



รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการการพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐานแบบบูรณาการเชิงพื้นที่:
บริบทพื้นที่จังหวัดนราธิวาส

(Development of Community-based Traffic Accident Prevention System An Integrated Area-based Approach: The context of Narathiwat Province)



ผู้วิจัย

อิษาม อาแว
นิรุสนีย์ อากาจิ
มูฮัมหมัดไซด์ ชาและ

มามะเพาซี สือแม
ไอย์ทรง นาวา

สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย แผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead)
ด้านสังคม : แผนงานระบบบริการสุขภาพ โดย สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

ชื่อวิจัย: การพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐานแบบบูรณาการ
เชิงพื้นที่ : บริบทพื้นที่จังหวัดนราธิวาส

ISBN: 978-616-398-761-7

ผู้วิจัย: อิชาม อาแว
นิรุสณีย์ อากาจิ
มุฮัมหมัดไซด์ ซาและ
มามะเพาซี สือแม
ไฮย์ทรง นาวา

บรรณาธิการ: รองศาสตราจารย์ ดร.วรารภรณ์ บุญเชียง
ดร.เสาวลักษณ์ เศรษฐีกุล
สุรณี ทานเคหาสน์
สุณิสสา เสนาหวาน

ออกแบบและพิมพ์: อรุณวดี กรรมสิทธิ์

จัดทำโดย : หน่วยบริหารจัดการและส่งเสริมผลิตภัณฑ์ (ODU)
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
239 ถ.ห้วยแก้ว ต.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่
โทรศัพท์ 0 5394 2504

พิมพ์ครั้งแรก : ตุลาคม 2565

พิมพ์ที่ : บริษัทสยามพิมพ์นานา จำกัด
โทรศัพท์ 0 5321 6962

สนับสนุนโดย: สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสำเร็จและความเพียรพยายาม และอุตสาหะของผู้วิจัย รวมทั้งได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา ที่ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้ ให้คำปรึกษา ชี้แนะ กระตุ้น พร้อมทั้งตรวจสอบการทำงาน และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งให้การสนับสนุนที่ดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมและแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้โครงการวิจัยฉบับนี้มีความถูกต้องและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส นายแพทย์สาธารณสุขอำเภอศรีสาคร นายกองการบริหารส่วนตำบลศรีสาคร นายกเทศมนตรีตำบลศรีสาคร คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสาคร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสาคร พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสาคร สถานีตำรวจภูธรศรีสาคร กำนัน และผู้ใหญ่บ้าน รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทดลองใช้เครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยทุกท่านที่เสียสละในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณสำนักงานบริหารการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ที่ได้สนับสนุนทุนในการจัดทำโครงการวิจัยในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณภรรยา คุณอาวีรา อาแว และครอบครัวคณะผู้วิจัยที่คอยเป็นกำลังใจอันสำคัญแก่ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ในสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้ ตลอดจนขอขอบพระคุณพี่ ๆ น้อง ๆ เพื่อน ๆ และทุกท่านที่มีได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นกำลังใจเสมอมา จนกระทั่งโครงการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี คุณประโยชน์และความดีงามที่เกิดจากการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเอกราชอ้อลลอฮ์ ซุบฮานะฮูวาตะอาลา โปรตปะทานแด่ผู้มีบุญคุณทุกท่านด้วยเทอญ อามีน

คณะผู้วิจัย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน ทำการศึกษาในเขตเทศบาลตำบลศรีสาคร อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส กระบวนการในการพัฒนาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย ขั้นตอนการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน และแนวทางการส่งเสริมการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน และขั้นตอนการพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ เป็นขั้นตอนการทดลองนำระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐานที่พัฒนาขึ้นไปใช้ และระยะที่ 3 ระยะประเมินผล เป็นขั้นตอนการประเมินผลการนำระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐานไปใช้ในชุมชน วิจัยได้คัดเลือกผู้มีส่วนร่วมโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ประกอบด้วย คณะกรรมการรับผิดชอบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง แบบบันทึกข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงสาธารณสุขโดยใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อจัดการข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต แบบรายงานการเกิดอุบัติเหตุจราจรและการเสียชีวิตของโรงพยาบาลศรีสาคร แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน มีการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ ก่อนและหลังการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบกลุ่มสัมพันธ์

ผลการศึกษาทำให้ได้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน มีองค์ประกอบสำคัญ คือ สร้างภาคีเครือข่ายการทำงานและ ใช้หลักการ “ลด 3 ล. เพื่อลด 3 ล.” หมายถึง ลดพฤติกรรม ลดความเร็ว ลดจุดเสี่ยง เพื่อนำไปสู่การลดอุบัติเหตุทางถนน ลดอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน และลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ภายหลังจากนำระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐานไปใช้ในชุมชน พบว่าผู้มีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุโดยรวมสูงกว่าก่อนใช้ระบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -131.20, p < .01$) และมีอัตราผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนจากปี 2562 มีอัตรา 155.08 ต่อแสนประชากร ลดลงในปี 2564 เหลือ 51.69 ต่อแสนประชากร และมีอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนจากปี 2562 เท่ากับ 7.38 ต่อแสนประชากร

คำสำคัญ : ระบบการป้องกันอุบัติเหตุ, ชุมชนเป็นฐาน, การบูรณาการเชิงพื้นที่

ABSTRACT

The study was Research and Development. The objective was to develop system to prevent accidents with community-based. The study was done in Si sakhon subdistrict municipality, Si sakhon district, Narathiwat province. Development process could be divided into 3 phases 4 steps which were phase 1 situation analysis phase composed of procedure studying behavior preventing accident in the community and method promoting prevention for accident in the community and procedure development system preventing accident with community as based. Phase 2 processing phase was procedure experiment applying system preventing accident with community-based developed to use and phase 3 analysis phase was procedure analysis results of system developed to prevent accident with community-based to use in the community. Research selected participants by using multi-steps randomization method consisted of panel responsible for preventing road accident amount 20 persons. Instrument used in this study consisted of semi-structured interview, record form data of injury and death from road accident of Ministry of Public Health traffic accident report form from Si sakhon hospital, health belief questionair regarding accident prevention and evaluation form satisfaction to using accident prevention system with community-based. There was analysis general data by descriptive statistics and median score comparative analysis for health belief regarding accident prevention before and after using accident prevention system with community-based by using statistics correlation test.

This study results obtained accident prevention system with community-based which important components were building network of working partners and using principle “decrease 3 lor for decrease 3 lor” which meant decrease behavior, decrease speed, decrease risking point leading to decrease road accident, decrease rate of injuries from road accident and decrease death rate from road accident. After applying accident prevention system with community-based to the community, it was found that participants had average score health belief regarding accident prevention overall higher than before using the system significantly statistics ($t = -131.20$, $p < .01$) and had injury rate from road accident in the community from year 2562BE rate was 155.08 per hundred thousand population decreased in year 2564BE to 51.69 per hundred thousand population and had death rate from road accident in the community from year 2562BE equal to 7.38 per hundred thousand population.

Key words: accident prevention system, community-based, integrated area-based approach

Note: Lor = ลอ = Thai Alphabet: This reseach use for the symbols of Principe to decrease accidents.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
ABSTRACT	ค
สารบัญ	ง
สารบัญรูปภาพ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
คำถามการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
นิยามศัพท์	3
กรอบแนวคิด	4
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	5
1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุ	5
2. สถานการณ์ของอุบัติเหตุจราจร อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส	7
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุจราจร	8
4. มาตรการควบคุมป้องกันอุบัติเหตุจราจร	9
5. แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	11
6. ระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	14
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	16
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	16
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	19
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	22
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	23
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	23
การวิเคราะห์ข้อมูล	29
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล	30
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	42
เอกสารอ้างอิง	44
ภาคผนวก	46
ภาคผนวก ก แบบบันทึกข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของกระทรวง สาธารณสุขโดยใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต (PHER Accident)	47

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก ข แบบรายงานการเกิดอุบัติเหตุจราจรและการเสียชีวิตของโรงพยาบาลศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส	49
ภาคผนวก ค แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างสำหรับตัวแทนคณะกรรมการแก้ไขปัญหา อุบัติเหตุบนถนน อำเภอศรีสาคร	52
ภาคผนวก ง แนวคำถามการสนทนากลุ่มสำหรับประชาชนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันและ แก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอศรีสาคร	54
ภาคผนวก จ แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ	56
ภาคผนวก ฉ แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน	60
ภาคผนวก ช การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	62
ภาคผนวก ซ หนังสือรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส	67
ภาคผนวก ฌ เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วม หรือผู้ร่วมโครงการวิจัย	69
ภาคผนวก ฎ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการสเถิติ	74

สารบัญรูปภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	13
2	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	28
3	แสดง หลักการ “ลด 3 ล. เพื่อลด 3 ล.”	35

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน และร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนร่วม (n=298)	31
2	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุของผู้มีส่วนร่วมก่อนและหลังการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน (n=298)	36
3	ความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน (n = 30)	37
4	จำนวน อัตราผู้บาดเจ็บ และเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนเขตรับผิดชอบเทศบาลตำบลศรีสาคร ปี พ.ศ. 2562 - 2564	38
5	รายงานการบาดเจ็บ 19 สาเหตุ โรงพยาบาลศรีสาคร	50
6	การวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง	62
7	การวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ	63
8	การวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน	65
9	แสดง ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความแปร ส่วนคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความแปรความโค้ง ส่วนคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความโค้งของค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนและหลังพัฒนาฯ	75

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บบนท้องถนนเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ปี 2561 พบว่า ปัจจุบันจำนวนผู้เสียชีวิตจากการชนบนถนนทั่วโลกเพิ่มขึ้นจาก 1.25 ล้านคน เป็น 1.35 ล้านคนในช่วงสามปีที่ผ่านมา และยังพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้เสียชีวิตจากการอุบัติเหตุบนท้องถนนเป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ รถจักรยาน และคนเดินถนน และคาดว่าจำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลกจะเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2573 เฉลี่ยปีละ 2.4 ล้านคน หากแต่ละประเทศไม่มีมาตรการที่ดีในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (WHO, 2018) ประเทศไทยเป็นหนึ่งในหลายประเทศทั่วโลกที่กำลังเผชิญกับผลกระทบจากอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยพบว่า มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนสูงสุด เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO, 2018) และเป็นผู้เสียชีวิตที่เกิดจากรถจักรยานยนต์มากที่สุดถึงร้อยละ 74.4 รองลงมาเกิดจากรถยนต์คิดเป็นร้อยละ 12.7 ทำให้รัฐบาลต้องยกให้ปัญหาดังกล่าวเป็นวาระแห่งชาติ โดยกำหนดให้ปี 2554 - 2563 ให้ทุกภาคส่วนดำเนินโครงการทศวรรษความปลอดภัยทางถนน (ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน, 2563) เพื่อป้องกันการสูญเสียทรัพยากรบุคคลของประเทศ

อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส ประกอบด้วยประชากรทั้งหมด 39,277 คน มีสถิติการบาดเจ็บบนท้องถนน และเสียชีวิตในระยะห้าปีย้อนหลังที่เพิ่มขึ้นกัน โดยพบว่า ในช่วงเดือนตุลาคม 2557 – กันยายน 2558 มีผู้บาดเจ็บบนท้องถนน จำนวน 312 ราย และเสียชีวิต 1 ราย เดือนตุลาคม 2558 – กันยายน 2559 มีผู้บาดเจ็บบนท้องถนน จำนวน 343 ราย และเสียชีวิต 4 ราย เดือนตุลาคม 2559 – กันยายน 2560 มีผู้บาดเจ็บบนท้องถนน จำนวน 342 ราย และเสียชีวิต 5 ราย เดือนตุลาคม 2560 – กันยายน 2561 มีผู้บาดเจ็บบนท้องถนน จำนวน 336 ราย และเสียชีวิต 3 ราย และเดือนตุลาคม 2561 – กันยายน 2562 มีผู้บาดเจ็บบนท้องถนน จำนวน 336 ราย และเสียชีวิต 5 ราย (สำนักสถิติโรงพยาบาลศรีสาคร, 2562) จากข้อมูลดังกล่าว แม้สถิติการบาดเจ็บบนท้องถนนมีแนวโน้มที่ลดลง แต่เมื่อพิจารณาการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บบนท้องถนน พบว่า มีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บบนท้องถนนที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บบนท้องถนนด้านบุคคล ได้แก่ ขาดความตระหนักในการป้องกันอุบัติเหตุ เช่น ไม่สวมหมวกนิรภัย ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย คิดเป็นร้อยละ 45 ประชาชนไม่ปฏิบัติตามกฎจราจรในการขับขี่ที่ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 28 การแต่งกายตามวิถีมุสลิมที่ไม่ปลอดภัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เช่น สวมชุดฮิญาบ กระโปรงยาว คิดเป็นร้อยละ 24 และเมาแล้วขับ คิดเป็นร้อยละ 3 ปัจจัยด้านยานพาหนะ ได้แก่ ยานพาหนะเสื่อมสภาพ เช่น ระบบไฟ เบรก และล้อเสื่อมสภาพ ซึ่งบริบทพื้นที่อำเภอศรีสาครมีอาชีพตัดไม้ยาง ลำเลียงไม้ยาง โดยใช้รถกระบะที่ไม่มีระบบไฟที่ปลอดภัย ไม่มีไฟเลี้ยว และอาชีพกรีดยาง ซึ่งมักทำงานในเวลากลางคืน ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย และมีความรุนแรง อีกทั้งปัจจัยด้านถนนและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พื้นที่เป็นพื้นที่ภูเขา ลักษณะถนนเป็นทางโค้ง ชรุขระ และแคบ ถนนลื่นเนื่องจากมีฝนตกตลอดทั้งปี ไม่มีป้ายจราจรกำกับความเร็ว มีด่านชะลอความเร็วที่ไม่ได้มาตรฐานจำนวนมาก โครงสร้างในตลาดศรีสาครยังขาดป้ายสัญลักษณ์จราจรที่จำเป็น เช่น ป้ายเตือน กระงกโค้งจราจร สัญลักษณ์ห้ามจอดข้างทาง การเลี้ยงสัตว์แบบไม่มีคอกกั้นทำให้สัตว์เลี้ยงตัด

หน้ารถ เช่น วั มว สุนั้ ใ้ เป็นต้น และจากการวิเคราะห์จุดเสี่ยงที่เกิดอุบัติเหตุบ่อย ได้แก่ ถนนในตลาด ศรีสาคร เนื่องจาเป็นพื้นที่ที่มีตลาดขายของทุกวัน ทั้งนี้ จากการสำรวจพื้นที่ พบว่า พื้นที่ตลาดไม่มีป้าย จราจรกำกับ ผู้ใช้ถนนจอตรถไม่เป็นระเบียบ ผู้ขับขี่จอตรถกินเลน ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายและบ่อยครั้ง การเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนไม่ใช่เรื่องบังเอิญแต่สามารถป้องกันได้ ทั้งนี้ ในการป้องกันหรือแก้ไข้ปัญหา จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน และดำเนินการอย่างเป็นระบบ ดังเช่นในหลายประเทศที่ พัฒนาแล้วที่สามารถลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุและอัตราการเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็วในช่วงสองทศวรรษที่ ผ่านมา อันเป็นผลจากการประเมินปัญหาและแก้ไข้อย่างเป็นครอบคลุมทั้งด้านยานพาหนะ ด้านถนนและ สิ่งแวดล้อม และด้านบุคคล โดยการสร้างความตระหนักและมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model: HBM) ประยุกต์ใช้ในการศึกษาประเด็นด้านสุขภาพในมิติที่หลากหลาย เพื่ออธิบายถึง พฤติกรรมด้านการป้องกันตนเอง ซึ่งมีปัจจัยที่มีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) ถึงปัญหาหรือผลกระทบจากการเกิด อุบัติเหตุ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ การรับรู้ถึงประโยชน์ (Perceived benefits) การสวมหมวก นิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ของคนในชุมชน เมื่อบุคคลในชุมชนมีความเชื่อว่า การปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน อุบัติเหตุเป็นประโยชน์ บุคคลในชุมชนสามารถตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่หรือการใช้ถนนเพื่อ ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทุกครั้งตามคำแนะนำ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอุบัติเหตุของบุคคล ในทางลบ และค่านิยมแปลก ๆ ของเด็กวัยรุ่น ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรม และ พฤติกรรมนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการ อุบัติเหตุได้ สิ่งชักนำให้เกิดอุบัติเหตุ (Cues to action) คือ สิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการ อุบัติเหตุออกมา ซึ่งไมแมนและเบเกอร์ (Maiman, & Becker, 1974) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อ มีความสมบูรณ์นั้น จะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดอุบัติเหตุ ซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่ง กระตุ้นภายใน (Internal cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง และสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่ง กระตุ้นภายนอก (External cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน หรือการเตือนจากบุคคลที่เป็น ที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น ปัจจัยร่วม (Modifying factors) เป็นปัจจัยที่ไม่มีผล โดยตรงต่อพฤติกรรม แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้ และการปฏิบัติ ได้แก่ ปัจจัยด้าน ประชากร เช่น เพศ ค่านิยมทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันที่แตกต่างกัน ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน แรงจูงใจ (Health motivation) สภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วย เรื่องเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทศนคติ และค่านิยมเกี่ยวกับ ป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่ เป็นต้น จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ขับขี่เกิดอุบัติเหตุ

ดังนั้น ในการป้องกันและแก้ไข้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนจึงจำเป็นต้องเร่งสร้างการมีส่วนร่วมของทุก ภาคส่วนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลปัญหาอุบัติเหตุ โดยเฉพาะบทบาทของชุมชน จะเป็นพลังที่สามารถ ขับเคลื่อนให้เกิดความปลอดภัยทางถนนและนำไปสู่การสร้างพื้นที่ต้นแบบ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ที่จะพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อสร้างกระบวนการ

มีส่วนร่วมของกลุ่มที่มีอยู่ในชุมชนในการหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน ควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน
2. เพื่อศึกษาผลการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน

คำถามการวิจัย

1. ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน มีลักษณะเป็นอย่างไร
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุของคนในชุมชน ก่อนและหลังการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน เป็นอย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน ดำเนินการศึกษาในเขตเทศบาล ตำบลศรีสาคร อำเภอศรีสาคร จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 - เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

นิยามศัพท์

ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน หมายถึง ระบบการป้องกันหรือมีการเตรียมการล่วงหน้าเพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ โดยมีชุมชนเป็นฐาน โดยใช้หลักการ “ลด 3 ล เพื่อลด 3 ล” โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การลด 3 ล หมายถึง
 - ลด ล ตัวที่ 1 ลดพฤติกรรม
 - ลด ล ตัวที่ 2 ลดความเร็ว
 - ลด ล ตัวที่ 3 ลดจุดเสี่ยง
2. เพื่อลด 3 ล หมายถึง
 - ลด ล ตัวที่ 1 ลดอุบัติเหตุ
 - ลด ล ตัวที่ 2 ลดอัตราการบาดเจ็บ
 - ลด ล ตัวที่ 3 ลดอัตราการตาย

โดยประเมินผลลัพธ์จากอัตราการบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนถนนของชุมชนที่มีจำนวนลดลง

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน โดยใช้ระเบียบการวิจัยและการพัฒนา (Research and development) ร่วมกับกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของไมแมนและเบเกอร์ (Maiman, & Becker, 1974) ที่มีความเชื่อว่า การเกิดพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่เหมาะสม บุคคลนั้นจะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) ที่จะทำให้เกิดอุบัติเหตุ รับรู้ความรุนแรงถึงปัญหาหรือผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุ (Perceived severity) รับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันตนเองจากการเกิดอุบัติเหตุ (Perceived benefits) และรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอุบัติเหตุของบุคคลในทางลบ และค่านิยมแปลก ๆ ของเด็กวัยรุ่น กระบวนการพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐานแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ และพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุจากการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) ระยะดำเนินการ เป็นการนำต้นแบบระบบการป้องกันอุบัติเหตุที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในชุมชน และ 3) ระยะประเมินผล โดยเปรียบเทียบคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุของคนในชุมชนก่อนและหลังการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน และประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ (1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ (2) ระยะดำเนินการ และ (3) ระยะประเมินผล ศึกษาในพื้นที่เขตเทศบาล ตำบลศรีสาคร อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางและสร้างขอบเขตในการวิจัยเพื่อให้เกิดความเข้าใจ โดยได้แบ่งเนื้อหาตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุ
2. สถานการณ์ของอุบัติเหตุจราจร อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุจราจร
 - 3.1 ปัจจัยด้านบุคคล
 - 3.2 ปัจจัยด้านยานพาหนะ
 - 3.3 ปัจจัยด้านถนนและสภาพแวดล้อม
4. มาตรการควบคุมป้องกันอุบัติเหตุจราจร
 - 4.1 มาตรการด้านวิศวกรรมจราจร
 - 4.2 มาตรการการลดความเร็ว
 - 4.3 มาตรการลดอุบัติเหตุจราจรในช่วงวันสำคัญทางศาสนา ประเพณี และวัฒนธรรมไทย
 - 4.4 มาตรการด้านการให้ความรู้ และประชาสัมพันธ์ การมีส่วนร่วม
5. แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
6. ระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุ

อุบัติเหตุ หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่ตั้งใจในเวลาและสถานที่แห่งหนึ่ง เกิดขึ้นโดยไม่มีสิ่งบอกเหตุล่วงหน้าแต่มีสาเหตุและส่งผลกระทบให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินหรือร่างกายได้รับบาดเจ็บ ตั้งแต่ขั้นเล็กน้อยไปจนถึงสายชีวิต (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2546)

อุบัติเหตุทางจราจร (traffic accidents) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการคมนาคมหรือการขนส่ง (สาธิต, 2546) ได้แก่

1. อุบัติเหตุจากขี้นยานพาหนะในการจราจร
2. อุบัติเหตุจากคมนาคมทางรถไฟ
3. อุบัติเหตุจากการขนส่งทางน้ำ
4. อุบัติเหตุจากการขนส่งทางอากาศ

การเกิดอุบัติเหตุจากการคมนาคมทางบกเป็นปัญหามากที่สุดที่ก่อเกิดการสูญเสียในหลายด้าน (กาญจนาและคณะ, 2555) ดังนี้

1. การสูญเสียด้านร่างกาย (human loss) เป็นการสูญเสียเชิงกายภาพที่สามารถเห็นได้ เช่น การสูญเสียชีวิต หรือความพิการด้านร่างกาย เป็นต้น

2. การสูญเสียด้านจิตและสังคม (psychological and social loss) เป็นความสูญเสียเชิงนามธรรมที่ไม่อาจเห็นได้ด้วยตา ขึ้นอยู่กับความคิด ความรู้สึกของผู้ประสบอุบัติเหตุ หรือของสังคมนั้น ๆ ความสูญเสียทางจิตและสังคมนี้ ได้แก่ ความเจ็บป่วย ความเสียใจ ความเป็นทุกข์ ความหวาดกลัวการเสียชีวิต การเสียชีวิต จิตเพื่อน การถูกตัดออกจากสังคม และการถูกทอดทิ้งให้โดดเดี่ยว เป็นต้น ความสูญเสียเหล่านี้ไม่อาจทดแทนได้ด้วยเงินหรือทรัพย์สิน อีกทั้ง ยังเป็นผลให้ไม่อาจทำงาน หรือ ดำรงชีวิตได้ตามปกติอีกด้วย

3. ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจของชาติ (economic loss) การบาดเจ็บก่อให้เกิดความสูญเสียชีวิตหรือเกิดความพิการขึ้น ทำให้ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รัฐบาลสูญเสียงบประมาณในการรักษาและเยี่ยมผู้บาดเจ็บ นอกจากนี้ การเกิดอุบัติเหตุ ยังก่อให้เกิดการสูญเสียโอกาสในการพัฒนาทางเศรษฐกิจ การสร้างกิจกรรม และมูลค่าทางเศรษฐกิจ เสียชื่อเสียงและภาพลักษณ์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชาติ นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งความสูญเสียที่เกิดจากอุบัติเหตุออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ความสูญเสียโดยตรง (direct loss) ได้แก่ การสูญเสียค่าบริการฉุกเฉิน ค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ค่าดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บภายหลังออกจากโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสภาพ ค่าทำศพ ค่าชดเชยในระหว่างเจ็บป่วย ค่าชดเชยความพิการ ค่าทรัพย์สินเสียหาย เป็นต้น

2. ความสูญเสียทางอ้อม (indirect loss) เป็นค่าเสียเวลาของเจ้าหน้าที่ตำรวจในการช่วยเหลือผู้ได้รับบาดเจ็บ และการวิเคราะห์สาเหตุการหยุดชะงักของโรงงานชั่วคราว เพื่อช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ รวมทั้งการสูญเสียซึ่งเกิดจากความเจ็บปวด ความโศกเศร้าเสียใจ ของครอบครัวและผู้เป็นที่รัก ซึ่งไม่สามารถประเมินค่าได้

จากความเสียหายและความสูญเสียจากอุบัติเหตุดังกล่าวข้างต้น ซึ่งเป็นที่เข้าใจกันโดยทั่วไปว่าเป็นเหตุการณ์ที่ไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้แต่สามารถที่จะป้องกันได้ ดังนั้น จึงเกิดแนวคิด หลักการและยุทธศาสตร์การลดและป้องกันอุบัติเหตุขึ้นในระดับสากล รวมถึงประเทศไทย โดยการลดและป้องกันอุบัติเหตุ เป็นกระบวนการลดการเกิดอุบัติเหตุไปจนถึงการควบคุมระดับเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน และสิ่งแวดล้อม เพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยมักจะมีกิจกรรมที่ทำอย่างมีขั้นตอนและกิจกรรมที่ทำนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุ หรือป้องกันการเกิดอุบัติเหตุขึ้น หรือชะลอการเกิดความสูญเสียหรือความพิการ อีกในแนวทางของการลดอุบัติเหตุ สามารถพิจารณาได้จากหลักการป้องกันอุบัติเหตุ ซึ่งจำแนกตามความสามารถในการป้องกันอุบัติเหตุ (กาญจนาและคณะ, 2555) ได้ดังนี้

1. หลักการขจัดสภาพที่ไม่ปลอดภัย (unsafe condition) หมายถึง การป้องกันอุบัติเหตุที่ต้องการป้องกันทางตรง เช่น การตรวจเช็คสภาพเบรกของรถยนต์ที่ใช้ขับขี่ เพื่อป้องกันการชนกันเมื่อเบรกไม่อยู่ การติดป้ายเตือน ป้ายจราจร เครื่องหมายจราจร ไฟฟ้า แสงสว่างในบริเวณทางเท้า ทางข้าม ท้องถนนที่อันตราย เป็นต้น

2. หลักการขจัดการกระทำที่ไม่ปลอดภัย (unsafe act) หมายถึง การป้องกันอุบัติเหตุที่ต้องการป้องกันทางอ้อม หรือที่เกิดจากการกระทำที่ไม่ปลอดภัย และการกระทำที่ไม่เจตนาให้เกิด เช่น การหยอกล้อกันขณะเดินถนนข้ามทางข้าม หรือมีนิสัยชอบเสียงจิ้งจกตัดหนักรถยนต์ โดยพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยนี้อาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การขาดความรู้ความชำนาญ การมีเจตคติที่ไม่ถูกต้อง และ/หรือการมีสภาพร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ เป็นต้น

รูปแบบของการป้องกันอุบัติเหตุสามารถแบ่งได้ในรูปแบบการให้การศึกษา (Education) รูปแบบการบังคับ (Enforcement) รูปแบบการป้องกันและแก้ไขทางวิศวกรรม (Engineering) โดย มาตรการที่ใช้ป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ประกอบด้วยมาตรการหลัก 3 ประการ (กาญจนาและคณะ, 2555) ดังนี้

1. การให้การศึกษา (Education) เพื่อให้ประชาชนทุกระดับชั้น ตั้งแต่เด็กเล็กจนถึงประชาชนทั่วไป มีความรู้ในการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุได้และให้เกิด ความสำนึกในความปลอดภัย (Safety Consciousness)

2. การบังคับใช้ทางกฎหมาย (Enforcement) เป็นการบังคับใช้กฎหมายจราจรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ตำรวจ จับ ปรับ คุมความประพฤติผู้ที่ฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามกฎหมายจราจรเพื่อให้ผู้ใช้รถใช้ถนนปฏิบัติตามกฎหมายจราจร ซึ่งเป็นกฎแห่งความปลอดภัย รวมถึงกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น การตรวจสภาพรถการสอบต่อใบอนุญาตขับขี่ การสวมหมวกนิรภัย การใช้เข็มขัดนิรภัย รวมถึงการดำเนินการทางกฎหมายกรณีเมาแล้วขับ เป็นต้น

3. การวิศวกรรม (Engineering) การปรับปรุงแก้ไขด้านวิศวกรรมทางถนน โดยศึกษาข้อมูลจากลักษณะและสาเหตุของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น ใช้ระบบกลไกด้านวิศวกรรมเข้ามาปรับปรุงแก้ไขทั้งสภาพของถนนสัญญาณ สภาพสิ่งแวดล้อมของเส้นทางสัญจร และการปรับปรุงยานพาหนะ ซึ่งบรรจุอยู่ในแผนและยุทธศาสตร์ทศวรรษความปลอดภัยทางถนนของสหประชาชาติ และของประเทศไทย

2. สถานการณ์ของอุบัติเหตุจราจร อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส

การเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนไม่ใช่เรื่องบังเอิญแต่สามารถป้องกันได้ ทั้งนี้ ในการป้องกันหรือแก้ไขปัญหา จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน และดำเนินการอย่างเป็นระบบ ดังเช่นในหลายประเทศที่พัฒนาแล้วที่สามารถลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุและอัตราการเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็วในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งนี้เป็นผลจากการประเมินปัญหาและแก้ไขอย่างเป็นระบบ อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาสซึ่งประกอบด้วยประชากรทั้งหมด 39,277 คน มีสถิติการบาดเจ็บบนท้องถนน และเสียชีวิตในระหว่างห้าปีย้อนหลังที่เพิ่มเช่นกัน โดยพบว่า ในช่วงเดือนตุลาคม 2557 – กันยายน 2558 มีผู้บาดเจ็บบนท้องถนน จำนวน 312 ราย และเสียชีวิต 1 ราย เดือนตุลาคม 2558 – กันยายน 2559 มีผู้บาดเจ็บบนท้องถนน จำนวน 343 ราย และเสียชีวิต 4 ราย เดือนตุลาคม 2559 – กันยายน 2560 มีผู้บาดเจ็บบนท้องถนน จำนวน 342 ราย และเสียชีวิต 5 ราย เดือนตุลาคม 2560 – กันยายน 2561 มีผู้บาดเจ็บบนท้องถนน จำนวน 336 ราย และเสียชีวิต 3 ราย และเดือนตุลาคม 2561 – กันยายน 2562 มีผู้บาดเจ็บบนท้องถนน จำนวน 336 ราย และเสียชีวิต 5 ราย (สำนักสถิติโรงพยาบาลศรีสาคร, 2562)

จากข้อมูลดังกล่าว แม้สถิติการบาดเจ็บบนท้องถนนมีแนวโน้มที่ลดลง แต่เมื่อพิจารณาอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บบนท้องถนน พบว่า มีสถิติที่เพิ่มสูงขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บบนท้องถนนที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บบนท้องถนนด้านบุคคล ได้แก่ ขาดความระหนักในการป้องกันอุบัติเหตุ เช่น ไม่สวมหมวกนิรภัย ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย คิดเป็นร้อยละ 45 ประชาชนไม่ปฏิบัติตามกฎจราจรในการขับขี่ที่ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 28 การแต่งกายตามวิถีมุสลิมที่ไม่ปลอดภัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เช่น สวมชุดฮิญาบ กระโปรงยาว คิดเป็นร้อยละ 24 และเมาแล้วขับ คิดเป็น ร้อยละ 3 ปัจจัยด้านยานพาหนะ ได้แก่ ยานพาหนะเสื่อมสภาพ เช่น ระบบไฟแบบรก และล้อเสื่อมสภาพ ซึ่งบริบทพื้นที่อำเภอศรีสาครที่มีอาชีพตัดไม้ยาง ลำเลียงไม้ยาง โดยใช้รถกระบะที่ไม่มีระบบไฟที่ปลอดภัย ไม่มีไฟเลี้ยว และอาชีพกรีดยาง ซึ่งมักทำงานในเวลากลางคืน ทำให้เกิดอุบัติเหตุ

ได้ง่ายและรุนแรง และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พื้นที่เป็นพื้นที่ภูเขา ลักษณะถนนเป็นทางโค้ง ชรุชระ และ แคน ถนนลื่นเนื่องจากมีฝนตกตลอดทั้งปี ไม่มีป้ายจราจรกำกับความเร็ว มีด้านชะลอความเร็วที่ไม่ได้ มาตรฐานจำนวนมาก โครงสร้างในตลาดศรีสาครยังขาดป้ายสัญลักษณ์จราจรที่จำเป็น เช่น ป้ายเตือน กระจกโค้งจราจร สัญลักษณ์ห้ามจอดข้างทาง การเลี้ยงแบบไม่มีคอกกันทำให้สัตว์เลี้ยงตัดหน้ารถ เช่น วัว แมว สุนัข ไก่ เป็นต้น และจากการวิเคราะห์สถิติจุดเสี่ยงที่เกิดอุบัติเหตุบ่อย ได้แก่ ถนนในตลาดศรีสาคร เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีตลาดขายของทุกวัน ทั้งนี้ จากการสำรวจพื้นที่ พบว่า พื้นที่ตลาดไม่มีป้ายจราจร กำกับ ผู้ใช้ถนนจอดรถไม่เป็นระเบียบ ผู้ขับขี่กินเลน ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายและบ่อยครั้ง การป้องกันการ บาดเจ็บบนท้องถนนที่ดี ที่สามารถป้องกันในระยะยาว ควรครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้างของชุมชน ได้แก่ ด้านยานพาหนะ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านบุคคล โดยการสร้างความตระหนัก และมีแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดการพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนตามมา

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุจราจร

1. ปัจจัยด้านบุคคล

จากรายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุจากรถบรรทุก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 (กรมขนส่งทางบก, 2564) พบว่า สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่มีมาจากพฤติกรรมการขับขี่ของผู้ใช้รถใช้ถนน เช่น การขับรถตามหลังในระยะกระชั้นชิด การขับรถเร็ว การขับรถตัดหน้าในระยะกระชั้น ชิด การขับล้ำเข้าไปในช่องทางฝั่งตรงข้าม ขี่ย้อนศร และหลับใน และจากการศึกษาของ จตุภพและ อัญสุรีย์ (2564) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของประชาชน พบว่า ผู้ขับขี่ เป็นสาเหตุโดยตรงเชิงบวกต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ดังนั้น จากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าการกระทำ ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุขึ้นได้ เช่น ความประมาทเลินเล่อ ความมึ่งง่าย การฝ่าฝืนกฎจราจร หรือ กฎระเบียบที่วางไว้ เป็นต้น เกิดจากการมีอุปนิสัย หรือทัศนคติของแต่ละบุคคลที่ถูกปลูกฝัง หรือสั่งสอนมา ในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน ความตระหนักถึงความปลอดภัยของตนเอง และของผู้อื่น มีความแตกต่าง กัน จึงควรมีการออกมาตรการ หรือระเบียบการขับขี่ยานพาหนะที่ครอบคลุมด้านพฤติกรรมอย่าง เคร่งครัด (Mahmood et al., 2020)

2. ปัจจัยด้านยานพาหนะ

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาอุบัติเหตุจราจรทางบก พบว่า ปัจจัยด้านยานพาหนะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยมีสาเหตุ ดังนี้

2.1 ยางระเบิดหรือยางแตก ทำให้รถเสียการทรงตัว พลิกคว่ำได้ง่าย โดยเฉพาะรถที่กำลังเล่นด้วยความเร็วสูง และถนนลื่น

2.2 เบรกแตก เบรกลื่น ทำให้รถไม่สามารถหยุดหรือชะลอความเร็วลงได้ตามความต้องการ

2.3 เพลาหลุดหรือเพลาขาด ทำให้รถหมดกำลังในการขับเคลื่อน รถจะไม่แล่น แม้ว่าจะเหยียบคันเร่งอย่างไรก็ตาม ทำให้ยากแก่การควบคุมความเร็ว และง่ายต่อการเกิดอุบัติเหตุ

2.4 คันส่งหลุด ทำให้พวงมาลัยใช้การไม่ได้ ไม่สามารถควบคุมรถได้

2.5 อุปกรณ์ประจำรถชำรุดหรือขัดข้อง เช่น ไม่มีไฟหน้า-หลัง ไฟใหญ่มีข้างเดียวหรือไม่มีเลย ไฟเลี้ยวชำรุด ไม่ได้ซ่อมแซมหรือแก้ไข พวงมาลัยสั่นขณะขับ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงสภาพรถ เช่น การเพิ่มแรงเครื่อง ทำให้ผู้ขับขี่เกิดความคะนองและขับเร็ว การแปลงสภาพรถตามความพอใจ โดยไม่คำนึงถึงสภาพรถที่ได้รับการออกแบบมา

3. ปัจจัยด้านถนนและสภาพแวดล้อม

จากการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน เกิดจากสภาวะที่ไม่ปลอดภัย (unsafe condition) ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ เช่น ถนนลื่น แสงสว่างไม่เพียงพอ ไม่มีป้ายสัญญาณบอกทางโค้ง ไฟท้ายรถเสียสภาวะที่ไม่ปลอดภัยเป็นสาเหตุด้านกายภาพของอุบัติเหตุที่สามารถแก้ไขได้ง่ายกว่าเมื่อเปรียบเทียบปัญหาด้านพฤติกรรมที่เกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยนักวิชาการหลายสาขาได้ศึกษาถึงสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุจราจรในแง่ของวิทยาการระบาด ซึ่งมีการจำแนกตาม เพศ วัย ชนิดของยานพาหนะ วัน เวลา สถานที่ อื่น ๆ แต่พบว่าสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ เป็นสิ่งที่ไม่สามารถมองเห็นได้ ดังนั้นจึงไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ (Mahmood et al., 2020)

4. มาตรการควบคุมป้องกันอุบัติเหตุจราจร

การป้องกันหรือการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรที่มีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีการดำเนินการด้วยมาตรการที่หลากหลายอย่างเป็นระบบ ดังนี้

1. มาตรการด้านวิศวกรรมจราจร

1.1 การปรับเปลี่ยนลักษณะทางกายภาพของถนน ได้แก่ การก่อสร้างเกาะกลางถนนเพื่อเบี่ยงกระแสจราจรและลดความเร็ว (Center Island)

1.2 การปรับปรุงเครื่องหมายจราจรบนผิวทาง ได้แก่ การตีเส้นประขวางแนวจราจร (Transverse Markings) การตีเส้นเกาะกลางในรูปแบบเกาะสี (Painted Center Island) การตีเส้นก้างปลาบนผิวถนน (Chevron Markings) การตีเส้นไหล่ทาง (Shoulder Markings) หรือ การทำถนนที่มีสีแดง บนตัวหนังสือบอกความเร็วที่กำหนด เพื่อให้ผู้ขับขี่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงสภาพถนน และต้องลดความเร็วขณะขับขี่

2. มาตรการการลดความเร็ว

ประเทศที่พัฒนาแล้ว เมื่อมีการบังคับใช้การลดความเร็ว สามารถลดอัตราการเสียชีวิตลงได้อย่างชัดเจน แต่การลดความเร็วเฉลี่ยโดยไม่ลดความแตกต่างของความเร็วอาจไม่ได้ผล ซึ่งการใช้ระบบการจำกัดความเร็วนั้นมีประสิทธิภาพสูงต่อการลดอุบัติเหตุ นอกจากนี้ การทำถนนให้เกิดการคดเคี้ยวเพื่อลดความเร็ว หรือ การใช้กลวง เช่น การใช้เส้นสำหรับทางโค้ง เพื่อลดช่องความกว้างของช่องทางจราจร ร่วมกับการใช้เส้นแนวกลางถนนแบบตีขวาง สามารถใช้ลดอุบัติเหตุได้ดี เมื่อลดความกว้างของถนน ผู้ขับขี่จะพยายามรักษาช่องทางขับขี่ในช่องจราจร มีพฤติกรรมขับขี่รถที่จดจ่อมากขึ้นและมักลดความเร็วลง

มาตรการการควบคุมความเร็วที่ได้ผลอีกวิธีหนึ่ง คือ การกำหนดพิกัดความเร็วสำหรับยานยนต์แต่ละประเภทตามสภาพถนน ซึ่งมีการใช้ทั้งเป็นเรดาร์และกล้องถ่ายภาพ หรือเทคโนโลยีอื่น เช่น แสงเลเซอร์ VASCAR (vehicle average speed calculator and recorder) การวัดความเร็วทางอากาศ (aerial speed measurement) หรือใช้กล้องถ่ายภาพความเร็ว

การทำเส้นขวางถนน (Rumble strips) ซึ่งทำให้เกิดเสียงและความรู้สึกสั่นสะเทือนขณะขับขี่ตัว Rumble strips ไม่สามารถลดความเร็วลงได้มาก แต่เมื่อใช้งานร่วมกับ road-humps และ/หรือ rumble bars จะมีประสิทธิภาพสูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การใช้งานในบริเวณที่มีผู้ใช้ถนนหนาแน่น เช่น ย่านชุมชน หรือใกล้บริเวณทางแยก ขนาดควรมีความหนา ประมาณ 1.5- 2.5 ซม. ประมาณ 4-5 เส้น และมี 2 – 3 ชุด โดยอาจทำจากเทอร์โมพลาสติก แอสฟัลต์หรือคอนกรีต การแบ่งเป็น 2-3 ชุด เพื่อเป็นการเตือนให้กับผู้ขับขี่

3. มาตรการลดอุบัติเหตุจราจรในช่วงวันสำคัญทางศาสนา ประเพณี และวัฒนธรรมไทย

ช่วงเทศกาลวันสำคัญทางศาสนา ประเพณี หรือวัฒนธรรมไทย เป็นช่วงที่มีวันหยุดติดต่อกันหลายวัน และประชาชนใช้รถใช้ถนนเดินทางสัญจรกลับภูมิลำเนา และท่องเที่ยวจำนวนมาก ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนสูงกว่าช่วงปกติ พื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม หลากหลายศาสนา และชาติพันธุ์ จึงมีกิจกรรมสำคัญทางศาสนาหลากหลายรูปแบบตามความเชื่อและวัฒนธรรมประเพณีของแต่ละพื้นที่ และมีอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนอย่างอื่นทุกปี จากการทบทวนมาตรการลดอุบัติเหตุที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นมาตรการที่ได้มีการประชาสัมพันธ์และรณรงค์ใช้ตามภารกิจของวันสำคัญนั้น ๆ และเป็นมาตรการบังคับใช้ทางกฎหมาย ดังนี้

3.1 มาตรการป้องกัน ได้แก่

3.1.1 การบังคับใช้กฎหมายตามมาตรการ 10 มาตรการ ได้แก่ (1) ไม่สวมหมวกนิรภัย (2) มอเตอร์ไซค์ไม่ปลอดภัย (3) เมาสุรา (4) ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย (5) ไม่มีใบขับขี่ (6) ความเร็วเกินกว่ากฎหมายกำหนด (7) ฝ่าฝืนสัญญาณจราจร (8) ขับรถย้อนศร (9) แชนในที่คับขัน (10) ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับรถ โดยให้เน้นหนักกับรถจักรยานยนต์ รถโดยสารสาธารณะ และรถกระบะที่บรรทุกผู้โดยสารท้ายกระบะในลักษณะที่อาจก่อให้เกิดอันตรายเป็นพิเศษ

3.1.2 การควบคุมการจำหน่ายและดัดเครื่องดัดแอลกอฮอล์ โดยบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด

3.1.3 การควบคุมการเข้าถึงเครื่องดัดแอลกอฮอล์ โดยให้เน้นหนักในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี เป็นพิเศษ

3.2 มาตรการแก้ไขปัญหา

3.2.1 การแก้ไขปัญหาลุคที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง และจุดที่เกิดอุบัติเหตุใหญ่ โดยคณะจังหวัดประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ จุดที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง และจุดที่เกิดอุบัติเหตุใหญ่ในพื้นที่มาวิเคราะห์เพื่อหามาตรการและแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้ตรงกับสภาพข้อเท็จจริงในปัจจุบันเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซ้ำในบริเวณดังกล่าว

3.2.2 การแก้ไขปัญหาลุคตัดทางรถไฟ ให้โดยให้คณะจังหวัดที่มีทางรถไฟผ่านในพื้นที่บูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ หน่วยงานในสังกัดกระทรวงคมนาคม และการรถไฟแห่งประเทศไทยเพื่อกำหนดมาตรการแนวทางในการแก้ไขปัญหาในบริเวณจุดตัดทางรถไฟ รวมทั้งประสานขอความร่วมมือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุบริเวณจุดตัดทางรถไฟให้มีความปลอดภัยในการสัญจร อาทิ จัดทำป้ายเตือนเพื่อให้ผู้ใช้รถใช้ถนนเห็นชัดเจน จัดทำคลื่นระนาบบนผิวถนนเพื่อชะลอความเร็วของรถ และติดตั้งไฟหรือสัญญาณเสียงเพื่อผู้ขับขี่เพิ่มความระมัดระวังมากขึ้น

3.3 มาตรการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ โดยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพิ่มการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อทุกชนิด ทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เน้นบทบาทการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ต่อเนื่อง

4. มาตรการด้านการให้ความรู้ และประชาสัมพันธ์ การมีส่วนร่วม

การให้ความรู้ปลุกการรับรู้เรื่องมาตรการความปลอดภัยทางถนน เป็นสิ่งที่มีความจำเป็น และควรทำเป็นพื้นฐาน เพื่อให้คนส่วนใหญ่มีความเข้าใจ ยอมรับมาตรการด้านกฎหมายและวิศวกรรมจราจรจาก

การพิจารณาปัญหาอย่างเป็นระบบ (systems approach) พบว่า มาตรการควบคุมป้องกันอุบัติเหตุจรรยา ที่ผ่านมา เป็นการเน้นมาตรการทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ยานพาหนะ และผู้ใช้นานมากกว่าการเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รถใช้ถนนแต่เพียงอย่างเดียว การให้ความรู้หรือการรณรงค์การประชาสัมพันธ์ เพียงอย่างเดียวช่วยเพิ่มความตระหนักได้จริง แต่หากสามารถทำควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การขับขี่ปลอดภัย ยิ่งส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น

5. แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ถูกพัฒนาในต้นทศวรรษที่ 1950 โดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมที่หน่วยบริการสาธารณสุขสหรัฐอเมริกา (U.S. Public Health Service) โดยโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) และซึ่งมีความสนใจที่จะศึกษาว่า เพราะเหตุประชาชนไม่ยอมรับวิธีการป้องกันโรคใด ๆ ทั้งที่ไม่ต้องเสียค่าบริการรักษา หรือเสียบ้างเล็กน้อย (Janz & Becker, 1984) โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และหนีห่างจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา หากไม่ปฏิบัติ เช่นนั้น จะเกิดผลเสียแก่ตนได้ (Maiman & Becker, 1974)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ถูกใช้อย่างแพร่หลายเพื่อใช้ในการอธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคล โดยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า บุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในด้านการป้องกัน เช่น การตรวจสุขภาพ หรือการฟื้นฟูสุขภาพ การไปรับการรักษาตามโรคที่แพทย์ตรวจพบภายใต้สถานการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่ง มีแรงจูงใจต่อสุขภาพ เชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เชื่อว่าวิธีการรักษาเป็นวิธีที่สามารถควบคุมโรคได้ และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายของการควบคุมโรคในรูปของการป้องกันที่แนะนำ หรือการปฏิบัติตนนั้นมีราคาไม่สูงเกินไปเมื่อเทียบกับผลประโยชน์ที่ได้รับ สถานการณ์ดังกล่าว ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสของการเป็นโรคและความรุนแรงของโรค ความเชื่อว่าโรคที่เป็นสามารถรักษาได้ และความสามารถของบุคคลที่จะแก้ปัญหารวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคในการปฏิบัติตน

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวความคิดของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility to Disease) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity of Disease) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived Benefits of Preventive Action) และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค (Perceived Barriers to Preventive Action) และในเวลาต่อมาไมแมนและเบเกอร์ (Maiman & Becker, 1974) ได้ขยายองค์ประกอบและรายละเอียดเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกตามที่กล่าวมานั้น ยังไม่ได้ครอบคลุมเพียงพอ เพราะสามารถทำนายได้เฉพาะพฤติกรรมในการป้องกันโรคเท่านั้น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพประกอบ ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน (Perceived Susceptibility to Disease)

หมายถึง เป็นความเชื่อโดยตรงต่อพฤติกรรมของบุคคล เชื่อหรือคาดคะเนว่า ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บเล็กน้อยเพียงใด และจะมีความสัมพันธ์กับการกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงต่อภาวะที่เจ็บป่วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ นั้น ถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อสิ่งที่ส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุมากกว่าปัจจัยอื่น

2. การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุในชุมชน (Perceived Severity of Disease) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุหรือปัญหาการบาดเจ็บที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดการพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้เวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือมีผลกระทบต่อสุขภาพทางสังคมของตน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใดซึ่งภาวะคุกคามนี้ เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนาและมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

3. การรับรู้ประโยชน์ของการลดอุบัติเหตุในชุมชน (Perceived Benefits of Preventive Action) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติเพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ หรือป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บ โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4. การรับรู้อุปสรรคต่อการลดอุบัติเหตุในชุมชน (Perceived Barriers to Preventive Action) หมายถึง การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ กล่าวคือ การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมลดอุบัติเหตุในชุมชน และพฤติกรรมนี้ สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนได้

5. การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่งไมแมนและเบเกอร์ (Maiman & Becker, 1974) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

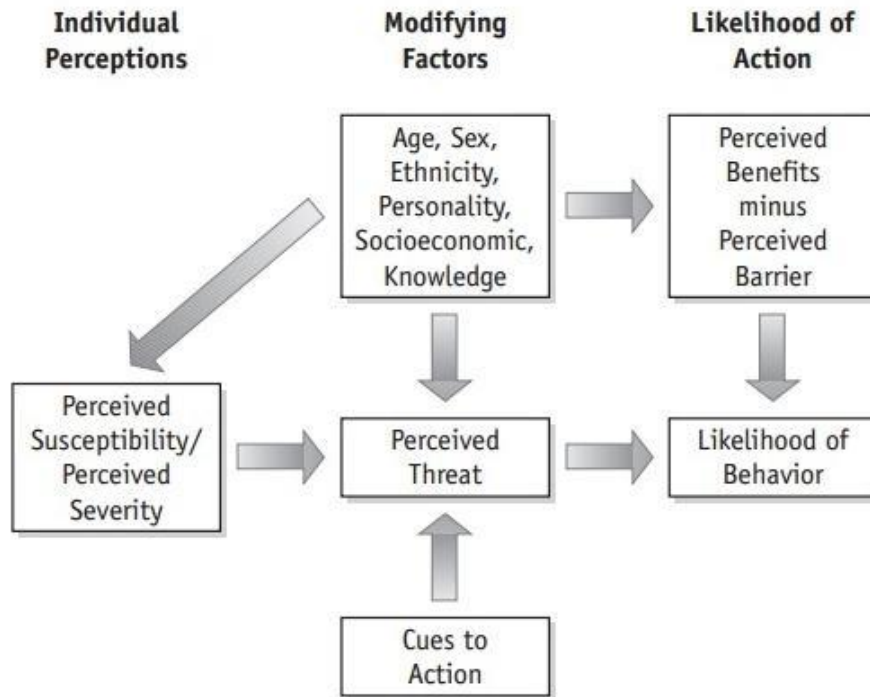
6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

6.1 ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อนกลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนที่แตกต่างกัน

6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่อง การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ประสบการณ์เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เป็นต้น

แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) แรงจูงใจด้านการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน หมายถึง สภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทศนคติ ค่านิยมทางด้านสุขภาพ และวัฒนธรรมด้านการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เป็นต้น



รูปภาพ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Janz & Becker, 1984)

การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ กล่าวว่าการปฏิบัติเชิงบุคคลในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน หรือการให้ความร่วมมือในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ดังนั้น จึงควรชักนำให้เกิดการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (อาภาพรและคณะ, 2554) ดังนี้

1. ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของคนในชุมชน และค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยง และบริเวณจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยพิจารณาจากปัญหา ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่มีอยู่แล้ว
2. เมื่อได้พฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนที่ต้องการปรับเปลี่ยนแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการสำรวจหรือตรวจสอบความเชื่อด้านการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนที่มีอยู่เดิมของบุคคลก่อน ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน ความรุนแรงของอุบัติเหตุในชุมชน ประโยชน์และค่าใช้จ่าย หรืออุปสรรคต่อการลดอุบัติเหตุในชุมชน ตลอดจนปัจจัยอื่น ๆ ที่มีส่วนกระตุ้นการปฏิบัติของคนในชุมชน
3. หลังจากนั้น จึงจัดโครงการสร้างเสริมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนที่มีเนื้อหาและกระบวนการที่มุ่งส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยง หรือลดจุดเสี่ยง

3.1 มีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน โดยการวิเคราะห์ ยกตัวอย่างหรือชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่จริง กับโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน

3.2 มีความเชื่อต่อความรุนแรงของอุบัติเหตุในชุมชน โดยเน้นให้เห็นถึงผลที่ตามมาจากพฤติกรรมเสี่ยงนั้น ๆ อาจใช้ตัวอย่างจริงของบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนที่ไม่เหมาะสม

3.3 มีความเชื่อต่อประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยให้รายละเอียดของการปฏิบัติที่ถูกต้อง และเน้นถึงการเกิดผลดีของการปฏิบัติในด้านของการป้องกันโรค การหายจากโรค การเป็นแบบอย่างที่ดีและอื่น ๆ

3.4 มีความเชื่อต่อประโยชน์ของการลดอุบัติเหตุในชุมชน จากการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยให้รายละเอียดของการปฏิบัติที่ถูกต้อง และเน้นถึงการเกิดผลดีของการปฏิบัติในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน การเป็นแบบอย่างที่ดีและอื่น ๆ

3.5 อุปสรรคต่อการลดอุบัติเหตุในชุมชน โดยการสร้างความมั่นใจต่อการปฏิบัติให้ข้อมูลที่ต้องการหรือปรับปรุงรูปแบบการบริหารจัดการ เพื่อให้การปฏิบัติมีความสะดวก ลดขั้นตอนที่ยุ่งยากหรือลดค่าใช้จ่ายที่มากเกินไป

4. วางแผนจัดสิ่งชักนำที่เหมาะสมที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น เช่น แรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงาน การนัด การส่งไปรษณียบัตรเตือน เป็นต้น

6. ระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นรูปแบบหนึ่งที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนด้วยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องมาร่วมวิเคราะห์สภาพและสาเหตุของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน โดยเน้นการใช้ทรัพยากรและศักยภาพในพื้นที่เป็นหลักในการแก้ไขปัญหา และปรับกิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนด้านการบังคับใช้กฎหมาย ด้านวิศวกรรมทางถนน ด้านการสื่อสารความเสี่ยง และหน่วยงานที่มีอิทธิพลทางความเชื่อด้านศาสนา จนได้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ คือ สร้างภาคีเครือข่ายการทำงาน และ ใช้หลักการ “ลด 3 ล. เพื่อลด 3 ล.” ดังนี้

การ “ลด 3 ล.” หมายถึง

1. ลด “ล” ตัวที่หนึ่ง หมายถึง การลดพฤติกรรม เป็นการใช้มาตรการลดพฤติกรรมเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยการรณรงค์ขับขี่ปลอดภัย การนิเทศเพื่อปรับทัศนคติโดยผู้ที่มีอิทธิพลทางความเชื่อหรือศาสนา การให้ความรู้รายการณเพื่อสร้างความตระหนักในการขับขี่ปลอดภัย การปรับทัศนคติเรื่องการแต่งกายและการขับขี่ที่ปลอดภัย และการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด รวมถึงการออกตรวจบริเวณพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยพิจารณาตามความเหมาะสมและมีเป้าหมายเพื่อปรับพฤติกรรมการขับขี่ และมีการมอบของที่ระลึกเป็นรางวัลสำหรับผู้ขับขี่ปลอดภัย เพื่อให้เกิดแรงจูงใจการขับขี่ที่เหมาะสมและปลอดภัยต่อไป

2. ลด “ล” ตัวที่สอง หมายถึง การลดความเร็ว เป็นการใช้มาตรการเพื่อลดการขับขี่ยานพาหนะด้วยความเร็ว โดยเฉพาะในชุมชนที่มีการสัญจรไปมาจำนวนมาก และ/หรือพื้นที่จุดเสี่ยงเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยกำหนดให้เจ้าหน้าที่ตำรวจ สมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำศาสนาหรือผู้ที่มีอิทธิพลทางความเชื่อด้านศาสนา ประจำด่านชะลอความเร็ว ถนนสาย

หลักบริเวณหน้าที่ว่าการอำเภอ และจุดตรวจแยกเฉลิมชัย เพื่อควบคุมการขับขี่ด้วยความเร็วที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน

3. ลด “ล” ตัวที่สาม หมายถึง การลดจุดเสี่ยง เป็นการใช้มาตรการเพื่อลดจุดเสี่ยงหรือพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยกำหนดให้เทศบาลตำบลหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทหน้าที่ในการ

- 1) ซ่อมแซมถนนที่เป็นหลุม บ่อ บริเวณพื้นที่จุดเสี่ยง
- 2) สร้างลูกระนาด และด่านชุมชนชะลอความเร็วในถนนสายหลักบริเวณแยกเฉลิมชัย
- 3) ซ้ำระลั้งเศษดินและทรายถนนที่มีรถสัญจรบ่อยครั้ง และพื้นที่ที่มีสิ่งกำลังปลูกสร้างด้วยรถฉีบน้ำแรงดันสูงของเทศบาล

4) บรรจุโครงการสร้างถนนสี่เลนเส้นทางสายหลักในแผนปีงบประมาณ 2565

เพื่อ “ลด 3 ล.” หมายถึง

1. เพื่อลด “ล” ตัวที่หนึ่ง หมายถึง ลดอุบัติเหตุทางถนน เป็นลดจำนวนการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ชุมชน

2. เพื่อลด “ล” ตัวที่สอง หมายถึง ลดอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน

3. เพื่อลด “ล” ตัวที่สาม หมายถึง ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน แบบบูรณาการเชิงพื้นที่เขตเทศบาลตำบลศรีสาคร อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส ดำเนินการวิจัยในช่วงระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 - เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกตามกระบวนการในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

ประชากร แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. คณะกรรมการรับผิดชอบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน
2. คณะกรรมการดำเนินงาน
3. ประชาชนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอศรี

สาคร

ผู้มีส่วนร่วม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. คณะกรรมการรับผิดชอบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ประกอบด้วย นายกเทศบาลตำบลศรีสาคร หัวหน้ากลุ่มงานฝ่ายเวชปฏิบัติ โรงพยาบาลศรีสาคร สาธารณสุขอำเภอศรีสาคร โรงพยาบาลศรีสาคร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลูกู ผู้นำชุมชน ผู้บังคับการหมู่ปราบปรามสถานีภูธรศรีสาคร สำนักเทศบาลตำบลศรีสาคร คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 20 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ

- 1) เป็นผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบนถนนอย่างน้อย

6 เดือน

- 2) มีสติสัมปชัญญะครบสมบูรณ์
- 3) สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทย และภาษามลายูท้องถิ่นได้ดี

4) ไม่มีความเจ็บป่วยทางกายที่อยู่ในระยะที่มีอาการกำเริบ หรือระยะวิกฤต เช่น อัมพาต โรคหัวใจ โรคทางระบบทางเดินหายใจ ไตวายเรื้อรัง สมองเสื่อม อัลไซเมอร์ พาร์กินสัน เป็นต้น และไม่มี ความผิดปกติทางจิตใด ๆ

- 5) เป็นผู้ที่มีศรัทธาและยินยอมให้ข้อมูล หรือข้อคิดเห็น

2. คณะกรรมการดำเนินงาน ประกอบด้วย ปลัดอำเภอ ตำรวจ สาธารณสุข คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 13 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ

- 1) เป็นผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบนถนนอย่างน้อย

6 เดือน

- 2) มีสติสัมปชัญญะครบสมบูรณ์
- 3) สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทย และภาษามลายูท้องถิ่นได้ดี

4) ไม่มีความเจ็บป่วยทางกายที่อยู่ในระยะที่มีอาการกำเริบ หรือระยะวิกฤต เช่น อัมพาต โรคหัวใจ โรคทางระบบทางเดินหายใจ ไตวายเรื้อรัง สมองเสื่อม อัลไซเมอร์ พาร์กินสัน เป็นต้น และไม่มี ความผิดปกติทางจิตใด ๆ

5) เป็นผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการดำเนินงานด้านการป้องกันอุบัติเหตุจาก ชุมชน

6) เป็นผู้ที่สมัครใจและยินยอมให้ข้อมูล หรือข้อคิดเห็น

3. ประชาชนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอ ศรีสาคร ประกอบด้วย ตัวแทนจากกรมการปกครอง ตัวแทนจากผู้บังคับใช้กฎหมาย ตัวแทนจากบุคลากร ทางการแพทย์และสาธารณสุขอำเภอ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และ ผู้นำศาสนาหรือผู้มีอิทธิพลทาง ความเชื่อด้านศาสนา คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ

1) มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป

2) เป็นสมาชิกที่อาศัยในครอบครัวจากชุมชนที่อยู่พื้นที่จุดเสี่ยงตามเกณฑ์ในการคัดเลือก พื้นที่ในเขตเทศบาลตำบลศรีสาครมา อย่างน้อย 1 ปี

3) มีสติสัมปชัญญะครบสมบูรณ์

4) มีสามารถสื่อสารเป็นภาษาไทย และภาษามลายูท้องถิ่นได้ดี

5) ไม่มีความเจ็บป่วยทางกายที่อยู่ในระยะที่มีอาการกำเริบ หรือระยะวิกฤต เช่น อัมพาต โรคหัวใจ โรคทางระบบทางเดินหายใจ ไตวายเรื้อรัง สมองเสื่อม อัลไซเมอร์ พาร์กินสัน เป็นต้น และไม่มี ความผิดปกติทางจิตใด ๆ

6) เป็นผู้มีประสบการณ์การใช้ถนนบริเวณจุดเสี่ยง

7) เป็นผู้ที่สมัครใจและยินยอมให้ข้อมูล หรือข้อคิดเห็น

ระยะที่ 2 และ 3 ระยะดำเนินการและประเมินผล

ประชากร แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. คณะกรรมการรับผิดชอบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

2. ตัวแทนสมาชิกครอบครัวจากชุมชนที่อยู่พื้นที่จุดเสี่ยง

3. ผู้ใช้รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะในการสัญจรบนถนน

ผู้มีส่วนร่วม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. คณะกรรมการรับผิดชอบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ประกอบด้วย นายกเทศบาลตำบล ศรีสาคร หัวหน้ากลุ่มงานฝ่ายเวชปฏิบัติ โรงพยาบาลศรีสาคร สาธารณสุขอำเภอศรีสาคร โรงพยาบาลศรี สาคร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลุปี ผู้นำชุมชน ผู้บังคับการหมู่ปราบปรามสถานีภูธรศรีสาคร สำนักเทศบาลตำบลศรีสาคร คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ

1) เป็นผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบนถนนอย่างน้อย 6 เดือน

2) เป็นผู้ที่สมัครใจและยินยอมให้ข้อมูล หรือข้อคิดเห็น

2. ตัวแทนสมาชิกครอบครัวจากชุมชนที่อยู่พื้นที่จุดเสี่ยง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ

1) เป็นสมาชิกที่อาศัยในครอบครัวจากชุมชนที่อยู่พื้นที่ในเขตเทศบาลตำบลศรีสาคร มาอย่างน้อย 1 ปี

2) อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป

- 3) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การใช้ถนนบริเวณจุดเสี่ยง
 - 4) เป็นผู้ที่อ่านออกและเขียนภาษาไทยได้
 - 5) เป็นผู้ที่มีสมาธิและยินยอมให้ข้อมูล หรือข้อคิดเห็น
3. ผู้ใช้รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะในการสัญจรบนถนน

การเลือกผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการเลือกผู้มีส่วนร่วมที่มีคุณสมบัติแบบเจาะจง (purposive sampling) ผู้ใช้รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะในการสัญจรบนถนนในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลศรีสาคร อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส จำนวน 298 คน ได้แก่

- 1) เป็นผู้ที่ใช้รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะในการเดินทางไม่น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์
- 2) อยู่พื้นที่ในเขตเทศบาลตำบลศรีสาครอย่างน้อย 1 ปี
- 3) เป็นผู้ที่อ่านออกและเขียนภาษาไทยได้
- 4) เป็นผู้ที่มีสมาธิและยินยอมให้ข้อมูล หรือข้อคิดเห็น

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา คือ ผู้วิจัยไม่สามารถติดต่อ หรือนัดสัมภาษณ์ได้ใน 2 ครั้ง หรือไม่ยินยอมให้ข้อมูล

การคำนวณผู้มีส่วนร่วมกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะในการสัญจรบนถนน

ชุมชนที่อยู่พื้นที่ในเขตเทศบาลตำบลศรีสาคร ประกอบด้วย 2 ตำบล ได้แก่ ชุมชนตำบลศรีสาคร และชุมชนตำบลซากอ แต่ละชุมชนประกอบด้วยสมาชิกชุมชนในจำนวนที่แตกต่างกัน เพื่อให้สมาชิกชุมชนแต่ละชุมชนได้มีโอกาสเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างเท่าเทียมกัน ผู้วิจัยจึงกำหนดสัดส่วนของสมาชิกชุมชนในแต่ละชุมชน เพื่อหาขนาดผู้มีส่วนร่วมที่ใช้ในแต่ละชุมชน มาคำนวณสัดส่วนจำนวนผู้มีส่วนร่วมต่อประชากรจริง (Probability Proportional to Size) โดยใช้สูตรการคำนวณสัดส่วนขนาดผู้มีส่วนร่วม (บุญใจ, 2553) ดังนี้

สูตรคำนวณสัดส่วนขนาดผู้มีส่วนร่วม

$$\frac{\text{ขนาดผู้มีส่วนร่วมของงานวิจัย } X \text{ ขนาดผู้มีส่วนร่วมของแต่ละชั้น}}{\text{ขนาดประชากร}}$$

โดย ขนาดผู้มีส่วนร่วมของงานวิจัย หมายถึง จำนวนผู้มีส่วนร่วมทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัย
 ขนาดผู้มีส่วนร่วมของแต่ละชั้น หมายถึง จำนวนประชากรทั้งหมดในแต่ละตำบล
 และขนาดประชากร หมายถึง จำนวนประชากรทั้งหมดที่มีอยู่ในเขตเทศบาลตำบลศรีสาคร อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส จำนวน 13,541 คน

เมื่อแทนค่าลงไปในสูตร ได้ขนาดผู้มีส่วนร่วมที่ใช้ในแต่ละตำบล ดังนี้ (1) ตำบลซากอ มีจำนวนประชากรทั้งหมด 6,007 คน จำนวนผู้มีส่วนร่วมที่ใช้ คือ 132 คน และ (2) ตำบลศรีสาคร มีจำนวนประชากรทั้งหมด 7,534 คน จำนวนผู้มีส่วนร่วมที่ใช้ คือ 166 คน รวมผู้มีส่วนร่วมทั้งหมด 298 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1 แบบบันทึกข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต (PHER Accident) (ภาคผนวก ก)

2 แบบรายงานการเกิดอุบัติเหตุจราจรและการเสียชีวิตของโรงพยาบาลศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส (ภาคผนวก ข)

3 แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง สำหรับตัวแทนคณะกรรมการการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบนถนนอำเภอศรีสาคร ได้มาจากการทบทวนข้อมูลตามบริบทพื้นที่ ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายเปิด ประกอบด้วยข้อคำถามที่ครอบคลุมทั้งหมด 7 ประเด็น ดังนี้ (1) สถานการณ์และ/หรือปัญหาอุบัติเหตุทางถนน การบาดเจ็บ อัตราตายเป็นอย่างไร (2) โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในชุมชนมีมากน้อยเพียงใด ปัจจัยใดที่เป็นสาเหตุของความเสียหายอุบัติเหตุ (3) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนมีอะไรบ้าง (4) แนวทางการป้องกันอุบัติเหตุที่ผ่านมาเป็นอย่างไร (5) ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบเป็นอย่างไร (6) บทบาทของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุในชุมชนเป็นอย่างไร และ (7) แนวทางการพัฒนาระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนเป็นอย่างไร (ภาคผนวก ค)

4 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ประชาชนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอศรีสาคร ได้มาจากการทบทวนข้อมูลตามบริบทพื้นที่ ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายเปิด ประกอบด้วยข้อคำถามที่ครอบคลุมทั้งหมด 7 ประเด็น ดังนี้ (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน มีมากน้อยเพียงใด ปัจจัยใดที่เป็นสาเหตุของความเสียหายอุบัติเหตุ (2) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน มีอะไรบ้าง (3) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ (4) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและแรงจูงใจด้านสุขภาพ (5) แนวทางการป้องกันอุบัติเหตุที่ผ่านมาเป็นอย่างไร เช่น มีการจัดตั้งกลุ่มเครือข่ายการป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน (6) ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบเป็นอย่างไร และ (7) บทบาทของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุในชุมชนเป็นอย่างไร (ภาคผนวก ง)

5 แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้ตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของไมแมนและเบเกอร์ (Maiman, & Becker, 1974) ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 6 ส่วน (ภาคผนวก จ) ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการขับขี่รถจักรยานยนต์ ประสบการณ์ได้รับอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ และประวัติโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการขับขี่รถจักรยานยนต์ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน เป็นแบบเลือกตอบ มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามด้านบวก แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง – ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีคะแนนรวม 5 - 25 คะแนน การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยแบ่งคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ เป็น 4 ระดับ โดยใช้การคำนวณหาอันตรภาคชั้น (บุญใจ, 2553) ดังนี้

$$= \frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{25 - 5}{4}$$

$$= 5$$

กำหนดเกณฑ์การแปลผลความหมายของค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้ ดังนี้

คะแนนรวมเฉลี่ย 5 – 10 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับน้อย
คะแนนรวมเฉลี่ย 11 – 15 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนรวมเฉลี่ย 16 – 20 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก
คะแนนรวมเฉลี่ย 21 – 25 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุในชุมชน เป็นแบบเลือกตอบ มีข้อความทั้งหมด จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามด้านบวก แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง – ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีคะแนนรวม 5 - 25 คะแนน การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยแบ่งคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ เป็น 4 ระดับ โดยใช้การคำนวณหาอันตรายภาคชั้น (บุญใจ, 2553) ดังนี้

$$= \frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{25 - 5}{4}$$

$$= 5$$

กำหนดเกณฑ์การแปลผลความหมายของค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้ ดังนี้

คะแนนรวมเฉลี่ย 5 – 10 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับน้อย
คะแนนรวมเฉลี่ย 11 – 15 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนรวมเฉลี่ย 16 – 20 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก
คะแนนรวมเฉลี่ย 21 – 25 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการลดอุบัติเหตุในชุมชน เป็นแบบเลือกตอบ มีข้อความทั้งหมด จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามด้านบวก แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง – ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีคะแนนรวม 5 - 25 คะแนน การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยแบ่งคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ เป็น 4 ระดับ โดยใช้การคำนวณหาอันตรายภาคชั้น (บุญใจ, 2553) ดังนี้

$$= \frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{25 - 5}{4}$$

$$= 5$$

กำหนดเกณฑ์การแปลผลความหมายของค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้ ดังนี้	
คะแนนรวมเฉลี่ย 5 – 10 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับน้อย
คะแนนรวมเฉลี่ย 11 – 15 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนรวมเฉลี่ย 16 – 20 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก
คะแนนรวมเฉลี่ย 21 – 25 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการลดอุบัติเหตุในชุมชน เป็นแบบเลือกตอบ มีข้อความทั้งหมด จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามด้านลบ แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง – ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีคะแนนรวม 5 - 25 คะแนน การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยแบ่งคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ เป็น 4 ระดับ โดยใช้การคำนวณหาอันตรภาคชั้น (บุญใจ, 2553) ดังนี้

$$= \frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{25 - 5}{4}$$

$$= 5$$

กำหนดเกณฑ์การแปลผลความหมายของค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้ ดังนี้	
คะแนนรวมเฉลี่ย 5 – 10 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับมากที่สุด
คะแนนรวมเฉลี่ย 11 – 15 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับมาก
คะแนนรวมเฉลี่ย 16 – 20 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปาน
คะแนนรวมเฉลี่ย 21 – 25 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน เป็นแบบเลือกตอบ มีข้อความทั้งหมด จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามด้านบวก แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง – ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีคะแนนรวม 5 - 25 คะแนน การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยแบ่งคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ เป็น 4 ระดับ โดยใช้การคำนวณหาอันตรภาคชั้น (บุญใจ, 2553) ดังนี้

$$= \frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{25 - 5}{4}$$

$$= 5$$

กำหนดเกณฑ์การแปลผลความหมายของค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้ ดังนี้	
คะแนนรวมเฉลี่ย 5 – 10 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับน้อย
คะแนนรวมเฉลี่ย 11 – 15 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนรวมเฉลี่ย 16 – 20 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก

คะแนนรวมเฉลี่ย 21 – 25 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนรวม เท่ากับ 25 - 125 คะแนน แปลผลคะแนน เป็น 4 ระดับ โดยใช้การคำนวณหาอันตรภาคชั้น (บุญใจ, 2553) ดังนี้

$$\begin{aligned} &= \frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{125 - 25}{4} \\ &= 25 \end{aligned}$$

กำหนดเกณฑ์การแปลผลความหมายของค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้ ดังนี้

คะแนนรวมเฉลี่ย 25 – 50 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับน้อย
คะแนนรวมเฉลี่ย 50.10 – 75 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนรวมเฉลี่ย 75.10 – 100 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก
คะแนนรวมเฉลี่ย 100.10 – 125 คะแนน	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด

6 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน (ภาคผนวก ฉ) เป็นแบบเลือกตอบ มีข้อความทั้งหมด จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด มีคะแนนรวม 1 – 5 ตามลำดับ คำวนระดับความพึงพอใจใช้คะแนนมาตรฐานจากสูตร (บุญใจ, 2553) ดังนี้

$$\text{คะแนนความพึงพอใจ} = \frac{\text{จำนวนคะแนนทั้งหมด} + 1}{2}$$

กำหนดเกณฑ์การแปลผลความหมายของค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้ ดังนี้

คะแนนมาตรฐาน 4.51 – 5.00	หมายถึง	มีพึงพอใจมากที่สุด
คะแนนมาตรฐาน 3.51 - 4.50	หมายถึง	มีพึงพอใจมาก
คะแนนมาตรฐาน 2.51 - 3.50	หมายถึง	มีพึงพอใจปานกลาง
คะแนนมาตรฐาน 1.51 – 2.50	หมายถึง	มีพึงพอใจน้อย
คะแนนมาตรฐาน 1.00 – 1.50	หมายถึง	มีพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด ประกอบด้วย (1) แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง และ (2) แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วให้คะแนนระดับความสอดคล้องของเนื้อหาที่ใช้ในการทดลองโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญในการใช้แนวคิดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และมี

ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยด้านศัลยศาสตร์ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญและมีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บและการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน 1 ท่าน จากนั้นนำค่าความสอดคล้องเชิงเนื้อหาที่ได้มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (item content validity index: I-CVI) และหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity for scale: S –CVI) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้สำหรับเครื่องมือใหม่คือ $\geq .70$ (บุญใจ, 2553) ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (ตาราง ข) มีดังนี้

1.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อและค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ เท่ากับ 1.00

1.2 แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ เท่ากับ 0.96

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยกับผู้มีส่วนร่วมที่มีคุณสมบัติคล้ายกับผู้มีส่วนร่วมที่ศึกษา จำนวน 10 คน แบบวัดซ้ำ (test re-test method) โดยเว้นช่วง 1 สัปดาห์ และนำข้อมูลที่วัดได้ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .77 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้สำหรับเครื่องมือใหม่ที่ผู้วิจัยริเริ่มพัฒนา คือ $\geq .70$ (บุญใจ, 2553)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส รหัสโครงการวิจัย 13/2565 วันที่ 07/01/2565 (ภาคผนวก ข) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และการสูญเสียประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย เช่น การสูญเสียเวลา เป็นต้น รวมถึงชี้แจงสิทธิต่าง ๆ ให้ผู้มีส่วนร่วมทราบ ผู้มีส่วนร่วมมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่กระทบต่อหน้าที่การงาน ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และผู้มีส่วนร่วมลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ (ภาคผนวก ฉ)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยแล้ว (ภาพที่ 2) ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน และแนวทางการส่งเสริมการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน

เป็นขั้นวางแผน (Planning) เพื่อให้ได้ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน และแนวทางการส่งเสริมการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน โดยการ เก็บข้อมูลจากการสอบถาม และสัมภาษณ์ จากภาคีเครือข่ายมาร่วมกันดำเนินงานผ่านรูปแบบคณะกรรมการหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบนถนนอำเภอศรีสาครที่มีการประสานงานในแนวราบทั้งรูปแบบที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ มาร่วมวิเคราะห์สภาพและสาเหตุของการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุบนถนนในจุดเสี่ยง ว่ามีสาเหตุจากปัจจัยใด สามารถป้องกันได้หรือไม่อย่างไร และวิธีการป้องกันมิให้เกิดปัญหาซ้ำ ควรทำอย่างไร ร่วมวางแผนโดยการกำหนดวิธีการ และแนวทางการดำเนินงานตามสาเหตุที่ได้จากการวิเคราะห์ โดยใช้ข้อมูล

เชิงประจักษ์ การสำรวจพื้นที่จุดเสี่ยง ประสพการณ์ ตลอดจนกำหนดทรัพยากร และแหล่งทรัพยากรที่จะใช้เพื่อการดำเนินงาน โดยเน้นการใช้ทรัพยากรในพื้นที่เป็นหลักในการแก้ไขปัญหา ดังมีรายละเอียด ดังนี้

1. ศึกษาพฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนและแนวทางการส่งเสริมการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน ตามแนวคิด ทฤษฎี เอกสารวิชาการ และงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ อันจะเป็นแนวทางในการนำมาทำเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐานแบบบูรณาการเชิงพื้นที่

2. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ถึงที่ว่าการอำเภอศรีสาคร โรงพยาบาลศรีสาคร และสาธารณสุขอำเภอศรีสาคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ และขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

3. คัดเลือกกลุ่มผู้มีส่วนร่วมแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

4. สร้างทีมงานหรือเครือข่าย ด้วยการสร้างปฏิสัมพันธ์กับหัวหน้าส่วนราชการหลัก ได้แก่ นายอำเภอ ปลัดอำเภอ นายกเทศบาลตำบลศรีสาคร ตำรวจ หน่วยเฉพาะกิจกรมทหารพราน และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร่วมวางแผนการสร้างทีมงาน ชี้แจงวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และรูปแบบการดำเนินงาน เพื่อร่วมคัดเลือกทีมงาน จากนั้น จึงนำรายชื่อทีมงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอุบัติเหตุจราจรให้นายอำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส แต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (ตามคำสั่งอำเภอศรีสาคร ที่ 148/2564 ลงวันที่ 7 เมษายน 2564) ซึ่งประกอบด้วย คณะกรรมการที่ปรึกษา คณะกรรมการอำนวยการ และคณะกรรมการดำเนินงาน โดยมีนายกเทศบาลตำบลศรีสาครเป็นประธาน และมีหน่วยงานที่ร่วมทีมงาน ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานฝ่ายเวชปฏิบัติ โรงพยาบาลศรีสาคร สาธารณสุขอำเภอศรีสาคร โรงพยาบาลศรีสาคร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลุปี ผู้นำชุมชน ผู้บังคับการหมู่ปราบปรามสถานีภูธรศรีสาคร สำนักเทศบาลตำบลศรีสาคร เป็นกรรมการ โดยคณะวิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา ชี้แนวทางเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

5. จัดประชุมคณะกรรมการดำเนินงานในรูปแบบเป็นทางการ ร่วมกำหนดเป้าหมาย มอบหมายหน้าที่ให้คณะกรรมการดำเนินงาน และหาแนวทางการแก้ไข ดังนี้

ครั้งที่ 1 นำเสนอสถานการณ์ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน แนวคิดการดำเนินงาน ร่วมกำหนดเป้าหมาย

ครั้งที่ 2 ชี้แจงถึงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย และงบประมาณ พิจารณาคำสั่งแต่งตั้งและบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการดำเนินงาน วิเคราะห์สาเหตุของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่เขตรับผิดชอบของเทศบาลตำบลศรีสาคร และมอบหมายหน้าที่ให้คณะกรรมการดำเนินงาน เก็บข้อมูลการสอบสวนสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในจุดเสี่ยงของแต่ละชุมชน

6. คณะกรรมการดำเนินงานหลัก ได้แก่ ปลัดอำเภอ ตำรวจ สาธารณสุข ลงสำรวจพื้นที่สภาพถนนจุดเสี่ยง 2 ครั้ง ศึกษาสภาพพื้นที่จริง และเก็บข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ เช่น ตำรวจจราจร ประชาชนที่ใช้รถใช้ถนนในการสัญจรบริเวณจุดเสี่ยง

7. นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดที่ผ่านการปรับปรุงตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้รถใช้ถนน จำนวน 10 คน (pilot study) โดยผู้วิจัยบันทึกปัญหาและอุปสรรคที่พบ และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้มีความเหมาะสมมากขึ้นก่อนทำการเก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้มีส่วนร่วมจริง

8. ดำเนินการสนทนากลุ่มตัวแทนคณะกรรมการการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบนถนนอำเภอศรีสาคร จำนวน 20 คน

9. ดำเนินการสนทนากลุ่มประชาชนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน จากภาคีเครือข่ายในรูปแบบคณะกรรมการหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบนถนนอำเภอศรีสาคร ได้แก่

9.1 ตัวแทนจากกรมการปกครอง ได้แก่ นายอำเภอ ปลัดอำเภอ และนายกเทศบาลตำบล

9.2 ตัวแทนจากผู้บังคับใช้กฎหมาย ได้แก่ ผู้กำกับสถานีภูธรศรีสาคร และผู้บังคับหน่วยเฉพาะกิจกรมทหารพราน

9.3 ตัวแทนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสาธารณสุขอำเภอ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

9.4 ตัวแทนจากชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนาหรือผู้มีอิทธิพลทางความเชื่อด้านศาสนา

10. สรุปประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่ม

11. คณะกรรมการดำเนินงานนำเสนอผลวิเคราะห์ข้อมูลและการสำรวจพื้นที่จุดเสี่ยงแก่คณะกรรมการหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบนถนนอำเภอศรีสาคร และร่วมหาแนวทางการแก้ไข รวมถึงมอบหมายให้ดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของในแต่ละหน่วยงาน พร้อมทั้งประสานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ติดตามการดำเนินงานจากการประชุมครั้งก่อนโดยมีนายอำเภอศรีสาครเป็นประธาน และปลัดอำเภอเป็นรองประธานองค์ประชุม จำนวน 4 ครั้ง โดยคณะผู้วิจัยติดตาม และประสานการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน

เป็นการพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน จากการวิเคราะห์ข้อมูลและสำรวจพื้นที่จุดเสี่ยงร่วมกับการใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังมีรายละเอียด ดังนี้

1 คณะผู้วิจัยได้วิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของชุมชนเขตพื้นที่รับผิดชอบของเทศบาลตำบลศรีสาครที่ผ่านมา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1.1 จุดแข็ง ของชุมชนเขตเทศบาลตำบลศรีสาคร มีความพร้อมด้านทรัพยากร ทั้งทรัพยากรบุคคลและงบประมาณ อีกทั้งมีผู้บริหารระดับสูงให้การสนับสนุน และให้ความสำคัญกับปัญหาอุบัติเหตุทางถนน

1.1.2 จุดอ่อน การดำเนินงานด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนก่อนดำเนินงานเป็นการมอบหมายแก้ไขตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน ขาดการประสานงานและประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ขาดการใช้ฐานข้อมูลด้านอุบัติเหตุทางถนนร่วมกัน รวมถึงขาดการประเมินที่ครอบคลุมอย่างเป็นระบบ

1.1.3 โอกาสการพัฒนานโยบายกระจายอำนาจของผู้บริหาร ทำให้เกิดการพัฒนาคอบคลุมทุกพื้นที่ มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนให้ความร่วมมือที่ดี รวมถึงคนในชุมชนมองปัญหาอุบัติเหตุทางถนน เป็นปัญหาที่สำคัญที่สามารถป้องกันได้โดยอาศัยกระบวนการทำงานร่วมกันภาคีเครือข่าย

1.1.4 ปัญหาหรืออุปสรรคการพัฒนา ความเจริญทางเศรษฐกิจ และสังคม รวมถึงความเชื่อและค่านิยมในเรื่องการขับขีบบางประการ เช่น การอนุญาตขับขีของผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยอันควร

การรักความสะอาดกสบายในการสัญจรโดยใช้ยานพาหนะ ค่านิยมของกลุ่มวัยรุ่นชนชั้นที่รถจักรยานยนต์
ดัดแปลง เป็นต้น ทำให้แนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุทางถนนสูงขึ้นทุกปี

2 นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม สนทนากลุ่ม และการลงสำรวจพื้นที่เสี่ยง มา
พัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน อาศัยทรัพยากรและศักยภาพในพื้นที่ ภายใต้กรอบ
แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของไมแมนและเบเกอร์ (Maiman, &
Becker, 1974) โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สภาพปัจจุบันปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุใน
ชุมชน การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้
ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ แรงจูงใจด้านสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรค จากนั้น
สรุปผลการวิเคราะห์ และพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนโดยมีชุมชนเป็นฐาน

3 ได้ต้นแบบระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองนำระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนไปใช้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 การเตรียมผู้ช่วยวิจัยประจำตำบลชุมชน ผู้ช่วยวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่กอง
ปราบปรามสถานีภูธรศรีสาคร ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนาหรือผู้ที่มีอิทธิพลทางความเชื่อด้าน
ศาสนา ผู้ช่วยวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย วิธีการใช้เครื่องมือวิจัย ตลอดจนประเด็น
ด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นในขณะเก็บข้อมูลจนมีความเข้าใจเป็นอย่างดี โดยผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ ดังนี้
(1) อบรม นิเทศ และอธิบายการบังคับใช้ทางกฎหมาย รวมถึงปรับพฤติกรรมรถจักรยานยนต์ของ
ผู้มีส่วนร่วมที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น การนั่งซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์แบบนั่งไขว่ห้าง การสวมชุดหรือ
แต่งกายกระโปรงยาวที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น และ (2) ติดตามผลการปรับพฤติกรรมรถจักรยานยนต์ของกลุ่มผู้มีส่วนร่วมการวิจัย (post-test) โดยใช้แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับ
การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งประจำตำบลชุมชนที่ตนได้รับมอบหมาย

2. ขั้นดำเนินการวิจัย

เป็นการนำระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้จริงในชุมชน โดยคนในชุมชน
ลงมือปฏิบัติการตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ดังนี้

2.1 สำนักงานเทศบาลตำบลศรีสาครหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการด้านวิศวกรรม
ทางถนนในพื้นที่จุดเสี่ยง 4 จุด ได้แก่ (1) ถนนสายหน้าโรงพยาบาลศรีสาคร (2) ถนนสายหน้าสถานี
ตำรวจภูธรศรีสาคร (3) บริเวณแยกทางโค้งและหน้าท่าเรือศรีสาคร และ (4) บริเวณถนนสายจุด
ตรวจเฉลิมชัย พร้อมปรับปรุงสภาพถนนในพื้นที่จุดเสี่ยงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ได้แก่

2.1.1 ซ่อมแซมถนนที่เป็นหลุม บ่อ บริเวณพื้นที่จุดเสี่ยง

2.1.2 สร้างลูกระนาด และด้านชุมชนชะลอความเร็วในถนนสายหลักบริเวณแยกเฉลิมชัย

2.1.3 ซ้ำระล้างเศษดินและทรายถนนที่มีรถสัญจรบ่อยครั้ง และพื้นที่ที่มีสิ่งกีดขวางปลูกสร้าง
โดยเฉพาะถนนเส้นทางหน้าโรงพยาบาลศรีสาคร ด้วยรถฉีดน้ำแรงดันสูงของเทศบาลตำบลศรีสาคร

2.1.4 ติดตั้งกระจกโค้งจราจรบริเวณจุดเสี่ยง ทางโค้ง ทางแยก มุมอับ เพื่อช่วยอำนวยความสะดวก
และความปลอดภัยบริเวณทางจราจรบริเวณทางโค้ง

2.1.5 บรรจุโครงการสร้างถนนสี่เลนเส้นทางสายหลักในแผนปีงบประมาณ 2565

2.2 สถานีตำรวจภูธรศรีสาครร่วมกับกรมการปกครอง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านการบังคับใช้กฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

2.2.1 เจ้าหน้าที่ตำรวจ สมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำศาสนาหรือผู้ที่มีอิทธิพลทางความเชื่อด้านศาสนา ประจำด้านชะลอความเร็ว ถนนสายหลัก บริเวณหน้าที่ว่าการอำเภอ และจุดตรวจแยกเฉลิมชัย เพื่อควบคุมการขับขี่ด้วยความเร็วที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน

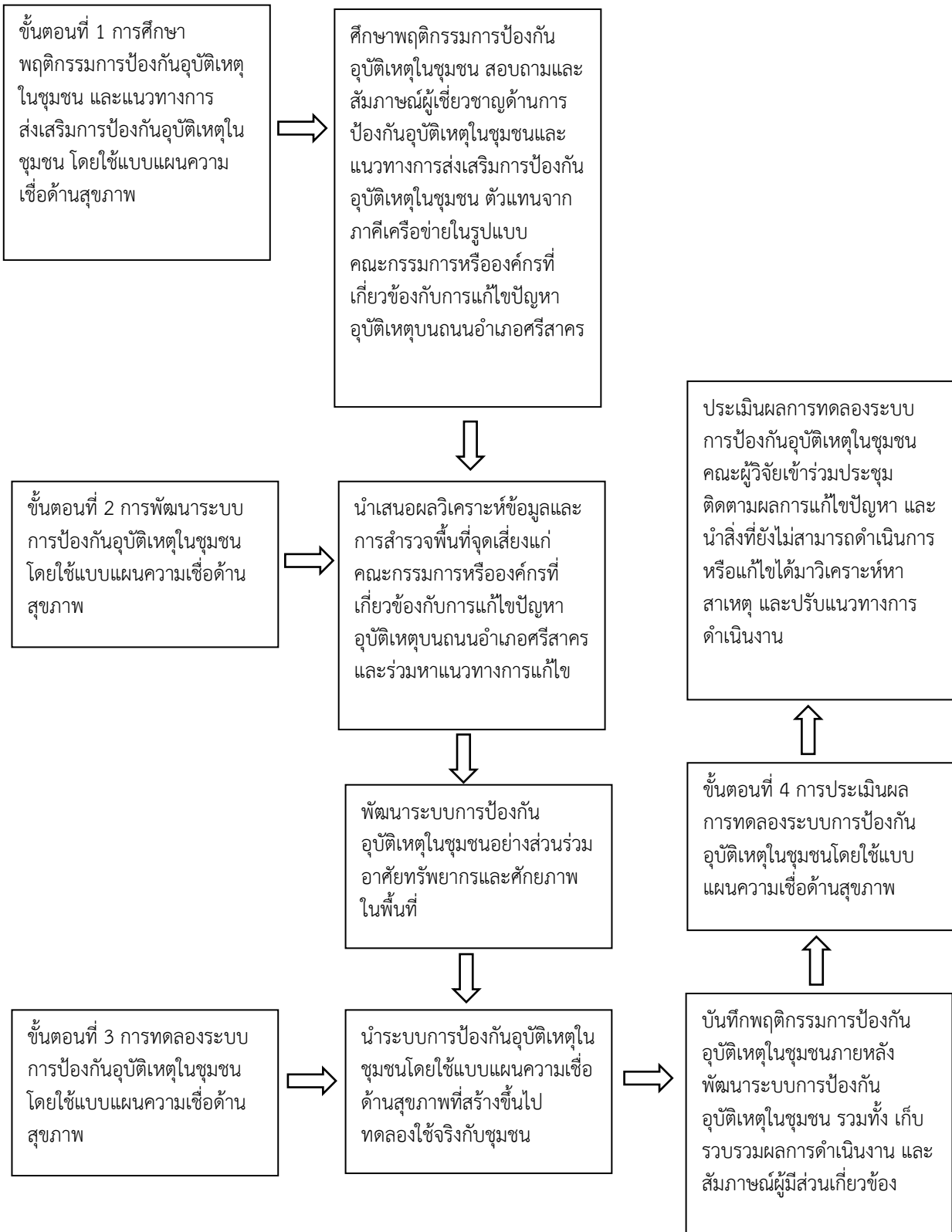
2.2.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำศาสนาหรือผู้ที่มีอิทธิพลทางความเชื่อด้านศาสนา ทำหน้าที่ควบคุมและปรับพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัย มีการว่ากล่าวตักเตือนและดำเนินโทษทางวินัยสำหรับผู้ขับขี่ที่มีพฤติกรรมการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัย เช่น ขับรถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัย การแต่งกายขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ไม่เหมาะสม เป็นต้น โดยพิจารณาตามความเหมาะสมและมีเป้าหมายเพื่อปรับพฤติกรรมการขับขี่ รวมถึงมอบของที่ระลึกเป็นรางวัลสำหรับผู้ขับขี่ปลอดภัย เพื่อให้เกิดแรงจูงใจการขับขี่ที่เหมาะสมและปลอดภัยต่อไป

3. ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุของกลุ่มผู้มีส่วนร่วม และปรับพฤติกรรมการขับขี่ของผู้มีส่วนร่วมในช่วงเช้าตามที่ได้วางแผนไว้ และนัดให้กลุ่มผู้มีส่วนร่วมอีกครั้งในช่วงเย็น เพื่อประเมินพฤติกรรมการขับขี่ของผู้มีส่วนร่วมซ้ำหลังปรับพฤติกรรม พร้อมทั้งมอบของรางวัลให้แก่ผู้มีส่วนร่วมที่มีพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่เหมาะสม รวมถึงประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุของกลุ่มผู้มีส่วนร่วมอีกครั้ง (post-test) โดยให้กลุ่มผู้มีส่วนร่วมตอบแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มผู้มีส่วนร่วมที่เข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน

เป็นการสะท้อนกลับและการประเมินผล (Reflect) การประเมินผลการทดลองนำระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนไปใช้ ดังนี้

1. คณะผู้วิจัยเข้าร่วมประชุมติดตามผลการแก้ไขปัญหา และนำสิ่งที่ยังไม่สามารถดำเนินการหรือแก้ไขได้มาวิเคราะห์หาสาเหตุ และปรับแนวทางการดำเนินงาน
2. ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะในการสัญจรบนถนน โดยใช้แบบประเมินประเมินก่อนและหลังการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน
3. ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน
4. ติดตามผลการบันทึกข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงสาธารณสุข และการรายงานการเกิดอุบัติเหตุจราจรและการเสียชีวิตของโรงพยาบาลศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส



รูปภาพ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำมาจัดระเบียบและจำแนกข้อมูลแต่ละส่วน แล้วนำมาสรุปเป็นประเด็นต่าง ๆ

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนร่วม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการขับขี่รถยนต์/จักรยานยนต์ และประวัติการมีใบอนุญาตขับขี่ และความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน นำมาวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุก่อนและหลังการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบกลุ่มสัมพันธ์ (paired t-test) ซึ่งก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที่ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการทดสอบที่ (ภาคผนวก ญ)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบการวิจัยและการพัฒนา (Research and development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบการบรรยายประกอบตาราง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนร่วม

ส่วนที่ 2 สถานการณ์ปัญหาและแนวทางการพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน

ส่วนที่ 3 ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน

ส่วนที่ 4 ผลการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนร่วม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนร่วม จำนวน 298 คน พบว่า ผู้มีส่วนร่วมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 200 คน (ร้อยละ 68.0) อายุอยู่ในช่วง 15 – 25 ปี (ร้อยละ 50.7) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. คิดเป็นร้อยละ 45.3 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 31.5 ผู้มีส่วนร่วมส่วนใหญ่เป็นนักเรียน (ร้อยละ 30.9) รองลงมาประกอบอาชีพเป็นเกษตรกรหรือทำสวนไร (ร้อยละ 16.1) และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ขับรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์มากกว่า 4 ปี (ร้อยละ 44.6) มีเพียงร้อยละ 7.7 ของผู้มีส่วนร่วมที่มีประสบการณ์ขับรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์อยู่ในช่วง 3-4 ปี และพบว่า ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาผู้มีส่วนร่วมส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุจากการขับขี่รถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 94.0) ส่วนใหญ่มีใบอนุญาตขับขี่รถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 64.1 รองลงมา คือ ไม่มีใบอนุญาตขับขี่รถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 27.9 ผู้มีส่วนร่วมร้อยละ 100 ใช้รถจักรยานยนต์ส่วนบุคคลเป็นยานพาหนะ และเป็นรถจักรยานยนต์ที่พร้อมใช้งาน (ร้อยละ 99.0) มีส่วนน้อยที่เป็นรถจักรยานยนต์ที่ไม่พร้อมใช้งาน (ร้อยละ 1) ได้แก่ มีไฟเลี้ยวที่ไม่สามารถใช้งานได้ (ร้อยละ 66.7) และเป็นรถจักรยานยนต์ที่ไม่มีกระจกมองข้าง คิดเป็นร้อยละ 33.3 ลักษณะการขับขี่ของผู้มีส่วนร่วม ส่วนใหญ่เป็นผู้ขับขี่ (ร้อยละ 62.4) รองลงมาเป็นผู้โดยสาร (ร้อยละ 37.6) โดยพบว่า ลักษณะการนั่งโดยสาร ส่วนใหญ่นั่งซ้อนท้ายแบบนั่งคร่อมด้านหลังผู้ขับ (ร้อยละ 32.2) การแต่งกายขณะขับขี่ ส่วนใหญ่สวมชุดกางเกง (ร้อยละ 61.7) มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่สวมผ้าถุงหรือผ้าโสร่งในการขับขี่ (ร้อยละ 5.0) และพบว่า ส่วนใหญ่ไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 85.9) ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนร่วม (n=298)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ ($M = 1.67$)		
ชาย	98	32.0
หญิง	200	68.0
อายุ (ปี) ($M = 2.52$)		
ต่ำกว่า 15 ปี	32	10.7
15 – 25 ปี	151	50.7
26 – 35 ปี	62	20.8
36 – 45 ปี	36	12.1
46 – 55 ปี	11	3.7
56 – 65 ปี	3	1.0
66 ปี ขึ้นไป	3	1.0
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนต้น	94	31.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	135	45.3
อนุปริญญา/ ปวส.	24	8.1
ปริญญาตรี	43	14.4
ปริญญาโท หรือสูงกว่า	2	.7
อาชีพ		
นักเรียน	92	30.9
นักศึกษา	24	8.1
รับจ้างทั่วไป	38	12.8
ธุรกิจส่วนตัว	32	10.7
เกษตรกร/ ทำสวนไร่	48	16.1
ข้าราชการ	11	3.7
พนักงานในหน่วยงานรัฐ	12	4.0
แม่บ้าน	27	9.1
ทำสวนยาง/ กรีดยาง	7	2.3
ทำงานอิสระ	3	1.0
ว่างงาน	4	1.3
ประสบการณ์การขับรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์		
น้อยกว่า 1 ปี	52	17.4
1- 2 ปี	90	30.2
3 – 4 ปี	23	7.7
มากกว่า 4 ปี	133	44.6
ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา		
เคยประสบอุบัติเหตุ	18	6.0

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยประสบอุบัติเหตุ	280	94.0
การมีใบอนุญาตขับขี่รถยนต์หรือรถจักรยานยนต์		
มีใบอนุญาตขับขี่	191	64.1
มีใบอนุญาตขับขี่ แต่หมดอายุ	24	8.1
ไม่มีใบอนุญาตขับขี่	83	27.9
ประเภทยานพาหนะ		
รถจักรยานยนต์ส่วนบุคคล	298	100.0
สภาพยานพาหนะ		
พร้อมใช้งาน	295	99.0
ไม่พร้อมใช้งาน	3	1.0
- ไฟเลี้ยวที่ไม่สามารถใช้งานได้	2	66.7
- ไม่มีกระจกมองข้าง	1	33.3
สถานภาพผู้ขับขี่		
ผู้ขับขี่	186	62.4
ผู้โดยสาร	112	37.6
- นั่งซ้อนท้ายแบบนั่งด้านข้างผู้ขับ	15	5.0
- นั่งซ้อนท้ายแบบนั่งคร่อมด้านหลังผู้ขับ	96	32.2
- นั่งตำแหน่งที่นั่งพ่วงข้าง	1	0.3
การแต่งกายของผู้ใช้รถจักรยานยนต์		
สวมชุดกางเกง	184	61.7
สวมชุดอาบายา (abaya)	31	10.4
สวมชุดกระโปรงยาว ไม่สวมกางเกงยาวในอีกชั้น	35	11.7
สวมชุดกระโปรงยาวพร้อมกางเกงด้านในอีกชั้น	33	11.1
สวมผ้าถุงหรือผ้าโสร่ง	15	5.0

ส่วนที่ 2 สถานการณ์ปัญหาและแนวทางการพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน

จากการสนทนากลุ่มคณะกรรมการการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบนถนนอำเภอศรีสาครและประชาชนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันและแก้ไขปัญหาคู่ขนานของอำเภอศรีสาคร และการสำรวจพื้นที่เสี่ยงในเขต เขตเทศบาลตำบลศรีสาคร อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส พบ ประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุในชุมชน ดังนี้

1. การบังคับใช้ทางกฎหมายจราจรไม่เข้มงวด
2. นโยบายส่วนใหญ่เป็นการจัดการปัญหาด้านภูมิทัศน์ และการจัดการด้านสาธารณสุข เช่น การจัดการเรื่องขยะ การปรับปรุงภูมิทัศน์ เป็นต้น
3. แนวทางการป้องกันอุบัติเหตุที่ผ่านมา จะเป็นการดำเนินงานตามวาระ หรือตามที่ได้รับมอบหมาย

4. มีพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ในเขตชุมชนด้วยความเร็วเกินกำหนด การเลี้ยวจอดรถจักรยานยนต์ข้างโดยไม่เปิดไฟเลี้ยวขอทาง สมาชิกในชุมชนขาดความตระหนักในการป้องกันอุบัติเหตุ
5. วัฒนธรรมการนั่งซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ของคนในพื้นที่ที่มีความเชื่อมโยงกับหลักการทางศาสนา
6. ค่านิยมของคนในพื้นที่ที่รักความสะดวก และนิยมใช้รถจักรยานยนต์ในการสัญจร
7. ลักษณะอาชีพ โดยอาชีพหลักของคนในชุมชนเป็นเกษตรกรปลูกต้นยางพารา และมีความจำเป็นต้องใช้รถจักรยานยนต์ในการประกอบอาชีพเป็นหลัก เช่น ใช้จักรยานยนต์บรรทุกเศษยาง และยางพารา
8. สภาพรถจักรยานยนต์ไม่พร้อมใช้งาน ไม่มีไฟหน้ารถ ไม่มีไฟเลี้ยว
9. มีการก่อสร้างตึก หรืออาคารตลอดปี ทำให้เศษทราย ถนนลื่น
10. อุปกรณ์ควบคุมจราจรชำรุด และไม่มีหน่วยงานดูแล ส่งซ่อมบำรุง

ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ได้นำเสนอแนวทางการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนใน 3 รูปแบบ ดังนี้

1. การป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนที่สามารถแก้ไขได้ทันที โดยหน่วยงานที่เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน
2. การป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรที่ต้องใช้อำนาจตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น การดำเนินการที่อาศัยอำนาจนายอำเภอในการจัดสรรกำลังคน อำนาจนายกเทศบาลตำบลศรีสาครด้านวิศวกรรมและประภุมิทัศน์ทางถนน อำนาจหน้าที่ตำรวจในด้านการบังคับใช้กฎหมาย
3. การป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมจากหน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่ เช่น หน่วยเฉพาะกิจกรมทหารพราน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

นอกจากนี้ ยังให้ข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน ดังนี้

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่ยานพาหนะ
 - จัดอบรม ให้ความรู้ สร้างความตระหนัก ให้เกิดการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และแรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค
 - จัดกิจกรรมแสดงบทบาทสมมติ (Role playing) เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน
 - การตั้งด่านชุมชนชะลอความเร็ว หรือด่านตรวจ
 - การจัดเวรออกตรวจพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่จุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ
2. การปรับเปลี่ยนการรับรู้และค่านิยมด้านการขับขี่
 - การนำผู้นำศาสนา และ/หรือบุคคลสำคัญ และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ มาให้ความรู้ เพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์
 - การสื่อสารความเสี่ยง และรณรงค์การขับขี่ปลอดภัย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน/อปท การบริการแพทย์ฉุกเฉินของชุดปฏิบัติการแต่ละระดับ

ส่วนที่ 3 ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน

3.1 ต้นแบบระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาและทบทวนวรรณกรรม คณะผู้วิจัยวางแผน (Planning) ให้แต่ละพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลมานำเสนอ ผลวิเคราะห์ข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมาเป็นจุดเชื่อมและเริ่มต้นการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนด้วยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องมาร่วมวิเคราะห์สภาพและสาเหตุของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในจุดเสี่ยงว่ามีสาเหตุจากปัจจัยใด สามารถป้องกันได้หรือไม่ อย่างไร และวิธีการป้องกันปัญหาไม่ให้เกิดซ้ำ ควรทำอย่างไร โดยเน้นการใช้ทรัพยากร และศักยภาพในพื้นที่เป็นหลักในการแก้ไขปัญหา และปรับกิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนด้านการบังคับใช้กฎหมาย ด้านวิศวกรรมทางถนน ด้านการสื่อสารความเสี่ยง และหน่วยงานที่มีอิทธิพลทางความเชื่อด้านศาสนา พร้อมทั้งจัดทำร่างแผนและจัดตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน จนได้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญคือ สร้างภาคีเครือข่ายการทำงาน และ ใช้หลักการ “ลด 3 ล. เพื่อลด 3 ล.” ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สร้างภาคีเครือข่ายการทำงาน

การขับเคลื่อนนโยบายและการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุทางจราจรในพื้นที่จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ประกอบด้วย คณะกรรมการที่ปรึกษา คณะกรรมการอำนวยการ และคณะกรรมการดำเนินงาน โดยมีนายกเทศบาลตำบลศรีสาครเป็นประธาน และมีหน่วยงานที่ร่วมทีมงาน ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานฝ่ายเวชปฏิบัติ โรงพยาบาลศรีสาคร สาธารณสุขอำเภอศรีสาคร โรงพยาบาลศรีสาคร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลุปี ผู้นำชุมชน ผู้บังคับการหมู่ปราบปรามสถานีภูธรศรีสาคร สำนักเทศบาลตำบลศรีสาคร เป็นกรรมการ เพื่อทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสื่อสารในเชิงสร้างสรรค์ วิเคราะห์การเกิดอุบัติเหตุทางจราจรในพื้นที่ชุมชน และกำหนดนโยบายและแนวทางการป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุทางจราจรในพื้นที่

หลักการ “ลด 3 ล. เพื่อลด 3 ล.”

ดำเนินการป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุทางจราจรในพื้นที่ตามหลักการ “ลด 3 ล. เพื่อลด 3 ล.” ดังนี้

การ “ลด 3 ล.” หมายถึง

1 ลดพฤติกรรม เป็นการใช้มาตรการลดพฤติกรรมเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยการรณรงค์ขับขี่ปลอดภัย การนิเทศเพื่อปรับทัศนคติโดยผู้ที่มีอิทธิพลทางความเชื่อหรือศาสนา การให้ความรู้รายกรณีเพื่อสร้างความตระหนักในการขับขี่ปลอดภัย การปรับทัศนคติเรื่องการแต่งกายและการขับขี่ที่ปลอดภัย และการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด รวมถึงการออกตรวจบริเวณพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยพิจารณาตามความเหมาะสมและมีเป้าหมายเพื่อปรับพฤติกรรมการขับขี่ และมีการมอบของที่ระลึกเป็นรางวัลสำหรับผู้ขับขี่ปลอดภัย เพื่อให้เกิดแรงจูงใจการขับขี่ที่เหมาะสมและปลอดภัยต่อไป

2 ลดความเร็ว เป็นการใช้มาตรการเพื่อลดการขับขี่ยานพาหนะด้วยความเร็ว โดยเฉพาะในชุมชนที่มีการสัญจรไปมาจำนวนมาก และ/หรือพื้นที่จุดเสี่ยงเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยกำหนดให้เจ้าหน้าที่ตำรวจสมาชิกอาสาสมัครรักษาดินแดน (อส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำศาสนาหรือผู้ที่มี

อิทธิพลทางความเชื่อด้านศาสนา ประจำด้านชะลอความเร็ว ถนนสายหลักบริเวณหน้าที่ว่าการอำเภอ และ จุดตรวจแยกเฉลิมชัย เพื่อควบคุมการขับขี่ด้วยความเร็วที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน

3 ลดจุดเสี่ยง เป็นการใช้มาตรการเพื่อลดจุดเสี่ยงหรือพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยกำหนดให้เทศบาลตำบลหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทหน้าที่ในการ

- 1) ซ่อมแซมถนนที่เป็นหลุม บ่อ บริเวณพื้นที่จุดเสี่ยง
- 2) สร้างลูกระนาด และด่านชุมชนชะลอความเร็วในถนนสายหลักบริเวณแยกเฉลิมชัย
- 3) ขำระล้างเศษดินและทรายถนนที่มีรถสัญจรบ่อยครั้ง และพื้นที่ที่มีสิ่งกีดขวางปลูกสร้างด้วยวัสดุ น้ำแรงดันสูงของเทศบาล

4) บรรจุโครงการสร้างถนนสี่เลนเส้นทางสายหลักในแผนปีงบประมาณ 2565

เพื่อ “ลด 3 ล.” หมายถึง

- 1 ลดอุบัติเหตุทางถนน เป็นลดจำนวนการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ชุมชน
- 2 ลดอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน
- 3 ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน



รูปภาพ 3 แสดง หลักการ “ลด 3 ล. เพื่อลด 3 ล.”

ส่วนที่ 4 ผลการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน

4.1 ผลการประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการพัฒนาการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน ผู้มีส่วนร่วมมีระดับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุโดยรวมอยู่ในระดับน้อย เท่ากับ 46.37 ($SD = 6.48$) และระดับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุรายด้านอยู่ในระดับน้อยในทุกด้าน ได้แก่ ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน เท่ากับ 8.87 ($SD = 1.79$) ระดับ

การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุในชุมชน เท่ากับ 9.40 ($SD = 2.18$) ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการลดอุบัติเหตุในชุมชน เท่ากับ 9.46 ($SD = 2.00$) ระดับการรับรู้อุปสรรคต่อการลดอุบัติเหตุในชุมชน เท่ากับ 9.30 ($SD = 2.09$) และระดับการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน เท่ากับ 9.32 ($SD = 2.05$) หลังพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ผู้มีส่วนร่วมมีระดับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุโดยรวมเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 118.45, SD = 5.44$) และมีระดับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุรายด้านเพิ่มขึ้นเช่นกัน และอยู่ในระดับมากที่สุดในทุกด้าน กล่าวคือ ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในชุมชนเพิ่มขึ้น ($M = 23.78, SD = 1.38$) ระดับการรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุในชุมชนเพิ่มขึ้น ($M = 23.69, SD = 1.54$) ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการลดอุบัติเหตุในชุมชนเพิ่มขึ้น ($M = 23.73, SD = 1.39$) ระดับการรับรู้อุปสรรคต่อการลดอุบัติเหตุในชุมชนเพิ่มขึ้น ($M = 23.59, SD = 1.39$) และระดับการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในชุมชนเพิ่มขึ้น ($M = 23.64, SD = 1.50$)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุของผู้มีส่วนร่วม พบว่า ภายหลังการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน ผู้มีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุโดยรวมสูงกว่าก่อนใช้ระบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -131.20, p < .01$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุในชุมชน การรับรู้ประโยชน์ของการลดอุบัติเหตุในชุมชน การรับรู้อุปสรรคต่อการลดอุบัติเหตุในชุมชน และการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในชุมชนสูงกว่าก่อนนำระบบไปใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -109.92, t = -85.13, t = -94.52, t = -84.12, t = -91.44; p < .001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุของผู้มีส่วนร่วมก่อนและหลังการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน (n=298)

ตัวแปร	M	SD	t	df	P value
ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุโดยรวม					
ก่อนพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุ	46.38	6.48	-131.20	297	.000
หลังพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุ	118.45	5.44			
ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุรายด้าน					
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน					
- ก่อนพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุ	8.87	1.79	-109.92	297	.000
- หลังพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุ	23.78	1.38			
การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุในชุมชน					
- ก่อนพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุ	9.40	2.18	-85.13	297	.000
- หลังพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุ	23.69	1.54			

ตัวแปร	M	SD	t	df	P value
การรับรู้ประโยชน์ของการลดอุบัติเหตุในชุมชน					
- ก่อนพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุ	9.46	2.00	- 94.52	297	.000
- หลังพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุ	23.73	1.39			
การรับรู้อุปสรรคต่อการลดอุบัติเหตุในชุมชน					
- ก่อนพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุ	9.30	2.09	- 84.12	297	.000
- หลังพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุ	23.59	1.39			
การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติการป้องกัน					
การเกิดอุบัติเหตุในชุมชน					
- ก่อนพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุ	9.32	2.05	- 91.44	297	.000
- หลังพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุ	23.64	1.50			

4.2 ผลการประเมินความพึงพอใจ

ผลการวิจัย พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมต่อการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่ากลาง (median) เท่ากับ 4.0 (IQR = 1) (ตาราง 3)

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน (n = 30)

ลำดับ	รายการประเมิน	Median (IQR)	ระดับความพึงพอใจ
1	ท่านรู้สึกว่ารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสามารถนำไปใช้ประโยชน์หรือประยุกต์ใช้ในชุมชนได้จริง	4.0 (1)	มาก
2	การใช้รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนได้	4.0 (1)	มาก
3	รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐานนี้ ช่วยลดอัตราการบาดเจ็บและอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนได้	4.0 (1)	มาก
4	รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนี้ จะทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในระยะยาวได้	4.0 (1)	มาก
5	รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนี้ ทำให้ท่านเกิดความตระหนักในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน	4.0 (1)	มาก
6	ท่านคิดว่า รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสามารถนำไปใช้ป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนอื่นๆได้	4.0 (1)	มาก
7	ท่านคิดว่ารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนมีความสะดวก ไม่ยุ่งยาก ภายใต้งานของภาคีเครือข่ายในชุมชน	4.0 (1)	มาก
8	ท่านคิดว่ารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนนี้ มีความเหมาะสมกับบริบทชุมชน	4.0 (1)	มาก

ลำดับ	รายการประเมิน	Median (IQR)	ระดับความพึงพอใจ
9	ท่านสามารถเข้าใจและปฏิบัติตามขั้นตอนของรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานได้	4.0 (1)	มาก
10	ความพึงพอใจในภาพรวมของรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน	4.0 (1)	มาก

4.3 ผลการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน

จากรายงานสรุปสาเหตุการบาดเจ็บ 19 สาเหตุ ของโรงพยาบาลศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส พบว่า ภายหลังจากการนำระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน ไปใช้ มีอัตราผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนจากปี 2562 มีอัตรา 155.08 ต่อแสนประชากร ลดลงในปี 2564 เหลือ 51.69 ต่อแสนประชากร และมีอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนจากปี 2562 เท่ากับ 7.38 ต่อแสนประชากร ลดลงเท่ากับ 0 ในปี 2564 (ตาราง 4)

ตารางที่ 4 จำนวน อัตราผู้บาดเจ็บ และเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน เขตรับผิดชอบเทศบาล ตำบลศรีสาคร ปี พ.ศ. 2562 - 2564

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้บาดเจ็บ	อัตราตาย	อัตราต่อแสนประชากร	
			อัตราผู้บาดเจ็บ	อัตราตาย
ปี 2562	21	1	155.08	7.38
ปี 2563	14	3	103.39	22.15
ปี 2564	7	0	51.69	0

ที่มา: รายงาน สาเหตุการบาดเจ็บ 19 สาเหตุ โรงพยาบาลศรีสาคร อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส ณ วันที่ 15 กันยายน 2564

4.3 ผลการติดตามการดำเนินงาน

จากบันทึกการประชุมและการสังเกตการณ์ดำเนินงาน พบว่า รูปแบบการรวมตัวของเครือข่ายเป็นการรวมกลุ่มหน่วยงาน (Network Organization) ที่มีบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานเป็นตัวตั้ง และร่วมกันปฏิบัติการกิจกรรมที่หน่วยงานร่วมกันกำหนด ลักษณะการทำงานของเครือข่ายมีการประสานงานทั้งรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ ใช้ความมีส่วนร่วมและหลักวิชาการของแต่ละหน่วยงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสื่อสารในเชิงสร้างสรรค์ การพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐานจากการมีส่วนร่วมของชุมชน อาศัยทรัพยากรและศักยภาพในพื้นที่ มาเป็นจุดเชื่อมและเริ่มต้นในการสร้างความร่วมมือของหน่วยงานและวางเป้าหมายร่วมกัน ร่วมกับการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการประเมินพฤติกรรมป้องกันการอุบัติเหตุในชุมชนนั้น สามารถนำไปสู่การประเมินและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในจุดเสี่ยงได้ ซึ่งเห็นได้จากการดำเนินกิจกรรมการแก้ไขปัญหาที่ได้ใช้ข้อมูลจากการวิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุและการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการอุบัติเหตุในชุมชน มาเป็นแนวทางการแก้ไข/ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในจุดเสี่ยง ทำให้อัตราผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนของชุมชนลดลงจากปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 155.08 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2564 อัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ทางถนนลดลงเหลือ 51.69 ต่อแสนประชากร และมีอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนจากปี 2562 เท่ากับ 7.38 ต่อแสนประชากร ลดลงเท่ากับ 0 ในปี 2564 (ตาราง 4)

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ยังไม่สามารถดำเนินการระยะนี้ คือ การขยายพื้นที่สัญจรหรือขยายถนนสายหลัก โดยการปรับให้เป็นถนนสี่เลน ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับเรื่องและบรรจุในแผนปีงบประมาณต่อไป เพื่อให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ นอกจากนี้ จากการดำเนินงาน มีข้อสังเกตดังนี้

1. การดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการดำเนินงานในระยะยาวและต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีการแต่งตั้งคณะทำงานโดยผู้บริหารสูงสุดของชุมชน

2. มาตรการการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน มีการดำเนินการแก้ไขด้านวิศวกรรมทางถนน ด้านการบังคับใช้กฎหมาย และด้านการปรับพฤติกรรม โดยเน้นการปรับปรุงด้านวิศวกรรมทางถนนเป็นหลัก โดยการบังคับใช้กฎหมาย และการปรับพฤติกรรมเป็นการดำเนินการในระยะสั้น อาจทำให้เกิดพฤติกรรมแบบแผนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในระยะยาว

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบการวิจัยและการพัฒนา (Research and development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน อาศัยทรัพยากรและศักยภาพในพื้นที่ ร่วมกับบูรณาการแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของไมแมน และเบเกอร์ (Maiman, & Becker, 1974) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพหลังพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดีกว่าก่อนพัฒนา

จากผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า อัตราผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนหลังพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีอัตราผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง จาก 155.08 ต่อแสนประชากร เป็น 51.69 ต่อแสนประชากร มีอัตราการตาย 14.76 ต่อแสนประชากร

ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้น เกิดจากการมีระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน อาศัยทรัพยากรและศักยภาพในพื้นที่ ภายใต้ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงานแก้ไข และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยการประชุมวางแผนเครือข่าย มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล การบูรณาการแผนปฏิบัติการ กิจกรรม งบประมาณร่วมกัน เครือข่ายร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา จุดเสี่ยง สาเหตุการบาดเจ็บ และการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน โดยการประชุมร่วมกันหาวิธีแก้ไขจุดเสี่ยงที่สำรวจไว้ และร่วมลงมือปฏิบัติ รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด ทำให้สามารถป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ลดอัตราผู้บาดเจ็บ และอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนได้ (รัชสถิต, ชมพูนุท และสุรีย์, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของสุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์ และคณะ (2557) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอย่างมีส่วนร่วมโดยอาศัยทรัพยากรและศักยภาพในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต พบว่า อัตราการเสียชีวิตในปี 2554 มีดัชนีการเสียชีวิตลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2550 การศึกษาของกาญจนา เลิศวุฒิ, วันเพ็ญ โปธิยอด และชัยธรณ์ อุ่นบ้าน (2561) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของพหุภาคีเครือข่ายจังหวัดลำพูน พบว่า อัตราการบาดเจ็บจาก

อุบัติเหตุทางถนนลดลงร้อยละ 18.49 อัตราตายลดลงจาก 36.41 ต่อแสนประชากร เป็น 26.32 ต่อแสนประชากร

การใช้มาตรการ “ลด 3 ล. เพื่อ 3 ล.” โดยการ ลด “ล” ตัวที่ 1 คือ การลดพฤติกรรม เป็นการ ใช้มาตรการลดพฤติกรรมเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในการรณรงค์ขับ ขี่ปลอดภัย บูรณาการกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้วยการนิเทศเพื่อปรับทัศนคติโดยผู้ที่มีอิทธิพล ทางความเชื่อหรือศาสนา มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด เพื่อลดและป้องกันการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง ที่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน (ชัยชนะและนฤตลภัสสร, 2564) การให้ความรู้รายกรณีเพื่อสร้างความ ตระหนักในการขับขี่ปลอดภัย และการปรับทัศนคติเรื่องการแต่งกายและการขับขี่ที่ปลอดภัย ทำให้เกิดการ รับรู้โอกาสหรือความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน และเกิดพฤติกรรมการเสริมสร้างความปลอดภัยใน การใช้รถใช้ถนนสูงขึ้น (เกศรา, 2559) จากแนวความคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Maiman, & Becker, 1974) ที่อธิบายว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เป็นลักษณะการรับรู้ของผู้ขับ ขี่เกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุได้ในอนาคต และความกังวลว่าตนเองจะได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุทาง ถนน จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการที่ได้อีก สอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง ปัจจัยคัดสรรตามแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยในการป้องกันอุบัติเหตุของนักศึกษา โดยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เป็นตัวแปรหนึ่งที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน กล่าวคือ ผู้ที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของเกิดอุบัติเหตุมากขึ้น จะมีพฤติกรรม การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนมากขึ้นเช่นกัน (ซารีพะห์. เจ๊ะแฉ, 2560)

การลดความเร็ว และลดจุดเสี่ยง (ลด “ล” ตัวที่ 2 และตัวที่ 3) เป็นการ ใช้มาตรการเพื่อลดการ ขับขี่ยานพาหนะด้วยความเร็ว โดยเฉพาะในชุมชนที่มีการสัญจรไปมาจำนวนมาก และ/หรือพื้นที่จุดเสี่ยง เกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยการตั้งกรวย ด้านชุมชนชะลอความเร็ว และการสร้างลูกระนาดชะลอความเร็ว สามารถลดอัตราผู้บาดเจ็บและอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สวลี อุตรา (2554) ที่ศึกษาการประยุกต์ใช้อุปกรณ์ยับยั้งความเร็วแบบชั่วคราวบริเวณเขตโรงเรียน: กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมา พบว่า สามารถช่วยให้การสัญจรหน้าโรงเรียนสะดวกและปลอดภัย และ การศึกษาของ สมบูรณ์ จิตต์พิมาย (2564) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลการจัดการด้านชุมชนเพื่อป้องกันการเกิด อุบัติเหตุทางถนนอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัด นครราชสีมา พบว่า การจัดตั้งด้านชุมชนชะลอความเร็ว เป็นหนึ่งในแนวทางที่สามารถสร้างพฤติกรรมการขับขี่ที่ดี และเป็นแนวทางที่สำคัญในการป้องกันอุบัติเหตุ ทางถนนได้

สมมติฐานที่ 2 ระดับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุหลังพัฒนา ระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดีกว่าก่อนพัฒนา

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้มีส่วนร่วมมีระดับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุหลังพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพดีกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -131.20, p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน การวิจัยและเมื่อนำผลการวิเคราะห์ที่ได้มาพิจารณาระดับพฤติกรรมป้องกันการอุบัติเหตุในชุมชนรายด้าน พบว่า ผู้มีส่วนร่วมมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในชุมชนสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบการ ป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -109.92, p < .001$) ระดับการรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุในชุมชนสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุใน

ชุมชนโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -85.13, p < .001$) ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการลดอุบัติเหตุในชุมชนสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -94.52, p < .001$) ระดับการรับรู้อุปสรรคต่อการลดอุบัติเหตุในชุมชนสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -84.12, p < .001$) และระดับการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในชุมชนสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -91.44, p < .001$)

ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้น เกิดจากการพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จากการใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ที่มีการประเมินและปรับความเชื่อด้านสุขภาพประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรค ผ่านการทำระบวงกลุ่มระดมความคิด วิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทางปรับปรุง แก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน สามารถทำให้ผู้มีส่วนร่วมเกิดการรับรู้ที่ดีได้ครบทุกองค์ประกอบ มีการให้ความรู้ พร้อมทั้งปรับทัศนคติผู้มีส่วนร่วม ซึ่งกิจกรรมเหล่านั้น ทำให้เกิดการรับรู้ได้โดยง่าย ทั้งการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ แรงจูงใจด้านสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปลอดภัยในการขับขี่จักรยานยนต์ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการขับขี่จักรยานยนต์ปลอดภัย อิทธิพลของครอบครัว และอิทธิพลของเพื่อน เป็นปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมการปลอดภัยในการขับขี่จักรยานยนต์ได้ (กมลวรรณ, นิสากรและสุวรรณ, 2562) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานทั้ง 2 ข้อ

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน โดยทำการศึกษาในเขตเทศบาลตำบลศรีสาคร อำเภอสรีสาคร จังหวัดนราธิวาส ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 - เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 คัดเลือกผู้มีส่วนร่วมโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) ประกอบด้วย คณะกรรมการรับผิดชอบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 20 คน กระบวนการในการพัฒนาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย ขั้นตอนการศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน และแนวทางการส่งเสริมการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน และขั้นตอนการพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ เป็นขั้นตอนการทดลองนำระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐานที่พัฒนาขึ้นไปใช้ และ ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล เป็นขั้นตอนการประเมินผลการนำระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐานไปใช้ในชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างแบบบันทึกข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงสาธารณสุขโดยใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต แบบรายงานการเกิดอุบัติเหตุจราจรและการเสียชีวิตของโรงพยาบาลศรีสาคร แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐานมีการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ ก่อนและหลังการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบกลุ่มสัมพันธ์ (paired t-test)

ผลการวิจัย พบว่า

1 ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน มีองค์ประกอบสำคัญ คือ สร้างภาคีเครือข่ายการทำงาน และ ใช้หลักการ “ลด 3 ล. เพื่อลด 3 ล.” หมายถึง ลดพฤติกรรม ลดความเร็ว ลดจุดเสี่ยง เพื่อนำไปสู่การลดอุบัติเหตุทางถนน ลดอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน และลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน

2 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุของผู้มีส่วนร่วม พบว่า ภายหลังจากใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน ผู้มีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุโดยรวมสูงกว่าก่อนใช้ระบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -131.20, p < .01$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุในชุมชน การรับรู้ประโยชน์ของการลดอุบัติเหตุในชุมชน การรับรู้อุปสรรคต่อการลดอุบัติเหตุในชุมชน และการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติการ ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน สูงกว่าก่อนนำระบบไปใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -109.92, t = -85.13, t = -94.52, t = -84.12, t = -91.44; p < .001$)

3 ระดับความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมต่อการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่ากลาง (median) เท่ากับ 4.0 (IQR = 1)

4 อัตราผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนของชุมชนเขตเทศบาลตำบลศรีสาครลดลง มีอัตราผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนจากปี 2562 มีอัตรา 155.08 ต่อแสนประชากร ลดลงในปี 2564 เหลือ 51.69 ต่อแสนประชากร และมีอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนจากปี 2562 เท่ากับ 7.38 ต่อแสนประชากร ลดลงเท่ากับ 0 ในปี 2564

ปัญหาและอุปสรรค

1. สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19

การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ทำให้การจัดประชุมที่มวิจัย และการลงพื้นที่เพื่อดำเนินกิจกรรมตามที่วางแผนเป็นไปด้วยความยากลำบาก รวมไปถึงผู้วิจัยที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ อีกทั้งคณะทำงานเป็นผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องที่ต้องดูแลรับผิดชอบการดำเนินการจัดสรรสถานที่สำหรับรองรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโควิด-19 รวมถึง ต้องเฝ้าระวังและรักษาผู้ป่วยจำนวนมากในสถานการณ์เช่นนี้ จึงส่งผลกระทบต่อกิจกรรมของโครงการวิจัย ที่มวิจัยต้องหารือร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น การลงพื้นที่เป้าหมาย เกิดความล่าช้า

2. การเกิดสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่

เกิดเหตุลอบวางระเบิดในพื้นที่เป้าหมายของโครงการวิจัย ทำให้ไม่สามารถเดินทางไปยังพื้นที่เป้าหมายได้ ต้องรอให้สถานการณ์สงบ ทำให้ไม่สามารถดำเนินการตามกำหนดการแผนได้

3. ความไม่พร้อมของพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย

การจัดกิจกรรม เช่น การประชุมที่สามารถจัดประชุมในรูปแบบออนไลน์ได้ แต่ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากความไม่สะดวกของคณะทำงาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการติดตามความคงอยู่พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของผู้มีส่วนร่วมเพิ่มเติมและต่อเนื่อง

2. การศึกษาในครั้งนี้ สามารถลดอัตราการบาดเจ็บและอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนได้ ควรมีการขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบผลสำเร็จในบริบทที่แตกต่างกัน

3. การศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน การศึกษาในวงรอบต่อไป อาจปรับรูปแบบที่เน้นเรื่องการปรับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในมากขึ้น เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

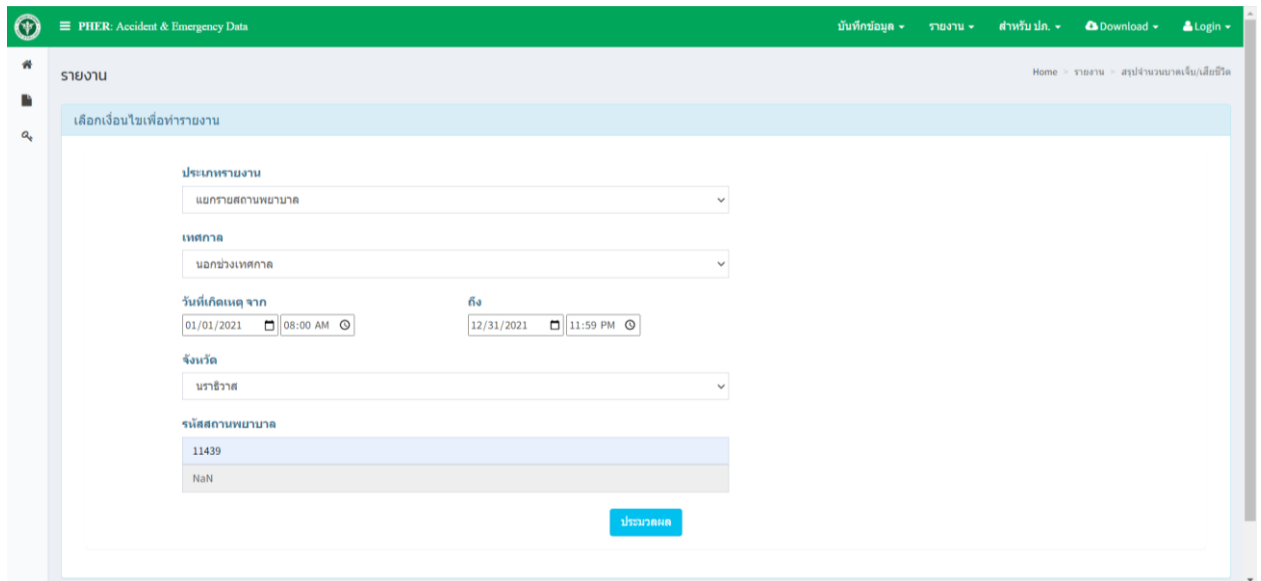
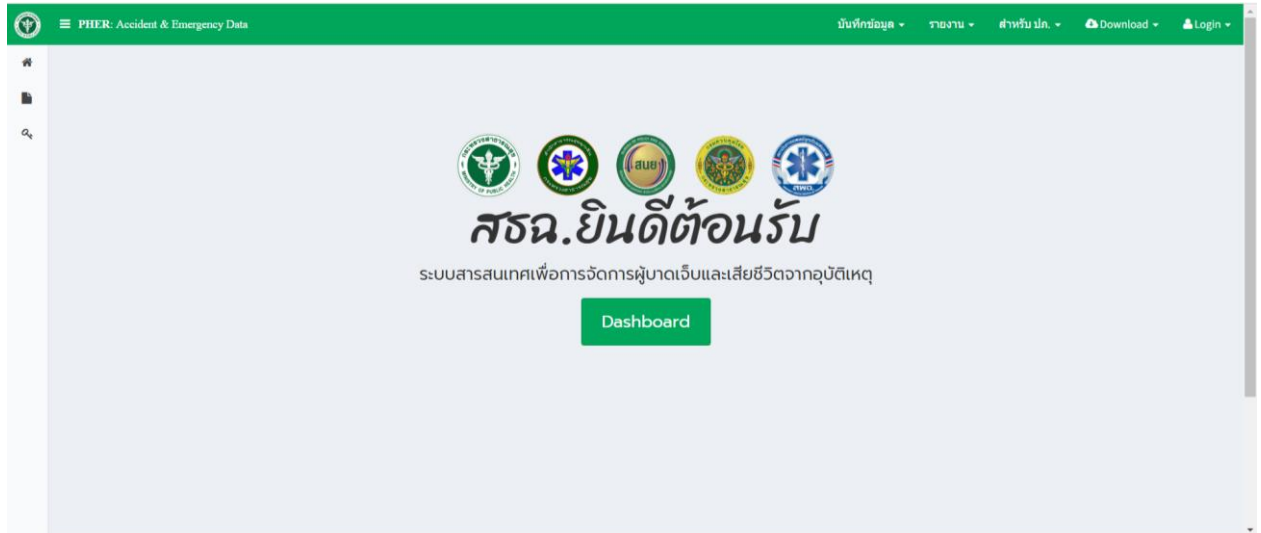
- กมลวรรณ คุ่มวงษ์, นิสากกร กรุงไกรเพชร และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่จักรยานยนต์ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในภาคตะวันออกเฉียงใต้. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 27(4), 42-52.
- กรมการขนส่งทางบก. (2564). *รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุจากรถบรรทุก ตามกฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบก ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563*. กรมการขนส่งทางบก.
- เกศรา แสนศิริทิวีสุข, ฌพชร สีหะวงษ์ และสุขสันต์ กองสะดี. (2559). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความปลอดภัยจากการบาดเจ็บจราจรและจมน้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคอนกามอำเภอเวียงชัยน้อย จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสาร วิชาการสาธารณสุข*, 25(5), 812-822.
- กาญจนา ทองทั่ว และคณะ. (2555). *กระบวนการสร้างความปลอดภัยทางถนนของนักศึกษาและชุมชนรอบมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีระยะที่1*. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์กรุงเทพฯ : ศูนย์วิชาการความปลอดภัยทางถนน และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. หน้า 15-16.
- กาญจนา เลิศวุฒิ, วันเพ็ญ โพธิยอด และชัยธรรม อุ่นบ้าน. (2561). การพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของพหุภาคีเครือข่าย จังหวัดลำพูน. *วารสารสาธารณสุข ล้านนา*, 14(1), 46-59.
- จตุภพ ดิษผล, และอัญสุรีย์ ศิริโสภณ. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของประชาชนในเขตอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี: การวิเคราะห์ MIMIC model. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 27(1), 101-112.
- ชัยชนะ ธรรมตระกูล และนฤตลภัสสร จักษุเดโชฉนิชย. (2564). แนวทางการพัฒนาการจัดการความเร็วเพื่อลดอุบัติเหตุในประเทศไทย. *วารสารรัชต์ภาคย์*, 15(39), 175-188.
- ชารีพะห์. เจ๊ะแเว. (2560). *ปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยในการป้องกันอุบัติเหตุของนักศึกษาสถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตยะลา. สงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน. (2563). *แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2561 – 2564*. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน กระทรวงมหาดไทย. เข้าถึงได้จาก http://roadsafety.disaster.go.th/upload/minisite/file_attach/196/5e8f159b2f84c.pdf (วันที่ค้นข้อมูล 8 กุมภาพันธ์ 2565).
- รัชสถิต สุจริต, ชมพูนุท โมราชาติ และสุรีย์ ธรรมิกบวร. (2558). แนวทางการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดยโสธร. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร*, 6(2), 173-186.
- สมบูรณ์ จิตต์พิมาย. (2564). ผลการจัดการด่านชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัย และพัฒนาด้านสุขภาพ*, 7(1), 237-255.
- สวลี อุตรา. (2554). *การศึกษาการประยุกต์ใช้อุปกรณ์ยับยั้งความเร็วแบบชั่วคราวบริเวณเขตโรงเรียน: กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิศวกรรมขนส่ง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.

- สาธิต อินตา. (2546). *ความคิดเห็นของผู้ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับขี่ยานพาหนะต่อการเกิดอุบัติเหตุ*
ศึกษากรณีในเขตเทศบาลเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา รัฐประศาสนศาสตร์
มหาบัณฑิต สาขานโยบายสาธารณะ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุรงค์ศรี ศีตมโนชญ์, วิวัฒน์ ศีตมโนชญ์, อรชร อัฐทวีลาภ และลักขณา ไทยเครือ. (2557). การพัฒนารูปแบบการ
แก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอย่างมีส่วนร่วมโดยอาศัยทรัพยากรและศักยภาพใน
พื้นที่จังหวัดภูเก็ต. *วารสารวิชาการ สาธารณสุข*, 23(4), 580-592.
- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์
พับลิเคชันส์.
- สำนักสถิติโรงพยาบาลศรีสาคร. (2562). *รายงาน สาเหตุการบาดเจ็บ 19 สาเหตุ โรงพยาบาลศรีสาคร อำเภอศรีสาคร*
จังหวัดนราธิวาส. โรงพยาบาลศรีสาคร
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health education*
quarterly, 11(1), 1-47.
- Mahmood, S. O., Sallam, S. A., Wahdan, I. H., Ghareeb, K. A. H., Hasan, Y. A., Gubari, M. I.
M., ... & Abdullah, T. H. (2020). Survey on the Causes of Road Traffic Accidents in
Sulaymaniyah, Kurdistan Region, Iraq. *Disease and Diagnosis*, 9(1), 31-37.
- Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological
theory. *Health Education Monographs*, 2(4), 336-353.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health*
education monographs, 2(4), 354-386.
- World Health Organization. (2018). *Global status report on road safety 2018*. World
Health Organization. Retrieved from
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276462/9789241565684-eng.pdf>
(Search date 29 April 2021).

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบบันทึกข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงสาธารณสุขโดยใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต (PHER Accident)



รายงาน

Home > รายงาน > สรุปจำนวนผู้บาดเจ็บ/เสียชีวิตจากสถานพยาบาล

สรุปจำนวนผู้บาดเจ็บ/เสียชีวิตจากสถานพยาบาล

01/01/2564 - 31/12/2564

จำนวนผู้บาดเจ็บ/เสียชีวิตแยกสถานพยาบาล

รหัส	สถานพยาบาล	จังหวัด	ผู้บาดเจ็บ			เสียชีวิต			รวม			ร้อยละผู้เสียชีวิต
			ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	
10750	โรงพยาบาลราชธานีระยอง	นครราชสีมา	879	704	1,583	23	2	25	902	706	1,608	1.55
10751	โรงพยาบาลสุโขทัย	นครราชสีมา	936	627	1,563	17	3	20	953	630	1,583	1.26
11437	โรงพยาบาลระแงะ	นครราชสีมา	341	246	587	2	3	5	343	249	592	0.84
11435	โรงพยาบาลตากใบ	นครราชสีมา	287	184	471	4	1	5	291	185	476	1.05
23771	ยี่งอเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา	นครราชสีมา	180	124	304	8	4	12	188	128	316	3.80
11436	โรงพยาบาลบาเจาะ	นครราชสีมา	152	103	255	2	1	3	154	104	258	1.16
11442	โรงพยาบาลสุโขทัย	นครราชสีมา	140	80	220	1	0	1	141	80	221	0.45
11441	โรงพยาบาลคีรีขันธ์	นครราชสีมา	114	83	197	1	0	1	115	83	198	0.51
11440	โรงพยาบาลวัง	นครราชสีมา	92	52	144	5	4	9	97	56	153	5.88
13818	โรงพยาบาลจนะ	นครราชสีมา	71	33	104	2	0	2	73	33	106	1.89
11439	โรงพยาบาลศีขร	นครราชสีมา	54	46	100	3	0	3	57	46	103	2.91
15010	โรงพยาบาลเจาะไอร้อง	นครราชสีมา	37	40	77	1	0	1	38	40	78	1.28
11438	โรงพยาบาลวิเศษ	นครราชสีมา	10	6	16	1	0	1	11	6	17	5.88
รวม			3,293	2,328	5,621	70	18	88	3,363	2,346	5,709	1.54

ภาคผนวก ข

แบบรายงานการเกิดอุบัติเหตุจราจรและการเสียชีวิตของโรงพยาบาลศรีสาคร
จังหวัดนราธิวาส

ตารางที่ 5 รายงานการบาดเจ็บ 19 สาเหตุ โรงพยาบาลศรีสาคร (ช่วงวันที่ 21 พฤษภาคม 2020 – 27 พฤษภาคม 2020)

ลำดับ	สาเหตุการบาดเจ็บ 19 สาเหตุ	จำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมด (ราย)		ผู้บาดเจ็บในจังหวัด (ราย)		ผู้บาดเจ็บที่รักษาใน รพ. (ราย)		ผู้บาดเจ็บตายทั้งหมด (ราย)		ผู้บาดเจ็บตายที่อยู่ในจังหวัด (ราย)		ผู้บาดเจ็บตายก่อนถึง รพ. (ราย)		ผู้บาดเจ็บตายใน รพ. (ราย)	
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
1.	อุบัติเหตุการขนส่งทางบก	5	2	5	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.	อุบัติเหตุอื่นๆ	5	6	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.1 พลัด ตก หรือหกล้ม	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.2 สัมผัสกับแรงเชิงกลวัตถุสิ่งของ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.3 สัมผัสกับแรงเชิงกลสัตว์/ คน	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.4 การตกน้ำ จมน้ำ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.5 ความเครียด	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.6 สัมผัสกระแสไฟฟ้า รังสี และ อุณหภูมิ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.7 สัมผัสควันไฟ และเปลวไฟ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.8 สัมผัสความร้อน ของร้อน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.9 สัมผัสพิษจากสัตว์หรือพืช	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.10 สัมผัสพลังงานจากธรรมชาติ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.11 สัมผัสพิษและสารอื่นๆ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.12 การออกแรงเกิน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.13 สัมผัสกับสิ่งไม่ทราบแน่ชัด	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

50

ผู้รายงาน โทรศัพท์ โทรสาร Email address

วันที่พิมพ์ 10/ 09/ 2021 08:55:31

ลำดับ	สาเหตุการบาดเจ็บ 19 สาเหตุ	จำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมด (ราย)		ผู้บาดเจ็บในจังหวัด (ราย)		ผู้บาดเจ็บที่รักษาใน รพ. (ราย)		ผู้บาดเจ็บตายทั้งหมด (ราย)		ผู้บาดเจ็บตายที่อยู่ในจังหวัด (ราย)		ผู้บาดเจ็บตายก่อนถึง รพ. (ราย)		ผู้บาดเจ็บตายใน รพ. (ราย)	
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
5.	ทราบเจ็บโดยไม่ทราบเจตนา	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6.	ดำเนินการทางกฎหมายหรือสงคราม	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7.	ไม่ทราบทั้งสาเหตุและเจตนา	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	รวม	10	8	8	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ผู้รายงาน โทรศัพท์ โทรสาร Email address

วันที่พิมพ์ 10/ 09/ 2021 08:55:31

ภาคผนวก ค

แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง
สำหรับตัวแทนคณะกรรมการการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบนถนน
อำเภอศรีสาคร
โครงการวิจัย การพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐานแบบ
บูรณาการเชิงพื้นที่: บริบทพื้นที่จังหวัดนราธิวาส

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning):

พัฒนารูปแบบระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย (1) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ (2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ (3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และแรงจูงใจด้านสุขภาพ และ (4) การรับรู้อุปสรรค โดยวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ปัญหา อุบัติเหตุทางถนน อัตราตาย การให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส และการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อร่างรูปแบบระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน

คำถาม

1. สถานการณ์และ/หรือปัญหาอุบัติเหตุทางถนน การบาดเจ็บ อัตราตายเป็นอย่างไร
.....
.....
.....
2. โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน มีมากน้อยเพียงใด ปัจจัยใดที่เป็นสาเหตุของความเสียหาย
อุบัติเหตุ
.....
.....
.....
3. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน มีอะไรบ้าง
.....
.....
.....
4. แนวทางการป้องกันอุบัติเหตุที่ผ่านมาเป็นอย่างไร
.....
.....
.....

5. ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบเป็นอย่างไร

.....
.....
.....

6. บทบาทของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาคูบัตเหตุในชุมชนเป็นอย่างไร

.....
.....
.....

7. แนวทางการพัฒนาระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาคูบัตเหตุทางถนนเป็นอย่างไร

.....
.....
.....

ภาคผนวก ง

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม สำหรับประชาชนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของ อำเภอศรีสาคร

การพัฒนารูปแบบระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย (1) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ (2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ (3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และแรงจูงใจด้านสุขภาพ และ (4) การรับรู้อุปสรรคโดยวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ปัญหา อุบัติเหตุทางถนน อัตราตาย การให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส และการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อร่างรูปแบบระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน

คำถาม

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน มีมากน้อยเพียงใด ปัจจัยใดที่เป็นสาเหตุของความเสียหายอุบัติเหตุ [ให้วิเคราะห์จุดเสี่ยงในชุมชน: (1) ด้านคน เช่น พฤติกรรมการขับรถจักรยานยนต์, ประสบการณ์ในการขับขี่, ภาวะร่างกาย, เพศ, อายุ (2) ด้านยานพาหนะ เช่น สภาพยานพาหนะที่ไม่ปลอดภัย (3) ด้านถนน เช่น สภาพผิวทางถนน อุปกรณ์ควบคุมจราจร ไฟส่องสว่าง แนวเส้นทางและรูปตัด รัศมีโค้ง การยกโค้ง การขยายโค้ง ระยะมองเห็น ป้ายแสดงสัญลักษณ์เตือนระวังอันตราย]

.....
.....
.....

2. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน มีอะไรบ้าง

.....
.....
.....

3. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ

.....
.....
.....

4. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และแรงจูงใจด้านสุขภาพ

.....
.....

5. แนวทางการป้องกันอุบัติเหตุที่ผ่านมาเป็นอย่างไร เช่น มีการจัดตั้งกลุ่มเครือข่ายการป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน มีการสำรวจจุดเสี่ยงในชุมชนและหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขจุดเสี่ยง โดยให้มีแผนการป้องกันและแก้ไข คือ จัดทำเครื่องหมายจราจรและการติดตั้งไฟจราจร จัดทำลูกระนาด ณ จุดบริเวณดังกล่าว รณรงค์ให้ผู้ใช้รถจักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัยในขณะขับขี่ การใช้ความเร็ว การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ**เข้าร่วมเป็นจิตอาสาหรือเครือข่าย**ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน ประชาสัมพันธ์บริเวณที่เป็นจุดอันตราย ถนนที่อยู่ระหว่างซ่อมแซมหรือก่อสร้าง เพื่อป้องกันปัญหาอุบัติเหตุและการจราจรติดขัด การประชาสัมพันธ์ แนะนำเส้นทางสายหลักสายรอง และเส้นทางลัดต่าง ๆ

.....
.....
.....
.....
.....

6. ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบเป็นอย่างไร

.....
.....
.....
.....

7. บทบาทของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุในชุมชนเป็นอย่างไร

.....
.....
.....
.....

ภาคผนวก จ

แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ
เรื่อง การพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง

1. แบบประเมินฉบับนี้ เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)
2. แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุฉบับนี้ ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน
ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุในชุมชน
ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการลดอุบัติเหตุในชุมชน
ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคต่อการลดอุบัติเหตุในชุมชน
ส่วนที่ 6 แบบประเมินการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน
3. แบบประเมินทุกชุดใช้สำหรับหาข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้นไม่มีผลต่อการศึกษาของท่าน
4. ให้ท่านอ่านคำชี้แจงของแบบประเมินแต่ละส่วนให้เข้าใจก่อนลงมือทำ และตอบคำถามให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง โดยไม่ต้องเขียนชื่อ นามสกุล ลงในแบบประเมิน
5. ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามทั้งหมดนี้ ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะเก็บไว้เป็นความลับไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดำเนินชีวิต จำแนกเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความจริงของท่าน

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ
 ต่ำกว่า 15 ปี อายุ 15-25 ปี อายุ 26-35 ปี
 อายุ 36-45 ปี อายุ 46-55 ปี อายุ 56 ปีขึ้นไป
3. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน
 ไม่เกิน 5,000บาท 5,100-10,000 บาท
 10,100-15,000 บาท 15,100-20,000 บาท
 20,100 บาทขึ้นไป อื่น ๆ (ระบุ)
4. อาชีพ
 รับจ้าง ธุรกิจส่วนตัว ทำสวน/ทำไร่
 รับราชการ รัฐวิสาหกิจ นักเรียน/นักศึกษา
 อื่น ๆ (ระบุ)

5. ระดับการศึกษา
- ประถมศึกษา มัธยมต้น มัธยมปลาย
- อนุปริญญา ปริญญาตรี ปริญญาโท
- อื่น ๆ (ระบุ).....
6. ท่านมีประสบการณ์ในการขับขี่รถยนต์/จักรยานยนต์นานเท่าใด
- น้อยกว่า 1 ปี 1-2 ปี 3-4 ปี มากกว่า 4 ปี
7. ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาท่านเคยได้รับอุบัติเหตุจากการขับขี่รถยนต์/จักรยานยนต์หรือไม่
- ไม่เคย เคย
8. ท่านมีใบอนุญาตขับขี่รถยนต์/รถจักรยานยนต์หรือไม่
- มี มี แต่หมดอายุ ไม่มี
9. ท่านมีโรคประจำตัว/ ภาวะทางร่างกายที่เป็นอุปสรรคต่อการขับขี่
- ไม่มี โรคลมชัก โรคหัวใจ
- โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคตาบอดสี
- พิการทางสายตา พิการทางการได้ยิน
- พิการทางร่างกาย อื่น ๆ (ระบุ)

2. แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ ท่านมีความเชื่อตามข้อความดังกล่าวจริงหรือไม่ โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน					
ท่านเชื่อว่า การไม่ใช้หมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์/ คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถยนต์มีโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนรุนแรง					
ท่านเชื่อว่า การขับขี่ยานพาหนะ ในระยะทางไกลๆไม่จำเป็นต้องสวมหมวกนิรภัย/ คาดเข็มขัดนิรภัย เนื่องจากไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน					
ท่านเชื่อว่า หากขับขี่ยานพาหนะด้วยความระมัดระวังไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน					
ท่านเชื่อว่า การสวมใส่เสื้อผ้าที่ยาวรุ่มร่าม เช่น ชุดคลุมฮิญาบ ชุดกระโปรงยาว ขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
ท่านเชื่อว่าการตรวจสอบความพร้อมของยานพาหนะก่อนขับขี่ จะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน					
ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุในชุมชน					
ท่านเชื่อว่าการไม่ใช้หมวกนิรภัย/ คาดเข็มขัดนิรภัย หากเกิด อุบัติเหตุทางถนน ทำให้เกิดการบาดเจ็บพิการและเสียชีวิตได้					
ท่านเชื่อว่าการใช้หมวกนิรภัย/ คาดเข็มขัดนิรภัยสามารถลด ความรุนแรงเมื่อเกิดอุบัติเหตุทางถนน					
ท่านเชื่อว่าหากไม่สวมใส่เสื้อผ้าที่য়ারุ่มร่าม เช่น ชุดคลุม อิญาบ ชุดกระโปรงยาว ขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ จะลดความ รุนแรงเมื่อเกิดอุบัติเหตุทางถนน					
ท่านเชื่อว่าถ้าเกิดความพิการจากการไม่ใช้หมวกนิรภัย/ คาดเข็มขัดนิรภัยจะเป็นภาระกับครอบครัว และสังคม					
ท่านเชื่อว่าการขับขี่รถยนต์/รถจักรยานยนต์ด้วยความเร็วสูง สามารถเกิดอุบัติเหตุทางถนนที่รุนแรงได้					
ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการลดอุบัติเหตุในชุมชน					
ท่านเชื่อว่าผู้ขับขี่จักรยานยนต์ที่ไม่ได้ใช้หมวกนิรภัย หรือขับ รถยนต์ที่ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย มีโอกาสเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ทางถนนน้อยกว่าผู้ที่สวมหมวกนิรภัย/คาดเข็มขัดนิรภัย					
ท่านเชื่อว่าการใช้หมวกนิรภัย/คาดเข็มขัดนิรภัย ช่วยไม่ให้ ตำรวจจับ					
ท่านเชื่อว่าการใช้หมวกนิรภัย/คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง ไม่เป็น ประโยชน์ต่อตนเอง					
ท่านเชื่อว่าการไม่สวมใส่เสื้อผ้ารุ่มร่าม เช่น ชุดคลุมอิญาบ ชุดกระโปรงยาว ขณะขับขี่หรือซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ เป็น สิ่งที่ไม่จำเป็นและไม่สำคัญมาก					
ท่านเชื่อว่าการขับขี่รถที่ไม่ได้รับการตรวจสอบสภาพเป็นเรื่องปกติ และไม่สำคัญมาก					
ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคต่อการลดอุบัติเหตุในชุมชน					
ท่านเชื่อว่าการใช้หมวกนิรภัย/คาดเข็มขัดนิรภัยเป็นสิ่งนำ รำคาญ น่าเบื่อ					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
ท่านเชื่อว่าการใช้หมวกนิรภัย/คาดเข็มขัดนิรภัยทำให้ร้อน อึดอัด					
ท่านเชื่อว่าการสวมชุดร่มร่าม เช่น ชุดคลุมอิฐยาบ ชุดกระโปรง ยาว ทำให้เกิดความลำบากต่อการเดินทาง					
ท่านเชื่อว่าการตรวจสอบสภาพรถ เช่น ไฟเลี้ยว เบรก ล้อ เป็น ต้น เป็นเรื่องที่ยุ่งยากและทำให้เสียเวลา					
ท่านเชื่อว่าการชะลอรถเข้าด่านทำให้เสียเวลาการเดินทาง					
ส่วนที่ 6 แบบประเมินการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน					
ท่านเชื่อว่าหากพบอุบัติเหตุหรือสิ่งกีดขวางบนถนนจะรีบแจ้ง เจ้าหน้าที่ทันที					
ท่านเชื่อว่า เมื่อมีเหตุการณ์จราจรติดขัด ควรลดความเร็วทันที					
ท่านเชื่อว่า หากเกิดความผิดปกติของยานพาหนะ ท่านจะรีบ นำไปซ่อมโดยเร็ว					
ท่านเชื่อว่า ท่านจะไม่ขับรถฝ่าไฟแดง หรือขับรถย้อนศร หรือ ฝ่าฝืนกฎจราจร เนื่องจากเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิด อุบัติเหตุทางถนน					
ท่านเชื่อว่า ท่านจะไม่จอดยานพาหนะบริเวณไหล่ทาง บริเวณ ทางแยก เนื่องจากเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทาง ถนน					

ภาคผนวก ฉ

แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ แล้วทำเครื่องหมายถูก ในข้อที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

- | | | |
|---------------|---------|-------------------------|
| ระดับ 1 คะแนน | หมายถึง | มีความพึงพอใจน้อยที่สุด |
| ระดับ 2 คะแนน | หมายถึง | มีความพึงพอใจน้อย |
| ระดับ 3 คะแนน | หมายถึง | มีความพึงพอใจปานกลาง |
| ระดับ 4 คะแนน | หมายถึง | มีความพึงพอใจมาก |
| ระดับ 5 คะแนน | หมายถึง | มีความพึงพอใจมากที่สุด |

ลำดับ	รายการประเมิน	คะแนนความพึงพอใจ				
		1	2	3	4	5
1	ท่านรู้สึก ว่า รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สามารถนำไปใช้ประโยชน์หรือประยุกต์ใช้ในชุมชนได้จริง					
2	การใช้รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนได้					
3	รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐานนี้ ช่วยลดอัตราการบาดเจ็บและอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนได้					
4	รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนี้ จะทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในระยะยาวได้					
5	รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนี้ ทำให้ท่านเกิดความตระหนักในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน					
6	ท่านคิดว่า รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสามารถนำไปใช้ป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนอื่น ๆ ได้					
7	ท่านคิดว่ารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนมีความสะดวก ไม่ยุ่งยาก ภายใต้การทำงานของภาคีเครือข่ายในชุมชน					
8	ท่านคิดว่ารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนนี้ มีความเหมาะสมกับบริบทชุมชน					

ลำดับ	รายการประเมิน	คะแนนความพึงพอใจ				
		1	2	3	4	5
9	ท่านสามารถเข้าใจและปฏิบัติตามขั้นตอนของรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานได้					
10	ความพึงพอใจในภาพรวมของรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน					
	รวม					

ภาคผนวก ข

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง

เนื้อหา	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	ค่า I-CVI
1. สถานการณ์และ/หรือปัญหาอุบัติเหตุทางถนน การบาดเจ็บ อัตราตายเป็นอย่างไ	1	1	1	1.00
2. โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน มีมากน้อยเพียงใด ปัจจัยใดที่เป็นสาเหตุของความเสียหายอุบัติเหตุ	1	1	1	1.00
3. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน มีอะไรบ้าง	1	1	1	1.00
4. แนวทางการป้องกันอุบัติเหตุที่ผ่านมาเป็นอย่างไร	1	1	1	1.00
5. ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบเป็นอย่างไ	1	1	1	1.00
6. บทบาทของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุในชุมชนเป็นอย่างไ	1	1	1	1.00
7. แนวทางการพัฒนาระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนเป็นอย่างไ	1	1	1	1.00
สัดส่วนที่ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละราย	1.00	1.00	1.00	1.00
	ค่าเฉลี่ย I-CVI = 1.00 S-CVI = 1.00			

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ

เนื้อหา	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	ค่า I-CVI
แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน				
ท่านเชื่อว่า การไม่ใช้หมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์/คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถยนต์มีโอกาเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนรุนแรง	1	1	1	1.00
ท่านเชื่อว่า การขับขี่ยานพาหนะ ในระยะทางใกล้ ๆ ไม่จำเป็นต้องสวมหมวกนิรภัย/คาดเข็มขัดนิรภัย เนื่องจากไม่มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน	1	1	1	1.00
ท่านเชื่อว่า หากขับขี่ยานพาหนะด้วยความระมัดระวังไม่มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน	1	1	1	1.00
ท่านเชื่อว่า การสวมใส่เสื้อผ้าที่ยาวรุ่มร่าม เช่น ชุดคลุมฮิญาบ ชุดกระโปรงยาว ขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน	1	1	1	1.00
ท่านเชื่อว่า การตรวจสอบความพร้อมของยานพาหนะก่อนขับขี่ จะลดโอกาเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน	1	1	1	1.00
ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุในชุมชน				
ท่านเชื่อว่า การไม่ใช้หมวกนิรภัย/ คาดเข็มขัดนิรภัย หากเกิดอุบัติเหตุทางถนน ทำให้เกิดการบาดเจ็บ พิการและเสียชีวิตได้	1	1	1	1.00
ท่านเชื่อว่า การใช้หมวกนิรภัย/ คาดเข็มขัดนิรภัย สามารถลดความรุนแรงเมื่อเกิดอุบัติเหตุทางถนน	1	1	1	1.00
ท่านเชื่อว่า หากไม่สวมใส่เสื้อผ้าที่ยาวรุ่มร่าม เช่น ชุดคลุมฮิญาบ ชุดกระโปรงยาว ขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ จะลดความรุนแรงเมื่อเกิดอุบัติเหตุทางถนน	1	1	1	1.00
ท่านเชื่อว่า ถ้าเกิดความพิการจากการไม่ใช้หมวกนิรภัย/คาดเข็มขัดนิรภัยจะเป็นภาระกับครอบครัวและสังคม	1	1	1	1.00

เนื้อหา	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	ค่า I-CVI
ท่านเชื่อว่าการขับขีรถยนต์/รถจักรยานยนต์ด้วยความเร็วสูงสามารถเกิดอุบัติเหตุทางถนนที่รุนแรงได้	1	1	1	1.00
ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการลดอุบัติเหตุในชุมชน				
ท่านเชื่อว่าผู้ขับขี่จักรยานยนต์ที่ไม่ได้ใช้หมวกนิรภัยหรือขีรถยนต์ที่ไม่คาดเข็มคานนิรภัยมีโอกาสเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนน้อยกว่าผู้ที่สวมหมวกนิรภัย/คาดเข็มคานนิรภัย	1	1	1	1.00
ท่านเชื่อว่าการใช้หมวกนิรภัย/คาดเข็มคานนิรภัยช่วยไม่ให้ตำรวจจับ	1	1	1	1.00
ท่านเชื่อว่าการใช้หมวกนิรภัย/คาดเข็มคานนิรภัยทุกครั้ง ไม่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง	1	1	1	1.00
ท่านเชื่อว่าการไม่สวมใส่เสื้อฝ้ารุ่มร่าม เช่น ชุดคลุมฮิญาบ ชุดกระโปรงยาว ขณะขับขี่หรือซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ เป็นสิ่งที่ไม่จำเป็นและไม่สำคัญมาก	1	0	1	0.66
ท่านเชื่อว่าการขับขีรถที่ไม่ได้รับการตรวจสภาพเป็นเรื่องปกติ และไม่สำคัญมาก	1	1	1	1.00
ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคต่อการลดอุบัติเหตุในชุมชน				
ท่านเชื่อว่าการใช้หมวกนิรภัย/คาดเข็มคานนิรภัยเป็นสินค้านำราคาสูง น่าเบื่อ	1	1	1	1.00
ท่านเชื่อว่าการใช้หมวกนิรภัย/คาดเข็มคานนิรภัยทำให้ร้อน อึดอัด	1	1	1	1.00
ท่านเชื่อว่าการสวมชุดรุ่มร่าม เช่น ชุดคลุมฮิญาบ ชุดกระโปรงยาว ทำให้เกิดความลำบากต่อการเดินทาง	1	1	1	1.00
ท่านเชื่อว่าการตรวจสอบสภาพรถ เช่น ไฟเลี้ยว เบรก ล้อ เป็นต้น เป็นเรื่องที่ยุ่งยากและทำให้เสียเวลา	1	1	1	1.00
ท่านเชื่อว่าการชะลอรถเข้าด่านทำให้เสียเวลาการเดินทาง	1	1	1	1.00
ส่วนที่ 6 แบบประเมินการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน				
ท่านเชื่อว่าหากพบอุบัติเหตุหรือสิ่งผิดปกติบนถนนจะรีบแจ้งเจ้าหน้าที่ทันที	1	1	1	1.00

เนื้อหา	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	ค่า I-CVI
ท่านเชื่อว่า เมื่อมีเหตุการณ์จราจรติดขัด ควรลดความเร็วทันที	1	1	1	1.00
ท่านเชื่อว่า หากเกิดความผิดปกติของยานพาหนะ ท่านจะรีบนำไปซ่อมโดยเร็ว	1	1	1	1.00
ท่านเชื่อว่า ท่านจะไม่ขับรถฝ่าไฟแดง หรือขับรถย้อนศร หรือฝ่าฝืนกฎจราจร เนื่องจากเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน	1	0	1	0.66
สัดส่วนที่ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละราย	1	0.88	1	0.96
	ค่าเฉลี่ย I-CVI = 0.88 ถึง 1.00 S-CVI = 0.96			

หมายเหตุ: จากข้อคำถามทั้งหมด ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า I-CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.66 และตัดข้อคำถามที่เหลือ 25 ข้อ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิการวิจัย

ตารางที่ 8 การวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐาน

เนื้อหา	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	ค่า I-CVI
ท่านรู้สึกว่าการป้องกันการอุบัติเหตุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สามารถนำไปใช้ประโยชน์หรือประยุกต์ใช้ในชุมชนได้จริง	1	1	1	1.00
การใช้รูปแบบการป้องกันการอุบัติเหตุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนได้	1	1	1	1.00
รูปแบบการป้องกันการอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐานนี้ช่วยลดอัตราการบาดเจ็บและอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนได้	1	1	1	1.00
รูปแบบการป้องกันการอุบัติเหตุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนี้จะทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในระยะยาวได้	1	1	1	1.00
รูปแบบการป้องกันการอุบัติเหตุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนี้ทำให้ท่านเกิดความตระหนักในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน	1	1	1	1.00
ท่านคิดว่า รูปแบบการป้องกันการอุบัติเหตุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สามารถนำไปใช้ป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนอื่น ๆ ได้	1	1	1	1.00

เนื้อหา	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	ค่า I-CVI
ท่านคิดว่ารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนมีความสะดวก ไม่ยุ่งยาก ภายใต้การทำงานของภาคีเครือข่ายในชุมชน	1	1	1	1.00
ท่านคิดว่ารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนนี้ มีความเหมาะสมกับบริบทชุมชน	1	1	1	1.00
ท่านสามารถเข้าใจและปฏิบัติตามขั้นตอนของรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานได้	1	1	1	1.00
ความพึงพอใจในภาพรวมของรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน	1	1	1	1.00
สัดส่วนที่ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละราย	1.00	1.00	1.00	1.00
	ค่าเฉลี่ย I-CVI = 1.00 S-CVI = 1.00			

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองโครงการวิจัย
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
รหัสโครงการวิจัย...13.../...2565...



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
กระทรวงสาธารณสุข
36 หมู่ 9 ตำบลโคกเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส 96000

หนังสือรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ดำเนินการให้การ
รับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Development
of Community- based Traffic Accident Prevention System An Integrated Area-based
Approach: The context of Narathiwat Province.

ชื่อโครงการ : โครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐานแบบ
บูรณาการเชิงพื้นที่: บริบทพื้นที่จังหวัดนราธิวาส
รหัสโครงการวิจัย :13.../...2565.....
ผู้วิจัยหลัก : นายอิซาม อาแว ตำแหน่ง อาจารย์พยาบาล
ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
สังกัดหน่วยงาน : มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

เอกสารที่ได้รับการรับรอง : เอกสารโครงการวิจัยที่ขอการรับรอง ณ วันที่ 07/01/2565

ลงนาม

(นายสถาพร สิ้นเจริญกิจ)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

ให้การรับรอง ณ วันที่ 07 / 01 / 2565

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ในหน้าถัดไปทุกข้อ (ดูหน้าถัดไปของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร และใบยินยอม เฉพาะฉบับที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้ให้การรับรองครั้งนี้เท่านั้น และขอให้ส่งสำเนาเอกสารดังกล่าว ที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัย (รายแรก) มาที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐานประกอบโครงการวิจัยนี้
3. ให้รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ภายใน 5 วันทา การ
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ ในระยะเวลา 1 ปี นับจากวันที่ให้การรับรองโครงการวิจัย หรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขอต่ออายุโครงการวิจัยพร้อมรายงานความก้าวหน้าโครงการวิจัยเพื่อประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการฯ ก่อนหมดอายุการรับรองโครงการวิจัยอย่างน้อย 1 เดือน
6. เอกสารทุกฉบับที่ได้รับการรับรองครั้งนี้จะหมดอายุตามอายุของโครงการวิจัยที่ได้ให้การรับรอง

ภาคผนวก ฅ

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วม หรือผู้ร่วมโครงการวิจัย

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Research Subject Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐานแบบบูรณาการเชิงพื้นที่:
บริบทพื้นที่จังหวัดนราธิวาส

ชื่อผู้ร่วมวิจัย นายอิซาม อาแว, นางนิรุสณีย์ อากาจิ, นายมุฮัมหมัดไซด์ ซาและ, นายมามะเพาซี สือแม
และนางไฮย์ทรง นาวา

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย 99 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ตำบล
โคกเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส 96000

ผู้ให้ทุนวิจัย ทุนอุดหนุนแผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย ด้านสังคม แผนงานระบบบริการสุขภาพ
สำนักงานบริหารการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสีย ที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัย ที่ทำโครงการนี้เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้าน เพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น **ความสมัครใจ** ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการปฏิบัติ (เช่น การรักษาพยาบาล หรือสิทธิที่พึงได้) ตามปกติ

การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับการปฏิบัติหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลืมนำชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐานแบบบูรณาการเชิงพื้นที่: บริบทพื้นที่จังหวัดนราธิวาส เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการให้บริการประชาชนที่มีคุณภาพต่อไป ท่านเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สูงสุดต่องานวิจัย กระผมจึงใคร่ขอความร่วมมือให้ท่านเข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสอบถาม ตามการรับรู้ของท่าน ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบคำถามทั้งหมดประมาณ 30 นาที ในการตอบคำถาม ข้อมูลและคำตอบที่ได้จากท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นของชุมชน คือ ตัวแทนสมาชิกครอบครัวจากชุมชนที่อยู่พื้นที่จุดเสี่ยงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ในเขตเทศบาลตำบลศรีสาครอย่างน้อย 1 ปี และกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะในการสัญจรบนถนน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง

1. ตัวแทนคณะกรรมการการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบนถนนอำเภอศรีสาคร
 - 1.1 คณะกรรมการหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบนถนนอำเภอศรีสาครที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานมาอย่างน้อย 6 เดือน
 - 1.2 เป็นผู้ที่มีศรัทธาและยินยอมให้ข้อมูล หรือข้อคิดเห็น
2. ตัวแทนสมาชิกครอบครัวจากชุมชน
 - 1.1 เป็นสมาชิกที่อาศัยในครอบครัวจากชุมชนที่อยู่พื้นที่จุดเสี่ยงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ในเขตเทศบาลตำบลศรีสาครมาอย่างน้อย 1 ปี และอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
 - 1.2 เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การใช้ถนนบริเวณจุดเสี่ยง
 - 1.3 เป็นผู้ที่อ่านออกและเขียนได้
 - 1.4 เป็นผู้ที่มีศรัทธาและยินยอมให้ข้อมูล หรือข้อคิดเห็น
3. กลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะในการสัญจรบนถนนกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ
 - 1.1 เป็นผู้ที่ใช้รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะในการเดินทางไม่น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์
 - 1.2 อยู่พื้นที่ในเขตเทศบาลตำบลศรีสาครมาอย่างน้อย 1 ปี
 - 1.3 เป็นผู้ที่อ่านออกและเขียนได้
 - 1.4 เป็นผู้ที่มีศรัทธาและยินยอมให้ข้อมูล หรือข้อคิดเห็น

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา คือ ผู้วิจัยไม่สามารถติดต่อ หรือนัดสัมภาษณ์ได้ใน 2 ครั้ง

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม อาศัยทรัพยากรและศักยภาพในพื้นที่ บูรณาการกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดำเนินการวิจัยในช่วงระหว่างเดือนมกราคม 2564 - เดือนกุมภาพันธ์ 2565 กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะในการสัญจรบนถนน จำนวน 298 คน

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งที่นี่

การเก็บข้อมูลโดยขออนุญาตให้ท่านตอบแบบสอบถามตามการรับรู้ของท่าน ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบคำถามทั้งหมดประมาณ 30 นาที

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

ผลลัพธ์ที่ได้จากพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนโดยชุมชนที่สามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อและพฤติกรรมและการดูแลของชุมชนในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่สามารถป้องกันได้ ส่งผลให้อัตราการเกิดความพิการและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนลดลง

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหลัก (หรือผู้ร่วมวิจัย)

หากท่านมีข้อคำถาม สามารถติดต่อผู้วิจัย ดังนี้ (ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง)

นายฮิชาม อาแว (หัวหน้าโครงการวิจัย) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ โทรศัพท์ 086-9593460 Email hisham.a@pnu.ac.th

นางนිරุสนีย์ อากาจิ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ โทรศัพท์ 093-5762337 Email nirusnee.a@pnu.ac.th

นายมุฮัมมัดไฮด์ ซาและ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ โทรศัพท์ 080-7079167 Email muhammadsaid.s@pnu.ac.th

นายมามะเพาซี สือแม แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสาคร อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส โทรศัพท์ 084-8576017 Email stitch.takbai@gmail.com

นางโฮยทรง นาวา แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสาคร อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส โทรศัพท์ 088-7849672 Email sun_hisong@hotmail.co.th

หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถแจ้งเรื่องได้ที่

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนราธิวาส 36 หมู่ที่ 9 ตำบลโคกเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส 96000 โทรศัพท์ : 0-7353-2056 ต่อ 303

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

การวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐานแบบบูรณาการเชิงพื้นที่: บริบทพื้นที่จังหวัดนราธิวาส เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

และเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการให้บริการประชาชนที่มีคุณภาพต่อไป ท่านเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สูงสุดต่องานวิจัย ข้อมูลและคำตอบที่ได้จากท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

หากท่านเข้าร่วมวิจัยแล้วเกิดความลำบากใจ หรือไม่สะดวกใจที่จะตอบคำถาม ท่านสามารถถอนตัวจากการศึกษาครั้งนี้ได้ไม่ว่ากรณีใด ๆ ในทุกขั้นตอนของการวิจัย

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐานแบบบูรณาการเชิงพื้นที่: บริษัท
พื้นที่จังหวัดนราธิวาส

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นายอิซาม อาแว ที่อยู่ 99 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
นราธิวาสราชนครินทร์ ตำบลโคกเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส 96000 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของ
หนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียง และความ
เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้อย่างละเอียดแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมศึกษานี้เมื่อใดก็ได้
โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และยอมรับผลข้างเคียงหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และจะปฏิบัติตาม
คำแนะนำของผู้ทำการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้ทำการวิจัยว่า หากข้าพเจ้าได้รับความผิดปกติเนื่องจากการศึกษาวิจัย
ข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย และจะแจ้งผู้ทำการวิจัยทันที ในกรณีที่มิได้แจ้งให้ผู้ทำการวิจัย
ในทันทีถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น จะถือว่าข้าพเจ้าทำให้การคุ้มครองความปลอดภัยเป็นโมฆะ
(ตามที่กฎหมายกำหนด)

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้
สุดท้าย ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

ลงชื่อ

(.....)

อาสาสมัคร/ กลุ่มตัวอย่าง

วันที่

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

วันที่

ลงชื่อ

(นายอิซามอาแว)

หัวหน้าโครงการวิจัย

วันที่

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

วันที่

ภาคผนวก ญ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการสถิติ

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุก่อนและหลังการใช้ระบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐานของผู้มีส่วนร่วมโดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test) ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทีคู่ (บุญใจ, 2553) ดังนี้

1. ตัวแปรที่ใช้ต้องมีระดับการวัดเป็นมาตรวัดแบบช่วง (interval scale) ขึ้นไป หมายถึง ในการวิจัยครั้งนี้ ได้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งเป็นแบบประเมินเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) ข้อมูลที่ได้จะมีลักษณะแบบมาตรวัดอัตราส่วน (ratio scale) กล่าวคือ เป็นการแบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ มีคะแนนรวม 25 - 125 คะแนน ดังนี้ ระดับมากที่สุด หมายถึง ได้คะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ในช่วง 100.10 - 125 คะแนน ระดับมาก หมายถึง ได้คะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ในช่วง 75.10 - 100 คะแนน ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ในช่วง 50.10 - 75 คะแนน และระดับน้อย หมายถึง ได้คะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ในช่วง 25 - 50 คะแนน ข้อมูลที่ได้จะเป็นมาตรวัดแบบช่วง คือ คะแนนอยู่ในช่วง 25 - 125 คะแนน ดังนั้น ชุดคะแนนที่นำไปวิเคราะห์ด้วยสถิติทีคู่ จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทีคู่

2. การแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (normal distribution) ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ โดยพิจารณาค่าความเบ้ (Skewness) หรือค่าความโด่ง (Kurtosis) ซึ่งต้องน้อยกว่า 1 จากการทดสอบ พบว่า ค่าเบ้ของค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนพัฒนาฯ เท่ากับ -0.42 และหลังพัฒนาฯ เท่ากับ -0.719 และพิจารณาค่าความโด่งของค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนพัฒนาฯ เท่ากับ -0.237 และหลังพัฒนาฯ เท่ากับ -0.542 หมายความว่า โค้งการแจกแจงมีลักษณะไปทางซ้ายเมื่อพิจารณาค่า Mean และค่า Median พบว่า ค่า Mean และค่า Median ของทั้ง 2 ชุดข้อมูลมีค่าใกล้เคียงกัน จึงสรุปได้ว่า ข้อมูลแจกแจงแบบโค้งปกติ (ตาราง 6)

3. การพิจารณาค่า Kolmogorov-Smirnov และค่า Shapiro-Wilk ในการศึกษานี้มีกลุ่มผู้มีส่วนร่วมจำนวน 298 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ผู้วิจัยจึงพิจารณาค่านัยสำคัญของ Kolmogorov-Smirnov ซึ่งมีค่าแอลฟามากกว่า $.05$ ซึ่งยอมรับสมมติฐานศูนย์ ปฏิเสธสมมติฐานเลือก จึงสรุปว่า ข้อมูลแจกแจงแบบโค้งปกติ (ตาราง 6)

ตารางที่ 9 แสดงค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ส่วนคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความเบ้ความโค้ง ส่วนคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความโค้งของ ค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนและหลังพัฒนาฯ

ข้อมูล	Minimum	Mean	Std. Deviation	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk		Skewness		Kurtosis	
				Statistic	Sig.	Statistic	Sig.	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
ค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ											
ก่อนพัฒนาฯ	75.00	123.00	11.65	.112	.000	.830	.000	-.042	.427	-.237	.833
หลังพัฒนาฯ	100.00	125.00	7.80	.168	.000	.840	.000	-.719	.427	-.542	.833

