

ระดับของทฤษฎีการพยาบาล Levels of Nursing Theories

ศรีพรรณ กันธวัช DSN* Seepan Kantawang DSN*

บทคัดย่อ

ทฤษฎีการพยาบาลแบ่งออกเป็นสามระดับตามระดับความเป็นนามธรรมของทฤษฎีและขอบเขตของทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีระดับกว้าง ทฤษฎีระดับกลาง และทฤษฎีระดับการปฏิบัติหรือทฤษฎีระดับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง ทฤษฎีการพยาบาลแต่ละระดับมีความสำคัญต่อวิชาชีพการพยาบาลทั้งในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัยทางการพยาบาล และการศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ : ทฤษฎีการพยาบาล ระดับของทฤษฎีการพยาบาล ความสำคัญของทฤษฎีการพยาบาล

Abstract

Nursing theories are classified into three levels in terms of their level of abstraction and scope; grand theories, middle range theories, and practice theories or situation-specific theories. Nursing theories in each level have significance on nursing profession including nursing practice, research, and education.

Key words: Nursing Theory, Level of Nursing Theories, Significance of Nursing Theories

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

บทนำ

ทฤษฎีการพยาบาล คือ ชุดของมโนทัศน์ทางการพยาบาลที่สัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบเพื่อนำเสนอปรากฏการณ์ทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยมีหน้าที่หรือเป้าหมายหลักเพื่อพรรณนา อธิบาย ทำนาย หรือควบคุมปรากฏการณ์ทางการพยาบาล (King, 1981) ทฤษฎีการพยาบาลแต่ละทฤษฎีประกอบด้วยข้อตกลงเบื้องต้น มโนทัศน์มากกว่าสองมโนทัศน์ ความหมายของมโนทัศน์ ความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ และเป้าหมายของทฤษฎี (Chinn & Kramer, 2004; Meleis, 2007) ทฤษฎีการพยาบาลที่พัฒนาในระยะแรกมีขอบเขตกว้างและมีความเป็นนามธรรมสูงทำให้มีข้อจำกัดในการนำไปใช้ ต่อมาได้มีการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาลที่มีขอบเขตจำกัดมากขึ้น มีความเป็นนามธรรมลดลง ทดสอบได้ และให้แนวทางในการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลชัดเจนขึ้น จึงนำไปสู่การแบ่งระดับของทฤษฎีการพยาบาล บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกล่าวถึงระดับของทฤษฎีการพยาบาลและความสำคัญของทฤษฎีการพยาบาลแต่ละระดับต่อวิชาชีพการพยาบาลทั้งในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัยทางการพยาบาล และการศึกษาพยาบาล

การแบ่งระดับของทฤษฎีการพยาบาล

แนวคิดการแบ่งระดับของทฤษฎีการพยาบาลที่มีอยู่ปัจจุบันและที่มีผู้กล่าวถึงกันมาก คือ แนวคิดการแบ่งระดับของทฤษฎีการพยาบาลของวอล์คเกอร์และเอแวนท์ (Walker & Avant, 1995; 2005) และแนวคิดการแบ่งระดับของทฤษฎีการพยาบาลของเมลีส (Meleis, 1997; 2007; 2012) โดยวอล์คเกอร์และเอแวนท์ได้แบ่งระดับของทฤษฎีการพยาบาลออกเป็น 4 ระดับ ตามระดับของการพัฒนาทฤษฎีหรือตามระดับความเป็นนามธรรมของทฤษฎี ได้แก่ทฤษฎีเมตา ทฤษฎีระดับกว้าง ทฤษฎีระดับกลาง และทฤษฎีระดับการปฏิบัติหรือทฤษฎีระดับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง ดังนี้

ทฤษฎีเมตา (metatheory) ทฤษฎีชนิดนี้ไม่ได้มีองค์ประกอบของทฤษฎีเช่นทฤษฎีการพยาบาลทั่วไป แต่เป็นการกล่าวถึงประเด็นกว้างๆ เกี่ยวกับการวิเคราะห์

เป้าหมายและชนิดของทฤษฎีที่ต้องการในการพยาบาล การนำเสนอและการวิพากษ์วิจารณ์แหล่งที่มาและวิธีการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาล และการนำเสนอเกณฑ์การวิเคราะห์ทฤษฎีทางการพยาบาลและการประเมินคุณค่าของทฤษฎีการพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามนักวิชาการทางการพยาบาลท่านอื่นไม่นับทฤษฎีเมตาเป็นระดับหนึ่งของทฤษฎีการพยาบาลเนื่องจากไม่มีองค์ประกอบของทฤษฎีดังกล่าวข้างต้น

ทฤษฎีระดับกว้าง (grand theory) เป็นทฤษฎีการพยาบาลที่มีความเป็นนามธรรมสูง และนำเสนอขอบเขตหรือมุมมองระดับกว้างเกี่ยวกับเป้าหมายและโครงสร้างของการปฏิบัติการพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างที่มีอยู่นั้นมีความแตกต่างกันในระดับความเป็นนามธรรมหรือขอบเขต ทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างนี้มีเป้าหมายที่แสดงถึงมุมมองหรือกระบวนการที่ช่วยให้เข้าใจถึงมโนทัศน์และหลักการสำคัญในมุมมองทางการพยาบาลแต่ก็ไม่ได้ชัดเจนเท่าทฤษฎีระดับกลาง ทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างนี้เทียบเท่ารูปแบบแนวคิด (conceptual models) ตามคำกล่าวของฟอว์เซตต์ (Fawcett, 1995) ซึ่งเป็นแนวคิดกว้างๆ เกี่ยวกับบุคคล กลุ่มคน สถานการณ์ และเหตุการณ์ที่อยู่ในความสนใจในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างนับว่ามีคุณค่ามากต่อสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์และวิชาชีพพยาบาลเนื่องจากได้ให้แนวคิดที่บ่งบอกถึงขอบเขตของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์โดยแสดงให้เห็นถึงการมีมุมมองที่เฉพาะของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ซึ่งนับว่ามีประโยชน์มากในการแยกแยะขอบเขตการปฏิบัติทางการพยาบาลออกจากการปฏิบัติทางการแพทย์ ทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างส่วนใหญ่มีการพัฒนาขึ้นในช่วงปี 1960s-1980s ตัวอย่างเช่นทฤษฎีของโรเจอร์ (Rogers, 1970) คิง (King, 1981) นิวแมน (Neuman, 1982) โอเร็ม (Orem, 1971) และ พาร์เซ (Parse, 1981) ทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างให้แนวทางกว้างๆ ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษา และการวิจัย ทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างส่วนมากมีข้อจำกัดในการทดสอบเนื่องจากมีมโนทัศน์ที่เป็นนามธรรมและไม่มีตัวชี้วัดที่สังเกตได้ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่าง

มโนทัศน์ไม่ชัดเจน ซึ่งฟอว์เซตต์และดาวน์ส์ (Fawcett & Downs, 1992) ให้ความเห็นและแนวทางที่มีคุณค่าต่อการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาลว่าถึงแม้มโนทัศน์และข้อเสนอของทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างไม่สามารถทดสอบได้โดยตรง แต่ก็สามารถทดสอบได้ทางอ้อมโดยเชื่อมกับการทดสอบทฤษฎีอื่นที่มีความเป็นรูปธรรมมากกว่า

ทฤษฎีระดับกลาง (middle range theory) เป็นทฤษฎีการพยาบาลที่มีจำนวนมโนทัศน์ไม่มากและมีขอบเขตจำกัดซึ่งช่วยให้สามารถทดสอบทฤษฎีระดับกลางได้ และให้แนวทางการใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงหรือชัดเจนขึ้น ทฤษฎีระดับกลางที่ใช้ในการวิจัยทางการพยาบาลมีทั้งทฤษฎีการพยาบาล เช่น ทฤษฎีความรู้สึกละเอียดในความรู้สึกป่วย (Uncertainty in Illness Theory) ของมิเชล (Mishel, 1988) และทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms) ของเลนซ์ พิวส์ มิลลิแกน ซูปปี้ และกิฟท์ (Lenz, Pugh, Milligan, Suppe, & Gift, 1997) เป็นต้น และทฤษฎีระดับกลางของศาสตร์อื่น เช่น ทฤษฎีพฤติกรรมต่างๆ

ทฤษฎีระดับการปฏิบัติ (practice theory) วอล์คเกอร์และเอแวนท์ได้อธิบายลักษณะของทฤษฎีการพยาบาลระดับการปฏิบัติโดยใช้แนวคิดของดิกคอฟฟ์และคณะ (Dickoff *et al.*, 1968) และแนวคิดของเจคอกซ์ (Jacox, 1974) และสรุปว่าแก่นสาระของทฤษฎีการพยาบาลระดับการปฏิบัติ คือเป้าหมายของการปฏิบัติที่ต้องการให้เกิดขึ้นและวิธีการปฏิบัติที่ทำให้บรรลุเป้าหมายนั้น และใช้คำว่าทฤษฎีระดับการปฏิบัติ (practice theory) ทฤษฎีการเกิดสถานการณ์ (situational-producing theory) และทฤษฎีเชิงจัดการ (prescriptive theory) ในความหมายเดียวกัน

สำหรับเมลิส (Meleis, 1997; 2007; 2012) นั้นได้แบ่งระดับทฤษฎีการพยาบาลออกเป็น 3 ระดับตามระดับความเป็นนามธรรมของทฤษฎีโดยมีรายละเอียดดังนี้

ทฤษฎีระดับกว้าง (grand theory) เป็นทฤษฎีการพยาบาลที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ที่เป็น

นามธรรมหลายมโนทัศน์ นักทฤษฎีสร้างทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างขึ้นโดยการสังเคราะห์จากประสบการณ์ การสังเกต และผลการวิจัย ทฤษฎีระดับกว้างนี้เป็นทฤษฎีที่มีความเป็นนามธรรมสูงสุด มีขอบเขตกว้างและมีข้อจำกัดในการทดสอบ ตัวอย่างของทฤษฎีระดับกว้าง เช่น ทฤษฎีของโรเจอร์ (Rogers, 1970) คิง (King, 1981) และนิวแมน (Neuman, 1982) เป็นต้น

ทฤษฎีระดับกลาง (middle range theory) เป็นทฤษฎีการพยาบาลที่มีขอบเขตจำกัดกว่าและมีความเป็นนามธรรมน้อยกว่าทฤษฎีระดับกว้าง มีจำนวนมโนทัศน์และข้อเสนอน้อยกว่า เน้นการอธิบายปรากฏการณ์ที่เฉพาะเจาะจง และสะท้อนถึงการปฏิบัติทางคลินิกสามารถใช้ได้กับผู้รับบริการหลายกลุ่มและใช้ได้กับสถานการณ์ทางการพยาบาลหลายอย่าง และสามารถทดสอบได้เพราะมีมโนทัศน์ที่เฉพาะเจาะจง ตัวอย่างเช่น ทฤษฎีความรู้สึกละเอียดในความรู้สึกป่วย (Uncertainty in Illness Theory) ของมิเชล (Mishel, 1988) ทฤษฎีความสุขสบาย (Theory of Comfort) ของโคลคาบา (Kolcaba, 2001) และทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms) ของเลนซ์ พิวส์ มิลลิแกน ซูปปี้ และกิฟท์ (Lenz, Pugh, Milligan, Suppe, & Gift, 1997) เป็นต้น

ทฤษฎีระดับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง (situation-specific theory) เป็นทฤษฎีที่เน้นปรากฏการณ์ทางการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงที่สะท้อนถึงการปฏิบัติทางคลินิกและจำกัดเฉพาะกลุ่มผู้รับบริการกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในบริบทหนึ่ง ปัจจุบันยังอยู่ในระหว่างการเริ่มพัฒนา ทฤษฎีการพยาบาลระดับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง ตัวอย่างเช่นทฤษฎีระดับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการให้นมมารดา ประสบการณ์การหมดประจำเดือนของผู้หญิงอเมริกันเชื้อสายเอเชีย และรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กวัยรุ่น เป็นต้น

ดังนั้นจะเห็นว่าแนวคิดการแบ่งระดับของทฤษฎีการพยาบาลดังกล่าวทั้งวอล์คเกอร์และเอแวนท์ (Walker & Avant, 1995; 2005) และเมลิส (Meleis, 1997; 2007; 2012) อธิบายถึงการแบ่งระดับของทฤษฎีการพยาบาลในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ ระดับของทฤษฎี

การพยาบาลแบ่งได้เป็น 3 ระดับตามระดับความเป็นนามธรรมของทฤษฎีและขอบเขตของทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีระดับกว้าง ทฤษฎีระดับกลาง และทฤษฎีระดับการปฏิบัติหรือทฤษฎีระดับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง

ความสำคัญของทฤษฎีการพยาบาลแต่ละระดับ

ทฤษฎีการพยาบาลนับเป็นองค์ความรู้ทางการพยาบาลที่สำคัญ แสดงถึงการเป็นสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (nursing discipline) ทำให้วิชาชีพการพยาบาลได้รับการยอมรับในฐานะวิชาชีพเพราะมีองค์ความรู้ของตนเองที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ ทดสอบได้ และมีขอบเขตเนื้อหาวิชาที่ชัดเจน ทฤษฎีการพยาบาลแต่ละระดับมีความสำคัญทั้งในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัยทางการพยาบาล และการศึกษาการพยาบาลดังต่อไปนี้

ความสำคัญของทฤษฎีการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างเป็นทฤษฎีที่บ่งบอกถึงขอบเขตของความรู้สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ การใช้ทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างในการปฏิบัติการพยาบาลจึงช่วยให้พยาบาลมีขอบเขตของการปฏิบัติทางการพยาบาลที่แยกออกจากการปฏิบัติทางการแพทย์ (Walker & Avant, 2005) การใช้ทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้าง ช่วยให้พยาบาลมองผู้รับบริการเป็นองค์รวม และให้การพยาบาลแบบองค์รวม ทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างให้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล กล่าวคือพยาบาลสามารถใช้ทฤษฎีการพยาบาลเป็นกรอบในการประเมินสุขภาพผู้รับบริการ การวินิจฉัยปัญหาและสาเหตุ และการให้การพยาบาลตามแนวทางของแต่ละทฤษฎี (Meleis, 2007; 2012)

การใช้ทฤษฎีการพยาบาลระดับกลางในการปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากทฤษฎีการพยาบาลระดับกลางจะช่วยอธิบายปรากฏการณ์ทางการพยาบาลให้แนวทางในการประเมินปรากฏการณ์ การกำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการพยาบาล รวมทั้งแนวทางการประเมินผลลัพธ์การพยาบาล (Meleis, 2007; 2012) ตัวอย่างการใช้ทฤษฎีการพยาบาลระดับกลางในการ

ปฏิบัติการพยาบาล เช่น การใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988) ในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยโรคมะเร็งและบิดามารดาช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจปรากฏการณ์ทางจิตใจของเด็กป่วยโรคมะเร็งและบิดามารดา อธิบายกลไกการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน และให้การพยาบาลเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็กป่วยโรคมะเร็งและบิดามารดาตามแนวทางของทฤษฎีนี้ร่วมกับการใช้ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีการพยาบาลระดับการปฏิบัติหรือทฤษฎีระดับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง เป็นทฤษฎีที่มีความสำคัญต่อวิชาชีพการพยาบาลอย่างมากเพราะจะให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งก็คือวิธีการบำบัดทางการพยาบาล (nursing interventions) ที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง การใช้ทฤษฎีการพยาบาลระดับการปฏิบัติหรือทฤษฎีระดับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงในการปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยลดหรือแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการได้ แต่ปัจจุบันยังอยู่ในระยะที่เริ่มพัฒนาทฤษฎีระดับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงซึ่งยังต้องมีการพัฒนาให้เป็นที่ยอมรับต่อไป และทฤษฎีระดับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงที่เริ่มพัฒนานี้จะเป็นรูปแบบการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงกับผู้รับบริการกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในบริบทต่างประเทศเช่นสหรัฐอเมริกา ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในสถานการณ์หรือบริบทที่แตกต่างกันเช่นในประเทศอื่น

ดังนั้นทฤษฎีการพยาบาลที่มีอยู่ในปัจจุบันจึงมีความสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาลมาก การใช้ทฤษฎีระดับกว้างในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยให้พยาบาลสามารถระบุขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาล และให้การพยาบาลผู้รับบริการแบบองค์รวม การใช้ทฤษฎีระดับกลางในการปฏิบัติช่วยให้พยาบาลเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการและได้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้พยาบาลมีความเป็นอิสระในการปฏิบัติเพิ่มขึ้น ซึ่งช่วยให้วิชาชีพการพยาบาลมีความเป็นอิสระมากขึ้น (Meleis, 2007; 2012)

ความสำคัญของทฤษฎีการพยาบาลในการวิจัยทางการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลมีความสำคัญในการวิจัยและการพัฒนาความรู้ทางการพยาบาล การทำวิจัยที่มีทฤษฎีการพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดหรือกรอบทฤษฎีการวิจัย ทำให้ได้ความรู้ทางการพยาบาลเพิ่มพูนขึ้นและเป็นการทดสอบทฤษฎี ทฤษฎีการพยาบาลแต่ละระดับจะให้แนวทางในการวิจัยที่แตกต่างกัน มโนทัศน์และข้อเสนอของทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างถึงแม้จะมีความเป็นนามธรรมสูงแต่ก็ให้แนวทางในการวิจัย ตัวอย่างมโนทัศน์ของทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้าง เช่น มโนทัศน์สิ่งก่อความเครียดของทฤษฎีระบบของนิวแมน (Neuman, 1995) ให้แนวทางในการศึกษาสิ่งก่อความเครียดของเด็กวัยรุ่นธาลัสซีเมีย (อำพร กอริ, 2544) ผลการวิจัยนี้ทำให้ได้ความรู้เกี่ยวกับสิ่งก่อความเครียดของเด็กวัยรุ่นธาลัสซีเมียชัดเจนขึ้น กล่าวคือ ทำให้ทราบว่อะไรคือสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล และสิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคลของเด็กวัยรุ่นธาลัสซีเมีย นอกจากนี้มโนทัศน์ของทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างให้แนวทางในการวิจัยโดยใช้เป็นกรอบทฤษฎีการวิจัยร่วมกับทฤษฎีระดับกลาง ตัวอย่างเช่น มโนทัศน์ผู้รับบริการของทฤษฎีระบบของนิวแมน (Neuman, 1989) ให้แนวทางในการศึกษาปัจจัยกำหนดความตั้งใจมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กวัยรุ่นชายไทย (Kantawang, 1994) โดยใช้เป็นกรอบทฤษฎีการวิจัยร่วมกับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของแอจเซนและฟิชเบิน (Ajzen & Fishbein, 1980) ผลการวิจัยนี้ทำให้ได้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดความตั้งใจมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กวัยรุ่นชายไทยซึ่งสามารถนำไปใช้ในการวิจัยเพื่อพัฒนาวิธีการป้องกันการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กวัยรุ่นต่อไป

ทฤษฎีการพยาบาลระดับกลางให้แนวทางในการวิจัยที่ชัดเจนกว่าทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างเนื่องจากมีมโนทัศน์ที่เป็นรูปธรรมกว่าและทดสอบได้ ตัวอย่างทฤษฎีการพยาบาลระดับกลาง เช่น ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ มิเชล (Mishel, 1988) ให้แนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่

ได้รับเคมีบำบัด (บุษบา ทาธง ศรีพรรณ กันธวัง และ อัจฉราพร ศรีภูธนาพรณ, 2555) สำหรับทฤษฎีการพยาบาลระดับการปฏิบัติหรือทฤษฎีระดับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง มีมโนทัศน์ที่เป็นรูปธรรมและทดสอบได้ จึงให้แนวทางในการวิจัยที่ชัดเจน เช่น ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านสู่วัยหมดประจำเดือนของหญิงอพยพชาวเกาหลี (Im & Meleis, 1999)

ความสำคัญของทฤษฎีการพยาบาลในการศึกษาการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างให้แนวทางการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ตัวอย่างเช่น ผู้เขียนและคณาจารย์ที่เกี่ยวข้องได้ใช้ทฤษฎีระบบของนิวแมนเป็นกรอบในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาล ศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในปี พ.ศ. 2541-2548 และ 2556 โดยใช้ทฤษฎีระบบของนิวแมนทั้งในการพัฒนาปรัชญาของหลักสูตร กรอบแนวคิดของหลักสูตร และวัตถุประสงค์ของหลักสูตร การจัดรายวิชาของหลักสูตร และการจัดเนื้อหาวิชาในรายวิชา รวมทั้งใช้ในการเรียนการสอนโดยเฉพาะการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาซึ่งใช้ทฤษฎีระบบของนิวแมนเป็นกรอบในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วย สิ่งสำคัญคือการสอนให้นักศึกษาเห็นความสำคัญของทฤษฎีการพยาบาลและสามารถนำทฤษฎีการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลและในการวิจัย

สรุป

ทฤษฎีการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระดับตามระดับความเป็นนามธรรมของทฤษฎีและขอบเขตของทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีระดับกว้าง ทฤษฎีระดับกลาง และทฤษฎีระดับการปฏิบัติหรือทฤษฎีระดับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง ทฤษฎีระดับกว้างมีความเป็นนามธรรมสูงสุด มีขอบเขตกว้าง มีข้อจำกัดในการทดสอบ และให้แนวทางการพยาบาลผู้รับบริการแบบองค์รวม ทฤษฎีระดับกลางมีความเป็นนามธรรมลดลง สามารถทดสอบได้ เน้นการอธิบายปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง นำไปใช้ได้กับผู้รับบริการหลายกลุ่มและหลายสถานการณ์ ทฤษฎี

ระดับการปฏิบัติหรือทฤษฎีระดับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงมีความเป็นรูปธรรมและทดสอบได้ กล่าวถึงวิธีการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์ของผู้รับบริการ

กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งจึงนำไปใช้ได้กับเฉพาะผู้รับบริการกลุ่มนั้นๆ

เอกสารอ้างอิง

- บุษบา ทาธง ศรีพรรณ กันธวัง และอัจฉราพร ศรีภูธนาพรรณ (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. *พยาบาลสาร*, 39(1), 77-90.
- อำพร กอริ (2544). สิ่งก่อความเครียดของเด็กวัยรุ่นชนฮาล์สซีเมีย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). Understanding attitude and predicting social behavior. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (1995). Theory and Nursing: A systematic approach (3rd ed.). St. Louis: Mosby.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2004). Integrated knowledge development in nursing (6th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- Fawcett, J. (1995). Analysis and evaluation of conceptual models of nursing (3rd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Fawcett, J. & Downs, F. (1992). The relationship of theory and research (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Im, E.o., & Meleis, A.I. (1999). Situation-Specific theory of immigrant woman s menopausal transition, Image: *Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), 333-338.
- Jacox, A.K. (1986). Theory construction in nursing: An overview. In L. H. Nicoll (Ed.), Perspectives on nursing theory (pp. 319-331). Glenview: Scott, Foresman. (Original work published 1974)
- Kantawang, S. (1994). Determinants of intentions to engage in HIV-related sexual risk behaviors among Thai adolescent males. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Alabama at Birmingham, School of Nursing, USA.
- King, I.M. (1981). A theory for nursing: Systems, concepts, process. New York: John Wiley & Sons.
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort. *Nursing Outlook*, 49(2), 86-92.
- Lenz, E.R., Pugh, L.C., Milligan, R.A. Suppe, F., & Gift, A. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. *Advances in Nursing Science*, 19(3), 14-27.
- Meleis, A. I. (1997). Theoretical nursing development and progress (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. (2007). Theoretical nursing development and progress (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing development and progress* (5th ed.). Wolters Kluwer Health:Lippincott Williams & Wilkins.
- Mishel, M.H. (1988). Uncertainty in illness. *Image*, 20, 225-231.
- Neuman, B. (1982). *The Neuman systems model: Application to nursing education and practice*. Norwalk: Appleton-Century-Crofts.
- Neuman, B. (1989). *The Neuman systems model* (2nd ed.). Norwalk: Appleton & Lange.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman systems model* (3rd ed.). Norwalk: Appleton & Lange.
- Orem, D.E. (1971). *Nursing: Concepts of practice*. New York: McGraw-Hill.
- Parse, R. R. (1981). *Man-living-health: A theory of nursing*. New York, NY: Wiley.
- Rogers, M.E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: Davis.
- Roy, C. & Andrews, H. (1999). *The Roy adaptation model* (2nd ed.). Stamford: Appleton & Lange.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (1995). *Strategies for theory construction in nursing* (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2005). *Strategies for theory construction in nursing* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.



วารสาร พยาบาลสาร

ใบแจ้งความประสงค์ลงโฆษณา

วันที่..... เดือนพ.ศ.

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

บริษัท/ห้างร้าน.....ที่อยู่.....

มีความประสงค์จะลงโฆษณาใน วารสาร “พยาบาลสาร” ขนาดเนื้อตามนี้

☐☐

ปกหลังเต็มหน้าสี่สี

10,000.- บาท/4 ฉบับ

☐

ปกหลังด้านในสี่สี

10,000.- บาท/4 ฉบับ

☐☐

เนื้อในเต็มหน้าสี่สีเดียว

5,000.- บาท/4 ฉบับ

☐

เนื้อในครึ่งหน้าสี่สีเดียว

2,500.- บาท/4 ฉบับ

● จำนวนผลิต 4 ฉบับ/ปี ● จำนวนพิมพ์ 500 เล่ม/ฉบับ จัดส่งทั่วประเทศ

โฆษณาตั้งแต่ฉบับที่ ปีที่ ถึง ฉบับที่ ปีที่ รวม.....ฉบับ

ข้อความที่ใช้โฆษณา.....

สิ่งที่แนบมา.....

พร้อมใบแจ้งความลงโฆษณานี้ ข้าพเจ้าได้ส่ง

☐ เงินสด ☐ ธนบัตร ☐ ตัวแลกเงินไปรษณีย์ ☐ อื่นๆ.....

เป็นเงิน..... บาท (.....)

ส่งจ่าย ปณ.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในนามของ นางสาวชลลดา กองสุข เจ้าหน้าที่งานวารสารพยาบาลสาร คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 50200 โทร 0-5394-9090, 08-5035-3751 E-mail...

ลงชื่อผู้สั่ง.....

ลงชื่อผู้รับ.....

หมายเหตุ : กรอกลงรายละเอียดตามแบบฟอร์มการลงโฆษณาส่งมายังกองบรรณาธิการวารสาร “พยาบาลสาร” หรือ นางสาวชลลดา กองสุข
สำนักงานวารสาร “พยาบาลสาร” คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ใบบอกรับสมาชิก “พยาบาลสาร”

วัน เดือน ปี.....

เลขที่ใบเสร็จ.....

ข้าพเจ้า

มีความประสงค์จะบอกรับเป็นสมาชิก “พยาบาลสาร” มีกำหนด

☐ 3 ปี อัตราค่าสมาชิก 700 บาท

☐ 5 ปี อัตราค่าสมาชิก 1,150 บาท

☐ อื่นๆ.....

ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. เดือน พ.ศ.

ที่อยู่หรือที่ทำงานที่ติดต่อได้สะดวก.....

รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์e-mail.....

หรือ ประสงค์จะมอบให้.....

ที่อยู่หรือที่ทำงานในการจัดส่งวารสาร.....

รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์e-mail.....

พร้อมใบบอกรับนี้ ข้าพเจ้าได้ส่ง

☐ เงินสด

☐ ธนาณัติ

☐ ตั๋วแลกเงินไปรษณีย์

☐ อื่นๆ.....

จำนวน..... บาท (.....)

ออกใบเสร็จในนาม.....

ส่งจ่าย ปณ.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในนามของ นางสาวชลลดา กองสุข เจ้าหน้าที่วารสาร พยาบาลสาร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 50200 โทร 0-5394-9090

ลงชื่อ.....

หมายเหตุ : ☐ท่านเคยเป็นสมาชิกของพยาบาลสาร ประมาณ พ.ศ.

☐ท่านไม่เคยเป็นสมาชิกของพยาบาลสาร

หากท่านไม่ได้รับใบเสร็จรับเงินภายใน 1 เดือน หลังจากวันที่ส่งใบบอกรับสมาชิก

โปรดติดต่อกลับสำนักงานพยาบาลสาร โทร.0-5394-9090, 08-5035-375

