

# 護理人員多元文化照護能力初探

梁亞文<sup>1</sup> 陳文意<sup>1</sup> 林育秀<sup>2</sup> 蘇湘怡<sup>3</sup>  
李明輝<sup>4</sup> 趙堡雲<sup>4,\*</sup>

**目標：**來台外籍人士及聯外婚姻倍增，病人多元文化背景除影響醫療照護服務的需求、期待與就醫行為，護病關係也更形複雜。本研究旨在探討臨床護理人員多元文化照護能力現況及其影響因素，期有助提升護理人員多元文化照護能力，減少健康不均等、降低健康差異。**方法：**本研究為一橫斷性研究，以「護理人員多元文化能力量表」收集資料，使用驗證性因素分析及逐步迴歸，探討影響護理人員多元文化照護能力的因子。**結果：**護理人員整體多元文化能力中等，以不同構面的能力來看，文化知識與文化技巧構面能力，則仍有待提升。影響護理人員整體多元文化能力及其四個構面的顯著因子包含：年齡、婚姻狀態、學歷、學校屬性、護理工作資歷、護理專業能力職級、服務單位、照護外籍人士經驗、語言檢定考試、上過多元文化課程，及出國經驗。**結論：**護理人員多元文化能力有待提升。建議護理人員提升語言溝通能力；醫院提供多元文化照護主題教育訓練；學校教授多元文化照護課程，提升護理人員多元文化照護能力。(台灣衛誌 2014；33(5)：549-562)

**關鍵詞：**護理人員、健康照護、文化、多元文化照護

## 前言

全球化開啟了全球知識、商品及資本的流通，亦加速了全球人口的移動。近年來，台灣外籍人士及聯外婚姻倍增，增加了台灣社會與人口結構的多元新樣貌。婚姻移民就醫時，常因語言障礙、不易清楚描述自己或子女的問題，加上教育與社經地位偏低，導致就醫困難、延誤醫療處置；又因醫護人員工作忙碌、文化敏感度低、語言能力

不足、職業優越感、種族歧視或醫護病間人際關係疏離，難以提供符合病人文化需求的照護[1,2]。新住民接受醫療照護時，常因語言及文化因素，不易接受與學習相關的衛生指導與飲食諮詢，易生感控問題、重複住院或意外事件，影響自我或孩童照顧的安全，甚至影響子女的各项發展與養育[3]。

台灣人口結構與文化已經因為新住民發展出族群文化多樣性。但是，文化很難給予單一定義，或許我們可將文化描述為每個人終其一生所擁有的非生理遺傳特質，像是我們終生隨身攜帶的行李[4]。文化包含價值觀、信仰與生活習慣，是一群特定的人經由學習、分享及相互影響的結果，除可引導個人思考、決定和行動，也影響個人的健康習慣、行為，和對疾病的認知、反應與求醫行為[5]。移民者身處異國又生病時，尤需旁人的關懷及深入瞭解其生理、心理、社會層面的問題，因此面對不同文化背景個案時，護理人員須提高其文化敏感性[6]。護

<sup>1</sup> 國立臺中科技大學老人服務事業管理系

<sup>2</sup> 美國南卡羅來納州立大學醫療政策暨管理研究所

<sup>3</sup> 國立臺北護理健康大學旅遊健康所

<sup>4</sup> 衛生福利部豐原醫院院長室

\* 通訊作者：趙堡雲

聯絡地址：台中市豐原區安康路100號

E-mail: paoyun.chao@gmail.com

投稿日期：103年4月10日

接受日期：103年9月9日

DOI:10.6288/TJPH201433103034

理人員如能考量不同的語言、健康認知、生活型態與生物特性，尊重新住民的文化信念與行為，再依其文化特殊性提供個別化照護[5]，將可提昇照護品質與滿意度[7]，降低健康不平等[8]。

多元文化包含種族、民族、語言、性傾向、性別、年齡、殘疾、社經地位、教育、宗教或精神取向以及其他文化層面[9]。但多元文化不應只停留在族群、性別、階級等各種範疇，這將導致社會範疇固定化，也應避免將多元文化視為「多個一元」，表面多元卻各自獨立。多元文化應是由不同信念、行為、膚色、語言的文化組成，彼此支持均等共存。故，多元文化隱含文化相對論(cultural relativism)的觀點，主張每個文化均有其特色，且尊重文化之殊異，促使不同文化兼容並蓄、共存互利，並進行同理認識與學習他者文化，進而實現多元文化認同與族群融合之目標[10]。因此，面對不同文化病患的護理照護需求，護理人員應具備能提供符合病患文化之照護(culturally competent care)，意即須具備與文化、健康相關的態度、知識與技能，也就是所謂的文化能力(cultural competence) [11]。

多元文化照護能力源自人權、人性的尊嚴及健康平等思維，係指護理人員面對不同文化病患下，關於護理行為、健康與疾病價值觀念、和信仰的知識體系與行為模式，提供具有文化特異性，又適於普遍文化條件的護理服務。簡言之，多元文化照護能力為常態性的執行具有文化適當性的護理照護及介入，包含認知及情感層面(cognitive and affective phase)[12]。Burchum[13]及Suh[14]指出醫護人員所需具備的多元文化照護能力包含：文化自覺(cultural awareness)、文化知識(cultural knowledge)、文化敏感度(cultural sensitivity)及文化技巧(cultural skill)。多元文化照護能力需透過學習而產生，是一種可以持續成長的能力，是護理人員提供安全、有效的健康照護給不同文化個案時的一種非線性過程[15,16]。張慧盈[17]發現「機構提供工具資源」、「英文能力」、「多元文化訓練課程」及「有不同文

化背景的朋友」，是影響衛生所護理人員文化敏感度的重要預測因子。Chang等人[18]發現多元文化資源、英文能力、多元文化照護訓練方案及有無外國朋友是影響社區護理人員多元文化照護能力的顯著影響因子。Kim[19]則發現，對多元文化的興趣、照護外籍人士的經驗及多元文化照護的教育是顯著影響醫院護理人員多元文化照護能力的因子。Kim與Kim[20]調查發現影響護生文化照護能力的顯著因子，包含女性、高年級生、有外國朋友及語言能力。

全球性的移民潮，使得不同文化觀點衝擊健康照護體系。文化背景不僅是影響健康的重要因子[21]，健康問題及需求也常因文化而異。護理人員有很多機會面對照顧與自己文化背景不同的人，若未能具備多元文化照護能力，恐難面對此職業特性。但，台灣護理人員多元文化照護研究，多聚焦在護理學生多元文化照護課程的成效評估。因此，本研究透過調查，探討臨床護理人員多元文化照護能力現況及其影響因素，期研究結果有助提升護理人員多元文化照護能力、提供具有文化一特定性的照護友善環境，減少健康不均等(health inequality)，降低健康差異(health disparities)。

## 材料與方法

### 研究設計與調查對象

本研究為一橫斷性研究，以任職衛生福利部中部某區域教學醫院三個月以上之正職及兼職護理人員為研究對象，透過問卷調查，探討護理人員多元文化照護能力現況及其影響因素，資料收集時間自2013年4月1日至4月30日止。本研究問卷共寄發420人，去除填答不完整問卷後，有效問卷252份，有效問卷回收率為60%。本研究問卷與研究設計並獲得學術研究人權維護小組審查通過(TYGH102001)，且受訪者皆簽署受試者同意書。

### 研究工具及其信、效度

研究工具「護理人員多元文化照護

能力量表」問卷初稿，係參考相關文獻[11,13,16,22]發展編訂而成，其內容包含文化自覺、文化知識、文化敏銳度及文化技巧四個構面，在研究初期，我們總共彙編了41個題項，均採Likert五點尺度量表計分，從「完全不同意」到「完全同意」，分別給予0分至4分，分數越高表示受訪者自覺多元文化能力越高。

文化自覺，指能深入自我檢視個人和專業的文化背景(例如，探索自己的原生文化及其他文化的異同、認知自己的偏見、察覺影響個人或專業的價值觀)；文化知識，指能尋求、取得關於不同文化及族群的知識，包括健康信念及文化價值、疾病類型及其有效的治療方法；文化敏銳度，指能欣賞與尊重個案的信念與價值觀，重視個案的文化及其文化對行為的影響；文化技巧，指能執行文化評估、運用資源與個案溝通、摒棄個人偏見而提供合適個案文化的照護措施。

受訪者基本資料包括年齡、性別、婚姻狀況、最高學歷、學校屬性、護理專業能力職級、全職人員、任用身分、擔任護理主管、護理工作資歷、該院服務年資、服務單位、與外籍人士互動經驗及語言能力等。

量表完成初稿後，延請五位護理行政及護理教育學者專家，進行專家內容效度(content validity)檢定，並提供修正意見，原41題經專家討論後刪除5題，最後以36題進行調查，內容效度指標(CVI)值均高於80%，顯示量表具有良好的內容效度。此外，我們再以同等級醫院符合研究對象收案標準之30位護理人員進行預試，並進行信度分析，整體量表及四個分量表之Cronbach's  $\alpha$  介於0.91-0.97之間，顯示量表信度良好。由於本研究量表初稿係參考相關文獻[11,13,16,22]編制，所以問卷資料經整理編譯後，本研究再針對文化自覺、文化知識、文化敏銳度及文化技巧四個構面進行驗證性因素分析(confirmatory factor analysis)，其因素分析的結果保留共29個題目(文化自覺7題、文化知識8題、文化敏銳度3題及文化技巧11題)，我們依此問卷題項計算文化自覺、文化知識、文化敏銳度及文化技巧以及

整體多元文化能力分數。此29個題項所建構的四個文化構面的信、效度均獲得證實，我們將詳細的因素分析過程與分析結果置於文後附錄，供有興趣讀者參考。

## 統計分析

統計分析包括描述性統計及推論統計分析。描述性統計以平均值、標準差、百分比來描述樣本基本特性；推論統計分析部分，我們以所有基本資料為自變數，以文化自覺、文化知識、文化敏銳度及文化技巧以及整體多元文化能力分數為依變數，分別進行多元迴歸分析，為尋求最精簡的預測變數，本研究以逐步迴歸分析方法進行自變數的篩選。

## 結 果

表一為所有變數的描述性統計，受訪者的平均年齡約32.81歲( $SD=7.37$ )，以平均年齡為分切點(cutting-off point)，低年齡組護理人員約佔五成七(145人，57.54%)；約五成二的受訪者無偶(131人，51.98%)；大學(含)以上學歷者約佔七成(174人，69.05%)，且多數畢業自私立學校(234人，92.86%)；護理專業能力職級以N2以下者居多(195人，77.38%)；低護理工作資歷組(年資低於平均數)人數較多(158人，62.70%)；超過一半的受訪者(141人，55.05%)服務於病房(內/外科病房/嬰兒室與加護病房)；20人有出國求/遊學經驗(7.94%)；30人參加過語言檢定考試(11.90%)；18人上過多元文化相關課程(7.14%)；184人(73.02%)，在工作或實習期間，照護過外籍人士。由驗證性因素分析確認題項的各個文化構面總分如下：文化自覺總分為21.99( $SD=5.00$ )、文化知識總分為17.28( $SD=6.05$ )、文化敏銳總分為9.22( $SD=2.26$ )、文化技巧總分為24.35( $SD=8.19$ )以及整體多元文化照護能力(四個構面加總)為72.83( $SD=17.32$ )。

表二顯示護理人員整體多元文化照護能力及各構面逐步迴歸分析結果。整體多元文化能力之影響因素包括：年齡、護理專



表一 敘述性統計(N=252)

自變項	N(%) / $M \pm SD$
年齡	32.81 $\pm$ 7.37
低	145 (57.54)
高	107 (42.46)
婚姻狀況	
無偶	131 (51.98)
有偶	121 (48.02)
最高學歷	
專科(含)以下	78 (30.95)
大學(含)以上	174 (69.05)
學校屬性	
公立	18 (7.14)
私立	234 (92.86)
護理專業能力職級	
N2以下(N~N2)	195 (77.38)
N3以上(N3~N4)	57 (22.62)
護理工作資歷(年)	10.15 $\pm$ 7.24
低	158 (62.70)
高	94 (37.30)
服務單位	
內/外科系病房/嬰兒室	91 (36.11)
門/急診	45 (17.86)
手術室(含產房)	14 (5.56)
加護病房	50 (19.84)
其他	52 (20.63)
出國經驗?	
是	20 (7.94)
否	232 (92.06)
參加過任何語言檢定考試?	
是	30 (11.90)
否	222 (88.10)
上過多元文化相關課程?	
是	18 (7.14)
否	234 (92.86)
照護過外籍人士?	
是	184 (73.02)
否	68 (26.98)
依變項	$M \pm SD$
文化自覺構面總分(7題總分)	21.99 $\pm$ 5.00
文化知識構面總分(8題總分)	17.28 $\pm$ 6.05
文化敏銳構面總分(3題總分)	9.22 $\pm$ 2.26
文化技巧構面總分(11題總分)	24.35 $\pm$ 8.19
整體多元文化能力(29題總分)	72.83 $\pm$ 17.32

業能力職級、服務單位、照護外籍人士經驗、參與過語言檢定考試、多元文化課程等因素；年齡較長者、護理專業能力職級較高者、照護過外籍人士、參加過語言檢定考試與多元文化課程者，具有較佳的整體多元文化能力。相較於服務於其他單位，服務於門急診與加護病房者，其整體多元文化能力相對較差。

另外，四個構面的迴歸分析結果部分，文化自覺能力的影響因素包括：最高學歷、學校屬性、護理工作資歷、服務單位、照護外籍人士經驗與語言檢定考試等因素；最高學歷與護理工作資歷較高者、照護過外籍人士與參加過語言檢定考試者，具有較佳的文化自覺能力。相較於畢業於私立護理學校者，畢業於公立護理學校者，其文化自覺能力相對較差。相較於服務於其他單位，服務於門急診者，其文化自覺能力相對較差。文化知識能力的影響因素包括：年齡、婚姻狀況、護理專業能力職級、服務單位與參與多元文化課程經驗等因素；年齡較長者、無偶者、護理專業能力職級較高者與參與多元文化課程者，具有較佳的文化知識能力。相較於服務於其他單位，服務於加護病房者，其文化知識能力相對較差。文化敏銳能力的影響因素包括：最高學歷、服務單位、照護外籍人士經驗與語言檢定考試經驗等因素；學歷較高者、照護過外籍人士與參加過語言檢定考試者，具有較佳的文化敏銳能力。相較於服務於其他單位，服務於門急診者，其文化敏銳能力相對較差。最後，文化技巧能力的影響因素包括：護理專業能力職級、服務單位與出國經驗等因素；護理專業能力職級較高者與具出國經驗者，具有較佳的文化技巧能力。相較於服務於其他單位，服務於門急診與加護病房者，其文化技巧能力相對較差。

## 討 論

護理人員整體多元文化照護能力中等(平均分數為2.51分=72.83÷29，最高分為5分)，依構面來看，護理人員的文化自覺與

表二 護理人員整體多元文化照護能力及各構面逐步迴歸分析

變項	整體多元文化 照護能力	文化自覺	文化知識	文化敏銳	文化技巧
	估計值(t值)	估計值(t值)	估計值(t值)	估計值(t值)	估計值(t值)
年齡					
高	5.392 (2.12)**		2.144 (2.23)**		
低 <sup>§</sup>					
婚姻狀況					
無偶			1.507 (1.71)*		
有偶 <sup>§</sup>					
最高學歷					
大學(含)以上		1.991 (3.02)***		0.757 (2.47)**	
專科(含)以下 <sup>§</sup>					
學校屬性					
公立		-2.419(-1.67)*			
私立 <sup>§</sup>					
護理工作資歷					
高		2.095 (3.30)***			
低 <sup>§</sup>					
護理專業能力職級					
N3以上	5.255 (1.82)*		2.333 (2.23)**		3.648 (3.01)***
N2以下 <sup>§</sup>					
服務單位					
病房	-2.552(-0.87)	-0.986(-1.18)	-0.964(-0.92)	-0.536(-1.40)	-0.357(-0.25)
門急診	-7.433(-2.19)**	-1.971(-2.01)**	-0.536(-0.45)	-0.937 (-2.06)**	-3.976(-2.44)**
手術室	6.880 (1.37)	1.927 (1.33)	1.134 (0.64)	0.706 (1.05)	1.902 (0.79)
加護病房	-6.276(-1.92)*	-0.318(-0.34)	-2.416(-2.08)**	-0.473(-1.08)	-3.206(-2.01)**
其他 <sup>§</sup>					
照護過外籍人士					
是	5.197 (2.16)**			0.856 (2.64)***	
否 <sup>§</sup>		2.154 (3.08)***			
語言檢定考試					
是	5.959 (1.83)*	1.731 (1.85)*		0.812 (1.88)*	
否 <sup>§</sup>					
多元文化課程					
是	7.464 (1.85)*		2.868 (2.01)**		
否 <sup>§</sup>					
出國經驗					
是					3.375 (1.80)*
否 <sup>§</sup>					
常數項	67.430(21.24)***	18.716(18.60)***	15.889(14.13)***	8.390 (8.63)***	24.622(19.93)***
R <sup>2</sup>	14.22%	13.35	12.05%	7.74%	9.92%
Adj R <sup>2</sup>	11.03%	10.50%	8.78%	5.09%	7.72%
樣本數N	252	252	252	252	252

註：括弧內代表t值。「\*」、「\*\*」與「\*\*\*」分別代表10%、5%以及1%的顯著水準。「§」代表參考組。

文化敏銳已具程度(兩構面平均分數均高於3分)，但文化知識、文化技巧，則仍有提升空間(兩構面平均分數均低於2.5分)。文化知識構面中得分最低的二項為：「我能收集到不同文化關於健康/疾病的知識和信息。」及「我能說出不同族群間特有的健康問題。」與文化技巧構面中得分最低的題項：「對我而言，蒐集不同文化背景個案的健康/疾病信念或行為資料是容易的。」及「我能教導其他護理同仁為不同文化背景個案擬定照護計畫。」互為呼應。顯示護理人員在尋求、取得、瞭解不同文化族群的健康信念、文化價值及態度有困難，故不易從民眾的觀點瞭解許多健康行為落實在生活中的困境，遑論教導同仁為不同文化背景個案擬定照護計畫。文化知識是照護不同文化背景個案的基礎，前述發現凸顯了此一重要基礎訓練的弱點所在：護理教育與實踐多以身心觀點為主，強調生物醫學、病理疾病、治療及症狀處理，但臨床照護過程中，文化知識不足恐產生照護溝通的挫折感及醫囑遵從性，磨損照護成效、有效性和病人滿意度。

護理人員多元文化的護理知識和技巧，可藉由學校課程及在職教育來提升。個案醫院護理人員文化知識較低可能與其在學生時期較少接觸該性質課程，此可由受調查者僅7.14%修習過多元文化課程佐證。多元文化知識的培養是一持續的過程，因此，護理人員在職繼續教育應提供相關課程，協助現職護理具備多元文化知識，才能摒棄個人偏見、才有能力執行文化技巧、文化評估，提供符合個案文化之照護[13,14]。

多元迴歸結果顯示，年齡高者其文化知識較高。文化知識屬「晶體智力」(crystallized intelligence)，是需通過掌握社會文化經驗方能獲得的智力，包含詞彙概念、言語理解、常識等記憶儲存信息的能力，晶體智力隨年齡穩定地增長，直到60歲以後才開始下降，且保持相對穩定[23]。

護理專業能力職級高者，文化知識顯著高於護理專業能力職級低者，推測可能原因是，能力進階可以提升護理人員知識[24]及護理能力[25]，且整體護理能力會隨專業

進階職級增加[26]。N3以上護理人員接受較多的行政教學訓練，例如，撰寫業務改善報告、護理行政實習，個案報告、危機處理、問題分析與處理、品質管理等，且須獨立指導新進人員及護生，因此其專業、教學能力皆較佳。另外，護理專業能力職級高者通常代表其於護理實務領域中的時間也可能較長，心智成熟度可能較高，因此整體多元文化能力、文化知識及文化技巧較佳。

本研究發現服務單位在護理人員多元文化照護能力上呈現顯著影響，顯示服務於醫院不同單位的護理人員，因單位特性、與病人互動需求程度不同，且護理人員可能因「文化適應」/「濡化」(enculturation)出現多元文化照護能力的細微差別(nuances)[27]。

有出國經驗、參加過語言檢定考試、上過多元文化相關課程、工作或實習期間照護過外籍人士者，在整體多元文化能力及其不同構面呈現不同程度的較佳能力。文獻指出，文化敏銳度與跨文化經驗、文化研究、結識不同文化朋友、與不同文化的互動呈現正相關[28]。修習文化相關課程、在不同文化居住或旅遊經驗、閱讀多元文化相關書籍及有不同背景的好友者，其文化素養較高[29]；修習文化課程，還可增加文化敏銳度[11,29-34]。Lee等人[33]則証實，文化敏銳度課程可增加護理人員的健康信念和文化知識，提升護理人員文化敏感度，增進對不同文化團體的照護品質。顯示提升語言能力、研習多元文化課程、與多元文化背景個案接觸，是提升護理人員多元文化能力的可行方法。

臨床上，許多護理人員感受到提供直接照護給不同文化個案時，已不能單仰賴醫學知識，還需要多元文化照護知識，以提供「文化融合性的護理」。但是，改變自身價值觀及知識，由單一文化的主流觀點中轉向多元文化並非易事，要護理人員把文化照護也視為護理本質來看待，更是一項挑戰。但，多元文化護理的功能，已逐漸被發現與被欣賞，成為護理專業的重要突破。Leininger主張以文化融入關懷照護，強調關

懷為護理的本質及重點，做為護理人員照顧不同文化背景個案時的指引；瞭解個案的文化、信仰、價值觀及態度是提供全面性健康照護不可或缺的一部份[35]。

### 建議

面對多元文化的台灣，護理人員在省思是否具備多元文化照護能力之餘，護理行政及護理教育者，應避免使用「所有皆相似」的護理，實現多元文化護理的終極目標：「提供文化上有能力和有意義的護理照護」。綜上研究發現，本研究提出下列建議：

#### 一、培養護理人員語言能力、提升多元文化溝通能力

語言是溝通的橋樑，有助多元文化照護，學校及醫院可提供護理實用性高的多元文化相關主題之語言課程，提升護理人員語言能力。護理人員以傾聽、同理心的態度，配合個案的文化背景、社會地位、宗教信仰，透過淺顯的語句提供專業性建議，給予不同的護理照護，就是多元文化照護[36]。

#### 二、設計、提供護理人員多元文化照護在職教育

護理人員面對不同文化背景及對健康/疾病認知不同的個案，所需的護理照護難以依單一標準設計，因此強調因時因地制宜的權變理論(contingency theory)理念，可運用在多元文化照護在職教育的設計上。護理人員需要「普遍性」(universal)能力，例如，處理壓力及開放彈性等，也須有查覺不同文化需要的「特殊性」(idiosyncratic)能力，例如，瞭解他國的健康信念。故，可採用兼具文化普遍性(cultural general)及文化特定性(cultural-specific)訓練模式[37]。

#### 三、不分學制設立多元文化護理課程

多元文化護理課程可增加文化知識、文化敏感度及文化技能，具有實質效益[11]。

黃美智[38]建議文化照護能力養成教育應納入醫療人員課程，並且規劃在職教育，以提升護理人員適應文化多樣性的醫療環境。短期，可將多元文化護理概念與原則融入現有課程中，在課程中導入多元文化課程單元或特定的文化照護單元，或提供一系列有組織且大量的多元文化護理課程[39]。

多元文化照護已是台灣護理人員面臨的迫切議題，但多元文化照護卻是多數護理人員在校期間較少學習的課程，然畢業生進入職場後，立即面臨多元文化照護的挑戰。故，護理教育可於「最後一哩」課程中提供多元文化照護相關課程，提升學生畢業後適應職場多元文化護理照護需求的能力，提供病人一個文化融合性的照護。

### 研究限制

本研究的研究限制包含下列幾點：(1)受限於經費、時間、人力與個案醫院所處區域環境、特性與其他醫院不同，研究結果外推性有所限制；(2)本研究使用自填式結構問卷測量受評者，雖然使用的問卷在信、效度上已有實證研究支持，但仍可能受到受測者主觀認知所影響，且無法完全避免回憶偏誤(recall bias)；(3)本研究為受調查者自我效能的調查，因此無法完全排除受試者可能不客觀的衡量自己的能力；(4)本研究的比率尺度自變項(例如，年齡、護理工作年資與該院工作年資)可能對依變項有非線性的影響，我們採用平均數做為切點，將比率尺度轉換為二元類別尺度資料，然而，以平均數做為分類點是否最佳，有待進一步討論；(5)本研究多元迴歸實證結果的R平方約介於8-14%，若以「線性」關係而言，確有變項未包含於本研究。然而，本研究的自變數皆為類別變數，而這些變數對依變數的影響可能是「非線性」關係，因此，本研究將著重於顯著性的討論。不過，R平方過低的情形可能反映出有變數無法以量化研究釐清，未來可再以質性研究釐清影響護理人員多元文化能力的相關影響因素。



## 致 謝

本研究獲得102年度衛生福利部豐原醫院「院內醫療研究計畫補助」(計畫編號:101-010),以及參與研究之護理部受訪護理人員全力協助與配合方得以完成,謹此致謝。

## 參考文獻

1. 王秀紅、楊詠梅：東南亞跨國婚姻婦女健康。護理雜誌 2000；**49**：35-41。doi:10.6224/JN.49.2.35。  
Wang HH, Yang YM. The health of southeast Asian women in transnational marriages in Taiwan. J Nurs 2000;**49**:35-41. doi:10.6224/JN.49.2.35. [In Chinese: English abstract]
2. 楊詠梅、王秀紅：台灣印尼跨國婚姻婦女的生活與健康關注。護理研究 2003；**11**：167-76。  
Yang YM, Wang HH. Life and health concerns of indonesian women in transnational marriages in Taiwan. J Nurs Res 2003;**11**:167-76. [In Chinese]
3. 李選、張婷：以病人安全為服務導向之護理倫理議題。澄清護理 2011；**7**：4-11。  
Lee S, Chang T. Nursing ethics issues for patient safety-oriented services. Cheng Ching Med J 2011;**7**:4-11. [In Chinese]
4. Fejos P. Man, magic, and medicine. In: Goldston L ed. Medicine and Anthropology. New York: International University Press, 1959.
5. Leininger MM. Cultural care theory, research, and practice. Nurs Sci Q 1996;**9**:71-8. doi:10.1177/089431849600900208.
6. Rosenbaum JN. A cultural assessment guide, leaning cultural sensitivity. Can Nurse 1991;**87**:32-3.
7. Servonsky EJ, Gibbons ME. Family nursing: assessment strategies for implementing culturally competent care. J Multicult Nurs Health 2005;**11**:51-6.
8. Denboba DL, Bragdon JL, Epstein LG, Garthright K, Goldman TM. Reducing health disparities through cultural competence. J Health Educ 1998;**29**:S47-53. doi:10.1080/10556699.1998.10603386.
9. American Psychological Association (APA). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. Available at: <http://www.apa.org/pi/multiculturalguidelines/definitions.html>. Accessed August 9, 2009.
10. 詹秀員：從多元文化教育觀點探討外籍配偶社區教育之理念與策略。玄奘大學教育人力資源與發展學系及中華民國社區教育學會主編。外籍配偶與社區學習。台北：師大書苑，2006；191-245。  
Chang HY. An investigation into the concept of and a strategy for community education of foreign spouses from a multicultural educational perspective. Department of Adult Education and Human Resource Development, Hsuan Chuang University and Chinese Community Education Association Society eds. Foreign Spouses and Community Learning. Taipei: Shtabook, 2006; 191-245. [In Chinese]
11. 彭少貞、林珠茹、莊瑞菱：以教育課程培育護理人員文化能力。志為護理—慈濟護理雜誌 2007；**6**：91-102。  
Perng SJ, Lin CJ, Chuang JL. Cultivating cultural competence through education. Tzu Chi Nurs J 2007;**6**:91-102. [In Chinese: English abstract]
12. Wells MI. Beyond cultural competence: a model for individual and institutional cultural development. J Community Health Nurs 2000;**17**:189-99. doi:10.1207/S15327655JCHN1704\_1.
13. Burchum JL. Cultural competence: an evolutionary perspective. Nurs Forum 2002;**37**:5-15. doi:10.1111/j.1744-6198.2002.tb01287.x.
14. Suh EE. The model of cultural competence through an evolutionary concept analysis. J Transcult Nurs 2004;**15**:93-102. doi:10.1177/1043659603262488.
15. Baldwin D. Community-based experiences and cultural competence. J Nurs Educ 1999;**38**:195-7.
16. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. J Transcult Nurs 2002;**13**:181-4. doi:10.1177/10459602013003003.
17. 張慧盈：衛生所護理人員文化敏感度及其相關因素之探討。高雄：高雄醫學大學護理學研究所碩士論文，2011。  
Chang HY. Cultural sensitivity and related factors among nurses in health centers [Dissertation]. Kaohsiung: School of Nursing, Kaohsiung Medical University, 2011. [In Chinese: English abstract]
18. Chang HZ, Yang YM, Kuo YL. Cultural sensitivity and related factors among community health nurses. J Nurs Res 2013;**21**:60-73. doi:10.1097/jnr.0b013e3182829cb9.
19. Kim SH. Transcultural self-efficacy and educational needs for cultural competence in nursing of Korean nurses. J Korean Acad Nurs 2013;**43**:102-13. doi:10.4040/jkan.2013.43.1.102.
20. Kim DH, Kim SE. Cultural competence and factors influencing cultural competence in nursing students. J Korean Acad Psychiatr Ment



- Health Nurs 2013;**22**:159-68. doi:10.12934/jkpmhn.2013.22.3.159.
21. Flowers DL. Culturally competent nursing care: a challenge for the 21st century. *Crit Care Nurse* 2004;**24**:48-52.
22. Ahmann E. Developing cultural competence in health care settings. *Pediatr Nurs* 2002;**28**:133-7.
23. Liebert RM. *Developmental Psychology*. New Jersey: Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1981.
24. Benedum E, Kalup M, Freed D. A competency achievement program for direct caregivers. *Nurs Manage* 1990;**21**:32-5.
25. Schultz AW. Evaluation of a clinical advancement system. *J Nurs Adm* 1993;**23**:13-9. doi:10.1097/00005110-199302000-00005.
26. 吳姿蓉、鄧慶華、池美華、曾淑梅、袁素娟：某醫學中心護理人員護理能力及其相關因素之探討。《中山醫學雜誌》2007；**18**：303-16。  
Wu TJ, Teng CH, Chih MH, Tseng SM, Yuan SC. Nursing competencies and its related factors in a medical center. *Chung Shan Med J* 2007;**18**:303-16. [In Chinese: English abstract]
27. Leininger MM. Essential transcultural nursing care concepts, principles, examples, and policy statements. In: Leininger MM, McFarland MR eds. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice*. 3rd ed. New York, NY: McGraw-Hill 2002; 45-69.
28. Paige RM, Jacobs-Cassuto M, Yershova YA, DeJaegherea J. Assessing intercultural sensitivity: an empirical analysis of the Hammer and Bennett intercultural development inventory. *Int J Intercult Rela* 2003;**27**:467-86. 10.1016/S0147-1767(03)00034-8.
29. Leishman JL. Cultural sensitivity mental health care: a module for 21st century education and practice. *Int J Psychiatr Nurs Res* 2006;**11**:1310-21.
31. Quist RM, Law AV. Cultural competency: agenda for cultural competency using literature and evidence. *Res Social Adm Pharm* 2006;**2**:420-38. doi:10.1016/j.sapharm.2006.07.008.
30. Altshuler L, Sussman MN, Kachur E. Assessing changes in intercultural sensitivity among physician trainees using the intercultural development inventory. *Int J Intercult Relat* 2003;**27**:387-401. doi:10.1016/S0147-1767(03)00029-4.
32. Majumdar B, Browne G, Roberts J, Carpio B. Effects of cultural sensitivity training on health care provider attitudes and patient outcomes. *J Nurs Scholarsh* 2004;**36**:161-6. doi:10.1111/j.1547-5069.2004.04029.x.
33. Poirier TI, Butler LM, Devraj R, Gupchup GV, Santanello C, Lynch JC. A cultural competency course for pharmacy students. *Am J Pharm Educ* 2009;**73**:81. doi:10.5688/aj730581.
34. Lee CA, Anderson MA, Hill PD. Cultural sensitivity education for nurse: a pilot study. *J Contin Educ Nurs* 2006;**37**:137-41.
35. 胡宜足、陳淑銘：照顧一位菲律賓籍白血病患者的泛文化護理經驗。《志為護理-慈濟護理雜誌》2003；**2**：87-95。  
Hu YT, Chen SM. Transcultural nursing experience of caring a Philippine woman with leukemia. *Tzu Chi Nurs J* 2003;**2**:87-95. [In Chinese: English abstract]
36. Delbar V. From the desert: transcultural aspects of cancer nursing care in Israel. *Cancer Nurs* 1999;**22**: 45-51. doi:10.1097/00002820-199902000-00009.
37. Chaney LH, Martin JS. *Intercultural Business Communication*. 4th ed., Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall, 2007.
38. 黃美智、王瑤華、林秀娟、林佳蓉：護理人員對多元文化照護的認知與實踐。台北：衛生福利部，2010。  
Huang MC, Wang YH, Lin SJ, Lin JR. *Awareness and Practice of Nurses in Multicultural Care*. Taipei: Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan), 2010. [In Chinese: English abstract]
39. 王世麗、吳陳怡懋、曾文培、蔡宜珊譯：跨文化護理：概念、理論、研究與實務。台北：五南圖書，2007。  
Wang SSL, Wu Chen YM, Tseng WP, Tsai YS, Compiled. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice*. Taipei: Wu-Nan Book Inc., 2007. [In Chinese]
40. 吳明隆：結構方程模式AMOS的操作與應用。台北：五南圖書，2013。  
Wu ML. *Structural Equation Modeling-Amos Operation and Application*. Taipei: Wu-Nan Book Inc., 2013. [In Chinese]
41. 曾建薰、羅紹麟：遊客滿意度驗證性因素分析及其模式修正之研究－以惠蓀林場森林遊樂區為例。《林業研究季刊》2006；**28**：77-86。  
Tzeng CS, Lo SL. Confirmatory factor analysis of travel satisfaction and model modification case study in Huisun Forest Recreation Area. *Quarterly J Forest Res* 2006;**28**:77-86. [In Chinese: English abstract]
42. Baumgartner H, Homburg C. Applications of structural equation modeling in marketing and consumer research: a review. *Int J Res Market* 1996;**13**:139-61. doi: 10.1016/0167-8116(95)00038-0.

## 附錄 驗證性因素分析

驗證性因素分析針對文化自覺、文化知識、文化敏銳度及文化技巧四個構面進行模式發展策略(model generating strategy)，其步驟依序為：初始理論模式的建構、模式估計、理論模式修正、模式重新估計、確認理論模式[40]。藉由驗證性因素分析的模式發展策略尋找最佳的問卷題項，並依此問卷題項建構出文化自覺、文化知識、文化敏銳度及文化技巧以及整體多元文化能力分數。在進行驗證性分析之前，我們先將的原始問卷題目的平均數、標準差並依分數高低列出(如附表一)以利吾人了解所有問卷題目的樣本基本特性。

此外，驗證性因素分析主要在對未知參數進行估計，並檢定整個模式的配適度，以驗證研究者提出的因果模式路徑圖是否與實際資料相配適[41]。本研究依據AMOS統計套裝軟體輸出之參數進行模式修正，並利用修正指數和因素負荷量(小於0.71)為檢視標準，當修正指數大於7.882時，我們在模式中加入自由參數，當因素負荷量小於0.71時，則刪除低因素負荷量之題項，進而獲得修正後模式配適值，整體模式配適度摘要如附表二。附表二顯示，在絕對配適度指數方面，其卡方值為659.12( $p < 0.01$ )，絕對配適度雖未臻理想，但因卡方統計量易受到樣本大小以及自由度之影響而有偏差，故通常會以 $\chi^2$ 自由度比( $\chi^2/\text{自由度}$ )是否小於2來衡量整體模式之適合度[22]。本研究之 $\chi^2$ 自由度比值為1.962，表示在考慮模式複雜度後，本研究模型配適度尚稱理想。此外，表二絕對配適度指數(除卡方值外)、增值配適度指數以及簡約配適度指數的所有指標均符合配適度標準[40, 42]。故總合上述之指標，本研究整體模式配適度在可接受範圍內。

另外，本研究「護理人員多元文化能力量表」問卷的基本適合度方面，如附表三所示，修正後的模式中，其問卷觀察變項對於潛在變項關係估計係數值皆達1%顯著水準，且因素負荷量均大於0.71，模式基本配適度亦甚為理想，顯示各構面之收斂效度符合理論預期。此外，各構面之平均變異萃取值均大於0.5(衡量各構面是否具有收斂效度的指標)[40]，本研究的估計結果顯示指標變項被潛在變項構面解釋的變異量百分比均高於66%，亦進一步顯示各構面衡量都具有收斂效度。進一步使用卡方檢定進行區別效度檢定[40]，其方式為分別將兩兩構面的相關係數限定為1，然後將此限定模式與未限定之原衡量模式進行卡方差異度檢定。若限定模式之卡方值較未限定之原衡量模式卡方值為大且達顯著水準時，則意謂此兩構面具有區別效度。本研究共有四個衡量構面，故共有6個配對模式。利用卡方差異檢定分別檢測配對模式間之區別效度，其檢定結果如附表四所示，各配對模式彼此間限定模式與未限定模式均達1%顯著水準，表示各構面間具有區別效度。最後，附表三也顯示組合性度指標(composite reliability)，該檢定指標也稱為建構信度(construct reliability)，一般以組合性度指標0.6為基準，本研究建構的量表各個構面約介於0.910~0.960間，顯示本研究量表建構信度佳，具有一定的穩定性。

附表一 多元文化能力構面及題項排序

多元文化能力構面(題數/最小值-最大值)	<i>M</i> ± <i>SD</i>	排序
文化自覺(8/0-32)	3.09±0.70	
A1.一個人的信念或行為會受到其文化背景的影響	3.19±0.83	2
A2.來自不同文化背景的人，其價值觀往往有差異	3.26±0.81	1
A3.多數人的健康/疾病信念或行為會受到文化背景的影響	3.13±0.81	5
A4.了解個案的文化背景對護理照護是重要的	3.10±0.83	6
A5.在了解不同文化時，不同個人的接受度有差異	3.13±0.84	4
A6.了解個案的文化背景，可以增進護理照護品質	3.04±0.87	7
A7.護理人員對健康/疾病的認知受到護理教育的影響	3.15±0.80	3
A8.護理知識與照護個案其對健康/疾病的理解或詮釋往往是不同的體系	2.77±0.95	8
文化知識(9/0-36)	2.22±0.73	
B1.我了解影響健康/疾病的相關文化因素	2.68±0.77	1
B2.我能說出不同族群間特有的健康問題	2.10±0.87	8
B3.我能舉例說明與不同文化背景個案溝通的技巧	2.15±0.89	6
B4.我了解不同文化群體對其健康信念/行為之詮釋	2.19±0.93	4
B5.我能收集到不同文化關於健康/疾病的知識和信息	2.10±0.86	9
B6.我熟悉與健康/疾病相關的文化知識或理論	2.17±0.82	7
B7.我能解釋個案健康/疾病的信念或行為與文化間可能的相關性	2.21±0.79	3
B8.我能比較不同文化背景個案的健康/疾病的信念	2.15±0.83	5
B9.我能了解不同文化背景個案的照護需求	2.23±0.84	2
文化敏銳度(7/0-28)	2.70±0.69	
C1.我會尊重不同族群文化間的差異	3.26±0.82	1
C2.不論我的個案採取哪一種健康照護方式，我認為皆有其優點	3.01±0.82	2
C3.我能接受不同文化群體關於健康/疾病的信念或行為	2.95±0.81	3
C4.即使個案採取的身心保健方法或疾病治療方式與我的專業知識不同，我也不會立即禁止	2.54±0.90	4
C5.我經常與個案討論其健康信念或行為與護理知識間之異同	2.41±0.89	6
C6.我經常主動去了解與我不同文化群體的健康信念或行為	2.29±0.91	7
C7.除了傳統的中、西醫療法，我也會嘗試去了解其他不同文化的治療方法	2.46±0.95	5
文化技巧(12/0-48)	2.23±0.73	
D1.我能運用溝通技巧於不同文化背景的個案	2.46±0.84	1
D2.我能了解不同文化背景個案的非語言表達	2.30±0.89	3
D3.執行護理活動前，我會完整地蒐集與個案相關的文化背景資料	2.26±0.93	5
D4.對我而言，蒐集不同文化背景個案的健康/疾病信念或行為資料是容易的	1.95±0.97	12
D5.我能解釋文化對個案的健康/疾病信念或行為的影響	2.27±0.87	7
D6.我能向不同族群的個案說明影響其健康/疾病信念或行為的文化因素	2.14±0.88	9
D7.我能依個案文化背景來建立護理措施	2.31±0.86	4
D8.執行護理活動時，我能滿足不同文化背景個案的需求	2.25±0.84	6
D9.照護不同文化背景個案時，我的照護行為會盡可能合乎照護個案的文化規範	2.46±0.81	2
D10.我能教導其他護理同仁健康/疾病相關的文化知識	2.19±0.88	8
D11.我能教導其他護理同仁與不同文化背景個案溝通的技巧	2.12±0.92	10
D12.我能教導其他護理同仁為不同文化背景個案擬定照護計畫	2.10±0.91	11
多元文化能力(36/0-144)	2.51±0.59	

註：原始得分

附表二 驗證性因素分析整體模式配適度摘要

檢定統計量	配適度標準	估計結果	配適度判斷
絕對配適度指數			
$\chi^2$ 值	$p > 0.05$	659.12( $p < 0.01$ )	未符合標準
RMR	$< 0.05$	0.035	符合標準
RMSEA	$< 0.08$	0.067	符合標準
GFI	$> 0.8$	0.860	符合標準
AGFI	$> 0.8$	0.818	符合標準
增值配適度指數			
NFI	$> 0.9$	0.921	符合標準
RFI	$> 0.9$	0.904	符合標準
IFI	$> 0.9$	0.960	符合標準
TLI (NNFI)	$> 0.9$	0.951	符合標準
CFI	$> 0.9$	0.959	符合標準
簡約配適度指數			
PGFI	$> 0.5$	0.664	符合標準
PNFI	$> 0.5$	0.762	符合標準
PCFI	$> 0.5$	0.794	符合標準
$\chi^2$ 自由度比	$< 2$	1.962	符合標準
AIC值	$< \text{獨立模型 且}$ $< \text{飽和模型}$	857.124 < 8397.178 857.124 < 870.000	符合標準
CAIC值	$< \text{獨立模型 且}$ $< \text{飽和模型}$	1305.537 < 8528.531 1305.537 < 2840.302	符合標準

資料來源：配適度標準來自吳明隆[41]及Baumgartner &amp; Homburg[42]。



附表三 驗證性因素分析

構面	題項	估計係數	Z值	因素負荷量 (收斂效度)	組合信度	平均變異量萃取值 (收斂效度)
文化 自覺	A1	1.000	-----	0.814	0.943	0.704
	A2	0.971	<b>18.04</b>	0.803		
	A3	1.041	<b>16.95</b>	0.866		
	A4	1.031	<b>14.33</b>	0.835		
	A5	1.104	<b>15.40</b>	0.882		
	A6	1.072	<b>13.31</b>	0.833		
	A7	.995	<b>14.70</b>	0.836		
	A8	刪除題項		<0.71		
文化 知識	B1	刪除題項		<0.71	0.960	0.747
	B2	1.000	-----	0.824		
	B3	1.071	<b>19.27</b>	0.863		
	B4	1.115	<b>16.88</b>	0.865		
	B5	1.044	<b>17.24</b>	0.875		
	B6	0.950	<b>15.87</b>	0.831		
	B7	0.941	<b>16.54</b>	0.852		
	B8	1.060	<b>17.01</b>	0.916		
	B9	1.034	<b>17.56</b>	0.886		
文化 敏銳	C1	1.000	-----	0.834	0.910	0.771
	C2	1.073	<b>17.66</b>	0.895		
	C3	1.068	<b>17.85</b>	0.903		
	C4	刪除題項		<0.71		
	C5	刪除題項		<0.71		
	C6	刪除題項		<0.71		
	C7	刪除題項		<0.71		
文化 技巧	D1	1.000	-----	0.849	0.956	0.666
	D2	1.183	<b>19.63</b>	0.956		
	D3	1.015	<b>17.27</b>	0.778		
	D4	1.060	<b>15.06</b>	0.781		
	D5	1.032	<b>17.10</b>	0.848		
	D6	1.086	<b>18.43</b>	0.883		
	D7	0.964	<b>15.70</b>	0.802		
	D8	0.894	<b>14.77</b>	0.772		
	D9	刪除題項		<0.71		
	D10	0.914	<b>14.22</b>	0.753		
	D11	0.968	<b>14.38</b>	0.759		
	D12	0.972	<b>14.70</b>	0.769		

註：粗體字代表達1%或更佳的顯著水準。

附表四 各構面的區別效度分析

配對模式	限定式的卡方值	非限定式的卡方值	卡方值的差	顯著性	是否具 區別效度
文化自覺vs.文化知識	384.04	226.66	157.37	p<0.01	是
文化自覺vs.文化敏銳	110.02	36.56	73.45	p<0.01	是
文化自覺vs.文化技巧	395.05	260.93	134.12	p<0.01	是
文化知識vs.文化敏銳	159.27	61.58	97.69	p<0.01	是
文化知識vs.文化技巧	399.55	344.67	54.88	p<0.01	是
文化敏銳vs.文化技巧	291.40	187.09	104.31	p<0.01	是

## An exploratory analysis of nurses' multicultural caring competence

YIA-WUN LIANG<sup>1</sup>, WEN-YI CHEN<sup>1</sup>, YU-HSIU LIN<sup>2</sup>, SIANG-YI SU<sup>3</sup>,  
MING-HUEI LEE<sup>4</sup>, PAO-YUN CHAO<sup>4,\*</sup>

**Objectives:** Many foreigners reside in Taiwan. Patient diversity may affect patients' needs/expectations regarding healthcare, healthy behaviors, and patient outcomes, and jeopardize the relationship between patients and healthcare personnel. The aim of this study was to explore nurses' multicultural caring competence and the factors that influence it. **Methods:** This was a cross-sectional study which collected data with the "Nurses' Multicultural Caring Competence Scale" to survey nurses working in a government-owned, regional teaching hospital in central Taiwan. Confirmatory factor analysis and stepwise regression were used to explore the factors associated with overall multicultural caring competence and its four dimensions. **Results:** Nurses have a middle level of multicultural caring competence, but higher levels of cultural knowledge and cultural skills need to be developed. Significant factors associated with overall multicultural caring competence and its four dimensions included age, marital status, type of school, years worked as a nurse, clinical ladders, work units, experiences in caring for foreigners, language proficiency, exposure to a multicultural curriculum, and overseas experience. **Conclusions:** Recommendations to promote nurses' multicultural caring competence include improving nurses' language proficiency, offering ready-to-use on-the-job training regarding culturally competent nursing care, and providing a multifaceted cultural nursing curriculum as part of nursing education. (*Taiwan J Public Health*. 2014;**33**(5):549-562)

**Key Words:** nurse, health care, culture, multi-culture caring

<sup>1</sup> Department of Senior Citizen Service Management, National Taichung University of Science and Technology, Taichung, Taiwan, R.O.C.

<sup>2</sup> Department of Health Services Policy and Management, University of South Carolina, U.S.A.

<sup>3</sup> Graduate Institute of Tourism and Health Science, National Taipei University of Nursing and Health Sciences, Taipei, Taiwan, R.O.C.

<sup>3</sup> President Office, Feng-Yuan Hospital, Ministry of Health and Welfare, No.100, An-Kan Rd., Fengyuan Dist., Taichung, Taiwan, R.O.C.

\* Correspondence author. E-mail: paoyun.chao@gmail.com

Received: Apr 10, 2014 Accepted: Sep 9, 2014

DOI:10.6288/TJPH201433103034