

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้ ได้ทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพยาบาลดังนี้

1. วิวัฒนาการ แนวคิด และความสำคัญของกระบวนการพยาบาล
2. ปัญหาและอุปสรรคของการใช้กระบวนการพยาบาล
3. ทักษะ ทักษะ พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลง
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. วิวัฒนาการแนวคิด และความสำคัญของกระบวนการพยาบาล

1.1 วิวัฒนาการของกระบวนการพยาบาล

ก่อนปีคริสต์ศักราช 1960 การปฏิบัติการพยาบาลโดยทั่วไป อยู่บนพื้นฐานการเรียนรู้ด้วยการเป็นลูกมือฝึกงาน การให้การพยาบาลขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยและคำสั่งการรักษาของแพทย์ การดูแลเป็นไปในรูปแบบของแพทย์ ที่มองร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยแยกกัน เน้นการรักษาด้านร่างกายและพยาธิสภาพของโรค ทั้งแพทย์และพยาบาลต่างเชื่อว่าแพทย์เท่านั้นจึงจะรู้ว่าอะไรเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย (Christensen & Kenney, 1995) ในช่วงทศวรรษที่ 60 (1960 – 1969) ผู้นำทางการพยาบาล และนักการศึกษาพยาบาล ได้พยายามที่จะแสดงออกถึงความเป็นวิชาชีพของการพยาบาล ที่ใช้วิชาการทางวิทยาศาสตร์ในการแสวงหาความรู้และปฏิบัติวิชาชีพ ซึ่งเน้นการสังเกตได้เป็นปรนัย ข้อมูลเป็นจริงถูกต้องตามวิชาการ การวิเคราะห์ พูด ต้องเป็นเหตุเป็นผล จนกระทั่งความรู้อื่น ๆ โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับบุคคล อันรวมถึงข้อมูลอัตนัย ความรู้สึก การหยั่งรู้โดยสัญชาตญาณ (intuition) อารมณ์ และประสบการณ์ ถูกลดคุณค่าและความสำคัญไป (Henderson, 1982) ตั้งแต่ปีคริสต์ศักราช 1961 เป็นต้นมา มีผู้เสนอแนวคิด และวิธีปฏิบัติต่างๆ เช่น ออแลนโด (Orlando) เสนอเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการปฏิบัติการพยาบาล โนวส์ (Knowles) เพิ่มสาระทางวิทยาศาสตร์ที่ต้องคิดค้น เจาะลึก แยกแยะ และเลือกได้ เคลลี (Kelly) อธิบายถึงการนำข้อมูลจากอาการ อาการแสดง ประวัติการรักษา และภูมิหลังของผู้ป่วย ซึ่งต่อมาจอห์นสัน (Johnson) ได้นำแนวคิดและข้อเสนอเหล่านี้มาจัดระบบ และมีการอธิบายเป็นขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลขึ้น (พวงรัตน์, 2534) จนกระทั่งปีคริสต์ศักราช 1967 ยูราและวอลซ์ (Yura & Walsh) ได้เขียนตำรากระบวนการพยาบาลขึ้นเป็นครั้งแรก เสนอสาระของกระบวนการพยาบาลไว้ว่าประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การประเมินสภาพ การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินสภาพ และถูกกำหนด

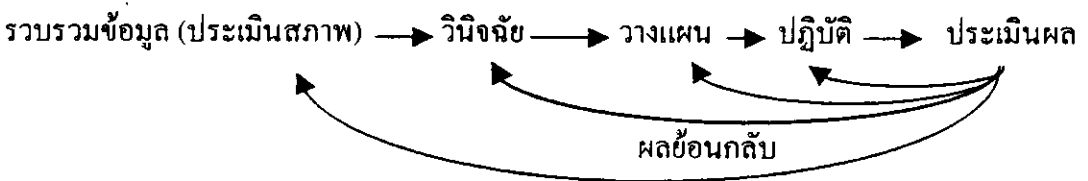
ให้เป็นกรอบในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้องตามกฎหมายในปีคริสต์ทศวรรษ 1973 พร้อมกันนั้น สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (American Nursing Association, ANA) ได้ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วย (Iyer, Taptich & Bernocchi - Losey, 1995) ในช่วงกลางทศวรรษที่ 70 มีการเพิ่มขึ้นขั้นตอนการวินิจฉัยเข้าในกระบวนการพยาบาล ทำให้กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (Bloch, 1974; Roy, 1975; Mundinger & Jauron, 1975; Aspinall, 1976 cited by Iyer, Taptich & Bernocchi - Losey, 1995) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังมีการใช้ทั้งรูปแบบ 4 ขั้นตอน (Yura & Walsh, 1988 อ้างใน สุจิตรา บรรณาธิการ, 2538) และ 5 ขั้นตอน (Wilkinson, 1996) กระบวนการพยาบาลได้รับการบรรจุเข้าในกรอบแนวคิดของหลักสูตรการพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ และรวมเข้าไว้ในคำจำกัดความของการพยาบาลในกฎหมายประกอบวิชาชีพเป็นส่วนใหญ่ด้วย นอกจากนี้ในการสอบใบประกอบวิชาชีพ มีการทดสอบความสามารถในการใช้ขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาล

สำหรับประเทศไทย ในระยะเริ่มต้นการบริการพยาบาลและการศึกษาพยาบาลยังไม่ได้แยกจากกันอย่างเด็ดขาด ทำให้ผู้นำทางการพยาบาลขณะนั้น ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบงานทั้งสองด้านต่างมีความสนใจ ที่จะนำเอากระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติงาน แต่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงใด ๆ ได้ จนมีการเปลี่ยนระบบการศึกษาพยาบาลทั่วประเทศ ประกอบกับการใช้เทคโนโลยีในการบริการผู้ป่วย อาจารย์พยาบาลจึงมีเวลาให้กับการศึกษามากขึ้น และจากการพิจารณาว่าการพัฒนาการศึกษา และวิชาชีพการพยาบาลให้ทันกับการพัฒนาด้านเทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์การแพทย์นั้น การศึกษาด้านทฤษฎีต้องใช้เวลาให้มากขึ้น และเพื่อให้พยาบาลสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์แก่การรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้มากที่สุด จึงเปลี่ยนการจัดการเรียนการสอนที่เน้นเทคนิคการปฏิบัติ และให้นักศึกษาเรียนรู้จากประสบการณ์ในคลินิกด้วยตนเองมาเป็นการแก้ปัญหา (problem - solving method) โดยการใช้กระบวนการพยาบาล (รัตนา, 2531) มีการเพิ่มเติมเนื้อหาและประยุกต์แนวคิดของกระบวนการพยาบาลไว้ในหลักสูตร ซึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเริ่มใช้เป็นแห่งแรกเมื่อปีพุทธศักราช 2514 ในรูปแบบของแผนการพยาบาล (nursing care planning) (สุจิตรา, 2529; สุจิตรา บรรณาธิการ, 2538) ปีพุทธศักราช 2522 พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์ ได้เขียนหนังสือที่เสนอสาระเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลขึ้นเป็นเล่มแรก และต่อมาท่านอื่น ๆ ได้เขียนเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล ในตำราทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น ในปีพุทธศักราช 2526 กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำคู่มือกระบวนการพยาบาลสำหรับใช้ในสถาบันบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ปีเดียวกันนี้ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราชนำไปทดลองใช้ และแพร่หลายไปมากขึ้น (พวงรัตน์, 2534; ทศนีย์ และคณะ, 2536; สุจิตรา, บรรณาธิการ, 2538) หลังจากปี 2530 ทุกสถาบันการศึกษาพยาบาลได้ใช้กระบวนการพยาบาลในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล (ครุณี, 2536) อย่างไรก็ตามก็ยังคงไม่มีการบัญญัติการใช้กระบวนการพยาบาลในกฎหมายประกอบวิชาชีพ จนกระทั่งปีพุทธศักราช 2540 เมื่อมีการแก้ไข

รัฐธรรมนูญจึงได้ตรากฎหมายว่าด้วยพระราชบัญญัติกฎหมายวิชาชีพพยาบาล กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพ ประกอบวิชาชีพโดยใช้กระบวนการพยาบาล (คณะอนุกรรมการร่างข้อบังคับและระเบียบสภาการพยาบาล, 2540)

1.2 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล เป็นวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่นำเอาหลักการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์มาใช้ร่วมกับการใช้ความคิดพินิจพิจารณา (critical thinking) ตัดสินปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ และวางแผนการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน (Iyer, Taptich & Bernocchi – Losey, 1995; Wilkinson, 1996) ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินสภาพ (assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (planning) การปฏิบัติการพยาบาล (implication) และการประเมินผล (evaluation) แต่ก็มีบางแนวคิดที่แบ่งขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลเป็น 4 ขั้นตอน โดยรวมการวินิจฉัยการพยาบาลไว้ในขั้นตอนการประเมินสภาพ (Yura & Walsh, 1988) อย่างไรก็ดี (สุจิตรา, บรรณาธิการ, 2538) คุณลักษณะของกระบวนการพยาบาล จะเป็นการปฏิบัติที่มีขั้นตอนตามลำดับ แต่เป็นวงจรที่ต่อเนื่องและสามารถย้อนกลับไปได้ทุกขั้นตอน (พวงรัตน์, 2534) ดังภาพ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนกระบวนการพยาบาล และการย้อนกลับทุกขั้นตอน (พวงรัตน์, 2534)

ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียด (Wilkinson, 1996) ดังนี้

1.2.1 การประเมินสภาพ หรือขั้นตอนค้นหาความจริง เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่ต้องรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการให้ได้ครอบคลุม และถูกต้องด้วยทักษะต่าง ๆ เพื่อนำไปวิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการได้เที่ยงตรง หลังจากนั้นนำไปจัดหมวดหมู่ (organize) ตรวจสอบ (validate) และบันทึกไว้เป็นข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ โดยไม่ต้องสรุป

1.2.2 การวินิจฉัย ว่าอะไรเป็นปัญหาของผู้รับบริการ มีปัจจัยอะไรที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น ในขั้นตอนนี้พยาบาลต้องจัดกลุ่มแบ่งหมวดหมู่ข้อมูล แล้ววิเคราะห์กลุ่มข้อมูลเพื่อระบุปัญหาสุขภาพที่มีอยู่หรือมีแนวโน้มจะเกิด รวมทั้งสิ่งที่เป็นส่วนดีหรือจุดแข็ง (strength) ของผู้รับบริการ จากนั้นเขียนปัญหาและปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาด้วยข้อความที่สั้นกระชับ

1.2.3 การวางแผนการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่พยาบาลคิดว่าต้องการให้เกิดอะไรขึ้น กับผู้รับบริการ และทำให้เกิดขึ้นได้อย่างไร ขั้นตอนการวางแผนนี้ พยาบาลทำงานร่วมกับผู้รับบริการ หรือผู้ดูแล ในการกำหนดเป้าหมายการพยาบาล หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากให้การพยาบาลแล้ว จากนั้นกำหนดกิจกรรมเพื่อการป้องกัน แก้ไขหรือบรรเทาปัญหาสุขภาพและพัฒนากิจกรรมพยาบาลเฉพาะสำหรับแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผลสุดท้ายของขั้นตอนการวางแผนมักจะเขียนไว้สำหรับใช้เป็นแผนการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามในบางกรณี การวางแผนอาจจะอยู่ในใจว่าจะทำอะไรโดยไม่ต้องเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรก็ได้ (Wright, 1992 cited by Wilkinson, 1996)

1.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล เป็นขั้นตอน การปฏิบัติ มอบหมายงาน และบันทึก พยาบาลจะสื่อสารแผนของการดูแลให้สมาชิกอื่น ๆ ของทีมสุขภาพ และนำกิจกรรมการพยาบาลที่ระบุไว้ในแผนไปดูแลผู้ป่วยหรืออาจจะมอบหมายให้ผู้อื่นไปดูแล กิจกรรมสุดท้ายคือบันทึกการดูแลที่ให้กับผู้ป่วย และผลของการปฏิบัติการพยาบาลหรือการตอบสนองของผู้ป่วยที่เรียกว่าบันทึกทางการพยาบาล (nurses' notes) หรือรายงานให้พยาบาลในผลัดต่อไป

1.2.5 การประเมินผล เป็นขั้นตอนที่ตรวจสอบว่าการพยาบาลที่ได้ผลหรือไม่ ในการดำเนินการขั้นตอนนี้ เป็นการตรวจดูความก้าวหน้าของผู้ป่วย โดยการใช้เป้าหมายการพยาบาลที่กำหนดไว้เป็นเกณฑ์ หลังจากปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลแล้ว พยาบาลจะตรวจสอบผลจากปฏิกิริยาการตอบสนองของผู้ป่วยว่ากิจกรรมนั้นทำให้บรรลุผลหรือไม่บรรลุผลสำเร็จ แผนการพยาบาลสามารถปรับปรุงแก้ไขใหม่ได้เมื่อต้องการ กระบวนการพยาบาลเป็นวงจร พยาบาลต้องตรวจสอบขั้นตอนที่ผ่านมาก่อนเสมอ ทั้งการรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัย การวางแผนและการปฏิบัติ เพื่อดูว่าอะไรมีประสิทธิภาพและอะไรควรเปลี่ยนแปลง

แม้ว่าแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล จะขึ้นกับกิจกรรมของขั้นตอนที่มาก่อนก็ตาม แต่ก็ไม่จำเป็นที่แต่ละขั้นตอนต้องเสร็จเรียบร้อยสมบูรณ์จึงจะทำขั้นตอนต่อไปได้ พยาบาลอาจจะรวบรวมข้อมูลได้บางส่วน และวินิจฉัย วางแผนและปฏิบัติแก้ไขทันที แล้วจึงมาทำการรวบรวมข้อมูลอื่นต่อก็ได้ เช่นในกรณีเหตุฉุกเฉิน หรือผู้รับบริการมีอาการเปลี่ยนแปลงทันที การที่จะใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ขึ้นกับคุณภาพและทัศนคติของพยาบาล (Wilkinson, 1996) ซึ่งคุณภาพสามารถพัฒนาได้จากการตระหนัก (awareness) ความพยายาม (effort) และปฏิบัติ (practice) เพื่อให้มีทักษะในสิ่งเหล่านี้

o ทักษะทางสติปัญญา (intellectual skill) พยาบาลจำเป็นที่จะต้องสามารถคิดทั้งด้านเป็นเหตุเป็นผล และจินตนาการ (creative) ได้ การใช้สติปัญญาส่วนนี้จึงเป็นการคิดสร้างสรรค์ คิดพินิจพิจารณา แก้ปัญหา และตัดสินใจ

o ทักษะระหว่างบุคคลต่อบุคคล (interpersonal skills) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นกิจกรรมที่เป็นคำพูดและไม่เป็นคำพูดในการสื่อสารระหว่างบุคคลกับบุคคล ความสำเร็จในการ

สร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจแก่ผู้ป่วยขึ้นกับความสามารถในการสื่อสาร เช่น การฟัง ถ่ายทอดความเห็นอกเห็นใจ สนใจ และให้ข้อมูล

o ทักษะทางเทคนิค (technical skill) พยาบาลใช้ทักษะฝีมือที่จะนำวิธีการต่าง ๆ และทำงานกับเครื่องมือทางเทคโนโลยีขั้นสูง จึงต้องชำนาญในทักษะทางเทคนิค และปฏิบัติ เพื่อให้การสนองความต้องการของผู้รับบริการประสบผลสำเร็จ และผู้ป่วยไว้วางใจ

o ความคิดสร้างสรรค์และความอยากรู้อยากเห็น (creativity and curiosity) การมีวิสัยทัศน์และความเข้าใจ มีความจำเป็นในการหาวิธีใหม่และคิดว่า ต้องถามตนเองเสมอ ๆ ว่า ทำไมทำสิ่งนี้ ทำไมทำวิธีนี้ พยาบาลที่ดีต้องเข้าใจเหตุผลของทุกกิจกรรมที่ทำ ถ้าไม่สามารถหาเหตุผลในการทำกิจกรรมหรือไม่สามารถแสดงให้เห็นว่ามีผลต่อความต้องการของผู้ป่วยแล้ว พยาบาลจะต้องหยุดทำกิจกรรมนั้น

o ความสามารถในการปรับใช้ (adaptability) มีอยู่บ่อยครั้งที่ใช้แผนที่วางไว้กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ไม่เข้ากันทั้งหมด จึงควรยืดหยุ่นพอที่จะปรับให้เข้ากับสถานการณ์ ซึ่งจริงๆ แล้วการพยาบาลต้องปรับตามความต้องการที่เปลี่ยนไปของผู้รับบริการ

1.3 ประโยชน์ของกระบวนการพยาบาล

การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลให้ประโยชน์แก่ผู้รับบริการพยาบาลและวิชาชีพการพยาบาล ดังนี้

1.3.1 ประโยชน์สำหรับผู้รับบริการ

ผู้รับบริการเป็นจุดเน้นของการพยาบาล เหตุผลที่สำคัญที่สุดสำหรับการใช้กระบวนการพยาบาลก็เพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.3.1.1 ความต่อเนื่องในการดูแล การทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลมีตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยคนหนึ่งจะได้รับการดูแลจากพยาบาลอย่างน้อย 2 หรือ 3 คน ตามแต่ตารางการทำงานของพยาบาล พยาบาลแต่ละคนมีความสามารถไม่เท่ากัน ดังนั้นแผนการพยาบาลที่เขียนไว้จะให้ความต่อเนื่องและร่วมมือกันในการดูแล ผู้รับบริการจะได้รับการแก้ปัญหาในแนวเดียวกันไม่สับสน ถ้าพยาบาลทำงานไม่ร่วมมือกันและประสานงานกัน แก้ปัญหาอย่างเดียวกันของผู้ป่วยไปคนละแบบ จะสร้างความไม่เชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยได้

1.3.1.2 ป้องกันการซ้ำซ้อนและละเลย การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ ส่งเสริมคุณภาพการดูแลไม่ให้ผิดพลาด ไม่ซ้ำซ้อนในกิจกรรมที่ทำไปแล้ว และไม่ตกหล่นละเลยกิจกรรมที่ยังไม่ได้ทำ การไม่ปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างให้ผู้รับบริการ ทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้รับบริการได้ ในขณะที่เดียวกันการทำกิจกรรมการพยาบาลเดิมซ้ำกันบ่อยๆ นอกจากจะเสียเวลาแล้ว ยังเป็นการรบกวนและสร้างความรำคาญให้ผู้รับบริการระคายเคืองอีกด้วย

1.3.1.3 การดูแลเฉพาะราย กระบวนการพยาบาลสนับสนุนการดูแลเฉพาะราย คนแต่ละคน ครอบครัวแต่ละครอบครัว ชุมชนแต่ละชุมชน มีการตอบสนองต่อโรคหรือปัญหาแตกต่างกันไป บางคนต้องการรายละเอียดของข้อมูลมาก ๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในขณะที่บางคนจะวิตกกังวลมากถ้าได้ทราบรายละเอียด บางคนวิตกกังวลแล้วอยู่ไม่นั่งร้องไห้ แต่บางคนกลับนั่งเงียบซึม แผนการพยาบาลจะชี้ประเด็นให้เห็นความเฉพาะของผู้รับบริการ ความต้องการที่เป็นเอกลักษณ์ ดังนั้นการดูแลผู้รับบริการบนพื้นฐานของการวินิจฉัยทางการแพทย์อย่างเดียวยังไม่ควรทำ

1.3.1.4 ผู้รับบริการมีส่วนร่วมมากขึ้น การรักษาพยาบาลในปัจจุบันถูกตัดทอนค่าใช้จ่ายลงมาก ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่มักนอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลาสั้นๆ และต้องช่วยเหลือตนเองให้ได้เร็วที่สุด การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่ได้หมายความว่าหายแล้ว บางคนยังต้องมีการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ดังนั้นการดูแลที่บ้านจึงรวมการดูแลที่ซับซ้อนบางอย่าง เช่น การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้อาหารทางสายยาง การได้รับออกซิเจนบำบัด เป็นต้น กระบวนการพยาบาลจะกระตุ้นผู้รับบริการและญาติ ให้มีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล เช่น ร่วมประเมินข้อมูล ตรวจสอบข้อวินิจฉัยที่ตั้งขึ้น ตั้งเป้าหมายร่วมกัน ผู้รับบริการจะได้รับความจริงว่ามีส่วนร่วมของเขามีความสำคัญ และยังสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับร่างกายของเขามากเท่าใด เขาจะสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของเขาได้มากเท่านั้น

1.3.2 ประโยชน์สำหรับพยาบาล

กระบวนการพยาบาลให้ประโยชน์แก่พยาบาลดังนี้

1.3.2.1 ความพึงพอใจในงาน สิ่งหนึ่งที่พยาบาลหวังจะได้เป็นรางวัลจากการที่ทำการพยาบาลมาจากการได้ช่วยเหลือคน เมื่อพยาบาลเห็นว่ากระบวนการพยาบาลเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือได้อย่างไร พยาบาลจะพอใจเมื่องานประสบความสำเร็จ ความพอใจในงานจะเพิ่มขึ้นเมื่อใช้แผนการพยาบาลที่ได้จากกระบวนการพยาบาล แผนการดูแลที่ดีจะช่วยลดหรือประหยัดเวลาและพลังงานของพยาบาล ลดความสับสนซึ่งเกิดจากการลองผิดลองถูก จึงเพิ่มความสามารถในการสร้างสรรค์วิธีการดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสร้างสรรค์ ป้องกันความเบื่อหน่ายจากการทำงานจำเจในแต่ละวัน รัสสิก็มีอิสระในตนเองซึ่งฟุง - คาม (Fung - Kam, 1998) สำรวจความพึงพอใจในงานของพยาบาลฮ่องกงพบว่าสิ่งที่ทำให้พึงพอใจในงานคือการได้ทำงานอย่างอิสระในตนเอง (autonomy) และมีความเป็นวิชาชีพของตน

1.3.2.2 การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ประสิทธิภาพของการใช้กระบวนการพยาบาลช่วยส่งเสริมการเรียนรู้แบบสืบเสาะ (inquiry) ค้นคว้าและต่อเนื่องเพราะพยาบาลตระหนักในหน้าที่รับผิดชอบต่อผู้รับบริการ ความตระหนักนี้จะกระตุ้นพยาบาลให้พัฒนาความรู้และทักษะให้มาก

ยิ่งขึ้น ทำให้ตัวพยาบาลเจริญในบทบาทการพยาบาล และภาคภูมิใจในความสำเร็จด้านวิชาชีพของตนเอง

1.3.2.3 เพิ่มความมั่นใจในตนเอง แผนการพยาบาลที่ดี จะกำหนดปัญหาที่เฉพาะ กำหนดเป้าหมายและความสำคัญต่อผู้รับบริการ ให้ทิศทางในการปฏิบัติ แนวทางที่เฉพาะนี้ช่วยให้พยาบาลมั่นใจในกิจกรรมการพยาบาลที่ทำ การใช้กระบวนการพยาบาลจึงเพิ่มความมั่นใจของพยาบาล และทำให้พยาบาลมีความสุขในบทบาทของตน

1.3.2.4 ในการมอบหมายงาน ผู้ป่วยในการดูแลของพยาบาล มีความแตกต่างกัน ในความต้องการการพยาบาล บางคนต้องการพยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญ บางคนต้องการการช่วยเหลือจากบุคลากรที่อยู่ภายใต้การนิเทศจากพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นการใช้แผนการพยาบาลที่เขียนไว้มาใช้ในการมอบหมายงาน จะทำให้มอบหมายงานได้เร็วขึ้น ถูกต้องและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

1.3.2.5 สร้างมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล แผนการพยาบาลที่ได้จากกระบวนการพยาบาลเมื่อนำมาปรับปรุงและใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาเหมือนกันหรือวินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน บางปัญหาสามารถใช้ด้วยกันได้ในภาพรวม ทำให้นำมาสร้างเป็นมาตรฐานการพยาบาลได้ เช่นมาตรฐานการดูแลสตรีหลังคลอด มาตรฐานการดูแลผู้ที่มีปัญหาหลอดเลือดคอสมอง

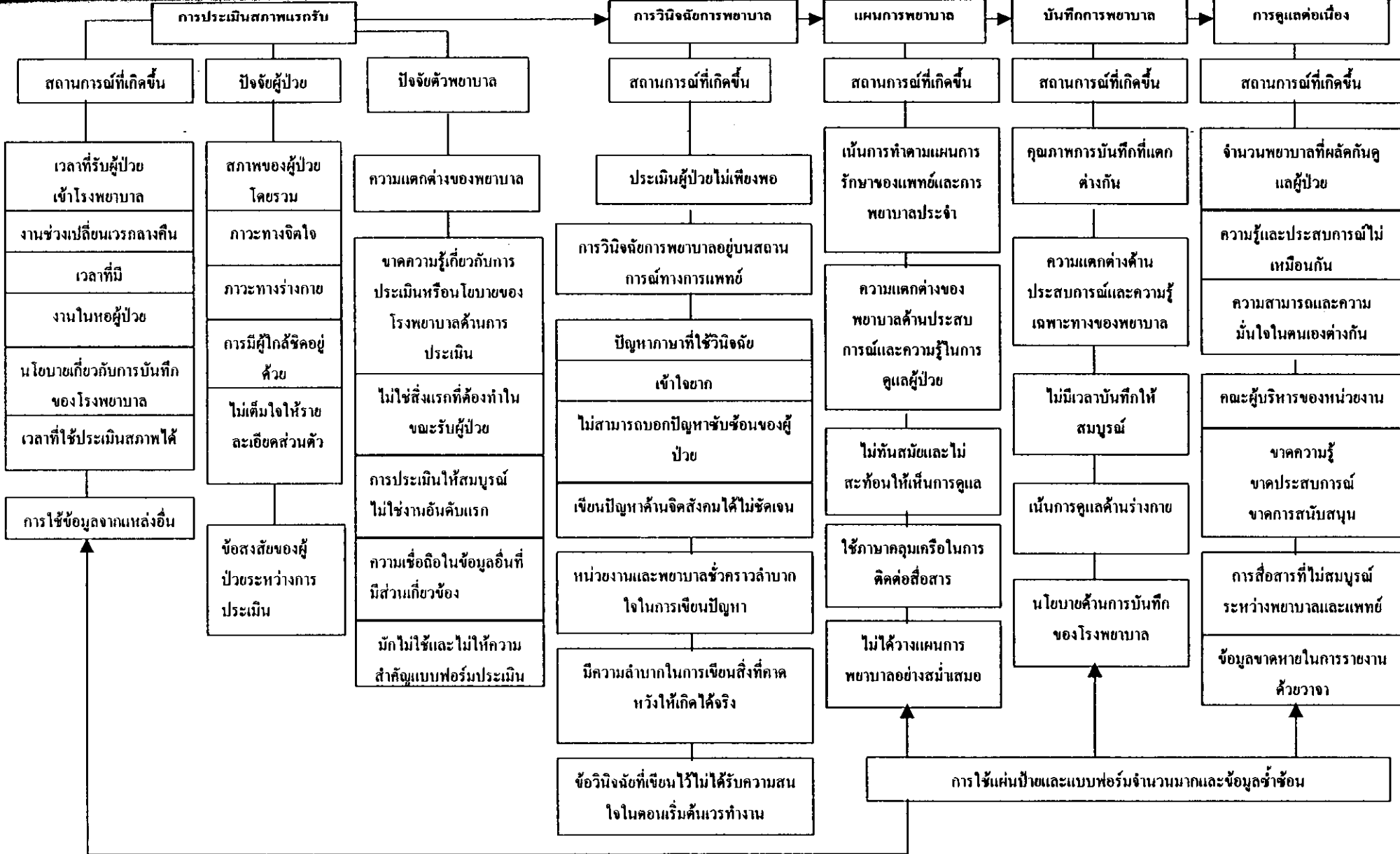
1.3.3 ประโยชน์ต่อวิชาชีพ

การพยาบาลในโรงพยาบาลหรือชุมชนที่ให้แก่ผู้รับบริการ รายบุคคล หรือรายกลุ่ม เกิดจากการปฏิบัติงานร่วมกัน ของบุคลากรพยาบาลระดับต่างๆ มารวมกันเป็นทีมเรียกว่า ทีมพยาบาล ทีมพยาบาลจะทำงานประสบผลสำเร็จได้ คือนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ เพราะมีการปฏิบัติเป็นขั้นตอน และมีความต่อเนื่อง (พวงรัตน์, 2534) ในการนำแผนการพยาบาลที่เขียนไว้ไปใช้ พยาบาลต้องพัฒนาการสื่อสาร เพื่อให้บุคลากรในทีมเข้าใจ ให้ความร่วมมือร่วมใจ ในการปฏิบัติการพยาบาลจนบรรลุผลสำเร็จ เมื่อการทำงานเป็นทีมก้าวหน้า ทุกคนจะพึงพอใจความสำเร็จของตน บรรยากาศการทำงานดี การดูแลผู้ป่วยได้ผลดี ผู้ป่วยจะใช้เวลารักษาในโรงพยาบาลน้อยลง ลดค่าใช้จ่ายของสถานบริการ เพื่อให้ผู้ใช้บริการชื่นชมและเห็นคุณค่าของการให้บริการ พยาบาลต้องแสดงให้เห็นว่า พยาบาลมีส่วนเข้าไปทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น และลดค่าใช้จ่ายด้วย

กระบวนการพยาบาลช่วยให้ประชาชนเข้าใจว่าพยาบาลทำอะไร เพราะธรรมชาติความซับซ้อนของการพยาบาล ทำให้บางครั้งพยาบาลยากจะอธิบายบทบาทเฉพาะของตนให้คนนอกวิชาชีพเข้าใจได้ มันเป็นความสำคัญที่จะต้องแสดงให้เห็นสาธารณชนและวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องเห็นชัดเจนว่า พยาบาลทำงานเพื่อสุขภาพของประชาชนเป็นรายบุคคลและชุมชน พยาบาลทำมากกว่าการช่วยแพทย์ ให้ยา และหิบบหมอนอน เช่นที่คนบางคนคิด พยาบาลสามารถใช้กระบวนการพยาบาลแสดงให้เห็นว่า พยาบาลประเมินสภาพอย่างระมัดระวังถี่ถ้วนเพียงไร ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

2. ปัญหาและอุปสรรคในการใช้กระบวนการพยาบาล

แม้ว่ากระบวนการพยาบาล จะมีประโยชน์มากมายดังได้กล่าวมาแล้ว เป็นที่ยอมรับของสถาบันการศึกษาทุกแห่ง (ครุณี, 2536) และยังได้พยายามนำไปใช้และทดลองใช้ในสถานบริการสาธารณสุขเกือบทุกแห่ง ทั้งในประเทศและต่างประเทศ แต่การที่จะใช้ได้อย่างจริงจัง สมบูรณ์ทุกขั้นตอนยังมีปัญหา (สุจิตรา, 2529; วิพร, 2532; Hildman, 1992; O' Connell, 1998; Waters & Easton, 1999) พยาบาลส่วนใหญ่มีโอกาสศึกษา และฝึกทักษะการใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล แต่เมื่อนำไปใช้จริงกลับไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากมีอุปสรรคและปัญหาในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ทักษะของพยาบาล และสถานการณ์ไม่แน่นอนที่เกิดขึ้น เป็นปัจจัยแวดล้อมในหอผู้ป่วย ที่กระทบต่อการกำหนด และติดต่อสื่อสารกันในการดูแลผู้ป่วย ซึ่ง โอ' คอนเนล (O' Connell, 1998) สรุปไว้ในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 ปัจจัยที่กระทบต่อการกำหนดและการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วย (O' Connell, 1998)

2.1 **กระบวนการพยาบาล** สิ่งที่เป็นปัญหาและอุปสรรคเกิดจากรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

2.1.1 **การประเมินสภาพ** เป็นขั้นตอนที่สำคัญอย่างยิ่ง ขั้นตอนนี้มีอุปสรรคที่จะทำใหัรวบรวมข้อมูลไม่ตรงหรือไม่สมบูรณ์ได้จากปัญหาในการสื่อสาร ซึ่งเกิดจากการใช้ภาษาไม่เหมือนกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ บางครั้งใช้ภาษาเดียวกัน แต่พยาบาลอาจใช้คำศัพท์ทางการแพทย์หรือวิชาการ หรือผู้รับบริการใช้ภาษาสแลง ภาษาดิน ก็อาจจะทำให้ทั้งสองฝ่ายสับสน นอกจากนี้ อายุ สิ่งแวดล้อม ภูมิหลัง วัฒนธรรมของผู้ป่วย ทำให้แสดงบางสิ่งบางอย่างที่ทำให้พยาบาลไม่เข้าใจได้ การใช้คำถามมีความสำคัญ ถ้าผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณถามจะไม่ให้ข้อมูลที่เป็นจริง แต่จะให้ข้อมูลที่คิดว่าดีและเหมาะสม หรือถ้าผู้ป่วยวิตกกังวล อายพยาบาล หรือไม่คิดว่าข้อมูลนั้นจะเป็นปัญหาหรือเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มีอยู่ ผู้ป่วยก็จะไม่ให้ข้อมูล หรือปิดข้อมูลนั้น ในขณะที่ทำการประเมินสภาพถ้าอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีสิ่งรบกวนหรือทำให้ไขว้เขว หรือไม่เป็นส่วนตัว ทำให้ผู้รับบริการไม่มีสมาธิในการให้ข้อมูล สิ่งเหล่านี้ทำให้ได้ข้อมูลไม่ครอบคลุมครบถ้วน และเมื่อได้ข้อมูลแล้ว แปลข้อมูลไม่ถูกต้องเที่ยงตรงเนื่องจากได้ข้อมูลไม่เพียงพอ หรือมีอคติในการตีความข้อมูล จะส่งผลถึงขั้นตอนต่อไป (สุจิตรา, 2529; พวงรัตน์, 2534; Iyer et al, 1996)

2.1.2 **การวินิจฉัยการพยาบาล** ขั้นตอนนี้เกิดจากทักษะในการตัดสินใจโดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพของพยาบาล ซึ่งวิพร (วิพร, 2532) ให้ความเห็นว่าสร้างความลำบากใจให้กับพยาบาลหลายคน เมื่อถูกกำหนดให้มีบทบาทเป็นผู้วินิจฉัยสั่งการ (diagnostician) เพราะคุ้นเคยและรับรู้ตลอดมาว่าการวินิจฉัยเป็นบทบาทของแพทย์ ส่วนใหญ่มักให้การพยาบาลอิงตามการวินิจฉัยของแพทย์มาโดยตลอด พยาบาลบางคนพยายามใช้การวินิจฉัยการพยาบาล แต่กลับต้องอาศัยและตรวจสอบกับการวินิจฉัยของแพทย์ เนื่องจากไม่เชื่อมั่นในการตัดสินใจของตนเอง เมื่อให้การวินิจฉัยแล้วก็ไม่แน่ใจว่าถูกต้องหรือไม่ เพราะ

2.1.2.1 **คำจำกัดความของการวินิจฉัยการพยาบาล** มีผู้รู้ให้ไว้มากมาย แต่ละคนก็มีหลักการและทฤษฎีซึ่งเป็นแนวทางของตนเองที่แตกต่างกัน มองเห็นสิ่งเดียวกันในคนละด้าน ไม่สามารถสรุปออกมาเป็นหนึ่งเดียว ทำให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลขาดรูปแบบเฉพาะตัวของตัวเอง ไม่มีคำจำกัดความที่แน่นอน บางครั้งไม่ชัดเจน เป็นเหตุให้ผู้ให้การวินิจฉัยมีความเห็นแตกต่างกันในปัญหาเดียวกัน (รัชณี, 2527) ทำให้เกิดความสับสนแก่พยาบาล ทั้งผู้ที่ศึกษาการวินิจฉัยการพยาบาลและผู้ให้การวินิจฉัยการพยาบาล ไปใช้ (วิพร, 2532)

2.1.2.2 **คำที่ใช้ในการวินิจฉัยทางการพยาบาล** เป็นคำเข้าใจยากเพราะเป็นศัพท์เฉพาะยึดหยุ่นไม่ได้ต้องคงอยู่กับศัพท์เหล่านั้น ไม่เป็นอิสระที่จะแสดงออกถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย (Gebbi, 1984 อ้างในพวงรัตน์, 2534) โดยเฉพาะรายการข้อวินิจฉัยซึ่งเป็นที่ยอมรับจาก NANDA (The North America Nursing Diagnosis Association) ผู้ที่นำไปใช้ต่างให้ความ

ยากในการนำไปใช้ (O'Connell, 1998; Whitley & Gulanic, 1996) นอกจากนี้การบัญญัติศัพท์ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์เป็นภาษาไทยยังไม่มีผู้ใดสร้างขึ้น (พวงรัตน์, 2534) การนำข้อวินิจฉัยซึ่งแปลจากของ NANDA มาใช้ในประเทศไทยจึงมีปัญหาในการใช้ภาษา นอกจากนี้ไม่ครอบคลุมปัญหาทั้งหมดที่พบในการปฏิบัติจริงแล้ว ยังไม่เข้ากับพื้นฐานสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อของพยาบาล และผู้ป่วยด้วย (วิพร, 2532) และเมื่อใช้สื่อสารกับวิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพก็ไม่สามารถใช้ได้

2.1.2.3 การให้การวินิจฉัยที่ผิดพลาดหรือไม่ครบถ้วน ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

2.1.2.4 การจำกัดบทบาทพยาบาลในคำจำกัดความของวินิจัยการพยาบาลที่ว่าข้อวินิจฉัยการพยาบาลคือข้อความที่บอกถึงปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งได้จากการสรุปผลจากข้อมูลสุขภาพต่าง ๆ ของผู้ป่วย และปัญหานี้สามารถแก้ไขได้โดยวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอิสระ พยาบาลสามารถรักษาได้ภายใต้สิทธิทางกฎหมาย (Wilkinson, 1996; Shoemaker, 1985 อ้างในวิพร, 2532) ทำให้ไม่สามารถกำหนดปัญหาซึ่งพยาบาลไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นบทบาทอิสระได้ แต่ในความเป็นจริงปัญหาของผู้ป่วยส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลต้องอาศัยการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาททั้งอิสระและไม่อิสระมากกว่า (รัชณี, 2527; วิพร, 2532) เฮนเดอร์สัน (Henderson, 1982) ให้ความเห็นว่าแม้ในสหรัฐอเมริกาจะมีกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการพยาบาลก็จริง ปรากฏว่าพยาบาลยังไม่สามารถทำหน้าที่ถูกต้องตามกฎหมายอย่างอิสระจากแพทย์ได้เลย พยาบาลไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้รักษาในสถานบริการสาธารณสุข และไม่สามารถวินิจฉัย หรือรักษาโรค พยาบาลไม่สามารถให้การรักษาเบื้องต้นได้ เมื่อทำการวิเคราะห์งานที่พยาบาลทำในโรงพยาบาล และหน่วยงานอื่น ๆ พบว่า งานส่วนมากไม่ใช่งานการพยาบาลซึ่งควรจะมีบุคลากรอื่นมาทำ ขณะที่พยาบาลต้องการปฏิบัติงานอย่างอิสระในตนเอง แต่ก็หลีกเลี่ยงการปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบต่าง ๆ ไม่ได้ เจ้าหน้าที่สุขภาพทุกฝ่ายรวมทั้งพยาบาลต้องปฏิบัติงานในขอบเขตที่จำกัด ซึ่งไม่สามารถจะไม่สนใจความจำกัดนี้ได้ ทำให้พยาบาลมีปัญหาในการที่จะเอาหน้าที่ที่แท้จริงของพยาบาล ใส่ให้พอดีกับขั้นตอนการแก้ปัญหาของกระบวนการพยาบาล

2.1.3 การวางแผนการพยาบาล ขั้นตอนนี้ ส่วนที่มีปัญหาและอุปสรรคในการใช้มากที่สุดคือการเขียนแผนเป็นลายลักษณ์อักษร แม้ว่าบางครั้ง โดยเฉพาะในกรณีฉุกเฉินอาจวางแผนในใจโดยไม่ต้องเขียนแผนการพยาบาลได้ (Wilkinson, 1996) แต่ประคอง (ประคอง, 2532) ให้ความเห็นว่า การวางแผนการพยาบาลโดยไม่เขียนทำให้การพยาบาลที่ได้ทำไปนั้นเหมือนสูญเปล่า เพราะไม่มีใครทราบว่าผู้ป่วยมีปัญหาอะไรบ้าง มีแผนการดูแลอย่างไร และการเขียนแผนการพยาบาลไว้มีความจำเป็นสำหรับการดูแลต่อเนื่อง นอกเหนือจากการใช้วิธีสื่อสารกันด้วยคำพูด การบอกเล่า เพราะข้อมูลมีโอกาสขาดหายไป ไม่ครอบคลุม การเขียนแผนการพยาบาลยังสะท้อนให้เห็นความก้าวหน้าของผู้ป่วย จึงใช้ประเมินผลหรือตรวจสอบคุณภาพของการพยาบาลจากบันทึกนี้ได้ ถึงกระนั้นก็ตาม

การบันทึกทางการแพทย์รวมไปถึงการเขียนแผนการพยาบาลได้รับความสนใจจากพยาบาลน้อยมาก การบันทึกเป็นไปในรูปเขียนเพื่อให้เป็นไปตามนโยบายของหน่วยงานที่กำหนด (O' Connell, 1998) เพราะมีความเห็นว่าแม้การบันทึกจะง่ายแต่ไม่สามารถบอกสิ่งที่ทำจริง ๆ ออกมาให้เห็นได้ โดยเฉพาะการประเมินผลที่รับรู้ได้จากการรู้สึก (McHugh, 1991) บางครั้งแผนการพยาบาลไม่ทันสมัยเพราะวางแผนล่วงหน้าเอามาใช้ไม่ได้หรือใช้ได้ก็เป็นในรูปทั่ว ๆ ไปมากกว่าเฉพาะเจาะจง (O' Connell, 1998) ทำให้เห็นว่าเสียเวลาโดยใช้เหตุกับงานเขียนจึงมักจะเน้นการปฏิบัติต่อผู้ป่วยมากกว่าที่จะบันทึก (สุจิตรา, 2529; ประคอง, 2532; McHugh, 1991)

2.2 ทักษะของพยาบาล

พยาบาลต้องมีทักษะด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะด้านความรู้ สติปัญญาและมีไหวพริบดี ทักษะในการตัดสินใจ ทักษะในการใช้ภาษาและการเขียน ทักษะและศิลปะในการปฏิบัติเทคนิคการพยาบาลและทักษะในการประเมิน ซึ่งจำเป็นต้องนำมาใช้ในขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาล (สุจิตรา, 2529) พยาบาลที่มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ขาดทักษะด้านความรู้ สติปัญญาและไหวพริบจะรวบรวมข้อมูลได้ไม่ครอบคลุมตรงประเด็น เมื่อไม่ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและตรงประเด็นจะวินิจฉัยได้ไม่ถูกต้องครอบคลุม (พวงรัตน์, 2534; Iyer et al, 1995) การขาดทักษะด้านการเขียนทำให้มีปัญหาในการเขียนข้อวินิจฉัยและเขียนแผนการพยาบาลให้ผู้อื่นเข้าใจ จึงมักปฏิบัติแต่ไม่บันทึก การที่พยาบาลขาดความรู้และประสบการณ์หรือไม่เพียงพอ จะเป็นอุปสรรคต่อทุกขั้นตอนของการใช้กระบวนการพยาบาลดังได้กล่าวมาแล้ว

2.3 ปัจจัยแวดล้อมในการทำงาน

พยาบาลต้องทำงานท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาของสถานการณ์ ไม่ว่าจะเป็นแผนการรักษาของแพทย์ อาการผู้ป่วย นโยบายการบันทึกของโรงพยาบาลเช่นไม่ได้บันทึกไว้ในแฟ้มเคาะ แต่มีหลายแฟ้มและข้อมูลเดียวกันของผู้ป่วยต่างกระจายอยู่ในแฟ้มต่าง ๆ ซึ่งพยาบาลต้องบันทึกให้เรียบร้อย (O' Connell, 1998) งานประจำวันและงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่การพยาบาลมีมาก (Henderson, 1982) ทำให้พยาบาลมองผู้ป่วยของตนเองเพียงบางจุด พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเฉียบพลันเช่น ผู้ป่วยอายุรกรรม หรือผู้ป่วยศัลยกรรม จะกังวลเฉพาะด้านร่างกาย และการให้ยาและไม่สนใจจิตสังคมมากนัก เพราะมุ่งทำงานประจำให้เรียบร้อย จึงดูแลผู้ป่วยโดยองค์รวม และมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางไม่ได้ (Latimer, 1995)

พยาบาลสามารถแยกความเข้าใจในผู้ป่วยของเขา ออกจากงานบนห่อผู้ป่วยแต่ละวันได้ คิดว่าพยาบาลสามารถมองผู้ป่วยอย่างมีเป้าหมายในการพยาบาลได้

3. ทักษะ การปฏิบัติ และการเปลี่ยนแปลง

3.1 ทักษะและการปฏิบัติ (Attitudes and Overt Behavior)

โดยทั่ว ๆ ไปแล้ว เชื่อกันว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ และมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคล (ประภาเพ็ญ, 2526) แม้จะมีบางการวิจัยที่ไม่ได้แสดงให้เห็นความสัมพันธ์อย่างเด่นชัด อย่างไรก็ตาม พฤติกรรม หรือการปฏิบัติไม่ได้เกิดจากการที่มีทัศนคติหรือไม่อย่างเดียวนอกจากเกิดจากองค์ประกอบอื่น ๆ เช่น การที่เขาคิดว่าเขาควรจะทำอะไร เกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานของสังคมรอบตัวหรือคนอื่นทำกันหรือไม่ นิสัยเดิม และการมองเห็นผลสืบเนื่องที่เกิดจากกระทำนั้น ทัศนคติเกี่ยวข้องกับสิ่งที่บุคคลคิด รู้สึก ความต้องการจะปฏิบัติ ทัศนคติดังกล่าวประกอบย่อย ๆ จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา และในสิ่งแวดล้อมของสังคมบางอย่างอาจทำให้ไม่แสดงพฤติกรรม เช่น แม้จะมีทัศนคติในทางบวกต่อกระบวนการพยาบาล แต่ถ้ามีความยุ่งยากในการใช้ หรือมีอุปสรรคมากการใช้ อาจจะไม่แสดงพฤติกรรม จึ่งพอสรุปได้ว่าพฤติกรรมหรือการปฏิบัติของมนุษย์เป็นผลมาจาก ทัศนคติ บรรทัดฐานของสังคม นิสัย และผลที่คาดว่าจะได้รับหลังจากปฏิบัติแล้ว ชูการ์ (Sugar, 1967 อ้างในประภาเพ็ญ, 2526) ได้ทดสอบสมมติฐานนี้พบว่าสิ่งที่เป็นตัวทำนายการปฏิบัติได้อย่างดีที่สุดคือ นิสัย และตัวทำนายที่สองได้แก่ บรรทัดฐานของสังคม และสุดท้ายได้แก่ ทัศนคติ ชูการ์จึงสรุปว่า ทัศนคติอย่างเดียวไม่สามารถจะทำนายการปฏิบัติได้ จะต้องพิจารณาร่วมกับบรรทัดฐานของสังคม และนิสัยของบุคคลนั้นด้วย และต้องพิจารณาคำว่าเราสามารถจะปฏิบัติได้ตามที่ต้องการหรือไม่ด้วย โรคิต (Rokeach, 1970 อ้างในประภาเพ็ญ, 2526) เชื่อว่าทัศนคติของบุคคลทุกอย่างมีส่วนทำให้เกิดการปฏิบัติของบุคคล เพราะความเชื่อที่รวมกันเป็นทัศนคติ จะเป็นตัวแทนของความพร้อมในการจะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยมีข้อแม้ว่า จะมีการแสดงหรือปฏิบัติได้จะต้องถูกเร้าอย่างเหมาะสมก่อน ที่จริงแล้วทัศนคติเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่จะทำนายพฤติกรรมหรือการปฏิบัติต่าง ๆ ของบุคคล แต่ไม่ได้หมายความว่า เป็นสิ่งเดียวเท่านั้น อาจมีองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย

3.2 การเปลี่ยนแปลง

การเปลี่ยนแปลงทุกชนิดเป็นผลจากการกระทำเสมอ ผลที่เกิดขึ้นอาจได้ประโยชน์แก่มนุษย์อย่างหนึ่งหรือในขณะหนึ่ง และเกิดผลเสียอย่างอื่นในกาลต่อไป (วิเชียร, 2527) การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับวัตถุทำได้ง่ายมองเห็นผลรวดเร็ว แต่การเปลี่ยนแปลงคนและโครงสร้างหรือระบบการทำงานของมนุษย์นั้นเปลี่ยนได้ยาก เพราะโคจรธรรมชาติมนุษย์ชอบการเปลี่ยนแปลง แต่มักต่อต้านการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับตนเอง ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงคน ผู้บริหารหรือผู้จะทำการ

เปลี่ยนแปลง มักจะเผชิญปัญหาการต่อต้านของมนุษย์อยู่เสมอ การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างหนึ่งในวงการวิชาชีพ พยาบาล แม้จะไม่ได้รับการต่อต้านอย่างเด่นชัด แต่ก็ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร (สุจิตรา, 2529) การจะทำให้กระบวนการพยาบาลสำเร็จลุล่วงไปได้ ต้องมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ เปลี่ยนแปลงคนด้านพฤติกรรม ค่านิยมและความเชื่อ

3.2.1 การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงใด ๆ จะเป็นผลสำเร็จได้ ผู้เปลี่ยนแปลงต้องทำให้คนที่เกี่ยวข้องมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ซึ่งยากมาก โดยเฉพาะการเปลี่ยน ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม

3.2.2 การเปลี่ยนแปลงค่านิยมและความเชื่อ พฤติกรรมมนุษย์มี 3 ประเภทใหญ่ ๆ คือ ความรู้หรือปัญญา (cognitive) การกระทำหรือทักษะ (psychomotor) และเจตคติ (affective) (ประภาเพ็ญ, 2526; วิเชียร, 2527)

3.2.2.1 พฤติกรรมด้านความรู้ หรือปัญญา (cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้ เกี่ยวข้องกับการรู้ การจำ ข้อเท็จจริงต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติ ปัญญา การใช้วิจารณญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญาประกอบด้วย ความสามารถระดับต่าง ๆ ซึ่งเริ่มต้นจากการรู้ในระดับง่าย และเพิ่มการใช้ความคิดและพัฒนาสติ ปัญญามากขึ้นเรื่อย ๆ ชั้นความสามารถมีดังนี้

- ความรู้ (knowledge)

ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึกได้ ได้ยินก็จำได้ เช่นทราบว่าความหมายของกระบวนการพยาบาลคืออะไร มีความเป็นมาอย่างไร สร้างขึ้นเพื่อประโยชน์อะไร มีองค์ประกอบอะไรบ้าง ซึ่งไม่ได้ใช้กระบวนการคิดที่ซับซ้อนมาก

- ความเข้าใจ (comprehension) เข้าใจว่าในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการ พยาบาลคืออะไร แต่ละขั้นตอนทำได้อย่างไร ต้องมีความรู้อะไรมาประกอบ

- การประยุกต์ หรือการนำความรู้ไปใช้ (application) เมื่อเข้าใจกระบวนการ พยาบาลแล้ว สามารถนำไปใช้กับสถานการณ์ที่กำหนด ในการใช้อาจรวมขั้นตอนการวิเคราะห์ ปัญหา สังเคราะห์แบบแผนหรือหลักปฏิบัติเพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ และนำไปสร้างเป็นมาตรฐานต่อไปในขั้นประเมินผล

3.2.2.2 พฤติกรรมด้านทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ (affective domain) พฤติกรรมด้านนี้หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึกชอบไม่ชอบ การให้คุณค่า ซึ่งยากต่อการอธิบาย เพราะเกิดภายในจิตใจ ยากต่อการวัดจากพฤติกรรมที่แสดงออกมาภายนอก ต้องใช้เครื่องมือพิเศษ ในการวัดพฤติกรรมเหล่านี้ การเกิดมีขั้นตอนดังนี้

- การรับหรือการให้ความสนใจ (receiving or attending) บุคคลมีความยินดีและมีภาวะจิตที่พร้อมจะรับสิ่งเร้า หรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้าอยู่แล้ว เมื่อมีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าก็จะ

รับและให้ความสนใจทันที เช่น การรับรู้และให้ความสนใจในกระบวนการพยาบาล แต่การจะชอบหรือไม่ขึ้นกับความพอใจในสิ่งเรานั้น ดังนั้นจึงอาจจะมีทัศนคติที่ดีหรือไม่ดีต่อกระบวนการพยาบาลก็ได้

o การตอบสนอง (responding) เมื่อถูกกระตุ้นแล้ว ถ้าพึงพอใจจะสนใจอย่างเต็มที่ซึ่งจะมีปฏิกิริยาตอบสนองบางอย่างจากได้รับความพอใจที่มีส่วนร่วมหรือทำกิจกรรมนั้น โดยอาจจะยินยอมทั้งที่ไม่ได้มองเห็นความจำเป็นหรือประโยชน์จากการทำกิจกรรมนั้น ๆ หรืออาจจะสมัครใจยินดีที่จะทำโดยเลือกจะทำ หรืออาจทำเนื่องจากเมื่อทำแล้วเกิดความพึงพอใจ

o การให้ค่าหรือการเกิดค่านิยม (valuing) หมายถึง สิ่งหรือภาวะการณ์ที่ทำให้คุณคามีคุณค่าต่อเขา การให้ค่าเกิดจากประสบการณ์และการประเมินค่า ซึ่งบุคคลจะแสดงการกระทำซึ่งแสดงว่าเขายอมรับว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่มีความค่า และเกิดความรู้สึกผูกพันที่จะทำตามค่านิยมนั้น เช่น เห็นว่ากระบวนการพยาบาลมีความค่า จึงต้องการพัฒนาความสามารถในการใช้ รู้สึกผูกพันและแสดงให้ผู้อื่นเห็นว่ามีความสัมพันธ์กับสิ่งที่ทำอยู่ จนเป็นนิสัยและลักษณะของพยาบาล (characterization) ซึ่งเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้าย ถ้าพิจารณาให้ชัดเจนจะเห็นว่า พฤติกรรมขั้นนี้จะเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวของบุคคลเท่านั้น แต่เขาจะปฏิบัติได้ตามแนวทางนี้หรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย

3.2.2.3 พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ หรือทักษะ (psychomotor domain) พฤติกรรมนี้เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจจะเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า คือไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คิดจะแนวอาจปฏิบัติในโอกาสต่อไป เช่น การใช้กระบวนการพยาบาล พฤติกรรมการแสดงออกนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายการศึกษากระบวนการพยาบาล ซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมระดับต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วเป็นส่วนประกอบ พฤติกรรมด้านนี้เมื่อแสดงออกมาจะสามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการจะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยระยะเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ซึ่งเป็นปัญหาของการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในส่วนของพยาบาลได้แก่ฝ่ายการพยาบาล เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้และการกระทำเป็นไปได้ไม่ยากนัก แต่เจตนาที่เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับค่านิยม อุดมการณ์หรือความเชื่อของบุคคลจึงยากที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ ผู้บริหารต้องทำให้พยาบาลยอมรับแนวคิดใหม่ และละทิ้งค่านิยม ความเชื่อเดิมเกี่ยวกับการต้องให้การดูแลผู้ป่วยภายใต้คำสั่งการรักษา (วิพร, 2532) เสียก่อนที่จะมารับค่านิยมและอุดมการณ์ใหม่ของกระบวนการพยาบาลที่ให้อิสระในการพิจารณาวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยและสั่งการพยาบาลได้อย่างอิสระภายใต้กฎหมาย (Iyer et al, 1995) พฤติกรรมใหม่จึงจะเกิดขึ้นได้ ซึ่งจะมุ่งใจให้กระทำหรือปฏิบัติตามแนวความคิดและอุดมการณ์ของกระบวนการพยาบาลได้ อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนค่านิยมและความเชื่อของคนเป็นสิ่งยากยิ่ง เพราะ

มนุษย์โดยธรรมชาติมักมีการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงทุกชนิด สิ่งที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงของมนุษย์คือ

3.3 อุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง

3.3.1 นิสัย ความเคยชินในการปฏิบัติหรือกระทำการใด ๆ ซ้ำ ๆ เป็นเวลานานทำให้พฤติกรรมนั้นฝังลึกในบุคลิกภาพ พยายามซึ่งเคยชินกับการพยาบาลแบบเดิม ๆ ย่อมไม่ต้องการจะเปลี่ยนวิธีการใหม่

3.3.2 ประสบการณ์ดั้งเดิม พฤติกรรมบางอย่างของมนุษย์เกิดขึ้น เนื่องจากการได้เห็นได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต และปฏิบัติจำเจจนฝังแน่นเป็นนิสัยไม่อาจลบล้างออกได้ ดังจะเห็นได้จากการอบรมพยาบาลเกี่ยวกับการวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผนการพยาบาลหลาย ๆ ครั้ง ซ้ำแล้วซ้ำอีก ก็ยังปรากฏว่าการเขียนแผนการพยาบาลในหอผู้ป่วยมิได้เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น (วิเชียร, 2527; ประคอง, 2532) ทั้งนี้เพราะประสบการณ์เดิมมีอำนาจสูงกว่า แม้จะยอมรับว่าวิธีการใหม่ดีกว่า

3.3.3 การเลือกรับรู้และจดจำ มนุษย์เลือกที่จะรับรู้และเลือกที่จะจดจำภายในขอบข่ายทัศนคติที่บุคคลนั้นมีอยู่ พยายามทั้งหลายเมื่อได้รับการฝึกอบรมหลักการและวิธีการของกระบวนการพยาบาลใหม่ ๆ อาจแสดงให้เห็นว่ามีความเข้าใจในแนวความคิดและวิธีการได้อย่างดี แต่มักคิดเสมอว่าทฤษฎีแต่ปฏิบัติจริงไม่ได้ (Hildman, 1992; O'Connell, 1998)

3.3.4 ความไม่เป็นอิสระ พยายามใหม่มีแนวโน้มที่จะเลียนแบบพฤติกรรม ความเชื่อถือ ค่านิยม และทัศนคติเหมือนพยาบาลรุ่นพี่ที่อยู่ใกล้ชิด แม้จะได้รับการเรียนเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลมาอย่างไร หรือไปรับการอบรมเพิ่มเติมก็อาจจะยังคงใช้วิธีการเดิม เพราะบรรยากาศของหอผู้ป่วยเดิมไม่เปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ความจำกัดในบทบาทและสิทธิในการทำหน้าที่ตามกฎหมายยังอยู่ภายใต้คำสั่งการรักษาของแพทย์เป็นส่วนใหญ่ (วิพร, 2532; Henderson, 1982; O'Connell, 1998; Latour, 1987 cited by Latimer, 1995) ทำให้พยาบาลไม่มีอิสระในการทำกิจกรรมพยาบาลให้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย การใช้กระบวนการพยาบาลจึงไม่สมบูรณ์เต็มรูปแบบ

3.3.5 ความไม่เชื่อมั่นในตนเอง เป็นผลมาจากไม่เป็นอิสระทางความคิด และความต้องการเป็นคนดี (superego) ของสังคม ซึ่งมีมาแต่ดั้งเดิม ทำให้พยาบาลรู้สึกไม่เชื่อใจตนเอง กลัวว่าความรู้สึกที่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับการใช้กระบวนการพยาบาล จะขัดแย้งกับประเพณีการทำงานที่หน่วยงานปฏิบัติกันมา จึงเบี่ยงเบนความคิดตนเอง พยายามปรับตัวให้เข้ากับสภาพที่เป็นอยู่ ไม่กล้าจะเปลี่ยนแปลงใด ๆ

3.3.6 การถอยกลับไปสู่ความหลัง มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะให้ชีวิตของตนสุขสบาย ถ้าการเปลี่ยนแปลงใดทำให้ต้องพบกับความยากลำบาก ต้องทำงานมากขึ้นกว่าเดิม เขาก็ยินดีจะใช้วิธีการเดิมเพื่อความสุขสบายของตนเองไปวัน ๆ มากกว่าที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น การใช้กระบวนการพยาบาลก็เช่นเดียวกัน โดยเฉพาะการวางแผนการพยาบาลและการบันทึกทางการ

การพยาบาลก็เช่นเดียวกัน โดยเฉพาะการวางแผนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล แม้จะรู้ว่าเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญของพยาบาล แต่เมื่อมีความยุ่งยากก็มักจะปฏิบัติแต่ไม่บันทึกหรือวางแผน (ประคอง, 2530; Hildman, 1992; McHugh, 1991)

นอกจากแรงต้านจากตัวบุคคลแล้ว ยังมีแรงต้านจากระบบสังคมเช่นประเพณีของสังคม ประเพณีเปรียบเหมือนนิสัยของบุคคลในสังคม ซึ่งบุคคลของสังคมนั้นปฏิบัติจนเคยชิน พร้อมกันนั้นก็ต้องการและหวังจะให้ตนเองและสมาชิกคนอื่นปฏิบัติในระเบียบแบบแผนเดียวกัน ขนบธรรมเนียมประเพณีจึงทำให้สมาชิกในสังคมอยู่ร่วมกัน ทำงานร่วมกันได้อย่างปกติสุข สิ่งที่มาเปลี่ยนแปลงประเพณีที่ทำกันมาทำได้ยาก เพราะสมาชิกจะไม่ยอมรับ เช่นเดียวกับการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติพยาบาล เป็นการเปลี่ยนแปลงประเพณีในสังคมการดูแลสุขภาพภาพเช่นกัน สมาชิกในทีมอาจจะต่อต้านไม่ยอมรับ ต้องหาวิธีให้สมาชิกทีมซึ่งเป็นวิชาชีพอื่นเข้าใจ และยอมรับ โดยเฉพาะแพทย์ซึ่งดูเหมือนจะเป็นผู้นำทีมสุขภาพ ให้เปลี่ยนแนวคิดและเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการ ไม่ยึดมั่นในระบบและวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงนั้นต้องไม่ทำให้เกิดผลเสียต่อการดูแลผู้ป่วย แต่จะได้ประโยชน์มากขึ้น การรักษาได้ผล

การต่อต้านในตัวบุคคลและสถาบันอาจลดลง ได้ถ้ามีวิธีเข้าถึงผู้ถูกเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม ดังนี้ (วิเชียร, 2527)

- ให้ผู้มีอำนาจสูงสุดของสถาบันหรือผู้บริหาร รู้สึกว่าเป็นโครงการของเขาเอง ก็จะทำให้การสนับสนุนเต็มที่

- ทำให้สมาชิกรู้สึกว่าเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ภาระต่าง ๆ ของตนเองน้อยลงแทนที่จะมากขึ้น

- การเปลี่ยนแปลงนั้นสอดคล้องกับค่านิยม และอุดมการณ์ของผู้รับการเปลี่ยนแปลง

- แสดงให้เห็นว่ากระบวนการพยาบาลที่นำมาใช้ ให้ประสบการณ์ใหม่ ๆ ที่อยู่ในความสนใจ

- ไม่คุกคามต่ออิสระภาพและความมั่นคงของตน

- ให้สมาชิกมีส่วนร่วม ในการพิจารณาว่าปัญหาคืออะไร ทำไมต้องเปลี่ยนแปลง สมาชิกจะได้ยอมรับด้วยความเห็นชอบและการตัดสินใจของกลุ่ม

- ทำความเข้าใจ ให้ผู้ไม่เห็นด้วยคลายความหวาดระแวงหรือวิตกกังวล

- จัดอบรมให้มีประสบการณ์ ยอมรับ เชื่อมั่น จากการทำงานกลุ่ม

- เปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนในการแก้ไขได้ สามารถนำกลับมาพิจารณาใหม่ได้หากพบข้อบกพร่อง

แมคฮิว (McHugh, 1991) ให้ความเห็นว่า ถ้าพยาบาลถูกบังคับด้วยกฎระเบียบและสายงานการบังคับบัญชาให้ใช้ระบบที่พวกเขาต่อต้านอย่างรุนแรงแล้วละก็ การดูแลที่มีคุณภาพและการมีผู้เชี่ยวชาญเกิดขึ้นจะกลายเป็นความฝัน

การจะเข้าถึงผู้ถูกเปลี่ยนแปลงได้ ผู้เปลี่ยนแปลงต้องเข้าใจกลไกการเปลี่ยนแปลงของคนเสียก่อน ซึ่งประกอบด้วย3ระยะคือ ระยะละลายพฤติกรรม หรือระยะที่เกิดแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง ระยะเริ่มตอบสนองต่อข้อมูลใหม่ มีการตัดสินใจเพื่อเลือกพฤติกรรมที่ตนต้องการเรียน เมื่อรับพฤติกรรมใหม่แล้ว อาจจะมีปัญหาว่า พฤติกรรมใหม่คงอยู่ไม่นาน ถ้าต้องการให้พฤติกรรมนี้คงที่ ต้องให้การเสริมแรง โดยจัดให้ได้ปฏิบัติ หรือฝึกฝนจนกลายเป็นบุคลิกภาพของบุคคลนั้น (วิเชียร,2527) เมื่อเข้าใจกลไกแล้วจึงวางแผนเปลี่ยนแปลงอย่างมีขั้นตอนต่อไป

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฮิลด์แมน (Hildman, 1992) ทำการวิจัยเปรียบเทียบทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพ ต่อแผนการพยาบาลที่วางไว้แล้วเป็นลายลักษณ์อักษร กับกระบวนการพยาบาล โดยศึกษาจากพยาบาลโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในรัฐมิสซิสซิปปี เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบบประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ห้า (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึงหนึ่ง (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) วิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความตรงตามเนื้อหาของกระบวนการพยาบาล และแผนการพยาบาล หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ครอนบาค แอลฟา ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง 0.74 จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าค่ามัชฌิมเลขคณิตของทัศนคติต่อกระบวนการพยาบาลและแผนการพยาบาล คือ 4.0 และ 2.4 ตามลำดับ แสดงว่า พยาบาลกลุ่มนี้มีทัศนคติทางบวกต่อกระบวนการพยาบาล มากกว่าแผนการพยาบาลที่เขียน หรือพิมพ์ไว้ เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างพบว่าไม่มีความแตกต่างของทัศนคติในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาพยาบาลเท่ากัน แต่เมื่อดูระยะเวลาในการทำงาน พบว่าพยาบาลที่ทำงานไม่เกิน 10 ปี มีทัศนคติทางบวกต่อกระบวนการพยาบาลและแผนการพยาบาล มากกว่าพยาบาลที่ทำงานมาแล้ว 10 ปีหรือมากกว่า เป็นไปได้ที่สูงว่ากระบวนการพยาบาลโดยเฉพาะแผนการพยาบาลได้ถูกเน้นในการศึกษาพยาบาลหลักสูตรปัจจุบัน มากกว่า10ปีที่แล้ว และผู้ที่จบการศึกษาใหม่ มีทัศนคติเชิงอุดมคติต่อแผนการพยาบาล มากกว่าผู้ที่มิประสบความสำเร็จการทำงานที่นานกว่า ความเชื่อว่าแผนการพยาบาลที่เขียนไว้มีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย คูเหมือนจะเสื่อมลงอย่างรวดเร็วหลังจากที่ปฏิบัติงานจนมีประสบการณ์แล้ว พยาบาลส่วนใหญ่มองแผนการพยาบาลที่วางไว้เป็นลายลักษณ์อักษรเป็นเครื่องมือในการเรียน เหมาะสำหรับการใช้ในการศึกษาพยาบาล แต่ไม่เหมาะสำหรับการปฏิบัติ โดยสรุป พยาบาลเหล่านี้มีทัศนคติเชิงบวกต่อกระบวนการพยาบาล แต่มีทัศนคติต่อแผนการพยาบาลที่เขียนหรือพิมพ์ไว้ในเชิงลบอย่างแท้จริง และส่วนใหญ่ของพยาบาลเหล่านี้ชี้ว่า เขาไม่ใช่และไม่ต้องการแผนการพยาบาลที่เขียนหรือพิมพ์ไว้ในการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ พยาบาลเหล่านี้ให้คุณค่ากระบวนการพยาบาล แต่ไม่ให้คุณค่าแผนการพยาบาลที่เขียนหรือพิมพ์ไว้

พยาบาลของพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลศิริราช เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบกลุ่มที่มีสัดส่วนเท่า ๆ กันจากทุกแผนก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องทีมการพยาบาล เจตคติต่อทีมการพยาบาล การปฏิบัติทีมการพยาบาล ความรู้เรื่องกระบวนการพยาบาล เจตคติต่อกระบวนการพยาบาล และการปฏิบัติกระบวนการพยาบาล ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าระหว่าง 0.67 - 0.87 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ (r) และเปรียบเทียบความแตกต่างในการใช้ทีมการพยาบาล และกระบวนการพยาบาลระหว่างกลุ่ม (t -test) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความรู้เรื่องทีมการพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติต่อทีมการพยาบาลและการปฏิบัติทีมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เจตคติต่อทีมการพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติทีมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้ที่มีความรู้สูงในเรื่องทีมการพยาบาลและมีคะแนนเจตคติต่อทีมการพยาบาลสูง สามารถปฏิบัติทีมการพยาบาลได้ดีกว่าผู้ที่มีคะแนนความรู้เรื่องทีมการพยาบาลต่ำ และมีคะแนนเจตคติต่อทีมการพยาบาลต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ความรู้เรื่องกระบวนการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวก กับเจตคติต่อกระบวนการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเจตคติต่อกระบวนการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกระบวนการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความรู้เรื่องกระบวนการพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกระบวนการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลที่มีความรู้เรื่องกระบวนการพยาบาลต่างกัน มีความสามารถในการนำกระบวนการพยาบาลมาปฏิบัติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พยาบาลกลุ่มที่มีคะแนนเจตคติต่อกระบวนการพยาบาลสูงสามารถนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติพยาบาลได้ดีกว่ากลุ่มที่มีคะแนนเจตคติต่อกระบวนการพยาบาลต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ความรู้เรื่องทีมการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เรื่องกระบวนการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เจตคติต่อทีมการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติต่อกระบวนการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการปฏิบัติทีมการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติกระบวนการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติทีมการพยาบาลและความสามารถในการปฏิบัติกระบวนการพยาบาลระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ และประสบการณ์การทำงานที่ต่างกันพบว่า พยาบาลกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 35 ปี และกลุ่มที่มีอายุไม่เกิน 35 ปี มีความสามารถในการปฏิบัติทีมการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความสามารถปฏิบัติกระบวนการพยาบาลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่พยาบาลกลุ่มที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 10 ปี กับไม่เกิน 10 ปี มีความสามารถในการปฏิบัติทีมการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความสามารถในการนำกระบวนการพยาบาลมาปฏิบัติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถิติ แต่มีความสามารถในการนำกระบวนการพยาบาลมาปฏิบัติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โอ' คอนเนล (O' Connell, 1998) ศึกษาการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วยเฉียบพลัน ด้วยวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนในรัฐทางตะวันตกของออสเตรเลีย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยไม่กำหนดขนาดกลุ่ม เลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informant) ที่มีความแตกต่างกันมาก ซึ่งสามารถให้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย การรวบรวมข้อมูลได้จากพยาบาลที่มีประสบการณ์ระดับต่าง ๆ กันจำนวน 50 คน จากหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมโรงพยาบาลชุมชนที่ใช้กระบวนการพยาบาล และเป็นโรงพยาบาลสำหรับการเรียนการสอนจำนวน 5 แห่ง ด้วยวิธีสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สังเกตภาคสนามและสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ และวิเคราะห์เจาะลึกบันทึกของผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้กระบวนการจัดหมวดหมู่ข้อมูลเปิด (open coding) ทฤษฎีการจัดหมวดหมู่ข้อมูล วิธีเลือกหมวดหมู่ข้อมูล และวิเคราะห์เปรียบเทียบ พบว่าสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุให้ขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการพยาบาลตามตำราไม่สามารถนำมาปฏิบัติได้ คือ ในขั้นตอนการประเมินผู้ป่วยแรกรับเข้าโรงพยาบาล พยาบาลมักลอกข้อมูลจากบันทึกของแพทย์เนื่องจากไม่มีเวลา ทำให้ได้ข้อมูลทางการพยาบาลไม่ครอบคลุมและเพียงพอ นอกจากนี้การประเมินสภาพยังขึ้นกับการพิจารณาของพยาบาลว่าสถานการณ์ใดของผู้ป่วยสำคัญ พยาบาลจะประเมินสิ่งที่คิดว่ายังขาดอยู่ไม่ได้ประเมิน หรือภาวะการณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยน ข้อมูลเดิมไม่ทันสมัย พยาบาลไม่ให้ความสำคัญในการเติมข้อมูลในแบบฟอร์มประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับให้เรียบร้อยสมบูรณ์ ปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย เวลาที่มีในการเก็บข้อมูล นโยบายการบันทึกของโรงพยาบาลมีผลต่อกระบวนการประเมินสภาพ และยังพบอีกว่าสภาวะทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อคุณภาพของข้อมูลที่ให้กับพยาบาล และสภาวะของผู้ป่วยยังมีผลต่อการเลือกที่จะทำกิจกรรมการพยาบาลอื่น หรือจะประเมินสภาพผู้ป่วยก่อน ในขั้นตอนการวินิจฉัย เนื่องจากมีข้อมูลของผู้ป่วยไม่มาก และส่วนใหญ่เป็นข้อมูลของแพทย์ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลจึงมักเป็นปัญหาด้านร่างกาย การศึกษานี้ยังพบอีกว่าข้อวินิจฉัยมักสับสน และขาดข้อตกลงเกี่ยวกับความหมาย โดยเฉพาะข้อวินิจฉัยที่ผ่านความเห็นชอบของ NANDA นำไปใช้ในการปฏิบัติได้ยาก เหตุการณ์ที่ไม่แน่นอนในหอผู้ป่วยเฉียบพลัน ข้อจำกัดของเวลา การที่พยาบาลหมุนเวียนกันดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่แน่ใจว่าปัญหาหรือข้อวินิจฉัยที่กำหนดไว้จะใช้ได้ตลอดไป จึงลำบากใจที่จะเขียนปัญหาลงในบันทึกของผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยการพยาบาลไม่สามารถนำมาใช้สื่อสารในการดูแลผู้ป่วยได้ เนื่องจากไม่บ่งบอกสภาพการณ์ของผู้ป่วย ทำให้บุคลากรพยาบาลและวิชาชีพอื่นไม่เข้าใจ ไม่สามารถแสดงให้เห็นปัญหาที่กำลังเกิดหรือมีแนวโน้มจะเกิดได้ ในส่วนแผนการพยาบาลและการบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยนั้นพบว่า การดูแลผู้ป่วยเริ่มจากคำสั่งการรักษาของแพทย์ และกิจวัตรประจำที่ตรงตามที่โรงพยาบาลกำหนด ปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยจึง

ไม่มีใครทราบและไม่ได้เขียนไว้ แผนการพยาบาลที่วางไว้เป็นลายลักษณ์อักษรไม่ทันสมัย ไม่ได้สะท้อนให้เห็นการดูแลที่ให้อยู่ เพราะอาการผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ส่วนใหญ่พยาบาลจึงใช้แผนการพยาบาลที่เขียนไว้ สำหรับการดูแลทั่ว ๆ ไปมากกว่าเฉพาะเจาะจง การดูแลเฉพาะจะถามจากผู้ป่วยหรือพยาบาลคนอื่น แผนการพยาบาลที่วางไว้เป็นลายลักษณ์อักษรจะถูกใช้น้อย เพราะบางครั้งไม่เข้าใจหรือเข้าใจยาก การบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยเน้นการดูแลด้านร่างกาย ไม่สมบูรณ์ ไม่คงเส้นคงวาด้านคุณภาพการบันทึก ทำให้ดูความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยจากบันทึกไม่ได้ การบันทึกส่วนใหญ่จะเขียนเมื่อปลายเวร เนื่องจากช่วงเวลาที่งานแต่ละเวรสั้น และพยาบาลพยายามทำงานของตนให้เรียบร้อย จึงมักรีบเขียนบางสิ่งบางอย่างลงในบันทึก พอให้เป็นไปตามนโยบายการบันทึกของโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยด้วยพยาบาลหลาย ๆ คนทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง และพยาบาลทำงานภายใต้สถานการณ์หลากหลายที่เปลี่ยนแปลงและไม่แน่นอน บางสถานการณ์ก็ไม่สามารถควบคุมการปฏิบัติงานตามความเป็นวิชาชีพได้ด้วยเหตุผลหลายประการ เช่นนโยบายของโรงพยาบาล การอาศัยคำสั่งการรักษาของบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ และการไม่มีเวลา ทำให้การดูแลผู้ป่วยด้วยคุณภาพลง ความเชื่อมั่นในความเป็นบุคคลและวิชาชีพก็ค่อยลงด้วย

วลัยพร และคณะ (2538) ทำการศึกษาทัศนคติต่อกระบวนการพยาบาลและปัญหาอุปสรรคในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทย โดยศึกษาในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ของสถาบันการศึกษาพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนจำนวน 1,479 คน ด้วยการใช้แบบสอบถาม จากการศึกษาพบว่านักศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อกระบวนการพยาบาลโดยรวม เมื่อศึกษาเป็นรายข้อพบว่า นักศึกษามีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการประเมินสภาพผู้รับบริการ ซึ่งนักศึกษาคิดว่าเป็นขั้นตอนที่ยากเพราะต้องอาศัยความรู้และทักษะหลายด้าน นักศึกษามีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการวินิจฉัยการพยาบาลเนื่องจากเป็นขั้นตอนที่ทำความเข้าใจยากที่สุด และทัศนคติที่ไม่ดีต่อการวางแผนการพยาบาลเพราะค่อนข้างยาวไม่กระชับรัดเท่าที่ควร เนื่องจากมีกิจกรรมการพยาบาลบางส่วนเหมือนกันแม้ว่าข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะต่างกัน ทำให้การเขียนกิจกรรมการพยาบาลซ้ำกัน และยังพบว่านักศึกษาเห็นด้วยกับความคิดที่ว่า สามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการทำงานโดยไม่จำเป็นต้องเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร

ในส่วนปัญหาและอุปสรรคนั้น นักศึกษาคิดว่าการใช้กระบวนการพยาบาลโดยรวมมีปัญหาและอุปสรรคมาก เมื่อจำแนกตามกลุ่มของปัญหาและอุปสรรค พบว่าสิ่งที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการใช้กระบวนการพยาบาลในระดับมาก ได้แก่การขาดความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลขั้นตอนการประเมินสภาพ การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล การขาดความเข้าใจในภาษาอังกฤษทำให้มีข้อจำกัดในการใช้กระบวนการพยาบาล การขาดทักษะในการประเมินสภาพ ใช้เวลามากในการเขียนแผนการพยาบาลก่อนขึ้นฝึก ซึ่งส่งผลกระทบต่อการศึกษาฝึกปฏิบัติงาน แบบฟอร์มการประเมินสภาพมีหลายรูปแบบต้องใช้เวลาใน

การทำความเข้าใจ แบบฟอร์มที่มีรายละเอียดที่ต้องประเมินมาก ต้องใช้เวลาในการประเมินมาก งานที่ได้รับมอบหมายขณะฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยมีมากเกินไปไม่เหมาะสมกับเวลาที่ดูแลผู้รับบริการ ซึ่งเป็นช่วงสั้นและไม่ต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถนำกิจกรรมการพยาบาลที่ระบุไว้ในแผนการพยาบาลไปปฏิบัติได้ทั้งหมด และไม่เห็นผลที่เกิดกับผู้รับบริการด้วย สำหรับแหล่งสนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาล นักศึกษาเห็นว่าสถานที่ฝึกปฏิบัติงานไม่ได้ใช้กระบวนการพยาบาล จึงขาดการสนับสนุนด้านข้อมูลของผู้รับบริการ พยาบาลวิชาชีพบนหอผู้ป่วยขาดความรู้อย่างเพียงพอเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล ทำให้มีข้อจำกัดในการให้คำแนะนำปรึกษาแก่นักศึกษา นอกจากนี้ตำราภาษาไทยที่จะนำมาใช้เขียนแผนการพยาบาลมีไม่พอเพียง รวมไปถึงการเรียนการสอน พบว่าการเรียนการสอนภาคทฤษฎีในวิชาการพยาบาลต่าง ๆ ไม่ได้สอนโดยใช้กระบวนการพยาบาล ทำให้มีปัญหาในการนำไปใช้กับผู้รับบริการ และยังมีปัญหาด้านความเข้าใจไม่ตรงกันเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลระหว่างอาจารย์ผู้สอนแต่ละคน ทำให้นักศึกษาสับสน

สำหรับสิ่งที่เป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาในระดับปานกลาง ได้แก่ การขาดความรู้ ความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับการปฏิบัติกรพยาบาล การประเมินผลขาดทักษะในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล การไม่สามารถเขียนเป้าหมายการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินได้ และการมีทัศนคติไม่ดีนักเกี่ยวกับการเห็นความสำคัญ ข้อดีหรือผลประโยชน์ที่แท้จริงของกระบวนการพยาบาลที่มีต่อวิชาชีพการพยาบาล

ฟุง - คาม (Fung - Kam, 1998) ศึกษาความพึงพอใจในงานและความต้องการความเป็นอิสระในตนเองของพยาบาลวิชาชีพในฮ่องกงจำนวน 190 คน โดยใช้การวิจัยเชิงสำรวจ โดยศึกษาความพึงพอใจในองค์ประกอบ 6 ด้านของงาน คือ ความเป็นอิสระในตนเอง สภาวะวิชาชีพ รายได้ ปฏิสัมพันธ์ ความต้องการงาน และนโยบายของหน่วยงาน เป็นดัชนีชี้วัดความพอใจในงาน จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่พึงพอใจมากกว่าพึงพอใจ พยาบาลเห็นความสำคัญองค์ประกอบของงานในส่วนอิสระในตนเอง (autonomy) สถานะวิชาชีพ และเงินเดือน มากกว่าปฏิสัมพันธ์ ความต้องการงาน และนโยบายขององค์กร แสดงว่าความพึงพอใจในงานขึ้นกับ ความมีอิสระในตนเองในการทำงาน ความเป็นวิชาชีพ และเงินเดือน

วอเตอร์และอีสตัน (Waters & Easton, 1999) ศึกษาการนำแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายไปใช้ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการสังเกต สัมภาษณ์ และเทปบันทึก ผู้ป่วย 3 คน พยาบาล 12 คน จากการวิเคราะห์พบว่าการดูแลผู้ป่วยใช้ระบบพยาบาลเวชปฏิบัติ (primary nursing) และทีมการพยาบาลปนกัน จากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลไปตามกิจวัตรประจำวัน การขอความช่วยเหลือจากพยาบาลค่อนข้างยาก พยาบาลจะเน้นการให้ผู้ป่วยใช้ศักยภาพของตนเองมากที่สุดเป็นอันดับแรกไว้ในแผนการพยาบาล พยาบาลไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย จึงมักไม่วาง

แผนการพยาบาล ถ้าผู้ป่วยจำเป็นต้องมีแผนการดูแล พยาบาลจะรายงานแพทย์และคอยทำตามคำสั่งของแพทย์ การวางแผนการพยาบาลในระหว่างช่วงการทำงานแทบเป็นไปไม่ได้ เนื่องจากมีเหตุการณ์ไม่คาดคิดเกิดขึ้นเสมอ แผนการพยาบาลที่เขียนไว้ทำให้พยาบาลคับข้องใจ และใช้น้อย พยาบาลบางคนอาจจะใช้แผนการพยาบาลที่วางไว้ล่วงหน้า แต่จะใช้เมื่อปลายเวร เพื่อตรวจสอบกิจกรรมพยาบาลที่ได้ให้ผู้ป่วยไป การใช้แผนการพยาบาลที่เขียนไว้ล่วงหน้าเวลาเริ่มต้นเวร เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลมีน้อยมาก แผนการพยาบาลที่เขียนไว้ก่อนแทบไม่มีความสำคัญสำหรับพยาบาล พยาบาลจะกระตุ้นให้นักศึกษาอ่านแผนการพยาบาล ส่วนพยาบาลซึ่งต้องทำเป็นตัวอย่างนั้นอ่านแผนการพยาบาลน้อยมาก บางคนไม่แน่ใจว่าแผนการพยาบาลมีความสำคัญและจำเป็นจากการสังเกตพบว่านักศึกษาพยาบาลเท่านั้นที่ใช้แผนการพยาบาลในการบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย ใช้รายงานประกอบการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยตอนเริ่มเวร การตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาส่วนใหญ่เกี่ยวกับสุขอนามัยของผู้ป่วย เมื่อมีการส่งเวรข้างเคียง การอภิปรายเกี่ยวกับการดูแลมีน้อยมาก และนักศึกษาจะดูแลผู้ป่วยหนึ่งหรือสองคน

จากการศึกษายังพบว่า ปัญหาในการนำแผนการพยาบาลไปใช้ยังเกิดจากการไม่ได้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง ต้องทำงานด้านประสานงานซึ่งทำให้การดูแลผู้ป่วยลดลง และทำให้คับข้องใจ เหตุการณ์ที่อยู่เหนือความคาดหมายทำให้การวางแผนเป็นรายบุคคลมีปัญหา และพยาบาลต้องการเวลาที่จะได้อยู่กับผู้ป่วยมากกว่านี้เพื่อทำประโยชน์ให้มากที่สุด

เทย์เลอร์ (Tayler, 1998) ศึกษาการใช้กระบวนการแก้ปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วย การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลชำนาญการ และนักศึกษาพยาบาลที่ทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม และหอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ จำนวน 80 คน ได้ข้อมูลสำหรับวิเคราะห์ 33 กลุ่ม จากนักศึกษา 18 กลุ่มข้อมูล พยาบาลชำนาญการ 15 กลุ่มข้อมูล ทำการวิเคราะห์โดยจัดหมวดหมู่ข้อมูล และใช้วิธีการวิเคราะห์ของไมล์ และฮิวเบอร์แมน (Miles & Huberman) พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้ข้อมูลจากการส่งเวรมากที่สุด แตกต่างกันที่กลุ่มพยาบาลประจำ การใช้ข้อมูลนี้เป็นแหล่งข้อมูลเริ่มต้นและในการดำเนินการต่อไป และมีความสามารถในการถามคำถามลึกซึ้งซึ่งระหว่างการส่งเวร ส่วนนักศึกษาไม่สามารถปฏิสัมพันธ์ระหว่างการส่งเวรได้ เพราะรับข้อมูลได้น้อยเนื่องจากมีความจำกัดด้านประสบการณ์ แม้ว่าจะสนใจการส่งเวร ส่วนมากไม่เข้าใจความหมายของข้อมูล จึงมีแนวโน้มจะเชื่อสิ่งที่บันทึกในแฟ้ม ประมาณหนึ่งในสามของนักศึกษาอาศัยข้อมูลจากในแฟ้ม แต่พบว่านักศึกษาไม่ได้ชอบบันทึกความก้าวหน้าหรือแผนการพยาบาลมากกว่ากัน ข้อมูลในแฟ้มให้แนวทางนักศึกษาทราบว่าทำอะไรให้ผู้ป่วยไปแล้ว แต่ไม่มีรายละเอียดเพียงพอที่จะช่วยนักศึกษาว่าจะทำอย่างไร นักศึกษาจะอ่านข้อมูลทั่ว ๆ ไปไม่มีจุดมุ่งหมายเฉพาะและจะเก็บข้อมูลได้เฉพาะที่ชัดเจนมาก ๆ ขณะที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมากกว่าสองในสามใช้บันทึกและได้ข้อมูลต่าง ๆ กว้างกว่า กลุ่มนี้ชอบบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยมากกว่าแผนการ

พยาบาล และอ่านส่วนที่เฉพาะของบันทึกเพื่อเอาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคำถามหรือความสนใจที่เขาตั้งสมมติฐานไว้

นักศึกษารวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลอื่น ๆ ขณะที่พยาบาลประเมินจากผู้ที่อยู่ในหอผู้ป่วย แพทย์มากที่สุด ตามด้วยพยาบาลหัวหน้าเวร

จากการสรุป ข้อมูลก่อนพบผู้ป่วยช่วยให้พยาบาลได้ข้อมูลกว้าง ๆ ก่อนพบผู้ป่วยโดยตรง ผู้ชำนาญการใช้ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ผสมผสานกับความรู้เดิม ขณะที่นักศึกษารวบรวมข้อมูลทั่วไป และไม่สามารถเชื่อมโยงแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้เห็นภาพผู้ป่วยที่สมบูรณ์ได้ จากการศึกษาพบว่านักศึกษารวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยได้น้อยมาก เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับความคิดปกติทางคลินิกทำให้ไม่สามารถรู้ความหมายของอาการและอาการแสดงไม่ทราบว่าเป็นปัญหา ต่างกับพยาบาลที่ทราบอาการและอาการแสดง สามารถนำมาแปลความได้อย่างมีประสิทธิภาพ และขณะให้การพยาบาล พยาบาลสามารถรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตสีหน้า และการเล่าอาการของผู้ป่วย ทำให้ทราบว่าปัญหาอะไรหรือมีพยาธิสรีระที่ใด

สำหรับการตั้งปัญหานักศึกษาจะใช้ข้อมูลเพียงหนึ่งชิ้นข้อมูลมาตั้งสมมติฐาน โดยไม่สนใจข้อมูลที่ไม่เข้ากัน ในการศึกษานี้นักศึกษาจะไม่คุยกับผู้ป่วยระหว่างให้การพยาบาล และไม่ตรวจสอบหรือประเมินข้อมูลอื่น ๆ ต่างกับพยาบาลที่ใช้ข้อมูลหลาย ๆ ข้อมูล ตั้งหลาย ๆ สมมติฐาน เมื่อต้องแก้ปัญหา นักศึกษาจะกังวลเรื่องความสามารถของตนเองในการทำงานมากกว่า และจะพยายามทำการพยาบาลให้ดี พยาบาลจะใช้การพยาบาลเป็นโอกาสในการประเมินสภาพเพื่อได้ข้อมูลมาวางแผนในการให้การพยาบาลต่อไป นักศึกษาจะไม่ใช้กระบวนการแก้ปัญหาแต่จะใช้วิธีเลียนแบบสิ่งที่ทำมาก่อน ประรณานจะให้เหมือนพยาบาลจึงพยายามทำกิจกรรมให้เหมือนซึ่งกระทบความสามารถในการแก้ปัญหาของนักศึกษาอย่างมาก

วิทเลย์ และกุลานิก (Whitley & Gulanic, 1996) ดำรวจการใช้ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการพยาบาลของพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐอิลลินอยส์ เพื่อศึกษาการใช้ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ปัจจัยที่สนับสนุนและอุปสรรคในการใช้ข้อวินิจฉัยการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลในโรงพยาบาลทุกแห่งในรัฐอิลลินอยส์ จำนวน 239 แห่ง เครื่องมือเป็นแบบสำรวจประกอบด้วยคำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิด ได้รับแบบสำรวจกลับคืนจากโรงพยาบาล 139 แห่ง โรงพยาบาลเหล่านี้ใช้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยที่ผ่านการรับรองของ NANDA ผลการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่ให้ข้อคิดเห็นว่าไม่สามารถใช้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลให้ไปด้วกันกับมาตรฐานการพยาบาลที่กำหนดไว้ในการประกันคุณภาพของโรงพยาบาลได้ ความสามารถในการตั้งข้อวินิจฉัยของพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับธรรมดาจนถึงดีร้อยละ 89 ส่วนที่ดีเยี่ยมมีเพียงร้อยละ 4.6 อุปสรรคในการใช้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้แก่ ไม่มีการศึกษาต่อเนื่องเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล ขาดการกระตุ้นการเรียนรู้เกี่ยวกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล พยาบาลมีความ

ยุ่งยากในการปรับใช้ โดยเฉพาะพยาบาลรุ่นเก่า มีปัญหาในการใช้คำให้เหมาะกับศัพท์ของ NANDA ในหน่วยงานเฉพาะ ได้รับการต่อต้านหรือไม่เห็นด้วยและไม่ยอมรับจากแพทย์และบุคลากรอื่น เมื่อถูกถามถึงความช่วยเหลือเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างต้องการการศึกษาต่อเนื่องเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลในคอมพิวเตอร์ และแหล่งให้คำปรึกษา