

ประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ

นางสาวพรานภา ภูรัตนกรกุล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

EXPERIENCES OF BEING A PERIOPERATIVE NURSE WORKING
IN A TERTIARY GOVERNMENT HOSPITAL

Miss Prownapa Phurattanakornkun

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration

Faculty of Nursing Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานใน
	โรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ
โดย	นางสาวพรวนภา ภูรัตนกรกุล
สาขาวิชา	การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารการพยาบาล

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(พันโทหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์)

พรพรรณภา ภู่วรรณการกุล: ประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
 ตติยภูมิของรัฐ (EXPERIENCES OF BEING A PERIOPERATIVE NURSE WORKING
 IN A TERTIARY GOVERNMENT HOSPITAL) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก :
 ผศ. ดร. อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 198 หน้า

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
 ตติยภูมิของรัฐ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Heidegger คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล
 แบบเจาะจง โดยผู้ให้ข้อมูลคือ พยาบาลผ่าตัดที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 3 ปีขึ้นไป จำนวน 14 คน
 รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ร่วมกับการบันทึกเทป นำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ
 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ตามวิธีการของ Crist และ Tanner

ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ของพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ
 แบ่งเป็น 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. เป็นพยาบาล OR เพราะว่างานน่าสนใจ ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1.1) งานบริการเป็น
 รายๆ เสร็จแล้วเสร็จเลย และ 1.2) ทำหยาดี มีส่วนร่วมการตัดสินใจ

2. เข้าห้องผ่าตัดใหม่ๆ ต้องใช้การเรียนรู้ ประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย คือ 2.1) ทำงานใหม่ๆ ตื่นเต้น
 กังวลใจ เครียดไปทุกอย่าง 2.2) สงสัยไถ่ถาม ฝึกทำตามพี่เลี้ยงสอน บางขั้นตอนฝึกหัดทำบ่อยๆ ค่อยๆ เรียนรู้
 งาน 2.3) หนังสือต้องให้อ่าน ศึกษางานทันสมัย เทคโนโลยีใหม่ๆ เรียนรู้ไว้ได้ใช้งาน และ 2.4) สะสม
 ประสบการณ์ สิ่งใดผิดพลาด เรียนรู้ไว้ไม่ให้เกิดซ้ำ

3. ประสบการณ์หลากหลายภายใต้การทำงานเป็นพยาบาลรอบนอกและรอบใน ประกอบด้วย
 2 ประเด็นย่อย คือ 3.1) ขึ้นเวรมาต้องดูว่า วันนี้ทำงานอะไร และ 3.2) บทบาทอาจแยกกัน เวลาทำงานนั้น ร่วม
 ใจกันทำเป็นที่

4. งานผ่าตัดมีความเสี่ยง หากหลีกเลี่ยงได้ ไม่อยากให้อะไรผิดพลาด ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย คือ
 4.1) ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ดูให้ปลอดภัยช่วยเหลือให้สุขสบาย 4.2) แม้จะร่วนวาย หากช่วยชีวิตผู้ป่วยได้
 บรรลุเป้าหมายการทำงาน และ 4.3) การผ่าตัดต้องระมัดระวัง หากพลาดพลั้ง เกิดภาวะแทรกซ้อนได้

5. อุทิศตนเพื่อหน้าที่ ทำงานผ่านด้วยดี แต่อาจมีสิ่งตามมา คือ ปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วย
 4 ประเด็นย่อย คือ 5.1) อุดทนและอดกลั้น อาหารนั้นอย่าถามหา ชับถ่ายไม่เป็นเวลา กลั้นไว้จนกว่าจะเสร็จงาน
 5.2) ผู้ป่วยและเครื่องมือมีน้ำหนัก ยกย้ายบ่อยหนักไม่ไหว ทำให้ปวดหลังปวดไหล่ 5.3) สุขภาพจะเป็นอย่างไร สุด
 หายใจควันทันและเชื้อที่ติดจากผู้ป่วยมา และ 5.4) ทำงานกลางวัน อยู่เวรกลางคืน ต้องฝืนร่างกาย หยุดพัก
 ไม่ได้ วันต่อไปต้องทำงานต่อ

จากผลการศึกษาทำให้เข้าใจประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติย
 ภูมิของรัฐ ซึ่งเป็นข้อมูลให้ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดอบรมเพื่อพัฒนา
 พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดต่อไป

สาขา...วิชาการบริหารการพยาบาล..ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา.....2556..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5077566036 :MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORDS: PERIOPERATIVE NURSE, OPERATION ROOM, PROFESSIONAL NURSES

PROWNAPA PHURATTANAKORNKUN: EXPERIENCES OF BEING A PERIOPERATIVE NURSE WORKING IN A TERTIARY GOVERNMENT HOSPITAL.

ADVISOR: ASST. PROF. AREEWAN OUMTANEE, Ph.D., 198 pp.

The purpose of this research was to describe lived experiences of being a perioperative nurse working in a tertiary government hospital. Hermeneutic phenomenology of Martin Heidegger was applied as research methodology. Data were collected by using in-depth interviews of 14 perioperative nurses working at a tertiary government hospital and having more than 3 years of working experience. Data were analyzed by using Crist and Tanner's method of content analysis.

The results of the research revealed 5 themes as follows:

1. Reasons for working as a perioperative nurse, including 2 sub-themes: 1.1) providing care for a short period of time, and 1.2) being challenge and involving decision making with surgeon.

2. Seeking knowledge and experiences when being a new perioperative nurse, including 4 sub-themes : 2.1) being exciting and stressful, 2.2) asking for answers and continuously practicing, 2.3) updating knowledge, and 2.4) gaining experience from mistakes

3. Several experiences when working as circulated and scrub nurses, including 2 sub-themes : 3.1) checking work schedule and preparing for work, and 3.2) working as a team.

4. Focusing on patients when working in an operative room, including 3 sub-themes: 4.1) providing safe and comfortable, 4.2) saving patient's life is our concern, and 4.3) being careful when operation, one mistake can lead to complication

5. Working for a long period of time may cause our health problems, including 4 sub-themes: 5.1) eating late and no time to go to the toilet, 5.2) having muscular pain, 5.3) being risk from air pollution, and 5.4) being exhausted if working all day and night.

The study findings of the meanings and experiences could lead to the better management system in an operation room and lead to improve efficiency of perioperative nurses in a tertiary government hospital.

Field of Study: ...Nursing Administration... Student's Signature.....

Academic Year : 2013..... Advisor's Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จส่งดวงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตानी อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ให้กำลังใจ เปิดโอกาสในการทดลองและเรียนรู้เพื่อพัฒนากระบวนการคิด พร้อมทั้งชี้แนะแนวทางในการทำวิจัยเชิงคุณภาพที่ถูกต้องตามระเบียบวิธีวิจัย และจริยธรรมในการวิจัย พร้อมทั้งยังแสดงความห่วงใย เอาใจใส่ หมั่นสอบถามถึงความคืบหน้าของงานวิจัยตลอดเวลา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและซาบซึ้งในความเมตตา กรุณาเป็นที่สุด และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้กำลังใจ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง และกราบขอบพระคุณพันโทหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์ กรรมการการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำแนวทางในการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์มีความชัดเจนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ด้วยความรักความเมตตาตลอดระยะเวลาที่ได้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของคณะพยาบาลที่ได้ให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินเอกสาร และขั้นตอนต่างๆ ในการทำวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้บริหารโรงพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล คณะอนุกรรมการวิจัยประจำโรงพยาบาล ขอขอบพระคุณพี่ภัทรรัตน์ สำหรับคำแนะนำต่างๆ รวมทั้งความช่วยเหลือในการประสานงานและดำเนินการขอจริยธรรม และขอขอบพระคุณพี่กานดาหัวหน้าห้องผ่าตัด และพยาบาลผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน รวมทั้งพี่ๆ น้องๆ พยาบาลผ่าตัดในหน่วยงานที่เป็นผู้เสียสละแรงกายทำหน้าที่แทนผู้วิจัยในขณะลาศึกษาต่อและยังให้กำลังใจที่ดีเสมอมา

ขอขอบคุณปวรมนต์ และพิมลรัตน์ ที่คอยให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดหลักสูตรการศึกษา รวมทั้งขอขอบคุณเพื่อนๆ ร่วมหลักสูตรการบริหารการพยาบาลทุกคน โดยเฉพาะพี่สมจิตร พี่กัลยพันธ์ และเมธิปยา ผู้เป็นกัลยาณมิตรคอยเอาใจใส่ ถามไถ่ ช่วยเหลือให้กำลังใจซึ่งกันและกันด้วยความปรารถนาดีตลอดระยะเวลาที่ศึกษาร่วมกัน ณ สถาบันแห่งนี้

ท้ายที่สุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และพี่สาว ที่ได้อบรมเลี้ยงดู ให้ความรัก ความห่วงใย คอยเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในวันนี้ รวมทั้งขอขอบคุณบุคคลอื่นๆ ที่ไม่สามารถกล่าวนามได้หมดสำหรับความช่วยเหลือ ความเอื้ออาทรและกำลังใจที่มีต่อผู้วิจัยตลอดมา จนผู้วิจัยสำเร็จจากการศึกษาได้อย่างภาคภูมิใจ

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
แนวคิดเบื้องต้น.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
หน่วยงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ.....	8
แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเป็นพยาบาลผ่าตัด.....	19
การพัฒนาตนเอง.....	19
ความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยง.....	25
ความเครียด และการจัดการความเครียด.....	33
การทำงานเป็นทีม.....	38
การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	43
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
บริบทของพื้นที่ที่ศึกษา.....	55
ผู้ให้ข้อมูล.....	56

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	59
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล.....	62
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	64
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	144
การอภิปรายผลการวิจัย.....	147
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้.....	158
รายการอ้างอิง.....	161
ภาคผนวก.....	172
ภาคผนวก ก.....	172
ภาคผนวก ข.....	179
ภาคผนวก ค.....	185
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	198

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล.....	186
ตารางที่ 2 แสดงประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์.....	187
ตารางที่ 3 แสดงประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์.....	195

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ห้องผ่าตัด (Operative room) เป็นหน่วยงานหนึ่งซึ่งมีความสำคัญในการตรวจ วินิจฉัย และรักษาโรคของผู้ป่วยทางศัลยกรรมที่นอกเหนือจากการรักษาด้วยยา อีกทั้งการผ่าตัดยังเป็นกระบวนการสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วยจากอุบัติเหตุ รวมทั้งช่วยให้กำเนิดชีวิตแก่มารดาตั้งครรภ์ที่มีปัญหา (AORN, 2006) ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ ให้บริการผ่าตัดรักษาและวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยในสาขาศัลยกรรม ศัลยกรรมระบบปัสสาวะ ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมพลาสติก ศัลยกรรมกระดูก สูตินรีเวช จักษุ โสต ศอ นาสิก ที่มีความง่ายจนไปถึงในรายที่มีความยากและซับซ้อน มีการนำเทคโนโลยีซึ่งมีความทันสมัยมาใช้ในการทำผ่าตัด เช่น การผ่าตัดผ่านกล้อง การผ่าตัดโดยใช้เครื่องเนวิเกเตอร์ เป็นต้น เพื่อการวินิจฉัย รักษา และบรรเทาความเจ็บป่วย รวมทั้งให้บริการด้านวิชาการแก่นักศึกษาแพทย์และพยาบาล โดยเปิดให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยภายในเวลาราชการคือตั้งแต่ 8.00 – 16.00 นาฬิกา เป็นหลัก นอกจากเวลาดังกล่าวให้บริการการผ่าตัดเฉพาะในรายที่มีความเร่งด่วนและฉุกเฉินเท่านั้น

พยาบาลผ่าตัด คือบุคลากรหนึ่งที่มีความสำคัญของทีมผ่าตัด (Surgical team) ซึ่งประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญี พยาบาลผ่าตัด โดยแต่ละบุคคลในทีมผ่าตัดต่างมีบทบาทหน้าที่เฉพาะในความรับผิดชอบของตนและทำงานร่วมกันเป็นทีมในการรักษาผู้ป่วย โดยพยาบาลผ่าตัดมีบทบาทความรับผิดชอบที่แตกต่างกันโดยหลัก 2 บทบาท คือ 1) บทบาทพยาบาลช่วยรอบนอก มีหน้าที่ในการดูแลเครื่องผ่าตัดให้พร้อมต่อการใช้งาน ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด เคลื่อนย้ายผู้ป่วย จัดท่า จนกระทั่งเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น รวมทั้งเป็นผู้ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ โดยไม่ต้องสวมชุดปลอดเชื้อ และ 2) บทบาทพยาบาลส่งเครื่องมือ มีหน้าที่ในการจัดเตรียม ส่งเครื่องมือและอุปกรณ์ในการผ่าตัดให้แก่ศัลยแพทย์ ดูแลความสะดวกและความครบถ้วนของเครื่องมือ โดยสวมเสื้อคลุม ถุงมือปลอดเชื้อ และยึดหลักการปลอดเชื้อในการทำงาน

การปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดเริ่มจากการฝึกทักษะในการปฏิบัติงานทางห้องผ่าตัด โดยพยาบาลพี่เลี้ยงซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า ถึงเทคนิคต่างๆ ในห้องผ่าตัด ได้แก่ เทคนิคการปลอดเชื้อ การล้างมือ การแต่งตัวเข้าผ่าตัด การจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ การปูผ้าผ่าตัด การจัดทำผู้ป่วย การส่งเครื่องมือผ่าตัดตามลำดับขั้นตอนในการผ่าตัด เป็นต้น (เรณู อัจจาสลี,

2550) พยาบาลผ่าตัดต้องเรียนรู้การปฏิบัติงานภายในห้องผ่าตัดจากพยาบาลพี่เลี้ยงโดยการควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิด อีกทั้งศึกษาจากตำราและจดบันทึกจากสิ่งที่สังเกตจนมีความชำนาญมากเพียงพอ เพื่อพัฒนาจากพยาบาลผ่าตัดระดับผู้เริ่มปฏิบัติงาน (Novice) เป็นพยาบาลผ่าตัดระดับผู้เริ่มต้นความก้าวหน้า (Advanced beginners) ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำงาน 1 ปีขึ้นไป พยาบาลผ่าตัดในระดับนี้จะได้รับความไว้วางใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น สามารถปฏิบัติงานเวียนไปตามห้องผ่าตัดสาขาต่างๆ และสามารถขึ้นปฏิบัติงานในเวรนอกเวลาได้ จากนั้นจึงพัฒนาต่อไปยังระดับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ คือมีประสบการณ์ในการทำงานในห้องผ่าตัดเป็นเวลามากกว่า 3 ปี ทำให้สามารถมองสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีและปฏิบัติงานได้คล่องแคล่วมากยิ่งขึ้น (Benner, 1984) พยาบาลผ่าตัดต้องมีความรู้ในเรื่องกายวิภาคศาสตร์ สามารถจดจำลำดับขั้นตอนการผ่าตัดที่มีความหลากหลายตามชนิดของการผ่าตัดและเทคนิคเฉพาะของแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดนั้นๆ ได้เป็นอย่างดี รวมทั้งยังต้องสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากการทำงานในห้องผ่าตัดเป็นการทำงานซึ่งเกี่ยวข้องกับชีวิตและความเป็นความตายของผู้ป่วย โดยเฉพาะการผ่าตัดที่มีความซับซ้อนยุ่งยาก มีความเสี่ยง หรือมีความรีบด่วนในการช่วยรักษาชีวิต โดยทักษะความชำนาญเหล่านี้เกิดขึ้นจากการเรียนรู้และฝึกฝน เก็บเกี่ยวประสบการณ์จากปฏิบัติงานภายในห้องผ่าตัดอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายปีจนสามารถมองสถานการณ์ต่างๆ ในแบบองค์รวม มีความสามารถในการคิด ตัดสินใจ และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี (สมาคมห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย, 2554; AORN, 2006; กันยา ออประเสริฐ, 2541) นอกจากนี้เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดยังมีการพัฒนาอย่างเสมอ เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะเทียมโดยใช้เครื่องเนวิเกเตอร์ การผ่าตัดโดยใช้เลเซอร์ ส่งผลให้พยาบาลผ่าตัดต้องหมั่นพัฒนาตนเองให้มีทักษะความรู้เพิ่มขึ้นเสมอ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (เรณู อัจฉาสี และ อรพรรณ ไตสิงห์, 2546)

จากการศึกษานำร่องโดยการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ ซึ่งมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานระหว่าง 3-17 ปี จำนวน 4 คน เมื่อระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม 2555 พบประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเป็นพยาบาลผ่าตัด ดังนี้ 1) **เริ่มต้นจากศูนย์ ต้องเพิ่มพูนความสามารถตน** การเริ่มปฏิบัติงานใหม่ๆ เสมือนเริ่มต้นจากศูนย์เนื่องจากสมัยเรียนการพยาบาลผ่าตัดมีการฝึกปฏิบัติไม่นานนัก การเริ่มปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดจึงอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของพยาบาลพี่เลี้ยงบางครั้งเกิดความเครียดและกดดัน นอกจากนั้นพัฒนาความรู้ของตนเองผ่านการอ่านตำราหรือสื่อความรู้อื่นๆ 2) **มีไหวพริบจดจำ และเข้าใจในความต้องการ** พยาบาลห้องผ่าตัดต้องรู้ถึงความต้องการของแพทย์ผู้ทำผ่าตัด

สามารถจดจำขั้นตอนการผ่าตัดที่แตกต่างกันไปตามชนิดและเทคนิคเฉพาะของแพทย์ผู้ทำผ่าตัด โดยเรียนรู้ผ่านการสังเกต สอบถาม จดบันทึก และมีความพร้อมเสมอต่อเหตุการณ์เฉพาะหน้าที่ อาจเกิดขึ้นในขณะการทำผ่าตัดและอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย 3) **รู้ป้องกันความเสี่ยง ผลข้างเคียงจากการผ่าตัด** งานห้องผ่าตัดมีความเสี่ยงและมีผลต่อคุณภาพชีวิต พยาบาลผ่าตัด จึงต้องใส่ใจในการดูแลป้องกันตนเองจากเชื้อโรคร้ายในสารคัดหลั่งของผู้ป่วย การหลีกเลี่ยงการ สูดดมเขม่าควันจากเครื่องจักรห้ามเลือดขณะทำผ่าตัด การสวมใส่เสื้อตะกั่วเพื่อป้องกันตนเองจาก การใช้รังสีร่วมขณะผ่าตัดรักษาเป็นระยะเวลายาวนาน เป็นต้น โดยไม่มองข้ามความปลอดภัย ผู้ป่วยทั้งการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และความปลอดภัยขณะผ่าตัด ร่วมด้วย 4) **รับผิดชอบและอดกลั้น ตั้งใจมั่นดูแลผู้ป่วยก่อน** ในการทำผ่าตัดบางอย่างมี ระยะเวลาในการผ่าตัดที่ยาวนาน และเนื่องจากข้อจำกัดทางด้านบุคลากร ทำให้พยาบาลผ่าตัด ต้องทำงานติดต่อกันโดยไม่สามารถออกมารับประทานอาหาร หรือขับถ่ายได้ อีกทั้งในบางครั้งถึง เวลาเลิกงานแต่มีจำนวนคนเวรไม่เพียงพอต่อผู้ป่วยที่กำลังรับการผ่าตัดอยู่ในขณะนั้น พยาบาล ผ่าตัดที่อยู่ประจำห้องก็ต้องอยู่ช่วยการผ่าตัดนั้นๆ จนกว่าจะเสร็จสิ้น และ 5) **ให้ความสำคัญกับ งานของทีม** การทำงานในห้องผ่าตัด ทุกคนให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีม เพื่อให้การ ผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่นและปลอดภัย โดยพยาบาลผู้ให้สัมภาษณ์ กล่าวถึงการทำงานเป็นทีม ไว้ ดังนี้ 5.1) **ทีมงานที่ดีต้องมีผู้ประสานงาน** การผ่าตัดเกิดขึ้นได้เมื่อทำงานร่วมกันเป็นทีม การประสานงานระหว่างกันเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันจึงเป็นสิ่งสำคัญในการทำผ่าตัด ให้ สำเร็จได้รวดเร็วและไร้ปัญหา พยาบาลถือว่าเป็นกลไกหลักในการประสานงานให้สมาชิกทีมทุก คนได้ทำหน้าที่ของตนอย่างเต็มที่ 5.2) **จับคู่คนรู้ใจ ทำงานในทีมเดียวกัน** การทำงานร่วมกัน หากผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถเข้ากันได้จะทำให้การทำงานเป็นไปได้ล่าช้าและเกิดอุปสรรคในการ ทำงานมากขึ้น แต่หากทำงานกับคนที่ต่างรู้ใจกัน เช่น แค่มองตา ก็รู้ว่าอีกฝ่ายต้องการอะไร การ ทำงานก็จะราบรื่น และ 5.3) **ทำงานทีมเดียวกันต้องเชื่อใจกัน งานจึงจะราบรื่น** ในการทำงาน ใหม่ๆ ของพยาบาลผ่าตัด แพทย์ผู้ทำผ่าตัดอาจมีความรู้สึกไม่เชื่อใจ เกิดความระแวงและกลัว ความไม่ปลอดภัย ต้องมีการเช็คเป็นระยะๆ ทำให้เกิดความล่าช้าในการผ่าตัด

จากการสัมภาษณ์เห็นได้ว่าพยาบาลผ่าตัดเริ่มต้นจากการเรียนรู้จากพยาบาลพี่เลี้ยง และ หมั่นพัฒนาความรู้และความสามารถของตนเองอยู่เสมอ อีกทั้งต้องมีไหวพริบในการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ สามารถป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดแก่ตนเอง ทีมผ่าตัด รวมทั้งผู้ป่วย นอกจากนี้ยังต้องมีสัมพันธภาพอันดีกับบุคลากรในทีมผ่าตัด เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกันได้ อย่างราบรื่น นอกจากนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผ่าตัดมีประสบการณ์บางส่วนที่คล้ายคลึงกับผู้ให้

ข้อมูล ทั้งในด้านการทำงานเป็นที่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ ในทีมผ่าตัด การเรียนรู้งานในห้องผ่าตัดโดยการฝึกสอนของพยาบาลรุ่นพี่ การจัดบันทึกและท่องจำถึงขั้นตอนการผ่าตัดและขั้นตอนเฉพาะของแพทย์แต่ละคน การเป็นพยาบาลส่งเครื่องมือในการทำผ่าตัดใส่อวัยวะเทียมที่กระดูกสันหลังซึ่งใช้ระยะเวลายาวนานตั้งแต่เช้าถึงเย็นโดยสวมเสื้อตะกั่วเพื่อป้องกันรังสีตลอดการทำผ่าตัด เป็นต้น

อย่างไรก็ตามแม้ว่ามีผู้ศึกษาการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดไว้ส่วนหนึ่งของ สุชานันท์ บำรุงวงศ์ (2550) แต่เป็นการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลเอกชนซึ่งการศึกษาดังกล่าวพบประเด็นเกี่ยวกับประสบการณ์การปฏิบัติงาน ดังนี้ 1) แบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ทั้งการรับประทานอาหาร การนอน การขับถ่ายที่ไม่เป็นเวลา ทำให้เกิดโรคต่างๆ 2) การเรียนรู้งานด้วยตนเอง เนื่องจากพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลเอกชนมีการปฏิบัติงานเป็นเวร ทำให้การสอนงานน้องใหม่ด้วยระบบพี่เลี้ยงไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร พยาบาลจบใหม่ต้องเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ 3) คุณลักษณะของพยาบาลห้องผ่าตัด มีความเข้มแข็ง อดทน ซื่อสัตย์ และรับผิดชอบ 4) ทักษะของการสื่อสาร พยาบาลผ่าตัดต้องมีทักษะในการสื่อสารทั้งการพูด การฟัง ที่ดี 5) สังคมที่มีความแตกต่าง เนื่องจากพยาบาลผ่าตัดทำงานในตึกปิด ทำให้มีการติดต่อกับบุคคลภายนอกน้อย และไม่ค่อยเป็นที่รู้จักของพยาบาลตึกอื่นๆ แต่บริบทและการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ มีความแตกต่างกับห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเอกชน โดยเฉพาะในการขึ้นเวรปฏิบัติงาน พยาบาลผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐมีการปฏิบัติงานแบบเต็มจำนวนทุกอัตรากำลังในวันและเวลาราชการ คือวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 8.00-16.00 น. และส่วนหนึ่งปฏิบัติงานต่อในช่วงเวรนอกเวลาตั้งแต่ 16.00-8.00 น. ต่อเนื่องไปจนถึงตอนเย็นของอีกวัน ส่วนโรงพยาบาลเอกชนมีการจัดอัตรากำลังแต่ละเวร คือ เช้า บ่าย ดึก เวิร์ด 8 ชั่วโมง สลับกันไป ส่วนการเริ่มต้นปฏิบัติงานเป็นพยาบาลผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐจะรับพยาบาลจบใหม่จากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในสังกัดมาปฏิบัติงานโดยตรง ภายใต้การดูแลของพยาบาลพี่เลี้ยงซึ่งขึ้นปฏิบัติงานในช่วงเวลาเดียวกันเสมอ ขณะที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเอกชนมีการรับพยาบาลจากหลากหลายที่ ทั้งจบใหม่เข้าฝึกปฏิบัติได้การดูแลของพยาบาลพี่เลี้ยงที่อาจขึ้นเวรไม่ตรงกัน และจากพยาบาลผ่าตัดที่มีประสบการณ์การทำงานมาก่อน ทั้งในแผนกผ่าตัดและแผนกหอผู้ป่วยทั่วไป รวมทั้งห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเอกชนเองยังมีการรับพยาบาลผ่าตัดเข้ามาปฏิบัติงานในรูปแบบของพยาบาลบางเวลา (Part time) ซึ่งไม่มีในรูปแบบการปฏิบัติงานของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลรัฐและให้อัตรากำลังเงินเดือนที่น้อยกว่าโรงพยาบาลเอกชนพอสมควร นอกจากนี้ยังแตกต่างกันในส่วนของการให้ความสำคัญกับแพทย์ ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนจะให้ความสำคัญกับแพทย์มากกว่าโรงพยาบาลรัฐ ลักษณะของผู้ป่วยที่มารับ

บริการ ซึ่งโรงพยาบาลรัฐเน้นรูปแบบการรักษาอาการเจ็บป่วยหรือฉุกเฉิน และมีผู้ป่วยสิทธิ 30 บาท หรือประกันสังคมเป็นจำนวนมาก ในขณะที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเอกชนมีการผ่าตัดในรูปแบบของศัลยกรรมความงามร่วมด้วย

จากที่กล่าวมาทั้งหมดในเรื่องของการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัด บริบทของการให้บริการของห้องผ่าตัด การเริ่มต้นปฏิบัติงานภายใต้การดูแลของพยาบาลผ่าตัดพี่เลี้ยง รวมทั้งบริบทการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐที่แตกต่างไปจากห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเอกชนซึ่งเคยมีการศึกษาแล้ว ทำให้ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้หนึ่งที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐเล็งเห็นว่าประสบการณ์ของดังกล่าวควรได้รับการถ่ายทอดโดยตรงผ่านคำบอกเล่าของเจ้าของประสบการณ์ ค้นหาและช่วยให้ทราบถึงข้อมูลที่ไม่สามารถอธิบายหรือศึกษาผ่านการวิจัยเชิงปริมาณได้ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (เพชรร้อย สิมพ์ซันชัย, 2552; อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) เพื่อให้ค้นพบประเด็นหรือข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานการพยาบาลผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ ทั้งในระดับบุคลากรซึ่งเป็นพยาบาลผ่าตัดเอง และต่อองค์กร รวมทั้งเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับสถานศึกษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การฝึกอบรมเพิ่มเติมในส่วนที่พยาบาลผ่าตัดขาดแคลนหรือควรให้ความสนใจ และนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาลผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ

คำถามในการวิจัย

ประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัดในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ เป็นอย่างไร

แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย

ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดสมรรถนะพยาบาลผ่าตัดของสมาคมห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย (2554) ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะดังนี้ 1) การดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ การป้องกันการบาดเจ็บจากสารเคมี เครื่องใช้ไฟฟ้า รังสี เลเซอร์ เครื่องรัดห้ามเลือด การเคลื่อนย้าย การจัดทำ สิ่งแวดล้อมอื่นๆ 2) การพยาบาลผู้ป่วยด้านร่างกาย ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลการกำซาบเนื้อเยื่อ อุณหภูมิร่างกาย สมดุลสารน้ำ การทำงานของระบบไหลเวียน การจัดการความเจ็บปวด 3) การพยาบาลผู้ป่วยด้านการตอบสนองพฤติกรรม ได้แก่ การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ 4) การพยาบาลด้านระบบสุขภาพ ได้แก่ ความเป็นวิชาชีพ การปฏิบัติตามนโยบายองค์กร และแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดของซึ่งแบ่งตามการปฏิบัติงานและความรับผิดชอบของ สุภาพร เลิศร่วมพัฒนา (2546) ดังนี้ 1) พยาบาลส่ง

เครื่องมือ 2) พยาบาลช่วยรอบนอก ซึ่งแต่ละบทบาทมีหน้าที่และความรับผิดชอบแตกต่างกันทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด มาใช้เป็นแนวคิดเบื้องต้นในการสร้างข้อคำถามการสัมภาษณ์ โดยปรับเปลี่ยนข้อคำถามไปตามเนื้อหาที่ได้รับจากการสัมภาษณ์เป็นหลัก

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic phenomenology) ตามแนวคิดของ Martin Heidegger (1962) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ 1) เป็นพยาบาลผ่าตัด ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐแห่งหนึ่ง และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานในทุกแผนกสาขาที่มีการทำผ่าตัด และ 2) มีความยินดีเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 10-15 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ใช้การบันทึกเทปร่วมกับการจดบันทึกเป็นหลักฐานในการเก็บข้อมูล

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

ประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัด หมายถึง การบอกเล่าเหตุการณ์หรือเรื่องราวของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลผ่าตัดใน โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ถึงความรู้สึกรับรู้ของการเป็นพยาบาลผ่าตัด ประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัด ลักษณะของงาน การปฏิบัติงานและการทำงานร่วมกับทีมผ่าตัด การพัฒนาตนเอง และความเสี่ยง และการป้องกันความเสี่ยงในห้องผ่าตัด โดยการบอกเล่าเรื่องราวที่เกิดขึ้นจริงของพยาบาลผ่าตัดที่มีต่อประสบการณ์นั้นๆ

ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ หมายถึง หน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ ที่ให้บริการตรวจวินิจฉัยและผ่าตัดรักษาผู้ป่วยทางศัลยกรรม ศัลยกรรมปัสสาวะ ศัลยกรรมพลาสติก ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมกระดูก สูตินรีเวช จักษุ โสต ศอ นาสิก สามารถทำผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะเทียม การผ่าตัดสลายต้อกระจก การผ่าตัดสลายนิ่ว การผ่าตัดโดยใช้กล้อง Microscope เลเซอร์ เครื่อง Navigator โดยศัลยแพทย์เฉพาะทาง

พยาบาลผ่าตัด หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล ปฏิบัติงานประจำที่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐมีหน้าที่ในบทบาทของพยาบาลส่งเครื่องมือ พยาบาลช่วยรอบนอกและบทบาทอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลผ่าตัด และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดเป็นเวลา 3 ปีขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลผ่าตัดได้พัฒนาตนเองเพื่อสามารถปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาคุณภาพของพยาบาลผ่าตัด และคุณภาพของงานพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่ผู้บริหารทางการพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการจัดอบรมเพื่อพัฒนาพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดต่อไป
3. เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อไป

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา สิ่งตีพิมพ์ต่างๆ รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัยดังนี้คือ

1. หน่วยงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ
 - 1.1 ลักษณะทั่วไปของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ
 - 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลผ่าตัด
 - 1.3 การปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัด
2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเป็นพยาบาลผ่าตัด
 - 2.1 การพัฒนาตนเอง
 - 2.2 ความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยง
 - 2.3 ความเครียด และการเผชิญความเครียด
 - 2.4 การทำงานเป็นทีม
3. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. หน่วยงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ

1.1 ลักษณะทั่วไปของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ

โรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ คือโรงพยาบาลที่บริหารงานภายใต้นโยบายของรัฐบาล โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2542) กล่าวว่าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิควรมีลักษณะคือ 1) ให้บริการทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนได้อย่างมีคุณภาพ 2) มีบุคลากรและเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน 3) มีระบบรองรับการให้บริการกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ 4) มีระบบรับส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลจากหน่วยปฐมภูมิ 5) มีระบบกำกับการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจนและดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ การให้บริการของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจึงต้องมีความครอบคลุมหน้าที่หลักในการให้บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การค้นคว้าวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งให้บริการทางวิชาการแก่นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ และมีการทำงานร่วมกันของบุคลากรแบบสหสาขา

ภายใต้มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ให้แก่ประชาชนทั่วไปทั้งในสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม ชำระเงินสด รวมทั้งผู้ป่วยส่งต่อทั้งในระบบและนอกระบบราชการ

หน่วยงานห้องผ่าตัดเป็นหน่วยงานพิเศษของโรงพยาบาล มีหน้าที่ให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาโดยวิธีการทางศัลยกรรม แก่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทุกสิทธิการรักษา ในแผนกศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมพลาสติก ศัลยกรรมระบบสืบสาวะ ศัลยกรรมประสาท สูติรีเวช จักษุ โสต ศอ นาสิก มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ได้แก่การผ่าตัดผ่านกล้อง การใช้เครื่องเนวิเกเตอร์ การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะเทียม โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และดำเนินงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างทีมวิสัญญี ทีมพยาบาลผ่าตัด ทีมศัลยแพทย์ รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ รวมทั้งสามารถรองรับการผ่าตัดฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยมีลักษณะและสิ่งแวดล้อมภายใน ดังนี้

1.1.1 ลักษณะของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ

ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐให้บริการผ่าตัดรักษาและวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย ทั้งที่มีความง่ายจนถึงในรายที่มีความยุ่งยาก ในแผนกศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมพลาสติก ศัลยกรรมระบบสืบสาวะ ศัลยกรรมประสาท สูติรีเวช จักษุ โสต ศอ นาสิก มีการใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์เข้ามาช่วยในการทำผ่าตัด เช่น การทำผ่าตัดโดยวิธีการผ่านกล้อง (Laparoscope) กล้องไมโครสโคป การใช้เลเซอร์ในการรักษา การใช้เครื่องสลายต่อกระดูก การใช้เนวิเกเตอร์เพื่อช่วยทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เป็นต้น ทั้งนี้ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยภายในเวลาราชการคือตั้งแต่ 8.00 – 16.00 น. เป็นหลัก โดยในเวลาดังกล่าวจะมีบุคลากรพร้อมทั้งศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลผ่าตัด พยาบาลวิสัญญี เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ขึ้นปฏิบัติหน้าที่ครบเต็มจำนวน แต่หากยังมีการผ่าตัดที่ไม่เสร็จสิ้นในเวลาดังกล่าว หรือมีผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินต้องเข้ารับการผ่าตัดด่วน อุบัติเหตุ ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด หรือการผ่าตัดที่รีบด่วนไม่อาจรอคอยถึงเวลาราชการได้ เช่น การผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ การผ่าตัดกระดูกที่หักแบบเปิด เป็นต้น การผ่าตัดเหล่านี้มีทีมผ่าตัดที่มีหน้าที่อยู่เวรในวันเวลาดังกล่าวเป็นผู้รับผิดชอบต่อ ซึ่งมีจำนวนน้อยกว่าในเวลาราชการ ทำหน้าที่สลับหมุนเวียนกันไป นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งในการศึกษาฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้วัตถุประสงค์ของการบริการห้องผ่าตัดคือ การตรวจรักษาวินิจฉัยโรค รักษาความสะอาดโดยยึดหลักการป้องกันไม่ให้เกิดผ่าตัดเกิดการปนเปื้อน ลดอัตราการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤต และดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวมทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่ต่อไปอย่างมีคุณภาพที่ดีที่สุดเท่าที่สามารถเป็นไปได้

(ทัศนาศาสตร์, 2543; เรณู อาจสาดี, 2550)

1.1.2 สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด

ห้องผ่าตัดมีสภาพแวดล้อมแตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากบริบทที่แตกต่าง การให้บริการของห้องผ่าตัดบางครั้งมีความรีบด่วนฉุกเฉินไม่สามารถรอคอยได้ ต้องการการดูแลเป็นพิเศษทั้งสภาพที่ตั้งซึ่งเข้าถึงได้สะดวก สามารถเข้าถึงห้องพักฟื้น หออภิบาลผู้ป่วยหนัก ห้องคลอด และหอผู้ป่วยได้ง่าย เพื่ออำนวยความสะดวกต่อการปฏิบัติงาน และต้องถูกออกแบบให้มีความเหมาะสมและมีมาตรฐานในการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ทั้งระบบการสัญจรผ่านเข้าออกของเจ้าหน้าที่ บุคลากร และเส้นทางในการรับส่งผู้ป่วย มีทางผ่านเฉพาะสำหรับรับเครื่องมือปลอดเชื้อเข้าเก็บในห้องเก็บเครื่องมือ เส้นทางขนย้ายเครื่องมือปลอดเชื้อก่อนผ่าตัดและเครื่องมือปนเปื้อนหลังการผ่าตัดอย่างถูกต้องตามหลักการ รวมไปถึงการถ่ายเทอากาศที่ควรไหลทางเดียวและดูดอากาศออกเพียงทางเดียว ความดันอากาศภายในห้องผ่าตัดต้องมากกว่าบริเวณทางเดินด้านนอกห้องผ่าตัด มีระบบกรองอากาศ ควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ระหว่าง 20-24 องศาเซลเซียส ความชื้นสัมพัทธ์อยู่ระหว่าง 50-55% R.H. ซึ่งช่วยลดการเกิดไฟฟ้าสถิตที่อาจทำให้เกิดการลุกไหม้ แสงสว่างในห้องผ่าตัด ห้องผ่าตัดควรมีแสงสว่างที่มีความสว่างนุ่มนวล ไม่มีเงา และสามารถทะลุทะลวงเข้าไปในซอกลึกได้ แสงไฟต้องมีความร้อนต่ำไม่ทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อ มีระบบไฟฟ้าสำรองในกรณีไฟฟ้าดับ สวิตช์และปลั๊กไฟฟ้าควรมีปลั๊กไฟได้มาตรฐานของ Hospital grade แฉนวน ป้องกันการกระชากหลุด มีแรงดันไฟฟ้า 220 โวลต์ มีระบบสายดิน มีเต้าเสียบไฟที่มีความพร้อมสำหรับเครื่องมือพิเศษที่มีเทคโนโลยีสูง ระบบสุขาภิบาลควรมีการตรวจสอบความสะอาดของน้ำ บริเวณสำหรับทำความสะอาดมือก่อนทำผ่าตัดควรมีการควบคุมการไหลของน้ำและน้ำยาสำหรับทำความสะอาดมือโดยไม่ใช้วิธีจับ เช่น โดยการสัมผัสผ่านข้อศอก หัวเข่า หรือระบบอัตโนมัติ เป็นต้น อีกทั้งห้องผ่าตัดควรมีระบบสื่อสารทั้งจาก โทรศัพท์ และมีเครื่องอินเตอร์คอมมูนิเคชั่น สำหรับติดต่อสื่อสารในห้องผ่าตัด (กองการพยาบาล, 2539; เตชัส เมฆสุวรรณ, 2549; อวยชัย วุฒิโมสิต, 2551; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553; พิษณุ อนุชาญ, 2553)

ทั้งนี้ห้องผ่าตัดมีการกำหนดแบ่งเขตพื้นที่ในการใช้งานต่างๆ อย่างชัดเจนเป็นจำนวน 4 เขต ดังนี้ 1) เขตปลอดเชื้อ (Sterile area) คือ บริเวณเคร่งครัดต่อการปราศจากเชื้อที่สุดในห้องผ่าตัด ผู้ที่เข้าออกในเขตนี้ต้องเปลี่ยนเสื้อผ้า รองเท้าเป็นสำหรับใช้ภายในห้องผ่าตัด สวมหมวกคลุมเก็บผม ผูกผ้าปิดปากปิดจมูกเท่านั้น บริเวณในเขตนี้ได้แก่ บริเวณห้องผ่าตัด 2) เขตกึ่งปลอดเชื้อ (Semi sterile area) คือ บริเวณที่อนุญาตให้บุคลากรที่เปลี่ยนเสื้อผ้า รองเท้า เป็นของ

ภายในห้องผ่าตัด และสวมหมวกเก็บผมมัดชิดแล้วผ่านเข้าออก บริเวณในเขตนี้ได้แก่ ห้องรับส่งผู้ป่วย บริเวณนอนรอก่อนเข้าผ่าตัด ห้องวิสัญญีสำหรับให้ยาระงับความรู้สึก หน่วยงานวิสัญญี ห้องพักรฟื้น ห้องเก็บเครื่องมือ บริเวณทางเดินระหว่างห้องต่างๆ ห้องผ่าตัด ห้องเอกซเรย์ประสงค์ บริเวณส่วนล้างมือที่มีประตูติดกับการผ่านเข้าออกห้องผ่าตัด 3) เขตสะอาด (Clean area) คือ บริเวณสำหรับเปลี่ยนเสื้อผ้าและรองเท้ามาเป็นชุดของห้องผ่าตัด จุดเปลี่ยนรถนอนผู้ป่วยมาเป็นเปลนอนเฉพาะของห้องผ่าตัด 4) เขตสกปรก หรือเขตปนเปื้อน (Dirty area) คือ บริเวณเฉพาะสำหรับหารัศจุนของเครื่องมือ อุปกรณ์ วัสดุ ผ้าปนเปื้อนที่ใช้ในการผ่าตัด รวมทั้งขยะ เพื่อนำไปทำความสะอาดและเข้าสู่ขั้นตอนทำให้ปราศจากเชื้อ หรือนำไปยังหน่วยพักขยะเพื่อกำจัดขยะต่อไป โดยพื้นที่ห้องผ่าตัดแต่ละเขตต้องแยกกันอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีการทำผ่าตัดผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อและอาจทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย ควรมีเส้นทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยผ่านเข้าออกโดยเฉพาะ สำหรับในส่วนของห้องผ่าตัดได้ถูกแบ่งสิ่งแวดล้อมออกเป็นเครื่องมือและบริเวณที่ปลอดเชื้อ ประกอบด้วย บริเวณผ่าตัด โต๊ะวางเครื่องมือ โต๊ะเมโยวางเครื่องมือ โต๊ะวางสำหรับวางกะละมังปลอดเชื้อ และเตียงสำหรับทำผ่าตัดส่วยบริเวณหรือเครื่องมือที่ไม่ปลอดเชื้อได้แก่ เครื่องมือสำหรับการดมยา ถังทิงผ้า ถังทิงขยะที่ครอบถุงแดง เครื่องดูดสูญญากาศ เครื่องจี้ห้ามเลือด ชุดจอบภาพและเครื่องควบคุมสำหรับทำผ่าตัดส่องกล้อง เป็นต้น พยาบาลผ่าตัดคือบุคคลที่มีความสำคัญยิ่งภายในห้องผ่าตัด เป็นผู้ มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบดูแลทั้งสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดและผู้ป่วย ดังกล่าวในลำดับต่อไป

1.2 แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลผ่าตัด

พยาบาลผ่าตัด คือบุคคลซึ่งมีความสำคัญในการทำผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างไปตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย และปฏิบัติงานด้วยสมรรถนะดังนี้

1.2.1 บทบาทของพยาบาลผ่าตัด

พยาบาลผ่าตัด (Perioperative nurse) คือพยาบาลวิชาชีพ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการผ่าตัดรวมทั้งหัตถการอื่นๆ ภายในห้องผ่าตัด โดยดูแลทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลในการประเมิน วินิจฉัยความต้องการของผู้ป่วย วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการให้การพยาบาลดังกล่าว ว่าครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมคือทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณหรือไม่ รวมทั้งใช้ความรู้ทักษะและคุณลักษณะอื่นๆ ในการปฏิบัติงานพยาบาลผ่าตัดที่ดี (สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย, 2554; AORN, 2006) ซึ่งแบ่งตามลักษณะและความรับผิดชอบเป็น 3 บทบาท (สุภาพร เลิศร่วมพัฒนา, 2546; สุภาพ อาวีเอื้อ, 2541) ดังนี้

1.2.1.1 พยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub nurse) เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานร่วมกับ ศัลยแพทย์ขณะทำการผ่าตัดในส่วนปลอดเชื้อ มีหน้าที่จัดเตรียมอุปกรณ์ผ่าตัดและเครื่องมือผ่าตัด ที่ต้องใช้ในการผ่าตัดให้มีความเป็นระเบียบพร้อมแก่การใช้งาน ส่งเครื่องมือผ่าตัดจนถึงมือของ ศัลยแพทย์หรือผู้ช่วยทำผ่าตัด ช่วยเหลือศัลยแพทย์ในการทำผ่าตัด โดยปฏิบัติตามหลักการปลอด เชื้ออย่างเคร่งครัด ทั้งนี้พยาบาลส่งเครื่องมือต้องมีความรู้ในเรื่องของกายวิภาคและสรีระวิทยาเป็น อย่างดี เพื่อให้มีความเข้าใจในขั้นตอนของการผ่าตัดมากขึ้น พยาบาลส่งเครื่องมือต้องสามารถ จดจำขั้นตอนและวิธีการทำผ่าตัดเฉพาะของแพทย์ศัลยกรรมได้เพื่อให้การทำผ่าตัดเป็นไปอย่าง ราบรื่นและรวดเร็ว โดยบทบาทหน้าที่ของพยาบาลส่งเครื่องมือแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.2.1.1.1 ระยะก่อนผ่าตัด ในระยะนี้พยาบาลส่งเครื่องมือมีหน้าที่ ความรับผิดชอบในการตรวจดูความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดดังกล่าว ช่วยพยาบาลช่วยรอบนอกในการเปิดห่อเครื่องมือลงบนโต๊ะปราศจากเชื้อโดยตรวจสอบให้มั่นใจ ว่าไม่มีรูรั่วหรือสิ่งอื่นที่อาจทำให้เกิดการปนเปื้อนได้ จากนั้นจึงล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกต้องเพื่อลด จำนวนเชื้อโรคบนผิวหนังตั้งแต่บริเวณมือจรดข้อศอก แล้วจึงกลับเข้ามาในห้องผ่าตัด สวมเสื้อคลุมผ่าตัดและถุงมือปราศจากเชื้ออย่างถูกต้องตามวิธีปลอดเชื้อ เปิดห่อผ้าชั้นใน ตรวจสอบ เครื่องหมายแสดงความปลอดเชื้อ (Indicator) ของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดทั้งหลาย ว่าผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อแน่นอนหรือไม่ จากนั้นจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้อยู่ในสภาพที่ พร้อมหยิบใช้งานได้สะดวกที่สุด ช่วยส่งเสื้อคลุมผ่าตัดและช่วยสวมถุงมือให้แก่ศัลยแพทย์ และ ผู้ช่วยในกรณีที่มี จากนั้นช่วยศัลยแพทย์ในการคลุมผ้าปราศจากเชื้อลงบนตัวผู้ป่วย โดยเหลือ ช่องว่างบริเวณที่ต้องการผ่าตัดเอาไว้ตามเหมาะสม จากนั้นเลื่อนโต๊ะเครื่องมือ และโต๊ะเมโย มายังบริเวณตัวผู้ป่วยที่ต้องการผ่าตัด ส่งอุปกรณ์ที่ต้องยื่นออกไปต่อกับบริเวณนอกเขตปราศจาก เชื้อให้แก่พยาบาลช่วยรอบนอกเพื่อทำการต่อเชื่อมเครื่องมือ ทดสอบว่าใช้ได้จริงก่อนผ่าตัด

1.2.1.1.2 ระยะผ่าตัด ในระยะนี้พยาบาลส่งเครื่องมือมีหน้าที่ส่ง เครื่องมือผ่าตัดตามลำดับการใช้งานและตามขั้นตอนการผ่าตัด ดูแลทำความสะอาดคราบเลือด และสิ่งคัดหลั่งออกจากเครื่องมือเพื่อให้พร้อมใช้เสมอ ส่งเครื่องมือทุกชิ้นด้วยความระมัดระวังเพื่อ ไม่ให้เกิดอุบัติเหตุการฉีกขาดของมีคมที่คมที่ระหว่างทีมผ่าตัด ตรวจสอบอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการผ่าตัดให้ ครบถ้วนก่อนการเย็บปิดแผล เพื่อป้องกันการสูญหายหรือตกค้างของเครื่องมือ อุปกรณ์ เช่น ผ้า ชับโลหิต เข็ม ไบมีด หรือเครื่องมือผ่าตัดอื่นๆ เป็นต้น ส่งอุปกรณ์เย็บปิดแผลเมื่ออุปกรณ์เครื่องมือ ทุกอย่างครบถ้วน หากมีชิ้นเนื้อที่ตัดออกมาขณะผ่าตัดต้องดูแลให้ถูกต้องว่าชิ้นเนื้อดังกล่าว สามารถทำลายทิ้งได้เลย หรือต้องการส่งเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ หลังปิดแผลผ่าตัดจึงทำการ

ตรวจนับเครื่องมือให้ถ้วนถี่อีกครั้งก่อนนำเครื่องมือเหล่านั้นออกไปนอกห้องผ่าตัด เพื่อเตรียมห้องให้พร้อมต่อการผ่าตัดรายต่อไป ในกรณีที่การผ่าตัดมีเพียงศัลยแพทย์และพยาบาลส่งเครื่องมือร่วมกันทำผ่าตัดเท่านั้น พยาบาลส่งเครื่องมือต้องมีความสามารถในการช่วยศัลยแพทย์ในการจัดเส้นไหมขณะเย็บ หรือช่วยดึงอุปกรณ์ต่างขยายแผล เป็นต้น

1.2.1.2 พยาบาลช่วยรอบนอก (Circulating nurse) พยาบาลช่วยรอบนอกเป็นหน้าที่สำคัญอีกประการของพยาบาลผ่าตัด พยาบาลช่วยรอบนอกไม่ได้ทำงานในส่วนปลอดเชื้อโดยตรง มีบทบาทในการประเมินผู้ป่วย ประเมินความพร้อมต่างๆ ทั้งผู้ป่วย อุปกรณ์ในการทำผ่าตัด เป็นผู้ประสานงานหลักให้แก่บุคลากรในทีมผ่าตัด ห้องผ่าตัด พยาบาลที่ติดของผู้ป่วย รวมทั้งญาติของผู้ป่วยเอง ซึ่งในบทบาทนี้ต้องนำเอาความรู้ในด้านกระบวนการพยาบาลทั้งศาสตร์และศิลป์มาใช้ในการให้บริการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมความต้องการของบุคคล พยาบาลช่วยรอบนอกต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ไหวพริบ ในการให้ความช่วยเหลือทีมผ่าตัดเป็นอย่างดี (เรณู อาจสาธิต, 2553) โดยหน้าที่พยาบาลช่วยรอบนอกแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.2.1.2.1 ระยะก่อนผ่าตัด ในระยะนี้พยาบาลช่วยรอบนอกมีบทบาทในการเตรียมเครื่องมือและและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำผ่าตัด ดูแลให้แน่ใจว่าปลอดเชื้อและพร้อมแก่การใช้งาน รวมทั้งตรวจสอบว่าอุปกรณ์อื่นๆ เช่น เครื่องจี้ห้ามเลือด เครื่องดูดสุญญากาศ โคมไฟผ่าตัด เตียงผ่าตัด รัโมทควบคุมเตียง หรือเครื่องมือพิเศษอื่นๆ เช่น ชุดทำผ่าตัดส่องกล้องพร้อมใช้หรือไม่ ดูแลส่งรับผู้ป่วยให้มาถึงห้องผ่าตัดในเวลาที่เหมาะสม ตรวจสอบเอกสารและสิ่งที่จำเป็นต่อการผ่าตัดที่ส่งมาพร้อมผู้ป่วยเช่น ใบยินยอมรับการผ่าตัด ฟลิ้ม ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือเลนส์ตาเทียม เป็นต้น ถามชื่อสกุลผู้ป่วยและตำแหน่งที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดเพื่อยืนยันตัวบุคคลและป้องกันความผิดพลาด ช่วยเหลือจัดทำผู้ป่วยให้เหมาะต่อการทำผ่าตัด ติดแผ่นนำไฟฟ้าจากการใช้เครื่องจี้ห้ามเลือดไฟฟ้าที่ผิวหนังผู้ป่วย ดูแลไม่ให้ส่วนอื่นๆ ของผู้ป่วยสัมผัสส่วนที่เป็นโลหะเพื่อป้องกันการไหม้จากกระแสไฟจากการจี้ห้ามเลือดวิ่งผ่าน และเปิดห่อเครื่องมือปลอดเชื้อ

1.2.1.2.2 ระยะผ่าตัด ในระยะนี้เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยนอนบนเตียงผ่าตัดจนกระทั่งผ่าตัดเสร็จ และย้ายไปยังห้องพักฟื้น พยาบาลช่วยรอบนอกมีหน้าที่ในการประสานงานต่างๆ ช่วยเหลือในการทำผ่าตัดของศัลยแพทย์และพยาบาลส่งเครื่องมือด้านนอก ใฝ่ระวังการติดเชื้อการผ่านเข้าออกของทีมผ่าตัด ดูแลติดต่อประสานงานกับครอบครัวผู้ป่วย และหน่วยงานอื่นๆ โดยเริ่มจากการช่วยผูกเสื้อผ่าตัดปลอดเชื้อทางด้านหลังของพยาบาลส่งเครื่องมือและศัลยแพทย์ โดยไม่ทำให้เกิดการปนเปื้อน ต่ออุปกรณ์ต่างๆ เช่น เครื่องดูดสุญญากาศ เครื่องจี้ห้ามเลือดดูแลให้พร้อมใช้ ช่วยเลือดโต๊ะวางถาดและโต๊ะวางอุปกรณ์ให้เข้าที่ ร่วมนับอุปกรณ์ซับเลือด และเครื่องมือ

ผ่าตัดกับพยาบาลส่งเครื่องมือ จดบันทึกความครบถ้วนถูกต้องลงในใบบันทึก จัดไฟเพดานให้เข้าที่ เตรียมเก้าอี้ต่อขาให้พยาบาลส่งเครื่องมือหรือศัลยแพทย์หากต้องการ จัดเตรียมถังสำหรับทิ้งชิ้นเนื้อ เศษไหม ผ้าซับเลือดให้อยู่ในตำแหน่งที่สะดวกและเหมาะสมต่อพยาบาลส่งเครื่องมือสังเกตการณ์การผ่าตัดและให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ เปิดห่อเครื่องมือหรืออุปกรณ์ผ่าตัดที่ต้องการเพิ่มเติม จดบันทึกรายละเอียดต่างๆ ในการผ่าตัดลงในใบบันทึกเฉพาะของห้องผ่าตัด จัดเตรียมการส่งตรวจชิ้นเนื้อที่นำออกมาจากร่างกายผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ประสานงานและเตรียมพร้อมสำหรับผู้ป่วยรายต่อไป

1.2.1.2.3 ระยะเวลาหลังผ่าตัด หลังผ่าเสร็จสิ้น พยาบาลช่วยรอบนอกช่วยดูแลทำความสะอาดคราบเลือด สิ่งคัดหลั่ง น้ำยาฆ่าเชื้อบนผิวหนัง สวมใส่เสื้อผ้าสะอาดให้ผู้ป่วย รมัดระวังไม่ให้เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยโดยไม่เหมาะสม ดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยขณะย้ายออกจากเตียงผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้น บันทึกการพยาบาลผ่าตัดให้เสร็จสมบูรณ์ หากผู้ป่วยรู้สึกตัวดีหรือสามารถรับฟังได้เข้าใจพยาบาลช่วยรอบนอกจะช่วยให้ข้อมูลสำคัญกับผู้ป่วย เช่น ขวดยาระบายเลือด ผ้าปิดแผล เป็นต้น จากนั้นจึงช่วยกันตรวจนับเครื่องมือ เคลื่อนย้ายเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้แล้วออกไปนอกห้องผ่าตัด ความสะอาด จัดเตรียมห้อง เครื่องมือ อุปกรณ์การผ่าตัดใหม่สำหรับรองรับผู้ป่วยรายต่อไป หรือปิดไฟฟ้าและเครื่องใช้ไฟฟ้าต่างๆ เมื่อไม่มีการผ่าตัดต่อ

1.2.1.3 พยาบาลผู้ช่วยผ่าตัด (Registered nurse first assistant) คือพยาบาลผ่าตัดที่ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยศัลยแพทย์ในระหว่างการผ่าตัด โดยเป็นคนละคนกับพยาบาลส่งเครื่องมือ สามารถใช้เครื่องมือในการดึงรั้งผิวหนัง ช่วยจับ ถือ เครื่องมือที่จับเนื้อเยื่อขณะผ่าตัด ช่วยห้ามเลือด ดูดเลือดในบริเวณผ่าตัดออกด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ ช่วยเพิ่มความสะดวกในการเย็บและทำผ่าตัดให้มีความสะดวกมากขึ้น โดย Association of Operating Room Nurse หรือ AORN ได้ให้การรับรองอย่างเป็นทางการในปี 1984 โดยให้พยาบาลรับการศึกษาเพิ่มเติมพิเศษสำหรับบทบาทนี้เพื่อให้สามารถช่วยศัลยแพทย์ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งเย็บแผล แต่ไม่สามารถทำผ่าตัดด้วยตนเองได้ (เรณู อัจฉลณี, 2553) ทั้งนี้โดยมากในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลรัฐพยาบาลผ่าตัดสามารถทำบทบาทนี้ได้โดยไม่ต้องศึกษาเพิ่มเติมมาก่อน

1.2.2 สมรรถนะพยาบาลผ่าตัด

นอกจากบทบาทของพยาบาลผ่าตัดดังกล่าวมาแล้ว สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย (2554) กล่าวว่าพยาบาลผ่าตัดควรมีสมรรถนะที่เพียงพอและสอดคล้องต่อบทบาทหน้าที่ ซึ่งสมรรถนะพยาบาลผ่าตัดในที่นี้หมายถึงความสามารถของพยาบาลผ่าตัดในการนำความรู้ และทักษะมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยตามขอบเขตของบทบาทหน้าที่ โดยกำหนด

สมรรถนะพยาบาลผ่าตัด ดังนี้

1.2.2.1 ด้านการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย ดังนี้

1.2.2.1.1 การป้องกันการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากสารเคมี โดยพยาบาลผ่าตัดต้อง สามารถประเมินได้ถึงประวัติการแพ้ ป้องกันความเสี่ยงต่อการแพ้ การบาดเจ็บจากน้ำยาที่ใช้ต่อผู้ป่วยและอุปกรณ์เครื่องมือ ประเมินอาการ และอาการแสดงถึงการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อได้

1.2.2.1.2 การป้องกันการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากเครื่องจี้ไฟฟ้า รวมถึง การเตรียมเครื่องจี้ไฟฟ้าและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน โดยพยาบาลผ่าตัดต้องสามารถ ประเมินสภาพผิวหนัง การเลือกตำแหน่งติดแผ่นนำไฟฟ้า การประเมินอาการและอาการแสดงของการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากเครื่องจี้ไฟฟ้า และการบันทึกความผิดปกติ

1.2.2.1.3 การป้องกันการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากรังสี โดยพยาบาลผ่าตัด ต้องสามารถประเมินประวัติที่มีความเสี่ยง เช่น ตั้งครรภ์ แพ้สารทึบแสง ป้องกันอันตรายจากรังสี โดยการติดตั้งอุปกรณ์ป้องกัน กำจัดการกระจาย ใช้อุปกรณ์ป้องกันอย่างเหมาะสม และประเมิน การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อผิวหนัง

1.2.2.1.4 การป้องกันการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากการเคลื่อนย้าย โดย พยาบาลผ่าตัดต้องสามารถประเมินข้อจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยและอธิบายให้ผู้ป่วยทราบ ใช้อุปกรณ์เคลื่อนย้ายที่เหมาะสมและเคลื่อนย้ายอย่างถูกต้อง การประเมินอาการและอาการแสดงจากการบาดเจ็บที่ผิวหนังจากการเคลื่อนย้าย

1.2.2.1.5 การป้องกันการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากการจัดท่า โดยพยาบาลผ่าตัดต้องสามารถประเมินความเสี่ยง เตรียมและเลือกอุปกรณ์จัดท่าที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยและการผ่าตัด จัดท่าเคลื่อนย้ายด้วยความปลอดภัย คำนึงถึงการส่งเสริมเนื้อเยื่อให้ได้รับออกซิเจนเพียงพอ หลังจัดท่าประเมินอาการและอาการแสดงการบาดเจ็บจากการจัดท่าและการได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอของเนื้อเยื่อ

1.2.2.1.6 การป้องกันการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากเลเซอร์ โดยพยาบาลผ่าตัดต้องสามารถตรวจสอบความพร้อมของเครื่องเลเซอร์ จัดเตรียมแว่นตา ป้องกันการบาดเจ็บของผิวหนังและอวัยวะข้างเคียง ป้องกันการลวกให้ติดไฟ ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติของตน บันทึกข้อมูล

1.2.2.1.7 การป้องกันการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องรัดห้าม

เลือด โดยพยาบาลผ่าตัดต้องสามารถประเมินความเสี่ยงของผิวหนัง เตรียมอุปกรณ์ เลือกขนาด สายรัดและตั้งแรงดันที่เหมาะสม ตรวจสอบความสมบูรณ์ของผิวหนังและการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ

1.2.2.1.8 การป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์อื่นๆ โดยพยาบาลผ่าตัดต้องสามารถทบทวน ยืนยันตัวบุคคล ตรวจสอบความพร้อมในห้องผ่าตัด ตรวจสอบความปลอดภัยของเครื่องมือผ่าตัด ประเมินภาวะเสี่ยงของผิวหนังที่อาจได้รับบาดเจ็บจากความร้อน ดูแลใฝ่ระวังอุณหภูมิกายของผู้ป่วย ระวังการใช้อุปกรณ์ใช้ไฟฟ้าทุกชนิด ตรวจสอบ ติดตามการใช้อุปกรณ์ใช้ไฟฟ้า ประเมินความเสี่ยงเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ

1.2.2.1.9 การป้องกันอันตรายจากสาเหตุอื่นๆ โดยพยาบาลผ่าตัดต้องสามารถป้องกันอันตรายจากการใช้ยา การผ่าตัดผิดคนผิดข้างผิดตำแหน่ง การส่งสิ่งส่งตรวจผิดพลาด ป้องกันสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย

1.2.2.2 การพยาบาลผู้ป่วยด้านร่างกาย ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย ดังนี้

1.2.2.2.1 การป้องกันการติดเชื้อ โดยพยาบาลผ่าตัดต้องสามารถปฏิบัติการพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อตลอดการทำผ่าตัดรวมทั้งควบคุมดูแลบุคคลากรอื่นๆ ในทีมผ่าตัด ประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วย จำแนกแผลผ่าตัดได้ถูกต้องตามมาตรฐานสากล เตรียมความสะอาดของผิวหนังบริเวณผ่าตัด ป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคทั้งการแต่งกายที่ถูกต้องและรักษาการปนเปื้อนอย่างเคร่งครัด วางแผนเพื่อลดระยะเวลาในการผ่าตัด ทวนสอบการเตรียมตัวของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การดูแลแผลผ่าตัด

1.2.2.2.2 การดูแลการกำซาบของเนื้อเยื่อ โดยพยาบาลผ่าตัดต้องสามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงของภาวะเนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยง ประเมินการไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงเนื้อเยื่อขณะและหลังผ่าตัด

1.2.2.2.3 การดูแลอุณหภูมิกาย โดยพยาบาลผ่าตัดต้องสามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ใช้สารน้ำและอุปกรณ์ให้ความอบอุ่นเหมาะสม ประเมินและใฝ่ระวังอุณหภูมิกายของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

1.2.2.2.4 การดูแลภาวะสมดุลของสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และกรดต่าง โดยพยาบาลผ่าตัดต้องสามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียเลือด สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ใฝ่ระวังการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยา ใช้เทคนิคการห้ามเลือดอย่างถูกต้อง ให้สารน้ำตามแผนการรักษา ใฝ่ยาตามคำสั่งการรักษาเพื่อแก้ไขภาวะความไม่สมดุลกรดต่าง ประเมินผลลัพธ์จากการให้สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

1.2.2.2.5 การดูแลการทำงานระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยพยาบาลผ่าตัดต้องสามารถประเมินสภาวะการทำงานของหัวใจก่อนผ่าตัด ประเมินการทำงานของหัวใจผ่านเครื่องมือเฝ้าระวังตลอดระยะเวลาการผ่าตัด ประเมินการทำงานของหัวใจหลังผ่าตัดและเปรียบเทียบกับสภาวะก่อนผ่าตัด

1.2.2.2.6 การจัดการความเจ็บปวด โดยพยาบาลผ่าตัดต้องสามารถประเมินความเจ็บปวด ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความเจ็บปวด ใช้ทางเลือกอื่นในการควบคุมความเจ็บปวด ประเมินผลการตอบสนองผลการระงับความปวด

1.2.2.3 การพยาบาลผู้ป่วยด้านการตอบสนองพฤติกรรม ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย ดังนี้

1.2.2.3.1 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยพยาบาลผ่าตัดต้องสามารถประเมินความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย ประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้ป่วย ประเมินระดับความรู้ของผู้ป่วย ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติตามความต้องการ ประเมินสภาวะจิตสังคม ดูแลด้านจิตใจผู้ป่วย ให้คำแนะนำในขั้นตอนการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ให้ความรู้ด้านโภชนาการ การให้ความรู้ด้านการบริหารยา ให้ความรู้ด้านการจัดการความเจ็บปวด การให้ความรู้เรื่องการดูแลแผลผ่าตัด

1.2.2.3.2 ด้านจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย โดยพยาบาลผ่าตัดต้องสามารถตรวจสอบการยินยอมผ่าตัด ให้ความสำคัญกับคุณค่าและความต้องการของผู้ป่วย วางแผนจำหน่ายโดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม ให้ข้อมูลและอธิบายแนวปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ รักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยยึดหลักจริยธรรมและมาตรฐานกฎหมาย ดูแลอย่างเสมอภาค ปราศจากอคติ และเหมาะสมตามสถานการณ์ ยอมรับและให้ความสำคัญใน วิถีชีวิต วัฒนธรรม เชื้อชาติ ของผู้ป่วย

1.2.2.4 การพยาบาลด้านระบบสุขภาพ ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย ดังนี้

1.2.2.4.1 ความเป็นวิชาชีพ โดยพยาบาลผ่าตัดต้องมีประกาศนียบัตร มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ มีการพัฒนาความรู้เชิงวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง มีการแสดงออกซึ่งการคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีส่วนร่วมในการศึกษาค้นคว้า ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน

1.2.2.4.2 การปฏิบัติตามนโยบายและมาตรฐานของหน่วยงาน โดยพยาบาลผ่าตัดต้องปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยตามนโยบายหน่วยงาน รู้และเข้าใจสิทธิหน้าที่ของตน แสดงออกซึ่งการตระหนักในการรักษาสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด ปฏิบัติตามนโยบายและแนวปฏิบัติการป้องกันไฟไหม้

1.2.2.4.3 การสนับสนุนเป้าหมายขององค์กร โดยพยาบาลผ่าตัดต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบขององค์กร มีทักษะสื่อสารที่ดีรวมทั้งแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง ตระหนักถึงการปฏิบัติตามจริยธรรมและกฎหมาย เข้าใจโครงสร้างองค์กรและสายงานบังคับบัญชา มีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิต เข้าใจและปฏิบัติตามนโยบายขององค์กร มีความรับผิดชอบเรื่องการใช้งบประมาณ เข้าใจและสามารถปฏิบัติงานเป็นทีมได้

1.4 การปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัด

การปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดเริ่มจากการได้รับมอบหมายบทบาทหน้าที่และผู้ป่วยในความรับผิดชอบประจำวันจากกำหนดการผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดมีหน้าที่ในการดูแลความสะอาดและความพร้อมใช้ของห้องผ่าตัดที่อยู่ในความดูแล จัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการทำผ่าตัดตรวจสอบตัวบ่งชี้ทางเคมีภายนอก (External chemical indicator) ว่าเครื่องมือและอุปกรณ์ดังกล่าวได้รับการทำให้ปลอดเชื้อ ตรวจสอบว่าไม่มีรอยรั่วใดๆ บนวัสดุที่ห่อหุ้มเครื่องมือ หลังจากผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดเข้าไปตรวจประเมินความพร้อมทั้งชื่อ นามสกุล การผ่าตัด ตำแหน่งที่ทำผ่าตัด รวมทั้งอุปกรณ์ที่มีความจำเป็นต่อการทำผ่าตัดที่ติดมากับผู้ป่วย รวมทั้งไบโอเซนตียินยอมผ่าตัด จากนั้นนำผู้ป่วยเข้าไปยังห้องผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยเคลื่อนย้ายจากเปลไปยังเตียงผ่าตัดอย่างปลอดภัย ดูแลจัดทำในการผ่าตัดที่เหมาะสม ดูแลไม่ให้อวัยวะใดๆ ของผู้ป่วยสัมผัสกับโลหะเพื่อป้องกันอันตรายจากการไหม้ ติดแผ่นนำกระแสไฟฟ้าลงบนผิวหนังส่วนที่ประเมินแล้วว่ามีความเหมาะสม เช่น ต้นขา หน้าท้อง ทำการเปิดห่อผ้าและห่อเครื่องมือปลอดเชื้อลงบนโต๊ะทำผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดที่มีบทบาทของพยาบาลส่งเครื่องมือ ล้างมืออย่างถูกวิธี ก่อนกลับเข้ามาในห้องสวมใส่เสื้อคลุมปลอดเชื้อและถุงมือปลอดเชื้อ โดยมีพยาบาลผ่าตัดที่มีบทบาทของพยาบาลช่วยรอบนอกเป็นผู้ช่วยเหลือในการสวมและผูกเสื้อ พยาบาลส่งเครื่องมือตรวจนับเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งผ้าซับเลือด และของมีคม พร้อมทั้งขานจำนวนให้พยาบาลช่วยรอบนอกรับทราบ ตรวจสอบตัวบ่งชี้ทางเคมีภายใน (Internal chemical indicator) ว่าเครื่องมือและอุปกรณ์ทุกชิ้นปลอดเชื้อ ก่อนจัดเรียงเครื่องมือผ่าตัดให้สะดวกต่อการใช้งานทั้งบนโต๊ะเครื่องมือผ่าตัด และโต๊ะส่งเครื่องมือ พยาบาลส่งเครื่องมือช่วยศัลยแพทย์ในการแต่งชุดปลอดเชื้อ และปูผ้าปลอดเชื้อลงบนตัวผู้ป่วย หลังได้รับการทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำยา พยาบาลช่วยรอบนอกช่วยในการต่ออุปกรณ์ต่างๆ ที่ถูกส่งมาจากบริเวณผ่าตัดเข้ากับตัวเครื่องและเปิดให้พร้อมใช้ เช่น จี้ห้ามเลือดไฟฟ้า เครื่องดูดสุญญากาศ ขณะทำผ่าตัดพยาบาลส่งเครื่องมือส่งเครื่องมือตามลำดับขั้นตอนการผ่าตัดและความต้องการของศัลยแพทย์ หมั่นทำความสะอาดคราบสิ่งคัดหลั่งบนเครื่องมือ ตรวจนับอุปกรณ์ให้ครบจำนวน รวมทั้งเฝ้าระวังไม่ให้

ความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและบุคคลากรในทีมผ่าตัดด้วยกัน หากระหว่างการผ่าตัดมีเครื่องมือหรืออุปกรณ์ผ่าตัดใดๆ ที่ศัลยแพทย์ต้องการเพิ่มเติม พยาบาลช่วยรอบนอกคือผู้รับผิดชอบในการนำสิ่งนั้นมาเปิดส่งให้พยาบาลผ่าตัดอย่างถูกวิธี เมื่อการผ่าตัดเสร็จสิ้น พยาบาลผ่าตัดช่วยปิดแผลผ่าตัด ทำความสะอาดคราบน้ำยา ลงบันทึกการพยาบาลขณะผ่าตัด ส่งต่อข้อมูลในการดูแลเพิ่มเติมให้แก่วิสัญญี และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น จัดการส่งเครื่องมือผ่าตัดที่ใช้งานแล้วไปยังหน่วยทำความสะอาด และเตรียมห้องผ่าตัดให้พร้อมต่อการทำผ่าตัดผู้ป่วยรายถัดไป

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผ่าตัดคนหนึ่งซึ่งมีประสบการณ์ในการทำหน้าที่ทั้งในบทบาทพยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลช่วยรอบนอกในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ เป็นเวลามากกว่า 5 ปี มีประสบการณ์ที่แตกต่างจากการปฏิบัติงานในภาวะปกติ คือ การทำผ่าตัดเร่งด่วนในผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุและอยู่ในภาวะวิกฤติ ศัลยแพทย์และพยาบาลผ่าตัดได้ทำการเร่งช่วยชีวิตผู้ป่วยในทันทีโดยคำนึงถึงชีวิตผู้ป่วยเป็นหลักจากนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่และปลอดภัยจากการผ่าตัดแพทย์จึงดูแลในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อต่อไป เป็นต้น และจากการสัมภาษณ์นำร่องพบว่าในการทำงานของพยาบาลผ่าตัดเริ่มต้นงานจากการไม่มีทักษะด้านการพยาบาลผ่าตัด ต้องค่อยๆ ฝึกฝนโดยพยาบาลพี่เลี้ยงและการจดบันทึก ท่องจำจนชำนาญ ทั้งนี้การผ่าตัดแต่ละชนิดมีความแตกต่างไปตามความยากง่าย ความชำนาญของศัลยแพทย์ งานในห้องผ่าตัดสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามเหตุการณ์เฉพาะหน้าที่อาจเกิดขึ้นขณะทำผ่าตัด เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อน การมีเลือดออกจำนวนมาก ทำให้ต้องเปลี่ยนประเภทการผ่าตัดจากใช้กล้องมาเป็นเปิดหน้าท้องเพื่อห้ามเลือดเพื่อบรรเทาความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และจากผลการวิจัยของ สุชานันท์ บำรุงวงศ์ (2550) พบว่าการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลเอกชน มีประเด็นที่เหมือนกันคือการเริ่มงานจากการดูแลของพยาบาลพี่เลี้ยง การพยายามพัฒนาตนเอง และการทำงานร่วมกับศัลยแพทย์ แต่มีความแตกต่างคือ วัฒนธรรมที่ให้ความสำคัญกับแพทย์ การได้รับการมอบหมายงานของพยาบาลผ่าตัดจากหัวหน้าเวร และในบางครั้งพยาบาลช่วยรอบนอกต้องช่วยเหลือวิสัญญีแพทย์ในการดมยาสลบร่วมด้วย เป็นต้น

2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเป็นพยาบาลผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์นำร่องพบว่า ประเด็นต่างๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์นำร่อง ได้แก่ การพัฒนาตนเอง ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยง และการทำงานเป็นทีม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การพัฒนาตนเอง

การพัฒนาตนเองถือเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นยิ่งในการปฏิบัติงาน โดย Benner (1984)

ได้กล่าวถึงความก้าวหน้าทางวิชาชีพตามประสบการณ์ในการทำงานไว้ 5 ระดับ ดังนี้ 1) ระดับผู้เริ่มปฏิบัติงาน (Novice) คือ ผู้มีประสบการณ์ทางการพยาบาลระหว่าง 0-1 ปี การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎเกณฑ์ที่กำหนด ไม่สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ ต้องการความช่วยเหลือและการให้การสนับสนุนดูแล 2) ระดับผู้เริ่มต้นความก้าวหน้า (Advanced beginners) คือ ผู้มีพื้นฐานและประสบการณ์ทางการพยาบาลระหว่าง 1-2 ปี ของการปฏิบัติงานในหน่วยงานเดิม สามารถเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น แต่ยังไม่สามารถแยกแยะความสำคัญของบริบทของปัญหาต่างๆ ได้ และยังคงสนใจกฎเกณฑ์อยู่มาก 3) ระดับผู้มีความสามารถ (The competent) คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานเดิมเป็นเวลา 2-3 ปี มีการวางแผนและตัดสินใจกับสถานการณ์เฉพาะหน้าได้ด้วยตนเองมากขึ้น 4) ระดับผู้เชี่ยวชาญ (Proficient) คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานเดิมเป็นเวลา 3-5 ปี สามารถมองสถานการณ์ต่างๆ ในแบบองค์รวม มีความสามารถในการคิดตัดสินใจ และแก้ปัญหาได้ดีมากขึ้น มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาเหตุการณ์และปัญหามองหาแนวทางปฏิบัติและปรับปรุงได้ดี 5) ระดับผู้ชำนาญการ (Experts) คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานเดิมเป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์มาก สามารถคาดเดาและเข้าใจถึงสถานการณ์ ปัญหา ต่างๆ รวมทั้งหาวิธีแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้บุคคลจำเป็นต้องมีการพัฒนาบทบาทและหน้าที่ของตนให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ การพัฒนาตนเองยังถือเป็น การเพิ่มพลังอำนาจในตนเอง เพิ่มความน่าเชื่อถือในตนเอง และช่วยให้ได้รับการยอมรับนับถือ รวมทั้งส่งเสริมคุณค่าในตนเองมากขึ้น และเกิดผลการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ การพัฒนาตนเองมีความหมายและแนวคิด ดังนี้

2.1.1 ความหมายของการพัฒนาตนเอง

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการพัฒนาตนเอง ดังนี้

Boydell (1985) กล่าวว่า การพัฒนาตนเองคือความพยายามทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จด้วยตนเอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงส่วนตัว มีหรือเพิ่มความสามารถใหม่ๆ มีความคิดเห็นที่มีมุมมองแตกต่างไปจากเดิม ช่วยให้เราเห็นว่าตนเป็นคนดีขึ้นจากการมีคุณสมบัติใหม่ๆ

Meggison & Pedler (1992) กล่าวว่า การพัฒนาตนเองคือการที่ผู้เรียนมีความต้องการเปลี่ยนแปลงสภาพของตนเองไปสู่สิ่งใหม่ๆ โดยผู้เรียนเป็นผู้รับผิดชอบในการเลือกสิ่งที่ตนสนใจและต้องการเรียนรู้รวมทั้งระยะเวลา วิธีการด้วยตนเอง นั่นคือผู้เรียนมีอิสระในการเรียนรู้และเลือกที่สิ่งต้องการเรียนรู้

วิเชียร ทวีลาภ (2534) กล่าวว่า การพัฒนาตนเองคือการดำเนินชีวิตอย่างมีอุดมการณ์ รู้จักเรียนรู้ตนเอง และสามารถปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้นได้ทั้งประสิทธิภาพในการทำงาน ด้าน

ปัญญาและคุณธรรม โดยวิธีการพัฒนาคือสรรหาทางเพิ่มทักษะความรู้ของตนเองเสมอ และใช้ความรู้นั้นปฏิบัติกับผู้ป่วยเพื่อให้ได้งานที่มีคุณภาพมากขึ้น

สงวน สุทธิเลิศอรุณ (2543) กล่าวว่า การพัฒนาตนเองคือการเพิ่มพูนความคิดและความรู้ การเตรียมพัฒนาตนเองต่อการเรียนรู้สิ่งต่างๆ การเพิ่มทักษะและความชำนาญ และการพัฒนาเปลี่ยนแปลงเจตคติความเชื่อยุทธศาสตร์ทางอารมณ์ ซึ่งบุคคลที่มีการพัฒนาตนเองดังกล่าวจะทำให้เป็นบุคคลที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเกิดผลดีกับตนเอง

จากความหมายที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ว่า การพัฒนาตนเอง หมายถึง การที่บุคคลมีความต้องเปลี่ยนแปลง หรือเพิ่มพูนทักษะความรู้ ความสามารถให้กับตนเอง พยายามพัฒนาตนเองเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น มีแนวคิดในมุมมองใหม่ที่แปลกไปจากเดิม ช่วยเปิดโลกทัศน์ให้กว้างขึ้น และช่วยให้รู้สึกภาคภูมิใจ มีคุณค่าในตนเองมากยิ่งขึ้น

2.1.2 แนวคิดการพัฒนาตนเอง

การเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม การพัฒนาของเทคโนโลยี รวมทั้งการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ขององค์กรเพื่อให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของโลกและนโยบายการบริหารของรัฐบาล จึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่ต้องพัฒนาตนเองเพื่อให้ทันต่อความเปลี่ยนแปลง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนักวิชาการเสนอแนวคิดการพัฒนาตนเอง ดังนี้

2.1.2.1 แนวคิดการพัฒนาตนเองของ Megginson and Pedler

Megginson and Pedler (1992) เสนอกระบวนการพัฒนาตนเอง ที่มีลำดับขั้นตอนต่อเนื่องกันไป 7 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ปรารถนาในการเรียนรู้ (Desire to learn) การพัฒนาตนเองเริ่มจากการที่บุคคลมีความต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับงานและต้องการเข้าใจองค์กร เริ่มจากรับรู้ว่าตนต้องการเรียนรู้ในสิ่งใด วิเคราะห์ถึงความต้องการของตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญว่ามีความไม่สบายใจต่อการทำงานของตนอย่างไรในปัจจุบันและต้องการเรียนรู้สิ่งใดเพิ่มเติม

ขั้นที่ 2 การวินิจฉัยตนเอง (Self-diagnosis) บุคคลพยายามทำความเข้าใจว่าเหตุใดจึงรู้สึกไม่พอใจต่อสภาพที่ตนเองเป็นอยู่ วิเคราะห์ตนเองเพื่อให้ทราบถึงจุดเด่นและจุดบกพร่องของตน แล้วนำเอาจุดบกพร่องนั้นมาปรับปรุงแก้ไข การสำรวจตนเองมีหลายแนวทาง เช่น การอ่านหนังสือ การสังเกต การสนทนากับเพื่อนร่วมงาน ผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การกำหนดเป้าหมาย (Set goals) หลังวิเคราะห์ตนเองเสร็จสิ้นจะช่วยให้ทราบถึงเป้าหมายที่ต้องการพัฒนาตนเอง จึงควรกำหนดเป้าหมายเอาไว้รวมทั้ง

ระยะเวลาในการพัฒนาตนเองไปยังเป้าหมายดังกล่าว

ขั้นที่ 4 การแสวงหาทรัพยากรที่เหมาะสม (Finding appropriate resources) หลังได้เป้าหมาย สามารถกำหนดวิธีการทำให้ไปยังเป้าหมายนั้นโดยการศึกษาหาความรู้ในรูปแบบต่างๆ กัน ค้นหาแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ที่เหมาะสมกับตนเอง

ขั้นที่ 5 การสรรหาเพื่อน (Recruit of other people) เพื่อช่วยให้ความพยายามในการพัฒนาตนเองประสบผลสำเร็จ ซึ่งช่วยให้เกิดการเรียนรู้ ช่วยให้ได้ไปยังเป้าหมาย และให้ข้อมูลย้อนกลับที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่เพิ่มมากขึ้น

ขั้นที่ 6 ความอดทน ต่อสู้ และความพยายาม (Strickability and perseverance) บุคคลต้องมีความอดทนและพากเพียรขณะเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเอง

ขั้นที่ 7 การประเมินผลด้วยตนเอง (Evaluation) ประเมินผลกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ว่าเป็นไปตามต้องการหรือไม่ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร รวมทั้งอาจตั้งเป้าหมายถัดไปเพื่อพัฒนาตนเองให้ดียิ่งขึ้นไปอีก

สรุปได้ว่า กระบวนการพัฒนาตนเองของ Megginson and Pedler (1992) เริ่มต้นจากการที่บุคคลนั้นต้องการพัฒนาตนเอง ส่งผลให้เกิดการตั้งเป้าหมายและการเรียนรู้ ซึ่งการจะช่วยให้พัฒนาตนเองได้ดี บุคคลนั้นควรมีการวิเคราะห์ตนเองเพื่อหาจุดเด่นและจุดบกพร่องและนำมาเป็นสิ่งที่ต้องการปรับปรุงและพัฒนาตนเองให้ดีขึ้นต่อไป

2.1.2.2 แนวคิดการพัฒนาตนเองของ Boydell

Boydell (1985) เสนอวงจรการพัฒนาตนเองซึ่งมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การเกิดความวิตกกังวล โดยบุคคลพบสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล โดยอาจเป็นปัญหา งาน เทคโนโลยี หรือสิ่งแปลกใหม่ ยุ่งยาก ที่ไม่เคยเจอมาก่อน หรือเกิดขึ้นโดยไม่คาดหวัง

ขั้นที่ 2 การสังเกต คิด ไตร่ตรอง โดยบุคคลใช้ความคิดเกี่ยวกับปัญหาที่พบ หรือสิ่งที่เกิดขึ้นเพื่อค้นหาคำตอบหรือคำอธิบาย มองหาหนทางความน่าจะเป็นที่เกิด และในบางครั้งอาจนำปัญหาไปถกกับบุคคลอื่นร่วมด้วย

ขั้นที่ 3 การคิดใหม่ ตั้งใจใหม่ และมีวิธีการใหม่ โดยบุคคลค้นพบแนวทาง รวมทั้งรับรู้ตนเองและสิ่งรอบตัวในมุมมองใหม่ ความแปลกใหม่นี้อาจเกิดขึ้นได้กับความคิด ความมุ่งมั่น และความรู้สึก โดยอาจเกิดขึ้นกับอย่างใดอย่างหนึ่งหรือพร้อมกัน การใช้ความคิดพิจารณาจะนำไปสู่วิธีการใหม่ๆ พัฒนาการรับรู้และตระหนักในความรู้สึกดังกล่าว รวมทั้งความสามารถในการแสดงออกเพื่อให้ได้ผลลัพธ์

ขั้นที่ 4 การนำวิธีการใหม่มาทดลองใช้ โดยบุคคลลงนำความคิดเห็น ข้อเสนอแนะใหม่ๆ ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ ทำงานโดยมีจุดมุ่งหมายและใช้ความรู้สึกนึกคิด และเมื่อเหตุการณ์นั้นผ่านไปด้วยดีจึงถือได้ว่าการพัฒนาเกิดขึ้น

อย่างไรก็ตาม Boydell กล่าวว่า ในบางกรณีการนำความคิดใหม่ๆ อาจไม่ได้ผลหรือได้ผลเพียงแค่บางกรณี กรณีดังกล่าวนี้ขั้นตอนการพัฒนาอาจเริ่มด้วยปัญหา หรือ เริ่มที่ขั้นที่ 3 จากการรับฟังข้อคิดเห็น คำสอน เกี่ยวกับความรู้ทักษะใหม่ๆ และนำไปปฏิบัติจนเกิดความ คิดด้วยตนเอง ขึ้นกับความแตกต่างของแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ

จากที่กล่าวมาทั้งหมด พอสรุปได้ว่า แนวคิดการพัฒนาตนเอง เกิดขึ้นได้จากการ ที่บุคคลนั้นปรารถนาจะพัฒนาตนเองให้สำเร็จ หลังพบว่าตนเองเผชิญกับปัญหา ความท้าทาย หรือสิ่งแปลกใหม่ ที่ไม่คุ้นชิน ต้องหาให้ได้ถึงคำตอบ อาจโดยการสอบถามจากผู้รู้ การลองทำ เมื่อ ค้นพบคำตอบที่หาได้ จึงนำเอาคำตอบนั้นมาเป็นหลักในการพัฒนาตนเองเพื่อเพิ่มทักษะที่ ต้องการต่อไป

2.1.3 ประโยชน์ของการพัฒนาตนเอง

เรียม ศรีทอง (2542) กล่าวว่าประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาตนเองในเชิง วิชาชีพของพยาบาลที่สำคัญ มี 3 ประการ ดังนี้

2.1.3.1 ประโยชน์ต่อตนเอง ช่วยส่งเสริมให้เกิดความความมีคุณค่าในตน ทำให้ บุคคลรู้สึกว่าตนเองอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่า โดยเฉพาะเมื่อได้ปรับปรุงสิ่งบกพร่องที่มีและพัฒนา พฤติกรรมต่างๆ ให้ดีขึ้น ยิ่งทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าตนเองสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบทบาทมากยิ่งขึ้น

2.1.3.2 ประโยชน์ต่อบุคคลอื่น การที่บุคคลพัฒนาตนเองและเกิดการ ทำงาน ร่วมกับผู้อื่น ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจของผู้ร่วมงาน เกิดตัวอย่างที่ดีให้เกิดการพัฒนาต่อไป

2.1.3.3 ประโยชน์ต่อหน่วยงาน การพัฒนาตนเองทำให้ประสิทธิภาพของงานที่ ปฏิบัติดียิ่งขึ้น ส่งผลให้คุณภาพของหน่วยงานดีขึ้นและได้รับการยอมรับเพิ่มมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาตนเองของพยาบาลจะสำเร็จหรือไม่ ขึ้นอยู่กับหลาย ปัจจัย ได้แก่ การมีความพร้อมต่อการพัฒนาตนเอง มีความต้องการพัฒนาตนเอง และต้องมี แรงจูงใจที่ดีในการพัฒนาตนเอง ส่วนอุปสรรคที่จุดรั้งไม่ให้พยาบาลไทยเกิดการพัฒนาหรือ ต้องการพัฒนาตนเอง คือ หน่วยงานและองค์กรขาดการสนับสนุนทั้งต่อการลาศึกษา หรือไม่มีผู้มา ทำปฏิบัติหน้าที่แทน นอกจากนั้นยังมีอุปสรรคส่วนตัวของบุคคลเอง ได้แก่ การไม่มีโอกาส ไม่มี แหล่งข้อมูลที่ดีในการส่งฝึกอบรม รู้สึกเหนื่อยกับงานประจำที่ทำ ไม่มีเวลาว่างมากพอ มีภาระทาง

ครอบครัวเป็นต้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2530)

2.1.4 พยาบาลผ่าตัดกับการพัฒนาตนเอง

งานพยาบาลผ่าตัดเป็นงานที่ต้องใช้ความรู้และความสามารถเฉพาะทาง พยาบาลผ่าตัดต้องได้รับการฝึกสอนทักษะความสามารถในการปฏิบัติงานเป็นระยะเวลานานพอสมควร เพื่อให้สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ได้ทั้งการเป็นพยาบาลส่งเครื่องมือ และพยาบาลช่วยรอบนอก (เรณู อาจสาลี, 2550) ทั้งนี้การฝึกอบรมทักษะความรู้ในห้องผ่าตัดในระยะเริ่มแรกมีทั้งการส่งพยาบาลไปศึกษาในหลักสูตรเฉพาะทางห้องผ่าตัดตามสถานที่ซึ่งเปิดให้การสอนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติเป็นระยะเวลาประมาณ 4 เดือนเพื่อให้มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด หรือเริ่มต้นจากการฝึกฝนและเรียนรู้ในห้องผ่าตัดโดยระบบพี่เลี้ยง ด้วยการถ่ายทอดประสบการณ์และความรู้จากพยาบาลผ่าตัดรุ่นพี่ที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากไปยังพยาบาลผ่าตัดรุ่นน้องที่มีประสบการณ์น้อยกว่า เป็นการถ่ายทอดความรู้ในแบบตัวต่อตัว พร้อมกับกับการฝึกปฏิบัติงานร่วมไปด้วย (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2545) ในระหว่างการถ่ายทอดความรู้นั้น พยาบาลผ่าตัดรุ่นน้องต้องพยายามเก็บเกี่ยวความรู้ที่ได้ ศึกษาความรู้จากตำรา รวมทั้งซักถามพยาบาลรุ่นพี่หรือผู้รู้เมื่อพบข้อสงสัย รวมทั้งฝึกฝนปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะในการทำงานของตนให้ดียิ่งขึ้นไป รวมถึงการเรียนรู้ความแตกต่างเฉพาะของศัลยแพทย์แต่ละคนเพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างราบรื่นและเกิดความพึงพอใจในการทำงานของตน

นอกจากนี้ยุคปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ประชากรมีอายุยืนนานเพิ่มขึ้นพร้อมๆ กับการเจ็บป่วยและเผชิญโรคภัยไข้เจ็บในยามสูงวัยที่มีมากขึ้นรวมทั้งภาวะเจ็บป่วยอื่น ที่ต้องทำการรักษาเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตหรือยืดชีวิตของผู้ป่วยมีเพิ่มมากขึ้น เทคโนโลยีที่ทันสมัยต่างๆ ถูกนำมาใช้ในการทำผ่าตัดมากขึ้น เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารต่างๆ ที่เปิดเสรีมากขึ้นช่วยให้องค์ความรู้ใหม่ๆ ที่ถูกสร้างขึ้นและต่อยอดให้องค์ความรู้เหล่านั้นยังมีประสิทธิภาพได้รับการเผยแพร่เชื่อมต่อไปยังทั่วโลกเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ทันสมัย พยาบาลผ่าตัดซึ่งถือเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญต่องานห้องผ่าตัดจึงควรต้องตระหนักถึงสิ่งเหล่านั้น โดยเฉพาะพยาบาลผ่าตัดถือเป็นการพยาบาลเฉพาะทางซึ่งต้องอาศัยความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ต้องได้รับการฝึกฝนทักษะในการทำงานเป็นพิเศษและสามารถนำประยุกต์ศาสตร์และศิลป์มาใช้ในการให้พยาบาลได้ พยาบาลผ่าตัดจึงต้องมีการปรับปรุงตนเองด้วยการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เพื่อพัฒนาตนเองให้มีความรู้ความสามารถเพิ่มมากขึ้นจากพื้นฐานความรู้และทักษะความสามารถพื้นฐานที่มีอยู่เพื่อให้ก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทั้งนี้พยาบาลผ่าตัดควรมีทักษะความรู้ต่ออุปกรณ์และเครื่องมือในการผ่าตัดที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามเทคโนโลยีที่

ทันสมัยมากขึ้น โดยความมีการให้ความรู้ ฝึกอบรมให้สามารถใช้งานเครื่องมือหรืออุปกรณ์นั้นได้ อย่างปลอดภัย โดยเฉพาะในเครื่องมือที่มีความซับซ้อนจำเป็นต้องใช้โดยผู้ที่ผ่านการฝึกฝนจนเกิด ความชำนาญ อีกทั้งพยาบาลควรรหาโอกาสในการพัฒนาตนเองและดำเนินการปรับปรุงสิ่งต่างๆ รวมทั้งการทำงานอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากในปัจจุบันความคาดหวังของผู้รับบริการมีมากขึ้น มี สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การพัฒนาตนเองจะช่วยให้เกิดการทำงานที่คล่องตัวและมี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2549) สอดคล้องกับ การศึกษาของ เจริญพร ตรีเนตร (2543) ในเรื่องประสบการณ์การพัฒนาตนเองของพยาบาลห้อง ผ่าตัดไทยที่ได้รับการฝึกอบรมในประเทศฝรั่งเศส ที่ได้นำเอาทักษะความรู้ที่ได้รับมานั้นถ่ายทอด ให้กับพยาบาลผ่าตัดในหน่วยงาน ให้คำแนะนำต่อแก่พยาบาลผ่าตัดใหม่และนักศึกษาพยาบาลที่ ขึ้นฝึกปฏิบัติงานภายในห้องผ่าตัด รวมทั้งนำมาปรับประยุกต์การทำงานให้ดียิ่งขึ้น

2.2 ความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยง

การดูแลให้การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการผ่าตัดยังมีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ในทุก ขณะ ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เช่น การผ่าตัดผิดคนผิดข้าง การปนเปื้อนของ เชื้อโรค การเสียเลือดเป็นปริมาณมาก พยาบาลผ่าตัดถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการมี บทบาทช่วยลดหรือป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยการปฏิบัติตามแนวทางป้องกัน ความเสี่ยง นอกจากนั้นการปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัดเองยังมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความ เสี่ยงหรืออันตรายขึ้นจากการปฏิบัติงานกับตัวบุคคลากรเองเนื่องจากเป็นการทำงานที่มีการใช้ วัตถุมีคม แข่งกับเวลา และมีการสัมผัสเลือดและสิ่งคัดหลั่งเป็นจำนวนมากอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยภาวะฉุกเฉินต้องได้รับการผ่าตัดรักษาอย่างเร่งด่วนก่อน การตรวจเลือดเพื่อประเมินโรคติดต่อใดๆ ทำให้บุคคลากรยังมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสสิ่งคัดหลั่ง มากขึ้น (อุษาวดี อิศตริวิเศษ, 2547)

2.2.1 ความหมายของความเสี่ยง

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของ ความเสี่ยง เอาไว้ดังนี้

Williams and Heins (1999) กล่าวว่า ความเสี่ยงคือสิ่งที่ทำให้ผลลัพธ์ที่ ต้องการเปลี่ยนแปลงไปจากสถานการณ์ปกติ

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) กล่าวว่า ความเสี่ยงคือ โอกาสที่จะประสบกับความ สูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ โดยความเสี่ยงในโรงพยาบาลอาจมีลักษณะดังนี้ คือ การถูกทำร้าย หรือบาดเจ็บ เหตุร้าย การคุกคาม ความไม่แน่นอน การถูกเปิดเผยโดยไม่พึงประสงค์

เรณู อาจสาลี และ อรพรพรรณ โตสิงห์ (2546) กล่าวว่า ความเสี่ยงคือ ความ เป็นไปได้ที่จะเกิดเหตุการณ์ในทางที่ไม่ดีขึ้นในเวลาใดเวลาหนึ่ง หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิด

อันตราย หรือผลลัพธ์ที่เสียหายขึ้นได้

สงวน ช้างฉัตร (2547) กล่าวว่า ความเสี่ยงคือ สิ่งที่เกิดจากการรวมตัวกันของ ข้อจำกัดและความไม่แน่นอน

จากที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ว่า ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสหรือความเป็นไปได้ที่ทำให้เกิดความสูญเสีย เหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากสถานการณ์ปกติ เป็นสิ่งไม่พึงประสงค์ ซึ่งก่อให้เกิดผลเสีย และความเสียหายขึ้นได้

2.2.2 แนวคิดความเสี่ยง

ในการดำเนินงานทุกกิจกรรมย่อมมีความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยความเสี่ยงนั้นอาจเป็นความเสี่ยงที่ล่วงรู้ล่วงหน้าอยู่แล้วหรือไม่อาจทราบได้ โดยความเสี่ยงในการทำงานนั้น มีผู้ให้แนวคิดไว้ดังนี้

2.2.2.1 ประเภทของความเสี่ยง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.2.2.1.1 ความเสี่ยงที่มีความแน่นอน (Certainty Risk) คือ ความผิดพลาดบกพร่องซึ่งเกิดจากการปฏิบัติงานของมนุษย์ ความผิดพลาดบกพร่องอันเกิดจากการทำงานของเครื่องจักร ขีดจำกัดความสามารถของมนุษย์ การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมการดำเนินงาน

2.2.2.1.2 ความเสี่ยงที่ไม่มี ความแน่นอน (Uncertainty Risk) คือ ความเสี่ยงที่ไม่อาจรู้ล่วงหน้าได้ว่าจะเกิดขึ้น หรือเกิดขึ้นเมื่อใด ประกอบด้วย ภัยธรรมชาติที่ และภัยจากน้ำมือมนุษย์

2.2.2.2 ประเภทของความเสี่ยงและความสูญเสียในโรงพยาบาล แบ่งออกเป็น 7 ประเภท ดังนี้ 1) การสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการของโรงพยาบาล ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ 2) การเสื่อมเสียชื่อเสียง ส่งผลให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจและขาดการสนับสนุนจากชุมชนหรือสังคมรอบข้าง 3) การสูญเสียรายได้ ส่งผลให้เกิดความชะงักในการลงทุนหรือดำเนินการพัฒนากิจการใดๆ ในโรงพยาบาล ไม่ว่าที่มาของรายได้นั้นจะมาจากรัฐบาลหรือประชาชนผู้เป็นผู้ป่วยก็ตาม 4) การสูญเสียหรือเสียหายต่อทรัพย์สิน หมายถึง การมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น โดยทรัพย์สินดังกล่าวครอบคลุมทรัพย์สินของโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติของเจ้าหน้าที่ หรือบุคคลที่ทำธุรกิจร่วมในโรงพยาบาล 5) การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลถือเป็นแรงงานฝีมือที่ต้องลงทุนสูง การบาดเจ็บจนไม่สามารถปฏิบัติงานต่อได้หมายถึงการลงทุนที่เพิ่มขึ้นเพื่อการทดแทน 6) การทำลายสิ่งแวดล้อม อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งมีชีวิตอื่น อาจรวมถึง

ต้องมีค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหา 7) การเกิดภาวะในการขาดใช้ค่าเสียหาย ซึ่งค่าใช้จ่ายนั้นอาจมีมูลค่าเล็กน้อยจนถึงจำนวนมหาศาล ทั้งนี้ความเสี่ยงในโรงพยาบาลทั้ง 7 ประการข้างต้น ต่างมีความสำคัญเท่าเทียมกัน และมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เช่น เมื่อเกิดการบาดเจ็บของบุคคลากรในโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดความเสียหายทั้งทรัพย์สินและเวลาในการรักษา หรือการฟ้องร้องจากผู้ป่วยอาจส่งผลให้โรงพยาบาลสูญเสียความน่าเชื่อถือ และชื่อเสียง รวมทั้งอาจสูญเสียเงินทองจากการขาดใช้ค่าเสียหายที่เกิดขึ้น (เรณู อาจสาธิต และ อรพรรณ โตสิงห์, 2546)

2.2.2.3 ประเภทของความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วย แบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้

2.2.2.3.1 ความเสี่ยงด้านกายภาพ (Physical risk) คือ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับร่างกายผู้ป่วย เช่น การติดเชื้อ ลื่นล้ม ฝาตัดผิดตำแหน่ง การทำร้ายร่างกาย เป็นต้น

2.2.2.3.2 ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (Emotional risk) คือ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายจิตใจ ทำให้เสียหน้า รวมทั้งคุกคามความปลอดภัยหรือความเป็นส่วนตัว เป็นต้น

2.2.2.3.3 ความเสี่ยงด้านสังคม (Social risk) คือ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วย การรักษาความลับ การเปิดเผย การจัดการกับสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย เป็นต้น

2.2.2.3.4 ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ (Spiritual risk) คือ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ความสูญเสีย ความรู้สึกไม่มั่นคง เป็นต้น

2.2.3 การจัดการความเสี่ยง (Risk management)

เนื่องจากความเสี่ยงเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ การจัดการและบริหารความเสี่ยงจึงเป็นสิ่งสำคัญ จุดมุ่งหมายหลักของการบริหารความเสี่ยงคือการรับรู้ความเสี่ยงและจำกัดความเสี่ยงเพื่อลดโอกาสในการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ไม่ให้เกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นน้อยที่สุด อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543) กล่าวว่าการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลทำได้ 2 แนวทาง ดังนี้

1) การควบคุมความเสี่ยง (Risk control) คือการพยายามลดหรือหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยใช้หลักการ 5 ประการ คือ การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoidance) การฟ้องถ่ายความเสี่ยง (Risk transfer) การป้องกันความเสี่ยง (Risk prevention) การลดการสูญเสีย (Loss reduction) และการแบ่งแบความเสี่ยง (Risk segregation) และ 2) การบริหารเงินชดเชยความเสี่ยง (Risk financing) คือ การกระทำเมื่อมีการสูญเสียเกิดขึ้นแล้วและต้องมีการชดเชยค่าเสียหาย ให้มีความเหมาะสมและไม่กระทบต่อสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลมากนัก โดยโรงพยาบาลอาจเป็นผู้รับผิดชอบชดเชยค่าเสียหายเอง หรือการฟ้องถ่ายไปยังผู้อื่น ทั้งนี้กระบวนการจัดการความเสี่ยงที่ดีประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ประการ (อุษาวดี อัศววิเศษ, 2547) ดังนี้

2.2.3.1 การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification) ถือเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ โดยอาจเรียนรู้และค้นหาจากประสบการณ์หรือความผิดพลาดของกรณีศึกษาอื่นๆ การศึกษา ความสูญเสียของโรงพยาบาลที่ผ่านมาในอดีต หรือการเฝ้าระวังและจัดทำระบบรายงาน ความเสี่ยงที่ดีในโรงพยาบาล

2.2.3.2 การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) การประเมินความเสี่ยง แบ่งเป็น การประเมินก่อนเกิดเหตุ ว่ามีโอกาสเกิดมากน้อยเพียงใด และบ่อยแค่ไหน และการ ประเมินขณะเกิดเหตุ คือการบริหารการจ่ายเงินชดเชย การประเมินก่อนเกิดเหตุเป็นแนวทางที่ดีใน การช่วยลดความเสี่ยงและความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นได้ดีที่สุด

2.2.3.3 การจัดการกับความเสี่ยง (Active to Manage Risk) ประกอบด้วย การ ควบคุมความเสี่ยงและการบริการเงินชดเชยเมื่อเกิดความสูญเสีย

2.2.3.4 การประเมินผล (Evaluation) ควรมีการทบทวนอย่างน้อยปีละครั้ง โดย การนำเอาเหตุการณ์และความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาตรวจสอบความเสี่ยงและการป้องกันความเสี่ยง และพัฒนาแนวทางการจัดการความเสี่ยงต่อไป

ความเสี่ยงในการทำงานบางเรื่อง เป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้และก่อให้เกิด ความเสียหาย ทั้งแก่ผู้ป่วย บุคลากร และโรงพยาบาล อีกทั้งการจัดการความเสี่ยงยังเป็นตัวชี้วัดที่ สำคัญอีกประการในการประกันคุณภาพของโรงพยาบาล ดังนั้นการรู้จักกับความเสี่ยงและเตรียม แนวทางในการป้องกันหรือแก้ไขความเสี่ยง จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อช่วยยับยั้งและลดความสูญเสียที่ อาจเกิดขึ้น และช่วยให้การปฏิบัติงานมีความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น

2.2.4 พยาบาลผ่าตัดกับความเสี่ยงในห้องผ่าตัด

พยาบาลผ่าตัดต้องมีการปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลและอำนวยการไว้ซึ่งภาวะ สุขภาพที่ดีของผู้ป่วย การพยาบาลต้องทำทั้งใน 3 ระยะเวลา คือก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ทั้งนี้นอกจากการระวังและจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว พยาบาลผ่าตัดยังต้อง คำนึงถึงการดูแลและป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองร่วมด้วยในฐานะผู้ปฏิบัติงาน โดย ความเสี่ยงที่พบได้บ่อยในห้องผ่าตัด ได้แก่ การมีเครื่องมือ ผ้าซับโลหิต หรือชิ้นส่วนของเครื่องมือ ตกค้างอยู่ในร่างกายของผู้ป่วย การได้รับบาดเจ็บไหม้จากจี้ไฟฟ้า เลเซอร์ สารเคมี การเกิด อุบัติเหตุ การทำผ่าตัดผิดคนผิดข้างผิดตำแหน่ง ความพิการ การติดเชื้อจากการให้เลือด การติดเชื้อ หลังผ่าตัด โดยสาเหตุของความเสี่ยงดังกล่าวเกิดจากการปฏิบัติงานโดยขาดความระมัดระวัง ขาดทักษะ ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานของวิชาชีพ หรือไม่มีการประสานงานกัน

เรณู อาจสาลี และ อรพรรณ โตสิงห์ (2546) กล่าวว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงในการทำผ่าตัด ประกอบด้วย เป้าหมายของการทำผ่าตัด นั่นคือ นั่นคือเป็น 1) เป็นการผ่าตัดเพื่อการวินิจฉัยโรค เพื่อตรวจค้นหาสิ่งผิดปกติใดๆ ในร่างกาย เพื่อประทังอาการ หรือเพื่อการรักษา 2) ชนิดของการผ่าตัด การทำผ่าตัดใหญ่ เช่น ผ่าตัดระบบประสาท หรือระบบไหลเวียนโลหิต ถือว่าเป็นการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดเป็นเวลานาน สูญเสียเลือดเป็นปริมาณมาก และได้รับยาสลบนาน เป็นต้น และ 3) ความรีบด่วนของการทำผ่าตัด การทำผ่าตัดที่มีความรีบด่วนมาก การเตรียมพร้อมของบุคลากรและเครื่องมือที่ใช้มักไม่สมบูรณ์และครอบคลุมเท่ากับการผ่าตัดที่ได้รับการเตรียมการเอาไว้ก่อน

จากที่กล่าวมา เห็นได้ว่าการทำผ่าตัดทุกประเภทย่อมมีความเสี่ยงเกิดขึ้น แต่ปริมาณความเสี่ยงที่เกิดขึ้นขึ้นอยู่กับภาวะพื้นฐานความแข็งแรงและสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัดที่ได้รับ รวมทั้งความพร้อมของบุคลากรผ่าตัดและเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการทำผ่าตัดร่วมด้วย

2.2.5 พยาบาลผ่าตัดกับการจัดการความเสี่ยงในห้องผ่าตัด

2.2.5.1 การจัดการความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วย

การจัดการความเสี่ยงของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดถือ เป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลผ่าตัดต้องตระหนักถึง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยสูงสุด ดังนั้น World Health Organization (2009) ได้จัดทำแบบประเมินความปลอดภัย ซึ่ง National Patient Safety Agency ได้นำมาปรับเพื่อให้สามารถใช้ได้กับการผ่าตัดทุกประเภท เรียกว่า Surgical Safety Checklist โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะในการผ่าตัด ดังนี้ (วรุณยุพา รอยกุลเจริญ, 2553; WHO, 2008)

2.2.5.1.1 ก่อนการดมยา (Sign in) ขั้นตอนนี้จะต้องทำร่วมกับพยาบาลผ่าตัดและพยาบาลวิสัญญี ได้แก่ 1) การให้ผู้ป่วยยืนยันชื่อตนเอง รวมทั้งระบุการผ่าตัด ตำแหน่งผ่าตัด และตรวจสอบใบยินยอมการผ่าตัด 2) การทำเครื่องหมายบริเวณตำแหน่งที่ทำผ่าตัด หรือตรวจสอบสัญลักษณ์ตำแหน่งผ่าตัด เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดข้างหรือผิดตำแหน่ง 3) อุปกรณ์ดมยาและยาที่ใช้ขณะผ่าตัดได้รับการตรวจสอบ 4) ตรวจสอบประวัติการแพ้ยา สารเคมี และอื่น ๆ 5) ตรวจสอบอาการหายใจลำบาก หรือเสี่ยงต่อการอุดตันของทางเดินหายใจ 6) ตรวจสอบความเสี่ยงต่อการสูญเสียเลือดมากกว่า 500 ซีซี หรือในเด็ก 7 ซีซีต่อกิโลกรัม

2.2.5.1.2 ก่อนการลงมีดผ่าตัด (Time out) ขั้นตอนนี้ทำร่วมกับพยาบาลผ่าตัด พยาบาลวิสัญญี และศัลยแพทย์ หลังจากนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดแล้ว และดำเนินการก่อนการลงมีดผ่าตัดของศัลยแพทย์ 1) การขานชื่อของสมาชิกในทีมผ่าตัดรวมทั้ง

บทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ ทั้งศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลวิสัญญี พยาบาลส่งเครื่องมือ พยาบาลช่วยรอบนอก เป็นต้น 2) ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และพยาบาลผ่าตัดร่วมยืนยันชื่อผู้ป่วย การผ่าตัด และตำแหน่งในการผ่าตัด 3) ยืนยันว่าผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ ก่อนการลงมือผ่าตัดเป็นเวลาอย่างน้อย 60 นาทีแล้วหรือไม่ 4) สิ่งที่ต้องคำนึงตามบทบาทของศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และพยาบาลผ่าตัด ถึงสิ่งที่คาดหวังและไม่คาดหวัง เช่น การสูญเสียเลือด การปลอดภัยของเครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัด หรือสิ่งที่ต้องได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติม เป็นต้น 5) ความพร้อมของเครื่องดูฟิล์ม x-ray

2.2.5.1.3 ก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (Sign out) ขั้นตอนนี้ พยาบาลผ่าตัดทำร่วมกับ วิสัญญี และศัลยแพทย์ ประกอบด้วย 1) พยาบาลผ่าตัดยืนยันสิ่งที่ต้องยืนยันร่วมกับทีมผ่าตัด ได้แก่ ชื่อผู้ป่วย การผ่าตัดที่ได้รับ จำนวนเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับไลนิต ของมีคมที่ใช้ขณะทำผ่าตัดว่าครบหรือไม่ การส่งสิ่งส่งตรวจถึงชื่อของสิ่งส่งตรวจรวมทั้งชื่อของผู้ป่วย สิ่งผิดปกติของอุปกรณ์การผ่าตัดที่มีความจำเป็นต้องรายงาน 2) สิ่งที่ต้องมีการติดตามหรือเฝ้าระวังทั้งจากมุมมองของศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาลผ่าตัด

ศิริพร พุทธิรังษี (2554) และ พัชรา ตูลยวคินพงส์ (2554) ได้กล่าวถึงการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย ทั้ง 3 ระยะเวลาของการผ่าตัด ทั้งการระบุตัวผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การจัดทำอย่างถูกต้อง การควบคุมการติดเชื้อ การเฝ้าระวังการทำงานของระบบร่างกายต่างๆ ของผู้ป่วย รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายโดยการให้คำแนะนำการดูแลตนเองหลังผ่าตัดตามจำเป็น ทั้งนี้การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ถือได้ว่าเป็นเรื่องสำคัญอีกประการที่พยาบาลผ่าตัดต้องยึดปฏิบัติ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในอนาคต การยืดระยะเวลาการหายของแผล การนอนโรงพยาบาลนานมากขึ้น และการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น ทั้งนี้หลักการป้องกันความเสี่ยงในการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (Prevention of SSI) ในแต่ละระยะ ดังนี้

1) ระยะเวลาก่อนผ่าตัด ได้แก่ ตรวจสอบความสะอาดและสภาพผิวหนังบริเวณตำแหน่งผ่าตัด การกำจัดขนโดยปัจจุบันมักหลีกเลี่ยงหากแต่ถ้าจำเป็นต้องทำควรมีการกำจัดขนก่อนเวลาผ่าตัดทันที โดยใช้อุปกรณ์โกนขนอัตโนมัติ (clipper) ไม่ใช่ใบมีดโกน คำนึงถึงการติดเชื้อตำแหน่งอื่นๆ ของร่างกายก่อนผ่าตัด การควบคุมระดับน้ำตาลให้คงที่ การได้รับยาปฏิชีวนะ ก่อนการลงมือ 30 นาที รวมทั้งความสะอาดของบุคลากร การเก็บผมด้วยหมวก สวมผ้าปิดปากละมูก และล้างมือแบบ Surgical scrub 2) ระยะเวลาผ่าตัด ได้แก่ การสวมใส่ถุงมือปลอดภัยและเสื้อคลุมผ่าตัดปลอดภัยอย่างถูกวิธี การทำความสะอาดผิวหนังตำแหน่งผ่าตัด การปูผ้าคลุมผู้ป่วย การควบคุมดูแลการ

ปลอดภัยของเครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัดรวมทั้งสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด การรักษาสมดุลของผู้ป่วย การล้างทำความสะอาดบริเวณตำแหน่งผ่าตัด การเย็บปิดแผลผ่าตัด การปิดผ้าปิดแผล และ 3) ระยะเวลาหลังผ่าตัด ได้แก่ การเปลี่ยนผ้าปิดแผล การทำความสะอาดแผลหลังผ่าตัด

ทั้งนี้พยาบาลผ่าตัดจะต้องตระหนักถึงหลัก Aseptic technique ระมัดระวังไม่ให้เกิดการปนเปื้อนของแผลโดยเฉพาะในการทำผ่าตัดประเภทแผลสะอาด เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดของผู้ป่วย และป้องกันความเสี่ยงอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2.2.5.2 การจัดการความเสี่ยงสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

ความเสี่ยงเพิ่มโอกาสในการเกิดความสูญเสียและเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ในการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดมีความเสี่ยงทั้งที่หลีกเลี่ยงได้และหลีกเลี่ยงไม่ได้อยู่เป็นจำนวนมาก บุคลากรควรมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด และมีความระมัดระวังขณะปฏิบัติงาน แม้ในปัจจุบันเทคโนโลยีที่มีความทันสมัยและใส่ใจต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานมากขึ้น หากแต่พยาบาลผ่าตัดเองก็ต้องไม่ละเลยความใส่ใจต่อการป้องกันตนเองจากความเสี่ยงที่เกิดขึ้นและอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพในอนาคต โดยพัชรี ยิ้มยิ้ม (2550) และ จุฑาทิพย์ นันทวินิตย์ (2554) กล่าวถึงความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลผ่าตัด ที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดไว้ ดังนี้

2.2.5.2.1 ความเสี่ยงทางกายภาพ ได้แก่ แสงสว่างในการทำงานที่มีความสว่าง แสงจากเลเซอร์ เสียงจากการทำงานของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ขณะทำผ่าตัด เช่น เสียงกระแทกของค้อน เสียงกรอ เสียงเลื่อยไฟฟ้า รังสีที่ใช้ขณะทำผ่าตัด เป็นต้น

2.2.5.2.2 ความเสี่ยงทางเคมี ได้แก่ น้ำยาและสารเคมีต่างๆ น้ำยาทำความสะอาด สารเคมีที่ใช้ในการแช่เครื่องมือเพื่อทำให้ปราศจากเชื้อ ลาเทกซ์ในถุงมือยาง ก๊าซที่ใช้ในการดมยาสลบของวิสัญญี ควันจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า เป็นต้น การป้องกันความเสี่ยงจากการสูดดมเขม่าควันจากการผ่าตัด (surgical smoke safety) โดยสวมหน้ากากครอบปากและจมูกแบบ high filtration การใช้เครื่องดูดสูญญากาศดูดควันจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าขณะทำการผ่าตัด และการตรวจสอบดูแลการระบายอากาศของห้องผ่าตัดเป็นประจำ

2.2.5.2.3 ความเสี่ยงทางชีวภาพ ได้แก่ เชื้อโรคจากเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย เชื้อโรคจากระบบหายใจ เช่น โรคเอดส์ โรคไวรัสตับอักเสบบ และวัณโรค เป็นต้น การป้องกันความเสี่ยงจากสัมผัสสารคัดหลั่งโดยการสวมใส่เครื่องป้องกันขณะทำผ่าตัด ได้แก่ เสื้อคลุมผ่าตัด ถุงมือ หมวกคลุมผม หน้ากาก และแว่นตา นอกจากนี้ควรจะมีการตรวจสอบการระบายอากาศ เครื่องกรองอากาศในห้องผ่าตัดให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้เสมอ การสวมใส่หน้ากากประเภท

N95 เพื่อป้องกันตนเอง เมื่อมีผู้ป่วยที่มีโรคติดต่อทางทางเดินหายใจ เช่น วัณโรค เข้าทำผ่าตัด โดยควรตรวจสอบความสมบูรณ์ของหน้ากาก และสวมใส่ให้แน่นถูกต้องตามหลักเพื่อให้มีประสิทธิภาพที่สุด

2.2.4.2.4 ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับวิทยาการจัดการสภาพ ได้แก่ การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อจากท่าทางในการทำงาน การยืนนาน การยกของหนัก การเอื้อมหยิบหรือจับของในที่สูง กระทำในระยะเวลาานาน บ่อยครั้ง ใช้แรงมาก มีแรงสั่นสะเทือน หรือต้องออกแรงกวดเฉพาะที่สูง

2.2.5.2.5 ความเสี่ยงทางจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ความเครียดจากการทำงานที่มีความรับผิดชอบสูง ความสัมพันธ์ต่อเพื่อนร่วมงาน การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับจากการทำงานเข้าเวรเป็นกะ เป็นต้น

2.2.5.2.6 ความเสี่ยงจากอุบัติเหตุจากการทำงาน ได้แก่ อุบัติเหตุจากเข็มทิ่มตำ จากการลื่นล้ม การเดินสะดุด เป็นต้น การป้องกันสิ่งคัดหลั่งจากการผ่าตัดกระเด็นเข้าดวงตาจากของมีคมทิ่มตำ (Sharp safety) มี ดังนี้ 1) เก็บเข็มที่ใช้แล้วออกจากบริเวณผ่าตัดและหาที่เก็บอย่างปลอดภัย การปิดฝาเข็มฉีดยากลับควรรู้ใช้เทคนิค one hand เพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสและทิ่มตำ 2) การส่งเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่มีคม ควรมีการขานชื่อของมีคมขึ้นนั้นขณะส่งเครื่องมือให้ศัลยแพทย์ โดยต้องรอให้ศัลยแพทย์รับรู้และพร้อมที่จะรับของมีคมดังกล่าวด้วย 3) การป้องกันของมีคมโดยทั่วไป ด้วยการสวมถุงมือ 2 ชั้น การใช้เทคนิค Hands-free และ One-hand re-capping การวางเครื่องมือของมีคมไว้ในที่ปลอดภัย ไม่หักหรือองเข็มหรือของมีคมโดยใช้มือเปล่า

2.2.5.2.7 ความเสี่ยงจากไฟฟ้าและอัคคีภัย ภายในห้องผ่าตัดมีการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ที่มีความหลากหลาย การป้องกันควรมีการตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ไฟฟ้าที่ใช้งาน รวมทั้งความสมบูรณ์ของปลั๊กไฟ รวมทั้งมีแนวทางในการปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัย

ทั้งนี้พยาบาลผ่าตัดต้องปฏิบัติงานโดยยึดหลัก Universal Precaution (UPs) ซึ่งมีหลักการสำคัญ 3 ประการคือ การป้องกันอุบัติเหตุและการติดเชื้อจากการทำงาน การใช้เครื่องป้องกันที่เหมาะสม การมีสุขอนามัยและสุขาภิบาลที่ดี โดย AORN ได้จัดทำแนวทางร่วมกับ UPs ถึงแนวทางปฏิบัติของบุคลากรในหน่วยงานผ่าตัด (อุษาวดี อัศววิเศษ, 2545) ดังนี้

- 1) บุคลากรควรยึดหลักการ Universal Precaution ในทุกหัตถการที่ทำผ่าตัด ไม่ว่าจะเล็กหรือใหญ่
- 2) บุคลากรควรใช้เครื่องป้องกันร่างกายที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงรับเชื้อจากเลือดและสารคัด

หลัง โดยสารคัดหลั่งทุกชนิดที่ออกจากตัวผู้ป่วยให้ถือว่าเป็นของติดเชื้อ 3) บุคลากรควรระมัดระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุจากของมีคม โดยใช้ No touch technique หรือการวางของมีคมบนถาดแยกเฉพาะในการส่งเครื่องมือซึ่งเป็นของมีคมให้ศัลยแพทย์ 4) บุคลากรควรควบคุมวิธีปฏิบัติงานของบุคลากรที่อาจทำให้ได้รับอันตรายจากเลือดและสิ่งคัดหลั่ง 5) บุคลากรควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้ป่วยหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด หากบุคลากรมีตุ่มหนอง หรือบาดแผลที่ผิวหนัง 6) บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการผ่าตัดควรได้รับการตรวจเลือดเพื่อรับรู้สถานะภูมิคุ้มกันตนเอง และควรได้รับการฉีดวัคซีนที่จำเป็น 7) บุคลากรควรมีการเขียนรายงานอุบัติการณ์เกี่ยวกับการสัมผัสเชื้อจากเลือดหรือสารคัดหลั่ง ต้องมีนโยบายเกี่ยวกับวิธีการจัดการเมื่อบุคลากรสัมผัสเชื้อจากสิ่งคัดหลั่งที่มีการทบทวนปรับปรุงทุกปี

เห็นได้ว่าการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด นอกจากการทำหน้าที่ในบทบาทของตน พยาบาลผ่าตัดยังต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นทั้งกับตนเอง ผู้ป่วย และทีมผ่าตัด โดยมีการบริหารจัดการที่ดี ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด เพื่อป้องกันอันตรายและเพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างมีคุณภาพและมีความปลอดภัยสูงสุด

2.3 ความเครียดและการเผชิญความเครียด

ในการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดต้องมีการเรียนรู้และจดจำถึงชนิดของเครื่องมือลำดับขั้นตอนในการผ่าตัด รวมทั้งรายละเอียดการทำผ่าตัดที่แตกต่างกันไปทั้งจากชนิดและแพทย์ผู้ทำผ่าตัด นอกจากนั้นพยาบาลผ่าตัดยังต้องเผชิญกับภาวะเร่งด่วนในการช่วยชีวิตผู้ป่วย การทำงานภายใต้ระยะเวลาอันจำกัดในการทำผ่าตัด และความคาดหวังจากแพทย์ผู้ทำผ่าตัดและผู้ที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้พยาบาลผ่าตัดเกิดภาวะเครียดที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และจิตใจของพยาบาลผ่าตัด

2.3.1 ความหมายของความเครียด

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของ ความเครียด เอาไว้ดังนี้

Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับความเครียดและสาเหตุของความเครียด บุคคลจะนำเอาความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์มาประเมินว่าเหตุการณ์นั้นมีผลต่อสวัสดิภาพของตนหรือไม่

Robbins (1998) กล่าวว่า ความเครียดคือ ภาวะอารมณ์ที่บุคคลต้องเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน หรือรู้สึกเหมือนถูกบังคับ ชูเชิญ

Wheeler และ Riding (1995) กล่าวว่า ความเครียดคือ สิ่งที่คุกคามหรือกดดันจิตใจของบุคคล โดยอาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เช่น สถานที่ทำงาน สังคมสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้เกิดความเครียดในใจ และยังส่งผลต่อเนื่องให้สามารถเกิดอาการเจ็บป่วย

ของร่างกายและจิตใจ

กรมสุขภาพจิต (2546) กล่าวว่า ความเครียดคือภาวะที่บุคคลรู้สึกกดดัน วิตกกังวลวุ่นวายใจ เนื่องจากบุคคลรับรู้หรือประเมินเหตุการณ์ที่เผชิญว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อจิตใจ ส่งผลให้สภาวะของร่างกายและจิตใจเสียสมดุล และเกิดปฏิกิริยาตอบสนองที่หลากหลายนั่นเอง ทั้งความเครียดหรือเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกเครียดนั้นคลี่คลายลงไป

สมจิต หนูเจริญกุล (2543) กล่าวว่า ความเครียดคือภาวะที่เป็นพลวัตของปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษาสมดุลในการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการประกอบกิจกรรมต่างๆ โดยบุคคลย่อมต้องเผชิญกับภาวะเครียดในชีวิต เช่น การสูญเสียหรือการเจ็บป่วย หากไม่สามารถเผชิญหน้าและจัดการกับความเครียดเหล่านั้นได้ จะส่งผลให้การดำเนินชีวิตที่ไปสู่เป้าหมายของบุคคลนั้นหยุดหรือชะงักลง

กล่าวโดยสรุปว่า ความเครียดหมายถึง ภาวะ สถานการณ์ หรือปัญหา ที่บุคคลเผชิญ และรู้สึกวุ่นวาย คุกคาม หรือทำให้เกิดอันตรายทั้งแก่ร่างกายและจิตใจและยังส่งผลต่อการดำเนินชีวิต

2.3.2 แนวคิดของความเครียด

การปฏิบัติงานในภาวะที่เร่งด่วนของเวลา การช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วย และความคาดหวังของบุคคลอื่นๆ ย่อมทำให้เกิดภาวะเครียด โดยความเครียดที่เกิดขึ้นในการทำงานนั้น มีผู้ให้แนวคิดไว้ดังนี้

2.3.2.1 สาเหตุของความเครียดของ Lazarus และ Folkman

Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวถึง สาเหตุของความเครียดเอาไว้ว่า ความเครียดมี 2 องค์ประกอบ ดังนี้

2.3.2.1.1 ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่

2.3.2.1.1.1 บุคลิกและลักษณะประจำตัวของบุคคล โดยเป็นบุคคลที่มีบุคลิกที่สามารถเกิดความเครียดได้โดยง่าย

2.3.2.1.1.2 ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน เป็นต้น

2.3.2.1.2 ปัจจัยด้านสภาพการณ์ ได้แก่

2.3.2.1.2.1 เหตุการณ์ในชีวิต (life event) เป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น การตกงาน การถูกฟ้องร้อง การหย่าร้างของครอบครัว คู่สมรมนอกใจ หรือเสียชีวิต เป็นต้น

2.3.2.1.2.2 เหตุการณ์ประจำวัน (daily event) เป็น เหตุการณ์ที่เกิดในชีวิตประจำวัน เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับอุปสรรคในการดำรงชีวิต เช่น สิ่งแวดล้อม ความมั่นคงของอาชีพ ความเร่งรีบของช่วงเวลา โดยหากบุคคลต้องเผชิญกับ เหตุการณ์เหล่านี้เป็นระยะเวลานานติดต่อกัน อาจส่งผลให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพและจิตใจได้

2.3.2.2 สาเหตุของความเครียดของ Robbins

Robbins (1998) กล่าวถึง สาเหตุของความเครียดจากการทำงานว่า มีปัจจัยทั้งสิ้น 6 ปัจจัย ดังนี้

2.3.2.2.1 ความต้องการจากงาน (task demands) คือ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับงานที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น การทำงานในสถานที่ซึ่งไม่มีความเหมาะสม คับแคบ มีแสงสว่างจ้าหรือมีเสียงดังรบกวน ทำให้รู้สึกเครียด อึดอัดเมื่อทำงาน

2.3.2.2.2 ความต้องการส่วนบุคคล (interpersonal demands) คือ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างผู้ร่วมงาน การขาดความร่วมมือในการทำงาน ไม่สามารถประสานงานหรือทำงานร่วมกันได้ ซึ่งก่อให้เกิดความเครียด

2.3.2.2.3 ความต้องการจากบทบาท (role demands) คือ บทบาทและหน้าที่ของบุคคล หากบุคคลมีบทบาทที่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป บทบาทที่ต้องรับผิดชอบมีความขัดแย้งกัน หรือบุคคลไม่เข้าใจในบทบาทที่ได้รับมอบหมาย ย่อมทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้

2.3.2.2.4 ภาวะผู้นำในองค์กร (organization leadership) คือ การบริหารของฝ่ายบริหารหากเต็มไปด้วยความตึงเครียดไม่ยืดหยุ่นย่อมมีส่วนสำคัญในการสร้างความเครียด หรือความกดดันให้กับผู้ใต้บังคับ

2.3.2.2.5 โครงสร้างองค์กร (organization structure) โครงสร้างขององค์กร คือ กฎระเบียบต่างๆ ที่มากหรือน้อยจนเกินไป ระดับชั้นของผู้บังคับบัญชา หรือมีการแตกต่างที่ชัดเจนในการบริหารงานในแต่ละระดับ

2.3.2.2.6 วงจรชีวิตขององค์กร (organization's life stage) คือ การเปลี่ยนแปลงขององค์กรที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลในองค์กรนั้น โดยเฉพาะเมื่อองค์กรเกิดความไม่มั่นคงและอ่อนไหว ย่อมส่งผลให้บุคคลในองค์กรเกิดความเครียดขึ้นได้

จากที่กล่าวมาบุคคลแต่ละคนต่างต้องเผชิญต่อภาวะเครียด แต่อาจมีระดับมากน้อยที่แตกต่างกันไป หากบุคคลต้องเผชิญกับภาวะเครียดมากในระยะเวลาต่อเนื่องอาจก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ รวมทั้งต่อการทำงานและสัมพันธภาพกับคนอื่น ๆ อีกด้วย

2.3.3 การจัดการความเครียด

เมื่อเกิดความเครียดขึ้น บุคคลต้องพยายามบรรเทาความเครียดเหล่านั้นหรือจัดการกับความเครียด โดยมีวิธีและแนวทางที่แตกต่างกันไป ดังนี้

แนวความคิดเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman

Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาคือการที่บุคคลพยายามจัดการปัญหาหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะความเครียดที่เกิดขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

2.3.3.1 การจัดการกับอารมณ์ คือ การที่บุคคลพยายามจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ความเครียดที่เผชิญอยู่ โดยใช้กระบวนการทางความคิด ปรับความรู้สึกและอารมณ์ การเตือนสติตนเอง หรือใช้กลไกจิตต่างๆ เช่น การลำดับความสำคัญของปัญหา การหลีกเลี่ยงปัญหา หากบุคคลมีการเผชิญหน้ากับปัญหาเช่นนี้ อาจทำให้ภาวะอารมณ์ดีขึ้น หากแต่ปัญหาที่เกิดขึ้นก็ ยังไม่ได้ถูกกำจัดหรือแก้ไขให้หมดไป แบ่งออกเป็น 6 แบบ คือ

2.3.3.1.1 การประเมินใหม่ในทางบวก คือ การเปลี่ยนความคิด และเผชิญกับปัญหาโดยทำให้ความหมายสถานการณ์ดังกล่าวในทางที่ดีมากขึ้น เพื่อให้ลดความตึงเครียดต่อสถานการณ์ที่เผชิญนั้น

2.3.3.1.2 การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา คือ การยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น แม้ว่าจะขัดกับสิ่งที่ตนเองต้องการ

2.3.3.1.3 การควบคุมตนเอง คือ ความคิดและพฤติกรรมที่พยายามควบคุมความคิดและพฤติกรรมของตนเอง เพื่อหาหนทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เช่น การไม่แสดงให้ผู้อื่นรับรู้ความรู้สึกวิตกกังวลมากเกินไป

2.3.3.1.4 การถอยห่างหรือเมินเฉย คือ การให้ลดระดับความสำคัญของสถานการณ์ดังกล่าว พยายามถอยหาก หลีกเลี่ยงออกมา และลืมสิ่งที่เกิดขึ้น

2.3.3.1.5 การเลี่ยงหนีปัญหา คือ ความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้ลืมหรือรับรู้ถึงสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวลดลง เช่น การดื่มสุรา การนอนหลับมากกว่าปกติ

2.3.3.1.6 การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม คือ ความการที่บุคคลพยายามเรียนรู้และหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยการหาแหล่งเกื้อหนุนทางสังคม

2.3.3.2 การมุ่งแก้ไขปัญหา คือ การที่บุคคลมีการตอบสนองกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงหรือปัญหาที่เผชิญอยู่ โดยใช้วิธีการแก้ไขปัญหาให้หมดไป ด้วยการทำความเข้าใจ

เข้าใจกับปัญหาหรือสถานที่เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร แล้วจึงหาทางแก้ไขปัญหา โดยการพิจารณาถึงความคุ้มค่าและประโยชน์ก่อนจึงตัดสินใจเลือกและใช้วิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ทั้งนี้วิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว บุคคลจะใช้ประโยชน์จากสิ่งแวดล้อม สุ่ววิธีการแก้ไขปัญหาคือ จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ในทักษะหรือการพัฒนาตนเอง แบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ

2.3.3.2.1 การเผชิญกับปัญหา คือ การแสดงออกถึงการเผชิญหน้ากับปัญหาหรือสถานการณ์ที่คิดว่าเป็นปัญหาโดยไม่หลีกเลี่ยงแล้วแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น

2.3.3.2.2 การวางแผนแก้ปัญหาคือ การมุ่งเน้นจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ให้หมดสิ้น โดยพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ตรงด้วยด้วยการวิเคราะห์ปัญหาอย่างมีระบบ และแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้หมดไป

2.3.3 พยาบาลผ่าตัดกับความเครียดในการทำงาน

การทำงานเป็นพยาบาลผ่าตัด พยาบาลต้องเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดที่หลากหลาย ทั้งการเริ่มต้นปฏิบัติงานเป็นพยาบาลผ่าตัดใหม่ ที่ต้องเรียนรู้เครื่องมือผ่าตัดจำนวนมาก การเรียนรู้ขั้นตอนในการส่งเครื่องมือผ่าตัด เรียนรู้ถึงบุคลิกลักษณะความถนัดและแนวทางในการทำผ่าตัดของแพทย์แต่ละรายที่มีความแตกต่างกันไป นอกจากนี้การทำผ่าตัดยังถือเป็นงานที่มีความเร่งด่วนซึ่งต้องดำเนินการอย่างรวดเร็วในเวลาจำกัด คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก และมีความเสี่ยงทั้งต่อตัวผู้ป่วยและบุคลากรผ่าตัด (เรณู อาจสาสิทธิ์, 2553) บางครั้งพยาบาลผ่าตัดต้องเผชิญกับภาวะตึงเครียดจากการทำผ่าตัดที่มีความซับซ้อนและยุ่งยาก บางครั้งเผชิญกับภาวะอารมณ์ด้านลบของแพทย์ผู้ทำผ่าตัดร่วมด้วย โดยความเครียดดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทั้งงาน สัมพันธภาพในการทำงาน ความสุขในการทำงาน รวมทั้งภาวะสุขภาพของพยาบาล รวมทั้งอาจเป็นสาเหตุให้พยาบาลตัดสินใจลาออก (McGrath, 2003)

Wheeler และ Riding (1995) กล่าวว่า สาเหตุที่ทำให้พยาบาลเกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 5 สาเหตุ คือ

2.3.3.1 ปริมาณงานและเวลา (workload and time pressure) ได้แก่ ปริมาณภาระงานที่มากเกินไปจนไม่สามารถทำได้เสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด การมีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอหรือไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่ต้องให้ความดูแล อุปกรณ์และเครื่องมือที่ต้องใช้ไม่เพียงพอหรือไม่เอื้อต่อการทำงาน รวมทั้งงานด้านเอกสารที่มากจนเกินไป ทำให้ไม่มีเวลาในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างแท้จริง

2.3.3.2 ด้านการดูแลผู้ป่วย (patients) คือการเผชิญกับปัญหาต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่การเผชิญกับการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคที่

ซับซ้อนต้องมีการดูแลที่ยุ่งยาก ผู้ป่วยที่ไม่ยอมปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่เชื่อฟังหรือมีความต้องการมากเกินไปจนเป็น

2.3.3.3 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลากร (relationship with staff) ได้แก่ การเกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ร่วมงาน ไม่ปฏิบัติงานร่วมหรือสอดคล้องกัน ทำงานแบบต่างคนต่างทำ ไม่ยอมรับในความสามารถของอีกฝ่าย ไม่ไว้วางใจ และไม่อุทิศตนในการช่วยเหลือทำงานแบบเป็นทีม

2.3.3.4 ด้านองค์การและการบริหาร (organization and management) ได้แก่ การมีบุคลากรไม่เพียงพอต่องานที่ต้องทำ การได้รับมอบหมายให้ไปปฏิบัติงานในแผนกอื่นซึ่งไม่คุ้นเคย การขาดการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ขาดการมีส่วนร่วมในการบริหารงานในหน่วยงาน ขาดการดูแลสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ เกิดขึ้นภายในองค์กร

2.3.3.5 ด้านประเด็นอาชีพ (career issues) ได้แก่ การได้รับค่าตอบแทนไม่เพียงพอต่อการยังชีพ การไม่ได้รับการยอมรับสถานะอาชีพจากบุคลากรด้านสุขภาพ การขาดโอกาสในการศึกษาหรือฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะความรู้ และการขาดโอกาสการก้าวหน้าในงาน

กล่าวได้โดยสรุป พยาบาลผ่าตัดมีการทำงานที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียดได้มาก ทั้งจากสาเหตุปริมาณภาระงานที่มากเกินไป การให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน และจากลักษณะของงานที่ต้องใช้ความรับผิดชอบสูงรวมทั้งต้องปฏิบัติงานให้มีความสมบูรณ์แบบภายในระยะเวลาที่บีบรัดที่มีจำกัด

2.4 การทำงานเป็นทีม

การทำงานเป็นทีม ถือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่งต่อการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด เนื่องจากการทำงานผ่าตัด ไม่สามารถกระทำได้ด้วยบุคคลากรฝ่ายใดเพียงแต่ฝ่ายหนึ่ง แต่ต้องทำงานร่วมกันเป็นทีมซึ่งประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิศวกร พยาบาลผ่าตัด และเจ้าหน้าที่ในห้องผ่าตัดที่เกี่ยวข้อง เพื่อจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือความปลอดภัยของผู้ป่วย

2.4.1 ความหมายของการทำงานเป็นทีม

มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของการทำงานเป็นทีมไว้ ดังนี้

สุนันทา เลานันทน์ (2540) กล่าวว่า การทำงานเป็นทีม คือกลุ่มของบุคคลที่ทำงานร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มช่วยกันทำงานเพื่อให้บรรลุยังเป้าหมายที่วางไว้ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสมาชิกในทีมมีความพึงพอใจต่อการทำงาานนั้น

รัชณี ศุภจินทรรัตน์ (2546) กล่าวว่า การทำงานเป็นทีม คือการที่กลุ่มบุคคลากรระดับต่างๆ มาทำงานร่วมกันเป็นทีมเพื่อให้การบริการแก่ผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน โดยมาทำงานร่วมกันและประสานกันเพื่อทำงานให้บรรลุเป้าหมาย

วรารภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์ (2549) กล่าวว่า การทำงานเป็นทีม คือการรวมตัวกันของกลุ่มบุคคลที่มีเป้าหมายเดียวกัน ร่วมกันทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้สำเร็จลงไปด้วยดี โดยทีมหมายถึงบุคคลที่ทำงานร่วมกันอย่างประสานงานกัน มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันเพื่อให้งานสำเร็จด้วยดี ตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่วางไว้

กิงกาญจน์ วรนิทัศน์ และคณะ (2552) กล่าวว่า การทำงานเป็นทีม คือ การทำงานร่วมกันของกลุ่มบุคคลด้วยข้อตกลงบางอย่างที่มีทักษะครบถ้วนตามที่กำหนดหน้าที่ มีเป้าหมายในการดำเนินงานและสามารถตรวจสอบได้ สิ่งสำคัญของการทำงานเป็นทีมคือการมีข้อตกลงหรือเป้าหมายร่วมกัน

ยงยุทธ เกษสาคร (2554) กล่าวว่า การทำงานเป็นทีม คือการที่บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมาทำงานร่วมกัน เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานนั้น

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การทำงานเป็นทีม คือการทำงานร่วมกันของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ทำงานร่วมกันโดยมีเป้าหมายเดียวกัน ร่วมมือกันเพื่อไปยังเป้าหมายแห่งนั้น โดยมีการประสานงาน พึ่งพาอาศัย และมีข้อตกลงร่วมกัน เพื่อให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่วางไว้

2.4.2 แนวคิดการทำงานเป็นทีม

การทำงานเป็นทีม เกิดจากความคิดพื้นฐานว่าบุคคลแต่ละบุคคลต่างมีความแตกต่างกัน หากนำบุคคลเหล่านั้นที่มีความรู้ความสามารถหลากหลายมาทำงานร่วมกัน โดยมีการแบ่งงานและหน้าที่รับผิดชอบที่เหมาะสมกับความสามารถของบุคคลนั้น โดยมีเป้าหมายเดียวกันจะทำให้งานนั้นบรรลุเป้าหมายไปได้ (พยอม วงศ์สารศรี, 2542) โดยมีนักวิชาการให้แนวคิดในการทำงานเป็นทีมไว้ ดังนี้

2.4.2.1 แนวคิดการทำงานเป็นทีมของ Roming

Roming (1996) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมว่า ทีมควรมีองค์ประกอบหลัก 10 ประการ ดังนี้

2.4.2.1.1 ความสามารถในการสร้างสรรค์ของทีม (Team creativity) ทีมควรมีการวางแผนการทำงาน ระดมสมองในการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหา

2.4.2.1.2 การติดต่อสื่อสารภายในทีม (Team communication) ทีมต้องมีทักษะในการสื่อสารระหว่างกันที่ดีทั้งการพูด การฟัง และการตรวจสอบความเข้าใจ

2.4.2.1.3 การประชุมทีม (Team meeting) ทีมควรมีการประชุม

วางแผนร่วมกันเพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างรวดเร็วและสำเร็จตามเป้าหมาย

2.4.2.1.4 การจัดการความขัดแย้ง (Conflict management) ทีมควรส่งเสริมการสื่อสาร การคิดสร้างสรรค์ ร่วมกันแก้ไขปัญหา ปรับปรุงการทำงาน เพื่อแก้ไขข้อขัดแย้ง สร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน

2.4.2.1.5 ค่านิยม วิสัยทัศน์ และพันธกิจของทีม (Team values, Vission, Mission) ทีมควรมีการกำหนดแนวทางในการทำงานร่วมกัน พัฒนาระบบการทำงาน ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้เพื่อบรรลุเป้าหมายของทีม

2.4.2.1.6 การกำหนดเป้าหมายของทีม (Team goal setting) ทีมควรพูดคุยกำหนดแนวทางร่วมกัน

2.4.2.1.7 บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของทีมภายในองค์กร (Role and responsibility and team organization) สมาชิกในทีมควรเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนต่อเป้าหมายของทีม

2.4.2.1.8 การแก้ไขปัญหาของทีม (Team problem solving) ทีมควรมีการร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

2.4.2.1.9 การตัดสินใจของทีม (Team decision making) อาศัยทักษะ ความรู้ การแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ

2.4.2.1.10 การปรับปรุงกระบวนการทำงาน (Work process improvement) คือการฝึกอบรม ปรับปรุง พัฒนาการทำงานของสมาชิกทีม เพื่อเพิ่มคุณภาพของงานให้ดียิ่งขึ้น

2.4.2.2 แนวคิดการทำงานเป็นทีมของ Champion et al

Champion et al (1993) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมว่า การทำงานเป็นทีมที่ดีควรมีองค์ประกอบคือ 1) ความสามารถในงานของสมาชิกทีม 2) การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นการส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกันในทีม 3) การแบ่งปันภาระงาน และ 4) การติดต่อประสานงานที่ดี นั่นคือทีมงานคือการประสานความสามารถในการทำงานของสมาชิกในทีมเข้าด้วยกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในยามที่งานนั้นมีความซับซ้อนมาก มีการสอนงานในทีม สร้างความร่วมมือระหว่างกันที่ดี และมีการติดต่อประสานงานอย่างดี ซึ่งจะช่วยให้งานที่ได้เป็นงานที่มีประสิทธิภาพ

การทำงานเป็นทีมร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ คือ การทำงานของทีมที่สามารถทำงานได้บรรลุผลตามเป้าหมายมีความคิดใหม่ๆ เพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการทำงาน

เพื่อให้งานที่ได้มีคุณภาพมากที่สุด โดยการทำงานเป็นทีมมีหลักการ คือ ส่งเสริมให้สมาชิกในทีมเกิดความพึงพอใจต่อการทำงาน ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อใจระหว่างสมาชิกในทีมงาน มีการติดต่อสื่อสารที่ดีภายในสมาชิกทีมด้วยกัน ทำให้มีความขัดแย้งภายในทีมน้อยที่สุด ส่งเสริมการเรียนรู้การทำงานร่วมกันระหว่างทีม และร่วมกันแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ องค์ประกอบของการทำงานเป็นทีม (วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์, 2549; ยงยุทธ เกษสาคร, 2554) คือ 1) การมีเป้าหมายร่วมกัน คือ การรับรู้ถึงวัตถุประสงค์ในการทำงานของทีม เพื่อให้ทุกคนในทีมเกิดการร่วมมือกัน ดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางเอาไว้ของทีม 2) การยอมรับนับถือกัน ดึงศักยภาพหรือความสามารถที่แตกต่างกันเหล่านั้นมาเพื่อช่วยประโยชน์ส่วนรวมของทีม โดยสมาชิกในทีมควรยอมรับและให้เกียรติซึ่งกันและกัน 3) ความร่วมมือ และพร้อมใจในการทำงาน 4) การแบ่งงานทำตามความรู้ความสามารถ 5) ความรับผิดชอบ สมาชิกในทีมควรมีความรับผิดชอบต่อตนเองและต่อเพื่อนร่วมทีม เพื่อช่วยให้งานประสบความสำเร็จ 6) ความเข้าใจซึ่งกันและกัน ช่วยให้สมาชิกในทีมมีความเข้าใจและเรียนรู้ที่จะเข้าใจความแตกต่างของกันและกัน

สรุปได้ว่าองค์ประกอบของการทำงานเป็นทีมคือการมีบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปทำงานร่วมกัน โดยมีเป้าหมายเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างมีแบบแผน พึ่งพาอาศัยกันในระยะทางปฏิบัติงาน มีความสนใจในการทำงานร่วมกัน และพร้อมที่จะเผชิญต่อปัญหาและอุปสรรครวมทั้งร่วมมือกันแก้ไขให้ผ่านพ้นไปด้วยกันทั้งทีม ทั้งนี้การทำงานเป็นทีมมีประโยชน์ต่อทั้งทีมงานและองค์กรเป็นอย่างมาก สมาชิกในทีมดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับเพื่อมุ่งไปยังเป้าหมายที่วางเอาไว้ร่วมกัน ช่วยให้งานที่ได้เป็นงานที่มีคุณภาพ นอกจากนี้มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานยังช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิกในทีม การทำงานเป็นทีมยังมีประโยชน์ในด้านการลดความขัดแย้ง และการแข่งขัน ส่งเสริมความร่วมมือกันในการทำงานได้เป็นอย่างดี

2.4.3 พยาบาลผ่าตัดกับการทำงานเป็นทีม

การทำงานเป็นทีมในการผ่าตัดนั้นถือเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการทำงานในห้องผ่าตัดไม่สามารถกระทำได้ด้วยใครคนใดคนหนึ่งเพียงคนเดียว แต่ต้องเกิดจากการทำงานร่วมมือกันของ ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลผ่าตัด พยาบาลวิสัญญี รวมทั้งเจ้าหน้าที่คนอื่นๆ ในห้องผ่าตัด การทำงานร่วมกันร่วมกันเป็นทีมดังกล่าวช่วยให้การผ่าตัดดำเนินไปได้อย่างราบรื่น อีกทั้งยังช่วยให้เกิดการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545) โดยตัวชี้วัดซึ่งบ่งบอกถึงควมมีคุณภาพในการให้บริการของทีมพยาบาลผ่าตัด ประกอบด้วย การ

มีความพร้อมในส่วนของห้องที่ใช้ทำผ่าตัด เครื่องมือผ่าตัดมีความเหมาะสมและเพียงพอ ทีมพยาบาลต้องสามารถจัดการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะเร่งด่วนได้ และมีความสามารถในการร่วมกันบริหารจัดการให้สามารถทำการผ่าตัดฉุกเฉินเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ภายในที่กำหนด นับตั้งแต่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการผ่าตัดจากการรับแจ้ง ทั้งนี้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือความปลอดภัยและปราศจากภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด (Newhouse et al.,2005: 514)

WHO (2009) ได้กำหนดมาตรฐานการทำงานเป็นทีมผ่าตัดในด้านความปลอดภัยจำนวนทั้งสิ้น 10 เรื่อง ดังนี้

- 2.4.3.1 ทีมผ่าตัดต้องทำการผ่าตัดโดยยึดหลัก ถูกคน ถูกข้าง และถูกตำแหน่ง
- 2.4.3.2 ทีมผ่าตัดต้องรู้ถึงวิธีการป้องกันอันตรายจากการได้รับยาระงับความรู้สึก การป้องกันความเจ็บปวดของผู้ป่วย
- 2.4.3.3 ทีมผ่าตัดต้องตระหนักและเตรียมความพร้อมหากมีปัญหาเกี่ยวกับระบบหายใจ ที่อาจคุกคามต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2.4.3.4 ทีมผ่าตัดต้องตระหนักและเตรียมความพร้อมหากผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการสูญเสียเลือด
- 2.4.3.5 ทีมผ่าตัดต้องหลีกเลี่ยงสิ่งทำให้เกิดอาการแพ้ หรือปฏิกิริยาระหว่างยาที่อาจทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อผู้ป่วย
- 2.4.3.6 ทีมผ่าตัดต้องมีแนวทางในการลดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อตำแหน่งแผลผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ
- 2.4.3.7 ทีมผ่าตัดต้องป้องกันไม่ให้เกิดการตกค้างของเครื่องมือหรืออุปกรณ์ ผ้าซับโลหิต ในแผลผ่าตัด หรือในร่างกายของผู้ป่วย
- 2.4.3.8 ทีมผ่าตัดต้องรักษาความปลอดภัย และระบุสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- 2.4.3.9 ทีมผ่าตัดต้องมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ที่สำคัญของผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการผ่าตัดที่ปลอดภัย
- 2.4.3.10 โรงพยาบาลและระบบสุขภาพต้องมีการติดตามตรวจสอบความปลอดภัย ในห้องผ่าตัดอยู่เสมอ

AORN (2006 a) ยังกล่าวถึงการทำงานเป็นทีมผ่าตัด ในด้านการร่วมมือกันสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยว่า 1) สมาชิกในทีมผ่าตัดควรมีการสื่อสารระหว่างกันอย่างเปิดเผยและซื่อสัตย์ 2) สมาชิกในทีมผ่าตัดควรเน้นการทำงานร่วมกันเป็นทีมมากกว่าเป็นบุคคล

3) สมาชิกในทีมผ่าตัดควรมีมาตรฐานและทักษะการปฏิบัติงานควรมีการพัฒนาาร่วมกัน ในแบบสหวิทยาการ (multidisciplinary) 4) สมาชิกในทีมผ่าตัดควรทำตนให้เป็นประโยชน์และช่วยเหลือซึ่งกันและ 5) สมาชิกในทีมผ่าตัดควรมีการไว้วางใจซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี 6) สมาชิกทีมผ่าตัดควรมีความเป็นมิตรและเป็นคนเปิดกว้าง เพื่อให้เกิดสัมพันธ์อันดีระหว่างกันในการทำงาน 7) สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดควรมีการยืดหยุ่นและส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ และคำนึงถึงผลลัพธ์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ 8) ควรมีจุดสนใจร่วมคือกระบวนการทำงานและขั้นตอนในการทำงาน

โดยสรุป การทำงานของพยาบาลผ่าตัด คือ การทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมผ่าตัด อันได้แก่ ศัลแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลผ่าตัด และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในการทำงานร่วมกันจำเป็นต้องมีความสามารถในการสื่อสารที่ดีระหว่างกัน สามารถบอกความต้องการและตอบสนองความต้องการดังกล่าวของทีมผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว ร่วมมือกันในการผ่าตัดเพื่อเป้าหมายคือความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยไม่ลืมดูแลความปลอดภัยของคนในทีมร่วมด้วย

3. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) คือการศึกษาเพื่อค้นหาความหมาย การรับรู้ ความเข้าใจแก่นของความคิด เน้นปรัชญาของการดำเนินชีวิตเพื่ออธิบายประสบการณ์เฉพาะหรืออธิบายถึงสิ่งที่เกิดขึ้นจากการดำเนินชีวิตให้เข้าใจในปรัชญา ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นหรือประสบการณ์ที่ผ่านมา

3.1 ความหมายของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

นิตา ชูโต (2548) ให้ความหมายว่า การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการตรวจสอบประสบการณ์ของบุคคล และการที่บุคคลผ่านประสบการณ์เหล่านั้นเป็นอย่างไร

ศิริพร จิรวัดณ์กุล (2548) ให้ความหมายว่า การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทางสังคม และวัฒนธรรม เช่น ความรู้สึกนึกคิด ประวัติชีวิต ประสบการณ์หรือปัญหาในการดำเนินชีวิตบางประการ ที่ช่วยให้ผู้ศึกษาเกิดความเข้าใจถึงวิถีชีวิตของผู้คนและความหมายของพฤติกรรมของผู้คนในวัฒนธรรม

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2552) ให้ความหมายว่า การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการมุ่งเน้นทำความเข้าใจและให้ความหมายกับการเกิดขึ้นของปรากฏการณ์เฉพาะ ให้ความสำคัญแก่ประสบการณ์ชีวิตของบุคคล โดยค้นหาสาระสำคัญหรือแก่นของปรากฏการณ์ตามธรรมชาตินั้นในทุกประเด็นว่าปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมีความหมายต่อบุคคลอย่างไรมากกว่าอธิบายหรือทำนายเหตุการณ์

อารีย์วรรณ อ่วมตานี (2553) ให้ความหมายว่า ปรากฏการณวิทยาคือการศึกษามีพื้นฐานมาจากปรัชญา เพื่อทำความเข้าใจการเชื่อมโยงกันระหว่างมนุษย์และสิ่งแวดล้อมภายในโลก โดยเลือกศึกษาจากประสบการณ์ใดปรากฏการณหนึ่งที่น่าสนใจ ผ่านคำบอกเล่าของผู้ที่มีประสบการณ์เหล่านั้นโดยตรงเพื่อทำการค้นหาความหมายและแก่นแท้ของปรากฏการณนั้นๆ ให้ความชัดเจน โดยใช้ภาษาเป็นสื่อขั้นต้นในการช่วยถ่ายทอดความหมายของประสบการณ์นั้น

Cohen, Kahn and Steeves (2000) ให้ความหมายว่า หลักสำคัญของการศึกษาเชิงปรากฏการณวิทยา คือการอธิบายว่าเหตุการณ์ที่บุคคลนั้นได้ประสบมาหรือกำลังประสบอยู่หมายความว่าอย่างไรสำหรับบุคคลนั้นๆ

Streubert and Carpenter (2007) ให้ความหมายว่า ปรากฏการณวิทยา คือ ศาสตร์ที่มีจุดประสงค์เพื่ออธิบายปรากฏการณที่เกิดขึ้นในธรรมชาติอย่างเฉพาะเจาะจง หรือลักษณะที่ปรากฏขึ้นใดๆ ในประสบการณ์ของชีวิต

3.2 แนวคิดเชิงปรากฏการณวิทยาของ Heidegger

Martin Heidegger คือศิษย์เอกของ Edmund Husserl ผู้เป็นบิดาแห่งการศึกษาเชิงปรากฏการณวิทยา หากแต่ Heidegger นั้นมีแนวคิดที่แตกต่างไปจาก Husserl เนื่องจากมีการเน้นให้เกิดความเข้าใจในธรรมชาติของมนุษย์ (The mean of being of human being) Heidegger มองบุคคลในฐานะที่เป็นสาระสำคัญของปรัชญาการศึกษาเชิงปรากฏการณวิทยา เชื่อว่าคนคือส่วนร่วมของวัฒนธรรมสังคม และคนคือบริบทเชิงประวัติศาสตร์ของการเป็นมนุษย์ในสังคมโลก การดำรงอยู่ในโลก (To be in the world) แนวคิดของ Heidegger ให้ความสำคัญกับภาษาพูดที่ใช้ วัฒนธรรม และกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมที่ผ่านตัวบุคคล บุคคลคือผู้ให้ความหมาย แปลความและตีเป็นความหมายต่อสิ่งเหล่านั้นออกมา สิ่งเหล่านี้จะช่วยสะท้อนถึงภูมิหลังและที่มาของสิ่งที่บุคคลนั้นแสดงออกในปัจจุบัน

Heidegger คือผู้พัฒนาศึกษาเชิงปรากฏการณวิทยาที่เป็นที่นิยมอยู่ในปัจจุบัน และเป็นผู้เขียนหนังสือเรื่อง Being and Time ซึ่งสะท้อนแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณวิทยาในการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของคน โดยเน้นเกี่ยวกับธรรมชาติของความเป็นจริง (Ontological) เชื่อบรรยากาศการณมีอยู่ (Being) เวลา (Time) การให้ความหมาย (Meaning) และสามารถแปลความหมาย (Interpreted) โดยใช้ Hermeneutic Phenomenology หรือที่เรียกว่าปรากฏการณวิทยาเชิงตีความเป็นวิธีค้นหาและนำไปสู่ความเข้าใจถึงความหมายของความเป็นมนุษย์นั้น ทั้งนี้ความหมายของการมีชีวิตอยู่เหล่านั้น แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการรับรู้ของแต่ละคน โดยแนวคิดของ Heidegger มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ดังนี้

3.2.1 บุคคล (Person) ถือว่าเป็นผู้ที่ให้ความหมายของปรากฏการณ์ที่ประสบมาตามความรู้สึกนึกคิด การตีความหมายของตนเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากบุคคลอื่น ประกอบด้วย 5 ลักษณะสำคัญ

3.2.1.1 บุคคลเป็นผู้มีโลกและสังคมเป็นของตนเอง คือ บุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ติดตัวมาแต่กำเนิด ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ โดยคำว่า World ไม่ได้ถึงเพียงแค่สิ่งแวดล้อมเชิงวัตถุทางกายหรือชีวภาพ แต่รวมถึงสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม ภาษาที่ใช้ การศึกษา สังคมที่อยู่อาศัย ค่านิยมของสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณีที่ปฏิบัติและสืบทอดกันมา ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือเป็นภูมิหลังที่ติดตัวบุคคลมาตั้งแต่เกิด ทำให้คุ้นชินต่อสิ่งเหล่านั้นจนกลายเป็นเสมือนแบบแผนในการดำรงชีวิตของตน โดยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับโลกและสังคมของเขา ไม่อาจแยกออกจากกันได้

3.2.1.2 บุคคลเป็นผู้มีโลกและสังคมเป็นของตนเอง บุคคลเป็นผู้ให้คุณค่าและความหมายในแต่ละเรื่องไม่เหมือนกัน การให้ความหมายและคุณค่าต่อเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้น ย่อมขึ้นอยู่กับภูมิหลังของสังคม วัฒนธรรม ภาษาของแต่ละคน การจะทำความเข้าใจต่อการแสดงออกหรือความรู้สึกของบุคคลได้เราจึงต้องทำการศึกษาในบริบทของสังคมภูมิหลังของบุคคลนั้น

3.2.1.3 บุคคลเป็นผู้มีโลกและสังคมเป็นของตนเอง บุคคลเป็นผู้แปลความหมาย หมายถึง บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายต่อประสบการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความคิดและความรู้สึกส่วนตัวของตนเองเกี่ยวเนื่องกับภูมิหลังที่มี ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากการตีความหมายของทฤษฎีหรือบุคคลอื่นๆ

3.2.1.4 บุคคลเป็นผู้มีโลกและสังคมเป็นของตนเอง บุคคลเป็นหน่วยรวม บุคคลมีการให้ความหมาย ความรู้สึก ความคาดหวัง มโนสัจและแบบแผนการดำเนินชีวิตไว้ด้วยกันเป็นหนึ่งเดียว โดยไม่สามารถแยกคนออกเป็นส่วนๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกันได้ เชื่อว่าคนประกอบด้วย กาย จิต สังคม และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ที่เกิดของคนจึงเป็นประสบการณ์รวมที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับสิ่งเหล่านั้น

3.2.1.5 บุคคลเป็นผู้มีโลกและสังคมเป็นของตนเอง บุคคลมีมิติของเวลา ประสบการณ์ของบุคคลเป็นไปตามมิติของเวลา ความคิดการแปลความของบุคคลย่อมมีผลมาจากอดีตและยังอาจส่งผลต่อเนื้อไปข้างหน้าได้ ขึ้นกับสิ่งที่บุคคลนั้นๆ ตระหนักและสนใจ โดย Heidegger ให้ความหมายของเวลาว่า เวลาไม่ถูกแยกออกจากการดำรงอยู่ แต่เวลาเป็นขอบเขตที่เป็นจริงของการวิเคราะห์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสิ่งที่ปรากฏอยู่

3.2.2 สิ่งแวดล้อม (World) คือ กลุ่มของความสัมพันธ์กับบุคคล มีประสบการณ์ในปัจจุบันรวมถึงภูมิหลัง ภาษาที่ใช้ วัฒนธรรม อายุ การศึกษา องค์ประกอบดังกล่าวจะซึมซับอยู่ในตัวของบุคคลผ่านการเรียนรู้ตั้งแต่เกิด โดยไม่สามารถแยกบุคคลออกจากสิ่งแวดล้อมได้

3.2.3 การเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีต (Hermeneutic circle) คือการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่เคยได้รับหรือเข้าใจก่อนประสบกับประสบการณ์ครั้งใหม่ บุคคลจึงเข้าใจถึงบางสิ่งผ่านการเปรียบเทียบกับอีกสิ่งหนึ่งที่รู้จักคือเคยมีประสบการณ์ผ่านมาก่อน

สรุป แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger เน้นการทำความเข้าใจถึงความหมายของประสบการณ์ในทัศนะและมุมมองของบุคคลที่เป็นเจ้าของประสบการณ์นั้น ซึ่งแนวคิดนี้มีจุดเน้นคือ "Hermeneutics phenomenology" หรือการเข้าไปให้ถึงยังการให้ความหมายของความเป็นมนุษย์

3.3 ระเบียบวิธีการวิจัยตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger

ระเบียบวิธีวิจัยตามแนวคิดของ Heidegger คือการมุ่งค้นหาความหมายของสิ่งที่อยู่เบื้องหลังโดยการตีความเพื่อหาความหมายและทำความเข้าใจต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งระเบียบวิธีวิจัยนี้เน้นการวิเคราะห์ตัวหนังสือ (Text) ที่ได้จากการถอดคำสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ดังกล่าวต้องผ่านการอ่านทบทวนและกระบวนการตีความได้สภาพแวดล้อมที่เกิดขึ้น เชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิมเข้ากับตัวหนังสือที่ได้จากการถอดความนั้น และนำมาตีความอย่างเป็นธรรมชาติมากที่สุด โดยมีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้ (จอณณะ พึงจาด, 2546; ชาย โพรลิตา, 2549, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2552; นิศา ชูโต, 2548)

3.3.1 คำถามการวิจัย ควรมีลักษณะเป็นทั้งปลายปิดและปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถบอกเล่าถึงรายละเอียดเนื้อความได้อย่างดี ผู้วิจัยต้องไม่เอ่ยคำถามนำใดๆ หรือแสดงความรู้สึกส่วนตัวของตนเอง

3.3.2 ผู้ให้ข้อมูล ใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ข้อสำคัญคือผู้ให้ข้อมูลควรเป็นผู้ที่มีประสบการณ์หรือได้รับประสบการณ์ในสิ่งที่ต้องการศึกษานั้นจริง ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลในเรื่องดังกล่าวอย่างลึกซึ้ง ในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยานั้นเน้นการตีความและทำความเข้าใจถึงประสบการณ์เฉพาะมากกว่าการเน้นความหลากหลาย ดังนั้นจำนวนผู้ให้ข้อมูลจึงขึ้นกับความเพียงพอของข้อมูลที่ได้ ไม่จำเป็นต้องมากจนเกินไป เพื่อให้สามารถศึกษาได้ในระดับที่ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

3.3.3 ข้อมูล ระเบียบวิธีวิจัยนี้ให้ความสำคัญกับคำบอกเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของบุคคล

3.3.4 บทบาทนักวิจัย การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการทำวิจัย ทั้งนี้ นักวิจัยที่ดีควรมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการเปิดเผยประสบการณ์และร่วมตีความทำความเข้าใจและให้ความหมายต่อประสบการณ์ ทั้งนี้ บทบาทของผู้วิจัยที่ดีคือ ควรมีความสามารถในการติดต่อสื่อสาร เข้าใจ และแปลความหมายของพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกได้ ไม่ใช่ความคิดตนเองตัดสินเหตุการณ์ที่เกิด บันทึกข้อมูลตามความเป็นจริง โดยไม่บิดเบือน

3.3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บข้อมูลมักใช้หลายวิธีร่วมกัน วิธีรวบรวมข้อมูลที่เป็นที่นิยมมากที่สุดคือการสัมภาษณ์ เป็นการสัมภาษณ์แบบตีความ (Hermeneutic interview) โดยมีความแตกต่างจากการสัมภาษณ์แบบอื่น เนื่องจากเป็นวิธีรวบรวมประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูล มีลักษณะการพูดคุยแบบเผชิญหน้ากันของผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ทำให้สามารถตอบโต้ อธิบายจนได้ข้อมูลที่ชัดเจน ควบคู่ไปกับการสังเกตท่าทางอากัปกริยาของผู้ให้ข้อมูลเพื่อร่วมตีความ โดยขณะสัมภาษณ์ต้องมีการบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ร่วมด้วย เพื่อนำไปใช้ยืนยันความตรงของข้อมูล

3.3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์จะทำไปพร้อมกับการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ นักวิจัยต้องมีความรู้ในเรื่องนั้นมาก่อนเพื่อเป็นพื้นฐานในการตีความหมาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาประสบการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งที่เหมือนและแตกต่างกัน วิเคราะห์เพื่อหาความของการมีชีวิตรอยู่และการให้ความหมายของบุคคล

3.3.7 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย และเพื่อให้ผลการวิจัยเป็นที่ยอมรับ ซึ่ง Guba and Lincoln (1989) กล่าวถึงหลักการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพไว้ ดังนี้

3.3.7.1 ความน่าเชื่อถือ (Credibility) เป็นการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล คือสิ่งที่นักวิจัยแสดงให้เห็นว่าการได้มาของข้อมูลและข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ดังกล่าว มีความถูกต้อง ซึ่งประกอบไปด้วย

3.3.7.1.1 ระยะเวลาอยู่ในสนามนานพอ (Prolonged involvement) คือ การที่ผู้วิจัยใช้เวลาอยู่ในสนามศึกษามากพอจนเรียนรู้ถึงวัฒนธรรมขององค์กรนั้นและเกิดความไว้วางใจจากผู้ให้ข้อมูลมากพอ จนสามารถบอกถึงข้อมูลที่ต้องการในเชิงลึกได้

3.3.7.1.2 มีการสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) คือ มีการใช้เวลามากพอในการสังเกตสถานการณ์และความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่ศึกษา เพื่อค้นพบถึงประเด็นที่สำคัญและสามารถเป็นตัวแทนของประเด็นที่ศึกษา โดยการสังเกตนี้เป็นการสังเกต

เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก

3.3.7.1.3 การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) คือ การเก็บข้อมูล โดยหลากหลายวิธีและนำข้อมูลเหล่านั้นมาเชื่อมโยงกัน ตรวจสอบว่ามีความตรงและสอดคล้องกันหรือไม่ เช่น ข้อมูลที่ได้จากการจดบันทึกและข้อมูลที่ได้จากการถอดความสัมภาษณ์ เป็นต้น

3.3.7.1.4 การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) เป็นการนำผลการวิเคราะห์ ประเด็น และข้อสรุปที่ได้มาจากการสัมภาษณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรืออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่มีความเชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจสอบ และนำข้อเสนอแนะที่ได้รับมาแก้ไขปรับปรุงให้เกิดความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3.3.7.1.5 การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checking) ผู้วิจัยนำเอาประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องและความเข้าใจในทุกรายที่สัมภาษณ์ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะ หรือแก้ไขปัญหาข้อมูลที่ไม่ถูกต้องตรงตามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล

3.3.7.2 ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ความสามารถในการถ่ายโอนช่วยแทนที่การอ้างอิงผลสรุปของการถอดความหมายไปสู่ประชากรกลุ่มอื่น

3.3.7.3 ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) คือการพิสูจน์หรือตรวจสอบความเชื่อถือได้ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการโดยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลหลากหลายแบบเชื่อมโยงข้อมูลเหล่านั้นทั้งจากการสัมภาษณ์ สังเกต และจดบันทึกเข้าด้วยกัน แล้วนำข้อมูลดังกล่าวให้นักอ่านหรือนักวิจัยใช้เกณฑ์ตรวจสอบ หากผู้อ่านและนักวิจัยสามารถเข้าใจเนื้อเรื่อง แสดงว่าผ่านเกณฑ์ดังกล่าว

3.3.7.4 ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) โดยการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ สามารถตรวจสอบได้ โดยมีวิธีการดำเนินการคือ 1) การตรวจสอบข้อมูลดิบ จากเสียงที่บันทึก และข้อความที่ถอดจดบันทึกว่าตรงกันหรือไม่ 2) การตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่ออธิบายถึงข้อค้นพบ และเค้าโครงประเด็นที่พบ 3) การตรวจสอบการพัฒนาข้อสรุป โดยจัดกลุ่มคำ ให้รหัสข้อมูล ข้อความสำคัญ และสาระที่ได้จากการวิเคราะห์ 4) การตรวจสอบกระบวนการวิจัย คือการเลือกรูปแบบการวิจัย วิธีการดำเนินการว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่ 5) การตรวจสอบวัตถุประสงค์การวิจัยในระยะเริ่มต้น จากโครงร่างงานวิจัย และความคาดหวังที่ได้จากงานวิจัย และ 6) การตรวจสอบการพัฒนาเครื่องมือช่วยในการวิจัย เช่น ลักษณะของข้อคำถาม วิธีการสัมภาษณ์ การสังเกต

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัยตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา

ของ Heidegger เนื่องจากต้องการศึกษาถึงประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาล ตติยภูมิของรัฐที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลต่างเป็นผู้ประสบด้วยตนเอง ทั้งนี้ตัวผู้วิจัยเองก็เป็นผู้หนึ่งที่มี ประสบการณ์ตรงต่อการเป็นพยาบาลผ่าตัด การศึกษาประสบการณ์ดังกล่าว เมื่อนำมาอภิปราย ผลร่วมกับประสบการณ์ของผู้วิจัยและสิ่งที่ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรม จะช่วยให้ได้ข้อมูล และข้อเสนอแนะต่อแนวทางในการบริหารงานของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐที่มีความ ชัดเจนและคุณภาพมากยิ่งขึ้น

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

วิลาวรรณ ตันติสิทธิพร (2541) ศึกษาวัฒนธรรมองค์การของกลุ่มงานพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลรัฐบาล เขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 633 คน จากโรงพยาบาลในเขต กรุงเทพมหานคร 5 สังกัด จำนวน 11 แห่ง พบว่าการทำงานในห้องผ่าตัดมีลักษณะกระบวนการ ทำงานที่ต่อเนื่องเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก พยาบาลผ่าตัดต้องมีความคล่องตัว มีความสามารถในการสื่อความหมายเพื่อให้เข้าใจกันเป็นอย่างดีและมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ตลอดทำให้เกิดวัฒนธรรมแบบสร้างสรรค์ในระดับมาก นอกจากนั้นยังมีวัฒนธรรมตั้งรับก้าวร้าว ในระดับมากเนื่องจากเป็นงานที่ต้องทำแข่งกับเวลาดูแลผู้ป่วยและความปลอดภัยอย่าง ครอบคลุม ไม่ให้มีข้อผิดพลาดใดๆ และมีการถ่ายทอดความเชื่อและค่านิยมในการทำงานให้ สมบูรณ์มากที่สุดจากรุ่นพี่สู่รุ่นน้อง และบางครั้งอาจเกิดการตำหนิเมื่อมีข้อบกพร่องทำให้งานใน ห้องผ่าตัดเน้นอำนาจอยู่ที่ผู้มีประสบการณ์สูงกว่า

เจริญพร ตรีเนตร (2543) ได้ศึกษาประสบการณ์การพัฒนาตนเองของพยาบาลผ่าตัด ไทยที่ได้รับการฝึกอบรมในประเทศฝรั่งเศส ภายใต้ทุนการอบรมของ AMFA (Association Medical Franco-Asiatic) เป็นระยะเวลา 1 ปี ใช้การศึกษาด้วยวิธีปรากฏการณ์วิทยา พบว่า พยาบาลผ่าตัดมีความต้องการแสวงหาความรู้ใหม่ๆ และมีแรงจูงใจจากตัวอย่างของพยาบาลที่ เคยไปอบรมมาก่อน เมื่อกลับมาก็พบว่าตนเองมีวุฒิภาวะเพิ่มมากขึ้น มีประสบการณ์และมีการ ตัดสินใจที่ดีขึ้นรวมทั้งนำเอาสิ่งที่ได้จากการไปฝึกอบรมมาถ่ายทอด และร่วมพัฒนางานของห้อง ผ่าตัด

ภาวนา ประดิษฐ์ (2544) ได้ทำการศึกษาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความมีอิสระใน งาน ความคาดหวังในบทบาท บริบทการสนับสนุนกับการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยตามการรับรู้ของ พยาบาลผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐกรุงเทพมหานคร จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 260 คน โดยใช้ แบบสอบถาม พบว่าหากพยาบาลผ่าตัดมีอิสระในการทำงานมากขึ้น จะช่วยให้มีความปลอดภัย ในการทำงานเพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่าการฝึกอบรมอย่างเพียงพอมีส่วนสัมพันธ์ทางบวก

กับการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดให้มีความปลอดภัย ในการติดต่อสื่อสาร พบว่าหากมีคุณภาพการติดต่อสื่อสารที่ดีจะทำให้มีความปลอดภัยในการทำงานมากขึ้นเช่นกัน

รุ่งกาล คลังวิจิตร (2546) ศึกษาผลของการใช้กระบวนการทำงานเป็นทีมของพยาบาลผ่าตัดต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มาใช้บริการรักษาผ่าตัด ศัลยกรรมทั่วไปหรือสูตินรีเวช ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จำนวน 50 คน โดยมีเครื่องมือคือแผนการใช้กระบวนการทำงานเป็นทีมของพยาบาลผ่าตัด และเครื่องมือประเมินผลคือแบบวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ พบว่า กระบวนการทำงานในห้องผ่าตัดเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ การทำงานเป็นทีมของพยาบาลผ่าตัดจะทำให้มีการสื่อสารกันอย่างสร้างสรรค์ แก้ไขปัญหาหรือความขัดแย้งได้อย่างมีประสิทธิภาพ แบ่งงานกันทำอย่างยุติธรรม และมีความยืดหยุ่นในการทำงานร่วมกัน

สุชานันท์ บำรุงวงศ์ (2550) ได้ศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเอกชน ด้วยวิธีปรากฏการณ์วิทยา ผู้ให้ข้อมูลคือพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนและมีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 20 คน พบว่าพยาบาลผ่าตัดให้ความหมายในการปฏิบัติงาน 6 ประเด็น คือ 1) การทำงานในหลายบทบาทหน้าที่ 2) การบริการที่ให้ความสำคัญกับแพทย์ เนื่องจากแพทย์มักมาจากนอกโรงพยาบาล และเป็นวัฒนธรรมของโรงพยาบาลเอกชนที่ต้องให้ความสำคัญกับแพทย์ 3) การบริการที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมักเป็นผู้มีเศรษฐฐานะดี 4) เป็นงานที่หนักและเหนื่อย 5) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยการได้รับอัตราเงินเดือนและเงินแถมมากกว่าโรงพยาบาลรัฐบาล รวมทั้งให้สวัสดิการต่างๆ เพิ่มขึ้น 6) ความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน ด้านประสบการณ์พยาบาลพบประเด็น 4 ประเด็น คือ 1) คุณภาพชีวิตที่กินนอนหลับไม่ตรงเวลา 2) การเรียนรู้ด้วยตนเอง 3) การมีสมรรถนะพยาบาลผ่าตัด และ 4) การมีสังคมเฉพาะเพียงแต่บุคคลากรภายในห้องผ่าตัดด้วยกันเองเท่านั้น

สุลักขณา จันทวิสุข (2551) ได้ศึกษาถึงปัจจัยพยากรณ์สมรรถนะพยาบาลผ่าตัด โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลผ่าตัดที่มีประสบการณ์ทำงาน 1 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลประจำจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 487 คน พบว่า สมรรถนะพยาบาลด้านเทคนิคกระบวนการผ่าตัดส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง เว้นสมรรถนะในเรื่องการติดต่อสื่อสารที่อยู่ในระดับต่ำ ในด้านประสบการณ์การทำงานพบว่ามีความสัมพันธ์กับสมรรถนะพยาบาลผ่าตัด

สุชาดา วิภาวนันต์ (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในหน่วยงานภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าห้องผ่าตัด กับการปฏิบัติบทบาทพยาบาลผ่าตัด

โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 359 คน จากโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 35 แห่ง พบว่าพยาบาลร้อยละ 74.7 ไม่ได้รับการอบรมเฉพาะทางห้องผ่าตัด แต่เรียนรู้ผ่านการถ่ายทอดประสบการณ์ของพยาบาลพี่เลี้ยง จากพยาบาลผ่าตัดรุ่นพี่ที่มีประสบการณ์มากไปยังผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า

อาจารย์ ศิริ (2552) ได้ศึกษาปัจจัยความเครียดในงานและคุณภาพชีวิตของพยาบาลผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลทั่วไปภาคเหนือจำนวน 15 คน พบว่ามีความเครียดโดยรวมในระดับปานกลางเนื่องจากงานมีลักษณะเปลี่ยนแปลงเสมอ ทั้งจากขั้นตอนการผ่าตัด การนำเทคโนโลยีใหม่มาใช้ในการผ่าตัด ส่งผลให้พยาบาลผ่าตัดต้องมีการปรับตัวเนื่องจากไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงได้ ความเครียดจากแรงกดดันของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงเนื่องจากการทำงานในห้องผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องหากมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ด้านคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางพบว่าบ่อยครั้งต้องทำงานภายใต้แรงกดดันของเวลา มีการพักช่วงระหว่างทำผ่าตัดน้อยทำให้เกิดความเครียดและความอ่อนล้า

งานวิจัยต่างประเทศ

Flin, Yule, Mckenzie, brown and Maran (2006) ได้ศึกษาถึง เจตคติของการทำงานเป็นทีมและความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โดยใช้แบบสอบถามที่วัดเกี่ยวกับ เจตคติการเป็นผู้นำการทำงานเป็นทีม ความเครียด และความเหนื่อยล้าและความผิดพลาด กับทีมผ่าตัดใน 17 โรงพยาบาลในประเทศสกอตแลนด์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 352 คน ประกอบด้วย แพทย์ที่ปรึกษา 138 คน แพทย์ฝึกหัด 93 คน และพยาบาลผ่าตัด 121 คน พบว่าแพทย์และพยาบาลผ่าตัดส่วนใหญ่พอใจในการเป็นส่วนหนึ่งของทีมผ่าตัด การมีเจตคติด้านบวกต่อการทำงานเป็นทีมส่งผลให้มีความปลอดภัยในการทำงานเพิ่มขึ้น พยาบาลผ่าตัดมีความพึงพอใจในงานระดับต่ำ แต่มีความรู้สึกเช่นเดียวกับแพทย์คือ รู้สึกพึงพอใจที่ได้รับการยอมรับในฐานะผู้เชี่ยวชาญในการทำผ่าตัด นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลฝึกหัดต้องการเวลาในการฝึกฝนตนเองโดยต้องการการสนับสนุนจากผู้บริหาร ในด้านการสื่อสารพบว่าพยาบาลกล่าวว่าไม่ได้ข้อมูลเพียงพอต่อผู้ร่วมงานพยาบาลร้อยละ 51 กล่าวว่าผู้ร่วมงานไม่ใส่ใจต่อปัญหาและความกังวล โดยร้อยละ 25 คือ ศัลยแพทย์ ด้านความเครียดและความเหนื่อยล้าพบว่าแพทย์ร้อยละ 79 และพยาบาลร้อยละ 73 กล่าวว่ามีความเครียดและเหนื่อยล้าระดับน้อย หากแต่พบว่าทั้งแพทย์และพยาบาลมากกว่าครึ่งต่างคิดว่าแม้ตนเองรู้สึกเหนื่อยล้าก็ยังคงสามารถปฏิบัติงานได้ พยาบาลร้อยละ 68 เห็นด้วยว่าความเครียดและความเหนื่อยล้ามีส่วนทำให้เกิดความเสี่ยงและความผิดพลาดในการทำงานได้มากขึ้น ด้านการทำงานผิดพลาดพบว่า 2 ใน 3 ของแพทย์กล่าวว่าเคยมีประสบการณ์การ

ทำงานผิดพลาดจากการขาดความรู้และความเชี่ยวชาญ พยาบาลฝึกหัดกล่าวว่ารู้สึกอายเมื่อตนเองทำผิดพลาดต่อหน้าทีมผ่าตัด

Greenberg and Regenbogen (2007) ได้ศึกษาเรื่อง การติดต่อสื่อสารที่ผิดพลาดซึ่งเป็นสาเหตุของการได้รับอันตรายในผู้ป่วยผ่าตัด พบว่ามีการติดต่อที่ผิดพลาดในระยะก่อนผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 38 ขณะผ่าตัดร้อยละ 30 และระยะหลังผ่าตัดร้อยละ 32 สิ่งที่ทำให้การติดต่อสื่อสารผิดพลาดโดยมากเกิดขึ้นจากการสนทนาคิดเป็นร้อยละ 92 และเกิดขึ้นเพราะแพทย์เป็นส่วนใหญ่ โดยมีสาเหตุและปัจจัยคือความรีบผิดชอบร้อยละ 73 บทบาทที่ต่างกันร้อยละ 74 สาเหตุโดยมากเกิดจากแพทย์ประจำบ้านล้มเหลวในการติดต่อกับแพทย์เจ้าของไข้เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤต นอกจากนี้การสื่อสารที่ผิดพลาดร้อยละ 43 เกิดจากการละมือของแพทย์ และอีกร้อยละ 39 เกิดขึ้นขณะมีการส่งต่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลผ่าตัด

Hull, Arora, Kassab, Kneebone and Sevdalis (2011) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินความเครียดและการทำงานเป็นทีมภายในห้องผ่าตัด โดยทำการศึกษาแบบสำรวจในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวม 20 ทีมผ่าตัด แต่ละทีมประกอบด้วยสมาชิกทั้งสิ้น 6 คน คือ ศัลยแพทย์หลัก ผู้ช่วยผ่าตัด วิสัญญี ผู้ช่วยวิสัญญี พยาบาลรอบนอก และพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด คัดเลือกโดยการสุ่ม เก็บข้อมูลจากการทำผ่าตัดทั้งสิ้น 20 ราย ประกอบด้วย ผ่าตัดไส้เลื่อน ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง ผ่าตัดทางเดินอาหารแบบส่องกล้อง และผ่าตัดลำไส้ทั้งแบบส่องกล้องและเปิด ในการทำงานเป็นทีมใช้เครื่องมือของ Observational Teamwork Assessment for Surgery (OTAS) ซึ่งมี 5 หัวข้อ ได้แก่ การติดต่อสื่อสาร การเป็นผู้นำ ความร่วมมือ การประสานงาน และการตรวจสอบ จาก 3 ทีมย่อยคือ แพทย์ วิสัญญี และพยาบาลผ่าตัด และจาก 3 ระยะคือ ก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด ในด้านการประเมินความเครียด ใช้แบบสอบถามสั้นๆ ด้วยเครื่องมือ State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับทางกายภาพ ปัญญา และอารมณ์ พบว่าสภาพการทำงานเป็นทีมโดยรวม ในระยะก่อนผ่าตัดมีการทำงานเป็นทีมมากกว่าระยะขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ในการทำงานเป็นทีมย่อยระหว่างวิสัญญี แพทย์ และพยาบาลผ่าตัด มีการทำงานเป็นทีมมากในระดับเท่าๆ กัน ด้านการทำงานพบว่ามีความร่วมมือมากที่สุด รองลงมาคือ การประสานงาน การตรวจสอบ การสื่อสาร และความเป็นผู้นำ ด้านความเครียดพบว่า ขณะผ่าตัดพยาบาลรอบนอกมีความเครียดในระดับมากจากความวุ่นวายและการเตรียมความพร้อมต่างๆ พยาบาลส่งเครื่องมือมีความเครียดสูงขณะทำผ่าตัดเช่นกัน แพทย์ผ่าตัดและวิสัญญีมีความเครียดต่อการผ่าตัดเช่นกัน

Sevdalis et. al (2009) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินทักษะใน

การปฏิบัติงานของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลผ่าตัดใหม่ 20 ราย และพยาบาลผ่าตัดที่มีประสบการณ์สูง 2 ราย โดยพัฒนาเครื่องมือจาก Imperial College Assessment of Technical Skill for Nurses (ICATS-N) โดยมีผู้เชี่ยวชาญที่ร่วมพัฒนาเครื่องมือคือ พยาบาลผ่าตัดที่มีความเชี่ยวชาญ แพทย์ และนักจิตวิทยา มาหาข้อตกลงร่วมกัน ได้เครื่องมือที่มีความครอบคลุมในหัวข้อ 1) การเลื้อยและถูงมือปราศจากเชื้อ 2) การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด 3) การจัดทำและคลุมผ้าให้ผู้ป่วย และ 4) การรักษาความปราศจากเชื้อตลอดการทำผ่าตัด โดยมีระดับการให้คะแนนเป็นเส้นจาก 1 ถึง 6 โดย 1 คือปฏิบัติไม่ได้เลย และ 6 คือ ปฏิบัติได้ดีมาก

Sheikhzadeh, Gore, Zuckerman and Nordin (2009) ได้ศึกษาเรื่องพยาบาลผ่าตัดกับการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงด้านวิทยาการการจัดการสภาพ (Ergonomic) ในการทำงานภายในห้องผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลและบุคลากรห้องผ่าตัดจำนวน 50 คนในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่นิวยอร์ก พบว่าพยาบาลผ่าตัดส่วนมากมีอาการที่ทางกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Work-related musculoskeletal disorders) โดยพยาบาลผ่าตัดระบุว่ามีอาการปวดหลังส่วนล่างถึงร้อยละ 84 มีอาการที่ข้อเท้าและเท้าร้อยละ 74 มีอาการปวดและเจ็บบริเวณไหล่ร้อยละ 74 ทั้งนี้พบว่าผู้ที่มีอาการปวดเมื่อยบาดเจ็บบริเวณหลังส่วนล่างร้อยละ 31 บริเวณข้อเท้าและเข่าร้อยละ 24 มีสาเหตุจากการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดที่ไม่ถูกต้องตามหลักวิทยาการการจัดการสภาพ

Makary et. al (2006) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลกับศัลยแพทย์ในห้องผ่าตัด โดยการแจกแบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติด้านความปลอดภัยไปยัง 60 โรงพยาบาลให้กับศัลยแพทย์ วิสัญญี พยาบาลผ่าตัด และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับห้องผ่าตัดทำ จำนวน 2769 ฉบับ ตอบรับ 2135 คน คิดเป็นร้อยละ 77.1 พบว่าศัลยแพทย์มีคะแนนระดับต่ำในการทำงานเป็นทีม คือ 3.68 จาก 5.00 ส่วนพยาบาลผ่าตัดมีคะแนนการทำงานเป็นทีมในระดับสูง คือ 4.20 จาก 5.00 เนื่องจากพยาบาลผ่าตัดมีส่วนร่วมในการให้คะแนนศัลยแพทย์ ให้คะแนนการทำงานเป็นทีมของศัลยแพทย์เพียง 3.52 จาก 5.00 ขณะที่ศัลยแพทย์ และวิสัญญีให้คะแนนการทำงานเป็นทีมแก่พยาบาลผ่าตัดอยู่ในระดับ 4.20 จาก 5.00 ทั้งนี้พบว่าพยาบาลผ่าตัดหลีกเลี่ยงการพูดถึงความไม่พอใจที่มีต่อแพทย์ในด้านความขัดแย้งนั้นเพราะเกรงว่าจะเกิดผลกระทบต่องานในด้านลบ แต่การปิดบังไม่พูดถึงดังกล่าวอาจส่งผลให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข และนำไปสู่ความไม่พอใจในงานของพยาบาลและคุณภาพของการปฏิบัติงานได้

Michael and Jenkins (2001) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การได้รับความบาดเจ็บทางจิตใจที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัด สัมภาษณ์พยาบาลผ่าตัดจำนวน 233 คน ซึ่งปฏิบัติงานที่ต่างจังหวัดและในเมืองหลวง ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลจำนวน 161 คน

คิดเป็นร้อยละ 69 ของพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การถูกละเมิดขณะปฏิบัติงาน ซึ่งมีประเด็นย่อยคือ การถูกละเมิดทางวาจา การถูกกดขี่ทางเพศ และการละเมิดทางกายภาพ ซึ่งการละเมิดดังกล่าวยังรวมถึงการถูกดูค่าจากแพทย์และเพื่อนร่วมงาน การบริหารการพยาบาลเป็นไปด้วยความกดขี่ข่มเหง ความล้มเหลวในการสื่อสารของสมาชิกในทีมผ่าตัด 2) ความขัดแย้งในการติดต่อสื่อสารภายในทีม ได้แก่ การขาดความร่วมมือและให้ความคาดหวังเกินจริงจากแพทย์ 3) ความตายของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างผ่าตัดหรือหลังผ่าตัด พบว่าพยาบาลผ่าตัดเกิดความรู้สึกเปราะบางและโดดเดี่ยว เมื่อพบผู้ป่วยเสียชีวิตขณะตนปฏิบัติงาน บางรายกล่าวตำหนิและโทษตนเองว่าขาดประสบการณ์หรือมีความสามารถในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอ

Mills, Neily and Dunn (2008) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม และการสื่อสารในทีมผ่าตัดที่อาจส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถามไปยัง ศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาลผ่าตัด จำนวน 384 คน พบว่าแพทย์มีความสะดวกใจในการพูดคุยและเปลี่ยนแปลงในการรักษาหากรู้สึกเป็นกังวล รวมทั้งสะดวกใจในการยื่นข้อเสนอแนะกับทีมผ่าตัด ในขณะที่พยาบาลผ่าตัดและวิสัญญีมีความสะดวกใจดังกล่าวน้อยกว่าโดยเฉพาะหากต้องสื่อสารกับแพทย์ ทั้งนี้การสื่อสารในการทำงานร่วมกันเป็นทีมถือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากในการทำผ่าตัดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และวิสัญญีควรมีการสื่อสารที่ดีต่อกันโดยเฉพาะเมื่อมองเห็นปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

Riley and Manias (2006) ได้ศึกษาเกี่ยวกับทักษะความรู้ของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับศัลยแพทย์ซึ่งเป็นผู้ร่วมทีมหลักในการผ่าตัด จาก 3 โรงพยาบาลในประเทศออสเตรเลีย กลุ่มตัวอย่างรวม 11 คน มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ถึง 28 ปี พบว่า 1) พยาบาลผ่าตัดมีทักษะและความรู้เกี่ยวกับความต้องการและความแตกต่างในการผ่าตัดของศัลยแพทย์เป็นอย่างดี ผ่านการบอกต่อ การจดบันทึก และไต่ถามจากศัลยแพทย์โดยตรง 2) พยาบาลผ่าตัดทราบดีถึงพฤติกรรม การมาห้องผ่าตัดเร็วหรือช้าของศัลยแพทย์แต่ละราย 3) พยาบาลผ่าตัดมีความรู้เกี่ยวกับความต้องการและบุคลิกส่วนตัวของศัลยแพทย์เช่น อุณหภูมิขณะทำผ่าตัดของศัลยแพทย์ที่ไม่ชอบให้ใครส่งเสียงรบกวน เป็นต้น ทั้งนี้เกิดจากการที่พยาบาลผ่าตัดมีการสังเกตจากการปฏิบัติงานร่วมกัน รวมทั้งศึกษา สอบถามหรือการส่งต่อจากพยาบาลผ่าตัดอื่น

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic phenomenology) เพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ ตามแนวคิดของ Heidegger (1962) และมีแนวคิดเบื้องต้นเป็นแนวทางในการตั้งคำถาม รวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ร่วมกับการสังเกต (Observe) การจดบันทึกภาคสนาม (Field notes) และการรวบรวมข้อมูลเอกสารต่างๆ โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบตีความตามแนวทางของ Crist and Tanner (2003) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยดังนี้

1. บริบทของพื้นที่ในการศึกษา

พื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ซึ่งได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาล มีห้องผ่าตัดที่เปิดใช้งานจริงทั้งสิ้น 10 ห้อง จากห้องผ่าตัดทั้งหมด 14 ห้อง โดยแบ่งเป็นแผนก ได้แก่ ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมสูตินารีเวช ศัลยกรรมระบบประสาท ศัลยกรรมพลาสติก ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมระบบประสาทและโสต ศอ นาสิก ศัลยกรรมจักษุ ห้องแยกสำหรับหัตถการที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ และห้องผ่าตัดสำหรับส่องกล้องทางเดินอาหาร รวมทั้งมีการทำผ่าตัดแบบส่องกล้อง (Endoscope) การใช้เครื่อง Navigator การใช้เครื่องเลเซอร์ ทำการผ่าตัดโดยแพทย์เฉพาะทางในแต่ละสาขา มีหน่วยงานวิสัญญีซึ่งมีพยาบาลและแพทย์วิสัญญีประจำรวมอยู่ภายใน มีห้องเก็บเครื่องมือปราศจากเชื้อซึ่งมีลิฟต์ส่งของตรงจากหน่วยจ่ายกลาง มีพยาบาลผ่าตัดซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งสิ้น 28 คน ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 4 คน และคนงานทั้งสิ้น 13 คน พยาบาลผ่าตัดมีการสอนงานด้วยระบบพยาบาลที่เลี้ยงเมื่อเริ่มทำงานใหม่จนกระทั่งสามารถปฏิบัติงานได้เองและอยู่เวรได้โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 4-12 เดือน มีการปฏิบัติงานแบบเวียนห้องผ่าตัดทุกสัปดาห์ ปฏิบัติงานในเวลาราชการตั้งแต่วันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.00 -16.00 น. แบบเต็มจำนวนทั้ง 28 คน ยกเว้นหัวหน้าห้องผ่าตัด มีเวรนอกเวลาทำการแบบ on call ประจำอยู่ในห้องผ่าตัดตั้งแต่เวลา 16.00- 08.00 น. จำนวน 4 คน สำหรับทำการผ่าตัดแบบฉุกเฉินนอกเวลาราชการ โดยพยาบาลผ่าตัดที่อยู่เวรดังกล่าวต้องปฏิบัติงานในเวลาของวันรุ่งขึ้นต่อ (ในวันเวลาราชการ) นอกจากนั้นยังมีเวรช่วยเหลือในช่วงเวลา 16.00-20.00 น. ทุกวัน

จันทร์ถึงศุกร์อีกจำนวนวันละ 2 คนเพื่อรองรับการผ่าตัดที่ต่อเนื่องจากในเวลาราชการและยังไม่เสร็จสิ้นโดยรวมทั้งการผ่าตัดฉุกเฉิน โดยพยาบาลผ่าตัดต้องปฏิบัติหน้าที่ได้ทั้ง 2 บทบาท คือ พยาบาลผู้ช่วยรอบนอก และพยาบาลส่งเครื่องมือ ทำให้พยาบาลผ่าตัดมีประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัดต่อทุกสาขาที่มีการผ่าตัดในโรงพยาบาล และสามารถอธิบายถึงประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ ของตัวเองได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้ที่มาของการรับพยาบาลผ่าตัดในพื้นที่ศึกษา เป็นการรับพยาบาลจบใหม่โดยตรงจากวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดเดียวกันและจำแนกพยาบาลจบใหม่ไปตามหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลด้วยวิธีการจับฉลาก ตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานจากฝ่ายการพยาบาล แต่หากไม่พอใจในหน่วยงานที่จับฉลากได้ก็สามารถสับเปลี่ยนกันและกันได้

2. ผู้ให้ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลคือพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐแห่งหนึ่ง คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับเรื่องที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลคือ

1. เป็นพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ
2. มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด 3 ปีขึ้นไป หรืออยู่ในระดับระดับผู้เชี่ยวชาญ (Proficient) ขึ้นไป โดยปฏิบัติงานในทุกสาขาที่มีการทำผ่าตัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ
3. มีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งการมองย้อนกลับตั้งแต่การเริ่มงานเป็นพยาบาลผ่าตัดใหม่ๆ และการทำงานในปัจจุบัน เนื่องจากพยาบาลผ่าตัดที่อยู่ในระดับผู้เชี่ยวชาญขึ้นไปดังกล่าวจัดเป็นผู้ที่มีความสามารถในการคิด ตัดสินใจ และแก้ปัญหา มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาเหตุการณ์และปัญหาต่างๆ ได้ดี

การได้มาและการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยและได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐซึ่งเป็นสนามศึกษาแล้ว ผู้วิจัยทำการติดต่อประสานงานกับฝ่ายการพยาบาลรวมทั้งทางห้องผ่าตัดเพื่อเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ในการคัดเลือก จากนั้นผู้วิจัยทำการติดต่อผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวโดยการส่วนตัวเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ แนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ในการวิจัยเบื้องต้น รวมทั้งเน้นย้ำว่าข้อมูลดังกล่าวจะไม่มีเปิดเผยถึงผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งจะทำการลบไฟล์บันทึกเสียงทั้งหมดที่เมื่อการวิจัยเสร็จสิ้น เมื่อผู้ให้ข้อมูลตกลงและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงมอบเอกสารข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการ

วิจัย ไบลงนามยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ดำเนินการนัดวัน เวลา และสถานที่ซึ่งสะดวกต่อการให้สัมภาษณ์ จากนั้นเมื่อถึงวันและเวลาที่นัดหมาย ผู้วิจัยจึงดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จนไม่มีข้อมูลเพิ่มเติมจึงยุติการเก็บข้อมูล โดยมีผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้นจำนวน 14 ราย

3 การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยและได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ให้การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลโดย ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกผ่อนคลายและไม่รู้สึกเครียด สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จากผู้ให้ข้อมูลทุกราย ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การขออนุญาตบันทึกการสนทนา จำนวนครั้งในการสัมภาษณ์ ระยะเวลาคร่าวๆ รวมทั้งสถานที่ในการดำเนินการสัมภาษณ์ การขอให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล สิทธิในการตอบหรือไม่ตอบคำถามใดๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่สะดวกใจ หรือสิทธิในการบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดๆ ของการวิจัยได้ การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และไม่เปิดเผยความลับของผู้ให้ข้อมูลก่อนได้รับอนุญาต การไม่เปิดเผยชื่อและสถานที่ปฏิบัติงานจริงของผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลอื่นที่อาจก่อให้เกิดผลเสียหายต่อผู้ให้ข้อมูล การตีพิมพ์และการเผยแพร่จะไม่บิดเบือนความจริงจนอาจส่งผลกระทบต่อองค์กรและตัวผู้ให้ข้อมูลเสื่อมเสียชื่อเสียง และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ข้อมูลดิบรวมทั้งไฟล์บันทึกเสียงต่างๆ ของผู้ให้ข้อมูลที่ถูกเก็บรักษาไว้ในที่ปลอดภัยจะถูกทำลายทันที นอกจากนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลในการซักถามข้อสงสัย ก่อนลงลายมือในเอกสารยินยอมเพื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมในงานวิจัย

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่สำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพคือ ตัวผู้วิจัยเอง ซึ่งมีการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัย และจัดหาเครื่องมือประกอบอื่นๆ ในการวิจัย ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

1.1 การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัย โดยผู้วิจัยทำการลงทะเบียนรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาลจำนวน 3 หน่วยกิต เพื่อเรียนรู้ถึงการทำการวิจัยเชิงคุณภาพ และทดลองฝึกสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พร้อมทั้งถอดเทปบันทึกเสียง ฝึกการวิเคราะห์ข้อมูล ในขณะที่เรียนวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล

1.2 การเตรียมความรู้ด้านเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิดหน่วยงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาล ตติยภูมิของรัฐ ด้านลักษณะทั่วไปของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ แนวคิดเกี่ยวกับ

บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลผ่าตัด การปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัด แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเป็นพยาบาลผ่าตัดในด้านการพัฒนาตนเอง ด้านความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยง และด้านการทำงานเป็นทีม แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา รวมทั้งเตรียมความรู้ในเรื่องงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

1.3 การเตรียมความรู้ด้านเทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูล การสัมภาษณ์ เพื่อให้เกิดทักษะในการนำไปใช้ในการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลให้มีความครอบคลุม

2. การเตรียมแนวทางสัมภาษณ์สำหรับใช้ในการสนทนา โดยสร้างแนวคำถามขึ้นจากแนวคิดเบื้องต้นได้แก่ แนวคิดสมรรถนะพยาบาลผ่าตัดของสมาคมห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย (2554) และแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดของซึ่งแบ่งตามการปฏิบัติงานและความรับผิดชอบของ สุภาพร เลิศร่วมพัฒนา (2546) มีการจัดเรียงเป็นลำดับคร่าวๆ ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายเปิดและมีความยืดหยุ่นมากพอในการเรียงลำดับและการเพิ่มเติมข้อคำถามตามสถานการณ์ขณะสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพที่สุด โดยไม่ถามคำถามซ้ำ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับบันทึก อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหน่วยงานผ่าตัด

3.2 แบบบันทึกภาคสนาม เพื่อใช้เก็บบันทึกข้อมูลส่วนตัวต่างๆ ของผู้ให้ข้อมูล บันทึกหมายเลขผู้ให้ข้อมูล ครั้งที่ วันที่ เวลาในการให้สัมภาษณ์ ท่าทางและสภาพแวดล้อมขณะสัมภาษณ์เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปร่วมตีความข้อมูลที่ได้รับให้มีความชัดเจนและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ทั้งนี้รายละเอียดของข้อคำถามที่ใช้ได้แสดงไว้ในภาคผนวก

3.3 อุปกรณ์บันทึกเสียง จำนวน 1 เครื่อง สำหรับบันทึกขณะทำการสัมภาษณ์ และอุปกรณ์บันทึกเสียงสำรองอีก 1 เครื่อง โดยตรวจสอบสภาพเครื่องบันทึกเสียงทั้ง 2 เครื่อง ให้อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้ รวมทั้งจัดเตรียมอุปกรณ์ชาร์ตแบตเตอรี่ และแบตเตอรี่สำรองเอาไว้ร่วมด้วย

3.4 แบบบันทึกการถอดความ สำหรับบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์โดยการถอดความแบบคำต่อคำ และการให้รหัสเบื้องต้น

4. การเตรียมหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการโดยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส่งยังคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคน หน่วยงานต้นสังกัดของโรงพยาบาลซึ่งเป็นพื้นที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการทำวิจัย

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิจัย การได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณภาพและเป็นไปตามประสบการณ์ที่ชัดเจนตรงความจริงนั้น ผู้วิจัยต้องได้รับความเชื่อถือจากผู้ให้ข้อมูลเสียก่อน การสร้างสัมพันธภาพจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่ง โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. การเตรียมตัวก่อนสัมภาษณ์

1.1 หลังโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองของคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนและได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลที่ใช้เป็นพื้นที่ในการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยติดต่อฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลดังกล่าวเพื่อขอเริ่มการเก็บข้อมูล และเพื่อขอความร่วมมือในการติดต่อพยาบาลผ่าตัดที่มีคุณสมบัติเป็นผู้ให้ข้อมูล โดยผ่านความช่วยเหลือของหัวหน้าห้องผ่าตัด

1.2 เมื่อหัวหน้าห้องผ่าตัดระบุผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงดำเนินการติดต่อขอความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ให้ข้อมูล ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แนวคำถามในการสัมภาษณ์ วิธีการสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการสัมภาษณ์ การบันทึกเทปเสียงขณะดำเนินการสัมภาษณ์ สถานที่ การรักษาความลับและการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลโดยผู้วิจัยเป็นผู้ถอดเทปบันทึกเสียงสัมภาษณ์เอง ไม่มีการเปิดเผยชื่อและสถานที่ทำงานของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น รวมทั้งการทำลายไฟล์เสียง ผู้วิจัยสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา รวมทั้งสามารถบอกเลิกการให้ข้อมูลในการทำวิจัยได้หากมีความรู้สึกไม่เต็มใจหรือไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ได้ตามความสมัครใจ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมวิจัยและให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ รวมทั้งให้ลงนามในใบยินยอมผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยดำเนินการนัดหมายวันและเวลา รวมทั้งสถานที่ในการสัมภาษณ์ที่สะดวก โดยให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กำหนด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวก ผ่อนคลาย คุ่นเคยในสถานที่ดังกล่าวและเกิดความไว้วางใจยินดีในการให้ข้อมูลเพิ่มมากยิ่งขึ้น หลังจากนั้นเมื่อถึงวันและเวลาที่นัดหมายผู้วิจัยจึงเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ร่วมกับการบันทึกเสียงและการจดบันทึกเพื่อเก็บข้อมูล โดยสถานที่ในการให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่จะเป็นห้องสำหรับนั่งพักผ่อนในหน่วยงานห้องผ่าตัด หรือภายในนอนสำหรับพยาบาลผ่าตัดที่อยู่เวรซึ่งตั้งอยู่ภายในหน่วยงานผ่าตัดเช่นเดียวกัน ให้สัมภาษณ์ในวันที่ผู้ให้ข้อมูลมาปฏิบัติงานแต่เป็นในระยะเวลาที่ยังไม่มีการทำผ่าตัด ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 รายให้ข้อมูลในช่วงเย็น

ของการอยู่เวรนอกเวลาราชการซึ่งไม่มีการทำผ่าตัด

2. การดำเนินการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2556 ถึง วันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 32 วัน โดยมีขั้นตอน ดังนี้

2.1 ในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพ และสร้างบรรยากาศที่ดี ผ่อนคลายและเป็นกันเองกับผู้ให้ข้อมูลโดยการพูดคุยในเรื่องทั่วไป เกี่ยวกับลักษณะการทำงาน ประสบการณ์ในการทำงาน รวมทั้งเรื่องทั่วไปที่เกิดขึ้นภายในหน่วยงานผ่าตัด และเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานเดียวกันกับผู้วิจัยมาเป็นระยะเวลาพอสมควร รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลจำนวน 11 คนยังเป็นรุ่นพี่ รุ่นน้องที่สำเร็จการศึกษามาจากสถาบันเดียวกัน ทำให้การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ ในการบอกเล่าถึงประสบการณ์ในการเป็นพยาบาลผ่าตัดของผู้ให้ข้อมูลต่อผู้วิจัย เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากมีความคุ้นเคยกันอยู่แล้ว

2.2 อธิบายสิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยชี้แจงรายละเอียดต่างๆ ตามที่กล่าวไว้แล้วในการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

2.3 ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์โดยเริ่มต้นจากการเกริ่นนำด้วยคำถามกว้างๆ เกี่ยวกับบรรยากาศในการทำงานของห้องผ่าตัด เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเริ่มคิดเกี่ยวกับประเด็นที่จะสัมภาษณ์ เมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าสู่บรรยากาศของการสนทนามากขึ้น ผู้วิจัยจึงใช้คำถามที่แคบมากขึ้นเพื่อเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษาอย่างค่อยเป็นค่อยไป เช่น “ก่อนเข้ามาทำงานเป็นพยาบาลผ่าตัด ท่านมองภาพพยาบาลผ่าตัดไว้อย่างไร” “เมื่อเข้ามาทำงานจริง การเป็นพยาบาลผ่าตัดเหมือนหรือต่างจากที่คิดไว้หรือไม่ อย่างไร” “อะไรที่ไม่อยากให้เกิดขึ้น ขณะเข้า case ผ่าตัด” โดยขณะดำเนินการสัมภาษณ์นั้น ผู้วิจัยสังเกตสีหน้า ท่าทางและอากัปกิริยาของผู้ให้ข้อมูลที่แสดงออก จดบันทึกลงในแบบบันทึกภาคสนามเพื่อเก็บรายละเอียดดังกล่าวมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับการตีความจากการสัมภาษณ์ให้เข้าถึงความหมายที่แท้จริงต่อไป ขณะดำเนินการสัมภาษณ์ผู้วิจัยแสดงออกถึงการสนใจ ตั้งใจ และติดตามคิดตามไปกับสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลกำลังบอกกล่าวด้วยการสบสายตา การแสดงออกว่ารับรู้ เช่นการผงกศีรษะรับ การใช้เสียงขานรับ “อืม” “คะ” หรือการใช้คำพูดเมื่อต้องการข้อมูลเพิ่มเติม เช่น “เมื่อครูที่พี่พูดว่า... พี่หมายความว่าอย่างไร ช่วยอธิบายเพิ่มเติมได้มั้ยกะ” หรือ “ที่เล่าเมื่อครูหมายถึง... ใช่ไหมคะ” เพื่อช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลสำรวจความคิดของตนเอง ยืนยันข้อมูล และเพื่อช่วยให้ผู้วิจัยสามารถติดตามความคิดของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีการสรุป เร่งรัด ไม่วิพากษ์วิจารณ์ เสนอหรือแสดงความเห็นในส่วนของตนเอง ไม่ขัดจังหวะ พูดแทรก เปลี่ยนเรื่อง หรือรีบด่วนข้ามไปยังข้อสรุป แต่จะเปิดโอกาสให้ผู้ให้

ข้อมูลได้พูดจนจบจึงถามคำถามถัดไป หากผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้าสงสัยครุ่นคิด หรือไม่ตอบคำถามในบางช่วงของการสนทนา อาจเป็นไปได้ว่าผู้ให้ข้อมูลไม่เข้าใจคำถามที่ผู้วิจัยเอ่ยถาม หรือไม่แน่ใจว่าผู้วิจัยต้องการอะไร ผู้วิจัยแก้ไขโดยการเจียบและร้อคำตอบหรือเอ่ยคำถามซ้ำ หรือปรับเปลี่ยนคำถามให้เข้าใจได้ง่ายมากขึ้น เพื่อให้การสนทนาดำเนินต่อไปได้อย่างราบรื่น

2.4 การยุติการสัมภาษณ์ในแต่ละราย เมื่อผู้วิจัยได้รับข้อมูลที่มีประเด็นครอบคลุมครบถ้วน หรือสังเกตเห็นว่าผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมให้ข้อมูลต่อไป เช่น มองนาฬิกาบ่อยครั้ง หรือมีอาการกระสับกระส่าย ก่อนการยุติการสัมภาษณ์ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่สละเวลาและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ พร้อมขออนุญาตนัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปเมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวก รวมทั้งนัดหมายเพื่อนำบทสนทนาที่ได้จากการถอดเทปสัมภาษณ์แบบคำต่อคำมาให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาอีกครั้ง

การสัมภาษณ์ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งอยู่ระหว่าง 30- 70 นาที มีการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง จำนวน 6 ราย และสัมภาษณ์ 2 ครั้ง จำนวน 8 ราย เพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนให้มีความสมบูรณ์และครบถ้วนมากยิ่งขึ้น การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินไปจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว (Saturation) คือพบข้อมูลที่ซ้ำและไม่มีข้อมูลใหม่ๆ ที่สำคัญจากการสัมภาษณ์ (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2552) ซึ่งพบว่าข้อมูลมีความอิ่มตัวเมื่อสัมภาษณ์ได้ 14 ราย และนำบทสัมภาษณ์ไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบเบื้องต้นทุกราย พบว่าไม่มีการทักท้วงหรือขอแก้ไขข้อมูล ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดเป็นระยะเวลา 32 วัน

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Crist and Tanner (2003 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ถอดความแล้วมาตรวจสอบความถูกต้อง ทำความเข้าใจประเด็นจากการสัมภาษณ์ หากพบว่ามิใช่ข้อมูลเพียงพอในการค้นหาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น
2. ผู้วิจัยค้นหาความหมายของประสบการณ์ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล จากการอ่านข้อมูลที่ถอดความได้แล้วดึงนำเอาประเด็นที่สำคัญออกมาเขียนทั้งชื่อประเด็นและตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับประเด็นดังกล่าวจากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล
3. ผู้วิจัยนำข้อค้นพบที่ได้จากการจับกลุ่มข้อความที่มีความหมายร่วมกันไปให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
4. ผู้วิจัยค้นหาประเด็นที่น่าสนใจจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ ทำการกำหนดชื่อของประเด็นดังกล่าว เลือกข้อความจากบทสัมภาษณ์ที่สอดคล้องและสนับสนุนกับประเด็นนั้นๆ นำ

ประเด็นที่ได้มาผู้กรวมให้เป็นเรื่องราวเดียวกันไปเรื่อยๆ จนกระทั่งไม่พบประเด็นใหม่

5. ผู้วิจัยนำข้อค้นพบที่ได้รับมาเขียนบรรยายในประเด็นต่างๆ โดยเขียนให้มีความชัดเจน เชื่อมโยงกันในแต่ละประเด็น เพื่อให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจถึงเรื่องราวประสบการณ์ดังกล่าวที่วิเคราะห์ได้อย่างถูกต้องและชัดเจน

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้น โดยวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละราย รวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมทั้งหมด ตลอดจนกระบวนการวิจัยจนข้อมูลเริ่มแสดงให้เห็นถึงประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ศึกษามากขึ้นเรื่อยๆ ตามจำนวนผู้ให้ข้อมูล จนกระทั่งข้อมูลมีความสมบูรณ์และมีแบบแผนของข้อมูลที่ซ้ำกัน ไม่พบประเด็นใหม่ๆ เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงสรุปประเด็นต่างๆ นำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา

7. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Guba and Lincoln (1985, 1989 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553: 96-97) กล่าวถึงการพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพว่าประกอบด้วย ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ความสามารถในการพึ่งพา (Conformability) และความสามารถในการยืนยัน (Dependability) ดังอธิบายแล้วในบทที่ 3 โดยการวิจัยนี้มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) คือเกณฑ์สนับสนุนการอธิบายถึงข้อสรุปและการแปลผลข้อมูลจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1.1 การสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูลเป็นระยะเวลาอันก่อนการสัมภาษณ์ (Prolong engagement) เนื่องจากผู้วิจัยเป็นพยาบาลผ่าตัดซึ่งปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐมีประสบการณ์ในการทำงาน 7 ปี มีเข้าใจถึงวัฒนธรรมของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐและเนื่องจากรวมทั้งผู้ให้ข้อมูลจำนวน 11 คน ยังเป็นรุ่นพี่ รุ่นน้องที่สำเร็จการศึกษามาจากสถาบันเดียวกัน ทำให้การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ ในการบอกเล่าถึงประสบการณ์ในการเป็นพยาบาลผ่าตัดของผู้ให้ข้อมูลต่อผู้วิจัย เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากมีความคุ้นเคยกันอยู่แล้วได้รับความไว้วางใจจากผู้ให้ข้อมูลมากพอ จนสามารถสัมภาษณ์ถึงข้อมูลที่ต้องการในเชิงลึกได้

1.2 มีการสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) มีการใช้เวลามากพอในการสังเกตสถานการณ์และความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่ศึกษา เพื่อค้นพบถึงประเด็นที่สำคัญและสามารถเป็นตัวแทนของประเด็นที่ศึกษา โดยการสังเกตนี้เป็นการสังเกตเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่องจนข้อมูลอิ่มตัวและพบประเด็นที่สำคัญในเรื่องที่ต้องการศึกษา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2556 ถึง วันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 32 วัน มีผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 14 ราย

1.3 การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member check) ผู้วิจัยนำเอาประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ และถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องและความเข้าใจของเนื้อหาทุกราย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะ หรือแก้ไขปัญหาข้อมูลที่ไม่ถูกต้องตรงตามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ได้คือข้อมูลที่มาจากการประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริง

1.4 การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) ผู้วิจัยนำเอาประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับข้อมูล และประเด็นที่ต้องการศึกษา โดยผู้วิจัยมีการปรับเปลี่ยนในเรื่องของสำนวนภาษาและการจัดหมวดหมู่ของประเด็นหลักและประเด็นย่อยในบางประเด็น

1.5 การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ผู้วิจัยใช้ข้อความที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำ แบบบันทึกภาคสนาม มาวิเคราะห์และตรวจสอบร่วมกัน

2. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) หมายถึงความสามารถในการอ้างผลวิจัยไปใช้ยังประชากรกลุ่มอื่น ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยมีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง และอยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ผู้ให้ข้อมูลไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง หรือกลุ่มประชากรใหญ่ ไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับประชากรกลุ่มอื่นได้ แต่ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลที่มีความละเอียดครอบคลุมมากที่สุดในตัวข้อที่ต้องการศึกษา เพื่อให้ผู้อ่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน ภาครัฐอื่นซึ่งมีบริบทการทำงานที่ใกล้เคียงเท่านั้น ไม่สามารถนำไปอ้างในกลุ่มประชากรอื่น ๆ ได้

3. ความสามารถในการยืนยัน (Confirm ability) เป็นการตรวจสอบข้อมูลอย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ ทั้งจากข้อมูลดิบ (Audit trail) ได้แก่ เทปบันทึกการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม การถอดเสียงแบบคำต่อคำ การตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนโดยการฟังซ้ำ การอ้างคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลเพื่อช่วยยืนยันผลของการวิเคราะห์ข้อมูล การจัดกลุ่มคำและการให้รหัสข้อมูล และการตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

จากการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ ดังจะนำเสนอในบทต่อไป

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenology) ตามแนวคิดของ Merleau-Ponty โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบรรยายประสบการณ์ของการเป็นพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ ผู้ให้ข้อมูลคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ จำนวน 14 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาตามวิธีการของ Crist and Tanner (2003) โดยมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ประเด็นที่ได้จากงานวิจัย เรื่อง ประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ แบ่งเป็นประเด็นหลัก และประเด็นย่อย ดังนี้

1. เป็นพยาบาล OR เพราะว่างานน่าสนใจ
 - 1.1 งานบริการเป็นรายๆ เสร็จแล้วเสร็จเลย
 - 1.2 ทำทายดี มีส่วนร่วมการตัดสินใจ
2. เข้าห้องผ่าตัดใหม่ๆ ต้องใช้เวลาศึกษาเรียนรู้งาน
 - 2.1 ทำงานใหม่ๆ ตื่นเต้น กังวลใจ เครียดไปทุกอย่าง
 - 2.2 สงสัยถี่ถาม ฝึกทำตามพี่เลี้ยงสอน บางขั้นตอนฝึกหัดทำบ่อยๆ ค่อยๆ เรียนรู้งาน
 - 2.3 หนังสือต้องหาอ่าน ศึกษางานทันสมัย เทคโนโลยีใหม่ๆ เรียนรู้ไว้ได้ใช้งาน
 - 2.4 สะสมประสบการณ์ สิ่งใดผิดพลาด เรียนรู้ไว้ไม่ให้เกิดซ้ำ
3. ประสบการณ์หลากหลายภายใต้การทำงานเป็นพยาบาลรอบนอกและรอบใน
 - 3.1 ขึ้นเวรมาต้องดูว่า วันนี้ทำหน้าที่อะไร
 - 3.2 บทบาทอาจแยกกัน เวลาทำงานนั้น ร่วมใจกันทำเป็นทีม
 - 3.2.1 พยาบาลรอบนอก ต้องใส่ใจ ใครต้องการอะไร ทำให้ได้ทันที
 - 1) ดูแลรอบนอก เสริมงานรอบใน ไม่ให้ติดขัด
 - 2) ดูแลการเปิด set ระวังการ contaminate ทุก set ที่ใช้งาน
 - 3) ประสานกับทุกฝ่าย สื่อสารได้เข้าใจ ดำเนินการได้อย่างราบรื่น

- 4) สำคัญเหนืออื่นใด คือความปลอดภัยของผู้ป่วย
- 5) เอกสารมากมาย บันทึกเข้าไปเข้ามา เสียเวลาการทำงาน

3.2.2 พยาบาลรอบใน ต้องใช้ความอดทน คำนึงถึงผลการผ่าตัด

- 1) เก็บอารมณ์ไม่ได้เสีย เพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง
- 2) เรียนรู้หมอกคนไหน ใช้เครื่องมืออะไร ขึ้นต่อไปเครื่องมืออะไรที่ต้องการ
- 3) สติต้องตั้งมั่น ทุกเหตุการณ์ไม่คาดสายตา จุกเงินเกิดขึ้นมา
หาทางช่วยผู้ป่วยทัน
- 4) หงุดหงิดใจ เครื่องมือไม่พร้อมใช้ วิ่งหาจนกว่าจะได้ หรืออาจใช้เครื่องมือ
อื่นแทน
- 5) เครื่องครัดเรื่อง sterile เครื่องมือหัก-หายรีบหาให้พบ ถึงจบยอมให้เย็บ
แผล

4. งานผ่าตัดมีความเสี่ยง หากหลีกเลี่ยงได้ ไม่อยากให้อะไรผิดพลาด
 - 4.1 ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ดูแลให้ปลอดภัยช่วยเหลือให้สุขสบาย
 - 4.2 แม้จะเหนื่อย หากช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ บรรลุเป้าหมายการทำงาน
 - 4.3 การผ่าตัดต้องระมัดระวัง หากพลาดพลั้ง เกิดภาวะแทรกซ้อนได้
5. อุทิศตนเพื่อหน้าที่ ทำงานผ่านด้วยดี แต่อาจมีสิ่งตามมา คือ ปัญหาสุขภาพ
 - 5.1 อดทนและอดกลั้น อาหารนั้นอย่าถามหา ชับถ่ายไม่เป็นเวลา กลั้นไว้จนกว่าจะ
เสร็จงาน
 - 5.2 ผู้ป่วยและเครื่องมือมีน้ำหนัก ยกย้ายบ่อยหนักไม่ไหว ทำให้ปวดหลังปวดไหล่
 - 5.3 สุขภาพจะเป็นอย่างไร สูดหายใจจากควันทันและเชื้อที่ติดจากผู้ป่วยมา
 - 5.4 ทำงานเวลากลางวัน อยู่เวรกลางคืน ต้องฝืนร่างกาย หยุดพักไม่ได้ วันต่อไปต้อง
ทำงานต่อ

1. เป็นพยาบาล OR เพราะว่างานน่าสนใจ

ลักษณะงานของพยาบาลผ่าตัด เป็นงานที่มีลักษณะคล้ายกับการทำงานในหอผู้ป่วยนอก กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการเสร็จแล้ว ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายจากห้องผ่าตัดไปรับการดูแลรักษาต่อยังหอผู้ป่วยใน หรือจำหน่ายกลับบ้านในกรณีที่เป็นการทำผ่าตัดแบบไม่ต้องนอนโรงพยาบาล (One-day surgery) ดังนั้นจึงเป็นงานที่เสร็จแล้วเสร็จเลยไม่ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเหมือนกับการทำงานในหอผู้ป่วยใน และจากการที่ต้องทำงานกับผู้ป่วยที่ได้รับการ

วินิจฉัยโรคทางศัลยกรรมที่หลากหลายทำให้พยาบาลผ่าตัดรู้สึกว่าเป็นงานที่ทำทนาย ทั้งจากลักษณะผู้ป่วย ภาวะโรค และขั้นตอนการทำผ่าตัดของแพทย์แต่ละรายที่มีความแตกต่างกัน รวมถึงการคาดเหตุการณ์ล่วงหน้า เกี่ยวกับขั้นตอนในลำดับต่อไปที่แพทย์จะทำหัตถการให้กับผู้ป่วย จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ประเด็น “ลักษณะงานห้องผ่าตัด” ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย คือ 1.1) งานบริการเป็นรายๆ เสร็จแล้วเสร็จเลย ไม่ยืดเยื้อ และ 1.2) งานไม่น่าเบื่อ ได้ใช้ความคิดร่วมตัดสินใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 งานบริการเป็นรายๆ เสร็จแล้วเสร็จเลย

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าชอบการทำงานเป็นพยาบาลผ่าตัด เนื่องจากลักษณะงานเป็นงานที่ไม่ยืดเยื้อ เสร็จแล้วเสร็จเลย โดยพยาบาลผ่าตัดให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดกลับไปสู่อีกห้องพักรักษาหรือหอผู้ป่วยหรือจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งถือเป็นการสิ้นสุดกระบวนการดูแลของห้องผ่าตัด ไม่ใช่การดูแลต่อเนื่องเหมือนในหอผู้ป่วยในซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยรายเดิมซ้ำๆ ทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงานจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังกล่าวอีกว่า ไม่ชอบการทำงานแบบประจำ เช่น การวัดไข้ การให้ยา และการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีรายละเอียดมาก เป็นต้น

'มันเสร็จแล้วเสร็จเลยในกระบวนการเดียว ไม่ต้องไปนั่งคอยดูแลคนไข้แบบต่อๆ ไป อย่างเช่นทำ case เสร็จแล้วเราก็เสร็จเลย ทำ case กับคนไข้คนนี้เสร็จเราก็เสร็จ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 3)

'รู้สึกว่ามันได้ทำงานแล้วก็จบเลย เสร็จไปเลย ทำกับคนไข้คนนึงแล้วก็จบเลย มันไม่ต้องไปยืดเยื้อ เหมือนต้องไปเขียน nurse's note ยาวๆ ต้องไป bed bath ต้องไปทำเตียง มันก็ดีอะ แล้วก็ไม่ต้องไป contact กะญาติ...ชอบที่มันเป็นงานที่ทำแล้วจบ ทำงานกับคนไข้กับหมอกับทีมผ่าตัด ทำงานให้บริการเสร็จเป็นรายๆ ไป พอทำเสร็จแปบหนึ่งก็กลับ ส่วนมากก็ รู้สึกว่าวันๆ นึงเวลาผ่านไปเร็วมาก เหยหน้ามามากอีกทีจะลงเวลละ งานมันไม่ยืดเยื้อ ไม่ต้องแบบเดินไปดูคนไข้ ร้องโอดโอย ไม่ต้องวัดไข้ทำงานตามroutineไปเรื่อยๆ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 4)

'ทำงานแล้วเสร็จเลย ก็ไม่ต้อง มันก็แบบไม่ต้องมารีบแบบว่าอยู่ดูแลคนไข้ตลอดเวลา เราแค่ออยู่ดูแลคนไข้ที่เข้ามาทำผ่าตัดในช่วงระยะเวลาหนึ่ง...ไม่ต้องมาค้ำคา' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 5)

'ชอบลักษณะงานแบบนี้อยู่แล้ว ที่ทำเสร็จเป็น case case ไป อะไรอย่างเนี่ย ถ้าให้เราไปอยู่ตาม ward เราก็ไม่ชอบ ไม่อยู่ ไม่เอา ไม่ต้องมาเขียน nurse's note อะไรีดยาว ก็คือขึ้นเวรลงเวรตรงเวลา ไม่มี late ไม่มีอะไร ทำเสร็จก็คือเสร็จเป็น case case ไป เสร็จเป็น case case ไปแบบนี้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่12)

'งาน OR มันดีที่ว่าพอมันทำกับคนไข้รายหนึ่งเสร็จแล้ว มันก็จบของรายนั้นไปเลย ไม่ได้ ไม่ได้แบบว่าคาราคาซังไง อย่างถ้าเป็น ward มันก็ต้องเห็นสภาพผู้ป่วยอยู่อย่างนั้นไปเรื่อยๆ นะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่13)

1.2 ทำทนายดี มีส่วนร่วมการตัดสินใจ

พยาบาลผ่าตัดกล่าวว่างานของห้องผ่าตัดเป็นงานที่มีความท้าทาย และใช้ความคิดอ่านในการทำงานตลอดเวลา เนื่องจากในการผ่าตัดแต่ละราย หรือแต่ละประเภท มีความแตกต่างกัน ทั้งด้านกายวิภาคของผู้ป่วยที่ทำให้การรักษาอาจยากหรือง่ายเพิ่มมากขึ้น เทคนิคหรือขั้นตอนในการทำผ่าตัดของแพทย์แต่ละราย แม้จะเป็นโรคเดียวกันแต่แพทย์ที่รับผิดชอบดูแลเป็นคนละคน วิธีการหรือขั้นตอนในการทำผ่าตัดก็อาจแตกต่างกันไปได้ เป็นต้น นอกจากนี้การทำงานในห้องผ่าตัดเป็นแบบสลับหมุนเวียนห้องผ่าตัดไปตามแผนกต่างๆ เช่น สัปดาห์นี้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดแผนกสูติรีเวชกรรม สัปดาห์ถัดไปปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดแผนกศัลยกรรมกระดูก เป็นต้น การปฏิบัติงานสลับหมุนเวียนนี้ ทำให้ไม่รู้สึกลึกเบื่อหน่าย ไม่เกิดความจำเจ พยาบาลผ่าตัดบางรายยังกล่าวอีกว่าการทำงานเป็นพยาบาลผ่าตัดต้องใช้ไหวพริบและปฏิภาณในการทำงานเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆ ในการทำผ่าตัด กล้าที่จะคิดและตัดสินใจที่จะช่วยเหลือแพทย์ในการทำผ่าตัด ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

'เรามีความมั่นใจและความกล้าที่จะตัดสินใจทำนั้นนี้ มากกว่าแค่การทำตาม routine หรือการทำตาม order หมอ แต่พยาบาล OR เนี่ย บางอย่างเราจะเป็นคนตัดสินใจเอง อย่างแบบ case นี้เลื่อนมาทำก่อน case นี้ดีมัย หรือแบบ case นี้ถ้าทำอันนี้ ใช้อันนี้จะดีกว่ามัย คือแบบมีความสามารถที่จะช่วยเหลือหมอได้ คือรู้สึกที่เราได้ใช้ความคิด เรามีบทบาทเป็นตัวของตัวเองใช้สมอง กล้าตัดสินใจอะไรมากกว่าพยาบาล ward แบบกล้าที่จะตัดสินใจ กล้าจะ

ประสานงานกับหมอ... ชอบส่งเครื่องมือ ชอบที่ได้มอง field แบบ เออ fieldนี้ เราเคยเห็นนะ เราเห็นว่าหมอมองอะไร เราส่งได้ถูก โดยที่แบบหมอมองไม่ต้องมาขอเราเลย เราส่งไปให้ก่อน รู้ก่อนล่วงหน้า ซึ่งมันก็ดีนะ มันจะทำให้ case มันเสร็จเร็วขึ้น ไม่ตะกุกตะกัก' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 1)

'มุมมองของพยาบาลห้องผ่าตัดในสายตาพี่ พี่มองว่ามันสมาร์ทอะ มันเป็นงานที่ใช้สมอง ฉลาด ทำงานแล้วรู้สึกดี...มันแบบใช้สมอง เราจะมีกรคิดอะ มีการคิดตลอดเวลา ไม่ได้เป็นแบบ pattern แบบวัดไข้ๆๆ อะไรแบบนี้อะ เพราะคนไข้แต่ละคนที่มาห้องผ่าตัดนะมันไม่ได้แบบ จะมาให้การพยาบาลแบบเดิมๆ ได้ เพราะมันมีสิ่ง คือ อะ เหมือนคนไข้ ward แบบนี้กินยาตัวเดิมกินยาตัวเดิมๆ ได้ แต่แบบคนไข้ที่มาผ่าตัดแบบนี้ อะ สมมุติอย่าง case มาผ่าตัด Appendec [appendectomy] คนไข้แต่ละคน anatomy ก็ต่างกันละ แล้วมันก็ไม่ใช่ว่าฉันจะต้องส่งแบบนี้ตลอด ต่อให้มันเป็น case ที่ทำผ่าตัดเดียวกัน เหมือนกันแบบนี้ แต่รายละเอียดมันไม่เหมือนกันนะ มันต้องคิดทุกครั้งที่เราทำงาน เหมือนเราส่งมีดอย่างเงี้ย ทุกครั้งที่เราส่งมีดเนี้ย บางทีแต่ละคนก็ไม่เหมือนกัน ลงแผลกว้างยาวต่างกัน' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 3)

'มันเป็นงานที่ทำท่าย เป็นงานที่น่าสนใจ...โรคต่างๆ อะไรต่างๆ อะไรอย่างเนี้ย ที่เราไม่เคยเห็น เราก็จะได้รู้ว่ามันรักษาอย่างไร ทำอะไรยังไง เพราะถ้าเราอยู่ ward เราไม่รู้หรือกว่า เฮ้ย คนไข้คนนี้เป็นโรคอย่างนี้ แล้วหมอมองการรักษาอย่างไรไง แล้วหมอมองการรักษาโดยการผ่าตัดอะไรยังไง เคยเห็นมัย ตับไตได้ ฟุงคนไข้ เคยเห็น brain มัย เห็น bones ข้างในมัย เราไม่เคยเห็น แต่ถ้ามาอยู่ตรงนี้ได้เห็นหมด' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 4)

'มันเป็นงานที่ลักษณะมันทำท่าย มันไม่น่าเบื่อไม่จำเจ เพราะว่าแต่ละครั้ง แต่ละ case เนี่ย เพราะว่าบางทีมันเป็นการผ่าตัดชนิดเดียวกันนะ แต่การทำ หรือว่าวิธีการทำผ่าตัดของหมอมอง หรือ anatomy คนไข้ ณ ตอนนั้น มันก็ไม่เหมือนกันหรอก มันยังมีอะไรเยอะแยะที่ต่างกัน มันมีอะไรที่แตกต่างกันไปในแต่ละ case แล้วเราก็เวียนห้องด้วยไง มันก็เลยเหมือนว่าเราไม่ได้ทำอะไรเดิมๆ

วันนี้อาจจะทำเข้า พรุ่งนี้อาจจะทำผ่าใส่เหล็กที่มือ อีกอาทิตย์อาจจะไปผ่าคลอด หรือผ่า neuro อะไรแบบนี้ มันก็เลยทำให้เราไม่เบื่อ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 9)

'มันทำท่ายดี มัน คำเรียกว่าอะไรอะ มันใช้ทุกอย่างที่เรามี ก็ใช้พลังงาน ใช้ไหวพริบ ปฏิภาณในการคิด ลักษณะงานของเรามันเป็นแบบนั้น ก็คือต้องดูว่า step ต่อไปเป็นอะไร step ต่อไปเป็นอะไร scrub ที่ดีก็คือว่าไม่ควรให้หมอเรียก เครื่องมือใช้มั่ว แต่ว่ามันก็คือแล้วแต่ว่าหมอยจะทำอะไรมากกว่า ถ้าเราดูบ๊ีบว่า เออ ต่อไปเค้าจะใช้อะไร เราก็เตรียมให้เค้า' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 12)

นอกจากนั้นพยาบาลผ่าตัดยังกล่าวว่างานพยาบาลผ่าตัดเป็นงานที่ได้ใช้ความคิด และประสบการณ์ เพื่อสามารถร่วมคิดร่วมตัดสินใจและแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ได้ ซึ่งแพทย์ก็ให้ความสำคัญกับพยาบาลผ่าตัด เช่น แพทย์จะสอบถามเกี่ยวกับเครื่องมือที่ต้องใช้จากพยาบาลและมีการวางแผนในการทำผ่าตัดร่วมกัน ในกรณีของการทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องซึ่งผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้เลือดไหลออกไม่หยุด สูติแพทย์มีการสอบถามพยาบาลผ่าตัดว่าแพทย์ในสาขาอื่นๆ มีการแก้ไขอย่างไร เมื่อพยาบาลให้คำแนะนำแพทย์ก็รับฟังและนำไปปฏิบัติตาม บางครั้งพยาบาลผ่าตัดมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและให้คำแนะนำในการทำผ่าตัดแก่แพทย์จบใหม่ซึ่งยังขาดความชำนาญในการทำผ่าตัด

'ผลอๆ บางทีหมอก็ถามเราเองด้วยเข้าไปว่าจะทำแบบนี้จะใช้อะไรดี มีอะไรให้ใช้ ใช้ยังไง อะไรแบบนี้ แล้วพอเราลองเสนอความคิดอะไรไปที่แบบว่า เราคิดมาแล้วนะว่าน่าจะเวิร์ค หมอเค้าฟังว่าโอเค เค้าก็ยอมรับ เอาไปใช้จริง อะไรแบบนี้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 2)

'ดีตรงที่อาจารย์เค้าก็ให้ความสำคัญกะเรา ชอบตรงนี้แหละ ตรงที่เขาให้ความสำคัญกับเรา (หัวเราะ) ก็มีอะไรเขาก็จะถามเรา จะอะไรอย่างเนี่ย ถามความเห็นเรา ให้เรามีส่วนร่วมในการตัดสินใจทำผ่าตัดหรือวางแผนการทำผ่าตัดกับเขา อย่าง case นี้จะยังไงจะเอาอะไร ก็คือเขาต้องถามเราอะ สิ่งเครื่องมือเอาบริษัทนี้ ช่วยสั่งให้หน่อยได้มัย คือเค้าให้ความสำคัญกะเราในการทำงานอะ ในการให้เราเป็นส่วนหนึ่งในการทำงานของเขาอะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 4)

มี case สูติอยู่ case หนึ่ง case Cesar [Cesarean Section] case หนึ่ง แล้วพอทำ Cesar ไปแล้วมดลูกเค้าไม่ยอมแข็งตัว ทีนี้เลือดมันก็เลยไม่ยอมหยุดไหล ทั้งที่ทำสารพัดแล้วนะ สุดท้ายก็แบบต้อง hysterectomy เพราะเลือดมันไหลเยอะมาก แต่ว่าตัดไปมันก็ยังไม่หยุด ก็ consult หมอสูติอีกคนมาต่อนี้ก็ทู่ทู้ไม่รู้ มันก็ยังไม่หยุดนะคะ จนสุดท้ายทุกคนต้องบอกว่า pack ไว้ คือเค้า [แพทย์] หันมาถามพยาบาลห้องผ่าตัดเนี่ยละ ว่าควรจะทำยังไงดี แบบเหมือนถามประสบการณ์เราละ ว่าเวลาเจอ case ที่มัน bleed เยอะมากแล้วทำทุกทางแล้วแบบนี้ก็ยังไม่หยุดเค้าจะยังไงดี อย่างพี่ anas เค้าก็ถามแล้วถามอีกว่าจะเอาไงดี เอาไงดี อย่างเนี่ย แล้วหมอเค้าก็ไม่ไหวแล้วไง หมอเจ้าของ case เค้าก็ห้องอ่อนๆ อยู่ด้วยนะตอนนั้น ทำตั้งแต่มีดๆ ยันจะสว่างแล้วอะ บีมเลือดให้สารพัดทำทุกอย่างแล้ว เราก็เลยเสนอความเห็นไปว่า เออ ลอง pack ไว้เหมือนหมอคัลยีสี่ หมอคัลยี่เวลามัน bleed มากๆ แล้วหยุดไม่ได้ เค้าก็ pack เอาไว้นะ เอา swab pack ไว้ในท้องเลย อัดแน่นๆ ตอนแรกหมอเค้าก็ทำหน้าเหมือนกลัวๆ ละว่าเออ จริงหรอทำนองนี้ แต่เค้าก็ลองทำตาม เอา swab ยัดๆ pack pack ไว้ในท้องแล้วปิด ส่งกลับไป ICU' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 6)

ถ้าเป็นแพทย์ที่เขาจบมาใหม่ ประสบการณ์น้อยกว่าเราเนี่ย เราสามารถแนะนำเขาได้นะว่าใช้อันนี้ หรืออย่างการห้ามเลือดเนี่ย เราสามารถบอกเขาได้ว่าใช้เครื่องมืออันนี้ ใช้อุปกรณ์ห้ามเลือดอันนี้ หรือเรามีแผ่นห้ามเลือดอันนี้นะแบบนี้ละ ลองมัย อะไรแบบนี้ เพราะบางที่เขาไม่รู้หรืออก แล้วยิ่งในสภาวะที่ stress เนี่ย เค้านี้ก็ไม่ออกหรืออกว่าจะใช้อะไร' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 11)

มันได้แบบ เราได้เป็นคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ [ในการทำผ่าตัด] มันเหมือนว่าต้องเป็นคนที่ไว สามารถแก้ไขสถานการณ์ได้ การส่งเครื่องมือการอะไร แล้วก็เหมือนว่า ชอบนะ มันทำทลายความสามารถ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 13)

งานพยาบาลผ่าตัดยังเป็นงานที่ได้ใช้ความสามารถได้อย่างเต็มที่ในการตัดสินใจการทำงาน และการให้คำแนะนำกับแพทย์ โดยพยาบาลผ่าตัดกล่าวว่าเป็นงานที่ได้ใช้ความคิดตลอดเวลา และเป็นงานที่ได้แสดงให้เห็นถึงความสามารถของตนเองในการร่วมทำผ่าตัดกับแพทย์

และทีมผ่าตัด เนื่องจากการทำผ่าตัดแต่ละรายมีความแตกต่างกันไป ทำให้พยาบาลได้ใช้ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ขณะส่งเครื่องมือเพื่อให้การผ่าตัดของผู้ป่วยมีความปลอดภัย นอกจากนี้พยาบาลผ่าตัดสามารถใช้ความคิดสร้างสรรค์ของตนในการประยุกต์ใช้เครื่องมือในการทำผ่าตัด เพื่อช่วยลดต้นทุนของโรงพยาบาล และในบางกรณีพยาบาลมีการตรวจสอบประวัติของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยที่ไม่มีการติดเชื้อเข้ารับการทำผ่าตัดก่อนผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ ซึ่งเป็นการป้องกันและลดการแพร่กระจายเชื้อในห้องผ่าตัด

'เป็นคนคล่องแคล่วว่องไว แล้วก็มีอิสระในการทำงานไงคะ อย่างตอนทำ case เนี่ย สามารถหยิบนู่นหยิบนี่ทำนู่นทำนี่ได้เลย บางอย่างก็ประยุกต์เอาตัดสินใจเอาเอง ทำงานร่วมกับหมอนะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 6)

'เป็นงานที่เราได้คิดเอง คิดทำเอง apply สิ่งต่างๆ ได้เอง มันเปิดกว้างทางความคิดของเรามากกว่าตอนที่พี่ทำงานอยู่ที่ ward อย่างแบบเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในเวลาทำผ่าตัดแบบนี้ เราก็เอามาปรับปรุงเปลี่ยนแปลง เอามาใช้ให้เหมาะสม มันก็ช่วยลดต้นทุนโรงพยาบาลไปได้ อย่างแบบถ้าของมันขาด ของมันไม่มีอะไรแบบนี้ เราก็แบบคิดเลยว่าเออ มันใช้อันนี้แทนได้นะ หรือลองใช้อันนี้โดยประยุกต์ไปแบบนี้ดูนะ น่าจะได้นะ คือเราได้คิดเองโดยไม่ต้องมีใครมานั่งติกรอบ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 8)

'มันเห็นความสามารถของเรา มันสามารถใช้ความสามารถของเราให้ปรากฏในงาน ซึ่ง ซึ่งเค้าเรียกอะไรนะ นอกจากที่เขาสอนงานเรามาแล้วเนี่ย คุณภาพของงานมันขึ้นกับเราเองด้วย คือถ้าเราสนใจใฝ่รู้ สังเกต กระจึ๋วริ้วมันอย่างเนี่ย เราอะ สามารถสังเกตได้เลยว่างานเราจะออกมาดีแค่ไหน... เราคิดว่าควรจะใช้อะไรแบบไหนยังไงใน case นี้สถานการณ์นี้ มันมีเยอะเลยอะหลายๆ เหตุการณ์ที่ทำให้เรารู้สึกว่ามันต้องใช้ความสามารถของเราเอง...คือแสดงความสามารถของเราให้เขาเห็นเนี่ย ว่าเราสามารถที่จะทำงานควบคู่ไปกับเขาเนี่ย เขาก็จะให้เกียรติเรามากขึ้น เขาจะให้เกียรติเรามากขึ้น ใ้ที่จะมาดูมาว่า หรือว่าจะมาแบบคอยแต่จะสั่งๆ เราเนี่ย มันก็จะน้อยลง กลายเป็นแบบการทำงานร่วมกัน คิดร่วมกันมากขึ้น... เมื่อก่อนเนี่ย ไม่สิ เมื่อก่อนเนี่ย case gastroscope นะ เช่นค่านัดมา เรายังไม่ได้ดูรายละเอียด เราไม่เห็นหน้าป้ายใจ

พอคนไข้นัดมาแบบ 3 ราย แบบจะมาต่อๆ กันอะไรแบบนี้ใช้มัย เราก็คือ รับ set ไปตามลำดับที่เขาส่งรีเคสท่าผ่าตัดมา แต่พอมาถึงคนไข้แบบเราก็เช็คใจตามใบรับคนไข้ ชื่อนามสกุลตรงมัย ท่าผ่าตัดอะไรข้างไหน หมออะไร สิทธิอะไร แล้วเนี่ย เราก็ลองเปิดดู lab ใจ แล้วก็เจอว่าคนไข้เป็น hep B ซึ่งเรามีคนไข้ต่อจากเขาอีก 2 คนใจ แล้วตามหลักการป้องกันการติดเชื้อแล้วใช้มัย เราก็ต้องเอาคนไข้ที่มีภาวะติดเชื้อที่มันสามารถติดต่อกันได้แบบนี้ไปไว้อันดับสุดท้าย แล้วเราก็ติดต่อแพทย์ เออ แจ้งให้เขาทราบที่เราเอา case ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเนี่ยไปไว้เป็นอันดับสุดท้ายนะ ขอเบรียนหน่อย เพราะมันเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อใจ เขาก็โอเคตามนั้น' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 11)

2. เข้าห้องผ่าตัดใหม่ ๆ ต้องใช้การเรียนรู้

การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดมีความแตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป แม้ว่าการพยาบาลผ่าตัดจะถูกบรรจุอยู่ในหลักสูตรการเรียนการสอนในระดับปริญญาตรี รวมทั้งได้ขึ้นฝึกปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดขณะเป็นนักศึกษาพยาบาล แต่เป็นเพียงแค่ระยะเวลาสั้นๆ และสิ่งที่ได้จากการขึ้นฝึกปฏิบัติงานยังมีความแตกต่างจากการทำงานที่แท้จริงของพยาบาลผ่าตัด ทำให้เมื่อเข้ามาทำงานในห้องผ่าตัดใหม่ ๆ พยาบาลผ่าตัดต้องเรียนรู้งานต่างๆ ทั้งในเรื่องเทคนิคการปลอดเชื้อ (Sterile technique) การทำความรู้จักชื่อและเรียนรู้วิธีใช้รวมทั้งวิธีการเก็บรักษาเครื่องมือผ่าตัดและเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการทำผ่าตัดชนิดต่างๆ เรียนรู้ขั้นตอนในการทำผ่าตัด ซึ่งเป็นการเก็บเกี่ยวประสบการณ์ในการทำงานไปเรื่อยๆ จนสามารถทำงานได้อย่างคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

'ก็เรารู้สึกว่างานห้องผ่าตัดมันไม่เหมือนงานที่อื่นนะ เพราะว่ามันเหมือนแยกออกมาจากหน่วยอื่นใจ เป็นหน่วยงานที่มีความเฉพาะทางมากกว่า แล้วก็ไม่ใช่ที่เราเรียนจบมาแล้วเราจะทำงานได้นะ ตอนที่เรารเรียนเราผ่านฝึกงานห้องผ่าตัดก็จริงแต่มันก็แป็บเดียวอะพี แล้วเหมือนว่า ตอนที่ฝึกก็ได้แค่ไปยืนๆ ดูหรือไม่ถ้าเข้า case ก็เป็นแบบที่พยาบาลเค้าก็จับเครื่องมือยึดใส่มือเราให้ลองส่งอีกที แต่เราไม่ได้เรียนรู้เองตรงๆ ใจ พอจบมามันแบบ มาอยู่แล้วมันไม่ใช่ซะมันมากกว่านั้น เราต้องเรียนรู้ใหม่หมดเลยตั้งแต่เทคนิค sterile อะไรอยู่ตรงไหน เขตของเราเป็นใจ เครื่องมือเยาะเยะต้องจำ แล้วยังขั้นตอนต่างๆ อีก โห มันไม่เหมือนตอนเรียนเลยนะ ถ้าไม่ฝึกจริงจ้งเนี่ย ทำไม่ได้จริงๆ...ตอนนั้นก็ต้องมานั่ง

ฟื้นฟูความจำใหม่อะ ตอนฝึกแรกๆ เครียดนะ อ่านพวกคู่มือทำผ่าตัดอะไรแบบนี้
แต่มันไม่เหมือนกันหรอก มันต้องเรียนรู้ไปฝึกไปเก็บประสบการณ์ไป จบมาเลย
สดๆ ร้อนๆ นี่ทำไม่ได้จริงๆ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 8)

ดังนั้นในช่วงแรกเริ่มปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดจึงเต็มไปด้วยความตื่นเต้น กลัว
และกังวลกับการทำงาน หน่วยงานจึงมีการจัดให้พยาบาลผ่าตัดใหม่เรียนรู้การทำงานผ่านการ
ฝึกสอนของพยาบาลผ่าตัดที่มีประสบการณ์มากกว่าซึ่งเรียกว่า พยาบาลพี่เลี้ยง ขณะเรียนรู้จาก
พยาบาลพี่เลี้ยง พยาบาลผ่าตัดใหม่มีการสอบถามในสิ่งที่ไม่รู้หรือข้อสงสัยจากพยาบาลพี่เลี้ยง
หรือพยาบาลผ่าตัดที่มีประสบการณ์มากกว่า มีการจดบันทึกคำตอบ และท่องจำคำศัพท์ รวมทั้ง
ขั้นตอนและเครื่องมือในการทำผ่าตัดต่างๆ นอกจากนั้นพยาบาลผ่าตัดใหม่ยังมีการศึกษาเพิ่มเติม
ด้วยตนเองผ่านสื่อต่างๆ รวมถึงการเข้ารับการอบรมถึงแนวความรู้ใหม่ๆ รวมทั้งค่อยๆ เก็บสะสม
ประสบการณ์ นำสิ่งผิดพลาดที่เกิดขึ้นเป็นแนวทางในการพัฒนาตนเองให้ดียิ่งขึ้นไป ดังประเด็นที่
จะกล่าวถึงต่อไปนี้ คือ 2.1) ทำงานใหม่ๆ ตื่นเต้น กังวลใจ เครียดไปทุกอย่าง 2.2) เสงสัยไถ่ถาม
ทำตามพี่เลี้ยงสอน บางขั้นตอนฝึกหัดทำบ่อยๆ ค่อยๆ เรียนรู้งาน 2.3) หนังสือต้องหาอ่าน ศึกษา
งานทันสมัย เทคโนโลยีใหม่ๆ เรียนรู้ไว้ได้ใช้งาน 2.4) สะสมประสบการณ์ สิ่งใดผิดพลาด เรียนรู้ไว้
ไม่ให้เกิดซ้ำ

2.1 ทำงานใหม่ๆ ตื่นเต้น กังวลใจ เครียดไปทุกอย่าง

พยาบาลผ่าตัดเล่าว่าในระยะแรกที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ๆ ยังไม่มีประสบการณ์
มากเพียงพอ ต้องเรียนรู้การปฏิบัติงานต่างๆ ใหม่ทั้งหมด ทำให้รู้สึกหวาดกลัวต่อการทำงาน ทั้ง
กลัวว่าตนเองจะไม่สามารถทำงานได้ กลัวที่จะถูกบ่นว่าจากพยาบาลพี่เลี้ยงและแพทย์ กลัว
จำเครื่องมือต่างๆ ไม่ได้ เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการทำผ่าตัดแต่ละประเภทมีหลากหลายชนิด
ต้องจำให้ได้ครบทุกอย่างทั้งประเภทและรายละเอียดเครื่องมือแต่ละชนิดที่แตกต่างกันออกไป ต้อง
จำลำดับขั้นตอนในการผ่าตัดของแพทย์แต่ละคน เนื่องจากส่งผลต่อการเตรียมเครื่องมือว่าต้อง
เตรียมมากน้อยเพียงใด ในการตรวจนับเครื่องมือให้ครบตั้งแต่ก่อนเริ่มทำผ่าตัด พยาบาลผ่าตัด
ใหม่ยังไม่มี ความชำนาญในการนับ จึงนับจำนวนเครื่องมือผ่าตัดได้ช้า ในขณะที่การทำผ่าตัดต้อง
ดำเนินไปอย่างรวดเร็ว ทำให้บางครั้งพยาบาลผ่าตัดใหม่ นับเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำ
ผ่าตัดไม่ทัน นอกจากนี้พยาบาลผ่าตัดใหม่ยังต้องจดจำรายละเอียดอื่นๆ ให้ได้ เช่น ขนาดถุงมือ
ของแพทย์ความถนัดและแนวทางในการผ่าตัดของแพทย์แต่ละราย วิธีการใช้เครื่องมือแต่ละชนิด
พยาบาลผ่าตัดบางรายเล่าว่ารู้สึกเครียดในช่วงเริ่มปฏิบัติงานใหม่ๆ เนื่องจากมีหลายสิ่งหลาย

อย่างที่ต้องเรียนรู้และจดจำ บางรายเล่าถึงประสบการณ์ความรู้สึกที่ตื่นเต้นในช่วงเริ่มปฏิบัติงานใหม่ที่ทำงานติดต่อกันจนลืมเวลา แต่ไม่รู้สึกรู้ว่าตนเองเหนื่อย ในขณะที่บางรายรู้สึกตกใจเนื่องจากได้เห็นการทำผ่าตัดที่ไม่เคยเห็นมาก่อน ซึ่งเป็นภาพการทำผ่าตัดที่น่ากลัว เช่น การผ่าตัดมะเร็งที่กล่องเสียง ซึ่งแพทย์ทำการเปิดแผลกว้างบริเวณคอ จนคอหอยลงมาเหมือนคนหัวขาด พยาบาลผ่าตัดบางรายรู้สึกสับสนกับการปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาลพี่เลี้ยงแต่ละคนที่มีวิธีการทำงานที่แตกต่างกัน จนทำให้สับสนไม่รู้ว่าจะควรใช้เทคนิคของใครในการปฏิบัติงาน ดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

'กลัวไง กลัวทุกอย่างอะ กลัวทำงานไม่ได้ กลัวพี่ดู กลัวหมอดู กลัวทุกอย่าง ก็ต้องแบบพกดมุดโน้ตเล็กๆ ไว้ แล้วก็คอยจด แบบจดทุกอย่างอะในแต่ละ case กระทั่งหมอใช้ถุงมือเบอร์อะไรแบบไหน ถนัดข้างไหน แล้วก็พวกอุปกรณ์ที่ใช้ อุปกรณ์แต่ละอย่างมีกี่ชิ้น เพราะบางทีเข้าพร้อมพี่ๆ พี่เขาจะนับของกันไว้มาก (ลากเสียงยาว) และเพราะก็ต้องคอยดูว่ามีกี่ชิ้นครบมั๊ย หรือพวกห้อง Orthro อะ เครื่องมือเยอะมาก แล้วก็หลายชิ้นมาก หมอก็เยอะ เราก็ต้องพยายามจำให้ได้ ตอนมาทำงานใหม่ๆ ก็สับสน งง ไปไม่ถูก อย่างแบบ case ใส่ locking plate [เหล็กตามกระดูกชนิดหนึ่ง] นะ เรามาใหม่ๆ นี่ไม่เคยเจอมาก่อน ต่อเครื่องมือ เช็คเครื่องมือเองทำเอง จำ drill จำ tab ไม่ได้ก็โดนดู เพราะเวลาใส่พวก plate เนี่ยรูปบน plate ใส่ขนาดเท่าไร ใช้ sleeve อันไหน ต้องจำให้ได้หมด' (พยาบาลผ่าตัดรายที่1)

'ก็ ตื่นเต้นสุดๆ แหละ ตอนทำงานใหม่ๆ นะ มันแบบตื่นเต้นจนไม่มีเหนื่อยอะ ลืมไปเลย เข้า case ได้ตลอด เข้า case นี้เสร็จก็เข้า case นั้นต่อ เข้าติดๆ กันเลย 'ไม่เหนื่อย ไปเหนื่อยที่เดี๋ยวดอนลงเวร' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 3)

'ตอนสมัยเด็กๆ ก็คิดว่า อู๊ย ยากที่สุดก็เรื่อง case อะ เรื่องการ การให้การพยาบาลตอนทำผ่าตัดอะ ว่าดูจะส่งเครื่องมืออะไรก่อน เครื่องมืออะไรหลัง แล้วอะไรประมาณนี้ คือสมัยเด็กจะคิดอย่างนี้ว่า อู๊ย อย่างพวก hip อะ เมื่อตอนเป็นเด็กที่ trainแล้ววนห้องอะ พี่จำไม่ได้ ไม่ได้เลยนะว่า โอ๊ย ทำไมเครื่องมือมันเยอะจัง จำไม่ได้ อันไหนทำ acetabulum ก่อน อันไหนทำก้าน ทำ สะโพก ทำหัว ทำอะไรก่อนหลังอะไรอย่างเนี่ย เตรียมเครื่องมือก็ยังไม่เตรียมไม่ค่อยถูก...ตื่นเต้น ตื่นเต้นได้เจออะไรแปลกใหม่ อย่าง case แรกที่เจอ ที่ว่ากลัว

สุดท้ายนี้ case case maxillo facial ใต้ตรงเนี่ย ที่เป็น CA Larynx อะ ตอนนั้น ทำที่ตึกเก่า เขาจะเปิด skin มาอะ แล้วมันก็เหมือนคอกหลุดออกจากตัวอะ คือแบบ ตกใจมากเลย คือ คือแบบมันผ่าแล้วก็เปิด skin ออกมาพับไว้ เนี่ย มันเลยเหมือนหัวขาดออกจากตัวแล้วก็ห้อย เห็นแล้วแบบโธ้ย กลัวมาก' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 4)

'พอเราต้องเข้า case ด้วยตอนที่มาใหม่ๆ อะ เราก็กลัวนะ กลัวจะโดนด่า เอ๊ยจะโดนด่ามั่ววะ จะโดนวินในสมัย ตอนเป็นน้องก็เครียดละ หมอเจอหน้าเรา เห็นน้องใหม่เข้า case หมอก็คงเครียดด้วยละมั้ง (หัวเราะ)' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 8)

'รู้สึกเครียด เพราะว่าไม่เคยอยู่ OR มาก่อน เคยอยู่แต่ตึกแล้วไม่เคยแบบ มาอยู่ OR ยังไม่เคยจับเครื่องมือ อะไรไม่รู้เยอะเยอะไปหมด เครื่องมือนั้น เครื่องมือนี่ แต่ละ field ก็มีเครื่องมือเฉพาะอีกเยอะเยอะ รู้สึกเหมือนมันเป็นอีก ระดับหนึ่งที่เราจะต้องเรียนรู้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 10)

2.2 สงสัยไถ่ถาม ทำตามพี่เลี้ยงสอน บางขั้นตอนฝึกหัดทำบ่อยๆ ค่อยๆ เรียนรู้งาน

ในระยะแรกของการฝึกหัดงานของพยาบาลผ่าตัดนั้น แม้จะมีพยาบาลพี่เลี้ยงคอยช่วยเหลือแนะนำ แต่การเรียนรู้งานจำเป็นต้องศึกษารายละเอียดต่างๆ ของการทำงาน โดยการสังเกต สอบถามจากผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่าเกี่ยวกับรายละเอียดของงาน เครื่องมืออุปกรณ์ที่แพทย์ใช้ ขั้นตอนวิธีการทำผ่าตัดซึ่งแตกต่างกันไปตามชนิดของการผ่าตัด และแพทย์ผู้ทำผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดจะใช้วิธีจำความแตกต่างซึ่งเป็นจุดเด่นของแพทย์แต่ละราย นอกจากนั้นพยาบาลผ่าตัดยังมีการจดบันทึกรายละเอียดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำผ่าตัดนั้นๆ ทั้งเครื่องมือ อุปกรณ์ผ่าตัดที่ใช้ ขั้นตอนในการทำผ่าตัด รวมทั้งเครื่องมือ อุปกรณ์ หรือขั้นตอนพิเศษของแพทย์แต่ละรายที่มีความแตกต่างไปจากแพทย์อื่นๆ บางรายใช้การวาดภาพประกอบร่วมด้วยเพื่ออธิบายให้ตนเองเข้าใจได้มากยิ่งขึ้น โดยสิ่งที่จดบันทึกนั้นคือข้อมูลที่ได้ทั้งจากการสอบถามจากพยาบาลผ่าตัดพี่เลี้ยง พยาบาลผ่าตัดที่มีประสบการณ์มากกว่า หรือจากเพื่อนรุ่นเดียวกันที่มีประสบการณ์การผ่าตัดดังกล่าวมาก่อน รวมถึงจากประสบการณ์ที่เข้าฝึกส่งเครื่องมือ

เองและจากการฝึกเป็นพยาบาลช่วยรอบนอกร่วมกับพยาบาลพี่เลี้ยง เมื่อจบบันทึกเสร็จ มีการตรวจสอบความถูกต้องด้วยการสอบถามจากพยาบาลผ่าตัดรุ่นพี่อีกครั้งหนึ่ง ก่อนที่จะใช้ในการท่องจำเพื่อให้เข้าใจและนำไปปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง ดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

‘ในส่วนตัวเด่นๆ ของเขา [แพทย์] อย่างแบบคนนี้ใช้อะไร คนนี้ใช้อะไร คนนี้ถนัดมือเบอร์อะไร ใช้ไหมอะไรเย็บ หรือใช้เครื่องมืออะไรเป็นพิเศษอะไรยังไงรีเปลา แล้วก็จำให้ได้ ตอนแรกๆ ใหม่ๆ ก็จำไม่ได้ใช้มะ สมมุติแบบอย่างใหม่ๆ เข้า case cesar ป่อยๆ ถี่ๆ เนี่ย ก็จดไว้เลยว่าหมอกคนนี้นะ เด่นคือใช้ cesar swab pack ท้อง ถ้าเป็นหมอกคนนี้นะใช้เครื่องมือพิเศษคือ richardson retractor หรือถ้าเป็นคนนี้จะใช้อะไร อะไรทำนองนี้ แล้วก็จำใหม่ที่เขาเย็บให้ได้ ส่วนขั้นตอนอื่นๆ โดยมากก็จะคล้ายๆ กัน ขอแค่จำความแตกต่างได้เป็นพอ เขียนใส่ข้อตโน้นน้อยๆ เอาไว้’ (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 2)

‘เราไม่ได้เจอทุก case แต่ระหว่างนั้นนะ เราก็เครียดนะ แต่วิธีของเราะ ก็คือจด จดแล้วก็จำ ใช้การวาดรูปร่วมด้วยหน่อยๆ อะไรอย่างเนี่ย... จดการเตรียมเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ การจัดท่าอะไรแบบนี้ จด step การส่งเครื่องมือ ผ่าตัด case นั้นๆ เท่าที่เราจำได้อะไรอย่างเนี่ย ลงมือถึงขั้นไหน ส่ง clamp ส่งอะไร อย่างนี้ละคะ จดแล้วก็วาดรูป แล้วก็ไปท่องก่อนเข้า case ก่อนเข้า case ก็เปิดดู เค้ใช้ทำอะไรทำอะไร อะไรอย่างเนี่ย... ต้องโทรไปถามเพื่อนที่หอ ว่าทำกันยังไง แล้วก็จดๆ ท่องๆ ว่าเออ อย่างนี้ๆ เหรอ เออ โอเค จำไว้ เพราะเป็นน้องใหม่เนี่ย ไม่เจอทุก case หรือก เวียนไปเรื่อยๆ เรียนรู้งาน’ (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 6)

‘ก็จด (เน้นเสียง) case ในที่ไม่เคยเจอนะ ก็ต้องจดไว้ใน field ก็พยายามใช้มัย กลับไปก็ไปจดเครื่องมือ จดวิธีทำ แล้วก็มาถาม มาแลกเปลี่ยนกับเพื่อนที่มาพร้อมกันอะ แบบเออหมอกคนนี้ทำไ case นี้ทำไ แล้วก็มาคุยกับพี่ พี่คนอื่นที่แบบว่าเรากล้าคุยด้วยอะ ก็ถามแบบว่า พี่ๆ แบบนี้ถูกมัยอะไรแบบนี้นะ หรือ หรือถ้าเกิดว่าวันนี้ดู schedule ใช้มัย ฟรุ้งนี้เข้ามาก็มาถามพี่ อย่างสมมุติ น. เป็นน้องใหม่ได้คุยกับพี่แบบนี้ ก็ถามแบบ เออ พี่ case นี้ทำอะไรยังไงบ้าง ให้พี่เขาอธิบายมาให้คร่าวๆ ก่อน แล้วก็ไปทำตาม ก็เข้า case ตอนทำก็สังเกตุๆ

หน่อยว่าเออหมอใช้อะไรบ้าง พอเสร็จ case กลับไปก็ไปจุดอีกที่นึง จดตามที่เรา
เข้าใจอะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 8)

'พอเรามาทำงานจริง มันก็เหมือนกับว่า มันต้องเรียนรู้หรือว่าต้อง คล้ายๆ
ต้องศึกษาหรือว่า มีอะไรที่ต้องใส่ใจมากกว่าที่เรา มากกว่าที่จะแบบ ก่อนที่จะ
เก่งหรือสามารถทำอะไรได้ที่มันแบบงานสะดวกไม่มีปัญหาอะไรอย่างนี้เค้า
ต้องฝึกมาเยอะนะ...ก็มีอะไรก็เหมือนกับก็ถามเขา [พยาบาลที่เลี้ยงหรือ
พยาบาลที่มีประสบการณ์] แต่บางทีเขาก็อธิบาย เขาก็เหมือนกับว่าไม่พูด
ละเอียดมาก เหมือนกับแบบเนื้องานจริงๆ เราก็ต้องสังเกตแล้วก็ศึกษาเอาเอง
แต่พี่เขาจะพูดเหมือนกับว่าเออ case แบบนี้น้ำ หมอทำแบบนี้ แบบนี้น้ำ แต่
แบบ เออ รายละเอียดเราก็ต้องศึกษาด้วยตัวเองหน่อยอะ แต่พี่เขาก็แบบว่า
บอกๆ เตรียมๆ เราไว้บ้าง แต่ว่า มันก็ไม่ใช่ว่าเขาจะสอนทุก case นะ เพราะ
บางทีเขาก็ยุ่งๆ อะไรแบบนี้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 9)

'ส่วนมากจะจดแลคเชอร์เอา จดตามที่เราเข้า case แล้วเจอ จุดตั้งแต่
เครื่องมือที่เตรียมอะ ว่า case นี้ใช้เครื่องมืออะไรบ้าง แล้วก็อุปกรณ์เสริมอะไร
ถ้ามาแรกๆ เนี่ย เราก็ต้องเข้า case ประทับกับพี่เขาใช้มัย เราก็ถามพี่เขาว่าทำ
ยังไงบ้าง หมอคนนี้มีอะไรเป็นพิเศษมัย แล้วพอทำเสร็จก็มาจดๆ เอาไว้ตาม
ความทรงจำเราที่เข้า case มา ไม่ก็ถามๆ จากพี่เขาด้วย แต่ก็ได้กำลังใจจากพี่ๆ
เขา แบบเออ เดียวก็เป็นนะ เดียวก็เก่งเอง มันเป็นแบบนี้แหละใหม่ๆ กัง ยังจับ
จุดไม่ได้ (หัวเราะ)' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 10)

'จด จำ ทำบ่อยๆ จด จำ ทำบ่อยๆ ก็มาตอนแรกๆ เราก็ไม่รู้ว่าจะ
เครื่องมือมีอะไรเป็นยังไง อย่างแรกเลยเราก็ต้องรู้ว่า set อะไรประกอบด้วย
อะไรใช้มัยหนึ่ง อย่างที่ 2 ก็คือเราต้องรู้ว่า case อะไร ต้องเตรียมอะไร พอเรารู้
ว่า case อะไรต้องเตรียมเครื่องมืออะไรบ้าง เราก็มาดูว่า หมออะไร step แบบ
ไหน ใช้ไหมอะไร อะไรอย่างเนี่ย ก็ทำบ่อยๆ ก็ขอเข้า case case เดียวมันก็จะ
จำได้เองโดยที่ไม่ต้องจด อืม ถ้าไม่รู้ก็ถาม อย่างสมมุติว่า เฮ้ย พี่ case นี้มัน
อะไร ทำยังไง ไม่เคยเห็นเลยอะ เค้าทำยังไงใช้อะไรหรร ก็ถามไป แล้วจดไว้จำ
ไว้...พี่ว่ายังไงก็ ค่ะๆ ไป แล้วก็ทำตาม อะไรที่เห็นว่าดีเป็นเทคนิคเป็นแนวทาง

ดีๆ ก็จำไว้อะไรแบบนี้ พี่ที่นี่ก็ดี น่ารัก เคามีอะไรก็จะสอนใจ เราก็จำๆ ไว้แล้วก็เอามาประยุกต์มาปรับใช้เป็นสไตล์เรา' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 12)

นอกจากนี้ในการเรียนรู้การปฏิบัติงานผ่านพยาบาลพี่เลี้ยง พยาบาลผ่าตัดใหม่บางรายกล่าวว่าเกิดความรู้สึกสับสนเมื่อต้องเรียนรู้งานจากพยาบาลพี่เลี้ยงหลายคน เนื่องจากพยาบาลพี่เลี้ยงแต่ละคนมีแนวทางในสอนที่มีส่วนแตกต่างกันไปไม่มากนักน้อย ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน หลักการสอนของพยาบาลพี่เลี้ยงเป็นไปตามแนวทางในการปฏิบัติงานผสมกับบุคลิกการทำงานส่วนตัวของพยาบาลพี่เลี้ยง หรือบางครั้งเมื่อต้องปฏิบัติงานโดยมีพยาบาลพี่เลี้ยงประกบพร้อมกัน 2 คน โดยแต่ละคนต่างแนะนำให้ทำคนละอย่างในเวลาเดียวกัน ทำให้พยาบาลจบใหม่เกิดความสับสน และรู้สึกเครียด เนื่องจากไม่รู้ว่าจะต้องปฏิบัติตามแนวทางของใคร หรือปฏิบัติสิ่งไหนก่อนหลังดีกว่ากัน ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

'บางที่เราฝึกห้องนึงกับพี่คนหนึ่งใช้มะ แล้วเรามาฝึกกับพี่อีกคนแบบนี้ case เดียวกันนะ แต่วิธีสอนของพี่เขาแบบแอบต่างกันนะ แล้วเราก็จำของพี่คนหนึ่งมาใช้ แต่พี่อีกคนบ่นว่ามันต้องแบบอย่างนี้ๆ ก่อนสิ อะไรแบบนี้ก็มีนะ คือยังงี้ มันก็สับสนนะ แต่ตอนนั้นเราเป็นน้องใหม่ไง เราก็ไม่กล้าถามหรือกว่าตกลงต้องแบบไหนกันแน่ อาคัยจำๆ เนียนๆ เอา พี่พูดมากก็อะๆ ไป แต่จริงๆ ก็สับสนนะ แบบ เออ พี่น่าจะสอนให้เหมือนๆ กันเนอะ อะไรแบบนี้ เพราะบางทีเราเป็นน้องใหม่เราก็ไม่กล้าถามอะไรมากไป กลัวจะโดนพี่ดุอีก ได้แต่ทำตามไป แม้จะสงสัยเล็กๆ อะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 1)

'คือตอนที่เรามาใหม่เนี่ยเราจำได้เป็นบางอย่างนะ อย่างเรา turn ห้องเนี่ย เราจะรู้สึกว่าพี่แต่ละคนไม่เหมือนกัน คือแบบอย่างพี่ที่ดูแลห้องนี้เอาอย่างนี้ พี่ห้องนี้เป็นอย่างนั้น แล้วพี่คนนี้เป็นแบบนี้ คนละสไตล์ไง ก็ทำให้เราปรับตัวลำบากบางที ก็ประมาณนั้นล่ะ ที่เราสับสนอะนะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 5)

'เครียดเรื่องพี่ [พยาบาลพี่เลี้ยง] ด้วย เพราะตอนเข้า case ใหม่ๆ ใช้มัยเราฝึกใหม่ๆ พี่เขาก็ยังไม่ปล่อยง่ายๆ คือเข้าคนเดียวก็จริงแต่พี่ก็มายืนดูนะ แล้วก็พี่ๆ ก็ชอบพูดโน่นพูดนี่เยอะแยะ จนบางทีก็ฟังไม่รู้เรื่อง หมอก็ขอไอนั้น พี่ก็มา

ยื่นคุมยื่นบอก ทำไฉนสิ ทำไฉนสิ เนี่ย อะไรแบบนี้ มันแบบปรับตัวไม่ถูก ไม่รู้จะทำตามใคร ยิ่งถ้ามีพี่สักสองคนมาประกบนะ เลือกทำไม่ถูกเลย ไม่รู้จะทำอะไร จะทำแบบใครก่อนใครหลังดีกว่ากัน' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 8)

2.3 หนังสือต้องหาอ่าน ศึกษางานทันสมัย เทคโนโลยีใหม่ๆ เรียนรู้ไว้ใช้ในงาน

การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด นอกจากการเรียนรู้จากพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีประสบการณ์มากกว่าแล้ว พยาบาลผ่าตัดยังต้องค้นหาหาความรู้จากแหล่งความรู้ต่างๆ ทั้งจากหนังสือ internet และจากการเข้ารับการอบรมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานต่างๆ เพื่อเป็นการเสริมทักษะและความรู้ให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ทั้งด้านการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด รวมทั้งเรื่องต่างๆ ไปที่เกี่ยวข้องกับการทำผ่าตัด เช่น การขยำ gauze วางที่บริเวณตำแหน่งใกล้รักแร้และปิดแผลแบบใช้แรงกด ในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดตัดเต้านมและเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ดังนั้นการทำงานของพยาบาลผ่าตัดจำเป็นต้องทำงานบนพื้นฐานความรู้ นอกจากนี้ พยาบาลผ่าตัดยังต้องมีความรู้เกี่ยวกับ เทคโนโลยีใหม่ๆ เครื่องมือ อุปกรณ์ และแนวทางในการผ่าตัดที่มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปอยู่ตลอดเวลา พยาบาลผ่าตัดจึงต้องมีการเรียนรู้เพิ่มเติมทั้งการฝึกอบรมในและนอกสถานที่ หรือเชิญผู้แทนจากบริษัทเครื่องมือแพทย์มาฝึกอบรมเกี่ยวกับขั้นตอนวิธีการใช้และการรักษาเครื่องมือผ่าตัดใหม่ๆ หรือวิธีการผ่าตัดใหม่ๆ ที่ยังไม่เคยนำมาใช้ในโรงพยาบาล เพื่อให้ได้ความรู้ใหม่และใช้เครื่องมือนั้นได้อย่างถูกต้อง ดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

'พวกเทคโนโลยีบางอย่างที่มันก้าวไปเร็วเกินไปสำหรับการที่เป็นพยาบาล ในนี้แล้วมันเหมือน ward ปิดอยู่แล้วนะ เราก็จะรู้แต่เฉพาะใน ward เรา ถ้าเกิดไม่มีโอกาสไปดูงานหรือไปอบรมจากข้างนอกแบบนี้ เราก็จะไม่มีโอกาสได้รู้เลยว่าข้างนอกเขาเป็นยังไง มองไม่เห็นภายนอก วิสัยทัศน์เราก็จะแคบ เราก็จะมองมุมแคบๆ มีแต่อะไรวนๆ ในนี้ อย่างประสบการณ์รุ่นพี่ส่งรุ่นน้องนะ มีแค่นี้ แค่นี้ไม่มีอะไรพัฒนาให้เข้ายุคอะไรเลย ส่งกันไปเรื่อยๆ แบบนี้มันก็ไม่โอเคอะนะ ...เราต้องชวนเขาต้องศึกษาให้รู้ มุมมองพี่คือคนที่เขาเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดเนี่ย แล้วเขามีโอกาสได้ทำงานข้างนอก มีโอกาสไปอบรมข้างนอก ได้ศึกษาได้อบรมเพิ่ม หรือดูงานเพิ่ม หรืออะไรอย่างเงี้ย มันก็จะทันกับสถานการณ์กับการปรับตัวต่อสถานการณ์' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 3)

‘ก็ต้องอ่านหนังสือมากขึ้น เมื่อก่อนเราก็งูๆ ปลาๆ อะนะ เหมือนเด็กๆ อะ แต่พอเป็นพี่แล้วอะ มันต้อง มันต้อง ไปอ่านมากขึ้น เพราะเวลาเราดูแลตรงนี้เนี่ย เราไม่รู้ลึกไม่ได้ เราต้องรู้ให้มากกว่าน้อง จะได้ช่วยน้องได้ แล้วงานที่ออกมามันก็จะโอเิง บางทีก็ถามหมอบ แล้วหมอบก็ อืม ตอบมาให้ บางทีก็ไปอบรมเพิ่มอะไรแบบนี้’ (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 4)

[ส่วนเครื่องมือ] ก็ให้บริษัทมา demon ให้ก่อนว่าเครื่องมือมันใช้อย่างไร ถ้ามีน้องๆ อยู่ด้วยก็เรียกมาดู ถ้าน้องไม่อยู่ก็พี่ก็ไปอธิบายวิธีใช้ให้อีกที ส่วนพวกเครื่องมือใหญ่ๆ อุปกรณ์ใหญ่ๆ หรือจะกลายเป็นของใช้ประจำพวกนี้ บางทีก็จะติดต่อให้ที่บริษัทเนี่ยส่งคนมา demon วิธีใช้ให้ก่อน บางทีก็แบบค่อนข้างเป็นทางการเลย เวลาประชุมช่วงเช้าอะไรแบบนี้ละคะ’ (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 6)

‘ที่จะยากก็คือเทคโนโลยีที่เพิ่มขึ้นทุกวัน แล้วมาเรื่อยๆ พัฒนามาใหม่เรื่อยๆ ไม่หยุดนิ่ง การปรับตัวตามพวกนี้สำหรับพี่ก็อาจจะยากนิดนึง เพราะเทคโนโลยีมันสูงขึ้นมา ก็ต้องไปเรียนรู้นิดนึง ให้บริษัทบอกวิธีใช้ให้อะไรแบบนี้ ถามว่ายากมั๊ยก็ไม่ได้ยากมาก แค่อต้องใส่ใจแล้วก็ปรับตัวตามให้ทันนะ... เทคโนโลยีเนี่ย มันเป็นอะไรที่มีเทคโนโลยีใหม่ๆ เพิ่มขึ้น เราก็ต้องเรียนรู้อะ อย่างถ้าไม่ได้มีการส่งไปอบรม หรือไปเรียนรู้ใหม่เนี่ย เราก็ต้องไป ว่างๆ เราก็ต้องไป เอ่อ ไปดูที่ห้องนั้น หรือว่าเปิดnet ดู ใน internet เดียวนี้มันมีอะไรใหม่ๆ เยอะ ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดทางศัลยกรรมใหม่ๆ เนี่ย บางทีเราไม่เคยเจอ เราไม่รู้ขั้นตอน ขั้นตอนมันเยอะเนี่ย เราก็ไปเปิดnet ดู แล้วพอเราได้มาทำจริง เอ๊ย มันก็โอเคเลยละ เพราะเราพอจะรู้ๆ คຸ້นๆ จากที่เราเปิดดูอยู่แล้วไง ว่ามันมีอะไรบ้าง ทำอะไรต่อบ้างนะ อย่างวันนั้น case lap อะไรไม่รู้ ไม่เคยเห็นเลยอะ ก็เลยไปเปิดnet ดู แล้วเรามาอยู่ห้องใหม่ เอ๊ย เราก็ไม่เคยเจอเลย หมอบก็เหมือนเพิ่งเริ่มทำนะ เราก็ไปเปิดnet ดู แล้วพอมาทำจริงมันก็ เอ๊ย หมอบก็ทำตามนั้นเลยนะ ทำตามใน clip ที่เห็นนะ เราก็เลยโอเคเิง พอคຸ້นๆ แบบนี้ เปิดnet ดูที่บ้านเนี่ยแหละ พวกการผ่าตัดเลย มันแบบ clip การผ่าตัดจากเมืองนอก เปิดเอาเลย การผ่าตัดเนี่ย ก็เขียนก็พิมพ์ไปซื้อการผ่าตัดอะไรก็ว่าไป พวก operation อะไรอย่างเนี่ย แล้วเค้าก็มีให้ดูเลยนะ ไล่ไปเลยการผ่าตัดตั้งแต่แรกยันเสร็จนะ พอเราได้อยู่ตรงนี้ มันก็เดะเลยอะคะ งานมันก็ง่ายขึ้น ถามว่าง่ายมั๊ย ก็ง่ายนะ อืม ทำได้

จำได้...เราไม่อายุที่จะถามนะ เราอายุแบบนี้ ทำงานมีประสบการณ์มาเยอะ แต่ งานเราเทคโนโลยีมันมากขึ้นทุกวัน เราไม่ได้เจออะไรพวกนี้ตั้งแต่ตอนเรียนหรือ จบใหม่ๆ เรียนรู้งานใหม่ๆ มันค่อยๆ เข้ามาเรื่อยๆ แต่เข้ามาถึงๆ เราก็ไม่อายุที่ ต้องถามน้องๆ เพราะงั้นการทำงานร่วมกันเนี่ย มันไม่จำเป็นที่ว่าอายุขนาดนี้ แล้ว ประสบการณ์ขนาดนี้แล้ว ถามน้องแล้วอายุมันรู้ลึกยิ่งไง แบบนี้มันไม่ใช่ หรือ น้องใหม่ๆ อายุมากกว่าเราก็มี แต่ว่าในด้านประสบการณ์อาจจะไม่เท่า เรา แต่ว่าเขาารู้เรื่องเทคโนโลยีใหม่ๆ เราก็ต้องยอมรับตรงนี้ ไปเรียนรู้เอาจากเขา ได้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 7)

'ไป searchเอาสิ ใน internet อย่างแบบมันมีคำย่อแบบนี้ใช้มัย ชื่อย่อ ผ่าตัดหรืออะไรแบบนี้ละ ก็จดไปแล้วลอง search ใน internet ว่ามันคือ case อะไร แต่แบบก็ถามคนอื่นก่อน ถ้าเค้าเคยเจอแล้วเราก็ไม่ต้องไป search (หัวเราะ) ก็ถามเขาเลยว่า case นี้ทำยังไง ต้องเตรียมอะไรบ้าง แล้วถ้าอยากรู้ มากกว่านั้นเราก็ลองไปหาดูเอาเองใน net' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 8)

'ถ้าเราไม่เคยเจอ case เลยเราก็จะเครียดนะ เพราะเราก็ไม่ค่อยมั่นใจใจใจ ต้องถามพี่ๆ เขาที่เขาเคยเจอ หรือถามคนที่เขาเคยเจอหรือเคย turn ห้องไปเจอ เพราะผ่าตัดบางอย่างอะ เราก็ไม่รู้หรอกนะ อาจจะไม่เคยเจอ เพราะการผ่าตัด มันค่อยๆ เปลี่ยนไปเรื่อยๆ ใจ มันไม่หยุดนิ่ง ถ้าห้องเราเคยเจอเราก็จะถามน้อง ถามคนที่เจอมาก่อนอะไรอย่างเนี่ย ก็ถามแบบ ถามคร่าวๆ ว่า เออ มันเตรียม อะไรหรือว่ามันใช้อะไร หมอใช้อะไรเป็นพิเศษมัย อะไรแบบนี้ เพื่อที่เราจะได้ เตรียมมุกนะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 9)

'มันไม่ใช่แค่งานส่งเครื่องมือ แต่ที่ถูกแล้วมันต้องเสริมทักษะของคุณนะ อย่างคุณอยู่ Orthro คุณก็ต้องมีความรู้บ้างอย่างเข้าเสื่อมอะไรแบบนี้ ไม่อย่างนั้นจะแนะนำคนไข้ได้ยังไงใช้มะ แต่ถ้าคุณเรียนไม่เก่งหรือไม่อยากเรียน ไม่ชอบอ่านหนังสือ ถ้าคุณชอบเนี่ย คุณก็จะสามารถดูแลคนไข้คนหนึ่งได้ครบทั้ง กาย จิต สังคมอะ ถ้าไม่มีความรู้คุณก็ไม่เคยรู้มาก่อนว่าคนไข้อะ เป็นโรคนี้ diag อย่างนี้ ผ่าตัดอย่างนี้ operation อย่างนี้ คุณไม่รู้โรคเป็นยังไง ต่อไปจะเป็น ยังไง คุณก็ให้คำแนะนำคนไข้ไม่ได้...อย่างคนไข้ CA มาทำ MRM แบบนี้ละ เรา

ต้องบอกเค้าได้ว่าเออ ต่อไปเขาอาจจะต้องไปทำ chemo หรือ radiation นะ แล้วผลที่เกิดขึ้นจะเป็นยังไง แล้วเราต้องระวังอะไรให้เขาอีก อย่าง MRM อย่าง เนี่ย หลังผ่าตัดเสร็จเนี่ย ถ้าคุณไม่รู้ว่าจะตรงนี้ (ชี้ไปที่ตำแหน่งใกล้รักแร้) เค้า pack เพื่ออะไรหลังตัดเต้านมไป เขาต้อง pressure ตรงที่มันเป็น lost surface ตรงที่เขาเลาะไปแล้วมันโป๊ะ ถ้ามันเป็นโพรงเนี่ย ร่างกายมันจะผลิตพวกสารคัดหลั่งพวกของเหลวเนาะ มันจะซึมๆ ออกมาไง แล้วมันจะบวม คือถ้าเราไม่รู้ว่าพอ บวมแล้วเนี่ย มันจะมีปัญหาต่อต่อมน้ำเหลืองต่อหลอดเลือดคนไข้เนาะ คือจริงๆ แล้วต่อมน้ำเหลืองที่โดนเลาะไปแล้วของคนไข้เนี่ย มันจะมีความเสี่ยงที่จะทำให้ แขนบวมได้อยู่แล้วอะ แล้วถ้าคุณดูแลตรงนี้ไม่ดีมันก็จะเสี่ยงก่อนที่จะไปถึงตรง นั้นอีกแล้วก็จะทำให้เจ็บปวดอะไรแบบนี้เนาะ ถ้าไม่รู้เลย ทำแค่ส่งเครื่องมือแล้ว ปิดแผลเนี่ย ปิดแล้วหมอบให้อัดๆ เราก็ไม่รู้ว่าจะอัดตรงไหนอัดเพื่ออะไร ตรงนี้หมอบ บางคนจะบอกนะ แต่บางคนก็ไม่บอก เพราะฉะนั้นงานบางอย่างเราต้องมีความรู้เนาะ เพราะมันไม่มีใครมาบอกเราทุกอย่างหรอก' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 11)

'ห้องผ่าตัดมันมีเครื่องมือใหม่มาตลอด ตลอด ตลอด อย่างมันมา เราน มาห้อง 8 [ห้องผ่าตัดส่องกล้อง] อีกที่ ใ้ตัว sonic มาละ อะไรอย่างนี้อะ อย่าง มันมา เรานมาอีกที่ กล้องตัวใหม่มาละ มันจะมี hi speed มีอะไร มีกล้อง micro มีอะไรมา แล้วแต่ว่าจะอะไรจะมา แต่ของเราเนี่ย มันดีที่มันจะมีพี่หลักๆ อยู่ ประจำห้องไง คือมีคนคอยรับผิดชอบดูแลห้องอยู่เป็นหลักๆ นะ เราก็จะถามพี่ ห้องที่เขาเจอบ่อยว่าอันนี้เป็นยังไง อันนี้ทำยังไง หมอคนนี้ใช้เครื่องมือแบบไหน tocar แบบไหน คนนี้ชอบใช้ pot แบบไหน อะไรแบบไหน หรือว่า hemolock หรือว่า endoclip คือแต่ละคนมันจะสูตรมันจา เครื่องมือ basic มันจะ เหมือนกัน แต่จะต่างกันที่บางคนชอบ pot ชาวได้ละ บางคนชอบ pot เขียวได้ ละ บางคนชอบ hemo lock บางคนชอบ endoclip เจ็ยะ บางคนชอบ sonic บางคนไม่เอาก็ได้ เอา harmonic ก็ได้ อย่างเนี่ย มันก็จะแตกต่างกันไปใน รายละเอียดหมอบแต่ละคนนิดๆ หน่อยๆ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 12)

'พวก scope อะ ที่พี่คิดว่ายาก เพราะว่ามันมาเรื่อยๆ ไง ไม่หรอกจริงๆ ก็ไม่ได้คิดว่ายากแบบทำไม่ได้อะไรนะ แต่เดี๋ยวนี้มัน อะไรใหม่ๆ มันเยอะ วิทยากรใหม่ๆ มันเยอะ แล้วมันก็ต้องเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น ใจอะไรอย่างเนี่ย แค'

เฉพาะกลิ้งกับตัวเครื่องก็มีมาใหม่ไม่รู้ก็ตัวบางตัวใช้ไม่เหมือนกัน แล้วยังมีเครื่องมืออุปกรณ์ตัวใหม่ๆ มาอีกเต็มไปหมด ชื่อเรียกก็ต่างกันไป ใช้ก็ต่างกัน ตัวนี้ใช้กับเครื่องนั้นนะ มันต้องเรียนรู้ตลอด เพราะของใหม่มาตลอดตามยุคสมัย มัน' (พยาบาลผ่าตัดรายที่13)

2.4 สะสมประสบการณ์ สิ่งใดผิดพลาด เรียนรู้ไว้ไม่ให้เกิดซ้ำ

การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด เป็นการทำงานที่มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือว่าเป็นการสะสมประสบการณ์ให้เกิดการพัฒนาในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งพยาบาลผ่าตัดเล่าว่า “การทำงานเป็น” ไม่ได้หมายความว่าสามารถส่งเครื่องมือผ่าตัดได้ถูกต้อง แต่หมายความว่าพยาบาลผ่าตัดต้องสามารถดูแลผู้ป่วยคนหนึ่งให้ปลอดภัยได้รับการผ่าตัดที่ถูกต้องปราศจากอุปสรรค และสามารถทำงานร่วมกับทีมผ่าตัดได้ โดยสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้ ผึกฝน จนสามารถประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้ นอกจากนี้ประสบการณ์ที่ตนเองได้เคยทำผิดพลาดในการทำงานเมื่อเข้ามาทำงานใหม่ๆ ก่อให้เกิดการเรียนรู้ถึงการปฏิบัติงานที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น รวมถึงเรียนรู้ความผิดพลาดจากการทำงานร่วมกับแพทย์ เช่นการตัดใหม่ผิด ทำให้เกิดการเรียนรู้และจดจำเป็นรูปแบบในการตัดใหม่ที่ถูกต้องว่าบริเวณใดและแพทย์คนไหนควรตัดใหม่แบบไหน หรือไม่แน่ใจควรสอบถาม การทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด และพยาบาลช่วยรอบนอก จากประสบการณ์ทำให้เรียนรู้ว่าพยาบาลส่งเครื่องมือควรเปิดห่อผ้าชั้นในของเครื่องมือที่พยาบาลช่วยรอบนอกเปิดมาให้ในขณะทำผ่าตัดให้เร็วที่สุด เพื่อป้องกันห่อเครื่องมือดังกล่าวถูกทิ้งหรือรวบติดไปกับผ้าที่ใช้แล้วหลังการทำผ่าตัดและส่งผลให้เครื่องมือผ่าตัดสูญหายไม่ครบจำนวน ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

'เคยเจอแบบตอนเป็นน้องใหม่ หมอให้ตัดใหม่ให้ แต่หมออะตั้งใจจะให้ตัดเส้นเดียว เราดันไปตัดสองเส้น แล้วก็เลยโดนแบบหมอมองหน้า ทำท่าเหมือนไม่พอใจอะไรแบบนี้ แต่ว่ามันก็เป็นประสบการณ์ที่เราเก็บมาเรียนรู้นะ เราก็จำว่าเออจุดนี้ต้องตัดใหม่ประมาณไหน จะได้ไม่ทำผิดอีก แล้วก็พอโตขึ้นอีกอย่างก็คือเรากล้าถามหมอว่าเออเค้าใช้อะไรยังไง ทำประมาณไหน มีเครื่องมือเพิ่มมัยอะไรแบบนี้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 1)

'ประสบการณ์นี้เป็นเรื่องสำคัญ แล้วมันก็เป็นเรื่องที่สอนกันไม่ได้ มันต้องแบบเจอด้วยตัวเอง บางอย่างมันก็ได้จากเราเข้า case ทำ case ไปเรื่อยๆ แบบนี้แหละ อย่างเวลาที่มี case เ่งด่วนมาบ๊ีบ เราก็ต้องรู้ว่าเราจะทำยังไง step 1ทำไง step 2ทำไง step 3ทำไง อย่างเงี้ย แต่ถ้าคุณไม่เคยเจอเลย คุณก็จะลำดับเหตุการณ์ไม่ได้เหมือนกัน มันต้องมีประสบการณ์ แล้วก็ ถ้าเราเคยมีประสบการณ์จาก case นี้ครั้งหนึ่ง มันก็จะทำให้เราจำได้ เราก็มีประสบการณ์ แล้วก็สามารรถเอามาใช้ร่วมกับ pattern ต่างๆ ที่เรากำหนดไว้ได้ มันต้องทำไปร่วมกันนะ ถ้าเหมือนคนที่มีแต่ประสบการณ์ แต่ไม่เคยมี pattern มันก็จะทำงานไปไม่ค่อยได้ เพราะคนอื่นน่าจะเขาไม่รู้หรือกว่าเราจะทำงานอะไรยังไงมันเหมือนไกด์ไลน์แหละ เพราะห้องผ่าตัดนี่มันทำงานเป็นทีมใช้มัย เราต้องทำงานร่วมกัน ประสานงานกัน หรือถ้ามีแต่ pattern แต่ไม่เคยเจอเลยไม่เคยมีประสบการณ์เลย มันก็จะทำงานไม่ได้เหมือนกัน คือมันต้องมีประสบการณ์ก่อน' (พยาบาล ผ่าตัดรายที่ 3)

'การเป็นงาน กับส่งเป็นมันต่างกัน คือส่งเนี่ย น่องๆ ถ้าเกิดทำทุกวันเนี่ย case เดิมๆ ทำทุกวันสักเดือนนึงก็ทำได้แล้ว แต่ถ้าจะเป็นงานเนี่ย ความหมายมันกว้างมากกว่า มันต้องแบบคล้ายๆ กับ ต้องสามารถที่จะดูแลคนไข้คนนึงให้แบบไม่มีอุปสรรคและปลอดภัยอะ ต้องสามารถที่จะเออ ทำงานกับทีม กับทีมไม่ว่าจะเป็นการประสานงานหรือว่าจะเป็นอะไรภายนอกภายในแบบนี้ มันเหมือนกับว่าต้องเออ ต้องไม่ให้มีอุปสรรค ต้องรู้ เป็นงานทั้งการเตรียมงาน การจัดทำผ่าตัด เตรียมอุปกรณ์ หรือการเดานิสัยหมอเนี่ย มันก็ค่อนข้างที่จะแบบว่าต้องอาศัยการเรียนรู้อีกเยอะอะ...เหมือนกับแบบถ้าพูดว่าเป็นงานทำงาน ทุกคนก็ทำได้เหมือนกันหมด แต่ถ้าจะแบบเก็บงานให้ละเอียดให้ดีเนี่ย มันก็จะต่างกัน คือเป็นอะ โอเคทำ มันเหมือนกับว่าอะไรอะ คือเป็นงานพื้นฐานนะเป็น แต่ถ้าแบบว่าเป็นงานที่แบบว่าเจาะจงหรือต้องละเอียดลงไปเนี่ยมันก็จะ อาจจะต้องใช้ระยะเวลาตามอายุงาน' (พยาบาล ผ่าตัดรายที่ 9)

'อย่างเราเปิดนะ อุปกรณ์ที่เป็นห่อเล็กๆ คือประสบการณ์ได้สอนเราว่า ถ้า [พยาบาลรอบนอก] เปิดแล้ว scrub ไม่เปิดออกเลยเนี่ย บางทีห่อเล็กๆ มันก็ไม่ทันสังเกตใจ คือเราจะขานนะเวลาเปิดของให้เนี่ย แล้วบางทีก็จะมายืนคอยจี้

เลยว่าให้เปิดก่อน ถ้าเป็นของเล็กๆ แบบนี้ อย่างถ้าเป็น adson holder ก็เปิดแล้วเอาใส่ซามใส่อะไรไว้ก็ได้ อย่างเนี่ย เพราะถ้า [พยาบาลส่งเครื่องมือ] ไม่เปิดเครื่องมือที่มันเป็นห่อเล็กๆ บางๆ อย่างนี้ บางทีคุณเปิดของอื่นแล้วแบบพับผ้าเก็บ ผับผ้าๆ แล้วเอาไปซ้อนๆ ไว้มันก็เลยนึกว่าไอ้เครื่องมือห่อเล็กๆ แบบๆ นั่นก็คือผ้า แล้วก็ไปกับถุงผ้าเนาะ เพราะวันนั้นที่เจอว่าของหายเนาะ ก็ตามไปที่ถุงผ้า ไปรู้ถุงผ้า แล้วปรากฏว่าก็ไปเจอในถุงผ้าใหญ่ๆ คือถุงผ้าทิ้งของ OR อะ แล้วก็ปรากฏว่ามันอยู่ทั้งห่อเลยอะ เป็นทั้งห่อเลย ก็คือมันเป็นชิ้นเล็กๆ ไง เพราะงั้นพี่ก็เลยต้องคอยจี๊แบบว่าเครื่องมือเปิดให้ชิ้นเล็กๆ เนี่ย ให้รีบแกะห่อผ้าออกก่อนเลย ไม่งั้นบางทีมันติดไปกับกองผ้าได้ หรือไม่รีบๆ ก็แบบพี่ก็เปิดใส่เข้าไปในถาดเครื่องมือให้ไง จะได้ไม่ต้องหลง' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 11)

นอกจากนี้พยาบาลผ่าตัดรายหนึ่งเล่าว่าสิ่งที่สำคัญที่สุดในการเรียนรู้จากประสบการณ์ความผิดพลาดของตนเองเพื่อให้ได้งานที่ดียิ่งขึ้นไป ก็คือ การยอมรับว่าตนเองทำผิดเมื่อยอมรับแล้วจึงเกิดการเรียนรู้ ไม่ให้เกิดการทำงานผิดพลาดซ้ำๆ ขึ้นอีก ดังคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

'ผิดก็คือยอมรับผิด ทุกคนทำงานย่อมต้องมีผิดพลาด เราก็ยอมรับซะก็จบแต่อย่าให้มันเกิดบ่อย จริงๆ แล้วมันไม่ควรจะเกิดบ่อยด้วยซ้ำไป เพราะเราทำงานเราจะค่อยๆ เรียนรู้ เราจำ ใส่ใจมันหน่อย ว่า เออ แบบนี้มันไม่ถูกนะคราวหน้ามาเราก็ทำได้และไม่ทำละ งานเราก็จะค่อยๆ พัฒนาขึ้นเอง มันจะ complete ดีขึ้นเองจากประสบการณ์ที่ช่วยเราและเราใส่ใจนะ แต่แบบจริงๆ แล้วมันก็อาจจะมีการผิดพลาดบ้าง แต่ถามว่าอยากให้เกิดมั๊ย ไม่อยากให้เกิดความผิดพลาดอะไรเลยกับคนไข้ อยากให้เขาหายแล้วกลับบ้าน ไปใช้ชีวิตตามปกติ...ไม่ใช่ว่าทำงานเป็นวันๆ แล้วผ่านไปเลย มันก็ต้องเก็บมาเป็นบทเรียนถามว่าอะไรบางอย่าง ของบางอย่าง อย่างมีของหายเนี่ย มันไม่เคยอยู่ในตัวคนไข้อยู่แล้ว แต่ถ้าหล่นไปข้างล่างข้างเตียงอย่างเนี่ย มันก็ต้องจำ ต้องเก็บเป็นบทเรียน อย่าให้มันเกิดขึ้นอีก' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 7)

3. ประสบการณ์หลากหลายภายใต้การทำงานเป็นพยาบาลรอบนอกและรอบใน

เนื่องจากหน่วยงานห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลแห่งนี้มีนโยบายให้พยาบาลทุกรายหมุนเวียนการปฏิบัติงานในทุกแผนกของการผ่าตัด โดยประจำห้องผ่าตัดหนึ่งเพียง 1-2 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะหมุนเวียนการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดอื่นๆ ทำให้พยาบาลผ่าตัดทุกรายมี

ประสบการณ์การผ่าตัดที่หลากหลายสาขาและหลากหลายประเภทของการผ่าตัด ดังนั้นเมื่อขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผ่าตัดต้องดูในตารางผ่าตัดในแต่ละวันว่าตนเองปฏิบัติหน้าที่อยู่ห้องผ่าตัดใด แผนกใด มีการผ่าตัดทั้งสิ้นกี่ราย แต่ละรายทำผ่าตัดอะไรบ้าง ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละวัน รวมทั้งดูว่าในวันดังกล่าวตนเองทำหน้าที่ในบทบาทใดของพยาบาลผ่าตัดในแต่ละราย เพื่อเตรียมตัวได้พร้อมก่อนปฏิบัติงาน จากการวิเคราะห์ข้อมูลประเด็น “ประสบการณ์หลากหลายภายใต้การทำงานเป็นพยาบาลรอบนอกและรอบใน” ประกอบด้วยประเด็นย่อยดังนี้ 3.1) ขึ้นเวรมาต้องดูว่า วันนี้ทำหน้าที่อะไร และ 3.2) บทบาทอาจแยกกัน เวลาทำงานนั้น ร่วมใจกันทำเป็นที่

3.1 ขึ้นเวรมาต้องดูว่า วันนี้ทำหน้าที่อะไร

ในแต่ละวันของการทำงาน พยาบาลผ่าตัดต้องดูตารางผ่าตัดว่าตนเองต้องปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดใด มีผู้ป่วยในความรับผิดชอบทั้งสิ้นกี่ราย แต่ละรายทำผ่าตัดใด และตนเองได้รับมอบหมายให้เป็นพยาบาลส่งเครื่องมือหรือพยาบาลช่วยรอบนอก หากทำหน้าที่เป็นพยาบาลรอบนอก พยาบาลผ่าตัดจึงทำการเตรียมเครื่องมือให้พร้อมสำหรับการทำผ่าตัด บางรายจัดเตรียมเครื่องมือเอาไว้ก่อนล่วงหน้าหากทราบว่าวันต่อไปตนเองมีการทำผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดที่ต้องมีการเตรียมเครื่องมือเฉพาะ เช่น เครื่องมือที่ต้องสั่งจากบริษัท พยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่าอาจตรวจสอบเครื่องมือที่พยาบาลผ่าตัดน้องใหม่จัดเตรียมเอาไว้เพื่อความถูกต้องและพร้อมใช้ เมื่อขาดเหลือก็ทำการหยิบและเตรียมให้ครบก่อนทำผ่าตัด หากเป็นการผ่าตัดประเภทส่องกล้อง ก็ต้องมีการเตรียมอุปกรณ์พิเศษเพิ่มมากขึ้น เช่น การเตรียมแช่เครื่องมือเพื่อทำให้ปราศจากเชื้อ หลังจากนั้นพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบว่าพร้อมต่อการผ่าตัดหรือไม่ รวมทั้งยืนยันความถูกต้องของการผ่าตัดกับผู้ป่วย แล้วจึงนำผู้ป่วยเข้าห้องเพื่อทำการผ่าตัด ทั้งนี้พยาบาลผ่าตัดต้องรับผิดชอบต่อดูแลผู้ป่วยจนกว่าการผ่าตัดเสร็จสิ้นและนำผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด รวมทั้งดูแลรับผิดชอบประสานงานรับผู้ป่วยในรายต่อไป ส่วนบทบาทของพยาบาลส่งเครื่องมือคือการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้พร้อมใช้ ช่วยส่งเครื่องมือให้แพทย์ขณะทำผ่าตัด ยืนยันการส่งตรวจชิ้นเนื้อ รวมทั้งดูแลตรวจสอบความครบถ้วนของเครื่องมือและอุปกรณ์จนเย็บปิดแผลเสร็จ ดังคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลดังนี้

ก็ต้องเล่าย้อนไปเลย ก่อนจะถึงเช้าวันที่จะขึ้นทำงานด้วยซ้ำ ต้องเช็คต้องดูเครื่องมือผ่าตัด ต้องดู schedule ว่าพรุ่งนี้ห้องที่อยู่มี case ทั้งหมดอะไรบ้าง แล้วก็คอยส่งเครื่องมือของบริษัท อย่างเช่นเครื่องมือ total hip เครื่องมือ spine หรือ total knee อะไรอย่างนี้ ติดต่อบริษัทให้มาส่งเครื่องมือให้หนึ่งเครื่องมือ...เสร็จแล้วต้องดูเครื่องมือของเราด้วย ว่ามีอะไร expire มั้ย เมื่อก่อนพี่

จัดเครื่องมือที่จะทำผ่าตัดตอนเช้าอย่างเงี้ย แต่ตอนนี้ต้องรีบดู schedule รีบมองรีบเล็งเตรียมเครื่องมือเตรียมไว้เลยตั้งแต่ตอนเย็น แบบนี้เครื่องมือไหนไม่พร้อมใช้ที่จะได้เช็คได้ พอจัดของเสร็จดูของเสร็จก็ดูของตามสไตล์ พวกเอกปง expire อะไรอย่างนี้ ดูน้องว่าทำมัยอะไรอย่างนี้ แล้วเข้ามาก็มาดู schedule อีกทีหนึ่ง ว่ามีอะไรเปลี่ยนแปลงรีเปลา มีอะไรงคมัย เลื่อนเวลา มี ICU รีเปลา มีเรื่องอะไรให้ต้องประสานอีกริเปลา แล้วก็ ดูสถานที่ในห้องผ่าตัดของพี่ว่ามันสะอาด มันเรียบร้อยดีรีเปลา โดยเฉพาะพวกจี้ suction โคมไฟ เตียง รีโมทเตียงว่ามันใช้ได้มัย แล้วก็ดูข้างห้องว่าน้องเตรียมเรียบร้อยมัย เตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อม แล้วประสานให้รับคนไข้ ประสานหมอมว่าจะให้รับให้ block ได้รียัง แล้วก็ ค่อยสั่ง block ถ้า block เสร็จแล้วก็เข้าห้อง เปิดเข้าเปิดของ ทำงานงานต่อตามหน้าที่เรา ดูแลคนไข้ให้ครบทั้งก่อน ขณะ แล้วก็หลังผ่าตัด อะไรอย่างนี้ให้ครบ แล้วก็เคลียร์ชาร์ท ส่งคนไข้กลับ RR ก็ทำอย่างเนี้ย ทุก case ' (พยาบาลผ่าตัด รายที่ 4)

'ก็คือขึ้นมาตอนเช้าก็ต้องดู schedule ว่าเรามี case อะไรทำ เสร็จแล้วก็ คือไปเตรียมของที่จะทำผ่าตัดที่เราได้รับมอบหมายการทำแต่ละ case ว่าเราได้ case อะไร แล้วก็เตรียมไว้ให้หมดเลย แล้วถ้าเกิดว่าไม่เร่งรีบแบบว่าหมอมามาเข้า เกินไปอะไรอย่างเนี้ย ถ้า case นั้นไม่ยุ่งยากซับซ้อนเราก็เตรียมเครื่องมือไว้หมดเลยทุก case ที่มีในห้อง ตอนทำ case เราก็ช่วยหมอม ช่วยหยิบจับส่งเครื่องมือให้เขา ช่วยให้เราทำผ่าตัดได้ราบรื่นนะ ประสานงานกับ cir ไปด้วย ว่าหมอมจะเอาอะไรเพิ่มมัย มีขึ้นเนื้อรีเปลาแบบนี้ แล้วก็ดูแลเครื่องมือที่เราใช้ด้วย เปิดเท่าไรก่อนปิดก็ต้องครบเท่านั้น ไม่ขาดไม่เกิน ดูแลจนกว่าเราจะเย็บปิดแผล ส่งคนไข้ไป RR นั้นแหละถึงหมดหน้าที่เรา' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 5)

'เริ่มตั้งแต่เรารู้ว่าเรามี case อะไรต้องทำ ก็เตรียมเครื่องมือก่อน เข้าไปในห้องเก็บของ sterile เตรียมของเตรียมอะไร ถ้าน้องๆ เตรียมไว้ก่อนแล้วเราก็เออ ดูของที่น้องเตรียมมา มันครบมัย ขาดอะไรต้องเติมอะไรเพิ่มรีเปลา ดูสถานที่ ดูข้าวของที่จะใช้ตอนทำผ่าตัด ถ้าเป็นพวก scope ก็เตรียมแค่เครื่องมือเอาไว้ อะไรแบบนี้ แล้วก็ไปเตรียมคนไข้ที่อยู่ห้อง waiting พาคนไข้เข้าห้อง เปิดเครื่องมือ น้องที่เป็น scrub ก็ไปล้างมือไป มาใส่เสื้อจัดโต๊ะเตรียมโต๊ะผ่าตัดให้

พร้อม พี่ cir ก็เตรียมคนใช้ scrub ผิวคนใช้ก่อนผ่าอะไรแบบนี้ แล้วก็ผ่าเสร็จก็ช่วยกันดูแลคนใช้ ปิดแผล ใส่เสื้อผ้าให้เรียบร้อย แล้วส่งกลับไป RR [ห้องพักพื้น] อะไรแบบนี้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 6)

ขึ้นเวรมาก็มาคิดว่าตัวเองเนี่ย รับผิดชอบ case อะไร อยู่ห้องไหนบ้าง ก็มาจัดเตรียมเครื่องมือ จัดเตรียมเครื่องมือแล้วก็รัน case เรียงลำดับตามเวลาที่กำหนด ก็มีงาน ลักษณะงานที่ทำการส่งเครื่องมือ เครื่องมือผ่าตัด ช่วยแพทย์ แล้วก็อำนวยความสะดวกทุกอย่างเพื่อให้การผ่าตัดลุล่วงไปได้ด้วยดี นี่ก็คือลักษณะงานของเรา ก็คือทำทุกอย่างตั้งแต่ก่อนคนไข้มาถึง จนเสร็จสรรพ ออกจากห้องไปจากห้องผ่าตัด' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 12)

3.2 บทบาทอาจแยกกัน เวลาทำงานนั้น ร่วมใจกันทำเป็นทีม

พยาบาลผ่าตัดมีบทบาทในการทำงาน 2 บทบาทหลักๆ ได้แก่ บทบาทของพยาบาลช่วยรอบนอก และบทบาทของพยาบาลรอบในหรือพยาบาลส่งเครื่องมือ โดยพยาบาลผ่าตัดเองจะมีการสลับสับเปลี่ยนหน้าที่ในทั้ง 2 บทบาท ไม่ได้กำหนดตายตัวว่าต้องทำอะไรเฉพาะ บทบาทใดบทบาทหนึ่งโดยเฉพาะ ทั้ง 2 บทบาทมีความแตกต่างกันในส่วนที่พยาบาลช่วยรอบนอกมีหน้าที่คอยดูแลให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างเรียบร้อย ดูแลเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ที่อยู่ภายนอกบริเวณผ่าตัด ดูแลการเตรียมและจัดหรือเปิดชุดเครื่องมือ รวมทั้งดูแลประสานงานติดต่อในเรื่องอื่นๆ ได้แก่ การติดต่อรับผู้ป่วยรายถัดไป การประสานให้แพทย์วิสัญญีดำเนินการฉีดยาชาเข้าไขสันหลังผู้ป่วย เป็นต้น ส่วนพยาบาลรอบในหรือพยาบาลส่งเครื่องมือ ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในบริเวณผ่าตัดซึ่งเป็นเขตปราศจากเชื้อ มีหน้าที่ส่งเครื่องมือในการทำผ่าตัด ช่วยแพทย์ในการทำผ่าตัด ดูแลรับผิดชอบเครื่องมือผ่าตัดที่ใช้ให้มีสภาพพร้อมใช้งาน เช็ดทำความสะอาดคราบเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง ตรวจสอบว่ามีการชำรุดของเครื่องมือผ่าตัดหรือไม่ เป็นต้น เพื่อให้การทำผ่าตัดเป็นไปอย่างปลอดภัย อย่างไรก็ตามทั้ง 2 บทบาทนี้ต้องมีการทำงานร่วมกัน จะมีเพียงแค่บทบาทใด บทบาทหนึ่งไม่ได้ ดังคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลดังนี้

'คือจริงๆ แล้วในห้องผ่าตัดมันก็ไม่ได้ต่างกันเนอะ เพราะว่ามันก็คือพยาบาลห้องผ่าตัดเหมือนกันหมด แต่ที่มันจะมาแยกตรงตอนเข้า case แล้วมากกว่า... จริงๆ มันก็คือการทำงานร่วมกัน ไม่ได้แยกว่าจะต้องเป็น scrub หรือ circulate เพียงแต่ว่าหน้าที่ ณ ตรงนั้น คุณอยู่จุดไหนเท่านั้นเอง...ในห้อง

ผ่าตัดเนี่ยเราไม่มีใครที่จะทำคนเดียวได้ ในห้องเนี่ยถ้าทีมพยาบาลห้องผ่าตัด ก็อาจจะอยู่ 2 คน 3 คน ก็แล้วแต่ ก็คือเป็นที่มอยู่แล้ว เราไม่แยกกันว่าใครเป็น scrub ใครเป็น circulate เราต้องทำงานร่วมกัน รับผิดชอบร่วมกันอยู่แล้วใช้มัย แค่อาจจะแยกบทบาทกันไปบ้างตอนที่ทำ case คนหนึ่งดูแลใน field อีกคนช่วย ดูแลนอก field และใน field ร่วมด้วย แต่ไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นทุกคนต้องช่วยกัน ต้องร่วมรับผิดชอบด้วยกันหมด เพราะงั้นเนี่ย มองว่าทุกคนทำงานกันเป็นที่ม นะ เวลาเกิดอะไรขึ้นเราก็ต้องช่วยกัน ไม่ใช่เฉพาะห้องตัวเองนะ แต่ถ้าเป็นห้องข้างๆ คือไม่ว่าเป็นห้องนี้หรือห้องไหน ถ้ามันเกิดปัญหาแบบคนไข้ไม่ดี หรือมีเหตุให้ ต้องการคนเพิ่มด่วน อย่างเปลี่ยนแผนผ่าตัด คนไข้ bleed มากต้อง open [explorlap] อะไรแบบนี้เนี่ย เราก็ต้องไปช่วยเขา ไม่มีการแยกว่าเธออยู่ห้องนี้ก็ ต้องอยู่เฉพาะห้องนี้ ถ้าเราว่างพอหรือเราสามารถเข้าไปช่วยได้ เราก็ต้องเข้าไป ช่วย อันนี้คือการทำงานเป็นที่ม ของพยาบาลห้องผ่าตัด มันควรจะเป็นแบบนี้ ไม่ใช่ว่าฉันอยู่ตรงนี้ ฉันก็จะทำแต่ของฉันตรงนี้ มันไม่ใช่' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 7)

'scrub ก็เป็น cir ในบางเวลา บางวัน circulate ก็เป็น scrub คือความ เหมือนหรือความแตกต่างมันก็คือ 2 อันนี้ ก็คือ พยาบาลผ่าตัดเหมือนกัน ถ้าจะ พูดถึงความแตกต่าง ก็คงแตกต่างที่บทบาทในขณะนั้น scrub ก็ต้องดู ต้อง รับผิดชอบเรื่องเครื่องมือ ของการส่งผ่าตัดให้ smooth ช่วยเหลือการผ่าตัดให้ smooth ส่วน circulate ก็ คอยดูแลแบบรอบนอก ดูเรื่องการผ่าตัดรอบนอก หา ของหาเครื่องมือมาให้ นี่คือความแตกต่างในการทำงาน แต่ความเหมือนกันก็คือ เพื่อให้คนไข้ปลอดภัยจากการผ่าตัด ให้ไม่มีอุปสรรคในการผ่าตัด เพื่อลดความ เสี่ยง ไม่ให้เกิดความเสี่ยง ก็คือมีจุดมุ่งหมายในการทำงานเดียวกัน' (พยาบาล ผ่าตัดรายที่ 9)

'ทีมก็มี scrub circulate ช่วยกัน แล้วก็มีแพทย์ มีวิสัญญี ทำงานร่วมกัน เป็นทีม แล้วก็ยังมียู๊ป่วย มีเครื่องมือ ที่นำมาใช้ร่วมกัน อย่างมีหน้าป้ายผู้ป่วย คนหนึ่งมาแบบนี้ วิสัญญีก็จะเริ่มต้นดูก่อน ผล lab โอเคมัย ทำผ่าตัดได้มัย แล้ว ถ้าเขาโอเคเนี่ยก็ให้ทำผ่าตัดได้ พยาบาล scrub รับผิดชอบข้อมูลผู้ป่วย ผู้ป่วย case นี้ผ่าตัดอย่างนี้ๆ แล้วพยาบาลผ่าตัดทั้ง scrub ทั้ง circulate เนี่ยก็จะ

ร่วมกันจัดเครื่องมือเตรียมความพร้อมของเครื่องมือให้พร้อม แล้วพอลคนไข้มาเราก็ซักประวัติซักประวัติซักประวัติ เค้าคนไข้เข้าห้อง แล้วก็เรียกว่าอะไรอะ ทำ time out ที่ขานชื่อคนไข้ ขาน operation ขานคนเข้า case ทั้งหมด ทีมทั้งหมด ทั้งพยาบาลผ่าตัด วิสัญญี แพทย์ นะ แล้วก็คอนเฟิร์มเครื่องมือพร้อมมั๊ย อุปกรณ์พร้อมมั๊ย ถึงเริ่มผ่าตัด มันทำคนเดียวไม่ได้มันต้องช่วยๆ กัน มันขาดส่วนใดส่วนหนึ่งไม่ได้ใช้มา...cir เนี่ย จะเป็นเกี่ยวกับการติดต่อประสานงาน ถ้า scrub เนี่ย จะเป็นการส่งเครื่องมือ การสื่อสารกับแพทย์ใน field คิดว่าความยากง่ายมันพอๆ กัน เพราะทุกคนที่เป็นพยาบาลผ่าตัดเนี่ย ก็ต้องเคยทำบทบาททั้ง scrub ทั้ง cir อะ เพียงแต่ถ้าเป็น case ที่ต้องเตรียมการเครื่องมืออำนวยความสะดวกแบบนั้น ถ้า cir เป็นคนมีประสบการณ์สูงอยู่แล้ว งานก็จะไปลื่นมากขึ้นนะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่10)

จากที่กล่าวมาแล้วว่า บทบาทของพยาบาลผ่าตัดแบ่งออกเป็น 2 บทบาทหลักๆ ได้แก่ **พยาบาลรอบนอก** ที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ นอกบริเวณผ่าตัด ช่วยเปิดเครื่องมือ ช่วยเหลืองานของพยาบาลรอบในให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ช่วยในการประสานงานต่างๆ ดูแลให้ความสำคัญกับผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ประสานงานต่างๆ และ **พยาบาลรอบใน** หรือพยาบาลส่งเครื่องมือ ที่มีบทบาทในการช่วยเหลือแพทย์ในการทำผ่าตัด รวมทั้งเคร่งครัดในเรื่องเทคนิคการปราศจากเชื้อขณะทำผ่าตัด ดังประเด็นที่จะกล่าวต่อไปนี้คือ 3.2.1) พยาบาลรอบนอก ต้องใส่ใจ ใครต้องการอะไร หาให้ได้ทันที และ 3.2.2) พยาบาลรอบใน ต้องใช้ความอดทน คำนึงถึงผลการผ่าตัด

3.2.1 พยาบาลรอบนอก ต้องใส่ใจ ใครต้องการอะไร หาให้ได้ทันที

หนึ่งในบทบาทของพยาบาลผ่าตัดคือพยาบาลรอบนอก ถือเป็นบทบาทที่มีความสำคัญในการช่วยดูแลความเรียบร้อย และเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ในการผ่าตัด ช่วยในการติดต่อรับผู้ป่วยรายต่อไปเข้ารับการทำผ่าตัด ประสานงานกับวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล ประสานงานกับคนงานในการจัดเตรียมความพร้อมของสถานที่ ประสานงานกับหอผู้ป่วยในเพื่อสอบถามความพร้อมของผู้ป่วยหรือติดตามทวงอุปกรณ์หรือผลตรวจพิเศษที่ขาดหาย เช่น film x-ray เป็นต้น รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานภายในและภายนอกห้องผ่าตัด ช่วยดูแลจัดหาเครื่องมือที่ต้องการใช้เพิ่มเติมขณะทำผ่าตัด ช่วยดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ การตรวจสอบว่าผู้ป่วยไม่พกอุปกรณ์ที่เป็นโลหะมาทำผ่าตัด ขณะทำผ่าตัดผิวหนังของผู้ป่วยไม่สัมผัส

กับโลหะใดๆ เพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ไฟฟ้า รวมทั้งประเมินสถานการณ์ต่างๆ เพื่อให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัย ดังประเด็นที่จะกล่าวถึงดังต่อไปนี้ คือ 1) ดูแลรอบนอก เสริมงานรอบใน ไม่ให้ติดขัด 2) ดูแลการเปิด set ระวังการ contaminate ทุก set ที่ใช้งาน 3) ประสานกับทุกฝ่าย สื่อสารได้เข้าใจ ดำเนินการได้อย่างราบรื่น และ 4) สำคัญเหนืออื่นใด คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย

1) ดูแลรอบนอก เสริมงานรอบใน ไม่ให้ติดขัด

บทบาทของพยาบาลรอบนอกอย่างหนึ่งคือการดูแลสิ่งแวดล้อมรอบนอกทั้งหมด ทั้งการทำงานของอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำผ่าตัด เช่น เครื่องจีไฟฟ้า เครื่องดูดสูญญากาศ ไฟผ่าตัด แขนงเพดาน หรือการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษอื่นๆ เช่น ชุดเครื่องมือทำผ่าตัดแบบส่องกล้อง และการช่วยอำนวยความสะดวกให้แก่ทีมผ่าตัดทั้งแพทย์ พยาบาลส่งเครื่อง พยาบาลวิสัญญี ช่วยหยิบและเปิดเครื่องมือที่ต้องการเพิ่มเติมขณะทำผ่าตัด รวมทั้งมองสถานการณ์ตรงหน้าและประเมินอยู่เสมอว่าการผ่าตัดเป็นอย่างไร ถึงขั้นตอนไหน ราบรื่นดีหรือไม่ และภายในบริเวณผ่าตัดต้องการความช่วยเหลือใดเพิ่มเติมหรือไม่ เช่น ต้องการม้ายืนต่อขา หรือต้องการอุปกรณ์หรือเครื่องมือใดเพิ่มเติม เป็นต้น พยาบาลบางรายกล่าวว่าบทบาทของพยาบาลรอบนอกไม่ใช่เพียงแค่การดูแลภายนอกบริเวณผ่าตัดอย่างเดียว แต่ต้องดูแลทั้งนอกและในบริเวณผ่าตัด รวมถึงสิ่งแวดล้อมทุกอย่างที่อยู่โดยรอบด้วย เพื่อให้การทำผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่น ซึ่งการบริหารจัดการของพยาบาลรอบนอกนี้ยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในการทำงาน กล่าวคือหากพยาบาลรอบนอกมีประสบการณ์ในการทำงานมากจะสามารถทำงานและจัดเตรียมทุกอย่างได้อย่างคล่องแคล่วมากยิ่งขึ้น ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

'circulateก็ดูแลรอบนอก พวกสิ่งแวดล้อมรอบนอก ช่วยเปิดของให้ คือเค้าต้องคอยดูทุกอย่างอะ คือเค้าต้องมีประสบการณ์เยอะกว่ามากเลยนะในความคิดของหนูอะ บางครั้งคือแบบ scrub อายุงานน้อยๆ ประสบการณ์น้อยๆ เนี่ย อยู่กับพี่ circulate ที่ประสบการณ์เยอะๆ เนี่ย พี่เค้าจะรู้เลยว่าจะต้องเตรียมต้องเปิดของอะไรให้ต่อ หรือรู้เลยว่าจะทำอะไรยังไงต่อไป หรือว่าช่วยบอก scrub ได้เลย ช่วยเหลือเราได้อย่างเวลาเราขาดๆ เกินๆ หรือหลงลืมไปแบบนี้ พี่เขามองๆ อยู่ก็จะร้องเตือนมาเลย... บางทีคืออยู่ข้างนอกมันก็ไม่ได้เห็น field โดยตรงใช้มัย เราก็เลยไม่รู้ว่าจะต้องการอะไรต่อ ทำให้บางทีเราก็เตรียมเครื่องมือให้หมอไม่ถูกนะเวลาอยู่ข้างนอกนะ มันต้องแบบคนที่ม่ประสบการณ์จริงๆ พี่เขาจะเบะมาก' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 1)

'ก็ต้องคอยมอง คอยช่วยรอบนอก เค้า [circulate] ต้องเป็นคนคอย ประเมินสถานการณ์ เป็นคนช่างสังเกตหน่อย อย่างที่บางคนแบบเนี่ย พอหมอที่ทำผ่าตัดร้องเบาๆ แบบ 'ฮือ?' อะไรแบบนี้แค่นั้น พี่เค้าก็จะรีบโผล่มาละ เดินมาชะโงกหน้าดูใกล้ๆ ถามว่ามีอะไรรีบเล่า ร้องทำไม อยากได้อะไรมัย หรือจะให้ช่วยอะไร คือรีบถามทันทีอะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 2)

'จะคอยมองว่าต้องการอะไร เราอยู่ข้างนอกเราก็จะมองว่ามีอะไรให้เราช่วยเหลือบ้าง มีอะไรขาดไป บ้างในจุดนั้น...cir เนี่ย จะเป็นคนช่วยเปิดให้ scrub แล้วก็ดู field ที่กว้างกว่า คือไม่ใช่แคใน field ผ่าตัด แต่เป็นทั้ง field ผ่าตัด แล้วก็สิ่งแวดล้อมรอบๆ เลย เออ suction ทำงานมัย ไฟผ่าตัดเปิดรึยัง ใครจะเอาม้าต่อขารึเปล่า จ้ทำงานได้มัย อะไรแบบนี้ แล้วมันยังมีเดิมพวกเครื่องมืออะไรที่ขาดหาย หรือเขาต้องการใช้ใน field เพิ่มอีก... ต้องประเมินว่ามันจะเกิดอะไรขึ้น จะต้องเตรียมพร้อมไป พอเค้าเรียกปั๊บ เราก็ต้องมีให้ไง มีให้ scrub ต้องมีให้หมด เตรียมเอาไว้ให้พร้อมทุกอย่าง แล้วก็ดูภาพมุมกว้างด้วย เพราะถ้า scrub เค้าอยากได้อะไร เขาออกจาก field ไม่ได้ไง cir เนี่ย ต้องเป็นตัวแทนในตอนนั้นเพื่อวิงวอนของให้แล้วก็มาเปิดให้ หรือจัดบริเวณรอบนอก field ให้ เพื่อให้การผ่าตัดมันผ่านไปแบบ smooth ที่สุดนะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 6)

'circulate นะ ก็ต้องดูข้างนอก เตรียมเครื่องมือ เตรียมคนไข้ให้พร้อมที่จะทำผ่าตัด อย่างเช่นว่าคุยกับคนไข้ หรือว่าการเตรียมสิ่งที่ต้องใช้ในการทำผ่าตัด เครื่องมือ อุปกรณ์ จี้เจ็อ suction การวางติดอุปกรณ์พวก plate เปิดอะไรพวกนี้ เราก็ต้องดูแล ต้องดูแลตรงนี้ให้ cover อะคะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 7)

'ต้องเร็ว แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ต้องตัดสินใจให้ได้ circulate ไม่ใช่ว่าพอทำ case เสร็จแล้วจะนั่งเขียนเอกสารอะไรอย่างเดียวนะ ต้องคอยมอง field คอยประเมินด้วย อย่างบางที่เรามองๆ ไปแล้วเห็นคนไข้ bleed เนี่ย ต้องคิดเลยเราต้องทำอะไร ต้องเตรียมอะไร คนเป็น cir เนี่ยสำคัญเหมือนกันนะ เพราะต้องรีบเตรียม suture เตรียมอุปกรณ์ เตรียมวัสดุ stop bleed ต้องดูรอบนอกเลยว่า

เออ จี้พร้อมใช้รียัง suction พอมีัย ควรจะเพิ่มมีัย เพราะถ้ามัน bleed มากๆ เนี่ย แล้วคุณออกไม่ทัน มันก็บังใจ แบบนั้นยิ่งมองไม่เห็นว่าเป็น bleed จากไหน แก้ไขยังลำบาก แล้วคนช่วยอีก เออ ถ้า case มันหนักขึ้นแบบนี้เนี่ยเราต้องหามาช่วยเพิ่มมีัยเพื่อความปลอดภัยของคนไข้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 14)

2) ดูแลการเปิด set ระวังการ contaminate ทุก set ที่ใช้งาน

ในการทำผ่าตัดมีหลายครั้งที่ต้องการเครื่องมือหรืออุปกรณ์พิเศษมากเกินกว่าที่พยาบาลรอบนอกได้จัดเตรียมเอาไว้ พยาบาลส่งเครื่องมือที่อยู่ในบริเวณปราศจากเชื้อไม่สามารถละมือหรือถอดชุดปราศจากเชื้อออกไปหาเครื่องมือดังกล่าวได้เอง พยาบาลรอบนอกจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยหยิบหาเครื่องมือดังกล่าวมาเปิดให้พยาบาลส่งเครื่องมือได้ใช้ โดยเฉพาะการทำผ่าตัดซึ่งมีโอกาสจะเปลี่ยนแผนการทำผ่าตัดสูง เช่นการทำผ่าตัดแบบส่องกล้องที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บของอวัยวะข้างเคียงหรือถูกเส้นเลือดได้ ทำให้ต้องเปลี่ยนแผนการผ่าตัดจากแบบส่องกล้องมาเป็นแบบเปิดช่องท้องแทน ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการทำผ่าตัดจะมีความแตกต่างกันไป พยาบาลรอบนอกต้องนำเครื่องมือใหม่ที่จะใช้ในการทำผ่าตัดดังกล่าวมาเปิดให้แก่พยาบาลส่งเครื่องมือโดยการเปิดเครื่องมือที่มีความสำคัญต่อการผ่าตัดให้ก่อน เช่น จี้ไฟฟ้า หรือเครื่องมือผ่าตัดที่ต้องใช้ในช่องท้อง ได้แก่ เครื่องมือที่มีขนาดยาว เครื่องมือถ่างขยายแผล อุปกรณ์ซับเลือด เป็นต้น แล้วจึงเปิดเครื่องมือที่มีความสำคัญรองลงมาเป็นลำดับถัดไป พยาบาลผ่าตัดรายหนึ่งกล่าวว่าเมื่อสังเกตเห็นว่าการทำผ่าตัดมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแผนการรักษาจากการทำผ่าตัดส่องกล้องมาเป็นแบบเปิดช่องท้องสูง ก็อาจพิจารณาเปิดเครื่องมือที่ใช้ในการทำผ่าตัดช่องท้องต่างๆ ให้แก่พยาบาลรอบนอกก่อน เพื่อให้พยาบาลรอบนอกมีโอกาสได้เตรียมเครื่องมือต่างๆ บนโต๊ะวางเครื่องมือผ่าตัดได้ทัน เนื่องจากเมื่อแพทย์ตัดสินใจเปลี่ยนแผนการรักษาทุกอย่างจะต้องดำเนินการอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้พยาบาลรอบนอกต้องเป็นผู้คอยมองสถานการณ์การผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง เมื่อพบว่ามีแนวโน้มต้องใช้เครื่องมือใดจะได้มีการเตรียมเครื่องมือดังกล่าวให้พร้อมเปิดใช้เมื่อถูกเรียกหา พยาบาลผ่าตัดอีกรายยังกล่าวว่าควรต้องมีการเตรียมเครื่องมือไว้ก่อนการเรียกใช้เครื่องมือฉุกเฉิน ในบางครั้งอาจมีความลำบากในการหาเครื่องมือเนื่องจากถูกนำไปใช้ในห้องผ่าตัดอื่นก่อนแล้ว นอกจากนี้ในการเปิดเครื่องมือผ่าตัดแต่ละชนิด มีข้อควรระวังระวังคือการปนเปื้อน (contaminate) ของเครื่องมือ ทั้งจากการปนเปื้อนขณะเปิดชุดเครื่องมือ ห่อผ้าหรือบรรจุภัณฑ์ที่ห่อหุ้มเครื่องมือมีรอยฉีกขาด หรือหมดอายุการปราศจากเชื้อของเครื่องมือ ดังนั้นก่อนนำไปใช้พยาบาลผ่าตัดควรตรวจสอบเครื่องมือทุกชิ้นก่อนเปิดใช้หรือเปิดส่งให้พยาบาลรอบนอก

ตั้งแต่การตรวจสอบการปราศจากเชื้อของแถบ external indicator ที่ติดอยู่บนห่อเครื่องมือว่า เครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อแล้วหรือยัง ตรวจสอบวันหมดอายุที่ระบุอยู่บน ป้ายเครื่องมือ ตรวจสอบห่อผ้าและห่อบรรจุภัณฑ์ของเครื่องมือว่ามีร่องรอยขาดหรือมีรูรั่วหรือไม่ ก่อนเปิดเครื่องมือดังกล่าวด้วยความระมัดระวัง หากเกิดการปนเปื้อนต้องเปลี่ยนเครื่องมือหรือ อุปกรณ์ดังกล่าวใหม่ทันที มิฉะนั้นอาจทำให้เกิดการปนเปื้อนในการผ่าตัด ดังคำให้สัมภาษณ์ ต่อไปนี้

'อย่างติดเชื่อนี้ ไม่อยากให้เกิด อะไรที่มันป้องกันได้แล้วมันเกิดเนี่ย อันนั้นจะไม่อยากให้เกิดเลย อันนี้คือมุมมองภาพกว้างเลย เช่น สมมุติว่า เราจะเปิดของชิ้นหนึ่งให้เขา ให้ scrub แต่ของชิ้นนั้นมัน expire อย่างเนี่ย แล้วพอเราเปิดไปอย่างเงี้ย เราก็ อู๊ยตาย มัน expire แล้ว หรือว่า ที่เคยเกิดเหตุการณ์จริงครั้งนึงคือ น้องในห้องอะ อยู่สามคนใช้ปะ น้องในห้องก็เปิดซอง visipill [ซองบรรจุเวชภัณฑ์] อะ ซึ่งมันทะลุอะ ซึ่งถ้ามันมองเผินๆ มันไม่เห็นนะ เพราะมันเป็นรอยพับ แต่รอยพับอันนั้นอะ จริงๆ มันไม่ใช่รอยพับ แต่มันเป็นรอยขาด ขาดจากซองของมีคมมันที่ขนาดทะลุออกมา 2 ชั้นเลยอะ อยู่ๆ พี่ก็ไปเห็นอะ ก็คือน้องเค้าก็แปะไว้ตรงป้ายเครื่องมือที่เปิดข้างๆ ห้องใช้ปะ พี่ก็หันไปดู แล้วก็มองๆ เอ้า นี่มันรอยอะไร อ้าว นี่มันขาด เห็นเป็นรอยขาด อ้าวตายละ มัน มันเครียดตรงนี้อะ คือแบบ [น้อง] ไม่ได้พิถีพิถันในการเช็คของก่อนที่จะเปิดเนี่ย อันนี้เครียดมาก พอ พอ พอมันเกิดการ contaminate ขึ้นมา พี่จะเครียด จะปวดหัว จะแบบ โอ๊ย ทำไมต้องเกิดอย่างนี้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 4)

'อย่างหมอนี้ จะเอาอะไรเพิ่มเนี่ย อย่าง circulate ต้องคอยดู fieldนะ ต้องคอยดูว่าเออ จะเอาอะไรเพิ่มรีเปล่า จะไม่ได้นั่ง คืออาจจะมึนบ้างที่ไม่ได้ดูตลอดเวลา แต่คือต้องคอยดูอะ...circulate ต้องรู้แล้วก็เดาถูก มองๆ fieldแล้วรู้เลยว่าหมอนต้องการอะไรเป็นขั้นตอนถัดไปแล้วก็รีบวิ่งไปเอามา ก่อนที่หมอนจะเรียกอีกนะบางที คือแบบ แต่ scrub อยู่ตรงนี้ ไม่สามารถรับรู้ได้แล้วว่าอะไรเพิ่ม แต่ circulate เนี่ยรู้แล้ว แล้วก็ ต้องเตรียมทุกอย่างให้พร้อม ถ้าสมมุติว่า cir ไม่รู้ อะไรเลยอย่างเนี่ย มันก็จะทำงานไม่ได้ จะเอาเครื่องมือหรือหีบนั้นนี่ให้เขาไม่ได้ แต่ถ้า cir รู้ อย่างเครื่องมือ ใหม่ อะไรเล็กๆ น้อยๆ อะไรแบบนี้ก็จะช่วยได้ ไข่มัย ระยะเวลาทำผ่าตัดมันก็จะสั้นลงไง ถ้าสมมุติแบบมาถึงแล้วนึกได้ เอยังไม่มีอันนี้นี่นา นึกได้แล้วรีบวิ่งไปเองไง ก็ลดภาระไปได้ ทำให้เร็วขึ้น เออ พอนึก

ออกก็เอามาเผื่อไว้รูปแบบนี้... ต้องรู้เยอะกว่า มากกว่า คือต้องรู้ทุกอย่างด้วยซ้ำไป ว่าตรงนี้เป็นยังไงนี่นะ ควรจะทำแบบนี้หรือแบบนี้ บางทีมันไม่ใช่อย่างที่เรเตรียมไว้ใจ แต่บางที่เราต้องเตรียมไว้ อย่างถ้า CBD [common bile duct] ต้องเตรียมอะไรเพิ่ม ต้องเตรียม feeding tube หรือถ้ามัน tear เนี่ย ต้องเตรียม t-tube ต้องเอามาเพิ่มแล้วใช้มัย ทั้งที่จริงตอนแรกเป็น case แบบ colecystec ฉะๆ แต่ถ้ามัน tear แล้วเนี่ย คนใน case แบบ scrub นะก็คือออกไปไหนไม่ได้ ใช้ปะ cir ก็เป็นคนวิ่งวุ่นไปเตรียมของ เตรียมทุกอย่างที่คิดว่าเจอเรื่องแบบนี้แล้วจะใช้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 5)

'เราต้องทำการผ่าตัดของเราให้ sterile มากที่สุด เพราะมันตั้งแต่แรกเลย ตั้งแต่การเปิดของเตรียมของเลย ต้อง sterile ต้องดูเลยนะว่าเออ นี่มาผ่านมัย ไอ้แถบ external indicator ที่แปะหน้าห่อมันขึ้นลายขาวดำมัย วันที่ระบุนวันหมดอายุบนหน้าห่อของยังไม่หมดอายุใช้มัย ผ้าห่อมาดีรีเปล่า ไม่ขาดแน่นอน ขึ้นตอนเปิดนี่ก็ต้องเปิดให้มัน sterile ถ้าเกิดเปิดๆ ไปแล้วเราเผลอไปทำมัน contaminate เมื่อไหร่เนี่ย เราก็ต้องยอมทิ้งนะ อย่าไปเสียดาย หรือแบบบางที่ con ไม่ con ไม่รู้ ไม่แน่ใจ ให้ถือไปว่า con ไปก่อน ทิ้งไปเลย เอาอันใหม่มาเปิด อย่าไปคิดว่า คงไม่มัย ไอ้คำว่า คงไม่ เนี่ย มันไม่ใช่เนาะ มันคงจะ contaminate ไปละ แล้วพอเราเปิดผ้าห่อของเนี่ย เวลาเปิดผ้าห่อที่สอนน้องเสมอว่า เออ ของมันห่อผ้า 2 ชั้นใช้มัย เวลาเปิดต้องดูนะ ระวังลื่นผ้ามันห้อยมา ถ้าหนูเปิดปั๊บ ถ้าหนูไม่ดูนะลื่นผ้า [ห่อผ้าชั้นใน] มันอาจจะห้อยโดนมือเราแล้ว แล้วเราไม่ใส่ใจเราเปิดส่งเข้าไปให้ใน field เนี่ย จริงๆ มัน con แล้ว แต่เราเปิดไปให้เค้าใช้ แล้วพอถ้าเกิดมันเกิด infect ขึ้นมาเนี่ย เราหาสาเหตุไม่ได้ เพราะมันก็คือ การป้องกัน ตรงนี้ก็คือ พี่คิดว่ามันต้องมาตั้งแต่เริ่มแรก การเปิดของเลย' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 7)

'บางทีคนข้างในอยากได้ ไอ้เนี่ย ไอ้เนี่ย เราก็ต้องวิ่งไปหา บางอย่างของมันไม่มีหรือห้อยอื่นเอาไปกิน เราก็ต้องไปหามาให้เขาจนได้ ไม่ก็ต้องเหมือนแบบคิดอะ ว่า เอ๊ะ มันน่าจะใช้เครื่องมืออันนี้แทนได้รีเปล่านะ มันน่าจะพอใช้แทนกันได้ ถ้าไม่มีที่เค้าอยากได้จริงๆ ก็หยิบไปเผื่อ ไปเป็นตัวเลือกลงให้เขา ซึ่งบางที่เขาก็โอเคอะนะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 8)

[case เปลี่ยนจาก Laparoscope เป็น Open] เวลาเปิดเครื่องมือเราก็ต้องเปิดแบบเครื่องมือที่มันสำคัญมากเป็นอันดับแรกๆ ก่อน เช่น จี้ swab มีด เครื่องมือยาวๆ ที่ใช้ในช่องท้อง อะไรแบบนี้ อย่างอื่นก็ค่อยๆ ทอยเปิด ต้องแบบลำดับความสำคัญของมัน อะไรใช้ก่อนใช้หลัง แล้วเปิดให้ถูกจังหวะให้เวลา มันมีค่ามากที่สุดอะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 9)

'มันก็ไม่ใช่ว่าเริ่ม case เสร็จปั๊บไม่มองไม่อะไร เราก็ต้องมองว่าเออของเค้ามีครบรึยัง แล้วลำดับต่อไปอะไรยังงั้นมีรึยัง ถ้ายังไม่มีเราก็ต้องไปเตรียมจัดหา อย่างสมมุติทำ lap อยู่ดีๆ จะ explore เราก็ต้องดูว่าเครื่องมือที่จะ explore มีรึยัง ถ้ายังไม่มี ถ้าสมมุติว่าแนวโน้มที่จะ explore เนี่ยสูง เราก็ต้องเปิดไปเลย เปิดไปเลย ให้ scrub ได้เตรียมก่อนที่จะ explore เพราะว่าตอนที่หมอเขาตัดสินใจที่จะ explore เนี่ย วินาทีนั้นทุกอย่างมันก็จะวุ่นวายมาก เครื่องมือทุกอย่างมันก็จะเปลี่ยนหมด ถ้าเปิดไปก่อนแล้วหลังจากพิจารณาว่าต้องเปิดต้อง explore แน่เนี่ย มันก็ทำให้งานมันเร็วขึ้นดีต่อคนไข้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 12)

3) ประสานกับทุกฝ่าย สื่อสารได้เข้าใจ ดำเนินการได้อย่างราบรื่น

การเป็นผู้ประสานงาน เป็นอีกบทบาทหนึ่งที่สำคัญของพยาบาลรอบนอก ซึ่งการประสานงานแต่ละครั้งต้องมีการสื่อสารที่ทำให้ทุกฝ่ายเข้าใจตรงกัน เพื่อให้เกิดความพร้อมทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งจะช่วยให้งานสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยเฉพาะการมีข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดของผู้ป่วย ชนิดและประเภทของยาที่ใช้ระดับความรู้สึของผู้ป่วย การติดต่อกับหอผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความพร้อมในการรับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด รวมถึงการสอบถามการให้ยาก่อนผ่าตัดและความพร้อมของผู้ป่วย นอกจากนั้นการประสานงานกับหอผู้ป่วยในกรณีเป็นการผ่าตัดใหญ่และผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง ภายหลังผ่าตัดจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลรอบนอกต้องตรวจสอบให้แน่ใจว่า มีการจองเตียงสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว ส่วนการประสานงานภายในห้องผ่าตัด พยาบาลรอบนอกมีการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรในจุดต่างๆ เพื่อให้ข้อมูลที่ต้องการ ในการเตรียมผู้ป่วยรายต่อไปเข้าห้องผ่าตัด ในกรณีที่ทีมผ่าตัดไม่สามารถทำการผ่าตัดได้เสร็จตามเวลาที่ระบุในตารางการผ่าตัด พยาบาลรอบนอกจะ

เป็นผู้แจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบแจ้งกับหอผู้ป่วยและแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่รับผู้ป่วยรับทราบ หรือในกรณีที่ต้องการเครื่องมือเพิ่มเติม จะมีการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดในการเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ต้องใช้ดังกล่าว เช่น เครื่องมือการทำผ่าตัดด้วยกล้อง เครื่อง x-ray เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องมีการตรวจสอบความเรียบร้อยของห้องผ่าตัด ประสานงานให้เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดทำความสะอาดห้องภายหลังการผ่าตัดและเตรียมห้องผ่าตัดให้พร้อมสำหรับการทำผ่าตัดผู้ป่วยรายต่อไป ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

'ประสานให้รับคนไข้ ประสานหมอมว่าจะให้รับให้ block ได้รียัง แล้วก็ค่อยส่ง block ถ้า block เสร็จแล้วก็เข้าห้อง...พอ case ถัดไป พี่ก็ต้องประสานก่อนว่า case นี้มันเลยตารางเวลารึเปล่าจะเสร็จทันรึเปล่า ถ้าเลยพี่ก็ต้องโทรไปบอกเสมียนโทร [intercom] บอกแบบ เออ case นี้ late นะ เลื่อนนะ อย่าเพิ่งรับมา เดี่ยวพร้อมเมื่อไหร่จะติดต่อไป หรือถ้าจะทำ case ต่อไปเลยก็จะโทรไปบอกว่าเออรับได้นะอะไรอย่างเนี่ย ทำจนกว่าจะเย็น เพราะถ้าเราประสานงานดี case เราก็จะรันไปได้ด้วยดี' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 4)

'ต้องประสานงาน กับ anas กับ ward กับหมอ ก็ประสานงานเรื่องเกี่ยวกับคนไข้เนี่ยแหละว่าจะเริ่มยังไง จะใช้อะไรเป็นพิเศษมั้ย แล้วจะทำที่โง่ถามประมาณนี้ แล้วถ้าบางอย่างบาง case ที่เป็น OPD แบบนี้ ก็ต้องคุยกับญาติ เรื่องพวกค่าใช้จ่ายอะไรแบบนี้ ตอบคำถามหลายอย่างน่า ตอบคำถามพวกแบบ บางทีก็มีโทรศัพท์โอนจากข้างนอกมา ถามเรื่องค่าใช้จ่ายในการทำผ่าตัดแบบนี้ แต่ถ้างานที่ทำทุกวันก็มีแค่นี้ละ เตรียมของ ส่งของ ประสานงานกับตึก เช็คความเรียบร้อยของ case แต่ละ case เคลียร์ค่าใช้จ่ายของคนไข้แบบนี้ แล้วก็ดูแลเครื่องมือของเราเองด้วย' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 8)

'สภาพคนไข้ ดูอุปกรณ์ ดูผู้ร่วมงานใช้มั้ย อันที่สองก็คือดูสภาพคนไข้คนไข้มีปัญหามั้ย ถ้ามีปัญหาเราก็ต้องปรึกษากับหมอกับพี่ anas แล้วว่า เออจะให้รับมาเลยมั้ย หมอมารียัง อยู่ที่ไหนแล้ว เพราะแบบบาง case มาถึงสภาพไม่ค่อยดีใจ ก็ไม่อยากจะรับมานอนแบบนี้นะ ก็คือต้องประสานงานกับทุกฝ่ายน้อง ตึก anas หมอ ไร้ อันที่สามก็คือเวลาเข้าห้องก็ต้องดูคนงานด้วย ว่าเขาเตรียมของให้เราพร้อมมั้ย คนงานเขาเตรียมของให้เราพร้อมมั้ย พวกอุปกรณ์

หรือกลิ้งหรืออะไรแบบนี้ ต้องมีอุปกรณ์อะไรเพิ่มเติมที่ต้องเตรียมมัยอะไรอย่างนี้... OR ที่ดี ต้องสามารถประสานงานได้ ต้องคุยได้หมด ทั้งกับพยาบาลดมยา กับหมอ กับตึก หรือแม้แต่กับคนงานอะไรแบบนี้ เพราะไม่ใช่มาแบ่งชนชั้นหรือไปว่าเขาเสียๆ หายๆ เราต้องให้เกียรติเขาเหมือนกัน เพราะส่วนหนึ่งคืองานเราสำเร็จได้ก็เพราะเขา เพราะเขาช่วยเราเอาคนไข้เข้าห้อง ช่วยจัดการทำความสะอาดห้องให้ ช่วยเซ็นอุปกรณ์ใหญ่ๆ อย่างแบบ C-arm [เครื่อง x-ray] ให้อะไรแบบนี้ คือห้องผ่าตัดมันต้องทำงานเป็นที่มอ ต้องช่วยกันทั้งหมดเลย แล้วงานมันจะเดินไปเร็วไม่เสียเวลา ซึ่งมันก็ต้องใช้แบบการประสานงานทั้งกับดมยา หรือกับตึกแบบนี้ คล้ายๆ กับว่าเราก็ต้องมีการประสานงานที่ดีซึ่งกันและกันแบบนี้แหละ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 9)

'circulate เนี่ยเค้าต้องคอยดูแลระบบรอบนอกซึ่งก็เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเหมือนกัน อย่างถ้าคนใน fieldต้องการเครื่องมืออย่างเนี่ย circulate ก็จะเป็นคนหามาให้เราได้ หรืออย่างประสานงานอย่างเนี่ย เค้าก็เป็นคนอยู่ข้างนอกไม่ได้ อยู่ในชุด sterile ก็จะเป็นคนประสานงานภายนอกให้หมด โทรศัพทหมอดัง โทรศัพทจากตึก อินเทอร์เน็ตในห้อง หรือประสานงานรับ case ต่อไป หรือ block case ต่อไปอะไรแบบนี้ เค้าต้องเป็นคนทำหมดอะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 10)

'ประสานเรื่อง ICU ถ้า case นั้นต้องการ ICU แบบนี้นะ ดูว่าได้เตียงมัย เพราะบาง case ถ้าไม่มี ICU แล้วเขาจะงดไป เพราะอาการคนไข้หลังออก อาจจะหนักพอควรอะไรแบบนี้ เตรียมเครื่องมือพร้อม พอดคนไข้มาถึง ถ้าเป็นคนไข้ที่ต้องใช้ออกซิเจน คือ เค้าเรียกว่าไทมมอ ถ้าเป็นคนไข้หนักเนี่ย เราก็จะประสานกับแพทย์ก่อนรับคนไข้ เขาจะได้ไม่ต้องมารอนาน...ประสานและควบคุมเหตุการณ์ คือช่วยประสานและควบคุมเหตุการณ์ให้ case นี้สำเร็จและลุล่วงไปได้ด้วยดี เพราะฉะนั้นเราต้องคอยดูแลสิ่งที่จะมากระทบ ว่าเออแพทย์เป็นยังไง ใครเป็นยังไง จะทะเลาะอะไรกันยังไง ซึ่งจริงๆ แล้วมันเป็นหน้าที่ของหัวหน้าทีมผ่าตัด ในนี้ก็แบบก็คนที่พยาบาลที่คอยประสานนั้นแหละ ต้องช่วยประสานให้งานมันผ่านไปด้วยดี ตึกแบบอะ ของมีของไม่มีของครบหรือไม่ครบอะไรยังไง แพทย์ แพทย์มีคนมาพบยังไง เดี่ยวจะไปประชุมไปอะไรยังไง

อะไรอย่างนี้เนี่ย ก็ต้องดูแลให้เรียบร้อยอะ ให้งานมันเสร็จสิ้น... หรือว่ามีอะไรต้องส่งต่อ อย่าง specimen บางอันต้องให้ตึกส่งต่อ หรือว่าทอระบายบางอันยังไม่เปิดนะ ให้ไปเปิดที่ตึกอะไรอย่างเนี่ย อย่างพวกฝั่ง Ortho อะเนอะ อะไรแบบนี้เนี่ย นอกจากเขียนแล้วเรายังต้องสื่อสารโดยตรงหรือสื่อสารกับดมยา เพราะเขาต้องไปส่งเวรอยู่แล้ว ก็เลือกเอาถ้ามันสำคัญมากเราก็ต้องโทรบอกเขา [พยาบาลประจำหอผู้ป่วย] ไปเลย' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 11)

'การสื่อสารสำคัญที่สุดเลย อย่างน้อย scrub เนี่ย ใครจะเข้า case ใครจะ cir ก็ต้องคุยกัน เออ เป็นมัย เคยเข้ามัย case แบบนี้ เคยเข้ารีเปล่า anas ทำอะไร? block หรือดม แล้วหมอจะใช้อะไรบ้างอะ มันคือการสื่อสารทั้งหมดเลย โทรไปบอกจะไปปรับคนใช้นะ ไม่บอกก่อนเค้าไม่มีเวลาเตรียมคนไข้ ไม่ได้ให้ยา pre med ก่อนผ่าตัดครึ่งชั่วโมงอะไรแบบนี้ เค้าก็บ่นอีกเพลอโดนด่ามา...แล้วอีกอย่างอะ มันเป็นการ run case ต่อเนื่องกันไปเรื่อยๆ ทั้งวันไปตาม schedule แล้วคือ จะ run ได้ยังไง ก็ต้อง circulate ไง สรุปลงแล้วคือ circulate ต้อง cover ทุกอย่างได้ ทั้งหมด ทั้งหมด ทั้ง anas ทั้งทีม ทั้งคนงาน สั่งการเลย ต่อไปเตรียมอะไร เตรียมอะไร เตรียมอะไร เอามาไว้รอเลย case ต่อไปใช้เครื่อง ultrasound ตัวสีม่วงนะ case ต่อไปใช้กล้อง scope ของห้องสูตินะ case ต่อไปใช้หมอน้ำนะ เตรียมน้ำเกลือขวดส้มมาเยอะๆ เลยนะ 3-4 ลังเข็นมาเลย หรือ case ต่อไปเป็น nail นะ เตรียมเตียงมาร์เกินนะ เตรียมที่แขวนขา ตัวคันทา หรือขาหยั่ง หรืออะไรก็ว่าไป ให้มาวางเตรียมเลยนะ case ต่อไปเอาแบบนี้ๆ คนงานเค้าก็จะรู้แล้วเตรียมให้พร้อม แล้วก็สั่ง block สั่งอะไรไปเลย งานมันจะได้ run ได้สำเร็จ อะไรประมาณเนี่ยะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 12)

นอกจากนั้นหากการผ่าตัดใดเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาด พยาบาลผ่าตัดมีส่วนร่วมในการช่วยลดความเสี่ยงดังกล่าวได้ด้วยการสื่อสารและการประสานให้ข้อมูลที่ชัดเจนและถูกต้อง เช่น ในรายที่มีการเสียเลือดมาก ไม่สามารถหยุดเลือดได้ แพทย์ใช้การ pack อัดผ้า swab เข้าไปกดในช่องท้องหรือใช้อุปกรณ์เครื่องมือ เช่น clamp หนีบบริเวณที่มีเลือดไหลไว้ในกรณีเช่นนี้ พยาบาลผ่าตัดต้องมีการจดบันทึกรายละเอียดทุกอย่างให้ครบถ้วนเพื่อส่งต่อข้อมูลไปยังหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวอยู่ พยาบาลบางรายกล่าวว่านอกจากการจดบันทึกแล้วถ้าข้อมูลนั้นมี

ความสำคัญมากก็จะใช้วิธีการโทรศัพท์รายงานให้พยาบาลหอบุ๋ยในรับทราบด้วย ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

‘มีปัญหาที่สุด อย่างการสื่อสารเนี่ย อย่างเราแบบ เราพูดแบบนี้ เราหมายความว่าแบบนี้ แต่บางคนตีความไปอีกแบบหนึ่ง ซึ่งบางที่แบบพูดแล้วจับใจความไม่ใช่ ก็เอาไปแปลอีกแบบหนึ่ง ซึ่งบางที่จริงๆ แล้วมันไม่ใช่แล้วมันก็ผิดพลาด เพราะงั้นเนี่ยบางที่แล้วการสื่อสารคือควรจะต้องเข้าใจเหมือนกัน การทำงานถึงจะราบรื่นนะ ณ ตอนเนี่ย การสื่อสารมันไม่ใช่ ไม่ถูก เพราะว่าเนี่ยตอนนี้ก็มีพยาบาลจบใหม่เยอะ ตามวงตาม ward เพราะงั้นเวลาสื่อสารเนี่ย ไม่เข้าใจกัน เพราะงั้นมันก็ทำให้มีปัญหาในการทำงานเกิดขึ้นได้... สมมติหลังผ่าตัดเนี่ย หมอจะให้คนไข้ไปที่ไหนต่อ เราก็ต้องโทรประสานด้วย แล้วก็เขียนปะหน้าป้ายไปด้วย คือถ้าไม่เข้าใจต้องถามต้องโทรประสานงานเลย แล้วเราก็ต้องแบบเขียนโน้ตลงไปว่าเราคุยอะไรกันยังไง จดด้วย จดเลย ไม่พูดปากเปล่านะ อืม ต้องมีหลักฐานการยืนยัน ไม่ว่าจะทำอะไรแล้วแต่ ต้องถูกต้องนะ ต้องมีหลักฐานการยืนยันว่าถูกต้อง ถ้าไม่ถูกต้องแล้วเอาไปพูดนะ มันไม่ใช่ ต้องมีหลักฐาน ต้องเขียน อย่างสมมุติว่าเราจะส่งคนไข้กลับตึกเนี่ย หรือคนไข้มีปัญหาอะไรก็แล้วแต่เนี่ย เวลาเราจะส่งคนไข้กลับตึกเราก็ต้องเขียนเอาไว้ก่อน อย่างเช่นคนไข้ เอ๋อ มีแผลบริเวณหน้าท้อง ก่อนที่จะมาทำผ่าตัดเนี่ย เราก็ต้องเขียนต้องโน้ตไว้แล้วในใบเอกสารห้องผ่าตัดของเราเนี่ย หรือจะวาดรูปไปเลยก็ได้ นะ อย่างที่จะวาดรูปไว้เลยนะ ว่า เออ เปิดตรงนี้มีแผลนะ แล้วก็กากบาทสีแดงไว้ เวลากลับไปตึกแล้วพยาบาลเห็นเนี่ย เค้าจะได้รู้ว่าเออ มันไม่ได้เกิดจากห้องผ่าตัดนะ หรือเขียนไปด้วย โน้ตไปด้วย แล้วก็โทรบอกตึกสักหนึ่งเรื่องนี้ หรือว่าการที่เราจะใส่ packing อะไรให้กับคนไข้ โน้ตเสร็จ อาจจะไปบอกต่อกับ anas ให้ เค้าไปบอกต่อที่ตึกว่ามี packing นะ ว่านี่คือเราไม่หลงลืมนะ เราตั้งใจที่จะใส่ไว้แบบนี้’ (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 7)

‘รายนั้นรู้สึกว่าคุณคนไข้ทำ แล้วมัน tear โดนเส้นเลือดใหญ่ ซึ่งก็ไม่ได้ DOT ตอนนั้น มันก็แบบเลือดออกเยอะไป เขาก็เอา swab มา pack pack เอาไว้ แล้วก็แบบตาม surgeon มาช่วยอีกคนนึง เสร็จแล้ว pack ไว้ ก็คือ stop bleed แล้วก็คือเอา clamp คาเอาไว้ ตอนที่เรานับอุปกรณ์ นับเครื่องมือพวกนี้ เราก็ต้องโน้ต โน้ตเอาไว้ในบันทึกให้ละเอียด ว่าใช้ swab pack ไปเท่าไร เอา

เครื่องมือ clamp ไว้ที่ตัว เพื่อไม่ให้มีอะไรผิดพลาดไป แล้วคนไข้เขาก็ไป ICU ต่อ แล้วก็มา re explore อีกหลายรอบนะ ประมาณ 5-6 ครั้งอะ...เคยเจอแบบว่าครั้งสุดท้ายก็ปวดหัวเหมือนกันว่าเขาเป็นคนที่แบบมาทำ case ครั้งสุดท้ายคือมาเอาเครื่องมือเอาอะไรออกแบบนี้อะ คือคนที่เขียนเขาจะรู้ แบบเขาเขียนไว้ว่า เออ มาเอาเข้าเอาออกไปทั้งหมดก็ฝัน ปัจจุบันนี้รวมมี swab อยู่ในท้องก็ฝันอะไรแบบนี้นะ เพราะงั้นก็เขียนจะบันทึกเอาไว้เนี่ย มันก็มีความสำคัญ เพราะบางครั้งเราคิดว่าเราดูในหน้าป้ายคนไข้ แต่แบบบางครั้งที่คนไข้แบบหน้าป้ายหน้าๆ พอลกลับมาอีกครั้ง ให้อ่านหน้าป้ายหน้าๆ ที่เขียนไว้อะ มันไม่กลับมากับเรา เขาอาจจะเคลียร์แฟ้มคนไข้ เอาออกแยกเก็บไว้ที่ตึกอะไรแบบนี้ มันจะทำให้เรา lost ข้อมูลของเราตรงนี้ไปด้วย' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 9)

4) สำคัญเหนืออื่นใด คือความปลอดภัยของผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยและสุขสบาย เป็นอีกหนึ่งบทบาทของพยาบาลรอบนอก โดยเริ่มต้นตั้งแต่การสำรวจสิ่งแวดล้อมที่ติดมากับผู้ป่วย เช่น ฟันปลอมหรือสิ่งที่เป็นวัสดุโลหะที่สามารถนำไฟฟ้าได้ เช่น แหวน สร้อย หากพบวัสดุดังกล่าวต้องให้ผู้ป่วยถอดเก็บเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการผ่าตัด นอกจากนี้พยาบาลรอบนอกจะดูแลเรื่องความสุขสบายของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด เช่น การรองผ้าใต้ข้อพับให้หน้าท้องหย่อน ดูแลแขนไม่ให้เหยียดมากเกินไป และหากเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ พยาบาลรอบนอกต้องดูแลด้านจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้สึกตื่นกลัวต่อการผ่าตัด โดยพยาบาลรอบนอกจะอยู่เป็นเพื่อนและสัมผัสมือเพื่อให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้หากผู้ป่วยมีสายอุปกรณ์ที่ต่อสำหรับระบายสิ่งคัดหลั่ง พยาบาลรอบนอกต้องคอยดูแลไม่ให้งานของสายระบายติดขัด พยาบาลรอบนอกกล่าวถึง การดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดว่า “ในการผ่าตัดนั้น ให้มองว่าผู้ป่วยเป็นเสมือนญาติคนหนึ่งของเรา และให้การดูแลเสมือนเราดูแลญาติของตนเอง ไม่ละเลยหรือมองข้ามจุดเล็กน้อยที่อาจก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยของคนไข้ และดูแลผู้ป่วยทุกคนอย่างให้เกียรติและเท่าเทียมกันตามมาตรฐานการพยาบาล” นอกจากนี้พยาบาลยังทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิประโยชน์ให้กับผู้ป่วย ในกรณีที่มีแพทย์จบใหม่หรือแพทย์ที่ยังทำการผ่าตัดดังกล่าวไม่ชำนาญมากพอ มีแนวโน้มที่อาจเกิดความผิดพลาดขึ้นกับผู้ป่วยได้ หรือมีแนวโน้มว่าการผ่าตัดนั้นมีความยุ่งยากไม่น่าสำเร็จได้โดยง่าย พยาบาลรอบนอกจะพยายามแนะนำในแบบที่คิดว่าแพทย์คนนั้นจะพอรับได้ เช่น แนะนำให้หาแพทย์มาช่วยทำผ่าตัด อาสาเป็นผู้ประสานให้ หรือแพทย์บางรายอาจขอความ

คิดเห็นจากพยาบาลผ่าตัดที่มีประสบการณ์ แต่หากเป็นแพทย์ที่ไม่ยอมรับคำแนะนำ ไม่มีผู้ช่วยในการผ่าตัด และพิจารณาแล้วว่าการผ่าตัดดังกล่าวมีแนวโน้มที่อาจเกิดอันตรายกับผู้ป่วย พยาบาลรอบนอกอาจใช้วิธีรายงานแพทย์ที่มีความชำนาญในการผ่าตัดมากกว่าให้ช่วยมาดูแลการผ่าตัดและให้ข้อเสนอแนะ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและช่วยให้การผ่าตัดลุล่วงไปได้ด้วยดี ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

'อย่าง case หนักๆ เนี่ย เราก็แบบคิดว่าต่อให้เขาจะรอดหรือไม่รอด เราก็ทำให้เต็มที่ เราก็ทำกับเขาเหมือนว่าเขาเป็นคนไข้ทั่วไปที่เราช่วยเหลือ ไม่ใช่ว่าโห ไม่รอดแน่ ทำๆ ไปเถอะ รอดก็รอด ไม่รอดก็ไม่รอด ทำๆ ไปจ้ะ แบบไม่ให้ความสำคัญอะไรแบบนี้ แต่พี่จะแบบจะทำกับเขาเหมือนเขาเป็นคนไข้ทั่วไปที่มีหวัง แบบผ่าเสร็จก็ห่มผ้าให้ ปิดแผลดีๆ ให้เกรียติเขาถึงตัวเขาจะเย็น (เน้นเสียง) เหมือนคนตายแล้วอะไรแบบนี้ เราก็ยังดูแลเขา' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 3)

'บางทีก็ต้องแอบช่วยละ (สีหน้าเครียดเล็กน้อย) มันเหมือน แบบ บางทีที่เจอหมอใหม่ๆ หรือว่าเขายังไม่ชำนาญในการผ่าตัดอันนั้นอะ เขาก็จะทำซ้ำ ซ้ำมัย บางทีก็แบบเฉียดมาเฉียดไป เลาะมาเลาะไปจนน่าหวาดเสียวนะ เสียวจะถูกเส้นเลือดหรือตับอะไรแบบนี้ ทีนี้แล้วเขาไม่มีคน [แพทย์] มาช่วยไง เราก็มีแบบแกล้งๆ ถ้ามละ ว่า เออ ให้ตามใครช่วยมัย นัดใครไว้รีเปลา่แบบนี้ แต่ถ้ามีหมอคนอื่นที่ดูแล้วเขาชำนาญกว่ามาทำ case พอดี บางทีพี่ก็แอบๆ ไปตามนะ อยากให้เขามาช่วยดูหน่อยไง แค่เข้ามาให้คำปรึกษาน้องเขาก็ยังดี ไม่ต้องช่วยเข้า case ก็ได้ แบบถือว่าช่วยคนไข้หน่อยเหอะ ไม่มีใครอยากให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่แล้วอะ แต่หมอมเราส่วนมากก็ดีนะ พอถูกตามแบบนี้ส่วนมากเขาก็มาช่วยๆ ดูละ ก็ดีตรงนี้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 6)

'การทำงานในนี้มันต้องช่างสังเกตนะ บางครั้งการสังเกตเนี่ย มันอาจจะเกิดขึ้นโดยที่เราไม่รู้ๆ เออ นี่คือการสังเกตแล้วนะ อย่างเช่นคราวนั้นมีคนไข้แบบเข้ามานอนรอในห้องผ่าตัดแล้ว ระหว่างรอหมอมานะ เขาก็แบบพลิกไปพลิกมาไอ้เราก็นั่งรอหมอ ของก็คือแบบเปิดแล้วละ ส่วนเราก็นั่งดูคนไข้ ก็ขยับไปขยับมา เราก็ถามแบบ เป็นอะไรคะคันตรงไหนหรือ เขาก็ขยับไปมา เราก็ถามเป็นอะไร เขาก็บอก อ้อ เปล่าคะไม่มีอะไร แต่สักพักก็ขยับไปมาอีก เราก็เลยลอง

เดินไปใกล้ๆ เขาแล้วถามแบบ เป็นอะไรคะ มีอะไรให้ช่วยตรงไหนมั๊ย เขาก็บอกแบบว่า อ้อๆ อึ้งๆ แล้วเราก็บีบเอามือไปแตะตัวเขาไปถามต่อแบบ โทษนะคะ เป็นอะไรตรงไหน เขาก็เลยยอมบอกออกมาว่า เออ เอาเงินมาห้องผ่าตัด แต่เงินนั้นแบบราคาเป็นหมื่น เออ ก็เลยคิดว่า นี่ถ้าเราไม่สังเกตเขา สังเกตพฤติกรรมของเขาเนะ เราก็คงไม่รู้หรือกว่าคนไข้เอาเงินติดตัวมา แล้วเราก็ไม่รู้หรือกว่าถ้าเกิดเงินนั้นมันหายไประหว่างทาง หรือแบบคนไข้กลับไปเสร็จตื่นขึ้นมาแล้วเงินหายไปอย่างเงี้ย เราก็แบบอาจจะตกเป็นจำเลยนะ ว่า เฮ้ย ตอนเข้ามายังมีอยู่พอผ่าเสร็จแล้วหายไปไหนไม่รู้แบบนี้ มันหายไปได้อย่างไรแล้วทำไมคุณไม่ดู แต่แบบคนไข้ล่ะ แอบไว้อย่างดี ผูกเอาไว้ในเสื้อ แล้วก็เหมือนกับเอาหนังยางรัด คือถ้าปกติก็รู้หรือออก แต่แบบสมมุติเนะว่าตอนผ่าเนี่ยเราทำเสื้อคนไข้เปื้อนเราถอดแล้วใส่ถุงกลับตีกไป ตีกก็รู้หรือเอาเสื้อคนไข้ไปส่งซัก แล้วแบบเงินเค้าผูกในเสื้อมันหายนะ แบบนั้นนี่แย่นะ เรื่องแบบนี้มันต้องใช้การสังเกตอะ มันสอนกันไม่ได้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 9)

'สิ่งสำคัญคือใส่ใจในตัวคนไข้ ทุกครั้ง ทุกครั้งที่ทำการผ่าตัดเนี่ย ต้องทำให้ดีที่สุด ใส่ใจที่สุด ก็เหมือนที่เราทำกับญาติเราอะ ต้องไม่ละเลยจุดเล็กจุดน้อย เพราะทุกอย่างมันขึ้นกับผลที่คนไข้จะได้รับทั้งนั้นอะ แบบเตรียมเครื่องมือให้ครบ รักษาหลัก sterile ไม่ใช่มัน con สนใจ field ตลอด ถ้ามีขึ้นเนื้อก็ต้องไม่ลืมเก็บไว้ส่งตรวจนะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 10)

'พันธุแพทย์อะ ลักษณะของเขาจะเป็นคนที่เก่งแล้วก็เชื่อมั่นในตนเองไป ถึงแม้ตอนนี้อาจจะไม่เชื่อมั่นแล้วเพราะว่าทำไม่ได้ แต่ มันก็ต้องมี ego เนอะ แล้วก็ต้องมีแบบเสียหน้าเสียตาอะ คือมันฟอร์มๆ บ้าง ถ้าจะให้คนมาช่วยหรือเราจะไปสั่งไปสอนเขาเนี่ย บางทีเขาจับไม่ได้ ไปสอนเค้าเนี่ย นอกเสียจากว่าหมอบางคนที่เขาอะถามเราเอง คือเขาอาจจะให้เกียรติที่เราเป็นพี่ มีประสบการณ์มากกว่าแล้วหรืออาจจะไว้วางใจว่าเออเราก็มีประสบการณ์ในระดับหนึ่ง เขาถึงกล้าที่จะถามเราว่า เออ เอ๊ะ พี่ พี่ที่เคยเห็นมา เขาทำอย่างไรกัน บางคนถามนะ บางคนก็ไม่ถามนะ ก้มหน้าก้มตาทำมันไปอยู่นั่นนะ คือดั่งอะเค้าเรียกว่าอะไร ดันทุรังอะ เราก็คือถ้าบอกแบบ ฮี๊ย ให้อาจารย์มาดูหน่อยมั๊ยอะไรแบบนี้ แต่ก็ต้องเลือกให้คำพูดนะ แบบ เนอะๆ เอมั๊ย เนี่ยอาจารย์อยู่ห้อง

นั่นพอดีอย่างเนี่ย แต่ถ้าเกิดว่า บางคนอะ เสนออย่างเนี่ย แล้วเขาไม่พอใจอะ เราก็เคยนะ เคยแอบไปตามแพทย์อื่นมานะ แต่แบบว่าแอบๆ เป็นฟอร์มอะว่า เขาเดินมาเที่ยวอะ แบบ จารย์เดินมาดูหน่อยเหอะ หรือว่าเป็นบางคนเราก็จะบอกเลยนะ เหมือนอย่างหมอ พ. นะ พี่ก็จะแบบ เออ มาดูน้องหน่อยเหอะ... แล้วนอกจากนั้นก็ต้องดูว่าเออเค้าเอาอะไรติดตัวที่ไม่ควรติดลงมารีเปลาอย่างพวกโลหะแบบนี้เพราะเราต้องใช้จี้ มันเป็นสื่อนำไฟฟ้าไงพวกนี้ แล้วก็เรื่องฟันปลง ฟันปลอมเนี่ย... ในระหว่างนั้นก็ต้องดูให้เรียบร้อยนะ ถ้าอย่างผู้ป่วย local ก็ต้องดูว่าเออ เค้านอนสุขสบายมั๊ย ถ้าไม่สบายก็ เออ เอาหมอนรองได้ขาได้ข้อพับหน่อยมั๊ยจะได้ขาหย่อนท้องหย่อนสบายขึ้นหน่อยอะไรแบบนี้ แขนก้ไม่ต้อง extend ดูระวังเรื่องพวก nerve injury เพราะเค้าหลับแล้วเขาไม่รู้หรือกว่าเราจัดท่าที่มันฝืนธรรมชาติให้เขาอยู่รีเปลาแบบนี้ละ แล้วก็ต้องดูรายละเอียดอื่นๆ เพิ่มอีก อย่างล่าสุดที่แบบเพิ่งอ่านเจอเป็นความรู้ใหม่ก็บอกว่าใช้ hibitain เนี่ยอย่าเยอะไป เพราะไม่งั้นเวลาใช้จี้มันอาจจะ burn ได้ แล้วมันก็จะสมเนอะพวกนี้อะ แล้วพอผ่าตัดเสร็จก็ต้องดูเรื่องท่อระบาย ดูขึ้นเนื้อว่าส่งรียงใส่ถุงรียง ท่อระบาย fix ดีมั๊ย แล้วก็เปิดขวดเปิดอะไรอย่างเนี่ย ที่มันเป็น vacuum ตรวจสอบว่ามันมีอะไรผิดปกติหรือว่าผิดปกติมั๊ย หรือว่ามีอะไรต้องส่งต่อ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 11)

'เราแบบทำงานก็ตามบรรทัดฐานเดียวกันอะ ไม่ได้สนใจใครจะรวยใครจะจน เพราะพูดถึงโรงพยาบาลเรามันก็ใหญ่สุดในสังกัดใช้มั๊ย แล้วมันก็ VIP เยอะเหมือนกันนะ แต่เราก็แบบให้บริการเท่าเทียมกันแหละ ไม่ได้สนใจว่าต้องบริการตามสิทธิ์หรืออะไร เพราะเราก็ทำให้ดีที่สุดในทุก case อยู่แล้ว ก็ภูมิใจกับทุกคนทุก case ที่เข้ามาให้เราช่วยและเขาก็กลับออกไปอย่างปลอดภัยอยู่แล้ว' (พยาบาลผ่าตัดรายที่12)

'คนไข้บางที่เขาทำผ่าตัดเค้าก็กลัวไง แล้วผ่าตาพวกนี้แค่หยอดยาชาหรือฉีดยาชาคือคนไข้รู้สึกตัวตลอดเวลาที่ทำนะ เราก็ต้องหมั่นเข้าไปดูไปถามหน่อย คนไข้บางคนกลัวมากก็ช่วยจับมือเขาไว้ บางคนก็จับมือเราแน่นทั้ง case เลยก้มีเหมือนเค้าอยากมีคนอยู่ข้างๆ ให้กำลังใจนะ พอเป็นแบบนี้ก็แบบพี่ก็ให้น้องเข้าไปจับมือคุณป้าเอาไว้นั้นแหละ เพื่อที่พี่จะทำอย่างอื่นได้ คือเขาเหมือนต้องการกำลังใจนะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 13)

5) เอกสารมากมาย บันทึกรู้ไปรู้มา เสียเวลาการทำงาน

นอกจากบทบาทของการดูแลการทำผ่าตัดให้มีความราบรื่น ดูแลจัดหาเครื่องมือมาเปิดเสริมเพิ่มให้แก่พยาบาลรอบใน ดูแลช่วยประสานงานต่างๆ แล้ว และดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการทำผ่าตัดแล้ว บทบาทของพยาบาลรอบนอกอีกประการก็คือการดูแลจัดการเอกสารแบบบันทึกการทำผ่าตัด ทั้งนี้นอกจากแบบบันทึกการทำผ่าตัดแล้ว ยังมีแบบบันทึกที่เพิ่มเติมเข้ามาคือ แบบบันทึกความปลอดภัยขณะทำผ่าตัด (Surgical safety checklist) ซึ่งบางรายการในใบบันทึกดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกับเอกสารเดิมที่พยาบาลผ่าตัดใช้อยู่ เอกสารที่ต้องดูแลที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ภาระในการปฏิบัติงานของพยาบาลรอบนอกเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย พยาบาลบางรายต้องดูแลจัดการเอกสารก่อนการทำผ่าตัดในรายที่ทำผ่าตัดแบบเดียวกัน ให้การดูแลเหมือนกันและเป็นการทำผ่าตัดที่ใช้เวลาสั้นๆ เช่น การทำผ่าตัดสลายต่อกระดูก แต่หากเป็นการทำผ่าตัดที่มีความซับซ้อน วุ่นวาย และเร่งด่วนมาก ต้องเร่งให้การดูแลช่วยชีวิตผู้ป่วยก่อน พยาบาลผ่าตัดก็จะมีเวลาดูแลเอกสารดังกล่าวจะจัดการทำเอกสารได้เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด ดังนี้

'ก็ต้องเคลียร์พวกเอกสารด้วย ไม่ใช่เราจะแบบเปิดของเสร็จ case เข้าที่เสร็จแล้วก็เสร็จนะ เราต้องมานั่งดูเอกสารด้วย พวกแบบบันทึกห้องผ่าตัด ใบฟ้า ใบขาว ใบชนิดแผลอะไรอีก โหย เยอะไปหมดละ แค่เขียนเอกสารก็หมดเวลาไปเยอะแล้ว' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 3)

'เอกสารเนี่ยตัววุ่นวายเลย บางทีหน้าบ้านลืมเอาพวกใบเขียนๆ ทั้งหลายมาให้ เราก็ต้องวิ่งไปเอาละ ได้มากี่มานั่งเขียน แล้วเอกสารก็เพิ่มขึ้นทุกวันตามงานคุณภาพ แต่ก่อนแค่ใบเดียวบันทึกห้องผ่าตัด ตอนนั้นก็กลายเป็นหน้าหลังละ ยาวขึ้นเยอะขึ้น แล้วยังมีใบบอะไรอะ ใบ surgical safety checklist อะไรอีก ก่อนทำผ่าตัดก็ต้องขาน time out แล้วยังมานั่งเขียนใบบนี่เพิ่มแบบนี้ บางcase รีบๆ นี้ไม่ทันได้เขียนหรอก' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 5)

'ไม่ชอบที่ต้องมานั่งเขียนเอกสารหรือลง com ค่าใช้จ่ายอะไรพวกนี้แหละ มันยังงัยอะ ทั้งใบฟ้า ใบบันทึกห้องผ่าตัด ใบ checklist อีก หรืออย่างถ้าเป็นcase Orthro หรือศัลยกรรมอะไรที่ IC เขาจะเก็บสถิติว่าติดเชื้อมีติดเชื้อมีอะไร ก็

ต้องเพิ่มใบ *post discharge* มาอีกใบ แล้วอย่างใ้ใบ *Surgical safety check list* อะไรนั้น จริงๆ พี่ว่ามันก็ไม่ต่างจากที่เขียนอยู่แล้วนะ โอเค มันอาจจะเพิ่ม รายละเอียดมาเยอะตามแบบแผนมัน แต่ถ้าเป็นไปได้ เราก็แบบ อยากให้ปรับนิดๆ หน่อยๆ หรือเพิ่มเติมในใบเราให้มันกระชับๆ หน่อย ดีกว่ามานั่งเขียนใบนั้นนี้เยอะแยะทุก case แบบนี้ เพราะบางที่มันเหมือนกัน มันคล้ายกัน ก็ต้องมาเขียนซ้ำๆ กัน เสียเวลาทำงานอื่นอะไรแบบนี้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 9)

'เหนื่อยใจสิ (หัวเราะ) เอกสารเยอะไปหมด กว่าจะให้คนไข้เข้าที่ก้นานละ ต้องมานั่งเคลียร์เอกสารก่อนอีก ยิ่งถ้าเป็น case ตาที่แบบทำเร็วๆ นะ case แบบนี้เขียนใบทั้งหลายแหล่เอาไว้ล่วงหน้าตลอดเลย ทำเข้าใช้มัย ต้องมานั่งเขียนเอกสารทั่วๆ ไปไว้ก่อนเลย อันนั้นคือ case เหมือนๆ กันไง การเตรียมการคนไข้ หรือรายละเอียดอะไรแบบนี้มันก็เหมือนๆ กันเลยทำได้ แต่ถ้าเป็น case ถูกใจคนด่วนๆ แล้ววุ่นวายๆ แบบจะเอาโน่นใช้ที่นี่ ต้องเตรียมโน่นนี้ให้เยอะๆ เนี่ย ไม่มีเวลาจริงๆ นะ เขียนเอกสารเนี่ย แล้วแบบมันใช้แค่ใบเดียวที่ไหน บางที่เราต้องตามไปเขียนหลังเสร็จ case ก็มีนะ มันเยอะ ถ้าไม่มันก็ทำงานอื่นไม่ทันพอดี' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 13)

3.2.2 พยาบาลรอบใน ต้องใช้ความอดทน คำนึงถึงผลการผ่าตัด

ในบทบาทของพยาบาลรอบใน หรือพยาบาลส่งเครื่องมือ ซึ่งทำงานใกล้ชิดกับแพทย์ผู้ทำผ่าตัดในขณะดำเนินการผ่าตัด บางครั้งต้องเผชิญกับอารมณ์หงุดหงิดของแพทย์ แต่พยาบาลผ่าตัดเลือกที่จะนิ่งเงียบ ไม่ตอบโต้ เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินต่อไปด้วยดี นอกจากนี้พยาบาลผ่าตัดยังต้องเรียนรู้ถึงความถนัดและขั้นตอนในการผ่าตัดแต่ละชนิดของแพทย์ว่าใช้เครื่องมือใด และมีขั้นตอนอย่างไร เพื่อให้สามารถช่วยเหลือในการผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว ในขณะที่ส่งเครื่องมือผ่าตัดพยาบาลผ่าตัดต้องมีสติในการทำงานอยู่เสมอ ไม่ละสายตาออกจากบริเวณที่ทำผ่าตัด เพื่อให้สามารถช่วยเหลือได้ทัน่วงทีหากเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินขึ้น การเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้และดำเนินการผ่าตัดโดยยึดหลักการปราศจากเชื้อ ดังประเด็นที่จะกล่าวถึงดังต่อไปนี้ คือ 1) เก็บอารมณ์ ไม่ได้เถียง เพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง 2) เรียนรู้หมอกคนไหน ใช้เครื่องมืออะไร ขั้นต่อไป เครื่องมืออะไรที่ต้องการ 3) สติต้องตั้งมั่น ทุกเหตุการณ์ไม่คาดสาตาฉุกเฉินเกิดขึ้นมา หาทางช่วยผู้ป่วยทัน 4) หงุดหงิดใจ เครื่องมือไม่พร้อมใช้ วิ่งหาจนกว่าจะได้ หรือ

อาจใช้เครื่องมืออื่นแทน 5) เครื่องครัดเรื่อง sterile เครื่องมือหัก-หาย รับประทานให้พบ ถึงจะยอมให้เย็บแผล

1) เก็บอารมณ์ไว้ ไม่ได้เถียง เพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง

ในการทำผ่าตัดนั้น บางครั้งแพทย์ผู้ทำผ่าตัดอาจเกิดความตึงเครียดรุนแรง โดยเฉพาะเมื่อการทำผ่าตัดมีความยุ่งยากมากเกินกว่าที่คิด หรือผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉินต้องรีบให้การช่วยเหลือ เช่น มีเลือดออกมาก ผ่าตัดถูกอวัยวะข้างเคียง แพทย์บางคนอาจแสดงอารมณ์หงุดหงิด โกรธ ดุว่า หรืออาจแสดงท่าทางไม่พอใจใส่พยาบาลผ่าตัด เมื่อเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว พยาบาลผ่าตัดจะไม่แสดงท่าทางไม่พอใจกลับคืนไป เลือกลงนั่งเงียบและปล่อยให้แพทย์ที่กำลังหงุดหงิดรุนแรงระงับอารมณ์ของตนไปเอง เนื่องจากการแสดงอารมณ์ตอบโต้อาจยิ่งทำให้บรรยากาศในการผ่าตัดขณะนั้นแย่มากยิ่งขึ้น รวมทั้งเพื่อผลประโยชน์โดยรวมของผู้ป่วยด้วย พยาบาลผ่าตัดกล่าวว่าเมื่อแพทย์ผู้ทำผ่าตัดเกิดความเครียด พยาบาลผ่าตัดที่ทำงานร่วมด้วยก็เกิดความเครียดขึ้นเช่นเดียวกันและอาจมากกว่าด้วยซ้ำ เพราะต้องรับความเครียดทั้งจากการผ่าตัดและจากแพทย์ผู้ทำผ่าตัด นอกจากการพยายามระงับอารมณ์ตนเองไม่ได้แย่งเมื่อแพทย์แสดงท่าทีหงุดหงิดแล้ว การประเมินสถานการณ์หรืออารมณ์ของแพทย์ในขณะที่ทำการผ่าตัดก็เป็นสิ่งสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม เนื่องจากบุคลิกของแพทย์แต่ละคนจะมีความแตกต่างกันไป การควบคุมอารมณ์ของแพทย์เมื่อเกิดปัญหา โดยพยาบาลผ่าตัดที่อยู่ในบทบาทของพยาบาลส่งเครื่องมือสามารถช่วยไม่ให้เกิดปัญหาได้ โดยการส่งสัญญาณบอกกับพยาบาลรอบนอกว่าขณะนี้แพทย์เริ่มมีอารมณ์ด้านลบแล้ว เพื่อให้พยาบาลรอบนอกรับรู้ และไม่ทำอะไรที่อาจทำให้บรรยากาศในการผ่าตัดแย่ลงมากยิ่งขึ้น ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

‘บางทีหมอก็หงุดหงิดใส่เรานะ เหมือนอย่างเวลาที่ทำ case มันไม่เป็นตามที่ set อะไรแบบนี้ ก็เคยมีแบบเขาก็มาบ่นมาโวยวายใส่เราว่าทำไมไม่เป็นตามนั้น แต่เรา เราก็ต้องเข้าใจอะ ว่าเขาก็อยากทำ case เขาเหมือนกัน เราก็พยายามช่วยเหลือเขาเต็มที่อะ ช่วยประสานงานอะไรให้ ไม่อยากให้เป็นปัญหาอะไรมากมาย...แบบอย่างเวลาผ่าตัดเนี่ย แล้ว case มันยากๆ หรือ bleed หน่อยเนี่ย หมอเขาก็จะเครียดใช้มัย คือแบบ ยังไงอะ เราก็เครียดนะ มันไม่ใช่ว่าเขาเครียดแค่คนเดียว เราทำงานกับเขา เราก็เครียดเหมือนกัน แล้วแบบบางทีเขาหงุดหงิดอะไรแบบนี้ แล้วจะมาลงที่เรา มาแบบยังงี้ ทำจี้จะ บ่นใส่อะไรแบบนี้ เราก็ยิ่งเครียดนะ บางทีเครียดกว่าหมอก็อีก แต่แบบก็พยายามทำความเข้าใจละ เขาเครียดก็เครียด ถ้าเขาโวยมาก เราไปทำท่าตอบโต้อะไร มันก็

ยิ่งแยะใช้ผ้า เรียกว่าอะไรอะ บรรยากาศในการผ่าตัดนะ เจ็บๆ ไปดีกว่า ให้เขา
บ่นไป ไม่ต้องไปเพิ่มให้อิ่งเป็นเรื่อง ถือว่าทำเพื่อคนไข้ไปด้วย แม้ว่าจริงๆ เราก็
เครียดอะนะ แบบอยากจะแย้งหน่อยว่า แล้วมาหงุดหงิดอะไรกับเราอะเนี่ย อะไร
แบบนี้ (หัวเราะ) (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 1)

'อารมณ์หมอกินหัวละมั้ง อารมณ์ว่าแหม ยังไม่ทันได้ปูผ้าเลยนะ หมอมา
ก่อนเลย ทำไมไม่ส่งนั้นให้ผม ทำไมไม่เอานี่ให้ผม จั๊นจั๊นจั๊น (ทำเสียงเด็กเสียง
น้อยเหมือนบ่นคำ) มีแบบสภพหยาบคายปนด้วย เราก็แบบ โห ไรเนี่ย ไม่ไหว
นะ เรายังไม่ทันทำอะไรให้เลย มาหงุดหงิดใส่เราแต่แรกเริ่ม case แบบนี้แล้ว
แล้วจะไปทำ case smooth สนุกได้ไง แล้วแบบพีก็เราทำหน้านิ่งๆ พุดไปว่าเออ
เดี๋ยวนะ ถ้ามีคนอื่นจะให้เขามาเปลี่ยนให้จะได้ถูกใจ พอออกไปแบบนี้เขาก็คงรู้
ล่ะว่าเราไม่พอใจกับการกระทำเขาเหมือนกัน เขาก็เลยเจ็บบๆ ไป แล้วก็ไม่ว่า
อะไรต่อ อารมณ์แบบนี้ส่วนมากจะเจอตอนเป็นน้องใหม่ไง... หมอบางคนก็ไม่
เหมือนกัน ชาววันตลอดเวลา จะเป็นน้องใหม่ที่แก้อยู่ไม่กี่ปีก็ช่างเหอะ โดนกัน
หมดอะ ถ้าวันไหนอารมณ์เสียขึ้นมา แต่บางที่เจออารมณ์ดีตอนเข้า case กลาง
case หงุดหงิดไม่มีสาเหตุขึ้นมาก็แยะพอกัน เราจะหนีไปไหนก็ไม่ได้อีก ได้แต่
แบบไม่ปะทะให้อิ่งบานปลาย อยากบ่นอยากว่าอยากได้อะไรก็ส่งๆ ให้ไป อยู่
เจ็บบๆ ปล่อยให้เขาสงบคำไปเอง' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 2)

'อย่างหมอ ตอนมาใหม่ๆ เราก็ไม่คิดอะไร ว่าก็ช่าง เราก็เออ อาจโกรธ
บ้างเป็นบางที่ใช่มัย แต่คือพอโตแล้วถ้าคนไหนพูดไม่ดีกับเราเราก็ทำเฉยๆ ไม่
สนใจ แต่เราไม่เถียง เพราะมันเป็น style พีไง ไม่เถียงไม่พูด...ถ้ากับพี เวลาไม่
พอใจก็จะลืมนะ ก็ไม่ค่อยอะไร ถ้ากับพี เราก็จะเฉยแล้วก็ลืมนั้นไปอะไรอย่าง
เนี่ย ไม่พอใจก็คือหลีกเลี่ยงอะไรอย่างเนี่ย ไม่ปะทะ คือความรู้สึกก็คือพีจะทำ
หน้าที่ของพีให้ดีที่สุดในตอนนั้นอะ หน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบทำเท่าที่ทำได้ และ
พยายามทำให้ดีที่สุด แต่ถ้าแบบพีโกรธแล้วไม่ยอมทำ แบบนั้นมันไม่ใช่ ก็คือทำ
ตามหน้าที่ของเราที่ได้รับมอบหมายให้ดีที่สุด เพราะห้องผ่าตัดมันต้องทำงาน
ด้วยกันหลานฝ่ายอะนะ ถ้าเราโกรธเราไม่ทำมันก็มีผลกับคนไข้อีก...ถ้าเราเข้า
case นะ เราก็อยากทำให้มัน smooth นะ ใช่มัย ก็อย่างหมออย่างเนี่ย บางที่
case ยากๆ ทำไม่ง่ายเค้าก็จะเครียดใช่มะ เราก็จะไม่ปะทะ เป็นพีพีก็จะไม่
ปะทะ ทำได้เท่าที่ทำได้คือฟัง คือบางคนอาจจะเถียงใช่มัย แต่อย่างพีที่ไม่เถียง

ไม่เลือกแบบนั้น ก็คือส่ง คำต้องการอะไรก็ส่งให้ อะไรที่ทำไม่ได้ก็บอกว่าไม่ได้ แต่ก็คือมีการรอก่อนแบบนี้ ให้เหตุผลเขาไป เพราะเราก็พยายามที่จะให้ทำงาน ผ่านไปได้ด้วยดีอะ ไม่อยากให้มีการเครียดทั้งสองฝ่าย หลีกเลี้ยงที่จะมีความเครียดต่อกันมากกว่า จะไม่ค่อยปะทะไร แต่ก็คือจะพูด ถ้าเขาไม่ฟังพีก็จะเงียบเท่านั้นเอง แต่คือการทำงานของพี พีจะทำงานให้ดีที่สุดอะ ให้ดีต่อคนไข้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 5)

'การดูอารมณ์ก็สำคัญนะ คือผู้ร่วมงานนะ จริงๆ มันก็เหมือนกับเรา เราคล้ายๆ กับว่าเรารู้ใจ เรารู้นิสัยเขา อย่างเช่นคนนี้ออ ถามว่ารู้ได้ไง ก็คือรู้จากเราเจอเขาบ่อยๆ หรือว่าเราสังเกตเขา อย่าง เออ คนนี้ไม่ชอบรับโทรศัพท์เวลาทำงาน คนนี้เวลาโทรศัพท์มาต้องรับให้เขาทุกครั้ง หรือคนนี้ออ ปล่อยให้ช่างมัน หรือแบบเวลา bleed หน่อย คนนี้ก็จะมีโมโห คนนี้ surgeon คนนี้ก็จะมี เออ คุณอารมณ์ได้อย่างเงี้ย คือมันเป็นนิสัยส่วนบุคคลด้วย แต่ที่เรารู้คือเราสังเกต หรือแบบคล้ายๆ เรารู้จักเขาอย่างเนี้ย สิ่งที่เขาไม่ชอบเราก็ไม่ต้องไปทำให้เขา ไม่งั้นมันก็จะเกิดผลกระทบต่อการทำงานเหมือนกัน ต่อ feel ในการทำผ่าตัดนะ เหมือนกับว่าเออ surgeon คนนี้ผ่าตัดเก่ง ผ่าตัดดี ไม่มี complication แต่คนนี้ ผ่าตัดอาจจะมี complication บ้าง อย่างเงี้ยะ คือมันเป็น เป็นคล้ายๆ competency ของแต่ละคนที่ต่างกัน เราก็ต้องแบบศึกษาเขา เหมือนกับเออ แล้วก็ยอมรับว่า เออ เขาเป็นแบบนี้ละ เวลาทำงานกับเขาเราก็ต้องปรับตัวแล้วก็ทำงานร่วมกับเขาไปในแบบที่เขาจะพอใจมากกว่าเพื่อให้ case ให้งานมัน smooth นะ...ไม่ใช่แค่ที่ว่า แคเตรียมของให้ครบอะ แต่ในบางครั้งมันมี มันมีอะไรมากระทบ เช่น อะ สมมุติว่าหมอกำลังทำผ่าตัดอยู่ มีโทรศัพท์หมอมาน แล้วก็ส่งให้หมอโดยที่ไม่ดูอารมณ์หมอว่าเขาโอหรือไม่โอ แล้วเกิดเขา mood ขึ้นมาแบบนี้การผ่าตัดก็ไม่ smooth ไซ้มะ แล้วแบบบางที่ scrub ส่งดีมาก ส่งดีไม่มีปัญหาอะไร แล้วแบบ circulated มาพูดมาคุยเสียงดัง ดีไม่ดีเขา [แพทย์] ก็ mood ได้ไซ้มะ เรื่องแบบนี้ scrub ช่วยได้นะ เหมือนถ้าเห็นว่าเขา [แพทย์] เริ่มไม่ดี เริ่ม mood ละ ก็ส่งสัญญาณให้ cir รู้อะไรแบบนี้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 9)

'คุณต้องรู้ว่าเวลาไหนคุณคุยได้ เวลาไหนคุณคุยไม่ได้ ถ้าเป็นเวลาที่ คือคืองานคุณต้อง completed อะ ถ้าคุณจะคุยไซ้มะ คือเหมือนกับว่า เออ ในช่วง

ที่เขาไม่มีอะไร หรือในช่วงที่เขาหยุดเขา pack เนี่ย ก็แบบโอเค ผ่อนคลาย คุยกันได้อบบแบบเขากำลังเย็บอยู่กำลังเครียดๆ นะ ถึงเขาจะคุย บางทีเราก็ไม่คุยนะ” (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 11)

2) เรียนรู้หมอกคนไหน ใช้เครื่องมืออะไร ขึ้นต่อไป เครื่องมืออะไรที่ต้องการ

พยาบาลผ่าตัดที่มีบทบาทในการช่วยส่งเครื่องมือขณะทำผ่าตัด ต้องรู้ใจแพทย์ผู้ทำผ่าตัดว่ามีขั้นตอนในการทำผ่าตัดดังกล่าวอย่างไร และควรรู้ล่วงหน้าถึงลำดับขั้นตอนในการทำผ่าตัดขั้นต่อไปเพื่อจัดเตรียมเครื่องมือที่ต้องใช้และส่งให้ได้ทันเวลา พยาบาลผ่าตัดกล่าวว่าในการส่งเครื่องมือผ่าตัดนั้น พยาบาลผ่าตัดต้องสามารถคาดคะเนการผ่าตัดได้ล่วงหน้าอย่างน้อยหนึ่งขั้นตอน ว่าในลำดับการผ่าตัดต่อไปเป็นอย่างไร และต้องใช้เครื่องมือใดในการทำผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดจะได้จัดเตรียมเครื่องมือให้พร้อมใช้ เนื่องจากเครื่องมือบางอย่างไม่สามารถหยิบใช้ได้เลยแต่ต้องมีการจัดเตรียมก่อน เช่น การจับปลายไหมด้วย clamp สำหรับผูกหลอดเลือดที่แพทย์ต้องการตัด หรือหากพบว่าไม่มีเครื่องมือดังกล่าว พยาบาลส่งเครื่องมือจะได้บอกให้พยาบาลรอบนอกจัดหาเตรียมให้พร้อมใช้ เช่น เครื่องมือ autosuture ที่มีหลายขนาดและหลายชนิด และพยาบาลผ่าตัดรายหนึ่งกล่าวว่าไม่ควรรอให้แพทย์เป็นผู้เรียกเครื่องมือหรือใช้ระยะเวลาเวลานาน โดยเฉพาะในการทำผ่าตัดที่มีขั้นตอนเป็นระบบแน่นอนอยู่แล้ว และไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ เช่น ในการทำผ่าตัดสลายต่อกระดูกและเปลี่ยนเลนส์เทียม เป็นต้น ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

‘มันจะต้องคิดล่วงหน้าไปหนึ่ง step เลยนะ พี่จะทำแบบนี้ตลอดเวลาทำงาน ต้องคิดล่วงหน้าหนึ่ง step ว่าใช้ step ถัดไปต่อจากที่ทำอยู่เนี่ย มันจะต้องทำอะไร มันจะได้ทันการณัง’ (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 4)

‘การผ่าตัดแต่ละอย่างนะ มันไม่เหมือนกันนะ มันมีรายละเอียดที่มันแตกต่างกันอยู่ในแต่ละ field แต่ละหมอก เพราะงั้นเราต้องคอยมอง field จดจ่อไม่ใช่ส่งเครื่องมืออย่างเดียว ต้องมองว่าถึงไหนแล้ว การที่หมอกขอเครื่องมือนะ ตีมี๊ย ตีนะ แต่ถ้าเราสามารถส่งเครื่องมือให้ได้ก่อนที่เขาจะขอ หรือการที่เรารู้ step ล่วงหน้าของหมอกแล้วส่งให้ได้โดยที่เขาไม่ต้องขอเนี่ย มันก็ถือว่าดีสำหรับเรา ว่าเราทำได้นะเราสนใจนะอะไรแบบนี้...เราเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดต้องสังเกตเป็น ต้องจำ การจำ การจำพวกนี้ต้องเก่งอะ แล้วก็ต้องเร็ว ตอบสนองได้

เลยเวลาเค้าเรียกอะไรหรือจะใช้อะไร คือการทำงานของห้องผ่าตัดมันไม่ใช่ว่า หมอทำอะไรก็ให้ๆ นะ มันต้องดูว่า ณ ตรงนั้นหมอบอกทำอะไรอยู่ ทำถึงตรงไหน แล้ว ต้องสังเกต ข้อที่หนึ่งนะ สังเกตแล้วจดจำให้ได้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 7)

'เราเข้าใจหมอบอกว่าเขาจะใช้เครื่องมืออะไร จะใช้อะไร ขั้นตอนนี่คืออะไร ต่อไปจะเป็นยังไง บางทีแบบหมอบอกแบบมานี่ เราต้องรู้จักแล้ว เราเก่งในด้านที่ เราสามารถคาดคะเนการผ่าตัดได้แม้ว่าเราจะไม่ใช่คนที่ทำผ่าตัดเอง เพราะมัน จะช่วยทำให้การผ่าตัดมันไวขึ้น เร็วขึ้นอะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 9)

'ต้องดูตลอด แล้วก็คาดการณ์ล่วงหน้า เพราะถ้าเป็น scrub ที่มี ประสบการณ์เนี่ยเขาจะสามารถดูเหตุการณ์แล้วก็คาดการณ์เองหน้าว่าเดี๋ยวเขา จะทำอะไร แล้วมันน่าจะเตรียมอะไรต่อไปอย่างเนี่ย แล้วเราก็บอก circulated ว่าขอไอนี้ๆ ให้เขาเตรียมเอาไว้ล่วงหน้าเนี่ย แล้วพอถึงเวลาจะใช้จริง มันจะได้เร็ว เพราะบางอย่างมันต้องไปหา บางอย่างมันก็ลุ้นว่าจะมีหรือไม่มี เพราะเครื่องมือบางอย่างเราก็ไม่ได้มีเยอะแยะไป นานๆ ใช้ทีอาจจะแค่ ขึ้น 2 ขึ้น ใช้น้อย มันอาจจะนิ่งหรือกำลังรอ sterile แล้วยังไม่มานะ หรือว่าอย่างพวก autosuture อย่างเนี่ย มันมีหลาย size หลายแบบนะ เราก็ควรคาดไว้ล่วงหน้า' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 11)

'เราไม่ควรที่จะแบบว่ารออะ รอให้เค้า (แพทย์) เรียกเครื่องมือ เราควรที่จะสามารถยื่นไปให้ได้เลยโดยที่เขาไม่ต้องเรียก แบบนั้นน่าจะดี คือเหมือนว่าเรา รู้ขั้นตอนอยู่แล้วว่าไอตรงไหนใช้อะไร อันนั้นก็จะเป็นอะไรที่ดีมาก เพราะ case ตา อย่างต่อกระจกมันเป็น case สั้นๆ นะ และเป็น step เบาะๆ เหมือนกันทุก case หมอแต่ละคนก็อาจจะ style ที่ต่างกันหน่อย แล้วน้องต้องส่งเครื่องมือ ให้ได้ เพราะหมอบอกเค้าไม่บอกหรือกว่าต่อไปคืออะไร มันทำเหมือนกันทุก case มันเป็น step ของมันอยู่แล้ว...มันจะหลากหลายตรง step แล้วหมอบอกแต่ละคนก็ ใช้ไม่เหมือนกัน คือหลักๆ วิธีทำนะ step เหมือนกันนะ แต่มันจะมีลึกลับๆ ที่ไม่ เหมือน อย่างคนนี่ทำผ่าตัดตั้งเครื่องระบบนี้ ใช้หัว tip อันนี้ ส่วนคนนี่ต้องส่ง blade พร้อม forceps นะ แต่บางคนไม่เอาแบบนี้ เพราะว่าบางทีเค้ามาจากคน ละที่อะ น้องก็ต้องเข้าใจว่าหมอบอกทำอะไร แล้วจะทำได้ยังไง แล้วในส่วน

รายละเอียดเล็กๆ น้อยๆ เฉพาะตัวหมอกก็ต้องพยายามจำให้ได้นะ' (พยาบาล
ผ่าตัดรายที่ 13)

นอกจากนี้ ในการส่งเครื่องมือผ่าตัดชนิดเดียวกันแต่แพทย์ผู้ทำผ่าตัด อาจเรียกชื่อที่แตกต่างกันไปตามความถนัด เนื่องจากเครื่องมือบางอย่างมีหลายชื่อ หรือเรียก ต่างกันไปตามสถาบันที่ฝึกสอน พยาบาลผ่าตัดต้องทำความเข้าใจกับคำศัพท์เหล่านั้นโดยการ สอบถามแพทย์ รวมทั้งนำเครื่องมือที่คิดว่าแพทย์ต้องการให้ดู นอกจากนี้การส่งเครื่องมือ บางอย่างต้องประเมินสถานการณ์ร่วมด้วย เพราะหากเป็นภาวะที่มีความรีบด่วนฉุกเฉิน แพทย์ อาจเรียกชื่อเครื่องมือไม่ถูก ถ้าพยาบาลผ่าตัดไม่ประเมินสถานการณ์อาจส่งเครื่องมือให้ผิดได้ หรือการส่งลักษณะของเครื่องมือมีความโค้งงอแตกต่างกันและมีหลายชิ้นในห่อผ้าเดียวกัน เช่น การหนีบหลอดเลือด หากมีการใช้ในเวลาคงเงิน พยาบาลผ่าตัดต้องยื่นเครื่องมือดังกล่าวทั้งหมด ให้แพทย์เป็นผู้เลือกใช้ตามความเหมาะสม และช่วยดูแลในบริเวณผ่าตัดให้สามารถทำผ่าตัดได้ สะดวกมากขึ้น เช่น การขันเลือด ดูดเลือดออก การดึง retractor ให้มองเห็นสะดวกมากขึ้น ดังคำ ให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

'ต้องดูต้องจดจ่อนะว่าหมอกทำอะไรถึงไหนอยู่เพราะบางที่หมอกเค้ามีแบบ คิดอย่างแต่ขออย่างก็มีนะ แล้วไอ้ที่ขอนะมันไม่ใช่สิ่งที่เขาจะใช้ นะ เรายิ่งก็แบบ เอ๊ะ เอาจันนั้นแน่หรือ หรือยื่นอย่างที่เราคิดว่าถูกไปให้แทน คือจริงๆ เค้าไม่ได้ ใช้อันนั้นหรอก เค้าพูดผิด มันเคยมีแบบเค้าขอผิดมา เราก็ส่งไปให้แบบนั้นนะทั้ง ที่ก็เอะใจนิดๆ นะนะ แล้วพอส่งไป พอเค้าจะใช้ มันไม่ถูกตามที่เขาคิดใจ เขาก็ หันมาบ่นใส่เราว่าไม่ได้จะเอาอันนี้สักหน่อยส่งมาทำไม แต่แบบตอนนั้นเราก็พยายาม รอบตัวนะนะ (หัวเราะ) ก็เลยรอดไป หมอกก็แบบ อ้าว ผมขอผิดหรือ ขอโทษที่ ผมจะเอาอันนั้นๆ ต่างหากอะไรแบบนี้ ตอนหลังมาเราก็เลยแบบพอเค้าขอผิด แล้วเราคิดว่าไม่น่าใช่ นะ ก็ส่งอันที่ถูกให้ไป พูดออกเสียงดังๆ นิดนึงให้เขารู้ตัวว่า เราส่งอันนี้ให้ ก็โอเคนะ ผ่าราบรื่นไม่มีปัญหา...หรืออย่างบางที่แบบหมอกเรียกจะ เอา vascular clamp แบบนั้นนะ มันใช้เหมือนกันแต่ลักษณะโค้งงอต่างกันไง มันขึ้นกะว่า field นั้นเหมาะกับใช้แบบไหน ทีนี้ถ้ามันแต่ไปยื่นส่งทีละตัวว่าจะ ได้ยิ่งหงุดหงิดนัก ก็เล่นง่าย ๆ เปิดห่อแล้วยื่นให้หมอกดูให้หมด packเลย แบบ 'ไหน หมอกจะเอาแบบไหนคะ หยิบเลย เอา comply [internal indicator] ทิ้ง ก่อนแล้ววางเครื่องมือไปให้เลือกเลย หยิบเลย จะเอาตัวไหนหยิบเลย เพราะ

หมอแต่ละคนก็ใช้กันไปคนละแบบนะ ไม่ได้ตั้งใจเวลารีบๆ นี่ยิ่งโกรธอีก แล้วก็นอกจากนั้นก็แบบเวลาเขาจะทำอะไรจะ stop bleed จะ clamp ผูกอะไรก็ต้องรีบเข้าไปช่วยเขา รู้ step ล่วงหน้าได้ยิ่งดี แบบ เออ clamp clamp แล้วก็ผูกไหม แล้วก็ตัด ดึง retractor ให้ดีให้เขาเห็น ช่วย suction พวกเลือดออกให้เขาเห็น field ชัด ให้เห็นว่ามัน bleed อยู่ตรงไหนเพื่อที่จะแบบว่าหาตำแหน่ง bleed นั้น 'ได้ง่ายขึ้น' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 2)

'อย่างเช่นบางคนบาง case อะ หมอเค้าจะนึกไม่ออกใช้มีดอะไรใช้อะไร คืออย่างถ้าเรามอง field อย่างเนี่ยใช้มีด เราจะรู้ว่าเค้าจะใช้อะไร อย่างบางที่เรา มอง field เนี่ย case เมื่อเข้าเลย เรามอง field เราคิดว่าหมอน่าจะใช้เครื่องมือแบบนี้นะ แต่บางที่หมอนะก็เรียกไม่ถูก หรือบางที่ก็เรียกชื่อเครื่องมือแบบอื่นที่เราแบบ ไม่คุ้นเคย เพราะเครื่องมือบางตัวมันมีหลายชื่อนะ แล้วแต่ถิ่นไหนจะเรียกมันยังไงทำนองนั้น เราก็เลยต้องถามนะว่าตัวนี้ใช้รีเปลาที่อยากได้ แล้วก็เอามาให้เขาดู แล้วก็ดู field ร่วมด้วยแบบนี้ว่า เออ ถ้าเป็นตรงนี้ต้องใช้อะไร อย่าง scrub อะเนอะ แบบดูเลยว่าเดี๋ยวต้องใช้อะไร หมอกำลังจะทำอะไรต่อที่ น่าจะใช้อะไร จะคล้องเส้นเลือด คล้อง ureter ต้องใช้อะไรต่อ อะไรแบบนี้ ก็คือแบบยังงี้ละ แล้วบางที่ที่แบบอย่าง sponge มันไม่พอ เราก็อาจจะใช้ gauze ปลายพับเอาในเวลาที่มีมันจุกเงินๆ อะไรอย่างนี้ คือแบบต้อง apply ได้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 5)

3) สติต้องตั้งมั่น ทุกเหตุการณ์ไม่คาดสายตา จุกเงินเกิดขึ้นมาหาทางช่วยผู้ป่วยทัน

ในระหว่างช่วยแพทย์ทำผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดจะมีการคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าโดยเฉพาะเมื่อมีการทำผ่าตัดจุกเงินรีบด่วน เพื่อให้สามารถเตรียมความพร้อมของตนเองและเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด ดังนั้นการทำงานของพยาบาลผ่าตัดต้องให้ความสนใจต่อการทำผ่าตัดตรงหน้าตลอดเวลา และประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นควบคู่กับการทำหน้าที่ส่งเครื่องมือผ่าตัดให้แพทย์ เพื่อให้สามารถเตรียมตัวและช่วยผ่าตัดได้ทันเวลาที่ แม้ว่าบางครั้ง พยาบาลผ่าตัดอาจมีการพูดคุยเรื่องอื่นๆ ร่วมกับแพทย์ผู้ทำผ่าตัดอยู่ แต่สมาธิและความสนใจทั้งหมดยังคงอยู่ที่การผ่าตัดตรงหน้า ในกรณีรีบด่วน เช่น ผู้ป่วยจุกเงินที่ต้องได้รับการผ่าตัดทันทีที่มีการเสียเลือดมาก หรือในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดเกิดขึ้น การเปลี่ยนแผนการผ่าตัด

หรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น ดังนั้นการมีสติ คิดตามและประเมินสถานการณ์ล่วงหน้าของพยาบาลผ่าตัดส่งผลให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างรวดเร็วมากขึ้น ลดการเสียเลือด ลดปัญหาการติดเชื้อ และช่วยให้ช่วยชีวิตผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

'ก็ต้องแบบดูใน field คอยช่วยเหลือ ประเมินสถานการณ์คู่กับเขาไปด้วย ไม่ใช่รอแค่เขาสั่งๆ มาอย่างเดียว อย่างมองๆ แล้วแบบ เอ้ย เอ้า นี่มันน่าจะ bleed นะ ต้องเตรียมอะไรเอาไว้บ้าง เตรียม silk จับ feed ปลายไหมเอาไว้ เผื่อส่งไปผูกเส้นเลือดอะไรแบบนี้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 2)

'คือเวลาเห็นเค้า diag [diagnosis] มาอย่างนี้ เราก็ต้องคิดล่วงหน้าแล้วว่าเดี๋ยวมันต้องเป็นอย่างงี้ๆ เผื่อเอาไว้ อย่างคนไข้ถูกแทงที่ท้องซ้ายมัย เลือด bleed มาเลย ไม่รู้โดนอะไรที่ไหนยังไง เราก็ต้องมีการวางแผนว่า เอ๊ เราต้องเตรียมอะไรไว้บ้าง คนไข้ถูกแทงบริเวณนี้มันน่าจะมีโอกาสโดนอะไรได้บ้างว่าอะไรอย่างเนี่ยอะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 3)

'case emergency ถ้าเป็น case แบบด่วนๆ เลยอย่างพวก blunt trauma เนี่ย จะรู้สึกว่ายาก ยาก ต้องทำให้ ให้ทันเหตุการณ์ คนไข้ แบบชีวิตคนไข้จะเค้าจะดีขึ้นหรือแย่ลงเนี่ย เรามีส่วนนะ ถ้าเราเตรียมของทันจัดของทันแล้วส่งได้ดีไม่มีติดขัดนะ มันก็ช่วยเซฟเวลาไปได้ไง อย่างแบบคนไข้ bleed มาแบบ blunt trauma แบบ bleed มาเยอะๆ เนี่ย เราก็ต้องรีบ stop bleed การส่งเครื่องมือให้ทัน การเตรียมเครื่องมือต้องพร้อม...มันก็แบบตื่นเต็นนะ ยากระดับหนึ่งเพราะเราไม่รู้ว่าที่เขา blunt trauma เนี่ย เปิดไปแล้ว ช้างในจะมีอะไรเป็นไงบ้าง เลือดเต็มท้องแบบนี้ แบบตับแตก ม้ามแตก ปอดแตก หรือแบบได้แตกซี่เต็มท้องอะไรแบบนี้...บางครั้ง แบบ เราคิดว่าทำได้อะ แต่พอมาเจอเหตุการณ์จริงคือมันไม่ใช่อะ คือแบบ เออ เราในฐานะว่ามันต้อง step นี้ step นี้ แต่พอมาเจอเหตุการณ์จริงที่เราเข้าไปเจอเข้าไปแก้ปัญหาเฉพาะหน้าตอนอยู่ใน case เนี่ย มันก็รู้สึกประหม่าเหมือนกัน...มันไม่ได้ตายตัว บางครั้งมันอาจไม่ได้ bleed ตอนนั้น หรือบางครั้งหมอเขาก็อาจจะแบบ ยังไงอะ แต่ละคนเขาก็ไม่เหมือนกัน มี style การทำงานไม่เหมือนกัน บางคนพอเห็นคนไข้เริ่ม bleed ก็เริ่มหุดหิดแล้วก็มี ยิ่งตอนทำผ่าไปแล้วเจอ bleed ขึ้นมาเนี่ย ต้องแก้ปัญหา

เฉพาะหน้าด่วนเลย ต้องหยุดเลือดให้ได้ หรือถ้าเป็น case สองกล่องก็ยิ่งแล้วใหญ่ บางคนตัดสินใจผ่าเปิดก็ต้องเตรียมของให้ทัน ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 10)

'ถึงเขาจะคุยหรือเราจะเจอออกกับเขานะ แต่ความสนใจของเราก็ต้องอยู่ที่ field สมมติต้องมีที่หนึ่งอะ คือสมาธิความสนใจต้องอยู่กับงาน ...เวลาเราทำ case เนี่ย ถ้าเราสนใจ field ตลอดเวลา แล้วก็คือ แล้วเหมือนคิดตามไปด้วยเนี่ย บางครั้งเราจะสามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้เลยว่า case นี้จะใช้อะไรเพิ่มเติม เราก็สามารถมาเตรียมมันเอาไว้ก่อนที่เขาจะร้องขอเรียกขอ ซึ่งมันก็สามารถทำให้การช่วยชีวิต มันช่วยทำให้การผ่าตัดเร็วขึ้น ช่วยชีวิตคนไข้ได้มากขึ้น ลดการเสียเลือด ลดการติดเชื้อ ซึ่งมันสัมพันธ์กับระยะเวลาในการผ่าตัด ทำให้การผ่าตัดดีขึ้น ทำให้บรรยากาศในการผ่าตัดดี เนื่องจากแพทย์ไม่ต้องรอก็ไม่อารมณ์เสีย...อย่างหมอเนี่ย จะชอบเรียกแบบ เอาไอนั้น ไอนี้ ไอนั้น แบบนี้ ถ้าเกิดว่าเรามีทักษะมีความสนใจและเราดูเนี่ย เราก็จะรู้ว่าไอนั้น ไอนี้ ของเขา เนี่ยมันคืออะไร เพราะอะไรๆ ก็เอา ไอนั้น ไอนั้น เหมือนกันแบบนี้เนี่ย ถ้าเรารู้สถานการณ์ตรงนั้น เราก็จะรู้เลยว่า ไอนั้น ของเขามันหมายถึงอะไร แล้วเราก็สามารถที่จะเตรียมให้ได้...ขณะผ่าเนี่ย ก็ต้องให้ความสนใจในงาน แล้วก็จะต้องเห็น field ตลอดเวลา พี่จะย้ำเรื่องนี้กับน้องตลอด ว่าคุณจะต้องยืนสูงต่ำเนี่ย ให้มันเหมาะสม จะใช้ผ้าต่อขามั้ย มันต้องให้คุณอะสามารถเห็น field ตลอดเวลา ว่าตอนนี้คุณกำลังทำอะไรอยู่' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 11)

4) หงุดหงิดใจเครื่องมือไม่พร้อมใช้ วังหาจนกว่าจะได้ หรืออาจใช้เครื่องมืออื่นแทน

แม้ว่าบทบาทของพยาบาลรอบในมีหน้าที่หลักในการส่งเครื่องมือผ่าตัดให้แพทย์ แต่หากพบว่าเครื่องมือที่ต้องใช้ทำผ่าตัดไม่พร้อมใช้ เช่น เครื่องมือบางชนิดที่มีแค่ชิ้นเดียว หรือเครื่องมือเสีย เครื่องมือที่ส่งไปทำให้ปราศจากเชื้อยังไม่ส่งมาจากหน่วยจ่ายกลาง ทำให้ไม่มีเครื่องมือใช้ หรือเครื่องมือที่ต้องติดต่อสั่งซื้อจากบริษัทซึ่งมีชนิดและขนาดแตกต่างกันไปไม่พร้อมใช้หรือไม่มีขนาดที่แพทย์ต้องการ ส่งผลให้พยาบาลผ่าตัดที่มีบทบาทพยาบาลรอบในช่วยส่งเครื่องมือผ่าตัดเกิดความรู้สึกเป็นกังวล เครียด เพราะอาจถูกตำหนิจากแพทย์ที่ทำผ่าตัดได้ อย่างไรก็ตามหากไม่สามารถหาเครื่องมือที่เหมาะสมมาได้ พยาบาลผ่าตัดก็อาจนำเครื่องมืออื่นมาใช้ทดแทนในกรณีที่สามารถใช้แทนกันได้ ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

'เครื่องมือไม่พร้อม ถ้า case ถูกเงินอย่างเนี้ย คือเครียดแล้ว เวลาเครื่องมือเสียเนี้ย แบบ เราจะทำยังไงดีวะ อะไรอย่างเนี้ย อย่างเช่น อย่างเช่น อะไรละ mini compression มันมีแค่เส้นเดียว แต่วันนี้ยังมีสำรองไง แล้วมันเคยมีแบบวันที่เครื่องมือไม่ดีสักอัน แล้วเราก็พยายามใช้อยู่นั้นแหละ แล้วมันก็เครียดอยู่เนะ เรื่องเครื่องมือถ้ามันไม่มีหรือมันเสียเนะ เพราะเราอาจต้องไปเอาที่ไม่ดีมาใช้ แต่ก็พยายามใช้ให้ได้ไง พวกเครื่องมือเนี้ยแหละสำคัญ บางทีหมอก็ว่านะ มันก็ทำให้เราเครียด จนบางทีเราก็ไม่อยากทำ เออ อย่างนี้แหละ มันแบบว่าเครื่องมือมีปัญหา แล้วเราแก้ไขอะไรไม่ได้มาก เค้า [แพทย์] ก็จะเป็นๆ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 5)

'บางทีเราก็เตรียมเครื่องมือไม่พร้อมอย่างเนี้ย ใครโดนดุกี่เราสิคะ ไซ้มัยคะ แล้วห้องผ่าตัดเนี้ย เครื่องมือมัน advance แล้วนะคะ มันก้าวหน้าไปเรื่อยๆ จากพวก explore อะไรแบบนี้ เดี่ยวนี้มันจะเริ่มกลายเป็น lap ไปหมดแล้ว อย่างเข้ามาสมมุติมี case ตัดต่อลำไส้ ต้องใช้เครื่องมือพิเศษ ถ้าเราไม่ได้เตรียมมา เตรียม size ให้พร้อม ไม่มีของไม่มี size เครื่องมือที่จะใช้มันไม่มีไม่พร้อม อะไรแบบนี้ ใครโดนดูละคะ เราทั้งนั้น...บางอันก็เป็นเครื่องมือที่เรามีอยู่แล้วแต่ไม่เตรียมไว้ในทุก case แบบนี้ แต่บางอันมันเป็นของบริษัทแล้วถ้าบางอันมันหมดต้องติดต่อให้บริษัทเอามาให้เพิ่มแบบนี้ แต่หัวหน้าก็ลืมนี่สือสารให้เรา รับทราบอย่างเนี้ย เข้ามาเราก็เหวอสิคะ ไม่ได้เตรียมไว้ แล้วเราพอก็ไม่ได้เตรียมไว้ แต่แรก case เริ่มแล้วพอตอนจะใช้ถึงรู้แบบนี้ก็ต้องวิ่งสิคะ วิ่งไปหาในห้องเครื่องมือหัวซุกหัวซุนว่ามันมีรีเปล่าวะ อะไรแบบนี้ ตอนรอกก็มีเครียดๆ แต่ว่าหมอค้าก็โอเคละ ถ้ามันจวนตัวจริงๆ แล้วมันไม่มีค้ำก็โอเค ใช้อย่างอื่นแทนได้ในกรณีที่มีมันแทนกันได้จริงๆ อะนะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 6)

'จริงๆ เราก็กลัวโดนหมอด่า(หัวเราะ) จริงๆ นะ ความรู้สึกมันแบบนี้จริงๆ เพราะว่าบางทีหมอขอเครื่องมือมาเนี้ยแล้วมันไม่มีค้ำก็ mood ใจ บางทีเราไม่อยากที่จะวิ่งออกไปเอาเองเลยอะ เพราะบางทีหมอเขาไม่ได้บอกล่วงหน้าหรือต้องใช้ด่วนตามสถานการณ์แบบนี้แล้วเครื่องมือบางอย่างมันหายากหรือมันมีคนอื่นเอาไปใช้แล้ว cir เขาก็ต้องหานานไง ค้ำก็หายไปจากห้อง บรรยากาศเวลาหมอรอถ้าเขาต้องรอนาน แบบรอนานในความคิดเขาอะนะ บางคนเขาก็ mood ใจ

แล้ว field ผ่าตัดมันก็แบบแยะไปด้วย (หัวเราะ) เออ เราก็เลยแบบอยากให้ เครื่องมือมันมีให้พร้อมใช้ ให้มันทันๆ เวลาที่เขาเรียกขอเนี่ย เขาจะได้ไม่ปน โดยเฉพาะหมอบนที่ชอบบ่นหรือ mood ง่าย ๆ เนี่ย แต่ถ้าคนไหนไม่ชอบบ่นแบบสบายๆ เราก็ไม่ค่อยอะไร ก็ทำงานกันไป field มันก็สบายๆ เราก็แบบ เออ ไว้ ถ้าเขาขอเราค่อยให้ที่เขาเปิดก็ได้ อะไรแบบนี้ ไม่รีบ แต่ถ้าคนไหนที่ขี้บ่นขี้ mood นะ เรายื่นอยากมีให้พร้อมบนโต๊ะเลย ให้แบบเหมือนเป็นกระเป๋าโคโรนาอะไรดิ้งออกมาให้เขาได้เลย จะได้ไม่ต้อง mood ใส (หัวเราะ)' (พยาบาลผ่าตัด รายที่ 8)

5) เครื่องครัดเรื่อง sterile เครื่องมือหัก-หายรีบหาให้พบ ถึงจบยอมให้เย็บแผล

ความซื่อสัตย์ในงานที่ปฏิบัติถือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการทำงานของ พยาบาลผ่าตัด โดยเฉพาะกับการเคร่งครัดเรื่องหลักปราศจากเชื้อ หากเกิดการปนเปื้อน (contaminate) เกิดขึ้นขณะทำผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดต้องรีบแจ้งให้พยาบาลรอบนอกทราบเพื่อ เปลี่ยนอุปกรณ์ วัสดุ หรือเครื่องมือที่เกิดการปนเปื้อนทันที เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อบริเวณ แผลผ่าตัดของผู้ป่วย เพราะการเปลี่ยนเครื่องมือหรืออุปกรณ์ดังกล่าวไม่มีผลต่อค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากการคิดราคาผ่าตัดแบบเหมา พยาบาลผ่าตัดกล่าวว่าตนเองมีการตรวจสอบเครื่องมือ ที่ทำผ่าตัดว่าปราศจากเชื้อแน่นอนซ้ำแล้วซ้ำอีก จนบางครั้งกลัวว่าจะเป็นโรคย้ำคิดย้ำทำ แต่การ หมั่นตรวจสอบให้เกิดความมั่นใจ รวมทั้งการนับเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เปิดขณะทำผ่าตัดว่ามี จำนวนเท่าใดก่อนเริ่มทำการผ่าตัด และนับทบทวนให้ครบก่อนการปิดแผลผ่าตัด เพื่อไม่ให้มี เครื่องมือหรืออุปกรณ์ใดๆ ติดอยู่ในแผลผู้ป่วย นอกจากนั้นการตรวจนับเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ ทำผ่าตัดเป็นสิ่งจำเป็น โดยเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ต้องมีจำนวนครบถ้วนเท่ากับจำนวนที่ ตรวจเช็คก่อนทำผ่าตัด ทั้งนี้พยาบาลผ่าตัดกล่าวว่าภายหลังผ่าตัด ในขั้นตอนการตรวจนับ เครื่องมือก่อนแพทย์เย็บปิดแผล หากพยาบาลผ่าตัดตรวจนับเครื่องมือแล้วพบว่าเครื่องมือหรือ อุปกรณ์ที่ใช้ขณะผ่าตัดไม่ครบจำนวน หรือมีการหักเสียหายและมีชิ้นส่วนใดส่วนหนึ่งสูญหายหา ไม่พบเช่น กันเข็ม พยาบาลผ่าตัดจะรู้สึกเครียดและไม่สบายใจ จนกว่าจะหาเครื่องมือหรือชิ้นส่วน ของเครื่องมือที่หายไปให้ครบ บางครั้งต้องใช้เครื่อง x-ray มาฉายรังสีบริเวณผ่าตัดเพื่อหาชิ้นส่วน ของเข็มซึ่งเป็นโลหะที่อาจตกค้างอยู่ในตัวผู้ป่วย พยาบาลผ่าตัดต้องช่วยกันตามหาบริเวณพื้น ใน ถังผ้า หรือในถังขยะ เพื่อให้แน่ใจว่าจะไม่ติดไปอยู่ในตัวผู้ป่วย นอกจากเครื่องมือสูญหายขณะทำ

ผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดบางรายได้เล่าถึงเหตุการณ์การตรวจนับเครื่องมือแล้วพบว่ามีความไม่ครบตามที่นับไว้ก่อนเริ่มทำการผ่าตัด เนื่องจากป้ายห่อเครื่องมือที่หน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาล (CSSD) ห่อมา มีการปิดป้ายเครื่องมือสลับสับเปลี่ยนกับเครื่องมือผ่าตัดอื่น หรือผ้า swab ห่อมา โดยมีจำนวนไม่ครบตามที่ระบุไว้บนป้ายหน้าห่อเครื่องมือ ดึงคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

'ถ้าเราเข้า case ทำผ่าตัดไป แล้วแบบถ้าเราทำ contaminate ไปโดยที่แบบไม่มีใครเห็น ไม่มีใครรู้ แล้วเราก็บ่อยเลยไป โดยที่เราไม่ซื่อสัตย์กับตนเอง เราเก็บเงียบไว้แค่คนเดียวเนี่ย มันก็อาจเป็นอันตรายต่อคนไข้ คนไข้อาจจะติดเชื้อหนักๆ กลับมาอะไรแบบนี้ มันก็เลยต้องแบบ ต้องมีความซื่อสัตย์' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 1)

'อย่างถ้าเราทำงานไปเนี่ย แล้วเราเผลอทำ contaminate ไป แล้วบอกว่าเอ้ย ไม่ใช่หรอก มันไม่ใช่ con แบบนี้ มันก็อาจจะส่งผลไม่ดีต่อคนไข้ เรื่องนี้เป็นเรื่องที่น่าหนักมาก จนบางครั้งเรานึกว่าเราเป็นโรคจิต บางทีก็อดคิดไม่ได้ว่าเอ๊ะ นี่เรา strict มากไปรีเปลา มันย้ำคิดย้ำทำมากไปรีเปลา แต่แบบ จริงๆ พี่ก็คิดว่าพยาบาลห้องผ่าตัดควรต้องเป็นแบบนี้ละ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 4)

'ต้องซื่อสัตย์ ซื่อสัตย์ก็คืออย่างพวก อย่างเราจะเน้น sterile technique ใช่มั้ย เราต้องซื่อสัตย์ ถ้าอย่างเรา con ไปแล้ว แล้วแบบ โอ๊ะ ไม่ใช่ไรอย่างเนี่ยะ บอกว่าไม่ con แบบนี้ มันก็ไม่ได้แล้ว sterile technique มันหลุดไปแล้ว แล้วมันก็เสี่ยงต่อการติดเชื้อไง สอง ก็คือ เออ เดี่ยว อย่างซื่อสัตย์อะ มันใช้ได้กับทุกอันสินะ อย่างนับเครื่องมืออีก มันต้องแบบมีแค่นี้แค่นี้แค่นี้ ใจ ต้องแบบเป๊ะ มีแค่นี้ก็แค่นี้ ไม่ใช่ว่าคุณลืม แล้วคุณก็บอกว่าครบๆ อะไรแบบนี้ มันไม่ได้ เออ มันก็มีแบบเกี่ยวกับซื่อสัตย์เป็นสำคัญ นั่นแหละ เครื่องมือต้องครบ การ sterile technique ต้องโอเค' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 5)

'เข็มเนี่ยเป็นอย่างหนึ่งที่น่ากลัวนะ บางทีรับเข็มมาเนี่ย เข็มหัก เข็มแบบมันหักคาอยู่ไหนไม่รู้ แถวตรงกันเข็มที่สอยใหม่อะ สมัยก่อนเราใช้เป็นเข็มร้อยไหมเองใช่มั้ย แล้วแบบนี้เนี่ยซึ่งโอกาสที่เกิดขึ้นเข็มจะหักคาอยู่ในตัวคนไข้เนี่ยมันมี... [เศษเข็มที่หัก] หายากนะ ถ้าหาไม่เจอเนี่ยต้อง flu ยังไงก็ต้องหาจนกว่าจะเจอ

ทำยที่สุดจริงๆ แล้วถ้าไม่เจอจริงๆ ก็ต้องเขียนโน้ตไว้ แต่ที่ผ่านมา ที่มีประสบการณ์ว่าเจอเข็มหายเนี่ย ใช้ flu หา แล้วเจอนะ ทุกครั้งนะคะ ต้อง flu ให้เจอ ต้องหาให้เจอ ทุกครั้งเลย ไม่ว่าจะเข็มจะหล่นอยู่ตรงไหนจะนอกหรือในตัวคนไข้ก็ต้องหาให้เจอ เพราะงั้นนั่นคือเราแบบ ถ้าไม่ครบมันก็ไม่สบายใจนะ มันต้องครบ...คือพอของไม่ครบนะ มันมีความเครียดอยู่ลึกๆ นะ หาไม่เจอนี้เครียดเลย แต่แบบเราหาถึงที่สุดแล้วอะ ก็ต้องยอมรับตรงนี้ แต่พอหาเจอแล้วมันรู้สึกโล่งเลยอะ คลายเลยอะ ว่าเออของครบแล้วนะ เราหาครบแล้วนะ เราไม่ได้ทำหายนะ มันแบบโต่งเลยอะ โอเคแบบ flu แล้วที่คนไข้ไม่มี เราก็กสบายใจไปเพราะนี่ แต่ถามว่ามันอยู่ข้างนอกแล้วไม่ครบไม่เป็นไรมันก็ไม่ใช่อะ คือของมันแบบใช้ไปแล้วตอนกลับมันก็ต้องครบ ไม่ใช่ที่ว่าใช้ไปแล้วหาย ไม่มีการว่าตัดขาดว่าเออข้างมัน ไม่ครบก็คือไม่ครบอะไรแบบนี้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 7)

'ความซื่อสัตย์ เครื่องมืออย่างเนี่ยะ เราเปิดออกมา เทคนิค sterile เราเนี่ย con ไม่ con ก็เริ่มแต่แรกที่ตรงนี้แล้ว เทคนิคเราที่พี่เค้าสอน แล้วก็เครื่องมือก็ต้องนับก่อนทุกครั้ง ไม่ใช่ว่าไม่นับแล้วมาโหมเมว่าครบ แล้วพอหาไม่เจอก็โทษคนนู้นคนนี้...อย่างแบบมันเคยมี case ที่แบบว่าด้านล่าง [CSSD] เค้าห่อมาไม่ครบอะไรอย่างเนี่ย แบบ swab มี 5 ผืนนะแต่ละห่อ แต่ไอ้ห่อนี้มันดันมี 5 ผืน แต่มีแค่ 4 ห่วงเอง อีกอันเค้าไม่ได้คล้องห่วงมาให้แบบนี้อะ แต่แบบโชคดีที่อันนี้เราเจอก่อนไง เลยแบบเฮ้ย ห่วงมันไม่ครบ พอเจอแบบนี้ก็เอาออกจาก case เลย ไม่เอามาใช้ เพราะไม่งั้นมันสับสนนะ ถ้าไม่ได้นับจริงๆ ไม่ได้เช็คจริงๆ แต่แรกแล้วใช้ไปเรื่อยๆ แบบอะ case ريبๆ ไร้อ้อ พอตอนจะมานับของตอนปิดห้องนี้จะชวยมาก เพราะว่ามันครบแต่ห่วงมันหายไป แล้วตอนเราขานตอนแรกก่อนทำผ่าตัดเราก็คานว่าครบดีไรวางนี้อะ แบบนั้นเครียดตายแน่ๆ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 8)

'พี่เป็นคนเข้า case แล้วเข็มหาย ตอนนั้นนะ silk 3-0 นะ เข็มมันก็แบบประมาณขนาด 16-20 มิล มันก็ไม่เล็กนะ แต่ว่าพอเราเช็คแล้วมันหายนะ เราก็บอกว่ามันอาจจะตกลงขยะ เพราะว่าถึงมันอยู่แถวๆ หน้าตรงนี้ เวลาريبๆ มันก็อาจจะกระเด็นตกลงไปได้ ก็ให้ circulate ช่วยหา circulate ก็แบบชะงักๆ มองดูแล้วบอก ไม่มี ซึ่งพอไม่มีปั๊บเนี่ย หาตรงอื่นไม่เจอแล้ว สิ่งที่เกิดขึ้นก็คือ

ต้องลาก flu มา ต้องมา flu ดู ซึ่งพอไปลาก flu มาอยู่เนี่ย พี่ก็ไม่กล้าพูดไง เพราะเขาเป็นพี่อาวุโสกว่าแบบ ทำให้ละอายดีกว่านี้ได้มั้ยคะ เนี่ย เราไม่กล้า เพราะตอนนั้นเขาอาวุโสกว่าเรามาก พอพี่เขาออกไปพี่ก็เลย มีคนผ่านมาพอดี scrub คนอื่นนะ พี่ก็เลยกวักมือ ให้มาช่วยหาอีกที เพราะว่าพี่หาตรงอื่นแล้ว แล้วมันไม่เจอ แล้วพี่คิดว่ามันอาจจะตก แล้วก็เจอจริงๆ อยู่ในถังขยะนั่นแหละ... คือเราดูตลอดเวลา เป็นโรคย้ำคิดย้ำทำอยู่แล้ว (หัวเราะ) จะคอยดูอยู่ตลอดเวลา ว่าของครบมั้ยอะไรมั้ยอยู่แล้ว แล้วมันเป็นเสียที่ว่าเขาขอล้างอะ แล้วเอาไปให้เขาล้าง เอา เอา ซามรูปไตใส่น้ำไปให้เขาล้างเนี่ย เสร็จแล้วพอตอนจะเย็บปิดเราก็มามองๆ อีกที แล้วก็เห็นว่ามันหาย สิ่งที่กังวลคือ กลัวว่าเกิดเข็มมันกระเด็นไปข้างๆ แล้วซามที่ตักน้ำนะ ซามมันเปียกใจแล้วเข็มเล็กๆ มันเหมือนเปียกอะ เข็มเล็กๆ มาดูติดกับกันซาม แล้วเอาไปตักน้ำล้างน้ำมันก็ไหลกับในถังอะ คือวาดภาพไว้อย่างเลวร้ายใจ ก็ กังวลตรงที่ว่ามันไหลไปซามรีเปล่า กลัวแค่นี้เอง พอเขาหาไม่เจอก็กลัวมาก กลัวไปอยู่กับคนไข้อะ แต่ในที่สุดก็เจออะ ในถังขยะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 11)

'ความซื่อสัตย์นี้มาอันดับหนึ่งอยู่แล้วใครก็รู้ หลักsterile technique ใจ รู้ทั้งรู้ว่าตัวเองทำ con อะ มันก็ไม่ควรทำต่อ ก็ควรที่จะเปลี่ยนหรือควรที่จะเก็บไปเลย ก็คือ con ก็ยอมรับว่า con มันไม่เป็นอะไรหรอก เครื่องมือของอะไรเราก็มี แล้วเราไม่ใช่อย่างเอกชนนะ ของเรามีเยอะแยะ เก็บเงินเราก็เก็บเป็นแบบค่าผ่าตัดเหมา เครื่องมือเหมา ไม่ได้มานั่งนับจำนวน gauze หรืออะไรเล็กๆ น้อยๆ ขนาดนั้น อย่างถุงมือหรืออะไรที่มี spare แล้วมันไม่ใช่ของที่ต้องซื้อรายชิ้นจากบริษัทนะ มันก็เปลี่ยนอันใหม่ได้เลยไม่มีปัญหาอยู่แล้ว เปลี่ยนอันใหม่ไปหะไม่ต้องกลัวว่าจะเสียหาย ไม่ต้องกลัวว่าเป็นเพราะเราผิด มันไม่ผิดขนาดไหนหรอก แต่ถ้าเรายอมให้มันไปถึงคนใช้นั้นแหละผิดแน่ รู้ทั้งรู้ว่า con ก็ไม่ควรทำต่อ เปลี่ยนไปเลย ดีกว่าใช้ทำไม่รู้ไม่ชี้แล้วปล่อยให้คนไข้ infect เนี่ยคือความซื่อสัตย์' (พยาบาลผ่าตัดรายที่12)

มันเคยมีแบบว่าห่อเครื่องมือเนี่ย ป้ายเครื่องมือที่แปะข้างหน้านะบอกว่า เป็นแบบนี้ แต่ข้างในมันไม่ใช่ พอมันเกิดเหตุการณ์แบบนี้ แล้ว case ไม่เสร็จในเวลา เวิร์ดต้องมารับต่อเนี่ย แล้วพอดู อ้าว เครื่องมือมันไม่ใช่ที่เขาเช็ค ที่เขา

ต้องการ อิม คนละชนิด แล้วเวลาเขาเช็ค เขาส่งลงไปล้างไป pack ของ ของมัน ไม่ใช่ มันไม่มีชิ้นนี้ เคื่อก็นี้กว่ามันหาย มันเหมือนของมันหายไปนะ เราก็ต้องมานั่งนึก กลับบ้านก็ต้องมานั่งนึกว่ามันอยู่ตรงไหน เนี่ยแหละ คือเหตุการณ์ที่ว่าเราต้องมาเครียดนั่งนึกว่าเราเปิดอะไรไปให้เค้า พอเราเจอแบบนี้เราก็ต้องมานั่งนึก เราก็ต้องมามองว่าแล้วของชิ้นเนี่ย ของที่ห่อชิ้นเนี่ย ที่มันเป็นคนละอันกับป้ายเนี่ย เอ๊ะ มันสลับกันรีเปล่า เราก็ต้องนึกแบบนี้ด้วย เราก็ต้องให้คนอื่นไปเปิดของ ที่มันเป็นแบบที่อยู่ในห่อ นะ ที่มันแปลกปลอมมานะ มาดูสิว่ามันใช่มั๊ย ซึ่งโอเค มันก็ใช่ คือมันสลับกันจริงๆ มันก็จบ คือตอนที่ CSSD pack เคื่อกแบบห่อ แล้วติดป้ายชื่อเครื่องมือสลับกันมาไง พอมาเจอเรื่องแบบนี้แล้วเราไม่ได้เช็ค เครื่องมือแต่แรกว่าถูกต้องตามที่ขานรีเปล่ามันก็เลยเป็นเรื่อง เราต้องติดตามดูนะว่าเครื่องมือครบมั๊ย ถ้าหายไปก็ต้องหาให้เจอ ไม่ใช่ว่าพอหมดเวรก็จบอยู่แค่นี้แล้ว ไม่รับผิดชอบ มันต้องรับผิดชอบเหมือนกัน ทั้งทีมพยาบาลผ่าตัดอะ ต้องช่วยกันค้อยๆ นึกไปว่ามันอยู่ตรงไหน' (พยาบาลผ่าตัดรายที่14)

4. การผ่าตัดเป็นความเสี่ยง หากหลีกเลี่ยงได้ ไม่อยากให้อะไรผิดพลาด

ในการทำผ่าตัดผู้ป่วยแต่ละราย พยาบาลผ่าตัดมีหน้าที่ดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย ตั้งแต่เข้ามาในห้องผ่าตัด จนกระทั่งทำผ่าตัดเสร็จสิ้น ในการทำผ่าตัดนั้นมีทั้งการทำผ่าตัดแบบ elective และแบบ emergency ซึ่งพยาบาลผ่าตัดต้องมีการจัดเรียงลำดับตามความสำคัญในการทำผ่าตัด ในการทำผ่าตัดที่มีความรุนแรงหรือฉุกเฉินพยาบาลผ่าตัดต่างช่วยเหลืออย่างเต็มที่ซึ่งมีทั้งช่วยชีวิตได้และช่วยชีวิตไม่ได้ ทั้งนี้งานในห้องผ่าตัดนั้นมีเสี่ยงและความวุ่นวายเนื่องจากการผ่าตัดบางอย่างต้องใช้อุปกรณ์และเครื่องมือในการทำผ่าตัดจำนวนมาก พยาบาลผ่าตัดต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ รวมถึงดูแลเครื่องมือที่ใช้ในการทำผ่าตัดให้ครบถ้วนตั้งแต่ก่อนทำผ่าตัดจนถึงผ่าตัดเสร็จสิ้น ดังประเด็นที่จะกล่าวต่อไปนี้ 4.1) ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ดูแลให้ปลอดภัยช่วยเหลือให้สุขสบาย 4.2) แม้จะวุ่นวาย หากช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ บรรลุเป้าหมายการทำงาน และ 4.3) การผ่าตัดต้องระมัดระวัง หากพลาดพลั้ง เกิดภาวะแทรกซ้อนได้

4.1 ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ดูแลให้ปลอดภัยช่วยเหลือให้สุขสบาย

พยาบาลผ่าตัดกล่าวว่างานพยาบาลผ่าตัดเป็นเสมือนผู้ที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งมีภาวะเจ็บป่วย ไม่สุขสบาย ต้องการเข้ารับการผ่าตัดเพื่อรักษาให้หายจากภาวะโรคที่เป็น โดยหน้าที่พยาบาลผ่าตัดคือช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในทุกขั้นตอนของการผ่าตัดให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด

และกลับออกไปได้อย่างปลอดภัย มีสภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิม รวมทั้งไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำ ผ่าตัด การได้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยดีขึ้นนี้ทำให้ตนเองรู้สึกดีและสบายใจ พยาบาลผ่าตัดบางรายยัง กล่าวอีกว่าการได้ทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกลับบ้านออกไปอย่างปลอดภัยถือเป็นเป้าหมายสำคัญ ของการทำงาน นอกจากนี้พยาบาลผ่าตัดยังเปรียบงานพยาบาลผ่าตัดของตนเองเป็นเสมือนทั้ง ออกแก๊สเซอร์จางแต่งงานที่ช่วยดูแลควบคุม ดูแลงานแต่งงานแต่ละงานให้ผ่านไปด้วยดี บางราย เปรียบพยาบาลผ่าตัดเสมือนเป็นช่างผู้ชำนาญการในการเลือกใช้เครื่องมือให้ถูกงานและดูแล รักษาให้ถูกต้อง รวมทั้งเป็นเสมือนหลายๆ หน้าทีรวมกันในหนึ่งเดียว ทั้งพนักงาน ผู้บริหาร และผู้ ปฏิบัติการ ดังนี้

'ก็คิดว่าทุก case ที่ทำผ่าตัดแล้วมันสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีแบบเนี้ย ถือ ว่าสำเร็จแล้ว แต่ถ้า case ไหนที่ไม่สำเร็จ อย่างทำ tear อะไรแบบนี้ เราก็จะ รู้สึกไม่ดีอะไรแบบนี้ เราก็เลยเหมือนจะจำได้มากกว่า อย่างแบบเขา [แพทย์] ทำ tear case นี้ ไม่น่าเลยอะไรอย่างนี้ แต่ถ้าอย่าง appendix หรือ cesar อะไร พวกนี้ อย่างถ้าคนไข้มามันจะแบบ คือเขาต้องการที่จะ cesar ไข้มี มีการ วินิจฉัยมีการ diag แล้วว่าเขาภาวะจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด case พวก แบบนี้มันก็ดีนะ ถ้าเขาได้รอดกลับไปแบบหายดีสบายๆ เด็กดี แม่ดี อะไรแบบนี้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 5)

'พยาบาลห้องผ่าตัดเป็น organize นะ คือเป็นคนจัดงานไงคะ ใน ความคิดของพี่นะ คือพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นคนคอยจัดงานต่างๆ เพื่อให้งาน นั้นมันสำเร็จไปได้ด้วยดีนะ อย่างแต่งงานแต่งงานอย่างเนี้ย ต้องมีคนจัดการ คน ที่ช่วยดำเนินการทุกอย่างอะไรอย่างเนี้ย อย่างพยาบาลห้องผ่าตัดเนี้ยอะ มี ผ่าตัดในห้องเราสัก 4 ราย พี่ก็ต้องเตรียมงานทั้งหมด 4 ครั้ง ซึ่งมันก็มีความ แตกต่างกันไป เพื่อให้มันผ่านพ้นไปได้ด้วยดี จนส่งตัวคนไข้กลับห้องหอ RR ประมาณนั้น ถ้าขาดตรงนี้ไป หมอก็ทำงานคนเดียวไม่ได้หรอก เป้าหมายของ การทำงานก็ไม่สำเร็จนะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 6)

'คือคนที่ช่วยเหลือคนไข้ ช่วยคนไข้ที่มีปัญหาที่มาที่เรา เพราะอย่างโรง บาลเอกชนทั่วไปไข้มีเค้าอาจจะมี เออ ทำศัลยกรรมพลาสติก เสริมความมุง ความงามอะไรก็ว่าไป แต่ในส่วนโรงพยาบาลรัฐของเราเนี้ยมันไม่ใช่แบบนั้น เรา

ไม่มี case ที่คล้ายกรรมอะไร คนที่มาหาเราคือคนที่ป่วย ไม่สบาย ต้องการให้รักษาทั้งนั้น เค้ามามาหาเรา การผ่าตัดของเราคือการช่วยเค้าให้เค้าหายอยู่จากอาการเจ็บป่วยที่เป็น ไม่ว่าจะเป็นส่วนใดส่วนหนึ่งหักมา หรือมีเนื้องอกมา หรือตามองไม่เห็นอะไรพวกนี้เนี่ย คือเราต้องทำส่วนเนี่ย ให้เขาหายหรือดีขึ้นจากตอนที่เขามา ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดเนี่ย ก็เหมือนคนช่วยให้เขาหายหรือกลับไปสู่อ้อ อ้อ อาจจะไม่ได้เหมือนเดิม 100% แต่ก็แบบ ก็ทำให้เขาดีขึ้น สุขสบายขึ้นสบายใจขึ้น' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 7)

'คิดว่าทำผ่าตัดทุก case คนไข้จะ ที่ทำผ่าตัดไป แล้วกลับไปดีก็ปลอดภัย ไม่กลับมาอีก แค่นี้ก็พอใจแล้ว เหมือนประสบความสำเร็จในการทำ case แล้วคิดว่าแบบนี้เราก็เหมือนดีใจในระดับหนึ่งอะ ดีใจละ มากสุดละ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 10)

'พยาบาลห้องผ่าตัดเนี่ยเป็นคนที่สามารถส่งเครื่องมือช่วยทำผ่าตัดได้ เป็นคนดูแลเครื่องมือ ดูแลคนไข้ ให้ปลอดภัยในทุกขั้นตอนของการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดคนนึงต้องทำหน้าที่ทุกอย่าง ตั้งแต่คนไข้เข้ามา ให้คนไข้ออกไปด้วยสภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิมให้ได้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 14)

4.2 แม้จะวุ่นวาย หากช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ บรรลุเป้าหมายการทำงาน

เมื่อมีผู้ป่วยฉุกเฉินต้องการการผ่าตัดรักษาอย่างเร่งด่วน หรือเมื่อผู้ป่วยที่กำลังทำผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อนหรือหยุดหายใจกะทันหัน ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการความช่วยเหลือ พยาบาลผ่าตัดที่ประจำอยู่ห้องอื่นๆ หรือพยาบาลผ่าตัดที่ว่างยังไม่ได้เข้าทำผ่าตัด ก็จะรีบวิ่งเข้ามาให้ความช่วยเหลือ ช่วยประสานงาน หยิบจับเครื่องมือ เปิดเครื่องมือ เตรียมตัวผู้ป่วยและสถานที่ ทำงานร่วมกันทั่วทุกคนทั้งพยาบาลผ่าตัด วิชาญญีแพทย์ วิชาญญีพยาบาล แพทย์ผ่าตัด และแพทย์ผู้ช่วยเหลือ เพื่อให้สามารถดำเนินการผ่าตัดหรือให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและทันเวลา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่กำลังมีอันตรายอาจถึงชีวิต ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

'รายนี้ก็แบบ CPRมาจาก ER เลย ขึ้นมาบนห้องผ่าตัด เราก็คช่วยกัน CPR ต่อ แต่แบบคงได้แตกอะไรแบบนี้แล้ว คือปั๊มกันจนคนไข้ช็อกปากเหม็นไปหมด ทั้งห้องนะ จำได้ว่าตอนมาถึง กะตอนเปิดของนี่โห มันยุ่งมาก คือพยาบาลเราก็ค

จะรู้กันว่า case ส่วนนะ พอคนไข้มาบับคนที่ว่างๆ เนี่ย ก็จะพากันกรูเข้าไปในห้อง ไปช่วยกันคนละไม้ละมือให้งานมันเสร็จ ให้ช่วยคนไข้ได้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 2)

'เวลาที่เรามี case ยุ่งๆ เนี่ย ทุกคนก็จะมาช่วยกันดี วิ่งมาช่วยอะไรแบบนี้ ก็คือมีใจที่จะทำงานนะหลายๆ คนในห้องผ่าตัดเลย อย่าง เออ มี cesar ส่วนมานะ อะไรอย่างเนี่ย เสร็จถ้าเราอยู่กันทุกคน เราก็แบบเออ คิดที่จะช่วยกัน ไปช่วยกันเปิดของ จัดของ เออ เดี่ยวเราไปจัดเครื่องมือให้ เออ เดี่ยวดูห้องให้เคลียร์ห้องให้อะไรแบบนี้ ก็คือช่วยกันอะ มีใจจะช่วยกัน อืม คือทุกคนคือมีใจที่จะทำงานไง ช่วยๆ กัน...หรือแบบ case ที่ไม่ดีอะ คือตอนแรก anas เค้าจะบอกเรานะ ว่าคนไข้ไม่ดี เพราะเค้าเป็นคนคุม monitor อยู่ใช้มะ เสร็จ ถ้าคนไข้ไม่ดี เราก็จะดูว่าคนไข้จะทำไงต่อ ถ้าคนไข้ไม่ดี เราก็จะเคลียร์พื้นที่ให้เขาบับเลย แบบถ้าเปิดแผลอยู่หมอกก็อาจให้เย็บปิดก่อนรอกๆ หรือเอาผ้าคลุม เอา swab pack ปิดไว้อะไรแบบนี้ แล้วเราก็เคลียร์เครื่องมือออกจากตัวคนไข้เลย ไม่ได้เลยนะเวลาเจอแบบนี้ละ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 5)

'[เวลามี case arrest] เราจะเรียกๆ กัน แล้วถ้าที่มโนะ ห้องไหนเค้าว่างอยู่ เค้าก็จะมาช่วย คือจะช่วยกันทำงานเป็นทีม ห้องไหนว่างเค้าก็มาช่วย แบบเราจะพูดๆ กันว่า เออ ห้องไหนกำลัง CPR อะไรแบบนี้ คือเราก็จะมี code กันนะนะ แล้วห้องไหนว่างเค้าก็จะมาช่วย มาช่วยบับ ช่วยให้เลือดให้ยาอะไรแบบนี้ คนที่ว่างนะก็มาช่วย แต่ถ้าคนห้องไหนที่เขามี case อยู่เค้าก็ต้องทำ case ตัวเองไปเนอะ ก็มาไม่ได้ แต่ปกติแล้วก็จะมาช่วยกันทุกคนเลย ทุกอย่างจนกระทั่ง เออ คลี่คลายแล้วก็ถึงจะโอเค แล้วก็แบบทำๆ ตามหน้าที่ขั้นตอนของแต่ละรายแต่ละคนไป... case cesar เนี่ยแหละ cesar แล้ว DOT [Dead on table] ตกใจเหมือนกันนะ ไม่เคยเจอเลย คือแบบว่า cesar คุยๆ กับเราอยู่เรียกว่าไงอะ คุยๆ กันอยู่แล้วเขาก็ป๊อกไปเลยอย่างเนี่ย รู้สึกว่ามันเป็น DOT ที่แบบว่าป้องกันไม่ได้นะ มันเกิดจาก cesar แล้วก็ emboli อะ เป็น emboli เพราะมันถามว่าป้องกันได้มั๊ย มันก็ไม่ได้ แต่ว่าเราก็ช่วยกันเต็มที่นะ อืม เต็มที่ทุกอย่าง เราก็พยายาม พอเกิดปั๊บเราก็รีบช่วยกัน คนไข้เข้ามาแบบปกติดี คุยกันอยู่เนี่ยแหละที่หัวเตียง ว่า เออ เด็กออกแล้วนะ อย่างนี้แหละ พอคุยเสร็จ

ว่าเด็กออกแล้ว แล้วตาเขากี่ [ทำตาเหลือก] อย่างเนี่ย แล้วก็ปอกเลย แล้วหมอกี่
หยุดมือเลย หยุดละ ต้องช่วยกัน มา CPR ช่วยๆ กันหมดเลยนะ หมอดมยงดม
ยา หมอสูติเรา เรียกได้ว่าพอเกิดเหตุแบบนี้แล้วเราก็ต้องรีบโทรเรียกห้อง anas
แล้ว โทรเรียกมากันเป็นทีมเลย ทุกคนก็ทำตามหน้าที่ เรียกได้ว่าทำๆ หน้าที่กัน
ไป คนหนึ่งก็ CPR อีกคนให้ยา เราก็มาร่วมช่วยๆ เขารอบนอก เขาต้องการอะไร เรากี่
ประสานให้ แต่ถามว่า ตรงเนี่ยนะ ทางห้องสูติเนี่ย ถ้าเป็น DOT ในลักษณะนี้
แบบนี้ 'ไม่ค่อยอะ ไม่ค่อยรอด' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 7)

'แบบพวกที่ CPR อะไรแบบนี้ ที่ผ่าไปผ่ามาแล้วคนไข้ arrest เนี่ย โห วุ่น
มาก เคยเจอ case neuro ใจ หมอ ช. อะ ตอนนั้นแบบคนอื่นยังไม่เริ่มออกเวร
กันเลย จริงๆ มันถึงเวลาออกเวรแล้ว แต่คนไข้ไม่ตีมัน bleed มากอะไรอย่างเนี่ย
รู้สึกมันเป็น case อะไรนะ clip aneurysm แล้วมันทำยาก มันทำไม่ได้ แล้ว
คนไข้ก็ score drop อะ BP drop ด้วย อะไรอย่างนี้ เค้า [วิสัญญี] ก็รีบมาเปิด
เส้นเยอะเยอะ แล้วก็เริ่มปั๊ม ก็เปลี่ยนกันปั๊มอะไรอย่างนี้ หลายคนมาก จำไม่ได้
ว่าขึ้นรีเปล่านะ แต่วุ่นวายมาก (ลากเสียงยาว)' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 8)

ทั้งนี้ผลของการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มาเข้ารับการผ่าตัดทั้งแบบ elective และแบบ
emergency นั้น มีผลลัพธ์ 2 ทาง คือ ดีใจสามารถช่วยผู้ป่วยได้จนรอดชีวิต และเสียใจที่ช่วยผู้ป่วย
เอาไว้ไม่ได้

ในส่วนของความรู้สึกดีใจที่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ พยาบาลผ่าตัดได้เล่าถึง
เหตุการณ์ขณะทำผ่าตัดที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจนอาจถึงแก่ชีวิตได้ เช่นผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดคลอด
ทางหน้าท้องแล้วมีภาวะเลือดไหลไม่หยุด สภาพผู้ป่วยในขณะนั้นตัวเย็น ชีต รวากับศพ แพทย์
ตัดสินใจผ่าตัดมดลูกออก (Hysterectomy) เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ สุดท้ายผู้ป่วยกับพื้น
คืนชีวิตได้อีกครั้ง อีกรายผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดคลอดแล้วเสียเลือดมากและทุกคนในทีมผ่าตัดร่วมมือ
ช่วยเหลืออย่างเต็มที่ แพทย์ผู้ช่วยเป็นผู้วิ่งออกจากห้องผ่าตัดไปเอาเลือดของผู้ป่วยที่ห้องเลือดด้วย
ตนเอง พยาบาลรอบนอกช่วยพยาบาลวิสัญญีในการให้เลือด และแม้แต่แพทย์ที่เชี่ยวชาญด้าน
เลือดซึ่งไม่ได้อยู่ช่วยในการผ่าตัดยังโทรติดต่อมาสอบถามและให้ข้อเสนอแนะตลอดเวลาจน
ผ่าตัดเสร็จ การผ่าตัดใช้เวลายาวนานมากจนทุกคนรู้สึกล้าแต่ยังพยายามช่วยเหลืออย่างเต็มที่ จน
สุดท้ายผู้ป่วยฟื้นตัวหายจากภาวะแทรกซ้อนที่เกือบทำให้เสียชีวิตขณะทำผ่าตัดได้ และอีกรายคือ

ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดที่มีภาวะ air emboli ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงและอาจเสียชีวิตได้ทันที แต่แพทย์และทีมผ่าตัดสามารถช่วยเหลือได้ทันเวลาที่จนผู้ป่วยปลอดภัย ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

'ก็ case คลอดนั้นแหละ ตอนแรกก็ยังไม่มาดีเลย ยังพูดคุยปกติเหมือนคน จะมาผ่าท้องคลอดทั่วไป แต่พอผ่าๆ ไป พอเด็กออกนึบ มัน bleed bleed เสร็จ ก็คือ ยิ่งไงก็แบบจากท่านอนหงายเปลี่ยนมาขึ้นขาหยั่งก็ยิ่ง bleed bleed ตลอด ไม่เลิก จนตัดมดลูกออกไปแล้วก็ยัง bleed มัน bleed เยอะมาก bleed จนคนไข้ arrest อะ แล้วทุกคนก็คิดว่าคงไม่รอดแล้วแน่ๆ ก็ได้แต่เย็บปิดไป เพราะทำทุกอย่างเท่าที่ทำได้แล้ว คือพยายามยื้อกันอยู่นานมากทำทุกอย่าง ผ่าเสร็จก็ bleed หมอก็รีบล้วงดูข้างล่างก็ปรากฏว่า bleed เลยแบบรีบขึ้นขาหยั่งดู ก็ปรากฏว่ายัง bleed ก็เลย re explore ทำเป็น TAH [total abdominal hysterectomy] แต่แบบตัดเสร็จแล้วนะ มันก็ยังคง bleed ไม่เลิก ซึมไม่เลิก ทำไงก็ยัง bleed อยู่ จนเลือดเป็นน้ำใสๆ แล้ว เพราะเขา plush ให้ทั้งเลือด ทั้งน้ำเกลือ ทั้งไอ้สารประกอบเลือดอะ ให้เท่าไรก็ออกมาหมด จนหมอต้องตัดใจยอมปิด ไม่แน่ใจว่า pack รีเปล่า แบบ case นี้ละ ฆ่าออกจากห้องผ่าตัดนี้ เหมือนคนที่ตายไปแล้วเลย ตัวเย็น ซีด เหมือนศพอะ ซีพจก็ยังมีอ่อนๆ แต่มุมมองของพี่ในตอนนั้นก็คือ เราต้องช่วยให้เต็มที่ ทำให้เต็มที่ เราไม่หมดหวังแบบนี้แหละ มันก็เหมือนเราประทับใจ ที่สุดท้ายแล้วเขาก็รอดนะ แล้วรายนี้ออกรายการทีวีด้วยนะ ที่ย้ายจากห้องผ่าตัดไปอยู่ ICU สามก็เหมือนจะหมดหวังแล้ว แล้วลูกคนแรกของเขาอะ ก็ขวบไม่รู้ เด็กๆ นี่ละ วิ่งเข้าไปหาแม่ร้องเรียกแม่ แล้วคนไข้จากนั้นๆ ก็ฟื้นขึ้นมาเลย เหมือนปาฏิหาริย์อะไรแบบนี้ จำได้ว่าตอนที่หมอเขามาทำผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดอีกกรอบ เขาก็รีบเอาข่าวนี้มาบอกพยาบาลห้องพยาบาลเวรที่ทำวันนั้นนะ เราก็คือ โห ปลื้มกันใหญ่ ที่คนไข้รอด ที่ลูกเค้าไม่ต้องเป็นกำพร้าอะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 3)

'case นี้เค้ามีลูกอายุประมาณ 2-3 ขวบคนนึง คนที่กำลังผ่าคลอดนี่อีก case นึง แล้วนานมาก สามมีเค้าแบบว่าเหมือนอาจารย์เรียกคุยให้ทำใจแล้วอะ อาจารย์แบบวิ่งไปเอาเลือดเอง เลือดมันจะหมดโรงพยาบาลแล้วอะ อาจารย์เลยวิ่งไปเอาเลือดเอง อาจารย์ ว. นะ ส่วนหมอ surgeon ก็ห้องด้วย อาจารย์ ว. เค้าก็แบบวิ่งไปเอาเลือดเองขึ้นลงบันไดอะ ห้องผ่าตัดอยู่ชั้น 5 ไซ้มะ อาจารย์ก็วิ่งขึ้นวิ่งลงไปเอาเลือดที่ชั้น 4 ด้วยตัวเอง เองเลยอะ แล้วยังโทรแบบ consult หมอ

แบบ หมอ hemato ด้วยนะ ที่เค้ารู้จักกันนะ อาจารย์คนนั้นก็น่ารักมาก คือเค้าคอยโทรมาถามเป็นระยะๆ นะ พี่แบบประทับใจเลยคะ เพราะทุกคนช่วยกันเต็มที่เพื่อคนไข้ นะ ขนาดอาจารย์ [hemato] เค้าไม่ได้เป็นหมอในที่ที่โรงพยาบาลเรา นะ อาจารย์ที่ hemato อะคะ เค้าย้ายไปเป็นรองผอ. ที่อื่น หรืออะไรอย่างเนี่ย แต่เค้าแบบโทรมาหาอาจารย์ ว. เป็นระยะๆ ว่าเป็นไง แล้วอาจารย์ก็แบบเลือดมันให้ไม่ทันใช้มั๊ยคะ เพราะมันนอกเวลานะ คนเวรที่ห้องเลือดเหมือนเค้าจะมีแค่คนเดียววิ่งนี่แหละ อาจารย์เค้าก็วิ่งไปเอามาเองเลยจากชั้น 4 เอามาให้ เพราะห้องเลือดเค้ากลางคืนเค้าอยู่ [เวร] แค่คนเดียวหรือนี่แหละ แล้วแบบ case นี้ทุกคนก็ช่วยกันเต็มที่ ทำนานมากอะ เราช้อ่านะแต่ก็คิดว่าทุกคนก็ล่าแต่ก็ยังช่วยกัน ช่วยคนไข้ case นี้ก็เลยเป็นแบบ case ที่ประทับใจมาก แล้วคนไข้ก็รอดด้วยนะคะ...ประทับใจมาก ที่แบบทุกคนช่วยกันเต็มที่จนแบบคนไข้ที่เหมือนจะตาย จะไม่ฟื้นแล้ว ดูไม่น่าจะรอด กลับฟื้นขึ้นมาได้นะ' (พยาบาล ผ่าตัดรายที่ 6)

ที่ล่าสุดที่รอดก็ Cesar แล้ว emboli แต่แบบ ให้อาแล้วก็ช่วยกันเต็มที่ ก็คือพอถึงตอนนั้นปั๊มเนี่ย คือพอเกิดเหตุการณ์เนี่ย พอ emboli ปั๊ม ก็ปั๊ม ปั๊มไป หมอก็ให้อา ให้อา คือ เค้าเรียกยาอะไรก็ไม่รู้ นะ จำไม่ได้ คือเค้าก็ปั๊มทั้งให้อา ก็ช่วยกันเต็มที่ คือหมอมามากันหมดทุกคน ตามหมอทุกคนเลยที่เกี่ยวกับด้านสูตินะ หมอ anas ก็มา ก็ให้อาแล้วก็ช่วยกันปั๊ม แล้ววันนั้น ถึงเวลาตอนนั้นก็เข้า ICU ก็ pack ไป pack ในช่องท้องอะเนอะ ก็คิดอยู่ว่าจะรอดมั๊ย เพราะเสียเลือดเยอะ ใจจต้อง pack ไป ก็ภาวนาเนอะให้รอด แล้วสุดท้ายเค้าก็ได้กลับมาทำผ่าตัดกับเราใหม่ ซึ่งก็คือมา re explore ใหม่ ก็โอเคอะคะ มาเอา swab ที่ pack ไว้ ออก...แต่ว่ายังไม่ ยังมีตัวบวมอะไรอย่างนี้ ก็มาเอา pack ออก เราก็ ก็คิดอยู่อะนะว่าอยากให้เขาดีขึ้น อยากให้เขารอดอะนะ แต่รู้สึกสั๊กพักก็กลับมา re explore อีกหน มาเอาผ้า swab ออกอะไรพวกนี้นะ' (พยาบาล ผ่าตัดรายที่ 7)

ส่วนความรู้สึกเสียใจเพราะไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ ได้แก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำผ่าตัด ผู้ป่วยเสียเลือดเป็นปริมาณมาก ที่ผ่าตัดได้พยายามช่วยเหลืออย่างสุดความสามารถเป็นระยะเวลายาวนาน แต่สุดท้ายไม่สามารถช่วยได้ ส่งผลให้รู้สึก

เศร้าย หรือผู้ป่วยมะเร็ง ผ่าตัดแล้วพบว่าไม่สามารถช่วยได้ เนื่องจากเนื้อร้ายแพร่กระจายเต็มท้องแล้ว อีกรายเล่าถึงผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุและมีอาการร้ายแรงที่มาเข้ารับการผ่าตัด บางรายต้องปั๊มหัวใจช่วยกู้ชีวิตมาตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน จนถึงห้องผ่าตัดแต่ก็ไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยเอาไว้ได้ทัน บางรายต้องทำผ่าตัดเปิดทรวงอกเข้าไปเพื่อปั๊มหัวใจจากภายใน ในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บหลายระบบต้องได้รับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทางหลายสาขา ใช้เวลาในการช่วยเหลือยาวนาน แต่สุดท้ายก็ไม่สามารถช่วยเหลือได้ หรือผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด PCNL ซึ่งได้รับการผ่าตัดเสร็จสิ้นด้วยดี แต่กลับเสียชีวิตกะทันหันขณะพักอยู่ในห้องพักรักษา การเสียชีวิตดังกล่าวเป็นภาวะที่พยาบาลผ่าตัดรู้สึกเศร้าใจและไม่อยากให้เกิดขึ้น ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

'case blunt trauma โดนอุบัติเหตุมาเนี่ย แล้วก็เข้ามาเปิดทำ thoraco [ผ่าตัดทรวงอก]...เข้าไป [เป็นพยาบาลส่งเครื่องมือ] กันสามคน เราก็เป็นหนึ่งในนั้น ก็ช่วยทั้งส่ง ช่วยทั้งเป็น assist ช่วยทั้งปั๊ม เอ้อ ปั๊มหัวใจอะ แบบล้วงมือเข้าไปปั๊มๆ ที่หัวใจโดยตรงในอกเลย [internal cardiac massage] ทั้งทีมก็ช่วยๆ กันเต็มที่ แต่สุดท้ายคนไข้ก็ไม่รอดอยู่ดี... ก็รู้สึกแย่นิดนึงนะ แต่ก็ถือว่าเราช่วยเต็มที่แล้ว คือจำได้ว่า case นี้เนาะมาตอนดึกด้วย ก็ตั้งแต่ประมาณตีห้าอะ เพียงคืนมั้ง ทำกันจนสว่างประมาณตีห้าอะ เสร็จทุกอย่างคือสว่างคาตาแล้วอะ ทุกคนก็ช่วยๆ กัน ช่วยกันทำ แต่ว่าสุดท้ายก็ไม่รอดอยู่ดีอะ ก็ตอนคนไข้มา คนไข้ก็ BP ก็ไม่ได้ดีอะไรมากหรอก ก็มีร่วงๆ มาแล้ว แต่ตอนที่ทำนะ BP มันก็เริ่มขึ้นมา stable นะ แต่แบบ พอทำๆ ไปสักพักนึง มันแบบเหมือนหาจุด bleed ไม่เจออะ มันแบบก็ให้เลือดไปเยอะแล้วนะ ให้ไปเท่าไรก็ไม่ไหลออกมาอยู่ดีจนเลือดใส่แทบจะเป็นน้ำอะ แล้วสุดท้ายก็ไม่รอด' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 1)

'fast tact มาจาก ER โดยตรงเลย มาแบบใส่ tube มาเลยนะ ปั๊มขึ้นมาเลย pump man เขาปั๊มมาจากชั้นล่างเลย มาถึงเข้าห้องผ่าตัดหมอกะเราก็รีบเปิดๆ แต่สุดท้ายก็ทำอะไรไม่ได้มัน bleed มากเกิน ได้แต่ pack swab เอาไว้แล้วก็ปิด ต้องคา tube อยู่แบบนั้นแหละ แล้วคนไข้ก็ death อยู่ดี มันแบบปั๊มๆ มาเลยนะ ตอนเปิดนี่แบบ bleed เต็มท้องไปหมด หาอะไรไม่ได้เลย เหมือนจะโดนที่เส้นเลือด aorta เลยละ แล้วมันก็ทำอะไรไม่ได้ไง โดนมาชะแบบแทงข้างหลังทะลุถึงหัวใจขนาดนี้ ตอนที่เราเปิดท้องไปก็ทำอะไรไม่ได้อะนะ...โห bleed มากอะ พียงต้องไปยื่นช่วยที่ anas ปั๊มเลือดเลย เปิดเส้นแทบทั่วตัวได้ ช่วยกัน

ปั๊มเลือดให้ไป แล้วก็หาจุด bleed อะนะ หมอมากันทุกระบบเลย ทั้ง Ortho ทั้ง Uro ศัลย์ เพราะซากี่ขาดนะ bladder ก็แตก ปั๊มเลือดกันเกือบตาย clit [hematoclit] เหลือแค่เท่าไรอะ 8 เองมั้ง ทำมันตั้งแต่เวรดิ้ววันหยุดอะ ยาวมา ยันเช้า ไปยันเย็น คือ start ตั้งแต่ตีสามหรือตีสี่เนี่ยนะ ทำกันยาว (ลากเสียง ยาว) ไปยันเย็น สี่โมงเย็นได้ ก็อย่างคนไข้เขาขาดด้วยไข่ม้อย หมอเค้าก็จะมา พยายามต่อขา มาทำ Ex Fix [External Fixation] ต่อๆ ให้ที่ขา ตอนแรกขาเค้า พันพอก gauze พวก top gauze มาไข่ม้อย ไข้ตอนแกะออกเนี่ย โห bleed แบบ พลั๊กๆๆ เลยนะ คือ bleed ที่ข้างล่างนะ กระตุกหักขาดละเอียดเลย เหลือเนื้อ ประมาณสามนิ้วได้แบบยุ่ยๆ อะ ขาล่างนี้ขาดหายไปเลย มีเนื้อติดอยู่นิดหน่อย นอกนั้นเบะละหมดเลยพับขึ้นมาได้ พัน top gauze มาเป็นร้อยได้อะ...แล้วพอ เปิดเข้าไปไข่ม้อย เจอเส้นเลือดใหญ่ที่ขามันขาด ก็ตามหมอศัลย์มาช่วยเย็บต่อ เส้นเลือด หมอเค้าก็ความเห็นไม่ตรงกันนะ คนนึงอยากให้ตัดอีกคนนึงอยากเก็บ สุดท้ายก็ตามหมอหัวหน้าแผนกศัลย์มาช่วยต่อเส้นเลือด แต่เห็นว่าไม่รอดนะนะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 2)

มี case bipolar case hip นะ case Ortho คือคนไข้ก็แก่แล้วเนอะ กำลังจะมาใส่ข้อสะโพกเทียมแล้วใช้ cement [สารยึดกระดูก] ใส มันเป็น case ในเวลา พอใช้ cement แล้ว มันเกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝันขึ้น คือปกติแล้วใส่ cement คนไข้ก็จะมีอาการ ถ้ามี heart ก็อาจจะมีอาการอะไรอยู่แล้วมันก็จะไป ไวมากเลย แล้ว case นี้อยู่ๆ ซีพวกร็ครอบ ก็ต้องหยุดผ่าเลยนะ หยุดทั้งที่เปิด แผลที่สะโพกกว้างคาอยู่แบบนั้นอะ แล้วก็ปั๊มกัน แต่ผลสุดท้ายก็ไม่รอด ก็คือ ปั๊ม ปั๊มได้สักพักเลยละ หมอหน้าเครียดเลย สุดท้ายไม่ขึ้นก็ได้แต่ on tube ออกไป ICU ...มัน ไม่รู้มันเกิดเหตุการณ์อันนั้นได้ยังไงนะ มันไวมากเลยนะถ้าจะ เกิดนะ พอ พอคนไข้ไม่ดี คนไข้ arrest อะ เค้า [พยาบาลวิสัญญี] ก็ขอความช่วยเหลือ แบบตามหมออนาส ให้นำน้อย พี่ก็ตามให้ แล้วเค้าก็ขอรถ CPR แล้ว เราก็อพยพเปลี่ยนท่าคนไข้เลยอะ ตอนนั้นก็คือคนไข้นอนตะแคงอยู่ไข่ม้อย ก็ ปิดแผลไว้ก่อน ยังไม่ได้เย็บปิดนะ ก็คือเอาผ้าโปะๆ ไว้อย่างเนี่ย แล้วก็พลิกตัว นอนหงายมาปั๊มอะ...แต่สุดท้าย case นี้ก็ไม่รอด คือมันเป็นอะไรที่ sudden มาก ช่วยไม่ได้เลย และ case นี้หมอเองก็แบบ fail ไปนานเลยนะไม่มาผ่าตัด เป็นเดือนเลย เราเองก็รู้สึก fail ด้วย' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 4)

'อย่าง case PCNLแล้วกันนะคะ อย่างเราเนอะตอนที่ทำนะมันก็ success นะเนอะ แล้วมันดันไปเกิดอะไรไม่คาดฝันเอาที่ RR นะ อย่างมี case หนึ่งคะ ที่ PCNL หมอทำไม่ถึงชั่วโมงเอง กระแทกนิ้วในไตไป เสร็จเรียบร้อยปิดแผลออกจากห้อง แล้วย้ายไปนอนที่ RR แล้วคนไข้ arrest ต้องกลับมาใส่ tube ใหม่ หรือ ยังไงเนี่ยแหละ รู้สึกเสียดาย case นี้ที่สุดเลยนะ คือ case PCNL เนี่ยแหละ ใช้เวลาไม่ถึง 1 ชั่วโมงในการกระแทกนิ้วอะ operation success แต่ไปตกม้าตาย ตรง RR คือคนไข้ arrest หรืออะไรไม่รู้อะคะ แล้วก็ต้องใส่ tube ไป ICU แต่สุดท้ายคนไข้ก็ dead' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 6)

'ถามว่าเหตุการณ์แบบนี้เจอบ่อยมั๊ย ก็ ไม่อยากเจอบ่อยนะ แต่มันก็เป็น เหตุการณ์ที่เราเลี่ยงไม่ได้นะ เราไม่สามารถจะคาดเดาได้หรือว่าป้องกันได้ และ เราก็ไม่อยากให้มันเกิดขึ้นด้วย เหตุการณ์แบบนี้ มันอันตรายจริงๆ แต่ถ้าเป็น ด้านศัลยกรรมก็เคยเจอเหมือนกัน ก็ประเภทถูกแทงมาอะไรแบบเนี่ย จะไม่ค่อยรอด เท่าไหร่ หรือบางที่แทงเส้นอยู่ก็มี พี่จำไม่ได้ว่าคนไข้มีประวัติโรคตับหรือโรคอะไร เนี่ยแหละ แขนงเส้นเสร็จก็มีแบบสัญญาณชีพหาย ต้องปั๊ม แต่ไม่ขึ้น' (พยาบาล ผ่าตัดรายที่ 7)

'เหตุการณ์ที่ช่วยชีวิตคนไข้ไม่ได้ หรือว่าทำให้เขากลับไปดีๆ ไม่ได้ ก็อย่าง มีสมัยก่อนเคยเจอ case Hepatec หรือ case Thoracotomy มันเสียเลือด เยอะมากไป แบบให้เลือดไปเท่าไหร่ก็หมดอะ ขาดทุนด้วย คือมัน bleed มากกว่าที่ใส่เข้าไป แล้วก็ ทำอะไรก็ไม่ได้ วัสดุห้ามเลือดทั้งหลายแหละก็ไม่ได้ผล ผลที่สุด เขาก็ต้องเอา swab เนี่ย pack pack pack pack แล้วก็ปิด แล้วก็ส่งไป อยู่ ICU คือเราว่าเรามองสภาพแล้วคนไข้ไม่น่ารอด มันเป็นสภาวะที่เศร้าเนอะ... ตอนเข็นออกส่งไป ICU นะ ได้ยินเลยนะ คนมาบอกว่า ญาติเขาเห็นแล้วบอกว่า แบบ เขียวแล้วนี่นา เพราะรายนั้นเราแบบช่วยกันสุดฤทธิ์สุดเดชอะ ช่วยกันทุกคนคนเยอะมาก แต่มัน bleed เยอะ แก้มไม่ได้เลยให้ไปเท่าไหร่ก็ออกหมดจนยื้อ ไม่ไหว case ตั้งแต่เข้ายันเย็นอะ... กับอีกอย่างก็คือคนไข้เป็นหนักมากๆ เปิด มาแล้วเจอว่ามะเร็งมันลามไปหมดแล้ว ทำอะไรไม่ได้แล้วได้แต่เย็บปิดไปอะไร แบบนี้นะ มันเศร้าเนอะ เพราะเราช่วยอะไรเขาไม่ได้แล้ว เหมือนคนไข้แบบพอเปิด

คนไข้อะไรสักอย่างเนี่ยแหละ คนไข้ CA colon นะ คือเป็น hepatoma อะไรแบบนี้ด้วย คือพอเปิดมาแล้วมัน โห ทำอะไรไม่ได้แล้วแหละ มัน metas ไปทั่วแล้วอะ ตับเดิบเนี่ยแบบ แล้วท้องนี้ก็เต็มไปหมด ก็คือทำอะไรไม่ได้แล้วอะ ทำได้แค่ bypass หรือบางคนก็แค่เปิดแล้วปิดไปเฉยๆ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 11)

4.3 การผ่าตัดต้องระมัดระวัง หากพลาดพลั้ง เกิดภาวะแทรกซ้อนได้

ในการผ่าตัดต้องใช้ความระมัดระวังในทุกขั้นตอนของการผ่าตัด เพื่อให้ได้รับความปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนกระเจกตา พยาบาลผ่าตัดต้องจดจำขั้นตอนในการส่งเครื่องมือให้แม่นยำเนื่องจากตาของแพทย์จะอยู่ในที่กล้องทำผ่าตัดตลอด และกระเจกตาซึ่งได้รับบริจาคมาไม่สามารถหาสิ่งมาทดแทนได้หากเกิดสิ่งผิดพลาดขึ้น ดังนั้นพยาบาลผ่าตัดบางรายจึงไม่ต้องการให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อภายหลังการผ่าตัด เนื่องจากต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนานและเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รวมทั้งยังต้องตามหาว่าสิ่งใดคือสาเหตุของการติดเชื้อ นอกจากการติดเชื้อแล้ว พยาบาลผ่าตัดไม่อยากจะให้มีอันตรายใดๆ เกิดกับอวัยวะอื่นนอกจากอวัยวะที่ต้องทำผ่าตัด อย่างเช่น การบาดเจ็บที่อวัยวะข้างเคียงขณะผ่าตัด การเสียเลือดจากการบาดเจ็บที่เส้นเลือด จนต้องทำการรักษาหรือซ่อมแซมเพิ่มเติม เกิดความยุ่งยากในการจัดหาเครื่องมือที่นอกเหนือจากที่เตรียมเอาไว้สำหรับทำผ่าตัดชนิดนั้นๆ และยังทำให้เกิดปัญหาต่อตัวผู้ป่วยร่วมด้วย พยาบาลผ่าตัดรายหนึ่งกล่าวว่าไม่อยากจะให้เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ขึ้นเลย โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่พยาบาลผ่าตัดไม่สามารถช่วยเหลือได้ เช่น การบาดเจ็บหรือการฉีกขาดของเส้นเลือด ขณะทำผ่าตัดส่องกล้อง ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

'ไม่อยากจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เราไม่สามารถรวมแก้ไขได้ คำเรียกว่าอะไรอะ อย่าง เหมือนหัตถการบางอย่างเราเป็นได้แค่ผู้ช่วย บางอย่างมันต้องใช้ฝีมือ [แพทย์] ล้วนๆ อย่างเนี่ย เออ ไม่อยากจะเกิดสิ่งที่ไม่คาดคิดที่มัน เรียกว่าอะไรดีละ คือมันขึ้นกับประสบการณ์ของหมออะ ความเก่งของหมอ คือไม่อยากจะให้เกิด เหมือนกับ เหมือนกับเราทำกับเด็กที่แบบ หมอเพิ่งจบใหม่แบบนี้ ทำผ่าตัดแล้วพลาดไปโดนนั้นโดนนี้ โดนเส้นเลือดอะไรแบบนี้ละ ไม่อยากจะเกิดอย่างแบบทำ nephrac [ผ่าตัดไต] แล้วไปโดนเส้นเลือด โดนอะไรแบบนี้ละ โดยเฉพาะพวก case lap [ส่องกล้อง] ที่หมอเค้าเป็นคนจับทุกอย่างไว้ในมือแบบนี้ เรายิ่งลุ้นตามนะ ไม่อยากจะเกิดพวกภาวะแทรกซ้อนขึ้น เพราะถ้าเกิด

ขึ้นมาขึ้นอยู่กับอีกยาวเลย ต้องมานั่งแก้ปัญหา แล้วอารมณ์หมอกก็จะลนลานอีก อะไรๆ ก็แย้ไปหมด' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 3)

'เราไม่อยากจะเกิดกับคนไข้ เพราะเกิดแล้วมันไม่ดีนะ มันมีผลกับคนไข้มีผลต่อเราด้วย คือพี่จะคอยบอกน้องเสมอว่า ตั้งแต่เราเตรียมคนไข้ เราเตรียมคนไข้ผ่าตัดนะ เราต้องดูผิวหนังคนไข้ให้ดีก่อนผ่าตัดว่าเออ มีผิวหนังผิดปกติอะไรมั๊ย มีรอยแผลรอยอะไรที่ไหนใกล้ๆ บริเวณที่จะลงมีดผ่าตัดรีเปลา แล้วก็ให้โน้ตเอาไว้ [ในใบบันทึกการผ่าตัดของพยาบาล] เพราะทุกคนนะมีโอกาสเกิดการ infect ได้หมดแหละ แต่เราจะป้องกันได้อย่างไร บางคนป้องกันไม่ได้ อย่างบางคนนะ คนไข้ cesar คนไข้แบบน้ำเดินมาก่อนแล้ว 24 ชั่วโมงนะ คนไข้มีไข้ หรือคนไข้ที่ poor hygiene หรืออะไรก็แล้วแต่ที่มีโอกาสเสี่ยง พวกคนไข้ DM คนไข้ อ้วน fat เยอะอะไรพวกนี้มีโอกาสให้เกิดได้มากขึ้นทั้งนั้น แต่เราไม่อยากจะเกิด... ส่วนใหญ่คือเท่าที่ไปทำ root cause หรือ RCA มาเนี่ย ส่วนใหญ่คนไข้จะ เออ มีน้ำเดิน หรือ poor hygiene หรือคนไข้ภูมิคุ้มกันต่ำต่างๆ พวก CA นะ มันมีผลทั้งนั้น เนี่ย คือเราไปทำมาแล้วเนี่ย สาเหตุมันเกิดจากตรงนี้ซะส่วนใหญ่ หรือคนไข้ไม่ได้ antibiotic เพราะงั้นก็คือว่า ถ้ามองตรงนี้เนี่ย เราก็คง cover ให้ได้มากที่สุด แล้วโอกาสการเกิด infect มันก็จะน้อย คง คงไม่อยากจะเกิดอะนะ แต่จะไม่เกิดเลยก็คงไม่ได้ เราได้แค่ป้องกัน ทำทางเราให้ดีที่สุด ส่วนที่เหลือก็คือ ถ้าจะเกิดก็ให้เป็นจากปัจจัยที่ป้องกันไม่ได้ของคนไข้ละกัน ยังไงก็ไม่สมควรให้เกิดขึ้นจากมือเรา' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 7)

'ไม่อยากจะให้มัน bleed หรือว่า tear อย่างอื่น คือแบบ set อะไรมาก็ทำแค่นั้น ไม่อยากจะให้แบบว่า เกินจากที่ set เอาไว้ เพราะว่าแบบบางที่เครื่องมือเราก็คงเตรียมตามที่ set ไว้ประมาณนี้หรือเผื่อนิดหน่อยนะ ไม่อยากให้โดนอวัยวะข้างเคียงหรืออะไรก็ตามเลยที่มันนอกเหนือจากที่ set มานะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 8)

'การติดเชื้อนะ เราต้องมีหลัก sterile แบบต้องมี sterile technique เป็นหลักๆ เลยในห้องผ่าตัด มันจะส่งผลนะ ถ้าไม่ sterile มันก็จะส่งผลต่อคนไข้ ถึงอะไรอะ พอคนไข้ติดเชื้อขึ้นมา เค้าก็ต้องมาทำการรักษาเพิ่มแบบนี้ เพื่อให้หาย

จากติดเชื้อ มันก็ส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาล ต่อค่าใช้จ่าย การนอนโรงพยาบาลมากขึ้น งบประมาณอะไรแบบนี้ด้วย' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 10)

'อิม injury อวัยวะข้างเคียงล่งมั้ง เพราะมันเกิดผลเสียกับคนไข้แล้วมันต้องเสียเวลารักษาต่อเนะ... อย่าง case ที่เจอนะ เป็น case positive เป็น case รับเวอร์นะ แต่ว่า case นั้นตอนนั้นมันใกล้จะเสร็จแล้ว แล้วที่เนี่ย ก็กับการ set มาแค่ subcutaneous drainage อะ ก็คือมันเป็น case ที่ไม่มีอะไรเลยนะ ไม่น่าจะวุ่นวายเลย ก็แค่เปิดไป drainage ใส่ drain เย็บปิดก็แค่นั้น แต่เนี่ยมันไม่ใช่ใจ ไม่ใช่รู้ว่าหมอจะแหวกไปทำไม แหวกไปแหวกมา vascular ซีก เลือด พลังๆๆๆ นะ ที่ตรงเนี่ย ที่ตรงแถวๆ นี้เนี่ย (ชี้ไปบริเวณข้อพับแขน) คือถ้าเขาทำเขาก็ต้องรู้ใช่ไหมว่า nerve ว่าอะไรมันเยอะ ก็ไม่ควรที่จะ แล้วพอเขาทำไม่ได้ เขาก็ตามหม้ออีกคนมาช่วย เพราะเค้าไม่ถนัดด้าน vascular ใช่มั้ย ก็ตามมาช่วย หมอคนนั้นก็ดำ[พยาบาลผ่าตัด] แผลกเลย ว่าทำไมทำ vascular ถึงไม่เตรียมไม่อะไร แบบ คือจะบอกว่าไม่ได้ set ทำ vascular เค้า set drainage (ทำสีหน้าเบื่อหน่าย) แต่ทุกคนตอนนั้นก็พยายามวิ่งเอาของอะ วิ่งเอา set วิ่งเอา vascular clamp วิ่งเอา mosquito วิ่งเอา vascular loop วิ่งเอานั่นนี่ วิ่งเอาทุกอย่าง ทั้ง dropper ทั้งอะไร วุ่นวายกันไปหมดอะ รู้สึกว่ามันไม่ควรจะเป็นอะ แบบนี้อะ อะอะไรประมาณนี้อะ คือแบบอย่าให้มันมี injury อวัยวะอื่นที่นอกเหนือจากที่ต้องทำผ่าตัดเลย เพราะมันจะวุ่นวายมาก แล้วก็จะมีปัญหาต่อคนไข้ด้วย' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 12)

'case ตา น่าจะเป็นเปลี่ยนกระจกตามั้ง อันนี้คือต้องอาศัย เหมือนว่าคนที่ส่งก็ต้องรู้ขั้นตอนนะ ต้องรู้ขั้นตอนแล้วก็ส่งขั้นตอนให้ถูก เพราะว่าเวลาผ่าตัดเนี่ยส่วนใหญ่ step ขั้นตอนมันก็จะเป๊ะๆ ตามนั้นเลย แล้ว case ตาเนี่ย ตาของหมอเค้าจะอยู่ที่กล้อง สองนั่งอยู่ที่กล้องตลอด เราต้องส่งเครื่องมือให้เข้ามือเขา เครื่องมือเล็กๆ นะ ถ้าใช้ 2 มือก็ต้องส่งพร้อมกัน 2 มือ ให้เข้ามือเค้าแบบพร้อมใช้ได้เลย แล้วก็มือหนึ่งด้วย แล้ว case เปลี่ยนกระจกตาเนี่ย มันเหมือนกระจกตาที่มีมันก็เป็นของที่บริจาคมาใช้มั้ย แล้วมันก็มีแบบอันเดียวใช้มา ก็แบบว่าต้องระวังอะไรแบบนี้ แล้วเวลาที่เรารู้ ตัดกระจกตาของคนไข้ไป หมายถึงที่ได้รับบริจาคเนะ มันก็คือสามารถตัดได้แค่ครั้งเดียว ซึ่งถ้ามีอะไร

ผิดพลาดนี้คงจะเสียใจมาก เพราะว่าทั้งกระจกตาที่รับบริจาคก็มีอันเดียว กระจกตาคนไข้ก็มีอันเดียว แล้วซึ่งคนไข้ก็ว่าจะได้กระจกตามามันไม่ใช่ได้มา ง่ายๆ ด้วย เพราะงั้นเลยไม่อยากให้มีอะไรผิดพลาดเลย... [การผ่าตัดตา] มัน ต้องใช้ความรอบคอบ ระวังระวังเยอะ แล้วก็เน้นหลัก sterile ต้องเน้นทุกอย่าง ใจจริงๆ ทุก field มันก็ sterile อยู่แล้ว เพราะเราจะเน้นมากใจ เพราะว่าอย่างน้อย ตาเนี่ยถือว่าเป็นอวัยวะสำคัญ มันช่วยในการมองเห็น ถ้าเกิดมีอะไรเกิดขึ้น สมมุติว่า ถ้าคนไข้เกิด endoph [endophthalmitis] ขึ้นมาเนี่ย มันก็ไม่ดีใจ เพราะมันส่งผลต่อคนไข้เลยนะ มันต้องระวังมากใจ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 13)

5. อุทิศตนเพื่อหน้าที่ ทำงานผ่านด้วยดี แต่สิ่งที่มีตามมา คือ ปัญหาสุขภาพ

ในการปฏิบัติงาน พยาบาลผ่าตัดเล่าถึงปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน ในห้องผ่าตัด เนื่องจากการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตราย การช่วยแพทย์ในการทำผ่าตัดซึ่งใช้ ระยะเวลายาวนานและต่อเนื่องหลายราย การอยู่เวรตอนกลางคืนแล้วต้องทำงานต่อในวันรุ่งขึ้น ล้วนแต่ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพของพยาบาลผ่าตัด ดังประเด็นที่จะกล่าวต่อไปนี้ คือ 5.1) ออดทนและอดกลั้น อาหารนั้นอย่าถามหา ชับถ่ายไม่เป็นเวลา กลั้นไว้จนกว่าจะเสร็จงาน 5.2) ผู้ป่วยและเครื่องมือมีน้ำหนัก ยกย้ายบ่อยนักไม่ไหว ทำให้ปวดหลังปวดไหล่ 5.3) สุขภาพจะเป็น อย่างไร สูดหายใจควนพิษและเชื้อที่ติดจากผู้ป่วยมา และ 5.4) ทำงานเวลากลางวัน อยู่เวร กลางคืน ต้องผืนร่างกาย หยุดพักไม่ได้ วันต่อไปต้องทำงานต่อ

5.1 ออดทนและอดกลั้น อาหารนั้นอย่าถามหา ชับถ่ายไม่เป็นเวลา กลั้นไว้จนกว่าจะเสร็จงาน

ในการทำผ่าตัดผู้ป่วยบางรายต้องใช้เวลานาน และไม่สามารถคาดเดาเวลาการ ผ่าตัดที่แน่นอนได้ โดยเฉพาะเมื่อมีเหตุการณ์ไม่คาดคิดเกิดขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงแผนการทำผ่าตัด หรือการบาดเจ็บอวัยวะข้างเคียงจนต้องทำการผ่าตัดซ่อมแซมแก้ไข ส่งผลให้เพิ่มระยะเวลาในการ ทำผ่าตัดให้ยาวนานมากขึ้น และไม่สามารถออกจากกรงผ่าตัดไปทำธุระส่วนตัวได้ เช่น เข้าห้องน้ำ หรือรับประทานอาหาร พยาบาลผ่าตัดต้องอดทนและอดกลั้นจนกว่าจะเสร็จจากงาน จึงจะไปทำ ธุระส่วนตัวของตนเองได้ นอกจากการชับถ่ายไม่เป็นเวลา พยาบาลผ่าตัดบางรายเล่าว่าบ่อยครั้งที่ ทานอาหารไม่เป็นเวลา เนื่องจากต้องทำผ่าตัดที่ยาวนานเป็นเวลาติดต่อกัน บุคลากรพยาบาล ผ่าตัดประจำห้องมีเพียง 2 คน ทำหน้าที่คนละบทบาท ไม่มีใครคนใดสามารถละทิ้งงานไปได้ บางครั้งมีคนมาช่วยเปลี่ยนให้ออกไปรับประทานอาหาร แต่ต้องเร่งรีบรับประทานอาหารให้เสร็จแล้ว

กลับมาเข้าช่วยผ่าตัดต่อเพื่อให้คนที่มาเปลี่ยนชั่วคราวกลับไปทำงานในส่วนของตนเอง บางกรณีมีการทำผ่าตัดหลายรายต่อเนื่องกันจนไม่มีโอกาสได้รับประทานอาหาร เพราะนอกจากผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดตามเวลาที่จัดเอาไว้แล้ว ระหว่างนั้นยังมีผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดด่วนมาแทรก ทำให้การวางแผนการผ่าตัดเปลี่ยนแปลงไปจากกำหนดเวลาเดิม ดึงคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

'ต้องอึดอะ พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความซื่อสัตย์ แล้วก็อดทน บางทีเข้า case ยาวๆ นานๆ ไม่ได้กินข้าวตรงเวลาอะไรอย่างนี้ เข้า case ตั้งแต่เช้าเจ็ดเย็น อะไรอย่างนี้ มันเลยต้องอึดต้องอดทน เลยคิดว่ามันจำเป็น' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 4)

'ห้องผ่าตัดเนี่ย มันไม่ใช่การทำงานที่ตรงไปตรงมามากใช้มีัยคะ การทำงานผ่าตัดมันไม่ใช่แบบ set ไว้ระยะเวลาประมาณนี้แล้วจะเสร็จเป๊ะ สิบโมง เป๊ะอะไรแบบนี้ เพื่อมันยังมีอะไรบางอย่างที่ต้องแก้ไขอีก อาจเกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝันตอนผ่าก็ได้ หรือเปลี่ยนแผนผ่าก็ได้ แล้วก็ต้องยืนต่อไปอีก ทำงานต่อไปอีก ต่อ 10 โมง 11 โมง เทียง มันต้องได้กินข้าวเลยแบบนี้มันก็ไม่ใช่ บางทีก็ว่าจะได้กินข้าว นู่น บ่ายนู่นเลย แถมบางทีก็กินตอนบ่ายได้แบบแปบเดียว 5 นาที 10 นาทีแบบนี้ แล้วก็ต้องรีบกลับเข้ามาทำงาน ทำ case ต่อไปต่อแบบนี้ละคะ เพราะงั้นนี่การมีความอดทนนี้สำคัญมาก...แล้ว case elective ก็เยอะแล้วแล้วยัง case emergency ที่บางทีมันก็ไม่ได้ emer จริงๆ กลับ set ได้ตลอดเวลา มันไม่มี เค้เรียกว่าอะไรนะ ไม่มี limit แล้วมันทำให้เรา load งาน ดึงคนนั้นคนนี้ไปทำอะไรอย่างเนี่ยคะ แบบนี้มันแบบ พอ case ใหญ่ๆ จากที่ต้องมีคนช่วยเหลือกัน 3 คนในทีมพยาบาลผ่าตัดใช้มีัย case ไม่เสร็จเราก็ยังช่วยๆ กันเปลี่ยนกันทานข้าว เข้าห้องน้ำ หรือทำธุระส่วนตัวบ้างนิดหน่อยอะไรแบบนี้ แต่มันไม่มีเลย ดึงคน แยกคนออกไปทำ case อะไรก็ไม่รู้ กลายเป็นว่าเหลือกัน 2 คน ไปไหนไม่ได้ กินข้าวกินน้ำ เข้าห้องน้ำเนี่ย ไม่มีทางเลย รอเสร็จ case อย่างเดียว' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 6)

'มี case จ่ออยู่ ซึ่งเป็น case ยาวเนี่ย เรารู้เลยว่าเป็น case ยาว แล้วเรา ได้คนแค่ 2 คน แล้วห้องอื่นมันก็คืออยู่หมด ได้ห้องละ 2 คน 2 คนทุกห้อง แล้ว นอกจาก case elective ที่ set อยู่บนกระดานแล้ว ก็ยังมี case emer มาทำเพิ่มอีกเรื่อยๆ แบบนี้อะ นั่นแหละ case เยอะ คนน้อย ได้แค่ 2 คน เพราะว่า

จะไปไหนก็ไปไม่ได้ จะกินข้าวแบบนี้ก็ไม่ได้ เพราะมันไม่มีคนมาเปลี่ยน เค้ายุ่งกันหมดใจ อย่างแบบกินข้าวข้าวสุกที่เคยเจอก็กินเสร็จตอน case ยาวเสร็จตอนบ่าย 3 อะไรแบบนี้ กินเสร็จก็ลงเวรไปเลย...บางที่แบบก็เข้าถึงเย็น ถึง 2 ทุ่มก็มีนะ คือตอนนั้นอยู่เวร 2 ทุ่มด้วยพอดีไง ตอนนั้นก็เข้า case neuro แต่เข้า แล้วก็มีคนมาเปลี่ยนกินข้าว เรากินข้าวเสร็จก็กลับมาเปลี่ยนเค้าให้กลับห้องแล้วก็เข้าต่อเองยาวเลย เสร็จ 2 ทุ่มโน้น... case neuro ไง มันเป็น case ยาวๆ แล้ววันนั้นก็ยุ่ง ไม่มีใครมาเปลี่ยนเราไง คนที่มาเปลี่ยนกินข้าว มันแบบบางที่เค้าเสร็จ case เข้าเร็วแต่มี case ต่อตอนบ่าย เค้าก็มีน้ำใจเออ มาเปลี่ยนเราให้ออกไปกินข้าวก่อนแบบ 10 นาที 20 นาที อะไรแบบนี้ เราก็รีบไปกินข้าวแปรงฟันเข้าห้องน้ำให้เสร็จ แล้วก็กลับมาล้างมือเข้า case เปลี่ยนคนที่มาเปลี่ยนให้ออกไปทำ case ของเค้าต่อแบบนี้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 8)

'ก็รู้ๆ กันอยู่ว่าบางที่บาง case การทำผ่าตัดเนี่ยมันใช้ระยะเวลาช้านาน ในการพักเนี่ยก็ต้องใช้เวลาพักให้ดี ไม่เกินเวลา แล้วก็แบบมาหาเปลี่ยนกันเข้า case เปลี่ยนกันมาพัก เปลี่ยนให้ห้องที่อยู่กันไม่กี่คนมาพักกินข้าว เราเข้าไปอยู่แทนก่อน แม้ว่าเราจะมี case ต่อตอนบ่ายอะไรแบบนี้ แต่เปลี่ยนให้เขามากินข้าวก่อน ช่วยๆ กัน เพราะเวลามี case เนี่ยเรากินข้าวกันไม่นานอยู่แล้ว บางคน 5 นาทียังไม่ถึงเลย รีบๆ กินให้เสร็จแล้วมาล้างมือกลับเข้า case ต่อเพื่อเปลี่ยนไอ้คนที่มาช่วยเปลี่ยนชั่วคราวออกไปทำงานของเค้าต่ออะไรแบบนี้ละ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 10)

'คนที่มาอยู่ตรงนี้ได้ก็ต้องมีความอดทนเหมือนกันนะ เพราะบางที่เราก็ไม่ได้พักตรงเวลา หรือว่าอยากจะเข้าห้องน้ำก็เข้าได้เลย บางที่กินข้าวก็รีบๆ เผลอกินน้ำตามไปเยอะ แล้วเข้า case แบบนี้ มันออกไปไหนไม่ได้อยู่แล้วนะ กลัวยาวยันเสร็จ case ไม่รู้ก็ชั่วโมงก็มี มันจะเรียกว่าอะไรอะ เราก็ให้คำจำกัดความไม่ถูก อีัย มันยิ่งกว่าอาชีพไหนๆ อีกนะ จะวิ่งแว็บไปเข้าห้องน้ำก็ใช้จะทำได้ที่ไหน รอเสร็จ case เท่านั้นละ จริงๆ นะ คือถ้าใครไม่รู้ไม่มาอยู่ตรงนี้ได้จะไม่รู้หรือกว่าเราทำอะไรบ้าง แม้เราคิดว่าเป็นพยาบาลจะไม่ลำบากขนาดนี้นะ แต่เราบอกว่าเหนื่อยนะ บางที่จนท้ออะ case เยอะ งาน load' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 12)

'ส่วนใหญ่มันก็ยาวนานทั้งนั้นนะ คือมันก็ต้องแบบที่มันไหนที่คนน้อยแล้ว case ใช้เวลายาวเนี่ย เราก็ต้องอดทนนะ เพราะเราไม่มีเวลาพัก ไม่มีเวลากินข้าว ไม่มีคนมาเปลี่ยน คือวันทั้งวันเนี่ยบางที่บ่ายสองบ่ายสามก็ยังไม่ได้กินข้าว กินข้าวตอนเลิกงานไปเลยก็มี...ส่วนใหญ่ก็จะบอกว่าให้เราไปกินตอนที่เขาสั่ง block ซึ่งบางที่เนี่ย กินข้าวอยู่ดีๆ เนี่ย กินได้สองคำเอง เขา block เสร็จ โทรมาบอกเราว่า block เสร็จแล้ว...กลายเป็นผลสุดท้ายเนี่ย เรานั่งกินข้าวอยู่ เพิ่งได้เริ่มกินไม่กี่คำ เขาเซ็นคนไข้เข้าห้องละ เข้าห้องเสร็จก็โทรมาตามเรา เราก็ต้องรีบกินไป บางทีก็ต้องลุกไปเลย ไปทำ case ต่อเลย ถ้าหมอเร่งๆ ด้วยเนี่ย บางทีหมอที่ผ่าเขาก็เดินตามคนไข้เข้าไปเลย แล้วเราก็ต้องลุกตาม ข้าวก็กินไม่เสร็จ ทิ้งไปทิ้งอย่างนั้นละ ไม่จั่งหมอมเริ่มก่อน เรายังไม่ได้เตรียมเครื่องมืออะไรขึ้นโต๊ะ ไม่ได้ล้างมือไปจัดเครื่องมือรอมันก็ไม่ได้อีก มันต้องทำงานด้วยกันหมด ดีไม่ได้เดียวเขา mood มามันก็แย่...มันไม่ได้มีงานแค่วัน schedule ไร แต่มันยังมีงานอื่น case อื่นมาเพิ่มอีก มาเติมอีกในแต่ละวัน มันไม่ใช่แค่ที่เราขึ้นมาทำงานแล้วทำแค่ case ตาม schedule แล้วเสร็จนะ ยังมีฉุกเฉินมาอีกเยอะแยะ บาง case ก็มาแทรก case ใน schedule นั้นแหละ บาง case ไม่ได้วางแผนก็ต่อๆ ไปจากใน schedule อะไรแบบนี้ แถมบางที่ยังมีแบบโยก case นั้น case นี้จากอีกห้องมาใส่ห้องนี้ประมาณนี้อีก เยอะแยะวุ่นวายไปหมด เราก็แพลนงานตัวเองได้บางส่วนเท่านั้นละ บางทีมองๆ ตารางแล้ว ใจ วันนี้อันนี้ไม่เยอะ ได้กินข้าวตรงเวลา ปรากฏ case เสร็จซ้ำ มี case ใหม่มาแทรก โยก case นั้น case นี้ โยนกินข้าวบ่ายสองซะงั้น มันจะไม่ใช่เหตุการณ์ที่ plan ไว้ได้ล่วงหน้า...แล้วมันไม่เหมือนที่คิดไว้ case ไม่ได้เริ่มตามเวลาไปหมด หมอบางคนก็มาซ้ำมาก ทำให้รวนไปทั้ง schedule ก็มีแบบนี้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 14)

5.2 ผู้ป่วยและเครื่องมือมีน้ำหนัก ยกย้ายบ่อยนักไม่ไหว ทำให้ปวดหลังปวดไหล่

ในการผ่าตัดมีเครื่องมือและอุปกรณ์มากมายซึ่งบางอย่างมีน้ำหนักมาก เช่น ถาดใส่เครื่องมือทำผ่าตัดต่างๆ แม้กระทั่งการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมาก ส่งผลให้เกิดอาการปวดหลังปวดไหล่ รวมถึงการทำผ่าตัดบางประเภท เช่น ในการผ่าตัดใส่เหล็กตามภายในกระดูก (nail) หรือการผ่าตัดใส่อุปกรณ์บำบัดเข้าที่กระดูกสันหลัง ซึ่งต้องมีการใช้เครื่อง x-ray

ขณะทำผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดต้องป้องกันตนเองจากรังสีโดยการสวมใส่เสื้อ flu หรือเสื้อตะกั่ว ที่มีน้ำหนักมาก ส่งผลให้เกิดอาการปวดหลังและปวดไหล่เช่นกัน พยาบาลบางรายหันหน้าตัวเองจะเป็นมะเร็งหรือไม่ เนื่องจากการสัมผัสกับรังสีเป็นระยะเวลาสั้น ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

'ต้องยกของหนักอย่างเนี่ย อย่าง tray ใส่เครื่องมือ spine เครื่องมือ hip knee อย่างเนี่ย มีตั้ง 7 8 tray แล้วน้ำหนักแต่ละ tray มันหนักสุดๆ อะ หลังเดินไปหมดแล้ว แล้วเราก็ดูด้วยความที่ยังคิดว่าตัวเองยังแข็งแรง ก็ยกเองทำเอง ยกของก็ลืมคิดไปลืม... หรืออย่าง case spine หรือ case nail ที่จะต้องใช้เครื่อง x-ray ตอนทำผ่าตัดอย่างเนี่ยนะ ถ้าคนที่เข้า case เนี่ยมันต้องใส่เสื้อเกราะป้องกันรังสี เสื้อ flu นะ ซึ่งมีน้ำหนักประมาณ 2 หรือ 3 กิโลเนี่ยแหละ พี่จำไม่ได้ หรืออาจจะ 1.5 หรือ 2 กิโลเนี่ยแหละ ประมาณนี้ คนที่เข้า case เนี่ยแบกตั้งแต่เข้าจรดเย็นอะ ตั้งแต่เข้า case จนเสร็จ case อย่างเนี่ย แล้วเราแบกนานกว่าหมอนะ เพราะคนเข้า case เข้าต้องใส่เสื้อก่อนไปล้างมือจัดของเตรียมรอมอใช้มัย แล้วก็ใส่ยวดยันปิดแผ่นับของเสร็จ คือถอดเสื้อกาวนั้เมื่อไหร่มันแหละถึงได้ถอดเสื้อเกราะออกอะ มันเหนียวนะ กล้ามเนื้อมันไม่ไหวอะ หลังมันไม่ไหว...อนาคตก็ไม่รู้จะเป็นมะเร็งด้วยรึเปล่า เพราะว่าโดนรังสีเยอะ โดนมันทุกวันแบบตรงๆ นานเป็นชั่วโมงๆ อะ อะไรประมาณนี้ (หัวเราะ)' (พยาบาลผ่าตัดรายที่4)

'ก็อย่างพวกยกของหนักอย่างเนี่ย บางอย่างเราต้องยกใช้มัย พวก set พวกอะไรอย่างเนี่ย ก็มีผลต่อสภาวะร่างกายเราเหมือนกัน มันอาจจะทำให้ปวดหลังอะไรอย่างนี้' (พยาบาลผ่าตัดรายที่5)

'เรื่องย้ายคนไข่อีก ย้ายคนไข้เนี่ย ย้ายทุกวัน ถึงจะให้ย้ายให้จับให้ถูกทำยังไงก็เหอะ มันต้องช่วยกันแบ่งเบาภาระ แบ่งเบาน้ำหนัก ต้องช่วยๆ กันนะคะ คนไข้บางคนก็ตัวใหญ่เบ่อเร่อก็มี ย้ายมากๆ ก็ปวดหลังอยู่ดี แล้วคนไข้บางคนตัวเล็กชะที่ไหนกัน' (พยาบาลผ่าตัดรายที่6)

'อย่างถ้าเป็นการผ่าตัดอย่างพวก Orthro หรือพวกศัลย์บางอัน พวก Coledocco อะไรที่ต้องใช้กล้องใช้อะไร บางทีถ้าฉีดยา [สารทึบแสง] ก็ต้องมีการ

ใช้ flu อะไรวางนี้ เราก็ต้องมีการป้องกันตัวเอง โดยการใส่เสื้อ flu อะไรวางนี้ อะคะ มันก็จะเฉพาะทางขึ้น...ก็พวกรังสีเนี่ยมันก็ส่งผลต่อเราอะ อาจจะทำให้เราเป็นมะเร็งอะไรแบบนี้ เราก็ต้องป้องกันตัวเอง อย่าง shield คำนี้เรียกอะไรนะ ปลอกคอ อะไรวางนี้...การใส่เสื้อ flu นานๆ นี้แหละเสี่ยง เพราะมันทำให้ร่างกายเราล้านะ หลังเราเนี่ยแหละ บริเวณบ่าหรือกระดูกนะ เพราะน้ำหนักมันเยื่อ เวลาใส่ก็ใส่เวลานานด้วย ใส่ตั้งแต่ต้น case ยันจบ case อะ เราใส่นานกว่าหมอกอีกเพราะเราต้องใส่แล้วเข้าไปเตรียมเครื่องมืออะไรแบบนี้ไง เสร็จ case หมอกออกแล้วแต่เรายังไม่เสร็จหน้าที่เรา เรายังใส่ flu ปิดแผลคนไข้ จัดการคนไข้ อีก แบบนี้อะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่10)

'พวกปวดหลังปวดเข่าเนี่ย เพราะเราต้องยกของไง จัดเครื่องมือ set ใหญ่ๆ พวก case Orthro เนี่ย เครื่องมือไม่ใช้น้อยเลยนะ หนักๆ ทั้งนั้น ยิ่งผ่าเข่า ผ่าสะโพก บางที่ต้องยกเครื่องมือบริษัทกล่องใหญ่ๆ หนักๆ ตั้งเป็นสิบกล่องต่อ case นะ แล้วบางครั้งก็เคลื่อนย้ายคนไข้ จัดท่าคนไข้เนี่ย คนงานน้อย เราก็ต้องช่วยทำ แล้วก็บางครั้งที่ต้องใช้ flu เนี่ย เราก็ต้องใส่เสื้อ flu แล้วหมอกเดี๋ยวนี้ทำนานมาก ใช้ flu นาน เราก็ต้องแบกเสื้อ flu นานตาม' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 14)

5.3 สุขภาพจะเป็นอย่างไร สูดหายใจควันทพิษและเชื้อที่ติดจากผู้ป่วยมา

ในการทำผ่าตัดบ่อยครั้งมีการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าสำหรับการห้ามเลือดหรือตัดเนื้อเยื่อ ในการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้างดงกล่าวจะส่งผลให้เกิดควันทพิษจากการเผาไหม้ขึ้นในอากาศ โดยปกติพยาบาลผ่าตัดมีการใช้เครื่องมือต่อกับเครื่องดูดสูญญากาศช่วยดูดควันทพิษดังกล่าวออกไป แต่พยาบาลผ่าตัดแล้วว่าบางครั้งการทำผ่าตัดมีความวุ่นวาย ต้องช่วยเหลือแพทย์ในการทำผ่าตัดอื่นๆ ทำให้ไม่สามารถใช้เครื่องมือช่วยดูดควันทพิษออกไปได้ จึงต้องสูดดมควันทพิษเหล่านั้น ซึ่งพยาบาลผ่าตัดรู้สึกเป็นกังวลว่าอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพในอนาคต หรือในการทำผ่าตัดผู้ป่วยที่มีโรคติดต่อทางเดินหายใจ พยาบาลผ่าตัดต้องใส่หน้ากากครอบปากและจมูกที่มีความสามารถในการกรองได้ดี เช่น N95 แต่ส่งผลให้รู้สึกอึดอัด หายใจไม่สะดวกขณะสวมใส่ และกังวลใจว่าจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

'น่าจะเป็นพวกความเสี่ยงจากการทำงานมั่ง อย่างปกติเวลาเราผ่าตัดเค้าใช้จี้ไฟฟ้าตลอดใช้มี๊ยะ ไอ้จี้พวกนี้พอมันเผาไหม้กะเนื้อกะไขมันอะไร มันก็ลอยเป็นควันขึ้นมาอะ มันเหม็นไหม้ แล้วก็ควันเยอะมาก แล้วบางที่เราดูออกไปไม่หมดใครต้องสูดเข้าไปอดละ ก็เราไง คนที่ทำ case คนที่อยู่ในห้องนะ ช่วยกันสูดเข้าไป ขนาดควันรถหรือควันเวลาปิ้งย่างอะไร ยังไม่มีใครอยากหายใจเข้าไปเลยใช้ปะละ อันนี้เราจะหนีก็ไม่ได้ไง ยิ่งถ้า case ไหนหมอลช่วยกันจี้คนละมือใช้เครื่องจี้ 2 เครื่องนะ ให้! ควันขโมงเต็ม field อะ ดูไม่หมดหรอก' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 2)

'มันเคยมีแบบอย่างคนไข้ที่เขาเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจอะ อย่างวัณโรคพวกกระยะแพร่กระจายเชื้ออะไรพวกนี้ใช้มี๊ยะ เวลาเราทำผ่าตัดเราก็ต้องใส่อะไรอะ Mask N95 นะ แล้วไอ้ mask นี้เขาก็บอกแล้วว่า วิธีใส่ให้ถูกคือพอใส่แล้วต้องรู้สึกเหมือนหายใจไม่ค่อยออก อึดอัดหน่อย ไม่งั้นก็ถือว่ามีรู มีช่องว่างอากาศเข้าได้ เชื้อโรคเล็กๆ ก็เข้าได้ แล้วบางที่เจอ case แบบนี้ที่ต้องผ่าตัดแบบสัก 2-3 ชั่วโมงหรือมากกว่า นี่แบบ โห แทบตายเลยนะ อึดอัดเหมือนกัน หายใจไม่ค่อยออกแล้วมันยังแน่นมากนะ แล้วส่วนใหญ่ case พวกนี้ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมาเดี่ยวๆ นะ จะมาแบบ pack คู่พร้อม HIV นะ ที่นี้ก็ยิ่งเข้าไปใหญ่ ชุดผ่าตัดเวลา case HIV พวกนี้อย่างกะชุดอวกาศ ใส่ถุงขา ใส่ชุด dispose ใส่หมวกคลุมปิดตัวถึงคอ ใส่หน้ากาก แล้วยังมาใส่ N95 อีก เจอที่แบบ โอ้ย... อึดอัดมาก จะไม่ใส่ก็ไม่ได้ ต้องป้องกันตัวเองไง' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 8)

'เวลาที่ผ่าตัดมันต้องใช้พวกเครื่องจี้ห้ามเลือดไง แล้วพวกนี้มันก็มีควันเยอะ เราก็พยายามเอา suction [เครื่องมือซึ่งต่อเข้ากับเครื่องดูดสูญญากาศ] จ่อนะ แต่บางที่มันเหมือนว่า 2 มือเราก็ทำงาน แบบช่วยหยิบของช่วยดึง retractor อะไรแบบนี้ บางที่มันก็ดูไม่ได้มือไม่ว่างพอ แล้วควันพวกนี้มันก็ลอยเข้าไปอด แบบ จำต้องสูดเข้าไปไง ยิ่งถ้าแบบ case ที่หมอลช่วยพร้อมกันแล้วขอจี้ 2 เครื่อง ทำพร้อมกันนะ โห หัวเหม็นควันเลยวันนั้น แล้วเราก็สูดเข้าไปอะเนอะ ก็น่ากลัวเหมือนกัน...เครื่องจี้ไฟฟ้าพวกนี้มันแบบเวลาใช้มันควันเยอะ ถ้าเราดูไม่ทันแบบนี้มันก็ไม่ไปไหน ก็ลอยขึ้นมาให้เราหายใจเข้าไปนั่นแหละ เหมือนนั่ง

สุดควันเผาไหม้จากอะไรบางอย่างที่หนีไม่ได้ไงพี่ แล้วมันก็ไม่รู้ว่ามันจะส่งผลอะไรกับเราบ้างนะ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 12)

5.4 ทำงานเวลากลางวัน อยู่เวรกลางคืน ต้องฝืนร่างกาย หยุดพักไม่ได้ วันต่อไปต้องทำงานต่อ

ในการทำงานของพยาบาลผ่าตัดในโรงพยาบาลที่ศึกษามีการทำงานเต็มเวลาในช่วงวันและเวลาราชการ ส่วนนอกเวลาราชการจะมีทีมพยาบาลคอยช่วยทำผ่าตัดในรายฉุกเฉิน ซึ่งพยาบาลกลุ่มนี้ก็คือพยาบาลทีมเดียวกันกับพยาบาลผ่าตัดที่ขึ้นปฏิบัติงานแล้วในช่วงเช้า พยาบาลผ่าตัด กล่าวว่า บางครั้งทำงานในช่วงเช้าจนเต็มเวลาแทบไม่ได้พักแล้ว เมื่อถึงเวลารับเวรตอนเย็นก็ต้องเข้าไปรับเวรห้องที่ยังทำผ่าตัดไม่เสร็จเพื่อทำงานต่อ บางครั้งกว่าจะเสร็จการผ่าตัดใช้เวลายาวนาน เมื่อเสร็จแล้วยังอาจมีผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องเข้ารับผ่าตัดได้ในช่วงเวรนอกเวลากลางคืน และเช้าวันต่อมาก็ยังคงต้องทำงานต่อตามปกติ ส่งผลให้พักผ่อนไม่เพียงพอ และรู้สึกว่าคุณภาพของตนแยกลง ดึงคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

'จริงๆ ตอนเช้าเนี่ย เค้าก็ทำงานกันหนักแล้วทั้งเช้า เพราะเวรเรามันเป็นแบบนี้ ทำงานเต็มทีตอนเช้า ผ่าตัดกันในเวลาราชการ ตอนเช้าขึ้นทำงานหมดทุกคน เปิดห้องเต็มสตรีม ตอนเช้านี้ก็จะทำหนักแล้ว ตั้งแต่เข้ายันหมดเวลาอะ แล้วเดี๋ยวนี้กลับมี case พวกฉุกเฉินไม่จริงเข้ามาทำกลางคืนแบบนี้เต็มไปหมด จนบางทีทำงานมาตั้งแต่เช้าแล้วทำต่อกลางคืนสว่างคาตาไปเลยก็มี แล้วแบบนี้เข้าอีกวันก็ต้องทำงานต่อ เพราะมันคือเวลาทำงานแบบนี้ แต่ก่อนไม่มีแบบนี้นะ จะมีก็แต่ emergency ที่มันเป็น emergency จริงๆ แต่ ณ ปัจจุบันมันไม่ใช่แบบนี้ คนใช้ emergency ไม่ emergency ก็เอามาทำ' (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 7)

'โห มันเหนื่อยนะพี่ บางทีเราทำงานตอนเช้าทั้งวันแล้วอะ แบบอัดเต็มๆ เลยนะ แล้วเป็นเวรก็ต้องรับเวร case ที่เหลืออยู่แบบนี้ใช่ไหม ก็รับไปสิ รับยาวไปจนกว่า case ที่ตักกระดานจะเสร็จหมด ที่นี้กลางคืนถ้ามี case ขึ้นมาก็ไม่ได้พักอีก ทำงานยาวเลย บางทีทำจนดิ๊กตีนโน่น ไม่ได้นอน ได้นอนก็แปบๆ แบบนี้แล้วพอเข้ามาเราก็ต้องตื่นมาทำงานอีก บางทีที่มี case กลางคืนยุ่งๆ เยอะๆ นะ

‘ไม่อยากตื่นเลย อยากนอนยาวๆ อยากพัก ‘ไม่อยากทำงานต่ออะ’ (พยาบาล ผ่าตัดรายที่ 8)

‘ของเรามันทำงานแบบ ยังไงอะ ตอนเช้าเราทำกันเป็นเหมือน routine ใช่มะ อยู่ห้องไหนก็ทำๆ มันไป ถ้าไม่อยู่เวรต่อก็คือ พอเลิกงานเราทำเสร็จก็ได้กลับไปพักผ่อน แต่ถ้าอยู่เวรแล้วมี case จุกเงินนอกเวลามาเยอะๆ นี่มันแบบเหนื่อยมากอะ เหนื่อยไม่ว่า เช้าอีกวันมาเราก็ต้องทำงานต่ออีก บางทีแบบ case นอกเวลามันไม่ได้มาตลอดคืนใช่ไหม แต่ถ้าโผล่มาที่แบบรีบๆ เสร็จ 2-3 หุ่่ม แล้วมาเจอ case อีกที 5 หุ่่ม แล้วมาเจออีกแบบตี 1ตี 2 ตี 3อะไรแบบนี้ ถ้ายิ่ง case ยาวๆ นะ กว่าที่จะเสร็จก็แบบไม่ต้องนอนกันละ เข้ามาทำงานต่อ แบบนี้มันเสียสุขภาพอะ เหมือนทำงานติดๆ กันทีเดียวกี่ชั่วโมงอะ 24 ไม่สิ 32 ชั่วโมงอะไรแบบนี้ เสียสุขภาพมาก (ลากเสียงยาว)’ (พยาบาลผ่าตัดรายที่ 12)

สรุปผลวิจัย ประสพการณ์การเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. เป็นพยาบาล OR เพราะว่างานน่าสนใจ แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1.1) งานบริการเป็นรายๆ เสร็จแล้วเสร็จเลย และ 1.2) ทำทนายดี มีส่วนร่วมการตัดสินใจ

2. เข้าห้องผ่าตัดใหม่ๆ ต้องใช้การเรียนรู้ แบ่งเป็น 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ 2.1) ทำงานใหม่ๆ ตื่นเต้น กังวลใจ เครียดไปทุกอย่าง 2.2) สงสัยไถ่ถาม ฝึกทำตามพี่เลี้ยงสอน บางขั้นตอนฝึกหัดทำบ่อยๆ ค่อยๆ เรียนรู้งาน 2.3) หนังสือต้องหาอ่าน ศึกษางานทันสมัย เทคโนโลยีใหม่ๆ เรียนรู้ไว้ใช้ในงาน และ 2.4) สะสมประสบการณ์ สิ่งใดผิดพลาด เรียนรู้ไว้ไม่ให้เกิดซ้ำ

3. ประสพการณ์หลากหลายภายใต้การทำงานเป็นพยาบาลรอบนอกและรอบใน แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 3.1) ขึ้นเวรมาต้องดูว่า วันนี้ทำหน้าที่อะไร ประกอบด้วย 3.1.1) ดูแลรอบนอก เสริมงานรอบใน ไม่ให้ติดขัด 3.1.2) ดูแลการเปิด set ระวังการ contaminate ทุก set ที่ใช้งาน 3.1.3) ประสานกับทุกฝ่าย สื่อสารได้เข้าใจ ดำเนินการได้อย่างราบรื่น 3.1.4) สำคัญเหนืออื่นใด คือความปลอดภัยของผู้ป่วย 3.1.5) เอกสารมากมาย บันทึกเข้าไปเข้ามา เสียเวลาการทำงาน และ 3.2) บทบาทอาจแยกกัน เวลาทำงานนั้น ร่วมใจกันทำเป็นทีม ประกอบด้วย 3.2.1) เก็บอารมณ์ ไม่ได้เถียง เพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง 3.2.2) เรียนรู้หมอกคนไหน ใช้เครื่องมืออะไร ขึ้นต่อไปเครื่องมืออะไรที่ต้องการ 3.2.3) สติต้องตั้งมั่น ทุกเหตุการณ์ไม่คาดสายตา จุกเงินเกิดขึ้นมา

หาทางช่วยผู้ป่วยทัน 3.2.4) หงุดหงิดใจ เครื่องมือไม่พร้อมใช้ วังหาจนกว่าจะได้ หรืออาจใช้เครื่องมืออื่นแทน 3.2.5) เครื่องมือเรื่อง sterile เครื่องมือหัก-หายรีบหาให้พบ ถึงจบบอมให้เย็บแผล

4. งานผ่าตัดมีความเสี่ยง หากหลีกเลี่ยงได้ ไม่อยากให้อะไรผิดพลาด แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 4.1) ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ดูแลให้ปลอดภัยช่วยเหลือให้สุขสบาย 4.2) แม้จะวุ่นวาย หากช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ บรรลุเป้าหมายการทำงาน และ 4.3) การผ่าตัดต้องระมัดระวัง หากพลาดพลั้ง เกิดภาวะแทรกซ้อนได้

5. อุทิศตนเพื่อหน้าที่ ทำงานผ่านด้วยดี แต่สิ่งที่มีตามมา คือ ปัญหาสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ 5.1) อุดทนและอดกลั้น อาหารนั้นอย่าถามหา ชับถ่ายไม่เป็นเวลา กลั้นไว้จนกว่าจะเสร็จงาน 5.2) ผู้ป่วยและเครื่องมือมีน้ำหนัก ยกย้ายบ่อยนิดไม่ไหว ทำให้ปวดหลังปวดไหล่ 5.3) สุขภาพจะเป็นอย่างไร สูดหายใจจากควันทันพิษและเชื้อที่ติดจากผู้ป่วยมา และ 5.4) ทำงานกลางวัน อยู่เวรกลางคืน ต้องฝืนร่างกาย หยุดพักไม่ได้ วันต่อไปต้องทำงานต่อ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ ตามแนวคิดของ Heidegger ในการวิจัยนี้เลือกสนามศึกษาคือห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้ให้ข้อมูลคือ พยาบาลห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ มีประสบการณ์ในการทำงานภายในหน่วยงานห้องผ่าตัดเป็นเวลามากกว่า 3 ปี และมีความยินดีเข้าร่วม การวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการบันทึกเทปสนทนาและการสังเกต เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2556 ถึง วันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 32 วัน การวิเคราะห์ข้อมูลถูกดำเนินการไปพร้อมๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูลและยุติเมื่อพบว่าข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัว โดยมีจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 14 คน ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหาตามวิธีการของ Crist and Tanner (2003)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย ประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ แบ่งออกเป็น 5 ประเด็น ได้แก่ 1) เป็นพยาบาล OR เพราะว่างานน่าสนใจ 2) เข้าห้องผ่าตัดใหม่ๆ ต้องใช้เวลาศึกษาเรียนรู้งาน 3) ประสบการณ์หลากหลายภายใต้การทำงานเป็นพยาบาลรอบนอกและรอบใน 4) งานผ่าตัดมีความเสี่ยง หากหลีกเลี่ยงได้ ไม่อยากให้อะไรผิดพลาด และ 5) อุทิศตนเพื่อหน้าที่ ทำงานผ่านด้วยดี แต่อาจมีสิ่งตามมา คือ ปัญหาสุขภาพ ดังนี้

1. **เป็นพยาบาล OR เพราะว่างานน่าสนใจ** พยาบาลผ่าตัดมีกล่าวว่างานของพยาบาลผ่าตัดเป็นงานที่น่าสนใจ เสร็จแล้วเสร็จเลย ไม่น่าเบื่อ และเป็นงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ในช่วงระยะเวลาหนึ่งคือในช่วงที่ผู้ป่วยเข้ารับการทำผ่าตัดจนกระทั่งทำผ่าตัดเสร็จและจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดเท่านั้น ดังประเด็นย่อย คือ 1.1) *งานบริการเป็นรายๆ เสร็จแล้วเสร็จเลย* ลักษณะงานของพยาบาลผ่าตัดเป็นงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการทำผ่าตัดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด จนถึงหลังผ่าตัด จากนั้นจึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้น กลับหอผู้ป่วยใน หรือจำหน่ายกลับบ้าน ไม่ใช้การดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยรายเดิมทุกวัน

จนกระทั่งผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเหมือนการทำงานของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน 1.2) *ทำ* *ทนายดี* *มีส่วนร่วมการตัดสินใจ* ลักษณะงานของพยาบาลผ่าตัดเป็นงานที่มีความหลากหลาย เนื่องจากโรงพยาบาลที่เป็นสนามวิจัยมีการทำผ่าตัดในหลายแผนกทั้ง ศัลยกรรม สูตินรีเวช ศัลยกรรมกระดูก จักษุ เป็นต้น พยาบาลผ่าตัดต้องทำงานสลับหมุนเวียนในทุกห้องผ่าตัด ทำให้ไม่รู้สึกเบื่อหน่ายในงานที่ทำ นอกจากนั้นพยาบาลผ่าตัดยังสามารถใช้ความคิดสร้างสรรค์ของตนเอง ในการประยุกต์หรือคิดค้นนวัตกรรมเพื่อลดต้นทุนการผ่าตัด หรือเพื่อใช้ทดแทนเครื่องมือผ่าตัดที่ขาดหาย การปฏิบัติงานเป็นระยะเวลาหนึ่งจนมีความชำนาญมากจนได้รับความไว้วางใจและเชื่อถือจากแพทย์ผู้ทำผ่าตัด ในการให้คำแนะนำหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่างๆ ในการทำผ่าตัดร่วมกันแพทย์

2. *เข้าห้องผ่าตัดใหม่ๆ ต้องใช้การเรียนรู้* พยาบาลผ่าตัดเมื่อเริ่มปฏิบัติงานใหม่ยังมีทักษะและประสบการณ์ไม่มากเพียงพอ ต้องได้รับการฝึกฝนเรียนรู้และเพิ่มพูนประสบการณ์โดยการเรียนรู้จากพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลผ่าตัดที่มีประสบการณ์มากกว่ารวมถึงการค้นคว้าศึกษาเพิ่มเติม เพื่อพัฒนาความรู้ของตนเองให้สามารถปฏิบัติงานได้มีประสิทธิภาพ ดังประเด็นย่อยคือ 2.1) *ทำงานใหม่ๆ ตื่นเต้น กังวลใจ เครียดไปทุกอย่าง* การปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดใหม่ มีความรู้สึกต่อการปฏิบัติงานที่หลากหลายทั้งตื่นเต้นจากการพบเจอการผ่าตัดที่ไม่เคยเห็น ความรู้สึกเป็นกังวลและเครียดจากการเรียนรู้เครื่องมือผ่าตัดที่มีจำนวนมาก การจดจำขั้นตอนการทำผ่าตัด หรือความรู้สึกกลัวการถูกบ่นว่าจากพยาบาลพี่เลี้ยงและแพทย์ผู้ทำผ่าตัดหากมีข้อบกพร่อง 2.2) *สงสัยไถ่ถาม ฝึกทำตามพี่เลี้ยงสอน แม้บางตอนยังสับสน* พยาบาลผ่าตัดใหม่เรียนรู้ทักษะในการปฏิบัติงานจากพยาบาลพี่เลี้ยง รวมทั้งศึกษารายละเอียดในการปฏิบัติงานเพิ่มเติมโดยการสอบถามถึงข้อสงสัยจากพยาบาลพี่เลี้ยงหรือพยาบาลผ่าตัดที่มีประสบการณ์มากกว่า การสังเกต รวมทั้งการจดบันทึกขั้นตอนการผ่าตัด และเครื่องมือผ่าตัดที่ใช้ไว้ท่องจำเพื่อให้จำได้ 2.3) *หาหนังสือศึกษา เทคโนโลยีใหม่ๆ เรียนรู้ไว้ได้ใช้งาน* นอกจากเรียนรู้การปฏิบัติงานจากพยาบาลพี่เลี้ยง พยาบาลผ่าตัดใหม่ยังมีการหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด ขั้นตอนในการทำผ่าตัด ผ่านการค้นคว้าจากสื่อต่างๆ การอบรม การเชิญตัวแทนเครื่องมือมาแนะนำเสนอวิธีใช้ รวมทั้งค้นหาคำรู้เพิ่มเติมในการทำผ่าตัดผ่านทางอินเทอร์เน็ต 2.4) *สะสมประสบการณ์ สิ่งใดผิดพลาด เรียนรู้ไว้ไม่ให้เกิดซ้ำ* การปฏิบัติงานย่อมมีความผิดพลาดเกิดขึ้น หากแต่พยาบาลผ่าตัดได้นำสิ่งที่ผิดพลาดที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงานเหล่านั้นมาเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนเองให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

3. ประสบการณ์หลากหลายภายใต้การทำงานเป็นพยาบาลรอบนอกและรอบใน

การปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดในแต่ละวัน พยาบาลผ่าตัดมีการตรวจสอบจากตารางผ่าตัดว่าตนเองมีหน้าที่รับผิดชอบในห้องผ่าตัดใด และมีบทบาทใดในการทำผ่าตัดแต่ละราย เพื่อสามารถจัดเตรียมตนเองและเครื่องมือให้พร้อมต่อการทำผ่าตัดดังกล่าว ดังประเด็นย่อยคือ 3.1) *ขึ้นเวรมาต้องดูว่า วันนี้ทำหน้าที่อะไร* การทำงานของพยาบาลผ่าตัดในกลุ่มตัวอย่างมีการทำงานแบบหมุนเวียนไปตามห้องผ่าตัดแผนกต่างๆ และปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยตามตารางผ่าตัดในช่วงวันและเวลาราชการ ในการปฏิบัติงานในแต่ละวันพยาบาลผ่าตัดต้องดูตารางผ่าตัดว่ามีบทบาทความรับผิดชอบผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดใด และมีบทบาทใดในการทำผ่าตัดดังกล่าว ทั้งนี้พยาบาลผ่าตัดมี 2 บทบาทหลักในการปฏิบัติงานคือ พยาบาลรอบนอก และพยาบาลส่งเครื่องมือหรือพยาบาลรอบใน 3.2) *บทบาทอาจแยกกัน เวลาทำงานนั้น ร่วมใจกันทำเป็นทีม* พยาบาลผ่าตัดมีบทบาทในการปฏิบัติงานแบ่งออกเป็น 2 บทบาทหลักคือ 3.2.1) *พยาบาลรอบนอก ต้องใส่ใจ ใครต้องการอะไร หยิบให้ได้ทันที* มีหน้าที่ดูแลอำนวยความสะดวกต่างๆ นับตั้งแต่การติดต่อประสานงานเพื่อรับผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้องและความพร้อมในการทำผ่าตัด การเตรียมพร้อมและเปิดเครื่องมือผ่าตัดเพิ่มเติม เป็นต้น และ 3.2.2) *พยาบาลรอบใน ต้องใช้ความอดทน คำนึงถึงผลการผ่าตัด* พยาบาลรอบในมีบทบาทในการช่วยส่งเครื่องมือในการทำผ่าตัด ตรวจสอบดูแลเครื่องมือที่ใช้ในการทำผ่าตัดให้ครบถ้วนและปราศจากเชื้อตลอดการทำผ่าตัด รวมทั้งดูแลให้บรรยากาศในการทำงานผ่าตัดเป็นไปด้วยดี เช่น การไม่ได้แยงเมื่อถูกแพทย์ผู้ทำผ่าตัดบ่นว่าหรือใช้วาจาไม่สุภาพ

4. งานผ่าตัดมีความเสี่ยง หากหลีกเลี่ยงได้ ไม่อยากให้อะไรผิดพลาด ในการทำผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดต้องให้ความใส่ใจดูแลความปลอดภัยต่างๆ มีการทำงานร่วมกันเพื่อเป้าหมายคือความปลอดภัยของผู้ป่วย ระมัดระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ขึ้นในขณะทำผ่าตัด รวมทั้งดูแลเครื่องมือที่ใช้ทุกอย่างให้ครบถ้วนไม่ให้เกิดการสูญหายหรือตาค้างในแผลของผู้ป่วย ดังประเด็นย่อยคือ 4.1) *ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ดูแลให้ปลอดภัยช่วยเหลือให้สุขสบาย* การทำผ่าตัดเสมือนการช่วยเหลือผู้ป่วยที่เจ็บปวดหรือมีความไม่สุขสบายให้หายจากภาวะดังกล่าวหรือให้มีสภาพที่ดีขึ้น 4.2) *แม้จะวุ่นวาย หากช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ บรรลุเป้าหมายการทำงาน* การทำหัตถการบางครั้งมีความรีบด่วนในการช่วยชีวิตผู้ป่วย หรือมีความซับซ้อนและยุ่งยากในการผ่าตัดรักษา แม้พยาบาลผ่าตัดจะเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า แต่เมื่อพบว่าสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีชีวิตรอดได้ก็เกิดความรู้สึกสบายใจ หรือรู้สึกเสียใจหากไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ 4.3) *การผ่าตัดต้องระมัดระวัง หากพลาดพลั้งเกิดภาวะแทรกซ้อนได้* การทำผ่าตัดทุกชนิดล้วนมีความเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดถูกอวัยวะข้างเคียงหรือเสียเลือดมาก พยาบาลผ่าตัดจึง

ต้องใช้ความระมัดระวังอย่างมากในการปฏิบัติงาน

5. **อุทิศตนเพื่อหน้าที่ ทำงานผ่านด้วยดี แต่อาจมีสิ่งตามมา คือ ปัญหาสุขภาพ** ในการปฏิบัติงานของพยาบาลพบว่า งานของพยาบาลผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ ดังประเด็นย่อย คือ 5.1) *อดทนและอดกลั้น อาหารนั้นอย่าถามหา ชับถ่ายไม่เป็นเวลา กลั้นไว้จนกว่าจะเสร็จงาน* ในการทำผ่าตัดที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานหรือทำผ่าตัดหลายรายต่อเนื่อง ประกอบกับการมีบุคลากรไม่เพียงพอในการสับเปลี่ยน ส่งผลให้พยาบาลผ่าตัดต้องกลั้นปัสสาวะ หรือรับประทานอาหารกลางวันไม่ตรงเวลาเป็นประจำ ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ 5.2) *ผู้ป่วยและเครื่องมือมีน้ำหนัก ยกย้ายบ่อยนักไม่ไหว ทำให้ปวดหลังปวดไหล่* การทำผ่าตัดบางชนิดเช่น การเปลี่ยนอวัยวะเทียม ข้อเข่าเทียม ต้องใช้เครื่องมือซึ่งมีน้ำหนักมาก พยาบาลผ่าตัดเป็นผู้ยกเครื่องมือดังกล่าวด้วยตนเอง ส่งผลให้เจ็บปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเกิดการอักเสบขึ้น เช่นเดียวกับการยกย้ายผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมากจากเปลลงเตียง 5.3) *สุขภาพจะเป็นอย่างไร สูดหายใจจากควันทิชและเชื้อที่ติดจากผู้ป่วยมา* ในการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าเพื่อห้ามเลือดหรือตัดเนื้อเยื่อระหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยเกือบทุกราย ก่อให้เกิดควันจากการเผาไหม้ซึ่งเป็นอันตรายต่อระบบทางเดินหายใจ รวมถึงความเสี่ยงในการติดเชื้อจากทำผ่าตัดผู้ป่วยที่มีโรคติดต่อทางเดินหายใจ 5.4) *ทำงานเวลากลางวัน อยู่เวรกลางคืน ต้องฝืนร่างกาย หยุดพักไม่ได้ วันต่อไปต้องทำงานต่อ* พยาบาลผ่าตัดในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษามีการทำงานเต็มเวลาในช่วงวันและเวลาราชการ และอยู่เวรนอกเวลาเพื่อรองรับการทำผ่าตัดผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยผู้ที่อยู่เวรนอกเวลาเหล่านั้นต้องทำงานต่อในช่วงเช้าของวันต่อมา ส่งผลให้พยาบาลผ่าตัดไม่มีเวลาพักผ่อนเพียงพอและเกิดอาการอ่อนล้าในการปฏิบัติงานวันต่อไป

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ ตามประเด็นดังต่อไปนี้คือ 1) เป็นพยาบาล OR เพราะว่างานน่าสนใจ 2) เข้าห้องผ่าตัดใหม่ๆ ต้องใช้เวลาศึกษาเรียนรู้งาน 3) ประสบการณ์หลากหลายที่ได้จากการทำงาน 4) งานผ่าตัดมีความเสี่ยง หากหลีกเลี่ยงได้ ไม่อยากให้อะไรผิดพลาด และ 5) อุทิศตนเพื่อหน้าที่ ทำงานผ่านด้วยดี แต่อาจมีสิ่งตามมา คือ ปัญหาสุขภาพ

1. เป็นพยาบาล OR เพราะว่างานน่าสนใจ

การปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัด ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าลักษณะการทำงานของพยาบาลผ่าตัดเป็นการทำงานที่ไม่ยืดหยุ่นไม่จำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยรายเดิมๆ แบบซ้ำๆ ในทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน ซึ่งในการผ่าตัดแต่ละรายล้วนมีระยะเวลาในการผ่าตัดแตกต่างกันไปตั้งแต่เพียงแค่

15 นาทีในการทำผ่าตัดสลายต่อกระดูก หรือจนกระทั่งถึง 6 ชั่วโมง หรือมากกว่า ในการทำผ่าตัดที่มีความซับซ้อนมากเช่นการผ่าตัดเนื้องอกในสมอง เป็นต้น และหลังจากดูแลผู้ป่วยจนจำหน่ายออกจากห้องผ่าตัดแล้ว พยาบาลผ่าตัดจะให้การดูแลผู้ป่วยรายใหม่ต่อไป ซึ่งเป็นารดูแลที่มีความแตกต่างจากการทำงานหอผู้ป่วยในทั่วไป พยาบาลผ่าตัดส่วนหนึ่งกล่าวว่าไม่ชอบการทำงานในรูปแบบที่ซ้ำๆ กับผู้ป่วยรายเดิมๆ จึงสนใจทำงานเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดเนื่องจากเป็นการดูแลผู้ป่วยเพียงแค่วะยะเวลาหนึ่งเท่านั้น สอดคล้องกับ เรณู อาจสาลี (2553) และ สุภาพ อาวีเอื้อ (2541) ที่กล่าวว่า พยาบาลผ่าตัดจะให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบรายบุคคลอย่างครอบคลุมตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งปิดแผลผ่าตัดและจำหน่ายผู้ป่วยรายดังกล่าวออกจากห้องผ่าตัดจึงถือว่าเสร็จสิ้นการดูแลผู้ป่วยรายนั้น จากนั้นจึงให้การดูแลผู้ป่วยรายถัดไปต่อ จนกระทั่งหมดเวรของตนเองหรือดูแลผู้ป่วยให้เข้ารับการผ่าตัดครบตามตารางผ่าตัดที่ได้รับมอบหมาย

นอกจากนี้การทำงานในห้องผ่าตัดยังเป็นงานที่ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอ เนื่องจากนโยบายของโรงพยาบาลที่ศึกษามีการทำผ่าตัดหลากหลายแผนกทั้งศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมพลาสติก จักษุ สูตินรีเวช เป็นต้น และพยาบาลผ่าตัดมีการปฏิบัติงานแบบหมุนเวียนทำงานในทุกแผนกที่มีการผ่าตัดดังกล่าว ในการทำผ่าตัดที่ความยุ่งยาก ซับซ้อนหรือการทำผ่าตัดผู้ป่วยซึ่งมีภาวะฉุกเฉินรีบด่วนเสมือนเป็นการท้าทายความสามารถของพยาบาลผ่าตัดในการใช้ความทักษะและประสบการณ์ รวมทั้งความคิดและวิจารณญาณของตนเองมาใช้ในการลำดับขั้นตอนความรีบด่วนในการทำผ่าตัดรวมทั้งการจัดเตรียมและส่งเครื่องมือผ่าตัดให้เหมาะสมกับสถานการณ์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดพ้นจากภาวะวิกฤตและมีอันตรายต่อชีวิต สอดคล้องกับทฤษฎีของ McClelland (1970) และ Sagie (1996) ที่กล่าวว่าการทำงานที่มีความท้าทายเปรียบเสมือนได้แข่งขันทั้งกับตนเอง รวมทั้งได้แก้ไขปัญหาซึ่งเป็นสิ่งท้าทายและน่าสนใจ ส่งผลให้บุคคลมีความกระตือรือร้นในการทำงาน รู้สึกสนุก และรักในงานที่ทำมากขึ้น

2. เข้าห้องผ่าตัดใหม่ๆ ต้องใช้เวลาศึกษาเรียนรู้งาน

ในการทำงานห้องผ่าตัดนั้น พยาบาลที่จบใหม่ไม่สามารถปฏิบัติงานได้โดยทันที แต่ต้องเรียนรู้ทักษะในการปฏิบัติงานภายใต้การฝึกสอนและการดูแลจากพยาบาลผ่าตัดพี่เลี้ยงในแต่ละแผนกของการผ่าตัด (พินิจ ปรีชานนท์, 2545) และปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลพี่เลี้ยง จนกระทั่งสามารถปฏิบัติงานได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของ Benner (1984) ซึ่งกล่าวว่าพยาบาลที่อยู่ในระดับผู้เริ่มปฏิบัติงาน (Novice) คือผู้มีประสบการณ์ทางการพยาบาลอยู่ระหว่าง 0-1 ปี มีการปฏิบัติงานตามกฎเกณฑ์ที่กำหนด และต้องการความช่วยเหลือและให้การสนับสนุนจากผู้ดูแล เนื่องจากยังไม่มีประสบการณ์เพียงพอ และไม่สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ แม้ว่า

การพยาบาลผ่าตัดจะถูกบรรจุในหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรีแล้วก็ตาม แต่เป็นการเรียนเพียงแค่ส่วนหนึ่งของหลักสูตรและมีการขึ้นฝึกปฏิบัติงานเพียงระยะเวลาสั้นๆ จึงไม่มีประสบการณ์มากเพียงพอและยังขาดความชำนาญในการทำงาน ทำให้เมื่อเริ่มต้นทำงานในห้องผ่าตัดพยาบาลผ่าตัดใหม่รู้สึกเหมือนว่าตนเองเริ่มต้นการเรียนรู้ใหม่แต่ต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ธีรภัทร แสตนบุตดา (2546) ที่กล่าวว่าพยาบาลผ่าตัดใหม่ต้องมีการเรียนรู้งานทุกอย่างเสมือนเริ่มจากศูนย์ เช่น ในพยาบาลผ่าตัดที่มีการฝึกปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดเพียงระยะเวลาสั้นๆ ทำให้ไม่สามารถจดจำและยังคงไม่มีทักษะในการปฏิบัติงานที่มากเพียงพอ การเรียนรู้งานหลายอย่างไปพร้อมกับการปฏิบัติงานในสถานการณ์จริงภายใต้ระยะเวลาจำกัดในการทำผ่าตัดส่งผลให้พยาบาลผ่าตัดใหม่เกิดความรู้สึกเครียดและกังวลว่าอาจถูกตำหนิจากผู้ร่วมงานอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาวรรณ ต้นตีสทิทธิพร (2541) ที่ศึกษาถึงวัฒนธรรมองค์การของกลุ่มงานพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลรัฐบาล ว่าการทำงานของพยาบาลผ่าตัดมีวัฒนธรรมตั้งรับก้าวร้าวในระดับมากเนื่องจากเป็นงานที่ต้องทำแข่งกับเวลา และมีการถ่ายทอดความเชื่อและค่านิยมในการทำงานให้สมบูรณ์มากที่สุดจากรุ่นพี่สู่รุ่นน้อง และบางครั้งอาจเกิดการตำหนิเมื่อมีข้อบกพร่องทำให้งานในห้องผ่าตัดเน้นอำนาจอยู่ที่ผู้มีประสบการณ์สูงกว่า ส่งผลให้พยาบาลรุ่นน้องเกิดความรู้สึกเครียดต่อการทำงานมากขึ้น

นอกจากนี้ในการเริ่มต้นเรียนรู้งานห้องผ่าตัดที่มีรายละเอียดมากมายจนไม่อาจจดจำได้หมดในคราวเดียว พยาบาลผ่าตัดใหม่จะใช้วิธีการจดบันทึกรายละเอียดนั้นๆ ลงในแผ่นกระดาษหรือในสมุดขนาดเล็กที่สามารถพกพาได้ ตามความเข้าใจตนเองจากสิ่งที่สังเกตเห็น และสิ่งที่พยาบาลพี่เลี้ยงให้คำแนะนำ เมื่อพบว่าตนเองมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำผ่าตัดดังกล่าวก็ใช้วิธีการสอบถามจากผู้รู้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Riley and Manias (2006) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับทักษะความรู้ของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับศัลยแพทย์ พบว่าพยาบาลผ่าตัดมีทักษะและความรู้เกี่ยวกับความต้องการและความแตกต่างในการผ่าตัดของศัลยแพทย์เป็นอย่างดี ผ่านการบอกต่อ จากพยาบาลผ่าตัดรุ่นพี่ การจดบันทึกข้อมูลที่สังเกตได้ และจากการไต่ถามจากศัลยแพทย์โดยตรง รวมทั้งการหาโอกาสฝึกเข้าเคสส่งเครื่องมือทำผ่าตัดที่ยังจำแนวทางไม่ได้บ่อยครั้งเพื่อให้เกิดความชำนาญมากขึ้น นอกจากการสอบถามข้อมูลและจดบันทึกแล้ว พยาบาลผ่าตัดใหม่ยังมีการศึกษาหาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำผ่าตัดเพิ่มเติมจากแหล่งให้ความรู้ต่างๆ เพื่อให้ตนเองมีทักษะความรู้และความสามารถในการปฏิบัติงานที่ดีมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เจริญพร ตริเนตร (2543) ที่พบว่าพยาบาลผ่าตัดที่ได้รับการฝึกอบรมในประเทศฝรั่งเศสเมื่อเข้าไปรับการอบรมใหม่มีการแสวงหาแหล่ง

สนับสนุนจากแหล่งต่างๆ ในการเรียนรู้การทำงานในห้องผ่าตัด ทั้งการฝึกทักษะทางภาษา การเข้าร่วมประชุม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อน การสร้างมนุษยสัมพันธ์กับผู้ช่วยเหลือคนอื่นๆ รวมทั้งการเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้จากสื่อต่างๆ ในการทำงานเมื่อขาดความชำนาญย่อมเป็นไปได้ที่จะเกิดข้อผิดพลาดโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับพยาบาลผ่าตัดใหม่ยังมีทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่ไม่มากเพียงพอ ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นและปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลที่เกี่ยวข้องในการผ่าตัดส่งผลให้พยาบาลผ่าตัดใหม่เกิดความรู้สึกเครียด ก่อหนาท่างแก้ไขโดยการนำสิ่งที่ผิดพลาดดังกล่าวมาปรับปรุงให้เกิดแนวทางการปฏิบัติงานที่ถูกต้องสอดคล้องกับแนวความคิดการพัฒนาร่างกายของ Boydell (1985) ที่กล่าวถึงวงจรการพัฒนาร่างกาย 4 ขั้นตอน ที่ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 การเกิดความกังวลเมื่อเกิดปัญหา หรือต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่เคยเจอมาก่อน ขั้นที่ 2 การสังเกต ไตร่ตรอง มองหาคำตอบ ขั้นที่ 3 การคิดใหม่ ค้นพบวิธีการใหม่ๆ ซึ่งได้จากการพัฒนาและพิจารณาแล้ว และขั้นที่ 4 คือการนำวิธีการใหม่ดังกล่าวมาทดลองใช้และเมื่อเหตุการณ์นั้นผ่านไปด้วยดีจึงถือว่ามีพัฒนาการที่ดีเกิดขึ้นกับตนเอง และสอดคล้องกับวิธีการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ว่าบุคคลมีการเผชิญความเครียด 2 แบบ ในการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา บุคคลจะมีการใช้ความคิดและหาวิธีการที่จะแก้ไขความเครียดซึ่งเป็นปัญหานั้นให้หมดไป และแก้ไขให้สถานการณ์ความเครียดดังกล่าวให้ดียิ่งขึ้น การเริ่มต้นปฏิบัติงานใหม่ย่อมต้องการแหล่งสนับสนุนความรู้ และการให้ความสนับสนุนที่ดี โดย พินิจ ปรีชานนท์ (2545) กล่าวว่าในการพัฒนาร่างกายของพยาบาลผ่าตัดจบใหม่ จากผู้เริ่มปฏิบัติงาน (Novice) ไปสู่ระดับผู้เริ่มต้นความก้าวหน้า (Advanced beginners) และไปจนถึงระดับผู้มีความสามารถ (Competent) ที่สามารถปฏิบัติงานและตัดสินใจได้ด้วยตนเองนั้น พยาบาลผ่าตัดใหม่ต้องใช้ความอดทนในการพัฒนาความรู้ และมีความมุ่งมั่นในการทำงาน ทั้งนี้พยาบาลพี่เลี้ยง และผู้บริหารต้องมีส่วนอย่างมากในการสนับสนุนให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ให้ความรู้ รวมทั้งส่งมอบรางวัล ไม่เช่นนั้นพยาบาลผ่าตัดใหม่อาจเกิดภาวะเครียดในการปรับเปลี่ยนบทบาทจนส่งผลให้ลาออกได้

ดังนั้น บทบาทของผู้บริหารทางการพยาบาลจึงควรให้การสนับสนุนแหล่งให้ความรู้ต่างๆ ทั้งการจัดทำหนังสือคู่มือในการทำผ่าตัด การจัดส่งพยาบาลผ่าตัดใหม่เข้ารับการอบรมเสริมความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด การสนับสนุนการค้นคว้าข้อมูลจากทางอินเทอร์เน็ตจากในองค์กรโดยไม่ปิดกั้น รวมทั้งการส่งเสริมและให้กำลังใจแก่พยาบาลจบใหม่นอกจากนั้น เนื่องจากพยาบาลพี่เลี้ยง คือผู้ที่มีส่วนสำคัญในการให้คำแนะนำและถ่ายทอดความรู้แก่พยาบาลผ่าตัดใหม่ จากการศึกษาของ มาเรียม เพราะสุนทร (2550) พบว่าพยาบาลพี่เลี้ยงมี

ความรู้สึกเครียดต่อบทบาทที่ได้รับมอบหมายเพราะเป็นเสมือนภาระที่เพิ่มขึ้นจากงานประจำ บางครั้งรู้สึกเหนื่อยและท้อใจเพราะต้องเป็นผู้รับผิดชอบการปฏิบัติงานของพยาบาลจบใหม่ อีกทั้งยังพบว่าไม่มีแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลพี่เลี้ยงที่แน่ชัดทำให้มีรูปแบบการสอนที่แตกต่างกันไป ผู้บริหารจึงไม่ควรมองข้ามความสำคัญของพยาบาลพี่เลี้ยงดังกล่าว ทั้งด้านการพัฒนาความรู้ และทักษะในการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงโดยการอบรมเพิ่มเติม หรือกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลพี่เลี้ยงที่ชัดเจน รวมทั้งการพิจารณาสนับสนุนการให้กำลังใจในการทำหน้าที่ของพยาบาลพี่เลี้ยงเพิ่มเติม เช่น นำมาเป็นเกณฑ์ในการประเมินผลการทำงานหรือความดีความชอบ

3. ประสบการณ์หลากหลายภายใต้การทำงานเป็นพยาบาลรอบนอกและรอบใน

การทำงานของพยาบาลผ่าตัดมีความแตกต่างกันไปในทุกวัน เนื่องจากการผ่าตัดที่หลากหลายหลายชนิด พยาบาลผ่าตัดจึงต้องมีการตรวจสอบหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองจากตารางผ่าตัด รวมทั้งคิดว่าตนเองมีบทบาทใดในการทำผ่าตัดนั้นๆ เนื่องจากการทำผ่าตัดในแต่ละวันไม่ได้กำหนดตายตัวว่าพยาบาลผ่าตัดต้องทำบทบาทใด แต่อาจมีการสลับสับเปลี่ยนไปเป็นรายๆ เช่น ผู้ป่วยรายแรกตนเองมีบทบาทเป็นพยาบาลส่งเครื่องมือ แต่ผู้ป่วยรายถัดไปมีบทบาทเป็นพยาบาลรอบนอก เป็นต้น เมื่อทราบว่าตนเองมีหน้าที่ในห้องผ่าตัดใดและทำการผ่าตัดใด พยาบาลผ่าตัดจึงเตรียมความพร้อมของสิ่งต่างๆ ทั้งเครื่องมือผ่าตัด สถานที่ และตัวผู้ป่วย เพื่อให้พร้อมต่อการทำผ่าตัดได้โดยที่งานไม่ซ้ำซ้อนระหว่างกัน เดิมงานของพยาบาลผ่าตัดคือการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดและการช่วยเหลือแพทย์ในการทำผ่าตัดเพียงอย่างเดียว รวมถึงการดูแลทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ มากกว่าการดูแลให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ต่อมาสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัด (AORN) จึงได้เริ่มขยายบทบาทพยาบาลผ่าตัดจากการดูแลและส่งเครื่องมือให้แพทย์มาเป็นให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการทำผ่าตัดร่วมด้วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (เรณู อาจสาสิทธิ์, 2553) ทั้งนี้พยาบาลผ่าตัดมีบทบาทในการทำงาน 2 บทบาทหลัก ได้แก่ บทบาทของพยาบาลรอบนอก และบทบาทของพยาบาลรอบในหรือพยาบาลส่งเครื่องมือ โดยพยาบาลผ่าตัด 1 คน ต้องสามารถปฏิบัติงานได้อย่างคล่องแคล่วทั้ง 2 บทบาท ขึ้นกับการทำผ่าตัดนั้นๆ ตนเองจะอยู่ในบทบาทใด ในการปฏิบัติงานของพยาบาลรอบนอก นอกจากบทบาทในการจัดหาเครื่องมือหรือดูแลสิ่งแวดล้อมรอบนอกเขตปราศจากเชื้อในการทำผ่าตัดแล้ว พยาบาลรอบนอกยังมีบทบาทสำคัญในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดผิดพลาดเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Greenberg, et al (2007) ซึ่งพบว่าช่วงเวลาก่อน ขณะ และหลังผ่าตัดสามารถเกิดข้อผิดพลาดทางการติดต่อสื่อสารได้ถึงร้อยละ 38 ร้อยละ 30 และร้อยละ

32 ตามลำดับ ซึ่งการผิดพลาดทางการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ดังกล่าวอาจก่อให้เกิดอันตรายขึ้นกับผู้ป่วยได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Mills, Neily and Dunn (2008) ซึ่งพบว่าการสื่อสารในการทำงานร่วมกันเป็นทีมถือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากในการทำผ่าตัดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งควรลดข้อผิดพลาดที่อาจเกิดจากการสื่อสารโดยเฉพาะเมื่อมองเห็นปัญหาที่อาจเกิดขึ้นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย หากแต่บางครั้งบทบาทประสานงานที่มีมากเกินไปอาจกลายเป็นภาระของพยาบาลรอบนอกและส่งผลกระทบต่อคุณภาพงานได้ เช่น พยาบาลรอบนอกต้องออกจากห้องเพื่อติดต่อประสานเรื่องอื่นในขณะที่ยังทำผ่าตัดอยู่ในเวลาเดียวกัน พยาบาลส่งเครื่องมืออาจต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลรอบนอก ทั้งนี้ สุภาพร เลิศร่วมพัฒนา (2549) กล่าวว่า บทบาทของพยาบาลช่วยรอบนอกที่สำคัญคือการรับผิดชอบอยู่ภายในห้องผ่าตัดที่ตนเองรับผิดชอบตลอดเวลา พร้อมให้ความช่วยเหลือหากการผ่าตัดมีปัญหาใดหรือต้องการความช่วยเหลืออื่นๆ ดังนั้น ผู้บริหารควรพิจารณาแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยการแบ่งเบาภาระหน้าที่การติดต่อประสานงานบางส่วนที่นอกเหนือจากบทบาทของพยาบาลรอบนอก โดยการจัดหาบุคลากรมาสนับสนุนเพิ่มเติม เช่น การจัดหาเสมียนประจำห้องผ่าตัดในการลงบันทึกราคาใช้จ่าย หรือการติดต่อประสานงานในเรื่องที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการทำผ่าตัดโดยตรง เพื่อให้พยาบาลรอบนอกสามารถปฏิบัติหน้าที่ที่เป็นงานหลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนพยาบาลรอบในหรือพยาบาลส่งเครื่องมือ มีหน้าที่หลักคือการส่งเครื่องมือให้กับแพทย์ผู้ทำผ่าตัด ตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำผ่าตัดให้ครบถ้วนเสมอ และดูแลให้การผ่าตัดนั้นเป็นไปอย่างราบรื่น ซึ่งการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดจะมีความชำนาญมากขึ้นตามประสบการณ์ที่มี พยาบาลรอบในที่มีประสบการณ์มากจะมีการเรียนรู้ความถนัดและจดจำการทำงานของแพทย์ได้ดี ส่งผลให้การทำงานมีความราบรื่นและคล่องตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Riley and Manias (2006) ว่าพยาบาลผ่าตัดมีความรู้ในเรื่องความต้องการและบุคลิกส่วนตัวของศัลยแพทย์ เช่น อุณหภูมิขณะทำผ่าตัดของศัลยแพทย์ที่ไม่ชอบให้ใครส่งเสียงรบกวน เป็นต้น ซึ่งความรู้ดังกล่าวเกิดจากการที่พยาบาลผ่าตัดมีการสังเกตจากการปฏิบัติงานร่วมกัน รวมทั้งจากการสอบถาม หรือส่งต่อจากพยาบาลผ่าตัดอื่น ในบางครั้งพยาบาลผ่าตัดต้องเผชิญกับภาวะอารมณ์ด้านลบของแพทย์ผู้ทำผ่าตัด โดยเฉพาะเมื่อการผ่าตัดดังกล่าวมีความตึงเครียดหรือมีภาวะแทรกซ้อนมาก ส่งผลให้พยาบาลผ่าตัดรู้สึกเครียด บางครั้งอาจโกรธเคือง แต่พยาบาลผ่าตัดจะพยายามระงับอารมณ์ตนเอง ไม่ตอบโต้ เพื่อรักษาบรรยากาศในการทำผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Michael and Jenkins (2001) พบว่า พยาบาลผ่าตัดจำนวนมากถูกละเมิดทางคำพูดจากแพทย์ด้วยคำตำหนิและถ้อยคำหยาบคาย ทั้งจากการตะโกน การตำหนิ การโจมตีด้วย

วาทะที่หยาบคาย การพูดถึงในด้านลบ หรือการถูกกล่าวโทษโดยไม่ตำหนิตนเอง ส่งผลให้พยาบาลผ่าตัดเกิดความรู้สึกขุ่นเคือง ไม่อยากทำงานร่วมด้วย และรู้สึกเหมือนตนเองเป็นคนไร้ความสามารถ ด้อยค่า หรือเป็นคนโง่ที่ต้องถูกตำหนิตลอดเวลา และต้องการให้แพทย์ให้เกียรติในฐานะเพื่อนร่วมงานมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Makary et al. (2006) เรื่องการทำงานเป็นทีมระหว่างแพทย์และพยาบาล พบว่า พยาบาลผ่าตัดมีการหลีกเลี่ยงที่จะพูดถึงความไม่พอใจต่อแพทย์ในด้านความขัดแย้งเนื่องจากไม่ต้องการให้เกิดผลกระทบในด้านลบต่อการปฏิบัติงานร่วมกัน จากที่กล่าวมาผู้บริหารการพยาบาลควรช่วยบรรเทาความเครียดของพยาบาลรอบใน คือการจัดหาหมวกพักผ่อนให้แก่พยาบาลผ่าตัดซึ่งเป็นสถานที่ที่มีความสงบและสามารถนั่งพักได้ หรือการจัดให้มีเวลาพักในช่วงสั้นๆ หลังการทำผ่าตัดแต่ละรายก่อนเริ่มต้นทำผ่าตัดรายใหม่ เพื่อให้พยาบาลผ่าตัดได้มีโอกาสในการผ่อนคลายความตึงเครียดที่เผชิญขณะทำผ่าตัดที่ผ่านมา พยาบาลผ่าตัดบางรายสะท้อนว่าต้องการเวลาพักบ้าง ไม่ใช่การทำงานติดต่อกันไปอย่างต่อเนื่อง หรือหากพบว่าพยาบาลผ่าตัดมีปัญหาการกระทบกระทั่งที่ร้ายแรงกับแพทย์ผู้ทำผ่าตัด ผู้บริหารควรมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

4. งานผ่าตัดมีความเสี่ยง หากหลีกเลี่ยงได้ ไม่อยากให้อะไรผิดพลาด

การมีภาวะเจ็บป่วยและต้องได้รับการผ่าตัดย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล และหวาดกลัว บทบาทของพยาบาลผ่าตัดไม่ใช่เพียงแค่การจัดเตรียมเครื่องมือ แต่เป็นการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมแบบองค์รวมทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตภายใต้ระยะเวลาอันจำกัดขณะทำผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาวรรณ ต้นติลทิทธิพร (2541) ที่พบว่า การทำงานในห้องผ่าตัดมีกระบวนการทำงานที่ต่อเนื่องโดยเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก และทำงานแข่งกับเวลา ดูแลผู้ป่วยและความปลอดภัยอย่างครอบคลุม รวมทั้งป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย เนื่องจากการทำผ่าตัดย่อมเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ในทุกขั้นตอนของการผ่าตัด ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด และหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าวขึ้นย่อมส่งผลต่อผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาที่ยาวนานมากขึ้น และส่งผลต่อชื่อเสียงและความรู้สึกของทีมผ่าตัดและโรงพยาบาล ดังนั้นการดูแลและการประเมินที่ดีย่อมช่วยเพิ่มความปลอดภัยและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นดังกล่าวได้ (ชุตินมณฑน์ ตูทรัพย์ประเสริฐ, 2552; อุษาวดี อัครวิเศษ, 2547; Reynolds, 2008) ดังที่สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (2546) กล่าวว่า พยาบาลต้องมีจรรยาบรรณในด้านการป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ใช้บริการ ทั้งนี้นโยบายของห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษามีการใช้แบบตรวจสอบเพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัด (surgical

safety checklist) เป็นเครื่องมือในการประเมินความพร้อมและความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ คือ ก่อนระดับความรู้สึก (sign in) ก่อนลงมีดผ่าตัด (time out) และก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) (นงเยาว์ เกษตร์พิบาล, 2554; WHO, 2009) แต่พยาบาลผ่าตัดสะท้อนว่าการใช้เครื่องมือดังกล่าวพบปัญหาว่า เหมือนเป็นการเพิ่มภาระของพยาบาลผ่าตัดในงานบันทึกเอกสารมากขึ้นและมีข้อมูลบางส่วนที่ซ้ำซ้อนกับแบบบันทึกการพยาบาลในห้องผ่าตัดที่ใช้อยู่เดิม (ภัทรภร สีสลวรงค์, 2554) ผู้บริหารการพยาบาลควรช่วยอำนวยความสะดวกในการทำงานของพยาบาลผ่าตัดและลดสิ่งทีอาจเป็นการเพิ่มภาระของพยาบาลผ่าตัด โดยการหารือร่วมกันระหว่างทีมผ่าตัดเพื่อบูรณาการรวมกัน แบบตรวจสอบเพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัดดังกล่าวเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแบบบันทึกการพยาบาลในห้องผ่าตัด เพื่อลดความสูญเปล่าและสิ้นเปลืองของเอกสารรวมทั้งลดภาระงานที่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น

นอกจากนี้ในการทำผ่าตัดที่มีภาวะเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยมาก เช่น ในผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนและเป็นอันตรายขณะผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดและทีมผ่าตัดจะเร่งรีบช่วยเหลือผู้ป่วย หากไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยเอาไว้ได้ส่งผลให้ทั้งพยาบาลผ่าตัดและแพทย์เกิดความรู้สึกเศร้าเสียใจ ตามที่พยาบาลผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า “รู้สึก fail ที่ไม่สามารถช่วยได้” สอดคล้องกับการศึกษาของ Michael and Jenkins (2001) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการได้รับบาดเจ็บทางจิตใจของพยาบาลผ่าตัด พบว่าพยาบาลผ่าตัดที่ประสบเหตุการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะหรือหลังผ่าตัดกับตนเอง จะมีความรู้สึกเสียใจ บางรายกล่าวโทษตนเองว่าไม่มีความสามารถเพียงพอและขาดประสบการณ์ในการทำงาน ในกรณีเช่นนี้ ผู้บริหารการพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนด้านจิตใจของพยาบาลผ่าตัด โดยอาจเป็นที่ปรึกษาพูดคุย เพื่อแบ่งเบาความรู้สึกเศร้าเสียใจของพยาบาล หรือการจัดสิ่งสนับสนุนด้านจิตใจตามความเชื่อของพยาบาลผ่าตัด เช่น การทำบุญเลี้ยงพระ หรือการตักบาตร ในหน่วยงาน รวมทั้งจัดทำคู่มือในการบริหารความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในหน่วยงานเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ เช่น คู่มือดูแลความปลอดภัยในการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าหรืออุปกรณ์ผ่าตัดอื่นๆ แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดด้วยเครื่องเลเซอร์ เป็นต้น รวมทั้งจัดทำแนวทางในการปฏิบัติหากมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงเกิดขึ้น เช่น ขั้นตอนและบทบาทในการกู้ชีพผู้ป่วยขณะทำผ่าตัด เป็นต้น

5. อุทิศตนเพื่อหน้าที่ ทำงานผ่านด้วยดี แต่อาจมีสิ่งตามมา คือปัญหาสุขภาพ

การทำงานทุกอย่างย่อมมีความเสี่ยง เช่นเดียวกับในห้องผ่าตัด ซึ่งนอกจากความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลและป้องกันแล้ว ยังมีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับ

พยาบาลผ่าตัดและส่งผลให้คุณภาพชีวิตของพยาบาลผ่าตัดลดลง อุซาวดี อัครวิเศษ (2547) กล่าวว่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับบุคลากรในห้องผ่าตัดในด้านความเสี่ยงจากการปฏิบัติการพยาบาล ถือว่ามีความเสี่ยงสูงเมื่อเทียบกับการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากมีความเสี่ยงจากเครื่องมือที่ใช้ จากสารคัดหลั่งและเชื้อโรคที่มากับผู้ป่วย การใช้รังสี และการยกย้ายเครื่องมือและผู้ป่วย ในการทำผ่าตัดมักใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน หรือมีการทำผ่าตัดอย่างต่อเนื่องไม่มีเวลาหยุดพักทำธุระส่วนตัว ร่วมกับการขาดแคลนพยาบาลผ่าตัด ทำให้พยาบาลผ่าตัดไม่มีเวลาเพียงพอในการเข้าห้องน้ำหรือรับประทานอาหารตรงตามเวลา ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพคือเจ็บป่วย เช่น โรคกระเพาะอาหาร หรือโรคทางระบบการขับถ่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ เจนีวา ชนพิมาย (2552) พบว่า พยาบาล "วุ่นวายกับงาน ไม่ได้ทานอาหาร กลั่นการขับถ่าย" และการศึกษาของ สุชานันท์ บำรุงวงศ์ (2550) ที่พบว่า พยาบาลผ่าตัดในโรงพยาบาลเอกชนต้องปฏิบัติงานเป็นระยะเวลายาวนานต่อเนื่อง ไม่มีโอกาสได้ไปเข้าห้องน้ำ หรือขับถ่าย และรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ส่งผลให้เกิดภาวะกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ท้องผูก และโรคกระเพาะอาหาร จนบางครั้งต้องรับประทานยาเพื่อรักษาอาการ โดยพยาบาลผ่าตัดผู้ให้ข้อมูลต่างสะท้อนว่า "ทำอะไรไม่ได้ ต้องอดทน" สื่อถึงการที่พยาบาลผ่าตัดยอมรับถึงสภาพที่เกิดขึ้น บางรายสะท้อนน้ำเสียงที่แสดงให้ถึงความรู้สึกเบื่อหน่ายกับสภาพเดิมๆ ที่ต้องทน

นอกจากนั้นพยาบาลผ่าตัดยังต้องยกย้ายเครื่องมือผ่าตัดและผู้ป่วยที่มีน้ำหนักมาก ส่งผลให้พยาบาลผ่าตัดเกิดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณหลังและไหล่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sheikhzadeh, Gore, Zuckerman and Nordin (2009) ที่พบว่าพยาบาลผ่าตัดส่วนมากมีอาการอักเสบของกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะมีอาการปวดหลังส่วนล่าง ข้อเท้าและเท้า รวมทั้งการปวดและเจ็บบริเวณไหล่ เป็นต้น อาการปวดดังกล่าวมีสาเหตุจากการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดที่ไม่ถูกต้องตามวิทยาการจัดการสภาพงาน (Ergonomics) กล่าวคือการบาดเจ็บเกี่ยวกับกระดูกหรือกล้ามเนื้อที่เกิดจากการทำงานเนื่องจากการทำงานด้วยท่าทางที่บิดเบือนไปจากธรรมชาติ และมีอัตราความซ้ำซากจำเจของลักษณะงาน (The DOHSPA, 1996 อ้างถึงใน พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2548) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Meijisen and Knibbe (2007) ว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดในประเทศเนเธอร์แลนด์มีอาการปวดกล้ามเนื้อตามจุดต่างๆ ของร่างกายเนื่องมาจากการทำงานที่ผิดหลักวิทยาการจัดการสภาพงาน นอกจากนั้นสาเหตุของการปวดเมื่อยของพยาบาลผ่าตัดยังมีสาเหตุจากการสวมใส่เสื้อตะกั่วเพื่อป้องกันตนเองขณะทำผ่าตัดที่มีการใช้เครื่อง x-ray ผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวว่าปวดมากจนต้องตรวจรักษาและรับประทานยา ซึ่งอาการดังกล่าวมีส่วนเกี่ยวข้องกับวิทยาการจัดการสภาพ

งาน ตามแนวคิดของ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2548) ซึ่งกล่าวว่างานของพยาบาลส่วนใหญ่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเครื่องเคลื่อนย้ายผู้ป่วย รวมทั้งการยกย้ายเครื่องมือ หรืออุปกรณ์ที่ใช้ทางการแพทย์ โดยอาจใช้ท่าทางที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดความเครียดและเหนื่อยล้า ประกอบกับการทำงานดังกล่าวเป็นเวลาดำเนินยาวนานส่งผลให้กล้ามเนื้อบริเวณดังกล่าวถูกใช้งานซ้ำๆ จนเกิดความปวดเมื่อยได้โดยง่าย รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมและการขาดการจัดเตรียมตัวของบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานที่เหมาะสม ดังนั้น ผู้บริหารทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญต่อการจัดสภาพแวดล้อมให้มีความเหมาะสมต่อการทำงาน หยิบใช้ง่าย มีการให้ความรู้หรือการอบรมในเรื่องเกี่ยวกับวิทยาการจัดการสภาพงาน ทั้งเรื่องยกย้ายและการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมในการทำงาน ออกแบบการทำงานให้พยาบาลผ่าตัดไม่ต้องทำงานในท่าเดิมเป็นเวลานานเช่น การผลัดเปลี่ยนการทำงาน หรือจัดบุคลากรให้ผลัดเปลี่ยนพยาบาลที่ต้องยืนส่งเครื่องมือเป็นเวลานาน รวมทั้งควรจัดหาอุปกรณ์ที่แข็งแรงที่เหมาะสมในการเคลื่อนย้ายเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำผ่าตัด และอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น

นอกจากที่กล่าวมาพยาบาลผ่าตัดยังต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามต่อสุขภาพหรือความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายจากการปฏิบัติงาน ได้แก่ การใช้รังสี x-ray ขณะผ่าตัด (เรณู อาจสาลี, 2546; พัชรี ยิ้มแย้ม 2550) พยาบาลผ่าตัดบางรายสะท้อนว่า "กลัวเป็นมะเร็ง" จากการต้องเผชิญกับรังสี x-ray เป็นระยะเวลาติดต่อกัน นอกจากนั้นพยาบาลผ่าตัดยังเผชิญกับความเสี่ยงอื่นๆ เช่น ควันทันใหม่ที่เกิดจากการใช้จี้ไฟฟ้าตัดเนื้อเยื่อหรือห้ามเลือด สอดคล้องกับ จุฑาทิพย์ นันทวินิตย์ (2554) ที่กล่าวว่าควันทันจากการใช้จี้ไฟฟ้า และก๊าซ CO₂ ที่ใช้ในการผ่าตัดแบบส่องกล้อง อาจส่งผลต่อสุขภาพของพยาบาลผ่าตัด คือ ทางเดินอากาศการอักเสบเรื้อรัง ปวดหัว คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ และภูมิแพ้ได้ นอกจากนั้นยังมีความเสี่ยงเผชิญต่อความเสี่ยงในการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอย่างโรควัณโรคจากผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ โอภาส การย์กวินพงศ์ (2549) ว่าพยาบาลมีโอกาสติดโรคได้มากเนื่องจากการสัมผัสเชื้อโรคจากผู้ป่วยโดยเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจคือโรควัณโรคและมีการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนานในสภาพแวดล้อมที่มีการระบายอากาศไม่ดีเพียงพอ พยาบาลผ่าตัดมีการป้องกันตนเองโดยสวมหน้ากากอนามัยชนิด N95 แม้จะรู้สึกอึดอัด สอดคล้องกับ กันยา ออประเสริฐ (2545) ที่กล่าวว่าบุคลากรในห้องผ่าตัดมีโอกาสในการสัมผัสเชื้อโรคจากผู้ป่วยสูง ทั้งเชื้อโรคจากสารคัดหลั่งในร่างกายผู้ป่วยที่มาจากเลือดทางการสัมผัสและที่แพร่กระจายในอากาศ พยาบาลจึงควรมีการป้องกันตนเองโดยสวมใส่เครื่องป้องกันที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโรคดังกล่าวเข้าสู่ร่างกาย ในการผ่าตัดผู้ป่วยที่มีโรคติดต่อทางเดินหายใจหรือโรคที่แพร่กระจายทางอากาศ

ดังกล่าว AORN (1999) ให้แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อว่าควรมีการควบคุมระบบระบายอากาศเป็นพิเศษ และความดันในห้องผ่าตัดควรเป็นลบ ต้องมีการแจ้งให้บุคลากรทราบถึงความเสี่ยง บุคลากรที่สัมผัสผู้ป่วยต้องสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากาก N95 ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และหากจำเป็นต้องทำผ่าตัดผู้ป่วยวัณโรค ควรเลือกทำเมื่อผู้ป่วยรายอื่นๆ ทำผ่าตัดเสร็จสิ้น ออกจากห้องผ่าตัดไปทั้งหมดแล้วและจำกัดจำนวนบุคลากรเข้าออกห้องผ่าตัด ดังกล่าวให้น้อยที่สุด ดังนั้น ผู้บริหารทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญและส่งเสริมให้พยาบาลผ่าตัดเห็นถึงอันตรายจากการปฏิบัติงานและการป้องกันตนเอง รวมทั้งสนับสนุนในเรื่องการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม เช่น หน้ากากอนามัย หน้ากากป้องกันสิ่งคัดหลั่ง เสื้อตะกั่วที่มีขนาดพอเหมาะกับร่างกายของพยาบาลผ่าตัด มีสถานที่เก็บวางที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเสื่อมอายุการใช้งานของอุปกรณ์ มีการตรวจสอบคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ การติดเครื่องตรวจวัดปริมาณรังสีที่ได้รับ การสับเปลี่ยนบุคลากรในการปฏิบัติงานหากต้องมีการปฏิบัติงานภายใต้รังสี x-ray เป็นระยะเวลานาน รวมถึงจัดการตรวจสุขภาพประจำปีให้แก่พยาบาลผ่าตัดอย่างครอบคลุม

นอกจากนี้การปฏิบัติงานที่มีระยะเวลาต่อเนื่องยาวนานเกินไปย่อมส่งผลให้ร่างกายรู้สึกอ่อนล้าและคุณภาพชีวิตลดลง บุคคลย่อมต้องการแบ่งเวลาชีวิตเป็นส่วนที่เหมาะสมระหว่างการปฏิบัติงาน เวลาใช้ชีวิตส่วนตัว การพักผ่อนที่เพียงพอ การปฏิบัติงานในระยะเวลาที่ยาวนานเกินไปย่อมเกิดผลกระทบทั้งกับร่างกายและการใช้ชีวิต ขาดสมดุลชีวิตในการปฏิบัติงานได้ (อุษา แก้วอำภา, 2545; Knox and Irving, 1997; Walton, 1973) การปฏิบัติงานติดต่อกันเป็นระยะเวลายาวนานทั้งในเวลาราชการและอยู่นอกเวลาราชการอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้พยาบาลผ่าตัดขาดการพักผ่อนที่เพียงพอและเกิดความรู้สึกอ่อนเพลีย รู้สึกเหนื่อยล้าและเบื่อหน่ายจากการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทิพวิมล ภูหลง (2551) ว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 24 ชั่วโมงและมีการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตตนเองอยู่ในระดับปานกลางถึงน้อย และเกิดความเครียดในการทำงาน นอกจากนี้ยังอาจก่อให้เกิดอันตรายขึ้นกับผู้ป่วยหรือทีมผ่าตัดขณะปฏิบัติงานได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Flin, Yule, Mckenzie, brown and Maran (2006) ที่พบว่าแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในระยะเวลายาวนานเกิดความรู้สึกเครียดและเหนื่อยล้า แต่เฝื่อนคิดว่าตนเองสามารถปฏิบัติงานต่อได้ โดยพยาบาลมากกว่าครึ่งเห็นว่ามีส่วนทำให้เกิดความเสี่ยงและความผิดพลาดในการทำงานได้มากขึ้น ดังนั้น ผู้บริหารทางการแพทย์ควรพิจารณาการจัดอัตรากำลังให้มีความเหมาะสม รวมทั้งจัดหาบุคลากรในการปฏิบัติงานเพิ่มเติม เพื่อเปิดโอกาสให้พยาบาลผ่าตัดที่รู้สึกอ่อนล้าจากการทำงานติดต่อกันเป็นระยะเวลายาวนานสามารถพักผ่อนเพื่อการผ่อนคลายและลดความ

เหนือยล้าได้ในระหว่างขึ้นเวรปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. สนับสนุนแหล่งข้อมูลเพื่อการพัฒนาความรู้แก่พยาบาลผ่าตัดใหม่ การปฏิบัติงานของของพยาบาลผ่าตัดใหม่มีการเรียนรู้ทักษะในการปฏิบัติงานจากการฝึกสอนของพยาบาลผ่าตัดพี่เลี้ยงซึ่งมีประสบการณ์มากกว่า รวมทั้งมีการศึกษาเรียนรู้ด้วยตัวเองผ่านการสอบถามข้อสงสัย การจดบันทึก และการศึกษาผ่านสื่อต่างๆ อีกส่วนหนึ่ง บทบาทของผู้บริหารทางการแพทย์ควรมุ่งให้การสนับสนุนแหล่งให้ความรู้ต่างๆ และสนับสนุนแหล่งสืบค้นข้อมูลจากทางอินเทอร์เน็ต เพื่อให้พยาบาลใหม่สามารถเข้าถึงความรู้ในการปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น

2. พัฒนาหลักสูตรการอบรมพยาบาลพี่เลี้ยง การปฏิบัติงานของพยาบาลในบทบาทของผ่าตัดพี่เลี้ยงที่ช่วยถ่ายทอดความรู้แก่พยาบาลผ่าตัดใหม่ ยังคงไม่มีหลักสูตรและแนวทางในการสอนซึ่งเป็นแบบแผนเดียวกัน เป็นเพียงการฝึกสอนตามประสบการณ์และแนวทางการทำงานที่ส่งต่อกันมาของพยาบาลพี่เลี้ยงรายนั้นๆ ทำให้พยาบาลผ่าตัดใหม่เกิดความสับสนต่อแนวทางปฏิบัติงานที่แตกต่างในบางส่วนและอาจเกิดความเครียดเพิ่มขึ้น บทบาทของผู้บริหารทางการแพทย์จึงพัฒนาความรู้และทักษะในการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงโดยการอบรมเพิ่มเติม ศึกษาเปรียบเทียบแนวทางในการสอนงาน รวมทั้งวางแนวทางในการสอนงานของพยาบาลผ่าตัดพี่เลี้ยงให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีวิธีการปฏิบัติเดียวกันทั้งหน่วยงาน รวมทั้งการพิจารณาสนับสนุนการให้กำลังใจในการทำหน้าที่ของพยาบาลพี่เลี้ยงเพิ่มเติม

3. สนับสนุนการศึกษาเรียนรู้ของพยาบาลผ่าตัดให้เป็นไปอย่างสะดวกและต่อเนื่อง เนื่องจากการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดมีเครื่องมือและอุปกรณ์รวมทั้งเทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาใช้ในการทำผ่าตัดอยู่เสมอ พยาบาลผ่าตัดควรมีการเรียนรู้ความเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารการพยาบาลควรมุ่งให้การสนับสนุนการฝึกอบรมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของพยาบาลผ่าตัดทั้งด้านเงินทุน และการให้สิทธิ์เข้ารับการอบรมโดยไม่ถือเป็นวันลา เพื่อเป็นการส่งเสริมให้พยาบาลผ่าตัดมีการพัฒนาตนเองที่ดี

4. สนับสนุนทรัพยากรทั้งทางด้านบุคลากรและการลดทอนขั้นตอนการทำงาน เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการทำงาน พยาบาลรอบนอกมีบทบาทในการช่วยติดต่อประสานงานทั้งเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการทำผ่าตัดและนอกเหนือการทำผ่าตัด เช่น ฐานะของแพทย์ผู้ทำผ่าตัด และยังคงดูแลจัดการเอกสารที่ต้องบันทึกขณะทำผ่าตัดซึ่งมีจำนวนมาก ส่งผลให้พยาบาลรอบนอกไม่สามารถปฏิบัติบทบาทตนเองได้เต็มที่ บางครั้งรบกวนการทำงาน ผู้บริหารการพยาบาลควรแบ่งเบา

ภาระหน้าที่การติดต่อประสานงานบางส่วนที่นอกเหนือจากบทบาทของพยาบาลรอบนอก โดยการ จัดหาบุคคลากรมาสนับสนุนเพิ่มเติม รวมทั้งหาแนวทางในการลดภาระด้านงานเอกสารของ พยาบาลผ่าตัด โดยหาแนวทางในการรวมเอกสารเป็นประเภทเดียวกันเป็นชุดเดียวกัน และ ลดทอนการบันทึกเอกสารที่มีความซ้ำซ้อน

5. จัดให้มีสถานที่ผ่อนคลายความเครียด หรือมีหน่วยงานให้คำปรึกษาที่เกิดขึ้นในการ ทำงาน การปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดบางครั้งต้องเผชิญกับความเครียดขณะปฏิบัติงาน ผู้บริหารการพยาบาลควรจัดหาสิ่งสนับสนุนให้พยาบาลผ่าตัดได้มีการผ่อนคลาย เช่น การจัดหา มุมพักผ่อนที่สามารถนั่งพัก จัดให้มีเวลาพักในช่วงสั้นๆ หลังการทำผ่าตัดแต่ละราย รวมทั้ง สนับสนุนให้มีการพูดคุยเปิดอกเพื่อมองหาปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำงานและร่วมหาแนว ทางแก้ไขที่ดีที่สุด นอกจากนี้ผู้บริหารทางการพยาบาลยังควรทำตนให้สามารถเป็นที่ปรึกษาพูดคุย เพื่อแบ่งเบาความรู้สึกเศร้าเสียใจของพยาบาลที่อาจเกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ หรือ การจัดสิ่งสนับสนุนด้านจิตใจตามความเชื่อของพยาบาลผ่าตัด เช่น การทำบุญเลี้ยงพระ หรือการ ตักบาตร ในหน่วยงาน

6. ให้ความสำคัญกับวิทยาการจัดการสภาพ และการป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดมีความเสี่ยง ดังนั้นเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิด อันตรายจากการทำงาน ผู้บริหารการพยาบาลควรให้ความสำคัญ โดยการจัดการอบรมการให้ ความรู้หรือจัดการอบรมในเรื่องเกี่ยวกับวิทยาการจัดการสภาพงานและการป้องกันอันตรายจาก การปฏิบัติงานเพื่อให้พยาบาลผ่าตัดมีความรู้และปฏิบัติตนได้ถูกต้อง สนับสนุนการจัด สภาพแวดล้อมให้มีความเหมาะสมต่อการทำงาน หยิบใช้ง่าย ปลอดภัย จัดหาอุปกรณ์ทุนแรงที่ เหมาะสมในการเคลื่อนย้ายอุปกรณ์การแพทย์หรือผู้ป่วย สนับสนุนจัดหาอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย ในการทำผ่าตัดที่เหมาะสม รวมทั้งการเวรผลัดเปลี่ยนการทำงาน หรือจัดบุคลากรให้ผลัดเปลี่ยน พยาบาลที่ต้องยืนส่งเครื่องมือเป็นเวลานาน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่ คือเฉพาะการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัด ในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐแห่งหนึ่งเท่านั้น ไม่สามารถใช้ในการอ้างอิงกับประชากรส่วนใหญ่ได้ จึงควรมีการศึกษาการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดในโรงพยาบาลอื่นๆ เช่น โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยของรัฐ เพิ่มเติม

2. จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัดของโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ ซึ่งไม่มีการทำผ่าตัดใหญ่ที่ต้องใช้ความชำนาญสูง เช่น การทำผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะเช่น ไต หรือ ปอด การทำผ่าตัดหัวใจ เป็นต้น จึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดในแผนกดังกล่าวเพิ่มเติม เนื่องจากเป็นการทำผ่าตัดที่มีความเฉพาะทางและต้องใช้ความชำนาญสูง

3. จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในบทบาทของพยาบาลผ่าตัดในภาพรวม จึงควรมีการศึกษาถึงบทบาทที่ชัดเจนของแต่ละบทบาทคือ พยาบาลช่วยรอบนอก และพยาบาลส่งเครื่องมือ รวมทั้งศึกษาถึงความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของแต่ละบทบาท

4. จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงประสบการณ์เฉพาะของพยาบาลผ่าตัดเท่านั้น อย่างไรก็ตามในการทำผ่าตัดยังมีบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น วิสัญญีพยาบาล ดังนั้นควรมีการศึกษาถึงประสบการณ์การเป็นวิสัญญีพยาบาล เพื่อบรรยายถึงบรรยากาศและประสบการณ์ของทีมวิสัญญีที่มีท่ามกลางการปฏิบัติงานของทีมผ่าตัดต่อไป รวมทั้งศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการทำผ่าตัด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นพื้นฐานในการพัฒนาการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัญญา ออประเสริฐ. (2545). ทิศทางการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผ่าตัด. **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 5**. กรุงเทพมหานคร: ไพบูลย์ศิลป์.
- กัลยา หนูทอง. (2551). การบริหารกำลังคนภาครัฐ. **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 2**. กรุงเทพมหานคร: เอ็น พี เพรส.
- กัลยา ออประเสริฐ. (2545). ระบบพี่เลี้ยง กลยุทธ์ในการสอนงาน. ใน อุษาวดี อัศววิเศษ (บรรณาธิการ), **ประเด็นและแนวโน้มในการพยาบาลผ่าตัด**, หน้า 87-94. กรุงเทพมหานคร: นิยมวิทยา.
- กิติพงษ์ พนมยงค์. (2550). Coping with exposure to waste anesthetic gases. **เอกสารการประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 1**. กรุงเทพมหานคร: เอ็น พี เพรส.
- ควบคุมโรค, กรม. (2548). การศึกษาวิจัยเพื่อประเมินความเสี่ยงสุขภาพต่อสารฮาโลเทนของบุคลากรที่ทำงานในห้องผ่าตัด. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรค.
- คินธิ, เอ. และ วิลเลียม, บี. (2552). **องค์การและการจัดการ**. แปลโดย กิ่งกาญจน์ วรรณทัศน์ และคณะ. กรุงเทพมหานคร: แมคกรอ ฮิล.
- จอนณะจ พึ่งจาด. (2546). ระเบียบวิธีการวิจัย: การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 15(2): 1-9**.
- จินตนา ยูนิพันธ์ และคณะ. (2530). **การพัฒนาตนเองของพยาบาลไทย**. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.
- จุฑาทิพย์ นันทวินิตย์. (2554). ความปลอดภัยด้านบุคลากรและสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด. ใน **การประชุมสมาคมห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทยครั้งที่ 5, 9-10 กรกฎาคม 2554**. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.
- เจนีวา ชนพิมาย. (2552). **ประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เจริญ ภูเขาวัลย์. (2548). **การบริหารความเสี่ยง**. กรุงเทพมหานคร : พอดี.

- เจริญพร ตรีเนตร. (2543). **ประสบการณ์การพัฒนาตนเองของพยาบาลห้องผ่าตัดไทยที่
ได้รับการฝึกอบรมในประเทศฝรั่งเศส.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขา
พยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชาลิตา พรหมทอง. (2547). **ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล
วิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลรามธิบดี กรุงเทพมหานคร.** บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2549). **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ.** กรุงเทพมหานคร:
อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ชุตินมณฑน์ ตูทรัพย์ประเสริฐ. (2552). บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดในอเมริกา. ใน **การประชุม
วิชาการสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 3, 25-26 กรกฎาคม
2552.** กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯเวชสาร.
- ณัฐพันธุ์ เขจรนันท์ และคนอื่นๆ. (2545). **การสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ.**
กรุงเทพมหานคร: เอ็กซ์เปอร์เน็ท.
- เตชัส เมฆสุวรรณ. (2549). **แนวทางการออกแบบเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพในการใช้พื้นที่
ควบคุมพิเศษในส่วนของห้องผ่าตัดภายในโรงพยาบาลของรัฐ.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์และการผังเมือง มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ทองทิพภา วิริยะพันธุ์. (2553). **การบริหารทีมงานและการแก้ปัญหา.** กรุงเทพมหานคร:
สหธรรมิก.
- ทิพวิมล ภู่หลง. (2551). **การศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้
ของพยาบาลประจำการและหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีรภัทร แส่นบุคดา. (2546). **ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลจบใหม่ในโรงพยาบาล
ทั่วไป.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- นันทวัน ดาวอุดม. (2550). **องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยง.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

- นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (2554). WHO surgical safety checklist. ใน **การประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 5**, กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานครเวชสาร.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2545). **การบริหารการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: ประชุมการช่าง.
- เนตร์พัฒนา ยาวีราช. (2550). **การจัดการสมัยใหม่**. กรุงเทพมหานคร: ทริปเพิ้ล กรุ๊ป.
- ประภัสสร พงศ์พันธุ์พิศาล. (2554). กฎหมายกับงานพยาบาลในห้องผ่าตัด. **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 5**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- ปรินดา วรภมร. (2548). **ปัจจัยทำนายนการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปานตา อภิรักษ์นภานนท์. (2550). การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์. ใน **การประชุมสมาคมห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทยครั้งที่ 1**, 30-1 มิถุนายน 2550. กรุงเทพมหานคร: เอน พี เพรส.
- พวงค์ รุ่งเรือง และ คัดนางค์ นาคสวัสดิ์, บรรณาธิการ. (2552). การป้องกันและการจัดการการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์. ใน **การประชุมเชิงปฏิบัติการชมรมควบคุมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ครั้งที่ 23**, 17-19 มิถุนายน 2552.
- พยอม วงศ์สารศรี. (2542). **องค์การและการจัดการ**. กรุงเทพมหานคร: สุภาการพิมพ์.
- พัชรี ยิ้มแย้ม. (2550). ความปลอดภัยกับการทำงานในห้องผ่าตัด. **เอกสารการประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 1**. กรุงเทพมหานคร: เอน พี เพรส.
- พินิจ ปรีชานนท์. (2545). ระบบพี่เลี้ยง กลยุทธ์ในการสอนงาน. ใน **อุษาวดี อัศววิเศษ (บรรณาธิการ), ประเด็นและแนวโน้มในการพยาบาลผ่าตัด**, หน้า 87-94. กรุงเทพมหานคร: นิยมวิทยา.
- พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2548). **การพยาบาลอาชีวอนามัย : แนวคิดและการปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิษณุ อนุชาญ. (2553). **การออกแบบปรับปรุงห้องผ่าตัดกระดูกของโรงพยาบาลรัฐ**
กรณีศึกษา: ห้องผ่าตัดกระดูกโรงพยาบาลหาดใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสถาปัตยกรรม คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2552). **หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาล และสุขภาพ**. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ภัทรภร สีตลวรางค์. (2554). WHO Surgical Safety Checklist. **เอกสารการประชุมวิชาการ สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 5**. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.
- ภาวนา ประดิษฐ์. (2544). **ความสัมพันธ์ระหว่างความมีอิสระในงาน ความคาดหวังในบทบาท บริบทการสนับสนุนกับการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มลิวัลย์ ออฟูวงศ์ และ อรรรัตน์ กาญจนวนิชกุล (บรรณาธิการ). (2553). **ทศวรรษใหม่กับความปลอดภัยทางวิสัญญี**. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- มาเรียม เพราะสุนทร. (2550). **ประสบการณ์การเป็นที่เลี้ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- มูทิตา รัตนภาค. (2544). **การวิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลผ่าตัดโรงพยาบาลของรัฐ**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยงยุทธ เกษสาคร. (2554). **ภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม**. กรุงเทพมหานคร: เอส แอนด์ จี กราฟฟิค.
- รัชนก วันทอง. (2545). **การพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพสำหรับองค์การพยาบาลในอนาคต**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชนี ศุภจินทรรัตน์. (2546). **การบริหารงานบุคคลทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- รัฐนุกุล วชิรณพ. (2550). **การสัมผัสก๊าซซดมยาที่ปนเปื้อนในบรรยากาศของบุคลากรทางการแพทย์ภายในห้องผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

- รัตนา เพิ่มเพ็ชร. (2553). **การวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลและอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในห้องผ่าตัดสูตินรีเวช โรงพยาบาลรามธิบดี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เรณู อัจฉาดี และ อรพรรณ โตสิงห์. (2546). **พยาบาลกับการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยศัลยกรรม**. กรุงเทพมหานคร: แอล.ที.เพรส.
- เรณู อัจฉาดี. (2553). **การพยาบาลผู้ที่มารับการผ่าตัด**. กรุงเทพมหานคร: เอ็น พี เพรส.
- เรียม ศรีทอง. (2542). **จิตวิทยาแนะแนว**. ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรภรณ์วีรคุณยุพา ร ตระกูลสฤษดิ์. (2549). **การทำงานเป็นทีม**. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- วรคุณยุพา รอยกุลเจริญ. (2553). **องค์ความรู้ทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดสู่การปฏิบัติแบบมืออาชีพ**. ใน การประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 4, 10-11 กรกฎาคม 2553. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.
- วิเชียร ทวีลาภ. (2534). **หลักการบริหารการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิลาวรรณ ตันตีสทิพร. (2541). **วัฒนธรรมองค์การของกลุ่มงานพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลรัฐบาล เขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร จิววัฒนกุล. (2548). **การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล**. (มปท.): ศิริภัณฑ์ ออฟเซ็ท.
- ศิริพร พุทธิรังสี. (2553). **Safety Culture in Perioperative Care**. ใน การประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 4, 10-11 กรกฎาคม 2553. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.
- ศิริพร พุทธิรังสี. (2554). **บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด**. ใน การประชุมสมาคมห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 5, 9-10 กรกฎาคม 2554. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.
- สงวน ช้างฉัตร. (2547). **การบริหารความเสี่ยงของโครงการ**. คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม.

สภาการพยาบาล. (2554). **แผนยุทธศาสตร์สภาการพยาบาล พ.ศ.2555-2559.**

กรุงเทพมหานคร: จุดทอง.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2546). **Best practices in patient safety.**

(ม.ป.ท.): ดีไซน์.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2549). **มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการ**

สุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. สถาบันพัฒนาและ
รับรองคุณภาพโรงพยาบาล.

สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. (2554). **สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด.**

กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เวชสาร.

สุกัญญา บุญรับ. (2551). **สมรรถนะการบริหารงานของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด**

โรงพยาบาลรัฐกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
บริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุชานันท์ บำรุงวงศ์. (2550). **ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด**

ในโรงพยาบาลเอกชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ
พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุนันทา เลาหนันท์. (2540). **การสร้างทีมงาน.** กรุงเทพมหานคร: ดี.ดี. บุ๊คส์ไตร์.

สุภาพ อารีเชื้อ. (2541). การพยาบาลในห้องผ่าตัด: จากการส่งเครื่องมือสู่การพยาบาล

แบบองค์รวม. **วารสารรามาคิบดี 4(2): 204-211.**

สุภาพร เลิศร่วมพัฒนา. (2549). **แนวทางการปฏิบัติงานบุคลากรห้องผ่าตัด.** กรุงเทพมหานคร:

โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุลักษณ์ จันทวีสุข. (2551). ปัจจัยพยากรณ์สมรรถนะพยาบาลผ่าตัด. ใน **การประชุมสมาคม**

ห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทยครั้งที่ 2, 5-6 มิถุนายน 2551. กรุงเทพมหานคร:

เอน พี เพรส.

สุวรรณณี ลิ้มศิลา. (2547). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดของพยาบาลห้องผ่าตัด**

โรงพยาบาลรามาคิบดี. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. (2543). **ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: สถาบัน

พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.

อวยชัย วุฒิโสมสิต. (2551). **การออกแบบโรงพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2553). **การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุษา แก้วอำภา. (2545). **ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศการสื่อสารขององค์การ การเพิ่มคุณค่าในงานกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- อุษาวดี อัครวิเศษ. (2545). **ประเด็นและแนวโน้มในการพยาบาลผ่าตัด**. กรุงเทพมหานคร: นิยมวิทยา.
- อุษาวดี อัครวิเศษ. (2547). **ประเด็นและแนวโน้มในการพยาบาลผ่าตัด2**. (ม.ป.ท.)
- โสภาส การย์กวินพงษ์. (2549). **วัฒนธรรมในบุคลากรโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารโรคผิวหนัง โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต**. 24(3): 197-204.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2553). **คู่มือพัฒนางานห้องผ่าตัด** [online] ที่มา: www.203.157.7.27/km2/tikidownload_file.php?fileId=1181 [22 พฤศจิกายน 2555].

ภาษาอังกฤษ

- AORN. (1999). **Standards, recommended practice and guidelines**. Denver: Associations of operating room nurses.
- AORN. (2005). **Guidance statement perioperative staffing. The association of operating room nurse journal**. 81(5): 1059-1060.
- AORN. (2006 a). **Competency statements in perioperative nursing. AORN standards, recommended practices and guidelines**. Denver: Association of perioperative registered nurse.
- AORN. (2006 b). **Patient safety culture. Standards, recommended practices, and guidelines**: 289-294.
- Benner, P. (1984). **From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice**. California: Addison- wesley.

- Boydell, T. (1985). **Management self-development: a guide for managers, organizations and institution**. Geneva: Internation labour organization.
- Cook, J. K., Green, M., and Topp, V. R. (2001). Exploring the impact of physician verbal abuse on perioperative nurses. **The association of operating room nurse journal** 74(3): 317-331.
- Fairchild, S. S. (1996). **Perioperative nursing: Principle and practice**. Boston: Jone and Bartlett.
- Flin, R., Yule, S., Mckenzie, L., Brown, P. S., Maran, N. (2006). Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre. **The royal colleges of surgeons of Edinburgh and Ireland** 4: 145-151.
- Gettman et. al. (2009). Use of high fidelity operating room simulation to assess and teach communication, teamwork and laparoscopic skills: Initial experience. **The Journal of Urology** 181: 1289-1296.
- Greenberg, C. C., Regenbogen, S. E., Studdert, D. M., et. al. (2007). Patterns of communication breakdowns resulting to injury to surgical patients. **Journal of the American College of Surgeons** 204: 533-540.
- Groah, L. K. (1990). **Operation room nursing: Perioperative practice**. Connecticut: Appleton & Lange.
- Guba, E. G., and Lincoln, Y. S. (1989). **Fourth generation evaluation**. Newbury Park, CA: Sage.
- Heidegger, M. (1962). **Being in time**. (J. Macquarrie & E. Robimson, Trans.). New Haven, CT: Yale university press.
- Hull, L., Arora, S., Kassab, E., Kneebone, R., and Sevdalis, N. (2011). Assessment of stress and teamwork in the operating room: an exploratory study. **The American Journal of Surgery** 201: 24–30.
- Knox, S., and Irving, J. A. (1997). An interactive quality of work life model applied to organization transition. **Journal of Nursing Administration** 27(1):39-47.
- Lazarus, R.S., and Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer.

- Makary, M. A. et al. (2006). Operating room teamwork among physicians and nurses: Teamwork in the eye of the beholder. **The American College of Surgeons**. 202(5): 746-751.
- Manderino, M. A., and Bekey, N. (1997). Verbal abuse of staff nurses by physicians. **Journal of Professional Nursing** 13 (1): 48- 55
- McGarvey, E. H., Chambers, G. A. M., Boore, R. J. (1999). Exploratory study of nursing in an operating department: Preliminary findings on the role of the nurse. **Intensive and Critical Care Nursing** 15: 346-356.
- Megginson, D., and Pedler, M. (1992). **Self-development: A facilitator' guide**. London: Mc Grow Hill.
- McClelland, D.C. (1970). **The achievement motives**. New York: Harper & Row.
- McGrath, A. et al. (2003). Occupational stress in nursing. **International Journal of Nursing Studies** 40: 555-565.
- Michael, M. and Jenkins, J. M. (2001). Work related trauma the experiences of perioperative nurses. **Collegian** 8: 19-25.
- Mills, P., Neily, J., and Dunn, E. (2008). Teamwork and communication in surgical teams: implications for patient safety. **The American College of Surgeons** 206: 107-112.
- Nagle, G. M. (2006). Perioperative nursing. **Nursing clinics of north America** 41: XI-XV.
- Newhouse, R. P., Johantagen, M., Pronovost, P. J. And Johnson, E. (2005). Perioperative nurse and patient outcomes- mortality, complication. and length of stay. **The Association of Operating Room Nurses Journal**. 81(3): 509-514.
- Oweis, A., and Diabat, K. M. (2005). Jordanian nurses perception of physicians' verbal abuse findings from a questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies** 42: 881-888.
- Reynolds S. (2008). **Patient safety in the operating room**. In perioperative nursing care conference 2nd . Bangkok: NP Boonchong.
- Riley, R. G., and Manias, E. (2006). Governance in operating room nursing: nurses' knowledge of individual surgeons. **Social Science & Medicine** 62: 1541–1551.

- Robbins, S. P. (1998). **Organization behavior**. New Jersey: Prentice Hall.
- Roming , D. A. (1996). **Break though team work: Outstanding results using structured teamwork**. Chicago: Irwin.
- Rowland, H. S. and Rowland, B. L. (1995). **The manual of nursing quality assurance vol 2**. Maryland: Aspen publishers.
- Sagie, A., Elizur, D., and Yamauchi, H. 1996. The structure and strength of achievement motivation: Across-cultural comparison. **Journal of organizational Behavior** 17: 431-444.
- Sevdalis, N. et. al. (2009). Development, initial reliability and validity testing of an observational tool for assessing technical skills of operating room nurses. **International Journal of Nursing Studies** 46: 1187–1193
- Sheikhzadeh, A., Gore, C., Zuckerman, J. D. And Nordin, M. (2009). Perioperating nurses and technicians' perceptions of ergonomic risk factors in the surgical environment. **Applied Ergonomics**. 40: 833–839.
- Stock, R. G. and Lefroy, S. E. (1988). **Risk management: A practical framework for Canadian health care facilities**. Ottawa: Canadian hospital association press
- Streubert, H.J., and Carpenter, D. R. (2007). **Qualitative research for nurse: Advancing the humanistic imperative**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Takahashi, J. J., and Bever, S. C. (1989). Preoperative nursing assessment. **The Association of Operating Room Nurse Journal** 50 (5): 1022-1035.
- Van Manen, M. (1984). Practicing phenomenological writing. **Phenomenology and Pedagogy**. 2: 36-69.
- Walton, R. E. (1973). Quality of work life: What is it?. **Sloan management review** 15: 11-16.
- Wheeler, H. and Riding, R. (1995). Occupational stress and cognitive style in nurses 2. **British Journal of Nursing** 4:160-168.
- Wilson. (1991). **Risk management: a companion document to the CCHFA standards on risk management**. Ontario: Ontario Hospital Association.

WHO. (2009). **World alliance for patient safety: Implementation manual surgical safety checklist** [online]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Manual_finalJun08.pdf . [2012, November 25]

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

1. เอกสารพิทักษ์สิทธิ
2. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient / Participant information sheet)
3. ใบบินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ที่ ศร 0512.11/ 0291



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพระฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

7 มีนาคม 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการ
การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบเสนอโครงการวิจัย 1 ชุด
 2. แบบสรุปโครงการวิจัย 1 ชุด
 3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย 1 ชุด
 4. เอกสารชี้แจงข้อมูล / คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพรานภา ภูรัตนกรกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัด
ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมตานี
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับ
คณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และ
ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในพยาบาลผ่าตัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ
ของรัฐ ที่มีประสบการณ์ในการทำงานในห้องผ่าตัดจำนวน 3 ปีขึ้นไป จำนวน 10 - 15 คน โดยใช้อุปกรณ์
สำหรับบันทึกการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีก
ครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพรานภา ภูรัตนกรกุล เสนอโครงการวิจัย
เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง
มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมตานี โทร. 0-2218-1154
นางสาวพรานภา ภูรัตนกรกุล โทร. 081-484-1053



โรงพยาบาลกลาง
 เลขที่ ๕๐๑๓/๕๖
 วันที่ ๑๑ ส.ย. ๒๕๕๖
บันทึกข้อความ

กองวิชาการ ส.นพ.
 โทร. 4641
 วันที่ - ๗ ส.ย. ๒๕๕๖
 เวลา 16.17

ส่วนราชการ กองวิชาการ (ฝ่ายพัฒนาบุคคล โทร. 0 2224 9710 โทรสาร 0 2221 6029)
 ที่ กท 0602.4/วค.096 วันที่ 5 มิถุนายน 2556
 เรื่อง อนุมัติโครงการวิจัย ของ นางสาวพรวนภา ภูรัตนกรกุล

ฝ่ายการพยาบาล
 เลขที่รับ 501/56
 วันที่ ๑๑ ส.ย. ๒๕๕๖
 เวลา 16.45 น.

เรียน ผู้อำนวยการกองวิชาการ สำนักการแพทย์

ตามบันทึก กท.0602.4/25111 ลงวันที่ 28 พฤษภาคม 2556 เรื่อง ขอส่งโครงร่างการวิจัย ขอให้คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร พิจารณาโครงการวิจัย ของ นางสาวพรวนภา ภูรัตนกรกุล เรื่อง "ประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ตติยภูมิของรัฐ:กรณีศึกษาโรงพยาบาลกลาง" นั้น

บัดนี้คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร ได้พิจารณา โครงการวิจัยที่นำเสนอแล้ว มีความเห็นว่า โครงการได้มาตรฐาน ไม่ขัดต่อสวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิด ภัยอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัย เห็นควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่นำเสนอได้ ให้ผู้วิจัยรายงานผลการ ดำเนินงานต่อคณะกรรมการ ฯ ทุก 6 เดือน และเมื่อโครงการวิจัยดำเนินการแล้วเสร็จ ให้ผู้วิจัยส่งข้อมูลงาน วิจัยทั้งหมดฉบับที่ดำเนินการเสร็จสมบูรณ์ พร้อมบทคัดย่อ ลงในแผ่น CD ให้กรุงเทพมหานคร ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไป

ใน...
 ...
 ...

นางสาวเปรมวดี คุฤหเดช
 กรรมการและเลขานุการ
 คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคน
 ของกรุงเทพมหานคร

ฝ่ายวิชาการโรงพยาบาลกลาง
 เลขที่ ๕๐๑๓/๕๖
 วันที่ ๑๑ ส.ย. ๒๕๕๖
 เวลา...

(นางจิรภา เพชรประดับ)
 หัวหน้างานธุรการชำนาญการ
 วิชาการในตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป
 ฝ่ายบริหารงานทั่วไป โรงพยาบาลกลาง
 ๑๑ ส.ย. ๒๕๕๖

ที่ กท ๐๖๐๒.๔/๑๐๑๐
 เรียน ผอ. รพก.

เพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ

เรียน...
 เพื่อดำเนินการต่อไป

(นายสมพล บุรณะโสภณ)
 หัวหน้าฝ่ายวิชาการ
 ๑๑ ส.ย. ๒๕๕๖

(นางसानันท์ เสรีประยูร)
 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
 กองวิชาการ สำนักการแพทย์
 วิชาการในตำแหน่งผู้อำนวยการกองวิชาการ สำนักการแพทย์
 - ๗ ส.ย. ๒๕๕๖



No.....

Ethics Committee
For

Researches Involving Human Subjects, the Bangkok Metropolitan Administration

Title of Project : Experiences of Being Perioperative Nurses
Working in A Tertiary Government Hospital :
A Case Study of Bangkok Metropolitan
Administration General Hospital

Registered Number : 013.56

Principal Investigator : Miss Prownapa Phurattanakornkun

Name of Institution : Bangkok Metropolitan Administration
General Hospital

The aforementioned project has been reviewed and approved by Ethics
Committee for Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of
Helsinki.

P. Saicheua
..... Chairman

(Mr. Pirapong Saicheua)
Deputy Permanent Secretary for BMA

DATE OF APPROVAL - 3 JUN 2013

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัยเรื่องประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ
2. ชื่อผู้วิจัยนางสาวพรวนภา ภูรัตนกรกุล นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ ติดต่อผู้วิจัยคือ หอพักพยาบาล โรงพยาบาลกลาง ถนนเสือป่า เขตป้อมปราบ แขวง ป้อมปราบ กรุงเทพฯ 10110 หมายเลขโทรศัพท์ 081-4841053
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้ความยินยอมและเอกสารอื่นๆ ที่ให้แก่ประชากรตัวอย่าง หรือผู้ที่มีส่วนร่วมในงานวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังนี้
 - 4.1 โครงการนี้เป็นการศึกษา ประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลรัฐ
 - 4.2 วัตถุประสงค์การวิจัยคือ เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์ของพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลรัฐ
 - 4.3 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลผ่าตัดในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลรัฐบาล โดยไม่จำกัดจำนวนประสบการณ์
5. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใชรูปแบบการสัมภาษณ์ ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้บอกเล่าประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐตลอดจนแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้จะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใดๆ แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย
6. ความไม่สะดวกที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ การใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละประมาณ 30-60 นาที โดยผู้วิจัยอาจต้องใช้ในการสัมภาษณ์ 1-3 ครั้ง สำหรับสถานที่และเวลาที่ ใช้ในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้เข้าร่วมวิจัย
7. ประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการแสดงความรู้สึกรู้สึก ความคิดเห็น และถ่ายทอดประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัดขณะปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการพัฒนาตนเองของพยาบาลผ่าตัด เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป
8. ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ระบุอย่างชัดเจนเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมการวิจัยว่าได้รับการชี้แจง ถึง

วัตถุประสงค์และประโยชน์ของการเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถแสดง ความคิดเห็นที่เป็นจริงได้โดยอิสระ มีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถ ยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาตามที่ผู้ร่วมวิจัยต้องการ โดยไม่มีผลกระทบทางลบ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยในด้านใดๆ ทั้งสิ้น

9. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมโดยการติดต่อที่ผู้วิจัย คือนางสาว พรพรรณภา ภูรัตนกรกุล หมายเลขโทรศัพท์ 081-4841053 ได้ตลอดเวลา และหาก ผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบ

10. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้มีการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย ไม่มีการบันทึกข้อมูลที่บ่งชี้ถึงตัวบุคคล ผู้วิจัยใช้เป็นรหัสแทนชื่อของผู้ร่วมการวิจัย ข้อมูลต่างๆ จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ การอภิปรายผล และการนำเสนอผลการวิจัยในครั้งนี้จำนำเสนอโดยภาพรวมเท่านั้น

11. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนใดๆ และผู้ร่วมการวิจัยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ในการเข้าร่วมการวิจัย

12. จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 10-12 คน

13. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้นที่ 4 อาคารสถาบัน 2 ซอย จุฬาลงกรณ์ 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 02-218-8147 โทรสาร 02-218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ใบยินยอมของกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ
เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ ได้รับคำอธิบายที่ชัดเจนเป็นที่น่าพอใจ
จากผู้วิจัยชื่อ นางสาวพรานภา ภูรัตนากกุล ที่อยู่ หอพักพยาบาล โรงพยาบาลกลาง ถนนเสือป่า เขต
ป้อมปราบ แขวงป้อมปราบ กรุงเทพฯ 10100 หมายเลขโทรศัพท์ 081-4841053
ถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการบันทึกเทป ระหว่าง
การสัมภาษณ์ในเรื่องประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐซึ่ง
จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิในการถอนตัวออก จาก
งานวิจัยเมื่อไรก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัย นั้นจะไม่มี
ผลกระทบใดๆ แก่ตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ รวมทั้ง เก็บรักษา
ข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และผู้วิจัยจะลบทำลายเสียงที่ได้บันทึก ในการเก็บ
ข้อมูลรอบแรกทันทีหลังจากสิ้นสุดงานวิจัย จะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย ในภาพรวมและ
นำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่ม ประชากร
หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบ
ยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

<p>.....</p> <p>สถานที่/วันที่</p> <p>.....</p> <p>สถานที่/วันที่</p> <p>.....</p> <p>สถานที่/วันที่</p>	<p>.....</p> <p>ลงนามผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย</p> <p>.....</p> <p>(พรานภา ภูรัตนากกุล)</p> <p>ลงนามผู้วิจัยหลัก</p> <p>.....</p> <p>(_____)</p> <p style="text-align: center;">พยาน</p>
--	--

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์
2. แบบบันทึกภาคสนาม
3. แบบบันทึกการถอดความ

แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์: ประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ

แนวคำถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลกำหนดจากวัตถุประสงค์และแนวคิดในการวิจัยเป็นแนว
คำถามกว้างๆ ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนเพิ่มหรือลดได้ตามสถานการณ์หรือข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้
ข้อมูล โดยประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์กำหนดไว้ดังนี้

1. การเริ่มต้นการสนทนา

- 1.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง พร้อมบอกวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์ ประโยชน์ที่จะได้รับ และ
ขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย
- 1.2 พุดคุยซักถามถึงเรื่องการทำงานโดยทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล
- 1.3 ขออนุญาตบันทึกเทป

2. ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

- 2.1 อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
- 2.2 ประสบการณ์และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผ่าตัด ประสบการณ์และ
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอื่นนอกเหนือจากหน่วยงานผ่าตัด

3. ขั้นสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา

ผู้วิจัยเข้าสู่ประเด็นคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การเป็นพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ โดยมีคำถามหลักและคำถามรองดังนี้

คำถามหลัก

- 3.1 กรุณาเล่าประสบการณ์ในการเป็นพยาบาลผ่าตัดของท่านว่าเริ่มต้นอย่างไร และมี
อะไรเกิดขึ้นบ้าง
- 3.2 กรุณาเล่าให้ฟังว่าในแต่ละวันที่ขึ้นปฏิบัติงานเป็นพยาบาลผ่าตัดเป็นอย่างไรบ้าง

คำถามเจาะลึก

1. อะไรคือสิ่งจูงใจให้ท่านเลือกเป็นพยาบาลผ่าตัด
2. ก่อนเข้ามาทำงานเป็นพยาบาลผ่าตัด ท่านมองภาพพยาบาลผ่าตัดไว้อย่างไร เมื่อเข้ามาทำงานจริง การเป็นพยาบาลผ่าตัด เหมือนหรือต่างจากที่คิดไว้ หรือไม่ อย่างไร
3. ท่านทำอะไรบ้าง เมื่อขึ้นเวร
4. งานอะไรบ้างในห้องผ่าตัดที่ท่านชอบทำมากที่สุด เพราะอะไร
5. งานอะไรที่ท่านรู้สึกว่ายากที่สุดสำหรับการเป็นพยาบาลผ่าตัด เพราะอะไร
6. จากที่ทำงานมา เป็นเวลา...ปี ท่านรู้สึกอย่างไรกับการเป็นพยาบาลผ่าตัด
7. เกิดอะไรขึ้นบ้าง เวลาที่ท่านเข้า case ผ่าตัด
8. อะไรที่ไม่อยากให้เกิดขึ้น ขณะเข้า case ผ่าตัด เพราะอะไร
9. วันที่ดีที่สุดของการเป็นพยาบาลผ่าตัดของท่าน คือวันไหน เพราะอะไร
10. วันที่ทำให้รู้สึกแย่หรือเสียใจที่สุด คือวันไหน มีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้น
11. สิ่งที่สำคัญที่สุดของการเป็นพยาบาลผ่าตัด คืออะไร
12. อะไรที่ทำให้ท่านยังทำงานเป็นพยาบาลผ่าตัดจนถึงทุกวันนี้
13. หากย้อนเวลากลับไปได้ ท่านอยากจะเป็นพยาบาลผ่าตัดหรือไม่ เพราะอะไร

4. ขั้นตอนการสนทนา

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามถึงข้อสงสัย หรือให้กล่าวในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการให้ข้อมูลเพิ่มเติมนอกเหนือจากที่ได้ถามไป ดังนี้

4.1 คุณต้องการเล่าเรื่องใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐเพิ่มเติมหรือไม่อย่างไร

4.2 คุณต้องการซักถามข้อคำถามที่สงสัยใดๆ หรือไม่

ผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นที่สนทนาในครั้งนี้อย่างคร่าวๆ พร้อมทั้งนัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

แบบบันทึกข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่..... วันที่...../...../..... เริ่มเวลา.....น. ถึงเวลา.....น.

สถานที่.....

บรรทัด	ข้อความ	ประเด็น
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

ภาคผนวก ค

1. ตารางแสดงรายละเอียดผู้ให้ข้อมูล
2. ตารางแสดงประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์
3. ตารางแสดงหมวดหมู่หลัก หมวดหมู่ใหญ่ หมวดหมู่ย่อย

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดผู้ให้ข้อมูล

จำแนกเป็นเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงานห้อง
ผ่าตัด ประสบการณ์ในการทำงานหน่วยงานอื่น

ลำดับ	เพศ	อายุ	สถานภาพ สมรส	ระดับการศึกษา	ประสบการณ์ใน การทำงานห้อง ผ่าตัด (ปี)	ประสบการณ์ในการ ทำงานหน่วยงานอื่น (หน่วยงาน/ปี)
1	หญิง	27	สมรส	ปริญญาตรี	4	อายุรกรรม 1 ปี
2	หญิง	33	สมรส	ปริญญาตรี	4	ICU 3 ปี
3	หญิง	33	โสด	ปริญญาตรี	11	-
4	หญิง	37	โสด	ปริญญาตรี	14	-
5	หญิง	36	โสด	ปริญญาตรี	13	-
6	หญิง	39	สมรส	ปริญญาตรี	15	-
7	หญิง	51	สมรส	ปริญญาตรี	29	-
8	หญิง	25	โสด	ปริญญาตรี	3	-
9	หญิง	41	โสด	ปริญญาโท	20	-
10	หญิง	30	โสด	ปริญญาตรี	5	พิเศษหัวใจ 3 ปี
11	หญิง	49	สมรส	ปริญญาตรี	27	-
12	หญิง	31	โสด	ปริญญาตรี	3	ห้องผ่าตัดเอกชน 1 ปี ครึ่ง
13	หญิง	37	สมรส	ปริญญาตรี	15	-
14	หญิง	47	สมรส	ปริญญาตรี	25	-

ตารางที่ 2 แสดงประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์

ลำดับ	Themes
1	ก่อนทำงานคล่องต้องฝึกฝนเก็บประสบการณ์
2	ก่อนผ่าตัดต้องประเมินและดูแลคนไข้ให้ครอบคลุม
3	การสื่อสาร ถ้าสำคัญทำทั้งเขียนทั้งโทรให้เข้าใจตรงกัน
4	การสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญ งานที่ทำจะไม่ซ้ำซ้อน
5	กินข้าวไม่เป็นเวลา
6	แก้ปัญหาเรื่องการปะทะไม่ได้แย่งเพื่อให้การผ่าตัดราบรื่น
7	คนไข้ arrest ตอนใส่ cement ช่วยไว้ไม่ได้
8	คนไข้ช็อกเงินรีบด่วนอาการหนักสุดท้ายไม่รอด
9	คนไข้น้ำตาลต่ำต้องวิ่งวุ่นช่วยเหลือ
10	คนไข้ปลอดภัยกลับไป ก็ดีใจมากแล้ว
11	คนไข้ไม่หยุด bleed ต้องเปิดแผลผ่าใหม่
12	คนไข้เสียเลือดมากเหมือนไม่รอด แต่สุดท้ายเหมือนมีปาฏิหาริย์
13	ควรส่งเครื่องมือให้ได้ทันทีโดยแพทย์ไม่ต้องเอ่ยบอก
14	ความซื่อสัตย์เป็นสิ่งสำคัญ
15	ความรับผิดชอบตรงต่อเวลาเป็นเรื่องสำคัญ
16	คอยบอก circulate ให้เตรียมของให้พร้อม
17	เครียด คนไข้ bleed มากตอนผ่าตัด
18	เครียดบ้างเมื่อเจอเคสที่ไม่เคยเจอมาก่อนแต่ใช้ประสบการณ์ช่วย
19	เครื่องมือต้องเช็คให้ครบเสมอก่อนเปิดแผลและก่อนส่งลง CSSD
20	เครื่องมือทุกชิ้นต้องอยู่ในสายตา เรียกหาหยิบได้พร้อมใช้
21	เครื่องมือไม่พร้อมใช้ ไม่มีสำรอง ทำให้รู้สึกเครียด
22	เครื่องมือเยอะแยะจำแทบไม่ได้

ตารางที่ 2 แสดงประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ลำดับ	Themes
23	เครื่องมือหายคือเรื่องใหญ่ ต้องหาให้เจอก่อนปิดแผล
24	เครื่องมือใหม่ มีมาตลอด ต้องเรียนรู้ไม่หยุดนิ่ง
25	เคส emboli ป้องกันยาก รอดน้อย ได้แต่ภาวนาให้รอด
26	เคสฉุกเฉินคนไข้จะดีขึ้นหรือแย่ลงเรามีส่วนร่วม
27	เคสฉุกเฉินชนกันหลายห้องต้องลำดับความสำคัญให้เหมาะ
28	เคสฉุกเฉินต้องประเมินสถานการณ์และเตรียมเครื่องมือให้พร้อม
29	เคสฉุกเฉินต้องเปิดเครื่องมือรีบด่วนให้ก่อน
30	เคสที่นานๆ เจอที ก่อนทำเคสต้องไปรีฟิชั่นความจำ อ่านบททวนหรือสอบถาม
31	เคสไม่เคยเจอ เปิดดูในอินเทอร์เน็ตทำให้ง่ายขึ้น
32	เคสไม่ถนัดไม่ค่อยเจอ ไม่คุ้นเคย ก็ถามไถ่จากรุ่นพี่ให้รู้คร่าวๆ
33	เคสยุ่งฉุกเฉินทุกคนจะช่วยกัน
34	งานทำทาย เคสผ่าตัดแต่ละรายลั่วนต่างกัน
35	งานที่ได้คิดเอง apply เอง เปิดกว้างความคิดไม่ตีกรอบ
36	งานพยาบาลผ่าตัดไม่ได้ฝึกว่าต้องทำแบบไหน มองที่เป้าหมายพอ
37	งานมีอันตรายก็พยายามป้องกันตัวเอง
38	งานไม่ซ้ำซากจำ เจ็บแล้วเสร็จเลย
39	งานไม่ต้อง contact อะไรเยอะเยอะ ทำกับคนไข้เท่านั้น
40	งานลดยเข้า ไปเข้าเย็นกลับ
41	งานเหนื่อยไม่เป็นไร เพื่อคนไข้เราทำได้
42	จุดมุ่งหมายที่สำคัญคือช่วยให้คนไข้ปลอดภัยจากการผ่าตัด
43	ช่วยเหลือมีน้ำใจแก่กัน ทุกคนก็เหนื่อยน้อยลง
44	ชอบทำงานในฟิลล์รู้สึกสนุก
45	ดีใจคนไข้ยกมือไหว้เพราะเห็นค่าในสิ่งที่ทำ

ตารางที่ 2 แสดงประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ลำดับ	Themes
46	ดีใจที่เห็นคนใช้สบายดีกลับไป
47	ดู schedule แล้วเตรียมการณืไว้ล่วงหน้าโดยเฉพาะเครื่องมือต้องดูให้พร้อม
48	ดูแลคนไข้ให้ครอบคลุมตั้งแต่เข้ายันออก
49	ดูแลให้คนไข้ปลอดภัยและสุขสบายที่สุดขณะทำผ่าตัด
50	ต้องเก่งกล้าและมีไหวพริบ
51	ต้องแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้
52	ต้องขยันเรียนรู้ เก็บเกี่ยวประสบการณ์
53	ต้องคล่องแคล่วกล้าคิดกล้าทำ
54	ต้องคอยดูแลนับเครื่องมือให้ครบเสมอ
55	ต้องคิดล่วงหน้าไปหนึ่งสัปดาห์เสมอ เพื่อให้ทันการณื
56	ต้องดูฟิลประเมินสถานการณ์คู่ไปกับการส่งเครื่องมือ
57	ต้องประยุกต์ได้ apply เป็น
58	ต้องเป็นคนช่างสังเกต
59	ต้องเฝ้หาความรู้ให้ทันสมัยเสมอ
60	ต้องมีความซื่อสัตย์
61	ต้องมีความมั่นใจในการทำงาน
62	ต้องมีความรับผิดชอบตรงเวลา
63	ต้องมีความเห็นอกเห็นใจกันและกัน
64	ต้องมีวาทศิลป์ ประนีประนอมได้
65	ต้องมีสมาธิตอนทำงาน ลำดับเหตุการณ์ได้เมื่ออุปกรณ์สูญหาย
66	ต้องไม่ละเลยจุดเล็กน้อย ทุกอย่างส่งผลกับคนไข้
67	ต้องยึดหลัก sterile technique ให้มั่น
68	ต้องรวดเร็ว ตอบสนองได้ทันที

ตารางที่ 2 แสดงประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ลำดับ	Themes
69	ต้องรู้จักแพทย์ถึงขั้นตอนและความถนัด
70	ต้องเสียสละ คนเวรมีไม่พอรับเวร ต้องอยู่ช่วยไปจนกว่าจะมีคนเปลี่ยน ละครึ่งไม่ได้
71	ต้องอึด ออดทน เข้าเคสยาว อุดข้าวอุดน้ำ ห้องน้ำไม่ได้เข้า
72	เตรียมเครื่องมือเผื่อไว้ก่อน เมื่อมีการเปลี่ยนแผนผ่าตัดก็ลากออกมาได้ทันที
73	เตรียมตัวตั้งแต่ก่อนวันผ่าตัด ต้องดูเครื่องมือให้พร้อมใช้
74	เตรียมพร้อม จัดทำคู่มือ เราไม่อยู่ให้น้องอ่านได้
75	เตรียมให้พร้อมทุกอย่างอาจมีเคสฉุกเฉินมาได้เสมอ
76	ทำงานกับคนไข้ทุกอย่างต้อง 100%
77	ทำงานเป็นทีม ทำคนเดียวไม่ได้
78	ทำงานเป็นทีม รับผิดชอบร่วมกัน
79	ทำงานแรกๆ ต้องจำให้ได้ทุกอย่าง ทั้งเครื่องมือและขั้นตอน
80	ทำงานใหม่ กลัวไปทุกอย่าง
81	ทำงานใหม่ คิดว่ายาก พอมีประสบการณ์ก็เป็นเรื่องง่าย
82	ทำงานใหม่ เครียดมาก กลัวโดนตำโดนวินัย
83	ทำงานใหม่ จดทุกอย่างที่รู้และผ่านตา
84	ทำงานใหม่ ต้องปรับตัวเยอะ เรียนรู้ใหม่แทบทุกอย่าง
85	ทำงานใหม่ รู้สึกกดดันและโดนเพ่งเล็ง
86	ทำงานใหม่ รู้สึกว่าตื่นเต้น ได้เจออะไรแปลกใหม่
87	ทำผิดพลาดได้แต่ต้องยอมรับและเอากลับมาปรับปรุง
88	เทคนิคการจำคือจำส่วนเด่นๆ ของแพทย์ว่าต่างจากคนอื่นยังไง
89	เทคนิคที่ดีคือจดและจำ ไม่รู้ก็ถาม
90	นอกจากเคส elective ยังมีเคส emergency ที่เข้ามาแทรก
91	น้ำใจจากคนไข้ที่ตอบแทนมาเหตุการณ์เล็กๆ แต่ประทับใจไม่รู้ลืม

ตารางที่ 2 แสดงประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ลำดับ	Themes
92	บทบาทต่างกันแต่เป้าหมายคือให้คนใช้กลับไปอย่างปลอดภัย
93	บางเคสผู้ช่วยต้องทำงานหลายอย่างจุกจิก
94	บางเวลาแพทย์บางคนเรียกเครื่องมือไม่ถูกแต่เราถูกได้เพราะรู้ขั้นตอน
95	ประเมินทั้งคนไข้ และแพทย์ ทำงานไปตามสถานการณ์
96	ประสบการณ์ที่ผ่านมาเอามาปรับใช้ให้เหมาะ
97	ประสบการณ์ที่ผิดพลาดเอามาใช้เรียนรู้เป็นแนวทางในอนาคต
98	ประสบการณ์เป็นสิ่งที่ต้องเจอและเก็บสะสมเรียนรู้ไปเรื่อยๆ
99	ประสบการณ์เป็นสิ่งสำคัญช่วยทำให้การทำงานราบรื่น
100	ประสบการณ์ถือเป็นเรื่องสำคัญในทุกขั้นตอน
101	ประสบการณ์เสมอในทุกเรื่องตั้งแต่รับคนไข้
102	ประสบการณ์ให้ราบรื่นทั้งภายนอกภายใน ไม่ให้มีอุปสรรค
103	ป้องกันอะไรได้ ก็ต้องทำทันทีเพื่อไม่ให้เกิดสิ่งผิดพลาด
104	ป้องกันอุปกรณ์ห่อเด็กเสี่ยงต่อหลงไปกับเศษผ้า ได้มาต้องเปิดทันที
105	ปัญหาปวดเข่าเพราะยกเครื่องมือหนักบ่อยๆ
106	ปัญหาป้ายห่อเครื่องมือแปะสลับ ทำให้สับสนตอนเช็คเครื่องมือ
107	เป็นงานที่ได้ใช้ความสามารถให้ปรากฏในงาน
108	เป็นงานที่ทำทนาย ใช้ทุกอย่างที่มี ปฏิภาณไหวพริบ
109	เป็นงานที่ทำแล้วเห็นความสำเร็จเลยทันทีหลังผ่าตัดเสร็จ
110	เป็นงานที่ทำเสร็จแล้วเสร็จเลย
111	เป็นน้องใหม่แพทย์ยังไม่เข้าใจต้องแสดงฝีมือให้เห็น
112	เปลี่ยนแผนผ่าตัด ต้องเตรียมเครื่องมือเพิ่มเติมผู้ช่วย
113	ผ่าตัดยืมนาน ย้ายคนไข้ขึ้นลงเตียง จนปวดหลัง

ตารางที่ 2 แสดงประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ลำดับ	Themes
114	พยาบาลผ่าตัด แพทย์ วิสัญญี แพทย์วิสัญญี คนงาน ทำงานร่วมกันเป็นทีม
115	พยาบาลผ่าตัดคือส่วนหนึ่งที่ช่วยแพทย์ทำผ่าตัด
116	พยาบาลผ่าตัดคือออแกไนซ์ คอยจัดการงานต่างๆให้ผ่านไปด้วยดี
117	พยาบาลผ่าตัดช่วยตัดส่วนที่เป็นปัญหาออก
118	พยาบาลผ่าตัดนอกจากส่งเครื่องมือ ต้องดูแลเครื่องมือและคนไข้ให้เป็น
119	พยาบาลผ่าตัดเหมือนทั้งผู้บริหาร ผู้ใช้แรงงาน ในคนเดียว
120	พยาบาลผ่าตัดเหมือนช่าง รู้วิธีใช้และวิธีรักษา
121	แพทย์จบใหม่ขาดประสบการณ์บางอย่าง เราช่วยเสนอเติมได้ตามประสบการณ์ของเรา
122	แพทย์แต่ละคนก็มีขั้นตอนในการทำผ่าตัดที่ต่างกัน ต้องจดจำให้ได้
123	แพทย์ถามความเห็น เสนอไปแล้วได้รับการยอมรับ
124	แพทย์เปลี่ยน operation โดยไม่แพลน มีผลุ่นวายต่อการเตรียมเครื่องมือ
125	แพทย์หลายคนก็ต่างแบบกันไป
126	ภูมิใจที่แพทย์และเพื่อนร่วมงานยอมรับในฝีมือ
127	ภูมิใจประเมินและรับเตรียมเครื่องมือทุกอย่างพร้อมใช้ในเคสฉุกเฉินไม่ต้องรอสั่ง
128	มีเคสด่วนมา ทุกคนกรูเข้าช่วยคนละไม้คนละมือ
129	มีบทบาท กล้าตัดสินใจ ประสานงานกับแพทย์
130	มีอิสระในการทำงานคิดเองได้ ประยุกต์ได้เอง
131	ไม่ชอบแพทย์กินหัว ดุด่า หงุดหงิด สบถใส่
132	ไม่ใช่แค่ส่งเครื่องมือ แต่ต้องมีทักษะความรู้ ให้คำแนะนำคนไข้ได้
133	ไม่รู้ว่าสถานการณ์ข้างหน้าเจออะไร การผ่าตัดคาดคะเนไม่ได้เสมอไป
134	ไม่อยากให้ bleed หรือ tear เพราะต้องวิ่งุ่นเตรียมเครื่องมือเพิ่มุ่นวาย
135	ไม่อยากให้เกิด infection หลังผ่าตัด ไม่อยากให้กลับมาอีก

ตารางที่ 2 แสดงประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ลำดับ	Themes
136	ไม่อยากให้คนไข้ bleed ตอนผ่าตัด แพทย์หุนดุนหิด บรรยากาศไม่ดี
137	ไม่อยากให้คนไข้ DOT
138	ไม่อยากให้คนไข้ได้รับอันตรายจากสิ่งที่เราสามารถป้องกันได้
139	ไม่อยากให้เคส arrest ระหว่างทำผ่าตัด
140	ไม่อยากให้โดนอวัยวะข้างเคียง ต้องเสียเวลารักษาดูแลต่อ
141	ไม่อยากให้มีเครื่องมือตกค้างในตัว
142	ไม่อยากให้มีภาวะแทรกซ้อนที่รวมแก้ไขไม่ได้
143	ไม่อยากให้มีอะไรผิดพลาด โดยเฉพาะในเคสละเอียดอ่อน
144	รับผิดชอบงานห้องไหน จัดเตรียมเครื่องมือ คนไข้ สถานที่ให้พร้อมสำหรับเคสนั้น
145	รับผิดชอบในหน้าที่ของตนเองให้ดีที่สุด และช่วยเหลือคนอื่นด้วย
146	รู้สึกตนเองมีคุณค่าที่ได้เป็นพยาบาลผ่าตัดช่วยเหลือคนไข้
147	รู้สึกแยถ้าช่วยคนไข้ไม่ได้
148	รู้สึกเสียใจคนไข้ arrest ขณะผ่าตัดเพราะแพ้ cement
149	ส่งต่อข้อมูลเป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะเวลามีการ pack swab ในช่องท้อง
150	สติเป็นสิ่งสำคัญในยามทำงาน
151	สังเกตและศึกษาด้วยตัวเองบางส่วน บางทีพียงไม่มีเวลาสอนให้
152	เสียงเจอรังสีประจำ ใส่เสื้อ Flu บ่อยๆ ปวดไหล่และกล้ามเนื้อ
153	เสียใจช่วยคนไข้ได้ผ่าสำเร็จแต่สุดท้ายกลับไม่รอดเพราะ sepsis
154	หลังผ่าตัดอยากให้คนไข้ดีขึ้น ไม่ต้องกลับมาอีก
155	ห้องผ่าตัดได้เงินดี
156	เหนื่อย เคสเยอะคนไม่พอ
157	ให้ความช่วยเหลือตามสถานการณ์และนิสัยแพทย์

ตารางที่ 2 แสดงประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ลำดับ	Themes
158	ให้คำแนะนำคนไข้ถึงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด
159	อธิบายขั้นตอนให้น้องรู้จักก่อนผ่าตัด ให้การผ่าตัดเป็นไปราบรื่น
160	อะไรผิดถูกหรือไม่รู้ถามได้อย่าอายที่จะถาม
161	อ่านหนังสือ คู่มือ เตรียมตัวล่วงหน้า
162	อ่านหนังสือและอบรมให้มากขึ้นอัปเดตความรู้
163	circulate ช่วยดูแลรอบนอก และในฟิล
164	circulate ต้องคอยเตรียมทุกอย่างให้พร้อม
165	circulate วิ่งหีบของเยอะเยอะ
166	scrub ช่วยส่งเครื่องมือให้แพทย์
167	scrub ต้องจดจ่ออยู่ในฟิล คาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเป็นอย่างไงต่อ
168	scrub ต้องสนใจฟัง แพทย์วางแผนอะไร บอกให้ circulate ช่วยเตรียม

ตารางที่ 3 แสดงประเด็นหลัก และประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
<p>1. เป็นพยาบาล OR เพราะว่างงานน่าสนใจ</p> <p>2. เข้าห้องผ่าตัดใหม่ๆ ต้องใช้เวลาศึกษาเรียนรู้ งาน</p> <p>3. ประสบการณ์หลากหลายภายใต้การทำงาน เป็นพยาบาลรอบนอกและรอบใน</p>	<p>1.1 งานบริการเป็นรายๆ เสร็จแล้วเสร็จเลย</p> <p>1.2 ทำทายดี มีส่วนร่วมการตัดสินใจ</p> <p>2.1 ทำงานใหม่ๆ ตื่นเต้น กังวลใจ เครียดไปทุกอย่าง</p> <p>2.2 สงสัยไถ่ถาม ฝึกทำตามพี่เลี้ยงสอน บางขั้นตอนฝึกหัดทำบ่อยๆ ค่อยๆ เรียนรู้งาน</p> <p>2.3 หนังสือต้องหามาอ่าน ศึกษางานทันสมัย เทคโนโลยีใหม่ๆ เรียนรู้ไว้ได้ใช้งาน</p> <p>2.4 สะสมประสบการณ์ สิ่งใดผิดพลาด เรียนรู้ไว้ไม่ให้เกิดซ้ำ</p> <p>3.1 ขึ้นเวรมาต้องดูว่า วันนี้มาทำงานอะไร</p> <p>3.2 บทบาทอาจแยกกัน เวลาทำงานนั้น วมใจกันทำเป็นทีม</p> <p>3.2.1 พยาบาลรอบนอก ต้องใส่ใจ ใครต้องการอะไร หาให้ได้ทันที</p> <p>1) ดูแลรอบนอก เสริมงานรอบใน ไม่ให้ติดขัด</p> <p>2) ดูแลการเปิดset ระวังการ contaminate ทุก set ที่ใช้งาน</p> <p>3) ประสานกับทุกฝ่าย สื่อสารได้เข้าใจ ดำเนินการได้อย่างราบรื่น</p> <p>4) สำคัญเหนืออื่นใด คือความปลอดภัยของผู้ป่วย</p>

ตารางที่ 3 แสดงประเด็นหลัก และประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
<p>3. บทบาทอาจแยกกัน เวลาทำงานนั้น ร่วมใจกันทำเป็นทีม(ต่อ)</p> <p>4. งานผ่าตัดมีความเสี่ยง หากหลีกเลี่ยงได้ ไม่อยากให้อะไรผิดพลาด</p>	<p>5) เอกสารมากมาย บันทึกเข้าไปเข้ามา เสียเวลาการทำงาน</p> <p>3.2.2 พยาบาลรอบใน ต้องใช้ความอดทน คำนึงถึงผลการผ่าตัด</p> <p>1) เก็บอารมณ์ ไม่ได้เถียง เพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง</p> <p>2) เรียนรู้หมอกคนไหน ใช้เครื่องมืออะไร ขึ้นต่อไป เครื่องมืออะไรที่ต้องการ</p> <p>3) สติต้องตั้งมั่น ทุกเหตุการณ์ไม่คาดสายตา ลูกเงินเกิดขึ้นมา หาทางช่วยผู้ป่วยทัน</p> <p>4) หงุดหงิดใจ เครื่องมือไม่พร้อมใช้ วิตกว่าจะไม่ได้ หรืออาจใช้เครื่องมืออื่นแทน</p> <p>5) เครื่องมือ sterile เครื่องมือหัก-หายรีบ หาให้พบ ถึงจบยอมให้เย็บแผล</p> <p>4.1 ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ดูแลให้ปลอดภัย ช่วยเหลือให้สุขสบาย</p> <p>4.2 แม้จะวุ่นวาย หากช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ บรรลุเป้าหมายการทำงาน</p> <p>4.3 การผ่าตัดต้องระมัดระวัง หากพลาดพลั้ง เกิดภาวะแทรกซ้อนได้</p>

ตารางที่ 3 แสดงประเด็นหลัก และประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
<p>5. อุทิศตนเพื่อหน้าที่ ทำงานผ่านด้วยดี แต่อาจมีสิ่งตามมา คือ ปัญหาสุขภาพ</p>	<p>5.1 อุดหนุนและอดกลั้น อาหารนั้นอย่าถามหา ขับถ่ายไม่เป็นเวลา กลั้นไว้จนกว่าจะเสร็จงาน</p> <p>5.2 ผู้ป่วยและเครื่องมือมีน้ำหนัก ยกย้ายบ่อย นักไม่ไหว ทำให้ปวดหลังปวดไหล่</p> <p>5.3 สุขภาพจะเป็นอย่างไร สูดหายใจจากคว้นพิษและเชื้อที่ติดจากผู้ป่วยมา</p> <p>5.4 ทำงานเวลากลางวัน อยู่เวรกลางคืน ต้องฝืนร่างกาย หยุดพักไม่ได้ วันต่อไปต้องทำงานต่อ</p>

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวพรพรรณ ภูริตนากรกุล เกิดวันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ. 2526 ที่จังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาคณะพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยมหิดล (วิทยาลัย พยายามเกื้อการุณย์) ปีการศึกษา 2545 - 2549 ภายหลังจบการศึกษาได้เคยปฏิบัติงานที่หอ ผู้ป่วยสามัญหญิง โรงพยาบาลหนองจอก (ปัจจุบันคือโรงพยาบาลเวชการุณร์ศม์) สังกัดสำนัก การแพทย์ กรุงเทพมหานคร เป็นระยะเวลา 2 เดือน ก่อนย้ายมาเข้ารับการบรรจุเป็นข้าราชการ ประจำที่โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย 11 พิเศษ ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยเฉพาะทางด้าน โสต ศอ นาสิก และจักษุ เป็นระยะ 1 เดือน ต่อมาฝ่ายการ พยาบาลแจ้งว่าหน่วยงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเดียวกันมีตำแหน่งว่าง จึงย้ายไปปฏิบัติงานที่ห้อง ผ่าตัดจนถึงปัจจุบัน ขณะปฏิบัติงานเคยทำหน้าที่คณะกรรมการคุณภาพ (QA) ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 ถึง 2550 ทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC) ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 จนถึงปัจจุบัน นอกจากนั้นยังทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการวิจัยและนวัตกรรม ตั้งแต่ พ.ศ. 2554 จนถึงปัจจุบัน เป็นคณะกรรมการจัดงานนวัตกรรมประจำปีโรงพยาบาล โดยได้มี การอบรมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้ง อบรมเกี่ยวกับ Basic CPR, Advance CPR, การทำวิจัย HA เข้าร่วมประชุมวิชาการของสมาคม พยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทยเป็นประจำทุกปี ผู้วิจัยร่วมทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของห้อง ผ่าตัด พ.ศ. 2554 ได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร การพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปัจจุบันยังคงปฏิบัติงานเป็น พยาบาลผ่าตัดที่หน่วยผ่าตัด โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร นอกจากการ ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลผ่าตัด ผู้วิจัยยังเป็นนักเขียนประจำสำนักพิมพ์แจ่มใส มีผลงานเป็นแนว นิยายความรักแนววัยรุ่น เริ่มเขียนตั้งแต่ พ.ศ. 2549 ถึงปัจจุบัน มีผลงานการเขียนที่ถูกต้องพิมพ์เป็น หนังสือโดยใช้นามปากกาว่า TheLittleFinger