่อเดิม เช่น
 การนวดเต้านม การอาบน้ำสมุนไพรหลังคลอดของชาวมุสลิม
 สม่ำเสมอ บ่อยมาก บ่อย บางครั้ง เกือบไม่เคย ไม่เคย

11. ท่านนำความรู้เกี่ยวกับวิถีทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยมาวิเคราะห์ปัญหาเพื่อป้องกันการเกิด
 ภาวะแทรกซ้อน
 สม่ำเสมอ บ่อยมาก บ่อย บางครั้ง เกือบไม่เคย ไม่เคย

12. ท่านให้การดูแลโดยไม่ขัดแย้งกับความเชื่อเดิมของผู้ป่วย เช่น การทานอาหารฮาลาล มังสวิรัติ เป็นต้น

.....

13. ท่านให้การพยาบาลโดยยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยแม้จะขัดแย้งกับตนเอง เช่น หญิงตั้งครรภ์ ชาวพม่าห้ามกินของเผ็ดทำให้ทารกศีรษะล้าน

.....

14. ท่านให้การพยาบาลด้วยความยืดหยุ่นคำนึงถึงความเชื่อทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย เช่น ให้ญาติเตรียมศพตามความเชื่อทางศาสนา

.....

15. ท่านให้การพยาบาลโดยเคารพตัดสินใจเลือกปฏิบัติตามความเชื่อหลักปฏิบัติทางศาสนาได้ เช่น ให้เอกสารความรู้เรื่อง รายการแลกเปลี่ยนอาหาร การทานอาหารมือสะอาด เป็นต้น

.....

16. ท่านให้บริการผู้ป่วยด้วยความเสมอภาคเท่าเทียมกันโดยไม่เลือกชั้นวรรณะ เชื้อชาติ ศาสนา

.....

17. ท่านให้บริการโดยยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสอดคล้องกับความเชื่อค่านิยม ประเพณีของผู้ป่วยเช่น ชาวมุสลิมยินยอมให้ผู้ให้บริการที่เป็นเพศเดียวกันกับผู้ป่วยเท่านั้น

.....

18. ท่านให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สถานการณ์ข่าวเงินมีความเชื่อในเรื่องของเวลาการตายโดยให้ประกันประคองผู้ป่วยไม่เสียชีวิตหลัง 6 โมงเย็นถึงเที่ยงคืน เพราะถือว่าไม่ทำอะไรไว้ให้ลูกหลานเลย เป็นต้น

.....

19. ท่านวางแผนการดูแลแบบผสมผสานการรักษารักษาของแพทย์กับการรักษาพื้นบ้าน เช่น การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน

.....

20. ท่านเก็บรักษาความลับข้อมูลด้านวัฒนธรรมผู้ป่วยเนื่องจากบางวัฒนธรรมห้ามพูดหรือรังเกียจผู้ป่วย

.....

21. ท่านรับฟัง มีความอดทน ไม่แสดงสีหน้าเมื่อผู้ป่วยพูดเสียงดังมาก ถามซ้ำๆ โดยไม่มีอคติเหมารวม

.....

22. ท่านสื่อสารในใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามยอมรับการรักษาที่ขัดกับความเชื่อเดิม

.....

23. ท่านให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ไม่เข้าใจ แนวทางการดูแลรักษาที่ขัดแย้งกับความเชื่อ ค่านิยม ธรรมเนียมปฏิบัติ

.....

24. ท่านถามความรู้สึกเมื่อต้องปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่แตกต่างจากวิถีชีวิต หลักปฏิบัติทางศาสนา

.....

ฉบับที่ 2 แบบวัดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความแล้วเลือกใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิด ความรู้สึกการกระทำของท่านมากที่สุด

1. ท่านคิดว่าผู้ป่วยแต่ละบุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
.....

2. ท่านมีความไวต่อความรู้สึกและความต้องการที่แตกต่างในค่านิยม วิถีชีวิตของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมโดยปราศจากความอคติ

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
.....

3. ท่านรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อของการรักษาที่พื้นบ้านของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม เช่น การนวด ผิงเข็ม การทำพิธีเรียกขวัญ พิธีสะเดาะเคราะห์ หมอตำแย เป็นต้น

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
.....

4. ท่านไม่มีอคติลำเอียงแบบภาพลักษณ์เหมารวมต่อผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
.....

5. ท่านนำความรู้เกี่ยวกับหลักปฏิบัติทางศาสนา วัฒนธรรม วิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละเชื้อชาติ มาวางแผนดูแล ให้เหมาะสม เช่น การทำละหมาด การถือศีลอด ห้ามโกนขน ห้ามทำหมัน ห้ามทานของแสลง เป็นต้น

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
.....

6. ท่านนำความรู้เกี่ยวกับข้อห้ามในการทานอาหารตามหลักทางศาสนา ส่งต่อข้อมูลให้นักโภชนาการเพื่อจัดอาหารให้เหมาะสมโรคที่เจ็บป่วย

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
.....

7. ท่านนำความรู้ด้านวัฒนธรรมมาวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาดูแลอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน เช่น ช่วงถือศีลอดไม่ทานยาตามเวลาดำสั่งแพทย์ เป็นต้น

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
.....

8. ท่านนำความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับวิธีชีวิต ความเชื่อในการดูแลสุขภาพเพื่อนำมาเป็นปัจจัยในการป้องกันและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การบ้วนน้ำลาย เสมหะ น้ำหมากตามท้องถนน การรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ การเครื่องดื่มที่ร้อนจัด เป็นสาเหตุให้พบโรคเหล่านี้ได้บ่อยในชนชาตินั้น

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

9. ท่านแลกเปลี่ยนเรียนรู้วัฒนธรรมอื่นๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพตนเองในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

10. ท่านนำความรู้เกี่ยวกับธรรมเนียมปฏิบัติแบบอนุรักษ์ในครอบครัวชาวอาหรับมาใช้ในการเข็นตัวยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว ให้สิทธิผู้เป็นบิดา พี่ชาย สามี ลูกชายของผู้ป่วย เข็นตัวยินยอม

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

11. ท่านสามารถรวบรวมข้อมูลด้านวัฒนธรรมสุขภาพได้ถูกต้องครบถ้วนเพื่อประเมินความต้องการผู้ป่วยแบบองค์รวม

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

12. ท่านสามารถรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภูมิหลังความคิด ความเชื่อ เกี่ยวกับวัฒนธรรมโดยไม่รู้ลึกยากล้าบมาก

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

13. ท่านประเมินความคิด ความเชื่อ การรักษาพื้นบ้านให้คุณค่าสิ่งต่างๆ และนำมาผสมผสานวางแผนการดูแล

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

14. ท่านสามารถประเมินผลและปรับเปลี่ยนแผนการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมอย่างต่อเนื่อง

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

15. ท่านสามารถสื่อสารพูดคุยทักทายประโยคง่ายกับผู้ป่วยต่างชาติเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

16. ท่านสามารถสื่อสารผ่านล่ามแปลภาษาเพื่ออธิบายให้ผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมและพยาบาลเข้าใจ
ตรงกัน

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

17. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางสัญลักษณ์ของวงภาษา กิริยามารยาท ที่ไม่ควรแสดงออก
ต่อผู้ป่วยอาหรับเช่น ห้ามสัมผัสร่างกายระหว่างเพศ ทำสัญลักษณ์ด้วยนิ้วมือได้แก่ โอค การชี้หน้า
การหยุดพูดเสียงดัง

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

18. ท่านสื่อสารทั้งด้านภาษาต่างประเทศและท่าทางเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมให้เข้าใจ
ได้

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

19. ท่านต้องการที่จะดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมให้เป็นที่น่าพอใจ

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

20. ท่านยินดี ให้อเวลา พูดคุย สอบถามความต้องการของผู้ป่วยในการนำแนวทางปฏิบัติทางศาสนา
วัฒนธรรมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

21. ท่านตั้งใจจะเรียนรู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลายด้านวัฒนธรรม

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

ฉบับที่ 3 แบบวัดประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม

คำชี้แจงกรณอ่านข้อความแล้วเลือกใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับประสบการณ์ของท่านมากที่สุด

1. ท่านเรียนรู้การรักษารักษาพื้นบ้าน ความเชื่อด้านสุขภาพหลากหลายวัฒนธรรมเนื่องจากเคยเข้าประชุมอบรมวิชาการในต่างประเทศ

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
.....

2. ท่านได้เรียนรู้วัฒนธรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับคนต่างชาติเนื่องจากเคยได้รับการเข้าเรียนหลักสูตรภาษาต่างประเทศ

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
.....

3. ท่านสามารถดูแลได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมเนื่องจากเคยได้รับการสอนขณะฝึกงาน

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
.....

4. ท่านได้รับคำแนะนำเมื่อต้องติดต่อกับผู้ใช้บริการต่างประเทศเนื่องเคยมีหัวหน้าเป็นชาวต่างชาติ

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
.....

5. ท่านเคยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างเชื้อชาติศาสนาเนื่องจากเคยมีลูกน้องเป็นชาวต่างชาติ

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
.....

6. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับความคิดความเชื่อ วิถีชีวิตต่างวัฒนธรรม หลักปฏิบัติทางศาสนา เนื่องจากมีประสบการณ์ได้พบเห็นเหตุการณ์ต่างๆขณะอาศัยอยู่ในต่างประเทศ

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
.....

7. ท่านมีประสบการณ์เคยเห็นพิธีกรรม วิถีชีวิตต่างวัฒนธรรมเนื่องจากเคยเดินทางท่องเที่ยวในต่างประเทศ

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
.....

ฉบับที่ 4 แบบวัดเจตคติการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความแล้วเลือกใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิด ความรู้สึกการกระทำของท่านมากที่สุด

1. การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยต่างชาติเป็นประจำช่วยให้ท่านมีความรู้ความเข้าใจการดูแลผู้ป่วย

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย
.....

2. ท่านคิดว่าไม่จำเป็นต้องคำนึงด้านวัฒนธรรมเพราะผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย
.....

3. ท่านคิดว่าการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมแบบผสมผสานเป็นการดูแลแบบองค์รวม

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย
.....

4. ฉันรู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย
.....

5. ฉันกังวลว่าการให้ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตาม ความเชื่อ วิถีชีวิต การรักษาที่บ้าน เป็นสิ่งทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย
.....

6. ฉันจำเป็นต้องอธิบายหรือตอบคำถามซ้ำๆ ของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย
.....

7. ฉันรู้สึกเครียด วิตกกังวลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมเนื่องจากไม่เข้าใจวัฒนธรรมของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยร้องเรียน

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย
.....

8. ฉันรู้สึกว่าการสื่อสารผ่านล่ามแปลภาษามีความยากลำบากในการให้ผู้ป่วยความเข้าใจความหมายตรงกัน

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย
.....

9. ฉันจะให้เพื่อนร่วมงานช่วยเหลือตรงแทนเมื่อรู้สึกไม่เข้าใจผู้ป่วย

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

.....

10. ฉันพร้อมที่จะอธิบายหากผู้ป่วยที่ไม่พอใจการดูแลรักษาที่ขัดแย้งกับความเชื่อเดิมของผู้ป่วย

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

.....

11. ฉันจะเตรียมคำแปลภาษาให้พร้อมก่อนให้ดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

.....

ฉบับที่ 5 แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความแล้วเลือกใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นความรู้สึของท่าน

1. ท่านคิดว่าองค์กรให้เงินเดือนหรือค่าตอบแทนอย่างเหมาะสม

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
.....

2. ท่านคิดว่าองค์กรให้สวัสดิการในด้านต่างๆเหมาะสม

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
.....

3. ท่านคิดว่าองค์กรมีการประเมินผลเพื่อให้ท่านได้รับค่าตอบแทนอย่างยุติธรรม

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
.....

4. ท่านมีความมั่นคงในการเงินจากผลตอบแทนที่ได้รับจากการทำงานในองค์กร

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
.....

5. ท่านคิดว่าท่านมีโอกาสได้รับการสนับสนุนจากองค์กรให้เลื่อนตำแหน่งที่สูงขึ้น

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
.....

6. ท่านคิดว่าองค์กรของท่านส่งเสริมให้ท่านได้มีโอกาสก้าวหน้าในสายงานที่ปฏิบัติหรือสายงานอื่นๆ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
.....

7. ท่านคิดว่าองค์กรของท่านจัดฝึกอบรมด้านภาษาให้แก่ท่านและพนักงานอย่างสม่ำเสมอ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
.....

8. ท่านคิดว่าองค์กรของท่านจัดฝึกอบรมด้านกิริยามารยาทและการดูแลผู้ป่วยชาติต่างๆอย่างสม่ำเสมอ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
.....

9. ท่านคิดว่าองค์กรให้โอกาสศึกษาดูงานในและต่างประเทศเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
.....
10. ท่านคิดว่าองค์กรมีแผนพัฒนาอบรมพนักงานในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมอย่างชัดเจน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
.....
11. องค์กรไม่มีนโยบายบอกเลิกจ้างพนักงานโดยไม่มีเหตุอันควร
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
.....
12. องค์กรมีความมั่นคง มีความก้าวหน้า และมีโอกาสเติบโตได้ในอนาคต
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
.....
13. หากท่านตัดสินใจที่จะลาออก องค์กรทำทุกวิถีทางให้ท่านทำงานอยู่ในองค์กรต่อไป
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
.....
14. ท่านมีโอกาสความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
.....
15. องค์กรของท่านเติบโตขยายงานในการดูแลบริการผู้ป่วยนานาชาติทุกปี
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
.....
16. องค์กรไม่ตำหนิให้ท่านรู้สึกผิดโดยให้โอกาสให้ท่านในการพัฒนาตนเอง
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
.....
17. องค์กรมีความเอาใจใส่ท่านเป็นอย่างดี และปฏิบัติต่อท่านอย่างให้เกียรติ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
.....
18. ท่านได้ทำงานในองค์กรที่มีเกียรติ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
.....

19. ท่านได้ทำงานที่ได้รับการยอมรับจากองค์กรและสังคม

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

.....

20. องค์กรของท่านจัดให้มีระบบการช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมเมื่อมีปัญหา
ร้องเรียน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

.....

21. องค์กรของท่านให้การสนับสนุนโดยเผยแพร่ด้านเอกสารความรู้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหลากหลายภาษาให้
พนักงานทราบทุกคน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

.....

22. ท่านได้รับการสนับสนุนจากองค์กรด้านวัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ทำงาน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

.....

23. ท่านได้รับคำแนะนำปรึกษาที่มีประโยชน์จากหัวหน้างานเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยต่าง
วัฒนธรรม

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

.....

24. ท่านได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงานเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

.....

25. องค์กรของท่านจัดอัตราค่าสิ่งในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมอย่างเหมาะสม

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

.....

26. องค์กรของท่านจัดให้มีอุปกรณ์สถานที่ทำพิธีกรรมทางศาสนาสำหรับพนักงานและผู้ป่วยต่าง
วัฒนธรรม

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

.....



ภาคผนวก ข
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือระยะที่ 1

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือระยะที่ 1

แบบวัดพฤติกรรมเชิงวัฒนธรรม (หลังจากปรับแบบวัด) ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .42 ถึง .79 ค่าวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอยู่ระหว่าง .26 ถึง .67 และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในแบบแอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ .966

ข้อที่	ค่า IOC	ค่าCorrected Item-Total Correlation (r)	ค่าFactor Loading
1	1	.61	.59
2	1	.69	.60
3	1	.69	.61
4	1	.67	.45
5	1	.77	.60
6	1	.77	.59
7	1	.75	.58
8	1	.79	.65
9	1	.74	.56
10	1	.68	.58
11	1	.71	.53
12	.8	.68	.36
13	.6	.68	.56
14	1	.75	.66
15	.8	.76	.67
16	.8	.57	.40
17	.8	.61	.44
18	.8	.74	.62
19	.8	.52	.44
20	.8	.42	.29
21	1	.47	.26
22	1	.65	.47
23	1	.60	.62
24	1	.66	.59

แบบวัดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม (หลังจากปรับแบบวัด) ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .34 ถึง .77 ค่าวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอยู่ระหว่าง .32 ถึง .72 และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในแบบแอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ .959

ข้อที่	ค่า IOC	ค่าCorrected Item-Total Correlation (r)	ค่าFactor Loading
1	1	.459	.58
2	1	.501	.58
3	1	.345	.32
4	.8	.673	.56
5	.8	.721	.62
6	.8	.615	.58
7	.8	.689	.61
8	.8	.743	.64
9	.8	.807	.37
10	.8	.567	.44
11	.8	.777	.67
12	.8	.662	.34
13	.8	.678	.61
14	.8	.568	.62
15	.8	.559	.49
16	.8	.615	.59
17	.8	.755	.61
18	.8	.645	.30
19	1	.700	.64
20	.8	.685	.69
21	1	.714	.72

แบบวัดประสบการณ์ข้ามวัฒนธรรม (หลังจากปรับแบบวัด) ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .54 ถึง .86 ค่าวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอยู่ระหว่าง .53 ถึง .98 และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น ชนิดความสอดคล้องภายในแบบแอลฟาทั้งหมดเท่ากับ .956

ข้อที่	ค่า IOC	ค่า Corrected Item-Total Correlation (r)	ค่า Factor Loading
1	1	.80	.92
2	1	.73	.97
3	1	.63	.78
4	1	.78	.91
5	1	.86	.98
6	1	.80	.43
7	1	.54	.53

แบบวัดเจตคติในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม (หลังจากปรับแบบวัด) ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .42 ถึง .72 ค่าวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอยู่ระหว่าง .27 ถึง .92 และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น ชนิดความสอดคล้องภายในแบบแอลฟาทั้งหมดเท่ากับ .956

ข้อที่	ค่า IOC	ค่า Corrected Item-Total Correlation (r)	ค่า Factor Loading
1	1	.47	.83
2	1	.59	.33
3	1	.57	.76
4	1	.50	.27
5	1	.45	.77
6	1	.72	.62
7	1	.57	.92
8	1	.55	.76
9	1	.47	.27
10	1	.42	.80
11	1	.53	.83

แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนองค์กร(หลังจากการปรับแบบวัด) มีค่าอำนาจจำแนกราย
 ไข่ออยู่ระหว่าง .56 - .86 ค่าวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอยู่ระหว่าง .29- .64 และมีค่า
 สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น ชนิดความสอดคล้องภายในแบบแอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ .96

ข้อที่	ค่า IOC	ค่าCorrected Item-Total Correlation (r)	ค่าFactor Loading
1	1	.62	.49
2	1	.64	.32
3	1	.75	.30
4	1	.67	.33
5	1	.75	.44
6	1	.78	.30
7	1	.57	.33
8	1	.65	.33
9	1	.59	.30
10	1	.65	.33
11	1	.60	.45
12	1	.67	.34
13	1	.60	.31
14	1	.75	.29
15	1	.67	.39
16	1	.74	.47
17	1	.86	.45
18	1	.56	.32
19	1	.63	.41
20	1	.64	.34
21	1	.56	.57
22	1	.69	.29
23	1	.74	.29
24	1	.72	.32
25	1	.72	.34
26	1	.63	.64



ภาคผนวก ค

โครงการเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์
ที่มีต่อพฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ

แผนการจัดกิจกรรมกลุ่ม

โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยเทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์ ที่มีต่อพฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ

กิจกรรมที่ 1 สมรรถนะด้านตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม

1.1 แนวคิดสมรรถนะด้านตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม

การสร้างสมรรถนะด้านตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม เป็นกระบวนการทำให้เห็นความสำคัญของการให้คุณค่าวัฒนธรรมของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม การพัฒนาสมรรถนะด้านความตระหนักรู้ด้านวัฒนธรรมโดยการเรียนรู้ทำความเข้าใจมีความไวต่อการรับรู้ในความแตกต่างในเรื่องความเชื่อ ค่านิยม วิถีชีวิต ไม่ลำเอียงต่อวัฒนธรรมของผู้อื่น โดยใช้เทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์ เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมดูแลเชิงวัฒนธรรม ซึ่งทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการแสดงออกถึงการดูแลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ เป็นการแสดงออกของพยาบาลด้วยความเอาใจใส่ในการช่วยเหลือ เกื้อกูล อำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

1.2 ผลลัพธ์การเรียนรู้

เพื่อให้ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรม มีความสามารถดังนี้

- 1) ความเข้าใจ / เจตคติที่ดีต่อความแตกต่างทางวัฒนธรรม
- 2) เจตคติที่ดีต่อความแตกต่างทางวัฒนธรรม
- 3) มีทักษะการแสดงออกในการดูแลผู้ป่วยเชิงวัฒนธรรม

1.3 สื่อ-อุปกรณ์

- 1) คลิปวิดีโอเรื่อง “โบสถ์หนูในอินเดีย” “ลิงลพบุรี พระปรางค์สามยอด”
- 2) ใบงาน ที่ 1 การสะท้อนคิด และการสำรวจตนเอง
- 3) ใบงานฝึกปฏิบัติระหว่างสัปดาห์ ที่ 1

1.4 กิจกรรม/ระยะเวลา (2 ชั่วโมง)

ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศเรียนรู้ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ ละลายพฤติกรรม และแบ่งกลุ่มเป็น 4 กลุ่ม จำนวนกลุ่มละ 5-6 คน ให้สมาชิกตั้งชื่อกลุ่ม จากนั้นให้แนะนำตนเอง เพื่อให้สมาชิกได้ทำความรู้จักกัน โดยบอกชื่อ-นามสกุล ชื่อเล่น เป็นต้น ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำ

แบบวัดสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม ผู้วิจัยเตรียมกิจกรรมนำเข้าสู่การเรียนรู้ เตรียมพร้อมเข้าร่วมกิจกรรม (ใช้เวลา 20 นาที)

ขั้นตอนที่ 1 การปฏิบัติเพื่อสังสมประสบการณ์ ใช้เวลา 25 นาที

เมื่อสมาชิกมาเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกคน ผู้วิจัยให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มบอกเล่าประสบการณ์ที่เคยประสบเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมเนื่องจากขาดความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม ตัวอย่างสถานการณ์ เช่น การต้อนรับ การแสดงกิริยาที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การชี้นิ้ว การสบตา น้ำเสียงระะยะห่าง ในการสื่อสาร เป็นต้น สิ่งที่ผู้ป่วยตอบสนองหลังจากที่ได้รับการดูแลกระทำของพยาบาลที่ไม่เข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรม ทำให้การตีความแตกต่างกัน

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดจากการสังเกต (Reflective observation) ใช้เวลา 15 นาที

เป็นขั้นที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมุ่งที่จะทำความเข้าใจในความหมายของประสบการณ์ที่ได้รับและนำมาพิจารณาอย่างรอบคอบ ซึ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองจากประสบการณ์ในการปฏิบัติกิจกรรมและแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม ผู้วิจัยกระตุ้นโดยใช้คำถาม "ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับฟังการแบ่งปันประสบการณ์ได้รับเรียนรู้อะไรบ้าง มีความคิดความรู้สึกอย่างไร" ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะได้เรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น และผลของการสะท้อนความคิดเห็น หรือการอภิปรายทำให้ได้แนวคิดหรือข้อสรุป

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างความคิดรวบยอด (Abstract conceptualization) ใช้เวลา 30 นาที

เมื่อสมาชิกได้วิเคราะห์และทำสะท้อนคิดปัญหาที่เกิดจากการขาดความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรมแล้ว ผู้วิจัยนำเข้าสู่ประเด็นความแตกต่างทางวัฒนธรรมโดยให้ดูคลิปวีดีโอ เรื่อง "โบสถ์หนูในอินเดีย (Rat temple in India. The Temple of rats!)" ความยาว 6.37 นาที "ลิงลพบุรี พระปรารค์ ทศกาลใต้เงินลิง (Party Monkey) สามยอด" ความยาว 5.10 นาที ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตั้งใจดูคลิปวีดีโอพร้อมๆกัน เมื่อชมคลิปจบถามผู้เข้าร่วมกิจกรรมว่า "มีความคิดเห็นอย่างไรกับความเชื่อแนวทางปฏิบัติในแต่ละวัฒนธรรม" แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เมื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมช่วยกันตอบ และให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมดูรูปภาพ "ชาวอารบิกที่ใส่ผ้าคลุมหน้าถ่ายรูป" และ "ดูภาพชุดแต่งกายชาวเมียนมา" โดยผู้วิจัยใช้คำถาม เมื่อพบเห็นชาวอาหรับในรูปสิ่งแรกที่เรามองเห็นมีอะไรบ้าง ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมช่วยกันตอบ (ตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกเราเห็นอะไรบ้าง เช่น ถ่ายทำไม ไม่รู้ว่าเป็นใคร เป็นต้น)

ผู้วิจัยสรุปความคิดเห็น สะท้อนให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรม การขจัดความอคติลำเอียงวัฒนธรรมของผู้อื่น ผู้วิจัยสรุปความคิดเห็น หลังจากนั้นผู้วิจัยอาจใช้

คำถามกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้ช่วยกันสรุปข้อคิดเห็น เช่น “ได้รับความรู้หรือมีประเด็นใดที่สามารถนำมาใช้ หรือข้อควรปรับปรุงอย่างไร จากการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา”

ขั้นตอนที่ 4 การทดลอง/ประยุกต์ใช้ความรู้ (Active experimentation) ใช้เวลา 30 นาที ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมวางแผนการปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมอย่างไรให้ผู้ป่วย แล้วไปใช้ในการทดลองปฏิบัติจริงโดยผู้วิจัย ใช้คำถามว่า “พัฒนาตนเองให้เป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านตระหนักรู้อย่างไรในการดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม” ผู้วิจัยสรุปแนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และมอบหมายให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฝึก ให้ใบงานฝึกปฏิบัติระหว่างสัปดาห์ที่ 1 จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป กล่าวปิดกลุ่ม

1.5 ประเมินผล

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นผู้ที่มีความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม
2. การแสดงออกถึงการดูแลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์
3. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการแสดงออกเป็นผู้ที่มีความเคารพความคิดความเชื่อในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

1.6 การบ้าน ใบฝึกปฏิบัติระหว่างสัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมครั้งที่ 1

ใบงานครั้งที่ 1

การพัฒนาด้านตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม

ส่วนที่ 1 จงแสดงความคิดเห็นความรู้สึกสำรวจตนเอง

- 1) เมื่อคุณเห็นภาพชาวอาหรับแต่งชุดดำคลุมถ่ายรูป ดังภาพ ท่านคิดและรู้สึกอย่างไร



.....

.....

.....

.....

- 2) เมื่อคุณเห็นภาพชาวพม่าแต่งกาย ดังภาพ มารับบริการ ท่านคิดและรู้สึกอย่างไร



.....

.....

.....

.....

.....

.....

กิจกรรมที่ 2 สมรรถนะด้านความรู้ทางวัฒนธรรม

2.1 แนวคิด สมรรถนะด้านความรู้ทางวัฒนธรรม

พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ควรมีพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมต่างๆของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันเกี่ยวกับความเชื่อ ค่านิยม เรียนรู้ทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับหลักปฏิบัติทางศาสนา วัฒนธรรม วิถีชีวิต ประเพณีที่เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาพื้นบ้าน ทำให้พยาบาลเข้าใจในความคิด ความเชื่อค่านิยมของผู้ใช้บริการด้านสุขภาพ และปัจจัยที่อาจมีผลต่อสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ ทักษะคติ การตีความแตกต่างกัน พยาบาลจำเป็นต้องให้ข้อมูลความรู้และให้เหตุผลแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อแก้ปัญหาการดูแลที่ตอบสนองความต้องการผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

2.2 ผลลัพธ์การเรียนรู้

เพื่อให้ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรม มีความสามารถดังนี้

- 1) มีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัฒนธรรมอื่นๆ ได้แก่ ชาวอาหรับ และพม่า
- 2) ให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสม

2.3 สื่อ-อุปกรณ์

- 1) ใบความรู้เรื่องวัฒนธรรมชาวอาหรับและพม่า
- 2) ใบความรู้เรื่อง การรักษาความเจ็บป่วยในเดือนถือศีลอด ความเชื่อด้านสุขภาพของพม่า
- 3) ใบงานฝึกปฏิบัติระหว่างสัปดาห์ ที่ 2

2.4 กิจกรรม/ระยะเวลา (3 ชั่วโมง)

ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่มและทบทวนกติกาการเข้าร่วมกิจกรรมที่ทำข้อตกลงไปในครั้งก่อน และลำดับต่อไป ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเล่าถึง ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบอกเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในใบงานฝึกปฏิบัติระหว่างสัปดาห์ที่ผ่านมาสิ่งที่ได้เรียนรู้นำไปปฏิบัติใช้อย่างไรบ้างจากการพัฒนาสมรรถนะด้านการตระหนักรู้ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร (ใช้เวลา 20 นาที)

ขั้นตอนที่ 1 การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมประสบการณ์ ใช้เวลา 40 ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม แสดงบทบาทสมมติ กลุ่มละ 1 เรื่อง เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม สถานการณ์ตัวอย่างกิจกรรมสมรรถนะความรู้ด้านวัฒนธรรม

สถานการณ์ที่ 1 ผู้ป่วยหญิงชาวUAE อายุ 43 ปี มีอาการปวดท้อง ถ่ายอุจจาระสีดำ มีประวัติเป็น ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลพร้อมญาติ ผู้ป่วยพูดภาษาอังกฤษไม่ได้ ญาติพูด ภาษาอังกฤษได้เล็กน้อย ผู้ป่วยต้องการมาตรวจ มาพบแพทย์ระบบทางเดินอาหาร และแพทย์อายุรกรรมต่อมไร้ท่อ หลังจากพบแพทย์ แพทย์มีคำสั่งให้ทำ ultrasound abdomen และ เอ็กซเรย์ คอมพิวเตอร์ช่องท้อง (CT abdomen) กรณีผู้ป่วยมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายจากสถานพยาบาลต้อง เตรียมอย่างไรบ้าง พยาบาลทำนัดตรวจ ultrasound abdomen CT abdomen และแจ้งค่าใช้จ่าย และการเตรียมตัวก่อนทำให้ทราบ แพทย์ระบบทางเดินอาหารนัดฟังผลหลังจากได้ผลตรวจ และ แพทย์อายุรกรรมนัดตรวจเลือด FPG HbA1C BUN Creatinine ก่อนพบแพทย์ ผู้ป่วยจะ วางแผนอยู่เมืองไทยอีก 3วัน จากสถานการณ์ดังกล่าวให้แสดงบทบาทสมมติ

สถานการณ์ที่ 2 ผู้ป่วยหญิงชาวอาหรับ อายุ 45 ปี ผู้ป่วยไม่สามารถพูดภาษาอังกฤษได้ ต้องการ ตรวจสุขภาพและตรวจเต้านม (mammogram) ผลการตรวจร่างกายพบว่ามีก้อนเต้านม แพทย์ อธิบายผลและแนะนำให้ตัดชิ้นเนื้อ biopsy ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจก่อนรับการรักษาได้ คอย ให้สมาชิกในครอบครัวตัดสินใจเช่นตียินยอมได้รับการบอกกล่าว เมื่อสมาชิกครอบครัวตัดสินใจ ให้ผู้ป่วยตัดสินใจส่งตรวจ ผลตรวจชิ้นเนื้อพบว่าเป็นมะเร็งเต้านม แพทย์แนะนำให้ผ่าตัด หรือ ฉายแสง ให้ผู้ป่วยตัดสินใจ พยาบาลจะทำอย่างไร ผู้ป่วยไม่ทราบผลการวินิจฉัย จากสถานการณ์ ดังกล่าวให้แสดงบทบาทสมมติ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดจากการสังเกตใช้เวลา 20 นาที เป็นขั้นที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรม มุ่งที่จะทำความเข้าใจในความหมายของประสบการณ์ที่ได้รับและนำมาพิจารณาอย่างรอบคอบ ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองจากประสบการณ์ที่ได้รับ ชมบทบาทสมมติ ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยใช้คำถามว่า “หลังจากชมการ แสดงจบแล้ว ได้เรียนรู้อะไรบ้าง มีความคิดและมีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์” ผู้เข้าร่วม กิจกรรมจะได้เรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น และผลของการสะท้อนความคิดเห็น หรือการอภิปรายทำให้ได้ แนวคิดหรือข้อสรุป

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างความคิดรวบยอด ใช้เวลา 80 นาที เมื่อสมาชิกได้วิเคราะห์และทำสะท้อนคิด แล้วบรรยายให้ความรู้เรื่องที่1 ความหมายของวัฒนธรรม แนวคิดทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรม และใบความรู้เรื่องที่2สมรรถนะด้านวัฒนธรรม นิยามความหมายและองค์ประกอบ กระบวนการสมรรถนะด้านวัฒนธรรม

ผู้วิจัยเชิญวิทยากรล่ามอารบิก และล่ามพม่า แนะนำความรู้เรื่อง วัฒนธรรม ประกอบด้วย 1)การปฏิบัติตามหลักทางศาสนาด้านความเชื่อด้านสุขภาพ 2) ความเชื่อค่านิยมด้านสุขภาพ 3) รูปแบบปฏิสัมพันธ์การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม (ดังตาราง)

หัวข้อการบรรยายโดยล่าม

ข้อ	องค์ประกอบ	หัวข้อย่อย
1	1) การปฏิบัติตามหลักทางศาสนา ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ	- การทำกิจกรรมละหมาด และสามารถทำได้หลายท่า - ความเชื่อด้านสุขภาพตามหลักศาสนา - การปฏิบัติตนตามวัฒนธรรมมีผลต่อสุขภาพ
2	2) ความเชื่อค่านิยมด้านสุขภาพ	- ห้ามเจาะเลือด ขณะถือศีลอด - การได้รับการดูแลจากบุคคลากรต่างเพศ
3	3) รูปแบบปฏิสัมพันธ์การติดต่อสื่อสารกับผู้รับบริการ	- การสื่อสารทักทายเบื้องต้นเช่น การแสดงทักยะต่างๆ ได้แก่ การต้อนรับแต่ละเชื้อชาติเช่น พม่าไหว้ ชาวอาหรับ ทักทายโดยการจับมือ - พยายามควรไหว้ทักทาย การแต่งกายสุขภาพ พุดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล

ประเด็นเรื่องการรับรู้ในความแตกต่างความเชื่อ ค่านิยม วิถีชีวิต หากพยาบาลมีความรู้และตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ เนื่องจากพยาบาลเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม เมื่อพยาบาลเป็นผู้มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมจะทำให้พยาบาลแสดงออกพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม และให้มีส่วนร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อดีประโยชน์ของการเป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยอาจใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้ช่วยกันสรุปประเด็นข้อคิดเห็น เช่น “ มีข้อสังเกตประเด็นใดที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคิดเห็นว่าเป็นประโยชน์สามารถนำมาใช้ และประเด็นที่ควรนำมาปรับในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม”

ขั้นตอนที่ 4 การทดลอง/ประยุกต์ใช้ความรู้ ใช้เวลา 20 นาที ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมวางแผนการปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมอย่างไรให้ผู้ป่วย แล้วไปใช้ในการทดลองปฏิบัติจริงเข้าร่วมกิจกรรม โดยผู้วิจัย ใช้คำถามว่า “ผู้เข้าร่วมกิจกรรมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและพึงพอใจ ” ผู้วิจัยสรุปแนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และมอบหมายให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำไปฝึกปฏิบัติระหว่างสัปดาห์ที่ 2 จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป กล่าวปิดกลุ่ม

ตัวอย่าง การวางแผนในการดูแลผู้ป่วยจากสถานการณ์ การเข้าไปทำกิจกรรมทางการพยาบาลในห้องขณะผู้ป่วยกำลังละหมาด การวางแผนการดูแลผู้ป่วยดังนี้ เราต้องรับทราบก่อนว่าการละหมาดทำ 5 เวลา ต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วย เราจะทำอย่างไร เพื่อไม่ให้รบกวนการละหมาดของคุณ ได้แก่ ทำป้าย, ให้ผู้ป่วยและญาติแจ้งเวลา (เริ่มต้น - สิ้นสุด) โดยไม่กระทบการให้การพยาบาล แนะนำให้ไปทำละหมาดที่ห้องละหมาด

2.5 ประเมินผล

- 1) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ความสามารถประยุกต์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม
- 2) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ในเชิงวิชาชีพแก่ผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

2.6 การบ้าน ไปฝึกปฏิบัติระหว่างสัปดาห์ที่ 2

ใบความรู้กิจกรรมครั้งที่ 2

ความรู้เรื่องวัฒนธรรมชาวอาหรับและพม่า

ศาสนาและวัฒนธรรมของกลุ่มมุสลิมและอาหรับ

กลุ่มมุสลิมและอาหรับ นับถือศาสนาอิสลาม เป็นคำภาษาอาหรับ แปลว่า การยอมจำนน การปฏิบัติตามและการมอบน้อม เมื่อนำคำว่าอิสลาม มาเป็นชื่อของศาสนาจึงมีความหมายว่า เป็นศาสนาแห่งการมอบน้อม จ้านนต่อพระเจ้าคือ อัลลอฮ์ อิสลามเป็นศาสนาสุดท้ายที่ถูกประทานลงมา จากชั้นฟ้าด้วยความพอพระทัยของอัลลอฮ์

ปัจจุบันประชากรโลกที่นับถือศาสนาอิสลามมีมากกว่า 1,400 ล้านคน หรือประมาณ 1ใน4 ของประชากรโลก ผู้นับถือศาสนาอิสลามเรียกว่า มุสลิม ซึ่งมุสลิม แปลว่า ผู้ยอมมอบตนต่อพระเจ้า พระอัลเลาะห์มีศาสดาผู้เผยแพร่ และเป็นแบบอย่างคือ ศาสดามูฮัมหมัด มีคัมภีร์ของศาสนาอิสลามคือ คัมภีร์อัลกุรอาน

วัฒนธรรมของชาวมุสลิมและอาหรับ: มุสลิม เป็นคำภาษาอาหรับ หมายถึง ผู้ที่ยอมรับศาสนาอิสลาม

ชาวอาหรับ หมายถึง กลุ่มชนที่ผู้พูดภาษาอาหรับและอาศัยในโลกอาหรับ

วัฒนธรรมของชาวมุสลิมและอาหรับ แบ่งเป็นด้านต่างๆได้แก่

1. การแต่งกาย



2. มารยาท

- ควรยืนขึ้นเมื่อมีคนเข้ามาในห้อง ถ้ามีผู้เข้ามาในห้อง ให้จับมือกับทุกคน โดยเริ่มจากคนที่อยู่ทางขวามือของเราก่อน

- ผู้ชายไม่ควรยื่นมือเพื่อจับมือกับผู้หญิงอาหรับ นอกจากว่าฝ่ายหญิงยื่นมือให้ก่อน หากฝ่ายหญิงไม่ยื่นมือให้ก่อน ให้ทักทายด้วยวาจาถือว่าเหมาะสมแล้ว

- การพูดคุย หยอกกล้อ และหัวเราะ จะกระทำด้วยเสียงที่เบา ไม่รบกวนผู้อื่น
- ควรหลีกเลี่ยงการทำให้ผู้อื่นอาย และหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า
- อย่าใช้มือชี้ๆ รับผิดชอบต่ออาหาร ถือถ้วยชา-กาแฟ หรือส่งของต่อให้ผู้อื่น
- ห้ามชี้ปลายเท้าไปยังผู้อื่น หรือสิ่งของสำคัญ
- ไม่นำอาหาร เครื่องมือ หรือของขวัญไปยังบ้านที่เขาเชิญเราไปเป็นแขกผู้มาเยือน
- เป็นเรื่องปกติที่ชาวอาหรับจะไม่กล่าวคำว่า "ขอบคุณ" บ่อยๆ ถึงแม้ว่าเขาจะรู้สึกขอบคุณ

เราอยู่

3. การดื่ม กาแฟ หรือชา

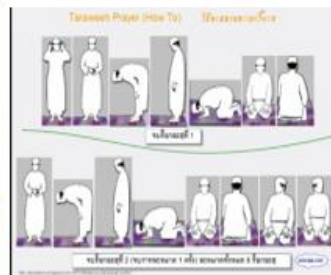
- ในงานเลี้ยง ผู้ถูกเชิญควรอยู่ที่ถึงเวลา ชา-กาแฟ ทำยมี้อ มิฉะนั้นจะถือว่าไม่สุภาพ
- การปฏิเสธไม่รับชา-กาแฟ ที่เจ้าภาพเสนอถือว่าไม่สุภาพ
- ชา กาแฟ จะถูกรินใส่ถ้วยเล็กๆ ครึ่งถ้วย การเติมชา-กาแฟ ไม่ควรเติม 3 ถ้วย เมื่อพอลแล้ว

ควรส่งสัญญาณเล็กน้อย เพื่อให้พนักงานมาเก็บถ้วย

4. ละหมาด

- ชาวอาหรับจะสวดมนต์วันละ 5 ครั้ง (เช้า, กลางวัน, กลางบ่าย, พระอาทิตย์ตก และ

กลางคืน) ครั้งละ ประมาณ 15 นาที



5. ชั่วโมงธุรกิจ (Business Hours)

- ส่วนมากจะทำงานตั้งแต่วันเสาร์-เช้าวันพฤหัสบดี วันพฤหัสบดี และวันศุกร์ (ผู้ชายจะต้องไป

ละหมาดรวมกันที่มีสยิด ช่วงเวลาหลังเที่ยง)

- วันศุกร์ เป็นวันหยุดงานเพื่อสวดมนต์

6. การถ่ายภาพ

- ห้ามถ่ายภาพบุคคลอื่น หรือสถานที่สำคัญ โดยไม่ได้รับอนุญาต
- หลีกเลี่ยงการหันกล้องถ่ายรูปไปที่ สถานที่ที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ตำรวจ สนามบิน วังหรือ

สถานทูต

7. อาหารการดื่มแอลกอฮอล์ และการบริโภค เนื้อหมู

- เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และหมู ถือเป็นของต้องห้ามทางศาสนา

- ต้องเป็นอาหารฮาลาล ซึ่งไม่ได้แปลว่า ไม่มีหมูเพียงอย่างเดียว แต่ต้องเป็นสัตว์ที่เชือดโดยหลักการอิสลาม ปฎิบัติตามหลักการศาสนาอิสลามด้วย

8. เครื่องหอมกุยอน

- จะต้องถือศีลอด คืองดน้ำ- อาหาร ตั้งแต่แสงอรุณขึ้น จนถึงพระอาทิตย์ตกส่งเสริมให้ทำ

ความดีมากๆ ละเว้นการพูดจาหยาบคาย นิินทา ใสร้ายผู้อื่น ฯลฯ

9. ความสะอาด

- การเข้าห้องน้ำไม่ว่าจะบัสสวาระหรืออุจจาระ จะต้องทำความสะอาดด้วยน้ำเสมอ ไม่ใช่แค่ส้วบๆ หรือใช้กระดาษมาเช็ด

10. เรื่องเพศ

- คำสอนของศาสนาที่ไม่ให้ปะปนกันระหว่างชาย – หญิงที่แต่งงานกันได้

11. นิสย

- ส่วนมากแล้วเป็นคนโกร่งง่าย หายเร็ว ใจร้อน เสียงดัง ชอบของดี ยากได้ของดีที่สุด ราคา

ไม่ค่อยสำคัญ แพงไม่ว่าขอให้ดีจริง แต่ถ้าได้ส่วนลดบ้างจะชอบมาก เพราะรู้สึกว่าตัวเองเป็นคนสำคัญทำให้ได้ลดราคา และถ้าเราซื้อสตัยกับเขา เขาก็จะซื้อสตัยกับเราดีมาก

ศาสนาและวัฒนธรรมของกลุ่มพม่า

ประชากรในประเทศพม่าส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ 93% ศาสนาคริสต์ 4% อื่น ๆ 3% ตามสถิติของรัฐบาล ได้สำรวจพระและสามเณรทั่วประเทศมีทั้งหมดประมาณ ๔๐๐,๐๐๐ รูป มากกว่าประเทศไทยประมาณ ๑ แสนรูป ปัจจุบันพม่าจึงนับเป็นแหล่งหรือศูนย์กลางพระพุทธศาสนาประเทศหนึ่งในเอเชีย

วัฒนธรรมของพม่า

วัฒนธรรมของพม่าได้รับอิทธิพลทั้งจากมอญ จีน อินเดีย และไทยมาช้านาน ดังสะท้อนให้เห็นในด้านภาษา ดนตรี และอาหาร สำหรับศิลปะของพม่านั้นได้รับอิทธิพลจากวรรณคดีและพระพุทธศาสนานิกายเถรวาทมาตั้งแต่ครั้งโบราณ ในปัจจุบันนี้วัฒนธรรมพม่ายังได้รับอิทธิพลจาก

ตะวันตกมากขึ้น ซึ่งเห็นได้ชัดจากเขตชนบทของประเทศ ด้านการแต่งกาย ชาวพม่าทั้งหญิงและชาย นิยมนุ่งใส่กางเกง เรียกว่า ลองยี ส่วนการแต่งกายแบบโบราณเรียกว่า ลุนตยาอซิก

1. การแต่งกาย

ชุดประจำชาติของชาวพม่าเรียกว่า ลองยี (Longyi) เป็นผ้าโสร่งที่นุ่งทั้งผู้ชายและผู้หญิง ในวาระพิเศษต่าง ๆ ผู้ชายจะใส่เสื้อเชิ้ตคอปกจีนแมนดารินและเสื้อคลุมไม่มีปก บางครั้งจะใส่ผ้าโพกศีรษะที่เรียกว่า กอง บอง (Guang Baung) ด้วย ส่วนผู้หญิงพม่าจะใส่เสื้อติดกระดุมหน้า เรียกว่า ยินซี (Yinzi) หรือเสื้อติดกระดุมข้างเรียกว่า ยินบอน (Yinbon) และใส่ผ้าคลุมไหล่ทับ



2. ภาษาและวัฒนธรรม

- คนพม่ามีนิสัยขี้เกรงใจ ใจดี ชอบช่วยเหลือแบ่งปัน อยากรู้ อยากเห็น
- คนพม่าเกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ไม่มีนามสกุล (ส่วนใหญ่นามสกุลที่นับถือศาสนาคริสต์จะมีนามสกุล) ชื่อตัวแรกจะบ่งบอกว่าคนๆ นั้นเป็นลูกหลานของเผ่าไหนเพราะพม่าประกอบด้วยคนหลายชนเผ่ามารวมกัน
- "มิงกะลาบา" เป็นคำทักทายที่เป็นทางการมากๆ เมื่อเจอกันคนพม่าจะใช้คำว่า "Nay Kaung Lar?" ซึ่งแปลว่า สบายดีไหม หรือ "Sar Pee Pi Lar? แปลว่า กินข้าวหรือยัง มากกว่า
- การสวมรองเท้าแตะในพม่า เป็นธรรมเนียมปฏิบัติที่เหมาะสม สามารถใส่รองเท้าแตะไปโรงเรียน ไปออกงาน ติดต่อสถานที่ราชการได้ รองเท้าแตะที่ว่าไม่ใช่รองเท้ายางเหมือนบ้านเรา แต่เป็นรองเท้าที่ทำจากผ้าหลายชนิดประดับลูกบิด อันเป็นตัวบอกรฐานะของผู้สวมใส่

3. ประเพณี

- พม่ามีเทศกาลสงกรานต์ในช่วงเวลาเดียวกับไทย เรียกว่า Thing Yan Festival มีรถแห่เล่นน้ำแบบบ้านเรา แต่จะใช้ท่อน้ำแบบน้ำดับเพลิงและไม่เล่นแป้ง นอกจากวันสงกรานต์ที่เตรียมได้กับวันปีใหม่ คนพม่ายังฉลองปีใหม่ของแต่ละชนเผ่าด้วย ซึ่งมักอยู่ในช่วงเดือนธันวาคมของทุกปี

ความรู้เกี่ยวกับศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของชาวอาหรับ

1) ความเชื่อด้านสุขภาพ

ชาวมุสลิมถือว่าการเจ็บป่วยเป็นบททดสอบของพระเจ้า ความเชื่อมี 6 ประการคือ 1) ศรัทธาต่อพระอัลลอฮ์ว่ามีอยู่จริง 2) ศรัทธาต่อบรรดามลาอิกะฮ์ของอัลลอฮ์ 3) ศรัทธาต่อบรรดาศักดิ์มัมกีร์ของพระองค์ 4) ศรัทธาต่อบรรดาราชทูตของพระองค์ 5) ศรัทธาต่อวันปรโลก และ 6) ศรัทธาต่อการกำหนดภาวะดีหรือร้าย คือศรัทธาในความดีความชั่ว สุขและทุกข์ ทุกสิ่งถูกกำหนดโดยพระเจ้า พระองค์ตอบแทนคุณความดีผู้ปฏิบัติดี ตามหลักศรัทธาดังกล่าว มุสลิมจึงยอมรับความเจ็บป่วยและความตาย เพราะเชื่อและศรัทธาพระอัลลอฮ์ โดยปกติมุสลิมมีหลัก 5 ประการในการดำรงชีวิตคือ 1) การปฏิญาณตน เชื่อในพระเจ้าอัลลอฮ์และนบีมุฮัมมัด 2) การปฏิบัติละหมาดเป็นกิจวัตรประจำวัน 3) การบริจาคทาน ทรัพย์สินอาจเป็นเงินตรา พืชผล ปศุสัตว์ ทองคำ ที่ละมใน 1 ปีตามความเชื่อว่าเป็นการเติมเต็มให้กับคนจน 4) การถือศีลอด (ศิยาม) เป็นการถือบวช เป็นการงดกิน งดดื่ม งดความต้องการทางเพศ เป็นการทำความดีให้บริสุทธิ์ กำหนดเวลาคือช่วงเดือนรอมฎอน ช่วงเวลาตั้งแต่รุ่งอรุณจนกระทั่งตะวันตกขอบฟ้าในทุกๆวัน และ 5) การประกอบ 21 พิธีฮัจญ์ ในระหว่างวันที่ 8-13 ของเดือนซุลฮิจญ์ (เดือนที่สิบสองทางจันทรคติแห่งปีอิสลาม) ผู้ที่ต้องเข้าร่วมพิธี ต้องเป็นผู้ที่มีร่างกายแข็งแรง หนทางสะดวก มีทรัพย์สินใช้ทั้งผู้เดินทางและครอบครัวทางบ้าน เมื่อชาวมุสลิมเจ็บป่วยการปฏิบัติศาสนกิจเช่นการละหมาดก็มีข้อผ่อนปรนเช่นให้นอนตะแคงขวาโดยหันหน้าไปทางกิบละฮ์ หรือนอนหงาย หรือให้ทำเท่าที่ทำได้ ส่วนเรื่องการถือศีลอด ให้ผู้ป่วยสามารถขดเขยได้ในภายหลัง นอกจากนี้ควรจัดการภาวะทางโลกต่างๆให้เสร็จสิ้น เช่น หนี้สินต่างๆ ถ้าไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเองให้หายาหเป็นผู้จัดการ

มุสลิมที่บรรลุนิติภาวะทางร่างกายทุกคนจะต้องถือศีลอด ยกเว้นสำหรับบุคคลบางประเภทต่อไปนี้ 1) คนชรา 2) คนป่วยหรือสุขภาพไม่ดี 3) หญิงที่มีครรภ์ที่เกรงว่าจะเป็นอันตรายแก่บุตร 4) บุคคลที่ทำงานหนัก เช่น กรรมกรแบกหาม 5) บุคคลที่อยู่ในระหว่างเดินทาง 6) หญิงขณะมีรอบเดือน และหลังคลอด บุคคลที่ได้รับการผ่อนผันให้ละเว้นการถือศีลอดทั้ง 6 ประเภทนี้ หากพ้นภาวะความจำเป็นดังกล่าวแล้ว เช่น หมดรอบเดือน เมื่อสิ้นสุดการเดินทาง หายจากการเจ็บไข้ ฯลฯ ให้ถือศีลอดชดเชยตามจำนวนวันที่ขาดโดยจะต้องถือในช่วงระยะเวลา 11 เดือนก่อนที่จะถึงเดือนรอมฎอนของปีต่อไป ยกเว้นผู้ที่ถือศีลอดได้โดยลำบาก เช่น คนชรา คนป่วย ซึ่งบุคคล ดังกล่าวนี้อาจต้องใช้ชดเชยโดยบริจาคอาหารแก่คนยากจน 1 คนในวันที่ยขาด โดยอาหารนั้นต้องเหมือนกับที่ตนรับประทาน

2) ข้อควรปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยอาหรั้บ

2.1) การสื่อสารกับผู้ป่วย สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอาหรั้บคือการสื่อสารที่เข้าใจโดยการ ใช้ภาษาอาหรั้บ ผ่านล่ามหรือเจ้าหน้าที่ที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาอาหรั้บได้ เมื่อต้องรับ / หักทายผู้ป่วย, ญาติผู้ให้บริการ เป็นภาษาอาหรั้บจะทำให้ประทับใจ แจ่มตำแหน่งและความพร้อมที่จะช่วยเหลือตลอดเวลา แสดงความเป็นกันเอง จะทำให้เกิดความไว้วางใจ และดูแลเหมือนญาติ ก็จะทำให้ผู้รับบริการให้ความร่วมมือในการรักษาได้ง่าย

2.2) การประเมินแรกรับและบันทึก การซักประวัติและสอบถามอาการของผู้ป่วย โดยผ่านล่าม ควรซักประวัติให้ครบถ้วน และจำนวนญาติที่มาดูแลเพื่อการให้ข้อมูลได้ถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยมีญาติหลายคนไม่ได้อธิบายการรักษาให้คนอื่น ๆ ได้รับทราบ ทำให้ต้องมาสอบถามแพทย์หลายครั้ง และไม่เข้าใจในแผนการรักษา

2.3) การให้ข้อมูล และอธิบายเกี่ยวกับการรักษา ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเมื่อให้การพยาบาลหรือแพทย์ปรับเปลี่ยนงคเพิ่มการรักษาอธิบายโดยผ่านล่าม รวมถึงทวนสอบความเข้าใจ และต้องตรวจสอบเกี่ยวกับสิทธิในการรักษาของผู้รับบริการด้วยทุกครั้ง ในการทำหัตถการแต่ละครั้งต้องมีการประเมินค่าใช้จ่ายให้ทราบ และมีกร Deposit ไว้ก่อนเพราะมีผู้รับบริการบางราย ไม่ชำระค่าบริการในการประเมินราคาต้องถูกต้องแม่นยำผิดพลาดไม่ควรเกิน 10% พยาบาลต้องเข้าใจและดำเนินการให้เรียบร้อยก่อนส่งผู้ป่วยทำหัตถการต่างๆ รวมถึงให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดหรือทำหัตถการ และมีกรทวนสอบความเข้าใจโดยการผ่านล่าม

2.4) การนัดหมายต่าง ๆ ในการตรวจต้องตรงเวลาตามที่ได้นัดไว้ เนื่องจากชาวอาหรั้บเมื่อนัดไว้แล้วไม่ได้ตามนัดจะพูดเสียงดังโวยวาย โกรธง่าย หายใจเร็วใจร้อน เสียงดัง ถ้าไม่ได้ตามนัดไว้จะสอบถามเดินตลอดเวลาว่าทำไม ทำไม ดังนั้นในการที่จะดำเนินการนัดหมายใด ๆ ต้องตรงเวลา

2.5) การให้การพยาบาล ก่อนให้การพยาบาลต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและจะให้ความร่วมมือในการรักษา เช่น การให้ยา การให้สารน้ำ รวมถึงการให้เลือด เพราะชาวอาหรั้บหรือมุสลิมเชื่อว่าการได้รับเลือดจะเป็นบาป ดังนั้น ต้องอธิบายถึงความสำคัญ และขั้นตอนในการให้เลือดอย่างละเอียดถึงประโยชน์ ความเสี่ยง และทางเลือกอื่น ๆ จนกว่าผู้ป่วยจะเข้าใจและยอมรับถึงจะดำเนินการให้เลือดได้

2.6) การเยี่ยมของแพทย์ ต้องมีล่ามช่วยสื่อสาร เจ้าหน้าที่ต้องสำรวจความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ก่อนให้แพทย์เยี่ยมเนื่องจากชาวอาหรั้บที่เป็นหญิง หรือมีญาติเฝ้าเป็นผู้หญิงต้องแต่งกายมิดชิด ไม่ให้ผู้อื่นเห็นหน้า กรณีผู้ป่วยเป็นผู้หญิงควรใช้ล่ามผู้หญิง

2.7) การดูแลสุขวิทยา ผู้ป่วยชาวอาหรั้บ อาบน้ำวันละ 1 ครั้ง และไม่ชอบอาบน้ำ ดังนั้นต้องสื่อสารและกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจสุขอนามัยตนเอง ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยทำเอง

2.8) อาหาร เป็นสิ่งสำคัญ ต้องเป็นอาหารฮาลาล ซึ่งไม่ได้แปลว่า ไม่มีหมูเพียงอย่างเดียว แต่ต้องเป็นสัตว์ที่เชือดโดยหลักการอิสลาม ปรงตามหลักการศาสนาอิสลาม การรับประทานอาหาร เวลาอาหารของผู้ป่วยอาหรับ จะต่างจากคนไทย เนื่องจากอนตีก ตื่นสาย ต้องจัดยา และวางแผนให้เหมาะสมกับผู้ป่วย วิธีการสวนใหญ่ผู้ป่วยจะใช้มือหยิบจับอาหารไม่ใช้ช้อนในการตักอาหารเข้าปาก อาจทำให้หกเปื้อนเสื้อผ้าได้ ต้องดูแลในการจัดอาหารรวมถึงรองผ้ากันเปื้อน การล้างมือ ล้างปาก ก่อน และหลังรับประทานอาหาร

2.9) การแต่งกาย ชาวอาหรับแต่งกายโดยชุดประจำชาติ ผู้หญิงต้องแต่งกายมิดชิด และต้องสำรวจความเรียบร้อยของชุดแต่งกายให้เรียบร้อยก่อนส่ง ทำกิจกรรมต่างๆ กรณีที่ต้องส่งห้องผ่าตัดต้องคลุมผ้าให้มิดชิด ไม่เปิดเผย

2.10) การละหมาด ผู้ป่วยชาวอาหรับส่วนใหญ่จะนับถือศาสนาอิสลาม และจะทำละหมาดสวดมนต์วันละ 5 ครั้ง (เช้า, กลางวัน, ป้าย, พระอาทิตย์ตก, และ กลางคืน) ครั้งละประมาณ 15 นาที ดังนั้นต้องวางแผนเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้เหมาะสม ไม่รบกวนเวลาละหมาดของผู้ป่วย

2.11) ในเดือนรอมฎอน ซึ่งเป็นเดือนถือศีลอด คืองดน้ำ - อาหาร ตั้งแต่แสงอรุณขึ้น จนถึงพระอาทิตย์ตก การถือศีลอดเป็นหนึ่งในหลักศรัทธา 5 ประการสำหรับมุสลิมทุกคนที่บรรลุดสูศาสนภาวะ และสภาพร่างกายที่พร้อมจะถือศีลอดได้ในรอบปีหนึ่งๆ มุสลิมทุกคนทั้งชายหญิงทุกฐานะจะต้องถือศีลอดคนละ 1 เดือน คือเดือนที่ 9 ของฮิจเราะห์ศักราช ซึ่งเรียกว่าเดือน"รอมฎอน"แม้จะมีบทบัญญัติของศาสนา อนุโลมให้ละศีลอดหรือไม่ต้องถือได้ในกรณีที่มีการถือศีลอดจะทำให้โรคกำเริบหรืออาการทรุดหนักและยึดเยื้อออกไป อย่างไรก็ตามชาวมุสลิมยังเชื่อว่าการถือศีลอดไม่ได้เป็นโทษต่อร่างกาย แต่กลับเป็นผลดีโดยเฉพาะระบบย่อยอาหารได้หักมากขึ้น และเป็นการป้องกันโรคต่างๆ

-ข้าวละอห์น(อาหารมื้อสุดท้ายเริ่มบวชหรือก่อนพระอาทิตย์ขึ้นช่วงเวลา 3.00- 4.30น.

-การแก้บวชคือช่วงเวลา 18.05-18.30น. แล้วแต่เวลาที่ศาลานาจะประกาศให้แก้บวชซึ่ง

มีความสัมพันธ์กับพระอาทิตย์ตกดิน อินทผลัม ผลไม้จะใช้กินเป็นอย่างแรกหลักจากพระอาทิตย์ตกดิน หรือที่บางคนเรียกว่า ใช้แก้บวช ถ้าผู้ใดได้กินแล้ว มีความเข้าใจว่าจะได้บุญ เพื่อให้มีความรู้สึกดีต่อความอยากอาหาร และไม่กินอาหารหนักมากเกินไป ซึ่งอาจเป็นผลเสียต่อสุขภาพได้

-ผู้ป่วยมักจะขอให้แพทย์ไม่ต้องเจาะเลือดในช่วงเดือนบวช เนื่องจากเชื่อว่าห้ามไม่ให้เลือดออกจากร่างกายโดยเจตนา ไม่เช่นนั้นจะถือว่าบาปและต้องละศีลอดทันทีเพราะถือว่าร่างกายเป็นอมตะขาด ผู้ป่วยมุสลิมจึงขอร้องให้แพทย์ไม่ต้องเจาะเลือดในช่วงเดือนรอมฎอน บางรายพบว่าผู้ป่วยไม่ขออนุญาตติดตามช่วงที่ตรงกับเดือนถือศีลอด ผู้ป่วยมุสลิมในประเทศไทยที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ยาเองในช่วงเดือนถือศีลอด เนื่องจากไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์

- ในช่วงเดือนถือศีลอด ผู้ป่วยจะเลื่อนเวลาการใช้ยาเอง เช่น ในยามื้อเช้าจะใช้ตอนกินข้าว ละฮอร์ ยามื้อเย็นจะใช้ตอนแก่บวช ส่วนยามื้อกลางวันผู้ป่วยทั้งหมดจะตัดมือนั้นทิ้งไป
- ขณะถือศีลอด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการคล้ายภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แต่ปรับแก้ไขกันเองควรประเมินก่อนการถือศีลอด ประมาณ 1-2 เดือน
- ให้ความรู้ทั้งญาติและผู้ป่วยในการปฏิบัติระหว่างถือศีลอด และเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่อุดมไปด้วยไขมันและแป้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมื้อหลังตะวันตกดิน แนะนำให้พยายามดื่มน้ำเปล่าให้มากขึ้นในช่วงที่ไม่ต้องอดอาหาร เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำในช่วงอดอาหาร ออกกำลังกายตามปกติได้ หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนัก ๆ ที่เสี่ยงต่อการเสียเหงื่อและน้ำตาลในเลือดต่ำ เรื่องเพศ ผู้ป่วยชายอาหรับ จะไม่เข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยหญิงชาวอาหรับ โดยไม่มีญาติผู้หญิงไปด้วย

การรักษาความเจ็บป่วยในเดือนถือศีลอด

การถือศีลอดในภาษาอาหรับจะเรียกว่า อัศดียาม หมายความว่า การละเว้น การระงับ หรือการอดกลั้น การมีเพศสัมพันธ์ และการพูดจาไร้สาระ ตลอดจนการกระทำที่ขัดต่อคุณธรรม ตั้งแต่รุ่งอรุณจนกระทั่งตะวันตกขอบฟ้า ด้วยเจตนาเพื่ออัลลอฮ์.

ศาสนาอิสลามได้อนุญาตให้ถือศีลอด หรือไม่ต้องถือ ในกรณีของการเจ็บป่วยที่แน่ชัดว่า หากถือแล้วจะมีผลกำเริบหรือทำให้อาการของโรคนั้นลุกลามไป ส่วนการเจ็บป่วยเล็กน้อย ส่วนการเจ็บป่วยเล็กน้อย หรือโรคที่การถือศีลอดที่ส่งผลเสียแก่อาการของผู้ป่วยก็ไม่ต้องถือศีลอด และยังมีทางออกในเรื่องนี้ด้วยกล่าวคือ ถ้าเป็นโรคที่สามารถหายได้ ก็ให้ถือชดเชยในวันอื่น หากเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถถือศีลอดได้ ก็ให้จ่ายฟิตตะฮ์เสียอาหารแก่คนยากจนวันละคน ตามจำนวนวันที่ขาด ด้วยอาหารจำนวนครึ่งคอก(หรือประมาณ 1.5 กิโลกรัมต่อวัน) เช่น ข้าว หรือแป้งสาลี ผู้ป่วยโรคต่อไปนี้ อาจพิจารณาหลีกเลี่ยงการถือศีลอด เพราะจะเป็นอันตราย ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 โรคไตวาย ไตเสื่อม ผ่าตัดเปลี่ยนไต หรือนิวที่ไต โรคปอดและหัวใจที่รุนแรง เลือดออกในทางเดินอาหาร หรือโรคกระเพาะที่เป็นแผล โรคลมชักที่ยังไม่สงบ โรคไมเกรน

ผลกระทบต่างๆต่อภาวะสุขภาพขณะถือศีลอด ได้แก่ 1) มีการเปลี่ยนแปลงของ circadian rhythm and sleep/wake cycle 2) ภาวะที่ร่างกายสูญเสียน้ำ (mild dehydration) 3) การหลังกรดและเอ็นไซม์เปปซินในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น 4) สุขภาพที่เกี่ยวกับทางจิตดีขึ้น

การปรับการรับประทานยาขณะถือศีลอด ดังนี้ 1) สำหรับผู้ป่วยรับประทานยา 2 ครั้งต่อวัน ให้รับประทานยามื้อแรกหลังละศีลอด ก่อนที่จะละหมาดโดยการกินอาหารเบา คือ อินทผลัม หรือน้ำ หลังจากนั้นไปละหมาดแล้ว จึงกินอาหารหนักตอนย่ำค่ำ และรับประทานยามื้อที่สองช่วงรุ่ง 2) สำหรับผู้ป่วยที่มารับการรักษามียากลับไปรับประทานนั้น ควรต้องมีคำสั่งการบริหารยาให้สอดคล้องกับการถือศีลอด เช่น การสั่งยาที่รับประทานวันละ 2 เวลา แทนวันละ 3-4 เวลา 3) เปลี่ยนยาที่ออกฤทธิ์สั้น (short-acting) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยาว (long-acting) หรือ ออกฤทธิ์เนิ่น (slow – release) ซึ่งจะช่วยให้สามารถบริหารยา วันละ 1 หรือ 2 ครั้งต่อวันได้ 4) สารอาหารต่างๆ หรือ parenteral fluid เช่น กลูโคส วิตามิน ถือว่าเป็นข้อห้ามถึงแม้ว่าจะให้ทางอื่นที่ไม่ใช่ทางเดินอาหารก็ตาม

การบริหารยาที่ไม่ถือศีลอด ได้แก่

- 1) การหยอดตา ยาทาตา และหยอดหู
- 2) สารทุกชนิดที่ผ่านเข้าไปในร่างกายทางผิวหนัง
- 3) การสอด/เหน็บช่องคลอด ในรังไข่ และสวนล้างช่องคลอด
- 4) การฉีดยาผ่านทางผิวหนัง กล้ามเนื้อ ข้อต่อ หรือเส้นเลือดดำ ไม่ถือศีลอด ยกเว้น

การให้สารอาหารทางเส้นหลอดเลือดดำ (Intravenous feeding) การให้น้ำเกลือ (อุมมุรุม: 2546) หรือ ในเลือดกับผู้ถือศีลอดที่เสียเลือด

- 5) การให้ออกซิเจน และการดมยา
- 6) ยาเม็ด Nitroglycerin ที่ผ่านการอมใต้ลิ้น สำหรับการรักษาโรค angina
- 7) น้ำยาบ้วนปาก น้ำยา gargle หรือยาพ่นทางปาก แต่ต้องไม่กลืนไปยังกระเพาะ

ยาหยอดจมูก ยาพ่นจมูก เครื่องมือสูบยาเข้าปอด (inhaler) และเลือดกำเดาที่ไหลออกมาจากจมูก เหล่านี้ไม่ทำให้เสียศีลอด ยาสวนทวาร

การเจาะเลือด การตรวจเลือด ถ่ายเลือด ผ่าฝี และหนอง ไม่ว่าจะมากน้อยขนาดไหนไม่ทำให้เสียศีลอด

- 8) เลือดที่ไหลซึมตามซอกฟัน และเหงือก การกรอตัวปากด้วยยารักษาฟัน การแปรงฟัน ไม่ทำ

ให้เสียศีลอด

ประเภทบุคคลที่ได้รับการอนุญาต หรือผู้มีอุปสรรคไม่สามารถถือศีลอดได้

- 1) คนชราหรือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถถือศีลอด อนุญาตให้งดศีลอดและชดเชยเช่นอาหาร เช่นกัน

2) เด็กที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

3) ผู้ป่วย (ชั่วคราว/มีโอกาสหายขาดจากโรค) : ผู้ป่วยที่จะได้รับอันตรายจากการถือศีลอด และมี

โอกาสหายขาดจากโรคที่เป็น การละเว้นถือศีลอดนั้นดีกว่า (อนุญาตให้ละศีลอด) และจะต้องถือชดใช้
คืนตามจำนวนที่ขาดไป หลังเดือนรอมฎอน

4) คนป่วยโรคประจำตัว / ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง) ซึ่งไม่มีโอกาสที่จะรักษาหายได้ อนุโลมไม่ต้องถือ
ศีล

อดและจะต้องให้อาหารแก่คนยากจน (หรือประมาณ 1.5 กิโลกรัมต่อวัน) จากชนิดอาหารที่ใช้ภายใน
ประเทศนั้นเช่น ข้าวหรือแป้งสาลี เป็นต้น

5) สตรีมีครรภ์ สตรีหลังคลอดบุตร หรือให้นมบุตร หากไม่สามารถถือศีลอดได้ อนุญาตให้งด
ศีล

อด และไม่จำเป็นต้องถือใช้หลังเดือนรอมฎอน แต่ให้ชดใช้เป็นอาหารแก่คนยากจน ก็พอเพียงแล้วใน
ทัศนะที่ถูกต้อง

6) สตรีที่อยู่ระหว่างมีประจำเดือน

7) ผู้เดินทางไกลหรืออยู่ในระหว่างการเดินทาง อนุญาตให้งดศีลอด และถือใช้หลังเดือน
รอมฎอน

8) บุคคลที่ทำงานหนัก เช่น กรรมกรแบกหาม เป็นต้น

สิ่งที่ไม่ทำให้เสียการละหมาดสำหรับผู้ป่วย มีดังนี้

1) มีการเคลื่อนไหวอวัยวะร่างกายหลายครั้งอย่างต่อเนื่อง เพราะมีอาการคันจากโรค
ผิวหนัง

ต้องเช็ดเลือดที่ซึมออกจากบาดแผล เปลี่ยนท่าเพราะรู้สึกปวด และโดยสาเหตุอื่นๆที่จำเป็น

2) ไอ จาม ร้องไห้ เปล่งเสียงร้องเพราะความเจ็บปวด เป็นต้น

3) กลืนเศษอาหารที่อยู่เ็นปาก โดยไม่ได้ตั้งใจ ลืมหรือไม่รู้

4) ให้น้ำเกลือผสมยาบำรุง

แนวทางปฏิบัติสำหรับวิธีการละหมาดของผู้ป่วยแต่ละกรณีมีดังนี้

1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปกปิดเอาเราะฮ์ เช่น มีบาดแผล แผลไฟไหม้ ถูกแมลงกัดต่อย
แผล

อักเสบ เป็นต้นผู้ป่วยจะรู้สึกปวดมากขึ้น หรือเป็นอุปสรรคมากขึ้น หรือเป็นอุปสรรคมากเมื่อสวมใส่เสื้อผ้า เขาสามารถระงับปวดได้โดยไม่ต้องปอกเอาเอาเย็บ และการระงับปวดของเขาใช้ได้ ไม่ต้องระงับปวดซ้ำอีก ผู้ป่วยที่ไม่สามารถหันหน้าสู่กบิลด์เป็นผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวเองได้ หรือนอนอยู่บนเตียงที่มีได้หันไปทางกบิลด์ ไม่มีผู้ใดช่วยเหลือเขา หรือการเปลี่ยนทิศทาง ทำให้เขาได้รับความเจ็บปวดมาก หรือทำให้มีอาการของโรคทรวงอกหรือกระดูกสันหลัง หรือด้วยเหตุผลวิธีอื่น ๆ เขาสามารถระงับปวดโดยไม่ต้องหันหน้าสู่กบิลด์ได้

- 2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถยืนตรงโค้งงอหรือก้มกราบ ก็ให้ระงับปวดตามความสามารถของตนใน

กรณีนี้ผู้ป่วยไม่สามารถยืนได้ ก็ให้แสดงสัญลักษณ์ด้วยใบหน้าและศีรษะ หรือด้วยการกระพริบเปลือกหนังตาก็ได้

- 3) ไม่สามารถกล่าวคำตักบีร์ต่อลุลเอียรอมได้ อาจเป็นเพราะมีอุปสรรคช่วยกู้ชีพบางอย่างที่ใส่ใน

รูจมูกหรือในปาก ก็ให้เขากล่าวตักบีร์ในใจแทนได้

- 4) สามารถระงับปวดรวมระหว่าง 2 เวลาได้ หากมีความจำเป็นจริง
- 5) ละทิ้งการระงับปวดวันศุกร์ได้ หากมีอุปสรรคจริง

ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมพม่า

1) ความเชื่อด้านสุขภาพ

- 1.1) ชาวพม่าที่นับถือศาสนาพุทธเสียชีวิต จะต้องให้พระสงฆ์สวดอภิธรรม เพื่อให้ผู้เสียชีวิตได้รับบุญกุศลไปสู่สรวงสวรรค์ และไปสู่นิพพาน
- 1.2) มีความเชื่อว่าหญิงหลังคลอดร่างกายจะอ่อนแอ เพราะองค์ประกอบของร่างกายจะเย็น

เนื่องจากการเสียชีวิต ผู้หญิงต้องการความอบอุ่นด้วยจากความร้อนจากภายนอกและการดื่มน้ำอุ่น และอาหารที่กินต้องเป็นองค์ประกอบของความร้อน ซึ่งอาหารที่มีรสเปรี้ยวและขมจะมีความสำคัญที่จะช่วยลดการไหลของเลือด

- 1.3) ชาวพม่าจะต้องทานข้าวทุกมื้อ เชื่อว่าข้าวมีความสำคัญเหมือนเป็นชีวิตของพวกเขา

1.4) ชาวพม่ามีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายประกอบด้วย ดิน น้ำ ลม ไฟ หากมีความไม่สมดุลจะเกิดการเจ็บป่วย การแบ่งประเภทของอาหารร้อน- เย็นไม่เกี่ยวข้องกับอุณหภูมิ อาหารประเภทที่เชื่อว่าเป็นประเภทร้อนจะเป็นอาหารประเภทเนื้อสัตว์มีโปรตีนสูง มีรสเปรี้ยว เค็ม ขณะที่อาหารที่เป็นประเภทเย็น จะเป็นประเภทหวาน ขม

2) สุขภาพของชาวพม่า

ชาวพม่าจะมีการติดเชื้อสูงได้แก่ pylori infection, ติดเชื้อวัณโรค, มีความบกพร่องวิตามิน D, พยาธิตรงจิลอยดิส (Strongyloides)

กิจกรรมที่ 3 สมรรถนะด้านทักษะทางวัฒนธรรม

3.1 แนวคิดสมรรถนะด้านทักษะทางวัฒนธรรม

พยาบาลผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยควรมีทักษะในการประเมินความคิด ความเชื่อค่านิยมและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม เพื่อทราบความต้องการและนำมาวางแผนปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมความต้องการของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม พยาบาลควรประเมินความต้องการปัญหาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมอย่างถูกต้องตามลักษณะพื้นฐานทางวัฒนธรรม โดยพยาบาลควรทำความเข้าใจในประเด็นต่างๆดังต่อไปนี้คือ (The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model, 2002) 1) การติดต่อสื่อสาร หมายถึง การใช้ภาษาพูด (Communication) ใช้ล่ามแปลภาษาให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน การสื่อสารโดยท่าทาง เช่นการใช้มือประกอบการพูดการแสดงออกโดยการยกนิ้ว จะมีความหมายทั้งในเรื่องที่ดีและไม่เหมาะสม และมีความหมายที่แตกต่างกัน เช่น การสวมกอด การจับมือ การสัมผัสทางใบหน้า ในด้านการแสดงออกของการทักทายเบื้องต้น 2) พื้นที่ส่วนตัว (Space) หมายถึง ระยะห่างในการสื่อสาร การสื่อสารมีระยะห่างในการนั่งคุย บางประเทศใช้ภาษาพูดอย่างใกล้ชิด 3) องค์การทางสังคม (Social organization) หมายถึง เป็นคนเชื้อชาติใด ศาสนาใด อยู่ในครอบครัวลักษณะอย่างไร 4) เวลา (Time) หมายถึง วิธีชีวิตแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนหลายวัฒนธรรม 5) สิ่งแวดล้อม (Space) หมายถึง สภาพแวดล้อมค่านิยมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ความเชื่อและการปฏิบัติในวัฒนธรรมหนึ่ง เช่น วิธีปฏิบัติเมื่อใกล้เสียชีวิต ความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วย การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตามความเชื่อพื้นบ้าน เมื่อรวบรวมได้แล้วนำมาวิเคราะห์ การปฏิบัติดูแลในแต่ละวัฒนธรรมจะแตกต่างกัน มีแบบแผนหรือกระบวนการเฉพาะแต่จะมีลักษณะร่วมที่เป็นสากลหรือการปฏิบัติที่เหมือนกันร่วมกัน

3.2 ผลลัพธ์การเรียนรู้

เพื่อให้ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรม มีความสามารถดังนี้

- 1) เป็นผู้ที่มีความสามารถในการประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยทางวัฒนธรรม
- 2) เป็นผู้ที่มีทักษะในการแสดงออกถึงความเคารพต่อความคิดความเชื่อของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

3.3 สื่อ-อุปกรณ์

- 1) Power point หลักปฏิบัติในการประเมินผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมของ Giger และ Davidhizar
- 2) แผ่นภาพติดบอร์ดเรื่องสิ่งที่ควรทำและไม่ควรทำ
- 3) กระดานสำหรับติดภาพ
- 4) ใบงานฝึกปฏิบัติระหว่างสัปดาห์ที่ 3

3.4 กิจกรรม/ระยะเวลา (2 ชั่วโมง)

เมื่อสมาชิกมาเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกคน ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่มและทบทวนกติกาก

การเข้าร่วมกิจกรรมที่ทำข้อตกลงไปในครั้งก่อน และลำดับต่อไปให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบอกเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในใบงานฝึกปฏิบัติระหว่างสัปดาห์ที่ผ่านมา นำสิ่งที่ได้เรียนรู้นำไปปฏิบัติใช้อย่างไรบ้าง จากการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ทางวัฒนธรรม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร (ใช้เวลา 20 นาที)

ขั้นตอนที่ 1 การปฏิบัติเพื่อสังสมประสบการณ์ ใช้เวลา 40 นาที ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละกลุ่ม ร่วมกันระดมสมองและนำเสนอปัญหาการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมโดยให้บอกเล่าประสบการณ์ที่เคยประสบในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกถึงการเคารพความคิดความเชื่อของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้จากการนำเสนอ และให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น เพื่อให้ผู้เข้าร่วมมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดจากการสังเกต ใช้เวลา 20 นาที เป็นขั้นที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมุ่งที่จะทำความเข้าใจในความหมายของประสบการณ์ที่ได้รับและนำมาพิจารณาอย่างรอบคอบ ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองจากประสบการณ์ที่ได้รับจากการนำเสนอ โดยใช้คำถามว่า “ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความคิดเห็นอย่างไรจากการสิ่งที่กลุ่มอื่นนำเสนอ มีประเด็นใดบ้างที่เป็นจุดดี และจุดใดที่เป็นโอกาสพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น” ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะได้เรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น และผลของการสะท้อนความคิดเห็น หรือการอภิปรายทำให้ได้แนวคิดหรือข้อสรุป

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างความคิดรวบยอด ใช้เวลา 20 นาทีหลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฟังบรรยายเกี่ยวกับแนวคิดหลักปฏิบัติในการประเมินผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ของ Giger และ Davidhizar 10 นาที และให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเล่นเกมสิ่งที่ไม่ควรทำและไม่ควรทำ เลือกรูปภาพติดบอร์ดเกี่ยวกับสิ่งที่ไม่ควรทำและไม่ควรทำในใช้ภาษาภายในสถานการณ์ต่างๆให้ถูกต้อง เมื่อต้องติดต่อกับผู้ป่วยและครอบครัวดังนี้ ข้อห้ามสำหรับชาวอาหรับ ได้แก่ การชี้นิ้ว การ OK sign การจู้ปากให้ลดเสียง การเข้าห้องเยี่ยมโดยไม่ขออนุญาต การสัมผัสผู้ป่วยหญิงในกรณีแพทย์หรือพยาบาลเป็นชาย เป็นต้น สำหรับชาวพม่า สิ่งที่ไม่ควรทำ ได้แก่ ไม่เรียกชาวพม่า ให้เรียกว่าเมียนมา ไม่หน้าบึ้ง ให้ยิ้ม ทักทายสบตา พุดมีหางเสียง ไม่แตะหัวหรือสะโพกคนไข้ ไม่ส่งของด้วยมือข้างเดียว ไม่ชี้นิ้ว กวักมือ ให้ผายมือบอกตำแหน่งทิศทาง เมื่อสมาชิกได้วิเคราะห์และสะท้อนคิดปัญหาที่เกิดจากการขาดการประเมินความต้องการของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยอาจใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้ช่วยกันสรุปข้อคิดเห็น เช่น “ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีข้อเสนอแนะประเด็นใดที่ได้เรียนรู้ในครั้งนี้”

ขั้นตอนที่ 4 การทดลอง/ประยุกต์ใช้ความรู้ ใช้เวลา 20 นาที ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมวางแผน การปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมอย่างไรให้ผู้ป่วย แล้วไปใช้ในการทดลองปฏิบัติจริงเข้าร่วมกิจกรรม โดยผู้วิจัย ใช้คำถามว่า “ผู้เข้าร่วมกิจกรรมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร ให้ผู้ป่วยพึงพอใจ ผู้ป่วยปลอดภัย” ผู้วิจัยสรุปแนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และมอบหมายให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำไปฝึกปฏิบัติระหว่างสัปดาห์ที่ 3 จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป กล่าวปิดกลุ่ม

3.5 ประเมินผล

- 1) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้และทักษะในการประเมินความต้องการของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม
- 2) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบอกการกระทำที่แสดงออกมีความเคารพความคิดความเชื่อในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

3.6 การบ้าน ฝึกปฏิบัติระหว่างสัปดาห์ที่ 3

ใบความรู้กิจกรรมครั้งที่ 3 กิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการประเมินทางวัฒนธรรม

หลักปฏิบัติในการประเมินผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมของ Giger and Davidhizar

การพัฒนาให้พยาบาลเป็นผู้ที่มีความสามารถในการประเมินทางวัฒนธรรม พยาบาลควรประเมินความต้องการปัญหาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมอย่างถูกต้องตามลักษณะพื้นฐานทางวัฒนธรรม โดยพยาบาลควรทำความเข้าใจในประเด็นต่างๆดังต่อไปนี้คือ (The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model.2002)

1) การติดต่อสื่อสาร หมายถึง การใช้ภาษาพูด (Communication) ใช้ล่ามแปลภาษาให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน การสื่อสารโดยท่าทาง เช่นการใช้มือประกอบการพูดการแสดงออกโดยการยกนิ้ว จะมีความหมายทั้งในเรื่องที่ดีและไม่เหมาะสม และมีความหมายที่แตกต่างกัน เช่นการสวมกอด การจับมือ การสัมผัสทางใบหน้า ในด้านการแสดงออกของการทักทายเบื้องต้น

2) พื้นที่ส่วนตัว (Space) หมายถึง ระยะห่างในการสื่อสาร การสื่อสารมีระยะห่างในการนั่งคุย บางประเทศใช้ภาษาพูดอย่างใกล้ชิด

3) องค์กรทางสังคม (Social organization) หมายถึง เป็นคนเชื้อชาติใด ศาสนาใด อยู่ในครอบครัวลักษณะอย่างไร

4) เวลา (Time) หมายถึง วิธีชีวิตแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนหลายวัฒนธรรม

5) สิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง สภาพแวดล้อมค่านิยมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านสุขภาพ ความเชื่อและการปฏิบัติในวัฒนธรรมหนึ่ง เช่น วิธีปฏิบัติเมื่อใกล้เสียชีวิต ความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วย การปฏิบัติดูแลสุขภาพตามความเชื่อที่บ้าน

เมื่อรวบรวมได้แล้วนำมาวิเคราะห์ การปฏิบัติดูแลในแต่ละวัฒนธรรมจะแตกต่างกัน มีแบบแผนหรือกระบวนการเฉพาะแต่จะมีลักษณะร่วมที่เป็นสากลหรือการปฏิบัติที่เหมือนกันร่วมกัน

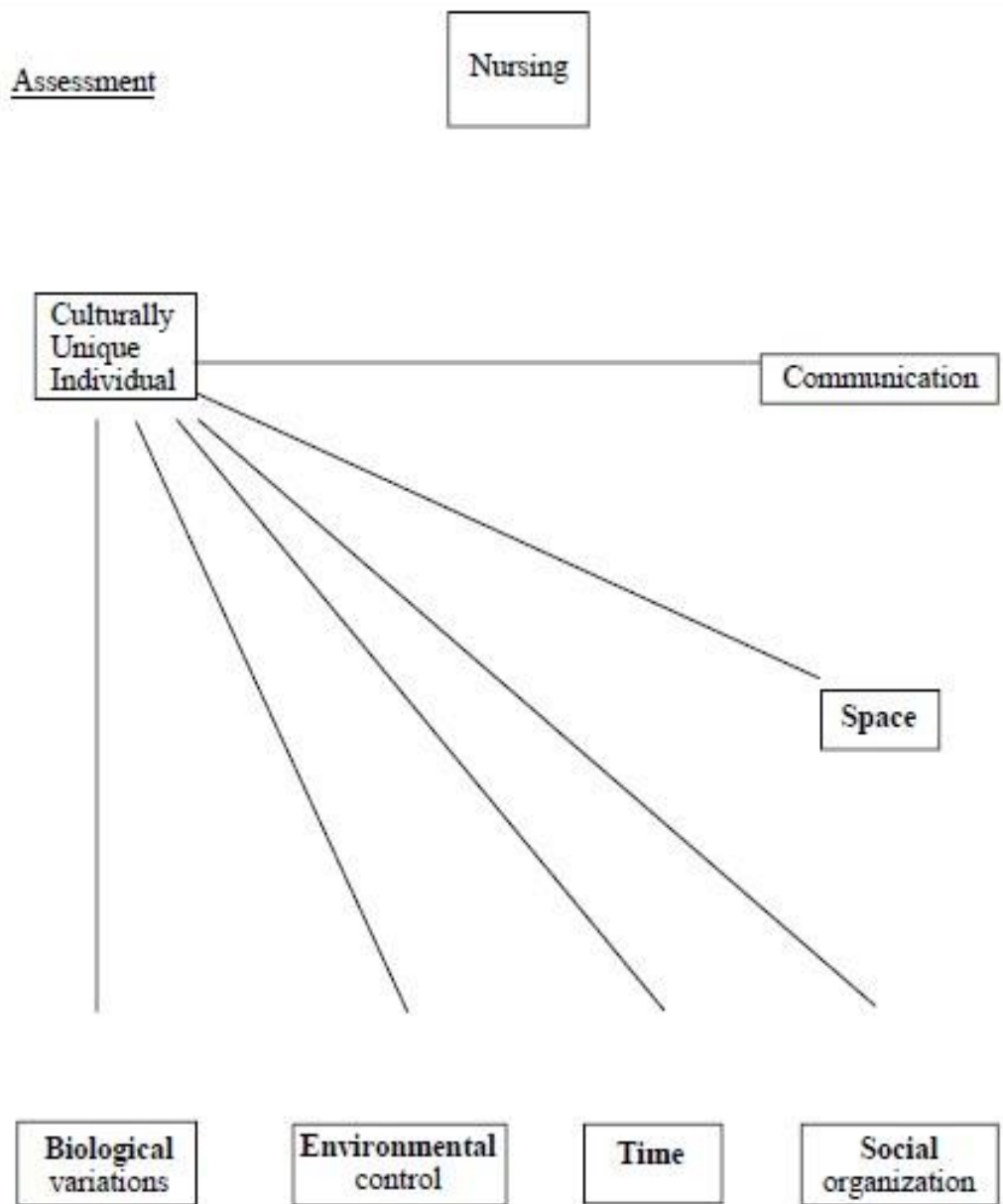


FIGURE 1. Giger and Davidhizar's Transcultural Assessment Model.
 SOURCE: Giger, J., & Davidhizar, R. (1999). *Transcultural Nursing: Assessment and Intervention*. St. Louis, MO: Mosby.

Americans believe they control nature to meet their needs and thus are more likely to seek health care when needed. If persons come from a cultural group in which there is less belief in

internal control and more in external control, there may be a fatalistic view in which seeking health care is viewed as useless.

สิ่งที่ควรทำและไม่ควรทำขณะติดต่อสื่อสารชาวอาหรับและชาวเมียนมา

กิจกรรม เรื่อง มารยาทและภาษากายชาวอาหรับ

คุณลักษณะการแต่งกายชาวอาหรับ



Mrs. Fatima Mr. MoHAMAD

ชาวอาหรับบางกลุ่มอาจเสียงดังเราไม่ควรที่จะห้ามไม่ให้ผู้บ่าวพูดหรือให้ลดเสียงด้วยการทำท่าทางแบบ

Avoid Shhh-ing



การพูดและทักทายเมื่อพบหรือจากกัน

จะจับมือกันทุกครั้ง




1. **Kissing the shoulder - Head** - This is another greeting and usually one of respect
2. **The Nose Touch** - You will often see Arab Nationals touch noses three times as they shake hands. This is a traditional Bedouin greeting

Kissing & Hugging: friends kissing or hugging each other on the cheek is considered normal and not linked to homosexuality. It is a sign of friendship, and it is common amongst male friends




Physical contact


Female to female



Male to male = signs of concern and respect



Male to female improper unless permission asked



Night culture – sleep late and wake up late



สิ่งที่ควรรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับชาวพม่า

กิจกรรม แสดงสาธิต เรื่องมารยาทและภาษากายชาวพม่า

การแต่งกายชาวพม่า



- ควรไหว้ – ทักทาย “สวัสดี”
- ให้ความสนใจคนไข้
- ล่าม เรียกว่า Interpreter
- พระ ถ่าอนุญาต ผู้หญิงสามารถแตะตัวได้
- ให้ทิปควรรับ
- คนไข้เขียมนมาพูดไทยไม่ได้ แต่**ฟังภาษาไทยออก**
- แจ้งคนไข้ด้วยความสุภาพว่าอะไร

การให้และรับสิ่งของ



- Don'**
- ไม่เรียกชาวพม่า
 - ไม่หน้าบึ้ง หรือชักสีหน้า
 - ไม่พูดเสียงดัง หรือตะโกน
 - ไม่แตะหัวหรือสะโพกคนไข้
 - ไม่ส่งของด้วยมือข้างเดียว
 - ไม่ใช้กริยา-ท่าทางที่ไม่สุภาพ เช่น ไม่ Stamp เสียงดัง
 - ไม่ใช้นิ้วชี้-กวักมือ

- Do**
- เรียกชาวเมียนมา
 - อ้อม, ทักท้อ, สบตา
 - พูดมีหางเสียง ชาวเมียนมาเรียกว่า “ครับ / คะ”
 - เป็นคำลงท้ายของไทย
 - ถ้าจำเป็น ต้องขออนุญาต
 - (Sony) และ แบนหรือมือได้ ต้องเป็นเพศเดียวกัน
 - ส่งของใช้ 2 มือ หรือประคองข้อมือ
 - ดูแลคนไข้ด้วยความสุภาพเท่าเทียมกัน
 - ยามมือบอกตำแหน่ง-ทิศทาง

กิจกรรมที่ 4 สมรรถนะด้านการติดต่อสื่อสาร

4.1 แนวคิดสมรรถนะด้านการติดต่อสื่อสารทางวัฒนธรรม

สมรรถนะด้านการติดต่อสื่อสารทางวัฒนธรรมเป็นความสามารถในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีภูมิหลังทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน โดยการปรับ ประยุกต์ หรือเลือกใช้วิธีการมีปฏิสัมพันธ์ที่หลากหลายและเหมาะสมกับแต่ละบุคคล สิ่งใดควรทำและไม่ควรทำ มีการสื่อสารทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา รวมทั้งการสื่อสารผ่านล่ามแปลภาษาทำให้เข้าใจบรรลุเป้าหมายสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม โดยใช้เทคนิคการเรียนรู้จากประสบการณ์ ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสะท้อนคิด และวิเคราะห์สร้างความคิดรวบยอด แล้ววางแผนการนำไปใช้ ทำให้พยาบาลมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

4.2 ผลลัพธ์การเรียนรู้

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม มีความสามารถดังนี้

- 1) เป็นผู้ที่มีความสามารถในการติดต่อสื่อสารปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม
- 2) เป็นผู้ que แสดงออกเป็นผู้ที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

4.3 สื่อ-อุปกรณ์ ได้แก่ อุปกรณ์เล่นเกมส์ จับคู่คำศัพท์ วีดิทัศน์เรื่อง Cleveland Clinic Empathy ใบงานฝึกปฏิบัติระหว่างสัปดาห์ที่ 4

4.4 กิจกรรม/ระยะเวลา (2 ชั่วโมง)

ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่มและทบทวนกติกาการเข้าร่วมกิจกรรมที่ทำข้อตกลงไปในครั้งก่อน และลำดับต่อไป ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบอกเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในใบงานฝึกปฏิบัติระหว่างสัปดาห์ที่ผ่านมา นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติใช้อย่างไรบ้าง จากการพัฒนาสมรรถนะด้านทักษะทางวัฒนธรรม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร (ใช้เวลา 20 นาที)

ขั้นตอนที่ 1 การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมประสบการณ์ ใช้เวลา 30 นาที เมื่อสมาชิกเข้ามาร่วมกิจกรรมครบทุกคน ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ชมวีดิทัศน์เรื่อง Cleveland Clinic Empathy เพื่อให้พยาบาลมีความเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติเมื่อเจ็บป่วยขณะมารักษาในโรงพยาบาล หลังจากนั้นบรรยายการสื่อสารภาษาอารบิก พม่าอย่างง่ายแต่ละกลุ่มแบ่งปันประสบการณ์การติดต่อสื่อสารปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมที่มีความรู้สึกยากในการจัดการดูแลกลุ่มผู้ป่วยอาหรับ และพม่า ตัวอย่างปัญหาที่พบบ่อย เช่น

1) ห้ามเข้าไปในห้องก่อนได้รับอนุญาต ผู้ป่วยและญาติไม่พอใจที่เราเปิดประตูโดยไม่แจ้งก่อน

2) ภาษากาย

2.1) กรณีผู้ป่วยถามซ้ำแล้วเจ้าหน้าที่แสดงกิริยาที่นิ่ง แสดงอารมณ์ไม่พอใจ การแสดงออกไม่สุภาพ ขณะยื่นโทรศัพท์ด้วยกิริยาที่ไม่เต็มใจให้บริการ

2.2) ผู้ป่วยส่ายหน้า หมายถึงว่า ตกลง แต่พยาบาลตีความหมายผิด เป็นต้น ผู้วิจัยนำกรณีศึกษาผู้ป่วยและครอบครัวไม่พอใจเรื่องการติดต่อสื่อสารปฏิสัมพันธ์กับพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดจากการสังเกต ใช้เวลา 15 นาที เป็นขั้นที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมุ่งที่จะทำความเข้าใจใน ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากประสบการณ์ที่ได้รับจากการนำเสนอ โดยใช้คำถามว่า “ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความคิดเห็นอย่างไรการสิ่งที่เพื่อนในกลุ่มได้นำเสนอ มีจุดดี และจุดใดที่เป็นโอกาสพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น” ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะได้เรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น และผลของการสะท้อนความคิดเห็น หรือการอภิปรายทำให้ได้แนวคิดหรือข้อสรุป

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างความคิดรวบยอด ใช้เวลา 15 นาที โดยผู้วิจัยกระตุ้นสมาชิกได้วิเคราะห์และสะท้อนคิด ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้ช่วยกันสรุปข้อคิดเห็น ผู้วิจัยอาจใช้คำถามกระตุ้น “ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีข้อเสนอแนะประเด็นใดจากที่ได้เรียนรู้ในครั้งนี้”

ขั้นตอนที่ 4 การทดลอง/ประยุกต์ใช้ความรู้ ใช้เวลา 40 นาที ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมวางแผนการปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมอย่างไรให้ผู้ป่วย แล้วไปใช้ในการทดลองปฏิบัติจริงเข้าร่วมกิจกรรม โดยผู้วิจัย ใช้คำถามว่า “ผู้เข้าร่วมกิจกรรมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร ให้ผู้ป่วยพึงพอใจ ผู้ป่วยปลอดภัย” ผู้วิจัยสรุปแนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และมอบหมายให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำไปฝึกปฏิบัติระหว่างสัปดาห์ที่ 4 จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป กล่าวปิดกลุ่ม

4.5 ประเมินผล

- 1) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้และทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม
- 2) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการแสดงออกเป็นผู้ที่มีความเคารพความคิดความเชื่อในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

4.6 การบ้าน ฝึกปฏิบัติระหว่างสัปดาห์ที่ 4

กิจกรรมบรรยายการฝึกการพูดคำศัพท์ง่ายๆในการสื่อสารกับผู้ป่วย โดยล่าม

กล่าวทักทายภาษาอาหรับ

ภาษาอาหรับ	ความหมาย	ภาษาอาหรับ	ความหมาย
ซอบาฮัลเคร	อรุณสวัสดิ์, สวัสดิ์ตอนเช้า	นะอัม ,	ครับ,ค่ะ ,จะ
ซอบาฮัลนุร	(การกล่าวตอบ)	ลาอ์	ไม่ ,เปล่า, ไม่ใช่
มะชาฮัลเคร	สวัสดิ์ตอนเย็น	มินฟีฏลัก,มินฟีฏลิก	กรุณา, โปรด
มะชาฮัลนุร	(การกล่าวตอบ)	ซุกรอน	ขอบคุณ, ขอบใจ
กัฟฟา ฮาลัก / กัฟฟาฮาลิก?	คุณสบายดีไหม?	มัชกูร	ขอบคุณมาก
บิเคร	สบายดี	อัฟวัน	ไม่เป็นไร
มะฮัซซะลามะฮุ	ลาก่อน, สวัสดิ์	อินตะซีร	กรุณาขอ
อิถ์ลิลิกอู	แล้วพบกันใหม่	มุศรัญิม	ล่าม
วะอันต้า? / วะอันตี้?	แล้วคุณล่ะ?	ต้อบีบ	แพทย์
อาซิฟะฮุ	ขอโทษค่ะ	มัสมุก้า?	ชื่ออะไร?
อาซิฟ	ขอโทษครับ	อัยยั คิคมะห์?	มีอะไรให้ช่วยไหม?

ชาวพม่าแสดงการทักทาย

โดยการจับมือกัน กรณีผู้สูงอายุ จะทักทายคำว่า “เม็ง-กะ-ลา-ป้า” ไม่ต้องจับมือชาวพม่า จะทักทายกล่าวคำสวัสดิ์ ไม่ต้องจับมือ เพื่อแสดงความเคารพ แต่ถ้าเอามือ กอดอก และก้มศีรษะ แสดงถึงความสุภาพตั้งใจฟัง และให้เกียรติถือเป็นวัฒนธรรมเฉพาะของคนพม่า

หลักการทักทายภาษาพม่า : การเรียงคำพูดในภาษาพม่า ประธาน+กรรม+กริยา+(คำลงท้าย)
จะหน่อ+ทะมิน+ชา+(แต่)

ภาษาไทย	คำอ่าน	ภาษาพม่า
สวัสดิ์ (เมื่อพบกัน)	มิง-กะ-ลา-ปา	မင်္ဂလာပါ။
สวัสดิ์/ลาก่อน (เมื่อจากลา)	ไน้-กะ-ปะ-แต่	နုတ်ဆက်ပါတယ်။
สบายดีไหม	เนแก้ว-หล่า	နေကောင်းလား။

ภาษาไทย	คำอ่าน	ภาษาพม่า
สบายดี	เนเก๊า-แต	နေကောင်းတယ်။
แล้วคุณล่ะ.....สบายดีไหม	ตินยอ-เนเก๊าหล่า	သင့်ရော့ နေကောင်းလား။
ชื่ออะไร?	นาม-แบโต-คอต	နာမည်တယ်လို့ခေါ်လဲ
กระผมชื่อ	* จะเนาะ(จะนอ)-นาม (ชาย)	ကျွန်နော်.နာမည်
คุณชื่อ	จะมะ-นาม (หญิง)	ကျွန်မနာမည်
ยินดีที่ได้รู้จัก	ไต่ยยะ-คา-วันตา-ปาแต	တွေ့ ရတောင်းသောပါတယ်။
แล้วพบกันใหม่	เปียนไต่ย-จีแม	ပြန်တွေ့ ကြမယ်။
ขอให้โชคดี	กานเก่าปาเซ	ကံကောင်းပဲ။
ขอเชิญ	จีวา	ကြပါ။
ยินดีต้อนรับ	โจวไซ-ปาแต	ကြိုဆိုပါတယ်။
ขอโทษ	เต้า-ปา-ปาแต	တောင်းပန်ပါတယ်
ขอบคุณ	เจซู-คินปาแต	ကျေးဇူးတင်ပါတယ်။
ขอบคุณมาก	เจซู-อะเม็ช-คินปาแต	ကျေးဇူးတင်အများ ကြီးတင်ပါတယ်
กินข้าวหรือยัง	ทะมินชา-ปี้ปี้ลา	ထမင်းစားပြီပြီလား။
กินแล้ว	ชาปี้ปี้	စားပြီပြီ။
ยังไม่กิน	มะชาอะ-เตบ	မစားရသေးဘူး။
ครับ	ฮกแก้ว/คาเม็ช	ဟုတ်ကဲ့ခင်ဗျား။
ค่ะ	ฮกแก้ว/ฉิน	ဟုတ်ကဲ့ရှင်



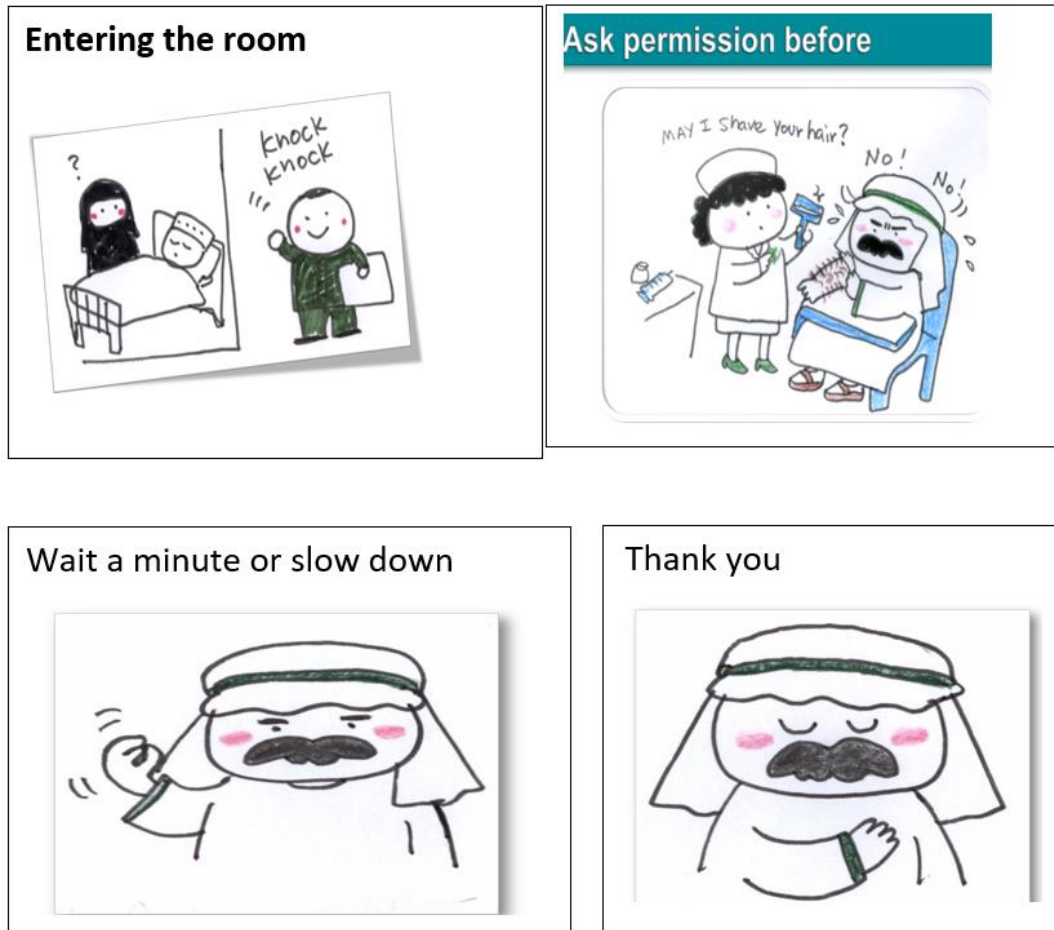
กิจกรรมการสอนภาษา เพื่อการพัฒนาการติดต่อสื่อสารทางวัฒนธรรม: ภาษา

เล่นเกมส์ ชื่อ จับคู่คำศัพท์

	ภาษา			ภาษา	
	ไทย	อาหรับ		ไทย	เมียนมา
1	สวัสดิ์	อัลสลามมอะลัยกุม	1	สวัสดิ์	มิง-กะ-ลา-บา
2	สวัสดิ์ตอนเช้า	ซอบะฮฺ ฮุลเครด	2	ค๊ะ/คฺรับ	จิม/คาเมีย
3	สวัสดิ์ตอนเย็น	มาร์ซาร์ ฮุลเครด	3	ชื่ออะไร	นาแอม- แบ- โล-ซอ- ตะ-แล
4	มีอะไรให้ช่วย ใหม่	ไอยู-คิดะมะन्ह	4	อายุเท่าไร	อะ-ตัก-แบ-เล่า-ซี-บี-แล
5	ล่ำม	มาดาจิม	5	วันเดือนปีเกิด	มัว- เอ- เนะ- ละ -หนิด
6	หมอ	ดอกตุร์	6	หมายเลขโทรศัพท์	โพน- นิม บัค
7	รอมมอ	อินดาซีร ดอกตุร์	7	ขอเชิญ	จัวป่า
8	ต้องการล่ำมใหม่	ตุร์ริด-มาดาจิม	8	ขอโทษ	ต่อง- ป่าน- ปาแด
9	รอล่ำม	อินดาซีร-มาดาจิม	9	ขอบคุณ	เจชู-ตินปาแด
10	ไซ้	นาม	10	คุณหมอ	สวาญน
11	คนต่อไป	ดาร์กัล-อาน	11	พยาบาล	ดูมาปัว
12	ขอบคุณครับ	ซุก-กรอบ	12	ล่ำม	ชะกาเบียน
13	ขอกภัยด้วยนะ	ซา-เมียร์	13	โรงพยาบาล	เซโยง
14	ยินดีต้อนรับ	มารฮาบา	14	ต้องการล่ำมใหม่	ชะ-กา-เบียน-โล-ตะ-ลา
15	รอมลสักครู์	อินตาซา – ลาน์ชะ	15	รอล่ำมสักครู์	ชะ-กา-เบียน-ขณะ-เช่า-บา
16	สบายดีไหม	เฮ-แอน – บีเครี	16	รอมบแพทย์สักครู์	สวาญน-ขณะ-เช่า-บา
17	เจาะเลือด	คอมมะ	17	รอมลสักครู์	แอฟ-ทีเอ-ขณะ-เช่า-บา
18	ชื่อผู้ติดต่อได้	อิสซิม ไจฮ์ท อลิทที สาล	18	สบายดีไหม	เทน-เกา-ลา
19	พยาบาล	มูมาราคา	19	เจาะเลือด	ตัว-เอ-ฟ่าว-บา-แหม่
20	รอมลสักครู์	อินตาซาร ลานฮา	20	ชื่อผู้ติดต่อได้	ชะะตวย- นายตอ- ดูอะมี
21	ขออนุญาตวัด ความดัน	มูมกินกียาสตอสอัสดัม	21	ขออนุญาตวัดความ ดัน	อะ ปู เชน ทินา พาม
22	ขออนุญาตวัดไข้	มูมกินกียาสตุตติอกฮา ราระห์	22	ขออนุญาตวัดไข้	อะ ปู เชน พยา ตู ยะ

	ภาษา			ภาษา	
	ไทย	อาหรับ		ไทย	เมียนมา
23	ขออนุญาตขัง น้ำหนัก	มุมกินกียาสวาสัน	23	ขออนุญาตขัง น้ำหนัก	โอ อะ เลย์ เซน เนย อัยท์ ทาย ปาร์ เม
24	กรุณาติดต่อ	รอเยียะ	24	กรุณาติดต่อ การเงิน	เนวี สกิน เคาเตอร์ ทวาร์ พา
25	แผนกการเงิน	อิซาป้าต	25	กรุณาติดต่อรับยา	เซ เคาเตอร์ ทวาร์ พา
26	กรุณาติดต่อรับ ยา	รอเยียะ ซอยดาลียัค			
27	ให้อภัยด้วยนะ	ซาเมียห์			
28	ขอให้ท่านโชคดี	มาฮ์สลามมะห์			

ความหมายสัญญาณมือของชาวอาหรับ



กิจกรรมที่ 5 สมรรถนะด้านความปรารถนาทางวัฒนธรรม

5.1 แนวคิดสมรรถนะด้านความปรารถนาทางวัฒนธรรม

สมรรถนะด้านความปรารถนาทางวัฒนธรรม เป็นความตั้งใจที่ทำให้พยาบาลต้องการเข้าไปสู่กระบวนการพัฒนาตนเองในการเป็นผู้มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม การมีความตระหนักรู้ องค์ความรู้ ทักษะและความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ จำเป็นต้องกระทำร่วมกับการมีแรงบันดาลใจหรือความปรารถนาอย่างแท้จริงที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม พยาบาลดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมต้องแสดงถึงความเข้าใจความแตกต่างแต่ละเชื้อชาติวัฒนธรรม ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุดตามปณิธานของพยาบาลที่ตั้งไว้ มีเข้าใจว่าผู้รับบริการมีความเจ็บป่วย พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยทุกคนเสมอภาค ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยที่มีความแตกต่างเชื้อชาติ ศาสนาก็ตาม

5.2 ผลลัพธ์การเรียนรู้

เพื่อให้ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรม มีความสามารถดังนี้

- 1) พัฒนาการตนเองให้มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม
- 2) มีความปรารถนาที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

5.3 สื่อ-อุปกรณ์

- 1) ใบงานสำหรับผู้เข้าร่วมโปรแกรมตั้งเป้าหมาย และมีความคาดหวังอย่างไรในการพัฒนาตนเอง
- 2) ใบงานฝึกปฏิบัติระหว่างสัปดาห์ ที่ 2
- 3) แบบสอบถาม

5.4 กิจกรรม/ระยะเวลา (2-3 ชั่วโมง)

ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่มและทบทวนกติกาการเข้าร่วมกิจกรรมที่ทำข้อตกลงไปในครั้งก่อน และลำดับต่อไป ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบอกเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในใบงานฝึกปฏิบัติระหว่างสัปดาห์ที่ผ่านมาสิ่งที่ได้เรียนรู้นำไปปฏิบัติใช้อย่างไรบ้าง จากการพัฒนาสมรรถนะด้านติดต่อสื่อสาร และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร (ใช้เวลา 20 นาที)

ขั้นตอนที่ 1 การปฏิบัติเพื่อสังสมประสบการณ์ ใช้เวลา 40 นาที เมื่อสมาชิกเข้ามาร่วมกิจกรรมครบทุกคน ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกท่านบอกเล่าประสบการณ์ประทับใจที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยในระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดจากการสังเกตใช้เวลา 20 นาที เป็นขั้นที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมุ่งที่จะทำความเข้าใจในความหมายของประสบการณ์ที่ได้รับและนำมาพิจารณาอย่างรอบคอบ ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองจากประสบการณ์ที่ได้รับ ฟังสมาชิกในกลุ่ม ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยใช้คำถามว่า “หลังจากได้แบ่งปันประสบการณ์ความประทับใจจากสมาชิกแล้วได้เรียนรู้อะไรบ้าง มีความคิดและมีความรู้สึกอย่างไรต่อความประทับใจจากสมาชิกในกลุ่ม” ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะได้เรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น และผลของการสะท้อนความคิดเห็น หรือการอภิปรายทำให้ได้แนวคิดหรือข้อสรุป

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างความคิดรวบยอด ใช้เวลา 20 นาที เมื่อสมาชิกได้วิเคราะห์และทำการสะท้อนคิดถึงตนเองในการเป็นผู้มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและมีแสดงออกในการดูแลเชิงวัฒนธรรม และให้ผู้ร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็นจะพัฒนาตนเองอย่างไรต่อไปให้เป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรมที่มีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น โดยทำใบงานกิจกรรมครั้งที่ 5 การประเมินตนเองและความคาดหวังในการพัฒนาตนเองเป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยอาจใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้ช่วยกันสรุปประเด็นข้อคิดเห็น เช่น “มีข้อสังเกตประเด็นใดที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคิดเห็นว่าเป็นประโยชน์สามารถนำมาใช้ ในการพัฒนาตนเองในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมให้มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น”

ขั้นตอนที่ 4 การทดลอง/ประยุกต์ใช้ความรู้ ใช้เวลา 20 นาที ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมวางแผนการปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมอย่างไรให้ผู้ป่วย แล้วไปใช้ในการทดลองปฏิบัติจริงเข้าร่วมกิจกรรม โดยผู้วิจัย ใช้คำถามว่า “ผู้เข้าร่วมกิจกรรมวางแผนในการพัฒนาตนเองให้เป็นผู้ที่มีสมรรถนะที่ดี เป็นคนเก่ง ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีความพึงพอใจได้อย่างไร” ผู้วิจัยสรุปแนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และมอบหมายให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำไปฝึกปฏิบัติเป็นเวลา 1 เดือน จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมตอบแบบวัดสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม และสอบถามหมายในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป กล่าวปิดกลุ่ม

ตัวอย่างการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยจากสถานการณ์ การเข้าไปทำกิจกรรมทางการพยาบาลในห้องขณะผู้ป่วยกำลังละหมาด การวางแผนการดูแลผู้ป่วยดังนี้ เราต้องรับทราบก่อนว่าการละหมาดทำ 5 เวลา ต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วย เราจะทำอย่างไร เพื่อไม่ให้รบกวนการ

ละหมาดของคุณ ได้แก่ ทำป้าย, ให้ผู้ป่วยและญาติแจ้งเวลา (เริ่มต้น - สิ้นสุด) โดยไม่กระทบการให้การรักษาพยาบาล แนะนำให้ไปทำละหมาดที่ห้องละหมาด

5.5 ประเมินผล

- 1) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมเพิ่มขึ้น
- 2) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมเพิ่มขึ้น

5.6 การบ้าน ใบฝึกปฏิบัติระหว่างสัปดาห์ที่ 4



กิจกรรมที่ 5

ใบงานครั้งที่ 5

กิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะด้านความปรารถนาทางวัฒนธรรม

กิจกรรมการประเมินตนเองและความคาดหวังในการพัฒนาตนเองเป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม

	สมรรถนะด้านวัฒนธรรม	สิ่งที่ตนเองเป็น	สิ่งที่ตนเองคาดหวัง
1	ความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม		
2	ความสามารถในการประยุกต์ความรู้ทางวัฒนธรรม		
3	ความสามารถในการประเมินด้านวัฒนธรรม		
4	การติดต่อสื่อสารทางวัฒนธรรม		
5	ความปรารถนาทางวัฒนธรรม		

กิจกรรมที่ 6 ติดตามผล

6.1 วัตถุประสงค์ เพื่อติดตามผลการพัฒนาตนเองให้เป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม

6.2 ผลลัพธ์การเรียนรู้

เพื่อให้ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรม มีความสามารถดังนี้

- 1) ประเมินตนเองด้านสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม
- 2) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความภูมิใจในการพัฒนาตนเองเป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้าน

วัฒนธรรม

6.3 สื่อ-อุปกรณ์ ได้แก่

- 1) แบบวัดสมรรถนะด้านวัฒนธรรมและพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรม
- 2) ภาพกิจกรรมแสดงขณะผู้เข้าร่วมโปรแกรมทำกิจกรรมที่ผ่านมา
- 3) กระดาน และกระดาษ A2

6.4 กิจกรรม/ระยะเวลา (2 ชั่วโมง)

ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม เปิดภาพผู้เข้าร่วมโครงการเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผ่านมาให้ชมความยาว 5 นาที หลังจากนั้น ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบอกเล่าประสบการณ์ความรู้สึกในการพัฒนาตนเองในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ประเมินตนเองเกี่ยวกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรมหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือนที่ผ่านมา นำสิ่งที่ได้เรียนรู้นำไปปฏิบัติใช้อย่างไรบ้าง และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร (ใช้เวลา 60 นาที) โดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำคำตอบที่ตนเองตอบมาติดไว้บนกระดาน และผู้วิจัยสรุปข้อความที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเขียนตอบ หลังจากนั้นผู้วิจัยสะท้อนคิดและสรุปจากการรับฟังสมาชิกบอกเล่า และชื่นชมให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมโดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่พัฒนาตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ให้มารับรางวัลจาก หัวหน้าพยาบาล เพื่อให้รู้สึกภูมิใจที่จะทำต่อไป และ เป็นตัวอย่างให้แก่ผู้อื่นด้วย

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือโปรแกรมระยะที่ 2

ชื่อ สกุล	สถานที่ทำงาน
1. รองศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่งวัฒนา	สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมชื่น สมประเสริฐ	สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นริศรา พึ่งโพธิ์สม	สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรัณย์ พิมพ์ทอง	สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิชุดา กิจธรรม	สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



ภาคผนวก ง
เอกสารแสดงการพิทักษ์สิทธิ์และจรรยาบรรณการวิจัย



MF4Version1:15/7/2556

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและใบยินยอม

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC- 136/60E

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและ ข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง: อิทธิพลเชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม ด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ใน โรงพยาบาลเอกชน นานาชาติ เขตกรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางธนิศา คงสมัย

สังกัด: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เอกสารที่รับรอง:

1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารที่พิจารณาทบทวน

1. แบบเสนอโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วันที่ 12 เดือนมิถุนายน 2560
2. โครงร่างการวิจัย	ฉบับที่ 2 วันที่ 12 เดือนมิถุนายน 2560
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	ฉบับที่ 2 วันที่ 12 เดือนมิถุนายน 2560
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วันที่ 12 เดือนมิถุนายน 2560

(ลงชื่อ).....

(นายปิยชาติ บุญเพ็ญ)

เลขาธิการคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

(ลงชื่อ).....

(แพทย์หญิงสุวิพร ภัทรสุวรรณ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/E-136/2560

วันที่ให้การรับรอง : 14/07/2560

วันหมดอายุใบรับรอง : 14/07/2561

ที่ ศธ 6922(4)/ ๒๕๖๑

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

26 ก.ค. 2560

เรื่อง ขอแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัยเลขที่ SWUEC 136/60
เรียน นางธนิศา คงสมัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบรับรองโครงการวิจัย SWUEC/E-136/2560

ตามที่ท่านได้ส่งโครงการวิจัยเรื่อง อิทธิพลเชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชนนานาชาติ เขตกรุงเทพมหานคร โครงการวิจัยเลขที่ SWUEC 136/60 เพื่อรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ นั้น

คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ ได้พิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าว บัดนี้ คณะกรรมการฯ ให้การรับรองโครงการวิจัยดังกล่าวแล้วเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2560 รายละเอียดดังนี้

Certificate Number	SWUEC/E-136/2560
Date of Approval	14 กรกฎาคม 2560 (อายุใบรับรองโครงการวิจัย 12 เดือน)
Date of Expiration	14 กรกฎาคม 2561
Continuing Review	ทุก 12 เดือน (ครบกำหนดส่งรายงานครั้งแรก วันที่ 14 กรกฎาคม 2561)

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ ขอความกรุณาให้ผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัยและต่ออายุการรับรองก่อนกำหนดวันหมดอายุ 30 วัน เพื่อให้เป็นไปตามวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs version 2.0) ของคณะกรรมการฯ ทั้งนี้รายละเอียดของเอกสารที่ให้การรับรองตามที่ปรากฏใน Certificate of Approval (Certificate Number SWUEC/E-136/2560) ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(แพทย์หญิงสุวีพร กัทสูวรรณ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	ธนิดา คงสมัย
วัน เดือน ปี เกิด	19 กรกฎาคม 2512
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2536 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) เกียรตินิยมอันดับ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. 2548 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พย.ม.) สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2563 ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด.) สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ที่อยู่ปัจจุบัน	70/15 ซอยภาวนา ถนนลาดพร้าว ตำบลสามเสนนอก อำเภอห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร
รางวัลที่ได้รับ	พ.ศ. 2559 รางวัลพยาบาลดีเด่นด้านการสร้างชุมชน และ องค์กรปลอดภัย ประจำปี 2559