

# บทความ

## ทฤษฎีการพยาบาล: ความเป็นมาและการพัฒนาการ

### NURSING THEORY: HISTORY AND DEVELOPMENT

ปาหนัน พิชยภิญโญ\*

#### บทนำ

ในสมัยก่อนถึงแม้ว่าแนวคิดของการดูแล (Care) ความสุขสบาย (Comfort) การป้องกันโรค (Protection) และการฟื้นฟูหายจากโรค (Healing) ได้ถูกใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติทางการพยาบาล แต่พบว่าสังคมได้ให้คุณค่าของพยาบาลว่าเป็นนักโภชนาการ นักสุขอนามัย นักกายภาพบำบัด เป็นต้น (Cody, 1994) ซึ่งสะท้อนถึงการที่พยาบาลขาดการสื่อสารในด้านแนวทางปฏิบัติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จนมาถึงยุคสมัยของฟลอเรนซ์ น丁เกลซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการพยาบาลอย่างมีระบบระเบียบและส่งผลกระทบต่อทฤษฎีการพยาบาลได้เกิดขึ้นและมีการพัฒนาเป็นระยะจนถึงปัจจุบัน ดังนั้นวัตถุประสงค์ของบทความนี้เพื่อทบทวนความเป็นมาและการพัฒนาการพยาบาลทั้งด้านรูปแบบความรู้ทางการพยาบาล วัตถุประสงค์ ขอบเขตและระดับของทฤษฎีการพยาบาล

#### ระยะการพัฒนากการพยาบาล (Stages in nursing progress)

การพยาบาลได้ถูกบันทึกไว้เป็นหลักฐานอย่างชัดเจนในหนังสือชื่อ “บันทึกการพยาบาล: อะไรใช่และอะไรที่ไม่ใช่” ของฟลอเรนซ์ น丁เกล โดยระบุว่าพยาบาลเป็นวิชาชีพที่แตกต่างจากวิชาชีพแพทย์ในด้านการนำองค์ความรู้ของวิชาชีพไปดูแลสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีโรค พักฟื้นจากโรคหรือมีสุขภาพที่ดีขึ้น พยาบาลไม่ได้มีหน้าที่เพียงการดูแลให้ยาตามคำสั่งแพทย์หรือการดูแลเรื่องอาหารแต่พยาบาล

พยาบาลเรียนรู้ที่จะจัดการกับสิ่งแวดล้อมและอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยอย่างมีศิลปะ (Nightingale, 1992) ซึ่งเมลิส (Meleis, 2012) ได้รวบรวมและวิเคราะห์ว่าการพยาบาลมีการพัฒนามาหลายทศวรรษ และผ่านระยะพัฒนา 6 ระยะ ดังนี้

#### ระยะการปฏิบัติ (Stage of practice)

เริ่มตั้งแต่กลางคริสต์ศตวรรษที่ 19 ถึงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 ในสมัยสงครามไครเมีย (Crimean war) นางพยาบาลชื่อฟลอเรนซ์ น丁เกล ได้จัดกลุ่มคนขึ้นเพื่อดูแลทหารที่ได้รับบาดเจ็บและการผ่าตัด โดยเน้นที่ความถูกต้องลักษณะและจัดการกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งการจัดการสิ่งแวดล้อมมีผลต่อสุขภาพนี้ได้ถูกบันทึกไว้ในหนังสือบันทึกการพยาบาล: อะไรใช่และอะไรไม่ใช่ (Nightingale, 1992) และถึงแม้ฟลอเรนซ์ น丁เกลไม่ได้นำเสนอผลงานว่าเป็นทฤษฎีการพยาบาลแรกแต่งานของเธอได้ถูกนำมาเป็นแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลตั้งแต่นั้นมา (Hickman, 1995) ดังนั้นในระยะแรกของการพยาบาลจึงมีพันธกิจทางการพยาบาลเกี่ยวกับการให้การดูแลและความสุขสบายเพื่อให้เกิดการเยียวยารักษาและสุขภาพรวมถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ช่วยลดหรือบรรเทาการเจ็บป่วย และพบว่าการปฏิบัติการพยาบาลในระยะแรกนี้มีพื้นฐานจากหลักเกณฑ์ กฎระเบียบ และสิ่งที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาซึ่งสอดคล้องกับชินและเครเมอร์ (Chinn & Kramer, 1995) ที่ระบุว่าความรู้ทางการพยาบาลส่วนใหญ่คือความรู้ที่เกิดจากการสั่งสมประสบการณ์มานานปี

\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

### *ระยะการศึกษาและการบริหาร (Stage of education and administration)*

จากระยะแรกที่มุ่งเน้นด้านการปฏิบัติถูกเปลี่ยนไปเป็นคำถามที่เกี่ยวกับการพัฒนาแผนการเรียนการสอน จากคำถามว่า “ทำการพยาบาลอย่างไร” ในการปฏิบัติการพยาบาล ได้นำไปสู่การพัฒนาแผนการเรียนการสอนและค้นหาวิธีการสอนการพยาบาล “สอนอย่างไร” ซึ่งในระยะนี้จะเป็นการตั้งคำถามเกี่ยวกับขอบเขตความรู้ทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาแผนการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล และพบว่าได้มีการทดลองรูปแบบการเรียนการสอนและการจัดการศึกษาในระดับต่างๆ รวมถึงการเตรียมครูผู้สอน การให้การศึกษาแก่ผู้บริหารเพื่อการก่อตั้งโรงเรียนพยาบาลและการให้บริการ ดังนั้นจึงพบว่าส่วนใหญ่ของแผนการเรียนการสอนในระยะนี้ยังมุ่งเน้นที่บทบาทหน้าที่การทำงานของพยาบาล และพบว่ามีนักทฤษฎีรุ่นบุกเบิกที่เน้นการศึกษาและการสอนเกิดขึ้นในระยะนี้

### *ระยะการวิจัย (Stage of research)*

ระยะนี้เกิดจากความสนใจในการปรับปรุงรูปแบบการเรียนการสอนของกลุ่มผู้สอน ดังนั้นคำถามต่างๆ ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ในระยะนี้จะเกี่ยวเนื่องกับควรสอนอย่างไร การจัดการควรเป็นอย่างไรและด้วยวิธีการสอนแบบไหน และพบว่ามีรายงานการวิจัยในระยะแรกเพื่อพยายามผลักดันการศึกษาของพยาบาลและการบริหาร ซึ่งวารสารการวิจัยทางการพยาบาล (Nursing research) ได้เกิดขึ้นและตีพิมพ์ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1952 อย่างไรก็ตามพบว่าปัญหาที่พบในระยะนี้อยู่ที่กระบวนการทำวิจัยไม่ใช่เนื้อหาของงานวิจัย

### *ระยะทฤษฎี (Stage of theory)*

ระยะนี้พบว่าแก่นแท้ของความรู้การพยาบาล เช่น พันธกิจและเป้าหมายในการพยาบาล

เป็นต้น ได้ถูกจัดระเบียบ ผู้นำทางการพยาบาลเชื่อว่าทฤษฎีเป็นสิ่งที่ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติพยาบาล ซึ่งการพัฒนาทฤษฎีมักจะได้รับอิทธิพลจากกระบวนการค้นคว้าของวิชาชีพอื่น พื้นฐานการศึกษาของนักทฤษฎีที่เป็นพยาบาล และปรัชญาการพยาบาลในขณะนั้น ถึงแม้ได้มีแนวคิดทางการพยาบาลในวิชาชีพพยาบาล ตั้งแต่ระยะการวิจัยแต่แนวคิดเหล่านั้นได้ถูกนำมาเป็นใช้อย่างจริงจังในระยะนี้โดยมุ่งเน้นการค้นหาทฤษฎีที่เป็นสากลแต่ในระยะนี้ทำได้เพียงการค้นพบทฤษฎีหลายทฤษฎีเท่านั้น ซึ่งทฤษฎีที่เกิดขึ้นในระยะนี้เกี่ยวข้องกับงานการพยาบาลและการศึกษา เช่น การสัมผัสเพื่อการรักษา เป็นต้น

### *ระยะปรัชญา (Stage of philosophy)*

ระยะปรัชญาเริ่มขึ้นเมื่อพยาบาลเริ่มที่มีการสะท้อนความคิดในมุมมองต่างๆ ของอัตโนทัศน์ทางการพยาบาลและขอบเขตการพยาบาลรวมถึงวิธีการพัฒนาความรู้ทางการพยาบาลซึ่งระยะปรัชญานี้จะมุ่งเน้นในการค้นหาคำตอบเกี่ยวกับธรรมชาติของความรู้ทางการพยาบาล (The nature of nursing knowledge) ธรรมชาติของการค้นหาความรู้ของมนุษย์ (The nature of inquiry) และความสอดคล้องกันระหว่างแก่นแท้ของความรู้ทางการพยาบาลและวิธีการดำเนินการวิจัย ตัวอย่างเช่น การอภิปรายบทความเรื่องวิธีการแสวงหาความรู้ ที่มุ่งเน้นที่โครงสร้างองค์ความรู้ ธรรมชาติของทฤษฎี เกณฑ์ในการวิเคราะห์และวิธีการในการพัฒนาทฤษฎีที่เชื่อถือได้ (Carper, 1978) เป็นต้น

### *ระยะบูรณาการ (Stage of integration)*

ระยะบูรณาการเป็นระยะที่กระตุ้นความคิดและการอภิปรายเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาชีพในประเด็นต่างๆ ได้แก่ 1) การอภิปรายที่มุ่งเน้นเพื่อให้ทราบโครงสร้างของวิชาชีพพยาบาล ขอบเขตและปรากฏการณ์ของวิชาชีพ 2) การพัฒนาโปรแกรมการศึกษา

ผ่านการรวบรวมความรู้จากการทำวิจัย ทฤษฎีและปฏิบัติการพยาบาล 3) การประเมินแง่มุมต่างๆ ของพยาบาลโดยสมาชิกในวิชาชีพพยาบาล เช่น ครูพยาบาล พยาบาลนักรักษา เป็นต้น 4) การคำนึงถึงวิธีการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลของสมาชิกวิชาชีพ 5) การมีส่วนเกี่ยวข้องของสมาชิกวิชาชีพเพื่อพัฒนาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกับปรากฏการณ์ทางการพยาบาล 6) การตรวจสอบปรัชญาและทฤษฎีที่ใช้เป็นคำนิยามของการพยาบาลรวมถึงวิธีการที่ใช้สร้างองค์ความรู้ และ 7) การคิดริเริ่มที่เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยของนักวิชาการในสถาบันพยาบาล

#### *ระยะสหสาขาวิชาชีพ (Stage of interdisciplinarity)*

ระยะนี้เป็นระยะที่เกี่ยวข้องกับระยะบูรณาการซึ่งริเริ่มจากสถาบันสุขภาพแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา (The National Institutes of Health; NIH) เป็นระยะที่นักวิชาการจากหลายสาขาวิชาชีพรวมทั้งวิชาชีพพยาบาลได้สร้างงานวิจัยที่มีพื้นฐานจากการใช้ทฤษฎีการพยาบาลและหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมุ่งเน้นที่การพัฒนาโปรแกรมการวิจัยและการศึกษาโดยความร่วมมือระหว่างสาขาวิชาชีพ สถาบันร่วมวิจัยและระหว่างนักวิจัยและผู้ทำงานในคลินิก เช่น ศูนย์การวิจัยการนอนหลับ ศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

#### *ระยะของระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศ (Stage of technology and information systems)*

การบันทึกสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ การดูแลผู้ป่วยทางไกล การใช้อุปกรณ์วัดความดันโลหิตที่บ้าน เครื่องมือวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้าน เป็นตัวอย่างที่เกิดขึ้นในระยะนี้ ทฤษฎีที่กล่าวถึงปัจจัยและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีสารสนเทศเหล่านี้จะเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการขับเคลื่อนในระยะนี้ ความหมายของการปฏิบัติการดูแลตนเองนั้นแตกต่างกันไปตามบุคคลและ

ครอบครัว เมื่อผู้ป่วยหรือครอบครัวได้รับข้อมูลที่ทันสมัยจากบุคลากรทางการแพทย์ผ่านอินเทอร์เน็ตความสามารถในการค้นหาข้อมูลและทางเลือกหากมีสถานการณ์ที่ต้องการการตัดสินใจต้องใช้ทฤษฎีเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ (Situation-specific theories) เพื่อนำมาเป็นแนวทางสำหรับผู้ที่ทำงานในคลินิกและผู้ใช้บริการ

จากระยะต่างๆ ที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าการพยาบาลได้ใช้เวลาหาขอบเขตเพื่อระบุความเป็นอัตลักษณ์ของวิชาชีพมานานและผลจากระยะพัฒนาการพยาบาลต่างๆ ได้ทำให้เกิดคำอธิบายขอบเขตการพยาบาล และภาระกิจของพยาบาล

#### **การพยาบาล: ศิลป์และศาสตร์ (Nursing as art and science)**

ความรู้ทางการพยาบาลนั้นมีทั้งที่เป็นวิทยาศาสตร์และการประยุกต์การพยาบาลในการปฏิบัติ (Rodgers, 1991) โดยก่อนที่จะมีการก่อตั้งโรงเรียนพยาบาลในกลางคริสต์ศตวรรษที่ 19 การพยาบาลเปรียบเหมือนการดูแลให้เกิดความสบายหรืองานบ้านงานเรือนซึ่งจัดว่าเป็นศิลปะและการพยาบาลเป็นการปฏิบัติที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลซึ่งส่งผลให้ผู้ปฏิบัติต้องใช้ศิลปะในการกระทำซึ่งเพปพลาว (Peplau, 1988) ระบุว่าพยาบาลเป็นศิลปะและมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการเปลี่ยนแปลงจากการได้รับการพยาบาล ซึ่งองค์ประกอบของศิลปะการพยาบาลได้แก่ 1) ตัวพยาบาล (Nurse) เป็นเครื่องมือให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยพยาบาลจะต้องใช้ความไวในความรู้สึกสัญชาตญาณ ความคิด แหล่งข้อมูลและความริเริ่มสร้างสรรค์ เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ในสถานการณ์ต่างๆ และทำให้เกิดศักยภาพในการเผชิญกับปัญหาชีวิตและสุขภาพได้ 2) กระบวนการ (Process) หมายถึงกระบวนการการมี

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เช่น ศิลปะในการสื่อสารเพื่อแก้ปัญหาหรือให้คำปรึกษา การใช้ทักษะในการดูแลและรักษาพยาบาล เป็นต้น และ 3) ผลผลิต (Product) ได้แก่ สิ่งที่เกิดหลังจากการใช้ทักษะการพยาบาลกับผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น การเพิ่มสมรรถนะ การผ่อนคลายและความสบายของผู้ป่วยเป็นตัวบ่งบอกถึงผลผลิตในการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นศิลป์

ในเวลาต่อมาพบว่าศาสตร์ทางการพยาบาลได้ถูกเพิ่มเติมเข้ามาในการพยาบาล ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของศาสตร์ต่างๆ กันไป เช่น สเตนตัน (Stainton, 1982) กล่าวว่า ศาสตร์ทำให้เข้าใจความจริง โดยทฤษฎีเป็นผลผลิตของศาสตร์และงานวิจัยเป็นเครื่องมือ ริเกลและคณะ (Riegel et al., 1992) กล่าวว่า ศาสตร์ เป็นความรู้ที่มีลักษณะเฉพาะที่สร้างจากองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่เฉพาะเจาะจงและมีวัตถุประสงค์ คือ การค้นพบ อธิบาย เข้าใจ ทำนาย และตรวจสอบความรู้เชิงประจักษ์และยังได้ระบุว่า ศาสตร์การพยาบาล คือ ศาสตร์ในการค้นหารากฐานของปรัชญาของศาสตร์นั้นๆ ซึ่งการพยาบาลมีเจตนาที่จะหาปรัชญาทางวิทยาศาสตร์และนำมาเป็นรากฐานปรัชญาการพยาบาล ในขณะที่ เมลิส (Melies, 2012) ได้ให้ความหมายของศาสตร์ (Science) ว่าเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน และในช่วงปีทศวรรษที่ 1950 ถึง 1970 ได้เริ่มมีการให้คำจำกัดความของศาสตร์การพยาบาลและมีการตีพิมพ์เผยแพร่มากมาย ตัวอย่างเช่น กอร์ธเนอร์ (Gortner, 1983) ได้ให้ความหมายของศาสตร์การพยาบาล (Nursing science) ว่าเป็นความเข้าใจด้านชีววิทยาและพฤติกรรมของมนุษย์ เรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยที่ถูกประมวลไว้ และเพปเปลว (Peplau, 1988) ได้เป็นผู้ที่กล่าวว่าการพยาบาลนั้นเป็นศาสตร์ (Nursing science) เนื่องจาก

การพยาบาลเป็นกระบวนการค้นหาปรากฏการณ์ การวางแผนและการประเมินผลต้องอาศัยการตัดสินใจที่มีข้อมูล วัตถุประสงค์ที่สามารถวัดได้และรวมถึงการมีหลักฐานยืนยันความถูกต้องได้ ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นองค์ประกอบของวิทยาศาสตร์ที่ได้ถูกนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าศาสตร์การพยาบาลเป็นความรู้ทางการพยาบาลในขณะที่ยังมีการประยุกต์ความรู้นั้นเป็นศิลป์ ซึ่งทั้งศิลป์และศาสตร์ได้ผสมผสานกันเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบความรู้สำหรับวิชาชีพพยาบาล

### รูปแบบความรู้ทางการพยาบาล (Patterns of knowing in nursing)

คาร์เปอร์ (Carper, 1978) ได้กล่าวถึงรูปแบบความรู้ทางการพยาบาลไว้ในผลงานตีพิมพ์เรื่อง รูปแบบพื้นฐานของความรู้ทางการพยาบาล (Fundamental patterns of knowing in nursing) โดยกล่าวว่าความรู้ทางการพยาบาลมี 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) ความรู้เชิงประจักษ์ 2) ความรู้เชิงจริยธรรม 3) ความรู้เชิงบุคคล และ 4) ความรู้เชิงสุนทรียศาสตร์

*ความรู้เชิงประจักษ์ (Empirics, or science of nursing)*

ความรู้เชิงประจักษ์จัดว่าเป็นศาสตร์ของการพยาบาล เป็นความรู้ทั่วไปหรือทฤษฎีที่ถูกจัดการอย่างเป็นระบบเพื่อเป็นเป้าหมายในการอธิบายและทำนายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในการพยาบาล โดยเฉพาะในการอธิบายทฤษฎีที่เป็นนามธรรม ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่ารูปแบบความรู้เชิงประจักษ์ (Empirics) มีเป้าหมายที่สำคัญเพื่อพัฒนาทฤษฎีการพยาบาล จากอบส์-เครเมอร์และชิน (Jacobs-Kramer & Chinn, 1988) กล่าวว่าความรู้เชิงประจักษ์จะพบในรูปของความจริง (Facts) ทฤษฎี (Theories) รูปแบบ (Models)

และคำพรรณนา (Description) รวมทั้งสามารถประเมินได้จากคำถามว่าความรู้นี้เป็นตัวแทนของอะไร เป็นตัวแทนอย่างไร และสามารถบ่งบอกถึงสิ่งที่คิดว่าควรเป็นอะไร (White, 1995)

#### *ความรู้เชิงจริยธรรม (Ethics, or moral knowledge)*

ความรู้เชิงจริยธรรมเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเกี่ยวกับจริยธรรมในการพยาบาล โดยเน้นส่วนที่เป็นภาระหน้าที่หรือสิ่งที่ควรทำ คาร์เปอร์ (Carper, 1978) ให้ความสำคัญกับบรรทัดฐานของสังคม (Norms) และประมวลจรรยาบรรณ (Ethical codes) เป็นสิ่งสำคัญในการค้นหาความรู้เชิงจริยธรรม ซึ่งรูปแบบความรู้นี้จะส่งผลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักของสิ่งที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจและความรับผิดชอบในสิ่งที่เลือก แต่เนื่องจากพบว่าความรู้เชิงจริยธรรมด้านสุขภาพมีความซับซ้อนดังนั้นทางเลือกของการกระทำใดๆ จะต้องขึ้นอยู่กับบทพิจารณาที่เฉพาะกับเหตุการณ์นั้นๆ ชินและเครเมอร์ (Chinn & Kramer, 1995) ได้มุ่งเน้นที่ความยุติธรรม (Justice) ในการประเมินความรู้เชิงจริยธรรม คำถามที่เกี่ยวข้องคือ สิ่งนี้ถูกหรือไม่ สำหรับใคร และเป็นความรับผิดชอบหรือไม่ ซึ่งการประเมินต้องอาศัยความรู้เชิงจริยธรรมในการดูแล และความรู้เชิงจริยธรรมในการตัดสินใจ โดยความรู้เชิงจริยธรรมจะพบในรูปของทฤษฎีทางจริยธรรม (Ethical theory) หลักเกณฑ์ (Principles) และแนวทางปฏิบัติ (Guideline)

#### *ความรู้เชิงบุคคล (Personal knowledge)*

ความรู้เชิงบุคคลเป็นความรู้ที่เกี่ยวกับการรู้ (Knowing) การประสบโดยบังเอิญ (Encountering) และการค้นพบตัวตนที่แท้จริงของบุคคล (White, 1995) ซึ่งความรู้เชิงบุคคลจะถูกพัฒนาขึ้นเมื่อพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยในฐานะที่เป็นบุคคลไม่ใช่วัตถุ ซึ่งการให้การดูแลบุคคลนั้นพยาบาลต้องสามารถเข้าใจบุคคลและโลกทัศน์ของบุคคลในฐานะที่เป็นบุคคลนั้นและ

การรู้ตัวตนนั้นซึ่งส่งผลให้ท้ายที่สุดพยาบาลจะเกิดความเห็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับผู้ป่วย คาร์เปอร์ (Carper, 1978) ยังระบุว่าความรู้เชิงบุคคลเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดขึ้นยากที่สุดแต่เป็นเรื่องสำคัญที่สุดสำหรับการเข้าใจความหมายของสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามความรู้เชิงบุคคลสามารถสร้างผ่านการใช้ศิลปะวรรณกรรมและการเล่าเรื่องได้ และสามารถประเมินผ่านตัวตนที่รู้และการบอกเล่าจากบุคคลอื่น จากอบส์-เครเมอร์และชิน (Jacobs-Kramer & Chinn, 1988) กล่าวว่าคำถามสำหรับความรู้ของบุคคลจะเกี่ยวกับการค้นหาความสอดคล้อง กันระหว่างการรู้ในสิ่งที่ทำและการทำในสิ่งที่รู้ หรือระหว่างตัวตนที่แท้จริงและตัวตนที่แสดงออก ความรู้เชิงบุคคลจะพบในรูปของการเปิดเผย (Opening) การเป็นศูนย์กลาง (Centering) และการประจักษ์ในความจริง (Realizing) ซึ่งความรู้ของบุคคลเกิดจาก 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ (Experiential) หมายถึงความรู้ที่เกิดจากการสัมผัสประสบการณ์ของบุคคลเอง 2) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal) และ 3) สัญชาตญาณ (Intuitive knowing) (Agan, 1987; Benner & Tanner, 1987; Rew & Barrow, 1988)

#### *ความรู้เชิงสุนทรียศาสตร์ (Aesthetics, or the art of nursing)*

ความรู้เชิงสุนทรียศาสตร์จัดว่าเป็นศิลปะของการพยาบาล เป็นสิ่งที่ทำให้รับรู้ถึงความหมาย ณ ขณะใดขณะหนึ่งและทำให้รับรู้สิ่งที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งๆที่ยังไม่ใช่ความจริง แต่ความรู้เชิงสุนทรียศาสตร์สามารถมองได้ชัดโดยผ่านการกระทำ (Wiedenbach, 1985) และความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น (Empathy) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของความรู้เชิงสุนทรียศาสตร์ ซึ่งความรู้เชิงสุนทรียศาสตร์จะพบในรูปของการแสดงออกทางศิลปะของการดูแลพยาบาล จากอบส์-เครเมอร์และชิน (Jacobs-Kramer & Chinn, 1988) กล่าวว่าคำถามสำหรับความรู้เชิง

สุนทรียศาสตร์จะเกี่ยวกับความหมายของสิ่งนั้นๆ แต่อย่างไรก็ตามรูปแบบความรู้ทางการพยาบาลเป็นองค์ประกอบของการปฏิบัติการพยาบาล และรูปแบบความรู้ทั้งหมดนี้ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ รูปแบบเหล่านี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันจนรวมกันเป็นหนึ่งเดียวและผลรวมของรูปแบบนั้นมีค่ามากกว่าการบวกกันของแต่ละรูปแบบ (Monti & Tingen, 1999) ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ถึงรูปแบบความรู้ทางการพยาบาลได้นำไปสู่การค้นหากำเนิดใหม่ของวิชาชีพในเวลาต่อมา

### อภีระบวนทัศน์ทางการพยาบาล (Metaparadigm of nursing)

อภีระบวนทัศน์ทางการพยาบาลเป็นแก่นแท้ของวิชาชีพพยาบาล เป็นแนวคิดหรือโลกทัศน์ที่แตกต่างกันไปตามแต่ละกลุ่มคนให้คำจำกัดความ อภีระบวนทัศน์มาจากคำว่า “กระบวนทัศน์” หรือ “paradigm” ซึ่งโทมัส ซามูเอล คูห์น (Thomas Samuel Kuhn) นักปรัชญาด้านวิทยาศาสตร์ได้ใช้คำนี้เป็นครั้งแรกในหนังสือของเขาที่เผยแพร่ในปี ค.ศ. 1962 ว่าหมายถึงมุมมองของวิชาชีพที่มีร่วมกันในชุมชนทางวิทยาศาสตร์ (Scientific community) (Kuhn, 1970) และได้ให้คำนิยามที่ชัดเจนในเวลาต่อมาว่า “กระบวนทัศน์” หรือ “Disciplinary matrix” หมายถึงองค์ประกอบหลายองค์ประกอบที่ยึดมั่นร่วมกันโดยผู้ปฏิบัติในวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยกฎหรือสัญลักษณ์ที่ทราบกันโดยทั่วไป การมีความเชื่อร่วมกัน การมีค่านิยมร่วมกัน (Values) รวมถึงการมีปรัชญาที่วางด้วยความจริง (Metaphysics) และคุณ (Kuhn, 1970) ยังให้ความหมายของคำว่า “กระบวนทัศน์” อีกนัยหนึ่งว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการแสวงหาคำตอบ (Exemplars) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนทัศน์ที่นักเรียนใช้ในการเรียนรู้เพื่อแก้ปัญหาผ่านการ

ประยุกต์ของผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมและกระบวนทัศน์เป็นสิ่งสำคัญในการหาคำตอบสำหรับปัญหาที่เกิดขึ้น (Monti & Tingen, 1999)

คิม (Kim, 1997) ได้ให้ความหมายของ “กระบวนทัศน์” ว่าเป็นความคิดที่เป็นวิทยาศาสตร์และบอกวัตถุประสงค์ของวิชาชีพ และฟอว์เซต (Fawcett, 2005) กล่าวว่า อภีระบวนทัศน์ทางการพยาบาล หมายถึง อัตมโนทัศน์สากลที่อธิบายปรากฏการณ์ที่สนใจในวิชาชีพ เป็นประโยคที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และเป็นส่วนที่เป็นนามธรรมที่สุดขององค์ความรู้ทางการพยาบาล และควรมีลักษณะ 1) บ่งบอกความแตกต่างของขอบเขตความรู้ของแต่ละวิชาชีพได้ 2) รวมปรากฏการณ์ที่สนใจในวิชาชีพเข้าไว้ด้วยกัน 3) มีความคิดเห็นที่เป็นกลาง และ 4) มีขอบเขตและเนื้อหาสาระที่เป็นสากล ซึ่งอภีระบวนทัศน์ทางการพยาบาลประกอบด้วย 4 แนวคิดหลักที่เป็นนามธรรม ได้แก่ 1) บุคคล (Person) 2) สิ่งแวดล้อม (Environment) 3) สุขภาพ (Health) และ 4) การพยาบาล (Nursing)

บุคคล (Person) หมายถึง คน กลุ่มคน ครอบครัว ชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล (Fawcett, 2005) หรือผู้ที่ได้รับการพยาบาล (Hickman, 1995)

สิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง ปัจจัยด้านกายภาพ เคมีและชีวภาพที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิต การเจริญเติบโตและการพัฒนาการของมนุษย์ (Webster, n.d.) หรือ บุคคลหรือสิ่งแวดล้อมทางกายภาพหรือสถานที่ที่มีการให้บริการทางการพยาบาล และอาจหมายถึง สังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคล (Fawcett, 2005) ซึ่งมิลเลอร์ (Miller, 1978) กล่าวว่า ระบบมีความสัมพันธ์และมีการปรับเปลี่ยนตามสิ่งแวดล้อม

สุขภาพ (Health) หมายถึง กระบวนการมีชีวิตหรือสิ้นสุดของมนุษย์ (Fawcett, 2005) หรือ สุข

ภาวะซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ได้รับการพยาบาลหรือพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจ (Hickman, 1995)

การพยาบาล (Nursing) หมายถึง การกระทำที่เกิดจากพยาบาล (Fawcett, 2005) ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล (Hickman, 1995)

ฟอว์เซต (Fawcett, 2005) ระบุว่าประโยชน์ความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดในอภิกระบวนทัศน์ทางการพยาบาลนี้ทำให้เกิดอัตลักษณ์ของวิชาชีพซึ่งแตกต่างจากวิชาชีพอื่น โดยสังพจน์ที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิด ซึ่งมีดังนี้

ความสัมพันธ์ที่ 1: วิชาชีพพยาบาลเกี่ยวข้องกับกฎที่ดูแลจัดการกระบวนการมีชีวิตหรือสิ้นสุดของมนุษย์

ความสัมพันธ์ที่ 2: วิชาชีพพยาบาลเกี่ยวข้องกับรูปแบบของประสบการณ์ทางสุขภาพของบุคคลในบริบทของสิ่งแวดล้อม

ความสัมพันธ์ที่ 3: วิชาชีพพยาบาลเกี่ยวข้องกับการพยาบาลหรือกระบวนการพยาบาลที่มีผลต่อบุคคล

ความสัมพันธ์ที่ 4: วิชาชีพพยาบาลเกี่ยวข้องกับการมีชีวิตหรือสิ้นสุดของมนุษย์ที่ทำให้ตระหนักว่าบุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าอภิกระบวนทัศน์ทางการพยาบาลเป็นสิ่งบ่งบอกถึงความเชื่อและการมีคุณค่าร่วมกันของวิชาชีพ การมีความเชื่อและการมีคุณค่าร่วมกันนั้นรวมถึงการให้ความเคารพในความเป็นมนุษย์ การเป็นเอกสิทธิของบุคคล ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีศักยภาพในวิชาชีพและให้การดูแลอย่างมีคุณธรรมและจริยธรรม (Monti & Tingen, 1999) ซึ่ง แมรินเนอร์ (Marriner, 1986) ได้กล่าวว่าความเชื่อที่เป็นฐานของการสร้างทฤษฎีนั้นทำให้เกิดการปรับปรุงการปฏิบัติทางการพยาบาลเนื่องจากทฤษฎีได้ให้เหตุผลของการกระทำ

## ทฤษฎีการพยาบาล

คำว่า “ทฤษฎี” หรือ “Theoria” มาจากภาษาละติน/กรีก ที่แปลว่า การมองเห็น หรือ “To see” ซึ่งนักทฤษฎีได้ให้ความหมายของคำว่าทฤษฎีส่วนมากจะคล้ายคลึงกันแต่มีบางส่วนที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการพัฒนาและการนำไปใช้ ตัวอย่างเช่น ดิคออฟและเจมส์ (Dickoff & James, 1968) กล่าวว่าทฤษฎีคือกรอบแนวคิดที่เป็นระบบหรือแนวคิดหลายแนวคิดที่มีความสัมพันธ์กันและถูกสร้างขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์บางประการ (p. 198) วอล์เกอร์และแอเวน (Walker & Avant, 1995) ระบุว่าทฤษฎีช่วยทำให้การปฏิบัติการพยาบาลก้าวหน้าขึ้นและเครมเมอร์ (Chinn & Kramers, 1995) กล่าวว่าทฤษฎี หมายถึง แนวคิดที่บอกวัตถุประสงค์และมุมมองของปรากฏการณ์อย่างเป็นระบบมู้ดี้ (Moody, 1990) กล่าวว่าทฤษฎีเป็นความจริงที่เป็นนามธรรมที่ถูกจัดไว้อย่างเป็นระบบเพื่อไว้เป็นเป้าหมายและเพิ่มความเข้มแข็งของวิชาชีพพยาบาล โคดี้ (Cody, 1994) ระบุว่าทฤษฎีการพยาบาลหมายถึงแนวคิด (Concepts) และความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดที่เรียกว่าสังพจน์ (Propositions) ที่ได้ถูกจัดไว้อย่างเป็นระบบและเป็นรากฐานในปรัชญาการพยาบาลโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติและการวิจัยทางการพยาบาลโดยเฉพาะ ซึ่งสอดคล้องกับเคอร์ลิงเจอร์ที่กล่าวว่าทฤษฎี คือ ชุดความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดที่นำเสนอความจริงหรือเหตุการณ์โดยผ่านการนำเสนอในรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเพื่ออธิบายและทำนายความจริงหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรืออาจจะเกิดขึ้น (Kerlinger, 1973) และสตีเวน (Steven, 1984) ที่กล่าวว่าทฤษฎีเป็นประโยคที่มีความหมายเพื่ออธิบายปรากฏการณ์บางปรากฏการณ์ ดังนั้นทฤษฎีจึงถูกพัฒนาขึ้นและนำมาใช้เป็นแนวทางในการอธิบายการเกิดของเหตุการณ์เพื่อให้พยาบาลเกิดพฤติกรรมที่ต้องการเมื่อเกิดเหตุการณ์

นั้นๆ และองค์ประกอบที่สำคัญของทฤษฎีระดับนี้ คือ 1) เนื้อหาในเป้าหมาย (Goal content) เพื่อให้เกิดกิจกรรม 2) การกำหนดกิจกรรมเพื่อให้ทราบถึงเนื้อหาในเป้าหมาย (Prescription) และ 3) รายการสำรวจ (Survey list) สำหรับบอกสิ่งที่ทำอยู่และเตรียมสิ่งที่จะทำในอนาคตเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมาย

ในระยะแรกของการพัฒนาการศึกษาทางการพยาบาลนั้นพบว่าทฤษฎีที่ใช้นั้นเป็นทฤษฎีที่ถูกยืมมาหรือถูกพัฒนาจากองค์ความรู้และภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพอื่นซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากเนื่องจากยังไม่มีทฤษฎีที่เป็นของวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นจึงพบว่าคำอธิบายของปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลในขณะนั้นเป็นคำอธิบายจากทฤษฎีที่ถูกพัฒนาจากวิชาชีพอื่น เช่น สังคมวิทยา จิตวิทยา สรีรวิทยา เป็นต้น ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้พยาบาลมุ่งหาคำนิยามและทฤษฎีที่เป็นของวิชาชีพ จนกระทั่งวิชาชีพพยาบาลได้พัฒนาทฤษฎีของตนเองขึ้นมาในเวลาต่อมา (Kidd & Morrison, 1988) จอห์นสัน (Johnson, 1968) ได้ให้ความหมายของทฤษฎีที่ถูกพัฒนาจากวิชาชีพอื่นว่าเป็นองค์ความรู้ที่ถูกพัฒนาจากวิชาชีพอื่นและถูกนำมาใช้ในวิชาชีพพยาบาล (Borrowed theories) เช่น ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior; Ajzen, 1985) และหากพบว่าทฤษฎีที่ถูกพัฒนาจากวิชาชีพอื่นแต่สามารถนำมาใช้ในการพยาบาลได้หากสามารถพิสูจน์ได้ว่าทฤษฎีนั้นเหมาะสมที่พยาบาลนำมาใช้ในวิชาชีพได้อย่างเหมาะสมจากการพิสูจน์โครงสร้างและแนวคิดรวมถึงการสามารถอธิบายปรากฏการณ์ทางการพยาบาลได้จึงจะถูกจัดว่าเป็นทฤษฎีที่ใช้ร่วมกันระหว่างวิชาชีพซึ่งเรียกว่า (Shared theories) เช่น ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1985) และ ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory; Bandura, 1997) เป็นต้น ในขณะที่ทฤษฎีของวิชาชีพ

พยาบาล (Unique theories) หมายถึง องค์ความรู้ที่ได้มาจากการสังเกตปรากฏการณ์หรือจากการสอบถามที่แตกต่างจากแตกต่างจากวิชาชีพอื่น ซึ่งจะพิจารณาว่าทฤษฎีนั้นๆเป็นทฤษฎีจากวิชาชีพอื่นหรือทฤษฎีของวิชาชีพพยาบาลได้นั้นจะแตกต่างกันที่องค์ความรู้ที่พัฒนาขึ้นนั้นต้องการพื้นฐานการปฏิบัติการพยาบาลที่มีอยู่หรือไม่และเป็นปัญหาทางการพยาบาลหรือไม่ อย่างไรก็ตามถึงแม้ทฤษฎีที่ถูกพัฒนาจากวิชาชีพอื่นไม่สามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติและงานวิจัยเพื่อหาคำตอบความรู้ในวิชาชีพพยาบาลได้อย่างพอเพียงแต่ยังพบว่าพยาบาลยังคงใช้ทฤษฎีที่ถูกพัฒนาจากวิชาชีพอื่นอยู่ (Villamuel et al., 1991) ควบคู่ไปกับการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาลอยู่ตลอดเวลาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

### ระยะการพัฒนาทฤษฎี (Milestones in theory development)

เมลิส (Meleis, 2012) ได้ทำการอภิปรายและสรุปประเด็นสำคัญที่ได้พบในระยะการพัฒนาทฤษฎีไว้อย่างละเอียด โดยระบุว่าทฤษฎีมีระยะพัฒนาที่เด่นชัดขึ้นมาเมื่อหลายสิบปีก่อนจนกระทั่งปี ค.ศ. 1955 ซึ่งในช่วงนั้นเป็นช่วงที่มีวารสารการวิจัยการพยาบาล (Nursing research) เกิดขึ้นจึงทำให้เกิดแรงกระตุ้นในการเป็นศาสตร์ทางการพยาบาล เนื่องจากเป้าหมายของวารสารการวิจัยการพยาบาลนั้นเพื่อรายงานการค้นคว้าทางการพยาบาลที่พยาบาลทำโดยใช้หลักทางวิทยาศาสตร์ มีเหตุและผล และถึงแม้ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล จะเป็นผู้กระตุ้นเรื่อง การวิจัยและทฤษฎีแต่ผลที่เกิดขึ้นที่เด่นชัดกลับไปที่การศึกษาและเป็นจุดเริ่มต้นของการศึกษาที่แตกต่างแขนงออกไป จนมาระยะปี ค.ศ. 1955-1960 ซึ่งถึงแม้ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล ได้เน้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพและสิ่งแวดล้อมและมีการทำวิจัยและมีทฤษฎี

เป็นกรอบแนวคิดแต่มีผลกระทบเพียงการศึกษาทางการพยาบาลเท่านั้น จนกระทั่งกลางทศวรรษที่ 1950 ซึ่งเป็นช่วงปีที่พยาบาลเริ่มมีการพัฒนาทฤษฎีพยาบาลที่ชัดเจนขึ้น คำถามเกี่ยวกับธรรมชาติของการพยาบาล พันธกิจและเป้าหมาย และบทบาทของพยาบาลทำให้นักการศึกษาทำการค้นหาคำตอบและเกิดการเปลี่ยนแปลงในการเตรียมการศึกษาและการเรียนการสอนสำหรับพยาบาล ซึ่งในช่วงนี้เกิดการพัฒนาทฤษฎีและอัตมโนทัศน์ และมุ่งเน้นพัฒนาพันธกิจให้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย

ในปี ค.ศ. 1961-1965 ได้มีการให้ความสำคัญของกระบวนการพยาบาลมากกว่าผลลัพธ์ทางการพยาบาลและความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งในระยะนี้ได้รับการสนับสนุนเงินทุนในการพัฒนาจากรัฐบาลประเทศสหรัฐอเมริกาในการจัดการศึกษาระดับปริญญาเอก และเกิดวารสารศาสตร์การพยาบาล (Nursing science) เกิดขึ้นจนในทศวรรษที่ 1970 ได้มีการพัฒนาความคิดเกี่ยวกับอภิทฤษฎี (Metatheoretical ideas) ขึ้น มีการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาลและได้ถูกเผยแพร่ทางวารสารการวิจัยการพยาบาล และพบว่าทฤษฎีการพยาบาลได้ถูกให้นิยาม มีเป้าหมายสำหรับการพัฒนาทฤษฎีและได้รับการยอมรับจากวิชาชีพอื่น และนักปรัชญาที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาลในช่วงทศวรรษนี้ คือ เจมส์ ดิคออฟ (James Dickoff) แพทริเซีย เจมส์ (Patricia James) และเออร์เนสติน ไวเดนบาค (Ernestine Wiedenbach) อย่างไรก็ตามมีนักอภิทฤษฎี (Metatheorist) ได้ตั้งคำถามเกี่ยวกับรูปแบบทฤษฎีการพยาบาลและธรรมชาติของเนื้อหาทฤษฎีที่ควรเป็นในวิชาชีพ ซึ่งนักอภิทฤษฎีคนแรกๆ คือ โรสแมรี เอลลิส (Rosemary Ellis) และเออร์เนสติน ไวเดนบาค (Ernestine Wiedenbach) (Dickoff et al., 1968)

ปี ค.ศ. 1971-1975 เป็นช่วงเวลาที่เกิดคำถามสำคัญในวิชาชีพ ดังที่กล่าวข้างต้นว่าในช่วงปี

ค.ศ. 1966-1970 ได้เริ่มมีการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาลและพยายามที่จะค้นหาโครงสร้างและองค์ประกอบของทฤษฎีได้ส่งผลให้นักอภิทฤษฎีซึ่งมีบทบาทสำคัญในระยะนี้ได้พยายามให้นิยามค้นหาคำตอบของทฤษฎีและกระบวนการวิเคราะห์และวิพากษ์ทฤษฎี นักการทฤษฎีพยาบาลไม่ได้ต้องการคำตอบว่าทฤษฎีการพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการพยาบาลหรือไม่หรือควรมีการพัฒนาทฤษฎีทางการพยาบาลหรือไม่ แต่คำถามที่นักทฤษฎีการพยาบาลให้ความสำคัญคืออะไรคือความหมายของทฤษฎี (Ellis, 1968; Walker, 1971) บนองค์ประกอบหลักใดของทฤษฎี (Hardy, 1974) และใช้วิธีใดวิเคราะห์และวิพากษ์ทฤษฎี (Duffey, & Muhlenkamp, 1974) ซึ่งในที่สุดการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาลในระยะนี้ได้รับการยอมรับจากสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา (American Nurses Association; ANA) และสหพันธ์พยาบาลแห่งชาติในประเทศสหรัฐอเมริกา (The National League for Nursing; NLN) ได้ยอมรับทฤษฎีการพยาบาลโดยได้ทำหลักสูตรที่มีทฤษฎีการพยาบาลเป็นฐานเพื่อการประกันคุณภาพการศึกษาทางการพยาบาล จึงส่งผลให้ทุกโรงเรียนพยาบาลมีการเลือกพัฒนาและประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดในการเรียนการสอนของหลักสูตรด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้จากเป้าหมายของการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาลเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลเปลี่ยนเป็นการใช้ทฤษฎีการพยาบาลเพื่อการศึกษา ดังนั้นการเขียนและการอภิปรายเกี่ยวกับทฤษฎีพยาบาลและการใช้ทฤษฎีการพยาบาลจึงเกิดขึ้นเพื่อให้นักวิชาการและนักศึกษาเข้าใจและใช้ทฤษฎีการพยาบาลในการสอนและหลักสูตร

ปี ค.ศ. 1976-1980 เป็นช่วงที่มีการนำเสนอทฤษฎีการพยาบาลโดยนักทฤษฎีการพยาบาลในการประชุมระดับชาติอย่างแพร่หลายพร้อมทั้งเกิดการรวมกลุ่มนักวิชาการเพื่อให้เกิดแนวทางในการใช้

ทฤษฎีและพัฒนาทฤษฎี ซึ่งในช่วงนี้เกิดวารสารที่สำคัญคือ วารสารความก้าวหน้าของ ศาสตร์การพยาบาล (Advances in Nursing Science) ที่เนื้อหาในวารสารส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาล โครงสร้างทฤษฎี แนวคิดทฤษฎีและการวิเคราะห์ทฤษฎี ดังนั้นคำถามในช่วงนี้มักเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นจากการใช้กระบวนการทัศน์และแนวคิดทฤษฎีการพยาบาล การอธิบายเรื่องรูปแบบของทฤษฎีการพยาบาลที่ต้องการและประเด็นปัญหาต่างๆ ของทฤษฎีพยาบาลที่พบ การอธิบายการเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติ และช่องว่างในการปฏิบัติการพยาบาล ทฤษฎีการพยาบาลและปรัชญาการพยาบาล รวมถึงมีการริเริ่มการให้คำอธิบายถึงขอบเขตและแนวคิดขององค์ความรู้ทางการพยาบาลในช่วงนี้จนไปถึงปี ค.ศ. 1981-1985 ซึ่งมีความต้องการในการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาลเพิ่มขึ้น และระยะนี้ได้มีประเทศต่างๆ ให้ความสนใจในทฤษฎีการพยาบาลซึ่งพบว่าการประชุมเกี่ยวกับทฤษฎีการพยาบาลและมีความต้องการคำปรึกษาเรื่องการสอนทฤษฎีการพยาบาลจากประเทศไทย ประเทศเกาหลีและประเทศอียิปต์ เป็นต้น ซึ่งในช่วงนี้เกี่ยวข้องกับการใช้ทฤษฎีการพยาบาลในมุมมองที่แตกต่างในด้านการวิจัยและการปฏิบัติการพยาบาล แนวคิดทางการพยาบาลและทฤษฎีการพยาบาลที่มีอยู่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาเพิ่มเติมหรือให้ความหมายที่ละเอียดมากขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่ายังมีความไม่ชัดเจนในความหมายและรูปแบบแนวคิด (Conceptual model) จนกระทั่งในช่วงปี ค.ศ. 1986-1990 ได้มีการถกเถียงระหว่างนักวิชาการสาขาปรัชญาต่างๆ ประกอบกับการวิเคราะห์และพัฒนาแนวคิดเพิ่มขึ้นจนกระทั่งเกิดการพัฒนาแนวคิดที่เชื่อมระหว่างองค์ความรู้ทางทฤษฎีการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล

ในช่วงปี ค.ศ. 1991-1995 เป็นช่วงที่มีทฤษฎีระดับกลาง (Middle range theory) เกิดขึ้นมาก เช่น ทฤษฎีความไม่แน่นอนของมิเชล (Mishel's Theory of Uncertainty; Mishel, 1990) เป็นต้น รวมถึงมีการพัฒนาทฤษฎีเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ (Situation-specific theories) ซึ่งเมเลียส (Meleis, 2012) พบว่าปี ค.ศ. 1996-2000 เป็นช่วงที่การทำงานในวิชาชีพพยาบาลมุ่งไปที่ความเหมือนหรือแตกต่างระหว่างรูปแบบการดูแลที่ดีที่สุด (Best practice) การนำงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติและการใช้งานวิจัยประยุกต์ ซึ่งในระยะนี้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากข้อมูลโคเครน (The Cochrane Database of Systematic Review) เข้ามามีบทบาทที่สำคัญในการรวบรวมข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และการนำไปใช้รวมถึงส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาล จนมาในช่วงปี ค.ศ. 2000-2005 มีทฤษฎีการพยาบาลที่ถูกพัฒนามาจากนักวิชาการที่หลากหลายทั้งเชื้อชาติและวัฒนธรรม ดังนั้นจึงพบว่าทฤษฎีการพยาบาลส่วนใหญ่ได้สะท้อนคุณค่า ความเชื่อและเป้าหมายที่แตกต่างกันไป (Salas, 2005) และในปี ค.ศ. 2006-2010 จัดว่าเป็นยุคของสหสาขาวิชาชีพและพลังของพยาบาลและวิชาชีพที่มีอิทธิพลต่อการให้การดูแลผู้ป่วย โดยพบว่าพยาบาลมีการออกสื่อโทรทัศน์และทำงานคลินิกอย่างเป็นอิสระ รวมทั้งบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในระบบสุขภาพเป็นที่ยอมรับและพบว่าการดูแลผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีและคอมพิวเตอร์ผสมผสานกับทฤษฎีการพยาบาลในการปฏิบัติการดูแลความสุขภาพสามารถส่งเสริมสุขภาพและลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้ (ดังตารางที่ 1)



### ตารางที่ 1 สรุปเหตุการณ์สำคัญในการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาล

| ปี                | เหตุการณ์                                                                                 |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| ก่อนปี ค.ศ. 1955  | จากฟลอเรนซ์ น丁เกลสู่การวิจัยทางการพยาบาล                                                  |
| ปี ค.ศ. 1955-1960 | กำเนิดทฤษฎีการพยาบาล                                                                      |
| ปี ค.ศ. 1961-1965 | ทฤษฎีกับเป้าหมายในการพยาบาล                                                               |
| ปี ค.ศ. 1966-1970 | การพัฒนาทฤษฎีกับเป้าหมายในการศึกษา                                                        |
| ปี ค.ศ. 1971-1975 | การพัฒนาทฤษฎีที่มุ่งเน้นที่การระบอบองค์ประกอบต่างๆของโครงสร้างทฤษฎีเพื่อการวิเคราะห์ทฤษฎี |
| ปี ค.ศ. 1976-1980 | การเชื่อมต่อระหว่างทฤษฎีและการวิจัย ระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติและระหว่างทฤษฎีและปรัชญา     |
| ปี ค.ศ. 1981-1985 | การนำทฤษฎีกลับมาทบทวนใหม่ทำให้เกิดประเด็นแนวคิดทางการพยาบาล                               |
| ปี ค.ศ. 1986-1990 | จากอภิทฤษฎีสู่ทฤษฎีการพยาบาลเดี่ยว                                                        |
| ปี ค.ศ. 1990-1995 | ทฤษฎีระดับกลางและทฤษฎีที่เฉพาะเจาะจงกับเหตุการณ์                                          |
| ปี ค.ศ. 1996-2000 | หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นเครื่องมือของการวิจัยไม่ใช่ทฤษฎี                                   |
| ปี ค.ศ. 2001-2005 | ความแตกต่างทางความคิด: การเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติ                              |
| ปี ค.ศ. 2006-2010 | หลักฐานเชิงประจักษ์และเทคโนโลยีคือแหล่งพลังอำนาจของพยาบาล                                 |

ที่มา: Meleis, A.I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5<sup>th</sup> ed.) (P. 67). Philadelphia: Lippincott. (ได้รับอนุญาตแปลและใช้ตารางจาก A.I. Meleis)

### ระดับของทฤษฎีการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลถูกแบ่งระดับได้หลายรูปแบบ เช่น ชินและเครเมอร์ (Chinn & Kramers, 1995) กล่าวว่าทฤษฎีมีความสำคัญในการเป็นแนวทางการศึกษาทางการพยาบาล การวิจัยและการปฏิบัติ และเพื่อให้เกิดการเชื่อมต่อระหว่างพยาบาลและหน้าที่ ดังนั้นขอบเขตของทฤษฎีสามารถแบ่งได้ตามกว้างของปรากฏการณ์และระดับความเป็นนามธรรมของอัตมโนทัศน์ ซึ่งทำให้ทฤษฎีสามารถจัดประเภทได้ เช่น ขนาดเล็ก (Micro) ขนาดใหญ่ (Macro) จนถึงขนาดโมเลกุล (Atomistic) และขนาดองค์รวม (Holistic) แต่ในบทความนี้จะกล่าวถึงการแบ่งระดับของทฤษฎีการพยาบาลตามเกณฑ์การแบ่งระดับของวอล์คเกอร์และแอเวนท์ (Walker & Avant, 1995) ที่

ระบุว่าทฤษฎีการพยาบาลสามารถแบ่งได้เป็น 4 ระดับ คือ ทฤษฎีระดับอภิทฤษฎี (Meta theory) ทฤษฎีระดับกว้าง (Grand theory) ทฤษฎีระดับกลาง (Middle range theory) และทฤษฎีระดับปฏิบัติ (Practice theory) ซึ่งมีความหมายดังนี้

#### ทฤษฎีระดับอภิทฤษฎี (Meta theory)

ทฤษฎีระดับอภิทฤษฎีเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับธรรมชาติของทฤษฎีและกระบวนการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาล (Chinn & Kramer, 1995) การอภิปรายจะเกี่ยวข้องกับความหมายของทฤษฎี องค์ประกอบที่สำคัญของทฤษฎี รวมถึงการวิเคราะห์และวิพากษ์ทฤษฎี ตัวอย่างของนักทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอภิทฤษฎี เช่น โรสแมรี เอลลิส (Rosemary Ellis)

ลอร์เรน โอซิวสกี วอลส์เกอร์ (Lorraine Olszewski Walker) ไอด้า จาคอคซ์ (Ida Jacox) มาร์ควีรี ดัฟฟี และแอนน์ เอฟ มูเลนแคมป์ (Margery Duffey & Ann F. Muhlenkamp) มาร์กาเรต ฮาร์ดี (Margaret E. Hardy) เพกกี้ แอล ชิน (Peggy L. Chinn) และแจคเกอลีน ฟอว์เซตต์ (Jacqueline Fawcett) (Im & Meleis, 1999)

#### *ทฤษฎีระดับกว้าง (Grand theory)*

ทฤษฎีระดับกว้าง เป็นทฤษฎีที่มีวัตถุประสงค์และโครงสร้างในการปฏิบัติ การพยาบาลที่กว้างเพื่อนำเสนอขอบเขตของปรากฏการณ์ที่สนใจในวิชาชีพพยาบาลและมีความเป็นนามธรรมสูงมาก ทฤษฎีระดับนี้เน้นที่การอธิบายความหมาย การพัฒนาแนวคิดและความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดที่อยู่ในอภิปรัชญา (Metapadigm) ได้แก่ บุคคล-สุขภาพ บุคคล-สิ่งแวดล้อม สุขภาพ-การพยาบาล และบุคคล-สิ่งแวดล้อม-สุขภาพ (Fawcett, 1993) ด้วยเหตุนี้ ทฤษฎีระดับกว้างจึงเหมาะกับการนำแนวคิดที่มีอยู่ในทฤษฎีไปพัฒนาและทดสอบต่อไป เอลลิส (Ellis) ระบุว่าทฤษฎีระดับกว้างจะนำไปสู่การปฏิบัติทางการพยาบาลที่กว้างมาก ในขณะที่วิสอินเทนเนอร์ (Visintainer, 1986) กล่าวว่าทฤษฎีระดับกว้างเปรียบเหมือนแผนที่ ซึ่งแผนที่นั้นอาจจะไม่มีรายละเอียดบางประการรวมอยู่ ตัวอย่างของทฤษฎีระดับกว้าง เช่น ทฤษฎีการพยาบาลของฟอเรนซ์ นิติงเกล ที่กล่าวถึงแนวคิดด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งแนวคิดทั้งสองนี้ยังต้องการข้อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดต่อไป (Nightingale, 1992) ตัวอย่างของนักทฤษฎีระดับกว้าง เช่น อิมโมจิน คิง (Imogene King) โดโรธี โอเร็ม (Dorothea Orem) และ มาร์ธา อี โรเจอร์ (Martha E. Rogers) เป็นต้น

#### *ทฤษฎีระดับกลาง (Middle range theory)*

ทฤษฎีระดับกลางมักจะเกี่ยวข้องกับบางส่วนของปรากฏการณ์ที่สนใจในวิชาชีพพยาบาล และมีความเป็นรูปธรรมมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับทฤษฎีระดับกว้าง เป็นทฤษฎีที่มีขอบเขตและจำนวนตัวแปรที่จำกัดเมื่อเปรียบเทียบกับทฤษฎีระดับกว้าง (Walker & Avant, 1995) ฟอว์เซตต์ (Fawcett, 2005) กล่าวว่า ทฤษฎีระดับกลางคือทฤษฎีที่ระบุความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดตั้งแต่ 2 แนวคิดขึ้นไป โดยจะบอกว่าปรากฏการณ์ คืออะไร อธิบายว่าทำไมถึงเกิดขึ้นและทำนายว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร ซึ่งทฤษฎีระดับกลางสามารถดึงมาจากรูปแบบแนวคิด (Conceptual model) ได้โดยตรง เช่น ทฤษฎีบรรลุเป้าหมายของคิงส์ (King's theory of goal attainment; King 1992) ที่พัฒนามาจากระบบอัตโนมัตินของคิงส์ (King's Conceptual System; King, 1971)

#### *ทฤษฎีระดับปฏิบัติ (Practice theory)*

ทฤษฎีระดับปฏิบัติ มักจะเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งและเกิดขึ้น ณ เวลาใดเวลาหนึ่งโดยเฉพาะ ซึ่งจาคอคซ์ (Jacox, 1974) ได้ให้คำจำกัดความของทฤษฎีระดับแคบว่าเป็นทฤษฎีระดับปฏิบัติที่ให้เป้าหมายการพยาบาลเพื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการหรือเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด เมลิส (Meleis, 1992) กล่าวว่าทฤษฎีระดับปฏิบัติเกิดจากการปฏิบัติในคลินิกและวัตถุประสงค์ของทฤษฎีเพื่ออธิบายการปฏิบัติการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งเมลิส (Meleis, 1997) เรียกทฤษฎีที่เฉพาะเจาะจงกับทฤษฎีพยาบาลที่เฉพาะกับเหตุการณ์และบริบทต่างๆ เหตุการณ์นั้นว่าเป็นทฤษฎีเฉพาะกับสถานการณ์ (Situation-specific theories) ในขณะที่ชินและเครเมอร์ (Chinn & Kramer, 1995) เรียก

ทฤษฎีระดับนี้ว่า ทฤษฎีระดับแคบ (Narrow range phenomena) เช่น ทฤษฎีการช่วยเหลือตนเองของ เบรเดน (Braden's self-help theory) ที่ถูกพัฒนามาจากทฤษฎีความสิ้นหวังอันเกิดจากการเรียนรู้ของ เซลิเกแมน (Seligman's learned helplessness theory) หรือ ทฤษฎีพฤติกรรมการพึ่งพาของบอลเต (Balte's instrumental passivity theory) ทฤษฎีการจัดการกับ สิ่งไร้ภายในของโรเซนบอม (Resenbaum's learned resourcefulness theory) และทฤษฎีบุคลิกภาพ เฉพาะตัวในการมีพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลของ มิลเลอร์และแมกนอน (Miller and Magnon's personal disposition theory of information seeking behavior) (Im, & Meleis, 1999)

กล่าวโดยสรุปคือ ทฤษฎีระดับกว้าง หมายถึง โครงสร้างของการพยาบาลที่ถูกจัดอย่างเป็นระบบโดยมีพันธกิจและเป้าหมายอยู่ที่การดูแล พยาบาลในขณะที่ทฤษฎีระดับกลางหมายถึงทฤษฎี ซึ่งมีขอบเขตจำกัดและมีความเป็นนามธรรมน้อยกว่า และมีเป้าหมายที่เฉพาะกับปรากฏการณ์หรืออัตมโนทัศน์มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับทฤษฎีระดับกว้าง (Meleis, 1997) และ ทฤษฎีระดับปฏิบัติมุ่งไปที่ ปรากฏการณ์ที่เฉพาะเจาะจงหรืออัตมโนทัศน์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลมีความเป็นนามธรรมน้อยกว่าและมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายสถานการณ์เฉพาะ เมื่อเปรียบเทียบกับทฤษฎีระดับกว้างและระดับกลาง (Im & Meleis, 1999)

## สรุป

ทฤษฎีการพยาบาลมีความเป็นมาและ พัฒนาการมาหลายทศวรรษ โดยเริ่มจากการค้นหา องค์ความรู้ทางการพยาบาล และพบว่าการศึกษา นั้นเป็นทั้งศิลป์และศาสตร์โดยมีรูปแบบความรู้ ได้แก่

ความรู้เชิงประจักษ์ ความรู้เชิงจริยธรรม ความรู้เชิง บุคคลและความรู้เชิงสุนทรียศาสตร์และแต่ละ รูปแบบความรู้ทางการพยาบาลเป็นองค์ประกอบของ การปฏิบัติการพยาบาลและจากความต้องการ ปรับปรุงการพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยนี้เองทำให้เกิดการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาลขึ้นมาหลายสิบปี ซึ่งทฤษฎี หมายถึง กลุ่มแนวคิดที่รวมกันอย่างเป็น ระบบโดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายเหตุการณ์ในอดีต ปรากฏการณ์ที่สนใจของวิชาชีพและเป็นแนวทางใน การทำนายปรากฏการณ์ที่คาดว่าจะเกิดในอนาคต รวมทั้งเป็นแนวทางในการควบคุมปรากฏการณ์นั้น ซึ่งทฤษฎีแบ่งได้เป็น 4 ระดับใหญ่ๆ คือ ทฤษฎีระดับ กว้าง ทฤษฎีระดับกลาง ทฤษฎีระดับอภิทฤษฎี และ ทฤษฎีระดับแคบ โดยที่ทฤษฎีระดับกว้างจะมี โครงสร้างและแนวคิดที่เป็นนามธรรมและขอบเขตที่ ใช้อธิบายหรือทำนายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นหรือ อาจะเกิดขึ้นกว้างกว่าทฤษฎีระดับกลางที่มี โครงสร้างและแนวคิดที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นและ ขอบเขตที่ใช้อธิบายหรือทำนายปรากฏการณ์ที่ เกิดขึ้นหรืออาจะเกิดขึ้นได้เฉพาะเจาะจงกับ สถานการณ์และบริบทมากกว่า

## เอกสารอ้างอิง

- Agan, R.D. (1987). Intuitive knowing as a dimension of nursing. *Advances in Nursing Science*, 10, 64-70.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhland & J. Beckman (Eds.). *Action - control: From cognitions to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg, Germany: Springer.

- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: *The Exercise of Control*. W.H. Freeman, New York.
- Benner, P., & Tanner, C. (1987). Clinical judgement: How expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*, 87, 23-31.
- Carper, B.A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1, 13-23.
- Cody, W.K. (1994). Nursing theory-guided practice: What it is and what it is not. *Nursing Science Quarterly*, 7, 144-145.
- Chinn, P. (1978). A model for theory development in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1, 1-11.
- Chinn, P., & Kramer, M. (1995). *Theory and nursing: A systematic approach* (4<sup>th</sup> ed.). St. Louis, MI: Mosby.
- Cody, W.K. (1994). Nursing theory-guided practice: What it is and what it is not. *Nursing Science Quarterly*, 7, 114-145.
- Dickoff, J., & James, P. (1968). A theory of theories: A position paper. *Nursing Research*, 17, 197-203.
- Dickoff, J., James, P., & Wiedenbach, E. (1968). Theory in a practice discipline. I. Practice oriented theory. *Nursing Research*, 17, 415-435.
- Duffey, M., & Muhlenkamp, A.F. (1974). A framework for theory analysis. *Nursing Outlook*, 22, 570-574.
- Ellis, R. (1968). Characteristics of significant theories. *Nursing Research*, 15, 12-15.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia, PA: F.A.Davis.
- Gortner, S.R. (1983). The history and philosophy of nursing science and research. *Advances in Nursing Science*, 5, 1-8.
- Hardy, M.E. (1974). The nature of theories. In M.E. Hardy (ed.) *Theoretical foundations for nursing*. New York: MSS Information.
- Hickman, J.S. (1995). An introduction to nursing theory. In J.B. George (Ed.). *Nursing theories: The base for professional nursing practice* (4<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Appleton & Lange.
- Im, E., & Meleis, A.I. (1999). Situation-specific theories: Philosophical roots, properties, and approach. *Advances in Nursing Science*, 22, 11-24.
- Jacox, A. (1974). Theory construction in nursing: An overview. *Nursing Research*, 23, 4-13.
- Jacobs - Kramer, J., & Chinn, P. (1988). Perspectives on knowing: A model of nursing knowledge. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 2, 129-139.

- Johnson, D.E. (1968). Theory in Nursing: Borrowed and unique. *Nursing Research*, 17, 206-209.
- Kerlinger, F.N. (1973). *Foundations of behavioral research* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Khun, T.S. (1970). *The structure of scientific revolutions*. (2<sup>nd</sup> ed.). Chicago: The University of Chicago Press. (Original work published in 1962).
- Kidd, P., & Morrison, E.F. (1988). The progression of knowledge in nursing: A search for meaning. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 20, 222-224.
- King, I.M. (1971). *Toward a theory for nursing*. New York: Wiley.
- King, I.M. (1992). King's theory of goal attainment. *Nursing Science Quarterly*, 5, 19-26.
- Kim, H.S. (1997). Theoretical thinking in nursing: Problems and prospects. In L.H. Nicoll (ed.). *Perspectives on nursing theory* (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Marriner, A. (1986). *Nursing theories and their work*. St. Louis: Mosby.
- Meleis, A.I. (1992). Directions for nursing theory development in the 21<sup>st</sup> century. *Nursing Science Quarterly*, 5, 112-117.
- Meleis, A.I. (1997). *Theoretical nursing: Development and progress* (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Meleis, A.I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Meleis, A.I., Iseberg, M., Koerner, J.E., Lacey, B., & Stern, P. (1995). *Diversity, marginalization, and culturally competent health care issues in knowledge development*. Washington, D.C: American Academy of Nursing.
- Miller, J.G. (1978). *Living systems*. New York: McGraw-Hill.
- Mishel, M.H. (1990). Reconceptualizing of the uncertainty in illness theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 22, 256-262.
- Monti, E.J., & Tingen, M.S. (1999). Multiple paradigms of nursing science. *Advances in Nursing Science*, 21, 64-80.
- Moody, L.E. (1990). *Advancing nursing science through research*. Vol 1. Newbury Park, California: Sage.
- Nightingale, F. (1992). *Notes on nursing*. Philadelphia: Lippincott. (Original work published in 1859).
- Orem, D. (1971). *Nursing: Concepts of practice*. New York: McGraw Hill.
- Peplau, H.E. (1988). The art and science of nursing: Similarities, differences, and relations. *Nursing Science Quarterly*, 1, 8-15.

- Rew, L., & Barrow, E.M. (1988). Intuition and decision making. *Image. Journal of Nursing Scholarship*, 20, 150-154.
- Riegel, B., Omery, A., Calvillo, E., Elsayed, N.G., Lee, P., Shuler, P., & Siegel, B.E. (1992). Moving beyond: A generative philosophy of science. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 24, 115-120.
- Rodgers, B.L. (1991). Deconstructing the dogma in nursing knowledge and practice. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 23, 177-181.
- Salas, A.S. (2005). Toward a north - south dialogue: Revisiting nursing theory (from the south). *Advances in Nursing Science*, 28, 17-24.
- Stainton, M.C. (1982). The birth of nursing science. *The Canadian Nurse*, 78, 24-28.
- Stevens, B.J. (1984). *Nursing theory, analysis, application and evaluation*. Little. Brown: Boston.
- Villarruel, A.M., Bishop, T.L., Simpson, E.M., Jemmott, L.S., & Fawcett, J. (1991). Borrowed theories, shared theories, and the advancement of nursing knowledge. *Nursing Science Quarterly*, 14, 158-163.
- Visintainer, M.A. (1986). The nature of knowledge and theory in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 18, 32-38.
- Walker, L.O. (1971). Toward a clearer understanding of the concept of nursing theory. *Nursing Research*, 20, 428-435.
- Walker, L.O. & Avant, K.O. (1995). *Strategies for theory construction in nursing* (2<sup>nd</sup> ed.). Norwalk, Connecticut: Appleton and Lange.
- Webster's online dictionary (n.d). Environment. Retrieved July11, 2013 from <http://www.websters-online-dictionary.org/definition/environment>
- White, J. (1995). Patterns of knowing: Review, critique, and update. *Advances in Nursing Science*, 17, 73-86.
- Wiedenbach, E. (1985). *Clinical nursing: A helping out*. New York, NY: Springer-Verlag.