บทที่ 2
วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมและรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ในการป้องกันอุบัติภัยจราจรในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนบุณฑริกวิทยาคาร อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานีครั้งนี้ผู้วิจัยได้ค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี และทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวิจัย โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุและอุบัติภัย
2. ทฤษฎีการเกิดอุบัติเหตุ
3. พฤติกรรมสุขภาพ
4. แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่น
5. กระบวนการกลุ่ม
6. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุและอุบัติภัย

2.1.1 ความหมายของอุบัติเหตุและอุบัติภัย

อุบัติเหตุ (Incident) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่คาดคิดมาก่อน ซึ่งเป็นได้ทั้งเหตุดี และเหตุร้ายก็ได้ (จุฬาภรณ์ โสตะ, 2541)

อุบัติภัย (Accident) หมายถึง เหตุการณ์ซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่คาดฝันมาก่อนโดยไม่เจตนา เป็นผลให้เกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน เกิดอันตรายแก่ร่างกาย และจิตใจ อาจทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตได้ (จุฬาภรณ์ โสตะ, 2541)

อุบัติภัย (Accident) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดมาก่อน โดยไม่ตั้งใจให้เกิด เป็นผลให้เกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สินเป็นอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ และอาจทำให้สูญเสียชีวิตได้ด้วย (วิจิตร บุณยะโหตระ, 2536)

อุบัติภัย (Accident) หมายถึง ภัยที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากอุบัติเหตุ (ณรงค์ ณ เชียงใหม่, 2532)

สรุปได้ว่า อุบัติภัย หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากอุบัติเหตุที่ไม่คาดคิดมาก่อนโดยไม่ตั้งใจ เป็นผลให้เกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน เกิดอันตรายแก่ร่างกาย และจิตใจ และที่สำคัญที่สุดคือ อาจทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตได้

2.1.2 ประเภทของอุบัติภัย

อุบัติภัย แบ่งได้ 4 ประเภท (จุฬาภรณ์ โสตะ, 2541)

2.1.2.1 อุบัติภัยภายในบ้าน (Home accident) หมายถึง อุบัติภัยที่เกิดขึ้นในบริเวณบ้าน เช่น ในบ้าน สนามหญ้าหน้าบ้าน ตกบันได น้ำร้อนลวก มีดบาด ไฟดูด ประตูหรือหน้าต่างหนีบมือ ลื่นหกล้ม เป็นต้น

2.1.2.2 อุบัติภัยจากการประกอบอาชีพ (Occupational accident) หมายถึง อุบัติภัยที่เกิดขึ้นในขณะทำงานหรือการประกอบอาชีพ อันตรายที่ได้รับอาจเนื่องมาจาก อุปกรณ์ทำงาน เครื่องมือ เครื่องใช้ต่างๆ เช่น สายพาน ยากำจัดแมลง สารพิษ ฯลฯ

2.1.2.3 อุบัติภัยในสาธารณสถาน (Public accident) หมายถึง อุบัติภัยที่เกิดขึ้นในโรงเรียน ห้างสรรพสินค้าโรงแรม โรง ภาพยนตร์ สถานีตากอากาศ สนามกีฬา ฯลฯ

2.1.2.4 อุบัติภัยจากการจราจร (Traffic accident) หมายถึง อุบัติภัยที่เกิดจากการจราจรทั้งทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ เช่น เครื่องบินตก รถยนต์ชนกัน รถไฟตกราง เรือล่ม แพคว่ำ โป๊ะล่ม ฯลฯ

สรุปได้ว่าอุบัติภัยจราจร หมายถึง อุบัติภัยที่เกิดขึ้นจากการจราจรทั้งทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาเฉพาะอุบัติภัยจราจรทางบกที่เกิดจากการเดินทางสัญจรไปบนท้องถนนที่เกิดขึ้นและมีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้เดินถนน ผู้ขับขี่ยานพาหนะทุกประเภท

2.1.3 ความสูญเสียจากอุบัติภัยจราจร

การเกิดอุบัติภัยจราจร ก่อให้เกิดความสูญเสียดังนี้ (ณรงค์ ณ เชียงใหม่, 2532)

2.1.3.1 ความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจของชาติ ทำให้เกิดความสูญเสียทั้งของเอกชนและของรัฐบาล นอกจากนี้การเกิดอุบัติเหตุในแต่ละครั้งทำให้เสียเวลาทำมาหากิน เสียเงินในการฟ้องร้อง ต่อศาล

2.1.3.2 ความสูญเสียทางด้านสังคมและกำลังคน การที่ประเทศชาติมีคนตายและมีคนพิการจำนวนหนึ่งนั้นก็เป็นการสูญเสียอย่างมาก โดยเฉพาะกำลังสำคัญสำคัญของประเทศด้วยแล้วถือว่าเป็นการสูญเสียกำลังคน (Man power) ในการช่วยพัฒนาประเทศชาติและเป็นการสูญเสียทรัพยากรของประเทศไปด้วย ส่วนคนบาดเจ็บก็ต้องเสียเงิน และเป็นภาระกับครอบครัว

2.1.3.3 ความสูญเสียทางด้านสุขภาพอนามัย การเกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้ง หมายถึง การสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน คนที่ไม่ถึงกับเสียชีวิต ก็ต้องบาดเจ็บและพิการ

2.1.3.4 ความสูญเสียทางด้านจิตใจ ผู้ที่ประสบอุบัติเหตุถึงจะรอดได้อย่างหวุดหวิด และไม่พิการก็ตามทำให้สุขภาพจิตเสื่อมเนื่องจากการตกใจ/ความกังวล และภาพหลอนต่างๆ ซึ่งไม่อาจจะลืมได้

สรุปได้ว่า อุบัติภัยจราจรทำให้เกิดความเสียหายหลายด้าน ทั้งทางด้านเศรษฐกิจของชาติ ด้านสังคมและกำลังคน ด้านสุขภาพอนามัย และความสูญเสียทางด้านจิตใจ ซึ่งเกิดความสูญเสียอย่างประมาณค่าไม่ได้

2.1.4 ปัจจัยที่มีความสำคัญต่ออุบัติภัยจราจรทางบก

ปัจจัยสำคัญของอุบัติภัยจราจรทางบก มี 4 ประการที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ ได้แก่ บุคคล (Host) ยานพาหนะ (Agent) ถนน (Road) และสภาวะแวดล้อม (Environment) (จุฬาภรณ์ โสตะ, 2541)

2.1.4.1 ปัจจัยด้านบุคคล (Human factor) บุคคลผู้ใช้รถใช้ถนนมีความสำคัญมากต่อการเกิดอุบัติภัยทั้งคนขับรถ คนโดยสาร และคนเดินเท้า ดังนี้

1) **คนขับรถ** ก่อให้เกิดอุบัติภัยได้จากสาเหตุต่อไปนี้

ก. ประมาท ขาดความระมัดระวังในการขับขี่ ขับรถตามหลังรถคันหลังอย่างกระชั้นชิดแซงในที่คับขัน เปลี่ยนเส้นทางโดยไม่ระมัดระวัง ไม่ลดความเร็วเมื่อถึงทางโค้ง

ข. ขับรถด้วยความเร็วสูง ขับรถเร็วเกินอัตราที่กฎหมายกำหนดจนไม่สามารถบังคับรถได้คาดคะเนความเร็วสูง ขับรถเสียหลักเมื่อหยุดรถกะทันหัน หลบคนหรือสัตว์และวัตถุอื่น

ค. ไม่ปฏิบัติตามกฎ หรือสัญญาณจราจร เช่น ขับรถฝ่าไฟแดง ขับรถแซงซ้าย บรรทุกเกินอัตราที่กฎหมายกำหนด จอดรถบนผิวการจราจรที่ห้ามจอด

ง. ความผิดปกติของสภาพร่างกายและจิตใจ เช่น สายตาสั้น หรือยาวเกินไป มึนเมาจากการดื่มสุรา ง่วงนอน เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย เจ็บป่วยไม่สบาย รับประทานสารเสพติด เช่น ยาบ้า ตลอดจนจิตใจหรืออารมณ์ไม่ปกติ เช่น ก้าวร้าว โกรธ เครียด โมโห สะเพร่า คึกคะนอง ชอบเสี่ยง ท้าทาย แข่งขัน

จ. ความสามารถและทักษะในการขับรถไม่ดีพอ เช่น ขาดความรู้ความสามารถในการขับรถหัดขับรถไม่มีทักษะดีพอ ขาดการตัดสินใจที่ดี

ฉ. วัยและเพศ พบว่า วัยที่พบอุบัติภัยบ่อยที่สุด คือ วัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่ชอบเสี่ยง ชอบทดลองขาดการพิจารณาอย่างรอบคอบ และวันผู้สูงอายุ ซึ่งการรับรู้ช้า มีเฉื่อยชา

ตกใจง่าย ในประเทศอเมริกาเมื่อ ค.ศ.1986 มีผู้ศึกษาการเกิดอุบัติภัย พบว่า เพศหญิง มีจำนวนการเกิดอุบัติภัยได้มากกว่าเพศชาย ส่วนในประเทศไทยพบว่า เพศชายมีจำนวนการเกิดอุบัติเหตุได้สูงกว่าเพศชายทั้งนี้อาจเป็นเพราะเพศชายเป็นผู้ขับขี่ยานพาหนะทุกประเภทได้มากกว่าและมีการขับรถเป็นระยะทางไกล ๆ

ช. ไม่ใช้อุปกรณ์ในการป้องกันความปลอดภัย ผู้ขับขี่รถไม่คาดเข็มขัดนิรภัยและผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ไม่สวมหมวกนิรภัยนับว่าเป็นอันตรายมากถ้าเกิดอุบัติเหตุขึ้นมาและอาจได้รับความรุนแรงมากขึ้น

ซ. ผู้ขับรถไม่มีน้ำใจและมารยาท ขับรถตัดหน้าคันอื่น ไม่ยอมจอดรถให้คนข้ามถนนตรงทางม้าลายหรือทางข้าม

2) คนโดยสารและคนเดินเท้า

ก. ขึ้นหรือลงรถโดยไม่ระมัดระวัง ใจร้อน กระโดดขึ้น ลง

ข. ข้ามถนนไม่ระมัดระวัง ไม่ข้ามถนนตรงทางม้าลายหรือสะพานลอย

ค. ข้ามถนนโดยออกจากหน้ารถหรือหลังรถ

ง. ตกจากรถโดยเฉพาะคนที่ห้อยโหนรถหรือขึ้นโดยสารบนหลังคารถนั่งรถโดยสารโดปราศจากสิ่งกำบัง

จ. ลื่นล้มหรือเป็นลมบนถนนหรือรีบร้อนจนเกินไป

ฉ. เดินชิดถนนบริเวณที่รถผ่านไปมามากเกินไป

ช. เปิดประตูรถขึ้น-ลงโดยไม่ระมัดระวัง

ซ. สภาพร่างกายหรือจิตใจไม่ปกติ เช่น เมา ง่วง อารมณ์ไม่ดี ใจลอย คึกคะนอง สนุกสนานเพลิดเพลินเกินขอบเขต ไม่สบาย

ฌ. ผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ที่ไม่สวมหมวกนิรภัย หรือผู้โดยสารรถยนต์โดยเฉพาะคนที่นั่งด้านข้าง ถ้าไม่คาดเข็มขัดนิรภัยหากเกิดอุบัติเหตุย่อมได้รับอุบัติภัยที่รุนแรง

2.1.4.2 ปัจจัยด้านยานพาหนะ (Vehicle factors)

ยานพาหนะที่มีสภาพชำรุดบกพร่อง ขาดการตรวจสอบและบำรุงรักษาที่ดีก่อนออกเดินทางหรือก่อนใช้งาน ตลอดจนยวดยานที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน นับว่าเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอุบัติภัยจราจรได้

1) ยานพาหนะที่มีสภาพชำรุดบกพร่อง เช่น

ก. สภาพของยาง ยางไม่มีดอก ไม่เกาะถนน

ข. ระบบห้ามล้อ เช่น เบรกแตก คันชักคันส่งหลุด และพวงมาลัยหลุด

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
ห้องสมุดงานวิจัย
รับที่ 20 ก.ค. 2555
เลขทะเบียน 249680
เลขเรียกหนังสือ

ค.ระบบไฟสัญญาณบกพร่อง เช่น ไฟหน้า ไฟหลัง ไฟเลี้ยวซ้าย ไฟเลี้ยวขวา ไฟเบรก โดยเฉพาะเวลากลางคืนอันตรายมาก

ง. พวงมาลัยหรือคันบังคับไม่อยู่ในสภาพปกติ

จ. กระจก กระจกมองหลัง มองข้างชำรุด ร้าวหรือแตก

2) ยานพาหนะที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัย

ก.รถที่ใช้เครื่องยนต์ในการเกษตร รถอีแต๋น รถสกายแลป รวมทั้งรถไถนาที่นำออกมาวิ่งในถนนโดยไม่ติดโคมไฟหรือสร้างขึ้นโดยไม่ถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนดไว้

ข. รถบรรทุกหนักหรือบรรทุกสูงยื่นล้ำเกินอัตราที่กฎหมายกำหนด

ค.ไม่มีอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัย เช่น เข็มขัดนิรภัย ถุงลม

ง.รถจักรยานยนต์ที่ไม่มีอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น กระจกมองหลัง ไฟเลี้ยว ไฟหน้า หรือมีเสียงดังมากเกินไป

จ. ฟิล์มกรองแสงที่หนาทึบมากอาจก่อให้เกิดอันตรายทั้งจากการขู่บังคับ จี้ปล้นและการลักพาตัวโดยไม่มีใครมองทะลุแผ่นฟิล์มได้ ปัจจุบันมีกฎหมายบังคับไม่ให้ติดฟิล์มกรองแสงที่ทึบเกินไป คือไม่เกิน50 %

2.1.3.3 ปัจจัยด้านถนนหรือทาง (Road factor)

1) ถนนหรือทาง หมายถึง ทางเดินรถ ช่องเดินรถ ช่องเดินรถประจำทาง ไหล่ทาง ทางเท้า ทางข้าม ทางร่วม ทางแยก ทางลาด ทางโค้ง สะพาน และลานที่ประชาชนใช้ในการจราจร รวมทั้งทางส่วนบุคคล

2) โครงสร้าง (Structure) ถนนที่มีทางโค้งมาก ๆ หรือต้องขึ้นลงเขาบ่อย ๆ หรือถนนที่โค้งหักศอก ทำให้เกิดมุมอับหรือมุมบอดของการเห็นสภาพการจราจรข้างหน้า

3) พื้นถนน (Road surface) พื้นผิวถนนที่ลาดด้วยยางแอสฟัลท์ จะมีความลื่นมากกว่าถนนที่ทำด้วยคอนกรีต หรือถนนลูกรังเมื่อฝนตกเปียกน้ำก็จะทำให้เป็นโคลนหรือลื่นไถลได้ง่าย ตลอดจนความเป็นหลุมเป็นบ่อย่อมก่อให้เกิดอุบัติภัยได้สูง

4) ไหล่ทาง (Shoulder) ไหล่ทาง คือพื้นที่ที่ต่อจากขอบทางออกไปทางด้านข้างซึ่งยังไม่ได้จัดทำเป็นทางเท้า หากมีสิ่งกรีดขวางถนนหรือต้นไม้ก็ก่อให้เกิดอันตรายได้ โดยเฉพาะไหล่ทางที่เป็นทางโค้งหรือบริเวณสะพาน หรือถนนที่กำหนดความเร็วสูง เช่น บนทางด่วนพิเศษที่ไม่มีสิ่งกั้นข้างทาง

5) แสงสว่าง (Lighting) พื้นผิวถนนส่วนใหญ่เป็นสีดำ ทำให้เวลากลางคืนแสงสว่างจากไฟหน้ารถน้อยกว่าที่ควร และมักเป็นปัญหาสำหรับผู้ขับขี่ที่สายตาไม่ดี

6) ช่องเดินรถ (Lane) ช่องเดินรถหรือทางเดินรถที่จัดแบ่งเป็นช่องสำหรับการเดินรถโดยการทำเครื่องหมายเป็นเส้นหรือแนวแบ่งเป็นช่องไว้ ช่องเดินรถที่ไม่กว้างพอ คือ ต่ำกว่า 6-10 เมตรและมีช่องเดินรถเพียง 2ช่องทาง มีแนวโน้มที่จะเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

7) ถนนไม่มีเครื่องหมายเตือน (Road marking) ไม่มีเครื่องหมายเตือนและการตีเส้นบนพื้นถนนเป็นสีสะท้อนแสง ตลอดจนคำเตือนด้วยอักษรตัวโต ๆ เช่น ให้ระวังเด็ก

8) ถนนไม่มีทางเดินและทางเดินรถเป็นสัดส่วน นั่นคือ ไม่มีทางม้าลาย ไม่มีทางคนเดินถนนไม่มีสะพานลอย ไม่มีที่จอดรถหรือเบียดบังถนนเป็นที่ขายของเป็นที่จอดรถ ทำให้ถนนคับแคบก่อให้เกิดอันตรายได้

2.1.4.5 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (Environment factor) สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการจราจรทางบกหมายถึง ทุกสิ่ง ทุกอย่างที่อยู่ล้อมรอบตัวเรา ได้แก่

1) สภาพแวดล้อมทางธรรมชาติหรือทัศนะวิสัยไม่ดี เช่น หมอกลงจัด ลูกเห็บตก ฝนตกหนักน้ำท่วม

2) อุปกรณ์ความปลอดภัยไม่สมบูรณ์ ได้แก่ ป้ายแนะนำ ป้ายบังคับ ป้ายเตือนไม่ชัดเจน เข้าใจยาก ไม่สื่อความหมาย แสงสว่างไม่เพียงพอ ไม่มีทางเท้า หรือไหล่ทาง ตลอดจนไม่มีทางข้ามถนนในที่เหมาะสม

3) สภาพแวดล้อมที่เกิดจากการกระทำของคน เช่น มลพิษ การเกิดเสียงดังจากท่อไอเสีย ซึ่งมีผลต่อความแปรปรวนของอารมณ์ การเผาขยะข้างทาง การเผาหญ้าและฟางข้าวในบริเวณข้างทางหลวง ทำให้เกิดหมอกควันหนาทึบ มองไม่เห็นทางข้างหน้า การนำสัตว์เลี้ยงมาปล่อยบริเวณสองข้างทาง ทำให้สัตว์เดินเกะกะ กีดขวางการเดินรถ ซึ่งเป็นอันตรายมากสำหรับรถที่วิ่งด้วยความเร็วสูง รวมทั้งการประกอบอาชญากรรมของโจรผู้ร้ายโดยการซึ่งล้วดจอดรถจักรยานยนต์ในเวลากลางคืน ตลอดจนการใช้น้ำมัน หรือผงซักฟอกมาราดบนถนน ทำให้รถที่แล่นผ่านไปมาเสียหลักพลิกคว่ำได้ง่ายอุบัติภัยจราจรทางบกเกิดจากหลายปัจจัยได้แก่ บุคคล ยานพาหนะ ถนน และ สภาพสิ่งแวดล้อมซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาเกี่ยวการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของบุคคล

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญของอุบัติภัยจราจรทางบก มี 4 ประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคลทั้งผู้ที่ใช้รถใช้ถนน คนขับรถ คนโดยสาร และคนเดินเท้า ปัจจัยด้านยานพาหนะ ที่ขาดการตรวจสอบและบำรุงรักษาที่ดีก่อนใช้งาน ปัจจัยด้านถนนหรือทาง ที่ควรตรงตามมาตรฐานและกฎจราจร และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม คือ ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่ล้อมรอบตัว และก่อให้เกิดอุบัติภัยจราจร

2.1.5 ทฤษฎีการเกิดอุบัติเหตุ (Theory of Cause of Accident)

2.1.5.1 ทฤษฎีโดมิโน (Domino Theory) เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุ เฮนริช (H.W.Heinrich อ้างใน จุฬาภรณ์ โสตะ, 2541) กล่าวว่า การบาดเจ็บเป็นผลสืบเนื่องโดยตรงมาจากอุบัติภัยซึ่งเป็นผลมาจากการกระทำที่ไม่ปลอดภัยหรือสภาพการณ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งเปรียบได้เหมือนตัวโดมิโนที่เรียงกันอยู่ 5 ตัวใกล้กัน เมื่อตัวที่ 1 ล้ม ย่อมทำให้ตัวโดมิโนตัวถัดไปล้มตามกันไปด้วย ได้แก่

โดมิโนตัวที่ 1 สภาพแวดล้อมหรือภูมิหลังของบุคคล (Social Environment of Background) ได้แก่ สภาพการเลี้ยงดูของครอบครัว ขนบธรรมเนียมประเพณี ตลอดจนสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ชุมชนแออัด ชุมชนเมืองย่อมมีความแตกต่างกัน

โดมิโนตัวที่ 2 ความบกพร่อง หรือความผิดปกติของบุคคล (Defect of person) ได้แก่ความพิการของร่างกาย เช่น ตาบอดสี กล้ามเนื้ออ่อนแรง หูหนวก มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิต โรคเบาหวานเป็นต้น

โดมิโนตัวที่ 3 การกระทำหรือสภาพการณ์ที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe acts / Unsafe Condition) ได้แก่ การกระทบของบุคคลที่เสี่ยงต่ออันตราย เช่น การขับรถด้วยความเร็วสูงในขณะฝนตกถนนลื่นการเปิดสวิตซ์ไฟขณะมือเปียก เป็นต้น

โดมิโนตัวที่ 4 อุบัติภัย (Accident) ได้แก่ ผลที่เกิดจากสภาพแวดล้อมทางสังคม หรือความบกพร่องทางร่างกายของบุคคลหรือการกระทำที่ไม่ปลอดภัย เช่น หลับในขณะขับรถยนต์ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้

โดมิโนตัวที่ 5 การบาดเจ็บหรือเสียหาย (Injuries or Damage) ได้แก่ นิ้วขาด เสียดวงตา ขาหัก อัมพาตเป็นต้น

ตามทฤษฎีของโดมิโน มีโดมิโนเรียงกันอยู่ 5 ตัว ได้แก่ สภาพแวดล้อมหรือภูมิหลังของบุคคล ความบกพร่องหรือความผิดปกติของบุคคล การกระทำ อุบัติภัย และการบาดเจ็บหรือเสียหาย เมื่อโดมิโนตัวที่ 1 ล้ม ตัวถัดไปก็ล้มตาม ดังนั้นหากไม่ให้โดมิโนตัวที่ 4 ล้ม (ไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ) ก็ต้องเอาโดมิโนตัวที่ 3 ออก การบาดเจ็บหรือความเสียหายก็จะไม่เกิดขึ้น

2.1.5.2 ทฤษฎีการขาดดุลยภาพ (Imbalance cause theory)

ทฤษฎีการขาดดุลยภาพ โดย บลูเมนทอล (Blumenthal M.อ้างถึงใน จุฬาภรณ์ โสตะ , 2541) กล่าวว่า การบาดเจ็บหรืออุบัติภัยเกิดจากการขาดดุลยภาพชั่วขณะหนึ่ง ระหว่างพฤติกรรมของคนกับระบบงาน ซึ่งอาจจะป้องกันไม่ให้เกิดได้โดยการแก้ไขเปลี่ยนแปลงระบบทั้งสองอย่างหรืออย่างใดอย่างหนึ่ง

2.1.5.3 ทฤษฎีพลังงาน (Energy Cause Theory)

ทฤษฎีพลังงาน สามารถอธิบายการทำให้เกิดการบาดเจ็บได้ ตามคำกล่าวของ แฮดดอน(Haddon อ้างใน จุฬาภรณ์ โสตะ, 2541) ที่กล่าวถึงสาเหตุของการบาดเจ็บว่า เป็นเรื่องสมเหตุผลที่จะอธิบายสาเหตุการบาดเจ็บ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้โดยไม่คาดคิด หรือโดยไม่ตั้งใจให้เกิดขึ้นก็ตาม จัดอยู่ในประเภทหนึ่งประเภทใด 2 ประเภทดังต่อไปนี้

ประเภทที่ 1 ได้แก่ การบาดเจ็บ ซึ่งเกิดจากการเกิดพลังงาน มากระทบร่างกายของคนเราในปริมาณที่สูงเกินกว่าร่างกายจะทนต่อแรงกระทบนั้นได้ (Injury Thresholds)

ประเภทที่ 2 ได้แก่ การเกิดการเปลี่ยนแปลงพลังงานระหว่างร่างกาย หรือส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายกับแรงซึ่งมากระทบ ในลักษณะที่ผิดปกติ (Abnormal Energy Exchange) จึงทำให้เกิดการบาดเจ็บขึ้นขั้นตอนของการบาดเจ็บนั้น เริ่มต้นด้วยมีพลังงานก่อตัวขึ้นมา (Energy Marshalling) แต่ยังไม่มีการปล่อยพลังงานให้ปรากฏออกมาเปรียบเสมือนรถยนต์ ที่กำลังติดเครื่องยนต์ทำให้เกิดพลังงานขึ้น แล้วแต่ยังไม่ขับเคลื่อนต่อมาจะมีการปล่อยพลังงานออกมา ซึ่งเปรียบได้กับรถยนต์ขับเคลื่อนออกมาบนถนนแล้ว และเมื่อรถคันนั้นวิ่งมาชนคนถ้าชนเบาๆ ร่างกายหรืออวัยวะก็ทนต่อแรงกระทบได้จะไม่เกิดการบาดเจ็บ แต่ถ้าแรงกระทบนั้นสูงเกินกว่าร่างกาย หรืออวัยวะจะทนไหวก็เกิดการบาดเจ็บได้

2.2 พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดทีท่าค่านิยม และการกระทำหรือไม่กระทำที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หรือมีผลต่อสุขภาพ หรือมีผลต่อสุขภาพของตนเองของบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวหรือชุมชนแล้วแต่กรณี (สมจิตต์ สุพรรณทัสน์, 2534 อ้างถึงใน จารุวรรณ นิพพานนท์, 2543)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความคิด ท่าทีเจตนาและการแสดงออกทั้งทางกายและทางวาจา ซึ่งตรงกับหลักการของศาสนาพุทธที่กล่าวถึง"กรรม" ของผู้ปฏิบัติ ซึ่งมีทั้งมโนกรรม กายกรรม และวจีกรรม ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ซึ่งประกอบด้วยการป้องกันตัว การส่งเสริมสุขภาพของร่างกาย การดูแลตัวเองเมื่อบาดเจ็บหรือป่วยไข้และในระยะพักฟื้น เราจะเห็นว่าพฤติกรรมเรื่องสุขภาพอนามัยไม่เพียงเกิดขึ้นในช่วงแค่เมื่อตอนเราไม่สบายเท่านั้น หากจะรวมถึงช่วงที่เราสบายดี (อดิศักดิ์ สัตยธรรม, 2536 อ้างถึงใน จารุวรรณ นิพพานนท์, 2543)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) เป็นกิจกรรมที่บุคคลเชื่อว่าจะทำให้ตนเองมีสุขภาพดีจึงลงมือกระทำ เช่น รับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย นอนหลับประมาณวันละ 7 ชั่วโมง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การป้องกันอุบัติเหตุ ไม่

ดื่มสุรามากเกินไป ไม่สูบบุหรี่หรือ กล่าวอีกนัยหนึ่ง พฤติกรรมสุขภาพก็คือพฤติกรรมที่จะกระทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี (Murray and Zentner, 1989 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2532)

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์บุคคลแรกที่กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพคือ แฮริสและกูเตน (Harries and Guten cited in Pender, 1987) ซึ่งเป็นการให้ความหมายที่รวมทั้งการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีและเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์พฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behaviors) และพฤติกรรมการป้องกันโรค (Health Protecting Behaviors) (Brubaker, 1983 : Murray and Zentner, 1989 : Pender, 1987 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2532)

สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ ที่แสดงออกในลักษณะความเข้าใจความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยซึ่งประกอบด้วยการป้องกันตัวการส่งเสริมสุขภาพของร่างกาย เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีและเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์

2.2.1 พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจร

พฤติกรรมในการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร จะให้ได้ผลดีควรมีการป้องกันทั้ง 3ขั้นตอน คือ ทำอย่างไรไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ เมื่อเกิดอุบัติเหตุทำอย่างไรจึงจะลดความรุนแรงของการบาดเจ็บลงได้เมื่อเกิดอุบัติเหตุขึ้นทำอย่างไรถึงจะให้ผู้ประสบเหตุรอดชีวิตหรือมีอาการไม่รุนแรงจนเสียชีวิตและพิการ ซึ่งป้องกันทั้ง 3 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

2.2.1.1 การป้องกันปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นพฤติกรรมเพื่อป้องกันมิให้เกิดอุบัติเหตุขึ้น ได้แก่

1) ผู้ขับขี่ยานพาหนะ มีจิตสำนึกและร่วมมือในการปฏิบัติตามกฎจราจรอย่างเคร่งครัด ไม่ดื่มสุราหรือเสพสารเสพติดเมื่อขับขี่ยวดยานพาหนะ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของตนเองและผู้อื่น

2) ประชาชนทั่วไป เห็นความสำคัญของการป้องกันอุบัติเหตุ มีความรู้สึกร่วมในสังคมที่ต่อต้าน รังเกียจผู้กระทำผิดกฎจราจร และเป็นแนวร่วมในการผลักดันให้ผู้ขับขี่ปฏิบัติตามกฎจราจร

3) ผู้ประกอบการด้านการผลิตยานพาหนะเห็นความสำคัญของการป้องกันอุบัติเหตุโดยการผลิต "ผลิตภัณฑ์คุณภาพ" เน้นถึงระบบความปลอดภัยและอุปกรณ์ความปลอดภัย

2.2.1.2. การป้องกันทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เป็นพฤติกรรมเพื่อป้องกันการบาดเจ็บหรืออันตรายต่อร่างกาย และชีวิตหากจะมีอุบัติเหตุเกิดขึ้น ได้แก่

1) ผู้ขับขี่มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัย มีจิตสำนึก และร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการ และกฎหมายด้านการป้องกันทุติยภูมิ ได้แก่ การสวมหมวกนิรภัยในผู้ขับขี่

รถจักรยานยนต์ การใช้เข็มขัดนิรภัย การใช้กระจกนิรภัย การใช้ถุงลมนิรภัย การใช้เก้าอี้นิรภัยสำหรับเด็ก ฯลฯ

2) ประชาชนทั่วไป มีพฤติกรรมร่วมที่จะต่อต้านผู้กระทำผิดกฎจราจร และเป็นแนวร่วมในการผลักดันให้ผู้ขับขี่และผู้โดยสารปฏิบัติตามการป้องกันต่างๆ

3) เจ้าหน้าที่ตำรวจ มีการเข้มงวดในการตรวจจับผู้กระทำผิดอย่างเคร่งครัด

3. การป้องกันตติยภูมิ (Tertiary Prevention)

เป็นพฤติกรรมการป้องกันเพื่อให้ผู้ประสบอุบัติเหตุรอดชีวิต หรือมีอาการไม่รุนแรงมากขึ้นจนถึงเสียชีวิตหรือพิการ โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบ ได้แก่

3.1 การเรียนรู้ การฝึกอบรมต่ออาสาสมัครและประชาชนทั่วไปในการช่วยเหลือปฐมพยาบาล การนำส่งที่ปลอดภัยและช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บขั้นต้น

3.2 การจัดทำและซ้อมแผนปฏิบัติการ เมื่อเกิดอุบัติเหตุที่มีความรุนแรงและสาธารณภัยประจำหน่วยงาน ท้องที่ และจังหวัดต่างๆทั่วประเทศ

3.3 การจัดตั้งระบบให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital Care) โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เป็นผู้ดำเนินการตามแผนด้านการแพทย์ฉุกเฉิน กรมการแพทย์ และโครงการป้องกันลดอุบัติเหตุและบรรเทาสาธารณภัย กรมการแพทย์ การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในสถานพยาบาล ไดแก่ การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน การให้การรักษาผู้บาดเจ็บในหอรักษาผู้ป่วย การจัดทำและซ้อมแผนการให้การรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บในสถานการณ์ฉุกเฉินหรือสาธารณภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้บาดเจ็บ

3.4 กิจกรรมของคณะกรรมการประสานนโยบายและแผนปฏิบัติการด้านอุบัติเหตุและสาธารณภัยทางการแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประสานนโยบายและดำเนินการด้านภัยพิบัติในทางการแพทย์ อันประกอบด้วย การกำหนดนโยบายและการประสานงาน การสื่อสาร การช่วยเหลือทางเครื่องมือทางการแพทย์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ การเคลื่อนย้าย การส่งต่อผู้ป่วยตลอดจนการใช้ยานพาหนะในการเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยระยะทางไกลๆและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่ต้องการ พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ผู้วิจัยนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมสุขศึกษา โดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอุบัติเหตุในระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นแนวทางในการป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักยานยนต์ที่ปลอดภัยและถูกต้องตามกฎจราจร (ธนวรรธน์ อิ่มสมบูรณ์, 2541 อ้างถึงใน ธิดารัตน์ ทองเที่ยงดี, 2541)

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่น

คำว่า"วัยรุ่น"มาจากคำว่า Adolescent ในภาษาละติน ซึ่งแปลว่า เจริญเติบโตไปสู่วุฒิภาวะ นั่นคือ เป็นวัยย่างเข้าสู่ความเป็นผู้ใหญ่นั้นเอง โดยเราถือเอาจากความพร้อมทางร่างกายหรือภาวะสูงสุดขีดของร่างกายเป็นเครื่องตัดสิน ซึ่งในระยะนี้เป็นระยะที่ร่างกายจะมีการเจริญเติบโตของระบบอวัยวะเพศและสามารถทำงานได้เต็มที่ คือ ในเพศหญิงเมื่อมีประจำเดือนมาเป็นครั้งแรก และในเพศชายจะมีการผลิตเซลล์สืบพันธุ์ได้ วัยรุ่นถือว่าเป็นระยะของช่วงชีวิตที่คั่นกลางระหว่างความเป็นเด็กกับความเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งไม่สามารถแบ่งขีดขั้นได้อย่างแน่นอนว่าควรกำหนดเมื่ออายุเท่าใด ตามปกติเรามักถือว่าวัยรุ่นคือผู้ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 13-20 ปี แต่ทั้งนี้ไม่แน่นอน เพราะบางคนอายุเพียง 17-18 ปีก็แสดงพฤติกรรมว่าเขามีวุฒิภาวะเพียงพอที่จะพ้นสภาพวัยรุ่นได้ Luella Cole นักจิตวิทยาชาวอเมริกันแบ่งวัยรุ่นออกได้เป็น 3 ระยะคือ (รุจิรา ดวงสงค์ ,ม.ป.ป)

วัยรุ่นตอนต้น (Early Adolescence)

เด็กหญิงจะมีอายุระหว่าง 13-15 ปี

เด็กชายจะมีอายุระหว่าง 15-17 ปี

วัยรุ่นตอนกลาง (Middle Adolescence)

เด็กหญิงจะมีอายุระหว่าง 15-18 ปี

เด็กชายจะมีอายุระหว่าง 17-19 ปี

วัยรุ่นตอนปลาย (Late Adolescence)

เด็กหญิงจะมีอายุระหว่าง 18-21 ปี

เด็กชายจะมีอายุระหว่าง 19-21 ปี

จากการศึกษาพบข้อสังเกตว่า

ก. เด็กชายจะเจริญเติบโตเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นช้ากว่าเด็กหญิงประมาณ 2 ปี

ข. อายุเฉลี่ยทั้งชายและหญิง ในด้านความพร้อมของต่อมเพศที่จะเริ่มผลิตเซลล์สืบพันธุ์ได้นั้น เมื่อหญิงมีอายุประมาณ 11-13 ปี และชายอายุประมาณ 13-15 ปี

ลักษณะระยะต่าง ๆ ของวัยเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นและวัยรุ่น

1. **วัยเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น (Puberty)** หญิงอายุ 11-13 ปี และชาย 13-15 ปี เป็นระยะที่ร่างกายเริ่มการเจริญเติบโตทางเพศอย่างสมบูรณ์ทั้งในเด็กหญิง และชาย ในระยะเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นนี้เป็นระยะที่เตือนให้เราเห็นว่าระยะของวัยรุ่นได้ใกล้เข้ามาแล้ว

2. **วัยรุ่นตอนต้น (Early Adolescence)** จะเป็นช่วงเวลานานพอสมควร โดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และความนึกคิด การเจริญเติบโตในระยะวัยรุ่นนี้ ปรากฏว่ามีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ในด้านร่างกายนั้นมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมายและสิ้นสุดลงเมื่อได้

ถึง "วุฒิภาวะของวัยรุ่น" ส่วนในด้านจิตใจนั้นส่วนใหญ่เป็นผลพลอยได้มาจากความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย แม้ว่าลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจะเป็นสิ่งปกติของเด็กทุกคนเมื่ออย่างเข้าสู่วัยรุ่นก็ตาม แต่ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของเด็กแต่ละคนมักไม่เหมือนกัน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม และด้วยเหตุนี้ทำให้เราเข้าใจได้ว่า เหตุใดเด็กบางคน ถึงแม้ว่าจะมีอายุอยู่ในเกณฑ์วัยรุ่นก็ตาม ก็ยังไม่มีลักษณะ "พายุบุแคม" ของวัยรุ่น หรือลักษณะอื่น ๆ ที่ควรเกิดขึ้นกับวัยรุ่นปรากฏให้เห็นเลย

3. **วัยรุ่นตอนกลาง (Middle Adolescence)** เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง เช่น สภาพแวดล้อมใหม่และมีผลต่อพัฒนาการทางสังคมของเด็ก โดยทั่วไปเด็กส่วนใหญ่จะคบเพื่อนที่มีรสนิยมคล้ายคลึงกันหรือคนที่ถูกใจกัน เด็กเริ่มรู้จักปรับปรุงบุคลิกภาพเลียนแบบผู้ที่ตนยกย่อง ชอบทำสิ่งแปลก ๆ ใหม่ ๆ เด็กที่ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง จะเป็นเด็กไวต่อความรู้สึก มีความกระวนกระวายใจต่อคำพูดที่กล่าวออกไปซึ่งครูหรือผู้ปกครองควรร่วมมือกันช่วยเหลือแนะนำอย่างใกล้ชิด

4. **วัยรุ่นตอนปลาย (Late Adolescence)** การพัฒนาการของวัยรุ่นเริ่มเข้าสู่วุฒิภาวะอย่างสมบูรณ์แบบก็ในระยะวัยรุ่นตอนปลาย โดยในระยะนี้มักมีการพัฒนาทางด้านจิตใจมากกว่าทางร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านเกี่ยวกับความนึกคิดและปรัชญาชีวิต เด็กวัยรุ่นตอนนี้มักพยายามปรับปรุงร่างกายของตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมมากยิ่งขึ้น โดยพยายามหัดตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง ก่อให้เกิดความมั่นคงด้วยตัวเอง แต่ทั้งนี้ต้องขึ้นกับสภาพครอบครัวด้วย คือ ในบุคคลที่อยู่ในครอบครัวใหญ่ ๆ มีฐานะมั่นคง และพ่อแม่ไม่เข้มงวดจนเกินไป ก็จะมีความมั่นใจและมั่นคงมาก กว่าคนที่อยู่ในครอบครัวเล็ก ๆ และได้รับความเข้มงวดจากพ่อแม่ เมื่อประสบปัญหาในระยะนี้ วัย รุ่นมักหลีกเลี่ยงการขอความช่วยเหลือจากพ่อแม่ ครูบาอาจารย์ แต่มักพยายามหาทางแก้ปัญหาด้วยตัวเอง ซึ่งผลที่ได้รับมักก่อให้เกิดการปรับตัวที่ดีขึ้น และอยู่ร่วมกับคนอื่นได้ด้วยความสะดวกสบายใจ แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าแก้ปัญหาไม่ได้มักจะก่อให้เกิดอารมณ์ไม่ดี ใจคออ่อนไหวง่าย แต่จะพยายามดับอารมณ์ด้วยความสุขขุมเยือกเย็นมากยิ่งขึ้น

(ปรีดา แต้อารักษ์ และคณะ, 2545 อ้างถึงในกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2546) พบว่าแนวโน้มของพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปในทางที่ไม่ถูกต้องของกลุ่มวัยรุ่นไทย ใน 4 ด้าน ได้แก่

4.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีแนวโน้มการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการลดลงโดยเน้นการบริโภคอาหารในกลุ่มอาหารจานด่วน (Fast Food) และขนมขบเคี้ยวสูงขึ้น ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงนิสัยการบริโภคอาหารที่มีค่านิยมแบบตะวันตก (ชนินทร์ เจริญกุล

และจิตรา ธรรมบริสุทธิ์, 2540 อ้างในจรรยา เศรษฐบุตร,อัญชลี,วรางครัตน์ และจิรกิต บุญชัย วัฒนา, 2541)

4.2 การออกกำลังกาย จากกระแสการณรงค์ของสถาบัน และองค์กรต่าง ๆ พบว่า คนไทยมีการออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากร พบว่า การเล่นกีฬาและการออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่เยาวชนนิยมทำในเวลาว่าง อย่างไรก็ตามสัดส่วนของการออกกำลังกายมีเพียง 1 ใน 3 เท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับสวนดุสิตโพลใน พ.ศ. 2541 ที่พบว่า คนไทยมีการออกกำลังกาย ประจำเพียงร้อยละ 34.7

4.3 การใช้สารเสพติด ยาเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญที่นอกจากจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้เสพโดยตรงแล้วยังมีผลกระทบต่อประเทศชาติอีกด้วย ปัญหายาเสพติดมีความยุ่งยากสลับซับซ้อนตามการเปลี่ยนทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยจะลุกลามเข้าสู่ชุมชน สถานประกอบการ ตลอดจนสถานศึกษา และที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง คือ มีนักเรียนรายใหม่ที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดสูงขึ้นเรื่อย ๆ แต่ในความเป็นจริงจากการรายงานดังกล่าวยังต่ำกว่าสภาพความเป็นจริงอยู่มาก (บัณฑิตย์ ธนชัยเศรษฐวุฒิ, 2542)

4.4 พฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจร ได้แก่ การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ พบว่าสถิติการเกิดอุบัติภัยมีแนวโน้มเกิดขึ้นสูงในกลุ่มวัยรุ่น โดยเฉพาะวัยรุ่นในสถานศึกษา ซึ่งปัญหาสำคัญ คือ อุบัติภัยจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ และการสวมหมวกนิรภัย แม้ว่าจะมีการบังคับใช้กฎหมายแล้วก็ตาม (คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ และคณะ,2541) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรในกลุ่มวัยรุ่นตอนกลาง ซึ่งกำลังเรียนอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดอุบัติภัยจราจร ดังนี้

4.4.1 วัยรุ่นเป็นนักขับมือใหม่ (Novice Driver) ขาดประสบการณ์ในการขับขี่ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ,2544) การขับขี่เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนที่ต้องอาศัยทั้งความรู้ความสามารถของระบบประสาท และการตัดสินใจที่ดีวัยรุ่นมักจะมีความสามารถในการรับรู้และตอบสนองอันตรายได้น้อย ความสามารถในการควบคุมเครื่องยนต์ไม่ดี การคาดประมาณความเร็วที่ใช้และระยะทางที่ควรหยุดไม่เหมาะสม นอกจากนั้นวัยรุ่นยังมีความสามารถที่ไม่ดีพอในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าต่างๆ ด้วยเหตุผลทั้งหมดนี้จะเห็นได้ว่า การให้ศึกษาทางทฤษฎีในเรื่องการขับขี่อย่างเดียวไม่สามารถทำให้วัยรุ่นบรรลุคุณสมบัติผู้ขับที่ดีได้ ในการศึกษาจากห้องฉุกเฉิน 4 แห่งในกรุงเทพ พบว่ากลุ่มวัยรุ่นมีสัดส่วนที่บาดเจ็บที่รุนแรงที่ต้องรับรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าวัยกลางคนทั้งๆ ที่ความถี่น้อยกว่ากล่าวคือ ในกลุ่มอายุ 15-19 ปีพบว่าร้อยละ 37 ของผู้บาดเจ็บต้องรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ในขณะที่กลุ่มอายุ 20-24, 25-29และ 30-34 ปีจะมี

สัดส่วนผู้บาดเจ็บที่ต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเพียงร้อยละ 30, 33 และ 21 ตามลำดับ (สถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและสาธารณภัย, 2543)

4.4.2 วัยรุ่นชอบมีพฤติกรรมเสี่ยงอันตราย (Risk Taking Behavior) (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2544) เนื่องจากแรงผลักดันภายในให้เกิดความต้องการที่จะเสี่ยงในระดับหนึ่งของวัยรุ่นซึ่งสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น ทั้งนี้อาจมีแรงเสริมจากอารมณ์ของวัยรุ่น แรงผลักดันจากเพื่อนและความเครียดอื่น ๆ (Simpson ,1980) พฤติกรรมเสี่ยงอันตรายในวัยรุ่นพบได้ในสถานการณ์การขับขี่ปกติ เช่น การขับขี่ด้วยความเร็วสูง การแซงกระชั้นชิด การเบรกในระยะประชิด การเลี้ยวตัดหน้า เป็นต้น นอกจากนั้นความเสี่ยงยังทำให้วัยรุ่นเลือกขับขี่ในสถานการณ์ท้าทายต่างๆ เช่น การขับแข่งกันการขับโลดโผน การขับกลางคืน เมื่อเปรียบเทียบกับวัยอื่นแล้วสัดส่วนผู้ขับรถเวลากลางคืนในกลุ่มวัยรุ่นจะสูงกว่าการขับกลางคืนมีความเสี่ยงต่อการตายสูงกว่าการขับในเวลากลางวันถึง 4 เท่า

4.4.3 วัยรุ่นมักใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะ จากการศึกษาเขตเทศบาลและสุขาภิบาลใน 7 จังหวัดของประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 35.7 ของผู้ใช้รถจักรยานยนต์มีอายุน้อยกว่า 24 ปี ร้อยละ 61.2 เริ่มขับขี่เมื่ออายุน้อยกว่า 18 ปี (ปราการม วุฒิพงศ์ และคณะ, ม.ป.พ.) จากรายงานการจดทะเบียนตามพระราชบัญญัติรถยนต์ในปี 2542 พบว่าในกรุงเทพมีการจดทะเบียนรถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 25 ในขณะที่ทั้งประเทศคิดเป็นร้อยละ 68 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544) ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์จัดอยู่ในกลุ่มผู้ใช้ถนนไร้สิ่งป้องกัน (Unprotected road user) มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและการตายสูงกว่าผู้ใช้รถยนต์ 10-15 เท่า กลุ่มวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงสุด ผู้ใช้ในชนบทมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ใช้ในเมือง 6-7 เท่า จากการศึกษาในประเทศสวีเดนเกี่ยวกับการเสียชีวิตจากอุบัติภัยรถจักรยานยนต์พบว่า ร้อยละ 50 เป็นเด็กวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี และไม่มีใบอนุญาตขับขี่ การศึกษาในประเทศอังกฤษที่เมืองเบอร์มิงแฮม พบว่าวัยรุ่นอายุ 17 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการตายจากการขับขี่จักรยานยนต์สูงสุด

4.4 วัยรุ่นมักมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยาก่อนการขับขี่ การศึกษาวัยรุ่นที่ได้รับบาดเจ็บมารับการตรวจในห้องฉุกเฉิน พบภาวะเมาแล้วขับร้อยละ 16 โดยที่ร้อยละ 5 มีค่าระดับแอลกอฮอล์ในเลือดอยู่ระหว่าง1-50 มก./ดล. และร้อยละ 11 มีค่าระดับแอลกอฮอล์ในเลือดมากกว่า50 มก./ดล. (สถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและสาธารณภัย, 2543) ซึ่งเป็นค่าที่กฎหมายกำหนด แม้ว่าสัดส่วนการเมาในวัยกลางคนจะสูงกว่าวัยรุ่นก็ตาม แต่เมื่อพิจารณาความรุนแรงจะพบว่าวัยรุ่นที่อยู่ในภาวะเมาจะได้รับการบาดเจ็บรุนแรงมากกว่ากลุ่มอายุอื่นในระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเท่ากัน การศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าร้อยละ 30 ของการตายจาก

อุบัติเหตุยานยนต์ของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการใช้แอลกอฮอล์ และร้อยละ10-15 ใช้ยาอื่นๆ หรือใช้ร่วมกับแอลกอฮอล์ (อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, 2543)

4.5 วัยรุ่นมักไม่นิยมใช้อุปกรณ์เสริมความปลอดภัย ทั้งการใช้หมวกนิรภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ และการใช้เข็มขัดนิรภัยในการขับขี่รถยนต์ จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่บาดเจ็บจากการขับขี่จักรยานยนต์ใช้หมวกนิรภัยเฉลี่ยร้อยละ 47 โดยที่วัยรุ่น 10-14 ปีใช้เพียงร้อยละ 12.5 ในขณะที่วัยรุ่น 15-19 ปีใช้ร้อยละ 51.7 ในกลุ่มอายุ 30-34 ปี อัตราการใช้สูงถึงร้อยละ 61 (สถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุ และสาธารณภัย, 2543)

สรุปได้ว่า วัยรุ่นระยะนี้เป็นระยะที่สำคัญที่สุด เป็นวัยที่เชื่อมต่อระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในช่วงอายุ 15-19 ปีเป็นช่วงที่วัยรุ่นชอบทดลองสิ่งแปลกใหม่ มีความคึกคะนอง และมีพฤติกรรมเลียนแบบ ในช่วงวัยนี้เป็นช่วงเริ่มหัดขับขี่ยานพาหนะทำให้ขาดประสบการณ์ในการขับขี่ และใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะหลักในการเดินทาง นอกจากนี้มีพฤติกรรมเสี่ยงอันตราย มักมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยาก่อนการขับขี่ และไม่นิยมใช้อุปกรณ์เสริมความปลอดภัย ทั้งหมวกนิรภัยและเข็มขัดนิรภัย ซึ่งพฤติกรรมที่เสี่ยงเหล่านี้จึงควรเร่งหาแนวทางในการป้องและแก้ไขปัญหา เพื่อป้องกันความสูญเสียที่จะตามมาอีกมากมาย

2.4 กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

โดยธรรมชาติมนุษย์จะอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม ครอบครัวถือได้ว่าเป็นกลุ่มแรกที่มีมนุษย์เป็นสมาชิก และต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มต่างๆ ตลอดเวลา การรับรู้และปฏิกิริยาตอบสนองซึ่งกันและกันของสมาชิกกลุ่มมีอิทธิพลต่อความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ความรู้สึกของการเป็นอยู่และมีอยู่ ซึ่งทัศนีย์ ตันทวีวงศ์ และคณะ (2542) ให้ความหมายของกลุ่มไว้ ดังนี้

กลุ่ม หมายถึง การที่บุคคลตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป มารวมกัน โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. มีวัตถุประสงค์ และจุดมุ่งหมายร่วมกัน
2. มีความเกี่ยวข้องต่อกันกับบุคคลอื่น เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่ม
3. มีการคำนึงถึงคนอื่น ที่ก่อแบบแผนพฤติกรรมทางสังคม โดยเน้นหน้าที่และบทบาทต่างๆ
4. ยอมรับความเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม โดยมีส่วนประกอบที่สำคัญคือ กิจกรรม (Activities) ความเกี่ยวข้องกัน (Interactions) ความรู้สึกที่มีต่อกันหรือชอบพอกัน (Sentiment)

กระบวนการที่ใช้กลุ่มในการแก้ปัญหา หรือกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งร่วมกันเพื่อเรียนรู้สิ่งต่างๆ สมาชิกกลุ่มจะเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ค้นหาและพบวิธีการแก้ไขปัญหา

ร่วมกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน ก่อให้เกิดแรงจูงใจ มีพลังและสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมในทุกๆ ด้าน

ในทางจิตวิทยาพบว่า "กลุ่ม" มีอิทธิพลอย่างมากต่อบุคคล โดยเฉพาะในด้านของความคิดและการปฏิบัติ ทั้งกลุ่มสังคม ครอบครัว ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมตามที่กลุ่มต้องการ สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีสติ (Self Awareness) โดยที่บุคคลจะได้มีการพิจารณาตนเองและสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา ช่วยให้เกิดการเรียนรู้เป็นไปอย่างกว้างขวางและได้ผลดี สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

2.4.1 ชนิดของกลุ่ม

ทัศนีย์ ตันทวีวงศ์ และคณะ (2542) แบ่งตามจุดมุ่งหมายที่จะให้สมาชิกได้เรียนรู้จากกลุ่มและกิจกรรมกลุ่ม ได้แก่

2.4.1.1 กลุ่มประคับประคอง (Support Group) ซึ่งประกอบด้วยสมาชิก 4-12 คน มาพบกันเดือนละ 1 ครั้ง หรือสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง สมาชิก จะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ของตนเองในกลุ่ม ทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกร่วมกัน (Universality) และเรียนรู้จากผู้อื่นที่มีประสบการณ์เดียวกัน

2.4.1.2 กลุ่มเรียนรู้ (Educational Group) จัดตั้งกลุ่มเพื่อให้สมาชิกได้รับข้อมูลและการเรียนรู้จากผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เรียนรู้จากการดูแลตนเองในเรื่องอาหาร กลุ่มผู้พิการที่เรียนรู้วิธีการใช้เครื่องช่วยต่างๆ เช่น รถเข็นคนพิการ

2.4.1.3 กลุ่มแสดงความคิดเห็น (Discussion Group) เป็นกลุ่มที่จัดขึ้นเพื่อแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับหัวข้อ หรือสิ่งที่น่าสนใจมากกว่าความรู้สึกส่วนตัว

2.4.1.4 กลุ่มเฉพาะกิจ (Task Group) เป็นกลุ่มที่จัดขึ้นเพื่อกระทำกิจกรรมบางอย่าง โดยมีจุดประสงค์เฉพาะและชัดเจน เช่น ผู้ป่วยช่วยกันแก้ปัญหาในหอผู้ป่วย

2.4.1.5 กลุ่มพัฒนา (Growth Group or Experiential Group) เป็นกลุ่มที่สมาชิกเข้าร่วมเพื่อเรียนรู้และพัฒนาตนเอง เช่น Training Group โดยสมาชิกสำรวจและพัฒนาตนเอง รู้สึกมีคุณค่าเพิ่มขึ้น รับรู้ถึงความรู้สึกตนเองและผู้อื่น ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตตนเอง

2.4.1.6 กลุ่มบำบัด (Therapy Group) จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมและพัฒนาโดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น คล้ายกับกลุ่มพัฒนา และกลุ่มประคับประคอง แต่ผู้นำกลุ่มจะมีบทบาทต่างออกไป โดยจะเป็นผู้ให้ความรู้ อำนวยความสะดวกให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก เพื่อให้สมาชิกที่ไม่สามารถแก้ปัญหาตนเองได้สำรวจ สนับสนุนและนำสิ่งที่ได้มาแก้ปัญหานั้นๆ

2.4.1.7 กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self – Help Group) เป็นกลุ่มที่เกิดจากบุคคลที่มีลักษณะเดียวกันมาช่วยเหลือกันในการแก้ปัญหา สมาชิกจะเป็นผู้นำกลุ่มเอง และมีประโยชน์เป็นที่ยอมรับของกลุ่มในการจัดตั้งกลุ่มดังกล่าว

ปัจจุบันมีแนวคิดรูปแบบการจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยการนำเอาแนวคิดการจัดกิจกรรมกลุ่มมาใช้เป็นกลวิธีที่จะส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ เน้นการสร้างให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันของสมาชิก ให้เกิดแรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนแนวคิด เจตคติ ให้สมาชิกกลุ่มสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือปฏิบัติการดูแลสุขภาพตามที่มุ่งหวังได้

2.4.2 วิธีการจัดกิจกรรมกลุ่ม

จากแนวคิดกระบวนการกลุ่มจะเกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยการปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ของสมาชิกในกลุ่ม การแสดงบทบาทของสมาชิก (Role) เพื่อให้กลุ่มสามารถก้าวสู่จุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ โดยมีองค์ประกอบของกลุ่ม เช่น บรรทัดฐานของกลุ่ม (Norm) คือแนวทางการแสดงออก คำพูด พฤติกรรม เจตคติ เพื่อก่อให้เกิดความเป็นหนึ่งของสมาชิก และแรงยึดเหนี่ยวของกลุ่ม (Group Cohesiveness) เป็นกำลังใจในการแก้ไขปัญหา

การใช้กิจกรรมกลุ่มมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและเพื่อแก้ไขสิ่งที่บุคคลเข้าใจผิด การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการรับฟังปัญหา จากผู้ที่มีปัญหาคล้ายกันจะช่วยให้เกิดความเข้าใจและมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิต หรือมีการปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักสุขภาพอนามัย

วิธีการจัดกิจกรรมกลุ่มโดยการใช้กระบวนการกลุ่มนั้น เป็นการให้การศึกษาแก่ผู้รับบริการในกลุ่มย่อย วิธีการให้ความรู้ในกลุ่มย่อยนั้นมักจะใช้วิธีการอภิปรายกลุ่มซึ่งเป็นวิธีที่มีประโยชน์มากที่สุด ช่วยให้ผู้รับบริการได้บรรลุผลตามจุดมุ่งหมาย มีการพัฒนาด้านเจตคติ ความรู้ ความเข้าใจ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เข้ากลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ รวมทั้งได้ฝึกฝนทักษะในการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น การอภิปรายกลุ่มเป็นการช่วยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี สามารถเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต ความเชื่อต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่ม และการที่บุคคลซึ่งมีประสบการณ์มาก่อนได้แสดงความรู้ ความคิดเห็นเป็นกลุ่มย่อยนั้น ไม่ใช่เพื่อการอภิปรายเพียงอย่างเดียว แต่ยังหมายถึงการแบ่งกลุ่มย่อยเพื่อจุดประสงค์อื่นด้วย เป็นการจัดให้ผู้มีปัญหาหรือมีความสนใจคล้ายๆ กันมาร่วมกัน แล้วผู้สอนเนื้อหาวิชาได้ให้มีการอภิปรายซักถามหรือการจัดแบ่งกลุ่มย่อย เพื่อเป็นแนวฝึกการซักซ้อมทบทวน (Rehearsal) ซึ่งเป็นการฝึกหัดร่วมกันเป็นกลุ่มเล็กๆ เหล่านี้ เป็นต้น

หลักการเรียนรู้ในการจัดกิจกรรมกลุ่มตามทฤษฎีกระบวนการกลุ่ม เป็นวิธีการจัดการเรียนรู้ที่ให้ทุกคนมีความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง ได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้เรียนรู้สภาพอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในกลุ่ม เพื่อนำไปแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ หรืออาจใช้เพื่อปรับปรุงตนเองให้มีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเป็นสุข ผลที่พึงได้จากการเรียนรู้แบบกลุ่มนั้นได้ทั้งความรู้ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีความรู้สึกในด้านต่างๆ จากการเรียนรู้สภาพความเป็นไปของบุคคลในกลุ่ม เกิดการเรียนรู้ในแง่ต่าง ๆ มีโอกาสในการพัฒนาด้านอารมณ์ และสังคมอย่างเต็มที่ นอกจากนี้ ผู้เรียนสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง มีความเข้าใจและรู้จักตนเองมากขึ้น ในขณะเดียวกันก็จะช่วยให้เข้าใจผู้อื่นได้ดี เช่น การยอมรับผู้อื่น การได้แสดงออก ได้ฝึกความเชื่อมั่นในตนเอง และฝึกนิสัยการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ (จุฬาภรณ์ โสตะ, 2543)

2.4.3 ลักษณะสำคัญของกระบวนการกลุ่ม ในการจัดกิจกรรมกลุ่ม

2.4.3.1 สมาชิกในกลุ่มมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน

2.4.3.2 สมาชิกมีการโต้ตอบกันอย่างเสรี

2.4.3.3 สมาชิกต้องมีพฤติกรรมแสดงบทบาทกระทำกิจกรรม เพื่อให้กลุ่มบรรลุจุดมุ่งหมายที่วางไว้

2.4.3.4 สมาชิกต้องมีแนวคิดร่วมกัน ซึ่งจัดเป็นความคิดของกลุ่ม

2.4.3.5 มีผลการตัดสินใจร่วมกันในรูปของกลุ่ม มิใช่สมาชิกคนหนึ่งคนใด

2.4.3.6 สมาชิกทุกคนต้องยึดมั่นในท่าทีของกลุ่มอย่างแข็งขัน และมีพฤติกรรมคล้อยตามในเรื่องนั้นๆ

2.4.3.7 กิจกรรมกลุ่มที่ให้สมาชิกกระทำ ต้องมีส่วนช่วยลดความเครียดุ หรือช่วยบำบัดความต้องการของกลุ่มด้วย

2.4.3.8 สมาชิกทุกคนจะต้องมีความเข้าใจในวิถีทาง และปัจจัยที่จะทำให้กลุ่มเจริญก้าวหน้าไปสู่วัตถุประสงค์ที่วางไว้ ช่วยให้สมาชิกมีความรับผิดชอบต่อกิจกรรมของกลุ่มมากขึ้น

2.5 การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่ม มี 3 ระยะ คือ (Marram, 1978)

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกปลอดภัย (The Introductory Phase or Initiating Phase)

เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่มและสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกัน โดยเป็นสัมพันธภาพที่มีความหมาย ความจริงใจ ที่สำคัญ

คือ มีความไว้วางใจกันอย่างแท้จริง ทำให้สมาชิกกล้าที่จะเปิดเผยตัวเอง และยอมรับในผู้อื่น ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกปลอดภัยให้กับสมาชิก ในตอนแรกผู้นำกลุ่มต้องกล่าวย้ำให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม เพื่อสร้างความรู้สึกผ่อนคลายขึ้นในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องส่งเสริมให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างอิสระ การเข้าใจวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน และการอยู่ในบรรยากาศด้วยท่าทีที่เป็นมิตร อบอุ่น สนใจ ตั้งใจฟัง สภาพแวดล้อมที่น่าพึงพอใจ มีความมั่นคงปลอดภัย จะกระตุ้นให้สมาชิกได้ระบาย ได้แสดงความรู้และความคิดเห็นของตนออกมา เพื่อก่อให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่มว่าทุกคนต้องต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคเหมือนกัน กระบวนการกลุ่มจะไม่เกิดขึ้นหากปราศจากสัมพันธภาพที่ดีในขั้นตอนนี้

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Working Phase)

ระยะนี้สมาชิกจะมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่ม เป็นระยะที่สมาชิก พร้อมที่จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น ความใกล้ชิดสนิทสนมและความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับตนเองว่ามีปัญหา หาทางแก้ปัญหาและเลือกวิธีการแก้ปัญหาโดยมีเพื่อนสมาชิกคอยให้ความช่วยเหลือสนับสนุน การที่ได้รับโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์นี้ จะทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ มาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตนเอง นอกจากนี้ ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับรู้ข้อมูลย้อนกลับ และให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ สมาชิกจะรู้สึกว่าตนเองมีค่าและศักดิ์ศรีมากขึ้น สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง ช่วยเหลือสมาชิกคนอื่นๆ ให้เข้าใจและแก้ไขปัญหาบางอย่างได้ ระยะนี้จึงเป็นระยะระดมพลังของสมาชิกทุกคนมาแก้ปัญหา

ระยะที่ 3 ขั้นปิดกลุ่มหรือระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (The Closing Stage หรือ Final Phase)

ระยะนี้เป็นขั้นที่สำคัญที่สุด จำเป็นต้องทำทุกครั้งที่ปิดกลุ่ม เป็นขั้นที่ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยสมาชิกรวบรวมประสบการณ์ สรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยสมาชิกประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางพัฒนาตนเองและความสำเร็จในกลุ่ม ก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่มผู้นำควรจะได้บอกสมาชิกทราบล่วงหน้า สมาชิกบางรายอาจเกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งชี้แนะให้สมาชิกเห็นถึงประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป และต้องมีการประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงออกจากการประเมินของบุคคลอื่นนอกกลุ่ม และบางครั้งอาจมีเกณฑ์ที่ตั้งไว้ เช่น สมาชิกกลุ่มได้รับประโยชน์เต็มที่จากการทำกลุ่มหรือไม่ สมาชิกมีความรู้สึกว่าตนเองสามารถเผชิญปัญหาและจัดการชีวิตด้วยตนเองได้หรือไม่ เป็นต้น

พัฒนาการของกลุ่ม แบ่งพัฒนาการกลุ่มเป็น 5 ขั้น ดังนี้ (Tuckman, 1965)

ขั้นที่ 1 ก่อตัว (Forming) กลุ่มมารวมกันเป็นครั้งแรก สมาชิกยังไม่คุ้นเคย ยังแปลกหน้ากันอยู่ จึงเป็นระยะที่เริ่มทำความรู้จักกัน มีปฏิสัมพันธ์กัน มีบรรยากาศของความตื่นเต้น มองโลกในแง่ดี แต่มีความกังวลและสับสนอยู่ด้วย สมาชิกกลุ่มจะสุภาพ อดทน ระมัดระวังในการแสดงความคิดเห็น

ขั้นที่ 2 ปะทะ (Storming) เมื่อระยะเวลาผ่านไปจะมีความสนิทสนมกันมากขึ้น ระยะนี้เป็นการแสดงความคิดเห็น การโต้ตอบ การโต้แย้ง แสดงอารมณ์ ความรู้สึก สมาชิกบางคนยังมีความเป็นปัจเจกชนอยู่ ความร่วมมือยังไม่ดีนัก บางทีอาจมีการจับผิด ความขัดแย้ง ไม่พอใจ จึงมักจะมีการละลายพฤติกรรมเพื่อลดความขัดแย้ง

ขั้นที่ 3 ลงตัว (Norming) หลังจากที่สมาชิกในกลุ่มได้แสดงความคิด อารมณ์ ความรู้สึกแล้ว สมาชิกต่างเรียนรู้ซึ่งกันและกัน มีการยินยอมรับฟังเหตุผล เริ่มเกิดความสงบ ความขัดแย้งมีการปรับตัว ยอมรับบรรทัดฐานของกลุ่ม สมาชิกกลุ่มเริ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน บทบาทสมาชิกกลุ่มเด่นชัด ระยะนี้จึงสามารถสร้างพลังกลุ่มได้

ขั้นที่ 4 ได้งาน (Performing) สมาชิกในกลุ่มเข้าใจจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง มีความสัมพันธ์กันอย่างราบรื่น สามารถจัดการกับความขัดแย้งระหว่างบุคคลได้ เป็นระยะที่กลุ่มทำงานได้สำเร็จตามเป้าหมาย เกิดผลงานที่มีประสิทธิภาพ

ขั้นที่ 5 ก่อตัวใหม่ (Reforming) มีสมาชิกใหม่เข้ามาร่วมกลุ่ม กำหนดเป้าหมายใหม่ของกลุ่ม และพัฒนาการเป็นขั้นก่อตัวต่อไป

สรุปได้ว่า กระบวนการกลุ่ม เป็นสิ่งที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้พัฒนาการทางทัศนคติ ค่านิยม และพฤติกรรม เพราะกระบวนการกลุ่มเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การปฏิบัติจริงเป็นการทำให้สมาชิกรู้จักตนเองและผู้อื่นมากขึ้นยิ่งกว่านั้นสมาชิกยังยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง และพร้อมจะแก้ไขปัญหา มีเหตุผล เห็นอกเห็นใจผู้อื่น และรู้จักการทำงานร่วมกับผู้อื่น การจัดกิจกรรมการป้องกันโดยใช้แนวคิดกระบวนการกลุ่มเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้อภิปรายถึงสาเหตุของปัญหา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ และระดมแนวคิดเพื่อป้องกันสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น

2.3.3 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)

เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ จากแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ซึ่งได้กล่าวถึงความสำคัญของกระบวนการรับรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการอธิบายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่

กระทำอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแผนในการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลมาจากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน ดังนี้ (อ้างถึงใน จุฬาภรณ์ โสตะ, 2543)

2.3.3.1 ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive-Perceptual Factors) ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ เป็นกระบวนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ปัจจัยนี้มีผลโดยตรงต่อความโน้มเอียงที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยย่อย ดังนี้

1) **ความสำคัญของสุขภาพ** (The Importance of Health) การที่บุคคลเห็นความสำคัญ ของภาวะสุขภาพของตนเองมากเท่าไร บุคคลนั้นจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้นเท่านั้น

2) **การรับรู้การควบคุมสุขภาพ** (Perceived Control of Health) เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพว่ามาจากอำนาจภายในตนเองหรือมาจากอำนาจภายนอกตนเอง กล่าวคือเมื่อบุคคลรับรู้ว่าการควบคุมสุขภาพของตนเองเป็นผลมาจากการแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั่นเอง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเอง ในขณะที่ผู้เชื่ออำนาจภายนอกจะเชื่อหรือรับรู้ว่าสุขภาพของตนเองเป็นผลมาจากผู้อื่น ความบังเอิญหรือโชคชะตา ผู้ที่เชื่อในอำนาจภายในตนเองจะมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเอง

3) **การรับรู้ความสามารถภายในตนเอง** (Perceived Self-efficacy) หมายถึงการที่บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองจะสามารถประสบความสำเร็จเมื่อได้ลงมือกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ดังนั้นเมื่อบุคคลกระทำกิจกรรมการส่งเสริมแล้วภาวะสุขภาพดีขึ้น บุคคลนั้นก็จะกระทำกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้น

4) **การรับรู้คำจำกัดความของสุขภาพ** (Definition of Health) การให้ความหมายหรือคำจำกัดความทางสุขภาพของบุคคลจะส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น บุคคลที่ให้ความหมายของสุขภาพว่า เกี่ยวกับการปรับตัวหรือความสมดุลก็จะเป็นการกระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมการป้องกันความเจ็บป่วย ในขณะที่บุคคลผู้ซึ่งให้ความหมายของสุขภาพว่า หมายถึง การบรรลุเป้าหมายในชีวิต (Self Actualization) จะเริ่มปฏิบัติกิจกรรมเพื่อยกระดับภาวะสุขภาพเพื่อความผาสุกในชีวิต (Well-being) นั่นคือการที่บุคคลให้คำจำกัดความของสุขภาพแตกต่างกันมีผลต่อรูปแบบของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน

5) **การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ** (Perceived Health Status) การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความถี่ในการกระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ จากประสบการณ์ของบุคคลที่กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้วทำให้บุคคลเกิดความปกติสุขและมี

ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น จะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดีและส่งเสริมให้บุคคลเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต

6) **การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ** (Perceived Benefits of Health Promotion Behaviors) การที่บุคคลรับรู้ว่าพฤติกรรมที่ตนกระทำมีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของตนจะส่งผลต่อระดับการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ และสนับสนุนให้มีแนวโน้มที่จะกระทำอย่างต่อเนื่อง

7) **การรับรู้อุปสรรคของการแสดงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ** (Perceived Barriers of Health Promoting Behaviors) การรับรู้อุปสรรครวมถึงความไม่สะดวกสบายความยากลำบากและการไม่มีโอกาสกระทำพฤติกรรมจะส่งผลทางลบต่อการกระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพคือจะลดหรืออาจหลีกเลี่ยงการกระทำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

2.2.3.2 ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)

ปัจจัยร่วมจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านปัจจัยทางด้านความรู้-การรับรู้ของบุคคล นั่นคือเป็นปัจจัยที่มีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมนั่นเอง ปัจจัยร่วม ได้แก่

1) **ปัจจัยทางประชากร** (Demographic Factors) ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา เชื้อชาติ อาชีพ ซึ่งจะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางอ้อมผ่านกลไกด้านความรู้-การรับรู้

2) **ลักษณะทางชีววิทยา** (Biological Characteristics) จากการศึกษาพบว่าปัจจัยทางชีววิทยามีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น น้ำหนักของร่างกายมีผลต่อการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและการพักผ่อนของบุคคลนั้น ๆ

3) **อิทธิพลระหว่างบุคคล** (Interpersonal Influences) ปัจจัยส่งเสริมระหว่างบุคคลรวมไปถึงความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด แบบแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรสาธารณสุขจะส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

4) **ปัจจัยด้านสถานการณ์** (Situational Factors) ปัจจัยกำหนดด้านสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

5) **ปัจจัยด้านพฤติกรรม** (Behavioral Factors) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นประสบการณ์ในอดีตของบุคคลจะส่งผลให้บุคคลแสวงหาความรู้และทักษะการปฏิบัติมากขึ้น ซึ่งความรู้และทักษะการปฏิบัติเหล่านี้จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีและเหมาะสมได้

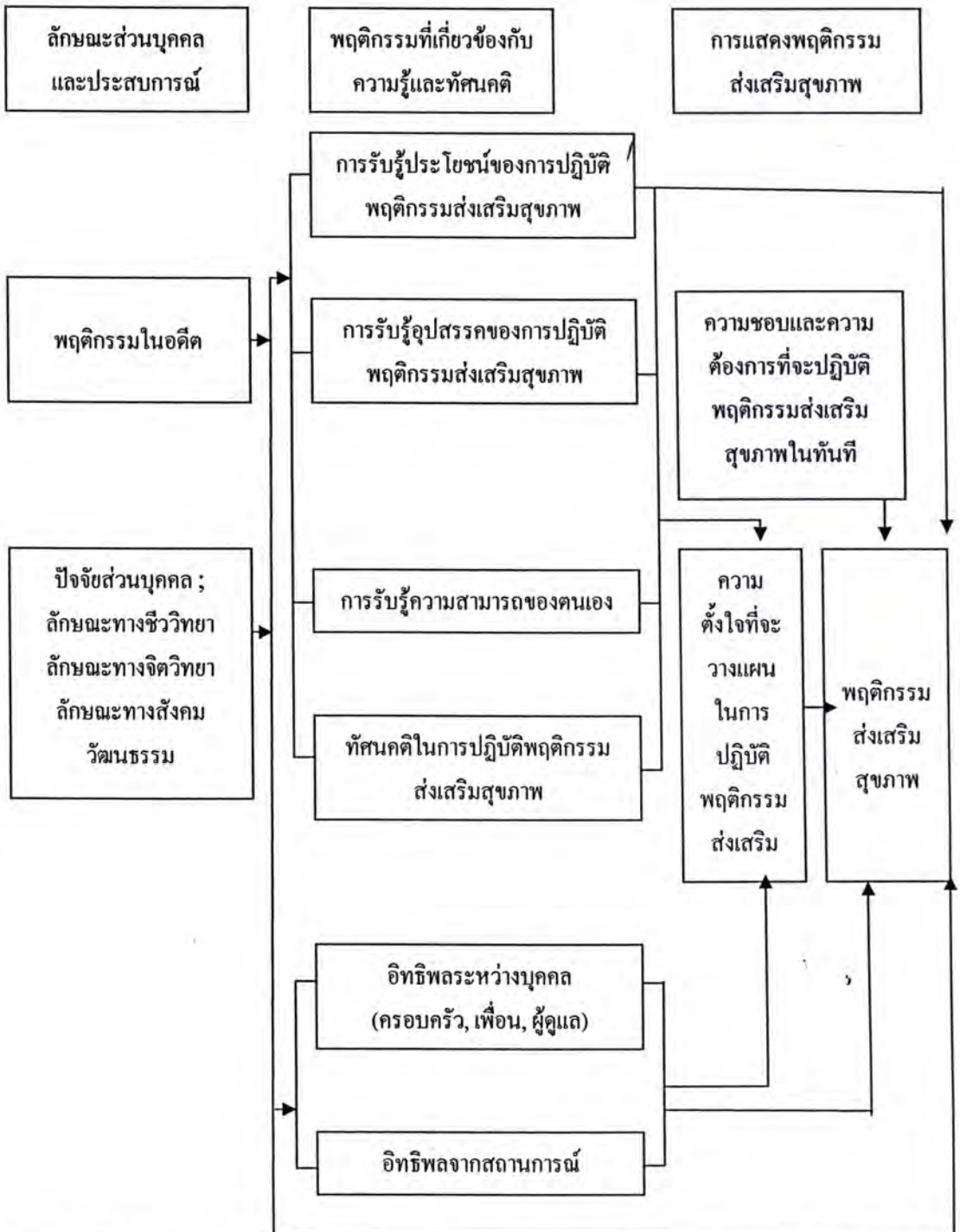
2.2.3.3 ตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to Action)

เพนเดอร์เสนอเพิ่มเติมว่าตัวชี้แนะการกระทำเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้บุคคลแสดงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) **ตัวชี้แนะการกระทำภายใน** เช่น การรับรู้สักยภาพของตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาการความรู้สึกสุขสบายเมื่อได้กระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

2) **ตัวชี้แนะการกระทำภายนอก** ได้แก่ การสนทนากับบุคคลอื่นหรือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทางสื่อมวลชน จัดว่าเป็นตัวชี้แนะในการแสดงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญ

จากปัจจัยทั้ง 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ปัจจัยร่วม และตัวชี้แนะการกระทำ เพนเดอร์ได้นำเสนอแผนภูมิที่แสดงถึงอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดังนี้



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (The Health Promotion Model's ที่มา: Pender, 1987 อ้างถึงใน จุฬาภรณ์ โสตะ, 2546

สรุปได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) เป็นแนวคิดซึ่งได้กล่าวถึงความสำคัญของกระบวนการรับรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่กระทำอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแผนในการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นผลมาจากการ

ได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน ดังนี้ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ปัจจัยร่วม และตัวชี้แนะการกระทำ ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ด้าน จะมีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่ส่งผลดีต่อสุขภาพของประชาชน

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ห้องสมุดงานวิจัย

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติภัยจราจร

พัชรินทร์กร ทาน้อย (2551) ศึกษาประสิทธิผลของการสร้างเสริมทักษะชีวิตและการจูงใจในการป้องกันอุบัติภัยจากรถจักรยานยนต์ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดหนองบัวลำภู คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 132 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 66 คนให้กลุ่มทดลองได้รับการสร้างเสริมทักษะชีวิต ประยุกต์แนวคิดทักษะชีวิตร่วมกับการจูงใจโดยการเสนอตัวแบบ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน ด้านความรู้เกี่ยวกับการจราจรและอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ด้านทักษะชีวิตในการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ และด้านพฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน

กฤษเนตร เกษสระ (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขศึกษาในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพกับนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต(ต่อเนื่อง)คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและกระบวนการกลุ่ม ผลการศึกษา พบว่า 1). กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ และการประเมินอันตรายจากอุบัติเหตุสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p- value < 0.01 2) กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุดีกว่า ก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p- value < 0.01 และ p- value < 0.05 ตามลำดับ 3). กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย และถูกต้องตามกฎจราจรดีกว่า ก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p- value < 0.05 และ p- value < 0.01 ตามลำดับ

วิศิษฏ์ บุญสุชาติ (2548) การสร้างชุดฝึกอบรมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์สำหรับนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลการศึกษาพบ1). ผลสัมฤทธิ์ของชุดฝึกอบรมทักษะชีวิต มีผลสัมฤทธิ์สูงกว่าก่อนการฝึกอบรม มีนัยสำคัญทางสถิติ p- value < 0.05 2) ผลความคิดเห็นของผู้รับการฝึกอบรมต่อชุดฝึกอบรมทักษะเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ โดยภาพรวมมีความเหมาะสมมากที่สุด

อ้อมฤทัย มั่นในบุญธรรม (2548) ศึกษาการประยุกต์กระบวนการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจรของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับอุบัติภัยจราจร การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติภัยจราจร การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติภัยจราจร การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจร การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติภัยจราจร และพฤติกรรมปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติภัยจราจร ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (AIC) ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย นำไปสู่การจัดการโครงการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติภัยจราจร จำนวน 4 โครงการ ได้แก่ 1). โครงการจราจรน้อย 2).โครงการเยาวชนร่วมใจ ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ 3). โครงการอาสาลดอุบัติภัยจราจรบนท้องถนน 4). โครงการร่วมมือร่วมใจ ลดอุบัติภัยจราจรในโรงเรียน และจากการสอบถามพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมตามโครงการ พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง

ศิริกุล กุลเลียบ (2545) ศึกษาเกี่ยวกับการรณรงค์การสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์และการคาดเข็มขัดนิรภัยในผู้ขับและผู้นั่งตอนหน้าของรถยนต์ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า อัตราการสวมหมวกนิรภัยในผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ปี 2545 เพิ่มขึ้นจากปี 2544 ร้อยละ 3.3 โดยเฉพาะในช่วงเวลาเร่งด่วนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 15.5 และเพิ่มขึ้นทุกโซน และพบว่า อัตราการคาดเข็มขัดนิรภัยในผู้ขับ ผู้โดยสารที่นั่งตอนหน้ารถยนต์ในปี 2545 เพิ่มขึ้นจากปี 2544 ร้อยละ 2.3 เพิ่มขึ้นในช่วงวันหยุดและกลางคืน และในช่วงเร่งด่วนกลับลดลง ร้อยละ 1.6

สุชาดา เกิดมงคลการ (2544) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการส่งเสริมพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนชายวิทยาลัยการอาชีพไทรน้อย ชั้นปีที่ 1 จังหวัดนนทบุรี โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันและแนวคิด เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม มัลติมีเดียระบบสื่อโต้ตอบ การสาธิต การฝึกปฏิบัติการกระตุ้นเตือนโดยครูและผู้ปกครอง และการใช้ตัวแบบผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะเมื่อขับขี่จักรยานยนต์ มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ และมีพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยทั้งจาก Self report และจากการสังเกตดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างนัยสำคัญทางสถิติ

สุมาลัย รจนัย (2543) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันอุบัติภัยจราจรจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับอุบัติภัยจราจรจากการขับขี่รถจักรยานยนต์และกฎหมายจราจร การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติภัยจราจร จากการขับขี่รถจักรยานยนต์ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติภัยจราจรจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์และมีพฤติกรรมป้องกันอุบัติภัยจราจรจากรถจักรยานยนต์ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.4.2. งานวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมและการบวนการกลุ่ม

ณัฐวุฒิ ภิญโญทรัพย์ (2551) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อพัฒนาความมีระเบียบวินัยในตนเอง ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนขอนแก่นวิเทศศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 8 คน ที่ได้คะแนนจากการทำแบบวัดความมีระเบียบวินัยในตนเอง เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มเพื่อพัฒนาความมีระเบียบวินัยในตนเอง เป็นกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบวัดความมีระเบียบวินัยในตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และโปรแกรมกระบวนการกลุ่มเพื่อพัฒนาความเป็นระเบียบวินัยในตนเอง โดยหาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนแบบวัดความมีระเบียบวินัยก่อนทดลองและหลังการทดลอง ทดสอบความแตกต่างของคะแนนความมีระเบียบวินัยในตนเอง ก่อนและหลังการทดลองของนักเรียนกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ The Wilcoxon Signed Ranks Test ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมกระบวนการกลุ่มเพื่อพัฒนาความมีระเบียบวินัยในตนเองหลังการเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนความมีระเบียบวินัยในตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$)

ศิริกุล กุลเลียบ และอำนาจ ถนอมทรัพย์ (2545) ได้ศึกษากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของนักเรียน กรณีศึกษาโรงเรียนแก่นนครวิทยาลัยจังหวัดขอนแก่น โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมรวมเวลา 6 เดือน ผลการวิจัยพบว่าหลังเสร็จสิ้นโครงการ อัตราการเดินถนนถูกต้องร้อยละ 19.5 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.3 ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการใช้รถถูกกฎจราจรเพิ่มขึ้นร้อยละ 35.8 และมีการข้ามถนนของเด็กนักเรียนโดยก่อนดำเนินการจะข้ามเป็นกลุ่ม แต่หลังดำเนินการมีลูกเสือจราจรอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจรเนื่องจากไม่มีทางม้าลายและสถิติการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร

โรงเรียนแก่นนครวิทยาลัยลดลงร้อยละ 0.66 ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

ยิ่งศักดิ์ จิตตะโคตร์ และคณะ (2543) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับกระบวนการกลุ่มในการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับรถบรรทุกที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บความพิการ และเสียชีวิตของผู้ขับรถบรรทุกอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ขับรถบรรทุกอำเภออุทุมพรพิสัย จำนวน 40 คน ได้รับกิจกรรมโปรแกรมสุขศึกษา โดยการบรรยายประกอบวีดีทัศน์ ตัวแบบเล่าประสบการณ์ การศึกษาดูงานและการประชุมกลุ่ม พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรง รับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำและการปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุมากกว่าก่อนจัดกิจกรรม (P – value =0.36 , 0.73 และ 0.25 ตามลำดับ) และพบว่าระดับการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำการป้องกันอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P – value <0.001, <0.05 r = 0.3020 , 0.6791 และ 0.2056 ตามลำดับ)

เยาวลักษณ์ อนุรักษ์ และคณะ (2543) ได้ศึกษาหารูปแบบและการใช้รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของหมู่บ้าน โดยความร่วมมือขององค์กรปกครองท้องถิ่น กรรมการหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สถานอนามัย ตำบลน้ำเกี๋ยน จังหวัดน่าน โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR. : Participatory Action Research) ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังดำเนินการโครงการมีผู้ประสบอุบัติเหตุลดลง มีการสวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้น ประชาชนได้รับมาตรวจสภาพรถจักรยานยนต์มากกว่าก่อนดำเนินโครงการ โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และระหว่างก่อน – หลังดำเนินโครงการมีความแตกต่างของประชาชนที่เคยได้เข้ารับการอบรมหรือคำแนะนำเกี่ยวกับกฎจราจร และประสบการณ์ผ่านการอบรมเกี่ยวกับกฎจราจรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรและพฤติกรรมการขับรถรถจักรยานยนต์แตกต่างอย่ามีนัยสำคัญ ขณะที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุ และการรับรู้ผลดีต่อการปฏิบัติตามกฎจราจร ไม่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ การศึกษา สภาพทางสังคม อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ไพรินทร์ สมุทรเสน (2542) ได้ศึกษาใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาชายวิทยาอาชีวศึกษา จังหวัดระยอง ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความ

รุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังของประสิทธิผลของการตอบสนอง และมีพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังของความสามารถในตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย และประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือของมึนเมา หนึ่งชั่วโมงก่อนการขับขี่รถจักรยานยนต์ ประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P – value <0.05 แต่ปัจจัยด้านการมีและไม่มีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ ระยะทางจากที่พักไปวิทยาลัย ขนาดและความแรงของเครื่องยนต์ของรถจักรยานยนต์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย

2.4.3 งานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)

วนิดา ทองดีนอก (2550) ศึกษาการประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของแกนนำสตรีและการสร้างเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตำบลตลาดไทร อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเองของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P – value <0.001) และ ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทางด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเองของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องของแกนนำสตรีในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P – value <0.001)

วัลลดา เล้ากอบกุล (2542) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน โดยการประยุกต์แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดประจำเดือน จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 40 คน โดยกลุ่มทดลอง 37 จะได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผลการศึกษาพบว่า

โปรแกรมสุขศึกษาสามารถทำให้สตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และมีพฤติกรรมในการส่งเสริสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถแห่งตนในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนรายได้และน้ำหนักตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สุรศักดิ์ อธิคมานนท์ (2541) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประยุกต์แนวคิดแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ในกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี จำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 36 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วย การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ การสาธิตและการฝึกปฏิบัติรวมทั้งกระตุ้นเตือน การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถ และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคัดสรร โดยรวมสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การปฏิบัติพฤติกรรม การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การป้องกันอุบัติเหตุ สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การปฏิบัติพฤติกรรมลดทอนความเครียดและการมีพฤติกรรมทางเพศ พบว่าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่และการไม่ดื่มสุรา พบว่า ไม่แตกต่างกันก่อนการทดลองและไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคัดสรร โดยรวมแต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคัดสรรรายพฤติกรรมยกเว้น การปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกาย

2.4.4 งานวิจัยเกี่ยวกับอุบัติภัยจราจรในต่างประเทศ

Parvaneh T. et al. (2008) ได้ทำการประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการพัฒนากิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย ในเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษา ประเทศอิหร่าน การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบทดลอง ระยะเวลาในการศึกษาทั้งหมด 6 เดือน ผลการวิจัย พบว่า เมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย สูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Mary N. et al. (2007) ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการพัฒนาการออกกำลังกาย ในเด็กวัยรุ่นหญิง เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทั้งหมด 27 คน เป็นกลุ่มทดลอง 14 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 13 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Reeder AI, et al. (2007) ได้ทำการศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 12-13 ปี พบว่า การตายและการบาดเจ็บจากอุบัติภัยจราจรเป็นปัญหาที่ต้องให้ความสำคัญ จากการสำรวจทัศนคติและพฤติกรรมการขับขี่ของกลุ่มอายุ 13 ปี จำนวน 730 คน ในประเทศนิวซีแลนด์ พบว่า ร้อยละ 52 สามารถขับขี่รถจักรยานยนต์ได้อย่างชำนาญ ร้อยละ 13 ช่วงในช่วงหัดขับ สำหรับการโดยสาร พบว่า ร้อยละ 22 เป็นผู้ใช้รถบนท้องถนน และร้อยละ 60 เป็นผู้โดยสาร ผู้ที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ในเพศชายมีพฤติกรรมขับขี่โดยประมาทกว่า เพศหญิง ($p<0.01$) กลุ่มตัวอย่างได้อธิบายถึงสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุว่า เพื่อนมีส่วนทำให้เกิดอุบัติเหตุ การสวมหมวกนิรภัย พบว่า ร้อยละ 17 ไม่มีการสวมหมวกนิรภัยในการขับขี่ครั้งสุดท้าย

Wells et al. (2004) ได้ศึกษาการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ใส่เครื่องแต่งกายที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน โดยศึกษาในคนที่ขับขี่จักยานยนต์ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเกิดอุบัติเหตุแล้วเสียชีวิต ผลการศึกษาพบว่า อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเขตเมืองคิดเป็นร้อยละ 66 เกิดในช่วงเวลาที่อากาศปลอดโปร่งร้อยละ 72 เกิดในช่วงเวลากลางวันร้อยละ 63 และภายหลังที่ให้ผู้ขับขี่สวมเครื่องแต่งกายที่มีลักษณะสะท้อนแสงพบว่า ความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุลดลงเหลือร้อยละ 37 และเมื่อเปรียบในกลุ่มที่สวมหมวกนิรภัยสีดำและสีขาว พบว่า กลุ่มที่ใส่หมวกนิรภัยสีขาวมีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุลดลงถึงร้อยละ 24 และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่า การใช้หมวกนิรภัยสีสันสดใส มีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุลดลงร้อยละ 19 เมื่อเทียบกับการใส่หมวกนิรภัยสีดำหรือสีทึบ และพบว่า 3 ใน 4 ของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่เปิดไฟหน้ารถในตอนกลางวัน พบว่าความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุลดลงร้อยละ 27 สรุปได้ว่าการสวมใส่เครื่องแต่งกายหรือหมวกนิรภัยที่มีสีสันสดใสที่สามารถสะท้อนแสงหรือเรืองแสง รวมทั้งการเปิดไฟหน้ารถในตอนกลางวัน ซึ่งถือเป็นเรื่องที่ง่ายและประหยัดแต่สามารถลดอุบัติเหตุและสามารถลดอัตราการตายลงได้

Laflamme et al. (2002) ได้ศึกษาถึงความแตกต่างของระดับเศรษฐานะทางสังคมของเด็กและเยาวชนที่มีผลต่ออุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยศึกษาในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นอายุตั้ง 0-19 ปี จำนวน 2.2 ล้านคนที่อาศัยอยู่ในสวีเดนในปี 1990 โดยกลุ่มตัวอย่างได้ถูกจัดเป็น

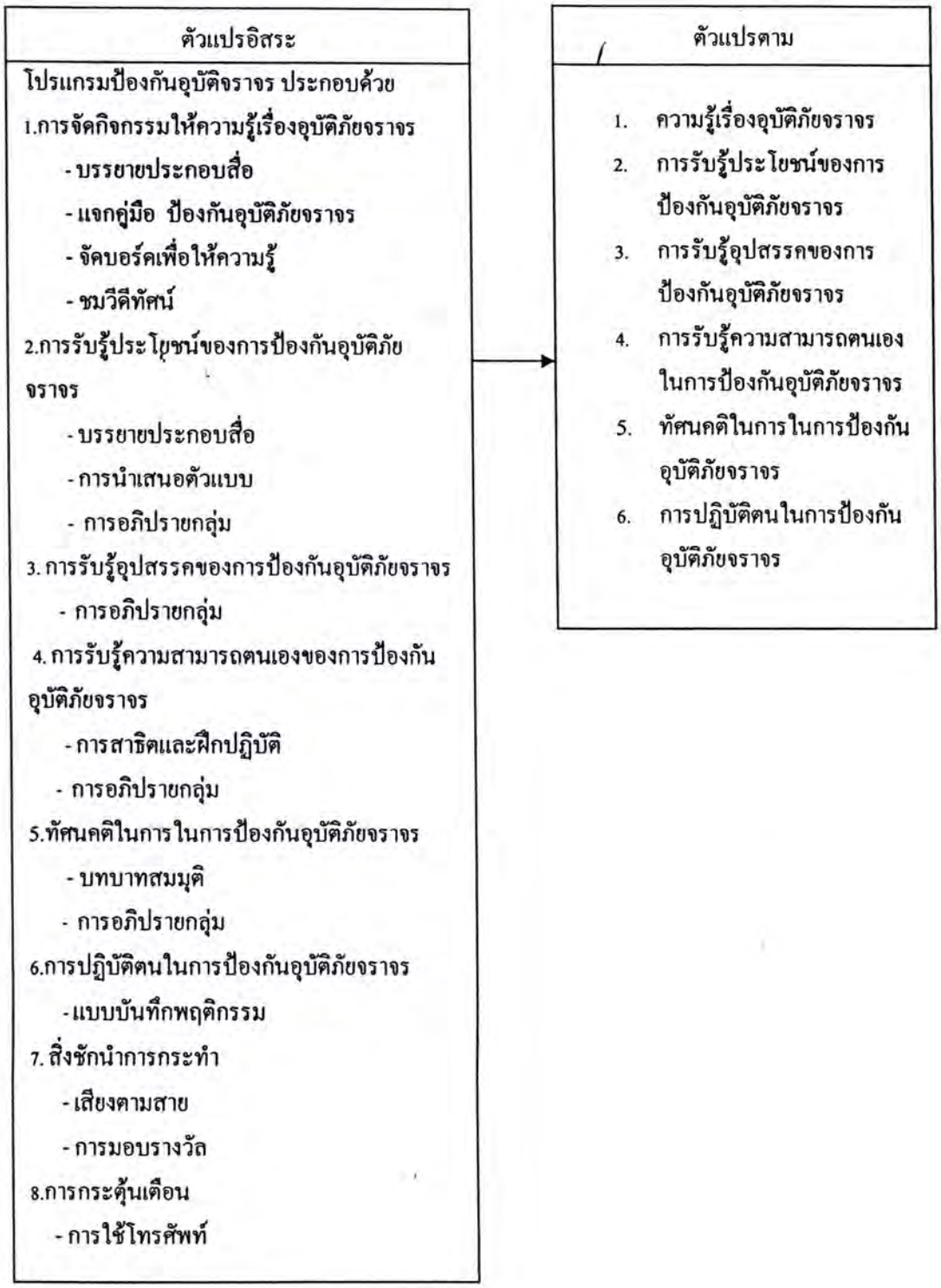
4 กลุ่มตามระดับของเศรษฐานะของครอบครัว ซึ่งได้ยึดเอาตำแหน่งสูงสุดของผู้ปกครอง การประกอบอาชีพ และระดับการศึกษาเป็นเครื่องตัดสิน พบว่า มีข้อมูลประมาณร้อยละ4.5 ที่ไม่สามารถระบุถึงสาเหตุของอุบัติเหตุ และเมื่อพิจารณาถึงอุบัติเหตุที่ทำให้เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต โดยพิจารณาจากพื้นฐาน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มสังคม อุบัติเหตุที่เกิดตามท้องถนนมีอุบัติการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ตามปกติ แต่รูปแบบการเกิดอาจแตกต่างกันไป และพบมากในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงความแตกต่างทางเศรษฐานะทางสังคมมีผลเพียงเล็กน้อยในช่วงแรกของอายุ (0-4 ปี) แต่สำหรับกลุ่มอายุอื่น ๆ มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยพบว่ากลุ่มเด็กที่เศรษฐานะต่ำจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสูงกว่าเด็กที่มีเศรษฐานะสูงหรือปานกลาง และพบว่ามีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุอย่างชัดเจนในกลุ่มอายุ10-14 ปี ที่ไม่ใช่ผู้เดินเท้า และในช่วงอายุ 15-19 ปี ที่ขับขี่รถยนต์และรถจักรยานยนต์ นอกจากนี้ยังพบว่า ความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน มีค่าสูงสูงสำหรับเด็กในช่วงอายุ 5-19 ปีที่อาศัยอยู่ในสังคมระดับล่าง

Mock et al. (1995) ได้ทำการศึกษากลวิธีการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยกับเพื่อป้องกันการบาดเจ็บและลดความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะของศูนย์อุบัติเหตุระดับ 1 ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์จำนวน 992 คน มีการส่งเสริมให้ สวมหมวกนิรภัยผ่านการรณรงค์ การให้ข้อมูลข่าวสาร ภายหลังจากการดำเนินงานพบว่ามีจำนวนผู้สวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้น และจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ตลอดจนจำนวนวันที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในเรื่อง การป้องกันอุบัติเหตุจราจร ในส่วนขององค์ประกอบด้าน ความรู้-การรับรู้การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันอุบัติภัยจราจร การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันอุบัติภัยจราจร การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันอุบัติภัยจราจร และปัจจัยตัวชี้แนะด้านการกระทำ ได้แก่ เสียงตามสายและการมอบรางวัล การให้รางวัลสำหรับผู้ที่ปฏิบัติตามกฎจราจรและบันทึกพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ มอบเกียรติบัตรสำหรับผู้เข้าร่วมรับการอบรม ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มาจัดกิจกรรม การให้ความรู้ การนำเสนอตัวแบบบทบาทสมมุติ การฝึกปฏิบัติ การชักนำการกระทำ ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม เพื่อส่งเสริมการป้องกันอุบัติภัยจราจร และดำเนินการสร้างเครือข่ายแกนนำเยาวชนป้องกันอุบัติภัยจราจร ดังแสดงในแผนภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภูมิที่ 2 แสดงภาพกรอบแนวคิดในงานวิจัย