

บทความวิจัย (Research Article)**ประสบการณ์และการรับมือของครูในสถานศึกษาต่อสถานการณ์ฉุกเฉินทางสุขภาพ
ในโรงเรียน: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา**สีปตระกูล ตันตลานุกุล^{1*}**Lived experiences of schoolteachers in managing health emergency situations
in schools: A phenomenological study**Seubtrakul Tantalanutkul^{1*}¹ Boromarajonani College of Nursing Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Uttaradit 53000, Thailand

* Correspondence author, E-mail: seubtrakul@unc.ac.th

Health Science, Science and Technology Reviews. 2026;19(2):94-111.*Received: 23 March 2026; Revised: 3 August 2026; Accepted: 17 August 2026***บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตจริงของครูในโรงเรียน ต่อสถานการณ์ฉุกเฉินทางสุขภาพในโรงเรียน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติและแบบลูกโซ่ จากครูในโรงเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาจังหวัดอุดรดิตถ์ที่เคยเผชิญกับภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพในโรงเรียนอย่างน้อย 1 ครั้ง จำนวน 18 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างรายบุคคล โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่พัฒนาขึ้นเฉพาะสำหรับการศึกษา และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านด้วยดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC = 0.67–1.00) ระยะเวลาสัมภาษณ์เฉลี่ย 56.4 นาที วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Colaizzi 7 ขั้นตอน และตรวจสอบความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์ของ Lincoln and Guba ผลการวิจัยพบ 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) ความตื่นตระหนกและความสับสนในช่วงวิกฤต (2) การกระทำโดยสัญชาตญาณและประสบการณ์สะสม (3) ช่องว่างระหว่างความรู้เชิงทฤษฎีกับทักษะเชิงปฏิบัติ (4) สิ่งสนับสนุนที่มีอยู่และช่องว่างของระบบสนับสนุนในโรงเรียน และ (5) ความต้องการ ปัญหาอุปสรรค และความคาดหวังจากระบบสุขภาพ โครงสร้างพื้นฐานของปรากฏการณ์พบว่าครูถูกวางไว้ในฐานะผู้ตอบสนองด่านแรกโดยขาดความพร้อมทั้งด้านความรู้ ทักษะ อุปกรณ์ และระบบสนับสนุน แม้จะพบสิ่งสนับสนุนบางประการที่มีอยู่แล้วในระบบปัจจุบันซึ่งควรได้รับการต่อยอด ก่อให้เกิดผลกระทบทางจิตใจที่ยาวนานและความต้องการพัฒนาศักยภาพอย่างเร่งด่วนผ่านโปรแกรมที่ออกแบบโดยพยาบาลฉุกเฉินผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งควรครอบคลุมทักษะการประเมินอาการเบื้องต้นก่อนตัดสินใจ และแนวปฏิบัติด้านความละเอียดอ่อนทางเพศในการปฐมพยาบาลนักเรียนต่างเพศ ข้อค้นพบนี้เป็นรากฐานสำหรับการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมเชิงปฏิบัติที่ตรงกับความต้องการจริงของครู และการกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยทางสุขภาพในโรงเรียนของประเทศไทย

คำสำคัญ: ประสบการณ์ครู, ภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพในโรงเรียน, การจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน, ความพร้อมรับมือฉุกเฉิน, ระบบสนับสนุนในโรงเรียน

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดอุดรดิตถ์ 53000 ประเทศไทย

Abstract

This descriptive phenomenological qualitative study aimed to describe and understand the real-life experiences of schoolteachers when facing health emergency situations in schools. Eighteen participants were recruited through qualification-based purposive sampling and chain-referral (snowball) sampling from primary and secondary schools in Uttaradit Province, Thailand, all of whom had encountered at least one health emergency at school. Data were collected through individual semi-structured in-depth interviews, using an interview guide developed specifically for this study and validated for content validity by three experts using the Index of Item-Objective Congruence (IOC = 0.67–1.00), with a mean interview duration of 56.4 minutes. Data analysis followed Colaizzi's seven-step phenomenological method, and trustworthiness was established using Lincoln and Guba's criteria. Five main themes emerged: (1) acute panic and confusion during the crisis; (2) instinct-driven action and accumulated personal experience; (3) the gap between theoretical knowledge and practical skills; (4) existing supports and gaps within the school support system; and (5) needs, obstacles, and expectations toward the healthcare system. The fundamental structure of the phenomenon revealed that teachers are positioned as first responders without adequate preparation in knowledge, skills, equipment, or institutional support, although some existing supports worth building upon were also identified, resulting in prolonged psychological impact and an urgent need for competency development through structured programs designed by emergency nursing specialists, which should incorporate initial assessment skills prior to decision-making and gender-sensitive first-aid guidelines for cross-gender student care. These findings provide a foundational evidence base for developing practice-oriented training programs that genuinely address teachers' needs, and for formulating school health safety policies in the Thai context.

Keywords: Teachers' experience, School health emergency, Emergency situation management, Emergency preparedness, School support systems

บทนำ

โรงเรียนเป็นสภาพแวดล้อมที่เด็กและเยาวชนใช้เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวัน ตลอดช่วงเวลาดังกล่าว นักเรียนมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้หลากหลายรูปแบบ ทั้งการบาดเจ็บจากการเล่น การหมดสติจากสาเหตุต่างๆ การชักเนื่องจากโรคลมชัก ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน รวมถึงการแพ้รุนแรง โดยสาเหตุของภาวะฉุกเฉินเหล่านี้มีความหลากหลายตามช่วงวัย กล่าวคือ นักเรียนระดับประถมศึกษามักประสบปัญหาการบาดเจ็บทางกายภาพจากอุบัติเหตุเป็นหลัก ในขณะที่นักเรียนระดับมัธยมศึกษามีแนวโน้มเผชิญภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชและการใช้สารเสพติดมากกว่า [1] ข้อมูลจากทะเบียนบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติของสหรัฐอเมริกาในช่วงปี ค.ศ. 2018–2022 พบว่าเหตุการณ์ฉุกเฉินทางการแพทย์ในโรงเรียนคิดเป็นร้อยละ 11.3 ของการออกปฏิบัติการฉุกเฉินทั้งหมดในกลุ่มเด็กและเยาวชน จากจำนวนกว่า 506,573 ครั้ง และมากกว่าสองในสามของเหตุการณ์ดังกล่าวนำไปสู่การนำส่งโรงพยาบาล สะท้อนให้เห็นว่าภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพในโรงเรียนเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งในระดับสากล มิใช่เหตุการณ์ที่พบได้นานๆ ครั้ง [1] สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย แม้ยังไม่มีข้อมูลระดับชาติที่ครอบคลุมอุบัติการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพในโรงเรียนโดยตรง แต่รายงานสถานการณ์การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2558–2562 พบว่ามีจำนวนเฉลี่ยปีละ 1,799 คน หรือประมาณวันละ 5 คน โดยสาเหตุหลักมาจากการบาดเจ็บที่ไม่ตั้งใจ ได้แก่ อุบัติเหตุ

จราจร การจมน้ำ การขาดอากาศหายใจ และไฟฟ้าดูด [2] ในสถานการณ์เช่นนี้ บุคคลที่อยู่ ณ เหตุการณ์คนแรกและมีบทบาทสำคัญที่สุดก่อนที่ทีมบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะมาถึง คือ "ครู" ผู้ซึ่งมีหน้าที่ดูแลนักเรียนตลอดช่วงเวลาในโรงเรียน [3]

แม้ว่าบทบาทดังกล่าวจะมีความสำคัญอย่างยิ่ง แต่หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในระดับนานาชาติและในประเทศไทยกลับชี้ให้เห็นถึงช่องว่างที่นำวิกฤตในด้านความรู้ ทักษะ และความพร้อมของครูต่อการรับมือกับภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพในโรงเรียน จากการศึกษาในกลุ่มครูโรงเรียนประถมศึกษาในภูมิภาคตะวันออกของซาอุดีอาระเบีย จำนวน 371 คน พบว่าครูส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการปฐมพยาบาลอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอในหลายสถานการณ์ฉุกเฉินที่สำคัญ และยืนยันว่าการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นยังขาดแคลนอย่างมีนัยสำคัญในระบบการศึกษา [3] ในทำนองเดียวกัน การศึกษาในกลุ่มครูสตรีในริยาดพบว่า แม้บุคลากรในสถานศึกษาจะตระหนักถึงความสำคัญของการปฐมพยาบาล แต่ความรู้เชิงปฏิบัติในสถานการณ์ฉุกเฉินจริงยังคงอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่เกี่ยวข้องกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) และการจัดการภาวะแพ้รุนแรง [4] ผลการวิจัยเหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มครูระดับประถมศึกษาในเมืองเจดดาห์ ซึ่งพบว่าครูที่ไม่เคยผ่านการอบรมปฐมพยาบาลมาก่อนมีคะแนนความรู้ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ และส่วนใหญ่รายงานว่าขาดความมั่นใจในการรับมือกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเด็ก [5] ช่องว่างด้านความรู้และทักษะดังกล่าวมิใช่เพียงประเด็นเชิงวิชาการ แต่มีความเชื่อมโยงโดยตรงกับผลลัพธ์ทางคลินิกที่รุนแรง กล่าวคือ หลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่าความล่าช้าหรือความไม่ถูกต้องของการช่วยเหลือเบื้องต้นโดยผู้พบเห็นเหตุการณ์ (bystander) มีความสัมพันธ์โดยตรงกับอัตราการรอดชีวิตและผลลัพธ์ทางระบบประสาทของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาลในเด็ก ซึ่งการได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพจากผู้พบเห็นเหตุการณ์อย่างทันท่วงทีและถูกต้องส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตแบบมีระบบประสาทที่ดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือได้รับการช่วยเหลือที่ล่าช้า [6] ดังนั้น ความล้มเหลวของครูในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินอย่างทันท่วงทีจึงมิใช่เพียงความบกพร่องเชิงทักษะ แต่อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตและความปลอดภัยของนักเรียน

นอกจากปัญหาด้านความรู้แล้ว ยังมีหลักฐานที่ชี้ให้เห็นถึงข้อบกพร่องในระดับระบบและโครงสร้าง กล่าวคือ การศึกษาในกลุ่มครูไอร์แลนด์ จำนวน 587 คน แม้จะพบว่าครูบางส่วนมีความรู้ระดับดี แต่ยังคงพบช่องว่างที่สำคัญในความเข้าใจเกี่ยวกับการกวดหนีก่อนที่ถูกต้อง และการรับมือกับภาวะหมดสติ ซึ่งผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่าครูที่ผ่านการอบรมมีคะแนนความรู้สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ [7] ยิ่งกว่านั้น รายงานสถานการณ์ฉุกเฉินทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในโรงเรียนจากกุมารแพทย์ฉุกเฉินในสหรัฐอเมริกา ยืนยันว่าเหตุการณ์ทางการแพทย์เกิดขึ้นในโรงเรียนเป็นประจำ และความล่าช้าในการตอบสนองเบื้องต้นมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความรุนแรงของผลลัพธ์ [8] ในบริบทของประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งรวมถึงประเทศไทย ปัญหาดังกล่าวมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น เนื่องจากสัดส่วนพยาบาลต่อโรงเรียนยังคงอยู่ในระดับต่ำ และระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกลยังมีข้อจำกัดด้านระยะเวลาการเข้าถึง การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการด้านความพร้อมของพยาบาลในประเทศกำลังพัฒนา รวมถึงประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ชี้ให้เห็นว่าการศึกษาและการฝึกอบรมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการเสริมสร้างศักยภาพการรับมือกับภาวะฉุกเฉิน ทั้งนี้ ในบริบทที่ขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข ครูจึงยังมีบทบาทที่ขาดไม่ได้ในฐานะผู้ตอบสนองด่านแรก [9] สำหรับโครงสร้างการบริหารจัดการด้านสุขภาพในโรงเรียนของประเทศไทยที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน พบว่าโรงเรียนระดับประถมศึกษาส่วนใหญ่ยังขาดแคลนบุคลากรที่มีวุฒิทางด้านสุขภาพโดยตรง โดยงานอนามัยโรงเรียนมักถูกมอบหมายให้ "ครูอนามัย" หรือ "ครูพยาบาล" ซึ่งเป็นครูที่ไม่มีวุฒิการศึกษาด้านสุขภาพและได้รับมอบหมายงานนี้เพิ่มเติมจากภาระงานสอนตามปกติ ประกอบกับการขาดแนวทางหรือหลักสูตรภาคบังคับด้านการปฐมพยาบาลและการจัดการยาในหลักสูตรผลิตครูของประเทศไทย [10] สอดคล้องกับการศึกษาล่าสุดในครูอนามัยโรงเรียนพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งพบว่าครูอนามัยโรงเรียนมากกว่าสามในสี่ (ร้อยละ 76.3) มีความรู้ด้านการปฐมพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ และมีเพียงร้อยละ 0.7 เท่านั้นที่มีความรู้ในระดับสูง โดยกลุ่มที่เคยผ่านการอบรมมาก่อนมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคย

ผ่านการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้ตอกย้ำให้เห็นว่าปัญหาการขาดความพร้อมของครูมีได้จำกัดอยู่เฉพาะบริบทต่างประเทศ แต่เป็นปัญหาเชิงระบบที่เกิดขึ้นจริงในสถานศึกษาของไทยเช่นกัน [11] ในส่วนของการพัฒนาศักยภาพครู การศึกษาแบบ quasi-experimental ในประเทศตุรกี ซึ่งดำเนินการกับครูระดับประถมศึกษา 138 คน พบว่าครูถึงร้อยละ 87 ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมด้านการจัดการบาดเจ็บฉุกเฉินมาก่อน และคะแนนความรู้ก่อนการอบรมอยู่ในระดับต่ำมาก อย่างไรก็ตาม หลังจากเข้ารับการอบรม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่า 2.5 เท่า บ่งชี้ว่าการแทรกแซงด้วยโปรแกรมที่มีโครงสร้างชัดเจนสามารถเปลี่ยนแปลงระดับความพร้อมของครูได้อย่างมีนัยสำคัญ [12]

อย่างไรก็ดี แม้งานวิจัยเชิงปริมาณข้างต้นจะสามารถบ่งชี้ระดับความรู้และทัศนคติของครูได้ในเชิงสถิติ และสามารถยืนยันขนาดของปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม แต่ข้อมูลเชิงตัวเลขเหล่านี้ยังไม่สามารถตอบคำถามเชิงลึกที่จำเป็นต่อการออกแบบโปรแกรมพัฒนาศักยภาพที่ตรงกับความจำเป็นจริงได้ กล่าวคือ งานวิจัยเชิงปริมาณสามารถบอกได้ว่าครู "รู้มากขึ้นเพียงใด" แต่ไม่สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อเผชิญเหตุการณ์จริง ครูรู้สึกอย่างไร ตัดสินใจอย่างไรภายใต้ความกดดัน เผชิญอุปสรรคใดในการนำความรู้ไปปฏิบัติจริง และต้องการการสนับสนุนในรูปแบบใดจึงจะสามารถนำไปใช้ได้จริงในสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งคำตอบเหล่านี้คือข้อมูลเชิงกระบวนการ (process-level insight) ที่จำเป็นต่อการออกแบบโปรแกรมฝึกอบรมและระบบสนับสนุนที่ตอบสนองต่อประสบการณ์จริงของครู มิใช่เพียงการอบรมตามทฤษฎีที่มีอยู่เดิม ดังนั้น จึงยังขาดการสำรวจเชิงลึกถึง "ประสบการณ์จริงที่ครูมีชีวิตอยู่กับสถานการณ์นั้น" กล่าวคือ งานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาความรู้สึก การรับรู้ ความกลัว และวิธีการรับมือที่ครูใช้ในขณะเผชิญกับภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพในโรงเรียนจริงๆ ยังมีจำนวนน้อยมากทั้งในระดับสากลและในประเทศไทย ในขณะที่แนวทางปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive Phenomenology) ได้รับการยืนยันในวรรณกรรมทางการแพทย์ว่าเป็นระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสมสำหรับการทำความเข้าใจประสบการณ์ที่ซับซ้อนและมีความหมายเฉพาะของบุคคลในสถานการณ์ที่ยากลำบาก เนื่องจากช่วยให้เข้าถึงมิติเชิงอารมณ์ การรับรู้ และความหมายที่ตัวเลขไม่สามารถถ่ายทอดได้ [13] จังหวัดอุดรธานีในฐานะที่เป็นจังหวัดในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย มีโรงเรียนทั้งระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาในพื้นที่กึ่งชนบท ซึ่งมักไม่มีพยาบาลวิชาชีพประจำโรงเรียน และมีระยะทางห่างไกลจากโรงพยาบาล ทำให้ครูต้องแบกรับภาระในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพของนักเรียนโดยลำพังในช่วงเวลาวิกฤต บริบทเชิงพื้นที่นี้มีนัยสำคัญเป็นพิเศษ เนื่องจากในพื้นที่กึ่งชนบทของจังหวัดอุดรธานี ระยะเวลาที่หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินเดินทางมาถึงโรงเรียนอาจใช้เวลามากกว่าพื้นที่เขตเมือง ส่งผลให้ "หน้าต่างเวลาทอง" (golden period) ในการช่วยเหลือเบื้องต้นตกอยู่ในความรับผิดชอบของครูเกือบทั้งหมด โดยไม่มีบุคลากรทางการแพทย์คอยให้คำปรึกษาหรือสนับสนุน ณ จุดเกิดเหตุ ดังนั้น การศึกษาประสบการณ์และการรับมือของครูในบริบทเฉพาะเช่นนี้จึงมีความสำคัญยิ่ง เพราะจะนำไปสู่ความเข้าใจที่ลึกซึ้งและรอบด้าน อันเป็นฐานรากของการออกแบบโปรแกรมพัฒนาศักยภาพที่ตรงกับความต้องการจริงของครูในพื้นที่ รวมถึงการกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยทางสุขภาพในสถานศึกษาที่มีประสิทธิภาพในบริบทของประเทศไทย

วัสดุและวิธีการ

การออกแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive Phenomenological Research) ที่มีรากฐานทางปรัชญาจากแนวคิดของ Husserl ซึ่งมุ่งทำความเข้าใจปรากฏการณ์ผ่านมุมมองและประสบการณ์จริง ของผู้ที่สัมผัสกับปรากฏการณ์นั้นโดยตรง รูปแบบดังกล่าวถือเป็นแนวทางที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายในการวิจัยทางการแพทย์ โดยเฉพาะเมื่อต้องการทำความเข้าใจในเชิงลึกถึงอารมณ์ความรู้สึก และความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลสร้างขึ้นจากประสบการณ์ที่ซับซ้อน [14] ทั้งนี้ ในการดำเนินการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้วิจัยจำเป็นต้องปฏิบัติกระบวนการ "bracketing" ซึ่งหมายถึงการระงับและตั้งวงเล็บความรู้ล่วงหน้า อคติ และมุมมองส่วนตัวของตนเอง

ไว้ก่อนการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ปรากฏการณ์ที่ศึกษาสามารถแสดงตัวเองผ่านเสียงและประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างแท้จริง [15]

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยหลัก (ผู้เขียนคนที่ 1) เป็นอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ตรงด้านการพยาบาลฉุกเฉินและการวิจัยเชิงคุณภาพ จึงถือเป็น "เครื่องมือวิจัย" สำคัญในกระบวนการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้บันทึกความรู้ ประสบการณ์ และมุมมองส่วนตัวที่มีต่อการรับรู้ภาวะฉุกเฉินของครูไว้ล่วงหน้าในรูปแบบบันทึกสะท้อนคิด (reflexive journal) และทบทวนบันทึกดังกล่าวซ้ำตลอดกระบวนการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อป้องกันมิให้มุมมองหรือประสบการณ์เดิมของผู้วิจัยเข้าไปครอบงำการตีความประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

สถานที่และกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้ดำเนินการในโรงเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในจังหวัดอุดรธานี ทั้งโรงเรียนในเขตอำเภอเมืองและโรงเรียนในพื้นที่ที่ถึงชนบทที่ไม่มีพยาบาลวิชาชีพประจำ โดยเฉพาะโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาที่มีระยะทางห่างไกลจากสถานพยาบาล ซึ่งเป็นบริบทที่ผู้วิจัยได้อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาไว้แล้วในบทนำ โดยเน้นความหลากหลายของบริบทสถานศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสะท้อนความเป็นจริงในพื้นที่

การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างดำเนินการโดยผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ผ่านสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษาจังหวัดอุดรธานีไปยังผู้บริหารโรงเรียนแต่ละแห่งที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก จากนั้นผู้บริหารโรงเรียนเป็นผู้ประสานงานเบื้องต้นเพื่อแนะนำครูที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ ก่อนที่ผู้วิจัยจะติดต่อครูโดยตรงเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและนัดหมายสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ควบคู่กับการสุ่มแบบก้อนหิมะ (Snowball Sampling) โดยภายหลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายแรกที่ได้รับการแนะนำจากผู้บริหารโรงเรียน ผู้วิจัยขอให้ผู้ให้ข้อมูลแนะนำครูรายอื่นในเครือข่ายที่เคยเผชิญภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพในโรงเรียนเช่นเดียวกัน เพื่อขยายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลต่อไป ตามที่ได้รับการรับรองในวรรณกรรมว่าเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เนื่องจากช่วยให้ผู้วิจัยสามารถคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์โดยตรง มีความสามารถในการสะท้อนคิด และสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ได้อย่างลึกซึ้ง [13] จำนวนผู้ให้ข้อมูลกำหนดตามหลักการอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) ซึ่งหมายถึงจุดที่การสัมภาษณ์รายใหม่ไม่ทำให้เกิดข้อมูลหรือประเด็นใหม่เพิ่มเติมอีกต่อไป คาดว่าจำนวนผู้ให้ข้อมูลอยู่ในช่วง 15–20 คน ทั้งนี้ ขนาดตัวอย่างสุดท้ายจะพิจารณาจากความครบถ้วนและคุณภาพของข้อมูลที่ได้รับ มิใช่จากจำนวนที่ตั้งไว้ล่วงหน้าแต่เพียงอย่างเดียว [16]

ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 18 คนในการศึกษานี้เป็นครูผู้สอนที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลงานอนามัย/ปฐมพยาบาลของโรงเรียน (ในบางแห่งเรียกว่า "ครูอนามัย" หรือ "ครูพยาบาล") ควบคู่กับภาระงานสอนตามปกติ มิได้เป็นบุคลากรที่มีวุฒิทางการพยาบาลหรือสาธารณสุขโดยตรง

เกณฑ์คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

เกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ (1) เป็นครูหรือบุคลากรครูที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดอุดรธานี (2) เคยเผชิญหรืออยู่ในเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพของนักเรียนหรือบุคคลในโรงเรียนอย่างน้อย 1 ครั้ง (3) ยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ (1) ครูที่อยู่ในช่วงลาออกจากราชการหรือลาป่วยระยะยาวจนไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ (2) บุคลากรในโรงเรียนที่แม้ปฏิบัติหน้าที่สอนแต่มีวิชาชีพด้านสุขภาพหรือผ่านการอบรมการช่วยชีวิตขั้นสูง (ACLS/PALS) เนื่องจากประสบการณ์การรับมือภาวะฉุกเฉินของบุคคลกลุ่มนี้ได้รับอิทธิพลจากความรู้เชิงวิชาชีพสุขภาพ ซึ่งอาจแตกต่างจากประสบการณ์ของครูทั่วไปที่ไม่มีพื้นฐานด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลทุกรายที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกและคัดออกยังคงมีสถานะเป็น "ครู" ตามคำนิยามที่ใช้ในการศึกษานี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเก็บรวบรวมโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบรายบุคคล (Individual In-depth Interview) ผ่านคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ที่พัฒนาขึ้นเฉพาะสำหรับการศึกษานี้ โดยผู้วิจัยร่างคำถามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของผู้ตอบสนองด้านแรกต่อภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ร่วมกับประสบการณ์ตรงของผู้วิจัยด้านการพยาบาลฉุกเฉิน จากนั้นจึงนำร่างคำถามไปทดลองสัมภาษณ์ครูที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง (ซึ่งไม่ได้นับรวมเป็นผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาหลัก) จำนวน 2 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจของคำถามและปรับถ้อยคำให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลฉุกเฉิน การวิจัยเชิงคุณภาพ และจิตวิทยาชุมชน โดยทั้งสามท่านมีประสบการณ์ตรงในการทำงานหรือให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับสถานศึกษาและสถานการณ์ฉุกเฉินทางสุขภาพในเด็กมาก่อนไม่น้อยกว่า 5 ปี การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาใช้วิธีคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงก์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยกำหนดเกณฑ์ยอมรับที่ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป [17] ผลการตรวจสอบพบว่าคำถามทุกข้อมีค่า IOC อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (พิสัย 0.67–1.00) จึงนำคำถามทั้งหมดไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงโดยไม่มีการตัดข้อคำถามออก ก่อนนำไปใช้จริง คำถามหลักที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย เช่น "กรุณาเล่าให้ฟังถึงประสบการณ์ของท่านเมื่อเผชิญกับภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพในโรงเรียน" "ท่านรู้สึกอย่างไร และสิ่งแรกที่ท่านกระทำคืออะไร" และ "ท่านคิดว่าตนเองขาดทักษะหรือการสนับสนุนใดในสถานการณ์นั้น" โดยมีการใช้คำถามสะท้อน (Probing Questions) เพิ่มเติมเพื่อกระตุ้นให้เกิดการขยายความและสะท้อนประสบการณ์ที่ลึกยิ่งขึ้น

การเก็บข้อมูลภาคสนามดำเนินการระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 6 เดือน โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นควบคู่กันไปในลักษณะวนซ้ำ (iterative process) กล่าวคือ ภายหลังการสัมภาษณ์แต่ละรายจะมีการถอดความและวิเคราะห์เบื้องต้นก่อนดำเนินการสัมภาษณ์รายถัดไป เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาว่าถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูลแล้วหรือไม่

การสัมภาษณ์แต่ละครั้งมีระยะเวลาประมาณ 45–60 นาที ณ สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกสะดวกและเป็นส่วนตัว โดยได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลก่อนทำการบันทึกเสียงทุกครั้ง ในผู้ให้ข้อมูล 2 รายที่ได้รับการสัมภาษณ์ยืนยันเพิ่มเติมภายหลังบรรลุมุมมองอิ่มตัวของข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ซ้ำในรายเดิม เพื่อยืนยันความถูกต้องของประเด็นที่วิเคราะห์ได้ มิใช่การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายใหม่ ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยบันทึกบันทึกภาคสนาม (Field Notes) ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษากาย สีหน้า ท่าทาง และอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งถือเป็นข้อมูลสำคัญที่ใช้ประกอบการวิเคราะห์ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ [18] ภายหลังการสัมภาษณ์ บันทึกเสียงทุกฉบับได้รับการถอดความเป็นข้อความ (Verbatim Transcription) ทั้งหมดโดยผู้วิจัยหลักภายใน 24 ชั่วโมงหลังการสัมภาษณ์ เพื่อรักษาความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้รับการถอดความแล้วทั้งหมดนำมาวิเคราะห์โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Colaizzi 7 ขั้นตอน ซึ่งได้รับการพิสูจน์ว่ามีความเข้มแข็งและมีระบบชัดเจน [19] โดยมีขั้นตอนสำคัญ ดังนี้ ขั้นที่ 1 อ่านบทถอดความทั้งหมดซ้ำหลายรอบเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์โดยรวม ขั้นที่ 2 สกัดประโยคและวลีที่มีความสำคัญ (Significant Statements) ที่สอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา ขั้นที่ 3 กำหนดความหมาย (Formulated Meanings) จากประโยคสำคัญที่สกัดไว้ ขั้นที่ 4 จัดกลุ่มความหมายที่คล้ายคลึงกันเข้าสู่กลุ่มประเด็นหลัก (Theme Clusters) ขั้นที่ 5 บรรยายปรากฏการณ์ในเชิงครบถ้วนสมบูรณ์ (Exhaustive Description) ขั้นที่ 6 สร้างโครงสร้างพื้นฐานของปรากฏการณ์ (Fundamental Structure) และขั้นที่ 7 ส่งผลการวิเคราะห์กลับให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยัน (Member Checking) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการตีความ

ในขั้นตอนที่ 7 ผู้วิจัยดำเนินการส่งสรุปประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายกลับไปยังผู้ให้ข้อมูลรายนั้นเป็นรายบุคคล ผ่านการนัดพบหรือโทรศัพท์ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันว่าการตีความของผู้วิจัยตรงกับประสบการณ์ที่ตนเล่าไว้หรือไม่ หากมีความคลาดเคลื่อน ผู้วิจัยจะปรับการตีความตามข้อมูลย้อนกลับก่อนนำไปสรุปรวมในระดับภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัย 2 คนอย่างเป็นอิสระต่อกัน จากนั้นจึงนำผลมาเปรียบเทียบและหาข้อสรุปร่วมกัน เพื่อลดอคติและเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย โดยผู้วิจัยทั้งสองคนมีพื้นฐานและประสบการณ์ที่เอื้อต่อการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกในประเด็นนี้ กล่าวคือ ผู้วิจัยคนที่ 1 มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลฉุกเฉินและระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ส่วนผู้วิจัยคนที่ 2 มีประสบการณ์ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพในบริบทการศึกษาและสถานศึกษา ทั้งสองท่านผ่านการฝึกอบรมด้านการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบ Colaizzi มาก่อนดำเนินการศึกษานี้

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ความน่าเชื่อถือของข้อมูลวิจัยครั้งนี้ตรวจสอบตามเกณฑ์ของ Lincoln and Guba ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติหลัก [20] ดังนี้ มิติที่ 1 ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ทำได้โดยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ทั้งในแง่ของแหล่งข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล และผู้วิเคราะห์ ร่วมกับการทำ Member Checking และการวิจารณ์โดยผู้เชี่ยวชาญนอกทีมวิจัย (Peer Debriefing) มิติที่ 2 ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ทำได้โดยการบรรยายบริบทของการศึกษาและลักษณะผู้ให้ข้อมูลอย่างละเอียด (Thick Description) เพื่อให้ผู้อ่านสามารถประเมินความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้กับบริบทอื่น มิติที่ 3 ความสอดคล้อง (Dependability) ทำได้โดยการจัดทำ Audit Trail บันทึกกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนอย่างเป็นระบบและตรวจสอบได้ และมิติที่ 4 ความเป็นกลาง (Confirmability) ทำได้โดยการ bracketing อคติของผู้วิจัยอย่างเป็นทางการและการบันทึก Reflexive Journal ตลอดกระบวนการวิจัย

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยขอรับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Human Research Ethics Committee: HREC) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตต์ COA No. 017/2568 BCNUT REC No. 017/2568 วันที่รับรอง 10 ตุลาคม 2568 ก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงสิทธิในการถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ก่อนลงนามในแบบฟอร์มความยินยอมโดยแจ้งให้ทราบล่วงหน้า (Informed Consent Form) ข้อมูลทั้งหมดเก็บรักษาในรูปแบบที่ไม่ระบุตัวตน และใช้รหัสแทนชื่อจริงตลอดกระบวนการวิจัยและการนำเสนอผล

ผลการศึกษา (Results)

ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้มีผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 18 คน ซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้วของข้อมูลหลังการสัมภาษณ์ครั้งที่ 16 และได้รับการยืนยันด้วยการสัมภาษณ์เพิ่มเติมอีก 2 ครั้ง โดยไม่พบประเด็นใหม่เพิ่มเติม ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเป็นครูที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในจังหวัดอุดรดิตต์ และเคยเผชิญกับภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพในโรงเรียนอย่างน้อย 1 ครั้ง ผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้รับมอบหมายจากโรงเรียนให้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลงานอนามัย/ปฐมพยาบาล (ในบางแห่งเรียกตำแหน่งนี้ว่า "ครูอนามัย" หรือ "ครูพยาบาล") ควบคู่กับภาระงานสอนตามปกติ มิได้เป็นผู้มีวุฒิทางการพยาบาลหรือสาธารณสุขโดยตรง จากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 18 คน พบว่า 15 คน (ร้อยละ 83.3) ได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการให้ปฏิบัติหน้าที่ครูอนามัยประจำโรงเรียน ในขณะที่อีก 3 คน (ร้อยละ 16.7) รับหน้าที่นี้อย่างไม่เป็นทางการเนื่องจากเป็นครูประจำชั้นที่อยู่ใกล้จุดเกิดเหตุมากที่สุด ลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลสรุปในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูล (n = 18)

ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	13	72.2
ชาย	5	27.8
อายุ (ปี)		
25–35	4	22.2
36–45	8	44.5
46–55	5	27.8
56 ปีขึ้นไป	1	5.6
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	13	72.2
ปริญญาโท	5	27.8
ประสบการณ์สอน (ปี)		
น้อยกว่า 5	3	16.7
5–15	7	38.9
16–25	6	33.3
มากกว่า 25	2	11.1
ระดับสถานศึกษา		
ประถมศึกษา	10	55.6
มัธยมศึกษา	8	44.4
ประเภทสถานศึกษา		
โรงเรียนในเขตเมือง	7	38.9
โรงเรียนในพื้นที่กึ่งชนบท	11	61.1
เคยผ่านการอบรมปฐมพยาบาล		
เคย	6	33.3
ไม่เคย	12	66.7
จำนวนครั้งที่เคยเผชิญเหตุฉุกเฉิน		
1 ครั้ง	5	27.8
2–3 ครั้ง	9	50.0
มากกว่า 3 ครั้ง	4	22.2

ระยะเวลาสัมภาษณ์แต่ละรายอยู่ระหว่าง 45–72 นาที (เฉลี่ย 56.4 นาที) ประเภทของภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพที่ผู้ให้ข้อมูลเคยเผชิญ ได้แก่ การหมดสติหรือเป็นลม (n=14), การชักเนื่องจากโรคลมชัก (n=9), การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในโรงเรียน (n=11), ภาวะแพ้รุนแรง (n=3), และการหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (n=2) โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งเคยเผชิญมากกว่า 1 ประเภท

ตารางที่ 2 รายละเอียดประเภทภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพที่ผู้ให้ข้อมูลเคยเผชิญ

ประเภทภาวะฉุกเฉิน	จำนวน (n)	รายละเอียด/สาเหตุที่พบ
การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในโรงเรียน	11	กระตุกแขนหักจากการพลัดตกเครื่องเล่นสนาม (4 ราย), บาดแผลฉีกขาดจากของมีคม (3 ราย), ศีรษะกระแทกพื้นจากการวิ่งเล่น (4 ราย)
ภาวะแพ้รุนแรง	3	แพ้อาหาร (ถั่ว) มีอาการบวมที่ใบหน้าและหายใจลำบาก (2 ราย), แพ้แมลงตอมมีอาการช็อก (1 ราย)
การหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน	2	มีประวัติโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (1 ราย), ไม่ทราบสาเหตุชัดเจน (1 ราย)

หมายเหตุ: ระยะเวลาสัมภาษณ์แต่ละรายอยู่ระหว่าง 45–72 นาที (เฉลี่ย 56.4 นาที)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยา

ตารางที่ 3 ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
1. ความตื่นตระหนกและความสับสนในช่วงวิกฤต	1.1 ความตกใจและการสูญเสียการควบคุมอารมณ์ชั่วคราว 1.2 ความไม่แน่ใจในสิ่งที่ควรกระทำ
2. การกระทำโดยสัญชาตญาณและประสบการณ์สะสม	2.1 การพึ่งพาความรู้ที่ไม่เป็นระบบ 2.2 บทบาทของประสบการณ์ส่วนตัวและสิ่งแวดล้อม
3. ช่องว่างระหว่างความรู้เชิงทฤษฎีกับทักษะเชิงปฏิบัติ	3.1 ความรู้เชิงทฤษฎีที่ขาดการฝึกทักษะจริง 3.2 ความไม่มั่นใจและความกลัวในการปฏิบัติภายใต้ความกดดัน
4. สิ่งสนับสนุนที่มีอยู่และช่องว่างของระบบสนับสนุนในโรงเรียน	4.1 สิ่งสนับสนุนที่มีอยู่ในปัจจุบันและควรรักษาไว้ 4.2 การขาดแคลนอุปกรณ์ แผนการรับมือ และความโดดเด่นเดียวในการปฏิบัติงาน
5. ความต้องการ ปัญหาอุปสรรค และความคาดหวังจากระบบสุขภาพ	5.1 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา 5.2 ความต้องการองค์ความรู้และการฝึกทักษะ 5.3 ความคาดหวังต่อบทบาทของพยาบาลและบุคลากรสุขภาพ

ประเด็นหลักที่ 1 ความตื่นตระหนกและความสับสนในช่วงวิกฤต

ผู้ให้ข้อมูลเกือบทั้งหมดบรรยายถึงปฏิกิริยาทางอารมณ์แรกเมื่อเผชิญกับภาวะฉุกเฉินว่าเป็นความตื่นตระหนกที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ความรู้สึกดังกล่าวมักปรากฏร่วมกับภาวะ "ใจหาย" และการสูญเสียการควบคุมตนเองชั่วคราว ก่อนที่จะเริ่มตั้งสติและพยายามดำเนินการใดๆ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง (T3, ครูประถมศึกษา อายุ 38 ปี) ถ่ายทอดประสบการณ์ว่า

"ตอนที่เห็นเด็กล้มลงกลางสนามแล้วชัก หัวใจเราหยุดเลย ไม่รู้จะทำอะไรก่อน วิ่งไปหาเด็ก แต่พอถึงแล้วก็ยืนงง อยากช่วยแต่ไม่รู้จะเริ่มจากตรงไหน กลัวทำผิดแล้วเด็กจะเป็นอันตรายมากกว่าเดิม"

ในเหตุการณ์นี้ เมื่อ T3 ตั้งสติได้ จึงเรียกครูท่านอื่นให้มาช่วยประคองศีรษะเด็กและโทรแจ้ง 1669 นักเรียนได้รับการนำส่งโรงพยาบาลและปลอดภัยดี โดยแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นอาการชักจากไข้สูง

ความรู้สึกกลัวการกระทำผิดพลาดปรากฏเป็นประเด็นย่อยที่สำคัญในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ไม่เคยผ่านการอบรมผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง (T7, ครูมัธยมศึกษา อายุ 44 ปี) กล่าวว่า

"กลัวมากกว่ากลัวอะไรเลยจะทำแล้วจะยิ่งทำให้แย่ลง เลยไม่กล้าสัมผัสเด็กเลย แต่ตะโกนหาคนอื่น นั่งดูอยู่ห่างๆ รู้สึกผิดมากตอนหลัง"

ต่อมาเมื่อครูอีกท่านที่ผ่านการอบรมปฐมพยาบาลมาก่อนเข้ามาช่วยเหลือ นักเรียนพื้นดินสติภายในไม่กี่นาที และไม่มีอาการบาดเจ็บเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม T7 ยังคงรู้สึกผิดที่ตนเองไม่ได้ลงมือช่วยเหลือโดยตรง

(T12, ครูมัธยมศึกษา อายุ 33 ปี) กล่าวว่า "ตอนนั้นมือไม่สั่นไปหมด พุดไม่ออกอยู่พักหนึ่ง เพื่อนครูต้องมาช่วยตัวถามว่าเป็นอะไรไหม กว่าที่รู้ตัวว่าต้องทำอะไรก็ผ่านไปเกือบนาทีหนึ่ง"

ในทางตรงกันข้าม ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนที่เคยเผชิญเหตุมาก่อนบรรยายถึงการปรับตัวได้เร็วขึ้นในครั้งต่อไป อย่างไรก็ตาม ความรู้สึกตื่นตระหนกในระยะแรกยังคงเกิดขึ้นแม้จะลดลง (T4, ครูประถมศึกษา อายุ 45 ปี ผู้เคยเผชิญเหตุมาแล้ว 3 ครั้ง) เล่าว่า "ครั้งแรกที่เจอตกใจมากจนทำอะไรไม่ถูก แต่พอเจอครั้งที่สองที่สาม ก็ยังใจหวิวอยู่นะ แต่อย่างน้อยก็รู้ว่าต้องเริ่มจากตรงไหนก่อนแล้ว"

ประเด็นหลักที่ 2 การกระทำโดยสัญชาตญาณและประสบการณ์สะสม

เมื่อระยะตื่นตระหนกผ่านพ้นไป ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่บรรยายว่าตนเองดำเนินการโดยอาศัย "สิ่งที่เคยเห็นหรือเคยได้ยินมา" เป็นหลัก มิใช่ความรู้ที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างเป็นระบบ ผู้ให้ข้อมูล (T11, ครูประถมศึกษา อายุ 51 ปี) กล่าวว่า

"ทำไปตามที่รู้ เช่น จับเด็กที่เป็นลมให้นอนราบ ยกขาขึ้นสูง แพนพอดิเคยเล่าให้ฟังว่าทำแบบนี้ ก็ไม่รู้ว่าถูกหรือผิด แต่ทำไปก่อนเพราะต้องทำอะไรสักอย่าง"

นักเรียนพื้นดินสติภายในเวลาไม่นานและกลับไปเรียนตามปกติในวันเดียวกัน โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนตามมา

ผู้ให้ข้อมูลที่ผ่านการอบรมปฐมพยาบาลมาบ้าง (n=6) รายงานว่าตนเองมีความมั่นใจมากกว่า แต่กลับพบว่าความรู้เชิงทฤษฎีที่เคยเรียนมักไม่สามารถแปลงเป็นการปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้อย่างราบรื่น (T18, ครูประถมศึกษา อายุ 39 ปี ผ่านการอบรมปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อ 2 ปีก่อน) เล่าว่า "เคยเรียนมาว่าถ้าเลือดออกให้กดห้ามเลือด แต่พอเจอแผลจริงเลือดเยอะ ก็ยังลังเลอยู่ดีว่าจะกดแรงแค่ไหน กลัวเด็กเจ็บ"

ผู้ให้ข้อมูล (T5, ครูมัธยมศึกษา อายุ 42 ปี) ถ่ายทอดว่า

"เคยอบรม CPR มาแล้ว แต่ตอนเจอเด็กหมดสติจริง ๆ มือสั่น ลืมไปหมดว่ากดหน้าอกลึกแค่ไหน เร็วแค่ไหน สุดท้ายก็กดไปแบบไม่มั่นใจว่าถูกต้องหรือเปล่า"

จากการสอบถามเพิ่มเติมพบว่านักเรียนรายนี้หมดสติจากภาวะลมแดด (heat stroke) มิใช่ภาวะหัวใจหยุดเต้น ยังคงมีชีพจรและการหายใจปกติ การกดหน้าอกที่ T5 ดำเนินการจึงไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์ในสถานการณ์นี้ ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างด้านการประเมินอาการเบื้องต้น (initial assessment) ก่อนตัดสินใจให้การช่วยเหลือ นักเรียนพื้นตัวได้หลังจากถูกนำเข้าที่ร่มและได้รับน้ำ

ปรากฏการณ์นี้ชี้ให้เห็นถึงช่องว่างสำคัญระหว่างการรับรู้ว่าคุณมีความรู้กับความสามารถในการนำความรู้นั้นไปใช้จริงภายใต้ความกดดัน

ประเด็นหลักที่ 3 ช่องว่างระหว่างความรู้เชิงทฤษฎีกับทักษะเชิงปฏิบัติ

ประเด็นนี้ปรากฏเด่นชัดในผู้ให้ข้อมูลทุกราย ครูส่วนใหญ่สามารถบอกได้ว่า "ควรทำอะไร" ในระดับหนึ่ง แต่ไม่สามารถ "ทำได้จริง" เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน ผู้ให้ข้อมูล (T14, ครูประถมศึกษา อายุ 35 ปี) อธิบายว่า

"รู้ว่าต้องโทร 1669 แต่ตอนนั้นมือสั่น กดหมายเลขผิดสองครั้ง รู้ว่าต้องไม่ช่วยเด็กที่สงสัยกระดูกสันหลังหัก แต่พอเด็กตื่นโดยรอบก็ตกใจจนพยายามจะอุ้ม คนที่ฝึกมาจริง ๆ คงทำได้ต่างออกไป"

ผลเอกซเรย์ที่โรงพยาบาลยืนยันว่านักเรียนไม่มีกระดูกสันหลังหัก มีเพียงรอยฟกช้ำ แต่แพทย์ผู้ตรวจให้ความเห็นว่าการเคลื่อนย้ายที่ไม่ถูกวิธีในกรณีที่มีการบาดเจ็บจริงอาจก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงกว่านี้ได้

ความกลัวการทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บเพิ่มเติมจากการกระทำที่ผิดพลาดเป็นประเด็นที่ซ้ำกันในผู้ให้ข้อมูลหลายราย ผู้ให้ข้อมูล (T2, ครูมัธยมศึกษา อายุ 57 ปี) สะท้อนความรู้สึกภายหลังเหตุการณ์ว่า

"กลับบ้านไปแล้วนอนไม่หลับสามวัน คิดซ้ำไปซ้ำมาว่าถ้าทำอีกแบบหนึ่งเด็กจะดีกว่านี้ไหม ความรู้สึกผิดนั้นไม่ได้หายไปง่ายๆ"

เหตุการณ์นี้เกิดจากนักเรียนหกล้มศีรษะกระแทกขอบบันได มีเลือดออกที่หนังศีรษะ T2 เป็นผู้ห้ามเลือดเบื้องต้นด้วยผ้าและรีบแจ้งผู้ปกครองให้มารับไปโรงพยาบาล นักเรียนได้รับการเย็บแผล 3 เข็มและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสมอง แต่ T2 ยังคงกังวลว่าการห้ามเลือดของตนถูกวิธีหรือไม่

ประสบการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงผลกระทบทางจิตใจระยะยาวที่ครูต้องแบกรับภายหลังเหตุการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งในวรรณกรรมทางการแพทย์อุบัติเหตุฉุกเฉินนิยามว่าเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ที่มีชีวิตจริงของผู้ตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉิน

ประเด็นหลักที่ 4 สิ่งสนับสนุนที่มีอยู่และช่องว่างของระบบสนับสนุนในโรงเรียน

ประเด็นย่อย 4.1 สิ่งสนับสนุนที่มีอยู่ในปัจจุบันและควรรักษาไว้

แม้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะสะท้อนถึงความขาดแคลนด้านต่าง ๆ แต่บางรายก็กล่าวถึงสิ่งสนับสนุนที่มีอยู่และเห็นว่าควรรักษาไว้ ผู้ให้ข้อมูล (T8, ครูประถมศึกษา อายุ 41 ปี) กล่าวว่า "ที่โรงเรียนเรามีกลุ่มไลน์ผู้ปกครองที่ตอบไว้มาก พอมีเหตุฉุกเฉินแจ้งไปปุ๊บ ผู้ปกครองมารับได้เร็ว อันนี้ช่วยได้เยอะ" ในทำนองเดียวกัน ผู้ให้ข้อมูล (T15, ครูมัธยมศึกษา อายุ 36 ปี) กล่าวว่า "ผู้บริหารโรงเรียนเราให้ความสำคัญเรื่องนี้ดี พอเราขอซื้อชุดปฐมพยาบาลเพิ่ม ก็อนุมัติให้เร็ว แต่ปัญหาคือเราเองยังไม่รู้ว่าจะใช้อุปกรณ์ให้ถูกต้องอย่างไร"

ประเด็นย่อย 4.2 การขาดแคลนอุปกรณ์ แผนการรับมือ และความโดดเดี่ยวในการปฏิบัติงาน

ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกรายบรรยายถึงภาวะโดดเดี่ยวในการรับมือกับเหตุฉุกเฉิน โดยเฉพาะครูที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนที่ไม่มีพยาบาลประจำและตั้งอยู่ห่างไกลจากสถานบริการสุขภาพ ปัญหาที่ถูกกล่าวถึงซ้ำ ๆ ได้แก่ การขาดแผนการรับมือภาวะฉุกเฉิน (Emergency Response Plan) ที่ชัดเจน การขาดแคลนอุปกรณ์ปฐมพยาบาลที่เพียงพอและพร้อมใช้งาน รวมถึงการไม่รู้ว่าจะประสานงานกับใครนอกจากโทรศัพท์ฉุกเฉิน ผู้ให้ข้อมูล (T9, ครูประถมศึกษา อายุ 48 ปี) ปฏิบัติงานในพื้นที่กึ่งชนบท) กล่าวว่า

"โรงเรียนเราอยู่ไกลจากโรงพยาบาลมาก รถพยาบาลมาถึงเร็วสุดก็ 20-30 นาที ช่วงนั้นทำอะไรได้ก็ต้องทำเอง แต่ไม่มีชุดปฐมพยาบาลที่ดีเลย มีแค่พลาสติกกับยาหม่อง ถ้าเด็กเป็นอะไรหนักกว่านั้นก็ทำอะไรไม่ได้"

ผู้ให้ข้อมูลอีกรายหนึ่ง (T16, ครูมัธยมศึกษา อายุ 40 ปี) เสริมว่า

"ไม่เคยมีการซ้อมแผนฉุกเฉินด้านสุขภาพในโรงเรียนเลย ซ้อมอพยพไฟไหม้มีบ้าง แต่ถ้าเด็กหัวใจวายหรือชักขึ้นมากลางห้อง ไม่มีใครรู้ว่าใครต้องทำอะไรบ้าง"

ในกลุ่มครูโรงเรียนในเขตเมือง แม้ระยะทางจากสถานบริการสุขภาพจะใกล้กว่า แต่ยังพบปัญหาด้านการขาดแผนการมอบหมายบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในสถานการณ์ฉุกเฉิน ทำให้เกิดความสับสนในการตัดสินใจว่าใครควรรับผิดชอบอะไร

ประเด็นหลักที่ 5 ความต้องการ ปัญหาอุปสรรค และความคาดหวังจากระบบสุขภาพ

ประเด็นย่อย 5.1 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา

เมื่อผู้วิจัยถามต่อว่าครูคิดว่าควรแก้ไขปัญหายังไง ผู้ให้ข้อมูล (T16, ครูมัธยมศึกษา อายุ 40 ปี) ให้ความเห็นที่ "อยากให้มีการซ้อมแผนฉุกเฉินด้านสุขภาพเหมือนซ้อมหนีไฟเลย อย่างน้อยปีละครั้ง จะได้รู้ว่าใครต้องทำอะไร" ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูล (T9) เสนอว่า "อยากให้มียามสนับสนุนจากเขตพื้นที่การศึกษาสำหรับซื้อชุดปฐมพยาบาลที่ครบครันกว่านี้โดยเฉพาะโรงเรียนที่ไกลจากโรงพยาบาล"

ประเด็นย่อย 5.2 ความต้องการองค์ความรู้และการฝึกทักษะ

ผู้ให้ข้อมูลทุกรายแสดงความต้องการที่ชัดเจนในการได้รับการพัฒนาศักยภาพ โดยเน้นไปที่การฝึกทักษะเชิงปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริงมากกว่าการเรียนรู้ทฤษฎีในชั้นเรียน ผู้ให้ข้อมูล (T1, ครูประถมศึกษา อายุ 29 ปี) กล่าวว่า "อยากได้อบรมที่ฝึกจริง ๆ ไม่ใช่แค่ดูสไลด์ อยากได้ลองกดหุ่นจำลอง ลองทำจริง ๆ จนมั่นใจ ถ้าได้ฝึกแบบนี้คิดว่าตอนเจอเหตุจริงคงสั้นหน่อยลง"

ประเด็นย่อย 5.3 ความคาดหวังต่อบทบาทของพยาบาลและบุคลากรสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายระบุบทบาทที่คาดหวังจากพยาบาลโดยเฉพาะ โดยมองว่าพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลฉุกเฉิน ควรมีบทบาทนำในการถ่ายทอดทักษะให้แก่ครู ผู้ให้ข้อมูล (T6, ครูมัธยมศึกษา อายุ 46 ปี) กล่าวอย่างตรงไปตรงมาว่า

"ถ้ามีพยาบาลจากโรงพยาบาลมาสอนเองจะดีมากเลย เพราะเขาเจอเหตุจริงมาทุกวัน รู้ว่าต้องทำอะไรก่อน เชื่อถือได้มากกว่าคนที่ไม่เคยเจอเหตุจริง"

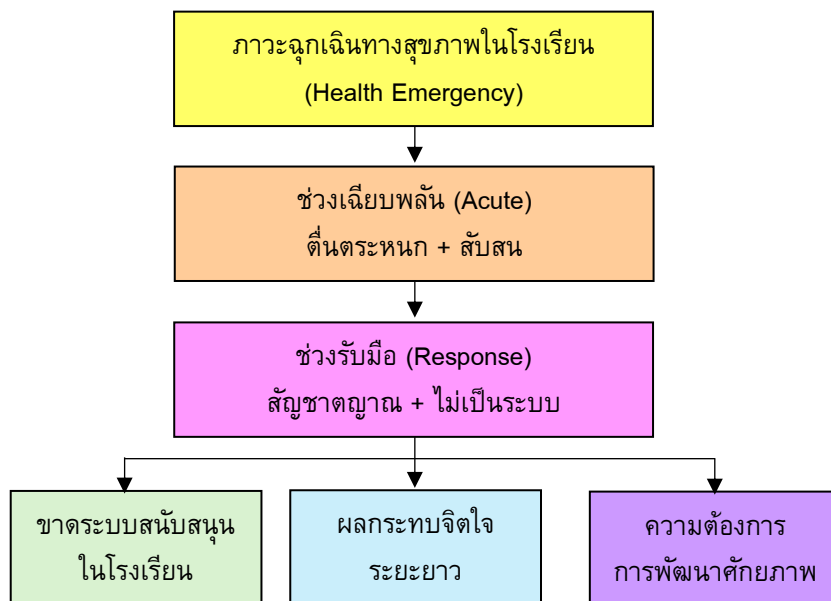
ผู้ให้ข้อมูลยังแสดงความต้องการที่เฉพาะเจาะจงในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การฝึก CPR และ AED การจัดการภาวะช็อกเนื่องจากโรคลมชัก การจัดการภาวะแพ้รุนแรง และการตัดสินใจในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่สงสัยว่ากระดูกสันหลังได้รับบาดเจ็บ นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายยังเสนอแนะให้มีการจัดทำแผนการรับมือภาวะฉุกเฉินระดับโรงเรียนที่เป็นรูปธรรม และฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการจัดให้มีระบบประสานงานกับสถานบริการสุขภาพในพื้นที่อย่างเป็นทางการ

ผู้ให้ข้อมูลบางรายยังสะท้อนถึงความลำบากใจในสถานการณ์ที่มีมิติอ่อนไหวทางเพศ ผู้ให้ข้อมูล (T13, ครูชาย อายุ 34 ปี) เล่าว่า "ตอนที่ต้องช่วยนักเรียนหญิงที่บาดเจ็บบริเวณต้นขา ก็อึดอัดใจ ไม่รู้จะสัมผัสตรงไหนได้บ้างกลัวเข้าใจผิด สุดท้ายเลยรอครูผู้หญิงมาช่วยแทน" ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการแนวปฏิบัติที่ชัดเจนด้านจริยธรรมและขอบเขตการปฐมพยาบาลข้ามเพศในบริบทโรงเรียน

โครงสร้างพื้นฐานของปรากฏการณ์ (Fundamental Structure)

เมื่อพิจารณาทั้ง 5 ประเด็นหลักในภาพรวม โครงสร้างพื้นฐานของประสบการณ์ที่มีชีวิตจริงของครูต่อภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพในโรงเรียนสามารถสรุปได้ว่า ครูพบว่าตนเองถูกวางไว้ในฐานะผู้ตอบสนองด่านแรกโดยไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมที่เพียงพอ ทั้งในมิติของความรู้ ทักษะ อุปกรณ์ และระบบสนับสนุน ความตึงเครียดระหว่างความรับผิดชอบที่รับรู้ว่าจะต้องแบกรับกับความสามารถที่มีจริงก่อให้เกิดประสบการณ์ทางอารมณ์ที่รุนแรงทั้งในระหว่างและภายหลังเหตุการณ์ฉุกเฉิน ประสบการณ์เหล่านี้ทั้งร่อยรอยทางจิตใจที่ยาวนานและสร้างความต้องการที่ชัดเจนในการพัฒนาศักยภาพผ่านการฝึกทักษะเชิงปฏิบัติอย่างเป็นระบบจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญจริง

จากเหตุการณ์ทั้งหมดที่ผู้ให้ข้อมูลเล่ามา นักเรียนส่วนใหญ่ (16 ใน 18 เหตุการณ์หลัก) ป่วยเฉียบพลันภายหลังได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นจากครูและการส่งต่อไปยังสถานพยาบาล มีเพียง 2 รายที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือจำเป็นต้องรักษาตัวต่อเนื่อง วิธีการที่ครูใช้จัดการสถานการณ์บ่อยที่สุด ได้แก่ การจัดทำให้นักเรียนนอนราบ (9 ครั้ง) การห้ามเลือดด้วยผ้าสะอาด (6 ครั้ง) การแจ้งขอความช่วยเหลือจากครูท่านอื่นหรือผู้บริหาร (14 ครั้ง) และการโทรแจ้งหน่วยฉุกเฉิน 1669 หรือผู้ปกครอง (12 ครั้ง) ดังสรุปในรูปที่ 1



รูปที่ 1 โครงสร้างพื้นฐานของประสบการณ์ครูต่อภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพในโรงเรียน

วิจารณ์ผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจเชิงปรากฏการณ์วิทยาที่เปิดเผยมิติเชิงลึกของประสบการณ์ที่มีชีวิตจริงของครูในสถานศึกษาเมื่อต้องเผชิญกับภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพ ผลการศึกษาที่ได้ทั้ง 5 ประเด็นหลักสะท้อนให้เห็นโครงสร้างพื้นฐานของประสบการณ์ที่มีความซับซ้อนและหลายมิติ ซึ่งสามารถนำมาวิเคราะห์เชื่อมโยงกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากวรรณกรรมสากลได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่นำเสนอไว้ในบทนำ กล่าวคือ อุบัติการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพในโรงเรียนที่พบในการศึกษานี้ (การหมดสติ การชัก การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ภาวะแพ้รุนแรง และภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน) มีลักษณะใกล้เคียงกับประเภทเหตุการณ์ที่พบมากที่สุด ในทะเบียนบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงเรียนในระดับสากล ซึ่งยืนยันว่าครูในบริบทของจังหวัดอุดรดิตถ์เผชิญกับภาวะฉุกเฉินในรูปแบบที่สอดคล้องกับสถานการณ์สากล มิใช่ปรากฏการณ์เฉพาะถิ่น [1]

ความตื่นตระหนกและความสับสนเฉียบพลัน ปรากฏการณ์สากลที่ยืนยันโดยหลักฐาน

ประเด็นหลักแรกที่ปรากฏในการศึกษานี้ คือ ภาวะตื่นตระหนก ใจหาย และสูญเสียการควบคุมตนเองในช่วงแรกของการเผชิญเหตุฉุกเฉิน สอดคล้องอย่างยิ่งกับหลักฐานจากการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินที่เป็นบุคคลทั่วไป ซึ่งพบว่า "ความรู้สึกสับสนทางอารมณ์ก่อนการดำเนินการ" เป็นประเด็นที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มบุคคลที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉิน [21] สิ่งที่น่าสนใจเป็นพิเศษในการศึกษาของเราคือ ความกลัวการกระทำผิดพลาดซึ่งนำไปสู่การงดเว้นจากการช่วยเหลือ ประเด็นนี้มีความสอดคล้องกับ AHA Scientific Statement ที่ยืนยันว่าความกลัวในการก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและความไม่แน่ใจในความสามารถตนเองเป็นอุปสรรคหลักที่ทำให้บุคคลทั่วไปไม่ดำเนินการช่วยฟื้นคืนชีพแม้จะมีความรู้พื้นฐาน [6] ความกลัวดังกล่าวในครูไม่ได้แตกต่างจากบุคคลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่าครูจะมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อความปลอดภัยของนักเรียน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการดูแลสุขภาพจิตใจและการสร้างความพร้อมทางอารมณ์ต้องได้รับความสนใจไม่น้อยไปกว่าการฝึกทักษะเชิงเทคนิค อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยฉบับปรับปรุงยังเผยให้เห็นประเด็นที่ละเอียดกว่าเดิม กล่าวคือ แม้ครูส่วนใหญ่จะเผชิญภาวะตื่นตระหนกในช่วงแรก แต่ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของนักเรียนในภาพรวมกลับค่อนข้างดี (นักเรียนปลอดภัยในสัดส่วนสูงของเหตุการณ์ทั้งหมด) ซึ่งบ่งชี้ว่าครูสามารถฝ่าฟันภาวะตื่นตระหนกเบื้องต้นและดำเนินการช่วยเหลือที่เพียงพอได้ในระดับหนึ่ง แม้จะปราศจากการฝึกอบรมอย่างเป็นระบบ ข้อค้นพบนี้

ชี้ให้เห็นถึง "ศักยภาพโดยสัญชาตญาณ" (intuitive competence) ของครูที่มีอยู่แล้ว ซึ่งหากได้รับการเสริมด้วยการฝึกอบรมเชิงระบบ อาจยกระดับความปลอดภัยของนักเรียนได้มากยิ่งขึ้น มิใช่การเริ่มต้นจากศูนย์

ช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ ปัญหาเชิงระบบที่ต้องการการแก้ไขเชิงกระบวนการ

ประเด็นหลักที่สองและสาม ซึ่งเกี่ยวข้องกับการกระทำโดยสัญชาตญาณและช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ เป็นปรากฏการณ์ที่ถูกรายงานในวรรณกรรมทั้งในครูและในบุคคลทั่วไปอย่างสม่ำเสมอ งานวิจัยในกลุ่มครูไอร์แลนด์ชี้ว่าแม้ระดับความรู้โดยรวมจะพอใช้ได้ แต่ยังพบช่องว่างที่มีนัยสำคัญในทักษะที่ต้องใช้ในสถานการณ์จริง เช่น การกดหน้าอกที่ถูกต้องและการรับมือกับภาวะหมดสติ [4] ยิ่งกว่านั้น การศึกษาแบบ quasi-experimental ในตุรกีพบว่าครูที่ไม่ผ่านการอบรมมีคะแนนความรู้และทักษะก่อนการอบรมในระดับต่ำมาก ซึ่งสอดคล้องกับผลที่พบในการศึกษานี้ที่ครูร้อยละ 66.7 ไม่เคยผ่านการอบรมปฐมพยาบาลอย่างเป็นทางการ [12] ตัวเลขดังกล่าวยังสอดคล้องอย่างใกล้ชิดกับการศึกษาในครูอนามัยโรงเรียนพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งพบว่าครูอนามัยมากกว่าสองในสาม (ร้อยละ 76.3) มีความรู้ด้านการปฐมพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ ยืนยันว่าช่องว่างด้านความรู้เชิงปฏิบัติที่พบในการศึกษานี้มิใช่ปรากฏการณ์เฉพาะจังหวัดอุดรธานี แต่เป็นภาพสะท้อนของปัญหาเชิงระบบที่เกิดขึ้นในโรงเรียนไทยหลายพื้นที่ [11] ปรากฏการณ์ที่น่าสนใจในการศึกษานี้คือ แม้ครูที่ผ่านการอบรมมาบ้างก็ยังพบว่าตนเองไม่สามารถแปลงความรู้เป็นทักษะในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งที่ทำเนิการกดหน้าอกในสถานการณ์ที่ภายหลังตรวจสอบพบว่าเป็นภาวะลมแดดมิใช่ภาวะหัวใจหยุดเต้น ซึ่งชี้ให้เห็นว่าช่องว่างที่แท้จริงมิได้อยู่ที่ทักษะการปฏิบัติหัตถการเพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงทักษะการประเมินอาการเบื้องต้น (initial assessment) ก่อนตัดสินใจเลือกวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสม ซึ่งเป็นทักษะเชิงการตัดสินใจทางคลินิกที่มักถูกมองข้ามในโปรแกรมฝึกอบรมปฐมพยาบาลทั่วไปที่เน้นสอนหัตถการเป็นหลัก ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับหลักฐานจากการศึกษาคุณภาพของการสอน CPR ในกลุ่มบุคคลทั่วไปที่พบว่าคุณภาพการสอนในด้านการถ่ายทอดทัศนคติและการฝึกสถานการณ์จริงยังอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะการลดความกลัวว่าจะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ซึ่งได้คะแนนต่ำที่สุดในกลุ่มผู้สอน [22] ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นชัดเจนว่าการฝึกอบรมที่มีประสิทธิภาพต้องก้าวข้ามการสอนทฤษฎีในชั้นเรียน และต้องเน้นการฝึกปฏิบัติในบริบทที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงให้มากที่สุด รวมถึงการฝึกทักษะการประเมินสถานการณ์ก่อนตัดสินใจ มิใช่เพียงหัตถการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานเท่านั้น

ผลกระทบทางจิตใจระยะยาว มิติที่ถูกมองข้ามในบริบทของครู

หนึ่งในข้อค้นพบที่โดดเด่นและมีความสำคัญทางคลินิกสูงในการศึกษานี้คือ ผลกระทบทางจิตใจที่ยาวนานหลังเหตุการณ์ โดยครูหลายรายบรรยายถึงความรู้สึกผิดที่ฝังลึก การนอนไม่หลับ และการย้อนนึกถึงเหตุการณ์ซ้ำๆ ปรากฏการณ์เหล่านี้มีความคล้ายคลึงกับสิ่งที่ถูกรายงานในกลุ่มผู้ตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินที่เป็นบุคคลทั่วไปหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพรายงานว่าผู้ตอบสนองมักพบกับ "การย้อนนึกถึงเหตุการณ์อย่างต่อเนื่อง" และความรู้สึกผิดโดยเฉพาะเมื่อผลลัพธ์ไม่เป็นที่น่าพอใจ [21] ในบริบทของผู้ให้การดูแลสุขภาพ งานวิจัยในกลุ่มพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตพบว่าความรู้สึกไม่เพียงพอ การรับมือกับภาวะท้าทาย และผลกระทบทางจิตใจเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ [23] สิ่งที่น่าวิตกในบริบทของครูคือ ไม่มีระบบการสนับสนุนทางจิตใจภายหลังเหตุการณ์ฉุกเฉินในสถานศึกษา ต่างจากผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพที่มักได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นทางการผ่านกระบวนการ debriefing และการดูแลสุขภาพจิต ช่องว่างนี้ถือเป็นปัญหาด้านนโยบายที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ข้อค้นพบนี้ยังสอดคล้องกับหลักฐานในกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพครูโดยตรง ซึ่งการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มครูระดับ K-12 ของสหรัฐอเมริกายืนยันว่าความเครียดสะสมจากภาระงานที่เกินขอบเขตความรับผิดชอบเดิม รวมถึงการขาดระบบสนับสนุนด้านสุขภาพจิตในสถานที่ทำงาน เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะโดยรวมของครู ซึ่งสอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่พบในการศึกษานี้ที่ครูต้องแบกรับบทบาทผู้ตอบสนองด้านแรกทางการแพทย์โดยไม่มีการเตรียมพร้อมหรือการเยียวยาทางจิตใจภายหลังเหตุการณ์อย่างเป็นระบบ [25]

สิ่งสนับสนุนที่มีอยู่และช่องว่างของระบบสนับสนุนในโรงเรียน ความโดดเด่นเชิงระบบของครูในฐานะผู้ตอบสนองด่านแรก

ผลการวิจัยฉบับปรับปรุงเผยให้เห็นภาพที่สมดุลงอกขึ้นกว่าเดิม กล่าวคือ นอกจากช่องว่างด้านระบบที่พบเป็นส่วนใหญ่ ยังปรากฏสิ่งสนับสนุนที่มีอยู่แล้วในบางโรงเรียนซึ่งควรได้รับการรักษาและขยายผล ได้แก่ เครือข่ายการสื่อสารกับผู้ปกครองที่มีประสิทธิภาพ และความร่วมมือของผู้บริหารโรงเรียนในการจัดหาอุปกรณ์เมื่อได้รับการร้องขอ ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่าอุปสรรคหลักมิใช่การขาดเจตจำนงหรือทรัพยากรเพียงพออย่างเดียว แต่รวมถึงการขาด "องค์ความรู้" ในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงบวกที่มีนัยสำคัญต่อการออกแบบโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ เนื่องจากโปรแกรมสามารถต่อยอดจากโครงสร้างพื้นฐานที่มีอยู่แล้ว มิใช่ต้องเริ่มสร้างระบบสนับสนุนขึ้นใหม่ทั้งหมด ประเด็นด้านการขาดแผนการรับมือฉุกเฉิน อุปกรณ์ และระบบประสานงานที่ชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยที่ยืนยันว่าแม้โรงเรียนร้อยละ 86 ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่จากสหรัฐอเมริกาจะมีแผนการรับมือฉุกเฉินทางการแพทย์ แต่ร้อยละ 35 ไม่เคยซ้อมแผนดังกล่าว และร้อยละ 17 ของโรงเรียนที่ไม่มีพยาบาลประจำไม่มีแผนการรับมือเลย [8] ในบริบทของประเทศไทยโดยเฉพาะจังหวัดอุดรธานี ปัญหานี้ทวีความรุนแรงขึ้นเนื่องจากสัดส่วนโรงเรียนที่ไม่มีพยาบาลวิชาชีพประจำมีจำนวนสูง สอดคล้องกับข้อมูลเชิงระบบที่นำเสนอไว้ในบทนำ ซึ่งชี้ว่าโรงเรียนไทยส่วนใหญ่มอบหมายงานอนามัยให้ครูที่ไม่มีวุฒิด้านสุขภาพโดยตรง และยังขาดหลักสูตรภาคบังคับด้านการปฐมพยาบาลในระบบผลิตครู [10] และระยะทางจากสถานพยาบาลในพื้นที่ถิ่นชนบททำให้เวลาตอบสนองของรถพยาบาลยาวนานกว่ามาตรฐาน การทบทวนวรรณกรรมด้านการเตรียมความพร้อมของพยาบาลในประเทศกำลังพัฒนาพบว่าประเทศในภูมิภาคเอเชียมีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ และการศึกษาและการฝึกอบรมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการยกระดับความพร้อม [9] ซึ่งยิ่งตอกย้ำความสำคัญของการพัฒนาระบบสนับสนุนในโรงเรียนอย่างเป็นระบบและยั่งยืน ยิ่งไปกว่านั้น งานวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มพยาบาลที่เผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉินในบริบทที่ขาดแคลนทรัพยากรพบว่า "ความสามารถไม่เพียงพอในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน" เป็นประเด็นที่ซ้ำกันอย่างสม่ำเสมอในบริบทของประเทศกำลังพัฒนา และมักเกี่ยวข้องโดยตรงกับการขาดการฝึกอบรมเฉพาะทาง การขาดแคลนอุปกรณ์ และการขาดโปรโตคอลที่ชัดเจน [24] ครูในการศึกษานี้ประสบปัญหาเดียวกันแม้จะอยู่ในบริบทของสถานศึกษา ไม่ใช่สถานพยาบาล ซึ่งชี้ให้เห็นว่าช่องว่างด้านระบบสนับสนุนนี้เป็นปัญหาข้ามสาขาวิชาชีพที่ต้องการแนวทางแก้ไขในเชิงนโยบายระดับชาติ

ความละเอียดอ่อนทางเพศในการปฐมพยาบาล มิติเชิงจริยธรรมที่ต้องการแนวปฏิบัติเฉพาะ

ข้อค้นพบใหม่ที่มีนัยสำคัญในการศึกษานี้คือ ความลำบากใจของครูบางรายเมื่อต้องให้การช่วยเหลือนักเรียนต่างเพศในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งร่างกายที่ละเอียดอ่อน ซึ่งบางครั้งนำไปสู่ความล่าช้าในการช่วยเหลือ เนื่องจากต้องรอครูเพศเดียวกับผู้บาดเจ็บ ประเด็นนี้ยังไม่ปรากฏเป็นที่แพร่หลายในวรรณกรรมด้านการปฐมพยาบาลในโรงเรียนที่ผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่เน้นความรู้และทักษะทางเทคนิคเป็นหลัก แต่มีความสำคัญเชิงปฏิบัติอย่างยิ่งเนื่องจากความลังเลในสถานการณ์ฉุกเฉินอาจส่งผลให้การช่วยเหลือล่าช้าออกไปจนกระทบต่อความปลอดภัยของนักเรียน ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ชัดเจนด้านขอบเขตและความเหมาะสมของการปฐมพยาบาลข้ามเพศ ควบคู่ไปกับการฝึกทักษะทางเทคนิค เพื่อให้ครูสามารถตัดสินใจและลงมือช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงทีโดยไม่ลังเล

ความต้องการพัฒนาศักยภาพ โอกาสสำหรับพยาบาลฉุกเฉินในการมีบทบาทนำ

ประเด็นที่ห้าซึ่งเป็นประเด็นที่มีนัยสำคัญด้านนโยบายสูงสุด คือ ความต้องการที่ชัดเจนและมีทิศทางของครูต่อการฝึกทักษะเชิงปฏิบัติจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลฉุกเฉิน ข้อค้นพบนี้เป็นหลักฐานสำคัญที่สนับสนุนบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการเป็น "สะพานเชื่อม" ระหว่างความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉินกับสถานศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ National Association of School Nurses ที่ยืนยันว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพร้อมเฉพาะตัวในการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่บุคลากรในโรงเรียนด้านการรับมือภาวะฉุกเฉิน [4] การวิจัยในกลุ่มโรงเรียนในไอร์แลนด์ยืนยัน

ว่าครูที่ผ่านการอบรมมีคะแนนความรู้สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ และการพัฒนาวิชาชีพของครูมีบทบาทโดยตรงในการยกระดับคุณภาพการเรียนการสอนและความพร้อมในสถานการณ์จริง ความต้องการของครูในการได้รับ "การฝึกสถานการณ์จำลองที่ใกล้เคียงกับของจริง" สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันว่าโปรแกรมการฝึกที่เน้นการฝึกปฏิบัติสามารถเพิ่มคะแนนความรู้ ทักษะ และทักษะได้อย่างมีนัยสำคัญ [12] และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบยืนยันว่าโปรแกรมฝึก CPR ในสถานศึกษาที่ดำเนินการอย่างมีโครงสร้างสามารถเพิ่มทั้งความรู้และทักษะในนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ [22] หลักการเดียวกันนี้ย่อมประยุกต์ใช้กับครูซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญยิ่งกว่าในฐานะผู้ตอบสนองด้านแรกของนักเรียน นอกจากนี้ ข้อเสนอแนะเชิงรูปธรรมที่ครูให้ไว้ในการศึกษานี้ ทั้งการซ่อมแผนฉุกเฉินด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอในลักษณะเดียวกับการซ้อมอพยพไฟไหม้ และงบประมาณสนับสนุนอุปกรณ์ปฐมพยาบาลที่เพียงพอ ล้วนเป็นข้อเสนอที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในระดับนโยบายเขตพื้นที่การศึกษาโดยใช้ต้นทุนไม่สูง ซึ่งควรได้รับการพิจารณาควบคู่ไปกับการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมระยะยาว

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ประการแรก ผลการวิจัยเกิดขึ้นในบริบทเฉพาะของจังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีลักษณะทางภูมิศาสตร์และสังคมเฉพาะตัว จึงอาจไม่สามารถถ่ายโอนผลได้โดยตรงกับทุกบริบทของประเทศไทย หรือภูมิภาคอาเซียน ประการที่สอง ข้อมูลในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการย้อนนึกถึงประสบการณ์ (retrospective recall) ซึ่งอาจมีความลำเอียงในการจดจำ (recall bias) โดยเฉพาะในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนานแล้ว ประการที่สาม กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นครูที่ยินดีให้สัมภาษณ์ ซึ่งอาจมีแรงจูงใจและลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากครูทั่วไป ประการที่สี่ ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของนักเรียนที่รายงานในการศึกษานี้อาจอิงจากการบอกเล่าของครูเพียงฝ่ายเดียว มิได้มีการตรวจสอบย้อนกลับกับเวชระเบียนหรือข้อมูลจากสถานพยาบาลที่รับส่งต่อ จึงอาจมีความคลาดเคลื่อนจากข้อเท็จจริงทางคลินิกได้ในบางกรณี และประการสุดท้าย เนื่องจากการศึกษาเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยไม่สามารถนำไปเปรียบเทียบเชิงปริมาณกับข้อมูลในบริบทอื่นได้โดยตรง

ทิศทางการวิจัยต่อและข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยในครั้งนี้เปิดประตูสู่งานวิจัยต่อที่มีนัยสำคัญในหลายทิศทาง ทิศทางแรก ควรพัฒนาและทดสอบโปรแกรมฝึกอบรมเชิงปฏิบัติที่ออกแบบโดยพยาบาลฉุกเฉินสำหรับครู โดยเน้นการจำลองสถานการณ์จริง การสร้างความพร้อมทางอารมณ์ การฝึกทักษะการประเมินอาการเบื้องต้นก่อนตัดสินใจ และการฝึกซ้อมสม่ำเสมอ ซึ่งสามารถทดสอบประสิทธิภาพด้วยการวิจัยเชิงทดลอง ทิศทางที่สอง ควรศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของผลกระทบทางจิตใจในครูหลังเหตุการณ์ฉุกเฉินในโรงเรียน รวมถึงความต้องการระบบสนับสนุนทางจิตใจที่เหมาะสม ทิศทางที่สาม ควรศึกษาแนวทางการพัฒนาแผนการรับมือฉุกเฉินทางสุขภาพระดับโรงเรียนในบริบทของประเทศไทยที่สามารถปฏิบัติได้จริง และมีความยั่งยืน และทิศทางที่สี่ ควรพัฒนาแนวปฏิบัติด้านความละเอียดอ่อนทางเพศในการปฐมพยาบาลนักเรียนต่างเพศ เพื่อลดความลังเลใจของครูในสถานการณ์ฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งร่างกายที่ละเอียดอ่อน

บทสรุป

การศึกษาครั้งนี้เผยให้เห็นว่าครูในสถานศึกษาจังหวัดอุดรธานีถูกวางไว้ในฐานะผู้ตอบสนองด้านแรกต่อภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพในโรงเรียนโดยไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมที่เพียงพอในทุกมิติ ประสบการณ์ที่มีชีวิตจริงของครูสะท้อนให้เห็นถึงห่วงโซ่ที่เชื่อมโยงกันของความกลัว ความไม่มั่นใจ การขาดทักษะ การขาดระบบสนับสนุน และผลกระทบทางจิตใจที่ยาวนาน ในขณะเดียวกันก็ปรากฏสิ่งสนับสนุนบางประการที่มีอยู่แล้วในระบบปัจจุบัน เช่น เครือข่ายการสื่อสารกับผู้บริหารและความร่วมมือของผู้บริหารโรงเรียน ซึ่งเป็นต้นทุนที่ควรได้รับการต่อยอด มิใช่เริ่มสร้างขึ้นใหม่ทั้งหมด

ในด้านผลกระทบต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าเมื่อครูสามารถฝ่าฟันภาวะตื่นตระหนกเบื้องต้นและตัดสินใจลงมือช่วยเหลือได้ทันท่วงที นักเรียนส่วนใหญ่มีความปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ครูลังเลหรือประเมินสถานการณ์คลาดเคลื่อน แม้นักเรียนจะปลอดภัยในท้ายที่สุด แต่ก็ก่อให้เกิด

ผลกระทบทางจิตใจระยะยาวต่อตัวครูเอง ทั้งความรู้สึกผิด การนอนไม่หลับ และการย้อนคิดถึงเหตุการณ์ซ้ำ ๆ ซึ่งไม่มีระบบเยียวยารองรับในสถานศึกษา ส่วนผู้ปกครองและผู้บริหารโรงเรียนต้องแบกรับความเสี่ยงจากความไม่แน่นอนของระบบรับมือฉุกเฉินที่ยังไม่เป็นระบบ โดยเฉพาะในโรงเรียนพื้นที่กึ่งชนบทที่ห่างไกลจากสถานพยาบาล ทั้งหมดนี้ล้วนส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของนักเรียนและคุณภาพชีวิตของครูในระยะยาว

พยาบาลวิชาชีพโดยเฉพาะผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลฉุกเฉินมีศักยภาพที่ไม่มีใครเทียบได้ในการเติมเต็มช่องว่างนี้ด้วยการออกแบบและนำโปรแกรมพัฒนาศักยภาพที่ตรงกับความต้องการจริงของครูไปสู่การปฏิบัติ โดยโปรแกรมดังกล่าวควรครอบคลุมมิติที่กว้างกว่าทักษะหัตถการปฐมพยาบาลแบบเดิม กล่าวคือ ต้องเสริมสร้างทักษะการประเมินอาการเบื้องต้นก่อนตัดสินใจ การสร้างความพร้อมทางอารมณ์และความมั่นใจในการลงมือปฏิบัติ ตลอดจนแนวปฏิบัติด้านความละเอียดอ่อนทางเพศในการปฐมพยาบาลนักเรียนต่างเพศ ควบคู่ไปกับการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตแก่ครูภายหลังเผชิญเหตุการณ์ฉุกเฉิน การยกระดับความปลอดภัยทางสุขภาพในสถานศึกษาต้องอาศัยความร่วมมืออย่างบูรณาการระหว่างระบบการศึกษา ระบบสุขภาพ และนโยบายระดับชาติ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้วางรากฐานสำคัญสำหรับการดำเนินการดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

- [1] Alruwaili A, Al Sulaiteen H, Alanazy A, Almousa Z, Alshaqaaqi M, Alhofufi A, Almulhem N, Alibrahim Z. Awareness of school teachers about students common emergencies during school time in the eastern region, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *J Family Med Prim Care*. 2024;13(8):3059-66.
- [2] Harries MD, Saper JK, Macy ML, Martin-Gill C, Ramgopal S. Emergency Medical Services Responses to School-Based Medical Emergencies. *Pediatrics*. 2025;156(2):e2024068886.
- [3] Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. Situation of child injury mortality in Thailand, 2015–2019 [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 10]. Available from: https://ddc.moph.go.th/dip/journal_detail.php?publish=13435.
- [4] Abdelrahman D, Aleyeidi NA, Alqahtani HT, Aldosari FN, Al Shammari TG, Alrusaini NK, Almahfouz RF, Altamimi SA, Alshehri SA, Alsubaie RM, Almuzaini RA, Innab JA, Alsuhaibani YA. Assessment of knowledge, attitude, and practice toward first aid among female school educators in Riyadh, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Front Public Health*. 2024;12:1482181.
- [5] Alsulami M, Madkhali AA, Alharbi MT, Alzahrani AR, Aljohani IN, Al-Thaqafy MS, Alsulami AA, Eldigre M, Aloraibi S. Knowledge and attitude of paediatric first aid among elementary schoolteachers in Jeddah, Saudi Arabia. *J Family Med Prim Care*. 2022;11(11):6795-800.
- [6] Dainty KN, Colquitt B, Bhanji F, Hunt EA, Jeffkins T, Leary M, Ornato JP, Swor RA, Panchal A. Understanding the importance of the lay responder experience in out-of-hospital cardiac arrest: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2022;145(17):e852-e867.
- [7] O'Sullivan C, McNamara G, O'Brien A. Irish primary school teachers' experiences, training and knowledge in first aid. *Int J Health Promot Educ*. 2023;61(5):789-804.
- [8] Gereige RS, Gross T, Jastaniah E; Council on School Health and Committee on Pediatric Emergency Medicine. Individual medical emergencies occurring at school. *Pediatrics*. 2022;150(1):e2022057987.
- [9] Songwathana P, Timalisina R. Disaster preparedness among nurses of developing countries: an integrative review. *Int Emerg Nurs*. 2021;55:100955.

- [10] Onjon O, Kittirachakool N, Chinnacom D, Praditsithikorn N, Teerawattananon Y, Tantivess S. Resources for the elementary school health services in Thailand. *J Health Syst Res*. 2018;12(3):456-468.
- [11] Pansakun N, Kantow S, Pudpong P, Chaiya T. Assessment of nonprescription medicine and first aid knowledge among school health teachers in northern Thailand. *Nat Life Sci Commun*. 2024;23(3):e2024028.
- [12] NeyiSci N. Emergency response competencies strengthened by sustainable education: first aid training program for teachers. *Sustainability*. 2024;16(18):8166.
- [13] Shorey S, Ng ED. Examining characteristics of descriptive phenomenological nursing studies: a scoping review. *J Adv Nurs*. 2022;78(7):1968-1979.
- [14] Al-amer R, Darwish M, Malak M, Ali AM, Al weldat K, Alkhamees A, Alshammari KS, Abuzied Y, Randall S. Nurses experience of caring for patients with COVID-19: a phenomenological study. *Front Psychiatry*. 2022;13:922410.
- [15] Jang HY, Yang JE, Shin YS. A phenomenological study of nurses' experience in caring for COVID-19 patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(5):2924.
- [16] Yu W, Zhang Y, Xianyu Y, Cheng D. Stressors, emotions, and social support systems among respiratory nurses during the Omicron outbreak in China: a qualitative study. *BMC Nurs*. 2024;23(1):188.
- [17] Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Tijdschr Onderwijsresearch (Dutch J Educ Res)*. 1977;2:49-60.
- [18] Jiang J, Liu Y, Han P, Zhang P, Shao H, Peng H, Duan X. Psychological resilience of emergency nurses during COVID-19 epidemic in Shanghai: a qualitative study. *Front Public Health*. 2022;10:1001615.
- [19] Faraji A, Jalali A, Khatony A, Jalali R. Exploring nurses' experiences of recommended patient care: a descriptive phenomenological study. *BMC Nurs*. 2024;23:61.
- [20] Ahmed SK. The pillars of trustworthiness in qualitative research. *J Med Surg Public Health*. 2024;2:100051.
- [21] Li N, Shen C, Yang X, Wang R, Gu LQ, Zhao W, Chu ZP. The real experience of lay responders performing cardiopulmonary resuscitation: a synthesis of qualitative evidence. *Public Health Rev*. 2024;45:1606650.
- [22] Zenani NE, Bello B, Molekodi M, Useh U. Effectiveness of school-based CPR training among adolescents to enhance knowledge and skills in CPR: a systematic review. *Curationis*. 2022;45(1):e1-e9.
- [23] Farokhzadian J, Mangolian Shahrabaki P, Farahmandnia H, Taskiran Eskici G, Soltani Goki F. Nurses' challenges for disaster response: a qualitative study. *BMC Emerg Med*. 2024;24(1):1.
- [24] Farokhzadian J, Mangolian Shahrabaki P, Farahmandnia H, Taskiran Eskici G, Soltani Goki F. Exploring the consequences of nurses' involvement in disaster response: findings from a qualitative content analysis study. *BMC Emerg Med*. 2024;24:74.
- [25] Cavallari JM, Trudel SM, Charamut NR, Suleiman AO, Sanetti LMH, Miskovsky MN, Brennan ME, Dugan AG. Educator perspectives on stressors and health: a qualitative study of U.S. K-12 educators in February 2022. *BMC Public Health*. 2024;24(1):2733.