The Influence of Health Belief Model Components on Safe Motorcycle Riding Behaviors among People Aged 18–24 Years in Khuan Thani Subdistrict, Kantang District, Trang Province.

Samsuwal Sa-ih[1] Chakkarin Parimanon[2*] Chatchai Kwankaew[2] Sukhumaphorn Sriwisit[2]

1 Bachelor of Public Health students, majoring in Community Public Health, Sirindhorn College of Public Health Trang

2 Lecturers in Sirindhorn College of Public Health Trang, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

[*]Corresponding author: *e-mail : chakkarin@scphtrang.ac.th*

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Sa-ih, S. ., parimanon, chakkarin, Kwankaew, C. ., & Sriwisit, S. . The Influence of Health Belief Model Components on Safe Motorcycle Riding Behaviors among People Aged 18–24 Years in Khuan Thani Subdistrict, Kantang District, Trang Province. *Public Health Policy and Laws Journal*. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/281327.

Received: 5 June 2025
Revised: 9 July 2025
Accepted: 16 July 2025

Abstract

This cross-sectional study aimed to assess the level of safe motorcycle riding behavior and examine the health belief model factors influencing such behavior among individuals aged 18–24 years in Khuan Thani Subdistrict, Kantang District, Trang Province. The sample consisted of 327 participants selected through simple random sampling. Data were collected using the Health Belief Model Questionnaire and the Safe Motorcycle Riding Behavior Questionnaire. Data were analyzed for descriptive statistics and logistic regression.

The findings revealed that 62.69% of the participants exhibited a high level of safe riding behavior, while 34.25% demonstrated a moderate level. Logistic regression analysis indicated that three factors significantly influenced safe riding behavior ($p < .05$): perceived susceptibility (B = .98, p = .007, OR = 2.66), perceived barriers (B = .97, p = .002, OR = 2.64), and cues to action (B = 1.09, $p < .001$, OR = 2.97). These factors increased the likelihood of safe behavior by 2.64 to 2.97 times. Other variables showed no statistically significant influence. Therefore, it is recommended to enhance perceived susceptibility and barrier management through experiential activities such as simulated accident scenarios. Additionally, community-level cues—such as campaigns, online media, and testimonials from accident survivors—should be utilized to stimulate safe riding behavior among the target group.

Keywords: Health Belief Model, Safe Motorcycle Riding Behavior, People Aged 18–24 Years

อิทธิพลขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยในประชาชนอายุ 18–24 ปี พื้นที่ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

ซัมซูวัล สะอิ[1] จักรินทร์ ปริมานนท์[2*] ฉัตรชัย ขวัญแก้ว[2] สุขุมาภรณ์ ศรีวิศิษฐ์[2]

1 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

2 อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[*]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ : chakkarin@scphtrang.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 5 มิถุนายน 2568
วันแก้ไข 9 กรกฎาคม 2568
วันตอบรับ 16 กรกฎาคม 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางครั้งนี้เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยและเพื่อศึกษาปัจจัยทางด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยของประชาชนอายุ 18-24 ปี ในพื้นที่ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 327 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา พบว่า ระดับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 327 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการขับขี่ในระดับปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 62.69 ขณะที่ร้อยละ 34.25 มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัย ($p < .05$) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง (B = .98, p = .007, OR = 2.66), การรับรู้อุปสรรค (B = .97, p = .002, OR = 2.64) และสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม (B = 1.09, $p < .001$, OR = 2.97) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัย 2.64–2.97 เท่า ขณะที่ปัจจัยอื่นไม่พบอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรเน้นการเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการจัดการอุปสรรคผ่านกิจกรรมเชิงปฏิบัติ เช่น สถานการณ์จำลองอุบัติเหตุ นอกจากนี้ควรใช้สิ่งกระตุ้นในระดับชุมชน เช่น การรณรงค์ สื่อออนไลน์ และการเล่าเรื่องจากผู้ประสบเหตุ เพื่อกระตุ้นพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัยในกลุ่มเป้าหมาย

คำสำคัญ : แผนความเชื่อด้านสุขภาพ, การขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย, ประชาชนอายุ 18–24 ปี

บทนำ

ความปลอดภัยทางถนนเป็นประเด็นด้านสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก เนื่องจากอุบัติเหตุทางถนนถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรอายุ 5–29 ปี องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนประมาณ 1.19 ล้านคน และอีกหลายล้านคนได้รับบาดเจ็บหรือพิการอย่างถาวร อุบัติเหตุดังกล่าวส่งผลกระทบทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ โดยเฉพาะในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนผู้เสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 90.00 ของทั่วโลก (World Health Organization, 2023) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2566 ยังคงเผชิญกับความท้าทายด้านความปลอดภัยทางถนนอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ซึ่งเป็นรูปแบบการคมนาคมหลักของประเทศ ข้อมูลจากกรมการขนส่งทางบกชี้ให้เห็นว่ารถจักรยานยนต์มีสัดส่วนเกินกว่าร้อยละ 50.00 ของยานพาหนะทั้งหมดที่จดทะเบียนในประเทศ และเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่ออุบัติเหตุบนท้องถนน (Department of Land Transport, 2023) สถิติจากศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ระหว่างช่วงเดือนมกราคมถึงกันยายน พ.ศ. 2566 แสดงให้เห็นว่ามีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 106,588 ราย และผู้เสียชีวิต 675 ราย โดยพบว่าร้อยละ 88.60 ของอุบัติเหตุดังกล่าวมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการใช้รถจักรยานยนต์ (Road Safety Directing Center, 2023) ปัญหาอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์มีแนวโน้มที่สูงขึ้นก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อเศรษฐกิจและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศไทย การสูญเสียงบประมาณแผ่นดินและการสูญเสียศักยภาพของทรัพยากรบุคคลจากปัญหาดังกล่าว ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อการดำเนินนโยบายการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูญเสียประชากรในวัยเรียนซึ่งถือเป็นกลุ่มประชากรที่กำลังจะเข้าสู่วัยแรงงานผลิต กลุ่มประชากรดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในฐานะเป็นกำลังขับเคลื่อนหลักของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในระยะยาว (Phoyen, Chankhaw and Malarat, 2024) สถานการณ์อุบัติเหตุในภาคใต้แสดงแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2566 มีผู้ประสบอุบัติเหตุ 94,757 ราย เพิ่มเป็น 101,672 ราย ในปี 2567 อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ยังคงเป็นสาเหตุหลัก คิดเป็นร้อยละ 77.00 ของอุบัติเหตุทั้งหมด โดยกลุ่มวัยรุ่น 15-24 ปี ประสบอุบัติเหตุสูงสุดประมาณร้อยละ 30.00 สำหรับจังหวัดตรังในปี 2567 มีผู้ประสบอุบัติเหตุ 8,477 ราย อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์สูงถึงร้อยละ 93.38 โดยเฉพาะในอำเภอกันตัง ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ร้อยละ 100.00 เพศชายประสบอุบัติเหตุมากกว่าเพศหญิง (58.33% : 41.67%) และวัยทำงาน 36-60 ปี เป็นกลุ่มที่ประสบอุบัติเหตุมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.67 ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ที่ส่งผลกระทบต่อประชากรวัยผลิตของประเทศ (Thai Road Safety Collaboration, 2567)

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่อาศัยกระบวนการทางปัญญาและการใช้เหตุผลเชิงตรรกศาสตร์ซึ่งได้รับการยอมรับในวงวิชาการ เป็นเครื่องมือสำคัญในการวิเคราะห์และอธิบายพฤติกรรมการป้องกันตนเองของบุคคล นักวิชาการและนักวิจัยจำนวนมากได้ดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนากรอบแนวคิดและมโนทัศน์เชิงทฤษฎี เพื่อประโยชน์ในการอธิบายปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอนามัยของบุคคล ในบรรดากรอบแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและนำไปประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางในวงวิชาการ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ถือเป็นกรอบแนวคิดที่มีความโดดเด่นและได้รับการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย (Cheawae, Prateepko and Churngchow, 2021) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยองค์ประกอบหลักดังนี้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบ (Perceived Severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตราย (Perceived Benefits) การรับรู้อุปสรรคในการดำเนินการ (Perceived Barriers) และปัจจัยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมเชิงป้องกัน (Cues to Action) (Jones et al., 2015) กลุ่มประชากรที่มี

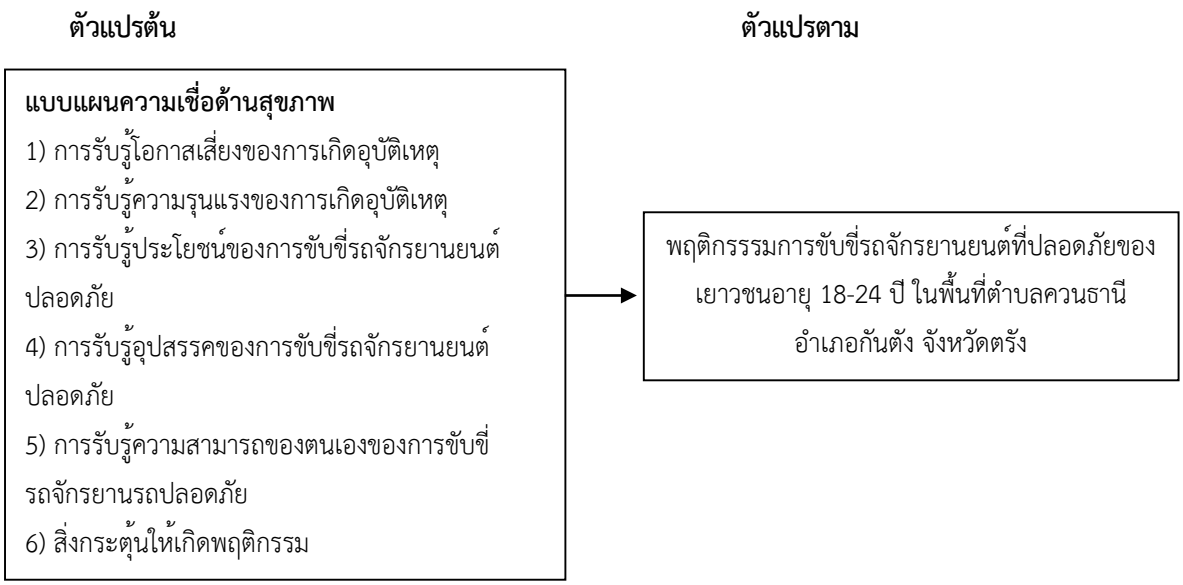
อายุระหว่าง 18-24 ปี เป็นช่วงวัยที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นสู่วัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีลักษณะทางพฤติกรรมและจิตวิทยาที่แตกต่างจากกลุ่มอายุอื่น โดยเฉพาะในแง่ของการรับรู้ความเสี่ยงและกระบวนการตัดสินใจ (Steinberg, 2022) วัยนี้เป็นช่วงที่เริ่มมีอิสรภาพในการใช้ชีวิต มีโอกาสขับขี่ยานพาหนะด้วยตนเอง และมักมีพฤติกรรมการขับขี่ที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เช่น การใช้ความเร็วสูง การฝ่าฝืนกฎจราจร และการใช้โทรศัพท์มือถือขณะขับขี่ ดังนั้น การวิจัยเพื่อศึกษาอิทธิพลขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยในประชาชนอายุ 18–24 ปี พื้นที่ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในเพื่อค้นหาปัจจัยเชิงสาเหตุจากองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการวิจัยที่ได้จะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายและมาตรการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนที่สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย และเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการศึกษาและการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยของประชาชนอายุ 18-24 ปี ในพื้นที่ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทางด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยของประชาชนอายุ 18-24 ปี ในพื้นที่ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาอิทธิพลขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยในประชาชนอายุ 18–24 ปี พื้นที่ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยอาศัยแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนี้ (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ (2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ (3) การรับรู้ประโยชน์ของการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย (4) การรับรู้อุปสรรคของการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย (5) การรับรู้ความสามารถของตนเองของการขับขี่รถจักรยานรถปลอดภัย และ (6) สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม



วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัยของเยาวชนอายุ 18–24 ปี ในพื้นที่ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นกรอบทฤษฎีในการศึกษา กลุ่มประชากรเป้าหมายคือเยาวชนในช่วงอายุที่กำหนดจำนวน 1,150 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Taro Yamane (Yamane, 1967) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น 297 คน และเพิ่มอีก 10% (Chaimay, 2013) เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย รวมเป็น 327 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับฉลากจากรายชื่อทั้งหมดของประชากรเป้าหมาย ซึ่งมีการจัดเรียงและกำหนดหมายเลขเพื่อให้กระบวนการสุ่มมีความเป็นธรรมและเป็นระบบ กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ ผู้เข้าร่วมต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างสม่ำเสมอ สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง และยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยลงนามในแบบฟอร์มอย่างเป็นทางการ ส่วนเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ที่มีภาวะสุขภาพที่กระทบต่อข้อมูล ไม่สามารถอ่านเขียนภาษาไทย หรือให้ข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือ ผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อหากไม่ประสงค์จะเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ เช่น เพศ อายุ ใบอนุญาตขับขี่ และประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้รถจักรยานยนต์ จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกัน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม และสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัย จำนวน 30 ข้อ รูปแบบคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแบ่งข้อคำถามเป็นเชิงบวกและเชิงลบ สำหรับข้อบวกให้คะแนนจาก 5 ถึง 1 และข้อลบให้คะแนนกลับกันจาก 1 ถึง 5การแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00 แสดงว่าการรับรู้อยู่ในระดับสูง 2.34–3.67 อยู่ในระดับปานกลาง และ 1.00–2.33 อยู่ในระดับต่ำ และส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัย การสวมหมวกนิรภัย การไม่ดื่มสุราเมื่อขับขี่ และการใช้ความเร็วที่เหมาะสม จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก (ข้อ 1, 2, 4, 6, 9) และเชิงลบ (ข้อ 3, 5, 7, 8, 10) รูปแบบคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยข้อบวกให้คะแนน 3–0 และข้อลบให้คะแนนกลับกันจาก 0–3 การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.00 หมายถึงพฤติกรรมปลอดภัยอยู่ในระดับเหมาะสม, 1.67–2.33 อยู่ในระดับปานกลาง และ 1.00–1.66 อยู่ในระดับไม่เหมาะสม ทั้งนี้เครื่องมือทั้งหมดพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยทางถนน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 ท่าน ซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ตรงในด้านที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาการวิจัย ทำหน้าที่ประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ซึ่งข้อคำถามที่ได้ค่ามากกว่า 0.50 ถือว่าเหมาะสมและสามารถใช้ได้จริง นอกจากนี้ยังได้ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัย ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.87 และ0.85 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากการยื่นเสนอขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง จากนั้นผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือราชการเพื่อขอความร่วมมือจากหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินงานวิจัย และได้จัดเตรียมเอกสารต่าง ๆ ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลให้ครบถ้วนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบแสดงความยินยอมเพื่อแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถามซึ่งใช้เวลาในการตอบประมาณ 20 นาที เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของแบบสอบถามทั้งหมดก่อนนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง โดยมีรหัสการรับรองจริยธรรมการวิจัยที่ P162/2567 ซึ่งได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2568 ในกระบวนการดำเนินงานวิจัย คณะผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และแนวทางการดำเนินการวิจัยให้แก่ผู้เข้าร่วมอย่างชัดเจนก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล โดยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อเมื่อผู้เข้าร่วมได้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent) อย่างเป็นทางการแล้วเท่านั้น ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ทุกเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากผู้เข้าร่วมจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยผลการวิจัยจะถูกนำเสนอเฉพาะในลักษณะภาพรวม เพื่อป้องกันการระบุตัวตนของผู้เข้าร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็นสองส่วนหลัก ส่วนแรกเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและแนวโน้มของตัวแปรที่ศึกษา ส่วนที่สองเป็นการวิเคราะห์เชิงอนุมานเพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 327 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.97 ขณะที่เพศชายมีร้อยละ 33.03 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 78.29) โดยมีอายุเฉลี่ย 20.39 ปี (S.D. = 1.39) มีอายุระหว่าง 18–24 ปี นอกจากนี้ ร้อยละ 82.57 ของกลุ่มตัวอย่างมีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การขับขี่รถจักรยานยนต์ระหว่าง 1–2 ปี (ร้อยละ 38.23) โดยมีประสบการณ์เฉลี่ย 5.48 ปี (S.D. = 2.89) และมากที่สุดที่ 16 ปี รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=327)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	108	33.03
หญิง	219	66.97
2. อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	71	21.71
20 ปีขึ้นไป	256	78.29
Mean ± S.D. (Min, Max)	20.39 ± 1.39 (18, 24)	
3. การมีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์		
มีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์	270	82.57
ไม่มีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์	57	17.43
4. ประสบการณ์การขับขี่รถจักรยานยนต์ (ปี)		
1-2 ปี	125	38.23
3-6 ปี	80	24.46
7-9 ปี	77	23.55
มากกว่า 9 ปี	45	13.76
Mean ± S.D. (Min, Max)	5.48 ± 2.89 (1, 16)	

2. ระดับแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 327 คน จำแนกตามองค์ประกอบต่าง ๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับสูงทุกองค์ประกอบ โดยเฉพาะการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 95.41) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย (ร้อยละ 93.88) สำหรับการรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุ และโอกาสเสี่ยงจากการขับขี่ ก็อยู่ในระดับสูงเช่นกัน (ร้อยละ 92.97 และ 88.99 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีระดับปานกลางมากที่สุดในบรรดาทุกองค์ประกอบ (ร้อยละ 12.54 อยู่ในระดับปานกลาง) ขณะที่สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมมีผู้รับรู้ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 82.87 รายละเอียดดังตารางที่ 2

3. ระดับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์

ระดับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 327 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการขับขี่ในระดับปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 62.69 ขณะที่ร้อยละ 34.25 มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 2.75 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมในระดับไม่ปลอดภัย รายละเอียดดังตารางที่ 3

4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านแบบแผนความ

เชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 327 คน พบว่า มี 3 ปัจจัยที่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในระดับสูง มีค่า B เท่ากับ .98, $p = .007$, OR = 2.66 (95% CI = 1.31–5.39) แสดงว่าผู้ที่มีการรับรู้ว่าอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์อาจเกิดขึ้นได้มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมขับขี่อย่างปลอดภัยมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางถึง 2.66 เท่า สำหรับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุในระดับสูง มีค่า B เท่ากับ .97, $p = .002$, OR = 2.64 (95% CI = 1.42–4.89) พบว่า ผู้ที่สามารถตระหนักและจัดการกับอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยได้ดี มีแนวโน้มจะแสดงพฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัยมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำถึงปานกลาง 2.64 เท่า ในส่วนของสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูง พบว่ามีค่า B เท่ากับ 1.09, $p < .001$, OR = 2.97 (95% CI = 1.65–5.35) แสดงว่าผู้ที่ได้รับสิ่งกระตุ้นเหล่านี้มีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัยมากกว่าผู้ที่มีระดับการรับรู้น้อยกว่าเกือบ 3 เท่า ขณะเดียวกัน ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุ ($p = .274$), การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเอง ($p = .191$) และ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างปลอดภัย ($p = .223$) ไม่พบว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 ระดับแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (n=327)

ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์		
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	0	0.00
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	36	11.01
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	291	88.99
การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์		
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	0	0.00
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	23	7.03
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	304	92.97
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์		
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	0	0.00
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	15	4.59
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	312	95.41
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์		
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	8	2.45
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	41	12.54
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	278	85.02
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์		
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	0	0.00
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	20	6.12

ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	307	93.88
สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์		
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	0	0.00
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	56	17.13
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	271	82.87

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ (n=327)

ระดับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ปลอดภัย	9	2.75
ระดับปานกลาง	112	34.25
ระดับปลอดภัย	205	62.69

ตารางที่ 4 ปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย (n=327)

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	*p*-value	OR	95% CI
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์							
ระดับปานกลาง						Ref.	
ระดับสูง	.98	.36	7.39	1	.007	2.66	1.31-5.39
การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์							
ระดับปานกลาง						Ref.	
ระดับสูง	.48	.43	1.19	1	.274	1.61	0.69-3.77
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์							
ระดับปานกลาง						Ref.	
ระดับสูง	.69	.53	1.71	1	.191	2.00	0.71-5.67
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์							
ระดับต่ำถึงปานกลาง						Ref.	
ระดับสูง	.97	.32	9.46	1	0.002	2.64	1.42-4.89
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์							
ระดับปานกลาง						Ref.	
ระดับสูง	.56	.46	1.48	1	.223	1.78	0.71-4.35
สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์							
ระดับปานกลาง						Ref.	
ระดับสูง	1.09	0.30	13.05	1	<.001	2.97	1.65-5.35

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาอิทธิพลขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยในประชาชนอายุ 18–24 ปี พื้นที่ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง สามารถอภิปรายผลการศึกษา ได้ดังนี้

ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยของประชาชนอายุ 18-24 ปี ในพื้นที่ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง พบว่า พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 327 คน ร้อยละ 62.69 มีพฤติกรรมการขับขี่ในระดับปลอดภัย ร้อยละ 34.25 อยู่ในระดับปานกลาง และเพียงร้อยละ 2.75 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมในระดับไม่ปลอดภัย ผลลัพธ์นี้สะท้อนถึงแนวโน้มที่ดีในด้านพฤติกรรมการขับขี่ของเยาวชนในพื้นที่ศึกษานี้ อย่างไรก็ตาม ยังมีสัดส่วนที่น่ากังวลของผู้ที่มีพฤติกรรมขับขี่ในระดับปานกลางและไม่ปลอดภัย ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน การศึกษาของ ปฐมพร พงษ์อารีย์ และเกษม ชูจารุกุล (Pongarree and Chujarukul, 2023) พบว่า พฤติกรรมการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัย เช่น การขับขี่ด้วยความเร็วเกินกำหนดและการใช้โทรศัพท์มือถือขณะขับขี่ เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ส่งอาหารในกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ การศึกษาของ อนัญญา หาบุญมี และคณะ (Haboonmee, Jirapornkul and Maneenin, 2024) พบว่า นักศึกษาสถาบันอาชีวศึกษาในจังหวัดหนองคายที่มีพฤติกรรมการขับขี่ในระดับต่ำมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุทางถนนจากรถจักรยานยนต์สูงกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมในระดับดีถึง 9.76 เท่า จากข้อมูลดังกล่าว การส่งเสริมพฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัยในกลุ่มเยาวชนจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยควรเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและผลกระทบของพฤติกรรมการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัย รวมถึงการสร้างแรงจูงใจและสิ่งกระตุ้นให้เยาวชนตระหนักถึงความสำคัญของการขับขี่อย่างปลอดภัย

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัยในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 327 คน พบว่ามี 3 ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้อุปสรรค และสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่ระบุว่าการตัดสินใจเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะขึ้นอยู่กับการประเมินความเสี่ยงและแรงจูงใจที่ได้รับ (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2015) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัย โดยผู้ที่รับรู้ถึงความเสี่ยงในระดับสูงมีโอกาสแสดงพฤติกรรมปลอดภัยมากกว่าผู้ที่รับรู้ในระดับต่ำถึง 2.66 เท่า ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Laphrom et al. (2024) ที่ศึกษาพฤติกรรมการขับขี่ของผู้ส่งอาหารในประเทศไทย พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการขับขี่ที่เสี่ยง โดยผู้ที่รับรู้ถึงความเสี่ยงมีแนวโน้มที่จะขับขี่อย่างปลอดภัยมากขึ้น ในส่วนของการรับรู้อุปสรรคในระดับสูง ก็เป็นอีกปัจจัยที่มีนัยสำคัญ โดยผลวิเคราะห์แสดงว่า ผู้ที่สามารถตระหนักและจัดการกับอุปสรรคได้ดีมีแนวโน้มปฏิบัติตนอย่างปลอดภัยมากกว่า 2.64 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่รับรู้อุปสรรคในระดับต่ำถึงปานกลาง สำหรับสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม พบว่ามีอิทธิพลสูงสุดในแบบจำลอง โดยผู้ที่ได้รับสิ่งกระตุ้นในระดับสูงมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัยมากกว่าเกือบ 3 เท่า โดยสิ่งกระตุ้นสำคัญที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการขับขี่จักรยานยนต์อย่างปลอดภัย ได้แก่ ประสบการณ์ตรงจากอุบัติเหตุและเหตุการณ์ที่เกิดกับคนใกล้ชิดรวมถึงแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสื่อรณรงค์ด้านความปลอดภัยที่ช่วยเสริมสร้างความตระหนักในการปฏิบัติตามกฎจราจร ในขณะเดียวกัน ปัจจัยอื่น ๆ เช่น การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม และความสามารถของตนเอง ไม่แสดงอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ผลดังกล่าวอาจสะท้อนถึงสภาวะ ความคุ้นชินหรือการลดทอนความสำคัญของปัจจัยเหล่านี้ในกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยรวมแล้ว ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยเชิงรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ความตระหนักในความเสี่ยง การจัดการอุปสรรค และสิ่งกระตุ้นภายนอก ซึ่งเป็นจุดเน้นสำคัญในการวางแผนและออกแบบกิจกรรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมขับขี่อย่างปลอดภัยในกลุ่มเยาวชนหรือประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีอัตราอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์สูง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยเรื่องอิทธิพลขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยในประชาชนอายุ 18–24 ปี พื้นที่ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง สามารถเสนอแนะแนวทางการประยุกต์ใช้ผลการวิจัยโดยการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาเชิงพฤติกรรมในเยาวชนกลุ่มเสี่ยง หน่วยงานด้านสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัย โดยอิงจากองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการส่งเสริม การรับรู้โอกาสเสี่ยง และ การจัดการกับอุปสรรค เช่น การให้ความรู้ผ่านสถานการณ์จำลองของอุบัติเหตุ การสร้างสิ่งกระตุ้นพฤติกรรมในระดับชุมชน เนื่องจากสิ่งกระตุ้น เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดในแบบจำลอง ควรมีการดำเนินกิจกรรมที่กระตุ้นให้เยาวชนมีพฤติกรรมปลอดภัย เช่น การจัดกิจกรรมรณรงค์ในสถานศึกษา การเชิญผู้ประสบเหตุจริงมาแบ่งปันประสบการณ์ การใช้สื่อโซเชียลมีเดียที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มวัยรุ่นเกิดแรงกระตุ้นในเชิงอารมณ์และสังคมในการปฏิบัติตนอย่างปลอดภัย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมุ่งเน้นศึกษากลุ่มประชาชนอายุ 18–24 ปี ในพื้นที่ตำบลควนธานี จังหวัดตรัง แนะนำให้การวิจัยในอนาคตขยายขอบเขตการศึกษาไปยังกลุ่มประชากรต่างวัย เช่น วัยรุ่นตอนต้นและผู้สูงอายุ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างขององค์ประกอบด้านความเชื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัย อีกทั้งควรศึกษาปัจจัยแวดล้อมเพิ่มเติม เช่น อิทธิพลของครอบครัว เพื่อน และสื่อออนไลน์ ซึ่งอาจมีบทบาทต่อการกระตุ้นพฤติกรรมเชิงบวก ควรใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ และหากเป็นไปได้ควรออกแบบการวิจัยแบบติดตามผล (longitudinal study) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในระยะยาว รวมถึงประเมินผลของการแทรกแซงเชิงพฤติกรรมในกลุ่มเป้าหมายด้วยวิธีทางสุขศึกษาอย่างเป็นระบบ เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้เชิงประจักษ์ในระดับชุมชนและนโยบาย

เอกสารอ้างอิง

Chaimay, B. (2013). Sample Size Determination in Descriptive Study in Public Health. Thaksin University Journal, 16(2), 9-18. [in Thai]

Cheawae, S., Prateepko, T. and Churngchow, C. (2021). Selected factors affecting helmet use behaviors for accidental prevention following Health Belief Model of students at Yala Institute of Physical Education. Academic Journal of Thailand National Sports University, 13(3), 211-222. [in Thai]

Department of Land Transport. (2023). Vehicle registration statistics. Department of Land Transport. Retrieved on 2 August 2024 from https://www.dlt.go.th

Glanz, K., Rimer, B. K., and Viswanath, K. (2015). Health behavior: Theory, research, and practice (5th ed.). Jossey-Bass.

Haboonmee, A., Jirapornkul, C., and Maneenin, N. (2024). Prevalence and factors affecting motorcycle accidents among students of the Vocational Education Institutes in Nongkhai Province. Academic Journal of Community Public Health, 10(1), 179–191. [in Thai]

Jones, C. L., Jensen, J. D., Scherr, C. L., Brown, N. R., Christy, K., and Weaver, J. (2015). The Health Belief Model as an explanatory framework in communication research: Exploring parallel, serial, and moderated mediation. Health Communication, 30(6), 566–576.

Laphrom, W., Champahom, T., Se, C., Nanthawong, S., Wisutwattanasak, P., Ratanavaraha, V., and Jomnonkwao, S. (2024). Assessing Risky Riding Behaviors Among Food Delivery Motorcyclists in Thailand: Insights from the Motorcycle Rider Behavior Questionnaire and Health Belief Model. Logistics, 8(4), 125.

Phoyen, K., Chankhaw, S., and Malarat, A. (2024). Motorcycle Riding Safety Awareness among Undergraduate Public Health Students. Journal of Health Sciences and Wellness, 28(2), 1-14. [in Thai]

Pongarree, P., and Chujarukul, K. (2023). Motorcycle riding behavior and accident risk of delivery riders in Bangkok. Paper presented at the 28th National Convention on Civil Engineering (NCCE28), Phuket, Thailand.

Road Safety Directing Center. (2023). Traffic accident statistics report in Bangkok. Road Safety Directing Center. Retrieved on 16 December 2024 from https://www.thairath.co.th

Steinberg, L. (2022). Adolescence and risk-taking behavior: Psychological perspectives on decision making. Annual Review of Psychology, 73, 239–264

Thai Road Safety Collaboration. (2567). Home. Thai Road Safety Collaboration. Retrieved on 16 December 2024 from https://www.thairsc.com/

World Health Organization. (2023). Global status report on road safety 2023. Retrieved on 8 May 2025 from https://www.who.int/publications/i/item/9789240086517

World Health Organization. (2023). Road safety. Retrieved on 8 May 2025 from https://www.who.int/health-topics/road-safety#tab=tab_1

Yamane, T. (1967). Statistics: An introductory analysis (2nd ed.). Harper & Row.