



ชีวิตและอัตลักษณ์ของนางฟ้าชุดเขียว
Life and Identity of A Green Gown Angel

ลินดา งามขี้ม
Linda Ngamkuem

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master
of Arts in Human and Social Development
Prince of Songkla University
2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ชีวิตและอัตลักษณ์ของนางฟ้าชุดเขียว
ผู้เขียน นางสาวลินดา งามขิม
สาขาวิชา พัฒนามนุษย์และสังคม

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.เกีตถวา บุญปรากฏ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มณฑนา พิพัฒน์เพ็ญ)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วันชัยธรรมสังการ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.เกษตรชัย และหิม)

.....กรรมการ
(ดร. รัตใจ เวชประสิทธิ์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.เกีตถวา บุญปรากฏ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้ นัับวิทยา นิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

.....

.เกีตถวา บุญปรการ)

ลงชื่อ

(ลินดา งามขิม)

นักศึกษา

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และไม่ได้ถูกใช้
ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ

.....

(ลินดา งามขิม)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ชีวิตและอัตลักษณ์ของนางฟ้าชุดเขียว
ผู้เขียน	นางสาวลินดา งามซิม
สาขาวิชา	พัฒนามนุษย์และสังคม
ปีการศึกษา	2557

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา ชีวิตและการแสดงอัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด การวิจัยในครั้งนี้ใช้วิธีการคุณภาพเป็นหลัก โดยได้เลือกพื้นที่ห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ เป็นพื้นที่ในการศึกษา กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีทั้งหมด 12 คนเก็บข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2556 ถึง เดือนเมษายน 2557 โดยใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องในสิ่งที่ตนคิด รู้สึก มีความเชื่อและพร้อมที่จะแสดงตัวตนออกมาผ่านวิธีคิดในการตีความหมายผ่านวัฒนธรรมของเขาเอง

ผลการวิจัยพบว่า การให้ความหมายต่อการเป็นพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด เน้นเรื่องการทำงานที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ที่ต้องอาศัยการเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติอยู่ตลอดเวลา เป็นลักษณะงานที่มีความท้าทาย ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม แตกต่างจากพยาบาลตามหอผู้ป่วยทั่วไป ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีการแสดงอัตลักษณ์ที่หลากหลาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับความสัมพันธ์เชิงอำนาจ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับคนต่างๆ

ภายใต้บริบทของพื้นที่ของห้องผ่าตัด อัตลักษณ์ที่แสดงออกมา มีอยู่หลายชุดและมีการปรับเปลี่ยนเลื่อนไหลอยู่ตลอดเวลา อัตลักษณ์ที่แสดงออกมามีเงื่อนไขเพื่อให้ได้มาซึ่งอำนาจในการต่อรองเพื่อความเป็นอิสระทั้งในด้านความคิด การตัดสินใจและการปฏิบัติงานในบทบาทของตนอัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดจึงมีลักษณะเคลื่อนไหวไปมา ไม่คงรูปอยู่เพียงรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อให้ได้มาซึ่งการยอมรับในการดำรงอยู่ร่วมกันในพื้นที่ห้องผ่าตัด

Thesis title Life and Identity of A Green Gown Angel
Author Miss Linda Ngamkuem
Major Program Human and social Development
Academic Year 2014

ABSTRACT

The aimed of qualitative study was to explore and describe the lives and the identities of perioperative nurses. The participants totally 12 were recruited at the operating room from the tertiary care hospital in Southern, Thailand. The data were collected from April, 2013 to April, 2014 by interview and observation and narrative as well. Data were interpreted by narrative analysis method.

The results showed that the content of the data was interpreted into two themes overall, life and identity of perioperative nurses. Life of operative nurse always emphasizes and focuses on the proficient of specific areas, that nurses are required to develop both competency and knowledge. Challenges in operating room are distinct from other wards. Therefore, teamwork is necessary to achieve successful in operation.

The other theme was identity of operative nurses. Nurses demonstrate a variety of identities, which involved with the power of the hierarchy and the social interaction. Nurse identities were changed and shifted in order to gain authority and negotiate on the role and duty. The typical of characteristic of perioperative nurse was able to shift and could be flexible to create a sense of unity.

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ.....	(5)
Abstract.....	(6)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(11)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์.....	5
คำถามวิจัย	5
ประโยชน์ของการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
แนวคิด ทฤษฎีเรื่องอัตลักษณ์	7
แนวคิดเรื่องความสัมพันธ์เชิงอำนาจ	17
แนวคิดวิถีชีวิต	22
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	32
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	36
พื้นที่ที่ใช้ในการวิจัย	37
ผู้ให้ข้อมูล	39
การเข้าสู่พื้นที่ศึกษา	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล	43
การวิเคราะห์ข้อมูล	44
บทที่ 4 เปิดประตูสู่ห้องผ่าตัด.....	46
นางฟ้าชุดเขียว : การแสดงอัตลักษณ์ในพื้นที่ต่างๆ.....	46
เส้นทางการเข้าสู่วิชาชีพของนางฟ้าชุดเขียว	68
การก่อรูปนางฟ้าชุดเขียว	75

การแสดงอัตลักษณ์ของนางฟ้าชุดเขียว	83
---	----

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 5 ชีวิต อัตลักษณ์ของนางฟ้าชุดเขียวในห้องผ่าตัด.....	98
ชีวิตนางฟ้าชุดเขียว กับบทบาทในห้องผ่าตัด.....	98
การแสดงตัวตนของนางฟ้าชุดเขียว	106
ข้อค้นพบที่สำคัญ	110
ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนามนุษย์และสังคม	111
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	112
บรรณานุกรม	113
ภาคผนวก	116
ประวัติผู้เขียน	117

รายการตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 พื้นที่ของผู้ให้ข้อมูลหลัก.....	39
ตารางที่ 2 การแบ่งกลุ่มข้อมูลและวิธีการศึกษา.....	41
ตารางที่ 3 เหตุผลในการเลือกทำงานในห้องผ่าตัด.....	70

รายการภาพประกอบ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	36
ภาพที่ 2 เส้นแบ่งเขตพื้นที่บริเวณห้องรับและส่งผู้ป่วย.....	51
ภาพที่ 3 ประตูทางเข้าของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด.....	52
ภาพที่ 4 ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าสำหรับเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด.....	53
ภาพที่ 5 เส้นทางภายในห้องผ่าตัด.....	56
ภาพที่ 6 พื้นที่รอยต่อก่อนเข้าห้องผ่าตัด.....	57
ภาพที่ 7 ภายในห้องผ่าตัด.....	60
ภาพที่ 8 หน้าปกหนังสือคู่มือปฐมนิเทศพยาบาลห้องผ่าตัดใหม่.....	77
ภาพที่ 9 การนั่งฟังบรรยายของพยาบาลใหม่ห้องผ่าตัด.....	78
ภาพที่ 10 การเตรียมความพร้อมของพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด.....	88
ภาพที่ 11 พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด.....	90
ภาพที่ 12 พยาบาลช่วยรอบนอก.....	91

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิชาชีพพยาบาล เป็น วิชาชีพของบุคคลกลุ่มหนึ่ง ที่ทำหน้าที่ในการให้บริการด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยการเป็น “พยาบาล” ถือเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีผู้หญิงในสังคมให้ความสนใจด้วยภาพลักษณ์และความหมายที่ถูกสร้างขึ้นอย่างสอดคล้องกับความเป็นกุลสตรีไทยและคุณค่าของความเป็นหญิงที่ก้าวออกมาสู่พื้นที่นอกบ้าน โดยงานศึกษาของ พูนพิลาศ โรจนสุพจน์ (2541) ที่ศึกษาภาพลักษณ์พยาบาลของสาธารณชน พบว่า เป็นภาพลักษณ์ที่มีความอดทน ซื่อสัตย์ เสียสละ รับผิดชอบ เอาใจใส่ มีเมตตากรุณา ซึ่งสอดคล้องกับ Black&Germaine-Wrner(1995)ที่กล่าวไว้ว่า ภาพลักษณ์ของพยาบาลเป็นภาพนางฟ้าผู้มีเมตตา เป็นผู้มีเกียรติน่าเลื่อมใสศรัทธา มีศีลธรรม จรรยา เสียสละตนเอง จะเห็นได้ว่าภาพลักษณ์ของพยาบาล เป็นภาพของความคาดหวังของสังคม ที่ได้ตีกรอบตีตราในสิ่งที่พยาบาลควรเป็นควรปฏิบัติไว้ให้แล้ว

ภายใต้บริบทงานพยาบาล พยาบาลแต่ละคนมีบทบาทที่ผูกโยงกับขอบเขตของการบริการพยาบาล ซึ่งจากมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล สามารถแบ่งพยาบาลตามลักษณะงานและรูปแบบงานที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะด้านนั้นๆ ออกเป็น 7 ประเภท คือ การบริหารการพยาบาล การบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก การบริการพยาบาลผู้ป่วยใน การบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก การบริการพยาบาลทางสูติกรรมและการบริการผู้ป่วยผ่าตัด (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2544,น.22)

สำหรับพยาบาล “ห้องผ่าตัด” เป็นพยาบาลอีกกลุ่มหนึ่ง ที่ให้บริการผู้ป่วยผ่าตัด ซึ่งนับว่าเป็นงานที่มีความท้าทายในการปฏิบัติงาน เพราะเป็นวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความเป็นความตายฉับพลันทันทีทันใด และมีการให้บริการที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป พยาบาลห้องผ่าตัดมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โดยจัดเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจก่อนเข้ารับการผ่าตัด การจัดเตรียมทีมงานผ่าตัดที่มีความรู้ ความชำนาญในแต่ละประเภทของการผ่าตัดและมีจำนวนเพียงพอ การจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผ่าตัดที่ครบถ้วน มีประสิทธิภาพ การส่งเครื่องมือและช่วยแพทย์ในระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยในระหว่างผ่าตัด และการพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดภายหลังได้รับการผ่าตัดทันที รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องด้วยความปลอดภัย

จะเห็นได้ว่า พยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติงานที่เน้นความรู้ ความสามารถและความชำนาญ ทั้งทางด้านปฏิบัติการพยาบาลและด้านเทคนิคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด การดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นลักษณะที่แตกต่างจากพยาบาลประจำการหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องใช้

องค์ความรู้ ที่เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์รวมทั้งทักษะและประสบการณ์ในการตัดสินใจให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มา
รับบริการผ่าตัดตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดซึ่งจินตนา

ยูนีพันธ์(2542) กล่าวว่า การพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับการเป็นพยาบาลระดับวิชาชีพ
นั้น (Professional Nurse) พยาบาลห้องผ่าตัดต้องแสดงความเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพและเรียนรู้บทบาท
ของตนเอง ลักษณะของบทบาทที่ต้องปฏิบัติ ความรู้ที่ต้องแสวงหา ให้สามารถปฏิบัติบทบาทวิชาชีพให้
สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ที่ปัจจุบันมีความรู้และระดับการศึกษาที่สูงขึ้น และมีแนวโน้มที่จะ
เรียกร้องการบริการที่ได้มาตรฐานมากขึ้นด้วย

คนทั่วไป มักจะมีการเปรียบเทียบว่าอาชีพพยาบาลเปรียบเหมือน “นางฟ้าชุดขาว ” จาก
ภาพลักษณ์ภายนอกที่พยาบาลจะใส่ชุดสีขาว รองเท้าสีขาวและสวมหมวกพยาบาลสีขาวนั่นเอง เมื่อเป็น
เช่นนั้นการเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดก็ น่าจะ เปรียบเหมือน “นางฟ้าชุดเขียว ” ซึ่งการใส่ชุด
สีเขียวของพยาบาลห้องผ่าตัดนั้น น่าจะด้วยเหตุผลในมุมหนึ่งว่า การใช้ผ้าสีเขียวมาตัดเป็นชุดผ่าตัดนั้น มีส่วน
ช่วยในการถนอมสายตาในเวลาที่ยังมองบริเวณผ่าตัดเป็นเวลานานๆ และทำให้ไม่เกิดภาพติดตา (Afterimage)
รบกวนแพทย์ในขณะที่ผ่าตัด ทำให้มองชัดเจนขึ้นและการใช้ผ้าสีเขียวมาใช้ในห้องผ่าตัดเมื่อต้องปนเปื้อนเลือดก็
จะกลายเป็นคล้ำๆ ดูไม่น่ากลัว ซึ่งเราจะสังเกตได้ว่าโรงพยาบาลต่างๆ ก็ใส่ชุดสีเขียวเหมือนกัน

“ห้องผ่าตัด ” เป็นองค์ย่อยขององค์กรหนึ่งของโรงพยาบาล ที่มีความสำคัญในการให้บริการ
ผ่าตัดรักษาโรคต่างๆ ผ่าตัดแก้ไขความพิการหรือแม้กระทั่งโรคจากอุบัติเหตุ และอื่นๆ นอกจากรักษาด้วยการ
ผ่าตัดแล้วยังเป็นสถานที่ให้บริการตรวจรักษาโรคด้วยเครื่องมือพิเศษต่างๆที่ใช้เทคโนโลยีสูง ลักษณะงาน มัก
เป็นงานที่ต้องทำอย่างรีบด่วนและไม่สามารถรอคอยได้ เพราะเป็นช่วงเวลาวิกฤตสำหรับชีวิตของผู้รับบริการ
ผ่าตัดและผู้รับการผ่าตัด จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป ดังนั้นการให้บริการ
จึงต้องมีคุณภาพและความปลอดภัย ต้องมีการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆให้ครบถ้วนและพร้อม
ที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดทั้งในกรณีปกติและในกรณีฉุกเฉิน และต้องรักษากฎระเบียบ มีการ
ควบคุมป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค อย่างเคร่งครัด เพื่อให้ผลการการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดต่างๆ
เป็นไปได้ด้วยดีและมีประสิทธิภาพ ไม่มีการติดเชื้อของบาดแผลผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถหายจากโรคอย่าง
ปลอดภัยที่สุด (เรณู อาจสาลี,2540,น.12)

พื้นที่ ภายในห้องผ่าตัด ถือเป็นพื้นที่ที่มีความสำคัญในการรักษาผู้ป่วยใน ทางศัลยกรรม การ
ผ่าตัดรักษาโรคต่างๆ การแก้ไขความพิการหรือจากอุบัติเหตุและอื่นๆ ที่ประกอบไปด้วยทีมศัลยแพทย์ วิสัญญี
แพทย์ พยาบาลวิสัญญีและพยาบาลห้องผ่าตัด เป็นทีมหลักในการ ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้พ้นจากภาวะเสี่ยงที่ อาจ
เกิดขึ้นจากกระบวนการผ่าตัด โดยMarcus and Popovic(1985) ได้กล่าวไว้ว่า การทำงานในห้องผ่าตัดต้อง
อาศัยความรวดเร็ว ความถูกต้อง ความประณีต รวมทั้งต้องมีความรับผิดชอบสูงต่องานที่ได้รับมอบหมาย ซึ่ง
ในบางกรณีผู้ปฏิบัติงานก็ไม่ได้หยุดพัก ซึ่งแง่มุมดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าพื้นที่ห้องผ่าตัด เป็นพื้นที่ที่มีกฎ
ระเบียบและโครงสร้างที่เคร่งครัด เป็นสิ่งที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องเผชิญเพื่อให้การบริการเป็นไปอย่างมี
มาตรฐานและมีคุณภาพ

พื้นที่ห้องผ่าตัดมีลักษณะเป็น “เวิร์ดปิด” หรือ “ห่อผู้ป่วยปิด” คือเป็นพื้นที่ที่ได้ถูกออกแบบเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ไปยัง ผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัด และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากห้องผ่าตัดสู่สิ่งแวดล้อมนอกห้องผ่าตัด ซึ่งเรณู อางสาลี (2553) กล่าวว่า ห้องผ่าตัดต้องเป็นพื้นที่สะอาดปราศจากเชื้อโรค โดยเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทุกคนต้องปฏิบัติตามกฎอย่างเคร่งครัด ใช้เทคนิคปลอดเชื้อต่างๆ และเทคนิคเฉพาะทางของห้องผ่าตัด เครื่องมือทุกอย่างที่นำมาใช้กับผู้ป่วยผ่าตัด ต้องผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อทุกชิ้น และมีการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค มีการปิดประตูห้องผ่าตัดตลอดเวลาที่ทำการผ่าตัด และจำกัดการเข้าออกของบุคคล ไม่อนุญาตให้บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าไป

กระนั้นพื้นที่ห้องผ่าตัด ก็ไม่ได้เป็นพื้นที่ที่ ไร้ซึ่งการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น แต่เป็นพื้นที่ที่ต้องอาศัยการสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานหรือการดำเนินความสัมพันธ์ต่อกันกับกลุ่มคนต่างๆ ที่เข้ามาปฏิบัติงานในพื้นที่ห้องผ่าตัด ซึ่งมีหลากหลายกลุ่ม มีการต่อรองของกันและกันเพื่อที่จะอยู่ในพื้นที่นี้ได้ ซึ่งเป็นเรื่องของอำนาจของความสัมพันธ์ แม้ว่าพื้นที่ห้องผ่าตัดจะไม่ได้มีการใช้อำนาจอย่างเข้มข้นอย่างในพื้นที่ควบคุมผู้ต้องขัง แต่พื้นที่ห้องผ่าตัดก็มีกฎระเบียบเพื่อควบคุม มีความเคร่งครัดเคร่งเครียด เนื่องจากเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ความเป็นและความตายของชีวิตมนุษย์ รวมถึงเป็นพื้นที่ที่ต้องดำเนินความสัมพันธ์ภายใต้ระบบความสัมพันธ์ภายในห้องผ่าตัดอีกด้วย อย่างไรก็ตาม การปรับตัวตามข้อกำหนดหรือกติกาเหล่านี้ก็ไม่ได้เป็นเรื่องของการปฏิบัติตามเท่านั้น แต่ยังเป็นสิ่งที่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ต้องตีความหรือต่อรองกับเรื่องราวต่าง ๆ เพื่อดำรงอยู่ได้ โดย มีการแสดง อัตลักษณ์ของตนเองขึ้นมาเพื่อต่อสู้ ต่อรอง กับกฎเกณฑ์กฎระเบียบภายใต้ระบบโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม

สำหรับงานการศึกษาเกี่ยวกับอัตลักษณ์ในประเทศไทย โดยเฉพาะการศึกษาทางสังคมวิทยา และมานุษยวิทยานั้น มีการนำเอาแนวคิดอัตลักษณ์มาวิเคราะห์ประเด็นการศึกษาที่หลากหลาย จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาอัตลักษณ์ใน 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) การศึกษาอัตลักษณ์ของกลุ่มชาติพันธุ์ 2) การศึกษาอัตลักษณ์ของกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคม 3) และการศึกษาอัตลักษณ์ของกลุ่มอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการนิยามความหมายและการสร้างความเป็นตัวตนของคนกลุ่มต่างๆ ในสังคม ส่วนงานศึกษาทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการให้ความหมาย หรือการสร้างอัตลักษณ์นั้น จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่างานส่วนใหญ่จะเน้นศึกษาเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของพยาบาลตามบทบาทหน้าที่และพฤติกรรมที่พึงปรารถนาของสังคมเป็นหลัก ซึ่งผลที่ได้ จากการศึกษา นำมาใช้ในการปรับปรุงการบริการให้มีคุณภาพและตอบสนองความคาดหวังที่สังคมต้องการ มากกว่าที่จะศึกษาถึงตัวตน การให้ความหมายและการสร้างอัตลักษณ์ในมุมมองที่พยายามทำความเข้าใจกับสิ่งที่พยาบาลคิดและสร้างอัตลักษณ์ออกมา

การศึกษาเกี่ยวกับเรื่องอัตลักษณ์ใน การศึกษา ครั้งนี้ จึงถือเป็นความพยายามก้าวสำคัญในการเรียนรู้คนกลุ่มต่างๆ เพิ่มมากขึ้น ทั้งที่ถูกจัดไว้ในวัฒนธรรมกลุ่มย่อย หรือที่ถูกมองว่าเป็นกลุ่มคนที่ “ถูกกดทับไว้” ก็ตาม ซึ่งอานันท์กาญจนพันธ์ (2553, น.7) กล่าวว่า การหันมาให้ความสนใจกับผู้คนในฐานะที่มีบทบาทในการสร้างความหมาย หรือผู้คนที่มีความรู้สึกนึกคิด ก็เพราะการขยายตัวของประชาสังคมออกไปอย่างกว้างขวาง ทำให้เกิดการรวมกลุ่มชนใหม่ๆ ขึ้นมาในสังคม ที่ไม่ยอมรับความหมายเดิมๆ อันเป็น

ความหมายที่มักจะถูกนิยาม หรือสร้างขึ้นมาจากประสบการณ์ของชนชั้นนำแต่ฝ่ายเดียว การพลิกกลับมาให้ความสนใจเกี่ยวกับ “อัตลักษณ์” ในมุมมองใหม่ในฐานะที่เจ้าของเรื่องเป็นผู้กระทำการนี้ มีอิทธิพลอย่างมากในการรื้อถอนเรื่องความเป็นแก่นแท้ แบบหยุดนิ่งตายตัว โดยRichard Jenins(1996) นักคิดในกลุ่มหลังทันสมัยนิยม (Postmodern) ซึ่งเป็น อีกคนที่มองเรื่องอัตลักษณ์ว่า มิใช่สิ่งที่มีอยู่แล้วในตัวของมันเอง หรือกำเนิดขึ้นมาพร้อมกับคนหรือสิ่งของ แต่เป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นและมีลักษณะของความเป็นพลวัตอยู่ตลอดเวลา

กล่าวได้ว่ามุมมองเรื่องอัตลักษณ์ เป็นความพยายามในการตอบคำถามถึงความเป็นตัวเราที่สัมพันธ์อยู่กับบริบท ทั้งในเชิงพื้นที่และช่วงเวลา อัตลักษณ์นี้เป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นภายใต้ความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ไม่ใช่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ซึ่งในแง่มุมดังกล่าว Chris Weedon(1987 อ้างถึงในภิญญา เพ็ญฟูสกุล, 2543, น.38) กล่าวว่า ปัจเจกภาพเป็นผลผลิตของประวัติศาสตร์ วัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ตามยุคสมัย และเป็นผลของกระบวนการต่อรองเชิงอำนาจในความสัมพันธ์ทางสังคมหลายระดับ และปัจเจกภาพยังเป็นเรื่องของ กระบวนการสร้างความหมายทางสังคมให้แก่อัตลักษณ์อย่างหนึ่ง อาจจะเป็นอัตลักษณ์ของปัจเจกหรือของกลุ่มก็ได้ ความเป็นปัจเจกจึงถูกเน้นในฐานะที่เป็นกระบวนการทางสังคมของการสร้างอัตลักษณ์ มากกว่าแก่นแกนของคุณสมบัติบางอย่างที่มีลักษณะตายตัว ซึ่งจะเห็นได้ว่าความหมายของอัตลักษณ์ไม่สามารถที่จะนิยามโดยไม่เกี่ยวข้องกับบริบทได้เลย การที่สมาชิกของกลุ่มหนึ่งๆ จะบอกว่าตัวเองเป็นใครนั้น ต้องขึ้นอยู่กับบริบทของความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่พวกเขามีกับกลุ่มอื่นๆในสังคมนั้นด้วย

จากปรากฏการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงเกิดคำถามว่า ชีวิตของนางฟ้าชุดเขียวเป็นอย่างไร และมีการแสดงอัตลักษณ์อย่างไร ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้จะเผยให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจในการแสดงอัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัด ผ่านทางความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากความสัมพันธ์ที่พยาบาลห้องผ่าตัดมีต่อตนเอง พยาบาลห้องผ่าตัดกับทีมสหสาขาวิชาชีพและบุคคลได้การบังคับบัญชา และพยาบาลห้องผ่าตัดกับพื้นที่ห้องผ่าตัด อันนำไปสู่ความเข้าใจถึงความซับซ้อนที่เกิดขึ้นจากการเลือกรับ ปฏิเสธ การต่อรองที่มีต่อโครงสร้างทางสังคมโดยผ่านการปฏิบัติการที่อยู่ในเรื่องราวขณะปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัด ในแต่ละวัน แล้วนำเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้น มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้น นำมาซึ่งการสร้างอัตลักษณ์เพื่อการนิยามตัวตนภายใต้บริบททางสังคมและโครงสร้างดังกล่าว

คำถามวิจัย

1. ชีวิตของนางฟ้าชุดเขียวในพื้นที่ห้องผ่าตัดเป็นอย่างไร
2. การแสดงอัตลักษณ์ของนางฟ้าชุดเขียวในพื้นที่ห้องผ่าตัดเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาชีวิตของนางฟ้าชุดเขียวในพื้นที่ห้องผ่าตัด

2. เพื่อศึกษาการแสดงอัตลักษณ์ของนางฟ้าชุดเขียวในพื้นที่ห้องผ่าตัด

ประโยชน์ของการวิจัย

1. เป็นการเผยแพร่ให้สังคมได้รับรู้ถึงการ แสดงอัตลักษณ์ของนางฟ้าชุดเขียวซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ภายใต้การทำงานในห้องผ่าตัด
2. เข้าใจความซับซ้อนของความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นของพยาบาลวิชาชีพภายใต้โครงสร้างของห้องผ่าตัด
3. เป็นแนวทางให้ผู้ที่สนใจและนักเรียนพยาบาล ทราบถึงอัตลักษณ์ของพยาบาลห้องผ่าตัด รวมถึงลักษณะการทำงานในห้องผ่าตัด เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจก่อนเข้ามาทำงานในวิชาชีพพยาบาลห้องผ่าตัด
4. เพื่อเป็นประโยชน์ต่อองค์กร ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการรับบุคลากรเพื่อเข้ามาทำงานทางด้านพยาบาลห้องผ่าตัดให้มีความสอดคล้องเหมาะสม และมีเจตนาที่ดีกับวิชาชีพพยาบาลในห้องผ่าตัด

ขอบเขตการวิจัย

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ซึ่งประกอบด้วยแผนกผ่าตัด 1 แผนกผ่าตัด 2 และแผนกผ่าตัด 3 และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง ได้แก่กลุ่มคนต่างๆ ที่เข้ามามีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในพื้นที่ห้องผ่าตัด
2. พื้นที่ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นพื้นที่ห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ พื้นที่ดังกล่าวได้รวมเอาทุกพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง ทั้งพื้นที่รอยต่อ พื้นที่งานและพื้นที่สาธารณะ ซึ่งรวมอยู่ในห้องผ่าตัดแห่งนี้
3. เก็บข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ.2556 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ.2557

นิยามศัพท์เฉพาะ

นางฟ้าชุดเขียว หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ ที่ห้องผ่าตัด ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

พื้นที่ห้องผ่าตัด หมายถึง พื้นที่ในห้องผ่าตัด ที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องดำเนินชีวิตไปขณะอยู่ในบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด ไม่เฉพาะแค่พื้นที่ทำงาน แต่รวมไปถึงพื้นที่อื่นๆ ของห้องผ่าตัด ที่พยาบาลห้องผ่าตัดมีการแสดงอัตลักษณ์ของตนออกมาในพื้นที่นั้นๆ

ชีวิต หมายถึงความเป็นอยู่ในบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ต้องอยู่ร่วมกันกับกลุ่มคนต่างๆ ในพื้นที่ห้องผ่าตัด

การแสดงอัตลักษณ์ หมายถึง การให้ความหมาย บางอย่างเกี่ยวกับตัวตนของ พยาบาลห้องผ่าตัด เกี่ยวกับการยอมรับในความเป็นตัวตนประกอบเข้ากับการแสดงตัวตน (Making oneself) ให้เห็นว่ามี ความเหมือนหรือต่างอย่างไรกับกลุ่มอื่นหรือบุคคลอื่น อัตลักษณ์เกิดขึ้นจากการปฏิสัมพันธ์ทั้งระหว่างบุคคล ภายในสังคมและภายในตัวพยาบาลห้องผ่าตัด เอง แต่จะเลือกเอาเพียงอัตลักษณ์ใดอัตลักษณ์หนึ่งที่ตนยอมรับ จากที่มีอยู่อย่างหลากหลาย เพื่อนำมาใช้ภายในเงื่อนไขของบริบทในช่วงของเวลาและพื้นที่ และอัตลักษณ์นี้อาจถูกกำหนดได้ทั้งจาก พยาบาลห้องผ่าตัด เป็นผู้กำหนดตนเองหรือถูกกำหนดตำแหน่งแห่งที่ โดยบุคคลในสังคม

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในบทนี้ มีประเด็นการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจและเผยให้เห็นถึงการ แสดงอัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้ให้ความสำคัญกับการเป็นผู้กระทำการของบุคคล ที่แสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการสร้างความหมาย การต่อรองกับโครงสร้างทางสังคมและการก่อรูปของอัตลักษณ์จากอำนาจของความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล ระบบทางสังคม และคนกลุ่มต่างๆ ผู้วิจัยจึงตั้งหัวข้อการสำรวจเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดทฤษฎีที่ประกอบด้วยประเด็น ดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีอัตลักษณ์
2. แนวคิดความสัมพันธ์เชิงอำนาจ
- 3.แนวคิดวิถีชีวิต
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. งานวิจัยเชิงคุณภาพ
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดทฤษฎีเรื่องอัตลักษณ์

อัตลักษณ์ (Identity) มีรากศัพท์มาจากภาษาลาติน คือ Identitasเดิมใช้คำว่า Idem ซึ่งมีความหมายว่าเหมือนกัน (The Same) อย่างไรก็ตามโดยพื้นฐานทางภาษาอังกฤษแล้ว อัตลักษณ์มีความหมายสองนัยยะด้วยกัน คือ ความเหมือนและความเป็นลักษณะเฉพาะที่แตกต่างออกไป นั่นคือการตีความหมายเหมือนกันบนพื้นฐานของความสัมพันธ์ และการเปรียบเทียบกันระหว่างคนหรือสิ่งของในสองแง่มุมมอง คือความคล้ายคลึงและความต่าง (ศุภย์มานุษยวิทยาสิริรินธร, 2547,น.32-33)

นอกจากนี้การใช้คำว่า “อัตลักษณ์” ในปัจจุบันยังเป็นที่ถกเถียงกันอย่างมากกว่ามีความหมายอย่างเดียวกับคำว่า “เอกลักษณ์” หรือไม่ แต่เดิมมักจะแปลคำว่า Identity ว่า เอกลักษณ์ คำแปลนี้ถือเป็นการแปลทางการของสำนักงานคณะกรรมการเอกลักษณ์แห่งชาติด้วย แต่มาระยะหลัง แวดวง นักวิชาการ เช่น นิธิ เอียวศรีวงศ์ ม .ร.ว.อศินรพีพัฒน์สุธิวศ์ พงไพบุลย์และ ศรีศักรวัลลิโภทม ได้หันมาสนใจการแปลความหมายของคำว่า “อัตลักษณ์” ว่าไม่ควรไปยึดยึดความเป็นหนึ่งเดียวไปครอบความหลากหลายทางวัฒนธรรม โดยสุธิวศ์เสนอว่า คำว่า “อัตลักษณ์” น่าจะถูกต้องและเหมาะสมมากกว่าเพราะคำนี้เปิดทางให้ทุกคน หรือทุกส่วนในสังคมสามารถมีอัตลักษณ์ของตนได้

(สุริชัย หวันแก้ว,2545,น.42)

อย่างไรก็ตาม ในการพิจารณาเรื่องการสร้างอัตลักษณ์ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงอยู่ตลอดเวลา คือ เรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกกับสังคม เพราะอัตลักษณ์ที่บุคคล กลุ่มบุคคล หรือสังคมสร้างขึ้นมานั้น อาจจะมีรูปแบบที่ไม่เหมือนกัน ต้องแยกแยะพิจารณาในแต่ละประเภท ดังนี้

1. อัตลักษณ์ส่วนบุคคล (Personal Identity) หมายถึง ความเป็นตัวตนของบุคคลใดบุคคลหนึ่งในสายตาของสาธารณชน เป็นภาพแห่งการรับรู้ของสังคมเกี่ยวกับปัจเจกนั้นๆ
2. อัตลักษณ์ส่วนตัว (Ego Identity) หมายถึง ความเป็นตัวตนปัจเจกที่ปัจเจกเองมีความรู้สึก มีความคิด ความเข้าใจ เกี่ยวกับตนเองซึ่งเกี่ยวข้องกับการนิยามของบุคคลภายนอก
3. อัตลักษณ์ร่วม (Collective Identity) หมายถึง อัตลักษณ์หรือความเป็นตัวตนที่ถูกสร้างขึ้นบนพื้นฐานของความเหมือนกันของสมาชิกภายในกลุ่ม แต่บนพื้นฐานของความเหมือนนั้น ย่อมมีความแตกต่างของกลุ่มอื่นมาเป็นตัวกำหนดอัตลักษณ์เฉพาะกลุ่มของตนด้วย
4. อัตลักษณ์ทางสังคม (Social Identity) หมายถึง อัตลักษณ์ที่เป็นภาพรวมของกลุ่มคนในสังคมใดสังคมหนึ่ง ซึ่งกินความหมายทั้งอัตลักษณ์ที่คนภายนอกมอบให้ และอัตลักษณ์ที่เป็นตัวตนที่แท้จริงของสังคมตามสายตาของคนใน

จะเห็นได้ว่าความหมายของอัตลักษณ์ไม่สามารถที่จะนิยามโดยไม่เกี่ยวข้องกับบริบทได้เลย การที่สมาชิกของกลุ่มชาติพันธุ์หนึ่งๆ จะบอกว่าตัวเองเป็นใครนั้นต้องขึ้นอยู่กับบริบทของความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่พวกเขามีกับกลุ่มอื่นๆ

1. อัตลักษณ์ในแนวคิดของยุคสมัยใหม่ (Modernism)

การแสดงออกด้านพฤติกรรมของมนุษย์คือจิตวิทยา โดยผู้ที่ให้ความสนใจในการศึกษา เรื่องดังกล่าวอย่างจริงจังก็คือ ลูกศิษย์คนสำคัญคนหนึ่งของ ซิกมันด์ فروยด์ นักจิตวิเคราะห์ นั่นก็คือ Erik H. Erikson ซึ่งเป็นนักจิตวิเคราะห์เช่นเดียวกับอาจารย์เขา แต่สิ่งที่เขาเห็นแย้งกับ فروยด์ ก็คือเรื่องของพัฒนาการทางจิต หรือกระบวนการสร้างบุคลิกภาพหรืออัตลักษณ์นั้นเป็นเรื่องที่เกิดได้ตลอดชีวิต ไม่ใช่เป็นเรื่องที่เกิดเฉพาะในวัยเด็ก แบบที่ فروยด์อธิบายกระบวนการเกิดอัตลักษณ์นั้น และอีกประการหนึ่งที่ทำให้แนวคิดของคนทั้งสองไม่สู้จะลงรอยกันอย่างมากในเรื่องของอัตลักษณ์ก็คือ เรื่องของความเชื่อในคุณค่าของระดับจิต โดยที่ فروยด์นั้นให้คุณค่ากับจิตใต้สำนึกมากกว่าส่วนอื่น ๆ แต่ในทัศนะของอิริคสัน เขากลับมองว่าส่วนที่สำคัญคือ Ego หรือสิ่งที่เราเรียกว่าจิตสำนึกนั่นเอง

2. แนวคิดปัจเจกสภาพในสังคมวิทยา (Individualism in Sociology)

แนวคิดต่างๆที่แพร่หลายและได้รับอิทธิพลปัจเจกนิยม (Individualism) อยู่ในปลายศตวรรษที่ 19 ไม่ว่าจะเป็นเสรีนิยมทางเศรษฐกิจ หรือปรัชญาการเมือง เสรีนิยมมักจะวิเคราะห์พฤติกรรมของปัจเจกบุคคล ทำให้ดูเหมือนว่าปัจเจกบุคคลมีมาก่อนและสามารถแยกออกได้จากสังคม ขณะที่ผู้บุกเบิกสาขาวิทยาอย่าง August Comte และ Emile Durkheim ซึ่งอยู่ภายใต้ร่มเงาของปรัชญาปฏิฐานนิยม (Positivism) ที่เน้นความสำคัญต่อสังคม และต่างปฏิเสธแนวคิดที่เห็นว่าปัจเจกบุคคลเป็นอิสระ ดังนั้น พฤติกรรมของมนุษย์จึงถูกศึกษาในฐานะเป็นปรากฏการณ์ของสังคม (Social Phenomenal)

ทางด้าน Karl Marx ต้นตอของแนวคิดที่ทรงอิทธิพลอีกสายหนึ่งในสังคมวิทยา คือ ทฤษฎีความขัดแย้ง (Conflict Theory) และแนวทางการศึกษาตามกระแสวิพากษ์ (Critical Stream) เป็นอีกผู้หนึ่งที่ทำให้ความสำคัญกับการกำหนดโครงสร้าง (Structure) มากกว่าปัจเจกหรือผู้กระทำการ (Agency) เขาเชื่อว่าแนวคิดเรื่องชนชั้น (Class) จะเป็นตัวเชื่อมโยงปัจเจกเข้ากับโครงสร้างและเป็นสิ่งกำหนดอัตลักษณ์ (Identity) ของปัจเจก รวมถึงความคิดที่ว่ามนุษย์จะกลายเป็นผู้กระทำการที่มีความหมายเพียงพอเมื่อเขาตระหนักถึงอัตลักษณ์ทางชนชั้นของตนเอง (Class Consciousness)

ขณะที่คู่ตรงข้ามของ Marx อย่าง Max Weber กลับให้ความสำคัญต่อปัจเจกบุคคล โดยเขาเชื่อว่าสังคมวิทยาเป็นศาสตร์ที่ศึกษาพฤติกรรมมนุษย์จากมุมมองและความเข้าใจของผู้กระทำ อย่างไรก็ตามหน่วยการวิเคราะห์ที่ในผลงานต่างๆ ของ Weber กลับเป็นระดับกลุ่ม (Collective) เสมอ หาได้ใช้ปัจเจกบุคคลเป็นหลักแต่อย่างใด

จะเห็นได้ว่าเหล่านักคิดข้างต้นไม่ว่าจะเป็น Comte ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาของสังคมวิทยา Emile Durkheim, Karl Marx และ Max Weber สามเสาหลักของสังคมวิทยา ต่างให้ความสำคัญของปัจเจกสภาพในระดับที่ต่ำ แต่กลับเน้นไปที่โครงสร้างหรือกลุ่มทางสังคม แต่ก็เชื่อว่าจะไม่มีการสังคมวิทยาที่สนใจต่อปัจเจกสภาพเลย ข้อยกเว้นแรก คือ Georg Simmel ที่เห็นว่าสังคมไม่ได้เป็นอิสระจากปัจเจกบุคคล เขาเห็นว่าการรวมกลุ่มเกิดขึ้นในปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Personal Interaction) แต่การรวมกลุ่มนั้นมักเป็นผลให้คนนำออกมาซึ่งคุณสมบัติที่มีคุณภาพต่ำ ส่วนสิ่งที่จะถูกสงวนรักษาไว้เพื่อให้เป็นคุณสมบัติเฉพาะตน นอกจากนี้ในข้อยกเว้นประการต่อมาได้แก่นักคิดในสายตระกูลปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Interaction Theory) และแนวคิดหลังสมัยใหม่ (Postmodern)

เมื่อเราหันมามองในทางสังคมวิทยาเราก็จะเห็นได้ว่ากระบวนการทางจิตที่นักจิตวิทยาจิตวิเคราะห์ได้ให้คำอธิบายนั้น ไม่เพียงพอกับการอธิบายการเปลี่ยนแปลงในระดับสังคมอย่างที่นักสังคมวิทยาต้องการได้ ดังนั้นนักสังคมวิทยาในยุคต้น ๆ จึงปฏิเสธความเป็นศาสตร์ของจิตวิทยาอย่างสิ้นเชิง โดยเฉพาะเดอริคัม ถึงแม้ว่าอิทธิพลของนักสังคมวิทยารุ่นแรก ๆ ในยุคแสงสว่างทางปัญญา (Enlightenment) นั้นจะได้รับอิทธิพลอย่างมากจากแนวความคิดปัจเจกชนนิยมที่ได้รับจากสายปรัชญาอยู่ไม่น้อย แต่ด้วยความมุ่งมั่นในการหาคำอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคม ทำให้นักสังคมวิทยารุ่นแรก ๆ ให้ความสนใจน้อยมากกับเรื่องเฉพาะบุคคล แต่ก็ยอมรับในความเป็นปัจเจกบุคคล แต่ปัจเจกบุคคลเหล่านั้นถูกหล่อหลอมอย่างมีเงื่อนไข เช่นในส่วนของการตั้งมองว่า มนุษย์มีความเป็นปัจเจกบุคคลอยู่แต่สิ่งที่มีมนุษย์เป็นเกิดจากกระบวนการต่างๆ ทางสังคมทำให้มนุษย์เป็นอย่างที่สังคมอยากให้เป็นและเพื่อรักษาดุลย์แห่งสังคมเอาไว้ ส่วนในทัศนะของมาร์กซ์เองแล้ว การเป็นบุคคลนั้นเกี่ยวเนื่องกับกระบวนการผลิตซึ่งเป็นโครงสร้างรากฐานของสังคม ซึ่งกระบวนการผลิตนี้เองทำให้มนุษย์แยกตัวตนของตนเองออกมาจากความสัมพันธ์ของการผลิต สิ้นค้ากับแรงงานไม่ได้เป็นสิ่งเดียวกัน ความรู้สึกขัดแย้งในตนเองเป็นส่วนหนึ่งของอัตลักษณ์ในแง่ของมาร์กซ์ ส่วนเวเบอร์เองการสร้างตัวตนนั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเฉพาะบุคคลเท่านั้น ดังนั้นสังคมวิทยาในมุมมองของเวเบอร์ ความเป็นศาสตร์ที่ศึกษาจากมุมมองของการสังเกตพฤติกรรมยอมรับความเป็นจิตวิทยาอย่างเต็มที่ติดกับรุ่นแรกๆ อย่างกองต์ และเดอริคัม

ดังนั้นจุดเปลี่ยนของแนวคิดในการสร้างตัวตนของบุคคลในทัศนะแบบสังคมนิยมที่อ้างว่าได้ว่าเวเบอร์ได้วางรากฐานไว้พอสมควรโดยการเข้าไปสังเกตบุคลิกของแต่ละศาสนาแต่ละพื้นที่แล้วนำมาเปรียบเทียบในเชิงโครงสร้าง และแบบแผนต่อไป ซึ่งต่อมาจอร์จ ซิมเมล ได้กล่าวไว้ในจุดยืนของสังคมนิยมที่ว่าสังคมนิยมเป็นส่วนหนึ่งของปัจเจกซึ่งไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และจำเป็นที่จะต้องได้รับการศึกษาควบคู่กัน ดังนั้นบุคคลและสังคมจึงถูกจำแนกได้หลายส่วนในฐานะต่างๆ กันไป

ต่อมาฐานคิดดังกล่าวนำไปสู่การสร้างทฤษฎีเชิงสัญลักษณ์สัมพันธ์ โดยอัตลักษณ์ได้ปรากฏโฉมชัดเจนยิ่งขึ้นและยังเป็นฐานคิดให้กับนักคิดยุคหลังสมัยใหม่อีกด้วย “อัตลักษณ์ คือ สิ่งที่เกิดขึ้นในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม” จึงเป็นส่วนที่บรรจบกันระหว่างจิตวิทยากับสังคมนิยม โดยที่สังคมนิยมก็ยังยืนยันในแง่ของสังคมที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์นั่นเอง

Cooley (บุญธวัช บุญเจือ, 2544) เป็นนักสังคมนิยมชาวอเมริกัน มีความสนใจพื้นฐานในการเกิดและเจริญเติบโตของชีวิตทางสังคมของปัจเจกชน โดยเขาคิดว่า “ชีวิตของปัจเจกชน ไม่สามารถแยกออกจากสังคม หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า ชีวิตของปัจเจกบุคคลเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับสังคม” ดังนั้นการกำเนิดตัวตนของบุคคลจึงต้องผ่านกระบวนการกระทำร่วมกันระหว่างกันของปัจเจกบุคคลนั้นๆ กับสังคม ความคิดนี้เรียกว่า The Looking Glass Self นั่นคือ ความสำนึกของตัวตนเป็นผลสะท้อนจาก การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และจากการที่คนอื่นมองเรา ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจ หรือพูดง่าย ๆ ก็คือ การมองตนเองโดยใช้สายตาของผู้อื่น เหมือนมองตนเองจากกระจกเงา และคนสามารถจะตัดสินใจได้ว่าตัวเองควรเป็นอะไร แค่นั้น โดยใช้ความคิดของคนอื่นที่มองตน หรือตัดสินว่าตนเป็นอย่างไร เป็นเกณฑ์สำคัญ

Cooley อธิบายทฤษฎีกระบวนการ The Looking Glass Self ของเขาว่า ประกอบด้วยสองส่วนคือ การสำนึกของการมีอยู่ของตนเอง (Self Consciousness) หมายถึง ความสำนึกได้ว่าตนนั้นดำรงอยู่ มีความต้องการต่างๆ ของชีวิตที่แยกได้จากผู้อื่น และการรู้สึกในการมีอยู่ของผู้อื่น (Social Consciousness) หมายถึง ความสำนึกได้ว่าบุคคลอื่นที่แวดล้อมตนนั้น มีความต้องการ มีการกระทำต่างๆตามหน้าที่และบทบาทของตน ซึ่งมีความต้องการหรือเกิดความพึงพอใจ เกิดการยอมรับถ้าเขาปฏิบัติตาม (พวงเพชร สุรัตน์กุล, 2542) ความรู้สึกเช่นนี้จะมีความละเอียดลึกซึ้งและเที่ยงตรงเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิ (Primary Consciousness) ที่บุคคลได้รับ

คูเลีย เสนอว่า การเกิดตัวตนนั้น เป็นกระบวนการเกิดจากการกระทำระหว่างกันของบุคคลอื่นๆ ในสังคม ซึ่งคนอื่นๆ ในสังคมนั้นมีสภาพเหมือนกระจกเงา สะท้อนความเป็นบุคคลนั้นออกมา และบุคคลนั้นจะรับเอาสิ่งที่ถูกสะท้อนจากผู้อื่นมาเป็นความเป็นเรา ไม่ว่าจะเป็นด้านบวกหรือด้านลบก็ตาม เหมือนกับเราเห็นหน้า รูปร่างและการแต่งกายของเราในกระจก ในจินตนาการ เรารับรู้ถึงจิตใจผู้อื่นที่เป็นความคิดเกี่ยวกับลักษณะท่าทาง มารยาท จุดมุ่งหมาย การกระทำ และได้ผลกระทบอย่างหลากหลายจากการรับรู้นี้ ในขณะเดียวกัน ตัวเราก็เปรียบเสมือนกระจกเงาสะท้อนให้ผู้อื่นเช่นกัน คูเลียได้กล่าวไว้ว่า ในกระบวนการที่ก่อให้เกิดตัวตนนั้นมีอยู่ 3 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ จินตนาการที่เกี่ยวกับลักษณะท่าทางของบุคคลอื่นที่มีต่อบุคคลนั้น จินตนาการเกี่ยวกับการตัดสินใจของบุคคลอื่นที่มีต่อลักษณะท่าทางนั้น และความรู้สึกบางอย่างที่เกี่ยวกับตนเอง เช่นความภูมิใจ ในแนวคิดของคูเลีย ความเป็นตัวตนเกิดขึ้นภายในบุคคล คือการจินตนาการ

ภายในสมองของปัจเจกบุคคลถึงความคิดเห็นของผู้อื่นและตัดสินความคิดเห็นของผู้อื่น ซึ่งนำความรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจต่อตนเอง กระบวนการทั้งหมดนี้เกิดขึ้นภายในความคิดคำนึงทั้งสิ้น

ประเด็นสำคัญประการหนึ่งของแนวคิดของคูเลีย คือ ตัวตนจะเกิดขึ้นไม่ได้ถ้าไม่มีสังคม ตัวตนเกิดขึ้นผ่านการกระทำระหว่างกันกับบุคคลอื่นในสังคม ถ้าปราศจากซึ่งการสะท้อนจากบุคคลอื่นๆ ตัวตนก็ไม่มี การที่บุคคลรู้สึกว่าเป็นคนดี คนเลว คนสวย คนซีเห่ ล้วนเป็นสิ่งที่บุคคลอื่นในสังคมกำหนดหรือแสดงให้เราคิดว่าเราเป็นทั้งสิ้น

นักคิดคนสำคัญอีกคนของทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ คือ George Herbert Mead ได้ทำการศึกษาพัฒนาการของความรู้สึกเกี่ยวกับตัวตน ที่ค่อยๆก่อร่างสร้างตนจากกระบวนการปฏิสัมพันธ์ โดยเขาชี้ให้เห็นว่ากลไกสำคัญต่อการสร้างตนเองคือ การเรียนรู้ที่จะสวมบทบาท (Role Taking) ของผู้อื่น และหัวใจสำคัญของการเรียนรู้คือ ภาษา ซึ่งเป็นช่องทางการถ่ายทอดระบบสัญลักษณ์และกฎเกณฑ์ร่วมของสังคม ซึ่งเมื่อมองถึงจุดนี้อาจดูราวกับว่าสังคมได้แสดงบทบาทครอบงำและสร้างตัวตนของปัจเจกบุคคล ดังนั้น Mead ได้พยายามรักษาอิสรภาพของปัจเจก ด้วยการเสนอแนวคิดที่ว่าตัวตนนี้มีสองด้านที่ปะทะสังสรรค์กันอยู่ตลอดเวลา ด้านหนึ่งคือ “Me” ซึ่งเป็นตัวตนที่เกิดจากความเห็นและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และ “I” ซึ่งเป็นตัวตนตามลักษณะเฉพาะของเราเอง โดยทั้ง Me และ I ต่างก็สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวเราทั้งคู่ เพียงแต่ Me เป็นผลจากการประเมินและซึมซับจากทรศนะของผู้อื่น ส่วน I เป็นคำตอบและความพยายามที่จะประสาน Me ที่หลากหลายเข้าด้วยกันและถือเป็นศักยภาพของความคิดสร้างสรรค์ ในขณะที่ Goffman(1963) ได้จำแนกความแตกต่างระหว่างอัตลักษณ์ส่วนบุคคลกับอัตลักษณ์ทางสังคม โดยเขาให้นิยามความคิดหรือความรู้สึกที่ปัจเจกมีต่อตนเองว่า Ego Identity ส่วนภาพของปัจเจกในสายตาของคนอื่นในฐานะที่เป็นบุคคลที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัวเขาเรียกว่า Personal Identity

จะเห็นได้ว่า ปัจเจกสภาพในทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์มิได้เป็นภาพที่มีความต่อเนื่องเป็นอันหนึ่งอันเดียว บางส่วนแยกจากกันเด็ดขาด แต่ก็ไม่น้อยที่มีการซ้อนทับกันของบทบาท ทั้งนี้เนื่องจากตัวตนของคนเรานั้น ประกอบด้วยภาพลักษณ์ของเราที่เรามีต่อตนเอง (นั่นคือ “I” หรือ Ego Identity) และจินตนาการเกี่ยวกับความคิดของผู้อื่นต่อภาพลักษณ์นั้น (นั่นคือ “Me” หรือ Personal Identity) กล่าวโดยสรุปได้ว่า ตัวตนในทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ เป็นเงาสสะท้อนปัจเจกที่มีขนาดเล็ก หรืออยู่เบื้องหลังสภาพของปัจเจกบุคคลที่ปรากฏอยู่เบื้องหน้าในฐานะอัตลักษณ์ที่ปรากฏตัว และแสดงตนต่อสาธารณะของปัจเจกบุคคล

ความเป็นเราหรือตัวตนของเรา ถูกสร้างจากความคาดหวังของคนอื่น และผสมผสานกับการตีความให้เกิดความพึงพอใจ อย่างที่กอฟแมนเรียกทฤษฎีของเขาว่า การแสดงออกเชิงการแสดง หรือที่ คูเลียเรียกว่า “กระจกส่องตน” โดยที่ตัวตนที่แท้จริงอาจเป็นส่วนหลักฉาก ในขณะที่ หน้าฉากต้องแสดงตามบทบาทที่สังคมอยากให้เห็นออกไป เช่นนั้น ดังที่มีดักกล่าวไว้ในส่วน ของ I และ Me นั้นเอง แต่ในส่วนของกอฟแมนนั้นยังถูกเพิ่มเติมด้วยกระบวนการทางจิตกับกระบวนการทางสังคม บุคคลกับสังคม ภาวะมลทิน ทั้งหลายเหล่านี้หล่อหลอมบุคคลขึ้นให้มีอัตลักษณ์อย่างหนึ่ง

จะเห็นได้ว่าการนิยามความหมายของอัตลักษณ์ในวิถีคิดของยุคสมัยใหม่ มักจะเน้นให้ภาพลักษณ์ของปัจเจกมีแก่นแกน เน้นมิติที่เป็นนามธรรม มีความเป็นเอกภาพมีความต่อเนื่อง เป็นศูนย์รวมของบุคลิกภาพหรืออัตลักษณ์อย่างหนึ่งที่น่าอบอุ่นแจ่มชัด ปัจเจกภาพมีความสมบูรณ์ในตัวเอง และในส่วนตัวที่เกี่ยวข้องกับโลกข้างนอก แนวคิดทวินิยมของเดร์คาร์ต ได้ตัดความสัมพันธ์ของมนุษย์กับโลกภายนอก และประเด็นที่สำคัญวิถีคิดเหล่านี้ล้วนมิได้คำนึงถึงบริบททางสังคมของปัจเจก แต่จะตัดปัจเจกมาพิจารณาภายนอก เจือปนไขว่รอบตัว ซึ่งวิถีคิดดังกล่าวทำให้พฤติกรรมมนุษย์มีลักษณะเป็นกลไก สำหรับทฤษฎีความสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ เราจะเห็นถึงภาพที่ไม่ต่อเนื่องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของอัตลักษณ์ปัจเจกบุคคล และเชื่อว่าตัวตน (Self) ที่มีทั้งแบบที่เกิดจากความเห็นและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และแบบที่เป็นตัวตนจริงแท้ของเรา ถือเป็นเงาสะท้อนปัจเจกสภาพที่มีขนาดเล็ก ที่อยู่เบื้องหลังสภาพของปัจเจกบุคคลที่ปรากฏอยู่เบื้องหน้าในฐานะอัตลักษณ์ที่ปรากฏตัวและแสดงตนต่อสาธารณะของปัจเจกบุคคล ทฤษฎีชี้ให้เห็นถึงมุมที่หลากหลายของความเป็นตัวตน ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นลักษณะของการให้นิยามความหมายของอัตลักษณ์ในยุคสมัยใหม่นี้ แนวคิดส่วนใหญ่จะเสนอภาพปัจเจกในแบบจารีตสาร์ตละนิยมและบางแนวคิดก็มุ่งที่จะตอบโต้และไม่เห็นด้วยกับจารีตดังกล่าว

3. อัตลักษณ์ในแนวคิดของยุคหลังสมัยใหม่ (Postmodernism)

การมองภาพของสังคมด้วยกรอบแนวคิดทฤษฎีสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ ถูกท้าทายด้วยกลุ่มความคิดใหม่ คือแนวคิดหลังสมัยใหม่ (Postmodern) ซึ่งมีลักษณะเด่นของแนวคิดคือ การตั้งข้อสงสัยกับเหตุผลในฐานะที่เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้เข้าถึงความจริง การเปลี่ยนแปลงฐานะและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ศึกษาและผู้ถูกศึกษาด้วยการเข้าถึงความจริง และการเปลี่ยนแปลงฐานะของทฤษฎีที่ถูกมองว่าเป็นสิ่งครอบงำ ปัญหาของ มนุษย์และควรที่จะปฏิเสธ ลักษณะดังกล่าวนี้ สร้างผลกระทบต่อมุมมองปัจเจกสภาพ ในฐานะอัตลักษณ์ (Identity) เป็นอย่างมาก เนื่องจากการวิจารณ์แนวคิดสาร์ตละนิยม (Essentialism) ที่แสวงหาคำตอบสุดท้ายให้แก่คำถามต่างๆ โดยเสนอคุณสมบัติบางอย่างที่เป็นพื้นฐานของธรรมชาติและพฤติกรรมมนุษย์และยืนอยู่บนหลักของเหตุผล ทำให้เกิดการไร้ซึ่งสาร์ตละอันเป็นสากลของปัจเจกสภาพ แทนที่ปัจเจกสภาพจะเป็นที่มาของความหมายและประสบการณ์ที่มีความสมบูรณ์ในตนเอง แนวคิดนี้กลับเห็นว่าแนวคิดปัจเจกสภาพดังกล่าว เป็นเพียงผลกระทบ (Effect) ของชุดวาทกรรมต่างๆ บทบาทของตัวตนแบบต่างๆที่วาทกรรมหยิบยื่นให้เปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์

นักคิดสายหลังสมัยนิยม (Postmodernism) โดยเฉพาะฌัก เดอริริดา (Jacques Derrida) และ มิเชล ฟูโก (Micheal Foucault) นั้นได้วิพากษ์การศึกษาสังคมรุ่นก่อนว่า ยังเชื่อมั่นความเป็นแก่นแกนของปัจเจกบุคคล แต่แนวคิดหลังสมัยใหม่นั้นได้ตั้งคำถามกับวิธีการของโลก การเข้าถึงความจริงของสิ่งต่างๆ รวมทั้งสิ่งที่เชื่อกันว่าเป็นความจริงของสิ่งต่างๆ รวมทั้งสิ่งที่เชื่อกันว่าเป็นความจริงที่เป็นแก่นแกนของปัจเจกบุคคล และได้รื้อถอนความเชื่อเกี่ยวกับคุณสมบัติแก่นแกนของปัจเจกภาพ ความเป็นปัจเจกภาพกลายเป็นเรื่องของการนิยามความหมายซึ่งสามารถเลื่อนไหล แปรเปลี่ยนไปตามบริบท มันมิได้หมายถึงคุณสมบัติเฉพาะตัวอีกต่อไป

แนวคิดของ Derrida มีอิทธิพลอย่างมากในการรื้อถอนภาพเก่าๆ ของปัจเจกภาพหรือการตีความ เป็นศูนย์กลางออกจากปัจเจก คือ การไม่ให้สิทธิแก่ปัจเจกในฐานะเป็นผู้กระทำการ หรือในความหมายที่ว่าคนเรานั้นไม่สามารถจะเป็นเจ้าของหรือควบคุมพฤติกรรมของตนได้ และการเน้นถึงการไร้ซึ่งสารัตถะอันเป็นสากลของปัจเจกภาพ แต่จะเน้นถึงลักษณะปัจเจกภาพที่เป็นผลผลิตของประวัติศาสตร์และวัฒนธรรม เป็นผลของกระบวนการต่อรองเชิงอำนาจในความสัมพันธ์ทางสังคมหลายระดับ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงไปได้ตามยุคสมัย และปัจเจกภาพเป็นเรื่องของกระบวนการสร้างความหมายทางสังคมให้แก่อัตลักษณ์อย่างหนึ่ง อาจจะเป็นอัตลักษณ์ของปัจเจกหรืออัตลักษณ์ของกลุ่ม ดังนั้น ความเป็นปัจเจกจึงถูกเน้นในฐานะที่เป็น กระบวนการทางสังคมของการสร้างอัตลักษณ์ มากกว่าแก่นแกนของคุณสมบัติบางอย่าง ที่มีลักษณะตายตัว จุดเด่นของแนวคิดของ Derrida อีกหนึ่งประการคือ ในงานเขียนหรือการเขียนนั้นต้องให้อิสระของความหมายอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ไม่มีการเปรียบเทียบให้เห็นถึงคู่ตรงข้าม เพราะความหมายที่อยู่บนฐานของคู่ตรงข้ามจะหยุดนิ่งตายตัว และมีลักษณะที่ปิดกั้นความหมาย จุดเด่นของแนวคิดนี้ ทำให้เกิดการปฏิวัติความหมายของภาษาและส่งผลกระทบต่อความเข้าใจเรื่องอัตลักษณ์ และยังเปลี่ยนแปลงวิธีการมองโลกใหม่ด้วย (อภิญา เพ็ญฟูสกุล, 2546, น.46-51)

มโนทัศน์เรื่องอำนาจและความรู้ของมิเชล ฟูโกนั้น ได้ช่วยทะลายมายาคติเรื่องปัจเจกภาพ คือ ทำให้มองเห็นว่าปัจเจกภาพเป็นผลของวาทกรรม (Discourse) และปฏิบัติการทางวาทกรรม (Discursive Practice) ซึ่งคำว่าวาทกรรมนั้น หมายถึงการผลิตความหมายเกี่ยวกับความจริงในเรื่องต่างๆ ดังนั้น ปัจเจกจึงถูกจัดวางตำแหน่งแห่งที่ของเขาภายในอาณาจักรแห่งความจริงนั้นๆ วาทกรรมจึงเป็นมากกว่าเรื่องของภาษาหรือคำพูด แต่มีภาคปฏิบัติการจริงของวาทกรรม ซึ่งมีจารีตปฏิบัติ ความคิด ความเชื่อ คุณค่าและสถาบันต่างๆ ในสังคมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นๆ ด้วย

เมื่อวิเคราะห์วาทกรรมในการทำความเข้าใจอัตลักษณ์จะพบว่า เป็นเรื่องของการใช้อำนาจและความรุนแรงเข้าไปบังคับยึดเหนี่ยวให้เป็นของวาทกรรมชุดหนึ่ง ขณะเดียวกันวาทกรรมชุดดังกล่าวก็จะเก็บกอด บดบัง ปิดกั้น ขจัด หรือทำลายมิให้สิ่งๆ ที่แตกต่างไปจากอัตลักษณ์และความหมายของสิ่งที่วาทกรรมนั้นสร้างขึ้นมาปรากฏตัวขึ้น มากกว่าเป็นเรื่องของการผูกติดกันอย่างเหนียวแน่นของคุณสมบัติเฉพาะบางอย่างในตัวของสิ่งเหล่านั้นเอง ดังนั้นอัตลักษณ์และความหมายจึงมีลักษณะที่ลื่นไหล เปลี่ยนแปลงไปตามวาทกรรมที่สร้างสิ่งเหล่านั้นขึ้นมา ไม่มีความแน่นอน ตายตัว หรือหยุดนิ่ง (ไซรต์น์ เจริญสินโอฟาร, 2543, น.7-11)

การศึกษาเกี่ยวกับมโนทัศน์อัตลักษณ์ นอกจากจะต้องกล่าวถึงมโนทัศน์อำนาจควบคู่กันไป แล้ว ยังต้องกล่าวถึงการนิยามความหมายหรือการสร้างภาพแทนความจริง ซึ่งล้วนแล้วแต่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ที่ทำให้อัตลักษณ์มีความหมายแตกต่างไปจากความหมายที่เป็นที่เข้าใจโดยสามัญสำนึกทั่วไป คือ อำนาจมักแฝงอยู่ในกลไกของการสร้างภาพแทนความจริงของอัตลักษณ์แบบต่างๆ

Hall (1997) ได้นิยามเทคนิคการสร้างภาพลักษณ์ต้นแบบว่าหมายถึง การเลือกดึงเอาคุณสมบัติบางอย่างของบุคคลที่เด่นชัด มีชีวิตชีวา มองเห็นแล้วสามารถเข้าใจได้ง่าย เป็นที่รับรู้ทั่วไป และลดทอนอัตลักษณ์ที่หลากหลายของบุคคลลงไปให้เหลือไว้แค่คุณสมบัติเพียงไม่กี่อย่าง โดยวิธีการการชูคุณสมบัตินั้นให้เกินจริง เพื่อความเข้าใจง่ายและการสร้างอัตลักษณ์คู่ตรงข้ามขึ้นมาทดทับ ประเด็นสำคัญคือ คู่

ตรงข้ามที่สร้างขึ้นมานั้นมีการให้ค่าที่ไม่เท่ากันด้วย หรืออาจกล่าวได้ว่า คู่ตรงข้ามนั้น คือการสร้างอุดมการณ์ อำนาจเพื่อปิดกั้น กีดกัน และให้ค่าเชิงลบแก่สัญลักษณ์ที่อยู่ตรงข้ามมันที่สำคัญยังทำให้อัตลักษณ์ของคน “หยุดนิ่ง” กลายเป็นคุณสมบัติแก่นแกน และการสร้างภาพตัวแทนมักจะสอดคล้องกับบริบททางชนชั้นของกลุ่มเป้าหมายหรือการสนองพลังอำนาจของกลุ่มที่มีอำนาจเหนือกว่าความสำคัญอีกประการหนึ่งของการสร้างภาพตัวแทน คือ การสร้างจินตภาพ (Imagination) ที่ไม่สนใจความเป็นจริงทางประวัติศาสตร์หรือวัฒนธรรม หรือกระทั่งไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับความเป็นจริงเลย

Barthes (1972) ได้ชี้ให้เห็นถึงกระบวนการของการสร้างภาพแทนความจริงว่า หมายถึงการดึงเอาสิ่งใดสิ่งหนึ่งออกจากบริบทที่เป็นอยู่ (De-Contextualization) จากนั้นใส่บริบทใหม่และความหมายใหม่เข้าไป (Re-Contextualization) เช่นในเรื่องราวของชาวเขาที่รัฐและอำนาจทุนได้เคลื่อนย้ายบริบทและได้สร้างภาพตัวแทนของชาวเขาได้หลากหลายลักษณะจาก “ผู้บ่อนทำลายความมั่นคง” มาเป็น “สินค้าทางวัฒนธรรม” และกระบวนการสร้างภาพตัวแทนนี้แฝงเร้นไปด้วยอำนาจและการยึดครองพื้นที่ในการสร้างความหมาย ซึ่งในบางครั้งเราสามารถมองเห็นถึงความขัดแย้งกันเองในเชิงตรรกะของความหมาย กล่าวคือ ชาวเขาถูกทำให้เป็นผู้คุกคามความมั่นคง ในขณะที่อีกด้านกลับทำให้ชาวเขาเป็นผู้ที่บริสุทธิ์ มีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย มีความงดงามเหมาะสมในการเข้าไปสัมผัสหรือท่องเที่ยว

ความเป็นตัวตนจึงมีลักษณะคล้ายเหรียญที่มีสองด้านซ้อนทับกันอยู่ วาทกรรมจะสร้างภาพตัวแทน (Representative) ของตัวเรา อัตลักษณ์เหล่านี้จะหล่อหลอมและยึดยึดตำแหน่งแห่งที่ทางสังคมและการันตีประสบการณ์ความเป็นตัวเราในแง่มุมต่างๆให้ ทั้งนี้คุณสมบัติที่สำคัญที่สุดของความเป็นตัวเราในกระบวนการนี้ คือ การโยกย้ายตำแหน่งแห่งที่ (Dislocation) นั่นคือการไม่อาจถูกตรึงติดกับคุณสมบัติบางอย่างที่ตายตัวหยุดนิ่ง ซึ่งหมายถึงกระบวนการที่ปัจเจกต่อรอง ตั้งคำถาม ทropic เสียดตำแหน่งทางสังคมที่ถูกยึดยึดยึดมาให้ และแน่นอนว่าอัตลักษณ์กับปัจเจกภาพในแนวคิดหลังสมัยใหม่นี้ไม่สามารถที่จะซ้อนทับกันได้สนิท

ดังนั้น สิ่งที่เป็นตัวตนจึงมีอยู่ในเฉพาะสถานการณ์นั้น กล่าวได้ว่าแนวคิดหลังทันสมัย เชื่อว่าความเป็นปัจเจกถูกเน้นในฐานะที่เป็นกระบวนการทางสังคมของการสร้างอัตลักษณ์ มากกว่าที่จะเป็นแก่นของคุณลักษณะบางอย่างที่มีลักษณะตายตัว จะเห็นได้ว่าทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์เชื่อว่าตัวตน (Self) มีทั้งแบบที่เกิดจากความเห็นและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และแบบที่เป็นตัวจริงแท้ของเรา ถือเป็นเงาสะท้อนปัจเจกภาพที่มีขนาดเล็ก ที่อยู่เบื้องหลังสภาพของปัจเจกบุคคลที่ปรากฏอยู่เบื้องหน้าในฐานะอัตลักษณ์ที่ปรากฏตัวและแสดงตนต่อสาธารณะของปัจเจกบุคคล ส่วนแนวคิดหลังสมัยใหม่เชื่อว่าเชื่อว่าอัตลักษณ์ มีความไหลเลื่อนมากกว่าที่จะเป็นผลผลิตสำเร็จรูป จากวาทกรรม และไม่สามารถซ้อนทับกับปัจเจกภาพได้อย่างสนิทแน่น ปัจเจกภาพทั้งสองแนว คือ ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Interaction Theory) และแนวคิดหลังสมัยใหม่ (Postmodern) มีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะประเด็นความต้องการองค์ประธาน (Subject) ของทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ ขณะที่แนวคิดหลังสมัยใหม่ไม่ให้ความสำคัญกับองค์ประธาน และความเชื่อที่ว่าปัจเจกภาพเป็นที่มาของความหมายและประสบการณ์ และมีความสมบูรณ์ในตัวเองล้วนเป็นเพียงภาพลวงตาที่เกิดจากผลกระทบของชุดวาทกรรมต่างๆ

จะเห็นได้ว่าปัจเจกสภาพในแนวคิดทั้งสองแนว คือ ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Interaction Theory) และแนวคิดหลังสมัยใหม่ (Postmodern) มีความแตกต่างกันในประเด็นของแนวคิดที่แตกต่างกันอยู่พอควร โดยเฉพาะประเด็นความต้องการองค์ประธาน (Subject) ของทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ ขณะที่แนวคิดหลังสมัยใหม่กลับหันหลังให้องค์ประธาน และความเชื่อที่ว่าปัจเจกสภาพจะเป็นที่มาของความหมายและประสบการณ์และมีความสมบูรณ์ในตัวเอง ล้วนเป็นเพียงภาพลวงตาที่เกิดจากผลกระทบของชุดวาทกรรมต่างๆ เท่านั้นเอง

นอกจากนี้ในทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ เชื่อว่าตัวตน (Self) ที่มีทั้งแบบที่เกิดจากความเห็นและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และแบบที่เป็นตัวตนจริงแท้ของเรา ถือเป็นเงาสะท้อนปัจเจกสภาพที่มีขนาดเล็ก ที่อยู่เบื้องหลังสภาพของปัจเจกบุคคลที่ปรากฏอยู่เบื้องหน้าในฐานะอัตลักษณ์ที่ปรากฏตัวและแสดงตนต่อสาธารณะของปัจเจกบุคคล ส่วนแนวคิดหลังสมัยใหม่ เชื่อว่าอัตลักษณ์มีความเลื่อนไหลมากกว่าที่จะเป็นผลผลิตสำเร็จรูปจากวาทกรรม และไม่สามารถซ้อนทับกับปัจเจกภาพได้อย่างสนิทแน่น

อัตลักษณ์หรือความเป็นตัวตน จึงเป็นเพียงสิ่งที่ปรากฏในวาทกรรม เพราะวาทกรรมเป็นเรื่องของอำนาจและเทคนิคในการใช้อำนาจในการจัดวางตำแหน่งแห่งที่ของปัจเจก ผู้ที่มีอำนาจมากกว่าสามารถที่จะใช้เทคนิคสร้างกรอบหรือกำหนดแนวทางให้ปัจเจกแสดงบทบาทได้ โดยที่ผู้แสดงอาจจะไม่รู้ตัวว่าตนเองกำลังตกอยู่ภายใต้วาทกรรมนั้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนแนวคิด ความหมายเกี่ยวกับเรื่องอัตลักษณ์ โดยเน้นศึกษาแนวคิดจากนักคิดสายหลังสมัยใหม่ เพราะทำให้เกิดการตั้งคำถามอย่างมากกับวิธีการเข้าใจและการมองปรากฏการณ์ต่างๆ ทางสังคม การเข้าถึงความจริงของสิ่งต่างๆ รวมทั้งสิ่งที่เชื่อกันว่าเป็นความจริงที่เป็นแก่นแกนของปัจเจกบุคคล แนวคิดหลังสมัยใหม่ได้รื้อถอนแนวความคิดเก่า ความเชื่อเกี่ยวกับคุณสมบัติแก่นแกนของปัจเจกสภาพ ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาถึงการนิยามความหมายของอัตลักษณ์ที่นักคิดสกุลหลังสมัยใหม่ (Postmodern) ได้นิยามไว้ดังนี้

Jenkins (1996) ได้กล่าวถึงอัตลักษณ์ไว้ว่า อัตลักษณ์มิใช่สิ่งที่มีอยู่แล้วในตัวของมันเอง หรือกำเนิดขึ้นมาพร้อมกับคนหรือสิ่งของ แต่เป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นและมีลักษณะของความเป็นพลวัตอยู่ตลอดเวลา ซึ่งสอดคล้องกับการให้ความหมายของเบอร์เจอร์และลัคแมนที่ว่า อัตลักษณ์ถูกสร้างขึ้นโดยกระบวนการทางสังคม ครั้นเมื่อตกผลึกแล้วอาจมีความมั่นคง ปรับเปลี่ยน หรือแม้กระทั่งเกี่ยวข้องกับเปลี่ยนแปลงรูปแบบใหม่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ทางสังคมเป็นหลัก หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า อัตลักษณ์เป็นเรื่องของความเข้าใจและการรับรู้ที่เราเป็นใครและคนอื่นเป็นใคร นั่นเป็นการประกอบขึ้นและดำรงอยู่ว่าเรารู้จักเกี่ยวกับตัวเองอย่างไร และคนอื่นรับรู้เราอย่างไร โดยมีกระบวนการทางสังคมในการสร้างและสืบทอดอัตลักษณ์ ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับบริบทของความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีต่อคนหรือกลุ่มอื่นๆ ด้วย

Hall (1997) มองว่าอัตลักษณ์หรือความเป็นตัวตน คือชิ้นส่วนหลายๆ ส่วนที่ถูกประกอบรวมกันขึ้นมาในบริบทของสถานการณ์อย่างหนึ่ง ซึ่งอาจมีการเชื่อมต่อชิ้นส่วนต่างๆ และการแสดงออกของปัจเจกอีกรูปแบบหนึ่งก็ได้ ทั้งนี้เพราะมนุษย์คนหนึ่งๆ เป็นผลรวมของวาทกรรมหลากหลายชุดที่อาจขัดแย้ง

หรือส่งเสริมกัน ลักษณะเฉพาะตัวของแต่ละคนจึงเกิดการผสมผสานองค์ประกอบของวาทกรรมเหล่านั้นในทิศทางที่แตกต่างกัน คนเราจึงสามารถสร้างอัตลักษณ์ที่หลากหลายได้ในสถานการณ์ที่ต่างกัน

อภิญา เพ็ญฟูสกุล (2546) ได้นิยามอัตลักษณ์ว่า หมายถึง กระบวนการที่ปัจเจกต่อรองตั้งคำถาม หรือปฏิเสธตำแหน่งแห่งที่ทางสังคมที่ถูกยึดเยียดมาให้ การปฏิเสธอาจไม่จำเป็นต้องหมายถึงการต่อต้านตรงๆ หรือสร้างอัตลักษณ์ตรงข้ามขึ้นมา โดยพลิกสร้างนัยยะของความหมายใหม่ขึ้นมาแทน และอัตลักษณ์ยังหมายถึง การให้ความหมายของคนหรืออะไรบางอย่างว่าไม่มีลักษณะเฉพาะ คงอยู่ ไม่เปลี่ยนแปลง ไม่สามารถที่จะสรุปคนคนนั้นหรือสิ่งนั้นๆ แบบขาว ดำ หรือถูก ผิดได้ แต่เป็นการให้ความหมายตัวตนของคนหรือสิ่งนั้นๆ ในลักษณะที่มองว่า มีการผลิตซ้ำ มีการรื้อสร้าง เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งจะต่างจากความหมายของคำว่าเอกลักษณ์ที่ดูเหมือนมีคุณสมบัติเฉพาะ โดดเด่นแตกต่างจากคนอื่นหรือสิ่งอื่น ในขณะที่ความหมายของอัตลักษณ์คือ การมีความหลากหลาย เช่น ในคนๆ หนึ่งนั้นก็จะมีอัตลักษณ์ที่หลากหลายในตัวเอง มีความหลากหลายด้านของบุคลิกภาพ หลากหลายตัวตน

จากการทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับอัตลักษณ์ ของนักคิดหลังทันสมัยนิยมพอสรุปได้ว่า อัตลักษณ์มิใช่สิ่งที่มีอยู่แล้ว แต่ถูกสร้างขึ้นจากกระบวนการทางสังคมและมีลักษณะเป็นพลวัตอยู่ตลอดเวลา เป็นความสำนึก ความคิดเห็น ความรู้สึกทั้งที่เรามีต่อตัวเราและผู้อื่นมีต่อตัวเรา โดยมีกระบวนการทางสังคมในการสร้างและสืบทอดอัตลักษณ์

แนวคิดเรื่องความสัมพันธ์เชิงอำนาจ

อำนาจ หมายถึง กระบวนการทางประวัติศาสตร์ของสังคมที่สถาปนา “อาณาจักรแห่งความจริง” (Regime of Truth) ชุดโตชุดหนึ่งขึ้นมาโดยกลุ่มคนที่มีอำนาจ และความจริงเหล่านี้จะนำไปสู่ปฏิบัติการทางสังคมมากมายทั้งในระดับมหภาคและจุลภาค หรืออำนาจเป็นกระบวนการสร้างผลิต รูปแบบของความรู้ ความจริง ความเป็นธรรมชาติ หรือความเป็นปกติธรรมดาขึ้นมาชุดหนึ่งที่มีประโยชน์ต่อผู้มีอำนาจหรือผู้สร้างวาทกรรม และการพยายามเก็บกดปิดกั้นความรู้ ความจริงชุดอื่นๆ โดยใช้เทคนิคอำนาจที่ซิมลิก โดยผู้ที่ตกเป็นเป้าของอำนาจนั้นไม่รู้สึกรู้สึกว่าถูกกระทำ มีหน้าซำยังกระตือรือร้นที่จะสวมบทบาทนั้นด้วยตนเอง การที่ปัจเจกบุคคลมีความรู้สึกว่าเขาเป็นอะไรนั้น เป็นผลของการจัดวางตำแหน่งแห่งที่ของเขาในอาณาจักรแห่งความจริงนั้น ซึ่งเป็นเรื่องของเทคนิคการใช้อำนาจในการจัดวางตำแหน่งของปัจเจกในวาทกรรม

โดยภาพรวมแล้ว คนส่วนใหญ่มักมองว่า “อำนาจ” กับ “ความรู้” เป็นเรื่องที่แทบจะไม่เกี่ยวข้องกันเลย เนื่องจากความรู้ควรเป็นเรื่องของข้อเท็จจริงที่ปลอดจากคุณค่า อคติและความลำเอียงใดๆ ในขณะที่อำนาจเป็นเรื่องของอคติ และความลำเอียงแต่อำนาจของฟูโกต์ ไม่ใช่อำนาจแบบดิบ ที่ใช้กำลังบังคับ แต่เป็นอำนาจที่ได้รับการฟอกขาวจนสะอาดในรูปของความรู้ และเป็นความรู้แบบเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น วิทยาศาสตร์ หรือเศรษฐศาสตร์ ความสำเร็จของอำนาจจึงอยู่ที่ความสามารถในการปกปิด อำพรางกลไกในการทำงาน ซึ่งไม่ใช่กฎหมายอย่างที่ผู้คนมักเข้าใจกัน แต่เป็นกฎเกณฑ์ จารีตปฏิบัติต่างๆ ในสังคม โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งกฎเกณฑ์และจารีตปฏิบัติของบรรดาผู้เชี่ยวชาญทั้งหลายในรูปของวาทกรรมวิชาการในเรื่องนั้นๆ ด้วยเหตุนี้จึงสามารถกล่าวได้ว่า “ความรู้” คือโหมหน้ำที่เบบยลของอำนาจ เพราะสุดยอดของอำนาจก็คือการทำให้มองไม่เห็นว่สิ่งนั้นๆ เป็นเรื่องของอำนาจ แต่เป็นเรื่องของความรู้หรือความจริง ซึ่งเป็นสิ่งที่ปลอดจากอคติและคุณค่าั่นเอง

มิเชล ฟูโกต์ (Foucault, 1984) เป็นนักคิดชาวฝรั่งเศส ซึ่งได้รับอิทธิพลทางความคิดจากปราชญ์ชาวเยอรมัน คือ ฟรีดริคนิทเช และมาร์ทีน ไฮเดกเกอร์ แนวคิดของฟูโกเป็นเรื่องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของอำนาจในสังคม และวิถีซึ่งอำนาจสัมพันธ์กับตัวตน (Self) ฟูโกต์สำรวจกฎเกณฑ์ที่เป็นตัวกำหนดความจริงในแต่ละช่วงเวลาของประวัติศาสตร์ และยังได้ศึกษาเกี่ยวกับการกระทำของคนเราในทุกๆวัน ทำให้คนเรานยามตนเองและจัดระเบียบความรู้ได้ เหตุการณ์ต่างๆสามารถเข้าใจได้ในฐานะที่เป็นผลผลิตของธรรมชาติ มนุษย์และพระเจ้า ฟูโกต์เห็นว่าวิธีการแต่ละวิธีในการทำความเข้าใจสรรพสิ่งมีทั้งข้อดีและอันตราย

กรอบคิดเรื่อง “อำนาจ” ตามแนวทางของมิเชล ฟูโกต์ มิได้มอง “อำนาจ” ตามนัยของวาทกรรมกระแสหลักที่มักให้ความหมาย “อำนาจ” ไปในแง่ของขีดความสามารถที่บุคคลหนึ่งมีเหนือบุคคลอีกฝ่ายหนึ่ง ในลักษณะของการทำให้บุคคลหนึ่งยินยอมกระทำในสิ่งที่ผู้มีอำนาจเหนือกว่าต้องการให้กระทำซึ่งถ้าหากเป็นกรณีปกติแล้วเขาผู้นั้นจะไม่ยินยอมกระทำในสิ่งที่ถูกกำหนด หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง “อำนาจ” ก็คือการทำบุคคลหนึ่งสามารถทำให้อีกบุคคลหนึ่งยินยอมต่อตนได้นั่นเอง แนวคิดที่ให้ความหมายหรืออธิบาย “อำนาจ” ในลักษณะที่กล่าวมาข้างต้น เป็นแนวคิดที่มีรากฐานมาจากการมองสังคมว่าเป็นสนามการต่อสู้ที่เต็มไปด้วยการแข่งขันจากกลุ่มที่แตกต่างหลากหลายในการแสวงหาอำนาจ เพื่อที่จะได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดและตัดสินใจ(Decision-Making) ในประเด็นสำคัญ(Key Issues) ให้เกิดการสนองตอบต่อผลประโยชน์ของกลุ่มตนให้ได้มากที่สุดซึ่งการมอง “อำนาจ” ตามนัยนี้มักเป็นการมุ่งเน้นและให้ความสนใจเฉพาะกับอำนาจที่มีลักษณะเป็นทางการ และมองอำนาจประหนึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลสามารถเข้ายึดครองและใช้สอยได้อย่างอิสระ เพื่อทำการกดขี่ ปราบปราม และหรือบังคับผู้ที่ปราศจากอำนาจให้กระทำในสิ่งที่ก่อประโยชน์แก่ผู้มีอำนาจ ดังนั้นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจึงเป็นไปในลักษณะของคู่ตรงข้ามที่มีผู้ได้ประโยชน์และผู้เสียประโยชน์เสมอ (Zero-Sum)

ฟูโกต์คิดว่า ในแต่ละสังคมมีความสัมพันธ์เชิงอำนาจหลายชุดประกอบกันอยู่อย่างซับซ้อนแผ่กระจายไหลเวียนอยู่ทั่วไป ความสัมพันธ์เหล่านั้นถูกสร้างขึ้น ส่งผ่าน และผลิตซ้ำด้วยการอาศัยอำนาจ ฟูโกต์มองว่า อำนาจผลิตความรู้ ความจริงให้เกิดขึ้น และความรู้ความจริงที่ถูกผลิตขึ้นนั้นก็รองรับอำนาจ โดยมีสิทธิ์เป็นตัวกำหนดของเขตอำนาจ ความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายของอำนาจจะมีความสัมพันธ์กับการควบคุม ดังนั้นความรู้และอำนาจจึงมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดและเป็นส่วนหนึ่งของกันและกัน

ฟูโกต์ได้นำเสนอกรอบคิดเรื่อง “อำนาจ” ที่แตกต่าง โดยชี้ให้เห็นว่า “อำนาจ” ไม่ได้มาจากหรือมีรากฐานอยู่ในเศรษฐกิจและการเมืองแต่ “อำนาจ” มีลักษณะเป็นความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกันเป็นโครงข่ายสลับซับซ้อน มีความแตกต่างหลากหลายและแทรกตัวอยู่ในทุกส่วนของสังคม จากความแตกต่างหลากหลายและสลับซับซ้อนของ “อำนาจ” ทำให้เป็นการยากที่เราจะเข้าไปจัดการลดทอนให้ “อำนาจ”

เหลือเพียงความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับประชาชนเหมือนดังที่ได้เคยกระทำกันมาในอดีต ฟูก็อดมีได้มองว่าการมีอยู่ของ “อำนาจ” เป็นการดำรงอยู่อย่างเป็นระบบระเบียบแต่อย่างไร แต่ตรงกันข้ามการมีอยู่ของ “อำนาจ” กลับเป็นไปในลักษณะของการกระจัดกระจายแผ่อยู่กับทุกความสัมพันธ์ในรูปแบบของ “โครงข่ายแห่งอำนาจ” และแผ่ขยายครอบคลุมอยู่ตลอดทุกพื้นที่ของชีวิตทางสังคม แม้กระทั่งร่างกายของมนุษย์ที่ดูเหมือนมีความเป็นส่วนตัวและเป็นส่วนย่อยที่สุดของสังคมก็หาได้หลุดรอดหรือพ้นไปจากการถูกอำนาจเข้ากระทำแต่อย่างใด การที่ “อำนาจ” สามารถแทรกซึมและเข้าไปดำรงอยู่ได้ในทุกแห่งหนของสังคมนั้น ไม่ใช่เป็นเพราะ “อำนาจ” ได้กวาดรวมทุกอย่างเข้ามาไว้ด้วยกันภายในปริมาตรของอำนาจ แต่เป็นเพราะ “อำนาจ” มาจากทุกหนทุกแห่งในสังคม “อำนาจ” จึงมิได้ถูกรวมศูนย์และจัดวางไว้ให้อยู่ แต่เฉพาะกับรัฐหรือเป็นสิ่งที่บุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในสังคมจะเข้ายึดครองและปิดล้อมไว้เป็นเอกสิทธิ์ของตนเองแต่เพียงผู้เดียวได้ ตรงกันข้าม “อำนาจ” กลับมีการไหลเลื่อนถ่ายเทไปมาอยู่ตลอดเวลา เป็นผลให้ปัจเจกชนซึ่งเป็นผลสะท้อนแห่งอำนาจต้องตกอยู่ภายใต้การครอบงำของอำนาจไปด้วยในขณะเดียวกัน (Foucault, 1980: p.98)

อำนาจตามความหมายของฟูก็อด คือ การครอบงำทำให้เป็นรองในรูปแบบต่างๆ ซึ่งอาจมองไม่เห็นในทันที และสามารถพัฒนาตนเองให้เจริญเติบโตต่อไปได้ ฟูก็อดให้ความสนใจเกี่ยวกับการปฏิบัติการของอำนาจโดยกลไกเชิงอำนาจซึ่งเข้าไปครอบครองหรือเชื่อมโยงกลไกอำนาจเดิมเข้าด้วยกัน เพื่อครอบงำที่เบ็ดเสร็จยิ่งขึ้น กลไกเชิงอำนาจนี้เริ่มปฏิบัติการในภาคการผลิตและการบริการ โดยมุ่งความสนใจไปที่การกระทำต่อร่างกาย พฤติกรรม ทัศนคติและวิถีชีวิต เพื่อลดความหมายเชิงสัญลักษณ์ให้เหลือน้อยที่สุดหรือลบให้หายไป และรื้อสร้างประกอบขึ้นใหม่ ทั้งนี้โดยต้องจัดการกับมิติของเวลาและสถานที่ไปพร้อมๆกัน สิ่งเหล่านี้ถูกนำไปจำแนกชี้ขาดความปกติหรือไม่ปกติของบุคคล บุคคลจึงกลายเป็นวัตถุของการศึกษาเพื่อการจัดประเภท และถูกควบคุมดูแลบริหารจัดการโดยสถาบันที่ถูกสร้างขึ้นและได้รับอำนาจเด็ดขาดในการควบคุมยกตัวอย่างเช่น การจัดแบ่งคนออกเป็น 2 ประเภท คือ คนแข็งแรง และคนไข้หรือคนป่วย โดยมีโรงพยาบาลเป็นสถาบันที่ควบคุมกลุ่มคนที่ถูกจัดว่าเจ็บป่วยนั้น เมื่อโรงพยาบาลรื้อสร้างร่างกายให้แข็งแรงขึ้นใหม่แล้ว ก็ส่งผู้นั้นคนกลับสู่สังคมการผลิต ในมุมมองทางการเมือง ผู้เจ็บป่วยจัดว่าเป็นกลไกสำคัญในการดำรงอยู่เพื่อกรยืนยันความชอบธรรมของวิทยาศาสตร์และการแพทย์ ซึ่งเป็นสถาบันที่เป็นเครื่องมือในการใช้อำนาจรัฐ หากมองในด้านการปฏิบัติการเชิงอำนาจ หรือการกระทำเพื่อเปลี่ยนแปลงการกระทำของผู้อื่น ซึ่งต้องประกอบด้วยส่วนสำคัญ 2 ส่วน คือ 1) บุคคลและฝ่ายอื่น และ 2) การตอบโต้ การใช้อำนาจบังคับให้ฝ่ายอื่นกระทำการ หรือการกระทำให้ฝ่ายอื่นเลือกกระทำนั้น ฝ่ายอื่นก็มีอำนาจและเสรีภาพเช่นกัน ดังนั้นในการปะทะกันระหว่างสองฝ่าย ความเคลื่อนไหวของแต่ละฝ่ายจึงถูกกำหนดโดยการเคลื่อนไหวของอีกฝ่ายหนึ่ง ฟูก็อดเห็นว่าไม่มีใครอยู่นอกโครงสร้างข่ายอำนาจนี้และสังคมจะเปลี่ยนแปลงได้ก็ต่อเมื่อเปลี่ยนแปลงกลไกอำนาจที่ครอบงำวิถีชีวิตประจำวันก่อน ฟูก็อดไม่ได้ให้ความสนใจศูนย์กลางของอำนาจมากไปกว่าความสัมพันธ์ของอำนาจ ณ จุดปลาย

อำนาจตามแนวคิดของฟูก็อดตั้งอยู่บนสมมติฐานใน 5 ประเด็น (Foucault, 1990, pp.93-96) คือ

1. อำนาจไม่ได้มีลักษณะเหมือนกับสิ่งของ ซึ่งใครคนใดคนหนึ่งหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งจะสามารถแสวงหาเพื่อให้ได้มา หรือแบ่งปันให้บุคคลอื่นได้ อำนาจจึงไม่ใช่สิ่งที่ใครจะยึดครองหรือทำหลุดหายไปได้ แต่อำนาจมีปฏิบัติการจากจุดต่างๆ ในสังคมนับไม่ถ้วน และมีการเคลื่อนย้ายเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา
 2. ความสัมพันธ์เชิงอำนาจไม่ใช่ความสัมพันธ์ซึ่งแยกอย่างเด็ดขาดจากความสัมพันธ์ในสังคมชุดอื่นๆ เช่น ความสัมพันธ์ในการผลิต ความสัมพันธ์ในด้านความรู้ หรือความสัมพันธ์ทางเพศ แต่อำนาจจะปรากฏอยู่ในทุกความสัมพันธ์ทางสังคม และจะปรากฏตัวขึ้นในทันที หากความสัมพันธ์ทางสังคมเหล่านี้เกิดการไม่เท่าเทียม แต่ในขณะที่เดียวกันความสัมพันธ์เชิงอำนาจเองก็เป็นเหตุก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมในความสัมพันธ์ทางสังคมชุดอื่นได้ ฉะนั้นความสัมพันธ์เชิงอำนาจจึงไม่ได้เป็นโครงสร้างส่วนบนของสังคมที่ขัดขวางหรือส่งเสริมปัจเจกชนให้กระทำหรือไม่กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่ยังมีบทบาทในการสร้างสิ่งอื่นขึ้นมาด้วย โครงสร้างทางอำนาจจึงไม่มีตำแหน่งแห่งที่ที่แน่นอนตายตัว
 3. อำนาจเกิดจากรากฐานของความสัมพันธ์ มิใช่ลักษณะอำนาจจากบนลงล่าง แต่เป็นความสัมพันธ์แห่งพลังที่สร้างและหยั่งลึกลงในตัวตนของสังคม อำนาจจึงดำรงอยู่ทุกหนแห่ง และความสัมพันธ์เชิงอำนาจจึงมีหลายระดับซับซ้อนอยู่ในความสัมพันธ์ชุดต่างๆ ในลักษณะเป็นโครงข่าย ซึ่งความสัมพันธ์เชิงอำนาจเหล่านี้เป็นรากฐานก่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายอำนาจจากจุดหนึ่งไปยังจุดหนึ่ง การครอบงำเชิงอำนาจจึงเป็นผลมาจากปฏิบัติการของโครงข่ายอำนาจ
 4. ความสัมพันธ์เชิงอำนาจมีทั้งที่เกิดขึ้นโดยเจตนาและไม่ใช่อัตวิสัย (Intentional and NonSubjective) นั่นคือความสัมพันธ์เชิงอำนาจจะต้องมีเป้าหมาย (Target) และจุดมุ่งหมาย แต่ไม่ได้หมายความว่าความสัมพันธ์เชิงอำนาจจะต้องเกิดทางเลือกและการตัดสินใจของปัจเจกบุคคลเสมอไป
 5. ที่ใดที่มีอำนาจที่นั่นต้องมีการต่อสู้ขัดขืน (Where there is power, There is resistance) และการต่อต้านขัดขืนไม่เคยอยู่นอกเหนือความสัมพันธ์ทางอำนาจ อาจกล่าวได้ว่า เราอยู่ภายใต้อำนาจเสมอและไม่สามารถหลบหลีกจากอำนาจได้ การมีอยู่ของอำนาจขึ้นอยู่กับการสร้างประเด็นการต่อต้านต่างๆ ซึ่งการต่อต้านขัดขืนอาจแสดงบทบาทเป็นปรปักษ์ เป็นเป้าหมาย หรือแม้กระทั่งเป็นตัวจัดการควบคุมความสัมพันธ์ทางอำนาจ การต่อต้านขัดขืน จึงมีอยู่ทุกหนทุกแห่งในเครือข่ายของอำนาจ เพราะฉะนั้นการดำรงอยู่ของอำนาจก็ขึ้นอยู่กับการต่อสู้ขัดขืนด้วยเช่นกัน โดยการต่อต้านขัดขืนจะมีลักษณะที่แตกต่างหลากหลายและมีลักษณะเฉพาะของตนเอง
- ฟูโกต์ศึกษากระบวนการในการสร้าง สถาปนาตัวตนของคนในสังคมและตระหนักชัดว่า สูดยอดของอำนาจและการครอบงำอยู่ที่การสร้างตัวตน การทำให้มนุษย์กลายเป็นตัวตนใหม่ที่มีเอกลักษณ์เฉพาะ ฉะนั้นเทคนิควิทยาการในการสร้างตัวตนั้นก็คือเทคนิควิทยาการของอำนาจที่แยบยลอีกแบบหนึ่ง นอกเหนือไปจากเทคนิคที่เรียกว่า ความรู้ (ไซริตัน เจริญสินโอฬาร, 2542: น.15)
- ตามแนวคิดของฟูโก่นั้น กลไกอำนาจทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์เป็นกลไกที่ละเอียด ซับซ้อนและทำงานอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบที่ครอบงำ ควบคุม และจัดการกับร่างกาย จิตใจและความคิดของมนุษย์ทุกส่วนอย่างแยบยล มีการจัดแจงพฤติกรรมว่าเป็นพฤติกรรมที่รับได้หรือไม่ ประชาชนถูกจัดให้เป็น

วัตถุประสงค์การศึกษา ที่จะต้องให้ข้อมูลโดยละเอียดเกี่ยวกับวิถีชีวิตและพฤติกรรม กลไกเชิงอำนาจนี้แผ่ขยายอำนาจเข้าไปครอบงำทุกส่วนของพื้นที่ เช่น ห้องนอน ห้องครัว ห้องน้ำ หรือแม้แต่ร่างกายของคน

เมื่อมีความสัมพันธ์ของอำนาจเชิงโครงสร้างเกิดขึ้น สิ่งหนึ่งที่เราต้องย้อนดู คือ ในโครงสร้างเหล่านั้นประกอบไปด้วยเงื่อนไขอะไรบ้าง และที่เราพบคือ ปัจเจกบุคคลที่อยู่ในโครงสร้างของทุกๆสังคม เพราะปัจเจกเป็นส่วนในการขับเคลื่อนให้สังคมมีพลังและก้าวต่อไปได้ หากสังคมนั้นไม่มีปัจเจก โครงสร้างจะถูกออกแบบมาเพื่อวัตถุประสงค์อะไร ทุกวันนี้การควบคุมจากรัฐและโครงสร้างเพื่อให้สังคมเกิดความเป็นระเบียบเรียบร้อย และสามารถพัฒนาให้ก้าวทันยุคสมัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา แต่การควบคุมดังกล่าวไม่ได้ถูกสร้างมาเพื่อให้สังคมปกติสุขเพียงอย่างเดียว อำนาจยังมีความซับซ้อนและทับซ้อนกันอยู่หลายชั้น จนบางครั้งดูเหมือนว่าอำนาจเข้ามาแทรกแซงในวิถีการดำเนินชีวิตของผู้คนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ผู้ถูกกระทำมักตั้งคำถามว่าอำนาจเหล่านั้นเกิดขึ้นมาเพื่อผลประโยชน์ของตนเองหรือสังคมกันแน่

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงอำนาจในรูปของอัตลักษณ์วัฒนธรรม ปรากฏให้เห็นในงานระยะหลังมากขึ้น แต่ไม่ได้เป็นเพียงความสัมพันธ์ระดับปัจเจกเพียงอย่างเดียว เพราะโครงสร้างต้องเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเสมอ เนื่องจากมนุษย์เราเกิดมาภายใต้ระบบโครงสร้างทางสังคมอย่างน้อยที่สุดก็คือ โครงสร้างของครอบครัว พัฒนาจนกลายเป็นโครงสร้างที่มีอำนาจมากขึ้นอย่างรัฐ อำนาจเป็นสิ่งที่ไม่มีความแน่นอนตายตัว เป็นสิ่งที่สามารถข้ามผ่านไปได้ ระหว่างผู้กระทำและผู้ถูกกระทำ ใช้อำนาจจะตกอยู่ในมือของคนใดคนหนึ่งเสมอไป บางสถานภาพและบทบาทอำนาจที่มีการปรับเปลี่ยนขึ้นอยู่กับบริบทแวดล้อมและตัวเองว่าจะตกอยู่ในความสัมพันธ์แบบไหน หรือที่ Foucault (1991, p.31) มองว่าอำนาจไม่ได้เป็นคุณสมบัติของชนชั้นใดชั้นหนึ่ง หรือเป็นเครื่องมือที่ใครคนใดคนหนึ่งจะสามารถใช้ได้ตามใจปรารถนา แต่หมายถึงรูปแบบของการครอบงำและการกดบังคับแบบต่างๆ และในสังคมใดก็ตาม เราจะพบความไม่สมดุลของอำนาจเสมอ และอำนาจไม่ต่างกับความสัมพันธ์ทั้งหลายในสังคมในแง่ที่เราไม่สามารถมองเห็นได้อย่างทันทีทันใด

แนวคิดวิถีชีวิต

ความหมายของวิถีชีวิต

วิถีชีวิต หมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งการแสดงพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคล เนื่องจากการประพฤติปฏิบัติบ่อยครั้งจนเกิดเป็นนิสัยและเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตที่มีความคงที่ภายใน เป็นการกระทำที่เป็นเอกลักษณ์ (พรสุข หุ่นรินันต์ , 2545, น.114-117) วิถีชีวิตจึงเป็นพฤติกรรมเฉพาะของแต่ละคนที่กระทำจนเป็นกิจวัตรประจำวันซึ่งสะท้อนเจตคติและค่านิยมของบุคคล ทั้งในเรื่องลักษณะของครอบครัวที่อยู่อาศัย ค่านิยมทางสังคมขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมและองค์ค่าสังคม (ชลลดา ไชยกุลวัฒนา, 2542, น.21) วิถีชีวิตของบุคคลในบางเรื่อง บุคคลเป็นผู้กำหนดและเลือกเอง แต่ก็มีบางครั้งที่วิถีชีวิตอาจถูกกำหนดจากบุคคลอื่น ประกอบกับวิถีชีวิตมีการเรียนรู้ได้และถูกนำมาเป็นตัวอย่าง (วรัตมา สุขวัฒนานันท์, 2540, น.33-35)

วิถีชีวิตของบุคคลเป็นมุมมองมิติกว้าง ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การเรียนรู้ทางสังคม (Socialization) ในชีวิตของมนุษย์ที่เรียงลำดับตั้งแต่สิ่งที่จำเป็นสำหรับชีวิตตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย และมีความสัมพันธ์กับบริบททางกายภาพ สังคม วัฒนธรรมและปรัชญาในการดำเนินชีวิต (ชินชญา นาคะ ,2542, น.7) วิถีชีวิตเกิดจากการที่สังคมมีกรอบแนวความคิดทำให้บุคคลในสังคมมีพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้อย่างเด่นชัดและแตกต่างกันไป

ปัจจัยสำคัญที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของบุคคล (Green & Kreuter, 1999, pp.35-41) ประการแรกคือปัจจัยนำ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ (Knowledge) เจตคติ (Attitudes) ความเชื่อ (Beliefs) ค่านิยม (Values) การรับรู้ (Perceptions) ส่วนปัจจัยต่อมา คือ ปัจจัยสนับสนุน (Reinforcing Factors) ปัจจัยด้านนี้ จะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกในครอบครัว บุคคลรอบข้างในสังคม เพื่อนบ้าน กลุ่มเพื่อนร่วมงาน กล่าวได้ว่าปัจจัยด้านนี้เป็นปัจจัยด้านการสนับสนุนเชิงสังคม (Social Support) ส่วนปัจจัยประการสุดท้าย คือ ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) ปัจจัยด้านนี้จะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกฎระเบียบ ข้อบังคับของสังคม ประเพณี วัฒนธรรม ทักษะ ความชำนาญ รวมถึงความพึงพอใจในชีวิต

เพราะฉะนั้นมนุษย์ทุกคนล้วนมีศักยภาพในตนเองและมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่างๆของแต่ละบุคคล แต่เป้าหมายที่แท้จริงของมนุษย์อาจไม่แตกต่างกัน นั่นก็คือ ชีวิตที่มีความเจริญงอกงามและมีความสุข จะแตกต่างกันก็เพียงแต่วิธีการหรือวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งแต่ละบุคคลเลือกที่จะเดินทางไปสู่เป้าหมายของตนเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำหรับงานการศึกษาเกี่ยวกับอัตลักษณ์ในประเทศไทย โดยเฉพาะการศึกษาทางด้านสังคมวิทยาและมานุษยวิทยานั้น มีการนำเอาแนวคิดเรื่องอัตลักษณ์มาวิเคราะห์ประเด็นการศึกษาที่หลากหลาย และยังไม่มีพบว่ามีการศึกษาเรื่องอัตลักษณ์ในกลุ่มวิชาชีพพยาบาลโดยตรง เนื่องมาจากเป็นวิชาชีพที่เน้นความมีเอกลักษณ์ของบุคคลตามบทบาทหน้าที่ และพฤติกรรมที่พึงปรารถนาของสังคมเป็นหลัก (นันทนา น้ำฝน , 2538) ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับอัตลักษณ์ พบว่าเราสามารถแบ่งงานที่ศึกษาเรื่องอัตลักษณ์ ออกได้เป็น 3 กลุ่ม

กลุ่มแรก การศึกษาอัตลักษณ์ของกลุ่มชาติพันธุ์ เช่น งานวิจัยของ อรัญญาศิริผล (2545) ที่ศึกษาเรื่อง “ฝิ่นกับคนม้ง: พลวัตความหลากหลายและความซับซ้อนแห่งอัตลักษณ์ ” งานวิจัยชิ้นนี้ได้อธิบายภาพลักษณ์ของชาวเขาเผ่าม้งที่ถูกกักขังไว้กับอัตลักษณ์ด้านลบ นั่นคือ ชาวม้งมักถูกนำไปผูกติดกับฝิ่น ทำให้อัตลักษณ์ของชาวเขาเผ่าม้งจึงเป็นอัตลักษณ์ประดิษฐ์ที่ผ่านกระบวนการสร้างจากรัฐ ซึ่งไม่ใช่เป็นอัตลักษณ์ที่ชาวเขาเผ่าม้งเป็นผู้นิยามแต่เป็นภาพตัวแทนที่ถูกเหมารวมจากรัฐ ความซับซ้อนของอัตลักษณ์ชาวเขาเผ่าม้งจึงเป็นเรื่องของการจัดวางตัวตนของคนม้งให้สอดคล้องกับสังคมภายนอกในขณะเดียวกันก็เลือกที่จะมีตัวตนตามแบบวิถีของชาวเขาเผ่าม้ง

กลุ่มที่สอง การศึกษาอัตลักษณ์ของกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคม อย่างงานเรื่อง ชยะเก็บชีวิต : ชีวิตชายชยะ “ประสบการณ์เมืองคนเก็บและรับซื้อของเก่าซาเล้ง” ของ สิริพร สมบูรณ์บุรณะ (2545) ที่เสนอทัศนะของคนเก็บขยะและรับซื้อของเก่าที่มีต่อวัตถุที่หลายคนมองว่าเป็นเพียงขยะไม่มีค่าและภาพชีวิตที่พวกเขาได้ตอบคนอื่นที่มองว่าเป็นคนจน ด้อยการศึกษา ไม่มีทางหากินอย่างอื่น ด้วยการให้คุณค่าสิ่งที่พวกตนทำว่าเป็นประโยชน์ต่อคนเมืองอย่างยิ่ง

กลุ่มสุดท้าย ได้แก่ กลุ่มอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการช่วงชิงการนิยามความหมาย และการสร้างความเป็นตัวตนของคนกลุ่มต่างๆ ในสังคม การขยายภาพที่จะตอบคำถามถึงความสัมพันธ์ที่ถูกสร้างขึ้น ระหว่างความเป็นคนอื่นหรือสิ่งอื่น (โครงสร้าง) กับตัวเราอย่างงานของพิเชฐ สายพันธ์ (2545) เรื่องเกย์ : ในฉากชีวิตแห่งสลิมนสถาน ที่ได้สำรวจภูมิหลังเรื่องการจำแนกเพศสภาพในสังคมต่างๆ ซึ่งมักจะถูกนิยามความหมายไปในทางลบ รวมถึงกลุ่มเกย์ ที่ถูกมองว่าเป็นพวกที่ล้มเหลวในการพิสูจน์ความเป็นชายของตนเอง งานชิ้นนี้ได้แสดงให้เห็นถึงสำนักแห่งตัวตนหรือ

อัตลักษณ์ ที่มีก่อกำตัวขึ้นในสถานที่บางแห่ง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ทำให้รู้จักตนเองมากขึ้น รู้จักคนอื่นที่มีความต้องการความปรารถนาทำนองเดียวกัน สลิมนสถานจึงเป็นเวทีเฉพาะ สำหรับการสร้างสำนึกร่วมกันและตอบสนองความไฝฝันของแต่ละบุคคล ที่มีใช้เป็นเพียงสถานที่ที่ดำรงอยู่ทางกายภาพเท่านั้นแต่หากมีความหมายต่อชีวิตของคนกลุ่มนี้ด้วย (ปริตรตา เฉลิมเผ่า กอนันตกุล, บรรณาธิการ, 2545: 36-92)

งานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลที่ผ่านมา ที่พยายามศึกษาเกี่ยวกับตัวตนของพยาบาลนั้น จุดเริ่มต้นของงานที่ศึกษานั้นจะเน้นไปที่ภาพลักษณ์พยาบาล (Nurse Image) ซึ่งเป็นภาพของพยาบาลที่เกิดขึ้นในใจของบุคคล ประกอบด้วยคุณลักษณะต่างๆ ของพยาบาล การปฏิบัติงานและผลงานที่พยาบาลได้กระทำ ภาพลักษณ์พยาบาลนี้เกิดการที่บุคคลในสังคมได้รับรู้ประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม อาจเป็นประสบการณ์ด้วยตัวเองเมื่อเจ็บป่วย หรือการที่บุคคลในครอบครัว ญาติมิตรเจ็บป่วยหรือการได้ยินคำบอกเล่าจากคนอื่น (พูนพิลาส โจนสุพจน์, 2541: น. 1-2) ซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ

โดยงานแรกๆ มุ่งศึกษาเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาลตามการรับรู้ของบุคคลในวิชาชีพ ที่นักศึกษาพยาบาลและอาจารย์พยาบาลมองพยาบาล เช่นในงานการศึกษาของวิชิตและวิภาดา (Wichit and Wipada, 1997) ที่มองภาพพยาบาลเป็นไปในทางบวก ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Kalisch&Kalisch(1987) ที่พบว่าภาพลักษณ์ของพยาบาลเป็นไปในทางบวก คือเป็นภาพของนักวิชาชีพ ที่ประกอบด้วยความเป็นผู้มีความรู้ สติปัญญา ฉลาด เป็นตัวของตัวเอง มีเหตุผล มีความหนักแน่น กล้าแสดงออก เป็นนักวิชาชีพที่น่าเคารพนับถือ เป็นคนรักความก้าวหน้า

ต่อมาเป็นงานที่ภาพลักษณ์ของพยาบาลถูกมองโดยบุคคลภายนอก อย่างงานการศึกษาของ พูนพิลาส โจนสุพจน์ (2541) ที่ศึกษาภาพลักษณ์ของพยาบาลตามการรับรู้ของสาธารณชน เป็นภาพลักษณ์ของพยาบาลทั้งที่เกิดขึ้นจริงและภาพในอุดมคติ พบภาพลักษณ์ของพยาบาลในทางลบมากกว่าในทางบวก และงานศึกษาภาพลักษณ์ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลและคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า นักศึกษาพยาบาลมองพยาบาลเป็นนางฟ้าในชุดสีขาว ส่วนอาจารย์พยาบาลมองพยาบาลเป็นนักวิชาชีพ

ปัจจุบันมีงานที่ศึกษาภาพลักษณ์ตัวตนของพยาบาล ที่พยายามศึกษาความคิดของพยาบาล เกี่ยวกับภาพลักษณ์ตัวตนของพยาบาล โดยศึกษาปัจจัยและตัวแปรที่สัมพันธ์กับการสร้างภาพลักษณ์ตัวตนของพยาบาล และอธิบายคุณลักษณะของภาพลักษณ์ตัวตนของพยาบาล โดยวิเคราะห์ตั้งแต่กระบวนการอบรมในครอบครัว กระบวนการอบรมขัดเกลาในวิชาชีพและชีวิตการทำงานพยาบาล การมองตัวเองแต่ละขั้นตอน ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา อย่างงานของ อารยาอินทรวรานนท์ (2546) ที่ศึกษา “ภาพลักษณ์ตัวตนของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ ” โดยศึกษาในโรงพยาบาลตากสิน พบว่า การดำรงตัวตนของพยาบาลนั้น พยาบาลมีแก่นของตัวตนเดิมซึ่งมีคุณลักษณะที่สอดคล้องกันในวิชาชีพพยาบาล การมองตัวตนในทางบวก เช่น ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้หายได้ การเป็นที่ปรึกษาทางด้านสุขภาพ การเป็นที่พึ่งหลักของครอบครัว ความสามารถในการหาเงิน การทำงานมีรายได้เป็นของตนเอง เป็นต้น ทำให้เกิดความพอใจในตัวตน สำหรับทางเลือกของตัวตนในวิชาชีพพยาบาลมีอยู่หลายทางนั้น พยาบาลส่วนใหญ่เลือกดำรงบทบาทตามเพศสภาพ อย่างไรก็ตามตัวตนของผู้หญิงต้องยอมรับบทบาทตามเพศสภาพพร้อมกับงานในวิชาชีพ ทำให้ภาพลักษณ์ตัวตนเป็นไปตามบรรทัดฐานของสังคมกำหนดว่าพยาบาลคือใคร ซึ่งให้เห็นว่าตัวตนจริงๆนั้นถูกสร้างและพัฒนาตามที่สังคมกำหนดและสิ้นไหลไปตามการเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่แวดล้อมบุคคลอยู่

จะเห็นได้ว่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอัตลักษณ์ในวิชาชีพพยาบาลที่ผ่านมา มีการศึกษาที่มุ่งศึกษาภาพลักษณ์ภายนอกของพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะนำไปปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานของพยาบาลให้มีคุณภาพตามที่สาธารณชนต้องการ แต่ยังไม่พบงานงานที่ศึกษาเกี่ยวกับการสร้างอัตลักษณ์ ตัวตนของพยาบาลวิชาชีพ ในมุมมองที่พยายามทำความเข้าใจกับสิ่งที่พยาบาลคิด และสร้างภาพลักษณ์ออกมาในลักษณะการสร้างอัตลักษณ์ของพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงให้ความสนใจที่จะศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับอัตลักษณ์ ตัวตน ของพยาบาลในห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นกลุ่มพยาบาลที่มีความน่าสนใจทั้งในแง่ของรูปแบบการปฏิบัติงานในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยบริการ ซึ่งเป็นงานที่มีความชำนาญเฉพาะทาง แตกต่างจากรูปแบบงานของพยาบาลที่บุคคลในสังคมได้พบเจอหรือมีประสบการณ์ร่วม และความน่าสนใจในเรื่องของพื้นที่ ที่เป็นพื้นที่เฉพาะ เป็นเขตปลอดภัยและมีข้อจำกัดหลายๆอย่าง ทั้งในด้านโครงสร้าง กฎเกณฑ์ที่เคร่งครัด ที่เป็นข้อจำกัดในการกำหนดให้ผู้ที่เกี่ยวข้องต้องปฏิบัติตาม

งานวิจัยเชิงคุณภาพ

โมโนทัศน์ของการวิจัยเชิงคุณภาพ (Concepts of Qualitative Research)

หลักการและระเบียบวิธี (Methodology) ต่างๆ ของการวิจัยเชิงคุณภาพ สามารถสรุปรวบยอดเป็นหลักการทั่วไป (Concepts) ของการวิจัยเชิงคุณภาพได้ 5 ประการ ดังนี้

1. การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการสืบค้นเพื่อสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาอย่างเป็นระบบ เพื่ออธิบายความหมายที่มีอยู่ในกลุ่มที่ศึกษา วิธีการที่ผู้คนเหล่านั้นตีความหมายและมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างไร รวมทั้งมีความหลากหลายของความหมายและรูปแบบ (Pattern) อย่างไร
2. การวิจัยเชิงคุณภาพ ให้ความสำคัญยิ่งกับบริบททั้งทางด้านสังคม กายภาพและจิตใจ และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการนำมาออกแบบการวิจัย เนื่องจากสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลสำคัญต่อมุมมอง ประสบการณ์ และการกระทำของกลุ่มคนที่ต้องการศึกษา ปฏิสัมพันธ์ต่างๆ และวิถีทางสังคม วัฒนธรรมเป็นตัวถักทอการให้ความหมายและการกระทำต่างๆ ของพวกเขา
3. นักวิจัยเชิงคุณภาพ จะนำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นโลกทัศน์ ตรรก ความคิดและคำพูดของผู้คนที่เข้าไปเก็บข้อมูล รวมถึงการให้ความหมายและตีความจากข้อมูลที่เป็นวจนภาษา (ภาษาพูด) และอวจนภาษา (ภาษากาย)
4. กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพมีลักษณะยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนได้ บางครั้งผุดขึ้นมาเองในสนามการวิจัย อาจมีการปรับเปลี่ยนวิธีการให้แตกต่างไปจากการออกแบบครั้งแรก หากข้อค้นพบในสนามบ่งชี้การปรับเปลี่ยนประเด็นหรือวิธีการเก็บข้อมูลที่ออกแบบไว้แต่เดิม และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจะเริ่มทำซ้ำแล้วซ้ำอีกตั้งแต่เริ่มเก็บข้อมูล
5. นักวิจัยเชิงคุณภาพต้องมีความสามารถสะท้อนตนเอง (Reflexivity) เพื่อให้เกิดสติ เข้าใจสถานะความรู้สึกตน (Critical Self Awareness) ความสามารถนี้เป็นสิ่งสำคัญมาก (Vital Process) ในการตั้งคำถามกับตนเองและสังเกตความรู้สึกของตนเองไปด้วยขณะทำการฟังหรือสังเกตผู้คนที่สนทนารวมทั้งระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งนี้ นักวิจัยจำเป็นต้องมีสติขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนที่สนทนาในระหว่างการเก็บข้อมูล ในลักษณะเป็นหุ้นส่วนในการสำรวจประเด็นเรื่องราวที่ต้องการ ขณะเดียวกัน ผู้วิจัยต้องตั้งใจฟัง เพื่อทำความเข้าใจในเรื่องราวของเขาเพื่อตั้งคำถามหรือโต้ตอบอย่างเหมาะสมกับพวกเขา การสำรวจตนเองและการบันทึกการสังเกตต่างๆ ลงไปเป็นส่วนหนึ่งของการตีความซ้ำแล้วซ้ำอีก (Interactive Process of Interpretation) ซึ่งจะทำให้การเก็บข้อมูลในสนามมีความสมบูรณ์ บรรลุเป้าหมายที่วางไว้(ทวิศักดิ์ นพเกษร, 2548)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ หมายถึง ความคิด ความเห็น ความเชื่อ เจตนาคติ คุณค่า โลกทัศน์ ความรู้ พฤติกรรม วิถีชีวิต ปฏิสัมพันธ์ โครงสร้างทางสังคม กระบวนการภายในกลุ่มหรือองค์กร ลักษณะกิจกรรม การรับรู้ อารมณ์ความรู้สึก บางครั้งอาจเรียกว่า ข้อมูลเชิงมนุษยวิทยา (Anthropological Data) หรือข้อมูลเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnographic Data)

แหล่งข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 วิธีหลักคือ การสัมภาษณ์ การสังเกต และ การบันทึกลายลักษณ์อักษร (Written Material) หรือสิ่งบันทึกในรูปแบบต่างๆ ของมนุษย์ (Document) ที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ

1) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์(Interview)

ข้อมูลถูกเก็บขึ้นมาโดยการบันทึก ยกคำพูดขึ้นมาคำต่อคำ (Verbatim Quotation) โดยผู้บันทึกไม่เปลี่ยนแปลงคำพูดเหล่านั้น และจะบันทึกบริบท เหตุการณ์ สิ่งแวดล้อมประกอบไปด้วย ในขณะที่ทำการบันทึกคำพูดนั้น เพื่อการตีความภายหลัง ข้อมูลเหล่านี้ได้มาโดยการใช้น้ำคำถามปลายเปิด เป็นข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ต่างๆ การรับรู้ ความคิดเห็น ความรู้สึก ความรู้

2) ข้อมูลจากการสังเกต (Observation)

ข้อมูลถูกเก็บขึ้นมาจากการเฝ้าสังเกตแล้วบันทึกโดยละเอียดเกี่ยวกับพฤติกรรม การกระทำ กิจกรรม การสนทนา ปฏิสัมพันธ์ กระบวนการ รวมทั้งบริบท สิ่งแวดล้อม ขณะทำการสังเกต เพื่อประกอบการตีความภายหลัง

3) ข้อมูลจากสิ่งบันทึก (Documents)

ข้อมูลถูกเก็บขึ้นมาโดยการยกข้อความที่บันทึกไว้ออกมาเป็นท่อน โดยไม่ตัดแปลงจากเอกสารในรูปแบบต่างๆ เช่น หนังสือรายการ จดหมาย บันทึกช่วยจำ ใบปลิว บันทึกส่วนตัว (Diary) งานศิลปะ ภาพถ่าย ข้อความ ที่เขียนตอบคำถามปลายเปิดในแบบสอบถาม แผ่นประชาสัมพันธ์ (Brochure) รายงาน วรรณกรรม เป็นต้น(ทวิคัตตี้ นพเกษร, 2548)

เกณฑ์พิจารณาคุณภาพงานวิจัยเชิงคุณภาพ

เกณฑ์พื้นฐานของรายงานวิจัยเชิงคุณภาพคือ คุณค่าของความเชื่อถือได้ (Trustworthiness) เนื่องจากการที่นักวิจัยเป็นหุ้นส่วน (Partner) ร่วมกับกลุ่มที่ต้องการเก็บข้อมูล (Participant) โดยการสร้างสัมพันธ์ที่ดี จนเป็นที่ไว้วางใจและสามารถเปิดใจให้ข้อมูลต่างๆ แก่นักวิจัย ขณะเดียวกันนักวิจัยเองต้องมีสติและสะท้อนตนเองอยู่เสมอ เพื่อให้สามารถวางตนเป็นกลางจริงๆ โดยปราศจากอคติต่อข้อมูลเหล่านั้น ซึ่งได้แก่

1. ความน่าเชื่อถือได้ (Credibility) หมายถึง ความเชื่อถือได้ต่อความจริงของสิ่งที่ค้นพบ และต่อความเข้าใจของบริบทที่เที่ยงตรง โดยมีประเด็นที่สำคัญคือ สิ่งที่ค้นพบต่างๆ นั้น มีความสัมพันธ์ที่เป็นเห็นเป็นผลหรือไม่ และข้อค้นพบนั้นมีความหนักแน่นในการอธิบาย สนับสนุนข้อคิด ข้อเสนอเพียงใด ข้อมูลที่พรรณนาในรายงาน (Narrative Data) มีน้ำหนัก ความเป็นหลักฐาน ปริมาณเพียงพอที่สนับสนุนสิ่งที่พบหรือไม่ สิ่งที่พบนั้นต้องการข้อมูลเพิ่มเติมในการสนับสนุนหรือไม่และประชากรที่นักวิจัยเข้าไปศึกษา พิจารณารายงานการวิจัยนั้นว่ามีความเที่ยงตรงหรือไม่

2. ความวางใจได้ (Dependability) หมายถึง ความวางใจได้ในกระบวนการวิจัยที่ใส่ใจอย่างระมัดระวังกับการดำเนินการตามกฎระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยคำถามการวิจัยชัดเจนและเชื่อมโยงอย่างสมเหตุสมผลกับเป้าหมายของการวิจัย (Research Purpose) และการออกแบบการวิจัยหรือไม่

แหล่งข้อมูลต่างๆ (Data Sources) เทียบเคียงกันได้หรือไม่ ผู้เก็บข้อมูลในสนามมีบันทึกแนวทางสำหรับเก็บข้อมูลที่สามารถเปรียบเทียบกันได้หรือไม่

3. ความสามารถในการยืนยันว่าไม่เปลี่ยนแปลง (Conformability) ข้อมูลที่ยืนยันได้ (Confirmable) คือข้อมูลที่เกี่ยวข้องตรงในการสะท้อนมุมมองและประสบการณ์ของกลุ่มที่นักวิจัยเข้าไปศึกษา นักวิจัยต้องสามารถแยกแยะมุมมองความเห็นส่วนตัวของตนเองออกจากกลุ่มที่ตนศึกษา นักวิจัยต้องสามารถสังเกต สะท้อน และบันทึกบทบาท ข้อสันนิษฐาน (Assumption) อคติ ปฏิบัติการของตนเอง ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล

4. ความสามารถถ่ายย้ายไปใช้ได้ (Transferability) องค์ความรู้ที่เรียบเรียงไว้อย่างดีจากงานวิจัยเชิงคุณภาพ อาจนำไปประยุกต์ใช้ได้กับกลุ่มประชากรอื่นที่คล้ายคลึงกับประชากรที่นักวิจัยเข้าไปศึกษา ดังนั้นการเลือกตัวอย่างที่เหมาะสมเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ให้ความคิดเห็นหรือประสบการณ์ที่สะท้อนประเด็นสำคัญในปัญหาวิจัย จึงเป็นเรื่องสำคัญเพื่อให้สามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ไปขยายผล

5. คุณภาพของงานวิจัยเชิงคุณภาพ ส่วนใหญ่นั้นขึ้นอยู่กับศักยภาพของนักวิจัยเอง ทั้งด้านทักษะระเบียบวิธีวิจัย ความไวต่อความรู้สึกของตนเองและต่อสิ่งต่างๆ รอบตัว (Sensitivity) และความคงเส้นคงวา (Integrity)

การยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อค้นพบ (Triangulation)

ในทางสังคมศาสตร์ Triangulation หมายถึง การเปรียบเทียบข้อค้นพบของปรากฏการณ์ที่ทำการศึกษา (Phenomenon) จากแหล่งและมุมมองที่แตกต่างกัน นักวิจัยจำนวนมากคาดหมายว่า Triangulation เป็นแนวทางสำหรับการยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลหรือสิ่งที่ค้นพบ โดยมีรูปแบบการเปรียบเทียบข้อค้นพบเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือ (Triangulation) มี 7 รูปแบบได้แก่

1. Data Triangulation หมายถึง การเปรียบเทียบและตรวจสอบ (Cross-Check) ความแน่นอนของข้อมูล (Consistency) โดยนำข้อมูลจากแหล่งต่างๆ (Data Sources) ซึ่งอาจเก็บภายในช่วงเวลาเดียวกันหรือคนละช่วงเวลา มาเปรียบเทียบ ได้แก่ เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสังเกตกับการสัมภาษณ์ เปรียบเทียบสิ่งที่พูดในที่สาธารณะกับขณะพูดเป็นส่วนตัว ตรวจสอบความแน่นอนของคำพูดในเรื่องเดียวกันแต่คนละเวลา เปรียบเทียบมุมมองของผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา เปรียบเทียบข้อมูลการสัมภาษณ์กับเอกสารหรือบันทึกต่างๆ เปรียบเทียบข้อมูลของปรากฏการณ์เดียวกัน ที่มาจากแต่ละระยะของงานในสนาม เปรียบเทียบข้อมูลเรื่องเดียวกันที่มาจากผู้ให้ข้อมูลหลายๆ คน ที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน

2. Multiple Investigation Triangulation หมายถึง การใช้นักวิจัยหลายคนในสนาม แทนการใช้นักวิจัยเพียงคนเดียว เก็บข้อมูลประเด็นเดียวกันในสถานะเดียวกัน

3. Multiple Analyst Triangulation หมายถึง การใช้ผู้วิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บมาจากสนามมากกว่า 2 คนขึ้นไป ต่างคนต่างวิเคราะห์ข้อมูลให้ได้ข้อค้นพบ แล้วนำข้อค้นพบต่างๆ มาเปรียบเทียบกัน ในการใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อประเมินผล เสนอให้มีผู้วิเคราะห์ 2 คนะ คณะแรกทำการค้นหาข้อมูล โดยวิเคราะห์บนฐานของเป้าหมายที่กำหนดไว้แล้วของโครงการที่ทำการประเมิน อีกคณะหนึ่งวิเคราะห์ข้อมูล

โดยไม่คำนึงถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้แล้วของโครงการ แต่จะประเมินตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมายของโครงการ และผลลัพธ์ของโครงการที่เกิดขึ้นจริงทั้งหมด โดยไม่อิงกับเป้าหมายของโครงการที่กำหนดไว้แล้ว

4. Review Triangulation หมายถึง การให้บุคคลต่างๆ ที่ไม่ใช่คณะนักวิจัยทำการทบทวนขอค้นพบจากการวิเคราะห์ของคณะวิจัย ผู้วิจัยสามารถเรียนรู้ได้มากยิ่งขึ้นทั้งด้านความแม่นยำ (Accuracy) ความสมบูรณ์ (Completeness) ความเป็นธรรม (Fairness) และความน่าเชื่อถือ (Credibility) ในการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งช่วยให้เกิดความคิดหรือการตีความใหม่ๆ เพิ่มเติม

5. Methods Triangulation หมายถึง การเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้อาจมาจากเทคนิคการเก็บข้อมูลหลายวิธีการ เช่น นำข้อมูลประเด็นเดียวกัน ซึ่งเก็บโดยวิธีการสนทนากลุ่มมาเปรียบเทียบกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต หรือการเปรียบเทียบและบูรณาการข้อมูลที่เก็บจากวิธีการเชิงปริมาณกับวิธีการเชิงคุณภาพ เพื่อดูลักษณะและระดับของความไปด้วยกัน (Degree and Nature of Compatibility)

6. Theory Triangulation หมายถึง การใช้มุมมองของทฤษฎีต่างๆ (Different Theoretical Perspectives) มาพิจารณาข้อมูลชุดเดียวกัน เพื่อเปรียบเทียบข้อค้นพบเหล่านั้น จุดสำคัญของการใช้ Theory Triangulation คือ การทำให้เกิดความเข้าใจถึงข้อสันนิษฐาน (Assumption) และหลักทฤษฎีที่ใช้อ้างอิงมีอิทธิพลต่อข้อค้นพบ (Finding) และการตีความ (Interpretation) ของงานวิจัยนั้นอย่างไร

7. Interdisciplinary Triangulation หมายถึง การใช้สหวิทยาการเข้ามาร่วมวาทกรรม (Discourse) อธิบายข้อค้นพบต่างๆ ดังเช่นการวิจัยที่อยู่ในศาสตร์ของจิตวิทยาการศึกษา อาจใช้หลักการของศาสตร์อื่นร่วมด้วย เช่น สังคมวิทยา มานุษยวิทยาและศิลปศึกษา
วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research Methodology)

การแบ่งประเภทระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ยังไม่มีข้อตกลงแน่นอนว่าจะแบ่งเป็นประเภทต่างๆ อย่างไร โดยขอเลือกนำมากล่าวพอสังเขป 7 ประเภทได้แก่

1. การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography)

การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาเป็นการวิจัยที่มีกำเนิดมาจากสาขามานุษยวิทยา ที่มุ่งศึกษาระบบทางสังคม วัฒนธรรม พฤติกรรมและวิถีชีวิตของชนเผ่าที่ล้าหลังหรือชนกลุ่มน้อย วิธีการเก็บข้อมูลหลักคือการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยนักวิจัยเข้าไปใช้ชีวิตอย่างใกล้ชิดกับกลุ่มคนที่ต้องการศึกษา เสมือนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่มชนนั้น เผ่าสังเกตและจดบันทึกเป็นเวลานาน แล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาเรียบเรียงพรรณนา ลักษณะสำคัญของงานวิจัยนี้คือการเน้นความเป็นองค์รวมและให้ความสำคัญกับบริบท การวิเคราะห์และพรรณนาเน้นปัจจัยทางวัฒนธรรมและสังคมเป็นหลัก และมักใช้เวลาเก็บข้อมูลนานตั้งแต่เดือนขึ้นไป

2. การวิจัยแบบกรณีศึกษา (Case Study)

การวิจัยแบบกรณีศึกษา คอการศึกษากรณีที่เป็นแบบฉบับ ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าใจในกลุ่มชน ปรากฏการณ์ การกระทำในประเด็นนั้นได้เป็นอย่างดี กรณีที่ศึกษาต้องมีความสมบูรณ์ในตัวเอง มีความเฉพาะเจาะจงและมีขอบเขตชัดเจน กรณีศึกษาอาจเป็นบุคคล เหตุการณ์ องค์กร กลุ่มวัฒนธรรม

ภูมิภาค ชาติ โครงการ กิจกรรม แต่ต้องมีความเฉพาะเจาะจง ชัดเจน สมบูรณ์ เป็นระบบในตัวเองทั้งด้าน เนื้อหา เวลา สถานที่

3. การวิจัยแบบสร้างคำอธิบายทั่วไปเชิงทฤษฎีจากข้อมูล (Grounded Theory Approach)

การวิจัยแบบนี้ เป็นรูปแบบหนึ่งของวิธีอุปนัย (Inductive Approach) คือการศึกษาจาก กลุ่มตัวอย่างที่เจาะจงเลือกขึ้นมา วิเคราะห์หาข้อสรุปให้ได้คำอธิบายเชิงทฤษฎี ซึ่งสามารถนำไปอธิบาย เหตุการณ์ ปรากฏการณ์อื่น ที่มีลักษณะบริบทคล้ายกัน เป็นคำอธิบายที่เฉพาะเจาะจงมีขอบเขตจำกัด ไม่ ถึงกับเป็นทฤษฎีพื้นฐานทั่วไป

การวิจัยแบบสร้างคำอธิบายทั่วไปเชิงทฤษฎีจากข้อมูลไม่สร้างสมมติฐานที่อิงทฤษฎีหรือ งานวรรณกรรมการวิจัยอื่นๆ ขึ้นมาก่อนเพื่อนำมาเปรียบเทียบ ทดลองกับข้อมูลที่รวบรวมขึ้นมาภายหลัง กระบวนการวิจัยจะเริ่มต้นจากการเก็บข้อมูล นำข้อมูลมาจำแนกเป็นหมวดหมู่ตามมโนทัศน์หรือแนวคิดที่เกิดขึ้น เพื่อเปรียบเทียบและหาความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ จนได้สมมติฐานเบื้องต้น แล้วจึงเก็บข้อมูล ใหม่ เพื่อวิเคราะห์ทดสอบสมมติฐานนั้นเพื่อปรับสมมติฐานเบื้องต้น ทำเช่นนี้ไปจนกว่าจะไม่ปรับสมมติฐานอีก จึงสรุปเป็นคำอธิบายเชิงทฤษฎีได้

4. การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Approach)

การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา เป็นการทำความเข้าใจความหมาย ทักษะ ความรู้สึก เบื้องลึกในจิตใจของผู้ประสบกับปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งผ่านพ้นมาแล้วหรือกำลังประสบอยู่ ปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์นั้นเป็นอะไรก็ได้ที่ผู้คนที่หลายประสบหรือนักวิจัยเห็นว่ามีแง่มุมน่าสนใจ อาจมีประโยชน์ในเชิงนโยบายหรือการปรับปรุงแก้ไข เน้นการทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ในทักษะของบุคคลที่ได้รับประสบการณ์นั้น โดยไม่ได้ให้ความสนใจโครงสร้างของการรับรู้ แต่เน้นการหาความหมาย โดยการ มองผ่านจากสิ่งที่ปรากฏ ไปยังความหมายที่อยู่เบื้องหลังของสิ่งนั้น

การเก็บข้อมูลในการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์เชิงลึกตามประเด็นแนวคำถามที่ต้องการศึกษา ซึ่งมีลักษณะเป็นการถามเชิงสนทนาให้เกิดการเล่าเรื่องและเปิดเผยความในใจเกี่ยวกับความหมาย ความรู้สึก ทักษะของเขาในประสบการณ์นั้น กลุ่มตัวอย่างที่เลือกจึงต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์มากพอ ไม่ควรเลือกกลุ่มตัวอย่างเกิน 10 ราย แต่ละรายควรมีประสบการณ์ในระดับที่ใกล้เคียงกัน แต่ควรมีภูมิหลังแตกต่างกัน แล้วจึงนำข้อมูลของแต่ละรายมาวิเคราะห์หาแก่นความหมายร่วม

5. การวิจัยเชิงการวิเคราะห์พรรณนา (Narrative Analysis)

การวิจัยเชิงการวิเคราะห์พรรณนา เป็นการพรรณนาเล่าเรื่องส่วนบุคคล ที่มีความหมายเกี่ยวกับชีวิต วิธีชีวิต ผ่านมุมมองจากประสบการณ์ของบุคคล โดยวิเคราะห์การเล่าเรื่องด้วยวาจา โดยเน้นการตีความเพื่อทำความเข้าใจชีวิต วัฒนธรรมและความหมายเชิงสังคม

การวิจัยเชิงวิเคราะห์การพรรณนา ได้รับอิทธิพลมาจากปรากฏการณ์วิทยาและปรัชญาอรรถปริวรรต การวิเคราะห์สิ่งพรรณนาต่างๆ เป็นการค้นหาความเชื่อมโยงระหว่างจิตวิทยา สังคมวิทยา วัฒนธรรม การเมืองกับประสบการณ์ของมนุษย์ในฐานะที่เป็นตัวละครหนึ่งในสิ่งพรรณนานั้น

6. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR: Participatory Action Research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการวิจัยประยุกต์ ที่ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพมาก แต่มีปรัชญาการวิจัยเฉพาะของตนเองภายใต้กระบวนการวิพากษ์ โดยใช้การวิภาษวิธี ซึ่งหมายถึง การอภิปรายถกเถียง เพื่อแก้ไขหาข้อยุติจากความเห็น 2 ฝ่าย ที่แตกต่างกัน เพื่อนำไปสู่สิ่งที่ดีกว่า

7. กระบวนการประเมินพิจารณาแบบรวดเร็ว (RAP: Rapid Assessment Process)

กระบวนการประเมินพิจารณาแบบรวดเร็ว (RAP) เป็นระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ที่เริ่มพัฒนาขึ้นมาจาก วิธีการประเมินชุมชนอย่างรวดเร็ว ซึ่งใช้การทำงานเป็นทีมอย่างเข้มข้น การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา ซึ่งใช้เวลาในภาคสนามเป็นเวลานาน โดยมีการตรวจสอบความแน่นอนของข้อมูลในสนามซ้ำๆ หลายครั้ง สลับกับการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งทำให้ได้คำอธิบายเบื้องต้นจากมุมมองภายใน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์หนึ่ง (ทวิศักดิ์ นพเกษร, 2548)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ชีวิตและ อัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา คือ แนวคิดเรื่องอัตลักษณ์ แนวคิดความสัมพันธ์เชิงอำนาจ มาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ การนิยามความเป็นตัวตน เพื่อให้ตนเองไม่ถูกกดทับอยู่กับความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในห้องผ่าตัด โดยผู้วิจัยใช้แนวคิด3แนวคิดเพื่อเป็นกรอบในการทำความเข้าใจในประเด็นดังกล่าว

1. แนวคิดอัตลักษณ์

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดอัตลักษณ์ มาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์การแสดงอัตลักษณ์ของพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งอัตลักษณ์ (Identity) เป็นคุณสมบัติเฉพาะของบุคคลที่ทำให้คนนั้นโดดเด่นหรือแตกต่างจากสิ่งอื่นอัตลักษณ์ของคุณ ลจึงเป็น มิติภายในของความเป็นตัวเราทั้งในด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด อัตลักษณ์เป็นสิ่งที่ทำให้รู้ว่า “เราคือใคร ” และ “เราจะดำเนินความสัมพันธ์กับคนอื่น ตลอดจนโลกภายนอกที่แวดล้อมตัวเราอย่างไร”โดยอัตลักษณ์เป็นมุมมองที่เรามีต่อตัวเอง อัตลักษณ์ก็เป็นตัวกำหนดมุมมองและคุณค่าที่มีต่อสิ่งอื่นหรือคนอื่นไปด้วยพร้อมๆ กัน โดยคนเราจะแสดงอัตลักษณ์ของตัวเองขึ้นมาจากความแตกต่างโดยการจำแนกแยกแยะ การเปรียบเทียบ และการประเมินค่า ดังนั้น อัตลักษณ์จึงเป็นตัวกำหนดว่า ใครคือพวกเรา ใครเหมือนเรา และใครหรืออะไรที่แตกต่างจากเราจนสุดท้ายก็จะนำไปสู่การมอง ว่า ใครไม่เหมือนเรา ใครคือพวกเขา ใครคือคนอื่น

สิ่งเหล่านี้เป็นประสบการณ์เกี่ยวกับตัวเองและนำไปสู่การมีประสบการณ์เกี่ยวกับคนอื่นที่มีหลากหลายรูปแบบ โดยอัตลักษณ์ไม่จำเป็นต้องมีหนึ่งเดียว อาจมีหลายอัตลักษณ์ที่ประกอบขึ้นมาเป็นตัวเรา มักมีการสั่นไหว ผลิตซ้ำ เปลี่ยนแปลง หรือมีกระบวนการตอบโต้ ต่อรองได้ บุคคลหรือกลุ่มคนหนึ่งๆ อาจจะนิยามตัวตนและเลือกที่จะแสดงตนแตกต่างออกไปตามสถานการณ์ บริบท และช่วงเวลาที่กำลังเผชิญอยู่

ถ้าพิจารณาในระบบโครงสร้างสังคม อัตลักษณ์คือ ชุดของนิยามความหมายและการกำหนดคุณค่าของวัฒนธรรม รูปการจิตสำนึกของระบบโครงสร้างสังคมนั้นๆ ซึ่งอัตลักษณ์ดังกล่าวของระบบโครงสร้างใดๆ ก็ตามจะไม่ใช้สิ่งตายตัว หากเคลื่อนไหวไปตามการเปลี่ยนแปลง ไปตามระบบนั้นๆ นั่นเอง

2. แนวคิดความสัมพันธ์เชิงอำนาจ

ผู้วิจัยได้นำแนวคิด “ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ” มาใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์อัตลักษณ์ภายใต้ความสัมพันธ์ของของพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีต่อพยาบาลห้องผ่าตัดด้วยกันเองและพยาบาลห้องผ่าตัดกับกลุ่มคนอื่นๆ ในพื้นที่ของห้องผ่าตัดและความสัมพันธ์เชิงอำนาจในระดับที่เกิดจากการนิยามความหมาย โดยแนวคิดดังกล่าวเชื่อว่า เมื่อกล่าวถึงเรื่องของอำนาจ ประเด็นคำถามที่ว่า “อำนาจคืออะไร” มักปรากฏขึ้นก่อนที่จะนำไปสู่ประเด็นอื่นเสมอ แต่คำถามด้วยคำถามดังกล่าวเป็นสิ่งที่ยากยิ่งในการที่จะแสวงหาคำตอบที่ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ โดยเฉพาะหากมีจุดประสงค์เพื่อให้ได้คำตอบที่เป็นสากลใช้อธิบายได้ในทุกสถานที่และทุกเวลาตามหลัก “ความทั่วไป” ของการอธิบายแบบมหภาค เพราะการเพียรพยายามหาคำตอบด้วยกรอบคิดของทฤษฎีที่เป็นสากลซึ่งแม้จะมีความแตกต่างหลากหลายไปจากกันแล้วแต่ว่าเป็นการตอบที่หลุดไหลออกมาจากวิธีคิดของสำนักคิดใด ก็ล้วนแต่จะนำไปให้เราก้าวไปสู่ปัญหาและความผิดพลาดได้ในที่สุด อันเป็นผลมาจากลักษณะของ “อำนาจ” ที่วางตัวกระจ่างกระจายอยู่ในทุกความสัมพันธ์และทุกแห่งหนของสังคม อีกทั้งยังมีความแตกต่างหลากหลาย ซับซ้อนจนเกินกว่าที่จะตัดทอน ลดส่วนหรือละเลยรายละเอียดปลีกย่อยของ “อำนาจ” ในแต่ละปรากฏการณ์ได้ (Foucault, 1980, pp.198-199) ฉะนั้นการวิเคราะห์อำนาจด้วยกรอบทฤษฎีที่มุ่งอธิบายปรากฏการณ์โดยใช้กรอบแบบสากลย่อมไม่สามารถเกิดความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ ตามความจริงได้ ไม่ว่าจะเป็นทฤษฎีสากลที่มาจากสำนักคิดใดก็ตาม ฉะนั้นการศึกษาถึง “อำนาจ” จึงควรให้เป็นไปเพื่อที่จะตอบคำถามว่า “อำนาจนั้นมีปฏิบัติการอย่างไร” (How is power exercised?) มากกว่าที่จะมุ่งศึกษาเพื่อหาคำตอบว่า “อำนาจคืออะไร” (What is power?) (Foucault, 1986, pp.216-219)

การเปลี่ยนมุมมองจากเดิมที่มุ่งศึกษาเพื่อหาคำตอบว่า “อำนาจคืออะไร” มาสู่ “อำนาจมีปฏิบัติการอย่างไร” ทำให้เป้าหมายของการศึกษาย้ายจากบุคคลหรือสถาบันที่เป็นทางการ ไปสู่การศึกษาถึงปฏิบัติการของ “อำนาจเล็กๆ” ที่โลดแล่นแสดงตนอยู่ในระดับวิถีปฏิบัติของชีวิตประจำวันในแต่ละบุคคล ซึ่งความสัมพันธ์ในวิถีชีวิตประจำวันทั้งหมดล้วนดำรงอยู่และดำเนินไปภายใต้การถูกครอบคลุมนจากโครงข่ายแห่งอำนาจ จึงเป็นความสัมพันธ์ของอำนาจที่เกิดขึ้น เฉพาะที่ (Local Relation of Power) หรือที่เรียกว่า “อนุภาคของอำนาจ” (Micro Physic of Power) ซึ่งอาจเปรียบได้กับเส้นเลือดฝอยที่ทำหน้าที่นำเลือดไปหล่อเลี้ยงเนื้อเยื่อของอวัยวะ ภายในร่างกาย (Capillary Movement) (Hall, 1997, p.50) จากลักษณะความสัมพันธ์ของอำนาจที่เกิดขึ้นเฉพาะที่หรือ ที่เรียกว่าอนุภาคของอำนาจนี้ น เป็นการเกิดขึ้นเฉพาะที่ในแต่ละส่วนของสังคมซึ่งมีลักษณะเฉพาะเป็นของตนเอง ฉะนั้นการวิเคราะห์ “อำนาจ” ที่เป็นอนุภาคเล็กๆ โดยปฏิเสธการใช้กรอบคิดที่เป็นสากลและการมุ่งหาคำตอบว่าอำนาจคืออะไรจะทำให้เราสามารถมองเห็นอำนาจอื่นที่ถูกกีดกัน ถูกกดทับและถูกปฏิเสธได้เป็นอย่างดี การให้ความสำคัญกับอนุภาคของอำนาจจึงเป็นการเปิดพื้นที่ให้แก่ “อำนาจที่เป็นอื่น” ได้แสดงตนอันจะทำให้เราสามารถเข้าใจถึงกลไกแห่งอำนาจที่มีอยู่ในปรากฏการณ์เหล่านั้นได้อย่างครบถ้วนและเป็นจริงมากกว่า

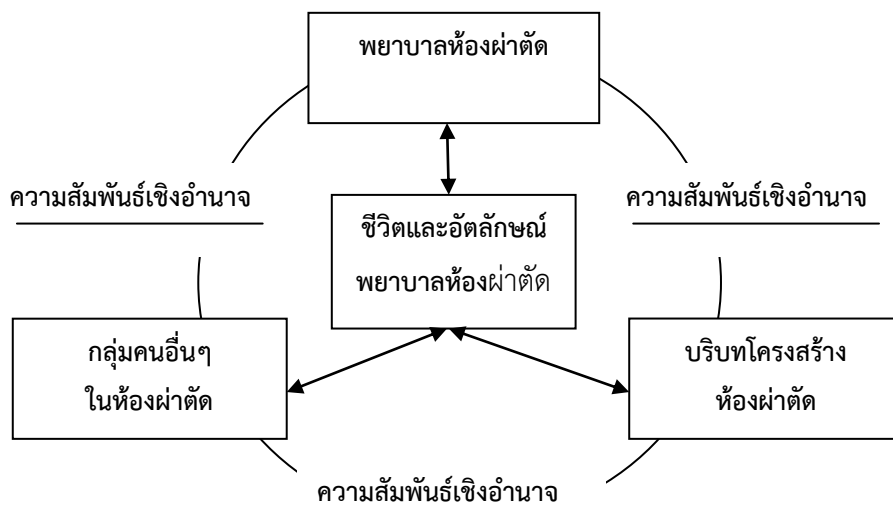
3. แนวคิดวิถีชีวิต

ผู้วิจัยได้นำแนวคิด “วิถีชีวิต” เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบายถึงการดำเนินชีวิตของพยาบาลห้องผ่าตัดแต่ละคน ในการทำงานในวิชาชีพพยาบาลห้องผ่าตัด ที่มีการแสดงพฤติกรรม ความคิด ออกมาจนเกิดเป็นการกระทำที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล ซึ่งจะเป็นการสะท้อนเจตนาคติและ ค่านิยมของบุคคล ทั้งที่เป็นผู้เลือกและกำหนดเองและบางครั้งอาจถูกเลือกอาจถูกเลือกจากบุคคลอื่น ประกอบ กับวิถีชีวิตมีการเรียนรู้ได้และถูกนำมาเป็นตัวแบบ

ชีวิตของบุคคลเป็นมุมมองมิติกว้าง ซึ่ง จะเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การเรียนรู้ทางสังคม (Socialization) ในชีวิตของมนุษย์ที่เรียงลำดับตั้งแต่สิ่งที่จำเป็นสำหรับชีวิตตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย และมีความสัมพันธ์กับบริบททางกายภาพ สังคม วัฒนธรรมและปรัชญาในการดำเนินชีวิต วิถีชีวิตเกิดจากการที่ สังคมมีกรอบแนวความคิดทำให้บุคคลในสังคมมีพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้อย่างเด่นชัดและแตกต่างกันไป

เพราะฉะนั้น พยาบาลห้องผ่าตัด ทุกคนล้วนมีศักยภาพในตนเองและมีเป้าหมายในการ ดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่างๆของแต่ละบุคคล แต่เป้าหมายที่แท้จริงของ พยาบาล ห้องผ่าตัด อาจไม่แตกต่างกันนั้นก็คือ ชีวิตที่มีความเจริญงอกงามและมีความสุข จะแตกต่างก็เพียงแต่วิธีการ หรือวิธีการดำเนินชีวิต ซึ่งแต่ละบุคคลเลือกที่จะเดินทางไปสู่เป้าหมายของตนเอง

จากกรอบแนวคิดที่ได้กล่าวมา สรุปได้ดังภาพที่ 1 แสดงถึงความสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดเป็น ชีวิตและอัตลักษณ์ของพยาบาลห้องผ่าตัด กล่าวคือ อัตลักษณ์ของพยาบาลห้องผ่าตัดเกิดจาก วิถีชีวิตของพยาบาลห้องผ่าตัด ที่มีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มคนต่างๆ ที่อยู่ร่วมกันในห้องผ่าตัด ตลอดจนพยาบาล ห้องผ่าตัดด้วยกันเองภายใต้บริบทของห้องผ่าตัด ผ่านความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เกิดขึ้นในขณะที่อยู่ในบทบาท พยาบาลห้องผ่าตัด ที่มีการต่อสู้ ต่อรองเพื่อแสดงบทบาทของตน เกิดเป็น อัตลักษณ์ในรูปแบบต่างๆ ที่เป็นพลวัตตลอดเวลา เพื่อแสดงให้เห็นถึงความมีตัวตนในบทบาทของตนเองและ กลุ่ม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง **ชีวิตและการแสดงอัตลักษณ์ของนางฟ้าชุดเขียว** ในครั้งนี้เป็น งานวิจัยคุณภาพ (Qualitative Approach) เชิงการวิเคราะห์พรรณนา (Narrative Analysis) โดยมีการเล่าเรื่องส่วนบุคคล ที่มีความหมายเกี่ยวกับชีวิต วิถีชีวิต ผ่านมุมมองจากประสบการณ์ของบุคคล โดยวิเคราะห์การเล่าเรื่องด้วยวาจา โดยเน้นการตีความเพื่อทำความเข้าใจชีวิต วัฒนธรรมและความหมายเชิงสังคมมุ่งศึกษาชีวิตและการแสดงอัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ภายใต้ระบบโครงสร้างของห้องผ่าตัด เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลในห้องผ่าตัดนั้นมีความสำคัญ มีความแตกต่างหลายๆ อย่างในลักษณะของบทบาทหน้าที่และการทำงานในบทบาทวิชาชีพของพยาบาลทั่วไป โดยทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพหลายสาขา การทำงานที่ต้องมีการเรียนรู้งานตลอดเวลา การทำงานภายใต้ห้องผ่าตัดที่มีความเข้มงวดในหลายๆด้าน ทั้งด้านกฎระเบียบที่ทุกคนต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ลักษณะงานที่ต้องการผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญและมีความซื่อสัตย์ รับผิดชอบในงาณค่อนข้างสูง ดังนั้นบุคคลที่ต้องเข้ามาสวมบทบาทพยาบาลในห้องผ่าตัดจึงต้องมีการปรับตัว การต่อรองเพื่อนิยามความหมายต่อตนเองและวัฒนธรรมของกลุ่มภายใต้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจและโครงสร้างทางสังคมที่มีอยู่

การเตรียมตัวก่อนเข้าสนามในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีทั้งเตรียมตัวด้านทฤษฎีและการเตรียมด้านการจัดการ ในส่วนของการเตรียมการด้านทฤษฎีนั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาองค์ความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่จะศึกษาให้มากที่สุด เพื่อใช้สำหรับเป็นสิ่งที่ตั้งต้นในการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ ซึ่งผู้วิจัยระลึกไว้เสมอว่าองค์ความรู้หรือทฤษฎีเหล่านี้ใช้เพื่อนำทางเบื้องต้นเท่านั้นในการศึกษา ตลอดจนวิธีการที่จะทำให้เกิดการยอมรับและการเชื่อถือไว้วางใจจากผู้ให้ข้อมูลในสนามและอุปกรณ์ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น สมุดสำหรับบันทึก เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูป เป็นต้น ซึ่งการศึกษาเพื่อให้ได้มาซึ่งความเข้าใจและคำตอบที่ครอบคลุมทุกประเด็นที่ผู้วิจัยศึกษาในครั้งนี้ มีขั้นตอนในการศึกษาและรายละเอียดที่สำคัญ คือ

1. พื้นที่ที่ใช้ในการวิจัย
2. ผู้ให้ข้อมูล
3. การเข้าสู่พื้นที่ที่ศึกษา
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

พื้นที่ที่ใช้ในการวิจัย

สำหรับพื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ศึกษาเป็นหน่วยงาน แผนก ผ่าตัด ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาถึง ชีวิตและการแสดงอัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัด ซึ่งทางโรงพยาบาลดังกล่าว มีความเหมาะสมทั้งในเรื่องของความพร้อมของพื้นที่ห้องผ่าตัด ที่มีความพร้อมในการ รองรับบริการให้บริการรักษาผู้ป่วยที่ครอบคลุมทุกแผนก อันได้แก่ แผนกตา แผนกสูติ-นรีเวช แผนกศัลยกรรมตกแต่ง แผนกศัลยกรรมประสาท แผนกหู คอ จมูก แผนกกระดูกและข้อ แผนกศัลยกรรมทั่วไป แผนกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ แผนกศัลยกรรมเด็ก แผนกศัลยกรรมหลอดเลือด แผนกศัลยกรรมอุบัติเหตุ แผนกศัลยกรรมทรวงอก หลอดเลือดและหัวใจ และแผนกห้องผ่าตัด ฉุกละหิม รวมถึงศูนย์สลายนิ่ว ที่สามารถรองรับชนิดของการผ่าตัดได้ในทุกแผนก มีความพร้อมทั้งในด้านของทีมงานผ่าตัด และมีจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่มากที่สุด ของหอผู้ป่วยหนึ่ง เป็นสถานที่รวมของทีมสหสาขาวิชาชีพเฉพาะทางและบุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้องจำนวนมากมาย จึงมีความหลากหลายของผู้คนในหลายๆอาชีพที่ต้องมาปฏิบัติงานร่วมกัน ซึ่งจากลักษณะของงานผ่าตัดนั้นสามารถแบ่งพื้นที่ออกเป็น 3กลุ่มใหญ่ๆ ที่มีความแตกต่าง มีจำเพาะเป็นเอกลักษณ์ คือ เขตพื้นที่รอยต่อ เขตพื้นที่งานและเขตพื้นที่สาธารณะ

ตารางที่ 1 พื้นที่ของผู้ให้ข้อมูลหลัก/ข้อมูลรองในห้องผ่าตัด

พื้นที่	ลักษณะของพื้นที่
พื้นที่รอยต่อ	ได้แก่ พื้นที่ห้องรับส่ง-ส่งผู้ป่วย ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าบุคลากร และทางสัญจรในส่วนต่างๆ ภายในห้องผ่าตัด
พื้นที่งาน	ได้แก่ พื้นที่ในห้องทำผ่าตัดทุกห้อง ซึ่งได้แก่ ห้องผ่าตัดจักษุ ห้องผ่าตัดทางสูติ-นรีเวชวิทยา ห้องผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่ง ห้องผ่าตัดประสาทศัลยศาสตร์ ห้องผ่าตัดโสต ศอ นาสิก ห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกและข้อ ห้องผ่าตัด ศัลยศาสตร์ทั่วไป ห้องผ่าตัดกุมารศัลยศาสตร์ ห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์หัวใจ ทรวงอกและหลอดเลือด ห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์ระบบ ทางเดิน ปัสสาวะ ห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ ห้องผ่าตัดฉุกเฉิน และศูนย์สลายนิ่ว ตลอดจนห้องเก็บเครื่องมือและห้องจัดล้างเครื่องมือ
พื้นที่สาธารณะ	ห้องรับประทานอาหาร ห้องนอนเวร ห้องประชุม

จากการเก็บข้อมูลในภาคสนามในเบื้องต้นผู้วิจัยพบว่า ความเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นในระบบโครงสร้างของห้องผ่าตัด เป็นสิ่งที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีการเลือกรับ การต่อรอง การช่วงชิง การให้ความหมายและนิยามความเป็นตัวตนภายใต้การทำงานในบทบาทหน้าที่ และภายใต้ระบบของโครงสร้างห้องผ่าตัดที่นอกจากจะเต็มไปด้วยกฎเกณฑ์ ระเบียบปฏิบัติที่เคร่งครัด และลักษณะงานที่ต้องเผชิญกับความเปราะบางเป็นความตายของผู้รับบริการที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาแล้ว ในแง่มุมมองหนึ่งก็คือที่ยังครอบคลุมไปด้วยวัฒนธรรม ความเชื่อ คติและค่านิยม ที่สอดคล้องทางสังคมให้สามารถดำรงอยู่ได้อย่างหลากหลาย และมีความสลับซับซ้อนและเห็นถึงความสัมพันธ์ทางสังคมของกลุ่มคนต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบโครงสร้างของห้องผ่าตัดทั้งจากกลุ่มคนที่เป็นกลุ่มเดียวกันหรือกลุ่มคนอื่นที่อยู่ในพื้นที่ของห้องผ่าตัด โดยพยาบาลห้องผ่าตัดสามารถเลือกที่จะสร้างความเหมือนหรือความแตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ ให้เหมาะสมตามกาลและเทศะหรือตามบริบทต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมได้

การเลือกศึกษาพื้นที่ดังกล่าวเพื่อต้องการให้เห็นถึงการต่อรอง การปฏิสัมพันธ์ การปะทะประสานของความสัมพันธ์ที่หลากหลาย เนื่องจากพื้นที่ของการศึกษาในมุดังกล่าวเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายของความคิด ความเชื่อ กฎเกณฑ์และความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดำรงอยู่หลากหลายและสลับซับซ้อน การเลือกพื้นที่ดังกล่าวเป็นพื้นที่ตัวแทนของการศึกษานั้น ผู้วิจัยคาดว่าจะทำให้เห็นถึงการแสดงอัตลักษณ์ ความสัมพันธ์ การใช้อำนาจต่อรองที่ซ้อนทับอยู่ของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานตามบทบาทที่ดำเนินอยู่ในชีวิตประจำวัน

ผู้ให้ข้อมูล

การเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบไปด้วยพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นผู้กระทำการในครั้งนี ที่มีบทบาทในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน แต่อยู่ภายใต้บริบทเดียวกัน โดยแบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักออกได้เป็น 3 กลุ่มตามพื้นที่ของแผนกผ่าตัด ซึ่งได้แก่กลุ่มพยาบาลวิชาชีพผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในแผนกผ่าตัด 1) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในแผนกผ่า 2) และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผ่าตัด 3) ซึ่งผู้วิจัยต้องการแบ่งให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับลักษณะการปฏิบัติงานให้มากที่สุด เพื่อจะสามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างครอบคลุมเงื่อนไขต่างๆ ให้ได้มากที่สุด และผู้วิจัยเลือก กลุ่มผู้ให้ข้อมูลอื่นๆ จากกลุ่มคนที่ร่วมปฏิบัติงานประจำอยู่ในพื้นที่ห้องผ่าตัด อันได้แก่ กลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งได้แก่ กลุ่มศัลยแพทย์ในแผนกต่างๆ ได้แก่ อาจารย์แพทย์ แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน กลุ่มวิสัญญี ได้แก่ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาลเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ และกลุ่มผู้ได้บังคับบัญชาของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยตรง ได้แก่ กลุ่มผู้ช่วยพยาบาล กลุ่มพนักงานช่วยการพยาบาล เสมียน จูรการแม่บ้าน ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้ เป็นผู้มีบทบาทและมีความเคลื่อนไหวในมิติและแง่มุมต่างๆ ในห้องผ่าตัด มีส่วนในการรับรู้เรื่องราวต่างๆ ที่เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตการทำงานในบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นอย่างดี ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มข้อมูลและวิธีการศึกษา ดังนี้

ตารางที่ 2 ตารางการแบ่งกลุ่มข้อมูลและวิธีการศึกษา

แหล่งข้อมูล	ผู้ให้ข้อมูล/ ทีม	ข้อมูล	วิธีการศึกษา
กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant)	พยาบาลวิชาชีพ ห้องผ่าตัด	พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในแผนกผ่าตัด 1 แผนกผ่าตัด 2 และในแผนกผ่าตัด 3	-การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ร่วม -สัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ
กลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง	-กลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพ -กลุ่มผู้อยู่ใต้บังคับบัญชาพยาบาลห้องผ่าตัดโดยตรง	กลุ่มคนอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ในห้องผ่าตัด ตามโซนต่างๆ นอกเหนือจากพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด	-การสังเกต แบบมีส่วนร่วม ร่วม -สัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ
บริบททางสังคม	ลักษณะของพื้นที่และเอกสารที่เกี่ยวข้อง	พฤติกรรม เรื่องเล่า สัญญา	-ทบทวนเอกสาร -การสังเกต แบบมีส่วนร่วม ร่วม

การเลือกผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มดังกล่าวข้างต้นเพื่อต้องการให้เห็นถึง การดำเนินชีวิตในบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด ที่ต้องอยู่ร่วมกันกับกลุ่มคนต่างๆ และมีการแสดง อัตลักษณ์ ออกมา ในทุกๆ ด้านของลักษณะงานในความรับผิดชอบของพยาบาลห้องผ่าตัด ประกอบกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องที่ต้องปฏิบัติงานอยู่ร่วมกันกับพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัด ซึ่งการสะท้อนความคิดจากสังคมนรอบข้างที่อยู่ใกล้ชิด เป็นสิ่งที่พยาบาลต้องเผชิญกับความรูสึกนึกคิด การกระทำที่รวมกันเป็นอำนาจที่มากกว่าโดยตรงต่อตัวพยาบาลเอง ภายใต้พื้นที่โครงสร้างของห้องผ่าตัด ซึ่งตัวพยาบาลห้องผ่าตัดเองต้องมีการปรับตัว การต่อรองเพื่อนิยามตัวตน สร้างเป็นอัตลักษณ์ขึ้นมาเพื่อต่อรองต่อการคงอยู่ และให้การทำงานในบทบาทพยาบาลวิชาชีพไม่ถูกละเลย หรือกดทับจนไม่สามารถแสดงบทบาทได้

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาเพื่อต้องการนำเสนอถึงความแตกต่าง หรือเปรียบเทียบว่ากลุ่มใดดีกว่า ระหว่างพยาบาลห้องผ่าตัดกับพยาบาลอื่นๆ แต่เป็นการเปิดพื้นที่เพื่อให้เห็นถึงความเคลื่อนไหว วิถีชีวิต ความสัมพันธ์กับผู้อื่นๆ ของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัด ที่เต็มไปด้วยกฎ ระเบียบ แบบแผน ความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรมขององค์กรและความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดำรงอยู่อย่างหลากหลาย จนทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนตัวตน อัตลักษณ์ เพื่อให้สามารถดำรงอยู่ในพื้นที่ได้ การเลือกกลุ่มพยาบาลห้องผ่าตัดใหญ่ เป็นตัวแทนของการศึกษานั้น ทำให้ผู้วิจัยเห็นถึง การต่อรองความเป็นตัวตน ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ภายใต้พื้นที่ ที่กดทับอัตลักษณ์ของพยาบาลห้องผ่าตัด ไว้ให้อยู่ในกรอบที่สังคมตีตราไว้แล้วซึ่งแนวการศึกษา

ดังกล่าวเป็นการช่วยให้ไม่ยึดติดกับหน่วยทางสังคมที่ตายตัว มีส่วนอย่างสำคัญในการทะลุออกจากรักบี้ของความคิดแบบคู่ตรงข้ามได้

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยวางสถานะของตนเองในการเก็บรวบรวมข้อมูลไว้สองสถานะ คือ การเป็นบุคลากรในหน่วยงานและการเปิดเผยถึงสถานะของการเป็นนักวิจัย โดยผู้วิจัยพยายามจะเป็นผู้สังเกตและถ่ายทอดข้อมูลที่ได้รับทุกข้อมูลและทุกแง่มุม ข้อมูลที่ได้รับจึงเป็นความจริงที่ปรากฏให้เห็นและมีอยู่ในชีวิตประจำวันของกลุ่มที่ศึกษา และสำหรับจำนวนผู้ให้ข้อมูลนั้น ผู้วิจัย ศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 12 คน เป็นพยาบาลห้องผ่าตัดระดับหัวหน้าห้องแผนกผ่าตัดย่อย จำนวน 6 คน และพยาบาลห้องผ่าตัดระดับปฏิบัติการในระดับต่างๆ จำนวน 6 คน

การเข้าสู่พื้นที่ศึกษา

นับจากจุดเบื้องต้นของความสนใจและการเริ่มเก็บข้อมูลภาคสนามในเบื้องต้นเพื่อค้นหาวิถีชีวิตของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มหนึ่ง ซึ่งในทางสังคมแล้วคงมีน้อยคนนัก ที่จะรับรู้ถึงเรื่องราววิถีชีวิตในอีกบทบาทหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพในการทำงานภายในห้องผ่าตัด ที่ไม่มีวันเปิดประตูให้บุคคลภายนอกหรือผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องได้เข้าไปสัมผัสเกี่ยวกับเรื่องราวในแง่มุมที่น่าสนใจในพื้นที่แห่งนี้ ทั้งนี้เพราะผู้วิจัยมีความเชื่อว่าไม่ทราบว่าพยาบาลวิชาชีพจะปฏิบัติงาน ณ จุดใดแต่จิตสำนึกในความเป็นพยาบาลวิชาชีพยังคงมีอยู่เสมอ ขึ้นอยู่กับว่าแต่ละคนจะแสดงออกอย่างไร และได้ให้นิยามความเป็นตัวตนไว้อย่างไร

ผู้วิจัยได้เข้าสู่พื้นที่ศึกษาในสองสถานะคือ การเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด เป็นบุคลากรคนหนึ่งในพื้นที่ห้องผ่าตัดแห่งนี้ และในฐานะของผู้วิจัยเพื่อเก็บข้อมูล เป็นการเดินเรื่องโดยเข้าไปมีส่วนร่วมในบรรยากาศ สถานการณ์ ในพื้นที่ห้องผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยมีแผนที่ทั้งทางด้านกายภาพและแผนที่ด้านความคิด อยู่ในตัวอยู่แล้ว ซึ่งความเป็นคนในพื้นที่ของผู้วิจัยจะช่วย “ร่นระยะทาง” ในการเข้าพื้นที่ที่ไม่ต้องศึกษาข้อมูลหรือเรียนรู้กฎระเบียบต่างๆ ที่เคร่งครัด ตั้งแต่กฎข้อเล็กๆ จนถึงกฎ ข้อใหญ่ๆ ของห้องผ่าตัดที่มากมาย ถึงแม้ว่าจะมีข้อดีในหลายข้อ แต่ผู้วิจัยก็ทราบดีถึงข้อดีของการเป็นคนใน อาจจะทำให้คนอื่นมองถึงความไม่เป็นกลางในการศึกษาวิจัย แต่ผู้วิจัยจะยึดมั่นในหลักของจรรยาบรรณของนักวิจัยที่ดี คือจะวางตัวเองเป็นกลาง ถึงแม้ผู้วิจัยจะเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดและถือว่าเป็นคนในหรือคนในวัฒนธรรมเดียวกัน ก็ได้ไม่ได้หมายความว่าผู้วิจัยต้องตีความไปในทางเดียวกันเสมอไป ผู้วิจัยจะมองข้ามวัฒนธรรม เพราะผู้ถูกศึกษาแต่ละคนต่างมีความรู้สึกนึกคิดและมีการตีความหมายทางวัฒนธรรมแตกต่างกันออกไปในแต่ละบริบท ขึ้นกับเงื่อนไขที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ซึ่งผู้วิจัยจะไม่ด่วนสรุปความหมายเอาเอง ก่อนวิเคราะห์เชื่อมโยงความหมายต่างๆ ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนความคิดกับผู้ให้ข้อมูลให้ชัดเจนก่อน

ก่อนลงมือเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยได้บอกกล่าวขออนุญาตหัวหน้าแผนกผ่าตัดก่อนเข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่ห้องผ่าตัด และมีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยบอกกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลและไม่ได้เปิดเผยชื่อจริงในงานวิจัย โดยขอให้ตอบตรงกับความคิดและความรู้สึกของผู้ถูกวิจัยมากที่สุด โดยคำ

สัมภาษณ์จะไม่มีถูกหรือผิด และไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อหน้าที่การงาน หน่วยงานและตัวของผู้ถูกวิจัยเองและจะนำเสนอผลของงานวิจัยในภาพรวมเท่านั้น โดยผู้ถูกวิจัยสามารถปฏิเสธการร่วมงานวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา หรือจะปฏิเสธที่จะไม่บอกข้อมูลบางส่วน โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ถูกวิจัย

จากประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดตลอด 10 ปีที่ผ่านมา ทำให้รู้เกี่ยวกับวิถีชีวิตของพยาบาลห้องผ่าตัดว่าเป็นอย่างไร ว่าช่วงเวลาใด ที่เหมาะสมในการเก็บข้อมูลโดยไม่รบกวนการปฏิบัติงานในเวลาราชการ และเป็นช่วงเวลาที่ยาวนานพอที่จะสัมภาษณ์ได้เป็นประเด็นๆ ไป สำหรับการเก็บข้อมูลในพื้นที่ห้องผ่าตัด ผู้วิจัยทราบดีว่าการเก็บข้อมูลแต่ละครั้งและจากแต่ละบุคคลนั้น คงไม่สามารถสัมภาษณ์เสร็จสิ้นในคราวเดียวได้ จากข้อจำกัดในหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัดเอง และการเก็บข้อมูลของผู้วิจัยเองก็ได้จำกัดว่าต้องเก็บเฉพาะเวลาปฏิบัติงานภายในห้องผ่าตัดเท่านั้น ผู้วิจัยสามารถเก็บได้ในหลายๆ บริบทตามความเหมาะสมของเวลาและสถานที่ที่เอื้ออำนวยซึ่งไม่ว่าจะเก็บข้อมูล ณ สถานที่ใดก็ตามประเด็นที่สัมภาษณ์ก็ยังอยู่ภายใต้บริบทของการสร้างอัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดเช่นกัน และก่อนการสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้งนอกจากผู้วิจัยกล่าวแสดงความขอบคุณแล้ว ผู้วิจัยจะกรุณาทางไว้สำหรับการพบปะครั้งต่อไปด้วย

การรับข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการศึกษา จึงมีความเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกลุ่มผู้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัย การมีท่าทีของความสัมพันธ์ต่อกันภายใต้ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา โดยผู้วิจัยใช้ความสัมพันธ์ในฐานะผู้ร่วมงาน พยายามเป็นผู้รับฟังที่ดีและเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมประจำวันในช่วงเวลางานและเวลาส่วนตัว ทั้งนี้เพื่อให้ทราบวิถีชีวิตและวิถีคิดในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยเข้าไปเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นข้อเท็จจริงที่ถูกเลือกขึ้นเพื่อนำเสนอหรือถูกสร้างขึ้นเพื่อจุดมุ่งหมายบางประการก็ตาม แต่สิ่งที่เรามีโอกาสปฏิเสธได้ก็คือ สิ่งเหล่านั้นเป็นรูปแบบของการดำเนินชีวิตที่มีอยู่ทุกๆ วัน ไม่ว่าจะผู้วิจัยได้รับความไว้วางใจหรือไม่ก็ตาม กลุ่มผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนย่อมเลือกเรื่องราวและคนรับฟังเพื่อที่จะเล่าเรื่องและกลับกลายมาเป็นข้อมูลของการศึกษาในครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาปรากฏการณ์ในภาคสนามครั้งนี้ เป็นการศึกษาผ่านการสังเกตและการสัมภาษณ์ ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องในสิ่งที่ตนเองคิด รู้สึก มีความเชื่อ และพร้อมที่จะแสดงตัวตน ออกมาผ่านวิธีคิดในการตีความหมายผ่านวัฒนธรรมของเขาเองโดยผู้วิจัยทำหน้าที่รับฟังด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีและให้เกียรติในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลได้เผยแพร่เรื่องราวให้ได้รับรู้

การสังเกต

การสังเกตที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) คือ ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งนี้ จะใช้ชีวิตร่วมกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เสมือนกับการไปปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดในทุกๆ วัน มีการกระทำกิจกรรมและมีสถานภาพบทบาท เช่นเดียวกับผู้ถูกศึกษา ซึ่งการสังเกตแบบนี้จะได้รายละเอียดเกี่ยวกับชีวิต การทำงานประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ของพยาบาลห้องผ่าตัดแต่ละคน ในการสังเกตนี้ประกอบไปด้วยกระบวนการสามขั้นคือ การสังเกต การซักถามและการจดบันทึก ซึ่งนอกเหนือจากการเฝ้าดูแล้ว ผู้ศึกษาอาจซักถามบางอย่างที่ไม่อาจเข้าใจ โดยเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความหมายหรือสัญลักษณ์หลังจากนั้นจึงทำการจดบันทึก และเพื่อให้การสังเกตมีระบบผู้ศึกษาได้ศึกษาตามกรอบดังต่อไปนี้

1. การกระทำ (Acts) สังเกตเรื่องวิถีชีวิตต่างๆไป บริบทของการใช้ชีวิตในช่วงปฏิบัติงาน พฤติกรรมต่างๆ เช่น การสวมใส่เสื้อผ้า การแต่งกาย รูปแบบของเวลาการเข้ามาปฏิบัติงาน เป็นต้น
2. แบบแผนการกระทำ (Pattern of Activities) คือ สังเกตเกี่ยวกับการทำงานในบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด การสังเกตเกี่ยวกับแบบแผนพฤติกรรมเหล่านี้ จะชี้ให้เห็นถึงสถานภาพ บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลในแต่ละคน
3. ความหมาย (Meanings) คือการให้ความหมายของตัวพยาบาลห้องผ่าตัดแก่การกระทำหรือพฤติกรรม ในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ
4. ความสัมพันธ์ (Relationship) สังเกตความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลห้องผ่าตัดด้วยกัน และทีมสหสาขาวิชาชีพและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น แม่บ้าน พนักงานช่วยการพยาบาล เสมียน ชุกรการ ผู้ป่วย เป็นต้น จะทำให้เข้าใจโครงสร้างของสังคมจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมนั้น
5. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมในพื้นที่ (Participation) สังเกตเกี่ยวกับการเข้าร่วมให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆ การปฏิบัติตามกฎระเบียบของหน่วยงาน จะช่วยให้เข้าใจโครงสร้างของความสัมพันธ์ที่ดีและความขัดแย้งได้อย่างชัดเจนขึ้น
6. สภาพสังคม (Setting) สังเกตเกี่ยวกับสภาพสนามที่นักวิจัยใช้เป็นพื้นที่ศึกษา ทั้งทางด้านภูมิศาสตร์ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล วัฒนธรรม ความเชื่อและวิถีชีวิต

การสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์จะเป็นการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Non Structure Interview) โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์เอง โดยผู้วิจัยได้ตั้งประเด็นเพื่อกำหนดแนวทางการสัมภาษณ์ไว้สามระดับ คือ ระดับที่

หนึ่ง ระดับกายภาพ คือลักษณะการสร้างขอบเขตทางกายภาพ ทั้งบริบทของผู้ให้ข้อมูลเองและบริบทของพื้นที่ ระดับที่สอง ระดับความคิด ลักษณะวิธีคิด ความเชื่อ กฎระเบียบข้อปฏิบัติต่างๆ ระดับที่สาม คือ ระดับความสัมพันธ์ทางสังคม ในลักษณะการดำเนินความสัมพันธ์ทั้งในลักษณะทางกายภาพ เช่น การปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน หน่วยงานอื่นๆ ในลักษณะของการต่อรอง การเลือกรับในการปฏิสัมพันธ์ดังกล่าว โดยก่อนเริ่มทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียงในบทการสนทนา ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงจะถูกถอดความออกมาคำต่อคำเพื่อการวิเคราะห์ต่อไป โดยในกรณีนี้ผู้ให้ข้อมูลไม่อนุญาตให้บันทึกเสียง ผู้วิจัยต้องทำการบันทึกโดยการเขียนในขณะสัมภาษณ์

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกที่จะเปิดกว้างในการรับฟังเรื่องเล่า ปัญหา การใช้ชีวิตทัศนคติ ความเชื่อและความคิดที่สะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบความเป็นไปในการใช้ชีวิตเพื่อการดำรงอยู่ในห้องผ่าตัด โดยความรู้ความจริงที่ได้รับจากการศึกษาในครั้งนี้ เป็นชุดความรู้ความจริงที่เกิดขึ้นจากการให้ข้อมูลของกลุ่มพยาบาลห้องผ่าตัดและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องในพื้นที่นี้ และอีกส่วนหนึ่งมาจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรมในพื้นที่ห้องผ่าตัด ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้จะเผยให้เห็นถึง ความรู้ ความจริงที่ดำรงอยู่ในบริบทดังกล่าวผ่านการถอดรหัสข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้วิจัย ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้จึงไม่ได้มุ่งศึกษาเพื่อค้นหาแบบแผนทางวัฒนธรรมหรือพฤติกรรมที่มีมาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่งทางสังคม แต่การศึกษาในครั้งนี้มุ่งทำความเข้าใจความคิดและมุมมองของคนในสังคมวัฒนธรรม ทั้งนี้เพื่อเรียนรู้วัฒนธรรมของคนกลุ่มหนึ่งในกระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคมในยุคปัจจุบัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึง ชีวิตแล ะอัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดท่ามกลางอำนาจต่างๆ ที่มากระทำในพื้นที่ห้องผ่าตัด การวิเคราะห์ข้อมูลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตและการสัมภาษณ์ โดยเน้นการเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องและการแสดงออกต่างๆ โดยการเปิดเผยถ่ายทอดเรื่องราวความจริงของประสบการณ์ผ่านผู้กระทำการทางสังคมออกมาอย่างอิสระ ผู้วิจัยเชื่อว่าการบอกเล่านั้นเป็นกระบวนการสร้างความหมาย อันเกิดมาจากประสบการณ์ของการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นส่วนหนึ่งของปรากฏการณ์ทางสังคม เป็นการศึกษาสร้างความหมาย ความจริง ผ่านปัจเจกบุคคลในบริบทนั้นๆ ภายใต้กระบวนการการทบทวนปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีอิสระ และการนิยามตัวตนเพื่อการแสดงอัตลักษณ์ขึ้นมาภายใต้ระบบโครงสร้างทางสังคม ผ่านทางความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากความสัมพันธ์ที่พยาบาลห้องผ่าตัดมีต่อกันเองและพยาบาลห้องผ่าตัดกับทีมสหสาขาวิชาชีพและบุคคลใต้การบังคับบัญชา และพยาบาลห้องผ่าตัดกับบริบทต่างๆ ในห้องผ่าตัด อันนำไปสู่ความเข้าใจถึงความซับซ้อนที่เกิดขึ้นจากการเลือกรับ ปฏิเสธ การต่อรองที่มีต่อโครงสร้างทางสังคมโดยผ่านการปฏิบัติการณ์ที่อยู่ในเรื่องราวขณะปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดในแต่ละวัน แล้วนำเรื่องราวต่างๆที่เกิดขึ้นนั้น มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นนำมาซึ่งการแสดงอัตลักษณ์ภายใต้บริบททางสังคมและโครงสร้างดังกล่าว โดยมีหน่วยการวิเคราะห์ คือ ระดับ

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ในความสัมพันธ์ของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดด้วยตนเองและกลุ่มคนอื่นๆ และบริบททางสังคม มีการต่อรองที่ซ่อนเร้นอยู่ภายใต้ระบบความคิด เพื่อนิยามความมีตัวตนและ แสดงอัตลักษณ์ออกมา และระดับโครงสร้างทางกายภาพ เพราะการวิเคราะห์ร่วมกันทั้งสองด้านจะทำให้เรามองเห็นชีวิต การต่อสู้ต่อรอง การเลือกรับและปฏิเสธต่อความเป็นตัวตนภายใต้การการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีความพยายามที่จะปรับตัวเพื่อให้ตนเองยังคงดำรงอยู่ในพื้นที่ได้

แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์การแสดงอัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ในห้องผ่าตัด ที่เกิดจากการสร้างอำนาจในการต่อรอง ผ่านการสังเกต การสัมภาษณ์ การเล่าเรื่อง การแสดงออกต่างๆ เพื่อแสดงถึงการนิยามตัวตน เพื่อแสดงอัตลักษณ์ออกมาภายใต้ระบบโครงสร้างทางสังคม ทั้งที่มาจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลและบริบททางสังคม โดยการวิเคราะห์ข้อมูลได้ดำเนินการไปพร้อมๆ กับการเก็บข้อมูลภาคสนามเพื่อทำให้เห็นความเชื่อมโยงในแต่ละประเด็นและทำการจัดระบบข้อมูลกาวิเคราะห์ ตลอดจนนำเสนอข้อมูลด้วยการตีความให้เห็นความเชื่อมโยงความคิดต่อบริบทของโครงสร้างและตัวบุคคล โดยมีแนวคิดอัตลักษณ์ และแนวคิดความสัมพันธ์เชิงอำนาจเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ ตีความหมายข้อมูลภาคสนาม โดยจะเน้นการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นในภาคสนามตลอดเวลา

บทที่ 4

เปิดประตูสู่อ้อมผ้าตัด

การศึกษาเรื่อง “ชีวิตและอัตลักษณ์ของนางฟ้าชุดเขียว” ในครั้งนี้เป็นการศึกษาถึง ชีวิตและการแสดงอัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพในอ้อมผ้าตัด ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาผ่านการเล่าเรื่องชีวิต และการสังเกตพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพในอ้อมผ้าตัด โดยมีประเด็นที่สำคัญ คือ การนำเสนอ ชีวิตในเส้นทางของการเข้ามาสู่วิชาชีพพยาบาลอ้อมผ้าตัด เริ่มตั้งแต่กระบวนการและรูปแบบความคิดของแต่ละคนที่มีต่องานอ้อมผ้าตัด ประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับอ้อมผ้าตัด จนมาถึง การตัดสินใจเลือกเส้นทาง วิชาชีพพยาบาลอ้อมผ้าตัด เพื่อให้ทราบถึงที่มาที่ไปของการตัดสินใจที่จะก้าวมาสู่วิชาชีพพยาบาลอ้อมผ้าตัดตลอดจน การเปิดพื้นที่อ้อมผ้าตัด เพื่อให้เห็น ชีวิต บทบาทและความสัมพันธ์ของพยาบาลอ้อมผ้าตัดกับกลุ่มคนต่างๆ ภายใต้บริบทดังกล่าว เพื่อจะตอบคำถามในเรื่องอัตลักษณ์ของพยาบาลอ้อมผ้าตัด ที่สามารถปรับตัวให้อยู่ในอ้อมผ้าตัดได้ โดยมีประเด็นดังนี้คือ

1. นางฟ้าชุดเขียว: การแสดงอัตลักษณ์ตามพื้นที่ต่างๆ
2. เส้นทางในการเข้าสู่วิชาชีพของนางฟ้าชุดเขียว
3. การก่อรูปนางฟ้าชุดเขียว
4. การแสดงอัตลักษณ์ของนางฟ้าชุดเขียว

นางฟ้าชุดเขียว: การแสดงอัตลักษณ์ในพื้นที่ต่างๆ

“อ้อมผ้าตัด” เป็นสถานที่ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดและตรวจพิเศษ ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการทุกกลุ่มอายุ เป็นหน่วยงานที่สำคัญหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาล ทุกอ้อมผ้าตัดมีเป้าประสงค์ของการให้บริการเหมือนกัน คือผู้รับบริการทุกคนมีความปลอดภัย มีความสุขสบาย พอสมควร ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์และฟื้นฟูในเวลาที่เหมาะสม สามารถตอบสนองความคาดหวังของผู้ใช้บริการและเป็นที่ยอมรับ

อย่างไรก็ตาม เมื่อก้าวถึงคำว่า “อ้อมผ้าตัด” หลายคนมักนึกถึงภาพแห่งความเจ็บปวด มีดหมอ เลือด การเย็บแผล ทีมผ่าตัดในชุดเขียว อ้อมผ้าตัดที่มีไฟดวงใหญ่ ๆ หลากหลายจินตนาการจนทำให้หลายคนเกิดความกลัว ประกอบกับการเป็นพื้นที่ที่ไม่อนุญาตให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าไป จึงเป็นห้องปิดลับที่ใครๆ ไม่มีโอกาสล่วงรู้ว่าข้างในนั้นเขาทำงานกันอย่างไร จึง ทำให้พื้นที่

อ้อมผ้าตัดเสมือนถูกตัดขาดจากสังคมภายนอก

เมื่อได้เดินเข้ามาถึงหน้าอ้อมผ้าตัดแห่งนี้ก็จะพบบานประตูบานใหญ่ 2 บาน ซึ่งบานหนึ่งทางซ้ายมือเขียนไว้ว่า “ทางเข้า” และอีกหนึ่งบานทางขวามือ เขียนว่า “ทางออก” แยกออกจากกันคนละทาง ใช้เป็นทางเข้า-ออกของอ้อมผ้าตัดแห่งนี้ ช่องทางเข้านี้ ตอนเช้าของทุกๆ วันในเวลาราชการ จะเห็น “น้องชุด

ม่วง” ผู้วิจัยเรียกตามสีหลักของยูนิฟอร์มที่ใส่หรือตำแหน่ง “พนักงานช่วยการพยาบาล ” จะทยอยออกไปรับผู้ป่วยที่อยู่ตามตึกต่างๆ ของโรงพยาบาลที่ได้นัดผ่าตัดล่วงหน้าในวันนั้นๆ ตามคิวการรักษาที่ศัลยแพทย์ได้กำหนดไว้ และมีบานหน้าต่างเล็กๆ ที่เป็นช่องทางให้ผู้ป่วยที่มาจากบ้าน (ผู้ป่วยนอก) ใช้ยื่นเอกสารการนัดผ่าตัด บ้างก็ใช้เป็นที่ยื่นสอบถามข้อมูลของญาติ บ้างก็เป็นที่ยึดติดของหน่วยงานภายนอกห้องผ่าตัด

ประตูห้องผ่าตัดจะปิดอยู่ เกือบตลอดเวลา โดยจะถูกเปิดออกเมื่อต้องการใช้เป็นช่องทางในการรับและส่งผู้ป่วยที่มาใช้บริการห้องผ่าตัด และจะมีบานหน้าต่างเล็กๆ เพื่อให้บุคคลภายนอกห้องผ่าตัดใช้เป็นช่องทางในการสอบถามข้อมูลและติดต่อกับทางหน่วยงานห้องผ่าตัด แม้ว่าลักษณะของงานห้องผ่าตัดจะไม่ได้เปิดให้บุคคลทั่วไปได้เข้ามาสัมผัสกับงานข้างใน แต่ทางห้องผ่าตัดก็ไม่ได้ตัดหรือปิดตัวเองจากสังคมภายนอก ช่องทางตรงจุดนี้จะช่วยให้กลุ่มคนต่างๆ สามารถเข้าถึงห้องผ่าตัดได้ ช่องทางหนึ่ง แม้ว่าจะมีกฎระเบียบที่เคร่งครัดก็ตาม

จากการ ลงพื้นที่ภาคสนาม ผู้วิจัยพบว่าลักษณะของ พื้นที่ของห้องผ่าตัดมีอยู่ 3 ลักษณะที่มีความแตกต่างกัน มีลักษณะเฉพาะตัวที่แทรกอยู่ในส่วนต่างๆ ของห้องผ่าตัด ที่คอยเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมและการกระทำให้กับกลุ่มบุคคลที่เข้ามาใช้พื้นที่ในตำแหน่งนั้นๆ ได้ฟังกระทำและแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสม โดยพื้นที่ดังกล่าวได้แก่

1. พื้นที่รอยต่อ
2. พื้นที่งาน
3. พื้นที่สาธารณะ

พื้นที่รอยต่อ

ผู้วิจัยเรียกพื้นที่ดังกล่าวว่าเป็นพื้นที่ “รอยต่อ” เพราะจากการลงพื้นที่สังเกตในภาคสนามพบว่าพื้นที่ที่เรียกว่าพื้นที่รอยต่อ มีลักษณะของพื้นที่เป็นจุดเด่นคือเป็น “จุดเปลี่ยนผ่าน ” ของการเป็นพื้นที่ “ส่วนนอก ” กับพื้นที่ “ส่วนใน ” พื้นที่ของ “คนนอก ” กับพื้นที่ของ “คนใน ” และพื้นที่ของ “นอกห้องทำผ่าตัด ” กับพื้นที่ “ในห้องทำผ่าตัด ” ลักษณะพื้นที่รอยต่อของ ห้องผ่าตัด ทั้ง 3 แบบนี้เป็นบริเวณที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของกันและกันระหว่างบุคคล ที่อยู่ในพื้นที่นั้นๆ ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ของรอยต่อ ได้มีการติดต่อสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มคนต่างๆ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในงานของแต่ละกลุ่มบุคคล ที่สามารถแสดงความรู้สึกนึกคิด ความต้องการและพฤติกรรมของตนเอง โดยพื้นที่รอยต่อของห้องผ่าตัดนั้นได้แก่

1. ห้องรับ-ส่งผู้ป่วย: พื้นที่รอยต่อส่วนนอกกับส่วนใน

ห้องรับ-ส่งผู้ป่วย เป็นพื้นที่แรกที่สามารถเริ่มต้นเข้ามาสัมผัสกับงานของห้องผ่าตัดได้ในฐานะที่เป็นคนนอก เป็นพื้นที่ ที่ทำหน้าที่รับผู้ป่วยมาผ่าตัดและส่งผู้ป่วยกลับหอบุคคลป่วยหลังจากผ่าตัดเสร็จและได้รับการประเมินว่าสามารถกลับไปดูแลต่อที่หอบุคคลป่วยเดิมได้ ตลอดจนเป็นจุดศูนย์กลางของห้องผ่าตัดทำหน้าที่ในการประสานงานระหว่างหน่วยงานภายนอกกับภายในห้องผ่าตัดเอง บริเวณนี้ญาติผู้ป่วยก็สามารถ

เดินเข้ามาส่งผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการผ่าตัด ตลอดจนสอบถามถึงอาการของผู้ป่วยได้ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยกำลังผ่าตัด
อยู่ได้

เมื่อเดินเข้าไปด้านในห้องผ่าตัด ส่วนของห้องรับ-ส่งผู้ป่วยเราจะพบว่าห้องแห่งนี้ จะเป็น
พื้นที่โล่งๆ ในส่วนหน้าทั้งหมด และแบ่งสัดส่วนพื้นที่ออกเป็นส่วนๆ ที่ประกอบไปด้วยจุดหลักๆ คือ เคาท์เตอร์
ขนาดใหญ่ ซึ่งอยู่ติดกับประตูทางเข้า-ออก เป็นจุดศูนย์กลางของพื้นที่ในจุดนี้ จุดเปลี่ยนเสื้อผ้าผู้ป่วยใน ห้อง
เปลี่ยนเสื้อผ้าผู้ป่วยนอก โดยมีกลุ่มคนต่างๆ ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องตรงจุดนี้หลายตำแหน่งด้วยกัน ซึ่งต่างก็มี
หน้าที่ของตนเองอย่างชัดเจน ทำงานประสานกันอย่างเป็นระบบ โดยพีเพอร์ ได้พุดถึงพื้นที่ตรงจุดนี้ว่า

“...ตรงบริเวณนี้เราเรียกว่า ห้องรับส่งผู้ป่วย หน้าที่หลักๆ ก็คืองานไปรับผู้ป่วยมาผ่าตัดและ
ไปส่งผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเสร็จแล้ว โดยตรงนี้ก็จะมีพยาบาลประจำอยู่ 2 คนที่จะคอยดูแลความเรียบร้อยทั้งหมด
ซึ่งจะทำงานร่วมกับผู้ช่วยพยาบาล ออร์เดอร์ลี (orderly) และแม่บ้าน เป็นศูนย์กลางการประสานงานในทุกๆ
เรื่องที่เกี่ยวข้องกับห้องผ่าตัด...”

(เพชร เมษายน

2556: สัมภาษณ์)

จะพบว่า มีเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดในบทบาทต่างๆ อยู่จำนวนหนึ่ง หนึ่งในจำนวนนั้นคือ
พนักงานช่วยการพยาบาลที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น มีพนักงานผู้ชายที่ช่วยในการเซ็นแปลผ่าตัด ทำหน้าที่รับ-ส่ง
ผู้ป่วยภายในห้องผ่าตัด และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดจำนวน 2 ท่านที่ทำหน้าที่ประจำตรงจุดนี้โดยพีแก้วและ
พีไข่มุก ได้กล่าวถึงหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพตรงจุดนี้ว่า

“...พยาบาลตรงจุดนี้ หน้าที่หลักๆ คือเช็คความพร้อม ทั้งผู้ป่วย วัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นว่า
พร้อมที่จะสามารถทำผ่าตัดได้หรือไม่ และเป็นตัวกลางสื่อสารข้อมูลให้ทีมทราบ ก่อนที่จะรับผู้ป่วยมาผ่าตัด
...”

(แก้ว พฤษภาคม 2556: สัมภาษณ์)

“...นอกจากเรื่องคนไข้แล้ว ตรงจุดนี้ก็จะจะเป็นจุดให้ข้อมูลกับญาติ ที่มารอหน้าห้องผ่าตัด ตลอดจนเป็นด่านหน้า ที่รับการติดต่อ ประสานงานจากหน่วยงานภายนอกกับในห้องผ่าตัด...”

(ไข่มุก มิถุนายน 2556: สัมภาษณ์)

บริเวณห้องรับ -ส่งผู้ป่วยนี้จะมีเจ้าหน้าที่ทำงานอยู่หลากหลายระดับ มีพยาบาลวิชาชีพ ห้องผ่าตัดที่จะประจำตรงจุดนี้จำนวน 2 คน ที่ทำหน้าที่ตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยอีกครั้ง ก่อนรับผู้ป่วย มาผ่าตัดและเป็นจุดศูนย์กลางของหน่วยงานห้องผ่าตัด ที่คอยประสานงานกับทุกฝ่ายทั้งภายนอกและภายใน หน่วยงาน เพื่อให้การดำเนินงานผ่าตัดผ่านลุล่วงไปได้ด้วยดี และมีเจ้าหน้าที่หลายระดับที่คอยช่วยเหลือ เป็น ทีมงาน ได้แก่ ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานช่วยการพยาบาลและพนักงานบริการ ที่ต้องทำหน้าที่ร่วมกันก่อนส่งต่อ ผู้ป่วยเข้าไปยังห้องผ่าตัดแผนกต่างๆในห้องผ่าตัดต่อไป

พื้นที่ของห้องรับและส่งผู้ป่วยนี้เป็นด่านที่ติดกับพื้นที่ภายนอกห้องผ่าตัด เป็นห้องที่ดูเปิด กว้างเพื่อให้ผู้ที่ต้องการมาใช้บริการห้องผ่าตัดสามารถเข้าถึงห้องผ่าตัดได้อย่างไม่ยากนักอย่างที่ พี่เพชรและพี่ แก้ว ได้กล่าวถึงห้องนี้ว่า

“...เป็นจุดสุดท้ายที่ญาติเดินมาส่งได้ สอบถามข้อมูลได้ เข้าไปลึกกว่านี้ไม่ได้แล้ว ข้างใน สะอาด...”

(พี่เพชร เมษายน 2556: สัมภาษณ์)

“...มันมีเส้นแดงแบ่งไว้ค่ะ ห้ามเข้าเกินเส้นนี้ข้างในถือว่าเป็นเขตห้องผ่าตัดจริงๆ แล้ว วันก่อน มีหมอเดินเข้าไป ก็จะมีคนพยาบาลที่เคาท์เตอร์ตะโกนเรียกและบอกให้ไปเปลี่ยนชุดที่ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า ก่อน...”

(พี่แก้ว เมษายน 2556: สัมภาษณ์)

ห้องรับ-ส่งผู้ป่วยตรงจุดนี้ เป็นจุดที่ยังไม่ได้เคร่งครัดเรื่องกฎระเบียบมากนัก สังเกตได้จาก ทางห้องผ่าตัดยังอนุญาตให้ญาติเดินเข้ามาส่งผู้ป่วยและพูดคุยได้อีกเล็กน้อย ก่อนนำส่งผู้ป่วยเข้าไปภายในห้อง ผ่าตัดต่อไปโดยที่พื้นของห้องนี้ มีเส้นสีแดงขีดไว้ตรงพื้นเป็นแนวยาว เพื่อแบ่งเขตไว้อย่างชัดเจน และห้าม บุคคลภายนอกที่ยังไม่ได้เปลี่ยนเสื้อผ้าและรองเท้าเป็นชุดของตึกผ่าตัด ผ่านเข้าไปภายในตึกผ่าตัด การสัญจร ในบริเวณนี้ยังไม่มีจำกัด แต่ต้องได้รับการตรวจสอบเฝ้าระวังจากเจ้าหน้าที่ เพื่อป้องกันบุคคลภายนอกที่ยัง ไม่ได้เปลี่ยนเสื้อผ้าผ่านเข้าไปภายใน

ห้อง ผ่าตัด

ดั่งภาพที่ 2



ภาพที่ 1 เส้นแบ่งเขตพื้นที่บริเวณห้องรับและส่งผู้ป่วย
ที่มา: ถ่ายโดยผู้วิจัย วันที่ 5 เดือนสิงหาคม 2556

จากภาพที่ 2 แสดงเส้นสีแดงที่ขีดไว้ตรงบริเวณพื้นที่ของห้องรับ - ส่งผู้ป่วย ที่เป็นเส้นแบ่งพื้นที่รอยต่อที่แสดงให้เห็นถึงการแบ่งเขตพื้นที่ เส้นสีแดงที่ขีดขึ้นนี้ เพื่อป้องกันหรือการห้าม เช่นเดียวกับการใช้สัญลักษณ์สีแดงของไฟจราจรที่บ่งบอกถึงให้หยุดรอ ห้ามฝ่าไฟแดง และเส้นจราจรสีขาวสลับแดงบนพื้นทางเท้าที่บ่งบอกว่าห้ามจอด เช่นเดียวกับเส้นสีแดงที่ถูกขีดขึ้นในห้องผ่าตัด ที่เป็นการห้ามบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการห้องผ่าตัดข้ามผ่านเส้นนี้ เพราะหลังเส้นดังกล่าวเป็นพื้นที่เขตสะอาด สิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดเริ่มมีการควบคุมให้เกิดการปนเปื้อนให้น้อยที่สุดแม้ว่าจะมีการควบคุมที่เคร่งครัดของห้องผ่าตัด แต่ตรงจุดนี้เป็นจุดที่เปิดโอกาสให้มีการร่ำลา ก่อนที่ความรู้สึกจะถูกพรากออกจากกัน จากกฎเกณฑ์ที่สร้างขึ้น เป็นกำแพงกั้นสายตาแห่งความเป็นห่วงเป็นใยของคนที่มาส่ง

จะเห็นได้ว่า พื้นที่รอยต่อของห้องรับและส่งผู้ป่วยนั้น เป็นพื้นที่ของการเปลี่ยนผ่านของผู้รับบริการ ไม่ว่าจะผู้รับบริการที่มาจากที่บ้านหรือผู้รับบริการที่นอนอยู่ในโรงพยาบาลก่อนแล้ว มาเป็นผู้รับบริการของห้องผ่าตัด ที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะแบบห้องผ่าตัด ตั้งแต่การแต่งกาย กฎระเบียบที่ใส่ให้ผู้ป่วยโดยที่ผู้ป่วยไม่รู้ความหมาย เช่นการเปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดของห้องผ่าตัด การสวมหมวกเก็บผม เปลี่ยนผ้าคลุมเป็นของห้องผ่าตัด เป็นต้น ตลอดจนการเป็นพื้นที่ในการเปลี่ยนผ่านของข้อมูล ความสัมพันธ์กับบุคคลภายนอกห้องผ่าตัด ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลซึ่งกันและกัน จะเห็นได้ว่าแม้ว่าห้องผ่าตัดอาจจะดูเป็นพื้นที่ปิด แต่ในความเป็นจริงแล้วห้องผ่าตัดเปิดให้คนนอกได้เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับห้องผ่าตัดได้ โดยผ่านช่องทางรอยต่อของห้องรับและส่งผู้ป่วยนั่นเอง

พื้นที่รอยต่อบริเวณห้องรับส่งผู้ป่วยนี้ จะเป็นในรูปแบบของสัญญาณ คือขีดเส้นสีแดงเป็นแนวยาวตรงพื้นและมีการเขียนข้อความว่า “เขตสะอาดห้ามเข้า” และ “บุคคลภายนอก ห้ามเข้า ” เป็นการบ่งบอกถึงป้อมปราการ ให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องพึงรับทราบและเข้าใจ ในอำนาจของกฎ อำนาจจากโครงสร้างของห้องผ่าตัดที่ถูกจำกัดเฉพาะบุคคล หากใครฝ่าฝืนอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย โดยมีการนำเรื่องราวของกฎหมายมาได้

กับความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อต่อรองให้คนอื่นกระทำตามกฎ ในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ที่ต้องรับบทบาทเจ้าของบ้าน ทำหน้าที่เสมือนผู้คุมกฎ ที่ต้องพึงตรวจสอบ ดูแลให้ทุกคนที่เข้ามาใช้บริการห้องผ่าตัด ปฏิบัติตามกฎ ระเบียบของห้องผ่าตัดอย่างเคร่งครัด นั้นหมายถึงอำนาจนั้นมีการควบคุมพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นไปในสองทางคือ ผู้ที่ต้องกระทำตามกฎอย่างเคร่งครัดและผู้ที่ต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการกระทำตามกฎ

2. ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด: พื้นที่รอยต่อคนนอกกับคนใน

เขตพื้นที่รอยต่อห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดเป็นเขตพื้นที่รอยต่อของ บริเวณที่บุคคลภายนอก หรือบุคลากรของห้องผ่าตัด เตรียมที่จะผ่านเข้ามาภายใน ห้องผ่าตัด ผ่านทางประตูบานเล็กๆ ที่อยู่ตรงกลางกำแพงใหญ่ เป็นจุดเริ่มต้นที่ผู้วิจัยจะเข้าไปสำรวจห้องผ่าตัด ประตูทางเข้าไปทำงานในห้องผ่าตัดนั้น ติดตั้งเครื่องสแกนลายนิ้วมือไว้ เพื่อให้บุคคลที่จะเข้าไปทำงานในห้องผ่าตัด ต้องผ่านการสแกนลายนิ้วมือ หรือได้รับอนุญาตจากเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ที่จะกดปุ่มเปิดอัตโนมัติให้ จึงจะสามารถเข้าไปในห้องผ่าตัดได้ ประตูทางเข้าห้องผ่าตัดจะแยกประตูกันระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้หญิงและเจ้าหน้าที่ผู้ชายเพื่อความสะดวกในการเตรียมตัวเพื่อเข้าไปในห้องผ่าตัด

ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 2 ประตูทางเข้าของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด

ที่มา: ถ่ายโดยผู้วิจัย วันที่ 10 เดือนสิงหาคม 2556

จากภาพที่ 3 แสดงประตูทางเข้าติดตั้งเครื่องสแกนลายนิ้วมือเอาไว้ ที่พยาบาลห้องผ่าตัด ต้องผ่านประตูบานนี้เพื่อเข้าไปทำงานข้างในห้องผ่าตัด โดยหยกได้พูดถึงเครื่องนี้ให้ฟังว่า

“..เครื่องนี้ป้องกันบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าไป ช่างในได้เป็นเรื่องของการรักษาความปลอดภัยให้คนที่ทำงานในนี้โดยทุกคนต้องมีการลงทะเบียนบันทึกเวลาเข้ามาในโรงซักผ้าก่อนแล้ว เครื่องสแกนตัวนี้ก็จะมีการบันทึกเวลาที่เข้ามาในโรงซักผ้าตัดของแต่ละคน ผ่านการสแกนลายนิ้วมืออีกด้วย...”

(หยก เมษายน 2556: สัมภาษณ์)

จะเห็นได้ว่า คำกล่าวข้างต้นของหยก ได้สะท้อนให้เห็นถึงความเคร่งครัดของโรงซักผ้าตัดที่ต้องมีการควบคุม ตั้งแต่ด่านแรกของพยาบาลโรงซักผ้าตัด ที่ต้องผ่านเข้ามาทำงานในพื้นที่แห่งนี้ ซึ่งบุคคลที่จะผ่านเข้าไป ต้องเป็นบุคคลที่ผ่านการได้รับอนุญาตจากทางโรงซักผ้าตัดแล้วเท่านั้น

เมื่อเปิดประตูเข้าไปจะพบกับห้องที่เต็มไปด้วยตู้เก็บสัมภาระที่มากมาย และแต่ละตู้จะมีชื่อปิดไว้ที่หน้าตู้ทุกตู้ มีราวแขวนผ้า มีห้องสำหรับเปลี่ยนเสื้อผ้า จากชุดที่ใส่มาจากภายนอกโรงซักผ้าตัด มาเป็นชุดสีเขียวที่ทางโรงซักผ้าตัดจัดไว้ให้และห้องนี้ยังเป็นห้องน้ำและห้องอาบน้ำอีกด้วย

ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 3 ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าสำหรับเจ้าหน้าที่โรงซักผ้าตัด

ที่มา: ถ่ายโดยผู้วิจัย เดือนพฤษภาคม 2556

จากภาพที่ 4 แสดงให้เห็นถึงตู้เก็บสัมภาระที่มากมาย ประกอบกับราวแขวนเสื้อผ้าที่ถูกจัดไว้เพื่อให้เจ้าหน้าที่ใช้แขวนเสื้อผ้าที่สวมใส่มาจากภายนอกโรงซักผ้าตัด มาเก็บไว้ในห้องนี้ จะเห็นได้ว่าตู้เก็บสัมภาระนั้นมีมากมาย นั่นหมายถึงจำนวนและความหลากหลายบุคลากรที่เข้ามาทำงานประจำในโรงซักผ้าตัดนั่นเอง ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าที่จะแยกออกเป็นหลายห้องคือ ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าเจ้าหน้าที่หญิง ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าเจ้าหน้าที่ชาย และห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าแม่บ้านชาย

จากการสังเกต ในห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า ยังมีการปะปนของคนที่ยังเป็นคนนอกกับคนใน คือ มีทั้งคนที่ใส่ชุดที่มาจากข้างนอกและคนที่เปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดของห้องผ่าตัดแล้ว ที่สามารถมาใช้ห้องนี้ได้ และ ยังพบว่า การแต่งกายมาจากข้างนอกก่อนเข้ามาทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด มีทั้งชุดยูนิฟอร์มสีเขียวอ่อน และชุดสุขภาพทั่วไป ซึ่งไม่มีใครแต่งชุดยูนิฟอร์มสีขาว เครื่องแบบพยาบาลเลย โดยที่มรกตและพีพลอย ที่สวมชุดสุขภาพได้พูดถึงเรื่องการแต่งกายว่า

“...คือไม่มีการบังคับให้แต่งยูนิฟอร์มพยาบาล ส่วนใหญ่ก็เลยเลือกแต่งชุดสุขภาพมากกว่า เพราะว่าประหยัดเวลาในการแต่งกาย ไม่ต้องเก็บผม ใส่หมวกพยาบาลให้ดูเรียบร้อย และมันเป็นช่วงระยะเวลาสั้นๆ ที่เดินทางจากหอพักมายังห้องผ่าตัด ทำยลสุดแล้วก็ต้องเปลี่ยนมาเป็นชุดของห้องผ่าตัดอยู่ดี...”
(มรกต พฤษภาคม 2556: สัมภาษณ์)

“...ที่ชอบใส่ชุดยูนิฟอร์มมากกว่า ไม่ต้องคิดมาก ว่าวันนี้จะแต่งชุดยังไงดีให้ดูสุขภาพเรียบร้อย ประหยัดเวลาในการมาทำงานดี...”
(พลอย พฤษภาคม 2556: สัมภาษณ์)

จากคำบอกเล่าของมรกตและพีพลอย แสดงให้เห็นว่า พยาบาลห้องผ่าตัดให้ความสำคัญกับ“เวลา” มาก คือ การบริหารจัดการเวลาในการมาทำงาน จะไม่เสียเวลามากกับการแต่งกาย นั่นหมายถึงวิถีชีวิตที่ผูกอยู่กับการใช้เวลาให้คุ้มค่ามากที่สุดในการทำงาน

ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าเจ้าหน้าที่นี้ เป็นศูนย์รวมของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่เข้ามาทำงานในตอนเช้า ที่ต้องมาเปลี่ยนเครื่องแต่งกายเป็นชุดสีเขียวของห้องผ่าตัด เสียงของการสนทนาพูดคุย ทักทายระหว่างรอเปลี่ยนเสื้อผ้าง่ายๆไม่ขาดสายในช่วงระยะหนึ่งในตอนเช้าของวันทำงานปกติ

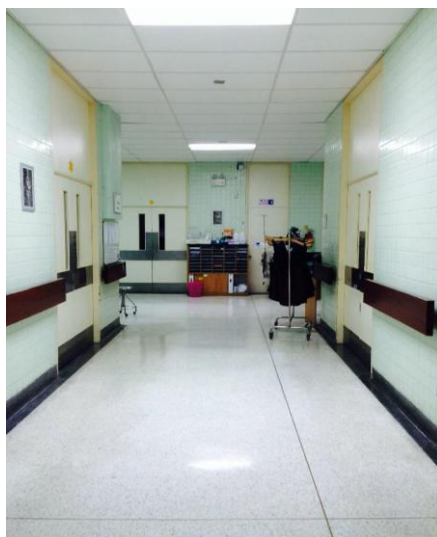
จะเห็นได้ว่า พื้นที่รอยต่อห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดนั้น เป็นห้องของการเปลี่ยนผ่านจากบทบาทบุคคลภายนอกมาสวมบทบาทพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดอย่างเต็มตัว เริ่มต้นจากการเปลี่ยนเครื่องแต่งกาย ซึ่งนับเป็นจุดเริ่มต้นของการเข้ามาสวมบทบาทในหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด ผ่านการเปลี่ยนเครื่องแต่งกายตลอดจนการแสดงบทบาทในหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อไป

โดยเขตรอยต่อของการเข้าสู่บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดสิ่งแรกที่เป็นสัญญาณในการเข้าสู่บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดคือการเปลี่ยนเครื่องแต่งกาย ที่เปลี่ยนมาใส่ชุดสีเขียวของห้องผ่าตัด นั่นคือการยอมรับในสิ่งที่ต้องปฏิบัติตามกฎ กติกาของห้องผ่าตัด เป็นแบบอย่างที่ดีและถูกต้องตามกฎเกณฑ์ของห้องผ่าตัด รวมทั้งการสวมบทบาทของผู้คุมกฎที่เป็นการบังคับให้พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดทุกคน ให้ต้องทำหน้าที่ในบทบาทของตนเองในการเป็นส่วนหนึ่งของทีมผ่าตัดแล้ว ยังต้องเป็นผู้คุมกฎให้ทุกคนมีการแต่งกายที่ถูกต้องตามระเบียบของห้องผ่าตัด

3. พื้นที่ห้องผ่าตัด: รอยต่อนอกห้องผ่าตัดกับพื้นที่ในห้องผ่าตัด

เขตพื้นที่รอยต่อก่อนเข้าห้องผ่าตัด คือ เส้นทางสัญจรสายต่างๆ ภายในห้องผ่าตัด จะเป็นเขตรอยต่อของ บริเวณที่บุคลากรที่ปฏิบัติงานภายในห้องผ่าตัดผ่านเข้าไปได้ โดยต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าและ รองเท้าเป็นชุดของห้องผ่าตัด และสวมหมวกคลุมผมให้มิดชิด การสัญจรในเขตนี้จำกัดเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่ ปฏิบัติงานในตึกผ่าตัดเท่านั้น ผู้ป่วยที่เปลี่ยนเสื้อผ้า และรองเท้าเป็นชุดผู้ป่วยของตึกผ่าตัดและสวมหมวกคลุม ผมแล้ว ถูกเคลื่อนย้ายเข้ามาในเขตนี้ได้โดยบุคลากรของห้องผ่าตัดเพื่อรอการผ่าตัดในลำดับถัดไป เป็นเขตที่ เชื่อมต่อเพื่อเข้าไปสู่เขตควบคุมพิเศษนั้นคือ ห้องที่ผ่าตัดนั่นเอง

เส้นทางเดินในห้องผ่าตัดนั้น มีความกว้างของทางเดินพอสมควร ซึ่งกว้างพอให้เปล ผ่าตัด 2 คันสวนกันได้ ทางเดินในห้องผ่าตัดจะดูโล่งๆ เดินไปทางไหนก็จะพบแต่ห้องที่มีบานประตูเหมือนๆ กันทั้งหมด จึงไม่ค่อยแปลกใจ ถ้าใครที่เข้ามาในห้องผ่าตัดครั้งแรกอาจจะเดินหลงทางได้ เส้นทางเดินในห้อง ผ่าตัดนั้นจะมีความเงียบสงบเมื่อทุกห้องได้เริ่มลงมือ ทำผ่าตัดกัน จะมีเพียงคนงานประจำห้องที่คอยเดินอยู่ ด้านหน้าห้องเพื่อสังเกตการณ์และคอยรับคำสั่งให้ช่วยเหลือจากภายในห้องผ่าตัดดังภาพที่ 5



ภาพที่ 4 เส้นทางภายในห้องผ่าตัด

ที่มา: ถ่ายโดยผู้วิจัย วันที่ 11 เดือนพฤษภาคม

จากภาพที่ 5 แสดงทางเดินในห้องผ่าตัดที่ทอดยาวนั้น จะพบกับห้องผ่าตัดต่างๆ ที่มีลักษณะ ที่ออกแบบมารูปแบบเดียวกันทั้งหมด และมีตัวเลขเขียนไว้เหนือบานประตูแต่ละบานซึ่งจะมีตัวเลขตั้งแต่ 1 ถึง 21 ซึ่งจะเป็นสัญลักษณ์ใช้แทนชื่อแผนกผ่าตัดต่างๆ ซึ่งเป็นที่เข้าใจกันดีของบุคลากรในห้องผ่าตัดว่าเป็นห้อง ผ่าตัดแผนกอะไร เพราะจากการสังเกตพบว่า แต่ละคนก็สามารถเดินไปยังห้องที่ตัวเองต้องทำงานอย่างมี จุดมุ่งหมาย ไม่ลังเล โดยที่โกเมนให้สัมภาษณ์ว่า

“...ตอนแรกเราก็ไม่รู้หรือคะว่าห้องไหนเป็นห้องอะไร ก็มีพี่บอก ก็เลยจำได้และต้องวนไปทำงานตามห้องต่างๆ ไม่นานก็จำได้ทั้งหมด อย่างห้องหมายเลขหนึ่งนี่ก็ห้องผ่าตัดค่ะ...”

(โกเมน กัญยาน 2556: สัมภาษณ์)

ในห้องผ่าตัดมีทางเดินให้สามารถเลือกเดินได้หลายทาง แต่ทุกทางจะเชื่อมต่อกันหมด การจัดวางอุปกรณ์ต่างๆ ที่อยู่นอกห้องผ่าตัดหน้าถูกจัดไว้ในรูปแบบที่เหมือนกัน ทุกๆ สิ่งทุกอย่างอย่างมีป้ายเขียนบอกไว้ทุกอย่าง ซึ่งเป็นการสื่อสาร อีกทางหนึ่ง เพื่อบุคคลที่เข้ามาใช้ห้อง ผ่าตัดสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองและสามารถจดจำได้ และสามารถหยิบใช้ได้อย่างสะดวก

ห้องที่ใช้ทำผ่าตัดผู้ป่วยกระจายอยู่ตลอดเส้นทางสัญจรที่ทอดไปยังส่วนต่างๆ เต็มพื้นที่ห้องผ่าตัด เป็นบริเวณที่จำกัดให้เฉพาะบุคลากรที่เปลี่ยนเสื้อผ้าและรองเท้า เป็นชุดของตีกผ่าตัด สวมหมวกคลุมผมมิดชิด และต้องผูกผ้าปิดปากและจมูกเรียบร้อย หรือบุคลากรที่สวมชุดกาวน์ผ่าตัดเรียบร้อยและพร้อมจะเข้าสู่การผ่าตัดเท่านั้นที่จะเข้ามาในบริเวณนี้ได้ โดยห้องทำผ่าตัดจะมีประตูที่ได้รับการควบคุมให้ปิดอยู่ตลอดเวลาดังภาพที่ 6



ภาพที่ 5 พื้นที่รอยต่อก่อนเข้าห้องที่ทำผ่าตัด
ที่มา: ถ่ายโดยผู้วิจัย วันที่ 10 สิงหาคม 2556

จากภาพที่ 6 แสดงให้เห็นถึงประตูห้องที่ทำผ่าตัด ที่เสมือนปิดอยู่ตลอดเวลา ซึ่งจะเห็นการเคลื่อนไหวของบุคคลน้อยมาก ยิ่งเป็นช่วงที่มีการทำผ่าตัดอยู่ทุกอย่างภายนอกก็จะสงบลง แต่ภายในห้องผ่าตัด ยังมีการเคลื่อนไหว การทำงานร่วมกันของทีมผ่าตัดที่ถือว่าเป็นห้องที่เป็นหัวใจหลักของงานห้องผ่าตัด

“ในห้องผ่าตัดจะมีคนอยู่หลายระดับ ทั้งคนที่อยู่ประจำและบุคคลภายนอกอื่นๆที่หมุนเวียนเข้ามาเรียนรู้งานในห้องผ่าตัด เช่นนี้ ก็เรียนแพทย์ นักเรียนพยาบาล บางครั้งเราไม่มีเวลาที่จะบอกได้หมดทุกเรื่อง บางอย่างจึงสามารถสังเกตได้จากป้ายที่เขียนไว้...”

(หยก พฤษภาคม 2556: สัมภาษณ์)

“...พยาบาลห้องผ่าตัดเองก็ต้องคอยดูแล และตรวจสอบให้ทุกคนทำตามกฎของห้องผ่าตัดอย่างเคร่งครัด เราสามารถให้คำแนะนำได้ทุกคน เพราะบางคนก็ไม่คุ้นเคยกับห้องผ่าตัด เพิ่งเข้ามาเป็นครั้งแรก ซึ่งก็เป็นหน้าที่เรา ที่ต้องคอยสอดส่องดูแล...”

(เพทาย พฤษภาคม 2556: สัมภาษณ์)

จากคำบอกกล่าวของหยกและเพทายนั้นเป็นเสียงที่สะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลห้องผ่าตัดในฐานะเจ้าของพื้นที่ นอกจากจะทำหน้าที่ในการดูแลผู้ที่มารับบริการผ่าตัดแล้ว ยังต้องดูแลสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดให้มีความเรียบร้อย ผู้ที่เข้ามาใช้บริการสามารถทำความเข้าใจในบริบทได้เป็นอย่างดี ตลอดจนการเป็นผู้ดูแลและเป็นแบบอย่างที่ดี แก่ให้ผู้ที่มาใช้บริการห้องผ่าตัดในการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ของห้องผ่าตัดอย่างเคร่งครัด

พื้นที่รอยต่อก่อนเข้าห้องทำผ่าตัด เป็นพื้นที่ที่มีการควบคุมในระดับที่มากขึ้นอีกในระดับหนึ่ง เป็นพื้นที่รอยต่อของบุคคลหลายๆ กลุ่มที่เข้ามามีบทบาทต่างๆ ในงานห้องผ่าตัดซึ่งทุกคนก็พึงที่จะปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ในทุกๆ พื้นที่ที่ได้เข้ามาใช้ให้เกิดความเหมาะสมสอดคล้องกับกฎ ระเบียบที่ได้วางไว้

จะเห็นได้ว่า พื้นที่รอยต่อต่างๆ ของห้องผ่าตัดนั้น มีความเฉพาะและเจาะจงให้กลุ่มคนที่มาใช้พื้นที่ในบริเวณนั้นๆ พึงได้เรียนรู้และปฏิบัติตามกฎที่ได้วางไว้ ความเข้มงวดของกฎ ระเบียบในห้องผ่าตัดนั้นจะเป็นแบบค่อยๆ เพิ่มระดับความเข้มงวดขึ้นเรื่อยๆ ก่อนเข้าถึงหัวใจของงานผ่าตัดเพื่อให้การทำงานนั้นมีความยืดหยุ่น ไม่เคร่งครัดจนเกินไป

พื้นที่งาน

พื้นที่งานภายในห้องผ่าตัด มีอยู่หลายส่วนด้วยกันที่ประกอบขึ้น จนกลายเป็นหน่วยงานห้องผ่าตัดที่พร้อมที่ให้บริการ ดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัดให้มีความปลอดภัย ซึ่งส่วนที่มีความสำคัญและเป็นหัวใจหลักของงานห้องผ่าตัดก็คือ ห้องที่ใช้ทำผ่าตัดนั่นเอง ซึ่งหลายคนที่ไม่เคยเข้ามาในห้องผ่าตัดมักเกิดความสับสนกับคำว่า ห้องผ่าตัดและห้องทำผ่าตัด

1. ห้องทำผ่าตัด

ภายในห้องผ่าตัด จะมีห้องที่ใช้ทำผ่าตัดอยู่หลายห้อง หลายแผนก แตกต่างกันไป ห้องทำผ่าตัดจะกระจายอยู่ตามส่วนต่างๆ ตามทางเดินที่ทอดไปในห้องผ่าตัด จะมีตัวเลขกำกับแต่ละห้องเรียงกันไป ตั้งแต่เลข 1 ถึง เลข 21 พี่เพชร ได้อธิบายถึงห้องทำผ่าตัดในแต่ละห้องตอนหนึ่งว่า

“...ภายในห้องผ่าตัด ก็จะมีห้องที่ใช้ทำงานหรือทำผ่าตัดของแผนกต่างๆ เป็นจำนวน 20 ห้อง ซึ่งบุคลากรในห้องผ่าตัดจะเรียกชื่อห้องต่างๆตามคำย่อในภาษาอังกฤษว่า “ OR” (อ่านว่า โอ-อาร์) ซึ่ง OR มาจากคำว่า Operating Room ซึ่งแปลว่าห้องผ่าตัดนั่นเอง แล้วตามด้วยตัวเลขของห้องนั้นๆ ซึ่งได้แก่ โออาร์1 เป็นห้องที่ทำผ่าตัดแผนกจักษุและทุกวันพุธจะเป็นการผ่าตัดของแผนกศัลยกรรมหลอดเลือด โออาร์ 2 ทำผ่าตัดแผนกจักษุ โออาร์ 3 และ 4 เป็นห้องผ่าตัดของแผนกสูติ-นรีเวช โออาร์ 5 เป็นห้องผ่าตัดแผนกศัลยกรรมตกแต่งและทุกวันอังคารจะเป็นการผ่าตัดของแผนกอุบัติเหตุ โออาร์ 6 แผนกศัลยกรรมประสาท โออาร์ 7 แผนกหู คอ จมูก โออาร์ 8 และ 9 แผนกกระดูกและข้อและทุกวันพฤหัสบดีจะเป็นการผ่าตัดของแผนกศัลยกรรมทั่วไป โออาร์ 10 แผนกศัลยกรรมทั่วไป โออาร์ 11 แผนกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะและทุกวันพฤหัสบดีและวันศุกร์เป็นการผ่าตัดของแผนกศัลยกรรมเด็ก โออาร์ 12 แผนกหู คอ จมูก และทุกวันอังคารจะเป็นการผ่าตัดของแผนกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะและศัลยกรรมหลอดเลือดสลับสับเปลี่ยนกัน โออาร์ 13 เป็นห้องพักระหว่างรอต่อเคส โออาร์ 14 ศูนย์สลายนิ่ว โออาร์ 15 แผนกศัลยกรรมทรวงอกและหัวใจ โออาร์ 16 แผนกกระดูกและข้อและทุกวันพฤหัสบดีเป็นการผ่าของแผนกศัลยกรรมเด็กและทุกวันศุกร์เป็นการผ่าตัดของแผนกศัลยกรรมทั่วไป โออาร์ 17 แผนกผ่าตัดศัลยกรรม หลอดเลือดและทุกวันพุธเป็นการผ่าตัดทางสูติ นรีเวช และทุกวันศุกร์เป็นการผ่าตัดของแผนกศัลยกรรมทั่วไป โออาร์ 18 แผนกผ่าตัดจักษุ โออาร์ 19 20 และ 21 เป็นห้องผ่าตัดแผนกฉุกเฉินในเวลาราชการ...”

(เพชร เดือน สิงหาคม 2556: สัมภาษณ์)

จากคำบอกเล่าของพี่เพชร สะท้อนให้เห็นว่า ห้องผ่าตัดที่นี่มีหลายแผนกด้วยกัน ในเวลาราชการ บางห้องก็มีเพียงแผนกเดียวทำผ่าตัดตลอดทั้ง 5 วัน บางห้องก็มีหลายแผนกปนกันอยู่ ตามวันที่กำหนดไว้แน่นอนและยังมีห้องผ่าตัดสำรองอีก 3 ห้องที่ใช้เป็นห้องผ่าตัดฉุกเฉินในเวลาราชการอีกด้วยซึ่งแสดงให้เห็นในมุมมองของพยาบาลห้องผ่าตัดว่า ทุกคนต้องมีความรู้ความเข้าใจในการผ่าตัดทุกแผนก ซึ่งสมรรถนะของแต่ละคนจะมีมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์การได้เข้าไปทำงานในแผนกนั้นๆ นั่นเอง

การทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น พบว่ามีพยาบาลที่อยู่ประจำห้องรับ-ส่งผู้ป่วยจำนวน 2 คนส่วนในห้องที่ทำผ่าตัดนั้น มีพยาบาลทำงานร่วมด้วยกัน ห้องละ 3 คน บางคนก็อยู่ประจำห้อง บางคนก็มีการมาทดแทนเป็นบางวันๆ ไป เพื่อให้งานสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การทำงานของพยาบาล ที่มีการวนไปทำหน้าที่ในแต่ละห้องเพื่อให้ทุกห้องสามารถ ดำเนินไปได้แล้ว การ หมุนวน ของพยาบาลยังเป็นการวน ไปเพื่อเรียนรู้งาน เพื่อให้เกิดความชำนาญและเชี่ยวชาญอยู่เสมอๆ บางห้องไม่ได้มีแผนกผ่าตัดเดียว พยาบาลห้องผ่าตัดห้องนั้นๆ จึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะที่มากขึ้นด้วย และยังชี้ให้เห็นว่าความชำนาญเฉพาะทางของศัลยแพทย์ ที่มีการแบ่งแยกเป็นหลายแขนงมากขึ้นทุกวัน ห้องผ่าตัดในอนาคตจึงจำเป็นต้องมีการขยายเพิ่มมากขึ้นให้เพียงพอกับ ความเจริญทางด้านทางการแพทย์และความต้องการของผู้รับบริการพยาบาลห้องผ่าตัดเองก็ต้องมีการพัฒนาตามไปด้วย

ภายในห้องทำผ่าตัด จะมีอุปกรณ์ประจำห้องที่สำคัญเพียงไม่กี่อย่าง ได้แก่ เตียงผ่าตัด เครื่องดมยาสลบ และคอมไฟผ่าตัด เป็นต้น ส่วนอุปกรณ์จำเป็นอื่นๆ จะถูกเคลื่อนย้ายเข้ามาเมื่อจะมีการผ่าตัด

เกิดขึ้น โดยพยาบาลห้องผ่าตัดจะจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัดที่จำเป็นให้มีความพร้อมก่อนเริ่มเคสผ่าตัด ดังภาพที่ 7



ภาพที่ 6 แสดงภายในห้องผ่าตัด

ที่มา: ถ่ายโดยผู้วิจัย วันที่ 11 เดือนพฤษภาคม 2556

จากภาพที่ 7 แสดงห้องผ่าตัดในช่วงเวลาที่ยังไม่ได้ให้บริการ จะมีอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในห้องผ่าตัดนั้นๆ ประจําอยู่ไม่มาก ส่วนที่เหลือจะนำเข้ามาใช้เพิ่มเติม เมื่อมีการวางแผนการให้พยาบาลผู้รับบริการแต่ละคน ซึ่งถือเป็นห้องหลักของงานห้องผ่าตัดที่มีความสำคัญ ที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีการดูแลให้มีความพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา

“...ห้องทำผ่าตัด จะเคร่งครัดสุดแล้วเพราะเป็นหัวใจของงานผ่าตัด ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการแต่งกายที่มีดชิติ ถูกต้อง การทำงานที่เป็นระบบของทีม...”

(ไข่มุก มิถุนายน 2556: สัมภาษณ์)

“...เมื่อถึงเวลาทำงาน ทุกทีมจะมาอยู่รวมกันอย่างพร้อมหน้าพร้อมตา พยาบาลเองก็ต้องมีการจัดเตรียมห้องผ่าตัด อุปกรณ์ที่จำเป็นในการทำผ่าตัด ให้พร้อมก่อนลงมือทำผ่าตัด...”

(ทับทิม มิถุนายน 2556: สัมภาษณ์)

จากคำบอกเล่าของพี่ ไข่มุกและทับทิม แสดงให้เห็นถึง ความสำคัญของห้องทำผ่าตัด ซึ่งเป็นห้องหลักของงานห้องผ่าตัด ที่ต้องมีการควบคุม กฎ ระเบียบ อย่างเคร่งครัด เป็นห้องที่ใช้ทำการผ่าตัด การดำเนินงานต่างๆ จะมีพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นคนคอยช่วยเหลือในทุกๆ สิ่งตั้งแต่การเตรียมห้องผ่าตัด เครื่องมือผ่าตัดรวมไปถึงอุปกรณ์ เครื่องมืออื่นๆ ทั้งที่จำเป็นและอุปกรณ์เครื่องมือที่อาจจะจำเป็นต้องใช้เมื่อ

เกิดภาวะฉุกเฉิน รวมไปถึงประสบการณ์ของพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากด้วยเช่นกัน ที่จะคอยระวัง และแนะนำ ให้คำปรึกษาช่วยเหลือแก่ทีมผ่าตัด ให้สามารถดำเนินการผ่าตัดผ่านพ้นลุล่วงไปได้ด้วยดี

จะเห็นได้ว่า นอกจากความเชี่ยวชาญในเรื่องความรู้ ความชำนาญแล้ว ความรอบรู้ในเรื่องเครื่องมือ อุปกรณ์ในการช่วยผ่าตัดก็มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่ากัน เพราะสิ่งเหล่านี้เปรียบเสมือนผู้ช่วยให้การผ่าตัดได้สะดวกขึ้น ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดเองต้องมีความรู้ในการใช้เครื่องมือและสามารถเป็นที่ปรึกษาในการใช้เครื่องมือต่างๆ ความสามารถเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ทีมผ่าตัดได้

2. ห้องเก็บเครื่องมือทางการแพทย์

ห้องเก็บเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นห้องที่อยู่ใจกลางของห้องผ่าตัด เป็นอีกหนึ่งห้องของห้องผ่าตัดที่มีความสำคัญ เพราะใช้เก็บรักษาเครื่องมือ ที่ใช้ในการทำผ่าตัด ห้องนี้จะอยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาลห้องผ่าตัด ที่ต้องมีการเช็คความเรียบร้อยและมีพร้อมใช้ตลอดเวลา และมีการทดแทนเมื่อเครื่องมือดังกล่าวมีการชำรุด เสียหาย เพราะถ้าเครื่องมือและอุปกรณ์ดังกล่าวอยู่ในสภาพไม่พร้อมใช้งาน ศัลยแพทย์ก็ไม่สามารถผ่าตัดได้เช่นกัน พยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีอีกหนึ่งหน้าที่ที่สำคัญ นั่นคือการการดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ให้มีอยู่และพร้อมใช้เสมอ อย่างที่พี่บุษราคัม ได้เล่าให้ฟังถึงการตรวจเช็คเครื่องมือ ในตอนหนึ่งว่า

“...ในเวลาราชการ เราจะมีเสมียนที่คอยช่วยในการนำเครื่องมือที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้วมาจัดเก็บตามชั้นวางในห้องเก็บเครื่องมือให้นอกเวลาราชการในวันเสาร์ อาทิตย์ ห้องผ่าตัดจะเปิดบริการผ่าตัดเฉพาะเคสฉุกเฉิน ในตอนเช้าของวันเสาร์พยาบาลที่อยู่เวรก็จะช่วยกันตรวจเช็ควันหมดอายุของการฆ่าเชื้อเครื่องมือทั้งหมด และพยาบาลเวรเช้าวันอาทิตย์จะตรวจเช็คจำนวนเครื่องมือสถานะเครื่องมือทั้งหมดว่ามีการสูญหาย หรือส่งซ่อมไปหรือไม่ ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดจะทำการตรวจเช็คกันทุกอาทิตย์เพื่อให้เครื่องมือมีพร้อมใช้ตลอดอาทิตย์...”

(บุษราคัม กรกฎาคม

2556: สัมภาษณ์)

เครื่องมือทางการแพทย์ ถือเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นมากสำหรับศัลยแพทย์ความถนัดในการใช้ ความชอบของศัลยแพทย์ต่อเครื่องมือบางชิ้น ก็มีความสำคัญต่อศัลยแพทย์ท่านนั้นๆ มากในการทำผ่าตัด ความสามารถในการจดจำและการใส่ใจต่อความชอบ ความถนัดดังกล่าวก็มีความจำเป็นต่อพยาบาลห้องผ่าตัด ในการจัดเตรียมเครื่องมือ นอกจากเหมาะสมต่อการผ่าตัดชนิดนั้นๆ แล้ว การจัดเตรียมเครื่องมือที่ถูกใจกับความเคยชินในการใช้เครื่องมือของศัลยแพทย์ก็มีความสำคัญมากเช่นกัน ที่ช่วยให้ศัลยแพทย์สามารถทำผ่าตัดด้วยความมั่นใจ ราบรื่น ซึ่งในตอนเช้าๆ ของวันทำการ จะเห็นพยาบาลห้องผ่าตัดแต่ละห้อง เข็นรถเพื่อมาเตรียมเครื่องมือกันอย่างแน่นห้องเก็บเครื่องมือทางการแพทย์ บางคนก็มาทำงานแต่เช้าตรู่เพื่อให้ได้เครื่องมือครบตามที่ต้องการ อย่างที่ไพลิน ได้มาทำงานแต่เช้าในวันนี้

“...วันนี้ต้องมาทำงานแต่เช้าค่ะ เพราะมีหลายห้องที่ทำผ่าตัดเหมือนกัน อยากได้เครื่องมือให้ครบ ไม่อยากให้หมอหงุดหงิด ถ้าได้เครื่องมือที่ไม่ชอบ เพราะเครื่องมือบางอย่างมีเพียงชิ้นเดียว ค่ะ แม้จะมีเครื่องมือบางอย่างทดแทนได้ แต่ถ้าได้อันที่ชอบก็จะดีกว่าค่ะ...”

(ไพลิน กรกฎาคม 2556: สัมภาษณ์)

จากคำบอกเล่าของพี่ไพลิน แสดงให้เห็น ว่าเครื่องมือบางอย่างมีไม่มากนัก และเป็นที่ต้องการของศัลยแพทย์หลายท่านความชอบ ความถนัดในตัวเครื่องมือบางชิ้นและได้ใช้เครื่องมือชิ้นนั้นๆ ก็ส่งเสริมให้สภาวะทางอารมณ์ของศัลยแพทย์บางท่านเป็นไปในทิศทางที่ดี พยาบาลห้องผ่าตัดเองให้ความสำคัญของปัจจัยภายนอกอื่นๆ ที่จะเป็นตัวช่วยให้งานผ่าตัดผ่านไปอย่างราบรื่นนอกจากทีมที่พร้อม ห้องผ่าตัดที่พร้อม เครื่องมือที่พร้อม อารมณ์ของศัลยแพทย์ก็มีส่วนสำคัญที่จะทำให้บรรยากาศในการทำงานเป็นไปในทิศทางใด การทำงานด้วยเนื้องานที่มีความเครียดอยู่แล้ว บรรยากาศในการทำงานควรไปในทิศทางที่ดี ด้วยการใส่ใจปัจจัยบางอย่าง แม้จะเล็กน้อยแต่สามารถส่งเสริมให้การทำงานมีความราบรื่นมากขึ้น ก็สามารถลดความเครียดในการทำงานให้น้อยลงได้

จะเห็นได้ว่าเครื่องมือผ่าตัด ถือว่าตัวช่วยที่สำคัญอย่างหนึ่ง ในการให้บริการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด นอกจากเครื่องมือต้องมีความพร้อมอยู่เสมอแล้ว ความใส่ใจในความถนัด ความชอบของศัลยแพทย์ในการใช้เครื่องมือ ก็เป็นสำคัญ ที่ช่วยส่งเสริมให้การทำงานผ่าตัดผ่านไปอย่างราบรื่น จึงเป็นหน้าที่หนึ่งที่สำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ต้องมีการจัดการ ดูแลเครื่องมือผ่าตัดให้มีความพร้อมใช้งานอยู่เสมอ

3. ห้องจัดล้างเครื่องมือ

ห้องจัดล้างเครื่องมือ เป็นห้องที่มีความสำคัญอีกห้องหนึ่ง ห้องนี้นอกจากจะทำหน้าที่จัดล้างเครื่องมือ ห่อ และส่งเครื่องมือไปทำการฆ่าเชื้อในรูปแบบต่างๆ แล้ว ห้องนี้ยังมีส่วนช่วยในการจัดการให้สามารถมีเครื่องมือทันใช้ได้ตรงตามเวลา โดยการบริหารจัดการเกี่ยวรอบของการนี้เครื่องมือ คอยทวงถามการติดตามเครื่องมือที่ส่งนี้ไปให้สามารถมีพร้อมใช้ตลอดเวลา และคอยประสานงานกับในห้องทำผ่าตัดรับรู้ และสามารถนำไปวางแผนการการผ่าตัดต่อไป

ทำหน้าที่รับเครื่องมือจากภายในห้องผ่าตัดมาผ่านกระบวนการล้างแล้วจัดห่อเพื่อส่งต่อไปทำการฆ่าเชื้อที่เวชภัณฑ์กลางต่อไป และรับเครื่องมือที่ผ่านการฆ่าเชื้อและพร้อมที่จะใช้งานกลับมาเก็บไว้ที่ห้องผ่าตัดเหมือนเดิมและมีพร้อมใช้ตลอดเวลา ตลอดจนการเบิกและจ่ายอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในห้องผ่าตัดให้มีปริมาณที่เพียงพอ

ทุกครั้งก็นำเครื่องมือไปใช้ในการทำผ่าตัดทุกชนิด พยาบาลห้องผ่าตัดในบทบาทพยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub Nurse) ในเคสผ่าตัดนั้นๆ มีหน้าที่ในการตรวจนับเครื่องมือให้ครบทุกชิ้นตั้งแต่ก่อนเริ่มผ่าตัดจนกระทั่งผ่าตัดเสร็จ ตามมาตรฐานการพยาบาลในห้องผ่าตัด ก่อนนำมาส่งให้ห้องจัดล้างเครื่องมือล้างทำความสะอาด จัดห่อและส่งฆ่าเชื้อต่อไป ซึ่งห้องนี้นอกจากจะดูแลเกี่ยวกับเรื่องเครื่องมือแล้ว ยังทำหน้าที่ตรวจเช็คเครื่องใช้ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดทุกๆ ไป และเบิกมาจากหน่วยเวชภัณฑ์กลางของโรงพยาบาล

มาเก็บไว้ที่ห้องผ่าตัดให้เพียงพอต่อการใช้งานในแต่ละวันทั้งในและนอกเวลาราชการ ซึ่งในตอนนี้จะมีพยาบาลวิชาชีพผ่าตัดประจำอยู่ 1 คน พี่พลอย เล่าให้ฟังว่าถึงภาระงานในห้องนี้ตอนหนึ่งว่า

“...งานในห้องนี้ค่อนข้างหนัก ต้องทำงานเพื่อให้มีเครื่องมือผ่าตัดทันใช้ตลอดเวลา ต้องทำงานประสานกับในห้องผ่าตัด เครื่องมือด่วน ตามเครื่องมือให้ทันเวลา เครื่องมือหาย เครื่องมือขาด มีเรื่องต้องแก้ไขตลอดเวลาเพื่อให้การผ่าตัดสามารถดำเนินไปได้...”

(พลอย กรกฎาคม 2556: สัมภาษณ์)

จะเห็นได้ว่า พื้นที่งานนั้นแม้หัวใจหลักจะอยู่ที่ห้องทำผ่าตัด แต่งานห้องผ่าตัดก็ไม่สามารถดำเนินไปได้ ถ้าขาดการเกื้อหนุนของกันและกันของแผนกต่างๆ ที่ต้องทำงานประสานกัน คอยขับเคลื่อนให้งานห้องผ่าตัด สามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พื้นที่สาธารณะ

จากการเดินสำรวจพื้นที่ในห้องผ่าตัดด้วยความสนใจในลักษณะเฉพาะของห้องต่างๆ ในห้องผ่าตัด พบว่ายังมีพื้นที่อีกส่วนหนึ่งที่แฝงอยู่ในห้องผ่าตัด บางห้องก็มีการใช้งานร่วมกันกับกลุ่มคนต่างๆ ภายในห้องผ่าตัด บางห้องก็เป็นห้องที่เฉพาะกิจกรรมบางอย่าง บางห้องเป็นห้องส่วนตัวของพยาบาลห้องผ่าตัด พื้นที่ของห้องเหล่านี้มีความน่าสนใจในแง่ที่ช่วยในการสนับสนุน ให้งานในบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด มีความสะดวก มีอิสระในการใช้งาน มีการแสดงความคิดเห็น การแสดงพฤติกรรมบางอย่างออกมา ที่เป็นตัวตนของพยาบาลห้องผ่าตัดอีกรูปแบบหนึ่ง

ด้วยระบบงานที่ต้องมีความรีบเร่ง และต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างตลอดเวลา ในห้องผ่าตัดก็ยังมีพื้นที่อื่นๆ นอกเหนือจากพื้นที่ทำงาน เพื่อให้บุคลากรได้ใช้เวลาความเป็นส่วนตัวในการพูดคุยในเรื่องงาน การได้พักผ่อนหรือผ่อนคลายความตึงเครียดจากการทำงานแม้ว่าระยะเวลา ที่ใช้ในห้องดังกล่าวจะมีไม่มากก็ตามที่

1. ห้องรับประทานอาหาร

เมื่อเดินเข้ามาในห้องผ่าตัด ห้อง นี้จะเป็นห้อง แรกที่จะเจอห้องรับประทานอาหารของบุคลากรในห้องผ่าตัด เป็นห้องที่มีขนาดกะทัดรัด มีการจัดวางโต๊ะและเก้าอี้ไว้เต็มพื้นที่ใช้สอยพอดี ซึ่งสามารถรับประทานอาหารได้คราวละประมาณ 60 คนเลยทีเดียว มีตู้เย็นทั้งขนาดใหญ่และขนาดเล็กวางอยู่ 3 ตู้ในตอนเช้าของทุกวันราชการ ห้องนี้ก็จะเป็นส่วนรวมของบุคลากรในห้องผ่าตัดที่จะมานั่งรวมตัวกันหลังจากเตรียมห้องผ่าตัด เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว บ้างก็รับประทานอาหารเข้า บ้างก็พูดคุย สัพเพเหระ ดูครั้นแค้นแตกต่างจากเวลาที่อยู่ในห้องทำผ่าตัดเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ ห้องนี้ยังเป็นสถานที่ที่รับส่งอาหารจากภายนอก เพื่อมารับประทานในมื้อกลางวันหรือมื้อเย็นของบุคลากรในห้องผ่าตัดด้วย โดยมีเจ้าหน้าที่ช่องทางห้องผ่าตัดเป็นคนจัดซื้อให้

“เพทาย” เป็นคนหนึ่งที่ชอบมาทำงานแต่เช้า เพราะอยากให้การเตรียมห้องผ่าตัดเสร็จ แต่เนิ่นๆ จะได้มีเวลามารับประทานอาหาร ก่อนที่จะเริ่มทำผ่าตัดเคสแรก เธอบอกกับผู้วิจัยว่า เธอติดที่ตองรับประทานอาหารเช้า วันไหนไม่ได้รับประทานอาหารเช้าก่อนทำงาน จะรู้สึกแสบท้อง ทำงานก็ไม่มีความสุข และเราก็ไม่สามารถเลือกได้ว่าจะได้พักกี่โมง ขึ้นอยู่กับว่าเคสผ่าตัดมีความยุ่งยากมากแค่ไหน บางคนได้พักเที่ยงตอนบ่ายสองก็มี เพราะฉะนั้นการเตรียมตัวเองให้พร้อมนอกจากเรื่องงานแล้ว การเตรียมความพร้อมของร่างกายก็มีความจำเป็นมากสำหรับตัวพยาบาลห้องผ่าตัดเอง

“...ในตอนเช้า เมื่อมาถึงที่ทำงาน อย่างแรกที่ทำคือการเตรียมห้องผ่าตัด เตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อม บางวันถ้าผ่าเคสใหญ่ ต้องเตรียมของเยอะก็ไม่มีเวลามาทานข้าวเช้าถ้าเตรียมเสร็จไวก็จะมีเวลามากิน เพราะก่อนมาทำงานยังไม่ได้กินไรมาที่ อาศัยต้องมาซื้อกินที่ทำงาน ดีหน่อยที่มีคนมาขายของในห้องผ่าตัด ถ้าไม่ได้กินในตอนเช้าก็ต้องรอทานตอนเที่ยงเลย...”

(เพทาย กรกฎาคม 2556: สัมภาษณ์)

จะเห็นได้ว่า อาหารเช้าส่วนใหญ่ก็สามารถมาหาซื้อได้ในห้องอาหารแห่งนี้เพราะจะมีเจ้าหน้าที่นำอาหารมาวางขายบ้าง หรือบางคนก็เตรียมมาจากที่บ้าน การพบปะกันในช่วงเช้าทำให้ห้องผ่าตัดดูมีชีวิตชีวา เสียงพูดคุย หัวเราะดังขึ้นเป็นระยะๆ แต่เป็นแค่ช่วงระยะเวลาก่อนเริ่มผ่าตัดเพียงไม่นาน

“ในห้องอาหาร ส่วนใหญ่เราจะไม่ค่อยได้คุยเรื่องงานกัน หัวข้อสนทนาจะเป็นเรื่องเที่ยว เรื่องกินกันมากกว่า ไล่ถามสารทุกข์สุกดิบ พูดคุยเรื่องทั่วไป เพราะถ้าอยู่ในเวลางานมักไม่ค่อยได้คุยเรื่องส่วนตัว ต้องมีสมาธิกับการทำงาน คือต้องตั้งใจ เดี่ยวจะโดนพีดุ ห้องนี้จึงไร้สาระได้ค่ะ”

(โกเมน กรกฎาคม: สัมภาษณ์)

จากคำบอกเล่าของเพทายและโกเมน สะท้อนให้เห็นถึงภาระงานในตอนเช้าของทุกๆ วัน ว่าพยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีการมาจัดเตรียมห้องผ่าตัดตลอดจนเครื่องมือผ่าตัดให้มีความพร้อมก่อนที่ การผ่าตัดเคสแรกจะเริ่มขึ้น และเป็นหน้าที่หลักที่ต้องรับผิดชอบ ดูแลให้เกิดความเรียบร้อย ก่อนใช้เวลาที่เหลือไปใช้ทำภารกิจส่วนตัว ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานเช้า หรือการออกมาสั่งอาหารกลางวัน

ห้องรับประทานอาหาร จะถูกใช้อีกทีในช่วงรับประทานอาหารเที่ยง โดยบุคลากรเกือบทั้งหมด จะทยอยกันออกมาพักตามช่วงเวลาต่างๆ ในช่วงพักเที่ยง ตั้งแต่ 11.00 น. ถึง 14.00 น. ซึ่งตัวพยาบาลห้องผ่าตัดเองก็ต้องผลัดกันมารับประทานอาหาร เพราะการผ่าตัดต้องทำกันอย่างต่อเนื่อง ไม่มีการหยุดพักจนกว่าจะเสร็จเคส เพราะฉะนั้นจึงต้องผลัดกันหมุนเวียนมาพัก โดยมีการบริหารจัดการกันเองภายในห้องทำผ่าตัดนั้นๆ

จากการลงสนามพบว่า เจ้าหน้าที่ทุกระดับส่วนใหญ่ก็จะมาสั่งอาหาร กับเจ้าหน้าที่ที่ทางห้องผ่าตัด ได้มอบหมาย ไว้ เนื่องจากภาระงานที่มีอาจหยุดพัก และต้องผ่าตัดกันตลอดเวลา การออกไป

รับประทานอาหารข้างนอกห้องผ่าตัดจะทำให้เสียเวลามาก บุคลากรในห้องผ่าตัดจึงใช้วิธีสับเปลี่ยนหมุนเวียนกันพักระหว่างการทำงานอย่างค้ำบอกล่าของไพลินและมรกต

“...ตั้งแต่เข้ามาทำงานในห้องผ่าตัด ยังไม่เคยลงไปพักที่โรงอาหารเลย เพราะเรามีเวลาไม่มากที่จะพักรับประทานอาหาร จึงไม่อยากสูญเสียเวลาไปกับการเดินและการต่อคิวซื้ออาหาร...”

(ไพลิน กรกฎาคม 2556: สัมภาษณ์)

“...การทำงานที่นี้เราผ่าตัดกันอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ไม่ได้มีช่วงหยุดผ่าตัดเพื่อทานข้าว ทุกคนจึงต้องผลัดเปลี่ยนกันมาพัก คือส่วนใหญ่พยาบาลที่มาพักเที่ยงคนแรก ก็จะพักตอน 11 โมงใช้เวลาพักประมาณคนละ 1 ชั่วโมงไม่เกิน คนสุดท้ายก็จะได้พักตอนบ่ายโมง ซึ่งแต่ละห้องเค้าจะแมนเนจกันเอง ว่าใครจะพักก่อนหลัง หรือพักเวลาไหน ตามความเหมาะสม ไม่เหมือนกัน ขึ้นกับว่าในห้องนั้นเคลงๆมากมัย...”

(มรกต กรกฎาคม 2556: สัมภาษณ์)

จากคำกล่าวของไพลินและมรกต พบว่าการทำงานของห้องผ่าตัดนั้น เป็นการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ทีมผ่าตัดและบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในห้องผ่าตัด ต้องมีการบริหารจัดการทีมของตนเอง ให้ได้มีเวลาพักรับประทานอาหาร หรือทำธุระส่วนตัวในเวลางานได้ เนื่องจากบางการผ่าตัดต้องใช้เวลานานหลายชั่วโมง ซึ่งมีความจำเป็นมาก เพราะขณะที่เริ่มทำผ่าตัดไปแล้วขบวนการทุกอย่างสมควรหยุดพัก จนกว่าจะเสร็จผ่าตัดรายนั้นๆ นั้นหมายถึงว่าทุกคนให้ความสำคัญกับกระบวนการผ่าตัดผู้ป่วยเป็นสำคัญ

จะเห็นได้ว่า แม้ว่างานห้องผ่าตัดจะเป็นงานที่มีความตึงเครียด แต่พยาบาลห้องผ่าตัดเองก็ยังมีเวลาส่วนตัวเป็นของตัวเองบ้าง ถึงแม้จะเป็นช่วงเวลาสั้นๆ ก่อนเริ่มผ่าตัดในตอนเช้า หรือเวลาพักรับประทานอาหารกลางวัน ที่ได้พูดคุยกับคนอื่นๆ ในเรื่องส่วนตัวบ้าง การระบายเรื่องงานที่ต้องทำบ้าง เพื่อช่วยลดภาวะความตึงเครียดในการทำงาน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ทุกคนอยากใช้ให้คุ้มค่าที่สุดที่สุด

2. ห้องพักระหว่างรอทำผ่าตัด

ห้องพักระหว่างรอทำผ่าตัด จะเป็นห้องหมายเลข 13 จากการสังเกตพบว่า ห้องนี้ในช่วงเวลาราชการ กลุ่มคนที่มาใช้บริการห้องนี้ส่วนใหญ่ก็จะเป็นศัลยแพทย์ และพยาบาลหัวหน้าแผนกย่อยบางห้อง เป็นห้องที่ใช้พักระหว่างรอยต่อเคสในช่วงสั้นๆ จะให้บริการน้ำดื่ม และเครื่องดื่มต่างๆ เช่น กาแฟ โกโก้ และขนมแบบบริการตัวเอง ซึ่งทุกคนสามารถใช้บริการของห้องนี้ได้ แต่ในเวลาราชการไม่ค่อยพบว่าใครมาใช้บริการมากนัก เพราะในเวลาราชการ การผ่าตัดส่วนใหญ่จะผ่าตัดต่อเนื่องกันตลอดเวลา ส่วนนอกเวลาราชการ ห้องนี้จะมีศัลยแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัดมาใช้ตลอด เพราะส่วนใหญ่จะมานั่งพักและนั่งรอเคสที่กำลังส่งมาผ่าตัดตามคำบอกล่าของไข่มุกและไพฑูริย์ ที่ว่า

“...ห้องนี้ในช่วงเวลากลางวัน จะมีพยาบาลมาใช้น้อยมากคะ คืองานผ่าตัดก็ต้องผ่ากันตลอดเวลา ไม่มีเวลาว่างมานั่งเบรก ส่วนใหญ่อาจารย์หมอจะมานั่งกัน เพราะทีมเค้าเยอะ ให้หมอเด็กๆ เริ่มเคสไปก่อนได้...”

(ไข่มุก กันยายน 2556: สัมภาษณ์

)

“...ตอนอยู่เวร ห้องนี้เราจะใช้เยอะ เพราะว่าจะมีช่วงเวลาว่างบ้าง ไม่ได้ผ่าตลอดเหมือน
กลางวัน ทำแต่เคสฉุกเฉิน ถ้าว่างก็จะมานั่งรวมกัน กินขนม ดูทีวี ผ่อนคลายดีค่ะ...”

(ไพฑูรย์ กันยายน 2556: สัมภาษณ์)

3. ห้องนอนเวรพยาบาลห้องผ่าตัด

การอยู่เวรของพยาบาลห้องผ่าตัดจะมีข้อแตกต่างจากการอยู่เวรของพยาบาลหอผู้ป่วยทั่วๆ ไป นั่นคือ นอกจากจะมีเวรเดียว เช่น เวรเช้าแล้ว ก็ยังมี การอยู่เวรควบหรืออยู่สองเวรติดต่อกัน ซึ่งหมายความว่าอยู่เวร 16 ชั่วโมงติดต่อกัน ได้แก่ เวรเช้าต่อบ่าย คือเริ่มทำงานตั้งแต่เวลา 8.00น. – 24.00น. และเวรบ่ายต่อดึก คือเริ่มทำงานตั้งแต่ 16.00 น. - 8.00 น.ของวันรุ่งขึ้นการให้บริการผ่าตัดนอกเวลาก็จะมีความแตกต่างกับในเวลาราชการตรงที่จะให้บริการเฉพาะกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินเท่านั้น ซึ่งทีมศัลยแพทย์จะเป็นผู้โทรมาแจ้ง (Set Case) ต่อทีมวิสัญญีและทีมพยาบาลห้องผ่าตัดให้ทราบ เมื่อมีกรณีผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดด่วน หรือที่เรียกว่าเวร On Call นั่นเอง เนื่องจากเป็นลักษณะเวรที่ยาวและคอยตั้งรับบริการให้บริการ จึงมีห้องสำหรับให้พยาบาลห้องผ่าตัดได้พักขณะเข้าเวรดังกล่าว

ในช่วงนอกเวลาราชการ การติดต่อสื่อสารกับพยาบาลห้องผ่าตัด ก็จะผ่านทางหัวหน้าเวร กล่าวคือ หัวหน้าเวรจะทำหน้าที่เป็นหัวหน้าห้องผ่าตัดนอกเวลาราชการ คือรับผิดชอบ บริหารจัดการงาน ผ่าตัดแบบฉุกเฉินตลอดทั้งเวร และด้วยความไม่สามารถคาดเดาของเคสที่จะส่งมาผ่าตัด เนื่องจากทุกเคสที่ต้องให้บริการในช่วงนอกเวลาราชการนี้เป็นกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน เพราะฉะนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจะทราบว่าจะต้องเตรียมผ่าตัดอะไรก็ต่อเมื่อแพทย์โทรมาแจ้งเท่านั้น การเตรียมตัวเองให้พร้อมทั้งด้านร่างกายและความรู้ความเข้าใจในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและทีมจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ ห้องนอนเวรจึงเป็นห้องหนึ่งที่พยาบาลห้องผ่าตัดใช้ในการพักเป็นสำคัญ เพราะเป็นการอยู่เวรที่ต่อเนื่องกันตลอด 16 ชั่วโมง และเป็นที่ตั้งรับพร้อมให้บริการตลอดเวลาเมื่อมีเคสฉุกเฉิน ซึ่งทับทิม หยกและไพฑูรย์ได้กล่าวถึงความรู้สึกที่มีต่อห้องนอนเวรพยาบาลว่า

“...เวลาได้เข้าห้องนอนเวรเป็นเวลาที่มีความสุขมาก เพราะไม่ใช่ว่าทุกเวรจะได้เข้ามานอน เพราะบางเวรก็มีผู้ป่วยฉุกเฉินเยอะ หรือบางการผ่าตัดที่ใช้เวลาผ่าตัดที่ยาวมาก บางเคสก็ต้องผ่ายาวจนจนสว่างคาตากันเลยทีเดียวเพราะฉะนั้นเวลาอยู่เวร เมื่อถึงเวลาที่ต้องนอนพักก็ต้องนอนค่ะ เผื่อว่ามีเคสจะได้มีแรงทำอย่างเต็มที่...”

(ทับทิม กรกฎาคม 2556: สัมภาษณ์)

“...ในห้องนอนเราก็จะมีโทรศัพท์หนึ่งเครื่อง เพื่อเวลาหอนจะโทรมา Set Case ฉุกเฉิน เราก็สามารถรับโทรศัพท์ได้เลย ซึ่งหัวเวาก็จะเป็นคนรับโทรศัพท์เองคนเดียวทั้งเวร แล้วค่อยมาทำงาน ว่าใครต้องทำอะไรบ้างคนที่ set ขึ้นมา เรามีเวลาเตรียมตัวไม่มากนัก ด้วยว่าเป็นเคสฉุกเฉิน ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม และเลือกไม่ได้ว่าต้องทำอะไร ถ้าถึงเวลาพักเราก็จะมาพักกัน เพื่อเคลียว และจะได้มีแรงทำงานด้วย...”

(หยก กรกฎาคม 2556: สัมภาษณ์)

“...บางการผ่าตัดต้องยึ่นส่งผ่าตัดนานหลายชั่วโมง พอเสร็จเคสห้องนอนเราก็จะเป็นห้องที่ชื้อยัดซา พักเท้า และนอนเอาแรงได้ดีเลยทีเดียว...”

(ไพฑูรย์ กรกฎาคม 2556: สัมภาษณ์)

จะเห็นได้ว่า ห้องนอนเวรพยาบาลก็เป็นอีกสถานที่หนึ่งที่จะช่วยให้พยาบาลห้องผ่าตัดได้มีเวลาพัก จากลักษณะเวลาของเวรที่ยาว 16 ชั่วโมงติดต่อกันจนเช้าและลักษณะของเคสผ่าตัดที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งไม่สามารถกำหนดเวลาแน่นอนที่จะผ่าตัดได้ และไม่ได้ทราบข้อมูลชนิดของการผ่าตัดล่วงหน้ามากนัก พอ การรออยู่เวรจึงต้องอาศัยประสบการณ์และการทำงานเป็นทีม ช่วยกันให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากที่สุด

4. ห้องประชุม

ห้องประชุมนี้ เป็นอีกห้องหนึ่งที่แทรกอยู่ในห้องผ่าตัด เป็นห้องที่ค่อนข้างใหญ่ มีคอมพิวเตอร์ อุปกรณ์ต่างๆ ที่สามารถใช้จัดประชุมเล็กๆ ได้ ห้องนี้จะถูกปิดใช้ในทุกวันเช้าของวันราชการ คือ มีหัวหน้าแผนกผ่าตัดมารับส่งเวรจากหัวหน้าเวร ในเวรที่ผ่านมา มีพยาบาลบางส่วนที่เป็นหัวหน้าห้องแผนกผ่าตัดค่อยมานั่งรับฟังด้วย หลังจากส่งเวรเสร็จ ห้องนี้ในบางวันก็จะต่อด้วย การประชุมย่อยโดยมีพยาบาลห้องผ่าตัดทุกระดับต่างมาเข้าฟัง เช่น การแจ้งเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลห้องผ่าตัดโดยตรง บางวันก็จะเป็นวิชาการสั้นๆ ประมาณครึ่งชั่วโมงจากเจ้าหน้าที่บริษัทบ้าง จากศัลยแพทย์บ้าง ที่มาพูดหรือสอนความรู้ใหม่ๆ ให้แก่พยาบาลห้องผ่าตัดอย่างทีทับทิมและพีแก้ว ได้เล่าถึงห้องนี้ว่า

“...ห้องประชุมนี้ ก็ใช้ประโยชน์ หลายอย่างนะ เป็นห้อง ที่ใช้แจ้งเรื่องต่างๆ ให้ทุกคนทราบ หรือบางวันก็มีเจ้าหน้าที่บริษัทมาพูดเรื่องเครื่องมือที่นำเข้ามาใช้ใหม่ในห้องผ่าตัด เพราะว่าเราต้องคอยแนะนำแพทย์ และต้องเป็นคนดูแลต่อไป เลยต้องมาฟังให้เข้าใจ เดียวใช้ไม่ถูก...”

(ทับทิม สิงหาคม 2556: สัมภาษณ์)

“...ห้องนี้บางวัน ก็เป็นการสาธิตการผ่าตัดแนวใหม่จากหอน เป็นการผ่าตัดที่เพิ่งเริ่มทำกันมาก และยังไม่มีความรู้กันในห้องนั้นๆ และพบเจอได้บ่อยในเวร ก็จะเชิญหอนมาพูดให้ฟัง เพราะพอเวลาเจอจริงๆ จะได้สามารถช่วยหอนได้...”

(แก้ว สิงหาคม 2556: สัมภาษณ์)

จะเห็นได้ว่า ห้องประชุมนี้เป็นอีกช่องทางของการสื่อสารเรื่องราวต่างๆ ระหว่างกันและจากบุคคลอื่น เพื่อให้พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถรับรู้และเรียนรู้ได้อีกช่องทางหนึ่ง แม้จะเป็นช่วงเวลาสั้นๆ แต่ก็สามารถสื่อสารให้คนส่วนใหญ่ทราบและรับรู้ได้ ตลอดจน การสาธิตการทำผ่าตัดโดยอาจารย์แพทย์ในห้องประชุมรวมพยาบาล เป็นการทบทวนความรู้เก่าและการสาธิตวิธีการผ่าตัดใหม่ๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีการทบทวนกันอย่างสม่ำเสมอ ประกอบกับการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ต้องหมุนวนเข้าไปเรียนรู้งาน บางครั้งบางแผนกต้องใช้เวลาต่อคิวเพื่อไปเรียนรู้เป็นเวลานาน การทบทวนความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดที่ต้องพบเจอบ่อยๆ จึงเป็นทางเลือกของการเรียนรู้อีกทางหนึ่ง

เส้นทางการเข้าสู่วิชาชีพของนางฟ้าชุดเขียว

การทำความเข้าใจถึงเหตุผลของการตัดสินใจเลือกเส้นทางสู่วิชาชีพพยาบาลห้องผ่าตัด ก่อนการก่อรูปมาเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างเต็มตัวนั้น จะช่วยให้เราเข้าใจและเห็นถึงกระบวนการและรูปแบบความคิดของแต่ละคนที่มีต่องานห้องผ่าตัด ทั้งในแง่ของประสบการณ์ที่ผ่านมา ที่เกี่ยวข้องกับงานห้องผ่าตัด รูปแบบของงานห้องผ่าตัดรวมถึงความรู้สึกนึกคิดภายในที่ได้ผนวกออกมาจนเป็นความคิดสุดท้ายที่ใช้ในการตัดสินใจเข้าสู่วิชาชีพพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งอัตลักษณ์ของปัจเจกที่มีต่องานพยาบาลห้องผ่าตัดนั้น ไม่ได้มีความแตกต่างกันโดยสิ้นเชิงกับคนอื่นๆ แต่บางมุมก็แสดงให้เห็นถึงการมีอัตลักษณ์ร่วมอยู่ด้วยเช่นกัน

พยาบาลห้องผ่าตัดที่เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 12 คน จำแนกเป็นพยาบาลระดับหัวหน้างานจำนวน 6 คน และพยาบาลห้องผ่าตัดในระดับปฏิบัติการอีก 6 คน ซึ่งการได้รับรู้เรื่องราวทั้งหมดจากพยาบาลห้องผ่าตัดที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในครั้งนี้ เกิดจากการที่ผู้วิจัยก็เป็นพยาบาลห้องผ่าตัดในหน่วยงานแห่งนี้คนหนึ่ง ผู้วิจัยได้ใช้ความผูกพันในฐานะสมาชิกคนหนึ่งในหน่วยงานแห่งนี้ในการสัมภาษณ์ ซึ่งจะมาพร้อมความไว้วางใจ ความร่วมมือและการรู้จักในกาลเทศะที่ว่าช่วงเวลาใดควรสัมภาษณ์ ช่วงเวลาใดมีกิจกรรมอะไร และเข้าใจศัพท์ทางการแพทย์เป็นอย่างดี ทำให้ง่ายต่อการเข้าไปพูดคุยและการทำความเข้าใจในบริบทของห้องผ่าตัด

รูปแบบ ความคิดของพยาบาลห้องผ่าตัดแต่ละคนที่ใช้ในการตัดสินใจเลือกทำงานในห้องผ่าตัดนั้นมีแนวความคิดที่หลากหลาย ประสบการณ์ในห้องผ่าตัดเป็นอีกส่วนหนึ่งที่ทำให้หลายคนเลือกที่จะทำงานในห้องผ่าตัด ทั้งการได้ติดตามผู้ป่วยมาในห้องผ่าตัดพร้อมทั้งสังเกตการทำงานของทีมนัดผ่าตัดขณะเป็นนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 3 การเลือกฝึกหัด (Elective) ที่หอผู้ป่วยห้องผ่าตัดใน 1 เดือนสุดท้ายก่อนจบการศึกษาขณะเป็นนักเรียนพยาบาลปี 4 ประสบการณ์ทางอ้อมการได้รับการถ่ายทอดเรื่องราวประสบการณ์ตรงจากบุคคลอื่นๆ และเลือกทำงานในห้องผ่าตัดจากบุคลิกและความชอบส่วนบุคคล กล่าวคือ การไม่ชอบรูปแบบการทำงานของพยาบาลตามหอผู้ป่วยทั่วไป การไม่ชอบทำงานซ้ำๆ ทุกๆ วัน (Routine) การไม่ชอบ

พบปะพูดคุยกับกับญาติคนไข้ การไม่ชอบแต่งยูนิฟอร์มพยาบาล ชอบจากลักษณะงานที่มีการทำงานเป็นทีม ลักษณะของงานมีความท้าทาย ลักษณะการทำงานที่ไม่ยึดเยื้อ โดยผู้วิจัยสรุปจากการให้ข้อมูลของพยาบาล ห้องผ่าตัดได้ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 เหตุผลในการเลือกทำงานในห้องผ่าตัดของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้เล่า (นาม สมมติ)	เหตุผลในการเลือกทำงานในห้องผ่าตัด			
	บริบทห้องผ่าตัด	เหตุผลจาก บุคลิกส่วนบุคคล	มีประสบการณ์ เกี่ยวกับงานห้อง ผ่าตัด	ไม่มี ประสบการณ์ใน งานห้องผ่าตัด
พีเพเซอร์				เคยอ่านหนังสือ
พีหยก				รับรู้จากในละคร
ไพลิน			เลือกฝึกงานห้องผ่าตัด ตอนปี 4	
ทับทิม			เคยมาดูงานในห้อง ผ่าตัดตอนปี 3	
เพทาย			เลือกฝึกงานห้องผ่าตัด ตอนปี 4	
มรกต				รับฟังจากคนใกล้ ตัว
แก้ว	ชอบ ward ปิด	ไม่ชอบงาน routine		
ไพฑูริย์	ทำงานเสร็จเป็น รายๆ ไป			
โกเมน		ไม่ชอบงาน ward เพราะร้อน		
บุษราคัม	งาน เป็นรูปแบบ ใหม่ มีความท้าทาย			
ไข่มุก	ชอบงานแบบ ฉุกฉิน			
พลอย		ไม่ต้องพูดคุยและ ตอบคำถามญาติ ผู้ป่วยเยอะแยะ		

การเลือกทำงานในห้องผ่าตัดนั้นมีทั้งคนที่ประสบการณ์โดยตรงต่องานห้องผ่าตัด เช่น คนที่
เคยเข้าไปสัมผัสบรรยากาศ การดูงาน การทดลองทำงานจริงในห้องผ่าตัด และกลุ่มพยาบาลที่ไม่มี
ประสบการณ์โดยตรงในห้องผ่าตัดโดยรับรู้เกี่ยวกับงานห้องผ่าตัดจากการอ่านหนังสือ การได้รับคำบอกเล่าจาก

คนใกล้ชิด การดูจากบทในละครโทรทัศน์ เป็นต้น ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้จะเป็นตัวประกอบอย่างหนึ่งในการตัดสินใจเลือกหรือไม่เลือกทำงานในห้องผ่าตัด เพราะต้องเอามาผนวกกับทัศนคติส่วนบุคคล เช่น การไม่ชอบลักษณะของงานการพยาบาลผู้ป่วยตามหอผู้ป่วยทั่วไป ที่ปฏิบัติเหมือนเดิมในทุกๆ วัน หรือที่เรียกว่างาน routine การไม่ชอบพูดคุย พบปะกับญาติผู้ป่วย ความเครียดที่มีต่อการพยาบาลผู้ป่วยแบบจริงจัง งานห้องผ่าตัดจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งถึงแม้ว่าประสบการณ์การรับรู้ในงานห้องผ่าตัดจะไม่มากก็ตามที เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบของงานพยาบาลแบบต่างๆไป และไม่ได้หมายความว่าพยาบาลในห้องผ่าตัดจะมีเฉพาะบุคคลที่ไม่ชอบงานแบบหอผู้ป่วยทั่วไปเพียงอย่างเดียว แต่เราจะพบว่าพยาบาลส่วนหนึ่งเลือกทำงานในห้องผ่าตัดเพราะว่า ลักษณะของงานห้องผ่าตัด ที่มีการทำงานเป็นทีมร่วมกันกับแพทย์ผ่าตัดและทีมวิสัญญี ประกอบกับบทบาทที่มีความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการผ่าตัด รวมทั้งโครงสร้างของห้องผ่าตัดที่มีลักษณะเป็นหอผู้ป่วยปิด จึงไม่มีการพลุกพล่านจากญาติหรือบุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง และไม่อนุญาตให้บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าไปข้างใน และการไม่ได้รับดูแลผู้ป่วยแบบพักค้างคืน การดูแลผู้ป่วยจึงเกิดขึ้นแค่ช่วงระยะเวลาผ่าตัดเท่านั้น แล้วเมื่อผู้ป่วยปลอดภัยก็ส่งต่อให้หอผู้ป่วยอื่นๆ ดูแลต่อไป พยาบาลหลายคนจึงตัดสินใจเลือกทำงานในห้องผ่าตัด

จะเห็นได้ว่าประเด็นที่เกี่ยวข้องเนื่องกับเหตุผลที่ใช้ในการตัดสินใจเลือกทำงานในห้องผ่าตัดนั้น พยาบาลห้องผ่าตัดเองได้หยิบยกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์เกี่ยวกับงาน

ห้องผ่าตัด มาอธิบายถึงเหตุผลดังกล่าว โดยไม่ได้ให้ความสนใจในความเป็นตัวตนของพยาบาลห้องผ่าตัดมากนัก แต่ให้ความสนใจในตัวบริบทของห้องผ่าตัดเป็นสำคัญบทบาทที่เราไม่สามารถรับรู้ได้ในบางครั้ง บริบทจึงเป็นสิ่งที่ใช้ในการตัดสินใจ การคาดเดาจากความเป็นตัวของบริบทเอง โดยไม่ได้คิดว่า บทบาทนั้นๆจะเป็นอย่างไร

ทั้งนี้ผู้วิจัยประมวลภูมิหลังของเหตุผลที่ตัดสินใจเลือกทำงานในห้องผ่าตัดของพยาบาลแต่ละคนที่ได้พูดถึงรายละเอียดในขั้นตอนการตัดสินใจเลือกทำงานในห้องผ่าตัดของตนเอง กล่าวคือ

กรณีที่ 1: “พีเพชร” พยาบาลห้องผ่าตัดในตำแหน่งหัวหน้างาน อายุงานในห้องผ่าตัด 20 ปี ได้บอกเล่าให้ฟังถึงในสมัยที่เป็นนักเรียนพยาบาลว่า หลักสูตรในสมัยนั้นไม่มีให้เราได้มาเรียนรู้งานในห้องผ่าตัดเลย ไม่มีโอกาสได้รับรู้เลยว่าพยาบาลห้องผ่าตัดเขาทำงานกันอย่างไร หน้าที่เป็นแบบไหน ดูแล้วเป็นสิ่งที่ห่างไกลมากที่จะได้ทำงานในห้องผ่าตัด แต่เราก็พอที่จะได้อ่านในตำราบ้าง ว่าในห้องผ่าตัดก็ต้องมีพยาบาลที่คอยดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัด แต่ก็ยังนึกภาพไม่ออกทั้งหมดว่าแท้จริงแล้วบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นอย่างไร พอเรียนจบ ก็มีการเปิดรับพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นสิ่งที่เราสนใจอยู่แล้ว ก็เลยสมัครเข้ามาทำงานที่ห้องผ่าตัดตั้งแต่นั้น

กรณีที่ 2: “พีหยก” พยาบาลห้องผ่าตัดในตำแหน่งปฏิบัติการ อายุงานในห้องผ่าตัด 17 ปี บอกเล่าว่า ในตอนนั้น เราไม่สามารถรู้ได้เลยว่าพยาบาลห้องผ่าตัดทำหน้าที่อะไรในห้องผ่าตัด เคยเห็นบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในละครในทีวีบ้าง แต่ก็ไม่ได้ชัดเจนมาก รู้สึกว่าเป็นบทบาทที่น่าจะทำหายดี ประกอบกับไม่ได้ชอบงานตามหอผู้ป่วยที่เคยฝึก จึงอยากลองอะไรที่แปลกใหม่ดู คิดว่าน่าจะเหมาะกับตัวเอง ดูไม่ค่อยมีเหตุผล แต่ตอนนั้นคิดแค่อย่างเดียวคือไม่ชอบงานนอร์ด

กรณีนี้ที่ 3: “ไพลิน” พยาบาลห้องผ่าตัดในตำแหน่งปฏิบัติการ อายุงานในห้องผ่าตัด 11 ปี ตอนที่เรียนพยาบาลตลอดทั้ง 4 ปี เราได้ขึ้นฝึกปฏิบัติหลายหอผู้ป่วย ในตอนนั้นก็ชอบหลายที่ แต่ไม่ได้ดูที่เนื้องานเป็นหลัก คือถ้าเวิร์ดไหนพีเจดี เราก็จะรู้สึกดีไปด้วยที่จะทำงานในหอผู้ป่วยนั้นๆ พอใกล้จะเรียนจบ ปี 4 ก็ได้มีโอกาสได้เลือกมาปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ในตอนนั้นเลือกห้องผ่าตัด ก็เพราะว่าเป็นที่เดียวที่เราไม่เคยมีประสบการณ์เลยในที่แห่งนี้ จึงอยากลองมาฝึกดู พอได้เข้ามาทำงานจริง ได้เข้ามาสัมผัสสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด รู้สึกถึงความเก่งของพี่พยาบาลในห้องผ่าตัด ที่ทำงานด้วยความคล่องแคล่ว ดูเป็นมืออาชีพและเป็นงานที่แปลกใหม่ ทำท่ายิ่งตรงกับบุคลิกของตนเอง รู้สึกประทับใจมาก จนกระทั่งเรียนจบจึงตัดสินใจสมัครเข้ามาทำงานที่ห้องผ่าตัด

กรณีนี้ที่ 4 “ทับทิม” พยาบาลในตำแหน่งปฏิบัติการเลือกฝึกงานห้องผ่าตัด เพราะเคยตามผู้ป่วยเข้ามาในห้องผ่าตัดตอนเป็นนักเรียนพยาบาลปี 3 ตอนนั้นก็ไม่เคยมีความรู้เกี่ยวกับงานห้องผ่าตัดเลย

“...เคยดูแต่ในละครแล้วก็จินตนาการเอา ว่าน่าจะเป็นแบบไหน เพราะประสบการณ์จริงไม่มีเลย ค่ะ...”

(ทับทิม พฤษภาคม 2556: สัมภาษณ์)

ซึ่งพอเข้ามาทำงานจริงๆ ในห้องผ่าตัดมีคนมากมาย แยกไม่ออกเลยว่าใครเป็นใคร เพราะส่วนใหญ่ไม่ได้มีป้ายแขวนบอกว่าใครเป็นใคร ก็จะสังเกตหรือถามพี่ๆ พยาบาลเอาในสิ่งที่สงสัย พอขึ้นปี 4 ใกล้จะจบแล้ว ก็จะมีรายวิชาที่เรียกว่า การ Elective คือการที่เปิดโอกาสให้นักศึกษาปี 4 ได้เลือกฝึกปฏิบัติเหมือนเป็นพยาบาลตัวจริงบนหอผู้ป่วย ก็จะมีหอผู้ป่วยมาให้นักศึกษาเลือกที่หลากหลาย โดยให้นักศึกษาเลือกหอผู้ป่วยตามลำดับความสนใจ 5 อันดับ ซึ่งในแต่ละหอผู้ป่วยก็จะรับนักศึกษาขึ้นมาปฏิบัติงานจำนวนแตกต่างกัน หอผู้ป่วยไหนที่นักศึกษาสนใจเป็นจำนวนมากก็จะใช้วิธีจับฉลาก

“...หนูชอบงานห้องผ่าตัดมาก แต่มีคนเลือกฝึกที่ห้องผ่าตัดเป็นจำนวนมาก หนูก็เลยแอบไปบนกับพระบิดา สุดท้ายหนูก็โดนจับฉลากได้ห้องผ่าตัดจริงๆ โชคดีจริงๆ ค่ะ...”

(ทับทิม พฤษภาคม 2556: สัมภาษณ์)

กรณีนี้ที่ 5: “พีเพทาย” พยาบาลในตำแหน่งหัวหน้าทีม อายุงานในห้องผ่าตัด 15 ปี ตอนเรียนไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับงานห้องผ่าตัดเลย ตอนปี 4 มีให้เลือก ฝึกงานในวิชา Elective ก็เลือกหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ด้วยเหตุผลที่ว่าตัวเองชอบเวิร์ดปิด ซึ่งเวิร์ดปิดที่มีให้เลือกตอนนั้นก็เช่น ห้องคลอด แต่ไม่ชอบทำคลอด เวิร์ด NICU (หออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก) ตัวเองก็ไม่ชอบดูแลเด็กอีกและในตอนนั้นก็ไม่มีห้องผ่าตัดให้เลือกฝึกงาน พอไปฝึกงานที่ ไอซียู จริงๆ แล้วรู้สึกว่าการมันหนักเกินไป คงไม่เหมาะกับตนเอง ซึ่งในตอนนั้นคิดว่างานห้องผ่าตัดคงจะเรียนรู้งานได้ไม่ยาก แม้ว่าจะมาเริ่มเรียนรู้งานใหม่ทั้งหมดก็ตามที่

“...ด้วยเหตุผลที่ขอบอร์ดปิด ไม่ชอบพบปะพูดคุยกับคนอื่นเยอะเยอะ พอเรียนจบก็เลยสมัครเข้าทำงานเป็นพยาบาลในห้องผ่าตัด...”

(เพทาย พฤษภาคม 2556: สัมภาษณ์)

กรณีที่ 6: “มรกต” พยาบาลห้องผ่าตัดในตำแหน่งปฏิบัติการ อายุงานในห้องผ่าตัด 18 ปีตอนจบการศึกษาใหม่ๆ เลือกทำงานในโรงพยาบาลเอกชน ทำงานได้ในระยะหนึ่งรู้สึกว่าการทำงานในโรงพยาบาลเอกชน จึงอยากย้ายกลับมาทำงานที่นี้ ในตอนนั้นก็คิดว่า จะเลือกทำงานที่หอผู้ป่วยอะไรดี และอยากมีวันหยุดเยอะๆ เรายังไม่ต้องอยู่เยอะ มีเพื่อนที่ทำงานในห้องผ่าตัดได้แนะนำว่า งานในห้องผ่าตัดคงเหมาะกับสิ่งที่ตัวเองหวัง และเมื่อได้รับฟังบทบาทการทำงานในห้องผ่าตัด ก็รู้สึกว่าตัวเองน่าจะทำได้ จึงได้เลือกมาสมัครเข้าทำงานที่ห้องผ่าตัดแห่งนี้

กรณีที่ 7: “พีแก้ว” พยาบาลห้องผ่าตัดในตำแหน่งปฏิบัติการ อายุงานในห้องผ่าตัด 13 ปี ตลอดระยะเวลาที่เรียนมา 4 ปี รับรู้ได้เลยว่า งานในบทบาทของพยาบาลส่วนใหญ่จะทำงานแบบเดิมๆ ซ้ำๆ กันทุกวันการทำงานที่ต้องรับคำสั่งจากแพทย์ มันรู้สึกว่าชีวิตเราน่าจะมีอะไรที่ท้าทายมากกว่านี้ จึงลองทบทวนดูว่าที่ผ่านมา เราชอบ หรือถนัดกับงานในหอผู้ป่วยใดมากที่สุด จึงมาจบที่งานห้องผ่าตัด ที่เคยมาฝึกปฏิบัติงาน เป็นงานที่ทำเสร็จเป็นรายๆ ไป การผ่าตัดถึงแม้จะเป็นการผ่าตัดเดียวกัน แต่ต่างคนผ่า ต่างคนใช้ มันก็มีความแตกต่าง ดูไม่จำเจดี จึงเลือกมาทำงานที่นี้

กรณีที่ 8: “ไพฑูรย์” พยาบาลในตำแหน่งปฏิบัติการ อายุงานในห้องผ่าตัด 10 ปี ชอบการดูแลผู้ป่วยเด็กและหอผู้ป่วยแบบปิด ตอนนั้นเลือกฝึกหัดงานที่หออภิบาลผู้ป่วยเด็กแรกเกิด (Ward NICU) เป็นอันดับที่ 1 และเลือกฝึกหัดงานห้องผ่าตัดเป็นลำดับที่สองเนื่องจากปีนั้นจับฉลากไม่ได้อันดับ 1 ที่เลือก จึงต้องมาดูงานที่ห้องผ่าตัดแทน เมื่อได้เข้ามาฝึกหัดการทำงานในห้องผ่าตัด ได้เห็นถึงลักษณะการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด รู้สึกชอบในลักษณะการทำงานที่ไม่ต้องดูแลผู้ป่วยแบบเรื้อรัง ผ่าตัดเสร็จก็เริ่มผ่าตัดผู้ป่วยรายอื่นๆ ไปเรื่อยๆ งานก็จะเปลี่ยนไปตามโรคที่ผู้มารับการผ่าตัดและเสร็จเป็นอย่างไรไป ไม่ต้องมาคอยดูแลอย่างต่อเนื่องทุกๆ วัน เมื่อผู้ป่วยปลอดภัยก็ส่งต่อให้หอผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไป

กรณีที่ 9: “โกเมน” พยาบาลในตำแหน่งปฏิบัติการอายุงานในห้องผ่าตัด 18ปี เล่าให้ฟังเมื่อสมัยตอนเป็นนักเรียนพยาบาลสมัยนั้นว่า ไม่เคยได้มีโอกาสเข้ามารับรู้งานในห้องผ่าตัดเลย เพราะตอนนั้นยังไม่มีรายวิชาใดๆ ที่ต้องเข้ามาเรียนรู้งานในห้องผ่าตัด ไม่มีให้เลือกมาดูงานในห้องผ่าตัด ก่อนจบจึงเลือกดูงานหอผู้ป่วยกระดูกและข้อ ตัวเองเป็นคนที่ไม่ชอบอากาศร้อน ไม่ชอบทำงานแบบนั่งโต๊ะรับคำสั่งจากหมอ ทำงานแบบซ้ำๆ เดิมๆ นิัยตัวเองเป็นคนกระตือรือร้น

กรณีที่ 10: “บุษราคัม” พยาบาลในตำแหน่งปฏิบัติการประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด 11 ปี ตอนเป็นนักเรียนพยาบาล ไม่เคยมีประสบการณ์การรับรู้งานในห้องผ่าตัดเลย ประสบการณ์ครั้งแรกที่ได้ได้รู้งานในห้องผ่าตัด เป็นช่วง 1 เดือนสุดท้ายก่อนจบ ที่ได้เลือกมาฝึกงานในห้องผ่าตัด ตอนนั้นมองงานห้องผ่าตัดไว้ว่าเป็นงานที่แปลกใหม่ที่ต้องมีพยาบาลประจำในห้องผ่าตัดด้วยเหรอ อยากรู้ว่าพยาบาลเขาทำหน้าที่อะไรกันในห้องผ่าตัด เมื่อได้เข้ามาดูงานในห้องผ่าตัด ได้เห็นอีกภาพหนึ่งของพยาบาลที่อยู่ในทีมผ่าตัด ที่ต้องคอย

จัดเตรียมเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของเครื่องใช้สำหรับการผ่าตัด ได้มองเห็นถึงความเป็นกันเองของทีมที่ทำงานประสานกันตามหน้าที่ของตน ซึ่งแตกต่างจากที่หอผู้ป่วยมากที่พยาบาลทำงานส่วนใหญ่ตามคำสั่งแพทย์ และลักษณะงานเป็นงานที่ต้องเรียนรู้ใหม่ทั้งหมด จากตัวของเงินเอง เป็นคนที่ชอบทำงานที่มีความท้าทาย และเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญพิเศษ แตกต่างจากพยาบาลทั่วไป จึงตัดสินใจเลือกทำงานในห้องผ่าตัด

กรณีที่ 11: “ไข่มุก” พยาบาลในตำแหน่งปฏิบัติการ ประสบการณ์ในห้องผ่าตัด 5 ปี เลือกฝึกงานห้องผ่าตัด เลือกจากที่ต้องทำงานแน่นอน ที่จริงชอบงาน วอร์ดปิด ก่อนเข้ามาดูงานตอนปี 3 ไม่เคยรับรู้งานในห้องผ่าตัดเลย คิดว่าน่าจะเป็นงานที่ต้องเครียดๆ เพราะต้องเกี่ยวกับเลือด ไม่เคยรู้เลยว่าพยาบาลในห้องผ่าตัดเขาทำหน้าที่อะไร ตอนแรกคิดว่าพยาบาลเป็นคนผ่าตัดเอง พอได้มีโอกาสเข้ามาในห้องผ่าตัด จึงได้รับรู้ประสบการณ์จากสิ่งที่พี่ๆในห้องผ่าตัด ได้อธิบายให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่หลักๆ ของพยาบาลห้องผ่าตัด ประกอบกับได้สังเกตการทำงานของพี่ๆ ไปด้วย จึงทำให้รู้สึกว่าเป็นงานที่มีความท้าทายและเป็นอีกบทบาทหนึ่งซึ่งแปลกใหม่และน่าประทับใจมากสำหรับตัวเอง จนในปี 4 เทอมสุดท้ายก่อนจบ จึงเลือกมาฝึกงานที่ห้องผ่าตัดเพื่อลองมาเรียนรู้งานแบบเต็มตัวอีกครั้ง แม้ว่าในใจตอนนั้นอยากทำงานที่ห้องฉุกเฉินมากกว่า เพราะชอบงานที่มีความรีบเร่ง กระฉับกระเฉง ฉับไว ซึ่งเมื่อได้มาฝึกงานที่ห้องผ่าตัดก็พบว่า งานในห้องผ่าตัดก็มีลักษณะที่คล้ายกับงานที่ห้องฉุกเฉินเหมือนกันในเรื่องของความรีบเร่ง แต่มีกระบวนการทำงานที่เป็นแบบแผนมากกว่า จึงเลือกสมัครเข้าทำงานที่ห้องผ่าตัดเมื่อจบการศึกษาแล้ว

กรณีที่ 12: “พีฟลอย” พยาบาลห้องผ่าตัดในตำแหน่งหัวหน้างาน อายุงานในห้องผ่าตัด 20 ปี ก่อนที่จะเลือกมาทำงานในห้องผ่าตัด เคยทำงานที่หอผู้ป่วยทั่วไปมาก่อน รู้สึกว่า ลักษณะนิสัยของตัวเองนั้นไม่ค่อยชอบความวุ่นวายของบรรยากาศตามวอร์ด มีญาติคนไข้เยอะ ต้องมานั่งอธิบายรายละเอียดต่างๆ กับญาติอยู่เป็นประจำ ซึ่งตัวเองเป็นคนไม่ค่อยชอบความวุ่นวาย ชอบทำแต่งงานในหน้าที่ที่ได้รับผิดชอบเท่านั้น จึงคิดอยากจะย้ายหอผู้ป่วย ตอนนั้นก็ได้คิดอะไรมากมาย แต่คิดว่าการทำงานในห้องผ่าตัด คงไม่ต้องพบปะผู้คนมากมาย จึงเลือกย้ายมาทำงานที่ห้องผ่าตัด

การก่อรูปนางฟ้าชุดเขียว

จากที่ได้กล่าวมา งานห้องผ่าตัดนั้นเป็นงานทางการพยาบาลที่มีความแตกต่างจากงานพยาบาลบนหอผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งเป็นงานที่เน้นการให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด โดยเฉพาะ ลักษณะงานจึงมีความแปลกใหม่และท้าทายสำหรับพยาบาลใหม่ที่ตัดสินใจเลือกทำงานในห้องผ่าตัด ที่ต้องมีการเรียนรู้ในเรื่องงานห้องผ่าตัดใหม่ทั้งหมด ตั้งแต่กระบวนการให้การดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด และการเรียนรู้ในเรื่องพื้นที่งานห้องผ่าตัด

ดังนั้นพยาบาลใหม่ที่จะเข้ามาทำงานในห้องผ่าตัด จึงต้องมีการเรียนรู้ผ่านรูปแบบที่ทางห้องผ่าตัดได้มีการจัดรูปแบบการสอนพยาบาลใหม่ให้เป็นพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างเต็มตัว มีการวางแผนทางที่

ชัดเจนในการติดตามผลการประเมินการเรียนรู้งานของพยาบาลใหม่ในบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดทุกคนจากข้อมูลภาคสนามการก่อรูปพยาบาลห้องผ่าตัดนั้นมีการพัฒนาและปลูกฝังมาตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล จนกระทั่งตัดสินใจเลือกเข้ามาในวิชาชีพพยาบาลห้องผ่าตัดมีอยู่ใน 2 ลักษณะได้แก่

1. การสร้างตัวตนของนางฟ้าชุดเขียวจากสถาบันการศึกษา
2. การสร้างตัวตนเชิงวิชาชีพ

การสร้างตัวตนของนางฟ้าชุดเขียวจากสถาบันการศึกษา

เมื่อก้าวเข้าสู่กระบวนการ เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ได้ผ่านรูปแบบการขัดเกลาที่เป็นแบบต้นฉบับของพยาบาล การเน้นเรื่องการดูแล การเสียสละ ความอดทน ในรูปแบบพิธีกรรมต่างๆ การรับน้อง การรับหมวก ระบบพี่น้อง พิธีจบการศึกษา รับแถบติดหมวก ซึ่งเนื้อหาเหล่านี้ ล้วนตอกย้ำความเป็นตัวตนในวิชาชีพพยาบาลยิ่งขึ้น ทำให้ภาพลักษณ์ ตัวตน ตลอดระยะเวลาของการเป็นนักเรียนพยาบาลที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน ความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพแพทย์ ตลอดจนภาพลักษณ์ที่สาธารณชนมองพยาบาล การเผชิญกับปัจจัยต่างๆ เปลี่ยนไป เป็นตัวตัดสินใจในการเลือกทำงานในสิ่งที่ตัวเองคาดหวัง

จากเหตุผลของจุดเริ่มต้นที่พยาบาลห้องผ่าตัดใช้ในการตัดสินใจเลือกทำงานในห้องผ่าตัดนั้น แสดงให้เห็นว่าแม้ว่าพยาบาลแต่ละคนจะผ่านการ เรียนรู้ และ ฝึกฝนจริงบนหอผู้ป่วยทั่วไป ตลอดระยะเวลา 4 ปี ที่เป็นนักเรียนพยาบาลผ่านการอบรม เรียนรู้ ตามรูปแบบของวิชาชีพ แม้ว่าห้องผ่าตัดจะเป็นหอผู้ป่วยที่เพิ่งเพิ่มเข้ามา เพื่อให้ให้นักศึกษาได้มีโอกาสเข้ามาดูการทำงานของพยาบาลในห้องผ่าตัด ประกอบกับการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่องจากหอผู้ป่วย จนเข้ามายังผ่าตัด และ กระทั่งกลับไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยจนครบกระบวนการ ทำให้นักศึกษาพยาบาลได้รับรู้ถึงประสบการณ์ใหม่ในอีกหนึ่งบทบาท แม้จะเป็นประสบการณ์ในช่วงเวลาสั้นๆ เพียงหนึ่งวันในการตามผู้ป่วยในกรณีศึกษาของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 หรือประสบการณ์หนึ่งเดือนของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 เพียงจำนวนหนึ่ง ที่เลือกมาฝึกงานที่ห้องผ่าตัดก่อนสำเร็จการศึกษา

“...ตลอดที่เรียนมา 4 ปี เราได้เรียนรู้ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ มาเยอะ แม้ว่างานห้องผ่าตัดจะใหม่ แต่เราก็นำความรู้ที่เรียนมา มาเป็นพื้นฐานในการเรียนรู้งานห้องผ่าตัดได้ เหมือนวิชา *Physio* วิชา *Anatomy* ก็เอามาใช้ได้ การได้ตามเคสมาโออาร์ ตอนปี 3 ได้สังเกตการทำงานของพี่พยาบาล ก็ทำให้เราได้เห็นช่วงของการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเหมือนกัน มันมีภาพติดในหัวแล้วและรู้สึกชอบ...”

(ทับทิม มิถุนายน 2556: สัมภาษณ์)

“...ตอนปี 4 ที่ได้มาฝึกในวิชา *elective* ได้เข้ามาลองทำงานจริง มันทำให้เรารู้ว่างานโออาร์เป็นแบบไหน เราชอบงานมียกับงานแบบนี้ และไม่ใช่ว่าชอบอย่างเดียวจะทำได้ มันต้องมีหลายอย่าง เช่น มีบุคลิกที่กระฉับกระเฉง ช่วงสังเกต ต้องเรียนรู้ตลอดเวลาอดทน อดนอน ยืนนานได้ ทั้งหมดนี้เราก็เก็บเอาไปคิด ว่าจะทำงานที่นี้ได้มัย...”

(เพทหาย พฤษภาคม 2556: สัมภาษณ์)

จากคำบอกเล่าของทับทิมและเพทหาย จะเห็นว่าการก่อรูปของนางฟ้าชุดเขียวเริ่มต้นตั้งแต่
สถาบันการศึกษาแล้ว แม้ไม่ได้เป็นรูปแบบที่ชัดเจนรูปแบบในรายวิชาใด แต่มีการเสริม เพิ่มเติม สอดแทรก
เอาไว้ ในรายวิชาต่างๆ ที่สามารถนำมาปรับใช้กับงานในบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดได้

การสร้างตัวตนเชิงวิชาชีพ

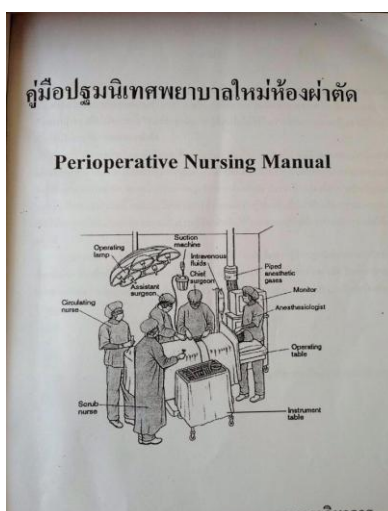
งานพยาบาลห้องผ่าตัด เป็นงานที่มีความเฉพาะและต้องมีการเรียนรู้งานเพิ่มเติมใหม่เกือบทั้งหมด และยังไม่มียุทธศาสตร์การเรียนการสอน เพราะฉะนั้นการเรียนการสอนงานในห้องผ่าตัด จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด ที่ต้องมีการถ่ายทอดความรู้ และสอนงานด้านต่างๆที่จำเป็นต่อพยาบาลห้องใหม่ด้วยตัวเอง ซึ่งที่ห้องผ่าตัดแห่งนี้มีการจัดรูปแบบการสอนงานให้พยาบาลห้องผ่าตัดห้องใหม่ โดยทางหน่วยงานเองเป็นผู้รับผิดชอบในสอนงานให้ ได้มีการจัดวางรูปแบบที่มีความชัดเจน เพื่อให้เอื้อต่อการเรียนรู้และสามารถปรับตัวให้เข้ากับรูปแบบงานที่ใหม่ในเชิงวิชาชีพได้ ซึ่งรูปแบบการสอนงานของห้องผ่าตัดที่มีอยู่ใน 2 ลักษณะด้วยกันคือ การเรียนรู้จากพี่สุ่น้องและการเรียนรู้ด้วยตนเอง

1. การเรียนรู้จากพี่สุ่น้อง

การเรียนรู้จากพี่สุ่น้องเป็นการเรียนรู้ที่ทางห้องผ่าตัดมีรูปแบบการสอนงานที่ชัดเจน การสอนงานให้แก่พยาบาลใหม่นั้นจะมีอยู่ใน 2 ช่วง คือ ช่วงแรกจะเป็น การปฐมนิเทศพยาบาลใหม่ ที่จะจัดขึ้นในทุกๆ ปี โดยทางห้องผ่าตัดเป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานจัดการอบรมปฐมนิเทศขึ้น มีการบรรยายให้เห็นภาพของงานห้องผ่าตัดแบบกว้างๆ ให้พยาบาลใหม่ได้ทำความรู้จักกับห้องผ่าตัด โดยเนื้อหาจะเป็นทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งวิทยากรที่มาให้ความรู้ก็จะมีทั้งพยาบาลในห้องผ่าตัดที่มีความเชี่ยวชาญในหัวข้อนั้นๆ ตลอดจนวิทยากรรับเชิญจากภายนอกและการสอนงานจากภายในห้องผ่าตัดเองกับสถานการณ์จริง จากพยาบาลห้องผ่าตัดรุ่นพี่ กล่าวคือ

1.1 การปฐมนิเทศพยาบาลใหม่

เนื้อหาที่ใช้ในการปฐมนิเทศนั้นมีหลายเรื่องที่จะต้องได้รับการเรียนรู้และการปูพื้นฐานก่อนที่จะเจอในสถานการณ์จริงซึ่งด้านในคู่มือจะมีหัวข้อจำนวนมาก ที่ต้องมีเรียนก่อนเข้าไปปฏิบัติงานจริงในห้องผ่าตัด แต่ละหัวข้อที่นำมาสอนนั้นจะเป็นการปูพื้นฐานในเรื่องต่างๆ ให้พยาบาลห้องใหม่มีความรู้ในเบื้องต้นเพื่อเป็นแนวทางในการให้พยาบาลในห้องผ่าตัดได้ ระยะเวลาในการปฐมนิเทศนั้นจะใช้เวลาไม่เกิน 5 วัน ขึ้นอยู่กับความพร้อมของวิทยากรและบางเนื้อหาสามารถไปเรียนรู้ต่อเมื่อเข้าไปทำงานในห้องที่ทำผ่าตัดต่อได้



ภาพที่ 7 หน้าปกหนังสือคู่มือการปฐมพยาบาลห้องผ่าตัดใหม่
ที่มา: ถ่ายโดยผู้วิจัย เดือนเมษายน 2556

จากภาพที่ 8 เป็นหน้าปกหนังสือคู่มือการปฐมพยาบาลใหม่ห้องผ่าตัด ซึ่งทางห้องผ่าตัดได้จัดทำคู่มือนี้ขึ้นเอง โดยการรวบรวมเนื้อหาวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานห้องผ่าตัด ที่พยาบาลใหม่ควรทราบเป็นพื้นฐานมารวมไว้ในคู่มือเล่มนี้ เพื่อให้พยาบาลน้องใหม่สามารถเรียนรู้เรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการห้องผ่าตัดได้เบื้องต้น ก่อนเข้าไปเรียนรู้งานจริงๆ ในห้องผ่าตัดต่อไป

“ ที่นี้เรามีการจัดอบรมน้องใหม่ทุกปีค่ะ เนื่องจากงานห้องผ่าตัดจะมีลักษณะรูปแบบของงานที่แตกต่างจากหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งใหม่ที่น้องๆ บางคนอาจยังไม่เคยเจอ การจัดอบรมในทุกๆปี เรามีวัตถุประสงค์เพื่อให้น้องๆ ได้ทราบถึงกฎ ระเบียบของหน่วยงานก่อนในเบื้องต้น และตามด้วยการแนะนำห้องผ่าตัดและทีมงานที่เราต้องทำงานร่วมกัน ตลอดจนหน้าที่หลักๆที่เราต้องปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดเพื่อให้น้องๆ สามารถมองเห็นภาพรวมของงานห้องผ่าตัดอย่างคร่าวๆก่อน และส่วนในรายละเอียดทั้งหมดนั้น ก็จะเป็นหน้าที่ของพยาบาลประจำห้องผ่าตัดนั้นๆ เป็นคนคอยนิเทศงานต่อไป”

(เพทาย เมษายน 2556: สัมภาษณ์)



ภาพที่ 8 การนั่งฟังบรรยายของพยาบาลใหม่ห้องผ่าตัด
ที่มา: ถ่ายโดยผู้วิจัย วันที่ 10 เดือนพฤษภาคม 2556

จากภาพที่ 9 แสดงให้เห็นถึงลักษณะการสอนงานในช่วงปฐมนิเทศ พยาบาลห้องผ่าตัดใหม่ต่างให้ความสนใจในการเรียนรู้ มีการจดบันทึก และตั้งใจเรียนรู้เป็นอย่างดี การเรียนรู้ในภาคทฤษฎีเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นมาก เพราะเนื้อหาเหล่านี้ไม่ได้มีเวลามากพอที่จะนำไปสอนในห้องที่ทำผ่าตัด เนื้อหาภาคทฤษฎีจึงถูกนำมาสอนก่อน ในช่วงปฐมนิเทศ เพื่อปูพื้นฐานของงานห้องผ่าตัดรวมถึง กฎ ระเบียบและข้อปฏิบัติในการทำงานในห้องผ่าตัด การทำความเข้าใจในบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด

พยาบาลห้องผ่าตัดรุ่นพี่ ที่ได้รับการคัดเลือกให้มาเป็นวิทยากรสอนน้องใหม่ เป็นการสอนในภาคปฏิบัติจริงในระดับเบื้องต้นให้สามารถมองเห็นภาพที่ชัดเจน จำต้องสัมผัสได้จริงการทำงานที่ปฏิเสธไม่ได้เลยว่าเครื่องมือผ่าตัดก็เป็นอีกหนึ่งสิ่งที่เราต้องทำความเข้าใจ ทำความคุ้นเคย แม้ว่างานหลักที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องทำคือการดูแลผู้รับบริการที่เข้ามารับบริการผ่าตัดก็ตามที่ การอบรมน้องใหม่ในเบื้องต้นจึงสามารถทำให้น้องใหม่สามารถมองเห็นภาพของงานห้องผ่าตัดได้อย่างชัดเจนขึ้น และมีเวลาที่จะทำความเข้าใจมากยิ่งขึ้นในบางเรื่อง ช่วยลดเวลาในการเรียนรู้ในห้องทำงานจริงๆ ได้ อย่างที่พี่ไข่มุกและพี่บุษราคัมได้บอกแล้วว่า

“...การจัดให้มีการปฐมนิเทศ ก็ดีนะ เพราะว่าอย่างน้อยทำให้เห็นกรอบของงาน เริ่มเห็นว่าเราต้องทำอะไรกันบ้างและต้องเรียนรู้เรื่องอะไรบ้างในอนาคต และมีความมั่นใจมากขึ้นก่อนที่จะเข้าไปทำงานในห้องผ่าตัดจริง...”

(ไข่มุก เมษายน 2556: สัมภาษณ์)

“...มีหลายเรื่องที่เราสอน ที่ไปลองทำกับคนไข้ไม่ได้ ต้องรู้ไปก่อน และกึ่งงานในห้องผ่าตัดมันจะเร็ว ถ้าไปสอนตอนนั้นอาจจะไม่ทัน...”

(บุษราคัม เมษายน 2556: สัมภาษณ์)

เมื่อเสร็จสิ้นหลักสูตรการปฐมนิเทศที่ทางกลุ่มวิชาการห้องผ่าตัดได้จัดขึ้นแล้ว พยาบาลน้องใหม่ก็จะถูกส่งตัวเพื่อเข้าไปเรียนรู้งานจริงๆ ภายในห้องที่ทำการผ่าตัด ซึ่งห้องผ่าตัดที่มีทั้งหมด 12 แผนกผ่าตัด และห้องทำผ่าตัดจำนวน 20 ห้อง ซึ่งแต่ละปีนั้นจะมีพยาบาลน้องใหม่เข้ามาทำงานจำนวนไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆด้าน อาทิเช่น อัตรากำลังในภาพรวมของทางโรงพยาบาล อัตราการสมัครเข้าทำงานของพยาบาลในปีนั้นๆ รวมไปถึงอัตรากำลังที่ขาดของห้องผ่าตัดเอง ซึ่งคณะผู้บริหารโรงพยาบาลจะจัดสรรลงมาให้ตามความเหมาะสม

การเรียนรู้งานในห้องผ่าตัดของพยาบาลน้องใหม่นั้นเมื่อน้องใหม่ถูกส่งตัวให้เข้าประจำห้องผ่าตัดแผนกต่างๆ แล้ว ก็จะเป็นหน้าที่ของพี่ๆ ที่ประจำห้องผ่าตัดแผนกนั้นๆ จะเป็นคนช่วยกันนิเทศงานต่อไปซึ่งในช่วงทดลองงานนี้จะใช้เวลาในการประเมินทั้งสิ้น 6 เดือนก่อนที่น้องใหม่ที่ผ่านการประเมินจะเริ่มก้าวเข้าสู่พยาบาลห้องผ่าตัดตัวจริง

ในห้องที่ทำผ่าตัดหนึ่งห้องจะประกอบไปด้วยพยาบาลจำนวน 3 คน เรียกพยาบาลประจำห้องว่า “พยาบาลหัวหน้าทีม” ไม่มีกรหมุนเวียน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานมานาน และมีความรู้ความสามารถในแผนกนั้นๆเป็นอย่างดี ซึ่งจะถูกคัดเลือกโดยหัวหน้าห้องผ่าตัด เรียกพยาบาลที่ประจำห้องนั้นๆ ที่มีการหมุนเวียนทุก 6 เดือนถึง 1 ปี ว่า “พยาบาลรองหัวหน้าทีม” ซึ่งพยาบาลในกลุ่มนี้จะเป็นคนที่ผ่านการเรียนรู้งานจนครบทุกแผนกในห้องผ่าตัดแล้ว ซึ่งจะมีอายุงานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป และ “พยาบาลคนที่ 3” พยาบาลในกลุ่มนี้จะเป็นพยาบาลที่หมุนเวียนทุก 3 เดือนเป็นพยาบาลที่การประเมินแล้วว่ามีศักยภาพพอที่สามารถทำงานในห้องผ่าตัดได้ และเป็นกลุ่มที่ต้องเรียนรู้งานในห้องผ่าตัดไปเรื่อยๆ จบครบทุกแผนก ส่วนพยาบาลน้องใหม่ จะเป็นอัตรากำลังคนที่ 4 ของห้องผ่าตัดแผนกนั้นๆ ซึ่งอยู่ภายใต้การนิเทศงานของพี่ๆในห้องทำผ่าตัดแผนกนั้น และพยาบาลน้องใหม่ทุกคนจะได้รับการประเมินการทำงานว่าผ่านหรือไม่

“...ห้องแรกที่พี่เข้าไปคือห้องโออาร์ 6 ห้องผ่าตัดสมอง รู้สึกโชคดีมาก หมอใจดี พี่ในห้องใจดี ทำให้มีความมุ่งมั่นที่ต้องทำให้ได้ดี โดยส่วนตัวแล้วเป็นคนไม่ค่อยขี้ลืม พี่ๆในห้องก็รักมาก ทำให้รู้สึกว่าจะต้องทำงานที่นี้ตลอดไป...”

(ไพฑูรย์ พฤษภาคม 2556: สัมภาษณ์)

การเรียนรู้งานในห้องผ่าตัดนั้นน้องๆพยาบาลใหม่ทุกคนจะถูกสอนในเรื่องพื้นฐานที่เริ่มตั้งแต่การเตรียมห้องผ่าตัดให้พร้อมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำความสะอาดห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัด ทุกคนต้องมีความรู้ในหลักการป้องกันการควบคุมการแพร่กระจายเชื้ออย่างถูกต้องซึ่งงานในห้องผ่าตัดนั้น ในเบื้องต้นจะเน้นให้พยาบาลใหม่สามารถทำหน้าที่เป็นพยาบาลช่วยรอบนอกได้จนกระทั่งสามารถส่งเครื่องมือผ่าตัดได้ ซึ่งเป็นการเรียนรู้แบบต้องเตรียมความรู้มาจากที่บ้าน และนำความรู้ที่ได้ศึกษาค้นคว้าตัวเองอ่านมา มาปรับใช้กับงานในห้องผ่าตัดได้ โดยมีพี่พยาบาลห้องผ่าตัดในห้องนั้นจะเป็นคนช่วยดู ช่วยปรับ ช่วยสอนเพิ่มเติมให้ จะไม่เน้นการป้อนข้อมูลให้เพียงอย่างเดียว ฝึกให้พยาบาลน้องใหม่มีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้งานด้วยตนเองก่อน

“...ตอนเป็นน้องใหม่ หน้าที่ของเราตอนนี้คือการเรียนรู้งานให้ได้เร็วที่สุด ต้องเปิดรับในทุกๆ อย่างที่พี่เขาสอนและพยายามจดจำ แต่หน้าที่ของพยาบาลในห้องผ่าตัดนั้นมันมีรายละเอียดมากมาย น้องก็จำได้บ้างไม่ได้บ้าง ก็อาศัยว่าจดทุกอย่าง และบางครั้งก็ลืมบ้างก็จะโดนพี่เขาดุ...”

(พลอย พฤษภาคม 2556: สัมภาษณ์)

การลงมือปฏิบัติงานของพยาบาลน้องใหม่ ยังต้องอยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาลรุ่นพี่อย่างใกล้ชิด เพราะทุกอย่างที่น้องๆทำ พี่ๆทุกคนในห้องต้องมีส่วนรับผิดชอบในผลของการกระทำที่เกิดขึ้นช่วงการประเมินนี้ทุกอย่างจึงดูเข้มงวดอาจสร้างภาวะความตึงเครียดให้เกิดขึ้นได้ สิ่งหนึ่งที่จะลดความตึงเครียดในการทำงานได้คือการเตรียมตัวเองให้พร้อมทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความรู้ ที่ต้องเตรียมมาให้พร้อมทำงานในทุกๆ วัน จะช่วยให้พยาบาลใหม่มีความมั่นใจในการทำงาน

1.2 การเรียนรู้ด้วยตนเอง

การเรียนรู้งานในห้องผ่าตัดนั้น เนื่องจากเป็นรูปแบบงานที่ใหม่จากที่ไม่เคยได้เรียนรู้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต มาก่อน การสอนงานจากผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น การเรียนรู้งานในสถานการณ์จริงเป็นสิ่งที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องเตรียมความรู้ในส่วนตัวมาล่วงหน้าเพราะเวลาในการเรียนรู้งานนั้นต้องจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานเบื้องต้น การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก การเรียนรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ไม่เคยพบเห็นมาผนวกกับการสอนที่ควบคู่ไปกับสถานการณ์จริง ตลอดจนการที่พยาบาลใหม่มีการศึกษาค้นคว้า หมั่นทบทวนความรู้ที่ได้รับมาอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้การพัฒนาตนเองเพื่อให้เป็นพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างเต็มตัวนั้นเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว

“...ตอนเป็นน้องใหม่ ต้องมาทำงานแต่เช้าก่อนที่พี่ๆในห้องจะมา เพื่อเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ให้ได้มากที่สุด ห้องผ่าตัดต้องพร้อม...”

(แก้ว พฤษภาคม 2556: สัมภาษณ์)

“...จุดขึ้นตอนการผ่าตัดเองยืนดูเคส ตอนเย็นก่อนกลับบ้านก็แวะห้องเครื่องมือเพื่อมาจดชื่อเครื่องมือ ต้องสนใจ ขวนขวาย และมาทบทวนขั้นตอนการส่งเคสผ่าตัดกับพี่ในห้องก่อน ก่อนกลับห้องแวะห้องสมุดทุกวันเพื่ออ่านเคสที่จะผ่าตัด...”

(มรกต พฤษภาคม 2556: สัมภาษณ์)

จากคำบอกเล่าของแก้วและมรกต นั้นแสดงให้เห็นว่าในมุมมองความคิดเห็นของพยาบาลห้องผ่าตัดน้องใหม่นั้น การจัดสรรเวลาให้ตัวเองได้มีโอกาสเปิดรับการเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ช่วยเพิ่มศักยภาพของตนเอง การใช้เวลาที่นอกเหนือจากเวลางานไปเรียนรู้ก็สามารถทำได้ และเป็นการแสดงให้เห็นถึงการใฝ่รู้ เมื่อนำสิ่งที่ได้มาผนวกกับการสอนของพยาบาลรุ่นพี่ จะทำให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้นตลอดจนการหมั่นทบทวนความรู้อยู่เสมอเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น ที่จะช่วยให้ไม่ลืมและทำให้มีความเข้าใจและซึมซับไปในการทำงานต่อไป

การเรียนรู้เกี่ยวกับงานในห้องผ่าตัดด้วยตนเองนั้นไม่ได้มีเพียงการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องงานเพียงอย่างเดียว การเรียนรู้ในลักษณะของแต่ละบุคคลจะช่วยให้การปรับตัวให้เข้ากับทีมเป็นไปได้ด้วยดี ช่วยส่งเสริมในการช่วยสร้างบรรยากาศในการทำงานให้มีความตึงเครียดน้อยลงได้ และสามารถเรียนรู้งานได้ดีขึ้น

“...การเรียนรู้จากบุคลิกของพี่ พี่บางคนเก่งมาก ใฝ่หมอมผ่าตัดทุกอย่าง จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือได้ถูกใจ สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างทันที ส่งเคสผ่าตัดได้อย่างราบรื่น สามารถแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ เราก็จะรู้สึกถึงความมีคุณค่า อยากทำให้ได้แบบพี่เค้าบ้าง...”

(ไพลิน พฤษภาคม 2556: สัมภาษณ์)

“...บางห้องที่เนี่ยดีมากทุกเรื่อง ให้ความสำคัญในทุกรายละเอียด ตั้งแต่เรื่องความรู้ของการผ่าตัดในวันนั้นๆ เรื่องการอ่านหนังสือ การ conference ก่อนเข้าเคสซึ่งเราต้องเตรียมตัวให้พร้อม จะได้ไม่โดนดู...”

(ไข่มุก พฤษภาคม 2556: สัมภาษณ์)

จากคำกล่าวของไพลินและไข่มุก เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่า สิ่งหนึ่งซึ่งช่วยให้การเรียนรู้งานเป็นไปอย่างรวดเร็วขึ้นนั้นคือ การทำให้บรรยากาศในการทำงานรู้สึกถึงความเป็นกันเอง ทั้งทีมศัลยแพทย์และทีมพยาบาลห้องผ่าตัดเอง บรรยากาศการทำงานที่ดีจะช่วยลดภาวะความกดดันความเครียด ที่เป็นตัวขัดขวางการเรียนรู้งานของพยาบาลน้องใหม่

เพราะนั้นในช่วงของการก่อรูปพยาบาลห้องผ่าตัดนั้น จะพบว่าพยาบาลน้องใหม่แต่ละคน แม้จะมีลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกันออกไป บางคนอาจจะเป็นคนกระฉับกระเฉง สามารถเรียนรู้ในสิ่งที่สอนได้อย่างรวดเร็ว บางคนอาจจะเรียนรู้ช้า แต่การมีเจตคติที่ดีต่องานห้องผ่าตัดตั้งแต่ออยู่ในสถานศึกษา จนกระทั่งตัดสินใจเลือกเข้ามาทำงานในวิชาชีพยาบาลห้องผ่าตัด สามารถช่วยปูทางให้พยาบาลห้องผ่าตัดน้องใหม่สามารถเข้ามาทำงานในห้องผ่าตัดได้ ซึ่งลำดับต่อมาขึ้นอยู่กับการเปิดรับในขั้นตอนการเรียนรู้จากพี่สู่น้อง ที่น้องใหม่แต่ละคนต้องใส่ใจ ตั้งใจที่จะเรียนรู้ประกอบกับการเรียนรู้ด้วยตนเองที่จะเป็นตัวช่วยให้การพัฒนาตนเองสามารถก้าวไปเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดได้รวดเร็วและมีคุณภาพ

การแสดงอัตลักษณ์ของนางฟ้าชุดเขียว

เบื้องหลังประตูที่ปิดสนิทตลอดเวลา ดู เหมือนไร้ซึ่งความเคลื่อนไหวใดๆ แต่ในความเป็นจริงแล้ว ห้องผ่าตัดที่นี่เป็นหน่วยงานที่ใหญ่ที่สุดของโรงพยาบาล ภายในห้องผ่าตัดมีคนทำงานอยู่วันละหลายร้อยชีวิตและหลากหลายกลุ่มบุคคลที่มารวมกันเลยทีเดียว ลักษณะของห้องผ่าตัดที่นี่เป็นห้องผ่าตัดรวม คือเป็นศูนย์รวมของการผ่าตัดทุกแผนก มาไว้ที่นี่ทีเดียว ภายใต้การบริหารในห้องผ่าตัดนั้น มีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบในการดูแล

เส้นทางของพยาบาลวิชาชีพ 1คน กว่าที่จะก้าวเข้ามาเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างเต็มตัวนั้น เส้นทางเดินอาจจะดูราวกับว่าได้ปูทางไว้ให้อย่างเรียบร้อยแล้ว ตั้งแต่ตอนเป็นนักเรียนพยาบาล ที่หลักสูตรได้สอดแทรกประสบการณ์การให้นักศึกษาได้มีโอกาสเข้ามาสัมผัสงานในบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดไว้แล้ว แม้จะเป็นเพียงแค่ระยะเวลาที่น้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับประสบการณ์การเรียนรู้งานพยาบาลด้านอื่นๆ หรือแม้แต่การมีประสบการณ์ในทางอ้อมแม้ไม่ได้สัมผัสงานโดยตรง แต่แรงบันดาลใจเป็นสิ่งที่ทุกคนสามารถพบเจอได้ไม่ว่าจะอยู่ในรูปแบบใดก็ตาม ซึ่งประสบการณ์ดังกล่าวก็เป็นแรงบันดาลใจเล็กๆ ให้กับพยาบาลใหม่ ได้ใช้เป็นเหตุผลตัดสินใจในการเลือกทำงานในห้องผ่าตัด และรูปแบบการเทรนนิ่งของห้องผ่าตัด ที่ได้จัดวางกรอบการเรียนรู้

งาน ที่คอยถ่ายทอดความรู้ ทักษะ เจตคติที่ดีสู่พยาบาลใหม่ทุกคน แต่การเรียนรู้งานเพื่อให้เป็นพยาบาลห้องผ่าตัดได้อย่างเต็มตัวนั้น สิ่งหนึ่งที่มีสำคัญที่ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดเองสามารถก้าวสู่จุดนั้นได้นั้นมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสมรรถนะส่วนบุคคล

ชีวิตประจำของพยาบาลห้องผ่าตัด

ห้องผ่าตัดในตอนเช้าก่อนเริ่มทำงานทุกอย่างดูเงียบสงบ ทุกอย่างดูไร้ความเคลื่อนไหว ประตูห้องผ่าตัดยังคงปิดสนิทเหมือนเดิม เมื่อค่อยๆ แง้มประตูเข้าไปพบว่า ไฟบนเพดานเปิดแค่บางดวง เสมือนแค้ให้เห็นเพียงทางที่ใช้เดินภายในห้องผ่าตัดเท่านั้น รอเวลาเข้ามาทำงานของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดที่เข้ามาทำงาน ห้องผ่าตัดก็เริ่มมีชีวิตชีวา ไฟเพดานในส่วนต่างๆ ถูกเปิดขึ้น ห้องผ่าตัดดูสว่างไสว ได้ยินเสียงพูดคุยที่ค่อยๆ ดังขึ้นเรื่อยๆ จะเริ่มเห็นเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ทอยมาเซ็นชื่อเข้าทำงานกัน

จากการเก็บข้อมูลภาคสนามพบว่า การทำงานของพยาบาลในห้องผ่าตัดนั้น ไม่ได้ประจำอยู่เพียงจุดใดจุดหนึ่ง หรือหน้าที่ใดหน้าที่หนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่มีการกระจายกันทำงานที่คอยประสานกัน เพื่อให้งานห้องผ่าตัด มีความลื่นไหล มีประสิทธิภาพ ซึ่งพอสรุปมีอยู่ 4 ส่วนด้วยกัน คือ

1. หัวหน้าแผนกผ่าตัด
2. ส่วนของพยาบาลห้องรับ-ส่งผู้ป่วย
3. พยาบาลในห้องที่ทำผ่าตัดทั้ง 20 ห้อง
4. พยาบาลห้องผ่าตัดในห้องจัดล้างเครื่องมือ

พยาบาลหัวหน้าห้องแผนกผ่าตัด

พยาบาลห้องผ่าตัดในตำแหน่งนี้ มีหน้าที่การรับผิดชอบต่อการพยาบาลในเรื่องของการให้ความหมาย การชี้แนะหรือสั่งการ และการประเมินผลของการปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนการประสานงานในห้องผ่าตัด โดยใช้ทักษะด้านการทำงานในคลินิก การบริหารจัดการ และการเป็นผู้นำ ทั้งนี้รวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้รับบริการ บุคลากร และการบริหารจัดการภายในองค์กร แบ่งสายบริหารงานออกเป็น 3 แผนกโดยมีพยาบาลห้องผ่าตัดทำหน้าที่เป็นหัวหน้าห้องผ่าตัดจำนวน 3 ท่าน และเรียกหัวหน้าแต่ละท่านตามแผนกนั้นๆ ว่า หัวหน้าห้องแผนกผ่าตัด 1 หัวหน้าห้องแผนกผ่าตัด 2 และหัวหน้าห้องแผนกผ่าตัด 3 ซึ่งมีทั้งหมด 12 แผนกผ่าตัดโดยแบ่งสายงานการบริหารจัดการออกเป็น 3 แผนกใหญ่ๆ ได้แก่ แผนกผ่าตัด 1 ได้แก่ บุคคลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดแผนกจักษุ ห้องรับ-ส่งผู้ป่วย ห้องจัดล้างเครื่องมือและพยาบาลในกลุ่มทดแทนแผนกผ่าตัด 2 ได้แก่ บุคคลที่ปฏิบัติงานในแผนกสูติ-นรีเวช แผนกหู คอ จมูก แผนกกระดูกและข้อ และแผนกห้องฉุกเฉิน และแผนกผ่าตัด 3 ได้แก่บุคคลที่ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมตกแต่งและอุบัติเหตุ ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมเด็ก ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมหลอดเลือด ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกและศุนย์สลายนิ่ว

พยาบาลห้องผ่าตัด ในตำแหน่งหัวหน้าห้องผ่าตัดต่างก็เคยปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติการมาก่อน ก่อนที่จะได้รับการคัดเลือกให้มาทำหน้าที่เป็นหัวหน้าห้องผ่าตัด ซึ่งนั่นก็หมายถึงว่า

หัวหน้าห้องผ่าตัดเองก็จะมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทของงานห้องผ่าตัดเช่นเดียวกัน แม้ว่าในตอนนี้จะปฏิบัติในหน้าที่ดังกล่าวน้อยลงแล้วก็ตาม

พยาบาลห้องรับ-ส่งผู้ป่วย

ด้านแรกของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการผ่าตัดนั้น เรียกบริเวณนี้ว่า “ห้องรับส่งผู้ป่วย” ตรงจุดนี้จะมีพยาบาลวิชาชีพประจำการอยู่ 2 คน อย่างที่เคยได้กล่าวไว้ข้างต้น และทีมช่วยเหลืองานเป็นผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาลและแม่บ้าน ที่ทำหน้าที่คอยรับและส่งผู้ป่วย

การทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดตรงจุดนี้ จากการสังเกตพบว่า พยาบาลจะอยู่ประจำตรงเคาท์เตอร์ เมื่อเข้ามาอยู่ในห้องนี้เราจะได้ยินเสียงโทรศัพท์ดังเป็นระยะๆ ตลอดเวลา พยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำเคาท์เตอร์ จะคอยรับโทรศัพท์อยู่ตลอดเวลา เหมือนเป็นศูนย์กลางในการเชื่อมต่อระหว่างภายนอกห้องผ่าตัด กับข้างในห้องผ่าตัด

ก่อนเริ่มเวลาผ่าตัดที่ศัลยแพทย์แต่ละแผนกได้กำหนดไว้ พยาบาลห้องผ่าตัดแผนกห้องรับส่งผู้ป่วยเริ่มตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยคิวแรกของห้องผ่าตัดทุกแผนก ซึ่งจะใช้วิธีการสอบถามผ่านทางโทรศัพท์ ก่อนจะทยอยส่งเปลจากห้องผ่าตัดซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่เข็นเปลและพนักงานช่วยการพยาบาลของห้องผ่าตัดไปรับผู้ป่วยถึงหอผู้ป่วยนั้นๆ มายังห้องผ่าตัดให้ทันก่อนเวลาผ่าตัดที่ได้กำหนดไว้ในเคสแรก จนครบทุกห้องโดยพี่แก้วซึ่งวันนี้ได้รับหน้าที่ให้มาประจำตรงจุดนี้ ได้พูดถึงการทำงานตรงห้องนี้ว่า

“...ห้องรับส่งผู้ป่วย ณ จุดนี้ เราจะทำหน้าที่เป็นด่านแรกในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในช่วงก่อนผ่าตัด คือเราจะตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจประกอบกับการประสานงานกับทีมในห้องผ่าตัดถึงความพร้อมในการให้บริการอีกครั้ง เพื่อป้องกันการเสียเวลาในขั้นตอนการรับผู้ป่วยมาผ่าตัด คือทุกนาทีมีความสำคัญ ที่เราต้องใช้ห้องผ่าตัดให้คุ้ม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการผ่าตัดได้ครบทุกคนที่ได้ set ไว้ จะมัวเสียเวลากับบางเรื่องไม่ได้เลย ถ้าแก้อะไรได้ก่อน ก็จะรีบทำ บางคนถ้าถูกเลื่อนผ่าตัดนั้นอาจหมายถึงว่าโรคของเค้าก็อาจจะรุนแรงขึ้นก็เป็นไปได้...”

(แก้ว เมษายน 2556: สัมภาษณ์)

“...อยู่ตรงนี้เราไม่ได้ทำงานเหมือนพยาบาลข้างใน แต่เป็นอีกงานหนึ่งที่มีความสำคัญ เพราะนอกจากเราจะคอยตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นจุดศูนย์กลางในการให้ข้อมูลกับญาติและคอยประสานงานกับบุคคลภายนอกหน่วยงาน และเป็นจุดที่ช่วยลดการรบกวนการผ่าตัด มีเรื่องอะไรตรงนี้ก็คอยรับเรื่องและจะคอยตอบคำถามบางอย่างแทนในห้องได้...”

(เพชร เมษายน 2556: สัมภาษณ์)

จากคำกล่าวของพี่เพชร และพี่พลอย เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่า พยาบาลห้องผ่าตัดที่ทำงานประจำอยู่ตรงจุดนี้ จะเน้นการทำงานในเรื่องการประสานงานเป็นหลัก ซึ่งถือว่ามีค่าสำคัญเพราะหน่วยงาน

ห้องผ่าตัด เป็นหน่วยงานที่ใหญ่และเป็นหน่วยงานปิด ที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานอื่นๆ ได้โดยตรง จากภายในห้องผ่าตัด ตรงจุดนี้จึงเป็นจุดศูนย์กลางที่คอยทำงานประสานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับภายในห้องผ่าตัด ตลอดจนการให้การดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ตลอดจนการให้ข้อมูลกับญาติ พยาบาลตรงจุดนี้จึงเป็น คนที่มีความรู้รอบด้านเกี่ยวกับงานห้องผ่าตัด และสามารถตอบคำถาม ให้คำแนะนำหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและ ญาติได้เป็นอย่างดีอย่างที่พี่แก้ว ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมอีกกว่า

“...เมื่อรับผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด เราก็จะให้ญาติได้พูดคุย ให้กำลังใจกับผู้ป่วยอีกครั้ง เมื่อช่วย ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ก่อนจะส่งผู้ป่วยเข้าไปด้านใน เพราะเรารู้ดีว่าการผ่าตัดล้วนมีความเสี่ยงและญาติ เองก็คงเป็นห่วงไม่ใช่น้อย...”

(พี่แก้ว เมษายน 2556: สัมภาษณ์)

ตรงจุดนี้ ยังเป็นหน่วยให้การดูแลด้านจิตใจของผู้รับบริการและญาติ ซึ่งนอกจากพยาบาล ห้องผ่าตัดจะให้ความสำคัญกับความพร้อมทางด้านร่างกายแล้ว การดูแลด้านจิตใจก็เป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาล ควรจะเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้ใช้ช่วงเวลาที่พบปะกับญาติอย่างเหมาะสม ไม่ทำให้รู้สึกถึงการถูกพราก ความรู้สึก จะทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการผ่าตัดมากขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ก่อนจะเริ่มผ่าตัด ผู้ป่วยจะถูกรับมานอนรอหน้าห้องผ่าตัดก่อนเวลาผ่าตัดจริงสักเล็กน้อย เพื่อลดเวลาที่จะรอต่อเคส เพื่อเป็นการใช้ห้องผ่าตัดอย่างคุ้มค่าและผู้ป่วยสามารถได้รับผ่าตัดได้ครบทุกคน ตามที่ศัลยแพทย์ได้กำหนดไว้ในแต่ละวัน ระหว่างรอที่หน้าห้องทำผ่าตัด จะมีพยาบาลห้องผ่าตัดที่ประจำห้อง นั้นๆ ออกมาพูดคุยกับผู้ป่วยอีกครั้ง เพื่อลดความวิตกกังวลให้ผู้ป่วย และอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วย ต้องเจอ เมื่อเข้าไปในห้องผ่าตัดอีกครั้ง

“...ผู้ป่วยทุกคนอยากเข้ามาแล้วได้เข้าห้องผ่าตัดเลย เพราะไม่อยากนอนรอในสิ่งแวดล้อมที่ ตัวเองไม่รู้จักใครเลย เราเข้าใจในจุดนี้ดี เพราะฉะนั้นขณะที่ผู้ป่วยนอนรอหน้าห้องทำผ่าตัด พยาบาลอย่าง เราๆ ก็ต้องออกมาแนะนำตัวกับผู้ป่วยและพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยเพื่อลดความตื่นเต้นและความกังวล...”

(ทับทิม มิถุนายน 2556: สัมภาษณ์)

พยาบาลในห้องทำผ่าตัด

ในห้องผ่าตัด 1 ห้องจะมีพยาบาลห้องผ่าตัดจำนวน 3 คนที่จะคอยช่วยในการดูแลความ สะดวกให้แก่ทีมผ่าตัด งานของพยาบาลในห้องที่ผ่าตัดเริ่มตั้งแต่การเตรียมห้องผ่าตัด ทำความสะอาดของ ห้องผ่าตัด ตรวจสอบความพร้อมใช้งานของอุปกรณ์ที่อยู่ประจำห้อง การจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ จำเป็นต้องใช้ในการผ่าตัดตลอดจนการเตรียมความรู้ความเข้าใจในการผ่าตัดประเภทนั้นๆ การเข้าร่วมทีม ผ่าตัดในการส่งเครื่องมือผ่าตัดได้อย่างมีมาตรฐานของบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด ที่มีความรู้ความเข้าใจใน ขั้นตอนการผ่าตัดเป็นอย่างดี ตลอดจนการใส่ใจในสไตล์การผ่าตัดของศัลยแพทย์แต่ละคน พยาบาลห้องผ่าตัด

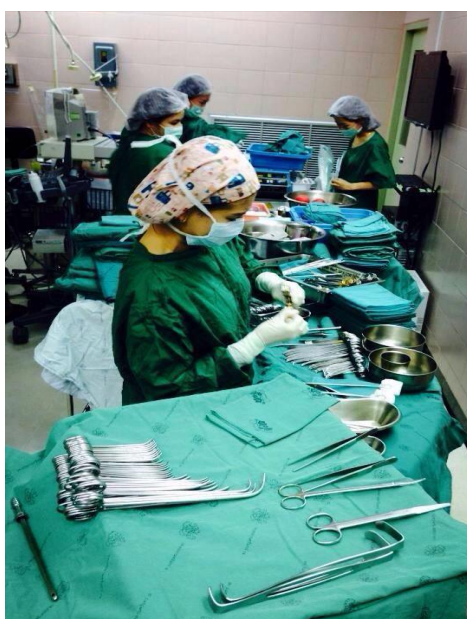
ที่อยู่รอบนอกอีก 2 คนก็จะคอยช่วยในการดูแลความเรียบร้อยและคอยช่วยเหลือรอบ นอกตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด

จะเห็นได้ว่า หน้าที่หลักๆ ของพยาบาลห้องผ่าตัดในห้องทำผ่าตัดนั้น จะมีบทบาทที่สำคัญอยู่ 2 บทบาทคือบทบาทพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (Scrub Nurse) และบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดช่วยรอบนอก (Circulating Nurse) ทั้งสองบทบาทนี้จะทำร่วมกัน อย่างมีความรู้ความเข้าใจในหน้าที่ของตนเองเป็นอย่างดี ต่างคนต่างทำงานในบทบาทของตนแต่เป็นงานที่มีความเกี่ยวเนื่องกัน อย่างที่ไม่ต้องมีใครต้องพูดหรือบอกอะไรกันมากมาย นอกจากการสอนงานน้องที่เข้ามาวนเพื่อเรียนรู้งานเป็นคนๆ ไป

1. พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด(Scrub Nurse)

พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด เราสามารถแยกแยะพยาบาลในตำแหน่งนี้ได้อย่างชัดเจนจากรูปแบบงานในความรับผิดชอบที่เด่นๆ ตั้งแต่การฟอกมือ ก่อนใส่เสื้อกาวน์ที่ปราศจากเชื้อ การจัดเตรียมโต๊ะผ่าตัด ทั้งเครื่องผ้า เครื่องมือผ่าตัดและอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นต่อการผ่าตัดประเภทนั้นๆ ก่อนที่จะเข้าประจำที่ในตำแหน่งที่สามารถส่งผ่าตัดได้อย่างสะดวก

ค ความรับผิดชอบของผู้ส่งเครื่องมืออยู่ในระยะระหว่างผ่าตัด (Intra Operative Phase) คือการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องสำหรับการผ่าตัดรายนั้นๆ การเตรียมตนเองสำหรับการเป็นผู้ส่งเครื่องมือขณะผ่าตัด ได้แก่ การล้างมือ การสวมเสื้อคลุมผ่าตัด การสวมถุงมือ การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้พร้อมที่จะส่งผ่าตัด การส่งเครื่องมือให้แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด การเฝ้าระวังและรักษาความปราศจากเชื้อตลอดการผ่าตัด การนับผ้าซัฟ การนับเครื่องมือ ของมีคมและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำผ่าตัดให้ถูกต้อง ไม่สูญหายหรือตกค้างอยู่ในร่างกายผู้รับบริการ นอกจากนี้แล้วนอกระยะผ่าตัดยังสามารถช่วยในการรวบรวมของเครื่องใช้ การจัดเก็บเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ หรือการช่วยพยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ (Circulating Nurse) ดังภาพที่ 19



ภาพที่ 9 การเตรียมความพร้อมของพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด

ที่มา: ถ่ายโดยผู้วิจัย เดือนพฤษภาคม 2556

จากภาพที่ 10 แสดงให้เห็นถึง การเตรียมความพร้อมของการเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดในบทบาทของพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด ในการจัดเตรียมเครื่องมือให้เหมาะสมกับการผ่าตัดประเภทนั้นๆ จะเห็นได้ว่าเครื่องมือผ่าตัดนั้นมีมากมาย คุณสมบัติของผู้ส่งเครื่องมือ จึงควรมีความรู้เรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ได้แก่ เทคนิคที่ทำให้ปราศจากเชื้อ (Aseptic Technique) เพื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง ไม่ทำให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคระหว่างการผ่าตัด มีความรู้เรื่องกายภาพและสรีรวิทยา เข้าใจขั้นตอนการผ่าตัดและตำแหน่งที่ผ่าตัด เพื่อการส่งเครื่องมือผ่าตัดให้ถูกต้อง รวมทั้งการวางแผนเตรียมอุปกรณ์หรือเครื่องมือต่อไป ในขณะที่ผ่าตัด มีความรู้เรื่องเครื่องมือผ่าตัดและอุปกรณ์ที่ช่วยในการผ่าตัด เพื่อสามารถใช้งานเครื่องมือและอุปกรณ์เหล่านั้นได้ถูกต้องตรงตามความต้องการของศัลยแพทย์ และเหมาะสมกับชนิดของการผ่าตัด

ผู้ป่วยที่จะมาทำผ่าตัดในแต่ละวัน ถูกเขตไว้ล่วงหน้าแล้วโดยทีมแพทย์ที่จะเข้ามาผ่าตัดวันรุ่งขึ้น ซึ่งพยาบาลและทีมผ่าตัดอื่นๆ สามารถทราบล่วงหน้า 1 วัน ซึ่งทำให้ตัวพยาบาลห้องผ่าตัดเอง และทีมอื่นๆ สามารถวางแผนการให้การพยาบาลได้ล่วงหน้า โดยเฉพาะพยาบาลที่อยู่ในช่วงเรียนรู้งานในห้องนั้นๆ ก็จะสามารถเตรียมตัวทั้งด้านความรู้และสไตล์การผ่าตัดของแพทย์ท่านนั้น ซึ่งมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าอย่างอื่น เพราะถึงแม้ว่าจะเป็นการผ่าตัดชนิดเดียวกันแต่ทำผ่าตัดโดยแพทย์คนละคนกัน ก็จะมีวิธีการที่แตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องจำสไตล์ของแพทย์แต่ละท่านด้วย ซึ่งจะส่งผลให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่น

บริบทของห้องที่ใช้ทำผ่าตัดแต่ละห้องของที่นี่นั้น มีความแตกต่างกันอย่างที่ได้กล่าวมาข้างต้น คือ ห้องผ่าตัดที่มีทั้งหมด 20 ห้อง 12 แผนกผ่าตัด อันได้แก่ แผนกจักษุ แผนกสูติ - นรีเวช แผนกศัลยกรรมตกแต่งและอุบัติเหตุ แผนกหู คอ จมูก แผนกกระดูกและข้อ แผนกศัลยกรรมระบบประสาท แผนกศัลยกรรมทั่วไป แผนกศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะและศัลยกรรมเด็ก แผนกศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมหลอดเลือด ศูนย์สลายนิ่วและแผนกผ่าตัดฉุกเฉิน ซึ่งแต่ละแผนกนั้นจะมีลักษณะที่แตกต่างกัน และสามารถแยกย่อยออกเป็นหลายสาขา ซึ่งตัวพยาบาลห้องผ่าตัดเองก็ต้องเวียนกันเข้าไปเรียนรู้ในทุกแผนกดังกล่าวด้วย

จะเห็นได้ว่าบทบาทในการพยาบาลผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดนั้น ถึงแม้ผู้ป่วยจะต้องอยู่ในห้องผ่าตัดเพียงระยะเวลาหนึ่งก็ตาม แต่เป็นช่วงระยะเวลาวิกฤตสำหรับผู้ป่วยที่มีอาจหลีกเลี่ยงได้ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสิ่งแปลกใหม่จากสภาพแวดล้อมและบุคลากรในห้องผ่าตัด ความวิตกกังวลต่อผลการรักษาด้วยการผ่าตัด ความเจ็บปวดและความปลอดภัยในชีวิต พยาบาลห้องผ่าตัดทุกคนต้องตระหนักถึงบทบาทและความสำคัญของวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญ มิใช่ดูแลแต่เครื่องมือผ่าตัด หรือช่วยส่งเครื่องมือผ่าตัดเท่านั้น พยาบาลห้องผ่าตัดเองก็จะมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยทีมให้ได้รับความสะดวกสูงสุดในการทำผ่าตัด ไม่ว่าจะทำหน้าที่ในการเป็นพยาบาลส่งเครื่องมือ หรือพยาบาลผู้ช่วยรอบนอกก็ตาม ซึ่งจะคอยติดตามความเป็นไปตลอดระยะเวลาการผ่าตัด และสามารถให้การช่วยเหลือทีมได้อย่างทันท่วงที

ห้องผ่าตัด เปรียบเสมือนบ้าน ที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องคอยดูแลให้คนที่มาใช้พื้นที่เคารพ กฎ กติกา อย่างเคร่งครัดและสามารถทำงานได้อย่างราบรื่น ชีวิตของพยาบาลห้องผ่าตัดแต่ละวันจึงต้องเกี่ยวข้องกับคนกลุ่มต่างๆ ใน 2 ลักษณะคือระดับที่เป็นทางการคือทีมผ่าตัดที่ประกอบไปด้วยศัลยแพทย์ วิสัญญีและพยาบาลห้องผ่าตัดด้วยกัน และบุคคลอื่นๆในระดับที่ไม่เป็นทางการ เช่น ผู้ป่วยที่มาเข้ารับผ่าตัด บุคคลได้บังคับบัญชา บุคคลภายนอกห้องผ่าตัด เป็นต้น

ทีมผ่าตัดในห้องผ่าตัดนั้น ประกอบไปด้วยทีมหลักๆ ได้แก่ ทีมศัลยแพทย์ทีมวิสัญญีแพทย์ และทีมพยาบาลห้องผ่าตัด ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และพยาบาลในห้องผ่าตัดนั้น มีลักษณะที่ต้องพึ่งพาอาศัยกันมากที่สุดในการทำงาน เพราะลักษณะงานในห้องผ่าตัดนั้นมีความเกี่ยวเนื่องกันและดำเนินไปด้วยกัน ตลอดเวลาจนกว่าจะเสร็จเคสผ่าตัดผู้ป่วยรายนั้นๆ พยาบาลห้องผ่าตัดทุกคนมีความจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในสิ่งที่แพทย์ต้องมาทำผ่าตัด การพูดคุยสื่อสาร การร่วมกันวางแผนในการให้การผ่าตัดรวมทั้งความพร้อมของเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นในการผ่าตัด นอกจากนี้สิ่งที่ต้องปรับในด้าน ด้านความถนัด ความชอบ ไม่ชอบ สไตส์การผ่าตัด อารมณ์ ที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องใส่ใจและต้องคอยควบคุมภาวะทางอารมณ์ของตนเองให้คงที่มากที่สุด

“...บางทีเครียดมาก หมอจะหงุดหงิดง่ายมาก เราก็ต้องตั้งสติให้ดี...”

(บุษราคัม พฤษภาคม 2556: สัมภาษณ์)

“...เวลาส่งเคส นอกจากความรู้แล้วสติก็สำคัญและต้องตั้งใจ...”

(พลอย พฤษภาคม 2556: สัมภาษณ์)

จะเห็นได้ว่า คำกล่าวข้างต้นของบุษราคัมและพลอย ได้แสดงให้เห็นถึงสิ่งที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องพบเจอเมื่อต้องเข้าส่งเครื่องมือผ่าตัด ไม่ว่าจะเป็นความยุ่งยากของขั้นตอนการผ่าตัด ที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งในด้านร่างกายและความรู้ ตลอดจนการเตรียมทางด้านจิตใจที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่ากัน ต้องมีจิตใจที่มั่นคง ไม่หวั่นไหวต่อสิ่งอื่นใด โดยเฉพาะสภาวะทางอารมณ์ของศัลยแพทย์ที่จะพบเจอได้อย่างสม่ำเสมอ พยาบาลห้องผ่าตัดเองจำเป็นต้องประคับประคองให้สามารถผ่านพ้นการผ่าตัดไปได้ด้วยดี

การทำงานในห้องผ่าตัดนั้น ความคาดหวังจากแพทย์ผ่าตัดคงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การเตรียมความพร้อมของพยาบาลห้องผ่าตัดในการทำงานในทุกๆวัน เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นมาก เพราะพยาบาลห้องผ่าตัดเองเปรียบเสมือนฟันเฟืองชิ้นสำคัญ ที่จะคอยช่วยขับเคลื่อนให้งานผ่าตัดไปอย่างราบรื่น ประกอบกับการไขว่เรียนรู้ในสิ่งต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ จะทำให้เพิ่มสมรรถนะของตัวเองและทีมได้เป็นอย่างดี

“...การได้รับการยอมรับจากทีมแพทย์นั้นก็สำคัญนะ พี่ว่าบางครั้งมันก็ส่งผลต่อความมั่นใจในการทำผ่าตัดของแพทย์นะ เพราะในการทำผ่าตัด บางครั้งเราก็ไม่อาจคาดเดากับเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ...”

(เพทายมิถุนายน 2556: สัมภาษณ์)



ภาพที่ 10 พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด

ที่มา: ถ่ายโดยผู้วิจัย วันที่ 20 เดือนมิถุนายน 2556

ความรับผิดชอบของพยาบาลห้องผ่าตัดผู้ส่งเครื่องมือนั้น อยู่ในระยะระหว่างผ่าตัด (Intra Operative Phase) คือการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องสำหรับการผ่าตัดรายนั้นๆ การเตรียมตนเองสำหรับการเป็นผู้ส่งเครื่องมือขณะผ่าตัด ได้แก่ การล้างมือ การสวมเสื้อคลุมผ่าตัด การสวมถุงมือ การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้พร้อมที่จะส่งผ่าตัด การส่งเครื่องมือให้แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด การเฝ้าระวังและรักษาความปราศจากเชื้อตลอดการผ่าตัด การนับผ้าซับ การนับเครื่องมือ ของมีคมและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำผ่าตัด ให้ถูกต้อง ไม่สูญหายหรือตกค้างอยู่ในร่างกายผู้รับบริการ นอกจากนี้แล้วนอกระยะผ่าตัดยังสามารถช่วยในการรวบรวมของเครื่องใช้ การจัดเก็บเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ หรือการช่วยพยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ (Circulating Nurse)

จากหน้าที่ความรับผิดชอบดังกล่าว ถ้าผู้ส่งเครื่องมือเป็นพยาบาลวิชาชีพจะต้องนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการดูแลผู้รับบริการด้วย ถ้าเป็นนักเทคนิคหรือผู้ช่วยพยาบาลที่ได้รับการอบรมมาโดยเฉพาะ จะปฏิบัติเสมือนเป็นตัวแทนพยาบาลที่ทำหน้าที่ด้านเทคนิค และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลห้องผ่าตัด (AORN, 1988)

2. พยาบาลช่วยรอบนอก (Circulating Nurse)

พยาบาลช่วยรอบนอก ซึ่งฟังดูเหมือนเป็นงานง่ายๆ ไม่ต้องรับผิดชอบมากมาย แต่ในความเป็นจริงความหมายของ พยาบาลรอบนอก (Circulating Nurse) จะต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น

เนื่องจากบทบาทนี้จะต้องนำความรู้เรื่องกระบวนการพยาบาลและศาสตร์ต่างๆของวิชาชีพทั้งหมดมาใช้ในการพยาบาลผู้รับบริการให้บรรลุเป้าหมายและความต้องการของแต่ละบุคคล



ภาพที่ 11พยาบาลช่วยรอบนอก (Circulating Nurse)

ที่มา: ถ่ายโดยผู้วิจัย วันที่ 11 เดือนพฤษภาคม 2556

จากภาพที่ 12แสดงให้เห็นถึงการทำหน้าที่ของพยาบาลผู้ช่วยรอบนอก ถึงแม้ไม่ได้เข้าร่วมทีมเพื่อส่งเครื่องมือผ่าตัด แต่พยาบาลช่วยรอบอกก็ต้องคอยติดตามความคืบหน้าของการผ่าตัดอย่างตลอดเวลาเพื่อสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่ เมื่อทีมต้องการความช่วยเหลือ หรือต้องการเครื่องมือหรืออุปกรณ์เสริมที่ต้องเสิร์ฟจากภายนอก พยาบาลช่วยรอบนอกจะเป็นคนจัดการให้รวมทั้งการช่วยจัดไฟผ่าตัด เพื่อให้สมาธิของศัลยแพทย์คอยจดจ่ออยู่กับการผ่าตัดตลอดเวลา

พยาบาลห้องจัดล้างเครื่องมือผ่าตัด

ห้องจัดล้างเครื่องมือ เป็นห้องหัวใจหลักในการดูแลเครื่องมือต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการผ่าตัดของทุกแผนก เครื่องมือทุกชิ้นก่อนและหลังใช้งานต้องผ่านกระบวนการทำงานของห้องนี้ สำหรับห้องผ่าตัดแล้วเครื่องมือผ่าตัดถือเป็นอีกอวัยวะหนึ่งของศัลแพทย์ ที่จะคอยช่วยอำนวยความสะดวกและปลอดภัยต่อผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น

ความรู้และความเข้าใจในการใช้เครื่องมือของแต่ละแผนก มีความจำเป็นที่ต้องมีพยาบาลห้องผ่าตัดมาช่วยดูแล บริหารจัดการ จากประสบการณ์ความรู้และความเข้าใจในการใช้เครื่องมือแต่ละชนิดในการผ่าตัดของแต่ละแผนก ทำให้ห้องนี้จึงจำเป็นต้องมีพยาบาลวิชาชีพมาช่วยควบคุมดูแลงานให้สามารถทำงานเชื่อมโยงกับในห้องผ่าตัดได้ดี

“...พี่ๆห้องเครื่องมือเขาจะช่วย manage เครื่องมือที่เราต้องการใช้ให้มิใช่ได้ทันเวลา...”

(บุษราคัม กรกฏาคม 2556: สัมภาษณ์)

“...เราต้องทำความเข้าใจ และจดจำเครื่องมือของแต่ละห้องให้แม่น จะได้จัดได้ถูกต้อง...”

(หยก กรกฎาคม 255: สัมภาษณ์)

จะเห็นได้ว่าการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดนั้น มีการแบ่งงานกันทำอย่างเป็นระบบ มีความเชื่อมโยงกันในทุกๆ บทบาท เพื่อให้งานที่ออกมาสอดคล้องกับบริบทของงานห้องผ่าตัดและทีมผ่าตัด ได้รับการอำนวยความสะดวกอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ การทำงานของพยาบาลในห้องผ่าตัด มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากทีมเสริมต่างๆ ที่อยู่ภายใต้การควบคุมและดูแลจากพยาบาลห้องผ่าตัดเอง ซึ่งได้แก่ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานช่วยการพยาบาล พนักงานบริการ ที่จะคอยช่วยอำนวยความสะดวกแก่ทีมที่คอยเสริมช่วยอยู่ในแผนกต่างๆ ตลอดจนเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ช่วยในเรื่องการเบิกจ่ายวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นทางทางการแพทย์ให้มีพร้อมใ้ใช้อยู่เสมอ

ดังนั้นการทำงานในห้องผ่าตัดนั้น การทำงานเป็นทีมจึงเป็นหัวใจหลัก เพื่อให้งานสามารถดำเนินไปได้ ขาดทีมหนึ่งทีมใดไปงานก็จะหยุดชะงัก ไม่สามารถให้บริการได้ จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าการให้บริการของงานห้องผ่าตัดนั้น สามารถสรุปได้เป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative Phase) เริ่มต้นจากการที่ผู้รับบริการตัดสินใจที่จะรับการรักษาด้วยการผ่าตัด จนกระทั่งย้ายเข้าห้องผ่าตัด เป็นระยะที่พยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบต้องเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย โดยจะต้องศึกษาจากรายการผ่าตัดว่ามีการผ่าตัดจำนวนกี่ราย อะไรบ้าง และไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัด เพื่อประเมินสภาพผู้รับบริการและดูแลด้านจิตใจ ด้วยการให้ข้อมูลที่โปร่งใสและเป็นประโยชน์และเข้าใจง่าย นอกจากนี้การดูแลผู้รับบริการที่บริเวณห้องรับส่ง ผู้รับบริการก็เป็นสิ่งที่จำเป็น โดยเน้นประเมินสภาพร่างกาย จิตใจของผู้รับบริการอีกครั้ง และตรวจสอบอุปกรณ์ของใช้จำเป็นที่นำมาพร้อมผู้รับบริการ ทั้งนี้การประเมินผู้รับบริการก่อนผ่าตัดในทุกขั้นตอน พยาบาลจะต้องบันทึกในเอกสารของห้องผ่าตัดให้ครบถ้วน

ระยะระหว่างผ่าตัด (Intra-Operative Phase) เริ่มต้นจากการที่ผู้รับบริการอยู่บนเตียงผ่าตัดจนกระทั่งเสร็จผ่าตัดและนำผู้รับบริการไปยังห้องพักฟื้น ระยะนี้พยาบาลต้องนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ และประสานกิจกรรมต่างๆ ให้เรียบร้อย เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความปลอดภัยและได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีบทบาทเป็นพยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ จะปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะผ่าตัดตามแผนการรักษา ตลอดจนให้การดูแลด้านจิตใจของผู้รับบริการและญาติ ทั้งนี้กิจกรรมต่างๆ ที่ให้การพยาบาลผู้รับบริการต้องทำเสมือนหนึ่งเป็นตัวแทนผู้รับบริการในการปกป้องสิทธิ์ต่างๆ ไม่ว่าจะผู้รับบริการรู้สึกตัวหรือไม่ก็ตาม

ระยะหลังผ่าตัด (Post-Operative Phase) เริ่มตั้งแต่การส่งผู้รับบริการเข้ามาในห้องพักฟื้น เป็นการดูแลในระยะแรกหลังผ่าตัดจนสามารถย้ายกลับไปอยู่หอผู้ป่วยหลังผ่าตัดและกลับบ้าน จนกระทั่งเมื่อสิ้นสุดการนัดของแพทย์ แต่บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในฐานะพยาบาลผู้รับผิดชอบโดยรอบ คือการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้กระทำไปแล้ว ถ้าพบสิ่งผิดปกติจากการประเมินให้บันทึกไว้ นอกจากนี้

ยังต้องให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องโดยการให้ข้อมูลที่สำคัญของผู้รับบริการ กับพยาบาลหน่วยพักฟื้น ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับระบบงานของห้องผ่าตัดแต่ละสถาบัน

จะเห็นได้ว่าบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้รับบริการตลอดทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด จะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถปรับตัวต่อภาวะคุกคามที่เกิดจากภายในตนเอง และภาวะคุกคามที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม อีกทั้งยังช่วยอำนวยความสะดวกให้ศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ในขณะที่ผ่าตัดด้วย การนำความรู้ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้เพื่อทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับผู้รับบริการ

ด้วยความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางวิชาการส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการบริการด้านสุขภาพ การพัฒนาระบบการพัฒนาบุคลากรการปรับเปลี่ยนพัฒนางานให้มีคุณภาพและตอบสนองต่อความต้องการของสังคมบุคลากรทางการพยาบาลห้องผ่าตัดซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาหรือรับการวินิจฉัยด้วยการผ่าตัดต้องศึกษาหาความรู้ที่ทันสมัยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานร่วมกับทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ งานในบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด ไม่ได้มีเฉพาะงานในเวลาราชการเท่านั้น บทบาทที่สำคัญของงานพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งจำทำให้เห็นถึงชีวิต ความคิด ความรู้สึก ความสามารถในการตัดสินใจ การบริหารจัดการงานผ่าตัดด้วยตัวเอง คืองานนอกเวลาราชการ หรือที่เรียกว่า “การขึ้นเวร” การขึ้นเวร อย่งที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นแล้วว่า ลักษณะการขึ้นเวรของพยาบาลห้องผ่าตัด จะแตกต่างจากการอยู่เวรของพยาบาลทั่วไป คือการอยู่เวรแบบควบ 2 เวร คือเวรเช้าต่อบ่ายและเวรบ่ายต่อดึก

ชีวิตพยาบาลห้องผ่าตัดนอกเวลาราชการ

การเติบโตใน ชีวิตบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด 1 คนนั้นต้องใช้เวลาในการบ่มเพาะตั้งแต่เริ่มปฐมนิเทศ การเป็นพยาบาลน้องใหม่ฝึกหัด การเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างเต็มตัวจนสามารถให้การดูแลผู้รับบริการได้ทุกแผนกผ่าตัด และการก้าวเข้าสู่การทำหน้าที่เป็นหัวหน้าห้องผ่าตัดนอกเวลาราชการ หรือที่เรียกกันในห้องงานแห่งนี้ว่า “หัวหน้าเวร” ต้องใช้ระยะเวลา 5 ปี ในการสะสมประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด จึงจะสามารถ หารับบทบาทใน หน้าที่นี้ได้ เป็นเส้นทางที่ค่อนข้างยาวไกล แต่นั่นก็เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความรู้ความสามารถที่มาพร้อมกับศักยภาพ ที่พร้อมจะดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกเวลาราชการ ความรับผิดชอบการบริหารงานกับทุกๆ สถานการณ์ที่แต่ละคนต้องเผชิญ และต้องรับมือให้ได้และหาทางออกที่ดีที่สุดเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถได้รับบริการผ่าตัดที่ดีที่สุด

การทำหน้าที่หัวหน้าเวรนอกเวลาราชการ มี 2 รูปแบบคือ การเป็นหัวหน้าเวรในวันหยุดราชการในเวรเช้า คือการขึ้นปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา 08.00 น. จนถึงเวลา 16.00 น. มีพยาบาลวิชาชีพขึ้นปฏิบัติงานในเวรเช้านอกเวลาราชการนี้จำนวน 7 คน และการเป็นหัวหน้าเวรนอกเวลาราชการในเวรบ่ายต่อดึก คือการปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา 16.00 น. จนถึงเวลา 08.00 น. ของวันรุ่งขึ้น มีพยาบาลวิชาชีพขึ้นปฏิบัติงานเวรบ่าย 11 คนและเวรดึกจำนวน 5 คน หน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าเวรนอกเวลาราชการ ให้ปฏิบัติงานเสมือนเป็นตัวแทนของหัวหน้าห้องผ่าตัด มีอำนาจในการบริหารจัดการทีมพยาบาลอย่างเต็มที่ เพื่อให้สามารถรองรับการให้บริการผ่าตัดแบบฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการเก็บข้อมูลภาคสนามพบว่า งานนอกเวลาราชการของเวรบายต่อดึก เป็นรูปแบบของงานผ่าตัดที่ครบถ้วน ที่รวมเอาทุกรูปแบบและทุกสถานการณ์ของงานผ่าตัดเข้าด้วยกัน ตั้งแต่การรับเวรเคสที่ยังผ่าตัดไม่เสร็จต่อจากเวรเช้าในเวลาราชการ ตลอดจนการให้บริการผ่าตัดแบบฉุกเฉินนอกเวลาราชการ ทำให้เห็นภาพการทำงานในบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างชัดเจนกล่าวคือ

การลงภาคสนาม พบว่า หัวหน้าเวรบายต่อดึก จะมาเข้างานก่อนเวลางานจริงประมาณ 1 ชั่วโมงเพื่อมาเดินสำรวจความก้าวหน้าของการผ่าตัดทั้ง 20 ห้องเพื่อประเมินสถานการณ์และการวางแผนการจัดหาอัตรากำลังพยาบาลโอที ที่ต้องรับเวรหลังเวลาราชการ จากข้อมูลภาคสนามพบว่า การผ่าตัดที่ต้องรับเวรต่อเนื่องมายังเวรบายนั้นมืออยู่จำนวนอยู่ไม่น้อย ที่หัวหน้าเวรต้องรับผิดชอบช่วยหาโอที ประกอบกับการรับมือกับการให้บริการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน

“ทุกครั้งที่ได้รับมอบหมายให้เป็นหัวหน้าเวร ก็พยายามอย่างเต็มที่เพื่อให้คนไข้ทุกคนได้รับการผ่าตัดตามที่แพทย์ได้วางแผนการรักษาไว้ ในการหาคนทำโอทีในแต่ละเวร หัวหน้าเวรทุกคนต้องใช้บาร์มีส่วนตัวกันไม่น้อย บางครั้งยังต้องสละกำลังทรัพย์ส่วนตัวซื้อข้าวให้คนที่มาช่วยเวรกินซะอีก...”

(แก้ว กรกฎาคม 2556: สัมภาษณ์)

“หัวหน้าเวรพยาบาลไม่มีอำนาจตัดสินใจเบ็ดเสร็จเด็ดขาด ในการงดเคสผ่าตัดผู้ป่วยแม้ว่าเราจะไม่อัตรากำลังที่เพียงพอ เรามีแค่อำนาจต่อรอง นั่นคือการขอความเห็นใจจากแพทย์ผ่าตัดและวิสัญญีแพทย์...”

(ไพฑูรย์ กรกฎาคม 2556: สัมภาษณ์)

จากคำกล่าวของ พี่แก้วและ ไพฑูรย์ แสดงให้เห็นถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ ที่หัวหน้าเวรต้องสามารถบริหารจัดการ ทั้งเคสที่กำลังผ่าตัดอยู่ก่อนและยังไม่เสร็จผ่าตัด เคสที่ยังไม่ได้เริ่มผ่าตัดแต่เวลาล่วงเลยเข้ามาในเวรบาย ประกอบกับการบริหารจัดการให้สามารถรองรับการบริการเคสผ่าตัดแบบฉุกเฉินนอกเวลาราชการด้วย จะเห็นได้ว่าเป็นอำนาจการตัดสินใจที่ทีมผ่าตัดต้องมานั่งคุยกันเพื่อให้ได้ทางออกที่ดีที่สุดเพื่อผู้รับบริการ หัวหน้าเวรมีสิทธิ์ในการบริหารจัดการอัตรากำลังอย่างเต็มที่ตามความเหมาะสม สามารถการตัดสินใจบางอย่างค่อนข้างเป็นอิสระ เนื่องจากอัตรากำลังขอเวรบายที่มีไม่เพียงพอ การที่จะได้พยาบาลมาทำโอทีต่อให้เพื่อให้เคสที่ยังผ่าไม่เสร็จต้องได้รับการดูแลต่อไป บางครั้งต้องใช้ความสามารถส่วนบุคคลในการโน้มน้ำหนัก หรือชักจูงเพื่อให้ได้ทีมมา ประกอบกับการทำงานเวรเช้าที่อ่อนล้าทำให้พยาบาลบางคนมีสิทธิ์เลือกที่จะอยู่ทำโอทีหรือไม่ทำก็ได้

ดังนั้น การทำงานในห้องผ่าตัด เรื่องทีมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ถ้าทีมหลักไม่พร้อมไม่ว่าจะเป็นทีมใดๆ ก็ตาม ทั้งทีมศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญีแพทย์และทีมพยาบาลห้องผ่าตัดเอง ไม่พร้อม ก็ไม่สามารถดำเนินการให้บริการผ่าตัดได้ การให้อิสระในการต่างบริหารจัดการทีมของตนเองจึงเป็นที่มีความสำคัญ ที่ทุกคนควรเคารพในสิทธิ์นั้นๆ และรับฟังในเหตุผลของกันและกัน โดยยึดผลประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นสำคัญ ในการตัดสินใจ ทำให้ทุกคนพร้อมและเต็มใจที่จะทำงาน งานจึงจะออกมาอย่างมีประสิทธิภาพ

Garvey, Chabers and Boore (2000) กล่าวว่า บทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดต้องมีการเปลี่ยนแปลงตามความก้าวหน้าของเทคโนโลยีที่เจริญมากขึ้นด้วย ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทให้เหมาะสมเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดที่ทันสมัยตามเทคโนโลยีและความก้าวหน้าทางวิชาการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยคืนสู่ภาวะสุขภาพปกติโดยเร็วและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ในปัจจุบันผู้มารับบริการมีความรู้และระดับการศึกษาที่สูงขึ้นและมีความคาดหวังที่จะได้รับการที่ได้มาตรฐานและมีคุณธรรมสูงขึ้นได้รับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและศักดิ์ศรีความเป็นปัจเจกบุคคลมากขึ้นความคาดหวังต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลการพยาบาลห้องผ่าตัดนับเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการพยาบาลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบโดยตรงจากการเปลี่ยนแปลง (เบญจมาศ ปรีชาคุณ, 2544) ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีหน้าที่วางแผนในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดให้ปลอดภัยตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องผ่าตัดบทบาทการให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกขั้นตอนควรมีการ

ปรับเปลี่ยนและพัฒนาบทบาทการให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกระยะภายในห้องผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพดีที่สุดสมกับเป็นพยาบาลวิชาชีพ Professional Nurse (เรณู อจาสาลี, 2542:38)

งานของพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นงานที่ผสมผสานระหว่างการดูแลผู้มารับบริการตลอดระยะเวลาของการผ่าตัดโดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ให้ครอบคลุมทั้งด้านการดูแลรักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูแล้วยังต้องมีความชำนาญเฉพาะทางในเรื่องวิธีการทำผ่าตัด (Procedure) และเทคนิคต่างๆตลอดจนใช้ทักษะการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์เทคโนโลยีที่ทันสมัยที่ใช้เพื่อการผ่าตัดโดยมีองค์ความรู้เป็นพื้นฐาน (Knowledge Based Professional) ใช้กระบวนการแก้ปัญหาด้วยวิธีทางวิทยาศาสตร์โดยให้การพยาบาลที่ถือหลักว่ามนุษย์เป็นองค์รวมที่มีบูรณาการของร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมทำให้บุคลากรทางการพยาบาลห้องผ่าตัดทุกคนจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจทางการศึกษาการปฏิบัติ การบริหาร และการวิจัยทั้งนี้เนื่องจากการพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพและความปลอดภัยของชีวิตมนุษย์ (ทัศนาศ บุญทอง , 2540)จะต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองเพื่อให้ตอบสนองต่อสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปอยู่ตลอดเวลา รวมถึงความคาดหวังของสังคมที่มีต่อวิชาชีพนี้ได้เพิ่มมากขึ้น ในการที่จะดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด

บทที่ 5

ชีวิตอัตลักษณ์ของนางฟ้าชุดเขียวในห้องผ่าตัด

ในงานวิจัยเรื่อง “ชีวิตและการแสดงอัตลักษณ์ของนางฟ้าชุดเขียว” เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาชีวิตและการแสดงอัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพผ่าตัด ผู้วิจัยได้ใช้ พื้นที่ห้องผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การค้นคว้าจากเอกสารและเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม โดยการสังเกตการณ์ (Observation) และการสัมภาษณ์ (Interview) รวมไปถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องในสิ่งที่ตนเองคิด รู้สึก มีความเชื่อ และพร้อมที่จะแสดงตัวตนออกมาผ่านวิธีคิดในการตีความหมายผ่านวัฒนธรรมของเขาเอง การศึกษาเน้นไปที่ วิถีชีวิตและการแสดงอัตลักษณ์ความเป็นตัวตนของพยาบาลในห้องผ่าตัด การต่อรองของพยาบาลห้องผ่าตัดต่ออัตลักษณ์ที่ถูกสร้างจากสังคมและบริบทที่ตนเองอยู่ อันนำไปสู่ทัศนคติการมองพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างเข้าใจมากขึ้น

ชีวิตนางฟ้าชุดเขียวกับบทบาทในห้องผ่าตัด

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ให้ความสนใจในการศึกษาถึง เรื่องราวชีวิตของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดกับบทบาทหน้าที่ที่ทำหายอีกด้านหนึ่ง ที่แตกต่างจากพยาบาลหอผู้ป่วยทั่วไป ที่นำมาสู่การแสดงอัตลักษณ์ของกลุ่มและตัวปัจเจกเอง จากการดำเนินชีวิตอยู่ภายใต้โครงสร้างของงานห้องผ่าตัด ที่มีโครงสร้าง กฎระเบียบวิธีที่เคร่งครัดเฉพาะมาเป็นตัวกำหนดกรอบให้ทุกคนพึงกระทำตามและการทำงานร่วมกันในทีมผ่าตัดที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องแสดงศักยภาพและควมมีตัวตนของตัวเองต่อทีมผ่าตัด

บทบาทกลุ่มเป็นพฤติกรรมที่มีรูปแบบเฉพาะในตำแหน่งหนึ่งๆ ซึ่งรูปแบบพฤติกรรมนั้นจะบ่งบอกถึงลักษณะงานและความรับผิดชอบและอาจสะท้อนให้เห็นความเป็นบุคคล สังคมและอาชีพ และตำแหน่งจะบอกถึงสถานะในสังคม หรือองค์กร สำหรับบทบาททางการพยาบาล คือ พฤติกรรมที่คาดหวัง โดยพิจารณาจากตำแหน่งทางสังคมของพยาบาลและบริบทของการพยาบาล (ศิริพร พุทธิรงค์, 2552)

บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด ได้มีการพัฒนามาเป็นลำดับ เนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพและการพัฒนาองค์ความรู้ของวิชาชีพพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดตั้งอยู่บนหลักการทางวิทยาศาสตร์ โดยพยาบาลห้องผ่าตัดทำหน้าที่จัดเตรียมของใช้ เครื่องมือ ห้องผ่าตัดและผู้ป่วย ทั้งนี้พยาบาลจะต้องมีความรู้ มีความกระตือรือร้นในการประสานงานที่ดี มีใช้ทำแบบหุ่นยนต์ ต่อมาได้มีการนำหลักการของ Aseptic Technique มาพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล โดยเน้นทักษะการปฏิบัติในเรื่องของการทำความสะอาดห้องผ่าตัด การเตรียมและการทำให้เครื่องมือปลอดเชื้อ ตลอดจนการล้างมือ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาด้านการสื่อสารระหว่างศัลยแพทย์กับพยาบาลห้องผ่าตัด เช่น การกำหนดสัญลักษณ์มือ สำหรับการส่งเครื่องมือ เป็นต้น เพื่อให้การผ่าตัดมีความรวดเร็วขึ้น แต่อย่างไรก็ตามสิ่งเหล่านี้ก็เป็นงานด้านเทคนิคเพื่อให้ศัลยแพทย์ผ่าตัดอย่างสะดวกและมี

ประสิทธิภาพ เป็นการให้ความสำคัญกับงาน (Task Oriented) และถือว่าเป็นบทบาทที่ปฏิบัติสืบเนื่องกันมา (Traditional Role)

ตั้งแต่สงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นต้นมา บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดเปลี่ยนไป โดยผู้ที่ทำหน้าที่พยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub Nurse) เป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านเทคนิค (Technicians) ส่วนพยาบาลวิชาชีพได้ขยายบทบาทในการดูแลผู้รับบริการในระยะก่อนและหลังผ่าตัดด้วย เรียกว่า บทบาทขยาย จนกระทั่งปัจจุบันนี้ บทบาทดั้งเดิมที่เน้นการดูแลความปลอดภัยและความสะอาดของสิ่งแวดล้อมได้ถูกผนวกเข้ากับบทบาทขยาย ซึ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) ตลอดระยะเวลาการผ่าตัด คือ ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยใช้คำว่า Perioperative Nursing แทน Operating Room Nursing ซึ่งความหมายของคำนี้จะบอกถึงขอบเขตและความลึกซึ้งของการพยาบาลผู้รับบริการที่ทำผ่าตัดและแสดงถึงบทบาทที่ทำหายของพยาบาลห้องผ่าตัด ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ในการดูแลผู้รับบริการให้ปลอดภัย มีความรู้ทางด้านกฎหมายเพื่อป้องกันการกระทำที่ผิดพลาด ตลอดจนความรู้ในการบริหารจัดการกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และเน้นการดูแลที่ต่อเนื่อง การเคารพในการเป็นปัจเจกบุคคลและการคำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการ ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีความสามารถในการจัดเตรียมผู้รับบริการและครอบครัวให้พร้อมที่จะทำผ่าตัด วางแผนการพยาบาลเพื่อให้เกิดความปลอดภัย และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ตลอดจนการตัดสินใจและการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับประสบการณ์ผ่าตัดที่ดีที่สุด

จะเห็นได้ว่าการพยาบาลผู้รับบริการที่ทำผ่าตัด เป็นการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์รวม คือครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ และเน้นคุณภาพการพยาบาลโดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ภายใต้มาตรฐานการพยาบาล

ชีวิตและการแสดงอัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดเป็นการชี้ให้เห็นถึงความพยายามในการบอกว่าตัวเองเป็นใครทั้งในระดับปัจเจกและในระดับกลุ่ม โดยที่อัตลักษณ์จะถูกสร้างขึ้นบนพื้นฐานของการมีเหมือนกันของสมาชิกในกลุ่มและความแตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ ที่นำมากำหนดความเป็นกลุ่มหรือตัวบุคคล อัตลักษณ์ที่ถูกสร้างขึ้นจึงมีความสัมพันธ์กับพื้นที่ของอำนาจ เวลา และสิ่งที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วย อัตลักษณ์ที่แสดงออกนี้ย่อมสิ้นไหลและแตกต่างกันไปตามบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วย โดยมีประเด็นเกี่ยวกับพยาบาลห้องผ่าตัดกับชีวิตในบทบาทต่างๆ ดังนี้

นางฟ้าชุดเขียวในฐานะเจ้าของบ้าน

ห้องผ่าตัด เปรียบเสมือนบ้านหลังใหญ่ของพยาบาลห้องผ่าตัด ที่มีผู้คนหลากหลาย เข้ามาใช้บริการ ในฐานะเจ้าของบ้านแล้วการดูแลบ้านให้เป็นบ้านที่มีความสมบูรณ์ที่สุดในทุกๆ ด้านนั้น ดูเป็นงานที่ต้องมีความรับผิดชอบสูงมาก เพราะไม่ใช่แค่การดูแลสิ่งแวดล้อม แต่หมายถึงการดูแลระบบการให้บริการผ่าตัดให้เป็นมาตรฐาน เป็นบทบาทการบริหารจัดการที่ต้องอาศัยความรู้ความสามารถเฉพาะทาง นอกเหนือจากบทบาทหน้าที่ประจำที่ต้องกระทำ แต่เป็นหน้าที่ที่มาควบคู่กับบทบาทที่มีความสำคัญ

นอกจากจะดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด การตรวจสอบความเรียบร้อยของทั้งคนที่เข้ามาใช้บริการ การเป็นแบบอย่างที่ดีในทุกๆ ด้าน เพื่อที่จะสามารถบอกกล่าวหรือตักเตือนแก่ผู้ที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องได้อย่างมีอำนาจอยู่ในมือ แต่นั่นก็หมายถึงว่าพยาบาลห้องผ่าตัดเองก็ต้องแบกเอาความถูกต้องไว้กับตัวตลอดเวลา

สำหรับห้องผ่าตัดแล้ว คำว่าไม่พร้อมของสิ่งแวดล้อมหรืออุปกรณ์เครื่องมือการผ่าตัดเป็นสิ่งที่ไม่ควรเกิดขึ้น นั่นหมายถึงความไม่รับผิดชอบ ความล้มเหลวในการบริหารจัดการ ทุกวินาทีในห้องผ่าตัดคือนาทีชีวิตของผู้ป่วยที่ พยาบาลห้องผ่าตัด ต้องให้ความสำคัญและตระหนักอยู่เสมอว่าการกระทำใดๆ ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก บางครั้งอาจได้รับคำตำหนิจากทีมผ่าตัด เป็นสิ่งที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องยอมรับและเข้าใจ

จะเห็นได้ว่าในแง่ของพื้นที่ห้องผ่าตัดทั้งหมด ในส่วนของความรับผิดชอบที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องดูแลนั้นมีรอบด้าน ทั้งในด้านสิ่งแวดล้อม คน และการเป็นผู้คุมกฎ ที่ต้องเข้มงวดให้ทุกคนประพฤติปฏิบัติตัวให้อยู่ในกฎ ระเบียบ

“...อะไรที่ไม่เรียบร้อยในห้องผ่าตัด ก็โทษเราหมด คือนอกจากงานในห้องทำผ่าตัดแล้ว สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดก็ต้องดูแล วันก่อนปลั๊กไฟที่ปิดตรงผาผนังหลวม หมอเด็กโวยวายใหญ่ เพราะทำให้รูดรับเด็กไม่อ่อนพอต่อว่าต่อขานเราใหญ่เลย...”

(บุษราคัม มิถุนายน: สัมภาษณ์)

“...มีอะไรไม่เรียบร้อยต้องรีบแก้ไขอย่างทันทีทันใด ไม่ว่าจะก๊อกน้ำไหล ชักโครกกดไม่ลง พื้นที่ห้องผ่าตัดไม่เรียบ ปลั๊กไฟตรงผาผนังมีน้อย ไฟวามไม่ทั่วถึงทุกจุดในโออาร์ คือต้องทำเรื่องแก้ไขทุกอย่าง อันไหนแก้ไขไม่ทัน ก็อาศัยเขียนป้ายปิดไว้ว่า รอดำเนินการ ให้รู้ว่ารู้แล้วนะ ดำเนินการแล้วนะ แต่ยังไม่เสร็จหลังๆ มานี้ที่ก็เหนื่อยนะกับเรื่องแบบนี้ ถ้าเหนื่อยกับเรื่องงานนี้พอทน เป็นเจ้าของบ้านก็ต้องทนให้เค้าบ่นไปเรื่อยๆ จนกว่าจะแก้ไขเสร็จ...”

(มรกต มิถุนายน: สัมภาษณ์)

จากคำบอกเล่าของบุษราคัมและมรกต ชี้ให้เห็นว่า นอกเหนือจากงานในบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีความสำคัญแล้ว งานด้านสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดก็เป็นอีกหนึ่งความรับผิดชอบที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องช่วยกันดูแล ตรวจสอบตรวจเช็คให้ทุกอย่างมีความเป็นระเบียบเรียบร้อย พร้อมทั้งจะให้บริการตลอดเวลา ต้องแบกรับความรับผิดชอบทุกงานทุกพื้นที่ในห้องผ่าตัดโดยไม่มีเงื่อนไข เพราะห้องผ่าตัดประกอบขึ้นมาด้วยปัจจัยหลายๆ ด้าน ที่ต้องทำงานร่วมกัน เกี่ยวเนื่องกัน เลื่อนไหลไปตามสภาพแวดล้อมที่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา พยาบาลห้องผ่าตัดเองต้องมีการปรับตัวเพื่อให้ตนเองสามารถใส่ใจในทุกๆ เรื่อง ไปพร้อมๆ กันได้ ช่วยกันดูแล เพื่อให้ทุกคนสามารถใช้บริการห้องผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นางฟ้าชุดเขียวในบทบาทส่วนหนึ่งของทีมผ่าตัด

การให้การดูแลผู้รับบริการในห้องผ่าตัดนั้น พยาบาลห้องผ่าตัดจะให้ความสำคัญสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ก่อนรับผู้ป่วยมายังห้องผ่าตัดผู้ป่วยต้องมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการผ่าตัด หอผู้ป่วยที่จะรับผู้ป่วยไปดูแลก็ต้องมีความพร้อม ก่อนผ่าตัดต้องมีความพร้อมของห้องผ่าตัด เครื่องมือผ่าตัด บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งกระบวนการผ่าตัดบางทีก็เป็นสิ่งที่รองลงไป

ห้องผ่าตัด เป็นสถานที่ที่ทำงานของ ทีมผ่าตัดที่ต้องทำงานร่วมกัน ซึ่งประกอบด้วยศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญีแพทย์ และทีมพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด หน้าที่หลักๆของพยาบาลในห้องผ่าตัดคือการดูแลผู้ป่วยให้มีความสุขสบาย และความปลอดภัยจากการผ่าตัดควบคู่กับการดูแลให้ห้องผ่าตัดมีความพร้อมในการให้บริการ ทั้งในด้านของทีม ผู้ป่วย ตลอดจนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการผ่าตัด

ในด้านของทีม ผ่าตัดพยาบาลห้องผ่าตัดมีหน้าที่ใน การดูแลให้ห้องผ่าตัดมีความเป็นระเบียบเรียบร้อย มีความพร้อมที่จะทำการเปิดการผ่าตัดได้ ในด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นที่ต้องใช้การทำผ่าตัด ต้องมีใช้อย่างเพียงพอและพร้อมให้บริการตลอดเวลา

ในด้านผู้รับบริการ ผู้ป่วยได้รับการดูแลความพร้อม ตรวจเช็คความพร้อมของผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งญาติของผู้ป่วย และความพร้อมอื่นๆ

ในด้านของตัวพยาบาลห้องผ่าตัดเอง การเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ ความเข้าใจในการ กระบวนการผ่าตัด เครื่องมือที่จำเป็นในการผ่าตัด รวมไปถึงความเข้าใจในความถนัดของศัลยแพทย์แต่ละคน ตั้งแต่เริ่มผ่าตัดจนกระทั่งเสร็จสิ้นการผ่าตัด

การทำงานร่วมกันในห้องผ่าตัดนั้น “ทีม” เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ด้วยลักษณะงานที่ต้องทำงานกันเป็นทีม ทุกคนในทีมเป็นเหมือนฟันเฟืองเล็กๆ ที่ประกบกันจนสามารถทำให้งานนั้นสามารถดำเนินไปสู่เป้าหมายได้ การให้คุณค่า ให้เกียรติและรับฟังความคิดเห็นของกันและกันจะเป็นเสมือนแรงใจที่ต่างฝ่ายต่างมีให้กัน จะทำให้ทุกคนทำงานอย่างมีความสุขแม้ว่างานที่ทำจะหนักแค่ไหนก็ตาม

“...เวลาเราทำงาน เราก็จะตัดเรื่องส่วนตัวออกทั้งหมด เพราะงานของเราเป็นสิ่งที่รอไม่ได้ ทุกวินาทีต้องทำงานเพื่อคนไข้...”

(มรกต พฤษภาคม 2556: สัมภาษณ์)

“...เวลางานก็คือต้องทำงานเพื่อคนไข้เพียงอย่างเดียว พี่ไม่มีปัญหาในการทำงานกับคนที่เรารู้สึกไม่ชอบ เพราะพี่มองว่า งานที่ทำไม่ใช่เราทำเพียงคนเดียว แต่ยังมีทีมอื่นๆ ที่เราต้องทำงานร่วมด้วย...”

(เพทาย พฤษภาคม 2556: สัมภาษณ์)

จากข้อมูลภาคสนามพบว่า การทำงานร่วมกันของคนจำนวนมากในห้องผ่าตัดคงไม่ใช่เรื่องแปลกที่จะมีความขัดแย้งเกิดขึ้นได้บ้าง จากความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันบ้างในเรื่องงาน หรือแม้กระทั่งเรื่องส่วนตัว แต่ด้วยลักษณะงานที่ต้องดำเนินไปด้วยกันตลอดและเกี่ยวข้องกับวินาทีชีวิตของผู้รับบริการที่พยาบาลห้องผ่าตัดทุกคนต้องคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลัก เรื่องส่วนตัวหรือเรื่องความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน ทุกประเด็นต้องได้ข้อสรุปอย่างรวดเร็วและต้องตัดทุกปัญหาออกไปก่อน ก่อนที่จะเริ่มทำงาน ไม่นำมาปะปนกับเรื่องงาน ซึ่งเป็นสิ่งที่พยาบาลห้องผ่าตัดทุกคนต่างตระหนักดีว่า ตนเองเป็นคนที่ต้องช่วยอำนวยความสะดวกในทุกๆ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด ถ้าไม่เต็มที่กับเรื่องงาน งานก็ไม่สามารถเดินต่อไปได้ นั่นคือการทำงานแบบมีออซีพนั่นเอง

บุคคลไม่ได้ยินดียอมรับในทุกบทบาทเสมอไป แม้ว่าจะได้รับหน้าที่ไว้อย่างชัดเจนก็ตาม บทบาทเป็นเรื่องของความคาดหวัง เช่นเดียวกับบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด คือการปฏิบัติการพยาบาลเป็นหลัก แต่ก็มิได้มีบทบาทเดียวเท่านั้น พยาบาลห้องผ่าตัดยังต้องรับผิดชอบในการบริหารจัดการ ควบคุมงาน การพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการตลอดจนการบริหารบุคลากรทางการพยาบาล การเป็นนักวิชาการทางการพยาบาล โดยทำหน้าที่ของผู้สอนหรือถ่ายทอดความรู้ ทักษะ เจตคติที่ดีสู่สมาชิกใหม่ที่เข้าสู่วิชาชีพพยาบาลห้องผ่าตัด นอกจากนี้จะทำหน้าที่เป็นผู้สอนแก่บุคลากรที่เข้าสู่วิชาชีพพยาบาลห้องผ่าตัดแล้ว ยังต้องทำหน้าที่ในการสอนหรือให้ความรู้แก่ผู้มาใช้บริการห้องผ่าตัดด้วย ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความรับผิดชอบของพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีต่อวิชาชีพและต่อสังคม

จากลักษณะของห้องผ่าตัดที่นี่เป็นห้องผ่าตัดรวม นั่นก็หมายความว่าพยาบาลห้องผ่าตัดทุกคนต้องสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่จะเข้ารับบริการได้ทุกแผนก ในที่นี้คือทั้ง 12 แผนกผ่าตัดตั้งที่ได้กล่าวไว้แล้ว ความรู้ความสามารถดังกล่าวเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคลที่ต้องไขว่คว้าและแสวงหามา ซึ่งแน่นอนว่าแต่ละคนจะมีสมรรถนะที่แตกต่างกันไป ส่งผลให้การยอมรับในบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีต่อทีมจึงแตกต่างกันไปด้วย

การศึกษาอัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นการนิยามความหมายความเป็นตัวตนที่ไม่ได้มีเพียงด้านเดียว อย่างที่กลุ่มคนอื่นๆ นิยามเกี่ยวกับความเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด การนิยามความหมายของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีทั้งการยอมรับและการไม่ยอมรับในการนิยามความหมายจากกลุ่มคนอื่นๆ โดยมีการตอบโต้ ต่อรองและสร้างนิยามความหมายใหม่ให้กับตนเองและกลุ่ม นั่นคือ การนิยามว่าพยาบาลห้องผ่าตัดคือ พยาบาลเฉพาะทางที่ให้การดูแลผู้ที่มีารับบริการรักษาแบบผ่าตัด ที่มีบทบาทเฉพาะเป็นของตนเองและเป็นส่วนที่หนึ่งของทีมผ่าตัดที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าทีมอื่นๆ ที่จะช่วยให้การผ่าตัดผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ทีมพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดจึงควรได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีม ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ในการวางแผนการรักษา และเป็นส่วนหนึ่งของทีมที่ทุกคนควรให้การยอมรับและเคารพในบทบาทดังกล่าว

“...บางเหตุผลหรือบางคำสั่งของแพทย์ผ่าตัด ถ้าเราพิจารณาแล้วไม่ได้ส่งผลดีต่อผู้ป่วยเราก็ไม่อาจทำตามคำสั่งได้ และยังคงทำงานอย่างตรงไปตรงมาและเป็นพยาบาลมีออซีพ ทำสิ่งที่ถูกต้องและดีที่สุดกับคนไข้เสมอ”

(ไพลิน มิถุนายน 2556: สัมภาษณ์)

“...เราทำงานไม่ได้อยากยิ่งใหญ่เหนือทีมใดๆ ในทีมผ่าตัด ยิ่งไงเราก็เป็นพยาบาลที่ต้องรับคำสั่งตามบทบาทที่ท่านมี แต่พยาบาลย่อมมีอำนาจในการตัดสินใจในบทบาทของตนเองเช่นเดียวกันโดยไม่ได้อยู่ภายใต้อำนาจบังคับของใคร”

(แก้ว มิถุนายน 2556: สัมภาษณ์)

จากคำกล่าวของไพลินและแก้วแสดงให้เห็นว่าพยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทเป็นของตนเองที่ชัดเจนและเป็นอิสระมากพอ ที่จะสามารถแสดงความคิดเห็นในการทำงานได้อย่างมีเหตุและผล ตลอดจนมีอำนาจมากพอในการต่อรองเพื่อช่วยในการพิทักษ์สิทธิ์ให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุดซึ่งการทำงานในบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ต้องอยู่ภายใต้คำสั่งของแพทย์ ซึ่งแพทย์ที่เข้ามาทำงานหรือเรียนรู้งานในห้องผ่าตัดใหม่ๆ มักไม่ค่อยเข้าใจกับรูปแบบการทำงานในห้องผ่าตัด ที่ไม่ได้มีพื้นที่เพื่อให้ออกคำสั่งเพียงอย่างเดียว แต่ทุกทีมล้วนมีหน้าที่และบทบาทเป็นของตนเอง ที่ต้องทำงานประสานเป็นหนึ่งเดียวกัน จึงจะทำให้งานการผ่าตัดรักษาคนไข้ ประสบความสำเร็จ ซึ่งจะแยกออกเป็นส่วนๆ ไม่ได้อย่างที่ บุษราคัม ได้กล่าวเพิ่มเติมในประเด็นนี้อีกว่า

“ตลอดเวลา 4 ปีที่ได้รู้เรียนมา เราถูกปลูกฝังจากครูบาอาจารย์ พี่ๆ พยาบาลหรือแม้แต่คนไข้เอง ทำให้เราตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ จนกระทั่งหล่อหลอมเรามาเป็นพยาบาลมืออาชีพ ภายใต้จิตสำนึกที่ว่า ผลประโยชน์ของคนไข้ต้องมาก่อนสิ่งอื่นใด”

(บุษราคัม มิถุนายน 2556: สัมภาษณ์)

การดำเนินชีวิตในฐานะพยาบาลห้องผ่าตัดนั้น ถึงแม้ว่าจะเป็นอาชีพที่ต้องใช้ชีวิตส่วนใหญ่ประจำอยู่ในห้องผ่าตัด แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าจะถูกตัดขาดจากโลกภายนอกเลยทีเดียว แต่ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มคนต่างๆ นั้นจะเป็นทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการซึ่งถูกกำหนดมาจากรูปแบบของงานที่ต้องทำร่วมกันเป็นทีมระหว่างทีมศัลยกรรม แพทย์ ทีมวิสัญญีแพทย์และทีมพยาบาลห้องผ่าตัดด้วยตัวเอง และรูปแบบความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการทั้งกับบุคคลที่อยู่ในห้องผ่าตัดเองและกับบุคคลอื่นนอกหน่วยงานห้องผ่าตัดก็ตามที่

“...งานในห้องผ่าตัด เป็นงานที่หนักและต้องเผชิญกับความเครียดสูง การให้กำลังใจซึ่งกันและกันของคนในทีมเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นมาก...”

(เพชร มิถุนายน 2556: สัมภาษณ์)

“...การที่แพทย์ให้เกียรติที่เราเป็นเพื่อนร่วมงาน ไม่ใช่ผู้ใต้บังคับบัญชา ทำให้เราไม่เคยมองเลยว่าการผ่าตัดนั้นจะยากและนานแค่ไหนทุกคนก็เต็มใจที่จะช่วย แม้บางครั้งเราสามารถเลือกที่จะไม่ทำงานนั้นก็ได้ แต่ท้ายสุดผลประโยชน์ของคนไข้ก็ต้องมาก่อนสิ่งอื่นใดเสมอ....”

(แก้วมิถุนายน 2556: สัมภาษณ์)

ภายใต้ความคาดหวังของทีม ทำให้พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดต้องมีการตระหนักในการเรียนรู้ ใส่ใจสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานผ่าตัดอยู่ตลอดเวลาจนมีประสบการณ์ทั้งในด้านเทคนิค ความรู้ความสามารถ การบริหารจัดการต่างๆ ที่มีความเชี่ยวชาญ แต่ที่น่าสังเกตคือ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดคนใดที่มีการพัฒนาตนเองอยู่เสมอ จะได้รับการยอมรับ การให้เกียรติ การให้ความสนใจ และการให้ความสำคัญจากทีมผ่าตัดจะมากกว่าพยาบาลห้องผ่าตัดคนอื่นๆ

นางฟ้าชุดเขียวในฐานะพยาบาลห้องผ่าตัด

หลายคนมักคิดว่าพยาบาลห้องผ่าตัดมีหน้าที่หลักๆ คือการส่งเครื่องมือผ่าตัดเท่านั้น ซึ่งนั่นคงเป็นแค่ส่วนหนึ่งของงานที่สำคัญที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องรับผิดชอบรับผิดชอบ ในบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดนั้น มีหน้าที่มากมายที่พยาบาล ห้องผ่าตัด ต้องทำ ต้องดูแล ต้องรับผิดชอบ เฉกเช่นเดียวกับพยาบาลทั่วไป แต่ด้วยรูปแบบของงานที่แตกต่าง สิ่งแวดล้อมแตกต่าง จึงทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดต้องปรับรูปแบบของบทบาทไปตามงานที่ต้องรับผิดชอบ ประกอบกับการทำงานที่ต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม และรูปแบบของบทบาทที่มีการเลื่อนไหล ทับซ้อน

บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ได้กล่าวมา เราจะพบว่าบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด เริ่มตั้งแต่ด้านหน้าของพยาบาลห้องผ่าตัดห้องรับส่งผู้ป่วย ที่ต้องให้การดูแลความเรียบร้อย ความพร้อมของผู้ป่วย ก่อนผ่าตัด ตลอดจนจนการเป็นผู้ประสานที่ดี การไกล่เกลี่ยในกรณีที่เกิดปัญหาระหว่างบุคคลภายนอกห้องผ่าตัดกับหน่วยงานห้องผ่าตัด ในฐานะที่ทำหน้าที่อยู่เบื้องหน้า ที่ต้องคอยรับเรื่องราวต่างๆ ก่อนคนอื่นๆ ในแผนกผ่าตัด การทำงานอย่างมีสติ และการควบคุมอารมณ์และจิตใจให้มีความมั่นคงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดหลายคนไม่ชอบที่จะต้องทำงานในด้านหน้านี้ เพราะต้องมีการพูดคุย ให้ข้อมูลและสามารถแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้ ประกอบกับต้องมีประสบการณ์เกี่ยวกับงานในห้องผ่าตัดมากพอ กล่าวคือต้องมีความแม่นยำในข้อมูล มีความเข้าใจในระบบการทำงานต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับหน่วยงานห้องผ่าตัด ตลอดจนมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการผ่าตัดของแผนกผ่าตัดต่างๆ ที่สามารถให้ข้อมูล และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

บทบาทต่อมา คือการเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดที่ให้การดูแลผู้ป่วยขณะทำผ่าตัด ในบทบาทนี้พยาบาลห้องผ่าตัดเองต้องมีการทำงานเป็นทีม ทั้งทีมพยาบาลห้องผ่าตัดเองและการทำงานร่วมกับทีมผ่าตัดอื่น นั่นคือ ทีมศัลยแพทย์และทีมวิสัญญีแพทย์

ในส่วนของการทำงานเป็นทีมของพยาบาลในห้องผ่าตัด จากที่ได้กล่าวมา พยาบาลในห้องผ่าตัด มีบทบาทหน้าที่อยู่ 2 อย่างหลักๆ คือ การทำหน้าที่เป็นพยาบาล

ส่งเครื่องมือผ่าตัด และพยาบาลผู้ช่วยเหลือรอบนอก ที่ต้องทำงานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อตอบสนองเป้าหมายของการผ่าตัด ซึ่งแต่ละหน้าที่ พยาบาลแต่ละคนต้องมีความรู้ความเข้าใจในหน้าที่ของตนเอง และช่วยกันในการแชร์ความรู้และประสบการณ์ตลอดจนการสอนงานให้แก่พยาบาลรุ่นน้องรุ่นน้องด้วย ซึ่งการทำงานของพยาบาลในห้องผ่าตัด ก็จะทำงานเกี่ยวข้องเกี่ยวเนื่องกับพยาบาลในจุดต่างๆ ด้วย กล่าวคือ การรับเรื่องราวการส่งต่อข้อมูลจากพยาบาลห้องรับส่งผู้ป่วย และการส่งต่อเรื่องเครื่องมือผ่าตัดกับพยาบาลห้องจัดล้างเครื่องมือ

พยาบาลห้องจัดล้างเครื่องมือ เราจะเห็นได้ว่า เครื่องมือผ่าตัดเป็นตัวช่วยที่สำคัญมากอีกอย่างหนึ่ง ที่จะทำให้งานผ่าตัดประสบความสำเร็จ ความจำเป็นที่ต้องมีพยาบาลอยู่ประจำห้องจัดล้างเครื่องมือ เพราะพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นบุคคลหนึ่ง ที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องเครื่องมือผ่าตัดเป็นอย่างดี ตลอดการเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด การเรียนรู้งานผ่าตัดก็คือการเรียนรู้เครื่องมือผ่าตัดไปพร้อมๆ กันนั่นเอง การให้ความสำคัญในเรื่องเครื่องมือผ่าตัด จึงเป็นบทบาทโดยตรงที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความใส่ใจ และดูแลเครื่องมือผ่าตัดทุกชิ้นให้อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งานเสมอ

บทบาทพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด ในทุกๆ หน่วยงานต้องมีผู้นำ หน่วยงานห้องผ่าตัดเองก็ต้องมีหัวหน้า ที่จะช่วยในการบริหารจัดการให้หน่วยงานห้องผ่าตัดมีความพร้อมที่จะให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ แม้ว่าหัวหน้าห้องผ่าตัดเองไม่ได้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง แต่บทบาทของหัวหน้าห้องผ่าตัดจำเป็นในเรื่องการบริหารจัดการ ให้ทุกคนสามารถทำงานไปในทิศทางที่ถูกต้อง ในรูปแบบเดียวกัน ตลอดจนการเป็นตัวแทนของพยาบาลห้องผ่าตัดทั้งหมดในการสื่อสารเรื่องราวต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานและคนในหน่วยงาน

การแสดงตัวตนของนางฟ้าชุดเขียว

การศึกษาการแสดงอัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงตัวตนในบทบาทของ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่หลากหลาย ซึ่งไม่ได้มีเพียงการทำหน้าที่ส่งเครื่องมือผ่าตัดอย่างที่สังคมได้ให้ความหมายเท่านั้นแต่พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดให้ความหมายต่อบทบาทของตัวเองว่าเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด เน้นการทำงาน โดยให้การดูแลแบบให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ด้านเทคนิค การบริหารจัดการ การทำงานที่เป็นส่วนสำคัญของทีมผ่าตัดที่ขาดไม่ได้ แม้ว่าบริบทของการทำงานและบทบาทหน้าที่เปลี่ยนไป แต่ความเป็นพยาบาลก็ยังให้คงอยู่ พยาบาลห้องผ่าตัดยังคงใช้กระบวนการพยาบาลมาให้การดูแลผู้รับบริการผ่าตัดอย่างมีคุณภาพตลอดระยะเวลาตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

ในบริบทของพื้นที่ห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีการต่อสู้ ต่อรอง ในการสร้างนิยามความหมายใหม่ให้กับตนเอง นั่นคือการแสดงบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบที่เป็นภาพลักษณ์ของพยาบาลห้องผ่าตัดให้มีความชัดเจน ซึ่งเป็นบทบาทเฉพาะให้ทุกคนได้รับรู้ และยอมรับในบทบาทดังกล่าว ทำให้

พยาบาลห้องผ่าตัดมีอิสระในการบริหารจัดการทีมของตัวเองอย่างเต็มที่ โดยปราศจากทำงานภายใต้การบังคับบัญชาจากทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ในบริบทห้องผ่าตัด ทำให้ความเป็นอิสระในการทำงานและการตัดสินใจในการวางแผนการให้บริการผ่าตัด ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีมากขึ้น

จะพบว่า พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีการสร้างอัตลักษณ์ที่หลากหลาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับความสัมพันธ์เชิงอำนาจ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับคนต่างๆ ภายใต้บริบทของพื้นที่ของห้องผ่าตัด อัตลักษณ์ที่ถูกสร้างมีอยู่หลายชุดและมีการปรับเปลี่ยนเลื่อนไหลอยู่ตลอดเวลา อัตลักษณ์ที่ถูกสร้างขึ้นมา มีเงื่อนไขเพื่อให้ได้มาซึ่งอำนาจในการต่อรองเพื่อความเป็นอิสระทั้งในด้านความคิด การตัดสินใจและการปฏิบัติงานในบทบาทของตนอัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดจึงมีลักษณะเคลื่อนไหวไปมา (Shifting Identity) ไม่คงรูปอยู่เพียงรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อให้ได้มาซึ่งการยอมรับในการดำรงอยู่ร่วมกันในพื้นที่ห้องผ่าตัด

ผลการวิจัยพบว่า การนิยามความหมายต่อการเป็นพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด เน้นเรื่อง การทำงานที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ที่ต้องอาศัยการเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติอยู่ตลอดเวลา เป็นลักษณะงานที่ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม มีความท้าทายแตกต่างจากพยาบาลตามหอผู้ป่วยทั่วไป ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีการสร้างอัตลักษณ์ที่หลากหลาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์เชิงอำนาจ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับคนต่างๆ ภายใต้บริบทของพื้นที่ของห้องผ่าตัด อัตลักษณ์ที่ถูกสร้างมีอยู่หลายชุดและมีการปรับเปลี่ยนเลื่อนไหลอยู่ตลอดเวลา อัตลักษณ์ที่ถูกสร้างขึ้นมา มีเงื่อนไขเพื่อให้ได้มาซึ่งอำนาจในการต่อรองเพื่อความเป็นอิสระทั้งในด้านความคิด การตัดสินใจและการปฏิบัติงานในบทบาทของตนอัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดจึงมีลักษณะเคลื่อนไหวไปมา (Shifting Identity) ไม่คงรูปอยู่เพียงรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อให้ได้มาซึ่งการยอมรับในการดำรงอยู่ร่วมกันในพื้นที่ห้องผ่าตัด

อัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด (PerioperativeNurse) ซึ่งมีทั้งในส่วนของระดับกลุ่มและปัจเจก ไม่ว่าจะเป็นการนิยามความหมายตามพื้นที่ที่ปฏิบัติงาน และการนิยามตัวตนตามบทบาทใหม่อีกรูปแบบหนึ่ง คือ พยาบาลเฉพาะทาง ที่มีการทำงานโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐานมาผสมผสานกับรูปแบบการให้การดูแลเฉพาะทางของการพยาบาลทางห้องผ่าตัด จนเกิดเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่พยาบาลห้องผ่าตัดทุกคน ต้องศึกษาและเรียนรู้สิ่งเหล่านี้อยู่ตลอดเวลา และการแสดงสมรรถนะของตนเองในประจักษ์แก่ทีม จนเกิดเป็นทีมที่มีความเข้มแข็งและเป็นที่ยอมรับ

จะเห็นได้ว่าบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้รับบริการตลอดทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด ซึ่งตัวของปัจเจกเองก็ต้องมีการพัฒนาตนเองให้มีสมรรถนะที่พึงประสงค์และช่วยให้ผู้รับบริการสามารถปรับตัวต่อภาวะคุกคามที่เกิดจากภายในตนเอง และภาวะคุกคามที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม อีกทั้งยังช่วยอำนวยความสะดวกให้ศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ในขณะผ่าตัดด้วย การนำความรู้ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้เพื่อทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับผู้รับบริการ

พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด มีการให้ความหมายต่อตัวเองแตกต่างกันไปตามลักษณะของงานที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการและทีมผ่าตัดภายใต้การทำงานในห้องผ่าตัด คือเน้นเรื่องการรักษาพยาบาลเป็นหลักมากกว่าการให้การพยาบาลแบบหอผู้ป่วยทุกๆ ไป การทำงานที่ต้องมีการเรียนรู้ทางด้านผ่าตัดใหม่ทั้งหมด ทำ

ให้รูปแบบของการสร้างอัตลักษณ์ได้ก่อรูปมาตั้งแต่ระบบการเทรนนิ่ง ที่วางรากฐานตั้งแต่การปฏิบัติตัวขั้นพื้นฐาน จนเป็นตัวอย่งที่ตีการให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการและครอบครัว บุคลากรอื่นๆในหน่วยงาน เช่น แพทย์ นักศึกษา และผู้ช่วยในห้องผ่าตัด ในเรื่องต่างๆ เช่น การปฏิบัติตนให้ถูกต้องในห้องผ่าตัด กฎระเบียบต่างๆ อย่างไรก็ตามพยาบาลห้องผ่าตัดทุกคนสามารถทำหน้าที่นี้ได้ โดยเฉพาะการให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการและครอบครัว เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านความรู้ ความคิด ทศนคติและการปฏิบัติที่จะนำมาซึ่งสุขภาพที่ดี สอนให้พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดทุกคนมีความซื่อสัตย์ ความรับผิดชอบ ความเคร่งครัดในทุกๆ เรื่องที่ต้องปฏิบัติเพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นจนอาจก่ออันตรายต่อผู้ใช้บริการได้ ในทุกๆวินาทีที่ปฏิบัติงานจะเกี่ยวเนื่องกับความเป็นความตายของผู้ใช้บริการทุกคน การทำงานที่ต้องบริหารเวลาให้คุ้มค่าที่สุดที่สุด เพราะทุกวินาทีคือเวลาชีวิตของผู้ป่วยที่ทุกคนต้องทุ่มเทแรงกายแรงใจเพื่อให้การผ่าตัดผ่านไปได้อย่างดี และการทำงานที่ต้องผูกไว้กับความคาดหวังของทีม ที่ตัวพยาบาลเองต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองให้มีความเท่าเทียมหรือเหนือกว่างานที่ต้องรับผิดชอบอยู่เสมอ การทำงานที่ต้องอาศัยความรู้ความสามารถ มีเหตุมีผลรองรับในทุกๆ ของการกระทำ ประกอบกับการเป็นส่วนหนึ่งของทีมผ่าตัดที่คอยเป็นตัวกลางในการประสานงานกับทีมงานต่างๆ ให้มีความเข้าใจตรงกันก่อนเริ่มลงมือผ่าตัด ตรวจสอบความพร้อมของห้องผ่าตัด เครื่องมือ อุปกรณ์ผ่าตัดและสิ่งจำเป็นอื่นๆ ที่ศัลยแพทย์ต้องการใช้ขณะผ่าตัด การส่งเครื่องมือผ่าตัดด้วยความชำนาญโดยความรู้ความเข้าใจในชนิดของการผ่าตัดนั้นๆ เป็นอย่างดีและสามารถเป็นผู้ช่วยผ่าตัดได้เมื่อศัลยแพทย์ต้องการความช่วยเหลือ

ข้อค้นพบที่สำคัญในการวิจัยในครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีการสร้างอัตลักษณ์อยู่ตลอดเวลา หรือที่เรียกว่าการไม่คงรูปของอัตลักษณ์ เป็นการพยายามปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อให้สามารถดำรงไว้ซึ่งบทบาทที่ตนเองมี ซึ่งได้แก่บทบาทผู้ส่งเครื่องมือ (Scrub Nurse) ผู้รับผิดชอบ โดยรอบ (Circulation nurse) ผู้บริหารจัดการ (Manager) นักวิจัย (Researcher) นักการศึกษา (Educator) ผู้ช่วยศัลยแพทย์ (Assistant)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีอัตลักษณ์ที่หลากหลาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับบทบาทและความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลและกลุ่มคนต่างๆ ภายใต้บริบทของห้องผ่าตัด อัตลักษณ์ที่พยาบาลห้องผ่าตัดสร้างขึ้นจึงมีอยู่หลายชุด และมีการปรับเปลี่ยนเลื่อนไหลอยู่ตลอดเวลา อัตลักษณ์บางชุดถูกสร้างขึ้นใหม่ แต่บางชุดมีการผลิตซ้ำ ซึ่งการนำเสนออัตลักษณ์ในแต่ละช่วงเวลาและสถานการณ์นั้นอยู่ภายใต้เงื่อนไขเพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์บางประการ

ความสัมพันธ์ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่มีกับกลุ่มคนอื่นๆและบริบททางสังคม พบว่า ลักษณะความสัมพันธ์เชิงอำนาจของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic) ปรับเปลี่ยนไปตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งจากข้อค้นพบในการศึกษาคั้งนี้ พบว่า มีพลวัตของความสัมพันธ์ที่ซ้อนทับกัน คือ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทั้งในลักษณะที่ผูกโยงกับบริบทของห้องผ่าตัด คือเป็นส่วนหนึ่งของทีมผ่าตัดที่จะต้องทำงานร่วมกันเพื่อที่จะดูแลผู้รับบริการที่ทำผ่าตัดอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่องวัฒนธรรมเจ้าของบ้านพยาบาลสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการและครอบครัว บุคลากรอื่นๆใน

หน่วยงาน เช่น แพทย์ นักศึกษา และผู้ช่วยในห้องผ่าตัด ในเรื่องต่างๆ เช่น การปฏิบัติตนให้ถูกต้องในห้องผ่าตัด กฎระเบียบต่างๆ

จะเห็นได้ว่าอัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดนั้นมีหลากหลาย ซึ่งไม่สามารถระบุชี้ชัดได้ว่าบทบาทใดเป็นบทบาทเฉพาะตัวของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด แต่ละบทบาทจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาและสถานการณ์ต่างๆ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดต้องการปรับตัวและเรียนรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองตลอดเวลา ซึ่งเป็นบทบาทที่มากกว่าการส่งเครื่องมือผ่าตัดเพียงอย่างเดียว เพื่อให้ตัวเองมีความเชี่ยวชาญและความสามารถเป็นที่ยอมรับของทีมผ่าตัด แม้ว่างานของห้องผ่าตัดจะมีความเสี่ยง ความเครียด ในการปฏิบัติงานที่ค่อนข้างสูงแต่พยาบาลวิชาชีพผ่าตัดส่วนหนึ่งก็มีความสุขที่ได้ทำงานใกล้ชิดกับความเป็นความตายที่อาจจะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และการเป็นส่วนหนึ่งของทีมผ่าตัดที่มีความสำคัญที่ช่วยอำนวยความสะดวกให้การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดผ่านกล้องไปได้ด้วยดี

ข้อค้นพบเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีอัตลักษณ์ที่หลากหลาย ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความสัมพันธ์เชิงอำนาจ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลต่างๆ อัตลักษณ์ที่พวกเขามี จึงมีหลายชุดและมีการปรับเปลี่ยนสลับไหลอยู่ตลอดเวลา อัตลักษณ์บางชุดถูกสร้างขึ้นใหม่แต่บางชุดก็เกิดจากการผลิตซ้ำในความเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด โดยมีเงื่อนไขเพื่อให้ได้มาซึ่งอำนาจเชิงบทบาท อัตลักษณ์พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดจึงมีลักษณะเคลื่อนไหวไปมา ไม่คงรูปอยู่เพียงรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อให้ได้มาซึ่งการยอมรับการดำรงอยู่ด้วยกันภายใต้บริบทของห้องผ่าตัดและสังคมภายนอก เป็นการเปิดพื้นที่ของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดนั่นเอง

สำหรับข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาวิชาชีพและสังคม การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาที่พยายามเปิดมุมมองของสังคมที่ถูกปิดกั้นด้วยโครงสร้างทางราชการ การสร้างความเข้าใจในรูปแบบของการทำงานที่มีรูปแบบที่เปลี่ยนแปลง การให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงเพื่อแก้ไขอัตลักษณ์ของพยาบาลห้องผ่าตัดในสายตาของบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพและบุคคลทั่วไป ซึ่งในอดีตนั้นเมื่อพูดถึงพยาบาลห้องผ่าตัด ทุกคนจะนึกถึงพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดและพยาบาลที่คอยช่วยเหลือทีมผ่าตัด ผู้บริหารทีมสุขภาพมักจะมองว่าพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นพยาบาลเทคนิค จึงมีแนวความคิดที่จะนำบุคลากรอื่นที่ไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพมาปฏิบัติหน้าที่แทนในห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นปัญหาที่กระทบต่อวิชาชีพพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นอย่างมาก

ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทการดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ และในอนาคต พยาบาลห้องผ่าตัดอาจต้องขยายบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่อบริการสาธารณสุข โดยรวมถึงบทบาทการป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพเช่นเดียวกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ ซึ่งบทบาทในลักษณะเหล่านี้ จะช่วยให้พยาบาลห้องผ่าตัดมองเห็นเป้าหมายของความสำเร็จในวิชาชีพได้ง่าย เนื่องจากการพยาบาลผู้ป่วยจะดำเนินได้อย่างถูกต้อง มีมาตรฐานและมีคุณภาพ จะต้องให้การพยาบาลในรูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาลที่อาศัยทฤษฎีการพยาบาลเป็นหลัก และโดยวิชาชีพเท่านั้น

งานการพยาบาลในหอผ่าตัด ต้องอาศัยทีมงานคือ พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีความรู้ ความชำนาญ มีทักษะในการใช้เครื่องมือที่มีเทคโนโลยีใหม่ๆ ทันสมัย พยาบาลห้องผ่าตัดจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาปรับปรุงตนเองอยู่เสมอเพื่อให้ทันกับโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยี การพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา ในทุกๆ ด้านเพื่อให้ทันกับเทคโนโลยีทางด้านศัลยกรรม เป็นคุณสมบัติที่สำคัญของพยาบาลและบุคลากรต่างๆ ที่ทำงานในห้องผ่าตัด เนื่องจากทรัพยากรกำลังคน นับว่าเป็นทรัพยากรที่มีค่ามากที่สุดอย่างหนึ่งของการบริหาร ถ้ามีแต่ปริมาณแต่ขาดคุณภาพ การดำเนินงานของหน่วยงานย่อมบรรลุผลสำเร็จได้ยาก

ข้อค้นพบที่สำคัญ

ในการวิจัยในครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีอัตลักษณ์ที่หลากหลาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับบทบาทและความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลและกลุ่มคนต่างๆ ภายใต้บริบทของห้องผ่าตัด อัตลักษณ์ที่พยาบาลห้องผ่าตัดสร้างขึ้นจึงมีอยู่หลายชุด และมีการปรับเปลี่ยนสลับไหลอยู่ตลอดเวลา อัตลักษณ์บางชุดถูกสร้างขึ้นใหม่ แต่บางชุดมีการผลิตซ้ำ ซึ่งการนำเสนออัตลักษณ์ในแต่ละช่วงเวลาและสถานการณ์นั้นอยู่ภายใต้เงื่อนไขเพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์บางประการ ความสัมพันธ์ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่มีกับกลุ่มคนอื่นและบริบททางสังคม พบว่า ลักษณะความสัมพันธ์เชิงอำนาจของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic) ปรับเปลี่ยนไปตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งจากข้อค้นพบในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า มีพลวัตของความสัมพันธ์ที่ซ้อนทับกัน คือ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทั้งในลักษณะที่ผูกโยงกับบริบทของห้องผ่าตัด คือ เป็นส่วนหนึ่งของทีมผ่าตัดที่จะต้องทำงานร่วมกันเพื่อที่จะดูแลผู้รับบริการที่มารับบริการผ่าตัดอย่างมีคุณภาพช่วยเหลือทีมผ่าตัดในการอำนวยความสะดวกในการผ่าตัดตลอดระยะเวลาของการทำผ่าตัด และวัฒนธรรมการเป็นเจ้าของบ้านพยาบาลห้องผ่าตัดสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการและครอบครัว บุคลากรอื่นๆ ในหน่วยงาน เช่น แพทย์ นักศึกษา และผู้ช่วยในห้องผ่าตัด ในเรื่องต่างๆ เช่น การปฏิบัติตนให้ถูกต้องในห้องผ่าตัด กฎระเบียบต่างๆ ที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องช่วยกันดูแลให้ทุกคนปฏิบัติตามกฎ ระเบียบอย่างเคร่งครัด จะเห็นได้ว่าอัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดนั้นมีหลากหลาย ซึ่งไม่สามารถระบุชี้ชัดได้ว่าบทบาทใดเป็นบทบาทเฉพาะตายตัวของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด แต่ละบทบาทจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาและสถานการณ์ต่างๆ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดต้องการปรับตัวและเรียนรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองตลอดเวลา ซึ่งเป็นบทบาทที่มากกว่าการส่งเครื่องมือผ่าตัดเพียงอย่างเดียว เพื่อให้ตัวเองมีความเชี่ยวชาญและความสามารถเป็นที่ยอมรับของทีมผ่าตัด แม้ว่าการทำงานของห้องผ่าตัดจะมีความเสี่ยง ความเครียด ในการปฏิบัติงานที่ค่อนข้างสูงแต่พยาบาลวิชาชีพผ่าตัดส่วนหนึ่งก็มีความสุขที่ได้ทำงานใกล้ชิดกับความเป็นความตายที่อาจจะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และการเป็นส่วนหนึ่งของทีมผ่าตัดที่มีความสำคัญที่ช่วยอำนวยความสะดวกให้การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดผ่านกล้องไปได้ด้วยดี

ข้อค้นพบเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด มีอัตลักษณ์ที่หลากหลาย ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความสัมพันธ์เชิงอำนาจ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลต่างๆ อัตลักษณ์ที่พวกเขา มีจึงมีหลายชุดและมีการปรับเปลี่ยนเลื่อนไหลอยู่ตลอดเวลา อัตลักษณ์บางชุด ถูกสร้างขึ้นใหม่แต่บางชุดก็เกิดจากการผลิตซ้ำในความเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด โดยมีเงื่อนไขเพื่อให้ได้มาซึ่งอำนาจเชิงบทบาท อัตลักษณ์พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดจึงมีลักษณะเคลื่อนไหวไปมา ไม่คงรูปอยู่เพียงรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อให้ได้มาซึ่งการยอมรับการดำรงอยู่ด้วยกันภายใต้บริบทของห้องผ่าตัดและสังคมภายนอก เป็นการเปิดพื้นที่ของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดนั่นเอง

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนามนุษย์และสังคม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาที่พยายามเปิดมุมมองของสังคมที่ถูกปิดกั้นด้วยโครงสร้างทางราชการ การสร้างความเข้าใจในรูปแบบของการทำงานที่มีรูปแบบที่เปลี่ยนไป การให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงเพื่อแก้ไขอัตลักษณ์ของพยาบาลห้องผ่าตัดในสายตาของบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพและบุคคลทั่วไป ซึ่งในอดีตนั้นเมื่อพูดถึงพยาบาลห้องผ่าตัด ทุกคนจะนึกถึงพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดและพยาบาลที่คอยช่วยเหลือทีมผ่าตัด ผู้บริหารทีมสุขภาพมักจะมองว่า พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นพยาบาลเทคนิค จึงมีแนวความคิดที่จะนำบุคลากรอื่นที่ไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพมาปฏิบัติหน้าที่แทนในห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นปัญหาที่กระทบต่อวิชาชีพพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นอย่างมาก

ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทการดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ และในอนาคต พยาบาลห้องผ่าตัดอาจต้องขยายบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่อบริการสาธารณสุข โดยรวมถึงบทบาทการป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพเช่นเดียวกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ ตลอดงานของพยาบาลในห้องผ่าตัดต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม การพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา ในทุกๆ ด้านเพื่อให้ทันกับเทคโนโลยีทางด้านศัลยกรรม เป็นคุณสมบัติที่สำคัญของพยาบาลและบุคลากรต่างๆ ที่ทำงานในห้องผ่าตัด เนื่องจากทรัพยากรกำลังคน นับว่าเป็นทรัพยากรที่มีค่ามากที่สุดอย่างหนึ่งของการบริหาร ถ้ามีแต่ปริมาณแต่ขาดคุณภาพ การดำเนินงานของหน่วยงานย่อมบรรลุผลสำเร็จได้ยาก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ชีวิตและอัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดเป็นการชี้ให้เห็นถึงความพยายามในการบอกตัวเองเป็นใครทั้งในระดับปัจเจกและในระดับกลุ่ม โดยที่อัตลักษณ์จะถูกสร้างขึ้นบนพื้นฐานของการมีเหมือนกันของสมาชิกในกลุ่มและความแตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ ที่นำมากำหนดความเป็นกลุ่มหรือตัวบุคคล อัตลักษณ์ที่ถูกสร้างขึ้นจึงมีความสัมพันธ์กับพื้นที่ของอำนาจ เวลา และสิ่งที่ไปมีปฏิสัมพันธ์ด้วย อัตลักษณ์ที่แสดงออกนี้ย่อมลื่นไหลและแตกต่างกันไปตามบุคคลที่ไปมีปฏิสัมพันธ์ด้วย

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ให้ความสนใจในการศึกษาถึง เรื่องราวชีวิตในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นกลุ่มพยาบาลกลุ่มใหญ่ที่สุดของโรงพยาบาล ประกอบกับการทำงานในสถานที่ที่ไม่เปิดรับให้บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าไป และรูปแบบการทำงานที่ไม่ได้เป็นที่รับรู้ของคนทั่วไป ทำให้บทบาทในวิชาชีพถูกลดทอน และได้สร้างภาพลักษณ์ใหม่มาแทนจากบุคคลอื่น งานวิจัยชิ้นนี้จึงนำมาสู่การเปิดประตูห้องผ่าตัด เพื่อให้ทุกคนได้มีโอกาสทำความรู้จักและทำความเข้าใจในวิชาชีพพยาบาลห้องผ่าตัด ผ่านการให้ความหมายและอัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดเอง จากการดำเนินชีวิตอยู่ภายใต้โครงสร้างของงานห้องผ่าตัด ที่มีโครงสร้าง กฎ ระเบียบวิธีที่เคร่งครัดเฉพาะ มาเป็นตัวกำหนดกรอบให้ทุกคนพึงกระทำตาม ประกอบกับการทำงานภายใต้ความคาดหวังของกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ ที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องปรับตัวและเรียนรู้เพื่อให้สามารถทำงานอยู่ในห้องผ่าตัดได้อย่างเต็มภาคภูมิ

ประเด็นที่น่าศึกษาต่อไป คือประเด็นการศึกษากับทีมผ่าตัดอื่นๆ อย่างเช่น ศัลยแพทย์ที่ต้องทำงานร่วมกันกับพยาบาลห้องผ่าตัดตลอดเวลา บางครั้งการทำงานก็ทำเพื่อให้งานบรรลุเพียงเท่านั้น ไม่มีการเปิดใจในมุมมองการทำงานที่มากพอ การวิจัยครั้งต่อไป จึงเป็นการเปิดมุมมองทั้งสองฝ่ายที่มีต่อกัน เพื่อนำมาหาจุดร่วมที่พอดีกัน ที่มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน และเข้าใจในความคิดความต้องการของกันและกันและสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีความสุข

บรรณานุกรม

- กองการพยาบาล. (2544). *คู่มือการจัดระบบในโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข.
- ชนิษฐา นาคะ . (2542). *วิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2542). *บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดเชิงรุก . เอกสารประการประชุมวิชาการชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 4 ณ ห้องประชุมอาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี กรุงเทพมหานคร*.
- ชลลดา ไชยกุลวัฒนา. (2542). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ
- เชษฐา พวงหัตถ์. (2548). *โครงสร้าง-ผู้กระทำการ*. กรุงเทพฯ :สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- ไชรัตน์เจริญสินโอฬาร. (2549). *วาทกรรมการพัฒนา อำนาจ ความรู้ ความจริง เอกสิทธิ์และความเป็นอื่น* (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ: วิชาษา.
- ทวีศักดิ์ นพเกษร. (2548). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เล่ม1*. นครราชสีมา: โชคเจริญมาเก็ตติ้ง จำกัด.
- ทวีศักดิ์ นพเกษร. (2548). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เล่ม2*. นครราชสีมา: โชคเจริญมาเก็ตติ้ง จำกัด.
- นันทนา น้ำฝน. (2538). *เอกลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพ*.สงขลา:เทมการพิมพ์.
- พรสุข หุ่นรินทร์. (2545). *พลวัตกรรมศาสตร์ทางสุขศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ คณะพลศึกษาภาควิชาสุขศึกษา.
- พวงเพชร สุรัตน์กวีกุล . (2542). *มนุษย์กับสังคม*. กรุงเทพฯ: โครงการวิชาบูรณาการหมวดศึกษาทั่วไป : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พิเชษฐ สายพันธ์. (2545). *เกย์: ในฉากชีวิตแห่งสี่มสสถาน .ใน ปริตตา เฉลิมเผ่า กอนันทกุล(บรรณาธิการ) , ชีวิตชายขอบ ตัวตนกับความหมาย* .(หน้า 184-218). กรุงเทพฯ :อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด มหาชน.
- พูนพิลาส โธจนสุพจน์ . (2541). *ภาพลักษณ์พยาบาลสาธารณสุข* .วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เรณู อางสาลี. (2553). *การพยาบาลทางห้องผ่าตัด* .(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วรัตมา สุขวัฒนานันท์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิตของบิดามารดา การฝึกอบรมบุตรด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล กับภาวะสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในกรุงเทพมหานคร* . วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิตมหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ
- ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน). (2547). *วาทกรรมอัตลักษณ์*. กรุงเทพฯ:โอ เอสพริ้นติ้งเฮ้าส์.

- สิริพร สมบูรณ์บุรณะ. (2545). ขยะเก็บชีวิต : ชีวิตชายขยะ “ประสบการณ์เมืองคนเก็บและรับซื้อของเก่าชา
 เล็ง”. ใน ปรีดา เฉลิมเผ่า กอนันตกุล (บรรณาธิการ) , *ชีวิตชายขอบตัวตนกับความหมาย* . (หน้า
 184-218). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด มหาชน.
- สุริชัย หวันแก้ว. (2545). *การพัฒนาที่ยั่งยืนในกระแสโลกาภิวัตน์กับทิศทางประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษา
 การพัฒนาสังคม ธรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิญา เพ็ญฟูสกุล . (2543). แนวความคิดหลักทางสังคมวิทยา เรื่องอัตลักษณ์ .ใน*เอกสารประกอบการ
 ประชุมทางวิชาการระดับชาติ สาขาสังคมวิทยา ครั้งที่ 1 ณ โรงแรมมิราเคิลกรุงเทพฯ* .กรุงเทพฯ:
 สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- อภิญา เพ็ญฟูสกุล . (2546). *อัตลักษณ์ (Identity) การทบทวนทฤษฎีและกรอบแนวคิด*. กรุงเทพฯ:
 สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- อรัญญาศิริผล. (2544). *ฝันกับมั่ง: พลวัตความหลากหลายและความซับซ้อนแห่งอัตลักษณ์ของคนชายขอบ* .
 วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม คณะสังคมศาสตร์บัณฑิต
 วิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อานันท์ กาญจนพันธุ์. (2549). *อยู่ชายขอบ มองลอดความรู้*. กรุงเทพฯ: มติชน
- อานันท์ กาญจนพันธุ์ . (2553). *ทฤษฎีและวิธีวิทยาของการวิจัยวัฒนธรรม : การทะลุกรอบและกักตักของ
 ความคิดแบบคู่ตรงข้าม*. (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: อมรินทร์.
- อารยาอินทรวรรณท์. (2546). *ภาพลักษณ์ตัวตนของพยาบาล ในโรงพยาบาลของรัฐ* .วิทยานิพนธ์ศิลปศาสต
 รมหาบัณฑิตสาขาวิชาสตรีศึกษา สำนักบัณฑิตอาสาสมัครคณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 , กรุงเทพฯ
- Barthes, Roland. (1972). *Mythologies*. New York : Cape.
- Black, V. L., & Germaine –Warner, C. (1995). Image of Nursing. In G.I. Deloughery (Ed.),
Issues and trend in nursing. St Louis: Mosby.
- Foucault, Michel. (1980). *Power/Knowledge: Selected interviews and other Writing 1972-
 1997*. New York: Pantheon Books.
- Foucault, Michel. (1984). *Space Knowledge and Power*. Paul Rabinow, New York: The New
 Press.
- Goffman, Erving. (1963). *Stigma : Note on the Management of Spoiled identity*. England Cliffs,
 N.J.: Prentice-Hall.
- Hall, Stuart. (1997). *Representation: Culture Representations and Signifying Practices*. London:
 SAGE.
- Kalisch, P. A., & Kalisch, B. J. (1987). *The Changing image of the Nurse*. California: Addison-
 Wesley.

- Murcus, A.L., &Popovic, S .(1985). Managing stress in the OR a Collaborative approach.*Association of Operating Room Nursing Journal*. 6 (2), 34-36.
- Richard Jenkins.(1996). *Social Identity*.Londonand New YorkRoutledge.
- Wichit, S., &Wipada, K.(1997, June).Image of Nursing in Thailand.in*International Council of Nursing: ICN. Vancouver.Vancouver*.

ภาคผนวก

ใบพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

สวัสดีค่ะ ดิฉันนางสาวลินดา งามขิม นักศึกษาหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนามนุษย์และสังคม คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ชีวิตและการแสดงอัตลักษณ์ของนางฟ้าชุดเขียว โดยมี ผศ.ดร.เกศถวา บุญปรากร เป็น อาจารย์ที่ปรึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา เพื่อศึกษา ชีวิต ของนางฟ้าชุดเขียว และ อัตลักษณ์ ของนางฟ้าชุดเขียวในพื้นที่ห้องผ่าตัด

ในฐานะที่ท่านได้ผ่านการคัดเลือกจากคุณสมบัติตรงตามที่ต้องการวิจัยครั้งนี้กำหนดไว้ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่กำลังปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดแห่งนี้ ในช่วงที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลและยินดีเข้าร่วมวิจัย ท่านจึงเป็นบุคคลที่มีสำคัญยิ่ง ต่อการให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันจึง ใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการขอสัมภาษณ์ และขอให้ท่านได้โปรดตอบให้ตรงกับความคิดและ ความรู้สึกของท่านมากที่สุด คำสัมภาษณ์ของท่านจะไม่มีถูกหรือผิด และไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อหน้าที่ การงาน หน่วยงานและตัวของท่านเอง

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะถือเป็นความลับและจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ท่านมี สิทธิ์ที่จะปฏิเสธการร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ได้ตลอดเวลาตามที่ต้องการ หรือจะปฏิเสธที่จะไม่บอกข้อมูล บางส่วน โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่านอย่างแน่นอน ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล หากท่านมี ข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถที่จะสอบถามได้ตลอดเวลา หรือสามารถติดต่อที่หมายเลขโทรศัพท์ 089-1052121

โอกาสดิฉันขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ ที่จะเผยให้สังคมได้รับรู้ถึงชีวิตและอัตลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดเป็นแนวทางให้พยาบาล วิชาชีพใช้เป็นข้อมูลในการ ตัดสินใจก่อนเข้ามาทำงานในวิชาชีพพยาบาลห้องผ่าตัด ตลอดจน เป็น ประโยชน์ต่อองค์กร ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการรับบุคลากรเพื่อเข้ามาทำงานทางด้าน พยาบาลห้องผ่าตัดให้มีความสอดคล้องเหมาะสม และมีเจตนาที่ดีกับวิชาชีพพยาบาลในห้องผ่าตัด

ลินดา งามขิม

ผู้วิจัย

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

