บทความวิชาการ

การวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาล: กระบวนการและการประยุกต์ใช้

Analysis and Evaluation of Nursing Theories: Processes and Application

วงเดือน สุวรรณคีรี (Wongduan Suwannakeeree) *
อรพิน จุลมุสิ (Orapin Jullmusi)**

Received: January 13, 2024
Revised: May 5, 2024
Accepted: June 24, 2024

บทคัดย่อ

การวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาลเป็นกระบวนการตรวจสอบทฤษฎีอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาประโยชน์ของทฤษฎีที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัย การศึกษา และการบริหารการพยาบาล ตลอดจนตัดสินจุดแข็งและจุดอ่อนของทฤษฎี ความต้องการการพัฒนาหรือปรับปรุงทฤษฎีนั้นให้ดีขึ้น ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวมีความสำคัญต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลให้มีองค์ความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง พยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาวิชาชีพ ผ่านการตัดสินความมีคุณค่าของทฤษฎีการพยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาลในประเด็นที่สำคัญได้แก่ ลักษณะของทฤษฎี ชนิดของทฤษฎี กระบวนการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาล รวมทั้งตัวอย่างการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาล ส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้อง

คำสำคัญ: การวิเคราะห์, การประเมิน, ทฤษฎีการพยาบาล

*Corresponding author: Wongduan Suwannakeeree; E-mail: swongduan@gmail.com
*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)
**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Instructor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

Abstract

Nursing theory analysis and evaluation are the processes of systematically examining a theory and identifying a theory's degree of usefulness to guide practice, research, education, and administration. Additionally, these processes allow the reviewer to determine the strengths and weaknesses of a theory and assist in identifying the need for additional theory development or refinement. The ultimate goal of nursing theory analysis and evaluation is to determine the potential contribution of the theory to new insights and new formulations that will add to the nursing body of knowledge. Nurses play an important role in developing nursing discipline and determining the nursing theory value. Therefore, they should have knowledge and understanding about nursing theory analysis and evaluation regarding significant issues; nursing theory characteristics, types, and the processes to analyze and evaluate a nursing theory. In addition, the example of nursing theory analysis and evaluation may help to clear understanding and feasible for applying correctly.

Keywords: Analysis, Evaluation, Nursing theory

บทนำ

ทฤษฎีการพยาบาล เป็นชุดของข้อความที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์อย่างเป็นระบบของมโนทัศน์ต่าง ๆ เพื่อใช้ในการบรรยาย อธิบาย ทำนาย ควบคุม หรือกำหนดวิธีการในปรากฏการณ์ทางการพยาบาล ช่วยให้เข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ มากขึ้น (Chinn & Kramer, 2011; Kantawang, 2008; 2014; Meleis, 2012; 2018) ทฤษฎีการพยาบาลทำให้วิชาชีพพยาบาลได้รับการยอมรับในฐานะวิชาชีพที่มีองค์ความรู้ของตนเองและมีขอบเขตเนื้อหาวิชาที่ชัดเจน ทฤษฎีการพยาบาลมีความสำคัญทั้งในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัย การศึกษา และการบริหารการพยาบาล โดยทฤษฎีการพยาบาลช่วยให้พยาบาลมีขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่างจากวิชาชีพอื่น ทำให้มีกรอบในการให้บริการ มีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม และช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีแนวทางใหม่ ๆ และมีคุณภาพมากขึ้น ทฤษฎีการพยาบาลยังใช้เป็นกรอบทฤษฎีในการทำวิจัย ทำให้การวิจัยมีความน่าเชื่อถือและผลการวิจัยที่ได้นำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้หรือนวัตกรรมใหม่ทางการพยาบาล นอกจากนี้ยังมีการนำทฤษฎีการพยาบาลไปใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาหลักสูตร การจัดการเรียนการสอน หรือการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนิสิต รวมทั้งผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถใช้ทฤษฎีการพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้เกิดคุณภาพการพยาบาลสูงสุด (Kantawang, 2008; 2014; Meleis, 2012; 2018; Walker & Avant, 2011; 2019)

การวิเคราะห์และประเมินทฤษฎี เป็นกระบวนการตรวจสอบทฤษฎีอย่างมีระบบ และเป็นรูปธรรม โดยมีการวิเคราะห์ความมีประโยชน์ของทฤษฎีที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัย การศึกษา และการบริหารการพยาบาล ในขณะเดียวกันยังทำให้ผู้ประเมินสามารถตัดสินได้ว่าทฤษฎีดังกล่าวมีจุดแข็งและจุดอ่อนอย่างไร ซึ่งจะช่วยวิเคราะห์ถึงความต้องการการพัฒนาหรือปรับปรุงทฤษฎีนั้นให้ดีขึ้น อันจะนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้หรือศาสตร์ทางการพยาบาลต่อไป (McEwen, 2014; 2019) ดังนั้น การวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลให้มีองค์ความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง และพยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาวิชาชีพหากสามารถตัดสินความมีคุณค่าของทฤษฎีการพยาบาลที่จะนำไปใช้เป็นพื้นฐานหรือเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัย การศึกษา และการบริหารการพยาบาลได้นั้น ก็จะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการและวิชาชีพพยาบาลโดยตรง ดังนั้น พยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาลและการประยุกต์ใช้ อย่างไรก็ตาม นักทฤษฎีทางการพยาบาลใช้วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีที่หลากหลาย ทั้งคำศัพท์ที่มีความทับซ้อนกัน (การวิเคราะห์ทฤษฎี การประเมินทฤษฎี และกระบวนการทบทวนทฤษฎี) หรือใช้คำศัพท์ที่แตกต่างกันตามวิธีการของแต่ละคน (McEwen, 2014; 2019) ดังนั้น เพื่อช่วยให้ผู้ที่สนใจมีความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้อง บทความนี้จึงนำเสนอเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของทฤษฎีการพยาบาล ชนิดของทฤษฎีการพยาบาล และกระบวนการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาล นอกจากนี้ยังนำเสนอตัวอย่างการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาลที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์ในวิชาชีพพยาบาลด้วย

ลักษณะของทฤษฎีการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลมีลักษณะทั่วไปเช่นเดียวกับทฤษฎีอื่น ได้แก่ องค์ประกอบสำคัญของทฤษฎีประกอบด้วย ข้อตกลงเบื้องต้น มโนทัศน์ (มากกว่า 2 มโนทัศน์) ความหมายหรือคำอธิบายมโนทัศน์ ความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ และมีเป้าหมายของทฤษฎี (Chinn & Kramer, 2011; Kantawang, 2008; 2014; Meleis, 2012; 2018) แต่ในขณะเดียวกันก็มีลักษณะจำเพาะที่สำคัญ ได้แก่ มโนทัศน์หลักของทฤษฎี ประกอบด้วย คน สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล แม้ว่านักทฤษฎีการพยาบาลหลายท่านจะให้ความหมายของมโนทัศน์ทั้ง 4 ที่แตกต่างกันตามความเชื่อ ประสบการณ์ และผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา แต่แนวคิดพื้นฐานสำคัญที่สะท้อนความเป็นเอกลักษณ์

ของวิชาชีพพยาบาลมีความสอดคล้องกัน ดังนี้ 1) คน หรือผู้รับบริการทางการพยาบาล ได้แก่ ปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน โดยที่การพยาบาลมองคนในลักษณะองค์รวม ประกอบด้วยกาย จิตอารมณ์ สังคม และจิตวิญาณ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ 2) สิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล สิ่งแวดล้อมภายในตัวบุคคลประกอบด้วย สารน้ำ ระดับน้ำตาลหรือออกซิเจนในร่างกาย เป็นต้น ส่วนสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคลประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพและสังคม เช่น ครอบครัว ระบบสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือสภาพที่อยู่อาศัยและเศรษฐกิจ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อสุขภาพ และความเจ็บป่วยของบุคคล 3) สุขภาพ มีความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดี และความเจ็บป่วย การมีสุขภาพที่ดีของบุคคล คือ การที่ปราศจากอาการของโรค สามารถปรับตัว และสร้างสมดุลระหว่างตัวบุคคลกับสิ่งแวดล้อมได้ ส่วนความเจ็บป่วย คือ การมีสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปจากสุขภาพดี หรือมีความไม่สมดุลของสุขภาพเกิดขึ้น และ 4) การพยาบาล คือ การให้บริการกับคนหรือบุคคลในเรื่องสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการ เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และช่วยให้ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ เพื่อสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว และชุมชน (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013; Kantawang, 2015; Meleis, 2012; 2018; Pichayapinyo, 2013)

ชนิดของทฤษฎีการพยาบาล

การแบ่งชนิดของทฤษฎีการพยาบาลสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ตามความเป็นนามธรรมของทฤษฎี และตามเป้าหมายของทฤษฎี ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ชนิดของทฤษฎีการพยาบาลจำแนกตามความเป็นนามธรรม (Kantawang, 2014; McEwen & Wills, 2014; 2019; Pichayapinyo, 2013; Walker, & Avant, 2019) ประกอบด้วย

1.1 ทฤษฎีเมตาหรืออภิทฤษฎี (Metatheory) เน้นที่ประเด็นเกี่ยวกับทฤษฎีการพยาบาลแบบกว้าง ๆ และไม่มีองค์ประกอบเหมือนของทฤษฎีการพยาบาลชนิดอื่นๆ กล่าวคือประเด็นที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีชนิดนี้ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์เป้าหมาย และชนิดของทฤษฎีที่ต้องการในการพยาบาล 2) การนำเสนอและการวิพากษ์วิจารณ์แหล่งที่มาและวิธีการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาล และ 3) การนำเสนอเกณฑ์การวิเคราะห์ทฤษฎีการพยาบาล และการประเมินคุณค่าของทฤษฎีการพยาบาล เช่น กระบวนการสร้างและการวิเคราะห์ทฤษฎีการพยาบาล ของวอล์คเกอร์และเอแวนท์ (Walker & Avant, 2011) เป็นต้น

1.2 ทฤษฎีระดับกว้าง (Grand theory) ทฤษฎีชนิดนี้ให้กรอบแนวคิดที่กว้าง มีความเป็นนามธรรมสูงและทดสอบได้ยาก ให้มุมมองระดับกว้างเกี่ยวกับเป้าหมายของทฤษฎีและโครงสร้างของการปฏิบัติการพยาบาล ทฤษฎีชนิดนี้มีเป้าหมายที่แสดงถึงมุมมองที่ช่วยให้เข้าใจมโนทัศน์และหลักการสำคัญในมุมมองทางการพยาบาล แต่ไม่ชัดเจนเท่าทฤษฎีระดับกลาง ตัวอย่างของทฤษฎีระดับนี้ เช่น ทฤษฎีการปรับตัวของรอย และทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นต้น (McEwen & Wills, 2019)

1.3 ทฤษฎีระดับกลาง (Middle range theory) ทฤษฎีชนิดนี้มีขอบเขตที่แคบลงและจำกัด มีจำนวนมโนทัศน์ไม่มาก ทำให้สามารถทดสอบทฤษฎีได้ รวมทั้งให้แนวทางการใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงและชัดเจนขึ้น ตัวอย่างของทฤษฎีระดับนี้ เช่น ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของเลนซ์และคณะ (Smith, Liehr, & Carpenter, 2024) และทฤษฎีความสุขสบายของโกลคาบา (Alligood, 2022) เป็นต้น

1.4 ทฤษฎีระดับปฏิบัติ (Practice theory) หรือทฤษฎีระดับสถานการณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจง (situation specific theory) แก่นสาระของทฤษฎีชนิดนี้จะมีความเฉพาะเจาะจงโดยบอกเป้าหมายของการปฏิบัติที่ต้องการให้เกิดขึ้น บอกวิธีการปฏิบัติที่ทำให้บรรลุเป้าหมายนั้น อีกทั้งยังสะท้อนถึงการปฏิบัติทางคลินิกที่จำกัดเฉพาะกลุ่มผู้รับบริการกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในบริบทหนึ่งเท่านั้น ตัวอย่างของทฤษฎีระดับนี้ เช่น ทฤษฎีการจัดการความปวดในโรคมะเร็ง ภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด (McEwen & Wills, 2019) และรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กวัยรุ่น (Kantawang, 2014) เป็นต้น

2. ชนิดของทฤษฎีการพยาบาลจำแนกตามเป้าหมายของทฤษฎี (McEwen & Wills, 2014; 2019; Meleis, 2012; 2018) ประกอบด้วย

2.1 ทฤษฎีเชิงบรรยาย (descriptive theory) เป็นทฤษฎีที่บรรยายปรากฏการณ์ทางการพยาบาลโดย 1) การให้ชื่อส่วนประกอบหลักของปรากฏการณ์ (Labeling theory) โดยไม่ได้อธิบายความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์นั้น และ 2) การจำแนกส่วนประกอบของปรากฏการณ์ (Factor-isolation theory) ซึ่งบางครั้งอาจมีความสัมพันธ์กันในลักษณะของการเรียงลำดับความเป็นเหตุเป็นผล (Logical sequence) ตัวอย่างทฤษฎี เช่น ทฤษฎีที่ใช้บรรยายกระบวนการให้เหตุผลทางคลินิกของพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการโรคสมองเสื่อมของฮุสซินและฮิสร์ท เป็นต้น (McEwen & Wills, 2019)

2.2 ทฤษฎีเชิงอธิบาย (Explanatory theory) หรือทฤษฎีความสัมพันธ์ของปัจจัย (Factor-relating theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายความสัมพันธ์ของสถานการณ์ เหตุการณ์ หรือปรากฏการณ์ทางการพยาบาล เน้นการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ต่าง ๆ ในทฤษฎี และพยายามอธิบายเหตุผลของมโนทัศน์ต่าง ๆ เหล่านั้นว่าสัมพันธ์กันอย่างไร และเพราะเหตุใดจึงสัมพันธ์กัน ตัวอย่างทฤษฎี เช่น ทฤษฎีที่ใช้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ทางคลินิกกับความแข็งแกร่งของชีวิตในผู้รับบริการวัยรุ่นของสโคโลวีโน เป็นต้น (McEwen & Wills, 2019)

2.3 ทฤษฎีเชิงทำนาย (Predictive theory) หรือทฤษฎีความสัมพันธ์ของสถานการณ์ (Situation-relating theory) เป็นทฤษฎีที่ทำนายความสัมพันธ์ของสถานการณ์ เหตุการณ์ หรือปรากฏการณ์ทางการพยาบาลโดยสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย และผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ยังไม่เกิดขึ้นได้ โดยที่ยังคงได้ผลลัพธ์ที่เหมือนเดิมหรือคงที่ตามที่ทฤษฎีกำหนดไว้ ตัวอย่างทฤษฎี เช่น ทฤษฎีที่ใช้ทำนายความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเรื่องจิตวิญญาณกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการผู้ใหญ่โรคเอดส์ของคอปป์ เป็นต้น (McEwen & Wills, 2019)

2.4 ทฤษฎีเชิงจัดการ (Prescriptive theory) หรือทฤษฎีการเกิดสถานการณ์ (Situation-producing theory) เป็นทฤษฎีที่มีเป้าหมายเพื่อควบคุมสถานการณ์ โดยมีส่วนประกอบที่สำคัญ คือ เป้าหมายที่บอกลักษณะของสถานการณ์ที่ต้องการให้เกิดลักษณะและส่วนประกอบของกิจกรรม ประเภทของผู้รับบริการ เงื่อนไขหรือทิศทางการทำกิจกรรมที่จะทำให้เกิดสถานการณ์ตามเป้าหมายและผลสำเร็จของ การทำกิจกรรม ซึ่งทฤษฎีนี้มีความหมายเช่นเดียวกับทฤษฎีระดับปฏิบัติหรือทฤษฎีระดับสถานการณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจง ดังตัวอย่างที่กล่าวแล้วข้างต้น

กระบวนการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาล

จุดมุ่งหมายหลักของการวิเคราะห์ทฤษฎี คือ เพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาของทฤษฎีอย่างถ่องแท้ โดยไม่นำความคิดเห็น ความเชื่อ หรือความโน้มเอียงในความคิดเห็นของตนเองมาใช้ในระหว่างการวิเคราะห์ทฤษฎี ส่วนวัตถุประสงค์หลักของการประเมินทฤษฎี คือ เพื่อการตัดสินคุณค่าของทฤษฎี การประเมินทฤษฎีจะกระทำภายหลังจากการวิเคราะห์ทฤษฎีอย่างละเอียดแล้ว (Walker & Avant, 2019) จึงอาจกล่าวได้ว่า การประเมินทฤษฎีเป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นหลังการวิเคราะห์ เพื่อตัดสินความมีคุณค่าของทฤษฎีที่จะนำไปใช้เป็นพื้นฐานหรือเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัย การศึกษา และการบริหารทางการพยาบาลต่อไป อนึ่งนักทฤษฎีการพยาบาลได้กำหนดกระบวนการในการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาลไว้หลากหลายรูปแบบ เช่น ใช้คำว่าวิพากษ์ทฤษฎีแทนคำว่าประเมินทฤษฎี หรือรวมขั้นตอนการประเมินทฤษฎีอยู่ในการวิเคราะห์ทฤษฎี แต่มีรายละเอียดวิธีการที่ใกล้เคียงกัน สามารถสรุปได้ 3 รูปแบบ (McEwen, 2014; 2019) ได้แก่ 1) กระบวนการที่มีขั้นตอนเดียว (A single-phase process) เช่น การวิเคราะห์ทฤษฎี (Alligood, 2014; Walker & Avant, 2011; 2019) หรือ การประเมินทฤษฎี (Hardy, 1974 cited in McEwen, 2019) 2) กระบวนการที่มี 2 ขั้นตอน (A two-phase process) เช่น การวิเคราะห์และวิพากษ์ทฤษฎี (Theory critique) หรือประเมินทฤษฎี (Fawcett, 2005; Fawcett & Desanto-Madeya, 2013) และ 3) กระบวนการที่มี 3 ขั้นตอน (A three-phase process) เช่น การบรรยาย การวิเคราะห์ และการวิพากษ์ทฤษฎี

(Meleis, 2007; 2012; 2018) หรือการบรรยาย การวิเคราะห์ และการประเมินทฤษฎี (McEwen, 2014; 2019) การนำเสนอบทความนี้จะให้รายละเอียดของกระบวนการที่มี 3 ขั้นตอน ได้แก่ การบรรยาย การวิเคราะห์ และการประเมินทฤษฎีตามกรอบแนวคิดของแมคอีแวน (McEwen, 2014; 2019) เพื่อให้เข้าใจได้ง่าย และเห็นความแตกต่างในแต่ละขั้นตอนได้ชัดเจน บทความนี้จึงนำเสนอตัวอย่างการประยุกต์ใช้กระบวนการดังกล่าว ซึ่งจะได้กล่าวรายละเอียดต่อไป

การประยุกต์ใช้กระบวนการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาล

การประยุกต์ใช้กระบวนการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาลแบบ 3 ขั้นตอน (McEwen, 2014; 2019) มีรายละเอียดดังนี้

1. การบรรยายทฤษฎี เป็นขั้นตอนเริ่มต้นของการประเมินทฤษฎี มีจุดเน้นเพื่อเป็นการทบทวนบริบทที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎี และเป็นการตรวจสอบทฤษฎีเพื่อให้เข้าใจได้ชัดเจนเกี่ยวกับองค์ประกอบของโครงสร้างและหน้าที่ของทฤษฎี (Structural and functional components) โดยองค์ประกอบของโครงสร้างทฤษฎีประกอบด้วย ข้อตกลงเบื้องต้น มโนทัศน์ และความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ ส่วนองค์ประกอบของหน้าที่ทฤษฎี ประกอบด้วย มโนทัศน์ของทฤษฎี และมโนทัศน์เหล่านั้นถูกนำไปใช้เพื่อบรรยาย อธิบาย ทำนาย หรือควบคุมปรากฏการณ์ที่สนใจได้อย่างไร แนวคำถามที่ใช้ในการบรรยายทฤษฎีประกอบด้วย

1.1 เป้าหมายของทฤษฎีคืออะไร (บรรยาย อธิบาย ทำนาย หรือควบคุมปรากฏการณ์)

1.2 ขอบเขต หรือระดับของทฤษฎีคืออะไร (ทฤษฎีระดับกว้าง ทฤษฎีระดับกลาง หรือทฤษฎีระดับปฏิบัติ)

1.3 จุดกำเนิด (Origins) ของทฤษฎีคืออะไร

1.4 มโนทัศน์หลักของทฤษฎีคืออะไร

1.5 ข้อเสนอหลักของทฤษฎี หรือความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์หลัก (Major theoretical propositions) คืออะไร

1.6 ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีคืออะไร

1.7 มีการบรรยายบริบทที่จะนำทฤษฎีไปใช้ หรือไม่ โดยมีตัวอย่างการบรรยายทฤษฎี ตามแนวคำถามสำคัญรายละเอียด ดังนี้

ทฤษฎีการพยาบาลที่นำมาใช้เป็นตัวอย่างในขั้นตอนการบรรยายทฤษฎี คือทฤษฎีความโศกเศร้าเรื้อรัง (Chronic sorrow) ของเอคส์, เบอร์ก, และเฮนสวอร์ท (Eakes, Burke, & Hainsworth, 1998) ทฤษฎีความโศกเศร้าเรื้อรัง เป็นทฤษฎีระดับกลาง โดยทฤษฎีได้กล่าวถึงข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับบุคคลว่ามนุษย์สามารถรับรู้การดำเนินชีวิตและสุขภาพตามที่ต้องการได้ และสามารถเปรียบเทียบประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่ต้องการได้ แม้ว่าประสบการณ์การสูญเสียของแต่ละบุคคลจะเป็นเรื่องที่เฉพาะเจาะจงแต่จะมีส่วนที่ไม่เฉพาะเจาะจงและสามารถนำมาทำนายประสบการณ์การสูญเสียอื่นได้ ทั้งนี้สุขภาพตามมุมมองของทฤษฎีนี้หมายถึง การที่บุคคลยังคงทำหน้าที่ได้ตามปกติ และอาจขึ้นอยู่กับการปรับตัวกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวังไว้เมื่อประสบกับความสูญเสีย และข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมคือ ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในบริบทของสังคมซึ่งประกอบด้วย ครอบครัว สังคม การทำงาน และการดูแลสุขภาพ โดยที่บุคคลจะประเมินตนเองและตอบสนองตามแนวทางที่สังคมยอมรับ ในขณะที่การพยาบาลตามมุมมองของทฤษฎีนี้คือ การประเมินความโศกเศร้าเรื้อรัง และการให้แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล แนวทางในการประเมินบุคคลที่มีความเสี่ยง และระบุบทบาทของพยาบาลในเบื้องต้นคือ การแสดงความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การเป็นผู้เชี่ยวชาญในการสอน การดูแล และการพัฒนาผู้ดูแล (Eakes et al., 1998; McEwen, 2014; 2019; Schreier, 2018)

ทฤษฎีมีเป้าหมายเพื่อใช้อธิบาย ในที่นี้หมายถึงการอธิบายว่า ความโศกเศร้าเรื้อรังเป็นการตอบสนองทางจิตอารมณ์ของบุคคลเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย (Loss) ที่ทำให้เกิดความรู้สึกแตกต่างอย่างมาก ระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวังไว้ ส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกโศกเศร้า เมื่อบุคคลนั้นต้องเผชิญกับความแตกต่างนี้อย่างต่อเนื่อง ก็ทำให้เกิดความโศกเศร้าเรื้อรัง ทฤษฎีนี้เกิดขึ้นครั้งแรกในปี 1962 เพื่อบรรยาย

ความโศกเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ในบิดามารดาของเด็กที่มีความพิการ และมีงานวิจัยจำนวนมากในช่วงระหว่างปี 1980-1990 ที่บรรยายถึงความโศกเศร้าเรื้อรังในบุคคลกลุ่มต่าง ๆ ที่อยู่ในสถานการณ์ที่มีความโศกเศร้าเรื้อรัง มโนทัศน์หลักของทฤษฎี ประกอบด้วย ความโศกเศร้าเรื้อรัง (Chronic sorrow) ประสบการณ์ที่มีความรู้สึกสูญเสีย (Loss experience) ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวังไว้ (Disparity) เหตุการณ์ หรือ สถานการณ์ที่เข้ามากระตุ้น (Trigger events) วิธีการจัดการกับความโศกเศร้าเรื้อรังด้วยตนเอง (Internal management method) และวิธีการจัดการความโศกเศร้าเรื้อรังโดยได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น (External management method) ซึ่งมโนทัศน์เหล่านี้ได้รับการนิยามและอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ ประกอบด้วย 1) ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวังไว้ถูกสร้างขึ้นจากประสบการณ์ที่มีความรู้สึกสูญเสีย 2) เหตุการณ์ หรือ สถานการณ์ที่เข้ามากระตุ้นซักจูงทำให้เกิดความรู้สึกแตกต่างระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวังในทางลบ หรือทำให้ประสบการณ์ความรู้สึกดังกล่าวกำเริบขึ้น 3) สำหรับบุคคลที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือคุกคามต่อชีวิต ความโศกเศร้าเรื้อรังมักจะถูกกระตุ้นให้เกิด เมื่อบุคคลนั้นประสบกับความแตกต่างที่เกิดขึ้นเมื่อเทียบกับการยอมรับทางสังคม พัฒนาการ และการยอมรับในตัวบุคคล 4) สำหรับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกของครอบครัว ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวังไว้มีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์สำคัญที่ทำให้เกิดพัฒนาการของครอบครัว และ 5) สำหรับผู้ที่สูญเสีย ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริง กับสิ่งที่คาดหวังไว้ อาจถูกสร้างขึ้นโดยบุคคลที่ไม่มีตัวตน ซึ่งเป็นศูนย์กลางของความสูญเสียนั้น และบริบทที่จะนำทฤษฎีไปใช้ คือ "ตลอดช่วงชีวิตของบุคคล ที่มีประสบการณ์ดังกล่าว" แสดงให้เห็นว่าทฤษฎีนี้สามารถนำไปใช้ได้ในบริบท และสถานการณ์ทางการพยาบาลที่หลากหลาย (Eakes et al., 1998; McEwen, 2014; 2019; Schreier, 2018) เช่นการจัดการความโศกเศร้าเรื้อรังของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (Wiwatkamonchai, Kantawang, & Mesukko, 2017) การจัดการความโศกเศร้าเรื้อรังของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีพยาธิสภาพที่จอประสาทตา (Thongsawang, Jintrawet, & Chotibang, 2019) และ ประสบการณ์ความโศกเศร้าเรื้อรังของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (Olwit, Musisi, Leshabari, & Sanya, 2015)

2. การวิเคราะห์ทฤษฎี เป็นการตรวจสอบเนื้อหาโครงสร้าง และหน้าที่ของทฤษฎีอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม การวิเคราะห์ทฤษฎีจะทำเมื่อเห็นว่าทฤษฎีนั้นมีแนวโน้มที่จะเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัย การบริหาร หรือการศึกษาทางการพยาบาล ทั้งนี้การนำทฤษฎีมาวิเคราะห์ไม่เป็นการตัดสินทฤษฎี แต่เป็นการตรวจสอบรายละเอียดของทฤษฎี โดยมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ เพื่อทำความเข้าใจทฤษฎีอย่างถ่องแท้ และมีแนวคำถามที่ใช้ในการวิเคราะห์ทฤษฎี ประกอบด้วย

2.1 ทฤษฎีมีการนิยามมโนทัศน์เชิงทฤษฎี และเชิงปฏิบัติการหรือไม่

2.2 ทฤษฎีมีการนิยามความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์เชิงทฤษฎี และเชิงปฏิบัติการหรือไม่

2.3 ทฤษฎีมีการเชื่อมโยงระหว่างมโนทัศน์ชัดเจนหรือไม่

2.4 ทฤษฎีมีการจัดวางความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ต่าง ๆ เอาไว้อย่างมีเหตุและผลหรือไม่

2.5 ทฤษฎีมีโมเดล หรือแผนภาพ (Diagram) ในทฤษฎีหรือไม่ และโมเดลนั้นทำให้ทฤษฎีชัดเจนขึ้นหรือไม่

2.6 ทฤษฎีมีการใช้คำเพื่อแสดงมโนทัศน์ ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ และข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีแบบคงเส้นคงวาหรือไม่

2.7 ทฤษฎีมีการระบุผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หรือทำนายผลลัพธ์ที่อาจจะเกิดขึ้นหรือไม่

ทฤษฎีการพยาบาลที่นำมาใช้เป็นตัวอย่างในขั้นตอนการวิเคราะห์ทฤษฎีครั้งนี้คือ ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in illness) ของมิเชล (Mishel, 1988) โดยผู้เขียนได้เลือกทฤษฎีนี้ในการวิเคราะห์เนื่องจากทฤษฎีดังกล่าวเมื่อนำมาวิเคราะห์ตามแนวคำถามข้างต้นแล้วพบว่าสามารถตอบคำถามต่างๆที่ใช้ในการวิเคราะห์ทฤษฎีได้อย่างครบถ้วน กล่าวคือ ทฤษฎีนี้มีการให้นิยามมโนทัศน์เชิงทฤษฎีที่สำคัญ ได้แก่ 1) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง ภาวะที่บุคคลไม่สามารถสรุปความหมายของเหตุการณ์ที่สัมพันธ์กับความความเจ็บป่วยได้

ไม่สามารถตัดสินใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยและการรักษาได้แน่นอน ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1.1) ความคลุมเครือของความเจ็บป่วย (Ambiguity) 1.2) ความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล (Complexity) 1.3) การได้รับข้อมูลที่ไม่คงเส้นคงวา หรือเปลี่ยนแปลงไปจากข้อมูลเดิมที่ได้รับ (Inconsistency of the information) และ 1.4) การไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้ (Unpredictability) 2) สิ่งที่เกิดขึ้นก่อนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 2.1) ความสามารถในการคิดรู้หรือการใช้สติปัญญา (Cognitive capacities) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการแปลข้อมูลที่รับรู้ ซึ่งเป็นความสามารถทั้งที่มีมาแต่กำเนิดและที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ต่าง ๆ 2.2) รูปแบบตัวกระตุ้น (Stimuli frame) หมายถึง แบบแผนหรือโครงสร้างของสิ่งกระตุ้นตามการรับรู้ ของบุคคล ประกอบด้วย 2.2.1) รูปแบบของอาการแสดง (Smptom pattern) หมายถึง การรับรู้อาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการในเรื่องระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้น ความต่อเนื่องของอาการขั้นตอน ความสม่ำเสมอของอาการ 2.2.2) ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ (Event familiarity) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่า ผู้รับบริการเคยมีประสบการณ์มาก่อน เกิดขึ้นจนเป็นปกติหรือเกิดขึ้นบ่อย ๆ จนเกิดความเคยชิน และ 2.2.3) ความสอดคล้องของเหตุการณ์ (Event congruence) หมายถึง ความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจากความเจ็บป่วยและการรักษา 2.3) แหล่งสนับสนุน (Structure provider) หมายถึง แหล่งประโยชน์ที่ช่วยบุคคลในการให้คำอธิบายต่อรูปแบบตัวกระตุ้น ประกอบด้วย 2.3.1) การศึกษา (Education) 2.3.2) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) และ 2.3.3) ความน่าเชื่อถือในบุคลากรทางการแพทย์ (Credible authority) 3) การประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Appraisal of uncertainty) ประกอบด้วย การลงความเห็น (Inference) และการสร้างความเชื่อใหม่(Illusion) ผลการประเมินมี 2 แบบ คือ 3.1) การประเมิน หรือตัดสินว่าเป็นอันตราย (Danger-appraisal) และ 3.2) การประเมินหรือตัดสินว่าเป็นโอกาส (Opportunity-appraisal) 4) การเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Coping with uncertainty) ประกอบด้วย 4.1) การเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนเมื่อตัดสินว่าเป็นอันตราย บุคคลจะใช้วิธีการกำจัดสิ่งที่เป็นต้นเหตุนั้นออกไป (mobilization strategies) หรือการควบคุมอารมณ์(Affect-control strategies) 4.2) การเผชิญกับความรู้สึกไม่ แน่นอนเมื่อตัดสินว่าเป็นโอกาส บุคคลจะใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อสร้างสมดุล (Buffering strategies) เพื่อให้ความรู้สึกไม่ แน่นอนนั้นคงอยู่เช่นนั้นต่อไป และ 5) การปรับตัวกับความเจ็บป่วย (Adaptation to the illness) หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่มีความสมดุลใหม่ที่ปรับตัวได้จากประสบการณ์ ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยนั้น (Bailey & Stewart, 2018; Mishel, 1988; 1990; Zhang, 2017)

ทฤษฎีนี้มีการนิยามความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์เชิงทฤษฎี โดยประเมินได้จากเนื้อหาของข้อความที่บรรยายไว้เช่น "สิ่งที่เกิดขึ้นก่อนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย" ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ความสามารถในการคิดรู้หรือการใช้สติปัญญา รูปแบบตัวกระตุ้น และแหล่งสนับสนุน และเมื่อมีการประเมินหรือตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแล้ว บุคคลจะใช้วิธีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนที่แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถปรับตัวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยนั้นได้ เช่น การกำจัดสิ่งที่เป็นต้นเหตุนั้นออกไป การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง หรือใช้วิธีการควบคุมอารมณ์ โดยใช้สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจหรือสนับสนุนทางอารมณ์ การปล่อยวาง เป็นต้น (Zhang, 2017) อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่ามีการนิยามมโนทัศน์ และความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์เชิงปฏิบัติการ แต่พบการนำเสนอทฤษฎีในรูปแบบของโมเดลที่แสดงการเชื่อมโยงระหว่างมโนทัศน์ให้เห็นชัดเจน ผ่านการบรรยายร่วมกับรูปภาพ เช่น แหล่งสนับสนุนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับรูปแบบตัวกระตุ้น และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ความสามารถในการคิดรู้หรือการใช้สติปัญญามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับรูปแบบตัวกระตุ้น และรูปแบบตัวกระตุ้นมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ส่วนการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปรับตัวกับความเจ็บป่วย กล่าวคือ ทั้งการ

เผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนเมื่อตัดสินว่าเป็นอันตราย หรือเป็นโอกาส จะส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวเสมอ (Mishel, 1988) เป็นต้น มีการจัดวางความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ต่าง ๆ ของทฤษฎีเป็นไปอย่างมีเหตุและผล โดยการบรรยายในรายละเอียด เช่น รูปแบบของอาการแสดงในเรื่องระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้น ความต่อเนื่องของอาการ ความสม่ำเสมอของอาการ รูปแบบของอาการแสดงที่ไม่ชัดเจนนี้ จะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนเพิ่มขึ้น สถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นถ้าผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์มาก่อน จนเกิดความคุ้นเคย เมื่อรับรู้ว่าตนเองมีความคุ้นเคยกับเหตุการณ์นั้นจะเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นกับระบบความจำเพื่อสร้างความชัดเจนทำให้ระบุความหมายในเหตุการณ์นั้น ๆได้ ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง ในกรณีที่ความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจากความเจ็บป่วยและการรักษาไม่สอดคล้องกันจะทำให้บุคคลไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ในอนาคตได้ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน โดยระดับการศึกษามีผลในการลดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยตรง คือ ช่วยขยายความรู้เดิมให้มีความชัดเจนเกิดความเข้าใจมากขึ้น ส่วนผลทางอ้อมจะมีอิทธิพลผ่านรูปแบบสิ่งกระตุ้น ทำให้สามารถทำนายขั้นตอนของการเกิดโรคได้ มีความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ และเกิดความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมช่วยในเรื่องของการเชื่อมโยง และแสวงหาข้อมูล ความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ ลดความคลุมเครือและซับซ้อนลง ชัดเจนขึ้น ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนโดยตรง และผลทางอ้อมจะมีอิทธิพลผ่านรูปแบบสิ่งกระตุ้น เช่นเดียวกับการศึกษา เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีการใช้คำเพื่อแสดงมโนทัศน์ และความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์อย่างคงเส้นคงวา และมีการระบุผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นไว้ในโมเดล เช่น เมื่อบุคคลมีวิธีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในเรื่องความเจ็บป่วยที่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวกับความเจ็บป่วยนั้นได้ มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่เป็นปกติของแต่ละบุคคล สร้างความสมดุลของชีวิตขึ้นมาใหม่ และตัดสินประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยนั้นใหม่โดยยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเพื่อกลับไปเป็นตัวกระตุ้นความรู้สึกไม่แน่นอนต่อไปอย่างต่อเนื่อง (Bailey & Stewart, 2018; Bailey & Zhang, 2022; Clayton & Kruzel, 2024; Mishel, 1988; 1990; Zhang, 2017)

3. การประเมินทฤษฎี การประเมินหรือวิพากษ์ทฤษฎีนั้น เกิดขึ้นหลังจากได้วิเคราะห์และตรวจสอบแนวโน้มของทฤษฎีแล้วพบว่าจะมีประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ของวิชาชีพ ผ่านการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณว่า "ทฤษฎีนั้นตอบสนองต่อเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างไร" โดยเป้าหมายของการประเมินทฤษฎี คือ การตัดสินใจ หรือการพิจารณานำทฤษฎีดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในด้านใดอย่างไร เช่น นำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล หรือนำไปใช้ในการจัดการทางการพยาบาลได้อย่างไร เมื่อนำไปใช้แล้วจะได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายหรือไม่ อย่างไร แนวคำถามที่ใช้ในการประเมินทฤษฎีประกอบด้วย

3.1 ทฤษฎีนี้มีความสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพพยาบาลในปัจจุบันหรือไม่

3.2 ทฤษฎีนี้มีความสอดคล้องกับการปฏิบัติการพยาบาล หรือการบำบัดทางการพยาบาลในปัจจุบันหรือไม่

3.3 ทฤษฎีนี้ได้รับการทดสอบโดยมีหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์หรือไม่ การทดสอบนั้นทำโดยใช้การวิจัยหรือไม่ การทดสอบนั้นมีความถูกต้องและมีความเที่ยงหรือไม่

3.4 มีหลักฐานเชิงประจักษ์อ้างอิงว่าทฤษฎีถูกนำไปใช้โดยนักการศึกษา นักวิจัย และผู้บริหารทางการพยาบาลหรือไม่

3.5 ทฤษฎีนี้มีความเกี่ยวข้องกับบริบททางสังคมหรือไม่

3.6 ทฤษฎีนี้มีความเกี่ยวข้องกับบริบททางวัฒนธรรมที่หลากหลายหรือไม่

3.7 ทฤษฎีนี้มีส่วนช่วยวิชาชีพพยาบาลหรือไม่

3.8 การนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลมีอะไรบ้าง เป็นต้น

ทฤษฎีการพยาบาลที่นำมาใช้เป็นตัวอย่างในขั้นตอนการประเมินทฤษฎีครั้งนี้คือ ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Unpleasant symptoms) ของเลนซ์และคณะ (Lenz, Suppe, Gift, Pugh, & Milligan, 1995; Lenz, Pugh, Milligan, Gift, & Suppe, 1997) โดยผู้เขียนได้เลือกทฤษฎีนี้ในการ

ประเมินเนื่องจากทฤษฎีดังกล่าวเมื่อนำมาประเมินตามแนวคำถามข้างต้นแล้วพบว่า สามารถตอบคำถามต่าง ๆ ที่ใช้ในการประเมินทฤษฎีได้อย่างครบถ้วนกล่าวคือ ทฤษฎีนี้มีความสอดคล้องกับมโนทัศน์หลักของทฤษฎีการพยาบาล (คน สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล) เป็นส่วนใหญ่ ตัวอย่างเช่น คนในทฤษฎีนี้กล่าวถึง ปัจจัยในบุคคลที่มีผลต่ออาการไม่พึงประสงค์ในรูปแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย (Physiological factors) และจิตใจ (Psychological factors) ให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่ออาการไม่พึงประสงค์ว่าเป็นปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factors) เน้นเรื่องของสุขภาพ เรื่องอาการไม่พึงประสงค์ซึ่งมักเกิดขึ้นมากกว่า 1 อาการว่ามีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีลักษณะจำเพาะ 4 อย่าง ได้แก่ ความรุนแรง (Intensity) เวลา (Timing) ความทุกข์ทรมาน (Distress) และคุณภาพ (Quality) และผลที่เกิดขึ้นจากอาการไม่พึงประสงค์ เช่น การปฏิบัติหรือการทำกิจกรรม (Performance) ซึ่งประกอบด้วย การทำกิจกรรมด้านร่างกาย เช่น การทำหน้าที่ต่าง ๆ หรือกิจกรรมด้านจิตใจ เช่น การคิด ความสนใจ หรือการตัดสินใจ เป็นต้น ทั้งนี้พบข้อจำกัดของทฤษฎี คือ ทฤษฎีนี้ไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งไม่ได้ระบุรายละเอียดในการจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้ง 3 ปัจจัย (ด้านร่างกาย จิตใจ และสถานการณ์) อย่างไรก็ตาม พบว่าทฤษฎีนี้สามารถนำไปใช้เพื่อเพิ่มองค์ความรู้ในวิชาชีพพยาบาล ทำให้เข้าใจผู้รับบริการที่มีอาการไม่พึงประสงค์ในกลุ่มที่มีความหลากหลาย และยังสามารถช่วยให้พยาบาลประเมินและวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลของผู้รับบริการได้ครอบคลุมทั้งปัจจัยและลักษณะของอาการที่พบซึ่งใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้รับบริการที่เหมาะสมอีกด้วย (Gomes, Oliveira, Barbosa, Medeiros, Fernades, & Nóbrega, 2019; Lee, Vincent, & Finnegan, 2017; Lenz et al., 1995; 1997; Lenz & Pugh, 2014; Lenz, Pugh, Milligan, & Gift, 2024) นอกจากนี้ยังพบว่าทฤษฎีดังกล่าวถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่หลากหลาย เช่น 1) ใช้ในการวางแผนจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ในผู้รับบริการวัยรุ่นโรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยาระหว่างได้รับเคมีบำบัดเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต (Samantarath, Pongthavornkamol, Olson, Sriyuktasuth, & Sanpakit, 2018) 2) ใช้เป็นแนวทางในการฟื้นฟูผู้รับบริการโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง ที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ (Silveira, Pilutti, & Motl, 2020) 3) ใช้ประเมินอาการไม่พึงประสงค์ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการโรคไตเรื้อรัง (Taiwong & Kanogsunthornrat, 2018) และ 4) ใช้ประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ของผู้รับบริการภายหลังสมองได้รับบาดเจ็บ (Leelanun, Piyakong, & Rattanawimol, 2024) เป็นต้น ทั้งนี้ทฤษฎีนี้ยังได้รับการทดสอบอย่างเป็นรูปธรรม และมีหลักฐานอ้างอิง เช่น การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ การวิเคราะห์อาการไม่พึงประสงค์ที่มีความหลากหลายและจัดเป็นกลุ่มอาการ และมีการตรวจสอบว่าอาการไม่พึงประสงค์หนึ่ง มีผลกระทบต่ออาการอื่น เป็นต้น โดยการทดสอบทฤษฎีที่ผ่านมาพบว่า มีการใช้ทั้งการวิจัยทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ (Lenz et al., 2024) และใช้การวิเคราะห์เนื้อหา การทดสอบไคสแควร์ การวิเคราะห์ปัจจัย การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ หรือการทดสอบโมเดลเชิงโครงสร้าง (Breazeale et al., 2022; Kim & Jung, 2021; Kim, Park, & Kim, 2020; Lenz et al., 2024; Sheng et al., 2021) และใช้เครื่องมือในการทดสอบที่มีความหลากหลาย เช่น เครื่องมือวัดความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความปวด และผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าทฤษฎีนี้ได้ผ่านการทดสอบที่มีความตรง และความเที่ยง (Gomes et al., 2019; Lee et al., 2017) และถูกนำไปใช้โดยนักวิจัยทางการพยาบาลที่หลากหลาย รวมถึงมีการนำทฤษฎีดังกล่าวไปใช้ในการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา (Gomes et al., 2019; Leelanun et al., 2024; Samantarath et al., 2018; Wongchai, Varitsakul, & Tantivesruangdet, 2022) แต่ยังไม่พบหลักฐานว่าทฤษฎีถูกนำไปใช้โดยผู้บริหารทางการพยาบาล

อนึ่ง ด้านความเกี่ยวข้องกับบริบททางสังคมพบว่า มีความเกี่ยวข้องกับบุคคล ครอบครัว และกลุ่มคน โดยไม่จำกัดเพศ อายุ และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ผ่านทางปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ที่มีผลต่ออาการไม่พึงประสงค์ทำให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้รับบริการหลายบริบท ที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม เช่น ผู้รับบริการโรคมะเร็ง

เต้านม และบาดเจ็บทางออร์โธปิดิกส์ในสหรัฐอเมริกา (Breazeale et al., 2022; Sheng et al., 2021) ผู้รับบริการโรคมะเร็งในประเทศเกาหลี (Kim & Jung, 2021; Kim et al., 2020) หรือผู้รับบริการที่มีความผิดปกติที่สมองในประเทศไทย (Leelanun et al., 2024; Wongchai et al., 2022) เป็นต้น อีกทั้งยังมีส่วนช่วยพัฒนาวิชาชีพพยาบาล โดยใช้ในการประเมินปัจจัยที่มีผลต่ออาการไม่พึงประสงค์ของผู้รับบริการทั้ง 3 ด้าน และใช้ในการประเมินอาการไม่พึงประสงค์ซึ่งมีความหลากหลาย และมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ผลการประเมินดังกล่าวใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อช่วยลดอาการไม่พึงประสงค์ของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลที่มีความเฉพาะเจาะจง ทำให้แก้ปัญหาได้เหมาะสม การนำทฤษฎีไปใช้เป็นกรอบแนวคิดการทำวิจัยทั้งในส่วนที่เป็นการบริการและการศึกษาพยาบาลทำให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ในเรื่องดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง เกิดการพัฒนาเครื่องมือวิจัยหรือระเบียบวิธีการวิจัยที่หลากหลาย ช่วยในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ ได้หลากหลาย ไม่จำกัดเรื่อง เพศ อายุ ลักษณะส่วนบุคคล บริบททางสังคม หรือวัฒนธรรม เช่นเดียวกับการนำไปใช้ในการวิจัยทางการพยาบาลหลากหลายรูปแบบ ในการเรียนการสอนระดับบัณฑิตศึกษา โดยพบหลักฐานค่อนข้างจำกัด และไม่พบหลักฐานว่าทฤษฎีถูกนำไปใช้เพื่อการบริหารทางการพยาบาล ซึ่งต้องการการพัฒนาต่อไป

สรุป

การวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาลตามขั้นตอนการบรรยายช่วยให้มีความเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับโครงสร้างและหน้าที่ของทฤษฎี และเมื่อประเมินแล้วพบว่าทฤษฎีมีแนวโน้มที่จะเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพจึงทำการวิเคราะห์เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างอย่างถ่องแท้ ส่วนขั้นตอนการประเมินทฤษฎีเป็นกระบวนการพิจารณาจุดแข็งจุดอ่อน ความต้องการการพัฒนา หรือปรับปรุงทฤษฎี เพื่อตัดสินใจนำทฤษฎีไปใช้ประโยชน์ เป็นพื้นฐานเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัย การศึกษา การบริหารการพยาบาลซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลให้มีองค์ความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

Alligood, M. R. (2014). Introduction to nursing theory: Its history, significance, and analysis. In M. R. Alligood (Ed.). *Nursing theorists and their work* (8th ed.). (pp. 2-13). St Louis: Mosby.

Alligood, M. R. (2022). *Nursing theorists and their work* (10th ed.). St. Louis: Elsevier.

Bailey, D. E., & Stewart, J. L. (2018). Uncertainty in illness theory. In M. R. Alligood (Ed.). *Nursing theorists and their work* (9th ed.). (pp. 447-462). United States: Elsevier.

Bailey, D. E., & Zhang, Y. (2022). Merle Mishel: Uncertainty in illness theory. In M. R. Alligood (Ed.). *Nursing theorists and their work* (10th ed.). (pp. 445-460). St.Louis: Elsevier.

Breazeale, S., Conley, S., Jeon, S., Dorsey, S. G., Kearney, J., Yoo, B., …Redeker, N. S. (2022). Symptom cluster profiles following traumatic orthopedic injuries. *Injury, 53*(7), 2524-2532.

Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2011). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (8th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.

Clayton, M. F., & Kruzel, M. D. (2024). Theories of uncertainty in illness. In M. J. Smith, P. R. Liehr, & R. D. Carpenter (Eds). *Middle range theory for nursing* (5th ed.). (pp. 43-69). United States: Springer Publishing.

Eakes, G. G., Burke, M. L., & Hainsworth, M. A. (1998). Middle-range theory of chronic sorrow. *Image. The Journal of Nursing Scholarship, 30*(2), 179-185.

Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories.* (3rd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

Gomes, G. L. L., Oliveira, F. M. R. L., Barbosa, K. T. F., Medeiros, A. C. T., Fernades, M. G. M., & Nóbrega, M. M. L. (2019). Theory of unpleasant symptoms: Critical analysis. *Texto & Contexto Enfermagem, 28*, 1-10.

Kantawang, S. (2008). *The Neuman systems model: Application to nursing practice*. Chiang Mai: Nopburee Press. [In Thai].

Kantawang, S. (2014). Levels of nursing theories. *Nursing Journal, 41*(3), 132-138. [In Thai].

Kantawang, S. (2015). Paradigms of nursing discipline. *Nursing Journal, 42*(4), 182-187. [In Thai].

Kim, G-U., Park, S., & Kim, S. (2020). Functional health in Korean middle-aged women with poor sleep quality. *International Journal of Nursing Knowledge, 31*(4), 410-424.

Kim, M., & Jung, M. S. (2021). Effects of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in women with breast cancer: A structural equation approach with the theory of unpleasant symptoms. *Cancer Nursing, 44*(2), 145-153.

Leelanun, C., Piyakong, D., & Rattanawimol, C. (2024). Factors predicting post-concussion syndrome among patients with mild traumatic brain injury. *NU Journal of Nursing and Health Science, 18*(1), 1-12. [In Thai]

Lee, S. E., Vincent, C., & Finnegan, L. (2017). An analysis and evaluation of the theory of unpleasant symptoms. *Advances in Nursing Science, 40*(1), 16-39.

Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. *Advances in Nursing Science, 19*(3), 14-27.

Lenz, E. R., & Pugh, L. C. (2014). The theory of unpleasant symptoms. In M. J. Smith, & P. R. Liehr (Eds.). *Middle range theory for nursing* (3rd ed.). (pp. 165-197). New York: Springer Publishing.

Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., & Gift, A. G. (2024). Theory of unpleasant symptoms. In M. J. Smith, P. R. Liehr, & R. D. Carpenter (Eds.). *Middle range theory for nursing* (5th ed.). (pp. 143-168). United States: Springer Publishing.

Lenz, E. R., Suppe, F., Gift, A., Pugh, L. C., & Milligan, R. A. (1995). Collaborative development of middle-range nursing theories: Toward a theory of unpleasant symptoms. *Advances in Nursing Science, 17*(3), 1-13.

McEwen, M. (2014). Theory analysis and evaluation. In M. McEwen & E. M. Wills (Eds.). *Theoretical basis for nursing* (4th ed.). (pp. 95-113). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

McEwen, M. (2019). Theory analysis and evaluation. In M. McEwen & E. M. Wills (Eds.). *Theoretical basis for nursing* (5th ed.). (pp. 94-113). Philadelphia: Wolters Kluwer.

McEwen, M., & Wills, E. M. (2014). *Theoretical basis for nursing* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

McEwen, M., & Wills, E. M. (2019). *Theoretical basis for nursing* (5thed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

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.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing development and progress* (6th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image-The Journal of Nursing Scholarship, 20*(4), 225-232.

Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image-The Journal of Nursing Scholarship, 22*(4), 256-262.

Olwit, C., Musisi, S., Leshabari, S., & Sanya, I. (2015). Chronic sorrow: Lived experiences of caregivers of patients diagnosed with schizophrenia in Butabika Mental Hospital, Kampala, Uganda. *Archives of Psychiatric Nursing. 29*(1), 43-48.

Pichayapinyo, P. (2013). Nursing theory: History and development. *Journal of Public Health Nursing, 27*(2), 96-111. [In Thai].

Samantarath, P., Pongthavornkamol, K., Olson, K., Sriyuktasuth, A., & Sanpakit, K. (2018). Multiple symptoms and their influences on health-related quality of life in adolescents with hematologic malignancies undergoing chemotherapy. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 22*(4), 319-331.

Schreier, A. M. (2018). Theory of chronic sorrow. In M. R. Alligood (Ed.). *Nursing theorists and their work* (9th ed.). (pp. 490-503). United States: Elsevier.

Sheng, Y., Carpenter, J. S., Cohee, A. A., Storey, S., Stump, T. E., Monahan, P. O., … Champion, V. L. (2021). Genitourinary symptoms in breast cancer survivors: Prevalence, correlates, and relationship with sexual functioning. *Oncology Nursing Forum, 48*(2), 229-241.

Silveira, S. L., Pilutti, L. A., & Motl, R. W. (2020). No evidence of associations among body composition and symptoms in persons with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology, 65*(1), 80–86.

Smith, M. J., Liehr, P. R., & Carpenter, R. D. (2024). *Middle range theory for nursing* (5th ed.). United States: Springer Publishing.

Taiwong, A., & Kanogsunthornrat, N. (2018). The impact of symptom clusters on quality of life among patients with chronic kidney disease. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 5*(2), 175-188. [In Thai].

Thongsawang, S., Jintrawet, U., & Chotibang, J. (2019). Chronic sorrow and management strategies among mothers of preterm infants with retinopathy of prematurity. *Nursing Journal, 46*(3), 207-218. [In Thai].

Walker, L. O., & Avant, K. C. (2011). *Strategies for theory construction in nursing* (5th ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Walker, L. O., & Avant, K. C. (2019). *Strategies for theory construction in nursing* (6th ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Wiwatkamonchai, A., Kantawang, S., & Mesukko, J. (2017). Chronic sorrow and management strategies among parents of children with cancer receiving chemotherapy. *Nursing Journal, 44*(1), 62-73. [In Thai].

Wongchai, N.,Varitsakul, R., & Tantivesruangdet, N. (2022). Factors associated with post-concussion syndrome in patients with mild traumatic brain injury after discharging from an emergency department. *Nursing Journal Chiang Mai University, 49*(2), 252-269. [In Thai].

Zhang, Y. (2017). Uncertainty in illness: Theory review, application, and extension. *Oncology Nursing Forum, 44*(6), 645-649.