



บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการวางแผนที่จุดเสี่ยง ฮีฮารี ฮัต โตะ ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เพื่อการป้องกันอุบัติภัยจากราจรจากรถจักรยานยนต์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและรวบรวมเอกสารวิชาการแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยในครั้งนี้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุนจรรและอุบัติภัยจรร
 - 1.1 ความหมายของอุบัติเหตุและอุบัติภัยจรร
 - 1.2 สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ
 - 1.3 แนวทางในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุ
2. แนวคิด ทฤษฎีและกระบวนการที่นำมาใช้ในการวิจัย
 - 2.1 ทฤษฎีการเกิดอุบัติเหตุ
 - 2.2 กระบวนการมีส่วนร่วม
 - 2.3 ทฤษฎีการสร้างแผนที่จุดเสี่ยง (แผนที่ฮีฮารี)
 - 2.4 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติภัยจรร
 - 3.1 งานวิจัยเกี่ยวกับอุบัติภัยจรร
 - 3.2 งานวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการมีส่วนร่วม
 - 3.3 งานวิจัยเกี่ยวกับการสร้างแผนที่จุดเสี่ยง
 - 3.4 งานวิจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค
4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุนจรรและอุบัติภัยจรร

1.1 ความหมายของอุบัติภัยและอุบัติเหตุจรร

อุบัติภัย ความหมายของอุบัติภัย

(จุฬารณ์ โสตะ, 2541) อุบัติภัย หมายถึง เหตุการณ์ซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่คาดฝันมาก่อน โดยไม่เจตนาเป็นผลให้เกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน เกิดอันตรายแก่ร่างกาย และจิตใจ อาจทำให้เกิด

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
ห้องสมุดงานวิจัย
วันที่... 1.2. พ.ศ. 2555
เลขทะเบียน..... 249524
เลขเรียกหนังสือ.....

การสูญเสียชีวิตได้ แต่ถ้าหากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นมีผลเสียหายเราเรียกว่าอุบัติเหตุ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน คำว่าเกิดอุบัติเหตุในที่นี้ให้หมายถึง เกิดสิ่งที่ไม่คาดคิดมาก่อนและก่อให้เกิดผลเสียหายแก่ทรัพย์สินและเป็นอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ (วิจิตร บุญยะ โหตระ, 2527) อุบัติเหตุ หมายถึง เหตุการณ์ที่อุบัติขึ้น ซึ่งอาจเป็นไปได้ทั้งเหตุดีและเหตุร้าย

สรุปได้ว่า อุบัติภัยจราจร หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดฝันมาก่อนและซึ่งทำให้เกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน เกิดอันตรายแก่ร่างกาย จิตใจ หรือทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตได้ และจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาอุบัติเหตุจากการจราจรทางบกที่เกิดจากการสัญจรไปมาบนท้องถนนที่เกิดขึ้นและมีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ที่ใช้รถ ใช้ถนน ผู้ขับขี่ยานพาหนะทุกประเภท

1.2 สาเหตุและปัจจัยของการเกิดอุบัติเหตุจราจร

ส่วนใหญ่เมื่อพูดถึงคำว่า อุบัติเหตุ คนทั่วไปมักเข้าใจว่าเกิดขึ้นจากความบังเอิญ เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดเดาไว้ล่วงหน้าหรือเกิดจากเคราะห์กรรมที่ไม่สามารถป้องกันได้ แต่ที่จริงแล้ว อุบัติเหตุ เกิดจากการขาดการระมัดระวัง ขาดความรู้และประสบการณ์ โดยปัจจัยสำคัญของอุบัติเหตุจราจรทางบก มี 4 ประการที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ ได้แก่ บุคคล (Host) ยานพาหนะ (Agent) ถนน (Road) และสภาวะแวดล้อม (Environment) (จุฬารักษ์ โสตะ, 2541)

1.2.1 ปัจจัยด้านบุคคล (Human factor) บุคคลผู้ใช้รถใช้ถนนมีความสำคัญมากต่อการเกิดอุบัติเหตุทั้งคนขับรถ คนโดยสาร และคนเดินเท้า ดังนี้

1.2.1.1 คนขับรถก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้จากสาเหตุต่อไปนี้

ก. ประมาท ขาดความระมัดระวังในการขับขี่ ขับรถตามหลังรถคันหลังอย่างกระชั้นชิด แข่งในที่คับขัน เปลี่ยนเส้นทางโดยไม่ระมัดระวัง ไม่ลดความเร็วเมื่อถึงทางโค้ง

ข. ขับรถด้วยความเร็วสูง ขับรถเร็วเกินอัตราที่กฎหมายกำหนดจนไม่สามารถบังคับรถได้ คาดคะเนความเร็วสูง ขับรถเสียหลักเมื่อหยุดรถกะทันหัน หลบคนหรือสัตว์และวัตถุอื่น

ค. ไม่ปฏิบัติตามกฎหรือสัญญาณจราจร 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 คีตกะนอง ชอบเสี่ยง ทำทายเป็นแข่งขัน

จ. ความสามารถและทักษะในการขับรถไม่ดีพอ เช่น ขาดความรู้ความสามารถในการขับรถหัดขับไม่มีทักษะดีพอ ขาดการตัดสินใจที่ดี

ฉ. วัยและเพศ พบว่า วัยที่พบอุบัติเหตุบ่อยที่สุด คือ วัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่ชอบเสี่ยง ชอบทดลอง ขาดการพิจารณาอย่างรอบคอบ และวันผู้สูงอายุ ซึ่งการรับรู้ช้า มีเลี้ยวขาดใจง่าย

ช. ไม่ใช่อุปกรณ์ในการป้องกันความปลอดภัย ผู้ขับขี่ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยและผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ไม่สวมหมวกนิรภัยนับว่าเป็นอันตรายถ้าเกิดอุบัติเหตุขึ้นมาและอาจได้รับความรุนแรงมากขึ้น

ซ. ผู้ขับรถไม่มีน้ำใจและมารยาท ขับรถตัดหน้าคันอื่น ไม่ยอมจอดรอให้คนข้ามถนนตรงทางม้าลายหรือทางข้าม

1.2.1.2 คนโดยสารและคนเดินเท้า

- ก. ขึ้นหรือลงรถโดยไม่ระมัดระวัง ใจร้อน กระโดดขึ้น ลง
- ข. ข้ามถนนไม่ระมัดระวัง ไม่ข้ามถนนตรงทางม้าลายหรือสะพานลอย
- ค. ข้ามถนน โดยออกจากหน้ารถหรือหลังรถ
- ง. ตกจากรถโดยเฉพาะคนที่ห้อยโหนรถหรือขึ้นโดยสารบนหลังการรถนั่งรถโดยสาร โดยปราศจากสิ่งกำบัง
- จ. ลื่นล้มหรือเป็นลมบนถนนหรือรีบร้อนจนเกินไป
- ฉ. เดินชิดถนนบริเวณที่รถผ่านไปมามากเกินไป
- ช. เปิดประตูรถขึ้น-ลงโดยไม่ระมัดระวัง
- ซ. สภาพร่างกายหรือจิตใจไม่ปกติ เช่น เมา ง่วง อารมณ์ไม่ดี ใจลอย คีตกะนอง สนุกสนาน เพลิดเพลินเกินขอบเขต ไม่สบาย
- ฅ. ผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ที่ไม่สวมหมวกนิรภัย หรือผู้โดยสารรถยนต์โดยเฉพาะคนที่นั่งด้านข้าง ถ้าไม่คาดเข็มขัดนิรภัยหากเกิดอุบัติเหตุย่อมได้รับอุบัติเหตุที่รุนแรง

1.2.2 ปัจจัยด้านยานพาหนะ (Vehicle factor) ยานพาหนะที่มีสภาพชำรุดบกพร่อง ขาดการตรวจสอบและบำรุงรักษาที่ดีก่อนออกเดินทางหรือก่อนใช้งาน ตลอดจนขนาดยานที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน นับว่าเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุจราจรได้

1.2.2.1 ยานพาหนะที่มีสภาพชำรุดบกพร่อง เช่น

- ก. สภาพของยาง ยางไม่มีดอก ไม่เกาะถนน
- ข. ระบบห้ามล้อ เช่นเบรกแตก คันชักคันส่งหลุด และพวงมาลัยหลุด

ก. ระบบไฟสัญญาณบกพร่อง เช่น ไฟหน้า ไฟหลัง ไฟเลี้ยวซ้าย ไฟเลี้ยวขวา ไฟเบรก โดยเฉพาะเวลากลางคืนอันตรายมาก

ง. พวงมาลัยหรือคันบังคับไม่อยู่ในสภาพปกติ

จ. กระจก กระจกมองหลัง มองข้างชำรุด ฝ้าหรือแตก

1.2.2.2 ยานพาหนะที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัย

ก. รถที่ใช้เครื่องยนต์ในการเกษตร รถไถนาที่นำออกมาวิ่งในถนนโดยไม่ติดคอมไฟหรือสร้างขึ้นโดยไม่ถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนด

ข. รถบรรทุกหนักหรือบรรทุกสูงยื่นล้ำเกินอัตราที่กฎหมายกำหนด

ค. ไม่มีอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัย เช่น เข็มขัดนิรภัย ถุงลม

ง. รถจักรยานยนต์ที่ไม่มีอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น กระจกมองหลัง ไฟเลี้ยว ไฟหน้า หรือมีเสียงดังมากเกินไป

จ. फिल्मกรองแสงที่หนาเกินไปมากอาจก่อให้เกิดอันตรายทั้งจากการงู้งับ งู้งัด และการลักพาตัวโดยไม่มีใครมองเห็นผ่านฟิล์มได้

1.2.3 ปัจจัยด้านถนนหรือทาง (Road factor)

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

1.2.3.2 โครงสร้าง (Structure) ถนนที่มีทางโค้งมาก ๆ หรือต้องขึ้นลงเขาบ่อย ๆ หรือถนนที่โค้งหักศอก ทำให้เกิดมุมอับหรือมุมบอดของการเห็นสภาพการจราจรข้างหน้า

1.2.3.3 พื้นถนน (Road surface) พื้นผิวถนนที่ลาดด้วยยางแอสฟัลท์ จะมีความลื่นมากกว่าถนนที่ทำด้วยคอนกรีต หรือถนนลูกรังเมื่อฝนตกเปียกน้ำก็จะทำให้เป็นโคลนหรือลื่นไถลได้ง่าย ตลอดจนความความเป็นหลุมเป็นบ่อข่มก่อก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้สูง

1.2.3.4 ไหล่ทาง (Shoulder) ไหล่ทาง คือพื้นที่ที่ต่อจากขอบทางด้านข้างซึ่งยังไม่ได้จัดทำเป็นทางเท้า หากมีสิ่งกีดขวางหรือถนนตันไม้ก็ก่อให้เกิดอันตรายได้ โดยเฉพาะไหล่ทางที่เป็นทางโค้งหรือบริเวณสะพาน หรือถนนที่กำหนดความเร็วสูง เช่น บนทางด่วนพิเศษที่ไม่มีกั้นข้างทาง

1.2.3.5 แสงสว่าง (Lighting) พื้นผิวถนนส่วนใหญ่เป็นสีดำ ทำให้เวลากลางคืนแสงสว่างจากไฟหน้ารถน้อยกว่าที่ควร และมักเป็นปัญหาสำหรับผู้ขับขี่ที่สายตาไม่ดี

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

1.2.3.7 ถนนไม่มีเครื่องหมายเตือน (Road making) ไม่มีเครื่องหมายเตือนและการตีเส้นบนพื้นถนนเป็นสีสะท้อนแสง ตลอดจนคำเตือนด้วยอักษรตัวโต ๆ เช่น ให้ระวังเด็ก

1.2.3.8 ถนนไม่มีทางเดินและทางเดินรถเป็นสัดส่วน นั่นคือ ไม่มีทางม้าลาย ไม่มีทางเดินถนน ไม่มีสะพานลอย ไม่มีที่จอดรถหรือเบียดบังถนนเป็นที่ขายของเป็นที่จอดรถ ทำให้ถนนคับแคบก่อให้เกิดอันตรายได้

1.2.4 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (Environment factor) สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการจราจรทางบก หมายถึง ทุกสิ่ง ทุกอย่างที่อยู่ล้อมรอบตัวเรา ได้แก่

1.2.4.1 สภาพแวดล้อมทางธรรมชาติหรือทัศนวิสัยไม่ดี เช่น หมอกลงจัด ลูกเห็บตก ฝนตกหนัก น้ำท่วม

1.2.4.2 อุปกรณ์ความปลอดภัยไม่สมบูรณ์ ได้แก่ ป้ายแนะนำ ป้ายบังคับ ป้ายเตือนไม่ชัดเจน เข้าใจยาก ไม่สื่อความหมาย แสงสว่างไม่เพียงพอ ไม่มีทางเท้า หรือไหล่ทาง ตลอดจนไม่มีทางข้ามถนนในที่เหมาะสม

1.2.4.3 สภาพแวดล้อมที่เกิดจากการกระทำของคน เช่น มลพิษ การเกิดเสียงดังจากท่อไอเสีย ซึ่งมีผลต่อความแปรปรวนของอารมณ์ การเผาขยะข้างทาง การเผาหญ้าและฟางข้าวในบริเวณข้างทางหลวง ทำให้เกิดหมอกควันหนาที่บดบังไม่ให้เห็นทางข้างหน้า การนำสัตว์เลี้ยงมาปล่อยบริเวณสองข้างทาง ทำให้สัตว์เดินเกะกะ กีดขวางการเดินรถ ซึ่งเป็นอันตรายมากสำหรับรถที่วิ่งด้วยความเร็วสูง

1.3 แนวทางในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร

อุบัติเหตุจราจรป้องกันได้อย่างไร

การป้องกันอุบัติเหตุจราจร ต้องมีความพร้อม 5 ข้อดังนี้

1. ความพร้อมของสภาพร่างกายและจิตใจ

- ผู้ขับขี่ต้องไม่มีความบกพร่องของสภาพร่างกาย เช่น เจ็บป่วย สายตามองไม่ชัด หูตึง เป็นต้น

- ผู้ขับขี่ต้องไม่เสพสารเสพติดหรือสารออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท เช่น สุรา ยาบ้า เป็นต้น

- ผู้ขับขี่ต้องมีสภาพจิตใจที่ปกติ เช่น ไม่โกรธ วิตกกังวล ซึมเศร้าหรือเครียด

2. ความพร้อมทางด้านการขับขี่ เช่น ต้องมีความชำนาญในการขับรถ ขับรถถูกต้องตามกฎหมาย ใช้อุปกรณ์นิรภัยทุกครั้งที่ขับขี่

3. ความพร้อมของรถ ต้องมีการตรวจสภาพรถอย่างสม่ำเสมอโดยเฉพาะเบรก แตร กระจกส่องหลังและไฟสัญญาณต่าง ๆ

4. ความพร้อมในเรื่องเส้นทาง ต้องรู้เส้นทางและสภาพแวดล้อมของเส้นทางที่จะไป

5. ความพร้อมในเรื่องการรู้กฎจราจร ต้องทราบเครื่องหมาย และสัญญาณไฟจราจรต่าง ๆ จะเห็นได้ว่าการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ มากมายแต่โดยสรุปแล้วมาตรการป้องกันการบาดเจ็บจะแบ่งได้ง่าย ๆ เป็น 2 มาตรการ (คเชนทร์ ปิ่นสุวรรณ, 2547) ดังนี้

1. มาตรการเชิงรุก (Active prevention) เป็นมาตรการที่ผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการบาดเจ็บตระหนักถึงความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น จึงลงมือกระทำการป้องกันก่อนที่จะเกิดเหตุขึ้น เช่น การคาดเข็มขัดนิรภัย การไม่ดื่มสุราขณะขับรถ การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ เป็นต้น

2. มาตรการเชิงรับ (Passive prevention) เป็นมาตรการที่จัดทำขึ้นเพื่อลดความสูญเสียและการบาดเจ็บเมื่อเกิดเหตุขึ้นแล้ว เช่น การติดตั้งถุงลมนิรภัยในรถยนต์ การออกแบบโครงสร้างรถยนต์ที่ดูดซับแรงกระแทก การติดตั้งสวิตช์ตัดไฟเมื่อเกิดไฟฟ้ารั่ว เป็นต้น

ประโยชน์ของหมวกและเข็มขัดนิรภัย

หมวกนิรภัย เป็นอุปกรณ์ชนิดหนึ่งที่ช่วยลดความรุนแรงการบาดเจ็บบริเวณศีรษะของผู้ขับขี่รถมอเตอร์ไซด์ หมวกนิรภัย แบ่งเป็น 3 ชนิด

1. หมวกชนิดครึ่งศีรษะ เป็นรูปครึ่งวงกลม ปิดด้านข้างและหลังเสมอระดับหู มีสายรัดคาง หมวกชนิดนี้สามารถป้องกันอันตรายเฉพาะบริเวณศีรษะส่วนบน

2. หมวกชนิดเต็มศีรษะ เป็นรูปทรงกลมปิดด้านข้างและด้านหลัง ด้านหน้าเปิดเหนือคิ้วลงมาถึงปลายคาง หมวกชนิดนี้สามารถป้องกันอันตรายบริเวณศีรษะ

3. หมวกชนิดเต็มหน้า จะมีช่องเปิดตรงบริเวณตาเท่านั้น หมวกชนิดนี้สามารถป้องกันอันตรายบริเวณศีรษะและคาง

เข็มขัดนิรภัย เป็นอุปกรณ์อีกชนิดหนึ่งที่ช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ขับขี่รถยนต์และผู้โดยสารถูกเหวี่ยงไปกระแทกกับตัวรถ ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงจากอุบัติเหตุได้ เข็มขัดนิรภัย แบ่งเป็น 2 ชนิด

1. เข็มขัดที่รัดตรงบริเวณ โคนขา รอบสะโพก ส่วนใหญ่จะพบบนเครื่องบินหรือรถยนต์ในส่วนของผู้โดยสารที่นั่งอยู่ด้านหลัง

2. เข็มขัดที่คาดผ่านบริเวณสะโพกและหัวไหล่ เชียงผ่านหน้าอกและกระดูกไหปลาร้า ส่วนใหญ่จะพบในส่วนของผู้ขับขี่และผู้โดยสารที่อยู่ด้านหน้า

แอลกอฮอล์กับการเกิดอุบัติเหตุจราจร

ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจร เกิดจากพฤติกรรมของผู้ขับขี่ จากข้อมูลผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาพยาบาลทั่วประเทศ พบว่า ร้อยละ 50-60 เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มที่แอลกอฮอล์ ก่อนขับรถ โทษภัยของสุราทำให้เกิดอุบัติเหตุ ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์มีผลทำให้ผู้ดื่ม ไม่สามารถควบคุมสติสัมปชัญญะ ระบบประสาทและสมองไม่สามารถสั่งการได้ทันเวลา จึงเป็นสาเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย และรุนแรง ทำให้เกิดความสูญเสีย ทั้งต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น โดยสามารถสรุปความสัมพันธ์ของระดับแอลกอฮอล์กับการเกิดอุบัติเหตุไว้ ดังนี้ (อาภา ศิริวงศ์ ณ อรุณยา, 2547) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของระดับแอลกอฮอล์กับการเกิดอุบัติเหตุ

แอลกอฮอล์ในเลือด (กรัม/100 ซี.ซี.)	สมรรถภาพในการขับรถ	โอกาสที่เกิดอุบัติเหตุ
0.02	- มีผลเล็กน้อยเฉพาะบางคน	- ใกล้เคียงกับคนที่ไม่ดื่มสุรา
0.05	- มีผลทำให้ความสามารถในการขับรถลดลงเฉลี่ย 8% เป็นระดับที่นักวิจัยทั่วไปยอมรับว่าการขับรถจะเป็นอันตรายกับคนใช้ถนน	- โอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุเป็นสองเท่าของคนที่ไม่ดื่มสุรา
0.08	- สมรรถภาพลดลงโดยเฉลี่ย ร้อยละ 12 มีผลต่อคนขับทุกคน และระดับนี้ใช้เป็นกฎหมายควบคุมในหลายประเทศ	- โอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุเป็นสามเท่าของคนที่ไม่ดื่มสุรา
0.10	- สมรรถภาพลดลงโดยเฉลี่ย ร้อยละ 15 มีผลต่อคนขับทุกคน และการขับรถจะแย่มากอย่างรวดเร็ว	- โอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุเป็นหกเท่าของคนที่ไม่ดื่มสุรา
0.15	- สมรรถภาพลดลงโดยเฉลี่ย ร้อยละ 33	- โอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุเป็นสี่สิบเท่าของคนที่ไม่ดื่มสุรา
มากกว่า 0.20	- สมรรถภาพลดลงเป็นสัดส่วนกับระดับแอลกอฮอล์ในเลือด	- ไม่สามารถวัดได้เนื่องจากควบคุมการทดลองไม่ได้ แต่โอกาสเกิดอุบัติเหตุสูงมาก

ที่มา: อาภา ศิริวงศ์ ณ อรุณยา (2547)

ดังนั้น ในประเทศไทย จึงกำหนดระดับแอลกอฮอล์ให้ไม่เกิน 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ตามประกาศกฎกระทรวงมหาดไทย ฉบับที่ 16/2537 (มูลนิธิเมาไม่ขับ, 2550)

ข้อควรปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากการดื่ม

1. ไม่ควรดื่มสุราหากต้องขับขีรถ
2. หากดื่มสุรา ไม่ควรขับเอง ควรให้เพื่อนที่ไม่ดื่มขับให้หรือใช้บริการรถแท็กซี่หากผู้ขับขีรถหลีกเลี่ยงการดื่มไม่ได้ ควรรู้ถึงเกณฑ์การดื่มอย่างปลอดภัยในช่วงโมงแรกก่อนขับขี ดังนี้
 - สุรา 6 แก้ว ผสมสุราแก้วละ 1 ผา (ผาขวดสุรา)
 - ไวน์ 4 กระป๋อง หรือ 4 ขวดเล็ก
 - เบียร์ปกติ 2 กระป๋อง หรือ 2 ขวดเล็ก
 - ไวน์ 2 แก้ว (แก้วละ 80 ซีซี)

สำหรับช่วงโมงต่อไปให้ดื่มได้ครึ่งหนึ่งของปริมาณที่กำหนดนี้ หากดื่มมากกว่านี้ จะมีปริมาณแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดเกิน 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

2. แนวคิดทฤษฎี

2.1 ทฤษฎีการเกิดอุบัติเหตุ (Theory of cause of Accident)

ทฤษฎีโดมิโน (Domino Theory) เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุ เฮนริช (H.W. Heinrich อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2541) กล่าวว่า การบาดเจ็บหรือการสูญเสียชีวิตต่าง ๆ เป็นผลมาจากการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ ก็มาจากการกระทำและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่ปลอดภัย โดยทฤษฎีนี้เปรียบเสมือนตัวโดมิโนที่เรียงกันอยู่ 5 ตัว ถ้าตัวใดตัวหนึ่งล้มย่อมมีผลให้โดมิโนตัวอื่น ๆ ล้มตามไปด้วยเหมือนลูกโซ่ ซึ่งตัวโดมิโนทั้ง 5 ตัว มีดังนี้คือ

โดมิโนตัวที่ 1 สภาพภูมิหลังของบุคคล (Social environment of background) หมายถึง สภาพการเลี้ยงดูจากครอบครัว ขนบธรรมเนียมประเพณี รวมถึงการให้การศึกษาการสร้างเจตคติ ลักษณะนิสัย บุคลิกภาพ ตลอดจนสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ที่ได้รับประสบเป็นเวลานาน เช่น ชุมชนเมื่อ และชุมชนแออัด ย่อมแตกต่างกัน

โดมิโนตัวที่ 2 ความบกพร่องทางร่างกาย (Defect of person) หมายถึง ความบกพร่องทางร่างกาย เช่น ประสิทธิภาพในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม สายตา การเจ็บป่วย ความเมื่อยล้า การมีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน เป็นต้น

โดมิโนตัวที่ 3 การกระทำและสภาพที่ไม่ปลอดภัย (Acting & status of unsafety) หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดอันตรายรวมถึงสภาพของเครื่องจักร เครื่องมือที่ขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังรวมถึง สภาพทั่ว ๆ ไปในการทำงาน เช่น พื้น แสง เสียง ฝุ่น เป็นต้น

โดมิโนตัวที่ 4 อุบัติเหตุ (Accident) ได้แก่ ผลที่เกิดจากสภาพแวดล้อมทางสังคม หรือ ความบกพร่องทางร่างกายของบุคคลหรือการกระทำที่ไม่ปลอดภัย เช่น หลับในขณะที่ขับรถยนต์ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้

โดมิโนตัวที่ 5 การบาดเจ็บและความเสียหาย (Injuries or Damage) ได้แก่ นิ้วขาด เสียดวงตา ขาหัก อัมพาต เป็นต้น

ทฤษฎีโดมิโน พยายามจะอธิบายถึงการเกิดอุบัติเหตุทั่วไปที่เกิดจากบุคคล การกระทำของบุคคลมีผลมาจากภูมิหลังด้านครอบครัว และการศึกษา สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ก็เกิดจากความบกพร่องของบุคคลเช่นเดียวกัน ตามทฤษฎีโดมิโน หรือลูกโซ่อุบัติเหตุ เมื่อโดมิโนตัวที่ 1 หรือ 2 หรือ 3 ล้ม ตัวที่ 4 หรือ 5 ก็จะล้มตาม ดังนั้นหากไม่ให้โดมิโนตัวที่ 4 ล้ม (ไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ) ก็ต้องเอาโดมิโนตัวที่ 3 ออก การบาดเจ็บหรือความเสียหายก็จะไม่เกิดขึ้น (จุฬารัตน์ โสตะ, 2539)

การป้องกันอุบัติเหตุเราสามารถพิจารณาได้ 2 ประการ คือ

1. การป้องกันอุบัติเหตุในระยะสั้น คือการขจัดตัวที่ 3 ออก คือการขจัดการกระทำที่ไม่ปลอดภัยและสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยทำให้ตัวที่ 4 คือ อุบัติเหตุไม่เกิดขึ้น
2. การป้องกันในระยะยาว คือ การสร้างจิตสำนึกการให้การศึกษา การสาธารณสุขมูลฐานซึ่งเป็นรากฐานที่มั่นคงของสังคม จะทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและการกระทำที่ปลอดภัยเป็นการป้องกันอุบัติเหตุที่ยั่งยืนกว่าในข้อแรกมาก

ทฤษฎีอธิบายสาเหตุของอุบัติเหตุทฤษฎีโดมิโน โดย H.W. Heinrich เชื่อว่าเหตุการณ์นี้เกิดขึ้นจะมีผลกระทบกับเหตุการณ์อื่นเปรียบเสมือนตัวโดมิโนเรียงเป็นแถว เมื่อตัวใดล้มก็จะทำให้ตัวอื่นล้มทฤษฎีสาเหตุวิภูณ โดย Dan Peterson เชื่อว่าการเกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้งมีสาเหตุมาจากเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งยังไม่เพียงพอ เพราะแท้จริงการเกิดอุบัติเหตุมีทั้งปัจจัยหลักและปัจจัยย่อยผสมผสานกันแล้วผลักดันให้เกิดอุบัติเหตุขึ้นทฤษฎีความโน้มเอียง โดยของการเกิดอุบัติเหตุ โดย Major Greenwood และ Hilda M. woods ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับการเกิดอุบัติเหตุของพนักงาน ต่อมา Karl Marbe มีการพัฒนาเป็นทฤษฎี ศึกษาถึงสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุคือจากสิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัย และการกระทำที่ไม่ปลอดภัย ไปศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลทฤษฎีการผันแปรของชีวิต โดย Thomas H. Holmes เชื่อว่าคนจะเกิดความเครียด เพราะเหตุการณ์หลาย ๆ อย่างในชีวิต และความเครียดจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของเหตุการณ์ในชีวิตนั้นๆ เมื่อความเครียดเกินขนาดจะทำให้บุคคลนั้นอ่อนล้าเจ็บป่วย หรือทำให้การปฏิบัติงานผิดพลาดจนทำให้เกิดอุบัติเหตุ

ทฤษฎีอธิบายพฤติกรรมความปลอดภัย เพื่อนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญหาสังคม ได้รับการพัฒนาโดยนักจิตวิทยาชาวแคนาดา ชื่อ Albert Bandura แนวคิดพื้นฐานคือ Bandura เชื่อว่าพฤติกรรมของคนเราไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไป แต่จะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคลเขามามีส่วนร่วมเป็นตัวกำหนด จากแนวคิดพื้นฐานได้เน้นแนวคิดไว้ 3 ประการคือแนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต แนวคิดการกำกับตัวเอง และแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล Ajzn & Fishbein ได้พัฒนาทฤษฎีนี้ขึ้นมาโดยได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรม 1) ทัศนคติต่อพฤติกรรมประเมินพฤติกรรมของบุคคลว่าการกระทำนั้นดีหรือไม่ 2) ความคาดหวังของสังคมเป็นการประเมินความเชื่อของบุคคลรูปแบบการควบคุมอับัติภัยและการส่งเสริมความปลอดภัย การบริหารงานความปลอดภัยสมัยใหม่ผลของการศึกษาเกี่ยวกับความปลอดภัยพบว่าความเสียหายที่เกิดจากอุบัติเหตุ 80% สามารถที่จะควบคุมได้โดยการบริหารจัดการและอีก 20% สามารถควบคุมได้โดยการปฏิบัติงานระบบการบริหารงานความปลอดภัยสมัยใหม่ 1) แนวคิดการบริหาร 2) ระบบข้อมูล 3) มาตรฐานการปฏิบัติงาน 4) การวัดและประเมินผลสาเหตุและผลของความสูญเสียการบริหารความปลอดภัยแบบเดิมจะยึดทฤษฎี Domino ของ HENRICH เป็นแนวทางในการอธิบายสาเหตุการบริหารเพื่อความควบคุมความสูญเสีย จะต้องอาศัยนักบริหารมืออาชีพพิจารณาจากคุณลักษณะสำคัญ 3 ด้าน 1) ด้านหน้าที่ 2) ด้านจุดหมาย 3) ด้านกิจกรรม

แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่น

พรทิพย์ คำพอ (2548) วัยรุ่น (Adolescence) ระยะเวลานี้เป็นระยะที่สำคัญที่สุด เป็นวัยที่เชื่อมต่อระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่ ชีวิตในวัยนี้พลอยราบรื่นหรือไม่เพียงใดขึ้นอยู่กับความคิดเห็นในวัยนี้ไม่น้อยทีเดียว คำว่าวัยรุ่น มาจากคำว่า Adolescere ในภาษาละตินซึ่งแปลว่า การเจริญเติบโตไปสู่วุฒิภาวะนั่นคือ เป็นวัยย่างเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ แบ่งวัยนี้ได้เป็น 3 ระยะ

วัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence) เด็กหญิงมีอายุระหว่าง 13 – 15 ปี เด็กชายจะมีอายุระหว่าง 15 – 17 ปี เป็นระยะที่ร่างกายเจริญเติบโตทางเพศอย่างสมบูรณ์ เด็กหญิงจะเริ่มมีประจำเดือน ส่วนเด็กชายจะไม่มีระยะการแบ่งแน่ชัด แต่อาจสังเกตได้จากสิ่งเหล่านี้ คือ การหลั่งอสุจิในครั้งแรก การมีขนตามอวัยวะเพศเสียงเริ่มเปลี่ยน ส่วนเด็กหญิง นอกจากจะมีประจำเดือน สัดส่วนของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะด้านอวัยวะเพศ การขยายตัวของทรวงอก

วัยรุ่นตอนกลาง (Middle adolescence) เด็กหญิงจะมีอายุระหว่าง 15 – 18 ปี เด็กชายอายุระหว่าง 17 - 19 ปี เด็กส่วนใหญ่จะคบเพื่อนที่มีรสนิยมคล้ายคลึงกัน รู้จักปรับปรุงบุคลิกภาพเลียนแบบบุคคลที่ตนเองยกย่อง ชอบทำสิ่งแปลก ๆ ใหม่ ๆ

วัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescence) เด็กหญิงจะมีอายุระหว่าง 18 – 21 ปี เด็กชายจะมีอายุระหว่าง 19 - 21 ปี ในระยะนี้จะมีพัฒนาการทางด้านจิตใจมากกว่าทางด้านร่างกาย ปรับปรุงร่างกายของตนเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อม ตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง แต่ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับสภาพครอบครัวด้วย โดยปกติในวัยรุ่นตอนปลาย มักมีความกระตือรือร้นที่จะสร้างสิ่งประทับใจต่าง ๆ เพื่อจะแสดงว่าตนไม่ได้เป็นเด็กวัยรุ่นอีกต่อไปแล้ว

การค้นหาลบภัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจรในวัยรุ่นพบว่าพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการจราจรซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดอุบัติเหตุจราจร ดังนี้

วัยรุ่นเป็นนักขับมือใหม่ (Novice driver) ขาดประสบการณ์ในการขับขี่ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2544) การขับขี่เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนที่ต้องอาศัยทั้งความรู้ ความสามารถของระบบประสาท และการตัดสินใจที่ดี วัยรุ่นมักมีความสามารถในการรับรู้และตอบสนองอันตรายได้น้อย ความสามารถในการควบคุมเครื่องยนต์ไม่ดี การคาดประมาณความเร็วที่ใช้และระยะทางที่ควรหยุดไม่เหมาะสม นอกจากนี้วัยรุ่นยังมีความสามารถไม่ดีพอในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าต่าง ๆ ด้วยเหตุผลทั้งหมดนี้จึงเห็นได้ว่า การศึกษาทางทฤษฎีในเรื่องการขับขี้อย่างเดียวไม่สามารถทำให้วัยรุ่นบรรลุคุณสมบัติผู้ขับขี่ที่ดีได้

วัยรุ่นชอบมีพฤติกรรมเสี่ยงอันตราย (Risk taking behavior) (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2544) เนื่องจากแรงผลักดันภายในให้เกิดความต้องการที่จะเสี่ยงในระดับหนึ่งของวัยรุ่นซึ่งสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น ทั้งนี้ อาจมีแรงเสริมจากอารมณ์ของวัยรุ่น แรงผลักดันจากเพื่อน และความเครียดอื่นๆ (Simpson, 1980) พฤติกรรมเสี่ยงอันตรายในวัยรุ่นพบได้ในสถานการณ์การขับขี่ปกติ เช่น การขับขี่ด้วยความเร็วสูง การแข่งกระชั้นชิด การเบรคในระยะประชิด การเลี้ยวตัดหน้า เป็นต้น นอกจากนี้ความเสี่ยงยังทำให้วัยรุ่นเลือกขับขี่ในสถานการณ์ที่หายต่าง ๆ เช่น การขับแข่งกัน การขับโลดโผน การขับกลางคืน เมื่อเปรียบเทียบกับวัยอื่นแล้วสัดส่วนผู้ขับรถเวลากลางคืนในกลุ่มวัยรุ่นจะสูงกว่าการขับกลางคืนมีความเสี่ยงต่อการตายสูงกว่าการขับในเวลากลางวันถึง 4 เท่า

วัยรุ่นมักใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะ จากการศึกษาเขตเทศบาลและสุขาภิบาลใน 7 จังหวัดของประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 35.7 ของผู้ใช้รถจักรยานยนต์มีอายุน้อยกว่า 24 ปี ร้อยละ 61.2 เริ่มขับขี่เมื่ออายุน้อยกว่า 18 ปี (ปรากรม วุฒิพงศ์ และคณะ, ม.ป.ป.) จากรายงานการจดทะเบียนตามพระราชบัญญัติรถยนต์ในปี 2542 พบว่าในกรุงเทพมหานครมีการจดทะเบียนรถจักรยานยนต์คิดเป็นร้อยละ 25 ในขณะที่ทั้งประเทศคิดเป็นร้อยละ 68 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544) ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์จัดอยู่ในกลุ่มผู้ใช้ถนนไร้สิ่งป้องกัน (Unprotected road user) มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและการตายสูงกว่าผู้ใช้รถยนต์ 10 – 15 เท่า กลุ่มวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงสุด ผู้ใช้ในชนบทมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ใช้ในเมือง 6 – 7 เท่า จากการผิในปะเทศสวีเดนเกี่ยวกับการเสียชีวิตจาก

อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์พบว่า ร้อยละ 50 เป็นเค็้กวัยรุ่นนั้่อายุน้อยกว่า 20 ปี และไม่มีใบอนุญาตขับขี่ การศึกษาในประเทศอังกฤษที่เมืองเบอร์มิงแฮม พบว่าวัยรุ่นอายุ 17 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการตายจากการขับขี่รถจักรยานยนต์สูงสุด

วัยรุ่นมักมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยา ก่อนการขับขี่ การศึกษาวัยรุ่นที่ ได้รับบาดเจ็บที่มารับการตรวจในห้องฉุกเฉิน พบว่ามีภาวะเมาแล้วขับร้อยละ 16 โดยที่ร้อยละ 5 มี ค่าระดับแอลกอฮอล์ในเลือดอยู่ระหว่าง 1 – 50 มก./คค. และร้อยละ 11 มีค่าระดับแอลกอฮอล์ใน เลือดมากกว่า 50 มก. /คค. (กรมการแพทย์, 2543) ซึ่งเป็นค่าที่กฎหมายกำหนด แม้ว่าสัดส่วนการเมา ในวัยกลางคนจะสูงกว่าวัยรุ่นก็ตาม แต่เมื่อพิจารณาความรุนแรงจะพบว่าวัยรุ่นที่อยู่ในภาวะเมา จะ ได้รับการบาดเจ็บที่รุนแรงมากกว่ากลุ่มอายุอื่นที่มีในระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเท่ากัน การศึกษาใน สหรัฐอเมริกาพบว่าร้อยละ 30 ของการตายจากอุบัติเหตุยานยนต์ของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการ ใช้แอลกอฮอล์ (อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, 2543)

วัยรุ่นมักไม่นิยมใช้อุปกรณ์เสริมความปลอดภัย ทั้งการใช้หมวกนิรภัยในการขับขี่ รถจักรยานยนต์ และการใช้เข็มขัดนิรภัยในการขับขี่รถยนต์ จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่ได้รับการ บาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ใช้หมวกนิรภัยเฉลี่ยร้อยละ 47 โดยที่วัยรุ่น 10 – 14 ปี ใช้เพียง ร้อยละ 12.5 ในขณะที่วัยรุ่น 15 – 19 ปี ใช้ร้อยละ 51.7 ในกลุ่มอายุ 30 – 34 ปี อัตราการใช้สูงถึง ร้อยละ 61 (กรมการแพทย์, 2543) สำหรับผู้โดยสารรถยนต์เกือบทั้งหมดไม่ได้ใช้เข็มขัดนิรภัยเลข การศึกษาของ National Traffic Safety Administration (NHTSA) ในสหรัฐพบว่าหมวกนิรภัย สามารถลดการตายจากการชนของรถจักรยานยนต์ลงได้ร้อยละ 29 และลดการตายจากการบาดเจ็บ ที่ศีรษะลงได้ร้อยละ 40 ผู้ขับขี่ที่ไม่สวมหมวกนิรภัย มีค่าความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บที่ศีรษะมากกว่า ใช้ประมาณ 3 เท่า การใช้หมวกนิรภัยจะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาการบาดเจ็บทางสมอง คิดเป็นเงิน 1500 US \$ ต่อคน มีการวิจัยมากมายสนับสนุนว่าหมวกนิรภัยไม่เพิ่มการบาดเจ็บของ กระดูกคั่นคอ เช่นการศึกษาซึ่งตีพิมพ์ใน Annals of Emergency Medicine ปี 1994 ที่ได้วิเคราะห์ การชนของรถจักรยานยนต์ 1,153 ราย การศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าวัยรุ่นใช้เข็มขัดนิรภัยร้อย ละ 35 ของการเดินทางทางรถยนต์ น้อยกว่า 1 ใน 4 ของนักเรียนมัธยมรายงานว่าได้ใช้เข็มขัดนิรภัย เป็นประจำ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บสูงกว่าผู้ใช้ถึงร้อยละ 3 เท่า ถุงลมนิรภัยไม่เพียงพอจะ ป้องกันอันตรายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นการชนด้านข้าง ด้านหลัง หรือพลิกคว่ำ

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากรถเนื่องจาก ขาดประสบการณ์ในการ ขับขี่ ขอบมีพฤติกรรมเสี่ยงอันตราย ชอบใช้รถยนต์เป็นพาหนะ ชอบดื่มแอลกอฮอล์และใช้ยาก่อน การขับขี่ และไม่นิยมใช้อุปกรณ์เสริมความปลอดภัย ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ถ้าสามารถ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนกลุ่มนี้ได้จะทำให้ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากรถ

พฤติกรรมของมนุษย์ (Human Behavior)

ความหมายของพฤติกรรม

วิธี แจ่มกระทีก (2541) พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิดของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายในจิตใจและภายนอก อาจทำไปโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว อาจเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และไม่พึงประสงค์ ผู้อื่นอาจสังเกตการกระทำนั้นได้และสามารถใช้เครื่องมือทดสอบได้

เฉลิมพล ต้นสกุล (2541) พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาและกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์แสดงออกทางรูปธรรม นามธรรม ตลอดเวลา สังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส วาจา และการกระทำ สามารถแบ่งพฤติกรรมออกได้เป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) ซึ่งเป็นการกระทำที่สังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรืออาจใช้เครื่องมือช่วย และพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้ พฤติกรรม หมายถึง การกระทำที่สังเกตได้ เช่น การพูด การเดิน การเต้นของหัวใจ การรับรู้ การคิด การจำ และการรู้สึก การกระทำที่สังเกตไม่ได้ เช่น ผู้กระทำรู้ตัว ไม่รู้ตัว หรือเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ เป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคล ซึ่งสัมพันธ์กับสิ่งกระตุ้นภายในและภายนอก

เสาวนีย์ ใจเที่ยง (2531) อธิบายว่า พฤติกรรม หมายถึง อาการกระทำที่แสดงออกมาทั้งทางกายและทางสมอง ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมภายนอก (overt behavior) หมายถึง การกระทำที่สังเกตเห็นได้โดยใช้ประสาทสัมผัสหรือเครื่องมือ เช่น การร้องไห้ การเต้นของหัวใจ การเดินทาง เป็นต้น
2. พฤติกรรมภายใน (covert behavior) หมายถึง การกระทำที่ไม่สังเกตเห็นได้เข้าตัวเท่านั้นที่รู้ เช่น ความคิดเห็น การเรียนรู้ ความรู้สึก อารมณ์ เป็นต้น

Goldenson (1984) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมไว้ว่า เป็นการกระทำหรือตอบสนองการกระทำทางจิตวิทยาของแต่ละบุคคลและเป็นปฏิสัมพันธ์ในการตอบสนองสิ่งกระตุ้นภายในหรือภายนอก รวมทั้งเป็นกิจกรรมการกระทำต่าง ๆ ที่เป็นไปอย่างมีจุดหมาย สังเกตเห็นได้หรือเป็นกิจกรรมการกระทำต่าง ๆ ที่ได้ผ่านการใคร่ครวญแล้ว หรือเป็นไปอย่างไม่รู้ตัว

จากความหมายของพฤติกรรมที่กล่าวมาแล้วข้างต้นสรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกของจิตใจทั้งภายในและภายนอก เป็นการกระทำเพื่อสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งบุคคลอื่นสังเกต และใช้เครื่องมือทดสอบได้

องค์ประกอบของพฤติกรรม

พฤติกรรมของมนุษย์มีองค์ประกอบ 7 ประการ

1. ความมุ่งหมาย (Goal) เป็นความต้องการที่ทำให้เกิดกิจกรรมเพื่อสนองตอบความต้องการที่เกิดขึ้น ความต้องการบางอย่างสามารถตอบสนองได้ทันที แต่บางอย่างต้องใช้เวลาอันจึงบรรลุความต้องการได้

2. ความพร้อม (Readiness) คือ ระดับวุฒิภาวะหรือความสามารถที่จำเป็นในการทำกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการ

3. สถานการณ์ (Situation) เป็นเหตุการณ์ที่เปิดโอกาสให้เลือกทำกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการ

4. การแปลความหมาย (Interpretation) ก่อนที่จะทำกิจกรรมหนึ่งลงไป มนุษย์จะพิจารณาสถานการณ์ก่อนแล้วจึงตัดสินใจเลือกวิธีการที่เกิดความพึงพอใจมากที่สุดเพื่อตอบสนองความต้องการ

5. การตอบสนอง (Response) เป็นการกระทำกิจกรรมเพื่อสนองตอบความต้องการโดยวิธีการที่ได้เลือกแล้วในขั้นแปลความหมาย

6. ผลที่ได้รับหรือผลที่ตามมา (Consequence) เมื่อทำกิจกรรมแล้วย่อมได้รับผลการกระทำนั้น ผลที่ได้รับอาจเป็นไปตามที่คาดคิดหรืออาจตรงข้ามก็ได้

7. ปฏิกริยาต่อความผิดหวัง (Reaction to Thwarting) ในกรณีที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ มนุษย์ก็อาจจะย้อนกลับไปแปลความหมายของสถานการณ์และเลือกวิธีการใหม่

Bloom (1975) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมว่าเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจเป็นสิ่งสังเกตได้หรือไม่ได้ และพฤติกรรมดังกล่าวนี้ ได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ พฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นกระบวนการทางด้านสมองเป็นความสามารถทางด้านสติปัญญาที่เกี่ยวข้องกับ การรับรู้ การจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถ และทักษะทางสติปัญญา การใช้ความคิด วิจัยเหตุผลเพื่อประกอบการตัดสินใจ จัดจำแนกได้ตามลำดับขั้นจากง่ายไปยาก ดังนี้

ความรู้ ความจำ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำได้หรือระลึกได้

ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องมาจากความรู้ คือ จะต้องมีความรู้มาก่อนถึงจะเข้าใจได้ ความเข้าใจนี้จะแสดงออกมาในรูปของการแปลความ ตีความ และคาดคะเน

การนำไปใช้ (Application) เป็นการนำเอาวิชาการ ทฤษฎี กฎเกณฑ์และแนวคิดต่าง ๆ ไปใช้

การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถ และมีทักษะในการจำแนกเรื่องราวที่สมบูรณ์ใด ๆ ออกเป็นส่วนย่อยและมองเห็นความสัมพันธ์อย่างแน่ชัดระหว่างส่วนประกอบที่รวมเป็นปัญหา หรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลในการรวบรวมส่วนย่อยต่าง ๆ เข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างใหม่ มีความชัดเจน และมีคุณภาพสูงขึ้น

การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถของบุคคลในการวินิจฉัย ติราคาของสิ่งของต่าง ๆ โดยมีกฎเกณฑ์ที่ใช้ช่วยประเมินค่านี้อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคลสร้างขึ้นมา หรือมีอยู่แล้วก็ตาม

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ เจตคติเป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ อารมณ์ความรู้สึก ความสนใจ เจตคติ การให้คุณค่า การปรับปรุงค่านิยม การแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือรวมไปถึงความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ กันจะบอกแนวโน้มของบุคคลในการกระทำพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย ซึ่งได้แบ่งขั้นตอนการเกิดพฤติกรรมด้านเจตคติ ได้ดังนี้

การรับหรือการให้ความสนใจ (Receiving or Attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่าเหตุการณ์ หรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้น และบุคคลนั้นมีความยินดี หรือมีภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับ หรือให้ความพอใจต่อสิ่งเร้านั้น ในการยอมรับนี้ประกอบด้วย ความตระหนัก ความยินดีที่ควรรับ และการเลือกรับ

การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้า เป็นเหตุให้บุคคลพยายามทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง พฤติกรรมขั้นนี้ประกอบด้วย ความยินยอม ความเต็มใจ และความพอใจที่จะตอบสนอง

การให้ค่านิยม (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยาซึ่งแสดงให้เห็นว่า บุคคลนั้นยอมรับว่า เป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเอง และได้นำไปพัฒนาเป็นของตนเองอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า “ค่านิยม” ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วย การยอมรับ ความชอบและการผูกมัดค่านิยมเข้ากับตนเอง

การจัดกลุ่มค่า (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่าง ๆ ให้เข้ากลุ่ม โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมนั้น ในการจัดกลุ่มนี้ประกอบด้วย การสร้างแนวความคิดเกี่ยวกับค่านิยม และการจัดระบบของค่านิยม

การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a Value or Complex) พฤติกรรมขั้นนี้ถือว่า บุคคลมีค่านิยมหลายชนิด และจัดอันดับของค่านิยมเหล่านั้นจากดีที่สุดไปถึงน้อยที่สุด พฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวคอยควบคุมพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมในขั้นนี้

ประกอบด้วย การวางแผนทางของการปฏิบัติ และการแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่เขา กำหนด

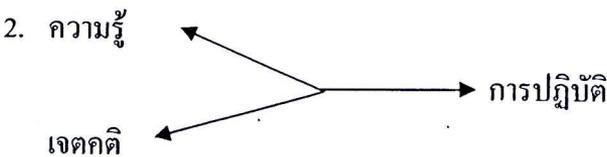
3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ พฤติกรรมด้านการปฏิบัตินี้ เป็นการใช้ความสามารถที่ แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่ บุคคลปฏิบัติออกมาโดยมีด้านความรู้ และด้านเจตคติ เป็นตัวช่วยให้เกิดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่ ถูกต้อง แต่กระบวนการในการจะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยระยะเวลา และการตัดสินใจ หลายขั้นตอน แต่นักวิชาการก็เชื่อว่ากระบวนการทางการศึกษาจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติ ได้

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ (Knowledge) เจตคติ (Attitude) และการปฏิบัติ (Practice)

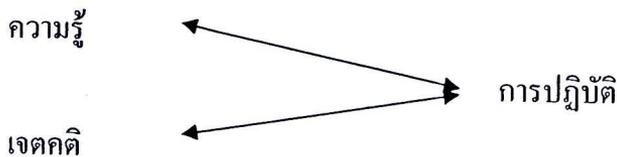
Schwartz (1975) ได้ศึกษาถึงรูปแบบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้าน คือ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ สามารถสรุปรูปแบบของ ความสัมพันธ์ได้ เป็น 4 ลักษณะคือ



เจตคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดความรู้และการปฏิบัติ ดังนั้น ความรู้มีความสัมพันธ์ กับเจตคติ และเจตคติมีผลต่อการปฏิบัติ



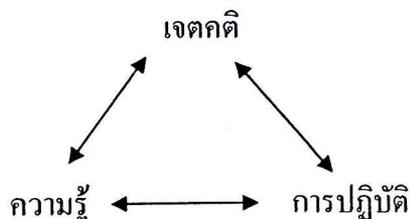
3. ความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



ความรู้และเจตคติต่างกัน ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และเจตคติไม่ จำเป็นต้องสัมพันธ์กัน

ภาพที่ 1 แสดงรูปแบบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้าน

4.



ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้นมีเจตคติเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้

ภาพที่ 1 แสดงรูปแบบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้าน (ต่อ)

จากรูปแบบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเรียนรู้ พบว่า พฤติกรรมแต่ละด้านส่งผลทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาในตอนสุดท้าย ซึ่งเป็นการกระทำของสิ่งมีชีวิตที่สามารถวัดได้หรือสังเกตได้นั่นเอง มนุษย์มีพฤติกรรมต่างๆมากมาย พฤติกรรมที่นับได้ว่าเป็นมีความสำคัญอย่างหนึ่งคือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งนับว่าเป็นการปฏิบัติของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอาหาร เพื่อช่วยทำให้ร่างกายเจริญเติบโต ช่วยให้เราสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขที่ดี

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะของการกระทำและการไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ นอกจากนี้ยังรวมถึงความรู้และเจตคติที่มีต่อสุขภาพด้วย ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยการสังเกต การพูดคุย การสอบถาม เป็นต้น พฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะต้องมีการปลูกฝังตั้งแต่เด็ก หรือปรับเปลี่ยนจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีไปพร้อม ๆ กันทั้ง 3 ด้าน คือ

1. ด้านความรู้ (Cognitive domain) คือ พฤติกรรมที่แสดงออกให้รู้ว่าบุคคลนั้นรู้หรือคิด พัฒนาความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจ ความรู้ดังกล่าวเป็นความรู้ทางสุขภาพ (Health knowledge) เช่น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค การหลีกเลี่ยงสาเหตุแห่งการติดเชื้อโรค ความรู้ด้านโภชนาการ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาวะตนเอง เป็นต้น

2. ด้านเจตพิสัยหรือด้านเจตคติ (Affective domain) คือ พฤติกรรมที่แสดงออกถึงเจตคติของบุคคล เช่น ความสนใจ ความรู้สึกหรือความคิดเห็นว่าชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการให้คุณค่าต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า เจตคติทางสุขภาพ (Health attitude) เช่น การชอบหรือไม่ชอบรับประทานผัก การดูแลสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วยดีกว่าการรอให้ป่วยแล้วไปรักษา การออกกำลังกายจะช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้นก็สามารถป้องกันโรคต่างๆ ได้หรือในด้านลบบางคนอาจคิดว่าการออกกำลังกายทำให้เหนื่อยและเสียเวลา ซึ่งเจตคติจะมีทั้งด้านบวกและด้านลบซึ่งจะส่งผลดีหรือไม่ดีต่อสุขภาพก็ได้

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) คือ พฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกายหรือการกระทำที่สังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การปฏิบัติทางสุขภาพ (Health practice) เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังออกจากห้องน้ำ การคาดเข็มขัดนิรภัย การสวมหมวกนิรภัย การพักผ่อนให้เพียงพอ การนั่งสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่แอลกอฮอล์ เป็นต้น

จากพฤติกรรมทั้งสามด้านจะเห็นว่า มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันและมีจุดมุ่งหมายเพื่อการดำรงรักษาสุขภาพทั้งสิ้น พฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวจะมีความถูกต้องเหมาะสมเพียงใดขึ้นอยู่กับความรู้ที่ได้รับว่าถูกต้องหรือไม่ รวมทั้งการมีเจตคติต่อความรู้นั้น ถ้าเห็นด้วยก็จะนำความรู้นั้นไปปฏิบัติตาม ในทางกลับกันถ้ามีความรู้แต่ยังลังเล ไม่แน่ใจหรือไม่เห็นความสำคัญก็อาจจะไม่ปฏิบัติตามก็ได้ หรือบางครั้งก็อาจจะปฏิบัติตามผู้อื่นเนื่องจากคิดว่าดี มีประโยชน์ โดยอาจจะไม่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ เลย ดังนั้น การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนั้น บุคคลควรมีทั้งความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจนเกิดความเคยชินเป็นนิสัย หรือเรียกว่าสุขนิสัย (Health habit)

จากความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมซึ่งเป็นกระทำหรือสิ่งที่แสดงออกมาของบุคคลอาจสังเกตได้หรือไม่ได้แต่สามารถวัดได้เพราะฉะนั้นพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการจราจรจึงหมายถึงการกระทำหรือสิ่งที่แสดงออกมาของบุคคล เกี่ยวกับการเดินทางไปมาหรือการจราจรในฐานะผู้ขับขี่หรือผู้เดินเท้า หรือผู้โดยสารซึ่งอาจสังเกตได้หรือไม่ได้แต่สามารถวัดได้ เช่น ความรู้ ทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ ความคิดเห็น ความตั้งใจ และการปฏิบัติเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุจราจร

2. แนวคิดการมีส่วนร่วม (Participation)

หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

คำว่า “การมีส่วนร่วม (Participation)” นั้น ตามพจนานุกรมอังกฤษฉบับอ็อกฟอร์ด ได้ให้คำนิยามไว้ว่า “เป็นการมีส่วนร่วม (ร่วมกับคนอื่น) ในการกระทำบางอย่างหรือบางเรื่อง” คำว่าการมีส่วนร่วมโดยมากมักจะใช้ในความหมายตรงกันข้ามกับคำว่า “การเมินเฉย (Apathy)” ฉะนั้น คำว่าการมีส่วนร่วมตามความหมายข้างต้น จึงหมายถึง การที่บุคคลกระทำการในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือในประเด็นที่บุคคลนั้นสนใจ ไม่ว่าจะเขาจะได้ปฏิบัติภารกิจเพื่อแสดงถึงความสนใจอย่างจริงจังหรือไม่ก็ตาม และไม่จำเป็นที่บุคคลนั้นจะต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้น โดยตรงก็ได้ แต่การมีทัศนคติ ความคิดเห็น ความสนใจ ห่วงใย ก็เพียงพอแล้วที่จะเรียกว่าเป็นการมีส่วนร่วมได้

สุริยา วีระพงษ์ (2535) ได้ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการซึ่งบุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในเรื่องสุขภาพอนามัยและสวัสดิการของเขาเอง และชุมชนที่เขาอาศัยอยู่โดยเน้นหนักในการพัฒนาความรู้ ความสามารถของประชาชนในการพัฒนาชุมชนของเขาเอง

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (2542) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลเป้าหมายเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Ownership) มีความปรารถนาจะร่วมคิดร่วมทำกับผู้อื่น (Participation) รับผิดชอบต่อผลการพัฒนาของชุมชนตนหรือที่เรียกว่า “ระเบิดมาจากข้างใน” โดยทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการจะร่วมแสดงและร่วมให้ความคิดเห็นที่จะดำเนินการเพื่อที่จะกำหนดวิถีชีวิตของเขาเองด้วยตัวเอง ทั้งนี้การสนับสนุนของรัฐอาจจะเกิดขึ้นตามความจำเป็นแต่ไม่ใช่รูปแบบของการควบคุม

Pearse & Stiefel (1977 อ้างถึงใน สุธี ศรสวรรค์, 2533) ยังได้ให้คำจำกัดความของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า “การมีส่วนร่วมของประชาชน” หมายถึง การที่กลุ่มประชาชน หรือขบวนการที่สมาชิกของชุมชนที่กระทำการออกมาในลักษณะของการทำงานร่วมกันที่จะแสดงให้เห็นถึงความต้องการร่วม ความสนใจร่วม มีความต้องการที่จะบรรลุถึงเป้าหมายร่วมทางเศรษฐกิจและสังคมหรือการเมือง หรือการดำเนินการร่วมกันเพื่อให้เกิดอิทธิพลต่อรองอำนาจมติชน ไม่ว่าจะ เป็นทางตรงหรือทางอ้อม หรือการดำเนินการเพื่อให้เกิดอิทธิพลต่อรองอำนาจทางการเมือง เศรษฐกิจ การปรับปรุงสถานภาพทางสังคมในกลุ่มชุมชน

WHO / UNICEF ได้ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วม คือ การที่กลุ่มของประชาชนก่อให้เกิดการรวมตัวที่สามารถจะทำการตัดสินใจใช้ทรัพยากรและมีความรับผิดชอบในกิจกรรมที่กระทำโดยกลุ่ม และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการประชุม ณ องค์การสหประชาชาติเคยระบุไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นคำที่ไม่อาจกำหนดนิยามความหมายเดียวที่ครอบคลุมได้ เพราะความหมายของการมีส่วนร่วมอาจแตกต่างกัน

ไปในแต่ละประเทศ หรือแม้แต่ในประเทศเดียวกันก็ตาม หากจะให้เข้าใจชัดแล้ว การนิยามความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน ควรมีลักษณะจำกัคเฉพาะในระบบเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองหนึ่ง ๆ เท่านั้น

การจำแนกขั้นตอนการมีส่วนร่วม (อ้างถึงใน พรรณี บัญชรหัตถกิจ และคณะ, 2544)

การจำแนกการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนการมีส่วนร่วม ตามแนวคิดของ โคอเฮน และ อ็พซอฟเป็นแนวคิดที่ได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบมากที่สุด ระดับขั้นของการมีส่วนร่วมมีหลายระดับ และนักวิชาการต่าง ๆ ได้กำหนดไว้หลากหลาย แต่ในสาระสำคัญมีความคล้ายกันซึ่งจะขอนำเสนอโดยสังเขป ดังนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making)

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (Implementation)

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefit)

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

การมีส่วนร่วมของประชาชน จึงมีอยู่ในเกือบทุกกิจกรรมของสังคมขึ้นอยู่กับความสนใจและประเด็นในการพิจารณา นอกจากนี้การมีส่วนร่วมต้องมีวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายมีกิจกรรมเป้าหมาย และมีกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน ทั้งนี้ เพื่อให้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการหรือขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนจะเริ่มจากกระบวนการตัดสินใจเพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ในการมีส่วนร่วม จากนั้นจะนำไปสู่การกำหนดวิธีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร โดยต้องคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย จะเห็นได้ว่ากระบวนการตัดสินใจ วัตถุประสงค์ การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร กลุ่มเป้าหมาย สถานการณ์เฉพาะ และเทคนิคในการมีส่วนร่วมของประชาชนจะต้องมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมเมื่อเห็นว่าตนได้รับผลกระทบจากการตัดสินใจ จำนวนและสัดส่วนของประชาชนจะแตกต่างกันไปในแต่ละ

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงนำ กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนและกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมทั้งเป้าหมายในการดำเนินการศึกษาร่วมกันจัดทำแผนที่จุดเสี่ยงในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรซึ่งผู้ศึกษามีความเห็นว่า เป็นกระบวนการสื่อสารสองทาง ซึ่งเกี่ยวข้องกับกิจกรรมกระบวนการร่วมตัดสินใจ การร่วมดำเนินการ และร่วมรับประโยชน์ ร่วมประเมินผล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในทางที่พึงประสงค์ตามขั้นตอนต่าง ๆ ของการมีส่วนร่วม

ทฤษฎีในการสร้างแผนที่จุดเสี่ยง ทฤษฎี “ฮิยาริ ฮัตโตะ”

ทฤษฎี “ฮิยาริ” (เดือนใจ ฟูกุคะ, 2549) รัฐบาลญี่ปุ่นได้นำนโยบายทางด้าน กฎหมาย วิศวกรรมจราจร และการให้ความรู้การศึกษาเรื่องอุบัติเหตุและความปลอดภัย มาเป็นมาตรการในการลดปัญหาอุบัติเหตุจราจรที่เกิดขึ้น ซึ่งการแก้ไขปัญหาโดยใช้ 3 ยุทธวิธีนี้ได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพ จำนวนการตายจากอุบัติเหตุได้ลดลงอย่างต่อเนื่องและเห็นได้ชัด ซึ่งหนึ่งในยุทธศาสตร์การศึกษานั้นมีการนำเอานโยบายในการสร้างจิตสำนึกถึงความปลอดภัยบนถนนมาใช้กับกลุ่มเด็กนักเรียน โดยให้กลุ่มเด็กนักเรียนระบุจุดที่ตนเองได้เห็นหรือประสบกับเหตุการณ์ที่เกือบเป็นอุบัติเหตุจราจรลงบนแผนที่ที่กำหนดให้ หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “จุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจร” หลังจากนั้นให้ตัวแทนเลือกจุดที่ตนระบุไว้และไปดูสถานที่ที่เกิดเหตุจริง เพื่อศึกษาปัญหาและหามาตรการป้องกัน ก่อนที่อุบัติเหตุจะเกิดขึ้นจริง ขั้นตอนเหล่านี้เรียกว่าทฤษฎี “ฮิยาริ-ฮัตโตะ” ผู้คิดค้นทฤษฎีนี้เป็นกลุ่มอาจารย์วิจัยของ IATSS ประเทศญี่ปุ่น การนำทฤษฎี “ฮิยาริ-ฮัตโตะ” มาใช้ในการระบุจุดเสี่ยงเป็นวิธีการที่ง่ายและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติในการเก็บข้อมูลอุบัติเหตุจราจร

เหตุการณ์ “ฮิยาริ” ที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัวเรา

คุณเคยประสบเหตุการณ์นำหวาดเสียวแบบ “ฮิยาริ” ขณะที่คุณกำลังเดิน ขับริดมอเตอร์ไซค์หรือขับริดยนต์หรือเปล้า เหตุการณ์ “ฮิยาริ” จาจรดจักรยานยนต์ในขณะที่คุณกำลังเดิน มีรถจักรยานยนต์แล่นเข้ามาหาคุณอย่างกระชั้นหันหน้าจากมุมที่ไม่สามารถมองเห็นได้ คุณไม่รู้ว่าจะหลบไปทางไหนดีเมื่อมีรถจักรยานยนต์แล่นเข้ามาจากทางด้านหลังอย่างกะทันหัน

เหตุการณ์ “ฮิยาริ” บริเวณถนน/ทางเท้าในขณะที่คุณกำลังเดิน

- คุณเกือบที่จะเสีการทรงตัวในการเดินเนื่องจากการสะดุดฝาท่อที่ปิดไม่สนิท
- คุณจะต้องลงไปบนผิวจราจรที่แคบเนื่องจากต้องหลบสิ่งกีดขวางบนทางเท้า

เหตุการณ์ “ฮิยาริ” ในขณะที่คุณกำลังขับริดจักรยานยนต์

- คุณเกือบเสีการทรงตัวในการขับริดจักรยานยนต์เนื่องจากต้องขับริดหลบฝ่าท่อระบายน้ำบนถนนที่ปิดไว้ไม่สนิท

- รถยนต์ขับริดเข้ามาบนถนนที่แคบทำให้รถจักรยานยนต์ที่คุณกำลังขับริดอยู่เกือบล้ม

เหตุการณ์ “ฮิยาริ” ในขณะที่คุณกำลังขับริดยนต์

- เด็กวิ่งออกมาจากหลังตู้โทรศัพท์เข้ามาบนผิวจราจรอย่างกะทันหัน

- มีรถจักรยานยนต์วิ่งด้วยความเร็วสูง โผล่พรวดมาจากมุมทางแยกจนเกือบชนรถ

ที่คุณกำลังขับริดอยู่

การเตรียมการเบื้องต้น

- การจัดประชุมคัดเลือกผู้ดำเนินการหลัก (Host)
- เจ้าภาพในการจัดการประชุมเพื่อสร้างแผนที่ “ฮิยาริ” อาจจะเป็นหน่วยงานท้องถิ่นของรัฐ เช่น ที่ว่าการ เจ้าหน้าที่ตำรวจ เป็นต้น หรือ หน่วยงานภาคประชาชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มเฝ้าระวังภัยชุมชน เป็นต้น
- การคัดเลือกผู้นำชุมชน (Local opinion leader)
- ผู้ดำเนินการหลักจะเป็นผู้คัดเลือกผู้นำในการประชุมสร้างแผนที่ “ฮิยาริ” โดยอาจจะขอคำปรึกษากับเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นเพื่อคัดเลือกผู้นำที่เหมาะสม
- การประชุมระหว่างผู้ดำเนินการหลักและผู้นำชุมชน
- ผู้ดำเนินการหลักและผู้นำชุมชนจะต้องมีการประชุมร่วมกันเพื่อหาหรือถึงกลุ่มเป้าหมายและวิธีการเชิญชวนเข้าร่วมการประชุม รวมถึงรูปแบบการดำเนินการ

จัดการประชุมเพื่อสร้างแผนที่ “ฮิยาริ”

การเชิญชวนเข้าร่วมการประชุมสร้างแผนที่ “ฮิยาริ” ผู้เข้าร่วมการประชุมจะต้องเป็นกลุ่มคนในพื้นที่ที่เคยเห็นหรือประสบการเหตุการณ์ที่ เกือบเป็นอุบัติเหตุเกิดขึ้นและมีความตระหนักถึงปัญหาความปลอดภัย ควรมีความหลากหลายด้านอาชีพ การรวบรวมสมาชิกจากองค์กรต่าง ๆ หรือหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้วอาจจะสามารถทำได้ง่ายที่สุด ควรมีผู้เข้าร่วมไม่ต่ำกว่า 15-20 คน แต่ไม่ควรเกิน 30 คน สิ่งที่ต้องเตรียม

สถานที่ พื้นที่ที่ใช้จัดการประชุมควรมีขนาดใหญ่เพียงพอสำหรับรองรับผู้เข้าร่วมประมาณ 20 คน สำหรับผู้เข้าร่วมสร้างแผนที่ 15 ที่นั่ง และที่เหลือสำหรับผู้เข้าร่วม สังเกตการณ์ซึ่งอาจจะเป็นเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น เช่น เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น หรือผู้นำจากพื้นที่อื่นก็ได้

วัสดุ/อุปกรณ์ อุปกรณ์ที่สำคัญในการสร้างแผนที่ “ฮิยาริ” ได้แก่ แผนที่เปล่า (Blank Map) สติกเกอร์แบบเป็นจุดสีต่าง ๆ กระดาษดำ และสีเมจิก

การดำเนินการสร้างแผนที่

การอธิบายโดยผู้เกี่ยวกับพื้นที่ในชุมชนและจุดเสี่ยงผู้นำจะต้องอธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการสร้างแผนที่ “ฮิยาริ” เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการประชุมเกิดความรู้สึกว่า พวกเขากำลังจะสร้างประโยชน์ต่อตนเองและคนในชุมชน

ขั้นตอนการสร้างที่ 1 : สร้างความเข้าใจในแผนที่

การทำให้ผู้เข้าการประชุมเกิดความเข้าใจในแผนที่เปล่าเป็นสิ่งที่สำคัญ ซึ่งจะทำให้สามารถระบุจุด “ฮิยาริ” ได้ง่ายและถูกต้องการค้นหาตำแหน่งของสถานที่จัดการประชุมหรือบ้านของผู้เข้าร่วมประชุมก็จะทำให้เกิดความเข้าใจในแผนที่มากขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้เข้าร่วมการประชุมใช้เป็นจุดอ้างอิงเพื่อระบุจุด “ฮิยาริ” ได้ง่ายยิ่งขึ้น

ขั้นตอนการสร้างที่ 2 : ระบุจุด “ฮิยาริ” หรือ “จุดเสี่ยง”

การระบุจุด “ฮิยาริ” เริ่มโดยแจกแผนที่ให้ผู้เข้าร่วมการประชุมแต่ละคนเพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการระบุจุด “ฮิยาริ” การระบุจุดจะถูกแยกตามรูปแบบเหตุการณ์ “ฮิยาริ” ด้วยการติดสติ๊กเกอร์ที่มีสีแตกต่างกัน

ขั้นตอนการสร้างที่ 3 : ยืนยันและออกสำรวจจุด “ฮิยาริ”

เมื่อทุกคนได้ระบุจุด “ฮิยาริ” ของคนเสร็จแล้ว ผู้ดำเนินการจะนำจุด “ฮิยาริ” ทั้งหมดมาระบุลงบนแผนที่ขนาดใหญ่ร่วมกันอีกครั้ง จากนั้นแล้ว จะนำแผนที่ “ฮิยาริ” ที่ได้ขึ้นมาแสดงให้ผู้เข้าร่วม ทำการยืนยันและออกสำรวจเพื่อสืบค้นถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ณ จุดนั้น การสร้างให้ประชาชนเข้าใจถึงแผนที่ “ฮิยาริ” และมีการใช้งานจริง ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่จะเป็นตัวกำหนดว่าแผนที่

“ฮิยาริ” ที่สร้างขึ้นนั้นได้บรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่ การส่งเสริมและประชาสัมพันธ์แผนที่

“ฮิยาริ” หรือ “จุดเสี่ยง” ให้ประชาชนได้รับรู้ เข้าใจ และตอบสนองโดยอาจจะมีการขอเพิ่มจุด

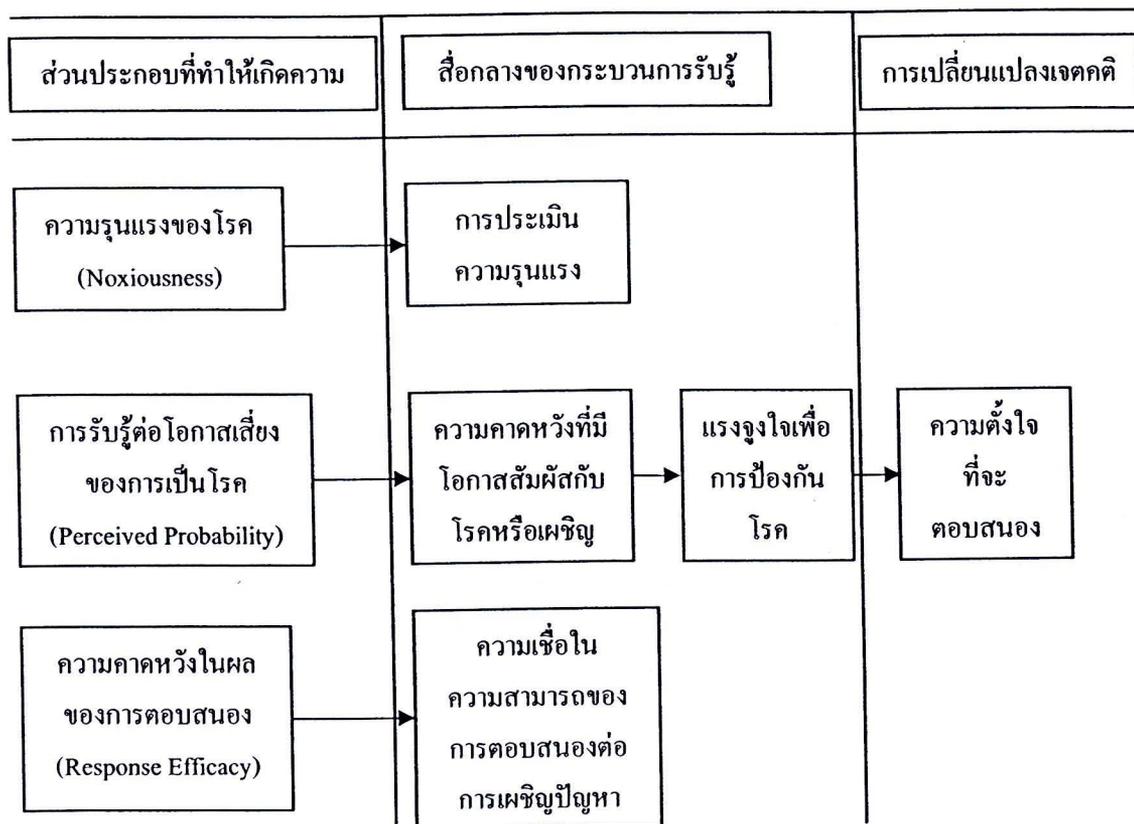
“ฮิยาริ” ของตนเอง ก็จะทำให้แผนที่นั้นมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นวิธีการปลูกฝังจิตสำนึกของชุมชนไปในตัว

จากทฤษฎีการสร้างแผนที่จุดเสี่ยง ซึ่งนำเอาชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อการแก้ไขการเกิดอุบัติเหตุแต่เนื่องจากในปัจจุบันการขาดแคลนข้อมูลอุบัติเหตุจราจร การรายงานที่ได้ขาดความชัดเจน ปัญหาเรื่องการขาดระเบียบวินัยจราจร และชุมชนขาดความตระหนักในการแก้ไขและป้องกันปัญหาการเกิดอุบัติเหตุจราจรดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าการสร้างแผนที่จุดเสี่ยงอันตรายโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม สามารถสนับสนุนเหตุผลดังกล่าวให้เด่นชัดขึ้นได้ ซึ่งต้องการการพัฒนาในเรื่องการฝึกหัดด้านนี้ว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาอุบัติเหตุที่ขึ้นอยู่กับ ปัจจัยด้านบุคคล ด้านยานพาหนะ และด้านสภาพแวดล้อมต่าง ๆ แต่ยังมีข้อจำกัดในด้านสังคมและพฤติกรรมของด้านบุคคล นับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญเป็นอย่างยิ่ง ประชาชนสามารถช่วยได้ในประเด็นดังกล่าวและสามารถระบุถึงสมมุติฐานของปัญหาดังกล่าวได้ รวมทั้งเป็นการผสมผสานความรู้ด้านสังคมและทางด้านวิศวกรรม

เข้าด้วยกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโครงการปรับปรุงบริเวณเสี่ยงอันตรายบนถนน การมีส่วนร่วมของสังคมเป็นกระบวนการที่ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมคิด ร่วมใช้ความรู้ ความชำนาญ ในการกำหนดจุดหรือบริเวณที่เสี่ยงอันตราย ทั้งยังเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็น การรับรู้ การเรียนรู้ รวมถึงกระแสสังคม ในด้านอุบัติเหตุทางด้านถนน สามารถสนับสนุนการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและตรงจุดตรงประเด็น และเป็นที่ยอมรับในสังคม

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมี่ขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1975 โดย Ronald W. Rogers Mackay (1992 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2547) ต่อมาได้ถูกปรับปรุงแก้ไขใหม่และนำมาใช้ในปี ค.ศ. 1983 ซึ่งเริ่มต้นจากการนำการกระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้ โดยเน้นความสำคัญระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) นั่นคือ การรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้จะเป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนี้ ได้เน้นเกี่ยวกับ การประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่สื่อสาร การประเมินการรับรู้นี้มาจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัว ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนของสื่อที่มากกระตุ้น และในการตรวจสอบการประเมินการรับรู้ (Mackay, 1992 อ้างถึงใน ไพรินทร์ เรืองจันทร์, 2549) ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability) ความคาดหวังในผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Rogers R.W., 1975)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) สามารถพัฒนาได้จาก การขู่ว่าถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้บุคคลได้รับผลร้าย โดยสื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต หรือบรรยายว่าไม่ทำให้เกิดอันตรายรุนแรง เช่น ระบายเตียงปอดเล็กน้อย โดยทั่ว ๆ ไป ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงจะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรม ได้มากกว่าข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวเพียงเล็กน้อย (Mackay, 1992 อ้างถึงใน ไพรินทร์ เรื่องจันทร์, 2549) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูง อาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรง แต่หากใช้การกระตุ้น หรือปลุกเร้าร่วมกับการขู่ อาจส่งผลทำให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะ โดดเด่นขึ้น กระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรคดีกว่าการกระตุ้นตามปกติ และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้ ซึ่งในการตรวจสอบองค์ประกอบเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการรับรู้ถึงอันตรายในระดับสูง ๆ พบว่ามีผลต่อความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ การงดดื่มสุรา ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง ทำให้ไม่เกิดอันตราย ผลการศึกษาที่สำคัญพบว่า นักเรียนที่ได้รับการสอนสุขศึกษา สามารถดูแลสุขภาพได้ดีเพิ่มมากขึ้น และลดความผิดพลาดจากการขับขี่พาหนะลง

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability) จะใช้การสื่อสารโดยการขู่ที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในสถานะเสี่ยง เช่น ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในนิวยอร์กได้นำเสนอข้อมูลเพื่อให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ โดยกล่าวว่าจากการตรวจเลือดของชายรักร่วมเพศ และชายรักสองเพศพบว่า 1 ใน 4 คน มีการติดเชื้อเอดส์ เพื่อหวังให้ประชาชนมีความตื่นตัวว่าตนอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ อย่างไรก็ตาม วิธีนี้ยังไม่ใช่วิธีที่จะทำให้บุคคลรับรองต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Mackay, 1992 อ้างถึงใน ไพรินทร์ เรืองจันทร์, 2549) แต่การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจะขึ้นอยู่กับทัศนคติของแต่ละบุคคลว่า ถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้น จะทำให้ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ การตรวจสอบการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสามารถทำได้ทำได้เช่นเดียวกับการรับรู้ในความรุนแรงของโรค

การให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำอาจใช้เงื่อนไขความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง ร่วมกับผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ แต่เงื่อนไขดังกล่าวยังเป็นสิ่งที่ต้องค้นหาคำตอบกันอีกต่อไปว่าความเสี่ยงของการเป็นโรคสูง จะมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงนั้นหรือไม่ ถ้าบุคคลพยายามที่จะปฏิเสธการรับรู้ของตนเองว่าเขาไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำได้แม้ว่าจะเป็ความเสี่ยง ในทางกลับกันถ้ารวมภาวะเสี่ยงสูงกับผลดีของการปฏิบัติ จะทำให้ความตั้งใจที่จะยอมรับการปฏิบัติตามที่เพิ่มมากขึ้น

ความคาดหวังในผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) กระทำได้โดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับและ/หรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง จากผลการวิจัยพบว่า การที่บุคคลทราบถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความกลัวทั้ง 3 ตัวแปรดังกล่าว จะเห็นได้ว่าเป็นมิติเดียวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งประกอบไปด้วย การรับรู้ในความรุนแรงของอันตรายที่เกิดแก่สุขภาพ (Perceived Severity) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงจากการได้รับอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived Susceptibility) และการรับรู้ต่อผลที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันและลดอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived Barriers) ซึ่งต่อมา Maddux และ Rogers ได้เพิ่มตัวแปรอีก 1 ตัวแปร คือ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Expectancy) จึงเห็นได้ว่า ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค มีพื้นฐานมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Bandura, 1977) ซึ่งเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่มีต่อทางเลือกนั้น ซึ่งการความ

คาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะเลือกทางเลือกดังกล่าวกระทำได้หลายวิธี เช่น การเลียนแบบ การเรียนรู้ หรือการสอนด้วยการพูด ความสามารถของตนเองทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูงสุด และเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตามโดยแท้จริง

ตัวแปรที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการตอบสนองจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง โดยทั่วไปในการยอมรับและการมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นไปได้สูง เมื่อบุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์และสามารถปฏิบัติตามได้ (Mackay, 1992 อ้างถึงใน ไพรินท์ เรื่องจันทร์, 2549) ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ พบว่า ถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูง และผลดีของการปฏิบัติตามมีสูงด้วย ก็จะทำให้ความตั้งใจในการปฏิบัติตามมีเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน ในทางกลับกันถ้าความสามารถในการปฏิบัติตามมีสูง แต่ผลดีของการปฏิบัติตามมีน้อย ความตั้งใจที่จะการปฏิบัติตามก็จะน้อยลงไปด้วย

วิวัฒนาการของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค Rogers ได้พยายามปรับปรุงโดยนำตัวแปรทั้ง 4 ตัว คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มาสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Treat Appraisal)
2. การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal)

กระบวนการรับรู้ดังกล่าว เกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะบุคลิกภาพ หรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ ดังภาพที่ 3

การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วยการรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความคาดหวัง ในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy) และการรับรู้ความคาดหวังในผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) ในการที่จะหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จได้ และปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ แต่สิ่งที่ทำให้ความคาดหวังในผลของการตอบสนอง คือ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความไม่น่าชื่นชม ความยากลำบาก ความสับสนยุ่งยาก อาการแทรกซ้อน และ ความไม่สอดคล้องในการดำเนินชีวิต (Rogers, 1986)

ปฏิสัมพันธ์ในการรวมกันของกระบวนการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ และการประเมิน การเผชิญปัญหา จะเกิดตัวแปรแทรกขึ้นมา คือ แรงจูงใจที่จะทำพฤติกรรม ซึ่งในการวัดแรงจูงใจนี้ ใช้วิธีการตามทฤษฎีของ Fishbein ก็คือ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม (Ajzen and Fishbein, 1980) และ ความตั้งใจนั้นมั่นคง และพฤติกรรมนั้นอยู่ภายใต้การควบคุมของจิตใจ

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความคาดหวังในผลของการตอบสนอง กับ การรับรู้ความ คาดหวังในความสามารถของตนเอง เป็นสิ่งสำคัญมากต่อการสร้างความตั้งใจ ซึ่งความตั้งใจที่จะ แก้ปัญหาถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ที่จะต้องพยายามสร้างให้เกิดขึ้น และรักษาความตั้งใจนั้นไว้ให้ มั่นคง

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความคาดหวังในผล ของการตอบสนอง ก็มีความสัมพันธ์เช่นกัน กล่าวคือ ถ้าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคสูง และ การรับรู้ความคาดหวังในผลของการตอบสนองสูงด้วย ก็จะมีผลเพิ่มความตั้งใจ ในทางกลับกัน ถ้า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง แต่การรับรู้ความคาดหวังในผลของการตอบสนองต่ำ ก็จะมี ผลลดความตั้งใจลง

บุคคลจะรู้สึกว่าจะไม่สามารถป้องกันตนเองได้ใน 2 กรณีข้างต้น คือ ถ้าผลของการ ตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาที่มีอยู่ไม่มีประสิทธิภาพ และถ้าเขาเชื่อว่าตนเอง ไม่มีความสามารถที่ ตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาได้ ดังนั้น ถ้าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ ก็จะต้องเพิ่มการ รับรู้ความคาดหวังในผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนให้สูง จึงจะ เพิ่มความตั้งใจขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ความตั้งใจจะสูงที่สุด เมื่อบุคคลมีทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดโรคสูง การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูง และการรับรู้ความคาดหวังในผล ของการตอบสนองสูง

กล่าวโดยสรุป คือ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนี้มีความเชื่อว่า แรงจูงใจเพื่อการ ป้องกันโรคนั้น จะทำได้ดีที่สุดเมื่อ

1. บุคคลเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง
2. บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคง หรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้น

3. เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัว เป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น

4. บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่า จะสามารถปรับตัวตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ได้อย่างสมบูรณ์

5. ผลดีจากการตอบสนองด้วยการปรับตัวหรือปรับตัวแบบที่ไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อย

6. อุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ

สรุปได้ว่า ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคสามารถเกิดผลสำเร็จในการป้องกันโรคที่เป็นปัญหาทางพฤติกรรมสุขภาพและมีผลกระทบต่อสังคมโลกได้ก็ต่อเมื่อบุคคลเห็นว่าเป็นความกลัวในความรุนแรงของการเกิดโรคนั้น รับรู้ถึงอันตรายและโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และมีการตอบสนองที่เหมาะสมในการแสดงพฤติกรรมในการป้องกันโรค อีกทั้งต้องมีความเชื่อมั่นว่าเรามีความสามารถพอที่จะตอบสนองให้เหมาะสมในการที่สร้างความเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมนั้นได้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคมานำประยุกต์ใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากรถ

4. งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจากรถ

วสุธร ต้นวัฒนกุล (2549) ศึกษาสภาพการเฝ้าระวังและการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังอุบัติเหตุจากรถบนถนนในจังหวัดระยอง มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และจำแนกระบบรายงานขององค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน และออกแบบระบบการเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุจากรถบนท้องถนน ที่สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ ความพึงพอใจ และระบบรายงานที่มีประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุทางจากรถในจังหวัดระยอง โดยใช้กระบวนการวิจัยเพื่อค้นหาข้อมูลเบื้องต้น ประกอบกับกระบวนการประชุมกลุ่ม (Focus group) เพื่อตรวจสอบยืนยัน ข้อมูลตามสถานการณ์จริงในจุดเสี่ยงที่มีปัญหาอุบัติเหตุจากรถมากที่สุด ในเขตจังหวัดระยอง ในช่วงปี พ.ศ. 2547-2549 กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้บริหารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุจากรถ อาสาสมัครมูลนิธิต่าง ๆ องค์กรภาคเอกชน กลุ่มองค์กรชุมชน และตัวแทนประชาชนทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า แนวทาง ในการประสานเครือข่ายระหว่างหน่วยงาน อาสาสมัครต่าง ๆ และภาคประชาชน จำเป็นต้องให้ทุกส่วนได้เข้าใจบทบาทหน้าที่ ของกันและกัน และให้มีหน่วยงานที่เป็นศูนย์กลางการประสานงานหลัก ที่ทุกหน่วยยอมรับ โดยแบ่งการประสานเครือข่ายออกเป็น รูปแบบการประสานเครือข่ายก่อนและหลังการเกิดเหตุ และรูปแบบการประสานเครือข่ายก่อนและหลังการเกิดเหตุ และรูปแบบการประสานเครือข่ายระหว่างเกิดเหตุ และใช้กระบวนการเชื่อมต่อเครือข่าย โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านคลื่นวิทยุ และติดต่อสื่อสารผ่านระบบโทรศัพท์หรือระบบวิทยุสื่อสาร และใช้ฐานข้อมูลร่วมกันผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต โดยมีการซักซ้อมความเข้าใจและติดตามการ

ประสานเครือข่ายด้วยการจัดประชุมติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องทุก ๆ เดือน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน เครือข่าย ซึ่งจะทำให้สามารถดำเนินการเครือข่ายและพัฒนาเครือข่ายก้าวหน้าไปได้อย่างต่อเนื่อง

ศิริกุล กุลเลียบและคณะ (2547) ศึกษาการรณรงค์การสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์และการคาดเข็มขัดนิรภัยในผู้ขับและผู้โดยสารที่นั่งตอนหน้าของรถยนต์ ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยและการคาดเข็มขัดนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์และผู้โดยสาร โดยใช้การวางแผนรณรงค์ส่งเสริมให้ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์และรถยนต์ปฏิบัติตาม ผลการศึกษาพบว่า อัตราการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ปี 2547 เพิ่มขึ้นจากปี 2546 ร้อยละ 10 โดยเฉพาะในช่วงกลางคืนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 16.6 และเพิ่มขึ้นทุกโซน และอัตราการคาดเข็มขัดนิรภัย ในผู้ขับและผู้โดยสารที่นั่งตอนหน้าของรถยนต์ในปี 2547 เพิ่มขึ้นจากปี 2546 ร้อยละ 10.7 โดยเฉพาะในช่วงเวลากลางคืน เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 21.4

จุฬารัตน์ โสตะและคณะ (2546) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจากการจราจรขององค์การบริหารส่วนตำบลริมทางหลวง ทำการศึกษาที่ตำบลเขาวัวไร่ อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครู แกนนำชุมชน จำนวน 50 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทักษะ ค่านิยม ไปถึงสนับสนุนต่อการป้องกันอุบัติเหตุจราจรสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ และรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจากการจราจรขององค์การบริหารส่วนตำบลมี 5 ขั้นตอน คือ 1.ศึกษาสภาพปัญหาที่แท้จริง 2. ร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา 3. มีการพัฒนาความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุจากการจราจร โดยให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง 4. ดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุที่ถูกต้องจากการจราจรทั้ง คน รถ ถนน และสภาพแวดล้อม 5. ประเมินผลการทำงาน

วิไลลักษณ์ พูลฤทธิ์ (2544) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจรในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 เขตกรุงเทพมหานคร ตัวอย่างในการวิจัยคือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 69 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต 4 แผนกิจกรรม โดยประยุกต์แนวคิดทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลก และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดสถานการณ์จำลองและเทคนิคกระบวนการเกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่อง ความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ ความตระหนักรู้ในตน ความภาคภูมิใจในตน และความรับผิดชอบต่อสังคมสูง ผลการวิจัยภายหลังการทดลอง 1 สัปดาห์พบว่านักเรียนมีความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ ความตระหนักรู้ในตน ความภาคภูมิใจในตน และความรับผิดชอบต่อสังคมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการมีส่วนร่วม

อ้อมฤทัย มั่นในบุญธรรม (2548) ได้ศึกษาการประยุกต์กระบวนการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 45 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 45 คน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุจราจร การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจราจร การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจราจร การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจร การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจร และพฤติกรรมปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจรดีขึ้นกว่าการทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม นำไปสู่การจัดทำโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจร จำนวน 4 โครงการ และจากแบบสอบถามพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมตามโครงการ พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง

ศิริกุล กุลเสียบ และคณะ (2545) ได้ศึกษากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของนักเรียน กรณีศึกษาโรงเรียนแก่นนครวิทยาลัยจังหวัดขอนแก่น โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมรวมเวลา 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าหลังเสร็จสิ้นโครงการ อัตราการเดินถนนถูกต้องร้อยละ 19.5 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.3 ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการใช้รถถูกกฎจราจรเพิ่มขึ้นร้อยละ 35.8 และมีการเปลี่ยนการข้ามถนนของเด็กนักเรียน โดยก่อนดำเนินการจะข้ามเป็นกลุ่ม แต่หลังดำเนินการมีลูกเสือจราจรอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจรเนื่องจากไม่มีทางม้าลายและสถิติการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร โรงเรียนแก่นนครวิทยาลัยลดลงร้อยละ 0.66 ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

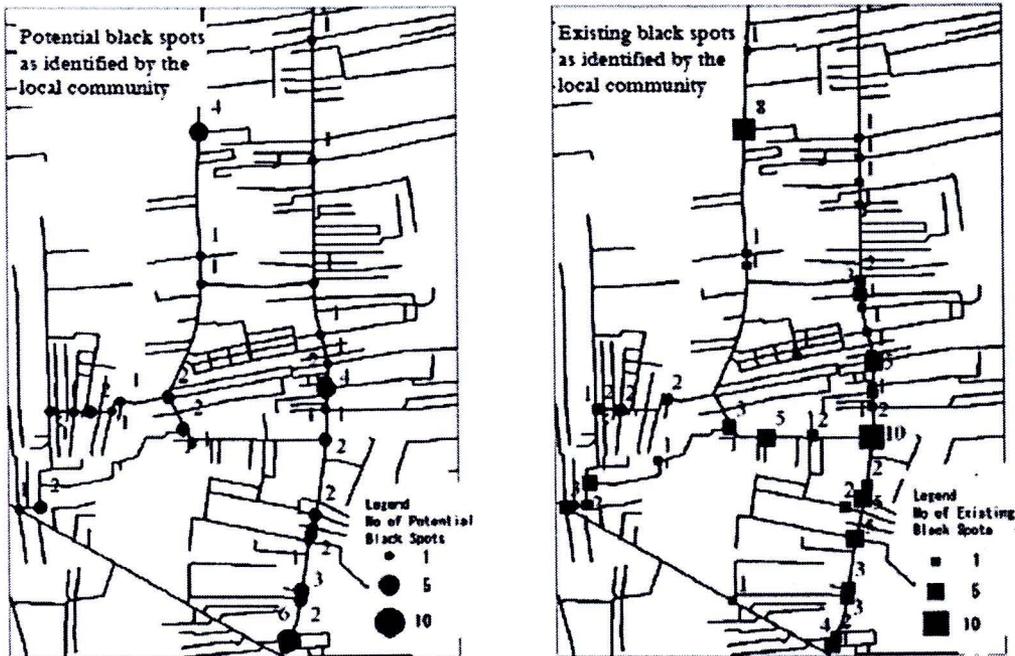
เขวลักษณ์ อนุลักษณ์ และคณะ (2543) ได้ศึกษารูปแบบและการใช้รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของหมู่บ้าน โดยความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรรมการหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ตำบลน้ำเกีฮัน จังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังดำเนินโครงการมีผู้ประสบอุบัติเหตุลดลง มีการสวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้น ประชาชนได้รับการตรวจสภาพรถจักรยานยนต์มากกว่าก่อนดำเนินการ โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และระหว่าง ก่อน- หลัง ดำเนินโครงการมีความแตกต่าง ๆ ของประชาชนที่เข้ารับเข้ารับการอบรมหรือคำแนะนำเกี่ยวกับกฎจราจร และประสบการณ์ผ่านการอบรมเกี่ยวกับกฎจราจรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรและพฤติกรรมการขับ

รถจักรยานยนต์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ขณะที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุ และการรับรู้ผลดีต่อการปฏิบัติตามกฎจราจร ไม่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ การศึกษา สภาพสังคม อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากผลของกระบวนการมีส่วนร่วมในการลดอุบัติเหตุจราจรทำให้ทราบว่า การเข้ามามีบทบาทขององค์กรภาครัฐและเอกชนในการกำหนดแนวทางการป้องกันอุบัติเหตุจราจรมีความสำคัญในเกิดอุบัติเหตุจราจรในพื้นที่ หรือชุมชนนั้นๆ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าประชาชนหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมหรือมีส่วนร่วมน้อยทำให้ผลการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรหรือเกิดความไม่ต่อเนื่องและยังขึ้นเกิดขึ้นทำให้สูญเสียงบประมาณมากแต่ได้รับผลตอบแทนน้อย ดังนั้นในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำกระบวนการมีส่วนร่วมเข้ามาเป็นกลวิธีที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของนักเรียนในการรับรู้การเกิดอุบัติเหตุจราจร ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร

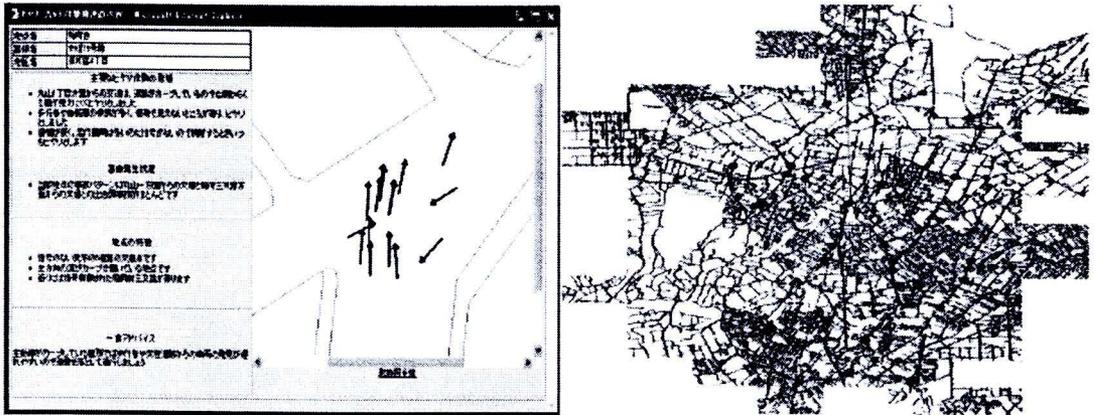
งานวิจัยเกี่ยวกับการสร้างแผนที่จุดเสี่ยง

เดือนใจ พุกุตะ และคณะ (2005) ได้ทำการศึกษาเพื่อนำเสนอแนะวิธีการประยุกต์ใช้ทฤษฎี Hiyari-Hatto มาระบุจุดเสี่ยงอันตราย และจุดอันตราย จากประชาชนในพื้นที่ 200 คน โดยทำการศึกษาที่ ซอยโชคชัย 4 และซอยลาดพร้าว 39 กรุงเทพฯ และได้อ้างถึง รายงานของ IATSS โครงการที่ H833 โดยผู้ที่ทำการศึกษาคือ Prof. Shinpei TAKUMA จาก Tokyo Gakugei University (1997) จากการศึกษาเรื่องความปลอดภัยในอุตสาหกรรม พบว่า ถ้าเกิด เหตุการณ์ เกือบจะเกิดอุบัติเหตุ (Hiyari-Hatto) 500 ครั้ง เท่ากับ การตาย 1 ครั้ง บาดเจ็บสาหัส 29 ครั้ง และ บาดเจ็บเล็กน้อย 300 ครั้ง และได้เสนอให้มีการหาความสัมพันธ์ระหว่างจุดเสี่ยงอันตรายและจุดอันตราย ดังแสดงในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 การเปรียบเทียบระหว่างแผนที่จุดเสี่ยงอันตรายและจุดอันตราย ในพื้นที่ของซอย ภาวนาและซอยโชคชัย 4 (Tuenjai FUKUDA และคณะ, 2005)

เดือนใจ ฟูกุดะ และคณะ (2004) ได้ทำการเสนอแนะวิธีการระบุจุดเสี่ยงอันตรายโดยใช้ทฤษฎีของ Hiyari-Hatto พื้นที่ที่ทำการศึกษาคือ บริเวณ ซอยโชคชัย 4 ในเขตลาดพร้าวและวังทองหลาง กรุงเทพฯ ฯ โดยให้ประชาชนเข้ามาระบุจุดเสี่ยงอันตรายและจุดอันตรายบนแผนที่ จำนวนประชาชนที่ใช้เป็นคนจับชี้รถจักรยานยนต์รับจ้าง และนักเรียน จำนวนประมาณ 120 คน เป็นคนที่ทำงานหรือพักอาศัยอยู่ในบริเวณพื้นที่ดังกล่าว แล้วทำการรวบรวมข้อมูลโดยใช้ GIS โดยอ้างถึงหลักการพื้นฐานของทฤษฎี Hiyari-Hatto ว่า Hiyari-Hatto ถูกพัฒนาโดย ศาสตราจารย์ Takada จากมหาวิทยาลัย Nihon โดยการศึกษาที่ เมือง Kamagaya, Chiba ประเทศญี่ปุ่น โดยทำการเชิญประชาชนที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือสาเหตุอื่นที่ใกล้เคียง โดยทำการระบุจุดเสี่ยงอันตรายผ่านทาง เวย์ไซด์



ภาพที่ 5 ความขัดแย้งในแผนที่ Hiyari-Hatto และแผนที่จุดเสี่ยงอันตรายที่เมือง Kamagawa (Tuenjai FUKUDA และคณะ, 2004)

Hirota และ คณะ (2001) ได้รวบรวมข้อมูลอุบัติเหตุจราจรที่เกิดขึ้นในเขตพื้นที่เมือง อุทสึโนมียะ (Utsunomiya City) จากสถานีตำรวจ ในระหว่างปี 1996-1998 เป็นเวลา 3 ปี ว่าในแต่ละตำแหน่งมีความถี่ของการเกิดอุบัติเหตุขึ้นกี่ครั้ง และแต่ละครั้งมีผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บกี่ราย พร้อมทั้งทำการสำรวจข้อมูลจากแบบสอบถามความรู้สึกของประชาชนกับความอันตรายของแต่ละตำแหน่งในโครงข่ายถนน โดยใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ช่วยในการบันทึกและแสดงผล และทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ค่าดัชนีความรู้สึกเสี่ยงอันตราย (Hazard Perception Index) กับจำนวนที่เกิดอุบัติเหตุ จะเห็นได้จากภาพที่ 6 จะเห็นได้ว่าจำนวนอุบัติเหตุจะไม่มีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีความรู้สึกอันตราย ซึ่งน่าจะหาความสัมพันธ์กับค่าอื่น ๆ เช่น จาก Accident Rate หรือจากวิธีการอื่น ๆ



ภาพที่ 6 รูปแสดงตำแหน่งการเกิดอุบัติเหตุจากรจากสถิติอุบัติเหตุจากรจากสถานีตำรวจ
(Hirotaka และคณะ, 2001)

งานวิจัยที่เกี่ยวกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค

จากแนวคิดของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคทำให้ทราบว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ ซึ่งได้มีผู้วิจัยหลายคนนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากร โดยส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 15 - 19 ปี แต่ผู้วิจัยเห็นว่าในพื้นที่ที่ทำการศึกษายังมีปัญหาเรื่องของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากรอยู่จึงทบทวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและมีประเด็นที่ใกล้เคียงกับการวิจัยในครั้งนี้ดังต่อไปนี้

ไพรินทร์ เรื่องจันทร์ (2549) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมียในเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย 3 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย การรับรู้ความรุนแรงของโรคธาลัสซีเมีย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคธาลัสซีเมีย ความคาดหวังในผลของการตอบสนอง ความคาดหวังในความสามารถของ

ตนเอง และความตั้งใจที่จะตรวจกรองพาหะเมื่อต้องการมีบุตร มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$

ศุภวรรณ พิมใจใส (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคสำหรับส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันตาบอดในผู้ป่วยต้อหินที่มาเข้ารับการรักษาที่คลินิก โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 60 คน กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน กลุ่มคนทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ ภาพพลิก วิดีโอ แผ่นพับ สาริตและฝึกปฏิบัติการหยอดตา ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องต้อหิน การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการตาบอด ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันตาบอดจากโรคต้อหิน และมีพฤติกรรมการหยอดตาและวิธีการหยอดตาดีขึ้นก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุชาดา เกิดมงคลการ (2544) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการส่งเสริมพฤติกรรม การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนชายวิทยาลัยการอาชีพไทรน้อย ชั้นปีที่ 1 จังหวัดนนทบุรี โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและกระบวนการกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะเมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์ มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ และมีพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยทั้งจาก Self report และจากการสังเกต ดีวก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โกวิท บุญมีพงส์ (2541) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการอุบัติเหตุจากการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการการผลิตผลิตภัณฑ์จากโลหะ เครื่องจักรและอุปกรณ์ จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 47 คน รวมระยะเวลาทดลอง 10 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการประเมินอันตราย การประเมินการเผชิญปัญหา ความตั้งใจ และพฤติกรรมป้องกันการอุบัติเหตุจากการทำงาน ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการอุบัติเหตุจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังพบว่า อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการอุบัติเหตุจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการอุบัติเหตุจากการทำงาน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนงานวิจัยที่มีการนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่ต่างกัน มีทั้งเพศชาย หญิง วัยเด็ก วัยรุ่น วัยกลางคน ใช้ในกลุ่มโรคติดต่อและไม่ติดต่อ มีกิจกรรมที่ใช้ใน โปรแกรมสุขศึกษาทั้ง การใช้ภาพพลิก การใช้วิดีโอ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การอภิปรายกลุ่ม การสังเกตจากตัวแบบ การแสดงบทบาทสมมุติ การเล่นเกมส์ ผลการศึกษาพบว่า สามารถทำให้กลุ่มเป้าหมายมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง มีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคและพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้ดีกว่าก่อนการได้รับกิจกรรมและจากแนวคิดของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคทำให้ทราบว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ ซึ่งได้มีผู้วิจัยหลายคนนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจร โดยส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 15 – 19 ปีซึ่งเป็นกลุ่มวัยที่เป็นปัญหาในด้านของการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากมีพฤติกรรมเสี่ยงหลายประการ และผู้วิจัยเห็นว่าในพื้นที่ที่ทำการศึกษายังมีปัญหาเรื่องของพฤติกรรม การเกิดอุบัติเหตุจราจรอยู่จึงทบทวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและมีประเด็นที่ใกล้เคียงกับการวิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคมาใช้ในครั้งนี้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุจราจรของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในครั้งนี้

งานวิจัยเกี่ยวกับอุบัติเหตุจราจรในต่างประเทศ

Yau (2004) ได้ศึกษาปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอุบัติเหตุจราจรที่เกิดขึ้นในฮ่องกงโดยการเปรียบเทียบต่อจำนวนประชากร มีข้อมูลอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจาก ยานพาหนะ 3 ประเภทหลัก ๆ Private vehicle, Good vehicle และMotorcycle ซึ่งพบมากกว่า 80% ของ Single vehicle ทั้งหมด ที่เกิดขึ้นในระหว่างปี 1999 – 2000 ข้อมูลนี้ได้รับมาจาก Traffic accident data system (TRADS) ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน Transport department กับ police force and information technology service department ของฮ่องกง งานวิจัยนี้ได้ศึกษาเปรียบเทียบการเกิดอุบัติเหตุที่มีความบาดเจ็บรุนแรงกับปัจจัยทางด้าน District, Human, Vehicle, Safety, Environment และ Site จากการศึกษาวิจัยพบว่า ในกลุ่ม Private vehicle ปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรง ขึ้นอยู่กับ District board เพศของคนขับ อายุของยานพาหนะ เวลาในการเกิดอุบัติเหตุ และสถานะของแสงสว่างบนถนน สำหรับ Good vehicle นั้น ปัจจัยที่มีผลมีเพียง 2 อย่าง คือ การคาดเข็มขัดนิรภัย และการเกิดอุบัติเหตุในวันธรรมดา สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุที่เกิดจาก Motorcycle คืออายุของยานพาหนะ การเกิดอุบัติเหตุในวันธรรมดาและเวลาที่เกิดเหตุ การจัดจำแนกปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อยานพาหนะแต่ละชนิดจะมีประโยชน์มากต่อหน่วยงานของรัฐที่ต้อง

ประยุกต์ปรับเปลี่ยน มาตรการรักษาความปลอดภัยเพื่อลดอุบัติเหตุจากการจราจร นอกจากนั้นยังจะเป็นการประชาสัมพันธ์ A safe road environment.

Wells et al. (2004) ได้ศึกษาถึงความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ใส่เครื่องแต่งกายที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน โดยศึกษาในคนที่ขับขี่จักรยานยนต์ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเกิดอุบัติเหตุแล้วเสียชีวิต ผลการศึกษาพบว่า อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเขตเมืองคิดเป็นร้อยละ 66 เกิดในวันที่อากาศปลอดโปร่งร้อยละ 72 เกิดในช่วงเวลากลางวันร้อยละ 63 และภายหลังที่ให้ผู้ขับขี่สวมเครื่องแต่งกายที่มีลักษณะสะท้อนแสงพบว่า ความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุลดลงเหลือร้อยละร้อยละ 37 และเมื่อเปรียบในกลุ่มที่สวมหมวกนิรภัยสีดำและสีขาว พบว่า กลุ่มที่ใส่หมวกนิรภัยสีขาวมีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุลดลงเหลือร้อยละ 19 เมื่อเทียบกับการใส่หมวกนิรภัยสีดำหรือสีทึบ และพบว่า 3 ใน 4 ของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่เปิดไฟหน้ารถในตอนกลางวัน พบว่าความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุลดลงร้อยละ 27 สรุปได้ว่าการสวมสวมใส่เครื่องแต่งกายหรือหมวกนิรภัยที่มีสีสันสดใสที่สามารถสะท้อนแสงหรือเรืองแสง รวมทั้งการเปิดไฟหน้ารถในตอนกลางวัน ซึ่งถือเป็นเรื่องที่ง่ายและประหยัดแต่สามารถลดอุบัติเหตุและอัตราการตายลงได้

McCartt et al. (2003) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมของการใช้รถกรณีที่ถูกยึดใบอนุญาตขับขี่เนื่องจากมีพฤติกรรมเมาแล้วขับ (ขับขี่ในขณะที่มีแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดเกินปริมาณที่กำหนด) โดยศึกษาในกลุ่มผู้ถูกยึดใบอนุญาตขับขี่ครั้งแรกในเมือง Milwaukee, Wisconsin, Bergen County, Newjersey ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 93 คน พบว่า ผู้ถูกยึดใบอนุญาตขับขี่มีพฤติกรรมการขับขี่ภายหลังที่ได้รับใบอนุญาตขับขี่คืนไปดีขึ้นร้อยละ 54 นอกจากนี้ยังพบว่า การยึดใบอนุญาตขับขี่รถยนต์มีผลกระทบในเชิงบวกในการใช้รถ ทั้งในระหว่างที่ถูกยึดใบอนุญาตขับขี่ และภายหลังที่ได้รับใบอนุญาตขับขี่คืนไป ซึ่งการที่ความชุกของการขับขี่ขณะที่ใบอนุญาตขับขี่ถูกยึดลดลง อาจมีผลมาจากมีบทลงโทษทางกฎหมายที่จริงจังก็เป็นได้

Wahlberg (2003) ศึกษาข้อบกพร่องในวิธีการบางอย่างในการศึกษาการทำนายอุบัติเหตุจราจร รายงานฉบับนี้ได้พิจารณา ปัญหาบางอย่างของวิธีการวิจัยเรื่องการทำนายอุบัติเหตุจราจร และได้วิเคราะห์จากการศึกษาเอกสาร พบว่ามีวิธีการ 3 อย่างที่ถูกกำหนดว่าสำคัญ คือ ความน่าเชื่อถือได้ ระยะเวลาในการเกิดอุบัติเหตุและ เป็นอุบัติเหตุที่เป็นการกระทำความผิด รายงานทุกฉบับได้ถูกนำมาพิจารณาและพบว่าส่วนใหญ่ของรายงานนั้นต้องการข้อมูลเพิ่มเติมทั้ง 3 ด้านที่กล่าวมา นักวิจัยทางด้านจราจรมักไม่ค่อยติดตามหรือแม้แต่จะพิจารณาในปัญหาพื้นที่ทั้ง 3 ด้านที่กล่าวมา ดังนั้น จากการวิจัยในครั้งนี้จึงสามารถสรุปได้ว่า งานวิจัยในปัจจุบันด้านการทำนายการ

เกิดอุบัติเหตุยังมีข้อบกพร่อง ของการศึกษาเกือบทั้งหมดใน 3 ด้านดังกล่าว ซึ่งเป็นปัญหาที่นักวิจัยส่วนใหญ่ชี้ให้เห็น

Duperrex et al. (2002) ศึกษาเกี่ยวกับการให้โปรแกรมป้องกันอุบัติเหตุภัยสำหรับผู้ใช้นถนน ในการป้องกันการบาดเจ็บทุกกลุ่มอายุในประเทศอังกฤษ โดยวัดพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุ ทัศนคติ ความรู้ และการใช้ยานพาหนะ ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการป้องกันอุบัติเหตุภัยจากผู้ใช้นถนนสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมการข้ามถนน แต่ไม่สามารถบอกได้ว่าลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการชนของยานพาหนะหรือไม่ นอกจากนี้ยังพบว่าโปรแกรมนี้ ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มผู้ใช้นถนนที่เป็นผู้ใหญ่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ

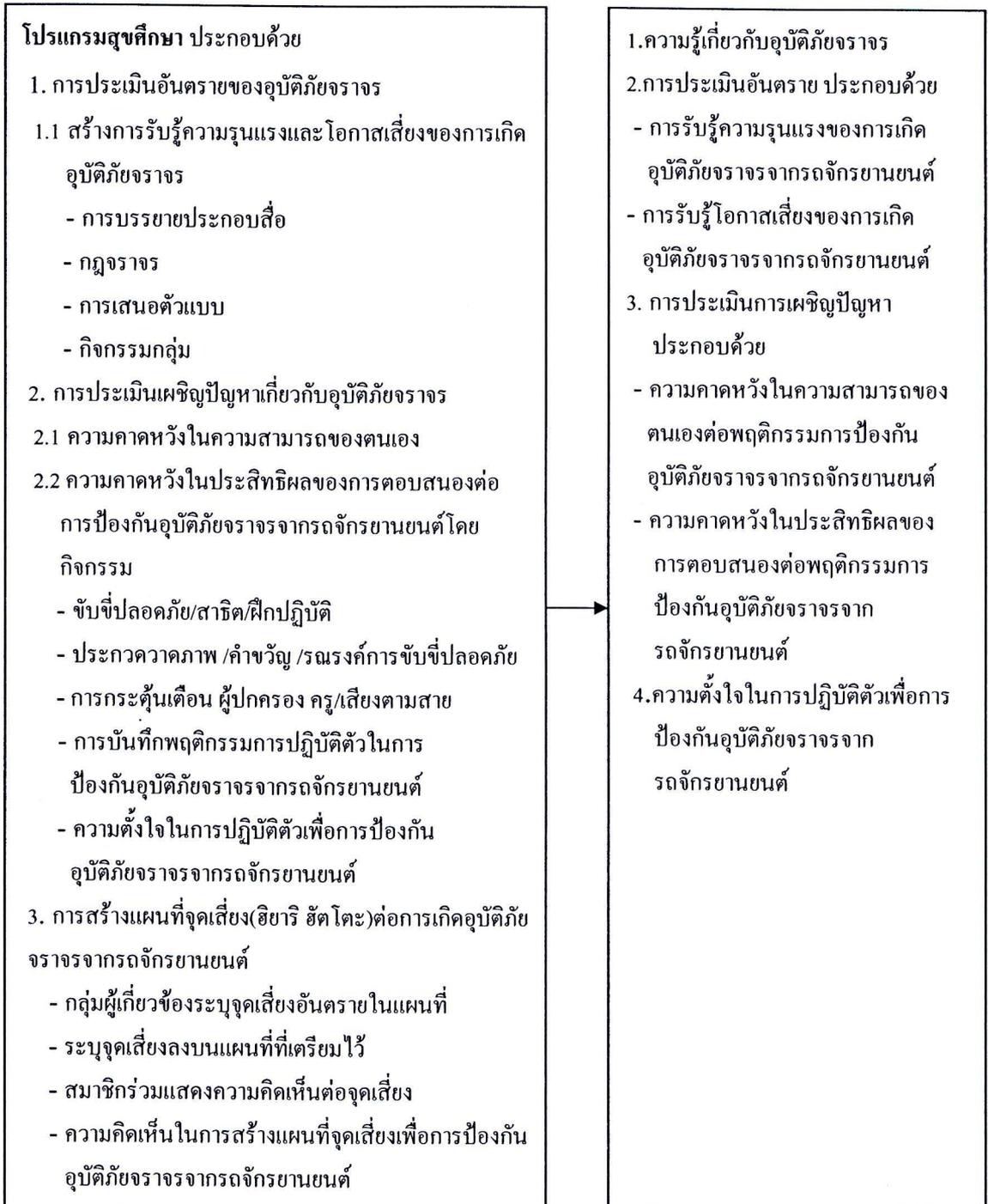
Zhou et al. (2000) ได้ศึกษาความสูญเสียที่เกิดจากการบาดเจ็บในประเทศจีน โดยศึกษา ข้อมูลจากการรายงานการเจ็บป่วยและตายจากสถิติสุขภาพแห่งชาติ ปี 1998 และปี 1999 พบว่ามี ผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุปีละ 12.6 ล้านคนต่อปี งบประมาณส่วนใหญ่ของประเทศถูกนำมาใช้ เกี่ยวกับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรถึงปีละ 12.5 ล้านดอลลาร์ และพบว่าร้อยละ 25 ของอุบัติเหตุ เกิดจากการขับขี้อักรยานยนต์และการไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร

จากทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรที่มีผู้ ศึกษาไว้แล้วโดยการประยุกต์ทฤษฎีต่าง ๆ ในเด็กและเยาวชน ได้แก่ พฤติกรรมการไม่สวมหมวก นิรภัย ทัศนคติเกี่ยวกับการขับขี้อักรยานยนต์ที่ปลอดภัย สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุจราจร การ รับรู้ ความคาดหวังในการปฏิบัติตนที่เหมาะสมเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุจราจร และยังพบว่ากลุ่มที่ มีความเสี่ยงสูงในการเกิดอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน คือช่วงอายุ 15 – 19 ปี กล่าวได้ว่าการที่บุคคล จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรที่ปลอดภัยนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆมากมาย ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ยานพาหนะ มาตรการทางกฎหมาย สภาพของถนน และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการ สนับสนุนและกระตุ้นเตือนจากบุคคลอื่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นได้นั้น จะต้องเกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับ การมีความพร้อม และการฝึกฝนเพื่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะเป็นการหาสาเหตุและ แนวทางในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร และการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ผู้วิจัยหรือภาครัฐจะเป็นผู้วาง แนวทางการดำเนินการโดยประชาชนมีส่วนร่วมน้อยทำให้การดำเนินงานไม่เกิดความยั่งยืน ดังนั้น การนำกระบวนการมีส่วนร่วมมาใช้เพื่อการจัดทำแผนที่จุดเสี่ยงซึ่งเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่ก่อให้เกิด อุบัติเหตุจราจรจึงเป็นวิธีการหนึ่งซึ่งผู้วิจัยเห็นว่ามีความเหมาะสมในการที่จะทำให้เด็กนักเรียนเกิด การเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาและความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจราจร เพื่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ผู้วิจัยจึงได้นำ โปรแกรมสุขศึกษาโดย กระบวนการมีส่วนร่วมในการสร้างแผนที่จุดเสี่ยง (แผนที่ฮิยาริ ฮัต โตะะ) ร่วมกับการประยุกต์ใช้

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุจราจรของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร มาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังต่อไปนี้

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 7 กรอบแนวคิดในการวิจัย